



**T.C.
MUSTAFA KEMAL ÜNİVERSİTESİ
TAYFUR ATA SÖKMEN TIP FAKÜLTESİ**

**HATAY'DA YAŞAYAN SURIYELİ SIĞINMACILARDA
TRAVMA SONRASI STRES BOZUKLUĞU VE DEPRESYON**

UZMANLIK TEZİ

**Dr. Arif YENİÇERİ
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI**

**TEZ DANIŞMANI
Prof. Dr. Tacettin İNANDI**

HATAY – 2017

**T.C.
MUSTAFA KEMAL ÜNİVERSİTESİ
TAYFUR ATA SÖKMEN TIP FAKÜLTESİ**

**HATAY'DA YAŞAYAN SURIYELİ SİĞİNMACILARDA
TRAVMA SONRASI STRES BOZUKLUĞU VE DEPRESYON**

UZMANLIK TEZİ

**Dr. Arif YENİÇERİ
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI**

**TEZ DANIŞMANI
Prof. Dr. Tacettin İNANDI**

Bu tez, Mustafa Kemal Üniversitesi Rektörlüğü Bilimsel Araştırmalar Projeleri Koordinasyon Birimi tarafından 16335 proje numarası ile desteklenmiştir.

TEZ ONAY SAYFASI

T.C.
MUSTAFA KEMAL ÜNİVERSİTESİ
TAYFUR ATA SÖKMEN TIP FAKÜLTESİ
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI

**Tez Adı: HATAY'DA YAŞAYAN SURİYELİ SİĞİNMACILARDA
TRAVMA SONRASI STRES BOZUKLUĞU VE DEPRESYON**

Tezi Hazırlayanın Adı: Dr. Arif YENİÇERİ

Tıp Fakültesi Dekanlığı Onayı

(İmza).....
Prof. Dr. Yusuf ÖNLEN
Tıp Fakültesi Dekanı

Bu tez çalışmasının “Tıpta Uzmanlık” derecesine uygun ve yeterli bir çalışma olduğunu onaylıyorum.

(İmza).....
Prof. Dr. Tacettin İNANDI
Anabilim Dalı Başkanı

Bu tez tarafımdan okunmuş ve her yönü ile “Tıpta Uzmanlık” tezi olarak uygun ve yeterli bulunmuştur.

(İmza).....
Prof. Dr. Tacettin İNANDI
Tez Danışmanı

TEZ JÜRİSİ:

1. Prof. Dr. Tacettin İNANDI
2. Prof. Dr. Nazan SAVAŞ
3. Prof. Dr. Caferi Tayyar ŞAŞMAZ

III. İÇİNDEKİLER

III. İÇİNDEKİLER	iii
IV. TABLO LİSTESİ.....	v
V. ŞEKİL LİSTESİ.....	vii
VI. KISALTMALAR VE SİMGELER LİSTESİ	viii
VII. TEŞEKKÜR	ix
VIII. ÖZET.....	x
IX. ABSTRACT.....	xi
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	5
2.1 Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB).....	5
2.1.1 Tanım.....	5
2.1.2 Tarihçe.....	5
2.1.3 Epidemiyoloji	6
2.1.4 Etiyoloji ve Patofizyoloji.....	8
2.1.5 Tanı.....	14
2.1.6 Ayırıcı Tanı	18
2.1.7 Eşlik Eden Psikiyatrik Bozukluklar.....	19
2.1.8 Prognoz.....	19
2.1.9 Tedavi.....	20
2.2 Depresyon.....	24
2.2.1 Tanım.....	24
2.2.2 Tarihçe.....	25
2.2.3 Epidemiyoloji	25
2.2.4 Etiyoloji	26
2.2.5 Tanı.....	29
2.2.6 Klinik	31
2.2.7 Prognoz.....	32
2.2.8 Depresyona Karşı Koruyucu Etkenler.....	32
2.3 Sığınmacı ve Mültecilerin Ruh Sağlığı.....	33
2.4 Türkiye'deki Suriyeli Sığınmacılar	35
3. GEREÇ VE YÖNTEM	37
3.1 Evren ve Örneklem.....	37
3.2 Veri Toplama Araçları.....	39
3.3 Araştırmanın Uygulanması.....	43
3.4 Araştırmanın Değişkenleri	44

3.5 Araştırmanın Takvimi	45
3.6 Verilerin Analizi.....	45
3.7 Araştırmanın Bütçesi	46
4. BULGULAR	47
4.1 Tanımlayıcı Bulgular.....	47
4.2 TSSB Bulguları.....	53
4.3 Depresyon Bulguları	62
4.4 TSSB ve Depresyon Birlikteliği.....	68
5. TARTIŞMA	70
5.1 Tanımlayıcı Özellikler ve Travma Dağılımı	70
5.2 TSSB Prevalansı.....	72
5.3 TSSB Risk Faktörleri.....	75
5.4 Depresyon Prevalansı.....	79
5.5 Depresyon Risk Faktörleri.....	80
5.6 TSSB ve Depresyon Birlikteliği.....	83
5.7 Sınırlılıklar.....	83
6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER	84
7. KAYNAKLAR	86
8. EKLER.....	107
EK-A. Anket Formu.....	107
EK-B. Etik Kurul Onay Formu.....	115
9. ÖZGEÇMİŞ.....	118

IV. TABLO LİSTESİ

Tablo 1 DSM-IV'e Göre TSSB Tanı Kriterleri.....	17
Tablo 2 DSM IV'e göre Majör Depresyon Tanı Kriterleri	30
Tablo 3 Küme ve Örneklemnin İlçelere Göre Dağılımı.....	39
Tablo 4 Araştırmanın Takvimi	45
Tablo 5 Sığınmacıların Sosyodemografik Özellikleri	47
Tablo 6 Katılımcıların Birlikte Yaşadıkları Bireyler ve Ailelerinin Aylık Gelirleri	48
Tablo 7 Katılımcıların Aile Özellikleri	48
Tablo 8 Katılımcıların Türkiye'deki Yaşamla İlgili Düşünceleri.....	49
Tablo 9 Sığınmacıların Gelecekle İlgili Düşünceleri	49
Tablo 10 Sığınmacıların Yaşadıkları ve Tanık Oldukları Travma Sayıları.....	50
Tablo 11 Sığınmacıların Yaşadıkları Travmatik Olayların Dağılımı	51
Tablo 12 Sığınmacıların Tanık Oldukları Travmatik Olayların Dağılımı	52
Tablo 13 Sığınmacıların En Çok Etkilendikleri Travmatik Olayların Dağılımı...53	
Tablo 14 TSSTÖ Semptom Yüzdeleri.....	55
Tablo 15 Cinsiyet, Medeni Durum, Öğrenim ve İşe Göre TSSTÖ Skorları.....	56
Tablo 16 Cinsiyet, Medeni Durum, Düzenli İş ve Yapılan İşe Göre TSSB Varlığı.....	57
Tablo 17 TSSB Tanısına Göre Yaş, Gelir ve Sığınmacılık Süresi.....	57
Tablo 18 TSSB Varlığına Göre Türkiye'deki Yaşamları Hakkında Düşünceleri.....	58

Tablo 19 TSSB Durumuna Göre "Geleceğinizi Nasıl Görüyorsunuz".....	58
Tablo 20 Psikiyatrik Bozukluk Öyküsüne Göre TSSB Varlığı	59
Tablo 21 TSSB Varlığına Göre Travma Sayıları.....	59
Tablo 22 Yaşanılan Travma Çeşidine Göre TSSB Varlığı.....	60
Tablo 23 Lojistik Regresyon Analizinde TSSB İçin Risk Faktörleri	61
Tablo 24 Depresyon Sıklığı ve Derecesi	62
Tablo 25 Cinsiyet, Medeni Durum, Düzenli İş Durumu ve Yapılan İşe Göre Depresyon Varlığı.....	63
Tablo 26 Depresyon Tanısına Göre Yaş, Gelir ve Sığınmacılık Süresi.....	63
Tablo 27 Depresyon Varlığına Göre Türkiye'deki Yaşamları Hakkında Düşünceleri.....	64
Tablo 28 Depresyona Durumuna Göre "Geleceğinizi Nasıl Görüyorsunuz".....	64
Tablo 29 Psikiyatrik Bozukluk Öyküsüne Göre Depresyon Varlığı	65
Tablo 30 Depresyon Varlığına Göre Travma Sayıları.....	65
Tablo 31 Yaşanılan Travma Çeşidine Göre Depresyon Varlığı.....	66
Tablo 32 Lojistik Regresyon Analizinde Depresyon İçin Risk Faktörleri	68
Tablo 33 TSSB ve Depresyon Birlikteliği.....	69

V. ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 1. Evren ve Örnekleme Akış Şeması.....	38
Şekil 2. TSSTÖ Puanları Histogram Grafiği	54
Şekil 3. Sığınmacıların TSSB Dereceleri.....	54



VI. KISALTMALAR VE SİMGELER LİSTESİ

ABD	Amerika Birleşik Devletleri
ACTH	Adrenokortikotropik Hormon
BDE	Beck Depresyon Envanteri
BMMYK	Birleşmiş Milletler Mülteciler Yüksek Komiserliği
CRH	Kortikotropin Salgılatıcı Hormon
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
HAM-D	Hamilton Depresyon Ölçeği
HPA	Hipotalamus-hipofiz-adrenal Aksı
HPT	Hipotalamus-Hipofiz-Tiroid Aksı
ICD	International Classification of Diseases
OKB	Obsesif-Kompulsif Bozukluk
PTSD	Post Traumatic Stress Disorder
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
SSRI	Selektif Serotonin Gerilim İnhibitörleri
TSA	Trisiklik Antidepresan
TSSB	Travma Sonrası Stres Bozukluğu
TSSTÖ	Travma Sonrası Stres Tanı Ölçeği

VII. TEŞEKKÜR

Asistanlık eğitimim süresince bilgi ve deneyimlerini benimle paylaşan, zorda kaldığım zamanlarda yardımlarını esirgemeyen saygıdeğer hocalarım Prof. Dr. Tacettin İnandı'ya, Prof. Dr. Nazan Savaş'a, Yrd. Doç. Dr. Evrim Arslan'a teşekkür ederim.

Gerek asistanlık sürecinde gerekse araştırma çalışmam boyunca bana destek ve özverisini esirgemeyen, değerli hocam, tez danışmanım Prof. Dr. Tacettin İnandı'ya teşekkürü bir borç bilirim.

Uzmanlık eğitimim süresi boyunca iyi ve kötü günlerimizde birbirimize destek olup sırt sırta verdiğimiz halk sağlığı asistan grubuma teşekkür ederim.

Belki de hayatımın en uzun ve en yorucu dönemi olan asistanlık eğitimi sürecinde desteklerini esirgemeyen babam Nazım Yeniçeri'ye, annem Yurdagül Yeniçeri'ye, kardeşlerim Ayşegül ve Gönül'e, tüm bu zor zamanlar içerisinde beni hiç yalnız bırakmayan, hayatı benim için daha anlamlı kılan tatlı oğlum Yavuz Selim Yeniçeri'ye ve biricik eşim Sultan İnci Yeniçeri'ye sonsuz teşekkürler.

Dr. Arif YENİÇERİ
Hatay / 2017

VIII. ÖZET

Amaç: Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB) ve depresyon, travmatik olaylar, felaketlerden sonra en sık çalışılan ve muhtemelen en sık görülen psikiyatrik bozukluklardır. Bu çalışma ile Türkiye'ye sığınan ve Hatay il sınırları içerisinde kamp dışında yaşayan Suriyeli sığınmacılarda TSSB ve depresyon prevalansını saptamak ve çeşitli sosyodemografik değişkenler ile ilişkisini araştırmak amaçlanmıştır.

Yöntem: Kesitsel nitelikteki bu çalışma 2017 yılında Hatay'da yaşayan 18-65 yaş arası Suriyeli sığınmacılarda yapıldı. Çalışmanın evreni 18-65 yaş arası yaklaşık 200.000 Suriyeli sığınmacı olup, çalışmanın örnekleme çok aşamalı örnekleme yöntemi ile seçilen 780 kişi ile görüşüldü. Katılımcılara Sosyodemografik Özellikler, Travmatik Olaylar Listesi, Travma Sonrası Stres Tanı Ölçeği (TSSTÖ) 3. Bölüm ve Beck Depresyon Enventeri (BDE) bölümlerinden oluşan anket uygulanarak, TSSB ve depresyon varlığı değerlendirildi. Analizlerde Ki-Kare, Mann Whitney-U, Kruskal Wallis ve lojistik regresyon testleri kullanıldı ve $p<0,05$ önemli kabul edildi.

Bulgular: Çalışmaya alınan Suriyeli mültecilerde TSSB prevalansı %81,5 olarak bulundu. TSSB, erkeklerde, evli olanlarda, ileri yaştakilerde, sığınmacılık süresi daha kısa olanlarda, geçmişinde psikiyatrik hastalık öyküsü olanlarda ve maruz kaldığı travma sayısı fazla olanlarda daha sık görüldü ($p<0,05$). Sığınmacılarda depresyon prevalansı %71,9 bulundu. Depresyon, erkeklerde, boşanmış/ayrı yaşayan/eşi ölmüşlerde, çalışmayanlarda, ileri yaştakilerde, düşük gelirlielerde, geçmişinde ve ailesinde psikiyatrik hastalık öyküsü olanlarda daha yüksek bulundu ($p<0,05$).

Sonuçlar: TSSB ve depresyon Suriyeli sığınmacılarda çok yaygın görülen önemli bir halk sağlığı sorunudur. Travmanın yanı sıra bazı sosyodemografik değişkenlerle ilişkilidir. Erken tanı konulmaması ve gerekli müdahalelerin yapılmaması durumunda toplumun geleceğini tehdit eden sonuçlar doğuracaktır.

Anahtar Kelimeler: Travma Sonrası Stres Bozukluğu, Depresyon, Sığınmacı, Suriye

IX. ABSTRACT

Aim: The aim of this study is determine prevalence of PTSD and depression, evaluate process and research associations with different sociodemographic factors in Syrian refugees.

Methods: This sectional study was conducted between the ages of 18-65 in Syrian refugees that live in Hatay in 2017. This study population is almost 200.000 Syrian refugees between the ages of 18-65 study sample 780 persons that chosen by multi-stage sample method. Presence of PTSD and depression of participant was evaluated by a survey that has chapters including sociodemographic features, traumatic events list, Post Traumatic Diagnostic Scale part III and Beck Depression Inventory. In the analyzes, Chi-Square, Mann Whitney-U, Kruskal Wallis and logistic regression tests were used and $p < 0.05$ is accepted important.

Results: Prevalence of PTSD was found %81,5 in Syrian refugees that participated in this study. Male gender, being married, old age, duration of asylum, pscyhiatric disease history of themselves, number of trauma exposed were associated with PTSD ($p < 0.05$). Prevalence of depression was found %71,9 in asylum seekers. Male gender, being divorced/live seperated/ death partner, not have a job, old age, low income, pscyhiatric disease history of themselves and pscyhiatric disease history of their families were associated depression ($p < 0.05$).

Conclusion: PTSD and depression are an important public health problem that is very common in Syrian asylum seekers. In addition to trauma, they are associated with some sociodemographic variables. If quick interventions are not taken, it will result in threats to the future of the society.

Key words: Posttraumatic Stress Disorder, Depression, Asylum seeker, Syria

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Sağlık bedensel, ruhsal ve sosyal olarak tam bir iyilik hali olarak tanımlanmaktadır (1). Günümüzde ruh sağlığı genel sağlığın ayrılmaz bir parçası olarak kabul edilmektedir. Ruh sağlığının tanımını yapmak hastalığın tanımını yapmaktan güçtür. Freud'a göre "ruh sağlığı: çalışmak ve sevmektir". Kendini ve çevreyi gerçekçi bir biçimde algılayabilme, gerçekçi olarak değerlendirebilme, kendine güvenme, kendine saygı duyma, kendini sevme ve kendisi ile barışık olma, aynı şekilde başkalarını da anlayabilme, sevme ve sayma, çevresine gerçekçi bir biçimde güvenme; kişiler arası ilişkilerde doyum sağlayabilme, gerektiğinde başkalarına ilişkin sorumluluklar yüklenebilme, yaşadığı toplumun kültürel, sosyal, ekonomik normlarına uyabilme; uymadığında çevreyi rahatsız etmeden bunu çözebilme ruhsal sağlığın iyi olduğunu gösteren belirteçler olabilir (2).

Ruh sağlığını, ideal durumdan ağır ruh hastalıklarına kadar varan geniş bir yelpaze içinde değerlendirmek gerekir. İdeal durumun ruh sağlığının pozitif ucunu oluşturduğunu varsayarsak, ağır ruh hastalıkları da negatif ucunu tanımlamaktadır. Kişide ağır ruh hastalıklarının bulunmayışı kişinin ruh sağlığının iyi olduğu anlamına gelmemektedir. Ancak sosyal, ekonomik, kültürel yönlerden de iyi olma hali, toplumsal barış, sosyal destek, güvenli kültür, savaşların olmaması, toplumsal şiddetin önlenmesi, kişinin kendinin bulunduğu toplumda huzur ve güven içinde hissetmesi ile ideal ruh sağlığının iyi olabileceği ve pozitif değerlere yükselebileceği söylenebilir.

Ruh sağlığı, yalnızca psikiyatrinin kalıpları içinde ele alınabilecek bir kavram değildir. Sosyal, kültürel, ekonomik, siyasal, genel sağlık sorunları vb. pek çok alanı ilgilendirir ve önemli bir halk sağlığı sorunudur.

Ruh sağlığı bozukluklarının oluşmasında altta yatan temel etkenlerden en 6nemlisi toplumsal barışın olmaması ve savaşlardır. Koruyucu hekimlik kapsamında ve halk sağlığı bakış açısıyla ilk yapılması gereken toplumsal barışın sağlanması, savaşların bitirilmesi ve kişilerin yaşadıkları insan kaynaklı travmaların sonlandırılmasını sağlamaktır. Travmalar devam ettiği s6rece ruhsal bozuklukların giderek artan sıklıkta ve 6n6 alınamayan daha b6y6k yıkımlara yol açacağı s6ylenbilir.

Ruh sağlığı bozuk kişilerde, hastalıklarının farkına varmama, toplum tarafından damgalanma korkusu, sağlık imkanlarına ulaşamama vb. nedenlerle sağlık kuruluşuna başvurmayan oldukça b6y6k bir kesim bulunmaktadır. Yapılacak olan toplum tabanlı taramalarla ruh sağlığı bozuk olan bireylere ulaşılıp tespit edilmesi, hastalığın erken evrede yakalanması, bu kişilerin gerekli rehabilitasyonlarının yapılması ve sosyal desteklerinin artırılması ile daha b6y6k kayıpların 6n6ne geçilebilir.

Ruh sağlığı ile ilgili sorunlar sıklıkla g6r6lmeleri, yeti kaybı ile sonulanabilmeleri ve ekonomik kayıplara neden olabilmeleri nedeniyle toplumsal açıdan b6y6k bir 6neme sahiptir. D6nya Sağlık 6rg6t6'ne (DS6) g6re k6resel d6zeyde hastalık y6k6n6n %12,3'6n6 ruh sağlığı ile ilgili sorunlar oluşurmaktadır (1). T6rkiye'de de saha araştırmaları ruh sağlığı bozukluklarının yaygınlığının %20 dolayında olduğuna işaret etmektedir (3).

Ruhsal bozukluklar toplumda yaygın olarak g6r6lmeleri, kronikleşme eğilimi g6stermeleri, en az diyabet, hipertansiyon ve artrit gibi bedensel hastalıklar kadar yeti kaybı ile sonulanabilmeleri ve iş g6c6-iş g6n6 kayıplarına neden olmaları nedeniyle 6ncelikle ele alınması zorunlu hastalıklardandır (4). DS6 verilerine g6re şizofreni yıllık insidansı %1,0, ağır depresyon yaşam boyu prevalansı %10,0, anksiyete bozuklukları ve strese bağlı bozuklukların yaşam boyu prevalansı %14,6 olup, 2020 yılına kadar maj6r depresyonun yeti kaybı nedenleri arasında kalp hastalıklarının peşinden geleceği 6ng6r6lmektedir (5).

Psikolojik travma, kişilerin gerçek bir ölüm ya da ölüm tehdidi, ağır bir yaralanma ya da başkalarının fizik bütünlüğüne bir tehdit olayını yaşaması, böyle bir olaya tanık olması ya da böyle bir olayla karşılaşması ve bu olaylar karşısında kişinin aşırı korku, çaresizlik ve dehşete düşmesi olarak tanımlanabilir (6-8). Deprem, sel, kasırga gibi doğal afetlerin yanı sıra; trafik kazaları, saldırı, intihar, hastalanma, bir yakını kaybetme, iflas, tutuklanma, insan eliyle oluşturulmuş travmatik yaşantılar denilebilecek tecavüz, işkence, terör saldırıları gibi olaylar travmatik olaylar arasındadır (9). Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB) travmatik olaylar ve felaketlerden sonra en çok çalışılan ve en sık görülen psikiyatrik bozukluktur (10).

Mülteciler, ülkelerini kendi istekleri dışında çeşitli sebeplerle terk etmek zorunda kalan kişilerdir. Savaş, etnik çatışmalar, sivil çatışmalar, baskıcı ve otoriter rejimler, doğal afetler ve çevresel sorunlar mülteci akımı oluşturan temel sebeplerdir (11). Birleşmiş Milletler Mülteciler Yüksek Komiserliği'nin (BMMYK) 1951 tarihli "Mültecilerin Statüsüne İlişkin Sözleşmesi", bir mülteciyi, "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 her şahıs" olarak tanımlar (12). Mültecilik dünya genelinde giderek artan bir problem haline gelmiştir. BMMYK verilerine göre dünya genelindeki mülteci sayısının 2012 yılı sonunda 45,2 milyona ulaştığı ve mültecilerin ülkelerini terk etme nedenleri arasında savaşların birinci sırada olduğu görülmektedir (13). Mültecilerin çoğu, gelişmekte olan bir ülkeden gelişmekte olan bir diğer ülkeye gitmektedir. Mültecilerin %17'sinden azı gelişmiş batı ülkelerine gidebilmektedir (14). Savaşlar nedeni ile ülkelerini terk etmek zorunda kalan mülteciler çok sayıda travma yaşamış olarak kabul edilirler (15). Savaş yaşayan mültecilerde yapılan çalışmalarda sık görülen psikiyatrik bozuklukların TSSB ve depresyon olduğu gösterilmiştir (16).

Daha önce yapılan çalışmalarda savaş sonrası TSSB sıklığı %4,4 ile %86,0 arasında değişmektedir (10, 17, 18). Bosnalı mülteciler ile yapılan çalışmada TSSB oranı %26,3 (19), Kosovalı mültecilerle yapılan iki çalışmadan birinde %65,0, diğerinde %60,5; savaş alanında bulunmuş Bosnalı kadınlarla yapılan diğer bir

çalışmada %71,0 olarak tespit edilmiştir (15, 20, 21). İsveç de bulunan Iraklı mültecilerle yapılan çalışmada TSSB oranı %37,0 olarak bulunmuştur (22).

Suriye’de çatışmaların başladığı zamandan bu yana, şiddet ve yaşam sorunları nedeniyle milyonlarca sivil komşu ülkelere sığınmıştır. Türkiye, Ürdün, Lübnan, Irak ve Ermenistan dahil toplamda 4 milyonun üzerinde Suriyeli komşu ülkelere sığınmıştır. Ayrıca Suriye içinde 7 milyona yakın kişi yerinden edilmiştir (23). Suriyeli sığınmacıların en fazla göç ettiği ülke Türkiye’dir. Türkiye Cumhuriyeti İçişleri Bakanlığı Göç İdaresi verilerine göre Türkiye’deki kayıtlı Suriyeli sığınmacı sayısı 2.854.968’dir ve bu sığınmacıların 379.516’sı Hatay’da yaşamaktadır (24). Türkiye’deki sığınmacıların 260.320’si, Hatay’dakilerin 19.484’ü kamplarda yaşamaktadır. Bu çalışmada Hatay’da kamp dışında yaşayan Suriyeli sığınmacılarda TSSB ve depresyon prevalansını saptamayı ve bazı sosyodemografik değişkenlerle ilişkisini saptamayı amaçladık.

2. GENEL BİLGİLER

2.1 Travma Sonrası Stres Bozukluğu

2.1.1 Tanım

TSSB, Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı-IV (DSM-IV) "Gerçek bir ölüm ya da ölüm tehdidi, ağır yaralanma, bireyin fiziksel bütünlüğünü tehdit eden bir durumla karşılaşması, böyle bir duruma tanık olma gibi ağır travmatik olaylardan sonra ortaya çıkabilen, özgül belirtilerle kendini gösteren bir tablo" olarak tanımlanmaktadır. Travmatik olaylar; işkence, savaş, saldırı, tecavüz, bombalama, yangın, doğal afetler (deprem, su baskını, fırtına vb.), çeşitli kazalar (iş kazaları, trafik kazaları) olarak belirtilmiştir. TSSB tanısı için belirtilerin en az bir ay sürmesi ve bu bozukluğun klinik açıdan önemli sıkıntıya ya da sosyal, mesleki ve diğer alanlardaki işlevselliğin bozulmasına neden olması gerekir (8).

TSSB'de belirtilerin süresi 1-3 ay arasında ise "akut", 3 aydan daha uzun ise "kronik" olarak nitelenir. Eğer belirtiler, travmatik yaşantılardan 6 ay sonrasında ortaya çıkmış ise "geç başlangıçlı" TSSB olarak tanımlanır (8).

2.1.2 Tarihçe

TSSB'nin ilk tanımlanması 19. yüzyılda yaşanan travmatik olaya yanıt olarak daha çok savaş sonrası, savaşa bağlı olarak geliştiği düşünülen belirtilerin askerlerde görülmesi ile olmuştur. Jacob Da Costa 1871'de "İrritabl Kalp Üzerine" isimli yazısında; Amerika iç savaşlarında savaşan askerlerde çarpıntı, anksiyete, nefes darlığı ve aşırı uyarılmışlık belirtileriyle giden "Savaş Stres Reaksiyonu"nu tanımlamış ve sonrasında bu duruma "Asker Kalbi" ya da "Da Costa" sendromu

denmiştir (25). Prof. Octave Laurent 1914 yılında Türk-Bulgar Savaşı sonrasında "Commotio Cerebrospinale" terimi ile savaş stres reaksiyonuna benzer bir tabloyu tanımlamıştır (26). Birinci Dünya Savaşı sonrası bazı askerlerde; şiddetli titreme, sabit bakan gözler, mavi soğuk ekstremiteler, açıklanamayan körlük, felç gibi belirtiler gözlenmiş ve bu durum "Şarapnel Şoku" olarak adlandırılmıştır (27, 28). İkinci Dünya Savaşı, Hiroşima ve Nagazaki'de atom bombası sonrasında hayatta kalanlarda benzer belirtiler gözlenmiş ve "Savaş Nevrozu veya Operasyonel Yorgunluk" olarak adlandırılmıştır (29). 1900'lü yıllarda bu belirtiler Amerikalı psikoanalistler tarafından "Savaş Nevrozu" olarak tanımlanmıştır (30). Bu bilgilerin ışığında, travma sonrasında yaşanan belirtiler 1952'de "Tahammül Edilemez Stres Reaksiyonları" olarak DSM-I'de tanımlanmış, 1968 yılında DSM-II'de ise travmaya karşı gelişen tepkiler erişkin yaşamda uyum bozukluğu olarak tanımlanarak "Geçici Ruhsal Bozukluk" olarak adlandırılmıştır (26).

TSSB esas olarak Vietnam savaşı sonrası kullanılmaya başlayan bir tanı olup ilk kez 1980'de DSM-III'te yer almıştır. DSM-III'te yer alan "gösterilebilen bir stres yaratıcı etkenin, hemen herkeste önemli derecede sıkıntı belirtilerine yol açması" ölçütü, geliştirilerek "olağan insan yaşamı dışında kalan ve hemen herkes için önemli sıkıntı kaynağı olabilecek bir olay yaşanması" ölçütüne DSM-III-R'de dönüştürülmüştür. DSM-IV'te ise bu ölçütün sınırları daha belirginleştirilerek yukarıda belirtilen son şeklini almıştır. DSM-III'te TSSB tanısı konabilmesi için belirtilerin en az 6 ay süreyle devam etmesi koşulu varken, bu süre DSM-III-R'de 1 aya indirilmiştir. DSM-IV'te de süre aynı kalmış ve akut, kronik, geç başlangıçlı tipleri tanımlanmıştır (31, 32).

2.1.3 Epidemiyoloji

Travma maruziyeti oldukça yaygındır (33). İnsanların hayatları boyunca travmatik bir olaya maruz kalması neredeyse kaçınılmazdır. 2012 Dünya Afet Raporu'na göre 2002-2011 yılları arasında 6,925 afet (doğal afetler, taşıma kazaları, iş kazaları, çeşitli kazalar) yaşandığı ve bu afetlerde etkilenen insan sayısının 2.684.329.000 olduğu belirtilmiştir (34). Erkeklerin %60,7'si, kadınların %51,2'sinin

hayatları boyunca en az bir travmatik olay yaşadıkları rapor edilmiştir (35, 36). Erkekler yangın, kaza, fiziksel saldırı, kaçırılma, tehdit ve savaş gibi travmalara daha sık maruz kalırken, kadınlar cinsel travmalar ve çocukluk çağı kötüye kullanımı ile daha sık karşılaşmaktadırlar (36). TSSB görülme sıklığı kadınlarda erkeklere göre daha siktir ve TSSB'nin kadınlarda erkeklere göre iki kat daha sık geliştiği bildirilmiştir (37, 38). Pinatubo Dağı volkanik patlamasından 6 yıl sonra yapılan bir çalışmada, TSSB'nin %27,6 ile en sık görülen psikiyatrik bozukluk olduğu saptanmıştır (39).

TSSB yaygınlığı toplumlar arasında belirgin farklılıklar gösterir. Toplum temelli çalışmaların TSSB sıklığını ve risk faktörlerini saptamak açısından önemli olduğu ve klinik toplumdan alınan bilgilere dayanan çalışmaların normal toplumu temsil edemeyeceği düşünülmektedir (40). Toplum temelli yapılan çalışmalarda Çin'de %0,3, Yeni Zelanda'da %6,1, Amerika'da %6,8'lik TSSB oranları bildirilmiştir (41, 42). Risk altındaki gruplarla (Vietnam savaşına katılan askerler, cinsel tecavüze uğrayanlar, deprem mağdurları, silahlı saldırıya uğrayan okul çocukları) yapılan çalışmalarda TSSB sıklığının %3 ile %80 arasında değiştiği tespit edilmiştir (43). Yapılan bazı çalışmalarda TSSB'nin sadece afet kurbanlarını etkilemediği ayrıca kurtarma ekiplerini de etkilediği belirtilmiş ve afet kurbanlarında %30-40, kurtarma ekiplerinde %10-20 arasında TSSB oranları tespit edilmiştir (44-46). Başka bir çalışmada polis, itfaiye ve acil servis çalışanlarında TSSB oranının %6-32 arasında olduğu bildirilmiştir (47). New York'ta ki 11 Eylül terör saldırısından sonra ölüm tehlikesi yaşayanlarda, işini, iş arkadaşlarını veya arkadaşlarını kaybedenlerde TSSB gelişme riskinin normal topluma göre daha yüksek olduğu bildirilmiştir (48-51). Savaş insanların bildiği en şiddetli stresörlerden biridir. Vietnam savaşı bittikten 15 yıl sonra Vietnam gazileri ile yapılan bir çalışmada TSSB oranı %15,0 olarak tespit edilmiştir (52). Körfez savaşına katılan askerler ile yapılan başka bir çalışmada TSSB oranı %12,1 olarak bulunmuştur (53).

Türkiye'de yapılan çalışmaları ele aldığımızda; birincisi Marmara depreminden sonra İzmit'te yapılan toplumu kapsayan çalışmada yaşam boyu %14,6, çalışmanın yapıldığı dönemde %11,7 TSSB oranları bildirilmiştir (54). İkincisi

Adana-Ceyhan depreminden sonra 105 kişinin katıldığı çalışmada depremden bir ay sonraki TSSB oranı %42,0, bir yıl sonraki TSSB oranı %23,0 olarak bulunmuştur (55). Üçüncüsü 17 Ağustos 1999 depreminden sonra yapılan 464 kişinin katıldığı 20 aylık izlem çalışmasında; depremden sonra 1-3 ay arasında %30,2, 6-10 ay arasında %26,9 ve 18-20 ay arasında %10,6 TSSB sıklığı tespit edilmiştir (56).

TSSB gelişimi açısından herhangi bir cinsiyet, yaş grubu ya da etnik grubun daha fazla risk altında olmadığını bildiren bir çalışma olsa da beyaz ırkın, kadınların, yaşlıların TSSB gelişimi açısından daha fazla risk altında olduğunu bildiren çalışma sayısı daha fazladır (57-60). Doğal afetler sonrası TSSB gelişme olasılığı, insan eliyle yol açılan travmalardan daha düşük olduğu belirtilmektedir (46). Bazı çalışmalar istismara uğramış ve doğal afet yaşamış çocukların TSSB için yüksek risk altında olduklarını ve yetişkinlere göre TSSB sıklığının daha yüksek olduğunu bildirmişlerdir (41). Silahlı saldırıya uğrayan ve deprem mağduru çocuklarda yapılan iki çalışmada; TSSB sıklığı sırasıyla %58,4 ve %70,2 olarak bildirilmiştir (61, 62).

2.1.4 Etiyoloji ve Patofizyoloji

Travmatik bir olaydan sonra kimlerde TSSB gelişeceğini tam olarak tahmin etmek oldukça zordur ancak TSSB oluşumunu ve sürmesini etkileyen faktörleri araştıran çok sayıda çalışma vardır (63, 64). Bu çalışmaların ışığında TSSB etiyojisi ve patofizyolojisi; TSSB için risk faktörleri, biyolojik faktörler, psikolojik faktörler ve genetik faktörler şeklinde sınıflandırılıp değerlendirilebilir.

2.1.4.1 TSSB Risk Faktörleri

TSSB risk faktörlerini değerlendiren kapsamlı ve sistematik iki derlemede 14 faktör TSSB ile zayıf da olsa pozitif anlamda ilişkilendirilmişlerdir (63, 64).

Travma Öncesi Risk Faktörleri

- Kadın olmak
- Düşük sosyoekonomik durum
- Düşük eğitim seviyesi
- Azınlık statüsünde olmak
- Tekrarlayan travmalara maruziyet
- Ailede psikiyatrik hastalık öyküsü

Peritratmatik Risk Faktörleri

- Travma şiddeti
- Algılanan hayati tehlike
- Peritratmatik emosyon
- Peritratmatik dissosiyasyon

Travma Sonrası Risk Faktörleri

- Sosyal desteğin düşük olması
- Travma sonrası yaşam stresörleri

2.1.4.2 Biyolojik Faktörler

TSSB etyolojisinde nörobiyolojik faktörlerle ilgili çalışmalar artarak devam etmektedir. TSSB hastalarında nörobiyolojik faktörler olarak nöroendokrin, nörokimyasal ve nöroanatomik faktörler üzerinde durulmuştur.

2.1.4.3 Nöroendokrin Faktörler

1-Hipotalamus-hipofiz-adrenal aksı (HPA): Strese yanıtta asıl rolü HPA oynar ve bu nedenle TSSB hastalarında bu sisteme daha çok odaklanılmıştır. HPA aktivitesi aslında beyinde birçok bölge tarafından düzenlenmektedir. Bunlar amigdala ve hipokampus gibi limbik sisteme ait yapılar ve prefrontal kortekstir. Hipokampus, HPA aktivitesinin negatif geri bildirim mekanizması yolu ile inhibisyonu veya aktivasyonunda en büyük rolü oynar. Stres yapıcı bir faktör,

hipotalamus periventriküler nükleus (PVN) nöronlarından, kortikotropin salgılatıcı hormon (CRH) ve vazopresin üretimini ve salınımını başlatır. Bu salgıların hipofiz ön lobu kortikotrop hücrelerini etkilemesinin ardından kortikotrop hücrelerinden genel dolaşıma adrenokortikotropik hormon (ACTH) salınımı başlar. ACTH sürrenal kortekse etki ederek glukokortikoidlerin sentezini ve salınımını artırır. Glukokortikoid seviyesi yükseldiği zaman ise hipotalamus, hipokampustaki ve hipofizdeki kortikosteroid reseptörler yoluyla CRH ekspresyonunu baskılar. Bu negatif geri bildirim HPA ekseninin aktivitesinin durmasında büyük önem taşır (65-67).

TSSB tanısı alan savaşa katılan askerler ile yapılan bir çalışmada idrar ve kan kortizol seviyeleri düşük saptanmış ve bu şaşırtıcı bulgu için TSSB tanısı almış soykırımdan hayatta kalmışlarda, mültecilerde ve istismara uğramış kişilerde çalışmalar yenilenmiş ve tutarsız bulgular elde edilmiştir (68). Bu tutarsız bulguların nedeninin travmanın şiddeti, zamanı ve hastaların; belirti ve bulguları, komorbid durumları, kişilik yapısı ve genetiğine bağlı olabileceği öne sürülmüştür (69). TSSB hastalarında yapılan düşük doz deksametazon supresyon testi çalışmaları ile TSSB hastalarındaki hipokortizolizmin nedeni artmış geri besleme inhibisyonuna bağlanmış ve bu bulgu TSSB hastalarında glukokortikoid reseptörlerindeki sayı, bağlama kapasitesi ve fonksiyon artışı bulguları ile desteklenmiştir (68). Bu ve benzeri çalışmalar göz önüne alındığında travmaya maruz kalındığı zamanda düşük kortizol seviyesinin TSSB gelişmesinde belirleyici rol alabileceği öne sürülmüştür (70).

2-Hipotalamus-hipofiz-tiroid aksı (HPT): Travma sonrasında bazen tiroid hormon anormallikleri olduğu görülmüş ve bu nedenle HPT aksının stresle ilgili sendromlarda rol alabileceği düşünülmüştür. TSSB tanısı alan Vietnam gazileri ile yapılan bir çalışmada tiroksin (T4) ve triiyodotironin (T3) hormonları yüksek olarak bulunmuş ancak II. Dünya Savaşı gazileri ile yapılan başka bir çalışmada T3 yüksek, T4 normal olarak tespit edilmiştir (71, 72).

2.1.4.4 Nörokimyasal Faktörler

Nörokimyasal faktörler; ketokolamin regülasyonunda anormallikler, serotonin, aminoasit, peptit ve opiyat reseptörlerinin regülasyonu ve geri alımındaki anormallikler olarak sayılabilir.

Dopamin ve norepinefrin , tirozin aminoasidinden sentezlenen ketokolaminler olarak bilinir. Travma sonrasında idrarda dopamin ve dopamin metabolitlerinin arttığı rapor edilmiştir (73). TSSB hastalarında yüksek kan basıncı, artmış kalp hızı, artmış elektromyografik aktivite ve artmış ter bezi aktivitesi saptanmış ve bu bulgular norepinefrine bağlanmıştır. Bu düşünce TSSB tanısı almış savaş gazileri, istismara uğramış kadınlar ve çocuklarda artmış idrar norepinefrin ve norepinefrin metaboliti saptanarak desteklenmiştir (74, 75).

Serotonin, triptofan aminoasidinden sentezlenen bir nörotransmitterdir. Travma sonrası strese yanıtta CRH ve norepinefrin ile koordineli bir şekilde etki ettiği düşünülmektedir (65, 76). TSSB hastalarında ki dürtüsellik, düşmanca tutum, sinirlilik-saldırganlık, depresyon ve intihar davranışları serotonin ile ilişkilendirilmiş ve TSSB hastalarında kullanılan selektif serotonin geri alım inhibitörlerinin terapötik etki göstermesi ile serotoninin direk olmasa da TSSB’de rol aldığı desteklenmiştir (77). Ek olarak bir α 2- adrenerjik reseptör antagonisti olan yohimbin ve serotonerjik bir ajan olan m-klorofenilpiperazin uygulamaları ile Vietnam gazilerinde TSSB belirtileri uyarılabılmıştır (78, 79). Bu bulgular, TSSB olgularında noradrenerjik ve serotonerjik sistemlerin regülasyonunda değişiklikler olduğunu düşündürmektedir.

Gama-amino butirik asit beyindeki temel inhibitör aminoasittir. GABA’nın anksiyolitik etki gösterdiği bilinmekte ve TSSB hastalarında bu etkinin nispeten anormallikler gösterdiği ancak bu konuda kesin ifadeler kullanmak için henüz erken olduğu düşünülmektedir (74). Glutamat ise beyinde eksitatör olarak görev alan bir aminoasittir. TSSB hastalarındaki derealizasyon ve dissosiasyon belirtileri glutamatın N-metil D-aspartat reseptörleri ile ilişkilendirilmiştir (74).

Nöropeptid Y'nin strese karşı cevapta CRH/NE sirkülasyonunu inhibe ettiği gösterilmiştir. NPY düşüklüğünün ise strese karşı cevabın bozulmasına ve TSSB gelişimine neden olabileceği düşünülmektedir (80).

TSSB hastalarında gözlenen ağrıya karşı duyarsızlık ve dissosiasyon belirtileri endojen opiatlara bağlanmış ve bir çalışmada; opioid antagonisti naloksan verildiğinde ağrıya karşı olan duyarsızlığın azaldığı saptanmıştır (81).

2.1.4.5 Nöroanatomik Faktörler

TSSB hastalarında hipokampus hacminde ve aktivitesinde azalma olduğu ve bunun strese karşı cevapta bozulmaya neden olduğu öne sürülmüştür (82-85). TSSB hastalarındaki hipervijilans ve aşırı irkilme tepkileri amigdalaadaki aktivite artışına bağlanmıştır (86, 87).

TSSB hastalarında prefrontal korteks hacminin azaldığı ve bunun yürütücü işlevlerde bozulmaya neden olduğu ileri sürülmüştür (88).

2.1.4.6 Psikolojik Faktörler

Travma sonrası stres belirtilerini açıklamaya yönelik kurumsal yaklaşımlar mevcuttur.

1. Klasik Koşullanma: Korkutucu olmayan bir uyarıcının (koşullu uyarıcı) doğal olarak korkutucu bir uyarıcı ile eşleştirilmesi (koşulsuz uyarıcı) neticesinde nötr özelliğini kaybederek korku verici özellik kazanması ve korku tepkisi oluşturması olarak tanımlanır. Örneğin ses, ışık gibi korkutucu özelliği olmayan uyarılar şok gibi bir koşulsuz uyarıcı ile eşleştirildiğinde nötr uyarıcı, itici uyarıcı özelliğine dönüşmektedir (89).

2. Mowrer'in İki Aşamalı Kuramı: Mowrer, klasik ve edimsel koşullanma kuramlarını bir araya getirmiş, "İki Aşamalı Öğrenme Kuramı'nı" ortaya atarak korkuları açıklamaya çalışmıştır. Bu kurama göre, klasik koşullanma nedeniyle öğrenilen ya da kazanılan korkunun pekişmesindeki neden kaçınma davranışları ve edimsel koşullanmayla devam etmesidir. Klasik koşullanma korkunun edinilmesindeki ilk aşamadır ve Mowrer tarafından "İşaret Öğrenme" olarak adlandırılmıştır. İkinci aşamada ise kişi, koşullu uyarıcıdan uzak durduğunda bu uyarıcıya karşı verdiği korku tepkisinin azaldığını keşfeder ve bu azalmada uyarıcıdan uzaklaşmanın olumlu bir durum olarak algılanmasına neden olur. Sonuç olarak koşullu uyarıcıdan kaçınma davranışı kişi tarafından olumlu olarak algılandığından zamanla kaçınma korku ile bütünleşerek korkunun bir parçası haline gelmektedir. Bu son aşamaya ise Mowrer tarafından "Çözüm Öğrenme" adını verilmiştir. Çözüm öğrenme Skinner'in edimsel koşullanma adını verdiği süreçtir. Çözüm öğrenme klasik koşullanma yoluyla meydana getirilen olumsuz duygulardan kurtulabilmek için kaçınma gibi birtakım davranışları öğrenmeyi kapsamaktadır (90-94).

3. Bilişsel Model: TSSB'nin bilişsel modelini geliştiren Ehlers ve Clark'a göre kronik TSSB'nin ortaya çıkması, kişilerin travmayı ve travma sonrasında ortaya çıkan olguları değerlendirme biçimleriyle, olaya ait bellekteki travmatik anıların doğası ve bu travmatik anıların diğer otobiyografik bellekte bulunan diğer anılarla etkileşiminin nasıl olduğuyla ilişkili görünmektedir. Travma sonrasında sıkıntı yaşayan kişiler, travmatik yaşantıyı belirli bir zaman diliminde yaşanmasına rağmen kişinin geleceğine bütünsel olarak olumsuz etkide bulunacak bir olay olarak değerlendirmektedirler. Travmatik olay kişiler tarafından "yaşanmış/geçmişte kalmış" olarak nitelendirilmediğinde bu travmatik olay "her an tehdit oluşturan bir olay" olarak algılanmaya devam eder hale gelir, genel olarak ya "Dünya tehlikeli bir yerdir." şeklinde dışsal ya da "Ben başa çıkamıyorum, gelecekte de başaramayacağım." şeklinde içsel olarak tanımlanır (95).

4. Davranışçı Model: Korkutucu uyarıcı ile nötral uyarıcının birlikteliğinde klasik koşullanma yoluyla korku kazanıldıktan sonra tek başına nötral uyarıcı ile

karşılaştığında yine korku ve anksiyetenin yaşanması olarak tanımlanabilir. Koşullanılmış uyarılara eşlik eden anksiyeteyi azaltmak için Operant koşullanma devreye girer ve kaçınma davranışı geliştirilir (96).

2.1.4.7 Genetik Faktörler

Genetik faktörlerin TSSB oluşumunda rolü varsa ailesinde TSSB öyküsü olan kişilerde travma yaşantısı sonrasında TSSB gelişme sıklığı, ailesinde TSSB öyküsü olmayan ve aynı travmatik olayı yaşayan bireylerden yüksek olması gerekmektedir. Bu hipotez özkıymdan sağ kalan kişilerde yapılan bir çalışmada ailesinde TSSB öyküsü olan kişilerde ki TSSB prevelansının, ailesinde TSSB öyküsü olmayan kişilerden daha yüksek bulunması ile desteklenmiştir (97). Ek olarak Kamboçyalı mültecilerle yapılan başka bir çalışmada da benzer sonuçlar elde edilmiştir (98). Tek ve çift yumurta ikizlerinde yapılan çalışmalarda TSSB belirtilerindeki farklılıklar ile genetik özellikler arasında ilişki bulunmuştur (99). Yapılan ikiz çalışmaları ve diğer çalışmalar bize genetiğin TSSB etiolojisinde rol aldığını düşündürmektedir ancak bu çalışmalar bize hangi genlerin ve hangi gen bozukluklarının rol aldığını belirtmemektedir. Bu nedenle moleküler genetik çalışmalarına ihtiyaç duyulmaktadır.

2.1.5 Tanı

TSSB, şiddetli bir travmadan sonra ortaya çıkan bir durumdur ve TSSB belirtileri genel olarak üç başlık altında toplanmıştır. Bu belirtiler; tekrar yaşantılama, kaçınma-küntleşme ve aşırı uyarılmışlıktır.

1.Tekrar Yaşantılama: Travma ile ilgili yeniden yaşantılama; geniş bir düşünce, duygu, davranış ve fizyolojik yanıtlar aralığında görülmektedir. Bilişsel yeniden yaşantılama sıklıkla travma ile ilgili tekrarlayan imajları, düşünceleri, kabusları ve yeniden yaşantılamaları içerir. Duygusal yeniden yaşantılama ise kaygı,

öfke veya huzursuzluktur. Travmatize olmuş kişi bu duygulardan olduğu kadar bu duyguları kontrol edemeyeceğinden de kaygı duyabilir. Davranışsal yeniden yaşantılama da değişik şekillerde olabilir. En dikkat çeken şekli ise travma anında yaşanan agresif dürtülerin yeniden yaşantılanması ile çevreye fiziksel saldırganlıktır. Tekrar yaşantılama kümesinde fizyolojik duyarlılık öne çıkan bir travma sonrası yanıtıdır. Travmayı hatırlatan olay ve düşüncelerde uykusuzluk, baş ağrısı, gastrointestinal yakınmalar ve taşikardi gibi fizyolojik belirtiler görülebilir (100).

2.Kaçınma-Küntleşme Belirtileri: Kaçınma; travmatik olaya ilişkin düşüncelerden, duygulardan, konuşmalardan, etkinliklerden, uğraşılardan, yerlerden, insanlardan ve anılardan kaçınmayı içermektedir. Tüm bu kaçınma tepkileri kişiyi travmatik olayların etkisinden korumaya yöneliktir. Travmatik olayın duygusal açısını geri getirir ve kişiye tekrar tehlike olabileceğini düşündürür. Bilişsel olarak kaçınma istemli ya da istemsiz şekilde olabilir. Bu durum kişide travma ile ilgili amneziye neden olabilir. İlgi azalması, yabancılaşma hissi, duygulanımda kısıtlılık ve bir geleceği kalmadığı duygusu bu grupta yer alan diğer belirtilerdir. Kişilerde kaçınma davranışlarının, yeniden yaşantılamaya bir tepki olarak geliştiği düşünülmektedir (101).

3.Aşırı Uyarılmışlık Belirtileri: Aşırı uyarılmışlık belirtileri, bireyin travmayla karşılaştığı sırada yaşadığı ve onu hayatta tutmaya yönelik yaşantı örneklerinin uzantısı olarak düşünülebilir. Stres karşısında ilk yanıt olan uyarılmışlık hali, TSSB’de aşırı uyarılmışlık şeklinde kendini göstermektedir. Aşırı uyarılmışlık; uykuya dalmakta ve uykuyu sürdürmekte güçlük, irritabilite ya da sinirlilik, konsantrasyon güçlüğü, hipervijilans ve irkilme yanıtında artış belirtilerinden oluşur. Bu belirtilerin TSSB hastalarında daha sık gözlemlendiği dikkati çekmiştir (102).

DSM-IV’e göre TSSB tanı kriterleri **Tablo 1**’de verilmiştir. DSM-IV kriterlerine göre TSSB tanısı konulurken öncelikle kişinin A kriterini karşılamış olması şarttır yani kişi, gerçek bir ölüm ya da ölüm tehdidi, ağır bir yaralanma gibi bir olaya tanık olmuş ya da bu olaylarla karşı karşıya gelmiş olmalı ve bu olaya karşı kişide aşırı korku, çaresizlik, dehşete düşme gibi tepkilerin gelişmiş olması

gerekmektedir. Kişi A kriterini karşıladıktan sonra B kriterini oluşturan tekrar yaşantılama belirtilerinden biri ya da daha fazlasını, C kriterini oluşturan kaçınma-küntleşme belirtilerinden üç ya da daha fazlasını, D kriterini oluşturan aşırı uyarılmışlık belirtilerinden iki ya da daha fazlasını karşılamış olması ve bu belirtilerin süre olarak en az bir aydır devam etmesi ile birlikte klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, mesleki alanlarda işlevselliğin ve önemli diğer alanlarında bozulmaya neden olması gerekmektedir. Ek olarak Travmatik olaydan sonra gelişen stres tepkilerinin başlangıç tarihi ve süresine bağlı olarak, stres tepkileri farklı tanımlar altında sınıflandırılmıştır. DSM-IV'e göre semptomlar 3 aydan daha kısa sürerse akut TSSB, semptomlar 3 ay ya da daha uzun sürerse kronik TSSB, semptomlar stres etkeninden en az 6 ay sonra başlamışsa geç başlangıçlı TSSB tanısı konulur (8).

TSSB tanısı konulurken özellikle A kriteri üzerinde tartışmalar mevcuttur. Eğer A ölçütü çok kapsayıcı veya fazla belirsiz tanımlanırsa, TSSB yaygınlığı çok artacak, çok kısıtlayıcı tanımlanırsa yaygınlığı çok düşecektir (103).

Tablo 1. DSM-IV'e Göre TSSB Tanı Kriterleri

<p>A. Aşağıdakilerden her ikisinin de bulunduğu biçimde kişi travmatik bir olayla karşılaşmıştır:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Kişi, gerçek bir ölüm ya da ölüm tehdidi, ağır bir yaralanma, gibi bir olaya tanık olmuş ya da karşı karşıya gelmiştir2. Kişinin tepkileri arasında aşırı korku, çaresizlik, dehşete düşme vardır (çocuklar bunların yerine dezorganize ya da ajite davranışla tepkilerini dışa vurabilirler) <p>B.Travmatik olay aşağıdakilerden biri (ya da daha fazlası) yoluyla sürekli olarak yeniden yaşanır:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Olayın elde olmadan tekrar tekrar anımsanan sıkıntı veren anıları; bunların arasında düşümler, düşünceler veya algılar vardır. (küçük çocuklar travmanın kendisini ya da değişik yönlerini konu alan oyunları tekrar tekrar oynayabilirler)2. Olayı sıkıntı veren bir biçimde sık sık rüyada görme (çocuklar içeriğini tam anlamaksızın korkunç rüyalar görebilirler)3. Travmatik olay sanki yeniden oluyormuş gibi davranma veya hissetme (uyanmak üzere iken ya da sarhoşken ortaya çıkıyor olsa bile o yaşantıyı yeniden yaşıyor gibi olma duygusunu, illüzyonları, hallüsinasyonları ve dissosiatif “flashback” episodlarını kapsar)4. Travmatik olayın bir yönünü çağrıştıran, andıran iç ya da dış olaylarla karşılaşma üzerine yoğun bir psikolojik sıkıntı duyma5. Travmatik olayın bir yönünü çağrıştıran, olaylarla karşılaşma üzerine fizyolojik tepki gösterme <p>C. Aşağıdakilerden üçünün (ya da daha fazlasının) bulunması ile belirli travmaya eşlik etmiş olan uyaranlardan sürekli kaçınma ve genel tepki gösterme düzeyinde azalma (travmadan önce olmayan):</p> <ol style="list-style-type: none">1. Travmaya eşlik etmiş düşünce, duygu ya da konuşmalardan kaçınma çabaları2. Travmayla ilgili anıları uyandıran etkinlikler, yerler ya da kişilerden uzak durma çabaları3. Travmanın önemli bir yönünü anımsayamama4. Önemli etkinliklere karşı ilginin ya da katılımın belirgin olarak azalması5. İnsanlardan uzaklaşma ya da insanların yabancılaştığı duyguları6. Duygulanımda kısıtlılık (örneğin sevme duygusunu yaşayamama)7. Bir geleceği kalmadığı duygusunu taşıma (örneğin bir mesleği, evliliği çocukları ya da olağan bir yaşam süresi olacağı beklentisi içinde olmama) <p>D. Aşağıdakilerden ikisinin (ya da daha fazlasının) bulunması ile belirli artmış uyarılmışlık semptomlarının sürekli olması:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Uykuya dalmakta ya da sürdürmekte güçlük2. İritabilite ya da öfke patlamaları3. Düşüncelerini belirli bir konu üzerinde yoğunlaştırmada güçlük4. Hipervijilans5. Aşırı irkilme tepkisi gösterme <p>E. Bu bozukluk (B,C,D tanı ölçütlerindeki semptomlar) bir aydan daha fazla sürer</p> <p>F. Bu bozukluk klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, mesleki alanlarda işlevselliğin önemli diğer alanlarında bozulmaya neden olur</p> <p>Akut: Semptomlar 3 aydan daha kısa sürerse</p> <p>Kronik: Semptomlar 3 ay ya da daha uzun sürerse</p> <p>Geç Başlangıçlı: Semptomlar, stres etkeninden en az 6 ay sonra başlamışsa</p>

2.1.6 Ayırıcı Tanı

TSSB belirtileri ile bazı psikiyatrik bozuklukların belirtileri benzer olduğundan ayırıcı tanının iyi yapılması TSSB açısından çok önemlidir. Bu psikiyatrik bozukluklar;

1. Akut Stres Bozukluğu: Akut Stres Bozukluğu travma sonrasında 4 hafta içinde ortaya çıkmalı ve en az 2 gün, en fazla 4 hafta sürmelidir. Akut Stres Bozukluğu, bir aydan daha uzun sürer ve TSSB'nin tanı ölçütlerini karşılarsa tanı ASB'den TSSB'ye dönüştürülür.

2. Depresif Bozukluklar: TSSB belirtilerinden olan uykuya dalmakta ya da sürdürmekte güçlük, düşüncelerini belirli bir konu üzerinde yoğunlaştırmada güçlük, önemli etkinliklere karşı ilginin ya da katılımın belirgin olarak azalması ve duygulanımda kısıtlılık depresyon belirtileri ile benzeşmektedir. Bu bozukluklar birlikte bulunabileceği gibi, TSSB sonrası depresyon gelişebilir ya da geçirilmiş depresyon TSSB için yatkınlaştırıcı bir faktör olabilir.

3. Yaygın Anksiyete Bozukluğu: TSSB belirtilerinden olan aşırı irkilme tepkisi gösterme, uykuya dalmakta ya da sürdürmekte güçlük, irritabilite ya da öfke patlamaları Yaygın Anksiyete Bozukluğu'nun bazı belirtileri ile örtüşmektedir. TSSB'de bir travmanın yeniden yaşanması ve travma ile ilgili kaçınma belirtileri varken Yaygın Anksiyete Bozukluğu'nda bu belirtiler mevcut değildir.

4. Panik Bozukluğu: Panik bozukluğunda da TSSB'nin artmış uyarılmışlık belirtileri mevcuttur ancak panik bozukluğunda panik ataklar beklenmedik bir şekilde kendiliğinden ortaya çıkar ve bir travma ya da travmayı hatırlatan uyaranlardan kaynaklanmaz.

5. Obsesif-Kompulsif Bozukluk: Obsesif Kompulsif Bozuklukta TSSB'ye benzer şekilde rahatsız edici anı ve düşünceler olup bunlardan kaçınma çabaları vardır. Ancak bunlar uygunsuz olarak yaşanır ve yaşanan travmatik olayla ilişkili değildir.

TSSB tanısı konulurken göz önüne alınacak diğer psikiyatrik bozuklukları da şöyle sıralayabiliriz; dissosiyatif bozukluklar, basit fobi, şizofreni, psikotik özellikleri olan duygu durum bozuklukları, madde kullanımının yol açtığı bozukluklar ve genel tıbbi duruma bağlı psikotik bozukluklar, delirium, kişilik bozuklukları ve simülasyon (104, 105).

2.1.7 TSSB'ye Sıklıkla Eşlik Eden Psikiyatrik Bozukluklar

TSSB'de yaşam boyu komorbid psikiyatrik bozukluk gelişme riski %70 civarındadır (106). 1995'te yapılan bir komorbid çalışmada; TSSB'ye eşlik eden hastalıkları, erkeklerde %52 alkolizm, %48 majör depresyon, %43 davranım bozukluğu, %35 ilaç kötüye kullanımı, %31 basit fobi, %27 sosyal fobi; kadınlarda ise %49 majör depresyon, %30 alkolizm, %27 ilaç kötüye kullanımı, %29 basit fobi, %28 sosyal fobi, %23 distimi olarak sıralamıştır. 1997'de yapılan başka bir çalışmada ise %35,5 majör depresyon, %29,0 fobik bozukluk, %12,5 OKB, %6,4 panik bozukluk ve %6,4 alkol kötüye kullanımı ve bağımlılığı saptanmıştır (107).

2.1.8 Prognoz

TSSB'nin prognozuna ilişkin net tanımlamalar yapmak güç olsa da bununla ilgili yapılmış az sayıda çalışma vardır. TSSB'nin travmadan sonra ortaya çıkması bir ay gibi kısa bir sürede olabildiği gibi, bazen 30 yıl kadar geç de olabilmektedir. Belirtiler zaman içinde dalgalanmalar gösterebilmektedir (93). TSSB geliştiren kişilerin travmatik olaydan sonra 6. ayda %74'ünün, 12. ayda %60'nın TSSB tanı ölçütlerini karşıladığı belirtilmektedir. TSSB tanısı alan kişilerde ortalama remisyon süresi 24,9 ayken 60 ay sonunda kişilerin üçte birinin hala TSSB tanı ölçütlerini karşıladığı tespit edilmiştir (106). Başka bir çalışmada TSSB tanısı alıp tedavi olanlarda remisyon süresi 36 ay, tedavi almayanlarda remisyon süresi 60 ay olarak tespit edilmiş ve TSSB tanısı almış kişilerin üçte birinde iyileşme gözlenmemiştir (108).

TSSB olgularının %46'sının kronik seyirli olduğu belirtilmiştir (103). 1988 Ermenistan depremi sonrası yapılan bir izlem çalışmasında, depremden 3 yıl sonrasında TSSB belirtilerinin şiddetinde azalma olmadığı bildirilmiştir (109). 1972'de ABD'de meydana gelen bir baraj yıkılmasına bağlı sel baskını mağdurlarının önemli bir kısmında felaketten 14 yıl sonra bile başta TSSB olmak üzere psikiyatrik bozuklukların devam ettiği saptanmıştır (49).

TSSB'nin kronikleşmesine neden olan risk faktörleri; kadın cinsiyet, ailede antisosyal davranış öyküsü, ek bir affektif ya da anksiyete bozukluğu tanısı, ek tıbbi hastalıklar olarak sıralanabilir (106). İyi prognoz ölçütleri arasında; belirtilerin hızlı bir şekilde ortaya çıkması, belirtilerin kısa süreli olması (6 aydan kısa), iyi premorbid işlevsellik, güçlü sosyal destek ve diğer psikiyatrik, tıbbi ya da madde kullanımına ilişkin bozuklukların olmaması sayılabilir (110). TSSB, daha çok kronik seyirli ve yeti yitimine neden olan psikiyatrik bozukluk olup tanı ve tedavisi iyi yapılmalıdır.

2.1.9 Tedavi

TSSB'de kalıcı nörokimyasal ve psikofizyolojik değişiklikler meydana gelebilir ve belirgin sıkıntı-rahatsızlık verebilir. Bazen belirtilerin yoğunluğu travma odaklı psikoterapinin etkili kullanımını engelleyecek düzeyde olabilir. Bu nedenlerle ilaç kullanımı gereksiz yere geciktirilmemeli, TSSB tedavisine multidisipliner yaklaşılmalıdır. Diğer bir deyişle TSSB hastalarına en iyi tedavi yaklaşımı, travma odaklı psikoterapi ve ilaç kombinasyonu olacaktır (111).

2.1.9.1 Farmakolojik Tedavi

TSSB'de ilaç tedavisinin hedefleri şöyle sıralanmıştır;

1. İntruzif düşüncelerin şiddet ve sıklığını azaltmak
2. Gelen uyaranları travmanın tekrarlanması olarak yorumlama eğiliminin azaltılması
3. Travmayı hatırlatan uyaranlara koşullu aşırı uyarılmışlık yanıtının azaltılması

4. Kaçınmanın azaltılması
5. Depresif duygudurum ve küntleşmenin düzeltilmesi
6. Psikotik ve dissosiyatif belirtilerin azaltılması
7. Kendine ve başkalarına karşı impulsif saldırganlığın azaltılması (40).

Selektif Serotonin Gerilim İnhibitörleri (SSRI), TSSB belirtilerinden birçoğuna etkili olması, kolay kullanımları, az yan etkileri ve iyi bir güvenlik profili çizmeleri dolayısı ile tedavi planlamasında öne çıkmaktadır. SSRI'lar çift kör, plasebo kontrolü randomize çalışmalarda TSSB'de etkili bulunmuştur (112, 113). TSSB tanısı konulduktan sonra düşük doz SSRI başlanabilir ve TSSB semptomlarının şiddetine göre doz artırımları yapılabilir. SSRI'ların etkinliğini gösterebilmeleri için 4-6 hafta beklenmeli ve maksimum doza çıkıldıktan sonra hastalar fayda görmemişse başka ilaçlar eklenmelidir (111).

Trisiklik antidepresanlar (TSA) olan desipramin, imipramin ve amitriptilin TSSB tedavisinde çalışılmıştır. İmipramin ve amitriptilinin etkili olduğu (114, 115) ancak desipraminin etkisiz olduğu tespit edilmiştir (116). TSA'lar fazla yan etki profilleri nedeniyle çok tercih edilmemektedir. Geri dönüşümsüz monoaminoksidaz inhibitörü olan fenelzin, imipramine göre etkili bulunmuştur. Fenelzin başka ilaçlar ve tiramin içeren gıdalarla alındığında hipertansif krize neden olduğundan dolayı çok nadir kullanılır (115).

Benzodiazepinlerin TSSB tedavisindeki etkileri tartışmalıdır. Alprozolam ile yapılan 5 haftalık çapraz çalışmada TSSB semptomlarında azalma gözlenmemiştir (117).

Lamotrijinin, çift-kör, plasebo kontrollü bir çalışmada TSSB'nin yeniden yaşantılama ve kaçınma belirtilerine etkili olduğu bulunmuştur (118).

TSSB'de ilaç tedavi süresi tam olarak bilinmemektedir. Tedavi süresi hastanın klinik gidişine göre belirlenmelidir. Bazen ömür boyu ilaç gerekebilir. Örneğin; TSSB tanısı almış savaş gazilerinde 20-40 yıl sonra ilaç dozu düşürülmesi ile TSSB semptomları artmıştır (119).

2.1.9.2 Psikolojik Tedavi

Bilişsel davranışçı terapi ve uzun süreli alıştırma tedavisi (prolonged exposure therapy): Bilişsel davranışçı terapiler, psikososyal tedaviler içinde en çok çalışmanın yapıldığı alan olmuştur. Stres Aşılama Yöntemi, Bilişsel Süreç Terapisi, Uzun Süreli Alıştırma Tedavisi, Göz Hareketleri Duyarsızlaştırma ve Yeniden İşleme gibi tedaviler bunların bazılarıdır. Travma sonrası stres bozukluğu semptomlarının bilişsel davranışçı terapilerin birlikte ve tek kullanımı sonrasında %70 oranında düzelmesi nedeniyle bu terapi uygulamaları birçok tedavi kılavuzu tarafından birinci basamak tedavi seçenekleri arasına alınmıştır. Kaygının abartılı olarak ortaya çıkmasına neden olan nesne, kişi ve ortamlarla bireyin karşı karşıya bırakılması davranışçı tedavi tekniği olan alıştırma tedavilerindeki temel prensiptir. Bu yüzleştirmeler kişinin ya gerçek yaşamda (*in vivo*) o ortamlarda bulunması sağlanarak yapılır ya da imgeleme tekniğiyle hayalde canlandırma yoluyla yapılır. Özellikle kronik travma sonrası stres bozukluğu tedavisi için yapılandırılmış özel bir tedavi programı olan süresi uzatılmış ya da uzun süreli alıştırma tedavileri “Duygu İşleme” kuramından temel almaktadır. Program 1980’li yıllardan itibaren uygulanmaya başlanmıştır ve davranışçı tekniklerden oluşan temel yapı, anksiyete bozukluklarından elde edilen tecrübelerden faydalanılarak geliştirilmiştir. Kazanılan bu deneyimler sonucu programa bilişsel ve davranışçı teknikler eklenmiştir. Son olarak haftada bir ya da iki kez 60-90 dakika süren görüşmeler ile ortalama 9-12 hafta süren bir tedavi programı haline gelmiştir (120, 121).

Tedavi programı dört ana bölümden oluşur:

1. Psikoeğitim: Travma ve travmayla ilişkili bozuklukların ortaya çıkışı, belirtileri ve tedavi hakkında hastayı bilgilendirme konularından oluşur. Bu eğitim sırasında vurgulanması gereken husus travmayla ilişkili uyaranlardan kaçınmanın belirtilere nasıl süreklilik kazandırdığıdır. Görüşme karşılıklı konuşma şeklinde yapılarak hastanın da düşüncelerini ifade etmesine imkan tanınır. Hastanın yakınmalarının en aza indirilebilmesi için bu belirtilerin travma sonucu ortaya çıkan

duygusal yüke karşı vücudunun doğal sayılabilecek tepkilerine bağlı olduğu açıklanır.

2. Nefes Egzersizi: Nefes egzersizleri hakkında bilgi, ilk görüşmede en sade şekliyle verilir. İlk etapta derin nefes alıp vermenin inanılan aksine kaygıyı ve diğer belirtileri artırdığı anlatılarak, nefes verme (ekspirasyon) süresini uzatmanın ise kaygıyı azaltıcı etkisi açıklanarak hastayla birlikte en az 2-3 dakika nefes egzersizi yapılır.

3. Yüzleştirme (*in vivo exposure*): Hastanın travmayı hatırlattığı için kaçınmaya başladığı kişi, nesne ve durumlarla sistematik şekilde karşı karşıya bırakılmasını amaçlayan girişime denir. Bunu sağlayabilmek için kaçınılan durumların tespit edilmesi sağlanır. Sonrasında yarattıkları sıkıntı hissi yoğunluğuna göre sıralanır. Uygulamaya bu kaçınma davranışlarının içinden hastanın tolere edebileceği seçilerek başlanır. Diğer davranışçı terapilerden farklı olarak uygulama görüşmeler arasında yapılır.

4. Tekrarlayıcı ve Yüksek Sesle Anlattırmak: Görüşme sırasında yapılan, hastanın gözlerini kapatarak yüksek sesle travma sırasında olanları anlattığı, olayların daha iyi canlandırılabilmesi için olayın sanki şimdi oluyormuş gibi şimdiki zaman kalıbındaki cümleler ile anlatmasının istendiği bir uygulama şeklidir.

Bu uygulamaların temel amacı, hastanın kaçındığı düşünce ve durumlarla güvenli bir ortamda yüzleştirilmesi sayesinde “duygunun işlenmesini” sağlamaktır (122). Hastaya yardımcı olan bir diğer hususun da travmayı yaşamakla, hatırlamanın farklı algılar olduğunun fark edilmesini sağlamak olduğu düşünülmektedir. Tedavi süresince ortaya çıkan kaygının azalıp tolere edilir düzeye geldiği hastaya gösterilmeye çalışılır. Tedavi programının etkinliğine dair ilk ve ikinci çalışma Foa ve arkadaşlarınca yayınlanmıştır (121).

Psikodinamik Yaklaşım: Travma odaklı terapilerin amacı; travmayı, maruz kalan kişinin yaşam şemasına anlamlı bir şekilde entegre ederek, TSSB'nin intruzif düşünce ve kaçınma fazlarının sıklığını ve yoğunluğunu azaltmaktır. Kısa psikodinamik psikoterapiler, travmatik olayın neden olduğu emosyonel çatışmalara -

özellikle geçmiş yaşam olaylarıyla ilgili olanlara- odaklanır. Travmayı yaşayan kişi, travmatik olayı, sakin, empatik, şefkatli ve yargılayıcı olmayan bir terapistle anlatırken daha yüksek bir kendine güven duygusuna ulaşabilir, daha etkili düşünme ve başa çıkma yolları geliştirebilir, terapi sırasında ortaya çıkan yoğun duygularla daha başarılı bir şekilde başa çıkabilir. Terapist travmatik anıları tetikleyen ve TSSB belirtilerini kötüleştiren mevcut yaşam olaylarını tanıma konusunda travma mağduruna yardım eder (105).

Grup Tedavisi: Grup tedavisi, travma mağdurları için travmatik materyali güven, bütünlük ve empati içinde diğer mağdurlarla paylaşabileceği ideal bir tedavi edici ortamdır. Grup üyeleri, travmalarını anlayabilmeyi ve çözümleyebilmeyi başardıkları zaman sıklıkla kendilerine daha güvenli hale gelirler. Grup üyeleri travmayla ilişkili utanç, suçluluk, öfke, korku, şüphecilik ve kendini kınama duygularını tartışıp paylaştıkça kendilerini geçmişten çok bugüne odaklanmaya hazırlarlar. Bir kişi kendi hikayesini anlatırken üzüntü, anksiyete ve suçluluk gibi travmayla ilgili duygularla doğrudan yüzleşirken, travma yaşayan diğer kişilerde kendi belirtileri, anıları ve hayatın diğer sorunlarıyla başa çıkmayı öğrenme olanağı bulabilirler (105).

2.2 Depresyon

2.2.1 Tanım

Depresyon, oluşma nedenleri, gidisi ve tedavisi açısından oldukça karmaşık olan ruhsal bir bozukluktur. Depresyon sadece ruhsal bir çöküntüden ibaret değildir (123). Depresyon derin üzüntülü bir duygu durum içinde düşünce, konuşma ve hareketlerde yavaşlama ve durgunluk, değersizlik, küçüklük, güçsüzlük, isteksizlik, karamsarlık ile işlevlerde yavaşlama gibi belirtileri içeren bir sendromdur (124).

2.2.2 Tarihçe

Depresyon, antik çağdan bu yana bilinen bir ruhsal rahatsızlıktır. Tıp literatüründe M.Ö. 400 yıllarında depresyonu ilk olarak tanımlayan Hipokrat olmuştur. Hipokrat bu tabloyu kara safra fazlalığıyla açıklamış ve melankoli olarak tanımlamıştır (125).

19.yy'da Pinel'den başlayarak depresyon ve mani kavramları bugünküne benzer şekilde formüle edilmiştir. 19.yy'da Delasiave "depresyon" terimini hastalık tanımlamada kullanan ilk kişilerdendir (126). J. Pierre Falret 1854'de "folie circulaire" terimini kullanarak depresyon ve maninin birbiri ile ilişkili iki rahatsızlık olduğunu belirtmiştir. Emil Kraepelin (1856-1929) mani ve depresyonun tek bir hastalığın farklı aşamaları olduğunu söyleyerek bu rahatsızlığa manik depresif psikoz adını vermiştir. 1962 yılında Leonhard ve arkadaşları tarafından depresyonun tekrarlayan biçimleri, monopolar depresyon ve bipolar depresyon olarak ikiye bölünmüştür (127).

1966 yılında monopolar deyimi yerini unipolara bırakmıştır. Bu adlandırmalar tanı sistemleri olan DSM-IV ve ICD-10'da da benzer şekilde yer alarak güncelliklerini sürdürmektedir (128).

2.2.3 Epidemiyoloji

DSÖ tarafından toplumsal, ekonomik, fiziksel, duygusal sorunlara yol açan hastalıklar arasında depresyonun dördüncü sırada yer aldığı bildirilmiştir. Tekrarlayıcı ve uzun süre tedavisi gereken bir hastalık olan depresyonun sıklığı ve süresi yaşla artış gösterir (129).

Depresif bozukluklar içinde araştırması en fazla yapılan majör depresyonun yapılan araştırmalarda yaşam boyu görülme riski erkeklerde %5-12, kadınlarda ise %10-25 olarak bulunmuştur. Araştırmalara göre erişkinlerde majör depresyonun toplumdaki nokta prevalansı kadınlarda %5-9, erkeklerde %2-3 oranlarında

belirtilmiştir (8). Türkiye’de yapılan araştırmalarda depresyon sıklığı %10 civarındadır (130). DSÖ’nün verilerinde şizofreni yıllık insidansının %1,0, ağır depresyonun yaşam boyu sıklığının %10,0, anksiyete ve stres bozukluklarının yaşam boyu sıklığının %14,6 olduğu ve 2020 yılına kadar yeti kaybına neden olan hastalıklar arasında majör depresyonun kalp hastalıklarından sonra geleceği bildirilmektedir (131, 132).

Kapsamlı bir meta-analiz çalışmasında mültecilerde depresyon sıklığı %44 olarak belirtilmiştir (133). Tayland-Birmanya sınır kampındaki mültecilerde de benzer sonuçlar vardır; depresyon sıklığı % 41 olarak saptanmıştır (134). Norveç’te ikame eden Bosnalı ve Kosovalı-Arnavut mültecileri çalışmasında ise; depresyon ve anksiyete belirtileri olanların oranı % 48,3 olarak bulunmuştur (135).

2.2.4 Etiyoloji

Majör depresyonun etiopatogenezi tam olarak aydınlatılamamakla birlikte çeşitli faktörler olabileceği ileri sürülmüştür. Depresyonda genetik, biyolojik ve psikososyal etkenlerin birbirleri ile etkileyerek etiopatogeneizde önemli rol oynadığı düşünölmektedir (136).

2.2.4.1 Biyolojik Etkenler

Nörobiyolojik değişikliklerin depresyon belirtilerinin sebep, sonuç ya da hastalık sürecinde ne şekilde etkin olduğu halen netleşmemiştir (137).

1. Biyojenik Aminler: Günümüzde depresyon oluşumunda beyindeki çeşitli nörotransmitterlerle ilişkili işlevsel bozuklukların önemli rol oynadığı kabul görmektedir. Monoamin seviyelerinin farmakolojik ajanlarla değiştirilmesinin depresyonun belirtilerini azalttığı ya da alevlendirdiğinin gözlenmesi monoamin varsayımının gelişmesine yol açmıştır (137). Monoamin varsayımında, depresyonun

fizyopatolojik temelinde, santral sinir sisteminde serotonin, norepinefrin veya dopamin eksikliği bulunduğu vurgulanmaktadır (138).

Serotonerjik Sistem: Serotonin depresyonda en çok çalışılmış nörotransmitterdir (138). Depresyonda genel olarak serotonin yapımı ve metabolizmasıyla ilgili olarak ortaya çıkan serotonerjik işlev yetersizliğinden ve özellikle de limbik alanda serotonin azalmasından söz edilmektedir. Serotonin metaboliti olan 5HIAA'nın depresyonlu hastaların beyin omurilik sıvılarında azalmış olduğu tespit edilmiştir (139).

Noradrenarjik Sistem: Depresyonun fizyopatolojisinde santral noradrenerjik sistem işlev bozukluğunun rol oynadığı varsayılmaktadır. Bu varsayım, depresyonlu hastalarda, norepinefrin metabolizmasının düşüklüğüne, tirozin hidroksilaz aktivitesinin artmasına ve lokus seruleusda norepinefrin taşıyıcı yoğunluğunun azalmasına dair bulgulara dayanmaktadır (138).

Dopaminerjik Sistem: Depresyonun fizyopatolojisinde rolü olan nörotransmitterlerden biri de dopamindir. Depresyonda mesolimbik dopamin yolağında işlev bozukluğundan ve dopamin D1 reseptörünün hipoaktivitesinden söz edilmektedir. Depresyonlu hastaların BOS'larında dopamin metaboliti olan homovalinik asit düzeyinde düşüklük ve sinaptik dopamin yetersizliği bulunmuştur (140).

2. Nöroendokrin Değişiklikler: Günümüzde, depresyonda oluşan nörotransmitter anomalilerinin limbik sistem yoluyla hipotalamusu etkilemeleri sonucu, nöroendokrinolojik bozuklukların ortaya çıktığı yaklaşımı mevcuttur. Depresyonda adrenal, tiroid bezi işlevlerinin, büyüme hormonu, prolaktin, melatonin, FSH, LH ve testosteron düzeylerinin etkilendiği belirtilmektedir (137). Endojen ya da eksojen hiperkortizolemi durumu insanlarda %50 oranında geri dönüşlü depresif durumu indüklemekte olup, bu durum dikkatlerin depresyonda streslere karşı endokrin yanıtı düzenleyen HPA ekseninin işleyişi üzerine yoğunlaşmasına neden olmuştur (141). Liston ve arkadaşları streslerin, özellikle de kronik streslerin HPA eksenini etkileyerek depresyon oluşumunda rol oynadığını belirtmişlerdir (142).

3. Beyinde Yapısal Bozukluklar: Son yıllarda yapılan çalışmalar, medial prefrontal korteks, talamus ve medial talamus, hipokampus, amigdala, striatum, pallidum, periakvaduktal gri madde ve diğer bölgelerin depresyonla olası ilişkisi konusunda yeni bilgiler edinilmesini sağladı (143). Depresyonda izlenen klinik belirtiler bu bölgelerdeki monoaminerjik enformasyon yetersizlikleri ile ilişkilendirilmektedir (139). Depresyonda beynin bu bölgelerinde olan volüm, glukoz metabolizması ve kan akımı azalmasından bahsedilmektedir (137).

2.2.4.2 Genetik Etkenler

Depresyonda genetik etkenlerin önemli olduğu kabul edilirken, geçişin nasıl olduğu tam olarak bilinmemektedir (136). Evlatlık, ikiz ve aile çalışmalarından elde edilen sonuçlar, depresyonun ailesel geçiş gösterdiği şeklindedir (144). Depresyon birinci derece akrabalarında benzer hastalığı olan kişilerde 1,5 ile 3 kat daha fazla oranda görülür (145). Çeşitli çalışmalarda değişik oranlar bildirilmektedir. Gershon ve arkadaşları literatürdeki çalışmaların sonuçlarını bir arada değerlendirerek aile üyeleri için risk aralığını %5,1-%17,5 olarak bildirmiştir. Andreasen ve arkadaşları ise aile görüşmelerinden aldıkları veriler doğrultusunda tek uçlu (unipolar) depresyon için birinci dereceden akrabaların hastalanma riskini %14,3-%28,4 olarak saptamıştır. Kupfer ve arkadaşları birinci dereceden akrabaların hastalığa yakalanma riskinin tek uçlu depresyonda %20,7 olduğunu bulmuştur (146).

2.2.4.3 Psikososyal Etkenler

1. Yaşam Olayları ve Çevresel Stres: Yaşam olayları ile depresyon gelişimi arasında güçlü bir ilişki bulunmaktadır. Depresif bozukluklarda risk etkenlerinin araştırıldığı bir çalışmada depresyon öncesi stresli yaşam olayı bildirimini %76 oranında bulunmuştur. Yine de, yaşam olaylarıyla depresyon arasındaki ilişki kompleksdir. Kanıtlar yaşam olaylarının tek başına değil, genetik ve çevresel faktörlerle birlikte depresyona neden olabileceğini ileri sürmektedir (147, 148).

2. Bilişsel Kuram: Bilişsel kurama göre, depresyon ile kişilerdeki belirli bilişsel çarpıtmalar ilişkilidir. Erken çocukluk deneyimleri ile içsel ve dışsal bilgilerin olumsuz şekillenmesi sonucu çarpıtma şemaları oluşur. Beck'e göre depresyonun üç temel bilişsel ögesi vardır: Olumsuz kendilik algısı, düşmanca ve talepkar bir dış dünya şeklinde olumsuz çevre algılaması, başarısızlık beklentisi ve çaresizlikle belirlenen olumsuz gelecek algılaması. Kişinin çevresel olayları ve kendisini sürekli olarak bu şemalarla algılaması, depresyona yatkın olmasına ve tetikleyici gelişmelerle depresyona girmesine yol açmaktadır (3, 149-151).

3. Psikanalitik Kuram: Psikanalitik kurama göre oral agresif dürtüler, bağımlı ve narsistik kişilik yapıları, nesne kaybı ve yoksunluğu depresyon oluşumundan sorumlu tutulmaktadır. Oral dönemde anne-bebek ilişkisindeki sorunlar depresyona yatkınlık yaratır. Gerçek ya da hayali sevgi nesnesi kaybıyla ortaya çıkan sıkıntıyla baş etmek için kişi, kayıp nesnenin içe atımı denilen bir savunma mekanizmasını kullanır. Bu yolla kayıp nesneye ilişkin sevgi ve nefret duygularının karışımı, öfke hissi bireyin kendine yönelir ve böylece depresyon gelişir. Erken çocukluktaki bağlanma ve travmatik ayrılmalarla ilgili sorunlar da depresyona yatkınlık yaratır. Erişkinlikteki kayıplar ise, travmatik çocukluk kayıpları ile ilgili yaşantıları anımsatır ve erişkinlik dönemi depresyonlarını tetikler (3, 149, 150).

2.2.5 Tanı

Birinci basamak hekimlerine başvuran hastaların üçte birinden fazlasında belirgin düzeylerde psikolojik sıkıntılar bulunduğu ve bunların sadece %15-25'ine anksiyete veya depresyon tanısı konulabildiği belirtilmiştir (152). Duygu durum bozuklukları, demans, şizofreni, travma sonrası stres bozukluğu, epilepsi, anksiyete bozuklukları, madde ve alkol bağımlılıkları en fazla görülen ruhsal bozukluklardır (153). Bu hastalıklar içinde birinci basamakta en yaygın görülen ruhsal sorun depresyondur. Depresyon birinci basamak pratisyen hekimlere başvuru sıklığını artırmasına, gereksiz laboratuvar işlemleri ve sevkere neden olmasına, işten uzun süre ayrı kalınmasına, iş performansının düşüklüğüne neden olabilir (154, 155).

Depresyon tanısını koyarken geçici depresif duygu durum değişikliklerini patolojik olarak değerlendirmemek gerekir. DSM-IV'e göre majör depresyon tanı kriterleri **Tablo 2**'de gösterilmiştir (8).

Tablo 2. DSM IV'e göre Majör Depresyon Tanı Kriterleri

A. İki haftalık bir dönem sırasında daha önceki işlevsellik düzeyinde bir değişiklik olması ile birlikte belirtilerden en az biri “depresif duygudurum” ya da ilgi kaybı-zevk alamama olmak kaydıyla aşağıdakilerden en az 5'nin bulunması gerekir. 1.Hemen her gün yaklaşık gün boyu süren depresif duygudurum 2.Hemen her gün yaklaşık gün boyu süren tüm etkinliklere karşı ilgi kaybı ya da artı zevk alamama 3.Önemli derecede kilo kaybı ya da kilo alımı 4.Hemen her gün uykusuzluk ya da aşırı uyku 5.Hemen her gün psikomotor ajitasyon ya da retardasyon 6.Hemen her gün yorgunluk, bitkinlik ya da enerji kaybı 7.Hemen her gün aşırı ya da uygunsuz değersizlik -suçluluk duyguları (sanrısız olabilir) 8.Hemen her gün düşüncelerini belli bir konuya konsantre etme yetisinde azalma ya da kararsızlık 9.Yineleyen ölüm düşünceleri ya da girişimi
B. Bu semptomlar mikst bir epizotun ölçütlerini karşılamaz
C. Bu semptomlar toplumsal mesleki alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında bozulmaya neden olur
D. Bu semptomlar genel bir tıbbi duruma ya da madde kullanımı etkisine bağlı değildir
E. Bu semptomlar yaşla daha iyi açıklanamaz

Tanı koyabilmek için belirtilerin herhangi bir madde kullanım bozukluğuna, fiziksel bir hastalığa veya bir yas durumuna bağlı olmaması ve en az 2 hafta devam etmiş olması gerekir.

Çoğu fiziksel hastalıklar ve ilaç kullanımı depresyon belirtileri verebilirler. Bu nedenle depresyon ayrıntılı olarak değerlendirilmelidir. Depresyonun klinik değerlendirilmesi için çok sayıda araç ve biyolojik ölçümler olmasına rağmen, tanıda iyi bir klinik gözlem ve ayrıntılı bir öykü alınması, fiziksel hastalıkların fizik muayene ve birtakım tetkiklerle ortaya çıkarılması önemlidir. Ayırıcı tanıda ayrıntılı

psikiyatrik öykü, geçmişe yönelik tıbbi öykü alınarak sistemler gözden geçirilmelidir (155).

2.2.6 Klinik

Depresyon tablosu klinik uygulamada çok geniş belirti yelpazesine sahiptir. Depresif duygudurum ve ilgi kaybı ya da zevk alınan etkinliklerden artık zevk alınamıyor olması, depresyonun en önemli belirtilerindendir. Hasta kendini sürekli çökkün, mutsuz, kederli hissettiğini söyleyebilir. İçinde bulunduğu durumun normal bir üzüntü halinden farklı olduğunu ifade eder. Duygudurumdaki çökkünlük çevresel olaylardan fazla etkilenmez. Bir kural olmamakla birlikte çökkünlük çoğu zaman hastanın konuşmasına, yüz ifadesine, duruşuna yansır. Hasta eskiden zevk aldığı, ilgilendiği şeylerden zevk alamamaktan, işinin, hobilerinin artık ona zevk vermediğinden yakınır. Ailesine, arkadaşlarına karşı ilgisinin azaldığını ifade edebilir (156, 157).

Uyku düzeninde bozulma depresyonda sık görülen belirtilerden biridir. Hastalar uykuya dalamamaktan ya da uykusunun sık sık bölündüğünden yakınabilirler. Hastaların çoğunda iştah azalır, buna bağlı kilo kaybı olabilir. Bazı hastalarda tam tersine iştah ve kilo artışı olur. Hastalarda nesnel olarak gözlenebilen psikomotor ajitasyon ya da retardasyon vardır. Konuşmada, harekette ve düşünce akışında yavaşlama, ses tonunda alçalma, konuşma miktarında ve konu çeşitliliğinde azalma vardır. Bazı hastalarda ise yerinde duramama, tedirginlik hali, ellerini ovuşturma görülebilir. Hasta fazla bir aktivite yapmadan kendisini hemen her gün yorgun, halsiz, enerjisiz hissettiğini, bu nedenle işlerini zorluk ve çaba sarf ederek yaptığını ifade eder. Birçok hasta dikkatini ve düşüncelerini toplama ve belirli bir konu üzerinde yoğunlaştırmada güçlük çektiğini bildirir. Sıklıkla unutkanlıktan yakınır (149, 158). Sürekli olarak geçmişteki küçük hata ve başarısızlıklarıyla ilgili suçluluk duyma, kendini gerçekçi olmayan olumsuz değerlendirme, değersiz hissetme, kendine güvenin azalması depresyon için tipiktir. Ölüm düşünceleri ya da intihar düşünceleri depresyon tablosuna eşlik edebilir. Bu sebeple mutlaka sorgulanması ve değerlendirilmesi gereken bir belirtidir (157, 159).

2.2.7 Prognoz

Unipolar depresyonun ortalama başlangıç yaşı 24,8-34,8'dir. Genelde majör depresyonun seyrinde hastaların %75-%95'inin gelecekte en az bir epizod daha geçirmesi olasıdır. Ortalama majör depresif epizod her beş yılda bir yineler. İlk epizoddan sonra 2. epizod riski %50, 3. epizoddan sonra 4. epizod riski %90'dır. Her bir yeni epizod daha çabuk, yeni ve daha şiddetli semptomlar ile birlikte ortaya çıkma eğilimi gösterir. Yineleyen epizodlarda epizodlar arasındaki süre kısalmır. Yaklaşık %15 unipolar depresyon hastası sadece bir epizod geçirir, %13-%54'ü (ortalama %27) ise 3 veya daha fazla sayıda epizod geçirir. Unipolar depresyonda hayat boyu ortalama epizod sayısı dördüttür (160). Erken başlangıçlı majör depresyon, daha fazla sayıda ve uzun süreli epizodlarla karakterize malign bir seyre sahiptir. Yapılan bir çalışmada erken yaşta başlangıç ile daha fazla intihar düşünce ve girişimleri arasında pozitif ilişki olduğu, geç yaşta başlangıca göre daha ağır olduğu bulunmuştur (161). Son yıllarda yapılan çalışmalar erken başlangıçlı, tekrarlayıcı ve kronik seyirli depresyon ile çocukluk çağı travmaları arasındaki ilişki üzerinde durmaktadır (162, 163).

2.2.8 Depresyona Karşı Koruyucu Etkenler

Depresyonu hazırlayıcı, ortaya çıkarıcı etkenler olduğu gibi depresyona karşı koruyucu etkenlerde vardır. Bu koruyucu etkenler risk faktörlerinin olumsuz sonuçlarını azaltmaya çalışan etkenlerdir. Bunlar; zeka seviyesi, kişilik yapısı, sosyal beceriler gibi kişiye özgü özellikler, güvenli bağlanma sağlayıcı ana -baba, akranları ile sağlıklı ilişkiler gibi çocukluktaki ilişkilerin niteliği ve de iyi okul, güvenli komşuluk, çocuk ve aileyi koruyan yasalar/kurumlar gibi sağlıklı çevresel etkenlerdir (164, 165). Koruyucu etkenlerin olması işlev bozukluğunu doğrudan azaltabilecek, risk faktörü etkisinin önüne geçebilecek ve hastalığa aracı olmasını engelleyebilecek ve de risk faktörünün başlangıçtaki etkisini önleyebilecektir (166). Dindar olma, bütünlük duygusuna sahiplik ve toplumsal destek değerlerinin de depresyonda koruyucu etken olduğu, ayrıca duygusal destek, bilgi desteği, değer verme gibi

faktörlerin kişinin toplumsal ilişki kurma, ilişkiyi geliştirme ve sürdürme yetisini etkileyerek stres faktörünün etkisini azaltabileceği bildirilmiştir (167, 168).

2.3 Sığınmacı ve Mültecilerin Ruh Sağlığı

1951 Cenevre Sözleşmesine göre mülteci; 1951 yılından önce Avrupa’da meydana gelen olaylardan dolayı ırkı, dini, milliyeti, belirli bir sosyal gruba mensubiyeti ve siyasi düşünceleri nedeni ile zulüm göreceği konusunda haklı bir korku taşıyan, bu korkuları yüzünden ülkesinden kaçmak zorunda kalan ve korkusu yüzünden ülkesine geri dönemeyip başka bir ülkeye sığınan kişidir. Daha sonra yapılan uluslararası görüşmeler sonucunda savaş, iç savaş, yaygın şiddet gibi olaylar nedeni ile canlarını kurtarmak için ülkelerini terk etmek zorunda kalan kişilerde mülteci tanımı kapsamına alınmıştır.

Savaştan yeni çıkmış mülteciler çok sayıda travma yaşamış olarak kabul edilir ve ciddi travmatik olaylar, ölüm ve ciddi yaralanma deneyimleri mültecilerde sık görülür (169, 170). Amerika’da yaşayan Kosovalı mültecilerle yapılan bir çalışmada, mültecilerin yaşadıkları travmatik olayları sıklıklarına göre şöyle sıralamışlardır; yaşadıkları yerden tahliye edilme, mülteci kampında yaşama, ilaç yetersizliği, beslenme yetersizliği, eşyalarının çalınması, barınak problemleri, giyim yetersizliği, sevdiği kişilerden ayrılma, zorunlu yürüyüşler, tek başına bir hücreye hapsedilme, malvarlıklarını kaybetmeleri, toplama kampında bulunma, ailenin dövülmesi, sağlığının bozulması, aileden birinin ölmesi, şiddete tanıklık etme, kaçırılma, sevdiği birinin kaybolması, kişisel eşyalarının tahribi, işkenceye tanıklık etme, dövülme, fiziksel yaralanma, ölüme tanıklık etme, cinsel eylemler (171). Bu travmatik olaylara ek olarak mültecilerin sosyoekonomik dezavantajlara, yoksulluğa, aile yapısında ve işlevinde değişikliklere, sosyal desteğin yitirilmesine, eğitime ulaşmakta güçlüğü, çok kalabalık ortamlarda yaşama, düşmanca tutum ve ırkçılığa maruz kalma, kültürel farklılığın getirdiği güçlükler ve izolasyonu da içeren bağlamsal stresörlere de maruz kaldığı düşünülmektedir (172-175).

21. yüzyıla kadar çok fazla insanın savaşa maruz kalmasına rağmen savaştan etkilenmiş topluluklarla yapılan sistematik ve uzun süreli çalışma sayısı azdır. Modern savaşlar askerlerden çok sivil toplulukları etkilese de elimizdeki savaşla ilgili ruh sağlığı bilgileri daha askerlere yöneliktir (176, 177). Günümüz savaşlarında savaş stratejisi olarak sivil insanların kalkan olarak kullanılması ve savaşların yaşam alanlarında gerçekleşmesi oldukça fazla sayıda sivil insanın hayatına kaybetmesine ve yaşayanların göçe zorlanmalarına neden olmaktadır.

Balkan savaşları sonrası 5 ülkede sivil toplum üzerinde yapılan bir çalışmada toplam psikiyatrik bozukluk oranı %48 olarak belirtilmiştir. Yine aynı çalışmada %15,6-%41,8 aralığında anksiyete bozuklukları, %12,1-%41,8 oranında duygu durum bozuklukları bulunurken, madde kullanım bozuklukları, somatizasyon bozuklukları ve psikotik bozukluklar düşük oranlarda tespit edilmiştir. Ek olarak bu çalışmada en fazla TSSB (%10,6-%35,4) ve majör depresyon (%4,1-%37,3) bulunmuştur (178). Batı ülkelerine yerleştirilmiş 7000 mülteci üzerinden yapılan sistematik bir derlemede, TSSB için %9 ve majör depresyon için %5 oranları bildirmiştir (179).

Göç olayı psikoanalitik açıdan yorumlanmış ve göçmenin güvensizliğini, “bilinmeyenle” karşılaşma anksiyetesi ve bu anksiyete ile birlikte seyreden regresyonun belirlediğini ifade etmişlerdir. Regresyon kişinin kendisini çaresiz hissetmesine yol açarken fırsatları etkin olarak kullanmasına engel olabilir. Bu sırada korku ve anksiyetesini giderebilmek amacıyla güvenebileceği insanlar arar. Bu insanlarla bütünleşebilmesi için en azından geçici olarak bireyselliğinin bir kısmından vazgeçmesi gerekir ki bu vazgeçişin derinliği yeni çevresi ile eskiden bağlı olduğu grup arasındaki farkın büyüklüğü ile orantılıdır. Diğer insanlar gibi olma isteğini içinde hissederken yeni kültürün kendisini yok edeceği korkusuna kapıldığından vazgeçme gereksinimi kişide içsel çatışmalara neden olur. Diğer bir yandan da kimliğini koruması, kendisi olduğunu hissetmesi de önem arz ettiğinden bireyselliğini devam ettirme çabasıdır. Tüm bu çatışmalar kişide yabancılaşma ve karmaşa yaratarak, yalnızlık ve izolasyon duyguları depresif eğilimleri artırır. Bu güçlüklerle başa çıkamadığı hallerde psikosomatik bozukluklar ortaya çıkar ve

çatışmalar yer değiştirebilir. Örneğin sindirim sistemi bozuklukları göç eyleminin iyi hazmedilmediğini gösterir. Bu durumda tabloya hipokondriyak uğraşlar, fanteziler egemen olabilir (180, 181).

Başka bir görüş de öncelikle sığınmacıların güvenlik sorunlarının, gelecekle ilgili korku ve endişelerinin giderilebilmesi üzerinde durmuş ve sığınmacılar arasında can kaybı ve hastalık oranlarının, beslenememenin tamamen sağlık koşullarının kabul edilemeyecek ölçüde kötü olması ile ilişkilendirilmiştir. Toplumsal desteğinde ne kadar önemli bir koruyucu faktör olduğu neredeyse bütün yayınlarda üzerinde önemle durulan bir konu olmuştur. İyi bir beden ve ruh sağlığına sahip olmak, okul ve/veya iş başarısının yüksek olması, sığınılan ülkenin dilini bilmek ve gerektiğinde destek alabilme olanaklarının bulunması sığınmacı ve göçmenler için koruyucu faktörlerin başında gelmektedir. Toplumsal çevreyle sağlıklı ilişki kurabilmesi, tercih ettiği takdirde kendi etnik topluluğu içinde kalabilmesi, ülkesinde sahip olduğu sosyal-ekonomik-kültür düzeyine benzer koşullarda yaşaması da yayınlarda sıkça değinilen konular olmuştur. Şüphesiz ki değişim yeteneğine sahip olmak, yaşadığı kayıp duygusuna dayanabilmek, yalnız kalabilmek, bekleyebilmek gibi bireye ait özellikler de yeni çevreye uyum sağlayabilmesi adına son derece önemlidir (181-183).

2.4 Türkiye'deki Suriyeli Sığınmacılar

Mülteci kavramı, siyasi veya politik sebeplerle ülkesinden göç ederek ayrılan kişilere başka bir devlet tarafından sağlanan koruma hizmeti olarak tanımlanırken; sığınmacı kavramı ise, yasal olarak herhangi bir nitelik kazanmamış ve sığındığı ülkenin imkânlarından yeterince faydalanamayan kişiler olarak tarif edilmektedir (184). Bu tanımlardan da anlaşıldığı üzere mülteci ile sığınmacı arasında kesin bir ayırım yoktur. Bundan dolayı iç savaşın başladığı 2011 yılı Nisan ayından itibaren Türkiye'ye gelen Suriyeliler, önce misafir olarak tanımlanmış; daha sonra Nisan 2012'de Başbakanlık tarafından yayımlanan genelge ile geçici olarak koruma altında oldukları kabul edilmiştir (185). Buna göre ülkemizde bulunan Suriyeliler mülteci

değil, geçici olarak korunan sığınmacılardır. Geçici koruma statüsü uygulanan kişiler, ülkesinden ayrılmaya zorlanmış, ayrıldığı ülkeye geri dönemeyen, acil ve geçici koruma bulmak amacıyla kitlesel veya bu kitlesel akın döneminde bireysel olarak sınırlarımıza gelen veya sınırlarımızı geçen yabancılardan haklarında bireysel olarak uluslararası koruma statüsü belirleme işlemi yapılamayan yabancılardır (185). Çatışmaların başladığı zamandan bu yana, şiddet ve yaşam sorunları nedeniyle milyonlarca sivil komşu ülkelere sığınmıştır. Türkiye, Ürdün, Lübnan, Irak ve Ermenistan dahil toplamda dört milyonunun üzerinde sivil komşu ülkelere sığınmıştır. Ayrıca Suriye içinde yedi milyona yakın kişi yerinden edilmiştir (23). Suriyeli sığınmacıların en fazla göç ettiği ülke Türkiye'dir. Türkiye Cumhuriyeti İçişleri Bakanlığı Göç İdaresi verilerine göre Türkiye'deki kayıtlı Suriyeli sığınmacı sayısı 2.854.968'dir ve bu sığınmacıların 260.320'si geçici barınma merkezinde yaşamaktadır. Hatay'da yaşayan 379.516 Suriyeli sığınmacının ise yalnızca 19.484'ü geçici barınma merkezinde kalmakta, büyük çoğunluğu ise ülke genelinde olduğu gibi geçici barınma merkezi dışında yaşamaktadır (24).

Türkiye'de yaşayan Suriyeli sığınmacılarda ruhsal bozuklukların olduğu daha önceki çalışmalarda gösterilmiştir. Türkiye'de sığınmacılarda yapılan çalışmalarda TSSB sıklığı %22,8-%61,1 arasında bulunmuştur (186-188). Hatay'da Suriye sınırında kamplarda yaşayan 95 mülteciyle yapılan bir çalışmada depresyon sıklığı %53,7 olarak bulunmuştur (187). Akçakale Mülteci Kampı'nda 450 mülteci ile yapılan bir çalışmada mültecilerin %8,9'unda şiddetli depresyon belirtileri olduğu tespit edilmiştir (189).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

Çalışmamız kesitsel nitelikte olup Hatay'da kamp dışında yaşayan Suriyeli sığınmacılarda yapılmıştır.

3.1 Evren ve Örneklem

Çalışma, Hatay'da kamp dışında yaşayan 18-65 yaş arası Suriyeli sığınmacılarda yapıldı. Hatay'da kamp dışında yaşayan toplam Suriyeli sığınmacı sayısı çalışmanın planladığı Haziran 2016 tarihinde Hatay İl Göç İdaresi verilerine göre 426.498 kişi idi. Çalışmaya Suriyeli nüfusun yoğun olarak yaşadığı ve Hatay'daki toplam sığınmacı nüfusun %91.2'sinin yaşadığı Antakya, Reyhanlı, Kırıkhan, İskenderun, Altınözü, Yayladağı ve Dört Yol ilçeleri dahil edildi. Yedi ilçede yaşayan Suriyeli sığınmacı sayısı 389.245 kişi idi (**Şekil 1**).

Suriyeli sığınmacıların demografik verilerine göre 18-65 yaş arası nüfus, toplam nüfusun yaklaşık %50'si kadardı (24). Çalışmamızda bu veri baz alınarak, ilimizdeki 18-65 yaş arası Suriyeli sığınmacı sayısı ortalama 200.000 kişi olarak hesaplandı.

Çalışmamızın evrenini Hatay'da kamp dışında yaşayan 18-65 yaş arası 200.000 Suriyeli sığınmacı oluşturmaktadır. Örneklem TSSB'nin görülme sıklığı %15 kabul edilerek, %95 olasılıkla ve %2,5'lik sapmayla hesaplanarak 780 kişi olarak bulundu.



Şekil 1. Evren ve Örneklem Akış Şeması

Çalışmada çok aşamalı örnekleme yöntemi kullanıldı. İlk aşamada; 780 kişilik örneklem grubu her biri 13 kişiden oluşan toplam 60 kümeye ayrıldı. Alınan her mahalleden bir sokak bir kümeyi oluşturdu. Mahallelerin isim listesi kullanılarak sistematik örnekleme yöntemiyle (1/3, 1/2, 1/1) gidilecek mahalleler belirlendi. Kümeler Suriyeli nüfus yoğunluğuna göre ilçelere dağıtıldı (**Tablo 3**). Toplamda 7 ilçede, 60 küme oluşturuldu ve 780 kişiye ulaşılması hedeflendi.

İkinci aşamada; her kümeden katılacak 13 kişinin seçiminde kartopu örnekleme yöntemi kullanıldı. Suriyeli sığınmacıların sabit bir yerde kalmamaları ve isim listeleri Hatay İl Göç İdaresi tarafından bizimle paylaşılmadığından dolayı kartopu örnekleme yöntemi tercih edildi. Her kümede çalışmaya katılacak ilk kişi rastgele belirlendi ve her görüşülen kişiden çevresinde yaşayan Suriyeli kişilerin listesi soruldu, buradan elde edilen kişilerden biri rastgele yöntemle seçilerek çalışmaya alındı. Ulaşılamama veya çalışmaya katılmayı kabul etmeme durumunda aynı listeden seçilen bir sonraki kişiye gidildi. Her bir küme için 13 kişi tamamlanıncaya kadar bu işlem sürdürüldü. Çalışmaya katılmayı kabul etmeyen 84 kişi yerine, görüşme yapılan kişilerden elde edilen listeden başka sığınmacı rastgele yöntemle seçildi. Sığınmacılar, genellikle birçok kurum ve kuruluşun görüşme

yaptığını ve geri dönüş olmadığı için çalışmaya katılmak istemediğini belirtti. Bu şekilde 780 kişi, kişilerden alınan isimlerle oluşan 4875 kişilik liste üzerinden seçilmiş oldu.

Çalışma cinsiyete göre tabakalandırıldı ve kadın erkek sayısı eşit alındı.

Çalışmanın Tasarım Etkisi Değeri (DEFF) 0,752 bulundu.

Tablo 3. Küme ve Örneklem İlgelere Göre Dağılımı

İlçe	Sığınmacı nüfusu	Küme Sayısı (Mahalle-Sokak)	Örneklem(Kişi)
Antakya	127.383	20	260
Reyhanlı	124.881	19	247
Kırıkhan	56.195	8	104
İskenderun	38.705	6	78
Altınözü	17.293	3	39
Yayladağı	13.680	2	26
Dörtyol	11.108	2	26
Toplam	389.245	60	780

3.2 Veri Toplama Araçları

Araştırmaya katılıp katılmamaya karar verilmesini sağlamak amacıyla geliştirilen, bir sayfalık araştırmanın konu, kapsam, önem ve çalışma şeklinin belirtildiği "Gönüllülerin Bilgilendirilmiş Olur/Rıza Formu" kullanıldı. Anketler uygulanmadan önce 26 anketle (2 kümede) pilot çalışma yapıldı. Anlaşılmayan, yanlış anlaşılan ve hatalı sorular gözden geçirilerek anket yeniden düzenlendi.

Dört bölümden oluşan anket formu araştırmacılar tarafından literatür bilgileri taranarak yapılandırıldı. Anketin birinci bölümü "Katılımcının Sosyodemografik Özellikleri", ikinci bölümü "Olaylar Listesi", üçüncü bölümü "Travma Sonrası Stres Tanı Ölçeği III. Bölüm Arapça Versiyon (TSSTÖ III. Bölüm)", dördüncü bölümü ise

"Beck Depresyon Envanteri Arapça Versiyon (BDE)" olup toplamda 86 soru içermektedir.

Anketin birinci ve ikinci bölümleri araştırmacılar tarafından Türkçe hazırlanıp, Türkçe-Arapça bilen iki tane yeminli tercüman tarafından Arapça'ya çevrildi ve Türkçe-Arapça-İngilizce bilen iki Suriyeli doktor tarafından tekrar Türkçe'ye ve İngilizce'ye çevirileri yapılarak kontrol edildi. Üçüncü ve dördüncü bölümlerde Arapça geçerlik ve güvenilirliği bulunan ölçekler kullanıldı. Böylece anketin tamamı Arapça olarak düzenlendi.

1. Sosyodemografik Özellikler: Katılımcının yaş, cinsiyet, medeni durum, toplam aylık gelir, kaç kişi ile birlikte yaşadıkları, Türklerden ve Türkiye'deki yeni yaşamlarından memnuniyetleri, gelecekle ilgili planları ve daha önce psikiyatrik hastalıklarının olup olmadığının araştırıldığı bölümdür. Literatür taranarak araştırmacılar tarafından oluşturuldu.

2. Olaylar Listesi: Savaş ve göç mağduru kişilerin yaşayabilecekleri ve tanık olabilecekleri travmalar listesi araştırmacılar tarafından oluşturuldu (190, 191). Kişilere her bir travmayı kaç kez yaşadığı ve/veya tanık olduğu sayı olarak soruldu. Bölümün sonunda ise yaşadığı veya tanık olduğu olaylardan kişiyi en çok etkileyen travmatik olay soruldu.

3. Travma Sonrası Stres Tanı Ölçeği (TSSTÖ): Elli maddeden oluşan ve öz-bildirim ölçeği olan Travma Sonrası Stres Tanı Ölçeği (TSSTÖ), travma sonrası stres bozukluğunu belirlemek amacıyla geliştirilmiştir. Ölçeğin yapısı ve içeriği DSM-IV tanı kriterleri esas alınarak belirlenmiştir. Ölçek yardımıyla TSSB tanısı alabilecek kişileri belirlemek ve yaşadıkları belirtilerin şiddetini ölçmek mümkün olabilmektedir (191).

Ölçeğin orijinali dört bölümden oluşmaktadır. İlk bölüm, kişinin yaşadığı travmatik olayın 28 türünü (doğal afet, kaza, savaş, tecavüz gibi) belirlemeyi amaçlamaktadır. İkinci bölümde, eğer birden fazla travmatik olay varsa, kişiyi en

fazla etkileyen yaşantı belirlenmektedir. Bu bölümde ayrıca travmatik olayın şiddetini belirlemeye yönelik, evet-hayır şeklinde yanıtlanan 6 soru bulunmaktadır. Kişinin “evet” yanıtlarının çokluğu, olayın şiddetinin fazla olduğunu göstermektedir. Ölçeğin üçüncü bölümünde, 17 maddeden oluşan ve travma sonrası belirtilerin şiddetini değerlendiren bir alt ölçek bulunmaktadır. Travma Sonrası Stres Belirtileri Alt Ölçeği, 0-3 arasında puanlanan Likert tipi bir ölçektir. Maddeler, DSM-IV TSSB tanı ölçütleri esas alınarak hazırlanmıştır (8). Alt ölçeğin dağılım aralığı 0-51’dir. Yüksek puan, kişinin olaydan olumsuz etkilendiğini ve travma sonrası stres belirtileri gösterdiğini işaret etmektedir. Stres belirti puanı 10 ve altında ise hafif; 11-20 arasında orta, 21-35 arasında orta-ciddi ve 35 üzerinde ise ciddi olarak tanımlanır. Toplam belirti endeksinin yanı sıra bu alt ölçek "yeniden yaşama/girici düşünceler", "kaçınma/duygusal küntlük" ve "aşırı uyarılmışlık" boyutlarında da bilgi sunmaktadır. Ölçeğin dördüncü ve son bölümünde, travmatik olayın kişinin yaşamı üzerindeki etkisini belirlemeye yönelik, evet-hayır şeklinde yanıtlanan dokuz soru bulunmaktadır. Kişinin "evet" yanıtlarının çokluğu, yaşamının çeşitli alanlarının olumsuz etkilendiğini göstermektedir.

Anketimizde kullandığımız Travma belirtilerinin düzeyini ve şiddetini ölçmeyi amaçlayan 17 ölçek maddesinin (TSSTÖ Bölüm III) orijinal formunun yüksek iç tutarlılığa ($\alpha=0.92$) sahip olduğu belirtilmekte ve bu maddeler için elde edilen test-tekrar test güvenilirlik katsayısının 0.83 olduğu bildirilmektedir (191). Ölçeğin başka bir kriterle (yapılandırılmış klinik ve tanı görüşmesi, SCID) TSSB tanısı almış kişileri %82 düzeyinde ayırt edebildiği (duyarlılık-sensitivity); TSSB tanısı almamış kişileri ise %76 düzeyinde ayırt edebildiği (özgüllük-specificity) belirtilmekte ve ölçüt kriteri olarak kullanılan kimi ölçeklerle kabul edilebilir düzeyde ilişki katsayılarına sahip olduğu bildirilmektedir (191).

Ölçeğin Arapça versiyonunun geçerlik güvenilirliği Anne E. Norris ve Karen J. Aroian tarafından yapılmış ve Cronbach’s alfa değeri 0.93 bulunmuş. “Yeniden yaşama” alt ölçeği için Cronbach’s alfa 0.90, “Kaçınma/duygusal küntlük” alt ölçeği 0.78 ve “Aşırı uyarılmışlık” alt ölçeği 0.83 Cronbach’s alfa değerlerine sahip

olduğu bildirilmekte ve üç TSSTÖ alt ölçeğinin birbiriyle yüksek derecede korelasyon gösterdiği belirtilmektedir (192).

Bizim çalışmamızda ise ölçeğın Crobach's alfa değeri 0.94 bulundu.

Ölçeğe Göre TSSB Tanı Türleri

TSSB: TSSTÖ III. bölümden bir puan ve üzerinde alanlar

Akut TSSB: Semptomları üç aydan daha kısa süren TSSB

Kronik TSSB: Semptomları üç ay ya da daha uzun süren TSSB

Geç Başlangıçlı TSSB: Semptomlar stres etkeninden en az 6 ay sonra başlamışsa (8).

4. Beck Depresyon Envanteri Arapça Versiyon: BDE, Beck ve ark. tarafından adolesan ve erişkinlerde depresyonun davranışsal bulgularını ölçmek amacıyla 1961 yılında geliştirilmiştir (193). Depresyonun şiddetini ölçmek, tedavi ile olan değişimleri izleyebilmek ve hastalığı tanımlayabilmek amacıyla tasarlanmıştır. BDE'deki maddeler asıl olarak depresyonlu hastaların psikoanalitik tedavileri sonucunda yapılan gözlemlere dayanmaktadır. Depresyona özgü davranışlar ve semptomlar bir dizi cümle ile tanımlanmıştır ve her bir cümleye sayı olarak 0-3 arasında numara verilmiştir. Yirmi bir maddeden oluşmaktadır ve maddeler hafif formdan şiddetli forma göre sıralanmıştır. Hastalardan şimdiki durumlarını en iyi tanımlayan ifadeyi işaretlemeleri istenmekte ve sonuç maddelerin toplamı ile elde edilmektedir. 1978 yılında ölçeğın tümü revize edilerek şiddeti tanımlayan duplikasyonlar ayıklanmış ve hastaların bugünü de kapsayacak biçimde son bir haftalık durumlarını işaretlemeleri istenmiştir (194).

Ölçeğın orijinali klinisyenin yüksek sesle hastaya okuması şeklinde tasarlanmış iken, ölçek daha sonra kendini değerlendirme ölçeği olarak uygulanmaya başlanmıştır (194). Ölçeği doldurmak yaklaşık 15 dakika sürmektedir. Ancak bu süre hastanın eğitim düzeyine göre değişebilir. Ayrıca, ciddi obsesyonu olan hastalarda uygulama daha da uzun sürebilir.

BDE ile diğer depresyon ölçekleri arasındaki korelasyon oldukça yüksektir. Psikiyatrik hastalarda, depresyonun klinik ölçümü ile BDE arasındaki korelasyon 0,55-0,96 arasında değişmektedir(ortalama= 0,72). Psikiyatrik olmayan hastalarda ise korelasyon 0,55-0,73 (ortalama= 0,60)arasındadır. BDE ile Hamilton Depresyon Ölçeği (HAM-D) arasındaki ortalama korelasyon 0,73 olarak bulunmuştur. BDE'nin avantajları hasta tarafından doldurulması, basit bir dile sahip olması ve skorlamanın kolay olmasıdır. Dezavantajları ise; kadınlar, yaşlılar, adolesanlarda, düşük eğitim düzeyinde ve eşlik eden psikiyatrik bozuklukların varlığında olduğundan yüksek skorların işaretlendiğinin bildirilmiş olmasıdır (194).

Mısırlı psikolog Abdul-Fetih BDE'nin Arapça versiyonunu geliştirmiş ve toplam 1.686 lise ve üniversite öğrencisine uygulamış. BDE Arapça versiyonunun test-tekrar test güvenilirlik katsayısı 0,87 bulmuştur. Şiddet olarak; 0-9 depresyon yok, 10-15 hafif, 16-23 orta, 24-36 şiddetli, >37 çok şiddetli şeklinde yorumlanmaktadır (195, 196). BDE'nden 10 ve üzerinde puan alanlar depresyon olarak kabul edilir. Abdel-Halek 1998 yılında Mısır, Suudi Arabistan, Kuveyt ve Lübnan'da 380 erkek ve kadın öğrenciyle yaptığı çalışmada BDE Arapça versiyonunun Cronbach's alfa değerlerini sırasıyla 0,77, 0,82, 0,89, 0,67 bulmuştur (197, 198).

Çalışmamızda ise ölçeğin Cronbach's alfa değeri 0,86 bulundu.

3.3 Araştırmanın Uygulanması

Araştırma; literatür taraması, anket formlarının oluşturulması, gerekli izinlerin alınması, ekip oluşturulması gibi ön hazırlıklar tamamlandıktan sonra yürütüldü. Araştırmanın yürütülmesinde Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı'ndan bir öğretim üyesi, bir araştırma görevlisi doktor, Arapça ve Türkçe bilen iki Suriyeli anketör görev aldı. Anketörlere, anket ve hastalıklar hakkında Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı'nda tarafımızca iki ayrı toplantıda toplam dört saat eğitim verildi.

Araştırma etik kurul izini Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi Yerel Etik Kurulu'ndan aldı (Tarih/Sayı: 27.10.2016/169).

Araştırmanın uygulama aşamasında gidilecek mahalleler önceden belirlendi ve çalışmanın yapılabileceği uygun bir zaman dilimi ayarlandı. Katılımcılarla görüşme yaşadıkları ortamlarında (ev, depo, ambar vb.) yapıldı.

Uygulama öncesi katılımcılara çalışma ile ilgili kısa bir bilgi verildi. Sonrasında çalışmaya katılmayı kabul eden kişilerden onamları yazılı olarak alındı. Araştırmacılar tarafından hazırlanan anketler, anketörler tarafından yüz yüze görüşme tekniğiyle katılımcılara sorularak dolduruldu.

Anketler 19.12.2016-20.01.2017 tarihleri arasında 30 işgünü her gün iki kümeye (26 kişi) uygulandı. Antakya'ya 10 gün, Reyhanlı'ya 9,5 gün, Kırıkhan'a 4 gün, İskenderun'a 3 gün, Altınözü'ne 1,5 gün, Yayladağı ve Dört Yol'a 1'er gün olmak üzere 30 işgününde toplam 780 kişiyle görüşülerek veri toplama tamamlandı.

3.4 Araştırmanın Değişkenleri

Bağımlı değişkenler

- TSSTÖ skoru ve TSSB prevalansı
- BDE skoru ve depresyon prevalansı

Bağımsız değişkenler

- | | |
|--|---------------------------------|
| - Yaş | - Cinsiyet |
| - Medeni durum | - Öğrenim durumu |
| - İş | - Sığınmacılık Süresi |
| - Aile bireylerinin nerede olduğu | - Ailenin toplam aylık geliri |
| - Türkiye'de işlerinin olması/olmaması | - Türklerin onlara karşı tutumu |

- Kendilerini Türkiye’de güvende hissetme durumu - Türkiye’deki yaşama uyum
- Haber alamadıkları yakınlarının varlığı -Gelecekle ilgili ne hissettikleri
- Gelecekle ilgili planları -Ailede psikiyatrik hastalık
- Kendisinde psikiyatrik hastalık öyküsü
- Yaşadıkları ve tanık oldukları travmalar ve sayısı

3.5 Araştırmanın Takvimi

Araştırmanın takvimi tarihsel süreç içerisinde aşağıda ayrıntılı olarak gösterilmiştir (**Tablo 4**).

Tablo 4. Araştırmanın Takvimi

Mart-Kasım 2016	Literatür taraması
	Araştırmanın planlanması
	Anket formlarının oluşturulması
Aralık 2016-Ocak 2017	Verilerin toplanması
	Verilerin bilgisayara aktarılması
Ocak 2017	Verilerin analizi
Ocak-Nisan 2017	Rapor Yazımı

3.6 Verilerin Analizi

Araştırma sonunda anket formu aracılığı ile elde edilen veriler Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versiyon 21.0 istatistik paket programına girildi. Verilerin kontrolleri ve analizleri aynı programda yapıldı. İstatistiksel analizlerde tanımlayıcı istatistikler için frekans (%), ortalama değer, standart sapma, en yüksek ve en düşük değerler kullanıldı. Verilerin normal dağılıma uygunluğuna bakmak için Shapiro Wilk ve Kolmogorov Smirnov Testleri kullanıldı. Veriler normal dağılıma uymadığı için analizlerde non-parametrik testler kullanıldı.

Değişkenlere göre TSSB ve depresyonun sosyodemografik özelliklere göre karşılaştırılmasında Ki-Kare (χ^2) , Mann Whitney U, Kruskal Wallis, Spearman Korelasyon ve Binary Lojistik Regresyon testleri kullanıldı. İstatistiksel analizlerde p değeri 0,05'den daha küçük değerler önemli olarak kabul edildi.

3.7 Araştırmanın Bütçesi

Araştırmanın finansmanını, Mustafa Kemal Üniversitesi Rektörlüğü Bilimsel Araştırmalar Projeleri Koordinasyon Birimi sağlamıştır (Proje No: 16335). Araştırmamıza, anket basımı için 280 TL, anketör ücreti olarak 6000 TL, yolluk ve gündelik giderleri için 1734 TL, tez basımı için 250 TL ve kongre katılım ve yol ücreti için 2043 TL olmak üzere toplam 10.307 TL ödenek verilmiştir.

4. BULGULAR

4.1 Tanımlayıcı Bulgular

Kadın erkek açısından tabakalı ve eşit olarak belirlenen toplam 780 kişinin yaş ortalamaları $34,2 \pm 12,4$ yıl idi. Kadın sığınmacıların yaş ortalaması $32,6 \pm 11,7$ yıl iken. Erkeklerin yaş ortalaması $36,0 \pm 13,0$ yıl idi. Sığınmacıların %77,4'ünün evli, %17,8'inin hiç evlenmemiş olduğu görüldü. Katılımcıların %47,2'si ortaokul mezunu, %15,8'i üniversite mezunu ve %15,6'sı lise mezunu olduğunu belirtti. Sığınmacıların %35,9'u ev hanımı, %30,9'u işçi, %24,9'u çalışmıyor idi. Kadınların %71,8'i ev hanımı, %1,5'i işçi iken; erkeklerin %60,3'ü işçi, %33,3'ü çalışmadığını olduğunu belirtti. Sığınmacıların %84,7'si düzenli para getiren bir işinin olmadığını, %18,7'si daha önce psikiyatrik hastalık tanısı aldığını söyledi (**Tablo 5**).

Tablo 5. Sığınmacıların Sosyodemografik Özellikleri (N=780)

Değişken	Sayı	Yüzde	
Medeni durum	Evli	603	77,4
	Hiç evlenmemiş	139	17,8
	Eşi ölmüş	29	3,7
	Ayrı yaşıyor	5	0,6
	Boşanmış	4	0,5
Öğrenim	Okur-yazar değil	93	11,9
	Okur-yazar	27	3,5
	İlkokul	47	6,0
	Ortaokul	368	47,2
	Lise	122	15,6
Üniversite	123	15,8	
Düzenli iş	Var	119	15,3
	Yok	661	84,7
İş	Çalışmıyor	194	24,9
	İşçi	241	30,9
	Ev hanımı	280	35,9
	Memur	30	3,8
	Diğer ^a	35	4,5
Daha önce psikiyatrik hastalık	Var	146	18,7
	Yok	634	81,3

^a Bu grubun % 77,1'i öğrenci

Katılımcıların Türkiye’de yaşadıkları ortalama sürenin 33,9±19,2 ay olduğu tespit edildi. Barındıkları yerde ortalama 7,0±3,3 kişi ile birlikte yaşıyorlardı ve bunların 5,4±2,6’sı kendi çekirdek ailesi idi (**Tablo 6**). Sığınmacıların aylık ortalama aile gelirleri 711,4±382,0 TL olup, eve para getiren işte çalışan kişi ortalaması 1,2±0,6 kişi olarak belirlendi.

Tablo 6. Katılımcıların Birlikte Yaşadıkları Bireyler ve Ailelerinin Aylık Gelirleri

Değişken	Ortalama	Standart sapma	En küçük	En büyük
Ailedeki birey sayısı	5,4	2,6	1	15
Birlikte yaşadıkları birey sayısı	7,0	3,3	1	21
Ailenin aylık geliri (TL)	711,4	382,0	0	3.000
Sığınmacılık süresi (ay)	33,9	19,2	1	66

Sığınmacıların aileleriyle ilgili bulgular **Tablo 7**’de özetlendi. Ölenler dışında Suriye’de birlikte yaşadıkları aile bireyleri ile şu anda da birlikte yaşayanların oranı %82,9 idi. Katılımcıların %8,2’sinin ailesinde haber alamadığı yakını vardı. Katılımcıların, %7,9’u ailesinde psikiyatrik hastalık geçiren olduğunu belirtti. Çalışmaya katılanların %88,3’ü barındığı yerde ailesine özel tuvalet/banyo olduğunu söyledi.

Tablo 7. Katılımcıların Aile Özellikleri (N=780)

Değişken		Sayı	Yüzde
Suriye’de birlikte yaşadığımız aile bireyleri;	Birlikte burada aynı yerde	647	82,9
	Bir kısmı Suriye’de	117	15,0
	Bir kısmı başka ülkelerde	11	1,4
	Bir kısmı Türkiye’de farklı yerlerde	5	0,6
Ailesinde haber alamadığı yakın	Var	64	8,2
	Yok	716	91,8
Ailede psikiyatrik hastalık	Var	62	7,9
	Yok	718	92,1

Sığınmacıların yeni yaşamlarına ilişkin düşünceleri **Tablo 8**’de belirtildi. Suriyeli sığınmacıların %75,9’u Türklerin onlara karşı olan tutum ve davranışlarının iyi olduğunu belirtti. “Türkiye’de kendinizi güvende hissediyor musunuz?” sorusuna %81,8’i; “Türkiye’deki yaşamınıza uyum sağlayabildiniz mi?” sorusuna %74,7’si evet yanıtını verdi.

Tablo 8. Katılımcıların Türkiye’deki Yaşamla İlgili Düşünceleri (N=780)

Değişken		Sayı	Yüzde
Yerleşik halkın tutum ve davranışı	İyi	592	75,9
	Orta	175	22,4
	Kötü	13	1,7
Türkiye’de kendisini güvende hissetme	Evet	638	81,8
	Kısmen	95	12,2
	Hayır	47	6,0
Türkiye’deki yaşama uyum	Evet	583	74,7
	Kısmen	152	19,5
	Hayır	45	5,8

Çalışmaya katılanların gelecekle ilgili düşünceleri **Tablo 9**’da özetlendi. Sığınmacıların %42,8’i geleceklerinin daha iyi olacağını, %25,0’ı ise daha kötü olacağını belirtti. Savaşın bitmemesi/uzun sürmesi durumunda katılımcıların %82,2’si Türkiye’de kalmayı düşünürken, savaşın bitmesi durumunda %93,5’i ülkesine döneceğini belirtti.

Tablo 9. Sığınmacıların Gelecekle İlgili Düşünceleri (N=780)

Değişken		Sayı	Yüzde
Geleceğinizi nasıl görüyorsunuz?	Daha kötü	195	25,0
	Aynı	24	3,1
	Daha iyi	334	42,8
	Fikrim yok	227	29,1
Savaşın bitmemesi/uzun sürmesi durumunda düşünce	Türkiye’de kalmayı düşünüyorum	641	82,2
	Gelişmiş ülkelere gitmeyi düşünüyorum	61	7,8
	Ülkeme dönmeyi düşünüyorum	35	4,5
	Diğer İslam ülkelerinden birinde yaşamayı düşünüyorum	8	1,0
	Fikrim yok	35	4,5
Savaşın yakında bitmesi durumunda düşünce	Ülkeme dönmeyi düşünüyorum	729	93,5
	Türkiye’de kalmayı düşünüyorum	32	4,1
	Gelişmiş ülkelere gitmeyi düşünüyorum	2	0,3
	Diğer İslam ülkelerinden birinde yaşamayı düşünüyorum	0	0
	Fikrim yok	17	2,2

Katılımcıların yaşadıkları ve tanık oldukları travma sayıları **Tablo 10**’da verildi. Sığınmacıların yaşadıkları travma sayısı ortalaması $58,6 \pm 23,5$ (0-153), tanık

oldukları travma sayısı ortalaması $0,7 \pm 2,5$ (0-51), toplam travma sayısı ortalaması ise $59,3 \pm 23,9$ (0-153) idi. Her bir sığınmacı ortalama $41,3 \pm 17,0$ kez şehrinin, $9,0 \pm 5,9$ kez sokağının/mahallesinin, $1,0 \pm 1,6$ kez evinin bombalandığını belirtti. Katılımcılardan her birinin yakın çevresinden ortalama $3,1 \pm 5,8$ kişi, aile üyelerinden $0,3 \pm 0,7$ kişi ölmüş idi.

Tablo 10. Sığınmacıların Yaşadıkları ve Tanık Oldukları Travma Sayıları (N=780)

	Ortalama	Standart Sapma
Yaşanılan Travma	58,6	23,5
Tanık Olunan Travma	0,7	2,5
Toplam	59,3	23,9

Kadınlar ortalama $66,4 \pm 16,6$ travma yaşamış iken, erkekler $51,0 \pm 26,8$ travma yaşadıklarını belirtti ($p < 0,001$). Yaşanan ve tanık olunan toplam travma sayısı kadınlarda $67,7 \pm 17,1$ iken, erkeklerde $51,1 \pm 26,9$ idi ($p < 0,001$).

Katılımcıların yaşadıkları travma yüzdeleri **Tablo 11**'de özetlendi. Sığınmacıların %96,5'i en az bir kez travmatik olay yaşamış olup bu kişilerin %90,4'ü yaşadıkları şehrin, %89,5'i yaşadıkları sokağın/mahallenin, %71,7'si evlerinin en az bir defa bombalandığını belirtti. Çalışmaya katılanların %58,6'sının beklenmedik/doğal olmayan nedenlerle ölen yakın tanıdığı/tanıdıkları vardı.

Tablo 11. Sığınmacıların Yaşadıkları Travmatik Olayların Dağılımı (N=780)

Yaşanan Olaylar	Sayı	Yüzde	%95GA ^c
Şehrin bombalanması	705	90,4	88-92
Sokak/mahalle bombalanması	698	89,5	85-90
Ev bombalanması	559	71,7	68-75
Yakın çevreden doğal olmayan ölüm	457	58,6	55-62
Mallarına el konulması/gasp	408	52,3	49-56
Silahlı saldırı	212	27,2	24-30
Ailede doğal olmayan ölüm	198	25,4	22-29
Yakın çevreden ^a hafif yaralanma	155	19,9	17-23
Ailede hafif yaralanma	124	15,9	13-19
Yakın çevreden ağır yaralanma	78	10,0	8-12
Rehin alınma/tutuklanma	78	10,0	8-12
Ailede ağır yaralanma	77	9,9	8-12
Ağır yaralanma ^b	61	7,8	6-9
Tehdit edilme	55	7,1	5-9
Hafif yaralanma	54	6,9	5-9
İşkence/dövülme	53	6,8	5-9
Radyasyon/kimyasal maddeye maruziyet	26	3,3	2-5
Silahsız saldırı	13	1,7	1-3
İntihar girişimi	9	1,2	1-2
Cinsel şiddet	5	0,6	1-2
Başka bir kişiye kendisinin neden olduğu yaralama	1	0,1	0,1-1
Başka bir kişiye kendisinin neden olduğu ölüm	1	0,1	0,1-1

^aAkraba, arkadaş, komşu..vb ^bKalıcı sakatlanma, özürülük, iz bırakan yaralanma

^cGüven Aralığı

Sığınmacıların tanıklık ettikleri travmalar **Tablo 12'**de özetlendi. Sığınmacıların %14,4'ü silahlı saldırıya, %8,6'sı rehin alınma/tutuklanmaya tanıklık ettiklerini belirttiler.

Tablo 12. Sığınmacıların Tanık Oldukları Travmatik Olayların Dağılımı (N=780)

Tanık Olunan Olaylar	Sayı	Yüzde	%95 GA
Silahlı saldırı	112	14,4	12-17
Rehin alınma/tutuklanma	67	8,6	7-11
Ev bombalanması	29	3,7	3-5
Tehdit edilme	13	1,7	1-3
Radyasyon/kimyasal maddeye maruziyet	9	1,2	1-2
Mallarına el konulması/gasp	8	1,0	0,9-2
İşkence/dövülme	4	0,5	0,2-1
Şehrin bombalanması	4	0,5	0,2-1
Ailede hafif yaralanma	3	0,4	0,1-1
Ailede doğal olmayan ölüm	3	0,4	0,1-1
Yakın çevreden ^a doğal olmayan ölüm	2	0,3	0,1-1
Yakın çevreden hafif yaralanma	2	0,3	0,1-1
Sokak/mahalle bombalanması	2	0,3	0,1-1
Silahsız saldırı	2	0,3	0,1-1
Hafif yaralanma	1	0,1	0,01-1
Ailede ağır yaralanma ^b	1	0,1	0,01-1
Yakın çevreden ağır yaralanma	1	0,1	0,01-1
Cinsel şiddet	1	0,1	0,01-1

^aAkraba, arkadaş, komşu vb. ^bKalıcı sakatlanma, özürllülük, iz bırakan yaralanma

Sığınmacıların yaşadıkları travmatik olaylar içinde kendilerini en çok etkileyen olayların yüzdeleri **Tablo 13**'de özetlendi. Sığınmacıların en çok etkilendikleri travmatik olaylarda ilk üç sırada %18,9 ile zorunlu göç, % 18,8 ile aileden birinin doğal olmayan ölümü ve %13,2 ile yakın çevreden birinin doğal olmayan ölümü vardı.

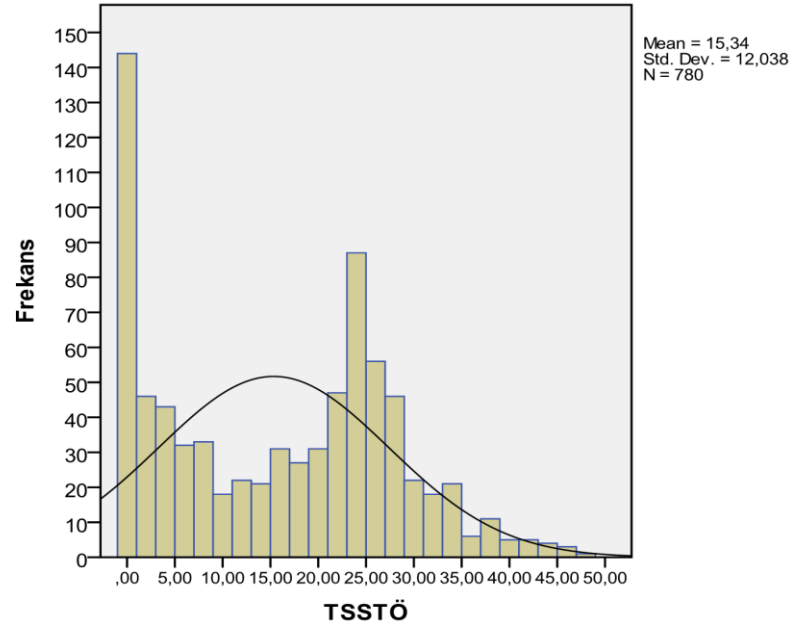
Tablo 13. Sığınmacıların En Çok Etkilendikleri Travmatik Olayların Dağılımı (N=780)

Yaşanan/Tanımlanan Olaylar	Sayı	Yüzde
Zorunlu göç	148	18,9
Ailede doğal olmayan ölüm	147	18,8
Yakın çevreden ^a doğal olmayan ölüm	103	13,2
Ev bombalanması	87	11,2
Rehin alınma/tutuklanma	62	7,9
Şehrin bombalanması	40	5,1
Ağır yaralanma ^b	20	2,6
Ailede ağır yaralanma	19	2,4
Silahlı saldırı	12	1,5
Ailede hafif yaralanma	12	1,5
Mallarına el konulması/gasp	11	1,4
Yakın çevreden hafif yaralanma	6	0,8
Sokak/mahalle bombalanması	5	0,6
Silahsız saldırı	3	0,4
Tehdit edilme	3	0,4
Radyasyon/kimyasal maddeye maruziyet	3	0,4
İşkence/dövülme	2	0,3
Hafif yaralanma	2	0,3
Yakın çevreden ağır yaralanma	2	0,3
Diğer	62	8,0
Kendisini Etkileyen Travma Yaşamayan	31	4,0
Toplam	780	100,0

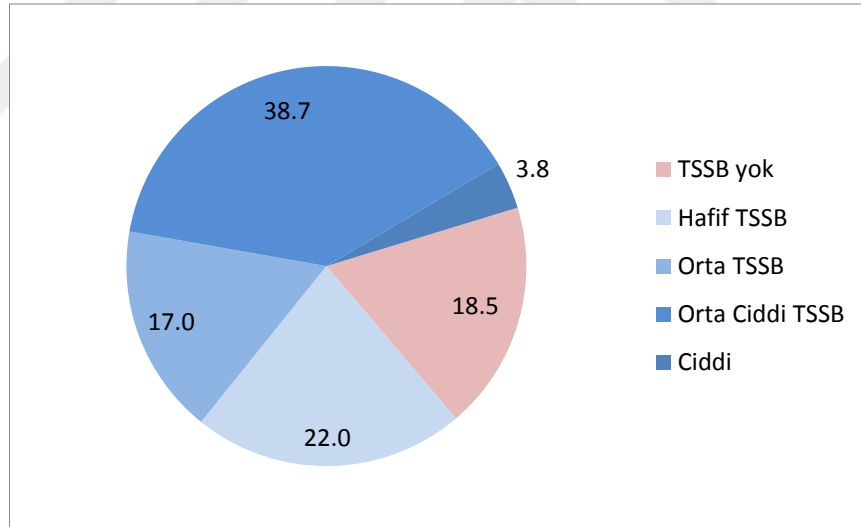
^aAkraba, arkadaş, komşu..vb ^bKalıcı sakatlanma,özürlülük,iz bırakan yaralanma

4.2 TSSB Bulguları

Sığınmacıların TSSTÖ puan ortalaması $15,3 \pm 12,0$ (0-48) olup normal dağılımıyordu ($p < 0,001$) (**Şekil 2**). Sığınmacılarda TSSTÖ'den bir ve üzerinde puan alanların (TSSB) prevalansı %81,5'di ve bunların %98,6'sının kronik TSSB olduğu tespit edildi. Katılımcıların %22,0'ı hafif, %17,0'ı orta, %38,7'si orta ciddi ve %3,8'si ciddi TSSB olarak belirlendi ve %2,4'ü geç başlangıçlı idi (**Şekil 3**).



Şekil 2. TSSTÖ Puanları Histogram Grafiği



Şekil 3. Sığınmacıların TSSB Dereceleri

Sığınmacıların TSSTÖ’de yaşadıkları semptomlar sıklık sırasına göre **Tablo 14**’te özetlendi.

Tablo 14. TSSTÖ Semptom Yüzdeleri

Semptomlar	Sayı	Yüzde
Düşünce ya da dikkatini belli bir noktada toplamada sıkıntı yaşama	542	69,5
Çevresindeki insanlarla arasında bir mesafe hissetme ya da onlardan koptuğu duygusuna kapılma	497	63,7
Bu travmatik olay hakkında, istemediği halde aklına rahatsız edici düşünceler ya da imgelerin gelmesi	491	62,9
Bu travmatik olayla ilgili kötü rüyalar ya da kabuslar görme	483	61,9
Bu travmatik olayı hatırladığında duygusal olarak altüst olduğunu hissetme	448	57,4
Uykuya dalma ya da uyumada zorluklar yaşama	443	56,8
Çabuk sinirlenme ya da öfke nöbetleri geçirme	435	55,8
Önemli etkinliklere çok daha az sıklıkta katılma ya da bu etkinliklere çok daha az ilgi duyma	427	54,7
Diken üstünde olma ya da kolayca irkilme	411	52,7
Bu travmatik olayı hatırladığında vücudunda fiziksel tepkiler meydana gelmesi	405	51,9
Duygusal açıdan kendini donuk, uyuşuk hissetme	401	51,4
Aşırı derecede tetikte olma	389	49,9
Bu travmatik olayı hatırlatan etkinliklerden, kişilerden ya da yerlerden kaçınmaya çalışma	388	49,7
Bu travmatik olayı düşünmemeye, hakkında konuşmamaya ya da hissetmemeye çalışma	377	48,3
Gelecekle ilgili planlarının ya da umutlarının gerçekleşmeyeceği duygusuna kapılma	376	48,2
Bu travmatik olayın önem taşıyan bir bölümünü hatırlayamama	346	44,4
Bu travmatik olayı yeniden yaşama, sanki tekrar oluyormuş gibi hissetme ya da öyle davranma	331	42,4

Cinsiyet, medeni durum, öğrenim ve işe göre TSSTÖ skorları **Tablo 15'**da verildi. Cinsiyete göre TSSTÖ skorlarını kıyasladığımızda kadınların ortanca TSSTÖ skoru 4,5 (0-48), erkeklerinki ise 24,0 (0-46) olarak bulundu ($p<0,001$).

Hiç evlenmemiş, boşanmış, ayrı yaşayan ve eşi ölmüşleri bekar olarak kabul edip medeni duruma göre TSSTÖ skorlarını kıyasladığımızda; evlilerin ortanca TSSTÖ skorları 18,0 (0-46), bekarların ise 14,0 (0-48) idi ($p=0,007$).

Öğrenim durumuna göre TSSTÖ skorlarını kıyasladığımızda aradaki fark istatistiksel olarak önemli saptandı ($p=0,04$).

Yaptıkları işe göre TSSTÖ skorlarını kıyasladığımızda işi olmayanların ortanca TSSTÖ skoru 23,0 (0-46), işçilerin ki 23 (0-48), ev hanımlarının ki 5,0 (0-42) ve diğerlerinin (az sayıdaki gruplar diğer olarak birleştirildi ve bu grubun

çoğunluğunu memur ve öğrenciler oluşturmakta) ortanca TSSTÖ skoru 10,0 (0-34) olarak belirlendi ($p<0,001$). Şu an Türkiye’de düzenli işi olanların TSSTÖ skorları ortancası 23,0 (0-45) iken, düzenli işi olmayanların 14,0 (0-48) bulundu ($p<0,001$).

Tablo 15. Cinsiyet, Medeni Durum, Öğrenim ve İşe Göre TSSTÖ Skorları (N=780)

		TSSTÖ Skoru			p
		Ortanca	En küçük	En büyük	
Cinsiyet	Kadın	4,5	0	48	<0,001^a
	Erkek	24,0	0	46	
Medeni Durum	Evli	18,0	0	46	0,007^a
	Bekar	14,0	0	48	
Öğrenim	Okur-yazar değil	9,0	0	45	0,045^b
	Okur-yazar	23,0	0	45	
	İlkokul	19,0	0	44	
	Ortaokul	16,5	0	48	
	Lise	17,5	0	46	
	Üniversite	17,0	0	43	
İş	İşsiz	23,0	0	46	<0,001^b
	İşçi	23,0	0	48	
	Ev hanımı	5,0	0	42	
	Diğer ^c	10,0	0	34	
Düzenli İş	Var	23,0	0	45	<0,001^a
	Yok	14,0	0	48	

^aMann-Whitney U testi ^bKruskal-Wallis testi ^cBu grubun %87,7’sini memur ve öğrenciler oluşturmaktaydı

Cinsiyet, medeni durum, düzenli iş ve yapılan işe göre TSSB varlığı **Tablo 16**’de özetlendi. Kadınların %72,3’ü TSSB tanısı alırken, erkekler de bu oran %90,8 idi ($p<0,001$). Evli olanlarda TSSB sıklığı %82,4 iken, bekarlarda %78,0 bulundu ($p=0,16$). İşlerine göre TSSB tanısını kıyasladığımızda; işçilerin %89,6’sı, işsizlerin %85,6’sı, ev hanımlarının %73,6’sı TSSB tanısı almıştı ($p<0,001$). Şu anda Türkiye’de düzenli işi olanların %84,9’u TSSB iken, düzenli işi bulunmayanların %80,9’u olası TSSB tanısı aldı ($p=0,30$).

Tablo 16. Cinsiyet, Medeni Durum, Düzenli İş ve Yapılan İşe Göre TSSB Varlığı

		TSSB				İstatistik
		Var		Yok		
		Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	
Cinsiyet	Erkek	354	90,8	36	9,2	<0,001
	Kadın	282	72,3	108	27,7	$\chi^2=41,1$
Medeni durum	Evli	498	82,6	105	17,4	0,16
	Bekar	138	78,0	39	22,0	$\chi^2=1,9$
Düzenli iş	Var	101	84,9	18	15,1	0,30
	Yok	535	80,9	126	19,1	$\chi^2=1,0$
İş	Çalışmıyor	166	85,6	28	14,4	
	İşçi	216	89,6	25	10,4	<0,001
	Ev hanımı	206	73,6	74	26,4	$\chi^2=26,9$
	Diğer ^a	48	73,8	17	26,2	

^a Bu grubun %87,7'sini memur ve öğrenciler oluşturmaktaydı

TSSB tanısına göre yaş, gelir, birlikte yaşadıkları kişi sayısı ve sığınmacılık süresi ortancaları **Tablo 17**'de verildi. TSSB tanısı alanların ortanca yaşı 33,0 (18-65), TSSB tanısı almayanların ortanca yaşı 25,5 (18-65) bulundu ($p<0,001$). TSSB tanısı alanların barındıkları yerde yaşadıkları kişi ortancası 7,0 (1-21) iken, TSSB tanısı almayanlarda ortanca değer 7,0 (1-21) idi ($p=0,26$). TSSB tanısı alanların aylık gelir ortanca değeri 600,0 (0-2500) TL iken, diğerlerinin 650,0 (0-3000) TL idi ($p=0,79$). TSSB tanısı alanların Türkiye'de kaldıkları sürenin ortancası 36,0 (1-66) ay iken, diğerlerinin ki 43,5 (1-66) ay idi ($p=0,007$).

Tablo 17. TSSB Tanısına Göre Yaş, Gelir ve Sığınmacılık Süresi (N=780)

	TSSB		p ^a
	Var	Yok	
Yaş (yıl)	33,0	25,5	<0,001
Gelir (TL)	650,0	600,0	0,79
Kaç kişi ile yaşadıkları (kişi)	7,0	7,0	0,26
Sığınmacılık süresi (ay)	36,0	43,5	0,007

^aMann-Whitney U testi

Sığınmacıların Türkiye'deki yaşamlarına ilişkin düşüncelerine göre TSSB prevalansı **Tablo 18**'da özetlendi. Türklerin kendilerine karşı tutumu, Türkiye'de kendilerini güvende hissetme durumu ve yeni yaşamlarına uyumla TSSB prevalansı arasında ilişki bulunamadı ($p>0,05$).

Tablo 18. TSSB Varlığına Göre Türkiye’deki Yaşamları Hakkında Düşünceleri

		TSSB				İstatistik
		Var		Yok		
		Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	
Türklerin tutumu	İyi	481	81,2	111	18,8	p=0,91
	Orta	144	82,3	31	17,7	$\chi^2=0,2$
	Kötü	11	84,6	2	15,4	
Türkiye’de güvende misiniz?	Evet	523	82,0	115	18,0	p=0,39
	Kısmen	73	76,8	22	23,2	$\chi^2=1,9$
	Hayır	40	85,1	7	14,9	
Türkiye’ye uyum	Evet	464	79,6	119	20,4	p=0,054
	Kısmen	133	87,5	19	12,5	$\chi^2=5,9$
	Hayır	39	86,7	6	13,3	

“Geleceğinizi nasıl görüyorsunuz?” sorusunu fikri olmayanları ayırarak analiz ettiğimizde, TSSB tanısı alanların %37,7’si daha kötü olacağını söylerken, TSSB tanısı olmayanlarda bu oran %21,7 idi (p=0,01) (**Tablo 19**).

Tablo 19. TSSB Durumuna Göre "Geleceğinizi Nasıl Görüyorsunuz" (n=553)

		TSSB				İstatistik
		Var		Yok		
		Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	
Geleceğinizi nasıl görüyorsunuz?	Daha kötü	177	37,6	18	21,7	p=0,01
	Aynı	20	4,3	4	4,8	$\chi^2=7,9$
	Daha iyi	273	58,1	61	73,5	

Daha önce psikiyatrik bozukluğu olanların %93,8’i TSSB tanısı almışken, olmayanların %78,7’si TSSB tanısı aldı (p<0,001) (**Tablo 20**). Ailesinde psikiyatrik bozukluk bulunanların %90,3’ünde TSSB tespit edilirken, bulunmayanların %80,8’inde TSSB tespit edildi (p=0,06).

Tablo 20. Psikiyatrik Bozukluk Öyküsüne Göre TSSB Varlığı (N=780)

		TSSB				İstatistik
		Var		Yok		
		Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	
Daha önce psikiyatrik bozukluk	Evet	137	93,8	9	6,2	p<0,001
	Hayır	499	78,7	135	21,3	$\chi^2=18,0$
Ailede psikiyatrik bozukluk	Evet	56	90,3	6	9,7	p=0,06
	Hayır	580	80,8	138	19,2	$\chi^2=3,5$

TSSB varlığına göre travma sayıları ortanca, en küçük ve en büyük değerler **Tablo 21**'de verildi. TSSB tanısı almayanların yaşadıkları travma sayısı ortancası 64,0 (0-97) iken, diğerlerinin ki 65,0 (0-153) idi (p=0,04). Tanık olunan travma sayısı ortancası TSSB tanısı alanlarda 0,0 (0-51) iken, diğerlerinde 0,0 (0-5) olarak bulundu (p=0,001). TSSB tanısı alanlar en çok etkilendikleri olayı ortalama 38,4±17,2 ay önce yaşarken, diğerleri 40,9±18,3 ay önce yaşamış idi (p=0,04).

Tablo 21. TSSB Varlığına Göre Travma Sayıları

	TSSB				p ^a
	Var		Yok		
	Ortanca	En küçük-En büyük	Ortanca	En küçük-En büyük	
Yaşanılan ortalama travma sayısı	65,0	0-153	64,0	0-97	0,04
Tanık olunan ortalama travma sayısı	0,0	0-51	0,0	0-5	0,001
Toplam ortalama travma sayısı	65,0	1-153	65	0-99	0,13

^aMann-Whitney U testi

TSSTÖ skoruyla yaş arasında istatistiksel olarak önemli orta düzeyde pozitif korelasyon bulundu (r=0,25, p<0,001). Sığınmacıların Türkiye'de yaşadıkları süreyle TSSTÖ skoru arasında hafif düzeyde negatif korelasyon vardı (r=-0,07, p=0,04).

Sığınmacıların yaşadıkları travma çeşidine göre TSSB varlığı **Tablo 22**'te özetlenmiştir. Evi, yaşadığı sokağı/mahallesi, şehri bombalananlarda, savaşta hafif ve ağır yaralananlarda, ailesinden/yakın çevresinden birisi savaş nedeniyle ölenlerde, işkence yaşayanlarda, tutuklananlarda ve mallarına el konulan kişilerde TSSB sıklığı daha fazla idi (p<0,05).

Tablo 22. Yaşanılan Travma Çeşidine Göre TSSB Varlığı

		TSSB				İstatistik
		Yok		Var		
		Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	
Ev bombalanması	Hayır	56	25,3	165	74,7	0,002
	Evet	88	15,7	471	84,3	$\chi^2=9,6$
Sokak/mahalle bombalanması	Hayır	32	39,0	50	61,0	<0,001
	Evet	112	16,0	586	84,0	$\chi^2=25,7$
Şehrin bombalanması	Hayır	32	42,7	43	57,3	<0,001
	Evet	112	15,9	593	84,1	$\chi^2=32,2$
Silahlı saldırı	Hayır	105	18,5	463	81,5	0,97
	Evet	39	18,4	173	81,6	$\chi^2=0,1$
Silahsız saldırı	Hayır	142	18,5	625	81,5	0,77
	Evet	2	15,4	11	84,6	$\chi^2=0,8$
Hafif yaralanma	Hayır	141	19,4	585	80,6	0,01
	Evet	3	5,6	51	94,4	$\chi^2=6,4$
Ağır yaralanma	Hayır	141	19,6	578	80,4	0,005
	Evet	3	4,9	58	95,1	$\chi^2=8,1$
Ailede hafif yaralanma	Hayır	116	17,7	540	82,3	0,19
	Evet	28	22,6	96	77,4	$\chi^2=1,6$
Ailede ağır yaralanma	Hayır	134	19,1	569	80,9	0,19
	Evet	10	13,0	67	87,0	$\chi^2=1,7$
Ailede doğal olmayan ölüm	Hayır	117	20,1	465	79,9	0,04
	Evet	27	13,6	171	86,4	$\chi^2=4,1$
Yakın çevreden hafif yaralanma	Hayır	115	18,4	510	81,6	0,92
	Evet	29	18,7	126	81,3	$\chi^2=0,1$
Yakın çevreden ağır yaralanma	Hayır	138	19,7	564	80,3	0,01
	Evet	6	7,7	72	92,3	$\chi^2=6,7$
Yakın çevreden doğal olmayan ölüm	Hayır	80	24,8	243	75,2	<0,001
	Evet	64	14,0	393	86,0	$\chi^2=14,6$
Başka bir kişiye kendisinin neden olduğu yaralama	Hayır	144	18,5	635	81,5	0,81
	Evet	0	0,0	1	100,0	$\chi^2=0,2$
Başka bir kişiye kendisinin neden olduğu ölüm	Hayır	144	18,5	635	81,5	0,81
	Evet	0	0,0	1	100,0	$\chi^2=0,2$
Tehdit edilme	Hayır	139	19,2	586	80,8	0,06
	Evet	5	9,1	50	90,9	$\chi^2=3,5$
İşkence/dövülme	Hayır	144	19,8	583	80,2	<0,001
	Evet	0	0,0	53	100,0	$\chi^2=12,8$
Radyasyon/kimyasal maddeye maruziyet	Hayır	140	18,6	614	81,4	0,45
	Evet	4	15,4	22	84,6	$\chi^2=0,2$
Rehin alınma/tutuklanma	Hayır	144	20,5	558	79,5	<0,001
	Evet	0	0,0	78	100,0	$\chi^2=19,6$

Tablo 22 (Devamı). Yaşanılan Travma Çeşidine Göre TSSB Varlığı

Cinsel şiddet	Hayır	144	18,6	631	81,4	0,28
	Evet	0	0,0	5	100,0	$\chi^2=1,1$
Mallarına el konulması/gasp	Hayır	83	22,3	289	77,7	0,008
	Evet	61	15,0	347	85,0	$\chi^2=7,0$
İntihar girişimi	Hayır	144	18,7	627	81,3	0,15
	Evet	0	0,0	9	100,0	$\chi^2=2,1$
Diğer	Hayır	103	19,0	438	81,0	0,53
	Evet	41	17,2	198	82,8	$\chi^2=0,4$

Yapılan ikili (binary) lojistik regresyon analizine göre erkeklerin kadınlara göre 10,8 kat, geçmişinde psikiyatrik hastalık öyküsü olanların olmayanlara göre 5,4 kat, yaşadıkları şehri bombalananların bombalanmayanlara göre 5,8 kat, yakın çevresinden ağır yaralanan tanıdığı olanlar olmayanlara göre 5,3 kat daha fazla TSSB geliştirme riski altında olduğu saptandı (**Tablo 23**). Kurulan model ile gruptaki olguların TSSB durumları %83,7 oranında doğru tahmin edildi (Nagelkerke $R^2=0,377$).

Tablo 23. Lojistik Regresyon Analizinde TSSB İçin Risk Faktörleri

	B	p ^a	OR ^b	%95 GA ^c	
Erkek cinsiyet	2,38	<0,001	10,87	4,2-28,5	
Yaş	0,01	0,17	1,01	0,9-1,0	
İş	Ev hanımı	Referans	1		
	Çalışmıyor	-1,57	0,62	0,85	0,5-1,6
	İşçi	0,21	0,67	1,23	0,5-3,4
	Diğer	-0,31	0,93	0,97	0,5-2,0
Sığınmacılık süresi	-0,02	0,02	0,98	0,9-1,0	
Geçmiş psikiyatrik hastalık	1,69	<0,001	5,41	2,5-11,7	
Yaşanılan travma toplamı	0,01	0,96	1,01	0,9-1,0	
Tanık olunan travma toplamı	0,03	0,69	1,03	0,9-1,2	
Ev bombalanması	0,02	0,93	1,02	0,6-1,8	
Sokak/mahalle bombalanması	1,28	0,87	3,59	0,8-15,6	
Şehir bombalanması	1,77	0,01	5,88	1,4-23,9	
Hafif yaralanma	0,59	0,37	1,80	0,5-6,6	
Ağır yaralanma	0,66	0,33	1,94	0,5-7,6	
Ailede ölüm	0,46	0,08	1,58	0,9-2,7	
Yakın çevreden ağır yaralanma	1,67	0,001	5,35	2,1-13,9	
Yakın çevreden ölüm	0,32	0,15	1,37	0,9-2,1	
Mallarına el konulması/gasp	0,07	0,76	1,07	0,7-1,7	
Sabit (Constant)	-2,80	<0,001			

^a İkili (Binary) lojistik regresyon analizi ^b Odds ratio ^c Güven Aralığı

4.3 Depresyon Bulguları

Katılımcıların BDE puan ortalaması $13,8\pm 8,2$ olup, depresyon prevalansı %71,9 bulundu (BDE Arapça versiyon skoru 10 ve üzerinde olanlar). Depresyon tanısı alan 561 kişinin %51,5'i hafif, %31,9'u orta, %13,9'u şiddetli ve %2,6'sı çok şiddetli depresyon olarak belirlendi (**Tablo 24**).

Tablo 24. Depresyon Sıklığı ve Derecesi

		Kişi	Yüzde
Olası depresyon tanısı (n=780)	Var	561	71,9
	Yok	219	28,1
Depresyon derecesi (n=561)	Hafif	289	51,5
	Orta	179	31,9
	Şiddetli	78	13,9
	Çok şiddetli	15	2,6

Cinsiyet, medeni durum, öğrenim ve işle depresyon prevalansı arasındaki ilişki **Tablo 25**'de özetlendi. Cinsiyete göre depresyon varlığını kıyasladığımızda erkeklerin %75,6'sında depresyon var iken, kadınlarda bu oran %68,2 idi ($p=0,02$). Evli olanların %73,8'i depresyon tanısı alırken, boşanmış/ayrı yaşayan/eşi ölmüşlerin %97,4'ü depresyon tanısı aldı ($p<0,001$). Öğrenim durumuna göre depresyon varlığını kıyasladığımızda okuryazar olmayanlarda depresyon sıklığı %84,9 iken, üniversite mezunlarında % 65,0 bulunmuş olup öğrenim düzeyi arttıkça depresyon prevalansının düşmekte olduğu tespit edildi ($p<0,001$).

Tablo 25. Cinsiyet, Medeni Durum, Düzenli İş Durumu ve Yapılan İşe Göre Depresyon Varlığı (N=780)

		Depresyon				İstatistik
		Var		Yok		
		Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	
Cinsiyet	Kadın	124	68,2	124	31,8	p=0,02 $\chi^2 =5,3$
	Erkek	295	75,6	95	24,4	
Medeni durum	Evli	445	73,8	158	26,2	p<0,001 $\chi^2 =25,1$
	Bekar	80	57,6	59	42,4	
	Diğer ^a	36	94,7	2	5,3	
Öğrenim	Okur-yazar değil	79	84,9	14	15,1	p<0,001^c $\chi^2 =14,0$
	Okur-yazar	22	81,5	5	18,5	
	İlkokul	36	76,6	11	23,4	
	Ortaokul	263	71,5	105	28,5	
	Lise	81	66,4	41	33,6	
Düzenli iş	Üniversite	80	65,0	43	35,0	p=0,42 $\chi^2 =0,6$
	Var	82	68,9	37	31,1	
İş	Yok	479	72,5	182	27,5	p<0,001 $\chi^2 =19,1$
	Çalışmıyor	153	78,9	41	21,1	
	İşçi	172	71,4	69	28,6	
	Ev hanımı	203	72,5	77	27,5	
	Diğer ^b	33	50,8	32	49,2	

^a Boşanmış, ayrı yaşayan, eşi ölmüş
^c Eğitimde Ki Kare Testi

^b Bu grubun %87,7'si memur ve öğrenci

Depresyon tanısına göre yaş, gelir, birlikte yaşadıkları kişi sayısı ve sığınmacılık süresi ortancaları **Tablo 26'**de özetlendi. Depresyon tanısı alanların ortanca yaşı 35,0 (18-65) yıl iken, diğerlerinin ortanca yaşı 26,0 (18-65) yıl idi ($p<0,001$). Depresyon tanısı alanlarda aylık gelir ortancası 600,0 (0-2500) TL iken, diğerlerinde 700,0 (0-3000) TL olarak tespit edildi ($p=0,003$).

Tablo 26. Depresyon Tanısına Göre Yaş, Gelir ve Sığınmacılık Süresi (N=780)

		Depresyon				p ^a
		Var		Yok		
	Ortanca	En küçük-En büyük	Ortanca	En küçük-En büyük		
Yaş (yıl)	35,0	18-65	26,0	18-65	<0,001	
Gelir (TL)	600,0	0-2500	700,0	0-3000	0,003	
Kaç kişi ile yaşadıkları	7,0	1-21	7,0	1-21	0,79	
Sığınmacılık süresi (ay)	36,0	1-66	36,0	1-66	0,41	

^a Mann-Whitney U testi

Sığınmacıların depresyon varlığına göre Türkiye’deki yaşamları hakkında düşünceleri **Tablo 27**’de gösterildi. Depresyon tanısı alanların %74,0’ı Türklerin kendilerine olan tutumuna iyi derken, depresyon tanısı almayanların %80,8’i iyi yanıtını verdi (p=0,02). Depresyon tanısı alanların %72,9’u Türkiye’ye uyum sağladığını belirtirken, diğerlerinin %79,5’i uyum sağladığını söyledi (p=0,02).

Tablo 27. Depresyon Varlığına Göre Türkiye’deki Yaşamları Hakkında Düşünceleri

		Depresyon				İstatistik
		Var		Yok		
Türklerin tutumu		Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	
	İyi	415	74,0	177	80,8	p=0,02 $\chi^2=7,5$
	Orta	133	23,7	42	19,2	
	Kötü	13	2,3	0	0,0	
Türkiye’de güvende misiniz?						
	Evet	454	80,9	184	84,0	p=0,49 $\chi^2=1,4$
	Kısmen	70	12,5	25	11,4	
	Hayır	37	6,6	10	4,6	
Türkiye’ye uyum						
	Evet	409	72,9	174	79,5	p=0,02 $\chi^2=7,6$
	Kısmen	112	20,0	40	18,2	
	Hayır	40	7,1	5	2,3	

“Geleceğinizi nasıl görüyorsunuz?” sorusunu fikri olmayanları ayırarak analiz ettiğimizde, depresyon tanısı alanların %54,2’si geleceklerinin daha iyi olacağını ifade ederken, diğerlerinin %75,6’sı daha iyi olacağını belirtti (p<0,001) (**Tablo 28**).

Tablo 28. Depresyona Durumuna Göre “Geleceğinizi nasıl görüyorsunuz”(n=553)

		Depresyon				İstatistik
		Var		Yok		
Geleceğinizi nasıl görüyorsunuz?		Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	
	Daha kötü	162	41,2	33	20,6	p<0,001 $\chi^2=22,5$
	Aynı	18	4,6	6	3,8	
	Daha iyi	213	54,2	121	75,6	
Toplam		393	100,0	160	100,0	553

Sığınmacıların psikiyatrik hastalık öyküsüne göre depresyon durumları **Tablo 29**'da özetlendi. Daha önce psikiyatrik bozukluğu olanların %93,2'si depresyon tanısı almışken, olmayanların %67,0'ı depresyon tanısı aldı ($p<0,001$). Ailesinde psikiyatrik bozukluk bulunanların %83,9'unda depresyon tespit edilirken, bulunmayanların %70,9'unda depresyon tespit edildi ($p=0,02$).

Tablo 29. Psikiyatrik Bozukluk Öyküsüne Göre Depresyon Varlığı (N=780)

	Depresyon				İstatistik
	Var		Yok		
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	
Daha önce psikiyatrik hastalık					
Var	136	93,2	10	6,8	p<0,001
Yok	425	67,0	209	33,0	$\chi^2=40,1$
Ailede psikiyatrik bozukluk					
Var	52	83,9	10	16,1	p=0,02
Yok	509	70,9	209	29,1	$\chi^2=4,8$

Depresyon tanısı almayanların yaşadıkları travma sayısı ortancası 63,0 (0-92) iken, diğerlerinin ki 65,0 (0-153) idi ($p<0,001$) (**Tablo 30**). Tanık olunan travma sayısı ortancası depresyon tanısı alanlarda 0,0 (0-51) iken, diğerlerinde 0,0 (0-12) olarak bulundu ($p=0,90$).

Tablo 30. Depresyon Varlığına Göre Travma Sayıları

	Depresyon				p ^a
	Var		Yok		
	Ortanca	En küçük-En büyük	Ortanca	En küçük- En büyük	
Yaşanılan ortalama travma sayısı	65,0	0-153	63	0-92	<0,001
Tanık olunan ortalama travma sayısı	0,0	0-51	0,0	0-12	0,90
Toplam ortalama travma sayısı	65,0	1-153	64,0	0-95	<0,001

^aMann-Whitney U testi

Sığınmacıların yaşadıkları travma çeşidine göre depresyon varlığı **Tablo 31**'de özetlendi. Evi, yaşadığı sokağı/mahallesi, şehri bombalananlarda, savaşta kendisi veya ailesinden birisi ağır yaralananlarda, ailesinden/yakın çevresinden birisi savaş nedeniyle ölenlerde, işkence yaşayanlarda, tutuklananlarda ve mallarına el konulan kişilerde depresyon sıklığı daha fazla idi ($p<0,05$).

Tablo 31. Yaşanılan Travma Çeşidine Göre Depresyon Varlığı

		Depresyon				İstatistik
		Yok		Var		
		Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	
Ev bombalanması	Hayır	82	37,1	139	62,9	p<0,001
	Evet	137	24,5	422	75,5	$\chi^2=12,4$
Sokak/mahalle bombalanması	Hayır	40	48,8	42	51,2	p<0,001
	Evet	179	25,6	519	74,4	$\chi^2=19,4$
Şehrin bombalanması	Hayır	41	54,7	34	45,3	p<0,001
	Evet	178	25,2	527	74,8	$\chi^2=29,1$
Silahlı saldırı	Hayır	166	29,2	402	70,8	p=0,24
	Evet	53	25,0	159	75,0	$\chi^2=1,4$
Silahsız saldırı	Hayır	217	28,3	550	71,7	p=0,30
	Evet	2	15,4	11	84,6	$\chi^2=1,1$
Hafif yaralanma	Hayır	207	28,5	519	71,5	p=0,32
	Evet	12	22,2	42	77,8	$\chi^2=1,0$
Ağır yaralanma	Hayır	209	29,1	510	70,9	p=0,03
	Evet	10	16,4	51	83,6	$\chi^2=4,5$
Ailede hafif yaralanma	Hayır	186	28,4	470	71,6	p=0,69
	Evet	33	26,6	91	73,4	$\chi^2=0,2$
Ailede ağır yaralanma	Hayır	207	29,4	496	70,6	p=0,01
	Evet	12	15,6	65	84,4	$\chi^2=6,6$
Ailede doğal olmayan ölüm	Hayır	182	31,3	400	68,7	p=0,001
	Evet	37	18,7	161	81,3	$\chi^2=11,6$
Yakın çevreden hafif yaralanma	Hayır	168	26,9	457	73,1	p=0,13
	Evet	51	32,9	104	67,1	$\chi^2=2,2$
Yakın çevreden ağır yaralanma	Hayır	203	28,9	499	71,1	p=0,11
	Evet	16	20,5	62	79,5	$\chi^2=2,5$
Yakın çevreden doğal olmayan ölüm	Hayır	118	36,5	205	63,5	p<0,001
	Evet	101	22,1	356	77,9	$\chi^2=19,5$
Başka bir kişiye kendisinin neden olduğu yaralama	Hayır	219	28,1	560	71,9	p=0,53
	Evet	0	0,0	1	100,0	$\chi^2=0,4$
Başka bir kişiye kendisinin neden olduğu ölüm	Hayır	219	28,1	560	71,9	p=0,53
	Evet	0	0,0	1	100,0	$\chi^2=0,4$

Tablo 31 (Devamı). Yaşanılan Travma Çeşidine Göre Depresyon Varlığı

Tehdit edilme	Hayır	207	28,6	518	71,4	p=0,28
	Evet	12	21,8	43	78,2	$\chi^2=1,2$
İşkence/dövülme	Hayır	213	29,3	514	70,7	p=0,005
	Evet	6	11,3	47	88,7	$\chi^2=7,9$
Radyasyon/kimyasal maddeye maruziyet	Hayır	214	28,4	540	71,6	p=0,30
	Evet	5	19,2	21	80,8	$\chi^2=1,0$
Rehin alınma/tutuklanma	Hayır	209	29,8	493	70,2	p=0,002
	Evet	10	12,8	68	87,2	$\chi^2=9,9$
Cinsel şiddet	Hayır	219	28,3	556	71,7	p=0,36
	Evet	0	0,0	5	100,0	$\chi^2=0,8$
Mallarına el konulması/gasp	Hayır	126	33,9	246	66,1	p=0,001
	Evet	93	22,8	315	77,2	$\chi^2=11,8$
İntihar girişimi	Hayır	217	28,1	554	71,9	p=0,69
	Evet	2	22,2	7	77,8	$\chi^2=0,2$
Diğer	Hayır	148	27,4	393	72,6	p=0,50
	Evet	71	29,7	168	70,3	$\chi^2=0,5$

Yapılan ikili (binary) lojistik regresyon analizine göre erkeklerin kadınlara göre 6,3 kat, boşanmış/ayrı yaşayan/eşi ölmüşlerin diğerlerine göre 8,3 kat, geçmişinde psikiyatrik hastalık öyküsü olanların olmayanlara göre 4,6 kat, ev hanımlarının diğerlerine göre 2,2 kat daha fazla depresyon geliştirme riski altında olduğu saptandı (**Tablo 32**). Kurulan model ile gruptaki olguların depresyon durumları %74,0 oranında doğru tahmin edildi.

Tablo 32. Lojistik Regresyon Analizinde Depresyon İçin Risk Faktörleri

	B	p ^a	OR ^b	%95 GA ^c
Erkek cinsiyet	1,83	<0,001	6,29	2,98-13,26
Medeni durum				
Evli	Referans		1,00	
Hiç evlenmemiş	0,15	0,58	1,16	0,68-1,99
Diğer	2,12	0,007	8,34	1,78-39,02
Yaş	0,04	<0,001	1,04	1,02-1,06
Öğrenim				
Okuryazar değil	0,64	0,11	1,90	0,84-4,28
Okuryazar	0,35	0,55	1,42	0,44-4,63
İlkokul	0,57	0,20	1,77	0,73-4,30
Ortaokul	0,38	0,15	1,47	0,86-2,50
Lise	0,19	0,53	1,21	0,65-2,25
Üniversite	Referans			
İş				
Çalışmıyor	0,38	0,31	1,46	0,69-3,07
İşçi	0,21	0,58	1,24	0,56-2,72
Ev hanımı	0,81	0,04	2,25	1,02-4,99
Diğer	Referans		1,00	
Gelir	0,001	0,35	1,001	0,99-1,01
Geçmiş psikiyatrik hastalık	1,52	<0,001	4,59	2,25-9,38
Ailede psikiyatrik hastalık	0,56	0,16	1,75	0,79-3,85
Türkiye'ye uyum				
Evet	Referans		1,00	
Kısmen	0,43	0,09	1,53	0,92-2,55
Hayır	0,93	0,08	2,55	0,87-7,48
Yaşanan travma sayısı	-0,11	0,85	0,99	0,88-1,11
Toplam travma sayısı	0,03	0,53	1,04	0,92-1,16
Sabit	-3,90	<0,001		

^a İkili (Binary) lojistik regresyon analizi ^b Odds ratio ^c Güven Aralığı

4.4 TSSB ve Depresyon Birlikteliği

Olası TSSB tanısı alanların %79,6'sına depresyon eşlik ederken, TSSB tanısı almayanların %38,2'sinde depresyon bulunmakta idi (OR:6,3, p<0,001) (**Tablo 33**). Katılımcıların %64,9'unda depresyon ve TSSB birlikte bulunurken, %11,4'ünde TSSB veya depresyon tespit edilemedi. TSSTÖ skoruyla, BDE skoru arasında orta düzeyde pozitif korelasyon bulundu (r=0,45, p<0,001).

Tablo 33. TSSB ve Depresyon Birlikteliği

TSSB	Depresyon				İstatistik
	Var		Yok		
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	
Var	506	79,6	130	20,4	p<0,001
Yok	55	38,2	89	61,8	$\chi^2 =99,5$
Toplam	561	71,9	219	28,1	OR:6,3

5. TARTIŞMA

Günümüz savaşlarının eski savaflara göre daha çok yaşam merkezlerinde yaşanması, sivillerin savaflardan daha çok etkilenmesine ve sığınmacılık/mülteciliğin dünya genelinde artan bir problem haline gelmesine neden olmuştur. Savaflar, sığınmacıların ülkelerini terk etme nedenleri arasında birinci sırada yer almıştır. Savaflar nedeni ile ülkelerini terk etmek zorunda kalan sığınmacılar çok sayıda travma yaşamış olarak kabul edilir (169). Yaşadıkları travmatik olaylar sığınmacıların ve tüm toplumun ruh sağlığını negatif yönde etkilemektedir. Sığınmacılarda yapılan çalışmalarda en sık görülen psikiyatrik bozuklukların TSSB ve depresyon olduğu gösterilmiştir (16).

Bundan sonraki bölümde sığınmacıların sosyodemografik özellikleri, yaşadıkları travmaların dağılımı, TSSB ve depresyon sıklığı, risk faktörleri ve birliktelikleri daha önceki literatürlerin bulgularıyla karşılaştırılmış ve sığınmacıların ruh sağlığına ilişkin çıkarımlar yapılmıştır.

5.1 Tanımlayıcı Özellikler ve Travma Dağılımı

Çalışmamızda katılımcılar ortalama üç yıldır Türkiye’de yaşamlarını sürdürmektedir. Suriye iç savaşının başladığı Mart 2011’de başlayan Türkiye’ye göç halen sürmekte olup milyonlarca insan yerlerinden olmaya devam etmektedir. Çalışmamızın sonuçlarına göre sığınmacıların büyük çoğunluğu savaşın bitmesi durumunda ülkelerine dönmeyi istemektedir.

Sığınmacılarda kişi başına düşen yıllık gelir ortalama 328,5 dolar civarında olup, dünya açlık sınırı olan yıllık 365 doların altında idi. Sığınmacıların büyük bir kısmı gelirlerine göre bakıldığında mutlak açlık sınırı içinde olduğu görüldü. Savaş öncesi 2010 yılında Suriye’de kişi başına düşen yıllık ortalama gelir 1700,39 dolar ile karşılaştırıldığında sığınmacıların büyük gelir kaybı yaşadığı söylenebilir (199).

Savaştan yeni çıkmış mülteciler/sığınmacıların çok sayıda travma yaşamaları beklenir. Çalışmamızdaki sığınmacıların %96,5'i en az bir travma yaşamıştır. Yapılan çalışmalarda ciddi travmatik olaylar, ölüm ve ciddi yaralanma deneyimleri mültecilerde ve sığınmacılarda daha sık görüldüğü bildirilmiştir (169, 170). Sağaltıcı tarafından yapılan çalışmada da Suriyeli sığınmacıların %98'i en az bir travma yaşamıştı (6). Bulgular Suriyeli sığınmacıların nerdeyse tamamının en az bir travmatik olaya maruz kaldığını göstermektedir.

Çalışmamızda katılımcılardan 10 kişiden dokuzu bombalama yaşadığını ve/veya tanık olduğunu, 10 kişiden yedisi ailesinden ve/veya yakın çevresinden birilerinin öldüğünü, yarısı ailesinden ve/veya yakın tanıdığı birilerinin yaralandığını ve mallarının gasp edildiğini belirtmiştir. Sığınmacıların yukarıda belirtilenlere göre daha az maruz kaldıkları travmalar ise silahlı saldırı, silahsız saldırı, tutuklanma, rehin alınma ve işkencedir. Kişiler çoğunlukla birçok travmayı bir arada yaşadıklarını ifade etmiştir.

Gaziantep'te Suriyeli sığınmacıların yaşadığı bir kampta yapılan çalışmada savaştan etkilenmiş bir bölgede bulunma (%96,0), yakın arkadaş veya aile üyelerinden birinin (eş-çocuk hariç) ölümünü yaşama (%76,1) gibi Travmatik olaylara maruziyet oldukça yüksek oranda belirtilmiştir (6, 18).

Amerika'da yaşayan Kosovalı mültecilerle yapılan bir çalışmada, mültecilerin yaşadıkları travmatik olayları sıklıklarına göre şöyle sıralamışlardır; yaşadıkları yerden tahliye edilme, mülteci kampında yaşama, ilaç yetersizliği, beslenme yetersizliği, eşyalarının çalınması, barınak problemleri, giyim yetersizliği, sevdiği kişilerden ayrılma, zorunlu yürüyüşler, tek başına bir hücreye hapsedilme, malvarlıklarını kaybetmeleri, toplama kampında bulunma, ailenin dövülmesi, sağlığının bozulması, aileden birinin ölmesi, şiddete tanıklık etme, kaçırılma, sevdiği birinin kaybolması, kişisel eşyalarının tahribi, işkenceye tanıklık etme, dövülme, fiziksel yaralanma, ölüme tanıklık etme, cinsel eylemler (171). Çalışmalara bakıldığında sığınmacıların/mültecilerin en çok yaşadıkları göç, bombalanma, yaralanma ve ölümler en sık gözlenen travma türleridir.

Yaşadıkları bu travmalar içinde sığınmacıları en çok etkileyen olaylar sırasıyla %18,9 ile zorunlu göç, %18,8 ile aileden birinin doğal olmayan ölümü ve %13,2 yakın çevreden birinin doğal olmayan/beklenmedik ölümü idi.

Göç olayı psikoanalitik açıdan yorumlanmış ve göçmenin güvensizliğini, “bilinmeyenle” karşılaşma anksiyetesi ve bu anksiyeteye ile birlikte seyreden regresyonun belirlediğini ifade etmişlerdir. Regresyon kişinin kendisini çaresiz hissetmesine yol açarken fırsatları etkin olarak kullanmasına engel olabilir. Bu sırada korku ve anksiyetesini giderebilmek amacıyla güvенеbileceği insanlar arar. Bu insanlarla bütünleşebilmesi için en azından geçici olarak bireyselliğinin bir kısmından vazgeçmesi gerekir ki bu vazgeçişin derinliği yeni çevresi ile eskiden bağlı olduğu grup arasındaki farkın büyüklüğü ile orantılıdır. Diğer insanlar gibi olma isteğini içinde hissederken yeni kültürün kendisini yok edeceği korkusuna kapıldığından vazgeçme gereksinimi kişide içsel çatışmalara neden olur. Diğer bir yandan da kimliğini koruması, kendisi olduğunu hissetmesi de önem arz ettiğinden bireyselliğini devam ettirme çabasındadır. Tüm bu çatışmalar kişide yabancılaşma ve karmaşa yaratarak, yalnızlık ve izolasyon duyguları depresif eğilimleri artırır. (180, 181).

5.2 TSSB Prevalansı

Mültecilerle yapılan çalışmalarda kullanılan metotlara bakılırsa genellikle; katılımcıların kendini değerlendirdiği ölçekler, psikiyatrik görüşme veya ikisinin kombine edildiği üç yöntem göze çarpmaktadır. Psikiyatrik görüşmenin yapıldığı çalışmalarda hastalıkların kesin tanısı konulurken, ölçek kullanılan çalışmalarda olası tanı alanlar belirlenmekte olup hastalıkların prevalansı gerçek hasta sayısından daha fazla bulunabilmektedir. Çalışmamızda katılımcıların kendini değerlendirdiği ölçek kullanılmış olup tartışırken her iki yöntemle yapılan çalışmaların sonuçlarına yer verilmiştir.

Çalışmamızda sığınmacılarda TSSB prevalansı %81,5 olarak saptanmıştır. Türkiye’de sığınmacıların kendilerini değerlendirdikleri ölçekler verilerek yapılan

çalışmalarda TSSB prevalansı %22,8-%61,1 arasındadır (186-188). Dünya genelinde mültecilerle yapılan çalışmalarda TSSB prevalansı %2,3-86 gibi geniş aralıklarda bulunmuştur (200). Kosovalı mültecilerle yapılan iki çalışmadan birinde TSSB sıklığı %65 (201) diğerinde %60,5 (169), savaş alanında bulunan Bosnalı kadınlarla yapılan diğer bir çalışmada ise bu oran %71 olarak tespit edilmiştir (21). Macaristan'da mültecilerde yapılan bir çalışmada Suriyelilerde TSSB sıklığı %65 olarak bulunmuştur (202). Türkiye'de Suriyeli sığınmacılar ile yapılan diğer çalışmalara göre TSSB prevalansı daha yüksek bulunmuş iken dünya geneli yapılan diğer çalışmalarda çalışmamıza yakın sonuçlar elde edilmiştir. Türkiye'de yapılan çalışmalarda TSSB prevalansının çalışmamıza göre daha az bulunmasının nedenleri arasında farklı ölçeklerin kullanılması ve bazı çalışmaların kampta gerçekleşmiş olması sayılabilir. Kamp dışında yaşayan sığınmacıların geçim sıkıntılarının daha fazla olması, barındıkları yerlerin daha problemlili olması, sosyal desteklerinin düşük olması ve birlikte yaşadıkları toplumla olan olumsuz iletişimlerden kaynaklanan sorunlar nedeniyle daha çok travmaya maruz kaldığı ve daha yüksek TSSB oranlarına sahip olduğu da söylenebilir. Çalışmanın yapıldığı bölgenin savaş alanına çok yakın olması ve sığınmacıların Suriye ile olan irtibatlarının halen devam etmesi çalışmamızdaki yüksek sıklığa etki edebilecek bir faktörler arasında sayılabilir.

Dünya genelinde mülteciler üzerinde psikiyatrik görüşmenin yapıldığı çalışmalarda TSSB sıklığı %6,2-50,8 aralığındadır (200). Gaziantep'te Suriyeli sığınmacılarda yapılan çalışmada TSSB prevalansı %30,7 olarak bulunmuştur (6). Yeni Zelanda'da yaşayan 223 Kamboçyalı mülteci ile yapılan çalışmada TSSB prevalansı %12,1 (203), Sri Lanka'daki savaştan kaçan kişiler arasında geniş bir örneklem ile yapılan çalışmada (n=550) TSSB sıklığı %21 (204), Kosovalı mültecilerle yapılan bir çalışmada TSSB sıklığı %23,5 (205), Hırvatistan'da yaşayan 534 Bosnalı mülteci ile yapılan çalışmada TSSB prevalansı %26,3 (19) olarak bulunmuştur.

Katılımcılara kombine yöntemin kullanıldığı İsveç'te yaşayan Iraklı mültecilerle yapılan çalışmada TSSB oranı %37 olarak bulunmuştur (206).

Her üç yöntemle bulunan sıklıkları karşılaştırdığımızda kişilerin kendilerini değerlendirdikleri çalışmalarda TSSB prevalansı genel olarak yüksek bulunmaktadır. Kullandığımız ölçekte bir puanın bile olası TSSB tanısı içinde değerlendirilmesi yani ölçeğin seçiciliğinin düşük olması, TSSB prevalansını hastalığın gerçek prevalansından daha fazla belirlemiş olabilir. Bu konuda hem kişilerin kendini değerlendirdiği hem de klinik görüşmenin yapıldığı kombine çalışmalarla ölçek için yeni bir kesim noktası belirlenebilir. Ayrıca TSSB için DSM-IV tanı kriterlerinde A grubunda yer alan travmatik olayın, ölçeklerde çok kapsayıcı olması TSSB prevalansının gerçek prevalanstan fazla saptanmasına neden olabilir.

Yaptığımız çalışmada TSSB tanısı alan 636 kişinin; %27'si hafif, %20,8'i orta, %47,5'i orta ciddi, %4,7'si ciddi TSSB olarak değerlendirilmiştir. Hafif TSSB tanısı alanların TSSTÖ skorları 1-9 puan arasında değişmekte olup, bu kişilerin de TSSB tanısı içinde değerlendirilmesi, hastalığın prevalansının daha yüksek bulunmasına neden olduğu söylenebilir.

Araştırmamızda akut TSSB oranı %1,4, kronik TSSB oranı %98,6 bulunmuştur. Gaziantep'te yapılan çalışmada kronik TSSB tanısı alanların oranı %93,5 olarak bulunmuştur (6). Bulgular ve literatür bilgileri TSSB'nin önemli ölçüde kronikleştiğini göstermektedir (207, 208).

TSSB gidişatı ile ilgili yapılan çalışmalarda tutarsız sonuçlar bildirilmiştir. Bazı çalışmalarda zaman içinde TSSB belirtilerinde kademeli olarak düşüş belirtmiştir (209-212). Örneğin Hırvatistan'da mülteci kampında yaşayan, TSSB tanısı almış Bosnalı mültecilerin %77'sinde, Norveç'te yaşayan ve TSSB tanısı almış Vietnamlı mültecilerin %56'sında 3 yıl sonra TSSB tespit edilememiştir (211, 212). Diğer çalışmalar savaş ve yeniden yerleşim sonrası ilk dönemde TSSB belirtilerinin devam ettiğini hatta arttığını belirtmişlerdir (213, 214). Buna örnek olarak İsveç'te yaşayan Bosnalı mültecilerin 3 yıllık izlem çalışmasında TSSB belirtileri anlamlı artış tespit edilmiş ve yine aynı ülkede bulunan Bosnalı mültecilerde TSSB sıklığı %37'ten 1,5 yıl sonra %80'e ulaştığı belirtilmiştir (213, 214). Yaptığımız çalışmada olası TSSB tanısı alanların büyük çoğunluğu kronik idi. Daha önceden TSSB olup şu

anda remisyonda olan vakaların kaç kişi olduğu bilinmemekte olup kronik vakaların çok sayıda olması TSSB'nin daha çok kronikleştiğini akla getirmektedir.

Çalışmamızda sığınmacılık süresiyle TSSB prevalansı arasında negatif korelasyon bulunmuştur. Konya'da Suriyeli mültecilerde yapılan çalışmada da benzer sonuç bulunmuştur (188). Dunlavy ise artan ikamet süresi ile birlikte artan bir TSSB ilişkisi ifade etmiştir (215). TSSB büyük ölçüde kronikleşse de zamanla sıklığının azalması bize kendiliğinden iyileşen bir kesimin olduğunu gösteriyor. Çalışmamızın kesitsel olması TSSB'nin gidişatı ve prognozu hakkında net bilgi vermemekte olup zaman içinde bu kişilerin TSSB oranlarında nasıl değişim olacağı konusunda izlem çalışmalarına ihtiyaç duyulmaktadır.

5.3 TSSB Risk Faktörleri

TSSB gelişimi ile cinsiyet, yaş, eğitim durumu, sosyal destek, psikiyatrik hastalık öyküsü ve ailede psikiyatrik hastalık öyküsü gibi sosyodemografik özellikler arasında ilişki olduğu daha önceki çalışmalarda gösterilmiştir (64, 216). Bununla birlikte TSSB gelişimini öngörebilmek için yapılan ve TSSB risk faktörlerini değerlendiren kapsamlı ve sistematik iki derleme mevcuttur (63, 64). Bu derlemeler savaş travmaları ile diğer travmalara bağlı gelişen TSSB çalışmalarını da birlikte değerlendirmiştir. Bu çalışmalarda 14 faktör TSSB ile zayıf olsa da pozitif anlamda ilişkilendirilmiştir. Bu faktörler şöyle sınıflanmıştır. Travma öncesi risk faktörleri; kadın cinsiyet, daha önce psikiyatrik hastalık olması, kişilik özellikleri (dış kontrol odağı, iç kontrol odağından daha güçlü olanlar daha riskli), düşük sosyoekonomik durum, düşük eğitim seviyesi, azınlık statüsünde olanlar, daha önce travmatik olaya maruz kalmak, ailede psikiyatrik hastalık öyküsü olması. Peritravmatik risk faktörleri; travmanın şiddeti, algılanan hayati tehlike, peritravmatik emosyon, peritravmatik dissosiyasyon. Travma sonrası risk faktörleri; sosyal desteğin düşük olması, travma sonrası yaşam stresörleridir.

Çalışmamızda erkek cinsiyet ile TSSB gelişimi arasında ilişki bulunmuştur. Cinsiyet ile TSSB gelişimi arasındaki ilişkide çalışmalarda farklı bulgular tespit edilmiştir. Savaş travmasına sivil yanıtındaki cinsiyet farklılığını inceleyen bazı çalışmalar erkek cinsiyet ile TSSB gelişimi arasında ilişki bulmuş iken (217-221), bazı çalışmalar ise kadınların erkeklere nazaran daha fazla TSSB geliştirmeye eğilimli olduklarını ileri sürmüştür (169, 204, 222, 223). Bazı çalışmalar ise cinsiyetler arasında anlamlı bir fark olmadığını belirtmiştir (188, 224-226). Sığınmacıların göç öncesi ve sonrasındaki beklenti ve durumları uyuşmamaktadır. Erkekler sosyal statülerini kaybederken, kadınlar erkeklerin kaybettikleri statüleri kazanmaktadır. Rollerdeki bu değişim erkeklerin ruh sağlığını olumsuz etkilerken bazı kadınların ise psikolojik iyi oluşuna katkıda bulunabilmektedir (227, 228). Bu durum sığınmacı erkeklerde TSSB'nin yüksek bulunmasını kısmen açıklayabilir. Aile geçimini üstlenen erkeğin iş bulma konusunda sıkıntı yaşaması ve yerli halkla daha çok iletişim halinde olması da erkeklerin travma sonrası streslerinin daha artmasına neden olabilir.

Yaptığımız çalışmada TSSB gelişimi ile medeni durum arasında ilişki bulunamamıştır. Mültecilerle yapılan çalışmalarda medeni durum ile ilgili bulgular değişkenlik göstermektedir. Leticia ve ark. tarafından yapılan çalışma ise çalışmamızı destekler niteliktedir (220). Bekar, boşanmış veya dul olmak bazı çalışmalarda TSSB gelişimi ile ilişkili bulunurken (6, 212), Delic ve ark. tarafından Bosnalı mültecilerde yapılan çalışmada evli olanlarda TSSB sıklığı daha fazla saptanmıştır (229).

Araştırmamızda TSSB tanısı alanların yaş ortalaması daha yüksek bulundu. Bazı çalışmalar yaş ile TSSB gelişimi arasında ilişki bulmuşken (203, 205, 230, 231), bazıları herhangi bir ilişki bulamamıştır (18, 224). Yaşla birlikte artan duygusal yoğunluk ve ölüm korkusu TSSB sıklığını artıran etkenlerden olabilir.

Yaptığımız araştırmada düzenli işe sahip olmayla TSSB sıklığı arasında ilişki bulunamadı. Kashdan ve ark. tarafından yapılan araştırmada, çalışma durumuyla TSSB arasında ilişki bulunamamıştır (231). Farhood ve Dimassi tarafından yapılan çalışmada ise işsizlerde TSSB sıklığı daha fazla tespit edilmiştir (232).

Çalışmamızda TSSB gelişimi ile ilişkili bulunan daha önce psikiyatrik hastalık geçirme, yapılan iki derleme çalışmasının bulgularıyla örtüşmüş iken, ailede psikiyatrik hastalık bulunması ile TSSB gelişimi arasında ilişki tespit edilemedi (63, 64). Bulgulara göre daha öncesinde herhangi bir psikiyatrik hastalık öyküsü olanların daha fazla TSSB geliştirme riski altında olduğu söylenebilir. Daha önceden herhangi bir psikiyatrik hastalık yaşayanların kişilik yapısı ve genetik özellikleri bakımından tekrar psikiyatrik hastalık geçirmesinin daha olası olduğu söylenebilir.

Yaptığımız araştırmada yaşanan travma sayısı ile TSSB gelişimi arasında pozitif ilişki bulunmuş olup katılımcılarda travma sayısı arttıkça TSSB gelişme olasılığı daha yüksek olarak saptandı. Savaştan etkilenmiş topluluklarda TSSB gelişimi ile toplam travma sayısı arasında “doz-etki” ilişkisi olduğu belirtilmiş (6, 221, 233-235). Kosovalı mültecilerle yapılan bir çalışmada yaşanan travma sayısının TSSB gelişimini etkilediği ve travma sayısı arttıkça TSSB gelişme olasılığının arttığını belirtmiştir (169). Meksika’da yaşayan mültecilerle yapılan bir çalışmada; travmatik olay sayısı ile TSSB gelişimi arasında pozitif ilişki olduğu belirtilmiştir (220).

Çalışmamızda TSSB tanısı alanların en çok etkilendikleri travmatik olayın üzerinden geçen süre daha azdı. Bir çalışmada travmanın üzerinden geçen zamanın daha uzun olması TSSB ile ilişkili bulunmuştur (230). Travmayı daha kısa süre önce yaşayan kişilerin daha çok TSSB tanısı alması, olayın üzerinden zaman geçtikçe TSSB sıklığının azaldığı ve TSSB tanısı alan kişilerin bir kısmının zamanla kendiliğinden iyileştiği şeklinde yorumlanabilir.

Çalışmamızda evinin, sokak/mahallesinin, şehrinin bombalanması, kişinin hafif/ağır yaralanması, aile ve yakın çevreden birinin doğal olmayan ölümü, işkence/dövülme, rehin alınma ve mallarına el konulması/gasp yaşama ile TSSB arasında ilişki bulundu. Sağaltıcı tarafından yapılan çalışmada, yakın arkadaş veya aile üyelerinden birinin (eş çocuk hariç) ölümünü yaşama/tanık olma, yakın arkadaş veya aile üyelerinden birinin kaçırılması veya rehin alınmasını yaşama/tanık olma, yakın arkadaş veya aile üyelerinden birinin işkenceye maruz kalmasına yaşama/tanık olma, savaştan etkilenmiş bir bölgede bulunma ve cenaze dışında cesetler görme

veya onlara dokunma gibi travmatik olayların yaşandığını tarifleyen kişilerde TSSB gelişme olasılığı daha yüksek olarak saptanmış (6). Meksika'da yapılan çalışmada aile üyelerinden birinin kaybı, ölüme yakın hissetmek gibi travmatik olaylar ile TSSB gelişimi arasında pozitif ilişki olduğu belirtilmiştir (220). Silahlı çatışmalar nedeni ile ülke içinde yer değiştirmek zorunda kalan Kuzey Ugandalı kişilerle yapılan çalışmada TSSB gelişimi açısından; tecavüze veya cinsel istismara uğramak, aile üyelerinden birinin veya yakın bir arkadaşın beklenmeyen ölümü, yabancı kişilerin öldürülmesine tanık olmak, işkence veya dayığa maruz kalmak gibi travmatik olaylar önemli olarak bulunmuştur (236). Badri ve ark.nın elde ettiği bulgulara göre savaşa ilişkili şiddete maruz kalan veya şahit olan mültecilerde daha fazla TSSB mevcutmuş ve ailesini kaybedenlerde TSSB puanları daha yüksekmiş (237). Jaranson ve ark. tarafından yapılan çalışmada işkence görenlerde daha fazla TSSB geliştiği saptanmıştır (221). Bu çalışmalarla ortak bulgularımız olmakla birlikte cinsel şiddete maruz kalma veya tanık olma gibi önemli bir travmatik olayın çalışmamızda TSSB gelişimi ile ilişkilendirilememesinin nedenleri arasında dini inançlar, sosyokültürel düzey düşüklüğü nedeni ile olayın ifade edilmesinde ki güçlük de sayılabilir.

TSSB gelişimini öngörebilmek için yapılan ve TSSB risk faktörlerini değerlendiren çalışmalar göz önünde bulundurularak ikili (binary) logistik regresyon analizi yapıldı. Yapılan ikili (binary) logistik regresyon analizine göre erkeklerin kadınlara göre 10,8 kat, geçmişinde psikiyatrik hastalık öyküsü olanların olmayanlara göre 5,4 kat, yaşadıkları şehri bombalananların bombalanmayanlara göre 5,8 kat, yakın çevresinden ağır yaralanan tanıdığı olanlar olmayanlara göre 5,3 kat daha fazla TSSB geliştirme riski altında olduğu saptanmış olup bu veriler ışığında TSSB tanısı alma olasılığının %83,7 olabileceği öngörülebilmektedir (Nagelkerke $R^2=0,377$). Uganda'da iç savaş sonrası mültecilerde TSSB ile ilişkili faktörleri araştıran bir çalışmada; kadın cinsiyet (OR 2.21), evli olmamak (OR 1.80) ve toplam 12-16 arasında yaşanan travma sayısının (OR: 6.51) TSSB ile ilişkili olduğu belirtilmiştir (236). Gaziantep'te yapılan çalışmada; kadın cinsiyet (OR 3.96); ailede psikiyatrik hastalık öyküsü olması (OR 5.4); yaşanan travma sayısının 3 ve üzeri olması (OR 4.62); okur yazar olmamak (OR 2.8) TSSB tanısı açısından anlamlı olarak tespit edilmiş ve bu veriler ışığında TSSB tanısı alma olasılığının %72.7

olabileceği öngörülebilmiştir (6). Hırvatistan'da yaşayan, savaş travmasına maruz kalmış kişilerle yapılan çalışmada ise ikili regresyon analizinde; yaş, erkek cinsiyet, travmaya karşı algılanan sıkıntı düzeyi ve yaşanan travmanın yaşam alanlarına olan olumsuz etkileri nedenleriyle %52 oranında TSSB tanısı alma olasılığı bildirilmiştir (220). Yapılan araştırmalarda çalışmamızı destekler bulgular olmakla birlikte cinsiyet konusunda farklı bulgular elde edilmiştir.

5.4 Depresyon Prevalansı

Çalışmamızda depresyon prevalansı %71,9 bulundu. Mültecilerde majör depresyon yaygınlık oranı %3-80 gibi geniş aralıklardadır (238, 239). Hatay'da Suriye sınırında kamplarda yaşayan 95 mülteciyle yapılan bir çalışmada depresyon sıklığı %53,7 olarak bulunmuştur (187). Akçakale Mülteci Kampı'nda 450 mülteci ile yapılan bir çalışmada mültecilerin %8,9'unda şiddetli depresyon belirtileri olduğu tespit edilmiştir (189). Lübnan'da 765 Suriyeli üzerinde yapılan bir başka çalışmada depresyon sıklığı %29,5 olarak belirlenmiştir (240). Altmış yaş ve üzerindeki Suriyeli ve Filistinli mültecilerde yapılan bir araştırmada depresyon sıklığı %28 bulunmuştur. Halep'te 2010 yılında savaştan önce 2038 kişiyle yapılan bir araştırmada depresyon sıklığı %4,5 olarak bulunmuştur (241). Hollanda'da Afgan, İranlı ve Somalili mültecilerde yapılan çalışmada depresyon sıklığı %68 olarak tespit edilmiştir (242). Kapsamlı bir meta-analiz çalışmasında mültecilerde depresyon sıklığı %44 olarak belirtilmiştir (133). Tayland-Birmanya sınır kampındaki mültecilerde de benzer sonuçlar vardır; depresyon sıklığı % 41 olarak saptanmıştır (134). Norveç'te ikame eden Bosnalı ve Kosovalı-Arnaut mültecileri çalışmasında ise; depresyon ve anksiyete belirtileri olanların oranı %48,3 olarak bulunmuştur (135). Amerika'da Kamboçyalı mültecilerde yapılan çalışmada depresyon sıklığı %80 saptanmıştır (17). Elde ettiğimiz depresyon sıklığı dünya genelinde yapılan çalışma örneklerinde olduğu gibi yüksek oranlardadır. Çalışma yönteminin şekli ve kültür farklılıkları bazı çalışmalarla arada fark olmasının sebepleri arasında sayılabilir. Sığınmacılarda, normal popülasyona göre depresyon sıklığının daha fazla

olmasının nedenleri arasında yaşanan travmaların etkisi, geçim sıkıntısı, sosyal desteklerinin düşük olması gibi nedenler sayılabilir.

5.5 Depresyon Risk Faktörleri

Yaptığımız çalışmada depresyon sıklığı erkeklerde daha fazla idi. Mültecilerde yapılan çalışmalarda cinsiyet ile depresyon sıklığı arasında farklı bulgular elde edilmiştir. Darfur'da mülteciler üzerinde yapılan bir çalışmada erkeklerde depresif semptom sıklığı daha fazla bulunmuştur (243). Uganda'da Somalili ve Ruandalı mülteciler üzerinde yapılan çalışmada depresyon sıklığı erkeklerde daha fazla saptanmıştır (244). Naja tarafından yapılan çalışmada hafif ve orta depresyon erkeklerde fazla iken, şiddetli depresyon kadınlarda daha fazla bulunmuş (245). Çalışmaların çoğu kadın cinsiyeti ile depresyon arasında ilişki bulmuştur (246-250). Bazı çalışmalar ise cinsiyet ile depresyon gelişimi arasında herhangi bir ilişki bulmamıştır (231). Sığınmacıların göç öncesi ve sonrasındaki beklenti ve durumları uyuşmamaktadır. Erkekler sosyal statülerini kaybederken, kadınlar erkeklerin kaybettikleri statüleri kazanmaktadırlar. Rollerdeki bu değişim erkeklerin ruh sağlığını olumsuz etkilerken bazı kadınların ise psikolojik iyi oluşuna katkıda bulunabilmektedir (227, 228).

Çalışmamızda boşanmışlarda, ayrı yaşayanlarda ve eşi ölenlerde depresyon sıklığı evli ve hiç evlenmemişlere göre daha fazla idi. Önen ve ark. tarafından Akçakale'de bir kampta yapılan çalışmada dul/boşanmışlarda BDE ölçek puan ortalaması evli ve bekarlara göre daha yüksek bulunmuş (189). Somali'de ve Meksika'da yapılan çalışmalarda da benzer bulgular elde edilmiştir (251, 252). Bazı çalışmalarda evli ve bekar olmayla depresyon sıklığı arasında ilişki bulunamamış (231, 240, 245). İnsana en zor gelen ölüm, genellikle eşin ölümüdür. Kişilerin, travmatik anlarında yanındaki destekçisini bulamaması ve eşinin yokluğuyla da eklenen yalnızlık duygusu, bu kişilerde depresyonun daha fazla görülmesini açıklayabilir.

Araştırmamızda öğrenim seviyesi azaldıkça depresyon sıklığı artmakta idi. Finlandiya’da göçmenler üzerinde yapılan bir çalışmada öğrenim seviyesi düşük olan göçmenlerde depresif semptomların daha fazla olduğu bulunmuştur (253). Bogic ve ark. (230) tarafından yapılan çalışma ve Craig (249) tarafından yapılan çalışma da öğrenim düzeyi düşük olanlarda depresyon sıklığı daha fazla saptanmıştır. Bazı çalışmalarda öğrenim düzeyiyle depresyon sıklığı arasında ilişki bulunamamış (189, 240, 245). Yüksek öğrenim seviyesi, stresle başa çıkmada ve zor zamanlarda yeni çözümler üretmede daha etkin ve sorunlara daha akılcı çözümler getirmeye destek olabilir.

Yapığımız araştırmada çalışmayanlarda depresyon sıklığı daha fazla, memur ve öğrencilerde daha az idi. Rask tarafından yapılan araştırmada işsizlerde depresyon sıklığı daha fazla tespit edilmiştir (253). Bhui tarafından yapılan çalışmada da işsizliğin depresyonu artırdığı tespit edilmiş (251). Blair tarafından yapılan çalışmada daha düşük çalışma düzeylerinde depresyon daha fazla bulunmuş (235). Bogic ve ark. tarafından yapılan çalışmada işsizliğin depresyon için risk faktörü olduğu belirtilmiş (230). Sosyal uyum ve sosyal ağın zayıf olması, yüksek oranda işsizlik psikiyatrik belirtilerin artmasına ve eşlik eden hastalıkların çoğalmasına neden olmakta ve bu da depresyonun artmasına neden olabilir (254). Gammouh’un yaptığı çalışmada çalışanlarla çalışmayanlar arasında depresyon sıklığı arasında fark bulunamamıştır (231, 240).

Yaptığımız araştırmada depresyon tanısı alanlarda yaş ortalaması daha fazla idi. Araştırmaların çoğu yaş arttıkça depresif semptomların arttığını belirtmişler (249, 255-258). Ürdün’de yapılan çalışmada ise 18-49 yaş arasında depresyon sıklığı 50 yaş üzerine göre daha fazla bulunmuş (240). Yaş ilerledikçe insan daha çok sevdiğini kaybeder bu da insanlardaki yalnızlık duygusunu ve ölüm korkusunu artırabilir ve depresyon görülmesini artırabilir.

Depresyon tanısı alanların aylık ortalama gelirleri daha düşük idi. Yapılan birçok çalışmada da düşük gelir durumuyla depresyon arasında ilişki gösterilmiştir

(235, 240, 248, 259, 260). Düşük gelirli insanların, temel ihtiyaçlarını karşılayamama, yeterli beslenememe, sosyal aktivitelere katılamama ve bunların vermiş olduğu stresin etkisiyle daha fazla depresyona eğilimi olduğu söylenebilir.

Depresyon hastalarının geleceğe daha karamsar baktıkları araştırmalarla gösterilmiş olup çalışmamızda da geleceklerinin daha kötü olacağını düşünüyordu. Şanlıurfa'da yapılan çalışmada geleceğe dair olumsuz düşünenlerin BDE ölçek skorları daha yüksek bulunmuş (189).

Yaptığımız araştırmada daha önce psikiyatrik hastalık öyküsü olanlarda ve ailesinde psikiyatrik hastalığı bulunanlarda depresyon sıklığı daha fazla idi. Depresyon ruhsal travmadan sonra ilk kez ortaya çıkabileceği gibi, daha önce depresyon geçirmiş kişilerde depresyonun tekrarlaması şeklinde de görülmektedir (254).

Çalışmamızda depresyon tanısı alanların yaşadıkları travma sayısı daha fazla bulundu. Somali'de Bhui ve ark. (251) tarafından yapılan çalışmada, Avrupa'da Bogic (230) tarafından yapılan çalışmada ve ABD'de Carlson (17), Hollifield ve ark. (261) tarafından yapılan çalışmalarda travmatik olayların sayısı ile depresyon arasında ilişki bulunmuş. ABD'de Bosnalı mülteciler üzerinde yapılan çalışmada, savaş travmasına maruziyet düzeyinin yüksekliği ile depresyon düzeyinin yüksekliği arasında önemli ilişki bulunmuş (262).

Araştırmamızda evi, yaşadığı sokağı/mahallesi, şehri bombalananlarda, savaşta kendisi veya ailesinden birisi ağır yaralananlarda, ailesinden/yakın çevresinden birisi savaş nedeniyle ölenlerde, işkence yaşayanlarda, tutuklananlarda ve mallarına el konulan kişilerde depresyon sıklığı daha fazla idi. Önen tarafından yapılan çalışmada savaşta şiddet görenlerde BDE skorları daha yüksek bulunmuş fakat savaşta akrabasını kaybetmeyle depresyon arasında ilişki bulunamamış (189). Birleşik Krallık'ta Somalili mülteciler çalışmasında, savaş sırasında kayıp ve ölümlerin ciddi spesifik ruhsal belirtilerle ilişkisi görülmüş (251). ABD'de Kamboçyalı mülteciler üzerinde yapılan çalışmada travma sayısı ve aileden

birinin kaybıyla depresyon arasında ilişki tespit edilmiş (235). Matheson tarafından yapılan çalışmada saldırıya uğramanın depresyonda risk faktörü olduğu tespit edilmiş (263). Sabin ve ark. tarafından Meksika'da Guatemalalı sığınmacılar üzerinde yapılan çalışmada tanıdık birisinin ölmesi, işkence ve yaralanmayla depresyon sıklığı arasında ilişki bulunmuş (252).

5.6 TSSB ve Depresyon Birlikteliği

Çalışmamızda TSSB ve depresyon arasında ilişki var idi. Savaşta etkilenen popülasyonlarda TSSB'nin depresyon gibi diğer psikiyatrik hastalıklarla ilişkili olduğu bulunmuş (264, 265). Yapılan bazı çalışmalarda çalışmamızı destekler nitelikte olup depresyon ve TSSB birlikteliğini göstermişler (266-268). Genellikle TSSB, depresyon ve kaygı bozuklukları ile bir arada bulunmaktadır (269, 270).

TSSB belirtilerinden olan uykuya dalmakta ya da sürdürmekte güçlük, düşüncelerini belirli bir konu üzerinde yoğunlaştırmada güçlük, önemli etkinliklere karşı ilginin ya da katılımın belirgin olarak azalması ve duygulanımda kısıtlılık depresyon belirtileri ile benzeşmektedir. Bu bozukluklar birlikte bulunabileceği gibi, TSSB sonrası depresyon gelişebilir ya da geçirilmiş depresyon TSSB için yatkınlaştırıcı bir faktör olabilir. Çalışmamız kesitsel çalışma olduğu için ve ölçek kullanıldığı için bu konuda net ayırım yapabilmemiz pek mümkün değildir. Bu durumların ayırımını yapabilmek için klinik görüşmelere ve izlem çalışmalarına ihtiyaç vardır.

5.7 Sınırlılıklar

Örneklem seçiminde sığınmacı listesi bulunmaması nedeniyle son aşamada olasılıksız örneklem yöntemi kullanılmıştır. Bu durumun, sonuçların gerçek sıklığından daha farklı bulunmasına neden olabileceği düşünülebilir.

Geçerlik ve güvenilirliği test edilmiş bir ölçek olsa da farklı çalışmalarda ele alınmaması ölçüm aracının sınırlılıklarındadır.

Araştırmacıların Arapça bilmemesi, veri toplama aşmasındaki denetimi zorlaştırmıştır.



6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

Sonuç olarak Suriyeli sığınmacıların travmaya maruziyet ve sonrasında TSSB ve depresyon prevalansı son derece yaygındır. Bu durum hem bu kişilerin, hem içinde yaşadıkları toplumun hem de etkileşimde buldukları diğer toplumların ruh sağlığı açısından önemli sorunlara neden olabilecek boyuttadır. Gerekli girişimler yapılmaz ise hastalıkların kronikleşmesi ve tedavisinin güçleşmesi ile karşılaşılacaktır. Ayrıca ruh sağlığı açısından böylesine sorunlu bir toplumda yetişen çocukların bundan nasıl etkilendiği de önemli bir konudur.

İleri yaşta kişiler, erkekler, düşük gelirli kişiler, öğrenim seviyesi düşük olanlar, geçmişinde veya ailesinde psikiyatrik hastalığı bulunanlar, yeni göç etmiş sığınmacılar risk altındaki gruplardır. Yapılacak yasal düzenlemelerde, eğitim ve sağlık hizmetlerinde özellikle bu risk grubundaki kişilerin öncelikli ele alınması etkinlik açısından daha yararlı olabilir.

Sağlığın ve ruh sağlığının negatif ucunu temsil eden bu kişilerin sağlıklarına kavuşmaları için yapılması gerekenlerin başında savaşların ve şiddetin önlenmesi ve insan kaynaklı travmaların bir an önce azaltılması ve sonlandırılması bulunmaktadır. Ülkeleri ve dünyayı yönetenlerin, ırk, dil, din vb. ayrımı gözetmeksizin tüm dünyada toplumsal barışı önemsemesi ve desteklemesi, insan odaklı politikalar ve kararlar alması, insan kaynaklı yaşanan travmaların azalmasına ve daha sağlıklı toplumların oluşmasına zemin hazırlayacaktır.

Özellikle risk grupları olmak üzere tüm sığınmacıların yaşam şartlarının iyileştirilmesi, gelir durumlarının düzeltilmesi ve onlara sosyal desteğin artırılması ruh sağlıklarının daha iyi düzeylere çıkmasını sağlayabilir. Mültecilerin ve sığınmacıların fiziksel ve ekonomik ihtiyaçları karşılandıktan sonra psikolojik ihtiyaçlarının giderilmesine yönelik psikososyal destek programları geliştirmek ve

bunları kültüre uyumlu Şekilde bu kişilere sunmak bu kişilerin ruhsal olarak sağlıklı ve dirençli olmaları için oldukça önemlidir. Gn bu kadar arttığı günümüzde, yeni gelenlerle ev sahibi toplumun birbirine entegre olması, sosyal uyum için oldukça önemli bir adımdır.

Savaş ve g mağduru sığınmacıların ruh sağlığı bozuklukları dikkate alınarak daha geniş kapsamlı tarama programlarının yapılması, bu kişilerin hastalığın erken döneminde tespit edilerek kronikleŐmenin azaltılması da müdahaleler arasında sayılabilir. Ruh sağlığı bozuk olanlara, gerekli tıbbi ve psikolojik rehabilitasyonlarının sağlanması ve onların topluma kazandırılması yapılması gerekenlerden bir tanesidir. Türk hastalar da olduğu gibi göçmenler içinde ruh sağlığı merkezlerinin oluşturulması yapılacaklar arasında sayılabilir.

7. KAYNAKLAR

1. World Health Organization. Available from: <http://www.who.int/about/en/> Erişim Tarihi: 14.09.2016.
2. Akalın D, editor. Eğitimciler İçin Eğitim Rehberi Ruh Sağlığı Modülleri. Ankara: İlkay Ofset Matbaacılık; 2008.
3. Kulaksızoğlu I TR, Üçok A, Yargıç , Yazıcı O. Psikiyatri. İstanbul: İstanbul Üniversitesi Basım ve Yayınevi; 2009.
4. Gureje O. Psychological disorders and symptoms in primary care. Association with disability and service use after 12 months. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2002;37(5):220-4.
5. Sheet F. Mental disorders: WHO Media centre; 2017 [cited 2017]. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs396/en/> Erişim Tarihi 22.01.2017.
6. Sağaltıcı E. Suriyeli Sığınmacılarda Travma Sonrası Stres Bozukluğu Taraması [Uzmanlık Tezi]: Gaziantep Üniversitesi; 2013.
7. Pearlman LA, Saakvitne KW. Trauma and the therapist: Countertransference and vicarious traumatization in psychotherapy with incest survivors: WW Norton & Co; 1995.
8. American Psikiyatri Birliği Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, (DSM-IV): Hekimler Yayın Birliği, Ankara. ; 1994.
9. Sayıl I, Berksun O, Palabıyıkoglu R, Özgüven H, Soykan Ç, Haran S. Kriz ve krize müdahale. Ankara: Ankara Üniversitesi Psikiyatrik Kriz Uygulama ve Araştırma Merkezi Yayınları. 2000(6).
10. Gerritsen AA, Bramsen I, Devillé W, Van Willigen LH, Hovens JE, Van Der Ploeg HM. Physical and mental health of Afghan, Iranian and Somali asylum seekers and refugees living in the Netherlands. Soc Psych Psych Epid. 2006;41(1):18-26.
11. Türkoğlu O. Mülteciler ve ulusal/uluslararası güvenlik. Uludağ Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi 2011;30(2):101-18.
12. Mülteciler 2016 [updated 12.12.2016]. Available from: <http://www.unhcr.org/turkey/home.php?page=72>.
13. Türkiye'deki Suriyeli Mülteciler <http://www.unhcr.org/turkey/home.php> [updated 23.01.2017].

14. Tribe R. Mental health of refugees and asylum-seekers. *Advances in psychiatric treatment*. 2002;8(4):240-7.
15. Ai AL, Peterson C, Ubelhor D. War-related trauma and symptoms of posttraumatic stress disorder among adult Kosovar refugees. *J Trauma Stress*. 2002;15(2):157-60.
16. Başoğlu M, Livanou M, Crnobarić C, Frančišković T, Suljić E, Đurić D, et al. Psychiatric and cognitive effects of war in former Yugoslavia: association of lack of redress for trauma and posttraumatic stress reactions. *Jama*. 2005;294(5):580-90.
17. Carlson EB, Rosser-Hogan R. Cross-cultural response to trauma: A study of traumatic experiences and posttraumatic symptoms in Cambodian refugees. *J Trauma Stress*. 1994;7(1):43-58.
18. Alpak G, Unal A, Bulbul F, Sagaltici E, Bez Y, Altindag A, et al. Post-traumatic stress disorder among Syrian refugees in Turkey: A cross-sectional study. *International journal of psychiatry in clinical practice*. 2015;19(1):45-50.
19. McInnes K, Sarajlić N, Lavelle J, Sarajlić I. Disability associated with psychiatric comorbidity and health status in Bosnian refugees living in Croatia. *Jama*. 1999;282(5):433-9.
20. Turner SW, Bowie C, Dunn G, Shapo L, Yule W. Mental health of Kosovan Albanian refugees in the UK. *The British Journal of Psychiatry*. 2003;182(5):444-8.
21. Dahl S, Mutapcic A, Schei B. Traumatic events and predictive factors for posttraumatic symptoms in displaced Bosnian women in a war zone. *J Trauma Stress*. 1998;11(1):137-45.
22. Søndergaard HP, Ekblad S, Theorell T. Self-reported life event patterns and their relation to health among recently resettled Iraqi and Kurdish refugees in Sweden. *The Journal of nervous and mental disease*. 2001;189(12):838-45.
23. Suriye İç Savaşı 2017. Available from: https://tr.wikipedia.org/wiki/Suriye_%C4%B0%C3%A7_Sava%C5%9F%C4%B1#M.C3.BCltteciler erişim tarihi 18.01.2017.
24. Geçici Koruma Statüsündeki Kişilerin İstatistikleri. 2017. http://www.goc.gov.tr/icerik3/gecici-korumamiz-altindaki-suriyeliler_409_558_560 Erişim Tarihi 19.03.2017
25. H. Javidi MY. Post-traumatic Stress Disorder. *The International Journal of Occupational and Environmental Medicine*. 2012;2012;3:2-9.
26. Gersons BP, Carlier IV. Post-traumatic stress disorder: the history of a recent concept. *The British Journal of Psychiatry*. 1992;161(6):742-8.
27. Crone H, Coleman P. Flashback. *Posttraumatic Stress Disorder, Suicide, and the Lessons of War*. JSTOR; 2006.

28. FC H. Stand To: A Diary of the Trenches. Heathfield, England: The Naval & Military Press, Ltd; 2001.
29. Nasir LS, Abdul-Haq AK. Caring for Arab patients: a biopsychosocial approach: Radcliffe Publishing; 2008.
30. Butcher JN, Mineka S, Hooley JM. Abnormal psychology: Pearson New York; 2013.
31. Gelder M GD, Mayou R, Cowen P. Oxford Textbook of Psychiatry, 3rd edition. Oxford: Oxford University Press; 1996.
32. Bromet E, Sonnega A, Kessler RC. Risk factors for DSM-III-R posttraumatic stress disorder: findings from the National Comorbidity Survey. *American journal of epidemiology*. 1998;147(4):353-61.
33. Norris FH. Epidemiology of trauma: frequency and impact of different potentially traumatic events on different demographic groups. *Journal of consulting and clinical psychology*. 1992;60(3):409-18.
34. International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies, World Disasters Report 2012. Available from: www.ifrc.org erişim tarihi 19.01.2017.
35. Kessler RC, Sonnega A, Bromet E, Hughes M, Nelson CB. Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of general psychiatry*. 1995;52(12):1048-60.
36. Breslau N, Kessler RC, Chilcoat HD, Schultz LR, Davis GC, Andreski P. Trauma and posttraumatic stress disorder in the community: the 1996 Detroit Area Survey of Trauma. *Archives of general psychiatry*. 1998;55(7):626-32.
37. Breslau N, Chilcoat HD, Kessler RC, Davis GC. Previous exposure to trauma and PTSD effects of subsequent trauma: results from the Detroit Area Survey of Trauma. *Am J Psychiat*. 1999;156(6):902-7.
38. Tolin DF, Foa EB. Sex differences in trauma and posttraumatic stress disorder: a quantitative review of 25 years of research. *Psychological bulletin*. 2006;132(6):959.
39. Howard WT, Loberiza FR, Pfohl BM, Thorne PS, Magpantay RL, Woolson RF. Initial results, reliability, and validity of a mental health survey of Mount Pinatubo disaster victims. *The Journal of nervous and mental disease*. 1999;187(11):661-72.
40. Tasman A KJ, Lieberman JA. Traumatic Stress Disorders. Pocket Companion to Accompany Psychiatry. Philadelphia: W.B. Saunders Company; 1997. p. 1085-99.
41. Gabbay V OM, Silva RR, Hirsch GS. Posttraumatic stress disorders in children and adolescents: HandbookSilva. . US New York: NY, WW Norton & Co; 2004.

42. Ronald C. Kessler P, Wai Tat Chiu, AM, Olga Demler. Prevalence, Severity, and Comorbidity of Twelve-month DSM-IV Disorders in the National Comorbidity Survey Replication (NCSR). *Arch Gen Psychiatry*. 2005;62(6):617-27.
43. Davidson JR, Foa EB. *Posttraumatic stress disorder: DSM-IV and beyond*: American Psychiatric Pub; 1993.
44. Schlenger WE, Caddell JM, Ebert L, Jordan BK, Rourke KM, Wilson D, et al. Psychological reactions to terrorist attacks: findings from the National Study of Americans' Reactions to September 11. *JAMA*. 2002;288(5):581-8.
45. Turner SW, Thompson J, Rosser RM. The Kings Cross fire: psychological reactions. *J Trauma Stress*. 1995;8(3):419-27.
46. Havenaar JM, Rumyantzeva GM, van den Brink W, Poelijoe NW, van den Bout J, van Engeland H, et al. Long-term mental health effects of the Chernobyl disaster: an epidemiologic survey in two former Soviet regions. *The American journal of psychiatry*. 1997;154(11):1605-7.
47. McFarlane AC, Williamson P, Barton CA. The impact of traumatic stressors in civilian occupational settings. *Journal of public health policy*. 2009;30(3):311-27.
48. Hull AM, Alexander DA, Klein S. Survivors of the Piper Alpha oil platform disaster: long-term follow-up study. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*. 2002;181:433-8.
49. Green BL, Lindy JD, Grace MC, Leonard AC. Chronic posttraumatic stress disorder and diagnostic comorbidity in a disaster sample. *J Nerv Ment Dis*. 1992;180(12):760-6.
50. Galea S, Vlahov D, Resnick H, Ahern J, Susser E, Gold J, et al. Trends of probable post-traumatic stress disorder in New York City after the September 11 terrorist attacks. *Am J Epidemiol*. 2003;158(6):514-24.
51. Norris FH, Tracy M, Galea S. Looking for resilience: understanding the longitudinal trajectories of responses to stress. *Soc Sci Med*. 2009;68(12):2190-8.
52. Kulka RA SW, Fairbank JA. *Trauma and the Vietnam War generation: report of findings from the National Vietnam Veterans Readjustment Study*. *Journal of Traumatic Stress*. 5. New York: NY, Brunner/Mazel, 1990; 1990. p. 321-2.
53. Kang HK, Natelson BH, Mahan CM, Lee KY, Murphy FM. Post-traumatic stress disorder and chronic fatigue syndrome-like illness among Gulf War veterans: a population-based survey of 30,000 veterans. *Am J Epidemiol*. 2003;157(2):141-8.
54. Tural U, Aker T, Önder E, editors. *Posttraumatic stress disorder and comorbid depression after Marmara Earthquake; An epidemiological study*. Annual Meeting of Disaster Psychiatry Outreach, Miami Sözel Bildiri, ABD; 2004.

55. Altindag A, Ozen S, Sir A. One-year follow-up study of posttraumatic stress disorder among earthquake survivors in Turkey. *Comprehensive psychiatry*. 2005;46(5):328-33.
56. Karamustafalioglu OK, Zohar J, Güveli M, Gal G, Bakim B, Fostick L, et al. Natural course of posttraumatic stress disorder: A 20-month prospective study of Turkish earthquake survivors. *The Journal of clinical psychiatry*. 2006.
57. Helzer JE, Robins LN, McEvoy L. Post-traumatic stress disorder in the general population. Findings of the epidemiologic catchment area survey. *The New England journal of medicine*. 1987;317(26):1630-4.
58. Sharan P, Chaudhary G, Kavathekar SA, Saxena S. Preliminary report of psychiatric disorders in survivors of a severe earthquake. *The American journal of psychiatry*. 1996;153(4):556-8.
59. Dooley E, Gunn J. The psychological effects of disaster at sea. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*. 1995;167(2):233-7.
60. Weine SM, Vojvoda D, Becker DF, McGlashan TH, Hodzic E, Laub D, et al. PTSD symptoms in Bosnian refugees 1 year after resettlement in the United States. *The American journal of psychiatry*. 1998;155(4):562-4.
61. Pynoos RS, Frederick C, Nader K, Arroyo W, Steinberg A, Eth S, et al. Life threat and posttraumatic stress in school-age children. *Arch Gen Psychiatry*. 1987;44(12):1057-63.
62. Pynoos RS, Goenjian A, Tashjian M, Karakashian M, Manjikian R, Manoukian G, et al. Post-traumatic stress reactions in children after the 1988 Armenian earthquake. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*. 1993;163:239-47.
63. Brewin CR, Andrews B, Valentine JD. Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *J Consult Clin Psychol*. 2000;68(5):748-66.
64. Ozer EJ, Best SR, Lipsey TL, Weiss DS. Predictors of posttraumatic stress disorder and symptoms in adults: a meta-analysis. *Psychol Bull*. 2003;129(1):52-73.
65. Arborelius L, Owens MJ, Plotsky PM, Nemeroff CB. The role of corticotropin-releasing factor in depression and anxiety disorders. *The Journal of endocrinology*. 1999;160(1):1-12.
66. Fuchs E, Gould E. Mini-review: in vivo neurogenesis in the adult brain: regulation and functional implications. *The European journal of neuroscience*. 2000;12(7):2211-4.
67. Nestler EJ, Barrot M, DiLeone RJ, Eisch AJ, Gold SJ, Monteggia LM. Neurobiology of depression. *Neuron*. 2002;34(1):13-25.

68. Yehuda R. Advances in understanding neuroendocrine alterations in PTSD and their therapeutic implications. *Annals of the New York Academy of Sciences*. 2006;1071:137-66.
69. Meewisse ML, Reitsma JB, de Vries GJ, Gersons BP, Olf M. Cortisol and post-traumatic stress disorder in adults: systematic review and meta-analysis. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*. 2007;191:387-92.
70. De Quervain DJ, Margraf J. Glucocorticoids for the treatment of post-traumatic stress disorder and phobias: a novel therapeutic approach. *European journal of pharmacology*. 2008;583(2-3):365-71.
71. Prange AJ, Jr. Thyroid axis sustaining hypothesis of posttraumatic stress disorder. *Psychosom Med*. 1999;61(2):139-40.
72. Wang S, Mason J. Elevations of serum T3 levels and their association with symptoms in World War II veterans with combat-related posttraumatic stress disorder: replication of findings in Vietnam combat veterans. *Psychosom Med*. 1999;61(2):131-8.
73. Pavcovich LA, Valentino RJ. Regulation of a putative neurotransmitter effect of corticotropin-releasing factor: effects of adrenalectomy. *The Journal of neuroscience : the official journal of the Society for Neuroscience*. 1997;17(1):401-8.
74. Vermetten E, Bremner JD. Circuits and systems in stress. II. Applications to neurobiology and treatment in posttraumatic stress disorder. *Depress Anxiety*. 2002;16(1):14-38.
75. Strawn JR, Geraciotti TD, Jr. Noradrenergic dysfunction and the psychopharmacology of posttraumatic stress disorder. *Depress Anxiety*. 2008;25(3):260-71.
76. Ressler KJ, Nemeroff CB. Role of serotonergic and noradrenergic systems in the pathophysiology of depression and anxiety disorders. *Depress Anxiety*. 2000;12 Suppl 1:2-19.
77. Bonne O, Bain E, Neumeister A, Nugent AC, Vythilingam M, Carson RE, et al. No change in serotonin type 1A receptor binding in patients with posttraumatic stress disorder. *The American journal of psychiatry*. 2005;162(2):383-5.
78. Southwick SM, Krystal JH, Morgan CA, Johnson D, Nagy LM, Nicolaou A, et al. Abnormal noradrenergic function in posttraumatic stress disorder. *Arch Gen Psychiatry*. 1993;50(4):266-74.
79. Krystal JH, Kosten TR, Southwick S, Mason JW, Perry BD, Giller EL. Neurobiological aspects of PTSD: Review of clinical and preclinical studies. *Behavior Therapy*. 1989;20(2):177-98.

80. Rasmusson AM, Hauger RL, Morgan CA, Bremner JD, Charney DS, Southwick SM. Low baseline and yohimbine-stimulated plasma neuropeptide Y (NPY) levels in combat-related PTSD. *Biological psychiatry*. 2000;47(6):526-39.
81. Pitman RK, van der Kolk BA, Orr SP, Greenberg MS. Naloxone-reversible analgesic response to combat-related stimuli in posttraumatic stress disorder. A pilot study. *Arch Gen Psychiatry*. 1990;47(6):541-4.
82. Bremner JD, Randall P, Scott TM, Bronen RA, Seibyl JP, Southwick SM, et al. MRI-based measurement of hippocampal volume in patients with combat-related posttraumatic stress disorder. *The American journal of psychiatry*. 1995;152(7):973-81.
83. Bremner JD, Randall P, Vermetten E, Staib L, Bronen RA, Mazure C, et al. Magnetic resonance imaging-based measurement of hippocampal volume in posttraumatic stress disorder related to childhood physical and sexual abuse--a preliminary report. *Biological psychiatry*. 1997;41(1):23-32.
84. Gurvits TV, Shenton ME, Hokama H, Ohta H, Lasko NB, Gilbertson MW, et al. Magnetic resonance imaging study of hippocampal volume in chronic, combat-related posttraumatic stress disorder. *Biological psychiatry*. 1996;40(11):1091-9.
85. Stein MB, Koverola C, Hanna C, Torchia MG, McClarty B. Hippocampal volume in women victimized by childhood sexual abuse. *Psychological medicine*. 1997;27(4):951-9.
86. Hendler T, Rotshtein P, Yeshurun Y, Weizmann T, Kahn I, Ben-Bashat D, et al. Sensing the invisible: differential sensitivity of visual cortex and amygdala to traumatic context. *NeuroImage*. 2003;19(3):587-600.
87. Rauch SL, Whalen PJ, Shin LM, McInerney SC, Macklin ML, Lasko NB, et al. Exaggerated amygdala response to masked facial stimuli in posttraumatic stress disorder: a functional MRI study. *Biological psychiatry*. 2000;47(9):769-76.
88. Rauch SL, Shin LM, Segal E, Pitman RK, Carson MA, McMullin K, et al. Selectively reduced regional cortical volumes in post-traumatic stress disorder. *Neuroreport*. 2003;14(7):913-6.
89. Rescorla RA. Pavlovian conditioning. It's not what you think it is. *The American psychologist*. 1988;43(3):151-60.
90. Foa EB, Steketee G, Rothbaum BO. Behavioral/cognitive conceptualizations of post-traumatic stress disorder. *Behavior therapy*. 1989;20(2):155-76.
91. Tamer Aker MEÖ. Psikolojik Travma ve Sonuçlar. Ankara: Epsilon Reklamcılık; 2003.
92. Hofmann SG, Smits JA. Cognitive-behavioral therapy for adult anxiety disorders: a meta-analysis of randomized placebo-controlled trials. *J Clin Psychiatry*. 2008;69(4):621-32.

93. O'Leary KD WG. Behaviour Therapy. Application and Outcome: Prentice-Hall Inc; 1986. p. 202-27.
94. Merckelbach H, Muris, P. Anxiety Disorders. London: John Wiley, Sons Ltd; 2001.
95. Ehlers A, Clark DM. A cognitive model of posttraumatic stress disorder. Behav Res Ther. 2000;38(4):319-45.
96. SP G. Anxiety disorders: Psychodynamic aspects. Kaplan&Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry. 1. 7 ed. Philadelphia: Lippincott Williams&Wilkins; 2000. p. 1464-76.
97. Yehuda R, Halligan SL, Bierer LM. Relationship of parental trauma exposure and PTSD to PTSD, depressive and anxiety disorders in offspring. Journal of psychiatric research. 2001;35(5):261-70.
98. Sack WH, Clarke GN, Seeley J. Posttraumatic stress disorder across two generations of Cambodian refugees. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 1995;34(9):1160-6.
99. Koenen KC, Fu QJ, Ertel K, Lyons MJ, Eisen SA, True WR, et al. Common genetic liability to major depression and posttraumatic stress disorder in men. J Affect Disord. 2008;105(1-3):109-15.
100. Shalev AY, Sahar T, Freedman S, Peri T, Glick N, Brandes D, et al. A prospective study of heart rate response following trauma and the subsequent development of posttraumatic stress disorder. Archives of general psychiatry. 1998;55(6):553-9.
101. Van der Kolk BA, van der Hart O. Pierre Janet and the breakdown of adaptation in psychological trauma. The American journal of psychiatry. 1989;146(12):1530-40.
102. Southwick SM, Morgan CA, 3rd, Darnell A, Bremner D, Nicolaou AL, Nagy LM, et al. Trauma-related symptoms in veterans of Operation Desert Storm: a 2-year follow-up. The American journal of psychiatry. 1995;152(8):1150-5.
103. Davidson JR, Foa EB. Diagnostic issues in posttraumatic stress disorder: considerations for the DSM-IV. Journal of abnormal psychology. 1991;100(3):346-55.
104. Loewenstein RJ. An office mental status examination for complex chronic dissociative symptoms and multiple personality disorder. The Psychiatric clinics of North America. 1991;14(3):567-604.
105. R. Tükel TA. Travma Sonrası Stres Bozukluğu. Anksiyete Bozuklukları. Ankara: Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları; 2006. p. 385-447.

106. Breslau N, Davis GC. Posttraumatic stress disorder in an urban population of young adults: Risk factors for chronicity. *The American journal of psychiatry*. 1992;149(5):671.
107. Doruk A AH. III. Congress Posttraumatic stress disorder and comorbidity of Balkan Military Medical committee Athens-Greece Abstract book 1993.
108. Kessler RC, Sonnega A, Bromet E, Hughes M, Nelson CB. Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry*. 1995;52(12):1048-60.
109. Goenjian AK, Steinberg AM, Najarian LM, Fairbanks LA, Tashjian M, Pynoos RS. Prospective study of posttraumatic stress, anxiety, and depressive reactions after earthquake and political violence. *The American journal of psychiatry*. 2000;157(6):911-6.
110. DS. P. Anxiety disorders: Clinical features. Kaplan&Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry,. 7 ed. Philadelphia: Lippincott Williams&Wilkins; 2000. p. 1476-90.
111. Budur K, Falcone T, Franco K. Diagnosing and managing posttraumatic stress disorder. *Cleveland Clinic journal of medicine*. 2006;73(2):121-2, 5-6, 8-9.
112. van der Kolk BA, Dreyfuss D, Michaels M, Shera D, Berkowitz R, Fisler R, et al. Fluoxetine in posttraumatic stress disorder. *J Clin Psychiatry*. 1994;55(12):517-22.
113. Connor KM, Sutherland SM, Tupler LA, Malik ML, Davidson JR. Fluoxetine in post-traumatic stress disorder. Randomised, double-blind study. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*. 1999;175:17-22.
114. Davidson JR, Kudler HS, Saunders WB, Erickson L, Smith RD, Stein RM, et al. Predicting response to amitriptyline in posttraumatic stress disorder. *The American journal of psychiatry*. 1993;150(7):1024-9.
115. Frank JB, Kosten TR, Giller EL, Jr., Dan E. A randomized clinical trial of phenelzine and imipramine for posttraumatic stress disorder. *The American journal of psychiatry*. 1988;145(10):1289-91.
116. Reist C, Kauffmann CD, Haier RJ, Sangdahl C, DeMet EM, Chicz-DeMet A, et al. A controlled trial of desipramine in 18 men with posttraumatic stress disorder. *The American journal of psychiatry*. 1989;146(4):513-6.
117. Braun P, Greenberg D, Dasberg H, Lerer B. Core symptoms of posttraumatic stress disorder unimproved by alprazolam treatment. *J Clin Psychiatry*. 1990;51(6):236-8.
118. Hertzberg MA, Butterfield MI, Feldman ME, Beckham JC, Sutherland SM, Connor KM, et al. A preliminary study of lamotrigine for the treatment of posttraumatic stress disorder. *Biological psychiatry*. 1999;45(9):1226-9.

119. Vargas MA, Davidson J. Post-traumatic stress disorder. *The Psychiatric clinics of North America*. 1993;16(4):737-48.
120. Bradley BP, Mogg K, White J, Groom C, de Bono J. Attentional bias for emotional faces in generalized anxiety disorder. *The British journal of clinical psychology*. 1999;38 (Pt 3):267-78.
121. Foa EB, Hembree E, Rothbaum B. *Prolonged exposure therapy for PTSD*. New York: Oxford University Press; 2007.
122. Foa EB, Kozak MJ. Emotional processing of fear: exposure to corrective information. *Psychol Bull*. 1986;99(1):20-35.
123. Şireli Ö. Depresyon Tanısı Almış Ergenlerde Anne Baba Kabul Reddi-Kontrolü ve Aile İçi İlişkilerin Depresyon Şiddetine Etkisi. Ankara: Ankara Üniversitesi; 2012.
124. MO. Ö. Duygulanım bozuklukları, ruh sağlığı ve hastalıkları. 7 ed. Ankara: Hekimler Yayın birliği; 2001.
125. Georgotas A. Evolution of the concepts of depression and mania. Georgotas A, Cancro R, editors *Depression and mania* New York: Elsevier Science Publishing Co, Inc. 1988:3-12.
126. Berrios G. Depressive and manic states during the nineteenth century. *Depression and mania: Elsevier New York, NY; 1988. p. 13-25.*
127. GL. K. Overview of affective disorders. In: Kaplan HI FA, Sadock BJ, editor. *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. 3 ed. Baltimore: Williams & Wilkins Company; 1980.
128. M. H. Mood disorders: clinical features. In: Kaplan HI FA, Sadock BJ, editor. *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. 3 ed. Baltimore: Williams & Wilkins Company; 1980.
129. Yüksel N. Demans ve depresyon: klinik ve nöropsikolojik özellikler. *Türk Nöroloji Dergisi*. 2002;8:71-84.
130. Küey L GC. Depresyon Epidemiyolojisi. *Depresyon Monografaları Serisi*. Ankara: Hekimler Yayın Birliği; 1993.
131. Lecrubier Y. The burden of depression and anxiety in general medicine. *J Clin Psychiatry*. 2001;62 Suppl 8:4-9; discussion 10-1.
132. Clarke DM, McKenzie DP. An examination of the efficiency of the 12-item SPHERE questionnaire as a screening instrument for common mental disorders in primary care. *The Australian and New Zealand journal of psychiatry*. 2003;37(2):236-9.

133. Lindert J, von Ehrenstein OS, Priebe S, Mielck A, Brähler E. Depression and anxiety in labor migrants and refugees—a systematic review and meta-analysis. *Soc Sci Med.* 2009;69(2):246-57.
134. Cardozo BL, Talley L, Burton A, Crawford C. Karenni refugees living in Thai–Burmese border camps: traumatic experiences, mental health outcomes, and social functioning. *Soc Sci Med.* 2004;58(12):2637-44.
135. Lie B, Lavik NJ, Laake P. Traumatic Events and Psychological Symptoms in a Non-clinical Refugee Population in Norway. *Journal of Refugee Studies.* 2001;14(3):276-94.
136. Balcıoğlu İ. Depresyonun Etyolojisi. In: Eker E, editor. Depresyon, Somatizasyon ve Psikiyatrik Aciller İstanbul: İstanbul Üniversitesi; 1999. p. 19-28.
137. Uzbay, İ.T. Nörokimyasal iletim. In: Biyolojik Psikiyatri, Işık, E., Işık Taner, Y., Işık, U. (eds.), Sigma Publishing – Has Matbaacılık San.Tic.Ltd.Şti., İstanbul, 2012, s. 7-62.
138. G. H. Depresyonun fizyopatolojisi: klinisyenlerin ilgisine sunabileceğimiz somut kanıtımız var mı? 2010. In: World Psychiatry Türkçe [Internet]. [155-61]. Available from: http://www.wpanet.org/uploads/Publications/WPA_Journals/World_Psychiatry/Past_Issues/Turkish/wpa-10-2010-tur.pdf.
139. Stahl SM. Depression and bipolar disorder: Stahl's essential psychopharmacology: Cambridge University Press; 2008.
140. Meyer JH, McNeely HE, Sagrati S, Boovariwala A, Martin K, Verhoeff NPL, et al. Elevated putamen D 2 receptor binding potential in major depression with motor retardation: an [11 C] raclopride positron emission tomography study. *Am J Psychiat.* 2006;163(9):1594-602.
141. Heim C, Newport DJ, Mletzko T, Miller AH, Nemeroff CB. The link between childhood trauma and depression: insights from HPA axis studies in humans. *Psychoneuroendocrinology.* 2008;33(6):693-710.
142. Liston C, McEwen BS, Casey BJ. Psychosocial stress reversibly disrupts prefrontal processing and attentional control. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America.* 2009;106(3):912-7.
143. Price JL, Drevets WC. Neurocircuitry of mood disorders. *Neuropsychopharmacology : official publication of the American College of Neuropsychopharmacology.* 2010;35(1):192-216.
144. Şengül AC, Herken H. Depresyonun Genetiği. *Türkiye Klinikleri Journal of Psychiatry Special Topics.* 2012;5(2):21-6.
145. Yazıcı O OE, Vahip S. Depresyon Sağaltım Klavuzu-Kaynak Kitabı. 1 ed. Ankara: Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları Tuna Matbaacılık; 2008.

146. Ünal S, Özcan E. Depresyonda hazırlayıcı, ortaya çıkarıcı ve koruyucu etkenler. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2000;1(1):41-8.
147. HD. Y. Depresyonun epidemiyolojisi. *Türkiye Klinikleri J Psychiatry- Special Topics*. 2012;5(2):7-13.
148. De Graaf R, Bijl RV, Smit F, Ravelli A, Vollebergh WA. Psychiatric and sociodemographic predictors of attrition in a longitudinal study The Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *American Journal of Epidemiology*. 2000;152(11):1039-47.
149. Öztürk MO UA. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları I. 11 ed. Ankara: Nobel Tıp Kitapevleri Ltd. Şti.; 2008.
150. Murat E. Depresyon ve Psikososyal Kuramlar. *Türkiye Klinikleri Journal of Psychiatry Special Topics*. 2012;5(2):14-20.
151. Gotlib IH, Joormann J. Cognition and depression: current status and future directions. *Annual review of clinical psychology*. 2010;6:285-312.
152. Ormel J KW, Brink W, Willige G. Genel Tıpta Anksiyete ve Depresyonun Tedavisi ve Gidişi. *JAMA*. 2002;5(2):1-8.
153. Regier DA, Narrow WE, Rae DS, Manderscheid RW, Locke BZ, Goodwin FK. The de facto US mental and addictive disorders service system: Epidemiologic Catchment Area prospective 1-year prevalence rates of disorders and services. *Archives of general psychiatry*. 1993;50(2):85-94.
154. Akalın E, Cimili C, Kuzhan E. Depresyon, Pratisyen Hekimler ve Depresyon Eğitimi. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*. 2002;11(2):58-62.
155. N. Y. Depresyonda tanı ve ayırıcı tanı. *Psikiyatri Dünyası*. 1998;2(1):13 -20.
156. A. U. Depresyona Genel Yaklaşım. *Türkiye Tıp Dergisi*. 2003;10(2):79-88.
157. Tamam L NZ, Karaytuğ MO. Depresyon kliniği. *Türkiye Klinikleri J Psychiatry-Special Topics*. 2012;5(2):34-8.
158. E K. Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, Yeniden Gözden Geçirilmiş Tam Metin (DSM-IV-TR). 4 ed. Ankara: Hekimler Yayın Birliği; 2007.
159. Göğüş AK. Depresyonun klinik belirtileri. *Duygudurum Dizisi*. 2000;1:39-3.
160. Hales RE, Yudofsky SC. *Essentials of clinical psychiatry*: American Psychiatric Pub; 2004.
161. Yang F, Li Y, Xie D, Shao C, Ren J, Wu W, et al. Age at onset of major depressive disorder in Han Chinese women: relationship with clinical features and family history. *J Affect Disord*. 2011;135(1-3):89-94.

162. Öztop DB. Depresyon ve İstismar. *Turkiye Klinikleri Journal of Psychiatry Special Topics*. 2012;5(2):46-50.
163. McCutcheon VV, Heath AC, Nelson E, Bucholz KK, Madden PA, Martin N. Accumulation of trauma over time and risk for depression in a twin sample. *Psychological medicine*. 2009;39(03):431-41.
164. MT. G. Attachment and psychopathology in childhood. In: J Cassidy Ps, editor. *Handbook of Attachment*. New York: Guilford Publ.; 1999. p. 469-96.
165. Sadowski H, Ugarte B, Kolvin I, Kaplan C, Barnes J. Early life family disadvantages and major depression in adulthood. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*. 1999;174:112-20.
166. Coie JD, Watt NF, West SG, Hawkins JD, Asarnow JR, Markman HJ, et al. The science of prevention. A conceptual framework and some directions for a national research program. *The American psychologist*. 1993;48(10):1013-22.
167. Cohen S, Wills TA. Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychol Bull*. 1985;98(2):310-57.
168. Paykel ES. Life events, social support and depression. *Acta psychiatrica Scandinavica Supplementum*. 1994;377:50-8.
169. Ai AL, Peterson C, Uebelhor D. War-related trauma and symptoms of posttraumatic stress disorder among adult Kosovar refugees. *J Trauma Stress*. 2002;15(2):157-60.
170. Davis RM, Davis Ht. PTSD symptom changes in refugees. *Torture : quarterly journal on rehabilitation of torture victims and prevention of torture*. 2006;16(1):10-9.
171. Bisson J, Andrew M. Psychological treatment of post-traumatic stress disorder (PTSD). *The Cochrane database of systematic reviews*. 2007(3):CD003388.
172. Porter M, Haslam N. Predisplacement and postdisplacement factors associated with mental health of refugees and internally displaced persons: a meta-analysis. *Jama*. 2005;294(5):602-12.
173. Bhugra D, Ayonrinde O. Depression in migrants and ethnic minorities. *Advances in Psychiatric Treatment*. 2004;10(1):13-7.
174. Bhugra D, Becker MA. Migration, cultural bereavement and cultural identity. *World psychiatry*. 2005;4(1):18-24.
175. Burnett A, Peel M. Health needs of asylum seekers and refugees. *British Medical Journal*. 2001;322(7285):544.

176. Lee KA, Vaillant GE, Torrey WC, Elder GH. A 50-year prospective study of the psychological sequelae of World War II combat. *Am J Psychiat.* 1995;152(4):516-22.
177. Shlosberg A, Strous RD. Long-term follow-up (32 Years) of PTSD in Israeli Yom Kippur War veterans. *The Journal of nervous and mental disease.* 2005;193(10):693-6.
178. Priebe S, Bogic M, Ajdukovic D, Franciskovic T, Galeazzi GM, Kucukalic A, et al. Mental disorders following war in the Balkans: a study in 5 countries. *Archives of general psychiatry.* 2010;67(5):518-28.
179. Fazel M, Wheeler J, Danesh J. Prevalence of serious mental disorder in 7000 refugees resettled in western countries: a systematic review. *The Lancet.* 2005;365(9467):1309-14.
180. Grinberg L GR. Psychoanalytic perspectives on migration. In: D B, editor. *Psychoanalysis and Culture A Kleinien Perspective: Tavistock Clinic Series;* 1999. p. 154-70.
181. Westermeyer J. Severity of trauma among refugee psychiatric patients. *Psychiatric Times.* 2000;17:4.
182. Tousignant M, Habimana E, Biron C, Malo C, Sidoli-lebianc E, Bendris N. The Quebec adolescent refugee project: Psychopathology and family variables in a sample from 35 nations. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry.* 1999;38(11):1426-32.
183. Kaplan HI, Sadock BJ. *Synopsis of psychiatry: Behavioral sciences clinical psychiatry: Williams & Wilkins Co;* 1988.
184. Sztucki J. Who is a refugee? The Convention definition: universal or obsolete? *Refugee Rights and Realities.* 1999:55-80.
185. Müdürlüğü TCİBGİG. Geçici Koruma Yönetmeliği 2017. Available from: http://www.goc.gov.tr/icerik6/gecici-koruma-yonetmeliği_333_336_1473_icerik
Erişim Tarihi: 21.04.2017.
186. Sirin SR, Rogers-Sirin L. The educational and mental health needs of Syrian refugee children. *Young Children in Refugee Families* Washington, DC: Migration Policy Institute. 2015.
187. KI. M. Psychosocial Sequels of Syrian Conflict. *J Psychiatry [Internet].* 2016;19(2).
188. Akgün N. Suriyeli Mültecilerde Ruhsal İyilik Hali Ve İlişkili Faktörlerin Değerlendirilmesi [Uzmanlık Tezi]. Konya: Selçuk Üniversitesi; 2016.
189. Önen C, Güneş G, Türeme A, Ağaç P. Bir Mülteci Kampında Yaşayan Suriyelilerde Depresyon ve Anksiyete Durumu. 2014.

190. Karunakara UK, Neuner F, Schauer M, Singh K, Hill K, Elbert T, et al. Traumatic events and symptoms of post-traumatic stress disorder amongst Sudanese nationals, refugees and Ugandans in the West Nile. *African health sciences*. 2004;4(2):83-93.
191. Foa EB, Cashman L, Jaycox L, Perry K. The validation of a self-report measure of posttraumatic stress disorder: The Posttraumatic Diagnostic Scale. *Psychological assessment*. 1997;9(4):445.
192. Norris AE, Aroian KJ. Assessing reliability and validity of the Arabic language version of the Post-traumatic Diagnostic Scale (PDS) symptom items. *Psychiatry research*. 2008;160(3):327-34.
193. Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, ERBAUGH J. An inventory for measuring depression. *Archives of general psychiatry*. 1961;4(6):561-71.
194. W. G. Clinical Global Impressions: ECDEU Assessment Manual for Pharmacology, revised edition. Rockville: Education and Welfare Publication (ADM); 1976.
195. Ghareeb GA-F. An investigation of the relationship between depression and asser tiveness in Egyptian depressed subjects. 1983.
196. Al-Musawi NmM. Psychometric properties of the Beck Depression Inventory-II with university students in Bahrain. *Journal of personality assessment*. 2001;77(3):568-79.
197. Beck AT, Steer R. Manual for the revised Beck depression inventory. San Antonio, TX: Psychological Corporation. 1987.
198. Abdel-Khalek AM. Internal consistency of an Arabic adaptation of the Beck Depression Inventory in four Arab countries. *Psychological reports*. 1998;82(1):264-6.
199. Syria GDP per capita 1960-2017 2017. Available from: <http://www.tradingeconomics.com/syria/gdp-per-capita> Erişim Tarihi: 28.03.2017.
200. Bogic M, Njoku A, Priebe S. Long-term mental health of war-refugees: a systematic literature review. *BMC international health and human rights*. 2015;15:29.
201. Turner SW, Bowie C, Dunn G, Shapo L, Yule W. Mental health of Kosovan Albanian refugees in the UK. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*. 2003;182:444-8.
202. Kéri S. Suffering Has No Race or Nation: The Psychological Impact of the Refugee Crisis in Hungary and the Occurrence of Posttraumatic Stress Disorder. *Social Sciences*. 2015;4(4):1079-86.

203. Cheung P. Posttraumatic stress disorder among Cambodian refugees in New Zealand. *The International journal of social psychiatry*. 1994;40(1):17-26.
204. Reppesgaard H. Studies on psychosocial problems among displaced people in Sri Lanka. *The European journal of psychiatry*. 1997;11(4):223-34.
205. Eytan A, Gex-Fabry M, Toscani L, Deroo L, Loutan L, Bovier PA. Determinants of postconflict symptoms in Albanian Kosovars. *J Nerv Ment Dis*. 2004;192(10):664-71.
206. Sondergaard HP, Ekblad S, Theorell T. Self-reported life event patterns and their relation to health among recently resettled Iraqi and Kurdish refugees in Sweden. *J Nerv Ment Dis*. 2001;189(12):838-45.
207. Pynoos RS, Goenjian A, Tashjian M, Karakashian M, Manjikian R, Manoukian G, et al. Post-traumatic stress reactions in children after the 1988 Armenian earthquake. *The British Journal of Psychiatry*. 1993;163(2):239-47.
208. Galante R, Foa D. An epidemiological study of psychic trauma and treatment effectiveness for children after a natural disaster. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*. 1986;25(3):357-63.
209. Hauff E, Vaglum P. Chronic posttraumatic stress disorder in Vietnamese refugees: A prospective community study of prevalence, course, psychopathology, and stressors. *The Journal of nervous and mental disease*. 1994;182(2):85-90.
210. Weine SM, Vojvoda D, Becker DF, McGlashan TH, Hodzic E, Laub D, et al. PTSD symptoms in Bosnian refugees 1 year after resettlement in the United States. *Am J Psychiat*. 1998;155(4):562-4.
211. Drozdek B. Follow-up study of concentration camp survivors from Bosnia-Herzegovina: three years later. *J Nerv Ment Dis*. 1997;185(11):690-4.
212. Mollica RF, Sarajlic N, Chernoff M, Lavelle J, Vukovic IS, Massagli MP. Longitudinal study of psychiatric symptoms, disability, mortality, and emigration among Bosnian refugees. *JAMA*. 2001;286(5):546-54.
213. Lie B. A 3-year follow-up study of psychosocial functioning and general symptoms in settled refugees. *Acta psychiatrica Scandinavica*. 2002;106(6):415-25.
214. Roth G, Ekblad S, Agren H. A longitudinal study of PTSD in a sample of adult mass-evacuated Kosovars, some of whom returned to their home country. *European psychiatry : the journal of the Association of European Psychiatrists*. 2006;21(3):152-9.
215. Dunlavy AC. The impact of acculturation, trauma, and post-migration stressors on the mental health of African immigrants and refugees in Sweden: University of Pittsburgh; 2010.

216. Priebe S, Bogic M, Ajdukovic D, Franciskovic T, Galeazzi GM, Kucukalic A, et al. Mental disorders following war in the Balkans: a study in 5 countries. *Arch Gen Psychiatry*. 2010;67(5):518-28.
217. Kroll J, Yusuf AI, Fujiwara K. Psychoses, PTSD, and depression in Somali refugees in Minnesota. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2011;46(6):481-93.
218. Schwarz-Nielsen KH, Elklitt A. An evaluation of the mental status of rejected asylum seekers in two Danish asylum centers. *Torture : quarterly journal on rehabilitation of torture victims and prevention of torture*. 2009;19(1):51-9.
219. Søndergaard HP. Post-traumatic stress disorder and life events among recently resettled refugees: Karolinska Institutet Stockholm; 2002.
220. Letica-Crepulja M, Salcioglu E, Franciskovic T, Basoglu M. Factors associated with posttraumatic stress disorder and depression in war-survivors displaced in Croatia. *Croatian medical journal*. 2011;52(6):709-17.
221. Jaranson JM, Butcher J, Halcon L, Johnson DR, Robertson C, Savik K, et al. Somali and Oromo refugees: correlates of torture and trauma history. *American journal of public health*. 2004;94(4):591-8.
222. Mollica RF, Wyshak G, Lavelle J. The psychosocial impact of war trauma and torture on Southeast Asian refugees. *The American journal of psychiatry*. 1987;144(12):1567-72.
223. Ekblad S, Prochazka H, Roth G. Psychological impact of torture: a 3-month follow-up of mass-evacuated Kosovan adults in Sweden. Lessons learnt for prevention. *Acta psychiatrica Scandinavica*. 2002;106(s412):30-6.
224. Aragona M, Pucci D, Mazzetti M, Geraci S. Post-migration living difficulties as a significant risk factor for PTSD in immigrants: a primary care study. *Italian Journal of Public Health*. 2012;9(3).
225. Abu-Saba MB. War-related trauma and stress characteristics of American University of Beirut students. *J Trauma Stress*. 1999;12(1):201-7.
226. Ramsay R, Gorst-Unsworth C, Turner S. Psychiatric morbidity in survivors of organised state violence including torture. A retrospective series. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*. 1993;162:55-9.
227. Warfa N, Curtis S, Watters C, Carswell K, Ingleby D, Bhui K. Migration experiences, employment status and psychological distress among Somali immigrants: a mixed-method international study. *BMC Public Health*. 2012;12(1):749.
228. Demirbaş H, Bekaroğlu E. Evden Uzakta Olmak: Sığınmacıların/Mültecilerin Psikolojik Sorunları ve Alınacak Önlemler

229. Delic-Ovcina L. The case of adult Bosnian Muslim male refugees in Chicago: Current health behavior outcomes and PTSD symptomatology: University of Illinois at Urbana-Champaign; 2010.
230. Bogic M, Ajdukovic D, Bremner S, Franciskovic T, Galeazzi GM, Kucukalic A, et al. Factors associated with mental disorders in long-settled war refugees: refugees from the former Yugoslavia in Germany, Italy and the UK. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*. 2012;200(3):216-23.
231. Kashdan TB, Morina N, Priebe S. Post-traumatic stress disorder, social anxiety disorder, and depression in survivors of the Kosovo War: experiential avoidance as a contributor to distress and quality of life. *J Anxiety Disord*. 2009;23(2):185-96.
232. Farhood LF, Dimassi H. Prevalence and predictors for post-traumatic stress disorder, depression and general health in a population from six villages in South Lebanon. *Soc Psych Psych Epid*. 2012;47(4):639-49.
233. Rosner R, Powell S, Butollo W. Posttraumatic Stress Disorder three years after the siege of Sarajevo. *J Clin Psychol*. 2003;59(1):41-55.
234. Scholte WF, Olf M, Ventevogel P, de Vries G-J, Jansveld E, Cardozo BL, et al. Mental health symptoms following war and repression in eastern Afghanistan. *Jama*. 2004;292(5):585-93.
235. Blair RG. Risk factors associated with PTSD and major depression among Cambodian refugees in Utah. *Health Soc Work*. 2000;25(1):23-30.
236. Roberts B, Ocaña KF, Browne J, Oyok T, Sondorp E. Factors associated with post-traumatic stress disorder and depression amongst internally displaced persons in northern Uganda. *BMC psychiatry*. 2008;8:38.
237. Badri A, Crutzen R, Van den Borne H. Exposures to war-related traumatic events and post-traumatic stress disorder symptoms among displaced Darfuri female university students: an exploratory study. *BMC Public Health*. 2012;12(1):603.
238. Lavik NJ, Christie H, Solberg O, Varvin S. A refugee protest action in a host country: possibilities and limitations of an intervention by a mental health unit. *Journal of Refugee Studies*. 1996;9(1):73-88.
239. Carlson EB, Rosser-Hogan R. Trauma experiences, posttraumatic stress, dissociation, and depression in Cambodian refugees. *The American journal of psychiatry*. 1991;148(11):1548.
240. Gammouh OS, Al-Smadi AM, Tawalbeh LI, Khoury LS. Chronic diseases, lack of medications, and depression among Syrian refugees in Jordan, 2013-2014. *Preventing chronic disease*. 2015;12:E10.
241. Kilzieh N, Rastam S, Ward KD, Maziak W. Gender, depression and physical impairment: an epidemiologic perspective from Aleppo, Syria. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2010;45(6):595-602.

242. Gerritsen AA, Bramsen I, Deville W, van Willigen LH, Hovens JE, van der Ploeg HM. Physical and mental health of Afghan, Iranian and Somali asylum seekers and refugees living in the Netherlands. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2006;41(1):18-26.
243. Rasmussen A, Annan J. Predicting stress related to basic needs and safety in Darfur refugee camps: a structural and social ecological analysis. *Journal of refugee studies*. 2009:fep044.
244. Onyut LP, Neuner F, Ertl V, Schauer E, Odenwald M, Elbert T. Trauma, poverty and mental health among Somali and Rwandese refugees living in an African refugee settlement—an epidemiological study. *Conflict and health*. 2009;3(1):6.
245. Naja WJ, Aoun MP, El Khoury EL, Abdallah FJ, Haddad RS. Prevalence of depression in Syrian refugees and the influence of religiosity. *Compr Psychiatry*. 2016;68:78-85.
246. Jamil H, Farrag M, Hakim-Larson J, Kafaji T, Abdulkhaleq H, Hammad A. Mental health symptoms in Iraqi refugees: posttraumatic stress disorder, anxiety, and depression. *Journal of cultural diversity*. 2007;14(1).
247. Taylor EM, Yanni EA, Pezzi C, Guterbock M, Rothney E, Harton E, et al. Physical and mental health status of Iraqi refugees resettled in the United States. *Journal of immigrant and minority health*. 2014;16(6):1130-7.
248. Chung RC, Kagawa-Singer M. Predictors of psychological distress among southeast Asian refugees. *Soc Sci Med*. 1993;36(5):631-9.
249. Craig CD, Sossou M-A, Schnak M, Essex H. Complicated grief and its relationship to mental health and well-being among Bosnian refugees after resettlement in the United States: Implications for practice, policy, and research. *Traumatology*. 2008;14(4):103.
250. D'Avanzo CE, Barab SA. Depression and anxiety among Cambodian refugee women in France and the United States. *Issues Ment Health Nurs*. 1998;19(6):541-56.
251. Bhui K, Abdi A, Abdi M, Pereira S, Dualeh M, Robertson D, et al. Traumatic events, migration characteristics and psychiatric symptoms among Somali refugees--preliminary communication. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2003;38(1):35-43.
252. Sabin M, Lopes Cardozo B, Nackerud L, Kaiser R, Varese L. Factors associated with poor mental health among Guatemalan refugees living in Mexico 20 years after civil conflict. *JAMA*. 2003;290(5):635-42.
253. Rask S, Suvisaari J, Koskinen S, Koponen P, Molsa M, Lehtisalo R, et al. The ethnic gap in mental health: A population-based study of Russian, Somali and Kurdish origin migrants in Finland. *Scandinavian journal of public health*. 2016;44(3):281-90.

254. Teodorescu D-S, Heir T, Hauff E, Wentzel-Larsen T, Lien L. Mental health problems and post-migration stress among multi-traumatized refugees attending outpatient clinics upon resettlement to Norway. *Scandinavian journal of psychology*. 2012;53(4):316-32.
255. Rasmussen A, Crager M, Baser RE, Chu T, Gany F. Onset of posttraumatic stress disorder and major depression among refugees and voluntary migrants to the United States. *J Trauma Stress*. 2012;25(6):705-12.
256. Liebkind K. Self-reported ethnic identity, depression and anxiety among young Vietnamese refugees and their parents. *Journal of Refugee Studies*. 1993;6(1):25-39.
257. Papageorgiou V, Frangou-Garunovic A, Iordanidou R, Yule W, Smith P, Vostanis P. War trauma and psychopathology in Bosnian refugee children. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2000;9(2):84-90.
258. Marshall GN, Schell TL, Elliott MN, Berthold SM, Chun CA. Mental health of Cambodian refugees 2 decades after resettlement in the United States. *JAMA*. 2005;294(5):571-9.
259. Roberts B, Odong VN, Browne J, Ocaka KF, Geissler W, Sondorp E. An exploration of social determinants of health amongst internally displaced persons in northern Uganda. *Conflict and health*. 2009;3:10.
260. Beutel ME, Junger C, Klein EM, Wild P, Lackner KJ, Blettner M, et al. Depression, anxiety and suicidal ideation among 1(st) and 2(nd) generation migrants - results from the Gutenberg health study. *BMC psychiatry*. 2016;16(1):288.
261. Hollifield M, Warner TD, Jenkins J, Sinclair-Lian N, Krakow B, Eckert V, et al. Assessing war trauma in refugees: Properties of the Comprehensive Trauma Inventory-104. *J Trauma Stress*. 2006;19(4):527-40.
262. Begic S, McDonald TW. The psychological effects of exposure to wartime trauma in bosnian residents and refugees: implications for treatment and service provision. *International Journal of Mental Health and Addiction*. 2006;4(4):319-29.
263. Matheson K, Jorden S, Anisman H. Relations between trauma experiences and psychological, physical and neuroendocrine functioning among Somali refugees: mediating role of coping with acculturation stressors. *J Immigr Minor Health*. 2008;10(4):291-304.
264. Berthold SM. War traumas and community violence: Psychological, behavioral, and academic outcomes among Khmer refugee adolescents. *Journal of Multicultural Social Work*. 2000;8(1-2):15-46.
265. Betancourt TS, Newnham EA, Layne CM, Kim S, Steinberg AM, Ellis H, et al. Trauma history and psychopathology in war-affected refugee children referred for trauma-related mental health services in the United States. *J Trauma Stress*. 2012;25(6):682-90.

266. Kia-Keating M, Ellis BH. Belonging and connection to school in resettlement: young refugees, school belonging, and psychosocial adjustment. *Clinical child psychology and psychiatry*. 2007;12(1):29-43.
267. Slodnjak V, Kos A, Yule W. Depression and parasuicide in refugee and Slovenian adolescents. *Crisis*. 2002;23(3):127-32.
268. Norredam M, Garcia-Lopez A, Keiding N, Krasnik A. Risk of mental disorders in refugees and native Danes: a register-based retrospective cohort study. *Soc Psych Psych Epid*. 2009;44(12):1023.
269. Ehntholt KA, Yule W. Practitioner review: assessment and treatment of refugee children and adolescents who have experienced war-related trauma. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*. 2006;47(12):1197-210.
270. Kirmayer LJ, Narasiah L, Munoz M, Rashid M, Ryder AG, Guzder J, et al. Common mental health problems in immigrants and refugees: general approach in primary care. *CMAJ : Canadian Medical Association journal = journal de l'Association medicale canadienne*. 2011;183(12):E959-67.

8. EKLER

EK-A. Anket Formu

Suriyeli Sığınmacılarda Travma Sonrası Stres Bozukluğu ve Depresyon

Anket Formu

Sosyodemografik Özellikler

1. Kaç yaşındasınız?.....
2. Cinsiyetiniz?
 1. Kadın []
 2. Erkek []
3. Medeni durumunuz nedir?
 1. Evli []
 2. Bekar (Hiç evlenmemiş) []
 3. Boşanmış []
 4. ayrı yaşıyor []
 5. Eşi ölmüş []
4. Öğrenim durumunuz nedir?
 1. Okur-yazar değil []
 2. Okur-yazar []
 3. İlkokul []
 4. Ortaokul []
 5. Lise []
 6. Üniversite []
5. İşiniz nedir?
 1. İşsiz []
 2. Memur []
 3. İşçi []
 4. Çiftçi []
 5. Emekli []
 6. Öğrenci []
 7. Ev hanımı []
 8. Esnaf []
 9. Diğer.....
6. Ne zamandır Türkiye’de yaşıyorsunuz?.....yıl.....ay
7. Suriye’de birlikte yaşadığınız aile bireylerinin;
 1. Birlikte burada aynı yerdeyiz []
 2. Bir kısmı Suriye’de []
 3. Bir kısmı Türkiye’de ama ayrı yerlerde []
 4. Bir kısmı başka ülkelerde []
 5. Bir kısmının nerede olduğunu bilmiyorum []
 6. Diğer.....
8. Aynı ailede kaç kişi ile birlikte yaşıyorsunuz?.....kişi
9. Barındığınız yerde kaç kişi birlikte kalıyorsunuz?.....kişi

10. Barındığınız yerde ailenize ait özel tuvalet/banyo var mı?

Evet [] 2. Hayır []

11. Ailenizin toplam aylık geliri ne kadar?.....Türk Lirası

12. Ailenizde kaç kişi eve para getiren işte çalışıyor?.....kişi

13. Şu an Türkiye’de düzenli para getiren bir işiniz var mı?

1. Evet [] 2. Hayır []

14. Yerleşik halkın size olan tutumunu ve davranışını nasıl buluyorsunuz?

1. İyi [] 2. Orta [] 3. Kötü []

15. Kendinizi Türkiye’de güvende hissediyor musunuz?

1. Evet [] 2. Kısmen [] 3. Hayır []

16. Türkiye’deki yeni yaşamınıza uyum sağlayabildiniz mi?

1. Evet [] 2. Kısmen [] 3. Hayır []

17. Ailenizden haber alamadığınız yakınınız var mı?

1. Evet [] 2. Hayır []

18. Geleceğinizi nasıl görüyorsunuz?

1. Daha kötü olacak []

2. Aynı kalacak []

3. Daha iyi olacak []

4. Fikrim yok []

19. Savaşın bitmemesi/uzun sürmesi durumunda gelecekle ilgili planınız nedir?

1. Türkiye’de kalmayı düşünüyorum []

2. Ülkeme dönmeyi düşünüyorum []

3. Gelişmiş ülkelere (AB ülkeleri, ABD, Kanada..vb) gitmeyi düşünüyorum []

4. Müslüman ülkelere birinde yaşamayı düşünüyorum

5. Fikrim yok []

6. Diğer.....

20. Savaşın yakında bitmesi durumunda gelecekle ilgili planınız nedir?

1. Türkiye’de kalmayı düşünüyorum []
2. Ülkeme dönmeyi düşünüyorum []
3. Gelişmiş ülkelere (AB ülkeleri, ABD, Kanada..vb) gitmeyi düşünüyorum []
4. Müslüman ülkelere birinde yaşamayı düşünüyorum
5. Fikrim yok []
6. Diğer.....

21. Daha önce psikiyatrik bir hastalık geçirdiniz mi?

- 1.Evet [] 2. Hayır []

22. Sizin dışınızda ailenizde psikiyatrik hastalık geçiren var mı?

- 1.Evet [] 2. Hayır []

Olaylar Listesi

(Yaşanan ya da tanık olunan olayların sayısı girilecektir)

	Olaylar	Yaşanan	Tanık Olunan
1	Yaşadığınız evin bombalanması		
2	Yaşadığınız sokağın/mahallenin bombalanması		
3	Yaşadığınız şehrin bombalanması		
4	Silahlı(ateşli silah, bıçak..vb) saldırı		
5	Silahsız saldırı (yumruk, tekme vb.)		
6	Hafif yaralanma		
7	Ağır yaralanma; Kalıcı sakatlanma(özürlülük)/ iz bırakan yaralanma		
8	Aile üyelerinden birinin hafif yaralanması		
9	Aile üyelerinden birinde kalıcı sakatlanma(özürlülük)/ iz bırakan yaralanma		
10	Aile üyelerinden birinin doğal olmayan/beklenmedik vefatı		
11	Yakın çevreden(arkadaş, komşu) birinin hafif yaralanması		
12	Yakın çevreden(arkadaş, komşu) birinde kalıcı sakatlanma(özürlülük)/ iz bırakan yaralanma		
13	Yakın çevreden(arkadaş, komşu) birinin doğal olmayan/beklenmedik vefatı		
14	Başka bir kişiye sizin neden olduğunuz yaralanma		
15	Başka bir kişiye sizin neden olduğunuz ölüm		
16	Tehdit edilme		
17	İşkence/dövülme		
18	Radyasyona/kimyasal maddeye maruziyet		
19	Rehin alınma/tutuklanma		
20	Cinsel şiddet		
21	Mallarına el konulması-gasp		
22	İntihar girişimi		
23	Diğer.....		

24. Birden çok olay yaşadığınız sizi en çok etkileyen/sarsan olay hangisiydi?

1. Adı:.....

2. Tarihi:.....

TSSTÖ III. Bölüm

1	Bu travmatik olay hakkında, istemediğiniz halde aklınıza rahatsız edici düşünceler ya da imgelerin gelmesi	0	1	2	3
2	Bu travmatik olayla ilgili kötü rüyalar ya da kabuslar görme	0	1	2	3
3	Bu travmatik olayı yeniden yaşama, sanki tekrar oluyormuş gibi hissetme ya da öyle davranma	0	1	2	3
4	Bu travmatik olayı hatırladığınızda duygusal olarak altüst olduğunuzu hissetme (örneğin, korku, öfke, üzüntü, suçluluk vb. gibi duygular yaşama)	0	1	2	3
5	Bu travmatik olayı hatırladığınızda vücudunuzda fiziksel tepkiler meydana gelmesi (örneğin, ter boşalması, kalbin hızlı çarpması)	0	1	2	3
6	Bu travmatik olayı düşünmemeye, hakkında konuşmamaya ya da hissetmemeye çalışma	0	1	2	3
7	Size bu travmatik olayı hatırlatan etkinliklerden, kişilerden ya da yerlerden kaçınmaya çalışma	0	1	2	3
8	Bu travmatik olayın önem taşıyan bir bölümünü hatırlayamama	0	1	2	3
9	Önemli etkinliklere çok daha az sıklıkta katılma ya da bu etkinliklere çok daha az ilgi duyma	0	1	2	3
10	Çevrenizdeki insanlarla aranızda bir mesafe hissetme ya da onlardan koptuğunuz duygusuna kapılma	0	1	2	3
11	Duygusal açıdan kendinizi donuk, uyuşuk hissetme (örneğin, ağlayamama ya da sevecen duygular yaşayamama)	0	1	2	3
12	Gelecekle ilgili planlarınızın ya da umutlarınızın gerçekleşmeyeceği duygusuna kapılma (örneğin, bir meslek hayatınızın olmayacağı, evlenmeyeceğiniz, çocuğunuzun olmayacağı ya da ömrünüzün uzun olmayacağı duygusu)	0	1	2	3
13	Uykuya dalma ya da uyumada zorluklar yaşama	0	1	2	3
14	Çabuk sinirlenme ya da öfke nöbetleri geçirme	0	1	2	3
15	Düşüncenizi ya da dikkatinizi belli bir noktada toplamada sıkıntı yaşama (örneğin, bir konuşma sırasında konuyu kaçırma, televizyondaki bir öyküyü takip edememe, okuduğunuz şeyi unutma)	0	1	2	3
16	Aşırı derecede tetikte olma (örneğin, çevrenizde kimin olduğunu kontrol etme, sırtınız bir kapıya dönük olduğunda rahatsız olma vb.)	0	1	2	3
17	Diken üstünde olma ya da kolayca irkilme (örneğin, birisi peşinizden yürüdüğünde)	0	1	2	3

18. Yukarıda belirttiğiniz sorunları ne zamandır yaşıyorsunuz?.....yıl.....ay

19. Bu sorunlar yaşadığınız olay(lar)dan ne kadar sonra başladı?.....yıl.....ay

Beck Depresyon Envanteri

Sayın cevaplayıcı aşağıda gruplar halinde cümleler verilmektedir. Öncelikle her gruptaki cümleleri dikkatle okuyarak, BUGÜN DÂHİL GEÇEN HAFTA içinde kendinizi nasıl hissettiğini en iyi anlatan cümleyi seçiniz. Eğer bir grupta durumunuzu, duygularınızı tarif eden birden fazla cümle varsa her birini daire içine alarak işaretleyiniz.

- 1- 0. Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissetmiyorum.
 1. Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum.
 2. Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum.
 3. O kadar üzüntülü ve sıkıntılıyım ki artık dayanamıyorum.
- 2- 0. Gelecek hakkında mutsuz ve karamsar değilim.
 1. Gelecek hakkında karamsarım.
 2. Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.
 3. Geleceğim hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor.
- 3- 0. Kendimi başarısız bir insan olarak görmüyorum.
 1. Çevremdeki birçok kişiden daha çok başarısızlıklarım olmuş gibi hissediyorum.
 2. Geçmişe baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğunu görüyorum.
 3. Kendimi tümüyle başarısız biri olarak görüyorum.
- 4- 0. Birçok şeyden eskisi kadar zevk alıyorum.
 1. Eskiden olduğu gibi her şeyden hoşlanmıyorum.
 2. Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.
 3. Her şeyden sıkılıyorum.
- 5- 0. Kendimi herhangi bir şekilde suçlu hissetmiyorum.
 1. Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum.
 2. Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum.
 3. Kendimi her zaman suçlu hissediyorum.
- 6- 0. Bana cezalandırılmışım gibi geliyor.
 1. Cezalandırılabilceğimi hissediyorum.
 2. Cezalandırılmayı bekliyorum.
 3. Cezalandırıldığımı hissediyorum.

- 7- 0. Kendimden memnunum.
1. Kendi kendimden pek memnun değilim.
 2. Kendime çok kızıyorum.
 3. Kendimden nefret ediyorum.
- 8- 0. Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.
1. Zayıf yanların veya hatalarım için kendi kendimi eleştiririm.
 2. Hatalarımdan dolayı ve her zaman kendimi kabahatli bulurum.
 3. Her aksilik karşısında kendimi hatalı bulurum.
- 9- 0. Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok.
1. Zaman zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm olur. Fakat yapmıyorum.
 2. Kendimi öldürmek isterdim.
 3. Fırsatını bulsam kendimi öldürürdüm.
- 10- 0. Her zamankinden fazla içimden ağlamak gelmiyor.
1. Zaman zaman içinden ağlamak geliyor.
 2. Çoğu zaman ağlıyorum.
 3. Eskiden ağlayabilirdim şimdi istesem de ağlayamıyorum.
- 11- 0. Şimdi her zaman olduğumdan daha sinirli değilim.
1. Eskisine kıyasla daha kolay kızıyor ya da sinirleniyorum.
 2. Şimdi hep sinirliyim.
 3. Bir zamanlar beni sinirlendiren şeyler şimdi hiç sinirlendirmiyor.
- 12- 0. Başkaları ile görüşmek, konuşmak isteğimi kaybetmedim.
1. Başkaları ile eskiden daha az konuşmak, görüşmek istiyorum.
 2. Başkaları ile konuşma ve görüşme isteğimi kaybetmedim.
 3. Hiç kimseyle konuşmak görüşmek istemiyorum.
- 13- 0. Eskiden olduğu gibi kolay karar verebiliyorum.
1. Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum.
 2. Karar verirken eskisine kıyasla çok güçlük çekiyorum.
 3. Artık hiç karar veremiyorum.
- 14- 0. Aynada kendime baktığımda değişiklik görmüyorum.
1. Daha yaşlanmış ve çirkinleşmişim gibi geliyor.
 2. Görünüşümün çok değiştiğini ve çirkinleştiğimi hissediyorum.
 3. Kendimi çok çirkin buluyorum.
- 15- 0. Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum.
1. Bir şeyler yapabilmek için gayret göstermem gerekiyor.
 2. Herhangi bir şeyi yapabilmek için kendimi çok zorlamam gerekiyor.
 3. Hiçbir şey yapamıyorum.

- 16- 0.** Her zamanki gibi iyi uyuyabiliyorum.
1. Eskiden olduğu gibi iyi uyuyamıyorum.
 2. Her zamankinden 1-2 saat daha erken uyanıyorum ve tekrar uyuyamıyorum.
 3. Her zamankinden çok daha erken uyanıyor ve tekrar uyuyamıyorum.
- 17- 0.** Her zamankinden daha çabuk yorulmuyorum.
1. Her zamankinden daha çabuk yoruluyorum.
 2. Yaptığım her şey beni yoruyor.
 3. Kendimi hemen hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun hissediyorum.
- 18- 0.** İştahım her zamanki gibi.
1. İştahım her zamanki kadar iyi değil.
 2. İştahım çok azaldı.
 3. Artık hiç iştahım yok.
- 19- 0.** Son zamanlarda kilo vermedim.
1. İki kilodan fazla kilo verdim.
 2. Dört kilodan fazla kilo verdim.
 3. Altı kilodan fazla kilo vermeye çalışıyorum.
- 20- 0.** Sağlığım beni fazla endişelendirmiyor.
1. Ağrı, sancı, mide bozukluğu veya kabızlık gibi rahatsızlıklar beni endişelendirmiyor.
 2. Sağlığım beni endişelendirdiği için başka şeyleri düşünmek zorlaşıyor.
 3. Sağlığım hakkında o kadar endişeliyim ki başka hiçbir şey düşünemiyorum.
- 21- 0.** Son zamanlarda cinsel konulara olan ilgimde bir değişme fark etmedim.
1. Cinsel konularla eskisinden daha az ilgiliyim.
 2. Cinsel konularla şimdi çok daha az ilgiliyim.
 3. Cinsel konular olan ilgimi tamamen kaybettim.

EK_B. Etik Kurul Onay Formu

MKÜ
TAYFUR ATA SÖKMEN TIP FAKÜLTESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	"Suriyeli sığınmacılarda travma sonrası stres bozukluğu ve depresyon"	
ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	27/10/2016/169	
ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	MKÜ TAYFUR ATA SÖKMEN TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
	AÇIK ADRESİ:	MKÜ Alahan Kampüsü Antakya HATAY
	TELEFON	0326 245 51 14
	FAKS	0326 245 51 14
	E-POSTA	tipetik@gmail.com

BAŞVURU BİLGİLERİ	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Prof. Dr. Tacettin İNANDI (Arif YENİÇERİ'nin tezi)			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Halk Sağlığı Anabilim Dalı			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	MKÜ Tayfur Ata Sökmen Tıp Fakültesi			
	DESTEKLEYİCİ				
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ				
	ARAŞTIRMANIN FAZİ VE TÜRÜ	FAZ 1	<input type="checkbox"/>		
		FAZ 2	<input type="checkbox"/>		
		FAZ 3	<input type="checkbox"/>		
		FAZ 4	<input type="checkbox"/>		
		Gözlemsel ilaç çalışması	<input type="checkbox"/>		
İlaç dışı klinik araştırma		<input type="checkbox"/>			
ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input checked="" type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/>	ULUSAL <input type="checkbox"/>	ULUSLAR ARASI <input type="checkbox"/>	

Etik Kurul Başkanı
Unvanı/Adı/Soyadı : Prof. Dr. Nazan BAYRAK
İmza : Doç. Dr. Nazan BAYRAK
Halk Sağlığı Anabilim Dalı



MKÜ
TAYFUR ATA SÖKMEN TIP FAKÜLTESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	"Suriyeli sığınmacılarda travma sonrası stres bozukluğu ve depresyon"
ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	27/10/2016/169

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ	2017/02	1	Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU		1	Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ				Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı	Açıklama		
	SIGORTA	<input type="checkbox"/>		
	BIYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	<input type="checkbox"/>		
	İLAN	<input type="checkbox"/>		
	YILLIK BİLDİRİM	<input type="checkbox"/>		
	SONUÇ RAPORU	<input type="checkbox"/>		
	GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	<input type="checkbox"/>		
DİĞER:	<input type="checkbox"/>			
KARAR BİLGİLERİ	Karar No:02	Tarih: 09/02/201		
	<p>KARAR 02- Mustafa Kemal Üniversitesi Tayfur Ata Sökmen Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı öğretim üyesi Prof. Dr. Tacettin İNANDI'nın "Suriyeli sığınmacılarda travma sonrası stres bozukluğu ve depresyon" isimli çalışması görüşülmüş olup; çalışmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve etik kurallara uygun bulunmuş olup; çalışmanın finans kaynağı olarak gösterilen Mustafa Kemal Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Koordinasyon Birimi'nden (BAP) gerekli belgeler Kurulumuza ulaştıktan sonra çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan etik kurul üyelerinin oy birliği ile karar verilmiştir.</p>			

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU	
ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI	Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:	DOÇ.DR.NAZAN SAVAŞ

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet	Araştırma ile ilişki	Katılım	İmza
Doç.Dr.Nazan SAVAŞ	Halk Sağlığı	MKÜ T.A.S. Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/> K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Prof.Dr.Muhyittin TEMİZ	Genel Cerrahi	MKÜ T.A.S. Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Prof.Dr.Aydiner KALACI	Ortopedi ve Travmatoloji	MKÜ T.A.S. Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Doç.Dr.Burçin ÖZER	Tıbbi Mikrobiyoloji	MKÜ T.A.S. Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/> K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Yrd.Doç.Dr.Enver Ahmet DEMİR	Tıbbi Fizyoloji	MKÜ T.A.S. Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	

Etik Kurul Başkanı
Unvanı/Adı/Soyadı: Doç.Dr.Nazan SAVAŞ
İmza:



MKÜ
TAYFUR ATA SÖKMEN TIP FAKÜLTESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI		"Suriyeli sığınmacılarda travma sonrası stres bozukluğu ve depresyon"							
ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU		27/10/2016/169							
Yrd.Doç.Dr.Neslihan PINAR	Tıbbi Farmakoloji	MKÜ T.A.S. Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	<i>ab</i>
Doç.Dr.Erhan YENİL	Aile Hekimliği	MKÜ T.A.S. Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	<i>M</i>
Av.Süleyman TENEKECİOĞLU	Hukuk	MKÜ Hukuk Müşavirliği	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	Katılmadı
YusuF COŞKUN	Esnaf	Serbest Çalışan	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	Katılmadı
Osman ÖZKAN	Eğitimci	Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	Katılmadı
Murat EKENER	Kimyager	Serbest Çalışan	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	Katılmadı

*:Toplantıda Bulunma

Etik Kurul Başkanı *Prof. Dr. Nazan SAVAS*
Unvanı/Adı/Soyadı :Doç. Dr. Nazan SAVAS
İmza: *Halk Sağlığı Etik Kurul Başkanı*



Note: Etik Kurul Kararının Kesinleşmesi İçin Kurul Üyeleri Tarafından İmzalanması Gerekir.



9. ÖZGEÇMİŞ

1984 yılında Hatay ilinin Hassa ilçesinde doğdum. İlkokul ve ortaokul öğrenimimi Kırıkhan'da, lise öğrenimimi Karaman'da tamamladım. Samsun 19 Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden 2009 yılında mezun oldum. Kırıkhan'da 2009-2012 yılları arasında pratisyen hekimlik yaptım. Batman'daki askerlik hizmetim sonrası 2013 yılında Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde Halk Sağlığı ihtisasına başladım.

