



YAKIN DOĞU ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
KLİNİK PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI

MÜLTECİ VE SİĞİNMACILARLA ÇALIŞAN PROFESYONELLERDE
PSİKOLOJİK BELİRTİLERİ YORDAMADA PSİKOLOJİK SAĞLAMLIK
VE ALGILANAN SOSYAL DESTEĞİN İNCELENMESİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Emre IŞIK

Lefkoşa

Haziran, 2023

Emre IŞIK

MÜLTECİ VE SİĞİNMACILARLA ÇALIŞAN
PROFESYONELLERDE PSİKOLOJİK BELİRTİLERİ
YORDAMADA PSİKOLOJİK SAĞLAMLIK VE ALGILANAN
SOSYAL DESTEĞİN İNCELENMESİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

2023

YAKIN DOĞU ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
KLİNİK PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI

MÜLTECİ VE SİĞİNMACILARLA ÇALIŞAN PROFESYONELLERDE
PSİKOLOJİK BELİRTİLERİ YORDAMADA PSİKOLOJİK SAĞLAMLIK
VE ALGILANAN SOSYAL DESTEĞİN İNCELENMESİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

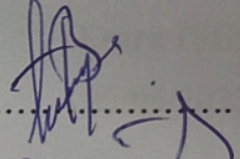
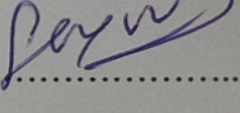
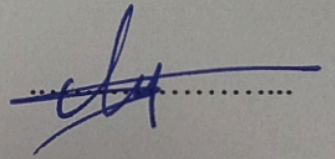
Emre IŞIK

Tez Danışmanı
Dr. Ayşe BURAN

Lefkoşa
Haziran, 2023

Onay

Emre Işık tarafından hazırlanan “Mülteci ve Sığınmacılarla Çalışan Profesyonellerde Psikolojik Belirtileri Yordamada Psikolojik Sağlık ve Algılanan Sosyal Desteğin İncelenmesi” başlıklı tez, kapsam ve nitelik açısından kalite standartlarına uygunluğu ile ilgili Klinik Psikoloji Anabilim Dalında Yüksek Lisans Tezi olarak 05/06/2023 tarihinde kabul edilmiştir.

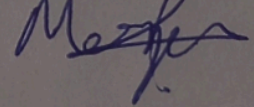
Jüri Üyeleri	Adı – Soyadı	İmza
Jüri Başkanı:	Dr. Fahriye BALKIR	
Jüri Üyesi:	Yrd. Doç. Dr. Şengül BAŞARI	
Danışman:	Dr. Ayşe BURAN	

Anabilim Dalı Başkanı Onayı

20.6/2023

Doç. Dr. Meryem KARAAZİZ

Anabilim Dalı Başkanı



Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Onayı

...../...../ 2023

Prof. Dr. Kemal Hüsnü Can Başer

Enstitü Müdürü



Etik İlkelere Uygunluk Beyanı

Bu tezin içinde sunduğum verileri, bilgileri ve belgeleri akademik ve etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi; tüm bilgi, belge, değerlendirme ve sonuçları bilimsel etik ve ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu; çalışmada bana ait olmayan tüm veri, düşünce, sonuç ve bilgilere bilimsel etik kurallar gereği olarak eksiksiz şekilde uygun atıf yaptığımı ve kaynak göstererek belirttiğimi beyan ederim.

Emre IŞIK

05/06/2023

Teşekkür

Bu çalışmanın hazırlandığı süreç içerisinde bütün aşamalarda bilgisini cömertçe paylaştığı ve sunduğu yardımlar için tez danışmanım Dr. Ayşe BURAN'a çok teşekkür ederim.

Hayatım boyunca en kıymetli şansım olarak bildiğim ve bu çalışmanın ortaya çıkma sürecinde de sevgileri, cesaretlendirmeleri ve sağladıkları her türlü destek ile her an yanımda hissettiğim değerli ailem; annem Zeynep MERCAN'a, ablam Muhteşem TÜRKÖZ'e ve sevgili ablama eş, bana ağabey olan Yaşar TÜRKÖZ'e sonsuz teşekkürlerimi sunuyorum.

Varlığıyla bana her daim destek olduğunu hissettiğim, hayatımda çok değerli bir yeri ve bu çalışmanın ortaya çıkmasında önemli katkıları olan Ebru AZAK'a çok teşekkür ediyorum.

Emre IŞIK

Özet

Mülteci ve Sığınmacılarla Çalışan Profesyonellerde Psikolojik Belirtileri Yordamada Psikolojik Sağlık ve Algılanan Sosyal Desteğin İncelenmesi

Işık, Emre

Yüksek Lisans, Klinik Psikoloji Anabilim Bilim Dalı

05-2023, 104 sayfa

Dünya çapında yaşanan savaşlar, doğal afetler ve iklim krizi gibi olaylar sonucunda dünyanın dört bir yanında çok sayıda mülteci ve sığınmacı bulunmaktadır. Bu doğrultuda bu araştırmanın amacı; mülteci ve sığınmacılarla çalışan profesyonellerde psikolojik belirtileri yordamada psikolojik sağlık ve algılanan sosyal desteğin incelenmesidir. Bu çalışmada, ilişkisel araştırma modeli kullanılmıştır. Araştırma örneklemi; amaçsal örnekleme yöntemi kullanılarak ulaşılan ve çalışmanın yürütüldüğü tarihlerde mülteci ve sığınmacılarla çalışan, en az lisans mezunu 191 profesyonelden oluşmaktadır. Araştırmada veri toplamak için Sosyodemografik Bilgi Formu, Kısa Semptom Envanteri, Kısa Psikolojik Sağlık Ölçeği ve Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek ölçeği kullanılmıştır. Araştırma bulgularında; psikolojik belirtiler ve psikolojik sağlık arasında negatif yönlü bir anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür. Psikolojik belirtiler ve algılanan sosyal destek arasında da benzer şekilde negatif yönlü anlamlı bir ilişki bulgulanmıştır. Algılanan sosyal destek ve psikolojik sağlık arasında ise pozitif yönlü anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Psikolojik sağlamlığın, psikolojik belirtilerin alt boyutları olan anksiyete, depresyon, olumsuz benlik, somatizasyon ve hostiliteyi negatif yönde yordadığı görülmüştür. Bu sonuçlardan yola çıkarak, psikolojik belirtilerin profesyoneller üzerindeki etkilerini azaltmak ve stresli çalışma ortamlarında daha dayanıklı ve çözüm odaklı olmalarına katkı sağlamak için psikolojik sağlamlıkları ile sosyal destek algılarını arttırmaya yönelik, göç alanında çalışan sivil toplum ve devlet kurumlarında klinisyenlerce psiko-eğitim merkezli çalışmalar yapılması önerilmektedir.

Anahtar kelimeler: psikolojik belirtiler, psikolojik sağlık, algılanan sosyal destek

Abstract

Investigation of Resilience and Perceived Social Support in Predicting Psychological Symptoms in Professionals Working with Refugees and Asylum Seekers

Işık, Emre

MSc, Department of Clinical Psychology

05-2023, 104 pages

As a result of events such as world-wide wars, natural disasters and climate crisis, there are many refugees and asylum seekers all over the world. In this direction, the aim of this research is; The aim of this study is to examine resilience and perceived social support in predicting psychological symptoms in professionals working with refugees and asylum seekers. In this study, relational research model was used. Research sample; It consists of 191 professionals who were at least undergraduate graduates, who were reached using the purposive sampling method and who worked with refugees and asylum seekers at the time of the study. Sociodemographic Information Form, Brief Symptom Inventory, Brief Psychological Resilience Scale and Multidimensional Perceived Social Support scale were used to collect data in the study. In the research findings; It has been observed that there is a negative significant relationship between psychological symptoms and psychological resilience. Similarly, a significant negative correlation was found between psychological symptoms and perceived social support. A positive relationship was found between perceived social support and psychological resilience. It was observed that psychological resilience negatively predicted anxiety, depression, negative self, somatization and hostility, which are sub-dimensions of psychological symptoms. It is recommended to carry out psycho-education-centered studies by clinicians in civil society and government institutions working in the field of migration to reduce the effects of psychological symptoms on professionals and to increase their psychological resilience and social support perceptions in order to contribute to them being more resilient and solution-oriented in stressful work environments.

Keywords: psychological symptoms, resilience, perceived social support

İçindekiler

Onay	I
Etik İlkeler Uyumluk Beyanı	II
Teşekkür	III
Özet	IV
Abstract	V
İçindekiler	VI
Tablolar Listesi.....	IX
Kısaltmalar	XI

BÖLÜM I

Giriş.....	1
Problem Durumu	2
Araştırmanın Amacı	4
Alt Amaçlar.....	4
Araştırmanın Önemi	4
Sınırlılıklar.....	5
Tanımlar	6

BÖLÜM II

Kavramsal Çerçeve ve İlgili Araştırmalar.....	8
Göçün Temel Kavramları	8
Göç.....	8
Göçmen.....	8
Geçici Koruma Statüsü	8
Mülteci ve Sığınmacı	9
Dünyada Mülteci ve Sığınmacılar	10
Türkiye'de Mülteci ve Sığınmacılar	11
Göç Alanında Profesyonellik Kavramı	12
Göç Alanında Çalışan Profesyoneller	13
Göç Alanında Çalışmanın Profesyoneller Üzerindeki Etkileri	14
Psikolojik Belirtiler	15
Kaygı (Anksiyete).....	15
Depresyon	16

Olumsuz Benlik	17
Somatizasyon	17
Düşmanlık (Hostilite)	18
Psikolojik Sağlamlık.....	18
Psikolojik Sağlamlık ve Risk Faktörleri	19
Bireysel Risk Faktörleri.	20
Ailesel Risk Faktörleri.	20
Çevresel Risk Faktörleri.....	20
Psikolojik Sağlamlık ve Koruyucu Faktörler	21
Bireysel Koruyucu Faktörler.....	21
Ailesel Koruyucu Faktörler.....	22
Çevresel Koruyucu Faktörler.....	22
Sosyal Destek ve Algılanan Sosyal Destek	22
Sosyal Destek Boyutları.....	23
Sosyal Destek Kaynakları.....	23
İlgili Araştırmalar	24

BÖLÜM III

Yöntem.....	27
Araştırma Modeli	27
Evren ve Örneklem.....	27
Veri Toplama Araçları.....	29
Sosyodemografik Bilgi Formu.....	29
Kısa Semptom Envanteri (KSE).....	29
Kısa Psikolojik Sağlamlık Ölçeği (KPSÖ).....	30
Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ).....	30
Veri Toplama Süreci	31
Veri Analizi	31
Çalışma Planı ve Süreci.....	33

BÖLÜM IV

Bulgular.....	34
---------------	----

BÖLÜM V

Tartışma.....	53
---------------	----

BÖLÜM VI

Sonuç ve Öneriler.....	61
Sonuç	61
Öneriler.....	63
Araştırmacılara Yönelik Öneriler	63
Göç Alanında Faaliyet Gösteren Kurumlara Yönelik Öneriler	63
Klinisyenlere Yönelik Öneriler.....	64
Kaynakça.....	65
EKLER.....	80
Ek 1. Aydınlatılmış Onam Formu	80
Ek 2. Katılımcı Bilgilendirme Formu.....	81
Ek 3. Sosyodemografik Bilgi Formu.....	82
Ek 4. Kısa Semptom Envanteri	83
Ek 5. Kısa Psikolojik Sağlamlık Ölçeği	84
Ek 6. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği.....	85
Ek 7. Kısa Semptom Envanteri Kullanım İzni	86
Ek 8. Kısa Psikolojik Sağlamlık Ölçeği Kullanım İzni.....	87
Ek 9. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Kullanım İzni	88
Ek 10. Etik Kurul Onayı.....	89
Ek 11. İntihal Raporu	90
Ek 12. Öz Geçmiş.....	91

Tablolar Listesi

	Sayfa
Tablo 1. Katılımcıların Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı.....	28
Tablo 2. Katılımcıların Kısa Semptom Envanteri, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ve Kısa Psikolojik Sağlık Ölçeği Puanlarının Normallik Testleri	32
Tablo 3. Katılımcıların Kısa Semptom Envanteri, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek ve Kısa Psikolojik Sağlık Ölçeği Puanları.....	34
Tablo 4. Katılımcıların Cinsiyetlerine Göre Kısa Semptom Envanteri, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ve Kısa Psikolojik Sağlık Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması.....	35
Tablo 5. Katılımcıların Medeni Durumlarına Göre Kısa Semptom Envanteri, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ve Kısa Psikolojik Sağlık Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması.....	36
Tablo 6. Katılımcıların Eğitim Düzeylerine Göre Kısa Semptom Envanteri, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ve Kısa Psikolojik Sağlık Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması.....	38
Tablo 7. Katılımcıların Görev Ortamlarına Göre Kısa Semptom Envanteri, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ve Kısa Psikolojik Sağlık Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması.....	39
Tablo 8. Katılımcıların Yaş Gruplarına Göre Kısa Semptom Envanteri, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ve Kısa Psikolojik Sağlık Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması.....	41
Tablo 9. Katılımcıların Mülteci ve Sığınmacılarla Çalışma Deneyimi Sürelerine Göre Kısa Semptom Envanteri, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ve Kısa Psikolojik Sağlık Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması.....	43
Tablo 10. Katılımcıların Meslek Gruplarına Göre Kısa Semptom Envanteri, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ve Kısa Psikolojik Sağlık Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması.....	45
Tablo 11. Katılımcıların Kısa Semptom Envanteri, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ve Kısa Psikolojik Sağlık Ölçeği Puanlarına Ait Pearson Korelasyon Katsayıları.....	47
Tablo 12. Katılımcıların Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ve Kısa Psikolojik Sağlık Ölçeği Puanlarının Kısa Semptom Envanteri Anksiyete Alt	

Boyutu Puanlarını Yordama Durumu.....	48
Tablo 13. Katılımcıların Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ve Kısa Psikolojik Sağlık Ölçeği Puanlarının Kısa Semptom Envanteri Depresyon Alt Boyutu Puanlarını Yordama Durumu.....	49
Tablo 14. Katılımcıların Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ve Kısa Psikolojik Sağlık Ölçeği Puanlarının Kısa Semptom Envanteri Olumsuz Benlik Alt Boyutu Puanlarını Yordama Durumu.....	50
Tablo 15. Katılımcıların Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ve Kısa Psikolojik Sağlık Ölçeği Puanlarının Kısa Semptom Envanteri Somatizasyon Alt Boyutu Puanlarını Yordama Durumu.....	51
Tablo 16. Katılımcıların Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ve Kısa Psikolojik Sağlık Ölçeği Puanlarının Kısa Semptom Envanteri Hostilite Alt Boyutu Puanlarını Yordama Durumu.....	52

Kısaltmalar

ASD:	Algılanan Sosyal Destek
ASDÖ:	Algılanan Sosyal Destek Ölçeği
ÇBASDÖ:	Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği
GİB:	Göç İdaresi Başkanlığı
IOM:	Uluslararası Göç Örgütü
KPSÖ:	Kısa Psikolojik Sağlık Ölçeği
KSE:	Kısa Semptom Envanteri
MSYD:	Mülteci ve Sığınmacılarla Yardımlaşma Dayanışma ve Destekleme Derneği
SGDD:	Sığınmacılar ve Göçmenlerle Dayanışma Derneği
SPSS:	Sosyal Bilimler İçin İstatistik Programı
UNHCR:	Birleşmiş Milletler Mülteciler Yüksek Komiserliği
YDÜ:	Yakın Doğu Üniversitesi

BÖLÜM I

Giriş

Psikolojik olarak zorlayıcı deneyimlere ve travmatik olaylara maruz kalan bireylere yönelik hizmet veren profesyoneller de, bu olumsuz deneyimlerden etkilenebilmektedir. Bu durumun doğal bir sonucu olarak, zamanla bu kişiler de çeşitli psikolojik belirtiler gösterebilmektedir (Figley, 1995). Mülteci ve sığınmacılar da yüksek oranda, psikolojik belirtilere, zorlayıcı deneyimlere ve travmatik öykülere sahip gruplardandır (Fazel, 2005).

Bahsedilen psikolojik belirtiler, çok çeşitlidir. Genellikle, psikolojik rahatsızlıkların teşhisinde kullanılmak için en yaygın görülen özelliklerin belirlenerek sınıflandırılmasıyla oluşturulurlar. En yaygın bilinenleri ise; anksiyete ve depresyon belirtileridir. Psikolojik belirtilerin varlığı ve şiddeti ise, pek çok bireysel faktöre göre değişkenlik göstermektedir (Tuğlacı, 2002).

Bu faktörlerden birisi olan psikolojik sağlamlık; bireylerin, psikolojik açıdan yıpratıcı durumların getirdiği olumsuz etkilerden kurtulmaları ve tekrardan eski hallerine dönebilmelerini sağlayan bir özellik olarak tanımlanmaktadır. Çeşitli faktörler psikolojik sağlamlığın güçlendirilmesini veya zayıflatılmasını tetikleyebilir. Yani psikolojik sağlamlık, kimse için sabit ve değişmez bir özellik değildir (Ramirez, 2007). Psikolojik sağlamlığı etkileyen bu özellikler, risk faktörleri ve koruyucu faktörler olarak bilinir. Risk faktörlerinin varlığı, sağlamlığın gelişimini olumsuz etkiler. Koruyucu faktörlerin varlığı ise, sağlamlığın gelişimini olumlu etkileyerek bireyi güçlendirir (Terzi, 2008).

Psikolojik belirtilerle ilişkisi olduğu düşünülen bir diğer faktör ise, bireylerin algıladığı sosyal destek düzeyidir. Sosyal destek, bireylerin yakın çevrelerinden gördüğü çeşitli olumlu ve destekleyici tutumların bütününe verilen isimdir. Algılanan sosyal destek ise, kişinin aldığı sosyal desteği nasıl algıladığı ve onu kendi öznel değerlendirmesine göre yeterli görüp/görmediğine ilişkindir. Algılanan sosyal destek; kişiler arası farklılıklar, düşünce biçiminde kültürel ve öğrenilmiş örüntüler gibi çeşitli durumlardan etkilenmektedir (Sorias, 1988). Algılanan sosyal desteğin psikolojik belirtilere karşı koruyucu bir unsur olduğu ve psikolojik iyilik durumunu desteklemede önemli bir rol oynadığı düşünülmektedir (Kawachi & Berman, 2001).

Problem Durumu

Göç hareketlerinde görülen büyük artış bu yüzyılın "göçler çağı" olarak tanımlanmasıyla sonuçlanmıştır. Sonu gelmeyen göçlerin insanlık tarihinde giderek kalıcı bir yer edinmesiyle birlikte, siyasal, ekolojik ve demografik sebeplerle çok sayıda insan önümüzdeki yıllarda göçmen ve mülteci olma ihtimaliyle karşı karşıya kalacaktır (Castles & Miller, 1993/2008). Baskı, çatışma ortamı, şiddet, insan hakları ihlali ve insanların güvenliğini tehdit edebilecek çeşitli felaketler sebebiyle yapılan göçler son yüzyılda düzenli bir artış göstermiştir. Günümüzde, çeşitli sebeplerden dolayı yaşadığı yeri terk ederek başka bir yerde yaşayan insan sayısı 103 milyondur. Bu grubun 32.5 milyonunu mülteciler oluştururken, 4.9 milyonunu sığınmacılar oluşturmaktadır. Göçe dair verilen bu istatistikler yalnızca uluslararası resmi kayıtlara alınabilen kişilerden elde edilmiştir. Kayıt altına alınamayan ve düzensiz göçmen olarak bilinen kişilerin sayısı da düşünülürse ciddi bir popülasyondan bahsedilmektedir (UNHCR, 2022).

Artan göçler sonucunda ortaya çıkan çok sayıda mülteci ve sığınmacının varlığı, bazı uluslararası hukuki ve insani girişim ihtiyaçlarını doğurmuştur. Bu noktada, devletlerin bu gruplara yönelik politikaları oldukça değişkendir. Bu politikaların temel başlıkları; hukuki durum, sosyal uyum ve insani yardım uygulamalarıdır. Bu alanları kapsayan göç politikalarının sonucunda devletler tarafından göç eden kişilere bazı koruyucu yasal statüler tanımlanmakta ve çeşitli kategorilerde insani yardım sağlanmaktadır (Beine vd., 2016). Dünya çapında, mülteci ve sığınmacıların sayısındaki olağanüstü düzenli artış sebebiyle devletlerin yanı sıra çok sayıda sivil toplum kuruluşu da bu gruplara yönelik insani yardım faaliyeti yürütmektedir. Bu kuruluşların toplam sayısı net olarak bilinmese de, 2023 Ocak ayı itibarıyla mülteci ve sığınmacılara yönelik dünya çapında veya bölgesel faaliyet yürüten 829 sivil toplum kuruluşu Birleşmiş Milletler tarafından tanınmaktadır (UNHCR, 2023). Bu kuruluşların eş zamanlı olarak farklı ülkelerde buldukları ve buldukları ülkeler içerisinde birden fazla şubeleri olduğu düşünüldüğünde, bu alanda çalışan çok sayıda profesyonelin varlığından da söz edilebilir.

Göç alanında çalışan ve duyulan ihtiyaç doğrultusunda sayıları giderek artan profesyonellerin, göçün sebep olduğu olumsuz psikolojik deneyimlere mülteci ve sığınmacılarla birlikte maruz kaldıkları bilinmektedir. Bu psikolojik etkiler daha önce literatürde; merhamet yorgunluğu, dolaylı travmatizasyon, tükenmişlik,

huzursuzluk gibi çeşitli kavramsallaştırma çalışmalarıyla yer edinmiştir (Guhan & Kalifani, 2011).

Bu alanda öncü sayılabilecek çalışmaları olan Figley (1995), travma yaşamış kişilere destek olmaya çalışmanın ya da örseleyici olaylar hakkında bilgi sahibi olmanın sonucunda bu kişilerin kısa süre içerisinde çeşitli olumsuz psikolojik belirtiler ortaya çıkarabileceklerini öngörmüştür. Bu teoriyi destekleyen ve yakın tarihte yapılan bir çalışmada, Kim (2017) travma mağduru Kuzey Koreli mültecilerle çalışan profesyonellerin, travmaya ilişkin semptomlar başta olmak üzere tükenmişlik ve depresif belirtiler gibi çeşitli olumsuz psikolojik etkenleri önemli bir düzeyde yaşadıklarını bulgulamıştır.

Literatürde görüldüğü üzere, mülteci ve sığınmacılarla çalışan profesyonellerin çeşitli olumsuz psikolojik belirtileri deneyimleme ihtimalleri göz ardı edilemeyecek düzeydedir. Bu belirtilere karşı koruyucu veya hafifletici olduğu düşünülen bazı kavramlar da doğal olarak önem kazanmaktadır. Bu araştırmada, psikolojik sağlamlık ve algılanan sosyal destek kavramları bu çerçevede ele alınacaktır.

Yaygın kabul gören tanımlamalardan birisine göre psikolojik sağlamlık, yapısal olarak bireyin kişisel özellikleri ile çevresindeki faktörlerin etkileşimine dayanır. İşlevsel olarak ise yıpratıcı ve stresli yaşam deneyimlerinin etkilerini azaltmaya yarayan bir görevi vardır (Fraser vd., 1999). Mülteci ve sığınmacılarla çalışan profesyonellerin bu tarz yıpratıcı ve stresli yaşam öykülerine sıklıkla maruz kaldıkları düşünülür. Bu sebeple göç alanında çalışan profesyoneller açısından koruyucu bir faktör olarak psikolojik sağlamlık kavramı önem kazanmaktadır.

Stresli ve yıpratıcı yaşam deneyimlerine karşı koruyucu olduğu düşünülen faktörlerden bir diğeri algılanan sosyal destektir. Sosyal destek, bireyin yakın çevresinden aldığı destektir. Birey bu destek aracılığıyla içsel psikolojik süreçlerini daha iyi yönetebilir ve olumsuz durumlar karşısında daha güçlü hissedebilir (Gülaçtı, 2010). Bu sosyal desteğin birey tarafından hissedilmesi yani algılanması ve kişinin sosyal destek kaynaklarına sahip olduğuna inanması ise algılanan sosyal destek olarak bilinir (Lakey & Cohen, 2000). Adams ve Riggs (2008) travma mağdurlarıyla çalışan kişilerin travma anıları ve hikayeleriyle sıklıkla karşılaşmalarından dolayı, travmanın yıkıcı etkilerinin giderek artan bir düzeyde onları da kapsamaya başladığını belirtmiştir. Bu kişiler yakın çevrelerinden ve sağlık kuruluşlarından psikolojik ve sosyal destek arama ihtiyacı hissedebilmektedir. Bu noktada, göç

alanında çalışan profesyonellerin psikolojik olarak zorlayıcı iş deneyimlerinin üzerinde hafifletici bir etkisi olduğu düşünülebileceğinden algılanan sosyal destek kavramı önem kazanmaktadır.

Bu bilgiler ışığında, mülteci ve sığınmacılarla çalışan profesyonellerin psikolojik belirti, psikolojik sağlık ve algılanan sosyal destek düzeyleri arasında kuramsal bir ilişkinin varlığından bahsedilebilir. Bu ilişkinin güncel veriler ve literatür eşliğinde tartışılmasına duyulan ihtiyacın varlığı bir problem olarak görülmüştür. Bu sebeple, bu ilişkiyi daha iyi anlayabilmek ve bilimsel veriler aracılığıyla tartışabilmek için ilgili değişkenlerin birlikte incelendiği bir araştırma modeli oluşturulması hedeflenmiştir.

Araştırmanın Amacı

Bu çalışmada, mülteci ve sığınmacılarla çalışan profesyonellerin psikolojik sağlık ve algılanan sosyal desteğinin psikolojik belirti düzeylerini ne ölçüde yordayabileceğini ortaya koymak ve bu değişkenlerin cinsiyet, yaş, meslek grupları, görev ortamı ve deneyim sürelerine göre farklılaşp farklılaşmadığını incelemek amaçlanmıştır. Bu amaçlar doğrultusunda alt amaçlar alt başlığında yer alan araştırma sorularına çalışma boyunca elde edilen veriler aracılığıyla cevap aranacaktır.

Alt Amaçlar

1. Katılımcıların psikolojik belirti, algılanan sosyal destek ve psikolojik sağlık düzeyleri sosyodemografik değişkenlere göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde farklılaşmakta mıdır?
2. Katılımcıların psikolojik belirti, psikolojik sağlık ve algılanan sosyal destek düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki var mıdır?
3. Katılımcıların psikolojik sağlık ve algılanan sosyal desteği psikolojik belirti düzeylerini istatistiksel olarak anlamlı şekilde yordamakta mıdır?

Araştırmanın Önemi

Son yıllarda uluslararası boyutta yaşanan büyük göçlerin doğal bir sonucu olarak psikoloji literatüründe göç merkezli yapılan araştırmaların sayıca artış gösterdiği görülmektedir (Jacobsen, 2006). Ancak bu çalışmalar genellikle mülteciler, sığınmacılar ve göçmenler gibi göç eden kişilere odaklanmıştır. Göç

alanında çalışan profesyonellerin de göç eden hassas gruplarla etkileşimlerinden kaynaklı olarak çeşitli olumsuz psikolojik etkilere maruz kaldığı bilinmektedir. Bu alanda çalışan profesyonellerin yaşadığı bu olumsuz etkilere yönelik mevcut durumun tespiti için psikoloji temelli bazı çalışmalara ihtiyaç duyulduğu görülmektedir (Burchill, 2011; Carswell vd., 2011).

Bu sebeple, göç eden gruplar gibi onlarla çalışan profesyonelleri merkeze alarak yapılacak olan güncel araştırmalar da önem taşımaktadır. Bu araştırma aracılığıyla ortaya koyulan bulguların ve bu bulgular aracılığıyla oluşturulan önerilerin, göç alanında çalışan profesyonellere çeşitli faydalar sağlayacağı düşünülmektedir. Bunlardan birisi, alanda çalışan uzmanlara, klinisyenlerce verilmesi muhtemel çeşitli psiko-eğitim seminerlerinin planlanma süreçlerinin ve içeriklerinin bu bulgularla desteklenmesidir. Bunun sebebi, profesyonellerin eğitim düzeyi ve göç alanında çalışma deneyimi gibi faktörlere göre farklı psikolojik belirti, psikolojik sağlamlık ve algılanan sosyal destek düzeylerine sahip olmalarıdır. Diğerlerine göre daha yüksek psikolojik belirti veya daha düşük psikolojik sağlamlık ve algılanan sosyal desteğe sahip grupların belirlenmesi bu noktada önemlidir. Araştırmanın alana katkı sağlayacağı düşünülen bir diğer önemi ise, uzmanlara yönelik olarak sağlanabilecek daha kapsamlı ve ulaşılabilir psikoterapi hizmeti ihtiyacını kuramsal düzeyde ve bulgular aracılığıyla vurgulamaktır. Bu çalışma sayesinde, bu alanda çalışan uzmanların psikoterapi ve psiko-eğitim süreçlerinin planlanmasında da, kuramsal bazı katkılar sağlaması beklenmektedir. Ayrıca, bu araştırmanın, benzer çalışmalar yürütmek isteyen araştırmacılara ilgili değişkenler ve incelenen örneklem üzerinden akademik bir katkı sağlayacağı da öngörülmektedir.

Sınırlılıklar

1. Bu çalışma, araştırma verilerinin toplandığı sırada mülteci ve sığınmacılarla aktif olarak çalışan ve en az lisans mezunu olan 191 profesyonel ile sınırlıdır.
2. Araştırma kapsamında, çalışmaya dahil etme kriteri olarak kullanılan; en az lisans mezunu olma ve veri toplama sürecinin gerçekleştiği Aralık 2022 - Mart 2023 tarihler arasında aktif olarak mülteci ve sığınmacılarla çalışıyor olma, çalışma bulgularının evrene genellenmesi açısından bir sınırlılık olarak göz önünde bulundurulmalıdır.
3. Bu araştırma, incelenen değişkenlerin düzeylerini ölçmek amacıyla kullanılan ölçeklerin sağladığı veriler ile sınırlıdır. Öz bildirime dayalı bu ölçekler

aracılığıyla kişilerin kendilerini değerlendirirken yapabilecekleri yanlış ve yanıltıcı bildirimler kontrol edilmemektedir.

4. Araştırma kapsamında katılımcılardan elde edilen verilerin istatistiksel analizleri SPSS 25.0 aracılığıyla gerçekleştirilmiştir. Bu sebeple, veri analizleri ve bulguları SPSS 25.0 ile sınırlıdır.

Tanımlar

Algılanan Sosyal Destek

Kişilerin sosyal topluluklara duyduğu bağlılıkla birlikte toplumda yeri olduğuna ve kabul gördüğüne inanması ve sosyal ilişkilerde sevildiğini, değer ve saygı gördüğünü hissetmesi olarak tanımlanır (Cobb, 1976).

Mülteci

Etnik köken, dini aidiyet, kültür ve toplumsal bir grubun üyesi olma veya siyasi düşüncelerinden kaynaklı olarak ayrımcılığa uğrayan veya zulme uğramaktan korktuğu için vatandaşı olduğu ülkede kalamayacak durumda olan ya da kalmak istemeyen kişiler mülteci (GİB, 2022).

Psikolojik Belirti

Psikolojik rahatsızlıklar tıpkı fizyolojik rahatsızlıklar gibi bazı olumsuz belirtilerle kendilerini gösterirler. Depresyon tanılı kişilerin önemli bir kısmının uyku bozukluklarından şikayet etmesi bu belirtilere örnektir. Bu belirtilerin çoğunun, insanlar için ortak olduğu ve kişilerin yardım arayışına yönelmesinde önemli bir rol oynadığı bilinmektedir (Rennemark & Hagberg, 1999).

Psikolojik Sağlamlık

Kişinin gerçekçi bir tehditle karşı karşıya kaldığında psikolojik dengesini koruyarak onu devam ettirme gücü ve bu durumun olumsuzluklarından etkilenmeden ya da güçlenerek kurtulma kabiliyetidir (Masten vd., 1990).

Sığınmacı

Mülteci statüsü almak için gerekli şartları taşıyan ancak bulunduğu ülkede yetkili makamlarca kendisine resmi olarak mülteci statüsü henüz tanımlanmayarak statüsü inceleme altında olan kişilerdir (IOM, 2013).

BÖLÜM II

Kavramsal Çerçeve ve İlgili Araştırmalar

Göçün Temel Kavramları

Göç

Bir kişi veya bir topluluğun, bir ülke içerisinde ya da uluslararası sınırları geçerek yaşadığı yeri değiştirmesi kısaca göç olarak tanımlanmaktadır. Bu yer değişikliği geçici veya kalıcı olabilir. Ayrıca bu yer değiştirme eyleminin çeşitli sebepleri de olabilir fakat göç tanımlamasına girmesi için sebebin bir önemi yoktur. Göç, hayati güvenliğin tehdit altında olması sebebiyle olduğu kadar daha iyi yaşam koşulları için de yapılabilir (Czaika & De Haas, 2014).

Göç, gerek göçmenin geride bıraktığı kişileri gerekse de kendinden sonraki nesilleri etkileyecek kapsamlı bir olaylar zincirinin başlangıcıdır. Bu etki, göçün bireysel bir eylem olarak görünse de aslında oldukça kolektif olan yapısıyla ve sonuçlarıyla da doğrudan ilişkilidir (Castles & Miller, 1993/2008).

Göçmen

Kişinin yasal durumu veya yaşadığı yerden ayrılmasına sebep olan faktörler arasında ayrım gözetmeksizin çeşitli sebeplerle göç eden kişilere göçmen denilmektedir. Göçmenler genellikle kendileri ve aileleri için daha iyi yaşam koşulları amacıyla ekonomik ve sosyal faktörleri de düşünerek yaşadığı yeri değiştiren kişilerdir. Göçmen tanımlaması genellikle savaş gibi güvenlik problemleri yaratan durumlar sebebiyle değil, daha iyi yaşam koşulları için yaşadığı yeri değiştiren kişiler için yapılır. Göçmen statüsünde değerlendirilen kişiler yasal yollarla bu yer değişikliğini yaparlar (SGDD, 2022).

Geçici Koruma Statüsü

Geçici koruma; savaş, çatışma veya toplumsal şiddet ortamından kaçarak bir ülkeden sığınma talep eden kişilere devletler tarafından verilen uluslararası bir statüdür. Türkiye'de geçici koruma statüsünün hangi durumlarda verileceği Yabancılar ve Uluslararası Koruma Kanunu içerisinde tanımlanmıştır. Bu kanunun 91. maddesine göre; geçici koruma, kitlesel olarak ülkesinden ayrılmak zorunda

kalan ve geri dönemeyecek durumda olup geçici koruma arayışında olan kişilere sağlanır (GİB, 2022).

Mülteci ve Sığınmacı

Mülteci, sığınmacı ve göçmen, günümüzde oldukça yaygın bir şekilde kullanılıyor olmalarına karşın sıklıkla karıştırılarak birbirlerinin yerine kullanıldığı görülen kavramlardır. Bu karışıklığın temel sebeplerinden birisi, bu grupların çeşitli sebeplerle vatandaşı oldukları veya yaşadıkları ülkelerden ayrılmalarına ya da ayrılmak zorunda kalmalarına dayanan ortak noktalarıyla ilişkilidir (Savar ve Kedikli, 2019).

Her ne kadar insanlık tarihinin büyük bir bölümünde çeşitli sebeplerle yaşadıkları yerleri terk eden veya terk etmek zorunda kalan insanlar var olmuş ve bu insanlar için farklı kavramlar kullanılmışsa da, günümüzde yaygın olarak kabul edilen ve kullanılan mülteci tanımının çerçevesi 1951 Protokolü olarak da bilinen Cenevre Sözleşmesi tarafından çizilmiştir. Bu sözleşmenin birinci maddesine göre; ırk, din, kültür, belirli bir toplumsal grubun parçası olma veya siyasi düşüncelerinden kaynaklı olarak zulme uğrayan veya zulme uğramaktan korktuğu için vatandaşı olduğu ülkede bulunamayan veya bulunmak istemeyerek, ülkesine dönmeyi tercih etmeyen kişiler mültecidir. Bu tanımlamaya ek olarak, 1969 yılında Afrika Birliği Örgütü Sözleşmesinin katkıları ve 1984 Cartagena Bildirisinin de bu tanımlamaları desteklemesiyle birlikte Cenevre sözleşmesinin birinci maddesine ilaveten, vatandaşı oldukları ülkede savaş, iç savaş, işgal, toplumsal şiddet veya kamusal düzeni işlemez hale getirerek insanların can güvenliğini ciddi bir şekilde tehdit eden olayların sonucunda ülkelerinden ayrılmak zorunda bırakılan kişilerin de mülteci olduğu tanımlanmıştır (IOM, 2013). Mülteciler için yapılan bu tanımlama bugün uluslararası alanda bir çok devlet ve sivil toplum tarafından yaygın bir şekilde kabul görmekte ve kullanılmaktadır. Akademik çalışmalar içerisinde de bu tanımlamanın yaygın kullanımı görülmektedir.

Mülteciye görece daha tartışmalı bir kavram olarak sığınmacı ise mülteci tanımının kriterlerini karşılayan fakat bulunduğu ülkedeki resmi otoriteler tarafından henüz kendisine yasal olarak mülteci statüsü verilmemiş, işlemleri devam eden ya da durumu incelenen kişileri tanımlamak için kullanılır. Kavramın tartışmalı konumu daha çok bu statünün verilmesine ilişkindir. Ülkeler sığınmacı kişinin sınırlarına geldiği tarih, geldikleri ülkenin koşulları ve ülkeye giriş yöntemi gibi bazı durumlar

üzerine farklı yorumlamalar yaptıkları için statünün tanınmasında da hem fikir olamayabilirler (Mültecilerle Dayanışma Derneği, 2010).

Dünyada Mülteci ve Sığınmacılar

UNHCR (2022) tarafından yayımlanan ve mültecilerle sığınmacılar başta olmak üzere yerlerinden edilmiş gruplara dair istatistikleri barındıran raporunda; dünya çapında baskı, çatışma, şiddet, insan hakları ihlali ve çeşitli felaketler sebebiyle zorla yerlerinden edilmiş insan sayısı 103 milyon olarak açıklanmıştır. Bu grubun 32.5 milyonunu mülteciler oluştururken 4.9 milyonunu sığınmacılar oluşturmakta ve bu sayı düzenli artış göstermektedir.

Bu ciddi ve hızlı artış sebebiyle çeşitli ülkelerde bulunan mülteci ve sığınmacıların refah seviyesi yüksek ülkelerde dahi ciddi sorunlar yaşadıkları bilinmektedir. Eğitim olanakları sorunu, hukuki ve sosyal engeller bunların başında gelmektedir. Ayrıca çeşitli tedavilere ve ilaçlara erişimde de sıkıntıların yaşandığı bilinmektedir (UNHCR, 2006). Mülteci ve sığınmacılar kötü barınma koşulları sebebiyle elektrik ve temiz suya erişimde de sorunlar yaşamaktadır. Bu barınma koşullarının sağlık üzerinde olumsuz etkilere yol açtığı bilinmektedir (Mendola & Busetta, 2018). Bu sorunlara ek olarak, Mishori vd. (2017), mülteci ve sığınmacıların yaşadığı problemler arasında travma ve işkence geçmişinin bu popülasyon içerisinde sıklıkla bulunmasından da bahsetmiştir. Ayrıca alanda çalışan yeterli profesyonel olmaması ve tercüman eksikliğinin yanı sıra yeni bir dil öğrenme süreçlerinin zorluğu da görülmektedir.

Mülteci ve sığınmacılar buldukları ülkelerde alıştıklarından çok farklı bir kültüre ve dile uyum sağlamak zorunda kalırlar. Bu kişilerin önemli bir bölümü ailelerini, akrabalarını, evlerini, işlerini ve arkadaşlarını kaybederek bu ülkelere geldikleri için ciddi bir yoksulluk, önyargı, dışlanma, kimlik kaybı hissiyatı ve güvenlik kaygısıyla baş etmek zorundadırlar (Fox, 2002).

Bu koşullar altında, mülteci ve sığınmacıların içerisinde destek ve koruma ihtiyacı özellikle diğerlerinden daha fazla olan bazı gruplar da belirlenmiştir. Yaşlılar, çocuklar ve kadınlar bu kesimdedir. Bu gruplara yönelik kendi kendilerine yeterli olabilme, eşit insan haklarından faydalanabilme gibi çalışmalara da ayrıca önem verilmektedir (MSYD, 2021). Tarafı olan ülkelerin, Çocuk Hakları Sözleşmesine göre mülteci çocuklar için gereken her türlü desteği alması ve onlar için uygun tedbirlerle yaşam koşullarını sağlaması gerektiği de vurgulanmıştır.

Bütün bu zorlu koşullara karşı mülteci ve sığınmacılara insani yardım başta olmak üzere çeşitli koruma hizmeti sunmak isteyen çok sayıda kurum ve uzman bulunmaktadır. Ancak bu kurumlar ve uzmanlar çeşitli zorluklarla karşılaştığı için bu koruma hizmetleri tam donanımlı olarak uygulanamamakta ve yeterli sayıda göç eden kişiye ulaşamamaktadır. Bu durumu inceleyen Goodwin-Gill (2001), mülteci ve sığınmacıları korumaya yönelik girişimlerin uluslararası sahada yaşadığı çeşitli zorlukları 5 temel kategori altında toplamıştır. Bu kategoriler; ilkeler, hukuk, organizasyon, çözüm yöntemi ve liderliktir. Bu alanlarda yaşanan devletler ve kurumlar arası çeşitli anlaşmazlıklar sebebiyle çok sayıda mülteci ve sığınmacı insani yardım almakta zorlanmaktadır. Bu durum, alanda çalışan profesyonellerin de zorlu koşullarda çalışmalarına ve görevlerini uygulamada çeşitli engellerle karşılaşmalarına sebep olmaktadır.

Türkiye'de Mülteci ve Sığınmacılar

Türkiye'de mülteci, sığınmacı, göçmen ve geçici koruma statüsü kavramlarının kurumlara göre farklı kullanıldığı görülmektedir. Bunun yanı sıra bu gruplara ilişkin istatistikler de birbirlerine yakın olsalar da farklılaşmaktadır. UNHCR (2022), Türkiye'de bulunan mültecilerin sayısını 3.6 milyon, sığınmacıların sayısını ise 294 bin olarak açıklamıştır. Türkiye'de bu istatistikleri açıklayan resmi kuruluşlar ise geçici koruma statüsüne sahip kişi tanımlamasını kullanmaktadır.

Birleşmiş Milletler Yürütme Komitesininin 100 No'lu kararına göre; geçici koruma statüsü için bir ülkeden başka bir ülkenin sınırlarına doğru kitlesel ve devam eden sığınmacı hareketliliği olması ve göç edilen ülkenin bireysel sığınma taleplerine dair yönetmelikleri uygulayamayacak hale gelmesi gerekmektedir. Türkiye, Suriye iç savaşıyla birlikte başlayan kitlesel sığınmacı hareketliliği için bu kararı esas alarak ülkesine gelen Suriyelilerin önemli bir kısmına geçici koruma statüsü vermiştir. Türkiye Göç İdaresi Başkanlığına göre 2022 yılı itibarıyla 3.5 milyon Suriyeli geçici koruma statüsü kapsamında bulunmaktadır. Suriye harici diğer ülkelerden gelerek kendilerine Türkiye tarafından geçici koruma statüsü verilenler de düşünüldüğü zaman toplam geçici koruma statüsü alan kişi sayısının daha fazla olduğu tahmin edilmektedir. Türkiye'de 2022 yılında yakalanan düzensiz yani kayıt dışı göçmen sayısı ise 285 bin olarak açıklanmıştır (GİB, 2022). Düzensiz göçmenlere ilişkin bu istatistikler de düşünüldüğünde, Türkiye'de önemli bir göçmen nüfusunun çeşitli statülerde veya statüsüz olarak bulunduğu görülmektedir.

Dünya'da olduğu gibi Türkiye'de yaşayan mülteci ve sığınmacılar da günlük hayatlarında çeşitli sorunlarla karşılaşmaktadır. Türkiye'de son yıllarda mülteci ve sığınmacıların yaşadığı bu sorunları azaltmak amacıyla sağlık ve eğitim gibi bazı hizmetlere ulaşabilmeleri için çeşitli yasal düzenlemeler yapılmıştır. Ancak bu düzenlemelere rağmen özellikle ekonomik imkanların yetersizliğinden kaynaklı kötü koşullarda barınma sorunu bulunmaktadır. Sağlık alanında ise bu hizmetlere ücretsiz erişim için yapılan yasal düzenlemelere rağmen dil bilmeme sebebiyle zorluklar yaşanmaktadır. Ayrıca çok sayıda mülteci ve sığınmacının kayıt dışı olarak düşük ücretlerle ve yasal çalışma saatlerinin üzerinde çalıştırıldığı da bilinmektedir (Savar ve Kedikli, 2019).

Bir başka çalışmaya göre, Türkiye'de Suriyeli mülteci ve sığınmacıların küçük bir kısmı kamplarda, çoğunluğu ise kampların dışında yaşamaktadır. Bu kamplarda yaşayan kadın, çocuk ve gençlerin eğitim, sağlık, beslenme gibi temel bir çok ihtiyacı karşılanmaktadır. Ancak kamp dışında yaşayanlar için durum daha farklıdır. Çocuk ve gençlerin çoğunluğu eğitim alamamaktadır. Ayrıca sosyal destek, kültürel uyumlanma ve entegrasyon çalışmalarına da ihtiyaç duyulmaktadır (Akpınar, 2017).

Göç Alanında Profesyonellik Kavramı

Profesyonellik sözcüğünün anlam açısından kelime kökeni meslek kavramına dayanarak, bütün meslekleri kapsayan geniş bir değerler ve uygulamalar çerçevesini ifade eder. Profesyonel ise meslek sahibi kişiyi nitelendirmede; kişinin eğitimi, mesleği uygulayış biçimini, etik ve ahlaki değerlerini de kapsayan çok boyutlu bir çerçevede kullanılır. Örgütlenme ve çalışma literatüründe meslek ve profesyonellik terimleri sıklıkla birbirlerinin yerine kullanılır (Lee vd., 2009). Buna karşı sosyoloji literatüründe ise bir mesleğin, profesyonel olarak adlandırılabilmesi için bazı kriterleri karşılaması gerektiği ve bu sayede o mesleğin artık profesyonel bir meslek statüsünü kazanacağı görüşü mutlak olmasa da yaygındır (Evetts, 2003). Evetts (2013), profesyonelleşmeyi bir mesleğin ve o mesleğe ait statünün ediniminde geçirilen bir süreç olarak da değerlendirmiştir.

Sosyoloji alanında yapılan bir başka çalışmada, bir işin profesyonellik içerdiğini söyleyebilmek için uzmanlık, kapsamlı bir bilgi, yeterli beceri ve davranış olmalıdır. Bu özellikler aynı zamanda profesyonelliğin tanımını da ifade etmektedir (Björkström vd., 2008). Profesyonellik kavramı zaman içerisinde çeşitli anlam

değişiklikleri yaşamış ve bu değişimlerin beraberinde kullanım açısından da farklılaşmaya başlamıştır. Bugünlerde meslek fark etmeksizin bütün uzmanlık alanlarında arzu edilen en iyi işi anlatmak için tercih edilen profesyonellik kavramı, daha eski kullanımlarında teknik konularda uzmanlığı ve yetkinliği ifade etmek için kullanılmaktaydı. Daha sonraları zaman içerisinde değişen kullanım yapısı artık profesyonelliğin anlam açısından teknik ve yetkinlik boyutlarıyla sınırlı kalamayacağını gösterdi (Senapaty & Bhuyan, 2014).

Göç alanında profesyonellik kavramı büyük ölçüde profesyonellik ve meslek kavramlarına ilişkin tanımlamaları kapsamakla birlikte aynı zamanda uluslararası sivil toplum kuruluşlarının göç alanına özgün tanımlamalarının da etkisiyle şekillenmiştir. Profesyonelliğin kavramsal incelemesinde görüldüğü üzere meslek ve meslekte yetkinlikle oldukça ilişkili bir yapısı vardır ancak göç alanında profesyonellik kavramı; normal çalışma hayatında tek bir meslek unvanıyla uzun süreli çalışma yapısının aksine farklı unvanlarla normal meslek yaşamına kıyasla nispeten daha kısa süreli proje merkezli çalışmaları içerdiği için bu projelerde yer almak ve uzmanlaşmakla ilişkilidir. Mülteci ve sığınmacılarla çalışan kişilerin, profesyonel olarak nitelendirilmesi meslek tanımları ve göç alanında çalışan kurumlarda görev almalarıyla bağlantılıdır. Farklı mesleklerden gelerek, göç alanında ve sivil toplumda uzmanlaşan ve buradaki pozisyonlarda kendisini yetkinleştiren uzmanlara yönelik "göç alanında çalışan profesyoneller" veya "mülteci ve sığınmacılarla çalışan profesyoneller" tanımlaması literatüre pek çok çalışmada yer almaktadır (Creeze vd., 2017; Chester & Holtan, 1992; Gozzoli & Leo, 2020).

Göç Alanında Çalışan Profesyoneller

Dünyada ve Türkiye'de göç alanında sivil toplum faaliyetinin yaygınlaşmasıyla birlikte bu alanda çalışmak başlı başına bir iş haline gelmiş ve bu alanda profesyonelleşme oranı giderek artmıştır. Göç alanında sivil toplum ve devlet kurumları aracılığıyla yürütülen profesyonel faaliyetlerin önemli bir kısmı proje bazlı sürdürülmektedir. Bu projelerde görevlendirilmek üzere doktor, tercüman, ruh sağlığı uzmanları, sosyologlar, hemşireler, avukatlar, öğretmenler, istatistik uzmanları, finans uzmanları gibi çeşitli mesleklerden kişiler işe alınmakta ve kısa veya uzun dönemli projelerde istihdam edilmektedir. Bu projeler kapsamında çalışan profesyonellerin rol oynadığı bazı temel alanlar vardır. Bunlar; beslenme, sağlık,

yasal bilgilendirme ve danışmanlık gibi temel insani ihtiyaçlardır (Turner & Herlihy, 2009).

Projelerin faaliyet ve kapsam alanlarına MSYD'nin; fizik tedavi ve rehabilitasyon, bireysel sağlık, koruma hizmeti, ruh sağlığı ve psiko-sosyal destek, toplumsal uyum, toplum sağlığı, ekonomik destek, meslek edindirme kursları, acil müdahale, çağrı merkezi gibi çalışmaları örnek gösterilebilir (MSYD, 2021). Mülteci ve sığınmacılara yönelik verilen destek hizmetleri çok çeşitli olsa da bazı öncelikli alanların olduğu ve bu öncelikli alanlarda belirli bir aşamayı kaydetmeden diğer hizmetlere geçilmemesi gerektiği de bilinmektedir. Bu alanların başında; güvenlik, sosyal, kültürel, yasal, duygusal, psikolojik ve yönlendirme desteği gelmektedir. Ayrıca bu hizmetlerin işlevselliği için güven ilişkisi içerisinde ve sürdürülebilir bir şekilde sürece yayılması da önemlidir (Turner & Herlihy, 2009).

Bahsedilen projelerde işe alınan uzmanlar, göç alanının uluslararası dinamiklerine uygun olarak projeler kapsamında; proje asistanı, proje uzmanı, proje yöneticisi, proje sekreteri, proje koordinatörü, proje yazarı gibi çalışma unvanları olarak göç alanında çalışan profesyoneller kapsamında değerlendirilmektedir. Bu özgün koşullar sebebiyle göç alanında profesyonelliğin, çok sayıda mesleğin alanına giren çeşitli işlerin bazı kısımlarının aynı anda tek bir kişinin icra etmesiyle ortaya çıktığı söylenebilir. Proje bazlı faaliyet yürüten ve proje kapsamında ücretli uzman çalıştıran kurumların kendi profesyonellik tanımları kapsamında profesyonelleşme eğilimleri vardır (Banger, 2011).

Göç Alanında Çalışmanın Profesyoneller Üzerindeki Etkileri

Mültecilerin işkence görme, cinsel veya fiziksel saldırıya maruz kalma ve kendisini tehdit altında hissetme gibi psikolojik sağlığı olumsuz yönde etkileyebilecek durumlar yaşamış olma ihtimali oldukça yüksektir. Bu sebeple pek çok mülteci yaşamları boyunca çeşitli psikolojik ve psikiyatrik rahatsızlıklarla baş ederler. Bu rahatsızlıkların başında travma sonrası stres bozukluğu ve depresyon gelmektedir (Turner & Herlihy, 2009). Savaş, işkence ve cinsel taciz gibi durumların mağduru olan kişilere destek vermek amacıyla çalışan profesyonellerin benzer travma ve tükenmişlik semptomları yaşayabilir (Figley, 2002). Ayrıca bu durum profesyonellerin üzerinde kişisel güvenlik kaygısı, uyku problemleri, kabus görme, işten çekinme veya işe aşırı odaklanma gibi bazı olumsuz etkilere de yol açabilir (Robinson, 2014).

Mültecilerle çalışan profesyonellerin deneyimlerini inceleyen nitel bir çalışmada, profesyonellerin mültecilerle çalışmanın mülteci olmayanlarla çalışmaya göre çok daha stresli, zorlayıcı ve beraberinde çeşitli etik ikilemleri getirdiğine yönelik deneyimleri olduğu görüldü. Ayrıca aynı çalışmada profesyonellerin mültecilerle çalışırken yaşadıkları, arada tercüman bulunmasının zorlukları, dil problemleri, güven ilişkisinin kurulamaması gibi çeşitli zorluklar yaşamasına da değinildi (Century vd., 2007).

Mülteci ve sığınmacılarla çalışanların karşılaştığı sorunların çok boyutlu olduğu ve psikolojik durumlarının sadece bu gruplarla çalışmaktan kaynaklı değil aynı zamanda göçe dair yürütülen yerel ve uluslararası politikalarından, sivil toplum kuruluşlarının yapısı ve tutumlarına kadar geniş bir alandan da etkilenmektedir (Robinson, 2014).

Creeze vd., (2013) Yeni Zelanda ve Avustralya'da tercümanların mültecilerle çalışma deneyimlerini inceledikleri çalışmalarında, mültecilere çeşitli sosyal hizmet desteklerinin tercüman aracılığıyla verilmesi noktasında ortaya çıkabilecek birtakım gizlilik ve etik problemlerin varlığına değinmiştir. Ayrıca çalışmada yer alan tercümanların önemli bir bölümünün de bizzat kendilerinin zamanında mülteci olarak bu ülkelere geldikleri ve bu sebeple kendi travmatik deneyimlerinin tetiklenme ihtimalleri de belirtilmiştir.

Psikolojik Belirtiler

Psikolojik rahatsızlıklar ile bozuklukların teşhis edilmesinde ve tanılamaların yapılmasında yararlanılan ve bireylerin psikolojik işlevselliğini olumsuz yönde etkileyen bütün göstergeler psikolojik belirtiler olarak tanımlanmaktadır (Tuğlacı, 2002). Psikolojik belirtiler çok sayıda olumsuz psikolojik göstergeyi kapsayan bir kavramdır. Bu çalışmada psikolojik belirtiler kavramının incelenmesi çalışmada kullanılan KSE'nin alt boyutlarını oluşturan; kaygı, depresyon, olumsuz benlik, somatizasyon ve hostilite ile sınırlandırılacaktır.

Kaygı (Anksiyete)

Kaygı, insanın tehlike olarak algıladığı bir duruma dair, o durum henüz gerçekleşmemişken duyduğu korkunun ifade edilme biçimidir. Kaygı belirgin bir nesne olmaması sebebiyle korku ile aynı değildir çünkü korku duygusunun

tetiklenmesi için belirli bir insan veya nesne bulunur. Bir diğer açıdan kaygı, mantıksız korku biçimi ya da tedirginlik durumudur (Budak, 2003).

Bireylerin bazı fiziksel veya gerçek olaylara, gerçekliğe uymayan anlamlar yüklemesi de bir tür kaygıdır. Ortada gerçekçi bir fiziksel tehdit varsa doğal olarak ortaya çıkan korku, fiziksel gerçekliğin dışında sadece düşüncelerden kaynaklanıyorsa kaygıyı oluşturur. (Özer, 2008).

Kaygı yalnızca olumsuz bir duygu ifadesi değildir, aynı zamanda kaygının bireye olumlu anlamda etkileri de bulunabilir. Kaygının olumsuz olarak ifade edilebilecek boyutları, mantık dışı olması ve düşünce düzeyinde rahatsızlık yaratmasıdır. Olumlu boyutu ise, kişinin gerçek dışı korku duyduğu durumlara karşı erken ve güçlü önlemler almaya çalışmasıyla birlikte bazı durumlarda kişinin daha başarılı olmasına katkı sunabilir ve onun kişilik gelişiminde rol oynayabilir (Ersevimi, 2005).

Depresyon

Depresyon bir duygudurum bozukluğu olarak klinik alanda yer alır. Depresyon sözcüğü; çökme, üzgün hissetme ve olağan duygusal ve eylemsel durumda düşüş gibi durumların baskın olduğu duygusal bir süreci ifade etmek için kullanılır. Depresyon sözcüğünün kökeni yani "depress", alçakta olmak, bastırmak anlamına gelen Latince'deki "depressus"tan gelmektedir. Depresyon sözcüğünün ortaya çıkışı, anlam karşılığı ve güncel kullanımını literatürde bulunan farklı kaynaklarda genel olarak bu sınırlarda kabul görmektedir (Işık vd., 2013).

Duygudurum bozukluklarından birisi olarak bilinen depresyon, kişinin işlevselliği olarak adlandırılan günlük olağan duygusal ve davranışsal hareketlerde belirgin bir değişikliğe yol açan ve süresi çeşitli sebeplerle haftalar, aylar veya yıllar olarak değişiklik gösterebilen bir klinik olgudur (Helvacı Çelik ve Hocoğlu, 2016).

Depresyonun yaşam boyu görülme sıklığı çoğu psikolojik rahatsızlıktan daha yüksektir. Depresyon, klinik ortamda en çok görülen rahatsızlıkların başında gelmektedir. Gerekli tedavi sağlanmadığında yüksek mortalite ve morbidite oranlarıyla bireysel ve toplumsal düzeyde çok ağır sonuçları olabilmektedir. Depresyon, yaygınlığı ve potansiyel sonuçları göz önüne alındığındaki önemi sebebiyle psikoloji literatüründe, üzerinde en çok çalışma ve araştırma yapılan bozukluklardan birisidir (Olchanski vd., 2013).

Olumsuz Benlik

James (1985), benliği psikoloji açısından ilk kez tanımlarken, benliğin; bir kişinin kendisine dair söyleyebileceği ve yapabileceği tanımlamaların bütünü olduğunu söylemiştir. James'e göre benlik iki boyutlu bir olgudur. Boyutlardan birisi "bilen benlik" diğeri ise "bilinen benliktir". Esasen bu iki boyut aynı benliğin farklı kavranışıdır. Yani özünde benlik tektir fakat benliğin aktarımı ve yansıtılması bahsedilen iki boyutla ilişkilidir.

Benliğin olumlu ve sağlıklı gelişimi çocukluğun erken dönemlerinde ebeveynlerin bakım verdikleri çocuğun ihtiyaçlarını karşılmasıyla doğrudan bağlantılıdır (Çelik, 1993). Bu ihtiyaçların sağlıklı ve tutarlı bir şekilde giderilmemesi sonucu benlik gelişimi olumsuz yönde ilerleyerek, kişinin kendisine dair başarısızlık, yetersizlik ve öz güvensizlik düşüncelerinin beslenmesine sebep olması sonucu olumsuz benlik oluşmakta ve gelişmektedir.

Ayrıca olumsuz gelişen bir benliğin, ergenlik ve ergenliğin hemen sonrasındaki süreç içerisinde ortaya çıkabilecek psikolojik rahatsızlıkların başlıca sebeplerinden birisi olduğu da bilinmektedir (Trzesniewski vd., 2006).

Somatizasyon

Somatizasyon belirtileri olan bireyler genelde bu durumun sebebi olarak psikolojik unsurların varlığını kabul etmeyerek, bedende yer alan organik bir rahatsızlığın varlığını savunur ve tıbbi bir çözüme ihtiyaçları olduklarını düşünürler (Babacan, 2003). Aslında somatizasyon, kişiyi rahatsız eden psikolojik sıkıntıların ve stresin, biyolojik veya organik bir sebebi olmaksızın bedensel belirtiler ile ortaya çıkmasıdır (Rosen vd., 1982). Bu görüşü destekleyen Kirmayer (1984), somatik belirtilerin, kişilerin duygusal sıkıntıyı ifade ederken ortaya çıkardığı en yaygın tepkilerden birisi olduğunu ifade eder.

En yaygın görülen somatik belirtilerden bazıları; bulantı-kusma, yutkunma zorluğu, uzuvlarda hissedilen ağrı, hafıza sorunları ve nefes alıp-verme güçlüğü gibi durumlardır (Sadock, 2005).

Somatizasyonun görülme sıklığı genel nüfus içerisinde yüksek olsa da, somatizasyon belirtilerinin süresi, şiddet düzeyi, duygudurum eşliği ve bireyin duygularının farkın olma ve onları ifade etme seviyesi değişmektedir (Stoudemire, 1991).

Düşmanlık (Hostilite)

Hostilite, bireyin başka canlılara, çevreye ve eşyalara yönelen saldırganlık içeren davranış biçimidir (Vural ve Başar, 2006). Berkowitz (1993) hostiliteyi, bir süreç olarak ele alarak belirli bir olay ve zamanda gerçekleşmesinden daha uzun bir zaman dilimi boyunca aktif olarak başka kişilere karşı olumsuz inanç ve hislerin bütünü olarak tanımlamıştır.

Bir başka tanımlamaya göre hostilite, öfke ve tikslenme duygusunun eş zamanlı seyrettiği ve genel bir kızgınlığın yaşandığı bir durumdur (Ramirez & Andreu, 2006). Genellikle, kişilerin duygusal dünyalarında sıkıntı, iğrenme, hor görme ve kızma olarak ortaya çıkarken, davranış düzeyindeyse saldırganlık, kavgaya meyil, çevreye zarar verme ve karşıt görüşlülük şeklinde görülür (Dembroski & Costa, 1987).

Anderson ve Bushman (2002)'a göre, düşmanlıkla ilişkili çok sayıda faktör vardır. Çocukluk dönemi travmatik yaşantıları, olumsuz veya istismar edici aile yapısı, toplumsal norm ve değerler veya olumsuz medya etkileşimi bu faktörlerin başında gelmektedir.

Psikolojik Sağlamlık

Psikolojik sağlamlık teriminin kelime kökeni, Latince'de yer alan ve esneklik, uyum sağlama anlamlarında da kullanılan "resilire" kökünden gelmiştir (Hunter & Chandler, 1999). Resilience kavramının Türkçe literatürde yaygın olarak üç farklı çevirisi kullanılmaktadır. Bu kullanımlar; psikolojik sağlamlık (Bulut vd., 2013), yılmazlık (Özcan, 2005) ve dayanıklılıktır (Taşgın ve Çetin, 2006).

Block ve Kremen (1996) psikolojik sağlamlığı tanımlarken, insanların zorlayıcı ve olumsuz yaşantılar karşısında bu olayların getirdiği psikolojik durumlara uyum sağlayarak onların üstesinden gelebilme kabiliyeti olarak açıklar. Bir başka açıdan psikolojik sağlamlık, kişilerin yaşamları boyunca sağlıklı bir gelişim süreci geçirebilmeleri için karşılaştıkları zorluklara ve sıkıntılı koşullara uyum sağlayarak mücadele etme yöntemlerinden birisidir. Nispeten yüksek psikolojik sağlamlık, kişilerin yaşam boyu karşılaştığı psikolojik açıdan zorlayıcı durumlar karşısında daha düşük psikolojik sağlamlığa göre daha iyi baş edebilmelerini ve bu baş etme durumu sonrasında olumsuz olaydan daha az etkilenecek hayatlarını sürdürebilmelerini sağlar (Masten & Coatsworth, 1998).

Ramirez (2007) ise psikolojik sağlamlığı, insanların içerisinde bulunduğu psikolojik açıdan zorlayıcı durumların ardından tekrardan eski ve mevcut olandan daha iyi olduğu haline dönebilme gücü olarak tanımlamıştır.

Öz ve Yılmaz (2009) psikolojik sağlamlığın, gelişim süreçleri açısından inceleyen ve özellikle de çocuklukta rolüne dikkat çeken çalışmalarında, psikolojik sağlamlığın çocukluk açısından tanımlanmasında; ebeveynini kaybetme sonrası yaşanan iyileşme süreci, evlatlık alınan çocukların uyum süreci ve dezavantajlı koşullarda yaşayan çocukların başarıları gibi çeşitli kritik süreçlerin rol oynadığını ifade etmiştir.

Masten ve Gewirtz (2006)'e göre sağlamlık, olumsuz deneyimlerin hemen ardından gelen ve olumsuzluğun büyüklüğüyle orantılı olarak uyum sağlayarak tekrardan olumsuzluk öncesi duruma dönülmesini sağlayan bir kavramdır.

Psikolojik sağlamlık, araştırmacılar tarafından farklı zamanlarda ele alınarak çeşitli araştırmaların merkez noktasında yer edinmiştir. Her biri farklı konulara odaklanan bu araştırmalar, üç temel grup şeklinde özetlenir. İlk grup araştırmalar, gelişim sürecinde benlik saygısı, öz-yeterlik ve koruyucu faktörlere odaklanırken, ikinci grup ise aile, evlilik-boşanma, hastalık, stresli yaşam olaylarının ardından uyum sağlama ve sosyo-ekonomik konulara ağırlık vermiştir. Üçüncü ve son grup araştırmalar, mevcut olan psikolojik sağlamlığın nasıl geliştirilebileceği zorlu durumlar karşısında müdahalelerdeki konumu üzerine odaklanmıştır (Masten & Obradovic, 2006; Richardson, 2002).

Psikolojik Sağlamlık ve Risk Faktörleri

Psikolojik sağlamlığın oluşumunda oldukça önemli etkenlerden birisi risk faktörleridir. Risk faktörleri; olumsuz yaşam deneyimlerinin gerçekleşme ihtimalini ya da yaşanan zorlu olaylarda bireyin maruz kaldığı zorlayıcı etkinin şiddetini arttıran unsurlardır. Risk faktörleri, olumsuz ve zorlu yaşam deneyimlerinin ortaya çıkmasına sebep olabilirken aynı zamanda var olan negatif etkinin artmasına da sebep olabilir (Jenson & Fraser, 2015).

Bireyin psikolojik olarak sağlam olabilmesinin ön koşullarından birisi, bireyi ilgilendiren ve görünürlüğü olan bir risk faktörünün varlığıdır. Risk durumlarını kapsayan bir negatif özelliğin değerlendirilmesi olmadan yapılacak bir sağlamlık tanımlaması veya çalışması eksik kalacaktır. Çünkü risk faktörleri ve koruyucu faktörler etki olarak birbirlerinin zıttı sonuçlar doğursa da psikolojik sağlamlığın

tanımlanmasında bir bütün olarak değerlendirilmesi gereken iki unsur oldukları unutulmamalıdır (Garmezy, 1991).

Sağlamlığa dair yapılan tartışmaların temellerini oluşturan, kaygıyla ilişkili bir çalışmada yoksulluk, şiddete maruz kalma, ailenin sosyo-ekonomik düzeyi, psikolojik ve genetik negatif aktarımların risk faktörlerinin başında geldiğini düşündürmektedir (Werner, 1989). Risk faktörleri; fizyolojik, genetik, sosyal, psikolojik ve ekonomik başta olmak üzere çeşitli alanlardan bir araya gelen etkenleri barındırabilir (Terzi, 2008).

Risk faktörleri için literatürde farklı kategorileştirmeler yapılırsa da, konuyu ele alan öncü ve güncel çalışmalarda üç ana başlığın yer aldığı görülür. Bu başlıklar; bireysel, ailesel ve çevresel risk durumları olarak bilinir.

Bireysel Risk Faktörleri. Doğrudan bireyin kendisiyle ilişkili olan bu faktörlerin bazıları; düşük IQ seviyesi, sağlık sorunları, kaygılı ve öfkeli bir kişilik yapısı, sorunlarla karşısında etkili ve hızlı çözümler geliştirememesi, iletişim becerilerinin güçlü olmamasıdır (Ülker Tümlü ve Receptoğlu, 2013). Ayrıca, erken doğumla dünyaya gelme, travmatik yaşam deneyimleri de bu faktörlerdendir (Gizir, 2007). Bir başka çalışmada bunlar; erken dönemlerde okulu bırakma, ebeveynler tarafından olumsuz tutumlara maruz kalma, akademik başarısızlık olarak aktarılmıştır (Özsoy, 2021). Ayrıca, özdenetim sisteminin zayıflığı, stresli ve sinirli davranışların olması da risk unsurlarındadır (Sipahioğlu, 2008).

Ailesel Risk Faktörleri. Aile ile ilişkili bazı faktörler; kalıtsal olarak aileden gelen sağlık sorunları, ebeveynlerin ayrı olması, aile ilişkilerinin sağlıklı ve tutarsız olması, kardeşlerle kurulan sağlıklı ilişki, aile içi şiddet veya istismardır. Ayrıca, çocukluk çağı ihmal ve istismarı, annenin erken yaşlarda gebe kalması da bu faktörlerdendir (Gizir, 2007). Çocuk sahibi olma ya da olmama kararı, cinsel sorunlar, çocuk yetiştirme biçimi, çekirdek aile ve büyük aile çatışması, aile bütçesinin yönetimi de bilinmektedir (Bektaş, 2018).

Çevresel Risk Faktörleri. Dışarıdan etki eden bazı faktörler ise; yetersiz bir eğitim alma, çevrenin düşük bir ekonomik, sosyal ve kültürel yapıda olması, güvenli bir yaşam alanının eksikliği, olumlu bir rol modelin olmaması veya olumsuz bir rol modeli benimseme olarak bilinir (Ülker Tümlü ve Receptoğlu, 2013). Ekonomik ve

sosyal imkanların yetersizliği, barınma sorunu, şiddet içeren toplumsal olaylar da bu faktörlerdendir (Özsoy, 2021). Ekonomik kriz ortamı, salgın hastalıklar ve savaşlar da literatürde yer almaktadır (Öz ve Yılmaz, 2009).

Psikolojik Sağlamlık ve Koruyucu Faktörler

Masten (1994), psikolojik sağlamlık düzeyi yüksek kişilerin daha az strese sahip olduğunu ve zorlayıcı durumlarla daha iyi baş edebildiklerini belirtirken, koruyucu faktörlerin artması ve güçlenmesiyle bu durumun pekiştiğini ancak risk faktörlerinin artmasıyla da bu ilişkinin zayıfladığını ifade eder. Yani koruyucu faktörler ve risk faktörleri birbirlerinin tersi olarak da görülebilir.

Koruyucu faktörler, psikolojik sağlamlığa ve bireylerin çeşitli olumsuz yaşam deneyimleri karşısında uyum düzeyinin artmasına katkı sağlayan unsurlardır. Bu faktörler sayesinde kişiler olumsuz durumlara daha işlevsel yanıtlar verir ve güç durumlarla baş etme kabiliyetleri artar (Mil, 2021). Koruyucu faktörler, olumsuz koşulların bireye getirdiği bilişsel, psikolojik veya fiziksel çeşitli olumsuz sonuçların daha az zarar verici olmasını ve bu durumların negatif etkilerinin zayıflatılmasını sağlayan özelliklerdir (Öz ve Yılmaz, 2009). Masten (1994), koruyucu faktörleri ele alırken birey için risk içerdiği düşünülen, zorlayıcı ve stres yaratan deneyimlerin olumsuz etkilerini azaltan özellikler olarak değerlendirmiştir.

Koruyucu faktörlerin farklı kaynaklarda çeşitli başlıklar altında incelenmesine rağmen güncel kaynakların önemli bir bölümü üç önemli kategoriye ön plana çıkartmıştır. Bu kategoriler, bireyi, aileyi ve çevreyi merkez alır. Birey, aile ve çevre özelliklerinin koruyucu faktörler olarak incelenmesiyle ulaşılmaya çalışılan önemli cevaplardan birisi; olumsuz deneyimler açısından risk taşıyan kişilerin bazılarının uyum ve psikolojik sağlık düzeylerinin diğerlerine göre neden daha yüksek olduğudur (Masten & Reed, 2002).

Bireysel Koruyucu Faktörler. Bireye ilişkin bu faktörler; yüksek IQ düzeyi ve akademik başarı, karşılaşılan sorunlarla baş edebilme kabiliyeti olarak bilinir (Öz ve Yılmaz, 2009). Ayrıca, olumsuz yaşam olayları karşısında yapıcı ve çözüme yönelik tepkiler verebilme becerisi de bu faktörlerdendir (Kararmak, 2006). Bir diğer çalışmaya göre; yüksek özgüven, özsaygı ve öz-yeterlilik düzeyleri, güçlü bilişsel kapasite ve etkili iletişim ile fizyolojik anlamda sağlıklı bir bedene sahip olma da bilinen koruyucu unsurlardır (Eminağaoğlu, 2006).

Ailesel Koruyucu Faktörler. Ebeveynlerin ve çocukların birlikteliği ve sağlıklı bir iletişime sahip olmaları ile ebeveynlerin yüksek eğitim düzeyine sahip olmaları aileye ilişkin bu faktörler arasındadır (Öz ve Yılmaz, 2009). Aile üyelerinin iyi bir ekonomik, kültürel ve sosyal düzeye sahip olması da bilinen koruyucu unsurlardandır (Gönen, 2020).

Çevresel Koruyucu Faktörler. Aile ve birey harici; toplumdaki kabul ve destek görme, güvenli bir yaşam alanı, çevredeki bireylerin olumlu ve destekleyici tutumları koruyucu unsurlardandır. Okul ve akran ilişkilerinin olumlu yapısı, olumlu ve etkili bir rol model de bu faktörlere örnek gösterilebilir (Gizir, 2007). Bir çalışmada ise düzenli yapılan sportif etkinliklerin koruyucu etkisi vurgulanmaktadır (Şahin vd., 2012).

Sosyal Destek ve Algılanan Sosyal Destek

Sosyal destek, kişinin çevre ve diğer dış unsurlardan aldığı çeşitli desteklerdir (Yıldırım, 1997). Başka bir tanımlamada sosyal destek, kişinin güven duyduğu ve aralarında karşılıklı sevgi olan insanlarla veya topluluklarla kurduğu duygusal ilişkidir (Lepore vd., 1991). Çakır ve Palabıyıkoglu (1997) sosyal desteği ifade ederken bu durumu iki veya daha fazla kişinin, karşılıklı iletişim ve dayanışma süreci şeklinde belirtir. Cutrona ve Russel (1987) ise sosyal desteğin, kişinin duygusal ve psikolojik durumuna katkılarının yanı sıra güvenilir olduğunu düşündüğü bir kaynak tarafından aldığı bilgi edinme süreçlerini de kapsadığını belirtir.

Alınan sosyal desteğin kişide algılanması ise daha farklıdır; literatürde bu farklılık; sosyal destek ve algılanan sosyal destek olarak ayrılmaktadır. Algılanan sosyal destek, bireysel farklılıklar, düşünceler ve inançlar gibi faktörlerden de etkilenecek kişilerin sosyal destekle kurduğu ilişkidir (Sorias, 1988).

Kawachi ve Berkman (2001) algılanan sosyal desteğin, stres faktörlerinin ve zorlayıcı yaşam olaylarının getirdiği çeşitli olumsuz etkileri azaltmada rol oynadığı ve psikolojik iyilik halini destekleyerek, psikolojik sıkıntı ve depresyon semptomları üzerinde hafifletici etkileri olduğunu ifade etmiştir.

Sosyal Destek Boyutları

Sosyal desteğin çeşitli kuramlarda tıpkı tanımlanması gibi kabul edilen ve incelenen boyutları da farklılıklar göstermektedir. Bu farklılık sosyal desteğe ilişkin geliştirilen ölçüm araçlarına da yansımıştır. Farklılaşan bu boyutların geliştirilen ölçüm araçlarında ortaya çıkan çeşitliliğine yapılan bir taramada, en çok ortaklaşan boyutların; sosyal ilişkiler, fiziksel destek, bilgi alışverişi, bağlılık ve aidiyet, sosyal ilişkiler içerisinde yeterlilik olduğu görülmüştür (Orth-Gomer & Unden, 1987, aktaran Zakowski vd., 2003).

Algılanan sosyal desteğin, kişilerin gereksinim duyulduğu zaman ulaşabileceğini bildiği insanların çevrelerinde var olması ve gördüğü sosyal destekten aldığı verim ile bu desteği yeterli bulma düzeyi olmak üzere, etkisi bireyden bireye değişiklik gösterebilen iki temel boyutu vardır. Kişilik özelliklerinin de bu boyutlar üzerinde etkili olduğu ve buna bağlı olarak bireylerin görmeyi arzu ettiği sosyal destek için nitelik ve nicelik olarak farklı beklentileri olabilir (Sarason vd., 1983).

Sosyal desteğin boyutlarını, araçsal, duygusal ve bilgi açısından destek olarak ele alan bir çalışmada;, araçsal destek ekonomik desteği de kapsayan bütüncül bir fizikseliği, duygusal destek güçlü iletişim ve anlaşılma duygusunu, bilgi desteği ise zorlu durumlara karşı düşünce alışverişini ifade etmektedir. Bunun yanı sıra sosyal etkileşim ve sosyal destek kaynaklarının sayısal olarak değerlendirilmesi ise yapısal destek olarak incelenmiştir (Sarı vd., 2019).

Sosyal Destek Kaynakları

Kişinin sosyal yaşantısında yaşam boyu ihtiyaç duyduğu sevgi, değer görme, saygı ve takdir edilme gibi gereksinimleri karşıladığı destek kaynakları, sosyal desteğin tanımı gereği doğrudan bu kavramın doğal bir parçasıdır. Sahip olunan sosyal destek kaynakları ve onlarla kurulan ilişkinin biçimi, kişinin sosyal ihtiyaçlarını karşılaması açısından oldukça önemli bir konumdadır (Ben-David & Leichtenrit, 1999).

Sosyal destek kaynakları ve bu kaynaklarla kurulan ilişki, kişiden kişiye olduğu gibi tek bir kişinin yaşamı boyunca da farklılaşabilmektedir. Kişinin gereksinim duyduğu sosyal destek, kişinin bu destek kaynaklarının kendi çevresinde bulunduğu ve onlara uygun koşullarda ulaşabileceğinin farkında olmasıyla da oldukça ilişkilidir (Bruhn & Philips, 1984).

Bireylerin yaşamları boyunca yakın çevrelerinde birer sosyal destek kaynağı olarak görebileceği unsurların başında; ebeveynler, çocuklar, eş, kardeşler gibi birincil derece ve ikincil derece akrabaların yanı sıra, komşular, arkadaşlar, iş yerindeki yönetici ve arkadaşları içeren sosyal çevre, dini veya siyasi örgütlenmeler gibi toplumsal gruplar ve psikolojik destek çalışanları ile sağlık çalışanları gelmektedir (House, 1981, aktaran Özbekler, 2001).

İlgili Araştırmalar

Güngörmüş vd. (2015), araştırmalarında, hemşirelik öğrencilerinin psikolojik sağlamlıklarını etkileyen faktörleri incelemiştir. Veri toplamak için ÇBASDÖ ve yetişkinler için psikolojik dayanıklılık ölçeği kullanılmıştır. Bu doğrultuda, 437 hemşirelik öğrencisinin oluşturduğu örneklem aracılığıyla elde edilen verilere ilişki tespiti için istatistiksel analizler uygulanmıştır. Çalışmanın sonuçları; psikolojik dayanıklılık ve algılanan sosyal destek arasında pozitif yönlü bir ilişkinin varlığını göstermiştir. Ayrıca, algılanan sosyal desteğin psikolojik dayanıklılığı anlamlı bir şekilde yoradığı da bulgulanmıştır. Buna göre, algılanan sosyal destek düzeyinde yaşanabilecek artışlar, psikolojik dayanıklılık düzeyinde de artış yaşanmasını öngörmektedir.

Puvimanasinghe vd. (2015) araştırmalarında, Güney Avustralya'da mülteci ve sığınmacılarla çalışanlarda dolaylı sağlamlık ve dolaylı travmayı incelemiştir. Araştırmanın örneklemini doktorlar, hemşireler, psikologlar, yöneticiler, vaka çalışanları ve proje yöneticileri ile koordinatörlerinden oluşan toplam 26 katılımcı oluşturmuştur. Açık uçlu ve yapılandırılmış soruların yer aldığı bir dizi bireysel görüşme yoluyla toplanan katılımcı deneyimlerinin önemli bir kısmı, travmaya dair farklı yorumlar olsa da mülteci ve sığınmacılarla çalışırken onların dayanıklılıklarını yükseltmeye çalışmanın kendilerinin de baş etme stratejilerini ve dayanıklılıklarını yükseltmede olumlu bir etki yarattığını ortaya koymaktadır.

Aydın vd. (2017) algılanan sosyal destek ve psikolojik iyi olma düzeylerini araştırmıştır. Çalışmanın örneklemini 300 hemşirelik öğrencisi oluşturmuştur. Katılımcılardan öz bildirim dayalı ölçekler (algılanan sosyal destek ölçeği ve psikolojik iyi olma ölçeği) aracılığıyla toplanan verilerin korelasyon analizi sonucunda; algılanan sosyal destek ve psikolojik iyi olma arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Yani katılımcıların algılanan sosyal destek düzeyleri yükseldikçe, psikolojik iyi olma düzeylerinin de yükselmesi öngörülmektedir.

Çetinkaya ve Korkmaz (2019) çalışmalarında, algılanan sosyal destek ile stres, kaygı ve depresyon düzeyleri arasındaki ilişkiyi incelemiştir. Kolayda örnekleme yöntemi aracılığıyla oluşturulan örnekleme 480 üniversite öğrencisi yer almıştır. Öz bildirim dayalı ölçekler (algılanan sosyal destek ölçeği ve anksiyete-depresyon-stres ölçeği) kullanılarak toplanılan verilere korelasyon analizi yapılmıştır. Çalışmanın sonuçlarında; sosyal destek algısı ile depresyon, anksiyete ve stres arasında orta düzeyde negatif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. Bu çalışma, sosyal desteğin olumsuz psikolojik faktörlere karşı önemini ortaya koymuştur.

Kavaklı ve Yalçın (2019) algılanan stres ilişkisi ve internet bağımlılığını algılanan sosyal destek açısından incelemiştir. Kolayda örnekleme yöntemi ile ulaşılan 364 kişiden öz bildirim dayalı ölçekler (ÇBASDÖ, algılanan stres ölçeği ve internet bağımlılığı ölçeği) kullanılarak toplanan verilerin korelasyon analiziyle değerlendirilmesiyle; algılanan sosyal desteğin, algılanan stresi negatif yönde yordadığı bulgulanmıştır. Çalışma sonuçları sosyal desteğin, stres ve internet bağımlılığının olumsuz etkilerini azaltmada yararlı olabileceğini göstermektedir.

Cevizci ve Müezzini (2019) ise çalışmalarında, psikolojik belirtileri ve psikolojik dayanıklılığı incelemiştir. Uygun örnekleme yöntemiyle ulaşılan 106 sağlık çalışanından, öz bildirim türü ölçekler (kısa semptom envanteri ve yetişkin psikolojik dayanıklılık ölçeği) kullanılarak elde edilen veriler istatistiksel olarak analiz edilmiştir. Çalışma sonuçlarına göre; katılımcıların psikolojik belirti ve psikolojik dayanıklılıkları arasında negatif yönde bir ilişki bulgulanmıştır.

Bilgin vd. (2020) üniversite öğrencilerinin bazı demografik değişkenlere göre psikolojik belirti düzeylerini incelemiştir. Araştırma grubunda 994 kadın ve 410 erkek olmak üzere 1404 üniversite öğrencisi bulunmaktadır. Çalışmada veri toplamak için KSE kullanılmıştır. Elde edilen verilerin değerlendirilmesi sonucunda; kadın öğrencilerin yüksek psikolojik belirti oranı erkek öğrencilerden daha yüksek bulunmuştur. Katılımcıların elde ettiği puanlara göre, alt boyutlar arasında en düşük psikolojik belirti seviyesinin ise somatizasyon olduğu görülmüştür.

Ulukan (2020) çalışmasında, psikolojik sağlamlık ve mutluluk arasındaki ilişkiyi incelemiştir. İlişkisel tarama modelinde yürütülen çalışmanın örneklemini Türkiye'nin farklı bölgelerinden 336 öğretmen oluşturmuştur. Veri toplamada, mutluluk ölçeği ve KPSÖ kullanılmıştır. Elde edilen veriler, Pearson korelasyon analizi ile incelenmiştir. Bu analizin sonucunda; mutluluk düzeyi ve psikolojik sağlamlık arasında pozitif yönlü bir ilişki olduğu görülmüştür.

Demir (2020) çalışmada, savaş ve çatışma ortamından etkilenen kişilere destek veren profesyonel ve gönüllülerde algılanan sosyal destek ve psikolojik sağlamlık arasındaki ilişkiyi incelemiştir. Tarama modeli kullanılarak toplamda 154 profesyonel ve gönüllüden toplanan verilerin bulguları sonucunda; psikolojik dayanıklılık ve sosyal destek ölçeklerinin bazı alt boyutlarında (aile uyumu-arkadaş, sosyal yeterlilik-aile) negatif yönlü bir ilişki bulunmuştur.

Ran vd. (2020) Covid-19 salgını sürecinde Çin'de yaptıkları çalışmalarında, depresyon, anksiyete ve somatizasyon ile psikolojik sağlamlık ilişkisini incelemiştir. Genel nüfusu hedefleyen ve her yaş grubundan kişilere ulaşılmaya çalışan bu araştırmada 1770 katılımcının verileri değerlendirilmiştir. Sonuçlar ise psikolojik sağlamlığın, psikolojik belirtiler ile negatif yönde ilişkili olduğunu göstermiştir. Bu verilerden hareketle, araştırmacılar tarafından psikolojik sağlamlığın genel nüfus içerisinde ruh sağlığını iyileştirmek için önemli bir nokta olduğu vurgulanmıştır.

Huang vd. (2020) psikolojik sağlamlık, kendini kabul etme, algılanan sosyal destek ve psikolojik sağlık arasındaki ilişkiyi incelemiştir. Çalışmanın örneklemini Çin'de bulunan 2 gözaltı merkezinde çeşitli suçlardan tutuklu 1106 kişi oluşturmuştur. Çalışma sonuçlarına göre; psikolojik sağlık, psikolojik sağlamlık ve algılanan sosyal desteğin sosyo-demografik değişkenlerden etkilendiği ve kendini kabul ve sağlamlığın, algılanan sosyal destek ile psikolojik sağlık arasında aracı rolü olduğu bulgulanmıştır.

Durdyeva (2021) çalışmasında, mültecilere hizmet sağlayan profesyonellerde algılanan sosyal destek ve psikolojik sağlamlık ilişkisini incelemiştir. Çevrimiçi ortamda hazırlanan ölçekler (psikolojik dayanıklılık ölçeği ve algılanan sosyal destek ölçeği) aracılığıyla 150 profesyonelden veri toplanmıştır. Elde edilen bu veriler aracılığıyla değişkenlerin arasındaki bir ilişkinin tespiti için korelasyon analizi yapılmıştır. Sonuçlara göre; psikolojik dayanıklılık ile algılanan sosyal destek düzeylerinin pozitif yönde anlamlı bir ilişkisi olduğu görülmüştür.

Olashore vd. (2021) ise çalışmalarında, psikolojik sağlamlık, sosyal destek, şiddetli kaygı ve nevrozizm ilişkisini incelemiştir. Araştırmanın veri toplama süreci covid-19 salgını sırasında Nijerya ve Botsvana'da görevli 373 hastane çalışanı ile yürütülmüştür. Burada psikolojik sağlamlık, anksiyete ve sosyal destek arasında güçlü ilişkiler olduğu görülmüştür. Bu çalışmanın sonuçlarına göre; yüksek nevrozizm ve düşük psikolojik sağlamlığın, anksiyete belirtilerini yordadığı ve sosyal desteğin kaygı belirtilerine karşı koruyucu bir rol oynadığı görülmüştür.

BÖLÜM III

Yöntem

Bu bölümde çalışmada kullanılan araştırma modeli, evren ve örnekleme ilişkin detaylar, veri toplama ve değerlendirme süreci ile veri toplama araçlarına ilişkin bilgiler gibi yöntemsel başlıklar bulunmaktadır.

Araştırma Modeli

Nicel bir araştırma olan bu çalışmada korelasyonel araştırma modeli kullanılmıştır. İlişkisel araştırmalarda değişkenler üzerinde herhangi bir müdahale olmaksızın iki ya da daha fazla değişkenin arasındaki ilişki keşfedilmeye veya bazı değişkenler yordayıcı olarak kullanılarak diğer değişkenlerin değerleri tahmin edilmeye yani yordanmaya çalışılır (Büyüköztürk vd., 2008). Bunun için araştırmacı bir veya daha fazla bağımlı ve bağımsız değişken belirler (Creswell, 2012). Bu çalışmada hem değişkenler arası ilişkiler incelenecek hem de bağımsız değişkenlerin bağımlı değişkeni yordama ilişkisi araştırılacaktır. Araştırmada yordama ilişkisi için bağımlı değişkenler psikolojik belirtiler alt boyutları, bağımsız değişkenler ise psikolojik sağlamlık ve algılanan sosyal destek olarak belirlenmiştir.

Evren ve Örneklem

Araştırma evrenini, mülteci ve sığınmacılarla çalışan profesyoneller oluşturmaktadır. Araştırma örneklemini oluşturmak için seçkisiz olmayan örnekleme yöntemlerinden biri olan amaçsal örnekleme yöntemi kullanılmıştır. Amaçsal örnekleme yönteminde, zengin bilgiler içerdiği düşünülen durumların ayrıntılı çalışılması için belirlenen ölçütleri sağlayan kişilerin, olayların, nesnelere ya da durumların örnekleme dâhil edilmesi sağlanır (Büyüköztürk vd., 2011).

Araştırma örneklemi oluşturulurken, evrenin özgün özellikleri gözetilerek iki temel dahil olma kriteri belirlenmiştir. Bu kriterler, en az lisans mezunu olmak ve çalışma için veri toplanılan tarihlerde aktif olarak mülteci ve sığınmacılarla çalışıyor olmasıdır.

Bu kapsamda çalışmanın örneklemini, Türkiye’de faaliyet gösteren çeşitli sivil toplum kuruluşlarında mülteci ve sığınmacılarla çalışan en az lisans mezunu toplam 191 profesyonel (115 kadın, 76 erkek) oluşturmuştur. Profesyonellere ilişkin tanımlayıcı bilgiler Tablo 1’de yer almaktadır.

Tablo 1.*Katılımcıların Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı*

Demografik Değişkenler		Sıklık (F)	Yüzde (%)
Cinsiyet	Kadın	115	60,2
	Erkek	76	39,8
Medeni Durum	Bekar	107	56,0
	Evli	84	44,0
Yaş Grubu	18-25	36	18,8
	26-35	107	56,0
	36+	39	25,2
Eğitim Düzeyi	Lisans	126	66,0
	Lisansüstü	65	34,0
	Ruh Sağlığı Profesyoneli	47	24,6
	Tercüman	24	12,6
	Avukat	19	9,9
Meslek	Proje Asistanı	50	26,2
	Proje Yöneticisi	18	9,4
	Öğretmen	14	7,3
	Diğer	19	9,9
	Ofis	92	48,2
Çalışma Ortamı	Saha	39	20,4
	Ofis ve Saha	60	31,4
	0-2 Yıl	54	28,3
Deneyim	2-4 Yıl	63	33,0
	4-6 Yıl	45	23,6
	6+ Yıl	29	15,2

Tablo 1’de katılımcıların demografik özelliklerine ilişkin dağılımları gösterilmiştir. Buna göre, katılımcıların %60,2’si kadın, %39,8’i erkektir. Medeni durum açısından ise katılımcıların %56’sı bekar, %44’ü evlidir. Katılımcıların yaş gruplarına göre dağılımında ise, 18-25 yaş aralığında yer alan katılımcıların oranının %18,8 olduğu, 26-35 yaş aralığının %56,36 ve üzeri yaş grubunun ise %25,2 olduğu tespit edilmiştir. Eğitim düzeylerine göre, katılımcıların %66’sı lisans mezunu ve %34’ü lisansüstü mezundur. Meslek açısından, katılımcıların %24,6’sı ruh sağlığı

profesyoneli, %12,6'sı tercüman, %9,9'u avukat, %26,2'si proje asistanı, %9,4'ü proje yöneticisi, %7,3'ü öğretmen ve %9,9 diğer meslek gruplarındadır. Çalışma ortamına göre, katılımcıların %48,2'si ofiste, %20,4'ü sahada ve %31,4'ü hem ofis hem sahada görev yapmaktadır. Mülteci ve sığınmacılarla çalışma deneyimi açısından ise, katılımcıların %28,3'ü 0-2 yıl, %33'ü 2-4 yıl, %23,6'sı 4-6 yıl deneyime sahipken, %15,2'si ise 6 yıl ve üzeri deneyime sahiptir.

Veri Toplama Araçları

Araştırmada veri toplamak amacıyla Sosyodemografik Bilgi Formu (Ek 3), Kısa Semptom Envanteri (Ek 4), Kısa Psikolojik Sağlamlık Ölçeği (Ek 5) ve Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (Ek 6) kullanılmıştır.

Sosyodemografik Bilgi Formu

Araştırmacı tarafından katılımcıların yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, meslek, görev ortamı gibi kişisel ve mesleki özelliklerine ulaşmak amacıyla hazırlanmıştır. Bu anket (Ek 3) toplamda 7 sorudan oluşmaktadır.

Kısa Semptom Envanteri (KSE)

Derogatis (1992) tarafından bireylerde görülebilecek çeşitli psikiyatrik ve psikolojik rahatsızlıkların belirtilerinin varlığı ve düzeylerinin incelenmesi amacıyla geliştirilmiştir. KSE, tanı koymada yardımcı bir araç olarak kullanılan ve 90 maddeden oluşan SCL-90-R içerisinde her faktörde en yüksek yükü üstlenmiş maddelerin seçilmesiyle oluşturulmuştur. Toplam 53 madde olarak; 9 alt ölçek (somatizasyon, obsesif-kompulsif, kişilerarası alınganlık, depresyon, anksiyete, hostilite, forvik-anksiyete, paranoid düşünceler, psikotizm) ve 3 global indeks (rahatsızlık ciddiyet indeksi, belirti toplamı, semptom rahatsızlık indeksi) ile birlikte ek maddelerden oluşmaktadır. KSE, beşli likert tipinde bir öz bildirim ölçeğidir. Katılımcılar ölçekte yer alan sorulara; "hiç", "biraz", "orta derece", "epey" ve "çok fazla" seçeneklerini kullanarak cevap verirler ve bu cevaplar sırasıyla 0-4 arasında puanlandırılır. Ardından her bir alt ölçek için toplam puan hesaplanır ve sonunda semptom rahatsızlık indeksi bulunur. Bir kişi KSE'den en düşük 0 en yüksek 212 puan alabilir. Puan yükseldikçe kişinin psikolojik belirti seviyesinin de yükselmekte olduğu anlaşılır. Derogatis (1992) 719 psikiyatri hastasıyla yaptığı geçerlik ve güvenilirlik çalışmasında, KSE'nin 9 alt boyutu için ölçülen Cronbach Alpha iç

tutarlılık katsayılarını .71 (psikotizm) ve .85 (depresyon) arasında değiştiğini, iki hafta aralıkla yapılan test-tekrar test güvenilirlik katsayılarının ise $r=.68$ (somatizasyon) ve $r=.91$ (fobik anksiyete) arasında değiştiğini bulgulamıştır. Üç global indekste ise $r=.90$ (GSI), $r=.87$ (PSDI) ve $r=.80$ (PST) olarak bulunmuştur (aktaran Şahin ve Durak, 1994).

KSE'nin (Ek 4) Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları, Şahin ve Durak (1994) tarafından üç ayrı örneklem ile yapılmış olup, Cronbach Alpha iç tutarlılık katsayılarının ölçek toplamı için .93 ve .96 arasında değiştiği belirtilmiştir. Orjinalinden farklı olarak 9 yerine 5 temel alt boyut (depresyon, anksiyete, olumsuz benlik, somatizasyon, hostilite) belirlenmiş ve bu alt ölçeklerde ise Cronbach Alpha iç tutarlılık katsayılarının .55 ile .86 arasında değiştiği bulgulanmıştır.

Kısa Psikolojik Sağlık Ölçeği (KPSÖ)

Smith vd. (2008) tarafından bireylerin kendilerini toparlayabilme ve zorlu durumlar karşısındaki psikolojik sağlıklarını ölçmek amacıyla geliştirilmiştir. Beşli likert tipinde 6 madde ve tek boyutlu bir ölçek olup, katılımcılar tarafından "hiç uygun değil", "uygun değil", "biraz uygun", "uygun", "tamamen uygun" olarak cevaplanır ve bu cevaplar sırasıyla 1-5 arasında puanlandırılır. Ölçekte yer alan 2, 4 ve 6 maddeleri tersten kodlanmıştır ve bu maddeler puanlama öncesinde tekrar kodlanır. Ölçek sonuçlarında daha yüksek puan daha yüksek psikolojik sağlığı ifade etmektedir. Dört farklı örneklem grubu kullanılarak geliştirilen ölçeğin güvenilirliği iç tutarlık ve test tekrar test yöntemleriyle hesaplanmış olup, iç tutarlık katsayısı .80 ile .91 arasında değişen değerlerde, test tekrar test güvenilirlik katsayısı ise, .62 ile .69 arasında bulunmuştur (aktaran Doğan, 2015).

Türkçe uyarlaması (Ek 5) Doğan (2015) tarafından yapılan ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışmalarında faktör analizi aracılığıyla ölçeğin tek boyutlu yapısının korunduğu görülmüştür. Ölçeğin güvenilirliği, iç tutarlılık yöntemiyle incelenmiş ve iç tutarlılık katsayısı .83 olarak bulgulanmıştır.

Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ)

Zimet vd. (1988) tarafından geliştirilen bu ölçek bireylerin yaşamlarında aile, arkadaş, çalışma arkadaşı gibi çevrelerinden ne kadar destek hissettiklerini ölçmek amacıyla hazırlanmıştır. Ölçeğin toplam 12 maddesi olup, 3 alt boyuttan (aile, arkadaş ve özel bir insan) oluşmaktadır. Ölçekte yedili likert tip kullanılmış olup,

yanıtlar "kesinlikle hayır" ve "kesinlikle evet" arasında bulunan 7 ifadeyle verilir. Ölçekten alınan toplam puanın yükselmesi, algılanan sosyal destek düzeyinin de yükseldiğini gösterir. Ölçek toplamı için Cronbach alfa iç tutarlık kat sayısı .88 olarak, alt boyutlar ise aile .87, arkadaş .85, özel bir insan .91 olarak hesaplanmıştır (aktaran Eker vd., 2001).

Eker vd. (2001) tarafından ölçeğin (Ek 6) Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları yapılmıştır. Bu çalışmalar sonucunda ölçeğin üç alt boyuttan oluşan orijinal yapısının korunduğu görünmüş ancak maddelerde yer alan bazı ifadelerin kültürel açıdan daha anlaşılır olabilmesi için ilaveler yapılmıştır. Ölçek toplamının Cronbach alfa iç tutarlık kat sayısı .89 olarak, alt boyutları ise aile .85, arkadaş .88, özel bir insan .92 olarak hesaplanmıştır.

Veri Toplama Süreci

Çalışmada kullanılan ölçeklerin Türkçe uyarlamasını gerçekleştiren kişilerden etik ilkeler doğrultusunda ölçek kullanım izinleri e-posta aracılığıyla alınarak, YDÜ Sosyal Bilimler Etik Komitesine çalışma detaylarını içeren dosyayla başvuru yapılmıştır. 22.11.2022 tarihinde YDÜ Sosyal Bilimler Etik Komitesinden YDÜ/SB/2022/1413 proje numaralı etik kurul izni (Ek 11) alınmıştır. Bu izinle birlikte, veri toplama süreci için çalışmada kullanılan aydınlatılmış onam formu (Ek 1), katılımcı bilgilendirme formu (Ek 2) ve veri toplama araçları (Ek 3, Ek 4, Ek 5, Ek 6) elektronik ortamda Google Forms aracılığıyla hazırlanmıştır. Hazırlanan bağlantının katılımcılara ulaştırılması için Türkiye'de göç alanında faaliyet gösteren sivil toplum kuruluşlarına ve bu alanda çalışan profesyonellere e-posta aracılığıyla ulaşılarak çalışmaya katılım daveti gerçekleştirilmiştir. Katılımcılara, uygulanan ölçeklerden önce birinci sayfada gösterilen aydınlatılmış onam formu aracılığıyla katılımcıların gönüllülük beyanı alınmış ve çalışmaya dahil olma kriterleri açık bir şekilde belirtilmiştir. Veriler, Aralık 2022 - Mart 2023 tarihleri arasında toplam 4 aylık bir zaman aralığında toplanmıştır. Elde edilen veriler araştırmanın amacına yönelik belirlenen istatistik analizleriyle incelenmiş ve çalışmanın bulgular kısmında bu analizlerin sonuçlarına yer verilmiştir.

Veri Analizi

Araştırma kapsamında elde edilen verilerin istatistiksel olarak incelenmesi amacıyla SPSS 25.0 kullanılmıştır. KPSÖ için gerekli maddeler ters kodlandıktan

sonra, çalışmada kullanılan ölçeklerin alt boyutları ve ölçek geneli puanları hesaplanmıştır. Ölçek geneli ve alt boyutlarında normallik varsayımı için Tablo 2’de belirtilen, Kolmogorov-Smirnov testi ve çarpıklık-basıklık verileri değerlendirilmiştir.

Tablo 2.

Katılımcıların Kısa Semptom Envanteri, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ve Kısa Psikolojik Sağlık Ölçeği Puanlarının Normallik Testleri

Değişkenler	Kolmogorov-Smirnov			Çarpıklık	Basıklık
	İstatistik	sd	P		
KSE-Anksiyete	0,151	191	0,000	1,129	0,946
KSE-Depresyon	0,111	191	0,000	0,579	-0,387
KSE-Olumsuz Benlik	0,168	191	0,000	1,283	1,371
KSE-Somatizasyon	0,224	191	0,000	1,268	1,159
KSE-Hostilite	0,186	191	0,000	1,158	1,238
Kısa Semptom Envanteri	0,164	191	0,000	0,934	0,218
ÇBASDÖ-Aile	0,106	191	0,000	-0,689	0,497
ÇBASDÖ-Özel Bir İnsan	0,103	191	0,000	-0,894	1,306
ÇBASDÖ-Arkadaş	0,092	191	0,000	-0,687	0,716
Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği	0,086	191	0,001	-0,898	1,528
Kısa Psikolojik Sağlık Ölçeği	0,104	191	0,000	-0,250	-0,853

Normallik analizleri sonucunda, Kolmogorov-Smirnov testinin sonuçları verilerin normal dağılmadığını göstermiştir. Ancak ölçeklerin çarpıklık ve basıklık değerleri incelendiğinde, değerlerin +2 ve -2 aralığında olduğu görülmektedir. Sosyal bilimlerde, çarpıklık ve basıklık için +2 ve -2 aralığı normal dağılım varsayımı için kabul edilebilir bir değerdir (George & Mallery, 2010). Bu sebeple bu araştırmada, veri dağılımının normal olduğu kabul edilerek parametrik testler uygulanmıştır.

Katılımcıların demografik özelliklerine göre dağılımlarını belirlemek için frekans analizi uygulanmıştır. Katılımcıların KSE, KPSÖ ve ÇBASDÖ puanlarına ilişkin betimleyici istatistikler için ortalama, standart sapma ve ölçeklerden elde edilen en az (min) - en çok (max) puanlardan yararlanılmıştır.

Katılımcıların demografik özelliklerine göre psikolojik belirti, algılanan sosyal destek ve psikolojik sağlamlık düzeylerinin farklılaşp/farklılaşmadığı incelenmiştir. Cinsiyet, medeni durum ve eğitim düzeyi, iki grupta değişkenler olduğu için karşılaştırmalar bağımsız gruplar t-testi kullanılarak yapılmıştır. En az üç grubu olan yaş, meslek ve mesleki deneyim için ise tek yönlü varyans analizi (ANOVA) kullanılmıştır. ANOVA’da istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilen gruplar arasındaki farkın kaynağının tespiti için ise çoklu karşılaştırma amacıyla kullanılan Post-Hoc testlerinden Tukey uygulanmıştır.

Değişkenler arası ilişkilerin tespiti için Pearson korelasyon analizi uygulanmıştır. Araştırmanın bağımsız değişkenleri olan algılanan sosyal destek ve psikolojik sağlamlığın, bağımlı değişken olan psikolojik belirtilerin her bir alt boyutunu yordama düzeyi için ise regresyon analizi kullanılmıştır.

Çalışma Planı ve Süreci

Araştırma sürecinin çalışmanın temel değişkenleri olan psikolojik belirtiler, psikolojik sağlamlık ve algılanan sosyal desteğin ve göç alanında çalışan profesyonellerde bu değişkenler kullanılarak yapılan güncel çalışmaların literatür kapsamında detaylı bir şekilde incelenmesiyle başlaması planlanmıştır. Bu noktada, çalışmanın problem durumunun ortaya koyulması ve araştırmanın amacının oluşturulması planlanmıştır. Veri toplama araçlarının ve örnekleme yönteminin belirlenmesiyle birlikte veri toplama süreci için; araştırmanın detaylarını içeren bir başvurunun, YDÜ Sosyal Bilimler Etik Komitesine gönderilmesi planlanmıştır. Etik Komite izninin ardından, veri toplama sürecinin başlaması ve Aralık 2022 - Mart 2023 tarihleri arasında veri toplama sürecinin tamamlanması öngörülmüştür. Elde edilen verilerin; uygun istatistiksel analizlerin yapılmasıyla birlikte araştırma bulguları olarak raporlaştırılması ve literatür kapsamında tartışılması planlanmıştır. Tartışma sürecinin ardından, araştırma sonuçlarının ve sonuçlara bağlı olarak araştırma önerilerinin gerçekleştirilerek, çalışmanın Mayıs 2023 tarihinde tamamlanması öngörülmüştür.

BÖLÜM IV

Bulgular

Tablo 3.

Katılımcıların Kısa Semptom Envanteri, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek ve Kısa Psikolojik Sağlık Ölçeği Puanları

Değişkenler	N	Ort.	SS	Min	Max
KSE-Anksiyete	191	5,98	5,02	0	25
KSE-Depresyon	191	9,84	5,59	1	28
KSE-Olumsuz Benlik	191	5,24	4,79	0	23
KSE-Somatizasyon	191	4,03	3,64	0	18
KSE-Hostilite	191	3,44	3,12	0	16
Kısa Semptom Envanteri	191	28,53	19,14	3	94
ÇBASDÖ-Aile	191	20,80	4,03	7	28
ÇBASDÖ-Özel Bir İnsan	191	20,88	3,98	5	28
ÇBASDÖ-Arkadaş	191	20,65	3,86	7	28
Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği	191	62,34	10,48	22	84
Kısa Psikolojik Sağlık Ölçeği	191	18,83	5,07	7	28

Tablo 3’de katılımcıların KSE, ÇBASDÖ ve KPSÖ puanlarına dair betimleyici istatistikler yer almaktadır.

Buna göre, katılımcıların KSE-Anksiyete ortalama puanı $5,98 \pm 5,02$, KSE-Depresyon ortalama puanı $9,84 \pm 5,59$, KSE-Olumsuz Benlik ortalama puanı $5,24 \pm 4,79$, KSE-Somatizasyon ortalama puanı $4,03 \pm 3,64$ ve KSE-Hostilite ortalama puanı $3,44 \pm 3,12$ ’dir. Katılımcıların KSE geneli ortalama puanı ise $28,53 \pm 19,14$ ’dür.

Katılımcıların ÇBASDÖ-Aile ortalama puanı $20,80 \pm 4,03$, ÇBASDÖ-Özel Bir İnsan ortalama puanı $20,88 \pm 3,98$, ÇBASDÖ-Arkadaş ortalama puanı $20,65 \pm 3,86$ ’dir. Katılımcıların ÇBASDÖ geneli ortalama puanı $62,34 \pm 10,48$ ’dir.

Katılımcıların KPSÖ ortalama puanı ise $18,83 \pm 5,07$ ’dir.

Tablo 3’de katılımcıların aldıkları en az ve en fazla puanlar yer almaktadır. Ölçek genellerinden alınabilecek en fazla puanlar; KSE için 212, ÇBASDÖ için 84, KPSÖ için 30’dur. En az puanlar ise; KSE için 0, ÇBASDÖ için 12, KPSÖ için 5’dir.

Tablo 4.

Katılımcıların Cinsiyetlerine Göre Kısa Semptom Envanteri, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ve Kısa Psikolojik Sağlık Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması

Değişkenler	Cinsiyet	N	Ort.	SS	t	p
KSE-Anksiyete	Kadın	115	5,87	4,48	0,388	0,699
	Erkek	76	6,16	5,77		
KSE-Depresyon	Kadın	115	10,57	5,76	2,236	0,027*
	Erkek	76	8,74	5,16		
KSE-Olumsuz Benlik	Kadın	115	5,40	4,74	0,563	0,574
	Erkek	76	5,00	4,90		
KSE-Somatizasyon	Kadın	115	4,30	3,55	1,234	0,219
	Erkek	76	3,63	3,78		
KSE-Hostilite	Kadın	115	3,61	3,02	0,921	0,358
	Erkek	76	3,18	3,27		
Kısa Semptom Envanteri	Kadın	115	29,74	18,32	1,071	0,286
	Erkek	76	26,71	20,30		
ÇBASDÖ-Aile	Kadın	115	20,90	3,98	0,398	0,691
	Erkek	76	20,66	4,14		
ÇBASDÖ-Özel Bir İnsan	Kadın	115	20,77	3,99	-0,510	0,610
	Erkek	76	21,07	3,97		
ÇBASDÖ-Arkadaş	Kadın	115	20,74	3,92	0,372	0,710
	Erkek	76	20,53	3,80		
Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği	Kadın	115	62,40	10,44	0,097	0,923
	Erkek	76	62,25	10,62		
Kısa Psikolojik Sağlık Ölçeği	Kadın	115	17,50	4,92	-4,672	0,000*
	Erkek	76	20,83	4,65		

* $p < 0,05$

Tablo 4’de, katılımcıların cinsiyetlerine göre KSE, ÇBASDÖ ve KPSÖ puanlarının bağımsız gruplar t-testi ile karşılaştırılmasına ilişkin bulgular verilmiştir.

Katılımcıların cinsiyetlerine göre, KSE-Anksiyete, KSE-Olumsuz Benlik, KSE-Somatizasyon, KSE-Hostilite ve KSE genel puanları arasında istatistiksel

olarak anlamlı bir farklılık yokur ($p>0,05$). Katılımcıların cinsiyetlerine göre, KSE-Depresyon boyutunda ise istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır ($p<0,05$). Buna göre, kadınların depresyon düzeyi erkeklerden daha yüksektir.

Katılımcıların cinsiyetlerine göre, ÇBASDÖ-Aile, ÇBASDÖ-Özel Bir İnsan, ÇBASDÖ-Arkadaş ve ÇBASDÖ genel puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur ($p>0,05$).

Katılımcıların cinsiyetlerine göre, KPSÖ puanları arasında ise istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir ($p<0,05$). Buna göre, erkeklerin psikolojik sağlamlık düzeyi kadınlardan daha yüksektir.

Tablo 5.

Katılımcıların Medeni Durumlarına Göre Kısa Semptom Envanteri, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ve Kısa Psikolojik Sağlamlık Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması

Değişkenler	Medeni D.	N	Ort.	SS	t	p
KSE-Anksiyete	Bekar	107	6,67	5,52	2,159	0,027*
	Evli	84	5,11	4,17		
KSE-Depresyon	Bekar	107	10,08	5,75	0,687	0,493
	Evli	84	9,52	5,39		
KSE-Olumsuz Benlik	Bekar	107	5,73	5,12	1,595	0,105
	Evli	84	4,62	4,30		
KSE-Somatizasyon	Bekar	107	4,37	3,87	1,470	0,143
	Evli	84	3,60	3,30		
KSE-Hostilite	Bekar	107	3,61	3,38	0,838	0,403
	Evli	84	3,23	2,76		
Kısa Semptom Envanteri	Bekar	107	30,47	20,52	1,582	0,115
	Evli	84	26,07	17,03		
ÇBASDÖ-Aile	Bekar	107	20,09	4,09	-2,784	0,006*
	Evli	84	21,70	3,80		
ÇBASDÖ-Özel Bir İnsan	Bekar	107	20,65	3,96	-0,904	0,367
	Evli	84	21,18	4,00		
ÇBASDÖ-Arkadaş	Bekar	107	20,36	3,94	-1,172	0,243
	Evli	84	21,02	3,75		

Tablo 5 (Devamı).

Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği	Bekar	107	61,11	10,46		
	Evli	84	63,90	10,36	-1,839	0,068
Kısa Psikolojik Sağlık Ölçeği	Bekar	107	18,14	5,15		
	Evli	84	19,70	4,86	-2,133	0,034*

* $p < 0,05$

Tablo 5’de, katılımcıların medeni durumlarına göre KSE, ÇBASDÖ ve KPSÖ puanlarının bağımsız gruplar t-testi ile karşılaştırılmasına ilişkin bulgular verilmiştir.

Katılımcıların medeni durumlarına göre, KSE-Depresyon, KSE-Olumsuz Benlik, KSE-Somatizasyon, KSE-Hostilite ve KSE genel puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur ($p > 0,05$). Katılımcıların medeni durumlarına göre, KSE-Anksiyete boyutunda ise istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır ($p < 0,05$). Bu farklılık, bekarların evlilerden daha yüksek anksiyete düzeyine sahip olduğu şeklindedir.

Katılımcıların medeni durumlarına göre, ÇBASDÖ-Özel Bir İnsan, ÇBASDÖ-Arkadaş ve ÇBASDÖ genel puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur ($p > 0,05$). Katılımcıların medeni durumlarına göre, ÇBASDÖ-Aile boyutunda ise istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır ($p < 0,05$). Evli katılımcıların bekarlardan daha yüksek aile desteği algısı bulunmaktadır.

Katılımcıların medeni durumlarına göre, KPSÖ puanları arasında ise istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir ($p < 0,05$). Evli katılımcıların psikolojik sağlık düzeyi bekarlara kıyasla daha yüksektir.

Tablo 6.

Katılımcıların Eğitim Düzeylerine Göre Kısa Semptom Envanteri, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ve Kısa Psikolojik Sağlık Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması

Değişkenler	Eğitim D.	N	Ort.	SS	t	P
KSE-Anksiyete	Lisans	126	6,29	5,16	1,187	0,237
	Lisansüstü	65	5,38	4,73		

Tablo 6 (Devamı).

KSE-Depresyon	Lisans	126	10,21	5,69	1,299	0,196
	Lisansüstü	65	9,11	5,37		
KSE-Olumsuz Benlik	Lisans	126	5,72	5,23	1,946	0,031*
	Lisansüstü	65	4,31	3,67		
KSE-Somatizasyon	Lisans	126	4,21	3,66	0,923	0,357
	Lisansüstü	65	3,69	3,62		
KSE-Hostilite	Lisans	126	3,62	3,31	1,107	0,270
	Lisansüstü	65	3,09	2,71		
Kısa Semptom Envanteri	Lisans	126	30,06	20,16	1,535	0,126
	Lisansüstü	65	25,58	16,75		
ÇBASDÖ-Aile	Lisans	126	20,08	4,15	-3,545	0,000*
	Lisansüstü	65	22,20	3,41		
ÇBASDÖ-Özel Bir İnsan	Lisans	126	20,21	4,24	-3,371	0,000*
	Lisansüstü	65	22,20	3,02		
ÇBASDÖ-Arkadaş	Lisans	126	20,09	4,14	-2,879	0,002*
	Lisansüstü	65	21,75	3,00		
Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği	Lisans	126	60,37	11,01	-3,732	0,000*
	Lisansüstü	65	66,15	8,20		
Kısa Psikolojik Sağlamlık Ölçeği	Lisans	126	17,85	4,95	-3,843	0,000*
	Lisansüstü	65	20,72	4,80		

* $p < 0,05$

Tablo 6’da, katılımcıların eğitim düzeylerine göre KSE, ÇBASDÖ ve KPSÖ puanlarının bağımsız gruplar t-testi ile karşılaştırılmasına ilişkin bulgular verilmiştir.

Katılımcıların eğitim düzeylerine göre, KSE-Anksiyete, KSE-Depresyon, KSE-Somatizasyon, KSE-Hostilite ve KSE genel puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur ($p > 0,05$). Katılımcıların eğitim düzeylerine göre, KSE-Olumsuz Benlik boyutunda ise istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır ($p < 0,05$). Buna göre, lisans mezunlarının olumsuz benlik düzeyi lisansüstü mezunlarına kıyasla daha yüksektir.

Katılımcıların eğitim düzeylerine göre, ÇBASDÖ-Aile, ÇBASDÖ-Özel Bir İnsan, ÇBASDÖ-Arkadaş ve ÇBASDÖ genel puanları arasında istatistiksel olarak

anlamli bir farklılık vardır ($p<0,05$). Buna göre, lisansüstü mezunlarının algıladıkları sosyal destek lisans mezunlardan daha yüksektir.

Katılımcıların eğitim düzeylerine göre, KPSÖ puanları arasında ise istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir ($p<0,05$). Buna göre, lisansüstü mezunlarının lisans mezunlarına kıyasla daha yüksek psikolojik sağlamlık düzeyleri vardır.

Tablo 7.

Katılımcıların Görev Ortamlarına Göre Kısa Semptom Envanteri, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ve Kısa Psikolojik Sağlamlık Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması

Değişkenler	Görev Ortamı	N	Ort.	SS	Min	Max	F	p	Fark
KSE-Anksiyete	Ofis	92	5,50	4,24	0	21	2,270	0,106	-
	Saha	39	7,49	6,06	0	25			
	Ofis ve Saha	60	5,75	5,29	0	20			
KSE-Depresyon	Ofis	92	9,75	5,54	1	23	2,427	0,091	-
	Saha	39	11,44	6,23	2	28			
	Ofis ve Saha	60	8,93	5,07	1	20			
KSE-Olumsuz Benlik	Ofis	92	4,77	4,63	0	22	2,645	0,074	-
	Saha	39	6,79	6,09	0	23			
	Ofis ve Saha	60	4,95	3,88	0	14			
KSE-Somatizasyon	Ofis	92	3,54	3,13	0	13	3,772	0,025*	1-2
	Saha	39	5,41	4,38	1	15			
	Ofis ve Saha	60	3,88	3,71	0	18			
KSE-Hostilite	Ofis	92	3,42	3,23	0	14	0,649	0,524	-
	Saha	39	3,90	3,70	0	16			
	Ofis ve Saha	60	3,17	2,48	0	10			

Tablo 7 (Devamı).

Kısa Semptom Envanteri	Ofis	92	26,99	17,60	4	80	2,879	0,059	-
	Saha	39	35,03	23,73	3	94			
ÇBASDÖ- Aile	Ofis ve Saha	60	26,68	17,44	3	67	4,517	0,012*	2-3
	Ofis	92	20,51	4,20	7	28			
ÇBASDÖ- Özel Bir İnsan	Saha	39	19,67	3,93	12	27	3,362	0,037*	2-3
	Ofis ve Saha	60	21,98	3,59	13	28			
ÇBASDÖ- Arkadaş	Ofis	92	20,60	4,21	5	28	3,977	0,020*	2-3
	Saha	39	19,97	4,09	11	27			
Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği	Ofis ve Saha	60	21,92	3,33	13	28	5,024	0,007*	2-3
	Ofis	92	20,59	4,18	7	28			
Kısa Psikolojik Sağlamlık Ölçeği	Saha	39	19,38	4,02	10	27	1,923	0,149	-
	Ofis ve Saha	60	21,58	2,96	15	26			
	Ofis	92	61,70	10,98	22	84			
	Saha	39	59,03	11,09	35	78			
	Ofis	92	18,46	4,90	8	28			
	Saha	39	18,10	5,96	8	28			
	Ofis ve Saha	60	19,87	4,60	7	28			
	Ofis	92	20,59	4,18	7	28			

* $p < 0,05$

Tablo 7’de, katılımcıların görev ortamlarına göre KSE, ÇBASDÖ ve KPSÖ puanlarının varyans analizi ile karşılaştırılmasına ilişkin bulgular verilmiştir.

Katılımcıların görev ortamlarına göre, KSE-Anksiyete, KSE-Depresyon, KSE-Olumsuz Benlik, KSE-Hostilite ve KSE genel puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur ($p > 0,05$). Katılımcıların görev ortamlarına göre, KSE-Somatizasyon boyutunda ise istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır.

($p<0,05$). Buna göre, saha çalışanlarının somatizasyon düzeyleri ofis çalışanlarından daha yüksektir.

Katılımcıların görev ortamlarına göre, ÇBASDÖ-Aile, ÇBASDÖ-Özel Bir İnsan, ÇBASDÖ-Arkadaş ve ÇBASDÖ genel puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır ($p<0,05$). Buna göre, ofis ve saha çalışanlarının ÇBASDÖ alt boyutları ve genel puanı saha çalışanlarından daha yüksektir.

Katılımcıların görev ortamlarına göre, KPSÖ puanları arasında ise istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur($p<0,05$).

Tablo 8.

Katılımcıların Yaş Gruplarına Göre Kısa Semptom Envanteri, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ve Kısa Psikolojik Sağlık Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması

Değişkenler	Yaş Grubu	N	Ort.	SS	Min	Max	F	P	Fark
KSE-Anksiyete	18-25	36	8,28	6,08	0	25	5,121	0,007*	1-2
	26-35	107	5,65	4,70	0	20			1-3
	36+	48	5,00	4,40	0	21			
KSE-Depresyon	18-25	36	11,00	5,49	2	22	1,407	0,247	-
	26-35	107	9,85	5,45	1	28			
	36+	48	8,94	5,91	1	23			
KSE-Olumsuz Benlik	18-25	36	7,00	5,72	0	20	3,954	0,021*	1-3
	26-35	107	5,17	4,49	0	23			
	36+	48	4,08	4,39	0	16			
KSE-Somatizasyon	18-25	36	5,56	3,89	0	13	5,005	0,008*	1-3
	26-35	107	3,94	3,76	0	18			
	36+	48	3,08	2,81	0	15			
KSE-Hostilite	18-25	36	4,56	3,87	0	16	3,820	0,024*	1-3
	26-35	107	3,40	3,00	0	14			
	36+	48	2,69	2,53	0	11			
Kısa Semptom Envanteri	18-25	36	36,39	22,29	7	85	4,722	0,010*	1-3
	26-35	107	28,02	18,26	3	94			
	36+	48	23,79	16,96	4	65			
ÇBASDÖ-Aile	18-25	36	19,03	3,77	12	27	4,661	0,011*	1-2
	26-35	107	21,07	4,07	7	28			1-3
	36+	48	21,52	3,84	8	27			

Tablo 8 (Devamı).

ÇBASDÖ- Özel Bir İnsan	18-25	36	19,83	3,87	11	28			
	26-35	107	21,21	4,02	8	28	1,625	0,200	-
	36+	48	20,96	3,92	5	27			
ÇBASDÖ- Arkadaş	18-25	36	19,58	4,03	10	26			
	26-35	107	21,04	3,79	7	28	1,933	0,148	-
	36+	48	20,60	3,82	9	28			
Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği	18-25	36	58,44	10,91	35	81			
	26-35	107	63,32	10,05	22	84	3,141	0,046*	1-2
	36+	48	63,08	10,65	22	78			
Kısa Psikolojik Sağlamlık Ölçeği	18-25	36	17,72	5,01	9	28			
	26-35	107	18,33	5,05	7	27	5,114	0,007*	1-3 2-3
	36+	48	20,77	4,73	10	28			

* $p < 0,05$

Tablo 8’de, katılımcıların yaş gruplarına göre KSE, ÇBASDÖ ve KPSÖ puanlarının varyans analizi ile karşılaştırılmasına ilişkin bulgular verilmiştir.

Katılımcıların yaş gruplarına göre, KSE-Depresyon boyutunda istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur ($p > 0,05$). Katılımcıların yaş gruplarına göre, KSE-Anksiyete, KSE-Olumsuz Benlik, KSE-Somatizasyon, KSE-Hostilite ve KSE genel puanları arasında ise istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır ($p < 0,05$). Buna göre, farklılığın tespit edildiği alt boyutlar ve KSE genelinde, 18-25 yaş grubunun 36 yaş ve üzeri gruptan daha yüksek psikolojik belirti düzeyleri vardır. KSE-Anksiyete boyutunda ise 18-25 yaş grubunun psikolojik belirti düzeyleri, 26-35 yaş grubundan da daha yüksektir.

Katılımcıların yaş gruplarına göre, ÇBASDÖ-Özel Bir İnsan ve ÇBASDÖ-Aile boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur ($p > 0,05$). Katılımcıların yaş gruplarına göre, ÇBASDÖ-Aile ve ÇBASDÖ genel puanları arasında ise istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır ($p < 0,05$). Buna göre, ÇBASDÖ-Aile boyutu açısından 26-35 ile 36 ve üzeri yaş grubu, 18-25 yaş grubundan daha yüksek bir aile desteği algısına sahiptir. ÇBASDÖ genelinde ise 26-35 yaş grubu, 18-25 yaş grubundan daha yüksek bir puan ortalamasına yani sosyal destek algısına sahiptir.

Katılımcıların yaş gruplarına göre, KPSÖ puanları arasında ise istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır ($p < 0,05$). Buna göre, 36 ve üzeri yaş grubu ile 26-

35 yaş grubunun psikolojik sağlamlık düzeyleri 18-25 yaş grubunun psikolojik sağlamlık düzeyinden daha yüksektir.

Tablo 9.

Katılımcıların Mülteci ve Sığınmacılarla Çalışma Deneyimi Sürelerine Göre Kısa Semptom Envanteri, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ve Kısa Psikolojik Sağlamlık Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması

Değişkenler	Deneyim	N	Ort.	SS	Min	Max	F	P	Fark
KSE- Anksiyete	0-2 Yıl	54	6,85	5,34	0	20	0,896	0,444	-
	2-4 Yıl	63	5,67	5,27	0	25			
	4-6 Yıl	45	5,93	4,60	0	19			
	6+ Yıl	29	5,14	4,49	0	20			
KSE- Depresyon	0-2 Yıl	54	10,30	5,25	2	21	0,266	0,850	-
	2-4 Yıl	63	9,94	5,56	1	23			
	4-6 Yıl	45	9,47	6,39	1	28			
	6+ Yıl	29	9,34	5,14	3	19			
KSE-Olumsuz Benlik	0-2 Yıl	54	6,20	5,05	1	22	1,143	0,333	-
	2-4 Yıl	63	4,81	4,85	0	19			
	4-6 Yıl	45	5,18	5,03	0	23			
	6+ Yıl	29	4,48	3,61	0	12			
KSE- Somatizasyon	0-2 Yıl	54	4,67	4,01	0	14	1,051	0,371	-
	2-4 Yıl	63	4,03	3,65	0	18			
	4-6 Yıl	45	3,38	3,02	0	15			
	6+ Yıl	29	3,86	3,79	0	15			
KSE-Hostilite	0-2 Yıl	54	3,87	3,59	0	16	1,057	0,369	-
	2-4 Yıl	63	3,63	3,27	0	14			
	4-6 Yıl	45	3,07	2,64	0	9			
	6+ Yıl	29	2,79	2,41	0	9			
Kısa Semptom Envanteri	0-2 Yıl	54	31,89	20,51	6	85	0,881	0,452	-
	2-4 Yıl	63	28,08	19,27	3	84			
	4-6 Yıl	45	27,02	18,88	3	94			
	6+ Yıl	29	25,62	16,50	6	60			
ÇBASDÖ-Aile	0-2 Yıl	54	19,80	3,91	12	27	3,723	0,012*	1-4
	2-4 Yıl	63	21,02	3,75	11	28			
	4-6 Yıl	45	20,44	4,24	8	27			
	6+ Yıl	29	22,76	3,99	7	28			

Tablo 9 (Devamı).

	0-2 Yıl	54	19,65	4,38	10	28			
ÇBASDÖ-	2-4 Yıl	63	21,68	3,23	12	28			
Özel Bir İnsan	4-6 Yıl	45	20,58	4,43	5	28	3,474	0,017*	1-2
	6+ Yıl	29	21,93	3,37	8	27			
	0-2 Yıl	54	19,65	4,31	9	28			
ÇBASDÖ-	2-4 Yıl	63	21,32	3,53	12	28			
Arkadaş	4-6 Yıl	45	20,38	3,69	9	26	2,454	0,065	-
	6+ Yıl	29	21,52	3,65	7	26			
Çok Boyutlu	0-2 Yıl	54	59,09	11,03	35	81			
Algılanan	2-4 Yıl	63	64,02	8,57	42	84			
Sosyal Destek	4-6 Yıl	45	61,40	11,39	22	78	3,867	0,010*	1-4
Ölçeği	6+ Yıl	29	66,21	10,26	22	79			
	0-2 Yıl	54	17,37	5,06	7	28			
Kısa Psikolojik	2-4 Yıl	63	18,87	4,89	8	27			
Sağlamlık	4-6 Yıl	45	19,40	5,21	10	28	2,880	0,037*	1-4
Ölçeği	6+ Yıl	29	20,55	4,77	10	28			

* $p < 0,05$

Tablo 9'da, katılımcıların göç alanında çalışma deneyimlerine göre KSE, ÇBASDÖ ve KPSÖ puanlarının varyans analizi ile karşılaştırılmasına ilişkin bulgular verilmiştir.

Katılımcıların göç alanında çalışma deneyimlerine göre, KSE alt boyutları, KSE genel puanları ve ÇBASDÖ-Arkadaş arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur ($p > 0,05$).

Katılımcıların göç alanında çalışma deneyimlerine göre, ÇBASDÖ-Aile, ÇBASDÖ-Özel Bir İnsan ve ÇBASDÖ genel puanları arasında ise istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır ($p < 0,05$). Buna göre, ÇBASDÖ-Özel Bir İnsan alt boyutu puanları 2-4 yıl deneyime sahip katılımcılarda, 0-2 yıl deneyime sahip olanlardan daha yüksektir. ÇBASDÖ-Aile ve ÇBASDÖ genelinde ise 6 yıl ve üzeri deneyime sahip katılımcıların puanları, 0-2 yıl deneyime sahip katılımcılardan daha yüksektir.

Katılımcıların göç alanında çalışma deneyimlerine göre, KPSÖ puanları arasında ise istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır ($p < 0,05$). Bu farklılığa göre, 6 yıl ve üzeri deneyime sahip katılımcıların psikolojik sağlamlık düzeyleri, 0-2 yıl deneyime sahip katılımcılardan daha yüksektir.

Tablo 10.

Katılımcıların Meslek Gruplarına Göre Kısa Semptom Envanteri, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ve Kısa Psikolojik Sağlık Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması

Değişkenler	Meslek Grubu	N	Ort.	SS	Min	Max	F	P	Fark
KSE-Anksiyete	Ruh Sağlığı P.	47	6,36	5,19	1	20	0,666	0,677	-
	Tercüman	24	7,25	7,12	0	25			
	Avukat	19	5,37	3,93	0	11			
	Proje Asistanı	50	5,74	4,10	1	15			
	Proje Yöneticisi	18	5,00	5,72	0	20			
	Öğretmen	14	6,86	5,11	1	18			
	Diğer	19	5,00	4,00	0	13			
KSE-Depresyon	Ruh Sağlığı P.	47	10,32	5,53	1	23	0,925	0,478	-
	Tercüman	24	10,63	6,68	2	28			
	Avukat	19	11,05	5,96	1	19			
	Proje Asistanı	50	9,46	4,97	2	23			
	Proje Yöneticisi	18	7,33	5,18	2	20			
	Öğretmen	14	9,79	6,58	1	19			
	Diğer	19	9,84	5,06	3	22			
KSE-Olumsuz Benlik	Ruh Sağlığı P.	47	5,68	5,20	0	22	0,619	0,715	-
	Tercüman	24	6,46	6,35	0	23			
	Avukat	19	4,53	3,94	0	12			
	Proje Asistanı	50	4,94	4,63	0	16			
	Proje Yöneticisi	18	4,61	4,79	0	18			
	Öğretmen	14	5,79	4,21	1	14			
	Diğer	19	4,32	2,96	0	13			
KSE-Somatizasyon	Ruh Sağlığı P.	47	4,51	4,24	0	18	0,461	0,837	-
	Tercüman	24	4,63	4,68	1	15			
	Avukat	19	3,95	3,10	1	10			
	Proje Asistanı	50	3,68	3,40	0	13			
	Proje Yöneticisi	18	3,39	2,83	0	10			
	Öğretmen	14	4,21	3,02	0	10			
	Diğer	19	3,58	3,01	0	10			
KSE-Hostilite	Ruh Sağlığı P.	47	3,47	2,88	0	12	0,217	0,971	-
	Tercüman	24	3,71	3,84	0	16			
	Avukat	19	3,21	2,27	0	7			
	Proje Asistanı	50	3,50	2,99	0	11			
	Proje Yöneticisi	18	3,11	3,94	0	14			
	Öğretmen	14	4,00	3,82	0	10			
	Diğer	19	3,00	2,67	0	9			

Tablo 10 (Devamı).

	Ruh Sağlığı P.	47	30,34	19,92	7	85			
	Tercüman	24	32,67	25,12	3	94			
	Avukat	19	28,11	16,89	3	56			
Kısa Semptom Envanteri	Proje Asistanı	50	27,32	16,78	5	71	0,592	0,737	-
	Proje Yöneticisi	18	23,44	20,83	6	80			
	Öğretmen	14	30,64	20,39	4	62			
	Diğer	19	25,74	14,50	6	58			
	Ruh Sağlığı P.	47	21,87	3,16	16	28			
	Tercüman	24	19,33	4,11	12	27			
	Avukat	19	19,89	4,91	10	27			
ÇBASDÖ- Aile-	Proje Asistanı	50	20,26	4,53	7	28	2,362	0,032*	-
	Proje Yöneticisi	18	22,78	3,32	15	28			
	Öğretmen	14	19,86	3,86	13	26			
	Diğer	19	21,16	3,35	14	27			
	Ruh Sağlığı P.	47	21,55	3,97	11	28			
	Tercüman	24	20,58	3,60	12	26			
	Avukat	19	21,00	4,35	11	28			
ÇBASDÖ-Özel Bir İnsan	Proje Asistanı	50	20,44	4,08	5	26	1,449	0,198	-
	Proje Yöneticisi	18	22,61	2,57	18	28			
	Öğretmen	14	19,14	4,94	11	27			
	Diğer	19	20,32	3,82	10	25			
	Ruh Sağlığı P.	47	21,26	3,21	13	28			
	Tercüman	24	19,92	4,00	10	27			
	Avukat	19	19,95	4,20	11	26			
ÇBASDÖ- Arkadaş	Proje Asistanı	50	20,80	4,30	7	28	0,722	0,632	-
	Proje Yöneticisi	18	21,39	3,55	12	26			
	Öğretmen	14	19,64	3,75	15	28			
	Diğer	19	20,47	4,13	9	25			
	Ruh Sağlığı P.	47	64,68	9,60	40	84			
	Tercüman	24	59,83	10,37	35	78			
	Avukat	19	60,84	11,98	34	78			
Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği	Proje Asistanı	50	61,50	11,55	22	81	1,599	0,150	-
	Proje Yöneticisi	18	66,78	6,53	53	76			
	Öğretmen	14	58,64	11,63	41	78			
	Diğer	19	61,95	9,22	38	75			
	Ruh Sağlığı P.	47	19,15	4,97	8	26			
	Tercüman	24	17,63	5,90	8	27			
	Avukat	19	18,16	5,11	10	26			
Kısa Psikolojik Sağlamlık Ölçeği	Proje Asistanı	50	18,38	4,29	10	28	1,547	0,165	-
	Proje Yöneticisi	18	21,94	5,05	10	28			
	Öğretmen	14	18,57	7,08	7	28			
	Diğer	19	18,63	3,74	10	23			

* $p < 0,05$

Tablo 10’da, katılımcıların meslek gruplarına göre KSE, ÇBASDÖ ve KPSÖ puanlarının varyans analizi ile karşılaştırılmasına ilişkin bulgular verilmiştir.

Katılımcıların meslek gruplarına göre, KSE alt boyutları ve KSE genel puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur ($p>0,05$).

Katılımcıların meslek gruplarına göre, ÇBASDÖ-Özel Bir İnsan, ÇBASDÖ-Aile ve ÇBASDÖ-Özel Bir Arkadaş ve ÇBASDÖ genel puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur ($p>0,05$). ÇBASDÖ-Aile boyutunda ise istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmiş ancak çoklu karşılaştırma için uygulanan ileri analiz yöntemlerinden Tukey testi ile farklılığın kaynağı tespit edilememiştir. Meslek grupları açısından en düşük puan ortalamasının tercüman grubunda, en yüksek puan ortalamasının ise proje yöneticisi grubunda olduğu görülmektedir.

Katılımcıların meslek gruplarına göre, KPSÖ puanları arasında ise istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur ($p>0,05$).

Tablo 11.

Katılımcıların Kısa Semptom Envanteri, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ve Kısa Psikolojik Sağlık Ölçeği Puanlarına Ait Pearson Korelasyon Katsayıları

Değişkenler		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
KSE-Anksiyete	r	1										
	p											
KSE-Depresyon	r	,662**	1									
	p	0,00										
KSE-Olumsuz Benlik	r	,775**	,647**	1								
	p	0,00	0,00									
KSE-Somatizasyon	r	,669**	,587**	,698**	1							
	p	0,00	0,00	0,00								
KSE-Hostilite	r	,732**	,630**	,713**	,692**	1						
	p	0,00	0,00	0,00	0,00							
Kısa Semptom Envanteri	r	,896**	,842**	,892**	,825**	,849**	1					
	p	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00						
ÇBASDÖ-Aile	r	-,284**	-,308**	-,355**	-,274**	-,372**	-,366**	1				
	p	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00					
ÇBASDÖ-Özel Bir İnsan	r	-,316**	-,292**	-,366**	-,268**	-,337**	-,366**	,594**	1			
	p	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00				

Tablo 11 (Devamı).

ÇBASDÖ-Arkadaş	r	-,329**	-,297**	-,379**	-,231**	-,354**	-,370**	,666**	,750**	1		
	p	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00			
Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği	r	-,350**	-,339**	-,415**	-,292**	-,402**	-,416**	,856**	,884**	,910**	1	
	p	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00		
Kısa Psikolojik Sağlık Ölçeği	r	-,486**	-,577**	-,473**	-,427**	-,483**	-,574**	,500**	,412**	,394**	,494**	1
	p	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	

** $p < 0,01$

Tablo 11’de, KSE, ÇBASDÖ ve KPSÖ alt boyutları ile ölçek toplamaları arasındaki ilişkilerin pearson korelasyon analiziyle incelenmesine ilişkin bulgular yer almaktadır.

Buna göre, KSE alt boyutları ve geneli ile ÇBASDÖ alt boyutları ve toplamı arasında negatif yönlü anlamlı ilişkiler bulunmuştur ($p < 0,01$). KSE alt boyutları ve toplamı ile KPSÖ arasında da negatif yönlü anlamlı ilişkiler vardır ($p < 0,01$).

ÇBASDÖ alt boyutları ve geneli ile KPSÖ arasında ise pozitif yönlü anlamlı ilişkilerin olduğu görülmektedir ($p < 0,01$).

Tablo 12.

Katılımcıların Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ve Kısa Psikolojik Sağlık Ölçeği Puanlarının Kısa Semptom Envanteri Anksiyete Alt Boyutu Puanlarını Yordama Durumu

Değişkenler	Std. Olm.		Std.	F	R ²		
	B	S.H.					
	Beta	t	P	p	Düz. R ²		
(Sabit)	18,06	1,93		9,368	0,000*		
ÇBASDÖ-Aile	0,10	0,11	0,08	0,883	0,378		
ÇBASDÖ-Özel	-0,07	0,12	-0,06	-0,603	0,547		
Bir İnsan					16,557	0,263	
ÇBASDÖ-Arkadaş	-0,22	0,14	-0,17	-1,584	0,115	0,000*	0,247
Kısa Psikolojik Sağlık Ölçeği	-0,43	0,07	-0,44	-5,923	0,000*		

* $p < 0,05$ Bağımlı Değişken: KSE-Anksiyete

Tablo 12’de, katılımcıların ÇBASDÖ-Aile, ÇBASDÖ-Özel Bir İnsan, ÇBASDÖ-Arkadaş ve KPSÖ puanlarının, KSE-Anksiyete puanları üzerindeki yordayıcı etkisini incelemek için yapılan regresyon analizinin bulguları verilmiştir.

Tabloya göre, katılımcıların KSE-Anksiyete puanları ÇBASDÖ-Aile ($\beta=0,08$), ÇBASDÖ-Özel Bir İnsan ($\beta=-0,06$) ve ÇBASDÖ-Arkadaş ($\beta=-0,17$) puanları tarafından yordanmadığı görülmektedir ($p>0,05$).

Katılımcıların KSE-Anksiyete puanlarının KPSÖ ($\beta=-0,44$) puanları tarafından negatif yönde yordandığı anlaşılmaktadır ($p<0,05$). Yani, psikolojik sağlamlık düzeyi arttıkça, anksiyete düzeyinin azalacağı istatistiksel olarak öngörülmektedir.

KSE-Anksiyete boyutunun, ÇBASDÖ alt boyutları ve KPSÖ tarafından yordanmasını incelemek için oluşturulan bu regresyon modelinin açıkladığı varyans %24,7’dir.

Tablo 13.

Katılımcıların Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ve Kısa Psikolojik Sağlamlık Ölçeği Puanlarının Kısa Semptom Envanteri Depresyon Alt Boyutu Puanlarını Yordama Durumu

Değişkenler	Std. Olm.		Std.	t	p	F	R ²
	B	S.H.	Beta				
(Sabit)	23,45	2,03		11,500	0,000*		
ÇBASDÖ-Aile	0,06	0,12	0,04	0,475	0,635		
ÇBASDÖ-Özel Bir İnsan	-0,03	0,13	-0,02	-0,215	0,830		
ÇBASDÖ-Arkadaş	-0,13	0,14	-0,09	-0,921	0,358	23,888	0,339
Kısa Psikolojik Sağlamlık Ölçeği	-0,61	0,08	-0,55	-7,928	0,000*	0,000*	0,325

* $p<0,05$ Bağımlı Değişken: KSE-Depresyon

Tablo 13’de, katılımcıların ÇBASDÖ-Aile, ÇBASDÖ-Özel Bir İnsan, ÇBASDÖ-Arkadaş ve KPSÖ puanlarının, KSE-Depresyon puanları üzerindeki yordayıcı etkisini incelemek için yapılan regresyon analizinin bulguları verilmiştir.

Tabloya göre, katılımcıların KSE-Depresyon puanları ÇBASDÖ-Aile ($\beta=0,04$), ÇBASDÖ-Özel Bir İnsan ($\beta=-0,02$) ve ÇBASDÖ-Arkadaş ($\beta=-0,09$) puanları tarafından yordanmamaktadır ($p>0,05$).

Katılımcıların KSE-Depresyon puanlarının KPSÖ ($\beta=-0,55$) puanları tarafından negatif yönde yordandığı görülmektedir ($p<0,05$). Yani, psikolojik sağlamlık düzeyi arttıkça, depresyon düzeyinin azalacağı istatistiksel olarak öngörülmektedir.

KSE-Depresyon boyutunun, ÇBASDÖ alt boyutları ve KPSÖ tarafından yordanmasını incelemek için oluşturulan bu regresyon modelinin açıkladığı varyans %32,5'dir.

Tablo 14.

Katılımcıların Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ve Kısa Psikolojik Sağlamlık Ölçeği Puanlarının Kısa Semptom Envanteri Olumsuz Benlik Alt Boyutu Puanlarını Yordama Durumu

Değişkenler	Std. Olm.		Std.	t	p	F	R ²
	B	S.H.	Beta				
(Sabit)	18,40	1,83		10,055	0,000*		
ÇBASDÖ-Aile	-0,01	0,11	-0,01	-0,136	0,892		
ÇBASDÖ-Özel Bir İnsan	-0,10	0,12	-0,09	-0,888	0,376	17,289	0,271
ÇBASDÖ-Arkadaş	-0,20	0,13	-0,16	-1,546	0,124	0,000*	0,255
Kısa Psikolojik Sağlamlık Ölçeği	-0,35	0,07	-0,37	-5,021	0,000*		

* $p<0,05$ Bağımlı Değişken: KSE-Olumsuz Benlik

Tablo 14'de, katılımcıların ÇBASDÖ-Aile, ÇBASDÖ-Özel Bir İnsan, ÇBASDÖ-Arkadaş ve KPSÖ puanlarının, KSE-Olumsuz Benlik puanları üzerindeki yordayıcı etkisini incelemek için yapılan regresyon analizinin bulguları verilmiştir.

Tabloya göre, katılımcıların KSE-Olumsuz Benlik puanları ÇBASDÖ-Aile ($\beta=-0,01$), ÇBASDÖ-Özel Bir İnsan ($\beta=-0,09$) ve ÇBASDÖ-Arkadaş ($\beta=-0,16$) puanları tarafından yordanmamaktadır ($p>0,05$).

Katılımcıların KSE-Olumsuz Benlik puanlarının KPSÖ ($\beta=-0,37$) puanları tarafından negatif yönde yordandığı görülmektedir ($p<0,05$). Bu durum, psikolojik sağlamlık düzeyinin artmasıyla, olumsuz benlik düzeyinin azalacağına dair istatistiksel bir öngörü olduğunu ifade etmektedir.

KSE-Olumsuz Benlik boyutunun, ÇBASDÖ alt boyutları ve KPSÖ tarafından yordanmasını incelemek için oluşturulan bu regresyon modelinin açıkladığı varyans %25,5'dir.

Tablo 15.

Katılımcıların Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ve Kısa Psikolojik Sağlamlık Ölçeği Puanlarının Kısa Semptom Envanteri Somatizasyon Alt Boyutu Puanlarını Yordama Durumu

Değişkenler	Std. Olm.		Std. Beta	t	p	F P	R ² Düz. R ²
	B	S.H.					
(Sabit)	11,43	1,46		7,812	0,000*		
ÇBASDÖ-Aile	-0,04	0,09	-0,04	-0,416	0,678		
ÇBASDÖ-Özel Bir İnsan	0,10	0,09	0,11	1,056	0,292	11,118	0,193
ÇBASDÖ-Arkadaş	-0,02	0,10	-0,02	-0,204	0,839	0,000*	0,176
Kısa Psikolojik Sağlamlık Ölçeği	-0,27	0,06	-0,37	-4,812	0,000*		

* $p<0,05$ Bağımlı Değişken: KSE-Somatizasyon

Tablo 15'de, katılımcıların ÇBASDÖ-Aile, ÇBASDÖ-Özel Bir İnsan, ÇBASDÖ-Arkadaş ve KPSÖ puanlarının, KSE-Somatizasyon puanları üzerindeki yordayıcı etkisini incelemek için yapılan regresyon analizinin bulguları verilmiştir.

Tabloya göre, katılımcıların KSE-Somatizasyon puanları ÇBASDÖ-Aile ($\beta=-0,04$), ÇBASDÖ-Özel Bir İnsan ($\beta=0,11$) ve ÇBASDÖ-Arkadaş ($\beta=-0,02$) puanları tarafından yordanmamaktadır ($p>0,05$).

Katılımcıların KSE-Somatizasyon puanlarının KPSÖ ($\beta=-0,37$) puanları tarafından negatif yönde yordandığı görülmektedir ($p<0,05$). Yani, psikolojik

sağlamlık düzeyi arttıkça, somatizasyon düzeyinin azalacağı istatistiksel olarak öngörülmektedir.

KSE-Somatizasyonun, ÇBASDÖ boyutları ve KPSÖ tarafından yordanmasını incelemek için oluşturulan bu regresyon modelinin açıkladığı varyans %17,6'dır.

Tablo 16.

Katılımcıların Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ve Kısa Psikolojik Sağlamlık Ölçeği Puanlarının Kısa Semptom Envanteri Hostilite Alt Boyutu Puanlarını Yordama Durumu

Değişkenler	Std. Olm.		Std.	T	p	F P	R ²
	B	S.H.	Beta				Düz. R ²
(Sabit)	11,80	1,19		9,902	0,000*		
ÇBASDÖ-Aile	-0,06	-0,07	-0,07	-0,815	0,416		
ÇBASDÖ-Özel Bir İnsan	-0,04	-0,08	-0,05	-0,474	0,636	17,140	0,269
ÇBASDÖ- Arkadaş	-0,10	-0,08	-0,12	-1,162	0,247	0,000*	0,254
Kısa Psikolojik Sağlamlık Ölçeği	-0,23	-0,05	-0,38	-5,174	0,000*		

* $p < 0,05$ Bağımlı Değişken: KSE-Hostilite

Tablo 16'da, katılımcıların ÇBASDÖ-Aile, ÇBASDÖ-Özel Bir İnsan, ÇBASDÖ-Arkadaş ve KPSÖ puanlarının, KSE-Hostilite puanları üzerindeki yordayıcı etkisini incelemek için yapılan regresyon analizinin bulguları verilmiştir.

Tabloya göre, katılımcıların KSE-Hostilite puanları ÇBASDÖ-Aile ($\beta = -0,07$), ÇBASDÖ-Özel Bir İnsan ($\beta = -0,05$) ve ÇBASDÖ-Arkadaş ($\beta = -0,12$) puanları tarafından yordanmamaktadır ($p > 0,05$).

Katılımcıların KSE-Hostilite puanlarının KPSÖ ($\beta = -0,38$) puanları tarafından negatif yönde yordandığı görülmektedir ($p < 0,05$). Yani, psikolojik sağlamlık düzeyi arttıkça, hostilite düzeyinin azalacağı istatistiksel olarak öngörülmektedir.

KSE-Hostilite boyutunun, ÇBASDÖ alt boyutları ve KPSÖ tarafından yordanmasını incelemek için oluşturulan bu regresyon modelinin açıkladığı varyans %25,4'dür.

BÖLÜM V

Tartışma

Bu çalışma, mülteci ve sığınmacılarla çalışan profesyoneller üzerinde gerçekleştirilmiştir. KSE, ÇBASDÖ ve KPSÖ kullanılarak ulaşılan verilere istatistiksel analizler uygulanması sonucu elde edilen bulgular, daha önce yapılmış benzer çalışmalar ve kuramsal bağlantılar çerçevesinde değerlendirilmiştir.

Araştırma bulguları katılımcıların cinsiyetlerine göre depresyon düzeylerinin farklılaştığını göstermektedir. Buna göre, kadın katılımcıların depresyon düzeyleri erkeklerden daha yüksektir. Psikolojik belirtilerin, anksiyete, olumsuz benlik, somatizasyon ve hostilite boyutunda ise cinsiyete göre farklılaşma olmadığı görülmüştür. Yıldırım vd. (2015), 906 üniversite öğrencisiyle yaptıkları çalışmada benzer sonuçlara ulaşarak, kadın öğrencilerin erkeklerden daha yüksek depresyon düzeyine sahip olduğunu saptamıştır. Tian vd. (2020) ise Çin’de yaşayan genel nüfus içerisinde yaptıkları çalışmada, erkeklere kıyasla kadınların daha yüksek psikolojik belirti düzeyleri olduğunu bulgulamıştır. Özer vd. (2001) majör depresyon tanısı almış 30 hasta ile yaptıkları çalışmanın sonucunda benzer bulgulara ulaşmıştır. Buna göre, kadınlarda erkeklerden daha yüksek depresyon düzeyi tespit edilmiştir. Yerlikaya (2020) 498 katılımcı ile yaptığı çalışmada, kadınların depresyon, anksiyete ve somatizasyon düzeylerinin erkeklerden yüksek olduğunu bulgulamıştır. Olumsuz benlik ve hostilite boyutunda ise farklılık olmadığı görülmüştür. Bu araştırmalardan hareketle, literatürde cinsiyete göre depresyonun değişimine ilişkin bulguların tutarlı olduğu görülmektedir. Diğer psikolojik belirti boyutlarının cinsiyete göre değişimi ise değişiklikler göstermektedir (Tian vd., 2020). Ancak, bu çalışmalarda genel olarak kadınlarda erkeklerden daha yüksek psikolojik belirti düzeyleri olduğu görülmektedir. Diğer psikolojik belirti alt boyutlarının farklılaşması ise, psikolojik belirtilerin çok kapsamlı ve çok boyutlu yapısından kaynaklanabilmektedir. Çalışmalarda kullanılan çeşitli demografik özelliklere sahip gruplarda ortaya çıkan farklılıkların, psikolojik belirti düzeyleri üzerinde etki sahibi olabilecek cinsiyet harici pek çok değişken bulunmasından kaynaklı, kontrol edilemeyen faktörlerle açıklanabilir.

Bu çalışmada algılanan sosyal desteğin cinsiyete göre farklılaşmadığı görülmüştür. Çeçen (2008), 521 üniversite öğrencisi ile ÇBASDÖ kullanarak yaptığı çalışmada benzer sonuçlara ulaşarak, öğrencilerin cinsiyet durumlarına göre

algılanan sosyal destek düzeylerinin farklılaşmadığını bulgulamıştır. Arıcıoğlu (2008), algılanan çok boyutlu sosyal destek ölçeği, ve Karataş (2012) ise sosyal destek değerlendirme ölçeği kullanarak yaptıkları çalışmalarında algılanan sosyal destek düzeyinin cinsiyete göre farklılaştığı sonucuna ulaşmıştır. Bu farklılık, kadınların erkeklerden daha yüksek sosyal destek algıladığı şeklindedir. Bu uyumsuzluğun, algılanan sosyal desteği ölçmede kullanılan farklı ölçeklerden kaynaklandığı düşünülmektedir. Çünkü, bu çalışmada kullanılan ÇBASDÖ ile yapılan çalışmada benzer sonuçlara ulaşılırken, diğer çalışmalarda farklı ölçeklerin kullanılması sonucu farklı bulguların ortaya çıktığı görülmektedir. Ayrıca, kontrol edilemeyen ve algılanan sosyal destek düzeyi üzerinde etki sahibi olabilecek çeşitli değişkenlerin varlığı da düşünülmektedir.

Bu çalışmada erkek katılımcıların psikolojik sağlık düzeylerinin kadınlardan daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Hoşoğlu vd. (2018), 423 öğretmen adayıyla yaptıkları çalışmada erkek katılımcıların psikolojik sağlık düzeylerinin kadınlara kıyasla daha yüksek olduğunu bulgulamıştır. Bu çalışmaya ek olarak, Kvirgic (2013), yetişkin popülasyon içerisinde erkeklerin psikolojik sağlık düzeylerinin kadınlara kıyasla daha yüksek olduğunu bulgulamıştır. Bu farklılığın sonucu olarak da, kadınların psikolojik rahatsızlıklara karşı daha hassas olabileceğini ifade etmiştir. Literatürde yer alan bu sonuçlar, bu çalışmanın bulgularıyla örtüşmektedir.

Bu çalışmanın bulgularından birisi olarak, bekar katılımcıların anksiyete düzeylerinin evli katılımcılardan daha yüksek olduğu görülmüştür. Benzer çalışmalar incelendiği zaman bu farklılığın aksine medeni duruma göre anksiyete düzeyinin değişmediği veya evli katılımcıların daha yüksek anksiyete düzeyine sahip olduğu görülmektedir. Cebeci ve Durmaz (2021) çalışmalarında 70 hemşirenin depresyon, anksiyete ve stres düzeylerini çeşitli değişkenlere göre incelemiştir. Buna göre evli bireylerin depresyon ve stres düzeyi bekarlara kıyasla daha yüksek bulunmuştur. Anksiyete düzeylerinin ise medeni duruma göre değişmediği görülmüştür. Yıldırım ve Özkahraman (2011) radyoloji çalışanlarıyla yaptıkları çalışmanın sonucunda, medeni duruma göre anksiyete düzeylerinin değişmediğini bulgulamıştır. Soskolne vd. (1996) benzer şekilde medeni duruma göre anksiyete düzeyinin değişmediğini bulgulamıştır. Tokuç vd. (2011) ise psikolojik belirti düzeylerinin medeni duruma göre anlamlı bir farklılık göstermediği sonucuna ulaşmıştır. Dolayısıyla bu araştırmanın medeni duruma göre psikolojik belirtileri açıkladığı bulgularının

literatürde yer alan benzer çalışmalarla çeliştiği söylenebilir. Bu farklılığın, bu çalışmada kullanılan örneklemin demografik özellikleri ve psikolojik belirtiler üzerinde etkisi olabilecek kontrol edilemeyen bazı değişkenlerden kaynaklandığı düşünülmektedir.

Bu araştırmanın bir diğer bulgusu, evli bireylerin bekar bireylerden daha yüksek aile desteği algıladığı yönündedir. Avşar vd. (2016) evli bireylerin aileden alınan sosyal destek düzeylerinin bekar bireylerden daha yüksek olduğunu bulgulamıştır. Benzer bir çalışmada, Arslantaş vd. (2010) hastanede yatan hastalarla yapmış oldukları çalışmada, evlilik durumunun algılanan sosyal destek düzeyini arttırdığını tespit etmiştir. Bu bulgular çalışmanın bulgularını destekler niteliktedir.

Psikolojik sağlık ve medeni duruma göre araştırmanın bulguları, evli bireylerin psikolojik sağlık düzeylerinin bekarlardan anlamlı şekilde daha yüksek olduğunu göstermektedir. Kımtar (2020), örneklemini 337 katılımcının oluşturduğu çalışmasında, evli bireylerin psikolojik sağlamlığının bekar bireylerden daha yüksek olduğunu keşfetmiştir. Benzer şekilde, Özçetin vd. (2019), onkoloji hemşireleriyle yaptıkları çalışmada, evli katılımcıların bekarlardan daha yüksek psikolojik sağlamlık düzeyine sahip olduğu sonucuna ulaşmıştır. Dolayısıyla benzer çalışmalarda da, bu çalışmada bulunduğu gibi evli bireylerin psikolojik sağlamlık düzeylerinin daha yüksek olduğu sonucuna ulaşıldığı görülmektedir.

Araştırma bulguları psikolojik belirtilerin alt boyutu olan olumsuz benlik düzeyinin, eğitim seviyesi yükseldikçe azaldığını göstermiştir. Buna göre, lisans mezunu katılımcıların olumsuz benlik düzeyleri lisansüstü mezunu katılımcılardan daha yüksektir. Batıgün ve Sunal (2017) çalışmalarında benzer bulgulara ulaşarak ilköğretim mezunu kişilerin lise ve üniversite mezunu kişilerden daha yüksek psikolojik belirti düzeyine sahip olduğunu belirtmiştir. İkinci (2018) ise üniversite eğitimi almayan bireylerin üniversite eğitimi alanlardan daha yüksek psikolojik belirti düzeylerinin olduğunu bulgulamıştır. Genel olarak literatür bize, eğitim düzeyinin azalmasıyla birlikte psikolojik belirtilerin yükseldiğini göstermektedir. Bu belirtilerin boyutları çalışmalarda farklılaşsa da, bu boyutların farklı ölçeklerden elde edildiği göz önünde bulundurulduğunda, sonuçların tutarlı olduğu düşünülmektedir.

Bu çalışmada elde edilen bir diğer bulguya göre, lisansüstü mezunu katılımcıların algılanan sosyal destek düzeyleri lisans mezunlarından daha yüksektir. Bingöl ve Tel (2007) eğitim düzeyinin artmasıyla algılanan sosyal destek düzeyinin de arttığını bulgulamıştır. Bu artışın daha yüksek eğitim düzeyiyle birlikte kendini

ifade etme becerisinin güçlenmesi ve sosyal alanının genişlemesinden kaynaklandığı düşünülmektedir. Arslantaş vd. (2010) eğitim düzeyi daha yüksek kişilerin algılanan sosyal destek düzeylerinde anlamlı bir artış olduğunu belirtmiştir. Bu sonuçlar, bu çalışmanın bulgularını destekler niteliktedir.

Araştırma kapsamında elde edilen bir diğer bulgu, lisansüstü eğitim düzeyine sahip katılımcıların lisans mezunu katılımcılardan daha yüksek psikolojik sağlık puanları elde etmesidir. Bozdağ (2020) psikolojik sağlık ve psikolojik belirtileri incelediği araştırmasında, üniversite mezunu olan bireylerin üniversite mezunu olmayan bireylerden daha yüksek düzeyde psikolojik sağlamlığa sahip olduğunu bulgulamıştır. Genel olarak, psikolojik sağlık ve algılanan sosyal desteğin eğitim düzeyiyle birlikte yükseliyor olması ve psikolojik belirtilerin de ters yönde azalıyor olması, araştırmanın, kuramsal ve ilişkisel analize dair bulgularıyla da tutarlıdır.

Çalışmanın bir başka bulgusu, görev ortamına göre katılımcıların somatizasyon düzeylerinin farklılaştığını göstermektedir. Saha çalışanlarının ofis çalışanlarına kıyasla daha yüksek somatizasyon düzeyine sahip olduğu görülmüştür. Bekaroğlu ve Yılmaz (2020), Covid-19 salgını sırasında sahada çalışan sağlık uzmanlarının kaygı bozuklukları, depresif belirtiler ve uyku bozuklukları gibi çeşitli psikolojik belirtileri düzeylerinde artış yaşadıklarını belirtmiştir. Özaydın ve Güdük (2021) ise covid-19 salgını süresince sağlık alanında ön sahada çalışanların sahada çalışmayanlara kıyasla çeşitli psikolojik belirtileri yüksek düzeyde yaşadıklarını bulgulamıştır. Saha çalışanlarının psikolojik olarak daha zorlu koşullarda çalıştığı ve hassas gruplarla sürekli temas halinde oldukları düşünüldüğünde, bu sonuçların benzer çalışmalar ile uyumu görülmektedir.

Hem ofis hem sahada çalışan katılımcıların sadece sahada çalışanlara göre bütün alt boyutlar ve ölçek geneli aracılığıyla daha yüksek sosyal destek algıladıkları bulgulanmıştır. Bu bulguları destekler nitelikteki bir çalışmada; sahada görev yapan sağlık ve itfaiye çalışanlarının sosyal çevrelerinden aldıkları sosyal desteğin stresli çalışma ortamlarından kaynaklı olarak daha az hissettiklerini ve onlar üzerinde daha az etkili olduğu sonucuna ulaşmıştır. Ayrıca, sahada çalışan bu gibi gruplarda kişisel çevrelerinden daha çok iş yerinde hissettikleri desteğin veya çalışma koşullarının etkili olduğu ifade edilmiştir. Ofis ortamına nispeten daha zorlu koşullara sahip olan saha ortamında çalışanların sosyal destek algısı en etkili olarak iş arkadaşları gibi en ulaşılabilir kişilerden ve iş ortamlarıyla ilişkili faktörlerden başlamaktadır (Brais vd., 2023). Bu yaklaşım açısından bu araştırmanın bulguları değerlendirildiğinde, saha

çalışanlarının en az sosyal destek algılayan grup olmasının olası bazı sebeplerinin açıklanabileceği düşünülmektedir.

Katılımcıların yaş gruplarına göre psikolojik belirti düzeylerinde anlamlı farklılıklar bulunmuştur. Buna göre, 18-25 yaş grubu katılımcıları 26-35 ile 36 ve üzeri yaş grubu katılımcılarından daha yüksek anksiyete düzeyine sahiptir. Ayrıca 18-25 yaş grubu katılımcıları 36 ve üzeri yaş grubu katılımcılarına kıyasla daha yüksek psikolojik belirti toplamı, olumsuz benlik, somatizasyon ve hostilite düzeyine sahiptir. Molu vd. (2023) 18-65 yaş arasındaki bireylerle yaptıkları çalışmada, bu bulguları destekler nitelikte sonuçlara ulaşmıştır. Bu bulgulara göre olumsuz benlik, somatizasyon ve hostilite belirtilerinde yaşın ilerlemesiyle bir düşüş olduğu görülmüştür. Katılımcıların yaş grubu açısından ortaya çıkan bir diğer farklılık psikolojik sağlamlık düzeyleridir. Katılımcıların yaşları arttıkça psikolojik sağlamlığın da yükseldiği görülmüştür. Buna göre, 18-25 yaş grubu katılımcıları, 26-35 ile 36 ve üzeri yaş grubundan daha düşük bir psikolojik sağlamlık düzeyine sahiptir. Kınter (2020) çalışmasında bu bulguları destekler nitelikte sonuçlara ulaşmıştır. Buna göre, 36-45 yaş grubu, 18-25 yaş grubundan daha yüksek psikolojik sağlamlık düzeyine sahiptir. Yaş arttıkça daha yüksek psikolojik sağlamlığa ve daha düşük psikolojik belirtilere sahip olmanın, araştırmanın kuramsal çerçevesiyle ve ilişki analizlerinin bulgularıyla uyumlu olduğu görülmektedir. Psikolojik sağlamlığın psikolojik belirtiler üzerindeki koruyucu faktörü, bu çalışmada yer alan farklı yaş grupları açısından tutarlı görülmektedir.

Bu çalışmada elde edilen bulgulara göre, 36 ve üzeri yaş grubu ile 26-35 yaş grubunun algılanan sosyal destek düzeyleri 18-25 yaş grubundan yüksektir. Literatürde, yaşa göre algılanan sosyal desteğin farklılaşmasını inceleyen bir çalışmada, gençler arasında yaş azaldıkça aile desteğinin daha yüksek derece hissedildiği, algılanan arkadaş desteğinin ise yaşla birlikte arttığı tespit edildi (Cheng & Chan, 2004). Her ne kadar arkadaş ve özel bir insan alt boyutları açısından bu araştırmanın bulgularıyla literatür arasında bir tutarlılık olsa da, aile desteği açısından çelişkiler olduğu görülmüştür. Bakioğlu (2019), algılanan sosyal desteğin kültürel bir boyutu olduğunu ve bu kültürel boyutun farklı gruplara göre oldukça önemli olabileceğini ifade etmiştir. Aile desteği boyutunun literatür ile arasında ortaya çıkan bu farklılık konusunda, kültürel değişkenlerin önemi göz ardı edilmemelidir.

Araştırma bulgularında, katılımcıların meslek gruplarına göre psikolojik belirti ve psikolojik sağlamlık düzeylerinde anlamlı bir farklılık bulunamamıştır.

Gündüz (2020) çalışmasında, sosyal hizmet alanında görev yapan 112 çalışan aracılığıyla farklı meslek grupları arasında psikolojik belirtilerle ilişkili olan ikincil travmatik stres değişkenini incelemiştir. Çalışmanın sonuçlarında ise meslek grupları arasında anlamlı bir farklılaşma olmadığı görülmüştür. Pak vd. (2017) ise 117 sağlık çalışanıyla yaptığı çalışmada, mesleklere göre psikolojik sağlık düzeylerinin değişmediğini bulgulamıştır.

Bulgulara göre, katılımcıların meslek gruplarına göre algılanan sosyal destek düzeylerinde aile alt boyutu hariç farklılık olmadığı görülmüştür. Algılanan aile desteği ise tercüman grubunda en düşük, yönetici grubunda ise en yüksektir. Creeze (2013), göç alanında çalışan tercümanların sıklıkla zorlu yaşam öykülerine maruz kalmalarından kaynaklı olarak psikolojik belirtiler yaşamalarının yanı sıra, bu belirtileri hafifletmesi beklenen faktörlerden de yeteri kadar verim alamadıklarını ifade etmiştir. Bu sebeple, tercüman grubunun genellikle sahada çalıştığı ve saha çalışanlarının da sıklıkla benzer problemlerle karşılaştığı düşünüldüğünde; algılanan aile desteklerinin, genellikle yönetsel işlerde ve ofis ortamında çalışan yönetici grubuna göre daha düşük olması açıklanabilmektedir.

Mülteci ve sığınmacılarla çalışma deneyimi açısından katılımcıların ASD ve psikolojik sağlık düzeylerinin farklılaştığı görülmüştür. Bu farklılık, aile ile özel bir insan alt boyutu ve genel ASD'nin 6 yıl ve üzeri deneyime sahip katılımcılarda 0-2 yıl deneyim süresine sahip katılımcılara göre daha yüksek olduğudur. Ayrıca katılımcıların psikolojik sağlık düzeyleri de, 6 yıl ve üzeri deneyime sahip olanlarda 0-2 yıl deneyim süresine sahip olanlardan daha yüksektir. Jyoti ve Kour (2017), iş deneyimi ve algılanan sosyal destek faktörlerinin birbirleri açısından önemli olduklarını ifade etmiştir. Buna göre, sosyal destek algısı yüksek olan çalışanların aynı iş yerlerinde zorlandıkları durumlar karşısında destek buldukları için yılmayarak daha uzun süre çalışmalarını ve terfi alarak yükselmelerinin daha mümkün olduğu sonucuna ulaşmışlardır. Bu bakış açısının, bu araştırmada sosyal destek düzeyi yüksek çıkan katılımcıların deneyim sürelerinin daha fazla olmasını açıkladığı düşünülmektedir. Ayrıca, çeşitli mesleklerde deneyim süresinin artışıyla birlikte psikolojik sağlık düzeylerinin de arttığı görülmektedir. Bu durumun psikolojik sağlamlığın problem çözme yeteneğiyle olan pozitif ilişkisinin doğal bir sonucu olduğu düşünülmektedir. Bu sebeple bu çalışmada elde edilen bulguların, daha önce yapılan benzer araştırmalarla ve psikolojik sağlamlık

kuramlarıyla desteklendiği düşünülmektedir (Öz ve Yılmaz, 2009; Taş, 2013; Adıgüzel vd., 2011)

Araştırma bulguları göstermektedir ki, katılımcıların psikolojik belirti düzeylerini ölçmek için kullanılan KSE ile psikolojik sağlamlıklarını ölçmek için kullanılan KPSÖ ve algılanan sosyal desteklerini ölçmek için kullanılan ÇBASDÖ arasında negatif yönlü bir ilişki olduğu görülmüştür. Aydın (2018), 205 yetişkin birey ile yaptığı araştırmanın sonucunda, depresyon düzeyi ile psikolojik sağlamlığın negatif yönlü anlamlı bir ilişkisi olduğunu bulgulamıştır. Benzer şekilde Cevizci ve Müezzini (2019), 106 sağlık çalışanıyla yaptıkları çalışmada, psikolojik dayanıklılık ve psikolojik belirtiler arasında negatif yönlü ilişki olduğunu tespit etmiştir. Ran vd. (2020), 1770 katılımcının yer aldığı geniş örneklemlerle bir çalışma ile bu sonuçları destekler nitelikte; psikolojik sağlamlığın ve psikolojik belirtilerin negatif yönlü ilişkisini bulgulamıştır. Bayat ve Olca (2023) tarafından 260 hemşirenin oluşturduğu bir örneklem aracılığıyla yapılan çalışmada, psikolojik sağlamlık ile anksiyete ve depresyon ilişkisi incelenmiştir. Buna göre, sonuçlar, psikolojik sağlamlık ile anksiyete ve depresyon arasında negatif yönlü anlamlı bir ilişki olduğunu göstermektedir. Bu çalışmalar, bu araştırmanın bulgularıyla örtüşmektedir. Algılanan sosyal desteğin, kişilerin psikolojik belirti düzeyleri üzerinde hafifletici bir etkisi olduğu bilinmektedir (Kawachi & Berkman, 2001). Psikolojik sağlamlığın tanımı ve işleyişi açısından, psikolojik faktörler karşısında koruyucu bir görevi olduğu bilinmektedir. Bu sebeple aralarında kurulan ters yönlü ilişki farklı çalışmalarda, istatistiksel ve kuramsal olarak ifade edildiği gibi, bu çalışmada da doğrulanmıştır.

Ayrıca bu çalışmada, ÇBASDÖ ve KPSÖ aracılığıyla katılımcıların ölçülen algılanan sosyal destekleri ile psikolojik sağlamlıkları arasında pozitif yönlü bir ilişki bulgulanmıştır. Terzi (2008) 140 üniversite öğrencisi ile yaptığı çalışmada, bu bulguları destekler nitelikte sonuçlara ulaşmıştır. Bu sonuçlar; algılanan sosyal destek ve psikolojik sağlamlık arasında pozitif yönlü anlamlı bir ilişki olduğunu göstermektedir. Turgut (2016) ise, ergenlerle yaptığı bir çalışmada; algılanan sosyal desteğin psikolojik sağlamlığı pozitif yönde yordadığını bulgulamıştır. Başka bir çalışmada, Durdyeva (2021), bu bulguları destekler nitelikte sonuçlara ulaşmıştır. Buna göre, mülteci ve sığınmacılarla çalışan 150 profesyonelden elde edilen veriler sonucunda; psikolojik dayanıklılık ve algılanan sosyal desteğin pozitif yönlü ilişkisini tespit etmiştir. Bu iki değişkenin bu çalışmadaki en büyük ortak noktası, psikolojik belirtiler üzerindeki hafifletici etkileridir. Bu sebeple, iki değişkenin

birbiriyle olan pozitif yönlü ilişkisinin, hem istatistiksel hem de kuramsal olarak açıklandığı düşünülmektedir.

Araştırma bulgularında, algılanan sosyal desteğin psikolojik belirti alt boyutlarını yordamada başarısız olduğu görülmüştür. Şenel vd. (2021), üniversite öğrencileriyle yaptığı çalışmada, algılanan sosyal desteğin bu çalışmada kullanılan psikolojik belirti alt boyutlarını negatif yönde yordadığını bulgulamıştır. Dökmen (2021) de, benzer bulgulara ulaşarak, algılanan aile desteğinin psikolojik belirtileri negatif yönde yordadığını tespit etmiştir. Ayrıca bu bulguları destekler nitelikte başka çalışmalar da bulunmaktadır (Bailey, 2007; Meaden vd., 2010). Bu sonuçlar, bu çalışmada elde edilen bulgularla çelişkili olmakla birlikte, bu çalışmada ve literatürde, algılanan sosyal destek ve psikolojik belirtiler arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir. Aralarındaki bu ilişkiye rağmen, algılanan sosyal desteğin, psikolojik belirtileri öngörmeye istatistiksel olarak yeterli olmadığı tespit edilmiştir. Sosyal destek kişilerin hayatında oldukça önemli bir yere sahip olsa da, psikolojik belirtileri tek başına etkileyebilecek veya öngörebilecek düzeyde güçlü olmayabileceği düşünülmektedir. Göç alanında, hassas grupların ve psikolojik olarak zorlu çalışma koşullarının var olduğu düşünüldüğünde, sosyal destek gibi koruyucu ve hafifletici bazı faktörlerin, genel nüfus içerisinde olduğu kadar etki göstermeyebileceği düşünülmektedir.

Bu çalışmada psikolojik sağlık düzeylerinin, KSE alt boyutları olan anksiyete, depresyon, olumsuz benlik, somatizasyon ve hostilite düzeylerini negatif yönde yordadığı görülmektedir. Ran vd. (2020) çalışmalarında, 1770 katılımcıdan oluşan geniş bir örneklem aracılığıyla psikolojik sağlamlığın depresyon, kaygı ve somatizasyonu negatif yönde yordadığını bulgulamıştır. Bilge ve Bilge (2020), 1245 katılımcı ile yürüttükleri çalışmada, psikolojik sağlamlığın, depresyon, somatizasyon, anksiyete, öfke-düşmanlık başta olmak üzere çeşitli psikolojik belirtileri negatif yönde yordadığını tespit etmiştir. Olashore vd. (2021) 373 hastane çalışanı ile yaptıkları çalışmada; psikolojik sağlamlığın anksiyeteyi negatif yönde yordadığını bulgulamıştır. Bu sonuçlar, bu çalışmada elde edilen bulgularla uyumaktadır. Psikolojik sağlamlık ve psikolojik belirtiler arasındaki güçlü kuramsal ilişkinin varlığının, istatistiksel olarak da, psikolojik sağlamlığın psikolojik belirtileri yordama başarısı aracılığıyla doğrulandığı düşünülmektedir. Buradan hareketle, psikolojik sağlamlık düzeyinde yaşanacak bir artışın, psikolojik belirti düzeylerinde azalmaya yol açabileceğinin kuramsal ve istatistiksel olarak öngörüldüğü ifade edilebilir.

BÖLÜM VI

Sonuç ve Öneriler

Sonuç

Katılımcıların cinsiyetlerine göre, depresyon dışındaki psikolojik belirti ve algılanan sosyal destek düzeyleri farklılaşmamaktadır. Depresyon düzeyleri ise, kadınlarda erkeklerden daha yüksektir. Katılımcıların cinsiyetlerine göre, psikolojik sağlamlık düzeyleri ise farklılaşmaktadır. Buna göre, erkeklerin psikolojik sağlamlık düzeyi kadınlardan daha yüksektir.

Katılımcıların medeni durumlarına göre, anksiyete dışındaki psikolojik belirti düzeyleri farklılaşmamaktadır. Anksiyete düzeyleri ise, bekarlarda evlilere kıyasla daha yüksektir. Katılımcıların medeni durumlarına göre, aile alt boyutu dışındaki algılanan sosyal destek düzeyleri farklılaşmamaktadır. Algılanan aile desteği ise, evli katılımcılarda bekarlardan daha yüksektir. Katılımcıların medeni durumlarına göre, psikolojik sağlamlık düzeyi farklılık göstermektedir. Buna göre, evli katılımcıların psikolojik sağlamlık düzeyi bekar katılımcılardan daha yüksektir.

Katılımcıların eğitim düzeylerine göre, olumsuz benlik dışındaki psikolojik belirti düzeyleri farklılaşmamaktadır. Olumsuz benlik düzeyleri ise, lisans mezunu katılımcılarda lisansüstü mezunlarından daha yüksektir. Katılımcıların eğitim düzeylerine göre, algılanan sosyal destek düzeyleri farklılaşmaktadır. Buna göre, lisansüstü mezunu katılımcıların algıladığı sosyal destek lisans mezunlarından daha yüksektir. Katılımcıların eğitim düzeylerine göre, psikolojik sağlamlık düzeyleri farklılık göstermektedir. Buna göre, lisansüstü mezunu katılımcıların psikolojik sağlamlık düzeyleri lisans mezunlarından daha yüksektir.

Katılımcıların görev ortamlarına göre, somatizasyon dışındaki psikolojik belirti düzeyleri farklılaşmamaktadır. Somatizasyon düzeyleri ise, saha çalışanlarında ofis çalışanlarından daha yüksektir. Katılımcıların görev ortamlarına göre, algılanan sosyal destek düzeyleri farklılaşmaktadır. Buna göre, ofis ve saha çalışanlarının algıladığı sosyal destek saha çalışanlarından daha yüksektir. Katılımcıların görev ortamlarına göre, psikolojik sağlamlık düzeyleri farklılık göstermemektedir.

Katılımcıların yaş gruplarına göre, depresyon dışındaki psikolojik belirti düzeyleri farklılık göstermektedir. Buna göre, anksiyete, olumsuz benlik, somatizasyon, hostilite ve psikolojik belirtilerin genel toplam düzeyleri için 18-25 yaş grubu 36 yaş ve üzeri gruptan daha yüksektir. Ayrıca anksiyete boyutunda, 18-25

yaş grubun belirti düzeyleri 26-35 yaş grubundan da daha yüksektir. Katılımcıların yaş gruplarına göre, özel bir insan ve arkadaş desteği algılarında farklılık yoktur. Ancak aile ve genel sosyal destek algılarında yaş gruplarına göre farklılaşma görülmektedir. Buna göre, 26-35 ile 36 ve üzeri yaş grubunun aile desteği algısı, 18-25 yaş grubundan daha yüksektir. 26-35 yaş grubunun genel sosyal destek algısı ise 18-25 yaş grubundan daha yüksektir. Katılımcıların yaş gruplarına göre, psikolojik sağlamlık düzeyleri farklılaşmaktadır. Buna göre, 36 ve üzeri yaş grubu ile 26-35 yaş grubunun psikolojik sağlamlık düzeyleri 18-25 yaş grubunun psikolojik sağlamlık düzeyinden daha yüksektir.

Katılımcıların göç alanında çalışma deneyimlerine göre, psikolojik belirti düzeylerinde farklılaşma yoktur. Katılımcıların göç alanında çalışma deneyimlerine göre, algılanan arkadaş desteği dışındaki algılanan sosyal destek düzeyleri farklılık göstermektedir. Buna göre, 2-4 yıl deneyime sahip katılımcıların algıladığı özel bir insan desteği 0-2 yıl deneyime sahip katılımcılardan daha yüksektir. 6 yıl ve üzeri deneyime sahip katılımcıların algıladığı genel sosyal destek ve aile desteği düzeyleri ise 0-2 yıl deneyime sahip katılımcılardan daha yüksektir. Katılımcıların göç alanında çalışma deneyimlerine göre, psikolojik sağlamlık düzeyleri farklılık göstermektedir. Buna göre, 6 yıl ve üzeri deneyime sahip katılımcıların psikolojik sağlamlık düzeyleri, 0-2 yıl deneyime sahip katılımcılardan daha yüksektir.

Katılımcıların meslek gruplarına göre, psikolojik belirti ve psikolojik sağlamlık düzeylerinde farklılaşma görülmemiştir. Katılımcıların meslek gruplarına göre, sosyal destek algıları aile dışındaki arkadaş ve özel bir insan alt boyutu ile genel sosyal destek algısı açısından farklılaşmamaktadır. Algılanan aile desteği açısından en yüksek düzey proje yöneticisi grupta iken en düşük düzeyin tercüman grubunda olduğu görülmüştür.

İlişki (korelasyon) analizi sonuçlarına göre, psikolojik belirti düzeylerinin geneli, depresyon, anksiyete, olumsuz benlik, somatizasyon ve hostilite boyutları ile algılanan sosyal destek geneli, arkadaş, özel bir insan ve aile boyutları arasında negatif yönlü bir ilişki vardır. Ayrıca psikolojik belirti düzeyinin geneli ve tüm alt boyutları ile psikolojik sağlamlık arasında da negatif yönlü bir ilişki vardır. Bunlara ek olarak, psikolojik sağlamlık ile algılanan sosyal destek geneli ve tüm alt boyutları arasında pozitif yönlü bir ilişki olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Katılımcıların psikolojik sağlamlık düzeylerinin, psikolojik belirtiler alt boyutları olan anksiyete, depresyon, olumsuz benlik, somatizasyon ve hostiliteyi

negatif yönde yordadığı görülmüştür. Algılanan sosyal destek alt boyutları olan arkadaş, özel bir insan ve aile desteği algısının ise psikolojik belirtileri yordamada başarısız olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Öneriler

Araştırmacılara Yönelik Öneriler

Bu çalışmanın örnekleme, mülteci ve sığınmacılarla çalışan en az lisans mezunu 191 profesyonelden oluşmaktadır. Bu çalışmada ulaşılan sonuçların geçerliliğini arttırmak ve farklı sonuçların elde edilip edilemeyeceğini incelemek için ulaşılabilen daha geniş bir örneklemeyle tekrarlanması önerilmektedir.

Bu çalışmanın konusu, mülteci ve sığınmacılarla çalışan profesyonellerde psikolojik belirtiler, psikolojik sağlamlık ve algılanan sosyal desteği araştırma amaçları doğrultusunda incelemektir. Gün geçtikçe önem kazanan ve dünya gündemini meşgul eden uluslararası göç gelişmeleri sebebiyle göç alanı profesyonellerinde önemsenmesi gereken bir konu olan psikolojik belirtilere yönelik araştırmaların, literatüre ve profesyonellere katkı sağlamak amacıyla farklı değişkenler ile yürütülmesi önerilebilir.

Göç Alanında Faaliyet Gösteren Kurumlara Yönelik Öneriler

Mülteci ve sığınmacılarla çalışan profesyoneller için süpervizyon desteği sağlanarak daha tecrübeli uzmanlardan kendi alanları için eğitim almaları sağlanabilir. Bu çalışmanın sonuçlarının da gösterdiği üzere, daha fazla deneyim süresi olanlarda algılanan sosyal destek ve psikolojik sağlamlık düzeyi yüksektir. Bu tecrübeye ilişkin profesyoneller arasında karşılıklı paylaşımın faydalı olacağı düşünülmektedir.

Mülteci ve sığınmacılarla çalışan tercümanların algıladıkları sosyal destek düzeylerinin artırılması için özellikle güvenli ve iyileştirilmiş çalışma koşullarına sahip olmalarının önemli olduğu görülmüştür. Bu bağlamda tercümanların algıladıkları sosyal desteğin artırılması için kurumlar içerisinde çalışanların birbirleriyle olan ilişkilerini güçlendirmeyi teşvik edecek sosyal etkinlikler ve çalışma koşullarına ilişkin sahip oldukları güvenceleri arttırmaya veya hatırlatmaya yönelik bilgilendirici eğitimler gerçekleştirilebilir.

Profesyonellerin yaşadıkları çeşitli sorunlar karşısında çözüm bulabileceklerine inanmaları onların psikolojik sağlamlık düzeylerinin yükseltilmesine katkı sağlayabilir. Bu noktada, sorunlarını ulaştırabilecekleri kurum içi yöneticiler gibi yetkililere doğrudan ulaşabileceklerini bilmeleri önemlidir. Bu sebeple, kurum içi bu iletişim kanallarının oluşturulması veya var olan iletişim kanallarının güçlendirilmesi önerilmektedir.

Klinisyenlere Yönelik Öneriler

Psikolojik sağlamlık ve psikolojik belirtiler arasındaki zıt yönlü ilişkilerin varlığı bu araştırmanın sonuçları arasında yer almaktadır. Bu bağlamda; göç alanında faaliyet yürüten kurumlarda görevli ruh sağlığı uzmanları tarafından, bu alanda çalışan çeşitli meslek gruplarına mensup profesyonellere yönelik psikolojik sağlamlığı etkileyen koruyucu ve risk etmenlerine ilişkin psiko-eğitim temelli bilgilendirmeler düzenlenmesi önerilmektedir. Bu sayede, psikolojik sağlamlığın güçlendirilmesi ve psikolojik belirtilerin alanda çalışan profesyonelleri daha az etkilemesine katkı sağlanacağı düşünülmektedir.

Algılanan sosyal destek ve psikolojik belirtiler arasındaki zıt yönlü ilişkilerin varlığı da bu çalışmada bulgulanmıştır. Bu sebeple, ruh sağlığı uzmanlarının göç alanında çalışan çeşitli mesleklerden profesyonellere yönelik olarak, sosyal desteğin farkındalığı ve önemi hakkında psiko-eğitim programları düzenlenmesi önerilmektedir.

Göç alanında çalışan profesyonellere, işe başlarken veya çalıştıkları süre içerisinde belirli aralıklarla bu alanda mülteci ve sığınmacılar gibi hassas gruplarla çalışmanın yaratabileceği çeşitli olumsuz etkiler ve bu etkilere karşı yarar sağlayan koruyucu faktörler hakkında bilgi verilmesi önerilmektedir.

Kaynakça

- Adams, S. A. ve Riggs, S. A. (2008). An exploratory study of vicarious trauma among therapist trainees. *Training and Education in Professional Psychology*, 2(1), 26. <https://doi.org/10.1037/1931-3918.2.1.26>
- Adıgüzel, O., Tanrıverdi, H. ve Özkan, D. S. (2011). Mesleki profesyonellik ve bir meslek mensupları olarak hemşireler örneği. *Yönetim Bilimleri Dergisi*, 9(2), 235-260.
- Akpınar, T. (2017). Türkiye'deki Suriyeli mülteci çocukların ve kadınların sosyal politika bağlamında yaşadıkları sorunlar. *Balkan ve Yakın Doğu Sosyal Bilimler Dergisi*, 3(3), 16-29.
- Anderson, C. A. ve Bushman, B. J. (2002). Human aggression. *Annual Review of Psychology*, 53(1), 27-51.
- Arıcıoğlu, A. (2008). *Hacettepe üniversitesi eğitim fakültesi öğrencilerinin algıladıkları sosyal destek* [Yayımlanmamış yüksek lisans tezi]. Hacettepe Üniversitesi.
- Yerlikaya, İ. (2020). Ergenlerde psikolojik belirtilerin incelenmesi: Adıyaman ili örneği. *Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, (53), 533-556. DOI: 10.21764/maeuefd.591324
- Arslantaş, H., Adana, F., Kaya, F. ve Turan, D. (2010). Yatan hastalarda umutsuzluk ve sosyal destek düzeyi ve bunları etkileyen faktörler. *Florence Nightingale Journal of Nursing*, 18(2), 87-97.
- Avşar, G., Koç, F. ve Aslan, G. (2016). Madde bağımlısı hastalarda sosyal destek ve benlik saygısı. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, (1), 44-49.
- Aydın, A., Kahraman, N. ve Hiçdurmaz, D. (2017). Hemşirelik öğrencilerinin algılanan sosyal destek ve psikolojik iyi olma düzeylerinin belirlenmesi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 8(1), 40-47. <https://doi.org/10.14744/phd.2017.95967>
- Aydın, E. (2018). *Çocukluk çağı travmatik yaşantılarının psikolojik sağlık ve depresyon belirtileri üzerine etkisi* [Yayımlanmamış yüksek lisans tezi]. Fatih Sultan Mehmet Vakıf Üniversitesi.
- Babacan, S. S. (2003). Hastalıkta ruh ve beden etkileşimi. *Kastamonu Eğitim Dergisi*, 11(2), 519-524.

- Bailey, D. (2007). Introduction: family adaptation to intellectual and developmental disabilities. *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews*, 13(1), 92-291.
- Bakioğlu, F. (2019). Üniversite öğrencilerinde sosyal yeterliğin algılanan sosyal destek açısından incelenmesi. *OPUS International Journal of Society Researches*, 11(18), 1858-1875.
- Banger, G. (2011). Sivil toplum örgütleri için yönetişim rehberi. Sivil Toplum Geliştirme Merkezi. <https://www.stgm.org.tr/> adresinden 2 Ocak 2023 tarihinde alınmıştır.
- Batıgün, A. D. ve Sunal, A. B. (2017). TV dizilerinde yer alan karakterlerle kurulan parasosyal etkileşim: Evlilik doyumu, psikolojik belirtiler ve bazı sosyo-demografik değişkenler açısından değerlendirme. *Türk Psikoloji Dergisi*, 32(79), 52-62.
- Bayat, D. ve Olca, S. P. (2023). Covid 19 pandemisinin hemşirelerin psikolojik sağlamlık anksiyete ve depresyon düzeylerine etkisi. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, 10(1), 146-154.
- Beine, M., Boucher, A., Burgoon, B., Crock, M., Gest, J., Hiscox, M. ve Thielemann, E. (2016). Comparing immigration policies: An overview from the IMPALA database. *International Migration Review*, 50(4), 827-863.
- Bekaroğlu, E. ve Yılmaz, T. (2020). COVID-19 ve psikolojik etkileri: Klinik psikoloji perspektifinden bir derleme. *Nesne*, 8(18), 573-584. DOI: 10.7816/nesne-08-18-14
- Bektaş, M. (2018). *Evli Bireylerin Psikolojik Sağlamlık Düzeylerinin Yordanması* [Yayımlanmamış doktora tezi]. Dokuz Eylül Üniversitesi.
- Ben-David, A. ve Leichtentritt, R. (1999). Ethiopian and Israeli students' adjustment to college: The effect of the family, social support and individual coping styles. *Journal of Comparative Family Studies*, 30(2), 297-312.
- Berkowitz, L. (1993). *Aggression: Its causes, consequences, and control*. McGraw-Hill Book Company.
- Bilge, Y. ve Bilge, Y. (2020). Koronavirüs salgını ve sosyal izolasyonun psikolojik semptomlar üzerindeki etkilerinin psikolojik sağlamlık ve stresle baş etme tarzları açısından incelenmesi. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 23.
- Bilgin, O., İnce, M. ve Çolakoğlu, Ö. M. (2020). Üniversite öğrencilerinin psikolojik belirtilerinin incelenmesi. *Karaelmas Eğitim Bilimleri Dergisi*, 8(1), 27-41.

- Bingöl, T. Y. ve Tel, H. (2007). Postpartum dönemdeki kadınlarda algılanan sosyal destek ve depresyon düzeyleri ile etkileyen faktörler. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 10(3), 1-6.
- Birleşmiş Milletler Mülteciler Yüksek Komiserliği (UNHCR). (2006). *Situation and response analysis of hiv prevention, treatment and care services for asylum seekers and refugees in Turkey*.
- Birleşmiş Milletler Mülteciler Yüksek Komiserliği (UNHCR). (2013). *Mültecilerin korunması: sivil toplum kuruluşları için alan el kitabı*.
- Birleşmiş Milletler Mülteciler Yüksek Komiserliği (UNHCR). (2022). Refugee statistics. <https://www.unhcr.org/refugee-statistics/> adresinden 25 Aralık 2022 tarihinde alınmıştır.
- Birleşmiş Milletler Mülteciler Yüksek Komiserliği (UNHCR). (2023). Number of operational partners. <https://data.unhcr.org/en/partners> adresinden 10 Ocak 2023 tarihinde alınmıştır.
- Björkström, M. E., Athlin, E. E. ve Johansson, I. S. (2008). Nurses' development of professional self—from being a nursing student in a baccalaureate programme to an experienced nurse. *Journal of Clinical Nursing*, 17(10), 1380-1391. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2007.02014.x>
- Block, J. ve Kremen, A. M. (1996). IQ and ego-resiliency: conceptual and empirical connections and separateness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 70(2), 349. <https://doi.org/10.1037//0022-3514.70.2.349>
- Bozdağ, F. (2020). Pandemi sürecinde psikolojik sağlamlık. *Turkish Studies*, 15(6), 247-257. <https://dx.doi.org/10.7827/TurkishStudies.44890>
- Brais, N., Setlack, J., Keough, M. T. ve Johnson, E. A. (2023). Perceived coworker social support: A protective factor against workplace violence and psychopathologies in Paramedics and Firefighters. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 32(3), 346-364. DOI:10.1080/10926771.2022.2082905
- Bruhn, J. G. ve Philips, B. U. (1984). Measuring social support: a synthesis of current approaches. *Journal of Behavioral Medicine*, 7(2), 151–169. <https://doi.org/10.1007/BF00845384>
- Budak, S. (2003). *Psikoloji sözlüğü*. Bilim ve Sanat Yayınları.
- Bulut, S., Dogan, U. ve Altundag, Y. (2013). Adolescent psychological resilience scale: Validity and reliability study. *Suvremena Psihologija*, 16(1), 31-31.

- Burchill J. (2011). Safeguarding vulnerable families: work with refugees and asylum seekers. *Community practitioner : the journal of the Community Practitioners' & Health Visitors' Association*, 84(2), 23–26.
- Büyüköztürk, Ş., Kılıç-Çakmak, E., Akgün, Ö., Karadeniz, Ş. ve Demirel, F. (2008). *Bilimsel araştırma yöntemleri*. Pagem Akademi.
- Carswell, K., Blackburn, P. ve Barker, C. (2011). The relationship between trauma, post-migration problems and the psychological well-being of refugees and asylum seekers. *International journal of social psychiatry*, 57(2), 107-119.
- Castles, S. ve Miller, M. J., (2008). Göçler çağı: *Modern dünyada uluslararası göç hareketleri*. (B. U. Bal., ve İ. Akbulut, Çev.). İstanbul Bilgi Üniversitesi (Orjinal eserin basım tarihi 1993).
- Century, G., Leavey, G. ve Payne, H. (2007). The experience of working with refugees: Counsellors in primary care. *British Journal of Guidance ve Counselling*, 35(1), 23-40. <https://doi.org/10.1080/03069880601106765>
- Cevizci, O. ve Müezzini, E. E. (2019). Sağlık çalışanlarında psikolojik belirtilerin ve psikolojik dayanıklılığın incelenmesi. *Kıbrıs Türk Psikiyatri ve Psikoloji Dergisi*, 1(3), 166-172.
- Cheng, S. T. ve Chan, A. C. (2004). The multidimensional scale of perceived social support: dimensionality and age and gender differences in adolescents. *Personality and individual differences*, 37(7), 1359-1369. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2004.01.006>
- Chester, B. ve Holtan, N. (1992). Working with refugee survivors of torture. *Western Journal of Medicine*, 157(3), 301.
- Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine*, 38(5), 300-314. <https://doi.org/10.1097/00006842-197609000-00003>
- Crezee, I., Jülich, S. ve Hayward, M. (2013). Issues for interpreters and professionals working in refugee settings. *Journal of Applied Linguistics and Professional Practice*, 8(3), 253-273. <https://doi.org/10.1558/japl.v8i3.253>
- Cutrona, C. E. ve Russell, D. W. (1987). The provisions of social relationships and adaptation to stress. *Advances in Personal Relationships*, 1(1), 37-67.
- Czaika, M. ve De Haas, H. (2014). The globalization of migration: has the world become more migratory?. *International Migration Review*, 48(2), 283-323.

- Çakır, Y. ve Palabıyıkoglu, R. (1997). Gençlerde sosyal destek-çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeğinin güvenilirlik ve geçerlik çalışması. *Kriz Dergisi*, 5(1), 15-24.
- Çeçen, A. R. (2008). Öğrencilerinin cinsiyetlerine ve anababa tutum algılarına göre yalnızlık ve sosyal destek düzeylerinin incelenmesi. *Türk Eğitim Bilimleri Dergisi*, 6(3), 415-431
- Çelik, A. (1993). *SSK Ankara Hastanesi Çocuk Psikiyatri Servisine Başvuran 9-14 Yaş Arası Çocukların Benlik Kavramlarının Çeşitli Değişkenler Açısından İncelenmesi* [Yayımlanmamış yüksek lisans tezi]. Hacettepe Üniversitesi.
- Çelik, F. H. ve Hocoğlu, Ç. (2016). Major depresif bozukluk'tanımı, etyolojisi ve epidemiyolojisi: bir gözden geçirme. *Çağdaş Tıp Dergisi*, 6(1), 51-66. <https://doi.org/10.16899/ctd.03180>
- Çetinkaya, F. F. ve Korkmaz, F. (2019). Algılanan sosyal destek ile stres düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi: üniversite öğrencileri üzerine bir araştırma. *Cumhuriyet Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, 20(1), 91-103.
- Dembroski, T. M. ve Costa Jr, P. T. (1987). Coronary prone behavior: Components of the Type A pattern and hostility. *Journal of Personality*, 55(2), 211-235. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.1987.tb00435.x>
- Demir, R. (2020). *Savaş ve çatışma ortamında ikincil travmatikstres ile psikolojik dayanıklılık ve algılanan sosyal destek arasındaki ilişkinin incelenmesi* [Yayımlanmamış yüksek lisans tezi]. Üsküdar Üniversitesi.
- Doğan, T. (2015). Kısa psikolojik sağlamlık ölçeği'nin Türkçe uyarlaması: Geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *The Journal of Happiness & Well-Being*, 3(1), 93-102.
- Dökmen, Z. Y. (2017). Yakınlarına bakım verenlerin ruh sağlıkları ile sosyal destek algıları arasındaki ilişkiler. *Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 3(1).
- Durdyyeva, G. (2021). *İkincil Travmatik Stres Düzeyi İle Psikolojik Dayanıklılık Arasındaki İlişkide Algılanan Sosyal Desteğin Ara Değişken Rolünün İncelenmesi* [Yayımlanmamış yüksek lisans tezi]. İstanbul Aydın Üniversitesi.
- Eker, D., Arkar, H. ve Yıldız, H. (2001). Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeğinin gözden geçirilmiş formunun faktör yapısı, geçerlik ve güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 12(1), 17-25.

- Ekinci, E. A. (2018). *Psikopatolojik belirtilerin narsisistik özellikler ve başa çıkma tarzları ile ilişkilerinin incelenmesi* [Yayımlanmamış yüksek lisans tezi]. Maltepe Üniversitesi.
- Eminağaoğlu, N. (2006). *Güç Koşullarda Yaşayan Sokak Çocuklarında Dayanıklılık (Sağlamlık)* [Yayımlanmamış doktora tezi]. Ege Üniversitesi.
- Enver, S., Şanal, M. ve Cahit, K. (2019). Explaining social support and its effect on psychological well-being. *OPUS International Journal of Society Researches*, 10(17), 1752-1761.
- Ersevimi, İ. (2005). *Freud ve Psikanaliz'in Temel İlkeleri*. Assos Yayınları.
- Evetts, J. (2003). The sociological analysis of professionalism: Occupational change in the modern world. *International Sociology*, 18(2), 395-415. <https://doi.org/10.1177/0268580903018002005>
- Evetts, J. (2013). Professionalism: Value and ideology. *Current Sociology*, 61(5-6), 778-796. <https://doi.org/10.1177/0011392113479316>
- Fazel, M., Wheeler, J. ve Danesh, J. (2005). Prevalence of serious mental disorder in 7000 refugees resettled in western countries: a systematic review. *The lancet*, 365(9467), 1309-1314. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(05\)61027-6](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(05)61027-6)
- Figley, C. R. (1995). Compassion fatigue: Toward a new understanding of the costs of caring. In B. H. Stamm (Ed.), *Secondary traumatic stress: Self-care issues for clinicians, researchers, and educators*. The Sidran Press.
- Figley, C. R. (2002). *Treating compassion fatigue*. Routledge.
- Fox, M. (2018). *Finding a way through: From mindlessness to minding. In Therapeutic care for refugees*. Routledge.
- Fraser, M. W., Galinsky, M. J. ve Richman, J. M. (1999). Risk, protection, and resilience: Toward a conceptual framework for social work practice. *Social Work Research*, 23(3), 131-143. <https://doi.org/10.1093/swr/23.3.131>
- Gale, P. (2004). The refugee crisis and fear: Populist politics and media discourse. *Journal of Sociology*, 40(4), 321-340. <https://doi.org/10.1177/1440783304048378>
- Garmez, N. (1991). Resiliency and vulnerability to adverse developmental outcomes associated with poverty. *American Behavioral Scientist*, 34(4), 416-430. <https://doi.org/10.1177/0002764291034004003>

- Gizir, C. (2007). Psikolojik sağlamlık, risk faktörleri ve koruyucu faktörler üzerine bir derleme çalışması. *Turkish Psychological Counseling and Guidance Journal*, 3(28), 113-128. <https://doi.org/10.17066/pdrd.95701>
- Goodwin-Gill, G. S. (2001). Refugees: challenges to protection. *International Migration Review*, 35(1), 130-142.
- Gozzoli, C. ve Leo, A. D. (2020). Receiving asylum seekers: Risks and resources of professionals. *Health Psychology Open*, 7(1). <https://doi.org/10.1177/2055102920920312>
- Göç İdaresi Başkanlığı. (2022). *Düzensiz göç istatistikleri*. <https://www.goc.gov.tr/duzensiz-goc-istatistikler> adresinden 9 Ocak 2023 tarihinde alınmıştır.
- Göç İdaresi Başkanlığı. (2022). *Geçici koruma*. <https://www.goc.gov.tr/gecici-koruma5638> adresinden 3 Ocak 2023 tarihinde alınmıştır.
- Göç İdaresi Başkanlığı. (2022). Mülteci. <https://www.goc.gov.tr/multeci> adresinden 22 Aralık 2022 tarihinde alınmıştır.
- Gönen, T. (2020). *Özel Okullarda Çalışan Öğretmenlerin Psikolojik Sağlamlıkları ve İş Doyumlarının Mesleki Tükenmişlik Düzeylerine Etkisi: Mardin İli Örneği* [Yayımlanmamış yüksek lisans tezi]. Çağ Üniversitesi.
- Guhan, R. ve Liebling-Kalifani, H. (2011). The experiences of staff working with refugees and asylum seekers in the United Kingdom: A grounded theory exploration. *Journal of Immigrant ve Refugee Studies*, 9(3), 205-228. <http://dx.doi.org/10.1080/15562948.2011.592804>
- Gülaçtı, F. (2010). The effect of perceived social support on subjective well-being. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 2(2), 3844-3849. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2010.03.602>
- Günay Molu, N., Ceylan, B. ve Yener Özcan, F. (2023). 18-65 Yaş arası bireylerde psikolojik belirtiler ve yordayıcı faktörler. *Sağlık Bilimleri Dergisi*, 32(1), 43-50. DOI: 10.34108/eujhs.1053124
- Gündüz, B . (2020). Meslek elemanlarının yaşadıkları ikincil travmatik stres. *İstanbul Kent Üniversitesi İnsan ve Toplum Bilimleri Dergisi*, 1(1), 1-14
- Güngörmüş, K., Okanlı, A. ve Kocabeyoğlu, T. (2015). Hemşirelik öğrencilerinin psikolojik dayanıklılıkları ve etkileyen faktörler. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 6(1), 9-14.

- Hoşoğlu, R., Kodaz, A. F., Bingöl, T. Y. ve Batık, M. V. (2018). Öğretmen adaylarında psikolojik sağlamlık. *OPUS International Journal of Society Researches*, 8(14), 217-239.
- Hökkaş, M. (2019). *Hemşirelerin psikolojik sağlamlık düzeyleri ve etkileyen faktörler* [Yayımlanmamış yüksek lisans tezi]. Hacı Bektaş Veli Üniversitesi. <https://doi.org/10.1111/imre.12095>
- Huang, Y., Wu, R., Wu, J., Yang, Q., Zheng, S. ve Wu, K. (2020). Psychological resilience, self-acceptance, perceived social support and their associations with mental health of incarcerated offenders in China. *Asian Journal of Psychiatry*, 52, 102166. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2020.102166>
- Hunter, A. J. ve Chandler, G. E. (1999). Adolescent resilience. *Image: The Journal of Nursing Scholarship*, 31(3), 243-247. [https://doi.org/10.1016/S0140-1971\(02\)00118-5](https://doi.org/10.1016/S0140-1971(02)00118-5)
- Işık, E., Işık, U. ve Taner, Y. (2013). *Çocuk, ergen, erişkin ve yaşlılarda depresif ve bipolar bozukluklar*. Rotatıp Kitapevi.
- Jacobsen, K. (2006). Refugees and asylum seekers in urban areas: a livelihoods perspective. *Journal of refugee studies*, 19(3), 273-286.
- James, W. (1985). *The varieties of religious experience*. Harvard University Press.
- Jenson, J. M. ve Fraser, M. W. (Ed.). (2015). *Social policy for children ve families: A risk and resilience perspective*. Sage Publications.
- Jyoti, J. ve Kour, S. (2017). Factors affecting cultural intelligence and its impact on job performance: Role of cross-cultural adjustment, experience and perceived social support. *Personnel Review*, 46(4), 767–791. <https://doi.org/10.1108/PR-12-2015-0313>
- Kararımak, Ö. (2006). Psikolojik sağlamlık, risk faktörleri ve koruyucu faktörler. *Turkish Psychological Counseling and Guidance Journal*, 3(26), 129-142.
- Karataş, Z. (2012). Ergenlerin algılanan sosyal destek ve sürekli kaygı düzeylerinin incelenmesi. *Mustafa Kemal Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 9(19), 257-271.
- Kavaklı, M. ve Yalçın, S. B. (2019). İnternet bağımlılığı ve algılanan stres ilişkisinin algılanan sosyal destek açısından incelenmesi. *Bağımlılık Dergisi*, 20(4), 175-184.

- Kawachi, I. ve Berkman, L. F. (2001). Social ties and mental health. *Journal of Urban health*, 78, 458-467. <https://doi.org/10.1093/jurban/78.3.458>
- Kim, Y. J. (2017). Secondary traumatic stress and burnout of North Korean refugees service providers. *Psychiatry Investigation*, 14(2), 118. <https://doi.org/10.4306%2Fpi.2017.14.2.118>
- Kirmayer, L. J. (1984). Culture, affect and somatization: Part I. *Transcultural Psychiatric Research Review*, 21(3), 159-188. <https://doi.org/10.1177/136346158402100301>
- Kvrgic, S., Harhaji, S., Mijatovic Jovanovic, V., Ac Nikolic, E., Radic, I., Cankovic, S. ve Cankovic, D. (2013). Gender Differences in Mental Health among Adult Population in Vojvodina, Serbia. *Iranian Journal of Public Health*, 42(8), 833–841
- Lakey, B. ve Cohen, S. (2000). Social support theory and measurement. In S. Cohen, L. G. Underwood ve B. H. Gottlieb (Ed.), *Social support measurement and intervention: A guide for health and social scientists* (s. 29–52). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/med:psych/9780195126709.003.0002>
- Lee, A., Green, B. ve Brennan, M. (2009). Re-imagining doctoral education: Professional Doctorates and beyond. *Higher Education Research and Development*, 28(3), 275-287. <https://doi.org/10.1080/07294360902839883>
- Lepore, S. J., Evans, G. W. ve Schneider, M. L. (1991). Dynamic role of social support in the link between chronic stress and psychological distress. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61(6), 899. <https://doi.org/10.1037//0022-3514.61.6.899>
- Masten, A. (1994). Resilience in individual development: Successful adaptation despite risk and adversity. In M. C. Wang ve E. W. Gordon (Ed.), *Educational resilience in inner-city America: Challenges and prospects* (3-25). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum
- Masten, A. S. ve Coatsworth, J. D. (1998). The development of competence in favorable and unfavorable environments: Lessons from research on successful children. *American Psychologist*, 53(2), 205-220. <https://doi.org/10.1037//0003-066x.53.2.205>
- Masten, A. S. ve Gewirtz, A.H. (2006). Resilience in development: the important of early childhood. encyclopedia on early childhood development.

- <http://www.child-encyclopedia.com/documents/Masten-GewirtzANGxp.pdf>
(10 Ekim 2011).
- Masten, A. S. ve Obradović, J. (2006). Competence and resilience in development. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1094, 13-27.
<https://doi.org/10.1196/annals.1376.003>
- Masten, A. S. ve Reed, M. J. (2002). Resilience in development. (Ed: C. R. Snyder ve S. J. Lopez) *The handbook of positive psychology*. Oxford University Press
- Masten, A. S., Best, K. M. ve Garmezy, N. (1990). Resilience and development: Contributions from the study of children who overcome adversity. *Development and Psychopathology*, 2(4), 425-444.
<https://doi.org/10.1017/S0954579400005812>
- Meadan, H., Halle, J. W. ve Ebata, A. T. (2010). Families with children who have autism spectrum disorders: Stress and support. *Exceptional children*, 77(1), 7-36.
- Mendola, D. ve Busetta, A. (2018). Health and living conditions of refugees and asylum-seekers: a survey of informal settlements in Italy. *Refugee Survey Quarterly*, 37(4), 477–505. <https://doi.org/10.1093/rsq/hdy014>
- Mil, G. R. (2021). Spor bilimleri fakültesinde okuyan öğrencilerin stresle başa çıkma stratejileri ile psikolojik sağlamlık düzeyleri arasındaki ilişkinin belirlenmesi [Yayımlanmamış doktora tezi]. Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi.
- Mishori, R., Aleinikoff, S. ve Davis, D. M. (2017). Primary care for refugees: challenges and opportunities. *American Family Physician*, 96(2), 112-120.
- Mülteciler ve Sığınmacılarla Yardımlaşma Dayanışma ve Destekleme Derneği. (2021). Yıllık rapor 2020-2021. <https://msyd.org/yillik-rapor-2020-2021/>
- Mülteciler ve Sığınmacılarla Yardımlaşma Dayanışma ve Destekleme Derneği. (2021). Yıllık rapor 2020-2021. <https://msyd.org/yillik-rapor-2020-2021/> adresinden 6 Ocak 2023 tarihinde alınmıştır.
- Mültecilerle Dayanışma Derneği. (2010). 5 n ve 1 mülteci.
<https://www.multeci.org.tr/wp-content/uploads/2016/10/5N-1Mулteci.pdf>
- Olashore, A. A., Akanni, O. O. ve Oderinde, K. O. (2021). Neuroticism, resilience, and social support: correlates of severe anxiety among hospital workers during the COVID-19 pandemic in Nigeria and Botswana. *BMC*

Health Services Research, 21(1), 1-7. <https://doi.org/10.1186/s12913-021-06358-8>

- Olchanski, N., Myers, M. M., Halseth, M., Cyr, P. L., Bockstedt, L., Goss, T. F. ve Howland, R. H. (2013). The economic burden of treatment-resistant depression. *Clinical Therapeutics*, 35(4), 512-522. <https://doi.org/10.1016/j.clinthera.2012.09.001>
- Öz F. ve Yılmaz, E. (2009). Ruh sağlığının korunmasında önemli bir kavram: Psikolojik sağlamlık. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 16(3), 82-89.
- Özaydın, Ö. ve Güdük, Ö. (2021). COVID-19 Pandemi Sürecinde Sağlık Çalışanlarının Yaşadıkları Mental Sorunlar. *Yüksek İhtisas Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2, 83-90.
- Özbesler, C. (2001). *Çocukluk Çağı Lösemileri ve Sosyal Destek Sistemlerinin Aile İşlevlerinin Etkisi* [Yayımlanmamış doktora tezi]. Hacettepe Üniversitesi.
- Özcan, B. (2005). *Anne-babaları boşanmış ve anne-babaları birlikte olan lise öğrencilerinin yılmazlık özellikleri ve koruyucu faktörler açısından karşılaştırılması* [Yayımlanmamış yüksek lisans tezi]. Ankara Üniversitesi.
- Özçetin, Y. S., Sarıoğlu, G. ve Dursun, S. İ. (2019). Onkoloji hemşirelerinin psikolojik sağlamlık, tükenmişlik ve psikolojik iyi oluş düzeyleri. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 11, 147-164.
- Özer, K. (2008). *Kaygı: sınınanma duygusuyla baş edebilme*. Sistem Yayıncılık.
- Özer, S. K., Demir, B., Tuğal, Ö. ve Kabakçı, E. (2001). Montgomery-Asberg Depresyon Değerlendirme Ölçeği: Değerlendiriciler arası güvenilirlik ve geçerlik çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 12(3), 185-94.
- Özsoy, M. (2021). *Covid-19 Salgın Sürecinde Öğretmenlerin Psikolojik Sağlamlık Düzeyleri ile Hayat Boyu Öğrenme Yeterlilikleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi* [Yayımlanmamış yüksek lisans tezi]. Kocaeli Üniversitesi.
- Pak, M. D., Özcan, E. ve Çoban, A. İ. (2017). Acil servis çalışanlarının ikincil travmatik stres düzeyi ve psikolojik dayanıklılığı. *Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 10(52), 628-644.
- Puvimanasinghe, T., Denson, L. A., Augoustinos, M. ve Somasundaram, D. (2015). Vicarious resilience and vicarious traumatisation: Experiences of working with refugees and asylum seekers in South Australia. *Transcultural Psychiatry*, 52(6), 743-765. <https://doi.org/10.1177/1363461515577289>

- Ramirez, J. M. (2007). Resilience: a concept analysis. *Nursing forum*, 42(2), 73–82.
<https://doi.org/10.1111/j.1744-6198.2007.00070.x>
- Ramirez, J. M. ve Andreu, J. M. (2006). Aggression, and some related psychological constructs (anger, hostility, and impulsivity); Some comments from a research project. *Neuroscience ve Biobehavioral Reviews*, 30(3), 276-291.
<https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2005.04.015>
- Ran, L., Wang, W., Ai, M., Kong, Y., Chen, J. ve Kuang, L. (2020). Psychological resilience, depression, anxiety, and somatization symptoms in response to COVID-19: A study of the general population in China at the peak of its epidemic. *Social Science ve Medicine*, 262, 113261.
<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2020.113261>
- Ran, L., Wang, W., Ai, M., Kong, Y., Chen, J. ve Kuang, L. (2020). Psychological resilience, depression, anxiety, and somatization symptoms in response to COVID-19: A study of the general population in China at the peak of its epidemic. *Social science & medicine*, 262, 113261.
<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2020.113261>
- Rennemark, M. ve Hagberg, B. (1999). What makes old people perceive symptoms of illness? The impact of psychological and social factors. *Aging ve Mental Health*, 3(1), 79-87. <https://doi.org/10.1080/13607869956460>
- Richardson, G. E. (2002). The metatheory of resilience and resiliency. *Journal of Clinical Psychology*, 58(3), 307-321. <https://doi.org/10.1002/jclp.10020>
- Robinson, K. (2014). Voices from the front line: Social work with refugees and asylum seekers in Australia and the UK. *British Journal of Social Work*, 44(6), 1602-1620. <http://dx.doi.org/10.1093/bjsw/bct040>
- Rosen, G., Kleinman, A. ve Katon, W. (1982). Somatization in family practice: a biopsychosocial approach. *The Journal of Family Practice*, 14(3), 493-502.
- Sadock, B. J. (2005). *Kaplan ve Sadock Klinik Psikiyatri*. Güneş Tıp Kitabevi.
- Sarason, I. G., Levine, H. M., Basham, R. B. ve Sarason, B. R. (1983). Assessing social support: The social support questionnaire. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44(1), 127. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.44.1.127>
- Savar, E. ve Kedikli, U. (2019). Türkiye’de mülteci ve sığınmacılara sağlanan imkânlar ve uyum sorunları: çankırı örneği. *Uluslararası Yönetim İktisat ve İşletme Dergisi*, 15(4), 1119-1142.
<https://doi.org/10.17130/ijmeb.2019456401>

- Saygın, M., Yaşar, S., Çetinkaya, G., Kayan, M., Özgüner, M. ve Korucu, C. (2011). Radyoloji çalışanlarında depresyon ve anksiyete düzeyleri. *Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2(3), 139-144.
- Senapaty, S. ve Bhuyan, N. (2014). Evaluating the profession and professionalism of business managers: control embedded in character. *Decision*, 41(3), 271-278. <http://dx.doi.org/10.1007/s40622-014-0051-3>
- Sığınmacılar ve Göçmenlerle Dayanışma Derneği. (2022). Göç terminolojisi. <https://sgdd.org.tr/goc-terminolojisi/> adresinden 26 Aralık 2022 tarihinde alınmıştır.
- Sipahioğlu, Ö. (2008). *Farklı Risk Gruplarındaki Ergenlerin Psikolojik Sağlımlıklarının İncelenmesi* [Yayımlanmamış doktora tezi]. Selçuk Üniversitesi.
- Sorias, O. (1988). Sosyal destek kavramı. *Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 27(1), 353-357.
- Soskolne, V., Bonne, O., Denour, A. K. ve Shalev, A. Y. (1996). Depressive symptoms in hospitalized patients: a cross-sectional survey. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*, 26(3), 271-285. <https://doi.org/10.2190/V1AH-4BNN-WDDY-YNFD>
- Stoudemire, A. (1991). Somatothymia: parts I and II. *Psychosomatics*, 32(4), 365-381.
- Şahin, M., Yetim, A. ve Çelik, A. (2012). Psikolojik sağlamlığın gelişiminde koruyucu bir faktör olarak spor ve fiziksel aktivite. *The Journal of Academic Social Science Studies*, 5(8), 373-380. http://dx.doi.org/10.9761/jasss_405
- Şahin, N. H. ve Durak, A. (1994). Kısa semptom envanteri: Türk gençleri için uyarlanması. *Türk Psikoloji Dergisi*, 9(31), 44-56.
- Şenel, A. F., Tolun, Ö. ve Ayna, Y. E. (2021). Algılanan sosyal destek ve dindarlık düzeyinin psikolojik semptomlar üzerindeki etkisi. *İnönü Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 22(1), 711-743.
- Taş S. (2013). *Düzce Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi hemşirelerinde psikolojik dayanıklılık, depresyon ve algılanan stresin değerlendirilmesi* [Yayımlanmamış yüksek lisans tezi]. Düzce Üniversitesi.
- Taşgım, E. ve Çetin, Ç. F. (2006). Ergenlerde major depresyon: Risk etkenleri, koruyucu etkenler ve dayanıklılık. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*, 13(2), 87-93.

- Terzi, Ş. (2008). Üniversite öğrencilerinin psikolojik dayanıklılıkları ve algıladıkları sosyal destek arasındaki ilişki. *Turkish Psychological Counseling and Guidance Journal*, 3(29), 1-11.
- Terzi, Ş. (2008). Üniversite öğrencilerinde kendini toparlama gücünün içsel koruyucu faktörlerle ilişkisi. *Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 35, 297-306.
- Tian, F., Li, H., Tian, S., Yang, J., Shao, J. ve Tian, C. (2020). Psychological symptoms of ordinary Chinese citizens based on SCL-90 during the level I emergency response to COVID-19. *Psychiatry research*, 288, 112992. DOI: 10.1016/j.psychres.2020.112992
- Tokuç, B., Turunç, Y. ve Ekuklu, G. (2011). Edirne’de ambulans çalışanlarının anksiyete, depresyon ve işe bağlı gerginlik düzeyleri. *TTB Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi*, 11(42), 39-44.
- Trzesniewski, K. H., Donnellan, M. B., Moffitt, T. E., Robins, R. W., Poulton, R. ve Caspi, A. (2006). Low self-esteem during adolescence predicts poor health, criminal behavior, and limited economic prospects during adulthood. *Developmental Psychology*, 42(2), 381.
<https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0012-1649.42.2.381>
- Tuğlacı, P. (2002). *Tıp Sözlüğü*. Türkmen Kitabevi.
- Turgut, Ö. (2016). *Ergenlerin psikolojik sağlık düzeylerinin, önemli yaşam olayları, algılanan sosyal destek ve okul bağlılığı açısından incelenmesi* [Yayımlanmamış doktora tezi]. Anadolu Üniversitesi.
- Turner, S. W. ve Herlihy, J. (2009). Working with refugees and asylum seekers. *Psychiatry*, 8(8), 322-324.
<https://doi.org/10.1016/j.mppsy.2009.05.002>
- Tümlü, G. Ü. ve Receptoğlu, E. (2013). Üniversite akademik personelinin psikolojik dayanıklılık ve yaşam doyumu arasındaki ilişki. *Yükseköğretim ve Bilim Dergisi*, (3), 205-213.
- Ulukan, M. (2020). Öğretmenlerin mutluluk ile psikolojik sağlık düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Journal of International Social Research*, 13(73), 620-631. <http://dx.doi.org/10.17719/jisr.10978>
- Uluslararası Göç Örgütü (IOM). (2013). *Göç terimleri sözlüğü*.

- Vural, M. ve Başar, E. (2006). Psikolojik faktörlerin koroner kalp hastalığına etkisi: Olumsuz psikolojik faktörlere müdahale edilmeli mi. *Anadolu Kardiyoloji Dergisi*, 6(1), 55-9.
- Werner, E. E. (1989). High risk children in young adulthood: A longitudinal study from birth to 32 years. *American Journal of Orthopsychiatry*, 59(1), 72-81.
- Yıldırım, İ. (1997). Algılanan sosyal destek ölçeğinin geliştirilmesi, güvenilirliği ve geçerliği. *Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 13, 81-87.
- Yıldırım, İ., Özşevik, K., Sultan, Ö., Canyurt, E. ve Tortop, Y. (2015). Üniversite öğrencilerinde fiziksel aktivite ile depresyon ilişkisi. *Beden Eğitimi ve Spor Bilimleri Dergisi*, 9(9), 32-39.
- Zakowski, S. G., Harris, C., Krueger, N., Laubmeier, K. K., Garrett, S., Flanigan, R. ve Johnson, P. (2003). Social barriers to emotional expression and their relations to distress in male and female cancer patients. *British Journal of Health Psychology*, 8(3), 271-286.
- <https://doi.org/10.1348/135910703322370851>

EKLER

Ek 1. Aydınlatılmış Onam Formu

Mülteci ve Sığınmacılarla Çalışan Profesyonellerde Psikolojik Belirtileri Yordamada Psikolojik Sağlık ve Algılanan Sosyal Desteğin İncelenmesi

Değerli katılımcı,

Bu tez çalışması Yakın Doğu Üniversitesi Klinik Psikoloji Yüksek Lisans programı öğrencisi Emre Işık tarafından, Dr. Ayşe Buran danışmanlığında yürütülmektedir. Araştırmanın amacı; Mülteci ve Sığınmacılarla Çalışan Profesyonellerde Psikolojik Belirtileri Yordamada Psikolojik Sağlık ve Algılanan Sosyal Desteğin İncelenmesini araştırmaktır. Uygulama yaklaşık olarak 15 dakika sürmektedir. Araştırma ile ilgili herhangi bir sorunuz olursa araştırmacı Emre Işık (emre.isikk@outlook.com) ile iletişime geçebilirsiniz.

Bu araştırmaya katılmak tamamen gönüllülük esasına dayalı olup, araştırmaya katılabilmeniz için **mülteci ve sığınmacılarla aktif olarak çalışıyor olmanız ve en az lisans mezunu olmanız** gerekmektedir. Çalışma süresince herhangi bir zamanda, açıklama yapmaksızın çalışmadan ayrılabilirsiniz. Çalışmadan ayrılma durumunuzda yanıtlarınız yok edilecek olup, araştırmaya dahil edilmeyecektir. Bu araştırma kapsamında kimlik bilgileri gibi özel bilgileriniz istenmemekte olup, dolduracağınız anketler araştırmacı tarafından gizlilik içerisinde 2 yıl süresince saklanacak ve ardından kalıcı olarak silinecektir. Bu çalışma süresince elde edilen veriler yalnızca bilimsel araştırma amacı ile kullanılacaktır. İlginiz ve katılımınız için şimdiden teşekkür eder, saygılar sunarız.

Aşağıdaki onay kutusunu işaretlemeniz halinde gönüllü olarak araştırmaya katılmayı kabul etmiş sayılırsınız.

Araştırmaya gönüllü olarak katılmayı kabul ediyorum ve uygulama süresince istediğim zaman herhangi bir sebep belirtmeksizin araştırmadan ayrılabileceğimi biliyorum. Bu araştırma sonucunda elde edilecek verilerin bilimsel araştırmalarda kullanılabilmesini kabul ediyorum ()

Ek 2. Katılımcı Bilgilendirme Formu

Mülteci ve Sığınmacılarla Çalışan Profesyonellerde Psikolojik Belirtileri Yordamada Psikolojik Sağlık ve Algılanan Sosyal Desteğin İncelenmesi

Değerli Katılımcı,

Mülteci ve Sığınmacılarla Çalışan Profesyonellerde Psikolojik Belirtileri Yordamada Psikolojik Sağlık ve Algılanan Sosyal Desteğin İncelenmesi amacıyla yürütülen bu tez çalışması sonucunda elde edilen veriler bireysel olarak değil, istatistiksel yöntemler aracılığıyla grup ortalaması alınarak bilimsel amaçlar için değerlendirilecektir. Bu çalışmaya dair herhangi bir sorunuz veya rahatsızlığınız olması durumunda, bu çalışmayı yürüten Emre Işık (emre.isikk@outlook.com) ile iletişim kurabilirsiniz.

Araştırmaya katılımınız ve yaptığınız değerli katkılar için teşekkür ederiz.

Saygılarımla,

Emre Işık

Ek 3. Sosyodemografik Bilgi Formu

1.Cinsiyetiniz:

Kadın Erkek

2.Medeni durumunuz:

Evli Bekar Boşanmış/Dul

3.Yaşınız:

18-25 26-35 36-45 45+

4.Eğitim düzeyiniz (son mezun olunan):

Lisans Yüksek Lisans Doktora

5. Mesleğiniz? (çalıştığınız kurumdaki görev tanımınız):

6. Görev ortamınız?:

Ofis Saha Ofis ve Saha

7. Mülteci ve sığınmacılar alanındaki çalışma deneyiminiz (yıl):

0-2 2-4 4-6 6+

Ek 4. Kısa Semptom Envanteri

KISA SEMPTOM ENVANTERİ (KSE)

Aşağıda, insanların bazen yaşadıkları belirtilerin ve yakınmaların bir listesi verilmiştir. Listedeki her maddeyi lütfen dikkatle okuyun. Daha sonra o belirtinin sizde **bugün dahil, son bir haftadır ne kadar var olduğunu** yandaki bölmede uygun olan yerde işaretleyiniz. Her belirti için sadece bir yeri işaretlemeye ve hiçbir maddeyi atlamamaya özen gösterin. Yanıtlarınızı kurşun kalemle işaretleyin. Fikrinizi değiştirirseniz ilk yanıtınızın üzerini karalayın.

		Hiç yok	Biraz var	Orta dereced e var	Epey var	Çok fazla var
1	İçinizdeki sınırlılık ve titreme hali	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
2	Baygınlık, baş dönmesi	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
3	Bir başka kişinin sizin düşüncelerinizi kontrol edeceği fikri	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)

Ek 5. Kısa Psikolojik Sağlık Ölçeği

	Hiç uygun değil	Uygun değil	Biraz Uygun	Uygun	Tamamen Uygun
1. Sıkıntılı zamanlardan sonra kendimi çabucak toparlayabilirim.	1	2	3	4	5
2. Stresli olayların üstesinden gelmekte güçlük çekerim.*	1	2	3	4	5
3. Stresli durumlardan sonra kendime gelmem uzun zaman almaz.	1	2	3	4	5
4. Kötü bir şeyler olduğunda bunu atlatmak benim için zordur.*	1	2	3	4	5
5. Zor zamanları çok az sıkıntıyla atlatırım.	1	2	3	4	5
6. Hayatımdaki olumsuzlukların etkisinden kurtulmam uzun zaman alır.*	1	2	3	4	5

* Bu maddeler tersten kodlanmaktadır.

Ek 6. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği

Aşağıda 12 cümle ve her bir cümle altında da cevaplarınızı işaretlemek için 1'den 7 'ye kadar rakamlar verilmiştir. Her cümlede söylenenin sizin için ne kadar çok doğru olduğunu veya olmadığını belirtmek için o cümle altındaki rakamlardan yalnız bir tanesini işaretleyiniz. Bu şekilde 12 cümlenin her birine bir işaret koyarak cevaplarınızı veriniz.

Lütfen hiçbir cümleyi cevapsız bırakmayınız. Sizce doğruya en yakın olan rakamı işaretleyiniz.

1. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve ihtiyacım olduğunda yanımda olan bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

2. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

3. Ailem (örneğin, annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) bana gerçekten yardımcı olmaya çalışır.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

Ek 7. Kısa Semptom Envanteri Kullanım İzni

Kısa Semptom Envanteri Kullanım İzni Hk.

2 ileti

Emre Işık <emre.isikk97@gmail.com>
Alıcı: batigun@ankara.edu.tr

29 Eylül 2022 15:23

Sayın Ayşegül Durak Batigün,

Ben Emre Işık, Yakın Doğu Üniversitesi Klinik Psikoloji Yüksek Lisans programı öğrencisiyim. "Mülteci ve Sığınmacılarla Çalışan Profesyonellerde Psikolojik Belirtileri Yordamada Psikolojik Sağlık ve Algılanan Sosyal Desteğin İncelenmesi" başlıklı tez çalışmam için izniniz olursa Türkçe uyarlamasını gerçekleştirdiğiniz Kısa Semptom Envanterini kaynak göstererek kullanmak istiyorum.

Zamanınızı ayırdığınız için teşekkür ederim.

Aysegul.Durak.Batigun@ankara.edu.tr <Aysegul.Durak.Batigun@ankara.edu.tr>
Alıcı: Emre Işık <emre.isikk97@gmail.com>

30 Eylül 2022 11:19

Sayın Işık,
Söz konusu ölçeği bilimsel çalışmalarınızda kullanabilirsiniz. İyi çalışmalar...
Prof. Dr. Ayşegül Durak Batigün

[Alıntılanan metin gizlendi]

Ek 8. Kısa Psikolojik Sağlamlık Ölçeği Kullanım İzni

Kısa Psikolojik Sağlamlık Ölçeği Kullanım İzni Hk.

2 ileti

Emre Işık <emre.isikk97@gmail.com>
Alıcı: tayfun@tayfundogan.net

29 Eylül 2022 15:20

Sayın Tayfun Doğan,

Ben Emre Işık, Yakın Doğu Üniversitesi Klinik Psikoloji Yüksek Lisans programı öğrencisiyim. "Mülteci ve Sığınmacılarla Çalışan Profesyonellerde Psikolojik Belirtileri Yordamada Psikolojik Sağlamlık ve Algılanan Sosyal Desteğin İncelenmesi" başlıklı tez çalışmam için izniniz olursa Türkçe uyarlamasını gerçekleştirdiğiniz Kısa Psikolojik Sağlamlık Ölçeğini kaynak göstererek kullanmak istiyorum.

Zamanınızı ayırdığınız için teşekkür ederim.

Tayfun Dogan <tayfun@tayfundogan.net>
Alıcı: Emre Işık <emre.isikk97@gmail.com>

29 Eylül 2022 22:13

Merhaba,
Ölçeği web sitemden indirerek kullanabilirsiniz.
İyi çalışmalar dilerim.

Tayfun Doğan
www.tayfundogan.net

29.09.2022, 15:20, "Emre Işık" <emre.isikk97@gmail.com>:
[Alıntılanan metin gizlendi]

Ek 9. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Kullanım İzni

Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Kullanım İzni Hk.

2 ileti

Emre Işık <emre.isikk97@gmail.com>
Alıcı: haluk.arkar@ege.edu.tr

29 Eylül 2022 15:25

Sayın Haluk Arkar,

Ben Emre Işık, Yakın Doğu Üniversitesi Klinik Psikoloji Yüksek Lisans programı öğrencisiyim. "Mülteci ve Sığınmacılarla Çalışan Profesyonellerde Psikolojik Belirtileri Yordamada Psikolojik Sağlık ve Algılanan Sosyal Desteğin İncelenmesi" başlıklı tez çalışmam için izniniz olursa geçerlik ve güvenilirlik çalışmalarını gerçekleştirdiğiniz Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeğini kaynak göstererek kullanmak istiyorum.

Zamanınızı ayırdığınız için teşekkür ederim.

haluk arkar <haluk.arkar@ege.edu.tr>
Alıcı: Emre Işık <emre.isikk97@gmail.com>

3 Ekim 2022 11:17

Sayın Emre Işık,

Çokboyutlu Algılanan Sosyal Destek ölçeğini çalışmanızda kullanabilirsiniz. Ölçeği ve puanlamasını aşağıdaki kaynakta bulabilirsiniz. Başarılar dilerim.

Prof. Dr. Haluk Arkar

Eker, D., H. Arkar ve H. Yıldız, "Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeğinin gözden geçirilmiş formunun faktör yapısı, geçerlik ve güvenilirliği", Türk Psikiyatri Dergisi, 12, 17-25 (2001).

Ek 10. Etik Kurul Onayı**BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU**

22.11.2022

Sayın Emre Işık

Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu'na yapmış olduğunuz YDÜ/SB/2022/1413 proje numaralı ve **“Mülteci ve Sığınmacılarla Çalışan Profesyonellerde Psikolojik Belirtileri Yordamada Psikolojik Sağlık ve Algılanan Sosyal Desteğin İncelenmesi”** başlıklı proje önerisi kurulumuzca değerlendirilmiş olup, etik olarak uygun bulunmuştur. Bu yazı ile birlikte, başvuru formunuzda belirttiğiniz bilgilerin dışına çıkmamak suretiyle araştırmaya başlayabilirsiniz.



Prof. Dr. Aşkın KIRAZ

Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu Koordinatörü

Ek 11. İntihal Raporu

MÜLTECİ VE SİĞİNMACILARLA ÇALIŞAN PROFESYONELLERDE PSİKOLOJİK BELİRTİLERİ YORDAMADA PSİKOLOJİK SAĞLAMLIK VE ALGILANAN SOSYAL DESTEĞİN İNCELENMESİ

ORIGINALITY REPORT

11 %	11 %	4 %	%
SIMILARITY INDEX	INTERNET SOURCES	PUBLICATIONS	STUDENT PAPERS

PRIMARY SOURCES

1	acikbilim.yok.gov.tr Internet Source	3 %
2	docs.neu.edu.tr Internet Source	1 %
3	dergipark.org.tr Internet Source	1 %
4	www.phderneği.org Internet Source	<1 %
5	www.erpacongress.com Internet Source	<1 %
6	acikerisim.ticaret.edu.tr Internet Source	<1 %
7	openaccess.amasya.edu.tr Internet Source	<1 %
8	adudspace.adu.edu.tr:8080 Internet Source	<1 %

acikerisim.fsm.edu.tr:8080

Ek 12. Öz Geçmiş

Emre Işık, 24 Eylül 1997 tarihinde Adana'da doğmuştur. İlköğretim, ortaöğretim ve lise eğitimini Adana'da tamamlamıştır. 2020 yılında Doğu Akdeniz Üniversitesi Psikoloji bölümünden mezun olmuştur. Lisans eğitimi kapsamında gönüllü stajını Dr. Ekrem Tok Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesinde gerçekleştirmiştir. 2021 yılının güz döneminde Yakın Doğu Üniversitesi Klinik Psikoloji Yüksek Lisans eğitimine başlamıştır. Yüksek lisans eğitimi kapsamındaki klinik stajını Çukurova Üniversitesi Balcalı Hastanesinde tamamlamıştır.

İletişim Bilgileri:

E-posta: emre.isikk@outlook.com