

GÜNCEL SOSYAL HİZMET TARTIŞMALARI

EDİTÖRLER

H. İREM KALAYCI KIRLIOĞLU
ZEYNEP KÜBRA KAHRAMAN

GÜNCEL SOSYAL HİZMET TARTIŞMALARI

EDİTÖRLER
H. İREM KALAYCI KIRLIOĞLU
ZEYNEP KÜBRA KAHRAMAN



KARABÜK ÜNİVERSİTESİ YAYINEVİ



KARABÜK ÜNİVERSİTESİ YAYINEVİ

Bu eserin; yayın, satış ve kopyalama hakları Karabük Üniversitesi'ne aittir.

Yayıncının izni olmadan hiçbir yolla çoğaltılamaz. Kaynak gösterilmek şartıyla iktibas edilebilir.



GÜNCEL SOSYAL HİZMET TARTIŞMALARI

Editörler:

H. İrem KALAYCI KIRLIOĞLU
Zeynep Kübra KAHRAMAN

Yazarlar

- ♦ Sanjoy ROY ♦ Deniz SAY ŞAHİN ♦ Zeki KARATAŞ
- ♦ Anwar Ahmad ANSARİ ♦ Elvan YAVUZ ♦ Esin TÜCCAR
- ♦ Mehmet ATEŞ ♦ Öznur ŞEN KARADAĞ
- ♦ Rituparna DEY ♦ Zeynep Gökçe KOÇYİĞİT

Karabük Üniversitesi Yayınevi

Güncel Sosyal Hizmet Tartışmaları

Editörler:

H. İrem KALAYCI KIRLIOĞLU ORCID (0000-0002-8352-8868)
Zeynep Kübra KAHRAMAN ORCID (0000-0002-5710-0243)

Bu eserin; yayın, satış ve kopyalama hakları Karabük
Üniversitesi'ne aittir.

KÜTÜPHANE KARTI

Güncel Sosyal Hizmet Tartışmaları
KALAYCI KIRLIOĞLU, Huriye İrem – KAHRAMAN, Zeynep
Kübra
vi + 123 s., Kaynakça var, Dizin yok.

Dizgi: Mehmet Ateş

Kapak Tasarım: Erkam Kahraman

Her hakkı saklıdır. Yayıncının izni olmadan hiçbir yolla çoğaltılamaz.
Kaynak gösterilmek şartıyla iktibas edilebilir. Eserde yayınlanan yazıların
her türlü sorumluluğu yazarlara aittir.

İrtibat

Karabük Üniversitesi
www.karabuk.edu.tr – <https://unika.edu.tr>
Karabük Üniversitesi, Demir Çelik Kampüsü, Kılavuzlar Köyü Öte Karşı
Üniversite Kampüsü, Merkez/Karabük
444 0 478

KARABÜK ÜNİVERSİTESİ YAYINLARI - 89

E-ISBN: 978-605-9554-85-5

Ekim 2023

İÇİNDEKİLER

İÇİNDEKİLER.....	iii
ÖN SÖZ	v
Bölüm 1: Çocuk İhmal ve İstismarında Multidisipliner Yaklaşım: Sosyal Hizmet Açısından Değerlendirme	1
<i>Elvan YAVUZ - Esin TÜCCAR</i>	
Bölüm 2: Travma Bilgili Sosyal Hizmet ve Travma Sonrası Gelişim	15
<i>Zeki KARATAŞ</i>	
Bölüm 3: Engelli ve Yaşlı Bireylere Sağlanan Kurum Bakım Hizmetlerine İlişkin Genel Bir Değerlendirme.....	35
<i>Mehmet ATEŞ</i>	
Bölüm 4: Kadın Göçmenlerin Uyum ve Entegrasyon Sorunları: Suriyeli Göçmen Kadınlar Örneği	47
<i>Öznur ŞEN KARADAĞ</i>	
Bölüm 5: Sağlıklı Yaşlanma ve Sosyal Hizmetin Rolü	69
<i>Zeynep Gökçe KOÇYİĞİT - Deniz SAY ŞAHİN</i>	
Bölüm 6: “I Was Not Hurt But Was Angry”: Healthcare Experiences of Transwomen in India	87
<i>Rituparna DEY - Sanjoy ROY</i>	
Bölüm 7: Religion As a Social Determinant of Public Health: An Islamic Paradigm.....	111
<i>Anwar Ahmad ANSARİ</i>	

ÖN SÖZ

Sosyal hizmet, insanların yaşamlarını iyileştirmeyi, zorluklarla başa çıkmayı ve toplumsal adaleti sağlamayı amaçlayan büyüleyici bir alanı temsil eder. Sosyal hizmet uzmanları, her gün farklı zorluklarla karşılaşan bireylerin ve toplumların yanında yer alarak pozitif değişiklikler yaratmaya adanmıştır. "Güncel Sosyal Hizmet Tartışmaları" başlıklı bu kitap, sosyal hizmetin karmaşıklığını ve çeşitliliğini yansıtmaktadır.

Kitabımız, sosyal hizmetin bir dizi önemli konusunu ele alırken, sosyal hizmet profesyonellerinin ve ilgili herkesin bu konular hakkında derinlemesine düşünmesine ve tartışmasına olanak tanımayı amaçlamaktadır. Bu kitap sadece bir meslek değil, aynı zamanda bir misyonun parçası olan sosyal hizmetin önemini vurgulamak için tasarlanmıştır. Her bir bölüm, sosyal hizmetin geniş yelpazesini yansıtan bir perspektifi temsil eder ve bu konuların güncel zorluklarına ve fırsatlarına odaklanır.

"Çocuk İhmal ve İstismarında Multidisipliner Yaklaşım: Sosyal Hizmet Açısından Değerlendirme" başlıklı bölüm, çocukların korunmasına yönelik multidisipliner bir yaklaşımın önemini ve sosyal hizmetin bu alandaki rolünü ele almaktadır. "Travma Bilgili Sosyal Hizmet ve Travma Sonrası Gelişim" bölümü, travma sonrası iyileşme sürecini anlamaya çalışırken, "Engelli ve Yaşlı Bireylere Sağlanan Kurum Bakım Hizmetlerine İlişkin Genel Bir Değerlendirme" başlıklı bölüm, yaşlı ve engelli bireylerin yaşamlarındaki zorlukları gözler önüne seriyor.

"Kadın Göçmenlerin Uyum ve Entegrasyon Sorunları: Suriyeli Göçmen Kadınlar Örneği" bölümü, göçmen kadınların karşılaştığı zorlukları ve sosyal hizmetin bu konudaki katkısını ele alırken, "Sağlıklı Yaşlanma ve Sosyal Hizmetin Rolü" başlıklı bölüm, yaşlanma sürecini anlama ve yaşlı bireylerin yaşamlarını zenginleştirmeye nasıl yardımcı olabileceğimizi vurguluyor.

Bu kitap, sadece belirli bir coğrafyayla sınırlı kalmaz, aynı zamanda uluslararası bir perspektife de sahiptir. "I Was Not Hurt But Was Angry": Healthcare Experiences of Transwomen in India" başlıklı bölüm, Hindistan'daki transkadınların sağlık deneyimlerini incelerken, "Religion as a Social Determinant of Public Health: An Islamic Paradigm" başlıklı bölüm, dinin toplumsal sağlık üzerindeki etkisini İslami bir paradigma üzerinden ele alır.

Bu kitap, sosyal hizmet alanındaki güncel tartışmaları ele alarak, bu alanın zorluğunu ve güzelliğini bir araya getiriyor. Her bir yazar, kendi uzmanlık alanında bir ışık yakıyor ve sosyal hizmetin önemli bir rol oynadığı toplumsal meseleleri aydınlatıyor.

Kitabımızın okuyucuları, bu sayfalar arasında ilham bulacaklarını, bilgi edineceklerini ve sosyal hizmetin güçlü bir etkisinin olduğuna dair inançlarını pekiştireceklerini umuyoruz. Sosyal hizmetin geleceğini şekillendiren bu konulardaki tartışmalara katılmak için bu kitabı kullanmanızı dileriz.

Kitabımızın başarıya ulaşmasını dileriz ve bu değerli çalışmanın tamamlanmasına katkı sunan yazarlarımızı tebrik ederiz.

Editörler

H. İrem KALAYCI KIRLIOĞLU

Zeynep Kübra KAHRAMAN

BÖLÜM 1

ÇOCUK İHMAL VE İSTİSMARINDA MULTİDİSİPLİNER YAKLAŞIM: SOSYAL HİZMET AÇISINDAN DEĞERLENDİRME

Elvan YAVUZ

ORCID: 0000-0002-9004-4060

Mail: elvanyavuz8@gmail.com

Esin TÜCCAR

İstanbul Medeniyet Üniversitesi

Sağlık Bilimleri Fakültesi

Sosyal Hizmet Bölümü

ORCID: 0000-0002-8349-6042

Mail: esintuccar@gmail.com

Giriş

Çocuk kavramı, her bilim ve disiplin açısından farklı tanımlanmıştır. Toplumdan topluma değişkenlik gösteren bir kavram olsa da evrensel bir kavramdır. Birleşmiş Milletler Genel Kurulu tarafından 1989 yılında kabul edilen, Birleşmiş Milletler Çocuk Haklarına Dair Sözleşmenin 1. Maddesi kapsamında çocuk: “bu sözleşme uyarınca çocuğa uygulanabilecek olan kanuna göre daha erken yaşta reşit olma durumu hariç, on sekiz yaşına kadar her insan çocuk sayılır” biçiminde tanımlanmıştır (<https://www.unicef.org/turkiye/%C3%A7ocuk-haklar%C4%B1na-dair-s%C3%B6zle%C5%9Fme>).

Çocuk ihmal ve istismar kavramları eski zamanlara dayanmaktadır. Çocuk istismarına yönelik ilk klinik tanım, Fransız Adli Tıp Profesörü

Ambroise Tardieu tarafından 1860 yılında yapılmıştır (Tardieu,1860; Roche ve ark. 2005). Ambroise Tardieu, 1860 yılında Paris Tıp Akademisi'nde elde ettiği otopsi bulgularını derleyerek, 32 çocuğun döverek öldürülüp cinsel ve fiziksel istismara maruz kaldığı bulgusuna ulaşmıştır. Tardieu'nun tanımına ek olarak, Caffey 1946 yılında "Caffey Sendromu" ve Kempe ise, 1961 yılında "Hırpalanmış Çocuk Sendromu" tanımını ortaya koymuşlardır (Kara ve ark. 2004; Lynch, 1985; Caffey, 1946). Çocuk ihmal ve istismarı, çocukların iyilik halini tüm yönleriyle olumsuz olarak etkileyen iki kavram olmakla birlikte son yıllarda dünya çapında yaşanan önemli bir sosyal sorun olarak karşımıza çıkmaktadır. Çocuk ihmal ve istismarı pek çok faktörden etkilenebilmektedir. Bu bağlamda, artan nüfusla birlikte yaşanan göçler, eğitimin düzeyinin düşüklüğü, kapalı bir toplum biçiminin olması, işsizlik oranının yüksek oluşu, sosyoekonomik durumun elverişsiz oluşu, gelir dağılımındaki eşitsizlik, kültürel farklılıklar gibi etmenler çocuk ihmal ve istismarını önemli düzeyde etkilemektedir (Polat, 2007;341). Ayrıca, çocuğa yönelik her türlü ihmal ve istismarın nedeni ya da oluş şekli birbirinden farklıdır.

Çocuk ihmali; ebeveynlerin ya da bakım veren bireylerin çocuğun temel gereksinimlerini yerine getirmemesidir. Çocuğun beslenme, barınma, giyinme, eğitim, sağlık gibi temel ihtiyaçlarının karşılanmaması çocuğun gelişiminin zarar görmesine neden olmaktadır (Butchart ve Harvey, 2006). Birleşmiş Milletler Çocuk Haklarına Dair Sözleşmenin 27. Maddesine göre; "çocuğun gelişmesi için gerekli hayat şartlarının sağlanması sorumluluğu; sahip oldukları imkanlar ve mali güçleri çerçevesinde öncelikle çocuğun ana-babasına veya çocuğun bakımını üstlenen diğer kişilere düşer." (<https://www.unicef.org/turkiye/%C3%A7ocuk-haklar%C4%B1na-dair-s%C3%B6zle%C5%9Fme>)

Çocuk istismarını ise, Dünya Sağlık Örgütü: "Çocuğun sağlığını, fiziksel ve sosyal gelişimini olumsuz yönde etkileyen bir yetişkin, toplum veya ülke tarafından bilerek veya bilmeyerek yapılan davranışlar" olarak tanımlamıştır (Who, 2014).

Çocuğa yönelik istismar genel olarak üç başlık altında incelenebilir. Fiziksel istismar, duygusal istismar ve cinsel istismar olarak değerlendirilebilir. Fiziksel istismar; çocuğun sağlığına zarar verecek biçimde fizik-

sel olarak zarar görmesidir. “Kaza dışı yaralanma” olarak da tanımlanabilir. Örneğin; itmek, vurmak, tokat atmak gibi eylemler fiziksel istismar kapsamında incelenir. Duygusal istismar, çocuğun duygusal bütünlüğüne zarar veren ya da tehdit eden her türlü davranışın ismidir. Çocuğun duygusal yanını olumsuz yönde etkileyen tehdit, çocuğu yok sayma, aşağılama, çocuktan sınırlılıklarının üzerinde isteklerde bulunma gibi eylemler duygusal istismarı oluşturur (Polat, 2001; Taner ve Gökler, 2004; Durmuşoğlu Saltalı, 2015). Cinsel istismar ise; “Bir yetişkin tarafından fiziksel, cinsel ve psikososyal gelişimini tamamlamamış olan bir çocuğun cinsel doyum sağlanması amacıyla kullanılması ve çocuğa karşı gerçekleştirilen her türlü cinsel eylem” olarak tanımlanmaktadır (Oral ve ark. 2001). Ruth ve Kempe’nin, 1978 yılında, cinsel istismara yönelik yaptıkları ilk tanıma göre; “bağımlı ve gelişimsel olarak olgunlaşmamış çocuk ve adolesanların bilinçli olarak onay veremeyecekleri, bütünüyle algılayamadıkları veya ailevi rollerle ilgili sosyal tabulara ters düşen cinsel aktivitelerde kullanılmaktadır” (Çetin ve ark. 2008; Polat ve ark. 1997). Konu ile ilgili yapılan bir araştırmada, boşanma, şiddet ve madde kullanımının olduğu ailelerde cinsel istismarın daha fazla görüldüğü belirtilmiştir (Yates, 1997).

Unicef’in, Türkiye’de çocuk istismarı ve aile içi şiddet araştırmasına göre: “Bütün çocuk katılımcılar, yaş, cinsiyet ve bölge farkı olmaksızın istismarın sırasıyla ev, okul ve sokakta gerçekleştiğini; istismar eden kişilerin de sırasıyla baba, öğretmen, anne, arkadaş ve komşu olduğunu anlatmışlardır. Ayrıca her yaşta çok sayıda çocuk, okul ortamında öğretmenlerinin fiziksel ve duygusal istismarına uğradıklarını bildirmişlerdir” (<https://www.unicef.org/turkiye/raporlar/t%C3%BCrkiyede-%C3%A7ocuk-istismari-ve-aile-i%C3%A7i-%C5%9Fiddet-ara%C5%9Ftirmasi-%C3%B6zet-raporu-2010>).

Çocuk ihmal ve istismarının görülme oranı toplumdan topluma değişiklik göstermektedir. Dünya çapında, literatürde cinsel istismar yaygınlığına yönelik olarak kadınların %10-40’ı ve erkeklerin %5-20’si çocukluk döneminde cinsel istismara uğradığı söz konusudur (Çalışkan ve Sağlam, 2015). 550 hekimle yapılan bir araştırmada, hekimlerin en çok karşılaştığı vakaların sırasıyla; ihmal %45.8, fiziksel istismar %29.8, duygusal

istismar %23.6 ve cinsel istismar ise %10.5 olduğu bildirilmiştir (Kara ve ark. 2014). Tekin (2020) tarafından doktor ve hemşirelerden oluşan toplam 150 sağlık personeliyle yapılan bir araştırmada, %42'sinin meslek hayatları süresince çocuk ihmal ve istismar vakalarıyla karşılaştıklarını bildirmişlerdir (Tekin ve Kaya Kılıç, 2020). Güner ve arkadaşları tarafından 2016 yılında yaptıkları araştırmada, hemşirelerin %92'sinin meslek süresince en az bir defa çocuğa yönelik duygusal, fiziksel, cinsel istismar ve ihmal özelliklerini taşıyan olgularla karşılaştıkları sonucuna varmışlardır (Güner ve ark. 2016). Ebeveynlerin rol ve işlevleri çocuk ihmal ve istismarı konusunda önem arz etmektedir (Toth ve Manly, 2019). Cinsel istismara yönelik yapılan bir çalışmada, ebeveynler yönünden, annelerin yaşları arttıkça cinsel istismara yönelik farkındalıklarının ve cinsel istismarı önlemeye özgü bilgilerinin arttığı sonucuna ulaşılmıştır (Alzoubi ve ark. 2018). Yapılan bir çalışmada, eğitim düzeyi yüksek olan annelerin çocuk ihmal ve istismarına dair bilgi ya da fikirlerinin nitelikli ve yüksek olduğu bildirilmiştir (Koçak ve Büyükgönenç, 2011).

Çocukluk çağında yaşanan istismar vakaları, psikososyal açıdan olumsuzlukları beraberinde getirmektedir. Çocukluk çağında yaşanan travmatik olayların, tüm gelişim alanlarını olumsuz etkilediği açıktır (Kazantzis ve ark. 2010; Soylu ve ark. 2012). İstismar edilen çocuklar bazı durumlarda, olağandışı bağırma ve konuşma eyleminde bulunarak, odaklanmada güçlük, beslenme ve tuvalet alışkanlığı gibi konularda sıkıntı yaşayabilmektedir (Zastrow, 2018). Çocuk, fiziksel ve psişik yönden zarara uğramakla birlikte, yaşanan bu travmatik durumlar yaşamlarının ileri evrelerinde de etkilerini göstermeye devam etmektedir (Güneş Aslan, 2020; Zeanah ve Humphreys, 2018). Fiziksel istismar, duygusal istismar ve duygusal ihmale uğrayan çocuklarda çocukluk çağı travmalarında en fazla görülen majör depresif bozukluk olmakla beraber, cinsel istismara maruz kalmak ise, depresyon olasılığını artırmaktadır (Kart ve Türkçapar, 2019).

İhmal ve istismar mağduru çocuklar korunma ihtiyacı olan çocuklardır. Çocuk hakları yasalarla güvence altına alınmıştır. Bu bağlamda, "Birleşmiş Milletler Çocuk Haklarına Dair Sözleşme" uluslararası hukukta çocuk hakları açısından en kapsamlı belge niteliğindedir. Fakat bu

belgede korunmaya muhtaç çocuk tanımı yapılmamıştır, hangi durumlarda koruyucu tedbirler alınacağı belirtilmiştir. 5395 Sayılı Çocuk Koruma Kanununa göre, korunma ihtiyacı olan çocuk; “bedensel, zihinsel, ahlaki, sosyal ve duygusal gelişimi ile kişisel güvenliği tehlikede olan, ihmal veya istismar edilen ya da suç mağduru çocuk” olarak tanımlanmıştır (<https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuatmetin/1.5.5395.pdf>).

Çocuk ihmal ve istismarının önlenmesinde üç aşama mevcuttur. *Birincil önlemede*; bütün çocukları kapsayan koruma programlarının yapılmasıdır. Bu hususta, çocukların ve ailelerin içinde buldukları şartlar iyileştirilerek, ailelerin yaşam kaliteleri artırılabilir. Dolayısıyla risklerin meydana gelmesi önlenebilirse, çocuklar istismara maruz kalmayacaktır. *İkincil önlemede*; yüksek risk gruplarının belirlenerek, bu kişilerin var olan hizmetleri kullanmasını sağlayacak yöntemler ve bu ailelere ihtiyaç dahilinde ilave hizmetlerin sunumu söz konusudur (Herschkowitz,2009; Sillber, 1978). *Üçüncül önlemede*; istismara uğrayan çocuğun, istismara tekrar maruz kalmaması ve ölüm gibi kötü sonuçların doğmasını önlemek amaçlanmaktadır. Çocuk istismarı ve ihmalinin gün geçtikçe önem kazanması bu konuda verilmesi gereken sağaltım ve rehabilitasyon hizmetlerinin profesyonel ve fonksiyonel olarak tasarlanmasını gerekli kılmaktadır (Oral, 2006; Kurtay ve ark. 2004). Bu hususta, Sosyal Hizmet Uzmanları multidisipliner ekibin içinde önemli rol oynamaktadır. Çocuğun yaşadığı ihmal ve istismar vakası, ekosistem yaklaşımıyla birlikte değerlendirilerek, çevresi içinde birey bakış açısından hareketle vakaya neden olan tüm durumlar sosyal hizmet uzmanı yardımıyla ele alınır ve değerlendirilir.

Çocuk İhmal ve İstismarına Dair Vaka Örneği

İnceleyeceğimiz vaka örneği, 2007 yılında Sakarya’da dünyaya gelen M.’nin hikayesidir. M. 15 yaşında genç kızdır. Sakarya’da ailesiyle birlikte yaşamaktadır. 20 yaşında bir abisi, 10 ve 8 yaşlarında ise iki kız kardeşi vardır. Ailesinin katı kuralları olduğunu ve baskıcı tutum sergilediğini belirten M., aile üyeleri ile iletişimlerinin kopuk olduğunu, özellikle de babasından çekindiğini ifade etmiştir. Eve katkı sağlaması için, 16 yaşındayken abisinin eğitim hayatını sonlandıran babasının, kız kar-

deşleriyle birlikte kendi eğitim hayatına da müdahale ettiğini belirtmiştir. Şimdi 20 yaşında olan abisinin para kazanmaya başladıktan sonra evi terk ettiğini ve İstanbul’da yaşamaya başladığını dile getirmiştir. Babası, M.’yi evlendirmek istemektedir. Okumak istediğini ve evlenmek istemediğini söyleyen müracaatçı M. yaşadığı durumdan sonra evlendirilmekten korktuğunu ifade ederek son çare olarak kuruma başvurduğunu dile getirmiştir. 15 yaşında lise öğrencisi olan müracaatçı M., öğretmeni tarafından istismara uğradığı şikayetiyle kuruma müracaat etmiştir. Müracaatçının beyanına göre kendisiyle birlikte 4 kız arkadaşına istismarda bulunan Matematik Öğretmeni F. okulun ilk gününden itibaren kızlara istismarda bulunmaktadır. Kendisinin özel bölgelerine kıyafetin üstünden ve altından direkt temas ettiği ve öğretmenin kendi cinsel organını kıyafet dışına çıkararak temas ettirdiği iddialarına yer vermiştir. Öğretmenin kendisini ve diğer kız arkadaşlarını da tehdit ederek ve korkutarak “sizi okuldan attırırım, size kimse inanamaz, artık temiz değilsiniz, okuyamazsınız” gibi söylemlerde bulunduğunu belirtmiştir. Öğretmenin çocuklara istismarda bulunurken uyguladığı davranışları kendi eşine de uyguladığını ve eğlence amaçlı olduğunu ifade ettiğini bildirmiştir. Durumu ailesiyle paylaşan müracaatçı, babasının eğitim hayatını sonlandıracağı yönünde baskı yaptığını, şiddet uyguladığını, korktuğunu ve bu sebeple okula ara verdiğini söylemiştir. Son çare olarak gizlice kuruma müracaat eden M. bu nedenle görüşmelerin gizli kalmasını talep etmiştir.

Vaka hakkındaki ilk bilgiler müracaatçı ile gerçekleştirilen görüşmeden elde edilmiştir. Müracaatçı M.’nin istismara uğradığını iddia ettiği 4 kız arkadaşı ile Sosyal Hizmet Merkezinde gerçekleştirilen bireysel görüşmeler vasıtasıyla, kızların kendi beyanları alınarak istismara uğradıkları tespit edilmiştir. Tanışma aşamasında kızların aile yapısı ve geçmişleri hakkında bilgi toplanarak, görüşmeler sonrasında kız öğrencilerin ebeveynleri ile iletişime geçilmiş ve ebeveynlerine hukuki yollara başvurulacağı hususunda bilgilendirme yapılmıştır. Müracaatçının annesi ile görüşme planlanmış ve konuya ilişkin bilgilendirme yapılmıştır. Annesinin kızını destekleyen bir konumda olmamasından, istismar olayını bir

namus meselesi haline getirmesinden ve eşine bu durumu izah edemeyeceğini ifade etmesinden dolayı anneye ayrı görüşmeler ayarlanmıştır. Annenin ifadesine göre, baba görüşmeyi reddetmiş, annenin görüşme yapmaması noktasında da tehditlerde bulunmuştur. Müracaatçının ailesi, görüşme sürecinde pasif bir rol oynamıştır. Müracaatçının abisi ile iletişime geçilerek abisinin olayı öğrenmesi sağlanmış ve abisinin kız kardeşinden yana bir durumda olduğu ve hukuki yollara başvurulması durumunda aktif bir rol oynayacağı yönünde ifadesi alınmıştır. Sosyal Hizmet Merkezi tarafınca okul ile görüşmeler yapılmış, kızların beyanı göz önünde bulundurularak matematik öğretmeni F.'ye soruşturma başlatılmıştır. Soruşturma süresince F. açığa alınmıştır. Soruşturma sonucunda ise, matematik öğretmeni F. meslekten ihraç edilmiştir.

İstismar sonucunda kuruma müracaat eden M.'nin babası tarafından okula gönderilmemesi sonucunda eğitimi aksattığı tespit edilmiştir. Babası ve annesi tarafından evlendirileceği yönünde baskılara maruz kalan müracaatçının kendi ifadesiyle ailesinde güven duyabileceği tek kişi 20 yaşında İstanbul'da ikamet eden abisidir. Şu an ailesiyle birlikte yaşayan M.'nin kız kardeşleri, aile ortamının yarattığı psikolojik ve fiziksel şiddet nedeniyle tehdit altındadırlar. Yaşadığı istismar vakası karşısında sessiz kalan ve hukuki yollara başvurmayacağını dile getiren anne ve babanın müracaatçıya karşı ihmali söz konusudur. Yaşadığı istismara ve aile içi sorunlarına yönelik farkındalığı bulunan M.'nin çözüm yolu üretebilmesi için kaynaklarının neler olduğuna yönelik sorular sorulmuş, "elimden hiçbir şey gelmiyor", "elim kolum bağlı" gibi söylemlerinden sonra "sadece kaçabilirim", "tek çarem burası" ifadeleri mevcut koşulların ortadan kaldırılması için bir yöntem olarak görülmüştür. Yaşadığı istismar vakası sonrasında hayatı olumsuz yönde değişen M.'nin "okuyup kendi parasını kazanmak" ve "ailesinden uzaklaşmak" istediği görülmüştür. M.'nin yalnızlık, değersizlik duygusu ve psikolojik sorunlar yaşadığı görülmüştür. "Benim hiçbir değerim yok" "yaşadığım acıyı kimse bilmiyor, kimse beni anlamıyor" ifadeleri mevcut durumunu tasdikler niteliktedir. "Ben iyileşmek istiyorum" "kurtulmak istiyorum" sözleriyle M.'nin değişimi ve iyileşmeyi kabul etme gücüne sahip olduğu görülmüştür.

M. 15 yaşında ailesinden gördüğü baskıya rağmen kuruma müracaat etmiş, uğradığı istismar vakası karşısında kendisinin “korunmasını” talep etmiştir. Babasının durumu öğrenmesi sonucunda uğradığı okulu bırakma baskısına karşın eğitim hayatına devam etmek istediğini ifade etmiştir. M. yaşadığı sorunlar karşısında “dayanamıyorum” “canımın hiçbir önemi yok” gibi söylemlerde bulunmuş ve “beni evlendirecekler” ifadesiyle evlilik baskısına da maruz kaldığını dile getirmiştir. M. annesinin ona verdiği “kimseye bir şey söyleme” “artık yeni hayatına alış” gibi ifadeleri ve telkinleri karşısında “güçlü kalamadığını” dile getirmiştir. M. babasının kendisini tehdit etmek dışında onu dinlemediğini ve onunla konuşmadığını ifade etmesiyle birlikte babayla gerçekleştirilen bireysel görüşmede baba “mal benim değil mi, siz karışmayın, herkes haddini bilsin” gibi ifadelerde bulunmuştur. Kimseden destek alamadığını belirten M. çevresinde sadece onun gibi istismara uğrayan arkadaşlarıyla birlikte bu durumları konuşabildiğini ve daha da öteye gidemediğini belirtmiştir. Abisine ulaşamadığını ve durumu abisiyle de paylaşamadığını belirten M. abisinin kendisini koruyabileceğini ifade etmiştir. Müracaatçı M. çevresi içerisinde ancak abisinden destek görebileceğine inanmaktadır. Abinin gerçekleştirdiği kurum ziyaretinde ise, “kardeşim için ne gerekiyorsa yaparım”, “kimseden korkmasına gerek yok” gibi ifadelerde bulunduğu gözlemlenmiştir.

Sosyal Hizmet müdahale planı neticesinde, istismar uygulayan matematik öğretmeni için soruşturma başlatılması hususunda gerekli hukuki yollara başvurulmuş; süreç sonucunda öğretmen meslekten ihraç edilmiştir. Tehdit altında olan kız çocukların korunması için aileye kurum tarafından dava açılmıştır. Küçük kız kardeşlerin iyilik hallerinin gözetiminin sağlanması adına sosyal hizmet kurumu tarafından belirli aralıklarla ev ziyaretleri yapılması kararı alınmıştır. M.’nin yaşadığı istismar olayının ardından gördüğü şiddet ve baskı sonucunda oluşan travmatik etkilerin azaltılması ve iyilik halinin sağlanması amacıyla psikolojik destek hizmeti sağlanmıştır. M.’nin babası tarafından uğradığı fiziksel şiddet ve ihmal sonucunda kurum tarafından babaya dava açılmış ve uzaklaştırma kararı alınmıştır. M.’nin anne ve babasının çocuğu ihmal etmesi, ona karşı sorumluluklarını yerine getirmemesi sonucunda

velayetin kaldırılması ve vasi tayini talepli dava açılarak M.'nin abisinin vasi olarak atanması sağlanmıştır. Sosyal inceleme sonucunda şartları uygun bulunan, abisinin yanına yerleştirilen M.'nin okul kaydı yenilenmiş ve eğitim hayatına kaldığı yerden devam etmesi sağlanmıştır.

Sonuç ve Öneriler

Çocuk ihmal ve istismarı gerek ülkemizde gerekse dünyada, geçmişten günümüze kadar süregelen halk sağlığı ve sosyal bir sorun olmakla birlikte; aynı zamanda çocuk hakları ya da çocuk refahına dair de önemli bir sorundur. İhmal ve istismar olgusunda çocuğun gelişimi tüm yönleriyle etkilenmektedir. Bundan dolayı, çocuk ihmal ve istismarı, sosyal sorun olmasının yanı sıra önemli bir halk sağlığı sorunudur. Yaşanan ihmal ve istismar, geniş bir perspektiften değerlendirilmelidir. Sosyal hizmetin bütüncül ve ekosistem yaklaşımından hareketle, sadece istismara uğrayan birey ve aileler üzerinde değil, mevcut soruna toplumsal bağlamda da müdahale edilmelidir. Çocuk ihmal ve istismarında tanı ve tedavide multidisipliner yaklaşım temel alınmalı ve bu hususta farkındalık oluşturulması için eğitimler planlanmalı ve uygulanmalıdır. Koruyucu önleyici faaliyetler ihmal ve istismar vakalarının azalmasında etkin rol oynayabilir. Çocuk ihmal ve istismarının erken dönemde fark edilip önlenmesi, istismara uğrayan çocuk ve aileye gerekli desteklerin sağlanması ve rehabilitasyonu son derece önemlidir. Buna ek olarak, çocuk ihmal ve istismarı ile ilgili araştırmaların çoğaltılması gerekmektedir.

Genişletilmiş Özet

Toplumların değişmesi ve dönüşmesi, teknolojinin günlük yaşantımızda sıkça kullanılması, bilimin günden güne gelişmesiyle birlikte insanlık adına pek çok yenilikçi değişimler söz konusu olsa da, dünya ülkelerinde ve ülkemizde bazı temel sorunların önüne geçilmekte zorluk yaşanmaktadır. Çocuk ihmal ve istismarı olgusu, yaşanan temel sorunlardan birisidir. İhmal ve istismar, geçmişten beri var olan iki kavramdır ve bunu her alanda görmek mümkündür. Örneğin; aile içi ihmal ve istismar, kadınlara yönelik ihmal ve istismar, yaşlılara yönelik ihmal ve istismar, çocuklara yönelik ihmal ve istismar gibi genelden özele doğru sıralayabiliriz. Aynı zamanda, her bir ihmal ve istismar türünün epide-

miyoloji ve etiyolojisi birbirinden farklıdır. Çocuğa yönelik fiziksel ihmal ve istismarda etiyolojiyi incelediğimizde, bakım veren bireylerin risk unsuru olarak psikiyatrik bozukluklar, yetersiz sosyal destek, madde bağımlılığı ya da çocukluk çağında kendisine de istismarda bulunduğu ortaya konulmuştur (Powers ve ark. 1990). Cinsel ihmal ve istismarda etiyolojiye baktığımızda, bu sorunun görüldüğü aileler genelde işlevsel olmayan aileler olmakla birlikte, patolojik problemler de gözlemlenmektedir. Cinsel ihmal ve istismarın görüldüğü ailelerde, aile sistemi kapalıdır, babanın katı davranışları, güç ve yargılamaları söz konusudur (Canat, 1994; Green, 1996). Kitabın bu bölümünde, çocuğa yönelik ihmal ve istismar literatür kapsamında incelenmiş olup, sosyal hizmet disiplini bağlamında ve vaka örneği ile ayrıntılı incelenmiştir. Bu vaka örneğinde, müracaatçının kendisiyle birlikte arkadaşlarının da öğretmenleri tarafından cinsel istismara maruz kalma süreci anlatılmıştır. Müracaatçının ailesinin katı kuralları olduğu, baskıcı bir tutum sergilediği ve yaşanan cinsel istismarın üzerini kapatma eğiliminde olduğu gözlemlenmiştir. Ebeveynleri tarafından eğitimine engel olunup, evlendirilmek istenen müracaatçının, yaşanan istismar karşısında sessiz kalan ailesinin çocuklarına karşı ihmali de söz konusudur. Çocuk ihmal ve istismarına dair anlatılan vaka örneği literatürdeki bilgileri ve konu ile ilgili yapılan araştırmaları destekler niteliktedir.

Gerek aile içinde gerekse çocuğun bulunduğu/yaşadığı sosyal çevresinde, çocuğun maruz kaldığı her türlü olumsuz tutum ve davranış, çocuğun fiziksel ve ruhsal gelişimiyle beraber, toplumla bütünleşmesini de negatif olarak etkileyecektir. Bu bağlamda, çocuğa yönelik ihmal ve istismarda ailenin önemi büyüktür. Aile üyelerinin rol ve işlevlerinin sağlıklı olması, ebeveyn-çocuk arasında sağlıklı iletişim hali, tutum ve davranışların işlevsel olması gibi faktörlerle birlikte, ebeveynlerin ihmal ve istismar hakkında bilgi sahibi olması ve farkındalıklarının yüksek olması yaşanacak sorunları minimuma indirgemede önemli etkenlerdir. Her ailenin yaşayış biçimi, sosyokültürel ve ekonomik yapısı, eğitim düzeyi ve çocuklarına uyguladıkları eğitim vb. durumlar farklılık göstermektedir. Bu kabul doğrultusunda, çocuğun ailesiyle birlikte içinde yaşadığı toplumun bilinçlendirilmesi, konu hakkında eğitimler düzenlenmesi,

yaşanan olumsuz durumlara göz yumulmaması ve kanunlarla güçlendirilen çocuk hakları bir hayli önem arz etmektedir.

Çocuğun maruz kaldığı ihmal ve istismar, psikososyal yönde olumsuzlukları beraberinde getirmektedir. Çocuk ihmal ve istismarının uzun süreli etkileri incelendiğinde, ergenlik veya yetişkinlik döneminde karşılaşılan somatizasyon problemlerine ek olarak, kognitif ve davranışsal bağlamda yaşanan birçok sorunun temelinde istismarın ve ihmalin neden olduğu travmanın varlığı görülmektedir. Yapılan bir araştırmada, ihmal ve istismarın, erişkinlik döneminde alkol ve ilaç bağımlılığı, depresyon, intihar gibi önemli davranış bozuklukları riskini 12 kat artırdığı bildirilmiştir (Felliti ve ark, 1998; Akt. Ulukol, 2009). Bu çocukların tedavi ve rehabilite edilmesinde sosyal hizmet meslek ve disiplini önemli ve gereklidir. Sosyal hizmet, bireyi bütüncül olarak inceler, bireyi yaşadığı çevreyle birlikte ele alır. Sosyal hizmet uzmanları, çocuk refahı bağlamında, çocukla birlikte ailenin de psikososyal fonksiyonelliğinin ve iyilik halinin artırılması veya sürdürülebilirliği için çalışmalar yapar. Bu bağlamda, çocuğa yönelik ihmal ve istismarı önleme stratejileri, ailelerin bilinçlendirilmesi, eğitilmesi gibi durumlarda sosyal hizmet mesleği multidisipliner açıdan oldukça önemlidir.

Kaynaklar

- Alzoubi, F.A., Ali, R.A., Flah, I.H., ve Alnatour, A. (2018). Mothers' knowledge ve perception about child sexual abuse in Jordan. *Child Abuse ve Neglect*, 75, 149–158.
- Butchart, A., Harvey, A. (2006). WHO and ISPCAN: Preventing child maltreatment: a guide to taking action and generating evidence. Switzerland: WHO Press.
- Caffey, J. (1946). Multiple fractures in the long bones of infants suffering from chronic subdural hematoma. *AJR Am J Roentgenol*. 56:163-73.
- Canat, S. (1994). Ergenlerde aile içi cinsel taciz. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*, 1:18-22.
- Çalışkan, Z., Sağlam, M. (2015). Cinsel İstismar Mağduru Çocuklarla Çalışan Uzmanların Gözünden Mağdur Çocukların Özellikleri. *İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2(4), 6-11.
- Çetin, F.Ç., Pehlivan Türk, B., Ünal, F., Uslu, R., İşeri, E., Türkbay, T. et al. (2008). Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Temel Kitabı, 1.Baskı. Ankara, Hekimler Yayın Birliği.
- <https://www.unicef.org/turkiye/%C3%A7ocuk-haklar%C4%B1na-dair-s%C3%B6zle%C5%9Fme> Erişim Tarihi:28.08.2022
- Durmuşoğlu Saltalı, N. (2015). Çocuk istismarı ve ihmali. Yıldırım Doğru SS, editör. Çocuk Hakları ve Koruma Aile Refahı ve Koruma. 3. Baskı. Ankara: Eğitimci Kitap Yayıncılık; p.61- 107.

- Felitti, V.J., Anda, R.F., Nordenberg, D. et al. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. The adverse childhood experiences (ACE) study. *Am J Prev Med.* 14:245-58.
- Green, A. (1996). Child sexual abuse and incest. In: Lewis M, ed. Child and adolescent psychiatry. A comprehensive textbook. 2nd ed. Baltimore, MA: Williams ve Wilkins, 1041-48.
- Güner, C.K., Yavuz, H.Ö, Dörtbudak, Z. (2016). Çocuk istismarı-ihmal vakalarıyla karşılaşan hemşirelerin görüş ve uygulamaları. *Sağlık Akademisi Kastamonu*, 1(1):39-55.
- Güneş Aslan, G. (2020). Çocuğa yönelik cinsel istismarın açığa vurulma süreci hakkında bir derleme. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 31(4), 1886-1912.
- Herschkowitz I. (2009). Socioemotional factors in child sexual abuse investigations. *Child Maltreat.* 14:172-81.
- <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuatmetin/1.5.5395.pdf> Erişim Tarihi: 10.08.2022
- <https://www.unicef.org/turkiye/raporlar/t%C3%BCrkiyede-%C3%A7ocuk-istismari-ve-aile-i%C3%A7i-%C5%9Fiddet-ara%C5%9Ffirmasi-%C3%B6zet-raporu-2010> Erişim Tarihi:29.08.2022
- Kara, B., Biçer, Ü., Gökalp, A.S. (2004). Çocuk istismarı. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi.* 47:140-51.
- Kara, Ö., Çalışkan, D., Suskan, E. (2014). Ankara ilinde görev yapan çocuk asistanları, uzmanları ve pratisyen doktorların çocuk istismarı ve ihmal konusunda bilgi düzeyleri ve yaklaşımlarının karşılaştırılması [Comparison of the levels of knowledge and approaches in relation with child abuse and neglect in residents of pediatrics, pediatricians and practitioners working in the province of Ankara]. *Türk Ped Arş.* 49:57-65.
- Kart, A., Türkçapar, H. (2019). The effects of childhood emotional abuse on aggressive obsessions among patients with obsessive compulsive disorder may be mediated by symptoms of depression and anxiety. *Psychiatry and Clinical Psychopharmacology.* 29(4). 411-417.
- Kazantzis, N., Flett, R.A., Long, N.R., MacDonald, C., Millar, M., Clark, B. (2010). Traumatic events and mental health in the community: A New Zealand study. *International Journal of Social Psychiatry*, 56(1), 35-49.
- Koçak, G., Büyükgönenç, L. (2011). Toplumdaki bireylerin çocuk ihmal ve istismarına yönelik bilgi ve görüşleri. *Hitit Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 4(1), 89-104.
- Kurtay, D., Özkok, S.M., Barlık, A.Y., Yatağan, M., Kurtay, A., Akman, E. et al. (2004). Çocuk İhmal ve İstismarına Multidisipliner Yaklaşım ve Çocuk ve Gençlik Merkezi Çalışması. Aydın, İl Sosyal Hizmetler Müdürlüğü.
- Lynch, M.A. (1985). Child abuse before Kempe: an historical literature review. *Child Abuse Negl.* 9:7- 15.
- Oral, R. (2006). Çocuk Koruma Merkezi Modeli, Çocuk İhmal ve İstismarını Önleme Derneği, Çocuk İstismarı ve İhmaline Multidisipliner Yaklaşım. Ankara, Ankara Üniversitesi Basımevi.

- Oral, R., Can, D., Kaplan, S., Polat, S., Ates, N., Cetin, G., et al. (2001). Child abuse in Turkey: an experience in overcoming denial and a description of 50 cases. *Child Abuse Negl.* 25(2):279-90.
- Polat, O. (2001). Çocuk ve Şiddet. 1. Baskı. İstanbul: Der Yayınları.
- Polat, O. (2007). Tüm Boyutlarıyla Çocuk İstismarı Tanımlar 1, Seçkin Yayıncılık, Ankara.
- Polat, O., İnanıcı, M.A., Aksoy, M.E. (1997). Adli Tıp Ders Kitabı, 1. Baskı, İstanbul, Nobel Yayınevi.
- Powers, J.L., Eckenrode, J., Jaklitsch, B. (1990). Maltreatment among runaway and homeless youth. *Child Abuse Negl.* 14:87-98.
- Roche, J.A., Fortin, G., Labbe, J., Brown, J., Chadwick, D. (2005). The work of Ambroise Tardieu: the first definitive description of child abuse. *Child Abuse Negl.* 29:325-34.
- Sillber, T.J. (1978). Pharyngeal gonorrhoea in children. *Pediatrics.* 61: 674.
- Soylu, N., Pılan Şentürk, B., Ayaz, M., Sönmez, S. (2012). Cinsel istismar mağduru çocuk ve ergenlerde ruh sağlığını etkileyen etkenlerin araştırılması. *Anatolian Journal of Psychiatry*, 13, 292-298.
- Taner, Y., Gökler, B. (2004). Çocuk istismarı ve ihmali: psikiyatrik yönleri. *Hacettepe Tıp Dergisi.* 35(2):82-6.
- Tardieu, A. (1860). E´ tude Me´ dicole´gale sur les se´ vices et mauvais traitements xerce´s sur des enfants. *Ann Hyg Publique Med Leg.* 13:361-98.
- Tekin, H.H., Kaya Kılıç, A. (2020). Sağlık Çalışanlarının Çocuk İhmal ve İstismar Vakaları ile Karşılaşma Durumları, Bildirim Yükümlülükleri ve Eğitim Gereksinimlerine İlişkin Sınırlı Bir Araştırma. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 29(2), 85-94.
- Toth, S.L., ve Manly, J.T. (2019). Developmental consequences of child abuse and neglect: implications for intervention. *Child Development Perspectives*, 13(1), 59-64.
- Ulukol B. (2009). Çocuk İstismarı ve Çocuk Suçluluğu İlişkisi, Çocuk ve Şiddet Çalıştayı, S: 46.
- World Health Organization. 2014. Çocuklara yönelik şiddet (who.int) Erişim tarihi: 10.08.2022
- Yates, A. (1997). Sexual abuse of children. In: Wiener JM, ed. Textbook of child adolescent psychiatry. 2nd ed. Washington: American Psychiatric Press, 699-709.
- Zastrow, C. (2018). Sosyal hizmete giriş. (Çev. Ed. D.B. Çiftçi). Ankara: Nika Yayınevi.
- Zeanah, C.H., Humphreys, K.L. (2018). Child abuse and neglect. *Journal of the American Academy of Child ve Adolescent Psychiatry*, 57(9), 637-644.

BÖLÜM 2

TRAVMA BİLGİLİ SOSYAL HİZMET VE TRAVMA SONRASI GELİŞİM

Zeki KARATAŞ

Recep Tayyip Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi
Sosyal Hizmet Bölümü

ORCID: 0000-0002-5822-2904

Mail: zeki.karatas@erdogan.edu.tr

Giriş

Sosyal hizmet müdahalesi uygulanırken sıklıkla travmaya maruz kalmış bireylerle karşılaşmaktadır. Bir halk sağlığı sorunu olan travma, fizyolojik ve psikolojik olarak bireyin yaşamsal bütünlüğünü tehdit eden ya da bozan her türlü olay olarak tanımlanmaktadır. Olağandışı ve ani bir şekilde ortaya çıkan travmatik olaylar bireylerin kendileri, diğerleri ve içinde buldukları dünya ile ilgili duygularında güçlü bir etki oluşturmaktadır. Travmaya maruz kalma uzak veya yakın geçmişte gerçekleşmiş olabilmekte ve olayla ilgili rahatsız edici düşünceler, çevredeki uyaranlara karşı aşırı duyarlılık, olumsuz ruh halleri ve travmayla ilgili hatırlatıcılardan kaçınma gibi yaygın semptomlar görülebilmektedir (Briere ve Scott, 2016). Travmatize olan insanların bir kısmı da psikolojik bozukluk semptomlarını dile getirmeyip, duygusal uyuşukluk ile olayı yeniden yaşama arasında gidip gelmektedirler.

Risk toplumunda yaşayan günümüz insanının yaşamı boyunca potansiyel olarak bir ya da daha fazla travmatik deneyime maruz kalacağı tahmin edilmektedir. Travmatik deneyimler pek çok biçimde olabilmek-

te ancak bunlar tipik olarak suç mağduriyeti, kaza, doğal afet, savaş, toplumsal ya da aile içi şiddete maruz kalma gibi kişinin kontrolü dışındaki beklenmedik bir olayı içermektedir. Travmatik olay yaşamının etkisi, travma sonrası stres bozukluğu dışında madde bağımlılığı, depresyon, kaygı sorunları, çocukluk çağı davranış bozuklukları, psikoz ve bazı kişilik bozukluğu tanıları da dahil olmak üzere bir dizi ruhsal ve davranışsal sağlık sorununa yol açabilmektedir (Herbert, 2022). Bireyin yeniden işlevsel hale gelmesi ve yaşamı üzerinde kontrol sağlayabilmesi için koşulları iyileştirme çalışmaları yapan sosyal hizmet uzmanlarının travmaya duyarlı uygulamayı esas alması gerekmektedir. Travmaya duyarlı sosyal hizmet, sadece travma sonrası stres bozukluğu veya akut stres reaksiyonu gibi travma sonrası etkileri değil, aynı zamanda bireyin ve ailenin güçlendirilmesini ve toplumun direncinin artırılmasını da içermektedir.

Sosyal hizmet uzmanları mesleğe başladıkları ilk günden itibaren travma mağdurlarıyla çalışmaktadırlar. Travmanın insanları nasıl etkilediğine dair artan bilgi temeli, artık iyileşmenin desteklenmesini ve yanlışlıkla insanlara zarar verilmesini önlemek amacıyla uygulama ve politikalarda değişiklik yapılmasını gerekli kılmaktadır. Bu nedenle travma bilgili uygulama; travmanın yaygınlığı ve insanları nasıl etkilediğine ilişkin araştırmalardan elde edilen verilere dayalı olarak sürekli gelişen bir model olma özelliği taşımaktadır (Levenson, 2017).

Travma bilgili uygulama, travma ve travma semptomlarının değerlendirilmesini, tüm rutin uygulamalara dahil etmeyi kapsamakta ve müracaatçıların travmatik stresin sonuçlarını iyileştiren müdahalelere erişebilmelerini sağlamaktadır. Travma odaklı bir bakış açısı müracaatçılara "Neyin var?" diye değil, "Sana ne oldu?" diye sormayı gerektirmektedir. Bununla birlikte travma bilgili uygulama, dikkatimizi hizmetlerin sunulduğu ve hizmet sistemlerinin organize edildiği yaklaşımlara odaklanmayı da sağlamaktadır (Knight, 2015). Bu bilgiler ışığında bu bölümde; travmanın tanımı, etkileri ve yaygınlığı açıklandıktan sonra, travma bilgili sosyal hizmetin ne olduğu, neden önemli olduğu ve uygulamaya nasıl aktarıldığı ve travma sonrası gelişimin nasıl ortaya çıktığıyla ilgili literatür bilgilerinin derlenmesi amaçlanmıştır.

Travmanın Tanımı, Etkileri ve Yaygınlığı

Bireyin yaşamını ya da fiziksel ve ruhsal iyi oluş halini tehdit eden travmatik deneyimler; gerçek bir yaşamını kaybetme tehlikesinin bulunduğu, ağır yaralanma veya fiziksel sağlığa yönelik bir tehdit oluşturan ve kişinin kendisinin yaşadığı ya da tanık olduğu olaylar olarak tanımlanmaktadır (APA, 2013). Travma, hayatın normal akışı içinde kişinin beklenmedik ve şiddetli bir olaya maruz kalması sonucu ortaya çıkan fiziksel ve duygusal bir stres tepkisidir. Travma, bireyin stres tepkisini aşırı derecede tetikler ve sinir sisteminin savaş-kaç-donakal moduna geçmesine neden olur. Bu stres tepkisi, kişinin beyin yapısında ve işleyişinde değişikliklere neden olarak duygu, düşünce ve davranışlarını da etkilemektedir. Travma durumunda bireylerin yaşadıkları olaylara verdiği tepkiler normalden farklı ve aşırı olması nedeniyle yaşam kalitesini bozmakta, sosyal işlevselliği olumsuz etkilemekte ve tedavi edilmediği takdirde ciddi sonuçlar doğurabilmektedir. Travmatik bir olayın gerçekleşmesi, kişinin doğrudan ya da dolaylı olarak maruz kalması şeklinde oluşabilmektedir. Travmatik bir olay doğal afetler, savaş veya terör saldırıları, cinsel veya fiziksel istismar, kazalar veya yaralanmalar, kayıp veya ayrılık, hastalık veya ölüm gibi birçok farklı şekillerde ortaya çıkabilmektedir (Herman, 2007).

DSM-5'te (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition) travma; bireyin yaşamını tehdit eden ya da fiziksel veya duygusal bütünlüğünü ihlal eden olağanüstü bir olaya maruz kalması ya da tanık olması, yakın birinin bu tür bir olaya maruz kalması ya da tanık olması veya bu tür olayların ayrıntılarına mesleki olarak maruz kalması olarak tanımlanmaktadır. Bu tanıma göre; travma doğrudan ya da dolaylı olarak yaşanabilmekte ve etkileri sadece bireysel değil aynı zamanda tarihsel, kültürel veya toplumsal olabilmektedir. DSM-5'e göre travma ölçütlerini şu şekilde sıralamak mümkündür (Friedman vd., 2011):

- Travmatik olayın istenmeyen şekilde tekrar yaşanması (anılar, kabuslar, dissosiyasyon, stresli hatırlatıcılara duygusal ve fiziksel tepkiler),
- Travmatik olayla ilgili düşünce veya duygulardan kaçınma,

- Travmatik olayla ilgili dışsal hatırlatıcılardan kaçınma,
- Travmanın neden olduğu olumsuz duygu, düşünce ve inanç değişiklikleri,
- Travmanın neden olduğu uyarılma ve tepki değişiklikleri (sinirlilik, riskli davranışlar, aşırı uyarılma, yüksek başlangıç tepkisi, konsantrasyon güçlüğü, uyku sorunları)
- Belirtilerin en az bir ay sürmesi,
- Belirtilerin bireyin işlevselliğini bozması,
- Belirtilerin başka bir tıbbi durum, ilaç veya madde kullanımından kaynaklanmaması.

Travma mağdurları, yaşadıkları şeyin kendi başlarına gelebileceğini hiç düşünmediklerini, olaydan sonra güvensiz ve korunmasız hissettiklerini belirtirler. Bu tepki, travmaya maruz kalmamış bireyin genellikle bir “incinmezlik yanılması” temelinde yaşamını sürdürdüğü konusunda bilgi vermektedir. Her insan, bilişsel düzeyde hastalıkların yaygın olduğunu, trafik kazalarında çok sayıda insanın zarar gördüğünü bilir, ancak böylesi bir olayla kendisinin karşılaşacağına inanmaz. Olay gerçekleştiğinde ise, temel varsayımlar sarsılır, dünya anlamsız ve kötü bir yer olarak görülmeye başlanır (Herbert, 2022; Janoff-Bulman, 1989).

Travma, bireyin psikolojik, nörobiyolojik ve sosyal işlevselliğini etkilemektedir. Bu etki travmanın türüne, şiddetine, süresine, zamanlamasına, bireyin yaşına, cinsiyetine, kişilik özelliklerine, sosyal desteğine ve başa çıkma becerilerine göre değişebilmektedir. Travmayı deneyimleyen bazı kişilerde olayın hemen sonrasında etkileri hissedilirken, bazılarında bu etkilenme daha sonra ortaya çıkabilmektedir. Travmatik deneyimler sonrasında insanlar stres, kaygı ve depresyon gibi psikolojik sorunlar yaşayabileceği gibi, bazı kişilerde travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) gibi daha ciddi ruhsal rahatsızlıklar ortaya çıkabilmektedir. Genel olarak travmanın birey üzerinde bıraktığı etkileri şu şekilde sınıflandırabiliriz (Bremner, 2005; Hageraars vd., 2011; Kleber, 2019; Muldoon vd., 2019; Solomon ve Heide, 2005):

Psikolojik etkileri: Travma sonrası stres bozukluğu (TSSB), depresyon, anksiyete, madde kullanımı bozukluğu, kişilik bozuklukları, disso-

siyatif bozukluklar, uyku bozuklukları, öfke kontrol sorunları, suçluluk ve utanç duyguları, özgüven eksikliği, güvensizlik, yalnızlık ve sosyal izolasyon gibi psikolojik sorunlar travmanın yaygın etkileri arasındadır (Collins ve Long, 2003).

Nörobiyolojik etkileri: Travmaya maruz kalan bireyin beyin yapısı ve işlevi üzerinde değişiklikler ortaya çıkabilmektedir. Özellikle amigdala, hipokampus ve prefrontal korteks gibi beyin bölgeleri travmaya duyarlıdır. Bu bölgeler duygu düzenleme, bellek, öğrenme, karar verme ve stres tepkisi ile ilgilidir. Travma sonucunda bu bölgelerde atrofi (beyin hücrelerinin küçülmesi), inflamasyon (iltihaplanma), oksidatif stres (serbest radikal hasarı) ve epigenetik değişiklikler (gen ifadesinin değişmesi) gibi nörobiyolojik etkiler görülebilmektedir (Kolk, 2014).

Sosyal etkileri: Travma, bireyin sosyal ilişkilerini ve toplumsal katılımını da olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Travma mağdurları çoğu zaman kendilerini anlayacak ve destekleyecek kişiler bulmakta zorlanmakta ve travma sonucunda gelişen psikolojik sorunlar nedeniyle iş ve okul hayatında zorluklar yaşamaktadırlar. Travma mağdurları aynı zamanda aile içi şiddet, taciz, istismar veya ihmal gibi sosyal risk faktörlerine daha fazla maruz kalabilmektedirler (Kleber, 2019).

Dünya Sağlık Örgütü'nün (WHO) Dünya Ruh Sağlığı Anketleri'ne göre, 24 ülkede yapılan bir çalışmada, katılımcıların %70.4'ünün hayatlarında en az bir travma yaşadıkları bulunmuş ve bu katılımcıların %3.6'sının travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) geliştirdikleri saptanmıştır. Aynı çalışmada, travma türleri arasında, TSSB riski açısından önemli farklılıklar olduğu görülmüştür. En yüksek TSSB riski kişilerarası şiddet içeren travmalarda bulunmuştur. Örneğin tecavüz (%11.8), diğer cinsel saldırı (%6.9), taciz (%6.8) ve yakın birinin beklenmedik ölümü (%5.7) gibi travmalar TSSB riskini artırmaktadır. Travmanın yaygınlığı cinsiyete göre de farklılık göstermektedir. Kadınlar erkeklere göre daha fazla travma yaşama ve TSSB geliştirme olasılığına sahiptirler. Kadınların %74.2'si ve erkeklerin %64.5'i hayatlarında en az bir travma yaşamışlardır. Kadınların %4.6'sı ve erkeklerin %2.7'si TSSB geliştirmiştir. Travmanın yaygınlığı kültürel ve coğrafi faktörlere de bağlı olarak da değişmektedir. Bazı bölgelerde veya ülkelerde travma yaşama ve TSSB

geliştirme olasılığı daha yüksektir. Örneğin Afrika'da %75.8, Orta Doğu'da %73.4 ve Amerika'da %72.5 oranında travma yaşama oranları bulunmuştur. TSSB geliştirme oranları ise Afrika'da %5.6, Orta Doğu'da %4.4 ve Amerika'da %4.3 olarak saptanmıştır (Kessler vd., 2017).

Travmatik olaylara maruz kalmanın yaygınlığına ilişkin Amerika Birleşik Devletleri'nde yapılan araştırmalar; ABD nüfusunun en az %50-60'ının travmatik olaylara maruz kaldığı ve bu oranların klinik ortamlarda çok daha yüksek olduğu belirtilmektedir (Kessler, 2000). Bir başka araştırmada; ABD'de yaşayan yetişkinlerin %70'inden fazlası yaşamları boyunca en az bir travma yaşadığı belirtilmektedir. Bunların yaklaşık %20'si travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) geliştirmiştir. Kadınların erkeklere göre TSSB geliştirme olasılığı iki kat daha fazladır. TSSB'li bireylerin %80'inden fazlasının aynı zamanda başka bir psikiyatrik bozukluğu bulunmaktadır (Kilpatrick vd., 2013).

Erken travmatik deneyimlerin olumsuz etkilerinin yaygınlığı riskli davranışlarla ilgili çalışmalarında görülmektedir. Son yıllarda yapılan araştırmalar, yaşamın erken dönemlerinde yaşanan travmanın daha sonra sağlık açısından riskli davranışları etkilediğini göstermektedir. Bu riskli davranışlar arasında madde kullanımı, cinsel aktivite ve artan stres tepkisi yer almaktadır; bu da yaşamın ilerleyen dönemlerinde fiziksel ve ruhsal sağlığı daha da tehlikeye atabilir (Maschi vd., 2013). Çocukluk çağı olumsuz deneyimlerinin kapsamı üzerine yapılan bir çalışmada, ABD'inde Kaiser Permanente Sağlık Sistemi'nin 17.000'den fazla yetişkin hastası incelenmiş ve bu hastaların %64'ünün en az bir tür çocukluk çağı kötü muamele ya da ev içi işlev bozukluğu bildirdiği, yaklaşık %13'ünün ise dört veya daha fazla bildirimde bulunduğu tespit edilmiştir. Çocukluk çağı olumsuz deneyimlerin yaygınlığı yoksul, dezavantajlı, klinik sorun yaşayanlarda ve suçlu nüfus grupları arasında daha da yüksektir. Çocukluk çağı olumsuz deneyimler yaşamın ilerleyen dönemlerinde madde bağımlılığı, sigara kullanımı, depresyon, intihar eğilimi, fetal ölüm, obezite, kalp ve karaciğer hastalıkları, yakın partner şiddeti, cinsel yolla bulaşan hastalıklar ve istenmeyen gebelikler dahil olmak üzere sayısız tıbbi, ruh sağlığı ve davranışsal sorun için risk oluşturmaktadır. Erken dönemde yaşanan olumsuzlukların sağlık ve psikososyal

iyilik hali üzerindeki birleşik etkileri nedeniyle, halk sağlığı ve sosyal adalet açısından ciddi sonuçlar doğurmaktadır (Anda vd., 2010; Larkin vd., 2014; Levenson vd., 2016).

Türkiye’de üç ilde (İzmir, Denizli ve Zonguldak) çocukluk çağı travmaları üzerine yapılan epidemiyolojik bir çalışmada; 11, 13 ve 16 yaş grubu okula devam eden çocuklarda tüm yaşam boyu yaşanan psikolojik ve fiziksel olumsuz çocukluk çağı deneyimleri ve ihmal sıklığı sırasıyla %70.5, %58.3, %42.6 olarak tespit edilmiştir. Son bir yıldaki sıklıklar ise psikolojik istismarda %62.7, fiziksel istismarda %46; ihmalde %37.5 olarak bulunmuştur. Psikolojik olumsuz çocukluk çağı deneyimleri kırsala göre şehirde yaşayanlarda, ihmal kızlarda ve fiziksel olumsuz çocukluk çağı deneyimleri erkeklerde daha yüksek oranda saptanmıştır. Olumsuz çocukluk çağı deneyimleri sıklığı deneyim türü fark etmeksizin, çocuğun yaşına bağlı doğru orantılı olarak artmıştır. Bu veriler Türkiye’nin önemli bir halk sağlığı sorunu ve erişkin sağlık riski ile karşı karşıya olduğunu göstermektedir (Sofuoğlu vd., 2017).

Travma Bilgili Sosyal Hizmet

Travma bilgili sosyal hizmet yaklaşımı; 1992 yılında ABD Sağlık ve İnsani Hizmetler Bakanlığı’na bağlı olarak kurulan Madde Bağımlılığı ve Ruh Sağlığı Hizmetleri Başkanlığı’nın (Substance Abuse and Mental Health Services Administration-SAMHSA) geliştirdiği travma bilgili yaklaşıma dayanmaktadır. SAMHSA’nın 2014 yılında yayınladığı Travma Kavramı ve Travma Bilinçli Yaklaşım Rehberi, bireylerin yaşamlarındaki travmatik deneyimlerin etkilerini anlama ve ele alma konusunda sağlık çalışanlarına ve sosyal hizmet uzmanlarına rehberlik etmek için oluşturulmuştur. Rehber, birçok farklı yaşam deneyimi sonucu oluşabilen ve insanların ruh sağlığı ve iyi oluşlarını olumsuz yönde etkileyebilen travma kavramını açıklamakta, travma bilgili yaklaşımın varsayımları, ilkeleri ve uygulama alanlarıyla ilgili kapsamlı bilgiler içermektedir (SAMHSA, 2014).

Sosyal hizmet sistemine giren travmatik yaşam öyküsü olan müracaatçılar savunmasız oldukları için süreçte yeniden travmatize olabilmektedirler. Bu nedenle, travmayı anlamak ve hayatta kalanlara nasıl bir

yaklaşım sergileneceğini bilmek sosyal hizmet çalışanları için önemli bir husustur (Kusmaul vd., 2015). Travma bilgili yaklaşım, travmanın yaygınlığının ve etkilerinin farkında olunması, travma öyküsü olan bireylere yönelik uygulamaların ve kurumsal düzenlemelerin buna göre şekillendirilmesi üzerine inşa edilmiş bir yaklaşımdır. Travma bilgili yaklaşım, hayatta kalanların sıkıntıyı yönetme ve günlük rutinelere daha etkili bir şekilde katılma kapasitelerini geliştirmelerine yardımcı olmaktadır (Kusmaul vd., 2019). Bu açıklamalar doğrultusunda travma bilgili yaklaşımın temel varsayımlarını şu şekilde sıralamak mümkündür (SAM-HSA, 2014):

- Travma bilgisine sahip bir program, organizasyon veya sistem travmanın yaygın etkisini fark eder ve potansiyel iyileşme yollarını anlar.
- Müracaatçılarda, ailelerde, personelde ve sistemle ilgili diğer kişilerde travmanın belirtilerini ve semptomlarını tanır.
- Travma hakkındaki bilgileri politikalara, prosedürlere ve uygulamalara tamamen entegre ederek yanıt verir.
- Yeniden travmatizasyona aktif olarak direnmeye çalışır.

Yukarıda sıralanan varsayımlara dayalı olarak geliştirilen travma bilgili sosyal hizmet yaklaşımı, müracaatçıların yaşadıkları travmatik deneyimler sonrasında psikolojik olarak iyileşmeleri ve yeniden bütünleşmeleri için gerekli destek ve kaynakların sunulması gerektiğini vurgulamaktadır. Bu yaklaşım, müracaatçıların yaşadıkları travmaların etkilerinin anlaşılması ve bu etkilerle başa çıkma stratejilerinin geliştirilmesine odaklanmaktadır. Travma bilgili sosyal hizmet uygulamalarında travmatik deneyimlerle karşı karşıya kalan müracaatçıların ihtiyaçlarını karşılamak için farklı teknikler ve yöntemler kullanılmaktadır. Bu teknikler arasında, travmatik deneyimlerin anlaşılması ve anlamlandırılması, stresle başa çıkma becerilerinin geliştirilmesi, güvenliği sağlama ve yeniden bağlanma oluşturma yer almaktadır. Travma bilgili sosyal hizmet yaklaşımında, farklı disiplinler arasında ortak bir dil ve anlayış geliştirilerek müracaatçının yararına eşgüdümlü çalışılması esastır. Müracaatçılara daha etkili bir destek sunmak ve travmatik deneyimlerin etkileriyle

başta çıkmalarına yardımcı olmak için farklı kurumlar tarafından sunulan hizmetleri ve kaynakları harekete geçirmek de önemlidir (Levenson, 2017; Wilson vd., 2013).

Travma bilgili sosyal hizmet müdahalesi; travmanın yaygınlığı, etkileri ve iyileşme süreci hakkında bilgi sahibi olmayı ve bu bilgiyi uygulamaya yansıtmayı gerektirmektedir. Travma bilgili sosyal hizmet müdahalesinde amaç travma öyküsü olan bireylerin güvenliği, saygınlığı, güçlenmesi ve iyilik halinin desteklenmesi ve geliştirilmesidir. Travmayı deneyimlemiş ya da travmaya uğrama riski ile karşı karşıya kalan müracaatçılarla çalışan sosyal hizmet uzmanlarının travma bilgili yaklaşımı içselleştirmiş olması önemlidir. Çünkü travma, bireylerin psikolojik, fiziksel ve sosyal sağlığını olumsuz yönde etkileyerek sosyal hizmet müdahalelerinin işlevselliğini azaltabilmektedir. Ayrıca travma bilgili sosyal hizmet yaklaşımı, sosyal hizmet uzmanlarının kendi travma öykülerini, travma ile ilgili ikincil stresi fark etmelerine ve baş etmelerine de yardımcı olmaktadır (Levenson, 2020).

Sosyal hizmet alanında hizmet sunan kuruluşların travma konusunda bilgilenmiş ve farkındalık sağlamış çalışanlardan oluşması gerekmektedir. Başvuru görevlisinden üst düzey yöneticisine kadar her personelin travmayı ve travma tepkilerini anlayabilecek potansiyele sahip olması önemlidir. Travma konusunda bilinçli kuruluşlar tüm politika, prosedür ve süreçleri rutin olarak inceleyerek, bunların travma tepkilerini tetikleme veya yeniden travmatize etme olasılığının bulunmadığından emin olmalıdır (Kusmaul vd., 2015). Örneğin, psikiyatri hastanelerinde kontrol edilmesi zor olan hastalar için uzun süredir bazı kısıtlama yöntemleri kullanılmaktadır. Ancak istismar yaşamış bir kişi için kısıtlama fiziksel olarak incinmeyle ya da cinsel istismara uğramakla ilişkilendirilmiş olabilir. Bu nedenle kısıtlamaların hastayı yeniden travmatize etme ve daha fazla psikiyatrik semptomu tetikleme potansiyeli yüksektir. Bazen yardım etme çabalarının istemeden de olsa insanlara zarar verebileceği göz önünde bulundurulmalıdır. Travmaya duyarlı bir bakış açısı, kısıtlamaların zarar verici etkisini kabul ederek daha insancıl prosedürlerin ruh sağlığı bakımına dâhil edilmesine olanak sağlar (Yatchmenoff vd., 2017).

Travmatik deneyimler güçsüzlük, korku, umutsuzluk duygularının hâkim olmasına neden olur. Travma bilgilî yaklaşım da bu deneyimlerin yeniden tetiklenmesinden kaçınmak için gerekli politikaları, uygulamaları ve prosedürleri ortaya koyarak güvenli bir çevre, gücün yeniden dağılımı ve özsaygının desteklenmesini sağlamayı amaçlamaktadır. SAMSHA (2014), travmayı anlamak ve travma bilgilî bir yaklaşım geliştirmek için altı temel ilkeyi önermektedir (Eğimli vd., 2020; Güneş Aslan, 2022):

Güvenlik: Kurumların tümünde çalışanlar ve müracaatçılar fiziksel ve psikolojik olarak kendilerini güvende hissetmekte, fiziksel olarak güvenlik için gerekli önlemler alınmış olduğu için kişilerarası ilişkilerde güvenlik duygusu teşvik edilmektedir.

Güvenilirlik ve şeffaflık: Kurum ile çalışanları, müracaatçıları, aile üyeleri ve diğer paydaşları arasında güven oluşturmak ve sürdürmek amacı ile kurumun uygulamaları ve kararları şeffaflık içerisinde gerçekleştirilmektedir.

İş birliği ve karşılıklılık: Travma bakımı veren personel ile yönetim, çalışanlar ile müracaatçılar arasındaki farklı düzeydeki işbirliği önemsenmekte, güç ve kararın anlamlı paylaşımı ile ilişkilerdeki iyileştiricilik desteklenmektedir.

Güçlendirme: Kurumun tümü ve hizmetten yararlanan müracaatçıları arasında, kişilerin güçlü yanları tanımlanmakta ve ihtiyaç duyulan yeni becerilerin geliştirilmesi için destek verilmektedir.

İfade ve tercih etme: Kurum müracaatçılar, aile üyeleri, çalışanların tercih etme deneyimini güçlendirmeyi ve her kişiye bireysel olarak yaklaşım tanımayı amaçlamaktadır. Travmatik yaşantıya maruz kalan müracaatçı geçmişte sesini çıkaramamış olduğu için şimdiki ilişkide sesini çıkarabilmesi, kararlara katılması, seçimler yapması ve hedef belirlemesi teşvik edilir.

Kültürel, tarihsel ve cinsiyete ilişkin konular: Kurum hizmetten yararlanan kişilerin ırksal, etnik ve kültürel ihtiyaçlarına yanıt verebilmek için gerekli politikaları, protokolleri ve süreçleri, cinsiyete dayalı konuları, tarihsel/geçmişte yaşanan travmalara odaklanarak ayrımcılık yapmadan kapsama dahil etmektedir.

Sosyal hizmet alanında travmaya duyarlı uygulamanın dört temel ilkesi bulunmaktadır. Bunlar; müracaatçıların duygularını ve deneyimlerini normalleştirmek ve doğrulamak, geçmişi ve duygusal etkilerini anlamalarına yardımcı olmak, hayatta kalanları mevcut yaşamlarını daha iyi yönetebilmeleri için güçlendirmek ve geçmişteki mağduriyetin ışığında mevcut zorlukları anlamalarına yardımcı olmaktır (Knight, 2015).

Sosyal hizmet alanında kurumları travmaya duyarlı hale getirmekteki amaç, tüm müracaatçıların güvenliğini, bağlılığını, kabulünü ve iyileşmesini teşvik eden bir ortam oluşturmaktır. Travmaya duyarlı kurumlar aynı zamanda sosyal adalet, insan hakları, çeşitlilik, iletişim, güven, farklı bakış açısı edinme, yapıcı eleştiri ve genel iyilik halini geliştirmeyi hedeflemektedir. Diğer bir ifadeyle travmaya duyarlı kurumların amacı müracaatçıların tüm ihtiyaçlarını karşılayan sağlıklı ve işlevsel bir kurum ekosistemini oluşturmaktır (Öz, 2020).

Travma Sonrası Gelişim ve İyileşme

Dini, edebi ve felsefi literatürde acı çekmenin bireyleri daha güçlü hale getirebileceği varsayımı çok eskilere dayanmaktadır. Alman filozofu Friedrich Nietzsche'nin ünlü *"was mich nicht umbringt macht mich stärker"* (beni öldürmeyen şey daha güçlü kılar, 1888) ya da *"increscunt animi, virescit volnere virtus"* (ruhlar büyür ve cesaret yaralarla artar, 1888) sözleri zorlu deneyimler yaşayarak güç kazanan insanlar için bir teşvik olarak kullanılmaktadır (Nietzsche, 2005). Travma sonrası büyüme ya da gelişim, zorlu yaşam koşullarıyla mücadele etmenin bir sonucu olarak yaşanan olumlu psikolojik değişim olarak tanımlanmaktadır (Tedeschi ve Calhoun, 2004). İlk olarak 1990'ların ortalarında Richard Tedeschi ve Lawrence Calhoun tarafından tanımlanan kavram, travmatik deneyimin etkisiyle kaygı, stres gibi olumsuz duygular yaşayan insanların aynı zamanda kendisi, başkaları, dünya ve yaşam hakkında yeni bir anlayış geliştirdiği fikrine dayanmaktadır (Tedeschi ve Calhoun, 1996). Travma sonrası gelişim bireyin hiç stres yaşamaması anlamında değildir; travma ile sarsılan dünya inancının yeniden sorgulanması ile oluşmaktadır. Travma sonrası gelişim olayın kendisinin bir sonucu değil, daha ziyade onunla başa çıkma mücadelesinin bir sonucudur (Çam ve Demirkol, 2019; Henson vd., 2021). Travmatik yaşam olayları sonrasında kendile-

riyle ilgili anlayışları değişen insanlar hayatlarına yeni amaçlar katmakta, daha güçlü ilişkiler kurmaya çalışmakta ve daha büyük bir duygusal dayanıklılık geliştirmektedirler (Joseph ve Linley, 2005).

Travma sonrası gelişim genel olarak bilişsel, duygusal ve sosyal süreçlerin karmaşık bir kombinasyonundan ortaya çıkan pozitif değişikliklerin gerçekleşmesi olarak anlaşılabilir. Tedeschi ve Calhoun (2004), büyük yaşam zorluklarıyla karşı karşıya kalan bireylerin genellikle iki ana amaçla “bilişsel olarak meşgul olma” eğiliminde olduklarını açıklamaktadır: 1) Olayın acil koşullarına bir açıklama bulmak (“bu neden oldu?”) ve 2) olayın ortaya çıkardığı temel sorunları anlamaktır (“olayın hayatımda ne gibi bir etkisi var?”). Tedeschi ve Calhoun (2004) bu süreci “bilişsel işleme” olarak adlandırmaktadırlar. Ampirik çalışmalar, bilişsel işlemenin daha yüksek düzeyde travma sonrası büyüme ile ilişkili olduğunu göstermektedir. Örneğin, Calhoun ve arkadaşları (2000), travmatik bir olay yaşayan 54 genç yetişkinden oluşan bir grupta ruminasyon ile büyümenin ilişkisini araştırmıştır. Araştırma bulgularına göre; olayla ilgili ruminasyon ile travma sonrası büyüme seviyesi arasında pozitif bir ilişki olduğu görülmüştür. Olaydan kısa bir süre sonra katılımcılar ne kadar çok ruminasyon yaşadığını bildirmişse, travma sonrası büyüme derecesi de o kadar büyük olmuştur (Henson vd., 2021).

Sosyal desteğe sahip olan travma mağduru bireylerde olumsuz duyguları açığa vurmanın travma sonrası büyüme ile pozitif ilişkisi bulunduğu belirtilmektedir. Sosyal destek, başa çıkma davranışını etkileyerek ve yaşam krizlerine başarılı bir şekilde uyum sağlama motivasyonunu arttırarak kişisel gelişimin önünü açmaktadır (Prati ve Pietrantonio, 2009). Calhoun ve Tedeschi'ye (2013) göre; bireyin sosyal çevresinden gerekli desteği alarak içsel deneyimini başkalarıyla paylaşması, bilişsel katılımı ve travmatik olayların bilişsel olarak işlenmesini kolaylaştırmaktadır. İçsel bilişsel süreçlerin destekleyici bir sosyal çevre ile paylaşılması depresyon riskini azaltmakta ve/veya daha yüksek düzeyde büyümeyi teşvik etmektedir (Saltzman vd., 2018). Özellikle benzer travmalara sahip insanlardan oluşan bir destek ağına sahip olmak, zorluklarla ilgili iç görü kazandırmakta ve psikolojik iyi olma haline katkı sağlamaktadır (Richardson, 2016).

Travmaya maruz kalan kişinin tutumunu ve travma sonrası büyüme sürecini şekillendiren bir diğer faktör de başa çıkma tarzlarıdır. Sistematik bir derlemeye göre; travmadan sonra hayatta kalanların %50-60'ı aşırı sıkıntılardan muzdarip olduktan sonra bir dereceye kadar kişisel gelişim yaşamaktadırlar (Helgeson vd., 2006; Joseph ve Linley, 2005). Kişinin travmayla başa çıkmak için kullandığı mekanizmaların olumlu veya olumsuz olması süreci etkilemektedir. Örneğin, bir kişi travma sonrasında sorunlarla yüzleşmek için kaçma ya da madde kötüye kullanımı gibi olumsuz başa çıkma tarzları kullanırsa, travma sonrası büyüme sürecinde zorluklarla karşılaşma olasılığı çok yüksektir. Diğer yandan kişi olumlu başa çıkma tarzları kullanarak, örneğin pozitif düşünce ve inanç sistemleri geliştirerek, kendine özgüvenini artırarak ve olayları daha anlamlı hale getirerek travma sonrası büyüme sürecini kolaylaştırabilir. Scignaro ve arkadaşlarının (2011) yapmış olduğu bir araştırmada; problem odaklı aktif başa çıkma ile travma sonrası büyüme arasında pozitif yönlü anlamlı ilişki bulunmuştur. Ayrıca kabul ve olumlu yeniden çerçeveleme gibi duygu odaklı başa çıkmanın anlam oluşturmayı kolaylaştırabileceği ve travma sonrası gelişimi teşvik edebileceği belirtilmektedir (Tuncay ve Musabak, 2015).

Travmatik olaylar kişinin dünya ve kendisiyle ilgili olumlu inançlarını sorgulamasına, kendi incinebilirliğini fark etmesine neden olmaktadır. Birrey dünya görüşünü yeniden inşa etmeye çalışarak travmaya uyum sağlama çabası içine girmektedir (Calhoun vd., 2000). Birçok araştırmacı travma sonrası büyümede inanç ve davranışlardaki olumlu dönüşümlerin en az beş boyutta ortaya çıktığı konusunda hemfikirdir (Park, 2004). Travma sonrası büyüme; yaşamın daha fazla takdir edilmesi, yeni anlayışlara ulaşma yeteneğinin artması, kişisel güç veya ruhsal gelişim duygusunun artması, başkalarıyla ilişki kurma istekliliği ve en önemlisi yaşam önceliklerini gözden geçirilmesi boyutlarında gerçekleşmektedir (Tedeschi ve Calhoun, 1996). Travma sonrası büyümenin beş boyutunu şu şekilde açıklamak mümkündür (Duman, 2019; Tedeschi vd., 2022):

Başkalarıyla ilişkiler: Travmaya maruz kalan kişi bu süreçte başa çıkabilmek için ailesinden ve yakın çevresinden yardım ve destek arayışına girebilmektedir. Başkalarına özellikle de benzer travmalar yaşamış

olanlara karşı yakınlık, samimiyet, empati ve merhamet duygularında artış yaşanmaktadır. Ayrıca mevcut ilişkilere daha çok değer verme ve duygularını ifade etme ve destek arama konusunda istekli olma da bu boyuta dahildir.

Yeni olasılıklar: Zorluklarla ve stresle mücadele sürecinde hayatta kalan kişi, yaşamında birden çok alanda yeni seçenekler keşfetmektedir. Geçmiş varsayımları ve temel inançları değiştiren yeni bir yaşam felsefesi algısı ile kişi yeni fırsatlar, roller ve hedeflere açık hale gelmektedir. Ayrıca daha önce fark edilmeyen ya da yeterince kullanılmayan kişisel güç ve yetenekler fark edilmeye başlanmaktadır.

Kişisel güç: Kişisel güç duygusu, bireyin kırılabilirlik algısı ve travmatik bir olayın kişinin hayatındaki olumsuz etkilerinin net bir şekilde anlaşılması eşliğinde gerçekleşmektedir. Bireysel gücün daha fazla farkına varılması, gelecekteki zorluklarla başa çıkmak ve hatta değiştirilmesi gereken durumları değiştirmek için daha fazla yeteneğin fark edilmesini sağlamaktadır. Kişisel güç; bireyin direnç, dayanıklılık ve baş etme becerilerine olan inancını yansıtmaktadır. Ayrıca zorlu bir mücadelenin üstesinden gelmenin getirdiği güçlenme, özgüven ve öz yeterlik duygusu da bu boyuta dâhildir.

Manevi değişim: Travmayı deneyimleme sürecinde gelişen kişisel gücün bir sonucu olarak travmaya maruz kalanlar dini ya da manevi konulara daha fazla ilgi göstermeye başlamakta ve bir şekilde inanç temelli sorgulamalara yönelmektedirler. Manevi değişim; inanç, değer ve önceliklerde deneyimlenen, hayata daha fazla anlam ve amaç kazandıran bir değişimi yansıtmaktadır. Ayrıca aşkın bir güç, doğa veya insanlıkla bağlantı kurma ve hayatın sunduğu nimetlere daha çok şükretme de manevi değişimi yansıtmaktadır.

Yaşamı takdir etme: Travma sonrası bireysel bir savunmasızlık/kırılabilirlik duygusu yaşayan kişi, yaşamda belirli olayları tahmin edemeyeceğini veya kontrol edemeyeceğini anlamaktadır. Yaşamın geçiciliği fark edilince hayata ve sunduğu olanaklara karşı daha olumlu bir tutum geliştirilmektedir. Ayrıca kişi belirli olaylara verdiği önem derecesini değiştirmeye başlayarak daha önce önemsiz veya değersiz olarak kabul ettiği küçük şeylerle daha fazla ilgilenmektedir. Kişi daha öncesine göre

sahip olunanlara minnettarlık duymaya, önemli ve değerli olanları fark etmeye ve şimdiki anın tadını çıkarmaya başlamaktadır.

Bu boyutlar birbirinden bağımsız veya kapsayıcı değil, aksine birbiriyle ilişkili ve tamamlayıcı yönlerdir. Bireye, travmanın türüne ve şiddetine, baş etme stratejilerine, sosyal desteğe ve diğer bağlamsal faktörlere bağlı olarak yoğunluk ve süre olarak değişebilmektedirler. Travma sonrası büyüme, travmanın arzu edilen veya yararlı olduğunu ima etmemekte, ancak kişisel dönüşüm ve gelişim için bir fırsat olabileceğini göstermektedir. (Tedeschi vd., 2022).

Sosyal hizmet uygulamalarında sıklıkla başvuru alan güçlendirme yaklaşımı açısından travma sonrası büyüme kavramı ele alındığında; bireylerin ve toplulukların zorluklarla başa çıkmada kaynak ve imkanlara sahip oldukları gerçeğinin kabul edilmesi travmaya fırsat penceresinden bakılmasını sağlamaktadır. Güçlenme kavramı; stresle karşılaşıldığında işlevselliği sürdürebilme, zorluklarla başa çıkma kapasitesi, belirgin bir travmaya maruz kalındığında kendini toparlayabilme, dışsal zorlukları gelişim için bir uyaran olarak algılayabilme ve manevi kaynakları psikolojik dayanıklılığı arttırmak için kullanabilme potansiyeli ve becerilerini kapsamaktadır (Thompson, 2016). Travma sonrası büyüme de insanların potansiyellerinin farkına varmasını ve sosyal çevredeki kaynakları harekete geçirmesini sağlamaktadır.

Sonuç

Travmatik deneyimler insanların hayatlarını, iyi oluş hallerini, fiziksel ve zihinsel sağlıklarını ciddi şekilde etkileme potansiyeline sahiptir. Travmanın incitici boyutunun yanında kişinin kendi gücünün daha çok farkına varması, yaşamın anlamının sorgulanması, inanca yönelme ve önceliklerin yeniden değerlendirilmesi gibi gelişime ve güçlenmeye vesile olacak boyutu da bulunmaktadır. Travma sonrası gelişim olarak kavramsallaştırılan bu durumda birey, zorlu yaşam olaylarına rağmen olumlu psikolojik değişimler yaşayabilmektedir. Bu nedenle travma yaşayan bireye destek sunan profesyoneller travmatik durumun büyüme ve güçlenme yaşantısına dönüşeceğini farkında olmalı, mağdurun yeni ve farklı baş etme biçimleri geliştirmesini desteklemeli ve sosyal destek kaynaklarını harekete geçirmelerine yardımcı olmalıdır (Herbert, 2022).

Travma bilgili sosyal hizmet yaklaşımı, ABD Madde Bağımlılığı ve Ruh Sağlığı Hizmetleri Başkanlığı (SAMHSA) tarafından geliştirilen travma bilgili bakım yaklaşımına dayanmaktadır (SAMHSA, 2014). Bu yaklaşım, sosyal hizmet sistemine giren travmatik yaşam öyküsü olan müracaatçıların savunmasızlığı nedeniyle yeniden travmatize olabilecekleri gerçeğinden yola çıkarak oluşturulmuştur. Bu yaklaşım, hayatta kalanların stresi yönetme ve günlük rutinelere daha etkili bir şekilde katılma kapasitelerini geliştirmelerine yardımcı olmak için geliştirilmiştir. Travma bilgili yaklaşımın temel varsayımları arasında; travmanın yaygınlığı ve etkilerinin farkında olunması, travma öyküsü olan bireylere yönelik uygulamaların ve kurumsal düzenlemelerin buna göre şekillendirilmesi yer almaktadır. Bu yaklaşım, müracaatçıların yaşadıkları travmaların etkilerinin anlaşılması ve bu etkilerle başa çıkma stratejilerinin geliştirilmesine odaklanmaktadır. Travma bilgili sosyal hizmet uygulamaları, müracaatçıların ihtiyaçlarını karşılamak için farklı teknikler ve yöntemler kullanmaktadır. Bu teknikler arasında, travmatik deneyimlerin anlaşılması ve anlamlandırılması, stresle başa çıkma becerilerinin geliştirilmesi, güvenliği sağlama ve yeniden bağlanma oluşturma yer almaktadır. Travma bilgili sosyal hizmet yaklaşımında, farklı disiplinler arasında ortak bir dil ve anlayış geliştirilerek müracaatçının yararına eşgüdümlü çalışılması esastır.

Bu yaklaşımın uygulanmasında, sosyal hizmet çalışanlarına, müracaatçıların travmatik deneyimlerini anlama ve ele alma konusunda gereken bilgi, beceri ve yetkinliklerin kazandırılması önemlidir. Bu nedenle, eğitim ve sürekli mesleki gelişim programları bu yaklaşımın etkili bir şekilde uygulanabilmesi için önemlidir. Travma bilgili sosyal hizmet yaklaşımı, savunmasız bireylerin savunmasızlığına saygı duyar ve bu bireyleri yeniden travmatize etmek yerine, onların iyileşme sürecini destekler. Bu yaklaşımın sosyal hizmetin tüm çalışma alanlarına uyarlanması mümkündür. Örneğin; korunma ihtiyacı olan çocuklar, şiddet mağduru kadınlar, bakıma muhtaç engelliler ve yaşlılar, göçmenler ve sığınmacılar gibi müracaatçı gruplarına hizmet sunan kuruluşlarda travma bilgili yaklaşımın kullanılması sosyal hizmet müdahalesinin işlevselliğini arttıracaktır. Bu hizmetlerde travmatik deneyimler yaşamış

müracaatçıların güvenliğinin sağlanması, sosyal destek ağlarının güçlendirilmesi, stres yönetimi ve başa çıkma becerilerinin geliştirilmesi önemlidir.

Travma bilgili sosyal hizmet yaklaşımı sadece bireysel düzeyde değil, aynı zamanda toplumsal düzeyde de uygulanabilir. Doğal afetler gibi toplumsal travma olayları, bir toplumda geniş kapsamlı zarara neden olabilir ve toplumdaki bireylerin psikolojik, sosyal ve ekonomik refahını etkileyebilir. Bu nedenle, toplumsal travmalarla başa çıkmak için toplumda güvenli bir ortam sağlamak, kaynakları paylaşmak, sosyal destek ağlarını güçlendirmek ve toplumun iyileşme sürecine aktif katılımını teşvik etmek gibi stratejiler kullanılabilir.

Sonuç olarak; travma bilgili sosyal hizmet yaklaşımı, müracaatçıların travmatik deneyimlerinin etkilerini anlama ve ele alma konusunda sağlık çalışanlarına ve sosyal hizmet uzmanlarına rehberlik eden bir yaklaşımdır. Bu yaklaşımın temel varsayımları, bir program, organizasyon veya sistemde travmanın yaygın etkisinin fark edilmesi, müracaatçılarda, ailelerde, personelde ve sistemle ilgili diğer kişilerde travmanın belirtilerinin tanınması, travma hakkındaki bilgilerin politikalara, prosedürlere ve uygulamalara tamamen entegre edilmesi ve yeniden travmatizasyona aktif olarak direnç gösterilmesidir. Bu yaklaşımın uygulanması, müracaatçıların yaşadıkları travmatik deneyimler sonrasında psikolojik olarak iyileşmeleri ve yeniden bütünleşmeleri için gerekli destek ve kaynakların sunulması şeklinde gerçekleşmektedir.

Kaynaklar

- Anda, R. F., Butchart, A., Felitti, V. J., ve Brown, D. W. (2010). Building a Framework for Global Surveillance of the Public Health Implications of Adverse Childhood Experiences. *American Journal of Preventive Medicine*, 39(1), 93-98. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2010.03.015>
- APA. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5* (ss. xlv, 947). American Psychiatric Publishing, Inc. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Bremner, J. D. (2005). Effects of Traumatic Stress on Brain Structure and Function: Relevance to Early Responses to Trauma. *Journal of Trauma ve Dissociation*, 6(2), 51-68. https://doi.org/10.1300/J229v06n02_06
- Briere, J. N., ve Scott, C. (2016). *Travma Terapisinin İlkeleri*. İstanbul Bilgi Üniversitesi Yayınları.

- Calhoun, L. G., Cann, A., Tedeschi, R. G., ve McMillan, J. (2000). A correlational test of the relationship between posttraumatic growth, religion, and cognitive processing. *Journal of Traumatic Stress*, 13(3), 521-527. <https://doi.org/10.1023/A:1007745627077>
- Calhoun, L. G., ve Tedeschi, R. G. (2013). *Posttraumatic Growth in Clinical Practice*. Routledge.
- Collins, S., ve Long, A. (2003). Working with the psychological effects of trauma: Consequences for mental health-care workers – a literature review. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 10(4), 417-424. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2850.2003.00620.x>
- Çam, M. O., ve Demirkol, H. (2019). Travma Sonrası Büyümenin Bir Yordayıcısı Olarak Bütünlük Duygusu. *Psikiyatride Guncel Yaklaşımlar - Current Approaches in Psychiatry*, 11(2), 167-177. <https://doi.org/10.18863/pgy.393111>
- Duman, N. (2019). Travma Sonrası Büyüme ve Gelişim. *Uluslararası Afro-Avrasya Araştırmaları Dergisi*, 4(7), Article 7.
- Eğinli, A. T., Karaman, Ş., ve Narinli, A. (2020). Travma Bilgilendirilmiş Organizasyon: Travma Bilgilendirilmiş Örgüt Kültürü Yaratma Süreci. *Social Science Studies*, 8(1), 135-160. <https://doi.org/10.29228/rssstudies.41845>
- Friedman, M. J., Resick, P. A., Bryant, R. A., Strain, J., Horowitz, M., ve Spiegel, D. (2011). Classification of trauma and stressor-related disorders in DSM-5. *Depression and Anxiety*, 28(9), 737-749. <https://doi.org/10.1002/da.20845>
- Güneş Aslan, G. (2022). Travma Bilgili Bakım ve Sosyal Hizmet. *Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi*, 22(54), 87-106.
- Hagenaars, M. A., Fisch, I., ve van Minnen, A. (2011). The effect of trauma onset and frequency on PTSD-associated symptoms. *Journal of Affective Disorders*, 132(1), 192-199. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2011.02.017>
- Helgeson, V. S., Reynolds, K. A., ve Tomich, P. L. (2006). A meta-analytic review of benefit finding and growth. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(5), 797-816. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.74.5.797>
- Henson, C., Truchot, D., ve Canevello, A. (2021). What promotes post traumatic growth? A systematic review. *European Journal of Trauma ve Dissociation*, 5(4), 1-9. <https://doi.org/10.1016/j.ejtd.2020.100195>
- Herbert, C. (2022). *Travma Sonrası Psikolojik Tepkileri Anlamak* (8. Baskı). Psikonet.
- Herman, J. (2007). *Travma ve İyileşme*. Literatür Yayıncılık.
- Janoff-Bulman, R. (1989). Assumptive worlds and the stress of traumatic events: Applications of the schema construct. *Social Cognition*, 7(2), 113-136. <https://doi.org/10.1521/soco.1989.7.2.113>
- Joseph, S., ve Linley, P. A. (2005). Positive Adjustment to Threatening Events: An Organismic Valuing Theory of Growth through Adversity. *Review of General Psychology*, 9(3), 262-280. <https://doi.org/10.1037/1089-2680.9.3.262>
- Kessler, R. C. (2000). Posttraumatic Stress Disorder: The Burden to the Individual and to Society. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 61(suppl 5), 14866.
- Kessler, R. C., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Benjet, C., Bromet, E. J., Cardoso, G., Degenhardt, L., de Girolamo, G., Dinolova, R. V., Ferry, F., Florescu, S., Gureje, O.,

- Haro, J. M., Huang, Y., Karam, E. G., Kawakami, N., Lee, S., Lepine, J.-P., Levinson, D., ... Koenen, K. C. (2017). Trauma and PTSD in the WHO World Mental Health Surveys. *European Journal of Psychotraumatology*, 8(5), 1-16. <https://doi.org/10.1080/20008198.2017.1353383>
- Kilpatrick D. G., Resnick H. S., Milanak M. E., Miller M. W., Keyes K. M., ve Friedman M. J. (2013). National Estimates of Exposure to Traumatic Events and PTSD Prevalence Using DSM-IV and DSM-5 Criteria. *Journal of Traumatic Stress*, 26(5), 537-547. <https://doi.org/10.1002/jts.21848>
- Kleber, R. J. (2019). Trauma and Public Mental Health: A Focused Review. *Frontiers in Psychiatry*, 10, 1-6.
- Knight, C. (2015). Trauma-Informed Social Work Practice: Practice Considerations and Challenges. *Clinical Social Work Journal*, 43(1), 25-37. <https://doi.org/10.1007/s10615-014-0481-6>
- Kolk, B. van der. (2014). *The Body Keeps the Score: Mind, Brain and Body in the Transformation of Trauma*. Penguin UK.
- Kusmaul, N., Wilson, B., ve Nochajski, T. (2015). The Infusion of Trauma-Informed Care in Organizations: Experience of Agency Staff. *Human Service Organizations: Management, Leadership ve Governance*, 39(1), 25-37. <https://doi.org/10.1080/23303131.2014.968749>
- Kusmaul, N., Wolf, M. R., Sahoo, S., Green, S. A., ve Nochajski, T. H. (2019). Client Experiences of Trauma-Informed Care in Social Service Agencies. *Journal of Social Service Research*, 45(4), 589-599. <https://doi.org/10.1080/01488376.2018.1481178>
- Larkin, H., Felitti, V. J., ve Anda, R. F. (2014). Social Work and Adverse Childhood Experiences Research: Implications for Practice and Health Policy. *Social Work in Public Health*, 29(1), 1-16. <https://doi.org/10.1080/19371918.2011.619433>
- Levenson, J. (2017). Trauma-Informed Social Work Practice. *Social Work*, 62(2), 105-113. <https://doi.org/10.1093/sw/swx001>
- Levenson, J. (2020). Translating Trauma-Informed Principles into Social Work Practice. *Social Work*, 65(3), 288-298. <https://doi.org/10.1093/sw/swaa020>
- Levenson, J. S., Willis, G. M., ve Prescott, D. S. (2016). Adverse Childhood Experiences in the Lives of Male Sex Offenders: Implications for Trauma-Informed Care. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 28(4), 340-359. <https://doi.org/10.1177/1079063214535819>
- Maschi, T., Baer, J., Morrissey, M. B., ve Moreno, C. (2013). The Aftermath of Childhood Trauma on Late Life Mental and Physical Health: A Review of the Literature. *Traumatology*, 19(1), 49-64. <https://doi.org/10.1177/1534765612437377>
- Muldoon, O. T., Haslam, S. A., Haslam, C., Cruwys, T., Kearns, M., ve Jetten, J. (2019). The social psychology of responses to trauma: Social identity pathways associated with divergent traumatic responses. *European Review of Social Psychology*, 30(1), 311-348. <https://doi.org/10.1080/10463283.2020.1711628>
- Nietzsche, F. W. (2005). *Nietzsche: The Anti-Christ, Ecce Homo, Twilight of the Idols: And Other Writings*. Cambridge University Press.
- Öz, F. (2020). Travma Duyarlı Okullar: Tanımı, Amacı ve Kapsamı. *İnsan ve Toplum Bilimleri Araştırmaları Dergisi*, 9(3), 2284-2304. <https://doi.org/10.15869/ito-biad.713705>

- Park, C. L. (2004). The Notion of Growth Following Stressful Life Experiences: Problems and Prospects. *Psychological Inquiry*, 15(1), 69-76.
- Prati, G., ve Pietrantonio, L. (2009). Optimism, Social Support, and Coping Strategies As Factors Contributing to Posttraumatic Growth: A Meta-Analysis. *Journal of Loss and Trauma*, 14(5), 364-388. <https://doi.org/10.1080/15325020902724271>
- Richardson, K. M. (2016). The surviving sisters club: Examining social support and posttraumatic growth among FDNY 9/11 widows. *Journal of Loss and Trauma*, 21(1), 1-15. <https://doi.org/10.1080/15325024.2015.1024558>
- Saltzman, L. Y., Pat-Horenczyk, R., Lombe, M., Weltman, A., Ziv, Y., McNamara, T., Takeuchi, D., ve Brom, D. (2018). Post-combat adaptation: Improving social support and reaching constructive growth. *Anxiety, Stress, ve Coping*, 31(4), 418-430. <https://doi.org/10.1080/10615806.2018.1454740>
- SAMHSA. (2014). *SAMHSA's Concept of Trauma and Guidance for a Trauma-Informed Approach*. U.S. Department of Health and Human Services. <https://store.samhsa.gov/sites/default/files/d7/priv/sma14-4884.pdf>
- Scrignaro, M., Barni, S., ve Magrin, M. E. (2011). The combined contribution of social support and coping strategies in predicting post-traumatic growth: A longitudinal study on cancer patients. *Psycho-Oncology*, 20(8), 823-831. <https://doi.org/10.1002/pon.1782>
- Sofuoğlu, Z., Oral, R., Aydın, F., Cankardes, S., Kandemirci, B., Koc, F., Halicioğlu, O., ve Aksit, S. (2017). Epidemiological study of negative childhood experiences in three provinces of Turkey. *Türk Pediatri Arşivi*, 49(1), 47-56. <https://doi.org/10.5152/tpa.2014.838>
- Solomon, E. P., ve Heide, K. M. (2005). The Biology of Trauma: Implications for Treatment. *Journal of Interpersonal Violence*, 20(1), 51-60. <https://doi.org/10.1177/0886260504268119>
- Tedeschi, R. G., ve Calhoun, L. G. (1996). The Posttraumatic Growth Inventory: Measuring the positive legacy of trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 9(3), 455-471. <https://doi.org/10.1007/BF02103658>
- Tedeschi, R. G., ve Calhoun, L. G. (2004). Posttraumatic Growth: Conceptual Foundations and Empirical Evidence. *Psychological Inquiry*, 15(1), 1-18. https://doi.org/10.1207/s15327965pli1501_01
- Tedeschi, R. G., Shakespeare-Finch, J., Taku, K., ve Calhoun, L. G. (2022). *Trauma Sonrası Gelişim*. Nobel Akademik Yayıncılık.
- Thompson, N. (2016). *Güç ve Güçlendirme*. Nika Yayınevi.
- Tuncay, T., ve Musabak, I. (2015). Problem-Focused Coping Strategies Predict Posttraumatic Growth in Veterans With Lower-Limb Amputations. *Journal of Social Service Research*, 41(4), 466-483. <https://doi.org/10.1080/01488376.2015.1033584>
- Wilson, C., Pence, D. M., ve Conradi, L. (2013, Kasım 4). *Trauma-Informed Care*. Encyclopedia of Social Work. <https://doi.org/10.1093/acrefore/9780199975839.013.1063>
- Yatchmenoff, D. K., Sundborg, S. A., ve Davis, M. A. (2017). Implementing Trauma-Informed Care: Recommendations on the Process. *Advances in Social Work*, 18(1), Article 1. <https://doi.org/10.18060/21311>

BÖLÜM 3

ENGELLİ VE YAŞLI BİREYLERE SAĞLANAN KURUM BAKIM HİZMETLERİNE İLİŞKİN GENEL BİR DEĞERLENDİRME

Mehmet ATEŞ

Karabağlar Sosyal Hizmet Merkezi

ORCID: 0000-0002-5465-8401

Mail: mehmet.ates3@aile.gov.tr

Giriş

Dünya genelinde doğumdan beklenen yaşam süresinin uzamaya başlaması ile birlikte nüfus içerisindeki payı artış gösteren engel sahibi ve yaşlı bireylerin karşılaştıkları sosyal sorunlar dönüşüme uğramış, bu durum engel sahibi ve yaşlı bireylerin bakım hizmetine olan talep artışını beraberinde getirmiştir (Lee, vd.,2009). Engel sahibi ve yaşlı bireyler başta sağlık, eğitim, istihdam ve toplumsal yaşama etkin şekilde katılım olmak üzere en temel hak ve özgürlüklere erişim sağlayamamakla birlikte, öz bakımlarını ve temel ihtiyaçlarını karşılama noktasında farklı toplumsal sorunlarla karşılaşmaktadır. Öyle ki küresel ölçekte nüfus içerisindeki payı diğer yaş gruplarına göre hızla artış gösteren yaşlı nüfus ve engel sahibi bireylerin bakım ihtiyacının sağlanabilmesi ve temel ihtiyaçlarının karşılanabilmesi amacıyla çeşitli çalışmalar ve sosyal hizmet modelleri oluşturulmuştur (Kiremitci ve Kırloğlu, 2021; T.C. Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı, 2022a; Kırloğlu, 2019; T.C. Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı, 2022b; Yöntem ve Kırloğlu, 2022).

Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı kapsamında yer alan Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü kapsamında ve doğrudan ya da do-

laylı olarak yürütülen başta istihdam, eğitim, sosyal yardım, engelli evde bakım hizmetleri ve kurum bakım hizmetlerinden oluşan sosyal hizmet modelleri engel sahibi ve yaşlı bireylerin erişilebilirliğini ve etkin şekilde toplumsal yaşam içerisinde yer almasını amaçlamaktadır. Bu noktadan hareketle oluşturularak Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü kapsamında yer alan sosyal hizmet modelleri “sosyal yardımlar, sağlık hizmetleri, sağlık kurulu raporu, engelli kimlik kartı, engelli evde sağlık hizmetleri, evde bakım hizmetleri, yaşlı bakım hizmetleri, eğitim, istihdam, erişilebilirlik, ulaşım hizmetleri, kültür ve sanat etkinlikleri yaşlı ve engel sahibi bireylere sağlanan indirim ve muafiyetler ve ALO 183 sosyal destek” şeklinde ifade edilmiştir (T.C. Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2020; T.C. Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2021).

Engel Sahibi ve Yaşlı Bireylere Sağlanan Kurum Bakım Hizmetleri

Engel sahibi ve yaşlı bireylerin günlük yaşamını sürdürebilmesi amacıyla oluşturulan ve Aile ve Sosyal Hizmet Bakanlığı kapsamındaki uygulama alanlarından biri olan kurum bakım hizmetleri, kişisel bakım ve psikososyal destek hizmetlerini içermektedir. Bu noktadan hareketle engel sahibi bireylerin bakım ihtiyacını karşılamak amacıyla oluşturulan yatılı/gündüz kuruluşlar; umut evleri, Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğüne bağlı bakım, rehabilitasyon ve aile danışma merkezleri ve özel bakım merkezleri olmak üzere üç kısımdan oluşmaktadır (T.C. Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2022a; Kocakaya ve Kiremitci, 2019: 107). Yaşlı bireylere yönelik hizmet sağlayan yatılı/gündüz kuruluşlar ise bakanlığa bağlı huzurevleri, huzurevleri, rehabilitasyon merkezleri, gündüzlü bakım ve aktif yaşam merkezleri, diğer resmi huzurevleri ve özel huzurevleri olmak üzere üçe ayrılmaktadır (T.C. Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2022b). Engel sahibi ve yaşlı bireylerin bakım ihtiyacını karşılamak amacıyla hizmet veren kuruluşların çalışmalarına yönelik gerekli iş ve işlemlerin sağlanması amacıyla farklı yasal düzenlemeler oluşturulmuştur.

Engelli Bireylere Sağlanan Bakım Merkezleri

Engel sahibi bireylerin yatılı/gündüz kurum bakım hizmetinden yararlanmasına ilişkin çeşitli koşullar bulunmaktadır. Bu kapsamda oluşturulan ilgili yasal düzenleme kapsamında bakıma muhtaç engel sahibi bireylerin bakım merkezlerine yönelik gerçekleştirilen başvuruları bireylerin kendilerinin ya da yasal temsilcileri olan vasilerinin bağlı oldukları ilya da ilçe müdürlüklerine yapmaları gerekmektedir. Bedensel, ruhsal yada zihinsel engel durumu nedeniyle temel ihtiyaçlarını karşılamakta sorun yaşayan ya da yaşamını idame ettiremeyen bireylerin hane geliri dikkate alınmaksızın engelli bireyler için düzenlenen sağlık kurulu raporu olması durumunda Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı kapsamında yer alan resmi bakım merkezleri tarafından sağlanan bakım hizmetinden yararlanabilirler (T.C. Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı, 2022b). Aile ve Sosyal Hizmetler İl Müdürlükleri tarafından denetlenen özel bakım merkezleri kapsamında sağlanan bakım hizmetlerinden yararlanmak için ise engel sahibi bireylere ait engelli sağlık kurulu raporunda “ağır engelli” ya da “tam bağımlı” ibaresinin yer alması ve hane içerisinde her ne ad altında olursa olsun tüm gelirlerin kişi başına asgari ücretin 2/3’ünden az olması şartı aranmaktadır (T.C. Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı, 2022b; Resmi Gazete, 2006).

Türkiye genelinde engelli bireylere hizmet veren resmi bakım merkezi (yatılı/gündüz)sayısı 131, özel bakım merkezi (yatılı) sayısı ise 304 olmakla birlikte, İzmir ili dikkate alındığında hizmet veren resmi bakım merkezi sayısı 1, özel bakım merkezi sayısı ise 16’dır (T.C. Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2022c; T.C. Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2022d).

Yaşlı Bireylere Sağlanan Bakım Hizmetleri

Yaşlı bireylerin kurum bakım hizmetinden yararlanmasına ilişkin esasların yer aldığı 2828 sayılı Sosyal Hizmetler Kanunu kapsamında oluşturulan yasal düzenlemeler, yaşlı bireylerin müracaat sürecini düzenlemekle birlikte, huzurevlerinin işleyiş ve denetimlerini sağlamak amacıyla oluşturulmuştur (Akpolat, 2018).

Aile ve Sosyal Hizmet Bakanlığına bağlı olarak hizmet yürüten ve 2828 sayılı yasa kapsamında yer alan “Huzurevleri İle Huzurevleri Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezleri Yönetmeliği” ne göre iş ve işlemlerini sürdüren Resmi Huzurevlerine kabul şartları;

- “60 yaş ve üzeri yaşlarda olmak,
- Kendi gereksinimlerini karşılamasını engelleyici bir rahatsızlığı bulunmamak yeme, içme, banyo, tuvalet ve bunun gibi günlük yaşam etkinliklerini bağımsız olarak yapabilecek durumda olmak,
- Ruh sağlığı yerinde olmak,
- Bulaşıcı hastalığı olmamak,
- Uyuşturucu madde ya da alkol bağımlısı olmamak,
- Sosyal ve/veya ekonomik yoksunluk içinde bulunduğu sosyal inceleme raporu ile saptanmış olmak” şeklinde ifade edilmektedir (Resmi Gazete, 2001).

Öte yandan yaşlı bireylerin kurum bakım hizmetinden yararlanmak adına Devlet Hastanesi ya da Özel Hastanelerden alması gereken sağlık raporunda yaşlı bireyin huzurevinde kalmasında tıbbi açıdan sakınca olmadığı ifade edilmelidir.

Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı tarafından denetimi yapılan özel huzurevlerinin açılış işlemleri ve işletilme koşulları başta olmak üzere çeşitli usul ve esasları belirlemek adına 2008 yılında oluşturulan “Özel Huzurevleri ile Huzurevleri Yaşlı Bakım Merkezleri Yönetmeliği” ne göre kuruluşa kabul şartları;

- “Kuruluşa kabul edilecek bireylerin 55 yaş ve üzerinde olması gerekmektedir. Ancak yaş şartını sağlamayan bireylerin zorunlu hallerde kuruluşa kabulü için meslek elemanı tarafından oluşturulacak sosyal inceleme raporu doğrultusunda sorumlu müdürün teklifi ve ilmmüdürlüğünün onayı ile kuruluşa yerleştirme işlemi gerçekleştirilir,
- Dilekçe,
- T.C. Kimlik Beyanı

- Kişinin bulaşıcı hastalığının olmadığını olması durumunda ise topluyuşam alanlarında kalmasına mani olmadığına dair düzenlenen rapor,
- Kişinin alkol ya da uyuşturucu bağımlısı olmadığını kanıtlayan ve huzurevinde ya da bakım merkezinde kalmasını sağlayacak sağlık raporu” şeklinde ifade edilmektedir (Resmi Gazete, 2008).

Özel huzurevine başvurmak isteyen yaşlı bireyler bağlı oldukları Sosyal Hizmet Merkezleri ya da İl Müdürlüklerinden ziyade doğrudan talep ettiği özel huzurevlerine başvuruda bulunmaktadır.

Engel sahibi ve yaşlı bireylerin nüfus içerisindeki payının artış göstermesi ile birlikte bireylerin bakım ihtiyacı ortaya çıkmış, bu durum bakım hizmeti sağlayan yatılı/gündüz kuruluşların artmasına neden olmuştur (T.C. Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2022e). Öyle ki zaman içerisinde yatılı/gündüz kurum bakım hizmetlerine yönelik talebin toplumsal yaşam içerisinde ortaya çıkandönüşüm ile birlikte artış göstermesi beraberinde engel sahibi ve yaşlı bireylerin farklı sorunlarla karşılaşmasını beraberinde getirmiştir (T.C. Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2018: 127).

Bu noktadan hareketle engel sahibi ve yaşlı bireylerin kurum bakım hizmetinden yararlanmak adına gerçekleştirmiş oldukları başvuru pratikleri ve karşılaştıkları sosyal sorunları ele almayı amaçlayan çalışma kapsamında, nüfus içerisindeki payı artış gösteren engel sahibi ve yaşlı bireylerin bakım hizmetlerine yönelik mevcut uygulamaların işlevselliğini arttırmak ve alternatif uygulamalar oluşturmak amacıyla ulusal ve yerel ölçekte çözüm önerileri sunulmuştur.

Derleme niteliğinde olan bu çalışma kapsamında, Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı bünyesinde engel sahibi ve yaşlı bireylere sağlanan yatılı/gündüz kurum bakım hizmetinin genel yapısı, başvuru süreci ve yaşanan sorunlar üzerinde durulacaktır. Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğünün gerçekleştirdiği faaliyetlerin yanı sıra “2021 Yılı Karabağlar Sosyal Hizmet Merkezi Faaliyet Raporu” ve “2021 Yılı Sosyal Hizmet Merkezi Risk Haritası”

doğrultusunda oluşturulan çalışma kapsamında kurum bakım hizmetine yönelik yaşanan sorunları ortaya çıkarmak ve mevcut sorunlara ilişkin çözüm önerileri oluşturmak amaçlanmıştır.

Engel Sahibi Bireylerin Kurum Bakım Hizmetine Yönelik Başvurular

Ülke geneline kıyasla özel politika gerektiren grupların yoğun olarak yaşamını sürdürdüğü ve nüfus yoğunluğunun fazla olduğu şehirlerde engel sahibi bireylerin yaşamış olduğu sosyal sorunlar ve mevcut bakım hizmetlerine erişimleri yönünden farklı risk kategorilerine sahip oldukları söylenebilir (T.C. İzmir Valiliği Karabağlar Sosyal Hizmet Merkezi, 2021a). Öyle ki zaman içerisinde engel sahibi bireylerin bakımını sağlayan ya da yasal olarak temsilciliğini üstlenen vasileri tarafından başta engelli evde bakım hizmetleri ve kurum bakım hizmetleri olmak üzere Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı kapsamında yer alan hizmet modellerine yönelik başvurular artış göstermiştir (T.C. İzmir Valiliği Karabağlar Sosyal Hizmet Merkezi, 2021b).

Tablo 1. Engel Sahibi Bireylere Yönelik Hizmet Veren Kuruluşlar

Engel Sahibi Bireylere Yönelik Hizmet Veren Kuruluşlar	
Genel Müdürlüğe Bağlı Bakım Rehabilitasyon ve Aile Danışma Merkezleri	131
Umut Evleri	149
Özel Bakım Merkezleri	304

Kaynak: T.C. Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü. (2022a). *Kuruluşlar - Engelli*.

Engel sahibi bireylerin bakım ihtiyacının karşılanması amacıyla mevcut kuruluşlara olan talebin zaman içerisinde artış göstermesi beraberinde hizmet veren kuruluş sayısının artmasına neden olmuştur. Öyle ki 2022 yılı itibariyle Aile ve Sosyal Hizmet Bakanlığı Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü kapsamında yer alan ve engelli bireylere hizmet veren bakım rehabilitasyon ve aile danışma merkezlerinin sayısı 131, umut evlerinin sayısı 149 ve özel bakım merkezlerinin sayısı 304 olarak belirtilmiştir. Engel grubu, cinsiyet ve yaş grubuna göre ayrılan resmi bakım merkezleri yatılı/gündüz ve gündüz şeklinde hizmet vermekte iken özel bakım merkezleri yatılı olarak hizmet veren kuruluşlar-

dır (T.C. Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2022c; T.C. Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2022d).

Engel sahibi bireylerin bakım ihtiyacının karşılanması amacıyla kurum bakım hizmetine yönelik müracaatların içeriği incelendiğinde başta bireysel ve kurumsal başvurular olmak üzere farklı şekilde hizmet talebinde bulunduğu görülmüştür. Gerçekleştirilen başvurulara ilişkin yapılan mesleki çalışmaların genel itibarıyla rehberlik ve yönlendirme çalışmaları üzerinden şekillendiği, ayrıca başvuru koşullarını sağlayan engel sahibi bireylerin taleplerine ilişkin gerekli iş ve işlemler yürütüldüğü görülmektedir. Bakım ihtiyacının karşılanması amacıyla kurum bakımına ilişkin talepte bulunan engel sahibi bireylerin genel itibarıyla yaşamlarını sürdürdükleri illerde tüm engel grupları, cinsiyet ve yaş grubuna yönelik hizmet veren resmi bakım merkezinin olmaması, ilgili yasal düzenlemede yer alan gelir şartının sağlanmaması ve engel sahibi bireyler adına düzenlenen sağlık kurulu raporu ve vasilik sürecinde sorun yaşanması nedeniyle sorun yaşandığı görülmektedir (T.C. İzmir Valiliği Karabağlar Sosyal Hizmet Merkezi, 2021b). Öte yandan engel sahibi bireyler ve ailelerinin özel bakım merkezine yönelik başvuru koşullarını sağlanmakta sorun yaşadığı ve özel bakım merkezi ücretlerinin yüksek olması nedeniyle maliyetini karşılayamadığı görülmektedir.

Yaşlı Bireylerin Kurum Bakım Hizmetine Yönelik Başvurular

Özel politika gerektiren gruplar içerisinde yer alan yaşlı bireylerin nüfus içerisindeki payının artış göstermesine bağlı olarak farklı sosyal sorunlarla karşılaştıkları ve bakım ihtiyacının ortaya çıktığı görülmektedir. Özellikle nüfus yoğunluğunun fazla olduğu bölgelerde yaşlı bireylerin karşılaştıkları sorunların artış gösterdiği ve yüksek risk kategorisinde olduğu söylenebilir (T.C. İzmir Valiliği Karabağlar Sosyal Hizmet Merkezi, 2021). Nitekim yaşanan sorunların artış göstermesi ve bakım ihtiyacının ortaya çıkması farklı sosyal hizmet modellerinin oluşturulmasını beraberinde getirmiştir.

Tablo 2. Yaşlı Bireylerin Kurum Bakım Hizmetine Yönelik Başvuru Yöntemi

Yaşlı Bireylere Yönelik Hizmet Veren Kuruluşlar	
Genel Müdürlüğe Bağlı Huzurevleri	168
Diğer Resmi Huzurevleri	21
Özel Huzurevleri	261

Kaynak: T.C. Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü. (2022b). *Kuruluşlar - Yaşlı*.

Nüfus içerisindeki payı artış gösteren yaşlı bireylerin bakım ihtiyacını karşılamak amacıyla yatılı olarak hizmet veren resmi ve özel huzurevlerinin sayısı zaman içerisinde talep oranına paralel olarak artmıştır. Öyle ki 2022 yılı sonu itibariyle Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı kapsamında Genel Müdürlüğe Bağlı Huzurevlerinin sayısı 168, diğer resmi huzurevlerinin sayısı 21 ve özel huzurevlerinin sayısı 261 olarak belirtilmiştir (T.C. Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2022b).

Yaşlı bireylerin kurum bakım hizmetinden yararlanmak adına gerçekleştirdikleri müracaatların içeriği incelendiğinde başta bireysel ve kurumsal başvurular olmak üzere farklı şekilde hizmet talebinde bulunduğu görülmüştür. Gerçekleştirilen başvurulara ilişkin yapılan mesleki çalışmaların genel itibariyle danışmanlık, rehberlik ve yönlendirme çalışmaları üzerinden şekillendiği görülmüştür. Kurum bakım hizmetinden yararlanmak adına talepte bulunan yaşlı bireylerin özellikle nüfus yoğunluğunun fazla olduğu bölgelerde resmi huzurevlerinde yeterli kapasite olmadığından dolayı sorun yaşadığı, özel huzurevi maliyetlerini karşılayamadığı ve hane içerisinde bakım ihtiyacının karşılanmasını talep ettiği görülmüştür. Yapılan ücret artışının ardından özel huzurevlerinin maliyetini karşılamakta sorun yaşayan ve resmi huzurevine yerleşmek için talepte bulunan yaşlı bireyler genel itibariyle kurum bakımına yerleşinceye kadar geçen süreç içerisinde sıra kaydına alınmaktadır.

Sonuç

Engel sahibi ve yaşlı bireylerin bakım ihtiyacının karşılanması amacıyla Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı kapsamında yer alan resmi ve

özel kuruluşlara yönelik gerçekleştirilen başvuruların zaman içerisinde artış gösterdiği, müracaat eden bireylerin kurum bakımına yerleşme sürecinin uzadığı ve farklı sorunlarla karşılaştıkları görülmektedir.

Engel sahibi bireylerin kurum bakım hizmetinden yararlanmak adına gerçekleştirdikleri başvurular incelendiğinde, yaşamlarını sürdürdükleri bölgelerde tüm engel grupları, cinsiyet ve yaş grubuna yönelik hizmet veren resmi bakım merkezinin olmaması, ilgili yasal düzenlemede yer alan gelir şartının keskinliği, sadece “tam bağımlı / ağır engelli” olarak değerlendirilen engel sahibi bireylerin kurum bakım hizmetinden yararlandığı ve vasilik sürecinde uzun sürmesi nedeniyle sorun yaşandığı görülmektedir. Öte yandan resmi bakım merkezine yerleşemeyen engel sahibi bireyler ve ailelerinin özel bakım merkezine yönelik başvuru koşullarını sağlanmakta sorun yaşadığı ve özel bakım merkezi ücretlerinin yüksek olması nedeniyle maliyetini karşılayamadığı görülmektedir.

Kurum bakım hizmetinden yararlanmak adına başvuruda bulunan yaşlı bireylerin resmi huzurevlerinde yeterli kapasitenin olmaması, özel huzurevi ücretlerinin yüksek olması ve yaşamını sürdürdüğü sosyal çevreden ayrılmak istemediği için bakım ihtiyacının hanede sağlanmasını talep etmesine rağmen uygun hizmet modelinin bulunmaması nedeniyle sorun yaşadıkları görülmüştür. Bununla birlikte yapılan ücret artışının ardından özel huzurevlerinin maliyetini karşılamakta sorun yaşayan ve resmi huzurevine yerleşmek için talepte bulunan yaşlı bireylerin genel itibarıyla kurum bakımına yerleşinceye kadar geçen süreç içerisinde sıra kaydına alındığı gözlemlenmiştir.

Çalışma kapsamında engel sahibi ve yaşlı bireylerin kurum bakım hizmetinden yararlanmak adına gerçekleştirdikleri başvuru sürecinde yaşamış oldukları sosyal sorunlardan yola çıkarak Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı bünyesinde yer alan resmi huzurevi, yaşlı bakım ve rehabilitasyon merkezlerinin sayı ve kapasitesi hizmet sağlanan bölgenin demografik yapısı ve gelir oranları başta olmak üzere farklı kategorilerde değerlendirilerek arttırılmalıdır. Öte yandan bulunduğu sosyal çevreden ayrılmamak için kötü şartlarda yaşayan ve kurum bakım talebinde bulunmadığı halde bakım ihtiyacı ortaya çıkan yaşlı bireylerin bulunduğu çevreden ayrılmadan bakım ihtiyacının karşılanmasını sağla-

yan başta evde bakım hizmeti olmak üzere yaşlı bireylerin sosyal işlevselliğini arttırmak amacıyla farklı sosyal hizmet modelleri oluşturulmalıdır.

Merkezi ve yerel yönetimlerin işbirliğine dayalı engel sahibi ve yaşlı bireylerin buldukları sosyal çevrede başta öz-bakım ihtiyacı ve hane temizliğinin sağlanması olmak üzere bakım ihtiyacının karşılanması amacıyla yerel düzeyde sosyal hizmet modelleri oluşturulmalıdır. Bu sayede engel sahibi ve yaşlı bireyler buldukları sosyal çevreden uzaklaşmadan bakım hizmetinden sorunsuz şekilde yararlanacaklardır.

Engel sahibi ve yaşlı bireylerin yatılı olarak bakım ihtiyacının karşılanmasını sağlayan farklı kuruluşlar olmakla birlikte gündüzlü hizmet merkezlerinin sayısı oldukça yetersizdir. Bu noktadan hareketle Genel Müdürlük hizmet sınırları kapsamında engel sahibi ve yaşlı bireyler ve aile üyelerinin talepleri, hizmet bölgesinin sosyodemografik koşullar ve gelir grupları dikkate alınarak gündüzlü hizmet merkezlerinin sayısı artırılmalıdır. Bu sayede engel sahibi ve yaşlı bireylerin bakım ihtiyacının karşılanmasının yanı sıra toplumsal yaşama etkin şekilde katılım göstermesi sağlanacak olup bireylerin iyilik hali korunmuş olacaktır.

Mevcut özel bakım merkezleri ve özel huzurevlerinin ücretlerinin artış göstermesi nedeniyle özel politika gerektiren gruplar içerisinde yer alan engelli ve yaşlı bireylerin yaşamlarını sürdürdükleri kuruluşların maliyetlerini karşılamakta sorun yaşadıkları görülmektedir. Ortaya çıkan bu sorundan hareketle özel kuruluşlarda yaşamlarını sürdüren bireylerin yaşamış olduğu ekonomik yetersizlik ve maddi sorunların çözüme ulaşması ve sorun yaşayan bireylere maddi destek sağlanması gereklidir. Nitekim kurum bakım hizmetinden yararlanan bireyler genel itibarıyla orta altı gelire sahiplerdir.

Engel sahibi ve yaşlı bireylerin sosyal işlevselliğini artırarak iyilik halini korumak amacıyla oluşturulan ve oluşturulması planlanan tüm hizmet modellerinde engel sahibi ve yaşlı bireylerin "insan" olduğu ve bu nedenle hak ettiği unutulmamalıdır.

Kaynaklar

- Akpolat, M. F. (2018). *Türkiye’de Artan Yaşlı Nüfus ve Huzureverlerinin Sürdürülebilirliği: İstanbul İli Özel Huzureverleri Örneği*. İstanbul: İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi.
- Kırlıoğlu, M. (2019). Engellilik Alanında Yaşanılan Sorunların Belirlenmesi. M. Kırlıoğlu, & H. H. Tekin içinde, *Güncel Sosyal Hizmet Çalışmaları (1-15)*. Konya: Çizgi Kitabevi Yayınları.
- Kiremitçi, M., & Kırlıoğlu, M. (2021). Engellilere Yönelik Özel Sektör Kuruluşları. N. Özmen, & A. Beki içinde, *Sosyal Hizmet Kurum ve Kuruluşları: Yerel Yönetimler, Sivil Toplum Kuruluşları, Özel Sektör (303-331)*. İstanbul: Efe Akademi Yayınevi.
- Kocakaya, R., & Kiremitçi, M. (2019). Engelli Politikalarının Değerlendirilmesi. *Sosyal Hizmet Dergisi*, S.2, (101-116).
- Lee, D. T., Yu, D. S., & Kwong, A. N. (2009). Quality of Life of Older People in Residential Care Home: A Literature Review. *Journal of Nursing and Healthcare of Chronic Illness*, C.1 S.2, (116-125).
- Resmi Gazete. (2001). 21.02.2001 Tarih ve 24325 Sayılı Huzureverleri İle Huzureverleri Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezleri Yönetmeliği.
- Resmi Gazete. (2006). 30.07.2006 Tarih ve 26244 Sayılı Bakıma Muhtaç Özürlülere Yönelik Resmî Kurum ve Kuruluşlar Bakım Merkezleri Yönetmeliği.
- Resmi Gazete. (2008). 07.08.2008 Tarih ve 26960 Sayılı Özel Huzureverleri İle Huzurevi Yaşlı Bakım Merkezleri Yönetmeliği.
- T.C. Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı. (2022a). *Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı E-Bülten*. https://www.aile.gov.tr/media/102882/bakanlik_subat_2022_ebulten.pdf adresinden alındı
- T.C. Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı. (2022b). *Engelli Bakım Hizmeti*. <https://www.aile.gov.tr/sss/engelli-ve-yasli-hizmetleri-genel-mudurlugu/engelli-bakim-hizmeti/> adresinden alındı
- T.C. Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü. (2018). *Türkiye’de Yaşlılara Yönelik Hizmetler Kurumsal Yaşlı Bakımı ve İllerin Durumu*. <https://www.aile.gov.tr/media/9323/kitaptuerkiyede-yasli-lara-yonelik-hizmetler-kurumsal-ya%C5%9F%C4%B1-bak%C4%B1m%C4%B1-ve-illerin-durumu2018.pdf> adresinden alındı
- T.C. Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü. (2020). *Yaşlılar İçin Bilgilendirme Rehberi-III*. <https://www.aile.gov.tr/media/45960/yasli-lar-icin-bilgilendirme-rehberi-3.pdf> adresinden alındı
- T.C. Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü. (2021). *Engelliler İçin Bilgilendirme Rehberi 2021*. https://www.aile.gov.tr/media/96166/engelliler_icin_bilgilendirme_reh_2021.pdf adresinden alındı
- T.C. Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü. (2022a). *Kuruluşlar - Engelli*. <https://www.aile.gov.tr/eyhgm/kuruluslar/engelli/> adresinden alındı
- T.C. Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü. (2022b). *Kuruluşlar - Yaşlı*. <https://www.aile.gov.tr/eyhgm/kuruluslar/yasli/> adresinden alındı

- T.C. Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü. (2022c). *Özel Engelli Bakım Merkezleri*. https://www.aile.gov.tr/media/118186/ozel_engelli_bakim_merkezleri_eylul22.xlsx adresinden alındı
- T.C. Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü. (2022d). *Resmi Bakım Merkezleri*. https://www.aile.gov.tr/media/118230/engelli_resmi_kurulus_listesi_ekim_22.xlsx adresinden alındı
- T.C. Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü. (2022e). *Engelli ve Yaşlı İstatistik Bülteni (Ağustos 2022)*. https://www.aile.gov.tr/media/117257/eyhgm_istatistik_bulteni_agustos2022.pdf adresinden alındı
- T.C. İzmir Valiliği Karabağlar Sosyal Hizmet Merkezi. (2021a). *İzmir Karabağlar Sosyal Hizmet Merkezi Risk Haritası - 2021*. İzmir: T.C. İzmir Valiliği Karabağlar Sosyal Hizmet Merkezi Müdürlüğü.
- T.C. İzmir Valiliği Karabağlar Sosyal Hizmet Merkezi. (2021b). *Karabağlar Sosyal Hizmet Merkezi 2021 Yılı Faaliyet Raporu*. İzmir: Karabağlar Sosyal Hizmet Merkezi Müdürlüğü.
- Yöntem, M. A., & Kırloğlu, M. (2022). Sosyal Hizmet ve İnsan Hakları Bağlamında Bir Değerlendirme: Engelli Bakım Merkezleri. M. Yıldırım, & H. Ö. Sarıdoğan içinde, *Sosyal Bilimlerde Yeni Yaklaşımlar* (s. 149-164). Ankara: Duvar Yayınları.

BÖLÜM 4

KADIN GÖÇMENLERİN UYUM VE ENTEGRASYON SORUNLARI: SURİYELİ GÖÇMEN KADINLAR ÖRNEĞİ

Öznur ŞEN KARADAĞ

Karabük Aile ve Sosyal Hizmetler İl Müdürlüğü

ORCID: 0000-0001-8749-2148

Mail: oznursensen@gmail.com

Giriş

Küreselleşmenin başından itibaren daha çok gündeme gelen göç sorunu önceleri sadece erkek figürler üzerinden değerlendirilmekteydi fakat değişen dünyanın değişen dinamikleri bizlere kadınların da göç yollarında erkeklerden bağımsız olarak var olduklarını gösterdi. İş gücünün feminizasyonu kavramının ardından ortaya çıkan göçün feminizasyonu kavramı göç çalışmalarında kadınların da ilgi odağı haline gelmesini sağladı. Bugün kadınlar dünyanın çeşitli bölgelerinde ekonomik nedenler, savaş, can güvenliği riski, toplumsal cinsiyete bağlı sorunlar ve diğer sosyal sorunlar da olmak üzere birçok nedenle göç etmektedirler. Göç kavramı tek başına birçok sorunu ve travmayı barındırmaktadır. Farklı etnik ve dini gruptan olmak, yabancı olmak, dil bilmemek gibi sorunlar ayrımcılığa ve sosyal dışlanmaya neden olabilmektedir. Bununla birlikte göçmen kadınlar hem göçmen olmaktan kaynaklanan bu sorunları hem de toplumsal cinsiyet rollerinden kaynaklanan kadınlıkla alakalı sorunları yaşamaktadırlar. Güvencesiz işlerde ve kötü şartlarda çalıştırılma, seks işçiliği ve fuhuşa sürüklenme, dışlanma, fiziksel ve cinsel

şiddet, ekonomik zorluklar vb. çokça sorun göçmen kadınların yaşadığı sorunların başında gelmektedir.

Bilindiği üzere ülkemiz özellikle Suriye iç savaşı sonrasında birçok Suriyeli göçmene de ev sahipliği yapmakta olup 22 Nisan 2022 verilerine göre 3.762.385 Suriyeli göçmen bulunmakta olup bunlardan 1.734.202 tanesi kadındır (<https://multeciler.org.tr/turkiyedeki-suriyeli-sayisi>). Bu çalışmada Türkiye’de yaşayan Suriyeli kadın göçmenlerin uyum ve entegrasyon sorunları uyumu ve entegrasyonu en çok etkileyen eğitim, sağlık, beslenme, barınma, sosyal dışlanma gibi çeşitli başlıklarda tartışılacaktır. Spesifik bir göçmen grubunun sorunlarını incelemek için öncelikle göç kavramını ve en temel göç kuramlarını incelemekte fayda vardır.

Göç Kavramı ve Göç Kuramları

İnsanların çeşitli nedenlerle yaşadıkları yeri uzun ya da kısa süreli olarak terk etmesi ve buna bağlı olarak yaşanan sosyoekonomik ve kültürel değişimler göç kavramı altında betimlenmekte olup göçün insanlık tarihinin başlangıcından itibaren var olduğu belirtilmiştir (Kofman, Phizacklea, Raghuram, & Sales, 2000). Göçe ilişkin ilk kuramsallaştırma çalışmaları Ravenstein ile başlamıştır. 1871 ve 1881 İngiliz nüfus sayımı verilerini kullanan Ravenstein göçün kavramsallaştırılmasında endüstrileşme ve kentleşme temaları üzerinde yoğunlaşmıştır. Bu bağlamda göçle ilgili yedi temel kanun belirleyerek sonraki göç kuramlarının temelini oluşturmuştur. Ravenstein; göç ve mesafe, göç ve basamakları, yayılma ve emme süreci, göç zincirleri, doğrudan göç, kır-kent yerleşimcileri farkı ve kadın- erkek farkı olarak belirlediği yedi temel kanunu göç kanunları olarak tanımlamıştır (Çağlayan, 2006). Ravenstein’in çalışmasından sonra küreselleşmenin yayılması ve diğer önemli sosyolojik değişimler göç kavramını daha da önemli bir hale getirmiştir (Şenol Sert, 2015). Bugün göç kuramları incelendiğinde göçün günden güne arttığı, derinleştiği ve çeşitli boyutlara ulaştığı bu nedenle birçok farklı bilim dalları arasında çeşitli göç kuramlarının oluştuğu görülmektedir (Bijak, 2006). Bu kapsamda oluşturulmuş belli başlı diğer göç kuramları ise itme çekme kuramı, Petersen’in beş göç tipi (ilkel, zoraki, yönlendirilen, serbest, kitlesel) kesişen fırsatlar kuramı, merkez çevre kuramı, göç sistemleri ku-

ramı ve İlişkiler ağı kuramıdır (Çağlayan, 2006). Ancak mevcut göç teorileri incelendiğinde göç kararının aile sistemleri içerisindeki dinamiklerden ne şekilde etkilendiği, göçmen nüfusunun çeşitliliği, göçmenlerin menşei ülkesi, göçün nedenleri, göç edilen ülkenin sosyal ve ekonomik koşulları gibi faktörlerin göz ardı edildiği görülmektedir (Anthias & Cederberg, 2009). Çoğunlukla ekonomik nedenlerle gerçekleşen ve göçün esas öznesi olarak göç eden erkekleri odak alan göç paradigmatlarıyla mevcut göç hareketleri açıklanamamaya başlamış, göçün çok çeşitli nüfus grupları tarafından hem ekonomik, hem siyasal hem de sosyal nedenlerle gerçekleştiği görülmüştür. Kadınların göç sürecinin aktörleri haline gelişi ise göçün feminizasyonu ve işgücünün feminizasyonu kavramlarıyla açıklığa kavuşmuştur (Dedeoğlu & Ekiz Gökmen, 2020).

Göçün Kadınlaşması

Göçün feminizasyonunu anlayabilmek için öncelikle işgücünün feminizasyonu kavramını açıklamak gerekmektedir. İşgücünün feminizasyonu; artan yaşam süresine bağlı olarak yaşlı ve bakıma muhtaç nüfusun artması, kadınların işgücüne katılımının artmasıyla bakım işlerini karşılama oranlarının azalması nedeniyle mevcut bakım ihtiyacını yerine getirecek işgücü açığının artması ve bu alanlarda kadın istihdamının yoğunlaşmasını ifade eder (Coşkun, 2017). Tabii ki bu süreci sadece kadın istihdamının artmasıyla açıklamak sığ bir bakış açısı olacaktır. Yarı zamanlı kadın istihdamının artması, erkeklerin tam zamanlı istihdamının düşmesini içermektedir ve bu da esnek ya da a-tipik çalışma modelleriyle kötü istihdam koşullarında çalışmayı kabul eden kadınların sayısının arttığını ifade etmektedir. Kötü istihdam koşullarında çalışmayı kabul eden nüfusun çoğunlukla göçmen olduğu göz önüne alındığında işgücünün feminizasyonu aslında göçün feminizasyonunu da beraberinde getirmiştir (Dedeoğlu & Ekiz Gökmen, 2020). Göçün feminizasyonu ile anlatılmak istenen erkeklerden bağımsız bir şekilde göç eden kadın sayılarının artmasıdır.

Günümüzde kadınların ekonomik sebepler, savaş, ailevi sebepler, sosyal sorunlar gibi birçok olumsuz koşul nedeniyle göç etmek zorunda kaldığı bilinmektedir (Harzig, 2003). Avrupa'da da mülteci kadınlarla ilgili ilk çalışma 1975 yılında gerçekleştirilen Birinci Birleşmiş Milletler

Kadınlar Üzerine Dünya Konferansı'nda kadınlara yönelik cinsel şiddete ilişkin olarak ele alınmıştır. Günümüz literatürü göç sürecinin kadınlar için toplumsal cinsiyet temelinde farklı anlamlar içerdiğini belirtmektedir. Bu kapsamda göç literatüründe kadın çalışmalarına önemli katkılar yapan Morokvasic (1984)'in 'Birds of passage are also women' (Göçmen kuşlar aynı zamanda kadındır) başlıklı çalışması göçün kadınların sadece ekonomik güçlülere karşı gösterdiği zorunlu bir yanıt olmadığını aynı zamanda toplumsal cinsiyetleri temelinde baskıcı ataerkil sosyal ilişkilerden bir kaçış olduğunu da vurgulaması nedeniyle önem arz etmektedir. Morokvasic 1970'lerin ortalarına kadar göç literatüründe kadınların ele alınmadığını, sadece birkaç göç çalışmasında kadınlar ele alınsa da burada kadınların göç sürecinde erkeklere bağımlı özneler olarak ele alındığını belirterek eleştirilerde bulunmuştur (Çakmak, 2010). Özellikle hizmet ve bakım sektöründe kadın emeğinin rolü artmış ve iş gücü piyasasında değişimler yaşanmıştır. Böylelikle göçün kadınlaşması hız kazanarak literatürde de bu kavram geniş yer bulmuştur (Biehl & Danuş, 2020).

Kadınların ve çocukların tarih boyunca savaştan ve çatışmadan en çok etkilenen grup olduğu aşikardır. Çatışma ve savaş neticesinde kadınlar tecavüze uğrama, fiziksel şiddete maruz kalma, yakınlarını kaybetme ve çeşitli zulüm ve işkence görme gibi olumsuz yaşam olaylarına maruz kalmaktadırlar. Göç edenlerin arasında kadın nüfusunun daha fazla olduğu görülse de kadınlar göç ettikleri yerlerde de birçok sosyal sorunla karşılaşmaktadırlar (Buz, 2006). Birleşmiş Milletler raporları incelendiğinde; göçe maruz kalan kadınların da çoğunun cinsel şiddet, ekonomik eşitsizlik ve insan hakları ihlalleri ile karşılaştığı ortaya çıkmaktadır (Kaya, 2015).

Göçmen Entegrasyonu

Göç kavramı insanlık tarihi kadar eski olmakla birlikte günümüz dünyasında yaşanan göç kadar yoğun bir göç süreci tarihin hiçbir döneminde gerçekleşmemiştir. Dünya Göç Örgütü'nün 2010 yılında yayınladığı raporda dünyada 214 milyonun üzerinde göçmen olmakla birlikte bu sayının 2050 yılında 405 milyonu bulmasının beklendiği belirtilmektedir (IOM, 2011). Yaşanan ve yaşanmaya devam etmesi beklenen yoğun

göç süreci devletleri göç nedeniyle gerçekleşen toplumsal değişim ve diğer sosyoekonomik sorunları nasıl kontrol edebilecekleri, kültürel ve etnik çeşitlenme sonunda entegrasyonu nasıl sağlayabilecekleriyle ilgili bir aksiyon alma mecburiyetinde bırakmıştır (Unutulmaz, 2015).

Türkçe 'ye "bütünleşme" olarak tercüme edilen ve İngilizce 'de "integration" kelimesiyle ifade edilen entegrasyon kavramı, bir topluma özgü çeşitli kurum ve kuruluşlar, meslek kuruluşları, etnik gruplar, kültür grupları ve çeşitli topluluklar arasındaki birbirini tamamlama, iç içe geçme, kaynaşma ve ahenk durumunu ifade eder. Toplumu meydana getiren bireylerin ve onların olduğu çeşitli ve farklı ünitelerin karşılıklı bağımlılık ve ahenk içerisinde bir düzen oluşturmaları sürecidir. Bu süreç bireyler bakımından içinde buldukları toplum ya da grubun hâkim değerlerini kendilerine mâl etmek ve dolayısıyla toplumun sosyokültürel değerlerini kazanarak onunla uyumlu bir duruma gelmek şeklinde seyreder (Şenol Sert, 2015).

Entegrasyon kavramı, genel olarak göçmenlerin göç ettikleri toplumun bir parçası haline geldiği süreci ifade etmektedir (Dedeoğlu & Ekiz Gökmen, 2020). Oxford Üniversitesi Göç, Toplum ve Siyaset Araştırma Merkezi Avrupa'da entegrasyon üzerine yayınlanmış akademik çalışmalarından derlediği raporda da entegrasyonu bu şekilde tanımlamıştır (Castles, Korac, Vasta, & Vertovec, 2002). Kişinin bir taraftan göç ettiği toplumun bir parçası haline gelmesi öte yandan da kendi kültürüne ait değerleri yaşamaya devam etmesi Hui ve diğerleri (2015) tarafından entegrasyon, bütünleşme olarak tanımlanmıştır (Karataş & Baloğlu, 2018). Bu noktada harmonizasyon kavramı da vurgulanmaktadır (Koçan ve Kırhoğlu, 2020).

Entegrasyon kavramı önem kazanmadan önce ise göçmenlerin göç ettikleri topluma uyumuyla ilgili çeşitli yaklaşımlar da mevcuttu. Öncelikle asimilasyon kavramı göçmenlerin göç ettikleri süreçte kendi kültürel değerlerinden vazgeçerek göç ettikleri topluma tamamen uyumu şeklinde seyretmiştir. Asimilasyon kavramı ilk olarak Amerika Şikago Okulundaki sosyolog Robert Park'ın Amerika için birleştirici bir ulusal kimlik inşa etmek üzere yaptığı çalışmalarda kullanılmış ve sadece göçmenlere yönelik değil toplumun tümü için geçerli olan 'benzer hale getir-

mek' anlamında kullandığı bir sosyal değişim süreci olarak betimlenmiştir (Kivisto, 2005). Hui ve diğerleri (2015) asimilasyonu bireyin göç ettiği kültürün tüm değerlerini içselleştirerek kendi kültüründen vazgeçmesi ve o değerleri devam ettirmeye yönelik bir isteğinin bulunmaması olarak ifade etmektedir. Entegrasyonun asimilasyondan aslında çok da farklı olmadığını, asimilasyonun daha hafifletilmiş ancak devam niteliğinde bir yaklaşım olduğunu savunan yaklaşımlar da mevcuttur. Bu yaklaşım literatürde Çokkültürcülük olarak yer bulmaktadır. Çokkültürcülük; farklı kültürel grupların kendi dillerini ve kültürel ritüellerini olduğu gibi devam ettirmeleri, kendi eğitim ve dini kurumlarını kurmaları anlamını taşımaktadır (Entzinger, 2003). Fakat göç çalışmalarında feminist yazarlar çok kültürcü politikaların her zaman bahsedildiği şekilde olumlu bir yaklaşım olmayacağını belirtmektedirler. Zira çok kültürcü politikalar göçmen grupların kendi kültürel değerlerini koruması yaklaşımını benimsediği için erkek egemen ilişkilerini ve ataerkil pratikleri destekleyebilmekte, kadına yönelik toplumsal cinsiyet eşitsizliklerine neden olabilmektedir (Martin, 1991).

Bu çalışmada kadın göçmenlerle ilgili entegrasyon kavramı benimsenmiş ve kadın göçmenlerin entegrasyon sorunlarına değinilmiştir. Ülkemizdeki en yoğun kadın göçmen nüfusu olan Suriyeli kadın göçmenler özelinde uyumu ve entegrasyonu etkileyen çeşitli başlıklarda incelemelerde bulunulacaktır. Bu nedenle öncelikle ülkemize 2011 yılından başlayarak günümüze kadar halen devam eden Suriye göçü ve Suriyeli kadın göçmenler hakkında kısa bir bilgi vermek yerinde olacaktır.

Suriyeli Göçmen Kadınlar ve Yaşadıkları Entegrasyon Sorunları

Suriyeli göçmenler 29 Nisan 2011 tarihinden itibaren Türkiye'ye giriş yapmaya başlamışlardır. Türkiye'nin kabul ettiği Cenevre Sözleşmesi nedeniyle mülteci statüsü alamayan Suriyeli göçmenler öncelikle misafir statüsü olarak ülkeye kabul edilmişlerdir (Küçükşen, 2017). Suriye'deki savaşın öngörüldüğü kadar kısa sürede bitmeyerek her geçen gün daha fazla insanın savaştan kaçarak Türkiye'ye gelmesi misafir tanımlamasının yeterli olmamasına ve çeşitli sorunlara sebep olmuştur. Bu kapsamda Yabancılar ve Uluslararası Koruma Kanunu çıkarılmış ve Suriyelilere 'Geçici Koruma Statüsü' verilmiştir. Bu statü ile bir mültecinin sahip ol-

duğu tüm haklara sahip olarak savaş sonuna kadar koruma altına alınmışlardır (Topçu, 2020).

22 Nisan 2022 verilerine göre Türkiye’de 3.762.385 Suriyeli göçmen bulunmakta olup bunlardan 1.734.202 tanesi kadındır. Bu durum Türkiye’yi dünyada en çok mülteciye ev sahipliği yapan ülke yapmaktadır. Geçici koruma altındaki Suriyelilere ek olarak 2018’de oturma izni ile Türkiye’de yaşayan Suriyeli birey sayısı 99 bin 643 kişi, vatandaşlık almış Suriyeli sayısı ise 2021 yıl sonunda 84 bin 152’si çocuk olmak üzere 193 bin 293 kişidir. Türkiye’deki Suriyeliler, Suriye’nin demografik yapısına paralel bir şekilde büyük bir çoğunlukla Araptır. Kürt ve Türkmen Suriyeliler en önemli azınlıklardır. Arapça baskın dil, Sünni İslam çoğunluğun dinidir. Coğrafi açıdan halk İstanbul başta olmak üzere bazı büyük şehirler ile Türkiye-Suriye sınırındaki illere yoğunlaşmıştır. Suriyeliler genel Türk toplumu ile kıyaslandığında daha genç, doğurgan ve eğitimsizdir, ancak suç oranları daha fazla değildir (Vikipedi, 2022).

Suriyeli kadınların Türkiye’deki durumunu anlayabilmek için öncelikle onların Suriye’deki hayatlarına bakmak faydalı olacaktır. Suriye’de hukuk sistemi Osmanlı, Fransız ve İslam Hukukunu temel alarak şekillenmiştir. Çok çeşitli etnik ve dini desene sahip olan Suriye’de her dine mensup kişi kendi dini kuralları doğrultusunda düzenlenmiş hukuk sistemine tabidir (Topçu, 2020). Medeni hukuk kurallarına baktığımızda; ailenin reisinin erkek olduğu ve dört eşe kadar evliliğe müsaade edildiği, evlilik yaşı kadınlar için 16 erkekler için 17 olup hakim istediğinde bunu kadınlar için 13 erkekler için 16’ya kadar düşürebildiği görülmektedir (Ministry of Interior, Syrian Arab Republic, 2019).

Suriye’de kadınların eğitime halk tarafından yeteri önem verilmese de Suriye devletinin eğitime önem verdiği bilinmektedir. Savaş öncesi Unicef verileri incelendiğinde; kız çocuklarının ilkökula devam oranı %99, ortaokulda ise %66 olarak belirtilmiştir (UNICEF, 2012). Kadınların çalışma durumu incelendiğinde ataerkil toplum düzeninin hâkim olduğu Suriye’de erkeklerin çalıştığı, kadınların evde çocuk bakarak ev işleriyle ilgilendiği bir durumun yaygın olduğu görülmektedir. Kadınların çalışmak istedikleri durumlarda babalarından ya da kocalarından izin alma durumu söz konusudur (Topçu, 2020).

Suriyeli göçmen kadınların savaş öncesi Suriye'deki hayatıyla ilgili kısa bilgilere sahip olmak entegrasyonlarının önündeki sorunları daha iyi anlayabilmek açısından gerekli görülmüştür. Bu bölümde göçmen kadınların yaşadıkları uyum ve entegrasyon sorunları uyumu ve entegrasyonu etkileyen temel faktörler üzerinden ele alınmıştır. Bu kapsamda genel anlamda göçmen kadınların özelde ise Suriyeli kadınların eğitim, sağlık, beslenme, barınma, işgücü, sosyal dışlanma ve diğer sosyal sorunlarına değinilerek entegrasyon çalışmalarının dünü, bugünü ve geleceği tartışılmıştır.

Sosyal Dışlanma

Entegrasyonun önündeki en önemli engellerden biri sosyal dışlanmadır. Sosyal dışlanma; toplumla bütünleşmede yetersizlik, sosyal haklara ulaşmada zorluk, yoksulluk, barınma, beslenme, eğitim, sağlık gibi hizmetlere erişememe gibi özelliklere sahip bir olgu olarak tanımlanmaktadır (Silver, 2004). Halk tarafından "yabancı", "istilacı", "işgalci" gibi etiketlerle anılan göçmenler sosyal dışlanma ve ırkçılık, ötekileştirme gibi problemlerle karşılaşabilirler (Bauman, 2013)

Göçmen kadınların sosyal dışlanma durumuna baktığımızda göç sürecinde kadınların toplumsal cinsiyet rollerinden dolayı ayrımcılığa, istismara, şiddete daha çok maruz kaldığı, toplumsal cinsiyet rollerinden kaynaklı bakım yükünün göçle birlikte daha da arttığı, çeşitli hizmetlere ulaşmalarının azaldığı ve bu nedenlerle daha yoğun bir biçimde sosyal dışlanma yaşadıkları görülmektedir (Buz, 2006).

Suriyelilere yönelik olumsuz söylemlerin varlığını hayatımızın her yanında görebilmekteyiz. Yapılan araştırmalarda Suriyeli kadınlar yaşadıkları bölgede çok sevilmediklerini bildiklerini, birçok olumsuz tutum ve davranışla karşılaştıklarını (kiralık ev vermeme, komşuluk ilişkileri kurmama, çocuklarının dövülmesi vb.) belirtmişlerdir (Özüdoğru, 2018). Suriyeli kadınların yaşadıkları sosyal dışlanmaya yönelik yapılan araştırmada sosyal haklara erişim ve maddi yoksunluk vb. konulardan çok genellikle sosyal hayatta ötekileştirilmeye maruz kaldıklarını ifade etmişlerdir. Özellikle 'ikinci eş olma' ya da dul yaşayan Suriyeli kadınlar için 'kötü iş-

ler yapan kadın' imajından rahatsız olduklarını belirten Suriyeli kadınlar bu durumdan olumsuz etkilenmektedirler (Küçükşen, 2017).

Göçmen Kadınların İş Gücü

İşgücünün kadınlaşmasıyla daha önce açıklanan yarı zamanlı ve esnek çalışma modellerinde geçişle birlikte göçmen kadın iş gücünün artması neoliberalizmin de en önemli göstergelerinden biridir. Göçmen iş gücü en temelde ucuz iş gücü demektir ve aynı zamanda ihtiyaç nedeniyle işe alınıp ihtiyaç karşılandığında da kolayca işten çıkarılacak güvencesiz iş gücüdür. Bu nedenle neoliberalizmin dönüştürdüğü istihdam piyasasında göçmen emeğine talep de oldukça revaçtadır (Çiğerci Ulukan, 2015). Gelişmiş ülkelerin talep ettiği işgücü özellikleri incelendiğinde ise vasıfsız ve ucuz işgücüne olan talebin yoğunlukta olduğu karşımıza çıkmaktadır. ABD'de göçmen Meksikalılar, Karayipliler, Avrupa'da ise Türkler, Kürtler, Afrikalılar tarafından karşılanan göçmen emeğinin çoğunlukla kadınlar tarafından sağlandığını görmekteyiz (Etiler & Lordoğlu, 2015).

İşgücü piyasasının dönüşümü, yaşlı nüfusun artması, artan bakım ihtiyacı gibi sosyoekonomik olaylar aile içinde kadınlar tarafından karşılanan bakım işleri için bir kadın işgücü ihtiyacını doğurmuştur (Magdoff & Magdoff, 2004). Mevcut literatür incelendiğinde göçmen kadınların çoğunlukla ev işleri, bakıcı, düşük ücret ile el işi ve seks işçiliğinde çalıştıkları ortaya konmaktadır (Kofman, Phizacklea, Raghuram, & Sales, 2000). Mevcut göç politikaları gereği göçmen kadınların sınır dışı edilme sorunu, dil bilmeme gibi durumları işveren tarafından baskı altına alınmalarına neden olmuştur. Günümüzde göçmen nüfusun iş gücüne sadece inşaat sektöründe erkek göçmen nüfusunun ağırlıkta olduğu bunun dışında kadın göçmen nüfusunun diğer sektörlerde daha yoğun olduğu ve kadın göçmenlerin hem toplumsal cinsiyet rollerinden hem de siyasal ve ekonomik nedenlerden dolayı birçok baskıya maruz kaldığı görülmektedir (Coşkun, 2017).

Türkiye'deki göçmen kadınların iş gücü incelendiğinde ise, kırdan kente göçün başladığı 1950'li yıllardan bu yana göçmen kadınların istihdam sektöründe var olduğu görülmekte ancak Türkiye'nin yerli göçmen

kadınlarla birlikte başka ülkelerden de vasıfsız kadın işgücü talebinde bulunduğu bilinmektedir. Özellikle hizmet sektöründe yoğun istihdamı olan göçmen kadın işgücünde yerli ve yabancı göçmenler arasında da bir iş bölümünden söz etmek mümkündür. Gece kalınması gereken yatılı bakım işlerinde yabancı göçmenlerin ön planda olduğu ancak yerli göçmenlerin gündüzlü ev işleri sektöründe daha yaygın olduğu görülmektedir (Toksöz, 2015).

Suriyeli kadınların işgücü incelendiğinde iki açıdan bir yorumlama yapmak mümkündür. Öncelikle Suriye’de çalışmalarına izin verilmeyen kadınların göç sürecinde yaşanan yoksulluk nedeniyle çalışmak durumunda kalması ekonomik açıdan özgürleşmelerine katkı sağlamıştır (Topçu, 2020). Öte yandan Suriye’de alınan diplomanın geçerli olmaması veya uzun süren prosedürler nedeniyle kendi ülkelerinde doktor mühendis gibi yüksek statülü mesleklerde çalışanların daha düşük statülü vasıfsız ve güvencesiz işlerde çalışmak zorunda kalmalarına neden olmuştur (Barın, 2015). Suriyeli kadınların çalıştığı sektörlerin genellikle tekstil atölyeleri ya da evde parça başı işler olduğu görülmektedir. Parça başı el işi yapan Suriyeli kadınlarla yapılan bir araştırmada evde fıstık, badem kırma, bulaşık teli paketleme, ayakkabı süsleme-kutulama, tişört kazak işleme gibi işler yaptıkları, bu işlerle cüzi miktarda gelir elde ettikleri ve bu işleri mecburiyetten yaptıklarını belirterek çalışmayı eve, erkeğe yardım olarak nitelendirdikleri anlaşılmıştır. Parça başı işlerin Suriyeli kadınların eve hapsolmasına neden olarak sosyal hayata entegre olmalarının da önünde bir engel olduğu düşünülmektedir (Uçar, 2020).

Barınma ve Beslenme Durumları

Suriye savaşının başlamasına müteakip ilk Suriyeli göçmen kabulü sınır illerde kamplarda yapılmıştır. Ancak savaşın uzaması ve her geçen gün yeni savaş mağduru insanın gelmesiyle kamplar yetersiz olmaya başlamıştır. Bu kapsamda AFAD 10 ilde 22 barınma merkezi yaparak 268bin Suriyeliye hizmet sunmuştur. Ancak barınma merkezlerinin de dolmasıyla halk barınma merkezi dışında yaşamaya başlamıştır. AFAD’ın 2014 yılında yaptığı araştırma verilerinde Barınma merkezinde kalan Suriyelilerin sayısı 272.818 iken barınma merkezi dışında kalan Suriyelilerin sayısı ise 2.474.134 dür (AFAD, 2014).

Barınma merkezi dışında yaşayan kadınların durumlarıyla ilgili Mazlum-Der'in yaptığı bir araştırmada; Suriyeli kadınların çoğunluğunun kiraların fazla olması nedeniyle yetersiz koşullardaki evlerde yaşadığı ifade edilmektedir. Barınma açısından yetersiz koşullar olarak betimlenen evler; ısınma sisteminin olmaması, sağlığa uygunlukla ilgili eksiklikler, toplu yaşama uygun olmaması, yeterli eşyanın bulunmaması ve kontratsız oturma gibi güvencesiz barınma koşullarını içermektedir (Mazlum-Der, 2014).

Yine Küçükşen (2017) tarafından yapılan bir araştırma kapsamında görüşme yapılan Suriyeli kadınlar barınma konusunda birçok zorlukla karşılaştıklarını ifade etmişlerdir. Evlerin genellikle rutubetli, depo veya garaj girişi olarak kullanılabilir yerlerin olduğu anlaşılmaktadır. AFAD ise yaptığı araştırma sonucunda Suriyelilerin yaşadığı evlerde sıcak su, deterjan, şampuan olmaması gibi yetersiz hijyen koşullarının olması Suriyeli kadın ve çocukların bakteri mantar vb. hastalıklara yakalanmalarına neden olduğunu belirtmektedir (Genç & Öztürk, 2021).

Barınma ile ilgili temel sorunlardan bir diğeri ise gettolaşmadır. Göç edenlerin genelinde kendi topluluklarının olduğu bölgelerde yaşama eğilimi mevcuttur. Suriyeli kadınların da genellikle kendi topluluklarının olduğu bölgede yaşadıkları görülmektedir. Bu durum Suriyeli kadınların dil öğrenmelerini engelleyen dolayısıyla da yerli halkla sosyalleşmelerini engelleyerek entegrasyon sorunlarına neden olan bir durumdur. Öte yandan gettolaşan göçmen nüfusunun konumlandıkları bölgelerde yoğun dayanışma içerisinde olması gettolaşmayı tercih etmelerinin önemli bir nedenidir (Barın, 2015).

Türkiye'de yaşayan Suriyeli kadınların %87'sinin gelir oluşturacak bir mesleğe sahip olmadıkları belirtilmektedir (Barın, 2015). Mazlum-Der kamp dışında yaşayan kadınların durumlarını inceleyen araştırmada kadınların büyük çoğunluğunun hiçbir gelir elde edemediğini bu nedenle yeterli yiyecek temin edemediğini ve mutfak masraflarını karşılamakta zorlandıklarını ifade etmektedir (Mazlum-Der, 2014). AFAD'ın yaptığı araştırmada ise Suriyeli kadınlara önümüzdeki bir hafta için yeterli miktarda yiyeceklerinin ya da yiyecek alacak paralarının olup olmadığı sorulduğunda %78'inin bu soruya hayır cevabı verdiği belirtil-

mektedir (Genç & Öztürk, 2021) Ayrıca yaşanan evlerin hijyen açısından oldukça kötü durumda olması da kadınların mutfak ortamında yemek hazırlamasını engellemekte, sağlıklı beslenme sürecinin önüne geçmektedir.

Eğitim

Suriyeli göçmen kadınların eğitim düzeyinin çok düşük olduğu bilinmekle birlikte yapılan araştırmalarda %21'inin okuryazar olmadığı görülmektedir (Barın, 2015). Suriyeli kadınların ve kız çocuklarının Türkiye'de eğitimlerine devam etmelerinin önünde birçok engel bulunmaktadır. İlk başta Ankara'da Nezahat Albay önderliğinde kadınlar kendi girişimleri ile Türkçe kursları açmışlar ve dil öğrenmenin akabinde diğer hizmetlerden de faydalanmaya başlamışlardır (Topçu, 2020). Ancak evli kadınların çocuklarına bakmak zorunda oluşu ve eşlerinin müsaade etmeyişi, dil engeli eğitimlerine devam etmelerini engellemektedir.

UN Women'ın yaptığı bir araştırmada Suriyeli kadınların eğitimine devam etmeme nedenleri arasında eğitim almayı tercih etmemeleri %23.7 oranla, ailelerinin izin vermemesi %18.6 oranla en yüksek nedenler olarak belirtilmiştir. Ayrıca yine UN Women'ın yaptığı araştırmada Türkçe konuşabildiğini söyleyenlerin (%29,8) yalnızca %19,2'si Türkçe dil kursuna katıldıklarını belirtirken, %80,8'i etrafındaki insanlarla iletişim kurarken Türkçe öğrendiklerini ifade etmiştir. Dil öğrenememe Suriyeli kadınların Türk toplumuna entegrasyonu, eğitim ve istihdam gibi olanaklardan faydalanabilme hususlarında engel teşkil etmektedir (UN WOMEN, 2018).

Sağlık

Sağlık hizmetlerine bakıldığında Suriyeli göçmenler Geçici Koruma Yönetmeliği kapsamında sağlık hizmetlerine erişim sağlamak ve tedavi için gerekli ilaçları ücretsiz temin edebilmektedirler. Ancak bu hizmetlerden faydalanmaları için kayıtlı olmaları yani geçici koruma belgesine sahip olmaları şartı gerekmektedir. Kayıtlı olmayanların ise sadece acil tıbbi yardım alma imkanları bulunmaktadır (Etiler & Lordoğlu, 2015). UN Women'ın yaptığı araştırmada sağlık hizmetlerine erişemeyen kadınların sağlık hizmetlerine erişememe nedenleri arasında en

yüksek oranla kimliğinin olmaması (%27.9) yani geçici koruma belgesine sahip olmamaları olarak belirtilmekte, ikinci en önemli sorun ise %9.3 ile personel ile iletişim kuramama olarak belirtilmiştir. Sağlık hizmetlerine ulaşamama sorunları Suriyeli kadınların kaçak/merdiven altı muayenehanelerde hizmet veren Suriyeli doktorlardan yetersiz hijyen koşullarında hizmet almalarına hatta doktor olmayan kişilerce de kandırılmalarına sebep olabilmektedir (UN WOMEN, 2018).

Diğer taraftan ülkemizdeki Suriyeli kadınların demografik özelliklerine baktığımızda birçoğunun üreme çağına olduğu ve doğurganlığı yüksek bir nüfus popülasyonuna sahiptirler. Nitekim 2011 yılından bu yana sadece barınma merkezlerinde 35.000'den fazla bebek dünyaya gelmiştir, barınma merkezi dışında yaşayan Suriyeli kadınların doğum oranı bilinmemekle birlikte çok yüksek olduğu da gerçektir. Bu durum çok ciddi bir ana-çocuk sağlığı politikalarını gerektirmektedir ancak Suriyeli hamile kadınlar hamilelik sürecini herhangi bir doktor gözetimi olmadan geçirmekte, doğumlarını ise hastane ortamından uzak, doktor veya ebe/hemşire bulunmaksızın gerçekleştirmektedirler (Genç & Öztürk, 2021)

Sağlıkla ilgili değinilecek bir diğer konu psikososyal destektir. Suriyeli kadınların çeşitli ruh sağlığı problemleri yaşadığı bilinmektedir. Özellikle yaşanan savaş ve göç büyük bir travma yaşamalarına neden olmuş ve travma sonrası stres ve depresyon gibi psikolojik rahatsızlıklara sahip oldukları gözlemlenmiştir. Savaş ve göçe bağlı gelişen psikolojik sıkıntılar da Suriyeli kadınların entegrasyonunun önünde büyük bir engel teşkil etmektedir. Suriyeli kadınların psikolojik sorunlarıyla ilgili destek sağlamak için kamplarda rehabilitasyon merkezlerinde psikososyal destek sunulmaktadır ancak çoğunluğun kamp dışında yaşadığı düşünüldüğünde rehabilitasyon merkezlerinin kamp dışında da açılarak kadınların tercüman eşliğinde de olsa psikososyal destek elzemdir (Barın, 2015).Suriyeli kadın ve kız çocuklarının psikososyal destek hizmetlerinden yararlanma konusunda UN Women'ın yürüttüğü çalışmada kadınların %18,6'sının hizmetlere erişim sahibi olduğu, %58,8'inin bu tür hizmetlerin varlığından haberdar olmadığı ve %22,6'sının bu hizmetler-

den haberdar olmalarına rağmen faydalanmadığı sonucuna ulaşmıştır (UN WOMEN, 2018).

Diğer Sosyal Sorunlar

Suriyeli kadınların yaşadığı sosyal sorunlardan bahsetmekte de fayda vardır zira bunlar uyum ve entegrasyonun önündeki en önemli engellerdendir. Suriyeli kadınların yaşadığı en önemli sosyal sorunlardan bir tanesi para karşılığı evlilik veya ikinci eş olarak evlilik teklifleridir. Suriyeli kadınların çaresiz ve yalnız olmasını fırsat bilerek Suriyeli kadınlardan faydalanmaya çalışan erkekler bu durumu istismar etmekte ve kadınlar da bu teklifleri kabul etmek durumunda kalmaktadırlar (Özüdoğru, 2018). Yaşanan bu sosyal sorun kimi zaman 'Suriyelilerle Evlilik Ticarete Dönüştü' şeklinde başlıklarla haberlerin gündemine de oturmuştur (Milliyet Gazetesi, 2014).

Suriyeli kadınların ikinci ve üçüncü eş durumunda olması Suriyelilerin yoğun olarak yaşadığı sınır illerinde oldukça yaygındır. Bu yaygınlaşma toplum içinde normalleşmeye neden olmakta ve kadınların yaşadığı ihmal ve istismarın kanıksanarak görünmez hale gelmesini tetiklemektedir (Genç & Öztürk, 2021). Suriyeli göçmen kadınların para karşılığı ikinci veya üçüncü eş olmaya zorlanması sadece Türkiye'ye özgü bir durum değildir. Diğer ülkelere göç eden Suriyeli kadınların da benzer bir durumla karşılaştığı, baskı taciz ve istismara maruz kaldığı Uluslararası Af Örgütünün 2016'da yayınladığı "*Güvenli Bir Yer İstiyorum: Suriye'den Gelen Mülteci Kadınlar, Evlerinden Ayrılmış ve Lübnan'da Korunmasız*" adlı çalışmasında da belirtilmektedir (Özüdoğru, 2018).

Bir diğer sosyal sorun ise çocuk gelinler meselesidir. Suriyeli göçmen kız çocuklarının erken yaşta evlendirilmesi, para karşılığı satılması son derece yaygın bir sosyal sorun olarak karşımıza çıkmaktadır. Çocuk gelin kavramı, bir kişinin 18 yaşını doldurmadan ve bir evlilik için gerekli fiziksel ve psikolojik gelişimini tamamlayamadan yapılan erken evlilikler olarak tanımlanmaktadır (Boran, Gökçay, Devecioğlu, & Eren, 2013). Dünya genelinde 700 milyon kadın 18 yaşına gelmeden evlenmekte olup bunların üçte birinin ise 15 yaşına gelmeden evlendiği belirtilmektedir (UNICEF, 2014). Çocuk gelinler çoğunlukla erken gebelik, cinsel yolla

bulaşan hastalıklar ve aile içi şiddete maruz kalma konularında yüksek düzeyde risk altındadırlar (McFarlane, Nava, Gilroy, & Maddoux, 2016). Her kültürün kendine özgü ahlaki kodlarının olduğu ve evrensel standartların kabul edilmesinin gerekli olmadığına vurgu yapan kültürel görecelilik kavramı erken yaşta evlilikleri kültürel sınırlar içerisinde normalleştirmeye çalışmakla birlikte çocuk evlilikleri bir insan hakları ihlali olup gelenek, görenek ve toplumsal yapı ile normalleştirilemez (Pekel, 2019).

Suriye'den göç eden topluluğun kültürel özelliklerine baktığımızda Türkiye'deki gibi ataerkin bir yapının topluma hakim olduğunu görmekteyiz. Bu yapı ve erken yaşta evliliklerin normal karşılanması göç sonucunda yaşanan sosyal ve ekonomik sorunlarla birleşince kız çocuklarının erken yaşta evlendirilmesi sorunların bazıları için bir kurtuluş olarak görülmesine neden olmuştur (Gül, 2022). Suriye'nin medeni kanununda daha önce de bahsedildiği üzere evliliğin hakim kararı ile kız çocukları için 13 yaşına kadar düşürülmesi, erken yaşta evlenmeyen kadınların kendisinden çok yaşlı erkeklerle evlenmek ve/veya ikinci/üçüncü eş olmayı kabul etmek zorunda kalması gibi hukuki ve kültürel nedenlerle erken yaşta evlilikler normal karşılanmaktadır. Öte yandan ailelerin savaş ve göç sürecinde kız çocuklarının bakımını üstlenememesi ve çocukları koruma kaygısı ile evlendirme yoluna gitmeleri de oldukça artmıştır (Bailey-King, 2018). Ekonomik nedenler de erken yaşta evliliğin önemli bir nedenidir. Nitekim 'sofradan bir boğaz eksilmesi' ve başlık parası/süt parası gibi geleneklerle aile büyüklerinin kız çocuğu üzerinden ekonomik fayda sağlaması da erken yaşta evliliğin önünü açan en büyük nedenlerdendir. Bu normalleştirme öte yandan insan ticaretini de oldukça artırmış, Suriyeli kız çocukları evlilik adı altında başlık parası karşılığında ailelerinden alınarak aracı kişiler tarafından satılmaya başlamış ve bu aracı kişiler her çocuk başına komisyon alması ile çocuk bedeni üzerinden gelir elde etmeye başlamışlardır (Mazlum-Der, 2014).

Sonuç ve Öneriler

Dünya genelinde sayıları 232 milyonu aşan göçmen nüfusunun yarısının kadın olmasına ve kadınların göç sürecinde yüzyıllardır yürümesine rağmen göç literatüründe uzun süre erkeklerin gölgesi altında kalmış, göç yollarında erkekleri takip eden pasif özneler olarak yer bulmuşlardır. Ancak kadınların erkeklerden bağımsız olarak göç sürecinde var olduklarının anlaşılmasının akabinde göçün kadınlaşması kavramıyla aslında kadınların ekonomik nedenler, savaş, baskı ve toplumsal cinsiyete dayalı birçok şiddet olayı nedeniyle göç ettikleri görülmüştür.

Dünya genelinde göç eden kadınlar incelendiğinde göçün akabinde kadınların asıl meslekleri ne olursa olsun toplumsal cinsiyete dayalı bakım ve hizmet sektöründe istihdam edilmeleri, üstelik bu istihdam dahilinde esnek çalışma, atipik çalışma, güvencesiz çalışma ve tehlikeli sektörlerde çalışma hususlarında mecbur bırakılmaları, toplumsal cinsiyete dayalı nedenler, göçmen olma ve yoksullukla birlikte dezavantajlarının pekiştiğini görmekteyiz.

Bunca olumsuzluğa rağmen göçmen kadınların yaşadıkları topluma entegre olmaları da beklenmektedir. Zira göç süreci incelendiğinde göçün çoğunlukla tek gidişli bir yolculuk olduğu, geriye dönüş oranının oldukça az olduğu bilinmektedir. Geriye dönüş mümkün olmadığında da kadınların entegrasyonu için belirli koşulların oluşması gerekmektedir. Entegrasyon kabaca göçmen nüfusun kendi değerlerini kaybetmeden göç ettikleri topluma uyum sağlaması olarak tanımlanmakla birlikte sosyal dışlanmanın olmadığı, eğitim, sağlık ve sosyal hizmetlere ulaşılabilirliğin olduğu, insani koşullarda istihdama erişimin mümkün kılınarak istihdam edilememe durumlarında sosyal yardımların devreye girdiği ve sosyal sorunların çözülebilmesi için göç alan devletin aktif rol aldığı bir sistemle mümkün olacaktır. Ülkemizde Suriyeli göçmen sayısı 2011 yılındaki Suriye iç savaşıyla başlamış olup günden güne artmış ve mevcut kapasitenin üzerinde bir göç kabulü ile günümüzde halen devam etmektedir. Dünyada en çok mülteciye ev sahipliği yapan Türkiye'nin mevcut göç politikaları göç sürecini yönetmekte yetersiz kalmış olup kadın, çocuk, yaşlı, engelli, yoksul nüfus gibi dezavantajlı göçmen nüfusları birçok trajediyle boğuşmuşlardır.

Bu çalışmada Suriyeli kadınların ülkemize uyum ve entegrasyonunu engelleyen noktalar tartışılmıştır. Bu hususta öncelikle kadın istihdamı ele alınmıştır. Kadın istihdamı tüm göçmen kadın nüfus içerisinde tehlikeli sektörler, esnek çalışma ve güvencesiz çalışma ile karakterize iken özellikle Suriyeli kadınların tekstil atölyelerinde ve evde parça başı işlerle ağır çalışma koşullarıyla istihdama dahil olmakla birlikte çalışma oranının düşük olduğu, öte yandan Suriye’de doktor, mühendis gibi nitelikli işlere sahip olan kişilerin de prosedürler ve diplomanın tanınmaması nedeniyle işgücünün niteliksizleştirildiği görülmektedir.

İş gücü ile ilgili yaşanan bu sorunlar yoksulluğu arttırmakta bu durumda beslenme ve barınmanın da insani olmayan standartlarda devam etmesine neden olmaktadır. Yapılan araştırmalar Suriyeli kadınların çoğunlukla temel hijyen standartlarını karşılamayan yerlerde barındığını ve beslenme ihtiyaçlarını yeterince karşılayamadıklarını göstermektedir. Öte yandan dil bilmeme, ataerkil toplum yapısı nedeniyle ailelerin izin vermemesi, çocuk bakma sorumlulukları vb. nedenlerle kadınların eğitim hizmetlerinden de faydalanamadığı görülmekte, eğitimsizlik kadınların meslek edinmesinin de önünde bir engel olmaya devam etmektedir.

Sağlıkla ilgili hizmetlere bakıldığında kayıtlı mültecilerin temel sağlık hizmetlerine eriştiği ancak kayıtlı olmayanların sadece acil hizmetlerden faydalandığı bir sistem mevcuttur. Bu sorunun üzerine dil problemi de eklenince Suriyeli göçmenlerin Suriyeli doktorlar tarafından hizmet veren kaçak muayenehanelerde hizmet almasına neden olmaktadır. Özellikle Suriyeli göçmen nüfusun demografik yapısı incelendiğinde çoğunluğun doğurganlık çağında olması ve doğum oranının yüksek olması nedeniyle gebelik takibi, doğum ve lohusalık süreçlerinde sağlık hizmetinden faydalanma oranı oldukça düşüktür.

Son olarak çeşitli sosyal sorunlar Suriyeli kadınların uyum ve entegrasyonun engellenmesine ve sosyal dışlanmaya da neden olmaktadır. Öncelikle Suriyeli kadınların para karşılığı evlenmeye zorlanması ve Türk erkeklerinin bu durumu avantaj olarak görmesi çok eşli evliliklerin artmasına ve para karşılığı evliliklerin yaygınlaşmasına neden olmuştur. Suriyeli kadınların yoksulluk ve göç sürecindeki dezavantajları nedeniyle bu evlilikleri kabul etmek zorunda kalmalarının yanında bu durumun

Türk kadınları tarafından olumsuz karşılanması Suriyeli kadınlara yönelik sosyal dışlanmaya da neden olmaktadır.

Bir diğer sorun çocuk evlilikleridir. Suriye’de erken yaşta evliliğin hem İslam Hukuku kapsamında uygun olması hem de kültürel olarak erken evliliklerin normal karşılanması durumuna göç ve savaşta ailelerin çocukların bakımını üstlenememesi ve kız çocuklarını koruma isteğiyle çocukların evlendirilmesi hususuna sıcak bakmalarına neden olmuş ve çocuk gelin vakaları yaygınlaşmıştır. Öte yandan erken yaşta evlendirilme konusu kimi kişilerce bir gelir kapısı olarak görülmüş ve başlık parası altında para karşılığı çocuk gelin ticareti yapılarak her gelin başına komisyon alındığı olaylar da vuku bulmuştur. Çocukların erken yaşta evlendirilmesi cinsel hastalıkların bulaşması, erken gebelik, aile içi şiddet ve istismar gibi birçok riski barındırmakla birlikte bu risklere göçmen olma dezavantajı eklenince Suriyeli kız çocuklarının erken yaşta evlenmesi gelecekte sağlıklı bir birey olma sürecinin önüne kocaman bir duvar örmektedir.

Tüm bu hususlar daha önce de bahsedildiği üzere Suriyeli kadınların ülkemize uyum ve entegrasyonu önündeki engeller olarak tanımlanmıştır. Bu engellerin kaldırılabilmesi ve Suriyeli kadınların entegrasyonunun sağlanabilmesi için yukarıda bahsedilen sorunlara yönelik bazı öneriler geliştirilmiştir.

Öncelikle Suriyelilerin geçici koruma kapsamında hizmet aldığı ve aldığı hizmetlerin bir vatandaşın aldığı hizmetlerle eş durumda olduğu görülmektedir. Ancak göç süreci birçok dezavantajı barındırdığından göçmen nüfusa özellikle göçmen nüfusun içindeki kırılgan gruplara özel göç politikalarının oluşturulması esastır. Artık kolayca anlaşılacağı üzere Suriye göçü tamamen durdurulup Suriyeli göçmenlerin tümünün geri gönderilmesi imkansızdır. Bu nedenle bu durumu kabul edip göçmen entegrasyonunu sağlayabilmek üzere bu kişilere yasal statü verilmesi ve daha kapsamlı bir göç politikası oluşturulması gerekmektedir.

Öte yandan istihdam sorununun önüne geçilebilmesi için kayıt dışı iş gücü piyasasında özellikle göçmen kadınların sömürülmemesi için gerekli çalışmalar yapılmalıdır. Kadınların hem iş gücüne katılımı hem de

sosyal hayata katılımını engelleyen bir sorun olan dil bilmeme sorunu ayrıca kadınların hizmetlere erişimini de engellemektedir. Tüm kamu kurumlarına Suriyeli kadınların ihtiyaçlarını anlatabilmesi için yardımcı olacak tercüman istihdam edilmesinin yanında kadınların da dil sorununu çözebilmesi için Türkçe kurslarının yaygınlaştırılması ve Suriyeli kadınların faydalanmasına uygun hale getirilebilmesi önemlidir.

Suriyeli kadınların insani şartlarda barınma hizmeti alabilmesi için yenilikçi konut projelerinin hayata geçirilmesi ve konut yardımlarının artırılması önemlidir. Bu yenilikçi konut projelerine sosyal dışlanmayı azaltmak ve sosyal uyumu artırabilmek adına Suriyeli nüfusun ve yerli nüfusun ortak kullanabileceği sosyal ortamların kurulmasının etkili olabileceği düşünülmektedir.

Son olarak Suriyeli kadınların yaşadığı sosyal sorunların kültürel bir durum olarak normalleştirilmesi yerine konuyu insan hakları bağlamında ele alarak hukuki yaptırım uygulanması, insan ticareti, çocuk evlilikleri ve çok eşli evliliklerin önüne geçilmesinin sosyal sorunları azaltarak entegrasyona katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Kaynaklar

- AFAD. (2014). *Türkiye'deki Suriyeli Kadınlar*. AFAD.
- Anthias, F., & Cederberg, M. (2009). *Journal of Ethnic and Migration Studies*, 35(6), 901-917.
- Bailey-King, E. (2018). *Child marriage and the Syrian conflict: 7 things you need to know*. Girls Not Brides: <https://www.girlsnotbrides.org/articles/child-marriage-and-the-syrian-conflict-7-things-you-need-to-know/> adresinden alındı
- Barın, H. (2015). Türkiye'deki Suriyeli Kadınların Toplumsal Bağlamda Yaşadıkları Sorunlar ve Çözüm Önerileri. *Göç Araştırmaları Dergisi*, 10-56.
- Bauman, Z. (2013). *Sosyolojik Düşünmek*. İstanbul: Ayrıntı Yayınları.
- Biehl, K., & Danış, D. (2020). Toplumsal Cinsiyet Perspektifinden Türkiye'de Göç Araştırmaları. K. Biehl, & D. Danış içinde, *Toplumsal Cinsiyet Perspektifinden Türkiye'de Göç Araştırmaları* (s. 8-17). İstanbul: SU Gender ve Göç Araştırmaları Derneği.
- Bijak, J. (2006). *Forecasting International Migration: Selected Theories, Models and Methods*. Central European Forum for Migration Research Working Paper 4.
- Boran, P., Gökçay, G., Devcioğlu, E., & Eren, T. (2013). Çocuk Gelinler. *Marmara Medical Journal*, 58-62.
- Buz, S. (2006). Kadın ve Göç İlişkisi: Sığınan ve Sığınmacı Kadınlar Örneği. *Doktora Tezi*. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Castles, S., Korac, M., Vasta, E., & Vertovec, S. (2002). *Integration: Mapping the Field*. <https://rds.homeoffice.gov.uk/rds/pdfs2/rdsolr2803.doc> adresinden alındı

- Ciğerci Ulukan, N. (2015). Kapitalizmin Denizinde Boğulanlar: Göçmenler ve Göç Politikaları. *DİSKAR*(4), 30-39.
- Coşkun, E. (2017). Türkiye'de Kağıtsız Göçmen Kadınlar ve Sosyal Hizmetler. *Çalışma ve Toplum*(3), 1299-1316.
- Çağlayan, S. (2006). Göç Kuramları, Göç ve Göçmen İlişkisi. *Muğla Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 67-91.
- Çakmak, S. (2010). Değişen Hayatların Görünmez Sahipleri: Göçmen Kadınlar. *Fe Dergi: Feminist Eleştiri*, 2(2), 50-64.
- Dedeoğlu, S., & Ekiz Gökmen, Ç. (2020). Göç Teorileri, Göçmen Emeği ve Entegrasyon: Kadınların Yeri. K. Biehl, & D. Daniş içinde, *Toplumsal Cinsiyet Perspektifinden Türkiye'de Göç Araştırmaları* (s. 18-37). İstanbul: Su Gender ve Göç Araştırmaları Derneği.
- Entzinger, H. (2003). The Rise and Fall of Multiculturalism: The Case of Netherlands. C. Joppke, & E. Morawska içinde, *Toward Assimilation and Citizenship: Immigrants and Liberal Nation States*. Basingstoke: Palgra ve Macmillan.
- Etiler, N., & Lordoğlu, K. (2015). Göçün Öteki Yüzü: Kadın ve Sağlık. *DİSKAR*, 92-103.
- Genç, H. D., & Öztürk, D. (2021). Türkiye'deki Suriyeli Kadınlar: Mevcut Durumları, Sorunlar ve Çözüm Önerileri. *Liberal Düşünce Dergisi*(84), 67-91.
- Gül, M. (2022). Göç Sürecinde Erken Yaşta Evlilikleri Türkiye'de Yaşayan Suriyeli Kız Çocukları Özelinde Düşünmek. *Pamukkale Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*(49), 573-588.
- Harzig, C. (2003). "Women Migrants as Global and Local Agents" in *Women, Gender and Labour Migration*. London: Routledge.
- Hui, B., Chen, S. X., Leung, C. M., & Berry, J. W. (2015). Facilitating adaptation and intercultural contact: the role of integration and multicultural ideology in dominant and nondominant groups. *International Journal of Intercultural Relations*, 45, 70-84.
- IOM. (2011). *2010 Dünya Göç Raporu*.
- Karataş, K., & Baloğlu, M. (2018). Küreselleşme Stresi Kıskaçındaki Suriyeli Öğrenciler. *Turkish Studies*, 13(27), 971-990. DOI: 10.7827/TurkishStudies.14174 adresinden alındı
- Kaya, M. (2015). Komşuda Misafirlik: Suriyeli Sığınmacılarca Kurulmuş Mülteci Derneklerinin Perspektifinden Türkiye'de Yaşamak. *The Journal of Academic Social Science Studies*, 39, 263-279.
- Kivisto, P. (2005). The Revival of Assimilation in Historical Perspective. P. Kivisto içinde, *Incorporating Diversity: Rethinking Assimilation in a Multicultural Age*. Londra: Paradigm.
- Kofman, E., Phizacklea, A., Raghuram, P., & Sales, R. (2000). *Gender and International Migration in Europe: Employment, Welfare and Politics*. New York: Routledge.
- Koçan, A., & Kırhoğlu, M. (2020). Suriyeliler ve Sosyal Uyum: Scudder'in Çerçevesinden Bir Değerlendirme. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 31(4), 1855-1885.
- Küçükşen, K. (2017). Suriyeli Sığınmacı Kadınlarda Sosyal Dışlanma Algısı Üzerine Nitel Bir Çalışma. *İnsan ve Toplum Bilimleri Araştırmaları Dergisi*, 6(5), 2399-2413.
- Magdoff, F., & Magdoff, H. (2004). Disposable Workers: today's reserve army. *Monthly Review*, 55(2).

- Martin, J. (1991). Multiculturalism and feminism. G. Bottomley, M. de Lepervanche, & J. Martin içinde, *Intersexions: Gender, Class, Culture, Ethnicity* (s. 110-131). Sydney: Allen ve Unwin.
- Mazlum-Der. (2014). *Kamp Dışında Yaşayan Suriyeli Kadın Sığınmacılar Raporu*. Mazlum-Der Kadın Çalışmaları Grubu.
- McFarlane, J., Nava, A., Gilroy, H., & Maddoux, J. (2016). Child Brides, Forced Marriage, and Partner Violence in America. *Obstetrics and Gynecology*, 127(4), 706-713.
- Milliyet Gazetesi. (2014). <http://www.milliyet.com.tr/yazarlar/mehves-evin/suriyelilerle-evlilik-ticarete-donustu-1828673/> adresinden alındı
- Ministry of Interior, Syrian Arab Republic. (2019). Ministry of Interior, Syrian Arab Republic. <http://syriamoi.gov.sy/portal/site/arabic/index.php?node=55333&cat=1831&> adresinden alındı
- Morokvasic, M. (1984). Birds of passage are also women.... *International Migration Review*, 18(4), 886-907.
- Özüdoğru, B. (2018). Yalnız Yaşayan Suriye'li Kadınlar: Adana Örneği. *Uluslararası Toplum Araştırmaları Dergisi*, 8(15), 1134-1162.
- Pekel, A. (2019). İnsan Haklarının Evrenselliği ve Kültürel Göreceliklik. *Liberal Düşünce Dergisi*, 111-118.
- Silver, H. (2004). Social exclusion and social solidarity: Three paradigms. *International Labour Review*, 133(5-6), 531-578.
- Şenol Sert, D. (2015). Uluslararası Göç Yazınında Bütünleyici Bir Kurama Doğru. S. İhlamur Öner, & N. Şirin Öner içinde, *Küreselleşme Çağında Göç: Kavramlar, Tartışmalar* (s. 29-48). İstanbul: İletişim Yayınları.
- Toksöz, G. (2015). Göçün adınlaşması ve Göçmen Ev İşçileri. *DİSKAR*, 86-91.
- Topçu, E. (2020). Türkiye'deki Suriyeli Kadınlar: Göçmen ya da Sosyal Girişimci. *Mukadime*, 11(1), 97-123.
- Uçar, C. (2020). Gaziantep Parça Başı Emek Piyasasının Suriye'li Kadınları: Emek, Zorunlu Göç ve Şiddet. K. Biehl, & D. Danış içinde, *Toplumsal Cinsiyet Perspektifinden Türkiye'de Göç Araştırmaları* (s. 38-55). İstanbul: SU Gender ve Göç Araştırmaları Derneği.
- UN WOMEN. (2018). *Türkiye'de Geçici Koruma Altındaki Kadın ve Kız Çocukların İhtiyaç Analizi*. UN WOMEN.
- UNICEF. (2012). *Unicef Syria*. https://www.unicef.org/infobycountry/syria_statistics.html adresinden alındı
- UNICEF. (2014). *United Nation Childrens Fond. Ending child marriage: progress and prospects*. 2014: UNICEF.
- Unutulmaz, O. (2015). Gündemdeki Kavram: "Göçmen Entegrasyonu"- Avrupa'daki Geleşimi ve Britanya Örneği. S. İhlamur Öner, & N. Şirin Öner içinde, *Küreselleşme Çağında Göç- Kavramlar, Tartışmalar* (s. 135-160). İstanbul: İletişim Yayınları.
- Vikipedi. (2022). *Türkiye'de Yaşayan Suriyeli Göçmen Sayısı*.

BÖLÜM 5

SAĞLIKLI YAŞLANMA VE SOSYAL HİZMETİN ROLÜ

Zeynep Gökçe KOÇYİĞİT

Mehmet Akif Üniversitesi
Sosyal Hizmet Ana Bilim Dalı
Tezli Yüksek Lisans Öğrencisi
ORCID: 0000-0002-1858-0424
Mail: kzeynepgokce@gmail.com

Deniz SAY ŞAHİN

Mehmet Akif Üniversitesi
Sosyal Hizmet Bölümü
ORCID: 0000-0001-8171-9743
Mail: saysahind@mehmetakif.edu.tr

Giriş

Yaşlılık ve yaşlanma süreci, bireysel olarak farklılıklar gösterebilen; tüm canlıların hayatlarının son aşamasını kapsayan, fizyolojik ve psikolojik değişimleri içeren bir kavramdır. Literatüre baktığımızda yaşlılık kavramının tekdüze bir tanımının olmadığı görülmektedir. Yaşlılık sürecinin kişiden kişiye, bölgeden bölgeye farklılıklar gösteriyor olması da pek çok farklı tanımlamalar yapılmasını beraberinde getirmiştir. Yaşlılık genel olarak yaşlı olma, ilerleyen yaşın etkilerini gösterme hali olarak tanımlanmaktadır. Canlılar için biyolojik işlevler açısından erişkin konuma ulaştıktan sonra, yani üreme döneminin sona ermesinden ölüme kadar geçen zaman dilimindeki değişim ve dönüşüm sürecidir (Beğer ve Yavuzer, 2012). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ise yaşlılığı “çevresel faktörlere uyum sağlayabilme yeteneğinin azalması” olarak tanımlamaktadır.

Tüm dünyada ve ülkemizde doğum oranlarının azalması ve insan yaşam süresinin uzamasına bağlı olarak yaşlı nüfus da artış göstermektedir. Dünyada Birleşmiş Milletler (BM) verilerine göre 1950 yılında yaklaşık %5 olan yaşlı nüfus oranı, ortalama iki kat artış göstermiştir. Dünyada yaşlı nüfus yoğunluğunun Kuzey Amerika, Avrupa, Asya'nın kuzey ve doğu kesimlerinde olduğu görülmüş ve Kıta Afrika'sında ise yaşlı nüfusun en düşük oranlarda olduğu gözlenmiştir. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) verilerine göre ise, yaşlı nüfus olarak kabul edilen 65 ve daha yukarı yaştaki nüfus, 2016 yılında 6 milyon 651 bin 503 kişi iken son beş yılda %24,0 artarak 2021 yılında 8 milyon 245 bin 124 kişi olmuştur. Yaşlı nüfusun toplam nüfus içindeki oranı ise 2016 yılında %8,3 iken, 2021 yılında %9,7'ye yükselmiştir. Türkiye' de yaşlı nüfus oranının illere göre dağılımına bakıldığında ise yaşlı nüfus oranının en yüksek olduğu il, 2021 yılında %20,1 ile Sinop'tur. Bu ili %19,2 ile Kastamonu, %17,8 ile Artvin izlemektedir. Yaşlı nüfus oranının en düşük olduğu il ise %3,5 ile Şırnak'tır. Bu ili %3,9 ile Hakkari, %4,0 ile Şanlıurfa izlemektedir.



Şekil 1: 2025 Yılı İçin Öngörülen Yaşlı Nüfusun İllere Göre Dağılışı

Kaynak: TÜİK, 2018 Nüfus Projeksiyonları, 2025.

Şekil 1'de yaşlı nüfus oranı il düzeyinde yıllara göre incelendiğinde, toplam nüfus içinde yaşlı nüfus oranının en yüksek olduğu il sayısı 2016 yılında 8 iken, 2021 yılında 22 olmuştur. Nüfus projeksiyonlarına göre yaşlı nüfus oranının en yüksek olacağı il sayısının 2025 yılında 33'e çıkacağı tahmin edilmektedir (Türkiye İstatistik Kurumu, 2021). Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü

nüfus projeksiyonlarına göre ülkemizin nüfus yapısının değişmeye devam edeceği öngörülmüştür. 2040 yılında arı kovanı nüfus piramidi yapısının keskinleşeceği, 2080 yılında ise gerileyen nüfus piramidi yapısına sahip olacağı tahmin edilmiştir.

Tüm bu veriler yaşlı nüfus oranının sistemli bir şekilde artmakta olduğunu kanıtlar niteliktedir. Bu bağlamda ülkemizde ve dünyada yaşlılık sürecinin beraberinde getirmiş olduğu temel ihtiyaçlar, sürecin psikolojik ve fizyolojik olarak iyilik hali içerisinde geçirilmesi büyük önem taşımaktadır. Bu nedenle çalışmamızın temelini sağlıklı yaşlanma konusu oluşturmuştur. Konu ile ilgili kaynaklar taranarak iki bölüm halinde incelenen bu çalışmanın ilk bölümünde; temel yaşamsal gereksinimler ve sağlıklı yaşlanma bağlamında yaşlılık sürecinde egzersizin önemi üzerinde durulmuş, ikinci bölümünde ise ruhsal anlamda sağlıklı yaşlanmada sosyal hizmetin rolü bağlamında konu incelenmiştir.

Temel Yaşamsal Gereksinimlere Genel Bakış

Sosyal bir varlık olarak insan, ana rahmine düştüğü andan (cenin) itibaren hak ehliyetine sahiptir; hak ehliyetinin temeli ise yaşama hakkına dayanmaktadır. Anne karnındaki cenin, hukukun genellik ve eşitlik ilkesi bağlamında herkese tanınan yaşama hakkına sahiptir; sonrasında sağ ve tam doğum ile gerçek kişilik başlamaktadır. Gerçek kişiliğin başlaması ile birlikte insan; bebeklik sürecini idame ettirebilmek için beslenmeden bakım ihtiyacına kadar pek çok yaşamsal faktöre ihtiyaç duymaktadır. Bebeklik sürecinden sonra çocukluk döneminin gelmesi sebebiyle eğitim, sağlık gibi farklı temel yaşam gereksinimleri oluşmaktadır. İnsan yaşamındaki temel ihtiyaçlar durağan değil, dinamik bir süreci kapsamaktadır; bireyin yaşı ilerledikçe, içerisinde bulunduğu çevre-aile-arkadaş faktörleri değişkenlik gösterdikçe, yaşı ilerlemesine bağlı olarak fizyolojik-psikolojik ihtiyaçları arttıkça temel yaşamsal gereksinimleri de değişkenlik göstermektedir. Çalışmanın bu konusunda temel yaşamsal gereksinimler Maslow' un İhtiyaçlar Hiyerarşisi kapsamında incelenecektir.

Maslow İhtiyaçlar Piramidi

Maslow (1943) İhtiyaçlar Piramidi (Hiyerarşisi) teorisini literatüre bir psikolog olarak klinik ortamında yapmış olduğu araştırmalar neticesinde

kazandırmıştır (Walsh, 2011). Maslow' a göre bireyler bazı hedefler belirler ve bu doğrultuda temel gereksinimlere ihtiyaç duyarlar. Yine Maslow' un İhtiyaçlar Piramidine göre birey en alt kategoride yer alan ihtiyacı gerçekleştirmeden bir üst kategoriye geçememektedir. Bütün gereksinimler birbiri ile ilişkili ve birbirini tamamlayıcı niteliktedir. Sözgelimi yoksulluk ile mücadele eden, yiyecek bulmakta zorlanan birey için ait olma ihtiyacını karşılamayı hedeflemek çok gerçekçi olmayacaktır.

Şekil 2: Maslow İhtiyaçlar Piramidi



Kaynak: Maslow' un İhtiyaçlar Hiyerarşisi

Şekil 2'de gösterilen Marlow (1943) teorisine göre, birinci basamakta bireyin yiyecek, barınma, su, cinsellik, sağlık vb. temel ihtiyaçları yer almaktadır. Bu temel ihtiyaçları karşılayan birey ikinci basamakta yer alan korunma ve güvenlik ihtiyacına gerek duymaktadır. Üçüncü basamakta ise; aile, komşuluk ilişkileri, arkadaş, eş gibi; bireyin bir gruba dâhil olma ve sevilme ihtiyacını karşılayan gereksinimler bulunmaktadır. Dördüncü basamak ise bireyin bir şeyleri başarma, saygı duyulma ve takdir edilme ihtiyaçlarını içermektedir. Son aşama ise bireyin kendini gerçekleştirme, nihai manayı bulması ve hedeflediği başarıya ulaşması olarak belirtilmektedir.

Yaşlılıkta İhtiyaçlar

Yaş ilerledikçe hareket ve motor becerileri alanında zayıflama ve fonksiyon yitimi görülebilmektedir. Yaşlı insanların vücut kaslarında kuvvet azlığı, aktivite azalması ve yıkımlar meydana gelerek kasların incelendiği saptanmıştır. Kemiklerdeki kalsiyum eksikliği sebebiyle kırılma ihtimali oldukça artmaktadır. Ayrıca biyolojik yaşlanma sonucunda yaşlıların çoğunda eklem romatizması ve kireçlenme meydana gelebilmektedir. (Çelik, 2019)

Maslow' un belirlemiş olduğu temel yaşamsal ihtiyaçlar, biyolojik yaşlanma ile birlikte ortaya çıkan fizyolojik değişimler sonucunda, yaşlı bireylerde değişkenlik gösterebilmektedir. Bireylerde meydana gelen biyolojik, psikolojik ve kronolojik yaşlanma bağlamında evde\kurumda bakım, sağlık hizmetlerine erişim, yaşlılığın dezavantajlılık hallerinden olan; yoksulluk, yalnızlık, depresyon, ölüm korkusu, kabullenme süreci gibi fizyolojik ve psikolojik durumları barındıran bir dizi temel ihtiyaçlar ortaya çıkmaktadır. Bu temel ihtiyaçlar doğrultusunda, yaşlı bireylerin ihtiyaçlarını karşılayabilmek için gerekli koşulların sağlanması, sosyal devlet anlayışının bir gereği olarak yaşlı bireylerin ihtiyaçlarına yönelik sosyal politikalar ve sosyal hizmetlerin uygulanması oldukça büyük önem taşımaktadır.

Nitekim Zastrow'un (2013) da belirttiği gibi 1965 yılında yürürlüğe giren Yaşlı Amerikalılar Yasası'nın yaşlılar için sağlamayı öngördüğü (yeterli bir gelir, mümkün olan en iyi fiziksel ve zihinsel sağlık, uygun barınma, kurumsal bakım ihtiyacı duyanlar için iyileştirme hizmetleri, iş fırsatı, sağlık-haysiyet ve onur içinde emeklilik, anlamlı etkinlikler arayışı, etkin toplum hizmetleri, yeni bilgilere erişim, bireylerin kendi hayatlarını planlaması ve yönetmesinde özgür, bağımsız ve serbestçe kişisel inisiyatif alması) maddeler yaşlı bireylerin ihtiyaçlarını karşılamalarını olanak sağlayan bir yapının temelini oluşturmaktadır (Abukan, 2014).

Sosyal Gereksinimler

Yaşlı bireyin karşı karşıya kaldığı birçok ruhsal sorun vardır. Bunların başlıcaları sevilen birinin kaybı veya akrabaların ölümü, işlevselliğini kaybettiği yanılığısı, emeklilikle birlikte iş yaşamındaki çevrenin ve arka-

daşların kaybı, kendini yalnız hissetmedir (Yağcıoğlu, 2012). Ülkemizde özellikle 1950 tarihlerinden sonra hızla artmaya başlayan kentsel nüfus oranları, günümüzde de artış göstermektedir. Bölgesel olarak bakıldığında Türkiye’de bulunan bütün illerdeki kent nüfus sayısının kır nüfus sayısından fazla olduğu bilinmektedir. Bu bağlamda kırsal alanlarda yaşayan yaşlı bireyler, çevresindeki nüfusun hızla azalması; akranlarının ölümü, yalnızlaşma, iş istihdamı sağlamak amacıyla var ise çocuklarının\torunlarının kente göç etmesi ve sosyal aktivitelerin kısıtlı olması gibi sorunlar ile karşılaşabilmektedir. Tüm bu sorunlar yaşlı bireyde iletişim, sosyal etkileşim ihtiyaçlarını ortaya çıkarmaktadır. Kentlerde yaşayan yaşlı bireylerin sosyal gereksinimlerine bakıldığında ise, kentlerdeki fiziki imkanların (yürüyüş yolu, hobi bahçeleri vb.) daha fazla olduğu ancak yaşlı bireylerin kentin kalabalığına ve yoğunluğuna adaptasyon sürecinde zorluklar yaşadığı da söylenebilmektedir.

Ekonomik Gereksinimler

Yaşlı bireylerin, fiziksel ve bilişsel anlamda yaşadığı değişimlerin ekonomik bağımlılık oranlarını etkilediği yadsınamaz bir gerçektir. Birey, yaşlı ilerledikçe bazı işlemleri yerine getirmekte zorluk yaşayabilmektedir. Bu durum kırdan veya kentte yaşayan bütün yaşlı bireyler için geçerlidir. Kırsal alanda yaşamakta olan bir yaşlı birey, eskiden yaptığı kadar bahçesi ile ilgilenemeyebilir, kentte yaşayan yaşlı birey çalışacak bir iş bulamayabilir veya bulduğu işler için kendisini yeterli görmeyebilir. Tüm bu ihtimaller doğrultusunda ortaya çıkan en temel sorun, yaşlı bireylerin ekonomik anlamda bağımlı hale gelmesidir. TÜİK, bağımlı nüfus kapsamında; 0-15 yaş arası çocuklar ile 65+ yaşlı bireyleri tanımlamaktadır. Buradan da anlaşılacağı üzere yaşlanma süreci, bireyin ekonomik anlamda bağımlı hale gelmesine, üretim yapamamasına ve buna bağlı olarak da herhangi bir gelir elde edememesine yol açmaktadır. Ek olarak bakıma ihtiyacı olan yaşlı bireylerin, market\gıda\ giyim ihtiyaçlarını, fatura\kira ödeme gibi sorumlulukları karşılamakta zorluk yaşadığı söylenebilir.

Aktif ve Sağlıklı Yaşlanma

Dünya Sağlık Örgütü’nün (DSÖ) sağlıklı yaşlanma yaklaşımı; her yaştan insanın sağlıklı, güvenli ve sosyal olarak aktif olabileceği bir hayat tar-

zını öngörmektedir. Sağlıklı yaşlanmada kullanılan tanımlar genellikle iki farklı kuramsal perspektiften birine dayanmaktadır. Bunlardan ilki, fiziksel sağlık, fonksiyonel ve bilişsel kapasite üzerindeki stresle, sonuçta psikolojik boyut ve sosyal aktivite ile desteklenen, biyo-tıbbi yaşlanma modelini ifade eder. İkinci perspektif, fiziksel sağlıktan bağımsız olarak, sağlıklı yaşlanmanın psikososyal boyutlarına odaklanır: farklı sosyal ağlara sosyal katılımın yanısıra yaşlılıkta iyi bir yaşam kalitesinin tadını çıkarmak için yeni fırsatlar aramak gibi yaşlılar tarafından gerçekleştirilen psikolojik refah ve anlamlı sosyal aktiviteleri kapsamaktadır (S. Şahin, 2020).

Dünya Sağlık Örgütü, aktif yaşlanmayı “*yaşlı bireylerin yaşam kalitesinin güçlendirilmesi için sağlık, katılım ve güvenlik fırsatlarının optimize edilmesi süreci*” olarak tanımlamaktadır. Tanımdan da anlaşılacağı üzere aktif yaşlanma kavramı, sağlıklı yaşlanma kavramını da içermekte olup; yaşlı bireyin yaşam kalitesini sağlık, katılım ve güvenlik olmak üzere üç temel esasa dayandırmaktadır. Ayrıca sağlıklı yaşlanmayı da içine alan aktif yaşlanmanın altı temel belirleyicisi vardır (Paul, Riberio ve Teixeira, 2012).

Aktif Yaşlanmanın Anahtar Boyutları

- Bireyin kendi tercihlerine ve kurallarına göre günlük yaşamın nasıl olacağı hakkında kontrol sahibi olması, kararlar verebilmesi ve bu süreçle başa çıkabilmesi için otonomi sahibi olmasıdır.
- Bağımsızlık, günlük yaşamda fonksiyonel olma, toplumda başkalarından yardım almadan ya da az yardım alarak bağımsız bir şekilde yaşama kapasitesidir.
- Yaşam kalitesi, bireyin beklentileri, amaçları, standartları ile ilişkili olarak yaşadığı yer, değerler sistemi ve kültür yapısında bireyin algıladığı yaşam statüsüdür. Geniş kapsamlı bir kavram olan yaşam kalitesi, bireyin fiziksel sağlığı, psikolojik durumu, bağımsızlık düzeyi, sosyal ilişkileri, inançları gibi boyutları içermektedir.
- Engeller ya da hastalıklar olmadan bireyin sağlıklı olarak yaşayabileceği yıllar, yaşam beklentisidir (Paul, Riberio ve Teixeira, 2012).

Yukarıda da görüldüğü gibi, aktif ve sağlıklı yaşlanma birbirini tamamlayan iki farklı kavram olarak görülmektedir. Tanımlamalardan da anlaşıl-

lacağı üzere aktif yaşlanmanın yalnızca yaşlılık dönemini kapsadığını söylemek doğru olmayacaktır. Aktif yaşlanma bireyin hayatının bütün süreçlerini iyilik halinde geçirmesini ve buna bağlı olarak da sağlıklı bir yaşlılık dönemi geçirmesini sağlamayı amaçlamaktadır.

Sağlıklı Yaşlanmada Fiziksel Aktivitelerin Önemi

Yaşlanma ile birlikte olumsuz yönde meydana gelen bilişsel ve fiziksel değişimlerin tüm dünyaca kabul görmüş çözümü düzenli bir şekilde yapılan egzersizlerdir. T.C. Sağlık Bakanlığına göre, günlük yaşam içerisinde; iskelet kasları kullanılarak yapılan ve enerji harcamasını gerektiren her hareket fiziksel aktivite olarak tanımlanmaktadır.

Kişi yaşlılık öncesi döneminde düzenli egzersiz yapan biri olmasa bile, yaşlılık süresince düzenli olarak fiziksel aktiviteler yapmasının bireyi fiziksel ve mental açıdan olumlu yönde etkilediği görülmüştür. Bu bağlamda Sağlık Bakanlığı tarafından yaşlılık döneminde yapılan düzenli egzersizin kişiye sağladığı faydalar şu şekilde sıralanabilmektedir:

- Kalp hastalığı ve inme riskinde azalma,
- Tip 2 diabetes mellitus riskinde azalma,
- Yüksek kan basıncında düzelme,
- Kolesterol seviyesinde düşme,
- Kolon ve meme kanserleri başta olmak üzere bazı kanser risklerinde (akciğer ve rahim)azalma,
- Kilo alımının önlenmesi,
- Kalp-akciğer performansının geliştirilmesi,
- Düşmelerin önlenmesi ve kalça kırığı riskinde azalma,
- Depresyonda azalma, bilişsel fonksiyonlarda düzelme,
- Kemik mineral yoğunluğunda artma ve uyku kalitesinde düzelme olarak sayılabilir (Sağlık Bakanlığı, Yaşlı Sağlığı Fiziksel Aktivite; 2017).

Yukarıdan da anlaşılacağı üzere yaşlılık döneminde fiziksel aktiviteler, kişinin fazla kilo almasına engel olmaktadır, diyabet ve mellitus rahatsızlıklarının oluşum riskinin azaltmaktadır, ölüm gerçeği ile yüzleşme, yalnızlık gibi kaygı bozukluğuna ve strese yol açan durumlardan insanı uzak tutmakta ve bilişsel dinlenme olanağı sunmaktadır. Bu bağlamda fiziksel aktivitelerin düzenli ve sistemli bir şekilde, yaşlı bireyin

kendi fizyolojik yapısına uygun olarak yapılması, yaşlı sağlığı bakımından oldukça önem teşkil etmektedir. Türkiye Halk Sağlığı Kurumuna göre yaşlı bireylerin düzenli fiziksel aktiviteler yapmasının ruh sağlığı ve gelişimi üzerine etkileri şunlardır:

- Bireyin kendini iyi hissetmesini sağlaması ve mutluluk oluşturması,
- Depresyon ve kaygı bozukluğu riskini azaltması,
- Sağlıklı kas, kemik ve eklem yapısı üzerine olumlu etkileri nedeniyle vücut düzgünlüğü ve farkındalığını geliştirerek bedeni ile barışık, özgüvenli bireyler yaratması,
- İletişim becerilerini geliştirmesi,
- Olumlu düşünme ve stresle başa çıkabilme yeteneğini geliştirmesi,
- Benlik saygısı ve özgüvende artma,
- Zihinsel yetilerde düzelmeye,
- Sosyal ilişkilerde gelişme,
- Yorgunluk hissinde azalma görülebilmektedir.

Ayrıca Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, fiziksel aktiviteleri spesifik olarak değerlendirerek yaşlı bireyler üzerindeki etkilerini şu şekilde ifade etmiştir:

- Olası ani ve sistemik hastalıklar nedeniyle ölüm riskini azaltması,
- Kansere gelişim riskini azaltması,
- Vücut direncinin artması ve enfeksiyonlara karşı koruma geliştirilmesi,
- Kas-iskelet sistemini güçlü tutarak yaşlılıkta sık görülen düşmeler ve düşmelere bağlı kırık riskini azaltması,
- Denge ve düzeltme reaksiyonlarının gelişmesi ile yaşlılıkta sık görülen düşmelerin önlenmesi,
- Depresyon, anksiyete ile başa çıkma gücünü arttırması, bireylerin yaşamdan keyif almasını sağlaması,
- Sağlıklı yaşlanmayı sağlaması,
- Daha aktif yaşlı bireyler yaratması.

Sağlığı koruyucu ve geliştirici etkisinin görülebilmesi, günlük aktivitelerle beraber; fiziksel aktivitenin planlı, tekrarlı ve düzenli yapılmasıyla

la mümkündür. Bu tür fiziksel aktivite, egzersiz olarak da isimlendirilmektedir (Sağlık Bakanlığı, Ulusal Yaşlılar Haftası: Yaşlılık Döneminde Beslenme ve Fiziksel Aktivite; 2017). Spor hekimleri ve geriatrisler, yaşlılara mevcut vücut yapılarını korumaları ve vücutlarını geliştirmeleri için hafif ağırlıklarla egzersiz yapmalarını önermektedirler. Vücuttaki kas, iskelet gibi sistemlerin korunması için yapılan egzersizlerin, aynı zamanda solunum, sindirim, sinir ve dolaşım sistemlerinin daha etkin çalışmalarını sağlayarak, duyu organları ve bağışıklık sisteminin dahagüçlü ve etkin hale geldiği yapılan çalışmalarla kanıtlanmıştır (Akın,2017).

Yaşlıların Egzersiz Öncesi Dikkat Etmesi Gerekenler:

- Egzersizleri dışarıda yaparken hava koşullarına uygun giysi (pamuklu, terletmeyen ve sıkmayan) kullanılmalıdır.
- Egzersiz öncesinde ve sırasında bol su içilmelidir.
- Kan şekeri takip edilmeli, diyabet hastasıysanız yanınızda karbonhidrat (şeker) içeren yiyecekler bulundurun.
- Egzersiz, uygun olmayan öğle saatleri gibi saatlerin dışında ve uygun iklim koşullarında yapılmalıdır.
- Sakatlanmaları önlemek için hafif, ortopedik tabanlı, bileği kavrayan, gibi özellikleri olan uygun ayakkabılar kullanılmalıdır.
- Yürüyüş için normal adımla, dengeli ve kolay yürünebilecek toprak zeminde yürünmelidir.
- Düşme riski varsa destek kullanılmalıdır.
- Yemekten hemen sonra ve çok açken egzersiz yapmaktan kaçınılmalıdır.
- Eğer düzenli yürüme alışkanlığı yoksa başlangıçta 20 dakikalık süre amaçlanmalı ve haftada 10'ar dakika artırmak suretiyle hedef aktivite düzeyine ulaşılmalıdır.
- Egzersize, mutlaka ısınma hareketi ile başlayıp, soğuma aktiviteleri ile sonlandırılmalıdır.
- Egzersize yavaş yavaş başlanılmalı, süresi ve yoğunluğu aşamalı olarak artırılmalıdır.
- Egzersiz sırasında nefes tutulmamalıdır.

- Yürünecek mesafenin rahat bir şekilde gidilebilecek uzunlukta olması önemlidir.
- Yürünecek mesafe daha sonra azar azar ve derece derece artırılmalıdır (Milli Eğitim Bakanlığı, 2012;Sağlık Bakanlığı, 2016).

Yaşlılara önerilen ideal fiziksel aktivite yürümedir. Yürüme en yaygın ve uygulanması kolay dayanıklılık aktivitesidir. Her yaşta özellikle de yaşlılıkta egzersizin önemi, tartışılmaz niteliktedir. Yaşlı kuvvetini artıracak, eklem ve kas kırışlerini koruyacak, eklem bağlarını daha esnek yapacak, akciğerlerin kapasitesini artıracak, kalbin çalışmasını kolaylaştıracak, damarların elastikiyetini ve kuvvetini artıracak, yani tüm organ sistemlerinin çalışmasına yardımcı olacak, ruhen, zihnen ve sosyal yönlerden sağlıklı ve güçlü kalmak için egzersiz yapılmalıdır. Egzersizlerden maksimum düzeyde faydalanabilmek amacıyla aerobik, esneklik ve direnç egzersizleri birlikte ve bilinçli olarak yapılmalıdır (Coss, 1993; Sağlık Bakanlığı, 2016; Soyuer ve Soyuer, 2008). Yaşlılık dönemi fiziksel aktiviteler: ortaşiddetli dayanıklılık aktiviteleri, yüksek şiddetli dayanıklılık aktiviteleri, kuvvetlendirme aktiviteleri ve esneklik aktiviteleri olmak üzere toplamda dört alana kategorize edilmiştir.

- **Orta şiddetli dayanıklılık aktiviteleri:** Nefes almanın ve kalp atım sayısının dinlenme değerinin biraz üzerinde olduğu, çok az çaba gerektiren günlük aktiviteleri tanımlamaktadır. Yürüyüş, bisiklete binme, yüzme, kürek çekme, tenis oynama vb. aktiviteleri içeren kardiyovasküler dayanıklılığı artırmaya odaklanan egzersizlerdir. Dayanıklılık (aerobik) egzersizleri, vücudumuzun oksijeni kullanma kapasitesini arttıran, büyük kas gruplarının uzun süre dinamik ve ritmik olarak çalıştığı egzersizlerdir. Kılavuzlar, aerobik egzersizin orta seviyede olması gerektiğini belirtir. Bireyler kalp atış hızı ve solunum hızındaki artışı fark etmelidir. Anaerobik egzersiz ise, yüksek enerji tüketimi gerektiren aktivitelerden oluşur. Bu nedenle, artan yaralanma riskinden dolayı yaşlılar için genellikle önerilmez (Erdem, Sayan, Gökğöz ve Efe; 2021).
- **Yüksek şiddetli dayanıklılık aktiviteleri:** Koşma, voleybol gibi daha fazla koordinasyon gerektiren, yaşlı bireyin doktor gözetiminde yürütmesi gereken aktivitelerdir. Haftanın üç günük kısa molalar ile

30-40 dakika arasında yapılması yaşlı bireyler için önerilen sürelerdir. Gençlik döneminde fiziksel aktivitelerde bulunmuş olan, önceki yaşamında sporcu niteliği taşıyan yaşlı bireyler; daha önce düzenli bir spor deneyimi olmayan yaşlı bireylere göre bu süreci daha kolay yürütülebilmektedir.

- **Kuvvetlendirme aktiviteleri:** Karın, sırt, bel, omuz ve bacak gibi vücudun belirli kaslarını kuvvetlendirmeye yönelik yapılan aktivitelerdir. Başlangıç aşamasında yüksek düzeydeki ağırlıklar kullanılmamalı, zamanla; kas kuvvetlendikçe ağırlıklar arttırılmalıdır. Ek olarak kas kuvvetlendirme hareketleri art arda aynı bölgeyi hedef almamalı, bir gün karın egzersizi yapıldıysa ertesi gün sırt çalışılmalıdır.
- **Esneklik aktiviteleri:** Yaşlı bireyi hem ruhsal hem fiziksel açıdan iyi hissettirecek olan esneme hareketleri, yoga pilates gibi açma-germe hareketlerini içeren; bireyin bel omuz ve sırt ağrılarını hafifleten egzersizlerdir. Yaşlı bireylerde meydana gelen duruş bozukluğu, bel ve sırt ağrılarının artması gibi nedenler, esneme aktivitelerinin gerekliliğini ortaya koymaktadır.

Yukarıda verilen fiziksel aktivite türleri, yaşlı bireyin kendisini sağlıklı, zinde hissetmesine yardımcı olmakla beraber bireyi mental ve fiziksel açıdan olumlu etkilemektedir. Ülkemizde bu bağlamda büyükşehir belediyeleri ve yerel yönetimler yürüyüş yolları ve spor aletleri hizmetini yürütmektedir. Yaşlı bireyler, özellikle havanın güzel olduğu zamanlarda yürüyüş yaparak sağlıklı birey olma yolunda büyük adım atmaktadır. Ek olarak bazı hastaneler, huzurevleri, parklarda *iyileştirme bahçeleri* bulunmaktadır. İyileştirme bahçeleri kapsamında, yaşlı ve özel gereksinimi olan bireylerin kendilerini doğa ile uyum içerisinde hissetmeleri sağlanmakta, kırsal kesimden uzakta yaşayan yaşlı bireyler için alternatif oluşturulmaktadır. İyileştirme bahçeleri çiçek, sebze gibi ekim-dikim faaliyetlerini gerçekleştirmeleri ve doğanın görsel doyumuna ulaşmaları için bireylere uygun ortamı sağlamaktadır. Fiziksel aktivitelerin sürekliliğinin sağlanması, kamu kurum ve kuruluşları tarafından hizmet olarak karşılanması gündün güne yaşlı bir nüfusa sahip olan ülkemiz için toplum sağlığı bakımından önem taşımaktadır.

Sağlıklı Yaşlanmada Sosyal Hizmetin Rolü

Toplumda dezavantajlı grupların refahı için mücadele eden sosyal hizmet mesleği, yaşlı bireylerin mental ve fiziksel olarak iyilik halini gözetmekte ve bunlara yönelik çözümler üretmektedir. Mesleki bir disiplin olarak sosyal hizmet, yaşlı bireylerin yaşadığı dezavantajlılık hallerinin bilincinde hareket ederek yaşlı bireylerin sorunlarına yönelik çalışmaktadır. Huzurevi, evde bakım hizmetleri, yaşlı bireyin psikolojik anlamda desteklenmesi güçlendirilmesi gibi eylemler sağlıklı yaşlanma amacıyla uygulanmaktadır. Ek olarak Dünya Sağlık Örgütü, sağlık kavramını bireyin fiziksel ve psikolojik yönden iyi olma hali olarak tanımlamaktadır. Bu bağlamda sosyal hizmet alanında yürütülen faaliyetler de bireylerin ruhsal sağlığına yönelik çalışmalardır. Araştırma boyunca bahsedilen, yaşlı bireylerin dezavantajlılık halleri düşünüldüğünde sosyal hizmet mesleğinin yeri ve rolü büyük bir önem taşımaktadır. Sağlıklı yaşlanmada sosyal hizmetin disiplinler arası çalışmalarda bulunması; sosyoloji, fizyoloji, psikoloji gibi alanlar ile yardımlaşma içerisinde olması amaçla ulaşması yolunda önemli bir aşamadır.

Yaşlı bireyler için merkeze bağlı bakanlıklar ve ayrı tüzel kişilikleri olan yerinden yönetim kurumları bulunmaktadır. Merkeze bağlı olan bakanlıklar denilince ilk olarak Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı sonrasında ise Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü aklı gelmektedir. Tüzel kişilikleri olan diğer kurumlardan ise en yaygın ve nitelikli olanı şüphesiz huzurevleridir. Huzurevleri, bakıma ve temel gereksinimlerini gidermeye ihtiyacı olan yaşlı bireylere; daha güzel ve sağlıklı bir yaşam alanı sunmakta, kişisel bakımlarını gidermeye çalışmakta ve yaşlı bireyin yalnızlık duygusundan çıkarak arkadaş edinmesine yardımcı olmaktadır. Ayrıca huzurevleri yaşlı bireyin içsel problemlerini, yalnızlık duygusunu, fizyolojik olarak bulunduğu durumu kabullenmesi ve kendisi ile barışık bir yaşam sürmesine yol açabilmektedir. Huzurevinde çalışan sosyal çalışmacı, eğitim hayatında öğrendiği bilgi ve deneyimler yoluyla yaşlı bireylerin ruhsal anlamda sağlıklı olması açısından önem arz etmektedir. Huzurevleri dışında yaşlı bireylerin gündüz saatlerinde vakit geçirebilecekleri Gündüz Bakım Evleri bulunmaktadır. Söz konusu bakım evleri bir nevi yaşlı kreşi olarak değerlendirilebilir. Gün-

düz bakım evlerine giden yaşlı bireyler; el işi, satranç, resim, yemek gibi pek çok alanda yeterlilik kazanmakta ve vakit geçirecek aktiviteler edinmektedir. Bu durumda yine yaşlı bireyin hayattan bıkmama ve sürekli geçmişte kalan acıları ile yüzleşme eyleminde olmasını azaltmakta, yaşlı bireyi şimdi ve burada yaklaşımı ile tedavi etmektedir.

Yaşlı Bireylerin Ruhsal Sağlığı Kapsamında Sosyal Hizmetler

Yaşlılık sürecinde bireyin ruhsal sağlığını olumsuz yönde etkileyen pek çok etken bulunmaktadır. Yaşlı bireyin zaman içerisinde kendisini yalnız hissetmesi, çevresindeki insanlara kendisini yük olarak görmesi, akranlarının ölümü gerçeği ile yüzleşmesi, fiziksel anlamda eski güç ve kuvvetinde olmamanın getirdiği ruhsal çökkünlük gibi bir dizi etmen yaşlılık sürecinde mental sağlığı olumsuz etkilemektedir. Bireylerin ruhsal anlamda sağlıklı yaşlanmaları amacıyla sosyal hizmet uzmanına birçok sorumluluk düşmektedir. Ruhsal iyilik hali için bireylerin maneviyatının iyilik hali oldukça önemlidir. Ian Mathws'e göre maneviyat, her sabah yataktan kalkmak için bir neden arayan, sürekli varoluşunu sorgulayan ve motivasyonunu kaybeden birey için hayatın anlam ve amacını belirlemesine olanak sağlayan bir unsurdur. Bu bağlamda yaşlılık ve maneviyat ilişkisini değerlendirdiğimizde uygulama aşamasında esas sorumluluk yaşlı bireyin çevresinde bulunan kişilere ve sosyal hizmet mesleğine düşmektedir. Çalışmanın bu aşamasında yaşlılık sürecinde ruhsal sağlık alanında iki görüşten bahsedilecektir. Mackinlay ve Jewell'e göre yaşlanmanın manevi ödevleri ayrı ayrı incelenecektir.

Mackinlay'a Göre Yaşlanmanın Manevi Ödevleri

- *Samimiyeti ve ilişkileri keşfetmek:* MacKinlay, bir inanç perspektifinden yazarak, bunun Tanrı ile olabileceğini belirtmekte; ancak eşit derecede diğer insanlarla tatmin edici ilişkiler arayışı da olabileceğini ifade etmektedir. Kusurlarımıza ve sınırlarımıza bakılmaksızın, hepimizin tanınması ve kim olduğumuza saygı duyulması gerekir. İnsanlığımızın en önemli unsurlarından biri, diğerleriyle ilişki içinde olma ihtiyacımızın olmasıdır. Hepimizin, umutlarımızı ve sorunlarımızı kendileriyle paylaşabildiğimiz insanların bulunmasına ihtiyacı vardır. Fakat bu, bazı yaşlı insanlar için sorunlu olabilir; zira aile-

lerini veya arkadaşlarını kaybetmiş olabilirler; yalnız yaşıyor olabilirler veya ailelerinden uzaklaşmış olabilirler. Bir önceki bölümde de belirttiğimiz gibi, bilhassa toplulukta aktif katılıma gücünüz yetmiyorsa, o zaman topluluklar yaşamak için destek sağlayamayan ve ilişkileri düzenleme ve sürdürmenin zor olduğu yerler olabilir.

- **Umut arayışı:** Kim olduğumuzun çeşitliliği kadar umudumuz da çeşitli olabilmektedir. Örneğin; daha hoş zaman geçirebileceğimiz umudu, sağlığımızın daha iyi olabileceği umudu, sevdiğimiz bir daha göreceğimiz umudu, ağrılarımızdan kurtulacağımız umudu, MacKinlaybu listeye, ileri yaşlardakilerin çocuklarının ve torunlarının, hayatlarını iyi kurmuş olduklarını somut bir şekilde görme arzusuyla ilişkili umudunu da ekler. Sonuçta hepimizin hayata gaye katmak için, bizi motive eden şeylere, onun için yaşadığımız şeylere ihtiyacı bulunmaktadır. Umut etme konusunda çok farklı bir duygu da korkudur. Hem yaşlılara karşı ayırimcılık yapmama hem de ileri yaşlardaki hayat kalitesi konusunda varsayımlarda bulunma hususunda dikkatli olsak bile, birçok kişi yaşlılığı bir korku ve endişe dönemi olarak görür ve tecrübe eder. Örneğin; ölüm korkusu veya bir yakını kaybetme korkusu, evini kaybetme korkusu, hafızasını kaybetme korkusu, yoksulluk korkusu ve benzeri.
- **Bir diğer manevî ödev, kaybı veya engelliliği aşmaktır.** Yaşlı insanların gerçek korkularından biri, onların bağımsızlıklarını kaybedecekleri ve başkalarına, bazen tamamen yabancılara bağımlı hâle gelecekleridir. MacKinlay, hayatımız boyunca biz diğer insanlara bağlı onlar da bize bağlı ve doğal olarak birbirimize bağımlı iken, Batı dünyasında bağımsız olma ve bağımsız kalma konusunda büyük bir vurgunun bulunduğunu iddia eder. Yaşlılığın mücadelelerinden biri, kayıp deneyimini aşmak yahut ötesine geçmek, hâlâ bizi biz yapan bireyselliğimizi koruduğumuz hâlde, başkalarına da fazla bağımlı hâle gelme konusunda rahat olmaktır.
- **Nihai manayı bulmak:** Son manevî ödev ise nihai manayı bulmaktır. Bu, hayatın yeniden gözden geçirildiği ve yeniden düşünüldüğü yerdir. Genellikle deneyimlerimizin -bilhassa zararlı ve istenmeyen iseler- bazılarının akla uygun olması zordur. Yaşlılık bize şu fırsatı ve-

rir: 'Hayatımız boyunca tecrübe ettiğimiz ve öğrendiğimiz her şey ışığında kim olduğumuzu görmek için hayatı tekrar etmek, onaylamak ve farklı bir şekilde ifade etmek.' (MacKinlay, 2004, s. 80).

Yukarıda da görüldüğü gibi ruhsal anlamda sağlıklı yaşlanmanın maneviyat ve sosyal hizmet ile sıkı bir ilişkisi bulunmaktadır. MacKinlay' a göre yaşlı birey yukarıda belirtilen manevi ödevleri gerçekleştirdiğinde ruhsal anlamda sağlıklı bir yaşlılık süreci geçirecektir. Bu bağlamda sosyal hizmet mesleği yaşlı bireylerin mutluluk halleri için destekleyici, güçlendirici, yol gösterici bir rol üstlenmektedir.

Jewell'e Göre Yaşlanmanın Manevi Ödevleri

- **Onaylama:** Daha geniş toplum içindeki yaşlı insanların söylem ve görüşleri genellikle duyulmaz ve onların olumsuz ve basmakalıp şekillerde görülmesine yol açan bir tehlike söz konusu olur. Gerekli olan onaylamadır, onların hem değerli hem de saygın olduğunun, bireysel ve kolektif olarak yeniden ifade edilmesidir.
- **Kutlama:** Onaylama ile bağlantılı olarak kutlama da gereklidir. Hepimizin, kim olduğumuzu ve öz değerimizi pekiştirmek için, başarılarımızı ve yeteneklerimizi kutlamaya ihtiyacımız vardır. Yaşlıların, kutlamak için önemli doğum günleri ve yıldönümleri gibi önemli olayları vardır. Fakat bazen birlikte kutlayacak hiç kimse yoktur.
- **Kabul:** Jewell son olarak kabul hakkında konuşmaktadır. Birçok yönden bu, son bölümün sonundaki görüşlerime ilişkindir. Artan kırılabilirlik, savunmasızlık ve ölüm hakkındaki düşünceler, genellikle insanların zihnindeki temel soruları ve şüpheleri artırmaktadır. Örneğin; hayatın hepsi bu mudur? Veya hayatım değerli miydi? Gerekli olan teyit, sürekli ve hayat boyu rehberlik etmiş olan bu çekirdek inanç ve değerlerin geçmiş zamanlarda olduğu gibi şimdi de anlamlı olduğunun onaylanmasıdır (Mathews, 2017).

Jewell'e göre yaşlanma sürecinin manevi anlamda desteklenmesi onaylama kutlama ve kabul ödevlerinin gerçekleştirilmesi ile yakından ilişkilidir. Yaşlı bireyin toplum içerisinde dışlanmış hissetmemesi, kendisinin değerli bir birey olarak görmesi, toplumda çeşitli aktivitelere katılım sağlayarak aktif yaşlanması maneviyatının güçlenmesi sonucu mey-

dana gelecektir. İki farklı yaklaşımın da en büyük ortak noktası ruhsal anlamda sağlıklı yaşlanmanın maneviyat ile ilişkisidir.

Sonuç

Çalışmada sağlıklı yaşlanma kapsamında yaşlılara yönelik fizyolojik, sosyal ve ruhsal ihtiyaçlarının karşılanması için pek çok öneriler sunulmuştur. Yaşlıların iyilik halleri gözetilerek gereksinim duyduğu alanlar ve çözüm önerileri hakkında bir dizi sonuç elde edilmiştir. Ulaşılan sonuçlar kapsamında sağlıklı yaşlanma her bireyin ihtiyaçlarını karşılamak ve mutlu bir hayat sürmek açısından önem taşımaktadır.

Sonuç olarak, yaşlı bireylerde fiziksel aktivite değerleri arttıkça yaşam kalitesi değerlerinde de bir artış olduğu tespit edilmiştir. Bu nedenle, bireylerin gençlik dönemlerinde düzenli olarak uygulayacakları egzersizler ile yüksek fiziksel aktiviteye sahip olmalarının ve bu seviyeyi yaşlılık dönemlerinde de taşıyarak devam etmelerinin sonucunda sağlıklı yaşlanma sürecine katkı sağlanabilecek ve daha verimli bir hayat sürdürülebilecektir (Sarıkaya, 2017) Ek olarak Dünya Sağlık Örgütü sağlığı "Sağlık sadece hastalık ve sakatlığın olmayışı değil, bedence, ruhça ve sosyal yönden tam iyilik halidir." şeklinde tanımlamaktadır. Bu bağlamda bireylerin ruhça ve sosyal yönden iyilik halini gözetilen sosyal hizmet mesleği de sağlıklı yaşlanma konusunda rol oynamaktadır. Sosyal hizmet mesleğinin yaşlılık kapsamında bulunan etik değerleri, yaşlanma ve yaşlılık sürecinin olabildiğince sağlıklı ve mutlu geçirilmesi üzerine sistemleştirilmiştir. Tüm bunlar sonucunda sağlıklı yaşlanma, bireyin fiziksel aktiviteler ve ruhunu dinlendirecek eylemlerde bulunması ile gerçekleşen; sağlıklı beslenmeyi de kapsayan, yaşamın son aşamasının iyilik halinde geçirilmesini hedefleyen evrensel bir yaklaşımdır.

Kaynaklar

- Abukan, B. (2014). *Maslowun ihtiyaçlar hiyerarşisi kuramına göre kendini gerçekleştirme ve bilgelik ilişki ismi: Yaşlılar üzerinde bir araştırma* (Master's thesis, Sağlık Bilimleri Enstitüsü).
- Akdemir, N., Görgülü, S., Seviğ, Ü., Uçar, H., Karagöz, S., Koçak, F., & Fesçi, H. (1992). Yaşlılık ve Sağlıklı Yaşlanma. Hacettepe Üniversitesi HYO Sağlıklı Yaşlanma Sempozyumu Kitabı. Ankara, 379- 384.
- Baran, E., & Bahar-Özvarış, Ş. (2012). Yaşlılık Döneminde Sağlığın Geliştirilmesi. *Yaşlı Sağlığı*, 25.

- Cengiz, İ. (2018). Türk sosyal güvenlik sistemi içerisinde yaşlılara yönelik sosyal yardım ve sosyal hizmetler. *SGD-Sosyal Güvenlik Dergisi*, 8(2), 23-40.
- Çamur, D., & Songül, A. V. (2012). Sağlıklı Yaşlanma İçin Çevre. *Yaşlı Sağlığı*, 31.
- Çelik, G. (2019). *Ortaokul öğrencilerinin yaşlılık algıları (Serdivan ilçesi örneği)* (Master's thesis, Eğitim Bilimleri Enstitüsü).
- Demirtaş, Ş., Güngör, C., & Demirtaş, R. N. (2017). Sağlıklı Yaşlanma ve Fiziksel Aktivite: Bireysel, Psikososyal ve Çevresel Özelliklerin Buna Katkısı/Healthy aging and physical activity: The contribution of individual, psychosocial and environmental features to this. *Osmangazi Tıp Dergisi*, 39(1), 100-108.
- Erdem, H. R., Sayan, M., Gökğöz, Z., & Ege, M. R. (2021). Yaşlılarda Fiziksel Aktivite: Derleme. *YIU Sağlık Bil Derg*, 2, 16-22.
- Galip, A. (2017). Yaşlanmada fiziksel aktivite ve egzersizin yeri. *Ahi Evran Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 3(2), 271-280.
- İçli, G. (2017). Yavaşlayan Kentler Ve Yaşlılar. *Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi*, 10(2), 67- 75.
- Keskin, E. D., Borman, P., Eser, F., Bodur, H., & Köse, K. (2008). Yaşlılarda fiziksel aktivite, kemik mineral yoğunluğu ve yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. *Türk Geriatri Dergisi*, 11(3), 113-118.
- Kula, S., & Çakar, B. (2015). Maslow ihtiyaçlar hiyerarşisi bağlamında toplumda bireylerin güvenlik algısı ve yaşam doyumu arasındaki ilişki. *Bartın Üniversitesi İİ BF Dergisi*, 6(12), 191-210.
- Öztürk, M. E., & Kayıhan, D. (2018). Sağlıklı Yaşlanma. *Bilim Armonisi*, 1(1), 51-53.
- Paúl, C., Ribeiro, O., & Teixeira, L. (2012). Active ageing: an empirical approach to the WHO model. *Current gerontology and geriatrics research*, 2012.
- Sarıkaya M. (2017). Yaşlı Bireylerde Fiziksel Aktivite Düzeyinin Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisinin İncelenmesi. *Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi*.
- Soyuer, F., & Soyuer, A. (2008). Yaşlılık ve fiziksel aktivite. *Journal of Turgut Ozal Medical Center*, 15(3), 219-224.
- Şahin, D. S. (2020). Etik Yönleri İle Yaşlılık Ve Yaşlanma.
- Şahin, N. E., & EMİROĞLU, O. (2014). Huzurevinde yaşayan yaşlıların yaşam kalitesi ve yaşam kalitesini etkileyen faktörler. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 1(1), 57-66.
- T.C. Sağlık Bakanlığı, 2017. Yaşlı Sağlığı Fiziksel Aktivite. Erişim: <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/yasli-sagligi/liste1/yaşli-sağlığı-fiziksel-aktivite.html>. Erişim Tarihi: 11.05.2022
- T.C. Sağlık Bakanlığı, 2017. Fiziksel Aktivite Rehberi: https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/saglikli-beslenme-hareketli-hayat-db/Fiziksel_Aktivite_Rehberi/3_Yaslılarda_Fiziksel_Aktivite_baski.pdf. Erişim Tarihi: 18.05.2022
- Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK), Mart, 2022. İstatistiklerle Yaşlılar. Erişim: <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=İstatistiklerle-Yaslılar-2021>. Erişim Tarihi: 06.05.2022
- Yağcıoğlu, R. (2009). Sağlıklı yaşlanma ve sosyal hizmetler. *The Journal of Turkish Family Physician*, 3, 30-38.

BÖLÜM 6

“I WAS NOT HURT BUT WAS ANGRY”: HEALTHCARE EXPERIENCES OF TRANSWOMEN IN INDIA

Rituparna DEY

University of Delhi

ORCID: 0009-0008-6843-4426

Mail: deyritu5@gmail.com

Sanjoy ROY

University of Delhi

ORCID: 0000-0001-9858-7708

Mail: sroy@socialwork.du.ac.in

Introduction

Transgenders form a historical part of India, however, since ages, their social status had remained quite the same. Marginalization, oppression, discrimination and stigmatization has been a part of their life ever since they were born. Transgender individuals due to their low economic status involve in professions of begging, dancing and mostly sex work. According to Sethi, S., 2018, almost 90% of the transgender individuals are involved in sex work, and from among them almost 27% are affected with HIV infection as compared to 15% who are not involved in sex work according to a 2008 systematic review report. Additionally, the significant expenses related with transition medical care can further pressurize transgender individuals to bring in money. Sex workers at times get compensated more for unprotected sex, and regularly feel under pressure not to utilize a condom, which makes them profo-

undly vulnerable against HIV. India is one nation where HIV services have been effectively focused on at transgender individuals – coming to an expected 83% of the transgender populace. However, the public healthcare system in India has been a huge barrier for the community in accessing the healthcare services, reasons for the same will be discussed further in the paper. (Sethi, S., 2018, p. 283-284)

In 2019, the Finance Minister presented Government of India's Vision 2030 listing a bunch of ten major dimensions beginning from infrastructure to outer skies. One of the dimension among the ten calls for a Healthy India: a comprehensive wellness system for all. Healthcare has always been a huge barrier to the Transgender women Community in India it is fraught with the burden of Stigma and Misinformation. The Transgender women community comes under the umbrella term of Transgender. The Transgender women community forms a culturally unique gender bunch whose gender identity does not align with the sex assigned at birth. The community also at times is known as the Hijra community and has known to have existed for centuries, shaping a vital piece of tradition in the Hindu culture. Their presence in child birth and marriages have been viewed as a hint of something good to look forward to. (Singh, H., & Kumar, P., 2020, p.79)

Transgender communities in India are varied and have native terms of reference such as hijra, kinnar, bhaiyya, thirunangai, mangalamukhi, jogappas, Aravani, kothi, shiv shaktis, paiyyan and thirunambis. In India, transgender women have traditionally structured themselves into gharanas (houses). Transgender women in India work, live, and inhabit public spaces together. This is a system for survival arrived upon after a profound understanding of public violence, vulnerability and discrimination. Most Trans individuals in India come from poor families, losing out on monetary help on the off chance that they were to affirm their gender openly, or on the other hand in case they are not from poor families, they become financially, socially, and politically clutched therefore because of their identity. Living Smile Vidya, Dalit transgender artist and activists confers transphobia as a kind of Brahmanism, where the transgenders turn into an untouchable subject. The 'unique' develop-

ment of a feminine boy is not tolerated at schools where they frequently experience a threatening climate for incongruent gender sex roles and perspectives. They regularly experience depression and harmful treatment; for instance, they are not permitted to impart things to schoolmates, reaching out from the classroom to the playground room etc. (Semmalar, G.I., 2014, p.286-287)

Transgender bodies are viewed as deviant, which thus culminates into misinformation around their bodies and their medical care. The fundamental vectors of this absence of information are untrained medical experts, who have just been educated on the male/female binary and end up ill-treating Trans bodies they are inexperienced with. While government clinics or hospitals do offer cheap medical care, however, most of the time they are not prepared on the best way to manage transgender individuals; the main transgender oriented care government hospitals used to give was regarding their sexual wellbeing and HIV prevention. Transgender individuals who looked for Sex Reassignment Surgeries (SRS) were often compelled to consult with private hospitals, where care might be of greater quality, but the process remained exorbitant. Things have changed a little in the recent past where government hospitals like Lok Nayak Hospital or Safdarjung Hospital in Delhi have started providing Sex Reassignment Surgeries for free, clinics or health care centres in Kerala and Tamil Nadu have begun offering reasonable health care solely to transgender individuals. Nonetheless, according to Dr. Sameera Jahagirdar still maximum amount of the nation's hospitals dearth a systematized standard of medical care and wellbeing for Trans patients. (Desai, R., 2019)

Therefore through this study, the researcher aims at explaining the issues and difficulties that the Transgender women community has to go through in accessing health care services in India.

Review of Literature

Transgender

Transgender is a general term that includes people who identify as people of different genders, such as transsexuals, drag queens and kings,

masculine women, feminine men, and others who defy traditional gender roles but do not always seek or receive medical or surgical care. The term "transsexual" is frequently used to describe people who have had both surgical and hormonal body augmentation. A male-to-female transgender (MTF) person was assigned the gender female at birth and chooses to identify as a man, whether or not they get medical care for their transgender identity. (Newfield, E., Hart, S., Dibble, S., & Kohler, L., 2006)

As transgender or gender nonconforming, we refer to the segment of the population whose gender identity does not correspond with the gestures and actions generally associated with the sex to which they were assigned at birth. These broad categories include people who identify as androgynous, multi-gendered, third gender, and two-spirit, among other identities. People that cross-dress, or dress in ways that are often reserved for a gender other than their own, fall under the category of gender nonconforming people. Individuals may fluidly morph, blend, or adjust their gender identity over time, and the precise meanings of each of these identities vary depending on what is meant by the phrase "gender nonconforming." A small percentage of transgender people will decide to transition, which is the act of living and working as someone who is not the gender that was assigned to them at birth. For some people, this may primarily include social change without any medical therapy; this is known as social transition. Others may need medical interventions, such as hormone therapy and hair removal, to match their physical characteristics to their desired gender. Medical transition describes this situation. A portion of people who transition medically may decide to get gender reassignment surgery to have their physical appearance as consistent as possible with their gender identification. Sex or gender reassignment surgery, or gender surgery, are other names for this surgical transformation process. (Schaefer, A. G., Iyengar, R., Kadiyala, S., Kavanagh, J., Engel, C. C., Williams, K. M., & Kress, A. M., 2016)

Health care Barriers

In numerous cultures all throughout the world, gender nonconformity carries a shame. Discrimination and prejudice may result from such stigma.

Because of their concerns about possible negative outcomes, many trans people are hesitant to disclose their gender identity, especially in hospital settings. According to the 2010 National Transgender Discrimination Survey, 19% of respondents had their care denied because of their gender identification. The survey also revealed that 28% of trans persons had experienced verbal harassment and 2% had experienced physical assault when seeking medical attention. Negative encounters in medical settings can make an already distressing experience intolerable, causing transgender people to put off or refuse critical services and endangering their general health. For instance, the patient may elect to forego care entirely or choose to get medications and therapies from unconventional sources in order to prevent such interactions. According to reports, the prevalence of unsupervised hormone usage among urban transgender populations ranges from 29% to 63%, posing serious health hazards. Furthermore, there are no systems in place to identify and keep track of such patients, even if trans people are prepared to declare their gender identity. (Robert, T.K., & Fantz, C.R., 2014)

Structural Barrier

There are numerous structural obstacles to providing care for trans people. A coalition of civil rights advocacy organisations developed a guideline for hospital policies to remove structural obstacles based on the 2010 National Transgender Discrimination Survey. Some of the obstacles, like access to restrooms, are rather simple to remove. The presence of a private, unisex restroom contributes to a trans affirming atmosphere because trans people may feel uneasy using public restrooms that are gender-restricted. A private inpatient room assignment should be a possibility for trans people as well. If a patient wishes to share a room or a private room is not available, they should be put in a room with someone who shares their gender identity. (Robert, T.K., & Fantz, C.R., 2014)

Financial Barrier

The National Transgender Discrimination Survey revealed another startling statistic: 48% of trans people delayed getting medical attention when they were ill or wounded because they couldn't afford it. Unemployment among transgender people is disproportionately high, which is one contri-

buting cause. Nearly twice as many trans people as the national average—14%—are unemployed. As a result, this population has a restricted number of employer-based coverage options. (Robert, T.K., & Fantz, C.R., 2014)

Sexual Needs

Young transgender persons have specific sexual health needs that are not currently being served by their healthcare providers, according to research on the needs of TGD youth. Healthcare professionals frequently lack awareness about TGD-specific health issues, which are distinct from those that affect cisgender people. Hormone replacement therapy (HRT), gender-affirming surgery (GAS), reversible puberty blockers, and same-sex STI transmission are all characteristics of TGD people. Youth today are more likely than past generations to come out as transgender at a younger age, yet many healthcare professionals are not adequately communicating healthcare facts to their patients. Patients are put at danger when clinicians neglect to communicate important information to them, which may have been prevented. For example, a doctor who lacks expertise about STI transmission between individuals who were born into the same sex, or even a clinician who has personal prejudices against TGD patients, may fail to provide patients with crucial sexual health information, placing them at greater risk. (Glosson, A.N., 2021)

Methodology

The study is qualitative in nature using an exploratory research design. The study was carried out in parts of North and South Bardhaman district of West Bengal, India. A total of 10 respondents were approached for the study depending on their availability. Both primary and secondary data were collected for the study. Primary Data was collected by using Open ended semi structured interview was employed. Secondary Data was collected by using Books, articles, journals, videos etc.

The study also focused on a thematic analysis of the secondary data in which every theme and its substructures were explained exhaustively. Additionally, various newspaper articles by The Frontline, Hindustan Times, and India Times were taken into consideration, as well as articles from databases involving JSTOR, Google Scholar, Social Science & Medicine, Springer, as well as articles from the Google Scholar database.

Participants

The inclusion criteria of the study was that Participants were required to be self-identified transgender women (male to female), 20 years or above, residing in parts of North and South Burdwan Districts, West Bengal, India. The exclusion criteria for the study included a self-reported physical or mental illness that would restrain the participant from completing a 01 hour interview. Race or ethnicity was not a factor in recruiting, including, or excluding participants.

Study Sample

The sample comprised of 10 self-identified Transgender women, 20 years or above, in North and South Burdwan Districts of West Bengal, India. All participants were from Bengali descent hence, they preferred being interviewed in the Language Bengali. The interviews were conducted between February- March 2022. Numbers instead of names are used to protect participant's privacy.

Recruitment

Snowball sampling procedure was employed to recruit Participants who (a) belonged from the Transgender women community, (b) who had undergone SRS and Hormone Therapy and (c) has faced some sort of medical lag or discrimination in their region of stay. Preliminary connections with participants were established through Telephone and Whatsapp messaging. Participants were limited in number due to the fact that the study population resided within areas in North and South Burdwan Districts, West Bengal where they were highly stigmatized because of their identity. As a means of recruiting hard-to-reach communities and vulnerable populations, snowball sampling is commonly employed.

Literature Search

In keeping with the purpose of the study, a large number of means were recovered and reconnoitred for the study. The searchable literature undertaken for the aim of the study which was to understand the health care barriers, was "Health", merged with keywords like "Transgender", "LGBTQIA", "Health Care", with the usage of AND as Boolean operator.

For the aim to understand “Stakeholder Analysis” combined with words “NGO”, “Activists”, “Transgender” was being used. The usage of Boolean logic along with various online databases, articles and journals being searched for the study were used to get maximum results.

Semi Structured Interviews

To collect data, participants were guided through an in-depth interview with a semi structured, open-ended guide. Each preliminary probe consisted of five questions. The answers to these probes led to further questions and information gathering. Questions included: (1) Experience regarding their gender identity; (2) Barriers in accessing healthcare services owing to their gender identity; (3) The Government and Private Divide; (4) Experience during the Pandemic; (5) Community solutions for fostering medical wellbeing. Professors and research associates provided feedback on the interview guide before the interviews were conducted.

Procedure

It took approximately 01 hour to conduct face-to-face interviews. A secure location was selected by each study participant for the interviews by the researcher, and they were digitally recorded with their consent. Eating joints and Participants friends’ homes were used as interview sites. The confidentiality of the participants was ensured at each stage of the study.

Analysis

Transcriptions of the audio recordings of the interviews were made, and the identities of the interview participants were removed. A thematic analysis of the transcripts was conducted by using Braun and Clarke’s six step method: Familiarization, Coding, Generating themes, reviewing themes, Defining and naming themes and writing up. We began by familiarizing ourselves with the audios and transcribed the same thereby making our initial notes. During coding all interview transcripts were reviewed, and anything relevant or interesting was highlighted. In addition, we highlighted each phrase and sentence that matched these

codes. Based upon our codes we started identifying patterns and generating our themes. In the next step we again went back to our data set and started comparing our themes against the same. Once we were sure and had reviewed our theme we began to define and name them. Finally, we started writing the entire themes created and defined.

Ethical Dimension

- Informed Consent was taken from all the participants participating in the study.
- Voluntary participation
- Maintenance and surety of confidentiality.
- Right to withdraw-the informants have to right to withdraw at any point of time during the study.

Findings

Demographics

The respondents hailed from North Burdwan and South Burdwan Districts of West Bengal respectively. Most of them lived in the rural areas while some had migrated from the rural areas and settled in the town cities of the district in search of livelihood. All the participants identified as Transgender women, some had even transitioned medically while others preferred not to transition. The respondents were in age brackets 20-55 years, this age bracket was kept to understand their issues as they progressed from teenage to adolescents. Some respondents were employed in offices for menial jobs while others were employed in dancing profession yet others remained unemployed. This scenario of employment of the community is extremely grave in nature wherein most of them are employed in dancing professions specifically a dance form known as the "*Launda Dance*" in which they have to travel to far off cities like Bihar or Uttar Pradesh leaving behind their families is not something they do out of pleasure. They are employed in such a profession because there is no other safe working space for the community as a whole.

The work opportunities for them are extremely less in number and even if they do get some jobs the discriminatory work environment does

not permit them to stay in that job for long. Hence, most of them have chosen dancing as a temporary career option which generates some kind of income for them and their families too, since, most of their parents depend on their meagre income source. Some of the respondents mentioned the fact that they were employed before the pandemic however, post the pandemic they have lost their jobs leading them to the uncertain space of unemployment. Hence, it can clearly be understood how the community is suffering from a double jolt of the pandemic and unemployment.

Although Burdwan consists of many hospitals and some are even in super speciality category but they fall on the capitalistic side wherein a large amount of money is required to get oneself treated. On the other hand the district hospital which although charges no or less money does not attract the transgender patients since according to them it's a place where they are highly discriminated and name called. The anatomy of their bodies are quite unknown to the doctors and the healthcare staff in the hospital, hence, they save their money get themselves treated in the private ones.

Table 1. Demographics

No.	Age	Occupation	Income (Per Month)	Identity	Medical Condition (If any)
01	27	Dance	3500- 5000	Transgender woman	Prone to cold & cough
02	22	Dance	10,000	Transgender woman	Not really
03	32	Dance	10,000	Transgender woman	Dental issues
04	39	Unemployed	-	Transgender woman	Nerve issue
05	40	Unemployed	-	Transgender woman	Prone to cold & cough
06	28	Dance	600-700	Transgender woman	Not really
07	20	Dance	400-500	Transgender woman	Heart Issue
08	25	Cooking service	5000	Transgender woman	Not really
09	32	Dance	4000	Transgender woman	Asthma
10	55	Unemployed	-	Transgender woman	Chronic illness

Note Illustration made by the researchers

Barriers in accessing Health Care Facilities

Institutional and social stigma against the LGBTIQ+ community negate prospects and hinder their access to crucial assets like schooling, medical services and employment. Services inside the wellbeing sector; from systematic health check-ups, data for mental well-being issues to complex hormonal treatments and sex-reassignment surgeries (SRS) for LGBTIQ+ patients, are laden with uneasiness and negative encounters. Disparity in access to medical care, both perceived and actual episodes of discrimination by medical service providers in hospitals, absence of trained doctors for treating LGBTIQ+ patients, and restricted information for understanding their novel medical problems, are among the many reasons adding to negative wellbeing results in these networks.

Participant 06 who identified as a Transgender woman aged 28 years shared that *“Two three years back I suffered from Diarrhoea and my body literally had no water content left so my family members took me to the hospital to get me admitted. However, when we reached the hospital, I could see the doctors not paying attention towards my condition only because of my gender identity. So we had to come back home and my parents had to search for another doctor in that crisis period. Luckily, one of the doctors from a private chamber agreed and helped me out in that grave situation. In that situation I was not hurt but was angry on the entire medical staff of that hospital who treated me so badly”*

One more significant barrier for transgender health care issues is characterizing who is a transgender person. Transgender individuals are a multifarious group whose gender expression or identity articulation contrasts from their birth assigned sex and has a particular spot in the LGBTIQ+ continuum. Often utilized related terms in many talks and writings like trans-people/ individuals, Trans networks or Trans wellbeing, in any case, envelops all non-binary gender identities (for example bi-sexual, gay, lesbian, transsexual, intersex, queer, cross dressers, transgender). (Bhattacharya, S., & Ghosh, D., 2020, p. 1-2)

Another participant who was aged 20 years said, *“When I first visited a doctor’s clinic it wasn’t a very pleasant experience for both me and my mother. I went to the clinic with my mother and as the doctor called me inside and was checking my pulse rate, pressure etc., then all of a sudden while writing the*

prescription he asked me my name, I told my name and said that my gender is Female. After hearing this the doctor told me that he is not able to understand if I am a male or a female or something else altogether. When I told him that I am a transgender person he started to behave indifferently he was completely shocked after hearing this and went into deep thinking as his expressions changed. He felt uncomfortable and probably disgusted by this fact of mine. After that I left the premises and my mother took the prescriptions and did the needful. So this is how my experience with medical system went."

Without a trace of public health facilities for transgender individuals, they need to look for access to costly private wellbeing services. Since they are highly ostracised as transgender individuals and the overall nature of medical services in the third world nations is so abysmal, they lose a colossal number of transgender individuals to suicides, treatable illnesses and clinical carelessness. Would they then, at that point, without a trace of supplementary health care facilities, battle against private benefactors and capitalism. (Semmalar, G.I., 2014, p. 290-291)

Participant 02 aged 22 years recalled her memory of disgrace which she faced while getting medicine in the hospital, she said, *"When I went to get some medicines in the hospital and was standing in the male que to avoid confrontation from the hospital staff or the general public, in that point in time one of the staff came and asked me to stand in the female que, he said by seeing me he was not able to understand my gender, when I went and stood in the female que there also some other staff came and asked me to go back to the male que. Hence, after doing this quite a few times I got irritated and went home. After that I went to a private clinic for check-up and also for getting my medicines which was much easier for me although a little costly but there I didn't face any such discrimination"*

Another participant aged 32 years had an extremely fond memory of visiting a private clinic, where she felt accepted for the very first time in her life, she says *"The doctor in the private clinic was an extremely good person, he asked me why did I write male in my hospital form, he said by seeing me he thought that I am a female and appreciated me. I told him that my Aadhar card still has Male as my gender hence I had to mention my gender as male which offcurs even I don't agree to but can't help. The doctor was such a nice*

person, he made my day just by saying those lines and not just the doctor but the entire clinic staff was extremely empathetic and good towards me."

Sexual Health

Transgender communities face numerous sexual health problems including HIV. Both individual and contextual level elements impact their sexual health condition and access to and utilization of sexual health services. For instance, most Transgenders are often from lower socioeconomic backgrounds and have low education levels that present hurdles or barriers to seek medical care. Subsequently, Transgenders face some exceptional hindrances in accessing treatment services for even Sexually Transmitted Infections too. Often, medical care providers seldom have the chance to comprehend the sexual diversities and thus there is a lack of passable information about the medical problems of the sexual minorities. (United Nations Development Programme, 2010, p. 4&8)

One of the participants involved in dancing profession underwent Sexual Reassignment Surgery (SRS) and the Hormone Therapy said that, *"I did my surgery from a private hospital in Delhi because I felt safe at the hands of the doctors over there. One of my friends did her surgery from the hospital back home where although the money she paid was less but after the surgery she suffered from septic infection and when she went to the doctors again to get it checked, the doctors were not able to correct it and hence, she had to come to Delhi to get her septic treatment. Therefore, she paid twice the money once in West Bengal and once in Delhi. Not just her money but it was her body which went through three surgeries at a row and suffered a lot. The doctors over there were as though experimenting with her. Hence, after hearing all that I decided not to take any risk regarding my body since, I am not a subject of experiment. Therefore, I came to Delhi at a private hospital where the doctors were experienced, although it was extremely costly but I knew that I was at safe hands."*

Discrimination as reported by the Transgender women community:

- Intentional usage of male pronouns in speaking to them
- Verbal provocation by the hospital workforce and co-patients at times
- Registration is done as 'males' and admittance in male wards
- Embarrassment encountered in having to stand in the male que

- Absence of medical services providers who are sensitive to and prepared on giving treatment to the transgender individuals and even refusal of medical benefits.
- Refusal of medications and treatment by the hospital because of their gender.

National Legal Services Authority (NALSA) 2014 Judgement

The **National Legal Services Authority** case judgment in the year 2014 prompted the acknowledgment of transgender individuals as the 'third gender' by the Supreme Court of India, certifying that the fundamental rights conceded under the Constitution of India will be similarly relevant to them, and gave them the right to self-distinguish of their gender as male, female or third gender. However, even after the judgement not much has changed for Trans individuals in reality, particularly with regard to medical care. Regardless of government campaigning's, doctors somewhere still lack mindfulness about the anatomy of Trans bodies — which has prompted rehashed, hurtful instances of misgendering Trans individuals and placing them in the incorrect wards in clinics or hospitals. In June 2014, reports showed that a Trans individual passed away after a mishap, in light of a postponement in treatment brought about by the doctors treating them who didn't realize whether to place them in a male or female ward. (Desai, R., 2019)

Participant 04 aged 39 years was quoted saying *“Since, our outer appearance is of a male hence, we are unable to convince the doctors or the hospital staff about our gender. They don't understand our inner feelings of being a woman hence, because of this they behave indifferently with us or ask us to get treatment done from somewhere else. Therefore, even years after several judgements have passed regarding our rights still somewhere the doctors and medical staff remain far from being sensitive regarding our medical issues”*

Healthcare difficulties and Covid-19

The Covid 19 pandemic brought worldwide health concerns and devastating psychological distress on a worldwide scale to numerous populations. Transgender people are presently confronting unprecedented

troubles with mental, physical, and social wellbeing, as well as issues in accessing medical services. Prior to the pandemic, there as of now existed numerous boundaries to transgender people getting to medical care, such as shortage of medical services professionals; accordingly, not very many transgender people get gender affirming medical surgeries and hormone intervention.

Participant 07 who identified as transgender woman aged 20 years said, *“The pandemic was mentally very heavy on me. Since, I live in a joint family and during the lockdown no one was allowed to go outside, hence, other members of my family like my uncle was not at all happy to see me every day right in front of his eyes. He even complained to my parents that why is your boy so feminine, he asked my parents to even throw me out of the house. I went through depressive episodes and even had suicidal thoughts, I was just at the brink of a nervous breakdown. A huge thanks to my mother who was always there by my side, she helped overcome the depression phase by being my in house counsellor. Today I am a much stronger and independent person and I know how important my life is not only to my mother but also to myself.”*

Talking about Anxiety and depression being increased during the lockdown period instances being reported from cities like Hyderabad in India wherein transgender women were seen as possible vectors of disease, with public posters indicating, *“If you talk to transgenders, you will get Corona.”* (Chakrapani, V., Newman, P. A., Sebastian, A., Rawat, S., Shunmugam, M., & Sellamuthu, P., 2021, p 3-5). Public attitudes towards transgender people have worsened during this period in some regions. Which certainly has affected the mental health of the transgender women individuals thereby increasing their anxiety levels as wells depressive episodes more frequently, this also clearly points towards discrimination stigma that they have to go through even in the face of this pandemic. (Chakrapani, V., et.al., 2021, p 3-5).

A participant aged 40 years who visited her nearest hospital during the Pandemic said, *“During pandemic when I visited the hospital the behaviour that I got was no different from the behaviour that I am used to getting. However, before pandemic at least the doctors used to attend to us but during the pandemic after standing in the que for two long hours I was asked to go back*

home because they said that the doctors are busy and wouldn't be able to check us today. I felt really bad and was a bit angry too"

During the pandemic people who had appointments of their SRS and hormone therapies also got postponed and this was also a reason for their mental stress.

A participant who underwent SRS and Hormone therapy during the pandemic recalls her experience, *"My SRS was planned in 2020 however, due to the sudden lockdown it got postponed several times. I was in a phase of total uncertainty since, I had the money but still was not able to do the surgery for which I had waited for so long. Finally in 2021 amidst the lockdown I had my SRS surgery from a Private hospital in Delhi, I did not face any discrimination since it was a private hospital. Had it been some government hospital back at home I think things would be much more difficult for me during the pandemic. After discharge I went to my aunt's place who lives nearby, however, while returning to Delhi in train, my stitch tore and profuse bleeding began, I had to change a lot of pads in the train itself and everything was so scary since it was the pandemic situation even the train toilets were not hygienic enough to use. Anyways after I reached home, I suffered from septic in the vagina area and it was swollen like anything with extreme pain. I called the doctor and because of the pandemic I was sceptical to visit the hospital so the doctor asked me to take injections for an entire week, after that with time the pain stopped and life was back to normal."*

Despite the fact that community organizations and free Trans friendly medical care providers are progressively offering mental health counseling on the web, these services reach only a small number. Transgender women and numerous other Trans feminine subgroups are lopsidedly uneducated, not tech-savvy, and have restricted Internet access. Specifically, those from rural regions and people stuck in different urban communities in the midst of lockdowns experience obstructions for example, absence of transportation and locally legitimate ART recognizable identity cards, and unintentional exposure of HIV status to law authorization specialists during traveling. (Chakrapani, V., et.al., 2021, p. 6)

Participant 09 who was stuck in an urban locality of North India narrated her instance of going back home, *"I was stuck in this urban locality*

for the entire 2020, my family members were extremely worried about my well-being they wanted me to come back. Although I did not face any issues since the District Magistrate was extremely helpful, he from time to time supplied us with our monthly ration given by the government. I personally met him and registered my name in the list that was being prepared for people who wanted to go back to their home states. They finally called me when the bus for West Bengal was ready to go. A huge thanks to the entire DM's team and the government for bringing us back home. But yes I was stuck for a considerably long time which was a bit mentally saddening since I wanted to be with my parents."

Stakeholder Analysis: Civil Society Organization, Activists and Government

Civil Society Organization

In Kolkata, a NGO 'Together We Can Foundation', with assistance from a businessman coordinated a vaccination drive for trans individuals in June. Right around 100 of them got their first dosage at Apollo Hospital. Kajol Mondol, a trans individual from Kolkata, who got vaccinated told India today that they dread going to government emergency clinics or hospitals as they may be tormented and socially distanced which clearly points towards the healthcare hurdles that they had to undergo even at the face of the pandemic. (Jhanvi, J., 2021).

An organization named Burdwan swapnil, helped the respondents with not just ration kits but also the organization carried out various covid awareness virtual campaigns as well.

Participant 01 aged 27 years was quoted saying, *"I got help from the organization Burdwan Swapnil, they gave me rations kits not once but many times."*

Activists

A noticeable gender minority in India, the transgender community keeps to remain on the edges of advancement and government welfare programs, with minute access to public services and goods. Maharashtra government endeavours to address these cracks in the state. It is normal that the Welfare Board will give roads to formal education, grow business and self-employment opportunities, run health schemas and give lawful assistance to the community for free. Inviting the Maharashtra

government's means, Laxmi Narayan Tripathi, transgender activist was of the opinion that the Transgender Welfare Board and Cultural Institute will assist the transgender with accessing different government services and rights to take forward the much disregarded issue of freedom for transgenders. The Board will likewise have community portrayal on it, which will guarantee that transgenders are important for the policy decisions that influence them. (UNDP, N.D.)

Participant 10 aged 55 years said, *“Shoidul Haque who runs an NGO in the district helped me during the pandemic time and not just during the pandemic but also prior to the pandemic as well. Whatever medical tests and medicines I wanted Shoidul used to help me with the same. In the pandemic too he gave us ration kits, handwashes, masks etc.”*

Government

As individuals confronting psychological wellness issues feel really uncomfortable with regards to looking for help because of the disgrace around it, a free helpline for distressed Transgender Persons attributable to the current pandemic for mental health and psychological well-being care has additionally been declared by the Ministry of Social Justice and Empowerment. Any Transgender Person can interface with specialists on the Helpline Number 8882133897. (Vikaspedia, 2021)

A respondent aged 25 years said, *“I received ration kit from the government once during the pandemic. The government did their part but they should have be more proactive during the pandemic bringing in more schemes for us.”*

Therefore, civil society organizations and activists along with the government play an important role in providing and protecting the health care rights of the Trans community. However, the road to achieve inclusiveness of the community is still far and needs to be worked on more rigorously.



Fig 1. Stakeholders

Note Illustration made by the researchers

Discussion

Social work implication on Transgender healthcare

A social worker's mission is to advance social justice and advocate on behalf of vulnerable groups within society. Social workers are a 'human rights profession,' according to the International Federation of Social Workers, which is concerned about the ways in which discrimination leading to victimisation violates human rights. Services for trans people need to be provided in a non-stigmatizing, non-discriminatory, and informed environment in order for their right to health to be assured. This requires the following:-

- Transgenders living in rural areas should be paid attention to just as the ones living in urban areas. Health care facilities should reach the rural part in the form of mobile health care vans which can often provide health check-ups to the transgender individuals living in the rural parts.

- Trans sensitive Health Care system should be adopted by every hospital and clinic, where in they could have a sensitization programme held by Trans individuals this could somewhere reduce the intensity of discrimination in a hospital setting.
- Having Transgender wards in every hospital can also somewhere reduce the fear among transgender patients to visit or get admitted to a hospital when needed.
- Mental health awareness campaigns should be carried out for both the transgenders and their initial care givers so that they get the best treatment without wasting any time.
- In order to ensure that highly trained health personnel are widely available and of high quality, especially for primary health care services.
- Promoting the establishment of new working categories that facilitate patient safety and enhance clinical staff relations.

Vision 2030

Medical care industry welcomed the government transition to incorporate 'Healthy India' as one of its 10 critical needs under the vision for the following decade as featured by Finance Minister Piyush Goyal in his Budget discourse for 2019-20. The health industry, however, was of the opinion that it expected higher financial budget allocation for medical care. The government is focusing on a distress free medical system. The Budget featured the government's plan to connect the urban- rural divide and thereby providing benefits that individuals in a city have to those remaining in the rural regions. Medical services ought to be a basic part of these endeavors. (PTI, 2019)

Women participation and Ayushman Bharat would be a significant element towards the goal of a healthy India. Through the government's new scheme as discussed above (SMILE), it will thus, provide a medical coverage to the Transgender community thereby supporting them in their sex reassignment surgeries as well. Vision 2030 brings to us these inclusive health benefits which will not only bridge the gap between transgenders and their healthcare system but also would bring them a step forward into the mainstream society.

Conclusion

Categories like Male, Female and Others that lawfully characterize the social gender of people is in some way responsible for making a division or a guard between Trans identities and the socially acknowledged identities. These sorts of confining of individuals to categories lead to spread of disparity in which the Transgender people can even be victims of violence. Rather than making boxes for gender identity the segments ought to be kept free for people to compose or communicate as per their own gender articulations. This will instil individuals with the idea of preferring gender and would achieve a distinction or change among the general public. The patriarchal nature of the society doesn't give a lot of room for Transgender people or women to voice their viewpoints effectively, henceforth, denying their privileges. In a circumstance like this in the event that we begin limiting people into individual classifications, it will prompt control of a specific gender over all others, a kind of tyranny will tend to appear.

The health related concerns, barriers, negligence and discrimination against the transgender individuals in public healthcare settings and even in private ones shows how still regressive we are as a society. Despite of various government schemes people still tend to discriminate transgenders on the basis of their pre-determined mind sets which should at least now be stopped. Humanity above all should therefore prevail.

References

- Bhattacharya, S., & Ghosh, D., (2020). Studying physical and mental health status among hijra, kothi and transgender community in Kolkata, India. *Social Science & Medicine*. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2020.113412>
- Census, (2011). Transgender in India. Retrieved from <https://www.census2011.co.in/transgender.php>
- Chakrapani, V., Newman, P. A., Sebastian, A., Rawat, S., Shunmugam, M., & Sellamuthu, P. (2021). The impact of COVID-19 on economic well-being and health outcomes among transgender women in India. *Transgender Health*. DOI: 10.1089/trgh.2020.0131
- Desai, R., (2019). What a Transgender-Friendly Health Care System Would Look Like. *The Swaddle*. Retrieved from <https://theswaddle.com/what-a-transgender-friendly-health-care-system-would-look-like/>

- Glosson, A.N., 2021. Transgender Health: Barriers to Healthcare and Physiological Differences. *The Aggie Transcript*. Retrieved from aggietranscript.ucdavis.edu/transgender-health-barriers-to-healthcare-and-physiological-differences/
- Jhanvi, J., (2021). Pandemic has hit the transgender community hard and no one is listening. *Citizen Matters Mumbai*. Retrieved from <https://mumbai.citizenmatters.in/pandemic-has-hit-the-transgender-community-hard-and-no-one-is-listening-25502>
- Robert, T.K., & Fantz, C.R. (2014). Barriers to quality health care for the transgender population. *ScienceDirect*, Vol (47), 10-17, 983-987. Retrieved from <https://doi.org/10.1016/j.clinbiochem.2014.02.009>
- Newfield, E., Hart, S., Dibble, S., & Kohler, L. (2006). Female-to-Male Transgender Quality of Life. *Quality of Life Research*, 15(9), 1447-1457. <http://www.jstor.org/stable/27641222>
- PTI, (2019). India Inc welcomes inclusion of Healthy India as part of Vision 2030. *India Brand Equity Foundation*. Retrieved from <https://www.ibef.org/news/india-inc-welcomes-inclusion-of-healthy-india-as-part-of-vision-2030>
- Sethi, S., & Barwa, M., (2018). Transgender Health and Their Rights in India. *International Journal of Research in Social Sciences*, Vol 8, Issue 10(1). Retrieved from https://www.researchgate.net/publication/328718852_Transgender_Health_and_Their_Rights_in_India
- Sengar, S., (2021). 'Don't Want To Be The Last': Dr Aqsa Shaikh, India's First Trans Woman To Head COVID Centre. *Indiatimes*. Retrieved from <https://www.indiatimes.com/news/india/uphaar-fire-tragedy-delhi-court-convicts-ansal-brothers-for-tampering-with-evidence-551243.html>
- Sharma, N.C., (2021). Umbrella Scheme to address health, welfare issues of transgenders on cards: Govt. *Mint*. Retrieved from <https://www.livemint.com/news/india/umbrella-scheme-to-address-health-welfare-issues-of-transgenders-on-cards-govt-11612445572337.html>
- Singh, H., & Kumar, P., (2020). Hijra: An Understanding. *Journal of Psychosocial Research*, Vol 15(1), 79-88. DOI: <https://doi.org/10.32381/JPR.2020.15.01.6>
- Singh, Y., Aher, A., Shaikh, S., Mehta, S., Robertson, J., & Chakrapani, V., (2014). Gender Transition Services for Hijras and Other Male-to-Female Transgender People in India: Availability and Barriers to Access and Use, *International Journal of Transgenderism*, 15:1, 1-15, DOI: 10.1080/15532739.2014.890559
- Shagun, (2021). SMILE for trans community: Ayushman Bharat scheme to cover sex change for transgenders; Health benefit packages revised. *TrueScoop*. Retrieved from <https://www.truescoopnews.com/newsdetail/smile-for-trans-community-ayushman-bharat-scheme-to-cover-sex-change-for-transgenders-health-benefit-packages-revised>
- Semmalar, G. I. (2014). Unpacking Solidarities of the Oppressed: Notes on Trans Struggles in India. *Women's Studies Quarterly*, 42(3/4), 286-291. Retrieved from <http://www.jstor.org/stable/24365012>
- Sarathi Trust, (2014-2015). About us. *Sarathi Trust*. Retrieved from <http://sarathitrust.org/about-us.html>

- Schaefer, A. G., Iyengar, R., Kadiyala, S., Kavanagh, J., Engel, C. C., Williams, K. M., & Kress, A. M. (2016). What Are the Health Care Needs of the Transgender Population? In *Assessing the Implications of Allowing Transgender Personnel to Serve Openly* (pp. 5–10). RAND Corporation. <http://www.jstor.org/stable/10.7249/j.ctt1d4txv6.9>
- TG Issue Brief, UNDP, VC. Dec., (2010). Hijras/Transgender Women in India: HIV, Human Rights and Social Exclusion. *UNDP India*.
- Trivedi, D., (2020). COVID-19 and the plight of the transgender community. *Frontline: India's National Magazine*. Retrieved from <https://frontline.thehindu.com/dispatches/article31463945.ece>
- UNDP, (N.D.). A Development Agenda for Transgenders in Maharashtra. *UNDP India*. Retrieved from <https://www.in.undp.org/content/india/en/home/sustainabledevelopment/successstories/adevelopment-agenda-for-transgenders-in-maharashtra.html>
- Vikaspedia, (2021). Government to give assistance of Rs.1500 to each Transgender person in view of Covid pandemic. Retrieved from <https://vikaspedia.in/news/government-to-give-assistance-of-rs-1500-to-each-transgender-person-in-view-of-covid-pandemic>

BÖLÜM 7

RELIGION AS A SOCIAL DETERMINANT OF PUBLIC HEALTH: AN ISLAMIC PARADIGM

Anwar Ahmad ANSARI

Research Scholar
Department of Humanities and Social Sciences
IIT Patna

ORCID: 0000-0002-8246-6116

Mail: 2ansaridpcs@gmail.com

An Introduction

The goal of public health has always been to create a comprehensive system that allows the entire population, not just individuals, to be healthy (Anita & Aidalina, 2014). Public health has risen to prominence after a long and winding journey; nonetheless, in science, it is still regarded as a modern idea of human development.

It's worth noting that religion is now considered a social determinant of health (Kawachi, 2019). It may influence not just understanding of sickness, but also health seeking behaviour and medical compliance, by contributing to specific beliefs and behaviours (Ishaq, Ostby, & Johannessen, 2021). Thus, religion produces health benefits among its followers through its concept of preventative behaviour and constraining individuals by specifying what to do and what not to do.

Islam, like the world's other major religions, has a specific set of desired behaviour and preventive activities based on divine punishment, or what is known as a belief system. Islam, which encompasses all univer-

sal moral ideals and insistently promotes its rituals, had a global population of around 1.6 billion people in 2013, making it the world's second-largest religion after Christianity (Anita & Aidalina). It is a major religion in the world, with a large following, covering all universal fundamental human ideals, which are regarded as critical sources of human progress (Anwar, Hasan & Nasim, 2021).

Historical Underpinnings

Islam as a religion and its theological influences on public health domains have been documented throughout history, particularly during the Middle Ages, when scholars such as *Muhammad ibn Zakariya ar-Razi* (854–925 AD) and *Ibn Sina* (980–1037 AD) were involved in numerous observations and experiments and contributed significantly to medical knowledge and literature. The approach to Islamic healthcare throughout the early centuries of Islam was largely inspired by Quranic verses and Hadiths (Alotaibi, 2021).

In 707 A.D., one of the first caliphs, *Al-Walid ibn Abd al-Malik*, constructed a hospital in Damascus. The hospital has specially trained doctors, nurses, and a well-established infrastructure for treating impaired persons including the blind, as well as separating patients with infectious diseases like leprosy (Alotaibi, 2021).

Similarly, the *Prophet Muhammad* (SAW) was one of the first to issue directives to prevent the spread of various diseases by issuing directives such as (If you hear about it on land, do not go ahead of it; if it falls on the ground while you are on it, do not leave it), which is now referred to as quarantine (Alotaibi, 2021).

When it came to the creation of healthcare facilities, numerous variables were taken into account. The ideal places for creating healthcare institutions were chosen by the Caliphs, preferably over the hills or by the riversides, in order to assure cleaner and more secluded surroundings for the public's safety and patients' faster recovery (Alotaibi, 2021).

In the Islamic era, hospitals were seen as torchbearers for female equality in other parts of the world. In mediaeval times, female physicians

and nurses were employed in hospitals, which was a rare occurrence in other areas of the world (Alotaibi, 2021).

A number of research have found a link between Muslim religiosity and improved subjective wellbeing, satisfaction, preventative health behaviour, and mental health (Ishaq, Ostby, & Johannessen). For example, research of Muslims in Malaysia found that Islamic religious activities were strongly linked to preventative health measures (Hassan, 2014).

There was also a link between Muslim religion and good health outcomes. Smoking and alcohol intake were found to have a negative correlated with Muslim religiosity (Ishaq, Ostby, & Johannessen, 2021).

The data implies that there is no indication that devout Muslims are more likely than non-religious Muslims to be in poor health, and the study does not support the hypothesis that Islam is a health barrier. Furthermore, our findings show that Muslim religiosity may be a resource for either forecasting improved health outcomes or as a component that exists even when good health is obvious (Ishaq, Ostby, & Johannessen, 2021).

Islam and Health Seeking Behaviour

Based on previous research it is being suggested that Islam could be related to health in two opposing ways:

- 1) Given the negative way non-Muslim majority populations see Islam, Muslim religiosity may be a predictor of poor health, making Muslims more vulnerable to discrimination and hate crime. This may not only obstruct access to health-care services, but it may also have an impact on social determinants of health, such as employment opportunities. Religious affiliation may also have additional drawbacks, such as a bad coping strategy or the content of what is espoused in a religious society (Ishaq, Ostby, & Johannessen).
- 2) Muslim religiosity may contribute to positive health outcomes through its health-promoting teachings, which influence not only behavioural factors such as alcohol consumption, but also psychosocial factors through positive coping mechanisms such as faith in

God and religious attendance via social networks (Ishaq, Ostby, & Johannessen, 2021).

The above-mentioned two viewpoints are both valid and debatable in their own rights; nonetheless, the latter will be examined prolifically because the former is a separate argument that is beyond the scope of this study.

Religion may have an impact on the health of its followers through social mediation of health values that fit with the religion's unique teachings; specific behaviour may also have an impact on health choices and may function on a normative, coercive, or mimetic level (Ishaq, Ostby, & Johannessen, 2021).

Because no significant link was found between Muslim religiosity and unfavourable health outcomes, there is no evidence to support the growing notion in numerous Western countries that Muslim religiosity is a hindrance to good health. On the contrary, this research suggests that Muslim religiosity may help Muslims maintain or improve their health, rather than harming their health (Ishaq, Ostby, & Johannessen, 2021).

Muslim religiosity has the potential to improve Muslim health behaviour in substantial ways (Ishaq, Ostby, & Johannessen). Studies show that Islamic teaching has a positive impact on the mental health of educated youth and promotes good governance in society (Anwar, Hasan & Nasim, 2021).

Religion is widely acknowledged as a social determinant of health. Some religions forbid smoking (e.g., Mormons), drinking (e.g., Muslims), or eating red meat (e.g., Buddhists). Religious participation, however, enhances wellbeing through social ties (service attendance) and psychological coping with stress and hardship, in addition to supporting healthy behaviours (Kawachi, 2019).

Religion is the most persuasive topic, especially in terms of influencing human conduct all across the world (Anwar, Hasan & Nasim). In the medical and scientific areas, there has been a growing interest in studying the implications of religion on health (Hassan, 2014).

Religion acts alongside, not within, other health indicators such as race, ethnicity, and socioeconomic status. Ironically, despite the fact that it

has the ability to influence health, it is not recognised as a national factor (Padela).

Health is regarded as a basic human right in Islam, and many achievements in public health history and activities have actually been linked to some of the Islamic approaches. Hand washing procedures and breastfeeding encouragement are examples of Islamic fundamental practices. The integration of these metrics into public health practices has had a significant impact on population health and life expectancy (Anita & Aidalina, 2015). Islamic teaching emphasises health behaviour and encourages healthy habits such as personal hygiene and food cleanliness. In Islam, maintaining one's health and well-being is seen as a religious responsibility and a manner of glorifying God, and as a result, it is frequently referred to as a 'religion of practises'. Muslims frequently describe it by characterizing their religion as a way of life that includes teachings on all aspects of life (Ishaq, Ostby, & Johannessen, 2021).

In the field of health, cleanliness is regarded as one of the most fundamental and inexpensive means of illness prevention and control. Cleanliness is another important aspect of Islamic living. In fact, the meaning and spirit of the concept of cleanliness in Islam go much beyond the traditional notion of cleanliness. To live properly, a Muslim is supposed to maintain and exercise cleanliness. The Islamic practice of circumcision, which has gotten a lot of good feedback, is one of the examples (Anita & Aidalina, 2014).

This demonstrates that Islam promotes a healthy lifestyle not only in terms of physical fitness but also in terms of mental and spiritual well-being. In fact, *Prophet Muhammad* (pbuh) told: it is also one's responsibility to maintain and promote one's health (Anita & Aidalina, 2014).

After controlling for behavioural factors, male circumcision was found to provide 61 percent (95 percent CI: 34 percent -77 percent) protection against HIV infection, which is comparable to what a high-efficacy vaccination would have delivered. The Qur'an and the Sunnah of the *Prophet Muhammad* (pbuh) both address prevention and control (Anita & Aidalina, 2014).

The family is society's most important cell, and its structure influences the structure of the entire community. The World Health Organization (WHO) launched a programme called "Health Begins at Home" in 1979 to recognise the importance of family health in a community's and population's future. Surprisingly, Islam took various steps to safeguard the stability of the family as well as the entire world community long before any modern medical or health authority took action. Recognizing the necessity of marriage as a legal response to the underlying biological instinct of procreation is one of them (Anita & Aidalina, 2014).

Long before any studies on the benefits of breast milk, Islam has always endorsed the practice of nursing. Islam allows for the use of the environment, but it must be managed. Modernisation has enhanced people's living standards to some extent, but it has also had an impact on the environment's health (Anita & Aidalina, 2014).

Physical activity forms the standpoint of public health is one of the five main areas in the promotion of Healthy Lifestyles in encouraging community members to follow healthy habits regardless of religion, race, age, or gender. Similar to Islam, the holistic approach to life that it advocates in caring for spiritual, mental, and physical needs, allows society to remain strong and healthy. Furthermore, being physically fit is a necessity in order to fulfil the obligations of the Islamic pillars. Prophet Muhammad (pbuh) once said:

"A strong believer is better and is liked by Allah than a weak believer." (Anita & Aidalina, 2014).

The daily performance of five prayers is an exercise in and of itself, as the specified movements involve all of the body's muscles and joints, as well as mental attention (Anita & Aidalina, 2014).

Healthy eating is also a key component of the Healthy Lifestyle Campaign, as lifestyle-related health issues are viewed as millennia-old disorders. Many verses and remarks about healthy eating can be found in the Qur'an and Sunnah, which cover the etiquettes of eating and their health benefits, as well as details on lawful and nutritious cuisine (Anita & Aidalina, 2014).

There are regulations in Islam that govern which foods are permitted (halal) and which are prohibited (haram) for Muslims. Ramadhan, the Muslim holy month, is a spiritual month during which most Muslims fast. Fasting is not permitted for the young, elderly, or sick if it would be harmful to their health (Health and Islamic Council of Queensland [HICQ], 2014).

A Muslim must do ablution with water before praying. Washing with water is also required after urination or defecation. After seminal discharge, menstruation, and post-natal bleeding, a complete bath is obligatory. In Islam, mothers are required to nurse their children for a period of two years (HICQ, 2014).

Muslims must also follow a number of other hygiene-related rules including:

- washing with water after urination or defecation
- keeping fingernails trimmed and clean.
- the removal of armpit and pubic hair
- keeping nostrils clean

The culture of a society is usually characterized with the beliefs and moralities of its people, which are conveyed to the individual through the education provided by the family, society and religious associations. A person's religious beliefs tell us a lot about his personality and his view of life. A person trusting in God received the least stress (Hamidi, Bagherzadeh, & Gafarzadeh, 2010).

Studies have suggested that Muslim religiosity can both hinder and promote the health of American Muslims (Padela). Similarly, the Islamic values directly and indirectly influence the lifestyle of Muslims in Malaysia (Hassan, 2014).

Transcultural caring in Islam

'Caring is inherent in the theological structure of Islam,' according to Muslims. During illness and recovery, Muslims may use it as an opportunity to reflect on their faith and spiritual progress. In Islam, it is a moral and religious obligation to care for one's family in times of illness (Martin, 2015).

While religion has become more important in determining views and behaviour, there is little empirical data on the impact of religious practise on individual Muslims' health-related lifestyle behaviours. Consumers' everyday health-related lifestyle choices in accordance with Islamic teachings have a significant impact on their activities, both directly and indirectly (Hassan, 2014). The religious action factor affects wholesome diet, social relationships, and preventive actions. Prayer provides physical, spiritual, and sociological benefits. Prayer requires physical acts that are healthy for the body (Hassan, 2014).

Enhancing health-related behaviour requires food-related behaviour. The two aspects that represent food practise and diet in this paradigm are "wholesome diet" and "food constraint" (limiting the intake of high cholesterol, fats, and salty foods). The findings suggest that a healthy diet is impacted by Islamic religious activities and has a favourable and significant impact on food restraint, life satisfaction, and health-prevention behaviours (Hassan, 2014).

Physical inactivity is linked to a higher risk of cardiovascular disease and diabetes mellitus (Broman 1993; Siscovick et al. 1985). Physical inactivity has also been linked to a decrease in psychological well-being, which may have an indirect impact on physical health. All Muslims are expected to be physically fit, according to Islam. Movement, as stated by the eminent Islamic scholar *Imam Ibnul-Qayyim*, helped the body get rid of waste in a natural way and boosted the immune system. This notion is supported by a Hadith recounted by *Hazrat Ibn Umar* (R.A.), according to which the *Prophet Muhammad* (PBUH) emphasises the importance of physical fitness and specific abilities in Muslim life: "Teach your children to swim, archery, and ride horses" (Hassan, 2014).

The globalisation trend has left a big void in developing countries. It has added a lot of variety and convenience to regular people's lives, as well as produced a lot of mental health difficulties that are strongly tied to knowledge and insight. Religion and mental health are inextricably interwoven, just as they are with physical health. Each religion has a big chamber dedicated to its adherents' psychological capabilities and vulnerabilities. Furthermore, Islam has the potential to heal a wide range of Muslim mental diseases (Anwar, Hasan & Nasim, 2021).

Islamic-based psychotherapy has been demonstrated to hasten the healing of unwell Muslims. Another study indicated that religiosity protects Muslim immigrants in North America against the negative effects of work-related stress. Because of the low suicide rate among Muslims, Muslim religiosity has been postulated as being protective against suicide, and a negative link between Muslim religiosity and suicide attempts has also been discovered (Ishaq, Ostby, & Johannessen, 2021).

Man's mental health is inextricably tied to his level of knowledge and understanding. Islamic education, which is based on this understanding, nourishes both the body and the mind while also meeting man's mental demands. The Islamic approach is to offer enjoyment to man, to develop his faculties and skills, and to strike a balance between man's aspirations and necessities so that no extremism develops. Islam, as a religion, places such a high value on humanity, rather than on a person's social class, race, or family (Hamidi, Bagherzadeh, & Gafarzadeh, 2010).

There are several verses on the **Qur'an** that directly or indirectly refer to mental health. Some of these include: chapter 55, 7-9; chapter 23, 10; chapter 82, 6-7; chapter 87, 1-2; chapter 94, 4; chapter 5, 87-88; chapter 13, 17; chapter 4, 170 (Hamidi, Bagherzadeh, & Gafarzadeh, 2010).

Religious teachings can assist in the execution of mental health strategies for individuals and society in a variety of ways. Kazem Ali Mohammadi and Massoud Jan conducted study on the association between religious beliefs and practises and mental health in 2006. They found a significant and positive association between the two. Furthermore, the findings of this study were consistent with those of other studies conducted in other countries, indicating that religious individuals are happier. As a result, religious belief is one of the most important determinants in happiness as a component of mental health (Hamidi, Bagherzadeh, & Gafarzadeh, 2010).

In the cognitive realm, Islamic education reduces the number of errors and, by enhancing man's nature, enables him to achieve tranquilly and quiet. In reality, according to Islamic beliefs, man's behaviour toward

others and himself ensures mental peace (Hamidi, Bagherzadeh, & Gafarzadeh, 2010).

There are two types of education. The first type is one that considers man as an object. What this type of education fails to consider is the man himself. These educational methods often deprive man of certain natural feelings and create mental faults in him. The second type of education does not regard man as an instrument serving its goals but considers itself in the service of men. Man's life is like a rusted wheel that spins slowly and makes a lot of noise. Spirituality is what keeps things moving smoothly (Hamidi, Bagherzadeh, & Gafarzadeh, 2010).

Indeed, based on Islamic teachings, human behaviour toward others and himself ensures mental calm (Anwar, Hasan & Nasim, 2021).

Both men and women have a strong link between their mental health and their Islamic lifestyle (Anwar, Hasan & Nasim, 2021). Mental health is a crucial component of overall health, and it is possible to argue that there is no health without mental health (Anita & Aidalina, 2014).

Islam has always attempted to instil noble characteristics that will assist Muslims in dealing with and tolerating life events while also developing the essential coping techniques and some of the suggested examples for anger management (Anita & Aidalina, 2014).

Religion is a key moderator of social behaviour in many cultures, according to previous researches. Islamic ideas and rituals have the potential to be included into social marketing efforts aimed at Muslim people. Muslims who are resistant to behavioural changes may be willing to change their lifestyle, nutrition, or exercise habits if they are applied or presented to customers in a truthful manner. Understanding the importance of religious behaviour will allow them to enhance policies, increase public engagement, and make better-informed decisions in order to achieve optimal health outcomes and, as a result, a higher quality of life (Hassan, 2014).

Unfortunately, in today's world, religion, particularly Islam, is rarely associated with public health, probably because people are complacent and absorbed with worldly knowledge (Anita & Aidalina, 2014).

People from Muslim nations who live in Western countries appear to be at a disadvantage in terms of health because they are among the immigrants who report poor health. Previous research and conclusions show that discrimination against Muslims based on their beliefs has a negative impact on their mental and physical health (Ishaq, Ostby, & Johannessen, 2021).

Islamophobia is on the rise over the world, despite major differences in opinions toward Muslims. In this regard, the field of medicine and health care does not appear to be an exception. The majority of articles in Medline present Muslims in a negative light, arguing that Muslim religiosity has a harmful impact on health and that Muslims require modernisation and assimilation. During the Covid-19 outbreak, anti-Muslim sentiment has grown even worse. Even if there is evidence that minorities, especially Muslims in Western countries, are at a higher risk of Covid-19, there is no proof that this is linked to unique Islamic beliefs, but rather to low socioeconomic level, genetic predispositions, and comorbidities. Despite this, Muslims have been accused in various nations for the widespread spread of the covid-19 virus (Ishaq, Ostby, & Johannessen, 2021).

In certain circumstances, such as in India, health officials and health care experts have joined in the blame game (Ishaq, Ostby, & Johannessen, 2021).

Anti-Muslim sentiment is frequently linked to conspiracy theories and the spread of fake news (such as videos of Muslims spitting on non-Muslims to spread the virus) via social media; it may also involve a collective blame on Muslims as a minority group that is deliberately spreading COVID-19 incommunities. Anti-Muslim sentiment is also prevalent among medical workers (Ishaq, Ostby, & Johannessen, 2021).

The core goal of health professionals is to enhance people's lives, therefore producing knowledge and identifying elements that may improve, maintain, or damage health is critical in the discipline of medicine. This is especially true when a factor with no scientific evidence is suspected of affecting the health of some people, and when the knowledge

gap may lead to the targeted group's health being harmed by prejudice (Ishaq, Ostby, & Johannessen, 2021).

Also, because anti-Muslim hostility is on the rise in many countries, the findings of this study may have implications for how health care providers approach patients who practice Islam (Ishaq, Ostby, & Johannessen, 2021).

Discrimination is not only a violation of human and civil rights, but it also has a negative impact on the health of those who are impacted. The Muslim community in the United States is a rising religious minority that health care practitioners are increasingly encountering in clinical settings. Discrimination against this population has been particularly severe. Migrating populations are frequently subjected to discrimination and isolation, and they may compete with other groups for resources, such as health care (Martin, 2015).

While study has been done on discrimination against Muslims in the workplace and in schools, more research is needed to assess the quantity and type of prejudice that this group faces in the health-care context (Martin, 2015).

Investigations into the problems that Arab Americans and Muslims face, such as depression, PTSD, psychological distress and stress, and low self-esteem, have reaffirmed the need for providers to understand Islamic cultural perspectives in order to provide culturally competent care to this population. Discriminatory behaviours among providers may be influenced by historical and current social settings, prejudice, and bias. Muslim Americans are an underrepresented and understudied ethnic and racial group that can present issues to health care workers inexperienced with Islamic health impacts. In the health-care setting, Muslim patients may have expectations that, if not realised, might lead to sentiments of prejudice or poor clinical experiences (Martin, 2015).

Way Forward

Although there are indications that religiosity is a causal component in Muslims' poor health in various civilizations, empirical evidence for this is weak (Ishaq, Ostby, & Johannessen). However, there is a scarcity of

literature on the relationship between Islam and public health, and one of the reasons for this is that most Islamic references are written in Arabic, which many people do not understand (Anita & Aidalina). Because these findings do not establish a cause-and-effect relationship between Muslim religiosity and health outcomes due to the study's cross-sectional methodology, it is to be underlined that there is an immense need for more research on how Muslim religiosity is linked to health (Ishaq, Ostby, & Johannessen, 2021).

References

- Alotaibi, H.H.S. (2021). A Review on the Development of Healthcare Infrastructure Through the History of Islamic Civilization. *Journal of Healthcare Leadership*. DOI <https://doi.org/10.2147/JHL.S315323>
- Anita, A.R., Aidalina, M. (2014). Review of the Islamic Approach in Public Health Practices. *International Journal of Public Health and Clinical Sciences*. https://www.researchgate.net/publication/271387407_A_REVIEW_OF_THE_ISLAMIC_APPROACH_IN_PUBLIC_HEALTH_PRACTICES
- Anwar, N., Hasan F.M., & Nasim, J. (2021). Role of Islamic Teachings in Shaping Mental Health of Educated Youth: A Contribution towards Good Governance. *International Journal of Social Science, Innovation and Educational Technologies*. DOI:10.6084/m9.figshare.15190212.v1
- Hamidi, F., Bagherzadeh, Z., & Gafarzadeh, S. (2010). 2. The Role of Islamic Education in Mental Health. *Procedia Social and Behavioral Sciences*. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2010.07.402>
- Hassan, S.H. (2014). Effects of Religious Behavior on Health-Related Lifestyles of Muslims in Malaysia. *Journal of Religion & Health*. <https://doi.org/10.1007/s10943-014-9861-z>
- Health and Islamic Council of Queensland. (2010). *Health Care Providers' Handbook on Muslim Patients*. https://www.health.qld.gov.au/data/assets/pdf_file/0034/155887/islam-gde2ed.pdf
- Ishaq, B., Ostby, L., & Johannessen, A. (2021). 1. Muslim religiosity and health outcomes: A cross-sectional study among muslims in Norway. *SSM- Population Health*. <https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2021.100843>
- Kawachi, I. (2019). Religion as a Social Determinant of Health. *American Journal of Epidemiology*. <https://doi.org/10.1093/aje/kwz204>
- Martin, M.B. (2015). Perceived Discrimination of Muslims in Health Care. *Journal of Muslim Mental Health*. <http://dx.doi.org/10.3998/jmmh.10381607.0009.203>
- Padela, A.I. The "Muslim" Dimension of Health Research [PowerPoint slides]. Initiative on Islamand Medicine, The University of Chicago. <https://www.pcori.org/sites/default/files/Muslim-Dimension-of-Health-Research-Presentation.pdf>