



T.C.

DÜZCE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**DÜZCE İLİNDE YAŞAYAN 6-14 YAŞ SIĞINMACI ÇOCUKLARIN
RUHSAL UYUMU**

Melike PEHLİVAN
YÜKSEK LİSANS TEZİ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

DANIŞMAN
Doç. Dr. Fatma EKER

Düzce 2019



T.C.

DÜZCE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**DÜZCE İLİNDE YAŞAYAN 6-14 YAŞ SIĞINMACI ÇOCUKLARIN
RUHSAL UYUMU**

Melike PEHLİVAN
YÜKSEK LİSANS TEZİ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

DANIŞMAN
Doç. Dr. Fatma EKER

Düzce 2019

KABUL VE ONAY

Hemşirelik Yüksek Lisans Programı Çerçevesinde yürütölmüş olan
“Düzce İlinde Yaşayan 6-14 Yaş Sığınmacı Çocukların Ruhsal Uyumu”
adlı çalışma, aşağıdaki jüri tarafından Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Tarihi: 05/08/2019

TEZ SINAV JÜRİSİ

Dr. Öğretim Üyesi Gülgün DURAT
Sakarya Üniversitesi
Başkan



Doç Dr. Fatma EKER
Düzce Üniversitesi
Üye



Doç. Dr. Sevdâ ARSLAN
Düzce Üniversitesi
Üye

Yukarıdaki Tez, Yönetim Kurulunun 05 / 08 / 2019 tarih ve 2019 / 254 sayılı kararı ile kabul edilmiştir.

Prof.Dr. Adnan ÖZÇETİN
Sağlık Bilimleri Enstitü Müdürü



BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün aşamalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilemeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynak listesine aldığımı, yine bu tezin çalışması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

Melike PEHLİVAN

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim süresince bilgi ve tecrübesiyle bana yol gösteren, katkı ve manevi desteğini esirgemeyen tez danışmanım, değerli hocam Doç. Dr. Fatma EKER'e,
Tez hazırlama sürecinde beni her zaman destekleyen ve motive eden Gediz Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu'ndaki çalışma arkadaşlarım Öğr. Gör. Emsal İBİŞ, Öğr. Gör. Güzin AYAN, Öğr. Gör. Yusuf GÜNER, Öğr. Gör. Sinan DARCAN'a,
Araştırma yapılmasına izin veren Göç İdaresi Genel Müdürlüğü'ne ve anketlerin uygulanması aşamasında yardımlarını esirgemeyen Düzce KADİM yöneticilerine ve çalışanlarına,
Lisans eğitiminden tez hazırlama sürecine kadar her anımda yanımda olan, beni destekleyen, güç veren, sevgisi ve ilgisini yürekten hissettiğim canım arkadaşım Şeyma ZEYREK KURTOĞLU'na
Eğitim hayatım boyunca yanımda olan, maddi ve manevi desteklerini esirgemeyen canım abim Serkan PEHLİVAN ve en değerlim, canım anneme

Teşekkür ederim
Melike PEHLİVAN

İÇİNDEKİLER

SİMGELER VE KISALTMALAR	v
TABLolar LİSTESİ	vi
ŞEKİLLER LİSTESİ	vii
ÖZET	1
ABSTRACT	2
1.GİRİŞ VE AMAÇ	3
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi	3
1.2. Araştırmanın Amacı	4
2. GENEL BİLGİLER	5
2.1. GÖÇ	5
2.1.1. Göçün Tanımı.....	5
2.1.2. Türkiye Tarihindeki Göçler.....	6
2.2. GÖÇÜN ETKİLERİ.....	7
2.2.1. Göçün Toplumsal Etkileri	8
2.2.2. Göçün Ekonomik Etkileri.....	9
2.2.3. Göçün Eğitim Üzerindeki Etkileri.....	9
2.2.4. Göçün Sağlık Hizmetleri Üzerindeki Etkileri	10
2.2.5. Göçün Ruh Sağlığı Üzerine Etkisi	10
2.3. SİĞINMACI ÇOCUKLARIN RUH SAĞLIĞI	11
2.3.1. Sığınmacı Çocuklarda Görülen Psikolojik ve Davranışsal Sorunlar	12
2.3.2. Sığınmacı Çocukların Ruh Sağlığını Etkileyen Faktörler.....	12
2.4. RUHSAL UYUM KAVRAMI.....	13
2.4.1. Uyum-Davranış Bozuklukları	13
2.4.2. Davranış Bozukluklarının Nedenleri.....	14

2.4.3. Çocuklarda Görülen Uyumsuzluk Belirtileri	15
2.4.3.1. Korku.....	16
2.4.3.2. Öfke.....	17
2.4.3.3. Kıskançlık.....	17
2.4.3.4. Yalan Söyleme	18
2.4.3.5. Saldırganlık	18
2.4.3.6. Yalnızlık	18
2.4.3.7. Dikkat Eksikliği.....	19
2.4.3.8. Alt Islatma (Enürezis Nokturna)	19
2.4.3.9. Kekemelik	20
2.4.3.10. Tik Bozuklukları	20
2.4.3.11. Parmak Emme	21
2.4.3.12. Tırnak Yeme.....	21
2.4.3.13. Okul Başarısızlığı.....	22
2.5. PSİKİYATRİ HEMŞİRELERİNİN SİĞİNMACI ÇOCUKLARIN RUH SAĞLIĞINI KORUMADAKİ ROL İŞLEV VE SORUMLULUKLARI	22
2.5.1. Toplum Temelli Ruh Sağlığı Yaklaşımı	23
2.5.2. Okul Merkezli Ruh Sağlığı Yaklaşımı	24
2.5.3. Danışan Merkezli Ruh Sağlığı Yaklaşımı	25
3. GEREÇ VE YÖNTEM	28
3.1. Araştırmanın Tasarımı.....	28
3.2. Araştırma Soruları	28
3.3. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikler	28
3.4. Araştırma Evren ve Örneklemi	29
3.5. Katılma ve Katılmama Kriterleri.....	29
3.6. Araştırmanın Sınırlılıkları	29
3.7. Veri Toplama Araçları.....	30
3.7.1. Kişisel Bilgi Formu	30

3.7.2. Hacettepe Ruhsal Uyum Ölçeği	30
3.8. Ön Uygulama	31
3.9. Verilerin Toplanması.....	32
3.10. Verilerin Değerlendirilmesi.....	32
3.11. Araştırmanın Etik Boyutu	33
4. BULGULAR	34
4.1. Araştırmaya Katılan Sığınmacı Çocukların Sosyo-Demografik Özellikleri.....	34
4.2. Araştırmaya Katılan Sığınmacı Çocuklar ile İlgili Tanımlayıcı Bilgiler	35
4.3. Araştırmaya Katılan Sığınmacı Çocukların Ruhsal Uyum Durumları.....	41
4.4. Bazı Değişkenlere göre Sığınmacı Çocukların Sorun Durumlarının Dağılımı	44
4.5. Bazı Değişkenlere göre Sığınmacı Çocukların Ruhsal Uyum Ölçeği Puan Ortalamaları	45
4.6. Bazı Değişkenlere göre Çocukların Kekemelik, Tik, Tırnak Yeme, Parmak Emme, Enkoprezis, Enürezis, Okul Başarısızlığı Sorunlarının Dağılımı.....	47
5. TARTIŞMA	51
5.1. Sığınmacı Çocukların Eğitim Durumlarına İlişkin Bulguların Tartışılması	51
5.2. Sığınmacı Çocukların Sağlık Durumlarına İlişkin Bulguların Tartışılması.....	52
5.3. Sığınmacı Çocukların Ruhsal Uyum Durumlarına İlişkin Bulguların Tartışılması	54
5.4. Cinsiyetlerine göre Sığınmacı Çocukların Ruhsal Uyum Durumlarının Dağılımı	56
5.5. Yaşlarına göre Sığınmacı Çocukların Ruhsal Uyum Durumlarının Dağılımı	56
5.6. Sürekli Takip/Tedavi Gerektiren Hastalığa Sahip Olma Durumlarına göre Sığınmacı Çocukların Ruhsal Uyum Durumlarının Dağılımı	56
5.7. Türkiye’de Kalış Sürelerine göre Sığınmacı Çocukların Ruhsal Uyum Durumlarının Dağılımı.....	57
5.8. Ebeveynlerinin Hayatta Olma Durumuna göre Sığınmacı Çocukların Ruhsal Uyum Durumlarının Dağılımı	57
5.9. Bazı Değişkenlere göre Sığınmacı Çocukların Diğer Sorunlarının Dağılımı	58
6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER.....	60
7.KAYNAKLAR.....	62
8. EKLER.....	76

SİMGELER VE KISALTMALAR

UNICEF:	Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu
BMMYK:	Birleşmiş Milletler Mülteciler Yüksek Komiserliği
MEB:	Milli Eğitim Bakanlığı
TSSB:	Travma Sonrası Stres Bozukluğu
DSM:	The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
KOKGB:	Karşıt Olma Karşıt Gelme Bozukluğu
DEHB:	Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu
KADİM:	Kardeşlik Akrabalık Dayanışma ve İletişim Merkezi
STK:	Sivil Toplum Kuruluşları
SPSS:	Statistical Package for The Social Sciences
AFAD:	Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığı
UNCHR:	Birleşmiş Milletler Mülteci Örgütü
TTB:	Türk Tabipler Birliği

TABLÖLAR LİSTESİ

Tablo 3.7.1. Hacettepe Ruhsal Uyum Ölçeği Cronbach Alpha Değeri	31
Tablo 4.1.1. Sığınmacı Çocukların Sosyo-Demografik Özellikleri	34
Tablo 4.2.1. Sığınmacı Çocukların Eğitim Durumları ile İlgili Bilgiler	35
Tablo 4.2.2. Sığınmacı Çocukların Sağlık Durumları ile İlgili Bilgiler	36
Tablo 4.2.3. Sığınmacı Çocukların Sağlık Hizmetlerine Ulaşma Durumları ile İlgili Bilgiler	37
Tablo 4.2.4. Sığınmacı Çocukların Psikiyatrik Yardım İçeren Hizmet Alma Durumları	38
Tablo 4.2.5. Sığınmacı Çocukların Ebeveynlerinin Hayatta Olma Durumu ile İlgili Bilgiler	38
Tablo 4.2.6. Sığınmacı Çocukların Ebeveynlerinin Öğrenim Durumları ile İlgili Bilgiler.....	39
Tablo 4.2.7. Sığınmacı Çocukların Göç Yaşantısı ile İlgili Bilgiler	40
Tablo 4.3.1. Sığınmacı Çocukların Ruhsal Uyum Dağılımları	41
Tablo 4.3.2. Sığınmacı Çocukların Hacettepe Ruhsal Uyum Ölçeğine göre Uyum Sorunları	42
Tablo 4.3.3. Sığınmacı Çocuklarda Karşılaşılan Diğer Sorunların Dağılımı	43
Tablo 4.4.1. Bazı Değişkenlere göre Sığınmacı Çocukların Sorun Durumlarının Dağılımı ...	44
Tablo 4.5.1. Bazı Değişkenlere göre Sığınmacı Çocukların Hacettepe Ruhsal Uyum Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	45
Tablo 4.5.2. Aile Yapısı, Gelir Düzeyi ve Ebeveynlerinin Hayatta Olma Durumuna göre Sığınmacı Çocukların Hacettepe Ruhsal Uyum Ölçeği Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	46
Tablo 4.6.1. Sığınmacı Çocukların Cinsiyetlerine göre Diğer Sorunlarının Dağılımı	47
Tablo 4.6.2. Sığınmacı Çocukların Öğrenim Durumlarına göre Diğer Sorunlarının Dağılımı.....	48
Tablo 4.6.3. Sığınmacı Çocukların Aile Yapılarına göre Diğer Sorunların Dağılımı	50

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 2.1. Yıllara göre Geçici Koruma Kapsamındaki Suriyeli Sığınmacılar	7
--	---



ÖZET

DÜZCE İLİNDE YAŞAYAN 6-14 YAŞ SĞINMACI ÇOCUKLARIN RUHSAL UYUMU

Melike PEHLİVAN

Yüksek Lisans Bitirme Tezi, Hemşirelik Anabilim Dalı

Tez Danışmanı Doç. Dr. Fatma EKER

Ağustos 2019, 86 sayfa

Bu çalışma, Düzce ilinde yaşayan 6-14 yaş sığınmacı çocukların ruhsal uyum durumlarını belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapıldı. Araştırmanın örneklemini Düzce il sınırları içinde yaşayan, 6-14 yaş arası 163 (90 kız, 73 erkek) sığınmacı çocuk oluşturdu. Araştırmanın verileri Hacettepe Ruhsal Uyum Ölçeği kullanılarak çocukların ebeveynleriyle yüz yüze görüşmeler ile toplandı. Toplanan veriler SPSS veri tabanında yüzdelikler, Mann Whitney U, Kruskal Wallis-H ve ki-kare testleri kullanılarak değerlendirildi. Araştırmaya katılan çocukların %25.8'inde uyum sorunu saptanırken; çoğunun (%52.4) davranış sorunu yaşadığı belirlendi. Çalışmamızdaki sığınmacı çocuklarda en sık görülen nevrotik sorunların; korku, sıkılganlık, çekingenlik, güvensizlik olduğu görüldü. Hareketlilik, yerinde duramama; sinirlilik; yaşlılarıyla geçinememe ve cezadan etkilenmemenin ise en sık görülen davranış sorunları olduğu tespit edildi. Okul başarısızlığı (%20.9), tırnak yeme (%11.7) ve alt ıslatma (%5.5) gibi diğer sorunların da sık görüldüğü belirlendi. Çocukların sürekli takip/tedavi gerektiren hastalığa sahip olmaları ve ebeveynlerinin hayatta olma durumlarına göre ruhsal uyum ölçeği puanlarında gruplar arası anlamlı istatistiksel farklılık tespit edildi ($p<0.01$). Hastalığa sahip olan ve ebeveynlerinden en az biri hayatta olmayan çocukların diğer çocuklardan daha uyumsuz oldukları görüldü.

Araştırmadan elde edilen bulgular doğrultusunda, yoğun göç alan şehirlerde, sığınmacı çocukların psikiyatrik hastalıklarının erken dönem teşhisi ve etkili tedavisinin yapılabilmesi, uyum süreçlerini kolaylaştıracak uygulamaların planlanması amacıyla aralarında psikiyatri hemşiresinin de bulunduğu, ruh sağlığı uzmanlarından oluşan, transkültürel bakım ilkelerini benimsemiş bir ekibin oluşturulması önerildi.

Anahtar Kelimeler: Sığınmacı çocuk, göç, ruhsal uyum, davranış bozukluğu

ABSTRACT

6-14 YEARS OF ASYLUM CHILDREN LIVING IN DÜZCE MENTAL COMPLIANCE

Melike PEHLİVAN

Master's Thesis, Department of Nursing

Assist. Prof. Fatma EKER

August 2019, 86 pages

This study was conducted as a descriptive study in order to determine the mental adjustment status of 6-14 year old asylum seekers living in Düzce. The sample of the study consisted of 163 (90 girls, 73 boys) asylum-seekers aged 6-14 years living in the province of Düzce. Data were collected through face-to-face interviews with the parents of the children using the Hacettepe Psychological Adaptation Scale. Collected data were evaluated by using percentages, Mann Whitney U, Kruskal Wallis-H and chi-square tests in SPSS database. While 25.8% of the children participated in the study, adaptation problem was found; most of them (52.4%) had behavioral problems. In our study, the most common neurotic problems were anxiety, shyness, insecurity and childhood fears. In our study, the most common behavioral problems were mobility, restlessness, irritability, inability to live with peers and not being affected by punishment. Problems such as school failure (20.9%), nail eating (11.7%) and bed wetting (5.5%) were common. Significant statistical difference was found between the groups in terms of psychological adaptation scale scores according to the presence of the disease requiring continuous follow-up /treatment of the children and the survival of the parents ($p<0.01$). Children who had the disease and at least one of their parents died were found to be more incompatible.

As a result of the research, it was proposed to establish a team that will facilitate the adaptation for the early diagnosis and treatment of psychiatric diseases of asylum-seeker children in the cities that have migrated heavily. It was stated that this team should have a psychiatric nurse and they should adopt a transcultural approach.

Keywords: Asylum seeker child, migration, spiritual harmony, behavior disorder

1.GİRİŞ VE AMAÇ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

İnsanlık tarihinde, bireylerin yer değiştirmesine yol açan ekonomik, dini, bölgesel, hukuki ve sosyal olmak üzere pek çok nedenle gerçekleşen göçler, dünyanın her yerinde sosyo-ekonomik ve politik süreçlerin bir sonucu olarak gösterilmektedir¹. Günümüzde, İkinci Dünya Savaşı'ndan sonra gerçekleşen en büyük kitlesel hareketler Suriye'deki iç karışıklıklarla beraber insanların göç etmesiyle birlikte yaşanmıştır. Türkiye, jeopolitik konumu gereği yaşanan bu büyük göçlerden en çok etkilenen ülkelerden biri haline gelmiştir². 2019 yılı verilerine göre Türkiye'de bulunan sığınmacı sayısı 3.646.889 olup; kayıtlı olamayanlarla birlikte nüfusun yaklaşık %7'sini oluşturmaktadır^{3,4,5}.

Sayıları giderek artan sığınmacılar, bulundukları toplumu önemli ölçüde etkilemekte ve kendileri de yaşadıkları süreçten etkilenmektedir. Uyum sürecinde toplumsal boyutta en çok yaşanan sıkıntılar; kültür farkı, yaşam tarzı ve dil farklılıkları olup; bu durum sığınmacıların yerel halkla aralarındaki ilişkilerde problemlere neden olabilmektedir⁶. Göçün sebebinin ne olduğuna bakmaksızın, kadınlar ve çocuklar gibi hassas grupların diğer sığınmacılara kıyasla daha fazla etkilendiği görülmektedir⁷. Sığınmacı çocuklar "*Köklerinden Koparılanlar*" olarak tanımlanmakta; Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu (UNICEF) 2016 yılı raporunda yaklaşık 28 milyon çocuğun daha iyi bir yaşam umuduyla göç ettiği, tüm dünyadaki çocukların iki yüzde birinin mülteci konumunda olduğu belirtilmektedir⁸. Sığınmacı çocukların sayıca fazla olmaları, göçe karar verme aşamasında belirleyici kişi olmamaları ve korunmaya muhtaç olmaları nedeniyle göç sürecinden etkilenen en önemli grup oldukları bildirilmektedir⁹.

Ülkelerinden ayrılma süreçlerinde şiddet ve çeşitli çatışmalar nedeniyle olumsuz yaşam deneyimlerine şahit olan çocuklar göç sırasında kötü beslenme, insan tacirleri tarafından kaçırılma, çocuk ölümleri ve çocuk istismarı gibi tehlikelerle karşılaşmakta ve göç ettikleri ülkelerde ayrımcılığa maruz kalabilmektedir¹⁰. Her çocuk için çocukluk döneminde karşılaşılabilen olumsuz yaşam deneyimleri, ilerleyen dönemlerde çocuklar için stres faktörü haline gelebilmekte, fiziksel ve psikolojik açıdan çok fazla hastalığa zemin hazırlayabilmektedir¹¹. Çocukluk çağında yaşanan göç, hastalık, sevilen insanlardan ayrı kalma veya bu kişilerin ölümü vb. negatif yaşam olaylarının depresyon, uyum ve davranış bozukluklarına neden olduğu bildirilmektedir^{11,12}. Göçe zorlanmış çocukların ruhsal durumunu etkileyen faktörler arasında; anne babanın eğitim durumu, sosyo-ekonomik durumu, ailenin çocuklarla iletişimi, çocukların aile tarafından denetimi, göç sırasında ebeveynlerinden ayrı

kalma, okul başarısı, göç sırası veya sonrasında çocuk ebeveyn ayrılıklarının yaşanması vb. rol oynamaktadır^{13,14,15,16}. Ayrıca göç ile beraber çocuklarda büyük bir gruba aidiyet duygusunun kaybı ve bu duruma eşlik edecek sosyal rollerdeki değişim, kültürel normlardaki belirsizlik, yalnızlık duygusu ve kültürel şok da ruhsal bozukluklara zemin hazırlayan önemli değişkenler arasında sayılmaktadır¹⁷. Sığınmacı çocuklarda yaşanan olumsuz deneyimlere ilaveten diğer çocuklara kıyasla benlik saygısının daha düşük olması, yaşam doyumunda azalma ve depresyon gibi duygusal sorunlar ile hiperaktivite ve akran ilişkilerinde bozulmalar gibi davranışsal sorunların daha sık görülmesi onları yakından ilgilenilmesi gereken özel bir grup haline getirmektedir. Ancak çocuklar her zaman yeterli psikolojik yardım alamamaktadır^{16,18}. Göç olgularında hassas gruplar arasında sayılan çocukların sayıca fazla olmaları, sağlıklarının geliştirilmesi ve korunması açısından öncelikli olarak değerlendirilmelerine neden olmakta ve bu grubun sağlık sorunlarına ve gereksinimlerine daha fazla özen gösterilmesi gerektiği düşünülmektedir^{9,19}.

Sağlık ekibinin önemli bir parçası olan hemşirelere, sığınmacı çocukların bütüncül olarak biyo-psiko-sosyal sağlık gereksinimlerinin karşılanmasında önemli görevler düşmektedir²⁰. Sığınmacı çocuklarla ilgili yapılan çalışmalar incelendiğinde; anksiyete/depresyon düzeyleri²¹, travma sonrası stres bozukluğu²², yaşam doyum ve özgüven durumları²³, okul başarısızlığına bağlı yaşadıkları sorunlar^{17,24} ile suça ve şiddete eğilim düzeyleri²⁵ konularının sıkça ele alındığı görülmüş ancak göç edilen toplumla en fazla iletişime giren okul çağındaki çocukların ruhsal uyumları ile ilgili herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır.

Ülkemizde sığınmacıların her zaman olabileceği ve sığınmacı çocukların farklı bir kültüre uyum sağlarken desteğe ihtiyaçları olacağı göz önünde bulundurulduğunda çocuklarda görülebilecek davranışsal ve psikolojik sorunların yani ruhsal uyum düzeyinin belirlenmesi için bir çalışma yapılmasına gereksinim duyulmuştur. Bu nedenle araştırmacı tarafından hassas bir grup olan sığınmacı çocukların ruh sağlığının korunması ve geliştirilmesi için oluşturulacak politikalarda yol gösterici olacak bir çalışma yapılması planlanmış ve uygulanmıştır.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu çalışma, Düzce ilinde yaşayan 6-14 yaş arası sığınmacı çocukların ruhsal uyum durumlarının belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. GÖÇ

Göç, insanlık tarihinin ilk dönemlerine kadar uzanan ve tarih boyunca dünyayı genel olarak etkileyen evrensel bir olgu olarak tanımlanmaktadır²⁶. İnsanlığın ortaya çıkmasıyla beraber başlayan yer değiştirme hareketlerinde maddi ve manevi olarak değerli öğelerin taşınması, farklı kültürlerin etkileşim kurması sonucunda göç yaşamış ve göçe ev sahipliği yapmış iki tarafın da değişmesiyle kültürleşmeler meydana gelmiştir²⁷. Gelişmelere katkı sağlayan icatlardan yazının bulunmasına, salgın hastalıkların ortaya çıkmasından bu hastalıkların tedavisine kadar insanlık için olan bütün buluşların dünyaya göçler ile taşındığı bilinmektedir²⁸.

2.1.1. Göçün Tanımı

İnsanlar, geçmişten günümüze kadar bulundukları mekânlar ile değerli ve anlamlı bağlar kurmuş ve kurmaya da devam etmektedir. Bireylerin ve toplulukların çeşitli sebeplerden dolayı bulundukları yerleşim yerinden farklı bir mekâna göç etmek zorunda kalmalarıyla birlikte birey ile mekân arasındaki bağın zedelenmektedir²⁹. Göç en genel tanımla, ekonomik ve/veya sosyal sebeplerle kişilerin veya toplulukların yaşadıkları, ikamet ettikleri yeri bırakarak diğer bir yerleşim bölgesine veya bir başka ülkeye gitmesi olarak tanımlanmaktadır³⁰. Uluslararası Göç Örgütü göçü, kişilerin kendi ülkesinde yer değiştirmesi ya da uluslararası bir sınırı geçerek farklı bir ülkeye hareket etmesi olarak tanımlamaktadır. Sebebi, yapısı ve süresi ne olursa olsun grupların yer değiştirme hareketi göç olarak değerlendirilmektedir³¹. Bir başka tanımla göç, bir yerleşim bölgesinde, siyasi sınırları belli olan bir bölgeden veya bir topluluktan başka bir yerleşim bölgesine doğru, kısmen veya sürekli; kitle veya birey hareketleri olarak tanımlanmıştır³².

Tarih boyunca sonuçları tüm dünyayı etkileyen büyük göç hareketleri yaşanmıştır. Dünya tarihinde bilinen ilk büyük göçler olan Türklerin Orta Asya'dan göçü, Kavimler göçü ve Yeni Dünya Göçleri sarsıcı etkileri olan önemli göçlerden bazılarıdır²⁶. Dünya genelinde, neredeyse tüm ülkeler, göçten etkilenmiş ve günümüzde de etkilenmeye devam etmektedir. Geçtiğimiz elli yılda 175 milyondan fazla insanın göç etmek zorunda kaldığı bilinmektedir. Birleşmiş Milletler 2013 yılı küresel raporunda dünya nüfusunun yaklaşık %3.2'sinin uluslararası göçmen konumunda olduğu görülmektedir^{33,34}. Birleşmiş Milletler Mülteciler Yüksek Komiserliği (BMMYK)'nin yayınlamış olduğu istatistik raporlarına göre ise 2017 yılı sonunda dünya çapında 25.4 milyon mülteci, 68.5 milyon zorla yerinden edilmiş insan, 3.1 milyon sığınmacı ve 40 milyon kendi ülkeleri içinde zorla yer değiştirmek zorunda bırakılmış insan bulunmaktadır³⁵. Son yıllarda yaşanan göçlerde Türkiye'de önemli derece göç almış ve

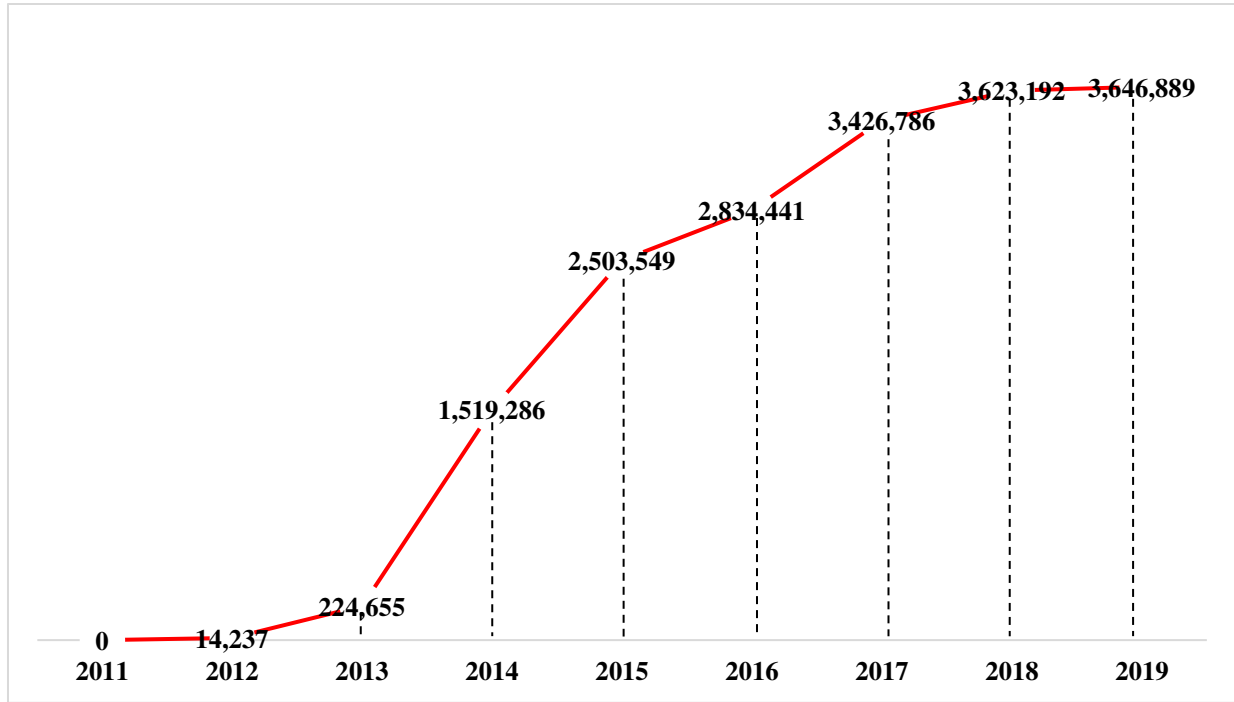
son zamanlarda en çok göçmene ev sahipliği yapan ülkeler sıralamasında ilk sıraya yerleşmiştir³⁶.

2.1.2. Türkiye Tarihindeki Göçler

Türkiye, tarih boyunca farklı ırk, mezhep ve kültüre sahip pek çok millete ev sahipliği yapmıştır. Kıtalar arasında köprü vazifesi gören bir ülke konumunda bulunması göçmenlere ev sahipliği yapmasının en önemli nedenlerinden biri olarak gösterilmektedir. Türkiye’ye 19. yüzyılın ikinci yarısından itibaren başlayan göçler ile birlikte etnik değişimler yaşanmış ve günümüz Türkiye’si biçimlenmiştir. Türkiye’ye gerçekleştirilen göçler Cumhuriyet öncesi ve Cumhuriyet sonrası göçleri olarak incelenmektedir. Türkiye’nin Cumhuriyet öncesi dönemde çok sayıda göçmene ev sahipliği yaptığı bilinmektedir³⁴. Bunlardan 14. yüzyıldan itibaren başlayan ve kitlelerin Osmanlı’ya yerleşmesiyle son bulan bazı göçler şu şekildedir:

İspanya’daki yönetim nedeniyle 100.000’den fazla Musevi, yıllardır yaşadıkları toprakları terk etmek zorunda kalmış ve başta İstanbul, Selanik, Bursa, Tokat, Amasya ve Edirne olmak üzere Osmanlı Devleti’ndeki farklı şehirlere yerleşmişlerdir³⁷. İsveç Kralı XII. Karl yanındaki 1.500 kişiden oluşan ordu ile Osmanlı Devleti’nden sığınma talep etmiştir. Prens Lajos Kossuth, 3.000 Macar ile birlikte Osmanlı topraklarına sığınmışlardır. Rus ordusundan kaçan bir buçuk milyona yakın sayıda Kafkas, Osmanlı’ya gelip Anadolu ve Balkanların çeşitli yerlerine yerleşmişlerdir. Vrangeli’nin ~35.000 bin kişi ile beraber Osmanlı İmparatorluğuna sığındığı bilinmektedir³⁴.

Ülkemize yönelik kitlesel göçler Cumhuriyet Sonrası dönemde de devam etmiştir. Bunlardan bazıları; Balkanlar’dan (~800.000 kişi), Yunanistan’dan (~400.000 kişi), 1989 yılında Bulgaristan’dan (~345.000 kişi), Irak’tan (~52.000 kişi) ve Makedonya’dandır (~10.500 kişi). 2011 yılı Nisan ayından itibaren Suriye’de yaşanan iç karışıklıklar sebebiyle kayıtlı olarak ~3 milyon kişinin Türkiye’ye göç ettiği bildirilmektedir³⁴. Zorbalık, savaş, şiddet nedeniyle bulunduğu yerden bir başkasına geçmek, ayrılmak zorunda olan insan sayısı giderek artmaktadır³⁶. Son yıllarda “Arap Baharı” olarak bilinen ve tüm Arap ülkelerini etkileyen iç karışıklıkların sonucunda büyük kitlesel göçler yaşanmıştır. Dünya genelinde devam eden göçler ülkemizi de önemli ölçüde etkilemiştir³⁸. 2016 yılı sonunda dünyada en fazla sayıda mülteciye ev sahipliği yapan ülke Türkiye olmuştur. Birleşmiş Milletler Mülteci Yüksek Komiserliği’nden elde edilen verilere göre Türkiye, 3.5 milyondan fazla kayıtlı Suriyeli mültecinin dışında 365.000’den fazla diğer uyruklu sığınmacılara ev sahipliği yapmayı sürdürmektedir³⁶.



Şekil 2.1.Yıllara göre Geçici Koruma Kapsamındaki Suriyeli Sığınmacılar (14.03.2019 tarihi itibarıyla)³

2019 yılı Mart ayı Göç İdaresi Genel Müdürlüğü verilerine göre Türkiye’de 3.646.889 kayıtlı Suriyeli mülteci bulunduğu görülmekte ve mevcut sığınmacıların 1.668.576’sı kadın, 1.978.313’ü erkeklerden oluşmaktadır. 0-18 yaş arası ise 1.666.928 mülteci/sığınmacı bulunmakta ve bu doğrultuda sığınmacı nüfusun neredeyse yarısının çocuklardan oluştuğu görülmektedir. Türkiye’deki kayıtlı Suriyeli sığınmacıların nüfusu genel nüfusun yaklaşık %4.55’ini oluşturmaktadır. 2011 yılından bu yana Suriyeli mültecilerin sayısı giderek artmaya devam etmektedir³ (Şekil 2.1).

2.2. GÖÇÜN ETKİLERİ

Türkiye, geçmişten günümüze göç eden pek çok insana ev sahipliği yapmıştır. Özellikle bulunduğu jeopolitik konumdan dolayı bir köprü vazifesi görmesi göçmenleri ağırlamasının önemli sebeplerinden biridir³⁴. Son dönemde Ortadoğu’da yaşanmakta olan iç krizlerin sonuçları Türkiye’yi de etkilemiştir. Başlangıçta “Arap Baharı” olarak bilinen halk ayaklanmaları neredeyse tüm Arap ülkelerini etkisi altına almış ve son olarak Suriye’de de iç savaşların yaşanmasına sebep olmuştur. Pek çok Suriyeli yaşanan iç karışıklıklardan dolayı göç etmek zorunda kalmıştır³⁸. Türkiye’nin 2011’de duyurduğu “Açık Kapı Politikası” sonucu birçok sığınmacı sınır kapılardan ülkeye giriş yapmıştır. Beklenenin üzerinde sığınmacının gelmesi beraberinde birtakım sorunların da ortaya çıkmasına neden olmuştur^{6,39}. Sığınmak için

Türkiye’yi tercih eden kişilerin ülkedeki hukuk, sağlık, güvenlik, eğitim, ekonomi, dış politika, istihdam, kültürel ve toplumsal yapıları etkilediği belirtilmektedir⁴⁰.

2.2.1. Göçün Toplumsal Etkileri

Türkiye’de bulunan sığınmacılar, kamplarda ya da kamp dışında olmak üzere iki farklı alanda yaşamaktadır. Kamplarda yaşayanların, kamp dışında yaşayanlara göre refah ve sosyal imkânlar açısından daha iyi durumda olduğu belirtilmektedir. Bu bağlamda Türkiye’deki Suriyeli sığınmacıların karşılaştıkları sorunların önemli kısmını kamp dışında yaşayanların oluşturduğu görülmektedir. Sığınmacıların dil, yaşam tarzı ve kültür farkı, yerel halk ile sorun yaşamasına neden olmaktadır⁶.

Ortadoğu Stratejik Araştırmalar Merkezi’nin 2015 yılında yayınladığı Suriyeli sığınmacıların Türkiye’ye etkileri raporunda⁶ ve Tunç’un mülteci davranışı ve toplumsal etkilerini değerlendirdiği çalışmaya⁴¹ göre bu sorunlardan bazıları aşağıda sıralanmıştır:

- Türkiye’ye sığınmacıların gelmesiyle beraber daha önceleri toplumda sık gözlemlenmeyen çok eşlilik artmış ve buna bağlı olarak boşanma davaları artış göstermiş, aile bağları önemli ölçüde zedelenmiştir.
- Bu durumlara ek olarak kadın ve çocuk istismarlarının yaşanması, çarpık yapılaşma, bazı şehirlerde mezhepsel ve etnik kutuplaşmaların artması ortaya çıkan toplumsal etkilerden sayılmaktadır.
- Sığınmacıların yarattığı bir diğer problem ise çocuk işçiliğinin yaygınlaşması olarak bilinmektedir. Kamp dışında yaşayan sığınmacıların küçük bir kısmı eğitime ulaşabilmekte ve sığınmacı aileler çocuklarını okula göndermekten ziyade ev ekonomisine katkı sağlaması için çalıştırmaktadır. Sokakta çalışan çocuk işçilerin yanı sıra çocuklar, çeşitli dükkânlarda çırak ve fabrikalarda ucuz işgücü olarak kullanılmaktadır⁶.
- Sığınmacıların Türkiye’ye göç etmesi ile bulundukları ilin sosyal, kültürel ve ahlaki dokusunda değişimler yaşanmış, nüfus yoğunluğu artmış, bulundukları ilin demografik yapısı değişmiş, toplumsal güvensizlik ve kaygı hissi artmıştır.
- Daha iyi bir yaşam arzusu ile yapılan gayri resmi evlilikler artmış bu nedenle yerel halkın sığınmacı kadınlara yönelik tepkisi çoğalmıştır.
- Yapılan evliliklerden dünyaya gelen çocuklar nüfusa kaydedilmemiş, kayıt dışı nüfus sayısı da artış göstermiştir.
- Evlendirme konusu başlık parası almak için yapılan ticari bir durum haline gelmiştir.
- Daha uygun fiyatlı kira arayışı nedeniyle sığınmacıların bulundukları illerde çarpık yapılaşma ve gecekondulaşmanın arttığı da bildirilmektedir⁴¹.

2.2.2. Göçün Ekonomik Etkileri:

Sığınmacıların ev sahibi ülke ile aralarındaki ilişkileri etkileyen en önemli faktörlerden birinin ekonominin varlığı olduğu bilinmektedir. Yoğun göç talebinin artmasıyla beraber ekonomik sorunlar sadece devlet harcamalarıyla sınırlı kalmayıp; şehirlerin ekonomisini de çift yönlü etkilemiştir⁴². Suriyeli sığınmacıların Türkiye'ye gelmesiyle beraber ülke ekonomisinde hizmet ve mal ürünlerine dönük talep artmıştır. Sığınmacıların Türkiye'deki talep piyasasını canlandırması ülkeyi pozitif yönde etkilemiş, ekonomik büyüme gerçekleşmiş; bu süreç Türkiye ekonomisi lehine işlemiştir. Fakat talebin artmasıyla beraber piyasadaki ürünlerin fiyatı da artmış enflasyon oranı çift hanelere yükselmiştir. Genel olarak bakıldığında sınır illerde enflasyon oranının bu nedenle daha yüksek çıktığı görülmektedir⁴³.

Sığınmacıların ülke ekonomisini etkilediği bir başka alan ise kiraların artışı olarak bilinmektedir. Ev sahipleri bu durumu fırsata çevirirken kiracılar bu durumda sıkıntı yaşamış ve kiraların artmasıyla sınır illerde kiralık ev bulmak oldukça zorlaşmıştır. Mevcut kiracılar çıkartılıp yerine daha yüksek kirayla evlerin sığınmacılara kiralandığı belirtilmiştir⁶. Genel olarak değerlendirildiğinde, sığınmacıların istihdam, enflasyon oranı ve ekonomik yapı üzerinde önemli düzeylerde etkileri olduğu görülmektedir⁴³.

2.2.3. Göçün Eğitim Üzerindeki Etkileri

Ülkemize gelen sığınmacıların Türkiye'ye gelmeden önce de eğitimsiz geçen dönemleri olması, öngörülenden daha fazla sayıda olmaları ve ülkede kalma sürelerinin uzaması ile birlikte eğitime olan ihtiyaç da önem kazanmıştır⁴⁴. Dil farklılığı, eğitim sisteminin eşdeğerliliği ile ilgili sorunlar dikkate alındığında yarım kalan eğitimi tamamlamak daha da zorlaşmıştır. Eylül 2015 tarihi itibarıyla yaklaşık 2.7 milyon Suriyeli çocuk okula gidememiştir⁴⁵. Eğitim sisteminde yaşanan sorunlar, çocuk işçiliği ve erken evlilikleri de beraberinde getirmektedir^{47,48}. Özellikle kız çocuklarının eğitime ulaşmada dezavantajlı konumda olduğu bildirilmektedir. Sığınmacı kız çocuklarının okula gidememesinin en önemli nedenlerinden biri çocuk yaşta yapılan evliliklerdir. Bu bağlamda Türkiye'de yaşamakta olan Suriyeli sığınmacı çocukların evlilik oranlarının Suriye'deki evlilik oranlarından daha yüksek olduğu görülmektedir⁴⁵. Her ne kadar Milli Eğitim Bakanlığı (MEB) tarafından sığınmacı çocukların eğitimi ile ilgili düzenlemeler⁴⁶ yapılsa da halen çoğu çocuk eğitime ulaşamamaktadır^{47,48}. Göç edilen ülkede geçirilen zamanın tahmin edilenden uzun sürmesi ve sığınmacılar için tasarlanmış olan eğitimin kalitesinin düşük olması⁴⁹, kendi dillerinde tercüme edilen eserlerin yetersizliği⁵⁰ ve çocuğun kendi dilinde eğitim imkânının kısıtlı olması çocukların eğitime ulaşamamalarının nedenleri arasında sayılmaktadır⁵¹.

2.2.4 Göçün Sağlık Hizmetleri Üzerindeki Etkileri

Ülkeye göç eden kişi sayısının artmasıyla birlikte sağlık hizmetleri de etkilenmiştir. Ortadoğu Stratejik Araştırmalar Merkezi'nin (2015) Suriyeli sığınmacıların Türkiye'ye etkileri raporunda sınır şehirlerdeki devlet hastanelerine başvuran kişi sayısının yaklaşık %40'ını sığınmacıların oluşturduğu ve sayının fazla olması nedeniyle kapasite sorunu yaşandığı belirtilmektedir. Sınır şehirlerde sadece sığınmacılara değil aynı zamanda hala Suriye'de yaşayan ve çatışmalarda yaralanan kişilere de sağlık hizmeti verilmesi de yoğunluğun önemli nedenleri arasında sayılmaktadır. Kamp dışında yaşayan ve kayıt dışı olan sığınmacıların da sağlık hizmetlerine ulaşmada sıkıntı yaşadıkları belirtilmektedir⁶. Bu durumlara ek olarak ev sahibi ülkede bulaşıcı hastalıkların bildirilme oranlarında da artış yaşanmıştır. Kızamık gibi 2007-2010 yılları arasında görülme oranı tek hanelere düşürülmüş pek çok bulaşıcı hastalıkların bildiriminin tekrar artış gösterdiği ve göç edilen ülkede daha önce düzenli aşılama neticesinde hiç rastlanmamış Polio gibi hastalıkların da sığınmacılarla beraber ev sahibi ülkeye taşındığı bildirilmektedir⁵².

Çatışmalar sonrasında Türkiye'ye akın eden sığınmacılar, ülkeye ulaşmak için günlerce yürüdüklerini, yolda yaralandıklarını, şiddete maruz kaldıklarını ifade etmektedir. Türkiye'ye ulaştıklarında ise birçoğunun yaşanan olumsuz deneyimlerden dolayı psikolojik yardıma ihtiyaç duydukları da belirtilmektedir^{6,52}.

2.2.5. Göçün Ruh Sağlığı Üzerine Etkisi

Sığınmacılar çoğu zaman ailelerinden ayrılma, kültür ve dil ile ilgili engeller, yeni ve bazen istenmeyen bir ortama uyum sağlama gibi zorlu göçmenlik koşullarıyla karşı karşıya kalmaktadır. Bu stresörler, yeni endişeler başlatabilmekte, ruh sağlığını olumsuz etkileyebilmekte ya da mevcut ruh sağlığı problemlerinin tetiklenmesine neden olabilmektedir¹⁸. Yapılan çalışmalarda, kültürel stres yaşayan sığınmacıların yerel halka kıyasla daha endişeli ve depresif olduğu belirtilmektedir^{53,54}. Bu durumlara ek olarak, sığınmacıların resmi ya da gayri resmi olarak ruh sağlığı hizmetlerini kullanma olasılıklarının da yerel halka göre daha düşük olduğu bilinmektedir¹⁸. Karmaşık ve çeşitli kültürel bağlamlar, dil farkı, dağınık sığınmacı popülasyonları standartlaştırılmış teşhis ve tedavinin yapılmasını zorlaştırmaktadır. Teşhislerin insidansı farklı popülasyon ve deneyimlere göre değişmekle beraber; sığınmacılarda yaygın olarak travma sonrası stres bozukluğu, majör depresyon, somatizasyon bozukluğu ve uyum sorunları görülmektedir. Yerleşik yaşama geçmiş sığınmacılarda Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB) ve Majör Depresyon görülme oranlarının sırasıyla %10-40 ve %5-15 arasında değiştiği belirtilmektedir⁵⁴.

Sığınmacılarda ruh sağığı ile ilgili problemlerin gelişimi için risk faktörleri arasında travma sayısı, göçmenlik durumundan korkma, göç edilen ülkede hissedilen stigma, psikiyatrik hastalıklar konusunda bilgi sahibi olmama, gecikmiş sığınma başvuru süreci, kültür ve destek sistemlerinin kaybı sayılmaktadır^{54,55}. Sığınmacıların ruh sağığı sorunlarının tespiti ve etkili tedavisinde birçok zorluk olduğu belirtilmektedir. Genellikle kültür ve dil ile ilgili engeller, ön yargılar sorunların tanımlanmasını ve terapötik ilişkinin gelişmesini engelleyebilmektedir⁵⁴. Ayrıca sosyal destek mekanizmaları ile sıkıntı yaşadıkları süreci atlatmaya çalışmakta ve kriz anına kadar herhangi bir kuruma başvurmadan kaçındıkları da görülmektedir⁵⁵. Sığınmacılarla ilgili sorunların neredeyse tamamında olduğu gibi ruh sağığı üzerindeki tehditlerden en çok etkilenen ve savunmasız olan grup yine çocuk sığınmacılardır. Çocukların özellikle büyüme ve gelişme döneminde olmaları, kendilerini korumadaki yetersizlikleri, ebeveynlerine olan bağılılıkları gibi nedenler daha hassas bir grup olarak nitelendirilmesine neden olmaktadır¹⁶.

2.3. SIGINMACI ÇOCUKLARIN RUH SAĞLIĞI

Sığınmacı çocukların göç yaşantısından ne boyutta etkilendiğini anlamak için çocuğun psiko-sosyal özelliklerinin değerlendirilmesinin gerektiği belirtilmektedir. 1-5 yaş arasındaki, gelişim döneminin ilk aşamasındaki henüz birey olma mücadelesi veren çocuklar genellikle iki kültür arasında kalmış ve hiçbir kültürde güvende hissedememiştir. Bu yaş grubundaki çocuklar ana dillerini bile tam olarak öğrenememişken yeni bir dile uyum sağlamak zorunda kalmaktadır. İlk sosyalleşme süreçlerini tamamladıktan ve kimliklerini kazanmaya başladıktan sonra başka ülkeye göç etmek zorunda kalan 6-14 yaş arası çocukların ise yeni düzene kolay adapte olamadıkları ve geri dönmek istedikleri belirtilmektedir⁵⁶.

Göç deneyimi genellikle göç öncesi, göç sırası ve göç sonrası olarak üç ayrı aşamayı kapsamaktadır. Sığınmacı çocuklar genellikle bu aşamaların her birinde birden fazla stresle karşılaşır ve bu farklı göç aşamalarında çocukların ruh sağıkları etkilenmektedir⁵⁷. Göç öncesi dönem, bireyde fiziksel ve duygusal travmaya yol açabilecek unsurlarla dolu olmakta, olumsuz yaşam olaylarına tanıklık (birinin yaralanması ve ölümünü görme vb.) ve sosyal karışıklık içermektedir. Bu süreçte ergenler, gönüllü ya da zorla asker, militan olarak gruplara katılabilmektedir. Göç süreci, ev sahibi ülkeden ayrılıp yeni yerleşim bölgesine belirsiz bir yolculuk yapmayı içerir ve zorlu seyahat sonunda sığınmacılar mülteci kampları veya gözaltı merkezlerine yerleşmek zorunda kalabilmektedir. Bu süreçte çocuklar ve ergenler, bakım ve koruma için genellikle aileleri dışındaki insanların insafına kalmaktadır. Yeniden yerleşim sürecinde ise yeni ve yabancı bir ortama uyum sağlamanın yanı sıra kültür, dil farkı ve yakınların kaybı gibi zorluklarla karşı karşıya kalılabilmektedir. Fakat tüm süreçlerde çocukların dil ve kültüre yetişkinlerden daha kolay uyum sağladıkları bilinmektedir. Bu nedenle

çocukların ruh sağlığı problemlerinin teşhisi ve tedavisi de daha kolay olmakta, kayıp nesil oluşmaması için erken dönem teşhis ve tedavi de daha önemli hale gelmektedir⁵⁴.

2.3.1. Sığınmacı Çocuklarda Görülen Psikolojik ve Davranışsal Sorunlar

Göç yaşantısı, sığınmacı çocukların psikolojik iyi oluşunu olumsuz etkilemektedir⁵⁸. Göç ettikleri ülkeye geldiklerinde çocuklar genellikle toplumda şiddet ve yabancı düşmanlığı, yeni bir kültüre ve dile uyum sağlama stresi, okula uyumda sıkıntı, belirsiz statü ve potansiyel sınır dışı edilmenin getirdiği stresi içeren unsurlarla karşı karşıya kalabilmektedir⁵⁹.

Sığınmacı çocukların ruh sağlığı ile ilgili yapılan araştırmalar incelendiğinde; anksiyete bozukluğu, depresif bozukluk, TSSB, dikkat eksikliği/hiperaktivite bozukluğunun en sık karşılaşılan bozukluklar olduğu görülmektedir^{17,21,22,23,25,60,61}.

Çeri ve ark.'larının (2018) mülteci çocuklara bakım vermek üzere özelleşmiş bir psikiyatri ünitesinde gerçekleştirdiği araştırmada sığınmacı çocukların en çok davranışsal problemler ve konuşma-öğrenme güçlükleri sebebiyle psikiyatri polikliniğine başvurdıkları belirtilmiştir. Yapılan çalışmada bu sorunlara ek olarak otizm spekturum bozukluğu, uyku (insomni) bozukluğu, karşıt olma karşıt gelme bozukluğu (KOKGB), entelektüel gelişimsel bozukluk ve şizofreni de gözlemlenen tanılar arasında sayılmıştır⁶². Betancourt ve ark.'larının (2012) savaştan etkilenmiş çocuklar ile gerçekleştirdiği çalışmada ise genel davranış problemleri, yüksek oranda olası travma sonrası stres bozukluğu (%30.4), travmatik yas (%21.4), yaygın bunaltı (%26.8) ve bedenselleştirme (%26.8) sorunları aktarılmıştır⁶³. Özer ve Şirin'in (2013) Türkiye'deki kamplarda çocukların depresyon düzeylerini belirlediği çalışmada çocukların %49'unun yüksek düzeyde, %36'sının klinik düzeyde puan aldıkları tespit edilmiştir. Çocukların %12.7-25.8'inde karın ağrısı, baş ağrısı, kollarda, ellerde ağrı vb. belirtilere sahip psikosomatik sorunlar yaşadıkları bildirilmiştir. Ayrıca çocukların %44.6'sında davranışsal, %53.6'sında akademik problemlerin yaygın olduğu tespit edilmiştir⁶⁴.

Ergenlik dönemindeki sığınmacılarda ise sosyal uyum sorunlarının yanı sıra kimlik edinme, kendini keşfetmeye yönelik sıkıntılar yaşanmaktadır. Ergen sığınmacılarla yapılan çalışmada, sosyalleşme ile ilgili sorunlar, fiziksel gelişim gerilikleri, sosyal aktivite azlığı, sosyal içe çekilme, akademik başarıda düşüklük, somatik şikâyetler, düşünce ve dikkat eksikliği problemleri ve depresyon gibi psiko-sosyal sorunlar yaşadıkları görülmektedir⁶⁵.

2.3.2. Sığınmacı Çocukların Ruh Sağlığını Etkileyen Faktörler

Göçle beraber gelen düşük sosyoekonomik statü, dil sorunları, hissedilen ayrımcılık, kültürel çatışmalar ile ailede fiziksel ve psikiyatrik sorunlar çocukların refahını olumsuz yönde etkilemektedir. Sığınmacıların mevcut durumları ve geleceği konusundaki belirsizlikler psikiyatrik sorunların oluşumunda tetikleyici unsurlardandır⁶⁶. Son yıllarda Suriye'de yaşanan

çatışmalarda çocukların, ülkedeki durum hakkındaki endişeleri, temel ihtiyaçlarına ulaşamaması, şiddet ve sömürünün devam etmesi, aile ve toplumun kaybı gibi önemli stres faktörleri ile karşı karşıya kalması psikopatolojik sorunların temelini hazırlamıştır⁶⁷. Ayrıca savaş ve göç sırasında yaralı ve/veya ölü bir kişinin görülmesi ve ebeveynlerin işsizliğinin de psikopatoloji riskini arttırdığı tespit edilmiştir⁶⁶.

Suriyeli sığınmacı çocuklar ile yapılan bir çalışmada ebeveynlerin çocuklar üzerindeki etkisine dikkat çekilmiş, anne-baba ilgisi, desteği, koruması ve sevgisinden yoksun gelişen çocukların fiziksel, ruhsal ve gelişimsel birçok açıdan sıkıntı yaşadıkları belirtilmiştir⁴⁷. Sığınmacı çocukların psiko-sosyal açıdan tam bir gelişim gösterebilmesi için ailenin çocuklarla ilgili olması, sevgisi, denetimi, göç hakkındaki tutumu, sosyoekonomik özellikleri, eğitim durumu ile göçle ilgili politik, sosyal, ekonomik etkenler, göç sırası ve onu takip eden süreçte çocuk ile ebeveyn ayrılığının yaşanması gibi pek çok nedenin etkili olduğu bildirilmektedir^{13,14,15,38}.

2.4. RUHSAL UYUM KAVRAMI

Bireyin kendisi ve çevresindeki insanlarla tam bir denge ve uyum halinde olması ruh sağlığının en genel tanımıdır. Uyum ise bireyin var olan kişisel özellikleri ile benliği ve çevresi arasında dengeli ve sağlıklı ilişkiler kurabilmesi ve bu ilişkileri sürdürebilmesi olarak tanımlanmaktadır^{68,69,70}.

2.4.1. Uyum-Davranış Bozuklukları

Çocukluk dönemindeki gelişim evrelerinin doğal zorluklarına, ailenin/yakın çevrenin olumsuz etkileri ve yaşam deneyimleri eklendiğinde çocuklarda tepki olarak uyumsuz davranış ve duygusal düzeyde bozukluk görülmektedir. Bu olumsuz tepkiler “Uyum ve Davranış Bozuklukları” olarak tanımlanmaktadır⁷¹. Davranım bozukluğu terimi ilk kez DSM-III’de kullanılmış; DSM-IV’de “Dikkat Eksikliği ve Yıkıcı Davranış Bozuklukları” başlığı altında değerlendirilmiştir. DSM-5’de de tanı ölçütleri korunmuş ve “Yıkıcı Bozukluklar, Dürtü Denetim ve Davranım Bozuklukları” olarak son halini almıştır⁷². Yıkıcı davranışsal bozukluk olarak da bilinen uyum-davranış bozuklukları, ebeveynlerin çocuk ruh sağlığı değerlendirmesi ve tedavisi için başvurduğu önemli sebeplerdendir. Çocuklarda yetişkinlere kıyasla daha sık gözlemlenen bu durum çocuklukta tedavi edilmediği durumda ilerleyen yıllarda kişinin ilişkilerini sürdürme, iş bulma, hayata aktif ve sağlıklı katılma yeteneğini olumsuz yönde etkilemektedir⁷³.

Neredeyse bütün çocuklar olumsuz nitelendirilebilen davranışların bazılarını zaman zaman göstermektedir. Yeni bir kardeşin doğumu, ebeveynlerin boşanması, farklı bir yere göç etme ya da ölüm benzeri durumlar çocukların davranışlarını etkileyebilmektedir; ancak bir tanı koymak için uyumsuz davranışların en az altı ay ya da daha uzun sürmesi gerekmektedir.

Davranış bozuklukları ciddi psikopatolojik bir durumdur^{74,75}. Davranış bozukluğu olan çocuklarda insanlara ve/veya hayvanlara karşı saldırgan tutum, kural ihlalleri, yalan söyleme ve hırsızlık gibi davranışlar gözlemlenmekte ve çocuklar bu davranışlarını çok çeşitli ortamlarda sergileyebilmektedir. Davranış bozukluklarına çoğu zaman Hiperaktivite Bozukluğu da eşlik edebilmekte; bu durum KOKGB tanı ölçütlerini de karşılamaktadır. Ayrıca çoğu zaman duygu durum bozuklukları ve anksiyete bozuklukları ile birliktelik göstermektedir⁷².

Uyum-davranış bozukluğunda çocuklar; içe yönelim ve dışa yönelim bozuklukları gösteren çocuklar olarak sınıflandırılmaktadır⁷⁷. Başkasının eşyasını izinsiz alma/çalma, tehdit etme, vurma/zarar verme, aşırı hareketlilik, saldırganlık, otoriteye ve kurallara karşı gelme, anti sosyal davranış gibi rahatsız edici uyumsuz davranışlar dışa yönelim (externalizing) bozuklukları olarak tanımlanırken; içe yönelim (internalizing) davranış bozuklukları; bedensel yakınmalar, kaygı, korku, tedirginlik, içe kapanıklık benzeri uyumsuz davranışları içermektedir⁷⁸. Davranış bozukluğu olan çocukların bireyi, aileyi ve toplumu olumsuz yönde etkilediği ve okul başarısızlığı, ruh sağlığı sorunları ve hatta intihar için yüksek risk altında oldukları belirtilmektedir^{74,76}. Normal yaşam koşullarında çocuklarda davranış bozukluğu görülme oranı %11 iken olumsuz yaşam koşulları deneyimlemiş çocuklarda %20-35 oranlarına yükselebilmektedir⁷⁶.

2.4.2.Davranış Bozukluklarının Nedenleri

Çocukluk çağında deneyimlenen olumsuz yaşam olayları çocukluk döneminde ve ilerleyen yıllarda stres yaratmakta ve psikolojik-bedensel birçok hastalığa zemin hazırlamaktadır¹¹. Aile veya okul ile ilgili sorunlar, ev, şehir, ülke değiştirme, sevilen insanların ölümü, sevilen insanlardan ayrı kalma, hastalıklar, ekonomik sorunlar, mesleki sorunlar ve afetler olumsuz/travmatik yaşam deneyimleri içinde sayılmaktadır. Olumsuz yaşam olayları, çocuğun başa çıkabileceği düzeyde gerçekleştiğinde benlik saygısının gelişmesine yardımcı olurken; şiddetli olduğu zaman ruhsal uyumun bozulmasına neden olmaktadır¹². Literatürde çocukluk çağlarında deneyimlenen olumsuz yaşam olaylarının; dikkat eksikliği, hiperaktivite, majör depresyon ve davranış-uyum bozuklukları gibi pek çok psikiyatrik sorunlara neden olduğu belirtilmektedir¹¹.

Çocuklarda uyum-davranış bozukluklarına neden olan en önemli etkenlerden biri çocuğun sahip olduğu ilk sosyal çevresi niteliğinde olan ailesidir. Çocuğun cinsiyeti, parçalanmış ya da parçalanmamış aile yapısına sahip olma, tek ebeveyn ile birlikte yaşama, ebeveynlerin çocuk ile olan ilişkisi, ailenin sosyoekonomik durumu, boşanma, aile içi çatışmalar, ailenin olumlu-olumsuz model olması, aile bireylerindeki psikolojik bozukluklar gibi pek çok faktör çocukta

davranış bozukluğuna sebep olan ailesel faktörlerdendir^{79,80,81,82}. Bu durumlara ek olarak çocukların yetiştirilmesi sırasında çok esnek davranılması, hiçbir engelleme ile karşılaşmaması ya da aşırı kuralcı aile yapısı ve sürekli cezalandırılma da davranış bozukluklarına yol açan etkenler arasında sayılmaktadır. Davranış bozuklukları, erken dönemde fark edilip, tedavi edildiği durumlarda çoğu olgunun iyileşme gösterdiği belirtilmektedir. Tedavi edilmediği durumlarda ise ilerleyen dönemlerde duygu-durum bozukluğu, antisosyal kişilik bozukluğu, somatoform bozukluk, anksiyete bozukluğu ve madde kullanım bozukluğu görülme riski artmaktadır⁷⁷.

2.4.3.Çocuklarda Görülen Uyumsuzluk Belirtileri

Çocukluk döneminde görülen uyum-davranış bozuklukları değerlendirilirken çocuğun hangi gelişim döneminde olduğu bilinmesi gerekmektedir. Örneğin; kaka kaçırma ilk çocukluk, ikinci çocukluk ve ergenlik döneminde olduğu zaman bir davranış problemi sayılabilirken; bebeklik döneminde olduğunda normal bir durum haline dönüşmektedir. Ayrıca, davranışın sıklığı, şiddeti ve süresinin bilinmesi de doğru tanı koymak açısından önemli faktörlerdendir⁷⁹. Davranış bozukluğu tanısı konulabilmesi için aşağıdaki 15 maddeden en az birinin son 6 aydır olması veya en az üçünün 2 aydır sürmesi şartıyla kendini göstermesi gerekmektedir⁷². Başkalarının haklarının ve kurallarının yok sayıldığı davranış örüntüleri;

Eşyalara Zarar Verme:

- Bilerek başkalarının eşyalarına zarar verme,
- Bilerek ciddi hasar vermek amacıyla yangın çıkarma,

Kuralları Ciddi Biçimde İhlal Etme:

- 13 yaşından önce başlayarak sık sık okuldan kaçma,
- 13 yaşından önce başlayarak ailesi izin vermediği halde geceyi dışarda geçirme,
- Ailesiyle beraber yaşarken en az 2 gece evden kaçma veya kaçtıktan sonra uzun süre eve geri dönmeme,

Dolandırıcılık veya Hırsızlık:

- Başkaları görmeden kendine ait olmayan değerli eşyalar alma/çalma,
- Başkalarının binasına, evine, arabasına zorla girme,
- Çıkar sağlamak, bir şey elde etmek veya sorumluluklarından kaçmak için sıkça yalan söyleme,

İnsanlara ve/veya Hayvanlara Karşı Saldırganlık:

- Sık sık kavga etme,
- İnsanlara karşı acımasız davranma,
- Hayvanlara karşı acımasız davranma,
- Birisini cinsel etkinlikte bulunmak için zorlama,
- Başkalarının gözü önünde çalma davranışını gerçekleştirme (gasp etme, kapkaç vb.)
- Başkalarını ciddi şekilde fiziksel olarak yarayabilecek bir araç (ateşli silah, sopa, kırık cam vb.) kullanma,
- Başkalarına karşı sürekli kaba davranışlarda bulunma, gözdağı verme, kabadayılık yapma olarak sıralanmaktadır^{72,83}.

2.4.3.1.Korku

Korku, henüz gerçekleşmemiş fakat gerçekleşmesi muhtemel durumlar karşısında geliştirilmiş bir duygu olarak tanımlanmaktadır⁸⁴. Hissedilen duygular ve içerik bakımından psikolojik bir durum olan kaygıya benzemektedir⁸⁵. Genel olarak bilinmeyen, yeni olan her şey bireylerde korku duygusunu yaratabilir. Çocukların gelişim döneminde olmaları, bilmediği şeylerin yetişkinlere kıyasla çokluğu düşünüldüğünde çocukluk dönemi korkuları anlaşılmaktadır. Gelişim döneminde çocuk yıllar içerisinde çevresini tanıdıkça, zihin ve beden gücü geliştikçe çocukluk döneminde korktuğu durumlar karşısında artık aynı duyguyu yaşamamaya başlar ve korkularını yendikçe olgunlaşır⁸⁶.

Korku, çocukların hayatlarının doğal bir parçasıdır. Ebeveynler, farklı gelişim aşamalarında birçok çocuğun karanlıktan, tek başına uyumaktan, gök gürültüsü gibi yüksek sesli doğa olaylarından, kendilerine veya aile üyelerinin herhangi birinin başına gelebilecek kazalardan korktuklarını belirtmişlerdir⁸⁷. Korku, erken yaşam dönemlerinde öğrenme ve ilişkili hatıralar ile çocukların hafızalarında yerini almaktadır. Çocukluk döneminde sürekli korku, aşırı tehdit ve olumsuz yaşam olaylarına şahit olma durumunda çocukların savunma mekanizmaları sağlıklı olarak gelişmemektedir. Bu durum düzeltilmediği zaman çocuğun ilerideki yaşantısı da olumsuz etkilenmektedir⁸⁸. Korkulan durumdan kaçma davranışı çoğu zaman hareket serbestliğinin kendi kendine kısıtlanmasına neden olmaktadır. Kısıtlama sonrası günlük hayatta yerine getirmek zorunda olunan görevlerin yapılmasına engel olabilmektedir. Örneğin; değişik kişilerle tanışıp beğenilmeyeceği düşüncesiyle hareket eden bir genç, davet edildiği ortamlara bu düşüncesinden dolayı gitmekten kaçınmakta ve gitmediği için de her zaman eleştirileceği nedeniyle korkusu devam etmekte; zamanla kendi içine çekilmekte, sosyal becerilerini geliştirememekte ve yalnızlaşmaktadır. Yaşadığı korku ile başlatılan davranışlar örüntüsü

sonucunda çaresizlik, değersizlik, ümitsizlik duygularını da beraberinde getirmektedir⁸⁵. İnce'nin 6-14 yaş korunmaya muhtaç çocuklarla ilgili yaptığı çalışmada gece korkularının araştırmaya katılan çocukların % 30.8'inde olduğu belirtilmiştir⁸⁹.

2.4.3.2.Öfke

Öfke, bireyin ihtiyaçları, istekleri, planlarının engellenmesiyle ve karşılaştığı durumların kendine yönelik adaletsizlik, haksızlık ve bir tehdit olarak algılanması sonucunda karşıdaki bireyi uyarmak ve kendini savunmak amacıyla ortaya çıkan bir duygu türü olarak tanımlanmaktadır⁹⁰. Öfkenin çoğu zaman mantıklı bir dayanağı olmayabilmektedir. Kişi, engelleme hissettiği zamanlarda daha çok bu duygu ile karşılaşabilmektedir⁹¹. Çocuklar, öfkelenedikleri durumlarda çoğu zaman öfkelerini kontrol altına almakta zorluk çekmektedir. Yaşadıkları bu duygu sonucunda yıkıcı ve zarar veren tutum geliştirip saldırgan davranışlar sergileyebilmektedirler⁹². Psikanalitik yaklaşıma göre öfkenin temelleri çocuklarda 0-1.5 yaş ve 1.5-3 yaş arasında atılmaktadır. Çocukların ağız bölgesinin temel doyum aracı olduğu 0-1.5 yaş aralığında herhangi bir sorun yaşamaları ilerleyen dönemlerde etrafa bağırma, kendine zarar verme gibi öfke patlamalarına neden olabilmektedir. 3 yaşına kadar olan süreç ise öfkenin temellerinin atıldığı bir diğer dönemdir. Bu dönemde ise çocuk için dışkı ve öfke aynı anlama gelmekte; dışkılama davranışı çocuğun kızgınlık duygularını dile getirmesinin bir yöntemi olarak görülmektedir. Ergenlik döneminde ise duygular yoğun olarak yaşanmakta ve bu dönemin en baskın duygusu çoğu zaman öfke olmaktadır. Bu dönemde öfkenin doğru ifade edilmemesi ergenin fizyolojik, ruhsal ve sosyal sorunlar yaşamasına neden olmaktadır⁹³. Bakıma muhtaç 6-14 yaş çocukların ruhsal uyumlarının değerlendirildiği çalışmada çocukların davranış sorunları incelendiğinde %47.1 ile öfkenin en sık karşılaşılan sorunlardan biri olduğu belirtilmiştir⁸⁹.

2.4.3.3.Kıskançlık

Kıskançlık, bireylerin birbirleriyle etkileştiği sosyal bağlamlara anlam kazandıran karmaşık bir durumdur ve bir rakip nedeniyle değerli bir ilişkiyi kaybetme potansiyel tehdidi sonucu oluşan bir duygu olarak tanımlanmaktadır. Her ne kadar kıskançlık yetişkinlerde sıklıkla görülse de (örneğin romantik ortaklarla), çocukluk çağında da önemli bir davranış sorunu olarak karşımıza çıkmaktadır. Çocukluk döneminde yaşanan en güçlü kıskançlık duygusu anne, baba ve kardeşlere yönelik yaşanan kıskançlık duygusudur⁹⁴. İnce'nin korunmaya muhtaç çocuklar ile yaptığı çalışmada davranışsal problemlerden kıskançlığın %33.6 oranında bildirildiği görülmüştür⁸⁹.

2.4.3.4.Yalan Söyleme

Yalan, aldatmaya yönelik bilinçli olarak söylenmiş yanlış ifadedir. Okul öncesi dönemde çocuklar çoğu zaman hayal ürünü olan ve gerçek dışı beyanlarda bulunmaktadır. Okul öncesi dönemde aldatma niyetinde olmadan yapılan bu davranışların hepsi yalan söyleme olarak değerlendirilmemektedir; önemli olan nokta yalan söyleyen çocuğun bulunduğu yaş dönemidir. Yaş dönemlerine göre yalan söyleme davranışları da değişiklik göstermektedir⁹⁵. Okul öncesi dönemde çocuklar kendi uydurdukları, gerçeklikle bağlantısı olmayan masallar anlatabilirken; okul dönemindeki çocuklar yapmadıkları halde ödevlerini yaptığını beyan ederek yalan söyleme davranışında bulunabilmektedir. Çocuklar, kendilerini kabul ettirmek, özgüvenlerini tekrar kazanabilmek, aile üyelerinin ilgisini çekebilmek ya da var olan şeyleri söylemeyerek ailesini kaygılandırmak istemediklerinden çoğu zaman yalana başvurmaktadır ancak bilinçli olarak yalan söyleyerek başkalarını dolandırma, kandırma davranışı sergilediklerinde bu durum sorun olarak değerlendirmeye başlamaktadır^{72,96}.

2.4.3.5.Saldırganlık

Saldırganlık en sık karşılaşılan ve erken çocukluk döneminde en dikkat çeken davranış problemlerindendir. Diğer bazı davranış problemlerinde de olduğu gibi, erken çocukluk döneminin büyük bir kısmında normal bir davranış olarak değerlendirilebilmektedir⁹⁷. Saldırgan tutum sergileyen çocuklar, belirlenen kurallara uymakta güçlük çekmekte, arkadaşlarına sözel veya fiziksel saldırıda bulunmakta, agresif davranışlar sergilemekte ve eşyalara zarar verme eğilimi göstermektedir. Davranış bozukluğu yaşayan çocuklarda yaptıkları davranıştan dolayı ceza alanlar sergiledikleri davranışlardan çoğu zaman vazgeçmemekte; vazgeçseler de verilen cezaların etkileri de kısa sürmekte ceza sonunda tekrar aynı davranışı sergiledikleri görülmektedir. Saldırgan davranış sergileyen çocuklar aynı zamanda okulda, sınıf ortamında sürekli sorun çıkarmakta, öğretmenlerinden veya ebeveynlerinden bu nedenle sürekli uyarı almaktadır⁹⁸.

2.4.3.6. Yalnızlık

Yalnızlık, kişilerin kendilerini sosyal yaşamdan yalıtılmış olarak algıladıkları ve kişilerarası ilişkilerinde niteliksel ya da niceliksel bir azalma yaratan, rahatsızlık hissettiren bir durumdur. Çocuklar, yalnızlığı; oynayacak arkadaşının olmaması, doğru arkadaşına sahip olmama ya da başka arkadaşlarını özlüyor olma, reddedilmekten kaynaklı belli bir sosyal ortama girememe, kendini cezalandırma, kendini suçlu hissetme ve zihinsel olarak kendini izole etme ihtiyacı olarak algılamaktadır⁹⁹. Çocukların yalnızlık durumunu aile yaşantısı ya da sosyal çevresinde yaşanan sorunların etkilediği belirtilmektedir. Arkadaş ortamında reddedilme, okul değiştirme, nasıl arkadaş edineceğine dair çocuğun yetersiz bilgiye sahip olması, çekingenlik, özgüven

eksikliği, düşük benlik saygısı ve kaygı sosyal çevreden kaynaklanan sorunlar olarak kabul edilmektedir. Başka bir eve taşınma, yakın arkadaşlarından uzak kalma, ailenin parçalanması ya da aile içinden birinin ölümü, çok sevilen evcil hayvanın ölümü ise aile yaşantısından kaynaklı yalnızlık duygusunu tetikleyen durumlardandır¹⁰⁰.

2.4.3.7. Dikkat Eksikliği

Dikkat eksikliği, organize olmada, yönerge almada ve herhangi bir duruma odaklanmada yetersiz olma durumudur¹⁰¹. Çocuklarda dikkat eksikliğine çoğu zaman “Hiperaktivite Bozukluğu” eşlik etmektedir. Dikkat eksikliği olan çocuklar, aile bireyleri, okul yaşantısı ve arkadaşlarıyla olan ilişkilerinde çoğu zaman sıkıntı yaşamaktadır. Çoğu durumda verilen sorumlulukları, görevleri yerine getirmede zorluk yaşadıkları belirtilmektedir. Dikkat eksikliği bulunan çocuklar sık sık eşyalarını unutabilmekte, ufak kazalar atlatabilmekte ve çevresi tarafından sakar olarak tanımlanabilmektedir. Okul başarısızlığı, dikkat eksikliği olan çocuklarda daha sık gözlemlenmekte; konsantrasyonlarını sağlamakta ve bir şeye odaklanmakta, ödevlerini tek başına yardım almadan tamamlamakta güçlük yaşadıkları bildirilmektedir. Dikkat eksikliği, çocuğun sosyal yaşama adapte olmasını olumsuz yönde etkileyebilmekte ve pek çok psikiyatrik hastalığın gelişmesine de zemin hazırlamaktadır¹⁰². Literatürde, Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) tanısı alan çocukların çoğunun 6-12 yaş arasında olduğu belirtilmektedir. Bu yaş dönemindeki çocuklar okul ve sınıf kurallarına çoğu zaman uymamakta, arkadaş ilişkilerinde güçlük ve reddedilme yaşayabilmekte, akademik başarıları düşük olabilmektedir¹⁰³. Ergenlik döneminde ise genellikle çocukluk döneminde gözlemlenen hiperaktivite belirtilerinin azaldığı belirtilmektedir¹⁰⁴.

2.4.3.8. Alt Islatma (Enürezis Nokturna)

Yatak/alt ıslatma (Enürezis nokturna), idrar ve dışkılama alışkanlığı kazanıldıktan sonra başlayan, art arda ve en az 3 ay boyunca devam eden, istemli ya da istemsiz şekilde gece ya da gündüz çocuğun kıyafetlerini ya da yatağını ıslatması ile karakterize, çocukluk çağında yaygın olarak görülen bir hastalıktır¹⁰⁵. Çocukların gelişimi ile beraber genellikle alt ıslatmalar yavaş yavaş kendiliğinden geçmektedir. Alt ıslatma davranışının devam ettiği çocuklarda ise bu sorunun altta yatan nedenleri incelendiğinde çocuğun mesane kapasitesinin yetersiz olması, uyku esnasında idrara sıkışmasına rağmen uyanmada güçlük çekmesi, genetik yatkınlık, uyku apnesi gibi sorunlar sayılmaktadır. Bu durumlara ek olarak çocuklarda, ebeveyn çatışması, taciz, travma ya da hastaneye yatma gibi stres faktörlerine yanıt olarak da alt ıslatma görülebildiği belirtilmektedir¹⁰⁶. Alt ıslatma sorunu, çocuk ve aileyi bir bütün olarak etkilemekte; ilerleyen dönemlerde çocuk ve ailesi üzerinde psikolojik sorunlara neden olduğu

bilinmektedir. Alt ıslatma sorunu bulunan çocuklar, çoğu zaman bu durumdan rahatsız olduklarını, utandıklarını, bu sorunu yaşadıklarında daha sinirli, agresif hissettiklerini ve huzursuz olduklarını belirtmişlerdir. Bunlar doğrultusunda alt ıslatma sorununun davranış bozukluklarına ve psikiyatrik sorunlara yol açabileceği düşünülmektedir¹⁰⁷. Alt ıslatma davranışının pek çok faktörden kaynaklanabileceği bildirilmektedir¹⁰⁸. Bu davranışın altında yatan psiko-sosyal etmenler ise olumsuz yaşam deneyimleri, huzursuz aile ortamı, akademik başarısızlık, çocukta var olan psikolojik sorunlar olarak sıralanmaktadır. Ayrıca kardeş doğumu ile başlayan alt ıslatma davranışını regresyon belirtisi olabileceği de belirtilmektedir^{109,110}. Sahtiyancı ve ark.'ları (2011) ülkemizdeki çocukların yaklaşık %20-30'unda bu soruna rastlandığını belirtmektedir¹⁰⁷. Öy ve ark.'larının (1996) pediatri servisine başvuran çocukların ruhsal uyum durumlarını belirlediği çalışmada çocukların %26'sında alt ıslatma gözlemlendiği belirtilmiştir¹¹¹.

2.4.3.9. Kekemelik

Kekemelik, konuşma davranışı, inançlar, duygular, sosyal etkileşim ve benlik kavramı üzerinde etkisi bulunan çok yönlü bir problem olarak tanımlanmaktadır¹¹². Konuşmada tutukluk, sesi uzatma, bir sesi ya da kelimeyi tekrarlamak ve duraklamakla karakterize; anlamlı konuşmada fizyolojik, nörolojik ve psikolojik bir ritim bozukluğu olarak bilinmektedir¹¹³. Son zamanlarda yapılan araştırmalarda kekemeliğin, kişide fiziksel ve çevresel etkenler arasındaki karmaşık ilişkiden kaynaklandığı belirtilmektedir¹¹². Kekeme çocuklarda annenin ölümü, anneden ayrılma, yeni bir kardeşin doğumu, okul sorunları, okula başlama gibi ayrılık anksiyetesine neden olan zedeleyici yaşantıların etkili olduğu belirlenmiştir. Ailenin ya da çocuğun inancına göre travmatik bir yaşantı olarak belirtilen çeşitli kişiye özgü korkuların da kekemelik durumunu etkilediği belirtilmektedir¹¹³.

2.4.3.10. Tik Bozuklukları

Tik, hızlı, aralıklı, istem dışı, tekrarlayıcı ve ritmik olmayan bir grup kasın kasılması sonucunda ortaya çıkan bir bozukluk olarak tanımlanmaktadır¹¹⁴. Tik bozukluğuna sahip çocukların genelde sürekli kardeş ve/veya arkadaşlarıyla kıyaslanan, yeteneklerinin üzerindikleri yapması için zorlanan, ilgi ve sevgi gösterilmeden büyüyen, sürekli aşağılanan çocuklar olduğu görülmektedir. Ayrıca bu çocukların, aile içinde gerginliğin egemen olduğu ve anne-baba ve çocuklar arasında duygusal bağın düşük düzeyde olduğu da bilinmektedir¹¹⁵. Literatürde, vokal ya da motor tik bozukluğuna sahip çocuk ve ergenlere karşı negatif sosyal bir algı olduğunu ve kronik tik bozukluğuna sahip bireylerinin yaşam kalitesinin belirgin şekilde düştüğü görülmektedir¹¹⁴. İnce'nin (2013) kurum bakımındaki 6-14 yaş çocukların ruhsal uyumunu değerlendirdiği çalışmada çocuklardaki tik bozukluğu oranının %1.9 oranında gözlemlendiği

saptanırken⁸⁹; Öy ve ark.'larının (1996) pediatri servisine başvuran çocukların ruhsal uyumunu değerlendirdiği çalışmada bu oran %4 olarak tespit edilmiştir¹¹¹.

2.4.3.11. Parmak Emme

Parmak emme davranışı çocuklarda en sık rastlanan zararlı alışkanlıkların başında gelmektedir. 1-4 yaş arası çocukların %23-%46'sında görülen yaygın bir çocukluk davranışı olarak belirtilmektedir. Bu davranış genellikle endişe verici bir durum olarak değerlendirilmemekte; çoğu zaman parmak emme davranışı sergileyen çocuklar okula geçtikleri dönem müdahale etmeyi gerektirmeden bu davranışı bırakmaktadır¹¹⁶. 4 yaşından sonra da bu davranışı gerçekleştirmeye devam eden çocuklarda dental problemler, çene-damak deformasyonları ve konuşma bozuklukları gibi bazı sağlık sorunları ortaya çıkabilmektedir. Bebeklik döneminde emme davranışının yeterli miktarda gerçekleşmemesinden kaynaklı tatmin duygusunun azlığı, emme alışkanlığından keyif alma ve duygusal bozukluk olmak üzere üç farklı teori parmak emme davranışının nedenleri arasında sayılmaktadır. Parmak emme davranışının ilgi eksikliği yaşayan, aile ortamında huzur olmayan, bebeklik döneminde anne sütü ile beslenemeyen, anne-babasının tutumundan kaynaklı güven eksikliği yaşayan çocuklarda görüldüğü bildirilmektedir. Bu durumlara ek olarak çocuğun kıskançlık, korku, yalnızlık ve kaygı yaşadığı durumlar da parmak emmeye neden olabilmektedir¹¹⁷.

2.4.3.12. Tırnak Yeme

Tırnak yeme, sık görülen ve stres giderici oral bir alışkanlık olarak bilinmektedir. Tırnak yeme alışkanlığı hem çocuklarda hem de ergenlerde oldukça sık görülmektedir. Çoğu zaman el tırnaklarını ısırma, yeme ihtiyacının altında yatan sebep psikolojik bir durum olabilmektedir. Bir çocuğun tırnak yeme davranışı sergilemesi çoğu zaman gelişim aşamalarının birinde rahatsızlık olduğunu düşündürmektedir¹¹⁸. Tırnak yeme, parmağın tırnak ucunu, yumuşak dokuyu ve yumuşak dokunun çevresini veya parmağın tamamını ısırarak karakterize bir davranış olarak tanımlanmaktadır. Tırnak yeme davranışı normalde emme döneminden sonra ortaya çıkan bir davranış olarak bilinmektedir. 3 yaşından önce neredeyse hiç karşılaşılmayan bu davranış, 4-6 yaşlarında keskin bir şekilde yükselmekte, 7-10 yaşları arasında sabit kalmakta, ergenlik döneminde zirve noktaya ulaşmaktadır¹¹⁹. Tırnak yeme davranışının altında yatan duygusal bozuklukları yansıttığı ifade edilmektedir. Yapılan araştırmalarda, çocuklarda ve ergenlerde sık karşılaşılan bir davranış olan tırnak yemenin, aynı zamanda Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu olan çocukların yaklaşık %40'ında görüldüğü bildirilmektedir. Ayrıca tırnak yeme davranışı sergileyen çocukların ebeveynlerinin yarısından fazlasında en az bir psikiyatrik bozukluğu olduğu belirtilmektedir¹²⁰.

2.4.3.13. Okul Başarısızlığı

Okul başarısı, öğrencinin bulunduğu sınıf ve almış olduğu derse göre hedeflenen beceri, bilgi ve davranışları kazanması olarak tanımlanmaktadır. Çocuğun en az bir öğretim dönemi süresince devam eden ve neredeyse her dersten, yeteneklerinin ve gelişim düzeyinin çok altında başarı göstermesi ve telafi edememesi, çocuğun okulda başarısız olduğunun belirtilmesine neden olmaktadır¹²¹. Çocukların okul başarısını etkileyen faktörler arasında; aile ortamı, bireysel faktörler, sınıf ve okul ortamı, sağlık faktörü yer almaktadır. Ailedeki bireyler arasında huzur olmayan, bireysel olarak öğrenme güçlüğü yaşayan, işitme kaybı, bulaşıcı hastalıklar nedeniyle eğitime devam etmede sıkıntılar yaşayan çocuklarda ve öğretmenin çocuğa karşı olumsuz, sert tutum sergilemesi ve çocuğu kendinden uzaklaştırması durumunda okul başarısızlığı görülme sıklığı artmaktadır¹²². Çocuklarda okul başarısızlığını etkileyen bazı faktörler şu şekildedir:

Aile faktörü: Çocuk ile anne-baba arasındaki iletişimin sağlıklı olması, ev ortamındaki huzursuzluk okul başarısını doğrudan etkilemektedir. Çatışmalı aile ortamında yaşayan çocukların hem sosyal hem de ruhsal gelişiminde sorunlar ortaya çıkmaktadır.

Bireysel faktörler: Çocuğun kişilik özellikleri, zeka düzeyleri, beklentileri, ihtiyaçları, ilgileri, güdülenmesi, ön bilgileri, dikkat eksikliği, bedensel engelleri ve psikolojik sorunlar gibi kişisel özellikleri okul başarısını etkileyebilmektedir.

Okul ortamı faktörü: Sınıf ve okul fiziki bir ortam olmanın yanında öğrencilerin psikolojik durumlarını etkileyen, sosyal etkileşimlerinin gerçekleştirildiği yerlerdir. Okul veya sınıf ortamının çocuğa uymaması, çocuğun sınıf içinde görevi ve arkadaşının olmaması, sınıf düzeyinin öğrencinin gelişim düzeyinin çok üstünde veya çok altında olması, çocuk için mutsuzluk ve başarısızlık nedenleridir.

Sağlık faktörü: Bulaşıcı hastalıklar, işitme ve görme kaybı vb. nedenlerle ders çalışmanın engellendiği durumlar okul başarısını önemli ölçüde etkilemektedir^{121,122,123}.

2.5. PSİKİYATRİ HEMŞİRELERİNİN SİĞINMACI ÇOCUKLARIN RUH SAĞLIĞINI KORUMADAKİ ROL İŞLEV VE SORUMLULUKLARI

Kültürel farklılıklar ve çevresel koşulların ruh sağlığı üzerindeki etkilerinin en belirgin olarak gözlemlendiği durumlar göç olgularındadır¹²⁴. Göç eden bireylerle çalışan sağlık personelleri, farklı dillerin kullanılıyor olması, sağlık değerlendirmesinin etkili yapılamaması, sığınmacı birey ve sağlık personeli arasında olası inanç farkı ve göç eden grubun sağlık personeline güvenip güvenemeyeceğini bilememesi nedeniyle çok farklı güçlükler yaşamaktadır¹²⁵. Her koşulda hemşirelerin, sığınmacılarla ilgili sorunların önlenmesi, tanımlanması ve bu sorunların

çözümünde aktif olarak görev aldıkları görülmekte ve sığınmacılarla ilgili stratejiler üretebilmeleri ve gelişmelere katkı sağlamalarının gerekliliği bilinmektedir¹²⁶.

Bireyleri derilerinin rengi, giyimleri, konuşma tarzları vb. özelliklere göre gruplayarak bakım vermek yanlış bir hemşirelik yaklaşımıdır¹²⁷. Sığınmacılara sağlık hizmetlerinin ulaştırılmasında hemşirelerin, transkültürel hemşirelik prensiplerinin benimsenmesi gerekmektedir. “Transkültürel Hemşirelik” terimi ilk kez 1979’da kullanılmış ve hemşirelik bakımında kültüre özgülük sağlayan ve evrensellik gösteren, farklı kültürlerin karşılaştırılmalı olarak araştırılan, inanç, sağlık-hastalık, bakım ve değerlere saygı gösterilmesini gerektiren; dünyadaki kültürleri ve bu kültürlerdeki farklılıkları analiz eden bir hemşirelik kolu ya da alt dalı olarak tanımlanmaktadır¹²⁸. Küreselleşen dünyada, hemşirelerin, farklı ırk, din, kültürden insanlara bakım vermesi kaçınılmaz bir durum haline gelmiştir. Bu durum göz önünde bulundurulduğunda insanlara, yaşam tarzlarına, kültürel değerlere, insana yakışır ve saygılı bakım hizmeti sağlamak için kültüre duyarlı hemşirelik yaklaşımının benimsenmesi ve uygulanması daha da önemli hale gelmiştir¹²⁹.

Göç eden gruplar arasında sığınmacıların fiziksel ve ruhsal sağlık sorunlarına karşı en hassas, en incinebilir grup olduğu belirtilmektedir. Sığınmacıların geldikleri ülkede kendilerine karşı sergilenen tutum, hazırlıksız olma, istihdam eksikliği, kötü yaşam koşulları ve sosyal destek mekanizmalarının değişkenliği bu hassaslığı arttırabilmektedir¹³⁰. Sığınmacı çocuklar, göç sürecinde birçok olumsuz yaşam olayını deneyimlemekte, yaşanan yoğun sorunlarla baş etmede zorlanabilmekte ve ruh sağlıkları olumsuz yönde etkilenebilmektedir¹³¹. Göç olgusunun neredeyse her aşamasında bir travmaya maruz kalan çocukların duygu ve düşüncelerinde karışıklık meydana gelmekte ve bu durum sağlıklı düşüncelerine engel olmaktadır¹³². Fakat tüm değişimlere yetişkinlere kıyasla daha kolay uyum sağlayabilmeleri nedeniyle sığınmacı çocuklarda erken dönemde fark edilen ruhsal bozuklukların tedavisi daha kolay ve etkili olabilmektedir. Bu nedenle kayıp nesil oluşmaması için sığınmacı çocuklarda ortaya çıkabilecek durumların takip edilip, en erken dönemde müdahale edilmesi gerekmektedir^{54,132}. Sığınmacıların ruh sağlığını geliştirmeye yönelik bazı yaklaşımlar aşağıda başlıklar halinde incelenmektedir.

2.5.1. Toplum Temelli Ruh Sağlığı Yaklaşımı

Sığınmacılar, yaşadıkları zorluklarla baş edebilmeleri, olumsuz yaşam olaylarının yarattığı etkilerden kurtulabilmeleri ve sığındıkları topluma ayak uydurabilmeleri; genel anlamıyla uyum sağlayabilmeleri için sosyal çevrenin destekleyici etkisine ihtiyaç duymaktadır⁵². Dünya geneline etkileri hızla yayılan savaşlar, şiddete maruz kalma vb. travmatik durumlar ruhsal bozukluklar için risk faktörlerindendir. İster insan ister doğa kaynaklı olsun bireyleri etkileyen

tüm olaylar kriz olarak değerlendirilmekte ve toplum ruh sağlığı hemşiresinin rolleri arasında kriz kavram ve modellerinin bilgisine hakim olmak ve krizi yönetmek yer almaktadır¹³³. Ülkemizde 2011 yılında yürürlüğe giren Hemşirelik Yönetmeliğinin Değiştirilmesine Dair Yönetmelik’de “Toplum Ruh Sağlığı Hemşiresi” tanımı, görev yetki ve sorumlulukları belirtilmiştir. Toplum ruh sağlığı hemşiresi, birey, aile ve toplumun ruh sağlığının korunması, geliştirilmesi ve sürdürülmesinde görev almaktadır¹³⁴.

Zamanında tanınmayan ve tedavi edilmeyen birçok etkenin sığınmacıların uyum ve işlevselliğini olumsuz yönde etkilediği bilinmektedir. Göç eden bireylerde bakım hizmetlerine erişimi arttırmak için ruh sağlığı hizmetlerinin, birincil hizmetlerin ve psiko-eğitimlerin teknolojik yeniliklerle bütünleştirilmesi ve yeni programların geliştirilmesi gerekmektedir⁹. Toplum ruh sağlığı hemşireleri, topluma uyum sürecinde sığınmacıların üzerindeki stresi azaltma amacı güden birincil bakım hizmetlerinde görev alarak oluşabilecek tüm ruhsal bozuklukların önlenmesini amaçlamaktadır^{69,133}. Ayrıca çalışma alanlarının toplum ruh sağlığı merkezleri ile sınırlı olmaması; yoksul ve evsizler için sığınma evleri, okullar vb. kişilerin kendi alanlarında sağlık hizmetlerine ulaşması açısından önemlidir. Farklı ortamlarda yürütmüş oldukları bu görevler sayesinde dezavantajlı nüfus ile doğrudan çalışabilme imkânı bulmakta ve eğitimcilik, vaka yöneticiliği, araştırmacılık, danışmanlık ve değişim ajanı rollerini yerine getirebilmektedirler¹³³.

Toplum temelli ruh sağlığı yaklaşımında yaşamın geçiş dönemlerindeki kişilerin sorunlarına destek sağlayarak (göçmenler, ergenler, dullar, gebeler vb.), genç nüfusa stresle baş etme teknikleriyle ilgili danışmanlık vererek, toplumu yönlendirme kabiliyeti olan meslek gruplarına (öğretmenler, imamlar vb.) dezavantajlı gruplar ve oluşabilecek sorunlar ile ilgili eğitimler düzenleyerek sığınmacıların topluma uyumlarının kolaylaştırılması planlanmaktadır¹³³. Özellikle sığınmacıların sağlık hizmetlerine ulaşmada sıkıntı yaşamaları (randevu alamama, bilgi eksikliği vb.) göz önünde bulundurulduğunda toplum temelli ruh sağlığı hizmetleri ve toplum bakım temelli yaklaşımın son derece önemli olduğu görülmektedir^{2,9}.

2.5.2. Okul Merkezli Ruh Sağlığı Yaklaşımı

Okul, sığınmacı çocukların uyum süreçlerinde sosyal değişimin en belirgin yaşandığı ortamdır¹³⁵. Aynı zamanda sığınmacı çocukların gelecekle ilgili planlamalar yaptıkları, toplumla bağ kurdukları bir köprü vazifesi gören yegâne kurum olarak bilinmektedir¹³⁶. 2011 yılından bu yana yaklaşık 200.000 Suriyeli bebeğin Türkiye’de dünyaya gelmesi ve ilerleyen dönemlerde eğitim hayatına girecekleri düşünüldüğünde çocuk ve ailesinin uyumu için okulun yeri yadsınamaz hale gelmektedir¹³⁷. Okul merkezli yaklaşım, okul yönetimi, eğitimciler, yerel öğrenciler ve aileleri ile sığınmacı öğrenciler ve ailelerini kapsamaktadır. Bu yaklaşım ile krize

müdahale, psikolojik danışma, aile görüşmeleri, izleme çalışmaları vb. psikolojik danışma hizmetlerini ihtiyacı olanlara ulaştırmak daha kolay ve etkili hale gelmektedir⁵¹. Okul sağlığı hizmetlerinde sığınmacı ve yerel öğrencilere sağlık hizmetlerinin ulaştırılmasında okul sağlığı hemşireleri görev almaktadır. Okul sağlığı hemşireleri, öğrencilerin hayat boyu kazanımlarını, sağlıklarını, başarılarını geliştiren profesyonel hemşireliğin bir uygulama dalıdır. Öğrencilerin normal gelişimlerine katkı sağlayarak sağlıklarını yükselterek; muhtemel ya da mevcut sağlık problemlerini diğer kurumlar ve/veya aile ile işbirliği kurarak müdahale etmektedir¹³⁸. Ülkemizde 2011 yılında yürürlüğe giren Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik’de “Okul Sağlığı Hemşiresi”nin görev yetki ve sorumlulukları arasında; okula yeni katılan öğrencilerin sağlık durumlarının değerlendirilmesi, düzenli olarak muayenelerinin yapılmasında görev almak, okulda yürütülen ruh sağlığı çalışmalarında (yeme bozukluğu, dikkat bozukluğu, madde bağımlılığı, anksiyete, dikkat bozukluğu, anti-sosyal davranışlar vb.) sorun saptanan öğrencilerle, aileleri ve okul yönetimi arasında koordinasyonu sağlamak ve ilgili durumda sağlık danışmanlığı yürütmek, öğrencilerin psikolojik ve fiziksel potansiyellerini fark edip, güçlü yönlerini ortaya çıkarmak, öğrencilerin özgüvenini geliştirmek için öğrenci, öğretmenler ve aile arasındaki koordinasyonu sağlamak sayılmaktadır¹³⁹.

Okul merkezli yaklaşımda, sığınmacı çocukların eğitim ve uyumlarında rol oynayan öğretmenlere çok kültürlülük ve önyargıların azaltılması ile ilgili eğitimler düzenlenmesi de önem taşımaktadır¹⁴⁰. Ayrıca her zaman öğrencileri daha yakından gözlemleme fırsatı olan okul psikolojik danışmanları ile işbirliği yapılarak yaygın olarak görülen (TSSB, depresyon vb.) ruhsal bozukluklara sahip çocukların tespiti, takibi ve tedavisinin de yapılması gerekmektedir⁵¹. Sığınmacı çocuklara sağlanan psikolojik desteğin yetersiz kaldığı düşünülen durumlarda ise kendi uyum süreçlerini tamamladığı düşünülen sığınmacılar, diğer aile ve çocuklara sosyal destek sağlayabilmekte; böylece aidiyet ve kabul edilme duygusu yaşanabilmekte ve uyum süreçleri daha kolay hale gelmektedir. Bu konuda çocuklara kendi ülke ve kültürlerinden gelen bir öğretmen aracılığıyla ulaşmanın daha kolay olduğu düşünülmektedir^{51,141}. Ayrıca çocuklara akran rehberliği uygulanarak kültürlerarası iletişime yatkın olduğu düşünülen bazı öğrencileri sığınmacı çocukların uyum sürecinde onlara destek olacak şekilde yetiştirmek okul merkezli ruh sağlığı yaklaşımında yapılabilecek müdahaleler arasında sayılmaktadır⁵¹.

2.5.3. Danışan Merkezli Ruh Sağlığı Yaklaşımı

Sığınmacılarda zamanında tanınmayan ve tedavi edilemeyen birçok ruh sağlığı etkeni işlevselliği ve uyumu olumsuz etkilemektedir¹⁴². Sağlık hizmetlerinde sığınmacı bireyler ile çalışırken göçün ruh sağlığı üzerindeki etkisinin daha iyi anlaşılabilmesi için danışan merkezli yaklaşıma gereksinim vardır⁹. Sığınmacı bireyler cinsiyet, yaş, göçü istemli veya istemsiz

gerçekleştirme, sosyal desteklerinin varlığı ve stresle baş etme mekanizmalarına göre göçten farklı şekillerde etkilenebilmektedir¹⁴³. Bu nedenle danışan merkezli yaklaşımda her bireyin ayrı değerlendirilmesi ve göçü ne şekilde algıladığının belirlenmesi önem taşımaktadır¹⁴⁴. Çocuk ve ergen ruh sağlığı, sürekli gelişen ve değişen fiziksel, zihinsel ve sosyal yeterliliklere, kritik dönemlere ve çevresel faktörlere göre değerlendirilmektedir . Çocuk ve ergenlerin psiko-sosyal problemlerini tanımlamak, olumlu kişilerarası ilişkileri geliştirmelerini desteklemek, sorunlarla nasıl baş edeceklerini öğretmek ve topluma uyumlarını sağlamak psikiyatri hemşiresinin rol ve sorumlulukları arasındadır¹⁴⁵. 0-18 yaş arası çocuk ve ergenlerin ruhsal, gelişimsel, bilişsel, akademik ve sosyal alanlardaki zorluklarla baş etmesinde psikiyatri hemşireliğinin bir dalı olan çocuk-ergen psikiyatri hemşiresi aktif rol almaktadır. Ülkemizde 2011 yılında yürürlüğe giren Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik’de “Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı Hemşiresi”nin görev yetki ve sorumlulukları arasında; toplumdaki tüm çocukların karşılaştıkları yaşam stresörlerinin, travmatik olayların ve durumsal krizlerin sağlığa etkilerini değerlendirmek, çocuk/ergen ve ailesinin danışmanlık ve eğitim gereksinimlerini belirlemek; danışmanlık hizmeti sağlamak, sorunlarla başa çıkma ve sorun çözme konusunda çocuk/ergen ve ailesine eğitim vermek, yönlendirme yapmak sayılmaktadır¹³⁹.

Ayrıca danışan merkezli yaklaşımda sağlık kavramının kişiden kişiye ve kültürden kültüre değişiklik göstermesi¹²⁷ göz önünde bulundurularak hemşirelerin;

- Her bireyin kendi kültürlerine uygun bakım almaları gerektiğini bilmeleri,
- Verdikleri hemşirelik bakımının kalitesinin artması için kültürel yeterliliklerini geliştirmeleri,
- Kronik hastalıklar, bulaşıcı hastalıklar, aile içi şiddet ve çocuklu sığınmacı aileler için çocuk gelişim süreçleri hakkında eğitimler planlamaları ve düzenlemeleri,
- Sığınmacıların iletişim ve sorun çözme becerilerini geliştirici eğitimler planlamaları ve düzenlemeleri,
- Çok çeşitlilik gösteren gruplarda kültürel yapı, yaşam tarzları, çevresel faktörler ve dünya görüşleri hakkında bilgi sahibi olabilmeleri ve geldikleri ülkeye uyum süreçlerinde uyumlarını desteklemeleri,
- Kendi kültürünü iyi tanıyabilmeleri, sabırlı olmayı ve özel olarak nitelenen bu gruba hassasiyet göstererek yaklaşmayı bilmeleri gerekmektedir⁹.

Tüm bu bilgiler neticesinde hemşirelerin sığınmacı bireyleri özel ve öncelikli grup olarak değerlendirmesi ve göç sürecinden etkilenen bireylere sosyal yönlendirme ve psikolojik destek

sağlaması gerektiği görölmektedir. Ayrıca ruh sağlığına doğrudan etkisi olduğu düşünölen sosyal ve ekonomik değışkenleri değlendirmeleri ve sosyal hakların savunuculuğunu yapmaları da uyum sürecinde önemlidir^{9,16}.



3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tasarımı

Bu araştırma Düzce ilinde yaşayan 6-14 yaş sığınmacı çocukların ruhsal uyum durumlarını belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

3.2. Araştırma Soruları

- 1- Sığınmacı çocukların bazı sosyo-demografik özelliklerine (cinsiyet, yaş, aile yapısı, maddi durum) göre ruhsal uyum durumları farklılaşmakta mıdır?
- 2- Sığınmacı çocukların ebeveynlerinin hayatta olma durumuna göre ruhsal uyum durumları farklılaşmakta mıdır?
- 3- Sığınmacı çocukların sürekli takip/tedavi gerektiren bir hastalığa sahip olma durumuna göre ruhsal uyum durumları farklılaşmakta mıdır?
- 4- Sığınmacı çocukların Türkiye’de kalış süresine göre ruhsal uyum durumları farklılaşmakta mıdır?
- 5- Sığınmacı çocukların bazı sosyo-demografik özelliklerine göre kekemelik, tik, tırnak yeme, parmak emme, kaka kaçırma, alt ıslatma, okul başarısızlığı gibi sorunları farklılaşmakta mıdır?

3.3. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikler

Araştırma, Düzce ilinde yaşayan 6-14 yaş çocuğa sahip sığınmacı bireylerle yapılmıştır. Çalışmanın gerçekleştirildiği Düzce ilinin nüfusu 387.844’dür. Her yıl yurtiçi ve yurtdışından ~11.000 kişi Düzce’ye göç etmektedir. İstanbul, Ankara, Eskişehir, Bursa gibi önemli anakentlere yakınlığının getirdiği avantaj nedeniyle sığınmacılar tarafından sıkça tercih edilen bir şehirdir. Kayıt dışı olanların tespitinin yapılamaması ve ikamet adresi Düzce’de olup başka şehirlerde bulunabilmeleri nedeniyle sığınmacıların sayıları tam olarak bilinmemekle beraber Düzce’de, çoğunluğu Suriye, Irak ve Afganistan’dan göç etmiş 5.000 kayıtlı, 1.600 kayıt bekleyen ~6.600 mülteci/sığınmacı bulunmaktadır. Kayıtlı olanların ~300’ü üniversite, ~400’ü ilkokul öğrencilerinden oluşmaktadır. Düzce’deki sığınmacı nüfus sayısı genel nüfusa oranlandığında toplumu başta sosyal ve kültürel olarak etkilediği düşünülen bu grup ile çalışma gerekliliği ortaya çıkmıştır.

Anketlerin uygulanması aşamasında Düzce Kardeşlik, Akrabalık, Dayanışma ve İletişim Merkezi (KADİM) biriminden destek alınmıştır. KADİM Düzce Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Vakfı bünyesinde 2016 yılında kurulmuştur. Göçmen yoğunluğunun il merkezinde olmasından dolayı tek merkezde kurulmuş ve Düzce İl Valiliği’ne bağlı olarak görev yapmaktadır. KADİM, Sivil Toplum Kuruluşları (STK) ile barınma ve sosyal yardımlarda işbirliği yapmakta, eğitim çağındaki öğrencileri MEB desteği ile eğitime kazandırmakta ve

eğitim ihtiyaçlarını belirlemekte, Aile Hekimliği ve hastane hizmetleri hakkında sığınmacılara genel bilgilendirmeler yapmakta ve randevu alma esnasında gönüllü tercümanlarla yardımlaşmayı desteklemekte, sığınmacıların istihdamlarıyla ilgili paydaşlar ile işbirliği sağlamaktadır. Bu birimde sığınmacıların temel ihtiyaçlarının tespit edilmesi ve bu ihtiyaçların giderilmesine yönelik yerel projeler hazırlanmakta, eğitimler, seminerler, toplantılar vb. etkinlikler düzenlenmekte, böylece şehir hayatına uyum süreçlerini kolaylaştırılmaktadır.

3.4. Araştırma Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Düzce ili sınırları içinde yaşayan ve Valilik kayıtlarında yer alan 6-14 yaş arası 419 sığınmacı çocuk oluşturmaktadır. Örneklem büyüklüğü belirlemede evreni oluşturan birim sayısı bilindiğinden aşağıdaki formül kullanılmıştır.

$$n = \frac{N \cdot t^2 \cdot (p \cdot q)}{d^2 \cdot (N) + t^2 \cdot (p \cdot q)}$$

N: Evren birim sayısı,

n: Örneklem büyüklüğü

p: Evrendeki araştırılan olaya ilişkin gözlenme oranı,

q: Evrendeki araştırılan olaya ilişkin gözlenmeme oranı (1-p), p ve q değerlerine ilişkin literatürde kabul görmüş bir bilgi yoksa p=0.5, q=0.5 alınarak hesaplamalara dahil edilir.

t: $\alpha = 0.05$ güven düzeyinde elde edilen tablo değeridir. 1.96 alınmıştır.

d= Örneklem hatası (duyarlılık düzeyi)

419 birimden oluşan evrende 0.5 görülme sıklığı baz alınarak, %95 güven düzeyinde, ± 5 hata payı ile nihai olarak 161 kişi ile görüşülmesi gerektiği sonucu elde edilmiştir. Çalışma sonucunda elde edilen veriler incelenip, veri temizleme işlemleri yapıldıktan sonra 163 katılımcıya ait bilgilerden oluşan veri seti ile istatistiksel analizler yapılmıştır.

3.5. Katılma ve Katılmama Kriterleri

- Anket formundaki soruları algılayabilecek bilişsel kapasiteye sahip olmayan,
- Anket formundaki soruları algılayabilecek ve doğru şekilde cevaplandırmasına engel teşkil edecek ağır ruhsal bozukluğu olan,
- Araştırmaya katılmayı yazılı veya sözlü olarak kabul etmeyenler araştırmaya katılmamıştır.

3.6. Araştırmanın Sınırlılıkları

- Araştırma, Düzce ili ile sınırlıdır.
- Araştırma, 6-14 yaş aralığında çocuğa sahip olan sığınmacı bireylerle sınırlıdır.

- Araştırmaya katılan sığınmacılar ile dil farkı bulunmaktadır.
- Çocukların ruhsal uyum durumlarının belirlenmesinde kullanılan ölçütler Hacettepe Ruhsal Uyum Ölçeği maddeleri ile sınırlıdır.

3.7. Veri Toplama Araçları

3.7.1. Kişisel Bilgi Formu

Araştırmacı tarafından literatür taraması sonrasında hazırlanan, sığınmacı çocuklarla ilgili tanımlayıcı bilgiler içeren; çocukların bazı sosyo-demografik özellikleri, çocukların beraber yaşadığı kişiler, eğitim durumu, sağlık durumu, ebeveynlerinin durumu, çocukların göç yaşantısı ile ilgili tanımlayıcı bilgilerin belirlenebilmesi için sorulan toplam 25 sorudan oluşan bir bilgi toplama formudur^{64,89,146} (Ek-1).

3.7.2. Hacettepe Ruhsal Uyum Ölçeği

Çalışmamızda kullanılan Hacettepe Ruhsal Uyum Ölçeği, ÖKTEM ve GÖKLER tarafından 1985 yılında çocukların ruhsal uyumlarını belirlemek amacıyla geliştirilmiştir. Ölçekte her çocukta karşılaşılabilecek ruhsal belirtileri içeren toplam 32 madde bulunmaktadır. İlk 24 madde çocukların ruhsal uyumlarını belirlemek amacıyla nevrotik ve davranış sorunlarının saptanmasına yöneliktir. Son 8 madde ise diğer sorunları sorgulamaktadır. Literatürde pek çok çalışmada da 6-14 yaş aralığındaki çocukların ruhsal uyumları değerlendirmek için kullanılmıştır^{17,89,111,147,148}.

Ölçeğin ilk 24 sorusunda her madde için “Yok”, “Biraz”, “Çok” seçenekleri bulunmakta ve “Yok” için “0”, “Biraz” için “1”, “Çok” için “2” verilip seçeneklerin toplamına göre puanlama yapılmaktadır. Toplam ölçek üzerinden ilk 24 sorunun toplanması sonucunda 12 ve üzeri puan alınması durumunda ruhsal uyum durumunda bir sorun varlığından söz edilebilmektedir. Ölçeğin ilk 24 sorusundaki tek maddeler, nevrotik sorunu; çift maddeler ise davranış sorununa yönelik sorular içermektedir. Ölçeğin son 8 sorusu diğer sorunlar olarak sorgulanmaktadır ve bu sorularda herhangi bir puanlama yapılmaksızın cevaplar “Var” ya da “Yok” olarak değerlendirilmektedir. İlk 24 soruya verilen cevapların toplamının 12 ve üzeri olarak bulunması durumunda çocuğun ruhsal uyum sorunu var olarak değerlendirilmektedir. 12 ve üzeri olan toplam puan, ağırlıklı olarak tek maddelerden oluşuyorsa “Nevrotik Sorun”, çift maddelerden oluşuyorsa “Davranışsal Sorun” varlığından bahsedilmektedir.

Hacettepe Ruhsal Uyum Ölçeği çocukların ruhsal uyum düzeylerini belirlemek için üç faktör içermektedir. Bunlar:

Nevrotik Sorunlar: İlk 24 sorudaki tek maddelerden oluşan 12 soruda, sıkılgnalık çekingenlik ve güvensizlik, korkaklık ve ürkeklik, bencillik ve paylaşmama, kendi başına bir şey yapamama, gece korkmak ve yalnız yatamama, kaygılı ve kuruntulu olma, arkadaşsız olma ve yalnız oynama, okula isteksiz gitme, durgun ve içine kapalı olma, neşesiz ve mutsuz olma, dikkatsizlik gibi özellikler yer almaktadır.

Davranış Sorunları: İlk 24 sorudaki çift maddelerden oluşan 12 soruda, hareketlilik ve yerinde duramama, sinirlilik ve çabuk kızma, kıskançlık, inatçılık ve söz dinlememe, yalan söyleme, kendine ait olmayan şeyleri izinsiz alma, yaşıtları ile geçinememe, cezadan etkilenmeme ve uslanmama, kavgacı ve saldırgan olma, kırııcı ve zararlı olma, sorumsuzluk ve kendi işini yapamama, gereksiz titizliğe sahip olmak gibi özellikler yer almaktadır.

Diğer Davranış Sorunları: Son 8 soruda, kekemelik, tik, tırnak yeme, parmak emme, enürezis, enkoprezis, okul başarısızlığı ve diğer bir sorunun sorgulandığı maddeler yer almaktadır (Ek-2).

Sunal 2002 yılında yaptığı çalışmada Hacettepe Ruhsal Uyum Ölçeği'nin güvenilirliğini sınamıştır. Ölçeğe ait genel Cronbach alpha güvenirlik katsayısı $r=0.86$ 'dır¹⁴⁹.

Bu çalışma için Hacettepe Ruhsal Uyum Ölçeği'nin güvenirliliği Cronbach alpha'nın kullanıldığı içsel tutarlılık yöntemi ile test edilmiştir. Ölçeğin geneline ait Cronbach alpha değeri 0.802; ölçeğin ilk 24'ündeki tek maddelere yönelik Cronbach alpha değeri 0.788; çift maddelere yönelik Cronbach alpha değeri 0.766 olarak bulundu.

Tablo 3.7.1. Hacettepe Ruhsal Uyum Ölçeği Cronbach Alpha Değeri

Alt Boyutlar	Cronbach Alpha
Nevrotik Sorunlar (1,3,5,7,9,11,13,15,19,21,23. sorular)	0.788
Davranışsal Sorunlar (2,4,6,8,10,12,14,16,18,22,24. sorular)	0.766
Ölçeğin Geneline Ait Cronbach Alpha Değeri:	0.802

3.8. Ön Uygulama

Veri toplama araçlarının ön uygulaması 25.01.2019-01.02.2019 tarihleri arasında 6-14 yaş arası çocuğu/yakını olan 6 sığınmacı ile yapılmıştır. Anket ve ölçekte ön uygulama sonrası değişiklik yapılmadığı ve anketlerde eksik/hatalı bilgi olmadığından dolayı 6 katılımcının anketi çalışmaya dahil edilmiştir.

3.9. Verilerin Toplanması

Araştırma, Düzce İl merkezinde yaşamakta olan sığınmacılarla yürütülmüştür. Verilerin toplanması sırasında Düzce Kardeşlik, Akrabalık, Dayanışma ve İletişim Merkezi'nden destek alınmıştır. Çalışmaya katılmada aranan şart 6-14 yaş arası en az bir çocuğa sahip olmaktır. Çocuklarla ilgili tanımlayıcı bilgilere yönelik soruları içeren Kişisel Bilgi Formu ve Hacettepe Ruhsal Uyum Ölçeği her çocuğun ebeveynlerine uygulanmıştır. Her anket öncesi kişilere anket hakkında bilgi verilmiş İçişleri Bakanlığı Göç İdaresi Başkanlığı'ndan alınan izin belgesi gösterilmiş, çalışmaya katılmak istemeyen sığınmacılara anket uygulanmamıştır. Anketlerin doldurulması sırasında araştırmacı, verilecek cevapların etkilenmemesi amacıyla katılımcının soruları kendi okuması ve cevaplamasına olanak tanımıştır. Okuma yazma bilmeyen katılımcılara anket ve ölçek soruları okunmuş verdikleri cevaplar araştırmacı tarafından formlara işlenmiştir. Türkçe bilmeyen katılımcılar ile iletişim KADİM'de görevli tercüman aracılığı ile kurulmuş, verilen cevapların çevirisi yapıldıktan sonra araştırmacı formlara işlemiştir. Verilerin toplanması, 30.02.2019-30.04.2019 tarihleri arasında yapılmıştır.

3.10. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırma sonunda elde edilen veriler istatistik paket programı olan Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) Versiyon 17.0'de değerlendirilmiştir. Değişkenlerin normal dağılımdan gelme durumları araştırılırken Kolmogorov-Smirnov ve ShapiroWilk's testlerinden yararlanılmıştır (Ek-3). Sonuçlar yorumlanırken anlamlılık düzeyi olarak 0.05 kullanılmış olup; $p < 0.05$ olması durumunda değişkenlerin normal dağılıma uyum göstermediği, $p > 0.05$ olması durumunda ise değişkenlerin normal dağılıma uyum gösterdikleri belirtilmiştir. Gruplar arasındaki farklılıklar incelenirken değişkenlerin normal dağılıma uyum göstermedikleri durumlarda parametrik olmayan (non-parametric) Mann Whitney U ve Kruskal Wallis-H testlerinden yararlanılmıştır. Kruskal Wallis-H testinde anlamlı farklılıkların görülmesi durumunda Post-Hoc Çoklu Karşılaştırma testi ile aralarında farklılık olan gruplar belirlenmiştir. Nominal değişkenlerin grupları arasındaki ilişkiler incelenirken ki-kare analizi

uygulanmıştır. 2x2 tablolarla beklenen değerlerin yeterli hacime sahip olmaması durumlarında Fisher's Exact test kullanılmış olup RxC tablolarla ise Monte Carlo simölasyonu yardımıyla Pearson ki-kare analizi uygulanmıştır. Sonuçlar yorumlanırken anlamlılık düzeyi olarak 0.05 kullanılmış olup; $p < 0.05$ olması durumunda gruplar arası anlamlı bir farklılığın olduğu, $p > 0.05$ olması durumunda ise gruplar arası anlamlı bir farklılığın olmadığı belirtilmiştir.

3.11. Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmanın yapılabilmesi için 04.10.2018 tarihli ve 62103649-604.02.02-45229 numaralı kurum izni (Ek-4) ve Düzce Üniversitesi Tıp Faköltesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Komisyonu'ndan 30.04.2018 tarihli ve 2018/72 karar no'lu Etik Kurul izni (Ek-5) alınmıştır. Sığınmacı çocukların ebeveynlerine araştırma hakkında bilgi verilip yazılı onam alınmış, araştırmaya katılıp katılmama kararı kendilerine bırakılmıştır. Bu araştırmadan sonra elde edilen bilgiler araştırma raporu dışında herhangi bir yerde kullanılmamıştır.

4. BULGULAR

4.1. Araştırmaya Katılan Sığınmacı Çocukların Sosyo-Demografik Özellikleri

Araştırmaya katılan sığınmacı çocukların sosyo-demografik özelliklerinin dağılımı Tablo 4.1.1’de verilmiştir. Tablo incelendiğinde çocukların %55.2’si kız, %44.8’i erkek ve %54.6’sının 6-10 yaş aralığında olduğu tespit edildi. Ailelerin çoğunluğunun (%58.9) kendini düşük sosyoekonomik düzeyde algıladıkları saptandı. Çocukların %46’sı geniş aile yapısına sahipti. Evde beraber yaşadıkları kişi sayısının ortalaması 6.83 ± 2.20 (min:3-max:15), kardeş sayısı ortalamaları 3.42 ± 1.77 (min:1-max:10) olarak belirlendi.

Tablo 4.1.1. Sığınmacı Çocukların Sosyo-Demografik Özellikleri (n=163)

ÖZELLİKLER	n	%
<u>Evde beraber yaşayan kişi sayısı</u> $\bar{x}$: 6.83 ± 2.20 (min:3-max:15)		
<u>Kardeş sayısı</u> $\bar{x}$: 3.42 ± 1.77 (min:1-max:10)		
<u>Cinsiyet</u>		
Kız	90	55.2
Erkek	73	44.8
<u>Yaş grubu*</u>		
6-10	89	54.6
11-14	74	45.4
<u>Maddi durum</u>		
Düşük (Gelir giderden az)	96	58.9
Orta (Gelir gider eşit)	52	31.9
Yüksek (Gelir giderden fazla)	15	9.2
<u>Aile yapısı</u>		
Çekirdek aile	69	42.3
Geniş aile	75	46.0
Parçalanmış aile	19	11.7
<u>TOPLAM</u>	163	100.0

*Okul çağı (6-10 yaş) ve ergenlik dönemi(11-14 yaş) olarak gruplama yapıldı.

4.2. Araştırmaya Katılan Sığınmacı Çocuklar ile İlgili Tanımlayıcı Bilgiler

Tablo 4.2.1’de çocukların eğitim durumuna ilişkin tanımlayıcı bilgiler yer almaktadır. Çocukların %4.9’unun okula gitmediği, %50.9’unun İlköğretim 1. kademe, %41.1’inin İlköğretim 2. kademe oldukları tespit edildi. Çocukların %10.4’ünün eğitim hayatı boyunca dönem kaybı yaşadıkları saptandı. Dönem kaybı yaşayan çocukların %60.0’ı gelineen ülkede yaşanan iç karışıklıklar nedeniyle; %25.0’ı ise göç sürecinde eğitime ulaşamadıklarından dolayı dönem kaybı yaşadığı belirlendi.

Tablo 4.2.1.Sığınmacı Çocukların Eğitim Durumları ile İlgili Bilgiler (n=163)

DEĞİŞKENLER	n	%
<u>Öğrenim durumu</u>		
Okula gitmeyen	8	4.9
Anaokulu	5	3.1
İlköğretim 1. kademe	83	50.9
İlköğretim 2. kademe	67	41.1
<u>Cocuğun eğitim hayatı boyunca dönem kaybı</u>		
Olan	17	10.4
Olmayan	146	89.6
<u>Cocuğun eğitim hayatındaki dönem kaybı sebebi *</u>		
Kronik hastalığa sahip olma	1	5.0
Ailevi sorunlar	2	10.0
Gelineen ülkede yaşanan iç karışıklıklar	12	60.0
Göç sürecinde eğitime ulaşamama	5	25.0
<u>TOPLAM</u>	163	100.0

*n değeri katlanmıştır

Tablo 4.2.2’de çocukların sağlık durumlarına ilişkin tanımlayıcı bilgiler yer almaktadır. Çocukların %9.8’inin sürekli takip/tedavi gerektiren bir hastalığa sahip olduğu tespit edildi. Çocukların %31.3’ünün beslenme bozuklukları, %25.0’nın epilepsi, %18.8’inin kalp hastalıkları tanısıyla sağlık hizmetleri tarafından takip ve/veya tedavi edilmeleri gerektiği görüldü.

Tablo 4.2.2.Sığınmacı Çocukların Sağlık Durumları ile İlgili Bilgiler (n=163)

DEĞİŞKENLER	n	%
<u>Cocuğun sürekli takip/tedavi gerektiren hastalık durumu</u>		
Olan	16	9.8
Olmayan	147	90.2
<u>TOPLAM</u>	163	100.0
<u>Cocuğun sürekli takip/tedavi gerektiren hastalığı (n=16)</u>		
Diyabet	2	12.5
Kalp hastalıkları	3	18.8
Beslenme bozuklukları	5	31.3
Epilepsi	4	25.0
Astım	2	12.4
<u>TOPLAM</u>	16	100.0

Tablo 4.2.3’de çocukların sağlık hizmetlerine ulaşma durumları ile ilgili bilgiler yer almaktadır. Sürekli takip/tedavi gerektiren hastalığı olan çocukların %62.5’i sağlık hizmetlerine ulaşmada sorun yaşadığını belirtti. Yaşanan sorunlar sırasıyla kendini dışlanmış hissetme (%30.0), randevu alma esnasında sorun yaşama (%30.0), hastane personeli ile dil farkı nedeniyle anlaşamama (%20.0), kültürel açıdan farklı hissetme (%20.0) olarak tespit edildi.

Tablo 4.2.3. Sığınmacı Çocukların Sağlık Hizmetlerine Ulaşma Durumları ile İlgili Bilgiler (n=163)

DEĞİŞKENLER	n	%
<u>Hastalıkla ilgili sağlık hizmetlerine ulaşmada sorun yaşama durumu (n=16)</u>		
Sorun yaşayan	10	62.5
Sorun yaşamayan	6	37.5
<u>TOPLAM</u>	16	100.0
<u>Sağlık hizmetlerine ulaşma aşamasında yaşanan sorunun nedeni (n=10)</u>		
Hastane personeli ile dil farkı	2	20.0
Kültürel açıdan farklı hissetme	2	20.0
Kendini dışlanmış hissetme	3	30.0
Randevu almada sıkıntı yaşama	3	30.0
<u>TOPLAM</u>	10	100.0

Tablo 4.2.4’de çocukların psikiyatrik yardım içeren profesyonel hizmet alma durumları incelendi. Sığınmacı çocukların ya da ebeveynlerinden psikiyatrik yardım alanların oranı %16.0 olarak belirlendi. Profesyonel hizmet alanların çoğunluğunun (%53.9) bu hizmeti psikiyatristten aldığı saptandı.

Tablo 4.2.4.Sığınmacı Çocukların Psikiyatrik Yardım İçeren Hizmet Alma Durumları (n=163)

DEĞİŞKENLER	n	%
<u>Cocuk ya da ebeveynin psikiyatrik yardım içeren profesyonel hizmet alma durumu</u>	26	16.0
Profesyonel hizmet alan	137	84.0
Profesyonel hizmet almayan		
<u>TOPLAM</u>	163	100.0
<u>Cocuk ya da ebeveynin psikiyatrik yardımı aldığı profesyonel (n=26)</u>		
Psikiyatrist	14	53.9
Psikolog	5	19.2
Rehber öğretmen	5	19.2
Sosyal hizmet uzmanı	2	7.7
<u>TOPLAM</u>	26	100.0

Tablo 4.2.5’de çocukların ebeveynlerinin hayatta olma durumları incelendi. Çocukların çoğunun (%87.7) ebeveynlerinin her ikisi de hayattayken; %1.2’sinin hem anne hem babasının, %7.4’ünün sadece babasının, %3.7’sinin sadece annesinin hayatta olmadığı tespit edildi.

Tablo 4.2.5.Sığınmacı Çocukların Ebeveynlerinin Hayatta Olma Durumu ile İlgili Bilgiler (n=163)

DEĞİŞKENLER	n	%
<u>Ebeveynlerin hayatta olma durumu</u>		
Annesi yaşamayan	6	3.7
Babası yaşamayan	12	7.4
Ebeveynlerinin ikisi de yaşamayan	2	1.2
Ebeveynlerinin ikisi de yaşayan	143	87.7
<u>TOPLAM</u>	163	100.0

Tablo 4.2.6’da çocukların ebeveynlerinin öğrenim durumları ile ilgili bilgiler yer almaktadır. Çocukların annelerinin öğrenim durumları incelendiğinde %33.6’sının okuma yazma bilmediği, %37.8’inin ilkokul mezunu olduğu görüldü. Annesi lisans mezunu olanların oranı %2.8 olarak tespit edildi. Çocukların babalarının öğrenim durumları incelendiğinde %32.9’unun ortaokul, %24.5’inin ilkokul mezunu olduğu görüldü. Babası lisans mezunu olanların oranı %6.3 olarak belirlendi.

Tablo 4.2.6.Sığınmacı Çocukların Ebeveynlerinin Öğrenim Durumları ile İlgili Bilgiler (n=163)

DEĞİŞKENLER	n	%
<u>Annenin öğrenim durumu(n=155)¹</u>		
Okuma yazma bilmeyen	51	32.9
İlkokul mezunu olan	58	37.4
Ortaokul mezunu olan	34	21.9
Lise mezunu olan	8	5.2
Lisans mezunu olan	4	2.6
<u>TOPLAM</u>	155	100.0
<u>Babanın öğrenim durumu(n=149)²</u>		
Okuma yazma bilmeyen	28	18.8
İlkokul mezunu olan	36	24.2
Ortaokul mezunu olan	51	34.2
Lise mezunu olan	25	16.8
Lisans mezunu olan	9	6.0
<u>TOPLAM</u>	149	100.0

¹Annesi hayatta olmayanlar bu soruyu cevaplamamıştır.

²Babası hayatta olmayanlar bu soruyu cevaplamamıştır.

Tablo 4.2.7’de çocukların göç yaşantısı ile ilgili bilgiler yer almaktadır. Çocukların çoğunluğunun (%63.8) Suriye’den göç ettiği; %38.0’ının 5 yıldan az, %62.0’ının 5 yıl ve daha fazla süredir Türkiye’de kaldıkları belirlendi.

Tablo 4.2.7. Sığınmacı Çocukların Göç Yaşantısı ile İlgili Bilgiler (n=163)

DEĞİŞKENLER	n	%
<u>Türkiye'ye göç etmeden önce yaşanan ülke</u>		
Suriye	104	63.8
Irak	43	26.4
Afganistan	15	9.2
Tacikistan	1	0.6
<u>Türkiye'ye göç etmeden önce yaşanan süre</u>		
5 <	62	38.0
5 ≥	101	62.0
<u>TOPLAM</u>	163	100.0

4.3. Araştırmaya Katılan Sığınmacı Çocukların Ruhsal Uyum Durumları

Tablo 4.3.1’de sığınmacı çocukların ruhsal uyum dağılımları yer almaktadır. Çocukların %25.8’inde uyum sorunu saptanırken; çoğunluğunun (%52.4) davranış sorunu yaşadığı belirlendi. Bu çalışma için sığınmacı çocukların Hacettepe Ruhsal Uyum Ölçeği toplam puan ortalamaları 8.07 ± 5.90 (min:0-max:26) olarak tespit edildi.

Tablo 4.3.1. Sığınmacı Çocukların Ruhsal Uyum Dağılımları (n=163)

UYUM DURUMLARI	n	%
<u>Uyum Sorunu</u>		
Olan	42	25.8
Olmayan	121	74.2
<u>TOPLAM</u>	163	100.0
<u>Cocukların sorun dağılımı (n=42)</u>		
Nevrotik sorunu olan	16	38.1
Davranış sorunu olan	22	52.4
Hem nevrotik hem davranış sorunu olan	4	9.5
<u>TOPLAM</u>	42	100.0

Tablo 4.3.2’de araştırmaya katılan sığınmacı çocukların Hacettepe Ruhsal Uyum Ölçeği’ne göre değerlendirmeleri yer almaktadır. Tablo 4.3.2 incelendiğinde çocukluk dönemi korkuları; her şeye ağlama; kendi başına bir şey yapamama; gece korkma, yalnız yatamama ve durgun ve içine kapanık olmanın en sık karşılaşılan nevrotik sorunlar olduğu görüldü. En sık karşılaşılan davranış sorunlarının hareketli olma, yerinde duramama; sinirlilik; yaşlılarıyla geçinememe; cezadan etkilenmememe, uslanmama olduğu tespit edildi.

Tablo 4.3.2. Sığınmacı Çocukların Hacettepe Ruhsal Uyum Ölçeğine göre Uyum Sorunları (n=163)

SORUNLAR	Çok		Biraz		Yok	
	n	%	n	%	n	%
-Sıkılgan, çekingen, güvensizdir	6	3.7	59	36.2	98	60.1
-Hareketlidir yerinde duramaz	28	17.2	56	34.3	79	48.5
-Korkaktır	12	7.4	48	29.4	103	63.2
-Sinirlidir	23	14.1	62	38.0	78	47.9
-Bencildir	3	1.8	24	14.8	136	83.4
-Kıskançtır	10	6.1	31	19.1	122	74.8
-Her şeye ağlar	11	6.7	30	18.5	122	74.8
-İnatçıdır, söz dinlemez	7	4.3	43	26.4	113	69.3
-Kendi başına bir şey yapamaz	9	5.5	44	27.0	110	67.5
-Yalan söyler	3	1.8	29	17.8	131	80.4
-Gece korkar, yalnız yatamaz	13	8.0	25	15.3	125	76.7
-Kendine ait olmayan şeyleri izinsiz alır	4	2.5	22	13.5	137	84.0
-Kaygılıdır	8	4.9	30	18.4	125	76.7
-Yaşlılarıyla geçinemez	15	9.2	40	24.5	108	66.3
-Arkadaşsızdır, yalnız oyna	6	3.7	28	17.2	129	79.1
-Cezadan etkilenmez, uslanmaz	14	8.6	52	31.9	97	59.5
-Okula isteksiz gider	7	4.3	18	11.0	138	84.7
-Kavgacıdır	4	2.4	26	16.0	133	81.6
-Durgun ve içine kapanıktır	9	5.5	40	24.6	114	69.9
-Kırıcıdır	6	3.7	20	12.3	137	84.0
-Neşesizdir	4	2.5	25	15.3	134	82.2
-Sorumsuzdur	6	3.7	37	22.7	120	73.6
-Dikkatsizdir	5	3.1	39	23.9	119	73.0
-Gereksiz titizliği vardır	11	6.8	39	23.9	113	69.3

Tablo 4.3.3’de sığınmacı çocuklarda görülen diğer sorunların dağılımı yer almaktadır. Sığınmacı çocuklarda en sık karşılaşılan sorunun okul başarısızlığı (%20.9) olduğu belirlendi. Okul başarısızlığından sonra en sık görülen diğer sorunların tırnak yeme (%11.7), alt ıslatma (%5.5) olduğu saptandı.

Tablo 4.3.3. Sığınmacı Çocuklarda Karşılaşılan Diğer Sorunların Dağılımı (n=163)

DİĞER SORUNLAR	Var		Yok	
	n	%	n	%
-Kekemelik	6	3.7	157	96.3
-Tik	5	3.1	158	96.9
-Tırnak yeme	19	11.7	144	88.3
-Parmak emme	7	4.3	156	95.7
-Kaka kaçıрма (Enkoprezis)	3	1.8	160	98.2
-Alt ıslatma (Enürezis)	9	5.5	154	94.5
-Okul başarısızlığı	34	20.9	129	79.1

4.4. Bazı Değişkenlere göre Sığınmacı Çocukların Sorun Durumlarının Dağılımı

Tablo 4.4.1’de bazı değişkenlere göre sığınmacı çocukların sorun durumlarının dağılımı yer almaktadır. Kızların %12.2’sinde, erkeklerin %6.8’inde nevrotik sorun tespit edilirken; kızların %11.1’inin, erkeklerin %16.4’ünün davranış sorunu olduğu belirlendi.

Tablo 4.4.1 incelendiğinde 6-10 yaş arası çocukların %7.9’unda nevrotik, %12.4’ünde davranışsal sorun gözlemlendi. 11-14 yaş arası çocukların %12.2’sinde nevrotik, %14.9’unda davranışsal sorun tespit edildi. Annesi hayatta olmayan çocukların çoğunda (%50.0) nevrotik sorun saptandı. Babası hayatta olmayan çocukların %25.0’inde davranışsal sorun, %16.7’sinde hem nevrotik hem davranışsal sorun tespit edildi. Anne ve babası hayatta olmayan çocuklarda hiç davranışsal sorun gözlemlenmezken; %50.0’sinde nevrotik sorun görüldüğü belirlendi. Hem anne hem babası hayatta olan çocukların çoğunda (%79.9) herhangi bir sorun saptanmadı. Sürekli tedavi gerektiren hastalığı olan çocukların %56.2’sinde davranışsal sorun; %31.3’ünde ise nevrotik sorun gözlemlendi.

Tablo 4.4.1. Bazı Değişkenlere göre Sığınmacı Çocukların Sorun Durumlarının Dağılımı (n=163)

DEĞİŞKENLER (n=163)		Sorun yok		Nevrotik sorun		Davranış sorunu		Hem nevrotik hem davranışsal sorun		Toplam
		n	%	n	%	n	%	n	%	n
Cinsiyet	Kız	67	74.5	11	12.2	10	11.1	2	2.2	90
	Erkek	54	74.1	5	6.8	12	16.4	2	2.7	73
Yaş grubu	6-10	69	77.5	7	7.9	11	12.4	2	2.2	89
	11-14	52	70.2	9	12.2	11	14.9	2	2.7	74
Takip/tedavi gerektiren hastalık durumu	Olan	0	0.0	5	31.3	9	56.2	2	12.5	16
	Olmayan	121	82.3	11	7.5	13	8.8	2	1.4	147
Ebeveynlerin hayatta olma durumu	Annesi yaşamayan	2	33.3	3	50.0	1	16.7	0	0.0	6
	Babası yaşamayan	5	41.6	2	16.7	3	25.0	2	16.7	12
	İkisi de yaşamayan	1	50.0	1	50.0	0	0.0	0	0.0	2
	İkisi de yaşayan	113	79.0	10	7.0	18	12.6	2	1.4	143

4.5. Bazı Değişkenlere göre Sığınmacı Çocukların Ruhsal Uyum Ölçeği Puan Ortalamaları

Tablo 4.5.1’de bazı değişkenlere göre çocukların Hacettepe Ruhsal Uyum Ölçeği toplam puan ortalamalarının karşılaştırması verildi. Çocukların cinsiyetlerine, yaş gruplarına, kalış sürelerine ve dönem kaybı durumuna göre ortalama ruhsal uyum ölçeği puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmazken ($p>0.05$); sürekli tedavi gerektiren hastalık durumlarına göre ortalama ruhsal uyum ölçeği puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edildi ($p<0.01$). Sürekli tedavi gerektiren hastalığı olan çocuklara ait ortalama ruhsal uyum ölçek puanının (17.0), sürekli tedavi gerektiren hastalığı olmayan çocuklara ait ortalama ruhsal uyum ölçek puanından (7.1) anlamlı derecede yüksek olduğu görüldü.

Tablo 4.5.1. Bazı Değişkenlere göre Sığınmacı Çocukların Hacettepe Ruhsal Uyum Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=163)

DEĞİŞKENLER		n	$\bar{x} \pm Ss$	Min	Max	U	p
Cinsiyet	Kız	90	7.83±5.88	0	26	3120.5	$p>0.05$
	Erkek	73	8.37±5.96	0	26		
Yaş grubu	6-10	89	7.44±5.73	0	22	2772	$p>0.05$
	11-14	74	8.84±6.05	0	26		
Takip/tedavi gerektiren hastalık durumu	Olan	16	17.0±4.29	12	26	161.5	<u>$P<0.01$</u>
	Olmayan	147	7.1±5.21	0	26		
Türkiye’de kalış süresi	5 <	62	7.65±5.47	0	21	3020.5	$p>0.05$
	5 ≥	101	8.34±6.17	0	26		
Dönem kaybı	Olan	17	7.06±7.62	0	24	992	$p>0.05$
	Olmayan	146	8.19±5.69	0	26		

Tablo 4.5.2’de aile yapısı, gelir düzeyi ve ebeveynlerinin hayatta olma durumuna göre çocukların Hacettepe Ruhsal Uyum Ölçeği toplam puan ortalamalarının karşılaştırılması verildi. Çocukların aile yapılarına ve gelir durumlarına göre ortalama ruhsal uyum ölçeği puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmazken ($p>0.05$); ebeveynlerinin hayatta olma durumlarına göre ortalama ruhsal uyum ölçeği puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulundu ($p<0.01$). Anne ve babasından her ikisi de hayatta olan çocuklara ait ortalama ruhsal uyum ölçek puanı (7.36), anne ve babasından en az birisi hayatta olmayan çocuklara ait ortalama ruhsal uyum ölçek puanından (13.15) anlamlı derecede düşük bulundu.

Tablo 4.5.2. Aile Yapısı, Gelir Düzeyi ve Ebeveynlerinin Hayatta Olma Durumuna göre Sığınmacı Çocukların Hacettepe Ruhsal Uyum Ölçeği Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=163)

DEĞİŞKENLER		n	$\bar{x} \pm Ss$	Min	Max	χ^2	p
Aile yapısı	Çekirdek aile	69	8.28±6.25	0	26	0.544	$p>0.05$
	Geniş aile	75	8.12±5.66	0	26		
	Parçalanmış aile	19	7.16±5.77	0	21		
Gelir durumu	Düşük	96	8.86±6.2	0	24	3.919	$p>0.05$
	Orta	52	6.65±4.99	0	26		
	Yüksek	15	7.93±6.28	0	26		
Ebeveynlerin hayatta olma durumu	En az biri yaşamayan	6	13.15±7.46	3	26	777	<u>$P<0.01$</u>
	İkisi de yaşayan	12	7.36±5.31	0	24		

4.6. Bazı Değişkenlere göre Çocukların Kekemelik, Tik, Tırnak Yeme, Parmak Emme, Enkoprezis, Enürezis, Okul Başarısızlığı Sorunlarının Dağılımı

Tablo 4.6.1’de sığınmacı çocukların cinsiyetlerine göre diğer sorunların dağılımı verilmiştir. Çocukların cinsiyetleri ile kekemelik, tik durumu, tırnak yeme, parmak emme, kaka kaçırma, alt ıslatma ve okul başarısızlığı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamaktadır ($p>0.05$).

Tablo 4.6.1.Sığınmacı Çocukların Cinsiyetlerine göre Diğer Sorunlarının Dağılımı (n=163)

Diğer Sorunlar		Cinsiyet				Toplam	Anlamlılık Düzeyleri
		Kız		Erkek			
		n	%	n	%	n	
Kekemelik	Var	3	3.3	3	4.1	6	χ^2*
	Yok	87	96.7	70	95.9	157	p>0.05
Tik	Var	3	3.3	2	2.7	5	χ^2*
	Yok	87	96.7	71	97.3	158	p>0.05
Tırnak yeme	Var	14	15.6	5	6.8	19	χ^2 : 2.967
	Yok	76	84.4	68	93.2	144	p>0.05
Parmak emme	Var	4	4.4	3	4.1	7	χ^2*
	Yok	86	95.6	70	95.9	156	p>0.05
Kaka kaçırma	Var	1	1.1	2	2.7	3	χ^2*
	Yok	89	98.9	71	97.3	160	p>0.05
Alt ıslatma	Var	6	6.7	3	4.1	9	χ^2*
	Yok	84	93.3	70	95.9	154	p>0.05
Okul başarısızlığı	Var	15	16.7	19	26.0	34	χ^2 : 2.139
	Yok	75	83.3	54	74.0	129	p>0.05

*Örnek hacminin az olması nedeniyle Fisher kesin ki kare testi uygulanarak sonuçlar elde edilmiştir.

Tablo 4.6.2’de sığınmacı çocukların öğrenim durumlarına göre diğer sorunların dağılımı verilmiştir. Çocukların öğrenim durumları ile kekemelik, tik durumu, tırnak yeme, kaka kaçırma, alt ıslatma, okul başarısızlığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmazken ($p>0.05$); öğrenim durumları ile parmak emme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edildi ($p<0.05$). Anaokuluna devam eden çocuklarda parmak emenlerin oranı (%40.0), diğerlerinden (%4.8 - %1.5 - %0.0) anlamlı derecede yüksektir.

Tablo 4.6.2. Sığınmacı Çocukların Öğrenim Durumlarına göre Diğer Sorunların Dağılımı (n=163)

DİĞER SORUNLAR		Öğrenim durumu								Toplam	Anlamlılık Düzeyleri
		Okula gitmiyor		Anaokulu		1.Kademe		2.Kademe			
		n	%	n	%	n	%	n	%		
Kekemelik	Var	0	0.0	0	0.0	5	6.0	1	1.5	6	χ^2*
	Yok	8	100.0	5	100.0	78	94.0	66	98.5	157	p>0.05
Tik	Var	0	0.0	0	0.0	2	2.4	3	4.5	5	χ^2*
	Yok	8	100.0	5	100.0	81	97.6	64	95.5	158	p>0.05
Tırnak yeme	Var	1	12.5	0	0.0	8	9.6	10	14.9	19	χ^2*
	Yok	7	87.5	5	100.0	75	90.4	57	85.1	144	p>0.05
Parmak emme	Var	0	0.0	2	40.0	4	4.8	1	1.5	7	χ^2*
	Yok	8	100.0	3	60.0	79	95.2	66	98.5	156	<u>p<0.05</u>
Kaka kaçırma	Var	1	12.5	0	0.0	2	2.4	0	0.0	3	χ^2*
	Yok	5	87.5	7	100.0	81	97.6	67	100.0	160	p>0.05
Alt ıslatma	Var	0	0.0	1	20.0	7	8.4	1	1.5	9	χ^2*
	Yok	8	100.0	4	80.0	76	91.6	66	98.5	154	p>0.05
Okul başarısızlığı	Var	0	0.0	0	0.0	23	27.7	11	16.4	34	χ^2*
	Yok	8	100.0	5	100.0	60	72.3	56	83.6	129	p>0.05

*Örnek hacminin az olması nedeniyle Monte Carlo simülasyonu uygulanarak sonuçlar elde edilmiştir.

Tablo 4.6.3’de sığınmacı çocukların aile yapılarına göre diğer sorunların dağılımı verilmiştir. Çocukların aile yapıları ile kekemelik, tik durumu, parmak emme, kaka kaçırma, alt ıslatma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmazken ($p>0.05$); tırnak yeme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p<0.05$). Parçalanmış ailelerde yaşayan çocuklar arasında görülen tırnak yeme oranı (%31.6), çekirdek aile ve geniş ailelerde yaşayan çocuklar arasında görülen tırnak yeme oranlarından (%7.2 - %10.7) anlamlı derecede yüksektir. Tablo 4.6.3 incelendiğinde çocukların aile yapıları ile okul başarısızlığı arasında da istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunduğu görülmektedir ($p<0.05$). Çekirdek ailelerde yaşayan çocuklar arasında görülen okul başarısızlığı oranı (%11.6), geniş aile ve parçalanmış ailelerde yaşayan çocuklar arasında görülen okul başarısızlığı oranlarından (%29.3 - %21.1) anlamlı derecede düşüktür.

Tablo 4.6.3.Sığınmacı Çocukların Aile Yapılarına göre Diğer Sorunların Dağılımı (n=163)

DİĞER SORUNLAR		Çocuğun aile yapısı						Toplam	Anlamlılık Düzeyleri
		Çekirdek aile		Geniş aile		Parçalanmış aile			
		n	%	n	%	n	%	n	
Kekemelik	Var	0	0.0	5	6.7	1	5.3	6	χ^{2*}
	Yok	69	100.0	70	93.3	18	94.7	157	p>0.05
Tik	Var	3	4.3	2	2.7	0	0.0	5	χ^{2*}
	Yok	66	95.7	73	97.3	19	100.0	158	p>0.05
Tırnak yeme	Var	5	7.2	8	10.7	6	31.6	19	χ^2 : <u>8.698</u>
	Yok	64	92.8	67	89.3	13	68.4	144	<u>p<0.05</u>
Parmak emme	Var	3	4.3	2	2.7	2	10.5	7	χ^{2*}
	Yok	66	95.7	73	97.3	17	89.5	156	p>0.05
Kaka kaçıрма	Var	1	1.4	2	2.7	0	0.0	3	χ^{2*}
	Yok	68	98.6	73	97.3	19	100.0	160	p>0.05
Alt ıslatma	Var	4	5.8	3	4.0	2	10.5	9	χ^{2*}
	Yok	65	94.2	72	96.0	17	89.5	154	p>0.05
Okul başarısızlığı	Var	8	11.6	22	29.3	4	21.1	34	χ^2 : <u>6.851</u>
	Yok	61	88.4	53	70.7	15	78.9	129	<u>p<0.05</u>

*Örnek hacminin az olması nedeniyle Monte Carlo simülasyonu uygulanarak sonuçlar elde edilmiştir.

5. TARTIŞMA

Göç, yer değiştirmenin ötesinde, bir kültürden diğerine geçişi kapsayan; insanların fiziksel, ruhsal ve sosyal açıdan etkilendiği karmaşık bir olgudur^{9,146}. Sığınmacılar arasında sayıca fazla olan, göçe karar verme aşamasında çoğu zaman söz hakkı tanınmayan çocuklar, gelişim dönemlerinde olmaları nedeniyle, göç sürecinde yetişkinlerden daha fazla etkilenmektedir^{16,66}. Düzce ilinde yaşayan 6-14 yaş sığınmacı çocukların ruhsal uyumlarını belirlemek amacıyla planlanan ve uygulanan çalışmamızdan elde edilen bulgular 9 bölüm halinde tartışılmıştır.

5.1. Sığınmacı Çocukların Eğitim Durumlarına İlişkin Bulguların Tartışılması

Sığınmacılar, geldikleri ülkede sosyal çevredeki değişimlere uyum sağlama aşamasında pek çok güçlük yaşamaktadır^{53,54,55}. Yetişkinler, kendi kararları doğrultusunda tanıdık ve güvenilir bir çevre oluşturabilirken; çocuklar bu süreçte çoğu zaman ailelerine bağımlı olmaları ve kendi başına karar verememeleri nedeniyle zorlanmaktadır. Bu nedenle eğitim, sığınmacı çocukların uyum sürecinde, iletişim, saygı, güven ve psiko-sosyal destek gibi kavramları etkilemesi nedeniyle önemli bir araçtır^{150,151}.

Çalışmamızdaki çocukların öğrenim durumları incelendiğinde %4.9'unun okula gitmediği; %50.9'unun İlköğretim 1.kademe, %41.1'inin İlköğretim 2.kademede oldukları görüldü (Tablo 4.2.1). Acil Durum ve Afet Yönetimi Başkanlığı (AFAD)'nın Suriye'den Türkiye'ye Nüfus Hareketleri (2014) raporunda sınır illerdeki kamplarda yaşayan çocukların %17'sinin, kamp dışında yaşayan çocukların ise %86'sının okula devam edemediği görülmektedir¹⁵². UNICEF'in (2016) yayınladığı raporda 1.490.033 Suriyeli çocuğun sadece %21.8'inin eğitim gördüğü ve bu çocukların ancak %23.1'inin devlet okullarına gittiği bildirilmiştir¹⁵³. Birleşmiş Milletler Mülteci Örgütü (UNCHR) (2016) ise örgün eğitime katılan Suriyeli öğrencilerin %7'sinin okul öncesi, %52'sinin ilkokul, %31'inin ortaokul düzeyinde eğitim aldıklarını belirtmektedir¹⁵⁴.

Eğitimin sığınmacı çocukların sosyal ve ruhsal uyum sürecindeki rolü düşünüldüğünde çalışmamızda okullaşma oranının yüksek bulunması sevindirici bir durumdur. Bu oranın yüksek olmasının MEB'in kapsamlı düzenlemelerinden (geçici eğitim merkezleri oluşturması, eğitim içeriği düzenlemeleri, sığınmacı öğrencilerin devlet okullarına kayıtlarını kolaylaştırıcı müdahaleler vb.) kaynaklandığı düşünülmektedir. Nitekim Eğitim Gözlemevi'nin (2018) Bir Arada Yaşamı ve Geleceği Kapsayıcı Eğitimle İnşa Etmek adlı raporunda genel okullaşma

oranlarının 2016'da %37 iken MEB'in sığınmacıların eğitim sistemlerine entegrasyon çalışmaları ile bu oranın 2018'de %55.5'e ulaştığı belirtilmiştir¹⁵⁵.

Çalışmamızda eğitim hayatı boyunca dönem kaybı olan çocukların oranı %10.4 olarak belirlendi. Dönem kaybı olanların %60.0'ının göç edilen ülkedeki iç karışıklıklar nedeniyle eğitimlerine ara verdiği saptandı (Tablo 4.2.1). Suriye'nin yaşanan savaşlar ve iç karışıklıklardan önce, ilkokul ve ortaokul kayıt oranlarına bakıldığında önemli eğitim başarısına sahip bir ülke olduğu ve savaş sonrası eğitim ortamının hızla bozulduğu belirtilmektedir. 2014 itibarıyla Suriye'nin ilköğretim kayıt oranlarında dünyadaki en düşük kayıt oranına sahip ikinci ülke olduğu bildirilmiştir. Okulların çoğunun tahrip olmuş, hasar görmüş ya da sığınağa dönüştürülmüş olması çocukların eğitime ulaşamamasında bildirilen önemli nedenlerdendir^{45,156}. Çalışmamızdaki çocukların çoğu kendi ülkelerindeki iç karışıklıkların eğitime ulaşmalarında engel olduğunu belirtmiştir. Literatürdeki bilgiler çalışmamızın bulgularını destekler niteliktedir.

5.2. Sığınmacı Çocukların Sağlık Durumlarına İlişkin Bulguların Tartışılması

Göç olgusu çocuk sağlığını fiziksel, ruhsal ve sosyal olmak üzere pek çok yönüyle etkilemektedir¹⁵⁷. Çalışmaya katılan sığınmacı çocukların %9.8'inin sürekli takip ve tedavi gerektiren bir hastalığa sahip olduğu ve hastalığı olanların çoğunun (%31.3) beslenme bozukluğu tanısıyla tedavi gördüğü belirlendi (Tablo 4.2.2).

Göç sürecinde karşılaşılan zorluklar ve sığınmacı hayatı, çocukların temel yaşam hakkı olan sağlık hakkında olduğu gibi barınma, eğitim ve beslenme haklarından da yoksun bırakmıştır¹³³. Son dönemde yaşanan savaşlar ve iç karışıklıklar nedeniyle göç edilen ülkede üretim azalmış, ticaret çökmüş; kalabalık yaşam şartları, yer değiştirme vb. nedenlerle çoğu zaman temiz su ve gıdaya ulaşamamıştır¹⁵⁸. Türk Tabipler Birliği (TTB)'nin Suriyeli Sığınmacılar ve Sağlık Hizmetleri (2014) raporunda sığınmacıların genelde bir evde 8-10 kişi kaldıkları, mutfak araç-gereçlerinin oldukça kısıtlı olduğu, yemek pişirmek için gerekli olan temel malzemelerin çoğu evde bulunmadığı, gıda hijyeninin çoğu zaman sağlanamadığı, bu durumdan en çok bebek ve çocukların etkilendiği bildirilmektedir¹⁵⁸.

UNICEF'in (2016) Türkiye'deki Suriyeli Çocuklar raporunda beslenme taraması yapılan 2.200'den fazla Suriyeli çocuğun %45'inde orta düzeyde akut malnütrisyon tespit edildiği belirtilmiştir¹⁵³. Grammatikopoulou ve ark.'larının (2018) Yunanistan'da bakım merkezlerinde kalan sığınmacı çocuklardaki beslenme bozukluğu yaygınlığını belirlemek amacıyla yaptığı çalışmada ise çocukların %13.0'ının en az bir beslenme bozukluğu yaşadığı; kız çocukların yetersiz beslenme koşullarından erkek çocuklardan daha fazla etkilendiği görülmüştür¹⁵⁹. Çalışmamıza katılan çocukların göç öncesi savaş ortamında ve göç sürecinde çoğu zaman

gıdaya ulaşamaması; göç sonrası dönemde ise ailelerin kalabalık olmaları ve çoğunun düşük sosyo-ekonomik düzeyde olmasının, beslenme bozukluğu görülme oranını etkilediği düşünülebilir. Literatürdeki bilgiler ve araştırmamızın bulguları sonucunda savaşlar ve sığınmacı yaşam tarzının beslenme bozukluklarının oluşmasına zemin hazırladığı söylenebilir. Çalışmamızda hastalığı olan çocukların %25.0'nin epilepsi, %12.5'inin diyabet tanısıyla sağlık hizmetleri tarafından sürekli takip edilmesi gerekmektedir (Tablo 4.2.2). Fakat sığınmacıların sağlık hizmetlerine ulaşma aşamasında birtakım sorunlar yaşadığı görülmüştür (Tablo 4.2.3). Araştırmaya katılan sığınmacıların %62.5'inin sürekli takip/tedavi gerektiren hastalıklarıyla ilgili sağlık hizmetlerine ulaşmada sorun yaşadığı saptandı. Yaşanan sorunların sırasıyla hastaneden randevu alamama (%30.0), sağlık personeli tarafından kendini dışlanmış hissetme (%30.0), hastane personeli ile dil farkı (%20.0), sağlık hizmetlerini kültürel açıdan farklı bulma (%20.0) olduğu tespit edildi (Tablo 4.2.3). Çalışmamızla benzer olarak TTB'nin (2014) raporunda sığınmacıların dil sorunu, sağlık çalışanlarının ilgisizliği ve ayrımcı uygulamaları nedeniyle sağlık hizmetlerine ulaşmada sorun yaşadığı belirtilmektedir¹⁵⁸. Buz (2002) sığınmacıların sağlık hizmetlerine ulaşma aşamasında dil farkı (%16.2) sorunundan bahsetmiş¹⁶⁰; Temel (2011) ise kültür farkının sığınmacı ve sağlık çalışanı arasında önemli bir sorun olduğunu belirtmiştir¹⁶¹. Benzer araştırmalarda da ortak problemin sığınmacı ile sağlık personelinin aynı dili konuşmaması olduğu görülmektedir^{162,163,164}.

Sığınmacılar her ne kadar göç ettikleri ülkedeki dile maruz kalma süreleriyle orantılı olarak hedef dili öğrenseler de her dilde aynı düzeyde yeterliliğe sahip olamayabilirler. Bir dilde sadece temel sözlü iletişim kurabilirken; başka dilde yazılı metinleri daha iyi anlayabilirler. Sağlık hizmetlerinde çoğu zaman göç edilen ülkedeki insanlar bile sağlık terimlerine yabancılık, hastane ortamlarının yaratmış olduğu stres vb. nedenlerle iletişimde zorlanabilirken; sığınmacıların bu konuda sorun yaşamaları olağan karşılanabilir.

Çalışmamızda elde edilen verilerden farklı olarak, TTB'nin raporunda (2014) sağlık hizmetlerine erişimde mevzuatın bilinmemesi, daha önceki başvurularda yüksek ödemeler yapılması, güvenlik nedeni ile hastaneye gidememe, sosyal nedenlerle gidememe (eşinin istememesi vb.) engelleri dikkat çekmektedir¹⁵⁸.

Buz (2002) ise çalışmamızdan farklı olarak en sık karşılaşılan sorunun ilaç ve tedavi payına düşen harcamaları yapamama (%20.6) olduğunu; sağlık hizmetlerinden nasıl yararlanacağını bilememe (%19.2) ve karşı cinsten sağlık personeline şikayetlerini anlatamama (%10.7) güçlüklerini de bildirmiştir¹⁶⁰. Literatürdeki araştırma bulgularının bazı sorunlarda çalışmamızın sonuçlarıyla farklılık göstermesi çalışmaların yapıldığı illerin, araştırmanın gerçekleştirildiği yılın ve örneklem grubunun farklı olması ile açıklanabilir.

5.3. Sığınmacı Çocukların Ruhsal Uyum Durumlarına İlişkin Bulguların Tartışılması

Çalışmamıza katılan çocukların %25.8'inin uyum sorunu yaşadığı ve Hacettepe Ruhsal Uyum Ölçeği toplam puan ortalamalarının 8.07 ± 5.90 olduğu tespit edildi (Tablo 4.3.1). Literatürde Hacettepe Ruhsal Uyum Ölçeği kullanılarak çocukların uyum durumlarının belirlendiği bazı çalışmalar^{17,69,89,111,165,166,167} incelendiğinde uyumsuzluk görülme oranlarının en düşük %24.7, en yüksek %47 olduğu görülmüştür. Araştırmamızda sığınmacı çocuklardaki uyumsuzluk oranı %25.8 olarak saptanmıştır. Çalışmamızdaki sığınmacı çocukların dörtte birinden fazlasının uyumsuz olduğu tespit edilmekle beraber; zorunlu göç sürecinin beraberinde getirdiği olumsuz yaşam deneyimleri nedeniyle, uyumsuzluk oranlarının daha yüksek çıkabileceği düşünülmekteydi. Nitekim araştırmamızla benzer özellikler gösteren Polat Uluocak'ın (2009) çalışmasında iç göç yaşamış çocuklarda ruhsal uyumsuzluk sıklığının %37 olduğu görülmektedir¹⁷. Uyum sorununun beklenenden daha düşük oranda bulunması, araştırmamızdaki çocukların ortalama 5 yıldır Türkiye'de yaşamlarına devam etmeleri ve bu süre içinde bulundukları duruma hem sosyal hem de ruhsal açıdan uyum sağlamış olabilecekleri ile açıklanabilir.

Çalışmamızda ruhsal yönden uyumsuzluk gösteren çocukların çoğunda (%52.4) davranış sorunu saptandı (Tablo 4.3.1). Polat Uluocak'ın (2009) çalışmasında da benzer şekilde iç göç yaşamış çocukların anne değerlendirmelerine göre davranış problemlerinin (%52) nevrotik problemlerden (%48) daha sık belirtildiği gözlemlenmiştir¹⁷. Bir diğer araştırmada ise dış göç yaşamış çocukların özellikle okul ortamında daha fazla davranış problemi gösterdikleri; bu durumun öğrenme güçlüğü ve hissedilen ırk ayrımı nedeniyle olabileceği belirtilmiştir¹⁶⁸. Literatürdeki bu bilgi çalışmamızın bulgularını destekler niteliktedir.

Araştırmamıza katılan sığınmacı çocuklarda korku, sıkılganlık, çekingenlik ve güvensizliğin en sık görülen nevrotik sorunlar olduğu saptandı. Bencillik, yalnız oynama, durgun ve içine kapalı olma, neşesizlik ve dikkatsizlik gibi sorunların daha az görüldüğü tespit edildi (Tablo 4.3.2).

Sözen'in (1990) ana babalı ve ana babasız zeka özürlü çocukların ruhsal uyum problemlerini incelediği çalışmada, en fazla görülen nevrotik sorunun sıkılganlık, çekingenlik ve güvensizlik olduğu bildirilmiştir¹⁴⁷. İnce'nin (2013) kurum bakımındaki 6-14 yaş çocukların ruhsal uyum durumlarını incelediği çalışmada ise okula isteksiz gitme; sıkılgan, çekingen ve güvensiz olma ile dikkatsizliğin en sık karşılaşılan nevrotik sorunlardan olduğu belirtilmektedir⁸⁹. Literatürdeki araştırmalarla benzer olarak sıkılganlık, çekingenlik ve güvensizlik çalışmamızda da en sık karşılaşılan sorunlardandır. Çocuklar, tanımadıkları ortamlarda kendini güvende hissetmeyebilir ve güven duygusu oluşana kadar çekingen davranışlar sergilemeye devam edebilir. Sığınmacı çocuklar daha gelişim dönemlerini tamamlamadan zorlu sığınmacı yaşam

koşullarını deneyimlemek zorunda kalmış ve belki daha önce hiç görmedikleri; dilini ve kültürünü bilmedikleri bir ülkeye göç etmek zorunda kalmışlardır. Çalışmamızda literatürdeki araştırmalardan farklı olarak, sıkılganlık, çekingenlik ve güvensizlik duygularının sık gözlemlenmesinin çocukların bilmedikleri bir durumda (göçmenlik) ve ülkede bulunmalarının onlarda korku ve kaygı yaratmasından kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Hareketlilik, yerinde duramama; sinirlilik; yaşlılarıyla geçinememe ve cezadan etkilenmemenin en sık görülen davranış sorunları olduğu tespit edildi. Kıskançlık; inatçılık; yalan söyleme; kendine ait olmayan eşyaları izinsiz alma; kavgacı olma; gereksiz titizlik ve sorumsuzluk gibi sorunların ise daha az görüldüğü belirlendi (Tablo 4.3.2).

Çalışmamızda özellikle yaşlılarla geçinememe sorununun, çocukların dil ve kültür farkı nedeniyle iletişim güçlüğü yaşamasından kaynaklanabileceği düşünülmektedir. Ayrıca iletişim güçlüğünün yarattığı engellenme hissi çocuklarda öfke duygusunun ortaya çıkmasına neden olabilir. Nitekim çalışmamızda sinirlilik de sık gözlemlenen davranış sorunlarından (Tablo 4.3.2).

Çalışmamızda sık gözlemlenen bir diğer davranış sorununun cezadan etkilenmeme ve uslanmama olduğu görülmektedir (Tablo 4.3.2). El. Makzoum (2015) Arap çocukların disiplinde fiziksel şiddetin kullanılma durumunu araştırdığı çalışmada, Arap kökenli ebeveynlerin yüksek oranda (%69.0) çocuklarını disipline etmek için hem fiziksel hem de fiziksel olmayan cezalandırma yöntemlerini beraber kullandıklarını tespit etmiştir¹⁶⁹. Literatür bilgisi doğrultusunda çalışmamızda cezadan etkilenmeme ve uslanmamanın en sık görülen davranış sorunlarından olması her kültürde ceza ve disiplin anlayışının farklılığı ve ebeveynlerin çocukların cezadan etkilenmeme durumunu kendi kültürlerine göre değerlendirmeleri ile ilişkilendirilebilir.

Okul başarısızlığı (%20.9), tırnak yeme (%11.7) ve alt ıslatma (%5.5) sorunlarının sık görüldüğü; parmak emme (%4.3), kekemelik (%3.7), tik (%3.1) ve kaka kaçırma (%1.8) sorunlarının diğer sorunlara kıyasla daha az görüldüğü saptandı (Tablo 4.3.3). Çocuklarda ruhsal uyumun belirlendiği benzer çalışmalarda da okul başarısızlığı en sık görülen sorunlardandır^{17,69,89,148}. Literatür taramasında ülkemizde ruhsal uyumun belirlendiği çalışmaların çoğunun Türk çocuklar ile gerçekleştirildiği görülmüştür. Okul başarısızlığının en sık karşılaşılan sorun olması literatürdeki çalışmalarla benzerlik gösterse de; çocukların okul başarısızlığı nedenlerinin aynı olmadığı düşünülmektedir. Araştırmamıza katılan çocukların dil farkının olması, bu süreçte eğitime ulaşamadıkları bir sürenin bulunması ve kendi ülkelerindeki müfredattan farklı olarak yeni ders içerikleriyle karşılaşmaları nedeniyle okulda başarısızlık yaşadıkları düşünülmektedir.

5.4. Cinsiyetlerine göre Sığınmacı Çocukların Ruhsal Uyum Durumlarının Dağılımı

Sığınmacı çocukların cinsiyetlerine göre ruhsal uyum durumları incelendiğinde, erkeklerin kızlardan daha uyumsuz oldukları tespit edilmiş; fakat kız ve erkek çocuklar arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.5.1). Literatürdeki bazı araştırmaların sonuçları çalışmamızla benzerlik göstermektedir^{14,89,148}. Öy ve ark.'larının (1996) çalışmasında da kız çocukların %43'ünün, erkek çocukların %48'inin uyumsuz oldukları tespit edilmiş; fakat aradaki fark istatistiksel açıdan önemli kabul edilmemiştir¹¹¹. Literatürdeki diğer araştırmalar incelendiğinde çocukların cinsiyetlerine göre uyum sorunu yaşamalarına ilişkin farklı bulgular gözlemlenmiştir. Bazı çalışmalarda kız çocukların erkek çocuklara kıyasla daha fazla davranış problemi yaşadığı^{166,170,171}; bazı çalışmalarda ise erkek çocukların kız çocuklara kıyasla daha uyumsuz olduğu görülmüştür^{69,167,172}. Bu durumun araştırmaların örneklem grubu özelliklerinin farklılık göstermesinden kaynakladığı düşünülmektedir.

5.5. Yaşlarına göre Sığınmacı Çocukların Ruhsal Uyum Durumlarının Dağılımı

Sığınmacı çocukların yaşlarına göre ruhsal uyum durumları değerlendirilmiş, aradaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.5.1). Literatürde 6-14 yaş sığınmacı çocukların kimliklerini kazanma sürecinde olmaları nedeniyle yeni düzene benzer şekilde uyum sağladıkları belirtilmektedir⁵⁶. Çalışmamızla benzer olarak İnce'nin (2013) kurum bakımındaki 6-14 yaş çocukların ruhsal uyum durumunu belirlediği çalışmada, çocuklar 6-10 yaş ve 11-14 yaş olarak gruplanmış ve gruplar arası istatistiksel açıdan önemli fark bulunmamıştır⁸⁹.

5.6. Sürekli Takip/Tedavi Gerektiren Hastalığa Sahip Olma Durumlarına göre Sığınmacı Çocukların Ruhsal Uyum Durumlarının Dağılımı

Çalışmamızda sürekli takip/tedavi gerektiren hastalığa sahip çocukların ortalama ruhsal uyum ölçek puanının (17.0), sürekli tedavi gerektiren hastalığı olmayan çocuklara ait ortalama ruhsal uyum ölçek puanından (7.1) anlamlı derecede ($p<0.01$) yüksek olduğu saptandı (Tablo 4.5.1). Elde edilen veriler doğrultusunda sürekli takip ve tedavi gerektiren hastalığı olan sığınmacı çocukların, hastalığı olmayan çocuklara kıyasla daha uyumsuz oldukları gözlemlenmiştir. Yörükoğlu (1997), kronik hastalıkların çocuk ve ergenlerde; anksiyete, korku, depresyon, içe kapanma, öfke yaşamalarına ve geçici ya da kalıcı olarak uyumlarının bozulmasına neden olabileceğini belirtmektedir¹⁷³.

Literatürde kronik hastalıkların çocukların ruh sağlığını olumsuz yönde etkilediği bazı çalışmalar göze çarpmaktadır. Doğan ve ark.'larının (2008) bir ilköğretim okulunda öğrenim gören çocuklarda ruhsal uyum sorunlarını incelediği çalışmada, fiziksel hastalığı olan çocukların %58.3'ünde uyum sorunu saptanırken, fiziksel hastalığı olmayanların %24.5'inde ruhsal uyum sorunu tespit edildiği ve ruhsal uyum açısından aradaki farkın istatistiksel olarak

anlamli ($p<0.01$) bulunduğu bildirilmektedir⁶⁹. Sein'in (1999) kronik hastalıkların etkisini 5362 çocuğu 36 yıl boyunca izleyerek gerçekleştirdiği çalışmada, kronik hastalığı olan çocuklarda ruhsal uyum sorunlarının daha sık gözlemlendiği tespit edilmiřtir¹⁷⁴. Benzer çalışmalarda da hastalıkların ruh sağlığını olumsuz yönde etkilediği belirtilmektedir^{175,176,177,178}.

Dil, din, ırk, yaş, cinsiyet fark etmeksizin hastalık; tüm insanların dengesini bozan ve çoğu zaman uyum süreci gerektiren evrensel bir olgudur. Hastalıklara uyum sürecine, göç ve gelinen ülkedeki yaşam koşullarına uyumun eklenmesinin çocuklar için süreci daha da zorlaştırabileceği düşünölmektedir. Literatürdeki araştırmalar ile çalışmamızın bulguları benzerlik göstermekte ve çalışmamızda da hastalıkların ruhsal uyumu olumsuz yönde etkilediği görölmektedir.

5.7. Türkiye'de Kalış Sürelerine göre Sığınmacı ocukların Ruhsal Uyum Durumlarının Dağılımı

Sığınmacı ocuklar Türkiye'de ortalama kalış sürelerine göre $5 < \text{yıl}$ ve $5 \geq \text{yıl}$ kalanlar olarak gruplandırıldı ve ruhsal uyum durumları incelendiğinde gruplar arasındaki fark anlamlı bulunmadı (Tablo 4.5.1). Literatürde sığınmacıların geldikleri ülkedeki kalış sürelerinin ruh sağlığına etkileri hakkında iki farklı göröş bulunmaktadır:

Bazı çalışmalarda sığınmacı ocuk ve ergenlerin psikolojik uyumunun geldikleri ülkede zaman içinde geliştiği belirtilirken^{179,180}; Lee ve ark.'ları (2012) sığınmacıların gelinen ülkede geçirdikleri süre zarfında dil yeteneklerinin ve sosyal yaşama uyumlarının arttığını fakat ruh sağlıklarının zaman içinde kötü etkilendiğini ve ilerleyen dönemlerde TSSB, depresyon, bunaltı belirtilerinin ve psikolojik sorunların daha fazla iletildiğini belirtmektedir¹⁸¹. Sığınmacılar geldikleri ülkeyi ilk 1-2 yıl tanımaya çalışmakta ve bulundukları evre 2 yıl sonunda sığınmacılar için daha tanıdık hale gelmektedir¹⁸². Demirbaş ve Bekaroğu (2013) sığınmacıların uyumları için gerekli sürenin 3 yıl olabileceği göröřündedir¹⁸². Çalışmamızdaki sığınmacı çocuklar da benzer şekilde ortalama 1-2 yıl içinde ruhsal ve sosyal uyum süreçlerini tamamlamış ve bu nedenle gruplar arası anlamlı istatistiksel fark saptanmamış olabileceği düşünölmektedir.

5.8. Ebeveynlerinin Hayatta Olma Durumuna göre Sığınmacı ocukların Ruhsal Uyum Durumlarının Dağılımı

Çocukların ebeveynlerinin hayatta olma durumlarına göre ruhsal uyum ölçeği puanlarında gruplar arası anlamlı istatistiksel farklılık tespit edildi ($p<0.01$). Anne ve babası hayatta olan çocuklara ait ortalama ruhsal uyum ölçek puanı, en az bir ebeveyni hayatta olmayan çocuklara ait ortalama ruhsal uyum puanından anlamlı derecede düşük bulundu (Tablo 4.5.2). Literatürde anne babalarından biri ölmöş çocukların terk edilmişlik, suçluluk duygusu ve uyumsuzluk

yaşadıkları; vakaların %13'ünde her şeye ağlama, %35'inde üzgün ve mutsuz görünme, diğerlerinde ise taşkınlık, dışkı kaçırmaya, aşırı yemek yeme davranışları tespit edilmiştir¹⁸³. Eriği'nin (2005) anne baba yoksunluğunun 9-15 yaş grubu çocuklarda etkisini değerlendirdiği çalışmada en düşük benlik saygısına sahip grubun anne babasından her ikisini de kaybetmiş çocuklarda olduğunu tespit etmiştir¹⁸⁴. Anne babanın ölümü her insan için etkileyici ve çok üzücü bir durumdur. Her yaşta anne ve/veya babanın ölümü çocuklar için yerine konulamaz bir kayıptır. Bu durumun özellikle göç sürecinde anne babasının korumasına ve sevgisine her bakımdan ihtiyaç duyan çocuklar için daha da etkileyici olabileceği düşünülmektedir.

5.9. Bazı Değişkenlere göre Sığınmacı Çocukların Diğer Sorunlarının Dağılımı

Sığınmacı çocuklarda ruhsal sorunlar (kekemelik, tik, tırnak yeme, parmak emme, enkoprezis, enüresiz, okul başarısızlığı) açısından cinsiyetler arasında anlamlı farklılaşma saptanmamıştır (Tablo 4.6.1). Çalışmamızdaki bulgularla benzer olarak Ünalın'ın (2000) 7-12 yaş grubu çocuklarda kekemelik, enürezis ve tik bozuklukları görülme sıklığını incelediği çalışmasında enürezis nokturnası olan çocukların %58.7'sinin erkek %41.3'ünün kız olduğu tespit edilmiş ve enürezisin cinsiyete göre dağılımı açısından anlamlı farklılık saptanmamıştır. Aynı çalışmada tik bozukluğu olan çocukların cinsiyetlerine göre dağılım incelendiğinde bu sorunun erkeklerde kızlardan daha fazla görüldüğü fakat gruplar arası farkın anlamlı olmadığı belirtilmiştir¹⁸⁵. Aktepe (2011) Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite tanısı konan çocuk ve ergenlerle yürüttüğü çalışmasında cinsiyetler arasında kekemelik, enürezis nokturna, tik bozukluğu ve enkoprezis görülme oranının istatistiksel açıdan anlamlı farklılık göstermediğini tespit etmiştir¹⁸⁶. Literatürdeki bazı çalışmalarda da benzer sonuçlar görülmektedir^{187,188}.

Araştırmamızda çocukların öğrenim durumu ile parmak emme davranışları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunduğu tespit edildi ($p<0.05$). Anaokuluna giden çocuklarda parmak emme oranı diğer gruplara kıyasla daha yüksek bulundu (Tablo 4.6.2). Literatürde okul öncesi dönemde çocuklarda sıklıkla tırnak yeme ve parmak emme sorunlarıyla karşılaşıldığı belirtilmektedir^{189,194}. Literatür bilgisi doğrultusunda diğer gruplara göre okul öncesi öğrenime devam eden çocuklarda bu davranışın daha sık görülmesi beklenen bir durum olarak değerlendirilebilir.

Çocukların aile yapıları ile okul başarısızlığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulundu ($p<0.05$). Çekirdek ailelerde yaşayan çocuklar arasında görülen okul başarısızlığı oranının (%11.6), geniş aile ve parçalanmış ailelerde yaşayan çocuklar arasında görülen okul başarısızlığı oranlarından (%29.3 - %21.1) anlamlı derecede düşük olduğu tespit edildi (Tablo 4.6.3). Dam (2008) çalışmasında parçalanmış ailede yaşayan çocukların okulda daha başarısız olduğunu bildirmiştir¹⁹⁰. Feyzioğlu ve Kuşçuoğlu (2011) tek ebeveynli olmanın çocukların okul

başarısını olumsuz etkilediğini belirtmiştir¹⁹¹. Esen'in (2010) araştırmasında aile parçalanmasının okul başarısını olumsuz yönde etkilediği görülmüştür¹⁹². Çocukların davranışlarını ve okul başarılarını etkileyen en önemli faktörün aile olduğu belirtilmektedir. Aile içi ilişkiler, aile üyelerinden birinin ölümü, boşanma vb. nedenlerle aile yapısındaki değişiklikler çocuğun okul başarısını etkilemektedir¹⁹⁰. Çalışmamızda parçalanmış ve geniş aile yapılarına sahip çocuklarda okul başarısızlığının daha sık gözlemlendiği görülmüştür. Literatürdeki bilgiler çalışmamızın bulgularını destekler niteliktedir.



6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

Düzce ilinde yaşayan 6-14 yaş sığınmacı çocukların ruhsal uyum durumlarını belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak gerçekleştirilen araştırmada aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir;

- Çalışmamıza katılan 163 sığınmacı çocuğun %55.2'si kız, %44.8'inin erkek oldu tespit edildi.
- Çocukların %10.4'ü eğitim hayatı boyunca dönem kaybı yaşamış; dönem kaybı yaşayanların %60.0'mın göç edilen ülkede yaşanan iç karışıklıklar nedeniyle eğitime ulaşamadıklarını bildirildi.
- Çocukların %9.8'inin sürekli takip/tedavi gerektiren hastalığa sahip olduğu ve hastalığı olanların %62.5'inin sağlık hizmetlerine ulaşmada sorun yaşadığı saptandı.
- Sağlık hizmetlerine ulaşmada karşılaşılan sorunların bazılarının kültürel açıdan farklı hissetme (%20.0), kendini dışlanmış hissetme (%20.0) olduğu belirlendi.
- Çocukların %25.8'inin ruhsal yönden uyumsuz oldukları ve çoğunun (%52.4) davranış sorunu yaşadıkları görüldü.
- Araştırmaya katılan çocuklarda en sık gözlemlenen nevrotik sorunlar; sıkılganlık, çekingenlik, güvensizlik ve çocukluk dönemi korkuları olduğu bildirildi
- Araştırmaya katılan çocuklarda en sık gözlemlenen davranış bozukluklarının; sinirlilik, yaşlılarıyla geçinememe ve cezadan etkilenmeme olduğu saptandı
- Çocukların ebeveynlerinin hayatta olmaması ve sürekli takip/tedavi gerektiren hastalığı olanların diğer gruplara kıyasla daha uyumsuz oldukları tespit edildi.
- Sığınmacı çocuklarda en sık bildirilen sorunun okul başarısızlığı olduğu belirlendi.

Araştırmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda;

- Sığınmacı çocukların uyum süreçlerinde sosyal değişimin belirgin olarak gözlemlendiği, çocukların gelecekle ilgili planlamalar yaptıkları, toplumla bağ kurdukları bir köprü vazifesi gören okullarda; çocuklara ve ailelerine sağlık hizmetlerinin ulaştırılması, danışmanlık hizmeti verilmesi ve okul yönetimi, eğitimciler ve ailelerle koordinasyonun sağlanması amacıyla ülkemizde uygulama alanı kısıtlı olan okul sağlığı hemşireliği uygulamasının yaygınlaştırılması,

- Yoğun göç alan şehirlerde sığınmacı çocuklardaki psikiyatrik hastalıkların erken dönem teşhisi ve etkili tedavisinin yapılması ve uyum süreçlerini kolaylaştıracak uygulamaların planlanması amacıyla kültürlerarası bakım prensiplerini benimsemiş ruh sağlığı uzmanlarından oluşan (Psikiyatrist, Psikolog, Psikiyatri Hemşiresi, Sosyal Hizmet Uzmanı, Okul Psikolojik Danışmanı) bir ekip kurulması,
- Sığınmacıların uyumlarını güçlendirme çalışmalarında, planlama, araştırma ve karar vermede çoğu zaman öncülük eden gençlerin değişim ajanı olarak görev yapabilmeleri için güçlendirme ve geliştirme programlarına dahil edilmeleri,
- Sığınmacılarla çalışırken ruh sağlığı hizmetlerinin, farklı toplum ihtiyaçlarını da göz önünde bulundurarak daha erişilebilir hale gelebilmesi amacıyla toplum ruh sağlığı hemşireleri tarafından ihtiyaçların belirlenmesi, eğitimlerin planlanması ve uygulanması,
- Sığınmacı çocukların ruhsal durumu ile ilgili daha fazla bilgi edinmek amacıyla farklı akademik çalışmalar planlanması ve uygulanması, çıkan sonuçlar doğrultusunda yeni politikalar geliştirilmesi önerilmektedir.



7.KAYNAKLAR

1. Castles S. The forces driving global migration. Journal of Intercultural Studies 2013;34(2):122-140.
2. Çevik C, Karaca Sivrikaya S. Küreselleşme, göç ve birinci basamak bağılık hizmetleri. Aydın Avcı İ. Editör. Göç ve Göçmen Sağlığı. 1. Baskı Ankara: Türkiye Klinikleri. 2018;1-5.
3. T.C. Göç İdaresi Genel Müdürlüğü, Yıllara göre geçici koruma kapsamındaki Suriyeliler. http://www.goc.gov.tr/icerik3/gecici-koruma_363_378_4713 Erişim tarihi: 14.03.2019.
- 4.UNICEF. Genç göçmenler, mülteciler, sığınmacılar <http://www.unicef.org.tr/sayfa.aspx?id=59> Erişim tarihi: 12.04.2019.
5. Türk Kızılayı, Göç ve Mülteci Hizmetleri Müdürlüğü. Göç İstatistik Raporu. Temmuz 2017 https://www.kizilay.org.tr/Upload/Dokuman/Dosya/38492657_2017-yili-goc-istatistik-raporu-ocak-2018.pdf Erişim tarihi: 19.02.2019.
6. Orhan O, Gündoğar S. Suriyeli sığınmacıların Türkiye'ye etkileri, Ortadoğu Stratejik Araştırmalar Merkezi Rapor No:195. ORSAM-TESEV. Ankara 2015.
7. Arabacı Z, Hasgül E, Serpen AS. Türkiye'de kadın göçmenlik ve göçün kadın sağlığı üzerine etkisi. Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi..pp2016;16(36):126-144.
8. UNICEF. Köklerinden Koparılanlar, Mülteci ve göçmen çocukların maruz kaldığı giderek büyüyen kriz. Eylül 2016 <http://www.unicef.org.tr/files/bilgimerkezi/doc/Uprooted-ES-Turkish.pdf> Erişim tarihi: 17.12.2018.
9. Hacıhasanoğlu Aşlar R, Yıldırım A. Göçün sosyal ve ruhsal etkileri ve hemşirelik. Aydın Avcı İ, Editör. Göç ve Göçmen Sağlığı. 1. Baskı. Ankara; Türkiye Klinikleri. 2018;10-20.
10. UNICEF. Uprooted the growing Crisis For Refugee and Migrant Children 2016. https://www.unicef.org/publications/files/Uprooted_growing_crisis_for_refugee_and_migrant_children.pdf. Erişim: 20.03.2018.
11. Tercanlı Metin G, Harma M, Gökçay G, Bahçivan-Saydam R. Düşük sosyo-ekonomik düzeydeki ergenlerde olumsuz yaşam olayları, özdenetim becerisi ve problem davranışlar. Türk Psikoloji Dergisi. 2017; 32(79):1-14.
12. Şahiner İV. Çocukluk çağı travmatik yaşantılarının ve yaşam olaylarının alopesi areata ile ilişkisi. Başkent Üniversitesi. Ankara, 2010 (Uzmanlık Tezi).

13. Köse S, Aslan M, Başgöl S, Şahin S, Yılmaz Ş, Çıtak Ş. Bir eğitim ve araştırma hastanesi çocuk psikiyatrisi polikliniğe yönlendirilen adli olgular. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2011;12:221-225.
14. Polat G. İç göçün çocuk ruh sağlığına etkisi ve sosyal hizmet müdahalesi. *Toplum ve Sosyal Hizmet Dergisi*. 2007;18(1):89-106.
15. Manço A. Belçika’da Türklerin 40 yılı (1960-2000): Sorunlar, gelişmeler, değişimler. *Muğla Üniversitesi SBE Dergisi*. 2000; 1(1):124-133.
16. Aydın D, Şahin N, Akay B. Göç olayının çocuk sağlığı üzerine etkileri. *Behçet Uz Çocuk Hastalıkları Dergisi*. 2017;7(1):8-14.
17. Polat Uluocak G. İç göç yaşamış ve yaşamamış çocukların okulda uyumu. *Dokuz Eylül Üniversitesi Buca Eğitim Fakültesi Dergisi*, 2009;26:36-44.
18. Derr A.S. Mental health service use among immigrants in the United States: A Systematic review. *Psychiatr Serv*. March 2016;67(3):265–274.
19. Kara P, Nazik E. Göçün kadın ve çocuk sağlığına etkisi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 2018;7(2):58-69.
20. Teixeira de Almeida Vieira Monteiro AP, Bastos Fernandes A. Cultural competence in mental health nursing: Validity and internal consistency of the Portuguese version of the multicultural mental health awareness scales-MMHAS. *BMC Psychiatry*. 2016;16.
21. Bengi Arslan L, Verhulst FC, Van Der Ende J, Erol N. Understanding Childhood problem behaviours from a cultural perspective: Comparasion of problem behaviours and competencies in Turkish migrant, Turkish and Dutch children. *Social Psychiatry*, 1997;32(8):4.
22. Heptinstall E, Senth V, Taylor E. PTSD and depression in refugee children: Associations with premigration trauma and post migration stress. *European Child Adolescents Psychiatry*. 2004;13:373-380.
23. Gün Z, Bayraktar F. Türkiye’deki iç göçün ergenlerin uyumundaki rolü. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 2008;19(2):167-176.
24. Sakız H. Göçmen çocuklar ve okul kültürleri: Bir bütünleştirme önerisi. *Göç Dergisi*. 2016;3(1):65-81.
25. Erkan R, Erdoğan M.Y. Göç ve çocuk suçluluğu . *Aile ve Toplum*. 2006;3(9):79-90.
26. Dünya Atlası. Tarihteki büyük göçler. <https://www.dunyaatlasi.com/tarihteki-buyuk-gocler/> Erişim Tarihi: 10.10.2018.
27. Bostan H. Türkiye’de iç göçlerin toplumsal yapıda neden olduğu değişimler, meydana getirdiği sorunlar ve çözüm önerileri. *Coğrafya Dergisi*. 2017;35:1-16.

28. Yılmaz A. Uluslararası göç: Çeşitleri, nedenleri ve etkileri. *International Periodical For The Languages, Literature and History of Turkish or Turkic*. 2014;9(2):1685-1704.
29. Ekici S, Tuncel G. Göç ve İnsan. *Birey ve Toplum Dergisi*. 2015;5(9):9-22.
- 30.T.C. Atatürk Kültür, Dil ve Tarih Yüksek Kurumu Türk Dil Kurumu. Güncel Türkçe Sözlük- Göç.http://tdk.gov.tr/index.php?option=com_gts&arama=gts&guid=TDK.GTS.5be9a31386d1f3.62273847. Erişim Tarihi:12.11.2018.
31. Çiçekli B. (Editor) Uluslararası Göç Örgütü. Göç Terimleri Sözlüğü No:18. Uluslararası Göç Örgütü Yayınları 2009;22.
32. Gürbüz Ş. Kırdan kente zorunlu göçün nedenleri ve sonuçları. 8-11 Aralık Uluslararası Göç Sempozyumu. Sistem Matbaacılık. İstanbul 2006.
- 33.UNHCR. Global Report Turkey 2013. <http://www.madde14.org/images/0/0e/Bmmykgr2013.pdf>.Erişim Tarihi: 25.05.2019
34. T.C. İçişleri Bakanlığı Göç İdaresi Genel Müdürlüğü. Göç. http://www.goc.gov.tr/files/files/goc_tasarim_icler.pdf. Erişim Tarihi:12.08.2018.
35. UNCHR BM Mülteci Örgütü Türkiye. <http://www.unhcr.org/tr/> Erişim Tarihi: 10.01.2019.
- 36.UNCHR BM Mülteci Örgütü Türkiye. Türkiye'deki Mülteciler ve Sığınmacılar. <http://www.unhcr.org/tr/turkiyedeki-multeciler-ve-siginmacilar>. Erişim Tarihi: 08.02.2019.
37. Heyeti N, İnalçık H, W.Lowry H, Kreiser K. Osmanlı araştırmaları. *The Journal of Ottoman Studies*. 1993;13.
38. Özdemir E. Suriyeli mülteciler krizinin Türkiye'ye etkileri. *Uluslararası Kriz ve Siyaset Araştırmaları Dergisi*. 2017;1(3):114-140.
39. Öztürk S, Çoltu S. Suriyeli mültecilerin türkiye ekonomisine etkileri. *Balkan Sosyal Bilimler Dergisi*. 2018;7(13):188-198.
40. Özil H. Kentin yeni misafirleri. *Marmara İletişim Dergisi*. 2016;25:125-129.
41. Tunç A. Mülteci davranışı ve toplumsal etkileri: Türkiye'deki Suriyelilere ilişkin bir değerlendirme. *Tesam Akademi Dergisi*. 2015;2(2):29-63.
42. Sönmez Z. Komşuda kriz: Suriyeli mülteciler. *İnsani ve Sosyal Araştırmalar Merkezi*. İstanbul 2014.
43. Özipek B. Suriyeli sığınmacılar ve Türkiye ekonomisi: Evrensel tecrübe ışığında bir etkiyi konuşmak. *Uluslararası Teknoloji Ekonomi Ve Sosyal Araştırma Vakfı*. İstanbul 2018.
44. Seydi AR. Türkiye'nin Suriyeli sığınmacıların eğitim sorununun çözümüne yönelik izlediği politikalar. *SDÜ Fen Edebiyat Fakültesi Sosyal Bilimler Dergisi*. 2014;(31): 267-305.

45. Sirin SR, Sirin LR. The educational and mental health needs of Syrian refugee children. Migration Policy İnstitute 2015.
46. T.C. Milli Eğitim Bakanlığı. Suriyeli Çocukların Türk Eğitim Sistemine Entegrasyonunun Desteklenmesi Projesi. <https://pictes.meb.gov.tr/izleme> Erişim tarihi:16.04.2019.
47. Harunoğulları M. Suriyeli sığınmacı çocuk işçiler ve sorunları: Kilis örneği. Göç Dergisi. 2016;3(1):29-63.
48. Sevim, Y. Terör nedeniyle Elazığ’a göç eden ailelerin çocuklarının eğitim durumu. Fırat Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi. 2001;11(2):259-268.
49. Peterson SD. Conflict, education and displacement. An Interdisciplinary Journal. 2011;1(1):1-5.
50. He Y, Bettez SC, Levin BB. Imagined community of education: Voices from refugees and immigrants. Urban Education. 2015;1-29.
51. Kağnıcı DY. Suriyeli mülteci çocukların kültürel uyum sürecinde okul psikolojik danışmanlarına düşen rol ve sorumluluklar. İlköğretim Online. 2017;16(4):1768-1776.
52. 52. Türk Tabipler Birliği Yayınları. Savaş, Göç ve Sağlık. ISBN 978-605-9665-01-8. Ankara 2016.
53. Noh S, Kaspar V. Perceived discrimination and depression: moderating effects of coping, acculturation, and ethnic support. American Journal of Public Health. 2003;93:232–238.
54. Refugee Health Technical Assistance Service. Mental Health. <https://refugeehealthta.org/physical-mental-health/mental-health/> Erişim Tarihi:19.12.2018.
55. Sarmiento PB, Saucedo-Moreno MJ, Fernandez-Gutierrez M, Poza-Mendez M. Mental health in immigrants versus native population: A systematic review of the literature. Archives of Psychiatric Nursing. 2017;31(11):111-121.
56. Şahin C. Yurt dışı göçün bireyin psikolojik sağlığı üzerindeki etkisine ilişkin kuramsal bir inceleme. Gazi Eğitim Fakültesi Dergisi. 2001;21(2):57-67.
57. Kirmayer LJ, Narasiah L, Munoz M, Rashid M, Ryder AG, Guzder J, Pottie K. Common mental health problems in immigrants and refugees: General approach in primary care. Canadian Medical Association Journal, 2011;183(12):959–967.
58. Abdi SM. Mental health of migrant children. Oxford Research Encyclopedia of Global Public Health. 2018;1-21.
59. Betancourt TS, Frounfelker R, Mishra T, Hussein A, Falzarano R. Addressing health disparities in the mental health of refugee children and adolescents through community-based participatory research: A study in 2 communities. American Journal of Public. 2015;105(3):475-482.

60. Fazel M, Stein A. Mental health of refugee children: Comperative study. BMJ. 2003;327:134.
61. Diler RS, Avcı A, Seydaoglu G. Emotional and behavioural problems in migrant chidren. Swiss Medical Weekly, 2003;133:16-21.
62. Çeri V, Beşer C, Perdahlı Fiş N, Arman A. İstanbul'daki mülteci çocuklara bakım vermek üzere özelleşmiş bir çocuk psikiyatri ünitesinden bulgular. Klinik Psikiyatri 2018;21:113-121.
63. Betancourt TS, Newnham EA, Layne CM. Trauma History and psychopathology in war-affected refugee children referred for trauma-related mental health services in the United States. J Trauma Stress. 2012;25:682-690.
64. Özer S, Şirin SR. Suriyeli Mülteci Çocuklar-Saha Araştırması Sonuç Raporu. 2013 https://www.academia.edu/35704348/Suriyeli_Mülteci_Çocuklar_Saha_Araştırması_Sonuç_Raporu Erişim tarihi: 22.05.2019.
65. Lee YM, Shin OJ, Lim MH. The Psychological problems of North Korean adolescent refugees living in South Korea. Psychiatr Invest. 2012;9:217-222.
66. Yalın Sapmaz Ş, Uzel Tanrıverdi B, Öztürk M, Gözaçanlar Ö, Yörük Ülker G, Özkan Y. Immigration health disorders in refugees 5-18 years old living in Turkey, Neuropsychiatric Disease and Treatment. 2017;(13):2813-2821.
67. UNCHR The UN Refugee Agency, Culture, Context and the Mental Health and Psychosocial Wellbeing of Syrians 2015. <http://www.unhcr.org/protection/health/55f6b90f9/culture-context-mental-health-psychosocial-wellbeing-syrians-review-mental.html> Erişim tarihi:. 22.10.2018.
68. Ruh Sağlığı Derneği. Ruh sağlığı tanımı. <http://ruhsagligidernegi.org/ruhsagligi/> Erişim Tarihi: 22.10.2018.
69. Doğan S, Kelleci M, Sabancıoğulları S, Aydın D. Bir İlköğretim okulunda öğrenim gören çocuklarda ruhsal uyum sorunları. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni. 2008;7(1):47-52.
70. T.C. Milli Eğitim Bakanlığı. Çocuk Gelişimi ve Eğitimi, Uyumsuz Çocuklar. Ankara 2014.
71. Sertbaş Çimen N. İlköğretim öğrencilerinde davranış problemleri ve yordayan değişkenler. Dokuz Eylül Üniversitesi. İzmir 2006 (Yüksek Lisans Tezi).
72. Tamam L, Demirel Döngel B. Yıkıcı bozukluklar, dürtü kontrol ve davranım bozuklukları. <https://www.researchgate.net/publication/313750822>. Erişim tarihi: 12.05.2019
73. An American Addiction Centers Resource. Behavioral disorder symptoms, causes and effects. <https://www.psychguides.com/guides/behavioral-disorder-symptoms-causes-and-effects/> Erişim Tarihi: 09.12.2018.

74. MentalHealth. Behavioral disorders. <https://www.mentalhealth.gov/what-to-look-for/behavioral-disorders> Erişim Tarihi:09.12.2018.
75. U.S. National Library of Medicine. Child behavior disorders. <https://medlineplus.gov/childbehaviordisorders.html> Erişim Tarihi: 12.12.2018.
76. Arkan B, Üstün B. Davranım bozukluğu olan çocuklara psikiyatrik yaklaşımda anne-baba eğitim programları: iki örnek bağlamında bir değerlendirme. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar. 2009;(1):155-174.
77. Campbell SB. Behavior problems in preschool children: A review of recent research. Journal of Child Psychology and Psychiatry. 1994;(36):113-149.
78. Özbey S. Anaokulu ve anasınıfı davranış ölçeği'nin (PKBS-2) geçerlik güvenirlik çalışması ve destekleyici eğitim programının etkisinin incelenmesi.Eğitim Bilimleri Enstitüsü. Gazi Üniversitesi. Ankara 2009 (Doktora Tezi).
79. Kapısız Ö, Karaca S. Erken çocukluk döneminde görülen davranışsal sorunlar ve psikiyatri hemşiresinin rolü. JAREN. 2018;4(2):112-119.
80. Alisinanoğlu F, Ulutaş İ. Çocuklarda kaygı ve bunu etkileyen etmenler. Milli Eğitim Dergisi. 2000;145:15-19.
81. Ekici FY. Aile özellikleri ile okul öncesi eğitime devam eden çocukların problem davranışları arasındaki ilişkinin incelenmesi. Akademik Sosyal Araştırmalar Dergisi. 2014;2(2/2):70-108.
82. Mcgee R, Partridge F, Williams S, Silva PA. A twelveyearfollow-up of preschoolhyperactivechildren. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 1991;30(2):224-32.
83. Fidan TY. Bir çocuk-ergen ruh sağlığı ve hastalıkları polikliniğine başvuran çocuk ve ergenlerin ruhsal belirtileri ve risk faktörlerinin değerlendirilmesi. Konuralp Tıp Dergisi. 2011;3(1):1-8.
84. Ingram RE, Kendall, PC, Smith TW, Donnel C, Ronan K. Cognitive specificity in emotional disorders. Journal of Personality and Social Psychology. 1987;53:734-742.
85. Gençöz T. Korku; sebepleri, sonuçları ve başatme yolları. Kriz Dergisi. 1998;6(2):9-16.
86. İlhan EL. Eğitilebilir zihinsel engelli çocuklarda beden eğitimi ve spor aktivitelerinin ruhsal uyum düzeylerine etkisi. Eğitim Bilimleri Enstitüsü. Gazi Üniversitesi. Ankara 2007 (Doktora Tezi).
87. Rimm S. Children with fears and fearful children. A Newsletter to Help Parents and Teachers. 2007;17(3).
88. Levitt P. Persistent fear and anxiety can affect young children's learning and development. National Scientific Council On The Developing Child 2010; Working Paper 9:2-13.

89. İnce E. Kayseri ilinde kurum bakımında olan 6-14 yaş grubu korunmaya muhtaç çocukların ruhsal uyum durumları. Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Erciyes Üniversitesi. Kayseri 2013 (Yüksek Lisans Tezi).
90. Kısaç İ. Üniversite öğrencilerinin bazı değişkenlere göre sürekli öfke ve öfke ifade düzeyleri. Sosyal Bilimler Enstitüsü. Hacettepe Üniversitesi. Ankara 1997(Yayınlanmamış Doktora Tezi).
91. Cüceloğlu D. İnsan ve Davranışı-Psikolojinin Temel Kavramları. Remzi Kitabevi. İstanbul 1996.
92. Şahin H. Öfke denetimi eğitiminin çocuklarda gözlenen saldırgan davranışlar üzerindeki etkisi. Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi. 2005;3(26):47-60.
93. Cartıllı K. Öfke ile başa çıkma eğitiminin tek ebeveynli öğrencilerin öfke ve olumlu duygularına etkisi. Sosyal Bilimler Enstitüsü. Mevlana Üniversitesi. Konya 2016 (Yüksek Lisans Tezi).
94. Miller AL, Volling BL, McElwain NL. Sibling jealousy in a triadic context with mothers and fathers. Review of Social Development. 2000;9(4):433-457.
95. C. Ahern E, D. Lyon T, A. Quas J. Young children's emerging ability to make false statements. Dev Psychol. 2011;47(1):61-66.
96. Arky B. Why kids lie and what parents can do about it how to help kids find honest alternatives to bending the truth. <https://childmind.org/article/why-kids-lie/> Erişim Tarihi:18.12.2018.
97. Deater-Deckard K, Beekman C, Wang Z, Kim J, Petrill SA, Thompson LA, DeThorne LS. Approach/positive anticipation, frustration/anger, and overt aggression in childhood. J Pers. 2010;78(3):991-1010.
98. Bergama RAM. Çocuklarda Saldırgan Tutum ve Davranışlar. E-Bülten Sayı: 7. 2015 http://bergamaram.meb.k12.tr/meb_iys_dosyalar/35/04/964487/dosyalar/2015_11/13115704_7.ebltenocuklardasaldırgantutumvedavranilar.pdf Erişim Tarihi: 19.12.2018.
99. Galanaki EP. Children's perceptions of loneliness. Hellenic Journal of Psychology. 2008;5:258-280.
100. Erözkan A. Ergenlerde yalnızlığın yordayıcıları. Elementary Education Online. 2009;8(3):809-819.
101. Kaplan Sayı A. Üstün zekâlı çocuklar ve dikkat eksikliği/hiperaktivite bozukluğu ilişkisi. Mersin Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi. 2018;14(1):54-68.
102. Öner P, Öner Ö, Aysev A. Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu. Türk Tabipler Birliği Dergisi. 2003;12(3):97-99.

103. Anselmi L, Piccinini CA, Barros FC, Lopes RS. Psychosocial determinants of behaviour problems in Brazilian preschool children, *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2004;45(4):779-788.
104. Aysev A, Öner P. Çocuklarda dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu tanısı almış olguların ergenlik dönemindeki psikiyatrik durumlarının incelenmesi. *Kriz Dergisi*. 2002;10(2):41-48
105. Özgürhan G, Sezgin B, Benzer M, Ünver Korğalı E, Samancı N. Enürezis tanısı alan çocuklarda sosyodemografik faktörlerin değerlendirilmesi. *J Kartal TR*. 2013;24(2):93-96.
106. Child and Family Psychological Services, PLLC. Bedwetting/Enuresis. <https://www.cfpsych.org/specialties/bed-wetting-enuresis/> Erişim Tarihi: 02.01.2019.
107. Sahtiyancı M, Aydoğan G, Yılmaz A, Alçalar N, Öztürk E, Kıyak A, Türk B, Aktalay A. Primer enürezis nokturnal hastaların ve annelerinin depresyon ölçekleri ile değerlendirilmesi. *JOPP Dergisi*. 2011;3(3):122-128.
108. Ural Büyükbesnili Z. Enürezis. *Çocuk Cerrahisi Dergisi*. 2016;30(Ek sayı 6):575-582.
109. von Gontard A. Annotation: Day and night wetting in children- a pediatric and child psychiatric perspective. *J Child Psychol Psychiatry*. 1998;39:439.
110. von Gontard A, Plück J, Berner W, et al. Clinical behavioural problems in day and night wetting children. *Pediatr Nephrol*. 1999;13:662.
111. Öy B, Rezaki B, Başoğlu N, Bağcı A, İlgen R. Bir pediatri polikliniğine başvuran ilkököl çocuklarında ruhsal uyum taraması. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*. 1996; 3(1):15-21.
112. Okan İbilioğlu A. Kekemelik. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*. 2011;3(4):704-727.
113. Avcı A, Uğuz Ş, Toros F. Çocuklarda kekemelik: Karşılaştırmalı bir izleme çalışması. *Klinik Psikiyatri*. 2002;5:16-21.
114. Tural Hesapçioğlu S. Çocuk ve ergenlerde tik bozuklukları: klinik ve etiyolojik bir bakış. *Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*. 2012;25:358-367.
115. Yavuzer H. *Çocuk Psikolojisi*. Remzi Kitabevi 11. Basım. İstanbul 1994;261.
116. A. Ellingson S, G. Miltenberger R, M. Stricker J, A. Garlinghouse Matthew, Roberts J, L. Galensky T. analysis and treatment of finger sucking . *Journal of Applied Behavior Analysis*. 2000;33:41-52.
117. Aydoğmuş K. *Çocuklarda Uyum ve Davranış Bozuklukları, Ana-Baba Okulu*, Remzi Kitabevi. İstanbul 2001.
118. Sachan A, Chaturvedi TP. Onychophagia (Nail biting), anxiety, and malocclusion. *Indian Journal of Dental Research*. 2012;23(5):680-682.

119. Herdiyati Y, Marhani ND. A description of nail biting habit in elementary school children. OnLine Journal of Biological Sciences. 2017;17(2):66-69.
120. Ghanizadeh A, Sheekohi H. Prevalance of nail biting and its association with mental health in a community sample of children. BMC Research Notes. 2011;4:116.
121. Başarısızlık. http://safranaotml.meb.k12.tr/meb_iys_dosyalar/78/05/967379/dosyalar/2016_06/22093212_baarısızlıknedenervealelerenerler.pdf Erişim Tarihi: 03.01.2019.
122. Tatlıoğlu K. Okul başarısızlığını değerlendirme: Sorgun örneği. I. Uluslararası Bozok Sempozyumu. Yozgat Bozok 2016;6-23.
123. Özden Y. Sınıf Yönetimi (4. Baskı). Pegem A Yayıncılık. Ankara 2004.
124. Kuzu A, Çevik Durmaz Y. Bireysel ve toplumsal açıdan ruh sağlığını etkileyen çevresel faktörler. Ünsal Barlas G, Editör. Toplum Ruh Sağlığı Hemşireliği 1. Baskı Ankara: Türkiye Klinikleri; 2018:15-19.
125. Giacco D, Priebe S. WHO Europe policy brief on migration and health: Mental health care for refugees. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2016.
126. Bilgin H, Özaslan Z. Toplum ruh sağlığı hemşireliğinin tarihi ve gelişimi. Ünsal Barlas G, editör. Toplum Ruh Sağlığı Hemşireliği. 1. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri. 2018;1-7.
127. Bekar M. Kültürlerarası (Transkültürel) hemşirelik. Toplum ve Hekim. 2001;16(2):136-141.
128. Tortumluoğlu G. Transkültürel hemşirelik ve kültürel bakım modeli örnekleri. C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2004;8(2):47-57.
129. Hotun Şahin N, Onat Bayram G, Avcı D. Kültürlere duyarlı yaklaşım: Transkültürel hemşirelik. Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi 2009;6(1):2-7.
130. Bhugra D, Gupta S, Bhui K, Craig T, Dogra N, Ingleby JD, Kirkbride J, Moussaoui D, Nazroo J, Qureshi A, Stompe T, Tribe R. WPA guidance on mental health and mental health care in migrants. World Psychiatry 2011;10:2-10.
131. Solgun C, Durat G. Göç ve ruh sağlığı. J Hum Rhythm. 2017;3(3):137-144.
132. Toksöz G. Uluslararası emek göçü. 1. Baskı. İstanbul Bilgi Üniversitesi Yayınları. 2006;207-208.
133. Oflaz F. Toplumsal olaylarda krizi önlemede toplum ruh sağlığı hemşiresinin rolü. Ünsal Barlas G, editör. Toplum Ruh Sağlığı Hemşireliği. 1. Baskı. Ankara. Türkiye Klinikleri. 2018;68-76.
134. Pektaş İ, Bilge A, Ersoy MA. Toplum ruh sağlığı hizmetlerinde epidemiyolojik çalışmalar ve toplum ruh sağlığı hemşireliğinin rolü. Anadolu Psikiyatri Dergisi. 2006;7(1):43-48.

135. Kopala M, Esquivel G, Baptiste L. Counseling approaches for immigrant children:facilitating the acculturative process. *The School Counselor*, 1994;41:352-359.
136. Rousseau, C. ve Guzder, J. School-based prevention programs for refugee children. *Child Adolesce Psychiatric Clinics of North America*. 2008;17:533–549.
137. Erdoğan MM. Türkiye’deki Suriyeliler: Toplumsal kabul ve uyum. Hacettepe Üniversitesi Göç ve Siyaset Araştırmaları Merkezi Yayınları. Ankara 2015.
138. Ulutaşdemir N, Balsak H, Öztürk Çopur E, Demiroğlu N. Halk sağlığı hemşireliğinin bir dalı: Okul sağlığı hemşireliği. *Türkiye Klinikleri J Public Health Nurs-Special Topics* 2016;2(1)121-124.
139. Sağlık Bakanlığı. Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik (19 Nisan 2011). <http://www.turkhemsirelerdernegi.org.tr/files/tr/yasa-ve-yonetmelikler/yonetmelikler/19-nisan-2011-hemsirelik-yonetmeliginde-degisiklik/hemsirelik%20%20201>. Erişim Tarihi:23.04.2019.
140. Johnson L.S. The diversity imperative: Building a culturally responsive school ethos, *Intercultural Education*, 2003;14(1):17-30.
141. Pottt K, Greenaway C, Feightner J, Welch V, Swinkels H, Rashid M, Narasiah L, Kirmayer LJ, Ueffing E, MacDonald NE, Hassan G, McNally M, Khan K, Buhrmann R, Dunn S, Dominic A, McCarthy AE, Gagnon AJ, Rousseau C, Tugwell P. Evidence-based clinical guidelines for immigrants and refugees. *CMAJ*. 2011;183(12): 824-925.
142. Pumeriaga AJ, Rothe E, Pumeriaga JB. Mental health of immigrants and refugees. *Community Mental Health J*. 2005;41(5):581-597.
143. Kumcağız H. Göçmen bireylerin psikolojik gereksinimleri. Aydın Avcı İ, Editör. Göç ve Göçmen Sağlığı. 1. Baskı. Ankara. Türkiye Klinikleri. 2018;26-31.
144. Lipsedge M. Commentary. *Advances in Psychiatric Treatment*. 2001;7:222-223.
145. Yılmaz M, Türkleş S. Çocuk ve ergen ruh sağlığı ve psikiyatri hemşireliği uygulamaları kapsamında türkiye’de yapılmış çalışmaların hemşirelik müdahalelerine etkisi: Sistematik bir derleme. *Türkiye Klinikleri J Psychiatr Nurs-Special Topics*. 2015;1(2):107-114.
146. Özdemir A, Budak F. Göçün çocuk ruh sağlığı üzerine etkileri. *KADEM Kadın Araştırmaları Dergisi*. Aralık 2017;3(2):212-223.
147. Sözen A. 15-16 yaş düzeyinde ana-babalı ve ana-babasız zeka özürlü çocukların ruhsal uyum problemlerinin incelenmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Hacettepe Üniversitesi. Ankara 1990 (Yüksek Lisans Tezi).

148. Coşkun A. Çocuklarda davranış değerlendirme ölçeği ve Hacettepe Ruhsal Uyum ölçeğinin Malatya il merkezindeki ilkokullarda uygulanması. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi. Ankara 1994 (Çocuk Psikiyatrisi Uzmanlık Tezi).
149. Sunal Ş. Okul öncesi dönemi işitme engelli çocukların ruhsal düzeylerinin incelenmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Ege Üniversitesi. İzmir 2002 (Yüksek Lisans Tezi).
150. Sakız H. Göçmen çocuklar ve okul kültürleri: Bir bütünleştirme önerisi. Göç Dergisi. 2016;3(1):65-81.
151. Şeker BD, Arslan Z. Eğitim sürecinde mülteci çocuklar: Sosyal psikolojik bir değerlendirme. Kuramsal Eğitimbilim Dergisi. 2015;8(1):86-105.
152. T.C. Başbakanlık Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığı. Suriye'den Türkiye'ye Nüfus Hareketleri Kardeş Topraklarındaki Misafirlik. Ankara 2014. <https://www.afad.gov.tr/upload/Node/3931/xfiles/webformatisuriyedenturkiyeyenufushareketleri.pdf>. Erişim Tarihi:09.05.2019.
153. UNICEF. Türkiye'deki Suriyeli Çocuklar 2016. http://unicef.org.tr/files/bilgimerkezi/doc/Turkiyedeki%20Suriyeli%20Çocuklar_Bilgi%20Notu%20Nisan%202016_1.pdf. Erişim Tarihi: 28.04.2019.
154. The UN Refugee Agency (UNHCR). Left Behind Refugee Education in Crisis. <https://www.unhcr.org/59b696f44.pdf>. Erişim Tarihi: 25.05.2019.
155. Madra A, Arık BM, Aydagül B, Aksoy D, Kayalı N. Eğitim Reformu Girişimi-Eğitim Gözlemevi. Bir arada yaşamı ve geleceği kapsayıcı eğitimle inşa etmek 2018. <http://www.egitimreformugirisimi.org/wp-content/uploads/2017/03/SuriyeVeEgitimRaporTR.02.01.19.web->. Erişim Tarihi: 28.04.2019.
156. Watkins K, A.Zyck S. Living on hope, hoping for education: the failed response to the Syrian refugee crisis. Overseas Development Institute Report September 2014.
157. Gözübüyük AA, Duras E, Dağ H, Arıca V. Olağanüstü durumlarda çocuk sağlığı. Journal of Clinical and Experimental Investigations. 2015;3:324-330.
158. Türk Tabipleri Birliği Yayınları. Suriyeli Sığınmacılar ve Sağlık Hizmetleri Raporu 2014. <http://www.ttb.org.tr/kutuphane/siginmacirpr.pdf> Erişim Tarihi: 04.06.2019.
159. Grammatikopoulou MG, Theodoridis X, Poulimeneas D, Maraki MI, Gkiouras K, Tiroidimos I, Dardavessis T, Chourdakis M. Malnutrition surveillance among refugee children living in reception centres in Greece: A pilotstudy. Int. Health 2018.
160. Buz S. Türkiye'deki Sığınmacıların üçüncü bir ülkeye göç için bekleme sürecinde karşılaştıkları sorunlar. Sosyal Bilimler Enstitüsü. Hacettepe Üniversitesi. Ankara 2002 (Yüksek Lisans Tezi).

161. Temel AB. Çok kültürlülük ve kültürlerarası iletişimin sağlık hizmetlerine sunumuna etkisi. Onlar bizim hemşehrimiz: Uluslararası göç ve hizmetlerin kültürlerarası açılımı. Esen E, Yazıcı Z. (editorial). Siyasal Kitapevi. Ankara 2011;43-47.
162. Teodorescu DS, Heir T, Hauff E, Wentzel-Larsen T, Lien L. Mental health problems and post-migration stress among multi-traumatized refugees attending outpatient clinics upon resettlement to Norway. *Scand J Psychol.* 2012;53:316-322.
163. Heidi B, Miller AB, Baldwin H, Abdi S. New directions in refugee youth mental health services: Overcoming barriers to engagement. *Journal of Child & Adolescent Trauma.* 2011;4(1):69-85.
164. Ehntholt KA, Yule W. Practitioner review: assessment and treatment of refugee children and adolescents who have experienced war-related trauma. *J Child Psychol Psychiatry.* 2006;47(12):1197-1210.
165. Baysal B, Erkmen H, Seber G, Tekin D, Dinçer S. Eskişehir il merkezinde üç ilkokulda ruhsal uyum taraması. *Anadolu Tıp Dergisi.* 1992;14(2):45-54.
166. Erol N, Kılıç C, Ulusoy M, Keçeci M, Şimşek Z. Türkiye Ruh Sağlığı Profili Raporu. Eksen Tanıtım Ltd. Şti. Ankara 1998.
167. Gökler B, Öktem F. Bir gecekondulu ilkokulu öğrencileri ruhsal uyum taraması. *Toplum ve Hekim.* 1985;36:24-27.
168. Aronowitz M. The social and emotional adjustment of immigrant children: a review of literature. *International Migration Review.* 1984;18(2):237-257.
169. El-Makzoum H. Understanding physical punishment as a method of disciplining children in Libya: The perspectives of parents, children and professionals. A Thesis Submitted in Partial Fulfilment for The Degree of Doctor of Philosophy (PhD). The University of Sheffield 2015.
170. Karadağ Ö. Ankara’da bulunan yetiştirme yurtlarında yaşayan adölesanlarda sosyodemografik özelliklerin ve fiziksel aktivite düzeyinin ruhsal belirtiler ve yaşam kalitesi açısından değerlendirilmesi. Sağlık Bilimleri Üniversitesi. Hacettepe Üniversitesi Ankara 2008 (Yüksek Lisans Tezi).
171. Zahn-Waxler C, Shirtcliff EA, Marceau K. Disorders of childhood and adolescence: gender and psychopathology. *Annual Review of Clinical Psychology.* 2008;4:275-303.
172. Conrad BS. Maternal depressive symptoms and homeless children’s mental health: Risk and resiliency. *Archives of Psychiatric Nursing.* 1998;12(1):50-58.
173. Yörükoğlu A. Değişen Toplumda Aile ve Çocuk. Özgür Yayınları. Ankara 1997.
174. Sein EP. Chronic illness: The child and the family. *Current Pediatrics.* 1999;9:177-181.

175. Stawski M, Auerbach JG, Barasch M, Lerner Y, Zimin R. Behavioural problems of children with chronic physical illness and their siblings. *European Child & Adolescent Psychiatry*. 1997;6:20-25.
176. Thome-Souza S, Kuczynski E, Assumpção F Jr, Rzezak P, Fuentes D, Fiore L, Valente KD. Which factors may play a pivotal role on determining the type of psychiatric disorder in children and adolescents with epilepsy. *Epilepsy Behav*. 2004;5:988-994.
177. Gültekin G, Baran G. Hastalık ve Çocuk. *Aile ve Toplum Dergisi*. 2005;2(9).
178. Durualp E, Kara FN, Yılmaz V, Alabeyoğlu K. Kronik hastalığı olan ve olmayan çocukların ve ebeveynlerinin görüşlerine göre yaşam kalitelerinin karşılaştırılması. *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası*. 2010;63(2):55-63.
179. Mirsky J. Preparing adolescents for immigration: A group intervention. *Children & Youth Services Review*. 2004;26(4):413-426.
180. Fichter MM, Xepapadakis F, Quadflieg N, Georgopoulou E, Fthenakis WE. A comparative study of psychopathology in Greek adolescents in Germany and in Greece in 1980 and 1998, 18 years apart. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*. 2004;25.
181. Lee YM, Shin OJ, Lim MH. The psychological problems of North Korean adolescent refugees living in South Korea. *Psychiatr Invest*. 2012;9:217-222.
182. Demirbaş H, Bekaroğlu E. Evden uzakta olmak: Sığınmacıların/mültecilerin psikolojik sorunları ve alınacak önlemler. *Kriz Dergisi*. 2013;21(1-2-3):11-24 .
183. Yavuzer H. Ana-Baba-Çocuk. *Remzi Kitabevi* 7. Basım. İstanbul 1994;54-55.
184. Erikçi M. Ana baba yoksunluğunun 9-15 yaş grubu çocukların benlik kavramı üzerindeki etkilerinin çeşitli değişkenler açısından incelenmesi. *Sosyal Bilimler Enstitüsü. Selçuk Üniversitesi. Konya* 2005 (Yüksek Lisans Tezi).
185. Ünal D, Çetinkaya F, Baştürk M. Kayseri ili kentsel kesimde 7-12 yaş grubu çocuklarda kekemelik prevalansı. *Türkiye Klinikleri J Pediatr*. 2002;11(1):15-19.
186. Aktepe E. Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu tanısı konan çocuk ve ergenlerde eş tanılar ve sosyodemografik özellikler. *Yeni Symposium Journal*. 2011;49(4):201-208.
187. Takashi I, Takahashi O, Kawamura Y, Ohta T. Comorbidity in attention deficit hyperactivity disorder. *Psychiatry Clin Neurosci*. 2003;57(5):457-63.
188. Wilens TE, Biederman J, Brown S, Tanguay S, Monuteaux MC, Blake C. Psychiatric comorbidity and functioning in clinically referred preschool children and school-age youths with ADHD. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2002;41(3):262-268.
189. Özbey S. Okul öncesi çocuklarda uyum ve davranış problemleriyle başa çıkmada ailenin rolü. *Aile ve Toplum*. 2010;6(22):9-18.

190. Dam H. Öğrencinin okul başarısında aile faktörü. 2008;7(14):75-99.
191. Feyzioğlu S, Kuşcuoğlu C. Tek ebeveynli aileler. Aile ve Toplum. 2011;7(26):97-110.
192. Esen H. Akyurt ilköğretim okulunda okuyan parçalanmış ve tam ailelerden gelen öğrencilerin aile içi durumları ve okul başarı durumlarına ilişkin görüşleri. Eğitim Bilimleri Enstitüsü. Gazi Üniversitesi. Ankara 2010. (Yüksek Lisans Tezi).



8. EKLER

EK 1: KİŞİSEL BİLGİ FORMU

1. Çocuğunuzun cinsiyeti? 1- Kız 2-Erkek
2. Çocuğunuzun yaşı?
3. Çocuğunuz dahil evde yaşayan kişi sayısı?
4. Çocuğunuzun kendisi dahil kaç kardeşi var?
5. Çocuk, kimle beraber yaşıyor?
 - 1- Anne-baba ve varsa kardeşler ile birlikte (Çekirdek aile)
 - 2- Anne ve/veya baba, kardeşler ve akrabalar ile birlikte (Geniş aile)
 - 3- Anne ve/veya babadan en az birinin olmadığı aile (Parçalanmış aile)
6. Çocuğunuzun eğitim durumu?
() Okula gitmiyor () Anasınıfı () 1. Sınıf () 2. Sınıf () 3. Sınıf
() 4. Sınıf () 5. Sınıf () 6. Sınıf () 7. Sınıf () 8. Sınıf
7. Çocuğunuzun eğitim hayatı boyunca sene kaybı oldu mu?
1- Evet 2- Hayır
8. Çocuğunuzun okulda sene kaybı varsa sebebi nedir? (Birden fazla cevap verebilirsiniz.)
 - 1- Devamsızlık
 - 2- Derslerde başarısızlık
 - 3- Çocuğun kronik rahatsızlığı
 - 4- Ailevi/bireysel sorunlar (Aileden birinin hastalığı, ölüm vb.)
 - 5- Savaş süreci
 - 6- Göç edilen ülkede yaşanan iç karışıklıklar
 - 7- Göç sürecinde geçen zamanda eğitime ulaşamama
 - 8- Diğer (Belirtiniz)
9. Çocuğunuzun sürekli tedavi/takip gerektiren bir hastalığı var mı? (Cevabınız YOK ise 13. Soruya geçiniz)
1- Var 2- Yok

10. Çocuğunuzun sürekli tedavi/takip gerektiren bir hastalığı var ise aşağıdakilerden hangisidir?

- 1- Tip-1 Diyabet
- 2- Kalp Hastalıkları
- 3- Epilepsi
- 4- Astım
- 5- Beslenme Bozuklukları
- 6- Diğer....

11. Çocuğunuzun sürekli tedavi/takip gerektiren bir hastalığı var ise sağlık hizmetlerine ulaşmada sıkıntı yaşıyor musunuz?(Cevabınız HAYIR ise 13. Soruya geçiniz)

- 1- Evet
- 2- Hayır

12. Çocuğunuzun sürekli tedavi/takip gerektiren bir hastalığı varsa ve sağlık hizmetlerine ulaşmada sıkıntı yaşıyorsanız bu sıkıntılar nelerdir?

- 1- Sağlık güvencem olmadığı için hizmet alamıyorum
- 2- Hastane personeli ile dil farkı olduğu için kendimi ifade etmekte zorlanıyorum
- 3- Sağlık hizmetlerinin kültürel açıdan farklı olduğunu düşündüğüm için gitmek istemiyorum
- 4- Sağlık personeli tarafından kendimi dışlanmış hissediyorum
- 5- Randevu almada, hastaneye ulaşmada zorluk çekiyorum
- 6- Diğer (Belirtiniz)

13. Türkiye'ye geldiğiniz andan itibaren kendiniz ya da çocuğunuz için herhangi bir psikiyatrik yardım içiren profesyonel hizmet aldınız mı?(Cevabınız HAYIR ise 17. Soruya geçiniz)

- 1- Evet
- 2- Hayır

14. Türkiye'ye geldiğiniz andan itibaren kendiniz ya da çocuğunuz için herhangi bir psikiyatrik yardım içiren profesyonel hizmet aldınız ise kimden?

- 1- Psikiyatristten
- 2- Psikologdan
- 3- Okulda rehberlik ve danışmanlık hizmeti veren öğretmenden
- 4- Diğer (Belirtiniz)

15. Türkiye'ye geldiğiniz andan itibaren kendiniz ya da çocuğunuz için herhangi bir psikiyatrik yardım içiren profesyonel hizmet aldınız ise aldığınız hizmetten memnun musunuz?

- 1- Evet
- 2- Hayır
- 3- Bilmiyorum

16. Türkiye'ye geldiğiniz andan itibaren kendiniz ya da çocuğunuz için herhangi bir psikiyatrik yardım içiren profesyonel hizmet aldınız ve aldığınız hizmetten memnun değil iseniz bunun sebebi nedir?

- 1- Profesyonel yardımı veren kişi kaynaklı sorun yaşadım
- 2- Profesyonel yardım alırken kültür-dil farklılığı yüzünden kendimi ifade etmede zorlandım
- 3- Profesyonel hizmete ulaşma sürecinde zorlandım (Randevu alma, kişilere ulaşma)
- 4- Verilen profesyonel hizmeti yetersiz buldum
- 5- Diğer (Belirtiniz) ...

17. Çocuğun anne-babası yaşıyor mu?

- 1- Anne yaşamıyor
- 2- Baba yaşamıyor
- 3- İkisi de yaşamıyor
- 4- İkisi de yaşıyor

18. Çocuğun annesinin eğitim durumu? (Anne yaşamıyor ise bu soruyu geçiniz)

- 1- İlkokul
- 2- Ortaokul
- 3- Lise
- 4- Lisans
- 5- Okuma-yazma bilmiyor

19. Çocuğun babasının eğitim durumu? (Baba yaşamıyor ise bu soruyu geçiniz)

- 1- İlkokul
- 2- Ortaokul
- 3- Lise
- 4- Lisans
- 5- Okuma-yazma bilmiyor

20. Maddi durumunuzu nasıl tanımlarsınız?

- 1- Gelir giderden az
- 2- Gelir gidere eşit
- 3- Gelir giderden fazla

21. Türkiye'ye hangi ülkeden geldiniz?

- 1- Suriye 2- Irak 3- Afganistan 4- Diğer.....

22. Türkiye'de toplam kalış süreniz?.....

23. Çocuğunuz herhangi bir aktiviteye ve/veya kursa devamı sırasında çevresine, kendisine ve okul durumuna yönelik genel uyumu nasıldır?

- 1- Çok uyumlu
2- Uyumlu
3- Orta derece uyumlu
4- Uyumsuz
5- Çok uyumsuz

24. Çocuğunuzun uyum sorunu olduğunu düşünüyorsanız sizce bunun sebebi nedir?

(21. Soruya cevabınız uyumsuz ya da çok uyumsuz ise bu soruyu cevaplayınız)

- 1- Göç sırasında olumsuz yaşam olaylarına şahit olma
2- Aile üyelerinin herhangi birinin kaybı
3- Geline ülkeye alışmada güçlük
4- Geline ülkede yaşayan bireyler tarafından dışlanma hissedilmesi
5- Dile uyumda güçlük çekilmesi
6- Diğer (Belirtiniz)

25. Çocuğunuzun uyum sorunu olduğunu düşünüyorsanız bu durumun düzeltilebilmesi için sizce hangi uygulamalar yapılabilir?

.....

EK 2: HACETTEPE RUHSAL UYUM ÖLÇEĞİ

	YOK	BİRAZ	ÇOK
1. Sıkılgan, çekingen, güvensizdir			
2. Hareketlidir, yerinde duramaz			
3. Korkaktır, ürkektir			
4. Sinirlidir, çabuk kızar			
5. Bencildir, paylaşmaz			
6. Kıskançtır			
7. Her şeye ağlar			
8. İnatçıdır, söz dinlemez			
9. Kendi başına bir şey yapamaz, yardım bekler			
10. Yalan söyler			
11. Gece korkar, yalnız yatamaz			
12. Kendine ait olmayan şeyleri izinsiz alır			
13. Kaygılı ve kuruntuludur			
14. Yaşlılarıyla geçinemez			
15. Arkadaşsızdır, yalnız oynar			
16. Cezadan etkilenmez, uslanmaz			
17. Okula isteksiz gider			
18. Kavgacı ve saldırgandır			
19. Durgun ve içine kapanıktır			
20. Kırıcı ve zararcıdır			
21. Neşesiz ve mutsuzdur			
22. Sorumsuzdur, kendi işini yapamaz			
23. Dikkatsizdir			
24. Gereksiz titizliği vardır			
	VAR		YOK
25. Kekemelik			
26. Tik			
27. Tırnak Yeme			
28. Parmak Emme			
29. Kaka kaçırma			
30. Yatağa işeme			
31. Okul başarısızlığı			
32. Diğer sorunlar			

Kaygı veren sorun.....

En olumlu özelliği.....

EK-3: NORMALLİK TESTİ

DEĞİŞKENLER (n=163)		Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
		istatistik	sd.	p	istatistik	sd.	p
Cinsiyet	Kız	0.112	90	0.007	0.939	90	0.000
	Erkek	0.143	73	0.001	0.931	73	0.001
Yaş Grubu	6-10	0.137	89	0.000	0.917	89	0.000
	11-14	0.111	74	0.025	0.941	74	0.002
Çocuğun Aile Yapısı	Çekirdek aile	0.106	69	0.053	0.938	69	0.002
	Geniş aile	0.138	75	0.001	0.937	75	0.001
	Parçalanmış aile	0.164	19	0.192	0.920	19	0.113
Gelir Durumu	Gelir giderden az	0.129	96	0.000	0.945	96	0.001
	Gelir gider eşit	0.108	52	0.192	0.912	52	0.001
	Gelir giderden fazla	0.179	15	0.200*	0.862	15	0.026
Ebeveynlerin hayatta olma durumu	Anne yaşamıyor	0.189	6	0.200*	0.932	6	0.600
	Baba yaşamıyor	0.107	12	0.200*	0.962	12	0.812
	İkisi de yaşamıyor	0.260	2	0.0			
	İkisi de yaşıyor	0.115	143	0.000	0.944	143	0.000
Sürekli tedavi/takip gerektiren hastalık durumu	Var	0.195	16	0.104	0.908	16	0.109
	Yok	0.113	147	0.000	0.929	147	0.000
Türkiye'de kalış süresi	5 ≥	0.130	101	0.000	0.925	101	0.000
	5 <	0.135	62	0.006	0.937	62	0.003
Dönem Kaybı	Olan	0.202	17	0.063	0.847	17	0.010
	Olmayan	0.117	146	0.000	0.942	146	0.000

EK-4: KURUM İZNİ

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

Sayı : 62103649-604.02.02- **45229**
Konu : Araştırma İzni (Melike PEHLİVAN)

04/10/2018

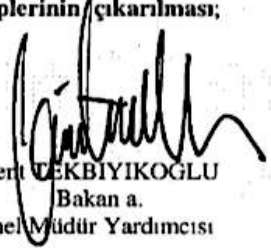
DAĞITIM YERLERİNE

İlgi : Melike PEHLİVAN'ın 26/09/2018 tarihli dilekçesi.

İlgide kayıtlı dilekçe ile Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Ana Bilim Dalı yüksek lisans öğrencisi Melike PEHLİVAN tarafından "**Düzce İlinde Yaşayan 6-14 Yaş Sığınmacı Çocukların Ruhsal Uyum**" adlı tez çalışması kapsamında, çocukların ruhsal uyumunu değerlendirmek amacıyla, Düzce ilinde bulunan sığınmacı çocukların velileriyle yapılacak olan saha çalışması için izin talep edilmektedir.

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

Bilgi ve gereğini rica ederim.


Bülent TEKBIYIKOĞLU
Bakan a.
Genel Müdür Yardımcısı

Dağıtım:
Gereği:
Sayın Melike PEHLİVAN
(Düzce Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Hemşirelik Ana Bilim Dalı
Merkez/DÜZCE)

Bilgi:
DÜZCE VALİLİĞİNE
(İl Göç İdaresi Müdürlüğü)

EK-5: ETİK KURUL İZNİ

DÜZCE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ GİRİŞİMSSEL OLMAYAN SAĞLIK ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Düzce İlinde Yaşayan 6-14 Yaş Sığınmacı Çocukların Ruhsal Uyumu	
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU		
ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	Düzce Üniversitesi Girişimsel Olmayan Sağlık Araştırmaları Etik Kurulu
	AÇIK ADRESİ:	Düzce Üniversitesi Tıp Fak. Morfoloji Binası 4. Kat Konuralp-Düzce
	TELEFON	0380 542 14 16
	FAKS	0380 542 13 02
	E-POSTA	duzceetik@duzce.edu.tr

BAŞVURU BİLGİLERİ	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Doç.Dr.Fatma EKER			
	YARDIMCI ARAŞTIRMACILAR UNVANI/ADI/SOYADI	Hemşire Melike PEHLİVAN			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Hemşirelik Bölümü			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi			
	VARSA İDARİ SORUMLU UNVANI/ADI/SOYADI				
	DESTEKLEYİCİ				
	PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ UNVANI/ADI/SOYADI (TÜBİTAK vb. gibi kaynaklardan destek alanlar için)				
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ				
	ARAŞTIRMANIN FAZİ VE TÜRÜ	FAZ 1	☐		
		FAZ 2	☐		
		FAZ 3	☐		
		FAZ 4	☐		
		Gözlemsel ilaç çalışması	☐		
		Tıbbi cihaz klinik araştırması	☐		
		İn vitro tıbbi tanı cihazları ile yapılan performans değerlendirme çalışmaları	☐		
İlaç dışı klinik araştırma		☐			
Diğer ise belirtiniz ****					
	TEK MERKEZ ☐	ÇOK MERKEZLİ ☐	ULUSAL ☐	ULUSLARARASI ☐	

DEĞERLEN DİRİLEN BELGİLER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili		
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ			Türkçe ☐	İngilizce ☐	Diğer ☐
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe ☐	İngilizce ☐	Diğer ☐

Etik Kurul Başkanının
Unvanı/Adı/Soyadı: Doç.Dr.Gülbin SEZEN
İmza:



Not: Etik kurul başkanı, imzasının yer almadığı her sayfaya imza atmalıdır.

EK-5: ETİK KURUL İZNİ

DÜZCE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ GİRİŞİMSSEL OLMAYAN SAĞLIK ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI		Düzce İlinde Yaşayan 6-14 Yaş Sığınmacı Çocukların Ruhsal Uyumu					
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU							
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	OLGU RAPOR FORMU						Türkçe ☐ İngilizce ☐ Diğer ☐
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ						Türkçe ☐ İngilizce ☐ Diğer ☐
	Belge Adı						Açıklama
	SIGORTA	☐					
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	☐					
	BIYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	☐					
	ILAN	☐					
	YILLIK BİLDİRİM	☐					
KARAR BİLGİLERİ	SONUÇ RAPORU	☐					
	GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	☐					
	DİĞER:	☐					
	Karar No:2018/72	Tarih: 30.04.2018					
Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın/çalışmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup araştırmanın/çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan etik kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir.							
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU							
ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI		İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu					
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:		Doç.Dr.Gülbin SEZEN					
Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet	Araştırma ile ilişkisi	Katılım *	İmza	
Prof. Dr. Hüseyin YÜCE	Tıbbi Genetik	Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐		
Prof.Dr.Atilla Senih MAYDA	Halk Sağlığı	Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐		
Doç.Dr.Ege GÜLEÇ BALBAY	Göğüs Hastalıkları	Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☐ H ☒		
Doç.Dr.Muhammet Ali KAYIKÇI	Üroloji	Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐		
Dr.Öğr.Üyesi Birgül ÖNEÇ	İç Hastalıkları	Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐		
Dr.Öğr.Üyesi Nuri Cenk COŞKUN	Farmakoloji	Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐		
Dr.Öğr.Üyesi Filiz SÜZER ÖZKAN	Hemşirelik Bölümü	Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐		
Dr.Öğr.Üyesi Önder KILIÇASLAN	Çocuk Sağlığı	Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐		
Uzm.Dr.Abdullah BELADA	KBB	Düzce Devlet Hastanesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐		
Mustafa Salih EROL	Biyomedikal Uzmanı	Düzce Üniversitesi Sağlık Uyg.ve Araş.Merkezi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐		
Kenan VAROL	Sivil Üye	Varoller Demir Çelik Ürünleri San.ve Tic.Ltd.Şti.	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐		
Metin POLAT	Avukat	Düzce Üniversitesi Hukuk Müşavirliği	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐		

*:Toplantıda Bulunma

Etik Kurul Başkanının
Unvanı/Adı/Soyadı: Doç.Dr.Gülbin SEZEN
İmza:

Not: Etik kurul başkanı, imzasının yer almadığı her sayfaya imza atmalıdır.

ÖZGEÇMİŞ

1993 yılında Eskişehir’de doğdu. İlkokul ve liseyi Eskişehir’de tamamladıktan sonra 2011 yılında Dumlupınar Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik bölümünü kazandı. 2015 yılında mezun oldu ve aynı yıl Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi’nde hemşire olarak göreve başladı. 2016 yılında Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Psikiyatri Hemşireliği Yüksek Lisans Programında öğrenim görmeye hak kazandı. 2018 yılında Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gediz Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu’nda Öğretim Görevlisi olarak işe başladı ve halen burada çalışmaya devam etmektedir.

Tel:0 (274) 413 01 15

E-posta: melike.pehlivan@ksbu.edu.tr

Pehlivanmelikee2@gmail.com

