



## Mülteci Ruh Sağlığında Güncel Yaklaşımlar

Esra IŞIK <sup>1</sup>, Fatmagül ERTUĞRUL <sup>2</sup>

### ÖZ

Son yıllarda, dünyada mülteci sayısının artmasıyla birlikte ruh sağlığı sorunları artmakta ve buna bağlı olarak ruh sağlığı ve psikososyal destek hizmetlerine olan ihtiyaçlar da artmaktadır. Kişilerin memleketlerini terk edip göçe zorlanmaları, yeni bir çevreye ve kültüre uyum sağlama süreçleri oldukça streslidir ve beraberinde birçok ruh sağlığı sorununu getirmektedir. Mülteci gruplarda TSSB, duygudurum bozuklukları ve anksiyete bozukluklarının sıklıkla görüldüğü belirtilmiştir. Bunun yanı sıra zorunlu göç ile birlikte sosyal/toplumsal yapının ve aile birliğinin bozulması gibi birçok psikososyal sorun da ortaya çıkmaktadır. Mültecilerin ruh sağlığı sorunlarının tespiti ve ardından çok katmanlı ruh sağlığı ve psikososyal destek hizmetleri içerisinde bu ihtiyaçlara cevap verilebilmesi son derece önemlidir. Öncelikle temel ihtiyaçların karşılanması ve toplum temelli psikososyal müdahalelerin gerçekleştirilmesi ile bireylerin ve toplumun iyilik halinin korunmasına yönelik çalışılmalı ve kendi kendilerine yardım kapasiteleri artırılmalıdır. Bireysel desteğe ihtiyaç duyan kişiler için ise kısa süreli psikolojik müdahaleler sağlanmalı ve daha ileri düzeyde desteğe ihtiyaç duyan kişilerin klinik hizmetlerden yararlanmaları sağlanmalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** Sığınmacılar; göç; ruh sağlığı; psikososyal destek sistemleri.

## Contemporary Approaches in Refugee Mental Health

### ABSTRACT

In recent years, there has been a dramatic rise in number of refugees worldwide. Forced displacement and adapting to a new environment and culture is quite stressful and associated with mental health problems. Refugees frequently suffer from mental health problems and in need of mental health and psychosocial support services. PTSD, mood disorders and anxiety disorders are found to be highly prevalent in refugee groups. In addition, many psychosocial problems such as the disruption of the social/community and family structures occur with the forced migration. It is important to identify the mental health problems of refugees, and respond to these needs within the multi-layered mental health and psychosocial support services. Initially, in order to protect the well-being of individuals and society basic needs such as food, shelter and security should be provided. To strengthen self-help capacities, community-based psychosocial interventions should be employed. Along with these services, brief psychological interventions for people who need individual support and clinical services for people who need higher level of clinical care should be provided.

**Keywords:** Refugees; migration; mental health, psychosocial support systems

### GİRİŞ

#### Zorunlu Göç ve Mültecilik

Son yıllarda şiddeti artarak yaşanan savaş, terör olayları, iç karışıklıklar ya da doğa kaynaklı afetler gibi nedenlerden dolayı birçok insan yaşadığı yeri terk etmek zorunda kalmıştır. Birleşmiş Milletler Mülteciler Yüksek Komiserliği'nin verilerine göre dünya üzerinde 82.4 milyon yerinden edilmiş insan bulunmaktadır (1). Bunun 48 milyonu ülke içinde yerinden edilmiş, 34,4 milyonu ise ülkelerini terk edip başka ülkelere göç etmek zorunda kalmış kişilerdir. Dünya üzerinden yerinden edilmiş kişilerin büyük çoğunluğunu (yaklaşık %70) Suriye, Venezüella, Afganistan, Güney Sudan ve Myanmar'dan göç eden kişiler oluşturmaktadır. Mültecilere en çok ev sahipliği yapan ülkelere bakıldığında ise 3,7

1 Üsküdar Üniversitesi, İnsan ve Toplum Bilimleri Fakültesi, İstanbul, Türkiye  
2 Ruh Sağlığı Dairesi Başkanlığı, T.C. Sağlık Bakanlığı, Ankara, Türkiye

Sorumlu Yazar / Corresponding Author: Esra IŞIK, e-mail: [esra.isik@uskudar.edu.tr](mailto:esra.isik@uskudar.edu.tr)  
Geliş Tarihi / Received: 04.11.2021, Kabul Tarihi / Accepted: 03.12.2021

üçüncü sırada yer almaktadır. Bu da mültecilerin büyük çoğunluğunun gelişmekte olan, orta ve orta gelir seviyesi altındaki ülkelerde yaşamlarını sürdürdüklerini göstermektedir. Yerinden edilmiş insan sayısı son 10 yıldır artarak devam etmektedir. 2020 de COVID 19 virüsü nedeniyle birçok ülke sınırlarını kapatmış olması mülteci sayısının artışı durduramamıştır. Bu da çok yakında yerinden edilmiş kişi sayısının 100 milyonu geçebileceğini göstermektedir.

Türkiye ise yaklaşık 4 milyon mülteci ile dünya üzerinde en çok mülteciye ev sahipliği yapan ülke konumundadır. Mültecilerin 3.6 milyonu Suriyeli, 370 bini ise diğer ülkelere (2). Mültecilerin sadece %2'si kamplarda yaşarken, büyük çoğunluğu şehirlerde yerel halk ile birlikte yaşamaktadırlar. Tüm mülteciler sosyal, sağlık ve eğitim alanlarındaki temel hizmetlerden ücretsiz olarak yararlanabilmektedir. Türkiye Cumhuriyeti, 1951 Cenevre Sözleşmesi'ni coğrafi sınırlama ile imzalayarak 1961 yılında yürürlüğe koymuştur. Bu sınırlamanın sonucu olarak Türkiye, Avrupa Konseyi üyesi ülkeler dışından iltica etmek isteyen kişilere sadece geçici koruma statüsü verebilmektedir. Bu açıdan Avrupa konseyi üyesi olmayan ülkelere sığınma talebiyle ülkemiz topraklarına gelen kişilere mülteci statüsü yerine geçici koruma statüsü sağlanmaktadır. Yine de bu makalede terminolojik zorluklardan dolayı ve yaygın kullanım ile çelişmemek adına geçici koruma altındaki göçmenlerden "mülteciler" olarak bahsedilecektir.

#### **Mülteci Ruh Sağlığı**

Savaş ve zorunlu göçün psikolojik etkileri 1970'lere kadar ilgi çekmemiş ve bu alanda fazla çalışma yapılamamıştır. Bu tarihten sonra Amerika, Kanada, Norveç ve Güneydoğu Asya'da Endonezyalı mültecilerle yapılan çalışmalar bu alanda öncü niteliği taşımaktadır (3). Savaş, göç ve mültecilik deneyimi her aşamada, ruh sağlığı sorunlarına sebep olabilecek birçok stresör barındırmaktadır (4). Mülteciler göç öncesinde bombalama, silahlı çatışmalar, yıkımlar, yağmalama, mülk kaybı, yakın kaybı, evlerini ve memleketlerini terk etmeye zorlanma, işkence görme ve birçok şiddet olayına tanıklık etmektedirler. Göç ettikten sonra geldikleri ülkede işsizlik ve yoksulluk, kültürel uyum sorunları dil bariyeri, gelecek kaygısı, aile ve yakınlar için endişelenme, ayrımcılık, dışlanma ve ötekileştirme gibi birçok sorunla baş etmek zorundadırlar. Bu zorlukların da mültecilerin psikolojik iyilik hali ve ruh sağlıkları üzerinde olumsuz etki yapmaları kaçınılmaz bir hale gelmektedir.

#### **Mültecilerde Görülen Ruhsal Bozuklukların Yaygınlıkları Ve Risk Etkenleri**

Mülteci topluluklarında ruhsal bozuklukların yaygınlıkları incelendiğinde ev sahibi topluluklara ve kendi istekleri ile yaşam koşullarını iyileştirmek için göç etmiş diğer göçmenlere göre çok daha yüksek oranlarda ruh sağlığı sorunları olduğu gözlenmiştir (5, 6). Yapılan meta-analiz çalışmalarında mültecilerde Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB) oranının %30,6, depresyon oranının %38,2 (5), anksiyete bozuklukları oranının ise %40 (7) olduğu bulunmuştur. Bunlara ek olarak psikotik bozuklukların da göçmen ve mülteci gruplarda yaygın olarak görüldüğü belirtilmektedir. Örneğin Suriyeli mültecilerle dört farklı ülkede yapılan bir çalışmada psikoz oranları %11 olarak bulunmuştur (8). İngiltere'de toplum

ruh sağlığı hizmeti alan mülteci ve sığınmacıların %53'ünde psikoz tanısı konulduğu tespit edilmiştir (9). Bir meta-analiz çalışmasında psikotik bozuklukların mülteci olmayanlara göre çok daha yüksek oranlarda görüldüğünü ortaya koymuştur (10). İntihar ise diğer önemli bir ruh sağlığı sorunudur. Danimarka'da yapılan bir çalışmada mültecilerde intihar riskinin ev sahibi topluluğa göre 3 kattan daha fazla olduğu görülmüştür (11). Bosnalı mültecilerde yapılan bir çalışmada intihar düşüncelerine sahip olan mültecilerin oranının %20'nin üzerinde olduğu gözlenmiştir (12). Hollanda'da Suriyeli mültecilerle yapılan bir başka çalışmada ise intihar planı ya da teşebbüsü olan mültecilerin oranı ise %11,3 olarak bulunmuştur (13). Yapılan bir gözden geçirme çalışması da bu sorunların göç ve yeniden yerleşimden yıllar sonra bile görülebileceğini ortaya koymuştur (14). Kısaca, mülteciler ruh sağlığı sorunları için riskli bir gruptur.

Bir meta-analiz çalışması TSSB oranlarının %0 ila %99 arasında değişirken, depresyon oranlarının ise %3 ila %85 arasında değiştiğini göstermiştir (5). Oranlardaki bu farklılıklar yöntemsel, klinik ve aynı zamanda sosyal ve çevresel etkenlere bağlıdır (5). Örnekleme yöntemlerinde, örneklem büyüklüklerinde, araştırma desenlerinde ve kullanılan ölçek tiplerinde bulunan farklılıklar yaygınlıkların değişkenlik göstermesine neden olabilmektedir. Buna ek olarak, mültecilerin içerisinde buldukları sosyal ve çevresel koşullar her mülteci topluluk için farklı olabilmekte ve bu durum ruh sağlığını farklı şekilde etkileyebilmektedir. Örneğin, kamplarda ve kentlerde yaşayan mültecilerin çevresel koşullarının farklı olması ya da az gelişmiş bir ülkede ve gelişmiş bir ülkede yeniden yerleşmiş mültecilerin farklı düzeylerde kaynaklara sahip olmaları nedeniyle ruh sağlığı sorunlarının da farklı olabileceği düşünülebilir. Ayrıca zorunlu göç bir acil durum olarak değerlendirilebileceği için, acil durumun hangi döneminde bulunduğu da bu noktada önemlidir. Örneğin ev sahibi ülkeye henüz varmış bir topluluğun ihtiyaçları ile 12 yıldır ülkede bulunanların psikososyal ihtiyaçları birbirinden farklı olacaktır. Bunun anlamı her bir mülteci topluluğunun farklı ölçüde ruhsal sorunları ve ihtiyaçları olabileceğidir.

Mülteci gruplarında ruh sağlığı bozukluklarına ilişkin risk etkenleri göç deneyimine paralel olarak üç ana başlıkta incelenmektedir; (i)sosyodemografik etkenler, (ii)göç öncesi travmatik yaşantılar ve (iii) göç sonrası yaşam zorlukları. Her bir aşama içerisinde birçok risk etkenini barındırmaktadır (4).

Mülteci ruh sağlığı ve sosyodemografik değişkenlerin ilişkisini inceleyen çalışmalarda kadın olmak (15), ileri yaş (6) ve bireysel ya da ailesel psikiyatrik bozukluk öyküsü (16), boşanmış ya da bekar olmak (17), düşük eğitim ve sosyoekonomik düzey risk faktörü olarak bulunmuştur (15). Öte yandan bir meta-analiz çalışması sosyodemografik etkenlerin psikopatolojiyi yordamadığını göstermiştir (5).

Göç öncesinde yaşanan travmatik olaylar da mülteci gruplarında ruh sağlığının önemli bir yordayıcısıdır. Yakın kaybı, fiziksel zarar görme/yaralanma, aranma, hapsedilme, bombalama, silahlı saldırı gibi savaş olayları, istismar gibi göç öncesi travmatik yaşantılar da ruh sağlığı sorunları için risk etkeni olarak bulunmuştur (14). İşkence görme göç öncesi travmalar arasında en önemli risk

etkenlerinden biridir. Yapılan çalışmalar da işkence görmenin daha yüksek oranlarda ruh sağlığı sorunları ile ilişkili olduğu gözlenmiştir (5). Bunun yanı sıra yaşanan travmatik olaylar ve ruh sağlığı sorunları arasında doz-cevap ilişkisi olduğu saptanmıştır. Travmatik olay sayısının ve yoğunluğunun artmasıyla birlikte ruh sağlığı sorunlarının da arttığı görülmüştür (5).

Mülteci ruh sağlığı alanında yapılan erken dönem çalışmalarda psikopatoloji sadece göç öncesi travmatik deneyimlerle ilişkilendirilmiştir. Daha sonraları göç sonrasında yaşam şartlarının zorlu olmasından kaynaklanan sıkıntıların da ruh sağlığını etkileyebileceği düşünülmüştür. Yapılan çalışmalar işsizlik ve yoksulluk gibi sosyoekonomik sorunların, sosyal destek azlığının, sosyal bütünleşme ve kültürel uyum sorunlarının, ayrımcılık ve dışlamanın, dil bariyerinin ve aileden ayrılmanın ruh sağlığı sorunlarına yatkınlaştıran risk etkenleri olarak bulmuşlardır (6, 14). Bunlara ek olarak, mültecilik statüsü alamadan sığınmacı ya da geçici koruma altında yaşamının ya da diğer yasal süreçlere ilişkin sorunların da mülteci ruh sağlığının önemli belirleyicileri olduğu görülmüştür (18).

Araştırma modellerine göç öncesi travmaların yanı sıra sosyal izolasyon, yoksulluk, aile içi şiddet, ayrımcılık ve statü belirsizliği gibi göç sonrası stresörlerin eklendiği çalışmalarda, belirti düzeylerinin daha iyi açıklanabildiği görülmüştür (19). Bunun yanı sıra bazı çalışmalar, göç sonrası yaşam zorluklarının, travmatik yaşantılar ve TSSB arasındaki ilişkiyi de etkilediğini ortaya koymuştur (19, 20, 6). Örneğin, bir çalışmada günlük yaşam stresörlerinin yoğun yaşandığı durumlarda savaş travmaları TSSB ile anlamlı ilişki göstermezken, daha düşük yoğunlukta yaşandıkları zaman anlamlı bir ilişki gösterdiği görülmüştür (20). Bu gibi travmatik deneyimlere bağlı olarak yaşanan psikolojik sorunların göç sonrasında karşılaşılan stresörleri daha da şiddetlendirdiğini gösteren başka çalışmalar da mevcuttur (21). Örneğin, sosyal izolasyon (19) ve ekonomik güçlükler (22) gibi göç sonrası yaşam zorlukları yaşayan mültecilerin bunları yaşamayanlara göre daha fazla psikolojik sorunları olduğu görülmüştür. Buna ek olarak, bazı çalışmalar travmatik olayların ruh sağlığı üzerindeki etkisinin kısa dönemde olumsuz olduğunu fakat uzun dönemde buraya odaklanmanın diğer problemleri gözden kaçırmaya neden olabileceğini göstermiştir (4). Örneğin Kanada'da Asyalı mültecilerle yapılan bir çalışmada gidilen ülkenin dilini bilmenin depresyon üzerine etkisi araştırılmıştır (21). Mültecilerin ilk geldikleri dönemde dil ile depresyon arasında önemli ilişki gözlenmezken, 10 yıl sonra dil engeli depresyonun önemli bir yordayıcısı olarak bulunmuştur.

Göç sürecinin dinamik olması nedeniyle koşullar sürekli değişmektedir. Yasal statüye ilişkin yaşanabilecek değişiklikler, mültecilere tanınan haklar konusunda devletlerce alınabilecek yeni kararlar, çalışma koşullarının değişmesi, üçüncü ülkelere göç etme zorunluluğunun ortaya çıkması gibi nedenlerle göç sonrası yaşam koşulları önemli ölçüde değişebilmektedir. Statüye ilişkin belirsizlikler, temel ihtiyaçların karşılanmasında yaşanan güçlükler, işsizlik, yeni bir göç yolculuğu gibi yeni stresörler ortaya çıkabilmekte ya da var olanların olumsuz etkisi artabilmektedir (21).

Her ne kadar ruhsal bozuklukların yaygınlıkları ruh sağlığı hizmetlerine olan ihtiyaç için önemli bilgiler sunsa da tek gösterge olarak benimsenmemelidir. Psikiyatrik tanı ölçütlerini karşılamayan, fakat psikolojik sıkıntı ve psikososyal sorun düzeyi yüksek olan kişilerin ihtiyaçlarının göz ardı edilebileceği unutulmamalıdır.

#### **Mülteci Ruh Sağlığında Müdahale Yaklaşımları**

Mülteci ruh sağlığı alanında travma odaklı ve psikososyal yaklaşımlar olmak üzere iki ana yaklaşım modeli bulunmaktadır. Travma odaklı yaklaşımlar da müdahalenin odağı göç öncesinde yaşanan savaş ve şiddet olayları kaynaklı travmatik deneyimlerdir. Psikososyal yaklaşımlar ise mültecilerin göç öncesinde yaşadıkları travmatik olaylara ek olarak geldikleri ülkede de kültürel, ekonomik, dil ile ilgili, sosyal, toplumsal, ailesel ve yasal birçok zorlukla karşılaştıklarını ve bu zorlukların ruh sağlıklarını olumsuz etkilediğini göz önünde bulundurlar. Bu sorunları azaltmaya yönelik müdahaleleri merkeze alırlar (23). Ancak güncel yaklaşımlar göç deneyimini bir bütün olarak ele almakta, hem göç öncesi travmaların hem de göç sonrası koşulların mülteci ruh sağlığını etkilediğini savunmaktadır (3). Son yıllarda ise global ruh sağlığı yaklaşımı bu yaklaşımlara eklenmiştir. Bu yaklaşıma göre sağlık sistemleri güçlendirilerek mültecilerin ruh sağlığı ihtiyaçlarına daha iyi cevap verilebilmesi sağlanmalıdır (3).

#### **Travma Odaklı Yaklaşımlar**

Travma odaklı yaklaşımlar göç öncesinde yaşanan şiddet ve savaşa bağlı travmatik deneyimlerin mülteci ruh sağlığında en önemli unsur olduğunu savunmaktadırlar. Bu yaklaşımda savaş travmaları psikopatoloji ile ilişkilidir ve psikoterapi ya da farmakoterapi ile psikopatolojinin tedavisi en önemli hedefdir. Travma ve TSSB odaklı psikoterapiler de bu yaklaşımın müdahale yöntemleridir (3). Yapılan çalışmalar bu müdahale yöntemlerinin etkililiklerine dair güçlü kanıtlar sunmaktadırlar. Travma odaklı bilişsel davranışçı terapiler (24), Göz Hareketleriyle Duyarsızlaştırma ve Yeniden İşleme (25), Öyküsel Maruz Bırakma Terapisi (26), Kişilerarası Terapi (27) mültecilerde travmatik stres belirtilerini önemli ölçüde azalttığı gözlenen müdahale yöntemleridir. Bu yaklaşım her ne kadar bilimsel çalışmalarla desteklense de, kültürel özellikleri göz ardı edilemediği ve sadece medikal unsurları içerdiği için önemli eleştiriler almaktadır (28). TSSB gibi batı toplulukları için geliştirilmiş tanı ölçütlerinin, genelde batılı olmayan, mülteci topluluklara aktarılmasının önemli bir dezavantaj olabileceği, sadece medikal çerçeveden psikopatolojiye odaklanarak, göç sürecinin sosyal, kültürel ve ekonomik unsurlarını kapsamakta yetersiz kalabileceği düşünülmektedir. Bunun yanı sıra TSSB dahil birçok psikopatolojinin yordayıcısı olan günlük yaşam stresörlerinin ve göç sonrası yaşam zorluklarının bu yaklaşım ile müdahale edilebilir olmaması da bu yaklaşıma getirilen bir diğer önemli eleştiridir (28).

#### **Psikososyal Yaklaşımlar**

Zorunlu göç gibi travmatik olaylar sadece bireyleri değil, toplumu ve sosyal yapıları da etkilediği için, ruh sağlığı müdahaleleri sadece psikolojik süreçlere odaklanmak yerine sosyal ve çevresel etkenlere de odaklanmalıdır (29). Bu yaklaşıma göre psikolojik ve sosyal süreçler birlikte insanların iyilik haline etki etmektedir. Dolayısıyla ruh ve beden sağlığı, çevre, kültür ve sosyo-ekonomik düzey gibi sosyal unsurlardan bağımsız olarak düşünülmemelidir. Bu

yaklaşımına göre müdahale aşamasında, savaş ve yerinden edilme gibi ağır travmatik yaşantılardan sonra dahi ruh sağlığı hizmetleri sosyal şartların iyileştirilmesi ile birlikte sunulmalıdır. Kriz ile birlikte değişen ya da kötüleşen sosyal ve çevresel sorunlara müdahale etmek psikolojik sorunların iyileşmesini sağlayacaktır. Bu çerçevede ruh ve beden sağlığı hizmetlerinin yanı sıra temel ihtiyaçların karşılanması, sosyal destek mekanizmaları, kültüre uygun ve uyumu destekleyici çalışmalar bu modelin müdahale yöntemlerindedir (3). Psikososyal yaklaşımlar bireysel olarak verilebilse de daha çok toplumsal düzeyde sunulmaktadır. Kriz deneyimlerinin daha geniş sosyal boyutlarına odaklanarak, krizin etkileriyle başa çıkabilmek için toplumun ve ailenin var olan baş etme mekanizmalarını güçlendirmeyi, yerel kaynakları güçlendirmeyi, kültüre ve kapasiteye uygun çözümler üretmeyi amaçlar.

Psikososyal müdahalelerle ilgili araştırmalar kısıtlı olsa da, etkili olduklarına dair önemli veriler bulunmaktadır. Örneğin, Rwanda'da soykırım sonrası yapılan bir sosyal bağları güçlendirme müdahalesinin ruh sağlığını olumlu yönde etkilediği görülmüştür (30). Ürdün'de yaşayan Suriyeli mültecilerle yapılan bir çalışmada ise sosyal desteği ve aile bağlarını güçlendirme yoluyla bireysel ihtiyaçları karşılama becerilerini arttırmayı hedefleyen müdahale sonucunda katılımcıların genel stres ve çökkünlük düzeylerinde azalma olduğu gözlenmiştir (31). Afet ve acillerde çocuk dostu alanların etkisini inceleyen bir meta-analiz çalışması ise çocukların psikososyal iyilik hallerini olumlu yönde etkilediğini bulmuştur (32). Çalışmada, çocukların oyun oynayabilmeleri, sosyalleşebilmeleri ve sanat ve müzik aktiviteleri yapabilmeleri için oluşturulan güvenli alanların çocuklara bir miktar normallik hissi verdiği ve psikososyal iyilik düzeylerinin artmasına destek olduğu gözlenmiştir. Türkiye'de yapılan başka bir çalışmada üç aşamalı bir psikososyal destek müdahalesinin etkililiği değerlendirilmiştir (33). Müdahale kapsamında, Suriyeli mültecilere hizmet sunan psikososyal destek ve sağlık personeline yönelik kapasite geliştirme çalışması, temel ihtiyaçların karşılanmasına yönelik psikososyal destek çalışması ve toplumsal bağlılığın ve baş etme becerilerinin geliştirilmesini içeren çalışmalar gerçekleştirilmiştir. Müdahale sonrasında hizmet alan mültecilerde iyilik hali ve dayanıklılık düzeylerinin arttığı görülmüştür (33).

Psikososyal kavramının çok geniş olması nedeniyle bu yaklaşım eleştiri almaktadır. Bu durum hangi müdahalelerin psikososyal kapsamında değerlendirilebileceği ile ilgili belirsizlik oluşturmakta ve iyileşme hedeflerinin net olarak belirlenememesine neden olmaktadır. Bu yaklaşıma getirilen en önemli eleştiri ise etkililiğine dair yapılan araştırmaların az olmasıdır. Dolayısıyla bu yaklaşımların işe yaradığına dair kısıtlı kanıt bulunmaktadır. Psikososyal kavramının kapsamının çok geniş olması, psikososyal müdahalelerin çevresel, sosyal ve bağlamsal birçok alanda iyileşme hedeflemesi sonuç ölçümünü dolayısıyla da araştırma yapmayı zorlaştırmaktadır. Buna ek olarak, sadece psikososyal etkenlere odaklanmanın göçe neden olan travmatik olayların ruh sağlığı üzerindeki etkisini gözden kaçmasına ve klinik tedavi ihtiyacı olan kişilerin ihtiyaçlarına cevap verilememesine neden olabileceği göz önünde bulundurulmalıdır.

**Mülteci Ruh Sağlığında Global Ruh Sağlığı Yaklaşımı**  
Kaynağını global toplum ruh sağlığı hareketinden alan Global Ruh Sağlığı (GRS) bir sağlık sistemi yaklaşımıdır (34). Tüm dünyada ruh sağlığı sorunlarının çok yaygın olduğu ve var olan sağlık sistemlerinin ihtiyaca cevap vermek noktasında yetersiz kaldığı görüşünden ortaya çıkmıştır. Bu yaklaşımın odak noktası sağlık sistemlerinin kapasitesini ruh sağlığı sorunlarına daha fazla cevap verebilecek şekilde artırmaktır. Özellikle düşük ve yüksek gelir düzeyine sahip ülkeler arasındaki farkı azaltmak ve mülteciler, yoksullar gibi dezavantajlı grupların bu hizmetlere erişimini kolaylaştırmak hedeflenmektedir. Bunun için ruh sağlığı ve psikososyal destek hizmetleri birinci basamak sağlık hizmetlerine entegre edilerek, ihtiyaç duyan kişilerin bu hizmetlere ulaşımı kolaylaştırılmalıdır.

Mülteciler ülkelerin sağlık sistemlerine önemli zorluklar oluşturabilecek gruplardandır. Yaygın görülen psikiyatrik bozukluklar ve yüksek seviyelerdeki psikososyal stres sağlık hizmetlerine olan ihtiyacı arttırmaktadır. Bu noktada, GRS yaklaşımına göre bireysel müdahalelerin sunumunun yanı sıra sağlık sistemlerinin de mültecilerin ihtiyaçlarına cevap verebilecek şekilde güçlendirilmesi gerekmektedir. Mültecilere ruh sağlığı ve psikososyal destek hizmeti sunan kurum ve personelin kapasitesinin geliştirilmesi, kanıta dayalı müdahalelerin genel uygulamaların bir parçası haline getirilmesi, mültecilerin bu hizmetlere ulaşımının kolaylaştırılması ve farklı kurumların işbirliği ve koordinasyon düzeyinin artırılması hedeflenmektedir. Dünya Sağlık Örgütü (WHO), bunun için Ruh Sağlığını Güçlendirme (RSGÜÇ) insani yardım kılavuzunu yayınlamıştır. Klavuz, afet ve acil durumlarda ve sağlık kapasitesinin kısıtlı olduğu durumlarda, birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan sağlık personelinin ruh sağlığı hizmeti sunabilmesi için, psikiyatrik, nörolojik ve madde kullanımı sorunlarının yönetimi için yönergeler içermektedir (35). Türkiye'de yapılan bir çalışmada (36), RSGÜÇ uygulamasının, hizmet sunan doktorların ruh sağlığına ilişkin bilgi düzeyini arttırdığı, tespit edilen vakaların sayısını arttırdığı, bu hizmeti alan mültecilerin büyük kısmının (%95) aldıkları hizmetten memnun olduğu ve ihtiyaçlarının karşılandığı tespit edilmiştir.

Bu yaklaşıma getirilen eleştiriler ise ruh sağlığı sorunlarının yaygınlığı ve yüklerinin tespitinin kısıtlı veriden gelmesi, batı kültürlerinde geliştirilen tanı sınıflamalarının ve müdahalelerin uygulanması, ruh sağlığı bozuklukları epidemiolojisinin sosyal sorunların önüne geçmesi, hizmet açığını kapatmak için sadece tedavi boşluğuna odaklanıp toplum temelli hizmetleri göz ardı etmesidir. Bunların yanı sıra sistem değişikliğinin uygulamasının pratikte son derece zor olması ve bu alandaki değişiklikler için yeterli fon bulunamaması da önemli kısıtlılıklardır.

#### **Mülteci ruh sağlığında bütünleyici yaklaşımlar**

Mülteci ruh sağlığı alanında yapılan çalışmalar iki önemli bulguyu ortaya koymuştur. Birincisi, göç öncesi travmalar ve göç sonrasında yaşanan psikolojik zorluklar hem birbirlerini hem de ruh sağlığını önemli ölçüde etkilemektedir. İkincisi, hem travma odaklı yaklaşımların hem de psikososyal müdahalelerin ruh sağlığı ve iyilik halini geliştirdiği gösterilse de her ikisinin de kapsamakta eksik kaldığı unsurlar vardır. Her bir yaklaşımın güçlü ve

geliştirilmesi gereken yanları olduğundan ve her yaklaşım farklı ihtiyaçlara cevap verebildiğinden tek bir tanesini benimsemenin zor olduğu söylenebilir.

Güncel yaklaşımlar, mülteci ruh sağlığını göç deneyimlerinin bir bütünü olarak modellemektedirler. Bu modellerin temeli sosyo-ekolojik kuramsal yapılara dayanmaktadır. Bu çerçevede deneyimler kişilerin ve çevrelerinin karşılıklı etkileşiminden doğar, çevresel faktörlerden ve kültürel unsurlardan etkilenir. Bireyin iç dinamikleri kadar dış dinamikleri de önemlidir. Ruhsal bozukluklar, bireysel sorunlardan ziyade mültecileri etkileyen çevresel faktörlerin bir sonucu olarak görülmektedir. Mülteci ruh sağlığı bağlamında iç dinamikler göç öncesi travmalara atıfta bulunurken, dış dinamikler göç sonrası yaşam zorluklarını olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu yaklaşıma göre temel ihtiyaçları karşılama zorlukları, işsizlik, yoksulluk ve sosyal destek sistemlerinden mahrum kalma gibi göç sonrasında sıklıkla yaşanan zorluklar, göç öncesinde savaş ve şiddet olaylarına bağlı yaşanan travmatik olaylar kadar ruh sağlığı üzerinde etkilidir (23). Dolayısıyla mültecilere yönelik ruh sağlığı hizmetleri, travma odaklı klinik hizmetler ile göç sonrası yaşam zorluklarına bağlı stresi azaltan destekleyici psikososyal hizmetleri bir arada sunmalıdır.

#### **Ruh Sağlığı ve Psikososyal Destek Hizmetlerinin Sunumu**

Mültecilere sunulan hizmetlerden söz ederken ruh sağlığı ve psikososyal destek kavramları bir arada kullanılmaktadır. Bunun nedeni her iki kavramın birbirini tamamlayan hizmetleri içermesidir. Ruh sağlığı hizmetleri, mültecilerde görülebilecek ruhsal bozuklukların tedavisini içermekte ve travma odaklı yaklaşımlara atıfta bulunmaktadır. Psikososyal destek hizmetleri ise iyilik halini korumayı, arttırmayı ya da potansiyel psikolojik bozuklukları önlemeyi amaçlayan bireysel ve toplumsal müdahaleleri kapsamakta ve psikososyal yaklaşım çerçevesi sunmaktadır. Ruh sağlığı ve psikososyal destek (PSPSD) ise tüm bu hizmetleri kapsayan bir çatı görevi görmektedir (37).

Kuruluşlar-arası Daimi Komite (IASC), acil durumlarda ruh sağlığını ve psikososyal iyilik halini korumak için insani yardım alanındaki tüm sektörleri içeren, koordinasyon odaklı bir RSPSD klavuzu yayınlamıştır (37). Tüm acillerde yaygın olarak kullanılan bu klavuz, insani yardım müdahalelerinde RSPSD hizmetlerinin asgari koşullarını tarif etmektedir. Temel mantığı tüm insani yardım çalışanlarının psikolojik sıkıntıyı azaltmaya katkı sunabileceği olan bu klavuz sağlığın yanı sıra eğitim, su sanitasyonu, gıda güvenliği gibi tüm alanları kapsayan bir RSPSD çerçevesi sunmaktadır. Klavuza göre RSPSD hizmetleri, çok katmanlı ve tamamlayıcı bir şekilde sunulmalıdır (37). Acil durumlar insanları farklı şekillerde etkilediği için farklı türden desteklere ihtiyaç duyulabilir. IASC buradan yola çıkarak acil durumlarda RSPSD hizmetlerinin farklı düzeylerde sunumunu içeren bir müdahale piramidi sunmuştur. Mültecilere sunulan RSPSD hizmetlerde de artık bu piramid benimsendiği ve sıklıkla kullanıldığı gözlenmektedir.

Piramidin en alt basamağında temel ihtiyaçlarını sunumu ve güvenliğin sağlanması yer almaktadır. Her ne kadar bir ruh sağlığı müdahalesi gibi görünmese de bu tip müdahaleler daha sonradan ortaya çıkabilecek stres

etkenlerinin oluşumunu önlemek için son derece önemlidir. Ayrıca akut evrede verilen stres tepkileri uygun destek ve hizmetlere erişimin sağlanması ile azalacaktır (38). Amaç krizden etkilenenlerin yemek, temiz su, barınma, sağlık hizmetlerine ulaşma gibi ihtiyaçlarını karşılayarak ikincil stres etkenlerinin oluşumunu engellemek ve dolayısıyla iyilik hallerini korumaktır. Örneğin, bir mülteci grubu göç ettikleri ülkelere ilk giriş yaptıklarında en büyük stres kaynağı nerede kalacakları, karınlarını nasıl doyuracakları ya da sağlık sorunlarına nasıl tedavi bulacakları ile ilişkilidir. Bu ihtiyaçlara cevap verebilmek önemli bir yükü ortadan kaldıracaktır. Elbette bir RSPSD uzmanının bu hizmetleri sunması mümkün değildir. Bu ihtiyaçlar genellikle kamu kurumları ve sivil toplum kuruluşları tarafından karşılanmaktadır. Bu aşamada RSPSD uzmanı kolaylaştırıcı gibi çalışır. İnsani yardım çalışmalarının mülteci odaklı ve iyilik halinin korunmasına katkı sağlayacak şekilde yapılabilmesi için savunuculuk yapar. Mültecileri temel ihtiyaçlarını karşılayabilmeleri için doğru kaynaklara yönlendirmek, ciddi psikolojik rahatsızlığı ya da akut ihtiyacı olan kimseleri tespit edip sağlık hizmetlerine yönlendirmek en temel görevlerdir. Psikolojik İlk Yardım (PİY), bu aşamada en sıklıkla kullanılan erken müdahale aracıdır. Profesyonel danışmanlık ya da klinik bir müdahale olmayan PİY, psikososyal iyilik halini korumak ve arttırmak için güvenlik hissini sağlama, öz-yardım becerilerini arttırma ve hizmetlere ulaşmayı kapsayan bir dizi sosyal ve duygusal desteği içerir.

İkinci basamakta toplum ve aile temelli hizmetlerin sunumu yer almaktadır. Acil durumlarda yaşanan kayıplar, yerinden edilme, ayrılıklar ve diğer karışıklıklar toplum ve aile yapısında önemli bozulmalara neden olabilmektedir. Mültecilik yaşantısında da yerinden edilme ile birlikte kişiler aile bütünlüğü ve sosyal çevre kaybı yaşayabilirler. Aile üyelerinin bir kısmı kriz bölgesinde kalmış ya da başka ülkelere göç etmiş olabilir. Bunun yanı sıra, komşuluk ve arkadaşlık ilişkilerinin kaybı da söz konusudur. Geline yerinde artık bir toplum değil, zorunlu olarak bir araya gelmiş, birbirini tanımayan ya da daha önce bir arada hiç yaşamamış yabancılardan oluşan bir grup vardır. Sosyal destek sistemlerinin bozulması ve insanların birbirlerine olan güvenlerinin azalması bu süreçlerin doğal bir sonucudur. Mülteci gruplara yeniden bir toplum hissi verebilmek, kendi iç destek mekanizmalarını yeniden kurulmasına destek olarak toplumun kendi kendine yardım edebilir hale getirmek amaçlanmalıdır. Toplum temelli psikososyal destek bu aşamada sunulmaktadır. Bu anlamda ailelerin yeniden birleşmesi, yas tutmayı kolaylaştıracak aktiviteler, aile içi şiddetin önlenmesine yönelik çalışmalar, ebeveynlik programları, kadın merkezleri gibi projelerin hayata geçirilmesi önemli RSPSD müdahaleleridir.

Üçüncü basamakta ise odaklı, uzmanlaşmamış hizmetler yer almaktadır. Bu basamak ilk iki basamaktaki hizmetleri almış olmasına rağmen bireysel psikolojik desteğe duyan kişilerin ihtiyaçlarını karşılamak üzere yapılandırılmıştır. Bu aşamadaki müdahaleler yapılandırılmış ve klavuz haline getirilmiş kısa süreli psikolojik müdahale araçlarını içermektedir. Bu hizmetlere uzmanlaşmamış denmesinin nedeni ruh sağlığı uzmanı olmayan fakat uygun eğitim ve süpervizyon almış kişilerce uygulanan hizmetleri kapsamıdır. Yani, ruh sağlığı uzmanı olmayan kişiler

temel psikososyal destek ve ilgili müdahale aracının uygulama eğitimlerini başarı ile tamamladıktan sonra bir uzman süpervizyonu eşliğinde sahada bu hizmetleri verebilmektedirler. Bunun amacı, sahada ruh sağlığı hizmetlerine olan yüksek ihtiyaç ve kısıtlı uzman kaynağından doğan boşluğu telafi etmektir. Örneğin, WHO zorlu durumlara maruz kalan bireylere psikolojik destek sağlayabilmek için Sorun Yönetimi ve Fazlası (SY+) müdahale aracını geliştirmiştir (39). SY+ sorun çözüme stratejileri ve bazı davranışçı psikoterapi tekniklerini bir arada kullanarak depresyon, anksiyete ve stres yaşayan bireylere psikolojik destek sağlamaktadır. SY+ mülteci topluluklarda giderek yaygınlaşarak kullanılmaktadır. Araştırma sonuçları farklı mülteci gruplarda depresyon, kaygı ve stres düzeylerini azaltmada etkili olduğunu göstermiştir (40). Bunun dışında, birinci basamakta verilebilecek ruh sağlığı hizmetleri de (örn. RSGÜÇ çalışması) bu aşamanın bir parçası olarak değerlendirilebilir.

Müdahale piramidin en üst katmanında uzmanlaşmış hizmetler yer almaktadır. Diğer basamaklardaki hizmetleri almasına karşı günlük işlevselliğinde önemli sıkıntılar yaşan kişiler için sunulan tedavi hizmetlerini kapsar. Ruh sağlığı uzmanları tarafından sunulan psikoterapi ya da farmakoterapi hizmetlerini içerir. Ciddi ruh sağlığı sorunu olan bireyler, diğer basamaklardaki hizmetleri almasına karşı günlük işlevselliğinde önemli sıkıntılar yaşan kişiler ya da psikolojik ihtiyaçları var olan hizmetler ile karşılaşamayan kişiler için uygundur. Mültecilere sunulan hizmetlerde, hizmet sağlayıcılar bu hizmetleri sunun bir kliniği yapılarına dahil edebilirler. Bir diğer seçenek ise ulaşılması en kolay psikiyatri kliniği ile işbirliği içerisinde yönlendirme yapmaktır. Ayrıca, mültecilerin içerisinde sağlık profesyonelleri varsa onlarla iş birliği yapmak da yaygın bir uygulamadır.

## SONUÇ VE ÖNERİLER

Sonuç olarak dünya üzerinde artarak devam eden savaş ve terör olayları, doğa kaynaklı afetler ve küresel ısınma gibi sorunlardan dolayı zorunlu göçler artarak devam etmektedir. Dünya üzerindeki milyonlarca mülteciye her gün binlercesi daha eklenmektedir. Böylesine zorlu ve travmatik deneyimlerin ruh sağlığına olumsuz etkisi kaçınılmazdır. Gerek psikososyal sorunlardan gerekse psikiyatrik bozukluklardan doğan ruh sağlığına yönelik ihtiyaçlar mültecilerin yaşadıkları önemli zorluklardandır. Gün geçtikçe artarak devam eden bu ihtiyaca cevap verebilmek de ruh sağlığı alanının en önemli konularından bir tanesidir.

İleride yapılacak olan çalışmalar, sadece psikiyatrik tanıya değil sıklıkla görülen psikososyal sorunların da tespit edilmesine ve uygun müdahalelerin geliştirilmesine odaklanmalıdır. Böylece herhangi bir tanı ölçütünü karşılamayan ama RSPSD hizmetlerine ihtiyaç duyabilecek bireylerin ihtiyaçlarına cevap verilebilmesi mümkün olacaktır. Kültüre göre stresi ve sorunları ifade etme biçimlerinin ve belirtilerin dışavurum yollarının belirlenmesi faydalı olabilecek bir diğer araştırma alanıdır. Bu sayede, kültüre özgü sorunların tespiti ve bu sorunlara yönelik müdahalelerin planlanması kolaylaşacaktır. Bunun yanı sıra, pozitif ruh sağlığı ile ilişkilendirilen baş etme, dayanıklılık ve koruyucu etkenler gibi kavramların araştırılması mülteci ruh sağlığı araştırmalarını psikiyatrik

tanıların kısıtlılığından uzaklaştıracaktır. Çevresel ve bağlamsal koşulların ruh sağlığı ile ilişkisi de farklı şartlarda hayatlarını devam ettiren mülteci grupların ihtiyaçlarının belirlenmesi için gereklidir. RSPSD müdahalelerin etkililiği, özellikle toplum temelli psikososyal destek çalışmalarının etkililikleri konusunda daha çok araştırmaya ihtiyaç duyulan başka bir konudur. Tüm bunlara ek olarak, büyük göç dalgaları ile karşılaşıldığında ev sahibi toplumun da ruh sağlığına ilişkin ihtiyaçları olabileceği unutulmamalı ve bilimsel çalışmaların konusu olmalıdır. Araştırmalardan elde edilen bilginin saha uygulamasına aktarılabilmesi için de araştırmacı-uygulayıcı işbirliklerinin teşvik edilmesi gereklidir.

Saha uygulamasında ise farklı grupların ihtiyaçlarına cevap verebilecek RSPSD hizmetleri yukarıda belirtildiği gibi çok katmanlı sunulmalıdır. İhtiyaç ve kaynak analizi ile grupların ihtiyaçları tespit edilmeli ve ilgili katmandaki hizmet ve kaynaklarla buluşmaları sağlanmalıdır. Bunun için RSPSD uzmanı ve gönüllülerinin her katman için var olan araçların kullanımı ile ilgili kapasitelerinin geliştirilmesi gerekmektedir. Bunun yanı sıra, RSPSD uzmanlarının istihdamı ya da var olan personelin bu hizmetler ile ilgili kapasitelerinin geliştirilmesi yoluyla RSPSD hizmetlerinin birinci basamak sağlık hizmetlerine entegre edilmesi mültecilerin ruh sağlığı ihtiyaçlarının karşılanmasında önemli katkılar sunabileceği düşünülmektedir. Çok katmanlı yapının getirdiği çok sektörlülüğün bir dezavantaja dönüşmemesi için ise kurumların işbirliği içerisinde çalışması ve her sektörün RSPSD farkındalığı ile hareket etmesi son derece önemlidir. Hizmet dağılımının önüne geçilmesi, kısıtlı kaynakların en verimli şekilde kullanılabilmesi ve tüm hizmetlerin insani değerleri gözeterek ruh sağlığını koruyan bir yerden verilebilmesi böylelikle mümkün olabilecektir.

**Yazarların Katkıları:** Fikir/Kavram: E.I., F.E.; Tasarım: E.I., F.E.; Literatür Taraması: E.I., F.E.; Makale Yazımı: E.I., F.E.; Eleştirel İnceleme: E.I., F.E.

## KAYNAKLAR

1. UNHCR [Internet]. Figures at glance. Switzerland; 2021[Updated: 2021 June 18; Cited: 2021 Oct 12]. Available from: <https://www.unhcr.org/figures-at-a-glance.html>
2. UNHCR [Internet]. Turkey general Fact Sheet. Turkey; 2020 [Updated: 2020 Sept; Cited: 2021 Oct 12]. Available from: <https://www.unhcr.org/tr/wp-content/uploads/sites/14/2020/10/UNHCR-Turkey-General-Fact-Sheet-September-2020-FINAL330.pdf>
3. Silove D, Ventevogel P, Rees S. The contemporary refugee crisis: an overview of mental health challenges. *World Psychiatry*. 2017; 16(2): 130-9.
4. Kirmayer LJ, Narasiah L, Munoz M, Rashid M, Ryder AG, Guzder J, et al. Common mental health problems in immigrants and refugees: general approach in primary care. *Canadian Medical Association Journal*. 2011; 183(12): E959-E967.
5. Steel Z, Chey T, Silove D, Marnane C, Bryant RA, Van Ommeren M. Association of torture and other potentially traumatic events with mental health outcomes among populations exposed to mass conflict and displacement: a systematic review and meta-

- analysis. *The Journal of the American Medical Association*. 2009; 302(5): 537-49.
6. Porter M, Haslam N. Predisplacement and postdisplacement factors associated with mental health of refugees and internally displaced persons: a meta-analysis. *The Journal of the American Medical Association*. 2005; 294(5): 602-12.
  7. Lindert J, von Ehrenstein OS, Priebe S, Mielck A, Brahler E. Depression and anxiety in labor migrants and refugees—a systematic review and meta-analysis. *Social science & medicine*. 2009; 69(2): 246-57.
  8. Hijazi Z, Weissbecker I [Internet]. Syria Crisis: Addressing Regional Mental Health Needs and Gaps in the Context of the Syria Crisis. United States of America; 2015 [Updated: 2015 March 16; Cited: 2021 Sept 12]. Available from: <http://internationalmedicalcorps.org/document.doc?id=526>
  9. McColl H, Johnson S. Characteristics and needs of asylum seekers and refugees in contact with London community mental health teams: a descriptive investigation. *Social Psychiatry Psychiatric Epidemiology* 2006; 41: 789-95.
  10. Dapunt J, Kluge U, & Heinz A. Risk of psychosis in refugees: a literature review. *Translational psychiatry*. 2017; 7(6): e1149.
  11. Staehr MA, Munk-Andersen E. Suicide and suicidal behavior among asylum seekers in Denmark during the period 2001-2003. A retrospective study. *Ugeskrift for laeger*, 2006; 168(17): 1650-3.
  12. Slodnjak V, Kos A, Yule W. Depression and parasuicide in refugee and Slovenian adolescents. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*. 2002; 23(3): 127-32.
  13. Al-Ibraheem B, Kira IA, Aljakoub J, Al-Ibraheem A. The health effect of the Syrian conflict on IDPs and refugees. *Peace and Conflict: Journal of Peace Psychology*. 2017; (23)2: 140.
  14. Bogic M, Njoku A, Priebe S. Long-term mental health of war-refugees: a systematic literature review. *BMC International Health and Human Rights*. 2015; 15(1): 29.
  15. Bogic M, Ajdukovic D, Bremner S, Franciskovic T, Galeazzi GM, Kucukalic A, ve ark. Factors associated with mental disorders in long-settled war refugees: refugees from the former Yugoslavia in Germany, Italy and the UK. *The British Journal of Psychiatry*. 2012; 200(3): 216-23.
  16. de Jong JT, Komproe IH, Van Ommeren M, El Masri M, Khaled N, van De Put W ve ark. Lifetime events and posttraumatic stress disorder in 4 postconflict settings. *JAMA*. 2001; 286(5): 555-62.
  17. Bhugra D. Migration and Mental Health, Review Article, *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2004; 109: 243-58.
  18. Steel Z, Silove D, Brooks R, Nomartin S, Alzuhairi B, Susljik I. Impact of immigration detention and temporary protection on the mental health of refugees. *British Journal of Psychiatry*. 2006; 188: 58-64.
  19. Miller KE, Weine S, Ramic A, Brkic N, Bjedic ZD, Amer Smajkic A, ve ark. The relative contribution of war experiences and exile-related stressors to levels of psychological distress among Bosnian refugees. *Journal of Traumatic Stress*. 2002; 15(5): 377-87.
  20. Miller KE, Omidian P, Rasmussen A, Yaqubi A, Daudzai H. Daily stressors, war experiences, and mental health in Afghanistan. *Transcultural Psychiatry*. 2008; 45(4): 611-38.
  21. Siriwardhana C, Ali SS, Roberts B, Stewart R. A systematic review of resilience and mental health outcomes of conflict-drive adult forced migrants. *Conflict and Health*. 2014; 8: 1-14.
  22. Beiser M, Hou F. Language acquisition, unemployment and depressive disorder among Southeast Asian refugees: a 10-year study. *Social Science and Medicine*. 2001; 53: 1321-34.
  23. Miller KE, Rasmussen A. War exposure, daily stressors, and mental health in conflict and post-conflict settings: bridging the divide between trauma-focused and psychosocial frameworks. *Social Science and Medicine*. 2010; 70(1): 7-16.
  24. Nickerson A, Bryant RA, Steel Z, Silove D, Brooks R. The impact of fear for family on mental health in a resettled Iraqi refugee community. *Journal of Psychiatric Research*. 2010; 44, 229-35.
  25. Oras R, de Ezpeleta SC, Ahmad A. Treatment of traumatized refugee children with eye movement desensitization and reprocessing in a psychodynamic context. *Nordic Journal of Psychiatry*. 2004; 58: 199-203.
  26. Robjant K, Fazel M. The emerging evidence for narrative exposure therapy: A review. *Clinical Psychology Review*. 2010; 30: 1030-9.
  27. Meffert SM, Abdo AO, Alla OAA, Elmakki YOM, Omer AA., Yousif S, et al. A pilot randomized controlled trial of interpersonal psychotherapy for Sudanese refugees in Cairo, Egypt. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*. 2014; 6(3): 240.
  28. Summerfield D. A critique of seven assumptions behind psychological trauma programmes in war-affected areas. *Social Science and Medicine*. 1999; 48(10): 1449-62.
  29. Miller KE, Kulkarni M, Kushner H. Beyond trauma-focused psychiatric epidemiology: Bridging research and practice with war-affected populations. *American Journal of Orthopsychiatry*. 2006; 76(4): 409-22.
  30. Scholte WF, Verduin F, Kamperman AM, Rutayisire T, Zwinderman AH, Stronks K. The effect on mental health of a large scale psychosocial intervention for survivors of mass violence: a quasi-experimental study in Rwanda. *PLoS One*. 2011; 6(8): e21819.
  31. Weinstein N, Khabbaz F, Legate N. Enhancing need satisfaction to reduce psychological distress in Syrian refugees. *Journal of consulting and clinical psychology*. 2016; 84(7): 645-50.
  32. Hermosilla S, Metzler J, Savage K, Musa M, Ager A. Child friendly spaces impact across five humanitarian settings: a meta-analysis. *BMC Public Health*. 2019; 19(1): 1-11.
  33. Budosan B, Benner MT, Abras B, Sabah A. Evaluation of one mental health/psychosocial intervention for Syrian refugees in Turkey. *International NGO Journal*. 2016; 11(2): 12-9.

34. Prince M, Patel V, Saxena S, Maj M, Maselko J, Phillips MR, et al. No health without mental health. *The Lancet*. 2007; 370(9590): 859-77.
35. WHO [Internet]. mhGAP Humanitarian Intervention Guide (mhGAPHIG). Switzerland; 2015 [Updated: 2015 Feb 28; Cited: 2021 Oct 28]. Available from: [http://www.who.int/mental\\_health/publications/mhgap\\_hig/en](http://www.who.int/mental_health/publications/mhgap_hig/en)
36. Kahiloğulları AK, Alataş E, Ertuğrul F, Malaj A. Responding to mental health needs of Syrian refugees in Turkey: mhGAP training impact assessment. *International Journal of Mental Health Systems*. 2020; 14(1): 1-9.
37. IASC [Internet]. Inter-Agency Standing Committee IASC guidelines on mental health and psychosocial support in emergency settings. Switzerland; 2007 [Updated: 2007 June 01; Cited 2021 Oct 20]. Available from: <https://interagencystandingcommittee.org/system/files/2020-11/IASC%20Guidelines%20on%20Mental%20Health%20and%20Psychosocial%20Support%20in%20Emergency%20Settings%20%28English%29.pdf>
38. Hobfoll S, Watson P, Bell C, Bryant R, Brymer M, Friedman M, et al. Five essential elements of immediate and mid-term mass trauma intervention: empirical evidence. *Focus*. 2009; 7(2): 221-42.
39. Dawson KS, Bryant RA, Harper M, Kuowei TA, Rahman, Schafe A, et al. Problem Management Plus (PM+): a WHO transdiagnostic psychological intervention for common mental health problems. *World Psychiatry*. 2015; 14(3): 354-7.
40. Sijbrandij M, de Graaff A, Cuijpers P, Kieft B. Problem management plus (PM+) for Syrian refugees in the Netherlands. *European Journal of Public Health*. 202; 30 (5): ckaa165.628.