T.C.
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

HEMŞİRELİK YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

AİLE SAĞLIĞI MERKEZİNE BAŞVURAN GÖÇMEN KADINLARDA RUHSAL BELİRTİLERİN İNCELENMESİ

Ayşe Sakine ARLI

Tez Danışmanı
Dr. Öğr. Üyesi ELÇİN BABAOĞLU

İSTANBUL-2023

T.C.

ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

HEMŞİRELİK YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

AİLE SAĞLIĞI MERKEZİNE BAŞVURAN GÖÇMEN KADINLARDA RUHSAL BELİRTİLERİN İNCELENMESİ

Ayşe Sakine ARLI

Tez Danışmanı
Dr. Öğr. Üyesi ELÇİN BABAOĞLU

İSTANBUL-2023

ÖZET

AİLE SAĞLIĞI MERKEZİNE BAŞVURAN GÖÇMEN KADINLARDA RUHSAL BELİRTİLERİN İNCELENMESİ

Göç süreci ve göç edilen ülkedeki çevresel ve sosyal destek değişimleri nedeniyle göçmenler ruhsal sağlıklarını sürdürme açısından riskli durumdadır. Özellikle kadınlar doğaları gereği ve ailenin bütünlüğünü korumadaki toplumsal cinsiyet rolleri gereği erkeklere oranla ruhsal sorunlar açısından daha riskli bir durumda bulunmaktadırlar. Hemşireler bireylerin sağlığının geliştirilmesinde, riskleri belirleyip sağlıklarını koruma açısında önemli rollere sahiptir. Psikiyatri hemşireliğinde ruhsal hastalıklar açısından riskli grupları belirlemekle, riskler karşısında güçlendirmek ve desteklemek koruyucu ruh sağlığı çalışmalarında önemli yere sahiptir. Bu sebeple bu araştırmanın göçmen kadınların ruhsal sağlıklarını değerlendirme, olası sorunlarda önlem alma ve güçlendirme açısından teorik ve klinik uygulamaya ışık tutacağı öngörülmektedir. Bu araştırma, İstanbul'da bir aile sağlığı merkezine başvuran göçmen kadınların ruhsal belirti düzeylerini belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

Göçmen kadın tanımlayıcı bilgi formu ilgili literatür taranarak araştırıcı tarafından hazırlanmış olup toplam 30 maddeden oluşmaktadır. Formda yer alan sosyo-demografik ve göç sürecine dair veri değişkenleri araştırmanın bağımsız değişkenlerini oluşturmuştur. SCL-90-R Ruhsal belirti tarama listesi 300 göçmen kadına uygulanmış olup bu listeden elde edilen veriler araştırmanın bağımlı değişkenini oluşturmaktadır. Veri analizi, SPSS 26.0 paket programında gerçekleştirilmiştir. Analizde demografik özelliklere ilişkin tanımlayıcı istatistikler ile SCL-90-R ortalama puanları kullanılmıştır.

Ruhsal belirtilerin her birinin ortalama puanları incelendiğinde, en yüksek ortalamaya sahip bozukluk kişiler arası duyarlılık, depresyon ve somatizasyon iken en düşük ortalamaya sahip bozukluk kaygı ve psikotizmdir. Göçmen kadınların göç süresi, çocuk sayısı arttıkça kişiler arası duyarlılık artarken, eğitim durumu ve göç kararına katılma durumu arttıkça kişiler arası duyarlılık azalmaktadır. Göçmen kadınların göç sonrası algılanan sağlık durumu, Türkçe yeterliliği olan ve genç yaştaki kadınlarda

psikotizm artarken, çocuk sayısı az olan ve çekirdek aileye sahip kadınlarda psikotizm azalmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Göç, Kadınlar, Ruhsal Belirti, Psikiyatri Hemşireliği.

ABSTRACT

EXAMINATION OF MENTAL SYMPTOMS IN MIGRANT WOMEN APPLYING TO THE FAMILY HEALTH CENTER

Due to the migration process and the changes in environmental and social support in the country of migration, migrants are at risk in terms of maintaining their mental health. In particular, women are in a more risky situation in terms of mental problems than men due to their nature and gender roles in protecting the integrity of the family. Nurses have important roles in improving the health of individuals, identifying risks and protecting their health. In psychiatric nursing, identifying risky groups in terms of mental illnesses, strengthening and supporting them against risks has an important place in preventive mental health studies. For this reason, it is foreseen that this research will shed light on theoretical and clinical application in terms of evaluating the mental health of migrant women, taking precautions and strengthening possible problems. This research is conducted descriptively in order to determine the mental symptom levels of migrant women who apply to a family health center in Istanbul.

The immigrant woman descriptive information form was prepared by the researcher by reviewing the relevant literature and consists of a total of 30 items. The socio-demographic data and variables on the migration process in the form constituted the independent variables of the research. The SCL-90-R Mental symptom screening list was developed by 300 people and the data obtained from this list constitute the dependent variable of the research. Data analysis was performed in Statistical Package For Social Science (SPSS) 26 package program. Descriptive statistics on demographic characteristics and SCL-90-R average scores were used in the analysis.

When the mean scores of each of the mental symptoms are examined, the disorders with the highest mean are interpersonal sensitivity, depression and somatization, while the disorders with the lowest mean are anxiety and psychoticism. As the duration of migration and number of children increase, interpersonal sensitivity increases, while interpersonal sensitivity decreases as education level and participation in migration decision increase. While the perceived health status of immigrant women after migration

and psychoticism increase in young women with Turkish proficiency, psychoticism decreases in women with a small number of children and a nuclear family.

Keywords: Migration, Women, Psychiatric Symptoms, Psychiatric Nursing.

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim boyunca samimiyeti ve anlayışıyla motivasyonumu arttıran, bilgi ve tecrübelerini benimle paylaşan ve desteklerini hiçbir zaman esirgemeyen kıymetli tez danışman hocam Elçin Babaoğlu'na,

Eğitim hayatım boyunca bilgi ve tecrübelerini benimle paylaşan, mesleki gelişimime katkı sağlayan kıymetli hocalarıma,

Hayatımın her anında koşulsuz yanımda olan, sevgi, şefkat ve desteklerini her zaman hissettiğim, bugünlere gelmemde en büyük katkıları olan ve evlatları olmaktan daima gurur duyduğum güzel aileme,

Moral ve enerji kaynağım olan, bana inanan, yüzümü güldüren ve motivasyonumu arttıran canım arkadaşlarıma,

Çalışmama gönüllü olarak katılmayı kabul eden, çalışmamın gerçekleştirilmesinde büyük yardımları olan ve bilime katkı sağlayan tüm katılımcılara,

Bu zorlu süreçte inancımı yitirmediğim, düşssem de, üzülsem de kedimden ve isteklerimden vazgeçmediğim için biricik kendime,

Yüksek lisans eğitim hayatım süresince, bana destek olan herkese sonsuz teşekkürlerimi sunuyorum.

Ayşe Sakine ARLI

BEYAN FORMU

Bu çalışmadaki bütün bilgi ve belgeleri akademik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi, görsel, işitsel ve yazılı tüm bilgi ve sonuçları bilimsel ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu, kullandığım verilerde herhangi bir tahrifat yapmadığımı, yararlandığım kaynaklara bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunduğumu, tezimin kaynak gösterilen durumlar dışında özgün olduğunu, tarafımdan üretildiğini ve Üsküdar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Kılavuzuna göre yazıldığını beyan ederim.

13/ 04/ 2023

Ayşe Sakine ARLI

İÇİNDEKİLER

ÖZET ..... **i**

ABSTRACT ..... **iii**

TEŞEKKÜR ..... **v**

İÇİNDEKİLER ..... **vii**

TABLOLAR DİZİNİ ..... **x**

ŞEKİLLER DİZİNİ ..... **xi**

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ ..... **xii**

1.GİRİŞ……1

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi 1

1.2. Araştırmanın Amacı 4

1.2.1 Alt sorular 4

2.GENEL BİLGİLER **5**

2.1. Göç Tanımı 5

2.2. Göçmen, Mülteci ve Sığınmacı Tanımları 6

2.3. Türkiye'de ve Dünya'da Göç Olgusu 6

2.4. Göç Çeşitleri (Gönüllü ve Zorunlu Göç) 10

2.5. Göç Süreci (Göç Öncesi, Göç Sırası Ve Göç Sonrası) 13

2.6. Göç ve Sağlık 16

2.7. Göç ve Ruh Sağlığı 17

2.7.1.Uyarlanmış göç ve ruh sağlığı modeli 19

2.7.2.Göçmen kadınların ruh sağlığı boyutları 20

2.7.2.1.Kültürel düzeyler……..……...……...…24

2.7.2.2.Sosyal düzeyler……25

2.7.2.3.Toplum ve sağlık sistemleri düzeyleri…….26

2.8. Göçmenlerin Sorunlarına Müdahaleler..... 25

2.9. Göçmen Kadınların Ruh Sağlığına Yönelik Disiplinler Arası Müdahaleler 26

2.9.1.Klinik ortamda müdahaleler 26

2.9.2.Toplum temelli müdahaleler..... 27

2.9.3.Grup bazlı müdahaleler..... 28

2.10.Göçmen Kadınların Ruh Sağlığına Yönelik Psikiyatri Hemşireliği Müdahaleleri. 28

3.GEREÇ VE YÖNTEM..... 33

3.1. Araştırmanın Tipi..... 33

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı 33

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi..... 33

3.3.1.Araştırmaya dahil edilme kriterleri 34

3.4. Veri Toplama Araçları..... 34

3.4.1.Göçmen kadın tanımlayıcı bilgi formu 34

3.4.2.SCL-90-R ruhsal belirti tarama listesi..... 35

3.4.3.İstatistiksel analizler..... 36

4.BULGULAR..... 37

4.1. Göçmen Kadınların Tanımlayıcı Özellikleri 37

4.2. Göçmen Kadınların Sosyo-Demografik Özellikleri ve Sosyo-Demografik Özelliklere İlişkin Fark Testleri..... 43

5.TARTIŞMA..... 55

6.SONUÇ VE ÖNERİLER..... 64

6.1. Sonuçlar..... 64

6.2. Öneriler..... 66

KAYNAKLAR 69

EKLER 78

EK 1. GÖÇMEN KADIN TANILAYICI BİLGİ FORMU..... 78

Ek 2. SCL-90-R RUHSAL BELİRTİ TARAMA TESTİ..... 81

Ek 3. ETİK KURUL KARARI..... 84

TABLOLAR DİZİNİ

Sayfa

Tablo 1: Göçmen kadınların tanımlayıcı özellikleri …….....38

Tablo 2: Ruhsal belirti puan ortalamaları……...42

Tablo 3: SCL90-R ruhsal belirti tarama testi alt ölçek puanları…….43

Tablo 4: SCL-90 R ruhsal belirti tarama testi puan ortalamalarının göçmen kadınların tanımlayıcı özelliklerine göre dağılımı…….....44

ŞEKİLLER DİZİNİ

Sayfa

Şekil 1: Kadın göçmenlerin ruh sağlığının sosyal belirleyicileri……22

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

TÜİK: Türkiye İstatistik Kurumu

UNHCR: Birleşmiş Milletler Mülteciler Yüksek Komiserliği

HUKSAM: Kadın Sorunları Uygulama ve Araştırma Merkezi

TSSB: Travma Sonrası Stres Bozukluğu

UNRWA: Birleşmiş Milletler Filistinli Mültecilere Yardım ve Çalışma Ajansı

1. GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Göç kavramı en geniş anlamıyla "insan hareketliliği" şeklinde tanımlanır; ancak sadece fiziki bir yer değiştirmeyi değil sosyo-ekonomik ve kültürel bir yapıdan diğerine geçmeyi de ifade eder (Dünya göç raporu, 2020). Bir yerden başka bir yere taşınmak olarak göç, göç eylemini gerçekleştiren kişi ya da kişiler de göçmen olarak anılır (Ayverdi, 2011, Bartam, 2017, Aktel ve Kaygısız 2018). Yer değiştirme, ülke içinde olabileceği gibi ülkeler arasında da olur. Ülke içinde yapılan yer değiştirme 6 aydan uzun sürerse iç göç, ülkeler arası 6 aydan uzun süren yer değiştirme yapılırsa dış göç olarak adlandırılır. Çeşitli nedenlerle insanlar yüzyıllardır göç yaşamışlar sürgün edilmişler ya da ekonomik siyasi, etnik gibi nedenlerden dolayı kendi ülkesinden kaçarak başka ülkelere sığınmak zorunda kalmışlardır. Uluslararası Göç Örgütü'ne (2019) göre sığınma, bir devlet ulusal ya da uluslarası düzeyde ülkesine sığınan kişiye geri göndermeme ilkesi kapsamında verdiği koruma türüdür. Göçmen, kendi ülkesinde (vatandaşı olduğu ülkede) zulüm göreceği gibi haklı gerekçelerle ülkesinden ayrılmak zorunda kalan ve sığınma talebi kabul görmüş kişilerdir (Uluslararası Göç Örgütü, 2013). Göç hareketi tamamlansa bile ülkede kalan insanlar işverenler ve ev sahipleri tarafından sömürü riski altındadır. Göçmenler, tutuklama ve sınır dışı edilme korkusuyla hak arama talebinde zayıftırlar. Bu insanlar sağlık hizmeti gibi kamu hizmetlerinden dahi hak sahibi oldukları oranda yararlanamazlar (Bauman, 2018, Jaceviciute ve Kuralay, 2020). Günümüzde yaklaşık 232 milyon insan yaşadıkları göç deneyimi sonrasında kendi ülkesi dışında yaşamaktadır. Göçmen nüfustaki değişime bakıldığında 1995'te 174 milyon olan uluslararası göçmen nüfusu, 2019 yılında 272 milyona ulaşmıştır (Dünya göç raporu, 2020).

Göç süreci, kültürel özellikler ve ruh sağlığı ilişkisi göç süreci, çeşitli olayları ve belirli aşamaları içeren, bireysel ve sosyal faktörlerden etkilenen ve uzun bir süreyi içine alan karmaşık bir süreç özelliği taşımaktadır. Göç öncesi hazırlık eksikliği, yeni çevreye uyum zorlukları, yerel sistemin karmaşıklığı, dil zorlukları, kültürel farklılıklar ve olumsuz deneyimler göçmenlere bu süreçte sıkıntı yaratmakta ve göç edenler kendi yaşamları ile alakalı çoğu şeyi yeniden inşa etmek zorundadırlar (Virupaksha ve ark. , 2014, Adıgüzel, 2016).

Göçmenlerin genellikle duygusal acıya bağladıkları bağlamsal faktörleri, yani göç öncesi stres etkenleri, tehlikeli sınır geçişleri, belgesiz vatandaşlık statüsü, alıkoyma ve sınır dışı edilme, aileden ayrılık ve aşırı yoksulluk gibi faktörler belirtilmektedir. Daha sonra bu faktörlerle ilgili stres, yalnızlık, korku, üzüntü ve travmalar ortaya çıkarmaktadır (Solgun ve Durat, 2017, Adıgüzel, 2018).

Türkiye İstatistik Kurumu'nun (TÜİK) verilerine göre Türkiye'nin 2020 nüfusu 1 milyon 151 bin 115 kişi artarak 83 milyon 154 bin 997 kişiye yükseldi (TÜİK, 2021). Birleşmiş Milletler Mülteciler Yüksek Komiserliği (UNHCR) verilerine göre Türkiye'de yaklaşık 4 milyon göçmen, 3.6 milyon geçici koruma kapsamında göçmen ve 330.000'e yakın kayıtlı göçmen ve diğer milletlerden sığınmacı yaşamaktadır. Son istatistikler göstermektedir ki göç, nüfusa paralel bir şekilde artış göstermektedir ve göç edenlerin yaklaşık %70,9'unu kadın ve çocuklar oluşturmaktadır (UNHCR, 2022).

Göç eden kadınların birçoğu da yaşadıkları bu köklü değişim yüzünden kronik strese maruz kalmaktadırlar. Bu stresli göç ortamına sürekli maruz kalmak sağlığı bozan bir etkendir (Mcdonough ve ark. 2012, Lanzara, Scipioni ve Conti, 2019, Kaya, 2019). Bunun yanında fizyolojik açıdan kadınlarda prolaktin düzeyi ve strese karşı kortikotropin salgılatıcı hormon yanıtıda daha yüksektir (Young ve Korzsun, 1999). Östrojen ve progesteron hormonunun stres yanıtını artırması kadınlarda stresle bağlantılı ruhsal belirtilerin ve bozuklukların daha sık gözükmesini açıklayabilecek nedenlerden biri olabilir (HUKSAM, 2020). Göçün özellikle çocuklar, gençler ve kadınlar gibi risk gruplarına daha yoğun etkide bulunduğu göz önüne alındığında, annelik rolü ile çocuk ve gençlerin sağlığını doğrudan etkileyebilecek olan kadınların bu gruplar içerisinde öncelikli ele alınması gerekmektedir (Stegemann, 2005, Akdeniz, 2013, Kara, P. ve Nazik, E. 2018, Özen, 2018).

Aksu ve Sevil (2010) ve Özen ve Cerit (2018) araştırmalarında zorunlu göçün, kadın ve erkeklerin ruh sağlığına etkilerine bakmış, kadınların duygusal zorluk yaşama oranlarının erkeklerden daha fazla olduğunu belirtmişlerdir (Doğanay ve ark., 2017). Uluslararası alanda kadın göçmenler üzerinde yapılan çalışmalarda Hollanda ve Kanada da yaşayan göçmen kadınların ruhsal travma sonrası stres bozukluğu (TSSB), intihar düşüncesi ve intihar oranının arttığı bulunmuştur (Anstiss ve ark. 2009; Cauce ve ark. 2002; Fenta ve ark. 2006; Bean ve ark. 2006). İnaç 2018 yılında Almanya'da yaşayan göçmen Türk kadınlarıyla yaptığı çalışmada kadınların %88.4'ünün yalnızlık hissettiğini belirtilmiş. Göçmen %57.6'sı güçsüzlük ve engellenme nedeniyle öfke yaşadığını,

%53.8'i depresif duygulanım içinde olduğunu özellikle de on yıldan daha uzun süre Almanya'da yaşayan göçmenlerde bunun gözlendiğini tespit etmiştir (Babaoğlu Akdeniz, 2013). Ertem (2016), kadın ve erkeklerin ruh sağlığına yönelik yaptıkları bir araştırmada duygu durum, endişe ve yeme bozuklukları gibi çeşitli psikiyatrik bozukların erkeklere oranla kadınlarda daha fazla görüldüğü belirtilmiştir. Yine aynı çalışmada histriyonik, bağımlı ve kaçıngan kişilik bozukluklarının kadınlarda daha yaygın olduğu da ifade edilmiştir (Ertem, 2016).

Butler ve ark. (2015), göçmenlik ile en sık gözlenen ruhsal sorunlar (anksiyete, somatik ve depresif semptomlar) semptomları arasındaki ilişkiyi araştırdıkları bir çalışmada; en sık gözlenen ruhsal sorunların görülme olasılığının cinsiyetle anlamlılığına bakılmış ve araştırdıkları on bir makalede kadınlarda en sık gözlenen ruhsal sorunların görülme olasılığının daha fazla bulunduğunu belirtmişlerdir. Konuyla ilgili yapılmış farklı çalışmalarda da göçmenlerde kadınların erkeklere göre daha fazla ruhsal sorunlar yaşadıkları görülmektedir. Bu çalışmalara göre göçmenlerin yaşadıkları travmatik olaylar, kayıplar, yaslar ve tüm olumsuz deneyimlerin göçmen kadınlarda ruhsal sorunların görülme sıklığını anlamlı düzeyde etkilediğini ortaya koymaktadır (Kesebir, 2004; Türkleş ve ark. 2013, Tuzcu ve Ilgaz, 2015, Özen, 2018).

Ruhsal sorunlar toplumda yaygın olarak görülmeleri, kronikleşme eğilimi göstermeleri, bedensel hastalıklar kadar yeti kaybı ile sonuçlanabilmeleri nedeniyle öncelikle ele alınması zorunlu hastalıklardandır (Guruje, 2002; Lecrubıer, 2001; Judd ve ark. 2009). Göç süreci ve göç edilen ülkedeki çevresel ve sosyal destek değişimleri nedeniyle göçmenler ruhsal sağlıklarını sürdürme açısından riskli durumdadır. Özellikle kadınlar doğaları gereği ve ailenin bütünlüğünü korumadaki toplumsal cinsiyet rolleri gereği erkeklere oranla ruhsal sorunlar açısından daha riskli bir durumda bulunmaktadırlar. Hemşireler bireylerin sağlığının geliştirilmesinde, riskleri belirleyip sağlıklarını koruma açısında önemli rollere sahiptir. Psikiyatri hemşireliğinde ruhsal hastalıklar açısından riskli grupları belirlemekle, riskler karşısında güçlendirmek ve desteklemek koruyucu ruh sağlığı çalışmalarında önemli yere sahiptir. Bu sebeple bu araştırmanın göçmen kadınların ruhsal sağlıklarını değerlendirme, olası sorunlarda önlem alma ve güçlendirme açısından teorik ve klinik uygulamaya ışık tutacağı öngörülmektedir.

Bu araştırma, İstanbul'da bir aile sağlığı merkezine başvuran göçmen kadınların ruhsal belirti düzeylerini belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmaktadır.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu araştırma, İstanbul'da bir aile sağlığı merkezine başvuran göçmen kadınların ruhsal belirti düzeylerini belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmaktadır.

1.2.1 Alt sorular

1. Göçmen kadın ruhsal belirti puan ortalamaları nedir?
2. Göçmen kadın ruhsal belirti alt grup puan ortalamaları nedir?
3. Göçmen kadınların tanımlayıcı özelliklerine göre ruhsal belirti puan ortalamaları nasıl değişmektedir?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Göç Tanımı

İnsan göçü, insanın yeryüzünde var olmasıyla birlikte başlayan eski bir olgudur. Bu sürkilasyon, insan yaşamını ve çevresindeki çevreyi etkilemektedir. Dolayısıyla herhangi bir coğrafi bölgenin nüfus artışının üç temel bileşeninden biri olarak bilinmektedir (diğer ikisi ölüm ve doğurganlıktır). Daha iyi yaşam koşulları için bir yerden başka bir yere taşınmak, yemek, iş, eğitim vb. eski çağlardan beri yapılmaktadır. Bir kişinin ikametgahını bir siyasi veya idari sınırdan diğerine kaydırması "göç" olarak bilinmektedir. Göç sosyal bir olgudur ve toplumun bir parçasıdır. Göç, karar verme, hazırlık yapma, prosedürden geçme, fiziksel olarak başka bir coğrafi alana kayma, yerel kültürel ihtiyaçlara uyum sağlama ve yerel sistemin bir parçası olmayı içeren yeni bir çevreye uyum sağlama süreci olarak da adlandırılmaktadır. Bir kişi bu süreçten geçtiğinde, bir bütün olarak yaşamını kesin olarak etkileyecektir.

Göç, özellikle son on yılda uluslararası düzeyde büyük ölçüde artmaktadır. Bugün dünya nüfusunun %3,1'inin uluslararası olarak göç ettiği tahmin edilmektedir; başka bir deyişle, şu anda 214 milyon kişi uluslararası göçmen olarak bilinmektedir. Sosyo-kültürel çeşitlilik nedeniyle önümüzdeki günlerde daha da artması beklenmektedir (Arrebola-Moreno ve ark. 2020).

Göç kavramı daha geniş bir kavramdır ve göç eden insanlar için farklı ancak aynı anlama gelen kelimeler kullanılmıştır. İçinde yer alan sürecin türüne ve bu tür göçün nedenlerine dayanmaktadır. Bu terimler, göçmen, mülteci (ırkı, dini, tabiiyeti, belirli bir sosyal gruba mensubiyeti veya siyasi görüşleri nedeniyle zulme uğramaktan korktuğu için menşe ülkesinin dışında ikamet eden kişi), iltica arayan (herhangi bir nedenle menşe ülkesini terk edip başka bir ülkede barınma ve korunma başvurusunda bulunan kişi), ülke içinde yerinden edilmiş kişi, (siyasi, sosyal, çevresel vb olumsuz koşullar nedeniyle evini/bölgesini terk etmek zorunda kalan ancak sınır tanımayan kişi) vb gibidir.

2.2. Göçmen, Mülteci ve Sığınmacı Tanımları

"Göçmen" ve "mülteci" terimleri sıklıkla birbirinin yerine kullanılmaktadır ancak yasal bir fark olduğu için aralarında ayrım yapmak önemlidir.

Mülteci: Mülteci, ciddi insan hakları ihlalleri ve orada zulüm görme riski altında olduğu için kendi ülkesinden kaçan kişidir. Güvenliklerine ve yaşamlarına yönelik riskler o kadar büyüktür ki, kendi hükümetlerinin onları bu tehlikelerden koruyamayacağı için ülkelerinin dışına çıkıp güvenlik aramaktan başka seçeneklerinin olmadığının hissedilmesidir. Mültecilerin uluslararası korunma hakkı vardır.

Sığınmacı: Sığınmacı, ülkesini terk etmiş ve başka bir ülkede zulümden ve ciddi insan hakları ihlallerinden korunmak isteyen, ancak henüz yasal olarak mülteci olarak tanınmayan ve sığınma talebiyle ilgili bir karar almayı bekleyen kişidir. Sığınma talebinde bulunmak bir insan hakkıdır. Bu, herkesin sığınma talebinde bulunmak için başka bir ülkeye girmesine izin verilmesi gerektiği anlamına gelmektedir.

Göçmen: Bir göçmenin uluslararası kabul görmüş yasal bir tanımı yoktur. Çoğu kurum ve kuruluş, Uluslararası Af Örgütü olarak göçmenleri, geldikleri ülkenin dışında kalan, sığınmacı veya mülteci olmayan kişiler olarak adlandırmaktadır.

Örneğin bazı göçmenler çalışmak, okumak veya ailelerine katılmak istedikleri için ülkelerini terk etmektedir. Diğerleri, yoksulluk, siyasi huzursuzluk, çete şiddeti, doğal afetler veya orada bulunan diğer ciddi koşullar nedeniyle ayrılmaları gerektiğini düşünmektedir.

Pek çok insanın başka bir ülkedeki durumları yasal mülteci tanımına uymamaktadır. Ancak buna rağmen ülkelerine dönme durumlarında tekrar tehlike altına girme olasılıkları yüksektir. Göçmenler, baskı, şiddet gibi olumsuz durumlardan kaçtıkları için, taşındıkları ülkedeki statüleri ne olursa olsun tüm insan haklarının korunmasına ve saygı gösterilmesine hakları olduğunu anlamak önemlidir. Hükümetler tüm göçmenleri ırkçı ve yabancı düşmanı şiddetten, sömürüden ve zorla çalıştırmadan korumalıdır. Göçmenler hiçbir zaman meşru bir sebep olmaksızın gözaltına alınmamalı veya ülkelerine geri dönmeye zorlanmamalıdır.

2.3. Türkiye'de ve Dünya'da Göç Olgusu

2017 yılının sonlarında 2018 Dünya Göç Raporu'nun yayınlanmasından bu yana son iki yılda göç konusunda çok şey yaşanmıştır (Arrebola-Moreno ve ark. 2020).

Birleşmiş Milletler Üye Devletlerinin göç ve yerinden edilmenin uluslararası tezahürlerine ilişkin iki küresel sözleşmeyi sonuçlandırmak için bir araya gelmesiyle dünya, küresel düzeyde tarihi bir değişime tanık olmuştur. Bunlar; Güvenli ve Düzenli Göç için Küresel İlkeler Sözleşmesi ve Mültecilere İlişkin Küresel Sözleşme'dir. Sözleşmelerin sonuçlandırılması, Devletlerin, uluslararası kuruluşların, sivil toplum kuruluşlarının ve diğer aktörlerin (özel sektör kuruluşları gibi) göçün uluslararası düzeyde nasıl yönetildiğini iyileştirmeye yönelik onlarca yıllık çabalarının bir sonucudur. Devletlerin sözleşmeleri geliştirme taahhüdünde bulunmalarına kadar geçen yıllarda, uluslararası, bölgesel, ulusal ve yerel düzeylerde, çok sayıda diyalog, çalıştay, istişare ve yan etkinlikler, farklı göç "gerçeklerinin" paylaşılmasına ve birçok alanın paylaşılmasına olanak sağlamıştır. Bu nedenle, sözleşmeler, iki sözleşmenin temelini oluşturan kilit meseleler üzerinde uzun yıllar süren angajmana dayanmaktadır (Mesa-Vieira ve Haas, 2022).

Son iki yılda büyük göç ve yerinden edilme olayları yaşanmıştır. Bunlar; büyük sıkıntı ve travmaların yanı sıra can kayıplarına da neden olan olaylardır. Bunların başında çatışmalar (Suriye Arap Cumhuriyeti, Yemen, Orta Afrika Cumhuriyeti, Kongo Demokratik Cumhuriyeti ve Güney Sudan'da olduğu gibi) ve aşırı şiddet (Rohingya'ya zorla uygulananlar gibi) nedeniyle milyonlarca insanın yerinden edilmesi olmuştur. Ayrıca, iklim değişikliğinin daha geniş etkilerini ele almak için küresel çabaların ve uluslararası politika mekanizmalarının bir parçası olarak dahil olmak üzere, çevresel ve iklim değişikliğinin insan hareketliliği üzerindeki etkileri (planlı göç/yer değiştirme ve yerinden edilme gibi) giderek daha fazla tanınmaktadır (Kallakorpi ve ark. 2019).

Mozambik, Filipinler, Çin, Hindistan ve Amerika Birleşik Devletleri de dahil olmak üzere 2018 ve 2019'da dünyanın birçok yerinde iklim ve hava ile ilgili tehlikelerin tetiklediği büyük ölçekli yer değiştirme meydana gelmiştir (Selimbeyoğlu, 2022).

Son yılların popüler hareketleri olarak uluslararası göçün ölçeğinin arttığı da görülmektedir. Uluslararası göçmenlerin sayısının küresel olarak yaklaşık 272 milyon olduğu ve yaklaşık üçte ikisinin işçi göçmenleri olduğu tahmin edilmektedir (Dışişleri Bakanlığı, 2022).

Bu rakam dünya nüfusunun çok küçük bir yüzdesi (%3,5) olarak kalmaktadır. Bu miktardan anlaşıldığı üzere, dünyadaki insanların büyük çoğunluğunun (%96,5) doğdukları ülkede ikamet ettiği tahmin edilmektedir.

Bununla birlikte, uluslararası göçmenlerin tahmini sayısı ve oranı, 2050 yılı için yüzde 2,6 veya 230 milyon civarında olacağı hatta aşabileceği tahmin edilmektedir. Akut olaylarla (şiddetli istikrarsızlık, ekonomik kriz veya çatışma gibi) ve uzun vadeli eğilimlerle (demografik değişim, ekonomik gelişme, iletişim teknolojisindeki ilerlemeler ve ulaşım erişimi gibi) yakından bağlantılı olduğu için kesin olarak tahmin edilmesi çok zordur (UNHCR, 2022). Uluslararası göçün dünya çapında tek tip olmadığını, ancak ekonomik, coğrafi, demografik ve uzun yıllar boyunca geliştirilen göç "koridorları" gibi farklı göç kalıplarına yol açan diğer faktörler tarafından şekillendirildiğini uzun vadeli verilerden anlaşılmaktadır.

Özellikle bazı gelişmekte olan alt bölgelerdeki ve ülkelerdeki nüfusların gelecek yıllarda artması ve gelecek nesiller üzerinde göç baskısı oluşturması öngörüldüğünden, bu modelin gelecekte uzun yıllar boyunca aynı kalması muhtemeldir (Özen ve Cerit, 2018).Göç ve göçmenlere ilişkin veri ve bilgilere ilişkin raporun I. kısmından öne çıkan noktalar aşağıda özetlenmiştir.

2019'da küresel olarak uluslararası göçmen sayısı: 272 milyon (dünya nüfusunun %3,5'i)

• Uluslararası göçmenlerin yüzde 52'si erkek, yüzde 48'i kadınddan oluşmuştur.

• Tüm uluslararası göçmenlerin yüzde 74'ü (20-64 yaş) çalışma yaşında olmuştur.

Hindistan, uluslararası göçmenlerin en büyük menşe ülkesi olmaya devam etmiştir.

• Hindistan, yurtdışında yaşayan en fazla göçmen sayısına sahiptir (17,5 milyon), onu Meksika ve Çin (sırasıyla 11,8 milyon ve 10,7 milyon) izlemektedir.

• En çok hedeflenen ülke ABD (50.7 milyon uluslararası göçmen) olarak kalmıştır.

• Küresel olarak, erkek göçmenler 2017'de kadın göçmenlerden 28 milyon daha fazla olmuştur. 96 milyon erkek göçmen (%58) ve 68 milyon kadın göçmen (%42) bulunmuştur (Lalla ve ark, 2020).

2018'de küresel mülteci nüfusu 25,9 milyon olmuştur.

• 20,4 milyon mülteci Birleşmiş Milletler Mülteciler Yüksek Komiserliği'nin (UNHCR) yetkisi altında olmuştur. Ve 5,5 milyonu Yakın Doğu'daki Birleşmiş Milletler Filistinli Mültecilere Yardım ve Çalışma Ajansı'nın (UNRWA) yetkisi altında olmuştur.

• Küresel mülteci nüfusunun yüzde 52'si 18 yaşın altında yer almıştır (UNRWA, 2022).

Şiddet ve çatışma nedeniyle ülke içinde yerinden edilenlerin sayısı 41,3 milyona ulaşmıştır.

• Bu, Ülke İçinde Yerinden Edilme İzleme Merkezi'nin 1998'de izlemeye başlamasından bu yana kaydedilen en yüksek sayı olmuştur.

• Suriye Arap Cumhuriyeti, yerinden edilenlerin en fazla olduğu ülke (6,1 milyon) ile onu Kolombiya (5,8 milyon) ve Demokratik Kongo Cumhuriyeti (3,1 milyon) izlemiştir.

2018'de dünya genelinde vatansız kişi sayısı 3,9 milyon olmuştur.

• Bangladeş en fazla vatansız kişiye ev sahipliği yapmıştır (yaklaşık 906.000). Onu Fildişi Sahili (692.000) ve Myanmar (620.000) izlemiştir.

Göç kalıpları bölgeden bölgeye değişmektedir.

• Afrika, Asya ve Avrupa'da doğan uluslararası göçmenlerin çoğu doğdukları bölgelerde ikamet ederken, Latin Amerika ve Karayipler ve Kuzey Amerika'dan gelen göçmenlerin çoğunluğu doğdukları bölgelerin dışında ikamet etmektedir. Okyanusya'da bölge içi göçmenlerin ve bölge dışında ikamet edenlerin sayısı 2019'da yaklaşık aynı kalmıştır.

• Uluslararası göçmenlerin yarısından fazlası (141 milyon) Avrupa ve Kuzey Amerika'da yaşamaktadır (UNRWA, 2022).

Göç, birçok ülkede nüfus değişiminin kilit bir belirleyicisi olmuştur.

• Bölgeler arası göç, Ekvator Ginesi gibi bazı Afrika ülkelerinde nüfus değişimine önemli bir katkıda bulunmuştur.

• İşgücü göçü, özellikle Körfez İşbirliği Konseyi (KİK) Devletlerinde önemli nüfus değişikliklerine katkıda bulunmuştur. Umman ve Suudi Arabistan dışında, KİK ülkelerindeki nüfusun çoğunluğunu göçmenler oluşturmaktadır.

Yerinden olma, bazı bölgelerde önemli bir özellik olarak kalmıştır.

• Suriye Arap Cumhuriyeti ve Türkiye, sırasıyla 6,7 milyon ve 3,7 milyon ile dünya genelinde en fazla mültecinin menşei ve ev sahibi ülkesi olmuştur. Kanada, 2022'de Amerika Birleşik Devletleri'nden daha fazla mülteciyi yeniden yerleştiren en büyük mülteci yerleştirme ülkesi olmuştur.

• Filipinler, 2018'de en fazla yeni afet yerinden etme sayısına (3,8 milyon) sahip ülkedir.

• 2019'un ortalarına kadar yaklaşık 4 milyon Venezuelalı ülkelerini terk etmiştir. Bolivarcı Venezuela Cumhuriyeti, 2018'de (340.000'den fazla) sığınmacıların en büyük kaynak ülkesi olmuştur (UNRWA, 2022).

Göç araştırma ve analiz çıktısı yüksek kalmıştır.

• Göçle ilgili akademik yayınların sayısında sürekli bir artış olmuştur. Uluslararası kuruluşlardan çok çeşitli göç konularında önemli çıktılar alınmıştır.

• Göçle ilgili akademik çıktıya, özellikle Avrupa ile ilgili olarak, hedef ülkelerden bakış açıları hakimdir. Seçilen dergilerdeki yazarların birincil bağlantılarının coğrafi bir karşılaştırması, çoğunun gelişmiş ülkelerdeki kurumlardan olduğunu göstermektedir.

Türkiye, düzensiz göçe sürdürülebilir bir çözümün ancak savaşlar ve çatışmalar, insan hakları ihlalleri, ekonomik yoksunluklar gibi "itici faktörler"in birçok menşe ülkede önlendiği takdirde sağlanabileceği görüşündedir. Hedef ülkelerin barış süreçlerini desteklemesi ve çatışmalardan etkilenen bölgelerdeki anlaşmazlıkların barışçıl çözümünü teşvik etmesi ve geçiş ve menşe ülkelerde insani yardım ve kalkınma yatırımlarını hızlandırması büyük önem taşımaktadır (UNRWA, 2022).

Türkiye, insan haklarına dayalı, tutarlı ve kapsamlı bir göç politikalarının yanı sıra göçmenlere ve sığınmacılara hedef ülkelere girmeleri ve orada kalmaları için yasal kanallar sunmanın ve entegrasyon önlemlerinin çok önemli olduğuna inanmaktadır.

Ayrıca ırkçılık ve yabancı düşmanlığı ile daha güçlü bir şekilde mücadele etmeye ve ortak insan hakları kültürünü pekiştirmeye ve kültür ve dinlerin çeşitliliğini kucaklamaya da ihtiyaç vardır. Radikal eğilimleri besleme potansiyeline sahip göçmen ve sığınmacılara yönelik olumsuz söylemlerin önüne geçilmesi de büyük önem taşımaktadır.

2.4. Göç Çeşitleri (Gönüllü ve Zorunlu Göç)

İnsan göçü, insanların bir yerden başka bir yere kalıcı veya yarı kalıcı yer değiştirmesidir. Bu hareket, yurtiçinde veya yurtdışında meydana gelebilir ve ekonomik yapıları, nüfus yoğunluklarını, kültürü ve siyaseti etkileyebilmektedir. İnsanlar ya istemsizce (zorla) hareket ettirilmekte, yer değiştirmeyi teşvik eden durumlara konmakta (isteksiz) veya göç etmeyi seçmektedir (gönüllü).

Zorunlu Göç: Zorunlu göç, genellikle zulüm, geliştirme veya sömürünün sonucu olan olumsuz bir göç şeklidir. İnsanlık tarihindeki en büyük ve en yıkıcı zorunlu göç, 12 ila 30 milyon Afrikalıyı evlerinden alıp Kuzey Amerika, Latin Amerika ve Orta Doğu'nun çeşitli bölgelerine taşıyan Afrika köle ticaretinden olmuştur. Bu Afrikalılar kendi istekleri dışında zorla alınarak yer değiştirmeye zorlanmıştır.

Gözyaşı Yolu, zorunlu göçün bir başka tehlikeli örneğidir. 1830 tarihli Kızılderili Kaldırma Yasası'nın ardından, Güneydoğu'da yaşayan on binlerce Yerli Amerikalı, çağdaş Oklahoma'nın (Choctaw'daki "Kızıl Halkın Ülkesi") bölgelerine göç etmek zorunda kalmıştır. Dokuz eyaleti yürüyerek geçmişler ve bu yolculuk esnasında birçoğu yolda ölmüştür (Hacıhasanoğlu Aşılar ve Yıldırım, 2018).

Zorunlu göç her zaman şiddetli değildir. Tarihin en büyük gönülsüz göçlerinden biri kalkınmadan kaynaklanmıştır. Çin'in Üç Boğaz Barajı'nın inşaatı yaklaşık 1,5 milyon insanı yerinden etmiştir. 13 şehir, 140 kasaba ve 1.350 köyü sular altında bırakmıştır. Taşınmak zorunda kalanlar için yeni konutlar sağlanmış olmasına rağmen, birçok kişiye adil bir şekilde tazminat ödenmemiştir. Yeni belirlenen alanlardan bazıları da coğrafi olarak daha az ideal olmuştur. Temel olarak güvenli olmamakla birlikte tarımsal açıdan verimli topraktan da yoksun olmuştur.

İsteksiz göç: İsteksiz göç, bireylerin bulundukları yerdeki olumsuz bir durum nedeniyle taşınmaya zorlanmadığı bir göç şeklidir. 1959 Küba devriminin ardından ABD'ye yasal ve yasadışı olarak göç eden büyük Kübalı dalgası, bir isteksiz göç biçimi olarak kabul edilmektedir. Komünist bir hükümet ve lider Fidel Castro'dan korkan birçok Kübalı denizaşırı sığınma talebinde bulunmuştur. Castro'nun siyasi muhalifleri dışında, Kübalı sürgünlerin çoğu ayrılmaya zorlanmamışlardır. Ancak bunun kendi çıkarlarına en uygun olduğuna karar vermişlerdir. 2010 nüfus sayımına göre, çoğunluğu Florida ve New Jersey'de yaşayan 1,7 milyondan fazla Kübalı Amerika Birleşik Devletleri'nde yaşamışlardır.

İsteksiz göçün bir başka biçimi, Katrina Kasırgası'nın ardından birçok Louisiana sakininin ülke içinde yer değiştirmesiyle olmuştur. Kasırganın yol açtığı felaketten sonra, birçok insan ya kıyıdan uzaklaşmaya ya da eyalet dışına taşınmaya karar vermiştir. Evleri yıkılmış, devlet ekonomisi mahvolmuş ve deniz seviyesi yükselmeye devam edince gönülsüzce ayrılmışlardır.

Yerel düzeyde, etnik ya da sosyoekonomik koşullarda, genellikle istila-ardıl ya da soylulaştırmanın neden olduğu bir değişiklik, bireylerin isteksizce yer değiştirmesine de neden olabilmektedir. Ağırlıklı olarak Siyah olan beyaz bir mahalle veya soylulaşan yoksul bir mahalle, uzun süredir yaşayanlar üzerinde kişisel, sosyal ve ekonomik bir etkiye sahip olabilmektedir (Hacıhasanoğlu Aşılar ve Yıldırım, 2018).

Gönüllü Göç: Gönüllü göç, kişinin özgür iradesine ve inisiyatifine dayalı göçtür. İnsanlar çeşitli nedenlerle hareket etmektedir. Bu, seçenekleri ve tercihleri tartmayı

içermektedir. Taşınmakla ilgilenen kişiler, karar vermeden önce genellikle iki konumun itme ve çekme faktörlerini analiz etmektedir.

İnsanları gönüllü olarak hareket etmeye etkileyen en güçlü faktörler, daha iyi bir evde yaşama arzusu ve iş olanaklarıdır. Gönüllü göçe katkıda bulunan diğer faktörler şunlardır:

- Hayatın seyrinde değişiklik (evlenme, boş yuva, emeklilik)
- Politika (örneğin muhafazakar bir devletten eşcinsel evliliği tanıyan bir devlete)
- Bireysel kişilik (banliyö hayatından şehir hayatına)

Zorunlu Göç: Kölelik muhtemelen zorunlu göçün en iyi örneğidir. 17. ve 18. yüzyıllarda, yüz binlerce Afrikalı, Üçgen Ticaretinde Amerika'ya zorla getirilmiştir.

Birleşmiş Milletler Mülteciler Yüksek Komiserliği'ne göre zorunlu göçler farklı göçmen türleri üretmektedir. Bunlar aşağıda verilmiştir:

1. Mülteciler, yaşamlarına yönelik bir tehdit nedeniyle göç etmek zorunda kalan ve zulüm korkusuyla geri dönemeyen kişilerdir. Bu duruma örnek olarak, devam eden iç savaş nedeniyle Suriye'den kaçan insanlar verilebilmektedir.
2. Ülke içinde yerinden edilmiş kişiler mültecilere benzemektedir ancak uluslararası olarak göç etmemişlerdir. 2012 yılında, ülke genelindeki yaygın uyuşturucu kartelleri nedeniyle Kolombiya'da yaklaşık beş milyon yerinden edilmiş kişi olmuştur.
3. Sığınmacılar, mülteci olarak tanınmayı uman başka bir ülkeye giden göçmenlerdir. Bunun bir örneği, 2018 yılında Orta Amerika'dan Amerika Birleşik Devletleri'ne seyahat eden göçmen kervanıdır. Göçmenler, kendi ülkelerindeki zulüm nedeniyle kaçtıklarını iddia etmiştir (Lalla ve ark, 2020).

Gönüllü göçler de bazı nedenler yüzünden gerçekleşebilmektedir:

1. Ekonomik nedenler kesinlikle insanların bir ülkeden ve bölgeden diğerine göç etmelerinin ana nedenidir.
2. Ulusötesi göç, bir ilçenin bir kıyısından diğerine taşınmasıdır. Buna örnek, California Gold Rush sırasında, zengin olma umuduyla bir dizi insan batıya göç etmesi verilmektedir.
3. Yaylacılık, çobanların otlatmak için hayvanlarıyla yaptıkları mevsimlik bir göçtür. Mevsimlere göre yükselti değiştirmektedirler. Bu, bugün Moğolistan'da hala yapılmaktadır.
4. İç Göç, bir ülke içindeki göçtür. Zincir Göç, bir aile üyesi başka bir yere

göç ettiğinde gerçekleşmektedir. Bir iş ve yuva edindikten sonra ailesini yeni eve getirmeye başlayacaktır. Sudan'ın Kayıp Çocuklarının bir kısmı Amerika Birleşik Devletleri'ne göç etmiş ve yerleştikten sonra annelerini, kardeşlerini, eşlerini de getirmişlerdir. Adım Geçişi, bir bireyin uzak bir yere seyahat ederken gerçekleşmektedir. Kırsal bir alandan yakındaki bir köye taşınabilmektedir. Sonra bir kasabaya ve nihayet bir şehre taşınmalarıyla sonuçlanmaktadır.

5. Misafir İşçiler, bir ülkeye çalışma vizesi ile seyahat eden göçmenlerdir. Bazen kısa süreli bazen de kalıcı hale gelmektedir. Almanya'da bugün orada yaşayan çok sayıda Türk bulunmaktadır. 1960'larda ve 1970'lerin başında ucuz işgücü olarak gelmiş ve bir kısmı kalmıştır. Bugün Almanya'da yaşayan iki milyonun üzerinde Türk kökenli insan bulunmaktadır. Kırdan Kente Göç, tarım alanlarından insanların şehirlere taşınmasıdır. Bu, gelişmekte olan ülkelerde sıklıkla olmaktadır. Çin'de, neredeyse yüz milyon insan, kırsal kesimden fabrika işlerinin yaygın olduğu doğu kıyısına taşınmıştır (Lalla ve ark. 2020).

Adım göçü: Bir kişinin hayatında bir dizi göç meydana geldiğinde ve bu göçler daha kısa, daha az aşırı olduğunda, kişinin menşe yerinden nihai varış noktasına kadar gerçekleşmektedir. Örneğin, bir çiftlikten bir köye, bir kasabaya ve nihayet bir şehre taşınmaktır. Bunun ilk örnekleri İngiltere'de gözlenmiştir.

Zincir göç: Bir aile veya tanımlanmış bir grup insan içinde bir dizi göç gerçekleştiğinde oluşmaktadır. Genellikle zincirleme göç bir aile üyesiyle başlamaktadır. Daha sonra diğer aile üyelerine/topluluk üyelerine yardım etmekte/yeni yere getirmektedir.

Geri dönüş göçü: Göçmenlerin menşe yerlerine gönüllü olarak geri dönme süreci, geri dönüş göçü olarak bilinmektedir. Döngüsel göç olarak da bilinmektedir.

Mevsimsel göç: İstihdamın olmaması veya elverişsiz iklim koşullarına yanıt olarak belirli bir süre için yeni bir yere göç etme sürecidir. Örneğin, tarım işçileri mahsul hasadını takiben iş için şehirlere gitmektedirler (Lalla ve ark. 2020).

2.5. Göç Süreci (Göç Öncesi, Göç Sırası Ve Göç Sonrası)

Göçmenin göç ettiği yeni yerdeki ihtiyaçları, toplumla bütünleşmesi, toplum tarafından nasıl karşılandığı, terk ettiği mekan yönünden geride bıraktıkları ve göçün kendisine kazandıkları açısından düşünüldüğünde hem geride bırakılan hem de yeni yerleşilen mekan açısından göç durumunun çok önemli bir olgu olduğu görülmektedir

(Cengiz, 2015, Bartram, 2017). Göç ettikleri bölgelerde göçmenleri bazı zorluklar beklemektedir. Buna bağlı olarak göçmenlerin göç ettikten sonra da problemleri devam etmektedir. Bu bağlamda göçmenleri kabul eden ülkenin ekonomik durumu ve göç politikaları önem taşımaktadır. Göç edilen ülkedeki vatandaşların göçmenlere bakış açısı ve ülkenin göç politikası bazı durumlarda işi biraz daha zorlaştırmaktadır. Örneğin; göçmenlerin hastalık taşıdığının düşünülmesi ya da ülke için yük olarak görülmesi göçmenleri olumsuz etkilemektedir. Oysaki göç edebilmek zorlu bir süreçtir ve bunu ancak sağlıklı olanlar başarabilmektedir. Beslenme, barınma, sağlık hizmetleri açısından yeterli şartlar sağlandığında, göçmenler toplum sağlığını tehdit edebilecek problemlere daha az neden olabilmektedir (Ertem, 2016, s. 55).

Göçmenlik sürecinin ruh sağlığı üzerindeki etkisini inceleyen Bhugra (2004) göçmenlik sürecini; göç öncesi göç sırası ve göç sonrası olmak üzere üç aşamaya ayırmıştır. Göçün isteyerek mi yoksa zorunlu mu yapıldığı, bireyin kişilik özellikleri, beceri eksikliği, göç süresinde ülkeden ayrılmış olma, ülkeden ayrılmanın neden olduğu yas duygusu, göç sırasında yaşanılan travmatik olaylar ve travma sonrası stres bozukluğu; göç sonrası yaşanılan ekonomik sorunlar, algılanan ayrımcılık, kültür şoku, yeni kültürle uyuşmama, vatana duyulan özlem duygularının göç sonrası ortaya çıkarabilecek psikolojik problemler için risk faktörü oluşturabileceğinden bahseder. Dünya Sağlık Örgütüne göre sağlık "Bedensel, zihinsel ve toplumsal, sosyal olarak tam bir iyilik halidir". Bu açıdan bakıldığında yaşanan süreçler stres yaratıcıdır ve göçmenlerde özellikle ruh sağlığı problemlerinin ortaya çıkmasına yol açmaktadır (Ertem, 2016).

Mültecilerle ilgili önceki literatür, yer değiştirme sürecinin üç aşamasını ayırt etmiştir. Bunlar; göç öncesi, transit geçiş ve göç sonrasıdır. Ön göç, mültecilerin hala kendi ülkelerinde yaşadıkları yer değiştirme sürecindeki aşamadır. Geçiş dönemi, mültecilerin fiziksel olarak yeniden yerleştirilmesidir. Ana ülkeler ile ev sahibi ülkeler arasındaki yolculuklarında, genellikle bir mülteci kampında geçirilen sürelerdir (Ertem, 2016). Göç sonrası, mültecilerin potansiyel olarak sığınma talebinde bulunabilecekleri bir ev sahibi ülkeye yerleştirildiği son aşamadır. Göç sonrası aşamada mülteciler yeni topluluklarına ve toplumlarına alışmaktadırlar.

Göç öncesi: Göç öncesi, mültecilerin kendi ülkelerinde oldukları ve güvenli bir ülkeye taşınmaya karar verdiği ve hazırlandığı yer değiştirme sürecindeki aşamadır. Göç öncesi dönemde bariz bir sıkıntı nedeni, sevilen birinin ölümü, günlük hayatı yaşayamama ve temel ihtiyaçların reddi dahil olmak üzere fiziksel veya psikolojik

travmadır. Göç öncesi yaşanan travma, mülteci popülasyonlarında görülen ruh sağlığı sonuçlarıyla ilişkili önemli bir faktördür (Ertem, 2016).

Göç sırası: Göç sırası, yeniden yerleştirme sürecinin orta aşamasıdır ve mültecilerin anavatanlarından daha güvenli bir ülkeye fiziksel geçiş ve yolculuktur. Transit mülteciler, 2011 yılında mültecilerin üçte birinin yaşadığı mülteci kamplarında yaşayan mülteciler olarak da tanımlanmaktadır (Özen ve Cerit, 2018).

Mülteci kampları genellikle ilk sığınma noktası olarak görülse de, kamp içinde şiddet ve hastalık her zaman var olan korku ve risklerdir. Mülteci kampları güvenli bir kaçış olarak görülse de, bu kamplar genellikle "etnik gruplar arası çekişme, cinsel şiddet ve hastalık salgınları" nedeniyle menşe ülkelere göre daha tehlikelidir ve ölüm oranları daha yüksek olabilmektedir (Türkleş ve ark. 2013).

Mülteciler için geçiş süreci benzersiz bir tehdit oluşturmaktadır çünkü mültecilere yönelik koruma genellikle geçicidir. Yasal bir belirsizlik içinde yaşamanın stresine genellikle sürekli bir korku eşlik etmektedir. Transit halindeyken, ana sıkıntı kaynağı istikrarsızlık ve gelecek korkusudur. Mülteciler kendilerini güvende hissetmemekte ülkelerine geri gönderilmekten ya da seyahatleri sırasında öldürüleceklerinden korkmaktadırlar (Türkleş ve ark. 2013).

Göç sonrası: Yer değiştirmenin üçüncü ve son aşaması olan göç sonrası, mültecilerin sığınma başvurusunda bulundukları gelişmiş bir ev sahibi ülkede yaşıyor olmalarıdır. Göç sonrasında mülteciler, ev sahibi ülkenin toplumsal ve kültürel çerçevelerini öğrenmeye zorlanmaktadırlar. İçinde yaşadıkları toplulukların mevcut bağlamı içinde özümlenmektedir. Göç sonrası sıkıntının başlıca nedenleri şunlardır: Sosyal izolasyon, kimlik karmaşası, kültürel topluluk ve aile üyelerinin kaybı, önemli yaşam projelerinin kaybı, çevresel hakimiyet eksikliği, yoksulluk ve kaynak birikimi ve değerli toplumsal rollerin kaybıdır (Solgun, C. ve Durat, G. 2017). Chicago'ya yerleşen Bosnalı mültecileri içeren bir araştırma, göç öncesi hatıraların, mültecilerin Chicago'daki deneyimlerini nasıl değerlendirdikleri konusunda hem bir rahatlık hem de referans noktası işlevi gördüğünü bulmuştur. Deneyimlerin bu zıtlığı, mültecilerin göç sonrası deneyimlerine ilişkin algılarını etkilemiştir. Mültecilerin ev sahibi ülkeye varmak için yaptıkları yolculuğa ek olarak, mültecilerin değişken bir uyum sağlama yeteneğini etkileyen birçok faktör vardır (Özen ve Cerit, 2018).

Göç sonrası kültür şoku, yas, asimilasyon, kültürleşme ve kültürden arındırma, mülteci popülasyonlarında göze çarpan sorunlardır. Bununla birlikte, göç sonrası uyum

ve sıkıntı, mültecilerin psikolojik iyilik hallerini tahmin etmede de önemlidir. İstihdam zorlukları, sosyal destekten soyutlanma ve kültürleşme, artan depresyon, anksiyete ve somatiform bozukluk oranlarıyla ilişkili göç sonrası faktörlerdir. Göç sonrası sorunlar sadece sıkıntıya neden olmakla kalmaz, aynı zamanda mültecilerde görülen psikopatolojiye de katkıda bulunmaktadır (Türkleş ve ark, 2013).

2.6. Göç ve Sağlık

Göçmen kadınlar sağlığa etkileri son derece olumsuz olan çoklu baskılar ve zorluklarla baş etmek zorunda bırakılmaktadır. Mesleki sıkıntılar yorgunluklar veya işsizlik gibi sorunlar ve ailenin ihtiyaçlarının karşılanması beklentisi ile birlikte farklı bir kültürde yaşamanın getirdiği zorluklar ortadadır. Ayrıca göçmen kadınlar hem kadın oldukları hem de göçmen oldukları için cinsel taciz, tecavüz ve şiddete de maruz kalabilmektedirler (Gündüz 2011). Göçmen kadınların karşılaştığı önemli bir sorun fuhuşa zorlanmalarıdır. Bu durum aynı zamanda kadınları istenmeyen gebelikler, cinsel yolla bulaşan hastalıklar ve HIV enfeksiyonu açısından risk grubuna sokmaktadır (Miller ve ark. 2007). Avrupa'da enfeksiyon hastalıklarının sosyo ekonomik belirleyicilerinin incelendiği literatür taramasında, enfeksiyon hastalıklarının çoğunluğunun alt sosyo-ekonomik düzeyde ve göçmenlerde görüldüğü saptanmıştır (Semenza 2010).

Göçmenlerin üreme sağlığı çözüm bekleyen bir sorun olarak varlığını korumaktadır. Almanya'da Türkiye asıllı göçmen kadınlarda 1990'lı yılların ortalarında anne ölüm oranı Alman kadınlarla karşılaştırıldığında 1,5 kat fazla olduğu, sonrasında fark azalma gösterse de bu alanda sorunların tamamıyla çözülemediği belirtilmektedir (Gündüz 2011). İspanya'da yaşayan doğu Avrupa ve Afrikalı göçmen kadınlarla yapılan bir çalışmada, perinatal mortalite oranının göçmen kadınlarda yerli İspanyol kadınlara göre daha yüksek olduğu belirtilmiştir (Rio Sanchez 2009). Hollanda'da yapılan bir çalışmada, Türk göçmen kadınlarda kontraseptif kullanım oranının düşük olduğunu ve adölesan gebeliklerin de yüksek olduğu bildirilmektedir. Aynı çalışmada, Hollanda'ya yerleşen Türk'lerin daha çok Türkiye'nin Doğu ve Güneydoğu bölgesinden geldikleri, bu bölgelerin de daha az gelişmiş ve halkın geleneksel özelliklerine çok bağlı olması nedeniyle Hollandalı kadınlardan üreme davranışları açısından oldukça farklılık gösterdikleri şeklinde açıklama yapılmıştır (Loeber 2008).

Bir diğer çalışmada göçmen kadınların %65'i sağlık durumlarını zayıf-kötü olarak belirtmiş ve en sık görülen sağlık sorunları olarak da psikolojik ve jinekolojik yakınmalar

olduğunu ifade etmişlerdir (Schovers ve ark. 2009). Domingo Puiggros vdadaşlarının (2008) çalışmasında, göçmen kadınların daha çok multipar ve daha az doğum kontrolü uyguladıkları belirtilmektedir.

Sole-Auro ve Crimmins (2008) tarafından 11 Avrupa ülkesinde göçmen olan ve olmayan bireyler ile yapılan kapsamlı çalışmada bireylerin fonksiyonel güçlükleri, günlük yaşam aktiviteleri, bağımsız yaşam için gerekli enstrümantal aktiviteler, kronik hastalık, sağlığı algılama, sigara içme ve obezite durumları karşılaştırılmıştır. Bu çalışmada, genellikle göçmen olan ve olmayanların sağlıklarında farklılıklar olduğu, göçmenlerin sağlıklarının daha kötü olduğu ortaya koyulmuştur. Örneğin, Almanya'da göçmenlerin göçmen olmayanlara göre 1.26 kez, İsviçre'de 1.52 kez daha fazla kronik hastalığı vardır. Fransa, Almanya, Hollanda, İsveç ve İsviçre'de yaşayan göçmenlerin yerli olan halka göre sağlık algılamaları daha kötüdür.

Göçmenler diğer vatandaşlara göre hastanelerin acil birimlerini daha fazla kullanmalarıdır. Bu onların göç ettikleri yerde sağlık sistemi içerisindeki düzenli ve mevcut hizmetlerden yeterli ölçüde haberdar olmamaları şeklinde yorumlanmaktadır. Almanya'da kadın göçmenlerde dikkat çeken bir olgu ise onların diyabet oranlarının Alman hemcinslerine göre yüksek olmasıdır. Sebep olarak ise ağır kalorili beslenme değişikliklerine gitme, Akdeniz mutfağından uzaklaşma, hareketsizlik ve spor yapmama gibi nedenler gösterilmektedir (Gündüz 2011).

2.7. Göç ve Ruh Sağlığı

Bireylerin dünyanın 763 milyon iç göçmeni veya 258 milyon uluslararası göçmeni arasında olup olmadığına bakılmaksızın, hareket halinde olmak, özellikle göç zorunlu ise, onların ruh sağlıklarını olumsuz yönde etkileme potansiyeline sahiptir (Selimbeyoğlu, 2022). Nüfus baskısı, savaşlar, sosyal ve politik huzursuzluk, yoksulluk ve iklim değişikliği nedeniyle artan göç olasılığı göz önüne alındığında, bu rakamların artması beklenmektedir. Akıl sağlığı bozuklukları zaten küresel hastalık yüküne en büyük katkıyı yapan olarak kabul edildiğinden, göç ve zihinsel arasındaki ilişkiyi anlamak sağlık, halk sağlığını önleme çabaları için kritik öneme sahiptir (Tuzcu ve Ilgaz, 2015).

1932 yılında Odergaard, göçü ve göçmenlerin ruh sağlığı ile bağlantısını bilmek için bir araştırma yapmıştır. Göç eden insanların (Norveçli göçmenler Minnesota, ABD) çevresel olarak psikoza yatkın olduklarını ve daha sonra Şizofreni geliştirdiklerini bulmuştur. İnsanların ruhsal hastalıklara karşı savunmasız olduklarında, göç sonrasında

rahatsızlık geliştirmeye daha yatkın olduklarına dikkat çekmiştir. İnsanların göç sürecinde ve göç sonrası dönemde karşılaştıkları çeşitli engeller nedeniyle göçün ruhsal hastalıkları hızlandırıcı bir faktör haline geldiğini göstermektedir (Tuzcu ve Ilgaz, 2015).

Gelişmekte olan ülkelerden (örneğin Maya) gelişmiş ülkelere (ABD) göç eden çocuklar, fiziksel gelişimleri ve sağlıkları iyi olmasına rağmen, yerel çocuklara kıyasla fazla kilolu ve obez olmuş ve sağlıksız bir yaşam tarzı geliştirmiştir. Göç örüntüsü gelişmekte olan ülkelerden gelişmiş ülkelere göçü içerdiğinde, insanların sağlıklı yaşam tarzlarını sürdürmekte zorlanacağını ve göç sürecinin içerdiği karmaşık faktörler nedeniyle sağlıksız bir yaşam tarzını benimsemeye eğilimli olacağını göstermektedir. Bu göç modeli göçmenlerin sağlığını olumsuz etkileyebilmektedir. Göçmen ergenler daha kötü ruh sağlığı semptomları bildirmişler ve yerli İsrailli akranlarıyla karşılaştırıldığında yüksek riskli davranışlarla meşgul olmuşlardır. Hatta ikinci kuşak göçmen ergenlerle karşılaştırıldığında önemli ölçüde daha yüksek olmuştur (Selimbeyoğlu, 2022).

Daha sık olarak, gelişmekte olan ve orta gelirli ülkelerden göç eden gelişmiş ülkelerin göçmenleri, insan immün yetmezlik virüsü/edinilmiş immün yetmezlik sendromu (HIV/AIDS) için yüksek risk grubu olarak kabul edilmektedir. Bu, bireyin varış yerinde sağlık ve diğer hizmetleri sunma ve bunlara erişimde sosyal dışlanma, ayrımcılık, kültürel ve dil engellerinden kaynaklanabileceğini göstermektedir. Gelişmekte olan ülkelerden gelişmiş ülkelere göç eden insanlar sağlık hizmetleri de dahil olmak üzere ihtiyaç duydukları hizmetlere erişmekte tereddüt etmektedirler. Ve daha sıklıkla hizmetler, göçmenler arasında sosyal ve sağlıkla ilgili konuların daha yaygın olması nedeniyle kapsayıcı değildir (Ertem, 2016).

Göç, farklı bireysel, sosyal ve politik bağlamlarda zaman içinde alınan birden fazla kararı içermektedir. Dolayısıyla göç deneyimi onun koşullarına ve evresine bağlıdır. Araştırmacılar göç öncesi, göç ve göç sonrası faktörler açısından ruh sağlığı üzerindeki etkisini kavramsallaştırmayı teşvik etmişlerdir (Butler ve ark. 2015).

Yaygın ruh sağlığı bozukluklarına sahip olma olasılığının artmasıyla ilgili bazı faktörler, göç öncesinde, sırasında ve sonrasında yaşanabilmektedir. Bunlar yoksulluk, güvensizlik, evsizlik ve şiddet riskini içermektedir. Diğer faktörler, geçiş öncesi aşamaya özgüdür. Zorla yerinden edilme nedeniyle evlerinden kaçan insanların, daha iyi ekonomik fırsatlar aramak için gönüllü olarak ayrılanlara kıyasla göç etmeden önce travma yaşama olasılığı daha yüksekti. Göç sonrası faktörler, aile ve mahalle bağlamı, sosyal konum, sosyal destek ve dışlanma, dil yeterliliği ve ayrımcılık ve kültürleşme stresini

içerebilmektedir (Türkleş ve ark. 2013).

Bununla birlikte, göçle ilişkili önemli stres potansiyeli genellikle olumsuz zihinsel sağlık sonuçlarıyla bağlantılıyken, göç süreci aynı zamanda olumlu zihinsel sağlık sonuçlarıyla da ilişkili olabilmektedir. Kültürel, toplumsal, ailevi ve bireysel faktörler ya zihinsel sağlık bozukluklarına katkıda bulunan göç olasılığını artırabilmekte (ya da birden fazla alanda dayanıklılığı teşvik edebilmektedir (Selimbeyoğlu, 2022).

Bhugra, literatürün gözden geçirilmesine dayanarak, kişinin durumuna ve göç aşamasına dayalı olarak psikolojik bozukluklar için savunmasızlığı (risk faktörleri) veya dayanıklılığı (koruyucu faktörler) hipotezlerini içeren durum modeli geliştirmiştir. Araştırmaların çoğu, göç öncesi ve sonrası aşamalara odaklanmıştır. Ancak daha az çalışma, göç yolculuğu deneyiminin kendisinin ruh sağlığı ile nasıl ilişkili olduğunu tanımlamıştır. Bu çalışma, bağlamla ilgili göç öncesi ve göç yolculuğu değişkenlerini ve bunların Ekvador ve Peru arasındaki sınırı geçen Venezuelalı göçmenlerin ruh sağlığı ile ilişkilerini araştırmaktadır.

Göçmenlerle yapılan araştırmalarda, strese bağlı travma, depresyon, güvensizlik, korku, suçluluk duyguları, kendini izole etme ve intihar düşünceleri gibi psikolojik sorunların yaşandığı belirtilmektedir (UNHCR, 2003; Keygnaert ve ark. 2012). Kanada'ya 2015 ve 2017 yılı arasında gelen Suriyeli göçmenlerle yürütülen boylamsal araştırmada depresif belirti düzeylerinin Kanada'ya yeni gelen Suriyeli göçmenlerde depresyon belirtilerinin yaygınlığı başta %15, tespit edilirken bir yıl sonra %18 tespit edilmiştir (Ahmed ve ark. 2020). İkinci Dünya Savaşı sonrasında yapılan birçok çalışmada göçmenlerde depresyon, anksiyete ve bedensel belirti yaygınlığı yüksek bulunmuş; birinci basamak sağlık kliniklerine başvuran göçmenlerde %56.96 gibi yüksek bir oranda ruhsal belirti tespit edilmiştir (artooz ve ark., 2023). Suriyeli ve Ürdünlü göçmenler ile yapılandırılmış görüşme kullanılarak yapılan bir çalışmada, en sık görülen belirtinin depresyon ve somatizasyon olduğu saptanmıştır (Artooz ve ark., 2023).

2.7.1. Uyarlanmış göç ve ruh sağlığı modeli

Göç öncesi güvenlik açıkları, göçmenin kişiliği, yaşı, beceri eksiklikleri ve zulüm dahil olmak üzere göçmenin menşe ülkesinde geçerli olan faktörleri içermektedir. Genel olarak, gençlerin yaşlı nesillerden daha fazla göç etme eğilimine rağmen, göç öncesi yaşın ruh sağlığı üzerindeki etkisini inceleyen az sayıda çalışma bulunmaktadır. Yaş düşünüldüğünde, çalışmalar bunu göç sonrası kültürleşme süreçleriyle ilişkili risk

faktörleriyle ilişkilendirmektedir. Cinsiyetle ilgili olarak, kadınlar arasında yaygın ruh sağlığı bozukluklarının oranları erkeklere göre daha yüksektir. Bu durum göçmen nüfuslara yansıyan bir olgudur (Cengiz, 2015).

Belirli bir nedenden dolayı göç etmek, bir kişinin hazırlık duygusunu geliştirebilmektedir. Göç etme ve bir hedef ülke seçme nedenleri, bu nedenle göç öncesi aşamada farklı stres faktörlerinin nasıl ortaya çıktığı ile ilgilidir. Örneğin, hayatta kalmak için zorla yerinden edilenler, daha iyi iş gücü veya eğitim fırsatlarına erişmek için göç edenlere göre muhtemelen daha yüksek stresörlere sahiptir. Ayrıca, zorunlu koşullar altında bile, ayrıntılı bir göç planına sahip olmak ve gidilecek ülkeyi seçmek için sağlam gerekçelere sahip olmak ruh sağlığı bozukluklarına karşı koruyucu olabilmektedir (Judd ve ark. 2009).

Çocuklarla seyahat konusunda, ABD'ye Latin kökenli göç üzerine yapılan araştırmalar, çocuklarla birlikte göç etmenin ebeveynler için stresli olduğunu ve göçmen ebeveynleri ruh sağlığı bozuklukları riskine maruz bıraktığını bulmuştur. Benzer şekilde, hamileyken göç etmenin yaygın ruh sağlığı bozukluklarıyla ilişkili olduğu gösterilmiştir (Cengiz, 2015).

Göç yolculuğunda dayanıklılık konusunda, sosyal desteğe sahip olmak yaygın ruh sağlığı bozukluklarına karşı koruyucu olabilmektedir. Bhugra (2004), evliliği bir sosyal destek biçimi olarak çerçevelendirmiş olsa da, başka bir çalışma, evliliğin göçmen nüfuslarda göçle ilgili diğer stres faktörlerinin ötesinde ruh sağlığına karşı koruyucu olmayabileceğini öne sürmektedir (Judd ve ark. 2009).

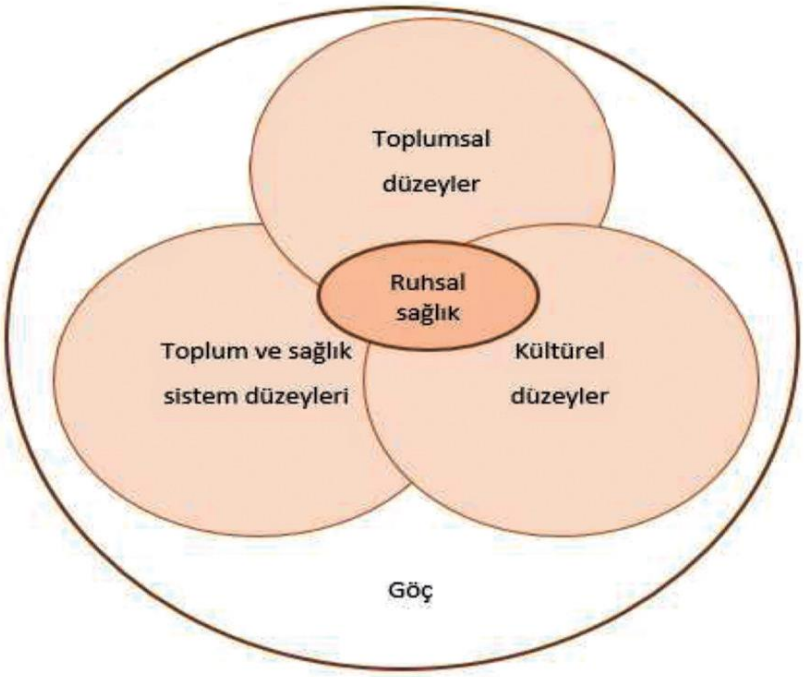
2.7.2. Göçmen kadınların ruh sağlığı boyutları

Literatürde ruh sağlığının üç önemli belirleyicisi sosyal bağlılık, ayrımcılık ve şiddetten uzak olma, ekonomik katılım olarak tanımlanmıştır. Göçmen kadınlar söz konusu olduğunda, bu belirleyiciler daha karmaşık olabilmektedir. Çünkü onların göç öncesi deneyimleri, ruh sağlığı durumlarını etkilemek için göç sonrası belirleyicilerle kesişebilmektedir. Bununla birlikte, memleket koşullarından bağımsız olarak, göçmenlerin zihinsel sağlıklarını etkileyen göç sonrasında karşılaştıkları ortak faktörler vardır (Butler ve ark. 2015).

Bu göç sonrası faktörler, kültürel, sosyal ve sağlık sistemi etkilerinin farklı seviyelerinde incelenebilmektedir. Bu seviyeler ayrıca Şekil 1'de gösterildiği gibi birbirleriyle kesişebilmekte ve etkileşime girebilmektedir.

Özellikle, göçün kendisi, diğer belirleyicileri etkileyebilen ve onlardan etkilenebilen ruh sağlığının sosyal bir belirleyicisidir. Aslında göçmen olmak, kadınları göçün olumlu veya olumsuz zihinsel etkilerine karşı daha savunmasız hale getirmektedir. Bu etkiler seyahat şekli, göçmenin yasal statüsü ve göç döngüsünün aşaması gibi değişkenlere bağlıdır. Özellikle göç süreci, birçok kez başarısız yolculuklar geçirmiş, özellikle yasa dışı statüye sahip kişilerin sağlık hizmetlerine erişimini etkileyebilmektedir (Türkleş ve ark. 2013).

Göç, aynı zamanda, cinsel sömürüye maruz bırakılarak kadınların ruh sağlığını da etkilemektedir. Gizli yollarla göç eden veya insan tacirlerinin eline düşen kadınlar, ruh sağlıklarını olumsuz etkileyebilecek cinsel istismar ve sömürücü durumlarla karşılaşabilmektedir. Araştırmalar ayrıca göç sürecinin bazı yönlerinin insanlıktan çıkarıcı ve özellikle stresli olabileceğini göstermektedir. Örneğin, göçmenlerin mağduriyetiyle ilgili tekrarlayan sorular sormak, travmatize edici deneyimleri hatırlatması nedeniyle depresyon, anksiyete ve TSSB gibi ruhsal bozuklukları hızlandırabilmektedir. Örnekler arasında, Kanada'da toprak sahibi bir göçmen olarak yerleşmek için, sosyal yardım kapsamına girmeyen ek harcamalar gerektiren belgeleri tamamlamak da dahildir. Göçmen kadınlar, bu masrafları karşılamak için yeterli para biriktirmeyi düşündüklerinde, şüphe uyandırmaktalar ve dolandırıcılıkla suçlanmaktadırlar (Selimbeyoğlu, 2022).



Şekil 1: Kadın göçmenlerin ruh sağlığının sosyal belirleyicileri (Hacıhasanoğlu Aşılar ve Yıldırım, 2018).

Göç sürecinin ruh sağlığını etkileyebilecek bir diğer yönü, göçmenlerin göç sırasındaki yaşı ile ilgilidir ancak bu etki, yaşam evresi perspektifinden yeterince incelenmemiştir. Bununla birlikte, bir çalışmada, göçmen çocukların cinsiyetlerinden bağımsız olarak sağlık durumlarının, yerli akranlarıyla neredeyse aynı olduğu bildirilmiştir Keygnaert ve ark. 2012).

Kadın mülteci gençler üzerine bir başka çalışmada, Khanlou ve Guruge 92 bu yaş grubunun travmatik göç öncesi bağlamlamaktadırlar. Ve göç sonrası kimlik krizi nedeniyle onları olumsuz zihinsel sağlık sonuçlarına karşı savunmasız hale getiren belirli yeniden yerleştirme zorluklarıyla karşı karşıya olduğunu bulmuştur. Yeni kültüre uyum sağlamak ve aynı zamanda ailelerinin kültürel beklentilerine yanıt vermek için akran grubu baskısı ile uğraşmak zorunda kaldıkları için, ırkçılık kadın genç göçmenler için de daha büyük bir zorluktur. Ayrıca yaşlı göçmen kadınların belirli sorunlar yaşadığına dair bazı kanıtlar vardır. Bunlar; izolasyon, istismar, dil, kültür ve hareketliliktir (Ahmed ve ark. 2020).

2.7.2.1. Kültürel düzeyler

Grob (2009) kültürü, bir grup tarafından paylaşılan ortak bir miras veya inançlar, normlar ve değerler dizisi olarak tanımlamaktadır. Ayrıca kültürel grupların etnik köken,

din, coğrafi bölge, yaş grubu, cinsel yönelim veya mesleğe göre çeşitli şekillerde tanımlanabileceğini savunmaktadır. Buna göre bireyler birden fazla kültürel kimliğe sahip olabilmektedir. Göçmen kadınlar söz konusu olduğunda, literatür kültürel kimliklerin bu kadınların ruh sağlığı ve hastalıklarına tepkilerini şekillendirebileceğine dair çeşitli yollar önermektedir. Birincisi, kültür, göçmen kadınların semptomlara ilişkin algılarını ve yorumlarını, yardım arama davranışını, karar verme sürecini, hasta rolüne ilişkin beklentileri ve sağlık hizmeti sunucularıyla baş etme tarzlarını ve iletişimini etkileyerek sağlık sistemine erişimini etkileyebilmektedir (Adler ve ark., 2010). İkincisi, kültür, göçmen kadınların akıl hastalığına ne kadar damga vurduğunu belirlemektedir (O'Mahony ve Donnelly, 2007). Üçüncüsü, kültür, toplumsal cinsiyet rolüyle ilişkili davranışlar için kabul edilebilir normlar belirleyebilmektedir. Adler ve ark. (2010) tarafından tartışıldığı gibi, kadınların ev dışında istihdama katılımı, bakımın üstlenildiği koşullar ve aile içi şiddete tepki, kültürel normların etkili rolünün bazı tezahürleridir. Son olarak kültür, göçmen kadınların kültürlenme sürecini etkileyebilmektedir (Donnelly ve ark. 2011). Kültürleşme, farklı kültürlere sahip bireylerden oluşan gruplar, gruplardan birinin veya her ikisinin orijinal kültür modellerinde müteakip değişikliklerle sürekli ilk elden temasa geçtiğinde meydana gelmektedir. Kültürleşme, etnik, kültürel ve ulusal kimliklerin varlığına dayanmaktadır ve kültürlerarası teması takiben bireylerde hem kültürel hem de psikolojik değişiklikleri gerektirmektedir. Kültürleşme stratejileri entegrasyon, asimilasyon, ayrılma, marjinalleşme ve kültürlenmeyi içermektedir. Çalışmalar, göçmenler arasında kültürleşme eksikliğini kötü sağlıkla ilişkilendirmiştir. Ancak bu ilişki entegrasyon ve asimilasyon stratejilerinde diğer kültürleşme stratejilerine kıyasla çok daha güçlüdür (Viruell-Fuentes ve ark. 2012). Alegria ve ark. (2007) bu ilişkinin göç deneyimi gibi bağlamsal faktörler ve tarihsel ırkçılık gibi yapısal faktörler tarafından yönetildiğini iddia etmektedir. Green ve ark. (2006) Çinli göçmenlerin İngiltere'deki topluluklara entegrasyonu üzerine yaptıkları çalışmalarda, bu bireylerin, sosyal destek eksikliğinden, yerli emsallerine göre daha fazla etkilendiklerini ve sık sık taciz konusunda endişelerini bildirdiklerini bulmuşlardır. Benzer bir şekilde, Oppedal ve ark. (2004), göçmen gençlerin Norveç'teki yeni hayata uyum sağlarken, özellikle sosyal destekten yoksun olduklarında, kendi algıladıkları ayrımcılığa ve etnik kimlik krizine karşı özellikle savunmasız olduklarını belirtmiştir. Etnik kimlik duygusunu yeni topluma uyumla dengeleme yeteneği, olumlu zihinsel sağlığa yol açabilmektedir. Yukarıda bahsedilen çalışmaların bulgularının ardından, kültürleşme süreci aracılığıyla göçmen

kadınların ruh sağlığı üzerindeki kültürel etkinin göç deneyimi, ırkçılık, sosyal destek, ayrımcılık ve etnik kimlik gibi faktörlerle iç içe geçtiği görülmektedir.

2.7.2.2. Sosyal düzeyler

Sosyal Bağlantılar: Sosyal ağların ve bağlantıların göçmen kadınların ruh sağlığı üzerinde güçlü etkileri olduğuna dair çok sayıda kanıt vardır (Berman ve Jiwani, 2008). Berman ve Jiwani (2008), sosyal ağlar yapıları (bağların sayısı ve bağların yakınlığı) ve işlevleri (temas sıklığı ve karşılıklılık) ile tanımlanmaktadır ve ruh sağlığı üzerindeki etkileri üç temel sosyal destek mekanizması ile açıklanabilmektedir. Bunlar; sosyal etki ve sosyal entegrasyondur.

Sosyal Destek: Sosyal ağ, duygusal, araçsal, değerlendirme ve bilgilendirme dahil olmak üzere çeşitli destek türlerinin sağlanması yoluyla en açık şekilde duygulanımsal sağlığı bağlamaktadır. Sosyal destek, başkalarına bağlı olmanın ve gerektiğinde desteğin orada olduğunu bilmenin bilişsel değerlendirmesini ifade etmektedir (Barrera, 1986). Lynam (1985)'e göre, göçmen kadınlar aile, akran ve yabancılar olmak üzere üç tür sosyal desteğe güvenme eğilimindedir. Her şeyden önce, yerleşimle ilgili ihtiyaçlarını karşılamak için geniş aile üyelerine güvenmekte ve bu desteği ruh sağlığı durumları için en önemli, güçlü ve koruyucu faktör olarak görmektedirler (Lynam, 1985).

İkinci sosyal destek kaynağı, göçmen kadınların, ortak bir kültürü paylaşmaları nedeniyle ihtiyaçlarını anlamayı umdukları, etnik olarak benzer topluluk üyeleri olan akran veya içeriden kişilerdir. Sosyal destek hattının üçüncüsü, aileleri ve etnik toplulukları dışında bir sosyal ağ olan yabancılardır (Berkman ve ark. , 2000).

Göçmen kadınların aldığı sosyal destek ne olursa olsun, bazı psikolojik yollarla zihinsel refahı aynı şekilde etkileyebilmektedirler. Örneğin, bireylerin belirli davranışları gerçekleştirme yeteneklerine olan inancı ve güveni olarak tanımlanan öz-yeterlik, sosyal destek ve depresyon gibi çeşitli sağlık sonuçlarıyla ilişkilendirilmiştir (Bandura, 1982).

Bazı kanıtlar, sosyal desteğin, başlı başına sosyal destek arama eğiliminin bir başa çıkma tarzı olduğu anlamında, başa çıkma tarzlarını geliştirdiğini de göstermektedir 114. Ayrıca bazı araştırmalar, sosyal desteğin duygu, ruh hali, benlik saygısı ve algılanan iyi oluş üzerindeki etkisi ile çalıştığını ve bireylerin kendi kaderini kontrol edebilecekleri algısına katkıda bulunduğunu ortaya koymuştur (Marsden ve Friedkin, 1994).

2.7.2.3. Toplum ve sağlık sistemleri düzeyleri

Göçmen kadınlarda ruh sağlığının bir belirleyicisi olarak toplum ve sağlık hizmetlerine erişim göz ardı edilmiştir. Kanıtlar, göçmen kadınların devlet hizmetleri, sosyal yardım, sığınma evleri, polis ve destek hizmetleri arama konusunda birçok engelle karşılaştıklarını göstermektedir (Ortiz, 2008). Ayrıca ruh sağlığı hizmetlerine daha az erişimleri vardır ve bakım alırlarsa kalitelerinin düşük olması daha olasıdır (Grob, 2009). Belgesiz göçmenler sosyal ve sağlık hizmetlerine en az erişime sahip olduklarından, bu erişim göçmenin yasal statüsü tarafından güçlü bir şekilde belirlenmektedir. Aslında, göçmen kadınlara yardımcı olmak için birçok sosyal ve sağlık hizmeti mevcut olabilmektedir. Ancak bu kadınlar bu tür hizmetlere erişimde engellerle karşılaşabilmektedir. Erişilebilirliğe ek olarak, hizmetler göçmen kadınlar tarafından kabul edilmeyebilmektedir. Bu kullanılabilirlik, erişilebilirlik, kabul edilebilirlik ve hizmetlerin kalitesi aşağıdaki gibi çeşitli engellere bağlıdır (Davis ve ark., 2006).

2.8. Göçmenlerin Sorunlarına Müdahaleler

Dünyanın farklı bölgelerinden yapılan araştırma çalışmaları, göçün insanları farklı şekillerde etkileyen karmaşık bir süreç olduğunu ortaya koymaktadır. Çoğu zaman, psiko-sosyal sorunların ve diğer sağlık sorunlarının göçmenler arasında yerli nüfusa kıyasla daha yaygın olduğu stresli olaylar, engeller ve zorluklarla ilişkilidir. Buna yanıt olarak, çeşitli araştırma çalışmaları bazı yaklaşımlar çizmeye çalışmış ve önleyici, teşvik edici ve iyileştirici stratejiler önermiştir. Ayrıca hükümetler, kuruluşlar ve bireyler tarafından yerel, ulusal ve uluslararası düzeyde birçok çaba sarf edilmiştir (Hossin, 2020).

Uluslararası Göç Örgütü 1951'de merkezi Cenevre, İsviçre'de yürürlüğe girmiştir. O zamandan beri, göçmen nüfusa yardım etmek için çeşitli faaliyet ve programların formüle edilmesi ve uygulanmasına dâhil olmuştur. Onlardan bazıları:

- Mültecilerin yeniden yerleşim ve geri dönüş hizmetleri,
- Yardımlı gönüllü geri dönüş ve yeniden entegrasyon programı,
- Sayaç kaçakçılığı hizmetleri,
- Göçmenlik ve vize destek hizmeti,
- İşe alım ve istihdam olanakları,
- Göç eğitim programı,
- Göç sağlık değerlendirmeleri ve seyahat yardım hizmeti,
- Sağlık indirimi,

- Krizden etkilenen nüfusa göç sağlık yardımı vb.

Yukarıdaki programlar, göç sürecini daha kolay ve daha az karmaşık hale getirmeye çalışmayı ve göçten olumsuz etkilenenlere yanıt vermeyi ve yardım etmeyi amaçlamaktadır (Diaz ve ark., 2017).

Paris, Bordeaux, Strasbourg gibi kültürlerarası ruh sağlığı birimleri, Paris, Marsilya, Lyon vb. göçmenler arasındaki psikolojik ve sosyal sıkıntıyı azaltmak için dünya çapında kalkınma, göç konusunda bölgesel istişare süreçleri, Uluslararası Çalışma Örgütü tarafından göçmen haklarının korunmasında iyileştirmeler vb. programlar başlatılmıştır (Hossin, 2020).

Göçmenlere yönelik hizmetlerin mevcudiyetine rağmen, göçmenlerin mevcut hizmetlere erişimi çok zayıftır. Bu tür hizmetlere erişmelerini engelleyen birçok engel olduğunu göstermektedir. Bu engellerin başlıcaları, kültürel ve dilsel engeller, tıbbi olmayan müdahalelere inanç, yasal belge üretme gerekliliği ve sağlık hizmetlerine erişim için uygunluk kriterlerini yerine getirme ve yetersiz yardım arama davranışıdır. Göçmenlerin psiko-sosyal ve sağlık sorunlarının ele alınması için bu engellerin ele alınması çok önemlidir (Diaz ve ark. 2017).

2.9. Göçmen Kadınların Ruh Sağlığına Yönelik Disiplinler Arası Müdahaleler

Göçmen kadınların ruh sağlığına yönelik disiplinler arası müdahaleler; klinik ortamda müdahaleler, toplum temelli müdahaleler ve grup bazlı müdahaleler olmak üzere üç başlık altında incelenmiştir.

Taramalar, psikoterapi, genel değerlendirme, gevşeme grupları müdahalelerdir.

2.9.1. Klinik ortamda müdahaleler

Göçmen kadınların karşılaştığı engellerin üstesinden gelmek için klinik ortam müdahalaleri şu şekilde sıralanabilir. Göçmenlerin psiko-sosyal sorunlarıyla ilgilenirken kültürel değerleri kullanmak, terapötik ittifak ve güven oluşturmak, hizmetleri kapsayıcı ve erişilebilir kılmak, kaliteli tercüman hizmetleri, klinisyenler için uygun eğitim ve tercümanlar, sağlık okuryazarlığının geliştirilmesi, göçmen nüfuslarla katılımcı ve işbirlikçi ortaklıkların geliştirilmesi, kültürel yeterliliğin sağlanması vb. şeklindedir (Kirmayer ve ark. 2011; Lindert ve ark. 2008).

Göç sürecinin her aşamasında göçmenler üzerinde belirli stresler vardır; spesifik psikolojik sıkıntı, kişinin yaşadığı göç deneyiminin doğasından etkilenir. Dil ve kültürel

farklılıklardan kaynaklanan iletişim güçlükleri, göç öncesi, sırası ve sonrasında yaşanan olumsuz deneyimler, geleneksel inançlar, baş etme biçimleri, ailenin sosyo-ekonomik durumu, olumsuz aile dinamikleri göçmenler için başlıca zorluklardır. Dolayısıyla insanlar bu beklenmedik engeller için hazırlıklı olmayabilirler. Göçmenler psikolojik sıkıntıya sahip olduğunda, klinisyenlerin bu sorunları ele alacak kadar eğitimli ve donanımlı olması gerekir. Göçün tüm sürecini, işleyişin sosyal, mesleki ve ailevi yönlerini, kültürel arka planını, sosyo-ekonomik durumu, göç öncesi ile göç sonrası durumu karşılaştırmayı vb. sistematik olarak sorgulamaktadır. Bunlar, uyum sağlamadaki sorunları anlamaya ve tanımlamaya yardımcı olmaktadır. Klinisyenler eğitimli tercümanlardan ve kültür simsarlarından yardım almaktadır. Ayrıca ayrıntılı bilgi için diğer aile üyeleriyle de görüşebilirler ve belirli bir etnik kökene ait mevcut topluluk örgütlerinden faydalanmalıdırlar. Bu stratejiler, klinisyenlerin stres etkenini veya sorunu belirlemelerine, uygun müdahale/tedavi stratejisini formüle etmelerine, psiko-sosyal sıkıntıları önlemelerine ve göçmenlerin psiko-sosyal iyilik hallerini geliştirmelerine yardımcı olmaktadır (Kirmayer ve ark. 2011).

2.9.2. Toplum temelli müdahaleler

Araştırmaların bazıları, müdahaleleri topluluk düzeyinde inceleyerek göçmenlerin sıkıntılarına cevap vermeye çalışmıştır. Thistleton ve ark. (2012), "sıkıntılı göçmenlere hizmet sunumunda değişikliğe ihtiyaç vardır. Kulübe (cottage) tabanlı modelin, göç sırasında geriatrik uzun süreli bakım sakinlerine geleneksel sağlık hizmeti sunumundan daha etkili olduğu bulunmuştur. Tüketiciler, aile üyeleri ve çalışanlar, modelin tüketicilerin sağlık durumlarını, sosyal aktivitelerini iyileştirmede daha yararlı olduğunu hissetmişlerdir." (Thistleton ve ark. 2012).

Göç edilen kırsal kesimler arasında "topluluk seferberliği" ve "kapsamlı gönüllü danışmanlık ve test hizmetleri" içeren toplum temelli müdahaleler mevcuttur. Şanghay Topluluğu, gönüllü HIV danışmanlığı ve testi (VCT) kabulü ve kullanımı, HIV/AIDS hakkında bilgi, HIV pozitif bireylere karşı olumlu tutum ve geleneksel VCT hizmetlerine kıyasla kondom kullanımının teşvik edilmesinde önemli gelişmeler olduğunu kanıtlamıştır (Zhang ve ark. 2013).

Politikalar, uygulamalar ve yeniden yerleşim olanaklarının yanı sıra, göçmenlerin yasal, dini ve sosyal açıdan uyum sürecinde desteklenmesinde etno-kültürel organizasyonların ve dini kurumların varlığı son derece önemlidir. Bu etnik topluluklar

ve dini kuruluşlar göçmenleri karşılamakta, aidiyet duygusu sağlamakta ve göç kayıplarının, izolasyonun ve ayrımcılığın etkilerini de azaltmaya çalışmaktadır (Palinkas ve ark. 2003; Pumariega ve ark., 2005; Beiser, 2009). Bu nedenle, özellikle sıkıntıda olan göçmen nüfus için psiko-sosyal desteği ve gerekli kaynakları seferber etmek için yerel kuruluşlar veya yönetimler için mevcut topluluklar ve dini kuruluşlar arasındaki ağları tanımak, desteklemek ve geliştirmek çok önemlidir (Reitmanova ve Gustafson, 2009).

2.9.3. Grup bazlı müdahaleler

Tekrarlayan depresif bozukluk tanısı almış göçmen kadınlar arasında "kendi kendine yardım grubu ("Self Help Group" SHG)" ve "Bilişsel Davranış Terapisi" grup müdahalelerinin kısmen yararlı olduğu görülmüştür. Grup müdahalesi oturumlarında, aile ilişkileri ve eş ve çocukların sosyal ağlara olan ihtiyaçları ile ilgili zorluklar, yalnızlıkla baş etme, günlük hayatın taleplerini karşılayamama, üyelerin tercih ettiği başlıca konular olmuştur. Grup müdahalelerinin semptomların azaltılmasında, üyeler arasında karşılıklı güvenin artmasında, problem çözme becerilerinin kazanılmasında ve güçlerinin yeniden kazanılmasında faydalı olduğu görülmüştür. Üyelerin çoğu, takip sırasında grup toplantılarına gayri resmi olarak devam etme isteklerini de dile getirmiştir. Bununla birlikte, katılımcılar terapinin sunulma şeklinden hayal kırıklığına uğramıştır. Çalışmadan elde edilen sonuçlar, etnik, aynı cinsiyetten profesyoneller tarafından bireye dayalı kültüre duyarlı tedavinin daha yararlı olduğunu göstermiştir (Renner ve Berry, 2011). SHG ve bilişsel davranışçı terapi ile birlikte, depresyon, travma sonrası stres bozukluğu gibi ruh sağlığı sorunlarından muzdarip göçmen nüfus için psikodrama, psikoterapi, göz-hareket-duyarsızlaştırma ve grup müdahalelerinin yeniden işleme biçimleri sağlanmıştır. Böylece, semptomları azaltmada ve işlevselliği geliştirmede yardımcı oldukları kanıtlanmıştır (Sertoz ve Mete, 2005; Konuk ve ark. 2006; Hamamcı, 2006).

2.10. Göçmen Kadınların Ruh Sağlığına Yönelik Psikiyatri Hemşireliği Müdahaleleri

Psikiyatri hemşireliği, ruh sağlığını korumak ve sürdürmek, ruhsal hastalıkları veya oluşabilecek bozuklukları önlemek, hastaların kendileri ve çevreleri ile olan iletişim ve ilişkilerinin sağlıklı olmasına, baş etme becerilerini yeniden kazanabilmeleri veya geliştirebilmeleri konusunda yardım etmek, hastanın fizyolojik, psikolojik ve sosyal

durumunu değerlendirerek bütüncül hemşirelik bakımı vermek, tedavinin olumlu yönde sonuç vermesinde ve hastaların toplumsal yaşama yeniden dönebilecek duruma gelmelerinde, ayrıca toplum ruh sağlığının korunmasında rol almaktır (Özbaş, 2009). Bu amaca ulaşmak için tüm temel sağlık hizmetleri çerçevesinde toplum ruh sağlığı ilke ve yöntemlerini kullanarak, kişi aile ve toplumun sağlık sorunlarını saptar, öncelikleri belirler, hemşirelik girişimlerini planlar, uygular ve değerlendirir. Bir psikiyatri hemşiresi, bireyi yalnızca ruhsal yönüyle değil fiziksel yönüyle de ele almalıdır. Bu şekilde aşırı uzmanlaşmanın getirdiği bütünsel bakımın verilmesinin zora girmesi durumunun önüne geçilebilecektir. Bu sayede psikiyatri hemşireleri ruh sağlığı ile ilgilenirken, bedensel, ruhsal ve sosyal sağlığın birlikte ele alınmasını sağlamaktadır. Beden sağlığının somut ve gözle görülebilir özelliklerinin bulunur ve ruh sağlığının soyut konuları içermesi, çok karmaşık etkenli olması, uygulamada ruh sağlığı hizmetlerine gereken önemi verilmesini engeller. Tam bu noktada psikiyatri hemşireleri devreye girmektedir (Pektaş ve Çam, 2002).

Göç eden kadınların yaşadıkları sağlık sorunları ve göçün doğurduğu psikolojik etkilere daha önceki bölümlerde değinilmiştir. Bu sebeple, psikiyatri hemşiresinin bireylerin ruh sağlığı ile ilgili sorunlarını belirlemede ve saptamada da önemli bir yer de olduğunu söylemek mümkündür. İnsan biyopsikososyal bir varlıktır. Yaşamını sağlıklı bir şekilde sürdürebilmesi için bu üç ögenin birbiriyle karşılıklı etkileşmesi ve dengeli bir ilişki içinde olması gerekmektedir. Pektaş'ın ilettiği gibi bunun en önemli nedenleri sağlığa getirilen bütüncül bakış açısı, ekonomik, sosyal ve teknolojik gelişmelerin kişilerin ruhsal yaşamları üzerindeki olumsuz etkileri ve bu durumun kişilerin yaşam kalitesini azaltmasıdır. Ruh sağlığı sorunları gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde, her sosyo-ekonomik katmanda, her ırkta ve her kültürel grupta görülebilmektedir (Pektaş ve Çam, 2002).

Dünya Sağlık Örgütü'ne (DSÖ) göre, her dört kişiden biri ruhsal ya da nörolojik hastalık geçirme riski ile karşı karşıya kalmaktadır. Ayrıca dünyada en çok sakatlığa neden olan on hastalıktan beşinin ruhsal kaynaklı olduğu saptanmıştır. Birleşmiş Milletler Raporları'na göre, yeryüzünde 450 milyon kişi halen bir ruhsal veya nörolojik hastalıkla mücadele etmektedir. Birçok ülkede yapılan toplum taramaları, ruhsal hastalıkların sanılandan çok daha yaygın olduğunu göstermektedir. Bu nedenle tüm ülkelerde ruh sağlığı sorunları, toplum sağlığı sorunu olarak kabul edilmektedir. Bu da psikiyatri hemşireliğini yakından ilgilendirmektedir (Pektaş ve ark. 2006).

Toplumun eğitim ve yetiştirme geleneklerinin bozuk oluşu, bir topluma ait olmama, bağlanamama, topluma aşırı bağlanıp kendini yitirme, toplumsal stresler, hızlı sosyal değişimler, göçler, ağır toplumsal bunanımlar, baskılar, sosyal ve ekonomik yoksunluklar gibi toplumsal etkenler ruhsal bozuklukların oluş nedenleri arasında yer almaktadır (Çelikkol, 2001).

Tüm ruhsal sorun ve bozukluklar, genellikle kadınlarda erkeklere göre daha yaygındır. Yaş arttıkça ruhsal sorun ve bozuklukların yaygınlığının arttığı, tüm ruhsal bozuklukların evli kadınlarda evli erkeklere göre daha yaygın olduğu, genel olarak ruhsal bozukluk yaygınlığının kırsal kesimden kente doğru gidildikçe artış gösterdiği, düşük sosyo-ekonomik kesimlerde daha yaygın olduğu, öğrenim görmemiş kişilerde daha yüksek yaygınlık oranları ortaya çıkmıştır (Öniz, 2001).

Psikiyatri hemşireliği; insanın davranış sürecini anlamayı hedefleyen, hastayla olduğu kadar kişinin kendisiyle de ilgilenmesini kapsayan dinamik bir beceridir (Tanığ 1996). Amerikan Hemşireler Birliğinin 2007 yılında yaptığı tanımlamaya göre; "Ruh sağlığı ve psikiyatri hemşiresi; sanat olarak kendiliğin amaçlı kullanımı, bilim olarak ise psikososyal ve nörobiyolojik kuramların, araştırma bulgularının ve hemşireliğin çeşitli rollerinin kullanımı ile hizmet veren ruh sağlığı profesyonelidir" (Varcarolis ve Halter 2009).

Ruh sağlığı ve psikiyatri hemşireliği bilgiyi, deneyimi, hemşirelik becerisini, biyolojik ve sosyal bilim verilerini, kendi benliğini terapötik kullanma sanatını birleştiren bir disiplindir. Ruh sağlığı ve psikiyatri terimi hemşireliğin iki alanını içerir. Psikiyatri hemşireliği emosyonel bozuklukların bakım ve tedavisine, ruh sağlığı hemşireliği ise riskli gruplara, kriz durumunda ruhsal bozuklukların oluşumunu önlemeye yönelik girişimlere odaklanır (Johnson, 1997).

Toplum içinde, toplumla içiçe çalışmakla yükümlü olan psikiyatri hemşiresi, hastayı ya da risk altındaki kişiyi görme şansına sahip sağlık personelidir. Bu nedenle bireyleri fizik, biyolojik ve sosyal çevresi, ilişkide olduğu diğer insanlarla birlikte gözleyerek bireyin yaşamının ruhsal ve sosyal boyutlarını daha gerçekçi biçimde incelemek ve değerlendirmek durumundadır.

Amerikan Hemşireler Birliği, Amerikan Psikiyatri ve Ruh Sağlığı Hemşireler Birliği ve Uluslararası Psikiyatri ve Ruh Sağlığı Hemşireler Topluluğu tarafından 2007 yılında yayınlanan "Psychiatric Mental Health Nursing: Scope and Standards of Practice" adlı yayında yer alan, psikiyatri ve ruh sağlığı hemşireliği ile ilgili fenomenler aşağıdaki

gibidir:

- Psikiyatrik, emosyonel ve fizyolojik distrese bağlı oluşan fonksiyon bozukluklarını azaltmak,
- Ruh sağlığı problemlerine veya psikiyatrik bozukluklara bağlı düşüncede, algıda ve iletişimde oluşan değişiklikler,
- Kendine veya başkalarına tehlike potansiyeli oluşturan ruhsal durumlar ve davranışlar,
- Benlik kavramı ve beden imgesindeki değişiklikler, gelişimsel sorunlar, yaşam sürecindeki değişiklikler, yaşam sonu ile ilgili sorunlar,
- Psikolojik durumdaki değişikliklere bağlı olarak ortaya çıkan fiziksel semptomlar,
- Psikolojik durumdaki değişikliklere bağlı olarak ortaya çıkan psikolojik semptomlar,
- Bireyin, ailenin ve toplumun ruhsal ve emosyonel iyi oluşluğunu etkileyen kişilerarası, organizasyonel, sosyokültürel, spritüel veya çevresel durumlar veya olaylar,
- Bireyin yaşamını anlamlandırmasını sağlayan ev, iş ve sosyal destek alımına yönelik mevcut durumunu sürdürebilmesini içeren iyileşmeyi etkileyen faktörler,
- Şiddet, göç ve madde kötüye kullanımı gibi toplumsal faktörler (Boyd, 2008).

Göç, ani ve hızlı bir çevre değişimi yarattığı, sosyal, fiziksel ve kültürel olarak toplumu ve bireyleri etkilediği için toplumsal bir olgudur. Göçe sağlık açısından bakıldığında toplum ruh sağlığı sorunu olduğu açıkça görülmektedir.

Göç eden bireyler sağlık hizmetinin çekirdeğini oluşturan temel sağlık hizmetlerinden bile yeterince yararlanamamakta, sosyal eşitlik gereği toplumdaki herkese eşit olarak götürülmesi gereken bu hizmetler göç eden bireylere yeterince ulaştırılamamaktadır. Göç eden bireylerin sağlık koşullarının geliştirilerek sürdürülmesinde birinci basamak sağlık hizmetlerine ve bu hizmetin önemli bir parçası olan hemşirelere çok önemli roller düşmektedir. Çünkü göç olayı sağlığın korunması ve geliştirilmesi için hemşireler tarafından değerlendirilmesi gereken ve sağlık üzerinde çok önemli etkileri olan biyolojik, çevresel, sosyo-kültürel değişkenleri, yaşam şekillerini, sağlık davranışlarını ve inançlarını etkilemektedir. Hemşireler, risk grubu olarak görülen göç eden bireyleri öncelikli grup olarak kabul etmeli, sağlıklarının korunması ve geliştirilmesi için gerekli hemşirelik tanılarını koymalı ve buna uygun girişimlerde

bulunmalıdır (Smith ve Maurer, 2000).

Daha önce de belirtildiği üzere göç birçok alanın konusu haline gelmiştir. Yapılan çalışmaların çeşitliliği de bunu ispatlamaktır. Yapılan çalışmalardan yola çıkarak göç eden kadınların risk grubu içinde olduklarını söylemek mümkündür. Bu kadınlar yaşadıkları bu göç süreci içinde birçok zorlukla karşı karşıya kalmaktadırlar. Yeni bir çevreye girmiş olmaları, bu çevreye uyum sağlama çabaları, yoksulluk, kendini ifade edememe, geçim sıkıntısı, geçim sıkıntısıyla gelen aile içi sorunlar, belki de şiddet ve nihayet beraberinde ruhsal sorunlar kadınların bu süreçte uyum sorunu yaşamalarının bir göstergesidir. İşte bu nedenle göç eden kadınlar birinci basamak sağlık çalışanları tarafından tespit edilmeli ve öncelikli grup arasında yer almalıdırlar. Bu süreci en hafif ve minimum zararla atlatmada biz hemşirelere büyük görevler düşmektedir.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Bu araştırma, İstanbul'da bir aile sağlığı merkezine başvuran göçmen kadınların ruhsal belirti düzeylerini belirlemek amacıyla tanımlayıcı türde yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Aile sağlığı merkezi üç birimden oluşup, birimlere kayıtlı olan toplam hasta sayısı 8000'dir. Bu aile sağlığı merkezine göçmen nüfus da gelmeketedir ve merkeze kayıtlı göçmen nüfusu toplam sayısı 4813'tür. Burada yerli ve göçmen nüfus için verilen hizmetler ayaktan muayene, sağlık raporlarının düzenlenmesi, kronik hastalıkların takibi, rutin kan alımı ve kontrolleri, kayıtlı nüfüsta bulunan gebe, bebek, çocuk rutin izlem kontrolleri yapılmaktadır. Kayıtlı nüfusun enjeksiyon, pansuman, aşılama, kan alımı işlemleri ve vital bulguların takibi yapılmaktadır. Aile sağlığı merkezinde 3 hemşire, 3 doktor ve diğer sağlık profesyonelleri çalışmaktadır. Göçmen nüfus aile sağlığına sıklıkla ayaktan muayene, gebe, bebek, çocuk izlem ve takipleri, aşılama, enjeksiyon, kan alımı ve doğum kontrol yöntemleri bilgilendirilmesi ve uygun korunma malzemesi temini vb gibi hizmetlerden faydalanmaktadır. Göçmenlere ait özel birim uygulaması bulunmamakla birlikte çevirmen hizmeti kısmi zamanlı bulunmamaktadır. Kayıtlı göçmen nüfusunun 4104'ünü 18 yaş üstü kadın göçmenler oluşturmaktadır.

Bu araştırmanın İstanbul Anadolu yakasında bir aile sağlığı merkezinde Kasım-Mayıs 2022 tarihleri arasında yapılmıştır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evreni İstanbul'da bir aile sağlığı merkezine başvuran 4104 kayıtlı 18 yaş üstü göçmen kadındır. Çalışmanın evreni 4104 kişi alındığında, örneklem büyüklüğü %5 hata payı ve %95 güven aralığında evreni bilinen örneklem büyüklüğü formülü n: N.t2 .p.q/d2 .(N-1)+t2 .p.q ile 351 kişi olarak hesaplanmıştır. Araştırmaya katılan kişilerin doldurdukları formlardan 51'inde cevaplanmamış sorular olduğu için bu formlar çalışma dışı bırakılmıştır. Araştırmanın örneklemini 300 kişi oluşturmuştur.

3.3.1. Araştırmaya dahil edilme kriterleri

Araştırma kapsamında dahil edilecek kadınların bazı kriterlere sahip olması beklenmektedir. Bu kriterler şu şekilde sıralanabilir;

- 18 yaş üstü kadın olmak
- Göç etmiş olmak
- Türkçe veya Arapça konuşabilen
- Bilişsel olarak yeterli olan
- Herhangi bir psikiyatrik tanısı olmaması ve herhangi bir psikiyatrik ilaç kullanmamasıdır.

Bu kriterleri sağlayan kadınlar araştırmaya dahil edilmiştir.

3.4. Veri Toplama Araçları

Araştırmada göçmen kadın tanımlayıcı bilgi formu ve SCL 90-R Ruhsal belirti tarama listesi kullanılmaktadır. Göçmen kadın tanımlayıcı bilgi formu ilgili literatür taranarak araştırıcı tarafından hazırlanmış olup toplam 30 maddeden oluşmaktadır. Formda yer alan sosyo-demografik veri ve göç sürecine dair veriler araştırmanın bağımsız değişkenlerini oluşturmaktadır. SCL 90-R Ruhsal belirti tarama listesi 90 maddeden oluşmuş olup bu listeden elde edilen veriler araştırmanın bağımlı değişkenini oluşturmaktadır.

Araştırmada kullanılan göçmen kadın tanılayıcı bilgi formu ve SCL 90-R formu Türkçe anlama ve yazma yeterliliği olanların kendilerinin doldurması istenmiştir. Türkçe ile ilgili yeterlilikleri yok ise araştırmacı tarafından belirlenen çevirmenin ve araştırmacının yardımı ile doldurulmuştur. Görüşmelerde sessiz bir oda kullanılmıştır. Anksiyete bilişsel işlevselliği olumsuz etkilediğinden kadınların anksiyete yaşamaması için değerlendirme öncesinde ön görüşme yapılmıştır.

3.4.1. Göçmen kadın tanımlayıcı bilgi formu

Araştırmada kullanılacak olan göçmen kadın tanımlayıcı bilgi formu araştırmacı tarafından ilgili literatür taranarak 30 maddeden oluşturulmuştur (Bogic ve ark. 2012, Gerritsen ve ark. 2018, Kirmayer ve ark. 2011, Anderson ve ark. 2017). Bu form 2 bölümden oluşmuş tek bir formdur. İlk bölümde kadınların; Türkçe bilme, uyruk, yaş, eğitim durumu, çalışma durumu, medeni durum, çocuk sayısı ve yaşları, aile tipi, hane sahipliği, hanede yaşayan birey sayısı, algılanan gelir düzeyi, sağlık sigortası varlığı,

sosyal yardım ve çocuk bakım yardımı alma durumu gibi sosyo-demografik bilgilerine ulaşılması hedeflenmiştir. Formun ikinci bölümünde ise kadınların; göç edilen ülke ve bölge, ilk göç deneyimi, Türkiye'ye geliş süresi, gönüllü ya da zorunlu göç bilgisi, göç kararına katılma, bulunduğu yerde yaşamakta memnuniyet, ülkesine geri dönüş yapma isteği, Türkiye'de yakın varlığı, bulunduğu yerde toplum ilişkileri, bulunduğu yerdeki sorunları, bulunduğu yerde sağlık hizmeti yeterliliği, kronik hastalık varlığı, psikiyatrik tanı tedavi varlığı ve sağlık durumlarının göç öncesi sonrası karşılaştırması gibi göç süreci deneyimlerine ilişkin sorular yer almaktadır. Araştırmada soru formları araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak yaklaşık 30 dakikada doldurulmuştur. Türkçe bilmeyen kadınlar için arapça bilen çevirmenden destek alınmıştır.

3.4.2. SCL-90-R ruhsal belirti tarama listesi

SCL-90-R Ruhsal belirti tarama listesi 1977 yılında Derogatis tarafından önceki sürümlerinden geliştirilen, beşli likert tipinde ölçüm sağlayan, 90 maddelik kendini değerlendirme ölçeğidir (Kılıç, 1991 ve Dağ, 1991, Yeşilyaprak, 2001). Ruhsal belirtileri ve stres tepkisini ölçen bu ölçek, 16 yaşından büyük psikiyatri dışı normal populasyona da uygulanabilmektedir (Aşkın ve ark. , 1995). SCL-90-R belirti grupların gösteren dokuz alt ölçek ve bir ek ölçekten oluşmuştur: Somatizasyon, anksiyete, obsesif-kompulsif, depresyon, kişilerarası duyarlılık, paranoid düşünce, psikotism, düşmanlık, fobik kaygı. Ölçek kendi kendine puanlanan bir listedir. Listedeki 90 maddenin her biri 41 ruhsal veya bedensel bir belirtiyi içermektedir. Ölçekte yer alan maddelerin "son 15 gün içerisinde kişiyi ne ölçüde huzursuz ve tedirgin ettiğini" ifade etmelerini isteyen bir yönergeyle uygulanan Psikolojik Belirti Tarama Listesi 'hiç' ve 'çok fazla' şeklinde beşli likert tipinde tanımlanmaktadır. Genel Semptom Puanı belirlenirken; Dağ (1991) çalışmasında puan aralıkları şu şekilde belirlenmektedir. 0,00 ile 1,50 arası puanlar "Normal", 1,51 ile 2,50 arasındaki puanlar "Psikolojik belirti hafif" ve 2,50 ile 4,00 arası puanlar "Psikolojik belirti yüksek" olarak kabul edilmektedir. Katılımcıların kendi öz bildirimlerine dayalı olarak 0-4 arasında puanlandırma yaptıkları (0:hiç, 1: çok az, 2: orta derecede, 3: oldukça fazla, 4: ileri derece) 90 maddeden oluşan bir ölçektir (Şeneldir, 2009). Kesme puanı araştırmacıdan araştırmacıya değişmekle birlikte genelde bir olarak kabul edilir. SCL-90-R'nın Türkçe'ye uyarlama çalışmaları, Dağ tarafından 1991 yılında yapılmıştır. İlk çevirisi 1978 yılında Gökler tarafından yapılmıştır. Ölçeğin Cronbach α iç tutarlılık katsayısı 0.97, test-tekrar test güvenilirlik katsayıları alt ölçeklere göre 0.65-0.87

arasında; toplamda 0.90 olarak bulunmuştur. Ölçeğin yapı geçerliliği ve ölçüt bağlantılı geçerliliği de çalışılmıştır. Somatizasyon (S): 12 madde, Obsesif-Kompulsif Belirtiler: 10 madde, Kişilerarası Duyarlılık (KAD): 9 madde, Depresyon (D): 13 madde, Anksiyete Belirtileri (AB): 10 madde, Öfke-Düşmanlık Hostilite (H): 6 madde, Fobik Anksiyete (FA): 7 madde, Paranoid Düsünceler (PD): 6 madde, Psikotizm (P): 10 madde, Ek Maddeler (EM): 7 maddeden oluşmaktadır.

3.4.3. İstatistiksel analizler

Veri analizi, Statistical Package For Social Science (SPSS) 26.0 paket programında gerçekleştirilmiştir. Analizde demografik özelliklere ilişkin tanımlayıcı istatistikler kullanılmıştır. Değişkenlerin normalliği One Sample Kolmogorov-Smirnov Test ile analiz edilmiştir. Değişkenlerin normallik varsayımını sağlaması durumunda parametrik testler kullanılmış ve normallik varsayımını sağlanmadığında nonparametrik testler kullanılmıştır. SCL 90'ın alt boyutlarından olan somatizasyon, obsesif-kompulsif, kişiler arası duyarlılık, depresyon, düşmanlık ve paranoid düşüncenin normal dağıldıkları görülmüştür. Bunun yanında kaygı, fobik kaygı ve psikotizm alt boyutların normal dağılmadığı görülmüştür. Bu amaçla sosyo-demografik özelliklere göre SCL-90 normal dağılan alt boyutları (somatizasyon, obsesif-kompulsif, kişiler arası duyarlılık, depresyon, düşmanlık ve paranoid düşünce) karşılaştırılırken bağımsız örneklem t testi ve tek yönlü varyans analizi (ANOVA) kullanılmıştır. Sosyo-demografik özelliklere göre SCL-90 normal dağılmayan alt boyutları (Kaygı, fobik kaygı ve psikotizm) karşılaştırılırken Mann-Whitney U veya Kruskal Wallis H testi kullanılmıştır. İstatistiksel olarak anlamlı farklılıklar ($p<0.05$) görülmesi durumunda Post hoc analizler yapılarak farklılıklar saptanmıştır. İstatistiksel anlamlılık için $p<0.05$ olarak anlamlı kabul edilmiştir.

4. BULGULAR

Aşağıdaki bölümlerde çalışmaya alınan hastaların, göçmen kadın tanıtıcı özellikleri ve Ruhsal Belirti Tarama Testine (SCL 90-R) ilişkin puan ortalamaları yer almaktadır.

4.1. Göçmen Kadınların Tanımlayıcı Özellikleri

Göçmen kadınların tanımlayıcı özellikleri olan; yaş, eğitim, medeni durum, çalışma durumu, çocuk sayısı, aile tipi, hanede yaşayan birey sayısı, algılanan gelir düzeyi, sağlık sigortası durumu ve sosyal yardım alma durumu, göç edilen bölge, ilk göç deneyimi mi, göç süresi, göç şekli, göç kararına katılma durumu, memnuniyet durumu, geri dönme isteği, sosyal destek durumu, algılanan sorunlar, sağlık hizmet memnuniyeti, kronik hastalık varlığı, göç sonrası algılanan sağlık durumu, Türkçe yeterliliği incelenmektedir.

Tablo 1: Göçmen kadınların tanımlayıcı özellikleri

Tanımlayıcı Özellikler		n	%	$\bar{X}$	SS
Yaş	**18-25**	89	29,7	31,06	2,883
	26-35	129	43,0		
	36-45	61	20,3		
	45 Üzeri	21	7,0		
Eğitim	**İlköğretim**	190	63,3		
	Lise	82	27,3		
	Üniversite	28	9,3		
Medeni Durum	**Evli**	276	92,0		
	Bekar	24	8,0		
Çalışma Durumu	**Çalışıyor**	20	6,7		
	Çalışmıyor	280	93,3		
Çocuk Sayısı	**0**	20	6,7	2,44	0,722
	1-3	192	64,0		
	4 ve üzeri	88	29,3		
Aile Tipi	**Çekirdek**	204	68,0		
	Geniş Aile	96	32,0		
Hanede Yaşayan Birey Sayısı	**1-4**	87	29,0	5,19	1,380
	5 ve üzeri	213	71,0		
Algılanan gelir düzeyi	**Geliri giderine denk**	71	23,7		
	Geliri giderinden az	229	76,3		
Sağlık Sigortası Durumu	**Özel**	22	7,3		
	Devlet	278	92,7		
Sosyal Yardım Alma Durumu	**Alıyor**	127	42,3		
	Almıyor	173	57,7		

Tablo 1: Göçmen kadınların tanımlayıcı özellikleri (devamı)

Tanımlayıcı Özellikler		n	%	$\bar{X}$	SS
Göç Edilen Bölge	**Şehir**	288	96,0		
	Köy	12	4,0		
İlk Göç Deneyimi	**Evet**	293	97,7		
	Hayır	7	2,3		
Göç Süresi	**1-5 Yıl**	108	36,0	5,66	0,747
	5 üzeri	192	64,0		
Göç şekli	**Gönüllü**	36	12,0		
	Zorunlu	264	88,0		
Göç kararına katılma durumu	**Kendi fikri**	38	12,7		
	Hemfikir	204	68,0		
	Katılmıyor	58	19,3		
Memnuniyet Durumu	**Memnun**	227	75,7		
	Memnun Değil	73	24,3		
Geri dönme isteği	**İstiyor**	49	16,3		
	İstemiyor	159	53,0		
	Kararsız	92	30,7		
Sosyal Destek Durumu	**Var**	233	77,7		
	Yok	67	22,3		
Algılanan Sorunlar	**Yok**	148	49,3		
	Var	152	51,7		
Sağlık Hizmetleri Memnuniyet Durumu	**Memnun**	294	98,0		
	Memnun Değil	6	2,0		
Kronik Hastalık	**Var**	19	6,3		
	Yok	281	93,7		
Göç Sonrası Algılanan Sağlık Durumu	**Şu an daha sağlıklıyım**	67	22,3		
	Ülkemde daha sağlıklıydım	146	48,7		
	Hiçbir şey fark etmedi	87	29,0		
Türkçe Yeterliliği	**Yeterli**	264	88,0		
	Yeterli Değil	36	12,0		

Tablo 1'de görüldüğü üzere, göçmen kadınlar 18 ile 55 yaş arasındadır ve yaş ortalaması 31,06, standart sapması ise 2,883'tir. Göçmen kadınların eğitim durumu olarak İlköğretim mezunu olanlar 190 kişi (%63,3) ile en fazladır. Lise mezunu sayı 82 kişi (%27,3) ve üniversite mezunu ise 28 kişi (%9,3) olarak belirtilmektedir. Evli olan 276 (%92,0) göçmen kadın bekâr 24 (%8,0) göçmen kadından oldukça fazladır. Katılımcılardan 280 kişi (%93,3) bir işte çalışmamakta ve 20 kişi (%6,7) bir işte çalışmaktadır. Göçmen kadınların aile yapısı incelendiğinde, çekirdek aileye sahip 204 kişi (%68,0) ve geniş aileye sahip 96 kişi (%32,0) bulunmaktadır. Hanede 1-4 kişi yaşayan 87 kişi (%29,0) ve hanede 5 ve üzeri kişi yaşayan 213 kişi (%71,0) olduğu belirlenmektedir. Algılanan gelir düzeyi incelendiğinde, gelirinin giderine denk olduğunu söyleyen göçmen kadın sayısı 71 kişi (%23,7) ve geliri giderinden az olan göçmen kadın sayısı 229 kişi (%76,3)'dir. Sağlık sigortası durumu olarak özel sağlık sigortası olan 22 kişi (%7,3) ve devlet destekli sağlık sigortası olan 278 kişi (%92,7) bulunmaktadır. Sosyal yardım alan göçmen kadın 127 kişi (%42,3) ve sosyal yardım almayan sayı 173 kişi (%57,7)'dir.

Tablo 1'de göçmen kadınların göçe ilişkin verilerinde görüldüğü üzere, göç edilen bölgesi şehir olan göçmen kadın sayısı 288 kişi (%96,0) ve köy olan göçmen kadın sayısı 12 kişi (%4,0) şeklindedir. İlk göç deneyimi olan göçmen kadın sayısı 293 kişi (%97,7) ve ilk göç deneyimi olmayan göçmen kadın sayısı 7 kişi (%2,3)'dir. Göç süresi incelendiğinde, 1-5 yıl olan kadın göçmen sayısı 108 kişi (%36), 5 üzeri yıl olan katılımcı sayısı 192 kişi (%64) olarak görülmektedir. Türkiye'ye geliş süresi ortalaması 5,6 yıldır. Göç şekli gönüllü olanlar 36 kişi (%12,0), zorunlu göç eden göçmen kadın sayısı 264 kişi (%88,0)'dir. Göç kararına katılma durumu değerlendirildiğinde, kendi fikri olduğunu belirten göçmen kadın sayısı 38 kişi (%12,7), hemfikir olduğunu belirten göçmen kadın sayısı 204 kişi (%68,0) ve kendisine sorulmadığını belirten göçmen kadın sayısı 58 kişi (%19,3) olarak belirtilmektedir. Türkiye'de yaşamaktan memnun olan göçmen kadın sayısı 227 kişi (%75,7), Türkiye'de yaşamaktan memnun olmayan göçmen kadın sayısı 73 kişi (%24,3) olarak belirtilmektedir. Ülkesine geri dönmek isteyen göçmen kadın sayısı 49 kişi (%16,3), ülkesine geri dönmek istemeyen kadın sayısı 159 kişi (%53,0) ve kararsız olduğunu belirten göçmen kadın sayısı 92 kişi (%30,7)'dir. Türkiye'de yakını olan göçmen kadın sayısı 233 kişi (%77,7) ve Türkiye'de yakını olmayan göçmen kadın sayısı 67 kişi (%22,3)'dir. Yaşanan sorunlar incelendiğinde, sorunu olmayan göçmen

kadın sayısı 148 kişi (%49,3), sorunu olduğunu belirten kadın sayısı 152 kişi (%51,7) olarak verilmektedir. Göçmen kadınların yaşadıkları sorunlar; pahalılık, ırkçılık ve dil bilmeme olarak belirtilmektedir. Sağlık hizmetlerinden memnun göçmen kadın sayısı 294 kişi (%98,0) ve sağlık hizmetlerinden memnun olmayan kadın sayısı 6 kişi (%2,0)'dir. Kronik hastalığı olan katılımcı sayısı 19 kişi (%6,3) ve kronik hastalığı olmayan katılımcı sayısı 281 kişi (%93,7) olduğu görülmektedir. Göçmen kadınların göç sonrası algılanan sağlık durumu incelendiğinde, şu an daha sağlıklı olduğunu belirten göçmen kadın sayısı 67 kişi (%22,3) ve ülkesinde daha sağlıklı olduğunu belirten kadın sayısı 146 kişi (%48,7) ve hiçbir şey fark etmediğini belirten kadın sayısı 87 kişi (%29,0)'dir. Türkçesi yeterli 264 (%88,0) göçmen kadın sayısı Türkçe'si yeterli olmayan 36 (%12,0) göçmen kadına göre daha fazladır.

Tablo 2'de yer verilen ruhsal belirtiler olarak; somatizasyon, obsesif-kompulsif, kişiler arası duyarlılık, depresyon, kaygı, düşmanlık, fobik kaygı, paranoid düşünce, psikosomatizm ve genel semptom alt boyutlarına ilişkin değerlere ve normallik testine ilişkin çarpıklık ve basıklık değerlerine yer verilmiştir. Boyutlar temelinde katılımcıların normal olmadığını belirlemek için aşağıdaki değerler kullanılmaktadır.

SCL 90-R'nin yorumlanmasında ve SCL 90-R'nin her bir alt alan ve Genel Semptom Puanı belirlenirken; Dağ (1991) çalışmasında puan aralıkları şu şekilde belirlenmektedir. 0,00 ile 1,50 arası puanlar "Normal", 1,51 ile 2,50 arasındaki puanlar "Psikolojik belirti hafif" ve 2,50 ile 4,00 arası puanlar "Psikolojik belirti yüksek" olarak kabul edilmektedir. Ölçek genel ortalama puanındaki artış, bireydeki psikiyatrik belirtilerden duyulan sıkıntının artışına işaret eder ve ölçeğin en iyi endeksidir. Pozitif belirti toplamı arttıkça, bireyin kendisinde ne kadar çeşitli psikiyatrik belirti algıladığını gösterir. Pozitif belirti düzeyindeki artış ise, bireyin kendisinde varolduğunu algıladığı belirtilerden duyduğu sıkıntının ağırlıklı ortalamasını gösterir.

Tablo 2'de göçmen kadınların ruhsal belirti puanları ortalamaları verilmektedir. Ruhsal belirtiler olarak; somatizasyon, obsesif-kompulsif, kişiler arası duyarlılık, depresyon, kaygı, düşmanlık, fobik kaygı, paranoid düşünce, psikosomatizm ve genel semptom alt boyutlarına ilişkin 300 katılımcının frekansları ve yüzdeleri gösterilmektedir.

Tablo 2: Ruhsal belirti puan ortalamaları

		Frekans	Yüzde
Somatizasyon	Normal	228	76,00
	Psikolojik belirti hafif	68	22,67
	Psikolojik belirti yüksek	4	1,33
Obsesif-Kompulsif	Normal	271	90,33
	Psikolojik belirti hafif	25	8,33
	Psikolojik belirti yüksek	4	1,33
Kişiler Arası Duyarlılık	Normal	143	47,67
	Psikolojik belirti hafif	137	45,67
	Psikolojik belirti yüksek	20	6,67
Depresyon	Normal	160	53,33
	Psikolojik belirti hafif	133	44,33
	Psikolojik belirti yüksek	7	2,33
Kaygı	Normal	285	95,00
	Psikolojik belirti hafif	11	3,67
	Psikolojik belirti yüksek	4	1,33
Düşmanlık	Normal	248	82,67
	Psikolojik belirti hafif	50	16,67
	Psikolojik belirti yüksek	2	0,67
Fobik Kaygı	Normal	272	90,67
	Psikolojik belirti hafif	26	8,67
	Psikolojik belirti yüksek	2	0,67
Paranoid Düşünce	Normal	234	78,00
	Psikolojik belirti hafif	62	20,67
	Psikolojik belirti yüksek	4	1,33
Psikotizm	Normal	297	99,00
	Psikolojik belirti hafif	2	0,67
	Psikolojik belirti yüksek	1	0,33
Genel Sağlık	Normal	277	92,33
	Psikolojik belirti hafif	22	7,33
	Psikolojik belirti yüksek	1	0,33

Tablo 2'de görüldüğü üzere, göçmen kadınların ruhsal belirtileri; Kişiler arası duyarlılık, hafif ve yüksek belirti gösteren 157 kişi (%52,34) ile en fazla görülen belirtidir. Depresyon, hafif ve yüksek belirti gösteren 140 kişi (%46,66) ile en fazla görülen ikinci belirtidir. Somatizasyon, hafif ve yüksek belirti gösteren 72 kişi (%24)'dir ve en yüksek görülen üçüncü belirtidir. Paranoid düşünce, hafif ve yüksek belirti gösteren 66 kişi (%22)'dir. Düşmanlık, hafif ve yüksek belirti gösteren 52 kişi (%17,34)'dir. Obsesif-kompülsif, hafif ve yüksek belirti gösteren 29 kişi (%9,66)'dir. Fobik kaygı, hafif ve yüksek beliriti gösteren 28 kişi (%9,34)'dir. Kaygı, hafif ve yüksek belirti gösteren 15 kişi (%5)'dir. Psikotizm, hafif ve yüksek belirti gösteren 3 kişi (%1)'dir. Genel sağlık

indeks, hafif ve yüksek belirti 23 kişi (%7,66)'dir.

Tablo 3: SCL90-R ruhsal belirti tarama testi alt ölçek puanları

	n	f	Ort. ve SS	Min	Maks	Çarpıklık	Basıklık
Somatizasyon	300	72	1,92 ±,41	1,58	4	.678	1.157
Obsesif-Kompulsif	300	29	2,05 ±,51	1,6	3,6	1.428	1.462
Kişiler Arası Duyarlılık	300	157	2,02 ±,38	1,55	4	.025	.073
Depresyon	300	140	1,86 ±,31	1,53	3	.180	.849
Kaygı	300	15	2,22 ±66	1,6	3,7	2.362	10.227
Düşmanlık	300	52	1,91 ±,38	1,66	4	.635	1.720
Fobik Kaygı	300	28	1,81 ±,46	1,57	3,42	1.136	4.356
Paranoid Düşünce	300	66	1,94 ±,31	1,66	3,16	.042	.486
Psikotizm	300	3	2,76 ±,80	2,1	3,9	3.586	26.540
Genel Semptom İndeksi	300	23	1,86 ±,38	1,51	3,3	.652	1.609

SCL90-R ruhsal belirti tarama testi alt ölçek puanlarının normal dağılımları ile ilgili çarpıklık ve basıklık değerleri hesaplanmaktadır. Tablo 3'te görülen değerler %5 anlamlılık düzeyi için ±1,96 değeri ile kıyaslanmaktadır. Eğer bulunan değerler ±1,96 değerini aşıyorsa normallik varsayımı sağlanmamaktadır (Hair ve ark. , 2009). Çalışmamızda yer alan değişkenlerin normal dağılıp dağılmadıkları incelendiğinde, somatizasyon, obsesif-kompulsif, kişiler arası duyarlılık, depresyon, düşmanlık ve paranoid düşünce değişkenleri normal dağıldığı görülmektedir. Kaygı, fobik kaygı ve psikotizm değişkenleri normal dağılmadığı belirlenmiştir.

4.2. Göçmen Kadınların Sosyo-Demografik Özellikleri ve Sosyo-Demografik Özelliklere İlişkin Fark Testleri

Tablo 4'te yaş, Türkçe bilme durumu, eğitim, çalışma durumu, medeni durum, çocuk sayısı, aile tipi, hanede yaşayan birey sayısı, algılanan gelir düzeyi, sağlık sigortası durumu, sosyal yardım alma durumu, göç edilen bölge, ilk göç deneyimi, göç süresi, göç şekli, göç kararına katılma durumu, memnuniyet durumu, geri dönme isteği, sosyal destek durumu, algılanan sorunlar, sağlık hizmetleri memnuniyet durumu, kronik hastalık, göç sonrası algılanan sağlık durumu değişkenlerine ilişkin ruhsal belirti değerlerinin istatistiksel anlamlı farklılıkları incelenmektedir.

Tablo 4: SCL-90 R belirti tarama testi puan ortalamalarının göçmen kadınların tanımlayıcı özelliklerine göre dağılımı.

Değişkenler		n	%	Somatizasyon*		Obsesif-Kompulsif*		Kişiler Arası Duyarlılık*		Depresyon*		Kaygı**		Düşmanlık *		Fobik Kaygı**		Paranoid Düşünce*		Psikotizm**	
				Ort± Ss	p	Ort± Ss	p	Ort± Ss	p	Ort± Ss	p	Ort± Ss	p	Ort± Ss	p	Ort± Ss	p	Ort± Ss	p	Ort± Ss	p
Yaş	18-25	89	29,7	1,13±,62	,31	1,06±,58	,50	1,59±,75	,22	1,50±,56	,44	0,73±,55	,75	1,09±,65	,13	0,97±,55	,22	**1,28±,59**	**,05**	**0,54±,46**	**,03**
	26-35	129	43,0	1,12±,61		0,99±,45		1,53±,60		1,47±,50		0,72±,37		1,07±,54		0,87±,40		**1,28±,51**		**0,50±,31**	
	36-45	61	20,3	1,00±,68		0,96±,42		1,37±,64		1,36±,52		0,75±,62		0,95±,53		0,77±,44		**1,09±,56**		**0,38±,35**	
	45 üzeri	21	7,0	0,92±,51		1,11±,42		1,44±,67		1,43±,32		0,61±,31		0,83±,35		0,84±,46		**1,02±,42**		**0,37±,19**	
Eğitim	İlköğretim	190	63,3	**1,22±,61**	**,00**	1,03±,49	,52	**1,60±,66**	**,00**	**1,50±,49**	**,00**	**0,76±,53**	**,04**	**1,10±,57**	**,03**	**0,93±,50**	**,02**	**1,28±,54**	**,00**	0,48±,37	,77
	Lise	82	27,3	**0,95±,59**		1,02±,47		**1,43±,56**		**1,45±,50**		**0,69±,36**		**0,95±,51**		**0,81±,39**		**1,21±,52**		0,48±,35	
	Üniversite	28	9,3	**0,59±,49**		0,91±,55		**1,13±,78**		**1,11±,60**		**0,53±,39**		**0,86±,62**		**0,70±,38**		**0,92±,57**		0,43±,37	
Çalışma durumu	Çalışmıyor	20	6,7	1,10±,89	,43	1,01±,02	,15	1,53±,31	,61	1,46±,34	,30	0,72±,73	,84	1,05±,90	,66	0,88±,84	,90	1,22±,32	,19	0,47±,51	,53
	Çalışıyor	280	93,3	0,62±,67		0,48±,62		0,66±,68		0,49±,73		0,47±,67		0,56±,59		0,43±,80		0,52±,83		0,36±,50	

* t testi, ANOVA

** Mann-Whitney U ve Kruskal Wallis H testi

Tablo 4: SCL-90 R belirti tarama testi puan ortalamalarının göçmen kadınların tanımlayıcı özelliklerine göre dağılımı (Devamı)

Değişkenler		n	%	Somatizasyon*		Obsesif-Kompulsif*		Kişiler Arası Duyarlılık*		Depresyon*		Kaygı**		Düşmanlık *		Fobik Kaygı**		Paranoid Düşünce*		Psikotizm**	
				Ort± Ss	p	Ort± Ss	p	Ort± Ss	p	Ort± Ss	p	Ort± Ss	p	Ort± Ss	p	Ort± Ss	p	Ort± Ss	p	Ort± Ss	p
Medeni Durum	Evli	276	92,0	1,10±,89	,18	1,01±1,02	,19	1,54±1,22	,83	1,46±1,33	,93	0,73±,59	,49	**1,07±,73**	**,02**	0,88±,78	,71	1,22±1,32	,79	0,47±,50	,08
	Bekar	24	8,0	0,61±,74		0,48±,56		0,66±,63		0,51±,57		0,48±,43		**0,56±,55**		0,46±,53		0,54±,57		0,37±,29	
Çocuk Sayısı	0	20	6,7	**0,90±,79**	**,00**	1,17±,59	,22	**1,57±,83**	**,05**	**1,40±,63**	**,00**	**0,57±,44**	**,05**	**0,74±,61**	**,00**	0,84±,59	,75	**1,36±,57**	**,02**	0,45±,32	,36
	1-3	192	64,0	**0,96±,58**		0,98±,52		**1,44±,69**		**1,39±,53**		**0,70±,49**		**0,95±,54**		0,86±,49		**1,16±,58**		0,46±,41	
	4 ve üzeri	88	29,3	**1,41±,55**		1,04±,38		**1,65±,52**		**1,61±,39**		**0,81±,47**		**1,29±,54**		0,91±,36		**1,34±,44**		0,52±,25	
Aile Tipi	Çekirdek	204	68,0	1,09±,65	,89	1,03±,50	,38	1,47±,60	,09	1,45±,49	,94	0,72±,47	,92	1,06±,57	,34	0,85±,42	,19	1,23±,53	,69	**0,50±,39**	**,05**
	Geniş aile	96	32,0	1,08±,57		0,98±,45		1,60±,77		1,46±,56		0,72±,52		0,99±,56		0,93±,55		1,21±,58		**0,42±,32**	
Hanede Yaşayan Birey Sayısı	1-4	87	29,0	**0,89±,62**	**,05**	0,99±,53	,88	1,43±,66	,19	1,41±,52	,26	0,73±,53	,84	1,03±,61	,06	0,85±,54	,36	1,24±,57	,06	0,50±,50	,25
	5 ve üzeri	213	71,0	**1,17±,61**		1,02±,47		1,55±,66		1,47±,51		0,72±,46		1,04±,55		0,88±,43		1,22±,53		0,46±,30	

* t testi, ANOVA

** Mann-Whitney U ve Kruskal Wallis H testi

Tablo 4: SCL-90 R belirti tarama testi puan ortalamalarının göçmen kadınların tanımlayıcı özelliklerine göre dağılımı (Devamı)

Değişkenler		n	%	Somatizasyon*		Obsesif-Kompulsif*		Kişiler Arası Duyarlılık*		Depresyon*		Kaygı**		Düşmanlık *		Fobik Kaygı**		Paranoid Düşünce*		Psikotizm**	
				Ort± Ss	p	Ort± Ss	p	Ort± Ss	p	Ort± Ss	p	Ort± Ss	p	Ort± Ss	p	Ort± Ss	p	Ort± Ss	p	Ort± Ss	p
Algılanan gelir düzeyi	Geliri giderine denk	71	23,7	**1,03±,58**	**,04**	1,00±,49	,62	1,53±,68	,46	1,46±,50	,76	0,69±,50	,22	1,00±,56	,10	0,90±,48	,30	1,23±,54	,69	0,49±,41	,67
	Geliri giderinden az	229	76,3	**1,18±,69**		1,03±,49		1,47±,62		1,44±,53		0,76±,46		1,11±,58		0,84±,45		1,21±,56		0,46±,29	
Sağlık Sigortası Durumu	Özel	22	7,3	**0,74±,43**	**,00**	1,13±,55	,26	1,38±,70	,35	1,48±,45	,81	0,63±,40	,38	0,95±,45	,47	0,77±,47	,28	1,23±,53	,92	0,42±,36	,44
	Devlet	278	92,7	**1,10±,63**		1,01±,48		1,52±,66		1,45±,52		0,73±,49		1,05±,58		0,88±,46		1,22±,55		0,48±,37	
Sosyal yardım alma durumu	Alıyor	127	42,3	**1,20±,58**	**,00**	1,01±,51	,88	1,55±,62	,38	1,47±,47	,61	0,75±,50	,28	**1,12±,58**	**,03**	**0,94±,44**	**,03**	1,28±,52	,14	0,50±,41	,36
	Almıyor	173	57,7	**0,90±,63**		1,02±,47		1,48±,69		1,44±,55		0,69±,47		**0,98±,55**		**0,83±,48**		1,18±,56		0,46±,33	

* t testi, ANOVA

** Mann-Whitney U ve Kruskal Wallis H testi

Tablo 4: SCL-90 R belirti tarama testi puan ortalamalarının göçmen kadınların tanımlayıcı özelliklerine göre dağılımı (Devamı)

Değişkenler		n	%	Somatizasyon*		Obsesif-Kompulsif*		Kişiler Arası Duyarlılık*		Depresyon*		Kaygı**		Düşmanlık *		Fobik Kaygı**		Paranoid Düşünce*		Psikotizm**	
				Ort± Ss	p	Ort± Ss	p	Ort± Ss	p	Ort± Ss	p	Ort± Ss	p	Ort± Ss	p	Ort± Ss	p	Ort± Ss	p	Ort± Ss	p
Göç Edilen Bölge	Şehir	288	96,0	1,10±,63	,25	1,02±,49	,87	1,50±,66	,49	1,46±,52	,35	0,73±,49	,15	1,04±,57	,81	0,87±,47	,39	1,23±,55	,52	0,48±,37	,33
	Köy	12	4,0	0,88±,46		0,99±,45		1,64±,75		1,32±,39		0,53±,20		1,00±,57		0,99±,45		1,13±,45		0,38±,23	
İlk Göç Deneyimi	Evet	293	97,7	**1,10±,62**	**,00**	1,02±,49	,27	1,52±,66	,14	1,46±,51	,12	**0,73±,48**	**,05**	**1,05±,57**	**,04**	0,88±,46	,20	1,23±,55	,60	0,48±,37	,24
	Hayır	7	2,3	**0,45±,24**		0,81±,45		1,14±,78		1,15±,52		**0,37±,15**		**0,62±,44**		0,65±,46		1,12±,40		0,31±,26	
Göç Süresi	1-5 Yıl	108	36,0	**0,88±,54**	**,00**	**0,90±,45**	**,02**	**1,30±,63**	**,00**	**1,28±,53**	**,00**	**0,60±,45**	**,00**	1,01±,50	,47	**0,73±,42**	**,00**	**1,17±,52**	**,02**	0,46±,42	,51
	5 üzeri	192	64,0	**1,21±,64**		**1,08±,49**		**1,63±,65**		**1,55±,48**		**0,79±,49**		1,06±,50		**0,96±,47**		**1,26±,56**		0,49±,33	
Türkçe Yeterliliği	Yeterli	264	88,0	1,05±,12	,33	0,99±1,03	,46	1,44±1,56	,13	1,43±1,47	,48	0,68±,74	,28	**1,13±,97**	**,01**	**0,80±,93**	**,02**	1,29±1,18	,08	**0,53±,44**	**,05**
	Yeterli Değil	36	12,0	0,63±,62		0,50±,48		0,57±,71		0,52±,50		0,46±,50		**0,54±,57**		**0,48±,45**		0,56±,53		**0,36±,36**	

* t testi, ANOVA

** Mann-Whitney U ve Kruskal Wallis H testi

Tablo 4: SCL-90 R belirti tarama testi puan ortalamalarının göçmen kadınların tanımlayıcı özelliklerine göre dağılımı (Devamı)

Değişkenler		n	%	Somatizasyon*		Obsesif-Kompulsif*		Kişiler Arası Duyarlılık*		Depresyon*		Kaygı**		Düşmanlık *		Fobik Kaygı**		Paranoid Düşünce*		Psikotizm**	
				Ort± Ss	p	Ort± Ss	p	Ort± Ss	p	Ort± Ss	p	Ort± Ss	p	Ort± Ss	p	Ort± Ss	p	Ort± Ss	p	Ort± Ss	p
Göç şekli	Gönüllü	36	12,0	**0,84±,68**	**,01**	0,93±,68	,29	**1,19±,81**	**,00**	**1,18±,70**	**,00**	0,69±,71	,74	0,85±,70	,09	0,82±,61	,46	**1,05±,70**	**,04**	0,58±,72	,09
	Zorunlu	264	88,0	**1,12±,61**		1,03±,46		**1,55±,63**		**1,49±,47**		0,72±,44		1,06±,54		0,88±,44		**1,25,52**		0,46±,29	
Göç kararına katılma durumu	Kendi fikri	38	12,7	0,96±,77	,11	1,08±,59	,55	**1,22±,70**	**,00**	**1,31±,66**	**,04**	0,73±,60	,12	**0,81±,50**	**,00**	0,83±,45	,72	1,05±,62	,06	0,45±,38	,69
	Hemfikir	204	68,0	1,07±,60		1,00±,45		**1,52±,65**		**1,45±,50**		0,68±,40		**1,03±,54**		0,88±,43		1,23±,53		0,47±,31	
	Katılmıyor	58	19,3	1,22±,60		1,04±,55		**1,65±,61**		**1,57±,43**		0,85±,64		**1,21±,65**		0,91±,59		1,33±,52		0,51±,52	
Memnuniyet Durumu	Memnun	227	75,7	1,08±,62	,62	**0,97±,44**	**,01**	1,54±,65	,25	1,43±,48	,16	0,67±,36	,06	1,04±,54	,87	0,85±,43	,09	1,21±,49	,37	0,44±,27	,06
	Memnun Değil	73	24,3	1,12±,64		**1,13±,60**		1,43±,69		1,53±,59		0,88±,72		1,03±,65		0,95±,57		1,27±,68		0,58±,57	

* t testi, ANOVA

** Mann-Whitney U ve Kruskal Wallis H testi

Tablo 4: SCL-90 R belirti tarama testi puan ortalamalarının göçmen kadınların tanımlayıcı özelliklerine göre dağılımı (Devamı)

Değişkenler		n	%	Somatizasyon*		Obsesif-Kompulsif*		Kişiler Arası Duyarlılık*		Depresyon*		Kaygı**		Düşmanlık *		Fobik Kaygı**		Paranoid Düşünce*		Psikotizm**	
				Ort± Ss	p	Ort± Ss	p	Ort± Ss	p	Ort± Ss	p	Ort± Ss	p	Ort± Ss	p	Ort± Ss	p	Ort± Ss	p	Ort± Ss	p
Geri dönme isteği	İstiyor	49	16,3	1,01±,63	,18	1,08±,58	,55	1,65±,83	,25	1,52±,54	,62	0,73±,53	,73	1,05±,67	,42	0,91±,60	,31	1,29±,57	,69	0,59±,58	,07
	İstemiyor	159	53,0	1,15±,64		1,00±,47		1,49±,64		1,44±,49		0,73±,49		1,07±,55		0,90±,45		1,21±,52		0,46±,27	
	Kararsız	92	30,7	1,02±,60		1,00±,47		1,47±,59		1,43±,54		0,69±,44		0,97±,53		0,81±,41		1,22±,58		0,45±,36	
Algılanan Sorunlar	Yok	148	49,3	1,10±,61	,70	1,01±,48	,97	**1,59±,66**	**,03**	1,48±,48	,42	0,70±,39	,74	1,02±,51	,55	0,88±,42	,40	1,27±,49	,15	0,44±,26	,64
	Var	152	51,7	1,07±,64		1,01±,50		**1,43±,66**		1,43±,54		0,74±,55		1,06±,61		0,87±,50		1,18±,59		0,51±,44	
Sosyal Destek Durumu	Yok	233	77,7	1,11±,60	,22	1,00±,46	,26	1,54±,66	,17	1,46±,49	,78	0,72±,48	,93	**1,07±,57**	**,05**	0,87±,48	,70	1,24±,54	,30	0,47±,36	,50
	Var	67	22,3	1,00±,69		1,07±,57		1,41±,67		1,44±,60		0,72±,49		**0,92±,53**		0,89±,43		1,16±,56		0,50±,40	

* t testi, ANOVA

** Mann-Whitney U ve Kruskal Wallis H testi

Tablo 4: SCL-90 R belirti tarama testi puan ortalamalarının göçmen kadınların tanımlayıcı özelliklerine göre dağılımı (Devamı)

Değişkenler		n	%	Somatizasyon*		Obsesif-Kompulsif*		Kişiler Arası Duyarlılık*		Depresyon*		Kaygı**		Düşmanlık*		Fobik Kaygı**		Paranoid Düşünce*		Psikotizm**	
				Ort± Ss	p	Ort± Ss	p	Ort± Ss	p	Ort± Ss	p	Ort± Ss	p	Ort± Ss	p	Ort± Ss	p	Ort± Ss	p	Ort± Ss	p
Sağlık Hizmetleri Memnuniyet Durumu	Memnun	294	98,0	1,09±,61	,75	1,01±,47	,10	1,52±,66	,15	1,46±,50	,45	0,71±,47	,56	1,04±,57	,51	0,88±,47	,36	1,22±,54	,81	0,47±,36	,21
	Memnun Değil	6	2,0	1,17±1,07		1,33±,92		1,13±,81		1,29±,93		1,12±,94		0,89±,47		0,81±,47		1,28±,77		0,73±,56	
Kronik Hastalık	Var	19	6,3	1,06±,61	,83	0,98±,32	,74	1,63±,63	,43	1,47±,49	,90	0,64±,35	,25	1,08±,56	,75	0,80±,40	,34	1,28±,39	,64	0,41±,24	,54
	Yok	281	93,7	1,09±,63		1,02±,50		1,50±,66		1,45±,51		0,72±,49		1,04±,57		0,88±,47		1,22±,56		0,48±,37	
Göç Sonrası Algılanan Sağlık Durumu	Şu an daha sağlıklıyım	67	22,3	**0,94±,64**	**,01**	0,96±,54	,22	**1,32±,74**	**,00**	**1,36±,56**	**,04**	0,68±,45	,32	**0,83±,47**	**,00**	0,78±,46	,20	**1,03±,61**	**,00**	**0,42±,32**	**,03**
	Ülkemde daha sağlıklıydım	146	48,7	**1,19±,54**		1,00±,39		**1,64±,50**		**1,53±,42**		0,75±,46		**1,20±,51**		0,89±,36		**1,34±,43**		**0,49±,26**	
	Hiçbir şey fark etmedi	87	29,0	**1,03±,72**		1,00±,57		**1,43±,78**		**1,40±,60**		0,70±,55		**0,92±,64**		0,93±,60		**1,18±,62**		**0,50±,52**	

* t testi, ANOVA

** Mann-Whitney U ve Kruskal Wallis H testi

Tablo 4'te göçmen kadınların psikolojik belirtileri için tanımlayıcı özelliklere göre nasıl dağıldığı gözlenmiştir. Aşağıda görüldüğü gibidir.

Göçmen kadınlarda en çok görülen psikolojik belirtiler kişiler arası duyarlılık, depresyon, somatizasyon ve paranoid düşüncedir.

Kişiler Arası Duyarlılık göçmen kadınların eğitim durumuna, çocuk sayısına, göç süresine, göç kararına katılma durumu, göç şekline ve göç sonrası algılanan sağlık durumuna göre anlamlı farklılık görülmüştür ($p<.05$). Göç süresi 5 yıldan fazla olan kadınların Kişiler Arası Duyarlılık puanı göç süresi daha az olan kadınlara göre daha yüksek çıkmıştır. Tukey analizi sonuçlarına göre, İlköğretim mezunu kadınların Kişiler Arası Duyarlılık puanı üniversite mezunu kadınlara göre anlamlı oranda daha yüksek çıkmıştır. Tukey analizi sonucunda, 4 ve üzeri çocuğa sahip kadınların Kişiler Arası Duyarlılık puanları daha az çocuğa sahip kadınlara göre anlamlı şekilde yüksektir. Tukey analizi sonuçlarına göre, geliş kararı kendi fikri olan kadınların Kişiler Arası Duyarlılık puanı geliş kararında hemfikir olan veya kendisine sorulmayan kadınlara göre anlamlı oranda daha düşük çıkmıştır. Göç şekli zorunlu olan, göç sonrası algılanan sağlık düzeyi ülkesinde daha sağlıklı olduğunu ifade eden kadınların Kişiler Arası Duyarlılık puanı daha yüksek çıkmıştır.

Depresyon göçmen kadınların eğitim durumuna, çocuk sayısına, göç süresine, göç kararına katılma, göç şekline, göç sonrası algılanan sağlık durumuna göre anlamlı farklılık görülmüştür ($p<.05$). Göç süresi 5 yıldan fazla olan kadınların Depresyon puanı göç süresi daha az olan kadınlara göre daha yüksek çıkmıştır. Tukey analizi sonuçlarına göre, İlköğretim mezunu kadınların Depresyon puanı üniversite mezunu kadınlara göre anlamlı oranda daha yüksek çıkmıştır. Tamhane analizi sonucunda, 4 ve üzeri çocuğa sahip kadınların Depresyon puanları daha az çocuğa sahip kadınlara göre anlamlı şekilde yüksektir. Tukey analiz sonucuna göre göç şekli zorunlu olan ve göç sonrası alagılanan sağlık düzeyi ülkesinde daha sağlıklı olduğunu ifade eden kadınların depresyon puan ortalamaları daha yüksek çıkmıştır. Tukey analizi sonuçlarına göre, geliş kararı kendi fikri olan kadınların Depresyon puanı geliş kararında hemfikir olan veya kendisine sorulmayan kadınlara göre anlamlı oranda daha düşük çıkmıştır.

Somatizasyon göçmen kadınların eğitim durumuna, çocuk sayısına, hanede yaşayan birey sayısına, algılanan gelir düzeyine, sağlık sigortası durumuna, sosyal yardım alma durumuna, göç süresine, göç şekline, ilk göç deneyimi, göç sonrası algılanan sağlık durumuna göre anlamlı farklılık görülmüştür ($p<.05$). Geliri giderinden az olan kadınların Somatizasyon puanı geliri giderine denk olan kadınlara göre daha yüksek çıkmıştır. Devlet destekli sağlık sigortası olan kadınların Somatizasyon puanı özel sağlık sigortası olan kadınlara göre daha yüksek çıkmıştır. Sosyal yardım alan kadınların Somatizasyon puanı sosyal yardım almayan kadınlara göre daha yüksek çıkmıştır. Göç süresi 5 yıldan fazla olan kadınların Somatizasyon puanı göç süresi daha az olan kadınlara göre daha yüksek çıkmıştır. Tamhane analizi sonuçlarına göre, ülkesinde daha sağlıklı olan kadınların Somatizasyon puanı şu an daha sağlıklı olan kadınlara göre anlamlı oranda daha yüksek çıkmıştır. Analiz sonuçlarına göre göç şekli zorunlu ve ilk göç deneyimine sahip kişilerin somatizasyon puanı yüksek çıkmıştır. Tukey analizi sonuçlarına göre, İlköğretim mezunu kadınların Somatizasyon puanı üniversite mezunu kadınlara göre anlamlı oranda daha yüksek çıkmıştır. Tamhane analizi sonucunda, 4 ve üzeri çocuğa sahip kadınların Somatizasyon puanları daha az çocuğa sahip kadınlara göre anlamlı şekilde yüksektir. Hanesinde 5 ve üzeri bireyin yaşadığı kadınların Somatizasyon puanı hanesinde daha az kişi yasaşayan kadınlara göre daha yüksek çıkmıştır.

Paranoid düşünce göçmen kadınların yaşına, eğitim durumuna, çocuk sayısına, göç süresine, göç şekli, göç sonrası algılanan sağlık durumuna göre anlamlı farklılık görülmüştür ($p<.05$). Göç süresi 5 yıldan fazla olan kadınların Paranoid Düşünce puanı göç süresi daha az olan kadınlara göre daha yüksek çıkmıştır. Göç sonrası algılanan sağlık durumu ülkesinde daha sağlıklı olan kadınların Paranoid Düşünce puanı şu an daha sağlıklı olan kadınlara göre anlamlı oranda daha yüksek çıkmıştır. Tukey analizi sonuçlarına göre, 18-25 ve 26-35 yaş aralığındaki kadınların Paranoid Düşünce puanı daha yaşlı olan kadınlara göre anlamlı oranda daha yüksek çıkmıştır. İlköğretim mezunu kadınların Paranoid Düşünce puanı üniversite mezunu kadınlara göre anlamlı oranda daha yüksek çıkmıştır. Tamhane analizi sonucunda, 4 ve üzeri çocuğa sahip kadınların Paranoid düşünce puanları daha az çocuğa sahip kadınlara göre anlamlı şekilde yüksektir.

Düşmanlık göçmen kadınların Türkçe yeterliliği durumuna, eğitim durumuna, medeni durumuna, çocuk sayısına, sosyal yardım alma durumuna, sosyal destek durumuna, ilk göç deneyimi durumuna, göç kararına katılma durumuna, göç sonrası

sağlık durumuna göre anlamlı farklılık görülmüştür (p<.05). Türkçesi yeterli kadınların Düşmanlık puanı Türkçesi yeterli olmayan kadınlara göre daha yüksek çıkmıştır. Evli kadınların Düşmanlık puanı bekar kadınlara göre daha yüksek çıkmıştır. Tukey analizi sonuçlarına göre, 4 ve üzeri çocuğa sahip kadınların Düşmanlık puanları daha az çocuğa sahip kadınlara göre anlamlı şekilde yüksektir. Sosyal yardım alan kadınların Düşmanlık puanı sosyal yardım almayan kadınlara göre daha yüksek çıkmıştır. Sosyal desteği olan kadınların Düşmanlık puanı sosyal desteği olmayan kadınlara göre daha yüksek çıkmıştır. İlk göç deneyimi olan kadınların düşmalık puanı daha yüksek çıkmıştır. Tamhane analizi sonuçlarına göre, ülkesinde daha sağlıklı olan kadınların Düşmanlık puanı şu an daha sağlıklı olan kadınlara göre anlamlı oranda daha yüksek çıkmıştır. Göç kararı kendi fikri olan kadınların göç kararına hemfikir ve göç kararına katılmayan kadınlara göre düşmanlık puanı düşük çıkmıştır.

Obsesif-Kompulsif göçmen kadınların göç süresine, bulundukları ülke memnuniyet durumuna göre anlamlı farklılık görülmüştür (p<.05). Göç süresi 5 yıldan fazla olan kadınların Obsesif-Kompulsif puanı göç süresi daha az olan kadınlara göre daha yüksek çıkmıştır. Bulunduğu ülkeden memnuniyet duymayan kadınların Obsesif-Kompulsif puanı Memnuniyet duyan kadınlara göre daha yüksek çıkmıştır.

Fobik Kaygı göçmen kadınların Türkçe yeterliliği durumuna, eğitim durumuna, sosyal yardım alma durumuna, göç süresine göre anlamlı farklılık görülmüştür (p<.05). Türkçesi yeterli kadınların Fobik Kaygı puanı Türkçesi yeterli olmayan kadınlara göre daha yüksek çıkmıştır. Sosyal yardım alan kadınların Fobik Kaygı puanı sosyal yardım almayan kadınlara göre daha yüksek çıkmıştır. Göç süresi 5 yıldan fazla olan kadınların Fobik Kaygı puanı göç süresi daha az olan kadınlara göre daha yüksek çıkmıştır. Tukey analizi sonuçlarına göre, İlköğretim mezunu kadınların Fobik Kaygı puanı üniversite mezunu kadınlara göre anlamlı oranda daha yüksek çıkmıştır.

Kaygı göçmen kadınların eğitim durumuna, çocuk sayısına, göç süresine, ilk göç deneyimine göre anlamlı farklılık görülmüştür (p<.05). Göç süresi 5 yıldan fazla olan kadınların Kaygı puanı göç süresi daha az olan kadınlara göre daha yüksek çıkmıştır. Tukey analizi sonuçlarına göre, İlköğretim mezunu kadınların Kaygı puanı üniversite mezunu kadınlara göre anlamlı oranda daha yüksek çıkmıştır. Tukey analizi sonuçlarına göre, 4 ve üzeri çocuğa sahip kadınların Kaygı göçmen puanları daha az çocuğa sahip

kadınlara göre anlamlı şekilde yüksektir. İlk göç deneyimi olan kadınların kaygı puanı birden fazla göç deneyimine sahip kadınlara göre anlamlı oranada yüksek çıkmıştır.

Psikotizm göçmen kadınların yaşına, aile tipine, göç sonrası algılanan sağlık durumuna ve Türkçe yeterliliğine göre anlamlı farklılık görülmüştür ($p<.05$). Türkçesi yeterli kadınların Psikotizm puanı Türkçesi yeterli olmayan kadınlara göre daha yüksek çıkmıştır. Tukey analizi sonucunda, 4 ve üzeri çocuğa sahip kadınların Psikotizm puanları daha az çocuğa sahip kadınlara göre anlamlı şekilde yüksektir. Çekirdek aileye sahip kadınların Psikotizm puanı geniş aileye sahip kadınlara göre daha yüksek çıkmıştır. Tukey analizi sonuçlarına göre, 18-25 ve 26-35 yaş aralığındaki kadınların Psikotizm puanı daha yaşlı olan kadınlara göre anlamlı oranda daha yüksek çıkmıştır.

5. TARTIŞMA

Göç günümüzde küresel bir sorun olarak karşımıza çıkmakta olup bu süreç en çok kadınları etkilemektedir. Göç süreci fiziksel, ruhsal, sosyo-ekonomik ve kültürel boyutta birçok probleme neden olmaktadır. Göç edilen yere, yeni bir kültüre ve dile alışmak zaman alan bir süreçtir. Kadınlar bu süreçte yeni bir toplumda kendi bildiği kültürden uzak bir şekilde var olma çabası göstermektedir. Bu sebeple çalışmada İstanbul'da bir aile sağlığı merkezine başvuran göçmen kadınların ruhsal belirti düzeyleri belirlenmiştir.

Bu çalışmada ruhsal belirtilerden en çok gözleneni kişiler arası duyarlılıkdır (Bkz. Tablo 4). Göçmenlerde kişilerarası düzeyde başkalarını doğru olarak algılayabilme ve uygun davranışlar sergileyebilme konusunda sorunlar bulunmaktadır. Kişilerarası duyarlılık optimum düzeyde olmadığı takdirde kişilerarası ilişkilerde sorunlara yol açabilmektedir. Bu sorunların çözülmesi için akademik çalışmalarda Kişiler Arası Duyarlılık ruhsal belirtisine sıklıkla yer verilmektedir. Bu çalışmada kişiler arası duyarlılık göçmen kadınların eğitim durumuna, çocuk sayısına, göç süresine, göç kararına katılma durumuna, yaşanan sorunlara göre farklılaşmaktadır. Göç süresi 5 yıldan fazla olan kadınların kişiler arası duyarlılık puanı göç süresi daha az olan kadınlara göre daha yüksek çıkmıştır. İlköğretim mezunu kadınların kişiler arası duyarlılık puanı üniversite mezunu kadınlara göre anlamlı oranda daha yüksek çıkmıştır. 4 ve üzeri çocuğa sahip kadınların kişiler arası duyarlılık puanları daha az çocuğa sahip kadınlara göre anlamlı şekilde yüksektir. Geliş kararı kendi fikri olan kadınların kişiler arası duyarlılık puanı geliş kararında hemfikir olan veya kendisine sorulmayan kadınlara göre anlamlı oranda daha düşük çıkmıştır. Sorun yaşamayan kadınların kişiler arası duyarlılık puanı sorunu olan kadınlara göre daha yüksek çıkmıştır. Norredam (2015) ve İnaç (2018) çalışmalarında ayrımcılık ve yabancı düşmanlığına ilişkin algılamalara da dikkat çekerken toplumda bu algıların varlığına inanan kadınların, daha fazla düşük benlik saygısı, öfke ve güçsüzlük duyguları ile karşılaştıkları belirtilmiştir. Vega ve ark. (1998)'in Meksikalı göçmenlerle Amerika'da yaptıkları araştırma 13 yıldan çok Amerika'da yaşayan göçmenlerde anlamlı olarak daha yüksek oranda ruh sağlığı sorununa ulaşmıştır. Lindert ve ark. (2009) ve Türk (2015) göç etmek zorunda kalan göçmenlerdeki ruhsal bozukluk oranının %40, ekonomik nedenlerle göç eden göçmenlerdeki ruhsal bozukluk oranınınsa %21 olduğu görülmüştür. Howard ve ark.

(2014) ve Acartürk ve ark. (2018) göçmen kadınların karşılaştığı sosyal izolasyon, dil ve kültürel engellerle kişiler arası duyarlılık daha da kötüleşmektedir (Adila 2020, Atrooz ve ark. 2023). Çalışmamızda eğitim durumuna, çocuk sayısına, göç süresine, göç şekline, göç kararına katılma durumuna, algılanan sorunlara, algılanan sağlık durumuna göre kişiler arası duyarlılık puanları farklılaşmaktadır. Çalışmamızda benzer şekilde sorun yaşamayan kadınların kişiler arası duyarlılık puanı ırkçılık, dil bilmeme veya pahalılık gibi sorunu olan kadınlara göre daha yüksek çıkmıştır. Çalışmamızda kişiler arası duyarlılık göç süresine göre farklılaşmaktadır. Kişilerarası duyarlılık sahip göçmeler, sosyal ilişkiler dünyasını yönetmede daha iyi olmaktadır. Bunun nedeni, başkalarının niyetlerini fark etmeleri ve sezmeleridir. Bu nedenle, ya yardım etmek, risklerden kaçınmak ya da daha zenginleştirici ve üretken ilişkiler kurmak için buna göre hareket edebilirler.

Bu çalışmada ruhsal belirtilerden ikinci en çok gözleneni depresyondur (Bkz. Tablo 4). Göçmenler göçle birlikte ülkelerinden, çevrelerinden, işlerinden ve toplumlarından ayrılması sebebiyle depresyon belirtileri göstermektedir ve araştırmacılar tarafından depresyon konusunu çalışılmaktadır. Göçle birlikte en çok çalışılan konulardan birisi de depresyondur. Uyku bozuklukları, sosyal çekilme, özkıyım düşünceleri ve benlik saygısında azalma şeklindeki yakınmalar göç sonrası sık görülen belirtilerdir (Mollica ve ark. 1987). Carlson ve ark. (1991), Kamboçyalı sığınmacılar üzerinde yaptıkları bir çalışmada %80 oranında klinik düzeyde depresyon saptamışlar ve travmanın şiddeti ile semptomların ortaya çıkışı arasında korelasyon olduğunu bildirmişlerdir. Öniz (2001) çalışmasında depresyon genellikle kadınlarda erkeklere göre daha yaygın olduğu görülmektedir. Yaş arttıkça depresyon yaygınlığının arttığı, evli kadınlarda evli erkeklere göre daha yaygın olduğu, depresyon yaygınlığının kırsal kesimden kente doğru gidildikçe artış gösterdiği, düşük sosyo-ekonomik kesimlerde daha yaygın olduğu, öğrenim görmemiş kişilerde daha yüksek yaygınlık oranları ortaya çıkmıştır. Artooz ve ark. (2023) çalışmasında göçmen kadınlarda SCL-90-R'de depresyon oranları oldukça yüksek bulunmuştur. Literatürle uyumlu bir şekilde Steel ve ark. (2009), Hollander ve ark. (2011), Arévalo ve ark. (2015) ve Özen ve Cerit (2018) çalışmalarında bekar olmak ile depresyon puanı arasında anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur. Bekar olmanın depresyon puanını arttırdığı ve çocuk sayısı ile depresyon puanı arasında negatif yönde bir ilişki olduğu görülmektedir. Alınan sosyal destek ile depresyon puanı arasında bir

ilişki bulunmamaktadır (Özen ve Cerit, 2018). Artooz ve ark.(2023) aynı bölgede yaşayan göçmenlerin psikolojik hastalık riskinin farklı bölgelerde yaşayanlara göre daha az olduğunu tespit etmiştir. Çalışmamızda literatüre benzer şekilde depresyon yüksek seviyede göçmen kadınlarda görülmektedir. Çalışmamızda eğitim, çocuk sayısı, göç şekli, göç kararına katılma durumuna, göç süresine ve göç sonrası algılanan sağlık durumuna ve eğitim durumuna göre depresyon anlamlı farklılaşma görülmektedir. Depresyonu tetikleyen risk faktörleri arasında yalnızlık, psikolojik veya sosyal güçlükler, ailevi sorunlar ve değişken hayat ritmi yer alır. Bu faktörler incelendiğinde göçmenler arasındaki depresyonun yaygınlığının nedeni daha iyi anlaşılabilir. Göç eden bir insan sahip olduğu bireysel ilişkileri geride bırakır, destek alma imkânı azalır ve kendisini sosyal alanda birçok yeni zorlukla mücadele etmek mecburiyetinde bulur. Yeni bir kültüre uyum sağlamak, yeni bir dil öğrenmek, yeni bir iş ve hayat kurma mecburiyeti insan psikolojisini olumsuz etkileyen faktörler arasındadır.

Göçmenlerin göç ettikleri ülkede tıbbi olarak açıklanamayan bedensel semptomlar gösterdiği ve bu belirtilerin somatizasyon ile açıklandığı yapılan çalışmalarda görülmektedir. Göçmenler arasında somatizasyonun yüksek oluşu çeşitli çalışmalarda ortaya konmuştur (Gülseren, 2015; Öcal, 2018). Ürdün ve Suriyeli göçmen kadınlarla SCL-90 R ölçeğiyle yapılan bir çalışmada, en sık görülen belirtilerden birinin somatizasyon olduğu saptanmıştır (Artooz ve ark. 2023). Göçmenlerin ruh sağlığı alanında da somatizasyonla ilgili çalışmalara duyulan ilgi giderek artmaktadır. Bu çalışmada somatizasyon üçüncü sırada sıklığa sahip ruhsal belirti olarak karşımıza çıkmaktadır (Bkz. Tablo 4). Bu çalışmada somatizasyon göçmen kadınların eğitim durumuna, çocuk sayısına, hanede yaşayan birey sayısına, algılanan gelir düzeyine, sağlık sigortası durumuna, sosyal yardım alma durumuna, göç süresine, göç sonrası algılanan sağlık durumuna göre farklılaşmaktadır. Geliri giderinden az olan kadınların aomatizasyon puanı geliri giderine denk olan kadınlara göre daha yüksek çıkmıştır. Devlet destekli sağlık sigortası olan kadınların Somatizasyon puanı özel sağlık sigortası olan kadınlara göre daha yüksek çıkmıştır. Sosyal yardım alan kadınların Somatizasyon puanı sosyal yardım almayan kadınlara göre daha yüksek çıkmıştır. Göç süresi 5 yıldan fazla olan kadınların Somatizasyon puanı göç süresi daha az olan kadınlara göre daha yüksek çıkmıştır. Ülkesinde daha sağlıklı olan kadınların somatizasyon puanı şu an daha sağlıklı olan kadınlara göre anlamlı oranda daha yüksek çıkmıştır. İlköğretim mezunu

kadınların Somatizasyon puanı üniversite mezunu kadınlara göre anlamlı oranda daha yüksek çıkmıştır. 4 ve üzeri çocuğa sahip kadınların Somatizasyon puanları daha az çocuğa sahip kadınlara göre anlamlı şekilde yüksektir. Hanesinde 5 ve üzeri bireyin yaşadığı kadınların Somatizasyon puanı hanesinde daha az kişi yasaşayan kadınlara göre daha yüksek çıkmıştır. Öcal (2018) göç etmiş kadınların depresyon düzeylerinin yüksek olduğu, somatizasyon bozukluğu düzeyinde maksimum sınıra yaklaşıldığı sonucuna ulaşmıştır. Öcal (2018), çalışmalarında somatizasyonun eğitimle ilişkili olduğunu ileri sürmüşlerdir. Somatik yakınmalar kimi zaman depresyonun ifadesi iken, kimi zaman da insanların ilgiyi üzerlerine toplayabilmek için kullandıkları bir yansıtma metodu olduğunu ifade etmişlerdir. Öniz (2001), Aksu ve Sevil (2010) ve Chandra (2011) çalışmalarında somatizasyon genellikle kadınlarda erkeklere göre daha yaygın olduğu görülmektedir. Yaş arttıkça somatizasyon yaygınlığının arttığı, evli kadınlarda evli erkeklere göre daha yaygın olduğu, somatizasyon yaygınlığının kırsal kesimden kente doğru gidildikçe artış gösterdiği, düşük sosyo-ekonomik kesimlerde daha yaygın olduğu, öğrenim görmemiş kişilerde daha yüksek yaygınlık oranları ortaya çıkmıştır. Türkleş ve ark. (2013) çalışması, hanede altı ve daha fazla kişi yaşayan kadınların Belirti Toplamı İndeksi puan ortalamaları 3-5 kişi ile yaşayanlara göre daha yüksek bulmuştur. Adila (2020), Butler ve ark. (2015) ve Bogic ve ark. (2015) çalışmalarında göç edilen ülkede uzun süre kalmanın daha fazla somatizasyon sorunuyla ilişkili olduğunu göstermiştir. Mesa-Vieira ve Haas (2022) göçmenlerin düşük gelir düzeyi ruh sağlığı bozukluklarının artan prevalansı ile ilişkilendirilmiştir. Çalışmamızda eğitim durumuna, çocuk sayısına, hanede yaşayan birey sayısına, algılanan gelir düzeyine, sağlık sigortası durumuna, sosyal yardım durumuna, ilk göç deneyimine, göç süresine, göç şekline, algılanan sağlık durumuna göre somatizasyon puanları farklılaşmaktadır. Çalışmamızda literatüre benzer şekilde hanesinde 5 ve üzeri bireyin yaşadığı kadınların somatizasyon puanı hanesinde daha az kişi yasaşayan kadınlara göre daha yüksek çıkmıştır. Bizim çalışmamızda göçmen kadınlarda somatizasyon yüksek seviyede görülmektedir. Ek olarak çalışmamızda eğitim düzeyi artıkça somatizasyon belirtilerinde azalma görülmektedir. Çalışmamızda ek olarak göç süresine göre somatizasyon puanı farklılaşmaktadır. Göçmenin yaşadığı derin kayıplar ve yabancılık duyguları onun psikofizyolojik dengesini ve ruhsal örgütlenmesini tehdit edebilir, kimliğini sarsıntıya uğratabilir. Göçmenler somatizasyona yatkındırlar. Yaşadıkları psikolojik güçlükler ve göç edilen "yabancı" ülkenin halkının yönetiminin olumsuz tutumları sonucunda göçmenler kendi ulusal, etnik

veya dinsel arkaik kimliklerine daha katı bir biçimde bağlanmaktadırlar.

Kapalı toplum yapısında olan göçmenler, çevrelerinde olan bu kadar travmatik olayın ardından içine kapalı, her şeyden şüphe duyar hale gelmişlerdir. Bu güvensizlik duygusu paranoid düşüncelerin ortaya çıkmasına neden olmaktadır ve araştırmalarda sıklıkla çalışılmaktadır. Bu çalışmada dördüncü sırada sıklığı bulunan ruhsal belirtli paranoid düşüncedir (Bkz. Tablo 4). Bu çalışmada paranoid düşünce göçmen kadınların yaşına, eğitim durumuna, çocuk sayısına, göç süresine göre farklılaşmaktadır. Göç süresi 5 yıldan fazla olan kadınların Paranoid Düşünce puanı göç süresi daha az olan kadınlara göre daha yüksek çıkmıştır. Ülkesinde daha sağlıklı olan kadınların Paranoid Düşünce puanı şu an daha sağlıklı olan kadınlara göre anlamlı oranda daha yüksek çıkmıştır. 18-25 ve 26-35 yaş aralığındaki kadınların paranoid düşünce puanı daha yaşlı olan kadınlara göre anlamlı oranda daha yüksek çıkmıştır. İlköğretim mezunu kadınların Paranoid Düşünce puanı üniversite mezunu kadınlara göre anlamlı oranda daha yüksek çıkmıştır. 4 ve üzeri çocuğa sahip kadınların Paranoid düşünce puanları daha az çocuğa sahip kadınlara göre anlamlı şekilde yüksektir. Yapılan çalışmaya paralel şekilde Artooz ve ark. (2023) çalışmasında da göçmen kadınların paranoid düşünce puanları; eğitim durumunun düşük, genç yaşta olma, çocuk sayısının ve göç süresinin artmasıyla göre daha yüksek bulunmuştur. Bazı yazarlar paranoid kişilik özellikleri, aile öyküleri veya kültür sorunlarıyla paranoid düşünceleri açıklama eğilimindedirler (Bhugra ve Gupta, 2011). Bazı yazarlar ise, kültür şokunun oluşturduğu strese duyarlı bireylerde paranoid semptomlara neden olduğunu belirtmişlerdir (Judd ve ark. , 2009; Bogic ve ark., 2015). Gee ve ark. (2004) göç süresinin yanında göç edilen yaşın da bu ilişkide rol oynadığı, geç yaşta göç edenlerin daha sağlıklı olduklarını göstermiştir. Bhugra (2004) kültürel kimliğini tamamlamış göçmenlerin göç sürecinden psikolojik olarak daha az etkilendiklerini bulmuştur. Mesa-Vieira ve Haas (2022) göçmenlerin yaşının daha genç olması, ruh sağlığı bozukluklarının artan prevalansı ile ilişkilendirilmiştir. Gee ve ark. (2004) ve Collins ve ark. (2011) geç yaşta göç edenlerin göçten daha az olumsuz etkilendiklerini tespit ederken, Bhugra (2004) ise bu bulguyla benzer şekilde kültürel kimliğini tamamlamış göçmenlerin göç sürecinden daha az etkilendiklerini bulmuştur (akt. Acartürk, 2016: 143). Çalışmamızda da benzer şekilde çocuk sayısına, göç şekline, yaşa, ilk göç deneyimine ve eğitim durumuna göre paranoid düşüncede anlamlı farklılaşma görülmektedir. Paranoid kişilik bozukluğu olan göçmenler sürekli şüpheci ve

genel olarak insanlara güvensizlikle karakterizedir. Sık olarak düşmanca, huzursuz ve kızgınlardır. Bu ruhsal belirtisi olan göçmenler kendi duygularını dışsallaştırır ve projeksiyon savunmasını kullanırlar, kendilerinin kabul edemediği düşüncelerini ve dürtülerini başkalarına yönlendirirler.

Göçmenlerde düşmanlık ruhsal belirtisinin çözülmesi göç edilen ülke için büyük önem taşımaktadır ve bu sebeple birçok çalışmada araştırılmaktadır. Düşmanlık konusundaki çalışmalarla göçmenlerin ülkeye uyumunun kolaylaştırılması ve ülkedeki demografik sorunların çözülmesi amaçlanmaktadır. Göç sonrası dönemde çevresel etkenler, sosyal desteğin azalması ve eski işini yapmaya devam edememesi, eğitimini ya da profesyonel kariyerini yeni yerleştiği yerde kabul ettirememesi önemli risk etkenleridir (Arévalo ve ark. , 2015; Aslan Üçkardeş ve ark. , 2015). İnaç (2018) ve Atrooz(2023) yaptığı çalışmalarda ailesinden veya güvendikleri sosyal çevresinden ayrı kalmış insanların, yaşadıkları bu göçten ruhsal olarak daha fazla etkilendikleri sonucuna varmıştır. Özellikle Suriye, Irak gibi aile yapısı kalabalık kültüre sahip ülkelerden gelen insanların yine benzer sebeplerle göç ile birlikte ailelerinden kopmanın ruhsal açıdan yıkıcı olabileceği daha önce yapılan çalışmalarda da ifade edilen sonuçlar arasında yer almaktadır (Freedman, 2009; Hunt, 2008; Heeren ve ark. , 2012). Kamperman'ın (2003) Hollanda'daki Türk ve Creole-Surinamlılarıyla yaptığı çalışma, Türk göçmenlerin ruh sağlığına duygusal sosyal desteğin faydalı olduğu bulunurken, Creole-Surinamlıların enstrümantal sosyal destekten yararlandıkları ortaya çıkmıştır. Sosyal ve duygusal desteğin depresyon ve Travma Sonrası Stres Bozukluğu şiddetini azalttığı bilinmektedir (Eskici, 2019). Herman (2016) bireylerin yakınlarından gelen sosyal ve duygusal desteği travmanın panzehiri olarak adlandırmıştır. Acartürk ve ark. (2018) ve Artooz ve ark. (2023) kadınlar akrabalarından sosyal destek eksikliğinin eksik olduğunu, sosyal desteği olanların ruhsal hastalıklarının daha az olduğu kaydedilmiştir. Salas-Wright ve ark. (2022) ABD'ye göç eden Venezüellalı göçmenler için, ruh sağlığının, ayrımcılık ile depresyon açısından ruh sağlığı yüküne katkıda bulunan önemli bir sorun olduğunu göstermektedir. Beiser ve ark. (2016) Kanada'da 11-13 yaş arasındaki göçmenlerle yaptıkları çalışmada algılanan ayrımcılığın travmanın duygusal semptomlarının önemli belirleyici olduğunu tespit etmiştir (akt. Turan ve Özyurt, 2019: 214). Çalışmamızda eğitim durumuna, çocuk sayısına, medeni durumuna, sosyal yardım durumuna, Türkçe yeterliliğine, algılanan sağlık durumuna, göç kararına katılma durumuna göre düşmanlık

puanları farklılaşmaktadır. Çalışmamızda ise sosyal desteği olmayan kadınların sosyal desteği olan kadınlara göre daha fazla düşmanlık sorunu bulunduğu görülmüştür.

Alanyazında obsesif-kompulsif bozukluklara göç öncesi, sırası ve sonrasında da karşılaşıldığı bildirilmiştir. Bu çalışmada, Obsesif-Kompulsif göçmen kadınların göç süresine, memnuniyet durumuna göre farklılaşmaktadır. Göç süresi 5 yıldan fazla olan kadınlarda, yaşadıkları hayattan memnuniyet duymayan kadınlarda obsesif-kompulsif bozuklukların görülme sıklığı daha yüksek çıkmıştır. Babaoğlu-Akdeniz (2013), Kirmayer ve ark. (2011), Li ve Anderson (2016) ve Başterzi (2018) çalışmalarında da benzer bulgulara rastlanmıştır. Babaoğlu-Akdeniz'in (2007) ve Kien ve ark. (2018) 10 yıldan daha uzun süre göç ettiği ülkede bulunan kadınların obsesif-kompulsif bozukluk açısından risk taşıdığı belirtilmiştir. Göç etme durumundan ve yaşadıkları hayattan memnuniyet duymayan göçmen kadınlar, bu konuda memnuniyetsizliklerini paylaşacak kişi bulamadığı, baş etme konusunda etkin yöntemler bulamadığı için obsesif-kompulsif bozukluklar ortaya çıkmaktadır.

Göçmenlerde göç edilen ülkedeki yeni durumlara ve nesnelere karşı geçmişten gelen tecrübeler sebebiyle kaygınında eşlik ettiği fobik korku ortaya çıkmaktadır. Göçmenler göçle birlikte fobik korku duyması sıklıkla görülmektedir ve yapılan çalışmalarda sıklıkla karşılaşılmaktadır. Türkçesi yeterli kadınların fobik kaygı puanı Türkçesi yeterli olmayan kadınlara göre daha yüksek çıkmıştır. Sosyal yardım alan kadınların fobik kaygı puanı sosyal yardım almayan kadınlara göre daha yüksek çıkmıştır. Göç süresi 5 yıldan fazla olan kadınların fobik kaygı puanı göç süresi daha az olan kadınlara göre daha yüksek çıkmıştır. İlköğretim mezunu kadınların Fobik Kaygı puanı üniversite mezunu kadınlara göre anlamlı oranda daha yüksek çıkmıştır. Weishaar (2008) ve Acartürk ve ark. (2018) çalışmaları eğitimi daha düşük olan ve ekonomik gücü ve sosyal desteği olmayan kişilerde fobik kaygının daha fazla görüldüğü belirtilmektedir. Gee ve ark. (2004) göç süresinin yanında göç edilen yaşın da bu ilişkide rol oynadığı, geç yaşta göç edenlerin daha sağlıklı olduklarını göstermiştir. Göçmenlerin sosyal desteğinin algılanan ayrımcılıkla başa çıkmada koruyucu bir etkisi olduğu bilinmektedir (Pascoe ve Richman, 2009'dan akt. Acartürk, 2016: 146). Kazour ve ark. (2016) kadınların büyük çoğunluğu kırsal kesimden gelmiş olup modern endüstrileşmiş yaşam tarzına uyum zorlukları tanımlanmıştır. Aynı çalışmada göç nedeni olarak ekonomik sıkıntılar

gösterilirken, kadınlar yeni ülkeye herhangi bir fikirleri olmadan, ailelerinin kararına uyarak geldiklerini belirtmişlerdir. Öniz (2001), Krupinski ve Cochrane (2010), Türkleş ve ark. (2013) ve Tekeli-Yeşil ve ark. (2018) çalışmalarında ruh hastalıkları yaygınlığının kırsal kesimden kente doğru gidildikçe artış gösterdiği, düşük sosyo-ekonomik kesimlerde daha yaygın olduğu, öğrenim görmemiş kişilerde daha yüksek yaygınlık oranları ortaya çıkmıştır. Çalışmamızda aksine şehir veya kırsaldan göç edilme durumuna göre ruhsal sorunlarda farklılaşma görülmemiştir. Ek olarak çalışmamızda göçmen kadınların çoğunluğu göç etme konusunda ailesinin kararına uymadan kendileri karar vermiştir. Çalışmamızda eğitim durumuna, sosyal yardım durumuna, Türkçe yeterliliğine, göç süresine, ilk göç deneyimine göre fobik kaygı puanları farklılaşmaktadır. Göçmenler göç ettikleri topluluğun içindedir ama o topluluğun bir parçası sayılmadıkları için bir fobik korku yaşamaktadır.

Göç alanyazınında çalışılan ruhsal hastalıklardan birisi kaygıdır. Bu çalışmada, kaygı göçmen kadınların eğitim durumuna, çocuk sayısına, göç süresine göre farklılaşmaktadır. Göç süresi 5 yıldan fazla olan kadınlarda, ilköğretim mezunu kadınlarda, 4 ve üzeri çocuğa sahip kadınlarda kaygı düzeyi daha yüksek bulunmuştur. Bhugra (2004), Acartürk (2016), Salas-Wright ve ark. (2022) çalışmalarında da benzer bulgulara rastlanmıştır. Acartürk (2016) çalışması çocuğu olmayan kadınlarda ve yeni göç etmiş kişilerde kaygının daha fazla görüldüğü belirtilmektedir. Artooz ve ark.(2023) ve Tuzcu ve Ilgaz (2015) çalışmaları daha yüksek seviyede eğitim almış kadınların daha düşük kaygılarının olduğunu ifade etmiştir. Bhugra'nin araştırmasıyla tutarlı olan bu çalışma bize gençlerin her ne kadar değişimlere daha açık olduklarını düşündürse de kültürel kimliklerini tamamlamadan yapılan göç eylemlerinde daha fazla risk altında olabileceklerini düşündürebilir (Bhugra 2004). Salas-Wright ve ark. (2022) ABD'ye göç eden Venezüellalı göçmenler için, ruh sağlığının, ayrımcılık ile kaygı açısından ruh sağlığı yüküne katkıda bulunan önemli bir sorun olduğunu göstermektedir. Göç süresi 5 yıldan daha fazla olduğunda, eğitim seviyesi düştüğünde, çocuk sayısı arttığında göçmen kadınlar daha fazla hayat ve her konuda kaygısı artmaktadır. Kaygı ile göçmen kadınlar sürekli kötü bir haber alacakmış gibi hissetmekte ve adeta uyanıkken kabuslar görmektedir.

Bu çalışmada ruhsal belirtilerden en az gözleneni psikotizmdir (Bkz. Tablo 4). Göç konusu farklı konular kapsamında incelenmiştir. Göç süreci ve sonrasında incelenen ruhsal hastalıklar arasında psikotizm yer almaktadır. Psikotizmin göçmenlerde görülmesine ilişkin birçok çalışma yapılmıştır. Bu çalışmada, psikotizm göçmen kadınların yaşına, çocuk sayısına, aile tipine, göç sonrası algılanan sağlık durumuna göre farklılaşmaktadır. Türkçesi yeterli kadınlarda, 4 ve üzeri çocuğa sahip kadınlarda, çekirdek aileye sahip kadınlarda 18-25 ve 26-35 yaş aralığındaki kadınlarda psikotizm görülme sıklığı daha yüksek bulunmuştur. Türkleş ve ark. (2013), Özen ve Cerit (2018) ve Quesnel-Vallières ve ark. (2019) çalışmalarında da benzer bulgulara rastlanmıştır. Özen ve Cerit (2018) katılımcıların gelir düzeyinin nispeten iyi olması psikotizm üzerinde olumlu bir etkisi olduğunu ifade etmiştir. Adila (2020) çalışmasında genç yaşta olmak, sosyal yaşamda zorlanma ve kültürel uyum düşüklüğünde psikotizm puan ortalamaları çalışmamıza paralel şekilde yüksek bulunmuştur. Türkleş ve ark. (2013) çalışması, geniş aile yapısına sahip kadınların psikotizm puan ortalamaları anlamlı bir şekilde yüksek olduğunu belirtmiştir. Geniş aile yapısı içindeki kadınların daha çok ruhsal zorlanma yaşadıklarını ifade etmiştir. Gee ve ark. (2004) geç yaşta göç edenlerin göçten daha az olumsuz etkilendiklerini tespit ederken, Bhugra (2004) ise bu bulguyla benzer şekilde kültürel kimliğini tamamlamış göçmenlerin göç sürecinden daha az etkilendiklerini bulmuştur (akt. Acartürk, 2016: 143). Daha genç, Türkçesi yeterli seviyede olan, geniş aileye sahip olmayan göçmen kadınlar insanlarla ilişki kurmaktan giderek soyutlanarak ruhsal hastalıklara doğru aşamalı şekilde gitmektedir. Bu göçmen kadınlarda içe kapanma ve izole olma gözlenmektedir.

6.SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Araştırma kapsamında elde edilen sonuçlar aşağıdaki gibidir. Buna göre kadınların,

- Yaşları 18 ile 55 yaş arasında değişmekte, yaş ortalaması 31,06, standart sapması ise 2,883'tür.
- %63,3'ü İlköğretim mezunu , %27,3 lise mezunu ve %9,3'ü üniversite mezunudur.
- %92'si evli, %93,3'ü bir işte çalışmamaktadır.
- %68'i çekirdek aileden gelmektedir; %71'i hanede 5 ve üzeri kişi yaşamaktadır.
- %76,3'ü' geliri giderinden azdır ve %92,7'sinin devlet destekli sağlık sigortası bulunmakta ve %57,7'si sosyal yardım almamaktadır
- %96' sı şehirden göç etmiş ve %97,7' sinin ilk göç deneyimidir.
- %64'ünün göç süresi 5 yıl ve üzeri, göç süresi ortalaması 5,66'dır ve %88'i zorunlu göç etmiştir.
- %68'i göç kararında hem fikir olduklarını, %19,3'ünün kendine sorulmadığı, %12,7'si ise kendi kararı olduğunu belirtmiştir.
- %75,7 ülkede yaşamaktan memnun olduğunu,
- %53'ü ülkesine geri dönmek istememediğini, %30,7'si kararsız olduğunu ve %16,3'ü ülkesine geri dönmek istediğini belirtmekte,
- %77,7'sinin Türkiye'de yakını vardır ve %98'i sağlık hizmetlerinden memnundur.
- %93,7'sinin kronik hastalık varlığı belirtmemekte,
- Kadınların %48,7'si ülkesinde daha sağlıklı olduğunu, %29'u sağlıklarında bir fark olmadığını, %22,3'ü şu anda daha sağlıklı olduğunu belirtmiştir.
- %88'inin Türkçe anlama veya konuşması yeterlidir.

- Buna göre kadınların;

• %52 'sinde kişiler arası duyarlılık,%46'sında depresyon, %24'ünde somatizasyon, %22'sinde paranoid düşünce, %17'sinde düşmanlık, %9,6'sında obsesif-kompulsif , %9,3'ünde fobik kaygı , %5'inde kaygı, %1'inde psikotizm %1'inde ve genel semptom

indeksi %7,6'dır.

• Kadınların kişiler arası duyarlılık puan ortalamaları eğitim durumu, çocuk sayısı, göç süresi, göç kararına katılma durumu, göç şekline ve göç sonrası algılanan sağlık durumuna göre anlamlı farklılık görülmüş ($p<.05$).

Göç süresi 5 yılın üzerinde, 4 ve üzeri çocuğa sahip, ilköğretim mezunu, göç şekli zorunlu olan ve göç sonrası algılanan sağlık düzeyi ülkesinde daha sağlıklı olduğunu ifade eden, geliş kararında hemfikir olan ve kendisine fikri sorulmayan kadınların kişiler arası duyarlılık puanı daha yüksek,

• Kadınların depresyon puan ortalamaları eğitim durumuna, çocuk sayısına, göç süresine, göç kararına katılma, göç şekline, göç sonrası algılanan sağlık durumuna göre anlamlı farklılık görülmüş ($p<.05$).

Göç süresi 5 yılın üzerinde, 4 ve üzeri çocuğa sahip, ilköğretim mezunu, göç şekli zorunlu olan kadınların puan ortalamaları yüksek çıkmıştır. Göç sonrası algılanan sağlık düzeyi ülkesinde daha sağlıklı olduğunu ifade eden, geliş kararına hemfikir olan ve fikri sorulmayan kadınların depresyon puan ortalamaları daha yüksek çıkmıştır.

• Kadınların somatizasyon puan ortalamaları eğitim durumuna, çocuk sayısına, hanede yaşayan birey sayısına, algılanan gelir düzeyine, sağlık sigortası durumuna, sosyal yardım alma durumuna, göç süresine, göç şekline, ilk göç deneyimi, göç sonrası algılanan sağlık durumuna göre anlamlı farklılık görülmüş ($p<.05$).

Göç süresi 5 yılın üzerinde, hanedeki kişi sayısı 5 ve üzeri, çocuk sayısı 4 ve üzeri, ilköğretim mezunu, geliri giderinden az, devlet destekli sağlık sigortası olan, sosyal yardım alan, ülkesinde daha sağlıklı olduğunu ifade eden, göç şekli zorunlu ve ilk göç deneyimine sahip kişilerin somatizasyon puanı daha yüksek,

• Kadınların paranoid düşünce puan ortalamaları yaşına, eğitim durumuna, çocuk sayısına, göç süresine, göç şekli, göç sonrası algılanan sağlık durumuna göre anlamlı farklılık görülmüş($p<.05$).

Göç süresi 5 yıl üzeri, 18-25 ve 26-35 yaş kadınların, ilköğretim mezunu, 4 ve üzeri çocuğa sahip, göç sonrası algılanan sağlık durumu ülkesinde daha sağlıklı olduğunu ifade eden kadınların paranoid düşünce puanı daha yüksek,

- Kadınların düşmanlık puan ortalamaları türkçe yeterliliği, eğitim durumu, medeni hal, çocuk sayısı, sosyal yardım alma durumu, sosyal destek durumu, ilk göç deneyimi durumu, göç kararına katılma durumu, göç sonrası sağlık durumuna göre anlamlı farklılık görülmüş ($p<.05$).

- Türkçesi yeterli, evli, 4 ve üzeri çocuğa sahip, sosyal yardım alan, sosyal desteği olan, ilk göç deneyimi olan, ülkesinde daha sağlıklı olduğunu ifade eden kadınların düşmalık puanı yüksek çıkmıştır. Göç kararı kendi fikri olan kadınların, göç kararına hemfikir ve göç kararına katılmayan kadınlara göre düşmanlık puanı daha düşük,

  • Kadınların obsesif-kompulsif puan ortalamaları göç süresine, bulundukları ülke memnuniyet duyma durumuna göre anlamlı farklılık görülmüş ($p<.05$).

  Göç süresi 5 yıldan fazla olan kadınların obsesif-kompulsif puanı göç süresi daha az olan kadınlara göre daha yüksek çıkmıştır. Bulunduğu ülkeden memnuniyet duymayan kadınların obsesif-kompulsif puanı memnuniyet duyan kadınlara göre daha yüksek,

  • Kadınların fobik kaygı puan ortalamaları Türkçe yeterliliği, eğitim, sosyal yardım alma durumuna ve göç süresine göre anlamlı farklılık görülmüş ($p<.05$).

  Göç süresi 5 yıldan fazla, türkçesi yeterli, ilköğretim mezunu, sosyal yardım alan kadınların fobik kaygı puanı daha yüksek,

  • Kadınların kaygı puan ortalamaları eğitim durumuna, çocuk sayısına, göç süresine, ilk göç deneyimine göre anlamlı farklılık görülmüş($p<.05$).

  Göç süresi 5 yıl üzerinde, ilköğretim mezunu, 4 ve üzeri çocuğa sahip, ilk göç deneyimi olan kadınların kaygı puanı daha yüksek,

  • Kadınların psikotizm puan ortalamaları yaş, aile tipine, göç sonrası algılanan sağlık durumuna ve türkçe yeterliliğine göre anlamlı farklılık görülmüş ($p<.05$).

  Türkçesi yeterli, 4 ve üzeri çocuğu olan, çekirdek aileye sahip kadınların psikotizm puanı yüksek çıkmıştır. 18-25 ve 26-35 yaş aralığındaki kadınların psikotizm puanı daha yaşlı olan kadınlara göre anlamlı farklılık gösterdiği görülmüştür.

6.2. Öneriler

- Kişiler arası duyarlılık ve depresyon da en çok görülen çocuk sayısının 4 ve üzeri, göç süresinin 5 yıl üzeri, eğitim seviyesi düşük, zorunlu göçe maruz kalmış riskli kadınların ruhsal belirtiler yönünden izlenmesi gerekmektedir.
- Somatizasyon da geliri giderinden az, hanede bulunan kişi sayısı 5 ve üzeri, sosyal yardım alamayan ve algılanan sağlık düzeyini düşük olarak belirten kadınlarda riskli belirtilerin gözlenerek bireylerin desteklenmesi sağlanmalı.
- Paranoid düşünce ve psikotizm de 18-35 yaş arası riskli bireyleri aile sağlığı merkezinde rutin takiplerinin yanında ruhsal taramalarının yapılması belirtilerin erken tanı ve

ilerleyici kronik hale gelmesi önlenmeli.

- Eğitim düzeyinin düşük olması ve dil engeli göçmen kadınlarda ruhsal belirtilerin artışında risk oluşturmaktadır. Bireylerin yönlendilmesi yeterli hizmeti alabilmesi için göçmenlere yönelik dil engelinin olmadığı ruh sağlığı kliniklerine yönlendirilmesi sağlanmalı.
- Risk grupları yerel yönetimler tarafından belirlenen göçmen merkezlerinde kültürel etkinlikler, iş uğraş ve sanat terapileri kendi kendine yardım grupları oluşturulup faaliyet ortamları sağlanmalı.
- Aile sağlığı merkezlerinde çalışanlar göçmen kadınların ruhsal bozukluklarının tedavisi için gerekli çalışmaları yapmalı, riskli bulunan ve ruh sağlığı hizmeti talebi olan bireylerin göçmen ruh sağlığı merkezlerinde bulunan kliniklere yönlendirilmesi ve takiplerinin yapılmasını sağlamalı.
- Ruh sağlığı hakkında bilgi eksikliği, ruh sağlığı aramanın önündeki en büyük engellerden biridir ve güçlendirici bir araç olarak riskli grupların eğitiminin önemini vurgulanmalıdır.
- Birinci basamak sağlık kurumlarında sağlık personellerine göçmen sağlığı ve ruh sağlığı alanında sürekli eğitimlerle kurumlara başvuran göçmenlerin bu yöndeki ihtiyaçlarına yönelik farkındalık artırılarak uygulamaların sürekliliği sağlanarak daha aktif hizmet alımının artırılması yönünde kaynak kullanımı artırılmalı.
- Birinci basamak sağlık kurumlarında rutin sağlık kontrollerinin yanı sıra ruhsal sağlık kontrollerinin eklenerek kişilerin ruhsal beliriti düzeylerindeki ön teşhisi ve erken teşhisi konusunda eğitmeyi amaçlamalıdır. Kontrollerin sağlanması ve ileri düzey ruhsal sağlık sorunlarının önüne geçilmesi için rutin işleyişte kısa semptom envanterlerinin kullanımı sağlanmalı.
- Birinci basamak sağlık kurumlarında haftalık ev ziyareti listesine rutin kontroller dışında göçmenlere yönelik ev ziyaretleri sosyal ve ruhsal ihtiyaçları belirlenerek daha hızlı ve aktif tespit çalışmaları sağlanmalıdır.
- Göçmenler için iyileşmeyi, işlevselliği ve başa çıkma mekanizmalarını geliştirmeye yönelik psikososyal müdahaleler düşünülmeli, yüksek oranlardaki ruhsal bozuklukları ele almak için, daha hızlı müdahale sağlamak ve damgalanmayı önlemek için genel sağlık hizmetlerinin bir parçası olarak toplum ruh sağlığı hizmetlerinin aktif kullanımı artırılmalı.
- Göçmen kadınlar arasında kültürleşmeyi artırmak ve ruh sağlığı sorunlarını azaltmak

için mevcut stres faktörlerini ele alan ve yerel sosyal destek sistemlerini yeniden inşa eden hedefli programların uygulanması düşünmelidir.

- Araştırmacıların ileride bu sorunların çözümüne yönelik girişimsel çalışmalar yapıp etkisini değerlendirmeleri önerilebilir.

KAYNAKLAR

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. J Nerv Ment Dis, 206(1):40-45. doi: 10.1097/NMD.0000000000000693. PMID: 28632513.

Adler, E. Y. Adashi, S. Agular-Gaxiola (2010) "Research on determinants of women's mental 14 health," in Women's Health Research: Progress, Pitfalls, and Promise, pp. 35–77, Committee on Women's Health Research, Institute of Medicine, The National Academies Press, Washington, DC, USA.

Adıgüzel, Y. (2016). Göç Sosyolojisi. Ankara: Nobel yay

Adıgüzel Y. (2018) Socıology of mıgratıon, nobel publıcatıons, ankara, 223 p. , ısbn: 9786053205210

Adila A. (2020) Türkiye'deki göçmenlerde; adaptasyon, çok kültürlü kişilik, travma sonrası büyüme ve ruhsal belirtiler arasındaki ilişkinin incelenmesi. Orcid:0000-0001-5102-748x

Ahmed F, Othman N, Hynie M, (2020). Suriyeli mülteciler arasında depresyon düzeyindeki belirtiler: Kanadalı bir boylamsal çalışmanın bulguları. Ruh Sağlığı Dergisi, 21:1-9. Doi: 10.1080/09638237.2020.1765998

Aksu, H. Sevil, Ü. (2010). Göç ve kadın sağlığı. 134 Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi, 2(3).

Aktel Mehmet, Ümmühan Kaygısız (2018)"Türkiye'de Göç Yönetimi, Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi Y. , C.23, S.2, s.579-604.

Alegria, M. W. Sribney, M. Woo, M. Torres, and P. Guarnaccia, (2007). "Looking beyond nativity: the relation of age of immigration, length of residence, and birth cohorts to the risk of onset of psychiatric disorders for Latinos," Research in Human Development, vol. 4, no. 1, pp. 19–47.

Anderson, F. M., Hatch, S. L., Comacchio, C. & Howard, L. M. (2017). Prevalence and Risk of Mental Disorders in the Perinatal Period Among Migrant Women: a Systematic Review and Meta-Analysis. Arch Womens Ment Health, 20 (3), 449-462. Doi:10.1007/s00737-017-0723-z.

Arévalo SP, Tucker KL, Falcón LM (2015) Beyond cultural factors to understand immigrant mental health: neighborhood ethnic density and the moderating role of pre-migration and post-migration factors. Soc Sci Med, 138:91-100.

Arrebola-Moreno, M. Petrova, D. Garrido, D. Ramírez-Hernández, J. A. Catena, A. & Garcia-Retamero, R. (2020). Psychosocial markers of pre-hospital decision delay and

Aslan Üçkardeş E, Işık E, Aker T (2015) Göç, yerinden edilme ve ruh sağlığı. In Barış Kitabı; Bireyden Topluma Barışın ve Savaşın Ruh Hali (Eds. AD Başterzi, T Aker):183-194. Ankara, Türkiye

Psikiyatri Derneği.

Aşkın, R., Ilısu, B., Çilli, A. S., Altuğ, F. B., Kaya, N., ve Kucur, R. (1995). Lise Öğrencilerinde SCL-90-R İle Semptom Taraması. Düşünen Adam Dergisi, 8 (1): 43-47.

Atrooz F., Aljararwah S. M., Chen T. A., Khabour O. F., Salim S. (2023) understanding Mental Health Status of Syrian Refugee and Jordanian Women: Novel Insights from a Comparative Study DOI: 10.3390/ijerph20042976

Ayverdi İ. (2011).Misalli büyük türkçe sözlük. Kubbealtı İktisadi İşletmesi.

Babaoğlu Akdeniz E.(2007) Göçmen Türk kadınlarının sorunlarının odak grup görüşmesi yöntemi ile belirlenmesi ve psikoeğitimsel modele göre danışmanlık hizmeti verilmesi Hacettepe üniversitesi yayınlanmış doktora tezi.

Babaoğlu Akdeniz, (2013). E. Almanya'nın bir yerleşim yerinde yaşanacak Türk kadınlarının kalitatif yöntem ile sorun alanları. Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi, 10(2), 503-520.

Bandura, A. (1982). "Self-efficacy mechanism in human agency," American Psychologist, vol. 37, no. 2, pp. 122–147.

Bartram D. , Poros M. V. , Monforte P. (2017). Göç meselesinde temel kavramlar. Ankara: hece yayınları

Barrera Jr. M. (1986)."Distinctions between social support concepts, measures, and models," American Journal of Community Psychology, vol. 14, no. 4, pp. 413–445.

Başterzi A. D. (2018). Mülteci, Sığınmacı ve Göçmen Kadınların Ruh Sağlığı. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar. 9(4): 379-387.

Bauman, Z. (2018). Kapımızdaki yabancılar. İstanbul: Ayrıntı yay.

Bean T, Eurelings-Bontekoe E, Mooijaart A, Spinhoven P. (2006). Factors associated with mental health service need and utilization among unaccompanied refugee adolescents. Adm Policy Ment Health.33(3):342-55. 170

Beiser M. (2009). Resettling refugees and safeguarding their mental health: Lessons learned from the Canadian Refugee Resettlement Project. Transcult Psychiatr; 46:539-83.

Berkman, L. F. T. Glass, I. Brissette, and T. E. Seeman, (2000) "From social integration to health: durkheim in the new millennium," Social Science and Medicine, vol. 51, no. 6, pp. 843–857.

Berman H. and Jiwani, Y. (2008). "Newcomer girls in Canada: implications for interventions by mental health professionals," in Working with Immigrant Women: Issues and Strategies for Mental Health Professionals, S. Guruge and E. Collins, Eds. pp. 137–156, Centre for Addiction and Mental Health, Toronto, Canada.

Bhugra, D. (2004), "Migration and Mental Health", Review Article, Acta Psyhiatr Sand. 109:243-258.

Bhugra D, Gupta S (2011). Migration and Mental Health. New York, Cambridge University Press.

Bogic, M., Ajdukovic, D. , Bremner, S. , Franciskovic, T. , Galeazzi, G. M. ,Kucukalic, A., … Priebe, S. , (2012). Factors Associated With Mental Disorders in Long-Settled War Refugees: Refugees

From The Former Yugoslavia in Germany, Italy and the UK. The Britsh Journal of Psyciatry, 200 (3), 216-223. Doi:10.1192/bjp. bp.110.084764. 26.

Bogic M, Njoku A, Priebe S (2015). Long-term mental health of war-refugees: a systematic literature review. BMC Int Health Hum Rights, 28;15:29.

Butler, M. Warfa, N. Khatib, Y. Bhui, K. (2015). Migration and common mental disorder: An improvement in mental health over time? International Review of Psychiatry, 27(1).

Carlson EB, Hogan RR (1991). Trauma experiences, posttraumatic stress, dissociation, and depression in Cambodian refugees. Am J Psychiatry, 148:1548-1551.

Cauce AM, Domenech-Rodriguez M, Paradise M, Cochran BN, Shea JM, Srebnik D, et al.(2002) Cultural and contextual influences in mental health help seeking: a focus on ethnic minority youth. J Consult Clin Psychol;70(1):44-55.

Cengiz, D. (2015). Zorunlu Göçün Mekânsal Etkileri Ve Yerel Halkın Algısı; Kilis Örneği, Turkish Studies- International Periodical For The Languages, Literature and History of Turkish or Turkic Volume 10/2 Winter 2015, p. 101-122, ISSN: 1308-2140, ANKARA-TURKEY

Chandra PS (2011) Mental health issues related to migration in women. In Migration and mental health (Eds. D Bhugra, S Gupta):290-219. New York, Cambridge University Press

Collins, C. H., Zimmerman, C., Howard, L. M. (2011). Refugee, asylum seeker, immigrant women and postnatal depression: rates and risk factors. Archives of Women's Mental Health,14, 3-11.

Çelikkol A. (2001), Koruyucu Ruh Sağlığı. Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ege Üniversitesi Yayın Bürosu, İzmir:151- 152.

Dağ, İ. (1991) Belirti tarama listesi. SCL-90-R'nin üniversite öğrencileri için güvenirliği ve geçerliği. TürkPsikiyatri Dergisi, 2(1), 5-12.

Davis, A. A. Basten, and C. Frattini (2006), Migration: A Social Determinant of the Health of Immigrant, International Organization of Migration (IOM), Geneva, Switzerland.

Derogatis, L.R, (1977) SCL-90: Administration, Scoring and Procedure Manual-I for the Revised Version. Baltimore, MD: John Hopkins Univ, School of Medicine, Clinical Psychometrics Unit.

Dışişleri Bakanlığı (2022). https://www.mfa.gov.tr/turkey-on-irregular-migration.en.mfa

Diaz E, Ortiz-Barreda G, Ben-Shlomo Y, Holdsworth M, Salami B, Rammohan A, et al (2017). Interventions to improve immigrant health. A scoping review. Vol. 27. Eur J Publ Health. 2017:433–9.

Doğanay H, Şahin F, Özdemir Ö. (2017). Feminist coğrafya ve kadın göçmenler. Doğu Coğrafya Dergisi, 12 (17), 7-16

Dünya Göç Raporu (2020) (IOM, World Migration Report-Facts And Figures, 2020). https://publications.iom.int/books/world-report-2020

Ertem, M. (2016). Göç ve Sağlık. P.M (Ed.), Çalışma yaşamıyla ilgili özel konular (ss. 55). Ankara: Hasuder.

Eskici, H. S. (2019). Savaş, iltica ve travmatik olaylara maruz kalmış geçici koruma statüsündeki suriyeli kadınlara yönelik inceleme ve psikolojik müdahale (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi). İstanbul Şehir Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.

Fenta H, Hyman I, Noh S. (2006) Mental health service utilization by Ethiopian immigrants and refugees in Toronto. J Nerv Ment Dis. 2006;194(12):925-34.

Freedman, J. (2009). Women's right to asylum: protecting the rights of female asylum seekers in Europe? Human Rights Review, 9, 413-443.

GEE, Ellen Margaret Thomas; KOBAYASHİ, Karen; PRUS, Steven, (2004), "Examining the Healthy Immigrant Effect in Mid- To Later Life: Findings from the Canadian Community Health Survey", Canadian Journal on Aging, 23 (Suppl.): S55-S63.

Gerritsen, A. A. M., Bramsen, I. , Deville, W. , Van Willigen, L. H. M. , 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. Doi:10.1007/s00127-005-0003-5.

Gökler B.(1978) Nevrotik kadın hastaların ilkokul çağındaki çocuklarının ruhsal belirti yönünden değerlendirilmesi(yayınlanmış uzmanlık tezi.)

Green, G. H. Bradby, A. Chan, and M. Lee, (2006) "'We are not completely Westernised': dual medical systems and pathways to health care among Chinese migrant women in England," Social Science & Medicine, vol. 62, no. 6, pp. 1498–1509.

Grob, C. J.(2009) "Foundations of women's mental health," in Women's Mental Health: A Clinical Guide for Provider, J. G. Urbancic and C. J. Grob, Eds. pp. 2–21, Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia, Pa, USA.

Guruje O (2002) Psychologıcal Dısorders and Symptoms in Prımary Çare Assocıatıon Wıth Dısabılıty and Service Use After 12 Month, Soc Psychıatry Psychıatr Epıdemıol, May, 37(5) 220-4

Gülseren L (2015) Savaş ve Kadın Ruh sağlığı. In Barış Kitabı; Bireyden Topluma Barışın ve Savaşın Ruh Hali (Eds. AD Başterzi, T Aker):211-225. Ankara, Türkiye Psikiyatri Derneği.

Hacıhasanoğlu Aşılar R, Yıldırım A. (2018) Göçün Sosyal ve Ruhsal Etkileri ve Hemşirelik. Aydın Avci İ, editör. Göç ve Göçmen Sağlığı. 1. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri; 2018. p.10-20.

Hamamci Z. (2006) Integrating psychodrama and cognitive behavioral therapy to treat moderate depression. Arts Psychother 2006;33:199-207.

Heeren, M., Mueller, J., Ehlert, U., Schnyder, U., Copiery, N., Maier, T. (2012). Mental health of asylum seekers: a cross-sectional study of psychiatric disorders. BMC Psychiatry, 12(1): 114

Herman, J. (2016). Travma ve iyileşme. şiddetin sonuçları, ev içi istismardan siyasi teröre (4. baskı b.). (T. Tosun, Çev.) İstanbul: Literatür Yayınları.

Hollander AC, Bruce D, Burström B, Ekblad S (2011) Gender-related mental health differences between refugees and non-refugee immigrants--a cross-sectional register-based study. BMC Public

Health, 24;180.

Hossin MZ. (2020) International migration and health: it is time to go beyond conventional theoretical frameworks. BMJ Glob Heal. 2020;5(2):e001938.

Howard LM, Molyneaux E, Dennis C-L, Rochat T, Stein A, Milgrom J. (2014) Non-psychotic mental disorders in the perinatal period. Lancet 2014;384:1775–88.

HUKSAM (2020). http://www.huksam.hacettepe.edu.tr/Turkce/SayfaDosya/stres.pdf

İnaç, M. (2018). Sığınmacı Kadınların Ruh Sağlığını Etkileyen Durumların Araştırılması (Ege Bölgesi Örneği). Yüksek Lisans Tezi, Hasan Kalyoncu Üniversitesi, Gaziantep.

Jaceviciute E. , Ekrem K. , (2020). https://image3.slideserve.com/ 635417/slide1-n.jpg

Johnson, B.S. (1997). Psychiatric Mental Health Nursing "Adaptation and Growth". (4th ed.). Philadelphia: Lippincott; 10-17.

Judd, F. Armstrong, S. Kulkarni, J. (2009). Gender-sensitive mental health care. Australasian Psychiatry, 17(2), 105-111.

Kallakorpi S, Haatainen K, Kankkunen P. (2019). Psychiatric nursing care experiences of immigrant patients: A Focused ethnographic study. Int J Ment Health Nurs. Feb;28(1):117-127.

Kara, P. ve Nazik, E. (2018). Göçün kadın ve çocuk sağlığına etkisi. Gümüşhane Üniversitesi

Sağlık Bilimleri Dergisi, 7 (2), 58-69.

Kaya, E. (2019). Suriyeli sığınmacıların bazı ruhsal sorunları ve ruh sağlığı hizmet gereksinimleri ile hizmet sunucuların ve yöneticilerin görüşlerinin belirlenmesi. Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.

Kazour, F., Zahreddine, N. R., Maragel, M. G., Almustafa, M. A., Soufia, M., Haddad, R., Richa, S. (2016). Post-traumatic stress disorder in a sample of Syrian refugees in Lebanon. Comprehensive Psychiatry, 72, 41-47.

Kesebir S.(2004).depresyon ve somatizasyon klinik psikiyatri, ek1.14-19

Keygnaert, I. Vettenburg, N. Temmerman, M. (2012). Hidden violence is silent rape: sexual and gender-based violence in refugees, asylum seekers and undocumented migrants in Belgium and the Netherlands. Culture, Health & Sexuality, 14(5), 505-520

Kılıç, M. (1991) Belirti Tarama Listesi (SCL-90-R)'nin Geçerlilik ve Güvenirliği. Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi, 1 (2):45-52

Kien, C. , I. Sommer, A. Faustmann, L. Gibson, M. Schneider, E. Krczal, R. Jank, I. Klerings, M. Szelag, B. Kerschner, P. Brattstrom, G. Gartlehner (2018). Prevalence of mental disorders in young refugees and asylum seekers in European Countries: a systematic review Eur. Child Adolesc. Psychiatry.

Kirmayer LJ, Narasiah L, Munoz M, Rashid M, Ryder AG, Guzder J, et al. (2011). Common mental health problems in immigrants and refugees: General approach in primary care. CMAJ,183:E959-67.

26.

Konuk E, Knipe J, Eke I, Yuksek H, Yurtsever A, Ostep S. (2006), The effects of eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) therapy on posttraumatic stress disorder in survivors of the 1999 Marmara, Turkey, earthquake. Int J Stress Manage 2006;13:291-308.

Krupinski, J. , Cochrane, R. (2010). Migration and mental health — A comparative study. Journal of Intercultural Studies, 1(1), 49–57.

Kruseman M, Stoll BE, Stalder H. Interactive group education for refugees from the Former Yugoslavia to reduce their oil consumption. Patient Educ Counss 2003; 49:171-176.

Lanzara, R. , Scipioni, M. and Conti, C. (2019). "A clinical-psychological perspective on somatization among immigrants: A systematic review". Frontiers in psychology, cilt 9, ss. 2792.

Lalla AT, Ginsbach KF, Penney N, Shamsudin A, Oka R. (2020) Exploring sources of insecurity for Ethiopian Oromo and Somali women who have given birth in Kakuma Refugee Camp: a qualitative study. PLOS Med. 2020;17:e1003066.

Lecrubıer Y (2001) The Burden of Depressıon and Anxıety in General Medıcıne, J Clın Psychıatry, 6 Suppl 8 4-9, dıscussıon 10-1

Li M, Anderson JG (2016). Pre-migration trauma exposure and psychological distress for asian american ımmigrants: linking the pre-and post-migration contexts. J Immigr Minor Health, 18:728-739.

Lindert J, Priebe S, Penka S, Napo F, Schouler-Ocak M, Heinz A. (2008) Mental health care for migrants. Psychother Psychosom Med Psychol 2008;58:123-9.

Lynam, M. J. “Social support networks developed by immigrant women,” Sociology Science çcal

Medicine, vol. 21, no. 3, pp. 327–333, 1985.

Marsden P. V. and Friedkin, N. E. (1994) “Network studies of social influence,” in Advances in Social Network Analysis: Research in the Social and Behavioral Sciences, S. Wasserman and J. Galaskiewicz, Eds. pp. 3–25, Sage, Thousand Oaks, Calif, USA.

Mcdonough, P. Walters, V. ve Strohschein, L. (2002). Chronic stress and the social patterning of women’s health in Canada. Social Science and Medicine, 54(5), ss. 767- 782.

Mesa-Vieira, C. Haas, A. D. Buitrago-Garcia, D. Roa-Diaz, Z. M. Minder, B. Gamba, M. & Franco, O. H. (2022). Mental health of migrants with pre-migration exposure to armed conflict: a systematic review and meta-analysis. The Lancet Public Health, 7(5), e469-e481.

Miller KE, Rasmussen A. Çatışma ve çatışma sonrası ortamlarda savaşa maruz kalma, günlük stres etkenleri ve ruh sağlığı: travma odaklı ve psikososyal çerçeveler arasındaki uçurumu kapatmak. Sosyal Bilimler Med. 2010; 70 (1):7–16.

Mokken, R.J. (1971). A Theory and Procedure of Scale Analysis. Mouton, The Hague. Mokken, R.J. (1997). Nonparametric models for dichotomous responses. In: van der Linden, W.J. Hambleton RK (Eds.), Handbook of Modern Item Response Theory. Springer, New York, 351–367.

Mollica RF, Wyshak G, Lavella J (1987) The psychosocial impact of war trauma and torture in Southeast

Asian refugees. Am J Psychiatry, 144:1567-1572.

Norredam M (2015) Migration and health: exploring the role of migrant status through register-based studies. Dan Med J, 62:B5068.

O'Mahony J. M. and Donnelly, T. T. (2007) "The influence of culture on immigrant women's mental health care experiences from the perspectives of health care providers," Issues in Mental Health Nursing, vol. 28, no. 5, pp. 453–471.

Oppedal, B. E. Roysamb, and D. L. Sam, (2004) "The effect of acculturation and social support on change in mental health among young immigrants," International Journal of Behavioral Development, vol. 28, no. 6, pp. 481–494.

Ortiz, J. , S. Guruge and E. Collins, Eds. (2008) "Practice implications for working with refugee women," in Working with Immigrant Women: Issues and Strategies for Mental Health Professionalss. pp. 211–233, Centre for Addiction and Mental Health, Toronto, Canada.

Öcal A. , Bulut H, Ünübol H. , Hızlı Sayar G. (2020) Depresyon ve somatızagöçmen kadınlarda Doi : 10.5455/JNBS.

Öniz A. (2001) Temel Sağlık Hizmetleri ve Ruh Sağlığı. Seminer Notları, İzmir İl Sağlık Müdürlüğü, İzmir.

Özbaş D. (2009). Hemşirelik öğrencilerinin psikiyatri hemşiresinin rollerini algılayışı, Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi, İstanbul.

Özen, H. & Cerit, C. (2018). Savaş Nedeniyle Türkiye'ye Göç Ederek İnsani Yardım Kuruluşunda Çalışan Suriyeli Mültecilerde Travma Sonrası Stres Bozukluğu ve İlişkili Etmenler. Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 4 (3) , 70-73.

Palinkas LA, Pickwell SM, Brandstein K, Clark TJ, Hill LL, Moser RJ, et al (2003). The journey to wellness: Stages of refugee health promotion and disease prevention. J Immigr Health 2003;5:19-28.

Pektaş İ, Çam O. (2002) "Psikiyatrik Rehabilitasyon ve Hemşirelik" Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2002;18:153-162.

Pektaş ve arkadaşları (2006). Toplum Ruh Sağlığı Hizmetlerinde Epidemiyolojik Çalışmalar ve Toplum Ruh Sağlığı Hemşireliğinin Rolü. Anadolu Psikiyatri Dergisi, 2006;7:43–48.

Pumariega AJ, Rothe E, Pumariega JB. (2005) Mental health of immigrants and refugees. Community Ment Health J 2005;41:581-97.

Reitmanova S, Gustafson DL (2009). Mental health needs of visible minority immigrants in a small urban center: Recommendations for policy makers and service providers. J Immigr Minor Health 2009;11:46-56.

Salas-Wright, C.P. Maldonado-Molina, M.M. Pérez-Gómez, A. Trujillo, J.M. Schwartz, S. J. (2022). The Venezuelan diaspora: Migration-related experiences and mental health, Current Opinion in Psychology, 47, 101430.

Schovers MA, Muijsenbergh ME, Largo-Janssen AL. Self-rated health and health problems of undocumented immigrant women in the Netherland: a descriptive study. J Public Health Policy 2009; 30:409-422

Selimbeyoğlu, E. (2022). Göç Sürecine Travma Perspektifinden Bir Bakış. Toplumsal Politika Dergisi, 3 (1) , 1-11.

Smith C, Maurer F. (2000) Community Health Nursing Theory and Practice. WB Saunders, Company.

Sole-Auro A. Health of immigrants in European countries. Int Migr Rev 2008; 42:861-876.

Solgun, C. & Durat, G. (2017). Göç Ve Ruh Sağlığı. Journal of Human Rhythm, 3 (3) , 137-144.

Steel Z, Chey T, Silove D, Marnane C, Bryant RA, 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. 2009 Aug 5;302(5):537-49.

Stegemann, A.(2005). Zielgruppenorientierte Gesundheitsförderung von Migranten-Optimierung über Interkulturelle Teamarbeit Doktora Tezi, Osnabrück Üniversitesi, Osnabrück-Almanya

Şeneldir, L. (2009). Nazal Obstrüksiyon Cerrahisinin, Gündüz Uykululuk Hali, Akustik Rinometri Ölçümleri ve Scl-90 R Belirti Tarama Testi ile Değerlendirilmesi. Tıpta Uzmanlık Tezi, Trakya Üniversitesi, Edirne.

Tanığ, Y. (1996). Psikiyatri Hemşireliğinin Uluslararası Boyutlarda İncelenmesi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doktora Tezi, İstanbul.

Tekeli-Yeşil, Sidika & Isik, Esra & Unal, Yesim & Almossa, Fuad & Konşuk Ünlü, Hande & Aker, Ahmet. (2018). Determinants of Mental Disorders in Syrian Refugees in Turkey Versus Internally Displaced Persons in Syria. American journal of public health. 108. e1-e8. 10.2105/AJPH.2018.304405.

Thistleton W, Warmuth J, Joseph JM. (2012). A cottage model for eldercare. HERD, 5:99-114.

Tuzcu, A. Ilgaz, A. (2015). Göçün kadın ruh sağlığı üzerine etkileri effects of migration on women mental health. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar, 7(1), 56-67.

Turan, S., & Özyurt, G. (2019). Mülteci çocuk ve ergenlerin ruhsal sağlığı ve tedavi yaklaşımları. Çocuk ve Medeniyet Dergisi, 209-218.

TÜİK (2021). https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Adrese-Dayal%C4%B1-N%C3%BCfus-Kay%C4%B1t-Sistemi-Sonu%C3%A7lar%C4%B1-2019-33705&dil=1 adresinden ulaşılmıştır.

Türk HB (2015) Bir erkeklik mücadelesi olarak savaş: savaş ve kadın ruh sağlığı. In Barış Kitabı; Bireyden Topluma Barışın ve Savaşın Ruh Hali (Eds. AD Başterzi, T Aker):197-210. Ankara, Türkiye Psikiyatri Derneği.

Türkleş S. , Yılmaz M. Özcan A. , Öncü E. , Karataş B. (2013) Kadınlarda Ruh Sağlığını Ve Aile İşlevlerini

Etkileyen Etmenler. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi. 2013; 16(3): 154-162.

Uluslararası Göç Örgütü (IOM) (2013). Uluslararası göç hukuku göç Terimleri sözlüğü(İkinci baskı)no:31.2013.(14.08.2020tarihinde https://publications.iom.int/system/files/pdf/im131_turkish_2ndedition.pdf adresinden ulaşılmıştır.)

Uluslararsı göç örgütü. (2020). IOM 2020 Göç Raporu. Geneva: IOM. https://publications.iom.int/system/files/pdf/wmr_2020.pdf adresinden alınmıştır.

UNHCR (2022). https://www.unhcr.org/tr/unhcr-turkiye-istatistikleri

UNHCR (2003). Sexual and Gender-Based Violence against Refugees, Returnees and Internally Displaced Persons. Guidelines for Prevention and Response. Geneva, United Nations High Commissioner for Refugees.

Quesnel-Vallières M, Weatheritt RJ, Cordes SP, Blencowe BJ. (2019). Autism spectrum disorder: insights into convergent mechanisms from transcriptomics. Nat Rev Genet. , 20(1):51-63. doi: 10.1038/s41576-018-0066-2. PMID: 30390048.

Varcarolis, E.M. Halter, M.J. (2009). Essentials of Psychiatric Mental Health Nursing: A Communication Approach to Evidence-Based Care. China: Saunders Elseiver.

Vega, William Armando; KOLODY, Bohdan; AGUİLLAR-GAXİOLA, Sergio ve ark. (1998), "Lifetime prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders among urban and rural Mexican Americans in California", Arch Gen Psychiat, 55:771-778.

Viruell-Fuentes, E. A. P. Y. Miranda, and S. Abdulrahim (2012) "More than culture: structural racism, intersectionality theory, and immigrant health," Social Science & Medicine, vol. 75, no. 12, pp. 2099–2106.

Virupaksha, HG, Kumar A. & Nirmala BP. (2014) Migration and Mental Health: An interface Journal of Natural Science. Biology and Medicine; http://doi.org/10.4103/0976- 9668.136141

Weishaar H. (2008) Consequences of international migration: A qualitative study on stress among Polish migrant workers in Scotland. Public Health; 122(11):1250- 1256.

Yeşilyaprak, B. (2016). Üniversiteye Devam Eden ve Etmeyen Bir Grup Gencin Psikolojik Belirtiler Açısından Karşılaştırılması. Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi, 2(18).

Young E,Korzsun A. (1999) Woman, Stress and Depression: Sex Differences in Hypothalamic-Pituitary-Adrenal Axis Regulation. Hormone replacement and oral contraceptive therapy: Do they induce or treat mood symptoms? Gender Differences in Mood and Anxiety Disorders E. Leibenluft (Ed.) Review of Psychiatry Vol. 18 American Psychiatry Press, Washington DC. s. 31-52.

Zhang T, Tian X, Ma F, Yang Y, Yu F, Zhao Y, et al. (2013) Community based promotion on VCT acceptance among rural migrants in Shanghai, China. PLoS One 2013;8:e60106.

EKLER

EK 1. GÖÇMEN KADIN TANILAYICI BİLGİ FORMU

**Göçmen kadın tanıtıcı formu 2 ye ayrılmış olup göçmen kadın sosyo-demografik özelliklere ilişkin formu ve göçe ilişkin özellikler formu olarak gruplama yapılmıştır.

EK-1 Göçmen kadın tanıtıcı formu

I.GÖÇMEN KADIN SOSYODEMOGRAFIK FORMU

- Form Türkçe dolduruldu
- Form Arapça Dolduruldu

1.Türkçe biliyor musunuz?

- Evet
- Biraz: konuşulanları anlıyor ancak konuşamıyorum
- Hayır

2.Uyruğunuz nedir? (açık uçlu)

3.Yaşınız nedir? (açık uçlu)

4. Eğitim Durumunuz nedir?

- İlköğretim
- Lise
- Üniversite

5. Çalışma durumunuz

- Çalışıyor
- Çalışmıyor

6. Medeni durumunuz?

- Evli
- Bekar

7. Çocuk sayısı nedir? (Açık uçlu)
Yaşları nedir?

8. Aile tipi?

- Çekirdek
- Geniş

9. Hane kira mı?

- Evet
- Hayır

10. Hanede yaşayan bireyler? (açık uçlu)

11. Düzenli geliriniz var mı?

- Evet
- Hayır

12. algılanan gelir düzeyi?

- Geliri giderine denk
- Geliri giderinden az

13. Sağlık sigortanız var mı?

- Özel
- Devlet

14. Sosyal yardım alıyormusunuz?

 Evet alıyorum
 Hayır almıyorum

15. Çocuk bakımı konusunda yardım alıyormusunuz?
 Evet alıyorum
 Hayır almıyorum

II. GÖÇ SÜRECİNE İLİŞKİN TANIMLAYICI BİLGİ FORMU

1.Göç edilen ülke? (Açık uçlu)

2.Göç edilen bölge hangisidir?
 Şehir
 Köy

3.İlk yurt dışı göç deneyimi mi?
 Evet
 Hayır

4.Türkiye'ye geliş süresi nedir?
_____ (yıl) ____ (ay)

5.Türkiye'ye nasıl göç ettiniz?
 Gönüllü
 Zorunlu (zorunluluk nedeni belirtilebilir: savaş ve ekonomik sebepler, diğer sebepler)

6.Buraya geliş kararına katılma durumunuz nedir?
 Buraya gelmek benim fikrimdi
 Buraya gelme konusunda hemfikirdim
 Bana sorulmadı.

7.Türkiye de yaşamaktan memnunmusunuz?
 Evet
 Hayır
 Kararsız

8.Ülkenize geri dönüş yapmak istiyormusunuz?
 Evet
 Hayır
 Kararsız

9.Türkiye de yakınınız var mı?
 Evet var
 Hayır yok

10.İçinde yaşadığınız toplum ile ilişkinizi nasıl tanımlarsınız?
 Burada yaşayanlarla iyi ilişkilerim var
 Burada yaşayanlarla yetersiz ilişkilerim var
 Burada yaşayanlarla anlaşamıyorum

11. Şu an yaşamakta olduğunuz yerde sorunlarınız nelerdir? (açık uçlu)

12.Türkiye de aldığınız sağlık hizmetlerini nasıl buluyorsunuz?
 Yeterli buluyorum
 Yetersiz buluyorum.

13.Kronik bir hastalığınız var mı?
 Hayır yok
 Evet var
 Nedir?
 Düzenli kullanılan ilaç?

14.Daha önce Pskiyatrik tedavi gördünüzmü? Ne zaman?
 Evet

- Hayır

15.Sağlık durumunuzu göç öncesi ve sonrası olarak karşılaştırdığınızda şimdiki sağlık durumunuzu nasıl değerlendiriyorsunuz?

- Şu an daha sağlıklıyım
- Ülkemde daha sağlıklıydım.
- Birşey farketmedi

Ek 2. SCL-90-R RUHSAL BELİRTİ TARAMA TESTİ

Aşağıda zaman zaman herkeste olabilecek yakınma ve sorunların bir listesi vardır. Lütfen her birini dikkatlice okuyunuz. Sonra bu durumun, bugün de dâhil olmak üzere son onbeş gün içinde sizi ne ölçüde huzursuz ve tedirgin ettiğini göz önüne alarak, aşağıda belirtilen tanımlamalardan (Hiç / Çok az / Orta derecede / Oldukça fazla / Aşırı düzeyde) uygun olanının altındaki yeri işaretleyerek seçiniz. Düşüncenizi değiştirirseniz o seçeneğin altındaki yeri işaretleyerek tercihinizi değiştirebilirsiniz.

Cevaplar :	Hiç	Çok az	Orta derecede	Oldukça fazla	Aşırı düzeyde
1. Baş ağrısı					
2. Sinirlilik ya da içinin titremesi					
3. Zihinden atamadığınız yineleyici (tekrarlayıcı), hoşa gitmeyen düşünceler					
4. Baygınlık veya baş dönmeler					
5. Cinsel arzu ve ilginin kaybı					
6. Başkaları tarafından eleştirilme duygusu					
7. Herhangi bir kimsenin düşüncelerinizi kontrol edebileceği fikri					
8. Sorunlarınızdan pek çoğu için başkalarının suçlanması gerektiği duygusu					
9. Olayları anımsamada (hatırlamada) güçlük					
10. Dikkatsizlik veya sakarlıkla ilgili endişeler					
11. Kolayca gücenme, rahatsız olma hissi					
12. Göğüs veya kalp bölgesinde ağrılar					
13. Caddelerde veya açık alanlarda korku hissi					
14. Enerjinizde azalma veya yavaşlama hali					
15. Yaşamınızın sona ermesi düşünceleri					
16. Başka kişilerin duymadıkları sesleri duyma					
17. Titreme					
18. Çoğu kişiye güvenilmemesi gerektiği düşüncesi					
19. İştah azalması					
20. Kolayca ağlama					
21. Karşı cinsten kişilerle ilgili utangaçlık ve rahatsızlık hissi					
22. Tuzağa düşürülmüş veya yakalanmış olma hissi					
23. Bir neden olmaksızın aniden korkuya kapılma					
24. Kontrol edilmeyen öfke patlamaları					
25. Evden dışarı yalnız çıkma korkusu					
26. Olanlar için kendini suçlama					
27. Belin alt kısmında ağrılar					
28. İşlerin yapılmasında erteleme düşüncesi					
29. Yalnızlık hissi					
30. Karamsarlık hissi					

31. Her şey için çok fazla endişe duyma					
32. Her şeye karşı ilgisizlik hali					
33. Korku hissi					
34. Duygularınızın kolayca incitilebilmesi hali					
35. Diğer insanların sizin özel düşündüklerinizi bilmesi hissi					
36. Başkalarının sizi anlamadığı veya hissedemeyeceği duygusu					
37. Başkalarının sizi sevmediği ya da dostça olmayan davranışlar gösterdiği hissi					
38. İşlerin doğru yapıldığından emin olabilmek için çok yavaş yapmak					
39. Kalbin çok hızlı çarpması					
40. Bulantı veya midede rahatsızlık hissi					
41. Kendini başkalarından aşağı görme					
42. Adele (kas) ağrıları					
43. Başkalarının sizi gözlediği veya hakkınızda konuştuğu hissi					
44. Uykuya dalmada güçlük					
45. Yaptığınız işleri bir ya da birkaç kez kontrol etme					
46. Karar vermede güçlük					
47. Otobüs, tren, metro gibi araçlarla yolculuk etme korkusu					
48. Nefes almada güçlük					
49. Soğuk ve sıcak basması					
50. Sizi korkutan belirli uğraş, yer veya nesnelerden kaçınma durumu					
51. Hiç bir şey düşünememe hali					
52. Bedeninizin bazı kısımlarında uyuşma, karıncalanma olması					
53. Boğazınıza bir yumru tıkanmış olma hissi					
54. Gelecek konusunda ümitsizlik					
55. Düşüncelerinizi bir konuya yoğunlaştırmada güçlük					
56. Bedeninizin çeşitli kısımlarında zayıflık hissi					
57. Gerginlik veya coşku hissi					
58. Kol ve bacaklarda ağırlık hissi					
59. Ölüm ya da ölme düşünceleri					
60. Aşırı yemek yeme					
61. İnsanlar size baktığı veya hakkınızda konuştuğu zaman rahatsızlık duyma					
62. Size ait olmayan düşüncelere sahip olma					
63. Bir başkasına vurmak, zarar vermek, yaralamak dürtülerinin olması					
64. Sabahın erken saatlerinde uyanma					
65. Yıkanma, sayma, dokunma gibi bazı hareketleri yenileme hali					
66. Uykuda huzursuzluk, rahat uyuyamama					
67. Bazı şeyleri kırıp dökme isteği					
68. Başkalarının paylaşıp kabul etmediği inanç ve düşüncelerin olması					
69. Başkalarının yanında kendini çok sıkılgan hissetme					

70. Çarşı, sinema gibi kalabalık yerlerde rahatsızlık hissi					
71. Her şeyin bir yük gibi görünmesi					
72. Dehşet ve panik nöbetleri					
73. Toplum içinde yiyip-içerken huzursuzluk hissi					
74. Sık sık tartışmaya girme					
75. Yalnız bırakıldığınızda sinirlilik hali					
76. Başkalarının sizi başarılarınız için yeterince takdir etmediği duygusu					
77. Başkalarıyla birlikte olunan durumlarda bile yalnızlık hissetme					
78. Yerinizde duramayacak ölçüde huzursuzluk duyma					
79. Değersizlik duygusu					
80. Size kötü bir şey olacakmış duygusu					
81. Bağırma ya da eşyaları fırlatma					
82. Topluluk içinde bayılacağınız korkusu					
83. Eğer izin verirseniz insanların sizi sömüreceği duygusu					
84. Cinsellik konusunda sizi çok rahatsız eden düşüncelerinizin olması					
85. Günahlarınızdan dolayı cezalandırılmanız gerektiği düşüncesi					
86. Korkutucu türden düşünce ve hayaller					
87. Bedeninizde ciddi bir rahatsızlık olduğu düşüncesi					
88. Başka bir kişiye karşı asla yakınlık duyamama					
89. Suçluluk duygusu					
90. Aklınızda bir bozukluğun olduğu düşüncesi					