

T.C.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI

**KİLİS DEVLET HASTANESİ'NE BAŞVURAN 18 YAŞ VE
ÜZERİ KADIN SİĞİNMACILARIN RUH SAĞLIĞI ALGILARI
VE ÖZ DEĞERLENDİRMELERİNİN SAPTANMASI**

UZMANLIK TEZİ
Dr. MEHMET ALİ DUNDAR

TEZ DANIŞMANI
Prof. Dr. Mustafa Necmi İLHAN

ANKARA 2016

GAZİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
TEZ SINAV TUTANAĞI

Ad Soyad	Mehmet Ali DUNDAR
Baba Adı	İbrahim
Doğum Yeri/Tarihi	Ankara/03.12.1982
Diploma Tarihi/Diploma No	09/04/2010-000085
Mezun Olduğu Fakülte	Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi
İhtisas Yaptığı Anabilim Dalı/Bilim Dalı	Halk Sağlığı
İhtisas Süresi	Yıl:4 Ay:
Sınav Yapılmasını İsteyen Makam	Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı

UZMANLIK TEZİNİN ADI: Kilis Devlet Hastanesi'ne Başvuran 18 Yaş Ve Üzeri Kadın Sığınmacıların Ruh Sağlığı Algıları Ve Öz Değerlendirmelerinin Saptanması

JÜRİ KARARI: uygun

JÜRİ ÜYELERİ

BAŞKAN

Prof.Dr.Fatma Nur Baran AKSAKAL

ÜYE

Prof.Dr.Mustafa Necmi İLHAN

ÜYE

Prof.Dr.Meral Saygun

ÖNSÖZ

Uzmanlık tezi çalışması sürecinde rehberlik, emek ve bilgisini esirgemeyen, her zaman kendisini örnek aldığım saygıdeğer danışman hocam Prof. Dr. Mustafa Necmi İlhan'a;

Halk Sağlığı uzmanlık eğitimim boyunca her türlü bilgi ve tecrübelerinden faydalandığım, mesleğimi daha çok sevmeme vesile olan değerli hocalarım Prof. Dr. Mehmet Ali Bumin, Prof. Dr. Remzi Aygün, Prof. Dr. Fatma Nur Baran Aksakal, Prof. Dr. Sefer Aycan, Prof. Dr. Seçil Özkan, , Öğretim Görevlisi Dr. Asiye Uğraş Dikmen'e;

Tez çalışmamı destekleyen Sağlık-Sen Genel Başkan Yardımcısı Mustafa Örnek'e, Kilis Devlet Hastanesi Başhekimi Op. Dr. Abdullah Erşan Öztin'e, Kilis Sağlık-Sen Başkanı Hüseyin Özcan'a;

Beraber çalışmaktan mutluluk duyduğum tüm asistan arkadaşlarıma, bu süreçte desteğini esirgemeyen Uzm. Dr. Evrim Koç'a;

Hayallerim için dua edip çaba göstermeyi bana öğreten, başarılarımın esas mimarları olan annem ve babama, bu süreçte desteğini esirgemeyen ablama;

Teşekkür ederim.

Dr. Mehmet Ali Dunder

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
Önsöz	ii
İçindekiler	iii
Tablo dizini	vii
Kısaltmalar	ix
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	5
2.1.Ruh Sağlığı Kavramı	5
2.2.Depresyon	7
2.2.1.Depresyonun Tanımı	7
2.2.2.Depresyonun Tarihçesi	8
2.2.3.Depresyonun Epidemiyolojisi	11
2.2.4.Depresyonun Güncel Sınıflaması	13
2.2.4.1. <i>Major Depresif Bozukluk</i>	14
2.2.4.2. <i>Distimik Bozukluk</i>	15
2.2.4.3. <i>Yıkıcı Duygudurumu Düzenleyememe Bozukluğu</i>	15
2.2.4.4. <i>Premenstruel Disforik Bozukluk</i>	15
2.2.4.5. <i>Madde/İlaç Kaynaklı Depresif Bozukluk</i>	15
2.2.4.6. <i>Tıbbi durumlar</i>	16
2.2.4.7. <i>İlaçlara Bağlı Depresyon</i>	16
2.2.5.Depresyonun Etiyolojisi	16
2.2.5.1. <i>Biyolojik Etkenler</i>	16
2.2.5.2. <i>Nöroendokrin Değişiklikler</i>	16
2.2.5.3. <i>Uyku Bozuklukları</i>	17
2.2.5.4. <i>Genetik Yatkınlık</i>	18
2.2.5.5. <i>Biyolojik Beden Saati</i>	19
2.2.5.6. <i>Psikolojik Etkenler</i>	19
2.2.6.Depresyon Risk Faktörleri	19

2.2.6.1.Cinsiyet	19
2.2.6.2.Yaş	20
2.2.6.3.Medeni Durum	21
2.2.6.4.Aile Öyküsü ve Genetik Özellikler	21
2.2.6.5.Sosyoekonomik Düzey	22
2.2.6.6.Puerperal Etkenler	22
2.2.6.7.Diğer Risk Etmenleri	23
2.2.7.Depresyonun Kliniği	23
2.2.7.1.Duygulanım Bozukluğu	23
2.2.7.2.Bilişsel Bozukluklar	24
2.2.7.3.Davranış Bozukluğu	24
2.2.7.4.Bedensel Belirtiler	25
2.2.8.Depresyonun Ekonomik Maliyeti	26
2.2.8.1.Doğrudan Maliyetler	27
2.2.8.2.Dolaylı Maliyetler	28
2.2.9.Depresyonda Tanı	28
2.2.10.Depresyonun Ölçümü	29
2.2.10.1.Beck Depresyon Ölçeği	30
2.2.10.2.Zung Depresyon Ölçeği	30
2.2.10.3.Geriatrik Depresyon Ölçeği	31
2.2.10.4.Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği	32
2.2.10.5.Çocuklar İçin Depresyon Ölçeği	32
2.2.10.6.Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği	32
2.2.10.7.Montgomery-Asberg Depresyon Ölçeği	33
2.2.11.Depresyon Tedavisi	33
2.2.11.1.Farmakolojik Tedavi	33
2.2.11.2.Bilişsel Davranışçı Tedavi	35
2.2.11.3.Yeni Tedavi Yaklaşımları	36
2.3.Anksiyete Bozuklukları	37
2.3.1.Anksiyetenin Tanımı	37
2.3.2.Anksiyete Bozukluklarının Tarihçesi	39

2.3.3. Anksiyete Bozukluklarının Epidemiyolojisi	40
2.3.4. Anksiyete Bozukluklarının Güncel Sınıflandırması	42
2.3.4.1. <i>DSM-V Tanı Sınıflamasında Anksiyete Bozuklukları</i>	43
2.3.5. Anksiyete Bozukluklarının Etiyolojisi	44
2.3.5.1. <i>Psikolojik Teoriler</i>	44
2.3.5.2. <i>Biyolojik Teoriler</i>	45
2.3.5.3. <i>Genetik</i>	45
2.3.5.4. <i>Nörotransmitterler</i>	45
2.3.6. Anksiyete Bozukluklarının Risk Etmenleri	46
2.3.7. Anksiyete Bozukluklarının Klinik Özellikleri	48
2.3.7.1. <i>Panik Bozukluğu</i>	49
2.3.7.2. <i>Agorafobi</i>	51
2.3.7.3. <i>Yaygın Anksiyete Bozukluğu</i>	52
2.3.7.4. <i>Sosyal Anksiyete Bozukluğu</i>	53
2.3.7.5. <i>Özgül Fobi</i>	56
2.3.7.6. <i>Elektif Mutizm</i>	56
2.3.7.7. <i>Ayrılma Anksiyetesi</i>	57
2.3.8. Anksiyete Bozukluklarının Tanısı	57
2.3.8.1. <i>DSM-V'e Göre Anksiyete Bozukluklarının Tanı Ölçütleri</i>	58
2.3.9. Anksiyetenin Ölçümü	63
2.3.9.1. <i>Beck Anksiyete Ölçeği</i>	63
2.3.9.2. <i>Hamilton Anksiyete Ölçeği</i>	63
2.3.9.3. <i>Yaygın Anksiyete Bozukluğu Ölçeği</i>	64
2.3.9.4. <i>Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri</i>	64
2.3.10. Anksiyete Bozukluklarının Tedavisi	65
3. GEREÇ-YÖNTEM	68
3.1. Araştırmanın Tipi	68
3.2. Araştırmanın Yeri	68
3.3. Araştırmanın Evreni	68
3.4. Araştırmanın Örneklemi	68

3.5. Araştırmanın Değişkenleri	69
3.5.1. Bağımlı Değişkenler	69
3.5.2. Bağımsız Değişkenler	70
3.6. Araştırmada Kullanılan Araç-Gereç	71
3.7. Araştırmanın Uygulama Şekli	72
3.8. Araştırma Takvimi	73
3.9. Veri Girişi ve Verilerin Düzenlenmesi	74
3.10. Veri Analizi-İstatistiksel Yöntemler	74
3.11. Araştırmanın Kısıtlılıkları	75
4. BULGULAR	76
4.1. Bulgular	
5. TARTIŞMA	112
5.1. Tanımlayıcı Bulguların Tartışılması	112
5.2. Depresyonla İlgili Bulgularının Tartışılması	120
5.3. Anksiyete İle İlgili Bulgularının Tartışılması	126
5.4. Diğer Bulguların Tartışılması	131
6. SONUÇ ve ÖNERİLER	134
7. KAYNAKLAR	137
8. ÖZET	151
9. SUMMARY (İNGİLİZCE ÖZET)	153
10. EKLER	155
Ek-1. Veri Toplama Formu Türkçe Versiyonu	155
Ek-2. Veri Toplama Formu Arapça Versiyonu	162
Ek-3. Etik Kurul Onayı	168
11. ÖZGEÇMİŞ VE İLETİŞİM BİLGİLERİ	173

TABLO DİZİNİ

	Sayfa
Tablo 1. Araştırma Takvimi	73
Tablo 2.1. Araştırmaya Katılan Bireylerin Bazı Tanımlayıcı Özelliklerinin Dağılımı, Kilis, 2016	76
Tablo 2.2. Araştırmaya Katılan Bireylerin Bazı Tanımlayıcı Özelliklerinin Dağılımı, Kilis, 2016	77
Tablo 3. Araştırmaya Katılan Bireylerin Bazı Tanımlayıcı Özelliklerinin Dağılımı, Kilis, 2016	79
Tablo 4. Araştırmaya Katılan Bireylerin Bazı Tanımlayıcı Özelliklerinin Dağılımı, Kilis, 2016	80
Tablo 5. Araştırmaya Katılan Bireylerin Bazı Tanımlayıcı Özelliklerinin Dağılımı, Kilis, 2016	82
Tablo 6. Katılımcıların Bazı Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Türkçe Konuşma Düzeyini Değerlendirme Durumu, Kilis, 2016	84
Tablo 7. Katılımcıların Bazı Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Sağlık Düzeyini Değerlendirme Durumu, Kilis, 2016	87
Tablo 8. Katılımcıların Bazı Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Yaşam Boyu Şiddete Maruz Kalma Durumu, Kilis, 2016	89
Tablo 9. Katılımcıların Bazı Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Yaşam Boyu Cinsel Şiddete Maruz Kalma Durumu, Kilis, 2016	91
Tablo 10. Araştırmaya Katılan Bireylerin Depresyon ve Anksiyete Skorlarının Dağılımı, Kilis, 2016	92

Tablo 11. Katılımcıların Bazı Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Depresyon Olma Durumu, Kilis, 2016	93
Tablo 12. Katılımcıların Bazı Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Anksiyete Olma Durumu, Kilis, 2016	95
Tablo 13. Katılımcıların Bazı Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Depresyon Olma Durumu, Kilis, 2016	97
Tablo 14. Katılımcıların Bazı Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Anksiyete Olma Durumu, Kilis, 2016	99
Tablo 15. Katılımcıların Bazı Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Depresyon Olma Durumu, Kilis, 2016	101
Tablo 16. Katılımcıların Bazı Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Anksiyete Olma Durumu, Kilis, 2016	103
Tablo 17. Katılımcıların Bazı Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Anksiyete Olma Durumu, Kilis, 2016	105
Tablo 18. Katılımcıların Depresyon Olma Durumlarına Göre Anksiyete Olma Durumu, Kilis, 2016	107
Tablo 19. Katılımcıların Beck's Anksiyete ve Depresyon Ölçeği Skorlarının Dağılımı, Kilis, 2016	108
Tablo 20. Bazı Prediktörlerin Depresyon Olma Üzerine Etkisinin Logistic Regresyon İle İncelenmesi, Kilis, 2016	109
Tablo 21. Bazı Prediktörlerin Anksiyete Olma Üzerine Etkisinin Logistic Regresyon İle İncelenmesi, Kilis, 2016	110

KISALTMALAR

TC: Türkiye Cumhuriyeti

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

DSM: The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Mental Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı)

Vd: Ve diğerleri

Vb: Ve benzeri

Bkz.: Bakınız

ABD: Amerika Birleşik Devletleri

AFAD: Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığı

USAK: Uluslararası Stratejik Araştırma Kurumu

SPSS: Statistical Package for Social Sciences (Sosyal Bilimler İçin İstatistik Paketi)

MÖ: Milattan Önce

IQ: Intelligence Quotient

DALY: Daily Adjusted Life Years

ICD-10: International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems

Örn: Örneğin

ECA: Epidemiyolojik Alan Çalışması

NCS: Ulusal Eş Tanı Çalışması

HIV: Human Immunodeficiency Virus

AIDS: Acquired Immun Deficiency Syndrome

CRH: Kortikotropin Salgılatıcı Hormon

ACTH: Adrenokortikotropik Hormon

TRH: Tirotropin Salgılatıcı Hormon

TSH: Tiroid Uyarıcı Hormon

REM: Hızlı Göz Hareketi

HLA: Human Leucocyte Antigen

ZDÖ: Zung Depresyon Ölçeği

GDÖ: Geriatrik Depresyon Ölçeği

HAM-D: Hamilton Depresyon Değerlendirme Ölçeği

TSA: Trisiklik Antidepresan

SSGİ: Seçici Serotonin Geri Alım İnhibitörü

YAB: Yaygın Anksiyete Bozukluğu

SAB: Sosyal Anksiyete Bozukluğu

GABA: Gamma Amino Butirik Asit

TL: Türk Lirası

1. GİRİŞ

DSÖ (Dünya Sağlık Örgütü), sağlığı “yalnız hastalık ve sakatlığın olmayışı değil; bedensel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik hali” olarak tanımlamıştır. Bu tanımın üç önemli unsurundan biri ruh sağlığıdır (1).

Ruh sağlığı bozuklukları içinde, depresyonun birinci basamakta en yaygın görülen ruh sağlığı sorunu olması nedeniyle önemli bir yeri vardır. Dünya Sağlık Örgütü’nün eşgüdümünde 14 ülkede yapılmış olan “Birinci Basamakta Ruhsal Bozukluklar” araştırmasında, temel sağlık hizmeti veren birimlere başvuran hastalarda en yaygın görülen ruhsal bozukluğun (%10.4) depresyon olduğu saptanmıştır (2).

Tüm dünyada yaklaşık 450 milyon kişi ruhsal ve davranışsal bozukluklarla karşı karşıyadır (1). Her dört kişiden biri hayatı boyunca bu tür hastalıklardan birisine yakalanmaktadır (3). Uluslararası “Küresel Hastalık Yüğü” çalışmasında, tüm hastalık ve yaralanmalar içinde psikiyatrik bozuklukların toplam hastalık yükünün %9.7’sini oluşturduğu saptanmıştır. 2020’de bunun %15’e ulaşacağı ve tek uçlu majör depresyonun hastalık yükü açısından 2. sıraya yükseleceği öngörülmektedir (4).

Benzer bir yöntem ile ülkemizde yapılmış olan hastalık yükü çalışmasında nöropsikiyatrik hastalıkların toplam hastalık yükünün %13.3’ünü oluşturduğu ve kardiyovasküler hastalıklardan sonra 2. olduğu görülmüştür. Ayrıca en fazla hastalık yükü oluşturan hastalık sıralamasında 4. sırada tek uçlu majör depresyon ve 20. sırada şizofreni yer almaktadır (5).

Depresyonla ilgili çalışmalar, toplumdaki yaygınlığıyla ilgili olarak çok geniş dağılım değerleri vermektedir (%9 - 25). Depresyon ergen kızlarda ve erişkin kadınlarda, ergen ve erişkin erkeklere göre iki kat fazla grlmektedir (6). Depresyonun, st solunum yolu enfeksiyonlarından sonra ikinci yaygınlıkta rastlanan sağlık sorunu olması önemli bir halk sağlığı sorunu olduğunu göstermektedir (6). Depresif bozukluklar genellikle genç yaşlarda başlamakta ve insanların fonksiyonlarını azaltıp tekrarlamaktadırlar. Depresyon %4,3'lk DALY ile dünya çapındaki üçüncü sıradaki yeti yitimi sebebidir (7).

Yurtdışında yapılan bir çalışmada herhangi bir psikiyatrik rahatsızlığı olmayan populyasyonda intihar sıklığı 100.000'de 8,3 iken, depresif bozukluklarda 100.000'de 83 olarak saptanmıştır (8).

Anksiyete, açıkça ayırt edilebilir bir uyararla ilişkili ya da ilişkisiz olabilen, korku ve endişe ile belirli bir duygusal durumdur (9). Yapılan alışmalar, depresyonda en sık görülen belirtilerden birisinin anksiyete olduğunu göstermektedir (10). Ömür boyu bir majör depresif bozukluk öyküsü olan yetişkinlerin yaklaşık %50-60'ında aynı zamanda bir ya da daha fazla anksiyete bozukluğu öyküsü de bulunmaktadır. Majör depresif bozukluğu olanların en az %65'inde orta şiddette ve %20-25'inde şiddetli anksiyete belirtileri grlmektedir. Majör depresif bozuklukta anksiyetenin varlığının duygudurumda hızlı ve ani değişimlere, özkıyım oranlarında artışa, sağaltımda ve gidişte kötü sonuçlara neden olduğu bildirilmiştir (11).

Yurtdışında yapılan bir çalışmada tüm anksiyete bozuklukları için bir yıllık sıklık %10,1 iken yaşam boyu sıklık %14,6'dır (12). Türkiye'de yapılan bir çalışmaya göre toplumun %5-10'unda herhangi bir türde anksiyete bozukluğu vardır (13). Amerikan Ulusal Eştanı Çalışması verilerine göre yaşam boyu sıklık kadınlarda %30,5 iken erkeklerde %19,2'dir (14).

Psikolojik olarak göçün 'büyük kopuşlar ve yeniden bağlanamayışlar' olarak tanımlanması, göçmenlerdeki ruh sağlığı sorunlarının yaygınlığına dikkat çeken bir yaklaşımdır (15).

Kaldı ki yasadışı göçmenliğin ruhsal sağlık üzerine etkileri çok daha ağır olması beklenmektedir. Yasadışı göçmenlerin ailelerinden ayrılmaları nedeniyle kronik stres ve depresyon belirtileri gösterdikleri, bu stresleri nedeniyle çeşitli fiziksel yakınmaların ortaya çıktığı bildirilmektedir (16).

Yasadışı ve mevsimlik göçmenler arasında kaygı, duygulanım bozuklukları ve madde kullanımının yerli topluma göre daha fazla olduğu da bilinmektedir. Göçmenlerdeki depresyonun kendini psikosomatik rahatsızlıklar ve madde kullanımı ile gösterdiği bildirilmiştir (17).

Psikosomatik rahatsızlıklar da göçmen kadınlar arasında yaygın olarak gözlenmiştir. Somatizasyon ya da psikosomatik rahatsızlıklar, acının bedenselleşmesi ya da ruhsal-toplumsal sorunların bedensel yakınmalar yoluyla anlatılması olarak tanımlanmaktadır. Kadınların ruhsal sağlıklarını etkileyen faktörlerin özetle, kaçak olma, göçmen olma, aşağılayıcı davranışlara maruz

kalma ve en çok da özlem (özellikle çocuklarına duydukları) olduğu görülmektedir (18).

Kamp içi ve kamp dışında yaşayan göçmenler birlikte değerlendirildiğinde kadınların %52'si kendilerinin veya yakınlarının psikolojik desteğe ihtiyacı olduğunu düşünmektedir. Diğer bir deyişle kadınların yarısından biraz fazlası, kendilerinin veya yakınlarının psikolojik desteğe ihtiyaçları olduğunu belirtmişlerdir (19).

Gençler, kadınlar, gebeler, yaşlılar, üniversite öğrencileri, sağlık çalışanları gibi farklı risk gruplarında ruh sağlığı çalışmaları yeterli sayıda yapılmamış olmakla birlikte son yıllarda başta ülkemiz olmak üzere tüm dünya ülkelerini ilgilendiren göçmen sorunu ve göçmen ruh sağlığı ile ilgili çalışmalar oldukça kısıtlı ve yok denecek kadar azdır, özellikle yerinden edilmiş, göç etmiş kadınlarda ruh sağlığı profilini aydınlatacak çalışma bulunmamaktadır (13, 20, 21, 22, 23). Savaş sonrası göçe tabi olan göçmenlerde savaşın ve göçün neden olduğu anksiyete bozuklukları ve depresyon yaygınlığı profillerini saptamak, nedenlerini ortaya çıkarmak ve başta karar vericiler, politika yapıcılar olmak üzere tüm dünya kamuoyunun ilgisini çekmek için saha çalışmaları yapılması gereklidir.

Bu çalışmada, Kilis Devlet Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum polikliniklerine başvuran 18 yaş ve üzeri göçmen kadınlarda depresyon ve anksiyete sıklığı ve risk etmenlerinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1.Ruh Sağlığı Kavramı

DSÖ (Dünya Sağlık Örgütü), sağlığı “yalnız hastalık ve sakatlığın olmayışı değil; bedensel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik hali” olarak tanımlamıştır. Bu tanımın üç önemli unsurundan biri ruh sağlığıdır (24).

Ruh sağlığı ise bir anlamda bireyin kendisi ve çevresi ile bir uyum ve denge içerisinde olmasıdır. Bireyin duyuş, düşünüş ve davranışları arasında bir bütünlük olması gerekmektedir. Ruh sağlığı bozulan kişi, genellikle duyuş, düşünce ve davranışlarında değişik derecelerde tutarsızlık, aşırılık, uygunsuzluk ve yetersizlik sergiler. Her birey zaman zaman bu tür örüntüler sergileyebilir ancak psikolojik rahatsızlık yaşayan kişilerde bu özelliklerin sürekli veya tekrarlayıcı olması, kişinin günlük rutinini, işlevini ve kişiler arası ilişkilerini bozacak nitelikte olması gerekir. Yine de psikolojik olarak normal ve anormalin tanımını yapmak oldukça güçtür. Çünkü belirtildiği gibi anormal olarak adlandırılan bir takım belirtiler normalde de görülebilmektedir. Ancak anormal kavramını belirleyen bazı kriterler söz konusudur. Bunlar;

1.İstatistiksel Seyreklik: Anormal davranışın bir özelliği seyrek olmasıdır. Örneğin normal zeka aralığı 90-110 IQ olarak değerlendirilirken ve toplumda yer alan bireylerin büyük bir bölümü bu aralıkta yer alırken, 70 IQ'ya sahip birey zeka geriliği yaşıyor olarak değerlendirilir. Ancak IQ'su 110'u geçenlerde ise herhangi bir anormalite değerlendirilmez. Bu demek oluyor ki seyreklik anormalitenin tek belirleyicisi değildir.

2.Normların İhlal Edilmesi: Anormalliği değerlendirirken ele alınan bir diğer özellik ise normların ihlal edilmesidir. Davranışın normları ihlal edip etmemesi ya da bunu gözlemleyenleri tehdit edip etmemesi veya kaygılandırıp kaygılandırmaması her ne kadar anormalite için önemli bir kriter ise de tek başına belirleyicilik açısından yeterli değildir. Örneğin suçlular çeşitli şekillerde toplumsal normları çiğnerler ancak hepsi psikolojik bir rahatsızlık yaşamamaktadır.

3. Kişisel Rahatsızlık Hissetme: Kimi zaman kişi yaşadığı süreçten ciddi anlamda rahatsızlık duyar. Kişiler yaşantılarından mustarıptirler. Örneğin kişi yaşadığı depresyondan büyük ölçüde hoşnutsuzdur, ya da kapalı alan korkusu kendisini huzursuz 4 etmektedir. Ancak her psikolojik rahatsızlık ille de rahatsızlık hissetmeyi içermez. Örneğin antisosyal kişilik bozukluğunda kişi soğuk kanlılıkla diğerlerine hor davranır ve herhangi bir suçluluk, rahatsızlık kaygı hissetmeksizin sürekli yasaları çiğner ve insanlara rahatsızlık verir.

4. Yeti Yitimi ya da İşlev Bozulması: Bireyin yaşadığı anormallik sebebiyle yaşamının önemli bazı alanlarında bozulmaların olması ya da yeti yitimi anormal davranışın önemli bir parçasıdır. Örneğin madde kullananlarda nörolojik bazı bozukluklar oluşabileceği gibi kişiler arası ilişkilerde de ciddi problemler oluşmaya başlar.

5.Beklenmedik Olma: Uyarıcı ve ortaya çıkan davranış, belirti arasında bir uyumsuzluk söz konusudur. Örneğin hayatında herhangi bir sorunu olmamasına rağmen bireyin her an kötü bir şey yaşayacağına ilişkin yoğun düşüncelerinin varlığının olması. Burada kaygı beklenmedik ve var olan duruma oransızdır.

Ruhsal yönden sağlıklı birey kendini ve çevreyi gerçekçi bir biçimde algılar. Aynı Şekilde baŐkalarını da anlayabilir, kişiler arası iliŐkilerden tatmin olur. Yaşadığı toplumun kültürel, sosyal normlarına ayak uydurabilir, uyamadığında bu çatıŐmayı sağlıklı bir Şekilde zebilir. YaŐamaya heveslidir. Yaratıcıdır. Kendisi için planlar yapar ve olaylara esnek olarak yaklaŐır. Diğerleri tarafından kabul görür. Yeniliklere açıktır, farklılıkları anlayıŐla karŐılayıp bunlara yeri geldiğinde saygı gösterebilir. Gerektiğinde çevreyi biçimlendirir ya da içinde bulunduğu çevreye ayak uydurur. Tutum ve davranışları hem kendisini hem de çevresini mutlu eder. Hem cinsleriyle ve karşı cinslerle sağlıklı saygı ve sevgiye dayalı iliŐkiler kurar (25).

2.2. Depresyon

2.2.1. Depresyonun Tanımı

Depresyon bir duygudurum bozukluğudur. Duygudurum içsel olarak yaŐantılanan, kişinin davranışları ve dünyayı algılamasını deėiŐtiren hâkim ve sürekli duygu tonudur. Duygulanım ise duygudurumunun dıŐa ifade edilmesidir. Duygudurum normal, yükselmiŐ ya da çökkün olabilir. Depresyonda duygudurumunun çökkün hali görülür (26).

Latince kökü “depressus” olan depresyon kelimesi aŐaėı doğru bastırmak, bitkin, gamlı, donuklaŐtırmak, durgunlaŐtırmak anlamına gelmektedir. Depresyonun Türkçe karşılığı ruhsal çöküntü veya kknlktr (27).

İnsanın yaşama istek ve zevkinin kaybolduğu, kişinin kendisini derin bir keder içerisinde hissettiği, geleceğe ilişkin kötümser, karamsar düşünceler, geçmişe ilişkin yoğun pişmanlık, suçluluk duygu ve düşüncelerinin taşındığı, bazen ölüm düşüncesi, bazen intihar girişimi ve sonuçta ölümün olabildiği, uyku, iştah, cinsel istek ile ilgili fizyolojik bozuklukların olduğu bir hastalıktır. Ayrıca depresyonda dünyaya karşı ilginin azalması veya tam kaybı, diğer insanlara yatırım yapma veya bağlanma kapasitesinin kaybolması; kendini ayıplama, kınama, kendine serzenişte bulunma, sitem etme ve kendini aşağılama, hor görme gibi duygularla bir arada olan ciddi benlik saygısı ve kendilik değeri düşmesi saptanır (28).

Depresyon, ortaya çıkış nedenleri, gidişi ve tedavisi bakımından oldukça karmaşık bir ruhsal bozukluktur. Depresyon sadece ruhsal bir çöküntü durumu değildir, depresyon olarak tanımlanan belirtiler ve bulgular kümesinin bütünüdür. Genel olarak depresyon; üzüntülü duygudurum halinde düşüncede, konuşmada ve harekette yavaşlama, durgunluk, değersizlik, yorgunluk, dikkat eksikliği, isteksizlik, zevk alamama, karamsarlık duygusu ile fizyolojik işlevlerde yavaşlama gibi belirtileri içeren bir hastalık tablosudur (29, 30).

2.2.2. Depresyonun Tarihçesi

Depresyon bilinen psikiyatrik bozuklukların en eskilerinden biridir. Eski Ahit'te ve klasik Hindu tıbbi metinlerinde izine rastlamak mümkündür. Bazı mitolojilerde, eski ve yeni dinlerde Tanrı'ya başkaldıran, insana bütün kötülükleri

yaptıran varlık şeytan olarak kabul edilmektedir. M.Ö.1400-1500 yıllarında Hindistan'da şeytan, depresyonların ortaya çıkmasında rol oynayan tek etken olarak görülmüştür. İlk çağda Platon ruhsal hastalıkların doğa ve doğaüstü güçlerden kaynaklandığını ileri sürmüştür. Melankolinin nedeni olarak tanrıları ve doğaüstü güçleri göstermiştir (31).

Tanımlanan ilk ruhsal rahatsızlıklardan biri olan depresyonu tıp literatüründe ilk tanımlayan Hipokrat olmuştur. Hipokrat bu durumu kara safra olarak belirtmiş ve melankoli olarak adlandırmıştır. Hipokrat "kara safra" anlamına gelen melankoli terimiyle, karaciğer ve safra yollarındaki bozukluklardan kaynaklanan durgunluk, isteksizlik, ilgisizlik, uykusuzluk, kaygı ve intihar düşünceleriyle ortaya çıkan melankoli olarak adlandırdığı bir hastalık tablosunu tanımlamıştır (32).

Depresyona yatkınlığın fizyolojik bir bozukluğa bağlı olduğu eski Grek literatüründe geniş kabul görmüş, Aristo'nun "Problemata" kitabında ve Galen'in yazılarında tanımlanmıştır. Eski çağlarda uygulanan pek çok değişik tedavi türü, göz önüne alındığında, "nepenthes" adlı morfin türevinin antidepresif amaçlı kullanımı dikkat çekicidir (33).

Orta çağda, ruhsal bozuklukların ve hastalıkların tanımlanmasında ve sınıflandırılmasında İslam dünyası ağırlık kazanmıştır. Razi; insanın yaşantısını bitkisel, hayvansal ve mantıksal adını alan üç ayrı ruh durumunun oluşturduğunu ileri sürmüştür. Bu üç ruh durumlarının eksikliğinin veya fazlalığının ruhsal bozukluğa yol açacağını belirtmiştir. Yeniçağda ruhsal bozukluk ve hastalıkların

sınıflandırılmasında eski İslam, Roma ve Yunan hekimlerinin düşünceleri ön plana çıkmıştır. Fransa'da Fernel ruhsal bozuklukları ve hastalıkları beyin zarlarını, yapısını ve karıncıklarını bozan nedenlere bağlı olarak üç gruba ayırmıştır. Birinci grupta baş ağrılarına, ikinci grupta ateşli akıl hastalıkları ve maniye, üçüncü grup ise baş dönmesi, epilepsi, karabasan, kasılma ve titremeye yer vermiştir. İngiltere'de Timothy Bright, "Melankoli" adlı kitabında melankoliyi doğal ve doğal olmayan şeklinde iki gruba ayırmıştır. Doğal melankoliye kara safranın yol açtığını savunmuştur. İngiltere'de Thomas Willis, beyin ve ruh sağlığı hastalıklarının ortak nedenlerden kaynaklandığını düşünmüştür. 1621'de Burton "Melankolinin Anatomisi" adlı kitabında melankolinin değişik tiplerini tanımlamış, bunlara ilişkin belirtileri, bulguları ve ayırıcı tanıları belirlemiş ve beyin yapısıyla ilgili açıklamalar getirmiştir (34).

Yakınçağda ruh hastalıklarının tanımlanmasında ve sınıflandırılmasında Pinel önemli görüşler öne sürmüştür. Nitekim kendinden önce var olan tüm isimlendirme ve sınıflandırmaları inceleyerek ruh hastalıklarını mani, melankoli, bunama ve zekâ geriliği olarak dörde ayırmış ve bu hastalıkların yapısal bozukluklar sonucu ortaya çıktığını savunmuştur. Duygulanımla ilgili hastalıkların kapsamlı tanımlaması ve sınıflandırılmasını önce Kahlbaum, sonra Kraepelin tarafından gerçekleştirilmiştir. Kahlbaum Almanya'da "distimi", "siklotimi" terimlerini tanımlamış ve bu terimlerin kapsamı içine giren duygulanım bozukluklarını sınıflamıştır. Kraepelin'le başlayan, akıl hastalıklarını nedenlerine göre tanımlayıp sınıflandırma görüşü, duygu durum bozukluklarını sınıflandırmalarda daha sonra da etkisini sürdürmüştür. Özellikle 1968 yılında

yayınlanan DSM-II'de Kraepelin'in yaklaşımı etkili olmuş, psikanalizin de etkisiyle depresyon etiyolojik olarak sınıflandırılmaya devam etmiştir. 1980 yılında yayınlanan DSM-III ve 1987'de yayınlanan DSM-III-R'de bu yaklaşım değişikliğe uğramış, depresyonun klinik görüntüsünün endojenliği hakkında fikir vermeyeceği kabul edilerek depresyon bir durum olarak tanımlanmaya başlamıştır (35).

Günümüzde, ülkemizde de yaygın biçimde kullanılan "DSM-IV Tanı Ölçütleri" ve "ICD-10 Ruhsal ve Davranışsal Bozukluklar Sınıflandırması" "Duygudurum Bozuklukları" başlığı altında farklı depresyon ve mani tiplerine yer vermiş, bunların tanı ölçütlerini sıralamıştır. 2013 yılının Mayıs ayında, Amerikan Psikiyatri Birliği tarafından oluşturulan DSM'nin son sürümü olan DSM V kullanıma girmiştir.

2.2.3. Depresyonun Epidemiyolojisi

Depresyon toplumda en yaygın görülen hastalıklardan birisidir. Son on yıl içinde Avrupa ülkelerinde ve Amerika'da yapılan büyük ölçekli çalışmalarda depresyon sıklığı %6,7 ile %87 arasında bulunmuştur (36).

Amerika Birleşik Devletleri'nde yapılan iki epidemiyolojik çalışma, 1991'deki Epidemiyolojik Alan Çalışması (ECA) ve Ulusal Eş Tanı Çalışması (NCS)'dir. ECA çalışması, majör depresif bozukluğun yaşam boyu ve yıllık yaygınlığını sırasıyla %4,9 ve %2,7 olarak bildirmiştir. NCS'de ise yaşam boyu ve yıllık yaygınlıkları sırasıyla % 6,2 ve %6,6'dır (37, 38, 39).

Mathers ve Loncar'ın, 2006'da Dünya Sağlık Örgütü'ne bağlı olarak, mortalite ve hastalık yükü tahminleri ile ilgili yapmış oldukları çalışmaya göre, 2030'da hastalıklı geçen yıl sayısı açısından üç hastalık için karamsar bir tablo olduğu bildirilmiştir: Bunlar; HIV/AIDS, unipolar depresif bozukluk ve iskemik kalp hastalığıdır (40).

Altı Avrupa ülkesinde yaşayan 21425 kişi üzerinde yapılmış bir araştırmada ise yaşam boyu herhangi bir duygudurum bozukluğunun yaygınlığı %14 bulunmuş, en sık görülen ruhsal bozukluğun majör depresyon olduğu bildirilmiştir. Çalışmada depresyonun yaygınlığı %3,6-8,5 arasında değişmekte olup, kadınlarda erkeklerden iki kat fazla olduğu belirtilmiştir. Japonya'da yapılan bir çalışmada majör depresyonun yaşam boyu yaygınlığı %2,9 bulunmuştur (41).

Majör depresyonun başlama yaşı tüm insanların %50'sinde 20 ve 50 yaşları arasında olmak üzere, başlama yaşının ortalaması 40'tır. Ancak yakın zaman epidemiyolojik verileri 20 yaşından genç insanlar arasında majör depresif bozukluk sıklığının artmakta olabileceğini düşündürmektedir (42).

Türkiye'de ruhsal hastalıkların yaygınlığı belirlemek için ülke genelini temsil eden en önemli çalışmalardan biri Dünya Sağlık Örgütü'nün projesi kapsamında 1995-1996 yılları arasında yapılan Türkiye Ruh Sağlığı Profili araştırmasıdır. 18 yaş ve üstü 7479 kişi ile yapılan görüşmeler sonucunda, son 12 aydaki tanılar göz önüne alındığında görüşülen kişilerin %17,2'sinde en az bir ruhsal hastalık tanısı, %7,2'sinde depresif bozukluk tanısı konmuştur (43).

Ülkemizde değişik toplum kesimlerinde standart tanı ölçek ve ölçütleri kullanılarak yapılan kesitsel alan araştırmalarında elde edilen sonuçların değerlendirildiği bir çalışmada, toplum içinde genel olarak, depresif belirtilerin %20, sağaltımı gerektirir klinik düzeyde depresyonun ise %10 dolayında prevalansları olduğu bildirmektedir. Ayrıca depresyonu olanların yaklaşık üçte birinde bu bozukluğun kronikleştiği de görülmektedir (44).

Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması'na göre, toplumda depresif bozukluk (majör +minör) sıklığı %9,3 olarak bulunmuştur (45).

Depresif bozukluklardan en ciddi seyreden majör depresyon olup aynı zamanda en sık görülen duygudurum bozukluğudur. Tek bir nöbet ya da yineleyici nöbetler şeklinde görülebilir. Majör depresif bozukluk her yaşta görülebilir, ancak orta yaşlarda ve özellikle de 40-50 yaşları arasında daha sık izlenir. Kadınlarda erkeklere göre 2 kat daha sık görülür. Yaklaşık her 4 kadından birisi ya da her 8-10 erkekten birisi yaşamları boyunca bir majör depresif bozukluk dönemi geçirmektedir (46).

2.2.4. Depresyonun Güncel Sınıflandırması

DSM-V'in, DSM-IV'ten farklı birkaç noktası bulunmaktadır. Buna göre DSM-V'e "Yıkıcı Duygudurumu Düzenleyememe Bozukluğu ve "Premenstrüel disforik bozukluk isimli iki depresif bozukluk daha eklenmiştir ve "Distimik Bozukluk" şeklindeki isim "Süregen Depresif Bozukluk" olarak değiştirilmiştir.

DSM-V' e göre depresif bozukluk alt grupları şu şekildedir:

- Majör depresif bozukluk
- Distimik bozukluk
- Yıkıcı duygudurumu düzenleyememe bozukluğu
- Premenstrüel disforik bozukluk
- Madde / İlaç kaynaklı depresif bozukluk
- Başka medical duruma bağımlı depresif bozukluk
- Diğer belirtilen depresif bozukluk
- Tanımlanmamış depresif bozukluk

2.2.4.1.Majör Depresif Bozukluk

Ardışık iki hafta boyunca neredeyse her gün günün büyük kısmında ortaya çıkan aşağıdaki semptomlardan en az beş tanesinin bulunması gerekir.

- Depresif ruh hali- üzüntü, çökkünlük, boşluk, çaresizlik hissi
- İlgi ve zevk kaybı
- Uykusuzluk veya aşırı uyuma
- İştah kaybı ya da kilo değişikliği
- Psikomotor retardasyon veya ajitasyon
- Düşük enerji
- Kötü konsantrasyon
- Değersizlik veya suçluluk düşünceleri
- Tekrarlayan ölüm veya intihar düşünceleri

Bu belirtiler önemli sıkıntıya yol açabilir veya psikososyal fonksiyonlarda bozukluğa sebep olabilir. Ayrıca bu belirtiler madde kullanımının veya genel tıbbi bir durumun fizyolojik etkilerine bağlı değildir. Semptomlardan biri depresif ruh hali veya ilgi kaybı olmalıdır (47).

2.2.4.2. Distimik Bozukluk

En az 2 yıl boyunca kronik olarak günün önemli bir kısmında çökkün duygudurum varlığı olarak tanımlanabilir. Kişiler duygudurumlarını üzgün veya dibe vurmuş olarak tanımlarlar. Çökkün duygudurum dönemleri, iştahsızlık veya aşırı iştah, uykusuzluk veya aşırı uyuma, yorgunluk, özgüven eksikliği, konsantre olamama veya karar vermede zorluk çekme çaresizlik durumlarından en az ikisini içerir (47).

2.2.4.3. Yıkıcı Duygudurumu Düzenleyememe Bozukluğu

En az bir yıldır devam etmek üzere, 10 yaşından önce başlayan bir bozukluktur. İrritabl ve sinirli duygudurum söz konusudur. Haftada en az üç kez yineleyen öfke nöbetleri vardır (47).

2.2.4.4. Premenstruel Disforik Bozukluk

Semptomları belirgin çökkün duygudurum, anksiyete, emosyonellabilite, ilgi kaybı şeklindedir. Düzenli olarak luteal fazın son haftasında başlar, menstruasyondan birkaç gün sonra sona erer (47).

2.2.4.5. Madde / İlaç Kaynaklı Depresif Bozukluk

Madde kötüye kullanımı, ilaç veya toksinlerin doğrudan fizyolojik etkileriyle ilişkili belirgin ve inatçı çökkün duygu durumudur (47).

2.2.4.6.Tıbbi Durumlar

Vasküler hastalıklar, demans ve depresyon, diyabet, koroner arter hastalıkları, kanser tanısı, kronik yorgunluk sendromu, fibromiyalji, hipotiroidi gibi tıbbi durumlara bağlı depresyon açığa çıkabilir(47).

2.2.4.7.İlaçlara Bağlı Depresyon

Rezerpin, beta blokerler, kalsiyum kanal blokerleri, ACE inhibitörleri, antikolesterol ilaçlar, antiaritmik ilaçlar, kortikosteroidler, oral kontraseptifler, antiepileptikler, antineoplastik ilaçlar, antihistaminikler, antibiyotikler, antipsikotikler, sedatif ve hipnotikler, antidepresan ilaçların kesilmesi ilaçlara bağlı depresyon nedenleri arasındadır (47).

2.2.5.Depresyonun Etiyolojisi

2.2.5.1.Biyolojik Etkenler

Günümüzde depresyon oluşumunda özellikle serotonerjik ve noradrenerjik sistemler olmak üzere beyindeki nörotransmitterlerle ilgili işlevsel bozuklukların önemli rol oynadığı düşünülmektedir. Depresyonda izlenen bu işlevsel bozukluklar ya beyin işlevlerinde ortaya çıkan değişikliklerden etkilenecek oluşmakta ya da depresyonun bizzat kendisi bu değişimlerin oluşumunda rol

oynamaktadır. Genel yaklaşım ilk olarak nörotransmitter sistemleri arası dengenin bozulduğu şeklindedir. Yani nörotransmitter işlev patolojileri ilk basamağı oluşturmakta ve bu değişiklikler hücresele düzeydeki patolojileri etkileyerek depresyon oluşumuna yol açabilmektedir. Serotonin sistemi beyindeki en büyük nörotransmitter sistemi topluluğudur ve serotonin nöronları beynin tüm bölgelerini inerve eder. Hipokampus, amigdala ve temporal loblar gibi limbik beyin bölgeleri ve duyusal iletide rol oynayan talamus en yoğun inerve edilen alanlardandır. Depresyonda en fazla sözü geçen nörotransmitter serotoninidir. Depresyonun nörobiyolojik açıklamasına yönelik birçok çalışmada “serotonin hipofonksiyonu”ndan söz edilir. Bunun dışında noradrenalin, nöropeptitler ve nörotrofinler de depresyon etiyolojisinde rol almaktadır (48).

2.2.5.2. Nöroendokrin Değişiklikler

Mizaç bozukluklarında endokrin sistemle ilgili çeşitli düzensizlikler saptanmıştır. Nöroendokrin eksenlerin düzenli çalışmasındaki temel yapı olan hipotalamus, biyojenikaminleri kullanan çok sayıda nöronla bağlantılıdır. Bu yüzden endokrin düzensizlikler genelde birincil bir bozukluktan çok, altta yatan beyinle ilgili bir işlev bozukluğunun yansıması olarak düşünülmektedir. Mizaç bozukluklarında en çok saptanan düzensizlik adrenal, tiroit ve büyüme hormonu eksenlerindedir. Depresif hastalarda serum kortizol düzeyi yüksekliği biyolojik psikiyatride en eski bulgulardan biridir. Genel olarak kortizol geribildirim düzeneğinde bozulma olduğu görüşü hakimdir. Yapılan araştırmalarda depresyonda kortikotropin salgılatıcı hormon (CRH)'un fazla salgılandığı, CRH'ye

ACTH yanıtın azaldığı ayrıca kortizolün günlük salınma ritminin bozulduğu bildirilmiştir. Tiroit hastalıklarında duygu durumu ile ilişkili belirtiler sık görülür. Ayrıca çok sayıda araştırmada mizaç bozukluğu olanların tiroit ekseninde düzensizlikler saptanmıştır. Bu yüzden bu hastalarda tiroit fonksiyon testlerinin rutin olarak yapılması önerilmektedir. Majör depresyonu olan hastaların yaklaşık 1/3'ünde TRH' ye TSH yanıtının azaldığı saptanmıştır (49).

2.2.5.3.Uyku Bozuklukları

Depresyonda uykunun sirkadyen ritmi sıklıkla bozulur. Uykuya dalmada güçlük, erken uyanma, sık sık uyanma ve hipersomni sık görülür ve önemli depresyon belirtilerindendir. Uyku elektroensefalografisinde uykuya dalmanın geciktiği, hızlı göz hareketleri (REM) uykusunun latensi kısaldığı, ilk REM periyodunun uzadığı ve anormal delta uykusu ortaya çıktığı gösterilmiştir (50).

2.2.5.4.Genetik Yatkınlık

Psikiyatrik hastaların etiopatogenezinde genetik geçişin de rol oynadığı bilinmektedir. Özellikle monozigot ikizlerde bu psikiyatrik tabloya daha sık rastlanması; aile prevalansının, popülasyonprevalansından daha yüksek değerler göstermesi bu düşüncüyü desteklemektedir. Affektif bozukluklarda genetik monozigot ikizlerde %50-100 arasında değişmekte iken, dizigot ikizlerde %25 oranlarında görülmektedir. Genetik belirleyiciler olarak; ABO kan grubu, HLA antijeni, Xg, trombosit MAO aktivitesi, G-G-PDH, membran transport özelliği ve renk körlüğü çalışılmıştır. Sonuçlara dayanarak depresyonda ailesel bir gidiş olduğu kabul edilmektedir. Depresyonda genetik etkenlerin önemli olduğu kabul

edilirken, geçişin nasıl olduğu tam olarak bilinmemektedir. Genel olarak kabul edilen görüş, depresyonda genetik geçişin tam olmayan bir penetrasyonla poligenetik ve heterojen olduğudur (51).

2.2.5.5.Biyolojik Beden Saati

Biyolojik beden saati aynı zamanda sirkadyenritm adını da alır. Sirkadyen ritimde meydana gelen ilerleme, gecikme veya bozulmaların psikiyatrik hastalıklarla ve özellikle de bipolar depresyon, major depresyon ve mevsimsel affektif bozukluklar gibi duygudurum bozuklukları ile güçlü bir bağlantısı vardır. Bazı duygudurum düzenleyicileri ile uyku yoksunluğu ve ışık tedavisi gibi uygulamalar etkilerini sirkadyen sistemde değışiklik yaparak gösterir (52).

2.2.5.6.Psikolojik Etkenler

Depresyonu sadece biyolojik nedenlerle açıklamak olanaksızdır. Sadece biyolojik nedenlere bağlı olarak ortaya çıkan depresyonlar olmasına karşın birçok nedenle oluşan depresyonlar da olabilmektedir. Çeşitli yaşam olayları, yakın bir kişinin ölümü, ekonomik durumun kötüleşmesi, kişinin sosyal statüsünün etkileyen olaylar depresyona neden olabilmektedir (53).

2.2.6.Depresyon Risk Faktörleri

2.2.6.1.Cinsiyet

Tek uçlu majör depresyon vakaları kadınlarda yaklaşık iki kat fazla görülür. Bu farklılık erken erişkinlik döneminde başlar ve 30-45 yaşlar arasında

belirginleşir. Hayat boyu da aynı oranda devam eder. Burada kadınların hayat boyu karşılaştıkları hormonal değişikliklerin daha fazla oluşu ve ani oluşları (menstrüel sikluslar, gebelik dönemlerindeki değişimler, post partum dönemlerdeki ani değişiklikler ile menopoza dönemleri) etkili görülmektedir. Aynı zamanda kadınların stres olaylarına karşı artmış duyarlılık hallerinin mevcudiyeti, daha çok uyumsuz başa çıkma yöntemlerini kullanmaları, buna karşılık erkeklerin madde ve alkol kullanımına başvurmak suretiyle daha çok depresif belirtilerini baskıladıkları gerçeği yatar (54).

Dünya Sağlık Örgütü'nün 2009'da cinsiyet ve mental bozukluklarla ilgili yapmış olduğu çalışmasının sonuçlarına göre, araştırmanın yapıldığı tüm ülkelerde tutarlı bir şekilde majör depresif bozukluk ve distimik bozukluk açısından kadınların yaşam boyu riski anlamlı derecede yüksektir, kadın/erkek risk oranları ülkelere göre 1,3-2,6 arasında değişkenlik göstermektedir (55).

2.2.6.2. Yaş

Depresyon erken çocukluk yıllarından ileri yaşlara dek her yaşta görülebilen bir bozukluktur. Son yıllardaki çalışma sonuçları ve görüşler, depresyonun sıklığının ve yaygınlığının gençler arasında giderek arttığı yönündedir. Bunun nedeni daha çok alkol ve diğer maddelerin kullanılmasındaki artışa bağlanmaktadır (56, 57).

İlerleyen yaşın depresyon için bir risk etkeni olduğu bilinmektedir. Birçok araştırmada yaş ile depresif belirtiler arasında pozitif ve doğrusal bir ilişki tanımlanmıştır Yaşlılığın tek başına depresyon riskini artırmadığı; yaşlı nüfusta

görülen depresyonlarda çok sayıda etkenin rolü olabileceği düşünülmektedir. İlerleyen yaşla birlikte ortaya çıkabilen fiziksel yeteneklerde azalma, bilişsel işlevlerde ve gündelik aktivitelerde gerileme, sosyal ilişkilerde zayıflama, ekonomik durumda kötüleşme, kişinin yalnız yaşaması, sosyal destek sistemlerinin zayıf olması gibi etkenlerin depresyon görülme sıklığını artırdığını gösteren çalışmalar vardır (58).

2.2.6.3.Medeni Durum

Çalışma sonuçları depresyonun medeni duruma göre dağılımında farklılıklar göstermektedir. Birçok çalışmada depresyonun ayrılmış, boşanmış ya da dullarda daha yüksek oranda olduğu bulunmuştur. Depresyonun bekârlarda daha yüksek, evlilerde düşük görüldüğü de ileri sürülmektedir. Evlilik ilişkilerinin kötü olması depresyon riskini arttırmaktadır. Depresyon riski, medeni durum açısından en fazla ayrılmak isteyen veya boşanmış kadınlar grubunda bulunmuştur. Bazı araştırmalarda ise, yalnız erkeklerle evli kadınlar grubunun, daha fazla risk taşıdıkları ifade edilmiştir Yalnız yaşayanlarda, evli olanlara göre, depresyon gelişme riski iki kat daha fazladır. Brown ve Moran'ın 1997 yılında yaptığı çalışmalarında eş kaybının depresyonun ilk epizoduyla ilişkili önemli bir çevresel stres etkeni olduğu görülmüştür (59, 60, 61).

2.2.6.4.Aile Öyküsü ve Genetik Özellikler

Kendler, 1999 yılında yaptığı çalışmada kişinin birinci dereceden biyolojik akrabalarında majör depresyon öyküsü varsa, kendisinde de depresyon görülme olasılığının arttığını ifade etmiştir. Biyolojik akrabasında majör depresyon

olanlarda, hastalanma oranı erkeklerde %11, kadınlarda %18 düzeyindedir. Leonhard, bipolar grupta unipolara göre daha fazla genetik yüklülük olduğuna değinmiş ve çeşitli 22 çalışmada bipolar gruptaki hastaların ailelerinde hipomani, unipolar hastaların ailelerinde ise depresyon eğiliminin daha fazla olduğu belirtilmiştir (62).

2.2.6.5.Sosyo Ekonomik Düzey

Kesin bir bulgu olmamakla birlikte düşük sosyoekonomik durum ile depresyon arasında bir bağlantı kurulmuştur. Özellikle düşük sosyoekonomik sınıftan çalışılan kadınlardaki depresyon oranı, daha yüksek sosyoekonomik sınıfta olan hemcinslerine göre daha yüksek bulunmuştur. Kırsal kesimde şehirlere göre depresyonun daha fazla görüldüğü öne sürülmüştür. Bu konuda ülkemizdeki araştırmalar kesin bir sonuç vermemekle birlikte, ampirik gözlemler bu görüşü desteklemektedir (63).

2.2.6.6.Puerperal Etkenler

Doğum sonrası dönemde annede, geçici ve kendini sınırlayıcı ruhsal durum değişiklikleri olabilmektedir. Bu durum doğum sonrası hüzün şeklinde de adlandırılmaktadır. Postpartum depresyon, genellikle doğum sonrası 3. ya da 4. günde ortaya çıkar; semptomlar geçici olup, bir kaç haftaya kadar sürebilir. Semptomlar yeni annelerin çoğu tarafından yaşanmaktadır (64).

2.2.6.7.Diğer Risk Etmenleri

Çeşitli çalışmalar birçok bedensel hastalığın depresyon için risk oluşturduğunu ortaya koymuştur. Bunlar arasında viral hastalıklar (influenza, AIDS), endokrin hastalıklar (diyabet, guatr), nörolojik hastalıklar (epilepsi, migren, inme, parkinsonizm, Alzheimer), ameliyatlar (histerektomi, transplantasyon, sterilizasyon), romatoidartrit, kanser, alkol ve madde bağımlılıkları sayılabilir (65, 66).

Diyabet, myokard enfarktüsü, kanser, inme gibi kronik hastalıkları olan kişilerin %25'inde depresyon gelişmektedir. Hipotiroidili hastaların % 50'sinde depresyon mevcuttur. Hipertroidi tanısı alan hastalarda prodromal dönemde %14'ünde depresif semptomatoloji, hipertroidi seyir sırasında %23 sıklığında majör depresyon bildirilmektedir (67).

Bu risk faktörleri dışında son yıllarda dikkat çeken göç olayları da risk faktörleri arasında sayılmaktadır. Özellikle göçmen kadınlarda risk yüksektir (68). Yapılan bir çalışmaya göre evsizlerde depresyon riski daha yüksektir (69).

2.2.7.Depresyonun Kliniği

2.2.7.1.Duygulanım Bozukluğu

Depresif duygudurum depresyonun temel özelliğidir. Hemen her hastada izlenir ve olmaması durumunda depresyon tanısından uzaklaşılır. Çökkün duygudurum; yaşamdan zevk alamama, karamsarlık, kendini kederli ve elemli hissetme, moral bozukluğu, umutsuzluk, mutsuzluk, hüznün ve kendini boşlukta

hissetme duygusu, kötümser düşüncelerle karakterizedir ve devamlılık gösterir. Hastaların büyük bir kısmı kendilerini sabahları daha kötü hissederler. İlgi azlığı ve anhedoni; hasta daha önce işine ve çevresine gösterdiği ilgiyi gösteremez. Daha önce yapmaktan zevk aldığı etkinliklerden zevk alamaz hale gelir(70).

2.2.7.2.Bilişsel Bozukluklar

Depresyona bağlı bilişsel bozukluk genellikle hasta tarafından bir yakınma olarak getirilir. Psikiyatrik görüşme sırasında, yanıt bulmada güçlük bilişsel kayba bağlıdır. Bu durum genellikle depresyondaki kişilerde, fark edilir sıkıntı ve anksiyeteye neden olmaz. Sıklıkla "Bilmiyorum" yanıtı alınır. Tekrarlanan klinik görüşmelerde depresyonda genellikle farklı düzeylerde bilişsel kayıp saptanır. Bilişsel işlevin özellikle sabahları daha bozuk olması depresyon lehine bir bulgudur. Depresif hastalardaki bellek kusuru daha çok dikkatin yoğunlaştırılması ve sürdürülmesindeki bozuklukla ortaya çıkar. İleri derecede psikomotor retardasyon söz konusu değilse, hastanın zorlamayla dikkatini toplayabildiği ve bilişsel kayıpta bir miktar düzelme olduğu saptanır. Depresyondaki bilişsel gerileme genellikle hızlıdır, belirgin affektif semptomların eşlik ettiği görülür. Depresyonda günlük yaşam aktivitelerindeki kayıp, genellikle bilişsel bozuklukla uyum göstermez. Beklenenden çok daha iyi performansa sahip oldukları saptanır (71).

2.2.7.3.Davranış Bozukluğu

Hastanın her halinde genel bir çöküntü vardır. Konuşma yavaşlamış, enerjisi tükenmiş gibidir. ‘Psikomotor Retardasyon’ adı verilen bir tablo hâkimdir.

Melankoliklerde hiç konuşma olmayabilir. Bazen stupor halindedir, bir kısmı anksiyetelidirler. Ellerini ovuştururlar, yerlerinde duramazlar, sürekli gezinirler, inlerler, şikayetçidirler, kötümserdirler ve herşeye itiraz ederler. Motor huzursuzluk içindedirler. Bu durum daha çok yaşlılarda görülür. Genç hastalar ve 50 yaşlara kadar olan erişkinlerde tablo daha ziyade retarde görünümündedir. Çocuklar irritabl olabilir (72).

2.2.7.4. Bedensel Belirtiler

Majör depresyonun duygudurum bozukluğu belirtileri yerine somatik yakınmalarla ortaya çıkması sık rastlanan bir durumdur. Bedensel yakınmalar bazen depresyonun en önde gelen belirtileri olabilir. Vücutta ağrılar ve sızılar, barsak düzensizlikleri ve sindirim sorunları sık görülür. Birinci basamak sağlık hizmetlerine başvuran depresif hastalar, hüznün ve çökkünlüğün yerine sıklıkla baş ağrısı, epigastrik ağrı, göğüste baskı hissi gibi bedensel yakınmalarından bahsederler. Depresyonda en sık görülen somatik belirtilerin ağrı, halsizlik, yorgunluk, sersemlik hissi, nefes darlığı, çarpıntı, gastrointestinal yakınmalar, vücudun çeşitli yerlerinde karıncalanma ve cinsel işlev bozukluğu olduğu ileri sürülmüşse de, bunların sadece depresyona veya herhangi bir psikiyatrik bozukluğa özgü somatik bir belirti olmadığı unutulmamalıdır. Bununla birlikte “ağrı” ile depresyon ilişkisi, üzerinde çalışılmayı hak eden bir konudur. Depresif hastaların ortalama %54’ünde baş ağrısı tespit edilmiştir. Kronik idiopatik ağrıda depresyon prevalansı, farklı araştırmalara göre %10 ile %100 arasında bildirilmiş,

ancak son çalışmalarda %30 ile %60 arası prevalansın daha doğru olduğu belirtilmiştir (73).

2.2.8. Depresyonun Ekonomik Maliyeti

Depresyon kronik, tekrarlayıcı ve toplumda oldukça sık görülen bir ruhsal bozukluktur. Tedavi edilmeyen ağır depresyon özkıyım için en önemli risk faktörlerinden biridir. Depresyonda zkıyım riskinin genel popülasyondan 20-30 kat fazla olduğu ve hastaların %15'i özkıyım sonucu öldüğü bildirilmektedir (74).

Depresyonun 2004 yılında Avrupa Birliğine maliyeti 118 milyar Euro'dur. Amerika Birleşik Devletleri'nde yapılan bir çalışmada depresyonun ekonomik yükü 52,9 milyar Dolar olarak hesaplanmıştır. Toplam ekonomik yükü 1990 yılında 77,3 milyar dolar iken 2000 yılında bu miktar %7,4 artışla 83,08 milyar Dolara yükselmiştir (75).

Depresyonun ekonomik yükü hesaplanırken çeşitli değişkenler kullanılır. Bu değişkenlerden bazıları depresyonun o toplumdaki yaygınlığı, tedavi yüzdesi, ne düzeyde tedavi edildiği ve ne kadar yeti yıkımına yol açtığıdır. Bu faktörlerin her hangi birindeki değişme hesaplanacak yükü, hastalık yükünü veya maliyet analizini etkileyecektir. Depresyonun birçok hastada okul, ev, iş yaşamındaki günlük aktivitelerini ciddi anlamda etkilediği, sosyal yaşamda geri dönüşümsüz problemlere yol açtığı, eğitim hayatını bozduğu, evlilik sorunlarına yol açtığı görülebilir (76).

Maliyet analizlerine yönelik yapılan çalışmalarda depresyonun doğrudan veya dolaylı maliyetleri hesaplanarak toplam ekonomik yükü belirlenmiştir. Toplam depresyon maliyetinin ortalama %90'ının dolaylı sebeplerden kaynaklandığı ve özellikle azalmış üretimin en önemli belirleyici olduğu saptanmıştır. Ancak birçok ülkede sadece sağlık sisteminde yapılan doğrudan harcamalar hesaba katılmaktadır. Bu yaklaşım depresyonun maliyetinin birçok bölgede doğru hesaplanmamasına yani mevcut ekonomik yükün yanlış ele alınmasına neden olmaktadır (77).

2.2.8.1. Doğrudan Maliyetler

Doğrudan maliyetleri etkileyen birinci faktör yatan hastaların tedavi ücretleridir. Bu da iki temel bileşenden oluşur. Birincisi hastanın bir yıl içerisinde tekrarlayan yatış sayısı ve bunların her bir yatıştaki maliyeti, diğeri ayaktan başvuruların maliyet hesaplamalarıdır. Bu konuda yapılan çalışmaların büyük bir kısmı Avrupa ve Kuzey Amerika ülkelerinde yapılmıştır (78).

2008 yılında Japonya'da yapılan bir çalışmada depresyonun Japonya'ya yıllık toplam maliyeti 11 milyar Dolar olarak hesaplanmıştır. Bu, her bir depresif hastaya ortalama 4836 Dolar harcandığı anlamına gelir. Bu çalışma toplam maliyetin %14,2'sinin doğrudan maliyetlere bağlı olduğunu ortaya koymuştur (79).

2.2.8.2.Dolaylı Maliyetler

Dolaylı maliyetler genel olarak iki başlık altında ele alınmaktadır. Bunlar depresyona bağlı özkıyım maliyeti ve işyeri maliyetidir. Güney Kore'deki bir çalışmada özkıyım ve erken ölüme bağlı maliyetler dolaylı maliyetlerin %22,8'ine karşılık gelirken işyeri maliyet kaybı %73,1'e karşılık gelmektedir. Depresyon erişkin çağdaki insanlar için önde gelen bir tıbbi yeti yitimi nedenidir. Yapılan çalışmalarda depresif bireylerin %80'inin günlük işlevselliklerinde sorunlar yaşadığı ve bu kişilerin haftada çalışma zamanlarından en az 5,6 saatlik bir iş gücü kaybı olduğu saptanmıştır. Öte yandan, depresif belirtileri olan kişilerin diğer arkadaşlarına oranla 2,1 kat daha fazla hastalık izni aldıkları ve çalışsalar bile konsantrasyon güçlüğü, yeterince etkin olamamaları, düzeni sağlayamama gibi nedenlerden dolayı işyerinde üretkenliklerinin düşük olduğu bildirilmiştir (80).

2.2.9.Depresyonda Tanı

Tanı konulması için depresif duygudurumu ya da ilgi azlığı ve alışagelmış etkinliklerden zevk alamama (anhedoni) belirtilerinden birinin bulunması zorunludur. Bunlara ek olarak umutsuzluk, kötümser düşünceler, değersizlik duyguları, kendine güvende azalma, suçluluk düşünceleri, yineleyici ölüm düşünceleri, konsantrasyon güçlüğü ve karar verme zorluğu, uykusuzluk veya aşırı uyuma, iştahsızlık ve kilo kaybı ya da aşırı iştah ve kilo alımı belirtilerinden bir kısmının varlığı gerekmektedir.

DSM-V majör depresif bozukluk ölçütleri şunlardan oluşmaktadır:

1. Hemen her gün, gün boyu süren depresif duygudurum,
2. Etkinliklere karşı ilgide azalma ve zevk alamama,
3. Önemli derecede kilo kaybı veya kilo alma,
4. Uykusuzluk veya aşırı uyku durumu,
5. Psikomotor ajitasyon ya da retardasyonun olması,
6. Yorgunluk ve bitkinlik ya da enerji kaybının olması,
7. Kendini değersiz hissetme ve suçluluk duyma,
8. Düşüncelerde yoğunlaşamama ve karar vermede zorluk,
9. İntihar düşüncesi, planı ve teşebbüsü (47, 81).

2.2.10. Depresyonun Ölçümü

Depresyon değerlendirme ölçekleri depresyonun, şiddetinin belirlenebilmesi açısından oldukça önemlidir, ancak tanı için mutlaka klinik gözlemin de göz önünde bulundurulması gerekmektedir. Bütün depresyon değerlendirme ölçeklerinin güçlü ve zayıf yönleri olmakla birlikte, bu ölçeklerin bazıları diğerlerine göre depresyonla ilgili yapılan araştırmalar için yüksek standartlı olmaları açısından daha değerli görünmektedir (82).

2.2.10.1.Beck Depresyon Ölçeği

Beck depresyon ölçeği (BDÖ), Beck ve arkadaşları tarafından adölesan ve erişkinlerde depresyonun davranışsal bulgularını ölçmek amacıyla 1961 yılında geliştirilmiştir. Depresyonun şiddetini ölçmek, tedavi ile olan değişimleri izleyebilmek ve hastalığı tanımlayabilmek amacıyla tasarlanmıştır. BDÖ'deki maddeler asıl olarak depresyonlu hastaların psiko analitik tedavileri sonucunda yapılan gözlemlere dayanmaktadır. Depresyona özgü davranışlar ve semptomlar bir dizi cümle ile tanımlanmıştır ve her bir cümleye sayı olarak 0-3 arasında numara verilmiştir. Yirmi bir maddeden oluşmaktadır ve maddeler hafif formdan şiddetli forma göre sıralanmıştır. Kişilerden şimdiki durumlarını en iyi tanımlayan ifadeyi işaretlemeleri istenmekte ve sonuç maddelerin toplamı ile elde edilmektedir. Şiddet olarak; 0-9= Minimal, 10-16= Hafif, 17-29= Orta, 30-63= Şiddetli, şeklinde yorumlanmaktadır. Ölçek Türkçe'ye Beck depresyon envanteri ve Beck depresyon ölçeği adıyla iki ayrı form olarak çevrilmiş, geçerlik ve güvenirlik çalışması yapılmıştır. BDÖ ile diğer depresyon ölçekleri arasındaki korelasyon oldukça yüksektir (83, 84).

2.2.10.2.Zung Depresyon Ölçeği

Zung depresyon ölçeği (ZDÖ), 1965 yılında Zung tarafından, depresyonun şiddetini ölçmek amacıyla geliştirilmiştir. Maddeler depresyonun duygulanım, bilişsel, davranışsal ve fizyolojik boyutlarını içermektedir. DSM-IV semptom kriterlerini kapsamına karşın, psikomotorretardasyon ve atipik depresyonda daha sık görülen iştah ve uyku artışı, kilo alımı gibi maddeleri içermemektedir.

ZDÖ 20 madde içermektedir, 10 madde olumsuz, 10 madde ise olumlu olarak kurgulanmıştır. Her madde için denekler; hiçbir zaman veya çok ender olarak= 1, bazen= 2, sık sık= 3, çoğunlukla veya her zaman= 4'ü işaretlemektedir. Kesme noktalarına bakıldığında, ZDÖ skoru 50'den küçükse ise normal, 50-59 arası en hafif-hafif düzeyde depresyon, 60-69 arası orta-belirgin düzeyde depresyon, 70 ve daha fazla ise şiddetli depresyon olarak tanımlanmaktadır. Ölçeğin birçok dile çevirisi mevcut olup, transkültürel çalışmalarda geçerlik ve güvenirliği kanıtlanmıştır (85).

2.2.10.3. Geriatrik Depresyon Ölçeği

Geriatrik depresyon ölçeği (GDÖ), Yesavage ve ark, tarafından 1983 yılında geriatrikpopülasyondaki depresyon hastalarında depresyon varlığını araştırmak amacıyla geliştirilmiştir. GDÖ, yaşlı hastalar için geçerli bir tarama testi olması, skorlaması ve uygulanmasının kolay olması amacıyla tasarlanmıştır. Maddeler; azalmış duygulanım, benlik algısında zayıflama, motivasyon zayıflığı, gelecek yerine geçmişe yönelim, bilişsel sorunlar, obsesif nitelikler ve ajitasyonu içermektedir. GDÖ 30 maddeden oluşmaktadır. Her maddeyi hasta "Evet" ve "Hayır" şeklinde işaretlemektedir. Otuz maddenin 10'u olumsuz, 20'si ise olumlu olarak kurgulanmıştır (86).

2.2.10.4.Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği

Edinburgh doğum sonrası depresyon ölçeği, Cox ve ark tarafından 1987 yılında geliştirilmiştir. On maddeden oluşan bir ölçektir. Her madde 0-3 arasında değişen puanlarla ölçülmektedir. Bazı maddelerde en şiddetli yanıtlar başa, bazılarında ise sona konmuştur. Skor 0-30 arasında değişmektedir. Kesme noktası olarak 12 ve üzerindeki skorlar olası majör ve minör depresyona işaret etmektedir. Ölçek 1996 yılında, Türkçe'ye Engindeniz ve ark tarafından uyarlanmış, geçerlik ve güvenirliği aynı ekip tarafından yapılmıştır (87).

2.2.10.5.Çocuklar İçin Depresyon Ölçeği

Çocuklar için depresyon ölçeği, Kovacs tarafından 1992 yılında, çocuklar ve gençlerde depresyonun şiddetinin belirlenebilmesi amacıyla geliştirilmiştir. 6-17 yaş aralığında uygulanmak üzere hazırlanmıştır. Toplam 27 maddeden oluşmakta; her madde çocuğun son iki haftasını değerlendirerek, aralarında seçim yapabileceği üç cümle seti bulundurmaktadır. Yanıtlara 0-2 arasında değişen puanlar verilir. Yüksek puan depresyon düzeyini gösterir, kesme noktası 19'dur (88).

2.2.10.6.Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği

Hamilton depresyon derecelendirme ölçeği (HAM-D), 1960 yılında Hamilton tarafından geliştirilmiş ve depresyonun şiddetini ölçmek amacıyla tasarlanmıştır. Depresif semptomları ölçmek amacıyla klinisyen tarafından uygulanan ölçekler arasında en sık kullanılanıdır. Orijinal ölçek 21 madde

içermesine karşın, Hamilton ilk 17 maddenin kullanılmasını önermiştir. HAM-D ölçeğinde maddeler 0-4 ve 0-2 arasında işaretlenmektedir. Ölçülebilir şiddette olanlar 0-4 arasında derecelendirilir ve 4 puan, o semptomun şiddetli olduğunu gösterir. Hamilton bazı semptomları ölçmenin ise oldukça zor olduğunu düşünüp 0-2 arasında derecelendirmiştir. En yüksek 53 puan alınır. HAM-D psikiyatrik hastalıklar konusunda deneyimi olan hekim, psikolog, sosyal çalışmacılar tarafından kolaylıkla uygulanabilir. Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması 1996 yılında HAM-D adıyla Akdemir ve ark, tarafından yapılmıştır (89).

2.2.10.7.Montgomery-Asberg Depresyon Derecelendirme Ölçeği

Montgomery-Asberg depresyon derecelendirme ölçeği, 1979 yılında depresif semptomların şiddetini ölçmek amacıyla majör depresif bozukluğu olan hastalarda kullanılmak üzere geliştirilmiştir. Ölçek; toplam 10 maddeden oluşmakta ve 0-6 arasında derecelenmektedir. Ölçek kolaylıkla uygulanabilmekte ve özel bir eğitim gerektirmemektedir. Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması 2002 yılında Torun ve ark, tarafından yapılmıştır (90).

2.2.11.Depresyon Tedavisi

2.2.11.1.Farmakolojik Tedavi

Depresyon belirtilerinin sağaltımında kullanılan ilaçlar aşağıda sıralanmıştır.

a.Trisiklik Antidepresanlar: Sedatif etkileri olan trisiklik anti depresanlar (TSA), histaminerjik reseptörler üzerindeki etkileri nedeniyle, uyku ve anksiyete

belirtilerinde özellikle sağaltımın ilk haftalarında olumlu düzelmeler sağalarlar. TSA'ların sağaltımın ilk haftalarındaki üstünlük gibi görölen bu sedatif etkileri, psikomotor etkinliği kısıtladığı için kişinin sosyal işlevselliğini de bozabilir. Depresyona anksiyete belirtilerinin eşlik ettiği olgularda yüksek özkıyım riski nedeniyle, yüksek dozda güvenli değildirler (91).

b.Seçici Serotonin Gerialım İnhibitörleri: Seçici Serotonin Gerialım İnhibitörleri (SSGİ), TSA'lara göre yan etkilerinin az olması nedeniyle daha güvenli ve ilaca uyum sorununun daha az yaşandığı ilaçlardır. SSGİ'nin sağaltımın ilk günlerinde huzursuzluk, anksiyete ve ajitasyonu geçici olarak arttırmaları, depresyonun ağırlaştığı duygusunu yaratabilir. Bu nedenle, anksiyeteli ya da ajite depresyonu olanlarda SSGİ ile sağaltım sırasında yakından izleme, ilgi, bilgilendirilme ve gereğinde sağaltım seçeneklerinin gözden geçirilmesi, özkıyım olasılığının engellenebilmesi açısından önem taşır (92).

c.Serotonin ve Noradrenalin Gerialım İnhibitörleri: Venlafaksin, başka antidepressanlardan kimyasal olarak farklı olan feniletılamin türevi bir antidepressan ilaçtır. Venlafaksin, serotonin ve norepinefrin gerialımının potent bir inhibitörü ve dopamin gerialımının ise zayıf bir inhibitörüdür. Muskarinik, nikotinik, histaminerjik, opioid veya adrenerjik reseptörlerde aktiviteye sahip değildir. Mevcut antidepressanlardan daha hızlı bir antidepressan etki başlangıcına sahip olduğu ileri sürölmüşür. Milnasipran depresyon tedavisi için Avrupa'da mevcut olan bir serotonin ve noradrenalin gerialım inhibitörüdür.

Dünyanın birkaç ülkesinde antidepressan olarak pazarlanmıştır. Venlafaksin ve duloksetin ile benzer etki mekanizmasını paylaşmaktadır (93).

2.2.11.2.Bilişsel Davranışçı Tedavi

Beck tarafından formüle edilen bilişsel terapi; depresyon, anksiyete, fobiler ve ağrı sorunları gibi çeşitli ruhsal bozuklukları tedavi etmekte kullanılan etkin, yönlendirici, süresi sınırlı, yapılandırılmış bir yaklaşımdır. Dayandığı kuramsal gerçek; bireyin duygulanım ve davranışının o kişinin dünyayı nasıl, ne yollarla yapılandığı ile belirlendiğidir. Bilişsel tedavide birçok bilişsel ve davranışsal stratejiden yararlanılmaktadır. Bilişsel yöntemler hastanın özgül hatalı kavramlaştırmalarını ve uyuma yönelik olmayan varsayımlarını tanımlayarak göstermeyi ve test etmeyi amaçlar. Bu yaklaşım hastayı eğitmek için tasarlanmış, oldukça özgül öğrenme deneyimlerinden oluşmaktadır (94).

Bilişsel davranışçı tedavi depresyon tedavisinde etkili olduğu kanıta dayalı olarak gösterilmiş bir tedavi seçeneğidir. Bu tedavi ilaç tedavisiyle beraber veya tek başına uygulandığında akut tedavide ilaç tedavisine benzer sonuçlar alınmaktadır. Bilişsel davranışçı psikoterapiyle depresyonları düzelen hastalarda daha sonra yinleme olma olasılığı ilaç tedavisiyle iyileşip tedavisi kesilen hastalardan düşüktür. Bilişsel davranışçı tedavi, depresyonu akut tedavisinin yanı sıra ilaç tedavisine dirençli hastalarda da uygulanabilecek bir tedavi seçeneğidir. Kontrollü çalışmalarda bilişsel davranışçı sistem analizi psikoterapisi, standart bilişsel davranışçı terapi kronik hastalarda tek başına veya ilaç tedavisine ek

olarak etkili bulunmuştur. Şema terapi ve farkındalık temelli bilişsel davranışçı terapilerde bu alanda umut veren diğer tedavi seçenekleridir (95).

2.2.11.3.Yeni Tedavi Yaklaşımları

Günümüzde en önemli sağlık sorunlarından biri olan depresyonun tedavisinde kaydedilen gelişmelere rağmen tedaviye direnç ve kronikleşme büyük bir sorundur. Majör depresif bozukluk hastalarının üçte biri yeterli doz ve süre kullanıma rağmen standart farmakoterapötiklere yeterli cevap vermemektedir. Tedaviye dirençli tek uçlu depresyon tedavisinde aynı gruptan başka bir ilaca geçme, farklı gruptan bir ilaç seçme, mevcut ilaca başka bir ilaç ekleme, elektrokonvulzif tedavi gibi bilinen yöntemlerin yanında son zamanlarda tekrarlayan transmanyetik uyarımı, derin beyin uyarımı, vagal sinir uyarımı gibi farmakolojik olmayan tedaviler giderek kabul görmeye ve kullanımı yaygınlaşmaya başlamıştır. Depresyonun etyolojisi ve tedavisinde yeni araştırmalar ve yeni tedaviler genetik ya da çevre rollerinden genetik-çevre etkileşimine, kimyasal dengesizlikten inflamatuvar süreçlere, nörotransmitterlerden nöroplastisite ve nörotrofik faktörlere, serotonin, norepinefrin ve dopamindenglutamata, haplardan intravenöz infüzyonlara, monoterapiden güçlendirme stratejilerine, farmakoterapiden nöromodülasyona yönelmiştir (96).

En iyi çalışıldığı klinik durum depresyon olmakla beraber beyin üzerinde etkili bir yöntem olarak transkraniyal manyetik stimülasyonun psikiyatrinin diğer alanlarında uğraşan grupların da ilgisini çekmiştir. Bu yöntemle beynin belli

bölgelerindeki aktiviteyi artırarak veya azaltarak çeşitli ruhsal belirtileri etkilemenin mümkün olup olmadığı araştırmalara konu olmuştur. Transkraniyal manyetik stimülasyon; depresyon yanında aynı ölçüde olmasa bile şizofreni, obsesif kompulsif bozukluk, posttravmatik stres bozukluğu, mani gibi psikiyatrik hastalıklarda da çalışılmıştır.Yapılan birçok kontrollü ve kontrolsüz çalışmanın sonucu transkraniyal manyetik stimülasyonunantidepresan etkisi olduğu yönündedir. Özellikle dirençli depresyon olgularında etkili olabilmesi umut vericidir. Bununla beraber bu yararlı etkiler genellikle kısa sürelidir, çoğu zaman iki haftadan daha uzun sürmemektedir (97).

2.3.ANKSİYETE BOZUKLUKLARI

2.3.1.Anksiyetenin Tanımı

Anksiyete; nedeni bilinmeyen, içten gelen, belirsiz, korku, kaygı, sıkıntı, kötü bir şey olacakmış endişesi ile yaşanan bir bunalı duyusudur. Yaşamı tehdit eden ya da tehdit şeklinde algılanan bir çeşit alarm duyusudur. İçten ya da dıştan gelen tehlikeler ya da tehlike beklentilerine karşı yaşanan bir tepkidir. Çok hafif gerginlik ve tedirginlikten panik derecesine varan değişik yoğunluklarda olabilir (98).

Anksiyete, korku ve endişenin egemen olduğu, birçok psikopatolojiyle ortaya çıkabilen ve birçoğunun da temelini oluşturan bir duygu durumudur. Anksiyete hoş olmayan özellikleri ile diğer duygulanım şekillerinden ayrılan bir duygulanım şeklidir. Kaygı veya bunalı olarak da adlandırılır (99).

Anksiyete; somatik belirtilerin eşlik ettiği, normal dışı, nedensiz bir tedirginlik ve korku hali olarak tanımlanabilir. Bu bakış açısıyla anksiyete, gelecekte gerçekleşebilecek olumsuz olaylara karşı hazırlıklı olunması düşüncesi üzerine gelişen bir duygudurum halidir (100).

Anksiyete, hemen hemen bütün insanlar tarafından yaygın olarak tecrübe edilmiş bir duygudur. Bu his, endişenin belirsiz hissi, hoşnutsuzluk yaygınlık hisleri ile karakterizedir. Anksiyete, haber verici bir sinyaldir. Açıkça ayırt edilebilir bir uyarana ilişkili ya da ilişkisiz olabilen, korku ve endişe ile belirli bir duygusal durumdur. Bireyi, çevresinde olan değişikliklere hazırlayan veya yanıt vermesini sağlayan bir duygudur. Hemen her psikiyatrik bozukluğa eşlik edebilen ve birçok organik bozuklukta da görülebilen bir semptomudur (101).

Normal anksiyete, organizmanın biyolojik bir korunma sistemi olup organizmayı tehdit eden bir olayın varlığında kaçma veya olay ile savaşmayı sağlamak üzere ortaya çıkar. Kişinin zor durumlarla başa çıkabilmesine yardımcı olur. Anksiyetenin patolojik olduğuna karar verebilmek için, uyarının şiddeti ile ortaya çıkan anksiyetenin orantılı olmaması, zamanla azalmak yerine değişmemesi ya da şiddetlenmesi, klinik tabloya ağırlıklı olarak anksiyetenin fiziksel belirtilerinin hâkim olması, anksiyeteye katlanılamaması ve işlevselliğin bozulması gerekir. Bu durumda anksiyete kişinin mesleki ve ailevi yaşantısını etkilemeye başlar, kişilerarası ilişkilerinde bozulmalara neden olur, gün içinde sık sık ortaya çıkar ve günün büyük bir kısmını kaplar. Kişi bu durumu kontrol edemez ve başa çıkamaz (102).

2.3.2.Anksiyete Bozukluklarının Tarihçesi

Tıbbi anlamını 19.yüzyılın sonunda kazanmış olan anksiyete sözcüğü Hint-Germen kökenli ‘angh’ sözcüğünden türemiştir. Anksiyeteye ilişkin en eski yazılı kanıt M.Ö.3000’lerde yazılan Gılgamış Destanı’dır (103 104).

1800’lü yılların ilk yarısına dek anksiyetenin fiziksel belirtilerinin her biri kalp, kulak, gastrointestinal ya da merkezi sinir sistemi gibi organ ya da sistemlerin ayrı ayrı hastalıkları olarak düşünülürdü. Örneğin Westphal, günümüzde agorafobi olarak bilinen tek başına açık alanlara çıkamama durumunu iç kulak patolojisinden kaynaklanan anormal bir denge duyusuna bağlı olduğunu savunmuştur (105).

19.yüzyılda Kretshner, Kraepelin ve Bleuler nevrozları psikozların minör hali olarak görmüşlerdir. Pinel bu bozuklukları moral bozuklukları olarak anlamıştır. Descartes ve Mettrie’nin çalışmalarıyla birlikte anksiyete, artık psikolojik bir sorun olarak ele alınmaya başlanmıştır (106).

Genel olarak nevrozlar üzerinde çalışan Freud’la birlikte ruhsal bozukluklar çok daha iyi anlaşılmıştır. Sigmund Freud “Anksiyete Nörozu” terimini türetmiş ve anksiyetenin iki tipini tanımlamıştı. Anksiyetenin bir tipi kontrol altına alınamamış libidodan kaynaklanır. Anksiyetenin diğer formu, baskılanmış düşünce ve arzuların orijinal yapılarının sıkıntısının ve endişesinin yoğun olarak hissedilmesi olarak, en güzel bir şekilde karakterize edilebilir. “Inhibitions, Symptoms and Anxiety” isimli 1926’da yayınlanan kitabında Freud, anksiyete ile ilgili yeni bir teori oluşturdu. Bu teoride, reel dış kaynaklı anksiyete

ve nörotik iç kaynaklı anksiyetenin her ikisini de tehlikeli durumlara bir cevap olarak oluştuğuna inanıyordu (107).

Anksiyete kapsamına giren çeşitli klinik durumların birbirlerinden ayrılarak farklı birer hastalık olarak sınıflandırılmalarında yer alması ancak 1960'lardan sonra elde edilen veriler sonrası 1980'de DSM-III ile gerçekleşebilmiştir (106).

2.3.3. Anksiyete Bozukluklarının Epidemiyolojisi

Sık görülen ruhsal bozukluklardan olan anksiyete bozukluklarına ilgi son 20 yılda artmıştır. Geniş epidemiyolojik araştırmalar anksiyete bozuklukları hakkında daha fazla bilgi edinilmesini sağlamıştır. Epidemiyolojik Saha Çalışması (ECA), ABD'deki Ulusal Eştanı Araştırması (NCS) ve Avrupa'daki Münih İzlem Çalışması bu alandaki önemli araştırmalardandır. Anksiyete bozuklukları %25'lik sıklıkla en yaygın görülen psikiyatrik bozukluklardandır, depresyon ise ikinci sırada yer alır (%17). NCS verilerine göre; yaşam boyu sıklık oranları kadınlarda %30,5 iken erkeklerde %19,2'dir. ECA verilerine göre tüm anksiyete bozuklukları için bir yıllık sıklık %12,6 iken yaşam boyu sıklık %14,6'dır. Epidemiyolojik çalışmalar açısından bir diğer önemli konu da eştanıdır. Yaşam boyu eştanı sıklığı %30 ile %60 arasında değişmektedir (100).

Avustralya'da yapılan bir çalışmada anksiyete bozukluklarının toplumda bir yıllık görülme sıklığı %14,4 olarak bulunmuştur. Bu çalışmada belirtilen önemli noktalardan biri de anksiyete bozukluğu olan bireyler %39'u aynı zamanda depresyon kriterlerini karşılamaktadır (108).

Türkiye’de toplumun %5-10’unda herhangi bir türde anksiyete bozukluğu vardır ve genellikle 20–30 yaşlarında başlar. Tüm yaşamı boyunca bir kadında anksiyete bozukluğu görülme sıklığı %30’dur. Türkiye’de her beş kadından birinde herhangi bir ruhsal hastalık bulunmaktadır ve kadınlarda anksiyete görülme sıklığı %15,7’dir (109).

Çeşitli ülkelerde yapılan epidemiyolojik çalışmaların sonuçları, panik bozukluğunun yaşam boyu yaygınlığının %1,5-2,5 olduğunu ortaya koymuştur. Kadınlarda ve genç erişkinlerde daha sık görülür, genellikle kroniktir. Panik bozukluğu, en sık olarak geç ergenlik ile otuzlu yaşlar arasındaki dönemde başlamaktadır (26).

Yaygın Anksiyete Bozukluğu’nun (YAB) yaşam boyu yaygınlığı genel popülasyonda yaklaşık olarak %5-6’dır. Epidemiyolojik araştırmalarda, erkek/kadın oranı yaklaşık 2/3 olarak bildirilmiştir. YAB, diğer anksiyete bozukluklarına göre daha ileri yaşta başlar. Çoğu olguda 35-45 yaş arasında ortaya çıktığı bildirilmiştir. YAB’nin diğer psikiyatrik hastalıklardan ayırıcı tanısını yapmanın her zaman kolay olmaması, bu hastalığın sıklık ve yaygınlığının saptanmasını da güçleştirebilmektedir. Hastaların yaklaşık %25’inde kadarında panik bozukluk, %50-80’sinde majör depresif bozukluk da görülür. Depresyon birlikteliği intihar riskini artırır. Yaşam boyu devam edebilir (42).

Sosyal fobi yaygın olarak ergenlik döneminde başlamasına rağmen, çocuk ve ergenlerde çok az çalışma yapılmıştır. Elli yaşın üzerindeki bireylerin alındığı çalışmalarda daha düşük sıklıklarda saptanması, hastalığın yaşla beraber düzelme

gösterdiğini düşündürmektedir. Yaşam boyu yaygınlığı kullanılan tanı ölçeklerine göre değişiklik göstermekle birlikte genel olarak %3-13 arasındadır (110, 111).

Özgül fobiler ise daha çok kadınlarda görülmektedir. Herhangi bir yaşta başlayabilir ve tedavi edilmezlerse yıllarca devam edebilirler. Bu grup içinde en sık rastlanan hayvan fobileri ise genellikle erken çocukluk döneminde başlamaktadır (112).

2.3.4. Anksiyete Bozukluklarının Güncel Sınıflandırması

DSM-IV-TR ile DSM-V arasında anksiyete bozukluklarının sınıflandırması açısından önemli farklılıklar bulunmaktadır. Bu farklılıklardan en önemlileri şunlardır;

- DSM-V’te “Panik Bozukluk”la “Agorafobi” birbirlerinden tamamen ayrılmıştır. DSM-IV-TR’de “Agorafobi”, “Panik Bozukluğu-Agorafobi Olan” ve “Panik Bozukluğu-Agorafobi Olmayan” biçiminde üç farklı bozukluk tanımlanmıştı. Bu üç bozukluk DSM-V’te “Agorafobi” ve “Panik Bozukluğu” olmak üzere ikiye indirilmiştir. Böylece ikisinin bir arada görüldüğü durum, DSM-V’te artık komorbid iki ayrı bozukluk biçiminde teşhis edilmektedir.
- DSM-V’te “Agorafobi” tanı ölçütleri daha açık bir biçimde düzenlenmiştir ve tanı ölçütlerine en az iki agorafobik durumun olması gerektiği şartı eklenmiştir.
- DSM-V’te “Ayrılma Kaygısı Bozukluğu”, “Genellikle İlk Kez Bebeklik, Çocukluk ya da Ergenlik Döneminde Tanısı Konan Bozukluklar” bölümünden

çıkartılıp “Kaygı Bozuklukları” bölümüne kaydırılmıştır ve tanı ölçütlerinde küçük değişiklikler yapılmıştır.

- DSM-V’te "Seçici Konuşmazlık", “Genellikle İlk Kez Bebeklik, Çocukluk ya da Ergenlik Döneminde Tanısı Konan Bozukluklar” bölümünden çıkartılıp “Kaygı Bozuklukları” bölümüne kaydırılmıştır.
- “Obsesif Kompulsif Bozukluk” DSM-IV-TR’deki “Anksiyete Bozuklukları” bölümünden çıkarılarak, DSM-V’te “Obsesif Kompulsif ve İlişkili Bozukluklar” isminde yeni bir bölüm oluşturulmuş ve “Obsesif Kompulsif Bozukluk” ile buna benzeyen bozukluklar bu bölüme kaydırılmıştır (113).

2.3.4.1.DSM-V Tanı Sınıflamasında Anksiyete Bozuklukları

- Ayrılma kaygısı bozukluğu
- Seçici konuşmazlık
- Özgül fobi
- Toplumsal kaygı bozukluğu
- Panik bozukluğu
- Agorafobi
- Yaygın kaygı bozukluğu
- Maddenin ilacın yol açtığı kaygı bozukluğu
- Başka bir sağlık durumuna bağlı kaygı bozukluğu

- Tanımlanmış diğ er bir kaygı bozukluğu
- Tanımlanmamış kaygı bozukluğu (47).

2.3.5.Anksiyete Bozukluklarının Etiyolojisi

2.3.5.1.Psikolojik Teoriler

Psikoanalitik kurama göre anksiyetenin, altbenlikteki doyum bekleyen dürtülerin benliğe yaptığı uyarı sonucu ortaya çıktığına inanılmaktadır. Altbenlikte bulunduğu düşünülen cinsellik ya da saldırganlık dürtüleri, zaman zaman şiddetlenerek doyum için benliğe baskı oluştururlar. Bazen dürtüler çok şiddetlidir ya da kabul edilemez nitelikler taşır, bazen de dürtüler olağan şiddette olmasına karşın benlik çok güçsüzdür ve hiçbir şekilde doyum sağlayabilecek kapasitede değildir. Her iki durumda da altbenlik ile benlik arasında bir uyumsuzluk meydana gelir ve bu uyumsuzluk kendisini anksiyete olarak gösterir. Ortaya çıkan anksiyete benliğin savunma mekanizmaları ile yok edilmeye çalışılır. Her zaman ilk olarak bastırma savunma mekanizması devreye girer ve yeterli olduğuunda sorunyok demektir. Ancak bastırma savunma mekanizmasının yetmediği durumlarda, benliğin bütünlüğünü korumak için yer değiştirme, yalıtma, yapıp bozma gibi diğ er savunma mekanizmaları da devreye girer ve kullanılan savunma mekanizmalarının tipine göre çeşitli anksiyete bozuklukları ortaya çıkar. Örneğin, bastırma mekanizmasının üstesinden gelemediği ve benliğin kabul edemeyeceği bir i  çatışmanın oluşturduğu anksiyete, yer değiştirme mekanizması ile hayvan korkusu şeklini alabilir ve klinikte özgül fobi dediğimiz bir hastalık tablosu olarak kendini gösterir (114).

2.3.5.2.Biyolojik Teoriler

Anksiyete bozukluklarında otonom sinir sisteminde sempatik etkinliğin arttığı, buna bağlı olarak fizyolojik belirtilerin ortaya çıktığı düşünülmektedir. Biyokimyasal olarak yapılan çalışmalarda nörotransmitterler üzerinde durulmakta, noradrenalin ve serotonin düzeylerinin arttığı düşünülmektedir. Ayrıca sodyum laktat gibi bazı nörokimyasalmaddelerin verilmesiyle yapay olarak panik nöbetleri ortaya çıkarılabilmektedir. Bunların dışında kalıtsal bir yatkınlığın olduğundan da söz edilmektedir (115).

2.3.5.3.Genetik

Anksiyetenin etyolojisinde genetik belirteçlerin önemli rol oynadığına dair birçok kanıt vardır. Özellikle panik bozukluk ve daha geniş bir tanımlamayla nörotizm ve zarardan kaçınma gibi anksiyete özelliklerine duyarlılığa neden olan genler araştırılmaktadır. Alkolizm, otizm ve yeme bozukluklarında olduğu gibi anksiyete bozukluklarında da çevresel faktörlerle bağlantılı genetik yatkınlık olduğu düşünülmektedir (116).

2.3.5.4.Nörotransmitterler

Nörotransmitterlerin anksiyete oluşumundaki rolü üzerine yapılan hayvan deneylerinde, norepinefrin, serotonin ve γ -aminobutyric asit (GABA) anksiyetenin fizyopatolojisinde üzerinde en çok durulan nörotransmitterler olarak dikkat çekmektedirler. Noradrenerjik sistemin ana hücreleri *paraventricular nucleus* bölgesinde bulunmaktadır. Hayvan deneylerinde bu bölgenin uyarılması ile korku

semptomlarının oluşması, bu bölgenin çıkarıldığı hayvanlarda ise korku tepkisinin ortadan kalkması, panik bozukluğu hastalarında noradrenalin düzeyini artıran ilaçların panik atakları ortaya çıkarması, anksiyete bozukluğu olan hastaların serebrospinal dolaşımında idrarlarında noradrenalin metabolit düzeyinin yüksek bulunması, noradrenalinin anksiyete bozukluklarında önemli rol oynadığını düşündüren veriler olarak dikkat çekmektedir. Buspiron ve birtakım antidepressanlar gibi serotonin üzerinden etki gösteren ilaçların anksiyete bozukluklarının tedavisinde faydalı olması, anksiyete bozukluklarında serotoninin de rol oynadığını düşündürmektedir. Benzodiazepinlerin anksiyete giderici etkinliği tartışmasız kabul edilen bir gerçektir. Benzodiazepinlerin özellikle GABA-A reseptörleri ile etkileşime girerek etkinliğini ortaya çıkarması, anksiyete bozukluklarında GABA'nın da önemli bir rol oynadığını ortaya koymaktadır (117).

2.3.6. Anksiyete Bozukluklarının Risk Etmenleri

Genel olarak anksiyete bozuklukları için risk faktörleri, stresli yaşam olayları, ayrılığa aşırı duyarlılık, sorunlu bağlanma tarzları, dağılma anksiyetesine yatkınlık, çocukluk çağında fiziksel ve cinsel istismar, nesne sürekliliği eksikliği, öfke ifadesi, bağımlılık ve ayrılığa ilişkin çatışmalar olarak sıralanabilir (114).

Anksiyetenin ortaya çıkışı, iç psikolojik dengenin bozulmuş olduğunun bir işareti olarak kabul edilebilir. Psikanalitik açıdan anksiyete, kabul edilemeyen bir dürtü bilinç düzeyinde temsil edilme ve boşalım yolu bulabilmek için bastırıldığında, söz konusu durumu karşılama veya ondan kaçınmak üzere, benliğin

emrindeki güçleri harekete geçirmesine hizmet eden bir sinyaldir. Bu sinyalle birlikte benlik, içerden gelen baskıya karşı savunma önlemlerine başvurur. Savunmaların başarılı olması durumunda, anksiyetenin savuşturulması ya da güvenli bir şekilde denetim altına alınmasıyla psikolojik denge yeniden kurulur. Kullanılan savunmaların doğasına bağlı olarak da kişi, çeşitli psikonevrotik semptomlar geliştirebilir. Anksiyetenin diğer nevrotik semptomlarla sık olarak birlikte bulunmasından da anlaşılacağı üzere, yardımcı savunmaların tümüyle etkili olmaları söz konusu değildir. Bastırma işlevini yeteri kadar göremez ve diğer savunmalar da devreye giremez ise, anksiyete tek semptom olarak var olacak ve bir nedenle sinyal olarak işlev gördüğü düşük düzeyin üstüne çıktığında ise yaygın anksiyete ya da panik nöbetine dönüşebilecektir (118).

Panik bozukluğunun birinci derece akrabalar arasında, normal popülasyona göre 4-7 kat daha fazla görüldüğü bildirilmiştir. İkiz çalışmaları da panik bozukluğunun gelişiminde genetik etkenlerin katkısını desteklemektedir. Olgu sayısının az olması, bu konuda kesin bir sonuca varılmasını engellemektedir. Aile ve ikiz çalışmalarından, panik ataklarıyla giden şiddetli anksiyete bozukluklarında, hafif olanlara göre daha büyük bir oranda genetik yüklülük olduğu yönünde bulgular elde edilmiştir (119).

Sosyal fobili hastaların yarısından fazlasında fobinin travmatik bir yaşantının sonrasında ortaya çıktığı bildirilmiştir. Sosyal ortamlarda anksiyeteli olan diğer insanları gözleme de, travmatik etki yaparak gözleyen kişide korkuya neden olabilmektedir. Ayrıca, bu kişilerin bir kısmında model alma fobi gelişimini hazırlayıcı etkenler arasında gösterilmiştir. Ebeveynlerin ve çocuklarının fobileri

arasındaki benzerlik bu açıdan anlamlı bulunmuştur. Sosyal fobinin erken başlangıcı, psikolojik gelişim, ilişkilerin oluşturulması ve yaşam amaçlarının belirlenmesini olumsuz bir yönde etkilemektedir. Aynı zamanda da, diğer ciddi psikiyatrik bozuklukların ve komplikasyonların gelişimine zemin oluşturmaktadır (120).

Genellikle sinsi bir başlangıç, süregelen, ancak dalgalanan bir seyir gösteren YAB'de, stresli durumlar yakınmaların başlatıcısı olabilir. Tedavi için başvuran birçok kişinin kendisini bildi bileli anksiyeteli ve sinirli olarak tarif etmesi, hastalığın hazırlayıcısı olan etkenlerin belirlenmesini güçleştirmektedir. Ayrıca, birçok hasta, yakınmalarının başlamasından, ailevi sorunlar, kişiler arası ilişkilerde yaşanan güçlükler, mesleki zorlanmalar gibi yaşam olaylarını sorumlu tutsalar da, söz konusu yaşam olaylarının anksiyetenin nedeninden çok, anksiyeteli olmanın bir sonucu olabileceği unutulmamalıdır. YAB'nin panik bozukluğu ve majör depresyon başta olmak üzere diğer psikiyatrik bozukluklarla sıklıkla birlikte görülmesi, hastalığın gidişini önemli ölçüde etkilemektedir (114).

2.3.7. Anksiyete Bozukluklarının Klinik Özellikleri

Psikolojik olarak yaşanan travmanın en yaygın olarak hissedilen duygusal karşılığı şiddetli bir korku veya kontrol kaybı hissidir. Travma sonrası yaşanan yüksek seviyede anksiyete yüksek seviyede dissosiyasyona yol açmaktadır. Dissosiyasyon aynı zamanda bir kaçınma tepkisidir. Ölüm korkusu, kontrol kaybı gibi temel korkularla karakterize travmatik deneyimlere bir yanıt niteliğindedir. Tıpkı her anksiyete bozukluğunda panik atak yaşanabileceği gibi, pek çok

anksiyete bozukluğu hastası da “gerçek dışı olma” hissini yaşamaktadırlar. Yapılan araştırmalarda, anksiyete bozukluğu olan hastaların, bu tanıyı almayanlara göre, daha fazla seviyede dissosiyasyon yaşadıkları görölmektedir. Geçici depersonalizasyon ve derealizasyon belirtileri pek çok anksiyete bozukluğu için tipik belirtilerdendir. Bunun yanı sıra depersonalizasyon ve derealizasyon panik ataklar esnasında da meydana gelen yaygın belirtilerdendir. Fobilerde ise bu durum sadece korkulan nesne ile yüzleşme esnasında meydana gelebilir Hafif bir sıkıntı hissinden, şiddetli bir kontrolünü kaybetme, çıldırma ya da ölüm korkusuna kadar uzanan geniş bir yelpazede yer alan duygusal belirtilerdir (121, 122).

Anksiyete bozukluklarının fiziksel belirtileri birçok sistemde kendini göstermektedir. Kardiovasküler sistemde taşikardi, çarpıntı hissi, göğüs ağrısı, baygınlık hissi; kas-iskelet sisteminde ağrı, sızı, seğirme, sertlik, ürperme, yorgunluk, baş dönmesi, uyuşukluk, görme bulanıklığı, titreme, güçsüzlük; gastrointestinal sistemde yutma güçlüğü, karın ağrısı, bulantı, intestinal huzursuzluk, diyare; genitoüriner sistemde sık idrar, sıkışma hissi, cinsel bozukluk, menstruasyon sorunları; otonom sinir sisteminde ağız kuruması, terleme, baş ağrısı, ateş basması, ellerde ayaklarda üşüme hissi, solunum sisteminde göğüste basınç hissi, nefes kesilmesi, iç çekme, nefes darlığı, hiperventilasyon görülür (115).

2.3.7.1.Panik Bozukluğu

Bu bozukluğun en temel özelliği tekrarlayan, beklenmedik, ne zaman başlayacağı önceden kestirilemeyen panik ataklarının görülmesidir. Panik atakları

tipik olarak, yoğun bir korku, endişe ve kötü bir şeyler olacağı beklentisi ile ani olarak başlar ve kısa sürede en yüksek düzeyine ulaşır. Panik atağı sırasında soluk alma güçlüğü, boğulma hissi, baş dönmesi, baygınlık hissi, çarpıntı, kalp atım sayısında artma, titreme, bulantı, karında rahatsızlık hissi, uyuşma, karıncalanma hissi, sıcak basması, ürperme, göğüs ağrısı gibi bedensel belirtiler ortaya çıkar. Bedensel belirtilerin yanı sıra tabloya sıklıkla ölüm korkusu, delirme ya da kontrolü kaybetme korkusu gibi bilişsel belirtiler eklenir. Ayrıca, anksiyetenin yoğunluğuna bağlı olarak kişi, kendini ya da çevresini değişmiş ve gerçek dışı olarak algılayabilir. Panik atağı geçiren kişiler, bir felaket ile karşı karşıya olduğu duygusu içindedirler.

Kalp atım sayısında artma, çarpıntı, göğüs ağrısı gibi yakınmaları nedeniyle sıklıkla kalp krizi geçirdiklerini, ölebileceklerini düşünürler.

Panik atağı genellikle on-onbeş dakika içinde yatışmakla birlikte, birkaç saate kadar da uzayabilmektedir. Panik atağının yatışmasının ardından, sıklıkla yeni bir atak geçirme korkusu şeklindeki beklenti anksiyetesi gelişmektedir. Önemli sayıdaki panik bozukluğu hastası, gündüz ortaya çıkan panik ataklarının yanında, ara sıra gece gelen panik atakları yaşamaktadır. Gece gelen panik atakları, belirgin bir tetikleyici etken olmadan uykudan ani olarak panik hissiyle uyanma şeklinde ortaya çıkar. Gece gelen panik atakları non-REM uykuda, daha çok 2.evreden 3.evreye geçerken görülür (123).

2.3.7.2.Agorafobi

Etkilenen kişilerin en azından dörtte üçünün aynı zamanda panik bozukluğa sahip olduğunun bildirilmesine rağmen, agorafobi çalışmaları, hastaların yaklaşık yarısının panik bozukluksuz agorafobiye sahip olduklarını bulmuştur. Bu hastalar işlek caddelerde, kalabalık mağazalarda, tüneller, asansörler gibi kapalı alanlarda bir arkadaşı ya da bir aile üyesi ile birlikte olmayı tercih ederler. Hastalar, eşlik eden bu kişiler olmadan evden ayrılamazlar. Ciddi durumlarda artık evden ayrılmaz hale gelirler. Çoğu vakada agorafobinin başlangıcı travmatik bir olayı izler (124).

Hastaların bir kısmı, panik atağı geçirmesi halinde kaçmasının ya da yardım almasının zor olabileceği durumlardan uzak durmaya başlar. Kişinin, yeni bir atak geçirme korkusuyla, tek başına ev dışında, kalabalıkta, köprü üzerinde olmaktan, otobüsle, trenle, arabayla yolculuk etmekten kaçındığı bu durum ‘agorafobi’ olarak adlandırılır. Agorafobi, toplu bulunulan yerlerde olmaktan, kalabalıklara girmekten ve psikolojik güvenlik sağlayan çevre ve insanlardan uzakta olmaktan korkuyu kapsamaktadır. Agorafobiklerin kolayca ev veya alışık olunan çevre gibi ‘güvenlikli bölgelere’ çekilmelerinin mümkün olmadığı durumlardan korkma eğilimleri dikkat çekicidir. Birçoğu, yalnız olduklarında daha çok korku yaşamakta, özellikle de kendilerini güven içinde hissettikleri bölgelerin dışına çıktıklarında, sıklıkla yanlarında birisinin varlığına gereksinim duymaktadırlar. Agorafobik durumların birçoğunun ortak özelliği, ani bir sıkıntı

olduğunda bir çıkış olanağının bulunamayacağı durumlar olmasıdır.

Agorafobiklerin korku duydukları durumlar şu şekilde sıralanabilir:

- Büyük bir mağaza ya da alışveriş yerinde olma, otobüs, tren, vapur, uçak gibi toplu taşıma araçlarıyla yolculuk etme,
- Toplu olarak bulunulan ortamlarda, kalabalık içinde, işlek caddelerde olma,
- Özellikle trafiğin sıkışık olduğu yerlerde arabayla yolculuk etme,
- Köprüden geçme,
- Kuyrukta bekleme.

Agorafobiklerin bu tür ortamlardan kaçınmaları temel özellikleridir. Yaşanılan korkunun şiddeti kaçınmalarının derecesini de belirler. Hastalığın hafif seyrettiği bir durumda, gerektiğinde bu tür ortamlarda bulunmaya sıkıntı çekerek de olsa katlanabilir ve görece olağan bir yaşam biçimini sürdürebilirler. Korkunun şiddeti arttıkça kaçınma davranışı belirginleşir ve kısıtlı bir yaşam biçimi ortaya çıkar. Hastalığın en ağır durumunda ise, kişi eve kapanır ve eşlik eden bir kimse olmadıkça evden dışarı çıkamaz. Korkunun şiddeti ve kaçınma davranışının derecesi değişebilmekle birlikte, agorafobi günlük işlevleri önemli ölçüde aksatır (119).

2.3.7.3. Yaygın Anksiyete Bozukluğu

Yaygın anksiyete belirtileri çok sayıda ve çeşitlidir. Devam eden kaygı ile karakterizedir. Korkularını kontrol etmekte zorlanırlar. Huzursuzluk, halsizlik, kas

gerginliği ve insomnia gibi belirtiler bulunur. Çarpıntı ya da kalp hızında artma, terleme, titreme ya da seğirmeler, ağız kuruluğu, nefes almada güçlük, boğulma hissi, göğüs ağrısı ya da rahatsızlık, bulantı ya da epigastrik rahatsızlık gibi otonomik uyarılma belirtiler bulunabilir. Ruhsal belirtiler olarak, başta sersemlik hissi, bayılacakmış gibi hissetme, nesneleri gerçek dışı gibi hissetme (derealizasyon) veya kendini uzakta ya da orada değilmiş gibi (depersonalizasyon) hissetme, kontrolü yitirme korkusu ve ölüm korkusu bulunabilir. Hastalar, sıcak ya da soğuk basması, hissizlik veya karıncalanma duyumları, motor gerginlik ya da kas ağrıları, huzursuzluk, yerinde duramama, gevşeyememe, endişe, kötü bir şey olacakmış gibi hissettiklerinden şikâyet ederler. Boğazda yumruk takılma hissi ya da yutma güçlüğü, küçük ani uyaranlara aşırı tepki verme ya da irkilme, aşırı endişe nedeniyle yoğunlaşma güçlüğü, sürekli huzursuzluk, endişe nedeniyle uykuya dalmada güçlük gibi genel belirtiler de bulunabilir. Huzursuzluk, aşırı heyecan duyma ya da endişe, kolay yorulma, düşünceleri yoğunlaştırmada zorluk çekme ya da zihnin durmuş gibi olması, irritabilite, kas gerginliği, uyku bozukluğu(uykuya dalmakta ya da sürdürmekte güçlük çekme veya huzursuz ve dinlendirmeyen uyku) YAB hastaları tarafından en çok bildirilen somatik deneyimler olarak bulunmuştur (125).

Hastalar huzursuz ve gergin bir görünüme sahiptir. Sık olarak sinirlilik, tedirginlik içinde olma, yerinde duramama halinden yakınırırlar. Belirli bir neden yokken, olabilecek şeyler hakkında endişe ve üzüntü duyarlar. Kas gerginliğinden kaynaklanan titremeler, seğirmeler, kas ağrıları görülebilir. Kas gerginliği, özellikle baş, boyun ve sırtta ağrılara yol açar. Sıkışma ve baskı tarzındaki baş

ağrıları tipiktir. El becerilerini bozacak bir düzeye varabilen el titremeleri görülebilmektedir. Güçsüzlük, kolay yorulma kas gerginliğinin diğer belirtileri olarak mevcut olabilir. YAB olgularının çoğu bedensel belirtilerden yakınmaktadır. Özellikle avuç içlerinde belirgin olan terleme, ateş basması, ağız kuruluğu ya da tükürük salgısında artma, yutma güçlüğü, boğazda düğümlenme hissi görülebilir. Soluk alma güçlüğü, boğulma hissi, çarpıntı, kalp atım sayısında artma, bulantı, diyare, çeşitli abdominal rahatsızlıklar, sık idrara çıkma yaygın olarak görülen diğer belirtilerdir. Ayrıca, kulak çınlaması, görmede bulanıklık, baş dönmesi, uyuşmalar ortaya çıkabilmektedir. Sindirim, solunum, kardiyovasküler, genitoüriner ve merkezi sinir sistemlerine ilişkin birçok belirtinin, yaygın anksiyetenin bedensel belirtileri olarak ortaya çıkabilmesi, fiziksel hastalıklarla ayırıcı tanı açısından önem taşır (119).

2.3.7.4.Sosyal Anksiyete Bozukluğu

Sosyal anksiyete bozukluğu (SAB) kişinin tanımadığı insanlarla karşılaştığı, başkalarının gözünün üzerinde olabileceği bir ya da birden fazla toplumsal durumdan belirgin ve sürekli bir korku duyması, küçük duruma düşeceği ya da utanç duyacağı bir biçimde davranacağından korkması ve anksiyete belirtileri göstermesidir. Korkulan toplumsal durumlardan kaçınılması ya da yoğun anksiyete ile buna katlanılması söz konusudur (126).

SAB; kişinin, dikkatlerin üzerinde toplanabileceği ve kendisini zor durumda bırakacak şekilde davranacağı gibi gerekçelerle belli sosyal ortamlarda bulunmaktan korkması durumudur. SAB'li kişi, bakışları üzerinde hissettiği ve

eleştirilebileceğini düşündüğü bu tür ortamlarda aşırı bir anksiyete yaşamakta, bir yandan da anksiyete belirtilerinin başkaları tarafından fark edilmesinden ve bunun sonucunda rezil olmak ya da gülünç duruma düşmekten korkmaktadır. Titreme, kızarma, terleme gibi bedensel belirtilere bu gibi durumlarda sık rastlanır. Sosyal fobik durumlardan kaçınma hastalığının belirgin bir özelliğidir. Ancak, hastalar tüm kaçınma çabalarına karşın, bu tür ortamlara girmek durumunda kalabilirler. Böyle bir olasılık kişide beklenti anksiyetesine neden olur. Ayrıca, belli sosyal ortamlarda kızarma, terleme, titreme gibi istenmeyen bir belirtinin ortaya çıkması, kişinin o tür ortamlardaki performansını bozabilmekte, bir anlamda korkulunun başa gelmesiyle kısır bir döngüye girilebilmektedir. SAB'li hastaların korktukları durumların başında, topluluk içinde yemek yemek ya da bir şeyler içmek gelir. Bu kişiler, ellerinin titremesi sonucu yediklerini ya da içtiklerini üzerlerine dökecekleri, lokmanın boğazlarına takılacağı korkusuyla restorana, kafeteryaya gitmekten, yemekli toplantılara katılmaktan kaçınabilirler. Başkalarının önünde konuşamama, sorulan soruları yanıtlayamama korkusu, topluluk içine girmekten kaçınmalarına neden olabilir. Yabancı bir kişiyle tanışmak ya da yakınlaşmak konusunda ciddi güçlükleri vardır. Başkalarının gözü önünde yazı yazarken, imza atarken ellerinin titreyeceği korkusunu yaşayabilirler. Terlemekten, yüzlerinin kızarmasından korktukları için topluluk içinde oturmaktan, konuşurken göz teması kurmaktan kaçınabilirler. Alışveriş sırasında satıcının kendilerine yönelik ilgisinden rahatsız olur, ısrarlı bir satıcıya karşı koymakta, satın aldıkları bir malı mağazaya geri götürmekte zorlanabilirler. Pekiyi tanımadıkları birisine aynı fikirde olmadıklarını ya da onu onaylamadıklarını söylemekte, otorite

konumundaki kişilerle konuşmakta güçlük yaşarlar. İlgi odağı olabilecekleri, bakışları üzerinde hissedecekleri durumlardan uzak dururlar. Örneğin, bir odaya herkes oturup yerini aldıktan sonra girmek istemezler (119).

2.3.7.5.Özgül Fobi

Bu tür fobiler özgül nesne ya da durumlarla sınırlı fobilerdir. Basit fobiler olarak da adlandırılırlar. Hayvan korkuları, yükseklik, karanlık, şimşek, asansör, kapalı yer, dişçi, kan, hastalık, enjeksiyon, genel tuvaletlerde idrar ve defekasyon yapma korkuları bu grup içinde yer alır. Sözü edilen özgül durum veya nesnelerle karşılaşma agorafobi ve sosyal fobi durumlarında olduğu gibi panik ataklarının ortaya çıkmasına neden olabilir. Bu nedenle diğer fobikler gibi fobik uyarılardan kaçınma eğilimi belirgindir (112).

Fobik bozuklukların hepsinde ortak olan özellik belirli durum ve nesnelerle karşılaşınca anksiyete belirtilerinin görülmesidir. Anksiyete belirtilerinin bedensel/otonomik, bilişsel/duygusal ve davranışsal boyutları vardır. Kişiden kişiye değişiklikler olmakla birlikte, fobik nesne veya durumla karşılaşan kişide gerçek korkularda ortaya çıkan belirtilerin benzeri olan durumlar ortaya çıkar. Fobik uyarı ile karşılaşıldığında çarpıntı, terleme, ateş basması, bayılacak veya çıldıracak gibi olma duyguları sık getirilen yakınmalardır (127).

2.3.7.6.Elektif Mutizm

Elektifmutizm yani seçici konuşmama; kişinin tanıdığı ev gibi ortamlarda akıcı ve normal konuşmasına rağmen, konuşmasının beklendiği, sosyal ortamlarda

konuşmama durumudur. Suskunluğun şiddeti, yabancılarla konuşmamaktan, toplum içinde hemen her yerde sessiz kalmaya kadar değişebilir. Bu kişilerin çoğu yabancı ortamlarda sessiz ve sakindirler, ancak bazıları fısıldar veya tek heceli kelimeler kullanabilir. Bazı ortamlarda konuşmanın yokluğuna rağmen, kişiler ev ve alışık olduğu ortamlarda akıcı konuşurlar. Eşlik eden diğer belirtiler aşırı utangaçlık ve içe çekilme olabilir. Kişinin konuşmayı anlama, anlamlandırma sorunu varsa bu tanı düşünülmemelidir. Ayrıca bu durum kekeleme gibi bir iletişim bozukluğu ya da uygun dil becerileri bilgisinde eksiklik ile daha iyi açıklanıyorsa da seçici konuşmazlık düşünülmez. Erişkinlerde mutizm depresyondaki ağır psikomotor yavaşlamanın bir parçası olabilir. Pek çok konuşmayan hastanın yanıt vermek için savaşım verdiği açıkça gözlenir, ancak yorulur ve çabalamaktan vazgeçerler (128).

2.3.7.7.Ayrılma Anksiyetesi

Ayrılma anksiyetesi bozukluğunun temel özelliği; kişinin evden ya da evde bağlandığı kişiden ayrılmaya bağlı olarak gerilim düzeyine göre beklenenden fazla, aşırı anksiyete duymasıdır. Ayrılma anksiyetesi, kişinin, anne ya da bağlanma figüründen ayrılma durumunda veya ayrılma beklentisinde anksiyete yaşaması halidir (129).

2.3.8.Anksiyete Bozukluklarının Tanısı

Anksiyete bozukluklarının tanısında birtakım zorluklarla karşılaşılmaktadır. Bunun sebeplerinden birisi depresif bozukluklar ile sık görölmesi, tanı düzeyindeki belirti örtüşmeleri bulunmasıdır.

Anksiyete bozukluklarının kendi içerisinde sınıflandırılmasında yaşanan sorunlardan ötürü DSM V’te yeniden sınıflandırma yapılmış ve bazı bozukluklarda tanı ölçütlerinde değişikliğe gidilmiştir.

2.3.8.1.DSMV’e Göre Anksiyete Bozukluklarının Tanı Ölçütleri

a.Ayrılma Kaygı Bozukluğu

Kişinin bağlandığı insanlardan ayrılmasıyla ilgili, gelişimsel olarak uygun olmayan ve aşırı düzeyde bir kaygı ya da korku duymasıdır (47).

b.Seçici Konuşmazlık

Başka durumlarda konuşuyor olmasına karşın, konuşmasının beklendiği özgül toplumsal durumlarda, sürekli bir biçimde konuşmıyor olma söz konusudur. Eğitimle ya da işle ilgili başarıyı engeller ya da toplumsal iletişimi bozar. Süresi en az bir aydır.Bu bozukluk iletişim bozukluğu ile daha iyi açıklanamaz ve yalnızca otizm açılımı kapsamında bozukluğun, şizofreninin ya da psikozla giden başka bir bozukluğun gidişi sırasında ortaya çıkmamıştır (47).

c.Özgül Fobi

Özgül bir nesne ya da durumla ilgili olarak belirgin bir korku ya da kaygı duyma söz konusudur. Fobi kaynağı nesne ya da durum, neredeyse her zaman, doğrudan korku ya da kaygı doğurur.Fobi kaynağı nesne ya da durumdan etkin bir biçimde kaçınılır ya da yoğun bir korku ya da kaygı ile buna katlanılır.Duyulan

korku ya da kaygı, özgül nesne ya da durumun yarattığı gerçek tehlikeye göre ve toplumsal-kültürel bağlamda orantısızdır.Korku, kaygı ya da kaçınma sürekli bir durumdur.Korku, kaygı ya da kaçınma, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal,işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikte düşmeye neden olur(47).

ç.Toplumsal Kaygı Bozukluğu

Kişinin, karşılıklı konuşma, tanımadık insanlarla karşılaşma,yemek yerken gözlenme,herkesin önünde bir konuşma yapma gibi başkalarınca değerlendirilebilecek olduğu bir ya da birden çok toplumsal durumda belirgin bir korku ya da kaygı duyması söz konusudur. Kişi, olumsuz olarak değerlendirilecek bir biçimde davranmaktan ya da kaygı duyduğuna ilişkin belirti göstermekten korkar. Bahsedilen toplumsal durumlar, neredeyse her zaman, korku ya da kaygı doğurur. Toplumsal durumdan kaçınılır ya da yoğun bir korku ya da kaygı ile buna katlanılır.Duyulan korku ya da kaygı, söz konusu toplumsal ortamda çekinilecek duruma göre ve toplumsal-kültürel bağlamda orantısızdır.Korku, kaygı ya da kaçınma sürekli bir durumdur,altı ay ya da daha uzun sürer.Korku, kaygı ya da kaçınma, klinik açıdan belirgin sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikte düşmeye neden olur.Korku, kaygı ya da kaçınma madde etkisine, panik bozukluğa, beden algısı bozukluğuna ya otizm açılımında bir bozukluğa ya organik bir hastalığa, örneğin parkinsonizm veya yanık gibi bir nedenden kaynaklanan biçimsel bozukluğa, bağlanamaz(47).

d.Panik bozukluğu

Yineleyen beklenmedik panik ataklarıdır. Bir panik atağı dakikalar içinde doruğa ulaşan ve o sırada aşağıdaki belirtilerden dördünün ya da daha çoğunun ortaya çıktığı, birden yoğun bir korku ya da yoğun bir içsel sıkıntının bastırıldığı durumdur:

- Çarpıntı,kalp hızının atması
- Terleme
- Titreme ya da sarsılma
- Soluğun daraldığı ya da boğuluyor gibi olma duyumu
- Soluğun tıkanıdığı duyumu
- Göğüs ağrısı ya da göğüste sıkışma
- Bulantı ya da karın ağrısı
- Baş dönmesi, ayakta duramama, sersemlik ya da bayılacak gibi olma duyumu
- Titreme, üşüme, ürperme ya da ateş basması duyumu
- Uyuşmalar
- Gerçek dışılık
- Denetimini yitirme ya da çıldırma korkusu
- Ölüm korkusu

Ataklardan en az birinden sonra, aşağıdakilerden biri ya da her ikisi bir ay veya daha uzun sürer:

- Başka panik ataklarının olacağı ya da bunların olası sonuçlarıyla ilgili olarak bir kaygı duyma ya da tasalanma
- Ataklarla ilgili olarak, uyum bozukluğuyla giden davranış değişiklikleri gösterme (örneğin spor yapmaktan kaçınma) (47).

e.Agarofobi

Aşağıdaki beş durumdan ikisi ya da daha çoğu ile ilgili olarak belirgin korku ya da kaygı duyma söz konusudur:

- Toplu taşıma araçlarını kullanma (örn otomobiller, otobüsler, trenler vb.)
- Açık yerlerde bulunma (örn otoparklar, alışveriş merkezleri vb.)
- Kapalı yerlerde bulunma (örn mağazalar, tiyatrolar, sinemalar vb.)
- Sırada bekleme ya da kalabalık bir yerde bulunma
- Tek başına evin dışında olma

Kişi, kaçmanın güç olabileceğini ya da panik benzeri ya da yetersizleştiren ya da utanç veren diğer belirtilerin olması durumunda yardım alamayabileceğini düşündüğü için bu tür durumlardan kaçınır.

Agorafobi kaynağı durumlar, neredeyse her zaman korku ya da kaygı doğurur. Agorafobi kaynağı durumlardan etkin bir biçimde kaçınılır, bir eşlikçiye gereksinim duyulur ya da yoğun bir korku ya kaygı ile buna katlanılır.

Duyulan korku ya da kaygı agorafobi kaynağı durumların yarattığı gerçek tehlikeye göre toplumsal-kültürel bağlamda orantısızdır. Korku, kaygı ya da

kaçınma sürekli bir durumdur, altı ay ya da daha uzun sürer. Korku, kaygı ya da kaçınma klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarda işlevsellikte düşmeye neden olur.

Sağlığı ilgilendiren başka bir durum varsa korku kaygı ya da kaçınma açıkça aşırı bir düzeydedir. Bu durum başka bir ruhsal bozukluğun belirtileriyle açıklanamaz (47).

f.Yaygın Anksiyete Bozukluğu

En az altı aylık bir sürenin çoğu gününde, işte ya da okulda başarı gösterebilme gibi birtakım olaylar ya da etkinliklerle ilgili olarak, aşırı bir kaygı ve kuruntu vardır. Kişi kuruntularını denetim altına almakta güçlük çeker.

Bu kaygı ve kuruntuya, aşağıdaki altı belirtiden üçü ya da daha çoğu eşlik eder:

- Dinginleşememe (huzursuzluk) ya da gergin ya da sürekli diken üzerinde olma
- Kolay yorulma
- Odaklanmakta güçlük çekme ya da zihnin boşalmaması
- Kolay kızma
- Kas gerginliği
- Uykuya dalmakta ya da uykuyu sürdürmekte güçlük çekme veya dinlendirmeyen, doyurucu olmayan bir uyku uyuma

Kaygı, kuruntu ya da bedensel belirtiler, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal işle ilgili alanlarda ya da önemli işlevsellik alanlarında işlevsellikte düşmeye neden olur. Bu bozukluk, bir maddenin kötüye kullanımı ya da başka bir sağlık durumunun fizyolojiyle ilgili etkilerini bağlamaz (47).

2.3.9.Anksiyetenin Ölçümü

2.3.9.1.Beck Anksiyete Ölçeği

Beck anksiyete ölçeği (BAÖ) bireyin yaşadığı anksiyete belirtilerinin sıklığını değerlendirir. Yirmi bir maddeden oluşan, 0-3 arası puanlanan bir kendini değerlendirme ölçeğidir. Hastaya sorulan sorularla sıkıntı duygusunun onu son bir haftadır ne kadar rahatsız ettiği sorgulanır. BAÖ'nün geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Ulusoy ve ark, tarafından yapılmıştır. BAÖ'den alınan puanlara göre hastaların anksiyete düzeyleri düşük (0-17 puan), orta (18-24 puan), yüksek (25 puan ve üstü) şeklinde sınıflandırılmıştır (130).

2.3.9.2.Hamilton Anksiyete Ölçeği

Hamilton tarafından 1959 yılında, anksiyete nevrozlarının şiddetinin tayin edilmesi amacıyla geliştirilmiş bir ölçektir. Bugün daha çok, yaygın anksiyete bozukluğu tanısı alan hastalarda anksiyetenin şiddetini, ilaçların anksiyete belirtileri üzerindeki etkilerini tayin etmekte kullanılmaktadır. Anksiyetenin bedensel ve psişik belirtilerinin değerlendirildiği 14 madde bulunmaktadır.

Değerlendirme belirti şiddetine göre 0-4 puan arasında yapılmaktadır. Türkçe güvenilirlik ve geçerlilik çalışmasını Yazıcı ve arkadaşları yapmıştır (131).

2.3.9.3.Yaygın Anksiyete Bozukluğu Ölçeği

Argyropoulos ve arkadaşları, yaygın anksiyete bozukluğunun değerlendirilmesinde kullanılan psikometrik testlerin, bu bozuklukla ilgili güncel kavramlarla uyummadığını ve sınırlılıkları olduğunu düşünmüşlerdir. Buradan yola çıkarak yaygın anksiyete bozukluğunda semptom profilini ve hastalık şiddetini ölçmek amacıyla yeni bir soru formu geliştirip, geçerliliğini araştırmışlardır. Ölçek bilişsel, somatik ve uykuya ilişkili olmak üzere üç faktörü içerir. Ölçek, hasta olmayan grupla yaygın anksiyete bozukluğu olanları güvenilir bir biçimde ayırabilmiştir (132).

2.3.9.4.Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri

Spielberger tarafından geliştirilmiş olup Türkçe geçerlilik ve güvenlik çalışmaları Öner tarafından yapılmıştır. Her biri Likert tipi, 1-4 arasında puanlanan 20 maddelik durumluk kaygı ölçeği ve 20 maddelik sürekli kaygı ölçeği olmak üzere iki ölçekten oluşur. Durumluk kaygı envanteri bireyin belirli bir anda belirli koşullarda kendini nasıl hissettiğini belirler. Sürekli kaygı envanteri ise bireyin içinde bulunduğu durum ve koşullardan bağımsız olarak kendini nasıl hissettiğini belirler. Puanlama her bir ölçek için 20 ile 80 arasında değişir ve puan yükseldikçe kaygı düzeylerinin yükseldiğini ifade eder (133).

2.3.10.Anksiyete Bozukluklarının Tedavisi

Anksiyete bozukluklarının ciddi düzeyde olanlarında bilişsel davranışçı terapi ve antidepresanlar birlikte kullanılırken, daha hafif olanlarda sadece bilişsel davranışçı terapiye başvurulmasının prognozu daha iyi ve uzun sürelidir. Tedavinin başarısı için en önemli kural doğru tanıyı koymaktır. Anksiyete bozukluklarının örneğin fiziksel hastalıklardan ayırıcı tanısı yapılmalıdır. İkinci önemli nokta, hastanın ilaç kullanımına olan tavrıdır. Bir ilaç başladıktan sonra hastaların %50'si ilk üç ay içinde ilaç kullanmayı bırakır, az sayıda hasta ise yazılan reçeteyi hiçbir zaman almaz. Tedaviye uyum esastır ve hastanın bu konudaki tereddütleri açıkça konuşulmalıdır. Öte yandan uygun tedavi yapılmazsa anksiyete bozukluğu olan hastalar sık sık hekime başvururlar. Özellikle panik bozukluğu olan hastalar aile hekimleri, kardiyoloji ve acil servise sık sık başvururlar. Bu aynı zamanda ekonomik olarak da zarara neden olur. Bu nedenle başta ilk basamak hekimliği ve acil servislerde panik bozukluk olmak üzere, tıbbi hizmetlerin her basamağında anksiyete bozuklukları iyi tanınmalı ve tedavi edilmelidir (134).

YAB'nin tedavisinde ilaç tedavisi, davranışçı ve bilişsel psikoterapiler, relaksasyon eğitimi gibi tedavi yöntemlerinin yararlı olduğu kabul edilmektedir. Tedavide hem farmakolojik hem de psikolojik uygulamaların kullanıldığı birleşik modelin kullanılması önerilmektedir. YAB'nin tedavisi için gereken ilaçların seçimi ve tedavinin yöntemi önemlidir. Tıbbi durumlardan veya yasa dışı madde kullanımından kaynaklanan anksiyetenin özellikle ayırt edilmesi başlangıç

tedavisi için önem teşkil etmektedir. Anksiyeteyi artırabilecek ürünlerden uzak durulması öğütlenmelidir. Mümkünse kafein içeren gıdalar ve çikolata diyetten kaldırılmalıdır. Teofilin, stimülanlar, dekonjestanlar, kokain, esrar ve alkol kullanımı durdurulmalıdır. Günümüzde YAB için Amerika Birleşik Devletleri'nde Food and Drug Administration tarafından onaylanmış her biri farklı yan etki profiline etki mekanizmasına sahip üç ilaç bulunmaktadır. Bunlar, benzodiazepinler, buspiron, venlafaksindir. Son yıllarda anksiyetenin tedavisinde β -adrenerjik antagonistler, hidroksizin ve ondansetron gibi bazı ilaçlarda kullanılmaktadır (135).

Sosyal anksiyete semptomlarını azaltmak, korku ile ilgili abartılı düşünce ve duyguların kontrolü, korkulan durumlardan fobik kaçınmayı azaltmak, anksiyetenin oluşturduğu fizyolojik ve otonomik belirtileri azaltmak, yaşam kalitesini iyileştirmek ve komorbid durumları tedavi etmek esastır. Spesifik tipte performans kaygısı için, 30 dakika önce propranolol 10-40 mg kullanılabilir (136).

Birçok panik bozukluğu hastası için, seçici serotonin geri alım inhibitörleri ya da serotonin noradrenalin geri alım inhibitörleri en iyi farmakoterapi tercihleri olsa da, en fazla kanıtın elde edildiği ve daha sıklıkla ilk seçenek olarak kabul edilen ilaç grubu serotonin geri alım inhibitörleridir. Panik bozukluğunun bilişsel-davranışçı tedavisinin ilk aşamasını, fizyolojik uyarılma belirtilerinin ortadan kaldırılmasının hedeflendiği solunum egzersizleri ve aşamalı kas gevşetme tekniklerini içeren gevşeme eğitimi oluşturur. Hastalara hiperventilasyonun

fizyolojik temeli açıklandıktan sonra, oturum sırasında hızlı soluk alıp vermenin etkilerinin gösterildiği bir çalışma yaptırılır. Ardından da dakikada 8-10 kez kontrollü olarak soluk alıp verme öğretilir ve hastalardan stres verici durumlarda bu tekniği uygulamaları istenir (137).



3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Çalışma kesitsel tipte bir araştırmadır.

3.2. Araştırmanın Yeri

Araştırma 30 Mayıs - 03 Haziran 2016 tarihleri arasında Kilis Devlet Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniği'nde yapılmıştır.

3.3. Araştırmanın Evreni

Araştırmanın evrenini 30 Mayıs - 30 Haziran 2015 tarihleri arasında 1 ay boyunca Kadın ve doğum hastalıkları Göçmen polikliniklerine başvuran 1010 kadın oluşturmuştur.

3.4. Araştırmanın Örneklemi

Araştırmanın örneklem büyüklüğü OpenEpi programı ile hesaplanmıştır.

Araştırmanın evreni 1010 kişi olup % 50 bilinmeyen sıklık, % 5 sapma ve % 95 güven aralığında 279 kişiye ulaşılması hedeflenmiştir. Belirlenen 279 kişinin tamamına ulaşılmıştır (Ulaşım yüzdesi %100).

Örneklem yöntemi olarak Sistemantik Örnekleme yöntemi kullanılmıştır.

Her gün ulaşılması gereken anket formu sayısı 56 ($279/5=55,8$) olarak belirlenmiştir. Araştırmanın evreni örneklem büyüklüğüne bölünerek ($1010/279=3,62$) polikliniklere sıra numarasıyla başvuran her 4.kişi çalışmaya dahil edilmiştir. Araştırmanın başlangıcı kura çekilerek belirlenmiş ve kura

sonucu ilk gün 2. sıradaki kişi belirlenmiş (2.gün 3.sıradaki, 3.gün 1.sıradaki, 4.gün 2.sıradaki, 5.gün 4.sıradaki kişi belirlenmiştir) ve anketler uygulanmaya başlanmıştır. Yani araştırmaya 2., 6.,10., 22..... kişiler alınmıştır. Kişilerin çalışmaya katılmak istememesi durumunda bir sonraki kişi alınarak araştırmaya devam edilmiştir. Bu listeden 279 kişinin tamamına anket uygulanmıştır. Aynı yöntemle evrenden 56 kişilik (% 20) yedek liste oluşturulmuştur. Yine her gün ulaşılması gereken yedek anket sayısı 11 ($56/5=11,2$) olarak belirlenmiş, bu anketler veri girişinde eksik verisi olan anketlerin yerine kullanılmıştır.

3.5. Araştırmanın Değişkenleri

3.5.1. Bağımlı Değişkenler

- Beck Anksiyete Ölçeği Puanı
- Beck Depresyon Ölçeği Puanı
- Türkçe Konuşabilmeyi Değerlendirme Durumu
- Sağlık Düzeyini Değerlendirme Durumu
- Yaşam Boyu Şiddete Maruz Kalma Durumu
- Cinsel Şiddete Maruz Kalma Durumu

3.5.2. Bağımsız Değişkenler

- Yaş
- Medeni durum
- Çocuk sayısı
- Kaç yıldır Türkiye’de yaşama durumu
- Öğrenim durumu
- Mesleği
- Yaşadığı yer
- Kronik hastalık durumu
- Düzenli bir ilaç kullanma durumu
- Gelir getiren bir iş yapma durumu
- Eşinin gelir getiren bir iş yapma durumu
- Aylık ortalama hane geliri
- Sigara kullanma durumu
- Alkol kullanma durumu
- Madde kullanma durumu
- Yakınlarıyla haberleşme durumu
- Yaşadığı hane alanını yeterli bulma durumu
- Temizlik malzemelerine yeterli ulaştığını düşünme durumu
- Psikolojik desteğe ihtiyacı olduğunu düşünme durumu
- Türkçe konuşma yeterliliğini değerlendirme durumu
- Kendi sağlığını değerlendirme durumu

- Savaşta bir yakınıni kaybetme durumu
- Şiddete maruz kalma durumu
- Bulunduğu ülke vatandaşları tarafından kötü söz veya davranışa maruz kalma durumu

3.6. Araştırmada Kullanılan Araç- Gereç

Araştırmada veri kaynağı olarak “Kadın Sığınmacıların Ruh Sağlığı Algıları ve Öz Değerlendirmelerinin Saptanması” anket formu kullanılmıştır (EK-1 ve EK-2’de sunulmuştur). Anket 5 bölüm 71 sorudan oluşmaktadır. Birinci bölüm 12 sorudan oluşup; kişinin yaşını, medeni durumunu, mesleğini, ne kadar zamandır Türkiye’de yaşadığını, öğrenim durumunu, yaşadığı yeri, kronik hastalık varlığını, düzenli ilaç kullanma durumunu, kendisinin gelir getiren bir işte çalışma durumunu, eşinin gelir getiren bir işte çalışma durumunu ve hane gelirini içeren tanımlayıcı sorulardan oluşmaktadır.

İkinci bölüm; kişinin sigara, alkol ve madde kullanma alışkanlığını, yakınlarıyla görüşebilme durumunu, hane alanını yeterli bulma durumunu, temizlik malzemelerine erişim durumunu, psikolojik desteğe ihtiyacı olduğunu düşünme durumunu, Türkçe konuşmasını değerlendirme durumunu ve kendi sağlığını değerlendirme durumunu sorgulayan sorulardan oluşmaktadır.

Üçüncü bölüm; savaşta yakınıni kaybetme durumu, şiddete maruz kalma durumu ve bulunduğu ülke vatandaşları tarafından olumsuz bir söz/davranışa maruz kalma durumunu sorgulayan sorulardan oluşmaktadır.

Dördüncü bölümde 21 soruluk Beck's Anksiyete Ölçeği bulunmaktadır. Bireyin yaşadığı anksiyete belirtilerinin sıklığını ölçmektedir. 21 maddeden oluşan, 0-3 arası puanlanan Likert tipi bir kendini değerlendirme ölçeğidir. Toplam puanın yüksekliği kişinin yaşadığı anksiyetenin yüksekliğini gösterir. Beck ve arkadaşları (1988) tarafından geliştirilmiş olup ülkemizde geçerlilik ve güvenilirlik çalışması, Ulusoy ve arkadaşları (1998) tarafından yapılmıştır. BAÖ'den alınan puanlara göre hastaların anksiyete düzeyleri düşük (0-17 puan), orta (18-24 puan), yüksek (25 puan ve üstü) şeklinde yorumlanmıştır (130, 131).

Beşinci bölümde 21 soruluk Beck's Depresyon Ölçeği bulunmaktadır. Ölçek yirmi bir belirti kategorisini içeren bir "kendini değerlendirme" ölçeğidir. Alınacak en yüksek puan 63'tür. Beck ve ark. (1961) tarafından geliştirilmiş olup ülkemizde geçerlilik ve güvenilirlik çalışması, Hisli tarafından yapılmıştır. BDÖ'nin geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasında BDÖ'nden alınan puanlara göre depresyon düzeyleri: 0-13 puan depresyon yok; 14-19 puan düşük; 20-28 puan orta; 29-63 puan yüksek depresyon düzeyleri şeklinde yorumlanır (83). BDÖ'nden 17 puan ve üstü alan bir kişide psikiyatrik muayene ile depresyon saptanma olasılığının ortalama %90 olduğu söylenebilmektedir (83).

3.7. Araştırmanın Uygulama Şekli

Araştırma için Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi etik kurul izni, Kilis Devlet Hastanesi etik kurulu uygulama izni alınmış olup EK-3'te sunulmuştur. Araştırmada kullanılan anket formu Nisan 2016'da oluşturulduktan

sonra Mayıs 2016’da Kilis Devlet Hastanesi’nde ön uygulaması yapılmış, aksayan yönler dikkate alınarak anket formu yeniden gözden geçirilmiş, son düzenlemeler yapılmıştır.

Araştırma Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı’nda Araştırma Görevlisi olan araştırmacı tarafından 30 Mayıs - 03 Haziran 2016 tarihleri arasında Kilis Devlet Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniği’nde uygulanmıştır.

Yeminli tercüman tarafından Arapçaya çevrilmiş anket formu, poliklinik sırası bekleyen hastalara tercüman yardımıyla araştırmacı tarafından uygulanmıştır.

3.8. Araştırma Takvimi

Tablo 1. Araştırma Takvimi, Kilis, 2016.

Tarih	Araştırma Aşamaları
Aralık 2015-Şubat 2016	Literatür taraması
Mart 2016	Araştırmanın planlanması
Nisan 2016	Anket formunun oluşturulması
Mayıs 2016	Gerekli izinlerin alınması
Mayıs 2016	Ön uygulama
Haziran 2016	Uygulama
Temmuz 2016	Verilerin bilgisayara aktarılması
Ağustos-Kasım 2016	Verilerin analizi, rapor yazımının tamamlanması

3.9. Veri Giriş ve Verinin Düzenlenmesi

Araştırma verisi, Temmuz 2016’te SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) for Windows 23.0 (SPSS Inc. Chicago, IL) istatistik paket programına araştırmacı tarafından girilmiş, veri girişi tamamlandıktan sonra veri kontrolü yapılmıştır.

3.10. Veri Analizi – İstatistiksel Yöntemler

Tanımlayıcı istatistikler ortalama±standart sapma, ortanca (en küçük - en büyük), frekans dağılımı ve yüzde olarak sunulmuştur. Kategorik değişkenlerin değerlendirmesinde Pearson Ki-Kare testi uygulanmıştır. Değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu görsel (histogram ve olasılık grafikleri) ve analitik yöntemler (Kolmogorov-Smirnov) kullanılarak incelenmiştir. Normal dağılıma uymadığı saptanan değişkenler için iki bağımsız grup arasındaki istatistiksel anlamlılıklarda Mann-Whitney U Testi, üç ve daha fazla bağımsız grup arasında Kruskal Wallis Testi istatistiksel yöntem olarak kullanılmıştır. Üç ve daha fazla bağımsız grup arasında anlamlı fark saptandığında farkın kaynağını saptamaya yönelik Bonferroni Düzeltmesi uygulanmıştır. Yapılan ikili karşılaştırmalarla belirlenen farklı prediktörlerin depresyon ve anksiyete bozukluğunu öngörmedeki etkileri çok değişkenli lojistik regresyon analizi Backward modelleme yöntemi ile değerlendirilmiştir. Model uyumu değerlendirmede Hoshmer-Lemeshow testi kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p<0.05$ olarak kabul edilmiştir.

3.11. Araştırmanın Kısıtlılıkları

Kadın hastalıkları ve doğum polikliniklerinde bulunan kısıtlı tercüman sayısı ve göçmen polikliniğine yoğun başvuru yapılması, Suriyeli göçmenlerin anket formunu doldurduğunda özel bilgilerinin resmi yetkililerce kendisine karşı kullanılacağını, olumsuz durumlara maruz kalacağını düşünmeleri, formu doldurmaları karşılığında beklenti içerisine girmeleri çalışmanın hedef kitlesine ulaşım bakımından araştırmanın önemli kısıtlılıklarından birini oluşturmuştur.

Katılımcıların demografik ve sosyokültürel yapısı nedeniyle özellikle sigara, alkol ve madde kullanımı, eşleri, hastalık özgeçmişleri, cinsel hayatları ile ilgili sorularda alınan cevaplarda kısıtlılık olduğu düşünülmüştür.

Anket formundaki sorulara sadece kendi ifadelerine dayalı bilgilerin alınması ise çalışmanın başka bir kısıtlılığını oluşturmaktadır.

4. BULGULAR

Tablo 2.1. Araştırmaya Katılan Bireylerin Bazı Tanımlayıcı Özelliklerinin Dağılımı, Kilis, 2016

	Sayı	(%)*
Yaş Grupları (n=279)		
18-29	131	47,0
30-39	98	35,0
40-49	37	13,3
50 ve üzeri	13	4,7
Medeni Durum (n=279)		
Evli	190	68,1
Bekâr	66	23,7
Dul	23	8,2
Çocuk Sayısı Durumu (n=242)		
0	65	26,9
1	22	9,1
2	36	14,9
3	38	15,7
4	40	16,5
5 ve üzeri	31	16,9
Türkiye’de Yaşama Durumu (n=271)		
<1 yıl	21	7,7
≥1 yıl, <2 yıl	57	21,0
≥2 yıl, <3 yıl	103	38,0
≥3 yıl, <4 yıl	90	33,2
≥4 yıl	0	0,0
Öğrenim Durumu (n=275)		
Okuryazar Değil	19	6,9
Sadece Okuryazar	55	20,0
İlkokul Mezunu	42	15,3
Ortaokul Mezunu	59	21,5
Lise Mezunu	43	15,6
Yüksekokul-Üniversite Mezunu	57	20,7
Mesleki Durum (n=275)		
Öğrenci	59	21,5
Ev Hanımı	124	45,1
İşsiz	9	3,3
İşçi	7	2,5
Memur	49	17,8
Emekli	8	2,9
Serbest Meslek	14	5,1
Diğer	5	1,8

*:Kolon yüzdesi **:Mühendis, mimar, doktor, aşçı vb. diğer meslek mensupları

Tablo 2.2. Araştırmaya Katılan Bireylerin Bazı Tanımlayıcı Özelliklerinin Dağılımı, Kilis, 2016

	Sayı	(%)*
Yaşanılan Yer Durumu (n=275)		
Sığınmacı Kampı	124	45,1
Kamp Dışında Kira	62	22,5
Kamp Dışında Akrabaları İle Birlikte	10	3,6
Kamp Dışında Kendi Evi	79	28,7
Hekim Tarafından Tanısı Koyulmuş Kronik Hastalık Durumu (n=274)		
Yok	223	81,4
Var	51	18,6
Çalışma Durumu (n=275)		
Çalışmıyor	194	70,5
Çalışıyor	81	29,5
Eşin Çalışma Durumu (n=204)		
Çalışmıyor	124	60,8
Çalışıyor	80	39,2
Hane Aylık Gelir Durumu (n=212)		
250 TL'den az	46	21,7
251-500 TL	79	37,3
501-750 TL	45	21,2
751-1000 TL	19	9,0
1001-1500 TL	13	6,1
1501-2000 TL	0	0,0
2001-3000 TL	4	1,9
3001 TL ve üzeri	6	2,8

*:Kolon yüzdesi **:Mühendis, mimar, doktor, aşçı vb. diğer meslek mensupları

Tablo 2.1 ve 2.2'de araştırmaya katılan bireylerin bazı tanımlayıcı özelliklerinin dağılımı sunulmuştur.

Araştırmaya katılan 279 kişinin yaş ortalaması $30,99 \pm 9,61$ olup yaş ortancası 30 (minimum 18; maksimum 72) olarak bulunmuştur. Yaş gruplarına göre baktığımızda ise %47'si 18-29, %35'i 30-39, %13,3'ü 40-49 yaş aralığında, %4,7'si 50 yaş ve üzerindedir. Medeni duruma göre katılımcıların %68,1'i evli, %23,7' si bekar ve %8,2' si duldur.

Çocuğu olmayan 65 kişi (%26,9), 1 çocuğu olan 22 kişi (%9,1), 2 çocuğu olan 36 kişi (%14,9), 3 çocuğu olan 38 kişi (%15,7), 4 çocuğu olan 40 kişi (%16,5), 5 ve üzerinde çocuğu olan 31 kişi (%16,9) bulunmaktadır. Çocuk sayısı ortancası 2 (minimum 0; maksimum 6) 'dir.

Türkiye'de yaşama süresi 1 yıldan az olanlar 21 kişi (%7,7), 1 yıl ile 2 yıl arasında olanlar 57 kişi (%21,0), 2 yıl ile 3 yıl arasında olanlar 103 kişi (%38,0), 3 yıl ile 4 yıl arasında olanlar 90 kişi (%33,2) 'dir. Türkiye'de yaşama süresi ortalama 33,23 ay $\pm$ 11,34 ay 'dır.

Okur yazar olmayanlar %6,9, sadece okur yazar olanlar %20,0, ilkokul mezunu olanlar %15,3, ortaokul mezunu olanlar %21,5, lise mezunu olanlar %15,6 ve yüksekokul – üniversite mezunu olanlar %20,7 olarak bulunmuştur.

Katılımcıların Türkiye'ye gelmeden önceki mesleki durumlarına baktığımızda %21,5 öğrenci, %45,1 ev hanımı, %3,3 işsiz, %2,5 işçi, %17,8 memur, %2,9 emekli, %5,1 serbest meslek ve %1,8 diğer yanıtları alınmıştır.

Katılımcıların %45,1'i sığınmacı kampında, %22,5'i kamp dışında kirada, %3,6'sı kamp dışında akrabaları ile birlikte ve %28,7'si kamp dışında kendi evinde yaşamaktadır.

Hekim tarafından tanısı koyulmuş herhangi bir kronik hastalık sahibi olan 51 kişi (%18,6), olmayan 223 kişi (%81,4) bulunmaktadır. Gelir getiren bir işte çalışan 81 kişi (%29,5), çalışmayan 194 kişi (%70,5) bulunmaktadır. Eşi çalışan katılımcıların oranı %39,2, çalışmayanların ise %60,8'dir.

Katılımcıların %21,7'si hane aylık gelirini 250 TL'den az, %37,3'ü 251 – 500 TL, %21,2'si 501 – 750 TL, %9,0'u 751 – 1000 TL, %6,1'i 1001 – 1500 TL, %1,9'u 2001 – 3000 TL ve %2,8'i 3001 TL ve üzeri olarak cevaplandırmışlardır.

Tablo 3. Araştırmaya Katılan Bireylerin Bazı Tanımlayıcı Özelliklerinin Dağılımı, Kilis, 2016

	Sayı	(%)*
Sigara Kullanma Durumu (n=278)		
Kullanmıyor	245	88,1
Kullanıyor	33	11,9
Alkol Kullanma Durumu (n=278)		
Kullanmıyor	262	94,2
Kullanıyor	16	5,8
Madde Kullanma Durumu (n=268)		
Hiç Kullanmadı	221	82,5
Son 1 Ayda Kullandı	17	6,3
Son 1 Yılda Kullandı	23	8,6
Halen Kullanıyor	7	2,6
Tekrarlayıcı Fiziksel Yakınma Durumu (n=267)		
Yok	146	54,7
Var	121	45,3
Psikolojik Desteğe İhtiyaç Olduğunu Düşünme Durumu (n=279)		
Yok	141	50,5
Var	138	49,5

*:Kolon yüzdesi

Tablo 3'te araştırmaya katılan bireylerin bazı tanımlayıcı özelliklerinin dağılımı sunulmuştur.

Katılımcıların %88,1'i sigara kullanmamakta, %11,9'u ise sigara kullanmaktadır. %94,2 'si alkol kullanmamakta, %5,8'i alkol kullanmaktadır. Uyuşturucu/uyarıcı

madde kullanımına baktığımızda katılımcıların %82,5'i hiç kullanmadım, %6,3'ü son 1 ayda kullandım, %8,6'sı son 1 yılda kullandım ve %2,6'sı halen kullanıyorum cevabını vermiştir.

Araştırmaya katılan katılımcıların %54,7'si tekrarlayıcı fiziksel yakınmalarının olmadığını, %45,3'ü ise olduğunu belirtmişlerdir. Kendisinin veya yakın çevresindekilerin psikolojik desteğe ihtiyacı olduğunu düşünen 138 kişi (%49,5), düşünmeyen 141 kişi (%50,5) bulunmuştur.

Tablo 4. Araştırmaya Katılan Bireylerin Bazı Tanımlayıcı Özelliklerinin Dağılımı, Kilis, 2016

	Sayı	(%)*
Ülkesindeki Yakınları İle Çeşitli Yollarla Görüşme Durumu (n=276)		
Hayır	11	4,0
Evet	265	96,0
Görüşme Sıklığı Durumu (n=265)		
Günde 1 ve üzeri	135	50,9
Haftada 1 ve üzeri	65	24,2
Ayda 1 ve üzeri	26	9,8
Nadiren	40	15,1
Yaşadığı Hane Alanını Yeterli Bulma Durumu (n=276)		
Hayır	169	61,2
Evet	107	38,8
Temizlik Malzemelerine Ulaşımı Yeterli Bulma Durumu (n=278)		
Hayır	194	69,8
Evet	84	30,2
Türkçe Konuşma Yeterliliğini Değerlendirme Durumu (n=277)		
Çok kötü	80	28,9
Kötü	63	22,7
Orta	91	32,9
İyi	36	13,0
Çok iyi	7	2,5
Sağlık Durumunu Değerlendirme Durumu (n=278)		
Çok Kötü	38	13,7
Kötü	47	16,9
Orta	93	33,5
İyi	75	27,0
Çok İyi	25	9,0

*:Kolon yüzdesi

Tablo 4’te araştırmaya katılan bireylerin bazı tanımlayıcı özelliklerinin dağılımı sunulmuştur.

Ülkesinde bulunan yakınları ile telefon, internet, mektup vb yollar ile görüşme durumuna baktığımızda %96,0 oranında evet cevabı alınmıştır. Görüşme sıklıkları incelendiğinde ise %50,9 günde en az 1 kere, %24,2 haftada en az bir kere, %9,8 ayda en az bir kere ve %15,1 nadiren olarak bulunmuştur.

Katılımcıların %61,2’si yaşadığı hane alanını yeterli bulmamaktadır. Temizlik malzemelerine ulaşımı yeterli bulmayanlar ise %69,8 oranındadır.

Katılımcıların Türkçe konuşmalarının yeterliliğini değerlendirmeleri istendiğinde ise %28,9 çok kötü, %22,7 kötü, %32,9 orta, %13,0 iyi ve %2,5 çok iyi şeklinde cevaplandırılmıştır. Kendi sağlık durumlarını değerlendirilmeleri istendiğinde cevaplar %13,7 çok kötü, %16,9 kötü, %33,5 orta, %27,0 iyi ve %9,0 çok iyi olarak dağılmıştır.

Tablo 5. Araştırmaya Katılan Bireylerin Bazı Tanımlayıcı Özelliklerinin Dağılımı, Kilis, 2016

	Sayı	(%)*
Savaşta Yakınını Kaybetme Durumu (n=278)		
Hayır	74	26,6
Evet	204	73,4
Yakınlık Derecesi Durumu (n=283)#		
Anne/Baba	74	26,2
Çocuk	18	6,4
Eş	29	10,2
Kardeş	36	12,7
Akraba	76	26,8
Arkadaş	33	11,7
Diğer**	17	6,0
Şiddete Maruz Kalma Durumu (n=278)		
Hayır	127	45,7
Evet	151	54,3
Şiddet Türü Durumu (n=168)#		
Fiziksel	62	37,0
Sözel	34	20,2
Ekonomik	35	20,8
Duygusal	23	13,7
Diğer	14	8,3
Cinsel Şiddete Maruz Kalma Durumu (n=275)		
Hayır	248	90,2
Evet	27	9,8
T.C. Vatandaşları Tarafından Kötü Davranış/Söze Maruz Kalma Durumu (n=279)		
Hayır	174	62,4
Evet	105	37,6

*:Kolon yüzdesi #: Birden fazla cevap verilmiştir, yüzdeler cevap veren kişi sayısı üzerinden hesaplanmıştır **:Komşu, tanıdık vb. diğer kişiler

Tablo 5’te araştırmaya katılan bireylerin bazı tanımlayıcı özelliklerinin dağılımı sunulmuştur.

Araştırmaya katılan katılımcıların %73,4’ü savaşta herhangi bir yakınını kaybettiğini belirtmiştir. Savaşta yakınını kaybeden katılımcılar incelendiğinde %26,2’si anne ya da babasını, %6,4’ü çocuğunu, %10,2’si eşini, %12,7’si kardeşini, %26,8’i akrabasını, %11,7’si arkadaşını ve %6,0’ı diğerk yakınını kaybettiğini ifade etmişlerdir.

Katılımcıların %54,3’ü yaşamı boyunca en az bir kez şiddete maruz kaldığını belirtmiştir. şiddete maruz kalan katılımcılar incelendiğinde ise bu şiddetin %37,0’ı fiziksel, %20,2’si sözel, %20,8’i ekonomik, %13,7’si duygusal ve %8,3’ü diğerk şiddet olarak bulunmuştur. Cinsel şiddete maruz kaldığını ifade edenlerin sıklığı %9,8 olarak bulunmuştur.

Katılımcılardan 105 kişi (%37,6) T.C. vatandaşları tarafından kötü söz ya da davranışa maruz kaldığını ifade etmiştir.

Tablo 6.Katılımcıların Bazı Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Türkçe Konuşma Düzeyini Değerlendirme Durumu, Kilis, 2016.

	Türkçe Konuşma Düzeyi Durumu			
	Orta Düzeyin Altında		Orta Düzey ve Üzerinde	
	Sayı	(%)*	Sayı	(%)*
Medeni Durum (n=279)				
Evli	107	56,3	83	43,7
Bekar	25	37,9	41	62,1
Dul/Boşanmış	11	47,8	12	52,2
	$\chi^2=6,782$	p=0,034		
Türkiye’de Yaşama Durumu(n=271)				
1 yıldan az	19	90,5	2	9,5
1 ile 2 yıl arası	39	68,4	18	31,6
2 ile 3 yıl arası	36	35,0	67	65,0
3 yıl ve üzeri	42	46,7	48	53,3
	$\chi^2=31,226$	p<0,001		
Öğrenim Durumu(n=275)				
Okur yazar değil	15	78,9	4	21,1
Okur yazar	39	70,9	16	29,1
İlkokul mezunu	27	64,3	15	35,7
Ortaokul mezunu	32	54,2	27	45,8
Lise mezunu	21	48,8	22	51,2
Üniversite-Yüksekokul mezunu	7	12,3	50	87,7
	$\chi^2=52,156$	p<0,001		
Yaşadığı Yer Durumu (n=275)				
Sığınmacı kampı içinde	71	57,3	53	42,7
Kamp dışında kendi evinde	21	26,6	58	73,4
Kamp dışında akrabalarının yanında	7	70,0	3	30,0
Kamp dışında kirada	40	64,5	22	35,5
	$\chi^2=26,738$	p<0,001		
Sağlığını Değerlendirme Durumu (n=279)				
Orta Düzeyin Altında	71	83,5	14	16,5
Orta Düzey ve Üzerinde	72	37,1	122	62,9
	$\chi^2=50,967$	p<0,001		

*:Satır Yüzdesi

Tablo 6’da araştırmaya katılan katılımcıların bazı tanımlayıcı özelliklerine göre Türkçe konuşabilmelerini değerlendirme durumları sunulmuştur.

Katılımcıların medeni durumlarına göre Türkçe konuşma düzeyleri; evlilerde %43,7, bekarlarda %62,1 ve boşanmış/dul olanlarda %52,2 orta düzey ve üzerinde yeterlilikte konuştuklarını belirtmişlerdir. Bekar olanların evlilere ve dul/boşanmışlara göre daha yüksek oranda Türkçe konuşma yeterliliği düzeyine sahip olduğu saptanmıştır. Bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,034$).

Türkiye’de yaşama sürelerine göre; 1 yıldan az yaşayanlarda %9,5, 1 ile 2 yıl arasında yaşayanlarda %31,6, 2 ile 3 yıl arasında yaşayanlarda %65,0 ve 3 yıl ve üzerinde yaşayanlarda %53,3 oranında Türkçeyi orta düzey ve üzerinde konuştuğu görölmüştür. 1 yıldan az bir süredir Türkiye’de yaşayanlarda diğer gruplara göre Türkçe konuşma yeterliliği daha az bulunmuştur ve bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,001$).

Öğrenim durumuna göre; okuryazar olmayanların %21,1’i, okuryazar olanların %29,1’i, ilkokul mezunlarının %35,7’si, ortaokul mezunlarının %45,8’i, lise mezunlarının %51,2’si ve yüksekokul-üniversite mezunlarının %87,7’si Türkçe konuşma yeterliliğini orta düzey ve üzerinde olarak belirtmişlerdir. Eğitim düzeyi arttıkça Türkçe konuşma yeterlilik düzeyinin arttığı görölmektedir. Bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,001$).

Katılımcıların yaşadığı yer durumuna göre; sığınmacı kampında yaşayanların %42,7’si, kamp dışında kendi evinde yaşayanların %73,4’ü, kamp dışında

akrabalarının yanında yaşayanların %30'u ve kamp dışında kirada yaşayanların %35,5'i orta düzey ve üzerinde Türkçe konuştuklarını ifade etmişlerdir. Kendi evinde yaşayanların Türkçe konuşma yeterlilik düzeyi diğer gruplardan daha fazla olarak bulunmuştur. Bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,001$).

Katılımcıların sağlığını değerlendirme durumuna göre; sağlığını orta düzeyin altında değerlendirenlerin %16,5'i, orta düzey ve üzerinde değerlendirenlerin %62,9'u Türkçe konuşma yeterliliklerini orta düzey ve üzerinde olarak ifade etmişlerdir. Sağlık durumunu orta ve üzerindeki düzeylerde olduğunu belirtenlerin Türkçe konuşma yeterlilik düzeyinin daha fazla olduğu tespit edilmiştir. Bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,001$).

Tablo 7. Katılımcıların Bazı Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Sağlık Düzeyini Değerlendirme Durumu, Kilis, 2016.

	Sağlık Düzeyi Durumu			
	Orta Düzeyin Altında		Orta Düzey ve Üzerinde	
	Sayı	(%)*	Sayı	(%)*
Kronik Hastalık Varlığı Durumu (n=274)				
Yok	53	23,8	170	76,2
Var	31	60,8	20	39,2
	$\chi^2=26,755$		$p<0,001$	
Türkiye’de Yaşama Durumu(n=271)				
1 yıldan az	6	28,6	15	71,4
1 ile 2 yıl arası	30	52,6	27	47,4
2 ile 3 yıl arası	25	24,3	78	75,7
3 yıl ve üzeri	20	22,2	70	77,8
	$\chi^2=18,161$		$p<0,001$	
Öğrenim Durumu(n=275)				
Okur yazar değil	14	73,7	5	26,3
Okur yazar	30	54,5	25	45,5
İlkokul mezunu	16	38,1	26	61,9
Ortaokul mezunu	8	13,6	51	86,4
Lise mezunu	11	25,6	32	74,4
Üniversite-Yüksekokul mezunu	6	10,5	51	89,5
	$\chi^2=51,660$		$p<0,001$	
Alkol Kullanma Durumu (n=278)				
Kullanmıyor	74	28,2	188	71,8
Kullanıyor	11	68,8	5	31,3
	$\chi^2=11,655$		$p<0,001$	
Yaşadığı Hane Alanını Yeterli Bulma Durumu (n=276)				
Bulmuyor	73	43,2	96	56,8
Buluyor	12	11,2	95	88,8
	$\chi^2=31,441$		$p<0,001$	
Yeterli Temizlik Malzemesine Ulaşma Durumu (n=278)				
Ulaşmıyor	66	34,0	128	66,0
Ulaşıyor	18	21,4	66	78,6
	$\chi^2=4,408$		$p=0,036$	

*:Satır Yüzdesi

Tablo 7’de araştırmaya katılan katılımcıların bazı tanımlayıcı özelliklerine göre sağlık düzeyini değerlendirme durumları sunulmuştur.

Kronik hastalık varlığı durumuna göre; kronik hastalığı olmayanların %76,2'si, kronik hastalığı olanların %39,2'si sağlık düzeyini orta ve üzerinde olarak belirtmişlerdir. Bu fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($p<0,001$).

Türkiye'de yaşama sürelerine göre; 1 yıldan az yaşayanlarda %71,4, 1 ile 2 yıl arasında yaşayanlarda %47,4, 2 ile 3 yıl arasında yaşayanlarda %75,7 ve 3 yıl ve üzerinde yaşayanlarda %77,8 oranında sağlık düzeylerinin orta düzey ve üzerinde olduğu görülmüştür. 1 ile 2 yıl arasında bir süredir Türkiye'de yaşayanlarda diğer gruplara göre sağlık düzeyi daha az bulunmuştur ve bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,001$).

Öğrenim durumuna göre; okuryazar olmayanların %26,3'ü, okuryazar olanların %45,5'i, ilkokul mezunlarının %61,9'u, ortaokul mezunlarının %86,4'ü, lise mezunlarının %74,4'ü ve yüksekokul-üniversite mezunlarının %89,5'i sağlık düzeylerini orta düzey ve üzerinde olarak belirtmişlerdir. Okuryazar olmayanlar, sadece okuryazar olanlar ve ilkokul mezunlarının sağlık düzeyleri diğer gruplardan daha düşük olarak bulunmuştur. Bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,001$).

Alkol kullanma durumuna göre; alkol kullanmayanların %71,8'i ve kullananların %31,3'ü sağlık düzeylerini orta düzey ve üzerinde olarak belirtmişlerdir. Bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,001$).

Yaşadığı hane alanını yeterli bulma durumuna göre; bulmayanların %56,8'si ve bulanların %88,8'i sağlık düzeylerini orta düzey ve üzerinde olarak belirtmişlerdir. Bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,001$).

Temizlik malzemelerine ulaşımı yeterli bulma durumuna göre; yeterli düzeyde ulaşamayanların %66'sı ve ulaşanların %78,6'sı sağlık düzeylerini orta düzey ve üzerinde olarak belirtmişlerdir. Bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p=0,036).

Tablo 8. Katılımcıların Bazı Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Yaşam Boyu Şiddete Maruz Kalma Durumu, Kilis, 2016.

	Şiddete Maruz Kalma Durumu			
	Kalmamış		Kalmış	
	Sayı	(%)*	Sayı	(%)*
Psikolojik Desteğe İhtiyacı Olduğunu Düşünme Durumu (n=278)				
Düşünmüyor	50	35,5	91	64,5
Düşünüyor	77	56,2	60	43,8
	$\chi^2=12,049$		$p<0,001$	
Madde Kullanma Durumu(n=268)				
Hiç Kullanmamış	116	52,5	105	47,5
Halen Kullanıyor	1	14,3	6	85,7
Son 1 Ayda Kullanmış	3	17,6	14	82,4
Son 1 Yılda Kullanmış	2	8,7	21	91,3
	$\chi^2=24,983$		$p<0,001$	
Yaşadığı Yer Durumu (n=274)				
Sığınmacı kampı içinde	49	39,5	75	60,5
Kamp dışında kendi evinde	49	62,0	30	38,0
Kamp dışında akrabalarının yanında	8	80,0	2	20,0
Kamp dışında kirada	20	32,8	41	67,2
	$\chi^2=19,208$		$p<0,001$	
Sigara Kullanma Durumu (n=277)				
Kullanmıyor	117	47,8	128	52,2
Kullanıyor	9	28,1	23	71,9
	$\chi^2=4,398$		$p=0,036$	
Sağlığını Değerlendirme Durumu (n=278)				
Orta Düzeyin Altında	17	20,0	68	80,0
Orta Düzey ve Üzerinde	110	57,0	83	43,0
	$\chi^2=32,548$		$p<0,001$	

*:Satır Yüzdesi

Tablo 8’de araştırmaya katılan katılımcıların bazı tanımlayıcı özelliklerine göre yaşam boyu şiddete maruz kalma durumları sunulmuştur.

Kendisinin veya yakınlarının psikolojik desteğe ihtiyaçı olduğunu düşünme durumuna göre; düşünmeyenlerin %64,5’i ve düşünenlerin %43,8’i yaşam boyu şiddete maruz kaldıklarını ifade etmişlerdir. Bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,001$).

Uyuşturucu veya uyarıcı madde kullanma durumuna göre; hiç kullanmamış olanların %47,5’i, halen kullananların %85,7’si, son 1 ayda kullananların %82,4’ü ve son 1 yılda kullananların %91,3’ü yaşam boyu şiddete maruz kaldıklarını ifade etmişlerdir. Daha önce bağımlılık yapıcı madde kullanmayanların diğer gruplara göre yaşam boyu şiddete maruz kalma açısından daha düşük sıklıkta oldukları saptanmıştır. Bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,001$).

Katılımcıların yaşadığı yer durumuna göre; sığınmacı kampında yaşayanların %60,5’i, kamp dışında kendi evinde yaşayanların %38,0’ı, kamp dışında akrabalarının yanında yaşayanların %20,0’ı ve kamp dışında kirada yaşayanların %67,2’si yaşam boyu şiddete maruz kaldıklarını ifade etmişlerdir. Kirada yaşayanlar ve sığınmacı kampında yaşayanlarda yaşam boyu şiddete maruz kalma sıklığı diğer gruplardan fazla bulunmuştur. Bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,001$).

Sigara kullanma durumuna göre; kullanmayanların %52,2’si ve kullananların %71,9’u yaşam boyu şiddete maruz kaldıklarını ifade etmişlerdir. Bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,036$).

Sağlık düzeyini değerlendirme durumuna göre; kendi sağlığını orta düzeyin altında olarak ifade edenlerin %80,0'ı, orta düzey ve üzerinde ifade edenlerin %43,0'ı yaşam boyu şiddete maruz kaldıklarını ifade etmişlerdir. Bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,001$).

Tablo 9. Katılımcıların Bazı Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Yaşam Boyu Cinsel Şiddete Maruz Kalma Durumu, Kilis, 2016.

	Cinsel Şiddete Maruz Kalma Durumu			
	Kalmamış		Kalmış	
	Sayı	(%)*	Sayı	(%)*
Madde Kullanma Durumu(n=264)				
Hiç Kullanmamış	202	93,1	15	6,9
Halen Kullanıyor	5	71,4	2	28,6
Son 1 Ayda Kullanmış	12	70,6	5	29,4
Son 1 Yılda Kullanmış	18	78,3	5	21,7
	$\chi^2=15,297$		$p=0,002$	
Sağlığını Değerlendirme Durumu (n=275)				
Orta Düzeyin Altında	72	84,7	13	15,3
Orta Düzey ve Üzerinde	176	92,6	14	7,4
	$\chi^2=4,166$		$p=0,041$	

*:Satr Yüzdesi

Tablo 9'da araştırmaya katılan katılımcıların bazı tanımlayıcı özelliklerine göre yaşam boyu cinsel şiddete maruz kalma durumları sunulmuştur.

Uyuşturucu veya uyarıcı madde kullanma durumuna göre; hiç kullanmamış olanların %6,9'u, halen kullananların %28,6'sı, son 1 ayda kullananların %29,4'ü ve son 1 yılda kullananların %21,7'si yaşam boyu cinsel şiddete maruz kaldıklarını ifade etmişlerdir. Daha önce bağımlılık yapıcı madde kullanmayanların diğer gruplara göre yaşam boyu cinsel şiddete maruz kalma

açısından daha düşük sıklıkta oldukları saptanmıştır. Bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,001$).

Sağlık düzeyini değerlendirme durumuna göre; kendi sağlığını orta düzeyin altında olarak ifade edenlerin %15,3'ü, orta düzey ve üzerinde ifade edenlerin %7,4'ü yaşam boyu cinsel şiddete maruz kaldıklarını ifade etmişlerdir. Bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,001$).

Tablo 10. Araştırmaya Katılan Bireylerin Depresyon ve Anksiyete Skorlarının Dağılımı, Kilis, 2016.

	Sayı	(%)*
Depresyon Şiddetinin Durumu (n=277)		
Yok	157	56,6
Hafif	37	13,4
Orta	33	11,9
Şiddetli	50	18,1
Anksiyete Şiddetinin Durumu (n=277)		
Hafif	183	66,1
Orta	27	9,7
Şiddetli	67	24,2

*:Kolon yüzdesi

Tablo 10'da araştırmaya katılan bireylerin depresyon ve anksiyete skoru durumlarının dağılımı sunulmuştur.

Araştırmaya katılan bireyleri depresyon şiddetlerinin durumuna göre incelediğimizde; katılımcıların %56,6'sında depresyon bulunmamaktadır, %13,4'ünde hafif şiddette, %11,9'unda orta şiddette, %18,1'inde şiddetli seviyede

depresyon bulunmaktadır. Anksiyete şiddetinin durumuna göre incelendiğinde ise; katılımcıların %66,1’inde hafif şiddette, %9,7’sinde orta şiddette ve %24,2’sinde şiddetli seviyede anksiyete varlığı belirlenmiştir.

Tablo 11. Katılımcıların Bazı Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Depresyon Olma Durumu, Kilis, 2016.

	Depresyon Olma Durumu			
	Yok		Var	
	Sayı	(%)*	Sayı	(%)*
Yaş (n=277)				
18-29 yaş	72	55,4	58	44,6
30-39 yaş	63	64,3	35	35,7
40-49 yaş	18	50,0	18	50,0
50 ve üzeri yaş	4	30,8	9	69,2
	$\chi^2=6,606$		p=0,086	
Medeni Durum (n=277)				
Evli	103	54,8	85	45,2
Bekar	48	72,7	18	27,3
Dul/Boşanmış	6	26,1	17	73,9
	$\chi^2=15,963$		p<0,001	
Çocuk Sayısı(n=241)				
<3	64	52,0	59	48,0
3 ve üzeri	64	54,2	54	45,8
	$\chi^2=0,118$		p=0,732	
Türkiye’de Yaşama Durumu(n=269)				
1 yıldan az	10	47,6	11	52,4
1 ile 2 yıl arası	27	48,2	29	51,8
2 ile 3 yıl arası	68	66,7	34	33,3
3 yıl ve üzeri	48	53,3	42	46,7
	$\chi^2=6,894$		p=0,075	

*:Satır Yüzdesi

Tablo 11’de katılımcıların bazı tanımlayıcı özelliklerine göre depresyon varlığı durumunun incelenmesi verilmiştir.

Araştırmaya katılan katılımcıların yaş gruplarına göre; 18-29 yaş aralığında %44,6'sında, 30-39 yaş aralığında %35,7'sinde, 40-49 yaş aralığında %50,0'ında, 50 yaş ve üzerinde %69,2'sinde depresyon varlığı bulunmuştur. İstatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. Evli olanların %45,2'sinde, bekarların %27,3'ünde, boşanmış/dul olanların %73,9'unda depresyon olduğu saptanmıştır. Boşanmış/dul olanlarda depresyon varlığı fazla ve istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,001$). Çocuk sayısı 3 ve üzerinde olanlarda %45,8, 3'ün altında olanlarda %48,0 sıklığında depresyon varlığı bulunmuştur. İstatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır.

Türkiye'de yaşama süresine göre depresyon varlığına bakıldığında; 1 yıldan daha az süre yaşayanlarda depresyon varlığı %52,4, 1 ile 2 yıl arasında yaşayanlarda %51,8, 2 ile 3 yıl arasında yaşayanlarda %33,3, 3 yıl ve üzerinde yaşayanlarda ise %46,7 olarak bulunmuştur. İstatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. İkili karşılaştırmalar değerlendirildiğinde ise 1 ile 2 yıl arasında Türkiye'de yaşayanlarda 2 ile 3 yıl arasında yaşayanlara göre depresyon varlığı istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksek bulunmuştur ($p=0,023$).

Tablo 12. Katılımcıların Bazı Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Anksiyete Olma Durumu, Kilis, 2016.

	Anksiyete Olma Durumu			
	Yok		Var	
	Sayı	(%)*	Sayı	(%)*
Yaş (n=277)				
18-29 yaş	93	71,0	38	29,0
30-39 yaş	69	70,4	29	29,6
40-49 yaş	16	44,4	20	55,6
50 ve üzeri yaş	5	41,7	7	58,3
	$\chi^2=12,936$		$p=0,005$	
Medeni Durum (n=277)				
Evli	122	64,6	67	35,4
Bekar	48	72,7	18	27,3
Dul/Boşanmış	13	59,1	9	40,9
	$\chi^2=1,997$		$p=0,372$	
Çocuk Sayısı(n=241)				
<3	87	70,7	36	29,3
3 ve üzeri	65	54,6	54	45,4
	$\chi^2=6,720$		$p=0,010$	
Türkiye’de Yaşama Durumu(n=269)				
1 yıldan az	19	90,5	2	9,5
1 ile 2 yıl arası	30	52,6	27	47,4
2 ile 3 yıl arası	76	75,2	25	24,8
3 yıl ve üzeri	53	58,9	37	41,1
	$\chi^2=16,059$		$p=0,001$	

*:Satır Yüzdesi

Tablo 12’de katılımcıların bazı tanımlayıcı özelliklerine göre anksiyete varlığı durumunun dağılımı sunulmuştur.

Araştırmaya katılan katılımcıların yaş gruplarına göre; 18-29 yaş aralığında %29,0’ında, 30-39 yaş aralığında %29,6’sında, 40-49 yaş aralığında %55,6’sında, 50 yaş ve üzerinde %58,3’ünde anksiyete varlığı bulunmuştur. Yaş gruplarına göre istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p=0,005$). 40-49 yaş ile 50 yaş

ve üzeri gruplarda diğer yaş gruplarına göre anksiyete varlığı daha fazla görülmüştür. Medeni duruma göre; evlilerin %35,4'ünde, bekarların %27,3'ünde, dul/boşanmışların %40,9'unda anksiyete varlığı saptanmıştır. İstatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. Çocuk sayısına göre anksiyete varlığı; 3 ve üzeri çocuk sahibi olanlarda %45,4, 3'ün altında çocuk sahibi olanlarda %29,3 olarak bulunmuştur. Aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,010$).

Türkiye'de yaşama süresine göre anksiyete varlığına bakıldığında; 1 yıldan daha az süre yaşayanlarda %9,5, 1 ile 2 yıl arasında yaşayanlarda %47,4, 2 ile 3 yıl arasında yaşayanlarda %24,8, 3 yıl ve üzerinde yaşayanlarda ise %41,1 olarak bulunmuştur. Bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,001$). İkili karşılaştırma sonuçları da değerlendirildiğinde Türkiye'de 1 yıldan az yaşayanlar ile 2 ila 3 yıl arasında yaşayanlarda anksiyete varlığı diğer gruplara göre daha az olarak bulunmuştur.

Tablo 13. Katılımcıların Bazı Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Depresyon Olma Durumu, Kilis, 2016.

	Depresyon Olma Durumu			
	Yok		Var	
	Sayı	(%)*	Sayı	(%)*
Öğrenim Durumu (n=273)				
Okur yazar değil	10	55,6	8	44,4
Okur yazar	36	65,5	19	34,5
İlkokul mezunu	26	61,9	16	38,1
Ortaokul mezunu	29	49,2	30	50,8
Lise mezunu	7	16,7	35	83,3
Üniversite-Yüksekokul mezunu	46	80,7	11	19,3
$\chi^2=44,273$	$p<0,001$			
Türkiye'ye Gelmeden Önceki Mesleki Durum (n=404)				
Öğrenci	42	71,2	17	28,8
Ev Hanımı	69	56,6	53	43,4
İşsiz	3	33,3	6	66,7
İşçi	2	28,6	5	71,4
Memur	25	51,0	24	49,0
Emekli	6	75,0	2	25,0
Serbest Meslek	4	28,6	10	71,4
Diğer**	3	60,0	2	40,0
$\chi^2=20,618$	$p=0,004$			
Yaşadığı Yer Durumu (n=404)				
Sığınmacı kampı içinde	61	49,6	62	50,4
Kamp dışında kendi evinde	50	64,1	28	35,9
Kamp dışında akrabalarının yanında	9	90,0	1	10,0
Kamp dışında kirada	36	58,1	26	41,9
$\chi^2=11,938$	$p=0,008$			
Tanı Almış Kronik Hastalık Durumu(n=404)				
Yok	141	63,5	81	36,5
Var	15	29,4	36	70,6
$\chi^2=19,694$	$p<0,001$			

*:Satır Yüzdesi **:Mühendis, mimar, doktor, aşçı vb. diğer meslek mensupları

Tablo 13'te katılımcıların bazı tanımlayıcı özelliklerine göre depresyon varlığı durumunun dağılımı sunulmuştur.

Araştırmaya katılan katılımcıların öğrenim durumuna göre depresyon varlığı; okuryazar olmayanlarda %44,4, okuryazarlarda %34,5, ilkokul mezunlarında %38,1, ortaokul mezunlarında %50,8, lise mezunlarında %83,3, üniversite-yüksekokul mezunlarında %19,3 olarak bulunmuştur. Bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,001$). İkili karşılaştırmalar da değerlendirildiğinde depresyon varlığı lise mezunu olanlarda daha fazla, üniversite-yüksekokul mezunu olanlarda daha az bulunmuştur.

Türkiye'ye gelmeden önceki mesleki duruma göre depresyon varlığı; öğrencilerde %28,8, ev hanımlarında %43,4, işsizlerde %66,7, işçilerde %71,4, memurlarda %49,0, emeklilerde %25,0, serbest meslek sahiplerinde %71,4 ve diğer meslek gruplarında %40,0 olarak bulunmuştur. Bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,004$). İkili karşılaştırmalar da değerlendirildiğinde depresyon varlığı serbest meslek sahipleri, işçiler ve işsizlerde diğer meslek gruplarından daha fazla görülmüştür.

Katılımcıların yaşadığı yere göre depresyon varlığı; sığınmacı kampında yaşayanlarda %50,4, kendi evinde yaşayanlarda %35,9, akrabalarının yanında yaşayanlarda %10,0, kirada yaşayanlarda ise %41,9 olarak bulunmuştur. Bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,008$). Sığınmacı kampında yaşayanlarda depresyon diğer gruplara göre daha fazla bulunmuştur.

Hekim tarafından tanı koyulmuş kronik bir hastalık varlığına göre; tanı alanlarda depresyon varlığı %70,6, tanı almayanlarda %36,5 olarak bulunmuştur. Bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,001$).

Tablo 14. Katılımcıların Bazı Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Anksiyete Olma Durumu, Kilis, 2016.

	AnksiyeteOlma Durumu			
	Yok		Var	
	Sayı	(%)*	Sayı	(%)*
Öğrenim Durumu (n=273)				
Okur yazar değil	6	31,6	13	68,4
Okur yazar	27	49,1	28	50,9
İlkokul mezunu	32	76,2	10	23,8
Ortaokul mezunu	50	84,7	9	15,3
Lise mezunu	25	61,0	16	39,0
Üniversite-Yüksekokul mezunu	41	71,9	16	28,1
$\chi^2=29,694$	$p<0,001$			
Türkiye'ye Gelmeden Önceki Mesleki Durum (n=404)				
Öğrenci	42	71,2	17	28,8
Ev Hanımı	96	78,7	26	21,3
İşsiz	3	33,3	6	66,7
İşçi	4	57,1	3	42,9
Memur	20	40,8	29	59,2
Emekli	2	25,0	6	75,0
Serbest Meslek	11	78,6	3	21,4
Diğer**	4	80,0	1	20,0
$\chi^2=35,540$	$p<0,001$			
Yaşadığı Yer Durumu (n=404)				
Sığınmacı kampı içinde	65	52,8	58	47,2
Kamp dışında kendi evinde	66	83,5	13	16,5
Kamp dışında akrabalarının yanında	9	90,0	1	10,0
Kamp dışında kirada	39	63,9	22	36,1
$\chi^2=25,564$	$p<0,001$			
Tanı Almış Kronik Hastalık Durumu(n=404)				
Yok	155	69,5	68	30,5
Var	25	50,0	25	50,0
$\chi^2=6,919$	$p=0,009$			

*:Satır Yüzdesi **:Mühendis, mimar, doktor, aşçı vb. diğer meslek mensupları

Tablo 14'te katılımcıların bazı tanımlayıcı özelliklerine göre anksiyete varlığı durumunun dağılımı sunulmuştur.

Araştırmaya katılan katılımcıların öğrenim durumuna göre anksiyete varlığı; okuryazar olmayanlarda %68,4, okuryazarlarda %50,9, ilkokul mezunlarında %23,8, ortaokul mezunlarında %15,3, lise mezunlarında %39,0, üniversite-yüksekokul mezunlarında %28,1 olarak bulunmuştur. Bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,001$). İkili karşılaştırmalar da değerlendirildiğinde anksiyete varlığı okuryazar olmayanlarda ve sadece okuryazar olanlarda diğer gruplara göre daha fazla bulunmuştur.

Türkiye'ye gelmeden önceki mesleki duruma göre anksiyete varlığı; öğrencilerde %28,8, ev hanımlarında %21,3, işsizlerde %66,7, işçilerde %42,9, memurlarda %59,2, emeklilerde %75,0, serbest meslek sahiplerinde %21,4 ve diğer meslek gruplarında %20,0 olarak bulunmuştur. Bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,001$). İkili karşılaştırmalar da değerlendirildiğinde anksiyete varlığı işsiz olanlarda, emeklilerde ve memurlarda diğer meslek gruplarına göre daha fazla bulunmuştur.

Katılımcıların yaşadığı yere göre anksiyete varlığı; sığınmacı kampında yaşayanlarda %47,2, kendi evinde yaşayanlarda %16,5, akrabalarının yanında yaşayanlarda %10,0, kirada yaşayanlarda ise %36,1 olarak bulunmuştur. Bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,001$). İkili karşılaştırmalar da değerlendirildiğinde anksiyete varlığı sığınmacı kampında yaşayanlarda ve kamp dışında kirada yaşayanlarda diğer gruplara nazaran daha yüksek bulunmuştur.

Hekim tarafından tanı koyulmuş kronik bir hastalık varlığına göre; tanı alanlarda anksiyete varlığı %50,0, tanı almayanlarda %30,5 olarak bulunmuştur. Bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p=0,009).

Tablo 15. Katılımcıların Bazı Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Depresyon Olma Durumu, Kilis, 2016.

	DepresyonOlma Durumu			
	Yok		Var	
	Sayı	(%)*	Sayı	(%)*
Gelir Getiren Bir İş Yapma Durumu (n=273)				
Yapmıyor	128	66,3	65	33,7
Yapıyor	29	36,3	51	63,7
	$\chi^2=20,929$		$p<0,001$	
Ülkesinde Bulunan Yakınlarıyla Görüşme Durumu (n=263)				
Günde bir ya da birkaç kez	88	65,2	47	34,8
Haftada bir ya da birkaç kez	27	42,9	36	57,1
Ayda bir ya da birkaç kez	11	42,3	15	57,7
Nadiren	23	59,0	16	41,0
	$\chi^2=11,149$		$p=0,011$	
Sağlığını Değerlendirme Durumu (n=276)				
Çok kötü	19	50,0	19	50,0
Kötü	17	36,2	30	63,8
Orta	42	45,7	50	54,3
İyi	58	78,4	16	21,6
Çok iyi	20	80,0	5	20,0
	$\chi^2=32,995$		$p<0,001$	
Savaşta Bir Yakınını Kaybetme Durumu(n=276)				
Kaybetmemiş	52	70,3	22	29,7
Kaybetmiş	104	51,5	98	48,5
	$\chi^2=7,777$		$p=0,005$	
Yaşamı Boyunca Şiddete Maruz Kalma Durumu (n=276)				
Kalmamış	89	70,6	37	29,4
Kalmış	67	44,7	83	55,3
	$\chi^2=18,791$		$p<0,001$	

*:Satrır Yüzdesi

Tablo 15’te katılımcıların bazı tanımlayıcı özelliklerine göre depresyon varlığı durumunun dağılımı sunulmuştur.

Gelir getiren bir iş yapma durumuna göre depresyon varlığı; iş yapanlarda %63,7, yapmayanlarda %33,7 olarak bulunmuştur. Bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,001$).

Ülkesinde bulunan yakınlarıyla telefon, internet vb yollar ile görüşme durumuna göre depresyon varlığı; günde en az bir kere görüşenlerde %34,8, haftada en az bir kere görüşenlerde %57,1, ayda en az bir kere görüşenlerde %57,7 ve nadiren görüşenlerde %41,0 olarak bulunmuştur. Ayda en az bir kez görüşenlerde ve haftada en az bir kez görüşenlerde diğer gruplara nazaran depresyon varlığı daha fazla bulunmuştur. Bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,011$).

Sağlığını değerlendirme durumuna göre depresyon varlığı; sağlığını çok kötü diyenlerde %50,0, kötü diyenlerde %63,8, orta diyenlerde %54,3, iyi diyenlerde %21,6 ve çok iyi diyenlerde %20,0 olarak bulunmuştur. Bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,001$). Sağlığını iyi ve çok iyi olarak değerlendirenlerde diğer kişilere kıyasla depresyon varlığı daha az bulunmuştur.

Savaşta herhangi bir yakınını kaybetme durumuna göre depresyon varlığı; yakınını kaybedenlerde %48,5, kaybetmeyenlerde %29,7 olarak saptanmıştır. Bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,005$).

Yaşam boyu şiddete maruz kalma durumuna göre depresyon varlığı; şiddete maruz kalanlarda %55,3, kalmayanlarda %29,4 olarak saptanmıştır. Bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,001$).

Tablo 16. Katılımcıların Bazı Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Anksiyete Olma Durumu, Kilis, 2016.

	Anksiyete Olma Durumu			
	Yok		Var	
	Sayı	(%)*	Sayı	(%)*
Gelir Getiren Bir İş Yapma Durumu (n=273)				
Yapmıyor	133	69,3	59	30,7
Yapıyor	46	56,8	35	43,2
	$\chi^2=3,930$		$p=0,047$	
Sigara Kullanma Durumu (n=276)				
Kullanmıyor	167	68,4	77	31,6
Kullanıyor	15	46,9	17	53,1
	$\chi^2=5,859$		$p=0,015$	
Alkol Kullanma Durumu (n=276)				
Kullanmıyor	176	67,7	84	32,3
Kullanıyor	6	37,5	10	62,5
	$\chi^2=6,118$		$p=0,013$	
Ülkesinde Bulunan Yakınlarıyla Görüşme Durumu (n=263)				
Günde bir ya da birkaç kez	108	80,0	27	20,0
Haftada bir ya da birkaç kez	34	54,0	29	46,0
Ayda bir ya da birkaç kez	13	50,0	13	50,0
Nadiren	15	37,5	25	62,5
	$\chi^2=32,294$		$p<0,001$	
Yaşadığı Hane Alanını Yeterli Bulma Durumu (n=274)				
Bulmuyor	90	53,9	77	46,1
Buluyor	90	84,1	17	15,9
	$\chi^2=26,429$		$p<0,001$	
Kendisinin veya Yakınlarının Psikolojik Desteğe İhtiyacı Olduğunu Düşünme Durumu (n=277)				
Düşünmüyor	85	60,3	56	39,7
Düşünüyor	98	72,1	38	27,9
	$\chi^2=4,281$		$p=0,039$	

*:Satır Yüzdesi

Tablo 16’da katılımcıların bazı tanımlayıcı özelliklerine göre anksiyete varlığı durumunun dağılımı sunulmuştur.

Gelir getiren bir iş yapma durumuna göre anksiyete varlığı; iş yapanlarda %43,2, yapmayanlarda %30,7 olarak bulunmuştur. Bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,047$).

Sigara kullanma durumuna göre anksiyete varlığı; kullananlarda %53,1, kullanmayanlarda %31,6 olarak bulunmuştur. Bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,015$).

Alkol kullanma durumuna göre anksiyete varlığı; kullananlarda %62,5, kullanmayanlarda %32,3 olarak bulunmuştur. Bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,013$).

Ülkesinde bulunan yakınlarıyla telefon, internet vb yollar ile görüşme durumuna göre anksiyete varlığı; günde en az bir kere görüşenlerde %20,0, haftada en az bir kere görüşenlerde %46,0, ayda en az bir kere görüşenlerde %50,0 ve nadiren görüşenlerde %62,5 olarak bulunmuştur. Bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,001$). Günde en az bir kez yakınlarıyla iletişim kuranlarda diğer gruplara nazaran anksiyete varlığı daha az bulunmuştur.

Yaşadığı hane alanını yeterli bulma durumuna göre anksiyete varlığı; yeterli bulanlarda %15,9, bulmayanlarda %46,1 olarak saptanmıştır. Bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,001$).

Kendisinin veya yakınlarının psikolojik desteğe ihtiyaç duyduğunu düşünme durumuna göre anksiyete varlığı; düşünenlerde %27,9, düşünmeyenlerde %39,7 olarak bulunmuştur. Bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p=0,039).

Tablo 17. Katılımcıların Bazı Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Anksiyete Olma Durumu, Kilis, 2016.

	Anksiyete Olma Durumu			
	Yok		Var	
	Sayı	(%)*	Sayı	(%)*
Türkçe Konuşma Yeterliliğini Değerlendirme Durumu (n=273)				
Çok Kötü	43	53,8	37	46,3
Kötü	47	77,0	14	23,0
Orta	68	74,7	23	25,3
İyi	17	47,2	19	52,8
Çok İyi	6	85,7	1	14,3
	$\chi^2=18,573$	$p<0,001$		
Tekrar Eden Fiziksel Yakınma Olması Durumu (n=266)				
Yok	103	70,5	43	29,5
Var	71	59,2	49	40,8
	$\chi^2=3,771$	$p=0,050$		
Sağlığını Değerlendirme Durumu (n=276)				
Çok Kötü	6	15,8	32	84,2
Kötü	25	54,3	21	45,7
Orta	62	67,4	30	32,6
İyi	67	89,3	8	10,7
Çok İyi	22	88,0	3	12,0
	$\chi^2=69,086$	$p<0,001$		
Savaşta Bir Yakınını Kaybetme Durumu (n=276)				
Kaybetmemiş	64	86,5	10	13,5
Kaybetmiş	119	58,9	83	41,1
	$\chi^2=18,434$	$p<0,001$		
Yaşamı Boyunca Şiddete Maruz Kalma Durumu (n=276)				
Kalmamış	98	77,2	29	22,8
Kalmış	85	57,0	64	43,0
	$\chi^2=12,421$	$p<0,001$		
Cinsel Şiddete Maruz Kalma Durumu (n=273)				
Kalmamış	167	67,9	79	32,1
Kalmış	12	44,4	15	55,6
	$\chi^2=5,922$	$p=0,015$		

*:Satır Yüzdesi

Tablo 17’de katılımcıların bazı tanımlayıcı özelliklerine göre anksiyete varlığı durumunun dağılımı sunulmuştur.

Türkçe konuşma yeterliliğini değerlendirme durumuna göre anksiyete varlığı; çok kötü diyenlerde %46,3, kötü diyenlerde %23,0, orta diyenlerde %25,3, iyi diyenlerde %52,8 ve çok iyi diyenlerde %14,3 olarak bulunmuştur. Bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,001$). Türkçe konuşma yeterliliğini çok kötü ve iyi olarak değerlendirenlerde anksiyete varlığı daha fazla bulunmuştur.

Tekrar eden fiziksel yakınmaların olması durumuna göre anksiyete varlığı; yakınması olanlarda %40,8, olmayanlarda %29,5 olarak saptanmıştır. Bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,05$).

Sağlığını değerlendirme durumuna göre anksiyete varlığı; sağlığını çok kötü diyenlerde %84,2, kötü diyenlerde %45,7, orta diyenlerde %32,6, iyi diyenlerde %10,7 ve çok iyi diyenlerde %12,0 olarak bulunmuştur. Bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,001$). Sağlığını iyi ve çok iyi olarak değerlendirenlerde diğer kişilere kıyasla anksiyete varlığı daha az, çok kötü diyenlerde ise daha fazla olarak bulunmuştur.

Savaşta herhangi bir yakınını kaybetme durumuna göre anksiyete varlığı; yakınını kaybedenlerde %41,1, kaybetmeyenlerde %13,5 olarak saptanmıştır. Bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,001$).

Yaşam boyu şiddete maruz kalma durumuna göre anksiyete varlığı; şiddete maruz kalanlarda %43,0, kalmayanlarda %22,8 olarak saptanmıştır. Bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,001$).

Cinsel şiddete maruz kalma durumuna göre anksiyete varlığı; maruz kalanlarda %55,6, kalmayanlarda %32,1 olarak saptanmıştır. Bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,015$).

Tablo 18. Katılımcıların Depresyon Olma Durumlarına Göre Anksiyete Olma Durumu, Kilis, 2016.

	Anksiyete Olma Durumu			
	Yok		Var	
	Sayı	(%)*	Sayı	(%)*
Depresyon Olma Durumu (n=404)				
Yok	117	74,5	40	25,5
Var	65	54,6	54	45,4
	$\chi^2 = 11,937$		$p<0,001$	

*:Satır Yüzdesi

Tablo 18’de araştırmaya katılan bireylerin depresyon olma durumlarına göre anksiyete olma durumunun ilişkisi sunulmuştur.

Araştırmaya katılan katılımcıların depresyon varlığına göre anksiyete olma durumu; depresyonu olanların %45,4’ünde, olmayanların %25,5’inde anksiyete vardır. Bu fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($p<0,001$).

Tablo 19. Katılımcıların Beck's Anksiyete ve Depresyon Ölçeği Skorlarının Dağılımı, Kilis, 2016.

	Sayı	(%)*
Beck's Anksiyete Ölçeği Skoru (n=277)		
0-17 Puan	183	66,1
18-24 Puan	27	9,7
25 Puan ve Üzeri	67	24,2
Beck's Depresyon Ölçeği Skoru (n=277)		
0-16 Puan	157	56,6
17-20 Puan	37	13,4
21-24 Puan	33	11,9
25 Puan ve Üzeri	50	18,1

*:Kolon Yüzdesi

Tablo 19'da araştırmaya katılan katılımcıların BAÖ ve BDÖ skorlarının dağılımı sunulmuştur.

Katılımcıların BAÖ toplam skor ortalaması $14,32 \pm 11,85$, ortanca 10,00 (minimum 0,0 – maksimum 51,00) ; BDÖ toplam skor ortalaması $15,55 \pm 9,94$, ortancası 15,00 (minimum 0,0 – maksimum 48,0) olarak bulunmuştur.

BAÖ skoru 0 – 17 puan arasında olan 183 kişi (%66,1), 18 – 24 puan arasında olan 27 kişi (%9,7) ve 25 puan ve üzeri olan 67 kişi (%24,2) bulunmaktadır.

BDÖ skoru 0 – 16 puan arasında olan 157 kişi (%56,6), 17 – 20 puan arasında olan 37 kişi (%13,4), 21 – 24 puan arasında olan 33 kişi (%11,9) ve 25 puan ve üzerinde olan 50 kişi (%18,1) bulunmaktadır.

Tablo 20. Bazı Prediktörlerin Depresyon Olma Üzerine Etkisinin Logistic Regresyon İle İncelenmesi, Kilis, 2016.

	OR	%95 CI	p
Kronik Hastalık Varlığı	2,381	1,160 – 4,888	0,018
Gelir Getiren Bir İş Yapmak	2,457	1,353 – 4,461	0,003
Yaşam Boyu Şiddete Maruziyet Varlığı	1,932	1,099 – 3,394	0,022
Anksiyete Bozukluğu Varlığı	2,013	1,151 – 3,520	0,014

OR: Odd's ratio; CI: Güven aralığı

Tablo 20’de bazı prediktörlerin depresyon varlığı üzerine etkisinin logistic regresyonla incelenmesi sonucu ortaya çıkan modelleme sunulmuştur.

Depresyon olma riskinin; kronik hastalık tanısı olanlarda olmayanlara göre 2,38 kat, gelir getiren bir iş yapanlarda yapmayanlara göre 2,45 kat, yaşam boyu şiddete maruziyet varlığının var olmamasına göre 1,93 kat ve anksiyete bozukluğu varlığının var olmamasına göre 2,01 kat daha fazla olduğu saptanmıştır.

Tablo 21. Bazı Prediktörlerin Anksiyete Olma Üzerine Etkisinin Logistic Regresyon İle İncelenmesi, Kilis, 2016.

	OR	%95 CI	p
3 ve Üzeri Çocuk Sahibi Olmak	3,275	1,226 – 8,750	0,018
Kendi Evinde İkamet Etmemek	8,514	2,545 – 28,485	0,001
Gelir Getiren Bir İş Yapmak	0,284	0,102 – 0,788	0,016
Sigara Kullanımı	3,506	0,796 – 15,437	0,097
Alkol Kullanımı	24,388	2,019 – 294,633	0,012
Yaşadığı Hane Alanını Yeterli Bulmak	0,094	0,031 – 0,283	<0,001
Yeterli Temizlik Malzemesine Ulaşmak	0,170	0,059 – 0,485	0,001
Psikolojik Desteğe İhtiyacın Varlığı	0,246	0,087 – 0,699	0,008
Tekrarlayıcı Fiziksel Şikayetlerin Varlığı	8,584	2,907 – 25,351	<0,001
Sağlık Durumunu İyi Olarak Değerlendirmek	0,424	0,169 – 1,067	0,068
Savaşta Bir Yakınını Kaybetmek	10,730	2,103 – 54,757	0,004
Depresyon Varlığı	2,128	0,870 – 5,203	0,098

OR: Odd's ratio; CI: Güven aralığı

Tablo 21'de bazı prediktörlerin anksiyete varlığı üzerine etkisinin logistic regresyonla incelenmesi sonucu ortaya çıkan modelleme sunulmuştur.

Anksiyete olma riskinin; 3 ve üzerinde çocuk sahibi olanlarda olmayanlara göre 3,27 kat, kendi evinde ikamet etmeyenlerde edenlere göre 8,51 kat, gelir getiren bir iş yapmayanlarda yapanlara göre 3,52 kat, alkol kullananlarda

kullanmayanlara göre 24,38 kat, yaşadığı hane alanını yeterli bulmayanlarda bulanlara göre 10,63 kat, yeterli temizlik malzemesine ulaşamayanlarda ulaşanlara göre 5,88 kat, psikolojik desteğe ihtiyacın var olmamasında var olmasına göre 4,06 kat, tekrarlayıcı fiziksel şikayetlerin varlığında var olmamasına göre 8,58 kat ve savaşta bir yakınını kaybetmenin kaybetmemeye göre 10,73 kat daha fazla olduğu saptanmıştır.



5.TARTIŞMA

Kilis Devlet Hastanesi'ne başvuran Suriyeli göçmen kadınlarla gerçekleştirilen bu çalışma literatürde benzer bir çalışma bulunmamasından, Suriyeli göçmenlerin ruh sağlığı ile ilgili sınırlı sayıda çalışma bulunmasından ötürü; tanımlayıcı bulguları, depresyon ile ilgili bulguları, anksiyete ile ilgili bulguları ve diğer bulguları, erkek ve kadınların çalışmaya birlikte alındığı Suriyeli göçmenlerin ruh sağlığı araştırmaları, başka milletten olan göçmen ruh sağlığı çalışmaları, kadın ruh sağlığı araştırmaları ve kendi içinde tartışılmıştır. Bu özelliği çalışmanın kendine özgü olması yanında bir kısıtlılığını da oluşturmaktadır. Bu konu üstünde daha fazla çalışmaya gereksinim duyulmaktadır.

5.1. Tanımlayıcı Bulguların Tartışılması

Araştırma Kilis Devlet Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniği'ne başvuran 279 kişi üzerinde yapılmıştır. Araştırmaya katılan kişilerin yaş ortalaması $30,99 \pm 9,61$ ' dir. Araştırma grubunun %47'si 18-29, %35'i 30-39, %13,3'ü 40-49 yaş aralığında ve % 4,7'si 50 yaş ve üzerindedir. Bosnalı ve Suriyeli göçmen kadınlar üzerinde yapılmış başka bir araştırmaya 42 kişi dahil edilmiştir. Katılımcıların %55'i 20-30 yaş aralığında, %20'si 31-40 yaş aralığında, %15'i 41 yaş ve üzerindedir (139). Türkiye'de yapılan erkek ve kadınların birlikte olduğu bir çalışmada ise 173 Suriyeli kadın (%49,1) çalışmaya alınmıştır. Kadınların yaş ortalaması $37,52 \pm 11,25$ 'tir (140). AFAD'ın Suriyeli kadınlar ile yaptığı çalışmaya her yaştan 7348 kadın alınmıştır . Bu çalışmada kadınların

%43,2'si 19-54 yaş aralığındadır. (141). Ürdün'de yaşayan Suriyeli göçmenlerle yapılan çalışmada ise kadınların sayısı 425 (%55,6)' tir (142). Değişik çalışmalarda 50 yaş üzerindeki kadın nüfusu benzer sıklıktadır. Göç eden kadınların büyük kısmı genç yaşlardadır.

Araştırmamıza katılan katılımcıların %68,1'i evli, %23,7' si bekar ve %8,2' si boşanmış/duldur. AFAD'ın yapmış olduğu araştırmada evli kadınların oranı %66,7, bekarların oranı %27,8, boşanmış/dulların oranı ise %5,5 'tir(141). Literatürdeki göçmen araştırmalarında da medeni durum benzerdir. Savaşa bağlı olarak yaşanan kayıplar evli nüfusunu azaltmış olabilir.

Araştırmamızda incelenen kişilerden okuryazar olmayanlar %6,9, sadece okur yazar olanlar %20,0, ilkokul mezunu olanlar %15,3, ortaokul mezunu olanlar %21,5, lise mezunu olanlar %15,6 ve yüksekokul – üniversite mezunu olanlar %20,7' dir. Suriyeli göçmen kadınlar ile ilgili bir çalışmada okuryazar olmayanların oranı %15,0, ilkokul mezunları %15,0, lise mezunları %35,0, lisans mezunları %30,0 olarak bulunmuştur (139). AFAD çalışmasında ise okuryazar olmayanların oranı %20,9, sadece okuryazar olduğunu belirtenlerin oranı %7,9, ilkokul mezunu olanların oranı %35,1, ortaokul mezunu olanların oranı %19,8, lise mezunu olanların oranı %10,0 ve üniversite veya daha yüksek bir eğitim seviyesine sahip olanların oranı ise %6,2 seviyesindedir (141). Ülkemizde yapılan erkek ve kadınların katıldığı bir araştırmada Suriyeli mültecilerin eğitim durumlarına bakıldığında her eğitim grubunun birbirine yakın oranlarda dağıldığı görülmektedir. İlkokul mezunlarının oranı % 21,6 iken, ortaokul mezunlarının oranı % 26,1 seviyesindedir. Lise ve yüksekokul mezunu oranları ise sırasıyla %

22,7 ve % 24,4 olarak belirlenmiştir. Mülteciler arasında okula hiç gitmemiş olanların oranı ise yüzde 5,1'dir (143). Sadece okur yazar olanlar ve okur yazar olmayanların kümülatif sıklığı bu araştırmalarda benzerdir. Çalışmamızda lise ve üzerinde eğitim seviyesine sahip olanların sıklığının AFAD çalışmasına göre yüksek olması Suriye'nin farklı coğrafi bölgelerinden göç eden kadınların farklı demografik özelliklere sahip olmasıyla açıklanabilir.

Çalışmamızda katılımcıların Türkiye'de yaşama süresi 1 yıldan az olanlar 21 kişi (%7,7), 1 yıl ile 2 yıl arasında olanlar 57 kişi (%21,0), 2 yıl ile 3 yıl arasında olanlar 103 kişi (%38,0), 3 yıl ile 4 yıl arasında olanlar 90 kişi (%33,2) 'dir. Daha uzun süredir ülkemizde bulunan sığınmacıların yaşadıkları ülkeye her anlamda daha çok entegre olmaları ve sağlık hizmetlerinden yararlanım oranının daha fazla olması beklenen bir durumdur.

Araştırmamızda katılımcıların %45,1'i sığınmacı kampında, %22,5'i kamp dışında kirada, %3,6'sı kamp dışında akrabaları ile birlikte ve %28,7'si kamp dışında kendi evinde yaşamaktadır. Ülkemizde yapılan diğer çalışmada kampta yaşayan göçmen kadınlar %51,6 ve kamp dışında yaşayanlar ise %48,4 olarak bulunmuştur (141). Bizim çalışmamız ile benzer sıklığa sahip olduğu görülmektedir.

Çalışmamızda hekim tarafından tanısı koyulmuş herhangi bir kronik hastalık sahibi olan 51 kişi (%18,6), olmayan 223 kişi (%81,4) bulunmaktadır. 2012 yılında Adana'da kadınlardaki depresif belirtilerin sıklığını belirlemeye yönelik yapılan bir çalışmada ise katılımcıların yaklaşık beşte birinde kronik

hastalık varlığı tespit edilmiştir (144). Literatürde yer alan diğer göçmen çalışmalarında da benzer sıklık sonuçları bulunmaktadır.

Araştırmamıza katılan katılımcılar arasında gelir getiren bir işte çalışan 81 kişi (%29,5), çalışmayan 194 kişi (%70,5) bulunmaktadır. Ülkemizde yapılan bir araştırmada Suriyeli göçmen kadınların %80'inden fazlası çalışmadıkları belirtilmiştir (145). AFAD'ın 2014 yılında Türkiye'deki Suriyeli sığınmacılar üzerine gerçekleştirdiği saha araştırmasında kamp içinde yaşayan Suriyelilerin %51'i, kamp dışında yaşayanların ise %77'si olmak üzere Suriyelilerin büyük bir kısmının çalışmadığı ve iş aradıkları kaydedilmiştir (141). Bahsi geçen araştırmalarda da benzer sonuçlara ulaşılmıştır.

Bu çalışmada katılımcıların %88,1'i sigara kullanmamakta, %11,9'u ise sigara kullanmaktadır. %94,2 'si alkol kullanmamakta, %5,8'i alkol kullanmaktadır. 2008'de Edirne'de yapılan çalışmada katılımcıların yüzde 60'ı hiç sigara içmemiş, yüzde 33'ü halen sigara kullanmakta ve yüzde 6'sı ise sigarayı bırakmıştır (146). Ankara il merkezinde yapılan bir çalışmada kadınların sadece %2,8'i alkol kullandığını belirtmiştir (147). Yurtdışında yapılan bir çalışmada Doğu Avrupalı göçmen kadınların %26,6'sı, Türk göçmen kadınların 39,3'ü sigara kullanmaktadır (148). Suriyeli göçmen kadınların hem sigara hem alkole yasal olmayan yollardan erişebilme imkanının bulunması, farklı kültürlerle sahip olmaları ve yaşadıkları travma nedeniyle sigara ve alkol kullanma sıklıkları farklı bulunabilmektedir.

Araştırmaya katılan katılımcıların %54,7'si tekrarlayıcı fiziksel yakınmalarının olmadığını, %45,3'ü ise olduğunu belirtmişlerdir. Uyuşturucu/uyarıcı madde kullanımına baktığımızda katılımcıların %82,5'i hiç kullanmadım, %6,3'ü son 1 ayda kullandım, %8,6'sı son 1 yılda kullandım ve %2,6'sı halen kullanıyorum cevabını vermiştir. Zorunlu sebeplerleyerinden edilmiş göçmenlerin ailelerinden ayrılmaları nedeniyle kronik stres ve depresyon belirtileri gösterdikleri, bu stresleri nedeniyle çeşitli fiziksel yakınmaların ortaya çıktığı bildirilmektedir (149). Bunun dışında yasadışı ve mevsimlik göçmenler arasında kaygı, duygulanım bozuklukları ve madde kullanımının yerli topluma göre daha fazla olduğu da bilinmektedir. Göçmenlerdeki depresyonun kendini psikosomatik rahatsızlıklar ve madde kullanımı ile gösterdiği bildirilmiştir (150). Mohammed ve Abou-Saleh özellikle bir yakınını kaybetmiş genç Suriyeli kadınlarda madde kullanımına eğilimin artmış olabileceği ve bazı sığınmacı kamplarında reçete edilmiş birkaç maddenin olduğunu belirtmiştir (151). Bağımlılık yapıcı maddelerin kullanım sıklığını göçmen kadınlarda gösteren araştırmalar bulunmamakla birlikte sınır bölgelerinde ve göçmenlerin yaşadığı yerlerde oluşan güvenlik boşluklarının kaçakçılar tarafından doldurulduğu bilinmektedir ve bizim ulaştığımız bulgular bu şekilde açıklanabilir.

Katılımcılarımız içerisinde kendisinin veya yakın çevresindekilerin psikolojik desteğe ihtiyacı olduğunu düşünen 138 kişi (%49,5), düşünmeyen 141 kişi (%50,5) bulunmuştur. Bir çalışmada Suriyeli kadınların %59'u psikolojik desteğe ihtiyacı olduğunu düşünmektedir (139). Başka bir çalışmada ise kendisi veya yakınlarının psikolojik desteğe ihtiyacı olduğunu düşünen Suriyeli kadınların

oranı %51,9, düşünmeyenlerin oranı %48,1'dir (141). Suriyeli göçmen kadınlarla ilgili bu çalışmaların hepsinde benzer bulgular elde edilmiştir.

Araştırmaya katılan kişilerin ülkesinde bulunan yakınları ile telefon, internet, mektup vb yollar ile görüşme durumuna baktığımızda %96,0 oranında evet cevabı alınmıştır. Görüşme sıklıkları incelendiğinde ise %50,9 günde en az 1 kere, %24,2 haftada en az bir kere, %9,8 ayda en az bir kere ve %15,1 nadiren olarak bulunmuştur. Göçmenlerin hemen tamamına yakını bir şekilde ülkesindeki yakınlarıyla iletişim halindedir. Günümüzde iletişim araçlarına erişilebilirliğin kolay olması ve göçmenlerin içinde bulunduğu durumdan dolayı ileri gelebileceği düşünülmüştür.

Çalışmamıza katılan katılımcıların %61,2'si yaşadığı hane alanını yeterli bulmamaktadır. Temizlik malzemelerine ulaşımı yeterli bulmayanlar ise %69,8 oranındadır. Ülkemizdeki çalışmada kamp dışında yaşayanların hane büyüklüğünü yeterli bulmayanların oranı %58,7'dir. Kampta yaşayanların hane büyüklüğünü yeterli bulmayanların oranı %39,9'dur. Kamp dışında temizlik malzemelerine erişimini yeterli bulmayanların oranı 53,2'dir. Kampta yaşayanların temizlik malzemelerine erişimini yeterli bulmayanların oranı %18,5'dir (141). Her iki çalışmada da hane alanını yetersiz bulma oranı benzerdir. Kamp dışında yaşamın genellikle kenar mahallelerde veya yıkılmış, kullanılmayan baraka, depo, yıkıntı vb alanı küçük mekanlarda olmasından dolayı memnun olmayanların oranı yüksek bulunmaktadır. Temizlik malzemelerine erişimin kamplarda daha kolay olmasından dolayı bu konudaki farklı bulguya erişilmiştir.

Katılımcıların Türkçe konuşmalarının yeterliliğini değerlendirmeleri istendiğinde ise %28,9 çok kötü, %22,7 kötü, %32,9 orta, %13,0 iyi ve %2,5 çok iyi şeklinde cevaplandırılmıştır. Araştırmamıza katılan kadınların bir kısmının uzun süre ülkemizde bulunması ve bir kısmının da ülkemizdeki akrabalarının varlığı ve hatta onlarla birlikte yaşaması dilimizi kullanma yetilerinin geliştiği sonucunu düşündürmüştür.

Katılımcıların kendi sağlık durumlarını değerlendirilmeleri istendiğinde cevaplar %13,7 çok kötü, %16,9 kötü, %33,5 orta, %27,0 iyi ve %9,0 çok iyi düzeyde olarak dağılmıştır. Yurt dışında yapılan bir çalışmada göçmen kadınların %65'i sağlık durumlarını zayıf – kötü – orta düzey olarak belirtmiştir (152). Hollanda ve ülkemizdeki çalışmada bulgular birbiri ile örtüşmektedir.

Araştırmamıza katılan katılımcıların %73,4'ü savaşta herhangi bir yakınıni kaybettiğini belirtmiştir. Alpak ve arkadaşlarının çalışmasında yakın arkadaş yada aileden birini kaybedenlerin oranı%72,7 olarak bulunmuştur (140). Bir diğer çalışmada savaşta yakınıni kaybedenlerin oranı %35,3, kaybetmeyenlerin %64,7'dir (141). Göçmenlerin ülkemize gelmeden önce yaşadıkları yerler çatışmaların en yoğun ve sıcak yaşandığı bölgeler olduğu düşünülünce kayıpların yüksek olması beklenen bir sonucu oluşturmaktadır.

Çalışmamızda Suriyeli kadın göçmenlerin %54,3'ü yaşamı boyunca en az bir kez şiddete maruz kaldığını belirtmiştir. Cinsel şiddete maruz kaldığını ifade edenlerin sıklığı %9,8 olarak bulunmuştur. Ülkemizdeki bir diğer Suriyeli göçmen kadın raporunda görüşme yapılan 72 kadından 6'sı (%8,3) cinsel tacize çeşitli

şekillerde maruz kaldıklarını belirtmiştir (145).Yine ülkemizdeki Suriyeli göçmenlerle ilgili çalışmadaailesinden birisi veya yakın arkadaşı şiddete uğrayanlar %42,0, kendisi şiddete maruz kalanlar %9,7,cinsel şiddeti deneyimleyen ve görenler %0,3 oranında bulunmuştur (140).Almanya’da yapılan başka bir çalışmada Türkiye’den göç eden evli kadınların %49’unun fiziksel ya da cinsel şiddete maruz kaldığı bulunmuştur (153). Bosnalı göçmen kadınların %20’si cinsel tacize, %15’i aile içi şiddete maruz kaldıklarını ifade etmiştir (139). ABD’de yürütülen bir çalışmada, Latin Amerikalı göçmen kadınların %31’inin göç ettikten sonra daha fazla fiziksel şiddete maruz kaldıklarını göstermiştir (154). Almanya ve bizim ülkemizdeki çalışmaların bulgularının ABD’ de yapılan çalışmadan yüksek olması, Türkler ve Suriyelilerin aynı coğrafyayı, kültürü ve inancı paylaşmasından kaynaklanıyor olabilir.

Katılımcılardan 105 kişi (%37,6) T.C. vatandaşları tarafından kötü söz ya da davranışa maruz kaldığını ifade etmiştir. AFAD’ ın çalışmasında kampta yaşayanların %62,2’si personelin davranışlarından memnunum, %23,9’u kararsızım, %13,9’u memnun değilim olarak cevaplandırmıştır. Rapora göre, kamp içindeki kadınların yüzde 94’ü, kamp dışında yaşayanların ise yüzde 93’ü Türkiye’deki insanların kendilerine yönelik davranışlarını olumlu olarak değerlendiriyor(141). USAK’ ın yaptığı araştırmada kamplarda yaşamını sürdüren mültecilerin yöre halkının kendilerine karşı davranışlarını değerlendirdikleri puanlamada %17,9’u 10 puan üzerinden 5 puan altında puan vermiştir (143). Bizim çalışmamızda daha yüksek oranda bir bulguya ulaşmamıza, çalışmamıza kamp dışında yaşayan kadınların katılımı, çalışmanın yapıldığı zamanda yoğun

çatışmaların olması ve Kilis kentine bombaların düşmesi, Kilis'in göçmen nüfusunun en yoğun ve hatta Türk nüfusundan daha fazla olduğu tek yer olması sebep olmuş olabilir.

5.2. Depresyonla İlgili Bulguların Tartışılması

Katılımcıların BDÖ toplam skor ortalaması $15,55 \pm 9,94$, ortancası 15,00 (minimum 0,0 – maksimum 48,0) olarak bulunmuştur. Araştırmaya katılan bireyleri depresyon şiddetlerinin durumuna göre incelediğimizde; katılımcıların %56,6'sında depresyon bulunmamaktadır, %13,4'ünde hafif şiddette, %11,9'unda orta şiddette ve %18,1'inde şiddetli seviyede depresyon bulunmaktadır. Akçakale kampında yapılan çalışmada; depresyon puan ortalaması 23,07 (minimum 6,0 – maksimum 47,0) olarak hesaplanmıştır. Mültecilerin %8,9'unda şiddetli depresyon belirtileri vardır (155). Ürdün'de yapılan Suriyeli göçmenlerle ilgili çalışmada kadın katılımcıların %29,2'sinde Beck's Depresyon Ölçeği skorlamasına göre depresyon var denilmektedir (142). Kapsamlı bir meta-analiz çalışmasında mültecilerde depresyon sıklığı % 44 olarak bulunmuştur (156). Tayland-Birmanya sınır kampındaki mültecilerde de benzer sonuçlar vardır; depresyon sıklığı %41 olarak saptanmıştır (157). Amerika Birleşik devletlerinde yapılan başka çalışmada, 1990 Körfez Savaşı sonrasında Iraklı göçmen kadınların %34,3'ünde depresyon bozukluğu saptanmıştır (158). Bizim çalışmamızda depresyon skoru ortalaması ve orta – şiddetli düzey depresyon varlığı diğer yayınlardan düşük olarak bulunmuştur. Kadın olmak ve sığınmacı – göçmen

olmak depresyon varlığı için risk faktörü iken erkek ve kadınların bir arada bulunduğu çalışmalardan daha düşük düzeyde sonuçlar elde edilmiştir. Bu sonuçlar aynı toprakları ve kaderi paylaşan halkların birbirine kucak açarak destekleyici çevre ortamı sağlamasından kaynaklanmış olabilir.

Araştırmaya katılan katılımcıların 50 yaş ve üzerinde %69,2'sinde depresyon varlığı bulunmuştur. Depresyonun sıklığı ilgili olarak ilk görüşler, yaş arttıkça depresyonun görülme olasılığının arttığı biçimindedir (159) (160). Ancak depresyon yaygınlığını etkileyen diğer etkenler kontrol edildiğinde yaşa göre fark olmadığını belirten çalışmalar da mevcuttur (161). Ülkemizde depresyon, bir çalışmada 55-65 yaş grubunda daha yüksek bulunmuştur (162). Çalışmamızda 50 yaş üzerindeki kadınlarda depresyon sıklığının fazla olması bu kişilerin daha çok travmatik olaylara maruz kalması, daha çok kayıp yaşamaları ve destekleyici ortamdan mahrum olmaları ile açıklanabilir.

Bizim çalışmamızda evli olanların %45,2'sinde, bekarların %27,3'ünde, boşanmış/dul olanların %73,9'unda depresyon olduğu saptanmıştır. Yurtdışındaki çalışmada evlilerin %29,9'unda, bekarların %27,5'inde depresyon varlığı çalışmanın bulgularındandır (142). Yurt içindeki bir araştırmada ruhsal bozukluk belirtisi eşi ölmüş, boşanmış ve eşinden ayrı yaşayanlarda (%68,8), evli (%37,3) ve hiç evlenmemişlere (%34,8) göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur (163). Savaşın getirdiği bütün olumsuzlukları eşini kaybeden veya yalnız yaşayan kadınların bu farkı oluşturduğu düşünülmüştür.

Çalışmamızda Türkiye’de yaşama süresine göre depresyon varlığına bakıldığında; 1 yıldan daha az süre yaşayanlarda depresyon varlığı %52,4 olarak saptanmıştır. 1 yıl ve üzerinde Türkiye’de yaşayanlarda depresyon varlığı %42,3 olarak bulunmuştur. Yurtdışında yapılan çalışmada 1 yıl ve üzeri Ürdün’de yaşayanların %26,7’si 31 ve üzerinde skora sahiptir.1 yılın altında olanların %31,4’ünde depresyon skoru 31 ve üzeri bulunmuştur (142). Başka bir görüşe göre göç edilen bölgede kalış süresinin artması bireylerin ruh sağlığını olumsuz etkileyebilmektedir. Yapılan bir çalışmada, Amerika’da 10-12 yıl ikamet eden Norveçli göçmenlerde ruh sağlığı hastalıkları görülme oranlarının henüz yeni yerleşenlere göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir (164). Araştırmamızda ülkemizde henüz 1 yılını doldurmayan göçmenlerde ruh sağlığı bozukluğu belirtilerinin fazla olması göç ettiği yerde yaşadığı travmanın etkisinden henüz kurtulma fırsatının bulunamaması ve yeni geldiği çevreye, kültüre alışma sürecindeki zorluklardan kaynaklanmış olabileceğini düşündürmektedir.

Araştırmaya katılan katılımcıların öğrenim durumuna göre depresyon varlığı; lise mezunlarında %83,3, üniversite-yüksekokul mezunlarında %19,3 olarak bulunmuştur. Yurtdışındaki çalışmada okuma yazma bilmeyenlerin %24,7’sinde, okulda eğitim alanların %30,2’sinde depresyon skoru 31 ve üzeri bulunmuştur (142). Bizim çalışmamızda lise mezunlarında bulunan yüksek depresyon bulgusu gelecek beklentisinin yüksek olmasıyla yaşanan travmanın şiddetinin fazla olmasından kaynaklanıyor olabilir.

Türkiye’ye gelmeden önceki mesleki duruma göre depresyon varlığı; işsizlerde %66,7, işçilerde %71,4, serbest meslek sahiplerinde %71,4 olarak

bulunmuştur. Bu 2 meslek grubunun diğer meslek gruplarına göre istatistiksel açıdan anlamlı olan yüksekliği; mesleklerinden ötürü maruz kaldıkları kronik stresin etkisinin savaşın yol açtığı yerinden edilme sebebi, geleceğe daha olumsuz bakma sebebi ile artmış olmasından kaynaklanıyor olabilir.

Katılımcıların yaşadığı yere göre depresyon varlığı; sığınmacı kampında yaşayanlarda %50,4, kirada yaşayanlarda ise %41,9 olarak bulunmuştur. Yurtdışındaki araştırmada kiralık evde yaşayanların %29,4'ünde depresyon skoru 31 ve üzerinde bulunmuştur (142). Başka bir araştırmada ise hane mülkiyeti, hanelerinde oda başına düşen kişi sayısı, aile tipi özellikleri incelenmiş ve ruhsal bozukluk ilişkisi anlamlı bulunmamıştır. İstatistiksel olarak anlamlı bulunmasa da hane mülkiyeti olmayanlarda (%42,6), odabaşına düşen kişi sayısı bir ve üzeri olanlarda (%44,2), aile tipi geniş olanlarda (%45,7) ruhsal bozukluk daha sık bulunmuştur (163). Temel ihtiyaçların büyük ölçüde karşılanamaması ile Suriyeli göçmenlerin ruh sağlığının bozukluğu arasında anlamlı ilişki olabileceği yurt dışında yapılan bir çalışmada ifade edilmiştir (165). Kampta yaşanan alanın büyüklüğü ve göçmenlerin kaldığı kiralık hanelerin büyüklüğü kişi başına düşmesi gereken hane alanının oldukça altında kalıyor olmasından ve özellikle kira ücretlerinin yüksek ve karşılanabilirliğinin zor olmasından dolayı depresyon bozukluğu yüksek bulunmuş olabilir.

Hekim tarafından tanı koyulmuş kronik bir hastalık varlığına göre; tanı alanlarda depresyon varlığı %70,6 olarak bulunmuştur. Yurtdışındaki araştırmada kronik hastalığı olanların %39,7'sinde depresyon skoru 31 ve üzerinde ve istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (142). Yurt içindeki bir alan çalışmasında

kronik hastalık varlığı ile depresyon varlığı arasında anlamlı ilişki saptanmıştır (166). Yapılan birçok çalışmada da kronik hastalığı olanlarda depresyon daha yüksek saptanmıştır (167). Kronik hastalıklarda depresyonun daha fazla görülmesinin nedeni olarak bireyin uyum kapasitesinin değişmesi, beraberinde getirdiği tedaviler, ilaçlar, aile ilişkilerinde bozulma, ağrı eşliğinin bozulması gibi durumların etkili olduğu düşünülmüştür.

Gelir getiren bir iş yapma durumuna göre depresyon varlığı; iş yapanlarda %63,7 olarak bulunmuştur. Yurtdışındaki araştırmada çalışanların %22,4'ünde, çalışmayanların %30,2'sinde depresyon skoru 31 ve üzerinde bulunmuştur (142). Çalışmamızda çalışanlarda depresyon skorunun yüksek bulunması beklenen bir durum değildir. Bu fark kadın olmanın getirdiği risk faktörüne uygunsuz çalışma saatleri ve düşük gelirin eklenmesinden kaynaklanıyor olabilir.

Ülkesinde bulunan yakınlarıyla telefon, internet vb yollar ile görüşme durumuna göre depresyon varlığı; ayda en az bir kez görüşenlerde ve haftada en az bir kez görüşenlerde diğer gruplara nazaran depresyon varlığı daha fazla bulunmuştur. Yakınlarıyla çok az görüşmek kişinin sosyal ve destekleyici çevreden noksan kalmasına ve sık görüşmekte daha çok endişe oluşturarak kronik stres mekanizmasında olumsuz yönde artışa neden olabilir.

Sağlığını değerlendirme durumuna göre depresyon varlığı; sağlığını iyi ve çok iyi olarak değerlendirenlerde diğer kişilere kıyasla depresyon varlığı daha az bulunmuştur. Schovers yaptığı çalışmada kendi sağlığını orta düzey altında belirten göçmenlerde ruh sağlığı bozukluklarını daha yüksek bulmuştur (152).

Depresyon yaşıyan bireylerin kendi ile ilgili öz algıları bozulmakta ve dünyaya daha olumsuz bakmaktadırlar.

Savaşta herhangi bir yakınıni kaybetme durumuna göre depresyon varlığı; yakınıni kaybedenlerde %48,5 olarak bulunmuştur. Akçakale kampındaki çalışmada ise; savaşta bedensel kayba uğrama, bir akrabasını kaybetme ile anksiyete ve depresyon puanı arasında anlamlı fark görölmemiştir (155).Bosnalı mülteciler üzerinde yapılan başka bir çalışmada, savaş travmasına maruziyet düzeyinin yüksekliğı ile depresyon ve anksiyete düzeyinin yüksekliğı arasında anlamlı ilişki bulunmuştur (168). Akçakale kampında yapılan çalışmada beklenen ilişkinin görölmemesi çalışmaya katılan katılımcıların neredeyse yarıya yakınıni 15 yaşıin altında olmasından kaynaklanıyor olabilir.

Yaşam boyu şiddete maruz kalma durumuna göre depresyon varlığı; şiddete maruz kalanlarda %55,3 olarak bulunmuştur. ABD’de yapılan bir çalışmada savaşta şiddet ve tacize maruz kalmış göçmenler ile depresyon varlığı arasındaki ilişki anlamlı bulunmuştur (157). Akçakale kampında yapılan çalışmada, şiddete maruz kalma ile anksiyete ve depresyon puanları arasında anlamlı ilişki görölümüştür (155). Ventevogel ve Hassan özellikle Suriyeli göçmen kadınlar ve çocuklar gibi risk altındaki gruplarda şiddet, zorunlu yer değıştirme ve birden fazla kaybın ruh hastalıklarının sıklığını artırdığını ifade etmiştür (169). Literatürdeki göçmen çalışmalarının birçoğunda şiddete maruziyet ve depresyon varlığı ilişkisi anlamlıdır.

Araştırmaya katılan katılımcıların depresyon varlığına göre anksiyete olma durumu; depresyonu olanların %45,4'ünde anksiyete varlığı saptanmıştır. Anksiyete bozukluğu varlığı depresyon bozukluğu olma riskini 2,013 kat artırmaktadır. 2012'de Avustralya'da yapılan bir çalışmada depresyon saptanan kişilerin %85'inde anksiyete de saptanmıştır (170). Hirschfeld ve arkadaşlarının yapmış olduğu bir çalışmada da, majör depresyon saptanan bir hastada ek olarak anksiyete bozukluğu gelişme riskinin 3,3-8,2 kat arttığı, diğer yandan anksiyete bozukluğu saptanan birinin, bir yıl içinde depresyon geçirme riskinin de 7,62 kat yükseldiği belirtilmiştir (171). Bu birlikteliğin etiyolojide etkili olan ortak nörotransmitter maddelerden kaynaklanabileceği düşünülmüştür.

5.2. Anksiyete İle İlgili Bulguların Tartışılması

Katılımcıların BAÖ toplam skor ortalaması $14,32 \pm 11,85$, ortanca 10,00 (minimum 0,0 – maksimum 51,00) olarak bulunmuştur. BAÖ skoru 0 – 17 puan arasında olan 183 kişi (%66,1), 18 – 24 puan arasında olan 27 kişi (%9,7) ve 25 puan ve üzeri olan 67 kişi (%24,2) bulunmaktadır. Akçakale kampında yapılan çalışmada; anksiyete puan ortalaması 19,48 (minimum 3,0 – maksimum 63,00) , şiddetli anksiyete %19,3 olarak bulunmuştur (155). Lindert çalışmasında anksiyete sıklığını %40 olarak bulmuştur (156). Tayland-Birmanya sınır kampındaki mültecilerde de benzer sonuçlar vardır; anksiyete sıklığı % 42 olarak saptanmıştır (157). Literatürdeki çalışmalarda göçmen kadınlardaki anksiyete bozukluğu sıklığı bizim çalışmamıza benzer bulgular içermektedir.

Araştırmaya katılan katılımcıların yaş gruplarına göre; 40-49 yaş ile 50 yaş ve üzeri gruplarda diğer yaş gruplarına göre anksiyete varlığı daha fazla görülmüştür. Literatürdeki çalışmalar depresyon bozukluğunda olduğu gibi aynı nörotransmitter mekanizmaları ve pathwaylerinden dolayı kaynaklanan anksiyete bozukluklarında da yaş arttıkça daha sık görülmektedir.

Araştırmamızda anksiyete varlığı; 3 ve üzeri çocuk sahibi olanlarda %45,4 olarak bulunmuştur. 3 ve üzerinde çocuk sahibi olmak anksiyete olma riskini 3'ün altında çocuk sahibi olanlara göre 3,27 kat artırmaktadır. Ülkemizde yapılan bir çalışmada ruh sağlığı bozukluğu tanısı konmuş 133 hasta üzerinde yaptıkları araştırmada hastaların %63.5'inin üç ve daha fazla çocuğa sahip olduğu bulunmuştur (172). Çocuk sayısı arttıkça temel ihtiyaçların ve sorunların artmasının anksiyete mekanizması üzerinde olumsuz etkisi olduğunu düşündürmüştür.

Türkiye'de yaşama süresine göre anksiyete varlığına bakıldığında; 1 yıldan az yaşayanlar ile 2 ila 3 yıl arasında yaşayanlarda anksiyete varlığı diğer kişilere göre daha az olarak bulunmuştur. Göç edilen yerde bulunma süresiyle anksiyetenin ters orantı şeklinde olması gereken ilişkisi, savaşın uzun süredir devam etmesi ve yakın zamanda sona erecek gibi görünmemesi, uzun süre kampta yaşanması, kamp dışı yaşamın olumsuzlukları vb nedenlerden dolayı tersine dönmüş olabilir. Bu konuda daha fazla araştırmaya ihtiyaç duyulmaktadır.

Araştırmaya katılan katılımcıların öğrenim durumuna göre anksiyete varlığı; okuryazar olmayanlarda ve sadece okuryazar olanlarda diğer gruplara

göre daha fazla bulunmuştur. Eğitim seviyesinin artması ile anksiyete bozukluğu sıklığının azalması literatürle korele ve beklenen bir bulgudur.

Katılımcıların yaşadığı yere göre anksiyete varlığı; sığınmacı kampında yaşayanlarda ve kamp dışında kirada yaşayanlarda diğer gruplara nazaran daha yüksek bulunmuştur. Anksiyete bozukluğu kendi evinde ikamet etmeyenlerde edenlere göre 8,5 kat daha fazla olarak bulunmuştur. Kişinin temel ihtiyacı olan barınma ve güvenlik konusunun çözülemediği olmasının anksiyete sıklığını artırdığı düşünülmektedir.

Hekim tarafından tanı koyulmuş kronik bir hastalık varlığına göre; tanı alanlarda anksiyete varlığı %50,0 olarak bulunmuştur. Ülkemizde yapılan çalışmada kronik hastalık varlığı ile anksiyete olma durumu arasında anlamlı ilişki saptanmıştır (155). Sonuçlar birbirine benzer ve destekleyici niteliktedir.

Gelir getiren bir iş yapma durumuna göre anksiyete varlığı; iş yapanlarda %43,2 olarak bulunmuştur. Araştırmamızda anksiyete bozukluğu çalışmayanlarda çalışanlara göre 3,52 kat fazla olarak bulunmuştur. Ekonomik açıdan göç edilen yerde temel ihtiyaçların karşılanabilmesi için gelir getiren bir işte çalışmanın gerekliliği kronik strese maruziyeti artırmaktadır.

Sigara kullanma durumuna göre anksiyete varlığı; kullananlarda %53,1 olarak bulunmuştur. Ankara il merkezinde kadınlarla yapılan bir araştırmada sigara içenlerde anksiyete riski içmeyenlere göre 1,5 kat daha fazla bulunmuştur (147). Yine ülkemizdeki Akçakale kampı çalışmasında da sigara içme durumu ile anksiyete varlığı durumu anlamlı olarak ilişkili bulunmuştur (155). Bizim

Çalışmamızda da sigara içmek ile anksiyete bozukluğu anlamlı olarak ilişkilendirilmiş ve literatürle uyumu bulunmuştur.

Alkol kullanma durumuna göre anksiyete varlığı; kullananlarda %62,5 olarak bulunmuştur. Araştırmamızda anksiyete bozukluğu alkol kullananlarda kullanmayanlara göre 24 kat fazla olarak bulunmuştur. Kırsal bir bölgede kadınlarla yapılan çalışmasında sigara ve alkol kullanımı ile ruhsal bozukluk arasında ilişki bulunmamıştır (166). Alkol, sigara ve bağımlılık yapıcı maddelerin kullanımı ve ruhsal bozukluk birlikteliğı bilinen bir durumdur.

Ülkesinde bulunan yakınlarıyla telefon, internet vb yollar ile görüşme durumuna göre anksiyete varlığı; günde en az bir kez yakınlarıyla iletişim kuranlarda diğ er gruplara nazaran anksiyete varlığı daha az bulunmuştur. Bireylerin sosyal ve ruhsal açıdan rahatlaması ve destekleyici çevresinin bulunması ruhsal bozukluk sıklığını azaltmak açısından önemli olabilir.

Yaşadığı hane alanını yeterli bulma durumuna göre anksiyete varlığı; bulmayanlarda %46,1 olarak saptanmıştır. Anksiyete bozukluğu hane alanını yeterli bulmayanlarda bulanlara göre 10 kat fazla olarak bulunmuştur. Hane alanının yetersiz bulunması genellikle kampta yaşayan göçmenler ve kamp dışında kenar mahallelerde ya da virane şeklindeki hanelerde yaşanmasından kaynaklanmaktadır. Temel bir ihtiyaç olan barınmanın bu zorlu koşullar altında gerçekleştiriliyor olması ruhsal bozuklukların sıklığının artmasına sebep olabilir.

Araştırmamızda kendisinin veya yakınlarının psikolojik desteğe ihtiyaç duyduğunu düşünme durumuna göre anksiyete varlığı; düşünmeyenlerde %39,7

olarak bulunmuştur. Psikolojik desteğe ihtiyaç duymayanlar ihtiyaç duyanlara göre anksiyete olma riski açısından 4 kat fazla riskli bulunmuştur. Psikolojik desteğe ihtiyaç hisseden ve bu konuda farkındalığı olan kadınlar gerek çevresinden gerek sağlık profesyonellerinden bu konuda yardım alıyor olabilir. Aslında psikolojik desteğe ihtiyaç duyduğu halde bunun farkında olmayan ya da bu konuda zorlu koşullara rağmen hala ayakta kalabiliyor olduğu izlenimi veren kadınlar daha fazla risk altında olabilmektedir. Bu hususta sağlıklı yorum yapabilmemiz için daha fazla veriye ve çalışmaya ihtiyaç duyulmaktadır.

Tekrar eden fiziksel yakınmaların olması durumuna göre anksiyete varlığı; yakınması olanlarda %40,8 olarak saptanmıştır. Anksiyete bozukluğu riski tekrarlayıcı fiziksel şikayetleri olanlarda olmayanlara göre 8,5 kat fazla olarak bulunmuştur. Yapılan bir çalışmada göçe maruz kalmış anneler incelendiğinde, "göç sonrası güçlükler" ile anksiyete ve somatizasyon belirtilerinin pozitif yönde ve anlamlı düzeyde ilişkili olduğu görülmektedir (173). Anksiyete ve psikosomatik belirtilerin birlikteliği beklenen ve bilinen bir durumdur. Çalışmamızda da bu bulgulara erişilmiştir.

Sağlığını iyi ve çok iyi olarak değerlendirenlerde diğer kişilere kıyasla; anksiyete varlığı daha az, çok kötü diyenlerde ise daha fazla olarak bulunmuştur. Bir çalışmada göçmen kadınların %65'i sağlık durumlarını zayıf-kötü olarak belirtmiş ve en sık görülen sağlık sorunları olarak da psikolojik ve jinekolojik yakınmalar olduğunu ifade etmişlerdir (152). Ruhsal bozukluklar ile bireyin olumsuz benlik ve sağlık algısı bulunması beklenen bir bulgudur.

Çalışmamızda savaşta herhangi bir yakını kaybedenlerde anksiyete varlığı %41,1 olarak bulunmuştur. Savaşta bir yakını kaybedenler anksiyete olma açısından bir yakını kaybetmeyenlere göre 10,73 kat daha fazla risk taşımaktadır. Ülkemizde yapılan göçmen çalışmasında ise; savaşta bedensel kayba uğrama, bir akrabasını kaybetme ile anksiyete puanı arasında anlamlı fark görülmemiştir (155). Ruh sağlığı bozuklukları ile savaşta bir yakını kaybetme arasındaki ilişkiye depresyon bulgularında değinilmiştir. Kamp içinde yapılan bu çalışmanın sonuçlarının beklenmeyen şekilde gelmesi yaş gruplarının homojen bir şekilde dağılmamasından kaynaklanıyor olabilir.

Yaşam boyu şiddete maruz kalma durumuna göre anksiyete varlığı; şiddete maruz kalanlarda %43,0 olarak bulunmuştur. Cinsel şiddete maruz kalma durumuna göre anksiyete varlığı; maruz kalanlarda %55,6 olarak bulunmuştur. Cardozo'nun yaptığı araştırmaya göre ise savaşta şiddet ve taciz anksiyete varlığı ile ilişkilidir (157). Cihan'ın yaptığı çalışmada, şiddete maruz kalma ile anksiyete puanları arasında anlamlı ilişki görülmüştür (155). Begic'in mülteciler üzerinde yapılan çalışmada, savaş travmasına maruziyet düzeyinin yüksekliği ile anksiyete düzeyinin yüksekliği arasında anlamlı ilişki bulunmuştur (168). Literatürdeki göçmen ruh sağlığı çalışmalarıyla bizim çalışmamızın bulguları benzeşmektedir.

5.3. Diğer Bulguların Tartışılması

Bekar olanların evlilere ve dul/boşanmışlara göre daha yüksek oranda Türkçe konuşma yeterliliği düzeyine sahip olduğu saptanmıştır. Bu fark bekar kadınların sosyal açıdan iletişime daha ilgili olmasından kaynaklanıyor olabilir.

1 yıldan az bir süredir Türkiye’de yaşayanlarda diğer gruplara göre Türkçe konuşma yeterliliği daha az bulunmuştur. Bu fark bireyin yaşadığı yerde bulunma süresi ile alakalı olmasından dolayı beklenmektedir.

Eğitim düzeyi arttıkça Türkçe konuşma yeterlilik düzeyinin arttığı görülmektedir. Bireyin eğitim düzeyinin artmasıyla beraber entellektüel beceri düzeyinin artması yeni bir dil öğrenme sürecini hızlandırıyor olabilir.

Kendi evinde yaşayanların Türkçe konuşma yeterlilik düzeyi diğer gruplardan daha fazla olarak bulunmuştur. Bu fark kendi evine sahip olanların daha fazla Türk komşuya ve çevreye sahip olması, daha fazla sosyal ortamda ve etkileşimde bulunabilecek ekonomik özgürlüğe sahip olması ile açıklanabilir.

Okuryazar olmayanlar, sadece okuryazar olanlar ve ilkokul mezunlarının sağlık düzeyleri diğer gruplardan daha düşük olarak bulunmuştur. Alkol kullanma durumuna göre baktığımızda; kullananların %31,3’ü sağlık düzeylerini orta düzey ve üzerinde olarak belirtmişlerdir. Alkol kullanan bireylerde ve eğitim seviyesi düşük bireylerde öz sağlık bilinci anlayışının düşük olmasıyla bu fark açıklanabilir.

Yaşadığı hane alanını yeterli bulma durumuna göre; bulmayanların %56,8’si sağlık düzeylerini orta düzey ve üzerinde olarak belirtmişlerdir. Temizlik malzemelerine ulaşımı yeterli bulma durumuna göre; yeterli düzeyde ulaşamayanların %66’sı sağlık düzeylerini orta düzey ve üzerinde olarak belirtmişlerdir. Hane alanını ve temizlik malzemelerine erişimi yetersiz bulan

göçmenlerde daha düşük sağlık düzeyi olması bu kişilerin daha olumsuz koşullar altında yaşamasından ileri geliyor olabilir.

Daha önce bağımlılık yapıcı madde kullanmayanların diğer gruplara göre yaşam boyu şiddete maruz kalma açısından daha düşük sıklıkta oldukları saptanmıştır. Bağımlılık yapıcı madde kullanan kişilerin şiddete meyilli oldukları ve genellikle şiddet içeren ortamları paylaşmasından dolayı bu sonuçlar elde edilmiş olabilir.

Kirada yaşayanlar ve sığınmacı kampında yaşayanlarda yaşam boyu şiddete maruz kalma sıklığı diğer gruplardan fazla bulunmuştur. Bu bulgu olumsuz hane ve ekonomik koşullar altında bulunmanın şiddet eğilimini artırma ihtimalinden kaynaklanıyor olabilir.

Sağlık düzeyini değerlendirme durumuna göre; kendi sağlığını orta düzeyin altında olarak ifade edenlerin %80,0'ı yaşam boyu şiddete maruz kaldıklarını ifade etmişlerdir. Bu fark şiddete maruz kalmış bireylerin sağlık koşullarını olumsuzlaştıran faktörlere daha çok maruz kalmasından kaynaklanmış olabilir.

Daha önce bağımlılık yapıcı madde kullanmayanların diğer gruplara göre yaşam boyu cinsel şiddete maruz kalma açısından daha düşük sıklıkta oldukları saptanmıştır. Bağımlılık yapıcı madde kullanımı ve suça eğilim arasındaki iki yönlü ilişki ile açıklanabileceği düşünülmüştür.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Suriyeli göçmen kadınların yarısından fazlası kamp dışında yaşadıklarını, Türkçe konuşmada yetersiz olduklarını, savaşta birinci dereceden yakınını kaybettiklerini, yaşam boyu şiddete maruz kaldıklarını ifade etmiştir.

Göçmen kadınların yaşam boyu bağımlılık yapıcı madde kullanma sıklığı beşte bir oranındadır.

Göçmen kadınların yarısı psikolojik desteğe ihtiyacı olduğunu düşünmektedir.

Göçmen kadınların üçte birinden fazlası temizlik malzemelerine erişimini ve yaşadıkları hane alanını yeterli bulmadıklarını, T.C. vatandaşları tarafından kötü söz ya da davranışa maruz kaldıklarını belirtmiştir.

Araştırmamızda Suriyeli göçmen kadınların yarısından azında depresyon, üçte birinde anksiyete bozukluğu tespit edilmiştir.

Dul ya da boşanmış olan kadınlarda, Türkiye'ye yeni gelenlerde, lise mezunlarında, sığınmacı kampında yaşayanlarda, kronik hastalığı olanlarda, herhangi bir işte çalışanlarda, savaşta bir yakınını kaybedenlerde, şiddete maruz kalanlarda ve anksiyete bozukluğu olanlarda depresyon bozukluğu istatistiksel açıdan yüksek bulunmuştur.

3 ve üzerinde çocuk sahibi olanlarda, okuryazar olmayanlar ve sadece okuryazar olanlarda, sığınmacı kampında yaşayanlarda, kronik hastalığı olanlarda, herhangi bir işte çalışmayanlarda, yaşadığı hane alanını yeterli bulmayanlarda,

savaşta yakınıını kaybedenlerde ve şiddete maruz kalanlarda anksiyete bozukluğu istatistiksel açıdan yüksek bulunmuştur.

Bu sonuçlar doğrultusunda;

- Göçmen ve sığınmacıların yaşadığı yerlere yakın bölgelerde, ücretsiz yararlanabilecekleri, randevu alma zorunluluğu olmayan ve profesyonel çevirmenlerin çalıştığı psikososyal destek merkezlerinin açılmasının uzun dönemde oldukça maliyetli olabilecek bazı psikiyatrik bozuklukların erken teşhis ve tedavisinin önünü açarak, göçmenlerin bu bozukluklardan dolayı daha az işlev kaybı yaşamalarına, böylelikle uyum süreçlerinin de hızlanmasına katkıda bulunacağı belirtilebilir.
- Dil, kültür ve yaşam tarzından kaynaklanan nedenlerle Suriyeliler bazı sosyal faaliyetlerden faydalanamamaktadır. Özellikle Suriyeli kadın, genç ve çocukların sosyal faaliyetlere yönlendirilmesi sıralanan birçok toplumsal etkiyi ve ruh sağlığı bozukluklarını sınırlandırabilir. Uyum süreci devam ettiği dönemde Suriyelilerin faydalanabileceği sosyal alanların inşası ve hizmetlerin verilmesi faydalı olabilir.
- Suriyelilerin yaşadığı koşullar her türlü yasa dışı işe bulaşmaları açısından müsait zemin hazırlamaktadır. Suriyeli göçmenler uyuşturucu kullanımı ve satışı açısından istismara açıkken kadınlar ayrıca fuhuş tehdidine de maruz kalmaktadır. Madde bağımlılığı ile her anlamda mücadele edilmeli ve destekleyici çevre oluşturulmalıdır. Yaşam koşullarının düzeltilmesi için kamu kuruluşları ve özel kurumların proje üretmesine ihtiyaç

duyulmaktadır. Multidisipliner ve multisektörel yaklaşım çok önem arz etmektedir.

- Özellikle kamplarda ve kiralık evlerde yaşanan hane alanının yetersiz olması ve temizlik malzemelerine yetersiz erişim vb durumlar temel ihtiyaçların karşılanamadığını göstermektedir. Temel ihtiyaçların karşılanarak ruh sağlığı bozukluklarının görülmesini azaltabilmek için yapılacak politikalar doğrultusunda; Suriyeli göçmenlerin mahallelerin dışında yıkılmış, dökülmüş barınaklarda ve buralarda sayıca çok fazla kişinin barınmasının önüne geçilmesi, kamplardaki barınma ve hijyen koşullarının iyileştirilmesi önerilmektedir.
- Eğitim seviyesi düşük olan, genç ve çalışma çağındaki nüfus için Türkçe dil eğitimi kursları, meslek edinme kursları, okuma-yazma ve temel eğitimlere dair kurslar açılmalıdır.
- Göçmen kadınların topluma entegrasyonunu hızlandırabilmek adına onlara özel koşullarda çalışma fırsatları oluşturulabilir. Göçmen kadınların çalışma koşulları ve ekonomik kazançları üzerinden yaşadıkları eşitsizliğin giderilmesi için çaba sarf edilmelidir.
- Travmanın nesillere aktarımı, özellikle göç ve sonrasındaki travmalara maruz kalmış annelerde daha da yoğun olabileceğinden, çocukların ruh sağlığını koruyucu tedbirlerin alınması gerekliliğini gözler önüne sermektedir.

7.KAYNAKLAR

1. Erginöz E. Halk Sağlığı ve Mental Hastalıklar. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri; Türkiye’de Sık Karşılaşılan Psikiyatrik Hastalıklar Sempozyum Dizisi No: 62. Mart 2008 S:31-40
2. The World Health Report 2001-Mental Health: New Understanding, New Hope, World Health Organization, Geneva, Switzerland. (<http://www.who.int/whr/2001/en/> 10.09.2016).
3. YILMAZ E, Şizofreni ve Bipolar Afektif Bozukluk Tanısı Almış Hastalara Bakım Veren Kişilerde Kaygı Durumu Ve Mizaç-Karakter İlişkisi, s:3,(2009)
4. Murray CJ, Lopez AD. Alternative projections of mortality and disability by cause 1990-2020: Global Burden of Disease Study. Lancet ; 349:1498-504,1997
5. T.C. Sağlık Bakanlığı Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı Hıfzıssıhha Mektebi MüdürlüğüTürkiye Hastalık YüğüÇalışması2004. Ankara. 2006.
6. ÖZTÜRK MO, Ruh sağlığı ve Bozuklukları, 8.Basım, Feryal Matbaası, 2001
7. World Health Organization: Factssheet No 369 – Depression.Erişim Tarihi: 11/09/2016 <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/en>
8. SAYIL I, BERKSUN O,Depresyon ve İntihar,Psikiyatri Dünyası, s:52-56,(1998)
9. ÜNSAL C, Yaygın Anksiyete Bozukluğu Tanısı Alan Hastaların Elektrokardiyografilerindeki P-Dalga Dispersiyonu Ve QT Dispersiyonu , s:3,(2007)
10. STEIN MB, KIRK P, PRABHU V, Mixed AnxietydepressionIn A PrimaryCareClinic, s: 79-84, (1995)
11. AKKAYA C, Anksiyete Belirtilerinin Eşlik Ettiği Majör Depresif Bozukluğun Tanı ve Sağaltımındaki Güçlükler, Türk Psikiyatri Dergisi, s:139-146, (2006)
12. BANDELOW B, MICHAELISS,Epidemiology of AnxietyDisorders in the 21st Century, DialoguesClinNeurosci , s: 327–335, (2015)
13. BUDAKOGLU I ve ark, 15 Yaş Üzeri Kadınlarda Anksiyete Sıklığı Ve Gelişimini Etkileyen Faktörler,s: 92-97,(2005)

14. KESSLER RC et al, LifetimeAnd 12-Month Prevalence Of DSM-III-R PsychiatricDisordersInThe United States,Arch Gen Psychiatry,s:8-19, (1994)
15. TEBER S, Göçmenlik Yaşantısı ve Kişilik Değişimi, Ortadoğu Verlag. Oberhausen, Germany, 1993.
16. Magalhaes L, Carrasco C, Gastaldo D, Undocumented migrants in Canada: A scope literature review on health, access to service, and working conditions. J Immigr Minor Health, 12:132-151; 2010
17. Holmes SM, An ethnographic study of the social context of migrant health in United States. PLoS Med, 3:1776-1793; 2006
18. Göçmenlerin sağlık sorunları: Ev hizmetlerinde bir alan araştırması,nilay etiler, kocaeli üniversitesi kuvvet lardoğlukocaeli/ marmara üniversitesi
19. Türkiye’deki Suriyeli Kadınlar Araştırması, AFAD, 2014
20. ÖREN N, GENÇDOĞAN B, Lise Öğrencilerinin Depresyon Düzeylerinin Bazı Değişkenlere Göre İncelenmesi, Kastamonu Eğitim Dergisi, s: 85-92 (2007)
21. ÖZER D ve ark, Ergenlerde Depresyon: Epidemiyoloji, Klinik Görünüm, Komorbidite, Seyir, Komplikasyonlar,Düşünen Adam, s: 90-96(2002)
22. İLHAN MN, Ankara’da İki Huzurevinde Yaşayan 60 Yaş Ve Üzeri Kişilerde Depresyon Ve Bilişsel Bozukluk Prevalanslarının Serum Tiroit Hormonları, Vitamin B12 Ve Folik Asit Düzeyleri İle İlişkisi, (2001)
23. ÇALIK K, AKTAŞ S, Gebelikte Depresyon: Sıklık, Risk Faktörleri ve Tedavisi, Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar, s:142-162 ,(2011)
24. Erginöz E. Halk Sağlığı ve Mental Hastalıklar. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri; Türkiye’de Sık Karşılaşılan Psikiyatrik Hastalıklar Sempozyum Dizisi No: 62. Mart 2008 S:31-40
25. Bir Sağlık Ocağına Başvuran Ruh Sağlığı Bozulmuş Hastaların Yaşam Kalitesi ve Sosyal İşlevsellik Durumunun Değerlendirilmesi, Burcu Şirin, Haliç Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi, 2008.

26. KARAMUSTAFALIOĞLU O, YUMRUKÇAL H, Depresyon ve Anksiyete Bozuklukları, Ş.E.E.A.H. Tıp Bülteni, s:65-74(2011)
27. KÖKNEL, Ö. Ruhsal Çöküntü: Depresyon. 6. Baskı. İstanbul: Altın Kitaplar ,(2005)
28. ÇEVİK A, VOLKAN V. Depresyonun psikosomatik etiyolojisi, Depresyon Monografıları Serisi 3,s:109-122,(1993)
29. AKTAY M, İstanbul Arel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji Anabilim Dalı,s:28,(2014)
30. AYYILDIZ H, Major Depresyon ve Panik Bozuklukta Serum S100b Seviyeleri,s:10 (2008)
31. AKISKAL HS. Mood Disorders: Introduction And Overview, Comprehensive Textbook Of Psychiatry, 1th ed. Kaplan HI, Sadock BJ. PA: Williams and Wilkins, s:1067-1079,(1995)
32. BABAOĞLU A, Psikiyatri Tarihi, Okuyan Us Yayın, İstanbul, s:56,95(2002)
33. ORAL T, Karasevda'dan Depresyon'a Hüznün Tarihi, Başka Psikiyatri ve Düşünce Dergisi, (2009)
34. KÖKNEL Ö, Duygudurum Bozukluklarının Tarihçesi, Duygudurum Dizisi, s:5-11(2000)
35. BORATAV C. Duygudurum Bozuklukları Ve Nozoloji, Duygudurum Dizisi, s:18-28(2000)
36. BAG B, Kanser Hastalarında Depresyon, Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar, s:186-198,(2014)
37. KESSLER RC et al, Lifetime And 12-Month Prevalence Of DSM-III-R Psychiatric Disorders In The United States, Arch Gen Psychiatry, s:8-19, (1994)
38. KESSLER RC et al. The Epidemiology of Major Depressive Disorder: Results From The National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). s:3095-3105,(2003)
39. ROBINS LN et al. The Epidemiologic Catchment Area Study Psychiatric Disorders in America,(1991)
40. MATHERS CD, LONCAR D. Projections of Global Mortality and Burden of Disease from 2002 to 2030. Plos Medicine, s: 2011-2029,(2006)

41. KAWAKAMI N et all. Lifetime and 6-Month Prevalence of DSM-III-R Psychiatric Disorders in an Urban Community in Japan. *Psychiatry Research*, s:293-301,(2004)
42. SADOCK BJ, SADOCK VA, Klinik psikiyatri, 4. Baskı, Güneş Kitabevi, (2005)
43. Sağlık Bakanlığı 2001 Yayınları, Türkiye Ruh Sağlığı Profili Raporu, Eksen Tanıtım , (1998)
44. KÜEY L ve ark, Türkiye’de Ruhsal Bozukluklar Epidemiyolojisi Araştırmaları Üzerine Bir Gözden Geçirme Çalışması, *Toplum ve Hekim*, s:12-16,(1987)
45. Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması, s:40-41,(2013)
46. ÇELİK F, ÇİÇEK H, Major Depresif Bozukluk Tanımı, Etiyolojisi ve Epidemiyolojisi, *Journal of Contemporary Medicine*, s: 51-66,(2016)
47. Amerikan Psikiyatri Birliği, Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, Beşinci Baskı (DSM-5), Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabı (Çev. Ed: E Köroğlu) , Hekimler Yayın Birliği, (2013)
48. BALCIOĞLU İ, Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Depresyon, Somatizasyon ve Psikiyatrik Aciller Sempozyumu, s:19-28,(1999)
49. YEMEZ B, ALPTEKİN K, Depresyon Etiyolojisi, *Psikiyatri Dünyası* 1,s:21-25,(1998)
50. LAM RW, MOK H, Depression. 1.Baskı, New York: Oxford University Press, s:21-32,(2008)
51. TARHAN N, ÇETİN M, Depresyonda Biyolojik Göstergeler, Depresyon Monografıları Serisi 4, Hekimler Yayın Birliği, s:175-200,(1993)
52. SELVİ Y ve ark, Kronobiyoloji ve Duygudurum Bozuklukları, *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry*, 3(3) s:368-386,(2011)
53. ALPER Y, Bütün Yönleriyle Depresyon, Gendaş A.Ş., s:19-20,(1999)
54. UĞUR M, Türkiye’de Sık Karşılaşılan Psikiyatrik Hastalıklar Sempozyum Dizisi, s:59-84 (2008)
55. SEEDAT S et all. Cross-National Associations Between Gender and Mental Disorders in the WHO World Mental Health Surveys, *Archives of General Psychiatry* s:785-795,(2009)

56. BEEKMAN AT et all. MajorandMinorDepression in Later Life: A Study Of PrevalenceAnd Risk Factors, J AffectDisord, s:65-75,(1995)
57. ROBERTS RE, et all. DoesGrowingOldIncreaseThe Risk ForDepression? Am J Psychiatry, s:1384-1390,(1997)
58. MARAL I ve ark,Depresyon Yaygınlığı ve Risk Etkenleri: Huzurevinde ve Evde Yaşayan Yaşlılarda Karşılaştırmalı Bir Çalışma Türk Psikiyatri Dergisi s:251-259 (2001)
59. ANTHONY JC, Petronis KR Suspected Risk FactorsforDepressionAmongAdults 18-44 YearsOld. Epidemiology, 1991; 2(2):123-132
60. BRUCE ML, KİM KM Differences İn TheEffects of Divorce on MajorDepression in Men andWomen. Am J Psychiatry, 1992; 149(7):914-917.
61. KÜEY L, GÜLEÇ C. Depresyonun Epidemiyolojisi. Depresyon Monografı Serisi, Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 1993
62. AYDIN H ve ark, Duygudurum bozukluklarının genetik yönü. Hekimler Yayın Birliği, s:25,135-152,(1993)
63. SAVRUN M, Depresyonun Tanımı Ve Epidemiyolojisi, Somatizasyon ve Psikiyatrik Aciller Sempozyumu, s. 11-17(1999)
64. ERDEM Ö, Doğum Sonrası Hüzün ve Doğum Sonrası Depresyon, Konuralp Tıp Dergisi ,s:32-37,(2009)
65. BLACK SA, IncreasedHealthBurdenAssociatedWithComorbidDepressionInOlderDiabeticMexicanAmericans.ResultsFromTheHispanicEstablishedPopulationForTheEpidemiologicStudy Of TheElderlySurvey. DiabetesCare, s:56-64,(1999)
66. DEW MA et all, PrevalenceandPredictors Of DepressionandAnxietyRelatedDisordersDuringTheYearAfterHeartTransplantation,GenH ospPsychiatry, s:48- 61,(1996)
67. TEZCAN E,Depresyonun Ayırıcı Tanısı, Duygudurum Bozuklukları Ve Depresyon, s:77-99,(2000)
68. GORY M et all. DepressionAmongTheHomeless,JHealthSoc Behav,s:87-102,(1990)

69. DE LEON SIANTA ML, Correlates Of Maternal Depression Among Mexican American Migrant Farmworker Mother, J Child Adolesc Psychiatr Ment Health Nurs, s:9-13,(1990)
70. ANNAGÜR BB, Depresyon Hastalarında Dürtü Kontrol Bozuklukları Sıklığı, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi,(2008)
71. SİVRİOĞLU EY, KIRLI S, Depresyon-Demans Ayırıcı Tanısı, Demans Dergisi s: 37-41, (2001)
72. YAVUZ R, İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Depresyon, Somatizasyon ve Psikiyatrik Aciller Sempozyumu, s: 29-34,(1999)
73. ÖZEN EM ve ark. Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi, Cilt 23, Sayı 1, s: 60-65, (2010)
74. AYDEMİR C ve ark. Majör Depresyon ve Özkıyıda Kognitif ve Emosyonel Faktörler, Türk Psikiyatri Dergisi 13(1) s: 33, (2002)
75. GREENBERG PE et all. The Economic Burden of Depression in the United States: How Did It Change Between 1990 and 2000 J Clin Psychiatry 64(12) s: 1465, (2003)
76. CHANG SM et all. Economic Burden of Depression in South Korea. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol,(2011)
77. THOMAS CM, MORRIS S, Cost of Depression Among Adults in England in 2000, Br J Psychiatry, 183(6), s:514,(2003)
78. BERTO P et all, Depression: Cost-of-illness Studies in the International Literature, a Review. J Ment Health Policy Econ, 3(1), s:3-10,(2000)
79. OKUMARA Y, HIGUCHI T, Cost of Depression Among Adults in Japan, Prim Care Companion CNS Disord;13(3), s:1082, (2011)
80. TAMAM L ve ark, Depresyonun Ekonomik Maliyeti, Türkiye Klinikleri J Psychiatry-Special Topics, 5(2), s:103,(2012)
81. ARLINGTON VA American Psychiatric Association Desk Reference to the Diagnostic Criteria From DSM-5, American Psychiatric Publishing, (2013)

82. KILINÇ S, TORUN F, Türkiye’de Klinikte Kullanılan Depresyon Değerlendirme Ölçekleri, Dirim Tıp Dergisi, s:39-47, (2011)
83. HİSLİ N, Beck Depresyon Envanteri'nin Üniversite Öğrencileri İçin Geçerliği, Güvenirliği. Psikoloji Dergisi s:3-13,(1989)
84. TEGİN B, Depresyonda bilişsel bozukluklar: Beck Modeline Göre Bir İnceleme, Yayınlanmamış, Doktora Tezi. Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü,(1980)
85. CEYHUN B, AKÇA F, Zung Depresyon Ölçeğinin Geçerlik ve Güvenirliği Üzerine Bir Çalışma. VIII. Ulusal Psikoloji Kongresi Bilimsel Çalışmaları, Türk Psikologlar Derneği Yayınları, s:20,(1994)
86. ERTAN T ve ark, Geriatrik depresyon ölçeğinin Türk yaşlı nüfusunda geçerlilik ve güvenilirliği. Nöropsikiyatri Arşivi s:62-71,(1997)
87. ENGİNDENİZ AN ve ark, Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği Türkçe Formu Geçerlilik Ve Güvenilirlik Çalışması, Bahar Sempozyumları 1 Kitabı. Ankara: Psikiyatri Derneği Yayınları, s:51-52,(1996)
88. ÖY B, Çocukluk Depresyonu Derecelendirme Ölçeği: Sağlıklı Ve Çocuk Ruh Sağlığı Kliniğine Başvuran Çocuklarda Uygulanması, Türk Psikiyatri Dergisi ,s:137,(1991)
89. HAMILTON MA , A Rating Scale For Depression, NeurolNeurosurgPsychiatry, s:56-62,(1960)
90. TORUN F ve ark, Montgomery-Asberg Depresyon Derecelendirme Ölçeği Türkçe Formunun Geçerlik ve Güvenirliği, 3P Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji Dergisi s:319, (2002)
91. MAVISSAKALIAN MR, PEREL JM The Side Effects Burden Of Extended Imipramine Treatment Of Panic Disorder, J Clin Psychopharmacol, s: 547-555,(2000)
92. ROTHSCILDAJ, LOCKECA, Reexposure To Fluoxetine After Serious Suicide Attempts By Three Patients: The Role Of Akathisia, J Clin Psychiatry, s:491-493,(1991)
93. DURAN A, Psikiyatride İlaçla Tedavi, Türkiye’de Sık Karşılaşılan Psikiyatrik Hastalıklar Sempozyum Dizisi No:62, s:275-302, (2008)

94. HAWTON K, et all. CognitiveBehaviourTherapyForPsychiatricProblems, Oxford UniversityPress, (1989)
95. TÜRKÇAPAR H, Dirençli Depresyon Tedavisinde BiliselDavranıçı Yaklaşım, Türkiye Psikiyatri Derneği Sürekli Eğitim / Sürekli Mesleki Gelişim Dergisi Cilt 1, Sayı 3 |s:240, (2011)
96. EBRİN S, Tedaviye Dirençli Tek Uçlu Depresyonun Tedavisinde Yenilikler, Journal of MoodDisorders, s:551-553,(2013)
97. YNEY H, Transkraniyal Manyetik Stimulasyonun Psikiyatrik Uygulamaları, Türk Psikiyatri Dergisi, 12(4),s:293-300,(2001)
98. KARAKAYA İ, Psikiyatrik Hastalıklar ve Psikiyatrik Tedavi Gören Hastalarda Dış Hekimliği Yönünden Yaklaşım, Ege Üniversitesi Dış Hekimliği Fakültesi Bitirme Tezi s:21,(2012)
99. DOğAN P, Aerobik Egzersizin Kadınlarda Ve Erkeklerde Anksiyeteye Olan Etkisinin Araştırılması, Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Spor Fizyoloğisi Yüksek Lisans Tezi, s: 9,(2010)
- 100.BAL U, Anksiyete Bozukluklarında Cinsiyete Göre Semptom Farklılıkları, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi, s: 3,(2010)
- 101.AmericanPsychiatricAssociation, DiagnosticAnd Statistical Manual of MentalDisorders, Fifth Edition, s:5, (2015)
- 102.ZAKKA T, Anksiyete Bozukluklu Hastaların eitli Tedavilere Karşı Anlık Ve Sürekli Kaygı Düzeylerinin Değişiminin İncelenmesi, Psikoterapi Enstitüsü Yayınları, s:1-2,(2013)
- 103.AmericanPsychiatricAssociation. DiagnosticandStatistic Manual of MentalDisorders, Fourth Edition, TextRevision. AmericanPsychiatricAssociation,(2000)
- 104.TEKİN M, TEKİN A, Anksiyete Bozukluklarında DissosiyatifBelirtiler,Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar, 6(4):330-339,(2014)
- 105.TKEL R. Anksiyete Bozuklukları, izgi Tıp Yayınevi, s:137,(2000)
- 106.ÖZER , Anksiyete Bozukluklarının Kısa Tarihçesi, s:3-4,(2006)

- 107.ÖZYURT G, Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Triple P Olumlu Anne Babalık Eğitimi'nin Anksiyete Bozukluğu Olan 8-12 Yaş Arası Çocuklarda Ve Ebeveynlerinde Anksiyete Düzeyi ve Ruh Sağlığı Üzerine Etkilerinin Araştırıldığı Randomize Kontrollü Bir Çalışma Uzmanlık Tezi (2013)
- 108.ÖZAKKAŞ T, Anksiyete Bozuklukları ve Tedavisi, Psikoterapi Enstitüsü Yayınları, s:9-10,(2014)
- 109.JOHN W G, DepressionandAnxiety, MJA Open 1 Suppl 4,s:28-31,(2012)
- 110.WITTCHEN U, FEHM L, Epidemiologyand Natural Course of SocialFearsandSocialPhobia,ActaPsychiatr Scand,s:4-18,(2003)
- 111.LAMPE LA, SocialPhobia: A Review of RecentResearchTrends,CurropinPsychiatry, s:149-155,(2000)
- 112.SUNGUR M Z, Fobik Bozukluklar, Psikiyatri Dünyası s:5-11,(1997)
- 113.ASLAN K, DSM-4-TR İle DSM-5 Arasındaki Önemli Farklılıklar, Erişim Tarihi: 05/08/2016<http://www.psikopatoloji.info/?p=9>
- 114.TURAL Ü, Anksiyete Bozuklukları, Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı Dönem V Notları, s:2, (2008)
- 115.ÖZPOYRAZ N, Anksiyete Bozuklukları, Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı Dönem V Notları, s:21, (2009)
- 116.ARNOLD PD et all. Genetics of AnxietyDisorders, CurrPsychiatryRep, s:24,(2004)
- 117.NOYES R Et All. Handbook Of Anxiety, EtiologicalFactorsAndAssociatedDisturbances, ElsevierScience Publisherss:2,23-41,(1988)
- 118.BAYRAKTAR E. Yaygın Anksiyete Bozukluğunun Fenomenolojisi, Anksiyete Bozuklukları, Türk Psikiyatri Derneği Yayınları, s:469–508,(2006)
- 119.KULAKSIZOĞLU B, Psikiyatri, İstanbul Üniversitesi Basım ve Yayınevi, s:59,(2009)
- 120.ROSENBOUM J et all. TheEtiology of Social Phobia, Journa lClinic Psychiatry, s:10-16,(1994)

- 121.HOYER J et all, Depersonalization/Derealization During Acute Social Stres in Social Phobia, J AnxietyDisord s:178-187,(2013)
- 122.WOLFRADT U, MEYER T, Interrogative Suggestibility, Anxiety and Dissociation Among Anxious Patientsand Normal Controls, Pers IndivDiff, s: 425-432,(1998)
- 123.TÜKEL R, Panik Bozukluğu, Psikiyatri Dünyası, s:12-17,(1997)
- 124.DURAN A, Anksiyete Ve Panik Ataklarında Hasta Değerlendirilmesi ve Tedavisi, Depresyon, Somatizasyon ve Psikiyatrik Aciller Sempozyumu , s:145-156,(1999)
- 125.Aydın H, Bozkurt A, Türkçe'ye Çeviri Editörleri. Kaplan &Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry Eighth Edition. Philadelphia: Güneş Kitabevi, Ankara, 2005, p.1718–1799.
- 126.KOYUNCU A, BİNBAY Z, Sosyal Anksiyete Bozukluğu ve Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Birlikteliği, Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar, s:10-21,(2014)
- 127.CEYLAN ME, YAZAN B, Araştırma ve klinik uygulamada biyolojik psikiyatri, Anksiyete Bozuklukları, Altan matbaacılık, s: 129-132,(2000)
- 128.AYDIN A, Ergenlerde Sosyal Anksiyete Belirtilerini Azaltmaya Yönelik Bilişsel-Davranışçı Bir Müdahale Programının Etkilerinin Değerlendirilmesi, Ege Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji Anabilim Dalı,(2006)
- 129.DİRİÖZ M, Ayrılma Anksiyetesi Belirtileri İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşmesi Türkçe Versiyonunun Psikometrik Özellikleri,Nöropsikiyatri Arşivi s: 6-13,(2012)
- 130.ULUSOY M ve ark, Turkish Version of Beck Anxiety inventory,Psychometric Properties, Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Cjuaterly ,s:163–172,(1998)
- 131.YAZICI MK , Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği, Derecelendiriciler arası Güvenilirlik ve Geçerlilik çalışması, Türkiye Psikiyatri Dergisi, s:114-117,(1998)
- 132.UĞUZ Ş ve ark, Yaygın Anksiyete Bozukluğu Ölçeğinin Türkçe Versiyonunun Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması, 45.Ulusal Psikiyatri Kongresi poster bildirimi,(2009)
- 133.ÖNER N, Durumluk ve Sürekli Kaygı Envanteri Elkitabı uyarlaması, İstanbul Boğaziçi Üniversitesi Yayınları, (1985)

- 134.KOCABAŞOĞLU N, Türkiye’de Sık Karşılaşılan Psikiyatrik Hastalıklar Sempozyum Dizisi s:175-184,(2008)
- 135.SAATÇIOĞLU Ö, Yaygın Anksiyete Bozukluğunun Tedavisi ve Yeni Yaklaşımlar, Klinik Psikofarmakoloji Bülteni s:60-77,(2001)
- 136.ANDREWS G et all. The Treatment of Anxiety Disorders: Clinician Guides and Patient Manuals, Cambridge University Press, s: 148-98,(2002)
- 137.TÜKEL R, Panik Hastasına Yaklaşım, Klinik Görünüm, Ayırıcı Tanı ve Tedavi İlkeleri, Klinik Gelişim Dergisi s:1-9,(2009)
- 138.MARNEROS A, Mood Disorders: Epidemiology and Natural History,Psychiatry, s:119-122,(2006)
- 139.İLAY Y, Perihan C, Özgür Proje Finali; Savaşın Kadınlar Üzerindeki Etkisi: Bosna & Suriye, Sabancı Üniversitesi, İstanbul, 2016
- 140.ALPAK G et al., Post-traumatic stress disorder among Syrian refugees in Turkey: A cross-sectional study, Int J Psychiatry Clin Pract 2015; 19: 45–50
- 141.AFAD Başkanlığı, Türkiye’deki Suriyeli Kadınlar Raporu, Ankara, 2014
- 142.GAMMOUH OS, Al-Smadi AM, Tawalbeh LI, Khoury LS. Chronic Diseases, Lack of Medications, and Depression Among Syrian Refugees in Jordan, 2013–2014, 2015 Jan 29;12:E10, Jordan, 2015
- 143.MEHMET G, Sema K, Sınırlar Arasında Yaşam Savaşı SURİYELİ MÜLTECİLER, Alan Araştırması; USAK Sosyal Araştırmalar Merkezi, USAK Raporları No: 13-04, 2013
- 144.GÜNDÜZ E, Adana İli Havutlu Bölgesinde 15-49 Yaş Kadınlardaki Depresif Belirtilerin Sıklığı ve Etkileyen Faktörler, s:1,2012
- 145.MAZLUMDER, Kamp Dışında Yaşayan Suriyeli Kadın Sığınmacılar Raporu, 2014
- 146.ALTINEL T, Edirne Şehir Merkezindeki 15-49 Yaş Kadınlarda Ruhsal Durum ve Etkileyen Faktörler, Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, 2008

- 147.BUDAKOĞLU, İ., Maral, I., Coşar, B., Biri, A., Bumin, M.A. (2005) 15 Yaş Üzeri Kadınlarda Anksiyete Gelişimi ve Sıklığını Etkileyen Faktörler, Cilt: 2 Sayı: 2 Sayfa: 92-97
- 148.KATHARİNA R, Reinhard S, Effect of Length of Stay on Smoking among Turkish and Eastern European Immigrants in Germany—Interpretation in the Light of the Smoking Epidemic Model and the Acculturation Theory, *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2015, 12(12), 15925-15936
- 149.MAGALHAES L, / Carrasco, C. / Gastaldo, D. (2010), “Undocumented migrants in Canada: A scope literature review on health, access to service, and working conditions”,*Int Immigrant Minority Health*, 12, s. 132-151
- 150.HOLMES, SM. (2006), “An ethnographic study of the social context of migrant health in United States”, *PLoS Med.* 3, s. 1776-93
- 151.MOHAMMED T, Abou-Saleh PH, Mental Health of Syrian refugees: looking backwards and forwards. *Lancet Psychiatry* 2, 870–871, 2015
- 152.SCHOVERS MA, Muijsenbergh ME, Largo-Janssen AL (2009) Self-rated health and health problems of undocumented immigrant women in the Netherland: a descriptive study. *J Public Health Policy*, 30:409-422
- 153.Government of Germany. Health, Well-Being and Personel Safety of Women in Germany: A Repesantative Study of Violence against Women in Germany: Summary of Central Research Results,p.27.Bonn: Federal Ministry for Family Affairs,Senior Citizens,Women and Yotuh,Government of Germany,2004
- 154.HASS G,Ammar N,Orloff L.Battered İmmigrants and U.S. Citizen Spouses, p.3. Washington,D.C.:Legal Momentum,2006
- 155.CİHAN Ö, Gülen G, Bir Mülteci Kampında Yaşayan Suriyelilerde Depresyon ve Anksiyete Durumu, *Akademik Sosyal Araştırmalar Dergisi*, Yıl: 2, Sayı: 6, Eylül 2014, s. 223-230

- 156.LINDERT, Jutta, et al, “Depression And Anxiety İn Labor Migrants And Refugees – A Systematic Review And Meta-Analysis”, Social Science & Medicine, Volume 69, p. 246–257, Germany, 2009
- 157.CARDOZO, B. Lopes; TALLEY, Leisel; BURTON, Ann; CRAWFORD, Carol, “Karenni refugees living in Thai–Burmese border camps: traumatic experiences, mental health outcomes, and social functioning”, Social Science & Medicine, Volume 58, p. 2637–2644, USA, 2004
- 158.JAMIL, Hikmet; FARRAG, Mohamed; HAKIM-LARSON, Julie; KAFABI, Talib; ABDULKHALEQ, Husam; HAMMAD, Adnan, “Mental Health Symptoms In Iraqi Refugees: Posttraumatic Stress Disorder, Anxiety, And Depression”, Journal Of Cultural Diversity, Volume 14/1, p. 19-25, 2007
- 159.BEEKMAN AT, Deeg DJ, van Tilburg ve ark. (1995) Major and minor depression in later life: a study of prevalence and risk factors. J Affect Disord, 36(1-2):65-75
- 160.ROBERTS RE, Kaplan GA, Shema SJ ve ark. (1997) Prevalence and correlates of depression in an aging cohort: the Alameda County Study. J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci, 52(5):252-258
- 161.ALTAMURA AC, Carta MG, Carpiello B ve ark. (1995) Lifetime prevalence of brief recurrent depression (results from a community survey). Eur Neuropsychopharmacol, 5(Suppl):99-102
- 162.DOĞAN O, Gülmez H, Ketenoğlu C ve ark. (1995) Ruhsal Bozuklukların Epidemiyolojisi. Dilek Matbaası, Sivas
- 163.DENİZ N, Denizli İl Merkezinde Yaşayan Erişkin Kadınların Genel Ruh Sağlığı Durumu, Ruh Sağlığı Hizmetlerinden Yararlanmaları Ve Etkileyen Faktörler, Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, Denizli, 2014
- 164.BHUGRA D. (2004) Migration and mental health. Acta Psychiatry Scand, 109:243-258
- 165.NETTA W, Farah K, Nicole L, Enhancing Need Satisfaction to Reduce Psychological Distress in Syrian Refugees, Journal of Consulting and Clinical Psychology, Vol. 84, No. 7, 645–650, Cardiff University, Wales, 2016

- 166.ÖZYURT CENGİZ B., Deveci, A. (2011)Manisa’da Kırsal Bir Bölgedeki 15-49 Yaş Evli Kadınlarda Depresif Belirti Yaygınlığı ve Aile İçi Şiddetle İlişkisi.,*Türk Psikiyatri Dergisi*;22(1):10-6
- 167.OKANOVIC MP, et all. Depression in Croatian Type 2 Diabetic Patients: Prevalence And Risk Factors.,aCroatian Survey From The European Depression in Diabetes Research Consortium. Diabet Med s: 942,(2005) (HA JH, WONG CK. Pharmacologic Treatment of Depression in Patients With Myocardial İnfarction, Journal of Geriatric Cardiology, s:121, 2011
- 168.BEGIC, Sandina; MCDONALD, W. Theodore, “The Psychological Effects of Exposure to Wartime Trauma in Bosnian Residents and Refugees: Implications for Treatment and Service Provision”, Int J Ment Health Addiction, Volume 4, p. 319–329, USA, 2006
- 169.HASSAN G, Ventevogel P, Mental health and psychosocial wellbeing of Syrians affected by armed conflict, Epidemiology and Psychiatric Sciences, April 25(2); 129–141, 2016
- 170.JOHN W G, Depression and Anxiety, MJA Open 1 Suppl 4,s:28-31,(2012)
- 171.HIRSCHFELD R.M, The Comorbidity of Major Depression and Anxiety Disorders: Recognition and Management in Primary Care,Prim Care Companion J Clin Psychiatry. 2001; 3(6): 244–254
- 172.AŞKIN R, Karaca S, Turan M, Kuloğlu M, Herken H: Depresyonlu Hastalarda Sosyodemografik Özelliklerin Klinik Belirtiler ve Tedavi Yanıtı ile İlişkisi. IV. Anadolu Psikiyatri Günleri.1996:273-281
- 173.AYLA H, Son Dönem Bulgaristan Göçünü Yaşayan Yetişkinlerde Travmanın Etkilerinin Kuşaklararası Aktarımı: Duygu Düzenleme Güçlüğü, Aile İşlevselliği Ve Temel Varsayımların Rolü, Yayımlanmış Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara, 2014

8. ÖZET

Kilis Devlet Hastanesi'ne Başvuran 18 Yaş ve Üzeri Kadın Sığınmacıların Ruh Sağlığı Algıları Ve Öz Değerlendirmelerinin Saptanması

Araştırmada savaş sonrası zorunlu göçe tabi olan Suriyeli kadın sığınmacılarda depresyon ve anksiyete skorlarının ölçülerek ruh sağlığı algılarının, öz değerlendirilmelerinin ve ruh sağlığı profillerinin saptanması amaçlanmıştır. Çalışmamız analitik tipte kesitsel bir araştırmadır. Araştırma Kilis Devlet Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniklerine başvuran 279 Suriyeli 18 yaş ve üzerindeki kadın göçmen hasta ile yürütülmüştür. İstatistiksel analiz olarak tanımlayıcı bulgular kısmında kategorik değişkenler sayı, yüzde ve sürekli değişkenler ise ortalama $\pm$ standart sapma ve ortanca (en küçük, en büyük değer) ile sunulmuştur. Tüm analizlerde istatistiksel olarak anlamlılık düzeyi $p<0,05$ olarak alınmıştır.

Araştırmaya katılan Suriyeli kadınların yaş ortalaması $30,99 \pm 9,61$ olup, %47'si 18-29, %35'i 30-39 yaş arasında, %68,1'i evli, %26,9'u ilköğretim düzeyinin altında, %38,0'ı 2 yıldan fazla bir süredir Türkiye'de ve %45,1'i sığınmacı kampında yaşamaktadır. Göçmen kadınların %43,4'ünde depresyon, %33,9'unda anksiyete bozukluğu saptanmıştır. Göçmen kadınlarda kronik hastalığın olması, gelir getiren bir işte çalışması, yaşam boyu şiddete maruz kalmış olması ve anksiyete bozukluğunun varlığı depresyon bozukluğu olması üzerinde etkili prediktörler olarak bulunmuştur. Üç veya daha çok sayıda çocuğa sahip olmak, kendi evinde ikamet etmemek, tekrarlayıcı fiziksel şikayetlerin varlığı ve savaşta

herhangi bir yakını kaybetmiş olmak anksiyete bozukluğu olması üzerine etkili prediktörler olarak, hane alanının yeterli olması, temizlik malzemesine yeterli erişim ve gelir getiren bir işte çalışmak ise anksiyete bozukluğundan koruyucu prediktörler olarak tespit edilmiştir.

Araştırma sonucunda savaşta yakını kaybedenlerin ve yaşam boyu şiddete maruz kalanların ruh sağlığı bozukluklarını daha sık yaşadıkları görülmüştür. Özel bir risk grubu olan göçmen kadınlara yönelik koruyucu ruh sağlığı hizmetlerinin üzerinde dikkatle durulması önerilmektedir. Gelir getiren bir işte çalışmak anksiyete bozukluğundan koruyucu, depresyon bozukluğunda ise etkili bir prediktör olarak görülmüştür. Göçmen kadınların gelir getirici işlerde çalışma sıklığını artıran politikalar belirlenirken, çalışma koşullarını ve ücretlerini düzelten tedbirlerin alınması önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Suriyeli Göçmen Kadınlar, Depresyon, Anksiyete, Ruh Sağlığı

9. SUMMARY (İNGİLİZCE ÖZET)

ABSTRACT

Determination of Mental Health Perceptions and Self-assessment of 18 year old and Older Asylum Seekers Women Attending to Kilis State Hospital

In the study, it was aimed to measure depression and anxiety scores of Syrian asylum seekers women who were subjected to forced to immigrate after the war in order to determine mental health perceptions, self-evaluation and mental health profiles. This study is a cross-sectional study of analytical type. This study was conducted with 279 Syrian immigrant women aged 18 year old and over who were referred to Kilis State Hospital Obstetrics and Gynecology Clinics. For statistical analysis, categorical variables in the descriptive findings part were presented in terms of number, percentage and continuous variables with mean $\pm$ standard deviation and median (maximum, minimum). Statistical significance level was considered $p < 0.05$ in all analyzes.

The average age of the Syrian women participating in this survey was 30.99 ± 9.61 and 47% of them were between 18 and 29 year old along with 35% of them were between 30-39 year old. Additionally, 68.1% were married as the rest was single. 26.9% of them did not finish the primary school education. Further 38,0% of them have been living in Turkey more than 2 years and 45.1% of them live in the refugee camp. It is found that 43.4% of Syrian asylum seekers women participating this study had depression and 33.9% of them had anxiety

disorder. The presence of chronic illness, working an income-earning job, being exposed to violence during her lifetime and the presence of anxiety disorder in immigrant women have been found to be effective predictors of depression. Having three or more children, not staying at her own home, having repetitive physical complaints and losing any relatives in the war were found important predictors of having anxiety disorder while sufficient house space, adequate access to cleaning materials and working an income - earning job have been identified as preventive predictors of anxiety disorder.

As a result of this study, it was identified that those who lost their close relatives to the war and those who were exposed violence during their lives experienced mental health disorders more frequently than others. It is recommended that more attention should be given to protective mental health services for migrant women with a specific risk group. Working in an income-earning job was determined as a protective factor for anxiety disorder while it was identified an effective predictor of depression. It is recommended to take measures to improve working conditions and wages while setting policies which will increase the number of working migrant women in income-generating jobs.

Keywords; Syrian Migrant Women, Depression, Anxiety, Mental Health

10. EKLER

Ek 1 – Veri Toplama Formu Türkçe Versiyonu

KİLİS DEVLET HASTANESİ'NE BAŞVURAN 18 YAŞ VE ÜZERİ KADIN SIĞINMACILARIN RUH SAĞLIĞI ALGILARI VE ÖZ DEĞERLENDİRMELERİNİN SAPTANMASI



ANKET NO

Anketi uygulayan: Dr.MEHMET ALİ DUNDAR

Tarih:.../.../2016

Size bazen insanların başına gelen zor veya stresli bazı olaylar hakkında sorular soracağım. Bunlara verilebilecek örnekler: savaş, herhangi tipte ciddi bir kaza geçirmek; yangın, kasırga veya depremin içinde bulunmak; gaspa uğramak, dövülmek veya bir silahlı saldırıya uğramak; isteğiniz haricinde cinsel ilişkiye zorlanmak olabilir. Bu gibi yaşantıları içeren bir listeye bakmanızı ve herhangi birisinin sizin başınızdan geçip geçmediğini kontrol etmenizi isteyerek başlayacağım. Daha sonra, herhangi birisi sizin başınızdan geçtiyse; sizden neler olduğunu kısaca tarif etmenizi ve o anda neler hissettiğinizi anlatmanızı isteyeceğim. Bu yaşantılardan bazılarını hatırlamak güç olabilir veya bazı rahatsız edici anıları veya duyguları tekrar canlandırabilir. İnsanlar sıklıkla bunlar hakkında konuşmayı yararlı bulurlar, ancak bana ne kadarını anlatmak istediğinize siz karar vereceksiniz. Kendinizi rahatsız/üzgün hissederseniz lütfen bana söyleyiniz, daha yavaş ilerleyip bunun hakkında konuşabiliriz. Ayrıca herhangi bir şey sormak istediğinizde ve ya anlamadığınız bir şey olduğunda lütfen bana söyleyiniz. Başlamadan önce soracağınız bir şey var mı?

1.BÖLÜM

1. Kaç yaşındasınız?

2. Medeni durumunuz nedir? 1. Evli 2. Bekar 3. Dul/Boşanmış
3. Kaç çocuğunuz var?
4. Ne kadar süredir Türkiye’de yaşamaktasınız?
- 1.1 yıldan az 2.1-2 yıldır 3.2-3 yıldır 4.3-4 yıldır 5.4 yıldan daha fazla
5. Öğrenim durumunuz nedir?
- 1.Okuryazar değil 4.Ortaokul mezunu
- 2.Okuryazar 5.Lise mezunu
- 3.İlkokul mezunu 6.Yüksekokul-Üniversite mezunu
6. Türkiye’ye gelmeden önceki mesleğiniz nedir?
- 1.Öğrenci 5.Memur
- 2.Ev Hanımı 6.Emekli
- 3.İşsiz 7.Serbest Meslek
- 4.İşçi 8.Diğer (lütfen yazınız)
7. Yaşadığınız yeri belirtiniz.
- 1.Sığınmacı kampı içinde 3.Kamp dışında akrabalarımın yanında
- 2.Kamp dışında kendi evimde 4.Kamp dışında kirada
8. Hekim tarafından tanısı koyulmuş herhangi bir kronik hastalığınız var mı?
- 0.Hayır 1. Evet (lütfen yazınız)
9. Hekim tarafından verilmiş düzenli ilaç kullanıyor musunuz?
- 0.Hayır 1. Evet (lütfen yazınız)
- 10.Şu anda gelir getiren bir iş yapıyor musunuz?
0. Hayır 1. Evet
- 11.Eşiniz gelir getiren bir işte çalışıyor mu?
0. Hayır 1. Evet
- 12.Hane gelirinizi işaretleyiniz
- 1.250 TL’den az 3.501-750 TL 5.1001-1500 TL 7.2001-3000 TL
- 2.251-500 TL 4.751-1000 TL 6.1501-2000 TL 8.3001 TL ve yukarısı

2.BÖLÜM

13. Sigara kullanıyor musunuz?

0. Hayır 1. Evet

14. Alkol kullanıyor musunuz?

0. Hayır 1. Evet

15. Daha önce uyarıcı/uyuşturucu madde kullandınız mı?

0. Hayır

1. Son 1 yılda

2. Son 1 ayda

3. Halen kullanıyorum

16. Ülkenizde bulunan yakınlarınızla telefon, internet vb yollarla görüşüyor musunuz?

0. Hayır 1. Evet

17. Ne sıklıkla görüşüyorsunuz?

1. Günde bir ya da birkaç kez

2. Haftada bir ya da birkaç kez

3. Ayda bir ya da birkaç kez

4. Nadiren

18. Yaşadığınız hane alanını yeterli buluyor musunuz?

0. Hayır 1. Evet

19. Temizlik malzemelerine ulaşımınızı yeterli buluyor musunuz?

0. Hayır 1. Evet

20. Sizin veya herhangi bir yakınınızın psikolojik desteğe ihtiyacı olduğunu düşünüyor musunuz?

0. Hayır 1. Evet

21. Türkçe konuşmada yeterliliğinizi değerlendiriniz

1. Çok kötü 2. Kötü 3. Orta 4. İyi 5. Çok iyi

22. Sürekli tekrar eden fiziksel yakınmalarınız (ağrı, kramp/bulantı/baş dönmesi/vb) var mı?

0. Hayır 1. Evet

23. Sağlık durumunuzu değerlendiriniz.

1. Çok kötü 2. Kötü 3. Orta 4. İyi 5. Çok iyi

3.BÖLÜM

24. Savaşta herhangi bir yakınınızı kaybettiniz mi?

0. Hayır (Lütfen bir alttaki soruyu atlayınız) 1. Evet

25. Hangi yakınınızı kaybettiğinizi işaretleyiniz. (Birden fazla şık işaretleyebilirsiniz)

1. Anne/Baba 2. Çocuk 3. Eş 4. Kardeş 5. Akraba 6. Arkadaş 7. Diğer.....

26. Yaşamınız boyunca şiddete maruz kaldınız mı?

0. Hayır (Lütfen bir alttaki soruyu atlayınız) 1. Evet

27. Ne tür bir şiddete maruz kaldınız? (Birden fazla şık işaretleyebilirsiniz)

1. Fiziksel 2. Sözel 3. Ekonomik 4. Duygusal 5. Diğer.....

28. Cinsel şiddete (taciz/tecavüz/girişim/vb) uğradınız mı?(eşiniz ya da başka biri tarafından)

0. Hayır 1. Evet

29. Bulunduğunuz ülke vatandaşları tarafından kötü davranışlara/sözlere maruz kaldınız mı?

0. Hayır 1. Evet

4.BÖLÜM

Aşağıda insanların kaygılı ya da endişeli oldukları zamanlarda yaşadıkları bazı belirtiler verilmiştir.

Lütfen her maddeyi dikkatle okuyunuz. Daha sonra, her maddedeki belirtinin **BUGÜN DAHİL SON BİR (1) HAFTADIR** sizi ne kadar rahatsız ettiğini yandakine uygun yere (x) işareti koyarak belirleyiniz.

	Hiç	Hafif düzeyde Beni pek etkilemedi	Orta düzeyde Hoş değildi, ama katlandım	Ciddi düzeyde Dayanmakta çok zorlandım
1. Bedeninizin bir yerinde uyuşma veya karıncalanma				
2. Sıcak/ateş basmaları				
3. Bacaklarda halsizlik, titreme				
4. Gevşeyememe				
5. Çok kötü şeyler olacak korkusu				
6. Baş dönmesi veya sersemlik				
7. Kalp çarpıntısı				
8. Dengeyi kaybetme duygusu				
9. Dehşete kapılma				
10. Sinirlilik				

11. Boğuluyormuş gibi olma duygusu				
12. Ellerde titreme				
13. Titreklik				
14. Kontrolü kaybetme korkusu				
15. Nefes almada güçlük				
16. Ölüm korkusu				
17. Korkuya kapılma				
18. Midede hazımsızlık ya da rahatsızlık hissi				
19. Baygınlık				
20. Yüzün kızarması				
21. Terleme (sıcağa bağlı olmayan)				

5.BÖLÜM

Bu form son bir (1) hafta içerisinde kendinizi nasıl hissettiğinizi araştırmaya yönelik 21 maddeden oluşmaktadır. Her maddenin karşısındaki dört cevabı dikkatlice okuduktan sonra, size en çok uyan, yani sizin durumunuzu en iyi anlatanı işaretlemeniz gerekmektedir.

- 1
 - (0) Üzgün ve sıkıntılı değilim.
 - (1) Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum.
 - (2) Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım, bundan kurtulamıyorum.
 - (3) O kadar üzgün ve sıkıntılıyım ki, artık dayanamıyorum.
- 2
 - (0) Gelecek hakkında umutsuz ve karamsar değilim.
 - (1) Gelecek için karamsarım.
 - (2) Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.
 - (3) Gelecek hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor.
- 3
 - (0) Kendimi başarısız biri olarak görmüyorum.
 - (1) Başkalarından daha başarısız olduğumu hissediyorum.
 - (2) Geçmişe baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğunu görüyorum.
 - (3) Kendimi tümüyle başarısız bir insan olarak görüyorum.
- 4
 - (0) Her şeyden eskisi kadar zevk alıyorum.
 - (1) Birçok şeyden eskiden olduğu gibi zevk alamıyorum.
 - (2) Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.
 - (3) Her şeyden sıkılıyorum.
- 5
 - (0) Kendimi herhangi bir biçimde suçlu hissetmiyorum.
 - (1) Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum.

- (2) Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum.
(3) Kendimi her zaman suçlu hissediyorum.
- 6 (0) Kendimden memnunum.
(1) Kendimden pek memnun değilim.
(2) Kendime kızgıyım.
(3) Kendimden nefret ediyorum.
- 7 (0) Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.
(1) Hatalarım ve zayıf taraflarım olduğunu düşünmüyorum.
(2) Hatalarımdan dolayı kendimden utanıyorum.
(3) Her şeyi yanlış yapıyormuşum gibi geliyor ve hep kendimde kabahat buluyorum.
- 8 (0) Kendimi öldürmek gibi düşüncülerim yok.
(1) Kimi zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm oluyor, ama yapmıyorum.
(2) Kendimi öldürmek isterdim.
(3) Fırsatını bulsam kendimi öldürürüm.
- 9 (0) İçimden ağlamak geldiği pek olmuyor.
(1) Zaman zaman içimden ağlamak geliyor.
(2) Çoğu zaman ağlıyorum.
(3) Eskiden ağlayabilirdim, ama şimdi istesem de ağlayamıyorum.
- 10 (0) Her zaman olduğumdan daha canı sıkın ve sinirli değilim.
(1) Eskisine oranla daha kolay canım sıkılıyor ve kızıyorum.
(2) Her şey canımı sıkıyor ve kendimi hep sinirli hissediyorum.
(3) Canımı sıkın şeylere bile artık kızamıyorum.
- 11 (0) Başkalarıyla görüşme, konuşma isteğimi kaybetmedim.
(1) Eskisi kadar insanlarla birlikte olmak istemiyorum.
(2) Birileriyle görüşüp konuşmak hiç içimden gelmiyor.
(3) Artık çevremde hiç kimseyi istemiyorum.
- 12 (0) Karar verirken eskisinden fazla güçlük çekmiyorum.
(1) Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum.
(2) Eskiye kıyasla karar vermekte çok güçlük çekiyorum.
(3) Artık hiçbir konuda karar veremiyorum.
- 13 (0) Her zamankinden farklı göründüğümü sanmıyorum.
(1) Aynada kendime her zamankinden kötü görünüyorum.
(2) Aynaya baktığımda kendimi yaşlanmış ve çirkinleşmiş buluyorum.
(3) Kendimi çok çirkin buluyorum.
- 14 (0) Eskisi kadar iyi iş-güç yapabiliyorum.
(1) Her zaman yaptığım işler şimdi gözümde büyüyor.
(2) Ufacık bir işi bile kendimi çok zorlayarak yapabiliyorum.
(3) Artık hiçbir iş yapamıyorum.
- 15 (0) Uykum her zamanki gibi.
(1) Eskisi gibi uyuyamıyorum.
(2) Her zamankinden 1-2 saat önce uyanıyorum ve kolay kolay tekrar uykuya dalamıyorum.
(3) Sabahları çok erken uyanıyorum ve bir daha uyuyamıyorum.
- 16 (0) Kendimi her zamankinden yorgun hissetmiyorum

- (1) Eskiye oranla daha çabuk yoruluyorum.
(2) Her Şey beni yoruyor.
(3) Kendimi hiçbir Şey yapamayacak kadar yorgun ve bitkin hissediyorum.
- 17** (0) İŐtahım her zamanki gibi.
(1) Eskisinden daha iŐtahsızım.
(2) İŐtahım çok azaldı.
(3) Hiçbir Şey yiyemiyorum.
- 18** (0) Son zamanlarda zayıflamadım.
(1) Zayıflamaya alıŐmadığım halde en az 2 Kg verdim.
(2) Zayıflamaya alıŐmadığım halde en az 4 Kg verdim.
(3) Zayıflamaya alıŐmadığım halde en az 6 Kg verdim.
- 19** (0) Sağlığım ile ilgili kaygılarım yok.
(1) Ağrılar, mide sancıları, kabızlık gibi Őikayetlerim oluyor ve bunlar beni tasalandırıyor.
(2) Sağlığımın bozulmasından çok kaygılanıyorum ve kafamı başka Şeylere vermekte zorlanıyorum.
(3) Saėlık durumum kafama o kadar takılıyor ki, baŐka hiçbir Őey dűŐünemiyorum.
- 20** (0) Sekse karşı ilimde herhangi bir değişiklik yok.
(1) Eskisine oranla sekse ilgim az.
(2) Cinsel iŐteėim çok azaldı.
(3) Hiç cinsel istek duymuyorum.
- 21** (0) Cezalandırılması gereken Şeyler yaptığımı sanmıyorum.
(1) Yaptıklarımın dolayısı ile cezalandırılabilirim dűŐünüyorum.
(2) Cezamı çekmeyi bekliyorum.
(3) Sanki cezamı bulmuŐum gibi geliyor.

Ek 2 – Veri Toplama Formu Arapça Versiyonu

رقم استفتاء.....

المراجعات اللاجنات الى المستشفى الوطنية بكلس فوق الثمان عشر من العمر تفهيم صحتهم النفسية

(الروحية) و تميز مزاكرتهن والتقيم الزاتي

مطبق الاستفتاء: دكتور (الطبيب محمد على دونداز

ساسالكم عن بعض الاحوال الصعب و زات المجهدة التي يعيش الناس على سبيل المثال الحرب، وقضاء حادث خطير، والحريق،
والاعصار، او الوقع فى الزلزلة، او الضرب عليه او الهجوم بمسلحة، او الجماع الجنسي ضد ارادتكز ومثل هذه التجارب.

وان تنظر القاءة تامحتوية بمثل هذه تاتجارب و سابدء باحد ما عشت او لم تعيش. ومن بعد ان عشت بايما اطلب منكن
ان تحكى ما ز احدث وان تحكى حين عزن مازا شعرت فى تلك اللحظة.

وممكن من الصعب تذكر بعض هذه التجارب او تجديد (احياء) زكريات مز عجة او تحى المشاعر.

و يرى الناس مفيدة ان يتحدثوا عن هؤلاء ولكن عليكن ان تقررى كم تريدى ان تقولى. اذا تكونى تشعر مز عجة نو حزيمة من
فضلك قولى لى. يمكننا ان نتحدث عن ذلك . انتقل ببطء اكثر و بالاضافة اذا تريد ين ان تسالى سؤالا (عن شىء) الذى لم
تفهمى، من فضلك اسالى وقبل البدء هل لك سؤال

القسم الاول:

1. كم عمرك؟.....

2. ما هى حالك الاجتماعى؟ 1. متزوج 2. عازبة 3. ارملة/ طليقة

3. كم لك الاولاد

4. كم مدة تعيشين فى تركيا؟

1. قائل من سنة 2. 1-2 سنة 3. 2-3 سنة 4. فوق 4-5 سنة

5. ما هى حالتك الدراسية؟

1. امى 2. متقف 3. متخرج من مدرسة الابتدائية 4. متخرج من مدرسة المتوسطة
5. متخرج من مدرسة الثانوية 6. من مدرسة العلى - او متخرج من الجامعة

6. ما مهنتك قبل الوصول الى تركيا ؟

1. طالبة 2. ربة بيت 3. عاطلة عن العمل 4. عاملة
5. موظفة 6. متقاعدة 7. عمل الحر 8. آخر (اكتب من فضلك).....

7. عرفى المكان الذى تعيشين. (تحديد المكان):

1. فى مخيم الاجئين 2. خارج المخيم فى بيتى 3. خارج المخيم عند اقاربي
4. خارج المخيم استجارى

8. هل يوجد بك مرض مزمن بعرف الطبيب؟

0. لا 1. نعم (اكتبى من فضلك)

9. هل تستخدمين بانتظام دواء معين قدمها الطبيب؟

0. لا 1. نعم (اكتبي من فضلك.....)

10. الان هل تشغل بعمل باجرة؟

0. لا 1. نعم

11. زوجك يعمل بعمل باجرة؟

0. لا 1. نعم

12. اشري اجرة داخلية المنزل:

1. 250 ليرة تركية 2. 500-250 ليرة تركية 3. 750-501 ليرة تركية
1000-4.751 ليرة تركية 5.1001-1500 ليرة تركية 6.1501-2000 ليرة تركية
3000-7.2001 ليرة تركية 8. 3001 و فوقها

القسم الثاني:

13. هل تدخنين؟

0. لا 1. نعم

14. هل تستخدمين الكحول؟

0. لا 1. نعم

15. هل استخدمت المادة؟

1. عام الماضي الاخير 2. الشهر الماضي الاخير 3. حاليا
4. ما استخدمت ابدا

16. هل تتصلين باقاربك على الهاتف و بالانترنت ومثل هذه؟

0. لا 1. نعم

17. كم مرة تتحدثن؟

1. في اليوم مرة او عدد مرات 2. في الاسبوع مرة او عدد مرات
3. في الشهر مرة او عدد مرات 4. نادرة 5. ابدا

18. هل تكفين بوسعة منزلكن الذى تعيش فيه؟

0. لا 1. نعم

19. هل تكفين بوصول المواد للتنظيف؟

0. لا 1. نعم

20. هل فى تفكيرك انت واقاربك تحتاجون بدعم النفسية؟

0. لا 1. نعم

21. لاحظي استطاعتك بتكلم اللغة التركية

1. ابدا 2. ضعيف 3. متوسط 4. جيد 5. متكلم

22. هل توجد تشكيات المستمرة البدنية (صداع , تنشج عضلى , تقزف , داخ , ومثل ذلك

0. لا 1. نعم

23. لاحظي بحالك الصحية

1. سيئة جدا 2. سيئة 3. متوسط 4. طيب 5. طيب جدا

3. القسم الثنى

24. هل فقدت احد ممن اقاربك؟

0. لا (من فضلك اسبق السؤال الاتى) 1. نعم

25. اشر من اقاربك الذى فقدت المفقود (ممكن ان تشاركم اختيارات)
1. الام / الاب 2. الولد 3. زوج 4. الاخ 5. القريب 6. صديق 7. الاخر

26. هل تعرضت فى طوال حياتك باحد من بعض العنف (الاذى او الضرب)
0. لا (من فضلك اسبق السؤال الاتى) 1. نعم

27. عنفا كيف تعرضت به ؟ (ممكن الاشارة كم اختيارات)
1. بدنى (جسمى) 2. قولى 3. اقتصادى 4. عاطفى 5. الاخر.....

28. هل كنت تعرضت عنف الجنسى (تعجيز/اعتداء/ مبادرة او مثل هذه)؟ (زوجها او شخص آخر)
0. لا 1. نعم

29. هل تعرضت بفعل سيئ من مواطنين بالبلد التى تعيشن فيها
0. لا 1. نعم

القسم الرابع

فيما يلى بعض الاعراض التى يعيشون الناس حين القلق.
من فضلك اقرأ بدقة لكل مادة. ومن بعد لعلامة كل مادة باليوم وخلال الاسبوع الماضى كيف كان زعجتك و بوضع اشارة)

على مستوى الخطير ولجبرت	كان معتدل وليس لطيف وكننت قادرا على التحمل	لم يؤثر لى خفيف جدا	ابدا	
				خدر او خزفى اى جزء من جسمك
				ارتفاع الحرارة البدنية 2.
				الضعف فى الساقين 3. والرعدة
				عدم الاسترخاء 4.
				خشية بانها ستكون امور سيئة 5.
				الدوخة والدوار 6.
				خفقان القلب 7.

8. الإحساس بفقدان التوازن				
9. وقوع بالرعب				
10. التهيجية				
11. شعور الغرق				
12. الهزات بالأيدي				
13. اهتزاز				
14. الخوف بفقدان السيطرة				
15. صعوبة في التنفس				
16. الخوف من الموت				
17. وقوع الخوف				
18. عسر الهضم واضطرابات المعدة				
19. اغمام				
20. احمرار الوجه				
21. العرق (لا يعتمد على ارتفاع الحرارة)				

القسم الخامس. 5

هذا الشكل تتكون من 21 مادة التي كيف تشعرين بك خلال اسبوع الماضي الاخير (1). تقرأ بدقة لمقابل كل مادة و من بعد ايها موافقا لك يعنيجب ان تشرى ما هي التي تعرفك احسن.

1. () انا لست حزينة ولا متكدرة
- () انا اشعر باننى حزينة ومتكدرة
- () انا اشعر بكل حين باننى حزينة و متكدرة
- () انا حزينة و متكدرة بدرجة كثيرة ومن بعد الان لا استطيع الوقوف

2. () انا لست باليئس ولا متشائم للمستقبل
- () انا متشائم للاستقبال
- () لا يوجد لى امل قط من الاستقبال
- () انا باليئس من المستقبل ويبدو كانه لا يصلح اى شيء ما

3. () انا لا اربىفس انن غير ناجحة
- () انا احس باننى غير ناجحة حسب الآخرين
- () اذا ارى فى السابق ارى باننى مملوء بغير النجاح
- () ارى بنفسى اننى غير ناجحة بالجميع

4. () انا اشعر بالحظ كالقديم
- () لا استطيع الحظ مثل القديم
- () لا يعطينى متعة لا اى شئ
- () انا اشعر بالملل من كل شئ

5. () انا لا اشعر بالجرم باى شكل ما
- () انا اشعر بالجرم احيانا
- () انا اشعر بالجرم غالبا
- () انا اشعر بالجرم كل حين

6. () انا سعيد مع نفسى (انا راضى بنفسى)
- () انا لست سعيدا جدا مع نفسى
- () انا غاضب مع نفسى
- () انا اكره عن نفسى

7. () انا لا اظن بانى سيئة من الآخر
- () انا اتفكر بى الخطايا وضعفائى
- () انا اشعر بالخجل من نفسى لاطنائى
- () يبدو بى كل شيء كانه كنت على خطأ اجد بنفسى انا مذنب

8. () لا يوجد افكارى بقتل نفسى
- () احيانا اكون اتفكر بقتل نفسى ولكن لا افعل
- () كنت اريد بقتل نفسى
- () اذا اجد الفرصة اقتل بنفسى

9. () لا يحدث لى كثيرا داخل البكاء
- () احيانا يحدث داخل لى البكاء
- () كثير الحين ابكى
- () فى السابق كنت استطيع البكاء ولكن الان لا استطيع البكاء ولو اريد

10. () انا لست مضضجرة من المعتاد ولست عصبية
- () انا اضضجر باكثر سهولة و اغضب
- () كل شئ يزعج حياتى واشعر داءما انى عصبية
- () وانا لا اغضب اللواتى تزعجنى

11. () لم افقد الرغبة فى التحدث والمكالمة مع الآخرين

- () أنا لا أريد أن أكون مع الناس كما كان من قبل
() إنها لا تأتي بي أبدا أن اتحدث اللقاء شخص ما
() أنا لا أريد أي شخص من حولي
- 12 . () لا اتصعب في اتخاذ القرار كما كان في السابق
() لا يمكن أن أقرر بسهولة كما كانت من قبل
() أنا اتصعب كثيرا في اتخاذ القرارات قياسا بالقبل
() ومن بعد لا أستطيع اتخاذ القرار في أي موضوع ما
- 13 . () أنا لا اعتقد انه اظهر مختلفة من أي وقت مضى
() أنا ترى لي في المرأة أسوأ من كل الوقت ما مضى
() إذا في المرأة أرى أنني عجز و قبيح
() أجد نفسي قبيحة جدا
- 14 . () يمكنني القيام بعمل جيد كقوة السابق
() تكبر في عيني الأفعال التي كنت أعمل داءما
() أنا أجبر نفسي القيام بعمل ولو عمل صغير
() ومن بعد لا أستطيع أن أعمل أي عمل
- 15 . () نومي كالمعتاد
() لا أستطيع النوم مثل القبل
() استيقظ من المعتاد قبل 1-2 ساعة ولا أستطيع بسهولة أن اغفو في النوم
() في الصباح استيقظ مبكرا ومن بعد لا أستطيع أن انام
- 16 . () لا أشعر نفسي متعبا كالمعتاد
() أشعر التعب بسرعة مقارنة بالماضي
() كل شيء يتعبني
() أنا أحس نفسي متعبة و منهكة بانني لا أستطيع أن أعمل أي شيء
- 17 . () شهيتي كالمعتاد
() أنا يغير شهية أكثر من قبل
() قلت شهيتي جدا
() لا أستطيع أن أكل أي شيء
- 18 . () نحفت (ضعفت) في الأوانة الأخيرة
() على الرغم لم أحاول في الإضعاف اعطيت 2 كجم
() على الرغم لم أحاول في الإضعاف اعطيت 4 كجم
() على الرغم لم أحاول في الإضعاف اعطيت 6 كجم
- 19 . () ليس لي مخاوف بشأن صحتي
() يكون لي الشكاوى بالالم والام ف المعدة , والامساك وهذه تقلقني
() أنا أقلق بتدهير صحتي واتصعب في التعقل في أي شيء آخر
() أنا أفكر في حالة صحتي بدرجة أكثر ولذلك اصعب في التفكير أي شيء
- 20 . () لا يوجد أي تغير في اهتمام الجماع (الجنس)
() ليس لدى اهتمام بالجماع مما كانت في الماضي
() قلت رغبتى في الجنس
() لا أجد الرغبة في الجنس أبدا
- 21 . () أنا لا اعتقد أنني قد فعلت أي شيء يجب أن أعاقب
() اعتقد أنني يمكن أن أعاقب على ما فعلت
() انتظر أن أعاقب جزائي
() أشعر كأنني وجدت عقابي

Ek 3 – ETİK KURUL ONAYI



**T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
Ankara İli Kamu Hastaneleri Birliği 2 Nolu Genel Sekreterliği
Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi Baştabipliği
Klinik Araştırma Etik Kurulu**

Sayı : 2012-KAEK-15/1158
Konu: Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Etik Kurul Kararı

25.05.2016

**KEÇİÖREN EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ KLİNİK ARAŞTIRMA
ETİK KURULU**

“Kilis Devlet Hastanesi’ne Başvuran 18 Yaş Ve Üzeri Kadın Sığınmacıların Ruh Sağlığı Algıları Ve Öz Değerlendirmelerinin Saptanması”adlı klinik araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına ve kurulumuz kararının başvuru sahibi tarafından sağlık bakanlığına arzına gerek olmadığına toplantıya katılan Etik Kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir.


Op.Dr. Ömer Faruk TANER
Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanı

Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Klinik Araştırmalar Etik Kurul
Pınarbaşı Mahallesi Sanatoryum Cad.
Ardahan Sokak No:25 Keçiören / ANKARA
Web: www.akeah.gov.tr

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Kilis Devlet Hastanesi'ne Başvuran 18 Yaş Ve Üzeri Kadın Sığınmacıların Ruh Sağlığı Algıları Ve Öz Değerlendirmelerinin Saptanması
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	-

ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu 2012-KAEK-15
	AÇIK ADRESİ:	Pınarbaşı Mah. Sanatoryum Cad. Ardahan Sok. No:25 06380 Keçiören / Ankara
	TELEFON	0312 356 90 00-1117
	FAKS	
	E-POSTA	etikkurulkeah@gmail.com

BAŞVURU BİLGİLERİ	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Arş.Gör.Dr.Mehmet Ali DUNDAR
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Halk Sağlığı
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi
	VARSA İDARI SORUMLU UNVANI/ADI/SOYADI	Prof. Dr. Mustafa Necmi İLHAN
	DESTEKLEYİCİ	
	PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ UNVANI/ADI/SOYADI (TÜBİTAK vb. gibi kaynaklardan destek alanlar için)	
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ	
	ARAŞTIRMANIN FAZİ VE TÜRÜ	FAZ 1 ☐
		FAZ 2 ☐
		FAZ 3 ☐
		FAZ 4 ☐
		Gözlemsel ilaç çalışması ☐
		Tıbbi cihaz klinik araştırması ☐
		In vitro tıbbi tanı cihazları ile yapılan performans değerlendirme çalışmaları ☐
		İlaç dışı klinik araştırma ☒ Akademik Araştırma
	Diğer ise belirtiniz Uzmanlık Tezi	
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ ☒ ÇOK MERKEZLİ ☐ ULUSAL ☒ ULUSLARARASI ☐

Etik Kurul Başkanı
Unvanı/Adı/Soyadı: Op.Dr.Ömer Faruk TANER
İmza:

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

ASLI GİBİDİR

Zeliha ÖZPİLGE
Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Sekreteri

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Kilis Devlet Hastanesi'ne Başvuran 18 Yaş Ve Üzeri Kadın Sığınmacıların Ruh Sağlığı Algıları Ve Öz Değerlendirmelerinin Saptanması
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	-

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ			Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ			Türkçe ☐ İngilizce ☐ Diğer ☐
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı			Açıklama
	SİGORTA	☐		
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	☒		
	BIYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	☐		
	ILAN	☐		
	YILLIK BİLDİRİM	☐		
	SONUÇ RAPORU	☐		
	GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	☐		
DİĞER:	☐			
KARAR BELGELERİ	Karar No:1159	Tarih: 25.05.2016		
	Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın/çalışmanın gerekeceği, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup araştırmanın/çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan etik kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir. İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik kapsamında yer alan araştırmalar/çalışmalar için Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu'ndan izin alınması gerekmektedir.			

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU	
ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI	İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:	Op.Dr.Ömer Faruk TANER

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet	Araştırma ile İlişki	Katılım *	İmza
Op.Dr.Ömer Faruk TANER Bşk.	Plastik Ve Rekonstrüktif Cerrahi	Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☐ H ☐	
Doç. Dr. Şamil HIZLI Bşk.Yrd.	Çocuk Gastroenteroloji	Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☐ H ☐	
Doç.Dr. Handan GÜLEÇ Blg.Görevli üye	Anesteziyoloji ve Reanimasyon	Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☐ H ☐	
Prof. Dr Ahmet ERGÜN	Fizyoloji	Ankara Üniv. Tıp Fakültesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☐ H ☐	
Prof. Dr. Mehmet Ali ERGÜN	Tıbbi Genetik	Gazi Üniv. Tıp Fakültesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☐ H ☐	

Etik Kurul Başkanı
Unvanı/Adı/Soyadı: Op.Dr.Ömer Faruk TANER
İmza:

ASLI GABİDİR
Zeliha ÖZELGE
Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Klinik Araştırmalar Biriminde Sorumlu Sekreteri

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

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI			Kilis Devlet Hastanesi'ne Başvuran 18 Yaş Ve Üzeri Kadın Sığınmacıların Ruh Sağlığı Algıları Ve Öz Değerlendirmelerinin Saptanması						
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU			-						
Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile İlgili		Katılım *		İmza
Prof. Dr. Mustafa N. İLHAN	Halk Sağlığı, İş Ve Meslek Hst.	Gazi Üniv. Tıp Fakültesi	E ☒	K ☐	E ☒	H ☐	E ☐	H ☐	
Doç. Dr. Nermin ÇAPAN	Göğüs Hastalıkları	Atatürk Göğüs Hst. Ve Göğüs Cer. E.A.H.	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☐	H ☐	
Op. Dr. Selim Şakir Erkmen GÜLHAN	Göğüs Cerrahisi	Atatürk Göğüs Hst. Ve Göğüs Cer. E.A.H.	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☐	H ☐	
Yr.Doç. Dr. Işıl ÖZAKCA	Farmakoloji (PhD)	Ankara Üniv.Ecz.Fakültesi	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☐	H ☐	
Doç. Dr. Selma UYSAL RAMADAN	Radyodiagnostik	Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E ☐	K ☒	E ☒	H ☐	E ☐	H ☐	
Doç. Dr. Mustafa ALTAY	Endokrinoloji ve Metabolizma Hst.	Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☐	H ☐	
Uzm. Dr. Osman KORUCU	Nöroloji	Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☐	H ☐	
Av. Abdullah Emin TEKİN	Avukat	Serbest	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☐	H ☐	
Necmettin TEKİN	Din Görevlisi	Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☐	H ☐	

*:Toplantıda Bulunma

ASLİ GİBİDİR

ZELİHA ÖZBİLGE
Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu SekreteriEtik Kurul Başkanı
Unvanı/Adı/Soyadı: Op.Dr.Ömer Faruk TANER
İmza:

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



11. ÖZGEÇMİŞ VE İLETİŞİM BİLGİLERİ

- 1. Adı Soyadı:** Mehmet Ali Dunder
- 2. Doğum Yeri ve Tarihi:** Ankara – 03. 12. 1982
- 3. Ünvanı:** Araştırma Görevlisi Doktor
- 4. Yabancı Dili:** İngilizce
- 5. İletişim:** dr.mehmetalidunder@hotmail.com
- 6. Öğrenim Durumu:**

Derece	Alan	Üniversite	Yıl
Lisans	Tıp	Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi	2000 - 2010
Tıpta Uzmanlık	Halk Sağlığı	Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi	2013 - 2017

7.Çalıştığı Kurumlar

Görev Ünvanı	Görev Yeri	Yıl
Pratisyen Hekim	Şavşat Devlet Hastanesi Acil Servis	2010 - 2012
Araştırma Görevlisi	Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD.	2013 - 2017