

T.C.
EGE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

SAVAŞ SONRASI ÜLKEMİZE GELEN SIĞINMACILARIN YAŞADIĞI
TRAVMA VE SONRASINDAKİ SOMATİK YAKINMALAR

Psikiyatri Anabilim Dalı
Sağlık Danışmanlığı Programı
Yüksek Lisans Tezi

Saba Yağmur TEKBAŞ

İZMİR

2017

T.C.
EGE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

SAVAŞ SONRASI ÜLKEMİZE GELEN SIĞINMACILARIN YAŞADIĞI
TRAVMA VE SONRASINDAKİ SOMATİK YAKINMALAR

Psikiyatri Anabilim Dalı
Sağlık Danışmanlığı Programı
Yüksek Lisans Tezi

Saba Yağmur TEKBAŞ

DANIŞMAN
Prof. Dr. Hayriye ELBİ

İZMİR

2017

DEĞERLENDİRME KURULU ÜYELERİ

(Adı Soyadı)

(İmza)

Başkan : Prof.Dr.

(Danışman)

Üye : Prof.Dr. Hayriye ELBİ

Üye : Prof.Dr.

Yüksek Lisans Tezinin kabul edildiği tarih:

ÖNSÖZ

Hazırlamış olduğumuz bu çalışmanın gerçekleştirilmesinde, beni her zaman destekleyen ve yol gösteren başta tez danışmanım değerli hocam Prof. Dr. Hayriye ELBİ olmak üzere, tüm değerli hocalarıma içtenlikle teşekkür ederim.

Bu günlere gelene kadar hep yanımda olan, büyük özverilerde bulunarak bana sabır ve anlayış gösteren sevgili aileme sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

İzmir, 2017

Saba Yağmur TEKBAŞ



ÖZET

Savaş Sonrası Ülkemize Gelen Sığınmacıların Yaşadığı Travma Ve Sonrasındaki Somatik Yakınmalar

Bireyler herhangi bir zorlukla karşılaştıkları zaman mevcut durumlarının zedelendiğini o ana kadar yaşadıklarını, davranışlarını düşünüp, karamsarlığa kapılıp bir tür kontrol kaybı yaşayabilirler. Bu süreçler savaş durumlarında, sevilen birinin kaybında, doğal bir afete maruz kalma gibi travmatik olaylarda daha da belirgin bir nitelik taşır.

Bu araştırma; ülkelerinden koparak, savaş ortamından gelmiş olan sığınmacıların ruhsal olarak savaştan nasıl etkilendiklerini belirlemek, yaşadıkları anksiyete, depresyon, travma sonrası stres bozukluğu oranlarını ortaya koymak amacıyla betimsel türde tarama (survey) modeline göre yapılandırılmıştır.

Araştırma, Kilis ilinde akrabalarının yanında ya da bağımsız olarak yaşayan ve araştırmaya katılmaya gönüllü olan ve yazılı onam veren 100 misafir sığınmacı ile gerçekleştirilmiştir.

Araştırmada, Beck Anksiyete Envanteri (BAE), STAI FORM (Durumluk Ve Sürekli Kaygı Ölçeği), Somatoform Dissosiyasyon Ölçeği (SDQ), Post-Travmatik Stres Bozukluğu Soru Listeleri kullanılmıştır. Elde edilen bulgular ilgili literatür ışığında tartışılmıştır.

Anahtar Kelimeler : Sığınmacı, Travma, Somatik Yakınma, Depresyon

ABSTRACT

The Trauma Experienced By Refugees Fleeing To Our Country Due To War, And Their Consequent Somatic Complaints

Persons, in the face of difficulty and danger, feel that their current status is damaged. They think that the meaning they attached to their behaviour so far in their lives is underestimated, and they undergo a certain kind of psychological loss of control. Such processes are more nuanced in the traumatic events of war, loss of a loved one, exposure to a natural disaster.

This research is conducted in the form of a qualitative survey in order to determine how people were affected psychologically as a result of being torn from their country due to war in their country, and their levels of their anxiety, depression and post-traumatic stress disorder.

The research was conducted with 100 guests who volunteered to take part in the survey in the province of Kilish, who lived either alone or with relatives.

This research used question lists from the Beck Anxiety Inventory, the State-Trait Anxiety Inventory, the Somatoform Dissociation Questionnaire, and Post-Traumatic Stress Disorder. Information acquired is discussed in accordance with relevant literature.

Keywords: Refugee, Trauma, Somatic complaints, Depression

İÇİNDEKİLER

DEĞERLENDİRME KURULU ÜYELERİ.....	iii
ÖNSÖZ.....	iv
ÖZET.....	v
ABSTRACT	vi
İÇİNDEKİLER	vii
TABLolar DİZİNİ	x
KISALTMALAR LİSTESİ.....	xi
GİRİŞ	1

BÖLÜM I

1. GÖÇ VE SİĞİNMACILIK KAVRAMLARI

1.1. Tanımlar	4
1.1.1. Göç	4
1.1.2. İltica ve Sığınma.....	4
1.1.3. Göçmen	5
1.1.4. Sığınmacı.....	5
1.1.5. Mülteci	6
1.2. Göç Olgusu	7
1.2.1. Göç Nedenleri	7
1.2.1.1. Uluslararası Göçün Ekonomik Nedenleri	7
1.2.1.2. Uluslararası Göçün Sosyal ve Siyasal Nedenleri.....	8
1.2.1.3. Uluslararası Göçün Demografik Nedenleri	9
1.2.2. Göç Modelleri ve Yaklaşımlar.....	10
1.2.2.1. Modernleşme ve Gelişme Kuramı	10
1.2.2.2. Merkez-Çevre İlişkileri Kuramı.....	10

1.2.2.3. Sosyal İzolasyon Kuramı	11
1.2.2.4. Kültürel Şok Kuramı.....	11
1.2.2.5. Kültürel Değişme Kuramı.....	11
1.2.3. Dünya’da Göçün Tarihsel Gelişimi	12
1.2.4. Türkiye’de Göçün Tarihsel Gelişimi	18

BÖLÜM II

2. TRAVMA VE SONRASI SOMATİK YAKINMALAR

2.1. Somatizasyon Bozukluğu.....	24
2.2. Epidemiyoloji.....	29
2.3. Etyoloji.....	30
2.3.1. Psikososyal Etkenler	30
2.3.2. Biyolojik etkenler	31
2.4. Tanı	34
2.5. Klinik özellikler	36
2.6. Seyir	37

BÖLÜM III

3. GEREÇ VE YÖNTEMLER

3.1. Araştırmanın Tipi.....	38
3.2. Araştırmanın Yeri Ve Zamanı.....	38
3.3. Araştırmanın Evreni Ve Örneklemi	38
3.4. Veri Toplama Yöntemi	38
3.5. Kullanılan Gereçler	39
3.6. Verilerin Analizi Ve Değerlendirme Teknikleri	41
3.7. Araştırmanın Etik Yönü	42

BÖLÜM IV

4. BULGULAR

4.1. Demografik Bulgular	43
4.2. BECK Anksiyete Envanterine Ait Bulgular	44
4.3. STAI FORM (Durumluk Ve Sürekli Kaygı Ölçeği)’a Ait Bulgular	46
4.4. Somatoform Dissosiyasyon Ölçeği (SDQ)’ne Ait Bulgular	48
4.5. Post- Travmatik Stres Bozukluğu Ölçeğine Ait Bulgular	49

BOLUM V

5. TARTISMA

BOLUM VI

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

KAYNAKÇA	60
EKLER.....	71
ÖZGEÇMİŞ.....	91

TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo 1. Yıllara Göre Yerinden Edilmiş Kişi Sayıları	14
Tablo 2. Türkiye’de Suriyeli Sığınmacıların Barınma Merkezlerine İlişkin Temel Veriler (Kasım 2014)	21
Tablo 3. Türkiye’de Barınma Merkezleri Dışında Yaşayan Suriyeliler, Kasım 2014	22
Tablo 4. Sığınmacıların Demografik Özellikleri (n: 100)	43
Tablo 5. BECK Anksiyete Envanteri Toplam Puanlar Tablosu	44
Tablo 6. BECK Anksiyete Envanterine Ait Bulgular	45
Tablo 7. Durumluk Ve Sürekli Kaygı Seviyeleri	46
Tablo 8. Durumluk Ve Sürekli Kaygı Ölçeği Toplam Puanlarına Ait Bulgular	47
Tablo 9. Somatoform Dissosiyasyon Ölçeği (SDQ)’ne Ait Bulgular	48
Tablo 10. Post-Travmatik Stres Bozukluğu Alt Ölçeklerine Ait Bulgular	49
Tablo 11. Post-Travmatik Stres Bozukluğuna Ait Bulgular	50

KISALTMALAR LİSTESİ

AB	Avrupa Birliği
BAE	Beck Anksiyete Envanteri
AFAD	T.C. Başbakanlık Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığı
BMMYK	Birleşmiş Milletler Mülteciler Yüksek Komiserliği
DSM	The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Tanı Ölçütleri Başvuru El Kitabı)
ICD	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (Uluslararası Hastalık Sınıflaması)
İHEB	İnsan Hakları Evrensel Beyannamesi
MDB	Major Depresif Bozukluk
PTSD	Post-Traumatik stres bozukluğu
SB	Somatizasyon Bozukluğu
SDQ	Somatoform Dissosiyasyon Ölçeği
SPSS	Statistical Package of Sosial Science
STAI	State-Trait Anxiety Inventory
TSSB	Travma Sonrası Stres Bozukluğu
UNHCR	United Nations High Commissioner for Refugees (Birleşmiş Milletler Mülteciler Yüksek Komiseri)
yy.	Yüzyıl

GİRİŞ

Göç; insanların ekonomik, siyasi, ekolojik veya bireysel nedenlerle, bir yerden başka bir yere yaptıkları, kısa, orta veya uzun vadeli olan, geriye dönüş veya sürekli yerleşim hedefi güden, coğrafik, toplumsal ve kültürel bir yer değiştirme hareketidir(1).

Çeşitli nedenlerle vatandaşı oldukları veya yaşadıkları ülkelerden ayrılmak zorunda kalan kişilere, sığındıkları ülkeler tarafından “sığınmacı” (asylum seeker) ya da bir başka ifade ile “mülteci” (refugee) adı verilmektedir. Sığınma, insanların daha iyi ve güvenli bir yaşam arayışına girmeleri ile sonuçlanan ve tüm dünya ülkelerini yakından ilgilendiren kalıcı bir sorun haline gelmiştir.

Tüm dünya gibi Türkiye’nin de yasal ya da yasadışı dış göç sorunuyla karşılaşmasına neden olan etkenler; jeostratejik ve jeopolitik önemi ile tarihi geçmişinden kaynaklanmaktadır. Asya ve Avrupa arasında köprü görevi görmesi, üç tarafının denizlerle çevrili olmasıyla, deniz yoluyla geçişlere de imkân vermesi ve en önemlisi de Irak, İran, Suriye, İsrail, Filistin, Kafkaslar, Afganistan, Rusya ve Balkanlar gibi iltica hareketlerinin yoğun olarak gerçekleştiği bir dünya coğrafyasına yakın mesafede bulunması, Türkiye’nin; gerek sığınma, gerek üçüncü bir ülkeye sığınma öncesi geçiş ülkesi olarak kullanılmasına neden olmaktadır(1).

Farklı toplumsal nedenler dolayısıyla doğup büyüdükları toprakları terk etmek zorunda kalarak, travmatik bir yolculuğun ardından başka bir ülkeye yerleşmek üzere sığınma talebinde bulunan sığınmacılar çok ağır travmalar ve somatik yakınmalar yaşamaktadır. Bu bakımdan sığınmacılık ve iltica, insanlık tarihinde öteden beri var olan tarihsel ve psikolojik bir sorun olarak karşımıza çıkmaktadır. Yaşanan göçlerin arkasında farklı nedenler yatsa da, maalesef doğurduğu trajedik sonuçlar büyük benzerlikler taşımakta ve böylece sığınmacılık ve mültecilik insanlık ayıbının yaşandığı süreçler haline gelmektedir.

2010 yılında başlayan Arap Baharı; Arap halklarının demokrasi, özgürlük ve insan hakları taleplerinden ortaya çıkmış, 2011 yılında Suriye’ye sığınmış ve dört

yıldır süren bir iç savaşa dönüşmüştür. 2015 yılı itibari ile bu iç savaş kontrolden çıkmış başta komşu ülkeler ve ülkemiz olmak üzere tüm Dünya'yı olumsuz etkilemektedir. Her geçen gün artan ölü sayısı, kimyasal silahlar geri dönülemez anlar yaşatmakta, işkence gören yaralanan, yakınlarını kaybeden insanlar çaresizce göç etmek zorunda kalmaktadır.

Araştırmanın Amacı

Bu araştırmanın amacı; savaş ortamından gelmiş olan Suriyeli sığınmacıların ruhsal olarak savaştan nasıl etkilendiklerini belirlemek, yaşadıkları anksiyete, depresyon, travma sonrası stres bozukluğu oranlarını ortaya koymaktır.

Araştırmanın Konusu (Problem)

Bu araştırmanın temel konusunu; savaş sonrası ülkemize gelen Suriyeli sığınmacıların yaşadıkları sorunlar ve bu sorunların sonucunda ortaya çıkan depresyon, travma ve somatik yakınma oranları nelerdir? Sorusuna yanıt aranacaktır.

Hipotezler

H₁: Savaş sonrası ülkemize gelen Suriyeli sığınmacıların demografik özelliklerinin, anksiyete belirtilerine olumsuz yönde etkisi vardır.

H₂: Savaş sonrası ülkemize gelen Suriyeli sığınmacıların demografik özelliklerinin, durumluk ve sürekli kaygı seviyelerine olumsuz yönde etkisi vardır.

H₃: Savaş sonrası ülkemize gelen Suriyeli sığınmacıların demografik özelliklerinin, somatoform bozukluklara olumsuz yönde etkisi vardır.

H₄: Savaş sonrası ülkemize gelen Suriyeli sığınmacıların demografik özelliklerinin, travma sonrası stres bozukluğuna olumsuz yönde etkisi vardır.

Sınırlılıklar

Araştırma, Kilis ilinde akrabalarının yanında ya da bağımsız olarak yaşayan ve Nisan – Ağustos 2015 tarihleri arasında araştırmaya katılmaya gönüllü olan ve yazılı onam veren 100 Suriyeli misafir sığınmacı ile sınırlıdır. Ayrıca araştırmanın betimsel bir araştırma olması ve nedensel çıkarımlar yapılamayacak olması da araştırmanın sınırlılıklarını oluşturmaktadır.

Karşılaşılan Güçlükler:

Araştırma esnasında Suriyeli sığınmacılarla Türkçe bilmemelerinden dolayı görüşme boyunca tercüman eşliğinde iletişim kurulması ve bazı sorulara cevap vermekte zorlanmalarının yanı sıra özellikle kadın sığınmacıların eşlerinden ve çevre baskısından çekindikleri için iletişim kurmakta zorlanmaları araştırmada karşılaşılan en önemli güçlüktür.



BÖLÜM I

1. GÖÇ VE SİĞİNMACILIK KAVRAMLARI

1.1. Tanımlar

1.1.1. Göç

Göç çeşitli şekillerde tanımlanmaktadır. “Asıl yerinden ulaşılmak istenen yere yapılan hareket,” “kalıcı ya da yarı kalıcı yer değiştirmeler” veya “bireylerin veya toplumsal kümelerin bir yerden bir başka yere göçü” gibi tanımlamalar mevcuttur (2). Göç, ne amaçla olursa olsun, kişi veya kişilerin farklı bir yerde yaşama amaçlı yerinden ayrılması ve başka bir yere yerleşmesidir (3).

Göç, neredeyse insanlık tarihi kadar eski bir konudur. Farklı dönemlerde, farklı gerekçelerle insanlar bireysel veya kitlesel olarak göç etmişlerdir. 400-800 yılları arasında Orta Asya’dan Avrupa’ya yönelik kavimler göçü, Müslümanların Mekke’den Medine’ye göç etmesi (hicret), 93 Rus Harbi sonrası sonrasında zorunlu olarak Anadolu’ya gelen yüz binlerce kişinin göçü bunun örneklerindendir (4).

1.1.2. İltica ve Sığınma

Uluslararası göç olgusu içerisinde yer alan iltica ya da sığınma kavramı, ülkesinde dini, dili, ırkı, cinsiyeti, tabiiyeti, siyasi düşüncesi gibi nedenlerden dolayı zulüm gören ya da görme tehlikesi içerisinde bulunan kişilerin, güvenli olan bir başka ülkeye göç ederek sığınmasıdır.

Sığınma hakkı, devletlerin iç hukuklarına ya da devletlerle aralarında yaptıkları anlaşmalara göre bireylere tanıyacakları bir haktır. Bireye bu konuda tanınan tek hak ise karşılığında herhangi bir devletin yükümlülüğü altına girmeden “sığınma talebinde bulunma hakkı” olmaktadır (5).

Ancak İnsan Hakları Evrensel Beyannamesi (İHEB)’nin açık hükümlerine rağmen, ortaya çıkışından bu yana kişilerin hakkı olarak değil devletlerin inisiyatifine bağlı bir olgu olarak anlaşılmıştır ve günümüzde de aynı anlayış devam etmektedir. Bu anlayışa göre “iltica” temel bir insan hakkından çok devletlerin gönüllü olarak yükledikleri insani ve ahlaki bir görev olarak algılanmaktadır. Buna

göre iltica hakkı, devletin iç hukukuna göre ya da diğer devletlerle yapacağı antlaşmalar çerçevesinde kullanabileceği bir egemenlik tasarrufu ve buna bağlı olarak tanıyabileceği bir haktır. Kısacası iltica hakkı, yaşam hakkının bir başka ifade ile kişinin bedensel ve zihinsel bütünlüğünü koruma talebinin, yasadıkları ülkelerde tehlike altında olması sebebiyle bir insan hakkı normudur (6).

Genel olarak sığınma hakkı, bir devletin, uyruğunda bulunduğu ya da ikamet ettiği devletteki baskılardan kaçan yabancıların ülkelere girmesine ve ülkesinde kalmasına izin verme hakkını ifade etmektedir. Bir başka deyişle, sığınma hakkı sığınılan devletin kendisine sığınanlara tanıdığı bir haktır. Gerek devletin gerekse bireyin sığınma hakkına ilişkin durumu incelendiğinde uluslararası hukuka göre bir devletin yabancıların ülkesine girmesi ve ülkesinde kalması hususunda tek yetkili olduğu görülmektedir (7).

Sığınma hakkı aramak bireysel ya da toplu şekilde olabilir. Toplu sığınma başvurularının değerlendirilmesi bireysel başvuruların değerlendirilmesinden daha zordur. Bu durumlarda tüm kişilerin “varışta tanıma (prima facie)” esasına göre mülteci olarak tanınmalarına yönelik bir uygulama söz konusu olabilir (8).

1.1.3. Göçmen

Göçmen kavramı yasadığı ülkeyi terk ederek yabancı bir ülkeye yerleşmek amacıyla giden kimseler için kullanılmaktadır. Ancak bir ferdin yerleşmek niyetiyle kendi ülkesini terk etmesi, bu ferdin vatandaşı olduğu ülkeye yerleşmek üzere dönmeyeceği veya hiçbir şekilde ülkesine uğramayacağı anlamına gelmez (5). Göçmenleri mülteci ve sığınmacılardan ayıran en önemli özellik bu kimselerin ülkelerinden siyasi nedenler sebebiyle değil, sırf ekonomik nedenlerle ve daha iyi bir yaşam sürme umuduyla ayrılmış olmalarıdır. Göçmenler vatandaşı olduğu ülkenin korumasından yararlanmaya devam ederler ve bir başka ülkeye kendi arzu ve istekleri ile göçerler (9).

1.1.4. Sığınmacı

Sığınmacı, bir kişinin uyruğunda bulunduğu ya da ikamet ettiği devletin ülkesini çeşitli baskılar ya da ayrımcı yasal kovuşturmalar nedeniyle terk ederek, yabancı bir devletin ülkesine, diplomasi temsilciliğine ya da konsolosluk binalarına,

savaş gemilerine ya da devlet uçaklarına girmesini ve bu devletin korumasını aramasını belirtmektedir. Günümüzde bu çerçevede evrensel nitelikli en önemli belgeler BM bünyesinde imzalanan 1951 Cenevre Sözleşmesi ile 16.12. 1966 tarihli Ek Protokoldür (7).

Uluslararası literatürde, mülteci ve sığınmacı kavramlarının karşılığı olarak kullanılan “refugee” ve “asylum seeker” terimleri arasında bir ayrım yapılmaktadır (5). 1951 Cenevre Sözleşmesi’nde “refugee” kavramı kullanılmıştır. 1970 yılından itibaren Avrupa’da “asylum seeker” kavramı üzerinde durulmaya başlamıştır. Bu tarihte mültecilerin geri gönderilmemesi ilkesi de vurgulanmıştır (10).

Sığınmacı, mülteci statüsü almaya yönelik başvurusu henüz karara bağlanmamış, henüz başvuru yapmamış ya da başvurusu hakkında cevap bekleyen kişiler için kullanılmaktadır. Sığınmacı, iltica prosedürü hakkında cevap bekleyen kişi olması sebebiyle geri gönderilmeme (non-refoulement) ilkesinden ve insanca muamele standartlarından yararlanır. Prosedür sonucunda ilgili kişinin mülteci kriterlerine uygun olduğuna karar verilirse, bu kişi en basından itibaren mülteci olarak kabul edilir (9).

1.1.5. Mülteci

Mülteci kavramı genel olarak, “ırkı, dini, vatandaşlığı, belirli bir sosyal gruba mensubiyeti veya siyasi kanaatleri yüzünden zulme uğrayacağından haklı olarak korkan ve bu nedenle doğduğu, büyüdüğü, oturduğu ülkeyi terk eden kişi” olarak tanımlanabilir (5). 1951 Cenevre Sözleşmesi ve 1967 Ek Protokolü mültecilerle ilgili konuların açıklanması ve düzenlenmesinde uluslararası hukuka temel teşkil etmiştir (11).

1933 yılında Milletler Cemiyeti’nin “Mültecilerin Uluslararası Statüsü” ve 1938 yılında “Almanya’dan Gelen Sığınmacıların Statüsü”yle ilgili sözleşmeleri yerinden edilmiş kişiler için az sayıda imza atan ülke ve imza atan ülkeler için getirilen pek çok çekince ile sınırlı korumalar sağlanmıştır. 1948 yılında yayınlanan İHEB’nin 14. maddesinde sığınma hakkı ile ilgili hükme yer verilmiştir. Kabul eden birçok ülke olmasına rağmen İHEB, uluslararası hukuk anlamında bir sözleşme olmadığından, tanımladığı haklar konusunda takip, denetim ve yaptırım

mekanizmaları yoktur. Bu sebeple İHEB’de tanımlanan haklar için ayrı ve özel sözleşmelerin düzenlenmesi gerekmektedir (5).

1951 Cenevre Sözleşmesi’nin 1. maddesinin 2. fıkrasında mülteci tanımına yer verilmiştir. Maddeye göre, “01 Ocak 1951’den önce meydana gelen olaylar sonucu ve ırkı, dini, tabiiyeti, belli bir toplumsal gruba mensubiyeti veya siyasi düşünceleri yüzünden, zulme uğrayacağından haklı sebeplerle korktuğu için vatandaşı olduğu ülkenin dışında bulunan ve bu ülkenin korumasından yararlanamayan ya da söz konusu korku nedeniyle, yararlanmak istemeyen yahut tabiiyeti yoksa ve bu tür olaylar sonucu önceden yaşadığı ikamet ülkesinin dışında bulunan, oraya dönemeyen veya söz konusu korku nedeniyle dönmek istemeyen şahıs” olarak tanımlanmaktadır. 1951 Cenevre Sözleşmesi’nde mülteci kavramı kullanılırken sığınmacı kavramına yer verilmemiştir (9).

1.2. Göç Olgusu

1.2.1. Göç Nedenleri

Göç, ister ülke sınırları içerisinde ister siyasi sınırları aşmak suretiyle olsun, yaşanan bölgenin olumsuz koşullarından kaçmak veya gidilecek yerin avantajlarından yararlanmak amacıyla yapılmaktadır. İnsanların yer değiştirme faaliyetlerine neden olan şartlar, bulunulan yer ve zamana göre farklılıklar gösterebilmektedir. Refah arayışı, savaş veya şiddet ortamından kaçış, siyasi istikrarsızlıklar, aile birleştirme politikaları, siyasi sığınma talebi, daha iyi eğitim olanakları gibi pek çok nedenden dolayı bireysel veya kitlesel göçler yaşanmıştır ve yaşanmaktadır. Çağımız nüfus hareketlerinin başlıca belirleyicisi, gelişmiş ülkelerin seçici göç politikalarıdır. Bu nedenle, azgelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerin itici faktörlerinin çokluğu, söz konusu göç oranını artırmamaktadır (12).

Uluslar arası göçün nedenlerini gruplandırarak olursak;

1.2.1.1. Uluslararası Göçün Ekonomik Nedenleri

Dışarıdan göç almanın ve dışa göç vermenin ülkeden ülkeye, yaşanan zamanın koşullarına göre değişen nedenleri bulunmaktadır. Örneğin; 1920’lerden sonra Türkiye’den dışarıya verilen göçün temel nedenini ekonomik nedenler

oluşturmaktayken, Türkiye'ye yapılan göçler daha ziyade ırksal, ulusal, sosyo-kültürel ve siyasi temeli olan soydaş göçleridir (12).

Göç kararının temelinde, net gelirden yaşam boyu faydada artış beklentisi vardır (13). Kutlu' da, uluslar arası nüfus hareketlerinin temel belirleyicilerinin, nüfus veren ülkelerin itici faktörleri ile nüfus alan ülkelerin çekici faktörleri olduğunu vurgulamaktadır (14).

Çetintaş ve diğerlerine göre ise; düşük ücretler, vergi oranlarının yatırımları engelleyecek düzeydeki yüksekliği, “ekonomik istikrarsızlık ve buna bağlı olarak insanların ekonomik açıdan gelecek endişesi taşıması, kötü çalışma koşulları, düşük sosyal haklar, gelişmiş ülkelere göre daha düşük kentsel yaşam kalitesi, yüksek öğrenimli insanların büyük bir bölümünün (yaklaşık %70) kendi meslekleriyle ilgisiz alanlarda istihdam edilerek, gerek madden gerekse manen tatminsizlik ortaya çıkması, vasıflı elemanların istihdam edilememesi (özellikle yüksek eğitilmiş insanların işsiz olması ve herhangi bir ekonomik krizde en fazla yüksek eğitilmiş insanların isten çıkarılması)”, işsizlik oranlarının yüksekliği, yoksulluk gibi pek çok ekonomik neden göçe sebep olmaktadır (15).

1.2.1.2. Uluslararası Göçün Sosyal ve Siyasal Nedenleri

Daha iyi yaşam koşulları, daha yüksek ücret düzeyi gibi refah arttırıcı ekonomik nedenler yanında ülke içindeki etnik farklılıkların sebep olduğu ayrımcılık, rejim değişiklikleri, siyasal istikrarsızlık, vatandaş mübadele politikaları gibi sosyal ve siyasal faktörler de göç hareketlerine neden olabilmektedir. Ayrıca yeni deneyimler kazanma, macera arama, Dünyayı gezip görme ve yabancı ülkelere çalışıp dönenlerin kazandıkları sosyal saygınlık gibi ilave nedenler de söz konusu olabilmektedir (14).

Nazi işgali altındaki Avrupa ülkelerinden Almanya'ya çalışmak için gönderilenler, mülteciler², 1923 yılında Bulgaristan ve Yunanistan ile yapılan azınlık değiştirme hareketleri kişilerin istek ve tercihleri dışında yapılan zorunlu nüfus hareketleridir (16).

Savaş veya siyasi baskılar nedeniyle ülkelerin eğitimli personeli de göç etmek zorunda kalmaktadır. 1940–1945 yılları arası, II. Dünya Savaşı ve Nazi baskıları

nedeni ile Yahudi bilim adamları Avrupa'dan kaçmışlardır. 1990 sonrasında Rusya ve Doğu Bloğu parçalanmış, bunun yanında iç savaşlar başlamıştır. Sonuçta Doğu Bloğu bilim adamları ülkelerini terk etmek zorunda kalmışlardır (17).

Avrupa ülkelerinde, yaşanan küresel ekonomik durgunluklardan sonra yabancı işgücünün gelişini engellemek istenmiştir. Bu nedenle, göçü kısıtlayıcı önlemler artırılmış ve göçe neden olan faktörlerin üstüne gidilerek ortadan kaldırılmaya çalışılmıştır. Ancak, sıkı vize yönetmeliklerini asmak, daha çabuk iş bulmak ve oturma izni alabilmek için siyasi sığınma talebinin bir istisna olarak kullanıldığı görülmektedir. Yurt dışına çıkmak isteyenler, çeşitli etnik ve yasa dışı gruplara üye olmak suretiyle bu istisnadan yararlanmaktadır. Avrupa insan haklarının daha kapsamlı olmasını fırsat bilen böyle gruplar, göç ettikleri ülkedeki aşırı ve radikal unsurların destekleyici sayısını günden güne artırmaktadır (18).

1.2.1.3. Uluslararası Göçün Demografik Nedenleri

Az gelişmiş ülkelerin demografik özelliklerinin en belirgin olanı, nüfus artısının sürekli ve fazla olmasıdır. Doğum oranı, ölüm oranı ve dış göç oranları nüfusun büyüklüğünü ve artış hızını belirlemektedir. OECD ülkelerinde ve gelişmiş ülkelerde doğum oranının düşük olması, nüfus artış hızının düşük olmasına neden olmaktadır. Az gelişmiş ülkelerde ise tersi bir durum söz konusudur. Doğum oranlarının yüksek olması aktif olmayan nüfusun genişlemesine ve bağımlılık oranının artmasına neden olmaktadır.

Gelişmiş ülkelerdeki çalışabilir nüfusun yetersizliği, işçi ücretlerinin yükselmesine, ücretlerdeki bu artışı fiyatlara yansıtılamaması (uluslararası rekabet nedeniyle) da firma kârlarının düşmesine neden olmuştur. İşçi ücretlerinin firma maliyetlerini artırıcı etkisi kârlardaki düşüş ile birleşince gelişmiş ülkelerin işgücü açıkları yabancı işçi alımlarıyla kapatılmaya çalışılmıştır.

Az gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerin işgücü arz etmelerinin temel nedenleri; düşük ücretler, işsizlik ve iş bulamama kaygısıdır. Bunun için, göçün yönü öncelikle kırdan kente doğru olmuş daha sonra da dış göç gündeme gelmiştir.

Nüfusun yaş ve cinsiyete göre bileşimi göç olgusunu etkilemektedir. Daha önce de değinmiş olduğumuz gibi eş ve çocuk gibi ailevi bağları olmayan, genç ve

erkek nüfusun göç akımları daha fazladır. Farklı bir ayrım da bireyin niteliğine göre yapılabilmektedir. Günümüz devletleri göçmen alımında seçici davranmakta ve nitelikli bireylerin ülkelerine girmelerine olanak tanımaktadırlar (12).

1.2.2. Göç Modelleri ve Yaklaşımlar

Uluslararası düzeyde, göç olgusunun gelişim aşamalarına paralel olarak göç kuramları geliştirilmiştir. Göç ya da işgücü göçünün toplumbilimsel anlamda değerlendirilmesine ilişkin iki kuramdan söz edilmektedir. Bunlar, modernleşme-gelişme ve merkez-çevre ilişkileri kuramlarıdır.

1.2.2.1. Modernleşme ve Gelişme Kuramı

Modernleşmeyi ve gelişmeyi esas alan bu yaklaşım, göç akımının farklı toplumlar ya da toplumsal sistemlerdeki ekonomik gelişim eksikliği analizinde “itme” ve “çekme” faktörlerini vurgulamaktadırlar. Ekonomik yayılmanın, elverişsiz demografik durumların ve yerli işçilerin yukarı doğru devingenliğinin göç hareketlerinin “çekiş” nedenlerini oluşturduğu; işsizliğin, fakirliğin, ekonomik yönden gelişmemişliğin ve geciken sanayileşmenin ise gönderen ülkelerin başlıca “itme” nedenlerini oluşturduğu çoğu kimse tarafından kabul edilen bir görüştür. Türk işçilerinin işgücü göçünde çekici faktörler kadar, itici faktörlerin de rol oynadığı kabul edilmektedir (21).

Bu kurama göre, endüstrileşmiş ve gelir düzeyi yüksek olan ülkelerin göçmen işçilere çekici geldiği ve bu olgunun kendi ekonomik durumlarını geliştirmek amacına yönelik olduğu kabul edilmektedir(21).

1.2.2.2. Merkez-Çevre İlişkileri Kuramı

Bu görüş, Galtung (1971), Castle ve Kosack (1973) ve Nikolinakos (1973) gibi uzmanlar tarafında savunulmuştur. Bu kuram, “merkez çevre” ilişkileri ya da “gelişmiş-az gelişmiş” ülkeler arası istismara dayanan ilişkileri vurgulayan alternatif bir yaklaşımdır (21). Bu yaklaşıma göre göç, modernleşmeyi ve gelişmeyi sağlayan bir mekanizmadan ziyade, göçmen işçi gönderen ülkelerdeki işgücü kaynaklarının gelişmiş ülkeler yararına kullanılmasına yaramakta ve gelişmekte olan ülkelerin sosyo-ekonomik gelişmelerini olumsuz bir biçimde etkilemektedir (22).

1.2.2.3. Sosyal İzolasyon Kuramı

Bu kurama göre göç, bireyin sadece fiziki ayrılığı değil, aynı zamanda bireyin alıştığı bir dizi haklardan, kurallardan ve sosyal etkileşim örüntülerinden ayrılmasıdır. Kişinin alıştığı ortamdan ayrı kalması onun yalnızlık, yabancılaşma ve kendini değersiz göreme gibi duyguları yaşamasına neden olabilmektedir (23).

Binder (1978), bireyin göç ettiği toplumla iletişim ve etkileşim bakımından kısıtlanmakta olduğunu ve dolayısıyla sosyal rollerini yerine getirirken strese girdiğini ileri sürmektedir. Stres durumu da dolaylı ve dolaysız olarak onların psikolojik sağlıklarının bozulmasına neden olabilmektedir (24).

1.2.2.4. Kültürel Şok Kuramı

Yabancı bir ülkede ya da çevrede yaşamanın psikolojik sağlık üzerindeki etkisini açıklayan diğer bir kuram da kültürel şok kuramıdır. Bu görüşe göre, kültürel farklar bireyin uyum gücü çökmesine neden olmaktadır. Eğer içine girilen yeni çevre kendi kültürüne benziyorsa daha az, benzemiyorsa daha fazla uyum sorunu ile karşılaşılacaktır (24). Göçten hemen sonra şokun daha büyük olduğunu ve göçmenler geldikleri toplumun kültürüne alıştıkça ruh hastalıklarının da azalacağını (23) savunan bu görüş, göçmenlerdeki sağlık sorunlarının oluşmasında yer değiştirme faktöründen çok kişinin ailesinden ve kültüründen ayrılmasının rol oynadığını ileri sürmektedir. Fresse (1977)'e göre, kırsal kesimden gelen göçmenler, kentlerden gelen göçmenlere oranla daha fazla kültürel şoku yaşamaktadır (24).

1.2.2.5. Kültürel Değişme Kuramı

Yabancı bir ülkede yaşamanın psikolojik sağlığa etkisini açıklayan diğer bir kuram, kültürel değişme kuramıdır. Göçmenlerin kültürel değişme nedeni ile stresli bir yaşam geçirdiklerini kabul eden bu kuram, bu durumun diğer aile üyelerinin kişiliklerini de olumsuz yönde etkilediğini kabul etmektedir. Kou (1976)'a göre, bu durumda yabancı topluma uyum sağlaması için zorlanan bireyin kendi kültürü ile aşırı bir özdeşleşmeye ve kendi kültürünü daha üstün tutmaya yöneldiğini belirtmektedir (21).

Bireylerin kültürel, politik, ekonomik, sosyal ve eğitimsel geçmişleri ve deneyimleri göç ettikleri ülkelerde uyum sağlamalarını güçleştirmekte ya da kolaylaştırmaktadır (21).

1.2.3. Dünya’da Göçün Tarihsel Gelişimi

Göç olgusunun tarihini insanlık tarihiyle birlikte başlatmak mümkün olmakla birlikte göç konusunda çalışan bazı sosyal bilimciler özellikle içinde bulunduğumuz çağı “göç çağı” olarak tanımlayabileceğimizi söylemektedir (25). İddialarının temeli, göçün tüm küreyi kapsayacak kadar yayılması, uluslararası ilişkileri hiç olmadığı kadar etkin biçimde belirlemesi ve ekonomik ve sosyal sonuçlarının genişliğinden ötürü çağımızın daha önce hiç olmadığı kadar göç olgusu tarafından belirlendiğine dayanmaktadır (25). Bu iddialarının ispatlanması oldukça zor görünmektedir. Çünkü tarihte en az günümüzdeki kadar önemli ve dünya tarihinin yönünü değiştiren göç hareketleri olduğunu biliyoruz ve fakat haklarında günümüzle kıyaslayabilecek kadar çok veriye sahip değiliz. Bu durum günümüzdeki göç hareketlerinin değerini azaltmadığı gibi önemini de saklamamalıdır. Çünkü günümüzdeki göç hareketleri de özellikle ulus devletlerin kontrol politikalarına direnecek yeni siyasal birimler üretebilme ve dolayısıyla son iki yüzyıldır dünyanın her yerine yayılan bildiğimiz siyasal düzenin çok zorlu ve hatta kanlı bile olabilecek süreçler sonucu değişmesi potansiyelini taşımaktadır (25, 26).

Göçün hiç kuşkusuz en acımasız yanlarından biri zorunlu göç, sığınmacılık ve mültecilik olgularıdır. Göç olgusuna konu olan zorunlu göçmenler, vatansızlar, sığınmacılar ve mülteciler; yaşama, özgürlük ve kişi güvenliği haklarının tehlikeye girmesi sonucunda yaşadıkları ülkeyi terk ederek başka bir ülke sınırları içerisinde hayat bulma mücadelesine itilmektedirler (27).

Göç olgusunun ortaya çıkışını belirli bir tarihten başlatmak mümkün değildir. İnsanlık tarihi kadar eski olan bu kavram, her dönemde çeşitli nedenlerden dolayı nüfus hareketlerine tanıklık etmiştir. Henüz yerleşik yaşama geçilmeyen dönemde göçler büyük ölçüde iklim ve coğrafi değişikliklerin etkisiyle meydana gelmiştir. Yerinden olan insan toplulukları, yeni yaşam alanları arayışına girmişler; bunu yaparken coğrafi ve iklim koşulları bakımından elverişli boş alanlara yerleşmişler ya da başka yerleşik halkları topraklarından kovup o toprakları işgal etmişlerdir.

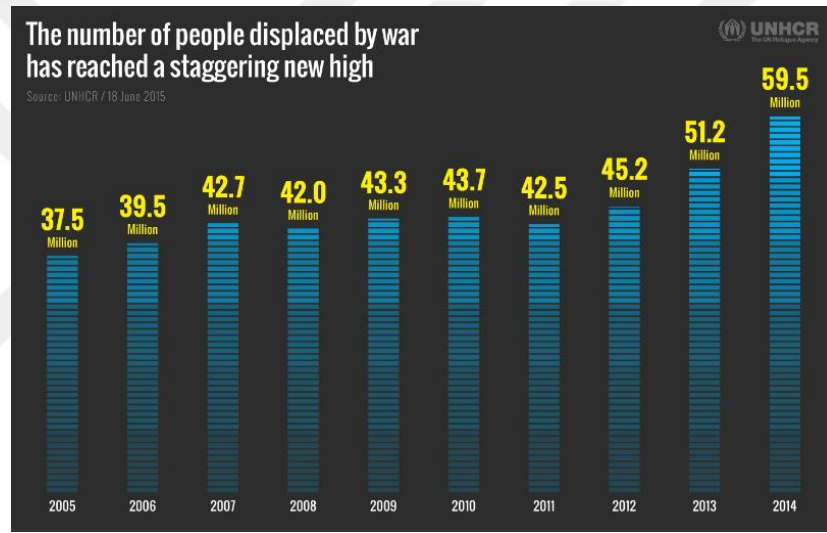
Böylece yeni yerler arayışıyla başlayan göç dalgaları dünyanın birçok yerine yayılmıştır. Bunun dışında sınıflı toplumların oluşumu da göç hareketlerine yeni ivmeler kazandırmıştır. Özellikle köleci imparatorluklar arasında yaşanan savaşlarla yerli halklar köleleştirilmiş, öldürülmüş ya da göçe zorlanmıştır. Feodal toplumlarda toprak için yapılan savaşlarda kapitalizm öncesi dönemin zorunlu ve kitlesel göçlerinin en önemli nedenlerini oluşturmuştur. 18. Yüzyıl (yy.)'ın ortalarında başlayan ve 19.yy.'ın sonlarına kadar süren sanayileşme süreci merkez ve çevre ülkeler arasında bugüne kadar gelen ekonomik ilişkilerin temellerinin atıldığı bir dönemdir. Çoğu zaman merkez ülkenin çevre ülkeden hammadde vb. gibi ihtiyaçlarını karşılaması ve sanayi ürünlerini çevre ülkeye ihraç etmesi şeklinde devam eden süreç, çevre ülkedeki özellikle kırsal alanda yaşayan kesimin topraklarını yitirmesine ve işsiz kalmasına neden olmuştur (28).

Yirminci yy. öncesinde de dünya, yy.lar boyunca göç hareketlerine sahne olmuşsa da bu hareketler daha çok bölgesel hareketler olarak görülmüştür. Ancak yirminci yy. geldiğinde sorun uluslararası boyuta ulaşmıştır. Artık bu durum sadece göç edenleri değil, göç alan ve veren ülkeleri de etkiler hale gelmiştir. Bu nedenle yukarıda da bahsettiğimiz gibi, Castles ve Miller yirminci yüzyılı “Göçler Çağı” olarak adlandırmaktadır. Yirminci yy.da göç hareketlerinde meydana gelen değişim bunla sınırlı kalmamaktadır. Göç artık küresel bir niteliğe bürünmüş, hemen hemen dünyanın bütün ülkelerini etkiler hale gelmiştir. Yine bu dönemde göç hızlanmış, çeşitlenmiştir. Artık göç tek tip olmaktan çıkmış, ekonomik göç, işgücü göçü, mülteci göçü gibi çeşitli nitelikler kazanmıştır. Dünya yirminci yüzyıla girerken, birçok devletin taraf olacağı ve dışında kalamayacağı büyük savaşların işaretleri baş göstermiştir. 1789 Fransız İhtilali'nden bu yana gelişerek yayılan milliyetçilik düşüncesi, ulusların ayaklanmalarına ve bağımsızlık mücadelelerine neden olmuş ve ulus devletlerin kurulmasıyla sonuçlanmıştır. Ulus devlet modeline geçilmesi ise birçok ulusun yerinden edilmesine ve buna bağlı olarak kitleler halinde farklı devletlere sığınmalarına neden olmuştur (29).

UNHCR (United Nations High Commissioner for Refugees)'nin 18 Haziran 2015 tarihinde yayınlamış olduğu rapora göre:

Rapor, yaklaşık 60 milyon kişinin evlerinden kaçmaya zorlandığını gösterirken; UNHCR dünya genelinde yerinden edilmeye yönelik tehlikeli yeni bir çağa girildiği konusunda uyarıda bulunuyor Bugün UNHCR tarafından yayımlanan rapor; savaşlar, çatışma ve zulümden kaynaklanan dünya genelindeki yerinden edilmenin, şimdiye kadar bizim kaydettiğimiz en yüksek seviyelere ulaştığını ve hızla arttığını göstermektedir(22).

Tablo 1. Yıllara Göre Yerinden Edilmiş Kişi Sayıları



Kaynak: UNHCR Küresel Eğilimler Raporu, <http://www.unhcr.org.tr/?content=640> (22).

UNHCR'nin yeni yıllık Küresel Eğilimler raporu, evlerinden kaçmaya zorlanan kişilerin sayısında keskin bir artış olduğunu; 2013 yılında yerinden edilen 51.2 milyon ve on yıl önce yerinden edilen 37.5 milyon kişiye kıyasla, 2014 yılı sonunda 59.5 milyon kişinin zorla yerlerinden edildiğini göstermektedir. 2013 yılından bu yana gözlemlenen artış, tek bir yılda görülen en yüksek artıştır(22).

Artıştaki hızlanmanın başlıca sebebi; Suriye’de iç savaşın başlamış olması olarak görülmüş olup; bu savaşı, yerinden edilmenin dünyadaki tek başına en büyük etmeni haline getirmiştir. 2014 yılında her gün ortalama 42.500 kişi mülteci, sığınmacı olmuş veya ülkesi içinde yerinden edilmiştir; bu sayı, yalnızca dört yıl içinde dört kat artışa karşılık gelmektedir. Dünya genelinde, her 122 kişiden birisi şu anda ya mültecidir ya ülkesi içinde yerinden edilmiştir ya da iltica talebinde bulunmuştur. Bu bir ülkenin nüfusu olsaydı, dünyadaki en büyük 24. ülke olurdu(22).

BM Mülteciler Yüksek Komiseri António Guterres; “Bir paradigma değişimine şahit oluyoruz; dünya çapındaki zorla yerinden edilmenin ve gereken müdahalenin büyüklüğünün yanında daha önce tecrübe edilenin açık bir şekilde küçük kaldığı bir çağa kontrolsüz bir şekilde sürükleniyoruz.” şeklinde konuştu. Guterres, “Bir yandan çatışmaları başlatanların gittikçe daha fazla cezasız kalması öte yandan da uluslararası topluluğun savaşları durdurmak ve barışı inşa etmek ve korumak için beraber çalışmada görünen mutlak yetersizliği dehşet vericidir,” diyerek sözlerine devam etti(22).

UNHCR’nin raporu, mülteci ve ülkeleri içinde yerinden edilmiş kişi sayısının bölgelerde ard arda arttığını ortaya koymaktadır. Son beş yıl içerisinde en az 15 çatışma patlak vermiş ya da yeniden alevlenmiştir: Afrika’da sekiz (Fildişi Sahili, Orta Afrika Cumhuriyeti, Libya, Mali, Kuzeydoğu Nijerya, Demokratik Kongo Cumhuriyeti, Güney Sudan ve bu yıl Brundi’de); Orta Doğu’da üç (Suriye, Irak ve Yemen), Avrupa’da bir (Ukrayna) ve Asya’da üç (Kırgızistan ile Myanmar ve Pakistan’ın birçok bölgesinde). Bu krizlerin çok azı çözümlenmiştir ve çoğu hala yeni yerinden edilmelere sebep olmaktadır. 2014 yılında yalnızca 126.800 mülteci ülkelere geri dönebilmiştir; bu sayı 31 yıldaki en düşük sayıdır(22).

Afganistan, Somali ve başka yerlerde on yıllardır süregelen istikrarsızlık ve çatışma bu yerlerde milyonlarca insanın ya hala hareket halinde olduğu ya da - giderek yaygınlaşan şekilde - yıllardır toplumun

kenarında, uzun süredir ülkesi içerisinde yerinden edilmiş veya mülteci olmanın yıpratıcı belirsizliğinde sıkışıp kalması anlamına gelmektedir(22).

Akdeniz, Aden Körfezi, Kızıldeniz ve Güneydoğu Asya'nın da arasında bulunduğu tehlikeli deniz yolculuklarına çıkarak güvenliğe erişmeye çalışan mültecilerin sayısındaki ciddi artış, dünyadaki çatışmaların ve bu çatışmaların neden olduğu korkunç acıların yakın zamanda yaşadığımız ve çok belirgin sonuçları arasında yer almaktadır. Yarisını çocuklar oluşturmaktadır(22).

UNHCR'nin Küresel Eğilimler raporu, yalnızca 2014 yılında 13.9 milyon kişinin yerinden edildiğini göstermektedir; bu 2010 yılındaki sayının dört katıdır. Dünya genelinde 19.5 milyon mülteci (2013'te bu sayı 16.7 milyondur) bulunmaktaydı; 38.2 milyon kişi kendi ülkeleri içinde yerinden edilmişti (bu sayı 2013'te 33.3 milyondur) ve 1.8 milyon kişi (bu sayı 2013'te 1.2 milyondur) iltica taleplerinin sonucunu beklemekteydi. Endişe verici şekilde, dünyadaki mültecilerin yarısından fazlasını çocuklar oluşturmaktadır(22).

Suriye, dünyadaki en büyük ülke içerisinde yerinden edilmiş kişi (7.6 milyon) ve mülteci (2014 sonunda 3.88 milyon) kaynağıdır. En büyük mülteci kaynağı ülke olma açısından Suriye'yi Afganistan (2.59 milyon) ve Somali (1.1 milyon) takip etmektedir(22).

Rakamlarda bu denli keskin artış olmasına rağmen, mültecilerin küresel dağılımı refah düzeyi yüksek ülkelere göre uzaklaşarak refah düzeyi daha düşük ülkelere doğru gerçekleşmektedir. Her 10 mülteciden neredeyse dokuzu (yüzde 86) ekonomik açıdan daha az gelişmiş olarak değerlendirilen bölgeler ve ülkelerde bulunmaktaydı. Toplam mülteci sayısının dörtte biri, Birleşmiş Milletler'in En Az Gelişmiş ülkeler listesinde yer alan ülkelere bulunmaktaydı(22).

Avrupa (% 51 artış)

Ukrayna'daki çatışma; rekor sayıdaki 219.000 kişinin Akdeniz'den geçmesi; 2014 sonunda 1.59 milyon Suriyeli mülteci ile 2014 yılında

dünyadaki en fazla mülteciye ev sahipliği yapan ülke haline gelen Türkiye'deki çok sayıda Suriyeli mülteci; mültecilerle ilgili sorulara hem olumlu hem de olumsuz şekilde kamunun dikkatini çekti. Avrupa Birliği'nde, en fazla sayıdaki iltica başvurusu Almanya ve İsveç'e yapıldı. Genel olarak, Avrupa'daki zorla yerinden edilmeye ilişkin sayılar, 2013 yılı sonunda 4.4 milyon iken 2014 yılı sonunda toplamda 6.7 milyonu ulaşmıştır. Bu sayı içindeki en büyük oranı, Türkiye'deki Suriyeliler ve Rusya Federasyonu'ndaki Ukraynalılar oluşturmaktadır(22).

Orta Doğu ve Kuzey Afrika (% 19 artış)

Suriye'deki savaşın ağır ve acı sonucu olarak, 7.6 milyon kişinin ülkeleri içinde yerinden edilmiş ve 3.88 milyon kişinin çevre bölgede ve ötesinde mülteci olmuş olması, Orta Doğu'yu tek başına dünyadaki en fazla kişinin yerinden edildiği ve yerinden edilmiş olan en fazla kişiye ev sahipliği yapan bölge haline getirmiştir. Suriye kaynaklı korkutucu derecede yüksek rakamların üzerine, Irak'ta yakın zamanda yerinden edilmiş olan en az 2.6 milyon kişi eklendi; böylece 2014 yılı sonu itibarıyla Irak'ta 3.6 milyon kişi ülke içinde yerinden edilmiş oldu. Ayrıca, 2014 sonu itibarıyla Libya'da yakın zamanda ülke içesinde yerinden edilmiş olan 309.000 kişi bulunmaktadır(22).

Sahra Altı Afrika (% 17 artış)

Orta Afrika Cumhuriyeti, Güney Sudan, Somali, Nijerya, Demokratik Kongo Cumhuriyeti ve diğer yerler de dahil olmak üzere Afrika'da genellikle göz ardı edilen çok sayıdaki çatışma; 2014 yılında büyük çaplı zorunlu yerinden edilmelere neden olmuş; ve bölgedeki zorla yerinden edilmeler, Orta Doğu'dakinden yalnızca çok az düşük bir ölçekte gerçekleşmiştir. Toplamda, Sahra altı Afrika'da 3.7 milyon mülteci ve ülkeleri içinde yerinden edilmiş olan 11.4 milyon kişi bulunmaktadır; bu kişilerin 4.5 milyonu 2014 yılında yakın zamanda yerinden edilmiştir. Ülke içinde yerinden edilen kişilerin sayılmasına ilişkin metodoloji 2014 yılında değiştiği ve Nijerya'yı istatistiki sapkın gözlem olarak kabul ettiği için, yüzde 17'lik genel artışa Nijerya dahil değildir. Afrika'da en fazla sayıdaki

mülteciye ev sahipliği yapan ülke olarak Etiyopya, Kenya'nın yerine geçmiştir ve dünyadaki bu anlamda en büyük beşinci ülkedir(22).

Asya (% 31 artış)

Uzun zaman boyunca dünyanın, yerinden edilmeye kaynaklık eden başlıca bölgelerinden birisi olan Asya'daki mülteci ve ülke içerisinde yerinden edilmiş olan kişi sayısı 2014 yılında yüzde 31 artış göstererek 9 milyona ulaşmıştır. Öncesinde, dünyada en fazla sayıda vatandaşı mülteci olan ülke Afganistan iken, bu üzücü sırayı Suriye almıştır. 2014 yılında, Rakhine eyaletindeki Rohingya, Kachin ve Kuzey Shan bölgeleri dahil olmak üzere Myanmar'da ülke içine ve dışına yerinden edilmelerin devam ettiği görülmüştür. İran ve Pakistan dünyadaki en yüksek sayıda mülteciye ev sahipliği yapan dört ülkeden ikisi olmaya devam etmiştir(30).

Amerika Kıtası (% 12 artış)

Amerika kıtasında da zorla yerinden edilmeye ilişkin sayılarda artış gözlemlenmiştir. Büyük ölçüde, Venezuela tarafından raporlanan mülteci sayısının revize edilmesi nedeniyle olsa da; Kolombiyalı mültecilerin sayısı yıl içerisinde 36.300 kişi azalarak 360.300'e düşmüştür. Kolombiya yine de dünyadaki ülke içinde yerinden edilmiş en yüksek nüfusa ev sahipliği yapan ülkelerden biri olmaya devam etmiştir; ve bu sayı yıl içinde yakın zamanda yerinden edilen 137.000 Kolombiyalıının da arasında bulunduğu, toplamda 6 milyon kişiye karşılık gelmektedir. Orta Amerika'daki çete şiddetinden veya diğer zulümlerden artan sayıda kişinin kaçmasıyla, Birleşik Devletler 2013 yılındakinden 36.800 daha fazla iltica talebiyle karşılaşmış olup; bu rakam yüzde 44'lük bir artışı temsil etmektedir." (30).

1.2.4. Türkiye'de Göçün Tarihsel Gelişimi

Türkiye tarihi boyunca, göç güzergâhında olmasından dolayı ve istikrarsız coğrafya da istikrar limanı olmasından ötürü, göç akımlarından etkilenmiştir. Göçmenler açısından Türkiye hem transit hem de hedef ülke konumundadır (3).

Kurtuluş Savaşı sonrası yeni Türkiye Cumhuriyeti Devleti'nin kurulması ile birlikte Türkiye'den dışarıya göç hareketleri hızlanmıştır. Kuşkusuz bu konudaki en önemli hareket Lozan Antlaşması'nın bir gereği olan Nüfus Mübadelesi'dir. Bu antlaşma, Batı Trakya dışındaki Yunanistanlı Müslümanlarla, İstanbul dışındaki Türkiyeli Ortodoksların mübadelesini öngörüyordu ve imza tarihine kadar kendi imkânları ile yer değiştiren insanlar hariç, Yunanistan'da 450.000, Türkiye'de 350.000 kadar insanı kapsamaktaydı. Hatta Kurtuluş Savaşının bitmesine yakın, Lozan Antlaşması imzalanmadan önce, başta Batı Anadolu ve Doğu Trakya olmak üzere Anadolu'dan 850.000 Türkiyeli Ortodoks'un Yunanistan'a göç ettiği belirtilmektedir. (31).

Uluslararası göç olayları 1960'lara kadar etnik ve din temelli nüfus hareketleri olarak kendisini göstermiştir. 1960 sonrasında ise işgücü göçü ağırlık kazanmıştır. İkinci Dünya Savaşı sonrasında yeniden yapılanma sürecine giren Batı Avrupa ülkeleri endüstriyel gelişimi artırarak sürdürmek için gereken işgücü açığını Türkiye gibi ülkelere karşılama yoluna gitmişlerdir. Almanya ile Türkiye arasında gerçekleşen anlaşma ile 1961 yılında Türkiye'den, bir süre çalışıp geri dönecek "konuk işçi" alınmaya başlanmış, ancak zamanla konuk işçilik, gelenlerin ailelerini, akrabalarını getirmeleri, yerleşip uzun süreli oturma izni ve vatandaşlık almaları ile süreklilik kazanmış ve göç 1970'lere kadar yoğun olarak devam etmiştir (32). Bu anlamda, Türkiye'den dışarıya düzenli iş göçü ilk olarak 1961'de Federal Almanya ile yapılan anlaşmayla başlamış, 1964 yılında Belçika, Hollanda ve Avusturya, 1965 yılında Fransa, 1967 yılında İsveç ve 1968 yılında Avustralya ile yapılan anlaşmalara bağlı olarak Türkiye'den dışarıya düzenli işçi göçü devam etmiştir (31).

1980'lerden sonra Türkiye'nin göç trafiği çok yönlü olarak sürmüştür. 1980'deki askeri darbeden sonra Avrupa'ya önemli miktarda siyasi sığınmacı olarak göç olayları yaşanmıştır ki, bu oran 1981-2005 yılları arasındaki göç eden nüfusun beşte ikisini oluşturmaktadır (33). Bugün de Avrupa, Türkiye'nin göç gönderdiği başlıca kıta olmaya devam etmektedir. 2000'li yıllar itibarıyla Avrupa'da yaşayan Türk vatandaşı sayısının, 2 milyonu Almanya'da olmak üzere yaklaşık 2,7 milyon olduğu belirtilmektedir (33).

Türkiye 2012 yılına kadar ortalama 100 bin kişinin geçtiği bir transit göç ülkesiydi. Bu transit göçlerin nedenlerini; 1979'da İran'daki rejim değişikliğiyle yaşanan ilk büyük sığınma ve mülteci hareketini Bulgaristan Türklerine yapılan baskılar, İran-Irak Savaşı, Irak'ın Kuveyt işgali, Körfez Savaşı, Bosna ve Kosova iç savaşlarıyla Saddam rejimi politikaları ve 2003 Irak işgaliyle gelişen göçler izliyordu. Ancak Arap Baharı'nın da etkisiyle 15 Mart 2011'de başlayarak ülke çapına yayılan Suriye'deki gösterilerde, Nisan 2011 tarihinde Suriye Ordusu başkaldırıyı bastırmak için görevlendirilmiş ve askerler ülke genelinde göstericiler üzerine ateş açmıştır. Aylarca süren askeri kuşatmaların ve baskının ardından gösteriler silahlı isyana ardından da iç savaşa dönüşmüştür. Yaklaşık dört yıldır süren iç savaş sonucunda UNHCR'nin raporuna göre Haziran 2015'te gerçekleşen mülteci akınlarında, 24.000'den fazla insan Tel Abyad ve Kuzey Suriye'nin diğer yerlerinden Türkiye geldi. Hâlihazır da dünyadaki en fazla mülteciye ev sahipliği yapan ülke olan Türkiye, şu anda bölgedeki Suriyeli mültecilerin tamamının, yaklaşık yüzde 45'ine ev sahipliği yapıyor (30).

Trajik şekilde ve 5. yılında olan Suriye'deki savaşın sona ereceği ufukta görünmezken, kriz yoğunlaşıyor ve mültecilerin sayısı artıyor. Mültecilerin toplam sayısının 4 milyonu geçtiği bu dönüm noktası, sayının 3 milyona ulaşmasının üzerinden neredeyse 10 ay sonra gerçekleşiyor. Şu andaki oranlarda, UNHCR sayının 2015 yılı sonuna kadar yaklaşık 4.27 milyona ulaşmasını bekliyor (30).

4 milyon sayısı, Türkiye'deki 1.805.255, Irak'taki 249.726, Ürdün'deki 629.128, Mısır'daki 132.375 Lübnan'daki 1.172.753 ve Kuzey Afrika'da diğer yerlerdeki 24.055 Suriyeli mülteciyi kapsıyor. Bu sayıya, Avrupa'daki 270.000'den fazla sığınma başvuru sahibi Suriyeli ve bölgeden üçüncü ülkelere yerleştirilmiş olan binlerce Suriyeli dâhil değildir (30).

Kasım 2014 verilerine göre barınma merkezleri ve barınma merkezleri dışında yaşamını sürdüren Suriyeli sığınmacıların resmi sayıları Tablo 2 ve 3'te verilmiştir.

Tablo 2: Türkiye’de Suriyeli Sığınmacıların Barınma Merkezlerine İlişkin Temel Veriler (Kasım 2014)

Şehir	Kamplar	Açılış Tarihi	Çadır ve Konteyner Sayıları	Kamp Nüfusu
	Altınöz01 Çadırkenti	09.06.2011	263 (Bölme)	1,372
	Altınöz02 Çadırkenti	10.06.2011	622	2,578
	Yayladağı1 Çadırkenti	30.04.2011	546 (3’lu Bölme)	2,816
	Yayladağı2 Çadırkenti	12.07.2011	510	3,004
	Apaydın Çadırkenti	09.10.2011	1,181 Konteyner	4,965
	Reyhanlı Toplanma Merkezi		Günlük Verilere Göre Değişmektedir.	
Hatay	Toplam		573 Bölme+1.368 Çadır+1.181 Konteyner	14,735
	Öncüpınar Konteynerkenti	17.03.2012	2,065	13,414
	Elbeyli Konteynerkenti	03.06.2013	3,589	24,164
Kilis	Toplam		5,654	37,578
	Ceylanpınar Çadırkenti	01.03.201	4,771	19,199
	Akçakale Çadırkenti	06.07.2012	5,000	26,416
	Viranşehir		4,100	19,986
	Harran Konteynerkenti	13.01.2013	2,000	14,064
Şanlıurfa	Toplam		13,871 Çadır + 2,000 Konteyner	79,665
	Islahiye Çadırkenti	17.03.2012	1,888	9,984
	Karkamış Çadırkenti	28.08.2012	1,686	7,641
	Nizip1 Çadırkenti	03.10.2012	1,858	10,674
	Nizip2 Konteynerkenti	11.02.2012	1,000 (Konteyner)	5,029
Gaziantep	Toplam		5,369 Çadır + 1,000 Konteyner	33,070
	Kahramanmaraş Çadırkenti	01.09.2012	3,318	17,215
Kahramanmaraş	Toplam		3,318	17,215
	Cevdediye Çadırkenti	09.09.2012	2,012	7,597
Osmaniye	Toplam		2,012	7,597
	Adıyaman Çadırkenti	22.09.2012	2,292	9,854
Adıyaman	Toplam		2,292	9,854
	Sarıçam Çadırkenti	28.01.2013	2,162	11,124
Adana	Toplam		2,162	11,124
	Midyat Çadırkenti	19.06.2013	1,300	2,858
	Nusaybin Çadırkenti	Yapım Aşamasında		
Mardin	Toplam		1,300	2,858
	Beydağı Konteynerkenti	12.06.2013	2,083	7,493
Malatya	Toplam		2,083	7,493

Kaynak: T.C. Başbakanlık Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığı (AFAD)

Tablo 3: Türkiye’de Barınma Merkezleri Dışında Yaşayan Suriyeliler, Kasım 2014

(1000 ve üzeri Suriyelinin yaşadığı şehirler dikkate alınmıştır. Bu rakamlar kayıtlı Suriyeli sayısını göstermektedir. Rapor içinde verilen rakamlar kayıt altına alınmamışlar dâhil yerel yetkililerin verdiği tahmini rakamlardır.)

Şehir	Suriyeli Sayısı
İstanbul	330.000
Gaziantep	220.000
Hatay	190.000
Şanlıurfa	170.000
Mardin	70.000
Adana	50.000
Kilis	49.000
Mersin	45.000
Konya	45.000
Kahramanmaraş	44.000
Ankara	30.000
Bursa	20.000
Batman	20.000
Şırnak	19.000
Kocaeli	15.000
İzmir	13.000
Osmaniye	12.000
Antalya	10.000
Kayseri	9.500
Diyarbakır	5.000
Adıyaman	2.500
Samsun	1.230
Niğde	1.100
Aydın	1.000

Kaynak: T.C. İçişleri Bakanlığı

BÖLÜM II

2. TRAVMA VE SONRASI SOMATİK YAKINMALAR

Psikolojik travma, kişilerin baş etmekte zorlandığı, yaşamına, ruhsal dengesine, vücut bütünlüğüne tehdit olarak algıladığı olaylar ya da yaşantılardır (34). APA (2000) travmatik yaşantıları, kişinin birebir kendisinin yaşadığı ya da tanık olduğu gerçek bir ölüm ya da yaralanma tehdidinin olduğu deneyimler olarak tanımlamaktadır (35). Deprem, sel, kasırga gibi doğal afetlerin yanı sıra; trafik kazaları, savaş, saldırı, intihar, hastalanma, bir yakını kaybetme, iflas, tutuklanma, insan eliyle oluşturulmuş travmatik yaşantılar denilebilecek tecavüz, işkence, terör saldırıları gibi olaylar travmatik olaylar arasındadır (36). Bir olayın travmatik olarak tanımlanabilmesi için, o olayın günlük, alışlagelmiş olayların dışında bir durum olması ve bu olaya maruz kalan hemen hemen herkeste sıkıntı yaratması gerekmektedir (37). Travmatik olaylar kişide şiddetli korku, dehşet, çaresizlik ve stres yaratan olaylardır (38).

Travmatik yaşantılar, kişilerin gündelik yaşamlarında karşılaştığı sıradan yaşantılardan farklı yaşantılardır ve çoğu zaman da kişilerin üstesinden gelmekte zorlandığı yaşantılar niteliğindedir (39). Bu tür yaşantılar psikolojik travma olarak adlandırılır. Travmanın olağan dışı olması onunla karşılaşan bireyin uyuma yönelik ve başa çıkma tutumlarını bozması ve kişi üzerinde sosyal, psikolojik ve işlevsel açıdan olumsuz etkilere sahip olmasından kaynaklanır (40). Bazı olaylar evrensel boyutlarda travmatik olarak yaşanır da kaybın ne anlama geldiği ile ilgili kültürel farklılıklar tepkinin şiddetini ve yapısını belirler (35). Travmatik yaşantılar sonrasında kişilerin güven ve adalet gibi temel değerleri sarsılabilir. Dünya güvenilir ve adil bir ortam inancı sarsılır. Bu durum kişinin hem kendi algısını etkileyebilir hem de benlik saygısını azaltabilir. Kişi olay sonrasında olay öncesine göre kendisini daha yetersiz hissedebilir (41). Travmatik yaşantılar, kişinin psikolojik iyilik halini, güvenlik duygusunu tehdit ettiği için kişi kendini çaresiz, yetersiz ve engellenmiş hissedebilir. Artan gerginlik ve kaygı da kişinin umutsuz hissetmesine neden olabilir (42).

Travmatik olay sonrası verilen bu tepkiler travmaya uyum çabasıdır (43). Kişi travmaya uyum sağlayamazsa travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) ya da somatik yakınmalar gibi sorunlar ortaya çıkabilir (44).

2.1. Somatizasyon Bozukluğu

Somatizasyon bozukluğunun ilk olarak 4000 yıl kadar önce eski Mısır döneminden beri bilindiği tahmin edilmektedir. O zamanlar histeri (Yunanca'da hystera-uterus sözcüğünden köken almaktadır) olarak tanımlanan bu hastalığın uterusun fiziksel olarak yer değiştirmesinin sonucu olarak ortaya çıktığına inanılıyordu. Tedavi "dolaşan uterusun" uygun yerine getirilmesine yönelik olarak yapılıyordu. İkinci yüzyılda Galen bu hastalar için 'melancolica hipokondriaca' kavramını önermiştir. On sekizinci yüzyıl sonlarına dek bu hastalık için 'histeri, melankoli, hipokondriyazis' gibi isimler kullanılmış ve daha çok kadınları etkilediği düşünülmüştür (45).

On yedinci yüzyılda histerinin ruhsal ve bedensel belirtilerini ayrıntılı olarak tanımlayan Thomas Sydenham, belirtilerin oluşumunda psikolojik faktörlerin önemini vurgulamıştır. Freud histeri kavramına büyük bir dikkat ve önem göstermiş, histerinin detaylı incelenmesiyle psikoanalizin birçok ilkesinin ortaya çıkmasını sağlamıştır. Paul Briquet 1859'daki bir yazısında şimdiki SB'nin temelini oluşturacak bir histeri formundan söz etmiştir. Briquet histeriyi açıklanabilir bir organik patoloji bulunmaksızın dramatik tıbbi yakınmalarla belirli bir sendrom olarak tanımlamıştır. Purtell ve arkadaşları ise 1951'de Briquet'nin kavramını yeniden ele almışlar ve eşlik eden bir takım Briquet belirtilerini belirleyerek bu olguya nicel bir boyut eklemişlerdir. Bu çoklu açıklanamayan yakınmalar sendromunu 1962'de Perley ve Guze toparlayarak tanımlamıştır. Guze 1970'de daha net tanımlanan bir "Briquet's sendromu" önermiştir. Briquet sendromu esas olarak fiziksel ve psikiyatrik 59 belirtiyi içeren ve teşhis için bunlardan 25 tanesinin gerekli olduğu bir araştırma tanısıdır. Stabilesi ve gözlemciler arası güvenilirliği yüksek olan bu bozukluk, ilk kez 1980 yılında DSM-III sisteminde somatizasyon bozukluğu olarak adlandırılmıştır. Takiben çeşitli revizyonlar sonucu DSM IV de ve ICD 10 da son halini almıştır (46).

Somatizasyon, ruhsal sıkıntılarının veya kişisel stresin mecazi ya da sembolik bir şekilde bedensel belirtiler yoluyla dile getirilmesidir. Somatizasyon veya bedenselleştirme sosyal destek sağlanmasında, yardım ihtiyacını dile getirmede ve ilişkileri yönlendirmede evrensel bir yoldur. Kleinman'a göre bedenselleştirme, kişisel ve sosyal stresin bedensel belirtiler ve tıbbi yardım arama yoluyla dile getirilmesidir (47). Bedenselleştirme genellikle duygusal ve sosyal stresin bir belirtisidir, ama bazen yalnızca sosyal sorunlara da işaret ediyor olabilir (48).

Somatoform bozukluklar dışında depresyonun, bedenselleştirmenin en sık görülen nedeni olduğu öne sürülmektedir (48,49). Depresyon dışında anksiyete bozuklukları, yas reaksiyonu, histrionik ve sınır kişilik bozukluklarında, yapay bozukluklar ve temaruzda hatta şizofrenide de bedenselleştirme görülmektedir (45).

Pek çok yazar batı ülkelerinde geçmişte depresyonun bedenselleştirildiğini kabul etmektedir. 'Psikolojik zihinlilik' yani ruhsal sıkıntılarının uygun biçimde dile getirilmesi 20. yy da psikiyatrinin gelişimiyle ortaya çıkan bir fenomendir. Bu fenomen sonrasında depresyonun bedensel belirtiler dışındaki diğer belirtileri ön plana çıkmaya başlamıştır (45).

Kırsal kesimden gelen, eğitim düzeyi ve sosyokültürel düzeyi düşük kişilerde bedensel belirtilerin daha yaygın ve yoğun olduğu ve aynı zamanda bedensel yakınmaların da geldiği alt kültüre göre farklılık gösterdiği bilinmektedir. Bu kişilerin bedensel tedavileri psikiyatrik tedavilere göre daha çok tercih ettikleri saptanmıştır (50). Bu teorinin yanı sıra bedenselleştirmenin bu faktörlerle ilişkili olmadığını, kişinin ruhsal rahatsızlıklara karşı tutumunun bedenselleştirmede önemli rol oynadığına dair yayınlar da bulunmaktadır (51).

Somatizasyon ve hastalık davranışının gelişme sürecinde kişilerarası ilişkilerin manipülasyonu, hastalık rolünün avantajları, mali kazanç, sözel olarak bloke edilmiş düşünce ve duyguların ifade edilmesi ve intrapsişik bazı savunma mekanizmaları da önemli motivasyon kaynaklarıdır (52).

Somatizasyonun gözlenen yaygınlığı klinik ortalama ve tıbbi uzmanlık alanına göre farklılık göstermekle birlikte, hasta başvurularının %5 ile %40'ı arasındadır. Epidemiyolojik Alan Taraması (Epidemiologic Catchment Area) çalışmasında

sadeleştirilmiş somatizasyon kriterleri (erkekler için 4, kadınlar için 6 somatik semptom) katılımcıların %12'si tarafından karşılanmıştır. Somatizasyon hiç şüphesiz, birinci basamaktaki pratisyen hekimler veya iç hastalıkları uzmanlarına başvuran klinik popülasyon arasında daha yaygındır. Bu hastalar hem poliklinik, hem de yatarak tedavi hizmetlerini daha çok kullanırlar (52).

Somatizasyon veya hipokondriak uğraşları olan hastaların tıbbi harcamaların beşte birinden sorumlu olduğu tahmin edilmektedir (53).

Somatik yakınmalar nedeniyle doktora başvuran ve altta yatan organik bir rahatsızlık saptanmayan hastalara tüm polikliniklerde sık rastlandığı bilinen bir durumdur. Bu kadar önemli bir halk sorunu olmasına rağmen somatizasyon üzerine yapılan araştırma sayısı oldukça azdır.

Somatizasyon denilince sıklıkla ilk akla gelen konu somatoform bozukluklardır. Somatoform bozukluklar, altta yatan organik bir temel veya gösterilebilir fiziksel bulgular olmayan ve etyolojisinde, alevlenmesinde veya sürdürülmesinde psikolojik faktörlerin önemli olduğuna inanılan fiziksel belirtilerle karakterize bozukluklardır (45).

Somatoform bozuklukların, Amerikan Psikiyatri Birliğinin The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders yani Tanı Ölçütleri Başvuru El Kitabı (DSM) sınıflandırma sisteminde ayrı bir kategori olarak yer alması ilk kez DSM III ile birlikte olmuştur. DSM III'te yer alan tanıma göre somatoform bozukluklar içinde yer alan bozuklukların ortak özelliği, fiziksel bir hastalığı taklit eden bedensel belirtiler olmasına karşın bunları açıklayabilecek organik bir bozukluk ya da patofizyolojik bir mekanizma bulunmaması, hastalığın psikolojik faktör ya da çatışmalarla ilişkisini gösteren güçlü ipuçlarının varlığıdır. DSM IV oluşturulurken de büyük çaplı değişikliğe gidilmemiş ve International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems yani Uluslararası Hastalık Sınıflaması (ICD) 10'da somatoform bozukluklara oldukça geniş yer ayrılmıştır (52).

DSM IV'e göre somatoform bozukluk kavramı, tıbbi bir durumu telkin eden, ancak tıbbi incelemeler ile yeterli bir açıklama bulunamayan ve yineleyici niteliği olan fiziksel belirtileri içermektedir. Belirtiler, hastaların belirgin şekilde sıkıntı

çekmesine veya sosyal ve mesleki işlevselliklerinde bozulmaya neden olacak kadar şiddetlidir. Somatoform bozuklukların fiziksel belirtileri, yapay bozuklukta ve temaruzda olduğu gibi istemli olarak ortaya çıkarılmaz, fakat belirtileri açıklayacak hiçbir tıbbi durum da yoktur. Çeşitli yaşam olaylarının ve psikolojik etkenlerin semptomların başlaması, şiddeti ve seyri üzerine etkileri vardır.

DSM-IV'e göre somatoform bozuklukların sınıflandırılması şöyledir:

- 1.Somatizasyon bozukluğu
2. Farklılaşmamış somatoform bozukluk
3. Konversiyon bozukluğu
4. Ağrı bozukluğu
5. Hipokondriyazis bozukluğu
6. Beden dismorfik bozukluğu
- 7.Başka türlü adlandırılmayan somatoform bozukluk (54).

ICD-10'da ise somatoform bozukluklar, 'hastaya belirtilerin fiziksel bir nedeni olmadığı açıklandığı halde, fiziksel belirtilerin ısrarlı tıbbi araştırma isteğiyle beraber yineleyici nitelikte sunulması' şeklinde tanımlanmıştır ve bu sınıflandırma içerisinde konversiyon bozukluğu ve beden dismorfik bozukluğu tanıları yoktur, bunların yerine 'somotoform otonomik işlev bozukluğu' ve 'diğer somatoform bozukluklar' tanıları yer alır. ICD-10'da konversiyon, bir disosiyatif bozukluk gibi tanımlanır. Somotoform otonomik işlev bozukluğu semptomları ise DSM IV'deki anksiyete ve depresif bozukluklarla ilişkili semptomlarla benzerdir ve ICD-10'da beden dismorfik bozukluğu hipokondriyakal bozukluğun içinde yer alır (55).

ICD-10'a göre sınıflandırma şöyledir:

- 1.Somatizasyon bozukluğu
- 2.Ayrışmamış somatoform bozukluk
- 3.Hipokonriyakal bozukluk

4. Somatoform otonomik işlev bozukluğu
5. Persistan somatoform ağrı bozukluğu
6. Somatoform bozukluk, belirlenmemiş
7. Diğer somatoform bozukluklar

Somatoform bozukluğun çeşitli psikiyatri okullarında tanımlanmış olan alt grupları içinde en çok araştırmanın somatizasyon bozukluğu üzerinde yapılmış olduğu ve geçerliliğinin yüksek bulunduğu bildirilmektedir. Temel bileşen analizleri, izleme çalışmaları, aile araştırmaları ve nöropsikolojik bulgular geçerli bir sendrom olduğuna işaret etmektedir (52).

Somatizasyon bozukluğu, fizik muayene ve laboratuvar incelemeleri sonucunda organik bir neden ile açıklanamayan birçok bedensel yakınmanın bulunduğu bir bozukluktur. Diğer somatoform bozukluklardan en önemli farkı çok sayıda sistemi ilgilendiren birçok bedensel yakınmanın bulunmasıdır (45).

Somatizasyon bozukluğu, 30 yaşından önce başlar ve yıllar süren kronik bir seyir gösterir. Somatik yakınmalar hastada belirgin psikolojik zorlanma, toplumsal ve mesleki işlevsellikte bozulma yaratmaktadır. Bu hastalarda yakınmaları için açık tıbbi çare arama davranışı gözlenir. Psikiyatrist ile ilk görüşmesinde, hasta doktoru şaşırtan özel yakınmalardan söz eder. Uzun ve karmaşık bir tıbbi öykünün belirsiz bir dille ve dramatik bir tarzda anlatımı belirgindir. Somatik yakınmaların yanında detaylı olarak anlatılan sosyal, evlilik ve işle ilgili şikâyetler mevcuttur. Tıbbi hikâye tamamlanmaya başlayınca, tıbbi olarak açıklanamayan, fiziksel yakınmaların kronik nitelikli olduğu fark edilir (56).

DSM-V’te somatizasyon bozuklukları “Bedensel Belirti Bozuklukları ve İlişki Bozukluklar” başlığı altında gruplandırılmaktadır. Buna göre gruplandırma şu şekildedir:

1. Bedensel belirti bozukluğu
2. Hastalık kaygısı bozukluğu

3. Dönüştürme (Konversiyon) bozukluğu (İşlevgören nöroloji belirtisi bozukluğu)
4. Diğer sağlık durumlarını etkileyen ruhsal etkenler
5. Yapay bozukluk
6. Tanımlanmış diğer bir bedensel belirti bozukluğu ve ilişkili bozukluk
7. Tanımlanmamış diğer bir bedensel belirti bozukluğu ve ilişkili bozukluk(57).

2.2. Epidemiyoloji

Somatizasyon bozukluğu'nun yaşam boyu prevalansı % 0,1-0,5 arasında değişmektedir (57). SB, kadınlarda daha sık görülmekte, bildirilen erkek /kadın oranları 1/ 5-20 arasında değişmektedir. Bu oranların bu kadar yüksek olmasını erkeklerde bu tanıyı koymama eğilimine bağlayan yazarlar vardır. Genel sağlık hizmetlerine başvuran hastaların %5-10'u somatizasyon bozukluğu kriterlerini karşılamaktadır (56).

Türkiye'de 2008 - 2009 yılında yapılan epidemiyolojik bir çalışmada SB genel popülasyonda %0,3-2,9 arasında bulunmuş, bu oran kadınlarda %1-5 gibi yüksek değerlere ulaştığı görülmüştür. Erkek /kadın oranı ise 1/20 şeklinde bulunmuştur (58).

Hastalık genellikle 30-35 yaşları öncesinde başlamakta ve ilk belirtilerin görülmesi gençlik çağlarına kadar uzanmaktadır. Çoğu vakada semptomlar adölesan dönemde başlar ve tanı kriterleri 20 yaşında tamamlanmış olur (59).

Sosyoekonomik düzeyin düşük olduğu toplumlarda, kırsal kesimde ve doğu ülkelerinde daha yaygın olduğu tahmin edilmektedir. Somatizasyon bozukluğuna %85'e varabilen oranlarda diğer ruhsal bozukluklar da eşlik edebilmekte, bunların başında da depresyon ve anksiyete bozuklukları gelmektedir. SB olan kişilerde antisosyal ve histriyonik kişiliklerin beklendiği gibi yüksek olmadığı, buna karşın çekingen, paranoid, self defeating ve obsesif – kompulsif kişilik bozukluklarının %20-25 oranlarında görülebildiği bildirilmektedir (60).

2.3. Etyoloji

Somatizasyon bozukluğunun etyolojisi henüz tam olarak bilinmemekle beraber, psikososyal ve biyolojik etkenlerin bir bileşimi olduğu düşünülmektedir.

2.3.1. Psikososyal Etkenler

Somatizasyon, yadsıma, yer değiştirme ya da mantıksallaştırma ile birlikte bir savunma düzeneği olarak kişinin var olan duygusal sorunlarının yerini bedensel belirtilerin almasını ve kişinin tolere edilemeyen çatışmalar yerine bedensel duyuları ile uğraşmasını sağlar. Belirtiler sorumluluktan kaçmak, duyguları ifade etmek ya da duyguları veya bir inancı sembolize etmek amacıyla geliştirilmiş bir sosyal iletişim yoludur (45).

Psikanalitik bakış açısına göre somatik belirtiler, bastırılmış dürtüsel impulsların yedekleri olarak ortaya çıkmaktadır ve egonun bu dürtüsel güçlerle uzlaşmasının bir sonucu olarak oluşur (52).

Somatizasyonun yaşantısal, bilişsel ve davranışsal olarak üç ana bileşeni vardır. Kişilerin bedenlerine ilişkin algıladıkları duyuların varlığı yaşantısal, bunların yorumlanması ve bir fiziksel hastalığa atfedilmesi bilişsel, tıbbi yardım arama çabası da davranışsal boyutları oluşturmaktadır. Birçok çalışmada bedensel duyuların algılanmasında öğrenmenin rolü olduğu belirtilmektedir (45).

Dikkati bedensel duyular üzerinde yoğunlaştırmanın öğrenilmesi, bunları tehlikeli belirtiler olarak algılama, sözel veya sözel olmayan şekilde bu duyuları ifade etme, bu iletişim yolunun psikolojik sıkıntı ve ihtiyaçları dile getirmede kullanılması öncelikle aile içinde başlar. Aile içinde duygu belirten sözcüklerin az kullanılması kişilerin emosyonel sorunlarını beden diliyle dile getirmesine neden olabilmektedir. Bu durum terapide duygu belirten sözcüklerin kullanılması desteklenerek düzeltilebilmektedir (61,62). Aile aynı zamanda hem kişilerarası iletişimde önemli olan yolları belirler hem de ait olunan kültür ve sosyal sınıfın hastalıkla ilgili inançlarını yansıtır. Örneğin stres dönemlerinde beden dilinin kullanılması gibi. Araştırmalar göstermiştir ki çocukluk çağında ailenin diğer bireylerinde fiziksel hastalıklar ve ağrılarla karşılaşan çocuklarda erişkin yaşlarda bedenselleştirme riski artmaktadır (63). Bu süreçte identifikasyon ve modelleme önemli görünmektedir. Hasta olan veya bedensel belirtilerden yakınması olan kişilere

ilgide artma, bazı sorumluluklardan veya çatışmalardan uzak tutma şeklinde ödül verildiğini öğrenen çocuk, yaşamının ileriki yıllarında bedenselleştirmeyi bir başa çıkma mekanizması olarak kullanabilir (64).

Bedensel duyumlarını abartılı ya da yanlış algılamada öğrenmenin yanı sıra kişilik özellikleri ve kişinin o anki duygudurumu da çok önemlidir. Psikiyatrik hastalık saptanmayan popülasyonda, nörotik kişilik özelliklerinin bedensel belirti sayısını doğrudan etkilediği saptanmıştır (65). İçer dönük, başarısızlıkları ve eksiklikleriyle uğraşan, kendilerini ve başkalarının olumsuz özellikleri üzerinde duran kişiler olarak tanımlanan negatif affektivitenin yüksek olduğu bireyler, bedensel belirtilere karşı aşırı duyarlıdır ve nonspesifik bedensel belirtileri hissetme eşikleri düşüktür. Bu konuda doktora daha çok başvururlar ve bedensel duyumları hakkındaki endişe düzeyleri yüksektir (66). Somatizasyon bozukluğu olan hastaların MMPI profillerinin incelendiği bir çalışmada bu hastaların duygularını ifade etmede güçlük çektikleri ve içsel çatışmalar sonucu bedensel semptomlar çıkardıkları saptanmıştır (62). Bu tür profile sahip hastaların immatür, bağımlı, egosantrik kişilik özelliklerine sahip oldukları ve yetersizlik duygularını bastırdıkları belirtilmektedir.

Duygudurumu çökkün ve kaygı düzeyinin yüksek olduğu durumlarda bedensel yakınmaların arttığı saptanmıştır (67). Bunun nedeni bu durumlarda bedensel duyumların daha olumsuz yorumlanması olabilir. Kişi kendini iyi hissediyorsa bu bedensel duyumların üstünde durmamaktadır.

Kirmayer'e göre (68) bedenselleştirme dünyanın her yerinde yaygın bir fenomendir ama kültürel nedenlerle duygusal sıkıntıların ifadesinde psikolojik terimlerin kullanılmadığı toplumlarda daha sık görülmektedir. Bu daha çok batılı olmayan ülkeler için geçerlidir. Kirmayer'e göre batılı ülkelerde bedenselleştirmeye daha çok düşük sosyoekonomik düzeyde rastlanmaktadır. Bedenselleştirmenin yönü ve görülen bedensel belirtiler de sosyokültürel yaşantıyla belirlenmektedir (69).

2.3.2. Biyolojik etkenler

a) Otonom aktivite: Duygusal sıkıntılar sıklıkla bedensel duyumların ortaya çıkmasına neden olmaktadır. Gerçekten de kaygı, sempatik sinir sistemini aktive eder ve taşikardi, terleme ve titreme gibi bedensel belirtiler ortaya çıkar. Yapılan araştırmalarda duygu ve düşüncelerin bastırılmasının psikolojik bir yük oluşturduğu

ve otonom sinir sisteminde aktiviteyi arttırdığı buna bağlı olarak da bedensel belirtilerin ortaya çıktığı görülmüştür (70).

b) Kas gerginliği: Kas gerginliğinde artma vücudun bazı bölgelerinde ağrı ve sızılara neden olabilmektedir. Yapılan bir çalışmada vücudun çeşitli bölgelerinden yapılan EMG kayıtlarında hastanın bildirdiği bedensel belirtilerle bu bölgelerdeki kas gerginliğinde artma arasında ilişki bulunmuştur. Kas gerginliği hem yorgunlukta hem de bölgesel ağrılarda belirtilere etken olabilir (71).

c) Hiperventilasyon: Hiperventilasyon pek çok hastalığı andıran tablolar oluşturabilme kapasitesi nedeniyle sifilise benzetilir. Hiperventilasyona bağlı belirtiler nedeniyle hastalar çok farklı kliniklere başvurabilirler. Bu hastalar genellikle kardiyoloji, göğüs hastalıkları, gastroenteroloji ve nöroloji kliniklerine giderler. Hava açlığı olarak tanımlanabilen nefes darlığı, göğüs ağrısı ve sayısız nonspesifik belirti hiperventilasyona bağlı gelişebilir. Bunlar genellikle hipokapni nedeniyle ortaya çıkan kan akımı azalması, alkalozla bağlı gelişen sinirsel irritabilite veya anormal göğüs duvarı hareketlerine bağlı gelişen mekanik faktörler nedeniyle ortaya çıkar (72). Kronik hiperventilasyon sonucu multipl ve değişik somatik belirtiler ortaya çıkabilir.

d) Damarsal değişiklikler: Damar sistemi dinamik ve reaktif bir sistemdir. Bedensel duyumların olası kaynağıdır. Hiperventilasyon ve sempatik sinir sisteminin uyarılması gibi nedenlerle kan akımında değişiklikler oluşur. Kan akımındaki değişiklikler sonucu bedensel duyumlarda ortaya çıkar. Örneğin kan akımındaki artış rahatsızlık hissine, kan akımındaki azalma ağrı ve uyuşukluklara neden olabilir (73).

e) Uyku: Uykusuzluk sonucu halsizlik, ağrılar ve ısı regülasyonunda subjektif bozukluklar görülebilir.

f) İnaktivite: Amerikan uzay programının bir parçası olarak sağlıklı genç erkekler üzerinde yapılan çalışmada yatak istirahatinin kaslarda erime, egzersizde ortaya çıkan kardiyovasküler yanıtta değişiklik ve bunun sonucu harekete karşı tahammülsüzlüğe yol açtığı saptanmıştır. Postural kan basıncı kontrolündeki değişikliğe bağlı olarak ayakta dururken yorgunluk hissi ve ısı regülasyonunda

bozulma inaktiviteye bağı gelişen diğr değışikliklerdir. Bu değışikliklerin ortaya çıkması için bir hafta boyu sandalyede oturmak yeterli olabilmektedir (73).

g) Beyinde veri değırlendirmesi ve uyarılmış potansiyeller: Kişinin bedensel duyumlara dikkatini psikolojik etkenlerin yanı sıra fizyolojik etkenler de etkiliyor olabilir. Horvath' a göre kronik ve çok sayıda belirti gösteren hastalarda önemsiz afferent uyarıların filtre edilmesinde bir sorun vardır (74). Bu hipotezi Gordon ve arkadaşları incelemiş ve somatizasyon bozukluğu olan 15 hastayı normal kontroller ve anksiyöz bireylerle karşılaştırmıştır (75). Beynin afferent uyarılara verdiği yanıt olan uyarılmış potansiyeller kullanılarak bu bireylerin önemli ve görece önemsiz işitsel uyarılara verdiği yanıtlar karşılaştırılmıştır. Karşılaştırma sonucunda SB olan bireylerin göz ardı etmeleri gereken arka plan gürültülerine diğr gruplara oranla daha çok yanıt verdikleri saptanmıştır. Bu çalışmanın sonuçları bedenselleştirmede görülen pek çok belirtinin farklı şiddetteki uyarıların değırlendirilmesindeki bir bozukluktan kaynaklanabileceğini göstermektedir. Yani bu hastalar dikkat etmeleri gereken anlamlı uyarıların yanı sıra diğr bireylerin anlamsız ve önemsiz olarak değırlendirdikleri uyarılara da gereğinden fazla dikkat etmektedirler (45).

h) Sitokinler: Nörolojik bilimlerin ilerlemesiyle yeni ortaya konan alanlardan biridir. Sitokinler, immün sistemin santral sinir sistemiyle ve kendi içindeki iletişimini sağlayan moleküllerdir. İnterlökinler, tümör nekrozis faktör ve interferonlar sitokinlere örnek olarak verilebilir. Bu konuda yapılan ön çalışmalar göstermiştir ki bu moleküller, hastalıklarda özellikle enfeksiyonlarda görülen iştahsızlık, yorgunluk, depresyon, hipersomni gibi bazı nonspesifik belirtilerin ortaya çıkmasında etkili olmaktadır. Şu anda bu hipotezi destekleyen veriler elde edilememişse de sitokin sistemindeki bozuklukların somatoform bozukluklarda görülen bazı belirtilerden sorumlu olabileceği düşünülmektedir (56).

i) Endokrin sistemi: HPA (hipotalamik-pituitar-adrenal) eksenin stresle aktive olduğu ve ağrı algısını da etkilediği bilinmektedir ki; stres ve ağrı algısı da somatoform bozukluklarla ilişkilendirilmektedir (45).

HPA hormonları içinde en çok incelenen hormon kortizoldür. Bir çalışmada açıklanamayan bedensel belirtileri olan sıkıntılı insanların hipokortizolizme yatkınlığı gösterilmiştir (76). Bir başka çalışma da ise, sıkıntı sırasında normal/artmış

serbest kortizol saptamıştır (77). HPA eksenindeki bu farklılaşma, stres etkeninin kısa-uzun süreli olması ile bağdaştırılmıştır (78). Akut stres sırasında hipoaljezi, kronik stres döneminde ise hiperaleji şeklinde ağrı algısındaki değişiklikler olabileceği savunulmuştur (79). Bir başka çalışma da ise somatoform bozukluklar da kortizol düzeyi normal, fakat sensitivitesinde artma saptamıştır (80).

Sonuç olarak, somatizasyon bozukluğunun etyolojisinde HPA eksenin rol oynadığı kesindir, fakat rolün tek başına değil başka etkenlerle de çok yönlü bir ilişkide olduğu düşünülmektedir (45).

i) Monoamin asitler, nörotransmitterler: Serotonin, başta olmak üzere nörotransmitterlerinde ağrı algısında eşik seviyesini değiştirdikleri saptanmıştır. Yapılan çalışmalarda serotoninin azalması ve ona antagonist olarak artan substans P'nin artması ağrı eşikini düşürmektedir (45).

Ayrıca somatizasyon bozukluğundaki somatik belirtilerin yalnızca merkezi sinir sistemi (MSS) ile değil, kaslardaki enerji metabolizması gibi periferik etkilerle de tetiklenebileceği öne sürülmüş, bu amaçla kaslardaki enerji mekanizmasında önemli rolleri olan dallı zincirli aminoasit konsantrasyonlarının araştırıldığı bir çalışma yapılmıştır. Gerçekten de bu çalışmada somatizasyon bozukluğunda, depresyon ve kontrol gruplarına nazaran dallı zincirli aminoasit konsantrasyonlarının daha düşük olduğu bulunmuştur (81,82).

j) Genetik: Genetik veriler en azından bazı ailelerde SB'nun genetik geçiş özelliği gösterebileceğini düşündürmektedir. Kadın somatizasyon hastalarının birinci derece kadın akrabalarının %10-20'sinde SB görülürken, erkek akrabalarında ise antisosyal kişilik bozukluğu ve madde kullanımı açısından risk artışı görülmektedir. Evlat edinme çalışmaları hem genetik hem de çevresel faktörlerin önemine işaret etmektedir. Bazı araştırmalar ise SB'nun sosyopati, alkolizm ve madde bağımlılığıyla birlikte görülme eğilimine dikkati çekmektedir (52).

2.4. Tanı

Somatizasyon bozukluğunun en önemli tanısal özelliği, sürekli bir tıbbi ilgi arayışına neden olan kronik ve tekrarlayıcı bedensel yakınmalardır. Amerikan

Psikiyatri Birliği'nin DSM IV-R kitabında somatizasyon bozukluğu teşhisi konulabilmesi için aşağıdaki özelliklerin olması gerekir:

A. Birkaç yıllık bir dönem içinde ortaya çıkan, tedavi arayışları ya da toplumsal, mesleki ya da işlevselliğin diğer alanlarında bozulma ile sonuçlanan ve 30 yaşından önce başlayan çok sayıda fiziksel yakınma öyküsünün olması.

B. Aşağıdaki teşhis ölçütlerinden her biri karşılanmış olmalıdır. Herhangi tek belirti-şikâyet bu hastalığın gidişi sırasında herhangi bir zamanda ortaya çıkabilir.

1- Dört ağrı semptomu: En az 4 ayrı yer ya da işlevle ilişkili ağrı öyküsünün olması. (Örneğin; baş ağrısı, karın, sırt, eklemler, kollar-bacaklarda ağrılar, göğüste, makatta, adet döneminde, cinsel ilişki sırasında, idrar yaparken ağrı hissedilmesi.)

Önemli not: Bu ağrıları açıklayan bir tahlil-tetkik-muayene bulgusu olmamalıdır. Yani fiziksel-organik bir nedene bağlı olmamalıdır.

2- İki gastrointestinal (mide-bağırsak) semptom olmalı: (örneğin; bulantı, şişkinlik, gebelik dışında kusma, ishal ya da birçok yiyeceğin dokunuyor olması.)

3- Bir cinsel semptom: Ağrı dışında, örneğin cinsel ilgisizlik, erkekte peniste sertleşmenin olmaması, erken boşalma, ya da boşalamama; kadınlarda organik nedeni olmayan adet düzensizlikleri, aşırı kanama, gebelik boyunca hep kusmanın olması.

4- Bir psödonörolojik semptom: Ağrı ile sınırlı olmayan ve nörolojik bir durumu düşündüren en az bir semptom yada defisit öyküsünün bulunması (örneğin, koordinasyon ya da denge kusuru, güçsüzlük, halsizlik, felce benzer bir tablo olması. Belli bir organda güç yitimi, yutma güçlüğü, boğazda düğümlenme duygusu, ses kısılması, idrar tutukluğu, bazen olmayan şeyleri görme veya işitme, dokunma ya da ağrı duyusunun yitimi, çift görme, körlük, sağırılık, katılmalar, unutmalar, bayılma dışında bilinç yitimi.)

C. Bütün bu belirti ve şikayetleri açıklayacak yeterli fiziksel-tıbbi durum olmamalıdır. Ayrıca kullanılan herhangi bir ilaç yan etkisine bağlı olmamalıdır. Kötüye kullanılan herhangi bir madde olmamalıdır.

D. Bu semptomlar belirli bir amaca yönelik olarak ortaya çıkartılmamakta ya da bu tür semptomlar varmış gibi davranılmamaktadır (54).

2.5. Klinik özellikler

Bu hastalık genelde 30 yaşından önce başlayan süregelen bir hastalıktır, sık tekrarlayan, en çok ağrı ile karakterize olan bedensel belirtiler görülür. Genelde bu ağrıları açıklayacak bedensel bir hastalık bulunamaz. Ağrıdan sonra, bulantı, kusma, yutma güçlüğü, kollarda ve bacaklarda ağrılar, nefes darlığı, amnezi, gebelik ve menstruasyon ile ilgili komplikasyonlar en sık görülen diğer belirtilerdir (45).

Hastaların tıbbi öyküleri çoğunlukla belirsiz, karmaşık ve düzensizdir. Yakınmalar genellikle anlaşılması güç, abartılı ve renkli bir dille ifade edilir. Çoğunlukla zaman sırasını karıştırırlar ve şimdiki semptomlarını geçmişteki semptomlarından ayırt edemezler. Hastalar çoğunlukla bağımlı, benmerkezci, ilgi bekleyen ve manüplatif olarak algılanabilirler (52).

Hastanın yaşam öyküsünde benzer şikâyetlerin sık sık tekrarladığı görülür. Tekrar tekrar yapılan muayeneler ve ayrıntılı tetkiklerde ağrıları açıklayacak bir neden bulunamaz. Bu sebeple sürekli bir tıbbi tedavi arayışı içinde doktor doktor gezerler. Gittikleri doktorlardan değişik ağrı kesiciler talep ederler ve çok sayıda ilacın olduğu reçeteler yazıldığında memnun olurlar. Doktor bir neden bulamadığında veya ilaç önermediğinde bundan memnun olmaz ve başka doktor arayışına girerler. Bu hastaların yanında her zaman bir ağrı kesici vardır ve hemen hemen tüm ağrı kesicileri kullanmışlardır ve ağrı kesici tüketimi çok fazladır (45).

Sürekli yakınmaları olan bu hastalar zaman içinde toplumda dikkat çekmeye ve bu sayede bazı sorumluluklarından kurtulmaya başlarlar (45).

Bu kişilerde psikolojik sorunlar ve kişilerarası ilişkilerdeki problemler belirgindir. Hastalar bu hastalıkları yolu ile toplumsal ilişki kurarlar (45).

Depresyon ve anksiyete, somatizasyon bozukluğu hastalarında en yaygın görülen psikiyatrik bozukluklardır. Ayrıca kişilik bozuklukları (Histriyonik, sınırda ve antisosyal kişilik bozukluğu), madde kullanım bozukluğu ve fobiler de bu hastalığa eşlik edebilir. Bu hastalar da intihar tehditleri sık, fakat intihar girişimi

nadirdir ve genelde madde kullanımı olanlarda görülür. Erken yaşlarda başlayan bu hastalık kişilik sorunu gibi süreğendir (45).

2.6. Seyir

Somatizasyon bozukluğu sürekli ve tekrarlayıcıdır. Kesin tedavisi henüz bilinmemektedir. Genelde ergenlikte başlar ancak 30 yaşlarında başlayan vakalar da vardır. Stresli durumlarla karşılaşıldığında yeni belirtiler ortaya çıkar; her belirti kümesi 6-9 ay devam edebilir. Bir belirtinin ortadan kalkıp diğer bir belirtinin ortaya çıkması arasındaki zaman 1 yıldan uzun değildir. Yani hastalar iyileştikten sonra en geç bir yıl içinde başka belirtilerle yeniden hastalanırlar. Yeniden hastalanma genelde stresli bir durumla karşılaşılan bir döneme rastlar (54).

Somatizasyon bozukluğu hastaları tıbbi hastalığı olan kişilere göre daha fazla psikolojik belirti ve toplumsal yetersizlik gösterirler. Toplumsal yetersizlik önemli boyutlara çıkabilir ve daha çok iş ve ebeveynlik sorumlulukları ile ilgilidir (45).

Somatizasyon bozukluğu hastaları sağlıklarının aşırı derecede bozuk olduğuna inanmalarına karşın, uzun süreli izlemde Somatizasyon bozukluğunda ölüm oranlarının genel nüfusa eşit olduğu ve majör depresif bozukluk geçiren kişilerden daha düşük olduğu bulunmuştur (83).

Somatizasyon hastaları sağlık hizmetlerinden fazlasıyla yararlanma eğilimindedir ve ruh sağlığı birimlerine başvurmadan çok genel tıbbi hizmetler almayı tercih ederler. Somatizasyon belirtileri ile başvurulara sıklıkla birinci basamak sağlık kurumlarında rastlanmakta ve bu hastalığın genel sağlık hizmetlerindeki 'gizli psikiyatrik hastalıkların' %50'sini oluşturduğu tahmin edilmektedir (84).

Somatizasyon Bozukluğunun en sık ve en önemli komplikasyonları yineleyen cerrahi girişimler, ilaç bağımlılığı, ayrılma ya da boşanmalar ve intihar girişimleridir. Hastalığın tanınması ve uygun bir tedavi yaklaşımının sağlanması halinde ilk iki komplikasyon önlenmektedir.

BÖLÜM III

3. GEREÇ VE YÖNTEMLER

3.1. Araştırmanın Tipi

Bu araştırma, savaş sonrası ülkemize gelen Suriyeli sığınmacıların yaşadığı travma ve sonrasında somatik, anksiyeteli ve depresif belirtilerin taranması amacıyla betimsel türde tarama (survey) modeline göre yapılandırılmıştır. Araştırmanın tarama modeline göre yapılandırılmasının nedeni, tarama modellerinin, geçmişte ya da halen var olan bir durumu var olduğu şekliyle betimlemeyi amaçlayan araştırma yaklaşımı olmasıdır. Genel tarama modellerinden yararlanılan bu çalışmada, iki ve daha çok sayıdaki değişkenin birlikte değişim derecesinin belirlenmesi amaçlanmaktadır. Ayrıca veri toplama araçlarına dayalı olarak elde edilecek verilerin çözümlenmesinde karşılaştırma türü ilişkisel betimlemelere de yer verilmiştir (86).

3.2. Araştırmanın Yeri Ve Zamanı

Araştırma, Nisan – Ağustos 2015 tarihleri arasında Kilis ilinde akrabaları yanında ya da bağımsız olarak ikamet eden ve çalışmayı bilen ya da bir şekilde öğrenen ve gönüllü onam veren Suriyeli misafir sığınmacılar ile yürütülmüştür.

3.3. Araştırmanın Evreni Ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, savaş sonrası ülkemize gelen Suriyeli sığınmacılar oluşturmuştur.

Araştırmanın örneklemini, Nisan 2015 – Ağustos 2015 tarihleri arasında Kilis ilinde akrabaları yanında ya da bağımsız olarak ikamet eden Suriyeli misafir sığınmacılardan çalışmaya katılmaya gönüllü olan ve yazılı onam veren 100 kişi oluşturmuştur.

3.4. Veri Toplama Yöntemi

Veriler, Kilis ilinde akrabaları yanında ya da bağımsız olarak ikamet eden ve çalışmayı bilen ya da çalıştırıcı tarafından ulaşılan, çalışmaya katılmaya gönüllü olan ve yazılı onam veren Suriyeli misafir sığınmacılardan, Nisan-Ağustos 2015 tarihleri arasında rastlantısal olarak toplandı. Veriler yüz yüze ve Arapça bilen

tercüman aracılığı ile toplandı. Öncelikle araştırma hakkında bilgi verildi ve veri toplama araçları tanıtıldı. Araştırmaya katılmaya gönüllü olan ve bilgilendirilmiş yazılı onam veren hastalara Arapça'ya çevrilmiş veri toplama araçları verildi, doldurmaları istendi ve doldurduktan sonra geri alındı. Okuryazar olmayan hastaların formları tercüman aracılığı ile araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme yöntemi ile dolduruldu. Verilerin toplanması her bir hasta için ilk görüşmeler yaklaşık 40 dk diğer görüşmeler yaklaşık 50 dk sürmüştür.

3.5. Kullanılan Gereçler

Veri toplama araçları aşağıda kısaca tanıtılmıştır.

❖ Beck Anksiyete Envanteri (BAE):

Beck tarafından 1961 yılında geliştirilen bir öz bildirim ölçeğidir (87). Kişinin yaşadığı anksiyete belirtilerinin şiddetini değerlendiren 21 maddeden oluşan bir öz-bildirim ölçeğidir. Ölçekte kişiden 21 maddenin her biri için “Hiç”, “Hafif derecede”, “Orta derecede” ve “Ciddi derecede” seçeneklerinden birini işaretlemesi istenir ve her madde 0 ve 3 arasında puan alır. Ölçek toplam puanı, her bir maddeden alınan puanın toplanmasıyla elde edilir. Alınabilecek toplam puan 0 ile 63 arasında değişmektedir. Toplam puanın yüksekliği kişinin yaşadığı anksiyetenin şiddetini gösterir (88).

Toplam puanlar 0-13 arasında minimal deprese, 14-19 arası hafif deprese, 20-28 arası orta deprese ve 29-63 arası ağır deprese olarak kabul edilmektedir. Envanterin Türkçe formu mevcut olup geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Hisli tarafından yapılmıştır. Bu çalışmaların sonucunda, envanterin test-tekrar test güvenilirliğinin 0.65 ile 0.73 arasında olduğu, iki yarım test güvenilirlik katsayısının 0.74 olduğu bulunmuştur (89).

❖ STAI FORM (Durumluk Ve Sürekli Kaygı Ölçeği)

Bu ölçek; durumluk ve sürekli kaygı seviyelerini ayrı ayrı saptamak amacıyla C.D. Spielberger, R.L. Gorsuch ve R. Lushene tarafından, 1970 yılında Amerika Birleşik Devletleri'nde geliştirilmiştir. Ölçeğin Türkçe uyarlaması, güvenilirlik ve geçerlik çalışmaları Necla Öner ve Ayhan Le Compte tarafından 1974-1977 yılları arasında yapılmıştır. Bir öz değerlendirme türü olan ölçek dörtlü likert tipi bir ölçek

olup ayrı 2 alt ölçekten ve toplam 40 maddeden oluşmaktadır. Her iki alt ölçekte toplam puan 20- 80 arasında değişmektedir. Yüksek puanlar yüksek kaygı düzeyini düşük puanlar ise düşük kaygı düzeyini gösterir. Ölçeklerde iki türlü ifade bulunur. Bunlar doğrudan ya da düz ve tersine dönmüş ifadelerdir. Doğrudan ifadeler olumsuz duyguları; tersine dönmüş ifadeler ise olumlu duyguları dile getirir. Bu ikinci tür ifadeler puanlanırken 1 ağırlık değerinde olanlar 4'e, 4 ağırlık değerinde olanlar ise 1'e dönüşür. Doğrudan ifadelerde 4 değerindeki cevaplar kaygının yüksek olduğunu gösterir. Tersine dönmüş ifadelerde ise 1 değerindeki cevaplar yüksek kaygıyı, 4 değerindekiler düşük kaygıyı gösterir (90,91).

Her iki ölçek için hesaplanan Cronbach α değerleri incelendiğinde (sırasıyla 0,91 ve 0,86) ölçeklerin iç tutarlılığa sahip olduğu ($\alpha > 0,60$) görülmektedir.

❖ Somatoform Dissosiyasyon Ölçeği (SDQ)

E.R.S Nijenhuis tarafından geliştirilen, Vedat Şar (1996) tarafından Türkiye için uyarlanan kendini değerlendirme ölçeğidir. Psikiyatri hastaları, travmatik yaşantıları olan kişiler ve tarama amacıyla klinik dışı popülasyonlarda uygulanır. Hastaların kendi başlarına doldurduğu ölçek toplam 20 soru içermekte ve denek bunların her biri için 1 ile 5 arasında değişen seçeneklere işaret koymaktadır. Türkiye'de yapılan çalışmalar sonucunda toplam puanı 40 ve üzerinde olan kişilerde bir dissosiyatif bozukluk bulunma olasılığının yüksek olduğu bildirilmiştir (92).

❖ Post-Travmatik Stres Bozukluğu Soru Listesi (Sivil Versiyonu) (PTSD Checklist-Civilian Version; PCL-C)

İlk kez Weathers ve arkadaşları (1993) tarafından geliştirilen bu ölçek, son bir ay içindeki Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB) semptomlarının varlığını ortaya koymaktadır (93). İlk olarak DSM-III-R TSSB kriterleri esas alınarak tasarlanıp, 1994'de DSM-IV kriterlerine göre gözden geçirilmiş ve Vietnam ve Basra Körfezi gazilerinde geçerliği gösterilmiştir (94). TSSB'nin DSM-IV'teki tüm semptomların sorgulanabildiği tanı koydurucu bir ölçek olarak kabul edilen PCL-C'nin psikometrik özelliklerinin araştırıldığı bir çalışmada ölçeğin iç tutarlılığının ve tanısallık geçerliğinin çok yüksek olduğu belirlenmiştir (95). PCL-C'nin Türkçe'ye uyarlama,

geçerlik ve güvenirlik çalışmaları ise Kocabaşoğlu ve arkadaşları (96) tarafından yapılmıştır.

Türkçe versiyonunun geçerlik ve güvenirlik çalışmalarında, PCL-C ölçeğinin ve alt ölçeklerinin Klinisyen tarafından uygulanan TSSB ölçeği (CAPS) ve alt ölçekleri ile korelasyonun toplam puan ($r = 0.655$), yeniden yaşama ($r = 0.618$) ve aşırı uyarılma ($r = 0.563$) boyutları ile iyi derecede olduğu, kaçınma ($r=0.458$) boyutu içinse orta derecede olduğu ve ayrıca yüksek bir iç tutarlılık gösterdiği ($\alpha = .92$) belirtilmiştir.

PCL-C'nin TSSB için tanı koydurucu olduğu düşünülen kesme değerinin 22 ile 24 arasında olduğu durumlarda duyarlılık değerleri % 81.3 ile % 72.5 arasında ve özgüllük değerleri %73.2 ile % 80.4 arasında değişmektedir. (96).

Bireyin kendi kendini değerlendirdiği bir ölçek olan PCL-C, üç semptom kümesini içeren toplam 17 sorudan oluşmaktadır. Her soru beşli Likert tipi değerlendirme sağlamaktadır ve 1-5 arasında puanlanmaktadır. Ölçeğin toplam puanı maddelere verilen yanıtların aritmetik toplamıdır. Ayrıca alt ölçek toplam puanları için 1-5 maddelerin aritmetik toplam puanları yeniden yaşama puanını, 6-12 maddelerin aritmetik toplamı kaçınma puanını ve 13-17 maddelerin aritmetik toplamı uyarılmışlık puanını verir (96).

3.6. Verilerin Analizi Ve Değerlendirme Teknikleri

Araştırmada elde edilen veriler SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 18.0 programı kullanılarak analiz edilmiştir. Araştırma değişkenleri normal dağılım göstermiştir. Verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metotları (Sayı, Yüzde, Aritmetik Ortalama, Standart sapma) ve çıkarımsal istatistikler (t testi, f testi) kullanılmıştır.

Yaş gruplarının etkisi incelenirken, ANOVA sonrasında varyansların homojen olması durumunda yaygınlıkla kullanılan post-hoc Scheffe çoklu karşılaştırma tekniği tercih edilmiştir.

Sonuçlar % 95 güven aralığında, anlamlılık $p \leq 0.05$ düzeyinde değerlendirildi.

Tablolarda araştırmaya katılan kişi sayıları “n”, yüzdelik dilimler “%”, aritmetik ortalama “ $\bar{X}$ ”, standart sapma “ss”, frekans “f”, anlamlılık “p” işareti, T Testi “t” işaretleri ile gösterilmiştir.

3.7. Araştırmanın Etik Yönu

Bu çalışmada gönüllü katılım ilkesi temel alınarak, veri toplama araçlarını uygulamadan önce, araştırmacı tarafından her bireye araştırmanın amacı açıklanmış ve bireylerden Arapçaya çevrilmiş olan bilgilendirilmiş yazılı onam alınmıştır.



BÖLÜM IV

4. BULGULAR

Uygulanan ölçeklerden alınan puanlarla değişkenler arasındaki ilişkilere ait analizler ve çalışmadan elde edilen diğer veriler sunulacaktır.

4.1. Demografik Bulgular

Tablo 4. Sığınmacıların Demografik Özellikleri (n: 100)

Özellikler	n	%
Cinsiyet		
Kadın	50	50
Erkek	50	50
Yaş		
18-24 yaş arası	7	7
25-34 yaş arası	29	29
35-44 yaş arası	40	40
45 yaş ve üstü	24	24
Eğitim Durumu		
Okur-yazar değil	7	7
Okur-yazar	19	19
İlkokul	21	21
Ortaokul	32	32
Lise	18	18
Üniversite ve üstü	3	3
Toplam	100	100

Sığınmacıların demografik özellikleri incelendiğinde % 50'sinin kadın, % 50'sinin erkek olduğu, % 40'ının 35-44 yaş aralığında olduğu, %32'sinin ise ortaokul mezunu oldukları görülmektedir.

4.2. BECK Anksiyete Envanterine Ait Bulgular

Tablo 5. BECK Anksiyete Envanteri Toplam Puanlar Tablosu

Anksiyete Şiddeti	n - %	Min.-Max. Puan	$\bar{X} \pm ss$
Minimal Deprese	-	-	-
Hafif Deprese	1	17-19	18.2±14.4
Orta Deprese	14	24-28	26.3±7.9
Ağır Deprese	85	39-62	57.6±10.5

BECK Anksiyete şiddeti toplam puanları sonuçlarına göre sığınmacıların % 85'i ağır deprese durumunda oldukları saptanmıştır. Bu sığınmacıların emosyonel ve psikolojik olarak aşırı korku, heyecan, huzursuzluk, sürekli kötü bir şey olacak korkularının yanı sıra sürekli kalp çarpıntısı, aşırı terleme ve gevşeyemem hali, irritabilite ve uykusuzluk gibi somatik öğelerinde eşlik ettiği gözlemlenilmiştir.

Tablo 6. BECK Anksiyete Envanterine Ait Bulgular

Özellikler	Min.-Max. Puan	$\bar{X} \pm ss$	t/f	p
Cinsiyet			t	
Kadın	27-62	57.6±11.6	-1.542	p = 0.003
Erkek	17-58	51.2±9.1		p = 0.087
Yaş			f	
18-24 yaş arası	21-62	54.0±10.7	0.784	p = 0.13
25-34 yaş arası	19-61	56.1±7.4		p = 0.032
35-44 yaş arası	24-62	55.2±9.8		p = 0.017
45 yaş ve üstü	20-59	52.3±8.1		p = 0.074
Eğitim Durumu			t	
Okur-yazar değil	21-48	57.9±6.9	1.249	p = 0.057
Okur-yazar	19-47	58.8±11.6		
İlkokul	49-62	61.5±8.1		
Ortaokul	27-62	67.8±7.3		
Lise	24-43	49.1±10.1		
Üniversite ve üstü	17-21	31.3±9.4		

p≤0.05

BECK anksiyete envanterine ait bulgular incelendiğinde; kadın sığınmacılarda (**p = 0.003**), 25-34 yaş arası sığınmacılarda (**p = 0.032**), 35- 44 yaş arası sığınmacılarda (**p = 0.017**) istatistiksel olarak (**p≤0.05**) anlamlı bir farklılık saptanmıştır. Bu anlamlı farklılığın 25 - 44 yaş aralığında ve kadınlarda görülmesinin sebebinin kadınların hemen hemen hepsinin anne olmaları, çocukları ve gelecekleri konusunda çok fazla kaygı duymaları ve kadınların erkeklere oranla daha duygusal olup savaştan psikolojik olarak daha fazla etkilendikleri düşünülmüştür.

Elde edilen bulgular, “savaş sonrası ülkemize gelen sığınmacıların demografik özelliklerinin anksiyete belirtilerine olumsuz yönde etkisi vardır” hipotezini destekler niteliktedir.

4.3. STAI FORM (Durumluk Ve Sürekli Kaygı Ölçeği)’a Ait Bulgular

Tablo 7. Durumluk Ve Sürekli Kaygı Seviyeleri

Kaygı Seviyesi	Min.-Max. Puan	$\bar{X} \pm ss$
Durumluk	21-40	36.8±10.4
Sürekli	19-39	33.4±10.9
Toplam Puan	43-79	70.2±10.5

Bu iki alt ölçek uygulanırken öncelikle durumluk kaygı ölçeği uygulanmış daha sonra sürekli kaygı ölçeği uygulanmıştır. Çünkü durumluk kaygı ölçeği sınanma ya da sınama koşullarıyla ilgili heyecan gibi duygusal ve bilişsel süreçlere daha duyarlıdır. Ayrıca okuma-yazma bilmeyen ve eğitim düzeyi düşük olan sığınmacılara olumsuz ifade bildiren sorularda yanlış cevaplama yapmamaları için detaylı bilgi verilmiştir.

Durumluk ve sürekli kaygı ölçeğine ait bulgular incelendiğinde; durumluk kaygı seviyelerinin minimum ve maksimum puanları 21-40 aralığında, sürekli kaygı seviyelerinin minimum ve maksimum puanları 19-39 aralığında olduğu toplam puanların ise 43-79 aralığında, ortalama kaygı seviyelerinin ise 70.2 olduğu görülmüştür. Sığınmacıların kaygı seviyeleri oldukça yüksek bulunmuştur.

Tablo 8. Durumluk Ve Sürekli Kaygı Ölçeği Toplam Puanlarına Ait Bulgular

Özellikler	Min.-Max. Puan	$\bar{X} \pm ss$	t/f	p
Cinsiyet			t	
Kadın	47 - 79	71.3±11.1	2.411	p = 0.024
Erkek	43 - 77	69.1±10.4		p = 0.117
Yaş			f	
18-24 yaş arası	48 – 74	69.9±11.4	1.012	p = 0.073
25-34 yaş arası	43 - 79	72.1±10.9		p = 0.011
35-44 yaş arası	44 - 76	71.3±10.8		p = 0.117
45 yaş ve üstü	45 - 78	67,5±9.6		p = 0.204
Eğitim Durumu			t	
Okur-yazar değil	43 - 69	70.9±10.9	0.879	p = 0.114
Okur-yazar	44 - 71	71.4±11.6		
İlkokul	44 - 77	70.8±8.1		
Ortaokul	43 - 79	71.6±7.3		
Lise	45 - 78	69.1±10.1		
Üniversite ve üstü	46 - 68	67.4±9.4		

p≤0.05

Durumluk ve sürekli kaygı ölçeği toplam puanlarına ait bulgular incelendiğinde kadınlarda (**p = 0.024**) ve 25-34 yaş arası (**p = 0.011**) sığınmacılarda istatistiksel olarak (**p≤0.05**) anlamlı bir farklılık saptanmıştır. Bu anlamlı farklılığın da BECK anksiyete envanterine ait bulgular olduğu gibi 25 - 34 yaş aralığında ve kadınlarda görülmesinin sebebinin kadınların hemen hemen hepsinin anne olmaları, çocukları ve gelecekleri konusunda çok fazla kaygı duymaları ve kadınların

erkeklere oranla daha duygusal olup savaştan psikolojik olarak daha fazla etkilendikleri düşünülmüştür.

Elde edilen bulgular, “savaş sonrası ülkemize gelen sığınmacıların demografik özelliklerinin durumluk ve sürekli kaygı seviyelerine olumsuz yönde etkisi vardır” hipotezini destekler niteliktedir.

4.4. Somatoform Dissosiyasyon Ölçeği (SDQ)’ne Ait Bulgular

Tablo 9. Somatoform Dissosiyasyon Ölçeği (SDQ)’ne Ait Bulgular

Özellikler	Min.-Max. Puan	$\bar{X} \pm ss$	t/f	p
Cinsiyet			t	
Kadın	48 - 89	70.2±13.8	0.846	p = 0.024
Erkek	38 - 78	57.4±9.9		p = 0.057
Yaş			f	
18-24 yaş arası	44 - 88	68.3±9.4	1.301	p = 0.033
25-34 yaş arası	38 - 89	71.4±12.9		p = 0.001
35-44 yaş arası	43 - 86	66.7±8.6		p = 0.017
45 yaş ve üstü	51 - 89	69.4±7.1		p = 0.044
Eğitim Durumu			t	
Okur-yazar değil	49 - 89	68.7±9.7	-0.962	p = 0.054
Okur-yazar	47 - 87	67.3±13.8		
İlkokul	43 - 88	70.4±8.6		
Ortaokul	42 - 89	69.8±9.4		
Lise	44 - 86	68.5±10.1		
Üniversite ve üstü	38 - 64	45.1±6.1		

p≤0.05

Önceleri “histeri” ya da “Briquet Sendromu” olarak adlandırılan SB, erken yaşta başlayan, çoğunlukla kadınları etkileyen ve tekrarlayıcı, çok sayıda organ sistemini ilgilendiren çoğul somatik yakınmalarla karakterize polisemptomik bir bozukluktur. Ülkemizde yapılan çalışmalar sonucunda ortalama toplam puanı 40 ve üzeri olan kişilerde bir dissosiyatif bozukluk bulunma olasılığı yüksektir (97).

Somatoform dissosiyasyon ölçeği (SDQ)’ne ait bulgular incelendiğinde; kadın sığınmacılarda ($p = 0.024$), 18-24 yaş arası sığınmacılarda ($p = 0.033$), 25-34 yaş arası sığınmacılarda ($p = 0.001$), 35-44 yaş arası sığınmacılarda ($p = 0.017$), 45 yaş ve üstü sığınmacılarda ($p = 0.044$) istatistiksel olarak ($p \leq 0.05$) anlamlı bir farklılık saptanmıştır. Uygulama esnasında uygulamaya katılan tüm sığınmacılarda ortalama toplam puan 38 ve üzeri çıkmıştır. Ancak bu çalışma savaştan kaçan sığınmacılara yapıldığı ve yaşam koşulları göz önünde bulundurulduğunda böyle bir sonucun çıkması olağan karşılanabileceği düşünülmektedir.

Elde edilen bulgular, “savaş sonrası ülkemize gelen sığınmacıların demografik özelliklerinin, somatoform bozukluklara olumsuz yönde etkisi vardır” hipotezini destekler niteliktedir.

4.5. Post- Travmatik Stres Bozukluğu Ölçeğine Ait Bulgular

Tablo 10. Post-Travmatik Stres Bozukluğu Alt Ölçeklerine Ait Bulgular

Alt Ölçekler	Min.-Max. Puan	$\bar{X} \pm ss$
Yeniden yaşama	18 - 25	21.8±7.2
Kaçınma	24 - 35	31.4±8.5
Uyarılmışlık	16 - 24	20.2±7.1
Toplam Puan	61 - 84	73.4±10.6

Post-travmatik stres bozukluğu ait bulgular incelendiğinde; toplam puan minimum 61, maksimum 84, ortalama 73.4 olduğu görülmüştür.

Tablo 11. Post-Travmatik Stres Bozukluğuna Ait Bulgular

Özellikler	Min.-Max. Puan	$\bar{X} \pm ss$	t/f	p
Cinsiyet			t	
Kadın	64 - 84	75.2±10.8	0.745	p = 0.047
Erkek	61 - 78	71.6±8.2		p = 0.091
Yaş			f	
18-24 yaş arası	62 - 81	72.6±11.2	2.014	p = 0.078
25-34 yaş arası	61 - 84	72.4±10.7		p = 0.029
35-44 yaş arası	62 - 84	74.5±6.4		p = 0.002
45 yaş ve üstü	65 - 83	74.1±12.1		p = 0.054
Eğitim Durumu			t	
Okur-yazar değil	65- 82	74.7±9.7	1.061	p = 0.107
Okur-yazar	63 - 81	73.3±13.8		
İlkokul	64 - 84	74.8±8.6		
Ortaokul	64 - 84	73.4±9.4		
Lise	62 - 81	72.5±10.1		
Üniversite ve üstü	61 - 70	71,7±6.1		

Post-travmatik stres bozukluğuna ait bulgular incelendiğinde; kadın sığınmacılarda ($p = 0.047$), 25-34 yaş arası sığınmacılarda ($p = 0.029$), 35-44 yaş arası sığınmacılarda ($p = 0.002$) istatistiksel olarak ($p \leq 0.05$) anlamlı bir farklılık saptanmıştır.

Toplam puan ortalamalarının bu derece yüksek çıkmasının ve bazı değişkenlerde anlamlı farklılıkların çıkmasının sebebi olarak; travma sonrası stres bozukluğunun insanlık tarihi ile beraber var olan savaşlar, doğal felaketler, kazalar, beklenmedik kayıplar gibi bireyin yaşamını fiziksel ve psikososyal bütünlüğünü tehdit eden olaylardan sonra hep yaşanmış olmasından kaynaklandığı düşünölmektedir.

Elde edilen bulgular, “savaş sonrası ölkemize gelen sığınmacıların demografik özelliklerinin, travma sonrası stres bozukluğuna olumsuz yönde etkisi vardır.” hipotezini destekler niteliktedir.

BOLUM V

5. TARTISMA

Bu çalışma, savaş sonrası ülkemize gelen sığınmacılardan Kilis ili Elbeyli ilçesinde akrabaları yanında ya da bağımsız olarak ikamet eden ve Kilis Elbeyli konaklama tesisleri içinde bulunan Psikososyal Destek Birimi'ne, yaşadığı travma ve sonrasındaki somatik yakınmalar şikayeti ile müracaat eden 100 sığınmacı ile yapılmıştır. Bu bölümde sunulan araştırma bulguları sırasıyla tartışılmıştır.

H₁: Savaş sonrası ülkemize gelen Suriyeli sığınmacıların demografik özelliklerinin, anksiyete belirtilerine olumsuz yönde etkisi vardır.

Cinsiyet:

Araştırmamızda elde ettiğimiz bulgular hipotezimizi destekler niteliktedir. BECK anksiyete envanterine ait bulgular incelendiğinde; kadın sığınmacılarda anksiyete durumu erkek sığınmacılara oranla daha yüksek (57.6 / 51.2), istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık ($p = 0.003$) saptanmıştır. Literatüre bakıldığında; Westermeyer'in (2000) yapmış olduğu sığınmacı sığınmacıların travma şiddetleri adlı araştırma bulguları, Howard ve Hodes'in (2000) genç sığınmacılarla yapmış olduğu araştırma, Tousignant ve arkadaşlarının (1999), Kanada'ya 35 ülkeden sığınmacı olarak gelen, 13-19 yaşlarındaki araştırmacılarla yapmış oldukları araştırma, Hauf ve Vaglum'un (1994) Norveç'e sığınan Vietnamlılar'la yapmış olduğu araştırma, hipotezimizi destekler niteliktedir (98,99,100,101).

Yaş:

BECK anksiyete envanterine ait bulgular incelendiğinde; 25-34 yaş arası sığınmacılarda istatistiksel olarak anlamlı bir fark ($p = 0.032$) saptanmıştır ve bu fark hipotezimizi destekler niteliktedir. Literatüre bakıldığında; Howard ve Hodes'in (2000) genç sığınmacılarla yapmış olduğu araştırma, Tousignant ve arkadaşlarının (1999), Kanada'ya 35 ülkeden sığınmacı olarak gelen, 13-19 yaşlarındaki araştırmacılarla yapmış oldukları araştırma, McKelvey ve arkadaşlarının (1999) Teksas'ta yaşayan Vietnam'lı göçmen çocukları ile yapmış olduğu çalışmada elde edilen bulgular araştırmamızı destekler niteliktedir (99,100,102).

Eğitim Durumu:

BECK anksiyete envanterine ait bulgular incelendiğinde; hipotezimizi destekler bir sonuç elde edilememiştir. Oysaki Howard ve Hodes'in (2000) genç sığınmacılarla yapmış olduğu araştırma ve Tousignant ve arkadaşlarının (1999), Kanada'ya 35 ülkeden sığınmacı olarak gelen, 13-19 yaşlarındaki araştırmacılarla yapmış oldukları araştırmada elde edilen bulgular sığınmacıların eğitim seviyeleri arttıkça anksiyete belirtilerinin de anlamlı bir şekilde düşüş sergilediği gözlemlenilmiştir (99,100).

H₂: Savaş sonrası ülkemize gelen Suriyeli sığınmacıların demografik özelliklerinin, durumluk ve sürekli kaygı seviyelerine olumsuz yönde etkisi vardır.

Cinsiyet:

Durumluk ve sürekli kaygı ölçeği toplam puanlarına ait bulgular incelendiğinde; kadınlarda erkeklere oranla istatistiksel olarak anlamlı bir fark ($p = 0.024$) saptanmıştır ve bu da hipotezimizi destekler niteliktedir. Literatürde durumluk ve sürekli kaygı seviyelerini ölçmeye yönelik bir çalışmaya rastlanılmamıştır.

Yaş:

Araştırmadan elde edilen bulgular hipotezimizi destekler niteliktedir. Durumluk ve sürekli kaygı ölçeği toplam puanlarına ait bulgular incelendiğinde; 25-34 yaş arası sığınmacılarda istatistiksel olarak ($p = 0.011$) anlamlı bir farklılık saptanmıştır. Literatürde durumluk ve sürekli kaygı seviyelerini ölçmeye yönelik bir çalışmaya rastlanılmamıştır.

Eğitim durumu:

Durumluk ve sürekli kaygı ölçeği toplam puanlarına ait bulgular incelendiğinde; sığınmacıların eğitim seviyeleri ile durumluk ve sürekli kaygı seviyeleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Literatürde durumluk ve sürekli kaygı seviyelerini ölçmeye yönelik bir çalışmaya rastlanılmamıştır.

H₃: Savaş sonrası ülkemize gelen Suriyeli sığınmacıların demografik özelliklerinin, somatoform bozukluklara olumsuz yönde etkisi vardır.

Cinsiyet:

Araştırmadan elde edilen bulgular hipotezimizi destekler niteliktedir. Somatoform dissosiyasyon ölçeği (SDQ)'ne ait bulgular incelendiğinde; kadın sığınmacılarda istatistiksel olarak ($p = 0.024$) anlamlı bir farklılık saptanmıştır. Literatüre bakıldığında Sağır'ın (2014) Suriyeli Mültecilerde Dini Başa Çıkma Ve Ruh Sağlığı adlı araştırmasında kadınların somatizasyon puanları erkeklere oranla daha yüksek bulunmuştur (103). Bu bulgu araştırmamızı destekler niteliktedir.

Yaş:

Somatoform dissosiyasyon ölçeği (SDQ)'ne ait bulgular incelendiğinde; 18-24 yaş arası sığınmacılarda ($p = 0.033$), 25-34 yaş arası sığınmacılarda ($p = 0.001$), 35-44 yaş arası sığınmacılarda ($p = 0.017$), 45 yaş ve üstü sığınmacılarda ($p = 0.044$) istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır. Bu bulgu da hipotezimizi destekler niteliktedir. Sağır'ın (2014) yapmış olduğu araştırmada yaş grupları ile somatizasyon puanları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (103).

Eğitim durumu:

Araştırmadan elde edilen bulgular hipotezimizi destekler nitelikte değildir. Somatoform dissosiyasyon ölçeği (SDQ)'ne ait bulgular incelendiğinde; sığınmacıların eğitim seviyeleri ile somatoform bozuklukları arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Oysaki Sağır'ın (2014) yapmış olduğu araştırmada sığınmacıların eğitim seviyeleri yükseldikçe somatoform bozukluklarının seviyesinde anlamlı bir düşüş gözlemlenmiştir (103).

H₄: Savaş sonrası ülkemize gelen Suriyeli sığınmacıların demografik özelliklerinin, travma sonrası stres bozukluğuna olumsuz yönde etkisi vardır.

Cinsiyet:

Post-travmatik stres bozukluğuna ait bulgular incelendiğinde; kadın sığınmacılarda erkek sığınmacılara göre istatistiksel olarak ($p = 0.047$) anlamlı bir farklılık saptanmıştır. Bu fark hipotezimizi destekler niteliktedir. Literatüre

bakıldığında; Hauf ve Vaglum (1994) Norveç'e sığınan Vietnamlılarda TSSB'nun özellikle kadınlarda çok yüksek olduğunu ifade etmişlerdir (101). Blake ve arkadaşlarının (1990) göçmenlerde TSSB üzerine yapmış oldukları araştırmada kadınlarda % 66 oranında TSSB rastlanmıştır (104). Bu bulgular araştırmamızı destekler niteliktedir.

Yaş:

Araştırmadan elde edilen bulgular hipotezimizi destekler niteliktedir. Post-travmatik stres bozukluğuna ait bulgular incelendiğinde; 25-34 yaş arası sığınmacılarda ($p = 0.029$), 35-44 yaş arası sığınmacılarda ($p = 0.002$) istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır. Literatüre bakıldığında; Howard ve Hodes'in (2000) genç sığınmacılarla yapmış olduğu araştırma, Tousignant ve arkadaşlarının (1999), Kanada'ya 35 ülkeden sığınmacı olarak gelen, 13-19 yaşlarındaki araştırmacılarla yapmış oldukları araştırma, McKelvey ve arkadaşlarının (1999) Teksas'ta yaşayan Vietnam'lı göçmen çocukları ile yapmış olduğu araştırmada elde edilen bulgular araştırmamızı destekler niteliktedir (99,100,102).

Eğitim durumu:

Post-travmatik stres bozukluğuna ait bulgular incelendiğinde; sığınmacıların eğitim seviyeleri ile TTSB arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Oysaki literatüre bakıldığında Howard ve Hodes'in (2000) genç sığınmacılarla yapmış olduğu araştırma ve Tousignant ve arkadaşlarının (1999), Kanada'ya 35 ülkeden sığınmacı olarak gelen, 13-19 yaşlarındaki araştırmacılarla yapmış oldukları araştırmada elde edilen bulgular sığınmacıların eğitim seviyeleri arttıkça TSSB belirtilerinin de anlamlı bir şekilde düşüş sergilediği gözlemlenmiştir (99,100).

Araştırmamızdaki hipotezlerin dışında Literatür incelendiğinde; Çeşitli yayınlarda göçmen ve sığınmacılardaki ruhsal belirtileri karşılaştıran araştırmalar ele alınmış, sığınmacılarda gerek TSSB, gerek anksiyete ve depresyonun göçmen gruplardan çok daha yüksek oranlarda geliştiği ortaya konmuştur. Örneğin Uluslararası Sınır Tanımayan Doktorlar Örgütü dinsel-politik baskılarla Tibet'ten

kaçarak Hindistan'a sığınan ailelerin çocuklarını incelemiş, sığınmacı çocuklarda TSSB başta olmak üzere çeşitli bozukluklar saptanmıştır, bu bozuklukların ciddilik derecesinin savaş ve doğal afetlerde ortaya çıkanlara eşit ağırlıkta olduğu belirtilmiştir (105).

Sığınmacılarda ruhsal bozuklukların oluşması ile ilgili araştırmalarda, en sık incelenen risk etkenlerinin, bireyin zulüm görmesi ve bu sırada yakınlarını kaybetmesi çevresinde yoğunlaştığı dikkati çekmektedir. Örneğin ülkesinde savaş ve benzeri felaketler yaşamış olanlar, ailelerini kaybedenler, işkence görenler, yaralanan ve yollarda büyük tehlikeler yaşayanlar, iç savaş öncesinde komşuluk yaptıkları Sırp erkekler tarafından, savaş sırasında cinsel saldırıya uğrayan Bosnalı Müslüman kadınlar ele alınmıştır (105).

Gerek çocuk gerek yetişkin sığınmacılarla ilgili yayınlarda duygu durum bozuklukları, yeme bozuklukları, TSSB, davranış bozuklukları başta olmak üzere tüm psikiyatrik bozuklukların hayli yüksek oranlarda bulunduğunu ortaya koyan çeşitli araştırmalar dikkati çekmektedir. Howard ve Hodes (2000) genç sığınmacılarda yaklaşık %20-30 oranında depresyon ve anksiyete bozukluğu, %50'ye varan oranlarda TSSB bulunduğunu bildirmektedir. Hauf ve Vaglum (1994) Norveç'e sığınan Vietnamlılarda TSSB'nin özellikle en başta geldiğine, çoğunlukla duygu durum ve anksiyete bozuklukları ya da madde kullanımı ile birlikte görüldüğüne işaret etmişlerdir. Servan-Schreiber ve arkadaşları (1998) Tibet'ten Hindistan'a sığınmış çocuklarda %11.5 oranında TSSB bulmuşlardır (99,101,106)

Geniş bir psikiyatrik epidemiyolojik araştırmada Tousignant ve arkadaşları (1999), Kanada'ya 35 ülkeden sığınmacı olarak gelen, 13-19 yaşlarındaki 203 adölesanı görüşme ve testlerle incelemiş, kızlarda fobi oranını %27.5 bulmuşlardır. Oysa Kanada'da yaşayan bu yaş grubu kızlarda fobi oranı %19'dur. İntihar girişim oranı %3'tür ki bu oran Kanada-Montreal'deki oranın aynıdır. Anksiyete bozukluğu, unipolar depresyon ve davranış bozukluğu tanıları, sığınmacı gençlerde bölge gençlerinden yüksektir. Kızlarda ruhsal bozukluk oranı erkeklerden yüksek bulunmuş ise de bunun nedenleri pek açıklanamamıştır (100).

Yazarlar, Latin Amerika ve Güneydoğu Asya ülkelerinden sığınanlarda politik olaylar nedeniyle bu ülke gençlerinin daha örseleyici olaylar yaşamış olduklarını

belirtmiştir. Polonyalı gençlerin bir yanda babalarının %50'sinde alkolizm bulunması, diğer yanda ülkelerinde Polonya Dayanışma Hareketi'nin tehditlerini yaşamış olmaları nedeniyle de bu gençlerin çok örselenmiş oldukları yorumu yapılmıştır (105).

Yapılan çalışmalar, ABD'nde göçmenlerin yerlilere göre daha yüksek oranda psikiyatrik bozuklukları olduğunu, daha yüksek oranda psikiyatri sığınmacılarına yatırıldıklarını göstermiştir. McKelvey ve arkadaşları (1999), Teksas'ta yaşayan Vietnam'lı göçmen çocukları görüşme yöntemiyle incelemiş, psikiyatrik bozukluk oranını %36 bulmuştur. Yazarlar, bu oranın ABD'nde aynı yaş grubunda bulunan psikiyatrik bozukluk oranından çok daha yüksek olduğunu vurgulamaktadırlar. Howard ve Hodes (2000), problemleri nedeniyle kliniğe başvurmuş olan 30 göçmen çocuk ve ailesine ait dosyalar ile 30 İngiliz çocuk ve ailesinin dosyalarını geriye dönük olarak taramışlar. Göçmen çocuklarda nörobiyolojik bozukluklardan çok psikososyal kaynaklı bozukluklar olduğunu saptamışlardır (99,102).

Hovey ve King (1996), göçmen gençlerde intihar tehlikesinin mutlaka göz önünde bulundurulmasına işaret etmişlerdir (107). Ponizovski ve arkadaşları (1999) tarafından İsrail'de yapılan çalışmada Rusya'dan İsrail'e göç eden 406 genç incelenmiştir, % 10.4'ü son altı ay içinde intihar girişiminde bulunmuştur. İntihar girişimi Rusya'daki gençlerde % 4.4; İsrail'deki yaşlılarında %9'dur. Yazarlara göre davranış problemleri ve intihar eğilimleri konusunda göçmen adölesanlar, göç ettikleri ülkedeki yaşlılarına daha çok benzerler, çünkü intihar kültür tarafından da etkilenir. Rusya'dan gelen adölesanların intihar düşüncelerinin gelişmesinde en önemli nedenler, İsrailli yaşlılarıyla ilişki güçlüğü, kendilerine çevrenin düşmanca tavır göstermesi, anne-babalarına ve ailelerine yabancılaşmış olmalarıdır. Buna göre, bireylerin göç ettikleri ülkedeki intihar oranları, göçten önceki döneme ait sosyal ve kültürel deneyimlerden önemli ölçüde etkilenmektedir (108).

BOLUM VI

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Sonuç olarak; yeni bir ülkeye yerleşme kuşkusuz büyük fırsatlar sunan ya da aksine pek çok tehlikeler taşıyan bir kriz dönemidir.

BM verilerine göre dünyada 14.2 milyon kadar mülteci ve sığınmacı olduğu tahmin edilmekte ve her 100,000 mülteci için sadece bir uzman profesyonelin (psikolog, psikiyatrist) var olduğu saptanmıştır (109).

Savaş bölgesinden kaçış öncesinde, çatışma sırasında, kaçıştan önce yaşanılanlar arasında en çok görülenler şiddet (cinsel taciz, işkence, tutuklanma, ailenin kaybı), açlık, susuzluk ve şiddetle beraber görülen ekonomik sıkıntılardır. Mülteciler nadir durumlarda ülkelerinden kaçışları önceden planlayabilmiş ve gidecekleri veya vardıkları ülkeyle ilgili çok kısıtlı bilgiye sahip olabilmıştır.

Araştırmalara göre dünyadaki mültecilerin %35'i işkence mağdurdur ve bu sayı daha farklı travmalara mağdur kalmış kişileri içermemektedir (109).

Araştırmamızın yapıldığı Kilis ili Elbeyli ilçesinde sadece Konaklama Tesislerinde 28000'e yakın Suriyeli sığınmacı bulunmaktadır. Bu sayı akrabaları yanında ya da bağımsız kalanlarla birlikte 35000'e yakın olduğu ifade edilmektedir. Maalesef Suriye krizinde de en ağır bedeli ödeyenler her savaşta olduğu gibi kadınlar ve çocuklar olmuştur.

Cephede savaşan erkekler için esir düşmek veya bir çatışma esnasında can vermek gibi iki seçenek varken kadın ve çocuklar her halükarda çok büyük bir psikolojik yükü de sırtlanıyorlar. Suriye'de Esed'e bağlı kuvvetler, daha önce Bosna örneğinde de yapıldığı gibi muhaliflere ve kendi tarafından olmayan halka karşı "tecavüzü" bir silah olarak kullanıyor. Göç etmek üzere yola çıkan veya ülkesinde kalmayı tercih eden bir kadın için bu risk her zaman mevcut olmaktadır. Bu ve benzeri durumlar Suriyeli kadınlar içinde gözlemlenen durumlar arasında yer almaktadır.

Bu araştırmanın temel konusu olan mültecilerin ruhsal durumları ağır durumda olduğu görülmüştür. TSSB, SB ve Major Depresif Bozukluk (MDB) tanıları sığınmacılar arasında en çok karşılaşılan teşhislerdir. ABD ve Avustralya'da genel toplumda %1.3 ile %8 arasında görülen TSSB mültecilerin %15 ile % 74'ünde saptanmaktadır (110).

Suriyeli sığınmacıların neredeyse tamamına yakını TSSB, SB ya da MDB tanısı alması için gerekli olan; gerçek bir ölüm, ağır yaralanma, kendisi veya başkasının fizik bütünlüğüne tehdit yaşaması, tanık olması veya ölüm tehdidi yaşamış olması ve aşırı korku, çaresizlik ve dehşete düşme tepkilerinin tamamına yakınına yaşamış durumdalar. Hemen hemen birçoğunda görülen belirtiler ise aşırı duygusallık veya hiçbir şey hissedememe, toplumdan uzaklaşma, konstantrasyon ve hafıza problemleri, travmatik olayların önemli bir parçasını hatırlayamama veya sürekli tekrar yaşıyor gibi hissetme, hayattan haz alamama, iştah ve yeme problemleri, uyku sorunları, aşırı suçluluk, değersizlik, yorgunluk, enerji kaybı, ölüm düşünceleri ve intihar girişimleridir.

Nizip Kampı'nda Suudi Arabistanlı bir psikologun da ifade ettiği gibi:

“Buraya gelen insanlar savaştan kaçıyorlar. Evleri yok, türlü dertle boğuşuyorlar. Psikolojik olarak yıpranmış durumdalar. Buranın atmosferi çok farklı, insanlar savaş kaynaklı pek çok endişeyle baş etmeye çalışıyor. Özellikle uyku bozukluğu çok yaygın durumda. Fiziken her şey normal olsa bile, birkaç gün uykusuzluk çeken bir insanın davranışları nasıl olur? Agresif, mutsuz, gergin...

Ancak doğru bir psikolojik destekle bu insanlara yardım edilebilir.”

KAYNAKÇA

1. Ceyda ÜMİT, “Mülteci Hukukuna Genel Bakış ve İltica-Sığınma Konularında Türkiye’deki Uygulama”, AD., Y. 92, Temmuz 2001.
2. Cemal YALÇIN, (2004), “Göç Sosyolojisi”, Anı Yayıncılık, Ankara. s.11.
3. Murat S.Y. Isparta’ya Gelen Yabancı Sığınmacıların Sosyal Çevre Farklılıklarından Kaynaklanan Uyum Sorunları, Yüksek Lisans Tezi, Süleyman Demirel Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Isparta, 2012: 11.
4. Mahmut G. Uluslararası Göçün Tetikleyicileri; Suriye'den Türkiye'ye Zorunlu Göç'ün Cilvegözü Örneği İle Yansımaları, Yüksek Lisans Tezi, Turgut Özal Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara, 2013: 1.
5. Bülent Ç. Yabancılar ve Polis, Seçkin Basım Yayım Dağıtım, İstanbul, 2003, s. 151.
6. Bülent P. ve Mithat S., Mülteciler ve İnsan Hakkı, Yasamın Kısısındakilere Hoş geldin Diyebilmek, İnsan Hakları Derneği İktisadi İşletmesi Yayını, 2005, s.8-9.
7. Hüseyin P. Uluslararası Hukuk, Turhan Kitabevi, 6. Bası, Ankara, 2008: 211.
8. BMMYK, Dünya Mültecilerinin Durumu 2000: İnsani Yardımın Elli Yılı, Birleşmiş Milletler Mülteciler Yüksek Komiserliği, Ankara, 2001a, s. 65.
9. Taner Kılıç, “Bir İnsan Hakkı Olarak İltica, Dünyada ve Türkiye’de Tarihi Arka Plan”, Mülteci Çalıştayları 2004-2005, 1. Baskı, Uluslararası Af Örgütü Şubesi, İstanbul, 2008: 214.
10. Emma Haddad, “Who is (not) a Refugee?”, EUI Working Paper SPS No.2004/6, European University Institute, Floransa, 2004: 10.
11. Canan Ö. D. Türkiye’de Sığınmacıların Korunmasında Sivil Toplum Kuruluşlarının Rolü, Yüksek Lisans Tezi, Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Çanakkale, 2010: 6.

12. Cemile B. Dış Göçün Sosyo-Ekonomik Etkileri: Görece Göçmen Konutları'nda (İzmir) Yaşayan Bulgaristan Göçmenleri Örneği, Yüksek Lisans Tezi, Adnan Menderes Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Aydın, 2007.
13. Parasız İ. ve Bildirici, M. Modern Emek Ekonomisi, Ezgi Kitabevi: Bursa. 2002.
14. Kutlu, E. Uluslararası İşgücü Hareketi Teorisi Çerçevesinde Türkiye'den AT'ye İşgücü Göçünün Türkiye Ekonomisi Üzerindeki Etkilerinin Analizi, T.C. Anadolu Üniversitesi Yayınları, No: 656, Eskişehir, 1992.
15. Çetintas H. ve Barışık, S. Küreselleşme ve Beyin Göçü, 2002.
http://www.bilgiyonetimi.org/cm/pages/mkl_gos.php?nt=229
16. Gökdere, A.Y. Yabancı Ülkelere İşgücü Akımı ve Türk Ekonomisi Üzerine Etkileri, Türkiye İş Bankası Yayınları: Ankara, 1978.
17. Kaya, M. (2003) Beyin Göçü/ Erozyonu,
http://www.isguc.org/arc_view.php?ex=152
18. Uslu S. Ve Cassina G. Türkiye'den Avrupa'ya Göç (Turkish Migration to Europe), HAK-İS Eğitim Yayınları: Ankara, 1999.
19. NTV-MSNBC ve AJANSLAR BM'den "Çevresel Mülteci" Uyarısı, 2005.
<http://www.ntvmsnbc.com/news/344977.asp>
20. Seyidoğlu, H. Uluslararası İktisat, Teori, Politika ve Uygulama, Güzem Yayınları: İstanbul, 1996.
21. Cengiz Ş. Yurt Dışı Göçün Bireyin Psikolojik Sağlığı Üzerindeki Etkisine İlişkin Kuramsal Bir İnceleme, G.Ü. Gazi Eğitim Fakültesi Dergisi Cilt 21, Sayı 2, 2001: 57-67.
22. UNHCR Küresel Eğilimler Raporu, <http://www.unhcr.org.tr/?content=640>.
23. Doğan, S. Yurt Dışından Dönen Gençlerin Sorunları. Ankara: Türk Eğitim Derneği Yayınları, 1990.

24. Esentürk E. L. Yabancı Uyruklu ve Türk Üniversite Öğrencilerine Ait Sorunların Bazı Değişkenler Açısından İncelenmesi, Doktora Tezi, Gazi Üniversitesi, Ankara, 1998.
25. CASTLES S. & MILLER M. J. Göçler Çağı Modern Dünyada Uluslararası Göç Hareketleri, İstanbul Bilgi Üniversitesi Yayınları, 2008.
26. Günsu U. “Göç, Mülteciler ve STK’lar”, Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara, 2009.
27. Murat U. “Göç Olgusu Bağlamında Mülteciler, Sığınmacılar Ve İnsan Hakları”, Maltepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2010.
28. Güler Ü. “Uluslar arası Göç ve Göçmenliğin Değişen Koşulları İçinde ‘Mültecilik’”, Muğla Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, Muğla, 2007.
29. İdil E. T. “ Türkiye’de Mültecilerin Hukuki Durumları ve İzmir’e İlişkin Bir Araştırma”, Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, 2011.
30. UNHCR (Birleşmiş Milletler Mülteciler Yüksek Komiserliği), UNHCR Küresel Eğilimler Raporu, Basın Açıklaması (18 Haziran 2015). <http://www.unhcr.org.tr/?content=640>
31. Servet Y. “Göçmen Kaçakçılığı Suçu”, Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2010.
32. Öymen A. (2011). “Birkaç binden 2,5 milyona”, Radikal 20.02.2011.
33. Korfalı D.K., Üstübcü, A., De Clerck, H. (2010). “Turkey Country and Research Areas Report”, EUMAGINE Project Paper, http://www.eumagine.org/pages/eumagine_output_list.aspx?type= true,
34. Pearlman, L.A. ve Saakvitne, K.W. (1995) Trauma and the Therapist. Norton, New York.

35. APA (2007) Amerikan Psikiyatri Birliği Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı: 4. Baskı. Yeniden Gözden Geçirilmiş Tam Metin (DSM-IV-TR), Amerikan Psikiyatri Birliği, Washington DC, 2000, Köroğlu, E (çeviri ed.), Hekimler Yayın Birliği. Ankara, 2007.
36. Palabıyıköğlu R. (2000) Durumsal Yaşam Krizleri. Kriz ve Krize Müdahale, ed. S. Işık, 97- 123. Ankara üniversitesi Psikiyatrik Kriz Uygulama ve Araştırma Merkezi Yay., Ankara.
37. Başoğlu, M., Paker M., Özmen E., Taşdemir Ö., Şahin D. (1994) Factors Related to Traumatic Stress Responses in Survivors of Torture in Turkey. Journal of American Medical Association, 272(5):357-363.
38. Sadock, B.J., Sadock, V.A. (1994) Kaplan&Sadock's Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry- 7th ed. Baltimore: Williams &Wilkins.
39. Herman, J. L. (2007) Travma ve İyileşme (çev: Tamer Tosun), Literatür Yayıncılık.
40. Aker, A.T. ve Önder, M. (2003) Psikolojik Travma ve Sonuçlar. Epsilon Reklamcılık, Ankara.
41. Başoğlu, M. (1992) Psikolojik Travma Sonrası Stres Hastalığı- Psikobiyolojik Kuramlar, Tedavide Yeni Gelişmeler ve Güncel Konular. Türk Psikiyatri Dergisi, 3(1):9-19.
42. Ehlers, A., Mayou, R.A., Bryant, B. (1998) Psychological Predictors of Chronic Posttraumatic Stress Disorder After Motor Vehicle Accidents. Journal of Abnormal Psychology, 107(3):508-519.
43. Geyran, 1998; Geyran, Pakize, Travma, Dissosiyasyon ve Posttraumatik Stres Bozukluğu. Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji Dergisi, Ek sayı(1): 10-14.
44. Marshall, R.D., Spitzer, R., Liebowitz, M.R. (1999) Review and Critique of the New DSM-IV Diagnosis of Acute Stress Disorder. The American Journal of Psychiatry, 156(11): 1677-1685.

45. FİGEN K. Y. Fibromyalji Ve Somatoform Bozukluk Hastalarında Kişilik Özelliklerinin Karşılaştırılması, Tıpta Uzmanlık Tezi, Düzce Üniversitesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, Düzce, 2012.
46. Guze SB, Cloninger CR, Martin RL et al. (1986) A followup and family study of Briquet's syndrome. Br J Psychiatry, 149:17-23
47. Kleinman A, Kleinman (1985), Somatisation: the interconnections in Chinese society among culture, depressive experiences, and the meanings of pain. Aktaran: Goldberg DP, Bridges K (1988), Somatic representations of psychiatric illness in primary care setting:Invited Review. Journal of Psychosomatic Research 32: 137-144.
48. Katon W, Kleinman A, Rosen G(1982a), Depression and somatization: A review, part I. The American Journal of Medicine; 72:127-137.
49. Lipowski Z.J.(1990), Somatization and depression. Psychosomatics; 31:13-21
50. Çevik A. (1978), Anksiyete nörozunun psikososyal yönü. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilimdalı Uzmanlık Tezi.
51. Goldberg DP, Bridges K. (1988), Somatic Presentations of Psychiatric illness in primary care setting: Invited Review. Journal of Psychosomatic Research 32:137-144.
52. Köroğlu E.,Güleç C. (Editörler) (2007), Psikiyatri Temel Kitabı. Ankara. Hekimler Yayın Birliği, 2007:369-393.
53. Lipowski ZJ (1987a), Editorial: Somatization: Medicine's unsolved problem. Psychosomatics 28: 294-297 Aktaran Kellner R (1990) Somatization : theories and research. The Journal of Nervous And mental disease 178:150-160
54. Amerikan Psikiyatri Birliği: Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, Dördüncü Baskı Yeniden Gözden Geçirilmiş Tam Metin (DSM IV-R) Amerikan Psikiyatri Birliği, Washington DC 2000, Köroğlu (çeviri) Hekimler Yayın Birliği, Ankara 2007:705-745.

55. Sadock B J, Sadock V A. Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry Türkçesi. Çeviri Ed: Aydın H, Bozkurt A. Güneş Kitabevi, Ankara (2007) S.1800-1829.
56. Guggenheim F. Smith GR (1995), Somatoform Disorders. Kaplan & Sadock, Comprehensive Textbook of Psychiatry 1251-1270 Baltimore, Williams and Wilkins.
57. DSM-5 Tanı Ölçütleri Başvuru El Kitabı, Amerikan Psikiyatri Birliği, Washington DC 2013, Köroğlu, E. (çeviri) Hekimler Yayın Birliği, Ankara 2013: 163-169.
58. Özenli Y (2009), Türkiye'de somatoform bozukluklar epidemiyolojisi. Erişim Tarihi: 01.05.2011 Başkent Üniversitesi ağ sitesi: http://78.189.53.61/-/bs/ess/y_ozenli.pdf
59. Perley MJ, Guze SB. Hysteria: The stability and usefulness of clinical criteria. New England Journal of Medicine 1962;266:421-26
60. Cloninger CR. A systematic method for clinical description and clasification of personality variants. Arch Gen Psychiatry 1987;44:573
61. Çevik A, Berksun O (1990), Bir grup süreci içinde iletişim ve etkileşimin duygu belirten sözcükler açısından incelenmesi. Türk Psikiyatri dergisi 1:3 199-201
62. Okyayuz ÜH, Berksun O, Çevik A (1991), Psikosomatik serviste yatarak tedavi gören hastaların bazı MMPI bulgularının aleksitimik özellikler açısından incelenmesi ve kontrol grubuyla karşılaştırılması. A.Ü.T.F Fakülte Dergisi 365:195-205
63. Hartvig P, Sterner G (1985), Childhood psychological enviromental exposure in women with diagnosed somatoform disorders. Scandinavian Journal of Social Medicine 13:153-157. Aktaran Lipowski ZJ (1988), Somatization: The concept and its clinical application. American Journal of Psychiatry 145:1358-1368
64. Mechanic D (1980), The experience and reporting of common physical complaints. Journal of Health and Social Behavior 21:146-155

65. Costa PT, & McCrae RR (1985), Hypochondriasis, neuroticism, and aging: when are somatic complaints unfounded? *American Psychologist* 40:19-28
66. Watson D, Pennebaker JW (1989), Health complaints, stress and distress: exploring the central role of negative affectivity. *Psychological Review* 96:234-254 Aktaran Sharpe M, Bass C (1992), Pathophysiological mechanisms in somatization. *International Review of Psychiatry* 4:81-92
67. Kellner R (1985), Functional somatic symptoms and hypochondriasis. *Archives of General Psychiatry* 422 pp 821-833. Aktaran Sharpe M, Bass C (1992), Pathophysiological mechanisms in somatization. *International Review of Psychiatry* 4:81-92.
68. Kirmayer LJ (1984), Culture, affect and somatization. *Transcultural Psychiatric Research review* 21:159-188
69. Çevik A (1985), Anksiyete nevrozunun psikososyal yönü. *Toplum ve Hekim* 38:18-21
70. Pennebaker JW, Hughes C & O'Heeron RC (1987), The psychophysiology of confession: linking inhibitory and psychosomatic processes. *Journal of Personal and Social Psychology* 41:213-223. Aktaran Sharpe M, Bass C (1992), Pathophysiological mechanisms in somatization. *International Review of Psychiatry* 4:81-92
71. Sainsbury P, Gibson JG (1954), Symptoms of anxiety and tension accompanying physiological changes in muscular system. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry* 17:216-44. Aktaran Sharpe M, Bass C (1992), Pathophysiological mechanisms in somatization. *International Review of Psychiatry* 4:81-92
72. Gardner W & Bass C (1989), Hyperventilation in clinical practice. *British Journal of Hospital Medicine* 41:73-81. Aktaran Sharpe M, Bass C (1992), Pathophysiological mechanisms in somatization. *International Review of Psychiatry* 4:81-92

73. Sharpe M, Bass C (1992), Pathophysiological mechanisms in somatization. *International Review of Psychiatry* 4:81-92
74. Horvath T, Friedman J & Meares R (1980), Attention in hysteria: A study of Janet's hypothesis by means of habituation and arousal methods. *American Journal of Psychiatry* 137:217-221 Aktaran Sharpe M, Bass C (1992), Pathophysiological mechanisms in somatization. *International Review of Psychiatry* 4:81-92
75. Gordon E, Krauhin C, Kelly P, Meares R & Howson A (1986), A neurophysiological study of somatisation disorder. *Comprehensive Psychiatry* 27:295-301 Aktaran Sharpe M, Bass C (1992), Pathophysiological mechanisms in somatisation. *International Review of Psychiatry* 4:81-92
76. Heim C, Ehler U, Hellhammer DH. The potential role of hypocortisolism in the pathophysiology of stress related bodily disorders. *Psychoneuroendocrinology* 2000 ; 25: 1-35.
77. Rief W, Auer C. Cortisol and somatization. *Biol Psychol* 2000; 53: 13–23.
78. Gaab J, Huster D, Peisen R ve ark. Hypothalamic – pituitary – adrenal axis reactivity in chronic fatigue syndrome and health under psychological, physiological, and pharmacological stimulation. *Psychosom Med* 2002; 64:951–62.
79. Pruessner JC, Hellhammer D, Kirschbaum C. Burnout, perceived stress, and cortisol responses to awakening. *Psychosom Med* 1999; 61: 197–204.
80. Gaab J, Rohleder N, Heitz V ve ark. Enhanced glucocorticoid sensitivity in patients with chronic fatigue syndrome. *Acta Neuropsychiatrica* 2003; 15:184–91.
81. Rief W, Barsky AJ. Psychobiological perspectives on somatoform disorders. *Psychoneuroendocrinology* 2005; 30: 996-1002.
82. Rief W, Pilger F, Ihle D, Verkerk R, Scharpe S, Maes M. Psychobiological aspects of somatoform disorders: contributions of monoaminergic transmitter systems. *Neuropsychobiology* 2004; 49: 24–9.

83. Coryell W (1981) Diagnosis-specific mortality. Arch Gen Psychiatry, 38:939-42.
84. Bridges KW, Goldberg DP (1985) Somatic presentation of DSM-III psychiatric disorders in primary care. J Psychosom Res, 29:563-69.
85. Stoudemire A ve Fogel BS: Psychiatric care of the medical patient. New York, Oxford University Press, 1993.
86. Karasar, N: Bilimsel Araştırma Yöntemi. (15.Baskı). Ankara: Nobel. 2005.
87. Beck AT, Ward CH, Mendelson M, et al. An inventory for measuring depression. Arch Gen Psychiatry 1961;4:561-571.
88. Ulusoy, M. (1998) Turkish version of the Beck Anxiety Inventory: Psychometric properties, J Cogn Psychother, 12, 163-172.
89. Hisli N. Beck Depresyon Envanterinin geçerliliği üzerine bir çalışma. Psikoloji Dergisi 1988;22:118-126.
90. Öner, N . v e L E C OMPTE, A . (1998). S üreksiz (Durumluk) Sürekli Kaygı Envanteri E l l K itabı. Boğaziçi Üniversitesi Yayınevi.
91. Demir, A. (2003). Hemşirelerin Vardiya İle Çalışmalarının Anksiyete ve Arteryal Kan Basıncına Etkisinin ve Çalışma Ortamında Stres Oluşturan Faktörlerin İrdelenmesi. Doktora Tezi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
92. Aydemir Ö, Köroğlu E, Psikiyatride Kullanılan Klinik Ölçekler, 4.Baskı. HYB Yayıncılık, İstanbul, 2009; 319-338.
93. Kocabaşoğlu, N. ve Özdemir, S. (2005). Travma sonrası stres bozukluğunda kullanılan ölçeklere genel bir bakış. Yeni Symposium, 43(4), 173-178.
94. Dobie, D.J., Kivlahan, D.R., Maynard, C., Bush, K.R., McFall, M., Epler, A.J. ve ark. (2002). Screening for post-traumatic stress disorder in female Veteran's Affairs patients: Validation of the PTSD Checklist. General Hospital Psychiatry, 24, 367-374.

95. Ruggiero, K.J., Del Ben, K., Scotti, J.R. ve Rabalais, A.E. (2003). Psychometric properties of the PTSD Checklist - Civilian Version. *Journal of Traumatic Stress*, 16(5), 495-502.
96. Kocabaşoğlu, N., Çorapçıoğlu, Ozdemir A., Yargıç, İ. ve Geyran, P. (2005). Türkçe “PTSD Checklist - Civilian Version” (PCL-C) ölçeğinin geçerlilik ve güvenilirliği. *Yeni Symposium*, 43(3), 126-134.
97. Köroğlu, E. ve Güleç, C. (2007). *Psikiyatri Temel Kitabı*, Hekimler Yayın Birliği, Ankara, s: 70.
98. Westermeyer J (2000) Severity Of Trauma Among Refugee Psychiatric Patients. *Psychiatric Times*, Vol. 17. 4.
99. Howard M, Hodes M (2000) Psychopathology, Adversity And Service Utilization Of Young Refugees. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 39: s: 368-377.
100. Tousignant M, Habimana E, Biron C ve ark. (1999) The Quebec Adolescent Refugee Project: Psychopathology And Family Variables İn A Sample From 35 Nations. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 38: 1426-1432.
101. Hauf E, Vaglum P (1994) Chronic Posttraumatic Stress Disorder İn Vietnamese Refugees. A Prospective Community Study Of Prevalence, Course, Psychopathology And Stressors. *J Ner Dis*, 182: 85-90.
102. McKelvey RS, Davies LC, Sang DL ve ark. (1999) Problems And Competencies Reported By Parents Of Vietnamese Children İn Hanoi. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 38: 731-737.
103. Sağır, Z. Suriyeli Mültecilerde Dini Başa Çıkma Ve Ruh Sağlığı, Marmara Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2014, s: 50-68.
104. Blake DD, Weathers FW, Nagy LM ve ark. (1990) A Clinician Rating Scale For Assessing Current And Lifetime PTSD. The CAPS-I. *Behaviour Therapist*, 13:187-88.

105. Ekşi, A. Mülteci Ve Göçmenlerde Psikopatoloji, XI. Anadolu Psikiyatri Günleri Kongre Tam Metin Kitabı, 5-8 Haziran 2002, s: 67-81.
106. Servan Schreiber D, Le Lin B, Birmaher B (1998) Prevalence Of Posttraumatic Stress Disorder And Major Depressive Disorder İn Tibetan Refugee Children. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 37:874-879.
107. Hovey JD, King CA (1996) Acculturative Stress, Depression And Suicidal İdeation Among İmmigrant And Second Generation Latino Adolescents. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 35: 1183-1192.
108. Ponizovski AM, Ritsner MR, Modal I (1999) Suicidal İdeation And Suicide Attempts Among İmmigrant Adolescents From The Former Soviet Union To Israel. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 38:1433-1441.
109. Helsinki Yurttaşlar Derneği, Sivil Toplum Kuruluşları İçin Mülteci El Kitabı. <http://www.hyd.org.tr/multecielkitabi/>
110. Slove, D. The challenges facing mental health programs for post-conflict and refugee communities, Prehosp Disaster Med. 2004 Jan-Mar;19(1):90-6.

EKLER

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ ONAM FORMU

Bu çalışma savaş sonrası ülkemize gelen sığınmacıların yaşadığı travma ve sonrasındaki somatik yakınmalar belirlenmesi amacıyla yapılmaktadır.

Bu araştırma ile ilgili olarak kararınızı verirken gerek duyduğunuz bilgileri istemeye, doğru, anlaşılır ve doyurucu yanıtlar almaya hakkınız vardır. . Katılmama yönündeki kararınız burada size verilen hizmeti hiçbir şekilde olumsuz etkilemeyecektir. Daha önce araştırmaya katılmayı kabul etmiş olsanız bile istediğiniz anda araştırmadan çekilebilirsiniz. Bu kararınız da daha sonraki hizmette hiç olumsuzluğa yol açmayacaktır.

Bu araştırmanın tüm aşamalarında sizden elde edilen bilgiler özenle korunacak ve gizli tutulacaktır.

Katılımlarınız için teşekkür ederiz.

Araştırmacı: Saba Yağmur TEKBAŞ

Ben.....yukarıda yazılı olan bilgileri okudum ve anladım. Araştırma hakkında sözlü ve yazılı olarak aydınlatıldım. Sorularıma yeterli yanıt aldım.

Bu araştırmaya katılmayı bana verilen hizmeti etkilemeksizin onun herhangi bir aşamasında çekilebilmek koşulu ile kabul ediyorum.

Tarih:

Katılımcının Adı Soyadı:

İmzası:

الطوعية استمارة الموافقة المستنيرة

هذا هو عمل صدمة ما بعد الحرب بالتبنيتم بهاطالبيبالجوء القادمينإلببلادناو خارجها تاجر
ر بتحديد الشكاو بالجسدية

هذا البحث فيما يتعلق بالمعلومات عليك أنتسأل عند اتخاذ قراركمواضحو الجوابمرضية
شكل صحيح، يحق لك الحصول على

قراركم بعدا المشار كة بأيشكل منا لأشكال تؤثر سلبا على اتجاه حيث سيتم تقديم لك
حتنلو كنتقدوا فتعلبا المشار كة فبالدراسة قبل أن نتمكن من الانسحاب حتمنا لدراسة فيأيو
قت

وهذا القرار لا يؤدي إلى السلبية في الخدمة التالية

المعلومات التي تم الحصول عليها منك في كل مر احلا لبحث سوف تكون محمية بعناية، وتبقى سر
ية

شكر المشار كتكم

باحث: Saba Yağmur TEKBAŞ

لقد قرأت وفهمت المعلومات الواردة أعلاه في الكتابة

وصلتني الردود الشفوية والخطية كافية لأسئلة حول لمضاءة البحوث

خدم هذا الإقناع علي، وأنا أتفهم معك علما المشار كة في البحث فيأيمر حلقة منمر احلشر طالسد
بقواتها

التاريخ:

مشار كاسم:

التوقيع:

SOSYODEMOGRAFİK BİLGİLER

1. Cinsiyet:
Kadın () Erkek ()
2. Yaşınız:
3. Eğitim Durumunuz:
Okur-yazar değil ()
Okur-yazar ()
İlkokul ()
Ortaokul ()
Lise ()
Üniversite ve üstü ()

BECK DEPRESYON ÖLÇEĞİ

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) Gelecekte 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 kızgınım.
 - (3) Kendimden nefrete ediyorum.
7. (0) Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.
- (1) Hatalarım ve zayıf taraflarım olduğumu düşünmüyorum.
 - (2) Hatalarımdan dolayı kendimden utanıyorum.
 - (3) Her şeyi yanlış yapıyormuşum gibi geliyor ve hep kendimi 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 sıkkın 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 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) İştahım her zamanki gibi.
- (1) Eskisinden daha iştahsızım.
- (2) İştahım çok azaldı.
- (3) Hiçbir şey yiyemiyorum.
- 18.** (0) Son zamanlarda zayıflamadım.
- (1) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 2 Kg verdim.
- (2) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 4 Kg verdim.
- (3) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 6 Kg verdim
- 19.** (0) Sağlığım ile ilgili kaygılarım yok.
- (1) Ağrılar, mide sancıları, kabızlık gibi şikayetlerim oluyor ve bunlar beni tasalandırıyor.
- (2) Sağlığımın bozulmasından kaygılanıyorum kafamı toplamakta zorlanıyorum.
- (3) Sağlık durumum kafama o kadar takılıyor ki, başka hiçbir şey düşünemiyorum
- 20.** (0) Sekse karşı ilgimde herhangi bir değişiklik yok.
- (1) Eskisine oranla sekse ilgim az.
- (2) Cinsel isteğim çok azaldı.
- (3) Hiç cinsel istek duymuyorum
- 21.** (0) Cezalandırılması gereken şeyler yaptığımı sanmıyorum.
- (1) Yaptıklarımın dolaylı cezalandırılabilceğimi düşünüyorum.
- (2) Cezamı çekmeyi bekliyorum.
- (3) Sanki cezamı bulmuşum gibi geliyor.

مقياس بيك للاكتئاب
Beck Depression Inventory
©1979

التاريخ

اسم

مستند في هذه الامتبارة مجموعات من الجمل، ارجو ان تقرأ كل مجموعة بتمعن ثم اختار الجملة (الجملة التي) سبب حالتها بدقة خلال الاسابيع الماضية بما في ذلك اليوم. تضع دائرة حول رقم الجملة التي تختارها. إذا بدى لك ان أكثر من جملة في المجموعة تنطبق عليك فيمكنك ان تضع دائرة حول كل جملة تناسب حالتك. تأكد من قراءة كل جملة في كل مجموعة قبل الاختيار.

0	لا أشعر بالحزن.	
1	أشعر بالحزن.	
2	أشعر بحزن طيلة الوقت ولا أستطيع ان أتخلص من هذا الشعور.	
3	أشعر بحزن جداً أو غير سعيد إلى حد لا أستطيع تحمله.	
0	أنا لست متفهما في نظري للمستقبل.	
1	أشعر بان المستقبل غير متفهم.	
2	أشعر بأنه لم يعد لدي شيء لأطلع إليه.	
3	أشعر بان المستقبل لا أمل فيه وأن الأمور لا يمكن ان تصبح أحسن.	
0	أشعر بكئي شخص فاشل.	
1	أشعر بكئي قد فشلت أكثر من الإنسان العادي.	
2	أشعر بانظر إلى حياتي الماضية، فإن كان ما أستطيع رؤيته هو الكثير من الفشل.	
3	أشعر بكئي شخص فاشل تماماً.	
0	أشعر بالرضا تجاه ما فعلته في حياتي.	
1	لم أجد اهتمام بالإنشاء بنفس الطريقة التي كنت عليها من قبل.	
2	لم أجد اهتمام على الشعور بالرضا الحقيقي في أي شيء أبداً.	
3	أنا غير راضي أو أشعر بالملل في كل شيء.	
0	لا أشعر بالقلق.	
1	أشعر بالقلق في كثير من الأوقات.	
2	أشعر بالقلق تقريباً معظم الوقت.	
3	أشعر بالقلق طيلة الوقت.	
0	أشعر بكئي أحاطب.	
1	أشعر أنني قد أحاطب.	
2	أشعر أنني أتوقع ان أحاطب.	
3	أشعر بكئي أحاطب لعمري.	
0	أشعر بخيبة أمل في قرارة نفسي.	
1	أشعر بخيبة أمل في نفسي.	
2	أنا ممتلئ من نفسي.	
3	أشعر أنني أكثر من نفسي.	
0	أشعر بكئي بحال من الأحوال أسوأ من الآخرين.	
1	أشعر أنني أعتقد نفسي في حالات ضمني أو أخطائي.	
2	أشعر أنني أؤمن نفسي طيلة الوقت على أخطائي.	
3	أشعر أنني أؤمن نفسي على أي شيء من شيء يحدث.	
0	ليست لدي أية أفكار لقتل نفسي.	
1	أشعر أنني أفكر لقتل نفسي ولكنني لن أقدم عليها.	
2	أشعر أنني أفكر في قتل نفسي.	
3	أشعر أنني أفكر لقتل نفسي إذا انتهت لي الفرصة.	
0	لا أبكي أكثر من المعتاد.	
1	أصبحت أبكي أكثر من المعتاد.	
2	أشعر الآن أبكي طيلة الوقت.	
3	أشعر الآن بكئي أكثر مما كنت عليه يوماً.	
0	أشعر الآن بكئي أكثر مما كنت عليه يوماً.	
1	أشعر الآن بكئي أكثر مما كنت عليه يوماً.	
2	أشعر الآن بكئي أكثر مما كنت عليه يوماً.	
3	أشعر الآن بكئي أكثر مما كنت عليه يوماً.	

STAI FORM TX – I

		Hiç	BİRAZ	ÇOK	TAMAMIYLA
1.	Şu anda sakinim	(1)	(2)	(3)	(4)
2.	Kendimi emniyette hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
3	Su anda sinirlerim gergin	(1)	(2)	(3)	(4)
4	Pişmanlık duygusu içindeyim	(1)	(2)	(3)	(4)
5.	Şu anda huzur içindeyim	(1)	(2)	(3)	(4)
6	Şu anda hiç keyfim yok	(1)	(2)	(3)	(4)
7	Başıma geleceklerden endişe ediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
8.	Kendimi dinlenmiş hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
9	Şu anda kaygılıyım	(1)	(2)	(3)	(4)
10.	Kendimi rahat hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
11.	Kendime güvenim var	(1)	(2)	(3)	(4)
12	Şu anda asabım bozuk	(1)	(2)	(3)	(4)
13	Çok sinirliyim	(1)	(2)	(3)	(4)
14	Sinirlerimin çok gergin olduğunu hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
15.	Kendimi rahatlamış hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
16.	Şu anda halimden memnunum	(1)	(2)	(3)	(4)
17	Şu anda endişeliyim	(1)	(2)	(3)	(4)
18	Heyecandan kendimi şaşkına dönmüş hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
19.	Şu anda sevinçliyim	(1)	(2)	(3)	(4)
20.	Şu anda keyfim yerinde.	(1)	(2)	(3)	(4)

STAI FORM TX – 2

		Hemen hemen Hiçbir zaman	Bazen	Çok zaman	Hemen her zaman
21.	Genellikle keyfim yerindedir	(1)	(2)	(3)	(4)
22.	Genellikle çabuk yorulurum	(1)	(2)	(3)	(4)
23.	Genellikle kolay ağlarım	(1)	(2)	(3)	(4)
24.	Başkaları kadar mutlu olmak isterim	(1)	(2)	(3)	(4)
25.	Çabuk karar veremediğim için fırsatları kaçıırım	(1)	(2)	(3)	(4)
26.	Kendimi dinlenmiş hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
27.	Genellikle sakin, kendine hakim ve soğukkanlıyım	(1)	(2)	(3)	(4)
28.	Güçlüklerin yenemeyeceğim kadar biriktiğini hissedirim	(1)	(2)	(3)	(4)
29.	Önemsiz şeyler hakkında endişelenirim	(1)	(2)	(3)	(4)
30.	Genellikle mutluyum	(1)	(2)	(3)	(4)
31.	Her şeyi ciddiye alır ve endişelenirim	(1)	(2)	(3)	(4)
32.	Genellikle kendime güvenim yoktur	(1)	(2)	(3)	(4)
33.	Genellikle kendimi emniyette hissedirim	(1)	(2)	(3)	(4)
34.	Sıkıntılı ve güç durumlarla karşılaşmaktan kaçınırım	(1)	(2)	(3)	(4)
35.	Genellikle kendimi hüzünlü hissedirim	(1)	(2)	(3)	(4)
36.	Genellikle hayatımdan memnunum	(1)	(2)	(3)	(4)
37.	Olur olmaz düşünceler beni rahatsız eder	(1)	(2)	(3)	(4)
38.	Hayal kırıklıklarını öylesine ciddiye alırım ki hiç unutamam	(1)	(2)	(3)	(4)
39.	Aklı başında ve kararlı bir insanım	(1)	(2)	(3)	(4)
40.	Son zamanlarda kafama takılan konular beni tedirgin ediyor	(1)	(2)	(3)	(4)

استبيان التقييم الذاتي

لتعليمات :

- قديم الحجم المتناسب للمشاعر أدناه . كنت حريشات الأرقام على الجانب الأيمن من التقييم . ليست هناك إجابات صحيحة أو خاطئة . بمناسبة إجابتك تظهر شعورك .

لقد اسم :	ادبا	لي لقلنا	جدا	تماما
أنا هادئ الآن	١	٢	٣	٤
أشعر نفسي في السلامة	١	٢	٣	٤
أنا في حالة عصبية متوترة	١	٢	٣	٤
أنا للأسف	١	٢	٣	٤
أنا حاليا في السلام	١	٢	٣	٤
أنا لا ألتفتع حاليا أي	١	٢	٣	٤
أنا قلق حول مستقبل رأسي	١	٢	٣	٤
أشعر راحة نفسي	١	٢	٣	٤
أنا أشعر بالقلق الآن	١	٢	٣	٤
شعر بالراحة	١	٢	٣	٤
أنا ثقة في نفسي	١	٢	٣	٤
أعصابي أضرب	١	٢	٣	٤
أعصابي أضرب	١	٢	٣	٤
شعر أن أعصابي متوترة جدا	١	٢	٣	٤
أشعر بالارتباك	١	٢	٣	٤
أنا سعيد مع مستواي	١	٢	٣	٤
أشعر بالقلق في الوقت الزامن	١	٢	٣	٤
أشعر بالدوار مع الإشارة	١	٢	٣	٤
أنا بسعدني	١	٢	٣	٤
أنا ألتفتع حاليا في الموقف	١	٢	٣	٤

استبيان التقييم الذاتي

تعليمات :

تحديد الحجم المناسب للمشاعر أدناه . كنت خريشات الأرقام على الجانب الأيمن من التعمير . ليست هناك إجابات صحيحة أو خاطئة . مناسبة إجابتك تظهر شعورك مشاكل في البشر هو مكتوب بعد بعض الأحداث في الجلسة التالية .

لقب اسم :	ادباً	لي لولا	جدا	تصاماً
تاريخ الميلاد				
وحدة ما تتعلم جيدة	١	٣	٣	٤
وحدة ما تتعب بسرعة	١	٣	٣	٤
أزوف يقبلاً	١	٣	٣	٤
سأكون سعيداً مثل الآخرين	١	٣	٣	٤
أنا زلمي ال يزنأ شروق روفلة على جو ل شروق شروق	١	٣	٣	٤
أشعر راحة نفسي	١	٣	٣	٤
يعرفن كلاً بيتاً أنو ، كذا عوداً	١	٣	٣	٤
أشعر بأنني لا يمكن للفقول الصعوبات تتراكم فوق	١	٣	٣	٤
أنا قلق بشأن أشياء تافهة	١	٣	٣	٤
معموما كنت سعيداً	١	٣	٣	٤
أنا تأخذ كل شيء على محمل الجد ، و أنا قلق	١	٣	٣	٤
عادة أنا لا ألق نفسي	١	٣	٣	٤
أنا غالباً ما يشعر بالأمان حق	١	٣	٣	٤
أنا لا أريد أن تواجه حالات مضطربة وصعبة	١	٣	٣	٤
كثرت ما كنت أشعر بالخزن	١	٣	٣	٤
أنا سعيدة معموما مع عيائتي	١	٣	٣	٤
بعض الأفكار لزجج	١	٣	٣	٤
وأعظم على محمل الجد ، وأنا لا يمكن أن ننسى الإحباط	١	٣	٣	٤
لا أستطيع أن أنسى الإحباط بلدي	١	٣	٣	٤
أنا رجل عاقل ومعتدلة	١	٣	٣	٤

SOMATOFORM DİSSOSİYASYON ÖLÇEĞİ (SDQ-20)

1. Bazen sanki vücudum ya da vücudumun bir bölümü yok oluyor gibi geliyor.

(1) Hayır (2) Biraz (3) Orta derecede (4) Çok (5) Tam

2. Bazen bir süre felç oluyorum.

(1) Hayır (2) Biraz (3) Orta derecede (4) Çok (5) Tam

3. Bazen konuşamaz hale geliyorum ya da ancak güçlükle ya da fısıltı halinde konuşabiliyorum.

(1) Hayır (2) Biraz (3) Orta derecede (4) Çok (5) Tam

4. Bazen vücudum ya da vücudumun bir bölümü acı hissetmez oluyor.

(1) Hayır (2) Biraz (3) Orta derecede (4) Çok (5) Tam

5. Bazen idrar yaparken acıyor.

(1) Hayır (2) Biraz (3) Orta derecede (4) Çok (5) Tam

6. Bazen kısa bir süre için gözlerim görmüyor, sanki kör oluyorum.

(1) Hayır (2) Biraz (3) Orta derecede (4) Çok (5) Tam

7. Bazen idrar yaparken tutukluk oluyor.

(1) Hayır (2) Biraz (3) Orta derecede (4) Çok (5) Tam

8. Bazen kısa bir süre için kulaklarım işitmiyor, sanki sağır oluyorum.

(1) Hayır (2) Biraz (3) Orta derecede (4) Çok (5) Tam

9. Bazen yakınımıdaki sesleri sanki çok uzaktan geliyormuş gibi duyuyorum.

(1) Hayır (2) Biraz (3) Orta derecede (4) Çok (5) Tam

10. Bazen bir süre için her yanıma katılıyor.

(1) Hayır (2) Biraz (3) Orta derecede (4) Çok (5) Tam

11. Bazen nezle olmadığım halde koku alma hissim her zamankine göre azalıyor ya da çoğalıyor.

(1) Hayır (2) Biraz (3) Orta derecede (4) Çok (5) Tam

12. Bazen cinsel organlarımda ağrı oluyor (cinsel ilişki dışında)

(1) Hayır (2) Biraz (3) Orta derecede (4) Çok (5) Tam

13. Bazen havaleye benzer bir bayılma nöbeti geçiriyorum.

(1) Hayır (2) Biraz (3) Orta derecede (4) Çok (5) Tam

14. Bazen normalde sevdiğim bir kokudan hoşlanmaz oluyorum.

(1) Hayır (2) Biraz (3) Orta derecede (4) Çok (5) Tam

15. Bazen normalde sevdiğim bir yiyeceğin tadından hoşlanmaz oluyorum (kadınlarda hamilelik dışında).

(1) Hayır (2) Biraz (3) Orta derecede (4) Çok (5) Tam

16. Bazen çevremdeki eşyaları her zamankinden farklı görüyorum (örneğin sanki bir tünelden bakıyormuş gibi ya da bakılan şeyin yalnız bir bölümünü görmek gibi).

(1) Hayır (2) Biraz (3) Orta derecede (4) Çok (5) Tam

17. Bazen gece boyunca uyuyamadığım halde gündüz gayet zinde oluyorum.

(1) Hayır (2) Biraz (3) Orta derecede (4) Çok (5) Tam

18. Bazen yiyecekleri yutamıyorum ya da yutmakta büyük zorluk çekiyorum.

(1) Hayır (2) Biraz (3) Orta derecede (4) Çok (5) Tam

19. Bazen insanlar ve eşyalar olduklarından daha büyük görünüyorlar.

(1) Hayır (2) Biraz (3) Orta derecede (4) Çok (5) Tam

20. Bazen vücudum ya da vücudumun bir bölümü hissiz oluyor.

(1) Hayır (2) Biraz (3) Orta derecede (4) Çok (5) Tam

جدول الجسدية تفارق (SDQ 20)

1. في بعض الأحيان يبدو وكأن جسدي أو جزء من جسدي في طريقها إلى الزوال.
(1) لا (2) قليلا (3) المعتدل (4) لوط (5) الكامل
2. في بعض الأحيان كان لي السكتة الدماغية.
(1) لا (2) قليلا (3) المعتدل (4) لوط (5) الكامل
3. أن تصبح في بعض الأحيان أنا لا يكاد الحديث أو الكلام أو تهمس في الصعوبة.
(1) لا (2) قليلا (3) المعتدل (4) لوط (5) الكامل
4. أحيانا جسدي لا يشعر بالألم أو هو جزء من جسدي.
(1) لا (2) قليلا (3) المعتدل (4) لوط (5) الكامل
5. في بعض الأحيان وهذا يضر عند التبول.
(1) لا (2) قليلا (3) المعتدل (4) لوط (5) الكامل
6. في بعض الأحيان لا أستطيع أن أرى عيني لفترة قصيرة، إذا أنا أعمى.
(1) لا (2) قليلا (3) المعتدل (4) لوط (5) الكامل
7. الشائكة في بعض الأحيان مع التبول.
(1) لا (2) قليلا (3) المعتدل (4) لوط (5) الكامل
8. في بعض الأحيان لا أستطيع سماع أذني لفترة قصيرة، إذا أنا أصم.
(1) لا (2) قليلا (3) المعتدل (4) لوط (5) الكامل
9. أحيانا أشعر كما لو أن الصوت الذي يأتي من بعيد جدا في وقت قريب.
(1) لا (2) قليلا (3) المعتدل (4) لوط (5) الكامل
10. في بعض الأحيان أنه يعزز كل جانب لفترة من الوقت.
(1) لا (2) قليلا (3) المعتدل (4) لوط (5) الكامل

11. في بعض الأحيان بلدي حاسة الشم، على الرغم من أنني من أي وقت مضى انفلونزا آخذ في التناقص من قبل رانكين أو ضرب.

(1) لا (2) قليلا (3) المعتدل (4) لوط (5) الكامل

12. في بعض الأحيان لدي ألم في أعضائي التناسلية (باستثناء الجنس)

(1) لا (2) قليلا (3) المعتدل (4) لوط (5) الكامل

13. في بعض الأحيان أقضي مماثلة نوبات إغماء الإحالة.

(1) لا (2) قليلا (3) المعتدل (4) لوط (5) الكامل

14. في بعض الأحيان أنا لا أحب رائحة أحب المعتادة.

(1) لا (2) قليلا (3) المعتدل (4) لوط (5) الكامل

15. في بعض الأحيان وأنا عادة لا يحبون طعم الطعام المفضل (باستثناء الحوامل).

(1) لا (2) قليلا (3) المعتدل (4) لوط (5) الكامل

16. أحيانا أرى بيئة مختلفة من أي وقت مضى في مقالاتي (على سبيل المثال، كما لو كان يبحث من خلال نفق أو تود أن ترى سوى جزء من ما ينظر إليه).

(1) لا (2) قليلا (3) المعتدل (4) لوط (5) الكامل

17. أحيانا عندما أنام طوال الليل والنهار وأنا بصحة جيدة.

(1) لا (2) قليلا (3) المعتدل (4) لوط (5) الكامل

18. في بعض الأحيان لا أستطيع أن ابتلاع الطعام أو أواجه صعوبة كبيرة في البلع.

(1) لا (2) قليلا (3) المعتدل (4) لوط (5) الكامل

19. في بعض الأحيان أنها تجعل تظهر الناس والأشياء أكبر.

(1) لا (2) قليلا (3) المعتدل (4) لوط (5) الكامل

20. أحيانا جسدي أو جزء من جسدي سوف خدر.

(1) لا (2) قليلا (3) المعتدل (4) لوط (5) الكامل

POST-TRAVMATİK STRES BOZUKLUĞU SORU LİSTESİ

1- Geçmişte yaşamış olduğunuz olumsuz ve zorlayıcı olayla ilişkili, rahatsız verecek şekilde tekrarlayarak zihninizde canlanan anılar, düşünceler ya da görüntüler oldu mu?

1. Hiç 2. Çok az 3. Orta derecede 4. Oldukça fazla 5. Aşırı

2- Geçmişte yaşamış olduğunuz olumsuz ve zorlayıcı olayla ilişkili rahatsız verecek şekilde tekrarlayan rüyalarınız var mı?

1. Hiç 2. Çok az 3. Orta derecede 4. Oldukça fazla 5. Aşırı

3- Aniden geçmişte yaşadığınız olumsuz ve zorlayıcı olayı hatırlayarak sanki yeniden yaşıyormuşsunuz hissine kapıldığınız ve davrandığınızı oluyor mu?

1. Hiç 2. Çok az 3. Orta derecede 4. Oldukça fazla 5. Aşırı

4- Geçmişte yaşamış olduğunuz olumsuz ve zorlayıcı olayı hatırlatan konuşma, ortam ve kişi ve de duygular sizde mutsuzluk, üzüntü ve alt üst olma duygusu yaşıyor mu?

1. Hiç 2. Çok az 3. Orta derecede 4. Oldukça fazla 5. Aşırı

5- Geçmişte yaşamış olduğunuz olumsuz ve zorlayıcı olayı hatırlatan konuşma, ortam ve kişi vb. Benzeşen uyaranlarla karşılaştığınızda kalp çarpıntısı, terleme, nefes darlığı, titreme, uyuşma, ağrı vb. Bedensel tepkileriniz ortaya çıkar mı?

1. Hiç 2. Çok az 3. Orta derecede 4. Oldukça fazla 5. Aşırı

6- Geçmişte yaşamış olduğunuz olumsuz ve zorlayıcı olayı hakkında konuşmaktan, düşünmekten kaçınır, olayı hatırlatan duygulardan uzak durur musunuz?

1. Hiç 2. Çok az 3. Orta derecede 4. Oldukça fazla 5. Aşırı

7- Geçmişte yaşamış olduğunuz olumsuz ve zorlayıcı olayı hatırlattığı için bazı kişilerden, ortamlardan ve eylemlerden kaçınır ve uzak durur musunuz?

1. Hiç 2. Çok az 3. Orta derecede 4. Oldukça fazla 5. Aşırı

8- Geçmişte yaşamış olduğunuz olumsuz ve zorlayıcı olayın bazı bölümlerini hatırlamakta zorlanır mısınız? Olaylar arasında bağlantıları kurmada zorlandığınız boşluklar var mı?

1. Hiç 2. Çok az 3. Orta derecede 4. Oldukça fazla 5. Aşırı

9- Eskiden hoşlanarak yapmakta olduğunuz etkinliklere olan ilginizi kaybettiniz mi?

1. Hiç 2. Çok az 3. Orta derecede 4. Oldukça fazla 5. Aşırı

10- Kendinizi diğer insanlardan uzak ve ayrı hissediyor musunuz?

1. Hiç 2. Çok az 3. Orta derecede 4. Oldukça fazla 5. Aşırı

11- Kendinizi duygusal açıdan donuklaşmış, yakınlarına ve olaylara karşı sevinme, üzülmeye ve ağlama duygularınız uyuşmuş gibi hissettiğiniz oluyor mu?

1. Hiç 2. Çok az 3. Orta derecede 4. Oldukça fazla 5. Aşırı

12- Geleceği planlamanın anlamsız ve boş olduğunu hissediyor musunuz?

1. Hiç 2. Çok az 3. Orta derecede 4. Oldukça fazla 5. Aşırı

13- Uykuya dalma ve sürdürme güçlüğüünüz var mı?

1. Hiç 2. Çok az 3. Orta derecede 4. Oldukça fazla 5. Aşırı

14- Kendinizin gergin, tahammülsüz, sinirli ve çabuk öfkelenen biri olduğunu hissediyor musunuz?

1. Hiç 2. Çok az 3. Orta derecede 4. Oldukça fazla 5. Aşırı

15- Dikkatinizi toparlamada ve sürdürmede bir güçlüğüünüz oldu mu?

1. Hiç 2. Çok az 3. Orta derecede 4. Oldukça fazla 5. Aşırı

16- Kendinizi aşırı derecede gergin, her an olumsuz bir şey olacağı hissi ile tetikte ve diken üstünde hissediyor musunuz?

1. Hiç 2. Çok az 3. Orta derecede 4. Oldukça fazla 5. Aşırı

17- Çevreden gelen uyaranlara abartılı tepkiler gösterdiğiniz, kolaylıkla irkildiğiniz ve sıçradığınız oluyor mu?

1. Hiç 2. Çok az 3. Orta derecede 4. Oldukça fazla 5. Aşırı

مشاكل في البشر هو مكتوب بعد بعض الأحداث في الجملة التالية . يرجى قراءة شكل الحذر
و التحقق من الخيار المناسب.

1- مل لديك أفكار سيئة في ذهنك أن الحادث السلبي شهد في الماضي. وجاءت هذه الأحداث
أمام عينيك.

☐ أبدا ☐ قليل جدا ☐ معتدل ☐ أكثر ☐ أكثر جدا

2- هل ترى ما كنت أحلم الأحداث السلبية التي حدثت في الماضي.

☐ أبدا ☐ قليل جدا ☐ معتدل ☐ أكثر ☐ أكثر جدا

3- هل تشعر مثل الذين يعيشون نتذكر مرة أخرى الأحداث التي شهدت في الماضي؟

☐ أبدا ☐ قليل جدا ☐ معتدل ☐ أكثر ☐ أكثر جدا

4- خطاب تذكرنا الأحداث كان لدينا في الماضي قد يمل لكم؟

☐ أبدا ☐ قليل جدا ☐ معتدل ☐ أكثر ☐ أكثر جدا

5- وإذ يشير إلى الأحداث التي شهدتها البيئة الماضية، و رأى الناس الخطب ، خفقان
القلب ، والتعرق ، وضيق في التنفس فعل أشياء مثل ذاهب؟

☐ أبدا ☐ قليل جدا ☐ معتدل ☐ أكثر ☐ أكثر جدا

6- يمكنك أن تتحدث عن الحق في الامتناع عن الأحداث السلبية لدينا في الماضي؟

☐ أبدا ☐ قليل جدا ☐ معتدل ☐ أكثر ☐ أكثر جدا

7- هل الابتعاد عن الناس والبيئة لأنه ذكرني بعض الأحداث السلبية لدينا في الماضي؟

☐ أبدا ☐ قليل جدا ☐ معتدل ☐ أكثر ☐ أكثر جدا

8- و اجهت في الماضي من الصعب أن نتذكر أحداث الأجزاء السلبية؟ يمكنك تأسيس اتصالات
بين الأحداث؟

☐ أبدا ☐ قليل جدا ☐ معتدل ☐ أكثر ☐ أكثر جدا 9- لقد فقدت

9- الاهتمام في ممارسة الهوايات كنت تفعل الميل ؟

☐ أبدا ☐ قليل جدا ☐ معتدل ☐ أكثر ☐ أكثر جدا

10- بعيدا عن الأشخاص الآخرين و تشعر نفسك بعيدا ؟

☐ أبدا ☐ قليل جدا ☐ معتدل ☐ أكثر ☐ أكثر جدا

11- هل تشعر تخدير نفسك من حيث العاطفية؟

☐ أبدا ☐ قليل جدا ☐ معتدل ☐ أكثر ☐ أكثر جدا

12- التخطيط العبت المستقبل و هل تعتقد أنه فارغ ؟

☐ أبدا ☐ قليل جدا ☐ معتدل ☐ أكثر ☐ أكثر جدا

13- هل لديك صعوبة في النوم؟

☐ أبدا ☐ قليل جدا ☐ معتدل ☐ أكثر ☐ أكثر جدا

14- نفسك متوترا ، وتعكر المزاج ، والصبر هل تشعر ؟

☐ أبدا ☐ قليل جدا ☐ معتدل ☐ أكثر ☐ أكثر جدا

15- هل لديك نقص الانتباه ؟

☐ أبدا ☐ قليل جدا ☐ معتدل ☐ أكثر ☐ أكثر جدا

16- هل تظن نفسك متوترة و الشوك في حالة تأهب ؟

☐ أبدا ☐ قليل جدا ☐ معتدل ☐ أكثر ☐ أكثر جدا

ÖZGEÇMİŞ

1. **Adı Soyadı:** Saba Yağmur TEKBAŞ
2. **Doğum Tarihi:** 02.01.1987
3. **Unvanı:** Öğrenci
4. **Öğrenim Durumu:** Yüksek Lisans
5. **Mail Adresi:** yellowring-26@hotmail.com

Derece	Alan	Üniversite	Yıl
Lisans	Psikoloji	Dicle Üniversitesi	2010
Y. Lisans	Sağlık Danışmanlığı	Ege Üniversitesi	2015

Yüksek Lisans Tezi:

“Savaş Sonrası Ülkemize Gelen Sığınmacıların Yaşadığı Travma Ve Sonrasındaki Somatik Yakınmalar” Ege Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İzmir, 2017.