

İSTANBUL ŞEHİR ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
KLİNİK PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

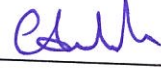

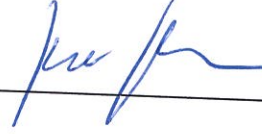
**SAVAŞ VE İLTİCA: TRAVMATİK OLAYLARA MARUZ KALMIŞ
GEÇİCİ KORUMA STATÜSÜNDEKİ SURİYELİ KADINLARA
YÖNELİK İNCELEME VE PSİKOLOJİK MÜDAHALE**

HALİME SEVDE ESKİCİ

TEMMUZ 2019


Bu tez tarafımızca okunmuş olup kapsam ve nitelik açısından, Klinik Psikoloji alanında Yüksek Lisans Derecesini alabilmek için yeterli olduğuna karar verilmiştir.

Tez Jürisi Üyeleri:

	KANAATI	İMZA
Doç. Dr. Zeynep Ceren Acartürk (Tez Danışmanı)	<u>Kabul</u>	
Prof. Dr. Gonca Soygüt Pekak	<u>Kabul</u>	
Doç. Dr. F.İşıl Bilican Yurteri	<u>Kabul</u>	

Bu tezin İstanbul Şehir Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü tarafından konulan tüm standartlara uygun şekilde yazıldığı teyit edilmiştir.

Tarih
24.07.2019


Mühür/İmza


Bu çalışmada yer alan tüm bilgilerin akademik kurallara ve etik ilkelere uygun olarak toplanıp sunulduğunu, söz konusu kurallar ve ilkelerin zorunlu kıldığı çerçevede, çalışmada zgn olmayan tüm bilgi ve belgelere, alıntılama standartlarına uygun olarak referans verilmiş olduğunu beyan ederim.

Adı Soyadı: Halime Sevede Eskii

İmza:



ÖZ

SAVAŞ VE İLTİCA: TRAVMATİK OLAYLARA MARUZ KALMIŞ GEÇİCİ KORUMA STATÜSÜNDEKİ SURİYELİ KADINLARA YÖNELİK İNCELEME VE PSİKOLOJİK MÜDAHALE

Eskici, H. Sevde.

Klinik Psikoloji Yüksek Lisans Programı

Tez Danışmanı: Doç. Dr. Z. Ceren Acartürk

Temmuz 2019, 121 sayfa

Araştırmanın ilk aşamasında, Türkiye’deki geçici koruma statüsüne sahip Suriyeli kadınların yaşadıkları travmatik deneyimler ve bu deneyimlerin depresyon, anksiyete, travma belirtileri ve iltica sonrası travmatik yaşantıların şiddeti ile ilişkilerinin incelenmesi; ikinci aşamasında ise gerçekleştirilen seçkisiz kontrollü çalışma yardımıyla Kültüre Uyarlanmış Bilişsel Davranışçı Terapi’nin (KU-BDT) uygulanabilirlik, kabul edilebilirlik ve etkinlik düzeylerinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Araştırmanın ilk aşamasındaki betimleyici çalışmanın örneklemi 89 kadın katılımcıdan, ikinci aşamasındaki seçkisiz kontrollü çalışmanın örneklemi ise 23 kadın katılımcıdan oluşmaktadır. Veri toplama sürecinde demografik bilgi formu, Harvard Travma Anketi (Bölüm I ve IV), Hopkins Belirti Tarama Listesi – 25 ve İltica Sonrası Yaşam Zorlukları Ölçeği kullanılmıştır. Tarama çalışmasına katılan 89 kadının, alanyazında yer alan yaygın travmatik deneyimlere ve iltica sonrası zorlu yaşantılara maruz kaldıkları; anksiyete ve depresyon belirtilerinin klinik düzeyde olduğu görülmüştür. Gerçekleştirilen korelasyon analizi, katılımcıların hayat boyu maruz kaldıkları travmatik deneyimler ile anksiyete, depresyon, TSSB belirtilerinin ve iltica sonrası travmatik deneyimlerin şiddeti arasında ve iltica sonrası travmatik deneyimler ile anksiyete, depresyon ve TSSB belirtileri arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişkilerin bulunduğunu ortaya koymuştur. Kültüre Uyarlanmış Bilişsel Davranışçı Terapi’nin uygulanabilirlik ve kabul edilebilirlik düzeylerini değerlendirmek adına tedavi bırakma oranları ve olumsuz olayların yaşanıp yaşanmadığı incelenmiş ve KU-BDT’nin geçici koruma altındaki Suriyeli kadınlar için uygulanabilir ve kabul edilebilir bir terapi yaklaşımı olduğu görülmüştür. Etkinlik

düzeyini ölçmek adına gerçekleştirilen lineer karma model analizi sonuçları, KU-BDT'nin katılımcıların travma belirtileri üzerinde istatistiksel olarak anlamlı ve olumlu bir etki gösterdiğini ortaya koymuştur. Çalışmada elde edilen bulgular alanyazın çerçevesinde değerlendirilmiş; gelecek çalışmalar ve klinik uygulamalar için önerilere yer verilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Suriyeli kadın mülteciler, psikolojik travma, Kültüre Uyarlanmış Bilişsel Davranışçı Terapi, iltica sonrası yaşam zorlukları, kültürel adaptasyon, seçkisiz kontrollü çalışma



ABSTRACT

WAR AND IMMIGRATION: IMPLEMENTING PSYCHOSOCIAL INTERVENTIONS TO SYRIAN REFUGEE WOMEN WHO ARE EXPOSED TO PSYCHOLOGICAL TRAUMA

Eskici, H. Sevde.

MA in Clinical Psychology

Thesis Advisor: Assoc. Prof. Z. Ceren Acartürk

July 2019, 121 pages

Aims of this study are examining the traumatic experiences of Syrian women under temporary protection in Turkey, the relationship between these experiences and women's symptoms of depression, anxiety, post-traumatic stress disorder (PTSD) and degree of post-migration living difficulties in the first stage of the study; and evaluating feasibility, acceptability and effectiveness of Culturally Adapted Cognitive Behavioral Therapy (CA-CBT) through a randomized controlled trial in the second stage. Sample of the descriptive study that took place in the first stage consisted of 89 Syrian women, while the sample of randomized controlled trial that took place in the second stage consisted of 23 Syrian women. Demographical information Form, Harvard Trauma Questionnaire (Part I and IV), Hopkins Symptom Checklist -25 and Post Migration Living Difficulties Checklist were used in data collection process. Descriptive analysis showed that 89 women who participated in the screening have been exposed to the common traumatic experiences and post-migration living difficulties that take place in the literature and have anxiety and depression symptoms at a clinical level. Correlation analysis demonstrated the statistically significant relationships between lifelong traumatic experiences and anxiety, depression, PTSD symptoms, degree of post-migration living difficulties and; between post-migration living difficulties and anxiety, depression, PTSD symptoms. In order to assess the feasibility and acceptability of CA-CBT, drop-out rates and presence of adverse events were examined and the results indicated that CA-CBT is a feasible and acceptable psychotherapy approach for Syrian women who are under the temporary protection of Turkey. Linear mixed model analysis that was

conducted to test the efficiency level of CA-CBT demonstrated that CA-CBT has a statistically significant and positive effect on participants' PTSD symptoms. Obtained results were discussed in accordance with literature and suggestions for the future studies and clinical applications were mentioned.

Keywords: Syrian refugee women, psychological trauma, Culturally Adapted Cognitive Behavioral Therapy, post migration living difficulties, cultural adaptation, randomized controlled trial



TEŞEKKÜR

Öncelikle tez danışmanım Doç. Dr. Ceren Acartürk'e, lisans, yüksek lisans ve tez sürecindeki tüm katkıları ve emekleri için çok teşekkür ederim. Ceren Hocam, yedi sene önce asistanınız olarak başladığım bu yolculukta, sizin danışmanlığınızda tezimi yazmak benim için akademik olarak müthiş bir şans olmasının yanı sıra, kişisel olarak da çok anlamlı ve kıymetli bir hatıra. Hoca, arkadaş, anne, abla; neye ihtiyacım varsa hep o oldunuz ve hep yanımdaydınız, bunun benim için anlamını ve hayatımdaki yerinizi kelimelere dökmek epey zor; iyi ki varsınız.

Yüksek lisans sürecim boyunca kendilerinden çok fazla şey öğrendiğim, ufkumu açan ve tez jürimde yer alarak beni onurlandıran sevgili hocalarım Prof. Dr. Gonca Soygüt Pekak'a ve Doç. Dr. Işıl Bilican Yurteri'ye çok teşekkür ederim. Sizden ders almak, tecrübelerinizden faydalanmak benim için büyük bir şanstı.

Yüksek lisans sürecini keyifli ve anlamlı kılan sevgili arkadaşlarım Melike Büşra Hacıoğlu, Ayşe Beyza İnce ve Hasan Burak Eyüpoğlu'na çok teşekkür ederim. İyi ki beraber okuduk, iyi ki yanımdaydınız.

I would like to thank my heroines, Salma Hassan, Amani Ismael, Noura Elkhalaf, Zeynep İlkurşun, Nuriye Akbıyık, Hafsa Khaled, Rehab Farghali, Reem Hassan, Rana Farghali and Hager Hassan. I couldn't do it without you. Your extraordinary effort made this possible, your unlimited support and love gave me such strength and motivation; so I'm utterly and completely grateful to you. İyi ki varsınız, iyi ki beraber çalıştık.

Tez sürecindeki kıymetli destekleri ve katkıları için Dr. Ersin Uygun'a ve Taylan Yurtbakan'a çok teşekkür ederim.

Beni çırağı olarak kabul eden iki ustama, Prof. Dr. Medaim Yanık'a ve Doç. Dr. Ceren Acartürk'e yürekten teşekkür ederim. Eteğinizde yetişmek ve sizin çırağınız olmak

hayattaki en büyük şanslarımdan biri oldu; hem terapistlik adına hem araştırma alanında çok şey öğrendiğim iki hocama da minnettarım.

Hem çekirdek hem geniş aileme destekleri ve emekleri için çok teşekkür ederim; hayallerime ve emeklerime kıymet vermeniz benim için hep çok anlamlı oldu.

Ne zaman ihtiyaç duysam yanımda olan, 'iyi günde kötü günde' ifadesinin hakkını veren; düştüğümde kaldıran, kaldıramadığında yanıma oturuveren; hem zor zamanları hem telaşsız öğleden sonraları huzurlu kılan tüm arkadaşlarım, iyi ki varsınız. Kaygının panzehiri olduğu için Bade Çayır'a, esirgemediği dostluğu ve fahri ablalığı için Hümeysra Ergül'e, hayatıma kattığı renk için neşe kaynağı E. Gökçe Aksoy'a, tez yazma sürecini bolca kahve ile katlanılır kılan M. Enes Bayraktar'a, beni her gün şaşırtmayı başaran yaban çiçeği Büşra Demirkol'a, incelikleri için 'sevgili şair dostum' Hanne Ballı'ya, hakikatli bir dost olduğu için Melih Kayar'a, her halimize katlanan ve hep güvende hissettiren H. Sacit Bayraktar'a çok teşekkür ederim, iyi ki varsınız. Son olarak hayatımın iki temel taşı olan, yere sağlam basmamı sağlayan, beraber büyüdüğüm kızkardeşlerim Gülhan Şale ve Bihter Karaman Bayraktar'a teşekkür etmek istiyorum. Beraber hep güzel, hep çiçek olduğumuz, 'eski değil, eskimeyen dostum', en sevdiğim mizahşör, canım Gülhan, fiziken dünyanın öbür ucunda olsan da hep yanıbaşımdayken gibi hissettirdiğin için minnettarım. Ve Galadriel'in bilgeliğini, Elrond'un zerafetini, Aragorn'un cesaretini taşıyan canım Bihter; Sirius Harry için ne ise, sen de benim için o oldun. Hayattaki pusulam olduğun ve hep 'evde' hissettirdiğin için minnettarım. Neredeyse on yılı devirdik, 'birbirimize vitaminler, moraller verdik; içimizdeki şeytanlara zülfikarlarla saldırdık', ne yaptıysak hep beraber yaptık. Siz yanımdayken kalp çevresindeki hava hep açık ve ferah, iyi ki varsınız.

İÇİNDEKİLER

Öz	iv
Abstract	vi
Teşekkür	viii
İçindekiler	x
Tablolar Listesi.....	xiii
Şekiller Listesi	xiv

BÖLÜMLER

1. Giriş	1
1.1. Psikolojik Travma	2
1.1.1. Psikolojik Travma Tanımı.....	2
1.1.2. Psikolojik Travmanın Etkileri	3
1.1.3. Travmayla Baş Etme	6
1.1.4. Travma ve İyileşme.....	7
1.2. Göç, İltica ve Travma	8
1.2.1. Göç ve iltica	8
1.2.2. İlticanın Travmatik Etkisi ve Mültecilerin Ruh Sağlığı	9
1.2.3. Kadın Mültecilerin Yaşadıkları Sorunlar ve Ruh Sağlığı	11
1.2.4. Türkiye'deki Suriyeli Mülteciler	12
1.2.5. Suriyeli Mültecilerin Ruh Sağlığı.....	14
1.2.6. İltica Sonrası Yaşam Zorlukları	19
1.3. Psikolojik Travma Sonrası Ortaya Çıkan Rahatsızlıkların Tedavisi ve Kültüre Uyarlanmış Bilişsel Davranışçı Terapi (KU-BDT)	21
1.3.1. Psikolojik Travma İle Çalışırken Sıklıkla Kullanılan Tedavi Yöntemleri	21
1.3.2. Grup Terapiler	24
1.3.3. Kültüre Uyarlanmış Bilişsel Davranışçı Terapi, KU-BDT (Culturally Adapted Cognitive Behavioral Therapy, CA-CBT)	25
1.4. Araştırmanın Amacı ve Soruları.....	33
1.4.1. Araştırma Soruları/Hipotezleri	35
2. Yöntem	36
2.1. Katılımcılar.....	36

2.1.1. Tüm Katılımcılar	36
2.1.2. Seçkisiz Kontrollü Çalışma Katılımcıları	39
2.2. Veri Toplama Araçları	41
2.2.1. Demografik Bilgi Formu	41
2.2.2. Hopkins Belirti Tarama Listesi – 25 (Hopkins Symptom Checklist, HSCL-25)	42
2.2.3. Harvard Travma Anketi (Harvard Trauma Questionnaire, HTQ)	43
2.2.4. İltica Sonrası Yaşam Zorlukları Ölçeği (Post Migration Living Difficulties Checklist, PMLD)	43
2.3. Araştırma Deseni	44
2.3.1. Seçkisiz Kontrollü Çalışma	44
2.4. KU-BDT'nin Kültürel Uyarlama Süreci	45
2.5. İşlem	47
2.5. Verilerin Analizi	50
3. Bulgular	51
3.1. Maruz Kalınan Travmatik Olaylar, İltica Sonrası Travmatik Deneyimler, Deneyimlenen Depresyon, Anksiyete, Psikolojik Travma Belirtilerine Dair Betimleyici Bilgiler ve İlintili Değişkenler Arasındaki İlişkilere Dair Bulgular	51
3.1.1. Türkiye'deki Geçici Koruma Statüsündeki Suriyeli Kadınların Maruz Kaldıkları Travmatik Deneyimler ve Depresyon, Anksiyete, Travma Belirtilerine Dair Betimleyici Bilgiler	52
3.1.2. Maruz Kalınan Travmatik Olayların Sayısı ve Çeşidi ile Deneyimlenen Depresyon, Anksiyete, Psikolojik Travma Belirtilerinin ve İltica Sonrası Travmatik Deneyimlerin Şiddeti Arasındaki İlişkilere Dair Bulgular	53
3.2. Kültüre Uyarlanmış Bilişsel Davranışçı Terapi'nin (KU-BDT) Uygulanabilirlik ve Kabul Edilebilirlik Düzeyine Dair Bulgular	55
3.3. Kültüre Uyarlanmış Bilişsel Davranışçı Terapi'nin Katılımcıların Anksiyete, Depresyon ve Travma Belirtilerinin Şiddeti Üzerindeki Etkilerine Dair Bulgular ...	56
4. Tartışma	58
4.1. Maruz Kalınan Travmatik Olaylar, İltica Sonrası Travmatik Deneyimler, Deneyimlenen Depresyon, Anksiyete, Psikolojik Travma Belirtilerine Dair	

Betimleyici Bilgilerin ve İlintili Değişkenler Arasındaki İlişkilere Dair Bulguların Değerlendirilmesi	58
4.1.1. Katılımcıların Hayat Boyu Maruz Kaldıkları Travmatik Olayların ve Travmatik Olayların Psikolojik Rahatsızlık Belirtileriyle İlişkinine Dair Bulguların Alanyazın Çerçevesinde Değerlendirilmesi	59
4.1.2. Katılımcıların İltica Sonrasında Maruz Kaldıkları Travmatik Olaylar ve İltica Sonrası Yaşam Zorluklarının Psikolojik Rahatsızlık Belirtileriyle İlişkinine Dair Bulguların Alanyazın Çerçevesinde Değerlendirilmesi.....	62
4.2. Kültüre Uyarlanmış Bilişsel Davranışçı Terapi'nin (KU-BDT) Uygulanabilirlik ve Kabul Edilebilirlik Düzeyine Dair Bulguların Değerlendirilmesi.....	65
4.3. Kültüre Uyarlanmış Bilişsel Davranışçı Terapi'nin Katılımcıların Anksiyete, Depresyon ve Travma Belirtilerinin Şiddeti Üzerindeki Etkilerine Dair Bulguların Değerlendirilmesi	67
4.4. Genel Değerlendirme, Klinik Doğurgular ve Yeni Çalışmalar İçin Öneriler	69
4.5. Çalışmanın Sınırlılıkları	71
Kaynakça	73
Ekler	91
A. Etik Kurul Onayı	91
B. Göç İdaresi Araştırma Onayı	92
C. Bilgilendirilmiş Onam Formu (Tarama Çalışması)	95
D. Bilgilendirilmiş Onam Formu (Seçkisiz Kontrollü Çalışma)	100
E. Demografik Bilgi Formu – Türkçe	105
F. Demografik Bilgi Formu – Arapça	108
G. Hopkins Belirti Tarama Listesi – 25 (HSCL-25).....	110
H. Harvard Travma Anketi (HTQ) – Birinci Bölüm	112
İ. Harvard Travma Anketi (HTQ) – Dördüncü Bölüm.....	115
J. İltica Sonrası Yaşam Zorlukları Ölçeği (PMLD)	118
K. Zihinsel Kapasite Değerlendirme Formu – Türkçe	120
L. Zihinsel Kapasite Değerlendirme Formu - Arapça	121

TABLÖLAR LİSTESİ

Tablo 1.1. Kültüre Uyarlanmış Bilişsel Davranışçı Terapi – Suriye Versiyonunun Seans İçerikleri.....	28
Tablo 2.1. Tüm Katılımcılara Ait Sosyodemografik Değişkenlere İlişkin Sıklık ve Yüzdelerlik Değerleri	36
Tablo 2.2. Seçkisiz Kontrollü Çalışma Katılımcılarına Ait Sosyodemografik Değişkenlere İlişkin Sıklık ve Yüzdelerlik Değerleri.....	39
Tablo 3.1. HTQ-1. Bölüm Ortalama Puanı ile HSCL Ortalama Puanı, HTQ-4. Bölüm Ortalama Puanı ve PMLD Ortalama Puanı Arasındaki İlişkilere Dair Korelasyon Analizi Sonuçları	54
Tablo 3.2. PMLD Ortalama Puanı ile HSCL Ortalama Puanı, HTQ-4. Bölüm Ortalama Puanı Arasındaki İlişkilere Dair Korelasyon Analizi Sonuçları	54
Tablo 3.3. Seçkisiz kontrollü çalışmanın deney grubunda yer alan katılımcıların katıldıkları toplam seans sayıları	55
Tablo 3.4. Lineer karma model analizi bulguları	56

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 2.1. Seçkisiz kontrollü çalışma sürecinin temel aşamaları.....	28
Şekil 3.1. Tedavi gruplarının Harvard Travma Anketi Dördüncü Bölüm Puanlarının Ön-test ve Son-test Ölçümlerindeki Değişimi	36



BİRİNCİ BÖLÜM

GİRİŞ

“And I discovered that my castle stand upon pillars of salt and pillars of sand.”

“Ve şatomun tuz yığınları ve kum yığınları üstünde durduğunu fark ettim.”

Coldplay – Viva La Vida

Travmatik olaylar, insanlık tarihinin başından beri kendilerine yer bulmuşlardır. Deprem, sel, tsunami gibi doğal afetlerin yanı sıra, insan eliyle gerçekleşen savaş, işkence, tecavüz gibi travmatik olaylar da yaşanmaktadır. Zorunlu göç ve iltica da bu zorlu yaşam olayları arasında yer almaktadır. Bu tip olayların yarattığı tahribatın onarılması ve insanların yaşadıkları mağduriyetin giderilmesi adına psikolojik, toplumsal, sosyal ve ekonomik müdahaleler yapılmaktadır. Travmatik olaylara yönelik psikolojik müdahalelerden biri de, Harvard Üniversitesi’nde çalışmalarına devam eden Dr. Devon Hinton tarafından geliştirilmiş olan Kültüre Uyarlanmış Bilişsel Davranışçı Terapi (KU-BDT) kılavuzudur.

Bu çalışmanın amacı, İstanbul’da ikamet eden, geçici koruma altında olan Suriyeli kadınların yaşadıkları travmatik deneyimler ile psikolojik durumlarının incelenmesi ve Kültüre Uyarlanmış Bilişsel Davranışçı Terapi (Culturally Adapted Cognitive Behavioral Therapy, CA-CBT) tedavi kılavuzunun kabul edilebilirlik, uygulanabilirlik ve etkinlik düzeylerinin araştırılmasıdır.

Bahsi geçen amaç doğrultusunda; bu bölümde ilk olarak travma kavramına ve etkilerine yer verilmiş; daha sonra zorunlu göç, iltica ve mültecilerin ruh sağlığına değinilmiş ve Suriyeli mültecilerin yasal durumları ve ruh sağlığı ele alınmıştır. Üçüncü bölümde ise psikolojik travmaya yönelik psikolojik müdahaleler tartışılmış ve Kültüre Uyarlanmış Bilişsel Davranışçı Terapi kılavuzu açıklanmıştır.

1.1. Psikolojik Travma

1.1.1. Psikolojik Travma Tanımı

Psikolojik travmanın tarih boyunca birçok farklı tanımı olmuştur. Psikolojik travma alanının önde gelen isimlerinden biri olan Judith L. Herman, psikolojik travmayı güçsüzlük acısı olarak tanımlamıştır (2007). Travmatik olayı doğa temelli olduğunda afet, insan eliyle gerçekleştiğinde ise vahşet olarak tanımlayan Herman, *Travma ve İyileşme* isimli kitabında travmatik olaylar karşısında kişinin hissettiği çaresizlik duygusuna sıkça değinmiştir. Herman'a göre travmatik yaşantılar; kişinin güvende olma hissine, kontrol duygusuna ve kişinin kendisine, diğer insanlara ve dünyaya duyduğu güvene zarar verir; hayata ve dünyaya uyumunu bozar (Herman, 2007). Psikolojik travma, kişinin halihazırda sahip olduğu baş etme mekanizmalarını aşan ve kaçıp kurtulmanın mümkün olmadığı stresli olay olarak da tanımlanabilir (Van der Kolk ve Fisler, 1995). Psikolojik travma alanının önde gelen bir diğer ismi olan Bessel Van der Kolk, travmanın çok yönlü etkisine sıkça değinir ve travma çalışmalarının, insan gelişimini şekillendiren duygusal, sosyal, bilişsel ve biyolojik faktörler arasındaki ilişkiyi anlamak adına önemli bir kaynak olduğunu ifade eder (Van der Kolk, 2003). Hangi olayların travmatik sayılıp sayılmayacağı meselesi de uzun yıllar boyunca tartışılmıştır. Elizabeth Howell, bir olay ya da durum kişiye baş edemeyeceği kadar ağır geliyorsa, bu olay ya da durumun kişi için travmatik olduğunu ifade etmiştir (Howell, 2011). EMDR Terapisi'ni geliştiren Francis Shapiro ise, travmatik olayları ikiye ayırmıştır. Bu ayrıma göre, büyük travma anlamına gelen 'büyük T', doğal afetler, savaş, istismar gibi herkes tarafından travmatik olarak kabul edilen olayları; 'küçük T' (küçük travma) ise ayrımcılığa maruz kalma, evcil hayvanını kaybetme gibi, kişinin hayatına ya da bedensel bütünlüğüne yönelik bir tehdit içermeyen ancak kişiyi yaralayan, stres seviyesini büyük ölçüde arttıran ve işlevselliğini azaltan olayları temsil etmektedir (Shapiro, 2001).

Psikolojik travma, Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı'nın 5. baskısında (DSM-V) ise travma sonrası stres (örselenme sonrası gerginlik) bozukluğu (TSSB) başlığı altında şöyle tarif edilmiştir: "Gerçek ya da göz korkutucu bir biçimde ölümlerle, ağır yaralanmayla karşılaşmış ya da cinsel saldırıya uğramış olma". DSM-V'e göre olayın psikolojik travma olarak ele alınabilmesi için, kişinin doğrudan bahsi

geçen olayları yaşamış olması, başkalarının bu olayları yaşadığına doğrudan tanıklık etmesi, ailesinden ya da yakın arkadaşlarından birinin başına bu olayların geldiğini öğrenmesi (travma sayılabilmesi için, ölüm ya da ölüm olasılığı ya şiddet yoluyla ya da beklenmedik bir kaza sonucu gerçekleşmelidir) veya mesleği gereği sürekli ya da aşırı şekilde travmatik olayların detaylarıyla karşı karşıya gelmesi gerekmektedir (APA, 2013).

Judith Herman, travmatik olayların hiç de nadiren yaşanmadığını belirtmektedir (2007). Araştırmalar da Herman'ın ifadesini destekler niteliktedir. Dünya nüfusunun yaklaşık %70'inin hayatları boyunca en az bir kere travmatik bir deneyim yaşadıkları ifade edilmiştir (Kazlauskas, 2017). Kilpatrick ve arkadaşları, Amerika Birleşik Devletleri'nde, toplumun %95'inin hayatları boyunca en az bir tane travmatik olay yaşadıklarını ifade etmiştir (2013). Avrupalıların %70'inin de travmatik deneyimlere maruz kaldığı belirtilmiştir (Darves-Bornoz ve ark., 2008). TSSB'nin yaşam boyu görülme sıklığı %6.8 olarak karşımıza çıkmaktadır (Kessler ve ark., 2005). Farklı ülkelerde TSSB'nin 1 yıllık görülme sıklığına bakıldığında, %1 ile %38 arasında değiştiği görülmektedir (Kazlauskas, 2017). Çatışmanın yaşandığı ülkelerde ise, genel popülasyonda TSSB görülme sıklığı %38'e kadar çıkıp en üst düzeye ulaşmaktadır (Steel ve ark., 2009). Savaşa maruz kalmış ülkelerde en sık görülen psikolojik rahatsızlıklar ise TSSB ve majör depresyondur (Priebe ve ark., 2010). Alpak ve arkadaşlarının Gaziantep'te geçici koruma altındaki Suriyelilerin kaldığı çadır kentte yaptıkları çalışma da benzer bulgulara erişmiştir; 352 katılımcıyla yapılan çalışmada TSSB görülme sıklığı %33.5 olarak bulunmuştur (Alpak ve ark., 2015).

1.1.2. Psikolojik Travmanın Etkileri

Travmaya maruz kalmış kişilerin yaşadıkları sorunlar elbette yalnızca TSSB ile sınırlı değildir. Kessler ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada, TSSB ile diğer psikiyatrik rahatsızlıklar arasında yüksek oranda bir eş tanı durumu olduğu görülmüştür (Kessler ve ark., 1995). TSSB ile eş zamanlı (komorbid) görülen psikiyatrik rahatsızlıkların başında majör depresyon (Flory ve Yehuda, 2015; Brady, Killeen, Brewerton, ve Lucerini, 2000), madde kötüye kullanım bozuklukları ve diğer anksiyete bozuklukları gelmektedir (Brady, Killeen, Brewerton, ve Lucerini, 2000).

Van der Kolk da travmanın etkilerini TSSB belirtileri ile sınırlamanın iyi bir fikir olmadığını ifade etmiş ve TSSB tanısını karşılayan belirtilerin, travmatik deneyimleri sebebiyle tedavi arayışında olan kişilerin yaşadıkları psikolojik sorunları tam manasıyla kapsamadığını belirtmiştir (2002). Van der Kolk'a göre, depresyon, öfke kontrol problemleri ve agresif davranışlar, kendinden nefret etme, yakın ilişkilerde zorluk yaşama, dissosiyasyon ve depersonalizasyon, zevk, tatmin ve keyif yaşayamama gibi şikayetlerin travma ile ilişki sorunlar olarak bir spektrum şeklinde ele alınması gerekmektedir (2002). Nisan-Mayıs 1999 tarihlerinde bir travma merkezi polikliniğine başvuran 70 kişi; sürekli utanç hissettiklerini ve kendilerini suçladıklarını, daha önceden sahip oldukları inançları kaybettiklerini, kalıcı biçimde zarar gördüklerini düşündüklerini, insanlarla tatmin edici ilişkiler sürdüremediklerini, depersonalizasyon başta olmak üzere dissosiyatif belirtilerden muzdarip olduklarını ifade etmişler ve bu sorunların tekrarlayıcı ve istemsiz şekilde araya giren (intrüzif) anılardan daha katlanılmaz olduğunu belirtmişlerdir (Van der Kolk, 2002). Van der Kolk'a göre, travmatik olaylara maruz kalmış kişilerin tedavi arayışında olup olmasını belirleyen faktörler de TSSB belirtileri değil; depresif ruh hali, utanç duygusu, kendini suçlama davranışı, öfke patlamaları, kendine zarar verici davranışlar ve güvensizlik şikayetleridir (2002).

Travmaya maruz kalmanın biyolojik etkilerine dair birçok çalışma da alanyazında yer almaktadır. Beyinde korku ve hafıza arasında bağ yaratan amigdala ve hipokampüste anormallikler bulunmuştur. (Bremner ve arkadaşları, 1995). Bremner ve arkadaşları, travmatik olaylara maruz kalmanın beyin korku hissi ve tehdit algısıyla ilişkili bölümü olan amigdalada ve hafızayla ilişkili bölümü olan hipokampüste anormallikler oluşturduğunu ifade etmişlerdir (Bremner ve ark., 1995) Bremner daha sonra yayınlanan bir çalışmasında da, travmatik yaşantıların amigdala, hipokampüs ve prefrontal kortekste kalıcı değişikliklere sebep olduğunu; TSSB tanısı almış kişilerin hipokampal ve anterior singulat hacimlerinde küçülme olduğunu, bu kişilerde amigdala işlevinin arttığını ve prefrontal/anterior singulat işlevinin azaldığını belirtmiştir. Travmatik olaylar sebebiyle azalan hipokampal hacmin, etkin TSSB tedavileri sonrası arttığını da eklemiştir (Bremner, 2006). Bir

başka çalışmada ise travmatik olaylara maruz kalmanın, otonomik ve merkezi sinir sisteminde uzun vadeli değişimlere sebep olabileceği ifade edilmiştir (Friedman, Charney ve Deutch, 1995). Travmaya maruz kalmış kişilerin duyguları, bilinci ve hafızasında da kalıcı değişiklikler görülmektedir (Herman, 2007).

Travmatik olaylar, kişinin anılar, duygular ve ifade biçimi arasındaki doğal ilişkiyi de bozmaktadır. Travmaya maruz kalmış kişi olayı tam olarak hatırlayamasa bile, travmanın yarattığı duyguları şiddetli şekilde yaşayabilir ya da olayı tüm detaylarıyla hatırlamasına rağmen, normalde hissedeceği duyguların hiçbirini hissetmeyebilir (Herman, 2007). Travmatik olayların sempatik sinir sistemini uyarması sonucu, olay kelimelere dökülemeyecek şekilde, yalnızca duyuşal ve görsel öğelerle, imgelerle hafızaya kaydedilebilir (Van der Kolk, 1988; Brett ve Ostroff, 1985); Herman bu durumu "travmatik hatıraların donmuş ve kelimesiz niteliği" olarak ifade etmektedir (Herman, 2007).

DSM 5'in (APA, 2013) TSSB tanı kriterleri arasında şunlar yer almaktadır: Travmatik olayların istemsiz ve tekrarlayıcı anılarına maruz kalma; travmatik olayı hatırlatan herhangi bir tetikleyiciyle karşılaşıldığında şiddetli ya da uzun süren bir ruşsal sıkıntı ve/veya sıkıntı verici bedensel belirtiler yaşama; travmatik olayları sanki yeniden yaşıyormuş gibi hissetme; travmatik olaylarla ilişkili sıkıntı verici duygulardan, düşüncelerden, anılarla ya da onları hatırlatan mekanlardan, kişilerden, durumlardan kaçınma; sürekli tetikte olma hali; şiddetli korkular ve irkilme tepkisi; travmatik olayın büyük bir bölümünü hatırlayamama; kişinin kendisiyle, dünyayla ve insanlarla ilgili olumsuz ve abartılı inanışlar geliştirmesi; kişinin kendisini ya da başkalarını sürekli biçimde suçlaması; sürekli biçimde yaşanan şiddetli olumsuz duygudurum; içe çekilme ve başkalarından, hayattan kopma hali; daha önceden keyif alınan ve ilgi duyulan aktivitelere ilgisizlik; odaklanmada zorluk; uyku problemleri; öfke patlamaları; riskli eylemler gerçekleştirme ya da kendine zarar verme. Kriterlere bakıldığında, birbiriyle zıt belirtilerin bir arada yer alması dikkat çekicidir. Herman'a göre, travmaya maruz kalmış kişi, travmatik olayı tekrar tekrar yaşamak ile unutma arasında ve şiddetli duygular ile hissizlik arasında savrulmaktadır (2007).

Travmatik olaylar, kişinin güven duygusuna, güvende olma hissine ve kontrol algısına zarar verir; bu sebeple travmaya maruz kalmış kişiler güvende hissetmek ve korkularını kontrol etmek adına önceden yaptıkları birçok şeyi yapmaktan vazgeçip kendi hayatlarına abartılı sınırlar getirebilirler (Herman, 2007). Bu kişinin kendini korumak adına etrafına ördüğü duvarlar arasında hapis kalmasına benzetilebilir; Herman da kendini korumak adına aldığı önlemlerin aslında kişinin büyük bir bedel ödemesine sebep olduğuna vurgu yapar (2007).

Travmatik olayların etkisi elbette bunlarla da sınırlı değildir; kişinin kendisiyle ve insanlarla olan bağı da psikolojik travmadan nasibini almaktadır. İnsanların anlam duygusu ve bağ kurma becerisi de zarar görmektedir; kişilerin küçük ölçekte aileleri ve arkadaşları gibi yakın çevreleriyle kurdukları ilişkinin yanı sıra, büyük ölçekte toplum ve dünya ile kurdukları ilişki de zarar görmektedir (Herman, 2007). Kişinin kendine dair pozitif inançları ve dünyanın güvenli bir yer olduğuna dair varsayımı tahrip olur (Janoff-Bulman, 1985).

Travmatik olayın yaratacağı psikolojik tahribatın seviyesini belirleyen en önemli faktör, travmatik olayın özellikleridir; bilhassa fiziksel yaralanma, aşırı şiddet içeren bir ölüme tanık olma ya da aşırı şiddete maruz kalma ve fiziksel ihmal psikolojik zarar görme ihtimalini arttırmaktadır (Herman, 2007).

1.1.3. Travmayla Baş Etme

Aynı ya da benzer travmatik deneyimi yaşamış bir grup insanın, olaydan farklı şekilde ve düzeyde etkilenmeleri sıkça rastlanan bir durumdur. Mizaç özellikleri, geçmişte başka bir travma öyküsünün olup olmaması gibi, kişilerin etkilenme düzeylerini belirleyen birçok faktör bulunmaktadır; bunlardan biri de psikolojik dayanıklılık ya da direnç olarak dilimize çevrilen 'resilience' faktörüdür. Psikolojik dayanıklılık, stres ya da travma karşısında etkin bir şekilde baş edebilme veya uyum sağlayabilme becerisi olarak tanımlanabilir (Windle, 2011). Psikolojik dayanıklılığın; yaratıcı çözümler üretebilme, psikolojik esneklik ve uyum sağlama becerileri sayesinde olumsuz duygular ve zorluklarla baş edebilmeyi sağlayan kişilik özelliği

olarak tanımlandığı da olmuştur (Roth ve von Collani, 2007). Birçok insan travmatik olay karşısında donup kalırken, psikolojik dayanıklılığı yüksek insanların psikolojik esneklik kabiliyetleri sayesinde plan yapabildikleri ve başkalarıyla uyum içinde hareket ederek eyleme geçebildikleri ifade edilmiştir (Herman, 2007). Strese dirençli kişilerin ortak özelliklerini bulmak adına birçok çalışma yapılmıştır. Gibbs'e göre, bu kişiler girişkendirler, kendi kaderlerini kontrol edebildiklerine inanırlar (içsel kontrol odağı) ve aktif ve planlı bir başa çıkma tarzları vardır (1989). Çocuklarla yapılan bir başka çalışmada; erken dönemde yaşadıkları travmatik olaylar karşısında psikolojik dayanıklılık göstermiş çocukların ortak özellikleri şunlardır: Girişkenlik, yüksek iletişim becerileri, kendi kaderlerini kontrol edebileceklerine dair kuvvetli bir inanç (içsel kontrol odağı) ve eyleme geçmekten çekinmeyen aktif bir mizaç (Luthar ve Zigler, 1991). Savaştan sonra TSSB geliştirmemiş olan 10 Vietnam gazisiyle yapılan çalışmada, bu kişilerin de yukarıda bahsi geçen benzerleri gibi girişken oldukları, görev odaklı ve aktif baş etme stratejilerine ve içsel kontrol odağına sahip oldukları görülmüştür (Herman, 2007). Çocukluk döneminde cinsel istismara maruz kalmış kadınların psikolojik dayanıklılık düzeyleri ile yetişkinlikte tekrar istismara maruz kalma riskleri arasındaki ilişkiyi inceleyen bir çalışmada ise; olumlu başa çıkma tarzının tekrar istismara maruz kalma (yeniden mağduriyet) riskini azalttığı ifade edilmiştir (Walsh, Blaustein, Knight, Spinazzola, ve Van der Kolk, 2007).

1.1.4. Travma ve İyileşme

Psikolojik travma ile çalışırken kullanılan birçok psikolojik yaklaşım ve müdahale çeşidi bulunmaktadır, ileride bu yaklaşım ve müdahalelere değinilecek olup, bu bölümde genel olarak iyileşme konsepti ele alınacaktır.

Travmanın kırıklarını onarmak iyileşme sürecinin temel amacıdır. Herman, iyileşme sürecini üç aşamaya ayırır (2007). Buna göre birinci aşamada, kişinin güvenliği sağlanmalı ve güven duygusu onarılmaya çalışılmalıdır. Travmanın ne kadar erken başladığı, içerdiği şiddet düzeyi ve süresi; travmatize olmuş kişinin güveninin tekrar oluşması sürecini etkilemektedir. İkinci aşamada travma hatırlanmalı, yası tutulmalı ve yeniden çerçeveselendirilmelidir. Tamamlanmamış bir yas süreci kısa vadede işlevsel gibi görünebilir, ancak uzun vadede iyileşme sürecine zarar verir. Üçüncü

aşamada, kişinin insanlarla ve dünyayla olan bağı onarılmalı ve olağan yaşantısına geri dönebilmesi, hayata karışması sağlanmalıdır (Herman, 2007). Psikolojik travma, kişinin kendilik duygusunu, insanlarla ve dünyayla kurduğu bağı tahrip eder ve çaresizlik hissine sebep olur; bu sebeple kişinin güçlendirilmesi ve kırılan bağların onarılması iyileşme sürecinin oldukça vazgeçilmez bir parçasıdır (Herman, 2007). Duygusal ve sosyal destek, TSSB ve depresyonun şiddetini azaltmaktadır (Gorst-Unsworth ve Goldenberg, 1998). Öyle ki, Herman kişinin yakınlarından gelecek desteği travmanın yarattığı olumsuz duyguların 'panzehiri' olarak tarif etmiştir (2007).

1.2. Göç, İltica ve Travma

*"No one leaves home unless
home is the mouth of a shark.
You only run for the border
when you see the whole city
running as well.*

(...)

*You only leave home
when home won't let you stay.*

(...)

*You have to understand,
no one puts their children in a boat
unless the water is safer than the land."*

Warsan Shire, Home

1.2.1. Göç ve iltica

İnsanların bir devlet içinde ya da uluslararası bir sınırı geçerek gerçekleştirdiği nüfus hareketleri göç olarak tanımlanmaktadır (Uluslararası Göç Örgütü, 2009). Göçün süresi ve nedenleri değişiklik gösterebilmektedir; kimi insanlar savaş ve doğal afetler gibi travmatik olaylar sonucu göç etmek zorunda kalırlarken, kimileri ekonomik sebepler ya da daha iyi yaşam koşulları gibi sebeplerle göç etmeyi tercih etmektedirler.

Zorunlu göçün çeşitlerinden biri de ilticadır. Uluslararası Göç Örgütü'nün tanımına göre iltica eden kişiler, yani mülteciler; sahip oldukları siyasi görüş, mensup oldukları ırk, din ya da sosyal grup sebebiyle vatandaşı oldukları ülkede bir zulüm yaşayacağını düşünen ve bu sebeple o ülkede bulunmayan kişilerdir (2009). Mülteci akınları genelde bölgesel ya da uluslararası çatışmalar sonucunda yaşanmakta ve komşu ülkelerin sosyal ve siyasi dengelerine zarar verebilmektedir (Newman ve Selm, 2003).

Mülteci politikaları konusunda uluslararası sözleşmelerle belirlenmiş bazı standartlar bulunmasına rağmen; ülkelerin birbirlerinden farklı mülteci politikaları bulunabilmektedir. Türkiye Cumhuriyeti, 1951 Cenevre Sözleşmesi'ni imzalarken coğrafi sınırlama hakkını kullanmıştır, bu sebeple Avrupa Konseyi'ne üye ülkelerin dışından mülteci kabul etmemekte, iltica hakkı yerine bu kişilere geçici koruma sağlamaktadır (T. C. Göç İdaresi Genel Müdürlüğü, 2015a). 4.4.2013 tarihli 6458 sayılı Yabancılar ve Uluslararası Koruma Kanunu'nun (YUKK) 91. maddesi çerçevesinde düzenlenen Geçici Koruma Yönetmeliği 7. maddesine göre; ülkesinden ayrılmak zorunda kalan ve geri dönemeyen, geçici ve acil koruma edinmek amacıyla Türkiye Cumhuriyeti sınırlarına gelen ve mültecilik statüsünü elde edemeyen yabancılar geçici koruma statüsüne sahip olurlar (Yabancılar ve Uluslararası Koruma Kanunu (YUKK), 2013).

1.2.2. İlticanın Travmatik Etkisi ve Mültecilerin Ruh Sağlığı

İltica süreci üç aşamadan oluşmaktadır: İltica öncesi, iltica ve iltica sonrası. Bahsi geçen aşamaların her biri kendi içinde psikolojik travmaya sebep olabilecek riskli süreçler içermektedir (Bhugra, 2001; Kirmayer ve ark., 2011). Bu riskli süreçlerin sonucunda ruh sağlığı sorunlarının ortaya çıkması yeni bir hadise değildir; hatta bu konuyla ilgili ilk çalışmalar 1678 yılında Johannus Operius tarafından gerçekleştirilmiştir (Acartürk, 2016). İltica sürecinde yaşanan zorlu olaylar, ortaya çıkan ruh sağlığı sorunlarının görülme sıklığını etkilemektedir (Kirmayer ve ark., 2011).

Savaş sebebiyle iltica eden kişilerin son derece ağır travmatik deneyimlere maruz kaldıkları bilinmektedir (Davis ve Davis, 2006). Kimyasal silahlara maruz kalma (Guruge ve ark., 2018), silahlarla ya da bombalarla saldırıya maruz kalma, insanların öldürülmesine ya da cesetlere şahit olma, işkence, tecavüz, hayati tehlike içerecek düzeyde şiddetli açlık yaşama ve taciz, bu travmatik deneyimlere örnek olarak sayılabilir (Hinton ve ark., 2005; Davis ve Davis, 2006).

Bütün bu travmatik deneyimler düşünüldüğünde, psikiyatrik rahatsızlıkların diğer topluluklara göre mültecilerde daha yüksek oranda görülmesi sürpriz olmayacaktır (Davis ve Davis, 2006). Travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) ve depresyon, savaş sonrası iltica eden kişilerde en yaygın görülen psikiyatrik rahatsızlıklar olarak sayılabilir (Başoğlu ve ark., 2005). Savaş sonrası ortaya çıkan TSSB görülme sıklığına bakıldığında ise, oranın %4.4 ile %86 arasında seyrettiği görülmektedir (Gerritsen ve ark., 2006; Carlson ve Rosser-Hogan, 1994). TSSB'nin görülme sıklığı oranları arasında geniş farkın; örneklemin büyüklüğü, seçime bağlı yanlılık, veri toplama sürecinde bazı çalışmalarda özbildirim ölçeklerinin bazılarında ise yapılandırılmış klinisyen görüşmelerinin kullanılması gibi metodolojik ya da kavramsal faktörlere bağlı olarak ortaya çıkabileceği ifade edilmiştir (Richardson, Frueh ve Acierno, 2010). Dünya Sağlık Örgütü'nün, çatışma ortamlarındaki psikolojik rahatsızlıkların görülme sıklığını ele alan son çalışmasında; çatışma ortamındaki yaklaşık her beş kişiden birinde travma sonrası stres bozukluğu, depresyon, anksiyete bozuklukları, bipolar bozukluk ya da şizofreni görülmesi ve savaş sonrası ortaya çıkan depresyon görülme sıklığının %10.8 ve TSSB görülme sıklığının %15.3 oranında olması beklenmektedir (Charlson ve ark., 2019). Travmaya bağlı ortaya çıkan sorunlar tablosu elbette bu iki rahatsızlıkla sınırlı değildir. Mültecilerin çoğunlukla şiddetli olumsuz belirtiler yaşadıkları bilinen bir gerçektir (Hinton ve ark., 2005). Travmatik olaylara maruz kalmış mültecilerin ya da etnik azınlıkların yaşadıkları olumsuz belirtilerden bazıları şunlardır: Korku, utanç, öfke, yaygın anksiyete ve yaşam koşullarından dolayı oluşan endişe (Hinton, Nickerson, ve Bryant, 2011; Hinton, Rasmussen, ve ark., 2009; Hinton ve ark., 2012). Bu belirtiler genellikle travmanın yeniden hatırlanmasına, yıkıcı (katastrofik) düşüncelere ve artan uyarılmışlık düzeyine sebep olur ve gittikçe kötüleşen bir kısır döngüye dönüşebilir (Hinton ve ark., 2012).

1.2.3. Kadın Mültecilerin Yaşadıkları Sorunlar ve Ruh Sağlığı

Herman, daha önce güçsüzleştirilmiş ve başkalarıyla bağı zarar görmüş kişilerin travmanın olumsuz etkilerine karşı daha çok risk altında olduklarını ifade etmektedir (2007). Savaşın yaşandığı ülkelerde, özellikle kadınlar ve çocuklar risk altındadır (Yasmine ve Moughalian, 2016; Pottie, Greenaway, Hassan, Hui ve Kirmayer, 2016). Üstelik mülteci topluluklarının çoğunlukla kadınlar ve çocuklardan oluştuğu bilinmektedir (Verme ve ark., 2015). Alpak ve arkadaşları tarafından yürütülen çalışmada ise, kadın bir mülteci olmanın, kişinin şahsi geçmişinde ya da aile geçmiş öyküsünde psikolojik bir bozukluk bulunmasının ve iki ya da daha fazla travmatik olaya maruz kalmanın travma sonrası stres bozukluğu geliştirme riskini arttırdığı görülmüştür (Alpak ve ark., 2015).

Uluslararası Kurtarma Komitesi (IRC) raporuna göre, uzun süre devam eden ekonomik belirsizlikler ve sorunlar aileler üzerinde büyük bir psikolojik baskı yaratmaktadır (2014). Mülteci ailelerin ihtiyaçlarını karşılayamadıklarından dolayı, 18 yaşından küçük kız çocuklarını evlenmeye zorladıklarını gösteren bulgular ortaya çıkmaktadır. Bu sebeple mülteci kadınların ve kız çocuklarının, çocuk yaşta evliliğe, alalecele ve düşünülmeden yabancı erkeklerle yapılmış evliliklere, cinsiyet temelli şiddete ve aile içi şiddete maruz kalma riskleri artmaktadır (International Rescue Committee (IRC), 2014). İltica etmiş kadınların ve çocukların; kaçırılma, erken yaşta evlilik yapma ya da çocuk doğurma, cinsel saldırı, tecavüz, zorla fuhuş yaptırılması gibi birçok travmatik olaya maruz kalma riski altında oldukları da birçok çalışmada ifade edilmiştir (Masterson, Usta, Gupta ve Ettinger, 2014; IRC, 2012; Liebling-Kalifani ve ark., 2008; Okello ve Hovil, 2007; Charles ve Denman, 2013; Liebling-Kalifani ve ark., 2011).

Özellikle erken yaşlarda; çocukluk ve ergenlik dönemlerinde şiddete maruz kalmış kişilerin, hayatlarının ilerleyen dönemlerinde de şiddetin kısır döngüsünde kalmaları olasıdır (Herman, 2007). Çocukluk döneminde cinsel olarak istismar edilen kişilerin, ergenlik ve yetişkinlik dönemlerinde cinsel istismara maruz kalma risklerinin çok daha fazla olduğu; hatta bu riskin toplumun geneline göre iki üç kat kadar daha fazla olabildiği birçok çalışmada belirtilmektedir (Cloitre ve ark., 1996; Arata, 2002).

Walsh ve arkadaşlarının 73 kadınla yaptıkları çalışma da bu bulguyu destekler niteliktedir; çalışmaya katılan kadınlardan çocukluğunda cinsel istismara maruz kaldığını belirtenlerin %75'i yetişkinliklerinde de cinsel istismara maruz kaldıklarını ifade etmişlerdir (Walsh, Blaustein, Knight, Spinazzola, ve Van Der Kolk, 2007). Yukarıda değinildiği gibi mültecilerin büyük çoğunluğunu oluşturan ve yüksek risk grubuna dahil olan kadınlar ve çocukların tekrarlayıcı travmalara maruz kalmaları riski bir halk sağlığı sorunu olarak önem arzetmektedir.

Cinsel şiddete maruz kalmanın birçok psikolojik soruna ve şikayete yol açtığı bilinmektedir. Tecavüze ya da cinsel şiddetin diğer çeşitlerine maruz kalmış kişilerin psikolojik rahatsızlıklar yaşama riski oldukça yüksektir (Hassan ve ark., 2016). TSSB, depresyon ve madde kötüye kullanımı bu rahatsızlıklara örnek olarak sayılabilir (Walsh, Blaustein, Knight, Spinazzola, ve Van Der Kolk, 2007). Cinsel şiddete maruz kalmış kişilerin, bahsi geçen rahatsızlıkların yanı sıra, düşük özgüven düzeyi, kişilerarası problemler, korku ve utanç duyguları sebebiyle de sorunlar yaşadıkları bilinmektedir (IRC, 2012; Walsh, Blaustein, Knight, Spinazzola, ve Van Der Kolk, 2007).

Herman, cinsel şiddete maruz kalmış kadınların çoğunun erkeklere göre daha dezavantajlı olduğunu ifade etmiş ve bu dezavantajın kadınların toplum tarafından damgalanması ve 'kirlenmiş' sayılmasıyla ilişkili olduğunu belirtmiştir (2007). Cinsel şiddete maruz kalmış kadınların; reddedilme, damgalanma, taciz edilme ya da dışlanma gibi toplumsal baskılara maruz kalmaları Suriyeli mülteciler arasında da sıkça karşılaşılan bir durumdur (IRC, 2012; Hassan ve ark., 2016; Ouyang, 2013).

1.2.4. Türkiye'deki Suriyeli Mülteciler

Coğrafi ve stratejik konumu, Türkiye'nin tarih boyunca birçok göçmene ev sahipliği yapmasına sebep olmuştur (Göç İdaresi Genel Müdürlüğü, 2013). Yalnızca Osmanlı İmparatorluğu döneminde değil, Cumhuriyet dönemi boyunca da Türkiye göç almaya devam etmiştir (Karaman, 2018).

Başka pek çok sebebin yanı sıra, yakın coğrafyalarda yaşanan savaşlar da ülkelerin göç alımını etkilemektedir. 2011 yılının Mart ayında yaşanan Suriye krizi sonrasında birçok insan hayatını kaybetmiş, birçoğu da zorunlu göç ve ilticaya mecbur bırakılmıştır. Birleşmiş Milletler Mülteciler Yüksek Komiserliği (UNHCR) raporuna göre 5.6 milyon kadar Suriyeli; Türkiye, Lübnan, Ürdün, Irak ve Mısır gibi ülkelere sığınmak zorunda kalmıştır. Bahsi geçen beş ülke arasında, %64.1 ile Türkiye, Suriyelilere en yüksek oranda geçici koruma statüsü sağlayan ülkedir. %16.7 oranı ile Lübnan, %11.7 ile Ürdün, %4.5 ile Irak ve %2.3 ile Mısır; Türkiye'yi takip etmektedir [Birleşmiş Milletler Mülteciler Yüksek Komiserliği (UNHCR, 2019a).

Geçici koruma statüsünün temel öğeleri şunlardır: Acil koruma ihtiyacı sonucu sınırların açılması ve gelen kişilerin ülke topraklarına kabul edilmeleri; güvenlik sebebiyle gelen kişilerin zarar görme risklerinin olduğu yere geri gönderilmemeleri ve insan haklarına uygun şekilde temel ihtiyaçlarının karşılanması (T. C. Göç İdaresi Genel Müdürlüğü, 2015b, 2015c).

30 Mayıs 2019 itibariyle, geçici koruma kapsamındaki kayıtlı Suriyeli sayısı 3.610.398 olup, bu kişilerden 1.655.678'i kadındır (T. C. Göç İdaresi Genel Müdürlüğü, 2019). Birleşmiş Milletler Mülteciler Yüksek Komiserliği (UNHCR) raporuna göre, 16 Mayıs 2019 itibariyle Türkiye'deki kayıtlı Suriyelilerin %45.8'i kadınlardan oluşmaktadır; bu kadınların %23.3'ü 18-59 yaş aralığında ve %1.7'si 60 yaşın üstünde olmak üzere, toplam %25'i 18 yaşında üzerindedir (UNHCR, 2019b)

Türkiye Cumhuriyeti Göç İdaresi Genel Müdürlüğü'nün 30 Mayıs 2019 tarihinde güncellediği istatistiklere göre; 112.708 kayıtlı Suriyeli (%3.1) geçici barınma merkezlerinde kalırken, 3.497.690 kayıtlı Suriyeli (%96.9) geçici barınma merkezlerinin dışında ikamet etmektedir (2019). Geçici barınma merkezlerinin dışında ikamet eden Suriyelilerin en fazla yaşadığı şehir, 545.992 kayıtlı Suriyeli'ye ev sahipliği yapan İstanbul'dur (T. C. Göç İdaresi Genel Müdürlüğü, 2019).

1.2.5. Suriyeli Mültecilerin Ruh Sağlığı

Yerlerinden edilmiş Suriyeliler; katliam, cinayet, işkence, rehin alınma, zorla kaybedilme¹, tecavüz ve cinsel şiddet gibi savaşla ilintili birçok travmatik olaya maruz kalmış ya da şahit olmuşlardır (Care Jordan, 2013; Hassan ve ark., 2015). Suriyeli mülteciler uyum sağlama problemlerinden travma sonra stres bozukluğuna, komplike/patolojik yas ve depresyona kadar birçok sorun yaşamaktadırlar (Almohmash, 2015). Birçok çalışma, mülteci topluluklarının yüksek seviyede stres yaşadığını ortaya koymuştur [Care International in Jordan Amman (CARE), 2015]. Şiddetli stresin yanı sıra, travmatik olaylar, zorla yerinden edilme ve sosyal desteğin kaybolmasının da; ruhsal rahatsızlık belirtileri yaşayan Suriyelilerin sayısındaki artışı etkilemiş olabileceği ifade edilmiştir (Hassan, Ventevogel, Jefee-Bahloul, Barkil-Oteo, ve Kirmayer, 2016). Alpak ve arkadaşları tarafından yürütülen çalışma, travma sonrası stres bozukluğunun Türkiye'deki geçici koruma kamplarında yaşayan Suriyeli mülteciler arasında son derece ciddi bir ruh sağlığı sorunu olduğunu belirtmiştir (Alpak ve ark., 2015). TSSB'nin yanı sıra, depresyon, anksiyete bozuklukları ve uzamış yas bozukluğu da Suriyeli mültecilerin yaşadığı psikolojik rahatsızlıkların başında gelmektedir (Hijazi ve Weissbecker, 2015; Hassan ve ark., 2016).

Suriyeli mültecilerin sıklıkla yaşadıkları başka sorunlar ve şikayetler de bulunmaktadır. Yaşadıkları başlıca duygusal problemler şunlardır: Stres, üzüntü, korku, keder, umutsuzluk, gerginlik, öfke, hayal kırıklığı, endişe ve çaresizlik (UNHCR, 2014; Hassan ve ark., 2016). Beraberinde, ruminasyon ve kontrol kaybı gibi bilişsel sorunlar ve yorgunluk, tıbbi olarak açıklanamayan ağrılar ve fiziksel şikayetler, uyku problemleri ve iştah kaybı gibi fiziksel sorunlar da sıkça yaşanmaktadır (Hassan ve ark., 2016). Tekrarlayıcı ve istemsiz şekilde araya giren anılar, geçmişe dönüşler (flashback), kabuslar, aşırı uyarılmışlık hali, kaçınma davranışları (Acartürk ve ark., 2015), ilgi kaybı (UNHCR, 2014), sosyal ilişkilerde zorluk, geri çekilme ve agresyon (Hassan ve ark. 2016); Suriyeli mültecilerin travmatik deneyimlere bağlı olarak yaşadığı sorunlara örnek olarak sayılabilir.

¹ Enforced disappearance

Suriyeli mültecilerin yaşadıkları psikolojik rahatsızlıklar günlük işlevsellik düzeylerini olumsuz etkilemektedir (Hijazi ve Weissbecker, 2015). Ancak yaşadıkları problemler, psikolojik rahatsızlıklarla sınırlı değildir. Zorlu yaşam koşulları ile birlikte güvenlik, sosyal rol, toplumla olan ilişki ve güvenle ilgili endişeler, umutsuzluk ve çaresizlik hislerini arttırırken (Usta ve Masterson, 2015); otonominin ve hayatları üzerinde söz sahibi olma hissini zarar görmesi, memleketlerinden ayrı kalma ve aile üyelerinin ölümü, yas ve kayıp hissini şiddetlendirmektedir (Hassan ve ark., 2015).

Savaş ve iltica sonrasında, yalnızca psikolojik rahatsızlık yaşama riski dramatik şekilde yükselmemiştir; Suriyeli kız çocuklarına ve kadınlara yönelik istismar, aile içi şiddet riski ve onların incinebilirlik düzeyleri de hızla artmıştır (Verme ve ark., 2015; Charles ve Denman, 2013; UNHCR, 2014). Birleşmiş Milletler Mülteciler Yüksek Komiserliği'ne göre, cinsiyet temelli şiddetin ciddi oranda artmasının sebebi, çatışma ve koruma mekanizmalarının yıkılmasıdır (UNHCR, 2014). Savaş ve iltica süreçleri sebebiyle, geçimini sağlama gibi temel ihtiyaç ve imkanlara erişimleri sınırlı olduğundan, kadınların ve kız çocuklarının istismar edilme, insan kaçakçılığı, hayatta kalmak için gerçekleştirilen cinsel eylem, çocuk yaşta evlilik ve hamileliğe maruz kalma riski dramatik biçimde artmıştır (Verme ve ark., 2015; El Chammay ve ark., 2013). Bazı kız çocuklarının ve genç kadınların, ailelerinin geçimini sağlamak adına fuhuşa yönelmek zorunda bırakıldıkları ifade edilirken (UNHCR, 2013); bazılarının para, yardım ya da destek karşılığında seks ve evlilik teklifleri aldıkları ve taciz edildikleri belirtilmiştir (CARE, 2013). Dikkat çekici düzeyde artan bir diğer sorun, kız çocuklarının erken yaşta evlenmek zorunda bırakılmalarıdır. Verme ve arkadaşlarının yürüttüğü çalışmaya göre, Suriyeli mülteci kadınların 18 yaşına gelmeden evlenme ihtimali, erkek yaşlılarından ve savaş öncesi süreçteki Suriyeli kadınlardan yüksektir (2015). Reşit olmayan kızların evlendirilmesi bir baş etme stratejisi olarak kullanılmakta; bu yolla kızların korunacağına ve onlara daha iyi bir gelecek sağlanacağına inanılmaktadır (UNHCR, 2014; Charles ve Denman, 2013; Ouyang, 2013). Kız çocuklarının reşit olmadan evlendirilmelerinin yaygın bir diğer sebebi ise, ailenin ekonomik yükünü azaltma çabası olarak belirtilmiştir (Charles ve Denman, 2013). Çocuk yaşta evlilik birçok sağlık riskini beraberinde getirmekte, kişinin aile içi şiddete maruz kalma riskini arttırmakta ve eğitiminin yarım kalmasına

sebeptir (Ouyang, 2013). Mülteci çocukların eğitimden mahrum edilmeleri ya da yeterince iyi bir eğitim alamamaları, başka birçok problemin yanı sıra uzun vadede cinsiyet temelli şiddetin sürmesine sebep olan bir kısır döngü yaratmaktadır (Charles ve Denman, 2013). Çocuk yaşta evliliğe zorlanan kız çocuklarının terk edilmiş hissetmeleri, ailelerinden gelen desteği kaybetmeleri ve eş olmanın, anne olmanın sorumluluklarını yerine getirememekten dolayı sıkıntı yaşamaları sıkça rastlanan diğer sorunlar arasındadır (Hassan ve ark., 2016). Tüm bunlar göz önünde bulundurulduğunda, çocuk yaşta evliliğin kız çocukları için ciddi bir stres kaynağı olduğu açıktır (Ouyang, 2013).

Almoshmosh 2015 yılında yayınladığı makalesinde tecavüz ve toplu tecavüzün bir savaş silahı olarak kullanıldığından ve Suriyeli mültecilerin tecavüze maruz kaldığını bildiren birçok raporun varlığından söz etmektedir. Almoshmosh, çok sayıda bildirilmeyen tecavüz vakası olduğunu ifade etmekte ve bu durumu şu iki sebeple açıklamaktadır: Şikayet ve yargılama sürecinde birçok sorun ve usulsüzlük yaşanmakta ve daha da önemlisi, cinsel şiddet mağduru olmayı utanç ve suçluluk ile ilişkilendiren kültürel yaklaşım, tecavüze uğrayan genç kadınların bildirimde bulunmasına engel olmaktadır (Almoshmosh, 2015). Alanyazın da Almoshmosh'un ifadesini destekler niteliktedir; cinsel saldırılara maruz kalmış kadınların utanç, sosyal olarak damgalanma korkusu ve gizliliğin ihlal edileceği endişesi sebebiyle taciz veya tecavüzü şikayet etmekten ya da tedavi arayışına girmekten çekindikleri birçok çalışmada ifade edilmiştir (Ouyang, 2013; IRC, 2012).

Quosh ve arkadaşlarının yürüttüğü çalışma, Suriyeli mülteciler arasında zamanla öfke ve yılgınlık duyguları artarken; güven, destek, özgüven, birlik ve dayanışma hislerinin azaldığını ortaya koymuştur (Quosh ve ark., 2013). Ürdün'de yer alan Suriyeli mülteci kamplarında gerçekleştirilen birçok çalışma, kadın mültecilerin yalnızca kadınların yer aldığı ayrıştırılmış sosyal alanlara ihtiyacı olduğuna değinmektedir, çünkü Suriye kültürüne göre kadınlar yalnızca erkeklerin bulunmadığı yerlerde sosyalleşebilmektedirler (Boswall ve Al Akash, 2015). Kadınların ve kız çocuklarının sosyalleşebilmelerine imkan sağlayan ortamların yokluğu, anksiyetenin yanı sıra yalnızlık ve soyutlanma, bir başına bırakılma hissine

sebeptir (Boswall ve Al Akash, 2015). Başka bir çalışmada, genç kadınlardan taciz ve eve kapatılma sebebiyle şiddetli stres yaşadıkları ifade edilmiştir (Hassan ve ark., 2016). Uygulanacak psikolojik müdahaleyi grup terapisi olarak tasarlamak, yukarıda bahsi geçen yalnızlık hissi ile birlik ve dayanışma eksikliğini azaltmaya yardımcı olabilir. Katılımcılara etkileşim imkanı sağlayan grup terapi, katılımcılar arasında iletişim ve dayanışma oluşturmanın yanı sıra, katılımcılara kontrol hissi de sağlayabilir.

Bahsi geçen zorlayıcı, travmatize edici yaşantılar ve bu yaşantıları takip eden sorunlar yalnızca doğrudan travmatik olaya maruz kalmış kişileri değil, gelecek nesilleri de etkilemektedir. Çünkü uzun süre boyunca devam eden, uzamış olumsuz deneyimler, uygun müdahale gerçekleştirilmediği takdirde yalnızca bireylerin psikolojik sağlıklarını değil, hayat tarzlarını ve yaşam koşullarını da şekillendirmektedir (Verme ve ark., 2015). El-Khani ve arkadaşlarının yürüttüğü çalışma, psikolojik stresin ailelerin günlük işleyişini ve ebeveynlik biçimlerini etkilediğini ifade etmektedir (2016). Evin geçimini sağlayan erkeklerin; aileleri için ekonomik ve psikolojik güvenlik sağlayamama, çocuklarının eğitimlerine devam edememeleri ve oğullarının ailelerine destek olmak amacıyla düşük ücretli zor işlerde çalışmak zorunda kalmaları gibi birçok sebepten dolayı kendilerini depresif, endişeli ve içe yaramaz hissettikleri belirtilmiştir (CARE, 2013). Aile içi şiddet, ebeveynlerin stresli oluşu, ekonomik zorluklar ve eve hapsedilme de; çocukların stres ve üzüntü düzeylerini arttırmaktadır (UN Women, 2013). Tüm bu sebepler işığında, nesilden nesile aktarılan travma (transjenerasyonel travma) riskinin her geçen gün arttığı sylenabilir.

Almshosh'un makalesine göre, Suriyeli mültecilerin psikolojik iyilik hali ve ruh sağlığı rahatsızlıkları konusunda yaşadığı en temel sorunlardan biri, topluluk içinde yaygın bir uygulama olan damgalanma, fişlenme korkusu olarak karşımıza çıkmaktadır (2015). Hassan ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada da, Suriyelilerin psikoloji, psikiyatri alanlarına ve ruh sağlığı tedavilerine şüpheci yaklaştıkları belirtilmiştir (2015). Suriye ve çevresindeki ülkelerde, üzüntü ve acı çekme hayatın doğal bir parçası olarak görülürken; bu durum bir ruh sağlığı rahatsızlığının belirtisi

olarak adlandırıldığında kişiler 'deli' olarak anılma endişesine kapılmakta, utanç ve korku hissetmekte ve ailelerini küçük düşürme endişesi yaşamaktadırlar (Hassan ve ark., 2016). Psikolojik rahatsızlıklar hakkındaki olumsuz damgalar sebebiyle, birçok Suriyeli mültecinin deneyimledikleri psikolojik rahatsızlık belirtilerini görmezden geldikleri ya da sakladıkları ifade edilmiştir (Almoshmosh, 2015; Yalim ve Kim, 2018). Suriye krizi öncesinde, Suriyelilerin büyük çoğunluğunun psikolojik rahatsızlıkları kişiyi ve ailesini küçük düşüren, utandıran bir şey olarak gördüklerinden tedavi arayışında bulunmadıkları; ancak kriz sonrasında stres seviyeleri ve psikolojik rahatsızlık belirtileri ciddi oranda arttığından, tedavi sürecine daha ılımlı yaklaşma ihtimalleri olduğu kaydedilmiştir (Hassan ve ark., 2015).

Suriyelilere sağlanacak ruh sağlığı hizmetleriyle alakalı tek sorun, toplumun psikolojik rahatsızlıklara yönelik olumsuz bakışı değildir. Psikososyal müdahalelere ve tedaviye ihtiyaç duyan kişi sayısının çokluğu; hem ilticanın olumsuz etkilerini değerlendirmeyi hem de uygun müdahaleleri Suriyeli mültecilere ulaştırmayı zorlaştırmaktadır (Yalim ve Kim, 2018). Suriyeli mültecilerin psikolojik rahatsızlıkları ve belirtileri deneyimleme biçimleri de psikolojik müdahale süreçlerini daha zor bir hale getirebilmektedir. Suriyeli mülteciler arasında bedensel ve somatik şikayetlerin, çoğunlukla duygusal belirtilere ve psikolojik strese eşlik ettiği ifade edilmiştir (Hassan ve ark., 2016). Bu durum, Suriyelilerin psikolojik rahatsızlıklar ile psikososyal iyilik halini anlama ve ifade etme biçimlerinin temelini sosyal, kültürel ve dini öğelerden almasıyla ilişkili olabilir (Hassan ve ark., 2016). Batı toplumlarında psikolojik rahatsızlıkların belirtileri daha duygu ağırlıklı deneyimlenirken; özellikle Arap kültüründe ve Müslüman topluluklarda daha çok fiziksel belirtilerin deneyimlendiği ve belirtilerin duygu üzerinden değil, beden üzerinden değerlendirildiği öne sürülmüştür (Dwairy, 2006).

Etkin psikososyal müdahaleler yapabilmek için, tüm bu topluluğa ve duruma özgü zorlukların göz önünde bulundurulması ve müdahalelerin bu doğrultuda şekillendirilmesi gerekmektedir. Ulusal ve uluslararası kuruluşların mültecilerin ruh sağlığına yönelik tutumları, yalnızca Batı toplumlarının psikiyatrik kategorilerine odaklanmaları ve mültecilerin hayatında önemli rol oynayan politik, sosyal ve

ekonomik faktörleri görmezden gelmeleri sebebiyle çokça eleştirilmiştir (Jeon, Yoshioka, ve Mollica, 2001). Almoshmosh, uygun ruh sağlığı müdahaleleri sağlama konusundaki yetersizlikleri azaltmak adına şu adımları tavsiye etmiştir: Suriyeli mülteci popülasyonuna özel olarak tasarlanmış, kültürel hassasiyete sahip müdahale araçlarının geliştirilmesi ve kullanılması, konu hakkında eğitim almış ruh sağlığı uzmanlarının sayısının artırılması ve Suriyeli mülteci topluluğunun kendine-yardım becerilerini öğrenmeleri için teşvik edilmesi (Almoshmosh, 2015). Hassan ve arkadaşlarının makalesinde ise, Suriyeli mültecilerin hayatları üzerinde söz sahibi olma ve kontrol hissinin zarar gördüğü, bu sebeple aktif olarak dahil olabilecekleri, kültürleriyle uyumlu, farklılıklara karşı saygılı, deneyimlerini paylaşarak birbirlerine destek olabilecekleri, karşılıklı saygı ve anlayışın vurgulandığı toplum merkezli psikososyal müdahalelerin faydalı olabileceği; bahsi geçen psikososyal müdahalelerin, hastane ya da klinik yerine toplum merkezleri gibi mekanlarda yapılmasının damgalanmaya engel olabileceği ve erişilebilirliği arttıracığı ifade edilmiştir (Hassan ve ark., 2016).

1.2.6. İltica Sonrası Yaşam Zorlukları

Zorla yerlerinden edilmiş ve iltica etmek zorunda kalmış kimselerin karşılaştıkları zorluklar, yalnızca iltica öncesinde ya da iltica sırasında yaşanan travmatik deneyimlerle sınırlı değildir. Mültecilerin iltica sonrasında da birçok zorlukla karşılaştığı bilinmektedir (Hassan ve ark., 2015). Yoksulluk, oldukça kalabalık yerlerde yaşamak zorunda kalma, yalnız bırakılma, sosyoekonomik dezavantajlar yaşama, düşmanlıkla ya da ırkçılıkla karşılaşma, sosyal desteğin eksikliği ya da tamamen kaybı, aile yapısındaki dramatik değişiklikler, kültürel farklılıklar sebebiyle ortaya çıkan sorunlar, kültürel uyum sürecindeki zorluklar, eğitim ya da sağlık hizmetleri gibi temel ihtiyaçlara erişimin zorlaşması, kimlik ve kendilik algısındaki değişimler gibi fiziksel, kültürel, sosyal ve duygusal zorluklar; halihazırda travmatize edilmiş mültecilerin yaşadıkları ruhsal sorunları daha da çetrefilli hale getirmektedir (Bhugra ve Becker, 2005; Porter ve Haslam, 2005; Silove, Sinnerbrink, Field, Manicavasagar, ve Steel, 1997; Burnett ve Peel, 2001; Walsh, 2007). Mültecilerin, iltica öncesinde sahip oldukları destek ve dayanışmayı kaybetmeleri ve kendilerini yalnız hissetmeleri, sıkça dile getirilen bir diğer meseledir (Thorleifsson, 2014).

Sosyal desteğin azalması ve yalnızlık duygusunun artması mülteciler üzerinde çok ciddi olumsuz etkilere sebep olabilmektedir; öyle ki, Londra'daki Iraklı sığınmacılarla yapılan bir çalışmada, sığınmacıların yaşadıkları depresyonun işkenceye maruz kalmalarından çok sosyal desteğin azlığına bağlı ortaya çıktığı belirtilmiştir (Gorst-Unsworth ve Goldenberg, 1998).

Suriye krizi sonrası iltica etmiş Suriyelilerin deneyimleri incelendiğinde, benzer bir sürecin yaşanmakta olduğu görülmektedir. Birçok çalışma, Suriyeli mültecilerin iltica sonrasında yoksulluk; konutlara, sağlık hizmetlerine ve eğitime erişimin sınırlı olması; geçim kaynaklarının kaybı; işsizlik; temel ihtiyaçların karşılanmaması; dil bariyeri; şiddet ve sömürüye maruz kalma riski; yalnız bırakılma ve ayrımcılık gibi zorluklarla karşılaştıklarını belirtmektedir (Hassan ve ark., 2015; Hassan ve ark., 2016; Guruge ve ark., 2018). Suriyeli mülteci kadınlara yönelik psikososyal hizmetler sağlanmasının acil bir ihtiyaç olduğu (Masterson, Usta, Gupta, ve Ettinger, 2014) ve birçok mültecinin psikososyal destek, barınma imkanları, güvenlik ve eğitim gibi imkanların yanı sıra sağlık hizmetlerine de ihtiyaç duyduğu kaydedilmiştir (Coutts ve ark., 2013). Sağlık hizmetlerine erişimin sınırlı olması, mülteciler için büyük bir stres kaynağı olabilmektedir. Kanada'ya iltica etmiş Suriyeli kadınlarla yapılan bir çalışmada, katılımcıların gerekli sağlık hizmetine erişimlerinin gecikmesi sebebiyle, halihazırda sahip oldukları sağlık rahatsızlıklarının daha kötüye gittiğini ya da gidebileceğini düşündükleri belirtilmiştir (Guruge ve ark., 2018).

Göç sonrasında yeni ve yabancı bir yerde bir hayat kurmak; korku, endişe, hayal kırıklığı gibi birçok olumsuz duygunun şiddetli şekilde yaşanmasına sebep olup kişinin günlük işlevselliğini olumsuz şekilde etkileyebilir (Yalim ve Kim, 2018). Suriyelilerin yabancı oldukları topluluklarda kendilerine yeni bir hayat kurmaya çalışırken; benzer süreçlerden geçtikleri, kimliklerini ve memleketlerini kaybettiklerini düşündükleri ve bunun yasını tuttıkları ifade edilmiştir (Care Jordan, 2013). Zorlu yaşam koşulları ve güvenliklerine dair endişelerin, Suriyelilerin ruh sağlıklarını olumsuz etkilediği, bu olumsuz etkinin hem çaresizlik hissine ve moral bozukluğuna sebep olduğu hem de psikolojik rahatsızlıklar geliştirmelerine sebep olabileceği kaydedilen noktalardan bir diğeridir (Yalim ve Kim, 2018).

Mülteci ruh sağlığı çalışmalarında karşılaşılan bir diğer yaygın sorun iletişim zorluklarıdır; dil ve kültür farklılıkları hem mültecilerin iltica ettikleri yerlerde çokça sorun yaşamalarına hem de onlara yönelik psikolojik müdahale süreçlerinin zorlaşmasına sebep olmaktadır (Kirmayer ve ark., 2011). Kanada'daki Suriyeli mülteci kadınlarla yapılan bir çalışmada; dil bariyerinin ve doktorun cinsiyetiyle hastanın cinsiyetinin farklı olması ya da kültürel hassasiyetlerden habersiz olunması gibi Suriye kültürüyle uyumsuz hizmet şeklinin, sağlık hizmetlerine erişimi ve sağlık hizmetlerinin kullanımını olumsuz şekilde etkilediği ifade edilmiştir (Guruge ve ark., 2018). Türkiye'deki geçici koruma statüsüne sahip Suriyelilerle yapılan bir başka çalışmada ise, iyi düzeyde Türkçe bilmemenin kişilerin tecrübe ettiği en büyük zorluklardan biri olduğu ve dil konusundaki eksikliğin düşük özgüvene, yetersizlik hissine ve sosyalleşme düzeyinin azalmasına sebep olduğu belirtilmiştir (Karipek, 2017).

1.3. Psikolojik Travma Sonrası Ortaya Çıkan Rahatsızlıkların Tedavisi ve Kültüre Uyarlanmış Bilişsel Davranışçı Terapi (KU-BDT)

*"Tomorrow all will be known
And you're not alone
So don't be afraid
In the dark and cold
'Cause the bards' songs will remain
They all will remain"
Blind Guardian – The Bard's Song*

1.3.1. Psikolojik Travma İle Çalışırken Sıklıkla Kullanılan Tedavi Yöntemleri

Psikolojik travma ile çalışırken kullanılan birçok psikolojik yaklaşım ve müdahale yöntemi alan yazında yer almaktadır. Bu müdahale yöntemlerinin büyük çoğunluğu, psikolojik travmaya maruz kalmış kişilerin yaşadıkları psikolojik belirtilerin giderilmesine ve psikolojik iyilik hallerinin arttırılmasına odaklanmaktadır.

Aşama temelli tedavi bu yaklaşımlardan biridir ve Van der Kolk alanda çalışan birçok klinisyenin bu yaklaşımı benimsediğini söylemiştir (2002). Aşama temelli tedavide, sahip olduğu şikayetler göz önünde bulundurularak kişiye bir tanı konur ve/veya yaşadığı şikayetler öncelik durumuna göre sıralanır; daha sonra kişi için aşama temelli bir tedavi planı oluşturulur (Van der Kolk, 2002). Bu tedavi planı; kişinin güvenliğinin sağlanmasını ve stabilizasyonu, kişinin yaşadığı somatik belirtilerin ve duyguların tespit edilmesini; travmatik anıların ve deneyimlerin olumsuz etkilerinin azaltılmasını; güvenli sosyal bağların ve insanlarla sağlıklı ilişkilerin tekrar kurulmasını ve olumlu duygusal deneyimlerin yeniden anlam kazanmasını kapsamaktadır (Van der Hart'tan ve Herman'dan aktaran Van der Kolk, 2002).

Psikolojik travma sonrasında en çok karşılaşılan rahatsızlık olan TSSB'nin yalnızca bireylere değil, topluma da maliyeti büyüktür; bu sebeple TSSB'ye yönelik etkin tedavilerin geliştirilmesi için dünya çapında bir talep bulunmaktadır (Kazlauskas, 2017). Son 50 yılda, birçok kanıta dayalı TSSB tedavisi geliştirilmiştir (Schnyder ve ark., 2015).

Bahsi geçen tedavi yöntemlerinden biri olan Göz Hareketleriyle Duyarsızlaştırma ve Yeniden İşleme (Eye Movement Desensitization and Reprocessing, EMDR) Terapisi, psikolojik travma ve etkileri ile çalışırken yaygın olarak kullanılmaktadır (Seidler ve Wagner, 2006). EMDR Terapisi'nin geliştiricisi olan Shapiro'ya göre EMDR Terapisi'nde, TSSB tedavisinde kullanılan maruz bırakma temelli diğer terapilere kıyasla yoğun maruz bırakma müdahaleleri daha azdır (1989). EMDR Terapisi'nin etkinliği birçok çalışmada kanıtlanmıştır (McGuire, Lee ve Drummond, 2014; Shepherd ve ark., 2000; National Institute for Clinical Excellence, 2005; Bradley ve ark., 2005). Van der Kolk ve arkadaşlarının TSSB tanısı almış kişilerle yaptıkları çalışmada, EMDR, Prozac ve plasebo ilacın etkileri karşılaştırılmış; EMDR grubundaki katılımcıların hem son-test hem de 6 aylık takip ölçümünde diğer iki gruba kıyasla TSSB belirtilerinde daha yüksek oranda azalma olduğu görülmüştür (2007). Acartürk ve arkadaşlarının Suriyeli mültecilerle yaptıkları çalışmada da olumlu sonuçlar göze çarpmaktadır; katılımcıların hem son-test hem de 1 aylık takip ölçümlerinde TSSB ve depresyon belirtilerinde anlamlı oranda düşüş kaydedilmiştir (2016).

Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT) ve Narrative (Öyküsel) Maruz Bırakma Terapisi de mültecilerle yapılan çalışmalarda çokça kullanılan iki etkin tedavi yöntemidir (Slobodin ve de Jong, 2015). Bilişsel Davranışçı Terapi'nin (BDT), TSSB tedavisinde etkin olduğuna dair birçok çalışma bulunmaktadır (Resick, Nishith, Weaver, Astin ve Feuer, 2002; Paunovic ve Öst, 2001). Foa ve arkadaşları, özellikle travma odaklı bilişsel davranışçı yöntemlerin TSSB tedavisinde etkin olduğunu ve tercih edildiğini ifade etmişlerdir (2000). BDT'yi başka müdahale yöntemleriyle birleştirmenin de TSSB tedavisinde olumlu sonuçlar sağladığı kaydedilmiştir (Slobodin ve de Jong, 2015). Hinton ve arkadaşlarının Kamboçyalı mültecilerle gerçekleştirdikleri çalışmada; kültüre uyumlu metaforlar, bedensel duyular ve belirtiler ile tetiklenen yıkıcı düşünceler, vb. öğeler standart BDT protokolüne eklenmiş; böylece katılımcılara kültüre uyarlanmış, bedensel belirtilere odaklı bilişsel davranışçı terapi uygulanmış ve olumlu sonuçlar elde edilmiştir (2005). TSSB belirtilerinden muzdarip Vietnamlı mültecilerle yapılan bir çalışmada ise, bilişsel davranışçı terapiye psikoeğitim, gevşeme egzersizleri ve baş etme becerileri gibi teknikler eklenmiş ve deney grubundaki katılımcıların TSSB belirtilerinde önemli ölçüde düşüş yaşandığı kaydedilmiştir (Snodgrass ve ark., 1993).

Batı kültürüne uygun şekilde geliştirilmiş olan psikolojik müdahale yöntemlerinin, birçok farklı etnik köken, kültür ve geleneğin olduğu topluluklarla çalışırken bile kültürel uyarlama yapılmadan, doğrudan kullanılması pek çok eleştiriye sebep olmuştur (Slobodin ve de Jong, 2015). Bisson ve arkadaşları, yapılan çalışmalarda da benzer bir tablonun göze çarptığını; kronik TSSB'ye sahip katılımcılarla yapılmış 70 farklı çalışmanın yalnızca %10'unun düşük ya da orta gelir düzeyine sahip Asya ve Afrika ülkelerinde gerçekleştirildiğini belirtmişlerdir (2013). Kazlauskas, travmaya maruz kalmış kişilerin ruh sağlığı hizmetlerine ve etkin tedavilere ulaşmasının önünde damgalanma riski ve sınırlı kaynaklar gibi birçok engelin bulunduğu bahsetmiş ve TSSB'ye yönelik uygulanacak tedavilerde kültürel hassasiyete mutlaka dikkat edilmesi gerektiğini ifade etmiştir (2017). Kültürel uyarlama gerçekleştirildiği takdirde, BDT'nin travmaya maruz kalmış mültecilerle çalışırken kullanılabileceği bahsi geçen soruna yönelik dile getirilen önerilerden biridir (Slobodin ve de Jong, 2015).

1.3.2. Grup Terapiler

Deneyimlerin paylaşıldığı grup formatındaki psikoterapilerin, travmatize olmuş kişiler için özel bir yerinin olduğu; yalnız bırakılan, damgalanan mağdurların kendileriyle benzer travmaları yaşamış başka insanlar arasında utanç duygularının azaldığı, yaşadıkları belirtilerin normal olduğunu ve yalnız olmadıklarını fark ettikleri belirtilmiştir (Herman, 2007). Özellikle savaşa, işkenceye, tecavüze maruz kalmış ve çocukluğunda istismar edilmiş kişilerin; grup terapileri anlamlı ve faydalı buldukları kaydedilen bulgular arasındadır (Van der Kolk, 1987). Herman (2007), katılımcının dahil olduğu gruba ilişkisini şöyle anlatmıştır:

“Travmatik olaylar birey ve toplum arasındaki destekleyici bağları tahrip eder. Hayatta kalanlar kendilik, değer ve insanlık duygularının başkalarıyla bir bağ kurma hissine dayandığını öğrenirler. Grup dayanışması terör ve umutsuzluğa karşı kuvvetli bir koruma ve travmatik deneyime en kuvvetli panzehiri sağlar. Travma tecrit eder; grup, ait olma duygusunu yeniden yaratır. Travma utandırır ve damgalar; grup tanık olur ve onaylar. Travma, kurbanı alçaltır; grup yükseltir. Travma, kurbanı insanlığından uzaklaştırır; grup onun insanlığını onarır” (s. 279).

Irvin Yalom da grup terapisinin, grup üyelerinin sosyal bağ ve iletişim kurma becerilerini güçlendirdiğini, üyelerin kendilerine ve diğerlerine duyduğu saygıyı ve kabulü arttırdığını ifade etmiştir (1995). Grup üyelerinin her birinin travmatik deneyimleri ve bu deneyimler sebebiyle çektikleri acı olmasına rağmen, birbirlerini dinlemeleri, katkıda bulunmaları ve birbirlerinin sorunlarına çözüm aramaları deneyimin kendisini şifalı kılmaktadır (Herman, 2007).

Travma sonrası stres bozukluğu tanısına sahip kişilerle yapılan birçok çalışmada, grup formatındaki BDT'nin TSSB belirtilerini azalttığı belirtilmiştir (Krupnick ve ark., 2008; Krakow ve ark., 2001; Beck, Coffey, Foy, Keane ve Blanchard, 2009). Renner ve arkadaşlarının Avusturya'daki Çeçen mültecilerle gerçekleştirdikleri çalışmada, Kültürel Hassasiyete Sahip Kaynak Odaklı Akran grubu yürütülmüş; bahsi geçen grup terapi müdahalesinin katılımcıların TSSB, anksiyete ve depresyon belirtilerini azalttığı ve bireysel BDT müdahalesi kadar etkili olduğu ifade edilmiştir (2011). İran'dan ve Afganistan'tan iltica etmiş sığınmacı ve mültecilerle yapılmış başka bir

çalışmada ise; psikomotor terapi, müzik terapisi ya da sanat terapisiyle birleştirilmiş grup psikoterapi müdahalesinin katılımcıların TSSB belirtilerini anlamlı düzeyde azalttığı kaydedilmiştir (Drozdek, Kamperman, Bolwerk, Tol ve Kleber, 2012).

1.3.3. Kültüre Uyarlanmış Bilişsel Davranışçı Terapi, KU-BDT (Culturally Adapted Cognitive Behavioral Therapy, CA-CBT)

1.2. *Göç, İltica ve Travma* bölümünde yer verilen bilgiler ışığında; Batı kültürünün dışında kalan topluluklarla çalışırken; kültürel hassasiyetlere sahip, travma sonrasında ortaya çıkan duygusal, bilişsel, vb. belirtilerin yanı sıra somatik belirtileri de dikkate alan, ruh sağlığı konusundaki damgalama gibi olası önyargıları göz önünde bulunduran bir terapi yaklaşımına duyulan ihtiyaç aşıkardır. Kültüre Uyarlanmış Bilişsel Davranışçı Terapi (KU-BDT) bahsi geçen ihtiyaçları karşılamak adına geliştirilmiş olup; Kamboçyalı ve Vietnamlı mülteciler, Mısırlılar, Güney Afrika kabilesi üyeleri ve Türk ergenler gibi farklı gruplarla yapılan çalışmalarda etkinliğini ortaya koymuştur (Hinton ve ark., 2004, 2005; Hinton, Hofmann, Rivera, Otto ve Pollack, 2011; Hinton, Rivera, Hofmann, Barlow ve Otto, 2012; Jalal, Samir ve Hinton, 2017; Jalal, Kruger ve Hinton, 2018; Acartürk ve ark., 2019). Ruh sağlığı uzmanlarının sayısı, dünya çapında ruh sağlığı müdahalelerine duyulan ihtiyacı karşılamaya yetmemektedir (Kohn ve ark., 2004). KU-BDT, az deneyimli bir terapist tarafından uygulanabilecek kadar yapılandırılmış bir terapi kılavuzudur (Hinton, Pich, Hoffman ve Otto, 2013); bu sebeple etkin bir ruh sağlığı müdahalesinin geniş kitlelere ulaşabilmesi açısından da kıymetlidir (Acartürk ve ark., 2019). Kazlauskas da, yakın gelecekte kanıt temelli travma tedavilerini uygulayacak eğitimli profesyonel sayısının yeterli olmayacağını ve eğiticiyi-eğit benzeri yaklaşımlar kullanılarak gönüllülerin ve profesyonel olmayan kişilerin kendine-yardım benzeri programları uygulayabilecek düzeyde eğitilmesinin faydalı olabileceğini ifade etmiştir (2017).

Ruh sağlığı hizmetlerinde kültürel hassasiyetlerin göz önünde bulundurulması gerektiğine alanyazında sıkça yer verilmiştir; Kazlauskas küreselleşme ve iltica sebebiyle çok-kültürlü bir ortamın oluştuğunu ve terapistlerin bu çok-kültürlü dünyaya uyum sağlayabilecek şekilde eğitilmeleri gerektiğini belirtirken (2017);

Yalim ve Kim, Suriyelilerle ve diğerk mülteci topluluklarına yönelik psikolojik müdahalelerde kültürel bağlamın gözden kaçırılmaması gerektiğini dile getirmiş (2018); Schnyder ve arkadaşları TSSB tedavisinde kültürel hassasiyete yer verilmesi gerektiğini ifade etmiş (2016); Tribe, Sendt ve Tracy mülteci topluluklarının ihtiyaçlarını göz önünde bulundurmanın ve açık bir iletişim kurmanın psikolojik müdahaleler için verimli bir başlangıç noktası olabileceğini dile getirmiş (2017); Benish, Quintana ve Wampold ise tedavi sürecinin danışanın rahatsızlığı anlama şekli üzerinden çerçeveselendirilmesi sayesinde kültüre uyarlanmış tedavilerin etki büyüklüğünü arttırdığını belirtmişlerdir (2011). Pan ve arkadaşlarının mültecilerle gerçekleştirdikleri bir çalışmada, uygulanan kılavuz temelli psikolojik müdahalenin kültürel uyarlama yapılmış hali ile yapılmamış hali karşılaştırılmış ve kültüre uyarlanmış tedavi kılavuzunun istatistiksel olarak anlamlı biçimde etkili olduğu görülmüştür (2011).

Özellikle travmatik olaylara maruz kalmış mülteciler ve etnik azınlıklara yönelik geliştirilmiş olan Kültüre Uyarlanmış Bilişsel Davranışçı Terapi'nin (KU-BDT) 9 temel unsuru şunlardır:

1. Kültüre uyarlanmış tedavinin dört elementi (Kültürel uyarlama elması: Mevcut endişeler ve güvenlik meseleleri; kabul edilebilirlik ve olumlu beklenti; sıkıntının kültüre has ifade ediliş biçimleri² ve yıkıcı bilişler; kültüre has iyileşme teknikleri)
2. Yıkıcı biliş ve düşüncelerin ele alınması
3. Duygu düzenleme teknikleri ve somatik müdahaleler
4. Farkındalık (mindfulness) uygulamaları (dikkatin kontrolü)
5. Bedensel, duygusal ve zihinsel esneklik
6. Endişe, panik ve somatik belirtilerin ele alınması
7. Depresyon, anksiyete ve travma ile ilişkili belirtilere dair psikoeğitim
8. Uyku, kabuslar ve uyku felcinin ele alınması
9. Bedensel³ maruz bırakma ve yeniden ilişkilendirme (Jalal, Kruger ve Hinton, 2018).

² Idioms of distress

³ Interoceptive

Kültüre Uyarlanmış Bilişsel Davranışçı Terapi (KU-BDT), Hinton tarafından geliştirilmiş olup, hem bireysel terapi hem grup terapi formatlarında kullanılabilen, her seansı yaklaşık bir saat süren, 14 seanslık yapılandırılmış bir terapi kılavuzudur (Hinton, Pich, Hoffman ve Otto, 2013). KU-BDT'nin Mısırlı topluluğa uygulanmak üzere yapılan kültürel uyarlaması Hinton, Jalal ve Samir tarafından gerçekleştirilmiştir (2017). KU-BDT'nin diğer uyarlamalarına (Kamboçya, Latin Amerika, Vietnam, vb.) kıyasla, Mısır uyarlamasındaki kültürel öğeler Suriye kültürüne daha yakın olduğundan; Suriyeli mültecilerle gerçekleştirilen bu çalışmada kültürel uyarlama Mısır uyarlaması temel alınarak gerçekleştirilmiş ve 10 olan seans sayısı Hinton ve Jalal'ın onayı alınarak yedi seans şeklinde yeniden düzenlenmiştir. Seansların temel içeriği, KU-BDT kılavuzunun diğer uyarlamalarıyla uyum içinde biçimlendirilmiştir. Bu çalışmada kullanılan Suriye kültürüne uyarlanmış KU-BDT kılavuzu da; Mısır, Latin ve Kamboçya kültürüne uyarlanmış kılavuzlarda olduğu gibi anksiyete, disfori (anksiyete-depresyon), travmatik anılar ve öfke protokollerini, duygu düzenleme tekniklerini, esneklik mesajıyla eşleştirilmiş kas germe-gevşetme egzersizlerini, bedensel maruz bırakma çalışmalarını, mindfulness (farkındalık ve anda kalma) egzersizlerini ve psikolojik travma, depresyon ve anksiyete belirtilerine dair psikoeğitimi içermektedir (Hinton, Pich, Hoffman ve Otto, 2013; Jalal, Samir ve Hinton, 2017).

Bu çalışmada kullanılan, Suriye kültürüne uyarlanmış KU-BDT terapi kılavuzunda yer alan seansların içeriğine Tablo 1.1.'de yer verilmiştir.

Tablo 1.1. Kültüre Uyarlanmış Bilişsel Davranışçı Terapi – Suriye Versiyonunun Seans İçerikleri

Seans Numarası ve Adı	Seansa Giriş	Ana Bölüm	Farkındalık (Mindfulness) ve Meditasyon Egzersizleri
1. Seans: Tedavi süreci, Anksiyete ve Depresyon Hakkında Psikoeğitim ve Duygu Düzenleme Tekniklerine Giriş	Tedavi süreci hakkında bilgi verme ve olumlu beklentiler oluşturma	Anksiyete ve depresyon belirtilerine dair psikoeğitim ve belirtilerle ilgili yıkıcı düşünceleri değiştirme; limbik sistemi 'içimizdeki korkmuş çocuk' konsepti ile anlatma; duyguların farkına varma, isimlendirme ve mesafe koyma (Bulut analogisi)	Tüm duyuları kullanarak anda kalma; dikkatimizin odaklandığı nesnelere; yaprak hareketlerine dair farkındalık
2. Seans: Görselleştirme ile Gerçekleştirilen Baştan Ayağa Gevşeme Egzersizleri	Ev ödevleri hakkında deneyim paylaşımı	Kas gerginliğinin sebep olduğu olumsuz belirtiler; baştan ayağa kas gevşeme egzersizlerinin faydaları; görselleştirme ile baştan ayağa kas gevşeme egzersizleri	Dikkatimizin odaklandığı nesnelere; yaprakların biçim, renk ve hareketlerine dair farkındalık
3. Seans: Disfori Protokolü'ne Giriş ve Travmatik Anılar Protokolü'nün Öğretilmesi	Ev ödevleri hakkında deneyim paylaşımı; görselleştirme ile baştan ayağa kas gevşeme egzersizlerinin tekrarı	Disfori (Depresyon/Anksiyete) Protokolü'nün (DP) öğretilmesi; travmatik anıların etkileri; Travmatik Anılar Protokolü'nün (TAP) öğretilmesi; 'içimizdeki çocuk' ve travmatik anılar	Alet çantası (duygu düzenleme tekniği); mum metaforu (esneklik); şefkat imajinasyonu
4. Seans: Bedensel Maruz Bırakma: Baş Döndürme ve Nefes	Ev ödevleri; anksiyete taraması ve DP uygulanması; travma taraması ve TAP uygulanması	Baş döndürmeyle ilgili yıkıcı düşüncelere müdahale; oyun konseptinde baş döndürme maruziyeti; duyguların deneyimlenmesi ve duygu değişimi; nefesle ilgili psikoeğitim; nefesle ilgili maruz bırakma	Diyafram nefesi ve hafifçe gülümseme egzersizi

Tablo 1.1. (devamı)

Seans Numarası ve Adı	Seansa Giriş	Ana Bölüm	Farkındalık (Mindfulness) ve Meditasyon Egzersizleri
5. Seans: Endişe, Stres ve Sıkıntı	Ev ödevleri; anksiyete taraması ve DP uygulanması; travma taraması ve TAP uygulanması	Endişe süreçlerinin keşfi; endişe kaynaklı olumsuz belirtiler ve kısır-döngü; dikkat odağını değiştirmek (Kalem örneği, TV kanalı metaforu); davranışsal aktivasyon (egzersiz ve keyif alınan aktiviteler)	Tüm duyuları kullanarak çay/kahve içme; gülümseme (yüz ifadelerine dair farkındalık); yürüme meditasyonu
6. Seans: Öfke ve Öfke Protokolü, Bir Rahatlama Aracı Olarak Nefes	Ev ödevleri; anksiyete taraması ve DP uygulanması; travma taraması ve TAP uygulanması	Öfke süreçlerinin keşfi ve öfke hakkında psikoeğitim; öfke-travma ilişkisi (iki ateş metaforu); Öfke Protokolü'nün (ÖP) öğretilmesi; nefes ile rahatlama; duygu düzenleme teknikleri	Diyafram nefesi; hafifçe gülümseme ve gülme/kahkaha egzersizi; bulutlara dair farkındalık
7. Seans: Somatik Şikayetler, Uyku Sorunları, Kültürel Geçiş Ritüelleri	Ev ödevleri; anksiyete taraması ve DP uygulanması; travma taraması ve TAP uygulanması; öfke taraması ve ÖP uygulanması	Somatik belirtilere müdahale; kabuslar, uyku felci ve gece paniği hakkında psikoeğitim ve müdahale; uyku kalitesini artırma; öğrenilen bilgilerin özeti; kültürel geçiş ritüellerinin öğrenilmesi ve uygulanması için teşvik	Bulutlara, yapraklara ve çiçeklere dair farkındalık; yürüme meditasyonu; gülme egzersizi

Tablo 1.1.'de görülebileceği üzere seanslar, önceki seanslarda verilen ev ödevleri hakkında katılımcıların deneyimlerini paylaşımlarıyla başlar ve yine önceki seanslarda ele alınan şikayetlerin taranması ile devam eder. Şikayetlerin (anksiyete-depresyon, psikolojik travma ve öfke) geçtiğimiz hafta boyunca ne sıklıkla deneyimlendiği, şikayetlerin yaşanmasından önce bir tetikleyici olup olmadığı, katılımcıların şikayetleri yaşadıklarında neler hissettikleri, varsa bu şikayetlerle ilgili

yıkıcı düşünceleri ve bilişleri grup ortamında ele alınır ve ihtiyaç halinde Disfori, Travmatik Anılar ya da Öfke Protokolleri uygulanır. Bu noktada yalnızca gönüllü olan katılımcılar deneyimlerini paylaşır ya da yorum yapar. Daha sonra o seansın temel konuları (Tablo 1.1.'de 'Ana Bölüm' başlığı altında yer almaktadır) ele alınır. Temel konuları, o seansta öğrenilecek kas germe ve gevşetme egzersizleri takip eder. Her seans, önceki seanslarda öğrenilen kas egzersizlerinin bir kısmı tekrar edilir ve yeni egzersizler eklenir; böylece katılımcıların önceki kas germe ve gevşetme egzersizlerini hatırlamaları da sağlanmış olur. Kas egzersizleri, fiziksel esneklik arttıkça duygusal ve psikolojik esnekliğin ve uyum sağlama kapasitesinin artabileceğine dair bir mesajla eşleştirilerek gerçekleştirilir. Katılımcıların seanslar arasında da vücutlarında gergin olan bölgeleri fark etmeleri (bu da farkındalık yaklaşımının bir parçasıdır) ve öğrendikleri egzersizleri uygulamaları teşvik edilir. Seansın sonunda katılımcılara ev ödevleri verilir; farkındalık ve meditasyon egzersizlerinin gerçekleştirilmesiyle seans tamamlanır. Bu seans akışı, farklı topluluklarla yapılan diğer Kültüre Uyarlanmış Bilişsel Davranışçı Terapi çalışmalarıyla uyumludur (Hinton, Pich, Hoffman ve Otto, 2013; Jalal, Samir ve Hinton, 2017; Jalal, Kruger ve Hinton, 2018).

Kültüre Uyarlanmış Bilişsel Davranışçı Terapi (KU-BDT)'nin kullanıldığı diğer çalışmalarda da (Hinton, Rivera, Hofmann, Barlow ve Otto, 2012; Hinton, Pich, Hoffman ve Otto, 2013; Jalal, Samir ve Hinton, 2017) yer alan protokoller, Suriye kültürüne uyarlanmıştır. Disfori (Depresyon/Anksiyete) Protokolü'nde, yasemin ağacı (Mısır versiyonunda yer alan palmye ağacı, Suriye kültürüne yasemin ağacı olarak uyarlanmıştır) imajinasyonu eşliğinde yapılan kas germe ve gevşetme egzersizleri bulunmaktadır. Bu imajinasyonda kişi, omurgasını ağacın gövdesi, başını ve kollarını ise ağacın dalları olarak hayal etmekte ve baş, omuzlar, sırt, kollar ve bileklerini talimatlara uygun şekilde hareket ettirerek kaslarını gevşetmektedir. Travmatik Anılar Protokolü'nde, bahsi geçen yasemin ağacı imajinasyonunun yanı sıra, kişinin farklı duyguları deneyimlemesi, şefkat imajinasyonu, 'içimizdeki çocuk'u rahatlatma, tüm duyuları kullanarak ana odaklanma, keyif alınan bir aktivite yapma gibi müdahaleler de bulunmaktadır. Tüm duyuları kullanarak anda kalma egzersizleri, önceden tehdit olarak algılanan deneyimlerin bir keyif kaynağı olarak

yeniden çerçevesi ve hem anksiyete hem depresyon belirtilerinin sebep olduğu ruminasyon döngüsünü kırması açısından anlamlıdır (Hinton, Pich, Hoffman ve Otto, 2013). Öfke Protokolü'nde ise, yasemin ağacı imajasyonu; esneklik metaforuyla eşleştirilmiş yüz, alın, boyun ve omuzları gevşetmeye yönelik kas egzersizleri; duygunun adını koyma, etkilerini fark etme ve duyguyla araya mesafe koyma gibi duyu düzenleme teknikleri; öfkeye sebep olan olay ya da durumların yeniden çerçevesiendirilmesi; farklı duyguların deneyimlenmesi; keyif veren ya da sakinleştiren aktiviteleri gerçekleştirme; tüm duyuları kullanarak anda kalma gibi müdahaleler ile öfkeyle ilgili kültürde yer alan öğeler (atasözleri, tavsiyeler, vs.) ve öfkeliyken karar almama ya da harekete geçmeme üzerine metaforlar yer almaktadır.

KU-BDT'de kullanılan farkındalık uygulamalarında, ana odaklanma büyük önem taşımakta (Hinton, Pich, Hoffman ve Otto, 2013) ve dikkat odağının önemine ve dikkatin yöneltildiği şeylerin ruh halini olumlu etkileyebileceğine dair çokça vurgu bulunmaktadır (Jalal, Samir ve Hinton, 2017). Kabul ve farkındalık tekniklerinin faydaları şöyle sıralanabilir: psikolojik esnekliğin artması, bedensel şikayetlerin ve ruminasyonun azalması, tehditlere yönelik dikkat yanlılığının azalması, olumsuz duygudurumu tolere edebilme becerisinin artması, duyu düzenleme işlevi (Hinton, Pich, Hoffman ve Otto, 2013) ve uyarılmışlık düzeyi ile somatik belirtilerin azalması (Goldin ve Gross, 2010). Psikolojik esnekliğin artması; özellikle yeni bir dile ve sosyokültürel bağlama alışmak durumunda kalan mülteciler için büyük fayda sağlayacaktır (Hinton, Pich, Hoffman ve Otto, 2013). CA-CBT'nin duyu düzenleme tekniklerinden biri olan beden temelli farkındalık uygulamalarında amaç, beden duygumunu değiştirerek duyguların değişmesini sağlamaktır; örneğin "Bedenim esnek bir hale geldikçe düşüncelerim ve duygularım da esnek bir hale gelebilir ve böylece yeni durumlara uyum sağlayabilirim" benzeri psikolojik esneklik ifadeleriyle birarada gerçekleştirilen kas gevşetme egzersizleri olumlu bir ruh halinin ve kendilik imgesinin ortaya çıkmasını sağlayabileceği gibi; 'hafif gülümseme' egzersizi sırasında gerçekleşen bedensel değişim, şefkat meditasyonundaki olumlu deneyimi ve şefkat hissini ortaya çıkararak kişinin ruh halinde ve kişilerarası ilişkilerinde olumlu değişimlere sebep olabilir (Hinton, Pich, Hoffman ve Otto, 2013).

Yaygın şekilde kullanılan travmatik anılara maruz bırakma uygulamaları, Batı kültürünü benimsemiş eğitilmiş topluluklar için bile oldukça zorlayıcı olabilirken, farklı bir kültüre sahip, çokça travmatik deneyim yaşamış olan mülteciler için dayanılması çok daha güç bir hal alabilmekte ve belirtilerin kötüye gitmesi ya da tedavinin yarıda bırakılması gibi olumsuz sonuçlara sebep olabilmektedir (Hinton, Hofmann, Rivera, Otto ve Pollack, 2011; Hinton, Pich, Hoffman ve Otto, 2013; Jalal, Samir ve Hinton, 2017). KU-BDT, tedavi sürecinin katılımcılar tarafından benimsenme düzeyini arttırmak ve tedavinin yarıda bırakılması riskini azaltmak adına, maruz bırakma uygulamalarına yeni bir yaklaşım getirmiştir; bu yeni yaklaşım travmatize olmuş mülteci ve etnik azınlık topluluklarında sıkça görülen somatik belirtileri, anksiyete rahatsızlıklarını ve öfke düzeyini azaltmayı da amaçlamaktadır (Hinton, Rivera, Hoffman, Barlow ve Otto, 2012; Hinton, Pich, Hoffman ve Otto, 2013; Jalal, Samir ve Hinton, 2017). Araştırmalara göre maruz bırakma uygulamaları, travmatik hafıza ağında tehdit içermeyen yeni bağlantıların oluşturulmasını sağlamakta ve bu sayede psikolojik travmanın tedavisinde etkili olmaktadır (Hinton, Pich, Hoffman ve Otto, 2013; Jalal, Samir ve Hinton, 2017). KU-BDT'nin getirdiği bu yeni maruz bırakma yaklaşımında; danışanın önce travmatik anının yeniden hatırlanması deneyimini tarif etmesi istenir; daha sonra danışan farkındalık, şefkat meditasyonu, görselleştirme eşliğinde gerçekleştirilen kas gevşetme egzersizleri gibi duyu düzenleme tekniklerini uygulaması yönünde teşvik edilir (Jalal, Samir ve Hinton, 2017). Travmatik anıyla çalışırken duyu düzenleme tekniklerinin kullanılması, danışanın travmatik olayı farklı bir duygudurum ve bilişsel çerçeveye değerlendirebilmesini ve böylece çaresizlik, kendini suçlama, kendinden ve başkalarından nefret etme gibi duyguların yerini şefkatin almasını sağlar (Hinton, Pich, Hoffman ve Otto, 2013). Bu noktada önemli olan, bahsi geçen duyu düzenleme tekniklerinin maruz bırakma uygulaması öncesinde danışana öğretilmesidir; böylece danışanın maruz bırakmaya bağlı artan uyarılmışlık düzeyi düşürülecek ve danışanın maruz bırakma uygulamasına dayanma gücü artmış olacaktır (Hinton, Rivera, Hoffman, Barlow ve Otto, 2012; Jalal, Samir ve Hinton, 2017). KU-BDT'nin kendine has maruz bırakma yaklaşımının bir diğer ayağı, psikolojik travmanın olumsuz etkileri arasında sıkça karşılaşılan bedensel belirtilere yönelik bedensel maruz bırakmadır; bu uygulamada travma sonrasında ortaya çıkan

ve olumsuz olarak algılanan bedensel belirtiler olumlu bir çağrışımla eşleştirilmektedir (Jalal, Samir ve Hinton, 2017). Kalp çarpıntısı ya da baş dönmesi sebebiyle endişe yaşayan danışanın, bu belirtileri yaşadığı olumlu hatıraları (çocukken oyun oynadığı sırada kalbinin hızla çarpması gibi) bulması yönünde teşvik edilmesi bu duruma örnek olarak sayılabilir.

KU-BDT'nin psikolojik travmanın tedavisinde kullanılan diğer yaklaşımlar ve terapilerden farkları şöyle sıralanabilir: Maruz bırakma müdahalesine kendine özgü bir yaklaşım geliştirmesi, eğitim düzeyi düşük kişilerin de kolaylıkla anlayabileceği bir üslupla içeriğin şekillendirilmesi, komorbid (eş tanı) anksiyete belirtilerine ve endişe, panik atak gibi anksiyetenin tetiklediği süreçlere değinilmesi, somatik duyumların ve belirtilerin tedavisine epeyce yer verilmesi, öfkenin azaltılmasının hedeflenmesi ve kişinin hem duygusal hem psikolojik esnekliğini arttırmak adına duygulara maruz bırakma, meditasyon ve kas germe-gevşetme egzersizleri gibi duygu düzenleme tekniklerinin kullanılması; TSSB belirtileri, depresyon belirtileri gibi belirtilere dair yıkıcı düşünceler ve bilişlere değinirken kültürel etkilerin de göz önünde bulundurulması (Hinton, Rivera, Hofmann, Barlow ve Otto, 2012).

1.4. Araştırmanın Amacı ve Soruları

Bu noktaya kadar aktarılan bilgiler ve araştırmalar ışığında, mevcut çalışmada geçici koruma altında olan Suriyeli kadınların yaşadıkları travmatik deneyimler ile psikolojik durumlarının incelenmesi ve Kültüre Uyarlanmış Bilişsel Davranışçı Terapi (KU-BDT) tedavi kılavuzunun etkinliğinin ölçülmesi amaçlanmaktadır.

Mültecilerin yiyecek ve barınma gibi temel ihtiyaçları çeşitli hükümetler ve sivil toplum kuruluşları tarafından karşılanmakla beraber, mültecilerin psikolojik ihtiyaçları çoğunlukla gözden kaçırılmaktadır (Almoshmosh, 2015). Mülteci kadınların hem savaş ve iltica süreçlerinde hem de sonrasında yaşadıkları cinsiyet bazlı dezavantajlar ve zorluklar göz önünde bulundurularak tasarlanması ve temin edilmesi gereken psikolojik destek ise eksik kalmaktadır, bu noktada atılacak etkin adımlara ihtiyaç vardır (Hedar, 2017). Tüm bunlar göz önünde bulundurulduğunda, Türkiye'deki geçici koruma altındaki Suriyeli kadınların özel ihtiyaçlarına hitap eden

etkili ve elverişli, toplum bazlı ruh sağlığı müdahaleleri, politikaları ve stratejilerinin geliştirilmesi gerektiği söylenebilir.

Alanyazın incelendiğinde, geçici koruma statüsündeki Suriyelilerle yapılan seçkisiz kontrollü çalışma sayısının kısıtlı olduğu ve yapılan çalışmaların genellikle geçici koruma kamplarında yaşayan Suriyelilerle gerçekleştirildiği görülmektedir. Geçici koruma kampları dışında yaşayan kişilerin sağlık ve ruh sağlığı hizmetlerine erişimlerinin geçici koruma kamplarında yaşayan kişilere göre daha kısıtlı olduğu ve kayıt olmayan Suriyelilerin sağlık hizmetlerine erişimlerinin sağlanması gerektiği belirtilmiştir (Ağbaba, 2016). Bu çalışmanın geçici koruma kampları dışında, İstanbul'da ikamet eden geçici koruma altındaki Suriyelilerle yapılacak olması önem arz etmektedir. Bununla birlikte, ekonomik zorluklar ve göçmenliğin en çok mağdur ettiği kesimin kadınlar olduğu (Ağbaba, 2016) düşünüldüğünde; çalışmaya yalnızca kadınların dahil edilecek olması ve temelde kadınların savaş, göç, iltica gibi zorlu süreçlerde yaşadıkları cinsiyetlerine özgü travmatik deneyimlerin de göz önünde bulundurulacak olması çalışmayı benzerlerinden ayırmaktadır.

Son olarak, az tecrübeye sahip terapistlerin, psikologların ve deneyimli kolaylaştırıcıların kısa bir eğitim sonrasında ve süpervizyon eşliğinde uygulayabilecekleri bir tedavi kılavuzu olan Kültüre Uyarlanmış Bilişsel Davranışçı Terapi'nin olası etkinliği üzerine çalışmak önem arz etmektedir. Ulaşılabilen alanyazında Kültüre Uyarlanmış Bilişsel Davranışçı Terapi'nin Suriye kültürüne uyarlandığı ya da Suriyeli mültecilere yönelik psikolojik müdahalelerde kullanıldığı herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bahsi geçen tedavi kılavuzunun etkinliği kanıtlanabildiği takdirde, başta geçici koruma altındaki Suriyeliler olmak üzere birçok farklı etnik, kültürel gruba uyarlanabilecek, kültürel hassasiyetleri bulunan elverişli bir kılavuz alana kazandırılmış olacaktır.

1.4.1. Araştırma Soruları/Hipotezleri

Yukarıda değinilen amaçlar doğrultusunda belirlenen araştırma soruları aşağıda sıralanmıştır:

1) Travmatik deneyimlere maruz kalmış, geçici koruma altında olan Suriyeli kadınların yaşadıkları travmatik olay sayısı ve çeşidinin, anksiyete, depresyon ve travmatize olma düzeylerine doğrudan ya da dolaylı Şekilde anlamlı bir etkisi bulunmakta mıdır? ^[1]_[SEP]

2) Kültüre Uyarlanmış Bilişsel Davranışçı Terapi tedavi kılavuzu, İstanbul'da yaşayan geçici koruma altındaki Suriyeli kadınlara yönelik bir müdahale yöntemi olarak uygulanabilirlik ve kabul edilebilirlik⁴ açısından uygun mudur?

3) Kültüre Uyarlanmış Bilişsel Davranışçı Terapi tedavi kılavuzu, travmatik olaylara maruz kalmış, geçici koruma altındaki Suriyeli kadınların anksiyete, depresyon ve travma sonrası stres bozukluğu belirtilerinin Şiddetinin istatistiksel olarak anlamlı Şekilde azalmasını sağlayacak mıdır?

⁴ Acceptability

İKİNCİ BÖLÜM

YÖNTEM

2.1. Katılımcılar

Çalışmanın amaçlarından biri olan İstanbul'da ikamet eden, geçici koruma altındaki Suriyeli kadınların yaşadıkları travmatik deneyimleri ve psikolojik etkilerini incelemek adına toplam 89 kişiden veri toplanmıştır. Çalışmanın bir diğer amacı olan Kültüre Uyarlanmış Bilişsel Davranışçı Terapi (KU-BDT) tedavi kılavuzunun etkinliğini incelemek adına, bu 89 kişiden 23'ü seçkisiz kontrollü çalışmaya dahil edilmiş, 12'si deney ve 11'i kontrol gruplarına olmak üzere iki gruba seçkisiz şekilde dağıtılmıştır. Detaylı bir bilgi sunmak adına, katılımcıların özelliklerine 2.1.1. ve 2.1.2. olmak üzere iki ayrı başlıkta yer verilmiştir.

2.1.1. Tüm Katılımcılar

Örneklem, yaşları 18 ile 83 aralığında değişen ($X_{ort} = 36.84$, $ss = 11.65$) 89 kadından oluşmaktadır. Örneklem sosyodemografik özelliklerine dair sıklık ve yüzdeler, Tablo 2.1.'de yer almaktadır. Bahsi geçen örneklem, veri girişleri kontrol edilerek yapılan kayıp değer ve uç değer analizleri sonrasında dahil edilen katılımcıları kapsamaktadır.

Tablo 2.1. Tüm Katılımcılara Ait Sosyodemografik Değişkenlere İlişkin Sıklık ve Yüzdeler

<i>Değişken</i>	<i>Sıklık (f)</i>	<i>Yüzde (%)</i>
Doğum Yeri		
Şam	9	10.1
İdlip	3	3.4
Halep	47	52.8
Humus	3	3.4
Pakistan	1	1.1
Suriye	25	28.1
Belirtmemiş	1	1.1

Tablo 2.1. (devamı)

<i>Değişken</i>	<i>Sıklık (f)</i>	<i>Yüzde (%)</i>
Eğitim durumu		
Okuma yazma bilmiyor	5	5.6
İlkokul ya da ortaokul	57	64.0
Lise	19	21.3
Üniversite ve üstü	8	9.0
Medeni durum		
Bekar	3	3.4
Evli/Beraber Yaşıyor	65	73.0
Nişanlı	2	2.2
Boşanmış/Ayrılmış	7	7.9
Dul	12	13.5
Çocuk		
Var	79	88.8
Yok	10	11.2
İltica öncesinde iş durumu		
Çalışıyormuş	22	24.7
Çalışmıyormuş	67	75.3
Güncel iş durumu		
İşsiz	3	3.4
Çalışıyor	9	10.1
Kendi işinde çalışıyor	3	3.4
Öğrenci	1	1.1
Gönüllü	2	2.2
Ev hanımı	68	76.4
Diğer	3	3.4
İltica öncesinde ekonomik durum		
Oldukça düşük gelir	13	14.8
Düşük gelir	27	30.7
Ortalama gelir	17	19.3
Yüksek gelir	20	22.7
Oldukça yüksek gelir	11	12.5
Belirtmemiş	1	1.1
İltica sonrasında ekonomik durum		
Oldukça düşük gelir	41	46.6
Düşük gelir	38	43.2
Ortalama gelir	7	8
Yüksek gelir	1	1.1
Oldukça yüksek gelir	1	1.1
Belirtmemiş	1	1.1
Geçmiş psikoterapi deneyimi		
Var	7	7.9
Yok	82	92.1

Tablo 2.1. (devamı)

<i>Değişken</i>	<i>Sıklık (f)</i>		<i>Yüzde (%)</i>
Ailede psikolojik rahatsızlık geçmişi			
Var	17		19.1
Yok	72		80.9
<i>Değişken</i>	<i>Ort.</i>	<i>Ss</i>	<i>Min-Maks</i>
Yaş	36.84	11.65	18-83
Evlenme yaşı	18.24	5.49	12-44
İlk çocuğun doğurulduğu yaş	19.30	4.13	13-37

Buna göre, çalışmaya dahil edilen tüm katılımcıların 9'u (%10.1) Şam'da, 3'ü (%3.4) İdlip'te, 47'si (%52.8) Halep'te, 3'ü (%3.4) Humus'ta, 1'i (%1.1) Pakistan'da, 25'i (%28.1) Suriye'de doğduklarını belirtirken; bir kişi (%1.1) doğum yerini belirtmemiştir. Katılımcıların eğitim durumu incelendiğinde 5'inin (%5.6) okuma yazma bilmediği, 57'sinin (%64) ilkokul ya da ortaokul, 19'unun (%21.3) lise, 8'inin (%9) ise üniversite ve üstü mezunu oldukları görülmüştür. Katılımcıların 3'ünün (%3.4) bekar, 65'inin (%73) evli ya da beraber yaşıyor, 2'sinin (%2.2) nişanlı, 7'sinin (%7.9) boşanmış ya da ayrılmış ve 12'sinin (%13.5) dul kategorisinde yer aldıkları belirlenmiştir. Katılımcılar arasından 79 kişinin (%88.8) çocuk sahibi olduğu, 10 kişinin (%11.2) ise çocuğunun olmadığı görülmüştür. Katılımcıların 22'si (%24.7) iltica öncesinde çalıştıklarını, 67'si (%75.3) iltica öncesinde çalışmadıklarını belirtmişlerdir. Katılımcıların güncel iş durumu incelendiğinde; 3'ünün (%3.4) işsiz, 9'unun (%10.1) çalışıyor, 3'ünün (%3.4) kendi işinde çalışıyor, 1'inin (%1.1) öğrenci, 2'sinin (%2.2) gönüllü, 68'inin (%76.4) ev hanımı ve 3'ünün (%3.4) diğer kategorisinde yer aldıkları görülmüştür. Katılımcılara iltica öncesindeki ekonomik durumları sorulduğunda; 13'ü (%14.8) oldukça düşük gelir, 27'si (%30.7) düşük gelir, 17'si (%19.3) ortalama gelir, 20'si (%22.7) yüksek gelir ve 11'i (%12.5) oldukça yüksek gelir düzeyinde olduklarını belirtmişlerdir. Bir kişi (%1.1) ilticadan önceki gelir düzeyini belirtmemiştir. Katılımcılara iltica sonrasındaki ekonomik durumları sorulduğunda ise; 41'i (%46.6) oldukça düşük gelir, 38'i (%43.2) düşük gelir, 7'si (%8) ortalama gelir, 1'i (%1.1) yüksek gelir ve 1'i (%1.1) oldukça yüksek gelir düzeyinde olduklarını belirtirken; yine bir kişi (%1.1) iltica sonrasındaki gelir düzeyini belirtmemiştir. Katılımcıların 7'sinin (%7.9) daha önce psikoterapi ya da psikolojik danışmanlıktan yararlandığı ve 82'sinin (%92.1) daha önce hiç psikoterapi ya da

psikolojik danışmanlık hizmeti almadıkları belirlenmiştir. Katılımcılara ailelerinde psikolojik rahatsızlık yaşamış biri olup olmadığı sorulduğunda; 17'si (%19.1) olduğunu, 72'si (%80.9) olmadığını ifade etmiştir.

Katılımcıların evlenme yaşının 12 ile 44 aralığında ($X_{ort} = 18.24$, $ss = 5.49$); ilk çocuklarını doğurdukları yaşın ise 13 ile 37 aralığında değiştiği ($X_{ort} = 19.30$, $ss = 4.13$) görülmüştür.

2.1.2. Seçkisiz Kontrollü Çalışma Katılımcıları

Seçkisiz kontrollü çalışma örnekleme, yaşları 24 ile 55 aralığında değişen ($X_{ort} = 35.13$, $ss = 8.29$) 23 kadından oluşmaktadır. Örneklemin sosyodemografik özelliklerine dair sıklık ve yüzdelik değerleri, Tablo 2.2.'de yer almaktadır. Seçkisiz kontrollü çalışmada tedavi etkinliğini ölçmek üzere lineer karma model analizi kullanıldığından, ayrıca kayıp değer ve uç değer analizleri yapılmasına gerek kalmamıştır.

Tablo 2.2. Seçkisiz Kontrollü Çalışma Katılımcılarına Ait Sosyodemografik Değişkenlere İlişkin Sıklık ve Yüzdelik Değerleri

<i>Değişken</i>	<i>Sıklık (f)</i>	<i>Yüzde (%)</i>
Doğum Yeri		
Şam	1	4.3
İdlip	2	8.7
Halep	14	60.9
Suriye	5	21.7
Belirtmemiş	1	4.3
Eğitim durumu		
Okuma yazma bilmiyor	1	4.3
İlkokul ya da ortaokul	18	78.3
Lise	2	8.7
Üniversite ve üstü	2	8.7
Medeni durum		
Bekar	0	0
Evli/Beraber Yaşıyor	21	91.3
Nişanlı	0	0
Boşanmış/Ayrılmış	2	8.7
Dul	0	0
Çocuk		
Var	23	100

Tablo 2.2. (devamı)

<i>Değişken</i>	<i>Sıklık (f)</i>	<i>Yüzde (%)</i>	
İltica öncesinde iş durumu			
Çalışıyormuş	3	13	
Çalışmıyormuş	20	87	
Güncel iş durumu			
İşsiz	0	0	
Çalışıyor	1	4.3	
Kendi işinde çalışıyor	0	0	
Öğrenci	0	0	
Gönüllü	0	0	
Ev hanımı	22	95.7	
Diğer	0	0	
İltica öncesinde ekonomik durum			
Oldukça düşük gelir	2	8.7	
Düşük gelir	9	39.1	
Ortalama gelir	5	21.7	
Yüksek gelir	5	21.7	
Oldukça yüksek gelir	2	8.7	
İltica sonrasında ekonomik durum			
Oldukça düşük gelir	12	52.2	
Düşük gelir	11	47.8	
Ortalama gelir	0	0	
Yüksek gelir	0	0	
Oldukça yüksek gelir	0	0	
Geçmiş psikoterapi deneyimi			
Var	2	8.7	
Yok	21	91.3	
Ailede psikolojik rahatsızlık geçmişi			
Var	10	43.5	
Yok	13	56.5	
	Ort.	Ss	Min-Maks
Yaş	35.13	8.29	24-55
Evlenme yaşı	17.34	3.53	13-27
İlk çocuğun doğurulduğu yaş	18.83	3.89	14-30
Çocuk sayısı	4.61	1.92	2-11

Buna göre, seçkisiz kontrollü çalışmaya dahil edilen 23 katılımcının 1'i (%4.3) Şam'da, 2'si (%8.7) İdlip'te, 14'ü (%60.9) Halep'te ve 5'i (%21.7) Suriye'de doğduklarını belirtirken; bir kişi (%4.3) doğum yerini belirtmemiştir. Katılımcılardan 1'i (%4.3) okuma yazma bilmediğini, 18'i (%78.3) ilkokul ya da ortaokul mezunu

olduğunu, 2'si (%8.7) lise mezunu olduğunu ve yine 2'si (%8.7) üniversite ve üstü mezunu olduklarını ifade etmiştir. Katılımcıların medeni durumu incelendiğinde; 21 kişinin (%91.3) evli ya da beraber yaşıyor ve 2 kişinin (%8.7) boşanmış ya da ayrılmış kategorisine dahil oldukları görülmüştür. Seçkisiz kontrollü çalışmaya dahil olan 23 katılımcının tamamı (%100) çocuğu olduğunu belirtmiştir. Katılımcılara iltica öncesinde çalışıp çalışmadıkları sorulduğunda, 3 kişi (%13) iltica öncesinde çalıştığını, 20 kişi (%87) ise iltica öncesinde çalışmadığını ifade etmiştir. Katılımcıların güncel iş durumu incelendiğinde, 1'inin (%4.3) çalıştığı ve 22'sinin (%95.7) çalışmadığı görülmüştür. Katılımcılara iltica öncesindeki ekonomik durumları sorulduğunda; 2'si (%8.7) oldukça düşük gelir, 9'u (%39.1) düşük gelir, 5'i (%21.7) ortalama gelir, 5'i (%21.7) yüksek gelir ve 2'si (%8.7) oldukça yüksek gelir düzeyinde olduklarını belirtmişlerdir. İltica sonrası ekonomik durumları sorulduğunda ise, katılımcıların 12'si (%52.2) oldukça düşük gelir ve 11'i (%47.8) düşük gelir düzeyinde olduklarını ifade etmişlerdir. Katılımcıların 2'si (%8.7) geçmişte psikoterapi ya da psikolojik danışmanlık hizmeti aldıklarını dile getirirken; 21'i (%91.3) daha önce hiç psikoterapi ya da psikolojik danışmanlık hizmeti almadıklarını belirtmişlerdir. Katılımcılara ailelerinde psikolojik rahatsızlık yaşamış biri olup olmadığı sorulduğunda; 10'u (%43.5) olduğunu, 13'ü (%56.5) olmadığını ifade etmiştir.

Katılımcıların evlenme yaşının 13 ile 27 aralığında ($X_{ort} = 17.34$, $ss = 3.53$); ilk çocuklarını doğurdukları yaşın 14 ile 30 aralığında ($X_{ort} = 18.83$, $ss = 3.89$) ve sahip oldukları çocuk sayısının 2 ile 11 aralığında ($X_{ort} = 4.61$, $ss = 1.92$) değiştiği görülmüştür.

2.2. Veri Toplama Araçları

Bu çalışmanın veri toplama sürecinde, demografik bilgi formu, Hopkins Belirti Tarama Listesi – 25, Harvard Travma Anketi ve İltica Sonrası Yaşam Zorlukları ölçeklerinden yararlanılmıştır.

2.2.1. Demografik Bilgi Formu

Çoktan seçmeli ve açık uçlu soruların yer aldığı form, katılımcıların yaş, medeni durum, eğitim düzeyi, çocuk sayısı ve maddi durum gibi sosyodemografik bilgilerini

almak üzere oluşturulmuş; alanyazın göz önünde bulundurularak araştırmacı tarafından hazırlanmıştır.

2.2.2. Hopkins Belirti Tarama Listesi – 25 (Hopkins Symptom Checklist, HSCL-25)

Çalışmada depresyon ve anksiyete belirtilerini incelemek amacıyla kullanılan Hopkins Belirti Tarama Listesi, Parloff, Kelman ve Frank tarafından geliştirilmiş (1954) ve daha sonra 25 maddelik versiyonu sıkça kullanılmaya başlanmıştır (Winokur, A., Winokur, D. F., Rickels ve Cox, 1984). 25 maddeden oluşan ölçek, anksiyete ve depresyon belirtilerini ölçmektedir. Katılımcılardan her madde için 1 (hiç) ve 4 (aşırı) olmak üzere, 1 ile 4 arasında bir puan vermeleri istenir. Ölçeğin birinci bölümünü oluşturan ilk on madde anksiyete düzeyini ölçerken, ikinci bölümü oluşturan 15 madde depresyon düzeyini ölçmektedir. Toplam skor 25 soruya verilen cevapların aritmetik ortalaması alınarak hesaplanır ve kişinin sahip olduğu duygusal stresi gösterir niteliktedir. Depresyon skoru, ölçekteki 15 soruya verilen cevapların aritmetik ortalaması hesaplanarak bulunur.

Lavik, Hauff, Solberg ve Laake'nin yaptıkları çalışmada, HSCL-25'in travmatize olmuş mültecilerin deneyimledikleri belirtilerin şiddetini ölçme konusunda tatmin edici bir geçerlik düzeyine sahip olduğu ifade edilmiştir (1999). Acartürk ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmanın ilk aşamasında, ölçeğin Arapça versiyonunun Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı 0.87 olarak belirtilmiştir (2016). Kleijn, Hovens ve Rodenburg'un yaptıkları çalışmada, HSCL-25'in İngilizce, Arapça, Farsça, Sırpça-Hırvatça ve Rusça versiyonlarının güvenilirliği değerlendirilmiş; anksiyete alt ölçeğinin Cronbach alfa güvenilirlik katsayısının 0.83 ile 0.91 arasında ve depresyon alt ölçeğinin Cronbach alfa güvenilirlik katsayısının 0.85 ile 0.92 arasında değiştiği kaydedilmiştir (2001). Ölçeğin Arapça versiyonunun istatistiksel olarak geçerli ve güvenilir olduğunu gösteren birçok çalışma bulunmaktadır (Kobeissi ve ark., 2011). HSCL-25 ölçeğine birçok kültürlerarası çalışmada yer verilmiştir (Aragona ve ark., 2013); bu çalışmalarda kesme puanı olarak 1.75 kullanılmıştır (Hasanović ve Herenda, 2008). Mollica ve arkadaşları da kesme puanını 1.75 olarak ifade etmişler, 1.75 ve üstünün klinik düzeyde depresyon ve anksiyeteye işaret ettiğini belirtmişlerdir (1996).

2.2.3. Harvard Travma Anketi (Harvard Trauma Questionnaire, HTQ)

Harvard Travma Anketi, kişinin yaşamı boyunca maruz kaldığı travmatik olayların neler olduğunu belirler ve travma sonrası stres bozukluğu belirtilerinin şiddetini ölçer (Mollica ve ark., 2004). Çalışmada ölçeğin ilk bölümü ile dördüncü bölümüne yer verilmiş ve Arapça versiyonu kullanılmıştır (Shoeb ve ark., 2007). Ölçeğin ilk bölümünde katılımcılara, 43 travmatik olayı yaşayıp yaşamadıkları sorulur ve sorulara 'Evet' ya da 'Hayır' şeklinde cevap vermeleri istenir.

Ölçeğin dördüncü bölümü ise travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) belirtilerinin yer aldığı 45 maddeden oluşmaktadır; her madde için katılımcılardan 1 (hiç) ve 4 (aşırı) olmak üzere, 1 ile 4 arasında bir puan vermeleri istenir. Verilen cevapların aritmetik ortalaması alınarak katılımcının TSSB şiddeti belirlenir; puan aralığı 1 ile 4 arasındadır, 2.5 ve üzeri puan TSSB belirtilerinin varlığına işaret etmektedir. Kleijn, Hovens ve Rodenburg'un Harvard Travma Anketi'nin İngilizce, Arapça, Farsça, Sırpça-Hırvatça ve Rusça versiyonlarının güvenilirliğini değerlendirdikleri çalışmada; Arapça versiyonunun Cronbach alfa güvenirlik katsayısının 0.84 olduğu ve bahsi geçen diğer versiyonların iç tutarlılık katsayılarının $\alpha = .74$ ile $\alpha = .89$ arasında değiştiği belirtilmiştir (2001). Acartürk ve arkadaşlarının gerçekleştirdiği araştırmanın ön-test ölçümlerinde, ölçeğin Arapça versiyonunun Cronbach alfa güvenirlik katsayısı 0.90 olarak ifade edilmiştir (2016).

2.2.4. İltica Sonrası Yaşam Zorlukları Ölçeği (Post Migration Living Difficulties Checklist, PMLD)

İltica Sonrası Yaşam Zorlukları Ölçeği, Sidney'deki mülteci topluluklarıyla yapılan görüşmeler neticesinde geliştirilmiştir (Silove, Sinnerbrink, Field, Manicavasagar ve Steel, 1997; Sinnerbrink, Silove, Field, Steel ve Manicavasagar, 1997; Steel, Silove, Phan ve Bauman, 2002). Araştırmada, kişinin iltica sonrasında strese sebep olan zorlu yaşantılarını belirlemekte ve bu deneyimlere bağlı olarak yaşadığı stres seviyesini ölçmekte kullanılmıştır. Mültecilerle gerçekleştirilen birçok çalışmada kullanılan ölçeğin, yerlerinden edilmiş toplulukların ruh sağlığını başarılı bir şekilde yordadığı ifade edilmiştir (Nickerson ve ark., 2015; Steel ve ark., 2006; Schweitzer, Melville, Steel ve Lacherez, 2006).

Ölçeğin 17 maddeden oluşan Arapça versiyonunda, katılımcılardan son 12 ayda yaşadıkları sorunlara dair deneyimlerini değerlendirmeleri ve en düşük seçenek 'Hiç sorun değil' ile en yüksek seçenek 'Çok ciddi bir problem' olmak üzere 5 seçenekten birini seçmeleri istenir. Toplam skorun yüksek olması, iltica sonrası strese neden olan koşulların fazlaca olduğu anlamına gelir (Schweitzer, Melville, Steel ve Lacherez, 2006).

2.3. Araştırma Deseni

Bu çalışma iki aşamalı bir araştırmadır. İlk aşama, iki farklı sivil toplum kuruluşu aracılığıyla ulaşılan 89 kadın katılımcıdan 2.2.'de bahsedilen veri toplama araçları yardımıyla verilerin toplandığı betimleyici bir çalışmadır. İkinci aşama, 23 kadın katılımcının dahil olduğu, 2 (zaman: ön-test, son-test) x 2 (gruplar: deney, kontrol)'lik deneysel bir karma faktöryel desene sahip seçkisiz kontrollü çalışmadır.

2.3.1. Seçkisiz Kontrollü Çalışma

Çalışmada biri deney, biri kontrol grubu olmak üzere iki grup bulunmaktadır. Katılımcıların seçkisiz şekilde deney (KU-BDT) ya da kontrol (her zamanki tedavi) grubuna atanma olasılığı eşittir (1:1). Deney grubuna seçkisiz şekilde atanan 12 katılımcı yedi hafta boyunca, haftada bir seans olacak şekilde Kültüre Uyarlanmış Bilişsel Davranışçı Terapi grup seanslarına katılmışlardır. Kontrol grubuna seçkisiz şekilde atanan 11 katılımcı ise, daha önce destek aldıkları sivil toplum kuruluşundan destek almaya devam etmişlerdir (her zamanki tedavi). Ölçümler, seçkisiz atama öncesinde (ön-test) ve deney grubuna sunulan Kültüre Uyarlanmış Bilişsel Davranışçı Terapi'nin son grup seansından sonra (son-test) yapılmıştır.

Çalışmanın dahil edilme ölçütleri şunlardır:

- 18 yaşından büyük olmak
- İstanbul'da ikamet eden geçici koruma statüsündeki Suriyeli kadın olmak
- Arapça konuşabilmek
- Hopkins Belirti Tarama Listesi – 25 (HSCL-25) ölçeğinden 1.75 ve üstü skor almak

Çalışmanın dışlanma ölçütleri ise şöyle sıralanabilir:

- İntihar etme riskinin bulunması
- Şiddetli ruh sağlığı bozukluğuna sahip olmak (psikotik bozukluk, madde bağımlılığı)
- Şiddetli bilişsel bozukluklara sahip olmak (şiddetli zihinsel engel ya da demans)

Katılımcının şiddetli ruh sağlığı ya da bilişsel bozukluklara sahip olup olmadığını değerlendirmek için Zihinsel Kapasite Değerlendirme Formu kullanılmıştır. Bahsi geçen form, Türk Psikologlar Derneği ve İngiliz Psikoloji Topluluğu'nun (British Psychological Society) ilgili konulardaki yönetmelik ve kılavuzları göz önünde bulundurularak oluşturulmuştur.

2.4. KU-BDT'nin Kültürel Uyarlama Süreci

KU-BDT'nin çalışılan topluluğun kültürüne uyarlanması sürecinde kullanılan açıklayıcı model üzerinden köprü kurma⁵ yaklaşımı; tedaviyi danışanın kültüründe zihnin ve bedenin ele alınma biçimlerine uygun şekilde çerçeveselendirmektedir (Jalal, Samir ve Hinton, 2017). Bu yaklaşımda, kültürde yer alan yaygın pratikler, atasözleri ve deyimler, metaforlar ve analogiler sıklıkla kullanılır (Jalal, Kruger ve Hinton, 2018). Kültürel kavramsallaştırma; üzüntü ve endişe belirtilerine dair temel algıların ve yerel etnopsikoloji ile etnofizyolojiden doğan temel yıkıcı bilişlerin belirlenmesi, temel BDT tekniklerini öğretmek için kültüre uygun analogiler ve kültürel pratiklerin kullanılması ve kültürel bağlamın içeriğe olabildiğince çok dahil edilmesini kapsar (Jalal, Samir ve Hinton, 2017). Açıklayıcı model üzerinden köprü kurma ve kültürel kavramsallaştırma yaklaşımları; tedavi sürecinin çalışılan popülasyon tarafından benimsenme ihtimalini ve tedavi sürecine dair olumlu beklentileri arttırmaktadır (Jalal, Kruger ve Hinton, 2018).

⁵ Explanatory model bridging

Jalal, Samir ve Hinton tarafından gerçekleştirilen Mısır kültürüne uyarlanmış KU-BDT çalışmasında yazarlar, alanyazında Müslüman topluluklarla çalışırken BDT'nin nasıl ele alınabileceği konusunda son derece kısıtlı bilgi olduğundan bahsetmişler ve KU-BDT – Mısır versiyonunun, başka Müslüman topluluklarla çalışmaya uygun olup olmadığının ya da kullandıkları uyarlama modelinin benzer kültüre sahip topluluklara uyarlanıp uyarlanamayacağına araştırılması gerektiğini belirtmişlerdir (2017).

Özellikle şiddetin yoğun yaşandığı zamanlarda, insanların yaşadıklarını anlamlandırabilmek adına kültürel bilgi ve değer sistemlerine, dahil oldukları topluluğun yaygın olarak kullandıkları baş etme stratejilerine yöneldikleri bilinmektedir (Hassan ve ark., 2016). Arap ve Suriye kültüründe sıkıntının ifade edilmiş biçimlerinin hem psikolojik belirtileri hem de bedensel şikayetleri içerdiği belirtilmiş ve Suriyelilerin sıkıntılarını dile getirirken 'kalpte bir ağırlık' ya da 'üstünde karıncalar geziyormuş gibi hissetme' gibi ifadeleri, atasözlerini ve metaforları kullandıkları kaydedilmiştir (Hassan ve ark., 2015).

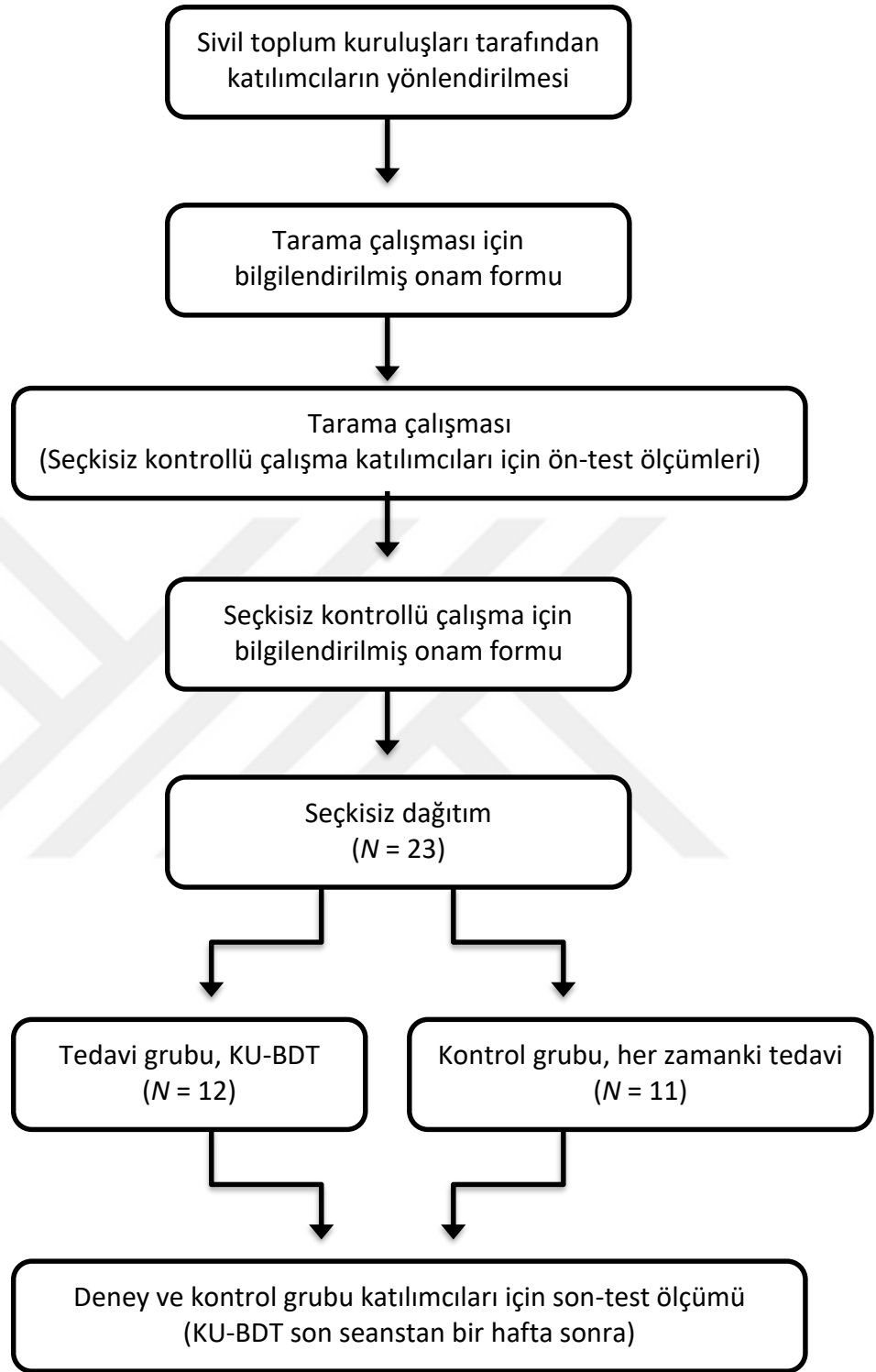
Bu çalışmada gerçekleştirilen KU-BDT'nin Suriye kültürüne uyarlanması sürecinde yukarıda bahsedilen bilgiler göz önünde bulundurulmuş ve hem Suriye kültürüne (belirtilerin deneyimlenmesi ve ele alınış biçimleri, tedavi sürecine dair algı ve inanışlar, atasözleri, deyimler, yaygın pratikler, vb.) dair bilgi edinilmesi hem de KU-BDT terapi kılavuzunun Mısır versiyonunda yer alan uygulamalar, müdahaleler, egzersizler, bilgiler, metaforlar ve analogiler tek tek alınarak Suriye kültürüne uygun hale getirilmesi sürecinde araştırmalar yapılmış ve Suriye kültürüne dair bilgi sahibi kişilerin tecrübelerinden yararlanılmıştır. Uyarlama sürecinde biri Suriyeli üniversite öğrencileri (4 kişi), diğeri Türkiye'deki geçici koruma altındaki Suriyelilerle gönüllü psikososyal destek çalışmalarında yer alan Suriyeli ve Mısırlı üniversite öğrencilerinden (6 kişi) oluşan iki odak grup gerçekleştirilmiş ve Suriyeli bir tıp doktoru ile Türkiye'deki geçici koruma altındaki Suriyelilerle çalışan Türk bir tıp doktorundan yardım alınmıştır. Yaklaşık iki saat süren odak grup çalışmalarında, tedavi kılavuzu katılımcılarla beraber gözden geçirilmiş; kılavuzda yer alan metaphor ve analogilerin Suriye kültüründeki karşılığı bulunmuş ve Suriyelilerin rahatsızlık

belirtilerini nasıl deneyimledikleri, nasıl ifade ettikleri, kültürel sendromlar, iyilik halini arttırmak adına gerçekleştirdikleri yaygın pratikler hakkında sorular sorulmuştur.

2.5. İşlem

Veri toplama süreci başlamadan önce, İstanbul Şehir Üniversitesi Araştırma Etik Kurulu'ndan ve İçişleri Bakanlığı Göç İdaresi Genel Müdürlüğü'nden gerekli izinler alınmıştır. Araştırmaya dahil edilme ölçütlerini karşılayacak katılımcılara ulaşmak adına, geçici koruma statüsündeki Suriyeli kadınlara psikososyal destek hizmeti sunan sivil toplum kuruluşlarıyla iletişime geçilmiş; Sultanbeyli'de yer alan Mülteciler ve Sığınmacılar Yardımlaşma ve Dayanışma Derneği ve Fatih'te yer alan İshrakat Derneği (Suriyeli Hanımlar Derneği İshraqat) ile işbirliği yapılmıştır.

Bahsi geçen iki sivil toplum kuruluşu, çeşitli hizmetler sundukları geçici koruma statüsündeki Suriyeli kadınlara çalışmanın tanıtımını yapmış ve çalışmaya uygun olduğunu düşündükleri kişileri araştırma ekibine yönlendirmişlerdir. Daha sonra, çeşitli araştırmalarda yer almış olan, ölçekler ve görüşme teknikleri konusunda eğitilmiş Arapça bilen Suriyeli ve Mısırlı üniversite öğrencilerinden oluşan araştırma ekibi, çalışmayla ilgilenen geçici koruma altındaki Suriyeli kadınlarla bire bir görüşmeler yapmış, çalışmayı detaylıca anlatmış ve onam formunu (tarama çalışması için onam formu) paylaşmıştır. Çalışmaya katılmak için gönüllü olan kişilerin onam formunu imzalamasından sonra, 2.2'de yer verilen veri toplama ölçekleri yardımıyla veri toplanmıştır. Tarama çalışmasından sonra, dahil edilme kriterlerine uyan (HSCL-25 skoru 1.75 ve üstü olan) katılımcılarla telefon aracılığıyla iletişim kurulmuş ve seçkisiz kontrollü çalışma hakkında bilgilendirilmek üzere davet edilmişlerdir. Bilgilendirme sonrasında seçkisiz kontrollü çalışmaya katılmak için gönüllü olan katılımcılar, ikinci bir onam formunu (seçkisiz kontrollü çalışma için onam formu) imzalamışlardır. Çalışmaya katılmak için gönüllü olan katılımcılar, seçkisiz biçimde deney (12 kişi) ve kontrol (11 kişi) gruplarına atanmışlardır (Şekil 2.1.). Katılımcıların gruplara rastgele dağıtım sırasında, bu iş için özel olarak tasarlanmış bir internet sitesi kullanılmıştır.



Şekil 2.1. Seçkisiz kontrollü çalışma sürecinin temel aşamaları

2.4.'te bahsedilen Kültüre Uyarlanmış Bilişsel Davranışçı Terapi kılavuzunun Suriye kültürüne uyarlanması süreci veri toplama sürecinden önce tamamlanmıştır. Katılımcıların gruplara rastgele biçimde dağıtılmasından sonra, deney grubu

katılımcıları Kültüre Uyarlanmış Bilişsel Davranışçı Terapi grup seanslarına katılmaya başlamışlardır. Yedi hafta boyunca, haftada bir kere olacak şekilde gerçekleştirilen KU-BDT grup seansları, geçici koruma altındaki Suriyelilere yönelik birçok çalışmada yer almış olan, Arap kökenli iki kolaylaştırıcı⁶ tarafından yürütülmüştür. Bu süreçte iki tecrübeli terapist ihtiyaç durumunda süpervizörlük yapmıştır. Geçici koruma altındaki Suriyelilerle yapılan başka çalışmalarda yer almış, tecrübeli bir araştırmacı; Kültüre Uyarlanmış Bilişsel Davranışçı Terapi protokolünün olması gerektiği şekilde uygulanıp uygulanmadığını değerlendirmek için, yedi seansın üçüne katılmış ve aslına uygunluk listesi⁷ üzerinden seansları değerlendirmiştir. Seansların aslına uygun şekilde uygulandığı görülmüştür. Deney grubu katılımcılarının KU-BDT seanslarına katıldıkları süreçte, kontrol grubu katılımcıları her zamanki tedaviyi almaya devam etmişlerdir. Türkiye'deki geçici koruma statüsüne sahip kayıtlı Suriyeliler, temel sağlık hizmetlerine erişebilmekte; her zamanki tedavi koşulu, bu sağlık hizmetlerinin tümünü kapsamaktadır. Çalışmada yer verilen her zamanki tedavi⁸ koşulunda, özellikle katılımcıların yönlendirildikleri sivil toplum kuruluşları tarafından kendilerine sunulan hizmetler kastedilmektedir. Bu hizmetlere, maddi yardımlar, sağlık hizmetleri ve psikososyal destek başta olmak üzere ruh sağlığı hizmetleri dahildir.

Veri toplama sürecinde; danışanların anksiyete, depresyon ve travma belirtilerini ölçmek adına, test-öncesi ve test-sonrası olmak üzere iki kere ölçüm yapılmıştır. Seçkisiz kontrollü çalışmaya dahil edilen katılımcıların ön-test ölçümleri için tarama aşamasında toplanan veriler kullanılmıştır. Hem deney hem kontrol grubu katılımcılarının son-test ölçümleri, KU-BDT grup seanslarının sonucusu gerçekleştirildikten sonra yapılmıştır. Son-test ölçümlerinde, ön-test ölçümlerinde kullanılan ölçekler kullanılmış; yalnızca demografik bilgi formu ve Harvard Travma Anketi'nin ilk bölümü hariç tutulmuştur. Son-test ölçümleri, ön-test ölçümlerini gerçekleştiren araştırma ekibi tarafından yapılmıştır.

⁶ Facilitator

⁷ Fidelity checklist

⁸ Treatment as usual

Tarama çalışmasında yer almaya gönüllü olan katılımcılara (deney ve kontrol grubu katılımcıları dahil) 25 TL'lik hediye çeki verilirken; deney grubu katılımcılarına ayrıca her seans için 5 TL'lik yol ücreti verilmiştir.

2.5. Verilerin Analizi

Bireylerin deneyimlediği travmatik olayların sayısı ile depresyon, anksiyete, psikolojik travma belirtileri ve iltica sonrası travmatik deneyimlerin etkisi arasındaki ilişkinin gücünü ve yönünü saptamak için Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon Katsayısı kullanılmıştır.

Kültüre Uyarlanmış Bilişsel Davranışçı Terapi tedavi kılavuzunun uygulanabilirlik ve kabul edilebilirlik açısından uygun olup olmadığını belirlemek adına; katılımcıların tedaviyi bırakma oranı ve tedavi sürecinde olumsuz olay⁹ yaşanıp yaşanmadığı incelenmiştir.

Çalışmanın bir diğer amacı, Kültüre Uyarlanmış Bilişsel Davranışçı Terapi'nin etkinliğini ölçmektir. Bu amaç doğrultusunda, tedavi gruplarının ve ölçüm zamanlarının; HSCL-25 (depresyon ve anksiyete) ve HTQ dördüncü bölüm (travma) puanları üzerindeki etkisini ölçmek için lineer karma model analizi (linear mixed model) kullanılmıştır.

⁹ Adverse event

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

BULGULAR

Bu bölümde araştırma sorularına cevap bulmak adına gerçekleştirilen istatistiksel analizlerin sonuçlarına yer verilmektedir. Elde edilen verilerin istatistiksel analizi sonucunda erişilen bulgular üç ana başlık altında ele alınmaktadır.

İlk bölümde, geçici koruma altındaki Suriyeli kadınların travmatik deneyimlerine ve yaşadıkları depresyon, anksiyete, travma belirtilerine yer verilmiş ve maruz kaldıkları travmatik olayların sayısı ve çeşidi ile depresyon, anksiyete, psikolojik travma belirtilerinin ve iltica sonrası travmatik deneyimlerin şiddeti arasındaki ilişkinin gücünü ve yönünü saptamak için Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon Katsayısı kullanılmıştır. İkinci bölümde, KU-BDT'nin uygulanabilirlik ve kabul edilebilirlik düzeyini belirlemek adına tedaviyi bırakma oranına yer verilmiş ve olumsuz olayların yaşanıp yaşanmadığı incelenmiştir. Üçüncü bölümde, KU-BDT'nin geçici koruma altındaki Suriyeli kadınların anksiyete, depresyon ve travma sonrası stres bozukluğu belirtilerinin şiddetine etkisini ölçmek için kullanılan lineer karma model analizi bulgularına yer verilmiştir.

3.1. Maruz Kalınan Travmatik Olaylar, İltica Sonrası Travmatik Deneyimler, Deneyimlenen Depresyon, Anksiyete, Psikolojik Travma Belirtilerine Dair Betimleyici Bilgiler ve İlintili Değişkenler Arasındaki İlişkilere Dair Bulgular

Bu bölümde, önce araştırmanın ilk aşaması olan tarama çalışmasına katılan tüm katılımcıların (89 kadın) maruz kaldıkları travmatik deneyimler, iltica sonrasında yaşadıkları travmatik deneyimler ve depresyon, anksiyete, travma belirtilerine dair betimleyici bilgiler verilmiştir. Daha sonra, geçici koruma altındaki Suriyeli kadınların maruz kaldıkları travmatik olayların sayısı ve çeşidi ile deneyimledikleri depresyon, anksiyete, psikolojik travma belirtilerinin ve iltica sonrasında yaşadıkları travmatik deneyimlerin şiddeti arasındaki ilişkinin gücünü ve yönünü saptamak adına kullanılan Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon Katsayısı bulgularına yer verilmiştir.

3.1.1. Türkiye'deki Geçici Koruma Statüsündeki Suriyeli Kadınların Maruz Kaldıkları Travmatik Deneyimler ve Depresyon, Anksiyete, Travma Belirtilerine Dair Betimleyici Bilgiler

89 katılımcının ölçeklerden aldıkları puanların ortalamaları incelendiğinde; depresyon ve anksiyete belirtilerini ölçen Hopkins Belirti Tarama Listesi – 25 skorlarının ortalamasının 2.08 ($X_{ort} = 2.08$, $ss = 0.66$), travma belirtilerini ölçen Harvard Travma Anketi – Dördüncü Bölüm skorlarının ortalamasının 1.94 ($X_{ort} = 1.94$, $ss = 0.56$) olduğu ve iltica sonrasında yaşanan travmatik olayları ve bu olaylara bağlı travmatik belirtileri ölçen İltica Sonrası Yaşam Zorlukları Ölçeği skorlarının ortalamasının 1.49 ($X_{ort} = 1.49$, $ss = 0.75$) olduğu görülmüştür.

Katılımcıların hayatları boyunca yaşadıkları travmatik deneyimler hakkında bilgi toplamak adına kullanılan Harvard Travma Anketi (HTQ) Arapça versiyonunda toplam 43 travmatik olaya yer verilmiştir. Analizler sonucunda, katılımcıların maruz kaldıkları toplam travmatik olay sayısının ortalamasının 12.27 ($X_{ort} = 12.27$, $ss = 6.26$) olduğu görülmüştür. 89 katılımcı arasında en az sayıda travmatik deneyime maruz kalan iki kişi (yalnızca bir travmatik olay) ve en fazla sayıda travmatik deneyime maruz kalan bir kişi (27 travmatik olay) bulunmaktadır. Katılımcıların en fazla maruz kaldıkları travmatik deneyimler şunlardır: Ülkeden kaçmak zorunda bırakılmak (71 kişi), yerleşim yerlerinin bombalandığına veya yerle bir olduğuna şahit olmak (70 kişi), dışarıdaki kaos ve şiddet yüzünden eve hapsolmek (69 kişi), memleketini terk edip minimum imkanlarla ülkenin başka bir yerine yerleşmek zorunda bırakılmak (53 kişi), mülkünün yağmalanması, yok edilmesi ya da mülküne el koyulması (51 kişi), yemek veya temiz su eksikliği sebebiyle zor durumda kalmak (51 kişi) ve mayın ya da çatışma sebebiyle bir aile üyesinin veya arkadaşın ciddi şekilde yaralanması (51 kişi). Katılımcıların en az maruz kaldıkları travmatik deneyim ise kaçırılma ya da rehin alınma olarak kaydedilmiştir (bir kişi).

Katılımcıların iltica sonrasında yaşadıkları travmatik deneyimler hakkında bilgi toplamak adına kullanılan İltica Sonrası Yaşam Zorlukları Ölçeği (PMLD) Arapça versiyonunda toplam 17 travmatik olaya yer verilmiş ve katılımcılardan her

maddeye 0 ile 4 arasında puan vermeleri istenmiştir. Schick ve arkadaşlarının çalışmasında (2016) kullanılan yöntemden hareketle, değerlendirme sırasında 2 "Orta düzeyde sorun" ve üstü cevaplar bahsi geçen travmatik olayın gerçekleştiği yönünde kabul edilmiştir. Katılımcıların cevapları analiz edildiğinde, "sosyal hizmet görevlileri ya da diğer otoriterle anlaşmazlık yaşamak" maddesinin en düşük ortalamaya ($X_{ort} = 0.36$, $ss = 0.90$) ve "geride kalan aile üyeleriyle ilgili endişelenmek" maddesinin en yüksek ortalamaya ($X_{ort} = 2.34$, $ss = 1.58$) sahip olduğu görülmüştür. Katılımcıların iltica sonrasında en fazla maruz kaldıkları travmatik deneyimler şunlardır: Geride kalan aile üyeleriyle ilgili endişelenmek (59 kişi), yiyecek ve temel kıyafetleri satın almak veya kirayı ödemek için yeterli paraya sahip olmamak (57 kişi), Türkçe öğrenme sürecinde zorluklar yaşamak (55 kişi), ekonomik yardım alma konusunda zorluklar yaşamak (52 kişi) ve acil bir durumda eve (iltica öncesinde yaşanılan yere) dönemeyecek olmak (49 kişi). Katılımcıların en az maruz kaldıkları iltica sonrası travmatik deneyimler ise şöyle sıralanabilir: Sosyal hizmet görevlileri ya da diğer otoriterle anlaşmazlık yaşamak (8 kişi), Türkiye'deki diğer etnik gruplarla ya da kendi etnik gruplarıyla anlaşmazlık yaşamak (15 kişi) ve göçmenlerle çalışan devlet yetkilileriyle yapılan görüşmelerde sorun yaşamak (16 kişi).

3.1.2. Maruz Kalınan Travmatik Olayların Sayısı ve Çeşidi ile Deneyimlenen Depresyon, Anksiyete, Psikolojik Travma Belirtilerinin ve İltica Sonrası Travmatik Deneyimlerin Şiddeti Arasındaki İlişkilere Dair Bulgular

Katılımcıların hayat boyu maruz kaldıkları travmatik olayların sayısı ile deneyimledikleri depresyon, anksiyete, psikolojik travma belirtilerinin ve iltica sonrası travmatik deneyimlerinin şiddeti arasındaki ilişkilere dair bulgular Tablo 3.1.'de; katılımcıların iltica sonrasında maruz kaldıkları travmatik deneyimlerinin şiddeti ile deneyimledikleri depresyon, anksiyete ve psikolojik travma belirtilerinin şiddeti arasındaki ilişkilere dair bulgular Tablo 3.2.'de sunulmuştur.

Tablo 3.1. HTQ-1. Bölüm Ortalama Puanı ile HSCL Ortalama Puanı, HTQ-4. Bölüm Ortalama Puanı ve PMLD Ortalama Puanı Arasındaki İlişkilere Dair Korelasyon Analizi Sonuçları

Değişkenler	HSCL-25	PMLD	HTQ - 4. Bölüm	HTQ - 1. Bölüm
HSCL-25	1	.425**	.780**	.234*
PMLD	.425**	1	.413**	.316**
HTQ - 4. Bölüm	.780**	.413**	1	.337**
HTQ - 1. Bölüm	.234*	.316**	.337**	1

* $p < .05$

** $p < .01$

Katılımcıların hayat boyu maruz kaldıkları travmatik olayların sayısı (HTQ – 1. Bölüm) ile deneyimledikleri anksiyete ve depresyon belirtilerinin şiddeti (HSCL-25) arasında pozitif ve zayıf bir ilişki bulunmaktadır ($r = .23, p < .05$). Katılımcıların hayat boyu maruz kaldıkları travmatik olayların sayısı (HTQ – 1. Bölüm) ile deneyimledikleri travma belirtilerinin şiddeti (HTQ – 4. Bölüm) arasında pozitif ve orta düzeyde bir ilişki bulunmaktadır ($r = .34, p < .01$). Katılımcıların hayat boyu maruz kaldıkları travmatik olayların sayısı (HTQ – 1. Bölüm) ile iltica sonrasında yaşadıkları travmatik deneyimlerin şiddeti (PMLD) arasında pozitif ve orta düzeyde bir ilişki bulunmaktadır ($r = .32, p < .01$).

Tablo 3.2. PMLD Ortalama Puanı ile HSCL Ortalama Puanı, HTQ-4. Bölüm Ortalama Puanı Arasındaki İlişkilere Dair Korelasyon Analizi Sonuçları

Bağımsız Değişkenler	PMLD
HSCL-25	.425**
HTQ - 4. Bölüm	.413**

* $p < .05$

** $p < .01$

Tablo 3.2. incelendiğinde; katılımcıların iltica sonrasında yaşadıkları travmatik deneyimlerin şiddeti (PMLD) ile deneyimledikleri anksiyete ve depresyon belirtilerinin şiddeti (HSCL-25) arasında pozitif ve orta düzeyde bir ilişki bulunduğu ($r = .43, p < .01$) görülmektedir. Katılımcıların iltica sonrasında yaşadıkları travmatik deneyimlerin şiddeti (PMLD) ile deneyimledikleri travma belirtilerinin şiddeti (HTQ

– 4. Bölüm) arasında da pozitif ve orta düzeyde bir ilişki bulunmaktadır ($r = .41, p < .01$).

3.2. Kültüre Uyarlanmış Bilişsel Davranışçı Terapi'nin (KU-BDT) Uygulanabilirlik ve Kabul Edilebilirlik Düzeyine Dair Bulgular

Bu bölümde, Kültüre Uyarlanmış Bilişsel Davranışçı Terapi tedavi kılavuzunun uygulanabilirlik ve kabul edilebilirlik açısından uygun olup olmadığını belirlemek adına kullanılan katılımcıların tedaviyi bırakma oranlarına ve tedavi sürecinde olumsuz olaylar yaşanıp yaşanmadığı bilgisine yer verilmiştir.

Kültüre Uyarlanmış Bilişsel Davranışçı Terapi, toplamda yedi seanstan oluşmaktadır. Katılımcıların tedaviyi tamamlamaları için yedi seansın en az dördüne katılmaları gerekmektedir. Üç veya daha az sayıda seansa katılmak, tedaviyi bırakmak olarak kabul edilmiştir. Seçkisiz kontrollü çalışmanın deney grubunda yer alan 12 katılımcının katıldıkları toplam seans sayısına Tablo 3.3.'te yer verilmiştir.

Tablo 3.3. Seçkisiz kontrollü çalışmanın deney grubunda yer alan katılımcıların katıldıkları toplam seans sayıları

Katılınan Toplam Seans Sayısı (x/7)	Kişi Sayısı (x/12)
7/7	4/12
6/7	1/12
5/7	3/12
4/7	1/12
3/7	3/12

Tablo 3.3. incelendiğinde; 12 katılımcıdan dördünün seansların tamamına, birinin altı seansa, üçünün beş seansa, birinin dört seansa ve üçünün yalnızca üç seansa katıldıkları görülmektedir. Üç katılımcı (3/12), yalnızca üç seansa (3/7) katıldıklarından tedaviyi bırakmış olarak kabul edilmişlerdir. Bahsi geçen üç katılımcı, tedavi etme maksadı¹⁰ prensibi (Heritier, Gebiski ve Keech, 2003) doğrultusunda, tedaviyi bırakmış olmalarına rağmen analizlere dahil edilmişlerdir.

¹⁰ Intention-to-treat

Katılımcıların araştırma sürecinde yaşadıkları ruh sağlığı ve psikolojik işlevsellikle ilgili olumsuz durumlar veya herhangi bir alandaki istenmeyen tecrübeler (intihar girişimi, hayati tehlike ya da hastane yatışı içeren durumlar, vb.); olumsuz olaylar olarak adlandırılmakta ve olumsuz bir olay yaşandığında, durum katılımcılar ya da araştırma ekibi tarafından bildirilmekte, kaydedilmekte ve olaya uygun müdahale ya da yönlendirme gerçekleştirilmektedir (Sijbrandij ve ark., 2015; Sijbrandij ve ark., 2016). Seanslar sırasında veya sonrasında olumsuz bir olay bildirilmemiştir.

3.3. Kültüre Uyarlanmış Bilişsel Davranışçı Terapi'nin Katılımcıların Anksiyete, Depresyon ve Travma Belirtilerinin Şiddeti Üzerindeki Etkilerine Dair Bulgular

Bu bölümde, Kültüre Uyarlanmış Bilişsel Davranışçı Terapi'nin etkinliğini ölçmek adına, tedavi gruplarının (deney, kontrol) ve ölçüm zamanlarının (ön-test ve son-test); depresyon ve anksiyete (HSCL-25) ve travma (HTQ dördüncü bölüm) belirtilerinin şiddeti üzerindeki etkisini ölçmek için kullanılan lineer karma model analizi bulgularına yer verilmiştir.

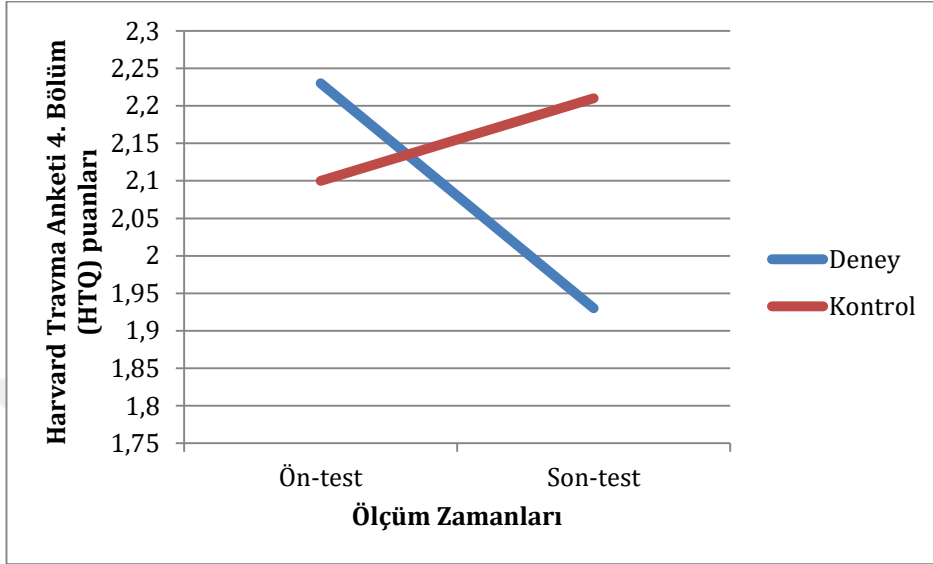
Tablo 3.4. Lineer karma model analizi bulguları

Ölçekler	Ölçüm Zamanları		Tedavi grupları		Etkileşim etkisi	
	F	p	F	p	F	p
HSCL-25	2.767	.11	0.713	.41	0.849	.36
HTQ - 4. Bölüm	0.122	.73	1.403	.25	6.892	<.05

Yürütülen analizlere göre, ölçüm zamanlarının ($F_{1,18.7} = 2.767$, $p = .11$) ve tedavi gruplarının ($F_{1,20.8} = 0.713$, $p = .41$) HSCL puanları üzerinde anlamlı bir etkisi bulunmamaktadır. Benzer şekilde, ölçüm zamanlarının ve tedavi gruplarının HSCL puanları üzerinde anlamlı bir etkileşim etkisi de bulunmamaktadır ($F_{1,18.7} = 0.849$, $p = .36$).

Tedavi gruplarının ($F_{1,20.5} = 0.122$, $p = .73$) ve ölçüm zamanlarının ($F_{1,18.1} = 1.403$, $p = .25$) HTQ – 4. Bölüm puanları üzerinde anlamlı etkileri bulunmamaktadır. Ancak, tedavi gruplarının ve ölçüm zamanlarının HTQ – 4. Bölüm puanları üzerinde anlamlı bir etkileşim etkisi vardır ($F_{1,18.1} = 6.892$, $p < .05$). Kontrol grubunun HTQ – 4. Bölüm puanları ön-test ($\square\square\square\square = 2.10$, $ss = 0.56$) ve son-test ($\square\square\square\square = 2.21$, $ss = 0.54$)

ölçümleri arasında artış gösterirken, deney grubunun HTQ – 4. Bölüm puanları ise ön-test ($\bar{X} = 2.23$, $ss = 0.59$) ve son- test ($\bar{X} = 1.93$, $ss = 0.55$) ölçümleri arasında düşüş göstermektedir (Şekil 3.1.).



Şekil 3.1. Tedavi gruplarının Harvard Travma Anketi dördüncü bölüm puanlarının ön-test ve son-test ölçümlerindeki değişimi

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

TARTIŞMA

İki aşamaya sahip bu çalışmanın ilk aşamasında, tarama çalışmasına katılan geçici koruma statüsündeki 89 Suriyeli kadının maruz kaldıkları travmatik olaylar ile deneyimledikleri depresyon, anksiyete ve travma belirtilerine değinilmiş ve maruz kaldıkları travmatik olayların sayısı ve çeşidi ile depresyon, anksiyete, psikolojik travma belirtilerinin ve iltica sonrası travmatik deneyimlerin şiddeti arasındaki ilişki incelenmiştir (3.1.).

Çalışmanın ikinci aşamasında, Hinton'ın geliştirdiği Kültüre Uyarlanmış Bilişsel Davranışçı Terapi (KU-BDT) kılavuzunun etkinliğini incelemek adına seçkisiz kontrollü bir çalışma gerçekleştirilmiş ve bu çalışmaya katılımcılar arasından 23 kadın dahil edilmiştir. KU-BDT'nin uygulanabilirlik ve kabul edilebilirlik düzeyi, tedaviyi bırakma oranları ve olumsuz olaylar verileri üzerinden (3.2.); KU-BDT'nin etkinlik düzeyi ise deney ve kontrol grubu katılımcılarının ön-test ve son-test ölçümlerinde ölçeklerden aldıkları puanların incelenmesi üzerinden değerlendirilmiştir (3.3.).

Önceki bölümde, çalışmada sunulan araştırma sorularına cevap bulma sürecinde elde edilen bulgulara ayrıntılı şekilde değinilmiştir. Bu bölümde, elde edilen bulgular alanyazındaki diğer çalışmalar ışığında değerlendirilecektir. Daha sonra araştırmanın genel sonuçları ve klinik doğruları ele alınacak; son olarak, çalışmanın sınırlılıkları ve yeni çalışmalar için önerilere yer verilecektir.

4.1. Maruz Kalınan Travmatik Olaylar, İltica Sonrası Travmatik Deneyimler, Deneyimlenen Depresyon, Anksiyete, Psikolojik Travma Belirtilerine Dair Betimleyici Bilgilerin ve İlintili Değişkenler Arasındaki İlişkilere Dair Bulguların Değerlendirilmesi

Katılımcıların Hopkins Belirti Tarama Listesi – 25 skorlarının ortalaması 2.08 olup; bu skor alanyazında 1.75 olarak ifade edilen (Mollica ve ark., 1996; Hasanović ve Herenda, 2008) kesme puanından yüksektir; bu durum katılımcıların klinik düzeyde

anksiyete ve depresyon belirtilerine sahip olduğuna işaret etmektedir. Çalışmada yer alan katılımcıların, travma belirtilerini ölçen Harvard Travma Anketi – Dördüncü Bölüm skorlarının ortalaması olarak hesaplanan 1.94 ise, birçok çalışmada kesme puanı olarak belirtilen 2.5'un altında kalmıştır. Bahsi geçen kesme puanının Batılı topluluklarla gerçekleştirilen çalışmalarda belirlendiğini, bu sebeple farklı kültürlere sahip topluluklarla çalışırken farklı bir kesme puanına ihtiyaç duyulabileceğini ifade eden bir çalışma, Bosnalı katılımcılarla gerçekleştirilmiş, kesme puanı 2.06 olarak belirlenmiş ve ideal kesme puanı 2.00 olarak ifade edilmiştir (Oruc ve ark., 2008). Müslüman topluluklarda (Dwairy, 2006) ve mülteci topluluklarında ruh sağlığı sorunlarının genellikle fiziksel belirtilerle kendini gösterdiği ve bu durumun yaygın psikolojik rahatsızlıkların tanı ve tedavi sürecinde sorunlara sebep olabileceği (Kirmayer ve ark., 2011; Hassan ve ark., 2016); Suriye kültüründe, ruh sağlığı alanında hizmet almanın pek yaygın olmadığı (Acartürk ve ark., 2015) ve üzüntü duygusu hayatın normal bir parçası olarak kabul edilirken, şikayetlerin bir ruh sağlığı sorunu ya da belirti olarak ifade edilmesinin utanç kaynağı olarak kabul edildiği, kişilerin 'deli' olarak damgalanmaktan büyük bir endişe duydukları bilinmektedir (Hassan ve ark., 2016). Tüm bunlar ışığında, katılımcıların travma belirtilerini ölçen skorun kesme puanının altında kalması, bahsedilen kültürel yaklaşımla alakalı olabileceği gibi; bu kültürel yaklaşım sebebiyle bahsi geçen kesme puanının Suriyeliler özelinde klinik tabloyu tam olarak yansıtamamasına bağlı da olabilir.

4.1.1. Katılımcıların Hayat Boyu Maruz Kaldıkları Travmatik Olayların ve Travmatik Olayların Psikolojik Rahatsızlık Belirtileriyle İlişisine Dair Bulguların Alanyazın Çerçevesinde Değerlendirilmesi

Katılımcıların hayatları boyunca maruz kaldıkları toplam travmatik olay sayısının ortalaması 12.27 olarak ifade edilmiş; yapılan incelemede katılımcıların tamamının en azından bir travmatik deneyime maruz kaldığı anlaşılmıştır. Kartal ve Kiropoulos'un çalışmasında katılımcıların %82'sinin en az bir travmatik deneyime (2016); Aragona, Pucci, Mazzetti, Maisano ve Geraci'nin çalışmasında katılımcıların %60.6'sının en az bir travmatik deneyime, büyük çoğunluğunun ise birden fazla travmatik deneyime maruz kaldıkları ifade edilmiştir (2013). Bu çalışmada da, katılımcıların büyük çoğunluğu birden fazla travmatik deneyim yaşamıştır; giriş

bölümünde detaylı şekilde bahsedildiği üzere, Suriyeli mültecilerin iltica öncesinde, sırasında ve sonrasında birçok travmatik deneyime maruz kaldıkları bilinmektedir (Hassan ve ark., 2015).

Çalışmada 89 katılımcının en fazla maruz kaldıkları travmatik deneyimlerin; ülkeden kaçmak zorunda bırakılmak, yerleşim yerlerinin bombalandığına veya yerle bir olduğuna şahit olmak, kaos ve şiddet sebebiyle eve hapsolmek, evini terk edip minimum imkanlarla ülkenin başka bir yerine yerleşmek zorunda bırakılmak, mülkünün yağmalanması, yok edilmesi ya da mülküne el koyulması, yemek veya temiz su eksikliği sebebiyle zor durumda kalmak ve mayın ya da çatışma sebebiyle bir aile üyesinin veya arkadaşın ciddi şekilde yaralanması olduğu bulgusuna erişilmiştir. Alanyazında yer alan çalışmalar incelendiğinde, mültecilerin benzer travmatik deneyimlere maruz kaldıkları görülmektedir. Aragona, Pucci, Mazzetti, Maisano ve Geraci'nin çalışmasında, katılımcıların en fazla maruz kaldıkları travmatik deneyimin yeme, içme ve ısınma gibi temel ihtiyaçlardan mahrum kalınması (2013); Alpak ve arkadaşlarının çalışmasında ise, bir aile üyesinin veya yakın arkadaşın ölümüne şahit olunması ve savaştan etkilenen bir bölgede yaşamak zorunda kalınması (2015) olduğu ifade edilmiştir. Ülkenin başka bir yerine yerleşmek zorunda bırakılmak (Silove, Ventevogel ve Rees, 2017); doğrudan bombardıman ya da ateş altında kalmak (Tinghög ve ark., 2017; Kartal ve Kiropoulos, 2016; Hassan ve ark., 2015), şiddete veya saldırıya şahit olmak (Tinghög ve ark., 2017); sevdiklerinin yaralanması ya da ölmesi (Aragona, Pucci, Mazzetti, Maisano ve Geraci, 2013); yemek ya da su gibi temel ihtiyaçlardan mahrum kalmak (Hassan ve ark., 2015; Aragona, Pucci, Mazzetti, Maisano ve Geraci, 2013) ve kuşatma ya da şiddet sebebiyle eve hapsolmek (Hassan ve ark., 2015) alanyazında yer alan diğer yaygın travmatik deneyimler arasındadır. İşkenceye maruz kalmak, birçok çalışmada mültecilerin sıkça yaşadıkları travmatik deneyimlerden biri olarak belirtilse de (Davis ve Davis, 2006; Silove, Ventevogel ve Rees, 2017; Alpak ve ark., 2015); bu araştırmada en az görülen travmatik deneyimlerden biri olmuştur; bu durumun katılımcıların tamamen kadınlardan oluşmasına bağlı olarak ortaya çıkmış olabileceği düşünülmektedir. Mülteci kadınların tecavüze ya da cinsel saldırıya maruz kalma riskine alanyazında sıkça değinilmişse de (Masterson, Usta, Gupta ve

Ettinger, 2014; Charles ve Denman, 2013); özellikle Suriyeli kadınların damgalanma korkusu ve utanç sebebiyle cinsel saldırıları bildirmekten çekindikleri de pek çok makalede ifade edilmiştir (Ouyang, 2013; Almoshmosh, 2015). Bu çalışmada cinsel saldırıya veya tecavüze maruz kalmanın, katılımcılar arasında en az bildirilen travmatik deneyimlerden biri olmasının, yukarıda bahsedilen durumla bağlantılı olabileceği kanaatine varılmıştır.

Korelasyon analizi sonuçlarına göre, katılımcıların hayat boyu maruz kaldıkları travmatik olayların sayısı ve çeşidi ile deneyimledikleri depresyon, anksiyete, psikolojik travma belirtilerinin ve iltica sonrası travmatik deneyimlerinin şiddeti arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişkiler bulunmaktadır. Katılımcıların hayat boyu maruz kaldıkları travmatik olayların sayısı ile deneyimledikleri travma belirtilerinin şiddeti arasında pozitif ve orta düzeyde bir ilişki olduğu, yani katılımcıların maruz kaldıkları travmatik olayların sayısı arttıkça, travma belirtilerinin şiddetinin de arttığı görülmüştür. Alanyazın incelendiğinde, erişilen bulgunun pek çok çalışmayla uyum içinde olduğu belirlenmiştir. Maruz kalınan travmatik olayların sayısı ile travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) arasında pozitif bir korelasyon ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunduğu (Acartürk ve ark., 2018; Alpak ve ark., 2015; Carrer ve ark., 2011; Ozer, Best, Lipsey ve Weiss, 2003; Aragona, Pucci, Mazzetti ve Geraci, 2012) ve TSSB belirtilerinin en güçlü yordayıcısının travmatik olaylara maruz kalmak olduğu (Fazel, Wheeler ve Danesh, 2005; Kartal ve Kiropoulos, 2016; Silove, Ventevogel ve Rees, 2017; Bogic ve ark., 2012; Steel ve ark., 2002, 2009) pek çok çalışmada ifade edilmiştir.

Katılımcıların hayat boyu maruz kaldıkları travmatik olayların sayısının deneyimledikleri anksiyete ve depresyon belirtileri ile ilişkili olduğu korelasyon analizinde elde edilen bulgulardan bir diğeridir. Depresyon ve anksiyete özelinde; bu iki grup belirtinin mültecilerin maruz kaldığı travmatik olaylara sıklıkla eşlik ettiğine (Steel ve ark., 2009; Bemak ve Chung, 2017; Fazel, Wheeler, & Danesh, 2005; Kirmayer et al., 2011; Steel, Silove, Phan & Bauman, 2002); travmatik olayların anksiyete ve depresyon belirtileriyle ilişkili olduğuna (Priebe ve ark., 2010; Carlson ve Rosser-Hogan, 1991) ve özellikle Batı kültürüne dahil olmayan topluluklardaki

yetişkinler için (Aragona ve ark., 2010) maruz kalınan travmatik olay sayısı arttıkça TSSB ve depresyon riskinin de arttığına (Silove, Ventevogel ve Rees, 2017) birçok çalışmada yer verilmiştir.

Alanyazında TSBB, depresyon, anksiyete ve somatizasyon belirtilerinin çoğu zaman birarada görüldüğünü ifade eden çokça çalışma yer almaktadır (Aragona, Pucci, Mazzetti, Maisano ve Geraci, 2013; Carrer ve ark., 2011). Bu bilgiler ışığında, travmatik olaylara maruz kalmanın ruh sağlığı rahatsızlıkları ile ilişkisi incelendiğinde, şu bulgulara ulaşılmıştır: Psikolojik rahatsızlıkların en önemli yordayıcısı travmatik olaylara maruz kalmaktır (Steel, Silove, Phan ve Bauman, 2002; Lindencrona, Ekblad ve Hauff, 2008). Özellikle insan eliyle gerçekleştirilen travmalara maruz kalmak, ruh sağlığı problemleriyle güçlü bir şekilde ilişkilidir (Steel ve ark., 2009). Travmatik olaylara maruz kalmak, TSSB, depresyon ve anksiyete belirtilerinin ortaya çıkması riskini ciddi şekilde arttırmaktadır (Steel ve ark., 2009). Travmatik deneyimler ile ruh sağlığı arasındaki kuvvetli ilişki çoğu zaman olduğundan daha zayıf şekilde ifade edilmiştir (Tinghög ve ark., 2017).

4.1.2. Katılımcıların İltica Sonrasında Maruz Kaldıkları Travmatik Olaylar ve İltica Sonrası Yaşam Zorluklarının Psikolojik Rahatsızlık Belirtileriyle İlişisine Dair Bulguların Alanyazın Çerçevesinde Değerlendirilmesi

Mültecilerin yalnızca iltica öncesinde ve sırasında değil; sonrasında da pek çok travmatik deneyim yaşadıkları bilinmektedir. Carrer ve arkadaşlarının çalışmasında, katılımcıların %84.15'inin (2011); Aragona, Pucci, Mazzetti ve Geraci'nin çalışmasında ise 288 katılımcının %73.65'inin en az bir tane ciddi ya da çok ciddi iltica sonrası yaşam zorluğuna maruz kaldıkları belirtilmiştir (2012). Bir önceki bölümde (3.1.1.), mevcut çalışma katılımcılarının iltica sonrasında en fazla maruz kaldıkları travmatik deneyimler; geride kalan aile üyeleriyle ilgili endişelenmek, yiyecek ve temel kıyafetleri satın almak veya kirayı ödemek için yeterli paraya sahip olmamak, Türkçe öğrenme sürecinde zorluklar yaşamak, ekonomik yardım alma konusunda zorluklar yaşamak ve acil bir durumda eve dönemeyecek olmak şeklinde sıralanmıştır. Alanyazın gözden geçirildiğinde; mültecileri ele alan çalışmalarda bahsi geçen iltica sonrası travmatik deneyimlere sıkça yer verildiği görülebilmektedir. İş

bulamamak ya da çalışma izninin olmaması gibi iş ve ekonomik imkanlar konusunda sorunlarla karşılaşmak (Schick ve ark., 2016; Carrer ve ark., 2011; Silove, Ventevogel ve Rees, 2017; Miller, Omidian, Rasmussen, Yaqubi ve Daudzai, 2008; Aragona, Pucci, Mazzetti ve Geraci, 2012); temel ihtiyaçları karşılayamama ve fakirlik (Carswell, Blackburn ve Barker, 2011; Miller, Omidian, Rasmussen, Yaqubi ve Daudzai, 2008; Tinghög ve ark., 2017; Carrer ve ark., 2011; Lindencrona, Ekblad ve Hauff, 2008; Hassan ve ark., 2015; Laban, Gernaat, Komproe, van der Tweel ve De Jong, 2005; Aragona, Pucci, Mazzetti ve Geraci, 2012; Porter ve Haslam, 2005); geride kalan aile üyeleriyle ilgili endişelenmek (Laban, Gernaat, Komproe, van der Tweel ve De Jong, 2005; Carrer ve ark., 2011; Schick ve ark., 2016; Kirmayer ve ark., 2011; Aragona, Pucci, Mazzetti ve Geraci, 2012; Schweitzer, Brough, Vromans ve Asic-Kobe, 2011); acil bir durumda eve dönemeyecek olmak (Carrer ve ark., 2011; Laban, Gernaat, Komproe, van der Tweel ve De Jong, 2005; Aragona, Pucci, Mazzetti ve Geraci, 2012) ve dil bariyeri kaynaklı iletişim sorunları (Kirmayer ve ark., 2011; Laban, Gernaat, Komproe, van der Tweel ve De Jong, 2005; Schick ve ark., 2016; Schweitzer, Brough, Vromans ve Asic-Kobe, 2011) alanyazında sıklıkla değinilen iltica sonrası yaşam zorlukları arasındadır.

Korelasyon analizi, katılımcıların hayat boyu maruz kaldıkları travmatik olayların sayısı ile iltica sonrasında yaşadıkları travmatik deneyimlerin şiddeti arasında pozitif ve orta düzeyde bir ilişki bulunduğunu göstermiştir. Alanyazında da benzer bulgulara yer verilmiş (Tinghög ve ark., 2017) ve iltica öncesindeki ve sırasındaki travmatik deneyimlerin ruh sağlığı ve iyilik hali üzerindeki olumsuz etkilerinin, kişilerin iltica sonrası travmatik deneyimlerle baş etmelerini zorlaştırabileceği belirtilmiştir (Li, Liddell ve Nickerson, 2016). Katılımcıların iltica sonrasında yaşadıkları travmatik deneyimlerin şiddeti ile deneyimledikleri anksiyete ve depresyon belirtilerinin şiddeti arasında da pozitif ve orta düzeyde bir ilişki olduğu erişilen bulgular arasındadır. Tinghög ve arkadaşlarının, İsveç'te yaşayan Suriyeli mültecilerle gerçekleştirdikleri çalışmada da benzer bulgulara ulaşılmış, çalışmada ele alınan yedi iltica sonrası travmatik deneyimin anksiyete, depresyon ve TSSB ile ilişkili olduğu ifade edilmiştir (2017). Dil bariyeri sebebiyle sorunlar yaşamak gibi bir iltica sonrası travmatik deneyime maruz kalmanın, anksiyete belirtilerinin ortaya

çıkma riskini arttırdığını dile getiren birçok çalışma da alanyazında mevcuttur (Schweitzer ve ark., 2011; Kartal ve Kiropoulos, 2016; Söndergaard ve Theorell, 2004).

İltica sonrası yaşanan travmatik deneyimlerin şiddetinin, katılımcıların deneyimledikleri travma belirtilerinin şiddeti ile ilişkili olduğu araştırmada elde edilen bir diğer bulgudur. Alanyazın incelendiğinde benzer bir ilişkinin birçok çalışmada bildirildiği görülmektedir (Aragona, Pucci, Mazzetti ve Geraci, 2012; Carrer ve ark., 2011; Aragona, Pucci, Mazzetti, Maisano ve Geraci, 2013). İltica sonrası yaşanan travmatik deneyimlerin sayısı ve şiddeti arttıkça, TSSB belirtilerinin ortaya çıkma ya da kötüye gitme riskinin de arttığı birçok çalışmada ifade edilmiş (Schweitzer, Brough, Vromans ve Asic-Kobe, 2011; Aragona, Pucci, Mazzetti, Maisano ve Geraci, 2013; Bemak ve Chung, 2017; Aragona, Pucci, Mazzetti ve Geraci, 2012; Silove, Sinnerbrink, Field, Manicavasagar ve Steel, 1997; Carrer ve ark., 2011); bu durumun halihazırda travmatik deneyimler yaşamış olan ve TSSB açısından risk grubu içinde bulunan mültecilerin iltica sonrası travmatik deneyimler sebebiyle yeniden travmatize olmasına bağlı gerçekleşebileceği yorumu yapılmıştır (Aragona, Pucci, Mazzetti ve Geraci, 2012; Miller ve Rasmussen, 2017).

Analiz sonuçlarından elde edilen iltica sonrası travmatik deneyimlerin şiddetinin, depresyon, anksiyete ve travma belirtilerinin tamamıyla ilişkili olduğu bulgusu göz önünde bulundurulduğunda; alanyazın ile uyumlu biçimde iltica sonrası travmatik deneyimlerin ruh sağlığı ve psikolojik rahatsızlıklar ile ilişkili olduğu çıkarımı yapılabilmektedir (Steel, Silove, Phan ve Bauman, 2002; Porter ve Haslam, 2005; Carswell, Blackburn ve Barker, 2011; Miller ve Rasmussen, 2017; Lindencrona, Ekblad ve Hauff, 2008; Schick ve ark., 2016; Tinghög ve ark., 2017; Silove, Steel, McGorry ve Mohan, 1998).

Birçok çalışmada, mültecilerin hem iltica öncesi hem de iltica sonrası travmatik deneyimlere sıkça maruz kaldıkları ve her iki travma çeşidinin de psikolojik rahatsızlık belirtileri ile ilişkili olduklarına değinilmekte (Momartin ve ark., 2006;

Tinghög ve ark., 2017; Li, Liddell ve Nickerson, 2016; Silove, 2013; Steel ve ark., 2006; Silove, Ventevogel ve Rees, 2017; Steel ve ark., 2009; Kirmayer ve ark., 2011; Schweitzer, Brough, Vromans ve Asic-Kobe, 2011) ve iltica sonrası travmatik deneyimlerin özellikle depresyon ve anksiyete belirtileriyle ilişkili olduğu ifade edilmektedir (Schweitzer, Brough, Vromans ve Asic-Kobe, 2011). Bu araştırmada yapılan korelasyon analizi göz önünde bulundurulduğunda, hayat boyu maruz kalınan travmatik deneyimler ile depresyon ve anksiyete belirtileri zayıf düzeyde ilişkili iken; iltica sonrası travmatik deneyimler ile depresyon ve anksiyete arasındaki ilişkinin orta düzeyde olması; çalışmada elde edilen bulguların alanyazınla uyum içinde olduğunu gösterir niteliktedir.

4.2. Kültüre Uyarlanmış Bilişsel Davranışçı Terapi'nin (KU-BDT) Uygulanabilirlik ve Kabul Edilebilirlik Düzeyine Dair Bulguların Değerlendirilmesi

Elde edilen bulgulara göre, deney grubunda (KU-BDT) yer alan 12 katılımcıdan yalnızca üç tanesi toplamda üç seansa gelmiş, böylece en az dört seansa katılma şartını yerine getirememiş ve tedaviyi bırakmış sayılmışlardır. Birçok araştırma protokolünde, katılımcıların tedaviyi bırakma oranının %30'a kadar çıkmasının beklenen bir durum olduğu ifade edilmiştir (Sijbrandij ve ark., 2015; Sijbrandij ve ark., 2016). Dawson ve arkadaşlarının kısıtlı imkanlara sahip kadınlarla yaptıkları çalışmada, kullanılan müdahalenin uygulanabilirlik ve kabul edilebilirlik düzeyini ölçmek için değerlendirilen verilerden biri katılımcıların tedaviyi bırakma oranıdır (2016). Bu çalışmada da benzer bir yol izlenmiş ve katılımcıların tedaviyi bırakma oranının %25 (3/12) olduğu bulgusundan hareketle Kültüre Uyarlanmış Bilişsel Davranışçı Terapi'nin, Türkiye'deki geçici koruma statüsüne sahip Suriyeli kadınlar için uygulanabilir ve kabul edilebilir bir terapi yöntemi olduğu kanaatine varılmıştır.

Hassan ve arkadaşları, Suriyeli mültecilerin geçmiş deneyimleri ve mevcut durumlarına anlam katmak ve baş etmek için, deneyimlerini benzer süreçler yaşamış başkalarıyla paylaşabilecekleri bir ortama ihtiyaç duyabileceklerinden ve bu paylaşım ortamının ruh sağlığı merkezleri yerine toplum merkezlerinde gerçekleşmesini tercih edebileceklerinden bahsetmişlerdir (2015). Aynı çalışmada, sosyal ilişkilerin ve kadınlar arasındaki destek gruplarının Suriyeli kadınların yaygın

olarak kullandığı baş etme stratejilerinden olduğuna da değinilmiştir (Hassan ve ark., 2015). Bu çalışmada kullanılan psikolojik müdahalenin, paylaşımın teşvik edildiği bir grup terapi formatında olması, katılımcıların tedavi sürecine bağlılığını arttırıp tedaviyi bırakma oranının düşük bir seviyede kalmasını sağlamış olabilir.

Birçok çalışmada, mültecilerle çalışan terapistlerin, kültürün ruh sağlığı ve travmanın ifade edilme, deneyimlenme biçimlerini ve tedavi beklentilerini nasıl şekillendirdiğini anlamaları (Chung ve Kagawa-Singer, 1995) ve mültecilerin dünya görüşlerine, inançlarına, kültürlerine uygun terapötik müdahaleler uygulamaları gerektiği belirtilmiştir (Bemak ve Chung, 2014). İltica eden kişilerin ruh sağlığı hizmetlerine erişimlerinin önünde dil bariyeri, damgalanma endişesi ya da psikolojik rahatsızlıklar ve tedavi imkanlarıyla ilgili bilgi eksikliği gibi engeller bulunabildiği de değinilen bilgiler arasındadır (Morris, Popper, Rodwell, Brodine ve Brouwer, 2009). Kültüre Uyarlanmış Bilişsel Davranışçı Terapi sürecini yürüten terapistlerin Suriye kültürüne hakim, Arapça konuşan terapistler olması dil ve kültüre uyum açısından; çalışmanın hastane yerine işbirliği yapılan sivil toplum kuruluşunun merkezinde ve grup formatında gerçekleştirilmesi damgalanma endişesi açısından ve ilk seansta rahatsızlıklar hakkında bilgilendirme yapıp tedavi süreciyle alakalı olumlu beklentiler oluşturulması bilgi eksikliğinin giderilmesi açısından fayda sağlamış ve böylece katılımcıların tedaviyi bırakma oranlarının düşük bir seviyede kalmasını mümkün kılmış olabilir.

Dawson ve arkadaşlarının çalışmasında, kullanılan müdahalenin uygulanabilirlik ve kabul edilebilirlik düzeyini değerlendirmek için ele alınan bir diğer veri, olumsuz olayların yaşanıp yaşanmamasıdır (2016). Bahsi geçen çalışmada olumsuz olayların yaşanmaması; kullanılan müdahale yönteminin katılımcılara zarar vermediği, baş edemeyecekleri bir stres düzeyine maruz bırakmadığı ve güvenliklerini riske atmadığı şeklinde yorumlanmıştır (Dawson ve ark., 2016). 3.2.'de yer verilen bulgular, mevcut çalışma sürecinde olumsuz bir olayın yaşanmadığını göstermektedir. Atıfta bulunulan çalışmanın ışığında; Kültüre Uyarlanmış Bilişsel Davranışçı Terapi'nin katılımcılara herhangi bir zarar vermediği ve katılımcıları travmatize edecek düzeyde bir strese maruz bırakmadığı görülmüştür; bu bulgular

da KU-BDT'nin Türkiye'deki geçici koruma statüsüne sahip Suriyeli kadınlar için uygulanabilir ve kabul edilebilir bir terapi yöntemi olduğu kanaatini vurgular niteliktedir.

Mültecilerle çalışırken kullanılan travmatik anılara maruz bırakma müdahalelerinin riskli olabileceği alanyazındaki pek çok çalışmada dile getirilmiştir; maruz bırakma müdahaleleri mültecilerin yeniden travmatize olmasına neden olabileceği gibi (Neuner, Schauer, Klaschik, Karunakara ve Elbert, 2004); tedavi sürecinin yarıda bırakılmasına da sebep olabilmektedir (Hinton, Hofmann, Rivera, Otto ve Pollack, 2011; Hinton, Pich, Hoffman ve Otto, 2013; Jalal, Samir ve Hinton, 2017). 1.3.3.'te detaylı şekilde değinildiği üzere, KU-BDT'nin bahsi geçen riskleri azaltmak adına geliştirdiği yeni maruz bırakma yaklaşımı; katılımcıların tedaviyi bırakma oranının makul düzeyde kalmasını sağlamış ve olumsuz olayların yaşanma riskini azaltmış olabilir.

4.3. Kültüre Uyarlanmış Bilişsel Davranışçı Terapi'nin Katılımcıların Anksiyete, Depresyon ve Travma Belirtilerinin Şiddeti Üzerindeki Etkilerine Dair Bulguların Değerlendirilmesi

Bu bölümde Kültüre Uyarlanmış Bilişsel Davranışçı Terapi'nin etkinlik düzeyini değerlendirmek adına, tedavi gruplarının ve ölçüm zamanlarının depresyon, anksiyete ve travma belirtileri üzerindeki etkilerine dair bulgular alanyazın ışığında ele alınacaktır.

Lineer karma model analizinden elde edilen bulgulara göre, ne deney ne de kontrol grubu katılımcılarının ön-test ve son-test skorları arasında anksiyete ve depresyon belirtileri açısından istatistiksel olarak anlamlı bir değişim yaşanmamıştır. Alanyazın incelendiğinde, birçok farklı psikoterapi yaklaşımının depresyon belirtilerinin (Acartürk ve ark., 2015, 2016) ve hem depresyon hem anksiyete belirtilerinin şiddetini azalttığı (Nickerson, Bryant, Silove ve Steel, 2011; Kruse ve ark., 2009; Renner ve arkadaşları, 2011) görülebilmektedir. Kültüre Uyarlanmış Bilişsel Davranışçı Terapi'nin müdahale yöntemi olarak kullanıldığı diğer çalışmalar incelendiğinde ise, katılımcıların anksiyete ve depresyon belirtilerinin istatistiksel

olarak anlamlı biçimde azaldığı (Hinton ve ark., 2004, 2005; Hinton, Hofmann, Pollack ve Otto, 2009; Acartürk ve ark., 2019; Hinton, Hofmann, Rivera, Otto ve Pollack, 2011); psikolojik iyilik halinin arttığı (Jalal, Samir ve Hinton, 2017; Jalal, Kruger ve Hinton, 2018) ve somatik belirtilerin azaldığı (Acartürk ve ark., 2019; Jalal, Samir ve Hinton, 2017; Jalal, Kruger ve Hinton, 2018) görülmektedir. Bu çalışmada Kültüre Uyarlanmış Bilişsel Davranışçı Terapi almış olan deney grubu katılımcılarının anksiyete ve depresyon belirtilerinde benzer bir etkinin görülmemiş olmasının, çalışmada küçük bir örneklemin yer almasıyla alakalı olabileceği düşünülmüştür; alanyazında benzer durumlarla karşılaşmak mümkündür (Dawson ve ark., 2016). Bu durumun muhtemelen sebeplerinden bir diğeri, deney grubunda yer alan üç katılımcının tedaviyi bırakmalarına rağmen, tedavi etme maksadı prensibi (Heritier, Gebiski ve Keech, 2003) gereği analizlere dahil edilmeleridir. 12 kişilik küçük bir örnekleme, üç kişinin analizler üzerindeki etkisi azımsanmayacak boyuttadır.

Lineer karma model analizinden elde edilen bulgular incelendiğinde, tedavi gruplarının ve ölçüm zamanlarının travma belirtileri üzerinde anlamlı bir etkileşim etkisi olduğu görülmüştür. Deney grubu katılımcılarının deneyimlediği travma belirtilerinin şiddeti (tarama aşaması, ön-test), KU-BDT'nin son seansından sonra (son-test) istatistiksel olarak anlamlı biçimde azalırken; kontrol grubu katılımcılarının deneyimlediği travma belirtilerinin şiddetinin ön-test ve son-test ölçümleri arasında artış göstermesi bulgusu önem arz etmektedir. Tüm bu bulgular ışığında, Kültüre Uyarlanmış Bilişsel Davranışçı Terapi'nin, Türkiye'deki geçici koruma statüsüne sahip Suriyeli kadınların travma belirtileri üzerinde olumlu bir etkisi olduğu dile getirilebilmektedir. Alanyazın incelendiğinde, birçok farklı psikoterapi yaklaşımının (Acartürk ve ark. 2016; Silove, Ventevogel ve Rees, 2017; Renner ve ark., 2011), özellikle de travma odaklı terapi yöntemlerinin (Nickerson, Bryant, Silove ve Steel, 2011) TSSB belirtilerinin şiddetinde azalma sağladığı görülebilmektedir. Ancak bu yöntemlerin büyük bir kısmının; kültürel faktörler, maddi imkanların ya da ruh sağlığı alanında çalışan uzmanların sınırlı olması gibi pek çok farklı sebeple ruh sağlığı hizmetlerine erişimi kısıtlı olan topluluklar (örneğin, mülteciler ya da düşük ve orta gelirli ülkelerin vatandaşları) için pek uygulanabilir ya da elverişli olmadığına dair pek çok yayın alanyazında yer almakta (Dawson ve ark., 2016; Sijbrandij ve ark.,

2015; Collins, Insel, Chockalingam, Daar ve Maddox, 2013; Patel, Chowdhary, Rahman ve Verdeli, 2011) ve son yıllarda mülteciler ve etnik azınlıklarla çalışmak üzere KU-BDT benzeri kısa, kültürel öğelerin sürece dahil edildiği, yapılandırılmış psikoterapi müdahaleleri geliştirildiği ifade edilmektedir (Silove, Ventevogel ve Rees, 2017). TSSB belirtilerinin şiddetinin istatistiksel olarak anlamlı biçimde azalmasını sağladığı pek çok çalışmada ifade edilmiş olan Kültüre Uyarlanmış Bilişsel Davranışçı Terapi'yi (Hinton ve ark., 2004, 2005; Hinton, Hofmann, Pollack ve Otto, 2009; Hinton, Hofmann, Rivera, Otto ve Pollack, 2011; Jalal, Samir ve Hinton, 2017; Jalal, Kruger ve Hinton, 2018), yukarıda bahsedilen psikoterapi yaklaşımlarından ayıran ve bu yaklaşımlara kıyasla elverişli kılan önemli özellikleri şöyle sıralanabilir: Terapi formatının çalışılan topluluğun kültürüne uyarlanabilir olması, ruh sağlığı uzmanlarının sayısının ruh sağlığı hizmetlerine duyulan ihtiyacı karşılayamaması ile ortaya çıkan boşluğu (Kohn, Saxena, Levav ve Saraceno, 2004) doldurabilecek olması, terapiyi uygulayacak kişilerin eğitim ve süpervizyon sürecinin maliyet etkinliği açısından daha avantajlı olması ve daha az imkanla daha geniş kitlelere hitap edebilecek olması.

4.4. Genel Değerlendirme, Klinik Doğurgular ve Yeni Çalışmalar İçin Öneriler

Çalışmanın ilk aşamasına dahil olan 89 katılımcının klinik düzeyde anksiyete ve depresyon belirtileri deneyimlediği ve maruz kaldıkları travmatik deneyimler ile iltica sonrası yaşam zorluklarının; Suriyeli mültecilerle ve farklı mülteci gruplarıyla yapılmış benzer çalışmalarla uyumlu olduğu görülmüştür. Bu durum savaş ve iltica gibi son derece travmatik bazı deneyimlerin şartlar ya da kültür gibi faktörlere bağlı farklılıklar göstermekle beraber, birçok açıdan ortak zorlu deneyimleri içerdiğini gösterir niteliktedir.

Tüm dünyada etkileri görülen Suriye krizinin ardından milyonlarca insan evlerinden, ülkelerinden ayrılmak zorunda kalmış ve hem çatışmalar hem de iltica sürecinde pek çok travmatik deneyime maruz kalmıştır; Suriyeli mültecilere yönelik müdahalelerin ve çalışmaların gerçekleştirilmesine duyulan ihtiyaç aşikardır (Hassan ve ark., 2015). 4.1.'de detaylı şekilde yer verilen bulgular göz önünde bulundurulduğunda, Suriye kültürünün kişilerin psikolojik rahatsızlıkları deneyimleme ve ifade etme biçimleri,

ruh sağlığı konseptine ve müdahalelerine yaklaşımları gibi pek çok faktörü etkilediği görülmektedir (Hassan ve ark., 2015, 2016; Almoshmosh, 2015). Bu durumdan hareketle, sıklıa kullanılan ölçek ve psikoterapi müdahalelerinin Suriye kültürüne uyarlanması, ölçeklerin geçerlik-güvenirlik çalışmalarının gerçekleştirilmesi, ihtiyaç duyulduğu takdirde kesme puanlarının yeniden belirlenmesi ve tedavi etkinliklerinin değerlendirilmesi için araştırmalar yapılması gerekmektedir.

Çalışmada elde edilen önemli bulgulardan biri, iltica sonrası yaşam zorluklarının katılımcıların psikolojik iyilik halini büyük ölçüde etkilemesidir. Uzun yıllar g ve iltica çalışmalarında gözden kaçırılan iltica sonrası zorlu yaşantılar, son yıllarda yapılan çalışmalarda göz önünde bulundurulmaya başlanmış ve iltica sonrasındaki süreçte maruz kalınan travmatik deneyimlerin, kişinin ilticadan önceki ve iltica sırasındaki travmatik deneyimleri ile ilişkili olduğu ve bu iki travma çeşidinin anksiyete, depresyon ve TSSB başta olmak üzere birçok psikolojik rahatsızlık belirtisinin Şiddetini etkilediği anlaşılmıştır (Aragona, Pucci, Mazzetti ve Geraci, 2012; Li, Liddell ve Nickerson, 2016). Mültecilerin dahil edileceği çalışmalarda ve mültecilere yönelik yapılacak psikososyal müdahalelerde, yalnızca travmatik deneyimlerin değil, iltica sonrası zorlu yaşantıların da göz önünde bulundurulması son derece önem arz etmektedir (Kartal ve Kiropoulos, 2016; Aragona, Pucci, Mazzetti ve Geraci, 2012; Tinghög ve ark., 2017).

Çalışmanın ikinci aşamasında gerçekleştirilen seçkisiz kontrollü çalışmada erişilen önemli bulgulardan biri, Kültüre Uyarlanmış Bilişsel Davranışçı Terapi'nin, ruh sağlığı müdahalelerine karşı son derece çekimsiz ya da olumsuz bir tutuma sahip olan Suriyeliler (Yalim ve Kim, 2018; Almoshmosh, 2015; Hassan ve ark., 2015, 2016) tarafından kabul görmüş olmasıdır. Tedaviyi bırakma oranları ve olumsuz olayların yaşanıp yaşanmadığı bilgisi üzerinden değerlendirilen tedavinin uygulanabilirlik ve kabul edilebilirlik düzeyi olumlu bir tablo sunmuştur.

23 katılımcının dahil edildiği seçkisiz kontrollü çalışmada elde edilen bulgulardan bir diğer, KU-BDT'nin katılımcıların travma belirtileri üzerinde gösterdiği istatistiksel olarak anlamlı, olumlu etkidir. Düşük maliyet ve kısa süreyle geniş kitlelere ulaşarak,

dünya çapındaki ruh sağlığı hizmetleri açığının (Silove, Ventevogel, Rees, 2017; Kazlauskas, 2017; Kohn, Saxena, Levav ve Saraceno, 2004) azalmasını, çalışan kültüre uyarlanarak Batı kültüründen farklı kültüre sahip topluluklardaki etkinlik düzeyinin artmasını sağlayabilecek psikoterapi müdahalelerine (Pan ve ark., 2011; Benish, Quintana ve Wampold, 2011) duyulan ihtiyaç göz önünde bulundurulduğunda, Kültüre Uyarlanmış Bilişsel Davranışçı Terapi'nin anlamlı bir etkiye ulaşmasının önemi anlaşılacaktır. KU-BDT'nin etkinlik düzeyini daha geniş kapsamlı değerlendirebilmek adına; örneklemin daha geniş tutulduğu ve farklı veri toplama araçlarının dahil edildiği yeni çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

Alanyazın incelendiğinde, Türkiye'deki geçici koruma statüsüne sahip Suriyeli kadınlara yönelik benzer bir çalışmaya rastlanamamıştır. Bu çalışmanın, geçici koruma kampları dışında yaşayan Suriyeli kadınlara yönelik bir araştırma olması ve Suriyeli mültecilerin dahil edildiği ilk Kültüre Uyarlanmış Bilişsel Davranışçı Terapi çalışması olması hasebiyle, alanyazındaki önemli bir boşluğu dolduracağı umulmaktadır.

4.5. Çalışmanın Sınırlılıkları

Çalışmanın üç temel sınırlılığı bulunmaktadır. Bunlardan ilki, özellikle seçkisiz kontrollü çalışmaya dahil edilen katılımcı sayısının sınırlı olmasıdır. 23 kişiden oluşan örneklemin, KU-BDT'nin etkinliğini ölçme konusunda yetersiz kalmış olabileceği ihtimali göz önünde bulundurulmalıdır. Gelecekte yapılacak çalışmalarda, KU-BDT'nin etkinliğine dair daha geniş kapsamlı bir fikir elde edebilmek adına örneklem genişletilmelidir.

Çalışmanın bir diğer sınırlılığı, incelenen anksiyete, depresyon ve travma belirtilerinin ölçümünde kullanılan veri toplama araçları ile ilgilidir. Bahsi geçen veri toplama araçlarının özbildirime dayalı olması, toplanan verinin ölçüklerin güvenilirliği ile sınırlı olduğu anlamına gelmekte ve katılımcıların bilinçli ya da bilinçsiz olarak yanlış davranabilme riskinin göz önünde bulundurulması gerekmektedir. Her ne kadar veriler araştırma ekibinin yaptığı birebir görüşmeler

ile toplanmış olsa da; bir klinisyen tarafından uygulanan yapılandırılmış ölçeklerden elde edilecek veri kadar yanlılık riskinden uzak değildir.

Son olarak, çalışmaya yalnızca kadınların dahil edilmiş olması; bulguların Türkiye'deki geçici koruma altındaki Suriyeliler özelinde de genellenebilirliğini sınırlandırmaktadır.



KAYNAKÇA

- Acartürk, C., Konuk, E., Cetinkaya, M., Senay, I., Sijbrandij, M., Gulen, B., & Cuijpers, P. (2016). The efficacy of eye movement desensitization and reprocessing for post-traumatic stress disorder and depression among Syrian refugees: Results of a randomized controlled trial. *Psychological medicine, 46*(12), 2583-2593.
- Acartürk, C. (2016). Göçün ruh sağlığına etkisi. *Akademik Sosyal Araştırmalar Dergisi, 4*(25), 137-150.
- Acartürk, C., Cetinkaya, M., Senay, I., Gulen, B., Aker, T., & Hinton, D. (2018). Prevalence and predictors of posttraumatic stress and depression symptoms among Syrian refugees in a refugee camp. *The Journal of nervous and mental disease, 206*(1), 40-45.
- Acartürk, C., Konuk, E., Cetinkaya, M., Senay, I., Sijbrandij, M., Cuijpers, P., & Aker, T. (2015). EMDR for Syrian refugees with posttraumatic stress disorder symptoms: Results of a pilot randomized controlled trial. *European Journal of Psychotraumatology, 6*(1), 27414.
- Acartürk, Z. C., Abuhamdeh, S., Jalal, B., Unaldı, N., Alyanak, B., Cetinkaya, M., ... & Hinton, D. (2019). Culturally adapted transdiagnostic CBT for SSRI resistant Turkish adolescents: A pilot study. *American Journal of Orthopsychiatry, 89*(2), 222.
- Ağbaba, V. (2016). CHP'S Policy Recommendations for the Refugee Question in Turkey. *Turkish Policy Quarterly, 15*(3).
- Almshosh, N. (2015). Highlighting the mental health needs of Syrian refugees. *Intervention, 13*(2), 178-181.
- Alpak, G., Unal, A., Bulbul, F., Sagaltici, E., Bez, Y., Altindag, A., ... & Savas, H. A. (2015). Post-traumatic stress disorder among Syrian refugees in Turkey: a cross-sectional study. *International journal of psychiatry in clinical practice, 19*(1), 45-50.
- Amerikan Psikiyatri Birliği (2013). *Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı (5. Baskı DSM-V)* (Çev. Ed. E. Köroğlu). Ankara: Hekimler Yayın Birliği.
- Aragona, M., Catino, E., Pucci, D., Carrer, S., Colosimo, F., Lafuente, M., ... & Geraci, S. (2010). The relationship between somatization and posttraumatic symptoms among immigrants receiving primary care services. *Journal of traumatic stress, 23*(5), 615-622.

- Aragona, M., Pucci, D., Mazzetti, M., & Geraci, S. (2012). Post-migration living difficulties as a significant risk factor for PTSD in immigrants: a primary care study. *Italian Journal of Public Health, 9*(3).
- Aragona, M., Pucci, D., Mazzetti, M., Maisano, B., & Geraci, S. (2013). Traumatic events, post-migration living difficulties and post-traumatic symptoms in first generation immigrants: a primary care study. *Annali dell'Istituto superiore di sanita, 49*(2), 169-175.
- Baçoğlu, M., Livanou, M., Crnobarić, C., Frančišković, T., Suljić, E., Đurić, D., & Vranešić, M. (2005). Psychiatric and cognitive effects of war in former Yugoslavia: association of lack of redress for trauma and posttraumatic stress reactions. *Jama, 294*(5), 580-590.
- Beck, J. G., Coffey, S. F., Foy, D. W., Keane, T. M., & Blanchard, E. B. (2009). Group cognitive behavior therapy for chronic posttraumatic stress disorder: An initial randomized pilot study. *Behavior Therapy, 40*(1), 82-92.
- Beiser, M. (2009). Resettling refugees and safeguarding their mental health: Lessons learned from the Canadian Refugee Resettlement Project. *Transcultural psychiatry, 46*(4), 539-583.
- Bemak, F., & Chung, R. C. Y. (2014). Immigrants and refugees. F. T. L. Leong (Ed.), *APA handbook of multicultural psychology: Vol. 1. Theory and research* (ss. 503–517). Washington, DC: American Psychological Association.
- Bemak, F., & Chung, R. C. Y. (2017). Refugee trauma: Culturally responsive counseling interventions. *Journal of Counseling & Development, 95*(3), 299-308.
- Benish, S. G., Quintana, S., & Wampold, B. E. (2011). Culturally adapted psychotherapy and the legitimacy of myth: a direct-comparison meta-analysis. *Journal of counseling psychology, 58*(3), 279.
- Bhugra, D. P. (2001). Acculturation, cultural identity and mental health. In D. Bhugra, & R. Cochrane (Eds.), *Psychiatry in multicultural Britain* (pp. 112–136). London, England: Gaskell.
- Bhugra, D., & Becker, M. (2005). Migration, cultural bereavement and cultural identity. *World Psychiatry, 4*, 18–24.
- Bisson, J. I., Roberts, N. P., Andrew, M., Cooper, R., & Lewis, C. (2013). Psychological therapies for chronic post-traumatic stress disorder (PTSD) in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews, (12)*.

- Bogic, M., Ajdukovic, D., Bremner, S., Franciskovic, T., Galeazzi, G. M., Kucukalic, A., ... & Wang, D. (2012). Factors associated with mental disorders in long-settled war refugees: refugees from the former Yugoslavia in Germany, Italy and the UK. *The British Journal of Psychiatry*, 200(3), 216-223.
- Boswall, K., & Al Akash, R. (2015). Personal perspectives of protracted displacement: an ethnographic insight into the isolation and coping mechanisms of Syrian women and girls living as urban refugees in northern Jordan. *Intervention*, 13(3), 203-215.
- Bradley, R., Greene, J., Russ, E., Dutra, L., & Westen, D. (2005). A multidimensional meta-analysis of psychotherapy for PTSD. *American Journal of Psychiatry*, 162(2), 214-227.
- Bradshaw, J. (2013). *Homecoming: reclaiming and healing your inner child*. New York: Bantam.
- Brady, K. T., Killeen, T. K., Brewerton, T., & Lucerini, S. (2000). Comorbidity of psychiatric disorders and posttraumatic stress disorder. *The Journal of Clinical Psychiatry*.
- Bremner, J. D. (2006). Traumatic stress: effects on the brain. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 8(4), 445.
- Bremner, J. D., Randall, P., Scott, T. M., Bronen, R. A., Seibyl, J. P., Southwick, S. M., ... & Innis, R. B. (1995). MRI-based measurement of hippocampal volume in patients with combat-related posttraumatic stress disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 152(7), 973.
- Brett, E. A., & Ostroff, R. (1985). Imagery and posttraumatic stress disorder: An overview. *American Journal of Psychiatry*, 142(4), 417-424.
- Buhmann, C. B., Nordentoft, M., Ekstroem, M., Carlsson, J., & Mortensen, E. L. (2016). The effect of flexible cognitive-behavioural therapy and medical treatment, including antidepressants on post-traumatic stress disorder and depression in traumatised refugees: pragmatic randomised controlled clinical trial. *The British Journal of Psychiatry*, 208(3), 252-259.
- Burnett, A., & Peel, M. (2001). Asylum seekers and refugees in Britain: Health needs of asylum seekers and refugees. *BMJ: British Medical Journal*, 322(7285), 544.
- CARE (2015). Five Years into Exile: The challenges faced by Syrian refugees outside camps in Jordan and how they and their host communities are coping. Care International in Jordan. Amman; <http://www.alnap.org/node/21121.aspx> (accessed July 2015).

- Care Jordan (2013). *Syrian Refugees in Urban Jordan. Baseline Assessment of Community-Identified Vulnerabilities among Syrian Refugees Living in Irbid, Madaba, Mufraq, and Zarqa*. Care Jordan: Amman.
- CARE. (2013). *Syrian refugees in urban Jordan*. Retrieved from <http://www.care.org/syrian-refugees-urban-jordan>
- Carlson, E. B., & Rosser-Hogan, R. (1991). Trauma experiences, posttraumatic stress, dissociation, and depression in Cambodian refugees. *The American journal of psychiatry*, 148(11), 1548.
- Carlson, E. B., & Rosser-Hogan, R. (1994). Cross-cultural response to trauma: A study of traumatic experiences and posttraumatic symptoms in Cambodian refugees. *Journal of Traumatic Stress*, 7(1), 43-58.
- Carrer, S., Meuti, V., Catino, E., Pucci, D., Lafuente, M., Colosimo, F., ... & Geraci, S. (2011). Immigration, trauma, living difficulties and psychopathology: a preliminary study in a primary care setting. *Rivista di psichiatria*, 46(2), 129-139.
- Carswell, K., Blackburn, P., & Barker, C. (2011). The relationship between trauma, post-migration problems and the psychological well-being of refugees and asylum seekers. *International Journal of Social Psychiatry*, 57(2), 107-119.
- Charles, L., & Denman, K. (2013). Syrian and Palestinian Syrian refugees in Lebanon: the plight of women and children. *Journal of International Women's Studies*, 14(5), 96-111.
- Charlson, F., van Ommeren, M., Flaxman, A., Cornett, J., Whiteford, H., & Saxena, S. (2019). New WHO prevalence estimates of mental disorders in conflict settings: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet*.
- Chung, R. C. Y., & Kagawa-Singer, M. (1995). An interpretation of symptom presentation and distress: A Southeast Asian refugee example. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 183, 639–648.
- Clark, D., & Ehlers, A. (2004). Posttraumatic stress disorder: From cognitive theory to therapy. In R. L. Leahy (Ed.), *Contemporary cognitive therapy* (pp. 141–160). New York, NY: Guilford.
- Collins, P. Y., Insel, T. R., Chockalingam, A., Daar, A., & Maddox, Y. T. (2013). Grand challenges in global mental health: integration in research, policy, and practice. *PLoS medicine*, 10(4), e1001434.
- Coutts, A., McKee, M., & Stuckler, D. (2013). The emerging Syrian health crisis. *The Lancet*, 381(9865), e6-e7.

- Darves-Bornoz, J. M., Alonso, J., de Girolamo, G., Graaf, R. D., Haro, J. M., Kovess-Masfety, V., ... & Gasquet, I. (2008). Main traumatic events in Europe: PTSD in the European study of the epidemiology of mental disorders survey. *Journal of traumatic stress, 21*(5), 455-462.
- Davis, R. M. & Davis, H. IV (2006). PTSD symptom changes in refugees. *Torture: quarterly journal on rehabilitation of torture victims and prevention of torture, 16*(1), 10-19.
- Dawson, K. S., Schafer, A., Anjuri, D., Ndogoni, L., Musyoki, C., Sijbrandij, M., ... & Bryant, R. A. (2016). Feasibility trial of a scalable psychological intervention for women affected by urban adversity and gender-based violence in Nairobi. *BMC psychiatry, 16*(1), 410.
- Drozdek, B., Kamperman, A. M., Bolwerk, N., Tol, W. A., & Kleber, R. J. (2012). Group therapy with male asylum seekers and refugees with posttraumatic stress disorder: A controlled comparison cohort study of three day-treatment programs. *The Journal of Nervous and Mental Disease, 200*, 758–765.
- Dwairy, M. (2006). *Counseling and Psychotherapy with Arabs and Muslims: A Culturally Sensitive Approach*. Teachers College Press, New York: NY.
- El Chammay, R. E., Kheir, W., & Alaouie, H. (2013). Assessment of mental health and psychosocial support services for Syrian refugees in Lebanon.
- El-Khani, A., Ulph, F., Peters, S., & Calam, R. (2016). Syria: the challenges of parenting in refugee situations of immediate displacement. *Intervention, 14*(2), 99-113.
- Family Violence Prevention Fund. (2009). *Intimate Partner Violence in Immigrant and Refugee Communities: Challenges, Promising Practices and Recommendations*. Princeton: Robert Wood Johnson Foundation.
- Fazel, M., Wheeler, J., & Danesh, J. (2005). Prevalence of serious mental disorder in 7000 refugees resettled in western countries: a systematic review. *The Lancet, 365*(9467), 1309-1314.
- Flory, J. D., & Yehuda, R. (2015). Comorbidity between post-traumatic stress disorder and major depressive disorder: alternative explanations and treatment considerations. *Dialogues in Clinical Neuroscience, 17*(2), 141.
- Foa, E. B., Keane, T. M. & Friedman, M. J. (2000). *Effective Treatments for PTSD: Practice Guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies*. Guilford Press: New York.

- Friedman, M. J., Charney, D. S., & Deutch, A. Y. (1995). *Neurobiological and clinical consequences of stress: From normal adaptation to post-traumatic stress disorder*. Lippincott Williams & Wilkins Publishers.
- Gerritsen, A. A., Bramsen, I., Devillé, W., van Willigen, L. H., Hovens, J. E., & Van Der Ploeg, H. M. (2006). Physical and mental health of Afghan, Iranian and Somali asylum seekers and refugees living in the Netherlands. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, *41*(1), 18-26.
- Gibbs, M. S. (1989). Factors in the victim that mediate between disaster and psychopathology: A review. *Journal of Traumatic Stress*, *2*(4), 489-514.
- Goldin, P. R., & Gross, J. J. (2010). Effects of mindfulness-based stress reduction (MBSR) on emotion regulation in social anxiety disorder. *Emotion*, *10*(1), 83.
- Gorst-Unsworth, C., & Goldenberg, E. (1998). Psychological sequelae of torture and organised violence suffered by refugees from Iraq: Trauma-related factors compared with social factors in exile. *The British Journal of Psychiatry*, *172*(1), 90-94.
- Guruge, S., Sidani, S., Illesinghe, V., Younes, R., Bukhari, H., Altenberg, J., ... & Fredericks, S. (2018). Healthcare needs and health service utilization by Syrian refugee women in Toronto. *Conflict and health*, *12*(1), 46.
- Hasanović, M., & Herenda, S. (2008). Post traumatic stress disorder, depression and anxiety among family medicine residents after 1992-95 war in Bosnia and Herzegovina. *Psychiatr Danub*, *20*(3), 277-285.
- Hassan, G., Kirmayer, L. J., Mekki- Berrada, A., Quosh, C., El Chammay, R., Deville-Stoetzel, J. B.,...Ventevogel, P. (2015). *Culture, context and the mental health and psychosocial wellbeing of Syrians: A review for mental health and psychosocial support staff working with Syrians affected by armed conflict*. Retrieved from <http://www.unhcr.org/55f6b90f9.pdf>
- Hassan, G., Ventevogel, P., Jefee-Bahloul, H., Barkil-Oteo, A., & Kirmayer, L. J. (2016). Mental health and psychosocial wellbeing of Syrians affected by armed conflict. *Epidemiology and psychiatric sciences*, *25*(2), 129-141.
- Hedar, M. (2017). Mental health during the Syrian crisis: How Syrians are dealing with the psychological effects. *International Review of the Red Cross*, *99*(906), 927-935.
- Heritier, S. R., Gebiski, V. J., & Keech, A. C. (2003). Inclusion of patients in clinical trial analysis: the intention-to-treat principle. *Medical Journal of Australia*, *179*(8), 438-440.

- Herman, J. L. (2007). *Travma ve İyileşme: Şiddetin sonuçları: Ev içi istismardan siyasi teröre*. İstanbul: Literatür Yayıncılık.
- Hijazi, Z., & Weissbecker, I. (2015). *Syria Crisis: Addressing Regional Mental Health Needs and Gaps in the Context of the Syria Crisis*. Retrieved from <http://internationalmedicalcorps.org/document.doc?id=526>
- Hinton, D. E., & Jalal, B. (2014). Guidelines for the implementation of culturally sensitive cognitive behavioural therapy among refugees and in global contexts. *Intervention, 12*, 78-93.
- Hinton, D. E., & Jalal, B. (2014). Parameters for creating culturally sensitive CBT: Implementing CBT in global settings. *Cognitive and Behavioral Practice, 21*(2), 139-144.
- Hinton, D. E., & Lewis-Fernández, R. (2011). The cross-cultural validity of posttraumatic stress disorder: implications for DSM-5. *Depression and anxiety, 28*(9), 783-801.
- Hinton, D. E., Chhean, D., Pich, V., Safren, S. A., Hofmann, S. G., & Pollack, M. H. (2005). A randomized controlled trial of cognitive-behavior therapy for Cambodian refugees with treatment-resistant PTSD and panic attacks: A cross-over design. *Journal of Traumatic Stress: Official Publication of The International Society for Traumatic Stress Studies, 18*(6), 617-629.
- Hinton, D. E., Hofmann, S. G., Pollack, M. H., & Otto, M. W. (2009). Mechanisms of efficacy of CBT for Cambodian refugees with PTSD: Improvement in emotion regulation and orthostatic blood pressure response. *CNS neuroscience & therapeutics, 15*(3), 255-263.
- Hinton, D. E., Hofmann, S. G., Rivera, E., Otto, M. W., & Pollack, M. H. (2011). Culturally adapted CBT (CA-CBT) for Latino women with treatment-resistant PTSD: A pilot study comparing CA-CBT to applied muscle relaxation. *Behaviour research and therapy, 49*(4), 275-280.
- Hinton, D. E., Nickerson, A., & Bryant, R. A. (2011). Worry, worry attacks, and PTSD among Cambodian refugees: A path analysis investigation. *Social science & medicine, 72*(11), 1817-1825.
- Hinton, D. E., Pham, T., Tran, M., Safren, S. A., Otto, M. W., & Pollack, M. H. (2004). CBT for Vietnamese refugees with treatment-resistant PTSD and panic attacks: A pilot study. *Journal of Traumatic Stress: Official Publication of The International Society for Traumatic Stress Studies, 17*(5), 429-433.
- Hinton, D. E., Pich, V., Hofmann, S. G., & Otto, M. W. (2013). Acceptance and Mindfulness Techniques as Applied to Refugee and Ethnic Minority

- Populations With PTSD: Examples From" Culturally Adapted CBT". *Cognitive and Behavioral Practice*, 20(1), 33-46.
- Hinton, D. E., Rasmussen, A., Nou, L., Pollack, M. H., & Good, M. J. (2009). Anger, PTSD, and the nuclear family: A study of Cambodian refugees. *Social science & medicine*, 69(9), 1387-1394.
- Hinton, D. E., Rivera, E. I., Hofmann, S. G., Barlow, D. H., & Otto, M. W. (2012). Adapting CBT for traumatized refugees and ethnic minority patients: Examples from culturally adapted CBT (CA-CBT). *Transcultural psychiatry*, 49(2), 340-365.
- Howell, E. F. (2011). *Understanding and treating dissociative identity disorder: A relational approach*. Routledge.
- IRC (2012). I.R.C., Syrian Women & Girls: Fleeing Death, Facing Ongoing Threats and Humiliation. A Gender based Violence Rapid Assessment. Syria Refugee Populations. IRC: Beirut.
- IRC (2014). Are We Listening Acting on Our Commitments to Women and Girls Affected by the Syrian Conflict (International Rescue Committee, Sept 2014) http://issuu.com/internationalrescuecommittee/docs/irc_womeninsyria_report_web (accessed July 2015).
- Jalal, B., Kruger, Q., & Hinton, D. E. (2018). Adaptation of CBT for traumatized South African indigenous groups: examples from multiplex CBT for PTSD. *Cognitive and Behavioral Practice*, 25(2), 335-349.
- Jalal, B., Samir, S. W., & Hinton, D. E. (2017). Adaptation of CBT for traumatized Egyptians: Examples from culturally adapted CBT (CA-CBT). *Cognitive and behavioral practice*, 24(1), 58-71.
- Janoff-Bulman, R. (1985). The aftermath of victimization: Rebuilding shattered assumptions. *Trauma and Its Wake*, 1, 15-35.
- Jeon, W., Yoshioka, M., & Mollica, R. F. (2001). *Science of Refugee Mental Health: New Concepts and Methods*. Retrieved from <http://hprt-cambridge.org/wp-content/uploads/2011/01/ScienceofRefugeeMentalHealth.pdf>
- Kananian, S., Ayoughi, S., Farugie, A., Hinton, D., & Stangier, U. (2017). Transdiagnostic culturally adapted CBT with Farsi-speaking refugees: A pilot study. *European journal of psychotraumatology*, 8(sup2), 1390362.
- Karaman, B. (2018). *Göçmen ortaokul öğrencilerindeki travma sonrası stres bozukluğu, sosyal destek ve depresyon durumlarının incelenmesi* (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi). Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Bolu.

- Karipek, Y. Z. (2017). Asylum-seekers experience and acculturation: A study of Syrian- university students in Turkey. *Turkish Journal of Middle Eastern Studies, Special Issue*, 105-133.
- Kartal, D., & Kiropoulos, L. (2016). Effects of acculturative stress on PTSD, depressive, and anxiety symptoms among refugees resettled in Australia and Austria. *European Journal of Psychotraumatology*, 7(1), 28711.
- Kashdan, T. B., & Rottenberg, J. (2010). Psychological flexibility as a fundamental aspect of health. *Clinical psychology review*, 30(7), 865-878.
- Kazlauskas, E. (2017). Challenges for providing health care in traumatized populations: barriers for PTSD treatments and the need for new developments. *Global health action*, 10(1), 1322399.
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R., & Walters, E. E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62(6), 593-602.
- Kessler, R. C., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M., & Nelson, C. B. (1995). Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 52(12), 1048–1060.
- Kilpatrick, D. G., Resnick, H. S., Milanak, M. E., Miller, M. W., Keyes, K. M., & 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.
- Kirmayer, L. J., Narasiah, L., Munoz, M., Rashid, M., Ryder, A. G., Guzder, J., ... & Pottie, K. (2011). Common mental health problems in immigrants and refugees: general approach in primary care. *Cmaj*, 183(12), E959-E967.
- Kleijn, W. C., Hovens, J. E., & Rodenburg, J. J. (2001). Posttraumatic stress symptoms in refugees: assessments with the Harvard Trauma Questionnaire and the Hopkins Symptom Checklist–25 in different languages. *Psychological reports*, 88(2), 527-532.
- Kobeissi, L., Araya, R., El Kak, F., Ghantous, Z., Khawaja, M., Khoury, B., ... & Zurayk, H. (2011). The relaxation exercise and social support trial-resst: study protocol for a randomized community based trial. *BMC psychiatry*, 11(1), 142.
- Kohn, R., Saxena, S., Levav, I., & Saraceno, B. (2004). The treatment gap in mental health care. *Bulletin of the World health Organization*, 82, 858-866.

- Koster, E. H., De Lissnyder, E., Derakshan, N., & De Raedt, R. (2011). Understanding depressive rumination from a cognitive science perspective: The impaired disengagement hypothesis. *Clinical psychology review, 31*(1), 138-145.
- Krakov, B., Hollifield, M., Johnston, L., Koss, M., Schrader, R., Warner, T. D., ... & Cheng, D. (2001). Imagery rehearsal therapy for chronic nightmares in sexual assault survivors with posttraumatic stress disorder: a randomized controlled trial. *Jama, 286*(5), 537-545.
- Krupnick, J. L., Green, B. L., Stockton, P., Miranda, J., Krause, E., & Mete, M. (2008). Group interpersonal psychotherapy for low-income women with posttraumatic stress disorder. *Psychotherapy Research, 18*(5), 497-507.
- Kruse, J., Joksimovic, L., Cavka, M., Wöller, W., & Schmitz, N. (2009). Effects of trauma-focused psychotherapy upon war refugees. *Journal of Traumatic Stress: Official Publication of The International Society for Traumatic Stress Studies, 22*(6), 585-592.
- Laban, C. J., Gernaat, H. B., Komproe, I. H., van der Tweel, I., & De Jong, J. T. (2005). Postmigration living problems and common psychiatric disorders in Iraqi asylum seekers in the Netherlands. *The Journal of nervous and mental disease, 193*(12), 825-832.
- Lavik, N. J., Hauff, E., Solberg, Ø., & Laake, P. (1999). The use of self-reports in psychiatric studies of traumatized refugees: Validation and analysis of HSCL-25. *Nordic Journal of Psychiatry, 53*(1), 17-20.
- Li, S. S., Liddell, B. J., & Nickerson, A. (2016). The relationship between post-migration stress and psychological disorders in refugees and asylum seekers. *Current psychiatry reports, 18*(9), 82.
- Liebling-Kalifani, H., Mwaka, V., Ojiambo-Ochieng, R., Were-Oguttu, J., Kinyanda, E., Kwekwe, D., ... & Danuweli, C. (2011). Women war survivors of the 1989-2003 conflict in Liberia: the impact of sexual and gender-based violence. *Journal of International Women's Studies, 12*(1), 1-21.
- Liebling-Kalifani, H., Ojiambo-Ochieng, R., Marshall, A., Were-Oguttu, J., Musisi, S., & Kinyanda, E. (2008). Violence against women in Northern Uganda: The neglected health consequences of war. *Journal of International Women's Studies, 9*(3), 174-192.
- Lindencrona, F., Ekblad, S., & Hauff, E. (2008). Mental health of recently resettled refugees from the Middle East in Sweden: the impact of pre-resettlement trauma, resettlement stress and capacity to handle stress. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology, 43*(2), 121-131.

- Luthar, S. S., & Zigler, E. (1991). Vulnerability and competence: A review of research on resilience in childhood. *American Journal of Orthopsychiatry*, 61(1), 6-22.
- Markowitz, J. C. (2010). The cutting edge: IPT and PTSD. *Depression and anxiety*, 27(10), 879.
- Masterson, A. R., Usta, J., Gupta, J., & Ettinger, A. S. (2014). Assessment of reproductive health and violence against women among displaced Syrians in Lebanon. *BMC Women's Health*, 14(1), 25.
- McGuire, T. M., Lee, C. W., & Drummond, P. D. (2014). Potential of eye movement desensitization and reprocessing therapy in the treatment of post-traumatic stress disorder. *Psychology Research and Behavior Management*, 7, 273.
- Miller, K. E., & Rasmussen, A. (2017). The mental health of civilians displaced by armed conflict: an ecological model of refugee distress. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 26(2), 129-138.
- Miller, K. E., Omidian, P., Rasmussen, A., Yaqubi, A., & Daudzai, H. (2008). Daily stressors, war experiences, and mental health in Afghanistan. *Transcultural Psychiatry*, 45(4), 611-638.
- Mollica, R. F., McDonald, L. S., Massagli, M. P., & Silove, D. (2004). *Measuring trauma, measuring torture: instructions and guidance on the utilization of the Harvard Program in Refugee Trauma's Versions of the Hopkins Symptom Checklist-25 (HSCL-25) & The Harvard Trauma Questionnaire (HTQ)*. Cambridge, MA: Harvard Program in Refugee Trauma.
- Mollica, R. F., Wyshak, G., de Marnette, D., Tu, B., Yang, T., Khuon, F., ... & Lavelle, J. (1996). Hopkins symptom checklist (HSCL-25): manual for Cambodian, Laotian and Vietnamese versions. *Torture*, 6(Suppl 1), 35-42.
- Momartin, S., Steel, Z., Coello, M., Aroche, J., Silove, D. M., & Brooks, R. (2006). A comparison of the mental health of refugees with temporary versus permanent protection visas. *Medical Journal of Australia*, 185(7), 357-362.
- Morris, M. D., Popper, S. T., Rodwell, T. C., Brodine, S. K., & Brouwer, K. C. (2009). Healthcare barriers of refugees post-resettlement. *Journal of community health*, 34(6), 529.
- Murray, L. K., Dorsey, S., Haroz, E., Lee, C., Alsiary, M. M., Haydary, A., ... & Bolton, P. (2014). A common elements treatment approach for adult mental health problems in low-and middle-income countries. *Cognitive and behavioral practice*, 21(2), 111-123.

- National Institute for Clinical Excellence (2005). *Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD): the management of PTSD in adults and children in primary and secondary care*. London: NICE Guidelines.
- Neuner, F., Schauer, M., Klaschik, C., Karunakara, U., & Elbert, T. (2004). A comparison of narrative exposure therapy, supportive counseling, and psychoeducation for treating posttraumatic stress disorder in an African refugee settlement. *Journal of consulting and clinical psychology, 72*(4), 579.
- Newman, E., & Selm, J. V. (2003). *Refugees and forced displacement: International security, human vulnerability, and the state*. Tokyo, Japan: United Nations University Press.
- Nickerson, A., Bryant, R. A., Schnyder, U., Schick, M., Mueller, J., & Morina, N. (2015). Emotion dysregulation mediates the relationship between trauma exposure, post-migration living difficulties and psychological outcomes in traumatized refugees. *Journal of Affective Disorders, 173*, 185-192.
- Nickerson, A., Bryant, R. A., Silove, D., & Steel, Z. (2011). A critical review of psychological treatments of posttraumatic stress disorder in refugees. *Clinical psychology review, 31*(3), 399-417.
- Okello, M. C., & Hovil, L. (2007). Confronting the reality of gender-based violence in northern Uganda. *The International Journal of Transitional Justice, 1*(3), 433-443.
- Oruc, L., Kapetanovic, A., Pojskic, N., Miley, K., Forstbauer, S., Mollica, R. F., & Henderson, D. C. (2008). Screening for PTSD and depression in Bosnia and Herzegovina: validating the Harvard Trauma Questionnaire and the Hopkins Symptom Checklist. *International Journal of Culture and Mental Health, 1*(2), 105-116.
- Ouyang, H. (2013). Syrian refugees and sexual violence. *The Lancet, 381*(9884), 2165-2166.
- Ozer, E. J., Best, S. R., Lipsey, T. L., & Weiss, D. S. (2003). Predictors of posttraumatic stress disorder and symptoms in adults: a meta-analysis. *Psychological bulletin, 129*(1), 52.
- Pan, D., Huey Jr, S. J., & Hernandez, D. (2011). Culturally adapted versus standard exposure treatment for phobic Asian Americans: Treatment efficacy, moderators, and predictors. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology, 17*(1), 11.
- Parloff, M. B., Kelman, H. C., & Frank, J. D. (1954). Comfort, effectiveness, and self-awareness as criteria of improvement in psychotherapy. *American Journal of Psychiatry, 111*(5), 343-352.

- Patel, V., Chowdhary, N., Rahman, A., & Verdeli, H. (2011). Improving access to psychological treatments: lessons from developing countries. *Behaviour research and therapy*, 49(9), 523-528.
- Paunovic, N., & Öst, L. G. (2001). Cognitive-behavior therapy vs exposure therapy in the treatment of PTSD in refugees. *Behaviour Research and Therapy*, 39(10), 1183-1197.
- Porter, M., & Haslam, N. (2005). Predisplacement and postdisplacement factors associated with mental health of refugees and internally displaced persons: a meta-analysis. *Jama*, 294(5), 602-612.
- Pottie, K., Greenaway, C., Hassan, G., Hui, C., & Kirmayer, L. J. (2016). Caring for a newly arrived Syrian refugee family. *CMAJ*, 188(3), 207-211.
- Priebe, S., Bogic, M., Ajdukovic, D., Franciskovic, T., Galeazzi, G. M., Kucukalic, A., ... & Schützwohl, M. (2010). Mental disorders following war in the Balkans: a study in 5 countries. *Archives of general psychiatry*, 67(5), 518-528.
- Quosh, C., Eloul, L., & Ajlani, R. (2013). Mental health of refugees and displaced persons in Syria and surrounding countries: a systematic review. *Intervention*, 11(3), 276-294.
- Renner, W., Bänninger-Huber, E., & Pelzer, K. (2011). Culture- sensitive and resource oriented peer (CROP) – Groups as a community based intervention for trauma survivors: A randomized controlled pilot study with refugees and asylum seekers from Chechnya. *Australasian Journal of Disaster and Trauma Studies*, 1, 1–13.
- Resick, P.A., Nishith, P., Weaver, T.L., Astin, M.C., & Feuer, C.A. (2002). A comparison of cognitive processing therapy with prolonged exposure and a waiting condition for the treatment of chronic posttraumatic stress disorder in female rape victims. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 867–879.
- Richardson, L. K., Frueh, B. C., & Acierno, R. (2010). Prevalence estimates of combat-related post-traumatic stress disorder: critical review. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 44(1), 4-19.
- Roth, M., & von Collani, G. (2007). A head-to-head comparison of big-five types and traits in the prediction of social attitudes: Further evidence for a five-cluster typology. *Journal of Individual Differences*, 28(3), 138-149.
- Schick, M., Zumwald, A., Knöpfli, B., Nickerson, A., Bryant, R. A., Schnyder, U., ... & Morina, N. (2016). Challenging future, challenging past: The relationship of

social integration and psychological impairment in traumatized refugees. *European journal of psychotraumatology*, 7(1), 28057.

Schnyder, U., Bryant, R. A., Ehlers, A., Foa, E. B., Hasan, A., Mwititi, G., ... & Yule, W. (2016). Culture-sensitive psychotraumatology. *European Journal of Psychotraumatology*, 7(1), 31179.

Schnyder, U., Ehlers, A., Elbert, T., Foa, E. B., Gersons, B. P., Resick, P. A., ... & Cloitre, M. (2015). Psychotherapies for PTSD: what do they have in common?. *European journal of psychotraumatology*, 6(1), 28186.

Schulz, P. M., Resick, P. A., Huber, L. C., & Griffin, M. G. (2006). The effectiveness of cognitive processing therapy for PTSD with refugees in a community setting. *Cognitive and Behavioral Practice*, 13(4), 322-331.

Schweitzer, R. D., Brough, M., Vromans, L., & Asic-Kobe, M. (2011). Mental health of newly arrived Burmese refugees in Australia: contributions of pre-migration and post-migration experience. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 45(4), 299-307.

Schweitzer, R., Melville, F., Steel, Z., & Lacherez, P. (2006). Trauma, post-migration living difficulties, and social support as predictors of psychological adjustment in resettled Sudanese refugees. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 40(2), 179-187.

Seidler, G. H., & Wagner, F. E. (2006). Comparing the efficacy of EMDR and trauma-focused cognitive-behavioral therapy in the treatment of PTSD: a meta-analytic study. *Psychological Medicine*, 36(11), 1515-1522.

Shapiro, F. (1989). Efficacy of the eye movement desensitization procedure in the treatment of traumatic memories. *Journal of Traumatic Stress*, 2, 199–223.

Shapiro, F. (2001). *Eye movement desensitization and reprocessing: Basic principles, protocols and procedures*. (2nd ed.). New York: Guilford Press.

Shepherd, J., Stein, K., & Milne, R. (2000). Eye movement desensitization and reprocessing in the treatment of post-traumatic stress disorder: a review of an emerging therapy. *Psychological Medicine*, 30(4), 863-871.

Shoeb, M., Weinstein, H., & Mollica, R. (2007). The Harvard trauma questionnaire: adapting a cross-cultural instrument for measuring torture, trauma and posttraumatic stress disorder in Iraqi refugees. *International Journal of Social Psychiatry*, 53(5), 447-463.

Sijbrandij, M., Bryant, R. A., Schafer, A., Dawson, K. S., Anjuri, D., Ndogoni, L., ... & Van Ommeren, M. (2016). Problem Management Plus (PM+) in the treatment of common mental disorders in women affected by gender-based violence

and urban adversity in Kenya; study protocol for a randomized controlled trial. *International journal of mental health systems*, 10(1), 44.

Sijbrandij, M., Farooq, S., Bryant, R. A., Dawson, K., Hamdani, S. U., Chiumento, A., ... & van Ommeren, M. (2015). Problem Management Plus (PM+) for common mental disorders in a humanitarian setting in Pakistan; study protocol for a randomised controlled trial (RCT). *BMC psychiatry*, 15(1), 232.

Silove, D. (2013). The ADAPT model: a conceptual framework for mental health and psychosocial programming in post conflict settings. *Intervention*, 11(3), 237-248.

Silove, D., Sinnerbrink, I., Field, A., Manicavasagar, V., & Steel, Z. (1997). Anxiety, depression and PTSD in asylum-seekers: associations with pre-migration trauma and post-migration stressors. *The British Journal of Psychiatry*, 170(4), 351-357.

Silove, D., Steel, Z., McGorry, P., & Mohan, P. (1998). Trauma exposure, post-migration stressors, and symptoms of anxiety, depression and post-traumatic stress in Tamil asylum-seekers: comparison with refugees and immigrants. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 97(3), 175-181.

Silove, D., Ventevogel, P., & Rees, S. (2017). The contemporary refugee crisis: an overview of mental health challenges. *World Psychiatry*, 16(2), 130-139.

Sinnerbrink, I., Silove, D., Field, A., Steel, Z., & Manicavasagar, V. (1997). Compounding of premigration trauma and postmigration stress in asylum seekers. *The Journal of psychology*, 131(5), 463-470.

Slobodin, O., & de Jong, J. T. (2015). Mental health interventions for traumatized asylum seekers and refugees: What do we know about their efficacy?. *International Journal of Social Psychiatry*, 61(1), 17-26.

Snodgrass, L. L., Yamamoto, J., Fredrick, C., Ton-That, N., Foy, D. W., Chan, L., ... Fairbanks, L. (1993). Vietnamese refugees with PTSD symptomatology: Intervention via a coping skills model. *Journal of Traumatic Stress*, 6, 569-575.

Söndergaard, H. P., & Theorell, T. (2004). Language acquisition in relation to cumulative posttraumatic stress disorder symptom load over time in a sample of resettled refugees. *Psychotherapy and psychosomatics*, 73(5), 320-323.

Steel, Z., Chey, T., Silove, D., Marnane, C., Bryant, R. A., & Van Ommeren, M. (2009). Association of torture and other potentially traumatic events with mental health outcomes among populations exposed to mass conflict and displacement: a systematic review and meta-analysis. *Jama*, 302(5), 537-549.

- Steel, Z., Silove, D., Brooks, R., Momartin, S., Alzuhairi, B., & Susljik, I. N. A. (2006). Impact of immigration detention and temporary protection on the mental health of refugees. *The british journal of psychiatry*, 188(1), 58-64.
- Steel, Z., Silove, D., Phan, T., & Bauman, A. (2002). Long-term effect of psychological trauma on the mental health of Vietnamese refugees resettled in Australia: a population-based study. *The Lancet*, 360(9339), 1056-1062.
- T. C. Göç İdaresi Genel Müdürlüğü (2015a). http://www.goc.gov.tr/icerik3/sartli-multeci_409_546_550 (Erişim Tarihi: 09.05.2019).
- T. C. Göç İdaresi Genel Müdürlüğü (2015b). http://www.goc.gov.tr/icerik6/gecici-korumanin-unsurlari_409_558_1095_icerik (Erişim Tarihi: 27.04.2019).
- T. C. Göç İdaresi Genel Müdürlüğü (2015c). http://www.goc.gov.tr/icerik3/turkiye'de-gecici-koruma_409_558_1097 (Erişim Tarihi: 27.04.2019).
- T. C. Göç İdaresi Genel Müdürlüğü (2019). http://www.goc.gov.tr/icerik6/gecici-koruma_363_378_4713_icerik (Erişim Tarihi: 27.04.2019).
- T.C. Göç İdaresi Genel Müdürlüğü, (2013). *Türkiye ve Göç*. Ankara: Göç İdaresi Genel Müdürlüğü Yayınları.
- Tay, A. K., Rees, S., Chen, J., Kareth, M., & Silove, D. (2015). The structure of post-traumatic stress disorder and complex post-traumatic stress disorder amongst West Papuan refugees. *BMC psychiatry*, 15(1), 111.
- Thorleifsson, C. (2014). Coping strategies among self-settled Syrians in Lebanon. *Forced Migration Review*, (47), 23.
- Tinghög, P., Malm, A., Arwidson, C., Sigvardsdotter, E., Lundin, A., & Saboonchi, F. (2017). Prevalence of mental ill health, traumas and postmigration stress among refugees from Syria resettled in Sweden after 2011: a population-based survey. *BMJ Open*, 7(12), e018899.
- Tribe, R. H., Sendt, K. V., & Tracy, D. K. (2017). A systematic review of psychosocial interventions for adult refugees and asylum seekers. *Journal of Mental Health*, 1-15.
- Uluslararası Göç Örgütü, (2009). Göç terimleri sözlüğü (Çev. Ed. B. Çiçekli). *Uluslararası Göç Hukuku*. 18. Cenevre.
- UN Women (2013). *Inter-agency Assessment on Gender-based violence and child protection among Syrian refugees in Jordan, with a focus on early marriage*. <http://data.unhcr.org/syrianrefugees/download.php?id=4351>.

- UNHCR (2019a). Syria Regional Refugee Response (United Nations High Commission for Refugees, 2019). <https://data2.unhcr.org/en/situations/syria> (accessed April 2019).
- UNHCR (2019b). Syria Regional Refugee Response - Turkey (United Nations High Commission for Refugees, 2019). <https://data2.unhcr.org/en/situations/syria/location/113> (accessed April 2019).
- UNHCR. (2014). *Assessment of mental health and psychosocial support needs of displaced Syrian in Jordan*. Retrieved from <https://data.unhcr.org/syrianrefugees/download.php?id=6650>
- United Nations High Commissioner for Refugees [UNHCR]. (2013). *In Lebanon, Syrian refugees resort to 'survival sex'*. Retrieved from <https://www.unhcr.org/cgi-bin/texis/vtx/refdaily?pass=52fc6fbd5&id=51f8a31a5>
- Van der Kolk, B. A. (1987). The role of the group in the origin and resolution of the trauma response. *Psychological trauma*, 153-171.
- Van der Kolk, B. A. (1988). The trauma spectrum: The interaction of biological and social events in the genesis of the trauma response. *Journal of Traumatic Stress*, 1(3), 273-290.
- Van der Kolk, B. A. (2002). The assessment and treatment of complex PTSD. R. Yehuda (Ed.). *Treating trauma survivors with PTSD* içinde (s. 127-156). Washington: Amerikan Psikiyatri Birliği Yayınları.
- Van der Kolk, B. A. (2003). *Psychological trauma*. American Psychiatric Pub. [http://www.traumacenter.org/training/2017_Trauma_Conference\(3\).pdf](http://www.traumacenter.org/training/2017_Trauma_Conference(3).pdf)
- Van der Kolk, B. A., & Fisler, R. (1995). Dissociation and the fragmentary nature of traumatic memories: Overview and exploratory study. *Journal of Traumatic Stress*, 8(4), 505-525.
- Van der Kolk, B. A., Spinazzola, J., Blaustein, M. E., Hopper, J. W., Hopper, E. K., Korn, D. L., & Simpson, W. B. (2007). A randomized clinical trial of eye movement desensitization and reprocessing (EMDR), fluoxetine, and pill placebo in the treatment of posttraumatic stress disorder: treatment effects and long-term maintenance. *Journal of Clinical Psychiatry*, 68(1), 37.
- Verme, P., Gigliarano, C., Wieser, C., Hedlund, K., Petzoldt, M., & Santacroce, M. (2015). *The welfare of Syrian refugees: evidence from Jordan and Lebanon*. World Bank Publications.

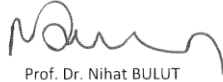
- Walsh, F. (2007). Traumatic loss and major disasters: Strengthening family and community resilience. *Family Processes, 46*, 207–227.
- Walsh, K., Blaustein, M., Knight, W. G., Spinazzola, J., & Van Der Kolk, B. A. (2007). Resiliency factors in the relation between childhood sexual abuse and adulthood sexual assault in college-age women. *Journal of child sexual abuse, 16*(1), 1-17.
- Windle, G. (2011). What is resilience? A review and concept analysis. *Reviews in Clinical Gerontology, 21*(2), 152-169.
- Winokur, A., Winokur, D. F., Rickels, K., & Cox, D. S. (1984). Symptoms of emotional distress in a family planning service: stability over a four-week period. *The British Journal of Psychiatry, 144*(4), 395-399.
- Yalim, A. C., & Kim, I. (2018). Mental Health and Psychosocial Needs of Syrian Refugees: A Literature Review and Future Directions. *Advances in Social Work, 18*(3), 833-852.
- Yalom, I. D. (1995). *The theory and practice of group psychotherapy*. Basic Books (AZ).
- Yasmine, R., & Moughalian, C. (2016). Systemic violence against Syrian refugee women and the myth of effective intrapersonal interventions. *Reproductive Health Matters, 24*(47), 27-35.
- YUKK (2013). Yabancılar ve Uluslararası Koruma Kanunu. Resmi Gazete, Kabul Tarihi: 04.04.2013.
- Zaghrou, M. (2013). Test-retest and inter-item reliability of IES-R in an Arabic sample. *Unpublished manuscript*.

EKLER

A. ETİK KURUL ONAYI

- c) Katılımcılara bilgilendirilmiş onam formu sunulacak ve imzalamaları halinde araştırmaya dahil edileceklerdir. Hem tarama hem de terapi sürecine dahil edilecek katılımcılardan elde edilen bilgiler yalnızca araştırma amacıyla kullanılacak, şahsi bilgileri araştırmacı ekip haricinde kimseyle paylaşılmayacaktır. Katılımcıların şahsi bilgileri anonim hale getirilerek, isimlere yer verilmeden araştırmada kullanılacaktır.

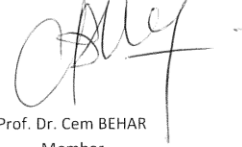
Aşağıda isimleri ve imzaları bulunan İstanbul şehir Üniversitesi Araştırma Etik Kurulu üyeleri, araştırmacı tarafından kurula sunulan yukarıdaki bilgiler ışığında, belirtilen araştırmanın yürütülmesinde etik açıdan bir sakınca görmemektedir.



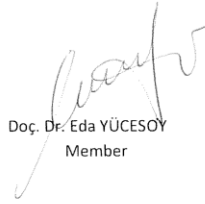
Prof. Dr. Nihat BULUT
Member



Prof. Dr. Hatice AYNUR
President



Prof. Dr. Cem BEHAR
Member



Doç. Dr. Eda YÜCESOY
Member



Dr. Hızır Murat KÖSE
Member

Dr. Betül NİZAM
Member

Dr. Sinem ELKATİP HATİPOĞLU
Member



Dr. Eyyüp Said KAYA
Member

B. GÖÇ İDARESİ ARAŞTIRMA ONAYI

T.C.
İÇİŞLERİ BAKANLIĞI
Göç İdaresi Genel Müdürlüğü
Göç Politika ve Projeleri Dairesi Başkanlığı
Sayı : 62103649-604.02.02-E.46407
Konu : Araştırma İzni (H. Sevde Eskici)

09/10/2018

DAĞITIM YERLERİNE

İlgi : H. Sevde ESKİCİ'nin 17/09/2018 tarihli dilekçesi.

İlgide kayıtlı dilekçe ile H. Sevde ESKİCİ tarafından İstanbul Şehir Üniversitesi Klinik Psikoloji yüksek lisans programı kapsamında gerçekleştirilecek olan "Savaş ve İltica; Travmatik Olaylara Maruz Kalmış Geçici Koruma Statüsündeki Suriyeli Kadınlara Yönelik İnceleme ve Psikolojik Müdahale" başlıklı tez çalışması kapsamında yapılacak olan araştırma için izin talep edilmektedir.

Söz konusu çalışma, ekte yer alan hususlar çerçevesinde yeniden düzenlenmesi ve 6458 sayılı Yabancılar ve Uluslararası Koruma Kanunu 94 üncü maddesi ile 2014/6883 karar sayılı Geçici Koruma Yönetmeliği 51 inci maddesinde belirtilen gizlilik ilkelerine gerekli hassasiyetin gösterilmesi; çalışmaya konu kişilerden ve/veya aile üyelerinden yapılacak araştırmanın hiçbir aşamasında ad, soyad, telefon, e-posta adresi, ikametgâh adresi ile uyruk, din, mezhep, etnik gruba mensubiyet gibi hassas bilgilerin istenmemesi ve varsa hâlihazırda gönderilen anket sorularının içerisinde sayılan hususlardaki bilgi taleplerinin çıkarılması; çalışmalar esnasında ses/video kaydı alınmaması şartıyla uygun görülmüştür.

Bilgi ve gereğini rica ederim.

Bülent TEKBIYIKOĞLU
Bakan a.
Genel Müdür Yardımcısı

Ek: Bilgi Notu (1 sayfa)

DAĞITIM :

Gereği:
Sayın H. Sevde ESKİCİ
(İstanbul Şehir Üniversitesi Dragos
Kampüsü Travma Araştırmaları Laboratuvarı
Orhantepe Mah. Turgut Özal Bulvarı No:21
34865 Dragos, Kartal/İSTANBUL)

Bilgi:
İSTANBUL VALİLİĞİNE
(İl Göç İdaresi Müdürlüğü)

*Bu belge elektronik imzalıdır. imzalı suretinin aşımı görmek için <https://www.e-icisleri.gov.tr/EvrakDogrulama> adresine girerek (uD30VN-Fd/2Nu-M7uz7D-brIYwe-dLdjv27d) kodunu yazınız.

Lalegül Camlica Mahallesi 122.sk. No: 4, 06370 Yenimahalle/ Ankara
Telefon No: (312)422 05 00 Faks No: (312)422 09 00
e-Posta: gocpolitika@icisleri.gov.tr İnternet Adresi: <https://www.goc.gov.tr>

Bilgi için: Doğan Can KANDEMİR
GÖÇ UZMAN YARDIMCISI
Telefon No:

T.C.
İÇİŞLERİ BAKANLIĞI
Göç İdaresi Genel Müdürlüğü
Göç Politika ve Projeleri Dairesi Başkanlığı

Sayı : 62103649-604.02.02-E.46407
Konu : Araştırma İzni (H. Sevde Eskici)

09/10/2018

D O S Y A

İlgi : H. Sevde ESKİCİ'nin 17/09/2018 tarihli dilekçesi.

İlgide kayıtlı dilekçe ile H. Sevde ESKİCİ tarafından İstanbul Şehir Üniversitesi Klinik Psikoloji yüksek lisans programı kapsamında gerçekleştirilecek olan "Savaş ve İltica; Travmatik Olaylara Maruz Kalmış Geçici Koruma Statüsündeki Suriyeli Kadınlara Yönelik İnceleme ve Psikolojik Müdahale" başlıklı tez çalışması kapsamında yapılacak olan araştırma için izin talep edilmektedir.

Söz konusu çalışma, ekte yer alan hususlar çerçevesinde yeniden düzenlenmesi ve 6458 sayılı Yabancılar ve Uluslararası Koruma Kanunu 94 üncü maddesi ile 2014/6883 karar sayılı Geçici Koruma Yönetmeliği 51 inci maddesinde belirtilen gizlilik ilkelerine gerekli hassasiyetin gösterilmesi; çalışmaya konu kişilerden ve/veya aile üyelerinden yapılacak araştırmanın hiçbir aşamasında ad, soyad, telefon, e-posta adresi, ikametgâh adresi ile uyruk, din, mezhep, etnik gruba mensubiyet gibi hassas bilgilerin istenmemesi ve varsa hâlihazırda gönderilen anket sorularının içerisinden sayılan hususlardaki bilgi taleplerinin çıkarılması; çalışmalar esnasında ses/video kaydı alınmaması şartıyla uygun görülmüştür.

Bilgi ve gereğini rica ederim.

Bülent TEKBIYIKOĞLU
Bakan a.
Genel Müdür Yardımcısı

Ek: Bilgi Notu (1 sayfa)

DAĞITIM :

Gereği:
Sayın H. Sevde ESKİCİ
(İstanbul Şehir Üniversitesi Dragos
Kampüsü Travma Araştırmaları Laboratuvarı
Orhantepe Mah. Turgut Özal Bulvarı No:21
34865 Dragos, Kartal/İSTANBUL)

Bilgi:
İSTANBUL VALİLİĞİNE
(İl Göç İdaresi Müdürlüğü)

*Bu belge elektronik imzalıdır. imzalı suretinin aslını görmek için <https://www.e-icisleri.gov.tr/EvrakDogrulama> adresine girerek (uD30VN-Fd/2Nu-M7uz7D-brIYwe-dLdjv27d) kodunu yazınız.

Lalegül Çamlıca Mahallesi 122.sk. No: 4, 06370 Yenimahalle/ Ankara
Telefon No: (312)422 05 00 Faks No: (312)422 09 00
e-Posta: gocpolitikaveprojeleridairesi@goc.gov.tr İnternet Adresi: <https://www.goc.gov.tr>

Bilgi için: Doğan Can KANDEMİR
GÖÇ UZMAN YARDIMCISI
Telefon No:

09/10/2018 Göç Uzman Yardımcısı : Doğan Can KANDEMİR
09/10/2018 Grup Başkanı : Gizem GÖZALICI
09/10/2018 Daire Başkanı : M. Selami YAZICI



*Bu belge elektronik imzalıdır. imzalı suretinin aslını görmek için <https://www.e-icisleri.gov.tr/EvrakDogrulama> adresine girerek (uD3OVN-Fd/2Nu-M7uz7D-brIYwe-dLdjv27d) kodunu yazınız.

Lalegül Camlıca Mahallesi 122.sk. No: 4, 06370 Yenimahalle/ Ankara
Telefon No: (312)422 05 00 Faks No: (312)422 09 00
e-Posta: gocpolitikaveprojeleridairesi@goc.gov.tr İnternet Adresi: <https://www.goc.gov.tr>

Bilgi için: Doğan Can KANDEMİR
GÖÇ UZMAN YARDIMCISI
Telefon No:

C. BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU (TARAMA ÇALIŞMASI)



استمارة الموافقة للفحص

عنوان الدراسة: "الحرب والهجرة: الفحص و التدخل النفسي للنساء السوريات تحت الحماية المؤقتة لمن تعرض لأحداث مؤلمة"

الباحثون الرئيسيون: د.زينب جبرين أجار تورك و سيفدي إيسكيجي من جامعة مدينة اسطنبول.
هذا الملف يحتوي على معلومات مفصلة عن الدراسة التي تمت دعوتكم على المشاركة فيها.

مقدمة

نحن مجموعة من الباحثين من "جامعة اسطنبول شهير" في اسطنبول| تركيا. هذا الاقتراح تم مراجعته و قبوله من "جامعة اسطنبول شهير| لجنة مراجعة الأخلاقيات", التي تملك مجموعة من الناس الذين يحرصون على حماية المشتركين بالبحث من الأذى. بالإضافة لـ"جامعة اسطنبول شهير| لجنة مراجعة الأخلاقيات", تمت الموافقة من قبل وزارة الجمهورية التركية للمديرية العامة لإدارة الهجرة.

الغرض من الدراسة

الهدف من الدراسة هو معرفة الأحداث المؤلمة التي مرت بها النساء السوريات تحت الحماية المؤقتة وفهم التأثيرات لتلك الأحداث المؤلمة.

اختيار المشتركين

تمت دعوتكم لتكونوا جزء من هذا البحث بسبب اقتراح من المنظمة المحلية التابع لها. قد تكونوا تعانون من الضغط, نحن نريد ان نعرف المزيد عن هذا لنرى إذا كان البرنامج سيكون مناسب لكم.

الاجراءات

إذا كنتم موافقين, سنسألكم بعض الأسئلة عن نفسك وعن أي صعوبات عاطفية قد تؤثر عليكم. سوف نطلب منكم مقابلة مع أحد المحاورين من جامعة اسطنبول شهير. سيجلس معكم المحاور في مكان مريح متفق عليه حيث لن يتم إزعاجكم. إذا كنتم لا تريدون الإجابة على أي من الأسئلة في المقابلة, بإمكانكم إخبار المحاور و سوف يقوم بالتخطي إلى السؤال التالي. لن يكون هنالك أحد آخر بالغرفة, إلا إذا اردتم أن يكون معكم شخص آخر في الغرفة. سوف تستغرق المقابلة 30 دقيقة تقريباً.

إذا أكملت المقابلة , و تبين لنا من إجاباتكم أن البرنامج من المحتمل أن يكون مفيداً لل صعوبات العاطفية التي تعانون منها, سوف ندعوكم لتكونوا جزء من البحث. إما سوف تتلقوا بعد ذلك برنامج "سي أي - سي بي تي", أو ستلقوا التقييمات والعناية المعتادة في هذه الجمعية.

المشاركة التطوعية و حق المغادرة

مشاركتم في هذه الدراسة تطوعية تماماً. قراركم بالإشتراك أو عدم الإشتراك عائدٌ تماماً إلى اختياركم. لا أحد أجبركم على المشاركة. كما يمكنكم أن تغيروا رأيكم في أي وقت وتتوقفوا عن المشاركة. يمكنكم أيضا طلب أن لا يتم إرفاق إجاباتكم في البحث.

إختياركم لعدم المشاركة أو إيقاف المقابلة, لن يكون عليه تأثير سلبي عليكم أو على عائلاتكم. في حالة اختياركم الاشتراك أو عدم الإشتراك ستستمر كل الخدمات التي تحصلون عليها من هذه الجمعية. أيضاً في حالة اختياركم الاشتراك أو عدم الإشتراك لن يكون له تأثير سلبي أو إيجابي على وضعكم القانوني أو السكن أو وضع الإقامة أو الاستئناف التي قد تكون لديكم معلقة.

الفوائد

مشاركتم سوف تساعدنا على تحسين وتطوير البرنامج ليتم استخدامه مع مشتركين آخرين في المستقبل. إذا أكملتم المقابلة ، و تبين لنا من إجاباتكم أن البرنامج من المحتمل أن يكون مفيداً للصعوبات العاطفية التي تعاني منها, سوف ندعوكم لتكونوا جزء من البحث. إما سوف نتلقى بعد ذلك برنامج "سي أي - سي بي تي", أو سنتلقى التقييمات والعناية المعنادة في هذه الجمعية.

المخاطر

نحن لا نتوقع أن يكون للمقابلة أي تأثير سلبي. ولكن الحديث عن مشاعركم وعواطفكم قد يشعركم بالضغط النفسي، التوتر ، أو الخوف لمدة قصيرة. إذا شعرتم أن أي من الأسئلة شخصي جداً, غير مريح أو من الصعب الإجابة عنه, أنتم غير مجبرين على الإجابة أو إعطاء اي سبب لعدم الإجابة أو عدم إكمال المقابل. إذا أصبحتم مستائين جداً من الحديث عن أي صعوبات عاطفية, بإمكانكم التحدث مع أحد الموظفين لدعمكم.

السرية

نحن وجميع الباحثين الذين يعملون على هذه الدراسة نضمن لك الخصوصية والسرية في جميع المعلومات، المستندات، والنتائج المتعلقة بالدراسة, أثناء المقابلة, لن يكون هنالك أحد آخر بالغرفة فقط أنتم و المحاور. سنحرص على الاحتفاظ بجميع المعلومات المتعلقة بك بسرية تامة. كما لن يتم ربط نتائج التقييمات والاختبارات الناتجة من هذه الدراسة بك أيضاً. وهذا سيتضمن استخدام رقم بدلاً من اسمك لتسجيل أي معلومة خاصة بك.

لمزيد من المعلومات

إذا كان لديكم أي سؤال بإمكانكم الآن سؤالي. كما يمكنكم التواصل مع جامعة اسطنبول شهير إذا كان

لديكم أسئلة فيما بعد بالاتصال على

+90 444 40 34 (9353)

شكراً لمساعدتكم



نموذج استمارة الموافقة للفحص

عنوان الدراسة: "الحرب والهجرة: الفحص و التدخل النفسي للنساء السوريات تحت الحماية المؤقتة لمن تعرض لأحداث مؤلمة"

للمشارك المتعلم:

لقد قرأت وفهمت المعلومات المدرجة أعلاه ، أو تمت قرائتها لي. كما قد سنحت لي الفرصة لطرح الأسئلة، وأي سؤال سألته قد تمت إجابته برضائي . أوافق طوعاً على الانضمام والمشاركة في هذه الدراسة. لقد فهمت أنني قد أوقف المشاركة في هذا البحث في أي وقت أتمنى وأن يكون قرارى بشأن ما إذا كنت سأشارك أم لا سيكون له أي تأثير إيجابي أو سلبي. أوافق طوعاً على أن أكون مشاركاً في هذه الدراسة.

اسم الشاهد

توقيع الشاهد

التاريخ

يوم / شهر / سنة

المشاركون الأميون:

شهدت القراءة الدقيقة لنموذج الموافقة على المشارك. وقد أتيحت الفرصة للمشارك لطرح الأسئلة وتمت الإجابة عليها بشكل مُرضي.

شاهدت أن المشارك منح الوقت الكافي ليقرر إذا كان يريد المشاركة في هذه الدراسة أم لا. شاهدت أن المشارك قد فهم أنه / أنها قد يتوقف عن المشاركة في هذا البحث في أي وقت يرغب فيه وأن قراره بشأن المشاركة أو عدم المشاركة لن يكون له أي تأثير إيجابي أو سلبي. أوكد أن الشخص قد أعطى الموافقة بحرية.



بصمة المشارك

اسم الشاهد

توقيع الشاهد

التاريخ

يوم / شهر / سنة

بيان من قبل الباحث / الشخص الذي يأخذ الموافقة:

قرأت ورقة المعلومات بدقة على المشارك المحتمل ، وبقدر الإمكان تأكدت من فهم المشارك للغرض وعملية الدراسة.

أؤكد أنه تم منح المشارك فرصة لطرح الأسئلة حول الدراسة ، وأنه تم الإجابة على جميع الأسئلة التي طرحت من قبل المشارك بشكل صحيح وعلى قدر استطاعتي. أؤكد أنه لم يتم إكراه الشخص على إعطاء الموافقة ، وتم منح الموافقة بحرية وبشكل طوعي. تم تقديم نسخة من نموذج الموافقة هذا إلى المشارك.

اسم الباحث / الشخص الذي يأخذ الموافقة _____

توقيع الباحث / الشخص الذي يأخذ الموافقة _____

التاريخ _____

يوم / شهر / سنة

D. BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU (SEÇKİSİZ KONTROLLÜ ÇALIŞMA)

نموذج استمارة الموافقة للتجربة (RCT)

هذا النموذج للنساء السوريات تحت الحماية المؤقتة في تركيا. اللواتي تمت دعوتهم للمشاركة في بحث عن برنامج : علاج الإدراك السلوكي المكيف ثقافياً (CA-CBT). عنوان الدراسة: "الحرب والهجرة: الفحص و التدخل النفسي للنساء السوريات تحت الحماية المؤقتة لمن تعرض لأحداث مؤلمة"
الباحثون الرئيسيون: Dr. Z. Ceren Acartürk و H. Sevde Eskici من جامعة اسطنبول شهير.

نموذج استمارة الموافقة عبارة جزئين:

. ورقة المعلومات (لمشاركة المعلومات عن البحث معكم)
. شهادة الموافقة (للتوقيع إذا وافقتم على المشاركة)
سوف تأخذون نسخة كاملة عن نموذج استمارة الموافقة.

الجزء 1: ورقة المعلومات

مقدمة

نحن مجموعة من الباحثين من "جامعة اسطنبول شهير" في اسطنبول تركيا. نريد تقييم فعالية دليل العلاج الذي قد يساعد لحل المشاكل المتعلقة بالإكتئاب، الضغط، التوتر والتأثيرات السلبية للتجارب المرهقة. نؤمن أن هذا البرنامج قد يساعد الناس للتأقلم مع الإكتئاب والتأثيرات السلبية للتجارب المرهقة، إدارة الضغط وتحسين المزاج. هذا البرنامج يدعى "علاج الإدراك السلوكي المكيف ثقافياً" (CA-CBT). أنتم الآن لديكم مقابلة مع فرد من فريق البحث الذي يعتبركم كشخص قد يستفيد من البرنامج الذي صممناه. نؤمن أن هذا البرنامج قد يساعدكم على إدارة الصعوبات العاطفية التي أخبرتمونا عنها. نريد أن نرى من خلال هذا البحث إذا كان يساعد الناس في المجتمع، وكيف يمكن لنا أن نحسن البرنامج لمساعدة أفضل للناس. المشاؤكين الذين سوف يشاركون في البحث، إما سوف يتلقوا برنامج "CA-CBT"، أو سيتلقوا التقييمات والعناية المعتادة في هذه الجمعية.
نشكركم على مساهمتكم السابقة في بحثنا. سوف أعطيكم المعلومات وأدعوكم لتكونوا جزء من البحث مرة أخرى، لكن المشاركة ستكون بطريقة مختلفة عن السابق.
أنتم لا يجب عليكم ان تقررروا اليوم إذا ما أردتم المشاركة في البحث أو لا. قبل أن تقررروا، بإمكانكم التحدث مع أي شخص تتراحون له عن البحث.
أنا قد أستخدم بعض الكلمات التي قد لا تفهموها. لطفاً اطلبوا مني التوقف و أنا سوف أشرح لكم. إذا كان لديكم أي سؤال فيما بعد، بإمكانكم سؤالي أو أي فرد آخر من العاملين في البحث. من المهم لنا أن تشعروا بالإرتياح.

الغرض من البحث

الضغط العالي، الإكتئاب، التوتر والحزن عبارة عن عوارض شائعة للأحداث الصادمة، العديد من الناس يواجهون هذه الأحاسيس. لكن مواجهة هذه الأحاسيس بكثرة قد يؤثر على صحتنا النفسية سلبياً ويجعل حياتنا صعبة. تدخل نفسي مؤثر قد يساعد الناس للتأقلم مع هذه الحالة. لذلك نحن نريد تطبيق برنامج "علاج الإدراك السلوكي المكيف ثقافياً" (CA-CBT). الذي قد يقلل من شكاويكم و يحسن مزاجكم لتقييم تأثيرات البرنامج. "علاج الإدراك السلوكي المكيف ثقافياً" (CA-CBT) يتضمن 8 جلسات جماعية، تستغرق كل جلسة حوالي ساعة أو ساعة ونصف. خلال هذه الجلسات، ميسرين سوف يشرحون تأثيرات التجارب المرهقة، الحزن، الخوف، الضغط و التوتر. سوف يعلمون طرق وأساليب قد تساعدكم للتأقلم مع الشكاوي وسوف يناقش مسائل متعلقة بأحاسيسكم العاطفية.

بحث في دول مختلفة يقترح أن هذا البرنامج قد يخفف المشاكل المتعلقة بصدمات مثل الضغط، الحزن وسوف يحسن مزاجكم النفسي. نحن الآن نريد أن نعرف إذا ما كان البرنامج مفيد للنساء السوريات تحت الحماية المؤقتة في تركيا.

نوع التدخل البحثي

نصف المشاركين سوف يحضرون الـ 8 جلسات لبرنامج (CA-CBT). النصف الآخر من المشاركين سوف يحصلون على خدمات الجمعية و في نهاية الدراسة سوف نعرض عليهم الجلسات إن لزم الأمر.

اختيار المشاركين

تمت دعوتكم لتكونوا جزء من هذا البحث، نحن نؤمن أن هذا البرنامج قد يساعد الناس للتأقلم مع الإكتئاب والتأثيرات السلبية للتجارب المرهقة، إدارة الضغط وتحسين المزاج. مشاركتكم سوف تساعدنا على تحسين وتطوير البرنامج ليتم استخدامه مع مشتركين آخرين في المستقبل.

سؤال للتأكد من الفهم: هل تعرف لماذا نحن نطلب منكم المشاركة في البرنامج؟

المشاركة التطوعية و حق المغادرة

مشاركتم في هذه الدراسة تطوعية تمامًا. قراركم بالإشتراك أو عدم الإشتراك عائدٌ تمامًا إلى اختياركم. لا أحد أجبركم على المشاركة. كما يمكنكم أن تغيروا رأيكم في أي وقت وتتوقفوا عن المشاركة. إختياركم لعدم المشاركة أو إيقاف المقابلة، لن يكون عليه تأثير سلبي عليكم أو على عائلاتكم. في حالة إختياركم الإشتراك أو عدم الإشتراك ستستمر كل الخدمات التي تحصلون عليها من هذه الجمعية. أيضاً في حالة إختياركم الإشتراك أو عدم الإشتراك لن يكون له تأثير سلبي أو إيجابي على وضعكم القانوني أو السكن أو وضع الإقامة أو الاستئناف التي قد تكون لديكم معلقة.

سؤال للتأكد من الفهم: هل تعرف أنك غير مجبر على المشاركة؟ هل تعرف أن قرارك في المشاركة لن يؤثر على الخدمات المتوفرة لك بشكل إيجابي أو سلبي؟ هل لديكم اي سؤال؟

الأنظمة و اللإجراءات

مهمة المجموعات العشوائية

بسبب عدم معرفتنا ما إذا كان برنامج (CA-CBT) يقلل من الضغط المتعلق بالمشاكل، يجب علينا مقارنة مجموعتين. لذلك نحن سوف نقسم المشاركين إلى مجموعتين. المجموعات يتم تحديدها بالصدفة، مثل رمي عملة معدنية. أحد المجموعات من المشتركين سوف تحصل على الرعاية من الجمعية، بينما المجموعة الأخرى سوف تحضر جلسات "علاج الإدراك السلوكي المكيف ثقافياً (CA-CBT)". و في نهاية الدراسة سوف نعرض الجلسات إن لزم الأمر للمجموعة التي لم تحضر الجلسات. هذا سيمكننا من معرفة ما إذا كان برنامج (CA-CBT) مفيد.

تقييم النتائج

لا يعرف القائمون بالمقابلة إذا كنت تتلقى (CA-CBT) أو الرعاية المعتادة حتى بعد انتهاء البحث. نطلب منك عدم إخبار مساعد البحث بالمجموعة التي تم تعيينك بها أثناء البحث. هذه هي أفضل طريقة لدينا لاختبار أي من الاثنتين- لديه أفضل النتائج - (CA-CBT) أو الرعاية المعتادة - ، دون أن يتأثر بما نعتقد أو قد يحدث.

تفاصيل العملية

- إذا وافقت على المشاركة ، فسيخبرك مساعد البحث بالمجموعة التي تم تعيينك عليها: الرعاية المعتادة أو CA-CBT. يتم تحديد المجموعة التي تم تخصيصها لها عن طريق الصدفة (راجع مهمة المجموعات العشوائية) في حال تم تخصيصك لمجموعة CA-CBT ، فسوف يقوم مساعد البحث نفسه بإبلاغك بمجموعة العلاج التي ستكون فيها و وقت جلسة CA-CBT الأولى.
- خلال الأسابيع الأربعة أو الثمانية القادمة (يعتمد على إجابتك في نموذج المعلومات الديموغرافية) سيتلقى المشاركون المدعويين للمشاركة في هذا البحث ثماني جلسات CA-CBT. تستغرق هذه الجلسات 1-1.5 ساعة لكل منهما. سيحصل المشاركون في المجموعة الأخرى على الرعاية المعتادة في هذه الجمعية.
- سيتم إجراء التقييم الثاني في نهاية ثماني جلسات CA-CBT. سيتم طرح الأسئلة مرة أخرى على جميع المشاركين ، والتي تشبه التقييم الأول. سيستغرق هذا التقييم حوالي 30-40 دقيقة.
- سيتم التقييم النهائي بعد شهر من آخر جلسة CA-CBT. سيطلب من جميع المشاركين نفس الأسئلة لآخر مرة. يستغرق هذا التقييم حوالي 30-40 دقيقة. إذا كنت في مجموعة الرعاية المعتادة ، فستتلقى CA-CBT في هذه المرحلة إذا كنت لا تزال تعاني من محنة كبيرة.

○ **سؤال للتأكد من الفهم:** هل يمكن أن تخبرني إذا كنت تتذكر كم عدد المرات التي نطلب منك فيها الحضور إلى الجمعية لإكمال مشروع بحثي؟ وبالنسبة لبرنامج CA-CBT؟ متى تنتهي الدراسة؟ هل لديك أسئلة أخرى؟ هل تريد مني مراجعة الإجراءات مرة أخرى؟

المخاطر

لا نتوقع أن يكون للعلاج السلوكي المعرفي الثقافي ((CA-CBT) أي آثار سلبية. ولكن يمكنك التحدث عن مشاعرك وعواطفك أن يجعلك أكثر توترًا، أو خائفًا، أو قلقًا لبعض الوقت. قد يكون التحدث عن مشاعرك أو الموضوعات العاطفية أمرًا صعبًا بالنسبة لبعض الأشخاص ، ويسبب اضطرابًا عاطفيًا لدى البعض. يمكنك دائمًا تخطي أي أسئلة تجعلك تشعر بعدم الارتياح، إذا أصبحت مزعجًا ، فستكون قادرًا بالتحدث مع عضو

مناسب من الطاقم الطبي. يتم تدريب مساعدنا البحثي وميسري CA-CBT على مساعدتك في التعامل مع هذه المشاعر.

الفوائد

نتوقع أن يكون البرنامج مفيداً للأشخاص الذين يعانون من الضيق. إذا أظهرت الدراسة أن CA-CBT مفيد ، فسيتم تدريب موفري الخدمات الإضافيين في منطقتك على تقديم CA-CBT بحيث يستفيد من ذلك الأشخاص الآخرون الذين يعانون من مشاكل متعلقة بالتوتر.

السرية

نحن وأي باحثون يعملون في هذه الدراسة نضمن الخصوصية والسرية لجميع البيانات والوثائق والنتائج المتعلقة بالدراسة. جميع المعلومات التي تم جمعها عنك (اسمك ، معلوماتك الشخصية ، الإجابات التي قدمتها على الأسئلة) سيتم الحفاظ عليها بسرية تامة. لن يتم ربط نتائج جميع التقييمات والاختبارات بنفسك أبداً. أي معلومات عنك سيكون لها رقم بدلاً من اسمك. سيتم تخزين البيانات في مكان آمن لا يمكن الوصول إليه إلا من قبل الباحثين. لحماية السرية سيتم الإبلاغ عن نتائج المجموعة فقط التي لا يمكن ربطها بنفسك.

سؤال للتأكد من الفهم:

هل فهمت الإجراءات التي سنستخدمها للتأكد من أن أي معلومات نقوم بجمعها عنك ستبقى سرية؟ هل لديك أي أسئلة عنهم؟

أهمية الرفض أو الانسحاب من الدراسة

لست مضطراً للمشاركة في هذه الدراسة إن لم ترغب في ذلك. قرارك بعدم المشاركة لن يؤثر بأي شكل على علاقتك مع المنظمة. سيظل لديك كل المزايا التي ستحصل عليها في هذه الجمعية. يمكنك أيضاً التوقف عن المشاركة في البحث في أي وقت ترغب دون فقد أي من حقوقك هنا.

مع من يمكنكم التواصل

إذا كان لديك أسئلة الآن يمكنك أن تسألني. يمكنك أيضاً الاتصال بجامعة إسطنبول شهير 34 40 444 90 + (9353)، إذا كانت لديك أسئلة أو مخاوف في وقت لاحق. تمت مراجعة هذا الاقتراح والموافقة عليه من قبل لجنة الأخلاقيات بجامعة إسطنبول شهير ، وهي لجنة تتمثل مهمتها في التأكد من حماية المشاركين في البحوث من الأذى.

سؤال للتأكد من الفهم:

هل تعلم أنه ليس عليك المشاركة في هذه الدراسة إذا كنت لا ترغب في ذلك؟ يمكنك أن تقول لا إذا كنت ترغب في ذلك؟ هل تعلم أنه يمكنك طرح الأسئلة في وقت لاحق ، إذا كنت ترغب في ذلك؟ هل تعلم أنه يمكنك طرح الأسئلة في وقت لاحق ، إذا كنت ترغب في ذلك؟ هل تعلم أنني قدمت تفاصيل الاتصال للشخص الذي يمكن أن يوفر لك المزيد من المعلومات حول الدراسة؟

سؤال: يمكنك أن تسألني أي أسئلة إضافية حول أي جزء من الدراسة البحثية ، إذا كنت ترغب في ذلك. هل لديك أي سؤال؟

الجزء الثاني: شهادة الموافقة

للمشارك المتعلم:

لقد قرأت وفهمت المعلومات المدرجة أعلاه ، أو تمت قرائتها لي. كما قد سنحت لي الفرصة لطرح الأسئلة، وأي سؤال سألته قد تمت إجابته برضائي . أوافق طوعاً على الانضمام والمشاركة في هذه الدراسة. لقد فهمت أنني قد أوقف المشاركة في هذا البحث في أي وقت أتمنى وأن يكون قرارى بشأن ما إذا كنت سأشارك أم لا سيكون له أي تأثير إيجابي أو سلبي. أوافق طوعاً على أن أكون مشاركاً في هذه الدراسة.

اسم الشاهد _____

توقيع الشاهد _____

التاريخ _____

يوم / شهر / سنة



المشاركون الأميون:

شهدت القراءة الدقيقة لنموذج الموافقة على المشارك. وقد أتيحت الفرصة للمشارك لطرح الأسئلة وتمت الإجابة عليها بشكل مُرضي.

شاهدت أن المشارك منح الوقت الكافي ليقرر إذا كان يريد المشاركة في هذه الدراسة أم لا. شاهدت أن المشارك قد فهم أنه / أنها قد يتوقف عن المشاركة في هذا البحث في أي وقت يرغب فيه وأن قراره بشأن المشاركة أو عدم المشاركة لن يكون له أي تأثير إيجابي أو سلبي. أؤكد أن الشخص قد أعطى الموافقة بحرية.



بصمة المشارك

اسم الشاهد

توقيع الشاهد

التاريخ

يوم / شهر / سنة

بيان من قبل الباحث / الشخص الذي يأخذ الموافقة:

قرأت ورقة المعلومات بدقة على المشارك المحتمل ، وبقدر الإمكان تأكدت من فهم المشارك للغرض وعملية الدراسة.

أؤكد أنه تم منح المشارك فرصة لطرح الأسئلة حول الدراسة ، وأنه تم الإجابة على جميع الأسئلة التي طُرحت من قبل المشارك بشكل صحيح وعلى قدر استطاعتي. أؤكد أنه لم يتم إكراه الشخص على إعطاء الموافقة ، وتم منح الموافقة بحرية وبشكل طوعي.

تم تقديم نسخة من نموذج الموافقة هذا إلى المشارك.

اسم الباحث / الشخص الذي يأخذ الموافقة

توقيع الباحث / الشخص الذي يأخذ الموافقة

التاريخ

يوم / شهر / سنة

E. DEMOGRAFİK BİLGİ FORMU – TÜRKÇE

Demografik Bilgi Formu

Katılımcının;

- Katılımcı Numarası (ID): _____
- Cinsiyeti: 1 = Erkek
 2 = Kadın
- Yaşı: _____
- Doğum Yeri: _____
- Medeni Durumu: 1 = Bekar
 2 = Evli / Birlikte yaşıyor
 3 = Nişanlı
 4 = Boşanmış / Ayrı yaşıyor
 5 = Dul
- Eğer evliyseniz;
 - Evlendiğinizde kaç yaşındaydınız? _____
 - Evlenmeye rızanız var mıydı? Evlenmeyi istiyor muydunuz?
 1 = Evet 2 = Hayır
- Çocuğunuz var mı? 1 = Evet 2 = Hayır
- Çocuğunuz varsa;
 - Kaç çocuğunuz var? _____
 - Kaç yaşında anne oldunuz? _____
- Eğitim Durumu: 0 = Okuma yazmam yok, okula gitmedim
 1 = İlkokul ya da ortaokul
 2 = Lise
 3 = Üniversite veya lisansüstü

• Mesleği/İş Durumu:

- İltica etmeden önce çalışıyor muydunuz?
- Şu anda çalışıyor musunuz?

0 = İşsiz

1 = Çalışıyor , belirtiniz

2 = Kendi işinde çalışıyor

3 = Öğrenci

4 = Gönüllü

5 = Ev hanımı

6 = Diğer, belirtiniz _____

• Temel şikayetleriniz (birkaç kelimeyle):

• Daha önce psikoterapi ya da psikolojik danışmanlık aldınız mı?

1 = Evet 2 = Hayır

• Cevap evetse;

- Şikayetleriniz/rahatsızlığınız neydi?

- Şu anda psikolojik rahatsızlıklar için herhangi bir ilaç kullanıyor musunuz?

1 = Evet 2 = Hayır

• Ailenizde psikolojik rahatsızlık yaşamış olan ya da yaşayan kimse var mı?

1 = Evet 2 = Hayır

• Şu anki ekonomik durumunuzu nasıl değerlendiriyorsunuz?

Düşük gelir

Ortalama

Yüksek Gelir

1

2

3

4

5

- İltica öncesindeki ekonomik durumunuzu nasıl değerlendiriyorsunuz?

Düşük gelir Ortalama Yüksek Gelir

1 **2** **3** **4** **5**



F. DEMOGRAFİK BİLGİ FORMU – ARAPÇA

نموذج المعلومات السكانية

للمشارك:

رقم الهوية: _____
الجنس: 1 = ذكر
2 = أنثى

العمر: _____
مكان الميلاد: _____
الحالة الإجتماعية: 1 = أعزب
2 = متزوج / معايشرة
3 = خاطب
4 = مطلق / منفصل
5 = أرمل

إذا كنت متزوج/ متزوجة: _____
كم كان عمرك عندما تزوجت؟ _____
هل أردت الجواز؟ هل كانت عندك الموافقة التامة على زواجك؟ 1 = نعم 2 = لا

هل لديك أطفال؟ 1 = نعم 2 = لا
إذا كان لديك أطفال:

كم عدد الأطفال لديك؟ _____
كم كان عمرك عند إنجاب أول طفل؟ _____

الحالة التعليمية: 0 = أمي (غير متعلم)
1 = ابتدائي / إعدادي (متوسط)
2 = ثانوي
3 = جامعة وما فوق

الحالة المهنية:

هل كان لديك عمل قبل الهجرة؟
ما هي حالتكم المهنية الحالية؟
0 = عاطل عن العمل
1 = موظف, حدد _____
2 = عمل شخصي
3 = طالب
4 = متطوع
5 = ربة منزل
6 = غير ذلك, حدد _____

شكاويك الرئيسية (بكلمات قليلة): _____
هل سبق لك أن تلقيت أي نوع من العلاج النفسي أو التوجيه النفسي من قبل؟ 1 = نعم 2 = لا
إذا نعم:

ما كان لديك شكاويك / اضطرابتك؟
هل تستخدم أي دواء للمشاكل النفسية في الوقت الحالي 1 = نعم 2 = لا

هل يوجد أحد في عائلتك عانى/يعاني من اضطراب نفسي؟ 1 = نعم 2 = لا

كيف تقيم وضعك الاقتصادي الحالي؟
دخل قليل 1 2 3 4 5
دخل أكثر من المتوسط

كيف تقيم وضعك الاقتصادي السابق (قبل الهجرة)*؟
دخل قليل 1 2 3 4 5
دخل كثير

G. HOPKINS BELİRTİ TARAMA LİSTESİ – 25 (HSCL-25)

HSCL-25

لقد أشرت أنك تعاني من مشاكل نفسية مثل مشاعر الإحباط أو القلق. في الاستبيانات التالية سوف يتم سؤالك عن مشاعر الضيق النفسي، أحداث الحياة، واستخدام الرعاية الصحية. الاستبيانات المتبقية سوف تستغرق تقريباً 60 دقيقة من وقتك.

You have indicated that you experience psychological complaints such as feelings of depression or anxiety. In the following questionnaires you will be asked about feelings of psychological distress, life events and health care use. The remaining questionnaires will take approximately 60 minutes of your time.

ترد فيما يلي بعض الأعراض أو المشاكل التي قد يتعرض لها الإنسان في بعض الأحيان. رجاءاً اقرأ/ي كلاً منها بعناية وقرر/ي إلى أي حد أرهقتك هذه الأعراض أو عانيت منها في الأسبوع الأخير وحتى اليوم. ضع/ي علامة في المربع المناسب لكل فقرة من قائمة الأسئلة

Listed below are symptoms or problems that people sometimes have. Please read each one carefully and describe how much the symptoms bothered you or distressed you in the last week, including today. Place a check in the appropriate column.

بدرجة شديدة	الى حد ما	بعض الشيء	لا على الإطلاق		
Extremely	Quite a bit	A little	Not at all	Part 1: Anxiety symptoms	
4	3	2	1	الخوف المفاجئ بلا سبب Suddenly scared for no reason	1
4	3	2	1	الإحساس بالخوف Feeling fearful	2
4	3	2	1	الإحساس بالدوار والضعف Faintness, dizziness or weakness	3
4	3	2	1	توتر الأعصاب أو التهيج العصبي Nervousness or shakiness inside	4
4	3	2	1	خفقان القلب بشدة أو بسرعة خاطفة Heart pounding or racing	5
4	3	2	1	الإرتعاش Trembling	6
4	3	2	1	التوتر أو الحيرة Feeling tense or keyed up	7
4	3	2	1	الصداع Headaches	8
4	3	2	1	نوبات مفاجئة من الذعر والخوف Spell of terror or panic	9
4	3	2	1	عدم الإرتياح أو الإحساس بالإضطراب إلى التحرك المستمر Feeling restless or can't sit still	10
بدرجة شديدة	الى حد ما	بعض الشيء	لا على الإطلاق	Part 2: Depression symptoms	
Extremely	Quite a bit	A little	Not at all	الإحساس بالبطء في أداء كل الأعمال، ونقص الطاقة اللازمة للقيام بها	11

				Feeling low in energy, slowed down	
4	3	2	1	أتهم وألوم نفسي Blaming yourself for things	12
4	3	2	1	أبكي بسهولة Crying easily	13
4	3	2	1	ضعف الإهتمام والميل للجنس، أو فقدان الإستمتاع به Loss of sexual interest or pleasure	14
4	3	2	1	ضعف الشهية للطعام Poor appetite	15
4	3	2	1	الأرق وصعوبة النوم Difficulty falling asleep, staying asleep	16
4	3	2	1	اليأس من المستقبل Feeling hopeless about future	17
4	3	2	1	الحزن Feeling blue	18
4	3	2	1	الإحساس بالوحدة Feeling lonely	19
4	3	2	1	التفكير بوضع حد لحياتك Thought of ending your life	20
4	3	2	1	الإحساس وكأنك حبيس Feeling of being trapped or caught	21
4	3	2	1	زيادة القلق Worry too much about things	22
4	3	2	1	عدم الإهتمام بالأشياء المحيطة بك Feeling no interest in things	23
4	3	2	1	الإحساس بأن كل شيء متعب Feeling everything is an effort	24
4	3	2	1	الإحساس بأن لا قيمة/معنى للحياة Feeling of worthlessness	25

H. HARVARD TRAUMA ANKETİ (HTQ) – BİRİNCİ BÖLÜM

إرشادات:

نود أن نسألك عن معاناتك السابقة والأعراض التي تشكو منها حالياً. كما أن هذه المعلومات تساعدنا على تزويدك بعناية طبية أفضل. قد تجد بعض هذه الأسئلة مزعجاً أو محرجاً. فعند ذلك لك مطلق الحرية في عدم الإجابة. واطمن أن هذا لن يؤثر في برنامج علاجك. كما أن إجاباتك على هذه الأسئلة سوف تحفظ في سرية تامة.

Instructions:

We would like to ask you about your past history and present symptoms. This information will be used to help us provide you with better medical care. However, you may find some questions upsetting. If so, please feel free not to answer. This will certainly not affect your treatment. Your responses will be kept confidential.

الجزء الأول: الحوادث المؤلمة

PART I: TRAUMA EVENTS

نرجو أن تذكر إن كنت قد تعرضت لأي من الحوادث التالية (ضع علامة (√) في العمود المناسب تحت 'نعم' أو 'لا').

Please indicate whether you have experienced any of the following events (check "YES" or "NO" for each column).

	نعم/Yes	لا/No	نعم/Yes	لا/No
√1 هل تعرضت للاضطهاد بسبب عرقك، دينك أو مذهبك <i>Oppressed because of ethnicity, religion, or sect</i>				
√2 هل تم تفتيش دارك بحضورك بحثاً عن أشخاص أو أشياء <i>Present while someone searched for people or things in your home.</i>				
√3 هل <input type="checkbox"/> فتشت أنت <i>Searched</i>				
√4 هل تم نهب ممتلكاتك الشخصية أو مصادرتها أو تدميرها <i>Property looted, confiscated, or destroyed</i>				
√5 هل <input type="checkbox"/> فرض <input type="checkbox"/> عليك ترك مدينتك و السكن في منطقة أخرى تقل فيها الخدمات <i>Forced to leave your hometown and settle in a different part of the country with minimal services</i>				
√6 هل <input type="checkbox"/> سجنت <i>Imprisoned</i>				
√7 هل عانيت من عدم إمكانية الحصول على الرعاية الطبية أو الدواء خلال مرضك <i>Suffered ill health without access to medical care or medicine</i>				

٨/8	هل عانيت من عدم وجود الطعام أو الماء الصافي <i>Suffered from lack of food or clean water</i>			
٩/9	هل اضطرت على الهرب من وطنك <i>Forced to flee your country</i>			
١٠/10	هل فرضت عليك الهجرة من وطنك بناءً على أصل أجدادك، دينك أو مذهبك <i>Expelled from country based on ancestral origin, religion, or sect</i>			
١١/11	هل لم يكن لديك مأوى <i>Lacked shelter</i>			
١٢/12	هل شاهدت انتهاك حرمة أو تدمير العتبات المقدسة أو المراكز التعليمية الخاصة بدينك أو مذهبك <i>Witnessed the desecration or destruction of religious shrines or places of religious instruction</i>			
١٣/13	هل شاهدت اعتقال أو تعذيب أو اعدام شخصيات مهمة من عشيرتك، دينك أو طائفتك <i>Witnessed the arrest, torture, or execution of religious leaders or important members of tribe</i>			
١٤/14	هل شاهدت إعداماً جماعياً للمدنيين <i>Witnessed mass execution of civilians</i>			
١٥/15	هل شاهدت قصف أو إحراق أو تدمير الأماكن السكنية أو الأهوار <i>Witnessed shelling, burning, or razing of residential areas or marshlands</i>			
١٦/16	هل شاهدت هجمات كيميائية على المناطق السكنية أو الأهوار <i>Witnessed chemical attacks on residential areas or marshlands</i>			
١٧/17	هل تعرضت لميدان الحرب (انفجارات، قصف مدفعي، رمي الأسلحة) أو الألغام <i>Exposed to combat situation (explosions, artillery fire, shelling) or landmine.</i>			
١٨/18	هل أصبت إصابة جسمية خطيرة بسبب التعرض لميدان الحرب والألغام <i>Serious physical injury from combat situation or landmine</i>			
١٩/19	هل استخدمت كدرع بشري <i>Used as a human shield</i>			
٢٠/20	هل أصيب أحد أفراد عائلتك أو أصدقائك إصابة جسمية خطيرة بسبب التعرض لجو الحرب أو الألغام <i>Serious physical injury of family member or friend from combat situation or landmine</i>			
٢١/21	هل شاهدت جثثاً متفنة <i>Witnessed rotting corpses</i>			
٢٢/22	هل أُجبرت على البقاء في الدار بسبب الفوضى والعنف في الخارج <i>Confined to home because of chaos and violence outside</i>			
٢٣/23	هل شاهدت شخصاً ما يتعرض للأذى الجسدي (الضرب، الطعن... إلخ) <i>Witnessed someone being physically harmed (beating, knifing, etc.)</i>			
٢٤/24	هل شاهدت عملية الإساءة الجنسية أو الاغتصاب <i>Witnessed sexual abuse or rape</i>			
٢٥/25	هل شاهدت حالة تعذيب <i>Witnessed torture</i>			
٢٦/26	هل شاهدت حالة قتل <i>Witnessed murder</i>			

٢٧/27	هل <input type="checkbox"/> أجبرت على الإبلاغ عن شخص آخر مما عرضه لخطر الإصابة أو الموت <i>Forced to inform on someone placing them at risk of injury or death</i>			
٢٨/28	هل <input type="checkbox"/> أجبرت على تدمير ممتلكات شخص آخر <i>Forced to destroy someone's property</i>			
٢٩/29	هل <input type="checkbox"/> أجبرت على إلحاق الأذى الجسدي (الضرب، الطعن... إلخ) بشخص ما <i>Forced to physically harm someone (beating, knifing, etc.)</i>			
٣٠/30	هل <input type="checkbox"/> قُتل أحد من أفراد عائلتك (طفلك، زوجك... إلخ) أو مات نتيجة العنف <i>Murder or violent death of family member (child, spouse, etc.)</i>			
٣١/31	هل <input type="checkbox"/> قُتل صديقك أو مات نتيجة العنف <i>Murder or violent death of friend</i>			
٣٢/32	هل <input type="checkbox"/> أجبرت على دفع قيمة الطلقة المستخدمة لقتل أحد أفراد عائلتك (طفلك، زوجك... إلخ) <i>Forced to pay for bullet used to kill family member (child, spouse, etc.)</i>			
٣٣/33	استلمت جثة أحد أفراد عائلتك (طفلك، زوجك... إلخ)، ومنعت من البكاء وإقامة مراسم هل النفن عليه <i>Received the body of a family member (child, spouse, etc.) and prohibited from mourning them and performing burial rites</i>			
٣٤/34	هل اختفى أحد أفراد عائلتك (طفلك، زوجك... إلخ) <i>Disappearance of a family member (child, spouse, etc.)</i>			
٣٥/35	هل اختفى صديقك <i>Disappearance of a friend</i>			
٣٦/36	هل اختطف أحد أفراد عائلتك (طفلك، زوجك... إلخ) أو أخذ كرهينة <i>family member (child, spouse, etc.) kidnapped or taken as a hostage</i>			
٣٧/37	هل اختطف صديقك أو أخذ كرهينة <i>friend kidnapped or taken as a hostage</i>			
٣٨/38	هل بلغ أحدك مما عرضك وعائلتك لخطر الإصابة أو الموت <i>Someone informed on you placing you and your family at risk of injury or death.</i>			
٣٩/39	هل تعرضت للأذى الجسدي (الضرب، الطعن... إلخ) <i>Physically harmed (beaten, knifed, etc.)</i>			
٤٠/40	هل <input type="checkbox"/> اختطفك أو <input type="checkbox"/> أخذت كرهينة <i>Kidnapped or taken as a hostage</i>			
٤١/41	هل تعرضت للإساءة الجنسية أو اغتصب <i>Sexually abused or raped (i.e., forced sexual activity)</i>			
٤٢/42	تم تعذيبك (بمعنى أثناء وجودك في الأسر تعرضت إلى المعاناة النفسية أو الجسدية بشكل متعمد ومنظم) <i>Tortured (i.e., while in captivity you received deliberate and systematic infliction of physical and/or mental suffering)</i>			
٤٣/43	نرجو أن تحدد أي مواقف أخرى مخيفة أو شعرت عندها بأن حياتك معرضة للخطر <i>Please specify any other situation that was very frightening or in which you felt your life was in danger:</i>			

I. HARVARD TRAUMA ANKETİ (HTQ) – DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

الجزء الرابع: أعراض الشدة □

PART IV: TRAUMA SYMPTOMS

إن الأعراض التالية هي أعراض يشعر بها أحيانا □ الأشخاص الذين تعرضوا لحوادث مؤلمة أو مفزعة في حياتهم. الرجاء قراءة كل بند بدقة، وتحديد مدى معاناتك من هذه الأعراض خلال الأسبوع المنصرم.

The following are symptoms that people sometimes have after experiencing hurtful or terrifying events in their lives. Please read each one carefully and decide how much the symptoms bothered you in the past week.

	(١/1) لا أبدا Not at all	(٢/2) قليلا A little	(٣/3) إلى حد كثير Quite a bit	(٤/4) بشدة Extremely
١/1 هل تعاودك الذكريات والأفكار لأكثر الحوادث ألما □ أو فزعاً □ Recurrent thoughts or memories of the most hurtful or terrifying events				
٢/2 هل تشعر و كأنك تعيش الحادثة مرة أخرى Feeling as though the event is happening again				
٣/3 هل تأتيك كوابيس (أحلام مخيفة) متكررة Recurrent nightmares				
٤/4 هل تشعر بالانفصال أو الانعزال عن الناس Feeling detached or withdrawn from people				
٥/5 هل تجد نفسك غير قادر على الإحساس بالعواطف Unable to feel emotions				
٦/6 هل تجد نفسك سريع الجفلان أو الاستثارة Feeling jumpy, easily startled				
٧/7 هل تجد صعوبة في تركيز أفكارك Difficulty concentrating				
٨/8 هل تجد صعوبة في النوم Trouble sleeping				
٩/9 هل تجد نفسك متوجسا □ أو على حذر Feeling on guard				
١٠/ 10 هل تجد نفسك سريع الانفعال أو تتناوبك سورات من الغضب Feeling irritable or having outbursts of anger				
١١/ 11 هل تتجنب الأعمال التي تذكرك بالحادثة المؤلمة Avoiding activities that remind you of the hurtful event				
١٢/ 12 هل تجد نفسك غير قادر على تذكر بعض الحوادث التي سببت لك ألد الألم Inability to remember parts of the most hurtful events				
١٣/ 13 هل تجد نفسك أقل اهتماما □ بالأعمال اليومية Less interest in daily activities				

١٤/ 14	هل تشعر وكأنه لا مستقبل لك <i>Feeling as if you don't have a future</i>				
١٥/ 15	هل تتجنب الأفكار أو المشاعر المرتبطة بالحوادث المؤلمة <i>Avoiding thoughts or feelings associated with the hurtful events</i>				
١٦/ 16	هل تشعر برد فعل جسدي أو عاطفي عند تذكيرك بالحوادث المؤلمة <i>Sudden emotional or physical reaction when reminded of the most hurtful events</i>				
١٧/ 17	هل تشعر بضعف الذاكرة <i>Poor memory</i>				
١٨/ 18	هل تشعر بالإنهاك أو التعب الشديد <i>Feeling exhausted</i>				
١٩/ 19	هل تعاني من آلام أو مشاكل جسدية <i>Troubled by bodily pain or physical problems</i>				
٢٠/ 20	هل تشعر أن مهاراتك الآن هي أقل مما كانت سابقاً <i>Feeling that you have less skills than you did before.</i>				
٢١/ 21	هل تجد صعوبة في الانتباه <i>Difficulty paying attention</i>				
٢٢/ 22	هل تجد نفسك غير قادر على اتخاذ أي قرار في حياتك اليومية <i>Feeling unable to make daily plans</i>				
٢٣/ 23	هل تجد صعوبة في مواجهة المواقف الجديدة <i>Having difficulty dealing with new situations</i>				
٢٤/ 24	هل تشعر أنك الشخص الوحيد الذي عانى من هذه الحوادث <i>Feeling that you are the only one who suffered these events</i>				
٢٥/ 25	هل تشعر أن الآخرين غير قادرين على فهم ما جرى لك <i>Feeling that others don't understand what happened to you</i>				
٢٦/ 26	هل تشعر بالذنب لأنك نجوت و ما زلت على قيد الحياة <i>Feeling guilty for having survived</i>				
٢٧/ 27	هل تلوم نفسك لما حدث <i>Blaming yourself for things that have happened</i>				
٢٨/ 28	هل تتساءل لماذا قدر الله لك أن تواجه مثل هذه الحوادث <i>Spending time thinking why God is making you go through such events</i>				
٢٩/ 29	هل تشعر بالحاجة إلى الانتقام <i>Feeling a need for revenge</i>				
٣٠/ 30	هل تشعر أن الآخرين عدائيون تجاهك <i>Feeling others are hostile to you</i>				
٣١/ 31	هل تشعر أن الشخص الذي وثقت به قد خانتك <i>Feeling that someone you trusted betrayed you</i>				
٣٢/ 32	هل تشعر بعدم الثقة بالآخرين <i>Feeling no trust in others</i>				
٣٣/ 33	هل تشعر أن ليس هناك من أحد تعتمد عليه إلا الله <i>Feeling that you have no one to rely upon but god</i>				

٣٤/ 3٤	هل فقدت الأمل <i>Hopelessness</i>				
٣٥/ 3٥	هل تشعر أنك عاجز عن مساعدة الآخرين <i>Feeling powerless to help others</i>				
٣٦/ 3٦	هل تشعر بالعار بسبب الحوادث المؤلمة التي تعرضت لها <i>Feeling ashamed of the hurtful or traumatic events that have happened to you</i>				
٣٧/ 3٧	هل تشعر بالأهانة بسبب ما جرى لك <i>Feeling humiliated by your experience</i>				
٣٨/ 3٨	هل تشعر أنك تجلب السوء على نفسك أو عائلتك <i>Feeling that you are a jinx to yourself and your family</i>				
٣٩/ 3٩	هل اكتشفت بنفسك أو أخبرك أحد أنك قمت بعمل لا تستطيع أن تتذكره <i>Finding out or being told by other people that you have done something that you can't remember</i>				
٤٠/ 40	هل تشعر أنك انقسمت إلى شخصين، وأن أحدهما يراقب ما يفعله الآخر <i>Feeling as though you are split into two people and one of you is watching what the other is doing</i>				
٤١/ 4١	هل أنت ضايح <i>Dayeg (ruminations, poor concentration, lack of initiative, boredom, sleep problems, tiredness, and somatic complaints)</i>				
٤٢/ 4٢	هل قلبك مقبوض <i>Qalbak maqboud (sensation of the heart being squeezed)</i>				
٤٣/ 4٣	هل أنت عصبي <i>Asabi (irritability, nervousness, lack of patience, and anger outbursts)</i>				
٤٤/ 4٤	هل تشعر بضيق النفس وكأنك على وشك الاختناق <i>Nafsak deeyega and makhnoug (feeling of tightness in the chest and a choking sensation)</i>				
٤٥/ 4٥	هل نفسيتك تعبانة <i>Nafseetak ta'bana (tired soul)</i>				

J. İLTİCA SONRASI YAŞAM ZORLUKLARI ÖLÇEĞİ (PMLD)

Post Migration Living Difficulties

هنا في الاسفل قائمه بالصعوبات التي يعيشها اللاجئين احيانا في هولندا. هل عشت هذه المشاكل خلال الاشهر 12 الاخير من اقامتك في المجتمع [الهولندي]؟

Below is a list of living difficulties that refugees who have arrived in [host country] sometimes experience. In the past 12 months, while living in the [host society] community, have any of the difficulties listed below been a problem for you?

نعم كان يشكل مشكلةً أساسية جداً A very serious problem	نعم كان يشكل مشكلةً أساسية A serious problem	نعم كان يشكل نوعاً ما مشكلةً أساسية Moderately serious problem	نعم كان يشكل مشكلةً صغيرة A small problem	لا لم يكن يشكل مشكلةً لم يحدث Was not a problem / did not happen		
4	3	2	1	0	صعوبات بالتفاهم مع الآخرين Communication difficulties	1
4	3	2	1	0	التمييز في المعاملة Discrimination	2
4	3	2	1	0	خلافات مع نفس المجموعه التي ينتمي إليها او مع مجموعه اخرى [في هولندا] Conflicts with your own/other ethnic groups in [the Netherlands]	3
4	3	2	1	0	البعد عن عائلتك / الانفصال عن الأسرة Separation from family	4
4	3	2	1	0	القلق على أفراد عائلتك أو أسرتك الذين ما زالوا في وطنك Worries about family back at home	5
4	3	2	1	0	عدم إمكانية العودة إلى وطنك عند الضرورة Unable to return home in emergency	6
4	3	2	1	0	الصعوبات المتعلقة بالعمل أو الخدمة (الحصول على رخصة عمل، الحصول على عمل، سوء ظروف العمل... الخ) Difficulties with employment (being permitted to work, finding work, bad working conditions, etc.)	7
4	3	2	1	0	الصعوبات في مقابلات التحقيق مع موظفي سلطات شؤون اللجوء والهجرة Difficulties in interviews with immigration officials	8
4	3	2	1	0	الخلافات مع موظفي الخدمة الإجتماعية أو جهات إجتماعية أخرى	9

					Conflicts with social workers/other authorities	
4	3	2	1	0	عدم الاعتراف الرسمي بك كلاجئ Not being recognized as a refugee	10
4	3	2	1	0	الخوف من ترحيلك أو إعادتك إلى وطنك الأصلي في المستقبل Being fearful of being sent back to your country of origin in the future	11
4	3	2	1	0	القلق من عدم الحصول على المعالجة الطبية لمشاكلك الصحية Worries about not getting access to treatment for health problems	12
4	3	2	1	0	عدم كفاية المال أو النقود لشراء الطعام ودفع الإيجار أو شراء الملابس اللازمة Not enough money to buy food, pay the rent or buy necessary clothes	13
4	3	2	1	0	الصعوبات في الحصول على المساعدة المالية Difficulties obtaining financial assistance	14
4	3	2	1	0	الشعور بالوحدة والملل أو العزلة Loneliness, boredom or isolations	15
4	3	2	1	0	الصعوبة في تعلم اللغة [الهولندية] Difficulties in learning the [host country's language] language	16
4	3	2	1	0	الصعوبة في الحصول على السكن المناسب Difficulties obtaining appropriate accommodation	17

K. ZİHİNSEL KAPASİTE DEĞERLENDİRME FORMU – TÜRKÇE

Zihinsel Kapasite Değerlendirme Formu

Aşağıdaki sorular, görüşmecinin katılımcının davranışlarını ve tepkilerini incelemesi yoluyla cevaplandırılmalı; sorular katılımcıya sorulmamalıdır.

Görüşmeci her bir maddeyi tek tek değerlendirmeli; her maddenin yanına 'Evet' cevabı için +, 'Hayır' cevabı için x işareti koymalıdır.

Katılımcı,

- Alkol ya da madde etkisinde mi?
- Sorduğunuz soruları anlayabiliyor mu?
- Talimatları ve anlattıklarınızı takip edebiliyor mu?
- Araştırmanın genel çerçevesini ve amacını anlayabiliyor mu?
- Araştırma sürecinde neler yapması gerektiğini anlayabiliyor mu?
- Değerlendirme sürecinde olup bitenleri anlayabiliyor ve takip edebiliyor mu?
- Sorularını ve kararını dile getirmekte zorlanıyor mu? (Çekingenlik ya da aksan farklılıkları olmamasına rağmen)
- Tepkileri ve cevapları tuhaf ve alışılmadık mı? (Uzun uzun boşluğa bakma, kelimeler uydurma, kendi kendine konuşma, inanılması güç şeyler anlatma, vb.)
- Genel olarak gerçeklikle bağı kopmuş gibi görünüyor mu? (Bulunduğu ortamı, kendisini ya da görüşmeciyi tanıyamama)
- Sanrılar ya da halüsinasyonlar yaşadığına dair bir emare var mı?

L. ZİHİNSEL KAPASİTE DEĞERLENDİRME FORMU - ARAPÇA

نموذج تقييم القدرات العقلية

يجب الإجابة على الأسئلة التالية من قبل القائم بإجراء المقابلة عند فحص سلوك المشاركين وردود أفعالهم ؛ لا ينبغي طرح الأسئلة على المشارك. يجب على القائم بإجراء المقابلة تقييم كل بند على حدة ؛ يجب وضع + لـ "نعم" و x علامة لـ "لا"

المشاركين:

- هل هو تحت تأثير الكحول أو المادة؟
- هل يمكنه فهم الأسئلة التي تطرحها؟
- هل لديها القدرة على اتباع التعليمات وما تقوله؟
- هل يستطيع فهم الإطار العام والغرض من البحث؟
- هل يستطيع أن يفهم ماذا يجب عليه أن يفعل خلال عملية البحث؟
- هل لديها القدرة على فهم ومتابعة ما يحدث أثناء عملية التقييم؟
- هل يواجه صعوبة في طرح الأسئلة وبيان قراراته؟ (رغم عدم وجود فروق في اللهجة أو هناك خجل)
- هل أجوبته وردوده غريبة وغير عادية؟ (مثل، تنظر إلى الفراغ فترة طويلة ، تخترع كلمات، تتحدث مع نفسه ، تخبر أشياء يصعب تصديقها ، إلخ.)
- هل يبدو أنه منقطع بشكل عام عن الواقع؟ (عدم القدرة على التعرف على بيئته / محاورها أو نفسه / نفسها)
- هل هناك أي إشارة إلى الوهم أو الهلوسة ؟