

T.C
EGE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

TÜRKİYE İNSAN HAKLARI VAKFI İZMİR
TEMSİLCİLİĞİNE BAŞVURAN “İNSAN ELİYLE
OLUŞTURULAN TRAVMA” MAĞDURLARINDA YAŞAM
KALİTESİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Dr. Çağlayan ÜÇPINAR

DANIŞMAN ÖĞRETİM ÜYESİ
Prof. Dr. ALİ OSMAN KARABABA

HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI
DOKTORA TEZİ

İZMİR

2007

TEŞEKKÜR

Doktora eğitimi boyunca bilgilerini bizimle paylaşma inceliğini gösteren Ege Üniversitesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Öğretim üyeleri Prof. Dr. Feride Aksu, Prof. Dr. Aliye Mandıracıoğlu, Prof. Dr. Fethi Doğan, Doç. Dr. Meltem Çiçeklioğlu, Yrd. Doç. Meral Türk ve sosyoloji bölümü Öğretim üyesi Ülgen Oskay'a, Dr. Mümtaz Peker'e, WHOQOL ile ilgili bilgilerini benimle paylaşan ve desteğini her zaman yanımda hissettiğim Prof. Dr. Erhan Eser'e, başım her sıkıştığında yanımda olan Doç. Dr. Alp Ergör ve Dr. Tümer Pala'ya, bu çalışmanın yürütülmesinde desteklerini esirgemeyen Türkiye İnsan Hakları Vakfı İzmir Temsilciliği nezdinde tüm Türkiye İnsan Hakları Vakfı temsilcilikleri ve çalışanlarına, katılımları ile bu çalışmanın omurgasını oluşturan ve işin en zor kısmı olan "paylaşmayı" başaran ve başaramayan tüm işkence mağdurlarına, arkadaşlıkları ile en kötü anlarımda bile beni olumlu motive eden Ege Üniversitesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı ekibine ve çalışmanın başından beri desteği ve yol açıcı yardımları ile bana bir rehber olan tez danışmanım Prof. Dr. Ali Osman Karababa'ya, bu süreç boyunca kaptırımlarımı çeken ve olumlu motivasyonu ile çalışmama katkı sağlayan eşim Feriştah Çimen Üçpınar'a teşekkürlerimi sunuyorum.

Kendilerine daha fazla zaman ayırmam gerekirken çalışarak geçirdiğim günler ve gecelerin bir gün biteceğini uman ve onlara da zaman ayıracağım günleri sabırla bekleyen oğullarım Arda, Poyraz ve minik Deniz'e sevgilerimi yolluyorum.

Baskı, şiddet ve işkencenin olmadığı bir dünya dileğiyle...

Haziran, 2007

Dr. Çağlayan Üçpınar

İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfa No</u>
Teşekkür	I
İçindekiler	II
Tablolar Dizini	V
1. GİRİŞ	1
2. İŞKENCE	1
2.1. İşkence nedir?	1
2.2. İşkencenin amacı	2
2.3. İşkencenin tarihi	5
2.4. İşkencenin yaygınlığı	6
2.5. İşkencenin önlenmesi	7
2.6. İstanbul protokolu	9
2.7. Osmanlı ve Türkiye’de durum	10
2.8. Sağlıkta Yaşam Kalitesi, Depresyon ve Kullanılan Ölçekler	17
2.8.1. Sağlıkta Yaşam Kalitesi ve WHOQOL 100 Tr	17
2.8.1.1. Skorların 1-100 birimine dönüştürülmesi	18
2.8.1.2. WHOQOL ile yapılmış çalışmalar	19
2.8.1.3. WHOQOL 100’ün başlıkları	22
2.8.2. Depresyon ve BECK depresyon envanteri	34
3. AMAÇLAR	37
3.1. Çalışmanın amacı	37
3.1.1. Yakın amaçlar	37
3.1.2. Uzak amaçlar	37
3.2. Çalışmanın hipotezi	37
3.3. Sınırlılıklar	38
4. GEREÇ ve YÖNTEM	38
4.1. Araştırmanın tipi	38
4.2. Kullanılan gereçler	38
4.2.1. Türkiye İnsan Hakları Vakfı başvuru formu	38
4.2.2. Beck depresyon envanteri	39
4.2.3. WHOQOL 100-Tr Yaşam kalitesi ölçeği	39
4.3. Araştırmanın yeri ve zamanı	40
4.4. Araştırmanın evreni	40
4.5. Dışlama kriterleri	40
4.6. Değişkenler	40
4.6.1. Bağımsız değişkenler	40
4.6.2. Bağımlı değişkenler	42
4.7. Veri toplama yöntemi ve süresi	42
4.7.1. TİHV’da tedavi ve rehabilitasyon süreci	42
4.7.2. Veri toplama süreci	44
4.8. Etik kurul onayı	45
4.9. Ölçek ve verilerin kategorizasyonu	45
4.10. Verilerin Değerlendirilmesi	48
5. BULGULAR	49
5.1. Tanımlayıcı bulgular	49
5.2. Analitik bulgular	63
5.2.1. Beck depresyon envanteri (BDE) ile yapılmış analizler	63
5.2.1.1. BDE ilk ve ikinci görüşme sonuçlarının karşılaştırılması	63
5.2.1.2. BDE ile demografik bilgiler ve gözetim, cezaevi bilgilerinin analizi	65
5.2.1.3. BDE ile uygulanan işkence yöntemlerinin ilişkisi	68
5.2.1.4. BDE ile yakınmaların ilişkisi	71

5.2.1.5. BDE ile fiziksel tanuların ilişkisi	83
5.2.1.6. BDE ile ruhsal tanuların ilişkisi	85
5.2.1.7. BDE ile uygulanan tedavilerini ilişkisi	85
5.2.2. WHOQOL 100-Tr ile yapılan analizler	87
5.2.2.1. WHOQOL 100-Tr ilk ve ikinci görüşme sonuçlarının karşılaştırılması	87
5.2.2.2. WHOQOL 100-Tr ile demografik bilgilerin ilişkisi	89
5.2.2.3. WHOQOL 100-Tr ile gözaltı, cezaevi bilgilerinin ilişkisi	93
5.2.2.4. Yaşam kalitesi ile uygulanan işkence yöntemlerinin ilişkisi	105
5.2.2.5. Yaşam kalitesi ile fiziksel yakınmaların ilişkisi	124
5.2.2.6. Yaşam kalitesi ile ruhsal yakınmaların ilişkisi	129
5.2.2.7. Yaşam kalitesi ile fiziksel tanuların ilişkisi	129
5.2.2.8. Yaşam kalitesi ile ruhsal tanuların ilişkisi	138
5.2.2.9. Yaşam kalitesi ile uygulanan tedavilerin ilişkisi	140
5.2.2.10. Tedavi sonucu ile yaşam kalitesi ilişkisi	144
6. TARTIşMA	145
6.1. BDE skorları ile değişkenler arasındaki ilişki	147
6.2. Yaşam kalitesi ile değişkenler arasındaki ilişki	153
6.2.1. İlk ve ikinci yaşam kalitesi görüşmesinin sonuçlarının değerlendirilmesi	153
6.2.2. WHOQOL 100-Tr'nin etkilendiği değişkenler	154
6.2.2.1. Genel sağlık ve yaşam kalitesinin etkilendiği değişkenler	154
6.2.2.2. Bedensel alan ve fasetlerin etkilendiği değişkenler	155
6.2.2.3. Ruhsal alan ve fasetlerinin etkilendiği değişkenler	157
6.2.2.4. Bağımsızlık alanı ve fasetlerinin etkilendiği değişkenler	159
6.2.2.5. Sosyal ilişkiler alanı ve fasetlerinin etkilendiği değişkenler	161
6.2.2.6. Sosyal baskı alanını etkileyen değişkenler	161
6.2.2.7. evre alanı ve fasetlerinin etkilendiği değişkenler	162
6.2.2.8. Kişisel inançlar alanı/fasetinin etkilendiği değişkenler	166
6.2.3. Değişkenlerin etkilediği yaşam kalitesi alan ve fasetleri	166
6.2.3.1. Yaş	166
6.2.3.2. Cinsiyet	167
6.2.3.3. Medeni durum	167
6.2.3.4. Eğitim durumu	168
6.2.3.5. Iř durumu	168
6.2.3.6. Son gözaltında avukat olup olmaması	168
6.2.3.7. Son gözaltından sonra tutuklanıp tutuklanmamak	169
6.2.3.8. Son gözaltından sonra dava açılıp açılmaması	169
6.2.3.9. Gözaltı ve cezaevinde işkence görüp görmemek	170
6.2.3.10. Son gözaltından sonra kendisinin adli rapor alıp almaması	170
6.2.3.11. Son gözaltından sonra resmi adli rapor aldı mı?	171
6.2.3.12. Işkence sonrasında suç duyurusunda bulundu mu?	171
6.2.3.13. Sosyal güvencesi var mı, işi etkilendi mi?	172
6.2.3.14. Çocukların okul durumu etkilendi mi?	173
6.2.3.15. Ailede alışan var mı?	173
6.2.3.16. G yaşadı mı?	174
6.2.3.17. Toplam açlık grevi süresi	174
6.2.3.18. En uzun açlık grevi süresi	175
6.2.3.19. Toplam gözaltı süresi	177
6.2.3.20. Toplam cezaevine kalma süresi	178
6.2.3.21. F tipi cezaevinde kalma süresi	179
6.2.3.22. Yakınmalar ile yaşam kalitesi ilişkisi	182
6.2.3.23. Tanılar ile yaşam kalitesi ilişkisi	184
6.2.3.23.1. Fiziksel tanılar	184
6.2.3.23.2. Ruhsal tanılar	186

6.2.3.24. Tedaviler ile yaşam kalitesi ilişkisi	187
6.2.3.25. Tedavi sürecinin akıbeti ile yaşam kalitesi ilişkisi	189
6.2.4. Yaşam kalitesi ölçeğinin değerlendirilmesi	189
7. SONUÇ	192
8. ÖNERİLER	194
9. ÖZET	197
10.ABSTRACT	201
11. KAYNAKLAR	205

EKLER

Sayfa No

Ek 1: Sened-i İttifak Türkçe çevirisi, tam metin	2
Ek 2: Son gözaltı, önceki gözaltılar, cezaevi ve operasyon yaşantılarında uygulanan işkence yöntemleri	6
Ek 3: Cezaevinde kalınan süre ile toplam açlık grevi süresi ilişkisi	9
Ek 4: BDE ile yapılan analizler (Yakınma sorgulaması yapılan sistemlerin alt başlıklarına ait verilerin X ² analizleri)	10
Ek 5-1: WHOQOL 100-Tr ilk ve ikinci görüşme ham skorları ve 0-100 skalasına dönüştürülmüş skorlar	98
Ek 5-2: Çalışma grubu ilk görüşme skorları ile genel populasyon ortalama yaşam kalitesi skorlarının karşılaştırılması	99
Ek 6: WHOQOL 100 Tr ile yapılan analizleri	100

TABLolar DİZİNİ

	<u>Sayfa No</u>
Tablo 1. Yıllara göre TİHV'na başvuru sayıları	16
Tablo 2. WHOQOL 100-TR faset ve alanları	19
Tablo 3. IRCT çalışmasındaki WHOQOL Bref skorları	20
Tablo 4. WHOQOL Tr grubunun pilot çalışma skorları	20
Tablo 5. İki iş grubunun yaşam kalitelerinin değerlendirilmesi	21
Tablo 6. 15–49 yaş kadınlarda yaşam kalitesinin değerlendirilmesi	21
Tablo 7. Manisa'da 15–49 yaş kadınlarda yaşam kalitesinin değerlendirilmesi	22
Tablo 8. İşçilerde yaşam kalitesi ve etkileyen faktörlerin incelenmesi: bir işyeri örneği	22
Tablo 9. Araştırma grubunun cinsiyet, yaş ve öğrenim durumunun dağılımı	48
Tablo 10. Araştırma grubunun medeni durum, iş ve sosyal güvence durumunun dağılımı	49
Tablo 11. Araştırma grubunun eğitim, iş, çocukların okul durumunun etkilenip etkilenmemesi	50
Tablo 12. Araştırma grubunun ailede çalışan olup olmaması ve göç durumunun dağılımı	51
Tablo 13. Araştırma grubunun sosyal destek algısı dağılımı	51
Tablo 14. Araştırma grubunun son gözaltı geçmişi özelliklerinin dağılımı	52
Tablo 15. Araştırma grubunun son gözaltından sonraki durumu	52
Tablo 16. Araştırma grubunun gözaltı geçmişi	53
Tablo 17. Araştırma grubunun cezaevi bilgileri	54
Tablo 18. Araştırma grubunun yaşadığı işkence öyküsü	54
Tablo 19. Son gözaltı, önceki gözaltılar ve cezaevi yaşantılarının herhangi bir aşamasında uygulanan işkence yöntemleri	55
Tablo 20. Son gözaltı, önceki gözaltılar ve cezaevi yaşantılarının herhangi bir aşamasında uygulanan işkence yöntemleri (devamı)	56
Tablo 21. Açlık grevlerinin özellikleri	57
Tablo 22. Başvuranların yakınmalarına göre dağılımı	57
Tablo 23. Olguların fiziksel rahatsızlık tanılarına göre dağılımı	58
Tablo 24. Fiziksel rahatsızlık tanısı alanların yaşadıkları süreçten etkilenme düzeyleri	59
Tablo 25. Ruhsal rahatsızlık tanısı alanlar ve dağılımı	60
Tablo 26. Ruhsal rahatsızlık tanısı alanların yaşadıkları süreçten etkilenme düzeyleri	60
Tablo 27. Çalışma grubunda herhangi bir tedavi alanlar	61
Tablo 28. Olguların ilk başvuru sonrasındaki izlem durumu	61
Tablo 29. Tedavi sonuçları	62
Tablo 30. İlk görüşmede depresyon durumunun dağılımı	63
Tablo 31. İkinci görüşmede depresyon durumunun dağılımı	63
Tablo 32. Cinsiyet ile gözaltı, cezaevi, açlık grevi ilişkisi	63
Tablo 33. Her iki görüşmeye katılanların ilk ve ikinci BDE skor ortalamaları	64
Tablo 34. Cinsiyet dağılıma göre BECK 1. ve 2. görüşme skor ortalamaları	64
Tablo 35. İlk görüşmede depresyon ile cinsiyet, eğitim durumu, gözaltı süresi ve gözaltında işkence görmek arasındaki ilişki	65
Tablo 36. İkinci görüşmede depresyon ile cinsiyet, eğitim durumu, gözaltı süresi ve gözaltında işkence görmek arasındaki ilişki	65
Tablo 37. Yaş grupları ile depresyon arasındaki ilişki	66

Tablo 38. Toplam açlık grevi süresi ile BDE ilk ve ikinci görüşme skoru arasındaki ilişki	66
Tablo 39. Cezaevinde kalınan süre ile depresyon ilişkisi	66
Tablo 40. Toplam gözaltı süresi ile BDE ilk ve ikinci görüşme skoru arasındaki ilişki	67
Tablo 41. En uzun açlık grevi süresi ile depresyon ilişkisi	67
Tablo 42. Toplam açlık grevi süresi ile depresyon ilişkisi	67
Tablo 43. F tipi cezaevinde kalma süresi ile depresyon arasındaki ilişki	68
Tablo 44. Toplam gözaltı süresi ile depresyon arasındaki ilişki	68
Tablo 45. İlk görüşmeye katılanlarda depresyon ile işkence yöntemleri ilişkisi	69
Tablo 46. İkinci görüşmeye katılanlarda depresyon ile işkence yöntemleri ilişkisi	70
Tablo 47. İlk görüşmeye katılanlarda depresyon ile genel yakınmalar ilişkisi	71
Tablo 48. İkinci görüşmeye katılanlarda depresyon ile genel yakınmalar ilişkisi	72
Tablo 49. İlk görüşmeye katılanlarda dermatolojik yakınmalar başlığındaki alt başlıkların depresyon ile ilişkisi	72
Tablo 50. İkinci görüşmeye katılanlarda depresyon ile cilt yakınmaları ilişkisi	73
Tablo 51. İlk görüşmeye katılanlarda depresyon ile kas iskelet sistemi yakınmaları ilişkisi	73
Tablo 52. İkinci görüşmeye katılanlarda depresyon ile kas iskelet sistemi yakınmaları ilişkisi	74
Tablo 53. İlk görüşmeye katılanlarda depresyon ile nörolojik yakınmaların ilişkisi	74
Tablo 54. İkinci görüşmeye katılanlarda depresyon ile nörolojik yakınmalar ilişkisi	75
Tablo 55. İlk görüşmeye katılanlarda depresyon ile kardiyovasküler sistem yakınmaları ilişkisi	75
Tablo 56. İkinci görüşmeye katılanlarda depresyon ile kardiyovasküler sistem yakınmaları ilişkisi	76
Tablo 57. İlk görüşmeye katılanlarda depresyon ile solunum sistemi yakınmaları ilişkisi	76
Tablo 58. İkinci görüşmeye katılanlarda depresyon ile solunum sistemi yakınmaları ilişkisi	76
Tablo 59. İlk görüşmeye katılanlarda depresyon ile gastrointestinal sistem yakınmaları ilişkisi	77
Tablo 60. İkinci görüşmeye katılanlarda depresyon ile gastrointestinal sistem yakınmaları ilişkisi	77
Tablo 61. İlk görüşmeye katılanlarda depresyon ile endokrin yakınmalar ilişkisi	78
Tablo 62. İkinci görüşmeye katılanlarda depresyon ile endokrin sistem yakınmaları ilişkisi	78
Tablo 63. İlk görüşmeye katılanlarda depresyon ile ürogenital yakınmalar ilişkisi	78
Tablo 64. İkinci görüşmeye katılanlarda depresyon ile ürogenital sistem yakınmaları ilişkisi	79
Tablo 65. İlk görüşmeye katılanlarda göz yakınmaları başlığındaki alt başlıkların depresyon ile ilişkisi	79
Tablo 66. İkinci görüşmeye katılanlarda depresyon ile göz yakınmaları ilişkisi	79
Tablo 67. İlk görüşmeye katılanlarda depresyon ile kulak burun boğaz yakınmaları ilişkisi	80
Tablo 68. İkinci görüşmeye katılanlarda depresyon ile kulak burun boğaz yakınmaları ilişkisi	80
Tablo 69. İlk görüşmeye katılanlarda ağız ve diş yakınmaları başlığındaki alt başlıkların depresyon ile ilişkisi	80

Tablo 70. İkinci görüşmeye katılanlarda depresyon ile ağız ve diş yakınmaları ilişkisi	81
Tablo 71. İlk görüşmeye katılanlarda ruhsal yakınmalar başlığındaki alt başlıkların depresyon ile ilişkisi	81
Tablo 72. İkinci görüşmeye katılanlarda depresyon ile ruhsal yakınmalar ilişkisi	83
Tablo 73. Fiziksel tanılar ile depresyon arasındaki ilişki	84
Tablo 74. Fiziksel tanılar ile depresyon arasındaki ilişki	85
Tablo 75. Ruhsal tanılar ile depresyon arasındaki ilişki	85
Tablo 76. Uygulanan tedavilerin depresyon ile ilişkisi	85
Tablo 77. WHOQOL 100-Tr ilk ve ikinci görüşme sonuçları	87
Tablo 78. Yaşam kalitesi ölçeği ilk ve ikinci görüşme sonuçlarının karşılaştırılması	88
Tablo 79. İlk ve ikinci görüşmede yaş ile yaşam kalitesi ilişkisi	90
Tablo 80. İkinci görüşmede gündelik işleri yürütebilme fasetinin yaş gruplarına göre dağılımı	90
Tablo 81. İkinci görüşmede sosyal destek fasetinin yaş gruplarına göre dağılımı	91
Tablo 82. Cinsiyet ile yaşam kalitesi ilişkisi	91
Tablo 83. Medeni durum ile yaşam kalitesi arasındaki ilişki	91
Tablo 84. Eğitim durumu ile yaşam kalitesi arasındaki ilişki	92
Tablo 85. Yaşam kalitesi ile işinin olup olması arasındaki ilişki	93
Tablo 86. Son gözaltında avukat varlığı ile yaşam kalitesi arasındaki ilişki	93
Tablo 87. Son gözaltından sonra tutuklanma ile yaşam kalitesi arasındaki ilişki	94
Tablo 88. Son gözaltı sonrasında dava açılması ile yaşam kalitesi arasındaki ilişki	94
Tablo 89. Yaşam kalitesi ile son gözaltından sonra kendi isteği ile adli rapor alma arasındaki ilişki	95
Tablo 90. Yaşam kalitesi ile son gözaltından sonra resmi adli rapor alınması arasındaki ilişki	96
Tablo 91. İşkence sonrasında suç duyurusunda bulunmanın yaşam kalitesi ile ilişkisi	96
Tablo 92. Yaşanılan süreç nedeniyle eğitimin etkilenip etkilenmemesinin yaşam kalitesine etkisi	97
Tablo 93. Sosyal güvence varlığı ile yaşam kalitesi ilişkisi	97
Tablo 94. Yaşadığı süreç nedeniyle iş durumunun etkilenmesi ile yaşam kalitesi ilişkisi	98
Tablo 95. Çocukların okulunun etkilenmesinin yaşam kalitesi ile ilişkisi	98
Tablo 96. Ailede çalışan varlığı ile yaşam kalitesi arasındaki ilişki	99
Tablo 97. Göç ile yaşam kalitesi arasındaki ilişki	99
Tablo 98. Toplam açlık grevi süresi ile yaşam kalitesi ilişkisi	100
Tablo 99. Toplam açlık grevi süresi ile yaşam kalitesi ilişkisi	101
Tablo 100. En uzun açlık grevi ile yaşam kalitesi ilişkisi	101
Tablo 101. En uzun açlık grevi ile yaşam kalitesi ilişkisi	101
Tablo 102. Toplam gözaltı süresi ile yaşam kalitesi ilişkisi	102
Tablo 103. Toplam gözaltı süresi ile yaşam kalitesi ilişkisi	102
Tablo 104. Toplam cezaevinde kalma süresi ile yaşam kalitesi ilişkisi	103
Tablo 105. Toplam cezaevinde kalma süresiyle yaşam kalitesi ilişkisi	104
Tablo 106. F tipinde kalınan süre ile yaşam kalitesi ilişkisi	104
Tablo 107. F tipi cezaevinde kalma süresi ile yaşam kalitesi arasındaki ilişki	105
Tablo 108. Yaşam kalitesi ile ajanlık teklifi ilişkisi	105
Tablo 109. Yaşam kalitesi ile anlamsız istemlere itaate zorlama ilişkisi	106
Tablo 110. Yaşam kalitesi ile aşağılama ilişkisi	107
Tablo 111. Yaşam kalitesi ile aşırı fizik aktivite ilişkisi	107
Tablo 112. Yaşam kalitesi ile basınçlı/soğuk su işkencesi ilişkisi	108

Tablo 113. Yaşam kalitesi ile cinsel taciz ilişkisi	109
Tablo 114. Yaşam kalitesi ile diğer işkence yöntemleri ilişkisi	109
Tablo 115. Yaşam kalitesi ile diğer pozisyonel işkence yöntemleri ilişkisi	110
Tablo 116. Yaşam kalitesi ile düz askı ya da çarmıh işkencesi ilişkisi	110
Tablo 117. Yaşam kalitesi ile elektrik işkencesi ilişkisi	111
Tablo 118. Yaşam kalitesi ile falaka ilişkisi	111
Tablo 119. Yaşam kalitesi ile gözbağı ilişkisi	112
Tablo 120. Yaşam kalitesi ile gürültülü müzik, marş ilişkisi	113
Tablo 121. Yaşam kalitesi ile havasız bırakma, suda boğma işkencesi ilişkisi	114
Tablo 122. Yaşam kalitesi ile haya burma ilişkisi	115
Tablo 123. Yaşam kalitesi ile hücrede tecrit ilişkisi	115
Tablo 124. Yaşam kalitesi ile işeme ve dışkılamamanın engellenmesi ilişkisi	116
Tablo 125. Yaşam kalitesi ile işkenceye görsel ve işitsel tanıklık ettirmek ilişkisi	117
Tablo 126. Yaşam kalitesi ile öldürme tehdidi ilişkisi	117
Tablo 127. Yaşam kalitesi ile soğuk ortamda bekletme ilişkisi	118
Tablo 128. Yaşam kalitesi ile çıplak soyma ilişkisi	118
Tablo 129. Yaşam kalitesi ile uyutmama ilişkisi	119
Tablo 130. Yaşam kalitesi ile vücudun tek bir noktasına sürekli vurma işkencesi ilişkisi	120
Tablo 131. Yaşam kalitesi ile yakınlarının yanında işkence yapma ilişkisi	120
Tablo 132. Yaşam kalitesi ile yakınlarına yönelik tehditler ilişkisi	121
Tablo 133. Yaşam kalitesi ile yalancı infaz ilişkisi	121
Tablo 134. Yaşam kalitesi ile yeme içmenin kısıtlanması ilişkisi	122
Tablo 135. Yaşam kalitesi ile görüşmenin engellenmesi ilişkisi	123
Tablo 136. Yaşam kalitesi ile ateşli silah ya da bomba ile yaralanma ilişkisi	123
Tablo 137. Genel vücut yakınmaları ile yaşam kalitesi ilişkisi	124
Tablo 138. Dermatolojik yakınmalar ile yaşam kalitesi ilişkisi	124
Tablo 139. Ortopedik yakınmalar ile yaşam kalitesi ilişkisi	125
Tablo 140. KVS yakınmaları ile yaşam kalitesi ilişkisi	125
Tablo 141. Solunum sistemi yakınmaları ile yaşam kalitesi ilişkisi	126
Tablo 142. GİS yakınmaları ile yaşam kalitesi arasındaki ilişki	126
Tablo 143. Ürogenital yakınmalar ile yaşam kalitesi ilişkisi	127
Tablo 144. Göz yakınmaları ile yaşam kalitesi ilişkisi	127
Tablo 145. KBB yakınmaları ile yaşam kalitesi ilişkisi	128
Tablo 146. Diş yakınmaları ile yaşam kalitesi ilişkisi	129
Tablo 147. ÜSYE, sinüzit tanılarıyla yaşam kalitesi arasındaki ilişki	130
Tablo 148. Hipertansiyon tanısıyla yaşam kalitesi arasındaki ilişki	130
Tablo 149. Anemi tanısıyla yaşam kalitesi arasındaki ilişki	131
Tablo 150. Hemoroid tanısıyla yaşam kalitesi arasındaki ilişki	131
Tablo 151. Vajinit tanısıyla yaşam kalitesi arasındaki ilişki	132
Tablo 152. Migren tanısıyla yaşam kalitesi arasındaki ilişki	133
Tablo 153. Miyalji ile yaşam kalitesi ilişkisi	133
Tablo 154. Fibromiyalji ile yaşam kalitesi arasındaki ilişki	134
Tablo 155. Servikal diskopati ile yaşam kalitesi arasındaki ilişki	134
Tablo 156. Lomber diskopati ile yaşam kalitesi arasındaki ilişki	135
Tablo 157. Kondromalazi, gonartroz tanılarıyla yaşam kalitesi ilişkisi	136
Tablo 158. Menisküs tanısıyla yaşam kalitesi arasındaki ilişki	136
Tablo 159. İmpingemet sendromu tanısıyla yaşam kalitesi arasındaki ilişki	137
Tablo 160. Diğer tanılar ile yaşam kalitesi arasındaki ilişki	137
Tablo 161. Kr PTSS ile yaşam kalitesi arasındaki ilişki	138
Tablo 162. Mj. Depresyon tanısı ile yaşam kalitesi ilişkisi	138
Tablo 163. Uyum bozuklukları ile yaşam kalitesi arasındaki ilişki	139
Tablo 164. Diğer ruhsal bozukluk tanıları ile yaşam kalitesi ilişkisi	140
Tablo 165. İlaç tedavisi ile yaşam kalitesi ilişkisi	140

Tablo 166. Psikofarmakoterapi ile yaşam kalitesi ilişkisi	141
Tablo 167. FTR ile yaşam kalitesi ilişkisi	141
Tablo 168. Egzersiz tedavisi ile yaşam kalitesi ilişkisi	142
Tablo 169. Günlük yaşam önerileri ile yaşam kalitesi ilişkisi	142
Tablo 170. Cerrahi girişimler ile yaşam kalitesi ilişkisi	143
Tablo 171. Diş tedavisi ile yaşam kalitesi ilişkisi	143
Tablo 172. Tedavi sonucu ile yaşam kalitesi ilişkisi	144
Tablo 173. Mj. Depresyon tanısı alan katılımcıların ilk ve ikinci görüşmede aldıkları BDE Puanları	152
Tablo 174. Genel sağlık ve yaşam kalitesini etkileyen değişkenler	155
Tablo 175. Bedensel alanı etkileyen değişkenler	156
Tablo 176. Ağrı ve rahatsızlık fasetini etkileyen değişkenler	156
Tablo 177. Canlılık ve bitkinlik fasetini etkileyen değişkenler	157
Tablo 178. Uyku ve dinlenme fasetini etkileyen değişkenler	157
Tablo 179. Ruhsal alanı etkileyen değişkenler	158
Tablo 180. Beden imgesi fasetini etkileyen değişkenler	158
Tablo 181. Düşünme, öğrenme fasetini etkileyen değişkenler	159
Tablo 182. Benlik saygısı fasetini etkileyen değişkenler	159
Tablo 183. Olumlu duygular fasetini etkileyen değişkenler	159
Tablo 184. Olumsuz duygular fasetini etkileyen değişkenler	159
Tablo 185. Bağımsızlık alanını etkileyen değişkenler	161
Tablo 186. Çalışabilme gücü fasetini etkileyen değişkenler	161
Tablo 187. Hareketlilik fasetini etkileyen değişkenler	161
Tablo 188. Gündelik işleri yürütebilme fasetini etkileyen değişkenler	161
Tablo 189. İlaçlara/tedaviye bağımlılık fasetini etkileyen değişkenler	162
Tablo 190. Sosyal ilişkiler alanını etkileyen değişkenler	162
Tablo 191. Sosyal baskı alanını etkileyen değişkenler	162
Tablo 192. Fiziksel güvenlik fasetini etkileyen değişkenler	164
Tablo 193. Çevre alanının etkileyen değişkenler	164
Tablo 194. Ulusal çevre alanının etkileyen değişkenler	164
Tablo 195. Maddi kaynaklar fasetini etkileyen değişkenler	165
Tablo 196. Sağlık hizmetleri ve sosyal yardıma ulaşabilme fasetini etkileyen değişkenler	165
Tablo 197. Fiziksel güvenlik fasetini etkileyen değişkenler	165
Tablo 198. Dinlenme, boş zaman fasetini etkileyen değişkenler	165
Tablo 199. Ev ortamı fasetini etkileyen değişkenler	166
Tablo 200. Ulaşım fasetini etkileyen değişkenler	166
Tablo 201. Yeni bilgi beceri edinme fasetini etkileyen değişkenler	166
Tablo 202. Fiziksel çevre fasetini etkileyen değişkenler	166
Tablo 203. Kişisel inançlar alanını etkileyen değişkenler	167
Tablo 204. Çalışma grubu sonuçları ile WHOQOL Türkiye grubu pilot çalışma sonuçları	191
Tablo 205. IRCT çalışması ile TİHV çalışmasının yaşam kalitesi alan skorları	192

1.GİRİŞ

İnsanoğlunun güç ve iktidar mücadelesi vermeye başladığı günlerden beri insanın insana zulmü süregelmektedir. İnsanlık tarihi boyunca işkence ama dinsel bir ritüel, ama bir cezalandırma yöntemi olarak sürekli kullanılmıştır ve kullanılmaktadır. Arkeolojik bulgular Milattan Önce 1500 yıllarında bile işkencenin varlığını göstermektedir (1).

İşkence ile cezalandırma arasında kesin bir sınır çizgisi yoktur. Cezalandırmanın işkenceye nerede, nasıl ve neden evirildiğini öngörmek olanaksızdır. Başlangıçta işkence, büyük olasılıkla, kabilenin ya da ırkın düşmanlarıyla ve hayvanlarla sınırlıydı. Her ne nedenle olursa olsun, bir başlangıç yapıldı ve sonraki adım da, eziyet konularının niceliğini genişletip işkence tekniklerini geliştirmek oldu. Bugün hoş görülenin yarın onaylanacak olması kuralı, birçok konuda olduğu gibi, işkencede de geçerli oldu. Herhangi bir eziyet biçiminin hoş görülmesi ve onaylanması ile bu eziyet biçimi işkence olarak görülmez oldu ve bir cezalandırma biçimi ya da ceza işlemi olarak kabul edildi. Bu gelişim çağlar boyunca devam ederek günümüze dek ulaştı.

İşkenceyi cezalandırma sınıflaması içine koyarak haklı göstermeye çalışmak ve dahası bu yolla herhangi bir işkence biçiminin kullanıldığını tamamen inkâr etmek, uygarlığın başlangıcından günümüze değin bir toplum ve devlet geleneği olagelmıştır (1).

2.İŞKENCE

2.1. İşkence Nedir?

“İnsan eliyle oluşturulmuş travma” terimi işkencenin en hafif tanımıdır.

İşkence için çeşitli zaman ve durumlara bağlı olarak farklı tanımlar yapılmıştır. Her ülke ve grubun kendi algı ve tehdit tanımına göre işkence tanımı yapması, işkenceye kadar uzanan cezalandırma yöntemleri için

gerekçeler üretip cezaları basamaklandırarak işkenceyi neredeyse suç olmaktan çıkarması, üzerinde uluslararası görüş birliğinin oluştuğu bir işkence tanımının yapılmasını zorunlu kılmıştır.

İşkencenin ilk basit ve yaygın tanımı 1973'te "Uluslararası Af Örgütü"nün "İşkence Raporu"nda yapılmıştır.

İşkence bir kişinin diğerine ya da üçüncü kişilere karşı fiziksel ve ruhsal olarak ağır acı veya ıstırap veren kasten ve sistematik olarak yaptığı tüm fiillerdir (2).

"Dünya Tıp Birliği", 1975'te "Tokyo bildirgesi"nde işkence tanımını şöyle yapmıştır:

Yalnız başına veya bir yetkilinin emri altında davranan, bir ya da birden çok sayıda kişinin; bilgi edinmek, itiraf almak ya da bir başka nedenle, kasıtlı, sistemli ya da kayıtsıza bir başka kişiye zor kullanması, ona fiziksel veya ruhsal yönden acı çektirmesidir (3).

Cenevre'de 1984'te yayınlanan Birleşmiş Milletler'in "İşkenceye Karşı Bildirge"si bugün tüm dünya ülkeleri tarafından kabul gören en yaygın işkence tanımıdır. Bu bildirgenin ilk maddesi işkenceyi şöyle tanımlamaktadır

Bu bildirgenin amacına göre işkence; bir kimseden ya da üçüncü kişilerden bilgi veya itiraf elde etmek, yaptığı veya yaptığından kuşkulanan bir eylem için onu cezalandırmak; ya da onu veya diğer kişileri yıldırma gibi amaçlarla bir resmi görevlinin buyruğu ile veya onun tarafından maksatlı olarak uygulanan fizik ya da mental olarak şiddetli acı veya ızdırap verici herhangi bir eylem demektir. Bu kavram sadece Hükümlülere Davranışta Asgari Standartlara uygun düzeydeki yasal yaptırımlara bağlı acı ve ızdırabı içermez. İşkence, acımasız, insanlık dışı ya da aşağılayıcı muamele veya cezalandırmanın ağır ve kasıtlı bir biçimdir (4).

2.2. İşkencenin Amacı

İşkence, özellikle devletten çok bireyle ilişkili intikam hırsının hazır, etkili, tatmin edici ve kaba bir aracıdır. Bu intikam duygusu bütün işkence biçimlerinin doğasında vardır. İşkence, birey için iktidar, devlet içinse otorite ve diktatörce hükmetme isteği anlamına gelir (1).

İşkence acının sonsuza dek sürmesini sağlamayı amaçlayan bir tekniktir. Ünlü Fransız filozof Michel Foucault işkenceyi şöyle tanımlamaktadır: “İşkence, hayatı zarif agonilerle durdurmadan binlerce ölüme bölerek acı içinde sürdürme sanatıdır” (Foucault, 1979).

İşkence bireysel olarak, ruhsal ızdırap ve şiddetli acı vererek kurbanın varlığını yok etmeye yönelik bir cezalandırmadır. Yine, kişiyi ideolojisine ve yoldaşlarına ihanete zorlayarak onun kişiliğini parçalamak amaçlanır. Sosyal olarak, tüm otoriter hükümetler işkenceyi, toplumu hükümet politikalarına karşı görüşlerini açıklamalardan korumak amacıyla muhalif grupları sindirmek ve bir korku yaratmak için araç olarak kullanmışlardır. Yani, terör ortamı yaşayan ülkelerdeki “tüm gruplar” şiddetten etkilenmiş olabilirler. Böyle toplumların ulusal iyileşme ve barış sürecini yaşayabilmeleri için sosyal onarım sürecinin sırasıyla gerçek, tazminat, adalet ve özür süreçlerinden geçmesi gerekir. Padilla and Comas-Diaz, 1987 (5); Bronkhorst, 1995 (6); Quiroga & Gurr, 1998 (7).

İşkenceci/kurban ilişkisi anonim oluşu ile karakterizedir ve son derece asimetriktir. Yani, durum kurbanın psikolojik manipülasyonuna izin veren aşırı bağımlılığın olduğu bir ilişki türü yaratır, (Doerr, 1992). Yani, kurban iki arada bir derede kalmıştır, çünkü ya işkenceciyle işbirliği yaparak istenilen bilgileri verecek ya da daha çok acı çekecek hatta belki de ölecektir. (Lira, 1990).

İşkenceye maruz kalma ile tıbbi muayene arasında geçen zaman çok önemlidir; kurban işkence yapılan zamana ne kadar yakın muayene edilirse, herhangi bir fiziksel bulgunun görülmesi o kadar olasıdır. (Quiroga & Gurr, 1998 (7)).

Bireyin benlik saygısını ve hemcinslerine güvenini yok etmek amaçlandığı için işkencenin fiziksel bulgularının tersine, psikolojik semptomlar çok daha kalıcıdır (8).

Eziyet gören bireylerin işkence sonucunda masum olduğunu kanıtlaması olanaksızdır. Bu nedenle, hangi açıdan bakılırsa bakılsın, bütün uygulanabilirliğiyle, itiraf ettirme amacıyla yapılan işkence yararsız bir süreçtir. Tek amacı eziyeti haklı çıkarmak ve sanığı cezalandırmaktır. Adaleti sağlamak gibi herhangi bir umudu yoktur. Bu nedenle, adalet

açısından süreç adil değildir; gerçeği bulma açısından ise yararsızdır. Elde edilen itirafın gerçek olması gerekmez. İki bin yıl önce Cicero bunun kuşkulu olduğunu kanıtlamıştı (1).

İşkencenin temel amacı bilgi almak, kişinin benlik bütünlüğünü bozmak, kişiliğini parçalamak ve bu yolla toplumun geri kalanında derin bir korku-kaygı, sindirme yaratmaya yönelik mesaj vermektir. İşkence insanın kişiliğine fiziksel, ruhsal ve sosyal bütünlüğüne yapılan bir saldırıdır. Sadece birey değil tüm toplumu hedefler (8). Sonuçta işkence toplumu çürüten, toplumsal barışı zedeleyen, mağdurlarında bedensel, ruhsal ve sosyal sorunlar yaratan, kimi zaman epidemilere dönüşen sistematik insan hakları ihlalleri bütünü ve halk sağlığı sorunudur.

Tüm dünyada ve Türkiye’de yaygınlığı, bilinen yöntem ve rakamlarla ortaya konamasa da var olan rakamların anlattıklarından daha yaygın olduğu çok açıktır. İşkencenin fiziksel etkileri zaman içinde iyileşebilir. Ama insanların ruhsal bütünlüğüne verdiği hasar zaman içinde iyileşmez, kendiliğinden yok olmaz. Yaşananları anımsatabilecek herhangi gerçek ya da simgesel bir uyarıcı ile provoke olup bilinç düzeyine çıkar ve kişinin travmaları yaşadığı dönemdeki duygu durumuna dönmesine neden olurlar. Kronik post travmatik stres bozukluğu ve depresyon işkence görenlerde en sık rastlanan ruhsal rahatsızlıklardır. Ve ne yazık ki, bu rahatsızlıklar ile günlük yaşam sorunlu da olsa sürdürülebilmektedir. İşkence gören insanlar sanki bu durumun suçlusuymuşçasına saklanmakta, yaşadıklarından utanmakta, yaşadıklarını en yakınlarına hatta eşlerine bile anlatmamakta ve profesyonel bir yardım almak için gereken istek ve iradeyi gösterememektedirler. Bahsedilen hastalıklar insanın yaşam enerjisini tüketen, içinde sürekli bir hesaplaşma yaratan, kişinin kendi iç barışını bozduğu gibi, ailesi, arkadaşları ve toplumsal yapısı ile ilişkilerini bozan, kısacası toplumsal barışı tehdit eden hastalıklardır. Bu nedenle işkence gören kişilerin yaşadıklarından utanmamaları, bu durumun suçlularının kendileri olmadığı, bu durumda sadece kendisinin olmadığı yani yalnız olmadığı, yaşadıkları sorunların çözülebilir olduğu ve profesyonel yardım alarak bu sorunların üstesinden gelebilecekleri anlatılmalıdır. Ülkemizde bu konuda çalışan en yetkin kurum TİHV’dir. Bu kuruma işkence

gördüğünü ifade eden kişiler başvurmakta, yapılan görüşmelerden sonra gerekli fiziksel ve ruhsal tedaviler gerçekleştirilmektedir. Ancak uygulanan tedavi yöntemlerinin sonuçları konusunda hastaların kendi durumlarını ifade etmek ya da hekimin duruma dair algısı dışında, sonuçlar konusunda nesnel ölçütler yoktur.

Kronik hastalıklar ile ilgili birçok çalışma bu konuda hekimlere yol gösterici olurken işkence görenlerle ilgili çalışmaların azlığı ilgi çekecek düzeydedir. Kronik hastalıkların tüm epidemiyolojik özellikleri iyi bilinmekte, bunlarla ilgili uzun vadeli tedavi ve rehabilitasyon programları, yatırım ve planlamalar yapılmaktadır. Oysa işkencenin yaygınlığı bilinmemekte, toplumda yarattığı etkiler sadece bu olumsuz deneyimi paylaşan kişilerin anlattıklarıyla sınırlı kalmaktadır. İşkence mağdurlarının toplumun büyük çoğunluğu tarafından potansiyel suçlu olarak görülmeleri, bu konuda yaşadıklarını açıklayanların daha şiddetli baskıyla karşılaşmaları nedenleriyle ne yaşananlar, ne de sonraki etkileri konusunda bu kişilere gerçek anlamıyla bütüncül bir tedavi ve rehabilitasyon hizmeti verilememektedir. Oysa işkence, kişinin hem fiziksel, hem sosyal, hem de ruhsal bütünlüğünü alt üst etmekte ve etkileri kronik hastalıklar gibi çok uzun sürmekte, hatta kimi durumlarda kalıcı olabilmektedir.

Bu nedenle işkence mağdurlarına yönelik tedavi ve rehabilitasyonun sonuçlarına onların gözüyle de bakabilmek önem taşımaktadır. Fiziksel ve ruhsal sorunların tek tek, "işkence" gerçeği dikkate alınmadan ele alınmaları ve klasik bir tedavi protokolu uygulanması verilen hizmetin amacına ulaşmasını engeller. Hastalığın ve verilen sağlık hizmetinin hasta tarafından nasıl algılandığının anlaşılması büyük önem taşımaktadır. Ancak ne ulusal ne de uluslar arası düzeyde işkence görenleri önceleyerek yapılmış çalışma ne yazık ki bir elin parmaklarını geçmeyecek sayıdadır. Bu nedenle işkence görenlerle yapılacak çalışmalara daha çok gereksinim vardır.

2.3. İşkencenin Tarihi

İşkencenin, tarihsel bulgular ışığında en azından 2000 yıldır kullanıldığı çok rahatlıkla söylenebilir. Hz. İsa'nın çarmıha gerilişi ve

işkence edilerek öldürülüşü bu konuda hiçbir tartışma kabul etmeyecek bir örnektir. Arkeolojik bulgular Milattan Önce 1500 yıllarında bile işkencenin varlığını göstermektedir (1). Eski Yunan ve Roma kanunları sadece esirlere işkence edilebileceğini ancak hainlik durumlarında özgür yurttaşlara da işkence yapılabileceğini belirtmektedir. Bu durum Roma Kanunlarında MS 240 yılında yürürlükten kaldırılmıştır.

İslam'da da işkence reddedilmez. Kuran-ı Kerim öteki dünyada kafirlere ve zalimlere özel olarak hazırlanmış işkence odaları ve işkence sahnelerinin anlatımıyla doludur.

Cehennemde "kafirleri", "zalimleri" ve "ayetleri inkar edenleri" bekleyen bu işkencelerin yanı sıra bu dünyada da karşılığını bulmuştur. Muhammed dönemindeki bir biçiminin adı "mesule"dir. Bunun ve diğer işkence biçimlerinin "İslami kısas" prensibi ile uygulandığı söylenir (9). İslam hukuku, işkenceyi yasaklamış ve zorla, baskı altında alınan ifadeleri geçersiz saymış olmasına rağmen, koyu İslami rejimlerde hala uygulanan "recm", "kol kesme" gibi cezalandırma yöntemleri İslami hukuk içinde işkencenin var olduğunu kanıtlar.

Orta çağda, işkence Roma Katolik kilisesinin yargılamalarına itiraf elde edilebilmesi amacıyla dahil edilmiştir (10). İlk Engizisyon 1233'te Toulouse'da kurulmuş ve hızla tüm Avrupa'ya yayılmıştır ve tüm Engizisyonların işleyişi birbirinin aynısıydı; kurban suçunu inkâr ettikçe daha şiddetli işkencelerle itiraf ettirilmeye çalışılıyordu. 1481'den 1517'ye kadar 13 bin kişi diri diri yakıldı ve 17 bin kişi de farklı cezalara çarptırıldı.

Uygarlık süreci boyunca büyücü ve cadılara yapılan işkenceler bu din kökenli işkencenin dışında, ayrıca değerlendirilmelidir.

Ortaçağ boyunca hızla ve coşkuyla yaygınlaşan işkenceye karşı çıkan sesler, çoğunluğun oluşturduğu koro tarafından bastırıldı.

Kısacası işkence, Antik Romalılarca kullanıldı, Ortaçağ boyunca Avrupa kıtasında kullanıldı, örf ve adet hukukuna karşın İngiltere'de kullanıldı, bugün ABD'de ve hakim olduğu coğrafya üzerinde gizlice kullanılmaktadır. Zamanın başlangıcından itibaren belli kişiler, aynı açık amaçlar için, işkence yapmaya alışmışlardır. Bugün de, fırsat buldukça, aynı şeyi yaptıklarına kuşku yoktur (1).

2.4. İşkencenin Yaygınlığı

İşkencenin biçimi, uygulanışı, algılanışı zamanla değişse de, bu yöntemle bilgi almak için kişiyi zorlamak hep tercih edilen bir yol olmuştur. Birçok yöntemin yok olması işkencenin tarihe karıştığı anlamına gelmemelidir. Sadece diktatörlükler ya da askeri rejimler değil, demokratik rejimler de kendi çıkarları söz konusu olduğunda işkenceye başvurmaktan çekinmemektedirler. İşkence savaş alanında, cephe gerisinde, bir emniyet merkezi ya da bilinmeyen bir gizli askeri üste, sokaktaki bir aracın içinde karşımıza çıkabilmektedir (11) .

Özellikle son yıllarda küresel terör tehdidine karşı işkencenin etkin bir silah olarak kullanılması savı, birçok kesimde taraftar bulabilmektedir. Terör zanlılarının buldukları ülkelerden alınıp işkence yapılan merkezlere götürülmeleri son yıllarda sık başvurulan yöntemlerden olmaya başlamıştır. ABD yönetimi, sınırları ve hukuki sistemi dışında oluşturduğu bu merkezlerle eleştirilirken, zanlıların "yumuşatılması" için "işkence düzeyine gelmeyen baskı yöntemlerinin" desteklenmesi, yapılan propagandaların etkisiyle kanıksanmış durumdadır. Artık son günlerde, işkence altında alınmış bilgilerin mahkemelerde geçerli sayılıp sayılmayacağı tartışması yaşanmaktadır.

Küba'daki Guantanamo Üssü'nde ve son olarak Irak'ta Ebu Gureyb Cezaevi'nde elde edilen görüntüler, bize işkencenin hala çok uzak bir kavram olmadığını yeniden anımsatmalıdır.

Ne yazık ki, (BM gibi) tüm uluslar arası girişimlere rağmen işkence hala küresel insan hakları alanında önemli bir sorun olarak durmaktadır. Uluslar arası af örgütü 2000 raporunda 140 ülkede işkence varlığı belirtilmiştir. Daha tutucu bir önerme 100 ülkede işkence varlığını belirtmekte (Genefke 2004) (12, 13).

Shelton, ABD'de en azından 400 000 işkence mağduru olduğunu söylemektedir (1998) (14). Amerikan kongresinin tahminlerine göre Amerika'da 2004 yılında 400 000 politik işkence mağduru vardır (15).

Human Rights Watch (2006) Çin, Myanmar, Fas, Nepal, Uganda, ve Özbekistan gibi ülkelerde işkencenin arttığını bildirmiştir (16).

2.5. İşkencenin Önlenmesi

Ortaçağda tüm hızıyla süren resmi işkenceye karşı çıkışlar ancak 18. yüzyılın son çeyreğinde sonuç vermeye başladı. Beccarria'nın İtalya'da 1786'da işkencenin kaldırılmasını ve Voltaire'in de Fransa'da 1789'da işkence tezgâhı ve kırbaçlamanın ağır darbe yemesini sağlayan çabaları, diğer ülkelerde de yankı buldu. 1801'de Rusya'da, 1812'de İspanya'da işkenceye son verildi. İngiltere'de yasal işkence 1640 yılında sona erdi ve 1708'de İskoçya'da Meclis kararıyla kaldırıldı (1).

Aslında baskıcı yönetimlere karşı ilk karşı çıkış, 1215 yılında dönemin İngiltere kralına kabul ettirilen Magna Carta'dır (17). Magna Carta, İnsan Hakları kavramının ilk belgesi sayılır. İnsan Hakları konusunda yayınlanan bir diğer önemli bildirme, 4 Temmuz 1776'da Amerika'da yayınlanan Bağımsızlık Bildirgesi'dir (18) ama özgürlük, eşitlik, kardeşlik gibi kavramlar, 1789 yılında gerçekleşen Fransız Devrimi'nden sonra yayınlanan "İnsan ve Yurttaş Hakları Bildirgesi"ne kadar gerçek yerini almamıştır (19). Yine de tüm bu girişimler bireylere tanınan hak ve özgürlükleri güvence altına almaya yetmemiş, 20. yüzyıldaki iki büyük dünya savaşı, özellikle de İkinci Dünya Savaşında Nazilerin Yahudilere uyguladığı işkenceler insanları bu konuda daha evrensel bir karşı duruş sergilemeye itmiştir.

BM tarafından 10 Ekim 1948'de kabul edilen İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi'nin 5. maddesi şöyle demektedir: "Hiç kimse işkenceye, zalimane, insanlık dışı, onur kırıcı cezalara ve uygulamalara tabi tutulamaz" (20, 21).

4 Kasım 1950'de kabul edilen Avrupa İnsan Hakları Sözleşmesinin 3. maddesinde "hiç kimseye işkence yapılamaz, insanlık dışı ya da küçültücü ceza veya muamele uygulanamaz" denmektedir (21, 22).

Birleşmiş Milletler'in 1975'teki "İşkenceye Karşı Bildirge"sinde 3.maddede bu durum daha da açık bir şekilde ifade bulmuştur: "Hiçbir devlet işkenceye ya da diğer acımasız, insanlıkdışı veya aşağılayıcı muamele veya cezalandırmaya izin veremez ya da hoşgörü gösteremez. Savaş hali ya da savaş tehdidi, iç siyasal karışıklık veya diğer genel

tehlike halleri işkence ya da diğer acımasız, insanlıkdışı veya aşağılayıcı muamele ya da cezalandırmanın haklılığı için bir özür olamaz”.

Birleşmiş Milletler 1982’de “tıbbi bilgi veya tekniğin acı vermekte kullanılması”nı yasaklamıştır.

1989’da yayımlanan “Avrupa Parlamentosu Temel Haklar ve Özgürlükler Bildirisi”nin (21, 23) dördüncü maddesinde işkencenin yasak olduğu bir kez daha vurgulanmıştır: “İşkence, insanlık dışı uygulama ve ceza, aşağılayıcı uygulama ve ceza yasaktır”.

1990 yılında kabul edilen “Yeni Bir Avrupa İçin Paris Şartı”nda (21, 24) bu durum bir kez daha ifade edilmiştir; “... Hiç kimse keyfi tutuklama ya da gözaltına alınmaya, işkence ve diğer zalimce, insanlıkdışı yada aşağılayıcı uygulama veya cezaya maruz bırakılamaz ”.

AGİK (Avrupa Güvenlik ve İşbirliği Konferansı) 1991’deki “İnsan Boyutu Konferansı Moskova Toplantısı Belgesi”nde (21) işkence ile ilgili şu kararlar imza altına alınmıştır:

Bölüm 2 Madde 23: Katılımcı Devletler:

- a) Özgürlüğünden yoksun bırakılan kişilere insanca ve insan kişiliğine yerleşik onuruna saygı göstererek işlem yaparlar ve
- b) Uluslararası olarak tanınmış, yargı usulüne ve gözaltına alınanların insan haklarına ilişkin standartlarına saygı gösterirler.

2.6. İstanbul Protokolü

İşkencenin araştırılması ve dokümantasyonu açısından ilk uluslararası kılavuz olan ve Birleşmiş Milletler belgesi olarak kabul edilen İstanbul Protokolü’nün ilk adımları Adana’da 1996 yılı Mart ayında Türk Tabipleri Birliği (TTB) tarafından düzenlenen “İnsan Hakları ve Tıp Mesleği” isimli bir toplantıda atılmıştır. Dünyanın 15 ülkesinden 40 örgüt mensubu 75 hukukçu, felsefeci, hekim ve sağlık çalışanı, psikolog ve insan hakları aktivistlerinin bilgi ve deneyim birikimlerinin bir ifadesi olan bu belge 4 Kasım 1999’da İstanbul Protokolü BM işkence Özel Raportörü Sir Nigel Rodley tarafından BM’ye sunulmuş resmen BM belgesi oldu.

İstanbul Protokolü, işkence ve kötü muamelenin soruşturması ve dokümantasyonu amacıyla oluşturulmuş ilk uluslararası tüzük veya

kılavuzdur. El kılavuzu ve prensiplerin, varolan işkence ve kötü muamele konusundaki kesin yasaklar ile işkencecilerin suçlarından ötürü sorumlu tutulmaları arasındaki boşluğu kapatmada yararı tartışılmaz. İşkence ve diğer zalimane, gayri insani veya aşağılayıcı davranış ve cezalardan kurtulmanın yolunun, diğer hakların korunması ve desteklenmesinden geçmektedir. Hiçbir hukuk kuralı olmadığında, özgür konuşma suç olduğunda, çeşitli kutsal mazeretlere işkence ve kötü muamele uygulamalarını haklı çıkarmak için başvurulduğunda, hiç bir elkitabı ya da prensip bireyleri koruyamaz.

İstanbul Protokolü iki bölümden oluşmaktadır ve amaçlar şunlardır:

1. El kılavuzu

- İşkence ve kötü muamelenin etkin araştırılması ve dokümantasyonu için uluslararası standartları oluşturmak,
- Devletlerin bireyleri işkence ve kötü muameleden daha etkin biçimde koruyabilmesini sağlamak ve suçluların eylemlerinden ötürü sorumlu tutulabilmelerini sağlamak

2. Prensipler;

- Devletlerin işkence ve kötü muamelenin etkin dokümantasyonu ve araştırılmasını sağlaması için gereken minimum standartları belirlemek.

Bu amaçla Türkiye’de Adli Tıp Uzmanları Derneği, TTB ve TİHV, bu konunun tarafı olan uluslararası kurumlarla birlikte birçok yurtiçi ve yurtdışı eğitim gerçekleştirerek ilgili sivil ve resmi kişi ve kurumu eğitmek için çalışmalar yapmaya başlamışlar ancak yurtiçinde kimi nedenlerle bu eğitimlerin yürütülmesinde güçlüklerle karşılaşmışlardır (25).

2.7. Osmanlı ve Türkiye’de Durum

İslam hukuku, işkenceyi yasaklamış ve zorla, baskı altında alınan ifadeleri geçersiz saymış olmasına rağmen, Osmanlı kanunları sınırlı da olsa işkenceye bir soruşturma metodu olarak yer vermişlerdir. Sadece hırsızlık suçlarında, eğer kuvvetli deliller mevcutsa ve sanık suçunu inkar ediyorsa, Padişah emriyle işkence yapılabilir. Vergilerin nasıl toplanacağına ilişkin bir kanunname, vergisini vermeyenlere malının yerini söylemek için işkence yapmaya izin verilmiştir(9).

İslam hukukuyla işkencenin yasaklanmış olmasına karşın sınırlı da olsa işkence yapılmasına izin veren kanunlar ve alışkanlık haline gelmiş, yazılı olmayan işkence uygulamaları tüm Osmanlı saltanatı boyunca, II. Mahmut dönemine kadar süregelmiştir.

II. Mahmut döneminde Anadolu Ayanları ile Hükümdarlık arasında 7 Ekim 1808'de imzalanan Sened-i İttifak (26), Türk tarihinde işkenceye karşı imzalanmış ilk "anayasal belge"dir. Toplam 7 maddeden oluşan bu antlaşmanın iki (beş ve yedinci maddeler) maddesi işkence ile ilgilidir. (Metnin Türkçesi için bkz. Ek 1)

Beşinci şartta, senedi imzalayanlar, "*gerek âyan ve gerek vükelâ ve rical birbirlerinin zatına ve hanedanlarına kefil*" olmaları gerekliliğini ortaya koyduktan sonra, birçok taahhütte bulunmaktadır. Öncelikle, Sened-i İttifak şartlarına aykırı bir hareketi kanıtlanmadıkça, âyanlardan birisine devlet veya devletin taşradaki görevlilerinden "*taarruz vukua gelir ise uzak yakın denilmeyip*" cümlesinin taarruzu def etmek için çalışacaklarını taahhüt etmektedirler. İkinci olarak, bir âyanın ölmesi durumunda, vükelânın ölen âyanın hanedanını koruyacağı öngörülmektedir. Üçüncü olarak, taşra memalik hanedanları da kendi yönetimleri altındaki âyanları ve ileri gelenleri koruyacaklarına söz vermektedirler (*ol hanedanlar dahi zîri idarelerinde olan âyanlara ve vücuha zamin olalar*). Dördüncü olarak, hanedanlar kendi "*hududundan hariç bir karış mahalle taarruz ve tasaddi*" etmemeyi taahhüt edip, edenleri ise "*cümleten davacı olup men*" eyleyeceklerini bildirmektedirler. Beşinci olarak, "*fukaraya zulm*" edenlerin "*te'dip ve terbiyesine say olunacağı* (çalışılacağı)" öngörülmektedir.

Yedinci şartta, senedi imzalayanlar, "*fukara ve reayanın himayet ve siyanetinin esas olduğunu*" hatırlattıktan sonra, hanedanların idareleri altında bulunan kazalarda "*fukara ve reayanın*" vergilendirilmesinde "*hadd-i itidale riayet hususuna dikkat*" edeceklerine söz vermektedirler. Keza, vükelâ ve memleket hanedanları zulmün kaldırılmasını (*ref'i mezalim ve taaddi*) aralarında kararlaştırmakta ve şayet şeriata aykırı şekilde zulüm eden olursa, onu hep beraber men etmeyi taahhüt etmektedirler.

Genelde Türk anayasa hukuku literatüründe Sened-i İttifakın merkez ve âyanları ilgilendirdiği, halkı alâkadar etmediği ileri sürülmüşse de bu doğru değildir. Yukarıdaki özetlerden de görüldüğü gibi, Sened-i İttifakta “*fukara ve reaya*” ile ilgili şartlar da vardır. Sened “*fukara ve reayanın himayet ve siyanetinin esas*” aldığını (şart 7) açıkça ilân ediyordu. Sened-i İttifak, “*fukara ve reaya*”nın korunmasını, “*fukara ve reayanın*” vergilendirilmesinde ölçülü (*hadd-i itidale riayet*) davranılmasını (şart 7); ve keza “*fukara ve reaya*”ya zulm edilmemesini öngörüyordu (şart 5 ve 7). Görüldüğü gibi Sened-i İttifak yoksulları ve yönetilen halkı da koruyucu şartlar içermektedir. “*Fukara ve reaya*”yı koruyucu özel şartların yanında, Sened-i İttifakta genel koruyucu şartlar da vardır. Sadrazamın kanuna aykırı işlere girişmemesi (şart 4); suç işlenmesi durumunda soruşturma yapılmadan ceza verilmemesi (şart 5) gibi (9).

Ancak, yapılan tüm yapısal reformların yanı sıra, II Mahmut dönemi işkencelerde yapılan reformlar ve işkencenin yaygınlığı ile de anılacaktır.

Osmanlı'nın çöküş dönemi ile birlikte başlayan ayrılıkçı ulusal hareketlerin bastırılması amacıyla işkence yaygın olarak kullanılmıştır.

Sultan Abdülmecit tahta çıkınca, 3 Kasım 1839 günü Mustafa Reşit Paşa tarafından Gülhane Parkında ilan edilen “Tanzimat Fermanı” (Gülhane Hatt-ı Hümayunu) hiçbir ayırım yapmadan Hıristiyan ve Müslüman halkın can ve mal güvenliği ile şeref ve haysiyetinin korunacağı sözünü vermiştir.

Aslında bu fermanda yönetici zulümlerinin halk için dayanılmaz olduğu, hiç kimsenin yargılanmadan cezalandırılmaması ve herkesin kanun önünde eşit olması gerekirken bunun böyle olmadığı, devlet tarafından gizli zehirleme ve idamların yapıldığı itiraf edilmektedir (9).

İşkencenin yasaklanmasına ilişkin ilk resmi belge 15 Ocak 1848 sayılı Eyalet Meclisleri Talimnamesi'dir. 1856 Islahat Fermanı'nda işkencenin yasak olduğu bir kez daha vurgulanmıştır. Sonunda, işkence ilk defa 1858 Ceza Kanununun 103. Maddesi ile resmen suç sayılmıştır.

Bu düzenlemelerle Padişahın “Siyaseten Katl” yetkisi kaldırılmıştır. Eyaletlerdeki yönetici zulümleri ve yerel keyfi uygulamalar merkezi bir karakter kazanmıştır. Yasaklanmasına rağmen polis ve adalet örgütü

işkenceye başvurmaya devam etmiş, önceden Padişah tarafından soruşturulan işkence soruşturmaları adalet örgütü tarafından soruşturulmaya başlamıştır.

23 Aralık 1876 tarihinde ilan edilen Anayasa ile başlayan I. Meşrutiyet dönemi, 1878'de meclisin dağıtılmasıyla son bulmuş ve meşhur "Abdülhamit despotizmi" başlamıştır. 1908 yılında ilan edilen II. Meşrutiyet'e kadar süren bu dönemde sansür ve seyahat yasağı getirilmiş, özel bir hafiyelik teşkilatı kurulmuş, polis ve jandarma teşkilatı birbirinden ayrılıp yeni bir polis teşkilatı oluşturulmuş, merkezden uzak yerlerde baskı ve zulmün simgesi haline gelen "Hamidiye Alayları" kurulmuştur.

Hafiyelik kurumu ve polis örgütünün birlikte çalıştığı bu dönem toplumu sindirmek ve korkutmak açısından son derece başarılı olmuştur. O dönemdeki kimi işkence seanslarına Sultan Abdülhamit'in bizzat katıldığı bilinmektedir.

23 Temmuz 1908'de II. Meşrutiyet ile iktidara gelen İttihat ve Terakki Cemiyeti döneminde işkence ve zulmün ortadan kalkması beklenirken, tersine, işkence daha sistemli olarak örgütlendi ve yaygın olarak kullanıldı.

31 Mart olaylarının bastırılması (1909) ile kurulan istiklal mahkemesi yargılamalarıyla İstanbul'un birçok yerinde idam sehpaları kurulmuştur. Abdülhamit'in tahttan indirilmesine yol açan bu olay, Türk siyasi tarihinin ilk sıkıyönetiminin ilanına ve tek parti diktatörlüğüne yol açmış, işkence karakollar, hapishaneler gibi resmi kurumların dışında özel mekanlarda yapılmaya başlanmıştır.

Birinci Dünya Savaşı ve Kurtuluş Savaşı sırasında yaşanan kimi toplumsal olayların tartışmaları bugün hala sürmektedir.

Abdülhamit geleneği ve İttihat ve Terakki mirasını taşıyan polis ve istihbarat teşkilatı hünerlerini Cumhuriyet kurulduktan sonra da göstermeye devam etmişlerdir. Tek parti dönemi ve İkinci dünya Savaşından sonra 1960 ihtilaline giden yoldaki gelişmelerde yaşanan baskı politikalarının rolü inkar edilemez.

Osmanlıdan bugüne kadar geçen zamanda işkencenin varlığı ve inkarı neredeyse sistemin değişmeyen yapılarından biri durumundadır.

Türkiye Cumhuriyeti hükümetleri işkencenin önlenmesi başlığında bahsedilen tüm uluslararası belgelere imza koyarak işkenceye karşı duruşunu tam olarak belirlemiştir. İmzalanan uluslar arası belgeler anayasa hükmü niteliğinde kabul edildiği gerçeğinden yola çıkarak işkenceye karşı imzalanan hükümlerin anayasal hüküm niteliğini kazandığı gerçeğini belirtmek gerekir. Ayrıca Türkiye Cumhuriyeti Anayasası'nın 17. maddesi de işkenceye karşı bir hükümdür Kimseye işkence ve eziyet yapılamaz, kimse insan haysiyetiyle bağdaşmayan bir cezaya veya muameleye tabi tutulamaz (27).

Yine, "Yeni Türk Ceza Kanunu Madde 94.- Bir kişiye karşı insan onuruyla bağdaşmayan ve bedensel veya ruhsal yönden acı çekmesine, algılama veya irade yeteneğinin etkilenmesine, aşağılanmasına yol açacak davranışları gerçekleştiren kamu görevlisi hakkında üç yıldan on iki yıla kadar hapis cezasına hükmolunur.

(2) Suçun;

a) Çocuğa, beden veya ruh bakımından kendisini savunamayacak durumda bulunan kişiye ya da gebe kadına karşı,

b) Avukata veya diğer kamu görevlisine karşı görevi dolayısıyla,

İşlenmesi halinde, sekiz yıldan on beş yıla kadar hapis cezasına hükmolunur.

(3) Fiilin cinsel yönden taciz şeklinde gerçekleşmesi hâlinde, on yıldan onbeş yıla kadar hapis cezasına hükmolunur.

(4) Bu suçun işlenişine iştirak eden diğer kişiler de kamu görevlisi gibi cezalandırılır.

(5) Bu suçun ihmali davranışla işlenmesi hâlinde, verilecek cezada bu nedenle indirim yapılmaz.

Neticesi sebebiyle ağırlaştırılmış işkence

Madde 95. - (1) İşkence fiilleri, mağdurun;

a) Duyularından veya organlarından birinin işlevinin sürekli zayıflamasına,

b) Konuşmasında sürekli zorluğa,

c) Yüzünde sabit ize,

d) Yaşamını tehlikeye sokan bir duruma,

e) Gebe bir kadına karşı işlenip de çocuğunun vaktinden önce doğmasına,

Neden olmuşsa, yukarıdaki maddeye göre belirlenen ceza, yarı oranında artırılır.

(2) İşkence fiilleri, mağdurun;

a) İyileşmesi olanağı bulunmayan bir hastalığa veya bitkisel hayata girmesine,

b) Duyularından veya organlarından birinin işlevinin yitirilmesine,

c) Konuşma ya da çocuk yapma yeteneklerinin kaybolmasına,

d) Yüzünün sürekli değişikliğine,

e) Gebe bir kadına karşı işlenip de çocuğunun düşmesine,

Neden olmuşsa, yukarıdaki maddeye göre belirlenen ceza, bir kat artırılır.

(3) İşkence fiillerinin vücutta kemik kırılmasına neden olması hâlinde, kırığın hayat fonksiyonlarındaki etkisine göre sekiz yıldan onbeş yıla kadar hapis cezasına hükmolunur.

(4) İşkence sonucunda ölüm meydana gelmişse, ağırlaştırılmış müebbet hapis cezasına hükmolunur” demektedir (28).

Ancak, imzalanan tüm bu uluslar arası anlaşmalar, Anayasa hükümleri ve Türk Ceza Kanunu’ndaki yaptırımlara rağmen Türkiye’de işkencenin olmadığını söylemek mümkün değildir. Her ne kadar 27 Mayıs ihtilali diğerlerinden kimi yönleriyle ayrılrsa da, Türkiye 27 Mayıs, 12 Mart ve 12 Eylül askeri darbeleri ile karanlık bir koridordan geçmeye zorlanmış, çok zorlu bir süreç yaşamıştır. Bu dönemleri yaşayan ve yürütmenin en yetkili kişisi konumuna kadar yükselen Bülent Ecevit’in saptaması durumu çok net olarak özetlemektedir:

“Türkiye’de yönetimler istese de istemese de öteden beri ‘geleneksel’ olarak işkence yapılır. Açık rejimlerde yönetimler kararlılıkla üstüne yürürlerse işkence azalır. Kapalı rejim dönemlerinde ise büsbütün yaygınlaşır. Bu gerçekler bilinmezlikten gelinemez” (29).

12 Eylül döneminde 650 bin kişi gözaltına alınmış, 1 milyon 683 bin kişi fişlenmiş 210 bin dava açılmış 230 bin kişi yargılanmış, 7 bin kişi için idam cezası istenmiştir. İdam cezası verilenlerden 50'si asılmış, 300 kişi kuşkulu bir şekilde ölmüştür. 171 kişinin işkenceden öldüğü belgelenmiştir. 14 kişi açlık grevinde ölmüştür.

12 Eylül'ün etkileri hafızalardan silinmeden, gittikçe yükselen ayrılıkçı terörle mücadele amacıyla geliştirilen yöntemler toplumun üzerine bir kez daha kara bir bulut gibi çökmüştür. Bugüne kadar kaç kişinin terörle mücadele yasası nedeniyle gözaltına alındığı, kaç kişinin işkence gördüğünü saptamak olanak dışıdır. İşkencenin yaygınlığı ve etkilerini kesin olarak belirlemek olası değildir. Bağımsız izleme kuruluşlarının yayınladığı istatistiklerdeki verilerin, buzdağının görünen kısmı olduğunun akıldan çıkarılmaması gerekir.

Sadece 12 Eylül döneminin rakamlarıyla her 10 kişiden birinin gözaltına alındığını, bunun sonraki süreçte daha da arttığı öngörülmektedir. İnsan Hakları Derneği ve TİHV'nin çıkarsamalarıyla etrafımızdaki her on kişiden üçünün gözaltına alınıp işkence gördüğü sonucuna ulaşılmaktadır. Ama gerek hastanelere, gerekse TİHV'na (30) tedavi ve rehabilitasyon için başvuran kişi sayısı hiç de beklendiği gibi değildir (Tablo 1).

Tablo 1. Yıllara göre TİHV'na başvuru sayıları

Yıllar	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Sayı	686	1023	1126	965	925	922	692	337

Aslında sorun insanlara işkence edilmesi olduğu kadar işkencecilerin de kimi çevreler ve güç odaklarınca korunmaları ve işkence yaptıkları kanıtlandığı halde bile yargı önüne çıkarılmamaları, çıkarılabilenlerin cezalandırılmamaları için bilerek dava sürecini uzatmaktan "iyi hal" indirimi ile vicdanları kanatan cezalar verilmesine kadar değişen yöntemlerle kollandıkları gerçeğidir. Bu durumun uluslar arası kaynaklardaki karşılığı "impunity" yani "cezasızlık"tır. 16 Ocak 1991 tarihinde gözaltında işkence ile öldürülen Birtan Altunbaş'ın faillerinin yargılanmasına İçişleri Bakanlığının soruşturma izni

vermemesi nedeniyle ancak yedi yıl sonra başlanabilmiştir. İlk yargılama, eksik soruşturma gerekçesiyle bozulmuş, yeniden yargılamada ise verilen cezaların az bulunması nedeniyle dosyalar bir kez daha Yargıtay'dan dönmüştür. 3. kez görülen davanın karar aşamasına kadar geçen her duruşma, sanıklar ve avukatlarının davayı uzatma çabalarına sahne olmuştur. Yaklaşık 10 yıl süren yargılamaya rağmen sanıklardan hiçbiri tutuklanmamıştır. 24 Mart 2007'deki karar duruşmasında sanıklara eski cezaya göre daha yüksek hapis cezaları çıkmasına rağmen "iyi halleri" nedeniyle bu kez de cezalarında indirim yapılmıştır. Cezaların temyizde herhangi bir gerekçeyle bozulması durumunda, muhtemelen yeniden yargılanmalarına olanak kalmayacak çünkü dava silbaştan yeniden ele alınacak ve yeniden zaman aşımı süresi gündeme gelecektir. Son ve güncel durum açıkça göstermektedir ki ne anayasada belirtilen hakların, ne de altına imza atılan uluslar arası anlaşmaların aslında pek bir hükmünün olmadığı, aslolanın işkenceyi önleme konusundaki kararlılık olduğudur (31).

Uluslararası af örgütünün 2006 yılı raporunda Türkiye hakkında belirtilen görüşler tam da bu durumu işaret etmektedir: "İşkence ve kötü muamele ile ilgili soruşturmalar ve yargının insan hakları ihlalcilerini adalet önüne çıkarmaları konusundaki isteksizlikleri görüşünü destekler şekilde kusurlu yürütülmeye devam etti. Cezasızlık ortamı ısrarla sürdü. Kanun adamlarının hala yasal gözetim ve soruşturma usullerini izlemedikleri ve savcılarının da kanun uygulayıcılarının usullere uymasını sağlamadıkları birçok olaya dair bilgi geldi" (32).

2.8. Sağlıkta Yaşam Kalitesi, Depresyon ve Kullanılan Ölçekler

2.8.1. Sağlıkta Yaşam Kalitesi ve WHOQOL 100 TR

Yaşam süresinin uzaması ve yeni tedavi alternatiflerinin uygulanmaya başlanması, sağlık hizmeti çıktısının ölçümünde geleneksel göstergelerin yetersiz kalmasına yol açmıştır. 1980'li

yıllardan başlayarak, Halk Sağlığı çevreleri “sağlık durumu”nu çok boyutlu bir yapı olarak ele almaya başlamışlardır. Artık bir klinik uygulamanın ya da sağaltım alternatifinin başarısı ya da başarısızlığı, biyolojik ve demografik göstergelere ek olarak, o hastanın yaşam kalitesine yaptığı olumlu ya da olumsuz gelişmelerle de değerlendirilmeye başlanmıştır. Diğer bir deyişle bir sağlık girişiminin başarısı, hastalığın yol açtığı ağrı, halsizlik ve yeti yitimi (disabilite) ve daha geniş olarak da bireyin bedensel, psikolojik ve sosyal iyilik durumu ile değerlendirilmelidir. Varılan nokta, sağlıkla ilgili müdahalelerle ilgili sonuç göstergelerinin yalnızca yaşamları kurtarma temelinde değil aynı zamanda onları “geliştirme” temelinde olmaları gerektiğidir (33).

Yaşam kalitesi mutlu olma ve yaşamdan hoşnut olmayı içeren, genel olarak “iyi olma durumu” olarak kullanılan bir terimdir (33).

Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi (SYK) bir bireyin ve bir grubun bedensel ve ruhsal sağlık algısıdır. SYK, bir bütün olarak yaşam kalitesinin ve onun belirleyicilerinin, gerek bedensel gerekse ruhsal sağlığı etkilediği açıklıkla etkilediği gösterilmiş olan alanlarını içerir. Toplum düzeyinde SYK, toplumun sağlık algısını ve fonksiyonel durumunu etkileyen kaynaklar, politikalar ve uygulamalar ile ilgilidir ve geleneksel sağlık nosyonunu, toplumun bedensel ve ruhsal sağlık gereksinimlerini de içerecek şekilde genişletir (33).

Yaşam kalitesini ölçmek için farklı ölçekler geliştirilmiştir. Genel amaçlı (Generik) ve özel amaçlı (Spesifik) ölçekler olarak iki grupta sınıflandırılırlar. Yaygın olarak kullanılan yaşam kalitesi ölçekleri SF-36, SF-12, Dünya Sağlık Örgütü SYK ölçeği (WHOQOL), Nottingham Sağlık Profili, Hastalık Etki Profili (SIP), Quality of Well-Being Scale, EuroQol Instrument (EQ-5-D) ve Health Utility Index (HUI)'dir.

WHOQOL - 100 TR, altı alan (domain) ve 24 bölüm (faset) içinde toplam 100 sorudan oluşmaktadır (Tablo 2). Her bir bölüm 4'er sorudan oluşmaktadır. Sorular 5'li Likert tipi ordinal yanıt ölçeğine sahiptir. Ölçeğin toplam skoru yoktur. Her bir bölüm ve alan maksimum 20 puan veya 100 puan üzerinden skor alır. Yüksek puan daha iyi yaşam kalitesini ifade eder. Bu ölçeğin Türkçe sürümünde (WHOQOL-100 TR)

ayrı bir “Sosyal Baskı” fasetini oluşturan Türkiye’ye özgü 3 ek soru daha vardır.

2.8.1.1. Skorların “0–100” Birimine Dönüştürülmesi

Görüşmelerden elde edilen puanlar ham puan olarak kullanılabilirdi gibi 100 puan üzerinden değerlendirmeyi sağlayabilmek amacıyla 0–100 birimine de dönüştürülerek kullanılabilir. Her ikisi arasında sonucun yorumlanması açısından bir fark yoktur. Yapılan çalışmalar incelendiğinde ham puanlarla yorumlanmış sonuçların daha yaygın olarak kullanıldığı görülmektedir. Bu nedenle bu çalışmada tartışmalar ham puanlar üzerinden yapılacaktır.

Bölüm ve alan puanlarının dönüşümü şu formüle göre yapılır:

$$\text{Dönüştürülmüş Puan} = (\text{Ham puan} - 4) \times (100 / 16)$$

Bu çalışmanın 0–100 birimine dönüştürülmüş hali Ek:5-1’dedir.

Tablo 2. WHOQOL 100-TR faset ve alanları

	FASET	ALAN
FASETLER	Ağrı ve rahatsızlık	BEDENSEL ALAN
	Canlılık ve bitkinlik	
	Uyku ve dinlenme	
	Olumlu duygular	RUHSAL ALAN
	Düşünme, öğrenme	
	Benlik saygısı	
	Beden imgesi	
	Olumsuz duygular	
	Hareketlilik	BAĞIMSIZLIK DÜZEYİ
	Gündelik işleri yürütebilme	
	İlaçlara / tedaviye bağımlı.	
	Çalışabilme gücü	SOSYAL İLİŞKİLER
	Diğer kişilerle ilişkiler	
	Sosyal destek	
	Cinsel yaşam	ÇEVRE
	Fiziksel güvenlik	
	Ev ortamı	
	Maddi kaynaklar	
	Sağlık hizmetleri ve sosyal yardım	
	Yeni bilgi / beceri edinme	
Dinlenme boş zaman		
Fiziksel çevre		
Ulaşım		
Kişisel inanç	KİŞİSEL İNANÇ	
Genel sağlık ve yaşam kalitesi		
ALANLAR	Sosyal baskı alanı	
	Bedensel alan	
	Ruhsal alan	
	Bağımsızlık alanı	
	Sosyal alan	
	Çevre alanı	
	Ulusal çevre alanı	

2.8.1.2. WHOQOL ile yapılmış çalışmalar

WHOQOL 100 ile yaşam kalitesini etkilediği düşünülen birçok konuda çalışma yapılmış olmasına rağmen işkence görenler ile yapılmış tek çalışma WHOQOL'ün kısa formu WHOQOL Bref ile 2005 yılında Rehabilitation and Research Centre for Torture Victims (IRCT) tarafından yapılan çalışmadır (34). Bu çalışmanın ilk ve ikinci görüşme skorları Tablo 3'tedir.

Tablo 3. IRCT çalışmasındaki WHOQOL Bref skorları

	IRCT 1	IRCT 2
Ruhsal alan	29,55	28,26
Bedensel alan	31,04	30,67
Sosyal ilişkiler	41,59	40,91
Çevre alanı	39,03	42,61

İki görüşme arasında katılımcıların yaşam kalitelerinde bir değişiklik olmadığı sonucuna ulaşılmıştır (Tablo 3).

Tablo 4. WHOQOL Tr grubunun pilot çalışma skorları

WHOQOL 100-Tr bölümleri	WHOQO L hasta	WHOQO L sağlıklı	WHOQO L mix
Ağrı ve Rahatsızlık	55.9 ±	42.5 ±	51.8 ±
Canlılık ve Bitkinlik	45.3 ±	66.8 ±	51.9 ±
Uyku ve dinlenme	59.1 ±	72.2 ±	63.0 ±
Olumlu Duygular	60.7 ±	68.3 ±	63.1 ±
Düşünme, öğrenme	60.8 ±	67.5 ±	62.9 ±
Benlik Saygısı	65.6 ±	74.1 ±	68.2 ±
Beden imgesi	68.2 ±	79.6 ±	71.5 ±
Olumsuz Duygular	54.1 ±	43.6 ±	50.9 ±
Hareketlilik	46.2 ±	61.2 ±	50.7 ±
Gündelik işleri yürütebilme	51.3 ±	69.7 ±	56.9 ±
İlaçlara\Tedaviye bağımlılık	41.3 ±	14.0 ±	33.3 ±
Çalışabilme gücü	54.0 ±	77.5 ±	61.3 ±
Diğer kişilerle ilişkiler	70.1 ±	75.6 ±	71.6 ±
Sosyal Destek	62.7 ±	66.8 ±	63.7 ±
Cinsel Yaşam	52.5 ±	67.1 ±	56.8 ±
Fiziksel Güvenlik	63.5 ±	64.2 ±	63.8 ±
Ev Ortamı	67.9 ±	68.1 ±	67.9 ±
Maddi kaynaklar	54.2 ±	54.6 ±	54.3 ±
Sağlık hizmetleri ve sosyal	59.2 ±	55.0 ±	58.1 ±
Yeni bilgi/Beceri edinme	57.4 ±	59.3 ±	57.9 ±
Dinlenme/Boş Zaman	51.8 ±	58.7 ±	53.9 ±
Fiziksel Çevre	54.3 ±	53.8 ±	54.2 ±
Ulaşım	62.5 ±	62.6 ±	62.5 ±
Kişisel İnançlar	65.6 ±	68.2 ±	66.3 ±
Genel Sağlık & Yaşam Kalitesi	51.3 ±	64.0 ±	55.3 ±
Sosyal Baskı Alanı	57.0 ±	54.6 ±	56.4 ±
Bedensel alan	49.5 ±	65.5 ±	54.4 ±
Ruhsal alan	60.2 ±	69.2 ±	63.0 ±
Bağımsızlık düzeyi	52.6 ±	73.6 ±	58.9 ±
Sosyal ilişkiler	62.4 ±	69.7 ±	64.4 ±
Çevre alanı	58.8 ±	59.5 ±	59.1 ±
Çevre-tr	-	-	-

WHOQOL 100-Tr yaşam kalitesi ölçeğinin bir kesme noktası yoktur. Şu ana kadar bu ölçek ile işkence görmüş kişilerle yapılmış çalışma da yoktur. O nedenle WHOQOL 100-Tr ölçek değerlerini karşılaştırarak değerlendirmek mümkün değildir. Ama Türkiye’de normal populasyonla ve sağlık kurumlarına başvuran hastalarla yapılmış çalışmaların skor ortalamaları ile katılımcıların ortalamalarının karşılaştırılması çalışma grubunun durumunu değerlendirmek, diğer gruplarla kıyaslamak açısından bir fikir verebilir. Hasta ve sağlıklılar üzerinde yapılmış WHOQOL Türkiye çalışma grubunun yarısı kadın yarısı erkek, 99’u sağlıklı, kalanı hastanede yatan veya ayaktan sağaltım görmekte olan toplam 349 kişiden elde ettiği pilot çalışmanın sonuçları Tablo 4’tedir (35).

Aşağıda, Türkiye’de çeşitli araştırmacıların WHOQOL Bref ile yaptıkları bazı çalışmaların sonuçları görülmektedir.

Tablo 5. İki iş grubunun yaşam kalitelerinin değerlendirilmesi (36)

	Hemşire (n=149)	İşçi (n=120)
Fizik	13.44 ± 2.31	14.73 ± 2.41
Psikolojik	13.79 ± 2.20	14.66 ± 2.40
Sosyal	13.47 ± 3.25	14.68 ± 3.03
çevre	11.77 ± 1.96	12.03 ± 2.18
Çevre -tr	12.00 ± 1.85	12.34 ± 2.09

(n=269)

Hemşirelerin yaşam kaliteleri işçilerin yaşam kalitelerinden daha düşük bulunmuştur. Bu durum hemşirelerin hem işyerindeki hem de evlerindeki işleri yürütmek zorunda kalmaları ve işyerlerindeki çalışma koşullarının ağır oluşundan kaynaklanmaktadır (Tablo 5).

Tablo 6. 15–49 yaş kadınlarda yaşam kalitesinin değerlendirilmesi (37)

	15–49 yaş kadınlar
Fizik	10.22±2.44
Psikolojik	10.82±2.41
Sosyal	10.61±3.29
çevre	8.59±2.62
Çevre -tr	8.50±2.45

(n=232)

Balatçık sağlık ocağı bölgesinde 15-49 yaş kadınların yaşam kaliteleri düşük bulunmuştur ve bu durumun içinde buldukları sosyoekonomik koşullarla ilişkili olduğu vurgulanmıştır (Tablo 6).

Manisa il merkezinde yapılan çalışmada, yaş ilerledikçe özellikle 45 yaş ve üstü kadınlarda yaşam kalitesinin düştüğü görülmüştür. Yine eğitim düzeyi yüksek olan, kentsel bölgede yaşayan gelir düzeyi yüksek olan ailelere mensup olan kadınların yaşam kaliteleri daha yüksektir (Tablo 7).

Tablo 7. Manisa’da 15–49 yaş kadınlarda yaşam kalitesinin değerlendirilmesi (38)

	15–49 yaş kadınlar
Fizik	69.32±14.59
Psikolojik	60.33±15.55
Sosyal	67.77±15.52
çevre	59.42±13.87
Çevre -tr	62.24±12.96

(n=1721)

Tablo 8’de işçilerin yaşam kalitesi puanları verilmektedir. Yaşam kalitesi ölçümü iş sağlığı ve iş psikolojisi alanının önemli bileşenlerine duyarlı bulunmuştur. Göreve ve organizasyona ilginin artırılması, iş yükünün düzenlenmesi, iş üzerinde kontrolün geliştirilmesi, iyi bir iş atmosferi sağlanması, etkili bir sosyal iletişimin geliştirilmesi işçilerin yaşam kalitesini geliştirecek önemli faktörlerdir.

Tablo 8. İşçilerde yaşam kalitesi ve etkileyen faktörlerin incelenmesi: bir işyeri örneği (39)

	İşçiler
Fizik	18.3±1.3
Psikolojik	16.6±1.4
Sosyal	18.1±2.0
çevre	15.1±1.4
Çevre -tr	15.5±1.3

(n=627)

2.8.1.3. WHOQOL-100’ün Başlıkları (35)

ALAN I. Bedensel alan

Bölüm 1. Ağrı ve rahatsızlık:

Bu bölüm, kişinin yaşadığı hoş olmayan bedensel duyularını ve bu duyuların onun yaşamını ne derecede rahatsız edip, engellediğini ortaya çıkarır. Bu bölümün soruları, kişinin ağrı derecesini

araştırdığı gibi, ağrı azaldığında ulaştığı rahatlamayı da kontrol eder. Kişi ağrıdan ne kadar kolay kurtulabilirse, ağrı korkusunun ve bunun yaşam kalitesine yapacağı etkinin de o kadar az olacağından hareket edilerek bu varsayıma ulaşılmıştır. Benzer şekilde ağrı düzeyindeki değişiklikler ağrının kendisinden daha fazla rahatsız edici olabilir. Kişinin ağrısı olmasa bile, ya ilaç alması ya da migrende olduğu gibi ağrının zaman zaman geliyor olması nedeni ile ortaya çıkan sürekli ağrı tehdidi yüzünden yaşam kalitesi etkilenebilir. Kişiler ağrıya farklı tepkiler verirler, ağrıya dayanıklılıkları, ağrıyı kabullenebilmeleri farklıdır ve bütün bunların yaşam kalitelerine yansıdığı kabul edilir.

Adale sertliği, sancılar, kısa ya da uzun süreli ağrılar ve kaşıntı gibi hoş olmayan bedensel duyumlar da burada kapsanmıştır. Açıklayıcı bir tıbbi nedeni bulunamasa bile kişi var olduğunu bildiriyorsa ağrının varlığını kabul etmek gerekir.

Buna, aralıklı ve şiddetli migren ağrıları çeken, fakat asıl sorunu ağrı tehdidi olan kişi veya kronik romatoid artriti olan kişilerin durumu örnek verilebilir.

Bölüm 2. Canlılık ve bitkinlik

Bu bölüm kişinin gündelik işleri olduğu kadar kendini yenileme gibi serbest etkinlikleri gerçekleştirdiği sıradaki canlılık, coşku ve dayanıklılığı araştırır. Bu durum gerçek bir canlılık hissinden, işten alıkoyan yetersiz enerji düzeyine ve yorgunluk hissine kadar uzanır. Yorgunluk çeşitli nedenlerden birinin sonucunda ortaya çıkabilir; örneğin hastalık, depresyon gibi ruhsal sorunlar ya da tükenme. Bitkinliğin sosyal ilişkilere etkisi, kronik bitkinliğe bağlı olarak başkalarına olan bağımlılığın artması ve herhangi bir bitkinliğin nedeni, bu bölümün sorgulama alanının dışında kalmaktadır. Ancak bütün bu sayılanlar hem bu bölümde, hem de özgül olarak gündelik işler ve kişiler arası ilişkilerle ilgili bölümlerde bulunan sorularda örtülü biçimde yer almaktadır. Viral enfeksiyonlar, karaciğer sorunları gibi hastalıklar buna örnek verilebilir.

Bölüm 3. Uyku ve dinlenme

Bu bölüm ne kadar uyunup dinlenildiği, bu alandaki sorunlar ve bunların kişinin yaşam kalitesine olan etkileri ile ilgilidir. Uyku sorunları kavramı, uykuya dalma güçlüğü, gece uyanmaları, sabah erkenden uyanma ve yeniden uyuyamama ile dinlenmemiş uyanmayı kapsamaktadır. Bu bölümün odak noktası uykunun bozulmuş olup olmadığıdır; bu durum kişisel ya da çevresel herhangi bir nedene bağlı olabilir. Bu bölümdeki sorular uykunun sabah erken uyanma, kişinin uyku ilacı kullanıp kullanmaması gibi özgül yönlerini araştırmaz. Dahası, kişinin uyumasına yardımcı olacak maddelere (örneğin uyku hapi) bağımlı olup olmadığına ilişkin sorulara başka bir bölümde yer verilmiştir. Küçük çocukları olan ana babalar, vardiyalı çalışanlar örnek verilebilir.

ALAN II. Ruhsal alan

Bölüm 4. Olumlu duygular

Bu bölüm kişinin iç huzuru, denge, barışıklık, mutluluk, ümit, neşe ve yaşamdaki iyi şeylerden tat alma gibi olumlu duyguları ne ölçüde yaşadığını araştırır. Kişinin geleceğe yönelik bakış açısı ve duyguları, bu bölümün önemli bir parçasıdır. Soruları yanıtlayanlardan çoğu için bu bölüm yaşam kalitesinin eşanlamlısı olarak kabul edilebilir. Olumsuz duygular başka yerde araştırıldığından buraya alınmamıştır. Örnek olarak dengeye ve iç huzuruna ulaşmış bir Budist kişinin durumu gösterilebilir.

Bölüm 5. Düşünme, öğrenme, bellek ve dikkatini toplama

Bu bölüm kişinin düşünme, öğrenme, bellek, dikkatini toplama ve karar verme yetisi hakkındaki görüşünü araştırır. Düşüncelerin berraklığı ve akış hızı burada değerlendirilir.

Sorular kişinin tetikte, farkında ya da uyanık olup olmadığını; bunlar düşünme, bellek ve dikkatini toplama ile ilgili olduğu halde, dikkate almaz. Bu bölümdeki problemleri kabullenmede bazı kişilerin çekimserlikleri olabilir. Beyin hasarı ya da bunamada olduğu gibi bilişsel

bozuklukları olan bazı kişiler soruları anlamayabilir. Bu durumda onların cevaplarının dışarıda bırakılması gerekebilir ya da mental işlevlerin nesnel değerlendirilmesi (çok kötü ise) kişinin WHOQOL çalışmasına dahil olmaması gerektiğini gösterebilir. Örnekler: Aşırı stress altındaki kişiler, anksiyete ve depresyonu olan kişiler.

Bölüm 6. Benlik saygısı

Bu bölüm kişinin kendisi hakkında ne hissettiğini araştırır. Bu hissedilenler kişinin kendisi hakkında olumlu duygularından aşırı olumsuz duygularına dek değişebilir. Kişinin kendisine ne kadar değer verdiği araştırılır. Benlik saygısının, kişinin kendisine yeterlik duygusu, kişinin kendisinden hoşnut olması ve özdenetimi ile ilişkili yönü de bu bölümün odak noktasındadır.

Sorular bireyin kendisini aşağıda sıralanan alanlarda nasıl hissettiğini içerebilir: diğer insanlarla geçimi, eğitimi, belirli görevleri ve davranışları yerine getirme ya da değiştirebilme yeteneği, aile ilişkileri, onur duygusu ve kendini kabulü. Bazı kişilerde benlik saygısı büyük ölçüde evde veya işyerinde ne kadar işlev görebildiğine ya da başkalarının onu nasıl anladıklarına ve ona nasıl davrandıklarına bağlıdır. Bazı kültürlerde benlik saygısı bireysel olmaktan çok ailenin bir parçası olarak hissedilen bir duygudur. Bu konudaki soruların, yanıtlayan tarafından, kendisinin yaşamdaki pozisyonunda neyin uygun ve anlamlı olduğu göz önüne alınarak yorumlanacağı kabul edilmiştir. Sorularda beden imgesi ve sosyal ilişkilere, bunlar başka bölümlerde yer aldıklarından, değinilmemektedir. Ancak bu alanlarla ilgili olan kendine değer verme duygusu daha genel düzeydeki sorularla ele alınmaya çalışılmıştır. Bazı kişiler için benlik saygısı hakkında konuşmanın güç olacağı bilindiğinden, sorular bu durumu dikkate alacak biçimde kaleme alınmıştır. Klinik depresyonu olan kişinin veya iş bulamayan kişinin durumu örnek verilir.

Bölüm 7. Beden imgesi ve dış görünüş

Bu bölüm kişinin beden görünümüne bakış açısını araştırır. Beden görünümünün olumlu ya da olumsuz algılanması bu bölümde içerilmiştir.

Kişinin beden görünümünden hoşnutluk düzeyi ve bunun kendilik kavramını nasıl etkilediği bu bölümün odak noktasıdır. Ayrıca eğer varsa algılanan ya da gerçekten var olan bedensel özürlerin düzeltilebilme derecesi de dikkate alınmalıdır (Örneğin makyaj, giyim, takma bacak, vb). Başkalarının kişinin görünümüne karşı takındığı tavır çoğunlukla kişinin kendi beden imgesini algılayışını dikkate değer ölçüde etkiler.

Soru cümleleri kişilerin kendilerinden beklenen yanıt yerine gerçek duygularını yansıtmalarını cesaretlendirecek biçimde düzenlenmiştir. Ek olarak sorular, görünümünden çok hoşnut olan kişiler kadar şiddetli fiziksel özürü olanları da kapsayacak biçimde kaleme alınmıştır. Şekil bozuklukları, deri hastalıkları, organ eksikliği, şişmanlık, anoreksia nervroza, bedensel sakatlığı olan kişiler bu bölümde kapsanır.

Bölüm 8. Olumsuz duygular

Bu bölüm kişinin ümitsizlik, suçluluk, üzüntü, ağlamaklı olma, elem, sinirlilik, bunaltı ve yaşamdan haz alamama gibi olumsuz duyguları ne ölçüde yaşadığıyla ilgilidir. Bu bölüm olumsuz duyguların ne ölçüde rahatsız edici olduğunu ve kişinin günlük işlevlerini ne ölçüde etkilediğini de içerir. Sorular şiddetli depresyon, mani ve panik ataklar gibi ağır ruhsal sorunları bulunan hastaları da kapsayacak biçimde düzenlenmiştir. Sorularda, başka bölümlerde yer alan, kişinin olumsuz duyguları ile sosyal ilişkilerinin etkileşimi ve dikkatini toplama güçlüğü yer almaz. Ayrıca olumsuz duyguların şiddetine yönelik ayrıntılı bir değerlendirme de amaçlanmamıştır. Kronik hastalığı nedeniyle depresyonu olan kişi, doğum sonrası depresyona girmiş anne, doğal afet ya da tecavüz gibi bir travmanın etkisi altındaki kişinin durumu bu bölüme örnek olur.

ALAN III. Bağımsızlık düzeyi

Bölüm 9. Bedensel Hareketlilik

Bu bölüm kişinin bir yerden diğerine gidebilme, evde ve işyerinde dolaşabilme, işe gidebilme veya ulaşım araçlarına binip inebilme yetisi hakkında kendisi ile ilgili görüşüdür. Kişinin kullandığı araç ne olursa

olsun dilediği yere başkasının yardımı olmaksızın gidebilme yetisine odaklanılmıştır. Kişinin hareketliliğinin başkalarına önemli derecede bağımlı olmasının o kişinin yaşam kalitesini olumsuz etkileyeceği kabul edilmiştir. Hareketlilikteki değişikliğin ani ya da yavaş yavaş ortaya çıkmasının kişinin yaşam kalitesini farklı şiddette etkilediği bilinir; buna karşın hareket kısıtlılığı olan kişilere sorulan sorularda bu durum göz önüne alınmamıştır. Kişideki sağlık sorununun onun hareket yetisini kısıtlaması şart değildir. Örneğin bir kişi koltuk değneği ya da tekerlekli sandalye ile kendisine yeterli olacak ölçüde hareket edebilir, böylece ev ya da işyerine yeterince uyum sağlayabilir. Başka bir bölümde (ulaşım) bulunmaları nedeniyle, ulaşım araçları (otobüs, otomobil) ile ilgili sorulara burada yer verilmemiştir. Kronik hastalığı olan yaşlı kişilerin, artriti veya görme bozukluğu olan kişilerin durumu örnektir.

Bölüm 10. Gündelik işleri yürütebilme

Bu bölüm kişinin günlük işleri yürütebilme becerisini araştırır. Bu beceri kişinin kendisine ve eşyalarına uygun şekilde bakımını kapsar. Kişinin günlük olarak yapması gereken işleri yürütebilme yeteneğine odaklanılır. Kişinin günlük işleri yürütmede başkalarının yardımına muhtaç olma derecesi onun yaşam kalitesini etkileyecektir. Yorgunluk, uyku bozuklukları, depresyon, anksiyete, hareketlilik vb. tarafından etkilenen bazı günlük işlevler başka bölümlerde sorulduğundan burada yer almamıştır. Sorularda kişinin bir evi ya da ailesi olup olmadığı dikkate alınmamıştır. Evsizler, sığınmacılar, ruhsal hastalığı olan kişiler örnektir.

Bölüm 11. İlaçlara veya tedaviye bağımlılık

Bu bölüm kişinin bedensel ve ruhsal iyilik halini sürdürmesinde ilaçlara ve alternatif tıbbı (akupunktur, şifalı otlar, vb.) ne kadar bağımlı olduğunu araştırır. İlaçlar bazı kişilerin yaşam kalitesini olumsuz biçimde etkileyebilir (örneğin kemoterapi yan etkileri). Bazılarında ise yaşam kalitesini artırır (ağrı gidericileri kullanan kanser hastalarında olduğu gibi). Bu bölümde kalp pili, takma kol veya bacak ya da kolostomi torbası gibi farmakolojik olmayan ancak kişinin halen bağımlı olduğu tıbbi

girişimler de yer alır. Sorularda ilacın türüne ilişkin ayrıntılara yer verilmemiştir. İnsüline bağımlı diyabeti olan kişi, kalp pili olan kişi, antibiyotik kullanan kişi bu bölüme örnektir.

Bölüm 12. Çalışabilme gücü

Bu bölüm kişinin enerjisini işi için kullanmasını araştırır. “İş”, kişinin meşgul olduğu temel etkinlik olarak tanımlanmıştır. “Temel etkinlik”, iş, ücret ödenmeyen iş, gönüllü sosyal etkinlikler, tam gün çalışma, çocuk bakımı ve ev işlerini içermelidir. Buradaki sorular bu olası temel etkinlik türlerinin tümüne değinir. Bu bölüm, yaptığı işin türü ne olursa olsun kişinin işini yürütebilme becerisi üzerinde durmaktadır.

Kişinin işi veya iş ortamının niteliği hakkında ne düşündüğü ya da iş çevresinin niteliği sorularda dikkate alınmamıştır. Alzheimer ya da Parkinson gibi ilerleyici hastalığı olan kişi, kaza sonrası yaralanıp evine yeterli biçimde bakamayan ev hanımı örnek verilir.

ALAN IV. Sosyal ilişkiler alanı

Bölüm 13. Diğer kişilerle ilişkiler

Bu bölüm, kişilerin diğer kişilerle kurduğu yakın ilişkilerinden ne ölçüde dostluk, sevgi ve destek beklediklerini ve bu alanda ne hissettiklerini araştırır. Burada ayrıca kişinin diğer kişilere duyduğu ilgi ve yakınlık ile sorumluluğa da değinilir. Kişinin sevme, sevilme, fiziksel ve ruhsal olarak yakın ilişkiler kurabilme beceri ve olanağı da bu bölümde yer alır. Kişilerin sevdikleri ile gerek mutluluk, gerekse sıkıntıyı hangi oranda paylaşabildikleri ve sevme-sevilme duygusunu ne ölçüde yaşadıkları bu bölümde yer alır. Yakınlığın kucaklaşma ve dokunma gibi fiziksel yanları da kapsanır. Buna karşın bu bölümün “cinsel etkinlikler” bölümünde araştırılan cinsel yakınlık ile önemli ölçüde örtüştüğü bilinmelidir.

Bu bölümdeki sorular kişinin başkalarıyla ilgilendiği sırada karşılaştığı sorunlarla baş etmekten ne ölçüde doyum sağladığını da kapsar. Bu durumun hem olumlu, hem de olumsuz biçimde yaşanabileceği göz önüne alınmıştır.

Bu bölüm yakın arkadaş, evlilik, heteroseksüel ve homoseksüel eşler dahil her türlü sevgi ilişkisini kapsar. İyi bir evliliği olan kişi, hastalığı terminal dönemde olan kişi ya da öğrenme güçlüğü olan çocuğuna yaşam boyu bakım vermek zorunda olan ancak toplumdaki ve diğer aile bireylerinin desteğinden yoksun kalması nedeniyle aşırı yük altında kalmış anne veya çocukken istismara uğramış kişinin durumu bu bölümde kapsanır.

Bölüm 14. Sosyal destek

Bu bölüm kişinin ailesinden ve arkadaşlarından aldığı destek, onay ve gündelik yardımları nasıl değerlendirdiğini araştırır. Sorular kişinin kişisel ve ailesel sorunlarını çözerken arkadaş ve aile bireyleriyle sorumluluğu ne ölçüde paylaşabildiğini ve sorunları ne ölçüde çözümlenebildiğini araştırır. Bu bölüm kişinin arkadaş ve aile desteği hakkında ne hissettiğine, özellikle bir kriz durumunda bu desteğe ne kadar güvenebileceğine odaklanır. Bu, kişinin ailesinden ve arkadaşlarından aldığı onay ve desteğin ölçüsü hakkında ne hissettiğini içerir. Bu bölümde kişinin yaşamında aile ve arkadaşların olumsuz olabilecek etkileri de kapsanmış, sorular aile ve arkadaşların sözel veya fiziksel istismarının olumsuz etkilerini de içerecek şekilde düzenlenmiştir. İşsiz kalmış kişi, hastalığı terminal dönemde olan kişi veya ailesi tarafından istismar edilen kişinin durumu örnektir.

Bölüm 15. Cinsel yaşam

Bu bölüm kişinin cinsel dürtü ve isteğini kapsar. Ayrıca cinsel arzusunu uygun biçimde ifade edebilme ve yaşayabilme düzeyiyle ilgilidir. Birçok kişi için cinsel etkinlik ve mahremiyet birbiriyle iç içedir. Buna karşın fiziksel yakınlığın diğer biçimleri başka bölümlerde yer aldığından, buradaki sorular sadece cinsel dürtüler, bunların dışavurumunu ve cinsel doyumunu sorgulamaktadır. Bazı kültürlerde bu bölüm doğurganlık anlamına gelir ve çocuk sahibi olmak çok değerli bir roldür. Cinselliğin bu yönü bu bölümde içerilmiştir ve bu kültürlerde cinselliğin bu yönünü de göz önüne alarak değerlendirme yapmak gerekir. Sorular cinselliğin hangi değer yargılarıyla ele alındığıyla ilgili olmayıp yalnızca kişinin cinsel etkinliğinin onun yaşam kalitesini nasıl

etkilediğini araştırmaya yöneliktir. Böylece kişinin cinsel yöneliminin ve cinselliği yaşama biçiminin kendi başına bir önemi olmaz, daha çok kişinin cinselliği istemesi, bunu ifade edebilmesi, olanakları ve doyumu üzerinde odaklanılmıştır. Cinsellik hakkında soru sormak genellikle zordur ve özellikle bazı kültürlerde bu sorular daha sakınılarak yanıtlanır. Üstelik kadınlar, erkekler, farklı yaş grubunda bulunan kişiler aynı sorulara farklı yanıtlar vereceklerdir. Bazı kişiler ise cinsel istekleri çok az olduğu veya hiç olmadığı halde bunun yaşam kaliteleri üzerinde olumsuz etkisi bulunmadığını yanıtlarında belirtebilirler. Cinsel dürtülerini etkileyen bir ilaç kullanan kişi ya da cinsel sorunları olan kişilerin (anorgazmi gibi) durumu bu bölümde tanımlanır.

ALAN V. Çevre

Bölüm 16. Fiziksel güvenlik ve emniyet

Bu bölüm kişinin fiziksel zararlardan korunma ve güvenlik algısını araştırır. Başka kişiler veya politik baskı gibi etkenler kişinin güvenliğini tehdit edebilir. Bu bölümde daha çok kişinin özgürlük algısı doğrudan araştırılmaktadır. Bu nedenle sorular bir uçta kısıtlamalar olmadan rahatça yaşayabilme şansı olan kişiler, öbür uçta ise güvenilmez olarak algılanan ve baskıcı bir durum ya da ortamda yaşayan kişiler olmak üzere değişen bir yelpazede yanıt alacak şekilde düzenlenmiştir.

Sorular kişinin güvenlik ve emniyet duygusu veren ya da verebilecek kaynakları ne ölçüde hissettiğini içerir. Bu bölüm özellikle afet kurbanları, evsizler, tehlikeli işlerde çalışanlar, suçluların yakınları, taciz kurbanları gibi bazı gruplar için önemlidir. Sorular ağır ruhsal bozukluğu olup “yabancı düşmanlar tarafından” güvenliğinin tehdit edildiği sanrısı olan kişilerin duygularını derinlemesine araştırmaz. Sorular kişinin korunma ve güvenliğinin olup olmadığı konusundaki duygularına, onun yaşam kalitesini etkilemesi açısından yaklaşır. Örnekler içinde mahkûmlar, sığınmacılar, politik baskı altında yaşayan kişilerin durumu sayılabilir.

Bölüm 17. Ev ortamı

Bu bölüm kişinin yaşadığı esas yeri (en azından uyuduğu ve eşyalarının çoğunun bulunduğu yeri) ve bu ortamın onun yaşamına etkisini araştırır. Evin kalitesi, yalnızca rahatlık düzeyiyle değil, kişiye güvenle oturabileceği bir yer sağlaması açısından da değerlendirir.

Bunun yanında kapsanan diğer alanlar: kalabalıklık, kullanılan mekânın genişliği, temizliği, mahremiyete izin vermesi, mevcut olanakları (elektrik, tuvalet, şebeke suyu) ve binanın yapısal özellikleri (damın akması, aşırı nem, vb.).

Ev çevresinde yakın komşuluk ilişkileri de yaşam kalitesi açısından önemlidir ve sorular bu konuya da değinir. Sorular kişinin genellikle ailesiyle birlikte yaşadığı yer için kullanılan “ev” sözcüğünü içerecek şekilde hazırlanmıştır. Bununla birlikte sığınmacılar, kurumda yaşayanlar gibi ailesiyle aynı yerde yaşamayan kişilerin de cevap verebileceği şekilde düzenlenmiştir. Bu sorular evsiz kişilerin anlamlı biçimde yanıtlamasına uygun hale getirilemez. Baraka ve çadırlarda yaşayanlar, sosyal kurumlarda yaşayanların durumu örnektir.

Bölüm 18. Maddi kaynaklar

Bu bölüm kişinin hem maddi kaynaklarına (ve değişim değeri olan diğer kaynaklarına) bakışını, hem de bu kaynakların sağlıklı ve rahat bir yaşam sürebilmesi için gerekli olan şeyleri ne ölçüde sağladığını araştırır. Kişinin yaşam kalitesini etkileyebilecek şeyleri temin etmesi ya da edememesi üzerinde durulmuştur.

Sorular kişinin geliriyle elde edebileceği şeylerle ilgili doyum ya da doyumsuzluk duygusunu içermektedir. Sorular kişinin maddi (veya değişim değeri olan diğer) kaynaklar tarafından sağlanan bağımlılık/bağımsızlık duygusunu ve “yeterince sahip olma” duygusunu içerir.

Değerlendirme kişilerin refah düzeyleri ve işinin olup olmadığı dikkate alınmaksızın yapılacaktır. Kişilerin parasal olanakları hakkında “yeterli” ya da “benim gereksinimlerimi karşılıyor” gibi değerlendirmelerinin çok değişken olabileceği düşünülmüş, bu nedenle

sorular bu çeşitlemeleri uyumlu hale getirecek biçimde düzenlenmiştir. Ruhsal ya da bedensel yeti yitimi olan kişilerin, sığınmacılar ve işsizlerin durumu bu bölüme örnektir.

Bölüm 19. Sağlık hizmetleri ve sosyal yardım: Ulaşılabilirlik ve nitelik

Bu bölüm kişinin yakın çevresindeki sağlık hizmetlerine ve sosyal yardıma bakış açısını değerlendirir. “Yakın” sözcüğü ile bu yardımı almak için gereken zaman kastedilmektedir.

Sorular kişinin sağlık hizmetlerine ve sosyal yardımlara ulaşabilmesinin yanı sıra, alabildiği veya alabilmeyi umduğu hizmetlerin kalitesi ve bütünlüğü konusundaki görüşlerini de kapsar. Kişinin çevresindeki gönüllü grupların toplumsal desteği (dini hayır kurumları, ibadet yerleri...) ister ulaşılabilir tek sağlık sistemi olsun, isterse mevcut olan sistemi destekleyici olsun, sorularda yer almıştır. Sorular, bu hizmetlere kişinin kendisinin ya da arkadaş veya yakınlarının hangi kolaylık ya da zorlukla ulaşabildiğini de içerir. Kişinin sağlık hizmetleri ve sosyal yardım hakkındaki görüşleri üzerinde durulmuştur. Sağlık hizmetinin kişisel anlamı çok az olan veya soruları yanıtlayan kişi için önemi olmayan yönleri sorulmamaktadır. Hiçbir sağlık kuruluşunun bulunmadığı kırsal bir bölgede yaşayan kişinin durumu ya da kişi veya kamu sağlık hizmetlerinin veya sosyal yardımların yetersiz olduğu yerlerde sağlık güvencesi bulunmayan kişinin durumu bu bölümde kapsanır.

Bölüm 20. Yeni bilgi ve beceri edinme fırsatları

Bu bölüm kişinin neler olup bittiği hakkında fikir sahibi olma ve yeni bilgi ve beceriler edinme arzu ve fırsatlarını araştırır. Bu süreç resmi eğitim programları yoluyla olabileceği gibi tek başına (örneğin okuma) veya grup halinde yürütülen yetişkin eğitim hizmetleri, boş zamanları değerlendirme etkinlikleri yöntemleriyle de gerçekleştirilebilir. Bu bölüm olup bitenden haberdar olmayı içerir ki bunun kapsamı bazı kişiler için geniş (dünya haberleri), bazıları için de daha sınırlıdır (köy sohbetleri). Etrafta olup bitenlerden haberdar olma duygusu birçok kişi

için önemlidir ve kapsanmıştır. Burada kişinin bilgi ve haberleşme gereksiniminin karşılanması vurgulanmaktadır. Bu süreç hem eğitim alanında bilgilenmeyi, hem de kişinin yaşam kalitesi üzerinde az çok etkisi olan yerel, ulusal ya da uluslararası haberleri edinmeyi kapsar. Sorular yeni bilgi ve beceriler edinmenin, dünya haberlerinden yerel dedikodulara, resmi eğitim programlarından mesleki eğitime kadar değişen yönlerini kapsayacak biçimde düzenlenmiştir. Bu soruların yanıtlayan kişiler tarafından yaşamdaki durumlarına uygun ve anlamlı biçimde yorumlanacağı kabul edilmektedir.

Kırsal alanda oturan, haber alma olanağı kısıtlı kişilerin ya da sürekli eğitime başlayan yetişkinin durumu bu bölümde kapsanmıştır.

Bölüm 21. Dinlenme ve boş zaman değerlendirme fırsatları ve bunlara katılabilme

Bu bölüm kişinin boş zaman değerlendirme, eğlenme ve rahatlama fırsatlarına katılabilme eğilim ve yeteneğini araştırır. Sorular eğlence, rahatlama ve yenilenme uğraşlarının her biçimini kapsar. Bunlar arkadaş ziyareti, spor yapma, okuma, televizyon izleme, aileyle vakit geçirmekten hiç bir şey yapmamaya kadar değişebilir. Sorular üç konuda odaklanmıştır. Kişinin dinlenme ve eğlenme kapasitesi, fırsatları ve bu süreçlerden haz alma yeteneği. Fiziksel özürli kişiler ya da herhangi bir nedenle evinden dışarı çıkamayan kişilerin durumu bu bölümde içerilir.

Bölüm 22. Fiziksel çevre

Bu bölüm kişinin çevresine bakış açısını araştırır. Gürültü, kirlilik, iklim ve çevrenin genel estetik görünümü ile bunların kişinin yaşam kalitesini olumlu ya da olumsuz biçimde nasıl etkilediğini kapsar. Bazı kültürlerde çevrenin belli özellikleri (örneğin hava kirliliği, suya ulaşabilme gibi yaşamsal konular) yaşam kalitesi açısından özellikle önem taşır.

Başka başlıklarda ele alındığı için, ev ortamı ve ulaşım konularına burada değinilmemiştir. Aşırı kirli ve kalabalık bir kentte yaşayan kişinin

veya doğal afet tehdidi olan yerde yaşayan kişinin (deprem, sel gibi) durumu bu bölüme örnektir.

Bölüm 23. Ulaşım

Bu bölüm kişinin bir yerlere gidebilmek için ulaşım araçlarını bulabilmesinin ve onlardan yararlanabilmesinin ne kadar kolay olduğu hakkındaki görüşünü kapsar. Sorular, kişinin kullanabildiği her türlü ulaşım aracını kapsar (bisiklet, otomobil, otobüs gibi). Burada araçların günlük yaşamın gereklerini yerine getirmek ve kişinin istediği dış etkinliklere katılmasını sağlamak üzere ne kadar yararlanılabilir olduğuna odaklanılmıştır.

Sorular ulaşım aracının türüne ve evin içinde bir yerden diğer yere gitmek için kullanılan araçlara değinmez.

Ek olarak, başka yerde araştırıldığından, bireyin hareketlilik düzeyi bu başlıkta yer almamıştır (mobilité). Şehirde çalışıp şehir dışında yaşayan kişilerin veya sağlık kurumlarına gitmek için kamu taşıtı kullanması gereken kişilerin durumu bu bölüme örnek verilebilir.

ALAN VI. Maneviyat, din, kişisel inançlar alanı

Bölüm 24. Maneviyat, din, kişisel inançlar

Bu bölüm kişinin inançlarını ve bu inançların onun yaşam kalitesini nasıl etkilediğini araştırır. Bu süreçler kişinin yaşamdaki zorluklarla başa çıkmasına yardım ediyor olabilir, yaşamını biçimlendiriyor, manevi ve kişisel sorularla ona anlam katıyor ve daha genel bir biçimde kendini iyi hissetmesine katkıda bulunuyor olabilir. Bu bölüm, farklı dinsel inançları olan kişiler (müslümanlar, museviler, hristiyanlar, budistler, hindular) yanı sıra kişisel ve manevi inançları bilinen bir dinin kurallarına uymayan kişileri de kapsar.

Bir çok kişi için din, kişisel inançlar ve maneviyat; rahatlık, iyilik, güven ve güç kaynağıdır; bir yere ait olma duygusu sağlar ve yaşama

anlam ve güç katar. Bununla birlikte bazı kişiler dinin yaşamlarında olumsuz bir etkisi olduğunu düşünüyor olabilirler. Sorular konunun bu yönünün de ortaya çıkabilmesine olanak verecek biçimde düzenlenmiştir. Müslüman bölgesinde yaşayan musevilerin misyonerlerin durumu veya terminal dönemde hastalığı olan kişinin içsel diyalogu örnek verilebilir.

2.8.2. DEPRESYON ve BECK DEPRESYON ENVANTERİ

Depresyon kişinin sosyal işlevlerini ve günlük yaşama dair etkinliklerini rahatsız edecek, bozacak dereceye ulaşmış üzüntü, melankoli veya keder durumudur.

Kişinin semptomatik depresyon kriterlerinden belli miktarda kısmına sahip olup olmadığının ölçülmesiyle teşhis konulur. DSM-IV-TR veya ICD-9 / ICD-10 gibi depresyon kriterlerine bakılarak depresyon teşhisi koyulur.

Aşağıdaki dokuz belirtiden en az beşinin (ilk iki belirtiden en az biri bulunmak üzere), en az iki hafta süresince var olması durumuna "major depresyon" denir.

1-Hemen her gün ve günün büyük bir kısmında gözlenen çökkün bir duygu-durum hali (kendini mutsuz, ağlamaklı, kederli hissetme hali).

2-Hemen her gün yaklaşık gün boyu süren tüm ya da çoğu etkinliğe karşı ilgi ve zevk almada azalma (daha önce keyif alınan işler, hobiler ve alışkanlıklardan artık hoşlanmama, mecburen yapma hali,(dünyayı verseler umurumda değil şeklinde bıkkınlık hisleri,bazı kişilerde cinsel isteksizlik).

3-Diyet uygulanılmamasına karşın önemli derecede kilo kaybı ya da alımı (bir ay içinde vücut ağırlığının %5 'inden fazlasının artması ya da azalması) ya da hemen her gün iştahta artma yada azalmanın olması.

4-Hemen her gün uykusuzluk ya da aşırı uyku hali.

5-Hemen her gün olağan beyinsel ve vücutsal işlevsellik, hareketlilik halinde azalma ya da huzursuzluk (oturmayı veya yatmayı yeğleme ya da sıkıntıdan yerinde duramama).

6-Hemen her gün halsizlik, yorgunluk hisleri, daha önceki günler kadar enerjik hissetmeme.

7-Hemen her gün kendini değersiz hissetme, küçük görme, kendini beğenmeme, suçlu ya da günahkar hissetme hali.

8-Hemen her gün düşünme ya da konsantrasyon yeteneğinde azalma olması (konuşulanlara, okunan şeylere, izlenen tv programlarına dikkatini verememe, söylenenlerin bir kulaktan girip diğerinden çıkması gibi) ya da kararsızlık hali.

9-Tekrarlayan ölüm düşünceleri, intihar planları veya eylemlerinin varlığı.

Yapılan toplumsal çalışmalarda depresyonun yaşam boyu prevalansı %4,9-17,1 arasındadır. Birinci basamakta yapılan kesitsel çalışmalarda sıklığı %4,8-8,6 arasında değişmektedir (40). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 1990 yılında, Major depresyonu en sık izlenen dördüncü önemli sağlık sorunu olarak bildirirken, 2020 yılında ikinci sıraya yükseleceğini tahmin edilmektedir (41).

Klinikte kullanılmak üzere Hamilton, Beck, Zung depresyon skalası gibi tarama testleri vardır. Depresyon taramalarının hastaların daha iyi tedavi almalarını sağlayarak, depresif morbiditeyi azaltıp, hastalığı kronikleşmeyi önleyebileceği gösterilmiştir (42).

Beck Depresyon Envanteri (BDE) depresyonda görülen negatif, duygusal, bilişsel ve motivasyonel alanlarda ortaya çıkan belirtileri ölçmek amacıyla 21 maddeden oluşan ve son bir hafta sürecindeki durumun göz önüne alındığı, kendini değerlendirme aracıdır.

Kendini değerlendirme ölçeği olan BDE'nin amacı depresyon tanısı koymak değil, depresyon belirtilerinin derecesini objektif olarak belirlemektir. Klinik gözlemler sistematik olarak 21 belirti altında birleştirilmiş ve tutumlar yoğunluğuna göre 0–3 arasında derecelendirilmiştir.

Ölçeğin alt grupları şunlardır:

- 1- Duygu durumu,
- 2- Karamsarlık,
- 3- Başarısızlık duygusu,
- 4- Neşesizlik,

- 5- Suçluluk duyguları,
- 6- Cezalandırma duygusu,
- 7- Kendini beğenmeme,
- 8- Kendini suçlama,
- 9- İntihar isteği,
- 10- Ağlama,
- 11- Sinirlilik,
- 12- Sosyal geri çekilme,
- 13- Kararsızlık,
- 14- Beden imajının değişmesi,
- 15- Çalışmama,
- 16- Uyku bozukluğu,
- 17- Yorgunluk,
- 18- İştahsızlık,
- 19- Kilo kaybı,
- 20- Somatik yakınmalar,
- 21- Libido kaybı.

Bu alt gruptan 11'i biliş, 2'si duygu, 2'si açıkça görülen davranış, 1'i kişiler arası sorunlar, 5'i somatik semptomları ölçmektedir. Ölçek için araştırmalarda farklılık göstermekle birlikte 17 puanın klinik depresyonu belirlemede yeterli olabileceği belirtilmektedir.

0-63 puan arasında değer alabilen BDE'nin depresyon tanısının konulmasında verilen puan dağılımı şöyledir:

- 1- Hafif düzeyde depresyon (11–17 puan);
- 2- Orta düzeyde depresyon (18–29 puan);
- 3- Ciddi düzeyde depresyon (30–63 puan).

Türkiye'de birbirinden bağımsız iki uyarılma çalışması yapılmıştır (Teğin 1980, Hisli 1988, 1989) (43). Hisli'nin (1989) üniversite öğrencileri ile yaptığı çalışmada ortalama puan kızlar için 9.33, erkekler için 10.27, toplam BDE puan ortalaması 9.58 olarak saptanmıştır.

3.AMAÇLAR

3.1. Çalışmanın Amacı

3.1.1. Yakın Amaçlar

İşkence mağdurlarının;

1. Sosyo demografik özelliklerinin belirlenmesi,
2. İşkence mağdurlarının depresyon düzeylerinin değerlendirilmesi
3. İşkence mağdurlarının yaşam kalitelerinin değerlendirilmesi
4. Aldıkları hizmet kalitesi ve yeterliliğinin değerlendirilmesi,

3.1.2. Uzak Amaçlar

5. İşkence mağdurlarının korunması, sosyal yaşama adapte edilmeleri için yeni argüman ve politikalar geliştirerek bunların ilgili kurumlar seviyesinde tartışmaya açılmasının zorlanması,

6. Kullanılan “Yaşam Kalitesi Ölçeği”nin işkence mağdurlarının yaşam kalitesinin ölçülmesinde eksik kalan yönlerinin bulunup bulunmadığının değerlendirilmesi ve böyle bir gereksinimin hissedilmesi durumunda işkence mağdurlarına yönelik yeni ölçek geliştirilmesi için tartışma başlatılması.

3.2. Çalışmanın hipotezi

Bu çalışmadaki temel hipotez TİHV'nın başvuranlara uyguladığı tedavi ve rehabilitasyon programı, başvuranların yaşam kalitelerini olumlu yönde değiştirmektedir.

3.3. Sınırlılıklar

TİHV başvurularının yaşadıkları süreç nedeniyle yaşadıkları güvensizlik, çalışmaya katılım sayısını önemli ölçüde etkilemiştir.

Katılımcıların %24,6'sı ikinci görüşmeye katılmamışlardır.

WHOQOL 100-Tr formunun uzun olması bazı katılımcıların formu yanıtlamak konusunda heveslerinin kırılmasına neden olmuştur.

Katılımcıların kimisi WHOQOL 100-Tr sorularının kendi sıkıntılarını tam olarak yansıtacağına inanmadıklarını belirterek, güvensizlik göstermişlerdir.

Gözaltı, işkence ve cezaevi süreci ile çalışma arasında geçen sürenin kimi katılımcılar için oldukça uzun olması kullanılan ölçeklerin sonuçlarını etkilemiş olabilir.

4.GEREÇ VE YÖNTEM

4.1. Araştırmanın Tipi

Araştırma, iki aşamada gerçekleştirilmiştir. İlk aşamada var olan durumun değerlendirildiği kesitsel bir çalışma yapılmıştır. İkinci aşamada TİHV'nin uyguladığı rutin muayene, tedavi ve rehabilitasyon sürecinden oluşan girişimin sonuçlarının değerlendirildiği müdahale araştırması gerçekleştirilmiştir.

4.2. Kullanılan gereçler

Araştırmada TİHV'nin kullandığı yarı yapılandırılmış görüşme formu, BECK depresyon envanteri, (BDE) ve WHOQOL 100-Tr yaşam kalitesi ölçekleri kullanılmıştır.

4.2.1. Türkiye İnsan Hakları Vakfı Başvuru Formu

TİHV görüşme formu; Vakıf hekimleri tarafından başvurularla yüz yüze yapılan görüşmelerde kullanılmaktadır. Yeni başvuruların demografik özelliklerinin, gözaltı ve cezaevi yaşantılarının, yakınmalarının detaylı olarak alındığı, tedavilerin ve sonuçlarının işlenip takip edildiği, yarı yapılandırılmış çok amaçlı bir formdur.

4.2.2 Beck Depresyon Envanteri

Beck Depresyon Envanteri (BDE) depresyonda görülen negatif, duygusal, bilişsel ve motivasyonel alanlarda ortaya çıkan belirtileri ölçmek amacıyla 21 maddeden oluşan kendini değerlendirme aracıdır.

Bu çalışmada Hisli tarafından geçerlik ve güvenirlik çalışmaları yapılan Beck Depresyon Ölçeği Türkçe formu kullanılmıştır.

0-63 puan arasında değer alabilen ölçekle ilgili değerlendirmelerde 17 puan kestirim noktası olarak kullanılmış, 0–17 puan “depresyon yok”, 18 puan ve üzeri “depresyon var” olarak tanımlanmıştır. Ayrıca ölçeğin aşağıda belirtilen gruplandırması kullanılmıştır:

11–17 puan	Hafif düzeyde depresyon
18–29 puan	Orta düzeyde depresyon
30–63 puan	Ciddi düzeyde depresyon

4.2.3 WHOQOL 100 TR Yaşam Kalitesi Ölçeği

WHOQOL - 100 TR, altı alan (domain) ve 24 bölüm (faset) içinde (Tablo 2) toplam 100 sorudan oluşmaktadır. Her bir bölüm 4'er sorudan oluşmaktadır. Sorular 5'li Likert tipi ordinal yanıt ölçeğine sahiptir. Ölçeğin toplam skoru yoktur. Her bir bölüm ve alan maksimum 20 puan veya 100 puan üzerinden skor alır. Yüksek puan daha iyi yaşam kalitesini ifade eder. Bu ölçeğin Türkçe sürümünde (WHOQOL–100 TR) ayrı bir “Sosyal Baskı” fasetini oluşturan Türkiye'ye özgü 3 ek soru daha vardır.

Bu çalışmada WHOQOL 100 Tr sonuçları ham puanlar üzerinden değerlendirilerek yorumlanmıştır. Karşılaştırma yapılan kimi çalışmaların değerlerinin 0-100 biçimine dönüştürülmüş olması nedeniyle, çalışmanın verileri de 0-100 biçimine dönüştürülerek karşılaştırılmıştır. Yapılan çalışmalar incelendiğinde sonuçların çoğunlukla ham skorlar üzerinden değerlendirildiği görülmektedir.

4.3. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma TİHV İzmir Temsilciliğinde 01.11.2004 – 31.11.2005 tarihleri arasında yürütülmüştür.

4.4. Araştırma Evreni

Araştırmaya evrenini 01.11.2004 – 31.11.2005 tarihleri arasında TİHV İzmir Temsilciliğine başvuran ve Vakıf desteği alması uygun görölen 116 kişi oluşturmaktadır. Araştırmacı bunların 58'iyle görüşmüş ve kriterlere uymayan bir kişi araştırma kapsamına alınmamış, çalışma kalan 57 kişiyle gerçekleştirilmiştir.

4.5. Dışlama Kriterleri

Dışlama kriterleri şunlardır:

- 16 yaşından küçükler
- Türkçe bilmeyenler,
- TİHV'nın İzmir dışındaki diğer merkezlerinden naklen gelen başvurular,
- Okuma yazma bilmeyenler,
- Açlık grevi nedeniyle Wernicke-Korsakof tanısı almış olanlar\alanlar,
- Dokümantasyon için başvuranlar,
- İzlem sırasında tekrar gözaltına alınıp işkence görenler, cezaevine girenler,

4.6. Değişkenler

4.6.1. Bağımsız değişkenler

Araştırmanın bağımsız değişkenleri TİHV görüşme formundaki verilerdir.

- Demografik bilgiler
- Gözaltı ve işkence süreci
 - Son gözaltı süresi
 - Son gözaltında kalınan süre
 - Son gözaltındaki işkencenin üzerinden geçen süre
 - Uygulanan işkenceler
- Hukuksal süreç
 - Son gözaltında avukat var mıydı?
 - Son gözaltından sonraki durum

- Son gözaltından sonra adli rapor alındı mı?
 - İşkence sonrasında suç duyurusu yapıldı mı?
- Önceki gözaltı ve işkence süreçleri
 - Toplam gözaltı sayısı
 - Toplam gözaltı süresi
 - Son işkencenin üzerinden geçen süre
 - Önceki gözaltılarda uygulanan işkence yöntemleri
- Cezaevi süreci
 - Son gözaltından sonra cezaevinde kalınan süre
 - Cezaevinde kaldığı toplam süre
 - Cezaevinden son tahliye tarihi
 - F tipi cezaevinde kaldığı süre
 - Cezaevinde uygulanan işkence yöntemleri
 - Cezaevinde operasyon yaşadı mı?
 - Cezaevi operasyonunda maruz kaldığı travmalar
- Açlık grevi öyküsü
 - En uzun açlık grevi süresi
 - Toplam açlık grevi süresi
- Sosyal değerlendirme
 - Herhangi bir sosyal güvencesi var mı?
 - Başvuranın eğitimi yaşanan süreç nedeniyle etkilendi mi?
 - Başvuranın işi, mesleği yaşanan süreç nedeniyle etkilendi mi?
 - Başvuranın medeni durumu yaşanan süreç nedeniyle etkilendi mi?
 - Başvuranın çocuklarının eğitimi yaşanan süreç nedeniyle etkilendi mi?
 - Ailede başka çalışan var mı?
 - Göç yaşadı mı?
 - Kimlerle kalıyor?
 - Başvuranın yaşadığı süreçteki destek algısı

- Sistem anamnezi
- Fiziksel tanılar
- Psikolojik tanılar
- Tedavi ve sonuç

4.6.2. Bağımlı değişkenler

- Depresyon
- Yaşam kalitesi

4.7. Veri toplama yöntemi ve süresi

Türkiye İnsan Hakları Vakfı'na (TİHV) başvuran herkese, vakfın başvuru hekimlerinin çalışma programına göre randevu verilir. Başvuru şahsen, telefonla veya TİHV'na referans olarak kabul edebileceği kişi ve kurumların aracılığı ile olabilir. Kişinin yakınmaları ve yaşadığı adli süreç başvuruyu kabul eden kişi tarafından not alınır. Bu kişi genellikle sosyal hizmet uzmanıdır.

Randevu tarihinde başvuran kişi ile önce vakfın sosyal hizmet uzmanı bir ön görüşme yapar. Bu görüşmede TİHV'nın kuruluş amacı, finans kaynakları, partnerleri, başvurudan istenen bilgilerin kendi yazılı izni olmadan ikinci şahıslarla paylaşılmayacağı, vakıf hizmetlerinin neleri kapsadığı ve bunun nasıl belirlendiği detaylı olarak anlatılır; varsa başvuranın soruları yanıtlanır. Ardından başvuru hekimiyle görüşmeye geçilir.

4.7.1. TİHV'da Tedavi ve Rehabilitasyon Süreci

TİHV'nın "tedavi ve rehabilitasyon" ve "hukuksal yardım" kapsamını uluslararası belgelerde tanımlandığı şekliyle "işkence" görmüş olmak ve bu süreç nedeniyle gerek sağlık, gerekse hukuksal sorunlar yaşıyor olmak belirlemektedir. Ancak bu durum başvuranlar tarafından tam olarak anlaşılmadığı ve her koşulda TİHV'nın kendilerine yardım etmesini bekledikleri için kimi zaman sorunlar gözlenmektedir. Kimi zaman da bazı hastalıkların yaşanılan süreç nedeniyle gelişmiş olması çok muhtemel iken, bazı hastalıkların bu süreçle ne derece bağlantılı olduğunu anlamak mümkün olmamaktadır. Bu konunun aşılması, kapsamın belirlenmesi için her yeni bir

başvuranla yapılan görüşmeden sonra o kişiye ait dosya her hafta düzenli olarak yapılan yürütme kurulu toplantısında tartışılır. Rahatsızlıkların yaşanılan süreçle ilgili olup olmadığı tartışılır, eğer tartışma sonunda hala soru işaretleri kaldıysa “şüphe hasta lehinedir” ilkesi uygulanarak ortak bir karar alınır; varılan sonuç karar defterine gerekçesiyle birlikte yazılır.

Vakıf başvuru hekimleri insan hakları konusuna özel ilgi duyan ve bu konuda deneyimleri olan pratisyen hekimlerdir. Başvuranla görüşmenin ilk bölümünde görüşmenin ne şekilde gelişeceği, yaşadıklarına ait bilgileri tekrar anlatmasının isteneceği, bunun onu rahatsız edebileceği, bu durumda istemediği takdirde o konunun atlanabileceği, görüşmeye ara verilebileceği, hatta başka bir gün görüşülebileceği belirtilir. Konuşulanların tamamen vakıfta özel olarak kalacağı ve kapsam konusunda verilere temel oluşturacağı, kapsam konusunda sıkıntıya düşüldüğünde yürütme kurulunda tartışılacağı, yakınmalarının kapsam dışında kalması durumunda bile tanı konuluncaya kadar gerekenlerin yapılacağı, ancak tanı konup kapsam dışı kararı alınmışsa ilk tedavisi düzenlendikten sonraki tedaviyi kendisinin üstlenmesi gerekeceği, diğer tedavilerin yakınmaları stabil hale gelene kadar vakıf tarafından üstlenileceği, o görüşmeden sonra tüm sürecin takibinin o hekim tarafından yapılacağı, gerekli görülen durumlar için uzman hekimlerle görüşmelerin vakıf tarafından ayarlanarak tedavilerinin düzenleneceği, bir sorunu olduğunda onu arayabileceği anlatılır.

Daha sonra yarı yapılandırılmış bir form olan “Vakıf Başvuru Formu” formatına uygun olarak başvurunun özaltı, cezaevi ve açlık grevi öykülerini anlatması istenir. Adli muayenenin nasıl yapılacağı konusunda İstanbul Protokolünde belirtilen esaslar ışığında, başvurana yapılan adli muayenelerle ilgili bilgiler derlenir. Yakınmaları dinlendikten sonra sistemik muayenesi yapılır. Tüm görüşmeye ait notlar başvuru formuna işaretlenir, yazılır.

Her başvurana rutin kan ve idrar tetkikleri yaptırılır ve akciğer grafisi çektilir. Tanısı konulup tedavisi düzenlenebilecek rahatsızlıkların tedavisi vakıfta, başvuru hekimince düzenlenir. Uzman görüşü istenen durumlar için uzman hekimlere, başvurunun durumunu açıklayan bir konsültasyon formu yazılır ve muayene sonucunda konulan tanının başvuranın yaşadığı süreçle ilgisini belirtmesi istenir. Uzman hekimler muayene bulgularını, varsa istedikleri tetkikleri, düzenledikleri tedavileri ve tespit edilen durumun süreçle

ilgisini konsültasyon formuna yazarak başvuru hekimine iletir. Süreçle ilgili bir karar verme sıkıntısı yaşanırse uzman hekimle görüş alışverişi de yapılır.

Yakınmalara ait konsültasyonlar, gerekli görülen tetkikler ve girişimler yapıp, yakınmalar bir stabilite kazandıktan sonra durum yürütme kurulunda görüşülür ve başvurularla dosyanın kapanmasına dair bir görüşme yapılarak dosya kapatılır. Özellikle ruhsal sıkıntıların her zaman rahatsız edici olabileceği söylenerek, kapanmış da olsa dosyaların ruhsal yakınmalar için her zaman tekrar ele alınabileceği hatırlatılır.

4.7.2. Veri Toplama Süreci

Türkiye insan Hakları İzmir Temsilciliğine 01.11.2004 ile 31.11.2005 tarihleri arasında başvuran kişilerin hepsiyle TİHV'nın rutin işleyişi uyarınca normal görüşmeler yapılmış, dışlama kriterleri dışında kalanlara çalışmaya katılıp katılmayacakları sorulmuş, katılmayı kabul edenlere çalışmanın amaç ve yöntemi detaylı olarak kendilerine açıklanmış ve aydınlatılmış onam formu okutularak imzalatılmış, daha sonra formların nasıl doldurulacağı detaylı olarak anlatılarak, akıllarına takılan herhangi bir soruyu istedikleri an sorabilecekleri hatırlatılarak uygun bir mekânda formları doldurmaları sağlanmıştır.

İlk görüşmeler 01.11.2004 tarihinden itibaren 9 aylık süre boyunca yapılmıştır. İlk Görüşmede Vakıf Başvuru formu, BDE ve WHOQOL 100-Tr yaşam kalitesi ölçekleri doldurulmuştur. İkinci görüşmeler ilk görüşmelerden sonraki 4. ay içinde tamamlanmıştır, bu görüşmelerde BDE ve WHOQOL 100-Tr yaşam kalitesi ölçekleri doldurulmuştur. İki görüşme arasında 3 aylık süre olmasının nedeni, bu sürede tedavi sürecinin yaklaşık olarak tamamlanıyor olması ve varsa, depresyon tedavisine bu süre içinde yanıt oluşmaya başlıyor olmasıdır. 9. Ayın sonunda yapılan ilk görüşmeye ait ikinci görüşme bir yılın sonunda, 31.11.2005 tarihinde tamamlanmıştır.

İkinci görüşmeler için görüşme zamanı gelen katılımcılara telefonla ulaşılarak TİHV İzmir Temsilciliğine davet edilmişlerdir. Telefon ücretleri ve maddi durumu yeterli olmayanlara geliş gidiş yol ücret bedelleri TİHV yönetim kurulu onayıyla bu kurum tarafından karşılanmıştır.

Bu çalışmaya katılan kişilerin tamamı ile araştırmacı görüşmüş, veriler araştırmacı tarafından bizzat toplanmıştır.

4.8. Etik Kurul Onayı

Çalışmaya başlamadan önce TİHV İzmir Yürütme Kurulunun, daha sonra TİHV Yönetim Kurulu ve en sonra da TİHV Etik Kurulunun onayı alınmıştır.

4.9. Ölçek ve Verilerin kategorizasyonu

BDE, yapılan analizlerde kategorize edilerek kullanıldığında, 18 puan ve daha üstünün klinik depresyonu belirtmesi nedeniyle, 17 puanın altında olanlar “depresyon yok”, 18 puan ve üstünde olanlar “depresyon var” olarak kategorize edilmişlerdir.

WHOQOL 100’ün bir kesme noktası olmadığından kategorize edilmemiştir.

TİHV görüşme formundaki veriler şu şekilde sınıflandırılmışlardır:

- Eğitim durumu:
 - İlköğretim ve altı eğitim alanlar
 - Lise ve üzerinde eğitim alanlar
- Yaş Grupları
 - 29 yaş ve altı
 - 30-39 yaş
 - 40-49 yaş
 - 50 yaş ve üzeri
- Medeni Durum
 - Evli
 - Bekar
- Çalışma Durumu
 - İşsiz
 - İş var veya öğrenci
- Sosyal Güvencesi var mı?
 - Sosyal güvencesi var

- Sosyal güvencesi yok
- Yaşanan süreç nedeniyle eğitimi etkilendi mi?
 - Eğitimi etkilendi
 - Eğitimi etkilenmedi
- Yaşanan süreç nedeniyle iş durumu etkilendi mi?
 - İş durumu etkilendi
 - İş durumu etkilenmedi
- Yaşanan süreç nedeniyle medeni durumu etkilendi mi?
 - Etkilendi
 - Etkilenmedi
- Yaşanan süreç nedeniyle çocukların okul durumu etkilendi mi?
 - Etkilendi
 - Etkilenmedi
- Ailede başka çalışan var mı?
 - Ailede başka çalışan var
 - Ailede başka çalışan yok
- Göç yaşadı mı?
 - Göç yaşadı
 - Göç yaşamadı
- Sosyal destek alıyor mu?
 - Sosyal destek alıyor
 - Sosyal destek almıyor
- En uzun açlık grevi süresi
 - 30 gün ve daha az
 - 30 günden fazla
- Toplam açlık grevi süresi
 - 180 gün ve daha az
 - 180 günden fazla
- F tipi cezaevinde kalma süresi
 - 12 ay ve daha az
 - 12 aydan fazla
- Cezaevinde kalınan toplam süre
 - 60 ay ve daha az

- 60 aydan fazla
- Son gözaltı süresi
 - 7 gün ve daha az
 - 7 günden fazla
- Toplam gözaltı süresi
 - 15 gün ve daha az
 - 15 günden fazla
- Son gözaltında avukat var mı?
 - Son gözaltında avukat var
 - Son gözaltında avukat yok
- Son gözaltından sonra tutuklandı mı?
 - Son gözaltından sonra tutuklandı
 - Son gözaltından sonra tutuklanmadı
- Son gözaltından sonra dava açıldı mı?
 - Son gözaltından sonra dava açıldı
 - Son gözaltından sonra dava açılmadı
- Son gözaltında işkence gördü mü?
 - Son gözaltında işkence gördü
 - Son gözaltında işkence görmedi
- Son gözaltından sonra kendi isteği ile adli rapor aldı mı?
 - Son gözaltından sonra kendi isteği ile adli rapor aldı
 - Son gözaltından sonra kendi isteği ile adli rapor almadı
- Son gözaltından sonra resmi adli rapor aldı mı?
 - Son gözaltından sonra resmi adli rapor aldı
 - Son gözaltından sonra resmi adli rapor almadı
- Son gözaltından sonra suç duyurusunda bulundu mu?
 - Son gözaltından sonra suç duyurusunda bulundu
 - Son gözaltından sonra suç duyurusunda bulunmadı

Analizler yaşanan gözaltılar, cezaevi yaşantıları ve cezaevi operasyonlarında yaşanan tüm işkence yöntemleri tek bir tabloda birleştirilerek yapılmıştır.

TİHV görüşme formundaki anamnez bilgileri, formda ana başlıklarla belirtilen 13 sistem altında toplanarak analiz edilmiştir. Alt başlıklara ait analizler de yapılmışsa ancak birçok değişkenle yapılan analizlerde yeterli sayıya ulaşılmadığı için bu analizler ve yorumları çalışmaya dahil edilmemişlerdir.

Birbirleriyle benzeşen ve tanı koydurucu özelliği bulunmayan kimi tanılar tek başlık altında birleştirilmişlerdir:

- Ciltte kesi, ezik
- ÜSYE, sinüzit
- Bronşit, pnömoni
- Gastrit, ülser, reflü
- Gonartroz, kondromalazi

4.10. Verilerin değerlendirilmesi

Veriler SPSS 11.0 istatistik paket programında oluşturulan veri tabanına yüklenmiş, istatistik değerlendirmede Ki kare testi, İki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi (Mann Whitney U testi), Kruskal Wallis varyans analizi, Pearson korelasyon analizleri uygulanmıştır.

5.BULGULAR

5.1. Tanımlayıcı Bulgular

Tablo 9. Araştırma grubunun cinsiyet, yaş ve öğrenim durumunun dağılımı

	n (57)	%
Cinsiyet		
Kadın	15	26,3
Erkek	42	73,7
Yaş grupları		
29 yaş ve altı	13	22,8
30-39 yaş	25	43,9
40-49 yaş	15	26,3
50 yaş ve üzeri	2	7,0
Öğrenim Durumu		
Okuryazar	2	3,5
İlkokul Mezunu	19	33,3
Ortaokul Mezunu	3	5,3
Lise Mezunu	17	29,8
YO-Üniversite Terk	13	22,8
YO-Üniversite Mezunu	3	5,3

Araştırmaya katılmayı kabul edenlerin yaş ortalaması $35,6 \pm 7,6$ (en küçük 22–en büyük 55) olarak saptanmıştır. Grubun %22,8'i 42 yaş ve üzerindedir. Araştırma grubunun %26,3'ü kadınlardan oluşmaktadır. %66,7'si bekadır (Tablo 9).

Katılımcıların % 57,9'unun eğitimi lise ve üzerindedir (Tablo 9).

Tablo 10. Araştırma grubunun medeni durum, iş ve sosyal güvence durumunun dağılımı

Medeni Durum	n (57)	%
Bekar	38	66,7
Evli	16	28,1
Ayrı Yaşıyor	2	3,5
Boşanmış	1	1,8
Çalışma durumu		
İşsiz	45	79,0
Öğrenci	6	10,5
Herhangi bir işte çalışıyor	6	10,5
Sosyal güvencesi var mı?		
Sosyal güvencesi yok	35	61,4
Süreç nedeniyle kesintiye uğradı	12	21,0
Emekli sandığı	1	1,8
SSK	7	12,3
Yeşil Kart	2	3,5

Katılımcılardan sadece 1 kişinin (%1,8) medeni durumu yaşadığı süreç son unda etkilenmiş ve boşanmıştır. Araştırma grubunun %78,9'u işsizdir. Çalışanlar çiftçi, kamu ve özel sektör kuruluşlarında büro ve sanayi işçisi olarak çalışmaktadır. Araştırma grubundaki kişilerin %82,5'inin sosyal güvencesi yoktur. Bu grubun %61,4'ü herhangi bir zaman diliminde herhangi bir sosyal güvenlik kurumunun şemsiyesi altına girememişken, %21,1'i sosyal güvence hakkını kaybetmişlerdir. Sosyal güvence hakkını kaybetmenin iki ana nedeni vardır. Sebeplerin ilki, çocukların evlenmeleri ya da erkek çocukların 18 yaşını geçmeleri nedeniyle aileden gelen güvencenin kaybedilmesi, diğeri de yaşanan süreç nedeniyle işin kaybedilmesidir (Tablo 10).

Tablo 11. Araştırma grubunun eğitim, iş, çocukların okul durumunun etkilenip etkilenmemesi

Eğitimi Etkilendi mi?	n (57)	%
Hayır	44	77,2
Okuldan atıldı	6	10,5
Yarım bırakmak zorunda kaldı	7	12,3
İş Etkilendi mi?		
Hayır	43	75,4
İşten atıldı	7	12,3
Sağlık sorunları nedeniyle çalışmıyor	2	3,5
Yaşadığı süreç nedeniyle iş bulmakta güçlük çekiyor	5	8,8
Çocukların okul durumu etkilendi mi?		
Hayır	53	93,0
Okula gidemiyorlar	2	3,5
Okullarını değiştirmek zorunda kaldılar	2	3,5

Araştırma grubunun %10,5'inin okuldan atıldığı, %12,3'ünün okulu yarım bırakmak zorunda kaldığı görülmüştür. Eğitimini yarım bırakmak zorunda kalanlar çalışma grubunun % 22,8'ine ulaşmaktadır. %12,3'ü işten atılmış, %3,5'i sağlık sorunları nedeniyle çalışmamaktadır. Katılımcıların %3,5'unun çocukları okula gidemezken, yine %3,5'unun çocukları okullarını değiştirmek zorunda kalmışlardır (Tablo 11).

Tablo 12. Araştırma grubunun ailede çalışan olup olmaması ve göç durumunun dağılımı

Ailede başka çalışan var mı?	n (57)	%
Hayır	15	26,3
Eş	6	10,5
Çocuklar	5	8,8
Anne baba	9	15,8
Kardeşler	22	38,6
Göç yaşadı mı? Nedeni		
Yaşamadı	17	29,8
Gözaltı-cezaevi	3	5,3
Köy boşaltma-yakma	3	5,3
Korucu baskısı	5	8,8
Ekonomik	20	35,1
Göç sonrası yaşadığı evin niteliği *		
Kendilerine ait	24	60,0
Kira	12	30,0
Yakınlarının yanında kalıyor	4	10,0

* Sadece göç yaşayanlar (40 kişi) alınmıştır

Araştırma grubunun %8,8'inin çocukları da çalışmaktadır Araştırma grubunun %29,8'i göç yaşamamıştır, Göç yaşayanlardan %35,1'inin göç nedeni ekonomiktir. %60'ı göç sonrasında buldukları yerde kendi evlerinde oturmaktadır (Tablo 12).

Tablo 13. Araştırma grubunun sosyal destek algısı dağılımı

Kiminle kalıyor?	n (57)	%
Yalnız	1	1,8
Ailesiyle	46	80,7
Arkadaşlarıyla	3	5,3
Akrabalarıyla	7	12,3
Yaşadığı travma sürecinde sosyal destek algısı		
Hiç destek almıyor	2	3,5
Aile üyelerinden tümüyle destek alıyor	33	57,9
Aile üyelerinden kısmen destek alıyor	19	33,3
İçinde bulunduğu yapıdan tümüyle destek alıyor	2	3,5
İçinde bulunduğu yapıdan kısmen destek alıyor	1	1,8

Çalışma grubunun %80,7'si ailesiyle birlikte, %12,3'ü akrabalarıyla birlikte kalmaktadır. Katılımcıları %91,2'si ailesi tarafından kısmen ya da tamamen desteklenmektedir (Tablo 13).

Son gözaltından beri geçen süre ortalaması $8,49 \pm 3,01$ (0–13) yıldır. İki kişi dışında araştırma grubunun tamamı %96,5'i (55) işkence gördüğünü ifade etmiştir; Son gözaltında geçirilen ortalama gün sayısı

9,61±1,04 (1–46) gündür. Son gözaltından sonra araştırma grubunun %96,5'i tutuklanmış, %87,7'si de ceza almıştır (Tablo 14).

Tablo 14. Araştırma grubunun son gözaltı geçmişi özelliklerinin dağılımı

	n(57)	%
Son gözaltından beri geçen süre		
0-4 yıl	8	14,0
5-9	19	33,3
10 yıl ve üstü	30	52,6
Son işkenceden beri geçen süre		
1 yıldan daha az	5	8,8
1 -5 yıl	4	7,0
6 -10 yıl	31	54,4
10 yıldan fazla	17	29,8
Son gözaltı süresi (gün)		
0-4 gün	14	24,6
5-9 gün	21	36,8
10-14 gün	11	19,3
15-19 gün	8	14,0
20 gün ve üzeri	3	5,3

Tablo 15. Araştırma grubunun son gözaltından sonraki durumu

	n(57)	%
Son gözaltında resmi görevlilerin inisiyatifi ile adli rapor		
Evet, kurallara uygun adli rapor	36	63,6
Evet, kural dışı adli rapor	18	31,9
Hayır	3	5,5
Son işkence sonrası kendi isteği ile adli rapor aldı mı?		
Evet	6	10,5
Hayır	47	82,5
Bilmiyor/hatırlamıyor	4	7,0
Son GA sonrası durum		
Tutuklandı	55	96,4
Savcılığa çıkarılmadan serbest bırakıldı	1	1,8
Savcılıktan ya da mahkemeden serbest bırakıldı	1	1,8
Son GA sonrası dava süreci		
Dava açılmadı	2	3,4
Dava açıldı sürüyor	3	5,2
Dava açıldı mahkûmiyet ile sonuçlandı	50	87,6
Dava açılıp açılmadığı bilinmiyor	1	1,8
İşkence sonrasında suç duyurusunda bulundu mu?		
Mahkemede yada savcılıkta sorguda işkence yapıldığını ifade	36	63,2
Ayrı bir dilekçeyle savcılığa suç duyurusu yaptı	5	8,8
Suç duyurusunda bulunmadı	15	26,2
Bilmiyor/hatırlamıyor	1	1,8

Çalışma grubunun %86'sı gözaltı süresince avukatlarıyla görüştürülmemişlerdir. Bunların %94,8'i adli tabipler tarafından muayene edilmişler ancak %63,6'sı kurallara uygun muayene edilmişlerdir. Daha sonra sadece %10,5'i kendi isteği ile ayrı bir adli rapor almıştır. Gözaltı sürecinden sonra katılımcıların %96,5'i tutuklanmış, %87,7'sinin davaları mahkûmiyet kararı ile sonuçlanmıştır. İşkence görenlerin sadece beşi savcılığa suç duyurusunda bulunduğunu ifade etmiştir (Tablo 15).

Tablo 16. Araştırma grubunun gözaltı geçmişi

Toplam Gözaltı sayısı	n (57)	%
1 kez	29	50,8
2 kez	12	21,1
3-5 kez	9	15,8
6 ve daha fazla	7	12,3
Toplam Gözaltı Süresi		
0-5 gün	10	17,5
6-10 gün	18	31,6
11-15 gün	9	15,8
16-20 gün	4	7,0
21 gün ve daha fazla	16	28,1

Çalışma grubunun ortalama gözaltı sayısı $2,86 \pm 0,56$ 'dır (1-25). Grubun %50,8'i bir kez, bir kişi de 25 kez gözaltına alınmıştır. Toplam gözaltı süresi ortalaması $18,14 \pm 2,80$ (1-123) gündür.(Tablo 16)

Araştırma grubunun %3,5'i cezaevine girmemiştir. Son gözaltı sonrasında cezaevinde kalınan ortalama süre $88,67 \pm 5,39$ (5-146) ay, cezaevinde kalınan toplam süre $89,25 \pm 5,45$ (5-146) aydır. Araştırma grubunun %69,2'si beş yıldan daha fazla cezaevinde kalmıştır. %43,9'u F tipi cezaevine girmemiştir. (Tablo 17). F tipi cezaevinde kalınan süre $15,23 \pm 2,39$ (1-48) aydır.

Tablo 17. Araştırma grubunun cezaevi bilgileri

Son GA sonrası cezaevinde kaldığı süre	n (55)	%
24 aydan az	7	12,7
25-48 ay	4	7,2
49-72 ay	6	10,9
73-96 ay	6	10,9
97-120ay	25	44,1
121 ay ve üzeri	9	14,2
Cezaevinde kaldığı toplam süre	n (55)	
24 aydan az	7	12,7
25-48 ay	4	7,2
49-72 ay	6	10,9
73-96 ay	6	10,9
97-120ay	23	38,3
121 ay ve üzeri	11	20,0
F tipi cezaevinde kaldığı süre	n (32)	%
F Tipinde Kalmadı	25	78,0
1-6 ay	8	25,0
7-12 ay	14	43,8
13-18 ay	2	6,2
18-24 ay	2	6,2
24 aydan fazla	6	18,8

Tablo 18. Araştırma grubunun yaşadığı işkence öyküsü

Son Gözaltında işkence gördü mü?	n (57)	%
Evet	55	96,5
Hayır	2	3,5
Cezaevinde işkence gördü mü?		
Evet	22	40,0
Hayır	33	60,0
Cezaevinde operasyon yaşadı mı?	n (55)	%
Evet	42	76,4
Hayır	13	23,6
Cezaevi operasyonunda travma yaşadı mı?	n (42)	%
Evet	25	59,5
Hayır	17	40,5

Araştırma grubunun %96,5'i son gözaltında işkence görmüştür. Cezaevine girenlerin %35,1'i cezaevinde de işkence görmüş, %73,7'si cezaevinde operasyon yaşamış, bu operasyon yaşayanların tamamı operasyonlar sırasında travmaya maruz kalmışlardır (Tablo 18).

Tablo 19. Son gözaltı, önceki gözaltılar ve cezaevi yaşantılarının herhangi bir aşamasında uygulanan işkence yöntemleri

		n (57)	%
Ajanlık teklifi	Evet	49	86,0
	Hayır	8	14,0
Anlamsız istemler	Evet	14	24,6
	Hayır	43	75,4
Aşağılama	Evet	52	91,2
	Hayır	5	8,8
Aşırı fizik aktivite	Evet	20	35,1
	Hayır	5	8,8
Ayaktan Ters Askı	Evet	4	7,0
	Hayır	53	93,0
Basınçlı - Soğuk su	Evet	36	63,2
	Hayır	21	36,8
Cinsel Taciz	Evet	50	87,7
	Hayır	7	12,3
Dayak	Evet	57	100
	Hayır	-	-
Diğer***	Evet	41	71,9
	Hayır	16	28,1
Diğer Pozisyonel işkenceler**	Evet	34	59,6
	Hayır	23	40,4
Düz askı ya da Çarmih	Evet	28	49,1
	Hayır	29	50,9
Elektrik	Evet	44	77,2
	Hayır	13	22,8
Falaka	Evet	12	21,1
	Hayır	44	77,2
Filistin askısı	Evet	15	26,3
	Hayır	42	73,7
Gözbağı	Evet	54	94,7
	Hayır	3	5,3
Gürültülü müzik/marş	Evet	33	57,9
	Hayır	24	42,1
Hakaret	Evet	57	100
	Hayır	-	-
Havasız bırakma/suda boğma	Evet	7	12,3
	Hayır	50	87,7
Haya burma*	Evet	31	73,8
	Hayır	11	26,2
Hücrede Tecrit	Evet	51	89,5
	Hayır	6	10,5
İşeme ve dışkılama engellenmesi	Evet	41	71,9
	Hayır	16	28,1
İşkenceye görsel/işitsel tanıklık	Evet	38	66,7
	Hayır	19	33,3
Kendine yönelik diğer tehditler	Evet	55	96,5
	Hayır	2	3,5

Tablo 20. Son gözaltı, önceki gözaltılar ve cezaevi yaşantılarının herhangi bir aşamasında uygulanan işkence yöntemleri (Devamı)

		n (57)	%
Kimyasal maddeye maruziyet	Evet	4	7,0
	Hayır	53	93,0
Öldürme tehdidi	Evet	53	93,0
	Hayır	4	7,0
Saç, sakal, bıyık yolma	Evet	30	52,6
	Hayır	27	47,4
Soğuk ortamda bekletme	Evet	37	64,9
	Hayır	20	35,1
Soyma	Evet	51	89,5
	Hayır	6	10,5
Tecavüz	Evet	5	8,8
	Hayır	52	91,2
Uyutmama	Evet	47	82,5
	Hayır	10	17,5
Tek bir noktaya vurma	Evet	12	21,1
	Hayır	45	78,9
Yakınlarının yanında işkence	Evet	5	8,8
	Hayır	52	91,2
Yakınlarına yönelik tehditler	Evet	41	71,9
	Hayır	16	28,1
Yakma	Evet	2	3,5
	Hayır	55	96,5
Yalancı infaz	Evet	18	31,6
	Hayır	39	68,4
Yeme içme kısıtlaması	Evet	36	63,2
	Hayır	21	36,8
Görüşmenin engellenmesi	Evet	15	26,3
	Hayır	42	73,7
Ateşli silah /bomba yaralanması	Evet	3	5,3
	Hayır	54	94,7

* Sadece erkeklere uygulanmış, n (42) olarak hesaplanmıştır.

** Açıklananlar dışında pozisyona bağlı olan zorlayıcı tüm uygulamalar bu grupta değerlendirilmiştir.

*** Listede belirtilmeyenler dışındaki tüm işkence yöntemleri bu gruba dâhil edilmiştir.

Son gözaltı, önceki gözaltılar, cezaevi ve operasyon yaşantılarında uygulanan işkence yöntemleri, hangi aşamada uygulandıklarına dair tablolaştırılarak ek.2' de verilmiştir.

İşkence yöntemlerinin hangi aşamada uygulandıkları dikkate alınmadan, tek bir listede toplanmış hali Tablo 19 ve Tablo 20'de verilmiştir. Bu çalışmada istatistik analizler birleştirilmiş tablo ile yapılmıştır.

Tablo 21. Açlık grevlerinin özellikleri

En uzun açlık grevi	n (55)	%
1-30 gün	33	60
31-60 gün	20	36,3
61-90 gün	-	-
91 gün +	2	3,7
Toplam Açlık Grevi		
1-60 gün	7	12,7
61-120 gün	5	9,1
121-180 gün	5	9,1
181-240 gün	5	9,1
241-300 gün	6	10,5
301-360 gün	10	18,1
361 gün +	17	31,4
Açlık Grevinde vitamin aldı mı?		
Düzenli Aldı	1	1,8
Düzensiz Aldı	8	15,6
Hiç Almadı	45	80,8
Engellendi	1	1,8

En uzun açlık grevi süresi ortalaması $30,96 \pm 3,87$ gün (1-196), toplam açlık grevi süresi ortalaması $335,16 \pm 43,07$ gündür (2-900). Açlık Grevi yapan 55 kişinin % 5,4'ü açlık grevi sırasında düzensiz tuz, su ve şeker almıştır, hiçbirisinde bilinç kaybı olmamıştır. Bu kişilerden sadece bir kişi (% 1,8) açlık grevlerinde düzenli vitamin alırken %80,8'i açlık grevlerinde hiç vitamin almamıştır (Tablo 21).

Tablo 22. Başvuranların yakınmalarına göre dağılımı

Yakınmalar	n (57)	%
Genel yakınmalar	24	42,1
Cilt yakınmaları	15	26,3
Kas iskelet sistemi yakınmaları	38	66,7
Nörolojik yakınmalar	38	66,7
KVS yakınmaları	11	19,3
Solunum Sistemi yakınmaları	13	22,8
GİS yakınmaları	25	43,9
Endokrin sistem yakınmaları	3	5,3
Ürogenital yakınmalar	25	43,9
Göz yakınmaları	17	29,8
KBB yakınmaları	17	29,8
Diş yakınmaları	5	8,8
Psikolojik yakınmalar	56	98,2

Yakınmalar 13 başlık altında incelenmiştir. Her bir başlık konu ile ilgili alt sorularla detaylandırılmıştır (Tablo 22). Ancak yakınmalar başlığında sorgulanan sistemlere ait olgu sayıları analiz yapmaya yeterli olmadığı için tabloya eklenmemiştir. Katılımcıların %98'inde ruhsal yakınmalar, %66,7'sinde nörolojik ve kas iskelet sistemi yakınmaları en sık rastlanılan yakınmalardır. %5,3 ile endokrin sistem yakınmaları, %8,8 ile ağız ve diş yakınmaları en az rastlanan yakınmalardır.

Tablo 23. Olguların fiziksel rahatsızlık tanılarına göre dağılımı

	Tanı alanlar	%
Yumuşak doku travması	1	1,8
Kesi-Ezik	1	1,8
Mikoz	2	3,6
Dermatit	3	5,3
Temporo mandibuler eklem çıkığı/ Disfonksiyonu	1	1,8
ÜSYE	3	5,3
Bronşit/Pnömoni	1	1,8
Hipertansiyon	3	5,3
Anemi	4	7,2
Gastrit/Ülser/Reflü	9	16,2
Hemoroid/Fissür	9	16,2
Kolit	1	1,8
Prostatit	1	1,8
Vaginit	3	5,3
Migren	6	10,6
Varis	1	1,8
Miyalji	6	10,6
Fibromiyalji	2	3,5
Servikal Disk/Strain/Artroz	8	14
Lomber Disk/Strain/Artroz	8	14
Spondilolistezis	1	1,8
Gonartroz/Kondromalasia Patella	3	5,3
Meniskus/Dizde Ligaman Hasarı	3	5,3
Diğer Periferik Eklem Artrozu	1	1,8
İmpingement Sendromu	2	3,6
Diğer Hastalıklar	17	29,9

Grubun %68'i herhangi bir fiziksel rahatsızlık tanısı almıştır. En sık rastlanılan tanılar gastrointestinal sisteme ait gastrit/reflü/ülser %16,2, Hemoroid/fissür %16,2, omurgaya ait servikal disk ve lomber disk %14 rahatsızlıklarıdır (Tablo 23). Bazı katılımcılar birden fazla fiziksel tanı almışlardır

Tablo 24. Fiziksel rahatsızlık tanısı alanların yaşadıkları süreçten etkilenme düzeyleri

Tanı	Tanı alan kişi	Süreçten etkilenme derecesi				
		n	Süreçle ilişki belirlenemedi	Süreçle ilişki yok	Süreç hastalık faktörlerinden biri	Süreç varolan patolojiyi ağırlaştırdı
Yumuşak doku travması	1					1
Kesi-ezik	1					1
Mikoz	2		1	1		
Dermatit	3			3		
Temporomandibuler eklem çıkığı/ disfonksiyonu	1					
ÜSYE	3	1	1	1		
Bronşit/Pnömoni	1				1	
Hipertansiyon	3		2	1		
Anemi	4	1	1	1	1	
Gastrit/Ülser/Reflü	9	3	2	4		
Hemoroit/fissür	9	1		8		
Kolit	1			1		
Prostatit	1	1				
Vaginit	3	1		1	1	
Diğer hastalıklar	17		12	3		2
Gonartroz/Kondr. Patella	3	2		1		
Meniskus/dizde lig. hasarı	3	1		2		
Diğer perif. eklem artrozu	1			1		
İmpingement sendromu	2	1				1
Servikal disk/strain/artroz	8	1	1	4	2	
Lomber disk/strain/artroz	8	1		7		
Spondilolistezis	1			1		
Miyalji	6		2	4		
Fibromiyalji	2			2		
Varis	1	1				
Epilepsi	1		1			
Migren	6	1		5		

Süreçle ilgilerin belirlenmesi başvuruların anamnezleri, konsültan hekimlerin görüşü ve başvuru hekimlerinin görüşü alınarak belirlenmektedir. Fiziksel tanılardan sadece impingement sendromu, yumuşak doku travması ve kesi-ezik tanılarında birer olgu yaşanan süreçle kesinlikle ilişkili bulunmuştur (Tablo 24).

Tablo 25. Ruhsal rahatsızlık tanısı alanlar ve dağılımı

Ruhsal rahatsızlık tanısı aldı mı?	n	%
Hiçbir psikiyatrik tanı almadı	27	47,4
Psikiyatrik tanı veya tanılar aldı	30	52,6
Ruhsal rahatsızlık tanısı alanların dağılımı		
Kr. Post travmatik Stress Bozukluğu	16	28,1
Mj. Depresif Bozukluk	9	15,8
Uyum Bozuklukları	15	26,4
Kişilik Bozuklukları	1	1,8
Cinsel işlev ya da kimlik boz.	1	1,8
Diğer Psikiyatrik bozukluklar	3	5,3

Katılımcıların %52,6'sına herhangi bir ruhsal rahatsızlık tanısı konmuştur. En fazla PTSS (%28,1), daha sonra uyum bozuklukları tanısı (%26,4) konmuştur. (Tablo 25). Bazı katılımcılar birden fazla rahatsızlık tanısı almışlardır.

Tablo 26. Ruhsal rahatsızlık tanısı alanların yaşadıkları süreçten etkilenme düzeyleri

Tanı	Tanı alan kişi sayısı			Süreçten etkilenme derecesi		
	n	Süreçle ilişki belirlenemedi	Süreçle ilişki yok	Süreç hastalık faktörlerinden biri	Süreç var olan patolojiyi ağırlaştırdı	Süreç Tek etyolojik faktör
PTSS Kr.	16	3		5	2	6
Mj. depresif bozukluk	9	1		3	4	1
Uyum bozuklukları	15			15		2
Kişilik bozuklukları	1		1			
Cinsel işlev ya da kimlik bzk.	1	1				
Diğer psikiyatrik bozukluklar	3		1	1	1	

Süreçten etkilenme düzeyleri başvuruların anamnezleri ve konsültan hekimlerin görüşü ile belirlenmektedir. Kr. PTSD tanılarının %37,5'inin tek nedeni yaşanan süreçtir. Kr. PTSD tanılarının %81,25'i yaşanan süreçle ilişkili olarak değerlendirilmiştir (Tablo 26).

Tablo 27. Çalışma grubunda herhangi bir tedavi alanlar

	n (57)	%
İlaç Tedavisi	41	71,9
Psikofarmakoterapi	22	38,6
Psikoterapi	10	17,5
Fizik Tedavi	2	3,5
Egzersiz	14	24,6
Ortopedik Cihaz	6	10,5
Günlük Yaşam Önerisi	24	42,1
Cerrahi Tedavi	5	8,8
Diş tedavisi	2	3,5

Katılımcıların %71,9'u ilaç tedavisi, %38,6'sı psikofarmakoterapi, %17,5'i psikoterapi tedavisi almışlardır. Her başvuruya birden fazla ve farklı tedavi uygulanabileceği akıldan çıkarılmamalıdır (Tablo 27).

Tablo 28. Olguların ilk başvuru sonrasındaki izlem durumu

	Psikolojik Tedavi		Fiziksel Tedavi	
	n (57)	%	n (57)	%
Tedavi tamamlandı	21	36,8	36	63,2
Tedavi sürüyor	2	3,5	-	-
Tanı konmadan yarım kaldı	6	10,5	6	10,5
Tedavi başladıktan sonra yarım kaldı	8	14,0	10	17,5
İşkence ve cezaevi süreçleriyle ilgili bir hst. rastlanmadı	5	8,8	5	8,8
Psikiyatrik tedavisi başvuru hekimince düzenlendi	1	1,8		
Psikiyatri muayenesini reddetti	6	10,5		
Verilen ilk randevuya gelmedi	3	5,3		
Psikiyatrik tedavi görmek istemedi	5	8,8		

Olguların %10,5'i başvuru hekiminin psikiyatrik görüşme yapması isteğini reddetmiş, %5,3'ü teklifi olumsuz karşılama da psikiyatri uzmanından kendisi için alınan randevulara gelmemiş, %8,8'i ise psikiyatri uzmanınca başlanmak istenen tedaviyi reddetmiştir. %14,0'ü psikiyatrik görüşmelere başladıktan sonra görüşmelerden bir sonuç alınmadan tedaviyi yarım bırakmıştır. Toplamda olguların %36,8'i psikiyatrik görüşmelerden yararlanmamıştır.

Fiziksel tedavi sürecinde ise tanı konmadan veya tedavi başladıktan sonra görüşmeleri bırakanlar sırasıyla %10,5 ve %17,5, toplamda ise %28,0'dır (Tablo 28).

Tablo 29. Tedavi sonuçları

	n	%
İyileşti	17	29,8
Kısmen iyileşti	30	52,6
İyileşmedi	7	12,3
Tedavi sürüyor	3	5,3

Tedavi süreci sonunda iyileştiğine karar verilen kişilerin oranı %29,8, kısmen iyileştiğine karar verilen kişilerin oranı ise %52,6'dır (Tablo 29).

5.2. Analitik Bulgular

5.2.1. Beck Depresyon Envanteri ile yapılan analizler

BDE ile yapılan çalışmalarda 17 puanın klinik depresyonu belirlemede yeterli olabileceği belirtilmektedir. Bu nedenle 17 puan, çalışmada kesme noktası olarak alınmıştır.

Tablo 30. İlk görüşmede depresyon durumunun dağılımı

BDE skoru	Sayı	%
17 ve daha az	35	61,4
18 ve üzeri	22	38,6
Toplam	57	100,0

Tablo 31. İkinci görüşmede depresyon durumunun dağılımı

BDE skoru	Sayı	%
17 ve daha az	34	79,1
18 ve üzeri	9	20,9
Toplam	43	100,0

İlk görüşmede katılımcıların % 38,6'sında depresyon tespit edilmişken bu oran ikinci görüşmeye katılanlarda %20,9'a düşmüştür (Tablo 30–31).

5.2.1.1. BDE ilk ve ikinci görüşme sonuçlarının karşılaştırılması

Yapılan analizlerde İlk görüşme ile ikinci görüşmedeki BDE sonuçları arasında anlamlı fark bulunmuştur. İlk görüşmede BDE aritmetik ortalaması $15,00 \pm 7,39$ (0-36) iken, ikinci görüşmede bu değer $9,93 \pm 7,89$ (0-36) olarak tespit edilmiştir. Negatif yöndeki bu değişiklik, başvuranların depresif duygu durumunun azaldığının göstergesidir (Tablo 32).

Tablo 32. BECK 1 ve 2. görüşme skor ortalamaları

	Ortalama	St. Sapma	n
BECK 1	15,00	7,39	57
BECK 2	9,93	7,89	43

BDE'nin ikinci görüşmedeki skor ortalaması ilk görüşmeye göre daha düşüktür (Tablo 32). BDE'nin değerlendirilmesinde 11–17 puan hafif düzeyde depresyonu işaret etmektedir. İlk görüşmenin skor ortalaması çalışma grubunda hafif düzeyde depresyon varlığını göstermektedir. İkinci görüşmede hafif depresyon durumunun iyileşmiş olduğu görülmektedir. İkinci görüşmeye katılan 43 kişinin ilk görüşmedeki BDE skor ortalamaları ise 14,05'tir. BDE'nin Türkiye'de yapılmış olan normal popülasyon ortalaması 9,58'dir (43) ve ikinci görüşme skor ortalaması bu ortalamaya yakındır (Tablo 33).

Tablo 33. Her iki görüşmeye katılanların ilk ve ikinci BDE skor ortalamaları

	Aritm. Ortalama	St. Sapma
BECK 1	14,05	6,91
BECK 2	9,93	7,89

İlk görüşmeye katılan 57 kişiden 15'i ikinci görüşmeye katılmamışlardır. İkinci görüşmeye katılanların (n=42) ilk görüşmedeki BDE skor ortalamaları ikinci görüşmedeki ortalamaları ile karşılaştırılmıştır. Bu grubun ilk görüşmedeki BDE ortalaması genel ortalamadan daha düşüktür (Tablo 33). BDE ilk ve ikinci görüşme sonuçlarının ortalamaları t testi uygulanarak ($t=4,086$ $p=0,000$) ilk ve ikinci görüşmeye katılarak BDE'ni dolduran 43 kişinin sonuçları karşılaştırıldığında depresyon derecesindeki azalmanın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir.

Tablo 34. Cinsiyet dağılıma göre BECK 1. ve 2. görüşme skor ortalamaları

	Kadın		Erkek		Toplam
	Aritm. Ort.	n	Aritm. Ort±	n	
BECK	15,87±7,31	15	14,69±7,47	42	57
BECK	8,60±6,83	10	10,33±8,24	33	43

İlk görüşmede çalışma grubundaki erkeklerin BDE skorları daha düşüktür ve her iki grupta da hafif depresyonu işaret etmektedir. İkinci görüşmede her iki cinsiyetin skorları tanı koydurucu ölçütün altına düşmüş, bu düşüş kadınlarda daha fazla olmuştur (Tablo 34).

5.2.1.2. BDE ile demografik bilgiler ve gözaltı, cezaevi bilgilerinin analizi

Tablo 35. İlk görüşmede depresyon ile cinsiyet, eğitim durumu, gözaltı süresi ve gözaltında işkence görmek arasındaki ilişki

	X ²	P	
Cinsiyet	0,238	0,626	
Eğitim durumu	0,165	0,685	
Son gözaltında işkence gördü	Gözaltlarında işkence görmeyen yoktur		
Gözaltlarında işkence gördü	Gözaltlarında işkence görmeyen yoktur		
Son gözaltı süresi	0,967	0,325	
Toplam gözaltı süresi	0,961	0,327	
Son GA sonrası CE kaldığı		0,279*	Fisher's Exact
F tipi cezaevinde kaldığı süre		1,000*	Fisher's Exact
Toplam cezaevi süresi		0,279*	Fisher's Exact
En uzun açlık grevi süresi	0,116	0,734	
Toplam açlık grevi süresi	0,821	0,365	

BDE puanları 17 puan ve altı “depresyon yok”, 18 puan ve üzeri “depresyon var” şeklinde sınıflandırılarak yapılan ki kare analizlerinde ilk görüşmeye katılanlarda depresyon ile cinsiyet, eğitim durumu, son ve tüm gözaltılarda işkence görmek ve son ve toplam gözaltında kalma süreleri, toplam cezaevinde ve F tipi cezaevinde kalma süresi, toplam ve en uzun açlık grevi süreleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (Tablo 35).

Tablo 36. İkinci görüşmede depresyon ile cinsiyet, eğitim durumu, gözaltı süresi ve gözaltında işkence görmek arasındaki ilişki

	X ²	P	
Cinsiyet		0,659	Fisher's Exact
Eğitim durumu		1,000	Fisher's Exact
Son gözaltında işkence gördü	Gözaltlarında işkence görmeyen yoktur		
Gözaltlarında işkence gördü	Gözaltlarında işkence görmeyen yoktur		
Son gözaltı süresi		1,000	Fisher's Exact
Toplam gözaltı süresi		0,693	Fisher's Exact
Son GA sonrası CE kaldığı		0,631	Fisher's Exact
F tipi cezaevinde kaldığı süre		0,666	Fisher's Exact
Toplam cezaevi süresi		0,631	Fisher's Exact
En uzun açlık grevi süresi		1,000	Fisher's Exact
Toplam açlık grevi süresi		1,000	Fisher's Exact

BDE puanları 17 puan ve altı “depresyon yok”, 18 puan ve üzeri “depresyon var” şeklinde sınıflandırılarak yapılan ki kare analizlerinde ikinci görüşmeye katılanlarda depresyon ile cinsiyet, eğitim durumu, son ve tüm gözaltılarda işkence görmek ve son ve toplam gözaltında kalma süreleri, toplam cezaevinde ve F tipi cezaevinde kalma süresi, toplam ve en uzun açlık grevi süreleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (Tablo 36).

Tablo 37. Yaş grupları ile depresyon arasındaki ilişki

	χ^2	p
BECK 1	3,936	0,268
BECK 2	3,320	0,345

Katılımcıların ilk ve ikinci görüşmede aldıkları BDE sonuçları ile yaş grupları arasındaki ilişki Kruskal Wallis varyans analizi ile incelenmiş, ne ilk ne de ikinci görüşmede yaş grupları ile depresyon arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır (Tablo 37).

Tablo 38. Toplam açlık grevi süresi ile BDE ilk ve ikinci görüşme skoru arasındaki ilişki

Toplam açlık grevi süresi		BECK 1	BECK 2
	r	-0,299	-0,241

Yapılan Pearson korelasyon analizinde İlk görüşmeye katılanların toplam açlık grevi süresi uzadıkça BDE skorundaki azalmanın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir. Bu ilişki orta güçte ve negatif yöndedir ($r=-0,299$ $P=0,024$). Analizde işaret edilen BDE skorundaki azalma, depresyon düzeyindeki azalmayı göstermektedir. İkinci görüşme sonuçları ile toplam açlık grevi süresi arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (Tablo 38).

Tablo 39. Cezaevinde kalınan süre ile depresyon ilişkisi

	Cezaevinde kalınan süre			F tipi cezaevinde kalınan süre		
	r	P	N	r	P	N
BECK	-	0,015*	57	-	0,672	57
BECK	0,004	0,979	43	0,095	0,545	43

Cezaevinde kalınan süre ile BECK Envanter değeri arasındaki ilişki Pearson korelasyon analizi ile değerlendirildiğinde, aralarında orta güçte ve negatif yönde bir ilişki olduğu saptanmıştır. Birinci görüşmede cezaevinde kalınan süre arttıkça, BDE skoru düşmektedir. Analizde işaret edilen BDE skorundaki azalma, depresyon düzeyindeki azalmayı göstermektedir. İkinci görüşmelerde benzer ilişki saptanmamıştır. BDE skoru ile F tipi cezaevinde kalma süresi ayrıca değerlendirildiğinde, aralarında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (Tablo 39).

Tablo 40. Toplam gözaltı süresi ile BDE ilk ve ikinci görüşme skoru arasındaki ilişki

	Toplam Gözaltı Süresi		
	r	P	n
BECK 1	0,011	0,935	57
BECK 2	0,126	0,419	43

Yapılan Pearson korelasyon analizinde toplam gözaltı süresi ile BDE ilk ve ikinci görüşmelerinde elde edilen skorlar arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır (Tablo 40).

Tablo 41. En uzun açlık grevi süresi ile depresyon ilişkisi

	En uzun açlık grevi		
	MWU	P	N
BECK 1	330,500	0,576	55
BECK 2	178,000	0,490	41

BDE skoru, en uzun açlık grevi “30 günden az” ve “30 günden fazla” şeklinde iki gruba ayrılarak Mann Whitney U testi ile analiz edildiğinde ilk ve ikinci görüşmelerde depresyon ile en uzun açlık grevi süresi arasında anlamlı istatistiksel ilişki saptanmamıştır (Tablo 41).

Tablo 42. Toplam açlık grevi süresi ile depresyon ilişkisi

	Toplam açlık grevi		
	MWU	P	N
BECK 1	259,500	0,247	55
BECK 2	137,000	0,206	41

BDE skoru, toplam açlık grevi süresi “180 günden az” ve “180 günden fazla” şeklinde iki gruba ayrılarak yapılan Mann Whitney U

analizde ilk ve ikinci görüşmelerde depresyon ile en uzun açlık grevi süresi arasında anlamlı istatistiksel ilişki saptanmamıştır (Tablo 42).

Tablo 43. F tipi cezaevinde kalma süresi ile depresyon arasındaki ilişki

	F tipinde kalma süresi		
	MWU	P	N
BECK 1	92,000	0,463	57
BECK 2	24,500	0,125	43

Son gözaltından sonra cezaevine giren katılımcıların F tipi cezaevine kalma süreleri “12 ay ve daha az” ve “12 aydan fazla” olarak gruplandırılarak yapılan analizde, depresyon ile F tipi cezaevinde kalma süresi arasında ne ilk ne de ikinci görüşmede istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (Tablo 43).

Tablo 44. Toplam gözaltı süresi ile depresyon arasındaki ilişki

	Toplam gözaltı süresi		
	MWU	P	N
BECK 1	295,500	0,212	55
BECK 2	160,000	0,264	43

Toplam gözaltı süresi “15 gün ve daha az” ve “15 günden fazla” olarak gruplandırıldığında toplam gözaltı süresinin uzamasının ilk ve ikinci görüşmede depresyon üzerine etkisi olmadığı saptanmıştır (Tablo 44).

5.2.1.3. BDE ile uygulanan işkence yöntemlerinin ilişkisi

Uygulanan işkence yöntemleri ile depresyon arasında ne ilk ne de ikinci görüşmede anlamlı istatistiksel bir ilişki saptanmamıştır (Tablo 45, Tablo 46).

Tablo 45. İlk görüşmeye katılanlarda depresyon ile işkence yöntemleri ilişkisi

	X ²	P	
Ajanlık teklifi	0,69	0,51	
Anlamsız istemlere zorlama	1,01	0,31	
Aşağılama		1,00	Fisher's Exact Test
Aşırı fizik aktivite	0,53	0,46	
Ayaktan ters askı		1,00	Fisher's Exact Test
Basınçlı -soğuk su	0,25	0,61	
Cinsel taciz		0,23	Fisher's Exact Test
Dayak	Gözetilerinde dayak yemeyen yoktur		
Diğer işkence yöntemleri	0,50	0,47	
Diğer pozisyonel işkenceler	0,38	0,53	
Düz askı-çarmıh	0,96	0,32	
Elektrik		1,00	Fisher's Exact Test
Falaka	1,65	0,19	
Filistin askısı	0,01	0,89	
Gözbağı		1,00	Fisher's Exact Test
Gürültülü müzik, marş dinletme	0,91	0,33	
Hakaret	Gözetilerinde hakarete uğramayan yoktur		
Havasız bırakma-suda boğma		0,41	Fisher's Exact Test
Haya burma	0,63	0,42	
Hücrede tecrit		0,66	Fisher's Exact Test
İşeme, dışkılama engellenmesi	0,50	0,47	
İşkenceye görsel tanıklık	0,59	0,44	
Kendine yönelik tehdit		1,00	Fisher's Exact Test
Öldürme tehdidi		1,00	Fisher's Exact Test
Saç sakal bıyık yolma	0,60	0,43	
Soğuk ortamda bekletme	0,16	0,68	
Soyma		1,00	Fisher's Exact Test
Tecavüz		1,00	Fisher's Exact Test
Uyutmama	0,66	0,41	
Tek noktaya sürekli vurma		0,75	Fisher's Exact Test
Yakınlarının yanında işkence		0,63	Fisher's Exact Test
Yakınlarını tehdit	0,01	0,91	
Yakma		1,00	Fisher's Exact Test
Yalancı infaz	0,30	0,57	
Yeme içme kısıtlaması	0,38	0,53	
Kimyasal madde uygulama		0,28	Fisher's Exact Test
Görüşme engellenmesi	0,01	0,89	
Ateşli silah-bomba ile yaralanma		0,55	Fisher's Exact Test

Tablo 46. İkinci görüşmeye katılanlarda depresyon ile işkence yöntemleri ilişkisi

	X ²	P	
Ajanlık teklifi		1,000	Fisher's Exact Test
Anlamsız istemlere zorlama		0,177	Fisher's Exact Test
Aşağılama		1,000	Fisher's Exact Test
Aşırı fizik aktivite		0,417	Fisher's Exact Test
Ayaktan ters askı	Olgu sayısı yetersizliği nedeniyle analiz		
Basınçlı -soğuk su		1,000	Fisher's Exact Test
Cinsel taciz		0,624	Fisher's Exact Test
Dayak	Gözaltında dayak yemeyen yoktur.		
Diğer işkence yöntemleri		1,000	Fisher's Exact Test
Diğer pozisyonel işkenceler		0,712	Fisher's Exact Test
Düz askı-çarmıh		1,000	Fisher's Exact Test
Elektrik		1,000	Fisher's Exact Test
Falaka		1,000	Fisher's Exact Test
Filistin askısı		0,407	Fisher's Exact Test
Gözbağı		0,515	Fisher's Exact Test
Gürültülü müzik, marş dinletme		1,000	Fisher's Exact Test
Hakaret	Gözaltında hakarete uğramayan yoktur.		
Havasız bırakma-suda boğma		0,054	Fisher's Exact Test
Haya burma		0,665	Fisher's Exact Test
Hücrede tecrit		0,277	Fisher's Exact Test
İşeme dışkılama engellenmesi		0,237	Fisher's Exact Test
İşkenceye görsel tanıklık		0,706	Fisher's Exact Test
Kendine yönelik tehdit	Olgu sayısı yetersizliği nedeniyle analiz		
Öldürme tehdidi		0,515	Fisher's Exact Test
Saç sakal bıyık yolma		1,000	Fisher's Exact Test
Soğuk ortamda bekletme		0,257	Fisher's Exact Test
Soyma		1,000	Fisher's Exact Test
Tecavüz		1,000	Fisher's Exact Test
Uyutmama	Olgu sayısı yetersizliği nedeniyle analiz		
Tek noktaya sürekli vurma		0,367	Fisher's Exact Test
Yakınlarının yanında işkence		1,000	Fisher's Exact Test
Yakınlarını tehdit		0,442	Fisher's Exact Test
Yakma	Olgu sayısı yetersizliği nedeniyle analiz		
Yalancı infaz		0,672	Fisher's Exact Test
Yeme içme kısıtlaması		0,712	Fisher's Exact Test
Kimyasal madde uygulama		0,515	Fisher's Exact Test
Görüşme engellenmesi		0,231	Fisher's Exact Test
Ateşli silah-bomba ile yaralanma		0,379	Fisher's Exact Test

5.2.1.4. BDE ile yakınmaların ilişkisi

TİHV görüşme formunda başvuruların anamnez bilgileri 13 sistem altında toplanmış ve bu sistemlerin alt başlıkları “yakınma var” ve “yakınma yok” şeklinde kategorize edilmiştir. Ki kare analizlerinde anlamlı analiz sonucu elde etmeye yeterli sayıda başvuru bulunmadığından, yakınmalar önce kendi sistem başlıkları içinde toplanmış, analizler daha sonra gerçekleştirilmiştir.

İlk görüşmeye katılanlarda cilt, kulak boğaz burun, diş, göz, endokrin, gastrointestinal sistem, kardiyovasküler sistem, ortopedik, ürogenital, solunum sistemi ve nörolojik yakınmalar ile depresyon arasında anlamlı istatistiksel ilişki saptanmamıştır.

Yakınma belirtilen sistemlerin alt başlıkları tek tek incelendiğinde depresyon ile arasında ilişki bulunanlar solunum sistemi, nörolojik sistem ve ruhsal yakınmalardır.

Yakınma sorgulaması yapılan sistemlere ait genel verilerin ki kare analizleri aşağıdadır. Alt başlıklara ait ki kare analizleri ise Ek 4’te verilmiştir.

Tablo 47. İlk görüşmeye katılanlarda depresyon ile genel yakınmalar ilişkisi

GENEL YAKINMALAR	X ²	P	
Genel yakınmalar	5,52	0,019*	
Yorgunluk, halsizlik	4,496	0,034*	
Çabuk yorulma	2,308	0,129	
Zayıflama, kilo kaybı		0,736	Fisher’s Exact
Bulantı, kusma		0,847	Fisher’s Exact
Aşırı terleme		0,627	Fisher’s Exact
Kırgınlık	Olgu sayısı yetersizliği nedeniyle analiz yapılmadı		
Üşüme	Olgu sayısı yetersizliği nedeniyle analiz yapılmadı		
Sulukluk	Olgu sayısı yetersizliği nedeniyle analiz yapılmadı		
Tüm vücutta yaygın ağrı	Olgu sayısı yetersizliği nedeniyle analiz yapılmadı		

İlk görüşmede genel yakınmalar tek başlık altında incelendiğinde, “genel yakınmalar” ve alt başlıklardan “yorgunluk, halsizlik” başlığının depresyon ile ilişkisinin anlamlı olduğu görülmektedir (Tablo 47).

İlk görüşmede genel vücut yakınmaları olanların %20,8’inde, yakınmaları olmayanların %51,5’inde depresyon vardır. Genel vücut

yakınması olan ve olmayanlar depresyon açısından değerlendirildiğinde yakınması olmayanlarda olasılık daha fazla bulunmuştur. Aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($X^2= 5,52$ $P=0,019$) (Ek 4, Tablo 1)

Genel vücut yakınmalarının alt başlıklarından biri olan yorgunluk, halsizlik yakınmaları olanların %20,0'sında, olmayanların %48,8'inde depresyon vardır. Yorgunluk, halsizlik yakınması olanlar ve olmayanlar depresyon yönünden değerlendirildiğinde yakınması olmayanlarda olasılık daha fazla bulunmuştur. Aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($X^2= 4,496$ $P=0,034$) (Ek 4, Tablo 2).

Tablo 48. İkinci görüşmeye katılanlarda depresyon ile genel yakınmalar ilişkisi

GENEL YAKINMALAR	X ²	P	
Genel yakınmalar		0,2	Fisher's Exact
Yorgunluk, halsizlik		0,1	Fisher's Exact
Çabuk yorulma		0,4	Fisher's Exact
Zayıflama, kilo kaybı	Olgu sayısı yetersizliği nedeniyle analiz		
Bulantı, kusma	Olgu sayısı yetersizliği nedeniyle analiz		
Aşırı terleme	Olgu sayısı yetersizliği nedeniyle analiz		
Kırgınlık	Olgu sayısı yetersizliği nedeniyle analiz		
Üşüme	Olgu sayısı yetersizliği nedeniyle analiz		
Solukluk	Olgu sayısı yetersizliği nedeniyle analiz		
Tüm vücutta yaygın ağrı	Olgu sayısı yetersizliği nedeniyle analiz		

İkinci görüşmeye katılanların yakınmaları ile depresyon arasındaki ilişki incelendiğinde, bu başlık altındaki yakınmaların hepsinde olgu sayısı yetersizliğinin etkisi görülmektedir ve sadece 3 başlıkta istatistiksel analiz yapılabilmektedir. Yapılan analizde genel vücut yakınmaları ile depresyon arasında anlamlı istatistiksel ilişki saptanmamıştır (Tablo 48).

Tablo 49. İlk görüşmeye katılanlarda dermatolojik yakınmalar başlığındaki alt başlıkların depresyon ile ilişkisi

DERMATOLOJİK	X ²	P	
Genel cilt yakınmaları	0,238	0,626	
Renk değişiklikleri		1,000	Fisher's Exact
Şişlik	Olgu sayısı yetersizliği nedeniyle analiz		
Kaşıntı	Olgu sayısı yetersizliği nedeniyle analiz		
Sıyrık	Olgu sayısı yetersizliği nedeniyle analiz		
Döküntü	Olgu sayısı yetersizliği nedeniyle analiz		
Travma izi	Olgu sayısı yetersizliği nedeniyle analiz		
Ameliyat izi	Olgu sayısı yetersizliği nedeniyle analiz		

İlk görüşmeye katılanların cilt yakınmaları ile depresyon arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (Tablo 49).

Tablo 50. İkinci görüşmeye katılanlarda depresyon ile cilt yakınmaları ilişkisi

CİLT YAKINMALARI	X²	P	
Genel cilt yakınmaları		1,000	Fisher's Exact
Renk değişiklikleri		1,000	Fisher's Exact
Kaşıntı		1,000	Fisher's Exact
Döküntü	Olgu sayısı yetersizliği nedeniyle analiz yapılmadı		
Şişlik	Olgu sayısı yetersizliği nedeniyle analiz yapılmadı		
Yanık	Olgu sayısı yetersizliği nedeniyle analiz yapılmadı		
Sıyrık	Olgu sayısı yetersizliği nedeniyle analiz yapılmadı		
Travma izi	Olgu sayısı yetersizliği nedeniyle analiz yapılmadı		
Ameliyat izi	Olgu sayısı yetersizliği nedeniyle analiz yapılmadı		

İkinci görüşmeye katılanların cilt yakınmaları ile depresyon arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (Tablo 50).

Ne ilk ne de ikinci görüşmeye katılanların ortopedik yakınmaları ile depresyon arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (Tablo 51, Tablo 52).

Tablo 51. İlk görüşmeye katılanlarda depresyon ile kas iskelet sistemi yakınmaları ilişkisi

ORTOPEDİK YAKINMALAR	X²	P	
Genel ortopedik yakınmalar	2,36	0,12	
Bel ağrısı		0,28	Fisher's Exact
Bel bacak ağrısı		1,00	Fisher's Exact
Boyun ağrısı		0,38	Fisher's Exact
Boyun kol ağrısı		1,00	Fisher's Exact
Sırt ağrısı		0,13	Fisher's Exact
Omuz ağrısı		0,38	Fisher's Exact
Diz ağrısı		1,00	Fisher's Exact
El-el bileği ağrısı		1,00	Fisher's Exact
Ayak-ayak bileği ağrısı		1,00	Fisher's Exact
Çene eklemi-yüz ağrısı		1,00	Fisher's Exact
Elde ağrı, uyuşma, yanma		0,66	Fisher's Exact
Ayakta ağrı, uyuşma, yanma		0,36	Fisher's Exact
Eklem hareket kısıtlılığı	Olgu sayısı yetersizliği nedeniyle analiz		
Eklem şişliği	Olgu sayısı yetersizliği nedeniyle analiz		
Eklemde krepitasyon	Olgu sayısı yetersizliği nedeniyle analiz		
Kemik, eklem şekil bozukluğu	Olgu sayısı yetersizliği nedeniyle analiz		
Duruş bzk. ve omurgada eğrilik	Olgu sayısı yetersizliği nedeniyle analiz		

Tablo 52. İkinci görüşmeye katılanlarda depresyon ile kas iskelet sistemi yakınmaları ilişkisi

ORTOPEDİK YAKINMALAR	X²	P	
Genel ortopedik yakınmalar		0,696	Fisher's Exact
Bel ağrısı		0,315	Fisher's Exact
Bel-bacak ağrısı		0,095	Fisher's Exact
Boyun-kol ağrısı		0,589	Fisher's Exact
Elde ağrı ve uyuşma-yanma		1,000	Fisher's Exact
Ayakta ağrı ve uyuşma-yanma		0,188	Fisher's Exact
Eklem hareket kısıtlılığı		1,000	Fisher's Exact
Eklem şişliği		0,379	Fisher's Exact
El-el bileği ağrısı	Olgu sayısı yetersizliği nedeniyle analiz		
Ayak-ayak bileği ağrısı	Olgu sayısı yetersizliği nedeniyle analiz		
Boyun ağrısı	Olgu sayısı yetersizliği nedeniyle analiz		
Sırt ağrısı	Olgu sayısı yetersizliği nedeniyle analiz		
Omuz ağrısı	Olgu sayısı yetersizliği nedeniyle analiz		
Diz ağrısı	Olgu sayısı yetersizliği nedeniyle analiz		
Çene eklemi-yüz ağrısı	Olgu sayısı yetersizliği nedeniyle analiz		
Eklemde krepitasyon	Olgu sayısı yetersizliği nedeniyle analiz		
Kemik, eklem şekil bozukluğu	Olgu sayısı yetersizliği nedeniyle analiz		
Duruş bzk. ve omurgada eğrilik	Olgu sayısı yetersizliği nedeniyle analiz		

İlk görüşmede nörolojik yakınmalar ile depresyon arasında istatistiksel anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (Tablo 51).

Tablo 53. İlk görüşmeye katılanlarda depresyon ile nörolojik yakınmaların ilişkisi

NÖROLOJİK YAKINMALAR	X²	P	
Genel nörolojik yakınmalar	0,053	0,819	
Baş ağrısı	0,168	0,453	
Unutkanlık		0,627	Fisher's Exact
Baş dönmesi		0,067	Fisher's Exact
Uyuşma ve karıncalanma		0,135	Fisher's Exact
Kuvvet kaybı		0,627	Fisher's Exact
Hissizlik	Olgu sayısı yetersizliği nedeniyle analiz yapılmadı		
Konuşma bozukluğu	Olgu sayısı yetersizliği nedeniyle analiz yapılmadı		
Dengesizlik	Olgu sayısı yetersizliği nedeniyle analiz yapılmadı		
Bayılma	Olgu sayısı yetersizliği nedeniyle analiz yapılmadı		
Kasılma	Olgu sayısı yetersizliği nedeniyle analiz yapılmadı		
Titreme	Olgu sayısı yetersizliği nedeniyle analiz yapılmadı		

Tablo 54. İkinci görüşmeye katılanlarda depresyon ile nörolojik yakınmalar ilişkisi

NÖROLOJİK YAKINMALAR	X²	P	
Genel nörolojik yakınmalar		1,000	Fisher's Exact
Baş ağrısı		0,446	Fisher's Exact
Baş dönmesi		1,000	Fisher's Exact
Dengesizlik		0,024*	Fisher's Exact
Uyuşma, karıncalanma		1,000	Fisher's Exact
Hissizlik	Olgu sayısı yetersizliği nedeniyle analiz yapılmadı		
Unutkanlık	Olgu sayısı yetersizliği nedeniyle analiz yapılmadı		
Konuşma bozukluğu	Olgu sayısı yetersizliği nedeniyle analiz yapılmadı		
Kuvvet kaybı	Olgu sayısı yetersizliği nedeniyle analiz yapılmadı		
Bayılma	Olgu sayısı yetersizliği nedeniyle analiz yapılmadı		
Kasılma	Olgu sayısı yetersizliği nedeniyle analiz yapılmadı		
Titreme	Olgu sayısı yetersizliği nedeniyle analiz yapılmadı		

İkinci görüşmede depresyon ile nörolojik yakınmalardan sadece dengesizlik yakınması arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır (Tablo 54).

İkinci görüşmeye katılanlardan dengesizlik yakınması olanlarda depresyon %75,0 olarak bulunmuştur. Dengesizlik yakınması olan her dört kişiden üçünde depresyon vardır ve bu ilişki istatistiksel olarak anlamlıdır. (P=0,024 (Fisher's Exact Test)) (Ek 4, Tablo 168)

Tablo 55. İlk görüşmeye katılanlarda depresyon ile kardiyovasküler sistem yakınmaları ilişkisi

KVS YAKINMALARI	X²	P	
Genel KVS yakınmaları		0,502	Fisher's Exact
Çarpıntı		0,466	Fisher's Exact
Precordial ağrı,	Olgu sayısı yetersizliği nedeniyle analiz yapılmadı		
Hipertansiyon	Olgu sayısı yetersizliği nedeniyle analiz yapılmadı		
Varis	Olgu sayısı yetersizliği nedeniyle analiz yapılmadı		
Siyanoz	Olgu sayısı yetersizliği nedeniyle analiz yapılmadı		
Ekstremitelerde soğukluk	Olgu sayısı yetersizliği nedeniyle analiz yapılmadı		
Kol ya da bacaklarda şişlik	Olgu sayısı yetersizliği nedeniyle analiz yapılmadı		

Ne ilk ne de ikinci görüşmede kardiyovasküler sistem yakınmaları ile depresyon arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (Tablo 55, Tablo 56)

Tablo 56. İkinci görüşmeye katılanlarda depresyon ile kardiyovaskuler sistem yakınmaları ilişkisi

KVS YAKINMALARI	X²	P	
Genel KVS yakınmaları		0,659	Fisher's Exact
Çarpıntı		1,000	Fisher's Exact
Precordial göğüs ağrısı	Olgu sayısı yetersizliği nedeniyle analiz yapılmadı		
Hipertansiyon	Olgu sayısı yetersizliği nedeniyle analiz yapılmadı		
Varis	Olgu sayısı yetersizliği nedeniyle analiz yapılmadı		
Siyanoz	Olgu sayısı yetersizliği nedeniyle analiz yapılmadı		
Ekstremitelerde soğukluk	Olgu sayısı yetersizliği nedeniyle analiz yapılmadı		
Kol ya da bacaklarda şişlik	Olgu sayısı yetersizliği nedeniyle analiz yapılmadı		

Tablo 57. İlk görüşmeye katılanlarda depresyon ile solunum sistemi yakınmaları ilişkisi

SOLUNUM SİSTEMİ	X²	P	
Genel solunum sistemi	1,65	0,19	
Öksürük		0,64	Fisher's Exact
Balgam		0,35	Fisher's Exact
Nefes darlığı		0,57	Fisher's Exact
Göğüs-sırt ağrısı	Olgu sayısı yetersizliği nedeniyle analiz		

İlk görüşmede solunum sistemi yakınmaları ile depresyon arasında istatistiksel anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (Tablo 57).

Tablo 58. İkinci görüşmeye katılanlarda depresyon ile solunum sistemi yakınmaları ilişkisi

SOLUNUM SİSTEMİ	X²	P	
Genel solunum sistemi		1,000	Fisher's Exact
Göğüs-sırt ağrısı		0,515	Fisher's Exact
Öksürük		0,515	Fisher's Exact
Nefes darlığı		0,589	Fisher's Exact
Balgam	Olgu sayısı yetersizliği nedeniyle analiz		

İlk görüşmede solunum sistemi yakınmaları ile depresyon arasında istatistiksel anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (Tablo 58).

İlk görüşmede gastrointestinal sistem yakınmaları ile depresyon arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (Tablo 59).

Tablo 59. İlk görüşmeye katılanlarda depresyon ile gastrointestinal sistem yakınmaları ilişkisi

GİS YAKINMALARI	X ²	P	
Genel GİS yakınmaları	0,0	0,8	
Mide, karın ağrısı	0,7	0,3	
Hazımsızlık	3,7	0,0	
Kusma		1,0	Fisher's Exact
Bulantı		1,0	Fisher's Exact
Kabızlık		0,1	Fisher's Exact
Regurjitasyon		0,0	Fisher's Exact
Hemoroid		1,0	Fisher's Exact
Makatta ağrı, kaşıntı		1,0	Fisher's Exact
Melena	Olgu sayısı yetersizliği nedeniyle analiz		
İshal	Olgu sayısı yetersizliği nedeniyle analiz		

İkinci görüşmede gastrointestinal sistem yakınmalarından regurjitasyon ile depresyon arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır (Tablo 60).

Tablo 60. İkinci görüşmeye katılanlarda depresyon ile gastrointestinal sistem yakınmaları ilişkisi

GİS YAKINMALARI	X ²	P	
Genel GİS yakınmaları		1,000	Fisher's Exact
Mide, karın ağrısı		0,417	Fisher's Exact
Bulantı		1,000	Fisher's Exact
Hazımsızlık, şişkinlik		0,413	Fisher's Exact
İshal		0,379	Fisher's Exact
Kabızlık		0,147	Fisher's Exact
Regurjitasyon			Fisher's Exact
Hemoroid/ makat kanaması		1,000	Fisher's Exact
Makat ağrısı- kaşıntısı		1,000	Fisher's Exact
Kusma	Olgu sayısı yetersizliği nedeniyle analiz		
Melena	Olgu sayısı yetersizliği nedeniyle analiz		

İkinci görüşmeye katılanlardan regurjitasyon yakınması olanlarda depresyon %66,7 olarak bulunmuştur. Regurjitasyon yakınması olanlar ve olmayanlar depresyon yönünden değerlendirildiğinde yakınması olanlar ile olmayanlar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (P=0,012 (Fisher's Exact Test)) (Ek 4, Tablo 194).

İlk görüşmeye katılanlarda endokrin yakınmalar ile depresyon arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (Tablo 61).

Tablo 61. İlk görüşmeye katılanlarda depresyon ile endokrin yakınmalar ilişkisi

ENDOKRİN YAKINMALAR	X ²	P	
Genel endokrin yakınmalar		1,000	Fisher's Exact
Sıcak, soğuk intoleransı	Olgu sayısı yetersizliği nedeniyle analiz		
Tüylenme, kıllanma	Olgu sayısı yetersizliği nedeniyle analiz		
Meme şikâyetleri	Olgu sayısı yetersizliği nedeniyle analiz		

İkinci görüşmeye katılanlarda endokrin yakınmalar ile depresyon arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (Tablo 62).

Tablo 62. İkinci görüşmeye katılanlarda depresyon ile endokrin sistem yakınmaları ilişkisi

ENDOKRİN YAKINMALAR	X ²	P	
Genel Endokrin yakınmaları	Olgu sayısı yetersizliği nedeniyle analiz		
Sıcak-soğuk intoleransı	Olgu sayısı yetersizliği nedeniyle analiz		
Tüylenme- kıllanma	Olgu sayısı yetersizliği nedeniyle analiz		
Meme şikâyetleri	Olgu sayısı yetersizliği nedeniyle analiz		

İlk görüşmeye katılanlarda ürogenital yakınmalar ile depresyon arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (Tablo 63).

Tablo 63. İlk görüşmeye katılanlarda depresyon ile ürogenital yakınmalar ilişkisi

ÜROGENİTAL YAKINMALAR	X ²	P	
Genel ürogenital yakınmalar	2,1	0,1	
Sık idrar		0,5	Fisher's Exact
İdrarda yanma, ağrı, çatlama		1,0	Fisher's Exact
Yan ağrısı		0,6	Fisher's Exact
Akıntı		1,0	Fisher's Exact
Dismenore		1,0	Fisher's Exact
Kasıkta şişlik		1,0	Fisher's Exact
Eretil disfonksiyon		1,0	Fisher's Exact
Testislerde ağrı		1,0	Fisher's Exact
Hematüri	Olgu sayısı yetersizliği nedeniyle analiz		
Amenore	Olgu sayısı yetersizliği nedeniyle analiz		

İkinci görüşmeye katılanlarda ürogenital yakınmalar ile depresyon arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (Tablo 64).

Tablo 64. İkinci görüşmeye katılanlarda depresyon ile ürogenital sistem yakınmaları ilişkisi

ÜROGENİTAL YAKINMALAR	X²	P	
Genel ürogenital yakınmalar		1,000	Fisher's Exact
Sık idrar		0,413	Fisher's Exact
İdrarda yanma, ağrı, çatallanma		0,367	Fisher's Exact
Yan ağrısı		0,054	Fisher's Exact
Akıntı		1,000	Fisher's Exact
Eretil disfonksiyon		0,432	Fisher's Exact
Testislerde renk değişikliği		0,241	Fisher's Exact
Kasıkta şişlik		0,379	Fisher's Exact
Hematüri	Olgu sayısı yetersizliği nedeniyle analiz		
Amenore	Olgu sayısı yetersizliği nedeniyle analiz		
Dismenore	Olgu sayısı yetersizliği nedeniyle analiz		

İlk ve ikinci görüşmeye katılanlarda göz yakınmaları ile depresyon arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (Tablo 65, Tablo 66).

Tablo 65. İlk görüşmeye katılanlarda göz yakınmaları başlığındaki alt başlıkların depresyon ile ilişkisi

GÖZ YAKINMALARI	X²	P	
Genel göz yakınmaları	0,111	0,738	
Görme bozukluğu	0,665	0,415	
Gözde kızarıklık, kaşıntı		0,695	Fisher's Exact
Çift görme	Olgu sayısı yetersizliği nedeniyle analiz yapılmadı		
Işığa hassasiyet	Olgu sayısı yetersizliği nedeniyle analiz yapılmadı		
Bakış kısıtlılığı	Olgu sayısı yetersizliği nedeniyle analiz yapılmadı		
Gece körlüğü	Olgu sayısı yetersizliği nedeniyle analiz yapılmadı		
Gözde yaşarma, sulanma	Olgu sayısı yetersizliği nedeniyle analiz yapılmadı		
Göz ağrısı	Olgu sayısı yetersizliği nedeniyle analiz yapılmadı		

Tablo 66. İkinci görüşmeye katılanlarda depresyon ile göz yakınmaları ilişkisi

GÖZ YAKINMALARI	X²	P	
Genel göz yakınmaları		0,696	Fisher's Exact
Görme bozukluğu		0,367	Fisher's Exact
Gözde yaşarma, sulanma		0,367	Fisher's Exact
Gözde kızarıklık, kaşıntı		0,14	Fisher's Exact
Göz ağrısı	Olgu sayısı yetersizliği nedeniyle analiz yapılmadı		
Çift görme	Olgu sayısı yetersizliği nedeniyle analiz yapılmadı		
Işığa hassasiyet	Olgu sayısı yetersizliği nedeniyle analiz yapılmadı		
Bakış kısıtlılığı	Olgu sayısı yetersizliği nedeniyle analiz yapılmadı		
Gece körlüğü	Olgu sayısı yetersizliği nedeniyle analiz yapılmadı		

Ne ilk ne de ikinci görüşmeye katılanlarda kulak burun boğaz yakınmaları ile depresyon arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (Tablo 67, Tablo 68).

Tablo 67. İlk görüşmeye katılanlarda depresyon ile kulak burun boğaz yakınmaları ilişkisi

KBB YAKINMALARI	X ²	P	
Genel KBB yakınmaları	0,862	0,353	
Çınlama		0,411	Fisher's Exact
Uğultu, gürültü		0,533	Fisher's Exact
Duymada azalma		0,635	Fisher's Exact
Sese karşı hassasiyet		1,000	Fisher's Exact
Kulak akıntısı, kaşıntı		0,695	Fisher's Exact
Yutkunma zorluğu, şişlik	Olgu sayısı yetersizliği nedeniyle analiz yapılmadı		
Boğaz ağrısı ve kaşıntı	Olgu sayısı yetersizliği nedeniyle analiz yapılmadı		
Burunda şişlik, ağrı	Olgu sayısı yetersizliği nedeniyle analiz yapılmadı		
Burun tıkanıklığı	Olgu sayısı yetersizliği nedeniyle analiz yapılmadı		
Epistaksis	Olgu sayısı yetersizliği nedeniyle analiz yapılmadı		

Tablo 68. İkinci görüşmeye katılanlarda depresyon ile kulak burun boğaz yakınmaları ilişkisi

KBB YAKINMALARI	X ²	P	
Genel KBB yakınmaları		0,281	Fisher's Exact
Çınlama		0,624	Fisher's Exact
Uğultu, gürültü		0,515	Fisher's Exact
Duymada azalma		0,188	Fisher's Exact
Sese karşı hassasiyet		0,379	Fisher's Exact
Kulak akıntısı/ağrı/kaşıntı		1,000	Fisher's Exact
Burun tıkanıklığı	Olgu sayısı yetersizliği nedeniyle analiz		
Burun kanaması	Olgu sayısı yetersizliği nedeniyle analiz		
Burunda şişlik ve ağrı	Olgu sayısı yetersizliği nedeniyle analiz		
Boğaz ağrısı ve kaşıntı	Olgu sayısı yetersizliği nedeniyle analiz		
Yutkunma zorluğu ve şişlik	Olgu sayısı yetersizliği nedeniyle analiz		

Tablo 69. İlk görüşmeye katılanlarda ağız ve diş yakınmaları başlığındaki alt başlıkların depresyon ile ilişkisi

DİŞ YAKINMALARI	X ²	P	
Genel ağız ve diş yakınmaları	Olgu sayısı yetersizliği nedeniyle analiz		
Diş ağrısı	Olgu sayısı yetersizliği nedeniyle analiz		
Travmatik diş kırığı	Olgu sayısı yetersizliği nedeniyle analiz		
Dişetlerinde çekilme	Olgu sayısı yetersizliği nedeniyle analiz		
Çürük, eksik diş	Olgu sayısı yetersizliği nedeniyle analiz		

Hem ilk hem de ikinci görüşmeye katılanlarda ağız ve diş yakınmaları başlıklarında olgu sayısı azlığı nedeniyle istatistik analiz yapılmamıştır (Tablo 69, Tablo 70).

Tablo 70. İkinci görüşmeye katılanlarda depresyon ile ağız ve diş yakınmaları ilişkisi

AĞIZ VE DİŞ YAKINMALARI	X²	P	
Genel ağız ve diş yakınmaları	Olgu sayısı yetersizliği nedeniyle analiz		
Diş ağrısı	Olgu sayısı yetersizliği nedeniyle analiz		
Travmatik diş kırığı	Olgu sayısı yetersizliği nedeniyle analiz		
Dişetlerinde çekilme	Olgu sayısı yetersizliği nedeniyle analiz		
Çürük, eksik diş	Olgu sayısı yetersizliği nedeniyle analiz		

Tablo 71. İlk görüşmeye katılanlarda ruhsal yakınmalar başlığındaki alt başlıkların depresyon ile ilişkisi

RUHSAL YAKINMALAR	X²	P	
Genel ruhsal yakınmalar	Olgu sayısı yetersizliği nedeniyle analiz		
Uyku bozuklukları	7,747	0,005*	
İnsanlardan uzaklaşma	5,207	0,22*	
Ağlama isteği	3,807	0,051	
Kâbus görme	0,711	0,399	
Sıkıntı	8,292	0,004*	
Hayattan zevk alamama	8,726	0,003*	
Yabancılaşma duygusu	5,207	0,22*	
Flashback	0,916	0,339	
Unutkanlık		0,425	Fisher's Exact
Konsantrasyon bozukluğu		0,725	Fisher's Exact
Duygusal küntlük		0,226	Fisher's Exact
Sinirlilik		0,529	Fisher's Exact
Cinsel isteksizlik	Olgu sayısı yetersizliği nedeniyle analiz		
İntihar düşüncesi	Olgu sayısı yetersizliği nedeniyle analiz		

İlk görüşmede ruhsal yakınmalar ile depresyon arasında istatistiksel anlamlı bir ilişki saptanan alt başlıklar “uyku bozuklukları”, “insanlardan uzaklaşma”, “sıkıntı”, “hayattan zevk alamama” ve yabancılaşma duygusu” yakınmalarıdır (Tablo 71).

İlk görüşmeye katılanlarda:

- Uyku bozuklukları yakınması olanlarda depresyon %48,8 olarak bulunmuştur. Uyku bozuklukları yakınması olanlar ve olmayanlar depresyon yönünden değerlendirildiğinde yakınması olanlar ile olmayanlar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (P=0,005 (Fisher's Exact Test)) (Ek 4, Tablo 29). Uyku bozukluğu olanlarda depresyon görülme olasılığı daha fazladır.

- Sıkıntı yakınması olanlarda depresyon %52,8 olarak bulunmuştur. Sıkıntı yakınması olanlar ve olmayanlar depresyon

yönünden değerlendirildiğinde yakınması olanlar ile olmayanlar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($P=0,005$ (Fisher's Exact Test)) (Ek 4, Tablo 30). Sıkıntı yakınması olanlarda depresyon görülme olasılığı daha fazladır.

- Hayattan zevk alamama yakınması olanlarda depresyon %56,7 olarak bulunmuştur. Hayattan zevk alamama yakınması olanlar ve olmayanlar depresyon yönünden değerlendirildiğinde yakınması olanlar ile olmayanlar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. ($X^2= 8,726$ $P= 0,003$) (Ek 4, Tablo 31) Hayattan zevk alamama yakınması olanlarda depresyon görülme olasılığı daha fazladır.

- İnsanlardan uzaklaşma yakınması olanlarda depresyon %53,6 olarak bulunmuştur. İnsanlardan uzaklaşma yakınması olanlar ve olmayanlar depresyon yönünden değerlendirildiğinde yakınması olanlar ile olmayanlar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($X^2= 5,207$ $P=0,031$) (Ek 4, Tablo 33). İnsanlardan uzaklaşma yakınması olanlarda depresyon görülme olasılığı daha fazladır.

- Yabancılaşma duygusu yakınması olanlarda depresyon %53,6 olarak bulunmuştur. İnsanlardan uzaklaşma yakınması olanlar ve olmayanlar depresyon yönünden değerlendirildiğinde yakınması olanlar ile olmayanlar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($X^2= 5,207$ $P=0,031$) (Ek 4, Tablo 34). Yabancılaşma duygusu yakınması olanlarda depresyon görülme olasılığı daha fazladır.

İkinci görüşmeye katılanların "intihar düşüncesi", "duygusal küntlük" ve "flashback" yakınmalarıyla depresyon arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır (Tablo 72). Aralarında anlamlı ilişki saptanan alt başlıkların X^2 analizleri eklerdedir.

İkinci görüşmeye katılanlarda:

- İntihar düşüncesi olanlarda depresyon %33,3 olarak bulunmuştur. İntihar düşüncesi olanlar ve olmayanlar depresyon yönünden değerlendirildiğinde yakınması olanlar ile olmayanlar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($P=0,024$ (Fisher's Exact Test)) (Ek 4, Tablo 250). İntihar düşüncesi olanlarda depresyon görülme olasılığı daha fazladır.

- Duygusal küntlük yakınması olanlarda depresyon %55,6 olarak bulunmuştur. Duygusal küntlük yakınması olanlar ve olmayanlar depresyon yönünden değerlendirildiğinde yakınması olanlar ile olmayanlar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (P=0,011 (Fisher's Exact Test)) (Ek 4, Tablo 251). Duygusal küntlük yakınması olanlarda depresyon görülme olasılığı daha fazladır.

- Flashback yakınması olanlarda depresyon %66,7 olarak bulunmuştur. Flashback yakınması olanlar ve olmayanlar depresyon yönünden değerlendirildiğinde yakınması olanlar ile olmayanlar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (P=0,034 (Fisher's Exact Test)) (Ek 4, Tablo 252). Flashback yakınması olanlarda depresyon görülme olasılığı daha fazladır.

Tablo 72. İkinci görüşmeye katılanlarda depresyon ile ruhsal yakınmalar ilişkisi

RUHSAL YAKINMALAR	X²	P	
Genel ruhsal yakınmalar	Olgu sayısı yetersizliği nedeniyle analiz yapılmadı		
Sinirlilik		1,000	Fisher's Exact
Ağlama isteği		1,000	Fisher's Exact
Kâbus görme		0,238	Fisher's Exact
Sıkıntı		0,281	Fisher's Exact
Hayattan zevk alamama		0,721	Fisher's Exact
İnsanlardan uzaklaşma		0,142	Fisher's Exact
Yabancılaşma duygusu		0,721	Fisher's Exact
İntihar düşüncesi		0,024*	Fisher's Exact
Duygusal küntlük		0,011*	Fisher's Exact
Flashback		0,034*	Fisher's Exact
Konsantrasyon bozukluğu	Olgu sayısı yetersizliği nedeniyle analiz yapılmadı		
Unutkanlık	Olgu sayısı yetersizliği nedeniyle analiz yapılmadı		
Uyku bozuklukları	Olgu sayısı yetersizliği nedeniyle analiz yapılmadı		
Cinsel isteksizlik	Olgu sayısı yetersizliği nedeniyle analiz yapılmadı		

5.2.1.5. BDE ile fiziksel tanıların ilişkisi

İlk ve ikinci görüşmelerde doldurulan BDE sonuçlarına göre depresyonu olduğu tespit edilenlerin aldıkları fiziksel tanıları değerlendirildiğinde ilk görüşmede "migren" ve "impingement sendromu" tanılarının, ikinci görüşmede ise "hemoroid" tanısının depresyon ile ilişkili

olduğu ve bu ilişkinin yapılan Mann Whitney U testlerinin sonuçlarına göre de anlamlı olduğu saptanmıştır (Tablo 73, Tablo 74).

Birinci görüşmede hem migren hem de impingement sendromu tanısı alanlardan depresyonu olanların aritmetik ortalaması depresyonu olmayanlardan daha düşüktür.

İkinci görüşmede hemoroid tanısı alanlardan depresyonu olmayanların aritmetik ortalamaları depresyonu olanlara göre daha düşüktür (Tablo 74).

Tablo 73. Fiziksel tanılar ile depresyon arasındaki ilişki

	BECK 1		BECK 2	
	MWU	P	MWU	P
Yumuşak doku travması	0,000	0,088	5,000	0,196
Ciltte ezik, kesi	0,000	0,088	5,000	0,196
Mikoz	42,000	0,572	22,500	0,285
Dermatit	65,500	0,579	1,000	0,106
ÜSYE, sinüzit	80,500	0,986	60,000	1,000
Bronşit, pnömoni	8,500	0,235	-	-
Hipertansiyon	79,000	0,943	50,500	0,650
Anemi	76,500	0,356	37,000	0,272
Gastrit, ülser, reflü	215,500	0,991	100,500	0,216
Hemoroid	130,000	0,549	24,500	0,025*
Kolit	1,500	0,468	3,500	0,725
Prostatit**	1,500	0,116	1,500	0,127
Vaginit***	13,000	0,591	14,500	0,599
Migren	67,500	0,026*	93,000	0,939
Epilepsi	26,500	0,927	-	-
Varis	35,000	0,140	9,000	0,332
Miyalji	146,000	0,855	95,000	0,574
Fibromiyalji	35,500	0,397	15,500	0,140
Servikal diskopati	124,000	0,098	88,000	0,419
Lomber diskopati	195,000	0,899	92,500	0,516
Spondilolistezis	24,500	0,831	-	-
Gonartroz, kondromalazi	76,000	0,858	50,500	0,650
Menisküs	80,000	0,971	20,500	0,968
Diğer periferik artroz	6,000	0,180	2,000	0,125
İmpingemet sendromu	8,000	0,041*	9,000	0,064
Temperomandibuler	3,500	0,136	9,000	0,332
Diğer tanılar	268,000	0,208	178,500	0,345

** Sadece erkeklerde hesaplanmıştır (n1=42, n2=33)

***Sadece kadınlarda hesaplanmıştır (n1=15, n2=10)

Tablo 74. Fiziksel tanılar ile depresyon arasındaki ilişki

FİZİKSEL TANILAR	DEPRESYON			
	Var		Yok	
	Aritm.Ort.	SD	Aritm.Ort.	SD
Birinci görüşme				
Migren	8,50	6,89	15,76	7,12
İmpingement sendromu	4,00	4,24	15,40	7,18
İkinci görüşme				
Hemoroid	17,25	7,08	9,18	7,66

5.2.1.6. BDE ile ruhsal tanılarının ilişkisi

Tablo 75. Ruhsal tanılar ile depresyon arasındaki ilişki

	BECK 1		BECK 2	
	MWU	P	MWU	P
Kr. PTSD	226,500	0,071	137,000	0,183
Mj depresif	169,000	0,303	88,000	0,790
Uyum	249,500	0,234	176,500	0,624
Kişilik	26,500	0,927	-	-
Diğer	68,000	0,642	46,500	0,519
Cinsel işlev	1,500	0,107	2,000	0,125

Muayeneler sonunda konulan tanılar ile depresyon arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (Tablo 75).

5.2.1.7 BDE ile uygulanan tedavilerin ilişkisi

Tablo 76. Uygulanan tedavilerin depresyon ile ilişkisi

	BDE1		BDE2	
	X ²	P	X ²	P
İlaç tedavisi	2,92	0,087	1,090	0,296
Psikofarmakoterapi	3,84	0,050*	Fisher's	0,069
Psikoterapi	Fisher's	0,406	Fisher's	1,000
Fizik tedavi	Fisher's	0,145	Fisher's	0,209
Ortopedik cihaz	Fisher's	1,000	Fisher's	1,000
Günlük yaşam önerisi	Fisher's	1,000	Fisher's	0,712
Cerrahi girişim	Fisher's	0,364	Fisher's	0,188
Diş tedavisi	Fisher's	0,518	Fisher's	1,000
Egzersiz	0,065	0,799	Fisher's	1,000

Uygulanan tedavilerin kişinin ruhsal durumuna etkisi incelendiğinde psikofarmakoterapinin depresyon ile istatistiksel olarak anlamlı ilişkide olduğu saptanmıştır (Tablo 76).

İlk görüşmede psikofarmakoterapiye başlananlarda depresyon %54,5 olarak bulunmuştur. Psikofarmakoterapiye başlananlar ile başlanmayanlar depresyon yönünden değerlendirildiğinde psikofarmakoterapiye başlananlarda olasılık daha fazla bulunmuştur. Aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($X^2= 3,846$ $P=0,050$) (Ek 4, Tablo 253).

5.2.2. WHOQOL 100-Tr ile yapılan analizler

5.2.2.1.WHOQOL 100-Tr ilk ve ikinci görüşme sonuçlarının karşılaştırılması

Tablo 77. WHOQOL 100-Tr ilk ve ikinci görüşme sonuçları

WHOQOL 100-Tr bölümleri	1. görüşme	2. görüşme
Ağrı ve Rahatsızlık	12,32±2,76	13,51±2,53
Canlılık ve Bitkinlik	11,24±2,48	10,44±2,56
Uyku ve dinlenme	11,85±3,29	12,97±3,05
Olumlu Duygular	12,36±4,19	14,02±3,69
Düşünme, öğrenme	13,41±1,13	14,00±1,72
Benlik Saygısı	13,47±2,49	13,39±2,63
Beden imgesi	12,15±2,73	12,95±2,18
Olumsuz Duygular	13,54±2,18	14,06±2,13
Hareketlilik	15,54±2,67	16,41±2,02
Gündelik işleri yürütebilme	11,66±2,81	10,83±2,31
İlaçlara Tedaviye bağımlılık	13,62±2,15	14,25±2,34
Çalışabilme gücü	12,64±2,68	13,67±2,43
Diğer kişilerle ilişkiler	12,29±2,49	13,46±2,08
Sosyal Destek	7,66±3,01	7,83±5,96
Cinsel Yaşam	13,21±2,77	13,72±2,52
Fiziksel Güvenlik	12,65±2,34	12,59±2,25
Ev Ortamı	13,78±2,73	13,69±2,43
Maddi kaynaklar	12,40±2,92	12,27±2,39
Sağlık hizmeti ve sosyal yardım	11,68±3,17	11,78±3,12
Yeni bilgi/Beceri edinme	10,45±1,72	11,04±1,87
Dinlenme/Boş Zaman	10,35±2,62	11,65±1,98
Fiziksel Çevre	10,80±3,09	11,09±2,87
Ulaşım	9,38±2,84	9,97±2,89
Kişisel İnançlar	8,80±2,77	9,62±2,64
Genel sağlık& yaşam kalitesi	11,43±2,36	12,11±2,60
Sosyal Baskı Alanı	10,50±2,25	10,93±2,53
Bedensel alan	11,15±2,53	11,32±2,28
Ruhsal alan	11,15±2,90	11,67±3,21
Bağımsızlık düzeyi	15,08±2,95	14,46±3,57
Sosyal ilişkiler	10,71±2,88	11,41±2,56
Çevre alanı	10,19±3,04	10,35±3,19
Çevre-tr	10,42±1,50	10,97±1,57

WHOQOL 100-Tr ilk ve ikinci görüşme sonuçları Tablo 77’de gösterilmektedir.

Tablo 78. Yaşam kalitesi ölçeği ilk ve ikinci görüşme sonuçlarının karşılaştırılması

	WHOQOL1	WHOQOL2	t	p
Ağrı ve rahatsızlık	12,320	13,510	2,191	0,034*
Canlılık ve bitkinlik	11,240	10,440	-2,646	0,011*
Uyku ve dinlenme	11,850	12,970	-2,903	0,006*
Olumlu duygular	12,360	14,020	0,220	0,827
Düşünme, öğrenme	13,410	14,000	-2,763	0,008*
Benlik saygısı	13,470	13,390	-1,337	0,188
Beden İmgesi	12,150	12,950	-2,150	0,037*
Olumsuz duygular	13,540	14,060	1,423	0,162
Hareketlilik	15,540	16,410	-3,230	0,002*
Gündelik işleri	11,660	10,830	-4,320	0,000*
İlaçlara tedaviye	13,620	14,250	-0,319	0,751
Çalışabilme gücü	12,640	13,670	-2,549	0,015*
Diğer kişilerle ilişkiler	12,290	13,460	0,300	0,766
Sosyal destek	7,660	7,830	0,000	1,000
Cinsel Yaşam	13,210	13,720	-0,540	0,592
Fiziksel güvenlik	12,650	12,590	-3,257	0,002*
Ev ortamı	13,780	13,690	-1,075	0,288
Maddi Kaynaklar	12,400	12,270	-3,120	0,003*
SH ve sos yrd.	11,680	11,780	-3,019	0,004*
Yeni bilgi/Beceri	10,450	11,040	-2,073	0,044
Dinlenme/Boş	10,350	11,650	-0,956	0,345
Fiziksel çevre	10,800	11,090	-0,561	0,578
Ulaşım	9,380	9,970	1,572	0,123
Kişisel inançlar	8,800	9,620	1,246	0,220
Genel sağlık ve	11,430	12,110	-2,125	0,040*
Sosyal baskı alanı	10,500	10,930	-0,789	0,435
Bedensel alan	11,150	11,320	-3,599	0,001*
Ruhsal alan	11,150	11,670	-2,610	0,012*
Bağımsızlık Düzeyi	15,080	14,460	-2,390	0,021*
Sosyal ilişkiler	10,710	11,410	-0,030	0,974
Çevre alanı	10,190	10,350	-4,843	0,000*
Çevre alanı-tr	10,420	10,970	-5,267	0,000*

Yaşam kalitesi ölçeği sonuçlarından ilk görüşme ile ikinci görüşme arasında anlamlı fark bulunan alan ve fasetler tablo 78'de belirtilmiştir. Bağımlı örneklerde t testi analizi sonuçlarına göre aralarında anlamlı bir ilişki bulunan faset ve alanlar şunlardır:

- Ağrı ve rahatsızlık
- Canlılık ve bitkinlik

- Uyku ve dinlenme
- Düşünme öğrenme
- Beden imgesi
- Hareketlilik
- Gündelik işleri yürütebilme
- Çalışabilme gücü
- Fiziksel güvenlik
- Maddi kaynaklar
- Sağlık hizmetleri ve sosyal yardım; ulaşılabilirlik
- Yeni bilgi beceri edinme
- Bedensel alan
- Ruhsal alan
- Bağımsızlık alanı
- Çevre alanı
- Ulusal çevre alanı
- Genel yaşam kalitesi

5.2.2.2. WHOQOL 100-Tr ile demografik bilgilerin ilişkisi

Katılımcıların yaşları ile yaşam kalitesi ilişkisi Kruskal Wallis varyans analizi ile incelendiğinde, ikinci görüşmede gündelik işleri yürütebilme ve sosyal destek fasetleri ile yaş grupları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür (Tablo 79).

Tablo 79. İlk ve ikinci görüşmede yaş ile yaşam kalitesi ilişkisi

	WHOQOL 1		WHOQOL 2	
	x ²	p	x ²	p
Ağrı ve rahatsızlık	0,183	0,980	0,721	0,868
Canlılık ve bitkinlik	1,522	0,677	1,623	0,654
Uyku ve dinlenme	2,820	0,420	5,949	0,114
Olumlu duygular	0,426	0,935	1,312	0,726
Düşünme, öğrenme	4,092	0,252	5,877	0,118
Benlik saygısı	2,350	0,503	1,781	0,619
Beden imgesi	1,631	0,652	3,768	0,288
Olumsuz duygular	2,028	0,567	0,812	0,847
Hareketlilik	0,239	0,971	1,588	0,662
Gündelik işleri yürütebilme	1,225	0,747	7,913	0,048*
İlaçlara\Tedaviye bağımlılık	5,543	0,136	5,058	0,168
Çalışabilme gücü	4,580	0,205	3,927	0,269
Diğer kişilerle ilişkiler	4,616	0,202	1,980	0,577
Sosyal destek	1,850	0,604	8,129	0,043*
Cinsel yaşam	0,949	0,814	4,702	0,195
Fiziksel güvenlik	1,510	0,680	5,682	0,128
Ev ortamı	1,994	0,574	0,666	0,881
Maddi kaynaklar	2,493	0,476	2,324	0,508
SH ve sosyal yardımlara ulaşabilme	0,591	0,898	3,049	0,384
Yeni bilgi/Beceri edinme	2,808	0,422	2,626	0,453
Dinlenme/Boş Zaman	0,627	0,890	6,921	0,074
Fiziksel çevre	3,526	0,317	5,556	0,135
Ulaşım	3,480	0,323	4,945	0,176
Kişisel inançlar	6,909	0,075	3,181	0,365
Genel sağlık ve yaşam kalitesi	0,400	0,940	2,935	0,402
Sosyal baskı alanı	1,014	0,798	1,391	0,708
Bedensel alan	1,529	0,676	3,288	0,349
Ruhsal alan	1,483	0,686	2,516	0,472
Bağımsızlık düzeyi	0,088	0,993	5,720	0,126
Sosyal ilişkiler	3,305	0,347	9,970	0,019
Çevre alanı	0,886	0,829	4,022	0,259
Çevre alanı-tr	1,651	0,648	3,197	0,362

Tablo 80. İkinci görüşmede gündelik işleri yürütebilme fasetinin yaş gruplarına göre dağılımı

	Sayı	Aritm. Ortalama	Standart sapma
29 yaş ve altı	11	13,72	1,79
30-39 yaş	19	13,94	2,01
40-49 yaş	10	11,90	1,91
50 yaş ve üzeri	3	14,66	2,31

Gündelik işleri yürütebilme fasetinin yaş grupları ile ilişkisi Kruskal Wallis varyans analizi ile analiz edildiğinde, 40-49 yaş grubundaki faset

aritmetik ortalamasının diğer grupların ortalamalarından anlamlı derecede farklı olduğu görülmektedir (Tablo 80).

Tablo 81. İkinci görüşmede sosyal destek fasetinin yaş gruplarına göre dağılımı

	Sayı	Aritm. Ortalama	SD
29 yaş ve altı	11	13,81	1,60
30-39 yaş	19	12,10	2,49
40-49 yaş	10	11,10	2,60
50 yaş ve üzeri	3	11,66	0,57

Sosyal destek fasetinin yaş grupları ile ilişkisi Kruskal Wallis varyans analizi ile analiz edildiğinde 29 yaş ve altındakilerin oluşturduğu grubun faset aritmetik ortalamasının diğer grupların ortalamalarından anlamlı derecede farklı olduğu görülmektedir (Tablo 81).

Tablo 82. Cinsiyet ile yaşam kalitesi ilişkisi

FASET	CİNSİYET			
	Kadın		Erkek	
	Aritm. Ort.	SD	Aritm. Ort.	SD
Birinci görüşme				
Sosyal destek	13,46	3,29	12,02	2,71
Yeni bilgi/beceri edinme	10,33	2,58	11,83	2,17

Katılımcıların cinsiyetlerine göre yaşam kaliteleri değerlendirildiğinde ilk ve ikinci görüşmelerde yaşam kalitesi indeksinin bazı fasetlerinin etkilenmiş olduğu ve bu etkileşimin yapılan Mann Whitney U testi sonuçlarına göre de anlamlı olduğu saptanmıştır (Tablo 82). Yukarıdaki tabloda görüldüğü gibi birinci görüşmede erkeklerin sosyal destek fasetinde, kadınların yeni bilgi/beceri edinme fasetinde yaşam kalite puanları daha düşüktür.

Tablo 83. Medeni durum ile yaşam kalitesi arasındaki ilişki

FASET	MEDENİ DURUM			
	Bekar		Evli	
	Aritm. Ort.	SD	Aritm. Ort.	SD
Birinci görüşme				
Sosyal destek	13,05	2,99	11,37	2,39
Sosyal baskı alanı	10,73	3,00	8,75	2,96
İkinci görüşme				
Diğer kişilerle ilişkiler	12,96	2,31	14,71	2,01

Katılımcıların medeni durumlarına göre yaşam kaliteleri değerlendirildiğinde ilk ve ikinci görüşmelerde yaşam kalitesi indeksinin bazı fasetlerinin etkilenmiş olduğu ve bu etkileşimin yapılan Mann Whitney U testi sonuçlarına göre de anlamlı olduğu saptanmıştır (Tablo 83). Birinci görüşmede evlilerin sosyal destek faseti ve sosyal baskı alanında, ikinci görüşmede bekarların diğer kişilerle ilişkiler fasetinde yaşam kalite puanları daha düşüktür.

Tablo 84. Eğitim durumu ile yaşam kalitesi arasındaki ilişki

FASET	EĞİTİM DURUMU			
	İÖÖ ve altı		Lise ve Üstü	
	Aritm. Ort	SD	Aritm. Ort	SD
Birinci görüşme				
Sosyal destek	11,54	2,85	13,03	2,84
İkinci görüşme				
Maddi kaynaklar	8,95	2,66	10,86	2,84
Beden imgesi	17,05	1,82	15,86	2,07

Katılımcıların eğitim durumlarına göre yaşam kaliteleri değerlendirildiğinde ilk ve ikinci görüşmelerde yaşam kalitesi indeksinin bazı fasetlerinin etkilenmiş olduğu ve bu etkileşimin yapılan Mann Whitney U testi sonuçlarına göre de anlamlı olduğu saptanmıştır (Tablo 84). İlköğretim okulu ve daha az eğitimi olanların birinci görüşmede sosyal destek fasetinde, ikinci görüşmede maddi kaynaklar fasetinde, lise ve üstünde eğitim görenlerin ikinci görüşmede beden imgesi fasetinde yaşam kalite puanları daha düşüktür.

Katılımcıların iş durumlarına göre yaşam kaliteleri değerlendirildiğinde ilk ve ikinci görüşmelerde yaşam kalitesi indeksinin bazı fasetlerinin etkilenmiş olduğu ve bu etkileşimin yapılan Mann Whitney U testi sonuçlarına göre de anlamlı olduğu saptanmıştır (Tablo 85). Birinci görüşmede işi olanların ağrı ve rahatsızlık, ilaçlara/tedaviye bağımlılık fasetlerinde, işi olmayanların fiziksel çevre, ulaşım fasetleri ve bedensel alan, bağımsızlık düzeyi ve ulusal çevre alanlarında yaşam kalite puanları daha düşüktür. İkinci görüşmede işi olmayanların canlılık ve bitkinlik, düşünme ve öğrenme, gündelik işleri yürütebilme, çalışabilme gücü, yeni bilgi ve beceri edinme, dinlenme ve boş zaman, fiziksel çevre, ulaşım, genel sağlık ve yaşam kalitesi, bedensel alan,

bağımsızlık düzeyi, çevre ve ulusal çevre alanlarında yaşam kalite puanları daha düşüktür.

Tablo 85. Yaşam kalitesi ile işinin olup olması arasındaki ilişki

FASET	İŞ DURUMU			
	İşsiz		İşi var	
	Aritm.Ort.	SD	Aritm.Ort.	SD
Birinci görüşme				
Ağrı ve rahatsızlık	11,64	2,49	9,75	1,86
İlaçlara/tedaviye bağımlılık	8,11	3,06	6,00	2,21
Fiziksel çevre	10,66	2,32	13,00	2,52
Ulaşım	10,37	2,28	14,08	3,17
Bedensel alan	11,92	2,71	13,83	2,50
Bağımsızlık düzeyi	13,30	2,13	14,81	1,81
Ulusal çevre alanı	10,18	1,39	11,30	1,65
İkinci görüşme				
Canlılık ve bitkinlik	12,41	2,80	15,11	3,17
Düşünme ve öğrenme	12,64	2,80	15,11	3,17
Gündelik işleri yürütebilme	13,14	2,11	14,66	1,50
Çalışabilme gücü	13,32	2,56	15,22	1,78
Yeni bilgi ve beceri edinme	11,67	2,61	13,77	1,85
Dinlenme ve boş zaman	10,58	2,60	12,22	1,85
Fiziksel çevre	10,88	2,23	13,00	1,65
Ulaşım	10,74	2,64	15,00	3,12
Genel sağlık ve yaşam kalitesi	11,00	2,48	13,00	2,34
Bedensel alan	13,12	2,48	15,00	2,27
Bağımsızlık düzeyi	13,58	2,42	15,77	1,12
Çevre alanı	10,70	1,83	12,36	1,47
Ulusal çevre alanı	10,64	1,50	12,22	1,24

5.2.2.3. WHOQOL 100-Tr ile gözaltı, cezaevi bilgilerinin ilişkisi

Tablo 86. Son gözaltında avukat varlığı ile yaşam kalitesi arasındaki ilişki

FASET	SON GÖZALTINDA AVUKAT			
	Var		Yok	
	Aritm. Ort.	SD	Aritm. Ort.	SD
Birinci görüşme				
Genel sağlık ve yaşam kalitesi	12,37	3,15	10,44	2,77
İkinci görüşme				
Kişisel inançlar	17,14	1,86	13,94	3,60

Katılımcıların son gözaltında avukatlarının olup olmamasına göre yaşam kaliteleri değerlendirildiğinde ilk ve ikinci görüşmelerde yaşam kalitesi indeksinin bazı fasetlerinin etkilenmiş olduğu ve bu etkileşimin yapılan Mann Whitney U testi sonuçlarına göre de anlamlı olduğu saptanmıştır (Tablo 86). Son gözaltında avukatı olmayanların ilk görüşmede genel sağlık ve yaşam kalitesi, ikinci görüşmede kişisel inançlar fasetlerindeki yaşam kalite puanları son gözaltında avukatı olanlara göre daha düşüktür.

Tablo 87. Son gözaltından sonra tutuklanma ile yaşam kalitesi arasındaki ilişki

FASET	SON GÖZALTINDAN SONRA TUTUKLANMA			
	Tutuklandı		Tutuklanmadı	
	Aritm. Ort.	SD	Aritm. Ort.	SD
Birinci görüşme				
Olumlu duygular	13,32	2,41	17,50	0,70
Çalışabilme gücü	13,05	2,69	17,50	0,70

Katılımcıların son gözaltından sonra tutuklanıp tutuklanmamalarına göre yaşam kaliteleri değerlendirildiğinde tutuklananların ilk görüşmede yaşam kalitesi indeksinin olumlu duygular ve çalışabilme gücü fasetlerinin etkilendiği, faset değerlerinin tutuklanmayanlara göre daha düşük olduğu ve bu farkın yapılan Mann Whitney U testi sonuçlarına göre de anlamlı olduğu saptanmıştır (Tablo 87).

Tablo 88. Son gözaltı sonrasında dava açılması ile yaşam kalitesi arasındaki ilişki

FASET	SON GÖZALTINDAN SONRA DAVA AÇILMASI			
	Açıldı		Açılmadı	
	Aritm. Ort.	SD	Aritm. Ort.	SD
Birinci görüşme				
Sosyal destek	12,58	2,80	7,50	2,12
Sağl. hizm. ve sosyal yardımlara ulaşabilme	8,98	2,66	4,00	0,00
Ulaşım	11,32	2,79	6,50	2,12

Son gözaltından sonra dava açılanlar, beraat edenler ve takipsizlik kararı verilenler “dava açılmadı”, diğer durumlar ise “dava açıldı” olarak gruplandırılmışlardır. Dava açılıp açılmaması ile ilk görüşmede yaşam kalitesinin “sosyal destek”, “sağlık hizmetleri ve sosyal yardımlara

ulaşabilme” ve “ulaşım” fasetleri arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. İkinci görüşmede bir ilişki saptanmamıştır (Tablo 88).

Son gözaltından sonra katılımcılar hakkında dava açılıp açılmamasına göre yaşam kaliteleri değerlendirildiğinde haklarında dava açılmayanların birinci görüşmede yaşam kalitesi indeksinin sosyal destek, sağlık hizmetleri ve sosyal yardımlarla ulaşabilme ve ulaşım fasetlerinin etkilendiği saptanmıştır. Yaşam kalitesinin bu alanlardaki faset değerlerinin dava açılanlara göre daha düşük olduğu ve bu farkın yapılan Mann Whitney U testi sonuçlarına göre de anlamlı olduğu saptanmıştır (Tablo 88).

Yaşam kalitesi ile “son gözaltında işkence görmek” arasında anlamlı bir istatistiksel ilişki saptanmamıştır.

Tablo 89. Yaşam kalitesi ile son gözaltından sonra kendi isteği ile adli rapor alma arasındaki ilişki

FASET	SON GÖZALTINDAN SONRA KENDİ ADLİ RAPOR ALDI MI?			
	Alan		Almayan	
	Aritm. Ort.	SD	Aritm. Ort.	SD
Birinci görüşme				
Ağrı ve rahatsızlık	9,33	1,63	11,47	2,48
Fiziksel güvenlik	12,16	0,40	10,13	2,69
Sosyal baskı	12,44	1,82	9,93	3,06
Ulusal çevre alanı	11,80	1,36	10,26	1,44
İkinci görüşme				
Canlılık ve bitkinlik	15,60	2,70	12,63	2,96

Katılımcıların yaşam kaliteleri son gözaltından sonra kendi isteği ile adli rapor alıp almamalarına göre değerlendirildiğinde ilk ve ikinci görüşmelerde yaşam kalitesi indeksinin bazı fasetlerinin etkilenmiş olduğu ve bu etkileşimin yapılan Mann Whitney U testi sonuçlarına göre de anlamlı olduğu saptanmıştır (Tablo 89).

Aşağıdaki tabloda görüldüğü gibi birinci görüşmede “son gözaltından sonra kendi isteği ile adli rapor alan” alan grubun almayanlara göre; fiziksel güvenlik faseti, sosyal baskı ve ulusal çevre alanlarında yaşam kalitesi puanlarının daha yüksek olduğu; ağrı ve rahatsızlık fasetinde ise almayanların puanlarının alanlara göre daha yüksek olduğu görülmektedir. İkinci görüşmede ise “son gözaltından sonra kendi isteği ile adli rapor alan”

grubun canlılık ve bitkinlik fasetinde yaşam kalite puanlarının almayanlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Tablo 90. Yaşam kalitesi ile son gözaltından sonra resmi adli rapor alma arasındaki ilişki

FASET	SON GÖZALTINDAN SONRA RESMİ ADLİ RAPOR ALDI MI?			
	Alan		Almayan	
	Aritm. Ort.	SD	Aritm. Ort.	SD
İkinci görüşme				
Uyku ve dinlenme	14,75	3,88	12,50	2,82

Katılımcıların yaşam kaliteleri son gözaltından sonra resmi adli rapor alıp almamalarına göre değerlendirildiğinde ikinci görüşmede yaşam kalitesi indeksinin uyku ve dinlenme fasetinin etkilenmiş olduğu ve bu etkileşimin yapılan Mann Whitney U testi sonuçlarına göre de anlamlı olduğu saptanmıştır (Tablo 90). Tabloda da görüldüğü gibi, resmi adli rapor almayanların uyku ve dinlenme fasetindeki yaşam kalite puanı resmi adli rapor alanlara göre daha düşüktür.

Tablo 91. İşkence sonrasında suç duyurusunda bulunmanın yaşam kalitesi ile ilişkisi

FASET	İŞKENCE SONRASINDA SUÇ DUYURUSUNDA BULUNDU MU?			
	Bulundu		Bulunmadı	
	Aritm. Ort.	SD	Aritm. Ort.	SD
Birinci görüşme				
Çalışabilme gücü	12,65	2,64	14,62	2,68
Kişisel inançlar	15,58	2,85	13,81	2,92

Katılımcıların yaşam kaliteleri işkence sonrasında suç durusunda bulunup bulunmamalarına göre değerlendirildiğinde birinci görüşmede yaşam kalitesi indeksinin bazı fasetlerinin etkilenmiş olduğu ve bu etkileşimin yapılan Mann Whitney U testi sonuçlarına göre de anlamlı olduğu saptanmıştır (Tablo 91). Tabloda da görüldüğü gibi, birinci görüşmede suç duyurusunda bulunanların çalışabilme gücü fasetinin, suç duyurusunda bulunmayanların kişisel inançlar fasetinin yaşam kalitesi puanları daha düşüktür.

Katılımcıların yaşam kaliteleri yaşanan süreç nedeniyle eğitimlerinin etkilenip etkilenmemesine göre değerlendirildiğinde ikinci görüşmede yaşam kalitesi indeksinin bazı fasetlerinin etkilenmiş olduğu

ve bu etkileşimin yapılan Mann Whitney U testi sonuçlarına göre de anlamlı olduğu saptanmıştır (Tablo 92). Aşağıdaki tabloda da görüldüğü gibi, ikinci görüşmede yaşanan süreç nedeniyle eğitimi etkilenenlerin beden imgesi, diğer kişilerle ilişkiler ve genel sağlık ve yaşam kalitesi fasetlerinin yaşam kalitesi puanları daha düşüktür.

Tablo 92. Yaşanılan süreç nedeniyle eğitimin etkilenip etkilenmemesinin yaşam kalitesine etkisi

FASET	YAŞANAN SÜREÇ NEDENİ İLE EĞİTİM ETKİLENDİ Mİ?			
	Etkilendi		Etkilenmedi	
	Aritm. Ort.	SD	Aritm. Ort.	SD
İkinci görüşme				
Beden imgesi	14,33	2,39	16,97	1,52
Diğer kişilerle ilişkiler	11,55	3,39	14,26	1,78
Genel yaşam kalitesi	9,88	2,14	11,82	2,54

Tablo 93. Sosyal güvence varlığı ile yaşam kalitesi ilişkisi

FASET	SOSYAL GÜVENCE DURUMU			
	Var		Yok	
	Aritm. Ort.	SD	Aritm. Ort.	SD
Birinci görüşme				
Hareketlilik	14,50	2,32	12,25	2,61
Günelik işleri yürütebilme	14,40	3,23	11,85	2,08
İlaçlara ve tedaviye bağımlılık	6,20	2,97	7,97	2,95
Çalışabilme gücü	15,10	3,17	12,80	2,54
Cinsel yaşam	14,00	1,88	11,18	3,18
Ev ortamı	12,70	2,90	10,40	3,00
Maddi kaynaklar	11,10	2,33	9,02	2,83
Ulaşım	13,50	2,67	10,65	2,72
Bedensel alan	13,90	2,41	11,99	2,74
Ulusal çevre alanı	11,49	1,51	10,19	1,41
İkinci görüşme				
Uyku ve dinlenme	17,83	1,32	13,40	3,59
Olumsuz duygular	9,00	2,52	11,13	2,17
Günelik işleri yürütebilme	15,50	1,22	13,13	2,01
Cinsel yaşam	14,50	2,07	11,33	3,06
Ev ortamı	13,00	1,67	10,78	2,92
Genel sağlık ve yaşam kalitesi	13,66	1,63	11,05	2,51

Katılımcıların yaşam kaliteleri sosyal güvencelerinin olup olmamasına göre değerlendirildiğinde birinci ve ikinci görüşmede yaşam kalitesi indeksinin bazı fasetlerinin etkilenmiş olduğu ve bu etkileşimin yapılan Mann Whitney U testi sonuçlarına göre de anlamlı olduğu saptanmıştır (Tablo 93). Birinci görüşmede sosyal güvencesi

olmayanların hareketlilik, gündelik işleri yürütebilme, çalışabilme gücü, cinsel yaşam, ev ortamı, ulaşım fasetleri ile bedensel alan ve ulusal çevre alanlarının, sosyal güvencesi olanların ise ilaçlara ve tedaviye bağımlılık fasetinin yaşam kalitesi puanlarının düşük olduğu görülmektedir.

İkinci görüşmede sosyal güvencesi olmayanların uyku ve dinlenme, gündelik işleri yürütebilme, cinsel yaşam, ev ortamı ve genel sağlık ve yaşam kalitesi fasetlerinin, sosyal güvencesi olanların ise olumsuz duygular fasetinin yaşam kalitesi skorları daha düşük bulunmuştur.

Tablo 94. Yaşam kalitesi ile yaşanan süreç nedeniyle iş durumunun etkilenmesi ilişkisi

FASET	YAŞADIĞI SÜREÇ İŞ DURUMUNU ETKİLEDİ Mİ?			
	Etkiledi		Etkilemedi	
	Aritm. Ort.	SD	Aritm. Ort.	SD
Birinci görüşme				
Olumlu duygular	14,64	2,40	13,09	2,42
Sosyal destek	10,78	2,99	12,93	2,72
Sağ. hiz. ve sosyal yardıma ulaşabilme	7,42	2,34	10,72	2,77
Ulusal çevre alanı	9,73	1,14	10,64	1,55
İkinci görüşme				
Çevre alanı	10,03	1,88	11,39	1,76'

Yaşadığı süreç nedeniyle iş durumu etkilenen katılımcıların yaşam kaliteleri değerlendirildiğinde birinci ve ikinci görüşmede yaşam kalitesi indeksinin bazı fasetlerinin etkilenmiş olduğu ve bu etkileşimin yapılan Mann Whitney U testi sonuçlarına göre de anlamlı olduğu saptanmıştır (Tablo 94).

Birinci görüşmede iş durumu etkilenmeyenlerin olumlu duygular fasetinin, iş durumu etkilenenlerin sosyal destek, sağlık hizmetleri ve sosyal yardımlara ulaşabilme fasetleri ile ulusal çevre alanının yaşam kalitesi puanlarının düşük daha olduğu görülmektedir. İkinci görüşmede iş durumu etkilenmiş olanların çevre alanına ait yaşam kalitesi puanının düşük olduğu saptanmıştır.

Yaşanılan süreç nedeniyle medeni durumun etkilenmesinin yaşam kalitesi üzerinde etkisi saptanmamıştır (Ek:6, Tablo 5).

Tablo 95. Çocukların okulunun etkilenmesinin yaşam kalitesi ile ilişkisi

FASET	ÇOCUKLARIN OKUL DURUMU			
	Etkilendi		Etkilenmedi	
	Aritm. Ort.	SD	Aritm. Ort.	SD
İkinci görüşme				
Sağ. hiz. ve sosyal yardımlara ulaşabilme	12,25	2,50	9,35	2,50

Yaşadığı süreç nedeniyle çocukların okul durumunun etkilenip etkilenmemesinin katılımcıların yaşam kaliteleri üzerine etkisi değerlendirildiğinde ikinci görüşmede yaşam kalitesi indeksinin bir fasetinin etkilenmiş olduğu ve bu etkileşimin yapılan Mann Whitney U testi sonuçlarına göre de anlamlı olduğu saptanmıştır (Tablo 95).

İkinci görüşmede çocuklarının okul durumu etkilenmeyenlerin sağlık hizmetlerine ve sosyal yardımlara ulaşabilme fasetinin yaşam kalitesi puanının düşük daha olduğu görülmektedir.

Tablo 96. Ailede çalışan varlığı ile yaşam kalitesi arasındaki ilişki

FASET	AİLEDE BAŞKA ÇALIŞAN VAR MI?			
	Var		Yok	
	Aritm. Ort.	SD	Aritm. Ort.	SD
Birinci görüşme				
Sosyal baskı alanı	10,66	3,15	8,88	2,34

Ailede çalışan birilerinin olup olmasının katılımcıların yaşam kaliteleri üzerine etkisi değerlendirildiğinde ilk ve ikinci görüşmelerde yaşam kalitesi indeksinin bazı fasetlerinin etkilenmiş olduğu ve bu etkileşimin yapılan Mann Whitney U testi sonuçlarına göre de anlamlı olduğu saptanmıştır (Tablo 96). Birinci görüşmede ailede çalışan birileri olmayan katılımcıların sosyal baskı alanının yaşam kalitesi puanının daha düşük olduğu görülmektedir.

Tablo 97. Göç ile yaşam kalitesi arasındaki ilişki

FASET	GÖÇ YAŞADI MI?			
	Yaşadı		Yaşamadı	
	Aritm. Ort.	SD	Aritm. Ort.	SD
Birinci görüşme				
Ulaşım	10,37	2,45	13,00	3,45
İkinci görüşme				
Düşünme, öğrenme	13,71	2,55	12,58	1,91
Günelik işleri yürütebilme	13,00	2,08	14,42	1,78
Yeni bilgi, beceri edinme	11,55	2,44	13,28	2,61
Dinlenme, boş zaman	10,24	2,42	12,35	2,20
Fiziksel çevre	10,75	2,11	12,50	2,24
Genel sağlık ve yaşam kalitesi	10,79	2,51	12,71	2,23
Çevre alanı	10,59	1,93	11,98	1,39

Göç yaşamının katılımcıların yaşam kaliteleri üzerine etkisi değerlendirildiğinde ilk ve ikinci görüşmelerde yaşam kalitesi indeksinin bazı fasetlerinin etkilenmiş olduğu ve bu etkileşimin yapılan Mann Whitney U testi sonuçlarına göre de anlamlı olduğu saptanmıştır (Tablo 97).

Yukarıdaki tabloda görüldüğü gibi birinci görüşmede “göç yaşayan” grubun yaşamayanlara göre ulaşım fasetinde yaşam kalitesi puanının daha düşük olduğu görülmektedir. İkinci görüşmede ise gündelik işleri yürütebilme, yeni bilgi, beceri edinme, dinlenme ve boş zaman, fiziksel çevre, genel sağlık ve yaşam kalitesi fasetleri ve çevre alanının yaşam kalitesi puanının daha düşük olduğu, ikinci görüşmede “göç yaşamayan” grubun düşünme ve öğrenme fasetinin yaşam kalitesi puanının daha düşük olduğu görülmektedir.

Katılımcıların aldıkları sosyal destek ile yaşam kalitesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (Ek:6, Tablo 22)

Tablo 98. Toplam açlık grevi süresi ile yaşam kalitesi ilişkisi

FASET	TOPLAM AÇLIK GREVİ SÜRESİ	
	r	P
İkinci görüşme		
Hareketlilik	-0,356	0,019
Ulaşım	-0,321	0,036
Olumsuz duygular	-0,421	0,005

Açlık grevi ile yapılan analizler, her iki görüşmeye katılanlar arasındaki ortak iki kişinin açlık grevi yapmamış olmaları nedeniyle ilk görüşmede 55 kişi, ikinci görüşmede 41 kişi üzerinden yapılmıştır.

Toplam açlık grevi süresinin uzamasının katılımcıların yaşam kaliteleri üzerine etkisi değerlendirildiğinde ikinci görüşmede yaşam kalitesi indeksinin bazı fasetlerinin etkilenmiş olduğu ve bu etkileşimin yapılan Pearson Korelasyon analizi sonuçlarına göre de anlamlı olduğu saptanmıştır (Tablo 98) (Ek:3, Tablo 1).

Yukarıdaki tabloda görüldüğü gibi ikinci görüşmede toplam açlık grevi süresinin uzaması ile hareketlilik, ulaşım ve olumsuz duygular fasetlerini orta güçte ve negatif yönde etkilemiştir. Açlık grevi süresi uzadıkça bu fasetlerde kötüleşme görülmektedir (Tablo 98).

Toplam açlık grevi “180 gün ve daha az” ve “180 günden fazla” olarak gruplandırılarak açlık grevi süresinin uzamasının katılımcıların yaşam kaliteleri üzerine etkisi değerlendirildiğinde ikinci görüşmede yaşam kalitesi indeksinin bazı fasetlerinin etkilenmiş olduğu ve bu etkileşimin yapılan Mann Whitney U testi sonuçlarına göre de anlamlı olduğu saptanmıştır (Tablo 99).

Tablo 99. Toplam açlık grevi süresi ile yaşam kalitesi ilişkisi

FASET	TOPLAM AÇLIK GREVİ SÜRESİ			
	180 gün ve daha az		180 günden fazla	
	Aritm. Ort.	SD	Aritm. Ort.	SD
İkinci görüşme				
Benlik saygısı	15,30	1,43	13,39	2,18
Kişisel inançlar	16,46	1,61	13,42	3,93

İkinci görüşmeye katılan ve 180 günden fazla açlık grevi yapan katılımcıların benlik saygısı ve kişisel inançlar fasetlerin yaşam kalitesi puanlarının daha az açlık grevi yapanlara göre daha düşük olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 100. En uzun açlık grevi süresi ile yaşam kalitesi ilişkisi

FASET	EN UZUN AÇLIK GREVİ SÜRESİ	
	r	P
İkinci görüşme		
Sağ. hiz. ve sosyal yardım: ulaşılabilirlik	-0,312	0,042

En uzun açlık grevi süresinin uzamasının katılımcıların yaşam kaliteleri üzerine etkisi değerlendirildiğinde ikinci görüşmede yaşam kalitesi indeksinin sağlık hizmetleri ve sosyal yardımlara ulaşabilme fasetinin etkilenmiş olduğu ve bu etkileşimin yapılan Pearson Korelasyon analizi sonuçlarına göre de anlamlı olduğu, ilişkinin orta güçte ve negatif yönde olduğu saptanmıştır (Tablo 100). Bir seferde kesintisiz yapılan açlık grevi süresi uzadıkça sağlık hizmetleri ve sosyal yardıma ulaşabilme ve alınan hizmetin niteliği kötüleşmektedir.

En uzun açlık grevi “30 gün ve daha az” ve “30 günden fazla” olarak gruplandırılarak açlık grevi süresinin uzamasının katılımcıların yaşam kaliteleri üzerine etkisi değerlendirildiğinde birinci ve ikinci görüşmede yaşam kalitesi indeksinin bazı fasetlerinin etkilenmiş olduğu ve bu etkileşimin yapılan Mann Whitney U testi sonuçlarına göre de anlamlı olduğu saptanmıştır (Tablo 101).

Tablo 101. En uzun açlık grevi süresi ile yaşam kalitesi ilişkisi

FASET	EN UZUN AÇLIK GREVİ SÜRESİ			
	30 gün ve az		30 günden çok	
	Aritm. Ort.	SD	Aritm. Ort.	SD
Birinci görüşme				
Olumsuz duygular	12,51	2,81	10,54	2,32
İkinci görüşme				
İlaçlara/tedaviye bağımlılık	6,08	2,96	9,94	8,31
Kişisel inançlar	15,37	3,33	13,00	3,70

Birinci görüşmede en uzun açlık grevi süresi 30 günden çok olan katılımcıların olumsuz duygular fasetinin yaşam kalitesi puanı, daha az açlık grevi yapan gruba göre daha düşüktür.

İkinci görüşmeye katılan ve 30 gün ve daha az açlık grevi yapan grubun kişisel inançlar, 30 günden fazla açlık grevi yapanların ilaçlara/tedaviye bağımlılık fasetlerinin yaşam kalitesi puanları diğer gruba göre daha düşük bulunmuştur.

Tablo 102. Toplam gözaltı süresi ile yaşam kalitesi ilişkisi

FASET	TOPLAM GÖZALTI SÜRESİ	
	r	P
İkinci görüşme		
Benlik saygısı	-0,337	0,027
Kişisel inançlar	-0,366	0,016

Toplam gözaltı süresinin uzamasının katılımcıların yaşam kaliteleri üzerine etkisi değerlendirildiğinde ikinci görüşmede yaşam kalitesi indeksinin benlik saygısı ve kişisel inançlar fasetlerinin etkilenmiş olduğu ve bu etkileşimin yapılan Pearson Korelasyon analizi sonuçlarına göre de anlamlı olduğu saptanmıştır. Benlik saygısı ve kişisel inançlar ile toplam gözaltı süresinin uzaması arasındaki ilişki orta güçte ve negatif yöndedir. (Tablo 102). Toplam gözaltı süresi arttıkça benlik saygısı ve kişisel inançlarda azalma görülmektedir.

Toplam gözaltı süresi “15 gün ve daha az” ve “15 günden fazla” olarak gruplandırıldığında, toplam gözaltı süresinin ilk görüşmede yaşam kalitesi üzerine herhangi bir etkisi olmadığı görülmüştür. İkinci görüşmede yaşam kalitesi indeksinin bazı fasetlerinin etkilenmiş olduğu ve bu etkileşimin yapılan Mann Whitney U testi sonuçlarına göre de anlamlı olduğu saptanmıştır (Tablo 103).

Tablo 103. Toplam gözaltı süresi ile yaşam kalitesi ilişkisi

FASET	TOPLAM GÖZALTI SÜRESİ			
	15 gün ve daha az		15 günden fazla	
	Aritm. Ort.	SD	Aritm. Ort.	SD
İkinci görüşme				
İlaçlara/tedaviye bağımlılık	6,55	3,77	10,50	8,54
Bağımsızlık düzeyi	14,80	2,08	13,12	2,51

İkinci görüşmeye katılanlardan toplam gözaltı süresi 15 gün ve daha az olan grubun ilaçlara/tedaviye bağımlılık fasetinin, toplam gözaltı süresi 15 günden fazla olan grubun bağımsızlık düzeyi fasetinin yaşam kalitesi puanlarının diğer gruba göre daha düşük olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 104. Toplam cezaevinde kalma süresi ile yaşam kalitesi ilişkisi

FASET	ÖLDÜRME TEHDİDİ	
	r	P
İkinci görüşme		
Beden imgesi	-0,329	0,031
Sağlık hizmetleri ve sosyal yardım	-0,323	0,035

Toplam cezaevinde kalma süresinin uzamasının katılımcıların yaşam kaliteleri üzerine etkisi değerlendirildiğinde ikinci görüşmede

yaşam kalitesi indeksinin beden imgesi ve sağlık hizmetleri ve sosyal yardım fasetlerinin etkilenmiş olduğu ve bu etkileşimin yapılan Pearson Korelasyon analizi sonuçlarına göre de anlamlı olduğu saptanmıştır.

Beden imgesi ve sağlık hizmetleri ve sosyal yardıma ulaşabilme fasetleri ile toplam cezaevinde kalma süresinin uzaması arasındaki ilişki orta güçte ve negatif yöndedir (Tablo 104). Toplam gözaltı süresi arttıkça beden imgesi bozulmakta, sağlık hizmetleri ve sosyal yardıma ulaşabilme ve alınan hizmetin niteliği kötüleşmektedir.

Cezaevinde kalınan toplam süre, “60 ay ve daha az” ve “60 aydan fazla” olarak gruplandırılarak katılımcıların yaşam kaliteleri üzerine etkisi değerlendirildiğinde birinci ve ikinci görüşmede yaşam kalitesi indeksinin bazı fasetlerinin etkilenmiş olduğu ve bu etkileşimin yapılan Mann Whitney U testi sonuçlarına göre de anlamlı olduğu saptanmıştır (Tablo 105).

Birinci görüşmede 60 ay ve daha az cezaevinde kalanların ulaşım, 60 aydan daha fazla kalanların ise ilaçlara/televiyeye bağımlılık fasetlerinin yaşam kalitesi puanlarının diğer gruba göre daha düşük olduğu görülmektedir.

Tablo 105. Toplam cezaevinde kalma süresiyle yaşam kalitesi ilişkisi

FASET	TOPLAM CEZAEVİNDE KALINAN SÜRE			
	60 ay ve daha az		60 aydan fazla	
	Aritm. Ort.	SD	Aritm. Ort.	SD
Birinci görüşme				
İlaçlara/televiyeye bağımlılık	9,77	2,68	7,19	2,94
Ulaşım	9,88	2,26	11,41	3,03
İkinci görüşme				
Benlik saygısı	15,71	1,63	13,67	2,11
Olumsuz duygular	9,42	1,51	11,26	2,26
İlaçlara/televiyeye bağımlılık	9,57	2,99	7,55	6,53
Ulaşım	8,85	1,34	12,35	3,23

İkinci görüşmede de 60 aydan fazla cezaevinde kalanların ilaçlara/televiyeye bağımlılık fasetinin yaşam kalitesi puanı 60 ay ve daha az cezaevinde kalanların puanına göre daha düşüktür. Cezaevinde 60 ay ve daha az kalanların benlik saygısı, olumsuz duygular ve ulaşım fasetlerinin yaşam kalitesi puanı, cezaevinde 60 aydan fazla kalanlara göre daha düşüktür.

Tablo 106. F tipi cezaevinde kalınan süre ile yaşam kalitesi ilişkisi

FASET	F TİPİ CEZAEVİNDE KALINAN SÜRE	
	r	P
Birinci görüşme		
Çalışabilme gücü	-0,262	0,049

F tipi cezaevinde kalma süresinin uzamasının katılımcıların yaşam kaliteleri üzerine etkisi değerlendirildiğinde birinci görüşmede yaşam kalitesi indeksinin çalışabilme gücü fasetinin etkilenmiş olduğu ve bu etkileşimin yapılan Pearson Korelasyon analizi sonuçlarına göre de anlamlı olduğu saptanmıştır. Çalışabilme gücü ile F tipi cezaevinde kalma süresi arasındaki ilişki orta güçte ve negatif yöndedir (Tablo 106). F tipi cezaevinde kalma süresi uzadıkça çalışabilme gücü azalmaktadır.

F tipi cezaevinde kalış süresi “12 ay ve daha az” ve “12 aydan fazla” kalanlar olarak gruplandırılarak katılımcıların yaşam kaliteleri üzerine etkisi değerlendirildiğinde ikinci görüşmede yaşam kalitesi indeksinin bazı fasetlerinin etkilenmiş olduğu ve bu etkileşimin yapılan Mann Whitney U testi sonuçlarına göre de anlamlı olduğu saptanmıştır (Tablo 107).

Tablo 107. F tipi cezaevinde kalma süresi ile yaşam kalitesi arasındaki ilişki

FASET	F TİPİ CEZAEVİNDE KALINAN SÜRE			
	12 ay ve daha az		12 aydan fazla	
	Aritm. Ort.	SD	Aritm. Ort.	SD
İkinci görüşme				
Ağrı ve rahatsızlık	10,00	2,14	13,60	3,43
Canlılık ve bitkinlik	13,05	2,91	10,00	2,44
Genel sağlık ve yaşam kalitesi	11,83	2,28	8,80	2,04

12 ay ve daha az F tipi cezaevinde kalanların ağrı ve rahatsızlık fasetinin, 12 aydan daha fazla F tipi cezaevinde kalanların ise canlılık ve bitkinlik ile genel sağlık ve yaşam kalitesi fasetlerinin yaşam kalitesi puanlarının diğer gruba göre daha düşük olduğu görülmektedir.

5.2.2.4. Yaşam kalitesi ile uygulanan işkence yöntemlerinin ilişkisi

Gözaltı, cezaevi süreçlerinin herhangi bir aşamasında “**ajanlık teklifi**” yapılanların yaşam kaliteleri değerlendirildiğinde ilk ve ikinci görüşmelerde yaşam kalitesi indeksinin bazı fasetlerinin etkilenmiş olduğu ve bu etkileşimin yapılan Mann Whitney U testi sonuçlarına göre de anlamlı olduğu saptanmıştır (Tablo 108).

Tablo 108. Yaşam kalitesi ile ajanlık teklifi ilişkisi

FASET	AJANLIK TEKLİFİ			
	Yapıldı		Yapılmadı	
	Aritm. Ort.	SD	Aritm. Ort.	SD
Birinci görüşme				
İlaçlara/tedaviye bağımlılık	7,98	3,05	5,75	1,90
Fiziksel çevre	10,95	2,58	12,37	1,84
İkinci görüşme				
Benlik saygısı	13,77	2,17	15,57	0,97
Beden imgesi	16,13	2,04	17,85	1,21

Yukarıdaki tabloda görüldüğü gibi birinci görüşmede “ajanlık teklifi” almayan grubun alanlara göre; ilaçlara/tedaviye bağımlılık fasetinin, ajanlık teklifi alanların almayanlara göre fiziksel çevre fasetinin yaşam kalitesi puanlarının daha düşüktür. İkinci görüşmede ise ajanlık teklifi alanların benlik saygısı ve beden imgesi fasetlerinin yaşam kalitesi puanları ajanlık teklifi yapılmayanlara göre daha düşüktür.

Tablo 109. Yaşam kalitesi ile anlamsız istemlere itaate zorlama ilişkisi

FASET	ANLAMSIZ İSTEMLERE ZORLAMA			
	Zorlandı		Zorlanmadı	
	Aritm. Ort.	SD	Aritm. Ort.	SD
Birinci görüşme				
İlaçlara/tedaviye bağımlılık	6,28	2,35	8,11	3,09
İkinci görüşme				
Olumlu duygular	11,70	2,40	13,90	2,51
Düşünme, öğrenme	11,50	1,58	13,39	2,16
Benlik saygısı	12,90	1,96	14,42	2,07
Olumsuz duygular	12,10	2,02	10,45	2,29
Ruhsal alan	12,96	1,33	14,31	1,72
Sosyal ilişkiler	11,50	2,10	12,92	2,22

Gözaltı, cezaevi süreçlerinin herhangi bir aşamasında “**anlamsız istemlere itaat etmeye zorlama**” işkencesine maruz kalanların yaşam kaliteleri değerlendirildiğinde ilk ve ikinci görüşmelerde yaşam kalitesi indeksinin bazı fasetlerinin etkilenmiş olduğu ve bu etkileşimin yapılan Mann Whitney U testi sonuçlarına göre de anlamlı olduğu saptanmıştır (Tablo 109).

İlk görüşmede anlamsız istemlere zorlananların ilaçlara/tedaviye bağımlılık fasetinin yaşam kalitesi puanı bu işkenceye zorlanmayanlara göre daha düşüktür.

İkinci görüşmede anlamsız istemlere itaat etmeye zorlananların olumlu duygular, düşünme öğrenme, benlik saygısı fasetleri ile ruhsal alan ve sosyal ilişkiler alanlarının yaşam kalitesi puanları bu işkenceye zorlanmayanlardan daha düşüktür. Sadece anlamsız istemlere itaate zorlanmayanların olumsuz duygular fasetinin yaşam kalitesi puanı zorlanmayanlardan daha düşüktür. Bu da, bu işkenceyi yaşayanların olumsuz duygularının daha yüksek oluşunu göstermektedir.

Gözaltı, cezaevi süreçlerinin herhangi bir aşamasında “**aşağılama**” işkencesine maruz kalanların yaşam kaliteleri değerlendirildiğinde ilk ve ikinci görüşmelerde yaşam kalitesi indeksinin bazı fasetlerinin etkilenmiş olduğu ve bu etkileşimin yapılan Mann Whitney U testi sonuçlarına göre de anlamlı olduğu saptanmıştır (Tablo 110).

Tablo 110.Yaşam kalitesi ile aşağılama ilişkisi

FASET	AŞAĞILAMA			
	Yaşayan		Yaşamayan	
	Aritm. Ort.	SD	Aritm. Ort.	SD
Birinci görüşme				
Canlılık ve bitkinlik	11,59	3,28	14,60	1,94
İlaçlara/tedaviye bağımlılık	7,90	2,99	5,20	2,16
Fiziksel çevre	10,96	2,56	13,20	0,44
Bağımsızlık düzeyi	13,42	2,08	16,00	0,81
İkinci görüşme				
Benlik saygısı	13,87	2,12	16,00	0,81
Sağlık hizmetleri ve sosyal yardım	9,33	2,56	12,50	0,57

Yukarıdaki tabloda görüldüğü gibi birinci görüşmede “aşağılama” yaşayan grubun yaşamayanlara göre; canlılık ve bitkinlik, ilaçlara/tedaviye bağımlılık, fiziksel çevre ve bağımsızlık düzeyi fasetlerinde yaşam kalitesi

puanlarının daha düşük olduğu; ikinci görüşmede ise benlik saygısı ve sağlık hizmetleri ve sosyal yardıma ulaşabilme fasetlerinde yaşam kalite puanlarının daha düşük olduğu saptanmıştır.

Tablo 111. Yaşam kalitesi ile aşırı fizik aktiviteye zorlanma ilişkisi

FASET	AŞIRI FİZİK AKTİVİTE			
	Zorlanan		Zorlanmayan	
	Aritm. Ort.	SD	Aritm. Ort.	SD
Birinci görüşme				
Fiziksel güvenlik	9,20	2,30	10,97	2,59
Fiziksel çevre	9,90	2,07	11,83	2,52
İkinci görüşme				
Canlılık ve bitkinlik	11,15	3,02	13,76	2,76
Düşünme, öğrenme	12,00	2,08	13,36	2,12
Bağımsızlık düzeyi	13,02	2,72	14,79	1,96

Gözaltı, cezaevi süreçlerinin herhangi bir aşamasında “**aşırı fizik aktiviteye zorlama**” işkencesine maruz kalanların yaşam kaliteleri değerlendirildiğinde ilk ve ikinci görüşmelerde yaşam kalitesi indeksinin bazı fasetlerinin etkilenmiş olduğu ve bu etkileşimin yapılan Mann Whitney U testi sonuçlarına göre de anlamlı olduğu saptanmıştır (Tablo 111). Birinci görüşmede aşırı fizik aktiviteye zorlananların fiziksel güvenlik ve fiziksel çevre fasetlerinin yaşam kalitesi puanları, zorlanmayanlara göre daha düşüktür. İkinci görüşmede de aşırı fizik aktiviteye zorlananların canlılık ve bitkinlik, düşünme ve öğrenme ve bağımsızlık düzeyi fasetlerinin yaşam kalitesi puanları, zorlanmayanlara göre daha düşüktür.

Gözaltı, cezaevi süreçlerinin herhangi bir aşamasında “**ayaktan ters askı**” işkencesine maruz kalanların yaşam kaliteleri değerlendirildiğinde bu işkence uygulanması ile yaşam kalitesi arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır (Ek:6, Tablo 37)

Tablo 112. Yaşam kalitesi ile basınçlı/soğuk su işkencesi ilişkisi

FASET	BASINÇLI/SOĞUK SU			
	Yaşadı		Yaşamadı	
	Aritm. Ort.	SD	Aritm. Ort.	SD
Birinci görüşme				
Fiziksel çevre	10,69	2,76	11,95	1,88
Fiziksel güvenlik	10,25	2,66	10,52	2,60
İkinci görüşme				
Düşünme, öğrenme	12,38	2,15	13,82	1,97
Benlik saygısı	13,46	2,49	15,00	1,58
Beden imgesi	15,88	2,16	17,23	1,52
Yeni bilgi, beceri edinme	11,42	2,46	13,17	2,50
Çevre alanı	10,63	1,98	11,67	1,54
Ulusal çevre alanı	10,63	1,65	11,48	1,32

Gözaltı, cezaevi süreçlerinin herhangi bir aşamasında “**basınçlı/soğuk su**” işkencesine maruz kalanların yaşam kaliteleri değerlendirildiğinde ilk ve ikinci görüşmelerde yaşam kalitesi indeksinin bazı fasetlerinin etkilenmiş olduğu ve bu etkileşimin yapılan Mann Whitney U testi sonuçlarına göre de anlamlı olduğu saptanmıştır (Tablo 112).

Birinci görüşmede basınçlı/soğuk su işkencesi yaşayanların fiziksel güvenlik ve fiziksel çevre fasetlerinin yaşam kalitesi puanları, bu işkenceyi yaşamayanlara göre daha düşüktür. İkinci görüşmede de basınçlı/soğuk su işkencesi yaşayanların benlik saygısı, beden imgesi, yeni bilgi, beceri edinme fasetlerinin ve ulusal ve genel çevre alanlarının yaşam kalitesi puanları, bu işkenceyi yaşamayanlara göre daha düşüktür.

Gözaltı, cezaevi süreçlerinin herhangi bir aşamasında “**cinsel taciz**” işkencesine maruz kalanların yaşam kaliteleri değerlendirildiğinde ilk ve ikinci görüşmelerde yaşam kalitesi indeksinin bazı fasetlerinin etkilenmiş olduğu ve bu etkileşimin yapılan Mann Whitney U testi sonuçlarına göre de anlamlı olduğu saptanmıştır (Tablo 113).

Tablo 113. Yaşam kalitesi ile cinsel taciz ilişkisi

FASET	CİNSEL TACİZ			
	Yaşayan		Yaşamayan	
	Aritm. Ort.	SD	Aritm. Ort.	SD
Birinci görüşme				
Canlılık ve bitkinlik	11,50	3,29	14,42	1,90
Benlik saygısı	13,30	2,16	15,28	1,49
Dinlenme/boş zaman	10,28	2,22	12,14	1,86
Fiziksel çevre	10,94	2,59	12,71	1,38
Ulusal çevre alanı	10,27	1,48	11,47	1,33
Genel sağlık ve yaşam kalitesi	10,36	2,79	13,28	2,21
İkinci görüşme				
Sağlık hizmetleri ve sosyal yardım	9,16	2,59,	12,00	1,00
Çevre alanı	10,82	1,79	12,17	2,01
Ulusal çevre alanı	10,76	1,49	12,03	1,68

Birinci görüşmede cinsel tacize uğrayanların canlılık ve bitkinlik, benlik saygısı, dinlenme/boş zaman, fiziksel çevre, genel sağlık ve yaşam kalitesi fasetleri ile ulusal çevre alanının yaşam kalitesi puanları cinsel taciz işkencesi yaşamayanlara göre daha düşüktür. İkinci görüşmede cinsel tacize uğrayanların sağlık hizmetleri ve sosyal yardıma ulaşabilme faseti, ulusal ve genel çevre alanlarının yaşam kalitesi puanları cinsel tacize uğramayanlara göre daha düşüktür.

İşkence yöntemleri arasında incelenen “**dayak**”, gözcaltı ve cezaevi sürecinde her katılımcının yaşadığı bir işkence yöntemi olduğu için istatistiksel analiz yapılmamıştır.

Tablo 114. Yaşam kalitesi ile diğer işkence yöntemleri ilişkisi

FASET	DİĞER İŞKENCE YÖNTEMLERİ			
	Uygulanan		Uygulanmayan	
	Aritm. Ort.	SD	Aritm. Ort.	SD
İkinci görüşme				
Sağlık hizmetleri ve sosyal yardım	9,12	2,62	11,30	1,89

Diğer işkence yöntemlerinden kastedilen, formda sorgulanan işkence yöntemlerinin dışında kalan işkence yöntemleridir. Pozisyonel işkenceler ayrı bir kategori olarak araştırıldığından, diğer pozisyonel işkenceler başlığında, formda sorgulananlar dışında kalan tüm pozisyonel işkence yöntemleri bu başlığa dahil edilmektedirler.

Gözaltı, cezaevi süreçlerinin herhangi bir aşamasında “**diğer işkence yöntemleri**”ne maruz kalanların yaşam kaliteleri değerlendirildiğinde ikinci görüşmede yaşam kalitesi indeksinin bazı fasetlerinin etkilenmiş olduğu ve bu etkileşimin yapılan Mann Whitney U testi sonuçlarına göre de anlamlı olduğu saptanmıştır (Tablo 114). İkinci görüşmede diğer işkence yöntemleri”ne maruz kalanların sağlık hizmetleri ve sosyal yardıma ulaşabilme fasetinin yaşam kalitesi puanı maruz kalmayanların yaşam kalitesi puanından daha düşüktür.

Tablo 115. Yaşam kalitesi ile diğer pozisyonel işkence yöntemleri ilişkisi

FASET	DİĞER POZİSYONEL İŞKENCE YÖNTEMLERİ			
	Uygulanan		Uygulanmayan	
	Aritm. Ort.	SD	Aritm. Ort.	SD
İkinci görüşme				
İlaçlara/tedaviye bağımlılık	9,00	6,88	6,22	4,04

Gözaltı, cezaevi süreçlerinin herhangi bir aşamasında “**diğer pozisyonel işkence yöntemleri**”ne maruz kalanların yaşam kaliteleri değerlendirildiğinde ikinci görüşmede “ilaçlara/tedaviye bağımlılık” fasetinin etkilenmiş olduğu ve bu etkileşimin yapılan Mann Whitney U testi sonuçlarına göre de anlamlı olduğu saptanmıştır (Tablo 115).

İkinci görüşmede “diğer pozisyonel işkence yöntemleri”ne maruz kalmayanların “ilaçlara/tedaviye bağımlılık” fasetinin yaşam kalitesi puanı bu işkenceye maruz kalanlara göre daha düşüktür.

Tablo 116. Yaşam kalitesi ile düz askı ya da çarmıh işkencesi ilişkisi

FASET	DÜZ ASKI YA DA ÇARMIH			
	Uygulanan		Uygulanmayan	
	Aritm. Ort.	SD	Aritm. Ort.	SD
İkinci görüşme				
Çalışabilme gücü	12,76	2,25	14,34	2,54

Gözaltı, cezaevi süreçlerinin herhangi bir aşamasında “**düz askı ya da çarmıh**” işkencesine maruz kalanların yaşam kaliteleri değerlendirildiğinde ikinci görüşmede “çalışabilme gücü” fasetinin etkilenmiş olduğu ve bu etkileşimin yapılan Mann Whitney U testi sonuçlarına göre de anlamlı olduğu saptanmıştır (Tablo 116).

İkinci görüşmede düz askı ya da çarmıh işkencesi uygulananların çalışabilme gücü fasetinin yaşam kalitesi puanı bu işkenceyi yaşamayanlara göre daha düşüktür.

Tablo 117. Yaşam kalitesi ile elektrik işkencesi ilişkisi

FASET	ELEKTRİK İŞKENCESİ			
	Uygulanan		Uygulanmayan	
	Aritm. Ort.	SD	Aritm. Ort.	SD
İkinci görüşme				
Beden imgesi	15,96	2,10	17,58	1,24
İlaçlara/tedaviye bağımlılık	8,64	6,39	5,70	4,22
Ulaşım	10,96	3,19	13,50	2,57
Ulusal çevre alanı	10,71	1,59	11,63	1,37
Genel sağlık ve yaşam kalitesi	10,96	2,67	12,58	1,88

Gözaltı, cezaevi süreçlerinin herhangi bir aşamasında “**elektrik**” işkencesine maruz kalanların yaşam kaliteleri değerlendirildiğinde ikinci görüşmelerde yaşam kalitesi indeksinin bazı fasetlerinin etkilenmiş olduğu ve bu etkileşimin yapılan Mann Whitney U testi sonuçlarına göre de anlamlı olduğu saptanmıştır (Tablo 117). İkinci görüşmede elektrik işkencesi uygulananların beden imgesi, ulaşım, genel sağlık ve yaşam kalitesi fasetlerinin ve ulusal çevre alanının yaşam kalitesi skorları elektrik işkencesi uygulanmayanlara göre daha düşüktür. İlaçlara ve tedaviye bağımlılık fasetinin yaşam kalitesi puanı ise elektrik işkencesi uygulanmayanlarda uygulananlara göre daha düşüktür.

Tablo 118. Yaşam kalitesi ile falaka ilişkisi

FASET	FALAKA			
	Uygulanan		Uygulanmayan	
	Aritm. Ort.	SD	Aritm. Ort.	SD
İkinci görüşme				
Ağrı ve rahatsızlık	8,62	2,13	10,85	2,49

Gözaltı, cezaevi süreçlerinin herhangi bir aşamasında “**falaka**” işkencesine maruz kalanların yaşam kaliteleri değerlendirildiğinde ikinci görüşmelerde yaşam kalitesi indeksinin bazı fasetlerinin etkilenmiş olduğu ve bu etkileşimin yapılan Mann Whitney U testi sonuçlarına göre de anlamlı olduğu saptanmıştır (Tablo 118).

İkinci görüşmede “falaka” işkencesine maruz kalanların “ağrı ve rahatsızlık” fasetinin yaşam kalitesi puanının bu işkenceyi yaşamayanların yaşam kalitesi puanına göre daha düşük olduğu görülmektedir.

İşkence yöntemleri arasında incelenen “**filistin askısı**” işkencesi ile katılımcıların yaşam kalitesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (Ek:6, Tablo 45)

Tablo 119. Yaşam kalitesi ile gözbağı ilişkisi

FASET	GÖZBAĞI			
	Uygulanan		Uygulanmayan	
	Aritm. Ort.	SD	Aritm. Ort.	SD
Birinci görüşme				
Olumsuz duygular	11,83	1,76	8,66	1,52
Psikolojik alan	13,27	1,76	15,93	1,40
İkinci görüşme				
Sağlık hizmetleri ve sosyal yardım	9,40	2,57	12,66	0,57

Gözaltı, cezaevi süreçlerinin herhangi bir aşamasında “**gözbağı**” işkencesine maruz kalanların yaşam kaliteleri değerlendirildiğinde ilk ve ikinci görüşmelerde yaşam kalitesi indeksinin bazı fasetlerinin etkilenmiş olduğu ve bu etkileşimin yapılan Mann Whitney U testi sonuçlarına göre de anlamlı olduğu saptanmıştır (Tablo 119). Birinci görüşmede gözbağı uygulananlarda psikolojik alanın yaşam kalitesi puanı gözbağı uygulanmayanlarınkine göre daha düşüktür. Gözbağı uygulanmayanları olumsuz duygular fasetinin yaşam kalitesi puanı ise uygulananlara göre daha düşüktür. İkinci görüşmede gözbağı uygulananların sağlık hizmetleri ve sosyal yardım fasetinin yaşam kalitesi puanı uygulanmayanlarınkinden daha düşüktür.

Gözaltı, cezaevi süreçlerinin herhangi bir aşamasında “**gürültülü müzik/marş dinletme**” işkencesine maruz kalanların yaşam kaliteleri değerlendirildiğinde ilk ve ikinci görüşmelerde yaşam kalitesi indeksinin bazı fasetlerinin etkilenmiş olduğu ve bu etkileşimin yapılan Mann Whitney U testi sonuçlarına göre de anlamlı olduğu saptanmıştır (Tablo 120).

Tablo 120. Yaşam kalitesi ile gürültülü müzik, marş ilişkisi

FASET	GÜRÜLTÜLÜ MÜZİK/MARŞ			
	Dinletilen		Dinletilmeyen	
	Aritm. Ort.	SD	Aritm. Ort.	SD
Birinci görüşme				
Canlılık ve bitkinlik	11,21	2,92	12,75	3,61
Bedensel alan	11,75	2,47	13,11	2,99
İkinci görüşme				
Canlılık ve bitkinlik	11,95	2,83	13,95	2,99
Ulaşım	10,66	3,13	12,63	3,03
Genel sağlık ve yaşam kalitesi	10,47	2,3	12,31	2,45

Birinci görüşmede gürültülü müzik/marş dinletilenlerin canlılık ve bitkinlik faseti ve bedensel alanın yaşam kalitesi puanları bu işkenceyi yaşamayanlara göre daha düşük bulunmuştur. İkinci görüşmede bu işkenceye maruz kalanların canlılık ve bitkinlik, ulaşım ve genel sağlık ve yaşam kalitesi fasetlerinin yaşam kalitesi puanları bu işkence uygulanmayanların yaşam kalitesi puanlarına göre daha düşüktür.

İşkence yöntemleri arasında incelenen “**hakaret**”, gözaltı ve cezaevi sürecinde her katılımcının yaşadığı bir işkence yöntemi olduğu için istatistiksel analiz yapılmamıştır.

Gözaltı, cezaevi süreçlerinin herhangi bir aşamasında “**havasız bırakma/suda boğma**” işkencesine maruz kalanların yaşam kaliteleri değerlendirildiğinde ilk ve ikinci görüşmelerde yaşam kalitesi indeksinin bazı fasetlerinin etkilenmiş olduğu ve bu etkileşimin yapılan Mann Whitney U testi sonuçlarına göre de anlamlı olduğu saptanmıştır (Tablo 121).

Birinci görüşmede havasız bırakma/suda boğma işkencesi yaşayanların düşünme ve öğrenme, fiziksel güvenlik, dinlenme-boş zaman ve bağımsızlık düzeyi fasetlerinin yaşam kalitesi puanları bu işkenceyi yaşamayanlara göre daha düşük, ilaçlara/tedaviye bağımlılık fasetinin yaşam kalitesi puanı ise daha yüksektir.

İkinci görüşmede uyku ve dinlenme, gündelik işleri yürütebilme, düşünme-öğrenme, fiziksel güvenlik, dinlenme-boş zaman, fiziksel çevre, genel sağlık ve yaşam kalitesi fasetleri ile bedensel ve ruhsal alanların yaşam kalitesi puanları havasız bırakma/suda boğma işkencesi

yaşamayanlara göre daha düşük, ilaçlara/tedaviye bağımlılık fasetinin yaşam kalitesi puanı ise daha yüksektir.

Tablo 121. Yaşam kalitesi ile havasız bırakma, suda boğma işkencesi ilişkisi

FASET	SUDA BOĞMA/HAVASIZ BIRAKMA			
	Uygulanan		Uygulanmayan	
	Aritm. Ort.	SD	Aritm. Ort.	SD
Birinci görüşme				
Düşünme ve öğrenme	10,00	1,00	12,46	2,77
İlaçlara/tedaviye bağımlılık	10,71	3,63	7,24	2,69
Fiziksel güvenlik	8,00	2,45	10,68	2,49
Dinlenme, boş zaman	8,57	2,22	10,78	2,14
Bağımsızlık düzeyi	12,10	1,15	13,83	2,17
İkinci görüşme				
Uyku ve dinlenme	9,80	2,38	14,57	3,49
Gündelik işleri yürütebilme	10,80	0,83	13,81	1,94
İlaçlara/tedaviye bağımlılık	12,00	3,93	7,28	6,00
Düşünme, öğrenme	10,80	1,78	13,23	2,08
Fiziksel güvenlik	10,00	1,58	11,86	1,94
Dinlenme, boş zaman	7,40	0,54	11,39	2,31
Fiziksel çevre	9,40	1,34	11,57	2,27
Bedensel alan	10,26	2,13	13,94	2,27
Ruhsal alan	12,44	1,63	14,20	1,65
Genel sağlık ve yaşam kalitesi	8,80	1,48	11,76	2,48

Gözaltı, cezaevi süreçlerinin herhangi bir aşamasında “haya burma” işkencesine maruz kalanların yaşam kaliteleri değerlendirildiğinde ilk ve ikinci görüşmelerde yaşam kalitesi indeksinin bazı fasetlerinin etkilenmiş olduğu ve bu etkileşimin yapılan Mann Whitney U testi sonuçlarına göre de anlamlı olduğu saptanmıştır (Tablo 122).

Birinci görüşmede haya burma işkencesi yaşayanların beden imgesi, sosyal destek, genel sağlık ve yaşam kalitesi fasetlerinin yaşam kalitesi puanları haya burma işkencesi yaşamayanlara göre daha düşük, sosyal baskı alanı puanları daha yüksek bulunmuştur.

İkinci görüşmede haya burma işkencesi yaşayanların benlik saygısı, beden imgesi, sağlık hizmetleri ve sosyal yardıma ulaşılabilirlik, dinlenme/boş zaman, genel sağlık ve yaşam kalitesi fasetleri, genel ve ulusal çevre alanlarının yaşam kalitesi puanları haya burma işkencesi

yaşamayanlara göre daha düşük, ilaçlara/tedaviye bağımlılık fasetinin yaşam kalitesi puanı ise daha yüksek bulunmuştur.

Tablo 122. Yaşam kalitesi ile haya burma ilişkisi

FASET	HAYA BURMA			
	Uygulanan		Uygulanmayan	
	Aritm. Ort.	SD	Aritm. Ort.	SD
Birinci görüşme				
Beden imgesi	14,60	2,90	16,73	2,18
Sosyal destek	11,69	3,06	13,57	2,26
Genel sağlık ve yaşam kalitesi	10,17	3,35	11,84	2,40
Sosyal baskı alanı	10,78	3,05	8,56	2,99
İkinci görüşme				
Benlik saygısı	13,22	2,51	15,13	2,51
Beden imgesi	15,55	2,33	17,20	1,61
İlaçlara\tedaviye bağımlılık	9,44	7,86	5,60	3,56
Sağlık hizmetleri ve sosyal yardım	8,89	2,82	10,60	2,06
Dinlenme/boş zaman	10,11	2,54	11,93	1,75
Genel sağlık ve yaşam kalitesi	10,50	3,07	12,60	1,72
Çevre alanı	10,36	2,20	11,68	1,52
Ulusal çevre alanı	10,44	1,84	11,41	1,33

Gözaltı, cezaevi süreçlerinin herhangi bir aşamasında “**hücrede tecrit**” işkencesine maruz kalanların yaşam kaliteleri değerlendirildiğinde ikinci görüşmede yaşam kalitesi indeksinin bazı fasetlerinin etkilendiği olduğu ve bu etkileşimin yapılan Mann Whitney U testi sonuçlarına göre de anlamlı olduğu saptanmıştır (Tablo 123). İkinci görüşmede hücrede tecrit işkencesi uygulanan katılımcıların ağrı ve rahatsızlık, maddi kaynaklar, yeni bilgi ve beceri edinme, ulaşım fasetleri ve genel ve ulusal çevre alanlarının yaşam kalitesi puanları hücrede tecrit işkencesi yaşamayanlara göre daha düşüktür.

Tablo 123. Yaşam kalitesi ile hücrede tecrit ilişkisi

FASET	HÜCREDE TECRİT			
	Uygulanan		Uygulanmayan	
	Aritm. Ort.	SD	Aritm. Ort.	SD
İkinci görüşme				
Ağrı ve rahatsızlık	10,13	2,38	12,80	2,94
Maddi kaynaklar	9,55	2,64	13,20	2,94
Yeni bilgi, beceri edinme	11,71	2,43	15,20	1,64
Ulaşım	11,28	3,05	14,60	3,20
Çevre alanı	10,84	1,84	12,62	1,34
Ulusal çevre alanı	10,79	1,56	12,28	1,13

Tablo 124. Yaşam kalitesi ile işeme ve dışkılamanın engellenmesi ilişkisi

FASET	İŞEME VE DIŞKILAMANIN ENGELLENMESİ			
	Uygulanan		Uygulanmayan	
	Aritm. Ort.	SD	Aritm. Ort.	SD
Birinci görüşme				
Dinlenme/boş zaman	10,12	2,27	11,50	1,93
Fiziksel çevre	10,73	2,73	12,25	1,48
Ulaşım	10,46	2,53	12,93	3,10
Çevre alanı	10,09	1,66	11,36	1,59
Ulusal çevre alanı	10,09	1,44	11,27	1,37
Genel sağlık ve yaşam kalitesi	10,17	2,71	11,12	2,91
İkinci görüşme				
Düşünme, öğrenme	12,50	2,19	14,00	1,82
Çalışabilme gücü	13,26	2,53	14,76	2,27
Fiziksel çevre	10,93	2,39	12,23	1,78
Ruhsal alan	13,64	1,83	14,83	1,12
Genel sağlık ve yaşam kalitesi	10,90	2,48	12,23	1,78

Gözaltı, cezaevi süreçlerinin herhangi bir aşamasında “işeme/dışkılamanın engellenmesi” işkencesine maruz kalanların yaşam kaliteleri değerlendirildiğinde birinci ve ikinci görüşmelerde yaşam kalitesi indeksinin bazı fasetlerinin etkilenmiş olduğu ve bu etkileşimin yapılan Mann Whitney U testi sonuçlarına göre de anlamlı olduğu saptanmıştır (Tablo 124).

Birinci görüşmede işeme/dışkılamanın engellenmesi işkencesi yaşayanların dinlenme, boş zaman, fiziksel çevre, ulaşım, genel sağlık ve yaşam kalitesi fasetleri ile genel ve ulusal çevre alanlarının yaşam kalitesi puanlarının bu işkence biçimini yaşamayanlara göre daha düşük olduğu saptanmıştır.

İkinci görüşmede işeme/dışkılamanın engellenmesi işkencesi yaşayanların düşünme, öğrenme, çalışabilme gücü, fiziksel çevre, genel sağlık ve yaşam kalitesi fasetleri ile ruhsal alan yaşam kalitesi puanları bu işkenceyi yaşamayanlara göre daha düşüktür.

Gözaltı, cezaevi süreçlerinin herhangi bir aşamasında “işkenceye görsel ve işitsel tanıklık ettirmek” işkencesine maruz kalanların yaşam kaliteleri değerlendirildiğinde birinci görüşmede “fiziksel çevre” fasetinin

etkilenmiş olduğu ve bu etkileşimin yapılan Mann Whitney U testi sonuçlarına göre de anlamlı olduğu saptanmıştır (Tablo 125).

Tablo 125. Yaşam kalitesi ile işkenceye görsel ve işitsel tanıklık ettirmek ilişkisi

FASET	İŞKENCEYE GÖRSEL/İŞİTSEL TANIKLIK			
	Ettirilen		Ettirilmeyen	
	Aritm. Ort.	SD	Aritm. Ort.	SD
Birinci görüşme				
Fiziksel çevre	10,73	2,73	12,00	1,88

Bu işkenceye maruz kalanların fiziksel çevre fasetinin yaşam kalitesi puanı bu işkenceye maruz kalmayanlara göre daha düşüktür.

İşkence yöntemleri arasında incelenen “**kendine yönelik diğer tehditler**” işkencesi ile katılımcıların yaşam kalitesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (Ek:6, Tablo 53)

Tablo 126. Yaşam kalitesi ile öldürme tehdidi ilişkisi

FASET	ÖLDÜRME TEHDİDİ			
	Alan		Almayan	
	Aritm.Ort.	SD	Aritm.Ort.	SD
Birinci görüşme				
Olumlu duygular	13,26	2,42	16,25	1,71
Hareketlilik	12,43	2,62	15,50	2,08
Çalışabilme gücü	12,96	2,68	16,50	1,73
Bağımsızlık düzeyi	13,44	2,06	15,93	2,15
İkinci görüşme				
Uyku ve dinlenme	13,72	3,63	18,00	2,00
Gündelik işleri yürütebilme	13,30	2,06	15,66	0,57
Çalışabilme gücü	13,52	2,51	16,33	0,57
Sağlık hizm.ve sosy. yard. ulaşabilme	9,40	2,57	12,66	0,57

Gözaltı, cezaevi süreçlerinin herhangi bir aşamasında “**öldürme tehdidi**” işkencesine maruz kalanların yaşam kaliteleri değerlendirildiğinde ilk ve ikinci görüşmelerde yaşam kalitesi indeksinin bazı fasetlerinin etkilenmiş olduğu ve bu etkileşimin yapılan Mann Whitney U testi sonuçlarına göre de anlamlı olduğu saptanmıştır (Tablo 126).

Yukarıdaki tabloda görüldüğü gibi birinci görüşmede “öldürme tehdidi” alan grubun almayanlara göre; olumlu duygular, hareketlilik, çalışabilme gücü, bağımsızlık düzeyi fasetlerinde yaşam kalitesi puanları daha düşük; ikinci görüşmede ise uyku ve dinlenme, gündelik işleri yürütebilme,

çalışabilme gücü, sağlık hizmetleri ve sosyal yardıma ulaşabilme fasetlerinde yaşam kalite puanları daha düşüktür.

İşkence yöntemleri arasında incelenen “**saç sakal, bıyık yolma**” işkencesi ile katılımcıların yaşam kalitesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. (Ek:6, Tablo 55)

Tablo 127. Yaşam kalitesi ile soğuk ortamda bekletme ilişkisi

FASET	SOĞUK ORTAMDA BEKLETME			
	Uygulanan		Uygulanmayan	
	Aritm. Ort.	SD	Aritm. Ort.	SD
Birinci görüşme				
Canlılık ve bitkinlik	3,69	2,88	13,10	11,18

Gözaltı, cezaevi süreçlerinin herhangi bir aşamasında “**soğuk ortamda bekletme**” işkencesine maruz kalanların yaşam kaliteleri değerlendirildiğinde ilk görüşmede “canlılık ve bitkinlik” fasetinin etkilenmiş olduğu ve bu etkileşimin yapılan Mann Whitney U testi sonuçlarına göre de anlamlı olduğu saptanmıştır (Tablo 127). Soğuk ortamda bekletme işkencesine maruz kalanların canlılık ve bitkinlik fasetinin yaşam kalitesi puanı bu işkenceye maruz kalmayanlara göre daha düşüktür.

Tablo 128. Yaşam kalitesi ile çıplak soyma ilişkisi

FASET	ÇIPLAK SOYMA			
	Uygulanan		Uygulanmayan	
	Aritm. Ort.	SD	Aritm. Ort.	SD
Birinci görüşme				
Canlılık ve bitkinlik	11,58	3,35	14,16	1,32
Fiziksel çevre	10,94	2,58	13,00	0,63
İkinci görüşme				
Düşünme, öğrenme	12,71	2,11	14,80	1,92
Çalışabilme gücü	13,44	2,48	15,80	1,92
Sağlık hizmetleri ve sosyal yardım	9,31	2,60	12,00	1,22

Gözaltı, cezaevi süreçlerinin herhangi bir aşamasında “**çıplak soyma**” işkencesine maruz kalanların yaşam kaliteleri değerlendirildiğinde ilk ve ikinci görüşmelerde yaşam kalitesi indeksinin bazı fasetlerinin etkilenmiş olduğu ve bu etkileşimin yapılan Mann Whitney U testi sonuçlarına göre de anlamlı olduğu saptanmıştır (Tablo

128). Birinci görüşmede çıplak soyma işkencesi yaşayanların canlılık ve bitkinlik ve fiziksel çevre fasetlerinin yaşam kalitesi puanları, İkinci görüşmede ise düşünme, öğrenme, çalışabilme gücü, sağlık hizmetleri ve sosyal yardıma ulaşabilme fasetlerinin yaşam kalitesi puanları çıplak soyma işkencesi yaşamayanlara göre daha düşüktür.

İşkence yöntemleri arasında incelenen “**tecavüz**” işkencesi ile katılımcıların yaşam kalitesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (Ek:6, Tablo 58).

Tablo 129. Yaşam kalitesi ile uyutmama ilişkisi

FASET	UYUTMAMA			
	Uygulanan		Uygulanmayan	
	Aritm. Ort.	SD	Aritm. Ort.	SD
Birinci görüşme				
Ağrı ve rahatsızlık	11,55	2,40	9,80	2,48
İlaçlara/tedaviye bağımlılık	8,02	3,04	6,00	2,30
Fiziksel çevre	10,80	2,55	12,80	1,75
Bağımsızlık düzeyi	13,36	2,16	14,85	1,67
Ulusal çevre	10,21	1,39	11,40	1,70
Genel sağlık ve yaşam kalitesi	10,42	2,66	12,10	3,60
İkinci görüşme				
Canlılık ve bitkinlik	12,52	3,02	15,28	2,13
İlaçlara/tedaviye bağımlılık	8,52	6,29,	4,28	0,48
Sağlık hizmetleri ve sosyal yardım	9,22	2,65	11,71	0,95'
Fiziksel çevre	11,00	2,31	13,00	1,15
Ulaşım	11,17	3,02	14,28	3,09
Ruhsal alan	13,77	1,76	15,17	0,89
Bağımsızlık düzeyi	13,94	2,41	15,85	0,95
Sosyal ilişkiler	12,30	2,27	14,09	1,48
Çevre alanı	10,73	1,83	12,66	1,14
Ulusal çevre alanı	10,69	1,53	12,37	0,93
Genel sağlık ve yaşam kalitesi	11,02	2,56	13,42	1,39

Gözaltı, cezaevi süreçlerinin herhangi bir aşamasında “**uyutmama**” işkencesine maruz kalanların yaşam kaliteleri değerlendirildiğinde ilk ve ikinci görüşmelerde yaşam kalitesi indeksinin bazı fasetlerinin etkilenmiş olduğu ve bu etkileşimin yapılan Mann Whitney U testi sonuçlarına göre de anlamlı olduğu saptanmıştır (Tablo 129).

Birinci görüşmede uyutmama işkencesine maruz kalanların “fiziksel çevre”, “bağımsızlık düzeyi”, “genel sağlık ve yaşam kalitesi” fasetlerinin ve “ulusal çevre” alanının yaşam kalitesi puanlarının

uyutmama işkencesine maruz kalmayanlara göre daha düşük, “ağrı ve rahatsızlık”, “ilaçlara/tedaviye bağımlılık” fasetlerinin yaşam kalitesi puanlarının ise daha yüksek olduğu saptanmıştır.

İkinci görüşmede uyutmama işkencesine maruz kalanların “canlılık ve bitkinlik”, “sağlık hizmetleri ve sosyal yardıma ulaşabilme”, “fiziksel çevre”, “ulaşım” ve “genel sağlık ve yaşam kalitesi” fasetlerinin, “ruhsal alan”, “bağımsızlık düzeyi”, “sosyal ilişkiler”, “çevre alanı” ve “ulusal çevre” alanlarının yaşam kalitesi puanlarının uyutmama işkencesine maruz kalmayanlara göre daha düşük, “ilaçlara/tedaviye bağımlılık” fasetinin yaşam kalitesi puanının ise daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Tablo 130. Yaşam kalitesi ile vücudun tek bir noktasına sürekli vurma işkencesi ilişkisi

FASET	TEK BİR NOKTAYA SÜREKLİ VURMA			
	Uygulanan		Uygulanmayan	
	Aritm. Ort.	SD	Aritm. Ort.	SD
İkinci görüşme				
Diğer kişilerle ilişkiler	11,77	2,33	14,20	2,22
Yeni bilgi, beceri edinme	10,33	2,50	12,58	2,45
Dinlenme, boş zaman	9,33	2,12	11,35	2,49

Gözaltı, cezaevi süreçlerinin herhangi bir aşamasında “**vücudun tek bir noktasına sürekli vurma**” işkencesine maruz kalanların yaşam kaliteleri değerlendirildiğinde ikinci görüşmelerde yaşam kalitesi indeksinin bazı fasetlerinin etkilenmiş olduğu ve bu etkileşimin yapılan Mann Whitney U testi sonuçlarına göre de anlamlı olduğu saptanmıştır (Tablo 130).

İkinci görüşmede vücudunun tek bir noktasına sürekli vurma işkencesi yaşayanların “diğer kişilerle ilişkiler”, “yeni bilgi, beceri edinme” ve “dinlenme, boş zaman” fasetlerinin yaşam kalitesi puanları bu işkenceye maruz kalmayanların yaşam kalitesi puanlarından daha düşüktür.

Tablo 131. Yaşam kalitesi ile yakınlarının yanında işkence yapma ilişkisi

FASET	YAKINLARININ YANINDA İŞKENCE			
	Yapılanlar		Yapılmayanlar	
	Aritm. Ort.	SD	Aritm. Ort.	SD
Birinci görüşme				
Kişisel inançlar	12,40	2,07	15,34	2,91

Gözaltı, cezaevi süreçlerinin herhangi bir aşamasında “**yakınlarının yanında işkence yapılması**” işkencesine maruz kalanların yaşam kaliteleri değerlendirildiğinde ilk görüşmede “kişisel inançlar” fasetinin etkilenmiş olduğu ve bu etkileşimin yapılan Mann Whitney U testi sonuçlarına göre de anlamlı olduğu saptanmıştır (Tablo 131). Birinci görüşmede yakınlarının yanında işkence yapılanların “kişisel inançlar” fasetinin yaşam kalitesi puanı yapılmayanlara göre daha düşüktür.

Gözaltı, cezaevi süreçlerinin herhangi bir aşamasında “**yakınlarına yönelik tehditler**” işkencesine maruz kalanların yaşam kaliteleri değerlendirildiğinde ilk ve ikinci görüşmelerde yaşam kalitesi indeksinin birer fasetlerinin etkilenmiş olduğu ve bu etkileşimin yapılan Mann Whitney U testi sonuçlarına göre de anlamlı olduğu saptanmıştır (Tablo 132).

Tablo 132. Yaşam kalitesi ile yakınlarına yönelik tehditler ilişkisi

FASET	YAKINLARINA YÖNELİK TEHDİT			
	Uygulanan		Uygulanmayan	
	Aritm. Ort.	SD	Aritm. Ort.	SD
Birinci görüşme				
Sosyal baskı alanı	9,75	3,01	11,33	2,92
İkinci görüşme				
Beden imgesi	15,96	2,14	17,35	1,39

Yukarıdaki tabloda da görüldüğü gibi; birinci görüşmede yakınlarına yönelik tehdit yaşayanların sosyal baskı alanının yaşam kalitesi puanı bu tehdidi yaşamayanlara göre daha düşüktür. İkinci görüşmede yakınlarına yönelik tehdit yaşayanların beden imgesi fasetinin yaşam kalitesi puanı, bu tehdidi yaşamayanlara göre daha düşüktür.

İşkence yöntemleri arasında incelenen “**yakma**” işkencesi ile katılımcıların yaşam kalitesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (Ek:6, Tablo 63).

Tablo 133. Yaşam kalitesi ile yalancı infaz ilişkisi

FASET	YALANCI İNFAZ			
	Yapılan		Yapılmayan	
	Aritm. Ort.	SD	Aritm. Ort.	SD
Birinci görüşme				
Fiziksel çevre	10,38	2,25	11,51	2,60
İkinci görüşme				
Günelik işleri yürütebilme	12,18	2,31	13,90	1,83

Gözaltı, cezaevi süreçlerinin herhangi bir aşamasında “**yalancı infaz**” işkencesine maruz kalanların yaşam kaliteleri değerlendirildiğinde ilk ve ikinci görüşmelerde yaşam kalitesi indeksinin birer fasetlerinin etkilenmiş olduğu ve bu etkileşimin yapılan Mann Whitney U testi sonuçlarına göre de anlamlı olduğu saptanmıştır (Tablo 133).

İlk görüşmede yalancı infaz işkencesi yaşayanların “fiziksel çevre” fasetinin yaşam kalitesi puanı yalancı infaz yaşamayanların yaşam kalitesi puanından daha düşüktür. İkinci görüşmede bu işkenceyi yaşayanların “günelik işleri yürütebilme” fasetinin yaşam kalitesi puanı yaşamayanlardan daha düşüktür.

Tablo 134. Yaşam kalitesi ile yeme içmenin kısıtlanması ilişkisi

FASET	YEME/İÇMENİN KISITLANMASI			
	Uygulanan		Uygulanmayan	
	Aritm. Ort.	SD	Aritm. Ort.	SD
Birinci görüşme				
Diğer kişilerle ilişkiler	13,25	2,69,	14,71	2,61
Fiziksel çevre	10,72	2,68	11,90	2,09
Genel sağlık ve yaşam kalitesi	10,08	2,61	11,80	3,05
İkinci görüşme				
Çalışabilme gücü	13,04	2,79	14,46	1,78
Diğer kişilerle ilişkiler	12,96	2,52	14,72	1,93
Fiziksel çevre	10,64	2,11	12,27	2,21

Gözaltı, cezaevi süreçlerinin herhangi bir aşamasında “**yeme içmenin kısıtlanması**” işkencesine maruz kalanların yaşam kaliteleri değerlendirildiğinde ilk ve ikinci görüşmelerde yaşam kalitesi indeksinin bazı fasetlerinin etkilenmiş olduğu ve bu etkileşimin yapılan Mann Whitney U testi sonuçlarına göre de anlamlı olduğu saptanmıştır (Tablo 134).

Birinci görüşmede; yeme içmenin kısıtlanması işkencesine maruz kalanların “diğer kişilerle ilişkiler”, “fiziksel çevre” ve “genel sağlık ve yaşam kalitesi” fasetlerinin yaşam kalitesi puanları bu işkenceye maruz kalmayanlara göre daha düşüktür. İkinci görüşmede de; “çalışabilme gücü” , “diğer kişilerle ilişkiler” ve “fiziksel çevre” fasetlerinin yaşam kalitesi puanları bu işkenceye maruz kalmayanlara göre daha düşüktür.

İşkence yöntemleri arasında incelenen “**kimyasal madde uygulaması**” işkencesi ile katılımcıların yaşam kalitesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (Ek:6, Tablo 66).

Gözaltı, cezaevi süreçlerinin herhangi bir aşamasında “**görüşmenin engellenmesi**” işkencesine maruz kalanların yaşam kaliteleri değerlendirildiğinde ilk ve ikinci görüşmelerde yaşam kalitesi indeksinin bazı fasetlerinin etkilenmiş olduğu ve bu etkileşimin yapılan Mann Whitney U testi sonuçlarına göre de anlamlı olduğu saptanmıştır (Tablo 135).

Tablo 135. Yaşam kalitesi ile görüşmenin engellenmesi ilişkisi

FASET	GÖRÜŞMENİN ENGELLENMESİ			
	Uygulanan		Uygulanmayan	
	Aritm. Ort.	SD	Aritm. Ort.	SD
Birinci görüşme				
Benlik saygısı	14,66	1,39	13,14	2,29
Kişisel inançlar	16,46	1,92	14,59	3,12
Ruhsal alan	14,25	1,09	13,10	1,96
İkinci görüşme				
Olumlu duygular	14,85	2,17	12,68	2,57
Benlik saygısı	15,21	1,67	13,51	2,13
Beden imgesi	17,50	1,60	15,89	2,02
Sosyal destek	13,42	2,06	11,72	2,37
Cinsel yaşam	13,21	2,39	11,07	3,24
Kişisel inançlar	16,14	2,95	13,65	3,60
Ruhsal alan	15,00	0,95	13,51	1,82
Sosyal ilişkiler	13,76	1,49	12,03	2,36

Birinci görüşmede görüşmenin engellenmesi işkencesi yaşayanların “benlik saygısı” ve “kişisel inançlar” fasetleri ve “ruhsal alan”ın yaşam kalitesi puanlarının bu işkenceyi yaşamayanların yaşam kalitesi puanlarından daha yüksek olduğu saptanmıştır. İkinci

görüşmede ise görüşmenin engellenmesi işkencesi yaşamayanların “olumlu duygular”, “benlik saygısı”, “beden imgesi”, “sosyal destek”, “cinsel yaşam”, “kişisel inançlar” fasetleri ve “ruhsal” ve “sosyal ilişkiler” alanlarının yaşam kalitesi puanları görüşmenin engellenmesi işkencesi yaşayanların yaşam kalitesi puanlarından daha düşüktür.

Tablo 136. Yaşam kalitesi ile ateşli silah ya da bomba ile yaralanma ilişkisi

FASET	ATEŞLİ SİLAH/BOMBA İLE YARALANMA			
	Uygulanan		Uygulanmayan	
	Aritm. Ort.	SD	Aritm. Ort.	SD
İkinci görüşme				
Diğer kişilerle ilişkiler	9,50	3,53	13,90	2,23

Gözaltı, cezaevi süreçlerinin herhangi bir aşamasında “**ateşli silah ya da bomba ile yaralanmaya**” maruz kalanların yaşam kaliteleri değerlendirildiğinde ikinci görüşmede yaşam kalitesi indeksinin “diğer kişilerle ilişkiler” fasetinin etkilenmiş olduğu ve bu etkileşimin yapılan Mann Whitney U testi sonuçlarına göre de anlamlı olduğu saptanmıştır (Tablo 136). İkinci görüşmede ateşli silah ya da bombayla yaralananların “diğer kişilerle ilişkiler” fasetinin yaşam kalitesi puanı yaralanmayanlara göre daha düşüktür.

5.2.2.5.Yaşam kalitesi ile fiziksel yakınmalar ilişkisi

Tablo 137. Genel vücut yakınmaları ile yaşam kalitesi ilişkisi

FASET	GENEL VÜCUT YAKINMALARI			
	Var		Yok	
	Aritm. Ort.	SD	Aritm. Ort.	SD
Birinci görüşme				
Ulaşım	10,12	2,30	11,90	3,08

Başvuru hekimiyle yapılan görüşmelerde “**genel vücut yakınmaları**” dile getirenlerin yaşam kaliteleri değerlendirildiğinde ikinci görüşmede yaşam kalitesi indeksinin “ulaşım” fasetinin etkilenmiş olduğu ve bu etkileşimin yapılan Mann Whitney U testi sonucuna göre

de anlamlı olduğu saptanmıştır (Tablo 137). Genel vücut yakınmaları olanların ikinci görüşmede “ulaşım” fasetinin yaşam kalitesi puanı genel vücut yakınması olmayanlara göre daha düşüktür.

Tablo 138. Dermatolojik yakınmalar ile yaşam kalitesi ilişkisi

FASET	DERMATOLOJİK YAKINMALAR			
	Var		Yok	
	Aritm. Ort.	SD	Aritm. Ort.	SD
Birinci görüşme				
Uyku ve dinlenme	14,40	3,81	11,64	4,13

Başvuru hekimiyle yapılan görüşmelerde “**dermatolojik yakınmalar**” dile getirenlerin yaşam kaliteleri değerlendirildiğinde ilk görüşmede yaşam kalitesi indeksinin “uyku ve dinlenme” fasetinin etkilenmiş olduğu ve bu etkileşimin yapılan Mann Whitney U testi sonucuna göre de anlamlı olduğu saptanmıştır (Tablo 138). Dermatolojik yakınmaları olmayanların ilk görüşmede uyku ve dinlenme fasetinin yaşam kalitesi puanı genel vücut yakınması olanlara göre daha düşüktür.

“**Nörolojik yakınmalar**” ile yaşam kalitesi arasında anlamlı bir ilişki tespit edilmemiştir. (Ek:6, Tablo 72).

Tablo 139. Ortopedik yakınmalar ile yaşam kalitesi ilişkisi

FASET	ORTOPEDİK YAKINMALAR			
	Var		Yok	
	Aritm. Ort.	SD	Aritm. Ort.	SD
İkinci görüşme				
Cinsel yaşam	11,07	2,94	13,06	3,12
Dinlenme, boş zaman	10,28	2,70	12,13	1,68

Başvuru hekimiyle yapılan görüşmelerde “**ortopedik yakınmalar**” dile getirenlerin yaşam kaliteleri değerlendirildiğinde ikinci görüşmede yaşam kalitesi indeksinin bazı fasetlerinin etkilenmiş olduğu ve bu etkileşimin yapılan Mann Whitney U testlerinin sonuçlarına göre de anlamlı olduğu saptanmıştır (Tablo 139). İkinci görüşmede; ortopedik yakınması olanların “cinsel yaşam” ve “dinlenme, boş zaman” fasetlerinin yaşam kalite puanları ortopedik yakınması olmayanlara göre daha düşüktür.

Tablo 140. KVS yakınmaları ile yaşam kalitesi ilişkisi

FASET	KVS YAKINMASI			
	Var		Yok	
	Aritm. Ort.	SD	Aritm. Ort.	SD
Birinci görüşme				
Canlılık ve bitkinlik	10,09	1,86	12,28	3,42
İkinci görüşme				
Çalışabilme gücü	12,50	1,50	14,09	2,67
Diğer kişilerle ilişkiler	12,10	2,28	14,18	2,29
Genel yaşam kalitesi	10,10	2,02	11,81	2,60

Başvuru hekimiyle yapılan görüşmelerde “**kardiyovaskuler sistem yakınmaları**” dile getirenlerin yaşam kaliteleri değerlendirildiğinde ilk ve ikinci görüşmede yaşam kalitesi indeksinin bazı fasetlerinin etkilenmiş olduğu ve bu etkileşimin yapılan Mann Whitney U testlerinin sonuçlarına göre de anlamlı olduğu saptanmıştır (Tablo 140).

İlk görüşmede KVS yakınması olanların “canlılık ve bitkinlik” fasetinin yaşam kalite puanı KVS yakınması olmayanlara göre daha düşüktür. İkinci görüşmede KVS yakınması olanların “çalışabilme gücü”, “diğer kişilerle ilişkiler” ve genel sağlık ve yaşam kalitesi” fasetlerinin yaşam kalitesi puanları KVS yakınması olmayanlara göre daha düşüktür.

Başvuru hekimiyle yapılan görüşmelerde “**solunum sistemi yakınmaları**” dile getirenlerin yaşam kaliteleri değerlendirildiğinde ilk görüşmede yaşam kalitesi indeksinin “cinsel yaşam” fasetinin etkilenmiş olduğu ve bu etkileşimin yapılan Mann Whitney U testi sonucuna göre de anlamlı olduğu saptanmıştır (Tablo 141). Cinsel yaşam fasetinin yaşam kalitesi puanı, solunum sistemi yakınmaları olmayanların yaşam kalitesi puanlarından daha düşüktür.

Tablo 141. Solunum sistemi yakınmaları ile yaşam kalitesi ilişkisi

FASET	SOLUNUM SİSTEMİ YAKINMASI			
	Var		Yok	
	Aritm. Ort.	SD	Aritm. Ort.	SD
Birinci görüşme				
Cinsel yaşam	10,23	2,83	12,12	3,16

Tablo 142. GİS yakınmaları ile yaşam kalitesi arasındaki ilişki

FASET	GİS YAKINMALARI			
	Var		Yok	
	Aritm. Ort.	SD	Aritm. Ort.	SD
Birinci görüşme				
Sağlık hizmetleri ve sosyal yardım	9,92	2,75	7,93	2,50
Fiziksel çevre	9,92	2,13	12,12	2,41
İkinci görüşme				
Uyku ve dinlenme	12,21	3,62	15,45	3,13
Beden imgesi	15,57	2,38	17,08	1,41
Çalışabilme gücü	13,00	2,82	14,29	2,15
Bedensel" alan	12,52	2,85	14,30	1,98

Başvuru hekimiyle yapılan görüşmelerde “**gastrointestinal sistem yakınmaları**” dile getirenlerin yaşam kaliteleri değerlendirildiğinde ilk ve ikinci görüşmede yaşam kalitesi indeksinin bazı fasetlerinin etkilenmiş olduğu ve bu etkileşimin yapılan Mann Whitney U testlerinin sonuçlarına göre de anlamlı olduğu saptanmıştır (Tablo 142).

İlk görüşmede: GİS yakınması olanların “sağlık hizmetleri ve sosyal yardıma ulaşabilme” fasetinin yaşam kalitesi puanı, GİS yakınması olmayanlardan daha yüksek iken, “fiziksel çevre” fasetinin yaşam kalitesi puanı GİS yakınması olmayanlardan daha düşüktür.

İkinci görüşmede GİS yakınması olanların “uyku ve dinlenme”, “beden imgesi”, “çalışabilme gücü” fasetleri ve “bedensel alan” yaşam kalitesi puanlarının GİS yakınması olmayanlardan daha düşük olduğu saptanmıştır.

“**Endokrin sistem yakınmaları**” ile yaşam kalitesi arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı değildir (Ek:6, Tablo 76).

Tablo 143. Ürogenital yakınmalar ile yaşam kalitesi ilişkisi

FASET	ÜROGENİTAL YAKINMALAR			
	Var		Yok	
	Aritm. Ort.	SD	Aritm. Ort.	SD
Birinci görüşme				
Yeni bilgi/beceri edinme	10,60	2,56	12,09	1,98
Çalışabilme gücü	12,32	2,85	13,90	2,54
İkinci görüşme				
Sağlık hizmetleri ve sosyal yardım	8,65	2,18	10,47	2,71
Yeni bilgi, beceri edinme	11,15	2,51	12,95	2,42

Başvuru hekimiyle yapılan görüşmelerde “**ürogenital yakınmalar**” dile getirenlerin yaşam kaliteleri değerlendirildiğinde ilk ve ikinci görüşmede yaşam kalitesi indeksinin bazı fasetlerinin etkilenmiş olduğu ve bu etkileşimin yapılan Mann Whitney U testlerinin sonuçlarına göre de anlamlı olduğu saptanmıştır (Tablo 143).

Ürogenital sistem yakınmaları olanların ilk görüşmede “yeni bilgi/ beceri edinme” ve “çalışabilme gücü” fasetlerinin yaşam kalitesi puanları ürogenital yakınması olmayanlara göre daha düşüktür. İkinci görüşmede ürogenital yakınmaları olanların “sağlık hizmetleri ve sosyal yardıma ulaşabilme” ve yani bilgi, beceri edinme” fasetlerinin yaşam kalitesi puanları yakınması olmayanlara göre daha düşüktür.

Tablo 144. Göz yakınmaları ile yaşam kalitesi ilişkisi

FASET	GÖZ YAKINMALARI			
	Var		Yok	
	Aritm. Ort.	SD	Aritm. Ort.	SD
Birinci görüşme				
Sağlık hizmetleri ve sosyal yardım	7,41	2,42	9,40	2,72
İkinci görüşme				
Sosyal destek	11,00	2,95	12,96	1,73
Cinsel yaşam	10,53	3,27	12,48	2,87
Dinlenme ve boş zaman	9,73	2,98	11,57	2,04
Sosyal ilişkiler	11,64	2,35	13,10	2,06

Başvuru hekimiyle yapılan görüşmelerde “**göz yakınmaları**” dile getirenlerin yaşam kaliteleri değerlendirildiğinde ilk ve ikinci görüşmede yaşam kalitesi indeksinin bazı fasetlerinin etkilenmiş olduğu ve bu etkileşimin yapılan Mann Whitney U testlerinin sonuçlarına göre de anlamlı olduğu saptanmıştır (Tablo 144).

İlk görüşmede göz yakınmaları olanların “sağlık hizmetleri ve sosyal yardıma ulaşabilme” fasetinin yaşam kalitesi puanı göz yakınması olmayanlara göre daha düşük bulunmuştur. Yine aynı şekilde, ikinci görüşmede göz yakınması olanların “sosyal destek”, “cinsel yaşam”, “dinlenme ve boş zaman” ve sosyal ilişkiler” fasetlerinin yaşam kalitesi puanları göz yakınması olmayanlara göre daha düşüktür.

Tablo 145. KBB yakınmaları ile yaşam kalitesi ilişkisi

FASET	KBB YAKINMALARI			
	Var		Yok	
	Aritm. Ort.	SD	Aritm. Ort.	SD
Birinci görüşme				
Sosyal baskı alanı	8,94	2,89	10,73	2,98

Başvuru hekimiyle yapılan görüşmelerde “**KBB yakınmaları**” dile getirenlerin yaşam kaliteleri değerlendirildiğinde ilk görüşmede yaşam kalitesi indeksinin “sosyal baskı alanı”nın etkilenmiş olduğu ve bu etkileşimin yapılan Mann Whitney U testi sonucuna göre de anlamlı olduğu saptanmıştır (Tablo 145). KBB yakınması olanların sosyal baskı alanının yaşam kalitesi puanı yakınması olmayanlara göre daha düşüktür.

Başvuru hekimiyle yapılan görüşmelerde “**diş yakınmaları**” dile getirenlerin yaşam kaliteleri değerlendirildiğinde ilk ve ikinci görüşmede yaşam kalitesi indeksinin bazı fasetlerinin etkilenmiş olduğu ve bu etkileşimin yapılan Mann Whitney U testlerinin sonuçlarına göre de anlamlı olduğu saptanmıştır (Tablo 146).

İlk görüşmede diş yakınması olanların sadece “olumsuz duygular” fasetinin yaşam kalitesi puanı diş yakınması olmayanlara göre daha düşük, “uyku ve dinlenme”, “olumlu duygular”, “günelik işleri yürütebilme”, “sosyal destek”, “dinlenme ve boş zaman” fasetleri ve “ruhsal alan”ın yaşam kalitesi puanları ise daha yüksektir.

Tablo 146. Diş yakınmaları ile yaşam kalitesi ilişkisi

FASET	DİŞ YAKINMALARI			
	Var		Yok	
	Aritm. Ort.	SD	Aritm. Ort.	SD
Birinci görüşme				
Uyku ve dinlenme	16,02	2,38	12,00	1,16
Olumlu duygular	15,80	1,09	13,25	2,48
Olumsuz duygular	9,20	1,64	12,03	2,32
Günelik işleri yürütebilme	15,00	2,82	12,03	2,32
Sosyal destek	14,80	1,64	12,17	2,92
Dinlenme, boş zaman	12,80	2,38	10,28	2,13
Ruhsal alan	15,16	1,39	13,24	1,79
İkinci görüşme				
Uyku ve dinlenme	16,02	2,38	12,00	1,16'
Olumlu duygular	15,75	0,50	13,15	2,65
Olumsuz duygular	8,00	0,00	11,12	2,23
Günelik işleri yürütebilme	15,75	0,50	13,23	2,04
Ruhsal alan	15,70	0,90	13,82	1,70

İkinci görüşmede de diş yakınması olanların “olumsuz duygular” fasetinin yaşam kalitesi puanı diş yakınması olmayanlara göre daha yüksek iken, “uyku ve dinlenme”, “olumlu duygular”, “günderlik işleri yürütebilme” fasetleri ve “ruhsal alan” yaşam kalitesi puanları daha yüksektir.

5.2.2.6. Yaşam kalitesi ile ruhsal yakınmaların ilişkisi

“Ruhsal yakınmalar” ile yaşam kalitesi arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır. (Ek:6, Tablo 81).

5.2.2.7. Yaşam kalitesi ile fiziksel tanıların ilişkisi

“Yumuşak doku travması” tanısıyla ile yaşam kalitesi arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır (Ek:6, Tablo 82).

“Ciltte ezik, kesik” tanılarıyla ile yaşam kalitesi arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır (Ek:6, Tablo 83).

“Mikoz” tanısıyla yaşam kalitesi arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır (Ek:6, Tablo 84).

“Dermatit” tanısıyla yaşam kalitesi arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır (Ek:6, Tablo 85).

Tablo 147. ÜSYE, sinüzit tanılarıyla yaşam kalitesi arasındaki ilişki

FASET	ÜSYE, SİNÜZİT TANISI			
	Var		Yok	
	Aritm. Ort.	SD	Aritm. Ort.	SD
Birinci görüşme				
Günderlik işleri yürütebilme	9,33	1,15	12,46	2,44
Sosyal destek	7,33	3,21	12,68	2,66
Maddi kaynaklar	5,66	2,08	9,59	2,75
İkinci görüşme				
Ağrı ve rahatsızlık	7,66	1,52	10,65	2,51
İlaçlara ve tedaviye bağımlılık	4,00	0,00	8,12	6,09
Sosyal destek	8,66	2,08	12,55	2,20

Muayene sürecinde “ÜSYE veya sinüzit” tanısı alanların yaşam kaliteleri değerlendirildiğinde ilk ve ikinci görüşmede yaşam kalitesi

indeksinin bazı fasetlerinin etkilenmiş olduğu ve bu etkileşimin yapılan Mann Whitney U testlerinin sonuçlarına göre de anlamlı olduğu saptanmıştır (Tablo 147). Birinci görüşmede ÜSYE, sinüzit tanısı alanların “günelik işleri yürütebilme”, “sosyal destek” ve maddi kaynaklar fasetlerinin yaşam kalitesi puanları bu tanıları almayanlara göre daha düşüktür. İkinci görüşmede de bu tanıları alanların “ağrı ve rahatsızlık”, “ilaçlara ve tedaviye bağımlılık”, ve sosyal destek fasetlerinin yaşam kalitesi puanları tanı almayanlara göre daha düşüktür.

“**Bronşit ve pnömoni**” tanılarıyla yaşam kalitesi arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır. İkinci görüşmede bu hastalık tanısı alan başvuru yoktur (Ek:6, Tablo 87).

Tablo 148. Hipertansiyon tanısıyla yaşam kalitesi arasındaki ilişki

FASET	HİPERTANSİYON			
	Var		Yok	
	Aritm. Ort.	SD	Aritm. Ort.	SD
İkinci görüşme				
Genel yaşam kalitesi	10,33	1,52	13,62	2,56
Olumlu duygular	8,33	2,30	11,65	2,54

Muayene sürecinde “**hipertansiyon**” tanısı alanların yaşam kaliteleri değerlendirildiğinde ikinci görüşmede yaşam kalitesi indeksinin bazı fasetlerinin etkilenmiş olduğu ve bu etkileşimin yapılan Mann Whitney U testlerinin sonuçlarına göre de anlamlı olduğu saptanmıştır (Tablo 148). İkinci görüşmede; hipertansiyon tanısı alanların “olumlu duygular” ve “genel yaşam kalitesi” fasetlerinin yaşam kalite puanları hipertansiyon tanısı almayanlara göre daha düşüktür.

Tablo 149. Anemi tanısıyla yaşam kalitesi arasındaki ilişki

FASET	ANEMİ			
	Var		Yok	
	Aritm. Ort.	SD	Aritm. Ort.	SD
Birinci görüşme				
Sosyal destek	15,25	1,70	12,18	2,88
Dinlenme, boş zaman	13,25	0,50	10,30	2,19
İkinci görüşme				
Dinlenme, boş zaman	14,33	2,51	10,67	2,37

Muayene sürecinde “**anemi**” tanısı alanların yaşam kaliteleri değerlendirildiğinde ilk ve ikinci görüşmede yaşam kalitesi indeksinin bazı fasetlerinin etkilenmiş olduğu ve bu etkileşimin yapılan Mann Whitney U testlerinin sonuçlarına göre de anlamlı olduğu saptanmıştır (Tablo 149). Birinci görüşmede anemi tanısı alanların “sosyal destek” ve “dinlenme ve boş zaman” fasetlerinin yaşam kalitesi puanlarının bu tanıyı almayanlara göre daha yüksek olduğu görülmüştür. İkinci görüşmede de “dinlenme ve boş zaman” fasetinin yaşam kalitesi puanı anemi tanısı almayanların puanlarından daha yüksektir.

“**Gastrit, ülser, reflü**” tanılarıyla yaşam kalitesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (Ek:6, Tablo 90).

Tablo 150. Hemoroid tanısıyla yaşam kalitesi arasındaki ilişki

FASET	HEMORÖİD			
	Var		Yok	
	Aritm. Ort.	SD	Aritm. Ort.	SD
Birinci görüşme				
İlaçlara ve tedaviye bağımlılık	11,66	3,72	7,19	2,57
Fiziksel çevre	8,66	2,58	11,45	2,38
İkinci görüşme				
Ağrı ve rahatsızlık	13,00	0,81	10,17	2,54
Canlılık ve bitkinlik	8,25	2,06	13,46	2,72
Uyku ve dinlenme	8,25	3,40	14,61	3,21
Gündelik işleri yürütebilme	10,75	2,06	13,74	1,90
Fiziksel güvenlik	8,75	2,50	11,94	1,70
Dinlenme, boş zaman	7,50	1,29	11,28	2,37
Bedensel alan	9,16	1,47	13,96	1,17
Genel yaşam kalitesi	8,00	2,16	11,76	2,35

Muayene sürecinde “**hemoroid**” tanısı alanların yaşam kaliteleri değerlendirildiğinde ilk ve ikinci görüşmede yaşam kalitesi indeksinin bazı fasetlerinin etkilenmiş olduğu ve bu etkileşimin yapılan Mann Whitney U testlerinin sonuçlarına göre de anlamlı olduğu saptanmıştır (Tablo 150).

İlk görüşmede hemoroid tanısı alanların “fiziksel çevre” fasetinin yaşam kalitesi puanları hemoroid tanısı almayanlara göre daha düşük iken, “ilaçlara-tedaviye bağımlılık” fasetinin puanı, hemoroid tanısı almayanların yaşam kalitesi puanından daha yüksektir.

İkinci görüşmede sadece “ağrı ve rahatsızlık” fasetinin yaşam kalitesi puanı hemoroid tanısı almayanların yaşam kalitesi puanlarından daha yüksektir ama “canlılık ve bitkinlik”, “uyku ve dinlenme”, “gündelik işleri yürütebilme”, “fiziksel güvenlik”, “dinlenme, boş zaman”, “genel yaşam kalitesi” fasetleri ve “bedensel alan”ın yaşam kalitesi puanları bu tanıyı almayanlarınkinden daha düşüktür.

“**Kolit**” tanısıyla yaşam kalitesi arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır (Ek:6, Tablo 92).

Tablo 151. Vajinit tanısıyla yaşam kalitesi arasındaki ilişki

FASET	VAGİNİT			
	Var		Yok	
	Aritm. Ort.	SD	Aritm. Ort.	SD
Birinci görüşme				
Uyku ve dinlenme	13,00	0,00	14,04	3,74
Fiziksel çevre	13,00	1,73,	11,05	2,54

Muayene sürecinde “**vajinit**” tanısı alanların yaşam kaliteleri değerlendirildiğinde ilk görüşmede yaşam kalitesi indeksinin bazı fasetlerinin etkilenmiş olduğu ve bu etkileşimin yapılan Mann Whitney U testlerinin sonuçlarına göre de anlamlı olduğu saptanmıştır (Tablo 151).

İlk görüşmede vajinit tanısı alanların “uyku ve dinlenme” fasetinin yaşam kalitesi puanı vajinit tanısı almayanlara göre daha düşük, “fiziksel çevre” fasetinin ise daha yüksektir.

“**Prostatit**” tanısıyla yaşam kalitesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. (Ek:6, Tablo 94).

Tablo 152. Migren tanısıyla yaşam kalitesi arasındaki ilişki

FASET	ÖLDÜRME TEHDİDİ			
	Var		Yok	
	Aritm. Ort.	SD	Aritm. Ort.	SD
Birinci görüşme				
Canlılık ve bitkinlik	14,16	1,83	11,58	3,32
Olumsuz duygular	9,50	2,88	11,92	2,71
Gündelik işleri yürütebilme	14,16	2,56	12,07	2,41
Sosyal destek	14,50	1,51	12,15	2,95
Fiziksel güvenlik	12,16	2,71	10,13	2,55
Ruhsal alan	14,70	1,04	13,25	1,85
İkinci görüşme				
Çevre alanı	12,52	1,09	10,85	1,87
Ulusal çevre alanı	12,22	1,05	10,80	1,56

Muayene sürecinde “**migren**” tanısı alanların yaşam kaliteleri değerlendirildiğinde ilk ve ikinci görüşmede yaşam kalitesi indeksinin bazı fasetlerinin etkilenmiş olduğu ve bu etkileşimin yapılan Mann Whitney U testlerinin sonuçlarına göre de anlamlı olduğu saptanmıştır (Tablo 152).

İlk görüşmede migren tanısı alanların “canlılık ve bitkinlik” fasetinin yaşam kalitesi migren tanısı almayanlara göre daha yüksektir. Ama “olumsuz duygular”, “gündelik işleri yürütebilme”, “sosyal destek”, “fiziksel güvenlik” fasetleri ve “ruhsal alan”ın yaşam kalitesi puanları migren tanısı almayan gruba göre daha düşüktür. İkinci görüşmede migren tanısı alanların “ulusal” ve “genel çevre alan”larının yaşam kalitesi puanları migren tanısı almayanlara göre daha yüksektir.

“**Varis**” tanısıyla ile yaşam kalitesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmemiştir. (Ek:6, Tablo 97).

Tablo 153. Miyalji ile yaşam kalitesi ilişkisi

FASET	MİYALJİ			
	Var		Yok	
	Aritm. Ort.	SD	Aritm. Ort.	SD
Birinci görüşme				
Kişisel inançlar	12,16	4,02	15,43	2,65
İkinci görüşme				
Beden imgesi	14,50	1,64	16,72	1,92
Çalışabilme gücü	11,50	2,34	14,08	2,39
Diğer kişilerle ilişkiler	12,00	1,54	13,97	2,45
Yeni bilgi, beceri edinme	9,66	2,06	12,51	2,47
Sosyal ilişkiler	11,22	1,14	12,81	2,32

Muayene sürecinde “**miyalji**” tanısı alanların yaşam kaliteleri değerlendirildiğinde ilk ve ikinci görüşmede yaşam kalitesi indeksinin bazı fasetlerinin etkilenmiş olduğu ve bu etkileşimin yapılan Mann Whitney U testlerinin sonuçlarına göre de anlamlı olduğu saptanmıştır (Tablo 153).

İlk görüşmede miyalji tanısı alanların “kişisel inançlar” fasetinin yaşam kalitesi puanı bu tanıyı almayanlara göre daha düşüktür.

İkinci görüşmede miyalji tanısı alanların “beden imgesi”, “çalışabilme gücü”, “diğer kişilerle ilişkiler”, “yeni bilgi, beceri edinme”

fasetleri ve “sosyal ilişkiler” alanının yaşam kalitesi puanları miyalji tanısı almayanlardan daha düşüktür.

“**Epilepsi**” ile yaşam kalitesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmemiştir. İkinci görüşmelerde epilepsi rahatsızlığı olan başvuru yoktur (Ek:6, Tablo 96).

Tablo 154. Fibromiyalji ile yaşam kalitesi arasındaki ilişki

FASET	FİBROMİYALJİ			
	Var		Yok	
	Aritm. Ort.	SD	Aritm. Ort.	SD
İkinci görüşme				
Olumsuz duygular	8,00	0,00	10,97	2,28
Sosyal destek	15,50	0,70	12,12	2,33
Sosyal ilişkiler	15,66	0,47	12,44	2,20

Muayene sürecinde “**fibromiyalji**” tanısı alanların yaşam kaliteleri değerlendirildiğinde ikinci görüşmede yaşam kalitesi indeksinin bazı fasetlerinin etkilenmiş olduğu ve bu etkileşimin yapılan Mann Whitney U testlerinin sonuçlarına göre de anlamlı olduğu saptanmıştır (Tablo 154).

İkinci görüşmede fibromiyalji tanısı alanların “olumsuz duygular” fasetinin yaşam kalitesi puanı fibromiyalji tanısı almayanlardan daha düşük iken, “sosyal destek” faseti ve “sosyal ilişkiler” alanının yaşam kalitesi puanları daha yüksektir.

Tablo 155. Servikal diskopati ile yaşam kalitesi arasındaki ilişki

FASET	SERVİKAL DİSKOPATİ			
	Var		Yok	
	Aritm. Ort.	SD	Aritm. Ort.	SD
Birinci görüşme				
İlaçlara ve tedaviye bağımlılık	9,50	3,07	7,36	2,92

Muayene sürecinde “servikal diskopati” tanısı alanların yaşam kaliteleri değerlendirildiğinde ilk görüşmede yaşam kalitesi indeksinin “ilaçlara ve tedaviye bağımlılık” fasetinin etkilenmiş olduğu ve bu etkileşimin yapılan Mann Whitney U testlerinin sonuçlarına göre de anlamlı olduğu saptanmıştır (Tablo 155). Birinci görüşmedeki ilaçlara ve tedaviye bağımlılık fasetinin yaşam kalitesi puanı, servikal diskopati tanısı alanlarda almayanlara göre daha yüksektir.

Tablo 156. Lomber diskopati ile yaşam kalitesi arasındaki ilişki

FASET	LOMBER DİSKOPATİ			
	Var		Yok	
	Aritm. Ort.	SD	Aritm. Ort.	SD
İkinci görüşme				
Beden imgesi	14,66	2,16	16,70	1,88

Muayene sürecinde “lomber diskopati” tanısı alanların yaşam kaliteleri değerlendirildiğinde ikinci görüşmede yaşam kalitesi indeksinin “beden imgesi” fasetinin etkilenmiş olduğu ve bu etkileşimin yapılan Mann Whitney U testlerinin sonuçlarına göre de anlamlı olduğu saptanmıştır (Tablo 156).

İkinci görüşmede lomber diskopati tanısı alanların “beden imgesi” fasetinin yaşam kalitesi puanı lomber diskopati tanısı almayanların puanından daha düşüktür.

“**Spondilolistezis**” ile yaşam kalitesi arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır. İkinci görüşmeye katılanlarda spondilolistezis rahatsızlığı bulunan kimse yoktur (Ek:6, Tablo 102).

Muayene sürecinde “**kondromalazi, gonartroz**” tanılarında birini alanların yaşam kaliteleri değerlendirildiğinde ilk ve ikinci görüşmede yaşam kalitesi indeksinin bazı fasetlerinin etkilenmiş olduğu ve bu etkileşimin yapılan Mann Whitney U testlerinin sonuçlarına göre de anlamlı olduğu saptanmıştır. Tablo 157’de de görüleceği gibi, kondromalazi, gonartroz tanısı alanların ilk görüşmede “fiziksel çevre” fasetinin yaşam kalitesi puanı bu tanıyı almayanlara göre daha düşüktür. İkinci görüşmede kondromalazi, gonartroz tanısı alanların “fiziksel çevre” ve “ev ortamı” fasetlerinin yaşam kalitesi puanları bu hastalık tanılarını almamış olanların yaşam kalitesi puanlarından daha düşüktür.

Tablo 157. Kondromalazi, gonartroz tanılarıyla yaşam kalitesi ilişkisi

FASET	KONDROMALAZİ, GONARTROZ			
	Var		Yok	
	Aritm. Ort.	SD	Aritm. Ort.	SD
Birinci görüşme				
Fiziksel çevre	8,33	0,57	11,31	2,50
İkinci görüşme				
Fiziksel çevre	10,66	0,57	14,27	3,71
Ev ortamı	8,33	1,54	11,30	2,86

Muayene sürecinde “**menisküs**” tanısı alanların yaşam kaliteleri değerlendirildiğinde ilk görüşmede yaşam kalitesi indeksinin bazı fasetlerinin etkilenmiş olduğu ve bu etkileşimin yapılan Mann Whitney U testlerinin sonuçlarına göre de anlamlı olduğu saptanmıştır. Tablo 158’de de görüldüğü gibi, ilk görüşmede menisküs tanısı alanların “sosyal ilişkiler” alanının yaşam kalitesi puanı menisküs tanısı almayanlara göre daha yüksektir.

Tablo 158. Menisküs tanısıyla yaşam kalitesi arasındaki ilişki

FASET	MENİSKÜS			
	Var		Yok	
	Aritm. Ort.	SD	Aritm. Ort.	SD
Birinci görüşme				
Sosyal ilişkiler	15,03	0,94	12,51	2,32

“**Diğer periferik eklem artrozu**” tanısı ile yaşam kalitesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (Ek:6, Tablo 105).

Muayene sürecinde “**impingement**” tanısı alanların yaşam kaliteleri değerlendirildiğinde ilk ve ikinci görüşmede yaşam kalitesi indeksinin bazı fasetlerinin etkilenmiş olduğu ve bu etkileşimin yapılan Mann Whitney U testlerinin sonuçlarına göre de anlamlı olduğu saptanmıştır (Tablo 159).

Tablo 159. İmpingemet sendromu tanısıyla yaşam kalitesi arasındaki ilişki

FASET	İMPİNGEMENT SENDROMU			
	Var		Yok	
	Aritm. Ort.	SD	Aritm. Ort.	SD
Birinci görüşme				
Kişisel inançlar	19,00	1,41	14,94	2,90
İkinci görüşme				
Olumsuz duygular	7,00	1,41	11,02	2,19

İlk görüşmede impingement sendromu tanısı alanların “kişisel inançlar” fasetinde yaşam kalitesi puanının bu tanıyı almayanların yaşam kalitesi puanından daha yüksek olduğu görülmüştür. İkinci görüşmede impingement sendromu tanısı alanların “olumsuz duygular” fasetinde yaşam kalitesi puanının bu tanıyı almayanlara göre daha düşük olduğu saptanmıştır.

“**Temporomandibular eklem artrozu**” ile yaşam kalitesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmemiştir (Ek:6, Tablo 107).

Tablo 160. Diğer tanılar ile yaşam kalitesi arasındaki ilişki

FASET	DİĞER TANILAR			
	Var		Yok	
	Aritm. Ort.	SD	Aritm. Ort.	SD
Birinci görüşme				
Maddi kaynaklar	8,23	2,68	9,87	2,80
Ulaşım	10,11	3,05	11,60	2,75
İkinci görüşme				
Düşünme, öğrenme	12,12	2,21	13,44	2,04
Maddi kaynaklar	8,62	3,42	10,77	2,24
Ulaşım	10,25	3,49	12,51	2,77
Çevre alanı	10,21	2,08	11,54	1,58
Ulusal çevre alanı	10,23	1,70	11,41	1,34

“Diğer tanılar”, TIHV görüşme formunda belirtilmeyen tanıları içermektedir. Muayene sürecinde “diğer” tanılar başlığında tanı alanların yaşam kaliteleri değerlendirildiğinde ilk ve ikinci görüşmede yaşam kalitesi indeksinin bazı fasetlerinin etkilenmiş olduğu ve bu etkileşimin yapılan Mann Whitney U testlerinin sonuçlarına göre de anlamlı olduğu saptanmıştır (Tablo 160).

İlk görüşmede diğer tanılar başlığında tanı alanların “maddi kaynaklar” ve “ulaşım” fasetlerinde yaşam kalitesi puanlarının bu tanıları almamış olanların yaşam kalite puanlarından daha düşük olduğu saptanmıştır. İkinci görüşmede diğer tanılar başlığında tanı alanların “düşünme, öğrenme”, “maddi kaynaklar” ve “ulaşım” fasetleriyle, “ulusal çevre” ve “genel çevre” alanlarındaki yaşam kalitesi puanlarının bu tanıları almamış olanların yaşam kalitesi puanlarından daha düşük olduğu saptanmıştır.

5.2.2.8. Yaşam kalitesi ile ruhsal tanılar ilişkisi

Tablo 161. Kr. PTSD ile yaşam kalitesi arasındaki ilişki

FASET	KR. PTSD			
	Var		Yok	
	Aritm. Ort.	SD	Aritm. Ort.	SD
Birinci görüşme				
Olumsuz duygular	12,93	2,97	11,17	2,61
Fiziksel güvenlik	8,93	3,06	10,90	2,23
İkinci görüşme				
Fiziksel güvenlik	10,58	2,10	12,06	1,80
Fiziksel çevre	9,75	2,34	11,93	1,98

Muayene sürecinde “**Kr. PTSD**” tanısı alanların yaşam kaliteleri değerlendirildiğinde ilk ve ikinci görüşmede yaşam kalitesi indeksinin bazı fasetlerinin etkilenmiş olduğu ve bu etkileşimin yapılan Mann Whitney U testlerinin sonuçlarına göre de anlamlı olduğu saptanmıştır (Tablo 161).

İlk görüşmede Kr PTSD tanısı alanların “fiziksel güvenlik” fasetindeki yaşam kalitesi puanlarının aynı tanıyı almayanların yaşam kalite puanlarından daha düşük, “olumsuz duygular” fasetindeki yaşam kalitesi puanlarının ise daha yüksek olduğu görülmüştür. İkinci görüşmede Kr. PTSD tanısı alanların “fiziksel güvenlik” ve “fiziksel çevre” fasetlerindeki yaşam kalitesi puanlarının bu tanıyı almayanların yaşam kalitesi puanlarına göre daha düşük olduğu saptanmıştır.

Tablo 162. Mj. Depresyon tanısı ile yaşam kalitesi ilişkisi

FASET	MJ. DEPRESYON			
	Var		Yok	
	Aritm. Ort.	SD	Aritm. Ort.	SD
Birinci görüşme				
Olumsuz duygular	13,66	3,84	11,29	2,44
Benlik saygısı	11,66	2,78	13,89	1,89

Muayene sürecinde “**Mj. Depresyon**” tanısı alanların yaşam kaliteleri değerlendirildiğinde ilk görüşmede yaşam kalitesi indeksinin bazı fasetlerinin etkilenmiş olduğu ve bu etkileşimin yapılan Mann Whitney U testlerinin sonuçlarına göre de anlamlı olduğu saptanmıştır (Tablo 162).

İlk görüşmede Mj. Depresyon tanısı alanların “benlik saygısı” fasetindeki yaşam kalitesi puanının bu tanıyı almayanlara göre düşük, “olumsuz duygular” fasetindeki yaşam kalitesi puanının ise daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 163. Uyum bozuklukları ile yaşam kalitesi arasındaki ilişki

FASET	UYUM BOZUKLUKLARI			
	Var		Yok	
	Aritm. Ort.	SD	Aritm. Ort.	SD
Birinci görüşme				
İlaçlara ve tedaviye bağımlılık	8,80	2,42	7,26	3,12
İkinci görüşme				
Hareketlilik	12,46	2,06	14,20	2,42
Fiziksel çevre	10,15	1,62	11,83	2,36

Muayene sürecinde “**uyum bozukluğu**” tanısı alanların yaşam kaliteleri değerlendirildiğinde ilk ve ikinci görüşmede yaşam kalitesi indeksinin bazı fasetlerinin etkilenmiş olduğu ve bu etkileşimin yapılan Mann Whitney U testlerinin sonuçlarına göre de anlamlı olduğu saptanmıştır (Tablo 163).

İlk görüşmede uyum bozukluğu tanısı alanların “ilaç ve tedaviye bağımlılık” fasetindeki yaşam kalitesi puanının bu tanıyı almayanlara göre daha yüksek olduğu, ikinci görüşmede ise bu tanıyı alanların “hareketlilik” ve “fiziksel çevre” fasetlerindeki yaşam kalitesi puanlarının bu tanıyı almayanlara göre daha düşük olduğu görülmektedir.

“**Kişilik bozuklukları**” ile yaşam kalitesi arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır. İkinci görüşmede kişilik bozukluğu tanısı alan başvuru yoktur (Ek:6, Tablo 112).

“**Cinsel işlev bozuklukları**” ile yaşam kalitesi arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamıştır (Ek:6, Tablo 114).

“**Diğer ruhsal bozukluklar**”, TİHV görüşme formunda ruhsal tanıları başlığı altında yer almayan ama dışlama kriterleri ile uyumlu tanıları içerir. Muayene sürecinde “diğer ruhsal bozukluklar” tanıları alanların yaşam kaliteleri değerlendirildiğinde ilk ve ikinci görüşmede yaşam kalitesi indeksinin “ulusal çevre” alanının etkilenmiş olduğu ve bu etkileşimin yapılan Mann Whitney U testlerinin sonuçlarına göre de anlamlı olduğu saptanmıştır. Tablo 164’te de görüldüğü gibi, diğer ruhsal bozukluklardan herhangi birisine ait tanı alanların ulusal çevre alanındaki yaşam kalitesi puanlarının hem ilk hem de ikinci görüşmede bu tanılarından herhangi birini almayanlara göre daha düşük olduğu görülmektedir.

Tablo 164. Diğer ruhsal bozukluk tanıları ile yaşam kalitesi ilişkisi

FASET	DİĞER RUHSAL BOZUKLUKLAR			
	Var		Yok	
	Aritm. Ort.	SD	Aritm. Ort.	SD
Birinci görüşme				
Ulusal çevre alanı	11,86	0,67	10,34	1,50
İkinci görüşme				
Ulusal çevre alanı	12,32	0,20	10,87	1,58

5.2.2.9. Yaşam kalitesi ile uygulanan tedavilerin ilişkisi

Tablo 165. İlaç tedavisi ile yaşam kalitesi ilişkisi

FASET	İLAÇ TEDAVİSİ			
	Verildi		Verilmedi	
	Aritm. Ort.	SD	Aritm. Ort.	SD
Birinci görüşme				
Ağrı ve rahatsızlık	11,68	2,36	10,12	2,52
İlaçlara ve tedaviye bağımlılık	8,24	3,12	6,18	2,13
İkinci görüşme				
Canlılık ve bitkinlik	12,43	2,92	14,23	3,11
Ulusal çevre alanı	10,64	1,58	11,72	1,32

Tanı sürecinin sonunda “ilaç tedavisi” verilenlerin yaşam kaliteleri değerlendirildiğinde ilk ve ikinci görüşmede yaşam kalitesi indeksinin bazı fasetlerinin etkilenmiş olduğu ve bu etkileşimin yapılan Mann Whitney U testlerinin sonuçlarına göre de anlamlı olduğu saptanmıştır.

Tablo 165’te de görüldüğü gibi, birinci görüşmede ilaç tedavisi alanların “ağrı ve rahatsızlık” ve “ilaç ve tedaviye bağımlılık” fasetlerinin yaşam kalitesi puanlarının ilaç tedavisi almayanların yaşam kalitesi puanlarından daha yüksek olduğu görülmektedir. İkinci görüşmede ise ilaç tedavisi alanların “canlılık ve bitkinlik” faseti ve “ulusal çevre” alanının yaşam kalitesi puanlarının ilaç tedavisi almayanlara göre daha düşük olduğu saptanmıştır.

Tanı sürecinin sonunda “psikofarmakoterapi” tedavisi alanların yaşam kaliteleri değerlendirildiğinde ilk ve ikinci görüşmede yaşam kalitesi indeksinin bazı fasetlerinin etkilenmiş olduğu ve bu etkileşimin yapılan Mann Whitney U testlerinin sonuçlarına göre de anlamlı olduğu saptanmıştır.

Tablo 166. Psikofarmakoterapi ile yaşam kalitesi ilişkisi

FASET	PSİKOFARMAKOTERAPİ			
	Uygulandı		Uygulanmadı	
	Aritm. Ort.	SD	Aritm. Ort.	SD
Birinci görüşme				
Canlılık ve bitkinlik	10,45	3,09	12,74	3,13
İlaçlara ve tedaviye bağımlılık	9,36	3,35	6,60	2,13
Fiziksel çevre	9,95	2,76	11,91	2,07
Bedensel alan	11,19	2,65	13,03	2,62
İkinci görüşme				
Uyku ve dinlenme	12,41	3,84	15,07	3,26
Düşünme, öğrenme	12,05	2,33	13,53	1,90
Fiziksel çevre	9,88	1,83	12,26	2,06

Tablo 166’da da görüldüğü gibi; ilk görüşmede psikofarmakoterapi tedavisi alanların “ilaçlara ve tedaviye bağımlılık” fasetinin yaşam kalitesi puanı bu yöntem ile tedavi edilmeyenlere göre yüksek, “ilaçlara ve tedaviye bağımlılık” ve “fiziksel çevre” fasetleriyle “bedensel alan”ın yaşam kalitesi puanları daha düşüktür. İkinci görüşmede ise psikofarmakoterapi tedavisi alanların “uyku ve dinlenme”, “düşünme, öğrenme” ve “fiziksel çevre” fasetlerinin yaşam kalitesi puanlarının bu yöntem ile tedavi edilmeyenlere göre daha düşük olduğu saptanmıştır.

“Psikoterapi” ile yaşam kalitesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (Ek:6, Tablo 117).

Tablo 167. FTR ile yaşam kalitesi ilişkisi

FASET	FTR			
	Yapıldı		Yapılmadı	
	Aritm. Ort.	SD	Aritm. Ort.	SD
Birinci görüşme				
Fiziksel çevre	5,50	0,70	11,36	2,32

Tanı sürecinin sonunda “FTR” (Fizik tedavi ve rehabilitasyon tedavisi) uygulananların yaşam kaliteleri değerlendirildiğinde ilk görüşmede yaşam kalitesi indeksinin “fiziksel çevre” fasetinin etkilenmiş olduğu ve bu etkileşimin yapılan Mann Whitney U testlerinin sonuçlarına göre de anlamlı olduğu saptanmıştır (Tablo 167). İlk görüşmede FTR uygulananların “fiziksel çevre” fasetinin yaşam kalitesi puanının FTR uygulanmayanlara göre daha düşük olduğu görülmektedir.

Tablo 168. Egzersiz tedavisi ile yaşam kalitesi ilişkisi

FASET	EGZERSİZ			
	Önerildi		Önerilmedi	
	Aritm. Ort.	SD	Aritm. Ort.	SD
Birinci görüşme				
Çevre alanı	9,68	1,22	10,70	1,80
İkinci görüşme				
Ulusal çevre alanı	10,14	1,40	11,29	1,54

Tanı sürecinin sonunda “**egzersiz**” önerilenlerin yaşam kaliteleri değerlendirildiğinde ilk ve ikinci görüşmede yaşam kalitesi indeksinin bazı fasetlerinin etkilenmiş olduğu ve bu etkileşimin yapılan Mann Whitney U testlerinin sonuçlarına göre de anlamlı olduğu saptanmıştır. (Tablo 168).

İlk görüşmede egzersiz önerilenlerin “çevre alanı”nın yaşam kalitesi puanının, ikinci görüşmede de “ulusal çevre alanı”nın yaşam kalitesi puanının egzersiz önerilmeyenlere göre daha düşük olduğu görülmektedir.

“**Ortopedik cihaz kullanımı**” ile yaşam kalitesi arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır (Ek:6, Tablo 120).

Tablo 169. Günlük yaşam önerileri ile yaşam kalitesi ilişkisi

FASET	GÜNLÜK YAŞAM ÖNERİSİ			
	Yapıldı		Yapılmadı	
	Aritm. Ort.	SD	Aritm. Ort.	SD
Birinci görüşme				
Ağrı ve rahatsızlık	12,16	2,80	10,57	2,01
İlaçlara ve tedaviye bağımlılık	8,87	3,13	6,78	2,63
Fiziksel çevre	10,08	2,39	11,93	2,37
İkinci görüşme				
İlaçlara/tedaviye bağımlılık	8,66	4,02	7,24	7,06
Ulaşım	10,61	3,58	12,44	2,75
Bedensel alan	12,48	2,57	14,26	2,27

Tanı sürecinin sonunda “**günlük yaşam önerileri**” yapılanların yaşam kaliteleri değerlendirildiğinde ilk ve ikinci görüşmede yaşam kalitesi indeksinin bazı fasetlerinin etkilenmiş olduğu ve bu etkileşimin yapılan Mann Whitney U testlerinin sonuçlarına göre de anlamlı olduğu saptanmıştır. (Tablo 169).

İlk görüşmede günlük yaşam önerisi yapılanların “ağrı ve rahatsızlık” ve “ilaçlara ve tedaviye bağımlılık” fasetlerinin yaşam kalitesi puanları günlük yaşam önerisi yapılmayanların yaşam kalitesi puanlarına göre daha yüksek, “fiziksel çevre” fasetinin yaşam kalitesi puanı ise daha düşüktür.

İkinci görüşmede günlük yaşam önerisi yapılanların “ilaçlara ve tedaviye bağımlılık” fasetinin yaşam kalitesi puanı günlük yaşam önerisi yapılmayanların yaşam kalitesi puanından daha yüksektir. Günlük yaşam önerisi yapılanların “ulaşım” faseti ve “bedensel alan”ın yaşam kalitesi puanları günlük yaşam önerisi yapılmayanların yaşam kalitesi puanlarından daha yüksektir.

Tablo 170. Cerrahi girişimler ile yaşam kalitesi ilişkisi

FASET	CERRAHİ GİRİŞİM			
	Yapıldı		Yapılmadı	
	Aritm. Ort.	SD	Aritm. Ort.	SD
İkinci görüşme				
Ağrı ve rahatsızlık	12,75	1,25	10,20	2,55
Canlılık ve bitkinlik	10,00	2,44	13,28	2,97
Uyku ve dinlenme	8,75	4,03	14,56	3,25
Gündelik işleri yürütebilme	11,25	2,36	13,69	1,94
Bedensel alan	10,00	2,46	13,88	2,28

Tanı sürecinin sonunda “**cerrahi girişim**”de bulunanların yaşam kaliteleri değerlendirildiğinde ikinci görüşmede yaşam kalitesi indeksinin bazı fasetlerinin etkilenmiş olduğu ve bu etkileşimin yapılan Mann Whitney U testlerinin sonuçlarına göre de anlamlı olduğu saptanmıştır (Tablo 170).

İkinci görüşmede cerrahi tedavi uygulananların “ağrı ve rahatsızlık” fasetinin yaşam kalitesi puanı, cerrahi girişimde bulunmayanların yaşam kalitesi puanlarına göre daha yüksek bulunmuşken, “canlılık ve bitkinlik”, “uyku ve dinlenme”, “gündelik işleri yürütebilme” fasetleri ve “bedensel alan”ın yaşam kalitesi puanlarına göre daha düşüktür.

Tablo 171. Diş tedavisi ile yaşam kalitesi ilişkisi

FASET	DİŞ TEDAVİSİ			
	Yapıldı		Yapılmadı	
	Aritm. Ort.	SD	Aritm. Ort.	SD
İlk görüşme				
Dinlenme ve boş zaman	15,00	1,41	10,34	2,11
Genel sağlık ve yaşam kalitesi	15,00	2,8	10,56	2,78

Tanı sürecinin sonunda “**diş tedavisi**” yapılanların yaşam kaliteleri değerlendirildiğinde ilk görüşmede yaşam kalitesi indeksinin bazı fasetlerinin etkilenmiş olduğu ve bu etkileşimin yapılan Mann Whitney U testlerinin sonuçlarına göre de anlamlı olduğu saptanmıştır (Tablo 171). İlk görüşmede diş tedavisi yapılanların “dinlenme ve boş zaman” ve “genel yaşam kalitesi” fasetlerinde yaşam kalitesi puanlarının diş tedavisi yapılmayanların yaşam kalitesi puanlarına göre daha yüksek olduğu görülmüştür.

5.2.2.10. Tedavi sonucu ile yaşam kalitesi ilişkisi

Tanı ve tedavi süreci sonlandırıldığında dosyası iyileşti denilerek kapatılanların yaşam kaliteleri değerlendirildiğinde ilk ve ikinci görüşmede yaşam kalitesi indeksinin bazı fasetlerinin etkilenmiş olduğu ve bu etkileşimin yapılan Mann Whitney U testlerinin sonuçlarına göre de anlamlı olduğu saptanmıştır (Tablo 172). İlk görüşmelerden sonra iyileştiği belirtilenlerin maddi kaynaklar fasetinde yaşam kalitesi puanı iyileşmediği belirtilenlere göre daha yüksek bulunmuştur. İkinci görüşmeler sonrasında iyileştğine karar verilenlerin “düşünme ve öğrenme” ve “maddi kaynaklar” fasetlerinin yaşam kalitesi puanları iyileşmediği belirtilenlerin yaşam kalitesi puanlarından daha yüksektir.

Tablo 172. Tedavi sonucu ile yaşam kalitesi ilişkisi

FASET	TEDAVİ SONUCU			
	İyileşti		İyileşmedi	
	Aritm. Ort.	SD	Aritm. Ort.	SD
Birinci görüşme				
Maddi kaynaklar	10,58	2,80	8,87	2,73
İkinci görüşme				
Düşünme ve öğrenme	13,87	2,06	12,40	2,09
Maddi kaynaklar	11,18	3,14	9,25	2,53

“İşkenceye bağlı kalıcı sakatlık ya da iz” ile yaşam kalitesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (Ek:6, Tablo 125).

6.TARTIŞMA

BDE son bir hafta içindeki duygudurumu değerlendirmesine dayanan bir ölçektir. Yaşam kalitesi ölçeği olarak kullanılan WHOQOL 100 TR ise son iki haftalık geçmiş değerlendirilerek yanıtlanmaktadır. Uzun zaman önce gözaltına alınan, işkence gören, uzun yıllar cezaevinde kalan ve kimi zaman tahliye olduktan hemen sonra, kimi zaman da bir süre sonra TİHV'na başvuran katılımcıların depresyonları ve yaşam kalitelerindeki değişimlerin tek nedeninin yaşadıkları süreç olması beklenmemelidir. Toplumun dışlayarak “ötekileştirdiği” bu katılımcı grubunun yaşanan sürecin ardından normal yaşama döndüklerinde karşılaştıkları sorunlar, çalışmada sorgulanan depresyon ve yaşam kalitesi değişimlerinin gerçek nedeni olmaya en az yaşanan süreç kadar yakındır.

WHOQOL 100 yaşam kalitesi ölçeği ile yapılmış çalışmalar incelendiğinde, toplum sağlığını tehdit eden hastalıklar ya da farklı iş gruplarında çalışanlar ve sağlıklı kişilerle yapılmış çalışmalarla karşılaşılmaktadır. WHOQOL 100 veya WHOQOL 100 Tr ile işkence görenlerle yapılmış çalışmaya ne yurt içinde ne de yurt dışındaki yayınlarda rastlanmamıştır. Aslında travma mağdurlarının travmatizasyon mekanizmaları ve travma sonrası fizyolojik işleve etki

eden etmenler konusunda birçok çalışma yapılmıştır ancak, işkencenin onca yaygınlığına karşın işkence mağdurları ile yapılmış çok az çalışma vardır (44). Üstelik işkence görenlerde yaşam kalitesi çalışması yok denecek kadar azdır ve var olanlarda kullanılan ölçekler de farklıdır. Bu konuda Rehabilitation and Research Centre for Torture Victims (IRCT) bünyesinde 2005 yılında WHOQOL Bref kullanılarak yapılmış sadece bir çalışma vardır (34).

Savaş ve soykırım mağdurlarıyla yürütülen, şiddetli travmanın ruh sağlığı üzerine uzun dönemli etkisini inceleyen birçok büyük çalışma vardır (45, 46). İkinci dünya savaşından yıllar sonra soykırım mağdurlarında yapılan toplumsal çalışmalar soykırımın ruhsal etkilerinin izlerinin hala görüldüğünü, şiddetli travmanın ruh sağlığına etkisinin uzun süreli, muhtemelen ömür boyu sürdüğünü göstermiştir (47, 48). Yine de, Joffe ve arkadaşlarının 2003 yılında yaptığı bir çalışma şiddetli travma sonrasında da normal sosyal ve günlük yaşam sürdürülebildiğini göstermiştir (49).

Travma yaşamış göçmenlerde yapılan çalışmalardan çok azı (50, 51, 52) iyileşme olduğunu belirtse de birçok longitudinal çalışma (53, 54,55, 56) aradan zaman geçmesine rağmen PTSD, depresyon, anksiyete gibi rahatsızlıkların bulgularının sürdüğünü göstermiştir (34).

Ruhsal bulguların kalıcı kanıtları nedeniyle, travma yaşayanların ruh sağlığını ve yaşam kalitelerini geliştirmek için yöntemler geliştirilmesi gereği çok açıktır. Bu alanda yayımlanmış çalışmalar daha çok topluluğun kökeni, travmatik geçmişi ve çalışma tasarımına vurgu yapmaktadır. (57, 58). Literatürde randomize kontrollü bir çalışmaya rastlanılmamaktadır. Bu konuda yapılan yayınların çoğu klinisyenlerin deneyimleri ve vaka öyküleri şeklindeki tanımlayıcı çalışmalar (59, 60, 61) veya kontrol grubu olmaksızın küçük kohort çalışmalarıdır. Kohort çalışmaları tedavi sırasında veya sonrasındaki değişimleri değerlendirebilir ama farklı tedavi ve yöntemlerin görece etkinliği hakkında veri toplayamaz (34).

Metodolojik kısıtlılıklara karşın, birkaç kohort çalışma işkence görmüş, travmaya maruz kalmış göçmenlerin ya da yerlerinden edilmişlerin ruhsal durumunda multidisipliner tedavi sırasında veya

sonrasında iyileşme olduğunu göstermiştir (62, 63). Yurtiçinde yer değiştiren iki Bosnalı grup üzerinde yapılan çalışmada (n=65, n=26) bu multidisipliner çalışmadan 3–6 ay sonra savaş sırasında işkence görenlerin (2–6 yıl öncesinde) ruhsal semptomlarında azalma görülmüştür. Ayrıca, travma görmüş göçmenlerle yapılan (64) daha büyük (n=120) ve birçok daha küçük çalışma (hepsi de 20 veya daha az katılımcı ile) (65, 66, 67, 68) PTSD ve depresyon gibi ruhsal semptomlarda psikoterapi ile (ör. destek tedavisi, tanıklık tedavisi, ve/veya psikofarmakoterapi veya bunların karışımı ile) iyileşme olduğunu göstermişlerdir. Son zamanlarda toplumsal yöntemlere olan ilgi artmıştır ve Hmong göçmenlerinde yapılan (n=28) bir toplumsal çalışma İngilizce becerilerinde, emosyonel distresslerinde ve yaşam kalitelerinde iyileşme göstermiştir (67).

Diğer follow-up çalışmalarda, tedaviden uzun yıllar sonra bile kişilerin mental bulgularında (PTSD) bir değişim olmadığı ve kişilerin kendilerini hala iyi hissetmedikleri gösterilmiştir (69, 70, 71). Hermansson ve ark, ruh sağlığı ile işsizlik, yüksek eğitim ve kronik ağrı arasında negatif bir ilişki olduğunu belirtmektedir. Kivling-Boden & Sundbom, 2001'deki çalışmalarına dayanarak girişimlerin iş bulma, (buldukları ülke diline göre) daha kişiselleşmiş öğrenme yöntemleri ve daha etkin psikiyatrik tedaviyi de kapsamı gerektiğini işaret etmektedirler (34).

Yukarıda da değinildiği gibi, kimi çalışmalarda yaşanan süreçlerin sonuçlara beklenildiği gibi yansımaması söz konusudur. Bu duruma çalışmanın metodolojisi, grubun büyüklüğü, kullanılan ölçeklerin uygunluğu gibi nedenlere bağlamanın yanı sıra "işkenceye hazırlıklı olmak" kavramı ile de farklı bir bakış getirilmeye çalışılmaktadır.

Başoğlu ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada (44) politik aktif kişilerin a) Travmatik stresörlerle daha önce karşılaşmış olmaları ve politik aktivitelerde ruhsal ve mental stoacılık eğitim şansı yakalamış olmaları, b) Başına travmatik olayların geleceğini öngörmeleri, c) ve işkencenin hakim sınıfın çıkarlarını korumak için bir baskı aracı olarak kullanıldığını iddia eden bir inanç sistemine sahip olmalarının kişileri travmaya psikolojik olarak hazırladığını, bunun "travmatik stresin

etkilerine karşı bir immunizasyon” olduğunu söylemektedir. İşkencecilerin bu nedenle, etkisinin daha fazla olması için işkence yöntemlerini bilinçli olarak aniden değiştirdikleri çok iyi bilinmektedir.

Sonuçlar yorumlanırken örnek evreninin küçük oluşu, yaşanan süreç ile yapılan çalışma arasında oldukça uzun bir süre geçtiği akıldan çıkarılmamalıdır. İşkence görmüş kişilerin çok azının tedavi için başvurdukları, bunların da aralarından ancak bir kısmı TİHV’na başvurdukları için, TİHV’na başvuran insanların işkence gören tüm kişileri temsiliyet güçleri düşüktür.

6.1. BDE skorları ile değişkenler arasındaki ilişki

BDE ikinci görüşme skorlarında ilkinde göre olumlu yönde bir değişim gözlenmektedir. Bu durum gözaltı, cezaevi yaşantısının sona ermesi, kişinin eski sosyal ve aile çevresine dönmesiyle rahatlamasından kaynaklanan, beklenen bir durumdur. Ancak, işkencenin insanın kişiliğine fiziksel, ruhsal ve sosyal bütünlüğüne yapılan bir saldırı olduğu ve amacının kişinin benlik bütünlüğünü yok etmek, kişiliğini parçalamak olduğu akıldan çıkarılmamalıdır. Yaşanan süreç ve etkilerinin süregenliği düşünüldüğünde gözaltı ve cezaevi sürecinin sona ermiş olmasının ruhsal durumun iyileşmesinde tek başına yeterli faktör olarak değerlendirilemeyeceği açıktır. Ancak, buna bağlı olarak sosyal ve çevresel koşullardaki iyileşmenin bu duruma olumlu katkısı olduğu yadsınamaz. Depresyon düzeyindeki bu iyileşme aynı zamanda uygulanan tedavinin olumlu etkisi olarak da yorumlanmalıdır (Tablo 32).

İlk görüşmeye katılan tüm katılımcıların (n=57) BDE ortalamaları $15,0 \pm 7,39$ iken ikinci görüşmeye katılan 43 katılımcının ilk görüşmedeki ortalamaları $14,05 \pm 6,91$ 'dir. Bu 43 kişi ile yapılan ikinci görüşmenin ortalaması ise $9,93 \pm 7,89$ 'dur. Depresyon tanısı konulmasında verilen puan dağılımına göre 11–17 puanın karşılığı “hafif depresyon”dur. İlk görüşme sonucuna göre çalışma grubunun “hafif depresyona” meyilli oldukları, ikinci görüşme sonuçlarında ise bu durumun düzeldiği

görülmektedir (Tablo 32, 33, 34). İlk görüşmede BDE puanı 17'nin üzerinde olanlar çalışma grubunun % 38,6'sı iken ikinci görüşmede % 20,9'a düşmüştür (Tablo 30, 31). Bu da yukarıda değinildiği gibi uygulanan psikiyatrik tedavinin başarısının bir göstergesidir. Hisli'nin 1989'da üniversite öğrencileri ile yaptığı çalışmada toplam BDE puan ortalaması 9.58 olarak saptanmıştır (43). Tedavi süreci sonrası yapılan ikinci görüşmenin skor ortalaması bu değere yakın bir değerdir.

İlk görüşmede kadınların BDE skorları erkeklerden daha yüksek olmakla beraber her iki grupta da hafif depresyon varlığı gözlenmektedir. İkinci görüşmede her iki cinsiyetin skorları tanı koydurucu ölçütün altına düşmüş, bu düşüş kadınlarda daha fazla olmuştur (Tablo 34).

Yaş grupları ile depresyon arasında bir ilişki saptanmamıştır.

BDE puanları 17 puan ve altı "depresyon yok", 18 puan ve üzeri "depresyon var" şeklinde kategorize edilerek yapılan ki kare analizlerinde her iki görüşmede de, depresyon ile cinsiyet, eğitim durumu, son ve tüm gözaltılarda işkence görmek ve son ve toplam gözaltında kalma süreleri, toplam cezaevinde ve F tipi cezaevinde kalma süresi, toplam ve en uzun açlık grevi süreleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (Tablo 35). Bunun nedeni, yukarıda da belirtildiği gibi gözaltı ve cezaevi sürecinin üzerinden geçen zaman ve bu zaman içinde karşılaşılan diğer sosyoekonomik faktörler olabilir.

Öte yandan, açlık grevi süresi ile BDE puanı arasındaki ilişki Pearson korelasyon analizi ile değerlendirildiğinde, ilk görüşmeye katılanlarda toplam açlık grevi süresi uzadıkça depresyon görülme olasılığının azaldığı görülmektedir. (Tablo 38). Açlık grevi, cezaevi içinde siyasi mücadelenin ve dayanışmanın en şiddetli yaşanan biçimidir ve nedenleri ne olursa olsun, kişilerin canları pahasına yaptıkları bir direniş biçimidir. Ülkemizde geçmiş dönemlerde açlık grevlerinin bastırılması için kanlı müdahaleler yaşanmıştır. Açlık grevi sürdürüldükçe Adalet Bakanlığı sorunların varlığını yadsımış, talepleri sürekli reddetmiş hiçbir şekilde görüşmeyi kabul etmemiştir. Yaşanan cezaevi baskınları, idari baskılar ve açlık grevi yapanların birer birer yaşamını yitirmesi, kişilerin bu direniş şeklini sürdürmelerinde itici bir güç oluşturmuş, bu grubun içinde olmak ve ne pahasına olursa olsun bunu sürdürmek yaşamlarına

anlam katmıştır. Sağlık durumu çok kötü olmasına karşın aidiyet duygusu nedeniyle birçok kişi açlık grevini bırakmak istemediğini ifade etmiştir. Bu nedenlerle açlık grevi yapıyor olmanın kişilerin ruhsal durumuna olumlu etki yaptığı söylenebilir.

Cezaevinde kalınan süre ile BDE puanı arasındaki ilişki Pearson korelasyon analizi ile değerlendirildiğinde, cezaevinde kalınan süre arttıkça depresyon görülme olasılığının azaldığı saptanmıştır. Cezaevinde kalınan sürenin uzamasıyla depresyonun azalması beklenen bir durum değildir (Tablo 39). Ancak, gözaltı sürecindeki yoğun baskının ortadan kalkması, mahkeme sürecinin başlaması ile birlikte belirsizliğin ortadan kalkarak “ne olacak” sorusunun yarattığı kaygının azalması, yakınları ve avukatlar ile görüşebilme ve sahipsiz kalmadığı duygusu, cezaevi içindeki dayanışmanın yarattığı güven ve günlük yaşamın bir rutine bağlanması cezaevinde kalınan süre uzadıkça depresyonun yavaş yavaş gerilemesini sağlamış olabilir.

Yaşanan gözaltı sürecinin uzunluğu (18,14±2,80 gün) (1–123) ve işkence uygulamalarının neredeyse tamamının gözaltında yaşandığı düşünülürse, depresyon ile gözaltında kalınan süre ve işkence yöntemleri arasında bir ilişki olması beklenirdi ama yapılan analizlerde böyle bir ilişki görülmemektedir. Bunun bir nedeni bu sürecin ruhsal savunma mekanizmalarıyla baskılanarak etkilerinin başka alanlara yansıtılması ya da kaçınma davranışı sergilenerek işkence konusundaki sorulara doğru olmayan yanıtlar vermek olabilir. Bir diğer neden de “işkenceye hazırlıklı olmak” olabilir. Yine, aradan geçen zaman içinde karşılaşılan diğer etmenlerin etkilerinin var olan ilişkiyi etkileyerek etkileşimi azalttığı söylenebilir.

Yakınmalar ile depresyon arasında birçok farklı başlıkta anlamlı ilişki tespit edilmiştir. Yaşanan süreçte sağlık hizmetlerin ulaşmanın ne kadar zor olduğu bilinmektedir. Gerek cezaevinde yeterli ve kaliteli bir sağlık hizmeti alamamak, gerek tahliye olduktan sonra iş ve sosyal güvence sahibi olamamak, gerekse yaşanan iç göç yüzünden kimi hizmetlere ulaşmanın yöntemlerinin bilinmemesi nedeniyle katılımcılar kendilerini sağlık yakınmalarının çözümü konusunda çaresiz hissetmektedirler. Bu durumun depresif ruh durumu yaratması doğal

olarak beklenmelidir. Aynı zamanda bu durum başvuruların TİHV'na yüksek beklentilerle gelmeleri ve tüm sağlık sorunlarını TİHV aracılığı ile çözmeye çalışmaları sonucunu yaratmaktadır. "TİHV'da Tedavi ve Rehabilitasyon Süreci" (sy. 43) bölümünde de anlatıldığı gibi, TİHV tedavi konusunda belli kıstaslar gözetmekte ve belli bir aşamadan sonra tedaviyi kişinin kendisine bırakmaktadır. Beklentilerinin yeterince karşılanmadığını düşünen kimi başvuranlar Vakıf'tan kırınglıkla ayrılmaktadır.

İlk görüşmede genel vücut yakınmaları ve yorgunluk, halsizlik yakınmaları olmayanların depresyon görülme olasılığı, bu yakınmaları olanlardan daha fazladır. Somatizasyon olgusunun depresyonda sık görülmesi ve yorgunluk, halsizlik yakınmasının depresyonun bulgularından biri olması nedeniyle böyle bir sonuca ulaşılmış olması şaşırtıcıdır.

İkinci görüşmede nörolojik kökenli dengesizlik yakınması olanlarda depresyon görülme olasılığı %75'tir. Çalışma grubunda nörolojik kökenli dengesizliğin temel nedeni uzun süreli açlık grevleridir. En uzun açlık grevi süresinin $30,96 \pm 3,87$ gün, toplam açlık grevi süresinin $335,16 \pm 43,07$ gün olduğu düşünülecek olursa, bu sonucun beklenen bir durum olduğu anlaşılacaktır.

İkinci görüşmede regurjitasyon yakınması olanlarda depresyon görülme olasılığı %66,7'dir. Son gözaltından sonra cezaevinde kalınan süre $88,67 \pm 5,39$ ay, cezaevinde kalınan toplam süre ise $89,25 \pm 5,45$ ay'dır. Uzun süre cezaevinde kalanların, beslenme koşullarının kötülüğü nedeniyle GİS sorunları yaşaması sık rastlanılan bir durumdur. Ayrıca, sindirim sistemi rahatsızlıklarının etiolojisinde psikosomatik sorunların da olduğu ruhsal sorunlardan en çok ve çabuk etkilenen organların mide ve bağırsaklar olduğu bilinmektedir. Dolayısıyla regurjitasyonu olanlarda depresyon görülme olasılığının artmış olması beklenen bir durumdur.

Ruhsal yakınmalardan "uyku bozuklukları", "sıkıntı", "hayattan zevk alamama", "insanlardan uzaklaşma", ve "yabancılaşma duygusu" yakınmaları, ikinci görüşmede ise "intihar düşüncesi", "duygusal küntlük" ve "flashback" yakınmaları olanlarda depresyon görülme olasılığı daha

yüksektir. Anılan bulguların zaten depresyona ait olması nedeniyle bu beklenen bir durumdur.

Fiziksel tanılardan depresyon ile ilişkisi saptanan migren, impingement ve hemoroid tanılarının tamamı uzman muayeneleri ile konulmaktadır. Bu üç tanının depresyon ilişkisi, bunlara yol açan faktörlerin bilinmesi ile açıklanabilir.

İmpingement sendromu tanısı konulması için grafiler ve omuz MRG'ı çekilmekte, ilaç tedavisinin yanı sıra fizik tedavi seansları da uygulanmaktadır. Bu rahatsızlığa neden olan travmalar omuz ekleminin anatomik hareket sınırlarını zorlayan, çok ciddi travmalardır ve kişinin maruz kaldığı işkencenin kanıtı olarak değerlendirilmektedir.

Migren, birçok farklı etiyolojik faktör nedeniyle başlasa da, atakları tetikleyici faktörlerin çoğu katılımcılar için her zaman var olan faktörlerdir. İşsizlik, maddi sıkıntılar, uzun yıllar cezaevinde kaldıktan sonra tahliye ile birlikte başlayan yeni bir hayat ve kültür şoku, siyasi yenilmişlik duygusu, gündelik hayatta güvenlik güçlerinin taciz ve takibi, yıllardır görmediği aile bireylerinin beklediği kişiler olmaması gibi daha onlarca olumsuz koşul sayılabilir.

Hemoroid tanısı konduktan sonra ilaç tedavisine başlanmakta, buna rağmen yakınmalarda gerileme olmazsa cerrahi tedaviye başvurulmaktadır. Hemoroidin, kişinin gözaltı ve cezaevi koşullarında dengeli beslenmemesi ve sık kabızlık yaşanması, defekasyonun kimi koşullarda uzun süre geciktirilmesi ve bunun kimi zaman cezalandırma yöntemi olarak kullanılması ve kimi işkencelerde uygulanan fiziksel gücün karın içi basıncını aşırı derecede zorlaması gibi faktörlerin etkisiyle geliştiği düşüncesiyle tedavisi üstlenilmektedir.

Bu üç rahatsızlık da gerek ağrının şiddeti, gerek ağrının başlama zamanının belli olmayışı, gerekse iş güce engel olabilecek, günlük hayat akışını etkileyebilecek karakterleri nedeniyle oldukça gürültülü yaşanmaktadır ve kendiliğinden iyileşme olasılıkları yoktur. Kimi katılımcıların hastalıkları nedeniyle yaşadıkları sıkıntılar yüzünden iş göremedikleri ya da iş değiştirdikleri bilinmektedir. Sosyo ekonomik koşullarının iyi olmadığını bildiğimiz katılımcıların TİHV'na başvurularından önce bu rahatsızlıklarının tedavisi için bir girişimde

buldukları düşünülmemelidir. Ağrının varlığı, yeni atakların ne zaman başlayacağına ait kaygı, rahatsızlıkların işe engel olması ve tedavilerinin yaptırılmaması gibi etmenler bir arada düşünüldüğünde bu rahatsızlıkların depresyon nedeni olabileceği kolaylıkla anlaşılacaktır.

Ruhsal tedavi sürecinde uzman hekimler tarafından dokuz katılımcıya Mj. Depresyon tanısı konmuştur ama bu tanılarının BDE skoruna yansımadağı görülmektedir. Mj. Depresyon tanısı alan katılımcıların dördünün puanları BDE sınıflamasına göre “hafif depresyon”, diğer beşinin puanları ise “orta düzeyde depresyon” varlığını göstermektedir ve klinik tanı ile çelişmektedir.

Tablo 173. Mj. Depresyon tanısı alan katılımcıların ilk ve ikinci görüşmede aldıkları BDE Puanları

Katılımcılar	BDE 1	BDE 2
1	4	13
2	14	8
3	15	9
4	15	1
5	19	11
6	20	18
7	22	1
8	22	26
9	28	24

Bu durum, katılımcıların var olan ruhsal rahatsızlıkları küçümsemeleri, ruhsal rahatsızlık tanısının kendilerini anlamlandırdıkları grup içindeki konumlarını olumsuz yönde etkileyebileceği endişesi ve örgütsel öğretileri nedeniyle kendi kendilerine üstesinden gelebileceklerini zannederek anket formuna yanlış yanıtlar vermeleri olabilir.

Diğer bir neden ise, kimi çalışmalarda duyarlılığı özellikle vurgulansa da (Craven 1988, Littlefield 1990, Daniel 1992), Beck Depresyon Envanteri her olguda var olan durumu yeterince yansıtmıyor olabilir.

Ayrıca, anketlerin yanıtladığı ilk görüşme ile uzman muayenelerine kadar geçen zaman diliminde katılımcıların ruhsal durumlarında bazı değişiklikler olmuş ve bu durum uzman hekim tanıları ile BDE puanları arasında farka neden olmuş olabilir.

Aslında, işkence ya da şiddetli ruhsal travma yaşayanların ruhsal durumunda daha çok PTSS önemsenmekte ve çalışmalar bu konuda yoğunlaşmaktadır.

Psikofarmakoterapi uygulananların depresyonda olma olasılığı beklenen bir durumdur çünkü bu tedavi yöntemi zaten ruhsal sorunları olanlara uygulanmaktadır.

6.2. Yaşam kalitesi ile değişkenler arasındaki ilişki

Yaşam kalitesi ile değişkenlerin ilişkisi hem her alanı etkileyen değişkenler, hem de değişkenlerin etkilediği yaşam kalitesi alan ve fasetleri yorumlanarak yapılmıştır.

6.2.1. İlk ve ikinci yaşam kalitesi görüşmesinin sonuçlarının değerlendirilmesi

Katılımcılarla üç ay arayla yapılan her iki görüşmede ölçülen genel sağlık ve yaşam kalitesi sonuçları arasında anlamlı düzeyde olumlu yönde değişim bulunmuştur (Tablo 77).

Cezaevinden yeni çıkmış olmak, gözaltından yeni salıverilmiş olmak, cezaevi gözaltı yaşantısı nedeniyle iş ve sosyal güvence konusunda sıkıntı yaşıyor olmak veya bu sorunların yol açtığı sosyal ve öznel koşulların yükü nedeniyle TİHV'na ilk başvurduklarında katılımcıların yaşam kalitelerinin kötü olması beklenen bir durumdur. İkinci görüşmeye kadar geçen zamanda bu durumun ilk görüşmeye göre daha iyi olması TİHV'nın gerek sağlık girişimleri, gerekse sosyal desteğinin olumlu etkisinin sonucu olarak yorumlanabilir. Yüklü maddi yardımlarla yürütülen projeler oluşturulamamasına rağmen katılımcıların TİHV'na geliş gidiş yol paralarının ödenmesi, hekim muayenelerinin, tetkikler ve ilaç paralarının TİHV'nca karşılanması ve verilen sağlık hizmetinin niteliği, kimilerinin çocuklarının okul, dersane, kurs, harç masraflarının karşılanması kimilerinin mesleki eğitim kuralarına başvurularının sağlanıp diploma almalarına öncülük edilmesi, kimilerinin çocuklarıyla hafta sonu ortak etkinlikler düzenlenmesi gibi etmenler

kişilerin günlük yaşamda bulamadıkları sıcaklığı TİHV’nda bulmalarını sağlamaktadır. Birçok katılımcı için TİHV, kendilerini “öteki” olarak hissetmedikleri bir kurumdur ve verilen hizmetle birleştiğinde yaşam kalitesi algılarının düzelmesi beklenir.

6.2.2.WHOQOL 100-Tr’nin etkilendiği değişkenler

6.2.2.1. Genel sağlık ve yaşam kalitesinin etkilendiği değişkenler

Tablo 174. Genel sağlık ve yaşam kalitesini etkileyen değişkenler

Genel sağlık ve yaşam kalitesi	
İlk Görüşme	İkinci Görüşme
Gözü altında avukatının olmaması	İşinin olup olmaması
Diş tedavisi	Eğitimin etkilenmesi
Cinsel taciz	Sosyal güvence durumu
İşeme ve dışkılamanın engellenmesi	Göç yaşama
Uyutmama	KVS yakınmaları
Yeme, içme kısıtlanması	Hipertansiyon tanısı
Haya burma	Hemoroid tanısı
	Elektrik
	Yüksek sesle müzik, marş dinletilmek
	Boğma, havasız bırakma
	İşeme ve dışkılamanın engellenmesi
	Uyutmama
	Haya burma
	F tipi cezaevinde kalma

Genel sağlık ve yaşam kalitesi ile anlamlı ilişkisi olan değişkenler incelendiğinde, ikinci görüşmedeki düzelmede ruhsal destek alıyor olmanın payı yoktur. Yaşanan gözaltı ve cezaevi sürecine ait algıları değiştirecek asıl etmenin ruhsal ve sosyal destek olduğu bilinmektedir. Genel sağlık ve yaşam kalitesinin etkilendiği değişkenler içinde müdahale ile değiştirilebilecek tek bölüm, yakınma ve muayene ile giden fiziksel tedavi sürecidir. Bu bölümde KVS yakınmaları, HT tanısı ile tedavi almış olmak ve hemoroid tanısı ile tedavisi genel yaşam kalitesinin olumlu yönde değişmesini sağlayan etmenlerdendir. Öte yandan iş bulmak, eğitimini sürdürmek için çözümler üretmek, herhangi bir sosyal güvenceye kavuşmak ve göç yaşamamış olmak gibi sosyal etmenlerin bu alana etkisi, TİHV ve diğer kuruluşların tedavi ve

rehabilitasyon konusunun yanında sosyal destek konusuna da özel ilgi göstermeleri gereğini ortaya koymaktadır.

6.2.2.2. Bedensel alan ve fasetlerin etkilendiği değişkenler

Bedensel alanı ve bu alanda yer alan üç faseti etkileyen birinci ve ikinci görüşmelere ait değişkenler tablo 174-177’de verilmiştir. “Ağrı ve rahatsızlık” ve “uyku ve dinlenme” fasetlerinde ve “bedensel alan” skorunda olumlu bir değişme gözlenirken “canlılık ve bitkinlik” fasetinde olumsuz bir değişim gözlenmektedir.

Buradaki sonuçlara göre ikinci görüşmede ilk görüşmeye göre ağrılar azalmış, canlılık, coşkunluk ve dayanıklılık artmış ama uyku düzeni bozulmuştur. Fasetleri etkileyen değişkenler incelenirse, ilk görüşmede bu alanı asıl etkileyenlerin fiziksel tedavi ve ruhsal destek ile yardımcı olunabilecek değişkenler olduğu ve ikinci görüşmeye göre sayıca daha az değişkenle etkileşim olduğu görülecektir. İkinci görüşmede bu alanla ilişkili bulunan değişkenlerin sayısının arttığı, fiziksel etmenler olduğu kadar sosyal etmenlerin de işe karıştığı görülmektedir. Özellikle olumsuz değişimin görüldüğü uyku ve dinlenme fasetinde sosyal güvencesizlik, göç yaşamak gibi sosyal faktörlerin, havasız bırakma ve öldürme tehdidi işkencelerinin rolü üzerinde düşünmek gerekir. Kişi uyuyamadığında kendi iç dünyasıyla hesaplaştığı bilinen bir gerçektir.

Tablo 175. Bedensel alanı etkileyen değişkenler

Bedensel Alan	
İlk Görüşme	İkinci Görüşme
Sosyal güvencenin olmaması	İşinin olup olmaması
	GİS yakınmaları
	Hemoroid tanısı
	Günlük yaşam önerileri yapılması
	Cerrahi tedavi yapılması
	Boğma, havasız bırakma işkencesi

Tablo 176. Ağrı ve rahatsızlık fasetini etkileyen değişkenler

Ağrı ve rahatsızlık	
İlk Görüşme	İkinci Görüşme
İşinin olup olmaması	ÜSYE tanısı
Kendi isteği ile adli rapor alıp	Hemoroid tanısı
İlaç tedavisi almak	Falaka işkencesi
Uyutmama işkencesi yaşamak	Hücrede tecrit
	F tipi cezaevinde kalma

Tablo 177. Canlılık ve bitkinlik fasetini etkileyen değişkenler

Canlılık ve bitkinlik	
İlk Görüşme	İkinci Görüşme
KVS yakınması	İşinin olup olmaması
Migren tanısı	Kendi isteği ile adli rapor alıp
Psikofarmakoterapi tedavisi	Hemoroid tanısı
Aşağılama işkencesi	İlaç tedavisi
Yüksek sesle müzik, marş dinletilmek	Yüksek sesle müzik, marş
Soğuk ortamda bekletilmek	Aşırı fizik aktivite yapmaya
Soyma	Uyutmama işkencesi yaşamak
	F tipi cezaevinde kalma

Tablo 178. Uyku ve dinlenme fasetini etkileyen değişkenler

Uyku ve dinlenme	
İlk Görüşme	İkinci Görüşme
Dermatolojik yakınmalar	Resmi adli rapor alıp almamak
Ağız ve diş yakınmaları	Sosyal güvencenin olmaması
Vaginit tanısı	Göç yaşamak
	GİS yakınmaları
	Ağız ve diş yakınmaları
	Hemoroid tanısı
	Psikofarmakoterapi
	Boğma, havasız bırakma işkencesi
	Öldürme tehdidi

6.2.2.3. Ruhsal alan ve fasetlerin etkilendiği değişkenler

Birinci ve ikinci görüşmelerde genel olarak ruhsal alanın ve onu oluşturan fasetlerin etkilendiği değişkenler tablo 178-183'te verilmiştir. Beş fasetten ilk ve ikinci görüşme skorları arasında anlamlı ilişki saptananlar “düşünme, öğrenme” ve “beden imgesi” fasetleridir ve değişim olumlu yöndedir. Ruhsal alan skorları arasındaki fark da olumlu yöndedir ve istatistiksel olarak anlamlıdır.

Bu iki fasetin ilk görüşmede etkilendiği değişkenler toplam üç adet işkence yöntemidir. İkinci görüşmede etkilenilen değişken sayısı

çok artmasına rağmen bu üç değişkenin ilk görüşme skorlarında anlamlı değişiklik yapacak kadar yoğun baskı yaratmış olması bu işkence yöntemlerinin ne derece etkili olduğunu açıklamaktadır. Boğma, havasız bırakma ve haya burma işkenceleri WHOQOL yaşam kalitesi ölçeğinde yer alan fasetleri en fazla etkileyen yöntemler arasındadır.

Ruhsal alanla anlamlı ilişki oluşturan fasetlerde bulunmamasına rağmen diğer fasetlerde neredeyse her iki görüşmede de bulunan ağız ve diş yakınmasına özel ilgi göstermek gerekmektedir. TİHV tedavi sürecinde eğer travmatik diş kırığı gelişmemişse diş sorunları kapsam dışında değerlendirilmekte, tedavi kişinin kendisine bırakılmaktadır. Cezaevi yaşamı boyunca kişinin dişlerine gerekli kişisel bakımı yapabileceği, bunu yapmamış olmasının kendi inisiyatifi olduğu düşünülerek bu yönde karar verilir. Dolayısıyla cezaevinden çıkan, işi ve sosyal güvencesi olmayan birçok kişi için maliyeti oldukça fazla olan diş tedavisini yaptırmak ciddi bir sorun oluşturmaktadır. Birçok faseti etkileyen önemli bir sorun olarak dikkate alınmalıdır.

Tablo 179. Ruhsal alanı etkileyen değişkenler

Ruhsal alan	
İlk Görüşme	İkinci Görüşme
Ağız ve diş yakınmaları	Ağız ve diş yakınmaları
Migren tanısı	Anlamsız istemlere itaate zorlanma
Gözbağı	Boğma, havasız bırakma işkencesi
Görüşmenin engellenmesi	İşeme ve dışkılamanın engellenmesi
	Uyutmama işkencesi

Tablo 180. Beden imgesi fasetini etkileyen değişkenler

Beden imgesi	
İlk Görüşme	İkinci Görüşme
Yüksek sesle müzik, marş dinletilmek	Eğitim durumu
Haya burma	Eğitimin etkilenmesi
	GİS yakınmaları
	Miyalji tanısı
	Lomber disk tanısı
	Basınçlı/soğuk su
	Elektrik
	Yakınlarının tehdit edilmesi
	Görüşmenin engellenmesi
	Haya burma
	Cezaevinde kalınan toplam süre

Tablo 181. Düşünme, öğrenme fasetini etkileyen değişkenler

Düşünme, öğrenme	
İlk Görüşme	İkinci Görüşme
Boğma, havasız bırakma işkencesi	İş durumunun etkilenmesi
	Göç yaşamak
	Diğer tanılardan birini almak
	Psikofarmakoterapi almak
	Tedavi sonucunda iyileşip iyileşmeme
	Anlamsız istemlere itaate zorlanma
	Aşırı fizik aktiviteye zorlanma
	Basınçlı/soğuk su
	Boğma, havasız bırakma işkencesi
	İşeme ve dışkılamanın engellenmesi
	Soyma

Tablo 182. Benlik saygısı fasetini etkileyen değişkenler

Benlik saygısı	
İlk Görüşme	İkinci Görüşme
Major Depresyon tanısı	Ajanlık teklifi
Cinsel taciz	Anlamsız istemlere itaate zorlanma
Görüşmenin engellenmesi	Aşağılama
	Basınçlı/soğuk su
	Görüşmenin engellenmesi
	Haya burma
	Toplam açlık grevi süresi

Tablo 183. Olumlu duygular fasetini etkileyen değişkenler

Olumlu duygular	
İlk Görüşme	İkinci Görüşme
Son gözaltından sonra tutuklanma	Ağız ve diş yakınmaları
İş durumunun etkilenmesi	Hipertansiyon tanısı
Ağız ve diş yakınmaları	Anlamsız istemlere itaate zorlanma
Öldürme tehdidi	Uyutmama işkencesi
	Görüşmenin engellenmesi

Tablo 184. Olumsuz duygular fasetini etkileyen değişkenler

Olumsuz duygular	
İlk Görüşme	İkinci Görüşme
Ağız ve diş yakınmaları	Sosyal güvence durumu
Migren tanısı	Ağız ve diş yakınmaları
Kr PTSD tanısı	Fibromiyalji tanısı
Major depresyon	İmpingement tanısı
Gözbağı	Anlamsız istemlere itaate zorlanma
En uzun açlık grevi	

6.2.2.4. Bağımsızlık alanı ve fasetlerin etkilendiği değişkenler

Bağımsızlık alanının ilk ve ikinci görüşmeleri arasındaki fark anlamlıdır olumsuzdur yöndedir. Bu alanı oluşturan fasetlerden iki görüşme arasında anlamlı fark bulunan “bedensel hareketlilik” ve “çalışabilme gücü” skorlarındaki değişim olumlu yönde, “günderlik işleri yürütebilme” fasetinde ise olumsuz yöndedir.

Çalışabilme gücü kişinin enerjisini iş için kullanmasını, bedensel hareketlilik ise bir yerden diğerine gidebilme, evde ve işyerinde dolaşabilme, işe gidebilme veya ulaşım araçlarına binip inebilme yetisi hakkındaki kendi görüşünü araştırır.

İlk görüşmede çalışabilme gücünün gereksindiği enerjinin kaynağı kişinin cezaevi yaşantısı sonrası yaşadığı balayı döneminin yarattığı olumlu hava ile açıklanabilir. Bedensel hareketlilik ise cezaevinde var olan fiziksel kısıtlamaların ortadan kalkmasıyla yaşanan bir serbestlik durumudur. Ayrıca bedensel hareketlilik fasetindeki iyileşmenin ikinci görüşmede uyum bozukluğu tanısı ile artmış olması dikkat çekicidir. Uyum bozukluğu yaşayanların içinde buldukları manik ruh durumunun bedensel hareketliliği artırması bu durumun nedenlerinden birisi olabilir.

Günderlik işlerin yürütülmesindeki olumsuz değişimin nedenlerinden birisi yaş olabilir. Yaşlanma ile günderlik işleri yürütebilme becerisi azalmaktadır. İkinci görüşmede, bu fasetle ilişkili olduğu saptanan hemoroid ve diş rahatsızlıkları da gün içinde verdiği rahatsızlıkla ve ağrılı ataklarla bu durumu olumsuz etkilemektedir. İş, sosyal güvencesizlik, göç gibi sosyoekonomik faktörlerin kişilerin cezaevi dışındaki yeni yaşantısını altüst ettiği bilinen bir gerçektir ve tüm bu faktörlerin günderlik işlerin yürütülmesi fasetini olumsuz etkilemesi beklenen bir durumdur.

Bu alanın etkilendiği değişkenler incelendiğinde sosyoekonomik faktörlerin tüm görüşmelerde etkin rol oynaması, Vakıf tedavi sürecinin yanı sıra sosyal desteğin de önemini vurgulamaktadır.

Tablo 185. Bağımsızlık alanını etkileyen değişkenler

Bağımsızlık alanı	
İlk Görüşme	İkinci Görüşme
İşinin olup olmaması	İşinin olup olmaması
Aşağılama	Aşırı fizik aktiviteye zorlanma
Boğma, havasız bırakma işkencesi	
Öldürme tehdidi	
Uyutmama işkencesi	

Tablo 186. Çalışabilme gücü fasetini etkileyen değişkenler

Çalışabilme gücü	
İlk Görüşme	İkinci Görüşme
Son gözaltından sonra tutuklanma	İşinin olup olmaması
Sosyal güvence durumu	KVS yakınmaları
Suç duyurusunda bulunmak	GIS yakınmaları
Ürogenital yakınmalar	Miyalji tanısı
Öldürme Tehdidi	Çarpmıha germe
	İşeme ve dışkılamanın engellenmesi
	Öldürme Tehdidi
	Soyma
	Yeme içmenin kısıtlanması

Tablo 187. Hareketlilik fasetini etkileyen değişkenler

Hareketlilik	
İlk Görüşme	İkinci Görüşme
Sosyal güvence durumu	Uyum bozukluğu tanısı
Öldürme tehdidi	

Tablo 188. Gündelik işleri yürütebilme fasetini etkileyen değişkenler

Gündelik işleri yürütebilme	
İlk Görüşme	İkinci Görüşme
Sosyal güvence durumu	İşinin olup olmaması
Ağız ve diş yakınmaları	Sosyal güvence durumu
ÜSYE tanısı	Göç yaşama
Migren tanısı	Ağız ve diş yakınmaları
	Hemoroid tanısı
	Boğma, havasız bırakma işkencesi
	Öldürme tehdidi
	Yalancı infaz
	Yaş

Tablo 189. İlaçlara/tedaviye bağımlılık fasetini etkileyen değişkenler

İlaçlara/tedaviye bağımlılık	
İlk Görüşme	İkinci Görüşme
İşinin olup olmaması	ÜSYE tanısı
Sosyal güvence durumu	Diğer pozisyonel işkenceler
Hemoroid tanısı	Elektrik
Servikal diskopati tanısı	Boğma, havasız bırakma işkencesi
Uyum bozukluğu tanısı	Uyutmama
İlaç tedavisi almak	Haya burma
Psikofarmakoterapi	En uzun açlık grevi süresi
Ajanlık teklifi	Toplam gözaltı süresi
Anlamsız istemlere itaate zorlanma	
Aşğıılama	
Boğma, havasız bırakma işkencesi	
Uyutmama	

6.2.2.5. Sosyal ilişkiler alanı ve fasetlerin etkilendiği değişkenler

Sosyal ilişkiler alanı ve fasetlerinin ilk ve ikinci görüşme skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. (Ancak tüm birimlerdeki değişim olumlu yöndedir.)

Tablo 190. Sosyal ilişkiler alanını etkileyen değişkenler

Sosyal alan	
İlk Görüşme	İkinci Görüşme
Menisküs tanısı	Miyalji tanısı
	Fibromiyalji tanısı
	Anlamsız istemlere itaate zorlanma
	Uyutmama
	Görüşmenin engellenmesi
	Yaş

6.2.2.6. Sosyal baskı alanını etkileyen değişkenler

Tablo 191. Sosyal baskı alanını etkileyen değişkenler

Sosyal baskı alanı	
İlk Görüşme	İkinci Görüşme
Kendi adli rapor aldı mı?	Medeni durum
KBB yakınmaları	Ailede çalışan var mı?
Yakınlarını tehdit etme	
Haya burma	

Sosyal baskı alanı ve fasetlerinin ilk ve ikinci görüşme skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. (Ancak tüm birimlerdeki değişim olumlu yöndedir.)

6.2.2.7. Çevre alanı ve fasetlerini etkileyen değişkenler

Çevre alanını fasetlerinin ilk ve ikinci görüşme skorları arasındaki değişimin istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edilen “fiziksel güvenlik” ve “maddi kaynaklar” fasetlerindeki değişim olumsuz yönde, “sağlık hizmetleri ve sosyal yardım; ulaşılabilirlik ve nitelik” fasetindeki değişim olumlu yöndedir. Hem “çevre”, hem de “ulusal çevre” alanı skorlarındaki anlamlı değişimler olumlu yöndedir.

Fiziksel güvenlik ve emniyet faseti sonuçları arasındaki olumsuz değişimin en temel nedeni Kr. PTSS tanısıdır. İşkencenin insanın ruhsal bütünlüğüne yapılmış bir saldırı olduğu ve etkilerinin ömür boyu sürdüğü tanımlara da geçen bir gerçektir ve en belirgin ruhsal etkileri Kr. PTSS olarak açığa çıkmaktadır. Boğma ve havasız bırakma işkencesi de bu çalışma grubunun en çok etkilendiği işkence yöntemlerinden biridir ve etkileri üzerinde önemle durmak gerekmektedir. İşkence altında geçen ortalama 18 günlük gözaltı süresi ve cezaevinde geçen ortalama 88 ay gibi sürelerden sonra kişilerin kendilerini dışarıdaki hayatta güvende hissetmemeleri beklenen bir durumdur. Zaten tahliye olan katılımcıların birçoğu sivil ya da resmi polis takibinde olduğundan yakınmakta ve bu durum tek başına ruhsal dengelerini olumsuz etkilemektedir.

Maddi kaynaklar fasetindeki olumsuz değişimin temel nedeni sosyal güvencesizlik ve var olan rahatsızlıkların tedavisinin katılımcıların algıları ile tamamlanmamış olması duygusudur. TİHV ekibinin uzman konsültan hekimlerle yaptığı görüşmeler ve yürütme kurulundaki değerlendirme sonucunda “iyileşti, tedavi tamamlandı” yorumunun katılımcıların yaşamlarına olumlu olarak yansımadağının bir göstergesidir.

“Sağlık hizmetleri ve sosyal yardım: ulaşılabilirlik ve nitelik” fasetindeki olumlu gelişme ise ilk görüşme sonuçlarına göre ikinci görüşmedeki görüşme sonuçlarının bu faseti olumsuz yönde daha az

etkilemiş olmalıdır. Değişkenler tek tek incelendiğinde “Sağlık hizmetleri ve sosyal yardım: ulaşılabilirlik ve nitelik” fasetini olumlu etkileyen tek değişken çocuklarının okul durumunun etkilenmesidir. Diğer tüm değişkenler bu faseti olumsuz etkilemiştir.

Çevre alanı ile ulusal çevre alanlarını etkileyen değişkenler incelendiğinde çevre alanını etkileyen değişkenlerin neredeyse hepsinin ulusal çevre alanını da etkilediği, ulusal çevre alanının bu değişkenlere ek olarak sosyal faktörlerin de eklendiği görülmektedir.

Tablo 192. Fiziksel güvenlik fasetini etkileyen değişkenler

Fiziksel güvenlik	
İlk Görüşme	İkinci Görüşme
Kendi adli rapor aldı mı?	Hemoroid tanısı
Migren tanısı	Kr PTSTB tanısı
Kr PTSTB tanısı	Boğma, havasız bırakma işkencesi
Aşırı fizik aktiviteye zorlanmak	
Boğma, havasız bırakma işkencesi	

Tablo 193. Çevre alanının etkileyen değişkenler

Çevre alanı	
İlk Görüşme	İkinci Görüşme
İşeme ve dışkılamanın engellenmesi	İş durumu
	İş durumunun etkilenip etkilenmemesi
	Göç yaşamak
	Migren
	Diğer tanılar
	Basınçlı/soğuk su
	Cinsel taciz
	Hücrede tecrit
	Uyutmama
	Haya burma

Tablo 194. Ulusal çevre alanının etkileyen değişkenler

Ulusal çevre alanı	
İlk Görüşme	İkinci Görüşme
Kendi adli rapor aldı mı?	İş durumu
Sosyal güvence durumu	Migren
İş durumunun etkilenip etkilenmemesi	Diğer tanılar
Diğer psikiyatrik bozukluklar	Diğer psikiyatrik bozukluklar tanısı
Cinsel taciz	Basınçlı/soğuk su
İşeme ve dışkılamanın engellenmesi	Cinsel taciz
Uyutmama	Elektrik
	Hücrede tecrit
	Uyutmama
	Haya burma

Tablo 195. Maddi kaynaklar fasetini etkileyen değişkenler

Maddi kaynaklar	
İlk Görüşme	İkinci Görüşme
Sosyal güvence durumu	Eğitim durumu
ÜSYE tanısı	Diğer tanılar
Diğer tanılar	Hücrede tecrit
Tedavi sonucunda iyileşip iyileşmeme	Tedavi sonucunda iyileşip iyileşmeme

Tablo 196. Sağlık hizmetleri ve sosyal yardıma ulaşabilme fasetini etkileyen değişkenler

Sağlık hizmetleri ve sosyal yardıma ulaşabilme	
İlk Görüşme	İkinci Görüşme
Son gözaltından sonra dava açılması	Çocukların okul durumunun
İş durumunun etkilenmesi	Ürogenital yakınmalar
GİS yakınmaları	Aşğılama-
Göz yakınmaları	Cinsel taciz-
	Diğer işkenceler-
	Gözbağı-
	Öldürme tehdidi-
	Soyma-
	Uyutmama-
	Haya burma-

Tablo 197. Fiziksel güvenlik fasetini etkileyen değişkenler

Fiziksel güvenlik	
İlk Görüşme	İkinci Görüşme
Kendi adli rapor aldı mı?	Hemoroid tanısı
Migren tanısı	Kr PTSD tanısı
Kr PTSD tanısı	Boğma, havasız bırakma işkencesi
Aşırı fizik aktiviteye zorlanmak	
Boğma, havasız bırakma işkencesi	

Tablo 198. Dinlenme, boş zaman fasetini etkileyen değişkenler

Dinlenme, boş zaman	
İlk Görüşme	İkinci Görüşme
Ağız ve diş yakınmaları	İş durumunun etkilenmesi
Anemi	Göç yaşama
Diş tedavisi	Ortopedik yakınmalar
Cinsel taciz	Anemi tanısı
Boğma, havasız bırakma işkencesi	Hemoroid tanısı
İşeme ve dışkılamamanın engellenmesi	Boğma, havasız bırakma işkencesi
	Vücudun tek noktasına sürekli vurma
	Haya burma

Tablo 199. Ev ortamı fasetini etkileyen değişkenler

Ev ortamı	
İlk Görüşme	İkinci Görüşme
Sosyal güvence durumu	Sosyal güvence durumu
	Gonartroz tanısı

Tablo 200. Ulaşım fasetini etkileyen değişkenler

Ulaşım	
İlk Görüşme	İkinci Görüşme
İş durumunun etkilenmesi	İş durumunun etkilenmesi
Son gözaltından sonra dava açılması	Diğer tanılar
Sosyal güvence durumu	Günlük yaşam önerileri
Göç yaşamak	Elektrik
Genel vücut yakınmaları	Yüksek sesle müzik, marş dinletilmek
Diğer tanılar	Hücrede tecrit
İşeme ve dışkılamanın engellenmesi	Uyutmama
Soyma	

Tablo 201. Yeni bilgi beceri edinme fasetini etkileyen değişkenler

Yeni bilgi beceri edinme	
İlk Görüşme	İkinci Görüşme
Cinsiyet	cinsiyet
Ürogenital yakınmalar	İş durumunun etkilenmesi
	Göç yaşama
	Ürogenital yakınmalar
	Miyalji tanısı
	Basınçlı/soğuk su
	Hücrede tecrit
	Vücudun tek noktasına sürekli vurma

Tablo 202. Fiziksel çevre fasetini etkileyen değişkenler

Fiziksel çevre	
İlk Görüşme	İkinci Görüşme
İş durumunun etkilenmesi	İş durumunun etkilenmesi
GİS yakınmaları	Gonartroz tanısı
Hemoroid tanısı	Kr PTSTB tanısı
Vaginit tanısı	Uyum bozukluğu tanısı
Gonartroz tanısı	Boğma, havasız bırakma
Günlük yaşam önerileri	İşeme ve dışkılamanın engellenmesi
Ajanlık teklifi	Uyutmama
Aşğılama	Yeme içmenin kısıtlanması
Aşırı fizik aktivite yapmaya zorlanmak	
Basınçlı/soğuk su	
Cinsel taciz	
İşeme ve dışkılamanın engellenmesi	
İşkenceye görsel ve işitsel tanıklık	
Uyutmama	
Yalancı infaz	
Yeme içmenin kısıtlanması	

6.2.2.8. Kişisel inançlar alanı/fasetinin etkilendiği değişkenler

Kişisel inançlar alanı aynı zamanda faset olarak da değerlendirilmektedir ve bu alanın iki görüşme arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır

Tablo 203. Kişisel inançlar alanını etkileyen değişkenler

Kişisel inançlar alanı/faseti	
İlk Görüşme	İkinci Görüşme
Suç duyurusunda bulunmak	Gözüaltında avukatının olmaması
Miyalji tanısı	Göç yaşamak
İmpingement tanısı	Görüşmenin engellenmesi
Yakınlarının yanında işkence	En uzun açlık grevi süresi
Görüşmenin engellenmesi	Toplam açlık grevi süresi

6.2.3. Değişkenlerin etkilediği yaşam kalitesi alan ve fasetleri

6.2.3.1. Yaş

Vakfa başvuranların cezaevinde ortalama olarak yaklaşık 7,5 yıl (89,25±5,45 ay) kaldıkları göz önünde bulundurulduğunda fiziksel olarak kötü durumda olmaları beklenen bir durumdur. Kendini adamışlıkla giden bir siyasi mücadele, işkencelerle geçen gözüaltı süreci ve nitelikli sağlık hizmetinin alınmadığı ve hareketsiz geçen uzun cezaevi yaşamından sonra gündelik işleri her zamanki rahatlıkta yapabileceğini düşünen katılımcıların bu durumun farkına vardıklarında kendilerini kötü hissetmeleri doğaldır. Gündelik işleri yürütebilme skoru en düşük grup olan 40-49 yaş grubu fiziksel yaşlanma nedeniyle zaten doğal olarak diğer gruplara göre daha fazla yaşaması beklenen fiziksel yetersizlik durumunu, fiziksel aktivite normlarının değişmesiyle aniden fark etmekte ve bu olumsuz yöndeki değişimi kabullenmeleri zaman almaktadır. Bu durumun ikinci görüşmede tespit edilmesinin nedeni de böyle

açıklanabilir. İlk zamanlarda geçici olduğu düşünölen yakınmaların zamanla kalıcı hale gelmesi ve kabullenilememesi TİHV hekimleriyle de sorunlar yaşanmasına yol açmaktadır. Tedavi ile tüm yakınmalarından kurtulabileceğini uman katılımcılar özellikle ağrı yakınmalarının kronikleşmiş sorunlardan kaynaklandığını anlamakta zorlanmakta ve her görüşmede “daha iyi” tedavi talep etmekte veya eğer uzman hekimle görüşmemişlerse “işin uzmanına” gitmeyi talep etmektedirler (Tablo 80).

29 yaş ve altı grubun ikinci görüşmede sosyal ilişkiler fasetindeki iyileşme, aradan geçen zamanda yeni sosyal yaşama uyumları ve yaşama kaldıkları yerden devam etmeye başlama çabaları ile açıklanabilir ki, bu beklenen bir durumdur (Tablo 81).

6.2.3.2. Cinsiyet

Yapılan analizlerde kadınların daha fazla sosyal destek aldıklarını, erkeklerin ise daha kolay yeni bilgi/beceri edinebildikleri görölmektedir (Tablo 82). Bu durum toplumumuzun sosyal yapısı ile uyumluluk göstermektedir. Kadınlar gerek hemcinslerince, gerek karşı cins tarafından daha kolay sahiplenilip korunmaktadırlar ama iş sosyal alanda aktif olmaya, kendisi için bir şeyler yapmaya geldiğinde erkekler bu konuda tek başına, kendisi için davranmaya meyillidirler. İkinci görüşmede bu durumun tespit edilemiyor oluşu duyarlılıkların azalması ve normal günlük yaşama adapte olunmasıyla açıklanabilir.

6.2.3.3. Medeni durum

Evlilik yaş ilerledikçe kurulan bir sosyal kurumdur. Bu nedenle bekarların çoğunluğu gençtir ve yaşanan süreç sonrasında siyasi aidiyet nedeniyle arkadaş grubu ile daha sıkı ilişkiler içindedirler. Gerektiğinde aç kalıp açıkta yatabilirler ve çevresindekilere dair yükümlölükleri fazla değildir. Oysa evli olanların yükümlölükleri onları daha içe, aileye dönük olmaya itmektedir. Aşılması gereken maddi zorluklar, doyurulması-okutulması gereken çocuklar, günlük harcamalar derken, etraftan destek verenlerin gücü de bir süre sonra tükenmektedir ve sosyal destek

algısının kötölemesi ve yine aynı nedenlerle kendilerini sosyal baskı altında hissetmeleri beklenen bir durumdur (Tablo 83).

Evlilik sosyal kabulü de beraberinde getiren, ayrı bir alt sınıflaşma yaratan sosyal bir kurumdur. Her türlü sorunun konuşulduğu, maddi çözümler sunulmasa da, duygusal doyumların yaşandığı ilişkiler yaşanır ve evlilerin bu durumu bekârlara göre daha çok içinde oldukları bu sınıfın ilişkilerini tatminkâr bulmaları beklenen bir durumdur.

6.2.3.4. Eğitim durumu

Eğitim sosyal kabulü artıran, ekonomik olarak daha iyi olabilme şansı yaratan bir özelliktir ama aynı zamanda beklentileri artırarak kişisel sorgulamaların daha sert yapılmasını da beraberinde getirir. Çalışma grubunun özellikle siyasi bilinçlenme çerçevesinde kendisini geliştirme adına daha fazla okuması, yaşanan süreç ve sonuçlarının daha sert biri biçimde sorgulanmasına yol açmaktadır. İçinde bulunduğu sosyal ve siyasi hareket ve kendine ait algıların sorgulanarak hoşnutsuzluk yaşanması beklenen bir durumdur. Lise ve üstünde eğitim alanların ikinci görüşmede beden imgesi fasetinin yaşam kalite puanının düşüklüğü bu durum ile açıklanabilir. İlköğretim ve altında eğitim alanların birinci görüşmede sosyal destek fasetindeki düşüklük, bu grubun eğitiminin azlığı ile birlikte iletişim becerilerindeki yetersizlikle, ikinci görüşmedeki maddi kaynaklar fasetindeki düşüklük, eğitimsiz olmanın iş bulmakta yarattığı zorlukla açıklanabilir (Tablo 84).

6.2.3.5. İş durumu

İşsizliğin, normal toplumun %20'sini etkilediği bir durumda siyasi geçmiş ve etnik kökeni nedeniyle etiketlenmiş, "öteki"leştirilmiş olan katılımcıları etkilememesi beklenemez ve yaşam kalitesinin bu kadar çok bölümünün etkilenmesinden doğal bir durum yoktur (Tablo 85).

6.2.3.6. Son gözaltında avukat olup olmaması

Devlet güvenlik mahkemelerinde incelenen davaların neredeyse tamamında gözaltında alınan ifadelere itibar edildiği, kişilerin gözaltındayken işkence altında alındığını söyledikleri ifadelerin itibar görerek en ağır cezaların verildiği bilinmektedir. Bu nedenle gözaltında avukat bulunması hem tutukluyu, hem de kolluk güçlerini karşılıklı olarak koruyan bir süreçtir ancak, çalışma grubunun sadece %14'ü gözaltında avukatı ile görüşmüştür. Bu durum sorgunun avukat gözetiminde yapıldığı anlamına gelmemelidir, bu oran, sadece gözaltı sürecinde avukatı ile görüşmesine izin verilenleri ifade etmektedir. İlk görüşmede genel sağlık ve yaşam kalitesinin avukatı olanlarda iyileşmiş olması, bu gözaltında avukatı ile görüşmenin katılımcılar tarafından olumlu algılandığı şeklinde yorumlanmalıdır (Tablo 86).

Üç ay sonra yapılan ikinci görüşmede bu durum avukatı olanların kişisel inançlarını da aynı nedenle olumlu yönde etkilemiştir.

6.2.3.7. Son gözaltından sonra tutuklanıp tutuklanmamak

Son gözaltından sonra tutuklanmayanların ilk görüşmede olumlu duygular ve çalışabilme fasetlerinin skorlarında yükseklik tespit edilmesi, tutuklanmamanın kişilerde yarattığı rahatlama duygusunun bir göstergesidir. Bugünkü fiili gözaltı sürelerinden oldukça uzun sürelerde gözaltında kalındığı, avukat dahil kimseyle görüşmeye izin verilmediği, yoğun işkencelerin yaşandığı ve ne zaman biteceği bilinmeyen bir sürecin sona ermiş olmasının kişinin anksiyetesinde azalmaya yol açmış olması beklenen bir durumdur (Tablo 87).

6.2.3.8. Son gözaltından sonra dava açılıp açılmaması

Son gözaltından sonra hakkında dava açılanların tamamı uzun süreli hapis cezalarına çarptırılmışlardır. İlk görüşmedeki “sosyal destek”, “sağlık hizmetleri ve sosyal yardımlara ulaşabilme” ve “ulaşım” fasetleri ile dava açılması ilişkisinde, her üç durum da da hakkında dava

açılanların skorları daha yüksektir. Bu durum, yaşanan süreç sonrasında sosyal yaşama dönen katılımcıların aldıkları sosyal desteğin göstergesi olarak yorumlanabilir (Tablo 88).

6.2.3.9. Gözaltı ve cezaevinde işkence görüp görmemek

Yapılan analizlerde uygulanan birçok işkence yöntemi ile yaşam kalitesinin çeşitli bölümleri arasında ilişki saptanmıştır. İşkencenin yaşam kalitesini etkilediği açıktır. Bu çalışmada tüm gözaltı ve cezaevi süreçlerinde yaşanan işkence yöntemleri tek bir tabloda toplanarak incelenmiştir (Tablo 19). Dolayısıyla kimi analizlerde görülen “katılımcı sayısının azlığı”na dair vurgunun bu çalışmada uygulandığı ifade edilen çoğu işkence yöntemleri için geçerli olmaması gerekir. Ama yine de, katılımcı sayısının azlığı tartışmanın başında da vurgulanmıştı, bu durumun daha sağlıklı değerlendirilmesi için daha geniş katılımlı bir çalışma yapmaya gerek olduğu açıktır. Öte yandan “filistin askısı” gibi çok ciddi fiziksel sağlık sorunlarına yol açan ve etkileri uzun yıllar boyunca hissedilen bir işkence yönteminin yaşam kalitesine etkisinin olmaması beklenen bir durum değildir. Aynı şekilde, cinsel tacizin birçok bölümü etkilediği görülürken “tecavüz”ün yaşam kalitesi ile ilişkisinin olmadığını söylemek kolay değildir. Tecavüz ile yaşam kalitesi arasında bir ilişki kurulamamış olmasının nedenlerinden birisi de, tecavüze uğramış olanların bunu ifade etmekte çektikleri güçlülüdür. Kimi işkence yöntemlerinin de yaşam kalitesi ile ilişkisinin olmaması beklenen bir durum değildir ama yine de bir dereceye kadar “işkenceye hazırlıklı olmak” ile açıklanabilir. WHOQOL 100-Tr Yaşam kalitesi ölçeği ile yapılan çalışmanın sonuçları incelendiğinde kullanılan yaşam kalitesi ölçeğinin duygusal ve ruhsal yönden acı veren işkence yöntemlerinin etkilerini daha iyi yansıttığı, fiziksel işkence yöntemlerinin ağırlığının beklendiği ölçüde sonuçlara yansımadağı görülmektedir.

6.2.3.10. Son gözaltından sonra kendisinin adli rapor alıp almaması

Kendi isteği ile adli rapor almak, kişinin yaşanan gözaltı sürecindeki işkenceleri belgeleyip sorumluları hakkında gerekli girişimleri yapıp yapmadığını, böyle bir hakkı olduğunu bilip bilmediğini sorgulamayı amaçlamaktadır. Tablo 15'te de görüleceği gibi katılımcıların sadece %10'unun böyle bir girişimi vardır. İşkence sonrası kendisinin adli rapor alma istemi ve suç duyurusunda bulunmasından beklenen sonuç faillerin tespit edilip cezalandırılmasıdır ama bu sonuca ulaşamadığı bilinen bir gerçektir (32). Cezaevinde kişilerin kendi iç değerlendirmelerini yaptıkları süreçte, böyle bir şansı kaçırmış olmanın farkına varmaları ve bu şansı kullanmış olsalardı belki de durumun daha farklı olabileceğini düşünmeleri, onların ruhsal durumunu olumsuz etkileyecektir. Son gözaltından sonra kendi isteği ile adli rapor almayanların yaşam kalitesi ile ilgili bulunan faset ve alan skorları, rapor alanlara göre daha düşüktür (Tablo 89).

6.2.3.11. Son gözaltından sonra resmi adli rapor aldı mı?

Resmi ya da kişisel adli rapor alma, kişilerin sağlık kurumları ve hekimler ile gerek cezaevindeki gerekse tahliye olduktan sonraki ilişkilerini etkilemiştir. Usulüne uygun adli muayene yapılmaması, kişilerin hekimlere olan güvenlerini derinden sarsmıştır ve bu durum TİHV'na başvurularında açıkça gözlenmektedir. Her ne sebeple olursa olsun, adli tabiplik görevinin bu işi yapan hekimlerce bir angarya olarak görüldüğü ve üstünkörü yapıldığı, burada tartışılmayacak olan kimi nedenlerle hekimlerin işkenceye ait bulguları kimi zaman raporlara yazmadıkları bilinmektedir (72). Ancak hiçbir hekim raporlara yazdıkları nedeniyle kişilerin yaşamlarının ne şekilde etkilendiğini düşünmemekte, bilmemektedirler. Zor durumda olan ve yaşadığı olumsuzlukları belgeleyebilecek tek kişi olan hekimin gerekli özeni göstermemesi sonucunda uzun süren hapis cezalarına mahkûm olan kişilerin yaşam

kalitelerinin uyku ve dinlenme gibi bazı alanlarının etkilenmiş olması beklenen bir durumdur (Tablo 90).

6.2.3.12. İşkence sonrası suç duyurusunda bulundu mu?

Türkiye’de işkence yapanların cezalandırılmadıkları, uluslar arası kurumların raporlarına da yansımış, insan hakları kuruluşlarının sürekli takipçisi oldukları ancak çok uzun ve zorlu mücadeleler ile ancak kimi olaylarda başarılı olabildikleri bir gerçektir (16). Kamuoyunda “Manisa davası” olarak bilinen ve sonunda işkencecilerin ceza aldıkları olay TİHV ve İzmir Tabip Odası’nın bu konudaki bilgi birikimi ve takipçiliği ile kazanılmış bir davadır (73).

Ancak, yukarıda da belirtildiği gibi, hekimlerin adli raporlar konusunda gösterdikleri tutum kişilerin yaptıkları suç duyurularının sonuçsuz kalmasına neden olmaktadır. Hekimlerin hiçbir şekilde asli görevlerinden biri olduğunu kabul etmedikleri ve benimsemedikleri adli görev, adli muayene isteminde bulunan kişilerin hayatlarının sonuna kadar yaşayacakları ızdırabın nedenlerinden birisi olabilmektedir. Gözaltı ve cezaevi yaşantısının herhangi bir anında yaşanan olumsuz durumların tespiti için hekimin bilirkişiliğine gereksinim duyulmaktadır. Verilen adli rapor; “tıbbi bilirkişi inceleme raporu” olarak mahkeme heyetinin önüne gitmektedir. İşkence yapıldığı iddiasında bulunan kişinin iddia ettiklerinin bilirkişi raporunda belgelenmemiş olması, bu iddia sahibinin yalan söylediği anlamına gelmekte ve mahkeme heyeti önündeki resmi rapora dayanarak karar vermektedir (Tablo 91).

Kişinin hem işkence yaşaması, hem güvenilir olması beklenen bir meslek mensubunun gerçekleri belgelememesi, bunların sonucunda da ağır cezalara çarptırılmak insanların adalet duygularının derinden etkilemektedir. Bu durumda yaşam kalitesinin çalışabilme gücü ve kişisel inançlar fasetlerinin olumsuz yönde etkilenmesi beklenen bir durumdur.

6.2.3.13. Sosyal güvencesi var mı, işi etkilendi mi?

Sosyal güvence yokluğu kişilerin aynı zamanda işsiz olduklarını da düşündürmektedir. İşini kaybetmek ve sosyal güvence kapsamı dışında kalmak normal yaşamda bile kişilerin üstesinden gelemedikleri ciddi bir sosyal yük iken, yaşanan süreç nedeniyle etiketlenerek “ötekileştirilen” katılımcıların yaşamlarının en önemli sorunlarından biri haline gelmesi kaçınılmazdır. İşsizlik %20'nin üzerinde ve Türkiye koşullarında kalifiye elemanların bile sorunu iken cezaevi geçmişli olan kişilerin iş bulamamaları çok normaldir. Düzenli geliri ve sosyal güvencesi olmayanlar için işletilen “yeşil kart” sisteminin bu çalışma grubundaki kişiler için de işletilmesi gerekir. Ancak, durum kimi zaman beklendiği gibi gelişmemektedir. Kişilerin başvuruları herhangi bir gerekçe gösterilmeksizin bazen daha başvuru aşamasında geri çevrilmekte, bazen de uzun süreler yanıt verilmeden bekletilmekte veya olumsuz yanıtlanmaktadır. İçişleri Bakanlığının yayınladığı genelgeler, reddedilen başvuruların gerekçesinin bildirilmesini emretmesine rağmen bu şart yerine getirilmemektedir. Sosyal hizmet uzmanının yönlendirmesi ile bu hakkın aranması sağlansa da, ret yanıtı alan katılımcıların bu sistemi tekrar zorlamaları pek mümkün olmamaktadır. Bu şekilde, yasalarca suç sayılan eylem ve düşünceleri nedeniyle bir kez ceza çeken kişiler bir kez de normal yaşamda, hem de aileleriyle birlikte cezalandırılmaktadırlar (Tablo 92, Tablo 93).

İş bulamayan, herhangi bir sosyal güvenlik kurumu tarafından güvence altına alınmayan, zaman geçtikçe sosyoekonomik sorunların altında ezilen kişilerin yaşam kalitelerinin pek çok alanının etkilenmiş olması beklenen bir durumdur. Bu durumun değişmesi ancak iş ve sosyal güvence konularında üretilecek detaylı projelerle mümkün olabilir.

6.2.3.14.Çocukların okul durumu etkilendi mi?

Çocukların okul durumunun etkilenmesi görüşmede yaşam kalitesinin “sağlık hizmetleri ve sosyal yardımlara ulaşabilme” faseti arasındaki ilişki görüşmede ortaya çıkmıştır ve olumlu yönde gelişme

görülmektedir. İlk ve ikinci görüşme arasında geçen sürede, “sağlık hizmetleri ve sosyal yardımlara” ulaşıldığını, söz konusu olan çocuklar olduğunda kimi sistemlerin sorunsuz ya da iyi ya da kötü işlediği şeklinde yorumlanabilir. Bu durumda Milli Eğitim Bakanlığı tarafından zorunlu eğitimin 8 yıla çıkarılmış olması ve tüm kitapların bu bakanlıkça karşılanıyor oluşunun payı da vardır (Tablo 95).

6.2.3.15. Ailede çalışan var mı?

Ailede çalışan birilerinin olup olmaması ile “sosyal baskı” alanı arasındaki ilişki, iki görüşme arasında geçen sürede gelir durumunun yarattığı baskı ile açıklanabilir. Uzun yıllar boyunca cezaevinde yakınlarının desteği ile yaşamını sürdüren kişiler gerek minnet duygusu gerekse normal hayata biran önce dönme gayreti ile iş bulup hayatlarını kazanmak istemektedirler. Ama yukarıda açıklanan nedenlere iş bulmak hiç de kolay değildir. Bir yandan yaşanan sürecin getirdiği yük, bir yandan da işsizlik nedeniyle hala başkalarının eline bakıyor olmak bu konuda üzerinde bir baskı hissediyor olmasının temel nedenidir (Tablo 96).

6.2.3.16. Göç yaşadı mı?

Göç yaşayanların buldukları yeni ortama adaptasyonları için zamana gereksinimleri vardır ve ilk görüşmede ulaşım fasetinin olumsuz yönde etkilenmiş olması bu durumu göstermektedir (Tablo 97).

İkinci görüşmede olumsuz etkilenen tüm faset ve alanlardaki değişim beklenen bir durumdur. Sadece düşünme ve öğrenme faseti olumlu yönde değişim göstermiştir. Bu da göç edilen yerdeki sosyal imkanlara ulaşabilmeyi öğrenmek, yaşananları soğukkanlılıkla değerlendirebilmek ve çevresinde olup bitenlere daha ilgili olmakla açıklanabilir.

6.2.3.17. Toplam açlık grevi süresi

Toplam açlık grevi süresinin aritmetik ortalaması $335,16 \pm 257,22$ gündür (2-900). İlk görüşmede toplam açlık grevi süresinin artışı ile yaşam kalitesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamışken ikinci görüşmede toplam açlık grevi süresinin uzamasının yaşam kalitesinin “hareketlilik”, “ulaşım” ve “olumsuz duygular” fasetlerini olumsuz yönde etkilediği görülmüştür. Açlık grevi süresinin uzaması yaşam kalitesine ait hareketlilik ve ulaşım algılarında bozulmaya yol açmaktadır. Açlık grevi süresi uzadıkça sinir sistemindeki harabiyet kimi katılımcıların hareket kabiliyetlerini etkilemekte ve ulaşım ile ilgili sorunlar yaşamasına neden olabilmektedir. Olumsuz duygulardaki azalma ise, haklı olduğundan emin olunan taleplerle yola çıkılan açlık grevi sürecinin sonuna kadar sürdürülmesi ve açlık grevi yapan grubun içinde olmaktan kaynaklanan aidiyet duygusu ile açıklanabilir. Bu durum, olasılıkla aynı dinamiklerin rol aldığı, ilk görüşmeye katılanlarda toplam açlık grevi süresi uzadıkça depresyon görülme olasılığının azalması durumu ile bir paralellik göstermektedir (Tablo 98, Tablo 99).

Literatürde açlık grevinde geçen toplam süre ile ilgili bir gruplandırma söz konusu olmamakla beraber altı aylık süre önemli görülerek kestirim noktası olarak kabul edilmiş ve yaşam kalitesi değişimleri bu açıdan değerlendirilmiştir. Buna göre toplam açlık grevi süresi “180 gün ve daha az” ve “181 gün ve üzeri” şeklide gruplanarak yapılan analizde toplam açlık grevi süresi ile ilk görüşmedeki yaşam kalitesi değerlendirilmesi arasında anlamlı istatistiksel ilişki saptanmazken ikinci görüşmede “benlik saygısı” ve “kişisel inançlar” fasetleri arasında ilişki anlamlı bulunmuştur. Açlık grevi süresi altı ayın üzerine çıktığında kişilerde benlik saygısında ve kişisel inançlarda azalma olmaktadır.

Bunun nedeni, açlık grevini başlatan taleplerin karşılanmaması, birlikte yola çıkılan kişilerden bazılarının açlık grevini bırakmaları, her ne kadar Wernicke Korsakof sendromu gibi ağır bir tablo ortaya çıkmasa da sinir sistemindeki harabiyetin yol açtığı sağlık algısındaki bozulma, açlık

grevi nedeniyle cezaevi idaresince izole edilerek görüşmenin kısıtlanması, gerekli sağlık desteğinin alınmaması gibi faktörler olabilir.

6.2.3.18. En uzun açlık grevi süresi

En uzun açlık grevi süresinin ortalaması $30,96 \pm 3,87$ gün (1-196) gündür. İlk görüşmeden uzun açlık grevi süresi ile yaşam kalitesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmazken ikinci görüşmede en uzun açlık grevi süresinin uzamasının sağlık hizmetleri ve sosyal yardıma ulaşabilirlik ve nitelik fasetini olumsuz etkilediği saptanmıştır. Toplam açlık grevi süresi, farklı dönemlerde girilen açlık grevlerinin toplamıdır ve içerisinde uzun süreli açlık grevi hiç olmayabilir. Ama en uzun açlık grevi başladıktan sonra kesintisiz sürdürülen açlık grevini ifade etmektedir ve sağlık açısından risk taşıyan açlık grevleri bu gruptaki uzun açlık grevleridir. Açlık grevi süresinin uzaması ile özellikle sinir sisteminde sorunlar olması beklenir. Açlık grevinin ileri dönemlerinde görülen Wernicke Korsakoff sendromu tanısı almış olanlar dışlama kriterlerinde belirtildiği gibi çalışmaya alınmamışlardır ama yine de ataksik yürüyüş, tremor gibi açlık grevi yapanlarda görülen bulgular kimi başvuruların yakınmaları arasındadır. Uzun süren açlık greviden etkilenmiş katılımcıların günlük hayatta karşılaştıkları sorunlar sadece ev ortamı ve sosyal yaşama ait olmayıp sağlık hizmetlerinin niteliği ve sosyal güvenlik kurumlarının hastalıklarına bakışı ile de ilgilidir (Tablo 100).

Açlık grevi yapmış olmanın kişinin kendi seçimi olması ve adalet sistemine karşı yapıyor olması nedeniyle Adalet Bakanlığı bir dönem cezaevindeki grevcilerin açlık grevlerinden doğan rahatsızlıkların tedavisini üstlenmeyi reddetmiştir. Bu dönemde zorla tıbbi müdahale yapılarak açlık grevlerini sona erdirme girişimlerini, açlık grevini zorla sonlandırmanın etik olamayacağını savunan hekimlerin işbirliği sayılacağı ifadelerini unutmak mümkün değildir.

Bu telkinlerin etkisi ile resmi ideolojinin beklediği davranışı sergileyen, ya da kişisel siyasi tercihleri nedeniyle tarafsız davranamayan kimi hekimlerin cezaevinden çıkmış olan kimselere karşı

benzeri tutumu sergilemeye devam etmeleri katılımcıların sağlık hizmetlerinden beklediklerini alamadıklarını düşünmelerini sağlamaktadır.

Aynı zamanda hekimlerin büyük çoğunluğunun açlık grevleri ve yan etkileri, ve tedavi protokolleri konusunda yeterli bilgileri de yoktur. Bu konuya özel ilgi duymayan hekimlerin kendisini ötekileştirilmiş hisseden katılımcıları tatmin eden bir tedavi sunabilmesi ya da var olan tedaviyi sürdürebilmesi mümkün değildir.

Bu nedenle İzmir'deki cezaevlerinde açlık grevi nedeniyle sağlık sorunu yaşayan veya tahliye olduktan sonra İzmir'e gelen açlık grevi yapmış kişilerin tedavileri gerek TİHV'da gerekse İzmir Atatürk Devlet Hastanesinde bu konuda çalışan belli isimler kanalıyla yürütülmüştür. Toplam açlık grevi bölümde de belirtildiği gibi literatürde en uzun açlık grevi süresi ile ilgili bir gruplandırma söz konusu olmamakla beraber bir aylık süre önemli görülerek kestirim noktası olarak kabul edilmiş ve yaşam kalitesi değişimleri bu açıdan değerlendirilmiştir.

En uzun açlık grevi yapanlar "30 gün ve az" ve "30 günden çok" açlık grevi yapanlar olarak sınıflandırılmıştır. İlk görüşmede 30 günden fazla açlık grevi yapanların olumsuz duygularında azalma izlenmektedir. Bu durum uzun süreli açlık grevine dahil olmanın getirdiği aidiyet duygusunun verdiği tatmin ile açıklanabilir (Tablo 101).

İkinci görüşmede ilaçlara ve tedaviye bağımlılık 30 günden fazla açlık grevi yapanlarda daha artmıştır ve bu durum yukarıda açıklanan tedavi gereksinimi ile örtüşmektedir. Aynı şekilde, 30 günden fazla açlık grevi yapanların kişisel inançlarında azalma dikkat çekmektedir. İlk ve ikinci görüşmelerde etkilenen faset ve alanlara dikkat edilirse, ilk görüşmede yaşananların izleri henüz tazeyken alınan doyum ikinci görüşmede yerini gerçeklerin getirdiği beklentilere bırakmış ve hayal kırıklıkları başlamıştır.

6.2.3.19. Toplam gözaltı süresi

Toplam gözaltı süresinin ilk görüşmelerde yaşam kalitesi üzerinde etkisinin olmadığı görülmektedir. Bu durum kişinin cezaevinden çıktıktan

sonra yaşadığı adaptasyon sürecinin getirdiği şaşkınlık, sevinç vb. duygular ile gözaltı sürecinden bir süreliğine de olsa uzaklaşması demektir. Toplam gözaltı süresinin uzaması aynı zamanda gözaltında işkence yaşama olasılığının artması anlamına da gelmektedir. İkinci görüşmede toplam gözaltı süresinin uzamasının “benlik saygısı” ve “kişisel inançlar” fasetlerini olumsuz yönde etkilediği görülmektedir. Birinci görüşmeden sonraki balayı dönemi bitmiş ve yaşanan sürecin yarattığı tahribatın etkileri yavaş yavaş kendini göstermeye başlamıştır (Tablo 102).

Toplam gözaltı süresi “15 gün ve altı” ve “15 günden fazla” olarak gruplandırıldığında ilk görüşmede yaşam kalitesi ile arasında bir ilişki saptanmamıştır. İkinci görüşmede uzun süre cezaevinde kalmanın sonucu “ilaçlara/tedaviye bağımlılıkta” artma ve “bağımsızlık düzeyinde” azalma olarak ortaya çıkmıştır (Tablo 103).

Bunun bir nedeni, iki görüşme arasında geçen sürede bazı kronik rahatsızlıkların tamamen iyileşmesinin mümkün olmadığına farkına varılarak, özellikle “ağrıyla yaşamayı öğrenmek” zorunda kalmalarıdır. Analjeziklerin etkilerinin kalıcı ve yeterince etkili olmadığı zamanlarda ilaçlara talep artmakta, “daha güçlü, daha etkili ilaç” beklentisi yerini “daha iyi, uzman bir hekim” ile görüşme talebine bırakmaktadır. Bu durum kişilerin kendilerini çaresiz, başkalarına ve ilaçlara bağımlı hissetmelerine neden olmaktadır.

6.2.3.20. Toplam cezaevinde kalma süresi

Cezaevinde kalınan toplam süre $89,25 \pm 5,45$ (5–146) aydır. Toplam cezaevinde kalma süresi ile yaşam kalitesi arasında ilk görüşmede bir ilişki yoktur. İkinci görüşmede beden imgesi ve sağlık hizmetleri ve sosyal yardıma ulaşabilirlik ve nitelik fasetlerinde olumsuz değişimler saptanmıştır.

Cezaevinde kalınan süre uzadıkça kişinin cezaevinde yaşlanması ve bu ortamdaki hareketsiz yaşam nedeniyle yaşlandığının, hangi organlarının beklediği gibi iş görmediğinin farkına varması için bir süre geçmesi gerekmektedir. İlk görüşmede cezaevinde çıkmanın getirdiği

ruhsal iyilik hali nedeniyle farkına varılmayan bu durum dışarıda günlük hayatın dayatmaları ile bir süre sonra kendini hissettirmeye başlamaktadır. Cezaevindeyken her istediğini yapabildiği bedeninin ihanetine uğradığını düşünen kişinin beden imgesi algısının kötüleşmesi doğaldır. Yine aynı nedenlerle cezaevinde kalınan süre arttıkça sağlık hizmetleri ve sosyal güvence gereksiniminin de artması beklenmelidir. Yukarıdaki bölümlerde de açıklandığı gibi bu hizmetlere ulaşmak ya da nitelikli hizmet almak konusunda sıkıntısı olan katılımcıların yaşam kalitelerinin bu alanında olumsuz değişim gözlenmesi beklenen bir durumdur (Tablo 104).

Cezaevinde kalınan toplam süre 5 yıl ve daha az ve 5 yıldan fazla olarak gruplanarak yapılan analizde ilk görüşmede uzun süre cezaevine kalanlarda ilaçlara ve tedaviye bağımlılığın arttığı görülmektedir (Tablo 105). Uzun süre cezaevinde kalanların cezaevinde alabildikleri sağlık hizmeti oldukça kısıtlı ve niteliği de oldukça düşüktür. Herhangi bir yakınma için cezaevi idaresine dilekçe ile başvurulmakta, izin çıktığı takdirde cezaevi hekimi ile görüştürülmekte, hastaneye sevk edilmeleri durumunda savcılıktan izin beklenerek kötü koşullarda ilgili hastaneye götürülmektedirler. Sadece muayene odasında kolluk kuvvetlerinin bulunması ve kişilik haklarına müdahale edildiği gerekçesiyle hastaneye gittiği halde muayene olmayı reddeden, bu tavrın sürdürülmesi nedeniyle sağlık hakkından tümüyle vazgeçen mahkumların olduğu bilinen bir gerçektir. Bu nedenlerle kimi katılımcılar için sağlık hizmetleri oldukça öncelikli bir öneme sahip olmaktadır.

İlk görüşmede ulaşım fasetindeki değişme ise olumlu yöndedir. Bu durum yeni tahliye olmuş kişilerin kendi sosyal çevresi içinde gösterilen hoşgörü ve kimi kolaylaştırıcı etmenlerle açıklanabilir.

İkinci görüşmedeki ilaçlara ve tedaviye bağımlılık ve ulaşım fasetlerinin 5 yıldan daha uzun süre cezaevinde kalma ile ilişkisi ilk görüşmedeki durumla aynıdır ve sözü edilen koşulların devam eden etkisi ile açıklanabilir.

İkinci görüşmede cezaevinde kalma süresinin artışı ile benlik saygısının azaldığı, olumsuz duyguların arttığı saptanmıştır. Cezaevinde kalmanın kişinin ruhsal durumunu etkilediği bilinmektedir. Kişinin kendisi

hakkındaki düşüncelerinin de bu süreçte olumsuz olarak etkilenmesi, ümitsizlik, suçluluk duyguları duyması beklenen bir durumdur.

6.2.3.21. F tipi cezaevinde kalma süresi

Çalışma grubunun F tipi Cezaevinde kaldığı toplam süre $15,23 \pm 2,39$ (1-48) aydır. Bu çalışmanın yürütüldüğü zaman diliminde F tipi cezaevleri yeni açılmaya başlamış ve örgütlü suçlardan hüküm alan mahkumlar cezalarının son bölümlerini bu cezaevlerinde çekmeleri için F tipi cezaevlerine gönderilmişlerdir. Bu nedenle çalışma grubunun F tipinde geçirdikleri süre kısadır.

F tip cezaevinde kalanların ilk görüşmede F tipi cezaevinde kalınan sürenin uzamasıyla çalışabilme gücünün azaldığı saptanmıştır. Çalışabilme gücünün azalması kişinin çalıştığı ücretli işinden, ev içindeki herhangi bir etkinliği yürütebilmesine kadar, meşgul olduğu temel etkinlikleri yapmaya fiziksel enerjisinin olmadığı ifadesidir. Ve uzun süreli izolasyon yaşayanlarda görülmesi beklenen bir durumdur (Tablo 106).

F tipi cezaevinde kalınan süre 12 ay ve daha az ve 12 aydan fazla olarak gruplandırıldığında ilk görüşmede F tipi cezaevinde kalma süresi ile yaşam kalitesi arasında herhangi bir ilişki saptanmamıştır (Tablo 107).

İkinci görüşmede ağrı ve rahatsızlık algısı 12 aydan uzun süre kalanlarda artmıştır. Bu durum, kişinin hoş olmayan bedensel duyular yaşadığını ve bu duyuların onun yaşamını rahatsız edip engellediğini göstermektedir ve ilk görüşmeye göre bir kötüleşmeyi işaret etmektedir.

İkinci görüşmede canlılık ve bitkinlik algısının olumsuz yönde etkilenmiş olduğu saptanmıştır. Her iki durum da, katılımcıların içinde bulunduğu depresif ruh durumunun göstergesi olabilir. Uzun süren izolasyon nedeniyle gerçek dünyadan ve insan ilişkilerinden kopan katılımcıların kendilerini toparlamalarının diğer cezaevlerinde kalanlardan daha uzun süreceği beklenir.

12 aydan daha uzun süre F tipi cezaevinde kalanların genel sağlık ve yaşam kaliteleri de daha kısa süre F tipi cezaevinde kalanlara göre daha kötü durumdadır ve beklenen bir durumdur.

Uzun süreli izolasyon yaşayan kişilerde diğer cezaevlerinde kalanların karşılaştıklarından daha fazla ve daha şiddetli yakınmaların dile getirilmesi beklenmektedir. Türk Tabipler Birliğinin yayınladığı “F tipi Cezaevlerine ilişkin rapor”da (74), uzun süreli izolasyon nedeniyle karşılaşılan sorunların daha çok psikiyatrik ve nörolojik etkilerinin olduğu görülmektedir. Her ne kadar katılımcıların F tipi cezaevinde geçirdikleri süre görece kısa da olsa bu çalışmada elde edilen bulguların da ruhsal kökenli sorunlar olduğu ve literatür bilgileriyle uyduğu görülmektedir.

Gözaltı, açlık grevi, cezaevi süreçleri ile ilgili ilk ve ikinci görüşmeler bütünsel bir bakışla değerlendirildiğinde yaşam kalitesi ve alt bölümlerin daha çok ikinci görüşmede etkilenmiş olduğu görülmektedir. Bu durum katılımcıların cezaevinden çıktıktan sonraki ilk günlerde içinde bulunduğu olumlu ruh halinin zamanla hayatın gerçekleri ve geçmiş yaşantılarla etkilenmesinden kaynaklanıyor olabilir.

Yaşanan süreç, uygulanan işkence yöntemleri ve TİHV'nin tedavi ve rehabilitasyon süreci bir bütün olarak değerlendirildiğinde, katılımcıların en çok etkilendikleri başlıkların “iş durumu”, “sosyal güvence durumu”, “işinin etkilenmesi” ve “göç yaşamak” gibi sosyal alana ait başlıklar olduğu görülmektedir.

Gözaltı ve cezaevi yaşantısı değerlendirildiğinde gözaltında kalma süresinin, cezaevine girmenin, F tipi cezaevine kalmanın, açlık grevi yapmanın yaşam kalitesinin farklı alanları üzerine etkisinin olmadığı görülmektedir. Bu grupta sadece F tipi cezaevinde kalanların ikinci görüşme skorlarının “genel sağlık ve yaşam kalitesi” ile arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Uzamış izolasyonun insan ruh sağlığı üzerindeki olumsuz etkileri nedeniyle F tipi cezaevlerinin kapatılması, koşullarının iyileştirilmesi istemi insan hakları örgütlerinin öncelikli taleplerinden biri olagelmıştır. Bu sonucun F tipi cezaevinde kalınan ortalama süre 15 ay gibi görece kısa bir süre üzerinden tartışılması anlamlı değildir. F tipi cezaevinde kalmanın yarattığı ruhsal sorunları tartışmak için hem daha geniş katılımlı, hem de

daha uzun süre F tipi cezaevinde kalmış kişilerle yapılmış çalışmalara gereksinim vardır. Yine, bu çalışmada kullanılan yaşam kalitesi ölçeğinin bu çalışma grubu için uygun bir ölçek olup olmadığının da tartışılmasını gerektirir.

Toplam açlık grevi süresi ve en uzun açlık grevi sürelerinin kişisel inanç alanını etkilemesi dışında, diğer değişkenler ile hiçbir yaşam kalitesi alanı arasında istatistiksel anlamlı ilişki yoktur.

Yaşanan işkenceler ile yaşam kalitesi arasında da yine benzeri bir durum söz konusudur. İşkence yöntemlerinin yaşam kalitesinin farklı faset ve alanlarını etkiledikleri görülmektedir ama fiziksel olarak daha fazla acı çektiren, klasikleşmiş, ruhlara korku salan işkence yöntemlerinden çok, küçük düşürücü, aşağılayıcı yöntemlerin daha fazla faset ve alanı etkiledikleri görülmektedir.

“Uyutmama” işkencesi ikinci görüşmede “genel sağlık ve yaşam kalitesi” ile 4 farklı alan ve 6 faseti etkilerken, örneğin “filistin askısı” ile, “tecavüz” ile yaşam kalitesi arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır.

“Yalancı infaz”ın her iki görüşmede farklı birer faseti etkilediği görülürken, “görüşmenin engellenmesi”nin, her iki görüşmede “genel sağlık ve yaşam kalitesini” etkilediği, ikinci görüşmede de 2 farklı alan ve 5 faseti etkilediği saptanmıştır.

“Elektrik işkencesi” sadece ikinci görüşmede “genel sağlık ve yaşam kalitesi” ve ulusal çevre alanını ve 3 faseti etkilemişken, “anlamsız istemlere itaate zorlanma” , ikinci görüşmede yaşam kalitesinin 2 alan ve 4 fasetini etkilemiştir.

Bu durum “işkenceye hazırlıklı olma” teorisi ile açıklanabilir. Bu çalışmada elde edilen sonuçlar da benzeri yorumları yapmaya uygundur. Görüldüğü gibi bu çalışmada klasikleşmiş işkence yöntemlerinin kişinin yaşam kalitesi üzerine fazla bir etkisi olmadığı saptanmıştır. Etkinin yoğunlaştığı alan ruhsal acı çektiren, aşağılayan, kişinin kendine olan saygısını, özgüvenini yıkan yöntemlerdir.

Bu çalışmada bu durumun tek istisnası “haya burma” dır. Bu işkencenin ikinci görüşmede “genel sağlık ve yaşam kalitesi” de dahil olmak üzere 2 alan ve 5 faseti etkilediği görülmektedir. Bunun bir nedeni, bu işkencenin ağrıyla giden varikozel ve sonuçları gibi kimi

etkilerinin günlük hayatta hala hissedilebiliyor olması, bir diğer nedeni, kültürümüzde üreme fonksiyonunun ve erkek cinsel organının cinsel kimliğimiz içindeki rolü olarak açıklanabilir.

6.2.3.22. Yakınmalar ile yaşam kalitesi ilişkisi

Yakınmalara bütünsel bir bakışla yaklaşıldığında yaşam kalitesini etkileyen yakınma başlıklarının gözaltı ve cezaevinde yaşanan işkencelerden, cezaevinde uzun süre kalmaktan kaynaklanan hareketsizlikten, cezaevindeki uygunsuz beslenme koşullarından ve yetersiz ve kalitesiz sağlık hizmeti almaktan kaynaklanan yakınmalar oldukları görülmektedir.

Yaşam kalitesi ile ilişkili bulunan yakınmalar aşağıdadır:

- Genel vücut yakınmaları
- Dermatolojik yakınmalar
- Ortopedik yakınmalar
- KVS yakınmaları
- Solunum sistemi yakınmaları
- GIS yakınmaları
- Ürogenital yakınmalar
- Göz yakınmaları
- KBB yakınmaları
- Diş yakınmaları

Katılımcılardan alınan anamnezler doğrultusunda ortopedi, KBB, solunum sistemi ve ağız ve diş yakınmalarının bazılarının gözaltı ve cezaevinde yaşanan işkencelere bağlı olarak geliştiği anlaşılmaktadır.

Ürogenital yakınmaların özellikle bayan katılımcıların cezaevi sürecinde muayene olmayı reddetmeleri ile doğrudan ilişkisi vardır. Daha önce de bahsedildiği gibi, cezaevi koşullarında iyi bir sağlık hizmeti alabilmek uzun, zahmetli bir süreçtir. Bu durumun idare tarafından özellikle zorlaştırıldığı izlenimi mevcuttur. Cezaevi koşullarındaki muayene olma aşamasını aşip hastaneye sevki gereken durumlar ise belli günleri bekletilmektedirler. İkinci basamak sağlık kurumuna sevk gerçekleştiğinde, sevk edildikleri kurumdaki

kimi hekim ve diğer personelin etik olmayan tavırları nedeniyle taciz edilmeleri, bazı durumlarda, özellikle de bayan katılımcıların kadın doğum polikliniklerindeki muayeneleri sırasında kolluk güçlerine mensup kişilerin muayene odasını terk etmeyi özellikle reddetmeleri nedeniyle muayene olmanın reddedilmesi sıkça karşılaşılan bir durumdur.

Yaşam kalitesini etkilediği saptanan tüm yakınmalar için cezaevi koşullarında muayene olmanın getirdiği bir güvensizlik söz konusudur. Özellikle cezaevinde görevli hekimlere ciddi bir güvensizlik olduğu birçok katılımcı tarafından ifade edilmiştir. Hekimlere idare ile işbirliği yapan kimseler gözıyla bakılmaktadır. Açlık grevleri sürecinde açlık grevi yapanların durumlarının değerlendirilmesi amacıyla yapılan girişimlerde grevciler bu tutumlarını çok açık olarak ortaya koymuşlar ve Türk Tabipler Birliği kanalıyla oluşturulan güven ortamında meslek odası tarafından görevlendirilen hekimlerle görüşüp, onların önerilerinin dikkate almışlardır. Bu durumda hekimlerin gözaltı süreçlerinde verilen adli raporlara kayıtsız kalmalarından, tutuklu ve hükümlüleri kişisel tercihlerini meslek etiğinin önüne koyarak muayene etmelerine kadar birçok etik ve mesleki hatanın payı olduğu yadsınamaz.

Cezaevindeki kişilerden kimileri bahsedilen nedenlerle muayene olmaktan kaçınarak sağlık hakkından vazgeçmekte, bir kısmı ise her şeye rağmen muayene sonunda aldıkları ilaçları, “baştan savıldıkları” düşüncesiyle kullanmamaktadırlar. Ancak çok az bir kısmı cezaevinde yeterli ve nitelikli bir sağlık hizmeti almaktadırlar. Bu durum yakınmaların tahliyeden sonraki döneme taşınmasının en önemli nedenidir.

Yakınmaların çokluğunun bir diğer nedeni de cezaevinde kişilerin kendilerini çok fazla dinlemeleri ve bedenlerinden gelen en küçük sinyali mutlaka bir hastalıkla ilişkilendirmeye çalışarak kendilerine hastalık tabloları yaratmalarındadır. Her bir yakınmasını en ince ayrıntısına kadar anlatan, bu yakınmalara kendince tanımlar koyup tedaviler öneren ve bekleyen kimi katılımcılar genellikle Vakıf'taki süreçten de mutsuz olarak ayrılmaktadırlar.

Göz ve KVS yakınmalarının büyük çoğunluğu cezaevinde geçirilen süre içindeki doğal yaşlanmaya bağlıdır. Ama yine de F tipi cezaevi gibi kapalı ve küçük mekanlarda uzun süre kalmanın görme alanını daralttığı, göz kaslarını zayıflattığı bilimsel olarak gösterilmiştir (74).

Diş yakınmaları, yakınmalar arasında yaşam kalitesinin alt bölümlerini en fazla etkileyen yakınmalar olarak saptanmıştır. Yapılan muayenelerde yakınmaların tamamına yakınının diş çürükleri olduğu görülmüştür. Vakıf muayene sürecinde yakınmaların yaşanan süreçle ilgisi arandığı için çok acil tedavi edilmesi gerekenler dışındaki diş sorunlarını kişinin kendisinin tedavi ettirmesi gerektiği belirtilmektedir.

Ruhsal yakınmalar ile yaşam kalitesi arasında bir ilişki saptanmamıştır. Katılımcıların büyük çoğunluğu tanımladıkları yakınmaların bir ruhsal sorunu tarif ettiğinin farkında dahi değildirler. Ortak bir süreci yaşamış, ortak bir geçmişe sahip olan ve dışarıya çok da açık olmayan grupların kendi içlerinde normalleştirdikleri davranış kalıplarının bir sorun olarak algılanmaması beklenen bir durumdur. Bu nedenle tarafımızdan ruhsal destek alması gerektiği düşünülen birçok katılımcı bu durumu kesin bir dille yadsıyarak psikiyatrik görüşmeler katılmayı reddetmiştir. Yine de, ruhsal yakınmaların herhangi bir zamanda kişinin günlük yaşamını etkileyecek kadar zorlayabileceği kendilerine anlatılmakta ve Vakfın kişisel dosyalarını ruhsal yakınmalar için tekrar açmaya her zaman hazır olduğu güvencesi verilmektedir.

6.2.3.23. Tanılar ile yaşam kalitesi ilişkisi

6.2.3.23.1. Fiziksel tanılar

Yapılan fiziksel muayeneler sonucunda konulan tanılar iki grupta değerlendirmek mümkündür

Tamamı ortopedik tanılardan oluşan aşağıdaki listedeki tanılar uzman hekim muayeneleri ve ileri radyolojik tetkiklerle konmuştur. Günlük yaşamda karşılaşılabilen miyalji dışındaki diğer tüm tanıların etiolojisinde gözü ve cezaevi sürecinde yaşanmış olan işkencenin rolü olduğu tespit edilmiştir. Cezaevinde iken ileri tetkik yapılması aşamasına genellikle gelemeyen muayene süreçleri rutin ayaktan tedavi ile sonlandırılmış ve var olan rahatsızlıkların tanısı bile konmamıştır.

Bu rahatsızlıkların tedavisinde ilaç tedavisinin yanı sıra, kimilerine egzersiz, fizik tedavi, günlük yaşam önerileri verilmiş, yakınmaları düzelmeyen durumlar cerrahi müdahale ile çözülmeye çalışılmıştır.

- Miyalji
- Fibromiyalji
- Servikal diskopati
- Lomber diskopati
- Spondilolistezis
- Kondromalazi, gonartroz
- Menisküs
- İmpingement sendromu

İkinci grup tanılar cezaevi koşullarında gelişebildiği gibi gündelik yaşamda da karşılaşılabilen hastalıklardır. Hemoroid, kolit ve anemi cezaevindeki beslenme koşullarıyla ilgili olabileceği düşünülen başlıklardır. Vaginitin etiyolojisinde; cezaevindeki kötü hijyenik koşullar, tedavisinin uygun şartlar yaratılmadığı için muayenenin reddedilmesi ve tedavi edilmemiş olması düşünülmelidir. Kolit ve migren, cezaevinde olmanın yarattığı ruhsal durumla doğrudan ilgili olabilir.

- ÜSZE, sinüzit
- Hipertansiyon
- Anemi
- Hemoroid
- Kolit
- Vaginit
- Migren

6.2.3.23.2. Ruhsal tanılar

Yapılan görüşmelerden sonra yaşam kalitesi ile ilişkisi saptanan rahatsızlıklar Vakıf başvuru formunda belirtilen iki ana başlıkta toplanmaktadır:

- Kr. PTSD
- Mj. Depresyon

Tartışma bölümünün girişinde şiddetli ruhsal travma yaşamış gruplar ile yapılmış farklı çalışmaların sonuçlarının yorumlarında da belirtildiği gibi, bu iki rahatsızlık işkence ve diğer şiddetli ruhsal travmalar sonrasında en sık rastlanılan ruhsal rahatsızlıklardır ve bu grupta da aynı sonuca ulaşılması beklenen bir durumdur.

PTSD tanımında bir yaşam tehdidi algılamasının bedenimizi, sevdiklerimizi, inanç sistemimizi etkilemesi söz konusudur. Bu çalışma grubundaki tüm katılımcıların bu türden tehdit aldığı bilinmektedir. Yaşanan travmadan sonra ruhsal destek ile üstesinden gelinebilecek bir durum olan PTSD'nin gerek cezai yaşantısı, gerekse sorunların yadsınması nedeniyle üstü örtülerek cezai sonrası yaşama kadar kronikleşerek taşınması söz konusudur. Yeterliliği tartışılır olsa da, cezai verilen ruhsal destek katılımcıların siyasi tavırları nedeniyle reddedilmektedir.

Mj. Depresyonun yaşanan gözaltı ve cezai yaşantısı sonunda ortaya çıkması için yeterince faktör bir aradadır. Bu rahatsızlık da tedavi için cezai sonrası yaşama kadar bekletilmekte, derinleşmekte ve o ölçüde de varlığı yadsınarak normalleştirilmektedir.

Bazı katılımcılar, siyasi öğretilerinin bir parçası olarak, kişinin "istediği takdirde kendi iradesi ile depresyon vb. ruhsal hastalıkların üstesinden gelebileceğini" savunmaktadırlar. Ve bu gerekçe ile Vakıf ortamında bile ruhsal destek almayı reddetmektedirler. Yapılan görüşmelerde vakıf başvuru hekimleri tarafından ruhsal destek gereksinimleri olduğu fark edilerek uzman hekimlere yönlendirilen katılımcıların ne yazık ki birçoğu bu durumu kabullenmeyerek görüşme randevularına gelmemişlerdir. Sonuçta ruhsal rahatsızlıkların neden olduğu sorunlar günlük yaşamın bir parçası olarak kabullenilmektedir.

6.2.3.24. Tedaviler ile yaşam kalitesi ilişkisi

İlaç tedavisi alanların yaşam kalitelerinin ilişkili olduğu saptanan bölümleri, almayanlara göre daha iyi durumdadır ve uygulanan tedavinin başarısının bir göstergesidir (Tablo 165).

Psikofarmakoterapi uygulananların ilk görüşmede “canlılık ve bitkinlik” ve “fiziksel çevre” fasetleri ile “bedensel alanın” daha kötü oluşu, tedaviye gerçekten gereksinimi olduğunun göstergesidir (Tablo 166).

İkinci görüşmede psikofarmakoterapi ile ilişkili olduğu saptanan “fiziksel çevre”, “düşünme ve öğrenme” ve “uyku ve dinlenme” fasetlerinin hala olumsuz olduğu görülmektedir. Bu durum verilen ruhsal desteğin sürdürülmesi gereğinin bir göstergesidir. Ruhsal tedavi süresi sadece tedaviyle değil, kişinin gördüğü sosyal destek, iş, sosyal güvence, sahiplenilme, benzeri travmaları tekrar yaşamaması gibi diğer faktörlerle de doğrudan bağlantılıdır.

Bu konuda belki psikofarmakoterapinin doğru yöntem olup olmadığı sorulabilir. Bunun yanıtı, Vakıf ile konsültan hekimlik ilişkisi olan psikiyatri hekimlerinin travma konusunda deneyimli kişiler olduklarıdır.

Fizik tedavi ve rehabilitasyon (FTR) tedavisi ile yaşam kalitesinin ilk görüşmedeki “fiziksel çevre” faseti arasındaki ilişki anlamlı bulunmuştur ve FTR tedavisi uygulananların fiziksel çevre faseti FTR uygulanmayanlara göre oldukça kötü durumdadır (Tablo 167). İkinci görüşmede bu ilişkinin saptanmamış olması tedaviden beklenen sonucun alındığının göstergesidir.

Egzersiz verilenlerde ilk görüşmede “çevre alanı”, ikinci görüşmede “ulusal çevre alanı” değerleri egzersiz verilmeyenlere göre daha düşüktür. Tek fark, ikinci görüşmedeki değerlerin ilk görüşmeye göre daha iyileşmiş olmasıdır (Tablo 168).

Fiziksel çevre alanı, kişinin maddi durum ve hareketliliğinin ön planda olduğu bir alandır. İkinci görüşmenin değerindeki yükselme tedavinin olumlu etkisi olarak değerlendirilebilir. “Maddi kaynaklar” ve

“sağlık hizmetleri ve sosyal yardımlara ulaşabilme” konuları bu alandaki olumsuz gidişin sorumlu alt etmenleridir.

Günlük yaşam önerisi yapılanların ilk görüşmede ilişkili olduğu “ağrı ve rahatsızlık” ve “ilaçlara ve tedaviye bağımlılık” fasetlerinin değerleri, bir öneride bulunulmayanlara göre daha kötü durumdadır (Tablo 169). Bu durum katılımcıların rahatsızlıklarının tıbbi tedaviye gerçekten gereksinimi olduğu ve kimi önerilerle desteklenmesi gerektiği anlamını taşıyor olabilir. Depresyonu olanlarda oldukça sık görülen somatizasyonun altındaki gerçek nedenlerin ruhsal destek almadan düzelmeyeceğinin bir göstergesi de olabilir. İlk görüşmede “çevre alanının” olumsuzluğu, sağlık sorunlarından çok yine sosyoekonomik faktörlere bağlıdır.

İkinci görüşmede bir öneride bulunulmayanlara göre ilaçlara ve tedaviye bağımlılık sürmekte, ulaşım ile ilgili sorunlar yaşanmaktadır ve bedensel alan algısı kötüleşmiştir. Günlük yaşam önerilerinin pek işe yaramadığı ve medikal tedaviye gereksinimin sürdüğü ve bu durumun bedensel alan algısını olumsuz olarak etkilediği söylenebilir.

İkinci görüşmede, cerrahi tedavi uygulanan katılımcıların “ağrı ve rahatsızlık” faseti değerinin uygulanmayanlara göre daha yüksek oluşu, cerrahi girişimin ağrı ile ilgili sorunlara çözüm getirdiğini gösterir (Tablo 170). Ama “canlılık ve bitkinlik”, “uyku ve dinlenme” ve “gündelik işleri yürütebilme” fasetleri ve “bedensel” alanın değerleri, cerrahi tedavi uygulanmayanlarda daha yüksektir. Bu durumun bir nedeni cerrahi tedavi sonrası ağrının azaltılmasına karşın, gündelik yaşam henüz normale dönmemiş olası olabilir. Diğer bir neden, cerrahi tedavinin yanı sıra tedavi edilmesi için beklenen başka rahatsızlıklar veya başlanan ama henüz sonuçları tam alınmamış başka tedaviler olabilir.

Diş tedavisi yapılanların ilk görüşmede “dinlenme ve boş zaman” ve genel yaşam kalitesi” fasetlerinin diş tedavisi yapılmayanlara göre yüksek oluşu, diş tedavisinin genellikle diş sorunlarını tamamen çözmesi ile ilgilidir (Tablo 171). Diş tedavisi yapılmayanların yaşam kalitelerinin ilgili bölümlerindeki düşüklük hem sorunların sürmesinden, hem de sorunların çözümünün maliyetinin başvuruya kalmış olmasıyla ilgilidir. Diş tedavisinin maliyetinin yüksek olması, kişilerinin sosyal güvence ve

işinin genellikle olmayışı bu konuyu oldukça sıkıntılı bir duruma getirmektedir.

6.2.3.25. Tedavi sürecinin akıbeti ile yaşam kalitesi

Tedavi süreci sonucunda ilk görüşme sonuçları değerlendirmeye alınmamıştır. İkinci görüşmede tedavisi sonuçlanmış olanların düşünme ve öğrenme faset değerleri tedavisi sonuçlanmamış olanlara göre daha yüksektir (Tablo 172). Bu durum tedavinin başarısı olarak yorumlanmalıdır. Maddi kaynaklar fasetinde ise olumsuz yönde bir değişim saptanmıştır. Bu durum da, tedavisi bitmiş olanların bundan sonraki sağlık sorunlarının kendi imkanlarıyla çözmek zorunda olmalarının yarattığı bir durumdur. TİHV'na başvurduklarında sağlık sorunlarının herhangi bir kısıtlama olmaksızın çözüleceği beklentisi tam olarak karşılanmayan katılımcıların, kimi rahatsızlıklarını kendi olanaklarıyla çözmesi gerektiği gerçeği, en temel sorunlar olan işsizlik ve sosyal güvence yokluğu ile birleştiğinde maddi kaygıların yükselmesi beklenen bir durumdur.

6.2.4. Yaşam kalitesi ölçeğinin değerlendirilmesi

WHOQOL 100 yaşam kalitesi ölçeğinin bir kesme noktası yoktur. Şu ana kadar WHOQOL 100 ile işkence görmüş kişilerle yapılmış çalışma da yoktur. O nedenle WHOQOL 100-Tr ölçek değerlerini yapılmış başka bir çalışmayla karşılaştırarak değerlendirmek mümkün değildir. Ama Türkiye'de normal popülasyonla ve sağlık kurumlarına başvuran hastalarla yapılmış çalışmaların skor ortalamaları ile çalışma grubunun ortalamalarının karşılaştırılması çalışma grubunun durumunu değerlendirmek açısından bir fikir verebilir.

Tablo 204'te ilk ve ikinci görüşme sonuçları ile WHOQOL Türkiye grubunun pilot çalışma sırasında yarısı kadın yarısı erkek, 99'u sağlıklı, kalanı hastanede yatan veya ayaktan sağaltım görmekte olan toplam 349 kişiden elde ettiği sonuçlar verilmiştir. 0–100 ölçeğe çevrilen skorların tek tek karşılaştırılması yapılmamış, özellikleri çok farklı gruplar

olduğu için genel bir fikir oluşturulması amaçlanmıştır. Yine de bu çalışmanın ilk görüşme sonuçlarında ağrı ve rahatsızlık, hareketlilik ve ilaç ve tedaviye bağımlılık fasetleri dışında tüm değerlerin bariz düşüklüğü göze çarpmaktadır.

İkinci görüşme sonuçlarında çalışma grubunun WHOQOL 100-Tr değerlerinin ilk görüşmeye göre yükseldiği ama yine de birçok faset ve alan skorunun düşük olduğu görülmektedir.

Tablo 204. Çalışma grubu sonuçları ile WHOQOL Türkiye grubu pilot çalışma sonuçları

WHOQOL 100-Tr	1. görüşme	2. görüşme	WHOQOL sağlıklı	WHOQOL hasta	WHOQOL mix
Ağrı ve Rahatsızlık	52,04±7,8	59,49±9,2	42.5±16,3	55.9±20,3	51.8±20,1
Canlılık ve Bitkinlik	45,28±9,5	40,25±9,0	66.8±17,5	45.3±22,8	51.9±23,5
Uyku ve dinlenme	49,11±4,4	56,10±5,9	72.2±19,6	59.1±25,4	63.0±24,5
Olumlu Duygular	52,30±1,2	62,64±5,5	68.3±15,6	60.7±19,6	63.1±18,8
Düşünme, öğrenme	58,8±13,6	62,5±14,2	67.5±18,8	60.8±20,8	62.9±20,4
Benlik Saygısı	59,2±9,4	58,71±8,6	74.1±14,9	65.6±19,2	68.2±18,4
Beden imgesi	50,98±7,9	55,9±11,3	79.6±17,0	68.2±22,0	71.5±21,2
Olumsuz Duygular	59,6±11,3	62,9±11,6	43.6±19,2	54.1±21,0	50.9±20,9
Hareketlilik	72,14±8,3	77,6±12,3	61.2±17,8	46.2±23,6	50.7±23,0
Günlük işleri	47,87±7,4	42,6±10,6	69.7±18,0	51.3±23,9	56.9±23,9
İlaçlara Tedav.	60,1±11,6	64,0±10,3	14.0±20,0	41.3±25,5	33.3±27,1
Çalışabilme gücü	50,1±8,25	60,46±9,8	77.5±19,3	54.0±26,9	61.3±27,0
Diğer kişilerle ilişkiler	51,8±9,43	59,15±12	75.6±15,1	70.1±19,4	71.6±18,4
Sosyal Destek	22,91±6,1	23,9±12,3	66.8±19,3	62.7±23,3	63. ± 22,4
Cinsel Yaşam	57,56±7,7	60,75±7,8	67.1±21,5	52.5±23,0	56.8±23,4
Fiziksel Güvenlik	54,1±10,3	53,7±10,9	64.2±19,3	63.5±20,4	63.8±20,1
Ev Ortamı	61,18±7,9	60,6 ± 9,8	68.1±18,6	67.9±22,0	67.9±21,0
Maddi kaynaklar	52,51±6,8	51,74±10	54.6±20,9	54.2±23,3	54.3±22,6
Sağlık hizm. ve	48,02±5,2	48,65±5,5	55.0±19,8	59.2±19,5	58.1±19,7
Yeni bilgi/Beceri	40,31±4,3	44,05±3,3	59.3±18,1	57.4±20,2	57. ± 19,5
Dinlenme/Boş	39,68±8,6	47,81±2,6	58.7±17,2	51.8±20,0	53.9±19,3
Fiziksel Çevre	42,54±5,6	44,33±7,1	53.8±15,8	54.3±19,3	54.2±18,4
Ulaşım	33,66±7,1	37,35±6,9	62.6±23,8	62.5±22,4	62.5±22,7
Kişisel İnançlar	30,04±7,6	35,16±8,7	68.2±16,1	65.6±20,8	66.3±19,4
Genel Yaşam	46,48±0,3	50,72±8,8	64.0±16,2	51.3±21,6	55.3±21,0
Sosyal Baskı Alanı	40,67±0,9	43,31±9,1	54.6±18,0	57.0±21,8	56.4±20,7
Bedensel alan	44,73±9,1	45,78±0,8	65.5±14,1	49.5±17,7	54.4±18,2
Ruhsal alan	44,73±6,9	47,96±4,9	69.2±12,4	60.2±15,0	63.0±14,8
Bağımsızlık düzeyi	69,29±6,6	65,4±2,7	73.6±11,3	52.6±19,7	58.9±20,5
Sosyal ilişkiler	41,9 ± 9,7	46,36± 9	69.7±14,6	62.4±17,1	64.4±16,8
Çevre alanı	38,73 ± 6	39,72±5,1	59.5±12,7	58.8±13,6	59.1±13,3
Çevre-tr	40,1±15,6	43,57±5,2	-	-	-

WHOQOL Bref'te ruhsal alan, bedensel alan, sosyal ilişkiler ve çevre alanı WHOQOL 100 ile ortaktır ve bu dört alan üzerinden her iki formla yapılmış çalışmalar karşılaştırılabilir. WHOQOL ile yapılmış çalışmalar (sy. 19) bölümündeki Türkiye'de yapılmış çalışmaların sonuçları ile yapılan karşılaştırmada bu çalışmanın ortak alan skorlarının daha düşük olduğu görülmektedir.

Birçok kez ve uzun süre gözaltı, yoğun işkence ve uzun süren cezaevi süreci yaşayan çalışma grubunun yaşam kalitesi skorlarının normal popülasyondan daha düşük olması beklenir. Sonuçlar karşılaştırıldığında normal popülasyondan daha düşük skorların varlığı tespit edilmiştir ama farkın, bu grubun geçmişindeki travmatik yaşantının yansımalarını ne derecede ifade edebildiği tartışılmalıdır.

Çalışmanın sonuçları değerlendirilirken, WHOQOL 100 yaşam kalitesi ölçeğinin işkence gören popülasyonların yaşam kalitelerinin ölçülmesi için uygun olup olmadığına dair soru işaretleri belirmiştir. Yapılan birçok çalışmada benzeri özellikleri taşıyan grupların yaşadıkları sürecin etkisini çok uzun yıllar, hatta ömür boyu taşıdıkları belirtilmektedir. Oysa bu çalışmada kimi işkence yöntemlerinin etkisi sonuçlara bilimsel çalışmaların işaret ettiği oranda yansımamıştır. Kişinin başına gelmesi durumunda yaşamını altüst eden tecavüz ile yaşam kalitesi arasında bir ilişki saptanmamış olması en belirgin örnektir.

2005 yılında Danimarka'da IRCT bünyesinde yürütülen "İşkence görmüş göçmenlerde ruh sağlığı ve sağlıkla ilgili yaşam kalitesinin multidisipliner tedavi sürecinde değerlendirilmesi" çalışmasında başvuruların yaşam kalitelerini değerlendirmek amacıyla WHOQOL Bref kullanılmıştır (Tablo 205).

Tablo 205. IRCT çalışması ile TİHV çalışmasının yaşam kalitesi alan skorları

	WHOQOL1	WHOQOL2	IRCT 1	IRCT 2
Ruhsal alan	44,73 ± 6,9	47,96 ± 4,9	29,55	28,26
Bedensel alan	44,73 ± 9,1	45,78 ± 10,8	31,04	30,67
Sosyal ilişkiler	41,9 9 ±7,0	46,36 ± 9	41,59	40,91
Çevre alanı	38,73 ±6,0	39,72 ± 5,1	39,03	42,61

Her iki çalışmanın sonuçları karşılaştırıldığında; bizim çalışmamıza benzer bir dizaynda yürütülen IRCT çalışmasındaki (n=55) populasyonun %58'i (n=32) Irak'lı, %78,2'si (n=43) müslümandır. Hepsi göçmen olup %27,3'ü (n=15) mülteci kamplarında yaşamaktadır. Bu özellikleri ile TİHV başvuran grupla benzer özellikler göstermese de bu alandaki az sayıda çalışma örneğinden biri olması nedeniyle değerlendirmeye alınmıştır.

Bizim çalışmamızda ortak alanlardaki değerler IRCT çalışmasında elde edilen değerlerden daha yüksektir. İkinci görüşmelerin skorları ilk görüşmeye göre daha yüksektir. Oysa IRCT çalışmasında bu durum olumsuz yöndedir.

Bu durumun birçok nedeni olabilir. Çalışma grubundaki kişiler iç göç yaşarken, IRCT populasyonu ülke değiştirmiştir. Yeni yerleştikleri yerde sosyoekonomik güçlükler TİHV başvurularının temel sorunlarındandır. Çoğu cezaevinden çıkmış, işgücü anlamında vasıfsız ve işsiz kişilerdir. IRCT populasyonunun ¼'ü mülteci kamplarında yaşamaktadır. Muhtemelen diğerleri eş, dost, akraba vb. yakınları ile dayanışmaktadırlar. Ancak mülteci olmanın getirdiği ruhsal travmanın ağırlığı bu grubun kimi avantajları olmasına rağmen yaşam kalitelerinin TİHV grubunun yaşam kalitesinin ilgili alanlarından daha kötü olmasını açıklamaktadır.

7.SONUÇ

Bu araştırmada Türkiye İnsan Hakları Vakfı İzmir Temsilciliğine başvuran katılımcılara ilk görüşme ile ikinci görüşme arasında TİHV tarafından uygulanan tanı, tedavi ve rehabilitasyon sürecinin katılımcıların yaşam kalitelerinde iyileşme ve depresyon düzeylerinde azalma sağladığı saptanmıştır.

Gözaltında kalınan sürenin uzaması yaşanan işkencelerin ağırlaşmasına, cezaevinde daha uzun süre kalınmasına ve daha uzun süre açlık grevi yapılmasına neden olmaktadır. Türk Ceza Kanununda

yapılan değişikliklerle gözaltı süresinin bu çalışmada ifade edilen sürelerin çok altına inmesi sevindirici bir durum olmakla beraber yeni durumun yarattığı etkilerin ayrıca değerlendirilmesine gereksinim vardır.

İlk görüşmeye katılanların (n=57) BDE ortalamaları $15,0\pm 7,39$ 'dur ve bu ölçeğin sınıflamasına göre çalışma grubunun hafif depresyonda olduğu görülmektedir. Yaşanan gözaltı süresinin ve cezaevinde kalınan sürenin uzunluğu ile depresyon görülmesi arasında ilişki saptanmamıştır. Yine aynı şekilde, açlık grevi süresi uzadıkça depresyon görülme olasılığı azalmaktadır.

Tüm gözaltı, cezaevi süreci boyunca yaşanan işkencelerin depresyon ile ilişkisinin saptanmamış olması dikkat çekicidir.

Katılımcıların yakınmalarından depresyon ile ilişkili oldukları tespit edilen hastalıklar impingement sendromu, hemoroid ve migren'dir ve yaşanan gözaltı ve cezaevi geçmişi ile ilişkili oldukları tespit edilmiştir. Bu rahatsızlıkların tedavileri TİHV tarafından üstlenilmiştir.

İkinci görüşmeye katılanların (n=43) BDE ortalamaları $9,93\pm 7,89$ 'dur ve grubun depresyonunun düzelmiş olduğunu göstermektedir.

Yaşam kalitesi değerlendirilmesinde, üç ay sonra yapılan görüşmenin genel sağlık ve yaşam kalitesi skoru ilk görüşmeye göre daha yüksektir ve yaşam kalitesindeki iyileşme Vakıf müdahalesinin olumlu etkisidir.

Yaşam kalitesi ölçeğinin faset ve alanları incelendiğinde aralarındaki değişimin anlamlı olduğu tespit edilen onbir fasetin sadece dördünde ilk görüşmeye göre daha kötü sonuçlar elde edilmiştir. Yine altı alandan sadece birinin (Bağımsızlık düzeyi) ikinci görüşme skoru ilkinde göre daha düşüktür.

Yaşam kalitesini etkileyen faktörler incelendiğinde

- 40–49 yaş grubunun ikinci görüşmede gündelik işleri yürütebilmekte zorlandığı
- 29 yaş ve altındaki grubun, bekarların, daha fazla eğitim görmüş olanların ve kadınların daha fazla sosyal destek aldıkları,

- İşsizliğin sosyal güvence yokluğunun her iki görüşmede de yaşam kalitesi ölçeğinin neredeyse tüm faset ve alanlarını olumsuz yönde etkilediği,
- Göç etmiş olmanın yaşam kalitesinin birçok bölümünü ikinci görüşmede olumsuz olarak etkilediği,
- Gözaltı, cezaevi, açlık grevi gibi temel başlıkların yaşam kalitesi üzerine etkisinin ikinci görüşmede görülmeye başladığı,
- İşkencelerin her birinin yaşam kalitesinin farklı bölümlerine etkisi olduğu,
- Cinsel tacize uğramanın etkisinin özellikle ilk görüşmede birçok alanda görülmesine karşın ne ilk ne de ikinci görüşmede tecavüze uğramış olmanın yaşam kalitesi üzerine etkisinin saptanmadığı,
- Yaşam kalitesini daha çok etkileyen işkence biçimlerinin bildik, klasikleşmiş işkence yöntemleri değil, ruhsal sıkıntı yaratacak yöntemler olduğu
- Sağlıkla ilgili kimi yakınmaların etkilerinin uygulanan tedavilere rağmen sürdüğü,
- Depresyon sebebi olarak da anılan impingement sendromu, hemoroid ve migren rahatsızlıklarının yaşam kalitesinin bozulmasında temel rol oynayan rahatsızlıklar olduğu,
- Ağız ve diş yakınmalarının yaşam kalitesi üzerine olumsuz etkisinin ikinci görüşmede sürmeye devam ettiği,
- Cerrahi tedavi uygulanan katılımcıların bedensel alan skorlarının ikinci görüşmede bariz olarak düştüğü saptanmıştır.

Daha önce WHOQOL 100 yaşam kalitesi ölçeği ile işkence gören gruplar üzerinde yapılmış çalışma örneği olmadığından elde edilen sonuçlar normal populasyon yaşam kalitesi değerleri ile karşılaştırılmıştır. Çalışma grubunun sonuçlarının daha düşük oluşu yaşanan süreçle ilişkilendirilmiştir.

8.ÖNERİLER

Araştırmanın sonuçları incelendiğinde elde edilen sonuçları etkileyen birçok etmen olduğu saptanmıştır.

1. TİHV başvurularının tedavi ve rehabilitasyondan beklenen yararı sağladıkları ancak iş, sosyal güvence, eğitim ve göç gibi sosyoekonomik sorunlarla baş edemedikleri saptanmıştır. TİHV tedavi rehabilitasyon programlarını sosyal projelerle desteklemelidir.

2. TİHV'nin özellikle ağız ve diş yakınmalarının "kapsamı" konusundaki tavrının yeniden gözden geçirilmesine gereksinim vardır.

3. Son kırkbeş-elli yılda yaşanan siyasi ve sosyal olaylar düşünüldüğünde TİHV ve benzeri çalışmalar yapan diğer sivil toplum kuruluşlarına başvuruların sayısı çok azdır. Sadece yeni işkence görmüş kişilerin değil, daha önceden de gözaltı, cezaevi ve işkence yaşamış kişilerin de bu kurumlara başvurularının önünü açacak projeler geliştirilmelidir.

4. Kullanılan yaşam kalitesi ölçeği sonuçlarını daha geniş katılımcılarla yapılmış benzer grup çalışmaları ile değerlendirmek gerekir. Gerek katılımcı sayısının işkence görenlerin evrenini temsiliyet gücünün azlığı, gerek sonuçları karşılaştıracak başka çalışmaların olmayışı, gerekse gözaltı cezaevi süreci ile görüşmeler arasında geçen süreni uzun oluşu elde edilen sonuçların yorumlanmasını zorlaştırmıştır. TİHV temsilcilikleri bünyesinde planlanıp yürürlüğe konabilecek katılımcı sayısının yüksek tutulduğu bir çalışma bu alandaki eksiği kapatabilir.

5. Adli yargılama sürecinin en kritik halkasını oluşturan hekimlerin kısaca "adli muayene" olarak adlandırılan süreç ve sonuçları hakkında eğitimlerinin artırılarak farkındalık sağlanması gerekmektedir.

6. Yakalama, gözaltına alma ve ifade alma yönetmeliğinde tanımlanan "gözaltında avukat sağlanması" uygulamasının mutlaka pratiğe de yansıtılması gerekir.

7. "İşkenceye sıfır tolerans" sözünün bir slogan olmaktan çok, işkencenin önlenmesinde bir kilometre taşı olması için gerekli iradenin

gösterilmesi gerekir. Manisalı gençler davası, gazeteci Metin Göktepe'nin öldürülmesi davası, Kızıltepe'de öldürülen 12 yaşındaki Uğur ve babası Ahmet Kaymaz'ın davalarında örneklerinin yaşandığı vicdan yaralayıcı idari ve hukuki uygulamalara meydan verilemeyip, kamu vicdanının rahatlatılması gerekmektedir.

9.ÖZET

Giriş

Türkiye ve dünyada işkence görenlerin sağlık durumlarıyla ilgili yeterli çalışma yapılmadığından, işkence görenlerin ne durumda olduklarına dair bir veri yoktur. Bu alanda yapılacak çalışmalar işkence görenlerle ilgili yapılanların yeterliliğini sorgulamamıza olanak verecek, yapılması gerekenler için yol gösterici olacaktır.

Amaç

Bu araştırmanın amaçları:

Yakın erimli amaç: İşkence mağdurlarının; sosyo demografik özelliklerinin belirlenmesi, depresyon düzeylerinin, yaşam kalitelerinin, aldıkları hizmet kalitesi ve yeterliliğinin değerlendirilmesi, işkence mağdurlarının korunması.

Uzak erimli amaç: Sosyal yaşama adapte edilmeleri için yeni argüman ve politikalar geliştirerek bunların ilgili kurumlar seviyesinde tartışmaya açılmasının zorlanması, kullanılan ölçeklerin işkence mağdurlarının yaşam kalitesinin ölçülmesinde eksik kalan yönlerinin bulunup bulunmadığının değerlendirilmesi.

Yöntem

Araştırma tekniği:

Birinci aşama; var olan durumun değerlendirildiği kesitsel bir çalışma.

İkinci aşama; TİHV'nin uyguladığı rutin muayene, tedavi ve rehabilitasyon sürecinden oluşan girişimin sonuçlarının değerlendirildiği müdahale araştırması.

Ölçekler:

TİHV'da başvuranlarla görüşmede kullanılan yarı yapılandırılmış form

Beck depresyon envanteri

WHOQOL 100 Tr formu

Araştırmanın yeri ve zamanı:

Araştırma TİHV İzmir Temsilciliğinde 01.11.2004 – 31.11.2005 tarihleri arasında yürütülmüştür. İkinci görüşmeler ilk görüşmeden 4 ay sonra gerçekleştirilmiştir.

Araştırma Evreni:

Araştırma evrenini 01.11.2004 – 31.11.2005 tarihleri arasında TİHV İzmir Temsilciliğine başvuran 116 kişi oluşturmaktadır. Araştırmacı bunların 58'iyle görüşmüş, çalışmaya 57 kişi alınmıştır.

Araştırmanın uygulanması:

Katılımcılarla ilk görüşmede TİHV görüşme formu doldurulmuş, ardından Beck ve WHOQOL 100 Tr formlarını yanıtlamaları istenmiştir. Daha sonra TİHV'nin rutin muayene ve rehabilitasyon süreci işletilmiş, ilk görüşmenin üzerinden 3 ay geçtikten sonra ikinci görüşmelerde Beck ve WHOQOL 100 Tr ölçekleri tekrar uygulanmıştır.

Verilerin değerlendirilmesi:

TİHV başvuru formundaki veriler çalışmanın bağımsız değişkenleri, yaşam kalitesi ve depresyon ise bağımlı değişkenler olarak alınarak SPSS 11.0 paket programında oluşturulan veri tabanında istatistik analizlerle incelenmiştir. İstatistik değerlendirmede Ki kare testi, İki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi (Mann Whitney U testi), Kruskal Wallis varyans analizi, Pearson korelasyon analizleri uygulanmıştır.

Bulgular

İlk görüşmeye 57 kişi, ikinci görüşmeye 43 kişi katılmıştır. Katılımcıların %73,7'si erkek,%26,3'ü kadın olup genel yaş ortalaması $35,6\pm 7,6$ 'dır. Çalışma grubunun %70,2'si iç göç yaşamıştır, %78,9'u işsizdir. Son gözaltından TİHV'na başvurdukları zamana kadar geçen süre ortalama $8,49\pm 3,01$ yıldır. İki kişi dışında grubun tamamı son gözaltında işkence görmüştür. Son gözaltında ortalama $9,61\pm 1,04$ gün kalmışlardır. Son gözaltından sonra çalışma grubunun %96,5'i tutuklanmış, %87,7'si ceza almıştır. Çalışma grubunun %86'sı gözaltılarında avukatlarıyla

görüşürülmemiştir. Çalışma grubunun ortalama gözaltı sayısı $2,86\pm0,56$, toplam gözaltı süresi ortalaması $18,14\pm2,80$ gündür. Son gözaltından sonra cezaevinde kalınan süre ortalama $88,67\pm5,39$ ay, toplam cezaevinde kalınan süre ortalaması $89,25\pm5,45$ aydır. Cezaevine girenlerin %35,1'i cezaevinde işkence görmüş, %73,7'si cezaevi operasyonu yaşamıştır. Çalışma grubunun en uzun açlık grevi süresi ortalama $30,96\pm3,87$ gün, toplam açlık grevi süresi ortalama $335,16\pm43,07$ gündür.

Katılımcılarda en sık ruhsal yakınmalar, nörolojik ve kas iskelet sistemi yakınmalarına rastlanmıştır.

İlk görüşmede çalışma grubunun BDE aritmetik ortalaması $15,00\pm7,39$ iken, ikinci görüşmede bu değer $9,93\pm7,89$ olarak tespit edilmiştir. Grubun %38,6'sı ilk görüşmede depresyonda iken, ikinci görüşmede bu oran %20,9'a düşmüştür.

Çalışma grubunda Pearson korelasyon analizi ile yapılan analizlerde cezaevinde kalınan sürenin artması ve yapılan açlık grevi süresinin uzaması ile depresyonun azaldığı saptanmıştır. Yaşanan işkenceler ile depresyon arasında bir ilişki saptanmamıştır.

Yakınmalar ile depresyon arasında ilk görüşmede "genel yakınmalar", "yorgunluk ve halsizlik", "uyku bozuklukları", "insanlardan uzaklaşma", "sıkıntı", "hayattan zevk alamama" ve yabancılaşma duygusu" ile, ikinci görüşmede "regurjitasyon", "dengesizlik", "intihar düşüncesi", "duygusal küntlük" ve "flashback" yakınmaları arasında ilişki saptanmıştır.

Çalışma grubu ile yapılan iki görüşmenin "ağrı ve rahatsızlık", "canlılık ve bitkinlik", "uyku ve dinlenme", düşünme öğrenme", "beden imgesi", "hareketlilik", "gündelik işleri yürütebilme", "çalışabilme gücü", "fiziksel güvenlik", "maddi kaynaklar", "sağlık hizmetleri ve sosyal yardım; ulaşılabilirlik", "yeni bilgi beceri edinme", "bedensel alan", "ruhsal alan", "bağımsızlık alanı", "çevre alanı", "ulusal çevre alanı", "genel yaşam kalitesi" alanlarının yaşam kalitesi puanları arasında anlamlı ilişki saptanmıştır.

Yaşam kalitesine etki eden değişkenlerden en göze çarpanlar sosyal yaşama ait olanlardır. İş ve sosyal güvencenin olmaması yaşam kalitesinin birçok alanını etkilemektedir. Bu durum ikinci görüşme sonuçlarına daha belirgin ve olumsuz olarak yansımıştır. Yaşanan gözaltı ve cezaevi süreci

değişkenleri birçok farklı alanı etkilemektedir. Yaşam kalitesini etkileyen işkence yöntemlerinin fiziksel zorlayıcılığı olan yöntemlerden çok ruhsal zorlayıcılığı olan yöntemler olduğu görülmüştür.

Yakınmalara neden olan rahatsızlıklardan yaşam kalitesi üzerine etkisi olduğu saptananların tamamının işkence ve gözaltı süreciyle ilişkilendirilebilecek rahatsızlıklar olduğu saptanmıştır.

Hem yaşam kalitesi, hem de BDE puanları ikinci görüşmelerde olumlu yönde değişim göstermiştir.

Sonuç

Yaşam kalitesi ve BDE puanlarındaki değişim iki görüşme arasında yapılan girişimlerin olumlu etkisine işaret etmektedir.

Tüm gözaltı, cezaevi süreci boyunca yaşanan işkencelerin depresyon ile ilişkisinin saptanmamış olması dikkat çekicidir.

Katılımcı sayısının azlığı ve katılımcıların gözaltı, cezaevi sürecinden TİHV'na başvuru yaptıkları zamana kadar geçen sürenin uzun oluşu sonuçların yorumlanmasını güçleştirmiştir.

Benzeri gruplarla ve daha fazla katılımcıyla yapılmış çalışmalara gereksinim vardır.

10.ABSTRACT

Introduction

There is no data on the health situation of tortured people, because there is neither in Turkey nor in the world sufficient research on this topic. Research in this field will give us the possibility to question if the work for tortured people is sufficient and will provide guidance for necessary steps.

Goal

This research aims to:

Determine the socio-demographic characteristics, evaluate the quality of life and depression levels and the quality and sufficiency of the service of the tortured people receive.

Method

Research method:

First phase: A cross sectional study to determine the current status.

Second phase: An interventional study to evaluate the effects of the routine examination, therapy and rehabilitation procedure that HRFT applies to all applicants.

Scales:

A semi structured form, used at HRFT

BECK depression Inventory

WHOQOL 100 Tr

The location and time:

The research was conducted at Izmir HRFT between 01.11.2004 – 31.11.2005. Second interviews were held 4 months after the first interviews.

Study group:

Study group consists of 116 applicants that consulted to HRFT. Researcher had interviewed with 57 applicants of this group.

Praxis:

At the first interview, the semi structured form of HRFT was conducted as usual and then asked the applicants to apply the BDE and WHOQOL 100 Tr. By the way, the routine examination and rehabilitation process was started and 3 months after the first interview, BDE and WHOQOL 100 Tr were asked to apply again.

Evaluation of the Data:

Data on the HRFT form was held as the independent variables as quality of life and depression were held dependent variables. and istatistical analyses were made with SPSS 11.0 after hey were transferred to a data base on this program. Chi Square tests, Mann Whitney U tests, Kruskal Wallis Variance Analysis and Pearson Correlation Analysis were applied.

Findings

There were 57 applicants at the first, 43 at the second interview. %73,7 of the group is male, %26,3 is female and average age is $35,6 \pm 7,6$. %70,2 of the group had experienced internal migration. %78,9 is unemployed. The average time passed after the last custody untill application to HRTF is $8,49 \pm 3,01$ years. All the applicants had been tortured at their last custody except the two. Average time they were jailed at the last custody is $9,61 \pm 1,04$ days. %96,5 of the group is arrested and %87,7 is imprisoned after the last custody. %96,5 of the group had not hold intercourse with a lawyer. The average costudy count is $2,86 \pm 0,56$, average custody time is $18,14 \pm 2,80$ days. The average imprisonment time after the last custody is $88,67 \pm 5,39$ months, the average imprisonment time globally is $89,25 \pm 5,45$ months. %35,1 of the imprisoned has experienced torture in the prison and %73,7 had prison operations. The average time of the longest hunger stike of the group is $30,96 \pm 3,87$ days, the average time of the total hunger strike is $335,16 \pm 43,07$ days.

The most frequent complaints were psychological, neurological and orthopedic complaints.

While the mean BDI score at the first interview is $15,00 \pm 7,39$, at the second interview it is determined as $9,93 \pm 7,89$. %38,6 of the group had depression at first, and this percentage decreased to %20,9 at the second interview.

The Pearson correlation analysis showed a decrease in the depression with the prolonged time of being imprisoned and also with the longer hunger strike time. The longer the clients stay in prison or the longer they make hunger strike, the better BDI scores they have. We have not found any relations among depression and the tortures that the group had experienced.

At the first interview, we found relation among “general complaints”, “fatigue”, “sleep disorders”, “retreat from people”, “annoyance”, “having no taste of life”, “estrangement” with depression. At second interview, “regurgitation”, imbalance”, suicidal thoughts”, “sensitive numbness”, and “flashback” had a relation with depression.

The two interviews showed some relations with some facets and areas of WHOQOL. These are “pain and discomfort”, “energy and fatigue”, “sleep and rest”, “thinking, learning, memory and concentration”, “bodily image and appearance”, “mobility”, “activities of daily living”, “work capacity”, “physical safety”, “financial resources”, “health and social care: accessibility and quality”, “opportunities for acquiring new information and skills”, “physical health”, “psychological health”, “environment”, “level of independence”, “national environment”, “overall quality of life and general health” .

The most conspicuous factors affecting the QOL are related to social life. Unemployment and the lack of social security are affecting a lot of sectors of QOL. This situation is markedly and negatively reflected in the second interviews. The custody and imprisonment experiments affects various areas of QOL. The torture methods which are more compulsive on the mental health are more effective on QOL than physically compulsive torture methods.

The diseases and complaints that overwhelm QOL, told by the clients, are all can be associated with the tortures they experienced.

Both WHOQOL and BDI scores had positive changes at the second interviews.

Conclusion

The changes of WHOQOL and BDI scores among two interviews point out the positive effects of the interventions.

It is conspicuous that there is not relation among depression and the tortures which have been experinced.

The minority of the participants and the long time interval between the custody and imprisonemet and application to HRFT has made difficult to interperet the results.

It is obvious that studies with similar groups and with more participants are needed.

11.KAYNAKLAR

1. İşkencenin Tarihi, George Ryley Scott, Çev. Hamide Koyukan Mayıs 2003, Dost Kitabevi, Ankara
2. The Tragedy of Torture: A Global Concern for mental Health Nursing PhD, RN, FAAN Jody Glittenberg University of Arizona, College of Nursing, Tucson, Arizona, USA Issues in Mental Health Nursing Volume 24, Numbers 6-7 / September 2003, p.627 – 638
3. İşkence. Ecevit B. Arayış dergisi Nisan 1981, Ankara. sy. 5-6
4. Türkiye İnsan Hakları Raporu, 2006 TİHV yayınları, 2007
5. Beck Depresyon Envanteri Geçerliliği üzerine Bir çalışma. Hisli N. Psikoloji Dergisi 1988; 6 (22): 118–122
6. İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi
<http://www.unhchr.ch/udhr/lang/trk.htm>, (Türkçe) (14.5.2007)
<http://www.un.org/Overview/rights.html> (İngilizce) (14.5.2007)
7. Torture in the Eighties. Amnesty International. (1973) USA Edition. A.I. Publication
8. Tokyo bildirgesi, Dünya Tıp Birliği, 1975.
“World Medical Association Declaration Guidelines for Medical Doctors Concerning Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment in Relation to Detention and Imprisonment – The Declaration of Tokyo (Adopted by the 29th World Medical Assembly Tokyo, Japan, October 1975),
<http://www.wma.net/e/policy/c18.htm> (14.5.2007)
9. Birleşmiş Milletler 1984 tarihli “işkenceye karşı sözleşme”. (Convention against Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment, 1984).
http://www.unhchr.ch/html/menu3/b/h_cat39.htm (14.5.2007)
10. Psychotherapy Treatment of Torture Survivors, International Journal of Psychosocial Rehabilitation. 8, 85–96 Padilla and Comas-Diaz, 1987.
http://www.cosmeticsupport.com/Psychosocial/IJPR_8/Psychotherapy_for_Torture.htm (14.5.2007)

11. Bronkhorst, 1995; Truth and reconciliation? The experience of Truth Commissions.
http://www.beyondintractability.org/essay/truth_commissions/?nid=1237 (14.5.2007)
12. Psychotherapy Treatment of Torture Survivors Quiroga & Gurr, 1998;
www.psychosocial.com/IJPR_8/Psychotherapy_for_Torture.html (14.5.2007)
13. İstanbul Protokolü. İşkence ve Diğer zalimane, insanlık dışı, aşağılayıcı Muamele veya Cezaların Etkili biçimde Soruşturulması ve Belgelendirilmesi için el kılavuzu TİHV Yayınları, No:24. Mart 2003, Ankara
14. İşkenceyi Durdurun , Taner Akçam. Ayrıntı yayınları, İstanbul, 1991
15. Torture and Punishment in Elizabethan Times by Erin Lestikow, Katie O'Fallon, and Lori Patterson
www.springfield.k12.il.us/schools/springfield/eliz/Torturepun.html (14.5.2007)
16. Sorgu odası
http://www.bbc.co.uk/turkish/specials/1735_interrogationch/page2.shtml (14.5.2007)
17. Genefke I, Torturers are outlaws in the modern civilisation.
27. 9. 2004
<http://www.irct.org/Default.aspx?ID=159&M=News&PID=617&NewsID=141>
(14.5.2007)
18. Federal Register, vol. 69, No. 55; March 22, 2004. p. 13308.
19. APA Resolution Against Torture and Other Cruel, Inhuman, or Degrading Treatment or Punishment . Adopted by APA Council of Representatives, August 9, 2006
http://www.apa.org/pi/resolution_against_torture_and_other_cruel.pdf(14.5.2007)
20. American Psychological Association 2006 Resolution Against Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment Justification Statement
21. The Human Rights Watch World Report 2006
<http://hrw.org/wr2k6/> (14.5.2007)
22. Magna Carta, 1215. http://tr.wikipedia.org/wiki/Magna_Carta ,
<http://www.yale.edu/lawweb/avalon/medieval/magframe.htm> (14.5.2007)

23. Amerikan Bağımsızlık Bildirgesi, 1776
http://tr.wikipedia.org/wiki/Amerikan_Ba%C4%9F%C4%B1ms%C4%B1zl%C4%B1k_Bildirgesi (14.5.2007)
24. İnsan ve Yurttaş hakları bildirisi ,1789
http://tr.wikipedia.org/wiki/%C4%B0nsan_ve_Yurtda%C5%9F_Haklar%C4%B1_Bildirisi (14.5.2007)
25. Avrupa İnsan Hakları Sözleşmesi
http://tr.wikipedia.org/wiki/Avrupa_%C4%B0nsan_Haklar%C4%B1_S%C3%B6zle%C5%9Fmesi (14.5.2007)
26. Avrupa Birliği Temel Haklar Bildirgesi,1989
<http://www.deltur.cec.eu.int/26102000.rtf> (14.5.2007)
27. Paris Şartı. Paris 21 Kasım 1990
<http://www.belgenet.com/arsiv/parissarti.html> (14.5.2007)
28. İnsan hakları ihlalleri ve hekim sorumluluğu,
<http://www.ttb.org.tr/eweb/adli/2.html> (14.5.2007)
29. İşkencenin önlenmesi için samimiyet çağrısı, 21.03.2006
http://www.ttb.org.tr/index.php?option=com_content&task=view&id=202&Itemid=57 (14.5.2007)
30. Sened-i İttifak. 7 Ekim1808.
http://www.tbmm.gov.tr/kultur_sanat/yayinlar/yayin001/001_00_004.pdf (14.5.2007)
http://tr.wikipedia.org/wiki/Sened-i_%C4%B0ttifak (14.5.2007)
<http://www.anayasa.gen.tr/senediittifak.htm> (14.5.2007)
31. TC Anayasası, 7.11.1982, Madde 17.
<http://www.tbmm.gov.tr/Anayasa.htm> (14.5.2007)
32. Türk Ceza Kanunu26.9.2004 Madde 94, 95
<http://www.tbmm.gov.tr/kanunlar/k5237.html> (14.5.2007)
33. Siyasi Kültürümüzde Zulüm ve işkence, Taner Akçam. İletişim yayınları, 1995, İstanbul.
34. Türkiye İnsan Hakları Vakfı raporları 1999-2006.
35. Efsane' dava bitti. 16 yıllık Altunbaş davası bitti: Dört polise işkenceli cinayetten sekizer yıl hapis. Radikal Gazetesi, 24.03.2007.
<http://www.radikal.com.tr/haber.php?haberno=216454> (14.5.2007)
36. AI 2006 raporu-Türkiye
<http://www.amnesty.org.tr/v2505200602.si> (14.5.2007)

37. World Health Organization: WHOQOL User Manual WHO/MSA/MHP/98:3. World Health Organization, 1998.
38. Sağlıkta Yaşam Kalitesi Derneği
<http://www.bayar.edu.tr/~saykad/whoqol.html> (14.5.2007)
39. Başoğlu M, Mineka S, Paker M, Aker T, Livanou M, Gök S, Psychological preparedness for trauma as a protective factor in survivors of torture. *Psychol Med.* 1997 Nov;27(6):1421-33
40. Archibald HC, Tuddenham RD (1965) Persistence of stress reaction after combat: A 20 year follow up. *Arch Gen Psychiatry.* 12:475-481
41. Kral VA, Pazder LH, Wigdor BT (1967) Long-term effects of a prolonged stress experience. *Can Psychiatr Assoc. J.* 12:175-181
42. Amir M, Lev-Wiesel R (2003) Time does not heal all wounds: Quality of life and psychological distress of people who survived the holocaust as children 55 years later. *J Trauma Stress.* 16:295-299
43. Eaton WW, Sigal JJ, Wienfeld M (1982) Impairment in holocaust survivors after 33 years: Data from an unbiased community sample. *Am J Psychiatry.* 139: 773-777
44. Joffe C, Brodaty H, Luscombe G, Ehrlich F (2003) The Sydney holocaust study: Posttraumatic stress disorder and other psychosocial morbidity in an aged community sample. *J Trauma Stress.* 16: 39-47
45. Beiser M, Hou F (2001) Language acquisition, unemployment and depressive disorder among Southeast Asian refugees: A 10 year study. *Soc. Sci. Med.* 53:1321-1334
46. Steel Z, Zilove D, Phan T, Bauman A (2002) Long-term effect of psychological trauma on the mental health of Vietnamese refugees resettled in Australia: A population-based study. *Lancet.* 360:1056-1062
47. Westermeyer J (1998) A matched pairs study of depression among Hmong refugees with particular reference to predisposing factors and treatment outcome. *Soc. Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 23:64-71

48. Hauff E, Vaglum P (1995) Organised violence and the stress of exile: Predictors of mental health in a community cohort of Vietnamese refugees three years after resettlement. *Br. J Psychiatry* 166:360-367
49. Lie B (2002) A three year follow-up study of Psychosocial functioning and general symptoms in settled refugees. *Acta Psychiatr Scand.* 106:415-425.
50. Mollica RF, Sarajlie N, Chernoff M, Lavelle J, Vukovic IS, MAssagli MP (2001) Longitudinal study of psychiatric symptoms, disability, mortality and emigration among Bosnian Refugees. *JAMA.* 286: 546-554
51. Sabin M, Lopes CB, NAckerud L, Kaiser R, Varese L (2003) Factors associated with poor mental health among Guatemalan refugees living in Mexico 20 years after civil conflict. *JAMA.* 290:635-642
52. Allodi FA (1991) Assessment and treatment of torture victims: A critical review. *J. Nerv. Ment. Dis.* 179:4-11
53. McIvor RJ, Turner SW (1995) Assessment and treatment approaches for survivors of torture *Br. J. Psychiatry.* 166:705-711
54. Basoğlu M (1998) Behavioural and cognitive treatment of survivors of torture. In JM Jaranson, MK Popkin (Eds), *Caring for victims of torture* (pp. 138-141). Washington DC: American Psychiatric Press
55. Moore LJ, Boehnlein JK (1991) Posttraumatic Stress disorder, depression and somatic symptoms in U.S. Mien patients. *J. Nerv. Ment. Dis.* 179:728-733
56. Morris P, Silove D, Manicavasagar V, Bowles R (1993) Variation in therapeutic interventions for Cambodian and Chilean refugee survivors of torture and trauma. A pilot study. *Aust N Z J Psychiatry.* 27: 429-435

57. Arcel LT, Popovic S, Kucukalic A, Bravo-Mehmedbasic A, Ljubotina D, Pusina J, Saraba L (2003) The impact of shorter term treatment on torture survivors: The change in PTSD, other psychological symptoms and coping mechanisms after treatment. In Arcel LT, Popovic S, Kucukalic A, Bravo-Mehmedbasic (Eds), Treatment of torture and trauma survivors in a post war society (pp.135-137). Sarajevo: Association for Rehabilitation of Torture Victims-Centre for Torture Victims (CVT Sarajevo).

58. Mollica RF, Wyshak G, Lavelle J, Truong T, Tor S, Yang T (1990) Assessing symptom change in southeast Asian refugee survivors of mass violence and torture. *Am J. Psychiatry.* 147:83-87

59. Drozdek B (1997) Follow up study of concentration camp survivors from Bosnia Herzegovina: Three years later. *J. Nerv. Ment. Dis.* 185:690-694.

60. Boehnlein JK Kinzie JD, Ben R, Fleck J (1985) One year follow up study of posttraumatic stress disorder among survivors of Cambodian concentration camps. *Am J. Psychiatry.* 142:956-959.

61. Kinzie JD, Leung P (1989) Clonidine in Cambodian patients with posttraumatic stress disorder. *J. Nerv. Ment. Dis.* 177:546-550

62. Weine SM, Kulenovic AD, Pavkovic I, Gibbons R, (1998) Testimony psychotherapy in Bosnian refugees: A pilot study. *Am J. Psychiatry.* 155:1720-1726

63. Westermeyer J, Neider J, Callies A (1989) psychosocial adjustment of Hmong refugees during their first decade in the United States: A longitudinal study. *J. Nerv. Ment. Dis.* 177:132-139

64. Hermansson A-C, Timpka T, Thyberg M (2002) The mental health of war wounded refugees: An 8 year follow-up. *J. Nerv. Ment. Dis.* 190:374-380

65. Kivling-Boden G, Sundbom E (2001) life situation and post traumatic symptoms: a follow-up study of refugees from the former Yugoslavia living in Sweden. *Nord J. Psychiatry.* 55:401-408

66. Sandstedt AC, Carlsson VA, Hornquist JO, Thyberg M (1992) War wounded refugees: Quality of life after 2-3 years in Sweden. *Scand. J.Soc. Med.* 20: 173-178

67. Carlsson JM, Mortensen EL, Kastrup M (2005) A follow up study of mental health and health-related quality of life in tortured refugees in multidisciplinary treatment. The Journal of Nervous and Mental Disease
68. Medical Foundation for the Care of Victims of Torture, (1998) Staying alive by accident: Torture survivors from Turkey in the UK. <http://www.torturecare.org.uk/publications/reports/282> (14.5.2007)
69. Manisa Davası 09.04.2003. TİHV basın açıklaması, www.tihv.org.tr/index.php?option=com_content&task=view&id=189&Itemid=31 (14.5.2007)
70. Mandiracioglu A, Kose S, Batur T. The evaluation of the Quality of life of two job groups. !6. World Congress on Safety and Health at Work. 2002, Vienna, Austria
71. Karabilgin S, Maniracioglu A. Balatçık Sağlık Ocağı bölgesinde 15-49 yaş kadınlarda depresyon prevalansı ve WHOQOL Bref ölçeği ile yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. (2001). E.Üsağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı programı Doktora Tezi.
72. E. Erhan. Manisa İl merkezinde yaşayan tüm 15-49 yaş doğurgan çağ kadınlarını temsil eden 1721 kadının WHOQOL Bref ölçeği ile yaşam kalitesinin değerlendirilmesi (1999) Manisa Nüfus ve Sağlık Araştırması 1999.
73. Baydur H. Eser E. İşçilerde yaşam kalitesi ve etkileyen faktörlerin incelenmesi: bir işyeri örneği (2004) 1. Sağlıkta yaşam kalitesi sempozyumu poster bildirileri, 2004.
74. F tipi cezaevlerine ilişkin Türk Tabipler Birliği Raporu, 2000. http://www.ttb.org.tr/eweb/rapor/f_tipi.html (14.5.2007)

EKLER

	<u>Sayfa No</u>
Ek 1: Sened-i İttifak Türkçe çevirisi, tam metin	2
Ek 2: Son gözaltı, önceki gözaltılar, cezaevi ve operasyon yaşantılarında uygulanan işkence yöntemleri	6
Ek 3: Cezaevinde kalınan süre ile toplam açlık grevi süresi ilişkisi	9
Ek 4: BDE ile yapılan analizler (Yakınma sorgulaması yapılan sistemlerin alt başlıklarına ait verilerin X ² analizleri)	10
Ek 5–1: WHOQOL 100-Tr ilk ve ikinci görüşme ham skorları ve 0–100 skalasına dönüştürülmüş skorlar	98
Ek 5–2: Çalışma grubu ilk görüşme skorları ile genel populasyon ortalama yaşam kalitesi skorlarının karşılaştırılması	99
Ek 6: WHOQOL 100 Tr ile yapılan analizler	100

Ek:1 SENED-İ İTTİFAK

Giriş:

Bir süreden beri, ülkeyi oluşturan parçaların perişan olması ve devlet yöneticileri arasına ve taşradaki hanedanlara soğukluk girmesi yüzünden düşmanlık ve anlaşmazlık durumları baş göstermiş olduğundan, yüce devletin gücü bölünmüş, içte ve dışta saygınlığı sarsılmış ve bu durumun, git gide ne çirkin sonuçlar doğurduğu ve hukuka aykırı olarak oluşan ve herkesçe bilinen rezaletler nedeniyle saltanatın temelinden batma derecesine vardığı, küçükler ve büyükler tarafından itiraf edilmektedir. Anlaşmazlığın birliğe dönüştürülmesi için toplantı yapılarak Padişahın kişisel gücünün tamamlanmasını ve ülkenin öteki işlerini görüşerek bu yolda alınacak etkili önlemleri aramızda tartıp danıştıktan sonra bu anlaşmayı aşağıdaki koşullara bağlayıp belgeledik:

Birinci Koşul:

Padişahın otoritesi, devletin dayandığı temeldir. Vüzera, ulema, rical, hanedanlar veya askeri ocaklar tarafından ona karşı bir hareket gelişirse, diğerleri elbirliğiyle bunu önleyip cezalandıracaktır. Padişahın yüksek buyruk ve isteklerinin yerine getirilmesini ve bozgunculuk ve ihanetten korunmasını, malca ve bedence hepimiz birlikte üstlenir ve bunlara kendilerimiz yaşadıkça kefil oluruz ve kendimiz yaşamıyorsak evlat ve hanedanlarımız kefil olsunlar.

İkinci Koşul:

Kendimizin ve hanedanlarımızın yaşaması, devletin yaşamasına bağlı olduğundan, hepimiz arasında görüşülüp verilen karara göre, ülkede alınması gereken asker ve neferlerin 'devlet askeri' olarak yazılmasına, donatılmasına ve sürekli olarak kalmasına çaba harcanacak ve bunların disiplini için çalışılacaktır. Bu karar ocaklardan [yeniçeri ocağı] veya dışından bir itiraza muhatap olursa buna engel olunacak ve ilgililer cezalandırılacaktır.

Üçüncü Koşul:

Askerlerin sayısının çoğaltılmasına çalışılacağı gibi, gerek devlet hazinesinin, gerekse devlet gelirlerinin korunması işini üstlenerek, bu gelirlerin toplanma ve ödenmesine, kayıp veya zarardan korunmasına, Padişahın buyruklarına uyulmasına çalışılacaktır. Bunlara karşı gelenlerin cezalandırılmasını taahhüt ve tekeffül ederiz.

Dördüncü Koşul:

Devletin öteden beri uygulanan yöntem, düzen ve yasası, Padişahın bütün buyruk ve yasaklarının Padişahın mutlak vekilinden çıkması yönünde olduğundan, bundan sonra da böyle olacak ve herkes büyüğünü küçüğünü bilerek kendi görevi dışındaki işlere karışmayarak, buyruklar ve yasaklar yalnız Sadrazamlık makamından çıkacak ve bunlar doğrudan doğruya Padişahın buyruk ve yasakları demek olduğundan, kimse bunların dışına çıkmaya kalkışmayacaktır; aksi yönde davrananlardan hepimiz şikayetçi olup o görevden alınmasına ve müdahalenin hepten kaldırılarak her konunun Sadrazamlık makamına bildirilip sorulmasına ve oradan alınacak buyruk ve yönergeye göre işlem yapılmasına söz veririz. Eğer Sadrazamlıktan da yasaya ve verilen sözlere aykırı olarak, yiyicilik ve rüşvete ve ister taşrada, ister İstanbul'da yüce devlete zarar getirici başka çirkin işlere kalkılırsa, hepimiz şikayetçi olup, elbirliğiyle bunu önlememiz zorunludur; eğer Sadrazam, beni aldattılar diye bu çirkin işleri haber veren kişilerden birine iftira ederek düşmanlık yaparsa, onun da önlenmesine ve o kişinin korunmasına söz verir ve bunu üstleniriz.

Beşinci Koşul:

Padişahın gücünün ve devlet düzeninin korunmasına hepimiz kefil olduğumuz gibi, gerek ülke hanedanları ileri gelenlerinin devlete ve gerek İstanbul'daki devlet yöneticilerinin ve devlet büyüklerinin birbirine karşı güven duyması en büyük koşuldur; bunun sağlanması da hepimizin söz birliğiyle birbirimize kefil olmamıza bağlıdır. Şöyle ki: Hanedanlardan birinin bu belgedeki koşullara aykırı olarak bir davranışı kanıtlanmadıkça, ona yüce devlet tarafından veya taşradaki vezirler veya başka bir hanedan tarafından saldırı, ihanet ve suikast girişimine geçilirse, hepimiz şikayetçi

olup buna kalkışanın cezalandırılıp uzaklaştırılmasına elbirliğiyle çalışılacaktır; saldırıya uğrayanlar yaşarken kendilerinin, ölümlerinden sonra hanedanlarının korunmasına bütün devlet yöneticileri söz verip kefil olduğundan, o hanedanlar da yönetimleri altında bulunan ileri gelenlere [küçük âyanlara] kefildirler. Hanedanlardan birisi, bu gibi ileri gelen kişilerin mallarına göz koymamalı ya da başka bir nedenle bunlara düşmanlıkta bulunmamalıdır. Eğer o kişinin, verilen söze aykırı herhangi bir suçu veya cinayeti görülürse, gereken soruşturma ve inceleme yapılarak Sadrazamlıktan alınacak izin üzerine o kişi, hanedan tarafından uzaklaştırılıp yerine başkası seçilecektir ve kimse, yönetimi kendisine bırakılmış yerin sınırları dışında bir karış yere el koymamalıdır; aksi yönde durumlardan şikayetçi olunup bu durum önleneyecektir. Fukaraya baskı ve zulüm yapanlara ve şeriatın uygulanmasına karşı çıkanlara engel olunacaktır. Aynı şekilde devlet yöneticilerine, ulemaya ve büyük küçük devlet adamlarına yönelik haksız muamele yapılmamasını hanedanlar ve ileri gelenler üstlenir; ve eğer birinin bir suçu görülürse, o suç herkesin gözünde belirdikten sonra Sadrazamlık makamınca, *suçun derecesine göre*, cezalandırılmalıdır.

Altıncı Koşul:

İstanbul'da ocaklar veya başka yerler kaynaklı bir ayaklanma ve kargaşa çıkarsa, izin almaksızın İstanbul'a gidip o ocağın kaldırılmasına ve bunlar alelâde kişilerden ise, soruşturma sonunda idam edilmesine bütün hanedanlar ve ileri gelenler kefildir.

Yedinci Koşul:

Reayanın korunması temel ilke olduğuna göre, hanedanlar ve ileri gelenler tarafından, yönetimleri altında bulunan yerlerin güvenliğine ve reayanın verecekleri vergi konusunda adalete uymaya dikkat edilmek zorunda olduğundan, baskı ve adaletsizlik ve vergiler konularında devlet yöneticileri ve taşra hanedanları, aralarında yapacakları görüşme sonunda karar verir. Hanedanlar, birbirlerini gözeterek zulüm yapanları devlete bildirip zulmün önlenmesine çalışacaklardır.

Bu yedi koşula görüşmeler sonunda kara verilip aksine hareket edilmemek üzere yemin edilmiş ve yeminlerin korunması için bu senet yazılmıştır. 17 şaban 1223 [7 Ekim 1808]

Ek: 2 Son gözaltı, önceki gözaltılar, cezaevi ve operasyon yaşantılarında uygulanan işkence yöntemleri

		Önceki Gözaltılar**		Son Gözaltı		Cezaevi		Operasyon	
		n (28)	%	n (57)	%	n (56)	%	n (42)	%
Ajanlık teklifi	E	7	25	16	28,1	-	-	-	-
	H	21	75	41	71,9	56	100	-	-
Anlamsız istemler	E	5	17,9	8	14,0	1	1,8		
	H	23	82,1	49	86,0	55	98,2		
Aşağılama	E	21	75	49	86,0	6	10,7		
	H	7	25	8	14,0	50	89,3		
Aşırı fizik aktivite	E	8	28,6	18	31,6	56	100		
	H	20	71,4	39	68,4	-	-		
Ayaktan Ters Askı	E	-	-	3	5,3	56	100		
	H	28	100	54	94,7	-	-		
Basıncılı - Soğuk su	E	13	46,4	32	56,1	56	100		
	H	15	53,6	25	43,9	-	-		
Cinsel Taciz	E	15	53,6	13	22,8	4	7,1		
	H	13	46,4	44	77,2	52	92,9		
Dayak	E	23	82,1	55	96,5	1	1,8	19	45,2
	H	5	17,9	2	3,5	55	98,2	23	54,8
Diğer***	E	16	57,1	45	78,9	1	1,8	2	4,8
	H	12	42,9	12	21,1	55	98,2	40	95,2
Diğer Pozisyonel işkenceler**	E	10	35,7	28	49,1	2	3,6		
	H	18	64,3	29	50,9	54	96,4		
Düz askı ya da Çarmih	E	7	25	23	40,4	-	-		
	H	21	75	34	59,6	56	100		
Elektrik	E	16	57,1	40	70,2	-	-		
	H	12	42,9	17	29,8	56	100		
Falaka	E	6	21,4	8	14,0	1	1,8		
	H	22	78,6	49	86,0	55	98,2		
Filistin askısı	E	1	3,6	13	22,8	-	-		
	H	27	96,4	44	77,2	56	100		
Gözbağı	E	20	71,4	51	89,5	-	-		
	H	8	28,6	6	10,5	56	100		
Gürültülü müzik/marş	E	10	35,7	30	52,6	-	-		
	H	18	64,3	27	47,4	56	100		

		Önceki Gözaltılar**		Son Gözaltı		Cezaevi		Operasyonlar	
		n (28)	%	n (57)	%	n (56)	%	n (42)	%
Hakaret	E	27	96,4	55	96,5	16	28,6		
	H	1	3,6	2	3,5	40	71,4		
Havasız bırakma/suda boğma	E	2	7,1	5	8,8	-	-		
	H	26	92,9	52	91,2	56	100		
Haya burma*	E	12	42,9	29	69,0	-	-		
	H	16	57,1	13	31,0	42	100		
Hücrede Tecrit	E	15	53,6	44	77,2	7	12,5	1	2,4
	H	13	46,4	13	22,8	49	87,5	41	97,6
İşeme ve dışkılama engellenmesi	E	13	46,4	34	59,6	1	1,8		
	H	15	53,6	23	40,4	55	98,2		
İşkenceye görsel/işitsel tanıklık	E	13	46,4	32	56,1	1	1,8		
	H	15	53,6	25	43,9	55	98,2		
Kendine yönelik diğer tehditler	E	23	82,1	52	91,2	5	8,9		
	H	5	17,9	5	8,8	51	91,1		
Kimyasal maddeye maruziyet	E	-	-	1	1,8	1	1,8	9	21,4
	H	28	100	56	98,2	55	98,2	33	78,6
Öldürme tehdidi	E	16	57,1	49	86	2	3,6		
	H	12	42,9	8	14	54	96,4		
Saç, sakal, bıyık yolma	E	10	35,7	24	42,1	1	1,8		
	H	18	64,3	33	57,9	55	98,2		
Soğuk ortamda bekletme	E	13	46,4	30	52,6	1	1,8	1	2,4
	H	15	53,6	27	47,4	55	98,2	41	97,6
Soyma	E	16	57,1	44	77,2	3	5,4	2	4,8
	H	12	42,9	13	22,8	53	94,6	40	95,2
Tecavüz	E	1	3,6	3	5,3	1	1,8		
	H	27	96,4	54	94,7	55	98,2		
Uyutmama	E	11	39,3	42	73,7	-	-		
	H	17	60,7	15	26,3	56	100		
Tek bir noktaya vurma	E	1	3,6	10	17,5	1	1,8		
	H	27	96,4	47	82,5	55	98,2		
Yakınlarının yanında işkence	E	-	-	5	8,8	-	-		
	H	28	100	52	91,2	56	100		

		Önceki Gözaltılar**		Son Gözaltı		Cezaevi		Operasyonlar	
		n (28)	%	n (57)	%	n (56)	%	n (42)	%
Yakınlarına yönelik tehditler	E	14	50	37	64,9	-	-		
	H	14	50	20	35,1	56	100		
Yakma	E	-	-	1	1,8	-	-	-	-
	H	28	100	56	98,2	56	100	42	100
Yalancı infaz	E	8	28,6	14	24,6	-	-		
	H	21	75	43	75,4	56	100		
Yeme içme kısıtlaması	E	11	39,3	30	52,6	2	3,6		
	H	17	60,7	27	47,4	54	96,4		
Görüşmenin Engellenmesi	E					10	17,9		
	H					46	82,1		
Tek tip elbise giydirme	E					-	-		
	H					56	100		
Ateşli Silah Yaralanması	E							3	7,1
	H							39	92,9
Bomba veya şarapnel ile yaralanma	E							-	-
	H							42	100
Ring arabasında bekletme	E							2	4,8
	H							40	95,2
Enkaz altında kalma	E							-	-
	H							42	100

* Sadece erkeklere uygulanmış, Önceki Gözaltılar n(28), Son Gözaltı ve Cezaevi için n (42) olarak hesaplanmıştır.

** Açıklananlar dışında pozisyona bağlı olan zorlayıcı tüm uygulamalar bu grupta değerlendirilmiştir.

*** Listede belirtilmeyenler dışındaki tüm işkence yöntemleri bu gruba dahil edilmiştir.

Ek: 3
ilişkisi

Cezaevinde kalınan süre ile toplam açlık grevi süresi

	r	P	N
Toplam açlık grevi süresi	0,538	0,000*	57

Ek: 4 BDE ile yapılan analizler (Yakınma sorgulaması yapılan sistemlerin alt başlıklarına ait verilerin X² analizleri)

Tablo 1. İlk görüşmeye katılanlarda depresyon ile genel vücut yakınmaları arasındaki ilişki

Genel yakınmalar 1	Depresyon yok		Depresyonu görülme olasılığı var		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Yok	16	48,5	17	51,5	33	57,9
Var	19	72,9	5	20,8	24	42,1
Toplam	35	61,4	22	38,6	57	100,0

X²= 5,52 P=0,019

İlk görüşmede genel vücut yakınmaları olanlarda depresyon %20,8 olarak bulunmuştur. Genel vücut yakınmaları başlığında yorgunluk- halsizlik, çabuk yorulma, zayıflama- kilo kaybı, bulantı- kusma, kırgınlık, aşırı terleme, üşüme, solukluk ve tüm vücutta yaygın ağrı yakınmaları sorgulanmıştır. Genel vücut yakınması olan ve olmayanlar depresyon açısından değerlendirildiğinde yakınması olmayanlarda olasılık daha fazla bulunmuştur. Aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır.

Tablo 2. İlk görüşmeye katılanlarda depresyon ile yorgunluk, halsizlik arasındaki ilişki

Yorgunluk, halsizlik 1	Depresyon yok		Depresyonu görülme olasılığı var		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Yok	19	51,4	18	48,6	37	64,9
Var	16	80,0	4	20,0	20	35,1
Toplam	35	61,4	22	38,6	57	100

X²= 4,496 P=0,034

Genel vücut yakınmalarının alt başlıklarından biri olan ilk görüşmede yorgunluk- halsizlik yakınmaları olanlarda depresyon %20,0 olarak bulunmuştur. Yorgunluk, halsizlik yakınması olanlar ve olmayanlar depresyon yönünden değerlendirildiğinde yakınması olmayanlarda olasılık daha fazla bulunmuştur. Aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır.

Tablo 3. İlk görüşmeye katılanlarda depresyon ile çabuk yorulma ilişkisi

Çabuk yorulma ¹	Depresyon yok		Depresyonu görülme olasılığı var		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Yok	24	55,8	19	44,2	37	75,4
Var	11	78,6	3	21,4	20	24,6
Toplam	35	61,4	22	38,6	57	100

$X^2=2,308$ $P=0,129$

İlk görüşmede çabuk yorulma yakınmaları olanlarda depresyon %21,4 olarak bulunmuştur. Çabuk yorulma yakınması olanlar ve olmayanlar depresyon yönünden değerlendirildiğinde yakınması olanlar ile olmayanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır.

Tablo 4. İlk görüşmeye katılanlarda depresyon ile zayıflama, kilo kaybı ilişkisi

Zayıflama, kilo kaybı ¹	Depresyon yok		Depresyonu görülme olasılığı var		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Yok	34	61,8	21	38,2	37	96,5
Var	1	50,0	1	50,0	20	3,5
Toplam	35	61,4	22	38,6	57	100

$P=0,736$ (Fisher's exact test)

İlk görüşmede zayıflama, kilo kaybı yakınmaları olanlarda depresyon %50 olarak bulunmuştur. Zayıflama, kilo kaybı yakınması olanlar ve olmayanlar depresyon yönünden değerlendirildiğinde yakınması olanlar ile olmayanlar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

Tablo 5. İlk görüşmeye katılanlarda depresyon ile bulantı kusma ilişkisi

Bulantı, kusma ¹	Depresyon yok		Depresyonu görülme olasılığı var		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Yok	33	61,1	21	38,9	37	94,7
Var	2	66,7	1	33,3	20	5,3
Toplam	35	61,4	22	38,6	57	100

$P=0,847$ (Fisher's exact test)

İlk görüşmede bulantı, kusma yakınmaları olanlarda depresyon %33,3 olarak bulunmuştur. Bulantı, kusma yakınması olanlar ve olmayanlar

depresyon yönünden değerlendirildiğinde yakınması olanlar ile olmayanlar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

Tablo 6. İlk görüşmeye katılanlarda depresyon ile kırgınlık ilişkisi

Kırgınlık1	Depresyon yok		Depresyonu görülme olasılığı var		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Yok	32	60,7	33	39,3	37	98,2
Var	2	100,0	-	-	20	1,8
Toplam	35	61,4	22	38,6	57	100

İlk görüşmede kırgınlık yakınması olanlarda depresyon analizi olgu sayısının yetersiz oluşu nedeniyle yapılmamıştır.

Tablo 7. İlk görüşmeye katılanlarda depresyon ile aşırı terleme ilişkisi

Aşırı terleme1	Depresyon yok		Depresyonu görülme olasılığı var		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Yok	34	61,8	21	38,2	54	96,5
Var	1	50,0	1	50,0	2	3,5
Toplam	35	61,4	22	38,6	57	100

P=0,627 (Fisher's exact test)

İlk görüşmede aşırı terleme yakınması olanlarda depresyon %50,0 olarak bulunmuştur. Aşırı terleme yakınması olanlar ve olmayanlar depresyon yönünden değerlendirildiğinde yakınması olanlar ile olmayanlar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

Tablo 8. İlk görüşmeye katılanlarda depresyon ile üşüme ilişkisi

Üşüme1	Depresyon yok		Depresyonu görülme olasılığı var		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Yok	34	60,7	22	39,3	56	98,2
Var	1	100,0	-	-	1	1,8
Toplam	35	61,4	22	38,6	57	100

İlk görüşmede üşüme yakınması olanlarda depresyon analizi olgu sayısının yetersiz oluşu nedeniyle yapılmamıştır.

Tablo 9. İlk görüşmeye katılanlarda depresyon ile solukluk ilişkisi

Solukluk1	Depresyon yok		Depresyonu görülme olasılığı var		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Yok	1	100,0	-	-	1	1,8
Var	35	61,4	22	38,6	57	100
Toplam	34	60,7	22	39,3	56	98,2

İlk görüşmede solukluk yakınması olanlarda depresyon analizi olgu sayısının yetersiz oluşu nedeniyle yapılmamıştır.

Tablo 10. İlk görüşmeye katılanlarda depresyon ile vücutta yaygın ağrı ilişkisi

Vücutta yaygın ağrı1	Depresyon yok		Depresyonu görülme olasılığı var		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Yok	32	59,3	22	40,7	54	94,7
Var	3	8,6	-	-	3	
Toplam	35	61,4	22	38,6	57	100

İlk görüşmede vücutta yaygın ağrı yakınması olanlarda depresyon analizi olgu sayısının yetersiz oluşu nedeniyle yapılmamıştır.

Tablo 11. İlk görüşmeye katılanlarda genel nörolojik sistem yakınmaları ile depresyon arasındaki ilişki

Genel nörolojik yakınmalar1	Depresyon yok		Depresyonu görülme olasılığı var		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Yok	17	63,0	10	37,0	27	47,4
Var	18	60,0	12	40,0	30	52,6
Toplam	35	61,4	22	38,6	57	100,0

$X^2=0,53$ $P=0,819$

İlk görüşmeye katılanlarda genel nörolojik yakınmaları olanlarda depresyon %40,0 olarak bulunmuştur. Genel nörolojik yakınmaları olanlar ve olmayanlar depresyon yönünden değerlendirildiğinde yakınması olanlar ile olmayanlar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

Tablo 12. İlk görüşmeye katılanlarda baş dönmesi yakınmaları ile depresyon arasındaki ilişki

Baş dönmesi1	Depresyon yok		Depresyonu görülme olasılığı var		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Yok	34	65,4	18	34,6	52	91,2
Var	1	20,0	4	80,0	4	8,8
Toplam	35	61,4	22	38,6	57	100,0

P=0,67 (Fisher's exact test)

İlk görüşmeye katılanlarda baş dönmesi yakınması olanlarda depresyon %80,0 olarak bulunmuştur. Baş dönmesi yakınması olanlar ve olmayanlar depresyon yönünden değerlendirildiğinde yakınması olanlar ile olmayanlar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

Tablo 13. İlk görüşmeye katılanlarda uyuşma, karıncalanma yakınmaları ile depresyon arasındaki ilişki

Uyuşma Karıncalanma1	Depresyon yok		Depresyonu görülme olasılığı var		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Yok	32	65,3	17	34,7	52	86,0
Var	3	37,5	5	62,5	4	14,0
Toplam	35	61,4	22	38,6	57	100,0

P=239 (Fisher's exact test)

İlk görüşmeye katılanlarda uyuşma, karıncalanma yakınması olanlarda depresyon %62,5 olarak bulunmuştur. Uyuşma, karıncalanma yakınması olanlar ve olmayanlar depresyon yönünden değerlendirildiğinde yakınması olanlar ile olmayanlar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

Tablo 14. İlk görüşmeye katılanlarda hissizlik yakınmaları ile depresyon arasındaki ilişki

Hissizlik1	Depresyon yok		Depresyonu görülme olasılığı var		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Yok	34	60,7	22	39,3	56	98,2
Var	1	100	-	-	1	1,8
Toplam	35	61,4	22	38,6	57	100,0

İlk görüşmeye katılanlarda hissizlik yakınması olanlarda depresyon analizi olgu sayısının yetersiz oluşu nedeniyle yapılmamıştır.

Tablo 15. İlk görüşmeye katılanlarda baş ağrısı yakınmaları ile depresyon arasındaki ilişki

Baş ağrısı1	Depresyon yok		Depresyonu görülme olasılığı var		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Yok	22	59,5	15	40,5	27	64,9
Var	18	65,0	12	35,0	30	35,1
Toplam	35	61,4	22	38,6	57	100,0

$X^2=0,168$ $P=0,682$

İlk görüşmeye katılanlarda baş ağrısı yakınması olanlarda depresyon %35,0 olarak bulunmuştur. Baş ağrısı yakınması olanlar ve olmayanlar depresyon yönünden değerlendirildiğinde yakınması olanlar ile olmayanlar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

Tablo 16. İlk görüşmeye katılanlarda dengesizlik ile depresyon arasındaki ilişki

Dengesizlik 1	Depresyon yok		Depresyonu görülme olasılığı var		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Yok	35	66	18	34	53	93,0
Var	-	-	4	100,0	4	7,0
Toplam	35	61,4	22	38,6	57	100

İlk görüşmeye katılanlarda dengesizlik yakınması olanlarda depresyon analizi olgu sayısının yetersiz oluşu nedeniyle yapılmamıştır.

Tablo 17. İlk görüşmeye katılanlarda unutkanlık ile depresyon arasındaki ilişki

Unutkanlık1	Depresyon yok		Depresyonu görülme olasılığı var		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Yok	34	61,8	21	38,2	27	96,5
Var	1	50,0	1	50,0	30	3,5
Toplam	35	61,4	22	38,6	57	100,0

$P=0,627$ (Fisher's Exact Test)

İlk görüşmeye katılanlarda unutkanlık yakınması olanlarda depresyon %50,0 olarak bulunmuştur. Unutkanlık yakınması olanlar ve olmayanlar depresyon yönünden değerlendirildiğinde yakınması olanlar ile olmayanlar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

Tablo 18. İlk görüşmeye katılanlarda konuşma bozukluğu ile depresyon arasındaki ilişki

Konuşma bozukluğu1	Depresyon yok		Depresyonu görülme olasılığı var		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Yok	35	62,5	21	32,5	56	98,2
Var	-	-	1	100	1	1,8
Toplam	35	61,4	22	38,6	57	100,0

İlk görüşmeye katılanlarda konuşma bozukluğu yakınması olanlarda depresyon analizi olgu sayısının yetersiz oluşu nedeniyle yapılmamıştır.

Tablo 19. İlk görüşmeye katılanlarda kuvvet kaybı ile depresyon arasındaki ilişki

Kuvvet kaybı1	Depresyon yok		Depresyonu görülme olasılığı var		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Yok	34	61,8	21	38,2	27	96,5
Var	1	50,0	1	50,0	30	3,5
Toplam	35	61,4	22	38,6	57	100,0

P=0,627 (Fisher's Exact Test)

İlk görüşmeye katılanlarda kuvvet kaybı yakınması olanlarda depresyon %50,0 olarak bulunmuştur. Kuvvet kaybı yakınması olanlar ve olmayanlar depresyon yönünden değerlendirildiğinde yakınması olanlar ile olmayanlar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

Tablo 20. İlk görüşmeye katılanlarda bayılma ile depresyon arasındaki ilişki

Bayılma1	Depresyon yok		Depresyonu görülme olasılığı var		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Yok	34	60,7	22	39,3	27	98,2
Var	1	100	-	-	30	1,8
Toplam	35	61,4	22	38,6	57	100,0

İlk görüşmeye katılanlarda bayılma yakınması olanlarda depresyon analizi olgu sayısının yetersiz oluşu nedeniyle yapılmamıştır.

Tablo 21. İlk görüşmeye katılanlarda kasılma ile depresyon arasındaki ilişki

Kasılma1	Depresyon yok		Depresyonu görülme olasılığı var		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Yok	34	60,7	22	39,3	27	98,2
Var	1	100	-	-	30	1,8
Toplam	35	61,4	22	38,6	57	100,0

İlk görüşmeye katılanlarda kasılma yakınması olanlarda depresyon analizi olgu sayısının yetersiz oluşu nedeniyle yapılmamıştır.

Tablo 22. İlk görüşmeye katılanlarda titreme ile depresyon arasındaki ilişki

Titreme1	Depresyon yok		Depresyonu görülme olasılığı var		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Yok	34	60,7	22	39,3	27	98,2
Var	1	100	-	-	30	1,8
Toplam	35	61,4	22	38,6	57	100,0

İlk görüşmeye katılanlarda titreme yakınması olanlarda depresyon analizi olgu sayısının yetersiz oluşu nedeniyle yapılmamıştır.

Tablo 23. İlk görüşmeye katılanlarda depresyon ile solunum sistemi yakınmalarının ilişkisi

Solunum sistemi yakınmaları1	Depresyon yok		Depresyonu görülme olasılığı var		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Yok	29	65,9	15	34,1	52	77,2
Var	6	46,2	7	53,8	5	22,8
Toplam	35	61,4	22	38,6	57	100

$X^2=1,6534$ $P=0,199$

İlk görüşmeye katılanlarda solunum sistemi yakınmaları olanlarda depresyon %53,8 olarak bulunmuştur. Solunum sistemi yakınmaları olanlar ve olmayanlar depresyon yönünden değerlendirildiğinde yakınması olanlar ile olmayanlar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

Tablo 24. İlk görüşmeye katılanlarda depresyon ile öksürük yakınması arasındaki ilişkisi

Öksürük1	Depresyon yok		Depresyonu görülme olasılığı var		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Yok	32	61,5	20	38,5	52	91,2
Var	3	60,0	2	40,0	5	8,8
Toplam	35	61,4	22	38,6	57	100

P=0,647(Fisher's Exact Test)

İlk görüşmeye katılanlarda öksürük yakınması olanlarda depresyon %40,0 olarak bulunmuştur. Öksürük yakınması olanlar ve olmayanlar depresyon yönünden değerlendirildiğinde yakınması olanlar ile olmayanlar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

Tablo 25. İlk görüşmeye katılanlarda depresyon ile göğüs-sırt ağrısı arasındaki ilişki

Göğüs sırt ağrısı1	Depresyon yok		Depresyonu görülme olasılığı var		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Yok	35	67,3	17	32,7	52	91,2
Var	-	-	5	100	5	8,8
Toplam	35	61,4	22	38,6	57	100

İlk görüşmeye katılanlarda göğüs sırt ağrısı yakınması olanlarda depresyon görülme analizi olgu sayısının yetersiz oluşu nedeniyle yapılmamıştır.

Tablo 26. İlk görüşmeye katılanlarda depresyon ile balgam arasındaki ilişki

Balgam1	Depresyon yok		Depresyonu görülme olasılığı var		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Yok	31	56,9	21	40,4	52	91,2
Var	4	80,0	1	20,0	5	8,8
Toplam	35	61,4	22	38,6	57	100

P=0,353 (Fisher's Exact Test)

İlk görüşmede balgam yakınması olanlarda depresyon %20,0 olarak bulunmuştur. Balgam yakınması olanlar ve olmayanlar depresyon yönünden değerlendirildiğinde yakınması olanlar ile olmayanlar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

Tablo 27. İlk görüşmeye katılanlarda depresyon ile nefes darlığı arasındaki ilişki

Nefes darlığı ¹	Depresyon yok		Depresyonu görülme olasılığı var		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Yok	31	60,8	20	39,2	51	89,5
Var	4	66,7	2	33,3	6	10,5
Toplam	35	61,4	22	38,6	57	100

P=0,575 (Fisher's Exact Test)

İlk görüşmede nefes darlığı yakınması olanlarda depresyon %33,3 olarak bulunmuştur. Nefes darlığı yakınması olanlar ve olmayanlar depresyon yönünden değerlendirildiğinde yakınması olanlar ile olmayanlar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

Tablo 28. İlk görüşmeye katılanlarda depresyon ile genel ruhsal yakınmaların ilişkisi

Genel ruhsal yakınmalar ¹	Depresyon yok		Depresyonu görülme olasılığı var		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Yok	1	100,0	-	-	1	1,8
Var	34	60,7	22	39,3	56	98,2
Toplam	35	61,4	22	38,6	57	100

İkinci görüşmede genel ruhsal yakınmaları olanlarda depresyon analizi olgu sayısının yetersiz oluşu nedeniyle yapılmamıştır.

Tablo 29. İlk görüşmeye katılanlarda depresyon ile uyku bozuklukları arasındaki ilişki

Uyku bozuklukları ¹	Depresyon yok		Depresyonu görülme olasılığı var		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Yok	13	92,9	1	7,1	14	24,6
Var	22	51,2	21	48,8	43	75,4
Toplam	35	61,4	22	38,6	57	100

P=0,005 (Fisher's Exact Test)

İlk görüşmeye katılanlarda uyku bozuklukları yakınması olanlarda depresyon %48,8 olarak bulunmuştur. Uyku bozuklukları yakınması olanlar ve olmayanlar depresyon yönünden değerlendirildiğinde yakınması olanlar ile olmayanlar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

Tablo 30. İlk görüşmeye katılanlarda depresyon ile sıkıntı arasındaki ilişki

Sıkıntı 1	Depresyon yok		Depresyonu görülme olasılığı var		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Yok	18	85,7	3	14,3	21	36,8
Var	17	47,2	19	52,8	36	63,2
Toplam	35	61,4	22	38,6	57	100

P=0,005 (Fisher's Exact Test)

İlk görüşmeye katılanlarda sıkıntı yakınması olanlarda depresyon %52,8 olarak bulunmuştur. Sıkıntı yakınması olanlar ve olmayanlar depresyon yönünden değerlendirildiğinde yakınması olanlar ile olmayanlar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

Tablo 31. İlk görüşmeye katılanlarda depresyon ile hayattan zevk alamama arasındaki ilişki

Hayattan zevk alamama 1	Depresyon yok		Depresyonu görülme olasılığı var		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Yok	22	81,5	5	18,5	27	47,4
Var	13	43,3	17	56,7	30	52,6
Toplam	35	61,4	22	38,6	57	100

$X^2= 8,726$ P= 0,003

İlk görüşmeye katılanlarda hayattan zevk alamama yakınması olanlarda depresyon %56,7 olarak bulunmuştur. Hayattan zevk alamama yakınması olanlar ve olmayanlar depresyon yönünden değerlendirildiğinde yakınması olanlar ile olmayanlar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

Tablo 32. İlk görüşmeye katılanlarda depresyon ile intihar düşüncesi arasındaki ilişki

İntihar düşüncesi 1	Depresyon yok		Depresyonu görülme olasılığı var		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Yok	35	67,3	17	32,7	52	91,2
Var	-	-	5	100,0	5	8,8
Toplam	35	61,4	22	38,6	57	100

İlk görüşmeye katılanlarda intihar düşüncesi olanlarda depresyon analizi olgu sayısının yetersiz oluşu nedeniyle yapılmamıştır.

Tablo 33. İlk görüşmeye katılanlarda depresyon ile insanlardan uzaklaşma arasındaki ilişki

İnsanlardan uzaklaşma 1	Depresyon yok		Depresyonu görülme olasılığı var		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Yok	22	75,9	7	24,1	29	50,9
Var	13	46,4	15	53,6	28	49,1
Toplam	35	61,4	22	38,6	57	100

$$X^2= 5,207 P=0,031$$

İlk görüşmeye katılanlarda insanlardan uzaklaşma yakınması olanlarda depresyon %53,6 olarak bulunmuştur. İnsanlardan uzaklaşma yakınması olanlar ve olmayanlar depresyon yönünden değerlendirildiğinde yakınması olanlar ile olmayanlar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

Tablo 34. İlk görüşmeye katılanlarda depresyon ile yabancılaşma duygusu arasındaki ilişki

Yabancılaşma duygusu 1	Depresyon yok		Depresyonu görülme olasılığı var		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Yok	22	75,9	7	24,1	29	50,9
Var	13	46,4	15	53,6	28	49,1
Toplam	35	61,4	22	38,6	57	100

$$X^2= 5,207 P=0,031$$

İlk görüşmeye katılanlarda yabancılaşma duygusu yakınması olanlarda depresyon %53,6 olarak bulunmuştur. İnsanlardan uzaklaşma yakınması olanlar ve olmayanlar depresyon yönünden değerlendirildiğinde yakınması olanlar ile olmayanlar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

Tablo 35. İlk görüşmeye katılanlarda depresyon ile sinirlilik ilişkisi

Sinirlilik1	Depresyon yok		Depresyonu görülme olasılığı var		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Yok	9	64,3	5	35,7	14	24,6
Var	26	60,5	17	39,5	43	43
Toplam	35	61,4	22	38,6	57	100

$$X^2= 0,065 P=0,799$$

İlk görüşmeye katılanlarda sinirlilik yakınması olanlarda depresyon %39,5 olarak bulunmuştur. Sinirlilik yakınması olanlar ve olmayanlar depresyon

yönünden değerlendirildiğinde yakınması olanlar ile olmayanlar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

Tablo 36. İlk görüşmeye katılanlarda depresyon ile cinsel isteksizlik ilişkisi

Cinsel isteksizlik ¹	Depresyon yok		Depresyonu görülme olasılığı var		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Yok	35	63,6	20	36,4	55	96,5
Var	-	-	2	100,0	2	3,5
Toplam	35	61,4	22	38,6	57	100

İlk görüşmeye katılanlarda cinsel isteksizlik yakınması olanlarda depresyon analizi olgu sayısının yetersiz oluşu nedeniyle yapılmamıştır.

Tablo 37. İlk görüşmeye katılanlarda depresyon ile ağlama isteği ilişkisi

Ağlama isteği ¹	Depresyon yok		Depresyonu görülme olasılığı var		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Yok	17	77,3	5	22,7	22	38,6
Var	18	51,4	17	48,6	35	61,4
Toplam	35	61,4	22	38,6	57	100

$$X^2=3,807 \quad P=0,051$$

İlk görüşmeye katılanlarda ağlama isteği olanlarda depresyon %48,6 olarak bulunmuştur. Ağlama isteği olanlar ve olmayanlar depresyon yönünden değerlendirildiğinde yakınması olanlar ile olmayanlar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

Tablo 38. İlk görüşmeye katılanlarda depresyon ile kâbus görme ilişkisi

Kabus görme ¹	Depresyon yok		Depresyonu görülme olasılığı var		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Yok	23	65,7	12	34,3	35	61,4
Var	12	54,5	10	45,5	22	38,6
Toplam	35	61,4	22	38,6	57	100

$$X^2=0,711 \quad P=0,399$$

İlk görüşmeye katılanlarda kâbus görme yakınması olanlarda depresyon %45,5 olarak bulunmuştur. Kâbus görme yakınması olanlar ve olmayanlar

depresyon yönünden değerlendirildiğinde yakınması olanlar ile olmayanlar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

Tablo 39. İlk görüşmeye katılanlarda depresyon ile unutkanlık ilişkisi

Unutkanlık1	Depresyon yok		Depresyonu görülme olasılığı var		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Yok	3	50,0	3	50,0	6	10,5
Var	32	62,7	19	37,3	51	89,5
Toplam	35	61,4	22	38,6	57	100

P=0,667 (Fisher's Exact Test)

İlk görüşmeye katılanlarda unutkanlık yakınması olanlarda depresyon %37,3 olarak bulunmuştur. Unutkanlık yakınması olanlar ve olmayanlar depresyon yönünden değerlendirildiğinde yakınması olanlar ile olmayanlar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

Tablo 40. İlk görüşmeye katılanlarda depresyon ile konsantrasyon bozukluğu ilişkisi

Konsantrasyon bozukluğu1	Depresyon yok		Depresyonu görülme olasılığı var		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Yok	7	70,0	3	30,0	10	17,5
Var	28	59,6	19	40,4	47	82,5
Toplam	35	61,4	22	38,6	57	100

P=0,725 (Fisher's Exact Test)

İlk görüşmeye katılanlarda konsantrasyon bozukluğu yakınması olanlarda depresyon %40,4 olarak bulunmuştur. Konsantrasyon bozukluğu yakınması olanlar ve olmayanlar depresyon yönünden değerlendirildiğinde yakınması olanlar ile olmayanlar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

Tablo 41. İlk görüşmeye katılanlarda depresyon ile duygusal küntlük ilişkisi

Duygusal küntlük1	Depresyon yok		Depresyonu görülme olasılığı var		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Yok	30	65,2	16	34,8	46	80,7
Var	5	45,5	6	54,5	11	19,3
Toplam	35	61,4	22	38,6	57	100

X²=1,463 P=0,226

İlk görüşmeye katılanlarda duygusal küntlük yakınması olanlarda depresyon %54,5 olarak bulunmuştur. Duygusal küntlük yakınması olanlar ve olmayanlar depresyon yönünden değerlendirildiğinde yakınması olanlar ile olmayanlar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

Tablo 42. İlk görüşmeye katılanlarda depresyon ile flashback ilişkisi

Flashback	Depresyon yok		Depresyonu görülme olasılığı var		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Yok	22	66,7	11	33,3	33	57,9
Var	13	54,2	11	45,8	24	42,1
Toplam	35	61,4	22	38,6	57	100

$$X^2=0,916 \quad P=0,339$$

İlk görüşmeye katılanlarda flashback yakınması olanlarda depresyon %45,8 olarak bulunmuştur. Flashback yakınması olanlar ve olmayanlar depresyon yönünden değerlendirildiğinde yakınması olanlar ile olmayanlar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

Tablo 43. İlk görüşmeye katılanlarda depresyon ile cilt yakınmaları ilişkisi

Genel cilt yakınmaları ¹	Depresyon yok		Depresyonu görülme olasılığı var		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Yok	25	59,5	17	40,5	42	73,7
Var	10	66,7	5	33,3	15	26,3
Toplam	35	61,4	22	38,6	57	100

$$X^2=0,238 \quad P=0,626$$

İlk görüşmeye katılanlarda genel cilt yakınmaları olanlarda depresyon %33,3 olarak bulunmuştur. Cilt yakınmaları olanlar ve olmayanlar depresyon yönünden değerlendirildiğinde yakınması olanlar ile olmayanlar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

Tablo 44. İlk görüşmeye katılanlarda depresyon ile ciltte renk değişiklikleri ilişkisi

Renk değişiklikleri1	Depresyon yok		Depresyonu görülme olasılığı var		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Yok	28	60,9	18	39,1	46	80,7
Var	7	63,6	4	36,4	11	19,3
Toplam	35	61,4	22	38,6	57	100

P=1,000 (Fisher's Exact Test)

İlk görüşmeye katılanlarda ciltte renk değişiklikleri olanlarda depresyon %36,4 olarak bulunmuştur. Renk değişiklikleri olanlar ve olmayanlar depresyon yönünden değerlendirildiğinde yakınması olanlar ile olmayanlar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

Tablo 45. İlk görüşmeye katılanlarda depresyon ile şişlik ilişkisi

Şişlik1	Depresyon yok		Depresyonu görülme olasılığı var		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Yok	33	60,0	22	40,0	55	96,5
Var	2	100,0	-	-	2	3,5
Toplam	35	61,4	22	38,6	57	100

İlk görüşmeye katılanlarda şişlik yakınması olanlarda depresyon analizi olgu sayısının yetersiz oluşu nedeniyle yapılmamıştır.

Tablo 46. İlk görüşmeye katılanlarda depresyon ile kaşıntı ilişkisi

Kaşıntı1	Depresyon yok		Depresyonu görülme olasılığı var		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Yok	29	58,0	21	42,0	50	87,7
Var	6	85,7	1	14,3	7	12,3
Toplam	35	61,4	22	38,6	57	100

P=0,230 (Fisher's Exact Test)

İlk görüşmeye katılanlarda kaşıntı yakınması olanlarda depresyon %14,3 olarak bulunmuştur. Kaşıntı yakınması olanlar ve olmayanlar depresyon yönünden değerlendirildiğinde yakınması olanlar ile olmayanlar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

Tablo 47. İlk görüşmeye katılanlarda depresyon ile sıyrık ilişkisi

Sıyrık1	Depresyon yok		Depresyonu görülme olasılığı var		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Yok	34	60,7	22	39,3	56	98,2
Var	1	100,0	-	-	1	1,8
Toplam	35	61,4	22	38,6	57	100

İlk görüşmeye katılanlarda sıyrık yakınması olanlarda depresyon analizi olgu sayısının yetersiz oluşu nedeniyle yapılmamıştır.

Tablo 48. İlk görüşmeye katılanlarda depresyon ile döküntü ilişkisi

Döküntü1	Depresyon yok		Depresyonu görülme olasılığı var		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Yok	34	60,7	22	39,3	56	98,2
Var	1	100,0	-	-	1	1,8
Toplam	35	61,4	22	38,6	57	100

İlk görüşmeye katılanlarda döküntü yakınması olanlarda depresyon analizi olgu sayısının yetersiz oluşu nedeniyle yapılmamıştır.

Tablo 49. İlk görüşmeye katılanlarda depresyon ile travma izi ilişkisi

Travma izi1	Depresyon yok		Depresyonu görülme olasılığı var		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Yok	34	60,7	22	39,3	56	98,2
Var	1	100,0	-	-	1	1,8
Toplam	35	61,4	22	38,6	57	100

İlk görüşmeye katılanlarda travma izi olanlarda depresyon analizi olgu sayısının yetersiz oluşu nedeniyle yapılmamıştır.

Tablo 50. İlk görüşmeye katılanlarda depresyon ile ameliyat izi ilişkisi

Ameliyat izi ¹	Depresyon yok		Depresyonu görülme olasılığı var		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Yok	35	62,5	21	37,5	56	98,2
Var	-	-	1	100,0	1	1,8
Toplam	35	61,4	22	38,6	57	100

İlk görüşmeye katılanlarda ameliyat izi olanlarda depresyon analizi olgu sayısının yetersiz oluşu nedeniyle yapılmamıştır.

Tablo 51. İlk görüşmeye katılanlarda depresyon ile ağız ve diş yakınmaları ilişkisi

Ağız ve diş yakınmaları ¹	Depresyon yok		Depresyonu görülme olasılığı var		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Yok	30	57,7	22	42,3	22	91,2
Var	5	100,0	-	-	5	8,8
Toplam	35	61,4	22	38,6	57	100

İlk görüşmeye katılanlarda ağız ve diş yakınmaları olanlarda depresyon analizi olgu sayısının yetersiz oluşu nedeniyle yapılmamıştır.

Tablo 52. İlk görüşmeye katılanlarda depresyon ile diş ağrısı ilişkisi

Diş ağrısı ¹	Depresyon yok		Depresyonu görülme olasılığı var		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Yok	32	59,3	22	40,7	54	94,7
Var	3	100,0	-	-	3	5,3
Toplam	35	61,4	22	38,6	57	100

İlk görüşmeye katılanlarda diş ağrısı yakınmaları olanlarda depresyon analizi olgu sayısının yetersiz oluşu nedeniyle yapılmamıştır.

Tablo 53. İlk görüşmeye katılanlarda depresyon ile travmatik diş kırığı ilişkisi

Travmatik diş kırığı ¹	Depresyon yok		Depresyonu görülme olasılığı var		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Yok	34	60,7	22	39,3	56	98,2
Var	1	100,0	-	-	1	1,8
Toplam	35	61,4	22	38,6	57	100

İlk görüşmeye katılanlarda travmatik diş kırığı olanlarda depresyon analizi olgu sayısının yetersiz oluşu nedeniyle yapılmamıştır.

Tablo 54. İlk görüşmeye katılanlarda depresyon ile dişetlerinde çekilme ilişkisi

Dişetlerinde çekilme ¹	Depresyon yok		Depresyonu görülme olasılığı var		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Yok	34	60,7	22	39,3	56	98,2
Var	1	100,0	-	-	1	1,8
Toplam	35	61,4	22	38,6	57	100

İlk görüşmeye katılanlarda dişetlerinde çekilme yakınması olanlarda depresyon analizi olgu sayısının yetersiz oluşu nedeniyle yapılmamıştır.

Tablo 55. İlk görüşmeye katılanlarda depresyon ile çürük, eksik diş ilişkisi

Çürük, eksik diş ¹	Depresyon yok		Depresyonu görülme olasılığı var		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Yok	31	58,5	22	41,5	53	93,0
Var	4	100,0	-	-	4	7,0
Toplam	35	61,4	22	38,6	57	100

İlk görüşmeye katılanlarda çürük, eksik diş yakınması olanlarda depresyon analizi olgu sayısının yetersiz oluşu nedeniyle yapılmamıştır.

Tablo 56. İlk görüşmeye katılanlarda depresyon ile göz yakınmaları ilişkisi

Göz yakınmaları ¹	Depresyon yok		Depresyonu görülme olasılığı var		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Yok	24	60,0	16	40,0	40	70,2
Var	11	64,7	6	35,3	17	29,8
Toplam	35	61,4	22	38,6	57	100

$X^2=0,111$ $P=0,738$

İlk görüşmeye katılanlarda göz yakınmaları olanlarda depresyon %35,3 olarak bulunmuştur. Göz yakınmaları olanlar ve olmayanlar depresyon yönünden değerlendirildiğinde yakınması olanlar ile olmayanlar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

Tablo 57. İlk görüşmeye katılanlarda depresyon ile görme bozukluğu ilişkisi

Görme bozukluğu ¹	Depresyon yok		Depresyonu görülme olasılığı var		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Yok	30	63,8	17	36,2	47	82,5
Var	5	50,0	5	50,0	10	17,5
Toplam	35	61,4	22	38,6	57	100

$X^2=0,665$ $P=0,415$

İlk görüşmeye katılanlarda görme bozukluğu yakınması olanlarda depresyon %50,0 olarak bulunmuştur. Görme bozukluğu yakınması olanlar ve olmayanlar depresyon yönünden değerlendirildiğinde yakınması olanlar ile olmayanlar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

Tablo 58. İlk görüşmeye katılanlarda depresyon ile göz ağrısı ilişkisi

Göz ağrısı ¹	Depresyon yok		Depresyonu görülme olasılığı var		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Yok	35	63,6	20	36,4	55	96,5
Var	-	-	2	100,0	2	3,5
Toplam	35	61,4	22	38,6	57	100

İlk görüşmeye katılanlarda göz ağrısı yakınması olanlarda depresyon analizi olgu sayısının yetersiz oluşu nedeniyle yapılmamıştır.

Tablo 59. İlk görüşmeye katılanlarda depresyon ile çift görme ilişkisi

Çift görme1	Depresyon yok		Depresyonu görülme olasılığı var		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Yok	35	62,5	21	37,5	56	98,2
Var	-	-	1	100	1	1,8
Toplam	35	61,4	22	38,6	57	100

İlk görüşmeye katılanlarda çift görme yakınması olanlarda depresyon analizi olgu sayısının yetersiz oluşu nedeniyle yapılmamıştır.

Tablo 60. İlk görüşmeye katılanlarda depresyon ile ışığa hassasiyet ilişkisi

Işığa hassasiyet1	Depresyon yok		Depresyonu görülme olasılığı var		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Yok	35	62,5	21	37,5	56	98,2
Var	-	-	1	100	1	1,8
Toplam	35	61,4	22	38,6	57	100

İlk görüşmeye katılanlarda ışığa hassasiyet yakınması olanlarda depresyon analizi olgu sayısının yetersiz oluşu nedeniyle yapılmamıştır.

Tablo 61. İlk görüşmeye katılanlarda depresyon ile bakış kısıtlılığı ilişkisi

Bakış kısıtlılığı1	Depresyon yok		Depresyonu görülme olasılığı var		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Yok	35	62,5	21	37,5	56	98,2
Var	-	-	1	100	1	1,8
Toplam	35	61,4	22	38,6	57	100

İlk görüşmeye katılanlarda bakış kısıtlılığı yakınması olanlarda depresyon analizi olgu sayısının yetersiz oluşu nedeniyle yapılmamıştır.

Tablo 62. İlk görüşmeye katılanlarda depresyon ile gece körlüğü ilişkisi

Gece körlüğü ¹	Depresyon yok		Depresyonu görülme olasılığı var		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Yok	35	62,5	21	37,5	56	98,2
Var	-	-	1	100	1	1,8
Toplam	35	61,4	22	38,6	57	100

İlk görüşmeye katılanlarda gece körlüğü yakınması olanlarda depresyon analizi olgu sayısının yetersiz oluşu nedeniyle yapılmamıştır.

Tablo 63. İlk görüşmeye katılanlarda depresyon ile gözde yaşarma, sulanma ilişkisi

Gözde yaşarma, sulanma ¹	Depresyon yok		Depresyonu görülme olasılığı var		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Yok	28	59,6	19	40,4	47	82,5
Var	7	70,0	3	30,0	10	17,5
Toplam	35	61,4	22	38,6	57	100

P=0,725 (Fisher's Exact Test)

İlk görüşmeye katılanlarda gözde yaşarma, sulanma yakınması olanlarda depresyon %30,0 olarak bulunmuştur. Gözde yaşarma, sulanma yakınması olanlar ve olmayanlar depresyon yönünden değerlendirildiğinde yakınması olanlar ile olmayanlar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

Tablo 64. İlk görüşmeye katılanlarda depresyon ile gözde kızarıklık, kaşıntı ilişkisi

Gözde kızarıklık, kaşıntı ¹	Depresyon yok		Depresyonu görülme olasılığı var		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Yok	30	60,0	20	40,0	50	87,7
Var	5	71,4	2	28,6	7	12,3
Toplam	35	61,4	22	38,6	57	100

P=0,695 (Fisher's Exact Test)

İlk görüşmeye katılanlarda gözde kızarıklık, kaşıntı yakınması olanlarda depresyon %28,6 olarak bulunmuştur. Gözde kızarıklık, kaşıntı yakınması olanlar ve olmayanlar depresyon yönünden değerlendirildiğinde yakınması

olanlar ile olmayanlar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

Tablo 65. İlk görüşmeye katılanlarda depresyon ile genel KBB yakınmaları ilişkisi

Genel KBB yakınmaları ¹	Depresyon yok		Depresyonu görülme olasılığı var		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Yok	23	57,5	17	42,5	40	70,2
Var	12	70,6	5	29,4	17	29,8
Toplam	35	61,4	22	38,6	57	100

$X^2=0,862$ $P=0,353$

İlk görüşmeye katılanlarda genel KBB yakınmaları olanlarda depresyon %29,4 olarak bulunmuştur. Gözde kızarıklık, kaşıntı yakınması olanlar ve olmayanlar depresyon yönünden değerlendirildiğinde yakınması olanlar ile olmayanlar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

Tablo 66. İlk görüşmeye katılanlarda depresyon ile çınlama ilişkisi

Çınlama ¹	Depresyon yok		Depresyonu görülme olasılığı var		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Yok	32	64,0	18	36,0	20	87,7
Var	3	42,9	4	57,1	7	12,3
Toplam	35	61,4	22	38,6	57	100

$P=0,411$ (Fisher's Exact Test)

İlk görüşmeye katılanlarda çınlama yakınması olanlarda depresyon %57,1 olarak bulunmuştur. Çınlama yakınması olanlar ve olmayanlar depresyon yönünden değerlendirildiğinde yakınması olanlar ile olmayanlar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

Tablo 67. İlk görüşmeye katılanlarda depresyon ile uğultu, gürültü ilişkisi

Uğultu, gürültü ¹	Depresyon yok		Depresyonu görülme olasılığı var		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Yok	34	63,0	20	37,0	54	94,7
Var	1	33,3	2	66,7	3	5,3
Toplam	35	61,4	22	38,6	57	100

$P=0,553$ (Fisher's Exact Test)

İlk görüşmeye katılanlarda uğultu, gürültü yakınması olanlarda depresyon %66,7 olarak bulunmuştur. Uğultu, gürültü yakınması olanlar ve olmayanlar depresyon yönünden değerlendirildiğinde yakınması olanlar ile olmayanlar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

Tablo 68. İlk görüşmeye katılanlarda depresyon ile duymada azalma ilişkisi

Duymada azalma1	Depresyon yok		Depresyonu görülme olasılığı var		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Yok	33	62,3	20	37,7	53	93,0
Var	2	50,0	2	50,0	4	7,0
Toplam	35	61,4	22	38,6	57	100

P=0,635 (Fisher's Exact Test)

İlk görüşmeye katılanlarda duymada azalma yakınması olanlarda depresyon %50,0 olarak bulunmuştur. Duymada azalma yakınması olanlar ve olmayanlar depresyon yönünden değerlendirildiğinde yakınması olanlar ile olmayanlar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

Tablo 69. İlk görüşmeye katılanlarda depresyon ile ses hassasiyeti ilişkisi

Sese karşı hassasiyet1	Depresyon yok		Depresyonu görülme olasılığı var		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Yok	34	61,8	21	38,2	55	96,5
Var	1	50,0	1	50,0	2	3,5
Toplam	35	61,4	22	38,6	57	100

P=1,000 (Fisher's Exact Test)

İlk görüşmeye katılanlarda sese karşı hassasiyet yakınması olanlarda depresyon %50,0 olarak bulunmuştur. Ses karşı hassasiyet yakınması olanlar ve olmayanlar depresyon yönünden değerlendirildiğinde yakınması olanlar ile olmayanlar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

Tablo 70. İlk görüşmeye katılanlarda depresyon ile kulak akıntısı, kaşıntı ilişkisi

Kulak akıntısı, kaşıntı ¹	Depresyon yok		Depresyonu görülme olasılığı var		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Yok	30	60,0	20	40,0	50	87,7
Var	5	71,4	2	28,6	7	12,3
Toplam	35	61,4	22	38,6	57	100

P=0,695 (Fisher's Exact Test)

İlk görüşmeye katılanlarda kulak akıntısı, kaşıntı yakınması olanlarda depresyon %28,6 olarak bulunmuştur. Kulak akıntısı, kaşıntı yakınması olanlar ve olmayanlar depresyon yönünden değerlendirildiğinde yakınması olanlar ile olmayanlar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

Tablo 71. İlk görüşmeye katılanlarda depresyon ile burun tıkanıklığı ilişkisi

Burun tıkanıklığı ¹	Depresyon yok		Depresyonu görülme olasılığı var		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Yok	34	60,7	22	39,3	56	98,2
Var	1	100,0	-	-	1	1,8
Toplam	35	61,4	22	38,6	57	100

İlk görüşmeye katılanlarda burun tıkanıklığı yakınması olanlarda depresyon analizi olgu sayısının yetersiz oluşu nedeniyle yapılmamıştır.

Tablo 72. İlk görüşmeye katılanlarda depresyon ile epistaksis ilişkisi

Epistaksis ¹	Depresyon yok		Depresyonu görülme olasılığı var		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Yok	34	60,7	22	39,3	56	98,2
Var	1	100,0	-	-	1	1,8
Toplam	35	61,4	22	38,6	57	100

İlk görüşmeye katılanlarda epistaksis yakınması olanlarda depresyon analizi olgu sayısının yetersiz oluşu nedeniyle yapılmamıştır.

Tablo 73. İlk görüşmeye katılanlarda depresyon ile burunda şişlik, ağrı ilişkisi

Burunda şişlik, ağrı1	Depresyon yok		Depresyonu görülme olasılığı var		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Yok	34	60,7	22	39,3	56	98,2
Var	1	100,0	-	-	1	1,8
Toplam	35	61,4	22	38,6	57	100

İlk görüşmeye katılanlarda burunda şişlik, ağrı yakınması olanlarda depresyon analizi olgu sayısının yetersiz oluşu nedeniyle yapılmamıştır.

Tablo 74. İlk görüşmeye katılanlarda depresyon ile boğaz ağrısı ve kaşıntı

Boğaz ağrısı ve kaşıntı1	Depresyon yok		Depresyonu görülme olasılığı var		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Yok	33	60,0	22	40,0	55	96,5
Var	2	100,0	-	-	2	3,5
Toplam	35	61,4	22	38,6	57	100

İlk görüşmeye katılanlarda boğaz ağrısı ve kaşıntı yakınması olanlarda depresyon analizi olgu sayısının yetersiz oluşu nedeniyle yapılmamıştır.

Tablo 75. İlk görüşmeye katılanlarda depresyon ile yutkunma zorluğu ve şişlik ilişkisi

Yutkunma zorluğu, şişlik1	Depresyon yok		Depresyonu görülme olasılığı var		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Yok	33	60,0	22	40,0	55	96,5
Var	2	100,0	-	-	2	3,5
Toplam	35	61,4	22	38,6	57	100

İlk görüşmeye katılanlarda yutkunma zorluğu, şişlik yakınması olanlarda depresyon analizi olgu sayısının yetersiz oluşu nedeniyle yapılmamıştır.

Tablo 76. İlk görüşmeye katılanlarda depresyon ile genel endokrin yakınmalar ilişkisi

Genel endokrin yakınmalar ¹	Depresyon yok		Depresyonu görülme olasılığı var		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Yok	33	61,1	21	38,9	54	94,7
Var	2	66,7	1	33,3	3	5,3
Toplam	35	61,4	22	38,6	57	100

P=1,000 (Fisher's Exact Test)

İlk görüşmeye katılanlarda genel endokrin yakınmaları olanlarda depresyon %33,3 olarak bulunmuştur. Genel endokrin yakınmaları olanlar ve olmayanlar depresyon yönünden değerlendirildiğinde yakınması olanlar ile olmayanlar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

Tablo 77. İlk görüşmeye katılanlarda depresyon ile sıcak soğuk intoleransı ilişkisi

Sıcak, soğuk intoleransı ¹	Depresyon yok		Depresyonu görülme olasılığı var		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Yok	34	60,7	22	39,3	56	98,2
Var	1	100,0	-	-	1	1,8
Toplam	35	61,4	22	38,6	57	100

İlk görüşmeye katılanlarda sıcak, soğuk intoleransı yakınması olanlarda depresyon analizi olgu sayısının yetersiz oluşu nedeniyle yapılmamıştır.

Tablo 78. İlk görüşmeye katılanlarda depresyon ile tüylenme, kılınma ilişkisi

Tüylenme, kılınma ¹	Depresyon yok		Depresyonu görülme olasılığı var		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Yok	34	60,7	22	39,3	56	98,2
Var	1	100,0	-	-	1	1,8
Toplam	35	61,4	22	38,6	57	100

İlk görüşmeye katılanlarda tüylenme, kılınma yakınması olanlarda depresyon analizi olgu sayısının yetersiz oluşu nedeniyle yapılmamıştır.

Tablo 79. İlk görüşmeye katılanlarda depresyon ile meme şikâyetleri ilişkisi

Meme şikâyetleri 1	Depresyon yok		Depresyonu görülme olasılığı var		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Yok	35	62,5	21	37,5	56	98,2
Var	-	-	1	100,0	1	1,8
Toplam	35	61,4	22	38,6	57	100

İlk görüşmeye katılanlarda meme şikâyetleri yakınması olanlarda depresyon analizi olgu sayısının yetersiz oluşu nedeniyle yapılmamıştır.

Tablo 80. İlk görüşmeye katılanlarda depresyon ile GİS yakınmaları ilişkisi

Genel GİS yakınmaları1	Depresyon yok		Depresyonu görülme olasılığı var		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Yok	20	62,5	12	37,5	32	56,1
Var	15	60,0	10	40,0	25	43,9
Toplam	35	61,4	22	38,6	57	100

$$X^2= 0,037 \quad P=0,847$$

İlk görüşmeye katılanlarda genel GİS yakınmaları olanlarda depresyon %40,0 olarak bulunmuştur. Genel GİS yakınmaları olanlar ve olmayanlar depresyon yönünden değerlendirildiğinde yakınması olanlar ile olmayanlar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

Tablo 81. İlk görüşmeye katılanlarda depresyon ile mide, karın ağrısı ilişkisi

Mide, karın ağrısı1	Depresyon yok		Depresyonu görülme olasılığı var		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Yok	26	65,0	14	35,0	40	70,2
Var	9	52,9	8	47,1	17	29,8
Toplam	35	61,4	22	38,6	57	100

$$X^2=0,732 \quad P=0,392$$

İlk görüşmeye katılanlarda mide, karın ağrısı yakınması olanlarda depresyon %47,1 olarak bulunmuştur. Mide, karın ağrısı yakınması olanlar ve olmayanlar depresyon yönünden değerlendirildiğinde yakınması olanlar ile olmayanlar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

Tablo 82. İlk görüşmeye katılanlarda depresyon ile bulantı ilişkisi

Bulantı1	Depresyon yok		Depresyonu görülme olasılığı var		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Yok	32	61,5	20	38,5	52	91,2
Var	3	60,0	2	40,0	5	8,8
Toplam	35	61,4	22	38,6	57	100

P=1,000 (Fisher's Exact Test)

İlk görüşmeye katılanlarda bulantı yakınması olanlarda depresyon %40,0 olarak bulunmuştur. Bulantı yakınması olanlar ve olmayanlar depresyon yönünden değerlendirildiğinde yakınması olanlar ile olmayanlar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

Tablo 83. İlk görüşmeye katılanlarda depresyon ile kusma ilişkisi

Kusma1	Depresyon yok		Depresyonu görülme olasılığı var		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Yok	33	61,1	21	38,9	54	94,7
Var	2	66,7	1	33,3	3	5,3
Toplam	35	61,4	22	38,6	57	100

P=1,000 (Fisher's Exact Test)

İlk görüşmeye katılanlarda kusma yakınması olanlarda depresyon %33,3 olarak bulunmuştur. Kusma yakınması olanlar ve olmayanlar depresyon yönünden değerlendirildiğinde yakınması olanlar ile olmayanlar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

Tablo 84. İlk görüşmeye katılanlarda depresyon ile hazımsızlık ilişkisi

Hazımsızlık1	Depresyon yok		Depresyonu görülme olasılığı var		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Yok	30	68,2	14	31,8	54	77,2
Var	5	38,5	8	61,5	13	22,8
Toplam	35	61,4	22	38,6	57	100

$X^2=3,740$ P=0,053

İlk görüşmeye katılanlarda hazımsızlık yakınması olanlarda depresyon %61,5 olarak bulunmuştur. Hazımsızlık yakınması olanlar ve olmayanlar depresyon

yönünden değerlendirildiğinde yakınması olanlar ile olmayanlar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

Tablo 85. İlk görüşmeye katılanlarda depresyon ile ishal ilişkisi

İshal1	Depresyon yok		Depresyonu görülme olasılığı var		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Yok	35	64,8	19	35,2	54	94,7
Var	-	-	3	100,0	3	5,3
Toplam	35	61,4	22	38,6	57	100

İlk görüşmeye katılanlarda ishal yakınması olanlarda depresyon analizi olgu sayısının yetersiz oluşu nedeniyle yapılmamıştır.

Tablo 86. İlk görüşmeye katılanlarda depresyon ile kabızlık ilişkisi

Kabızlık1	Depresyon yok		Depresyonu görülme olasılığı var		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Yok	31	66,0	16	34,0	47	82,5
Var	4	40,0	6	60,0	10	17,5
Toplam	35	61,4	22	38,6	57	100

P=0,161 (Fisher's Exact Test)

İlk görüşmeye katılanlarda kabızlık yakınması olanlarda depresyon %60,0 olarak bulunmuştur. Kabızlık yakınması olanlar ve olmayanlar depresyon yönünden değerlendirildiğinde yakınması olanlar ile olmayanlar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

Tablo 87. İlk görüşmeye katılanlarda depresyon ile regurjitasyon ilişkisi

Regurjitasyon1	Depresyon yok		Depresyonu görülme olasılığı var		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Yok	33	66,0	17	34,0	50	87,7
Var	2	28,6	5	71,4	7	12,3
Toplam	35	61,4	22	38,6	57	100

P= 0,095 (Fisher's Exact Test)

İlk görüşmeye katılanlarda regurjitasyon yakınması olanlarda depresyon %71,4 olarak bulunmuştur. Regurjitasyon yakınması olanlar ve olmayanlar

depresyon yönünden değerlendirildiğinde yakınması olanlar ile olmayanlar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

Tablo 88. İlk görüşmeye katılanlarda depresyon ile melena ilişkisi

Melena1	Depresyon yok		Depresyonu görülme olasılığı var		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Yok	34	60,7	22	39,3	56	98,2
Var	1	100,0	-	-	1	1,8
Toplam	35	61,4	22	38,6	57	100

İlk görüşmeye katılanlarda melena yakınması olanlarda depresyon analizi olgu sayısının yetersiz oluşu nedeniyle yapılmamıştır.

Tablo 89. İlk görüşmeye katılanlarda depresyon ile hemoroid ilişkisi

Hemoroid1	Depresyon yok		Depresyonu görülme olasılığı var		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Yok	29	61,7	18	38,3	47	82,5
Var	6	60,0	4	40,0	10	17,5
Toplam	35	61,4	22	38,6	57	100

P=1,000 (Fisher's Exact Test)

İlk görüşmeye katılanlarda hemoroid yakınması olanlarda depresyon %40,0 olarak bulunmuştur. Hemoroid yakınması olanlar ve olmayanlar depresyon yönünden değerlendirildiğinde yakınması olanlar ile olmayanlar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

Tablo 90. İlk görüşmeye katılanlarda depresyon ile makatta ağrı, kaşıntı ilişkisi

Makatta ağrı, kaşıntı1	Depresyon yok		Depresyonu görülme olasılığı var		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Yok	32	61,5	20	38,5	52	91,2
Var	3	60,0	2	40,0	5	8,8
Toplam	35	61,4	22	38,6	57	100

P=1,000 (Fisher's Exact Test)

İlk görüşmeye katılanlarda makatta ağrı, kaşıntı yakınması olanlarda depresyon %40,0 olarak bulunmuştur. Makatta ağrı, kaşıntı yakınması olanlar ve olmayanlar depresyon yönünden değerlendirildiğinde yakınması

olanlar ile olmayanlar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

Tablo 91. İlk görüşmeye katılanlarda depresyon ile kardiyovasküler sistem yakınmaları ilişkisi

KVS yakınması ¹	Depresyon yok		Depresyonu görülme olasılığı var		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Yok	27	58,7	19	41,3	46	80,7
Var	8	72,7	3	27,3	11	19,3
Toplam	35	61,4	22	38,6	57	100

P=0,502 (Fisher's Exact Test)

İlk görüşmeye katılanlarda KVS yakınması olanlarda depresyon %27,3 olarak bulunmuştur. KVS yakınması olanlar ve olmayanlar depresyon yönünden değerlendirildiğinde yakınması olanlar ile olmayanlar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

Tablo 92. İlk görüşmeye katılanlarda depresyon ile çarpıntı ilişkisi

Çarpıntı ¹	Depresyon yok		Depresyonu görülme olasılığı var		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Yok	29	59,2	20	40,8	49	86,0
Var	6	75,0	2	25,0	8	14,0
Toplam	35	61,4	22	38,6	57	100

P=0,466 (Fisher's Exact Test)

İlk görüşmeye katılanlarda çarpıntı yakınması olanlarda depresyon %25,0 olarak bulunmuştur. Çarpıntı yakınması olanlar ve olmayanlar depresyon yönünden değerlendirildiğinde yakınması olanlar ile olmayanlar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

Tablo 93. İlk görüşmeye katılanlarda depresyon ile precordial ağrı ilişkisi

Precordial ağrı ¹	Depresyon yok		Depresyonu görülme olasılığı var		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Yok	31	58,5	22	41,5	53	93,0
Var	4	11,4	-	-	4	7,0
Toplam	35	61,4	22	38,6	57	100

İlk görüşmeye katılanlarda precordial ağrı yakınması olanlarda depresyon analizi olgu sayısının yetersiz oluşu nedeniyle yapılmamıştır.

Tablo 94. İlk görüşmeye katılanlarda depresyon ile varis ilişkisi

Varis1	Depresyon yok		Depresyonu görülme olasılığı var		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Yok	35	61,4	22	38,6	57	100,0
Var	-	-	-	-	-	-
Toplam	35	61,4	22	38,6	57	100

İlk görüşmeye katılanlarda varis yakınması olanlarda depresyon analizi olgu sayısının yetersiz oluşu nedeniyle yapılmamıştır.

Tablo 95. İlk görüşmeye katılanlarda depresyon ile hipertansiyon ilişkisi

Hipertansiyon1	Depresyon yok		Depresyonu görülme olasılığı var		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Yok	35	62,5	21	37,5	56	98,2
Var	-	-	1	100,0	1	1,8
Toplam	35	61,4	22	38,6	57	100

İlk görüşmeye katılanlarda hipertansiyon yakınması olanlarda depresyon analizi olgu sayısının yetersiz oluşu nedeniyle yapılmamıştır.

Tablo 96. İlk görüşmeye katılanlarda depresyon ile siyanoz ilişkisi

Siyanoz1	Depresyon yok		Depresyonu görülme olasılığı var		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Yok	35	61,4	22	38,6	57	100,0
Var	-	-	-	-	-	-
Toplam	35	61,4	22	38,6	57	100

İlk görüşmeye katılanlarda siyanoz yakınması olanlarda depresyon analizi olgu sayısının yetersiz oluşu nedeniyle yapılmamıştır.

Tablo 97. İlk görüşmeye katılanlarda depresyon ile ekstremitelerde soğukluk ilişkisi

Ekstremitelerde soğukluk1	Depresyon yok		Depresyonu görülme olasılığı var		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Yok	35	61,4	22	38,6	57	100,0
Var	-	-	-	-	-	-
Toplam	35	61,4	22	38,6	57	100

İlk görüşmeye katılanlarda ekstremitelerde soğukluk yakınması olanlarda depresyon analizi olgu sayısının yetersiz oluşu nedeniyle yapılmamıştır.

Tablo 98. İlk görüşmeye katılanlarda depresyon ile kol ya da bacaklarda şişlik ilişkisi

Kol ya da bacaklarda şişlik1	Depresyon yok		Depresyonu görülme olasılığı var		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Yok	34	60,7	22	39,3	56	98,2
Var	1	100,0	-	-	1	1,8
Toplam	35	61,4	22	38,6	57	100

İlk görüşmeye katılanlarda kol ya da bacaklarda şişlik yakınması olanlarda depresyon analizi olgu sayısının yetersiz oluşu nedeniyle yapılmamıştır.

Tablo 99. İlk görüşmeye katılanlarda depresyon ile kas iskelet sistemi yakınmaları ilişkisi

Ortopedik yakınmalar1	Depresyon yok		Depresyonu görülme olasılığı var		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Yok	9	47,4	10	52,6	19	33,3
Var	26	68,4	12	31,6	38	66,7
Toplam	35	61,4	22	38,6	57	100

$$X^2=2,369 \quad P=0,124$$

İlk görüşmeye katılanlarda Ortopedik yakınmaları olanlarda depresyon %31,6 olarak bulunmuştur. Ortopedik yakınmaları olanlar ve olmayanlar depresyon yönünden değerlendirildiğinde yakınması olanlar ile olmayanlar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

Tablo 100. İlk görüşmeye katılanlarda depresyon ile bel ağrısı ilişkisi

Bel ağrısı1	Depresyon yok		Depresyonu görülme olasılığı var		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Yok	27	57,4	20	42,6	47	82,5
Var	8	80,0	2	20,0	10	17,5
Toplam	35	61,4	22	38,6	57	100

P=0,287 (Fisher's Exact Test)

İlk görüşmeye katılanlarda bel ağrısı yakınması olanlarda depresyon %20,0 olarak bulunmuştur. Bel ağrısı yakınması olanlar ve olmayanlar depresyon yönünden değerlendirildiğinde yakınması olanlar ile olmayanlar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

Tablo 101. İlk görüşmeye katılanlarda depresyon ile bel-bacak ağrısı ilişkisi

Bel bacak ağrısı1	Depresyon yok		Depresyonu görülme olasılığı var		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Yok	31	62,0	19	38,0	50	87,7
Var	4	57,1	3	42,9	7	12,3
Toplam	35	61,4	22	38,6	57	100

P=1,000 (Fisher's Exact Test)

İlk görüşmeye katılanlarda bel bacak ağrısı yakınması olanlarda depresyon %42,9 olarak bulunmuştur. Bel bacak ağrısı yakınması olanlar ve olmayanlar depresyon yönünden değerlendirildiğinde yakınması olanlar ile olmayanlar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

Tablo 102. İlk görüşmeye katılanlarda depresyon ile boyun ağrısı ilişkisi

Boyun ağrısı1	Depresyon yok		Depresyonu görülme olasılığı var		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Yok	30	58,8	21	41,2	51	89,5
Var	5	83,3	1	16,7	6	10,5
Toplam	35	61,4	22	38,6	57	100

P=0,389 (Fisher's Exact Test)

İlk görüşmeye katılanlarda boyun ağrısı yakınması olanlarda depresyon %16,7 olarak bulunmuştur. Boyun ağrısı yakınması olanlar ve olmayanlar depresyon yönünden değerlendirildiğinde yakınması olanlar ile olmayanlar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

Tablo 103. İlk görüşmeye katılanlarda depresyon ile boyun- kol ağrısı ilişkisi

Boyun kol ağrısı ¹	Depresyon yok		Depresyonu görülme olasılığı var		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Yok	29	61,7	18	38,3	47	82,5
Var	6	60,0	4	40,0	10	17,5
Toplam	35	61,4	22	38,6	57	100

P=1,000 (Fisher's Exact Test)

İlk görüşmeye katılanlarda boyun kol ağrısı yakınması olanlarda depresyon %40,0 olarak bulunmuştur. Boyun kol ağrısı yakınması olanlar ve olmayanlar depresyon yönünden değerlendirildiğinde yakınması olanlar ile olmayanlar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

Tablo 104. İlk görüşmeye katılanlarda depresyon ile sırt ağrısı ilişkisi

Sırt ağrısı ¹	Depresyon yok		Depresyonu görülme olasılığı var		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Yok	28	57,1	21	42,9	49	86,0
Var	7	87,5	1	12,5	8	14,0
Toplam	35	61,4	22	38,6	57	100

P=0,134 (Fisher's Exact Test)

İlk görüşmeye katılanlarda sırt ağrısı yakınması olanlarda depresyon %12,5 olarak bulunmuştur. Sırt ağrısı yakınması olanlar ve olmayanlar depresyon yönünden değerlendirildiğinde yakınması olanlar ile olmayanlar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

Tablo 105. İlk görüşmeye katılanlarda depresyon ile omuz ağrısı ilişkisi

Omuz ağrısı ¹	Depresyon yok		Depresyonu görülme olasılığı var		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Yok	30	58,8	21	41,2	51	89,5
Var	5	83,3	1	16,7	6	10,5
Toplam	35	61,4	22	38,6	57	100

P=0,389 (Fisher's Exact Test)

İlk görüşmeye katılanlarda omuz ağrısı yakınması olanlarda depresyon %16,7 olarak bulunmuştur. Omuz ağrısı yakınması olanlar ve olmayanlar depresyon yönünden değerlendirildiğinde yakınması olanlar ile olmayanlar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

Tablo 106. İlk görüşmeye katılanlarda depresyon ile diz ağrısı ilişkisi

Diz ağrısı ¹	Depresyon yok		Depresyonu görülme olasılığı var		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Yok	30	61,2	19	38,8	49	86,0
Var	5	62,5	3	37,5	8	14,0
Toplam	35	61,4	22	38,6	57	100

P=1,000 (Fisher's Exact Test)

İlk görüşmeye katılanlarda diz ağrısı yakınması olanlarda depresyon %37,5 olarak bulunmuştur. Diz ağrısı yakınması olanlar ve olmayanlar depresyon yönünden değerlendirildiğinde yakınması olanlar ile olmayanlar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

Tablo 107. İlk görüşmeye katılanlarda depresyon ile el-el bileği ağrısı ilişkisi

El-el bileği ağrısı ¹	Depresyon yok		Depresyonu görülme olasılığı var		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Yok	34	61,8	21	38,2	55	96,5
Var	1	50,0	1	50,0	2	3,5
Toplam	35	61,4	22	38,6	57	100

P=1,000 (Fisher's Exact Test)

İlk görüşmeye katılanlarda el-el bileği ağrısı yakınması olanlarda depresyon %50,0 olarak bulunmuştur. El-el bileği ağrısı yakınması olanlar ve olmayanlar

depresyon yönünden değerlendirildiğinde yakınması olanlar ile olmayanlar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

Tablo 108. İlk görüşmeye katılanlarda depresyon ile ayak-ayak bileği ağrısı ilişkisi

Ayak-ayak bileği ağrısı ¹	Depresyon yok		Depresyonu görülme olasılığı var		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Yok	32	61,5	20	38,5	52	91,2
Var	3	60,0	2	40,0	5	8,8
Toplam	35	61,4	22	38,6	57	100

P=1,000 (Fisher's Exact Test)

İlk görüşmeye katılanlarda Ayak-ayak bileği ağrısı yakınması olanlarda depresyon %40,0 olarak bulunmuştur. Ayak-ayak bileği ağrısı yakınması olanlar ve olmayanlar depresyon yönünden değerlendirildiğinde yakınması olanlar ile olmayanlar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

Tablo 109. İlk görüşmeye katılanlarda depresyon ile çene eklemi-yüz ağrısı ilişkisi

Çene eklemi-yüz ağrısı ¹	Depresyon yok		Depresyonu görülme olasılığı var		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Yok	34	61,8	21	38,2	55	96,5
Var	1	50,0	1	50,0	2	3,5
Toplam	35	61,4	22	38,6	57	100

P=1,000 (Fisher's Exact Test)

İlk görüşmeye katılanlarda çene eklemi-yüz ağrısı yakınması olanlarda depresyon %50,0 olarak bulunmuştur. Çene eklemi-yüz ağrısı yakınması olanlar ve olmayanlar depresyon yönünden değerlendirildiğinde yakınması olanlar ile olmayanlar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

Tablo 110. İlk görüşmeye katılanlarda depresyon ile elde ağrı, uyuşma, yanma ilişkisi

Elde ağrı, uyuşma, yanma ¹	Depresyon yok		Depresyonu görülme olasılığı var		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Yok	32	62,7	19	37,3	51	89,5
Var	3	50,0	3	50,0	6	10,5
Toplam	35	61,4	22	38,6	57	100

P=0,667 (Fisher's Exact Test)

İlk görüşmeye katılanlarda Elde ağrı, uyuşma, yanma yakınması olanlarda depresyon %50,0 olarak bulunmuştur. Elde ağrı, uyuşma, yanma yakınması olanlar ve olmayanlar depresyon yönünden değerlendirildiğinde yakınması olanlar ile olmayanlar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

Tablo 111. İlk görüşmeye katılanlarda depresyon ile ayakta ağrı, uyuşma, yanma ilişkisi

Ayakta ağrı, uyuşma, yanma ¹	Depresyon yok		Depresyonu görülme olasılığı var		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Yok	33	63,5	19	36,5	52	91,2
Var	2	40,0	3	60,0	5	8,8
Toplam	35	61,4	22	38,6	57	100

P=0,364 (Fisher's Exact Test)

İlk görüşmeye katılanlarda Ayakta ağrı, uyuşma, yanma yakınması olanlarda depresyon %60,0 olarak bulunmuştur. Ayakta ağrı, uyuşma, yanma yakınması olanlar ve olmayanlar depresyon yönünden değerlendirildiğinde yakınması olanlar ile olmayanlar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

Tablo 112. İlk görüşmeye katılanlarda depresyon ile eklem hareket kısıtlılığı ilişkisi

Eklem hareket kısıtlılığı ¹	Depresyon yok		Depresyonu görülme olasılığı var		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Yok	31	58,5	22	41,5	53	93,0
Var	4	100,0	-	-	4	7,0
Toplam	35	61,4	22	38,6	57	100

İlk görüşmeye katılanlarda eklem hareket kısıtlılığı yakınması olanlarda depresyon analizi olgu sayısının yetersiz oluşu nedeniyle yapılmamıştır.

Tablo 113. İlk görüşmeye katılanlarda depresyon ile eklem şişliği ilişkisi

Eklem şişliği ¹	Depresyon yok		Depresyonu görülme olasılığı var		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Yok	33	60,0	22	40,0	55	96,5
Var	2	100,0	-	-	2	3,5
Toplam	35	61,4	22	38,6	57	100

İlk görüşmeye katılanlarda eklem şişliği yakınması olanlarda depresyon analizi olgu sayısının yetersiz oluşu nedeniyle yapılmamıştır.

Tablo 114. İlk görüşmeye katılanlarda depresyon ile eklemde krepitasyon ilişkisi

Eklemde krepitasyon ¹	Depresyon yok		Depresyonu görülme olasılığı var		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Yok	34	60,7	22	39,3	56	98,2
Var	1	100,0	-	-	1	1,8
Toplam	35	61,4	22	38,6	57	100

İlk görüşmeye katılanlarda eklemde krepitasyon yakınması olanlarda depresyon analizi olgu sayısının yetersiz oluşu nedeniyle yapılmamıştır.

Tablo 115. İlk görüşmeye katılanlarda depresyon ile kemik, eklem şekil bozukluğu ilişkisi

Kemik, eklem şekil bozukluğu ¹	Depresyon yok		Depresyonu görülme olasılığı var		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Yok	34	60,7	22	39,3	56	98,2
Var	1	100,0	-	-	1	1,8
Toplam	35	61,4	22	38,6	57	100

İlk görüşmeye katılanlarda kemik, eklem şekil bozukluğu yakınması olanlarda depresyon analizi olgu sayısının yetersiz oluşu nedeniyle yapılmamıştır.

Tablo 116. İlk görüşmeye katılanlarda depresyon ile duruş bozukluğu ve omurgada eğrilik ilişkisi

Duruş bozukluğu ve omurgada eğrilik1	Depresyon yok		Depresyonu görülme olasılığı var		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Yok	34	60,7	22	39,3	56	98,2
Var	1	100,0	-	-	1	1,8
Toplam	35	61,4	22	38,6	57	100

İlk görüşmeye katılanlarda duruş bozukluğu ve omurgada eğrilik yakınması olanlarda depresyon analizi olgu sayısının yetersiz oluşu nedeniyle yapılmamıştır.

Tablo 117. İlk görüşmeye katılanlarda depresyon ile ürogenital yakınmalar ilişkisi

Ürogenital yakınmalar1	Depresyon yok		Depresyonu görülme olasılığı var		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Yok	17	53,1	15	46,9	32	56,1
Var	18	72,0	7	28,0	25	43,9
Toplam	35	61,4	22	38,6	57	100

$X^2=2,110$ $P=0,146$

İlk görüşmeye katılanlarda Ürogenital yakınmaları olanlarda depresyon %28,0 olarak bulunmuştur. Ürogenital yakınmaları olanlar ve olmayanlar depresyon yönünden değerlendirildiğinde yakınması olanlar ile olmayanlar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

Tablo 118. İlk görüşmeye katılanlarda depresyon ile sık idrar ilişkisi

Sık idrar1	Depresyon yok		Depresyonu görülme olasılığı var		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Yok	27	58,7	19	41,3	46	80,7
Var	8	72,7	3	27,3	11	19,3
Toplam	35	61,4	22	38,6	57	100

$P=0,502$ (Fisher's Exact Test)

İlk görüşmeye katılanlarda sık idrar yakınması olanlarda depresyon %27,3 olarak bulunmuştur. Sık idrar yakınması olanlar ve olmayanlar depresyon

yönünden değerlendirildiğinde yakınması olanlar ile olmayanlar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

Tablo 119. İlk görüşmeye katılanlarda depresyon ile ıdrarda yanma, ağrı, çatallanma ilişkisi

İdrarda yanma, ağrı, çatallanma ¹	Depresyon yok		Depresyonu görülme olasılığı var		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Yok	29	61,7	18	38,3	47	82,5
Var	6	60,0	4	40,0	10	17,5
Toplam	35	61,4	22	38,6	57	100

P=1,000 (Fisher's Exact Test)

İlk görüşmeye katılanlarda ıdrarda yanma, ağrı, çatallanma yakınması olanlarda depresyon %40,0 olarak bulunmuştur. İdrarda yanma, ağrı, çatallanma yakınması olanlar ve olmayanlar depresyon yönünden değerlendirildiğinde yakınması olanlar ile olmayanlar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

Tablo 120. İlk görüşmeye katılanlarda depresyon ile hematüri ilişkisi

Hematüri ¹	Depresyon yok		Depresyonu görülme olasılığı var		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Yok	35	62,5	21	37,5	56	98,2
Var	-	-	1	100,0	1	1,8
Toplam	35	61,4	22	38,6	57	100

İlk görüşmeye katılanlarda hematüri yakınması olanlarda depresyon analizi olgu sayısının yetersiz oluşu nedeniyle yapılmamıştır.

Tablo 121. İlk görüşmeye katılanlarda depresyon ile yan ağrısı ilişkisi

Yan ağrısı ¹	Depresyon yok		Depresyonu görülme olasılığı var		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Yok	32	62,7	19	37,3	51	89,5
Var	3	50,0	3	50,0	6	10,5
Toplam	35	61,4	22	38,6	57	100

P=0,667 (Fisher's Exact Test)

İlk görüşmeye katılanlarda yan ağrısı yakınması olanlarda depresyon %50,0 olarak bulunmuştur. Yan ağrısı yakınması olanlar ve olmayanlar depresyon yönünden değerlendirildiğinde yakınması olanlar ile olmayanlar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

Tablo 122. İlk görüşmeye katılanlarda depresyon ile akıntı ilişkisi

Akıntı1	Depresyon yok		Depresyonu görülme olasılığı var		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Yok	29	60,4	19	39,6	48	84,2
Var	6	66,7	3	33,3	9	15,8
Toplam	35	61,4	22	38,6	57	100

P=1,000 (Fisher's Exact Test)

İlk görüşmeye katılanlarda akıntı yakınması olanlarda depresyon %33,3 olarak bulunmuştur. Akıntı yakınması olanlar ve olmayanlar depresyon yönünden değerlendirildiğinde yakınması olanlar ile olmayanlar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

Tablo 123. İlk görüşmeye katılanlarda depresyon ile amenore ilişkisi

Amenore1	Depresyon yok		Depresyonu görülme olasılığı var		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Yok	9	64,3	5	35,7	14	93,3
Var	1	100,0	-	-	1	6,7
Toplam	10	66,7	5	33,3	15	100

İlk görüşmeye katılan kadınlarda (n=15) amenore yakınması olanlarda depresyon analizi olgu sayısının yetersiz oluşu nedeniyle yapılmamıştır.

Tablo 124. İlk görüşmeye katılanlarda depresyon ile dismenore ilişkisi

Dismenore1	Depresyon yok		Depresyonu görülme olasılığı var		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Yok	8	66,7	4	33,3	12	80,0
Var	2	66,7	1	33,3	3	20,0
Toplam	10	66,7	5	33,3	15	100

P=1,000 (Fisher's Exact Test)

İlk görüşmeye katılan kadınlarda (n=15) dismenore yakınması olanlarda depresyon %33,3 olarak bulunmuştur. Dismenore yakınması olanlar ve olmayanlar depresyon yönünden değerlendirildiğinde yakınması olanlar ile olmayanlar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

Tablo 125. İlk görüşmeye katılanlarda depresyon ile kasıkta şişlik ilişkisi

Kasıkta şişlik1	Depresyon yok		Depresyonu görülme olasılığı var		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Yok	34	61,8	21	38,2	55	96,5
Var	1	50,0	1	50,0	2	3,5
Toplam	35	61,4	22	38,6	57	100

P=1,000 (Fisher's Exact Test)

İlk görüşmeye katılanlarda kasıkta şişlik yakınması olanlarda depresyon %50,0 olarak bulunmuştur. Kasıkta şişlik yakınması olanlar ve olmayanlar depresyon yönünden değerlendirildiğinde yakınması olanlar ile olmayanlar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

Tablo 126. İlk görüşmeye katılanlarda depresyon ile erektil disfonksiyon ilişkisi

Erektil disfonksiyon1	Depresyon yok		Depresyonu görülme olasılığı var		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Yok	24	60,0	16	40,0	40	95,2
Var	1	50,0	1	50,0	2	4,8
Toplam	25	59,5	17	40,5	42	100

P=1,000 (Fisher's Exact Test)

İlk görüşmeye katılan erkeklerde (n=42) erektil disfonksiyon yakınması olanlarda depresyon %50,0 olarak bulunmuştur. Erektil disfonksiyon yakınması olanlar ve olmayanlar depresyon yönünden değerlendirildiğinde yakınması olanlar ile olmayanlar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

Tablo 127. İlk görüşmeye katılanlarda depresyon ile testislerde ağrı ilişkisi

Testislerde ağrı1	Depresyon yok		Depresyonu görülme olasılığı var		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Yok	23	60,5	15	39,5	38	90,5
Var	2	50,0	2	50,0	4	9,5
Toplam	25	59,5	17	40,5	42	100

P=1,000 (Fisher's Exact Test)

İlk görüşmeye katılan erkeklerde (n=42) Testislerde ağrı yakınması olanlarda depresyon %50,0 olarak bulunmuştur. Testislerde ağrı yakınması olanlar ve olmayanlar depresyon yönünden değerlendirildiğinde yakınması olanlar ile olmayanlar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

Tablo 128. İkinci görüşmeye katılanlarda depresyon ile genel yakınmalar ilişkisi

Genel yakınmalar2	Depresyon yok		Depresyonu görülme olasılığı var		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Hayır	17	70,8	7	29,2	24	55,8
Evet	17	89,5	2	10,5	19	44,2
Toplam	34	79,1	9	20,9	43	100,0

P=0,257 (Fisher's Exact Test)

İkinci görüşmeye katılanlardan genel vücut yakınmaları olanlarda depresyon %10,5 olarak bulunmuştur. Genel vücut yakınmaları olanlar ve olmayanlar depresyon yönünden değerlendirildiğinde yakınması olanlar ile olmayanlar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

Tablo 129. İkinci görüşmeye katılanlarda depresyon ile yorgunluk, halsizlik ilişkisi

Yorgunluk, halsizlik2	Depresyon yok		Depresyonu görülme olasılığı var		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Hayır	19	70,4	8	29,6	27	62,8
Evet	15	93,8	1	6,3	16	37,2
Toplam	34	79,1	9	20,9	43	100,0

P=0,121 (Fisher's Exact Test)

İkinci görüşmeye katılanlardan yorgunluk, halsizlik yakınması olanlarda depresyon %6,3 olarak bulunmuştur. Yorgunluk, halsizlik yakınması olanlar

ve olmayanlar depresyon yönünden değerlendirildiğinde yakınması olanlar ile olmayanlar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

Tablo 130. İkinci görüşmeye katılanlarda depresyon ile çabuk yorulma ilişkisi

Çabuk yorulma ²	Depresyon yok		Depresyonu görülme olasılığı var		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Hayır	23	74,2	8	25,8	31	72,1
Evet	11	91,7	1	8,3	12	27,9
Toplam	34	79,1	9	20,9	43	100,0

P=0,425 (Fisher's Exact Test)

İkinci görüşmeye katılanlardan çabuk yorulma yakınması olanlarda depresyon %8,3 olarak bulunmuştur. Çabuk yorulma yakınması olanlar ve olmayanlar depresyon yönünden değerlendirildiğinde yakınması olanlar ile olmayanlar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

Tablo 131. İkinci görüşmeye katılanlarda depresyon ile zayıflama, kilo kaybı ilişkisi

Zayıflama, kilo kaybı ²	Depresyon yok		Depresyonu görülme olasılığı var		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Hayır	33	78,6	9	21,4	42	97,7
Evet	1	100,0	-	-	1	2,3
Toplam	34	79,1	9	20,9	43	100,0

İkinci görüşmeye katılanlardan zayıflama, kilo kaybı yakınması olanlarda depresyon analizi olgu sayısının yetersiz oluşu nedeniyle yapılmamıştır.

Tablo 132. İkinci görüşmeye katılanlarda depresyon ile bulantı, kusma ilişkisi

Bulantı, kusma ²	Depresyon yok		Depresyonu görülme olasılığı var		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Hayır	32	78,0	9	22,0	41	95,3
Evet	2	100,0	-	-	2	4,7
Toplam	34	79,1	9	20,9	43	100,0

İkinci görüşmeye katılanlardan bulantı, kusma yakınması olanlarda depresyon analizi olgu sayısının yetersiz oluşu nedeniyle yapılmamıştır.

Tablo 133. İkinci görüşmeye katılanlarda depresyon ile kırgınlık ilişkisi

Kırgınlık ²	Depresyon yok		Depresyonu görülme olasılığı var		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Hayır	33	78,6	9	21,4	42	97,7
Evet	1	100,0	-	-	1	2,3
Toplam	34	79,1	9	20,9	43	100,0

İkinci görüşmeye katılanlardan kırgınlık yakınması olanlarda depresyon analizi olgu sayısının yetersiz oluşu nedeniyle yapılmamıştır.

Tablo 134. İkinci görüşmeye katılanlarda depresyon ile aşırı terleme ilişkisi

Aşırı terleme ²	Depresyon yok		Depresyonu görülme olasılığı var		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Hayır	33	78,6	9	21,4	42	97,7
Evet	1	100,0	-	-	1	2,3
Toplam	34	79,1	9	20,9	43	100,0

İkinci görüşmeye katılanlardan aşırı terleme yakınması olanlarda depresyon analizi olgu sayısının yetersiz oluşu nedeniyle yapılmamıştır.

Tablo 135. İkinci görüşmeye katılanlarda depresyon ile üşüme ilişkisi

Üşüme ²	Depresyon yok		Depresyonu görülme olasılığı var		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Hayır	34	79,1	9	20,9	43	100,0
Evet	-	-	-	-	-	-
Toplam	34	79,1	9	20,9	43	100,0

İkinci görüşmede üşüme yakınması olan başvuru olmadığı için istatistiksel analiz yapılmamıştır.

Tablo 136. İkinci görüşmeye katılanlarda depresyon ile solukluk ilişkisi

Solukluk2	Depresyon yok		Depresyonu görülme olasılığı var		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Hayır	33	78,6	9	21,4	42	97,7
Evet	1	100,0	-	-	1	2,3
Toplam	34	79,1	9	20,9	43	100,0

İkinci görüşmeye katılanlardan solukluk yakınması olanlarda depresyon analizi olgu sayısının yetersiz oluşu nedeniyle yapılmamıştır.

Tablo 137. İkinci görüşmeye katılanlarda depresyon ile tüm vücutta yaygın ağrı ilişkisi

Tüm vücutta yaygın ağrı2	Depresyon yok		Depresyonu görülme olasılığı var		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Hayır	31	77,5	9	22,5	42	93,0
Evet	3	100,0	-	-	1	7,0
Toplam	34	79,1	9	20,9	43	100,0

İkinci görüşmeye katılanlardan tüm vücutta yaygın ağrı yakınması olanlarda depresyon analizi olgu sayısının yetersiz oluşu nedeniyle yapılmamıştır.

Tablo 138. İkinci görüşmeye katılanlarda depresyon ile cilt yakınmaları ilişkisi

Cilt yakınmaları2	Depresyon yok		Depresyonu görülme olasılığı var		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Hayır	25	78,1	7	21,9	32	74,4
Evet	9	81,8	2	18,2	11	25,6
Toplam	34	79,1	9	20,9	43	100,0

P=1,000 (Fisher's Exact Test)

İkinci görüşmeye katılanlardan cilt yakınmaları olanlarda depresyon %18,2 olarak bulunmuştur. Cilt yakınmaları olanlar ve olmayanlar depresyon

yönünden değerlendirildiğinde yakınması olanlar ile olmayanlar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

Tablo 139. İkinci görüşmeye katılanlarda depresyon ile renk değişiklikleri ilişkisi

Renk değişiklikleri ²	Depresyon yok		Depresyonu görülme olasılığı var		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Hayır	27	79,4	7	20,6	34	79,1
Evet	7	77,8	2	22,2	9	20,9
Toplam	34	79,1	9	20,9	43	100,0

P=1,000 (Fisher's Exact Test)

İkinci görüşmeye katılanlardan ciltte renk değişiklikleri yakınması olanlarda depresyon %22,2 olarak bulunmuştur. Renk değişiklikleri yakınması olanlar ve olmayanlar depresyon yönünden değerlendirildiğinde yakınması olanlar ile olmayanlar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

Tablo 140. İkinci görüşmeye katılanlarda depresyon ile şişlik ilişkisi

Şişlik ²	Depresyon yok		Depresyonu görülme olasılığı var		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Hayır	33	78,6	9	21,4	42	97,7
Evet	1	100,0	-	-	1	2,3
Toplam	34	79,1	9	20,9	43	100,0

İkinci görüşmeye katılanlardan şişlik yakınması olanlarda depresyon analizi olgu sayısının yetersiz oluşu nedeniyle yapılmamıştır.

Tablo 141. İkinci görüşmeye katılanlarda depresyon ile yanık ilişkisi

Yanık ²	Depresyon yok		Depresyonu görülme olasılığı var		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Hayır	34	79,1	9	20,9	43	100,0
Evet	-	-	-	-	-	-
Toplam	34	79,1	9	20,9	43	100,0

İkinci görüşmeye katılanlardan yanık yakınması olan başvuru olmadığı için istatistiksel analiz yapılmamıştır.

Tablo 142. İkinci görüşmeye katılanlarda depresyon ile kaşıntı ilişkisi

Kaşıntı2	Depresyon yok		Depresyonu görülme olasılığı var		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Hayır	31	79,5	8	20,5	39	90,7
Evet	3	75,0	1	25,0	4	9,3
Toplam	34	79,1	9	20,9	43	100,0

P=1,000 (Fisher's Exact Test)

İkinci görüşmeye katılanlardan kaşıntı yakınması olanlarda depresyon %25,0 olarak bulunmuştur. Kaşıntı yakınması olanlar ve olmayanlar depresyon yönünden değerlendirildiğinde yakınması olanlar ile olmayanlar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

Tablo 143. İkinci görüşmeye katılanlarda depresyon ile sıyrık ilişkisi

Sıyrık2	Depresyon yok		Depresyonu görülme olasılığı var		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Hayır	33	78,6	9	21,4	42	97,7
Evet	1	100,0	-	-	1	2,3
Toplam	34	79,1	9	20,9	43	100,0

İkinci görüşmeye katılanlardan sıyrık yakınması olanlarda depresyon analizi olgu sayısının yetersiz oluşu nedeniyle yapılmamıştır.

Tablo 144. İkinci görüşmeye katılanlarda depresyon ile döküntü ilişkisi

Döküntü2	Depresyon yok		Depresyonu görülme olasılığı var		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Hayır	33	78,6	9	21,4	42	97,7
Evet	1	100,0	-	-	1	2,3
Toplam	34	79,1	9	20,9	43	100,0

İkinci görüşmeye katılanlardan döküntü yakınması olanlarda depresyon analizi olgu sayısının yetersiz oluşu nedeniyle yapılmamıştır.

Tablo 145. İkinci görüşmeye katılanlarda depresyon ile travma izi ilişkisi

Travma izi2	Depresyon yok		Depresyonu görülme olasılığı var		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Hayır	33	78,6	9	21,4	42	97,7
Evet	1	100,0	-	-	1	2,3
Toplam	34	79,1	9	20,9	43	100,0

İkinci görüşmeye katılanlardan travma izi olanlarda depresyon analizi olgu sayısının yetersiz oluşu nedeniyle yapılmamıştır.

Tablo 146. İkinci görüşmeye katılanlarda depresyon ile ameliyat izi ilişkisi

Ameliyat izi2	Depresyon yok		Depresyonu görülme olasılığı var		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Hayır	33	78,6	9	21,4	42	97,7
Evet	1	100,0	-	-	1	2,3
Toplam	34	79,1	9	20,9	43	100,0

İkinci görüşmeye katılanlardan ameliyat izi olanlarda depresyon analizi olgu sayısının yetersiz oluşu nedeniyle yapılmamıştır.

Tablo 147. İkinci görüşmeye katılanlarda depresyon ile ortopedik yakınmalar ilişkisi

Ortopedik yakınmalar2	Depresyon yok		Depresyonu görülme olasılığı var		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Hayır	11	73,3	4	26,7	15	34,9
Evet	23	82,1	5	17,9	28	17,9
Toplam	34	79,1	9	20,9	43	100,0

P=0,696 (Fisher's Exact Test)

İkinci görüşmeye katılanlardan Ortopedik yakınmaları olanlarda depresyon %17,9 olarak bulunmuştur. Ortopedik yakınmaları olanlar ve olmayanlar depresyon yönünden değerlendirildiğinde yakınması olanlar ile olmayanlar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

Tablo 148. İkinci görüşmeye katılanlarda depresyon ile bel ağrısı ilişkisi

Bel ağrısı ²	Depresyon yok		Depresyonu görülme olasılığı var		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Hayır	28	75,7	9	24,3	37	86,0
Evet	6	100,0	-	-	6	14,0
Toplam	34	79,1	9	20,9	43	100,0

P=0,315 (Fisher's Exact Test)

İkinci görüşmeye katılanlardan bel ağrısı yakınması olanlarda depresyon yoktur. Bel ağrısı yakınması olanlar ve olmayanlar depresyon yönünden değerlendirildiğinde yakınması olanlar ile olmayanlar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

Tablo 149. İkinci görüşmeye katılanlarda depresyon ile bel-bacak ağrısı ilişkisi

Bel-bacak ağrısı ²	Depresyon yok		Depresyonu görülme olasılığı var		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Hayır	31	83,8	6	16,2	37	86,0
Evet	3	50,0	3	50,0	6	14,0
Toplam	34	79,1	9	20,9	43	100,0

P=0,095 (Fisher's Exact Test)

İkinci görüşmeye katılanlardan bel-bacak ağrısı yakınması olanlarda depresyon %50,0 olarak bulunmuştur. Bel-bacak ağrısı yakınması olanlar ve olmayanlar depresyon yönünden değerlendirildiğinde yakınması olanlar ile olmayanlar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

Tablo 150. İkinci görüşmeye katılanlarda depresyon ile boyun ağrısı ilişkisi

Boyun ağrısı ²	Depresyon yok		Depresyonu görülme olasılığı var		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Hayır	29	76,3	9	23,7	38	88,4
Evet	5	100,0	-	-	5	11,6
Toplam	34	79,1	9	20,9	43	100,0

İkinci görüşmeye katılanlardan boyun ağrısı yakınması olanlarda depresyon analizi olgu sayısının yetersiz oluşu nedeniyle yapılmamıştır.

Tablo 151. İkinci görüşmeye katılanlarda depresyon ile boyun-kol ağrısı ilişkisi

Boyun-kol ağrısı ²	Depresyon yok		Depresyonu görülme olasılığı var		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Hayır	30	81,1	7	18,9	37	86,0
Evet	4	66,7	2	33,3	6	14,0
Toplam	34	79,1	9	20,9	43	100,0

P=0,589 (Fisher's Exact Test)

İkinci görüşmeye katılanlardan boyun-kol ağrısı yakınması olanlarda depresyon %33,3 olarak bulunmuştur. Boyun-kol ağrısı yakınması olanlar ve olmayanlar depresyon yönünden değerlendirildiğinde yakınması olanlar ile olmayanlar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

Tablo 152. İkinci görüşmeye katılanlarda depresyon ile sırt ağrısı ilişkisi

Sırt ağrısı ²	Depresyon yok		Depresyonu görülme olasılığı var		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Hayır	27	75,0	9	25,0	38	83,7
Evet	7	100,0	-	-	7	16,3
Toplam	34	79,1	9	20,9	43	100,0

İkinci görüşmeye katılanlardan sırt ağrısı yakınması olanlarda depresyon analizi olgu sayısının yetersiz oluşu nedeniyle yapılmamıştır.

Tablo 153. İkinci görüşmeye katılanlarda depresyon ile omuz ağrısı ilişkisi

Omuz ağrısı ²	Depresyon yok		Depresyonu görülme olasılığı var		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Hayır	28	75,7	9	24,3	37	86,0
Evet	6	100,0	-	-	6	14,0
Toplam	34	79,1	9	20,9	43	100,0

İkinci görüşmeye katılanlardan omuz ağrısı yakınması olanlarda depresyon analizi olgu sayısının yetersiz oluşu nedeniyle yapılmamıştır.

Tablo 154. İkinci görüşmeye katılanlarda depresyon ile diz ağrısı ilişkisi

Diz ağrısı ²	Depresyon yok		Depresyonu görülme olasılığı var		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Hayır	27	75,0	9	25,0	38	83,7
Evet	7	100,0	-	-		16,3
Toplam	34	79,1	9	20,9	43	100,0

İkinci görüşmeye katılanlardan diz ağrısı yakınması olanlarda depresyon analizi olgu sayısının yetersiz oluşu nedeniyle yapılmamıştır.

Tablo 155. İkinci görüşmeye katılanlarda depresyon ile el-el bileği ağrısı ilişkisi

El-el bileği ağrısı ²	Depresyon yok		Depresyonu görülme olasılığı var		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Hayır	33	78,6	9	21,4	42	97,7
Evet	1	100,0	-	-	1	2,3
Toplam	34	79,1	9	20,9	43	100,0

İkinci görüşmeye katılanlardan el-el bileği ağrısı yakınması olanlarda depresyon analizi olgu sayısının yetersiz oluşu nedeniyle yapılmamıştır.

Tablo 156. İkinci görüşmeye katılanlarda depresyon ile Ayak-ayak bileği ağrısı ilişkisi

Ayak-ayak bileği ağrısı ²	Depresyon yok		Depresyonu görülme olasılığı var		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Hayır	29	76,3	9	23,7	38	88,4
Evet	5	100,0	-	-	5	11,6
Toplam	34	79,1	9	20,9	43	100,0

İkinci görüşmeye katılanlardan ayak-ayak bileği ağrısı yakınması olanlarda depresyon analizi olgu sayısının yetersiz oluşu nedeniyle yapılmamıştır.

Tablo 157. İkinci görüşmeye katılanlarda depresyon ile çene eklemi-yüz ağrısı ilişkisi

Çene eklemi-yüz ağrısı ²	Depresyon yok		Depresyonu görülme olasılığı var		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Hayır	32	78,0	9	22,0	41	95,3
Evet	2	100,0	-	-	2	4,7
Toplam	34	79,1	9	20,9	43	100,0

İkinci görüşmeye katılanlardan çene eklemi-yüz ağrısı yakınması olanlarda depresyon analizi olgu sayısının yetersiz oluşu nedeniyle yapılmamıştır.

Tablo 158. İkinci görüşmeye katılanlarda depresyon ile elde ağrı ve uyuşma-yanma ilişkisi

Elde ağrı ve uyuşma-yanma ²	Depresyon yok		Depresyonu görülme olasılığı var		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Hayır	31	79,5	8	20,5	39	90,7
Evet	3	75,0	1	25,0	4	9,3
Toplam	34	79,1	9	20,9	43	100,0

P=1,000 (Fisher's Exact Test)

İkinci görüşmeye katılanlardan Elde ağrı ve uyuşma-yanma yakınması olanlarda depresyon %25 olarak bulunmuştur. Elde ağrı ve uyuşma-yanma yakınması olanlar ve olmayanlar depresyon yönünden değerlendirildiğinde yakınması olanlar ile olmayanlar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

Tablo 159. İkinci görüşmeye katılanlarda depresyon ile ayakta ağrı ve uyuşma-yanma ilişkisi

Ayakta ağrı ve uyuşma-yanma ²	Depresyon yok		Depresyonu görülme olasılığı var		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Hayır	32	82,1	7	17,9	39	90,7
Evet	2	50,0	2	50,0	4	9,3
Toplam	34	79,1	9	20,9	43	100,0

P=0,188 (Fisher's Exact Test)

İkinci görüşmeye katılanlardan ayakta ağrı ve uyuşma-yanma yakınması olanlarda depresyon %50,0 olarak bulunmuştur. Ayakta ağrı ve uyuşma-

yanma yakınması olanlar ve olmayanlar depresyon yönünden değerlendirildiğinde yakınması olanlar ile olmayanlar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

Tablo 160. İkinci görüşmeye katılanlarda depresyon ile eklem hareket kısıtlılığı ilişkisi

Eklem hareket kısıtlılığı ²	Depresyon yok		Depresyonu görülme olasılığı var		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Hayır	31	79,5	8	20,5	39	90,7
Evet	3	75,0	1	25,0	4	9,3
Toplam	34	79,1	9	20,9	43	100,0

P=1,000 (Fisher's Exact Test)

İkinci görüşmeye katılanlardan eklem hareket kısıtlılığı yakınması olanlarda depresyon %25,0 olarak bulunmuştur. Eklem hareket kısıtlılığı yakınması olanlar ve olmayanlar depresyon yönünden değerlendirildiğinde yakınması olanlar ile olmayanlar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

Tablo 161. İkinci görüşmeye katılanlarda depresyon ile eklem şişliği ilişkisi

Eklem şişliği ²	Depresyon yok		Depresyonu görülme olasılığı var		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Hayır	33	80,5	8	19,5	41	95,3
Evet	1	50,0	1	50,0	2	4,7
Toplam	34	79,1	9	20,9	43	100,0

P=0,379 (Fisher's Exact Test)

İkinci görüşmeye katılanlardan eklem şişliği yakınması olanlarda depresyon %50,0 olarak bulunmuştur. Eklem şişliği yakınması olanlar ve olmayanlar depresyon yönünden değerlendirildiğinde yakınması olanlar ile olmayanlar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

Tablo 162. İkinci görüşmeye katılanlarda depresyon ile eklemde krepitasyon ilişkisi

Eklemde krepitasyon2	Depresyon yok		Depresyonu görülme olasılığı var		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Hayır	33	78,6	9	21,4	42	97,7
Evet	1	100,0	-	-	1	2,3
Toplam	34	79,1	9	20,9	43	100,0

İkinci görüşmeye katılanlardan eklemde krepitasyon yakınması olanlarda depresyon analizi olgu sayısının yetersiz oluşu nedeniyle yapılmamıştır.

Tablo 163. İkinci görüşmeye katılanlarda depresyon ile Kemik, eklem şekil bozukluğu ilişkisi

Kemik, eklem şekil bozukluğu2	Depresyon yok		Depresyonu görülme olasılığı var		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Hayır	33	78,6	9	21,4	42	97,7
Evet	1	100,0	-	-	1	2,3
Toplam	34	79,1	9	20,9	43	100,0

İkinci görüşmeye katılanlardan kemik, eklem şekil bozukluğu yakınması olanlarda depresyon analizi olgu sayısının yetersiz oluşu nedeniyle yapılmamıştır.

Tablo 164. İkinci görüşmeye katılanlarda depresyon ile duruş bozukluğu ve omurgada eğrilik ilişkisi

Duruş bzk. ve omurgada eğrilik2	Depresyon yok		Depresyonu görülme olasılığı var		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Hayır	34	79,1	9	20,9	43	100,0
Evet	-	-	-	-	-	-
Toplam	34	79,1	9	20,9	43	100,0

İkinci görüşmeye katılanlardan duruş bozukluğu ve omurgada eğrilik yakınması olan başvuru bulunmadığından istatistiksel analiz yapılmamıştır.

Tablo 165. İkinci görüşmeye katılanlarda depresyon ile nörolojik yakınmalar ilişkisi

Nörolojik yakınmalar ²	Depresyon yok		Depresyonu görülme olasılığı var		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Hayır	17	81,0	4	19,0	21	48,8
Evet	17	77,3	5	22,7	22	51,2
Toplam	34	79,1	9	20,9	43	100,0

P=1,000 (Fisher's Exact Test)

İkinci görüşmeye katılanlardan nörolojik yakınmaları olanlarda depresyon %22,7 olarak bulunmuştur. Nörolojik yakınmaları olanlar ve olmayanlar depresyon yönünden değerlendirildiğinde yakınması olanlar ile olmayanlar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

Tablo 166. İkinci görüşmeye katılanlarda depresyon ile baş ağrısı ilişkisi

Baş ağrısı ²	Depresyon yok		Depresyonu görülme olasılığı var		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Hayır	29	74,1	7	25,9	27	62,8
Evet	4	87,5	2	12,5	6	37,2
Toplam	34	79,1	9	20,9	43	100,0

P=0,446 (Fisher's Exact Test)

İkinci görüşmeye katılanlardan baş ağrısı yakınması olanlarda depresyon %12,5 olarak bulunmuştur. Baş ağrısı yakınması olanlar ve olmayanlar depresyon yönünden değerlendirildiğinde yakınması olanlar ile olmayanlar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

Tablo 167. İkinci görüşmeye katılanlarda depresyon ile baş dönmesi ilişkisi

Baş dönmesi ²	Depresyon yok		Depresyonu görülme olasılığı var		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Hayır	31	79,5	8	20,5	39	90,7
Evet	3	75,0	1	25,0	4	9,3
Toplam	34	79,1	9	20,9	43	100,0

P=1,000 (Fisher's Exact Test)

İkinci görüşmeye katılanlardan baş dönmesi yakınması olanlarda depresyon %25,0 olarak bulunmuştur. Baş dönmesi yakınması olanlar ve olmayanlar depresyon yönünden değerlendirildiğinde yakınması olanlar ile olmayanlar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

Tablo 168. İkinci görüşmeye katılanlarda depresyon ile dengesizlik ilişkisi

Dengesizlik2	Depresyon yok		Depresyonu görülme olasılığı var		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Hayır	33	84,6	6	15,4	39	90,7
Evet	1	25,0	3	75,0	4	9,3
Toplam	34	79,1	9	20,9	43	100,0

P=0,024 (Fisher's Exact Test)

İkinci görüşmeye katılanlardan dengesizlik yakınması olanlarda depresyon %75,0 olarak bulunmuştur. Dengesizlik yakınması olanlar ve olmayanlar depresyon yönünden değerlendirildiğinde yakınması olanlar ile olmayanlar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır.

Tablo 169. İkinci görüşmeye katılanlarda depresyon ile uyuşma, karıncalanma ilişkisi

Uyuşma, karıncalanma2	Depresyon yok		Depresyonu görülme olasılığı var		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Hayır	30	78,9	8	21,1	38	88,4
Evet	4	80,0	1	20,0	5	11,6
Toplam	34	79,1	9	20,9	43	100,0

P=1,000 (Fisher's Exact Test)

İkinci görüşmeye katılanlardan uyuşma, karıncalanma yakınması olanlarda depresyon %20,0 olarak bulunmuştur. Uyuşma, karıncalanma yakınması olanlar ve olmayanlar depresyon yönünden değerlendirildiğinde yakınması olanlar ile olmayanlar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

Tablo 170. İkinci görüşmeye katılanlarda depresyon ile hissizlik ilişkisi

Hissizlik2	Depresyon yok		Depresyonu görülme olasılığı var		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Hayır	34	79,1	9	20,9	43	100,0
Evet	-	-	-	-	-	-
Toplam	34	79,1	9	20,9	43	100,0

İkinci görüşmeye katılanlardan hissizlik yakınması olan başvuru bulunmadığından istatistiksel analiz yapılmamıştır.

Tablo 171. İkinci görüşmeye katılanlarda depresyon ile unutkanlık ilişkisi

Unutkanlık2	Depresyon yok		Depresyonu görülme olasılığı var		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Hayır	32	78,0	9	22,0	41	95,3
Evet	2	100,0	-	-	2	4,7
Toplam	34	79,1	9	20,9	43	100,0

İkinci görüşmeye katılanlardan unutkanlık yakınması olanlarda depresyon analizi olgu sayısının yetersiz oluşu nedeniyle yapılmamıştır.

Tablo 172. İkinci görüşmeye katılanlarda depresyon ile konuşma bozukluğu ilişkisi

Konuşma bozukluğu2	Depresyon yok		Depresyonu görülme olasılığı var		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Hayır	33	78,6	9	21,4	42	97,7
Evet	1	100,0	-	-	1	2,3
Toplam	34	79,1	9	20,9	43	100,0

İkinci görüşmeye katılanlardan konuşma bozukluğu yakınması olanlarda depresyon analizi olgu sayısının yetersiz oluşu nedeniyle yapılmamıştır.

Tablo 173. İkinci görüşmeye katılanlarda depresyon ile kuvvet kaybı ilişkisi

Kuvvet kaybı2	Depresyon yok		Depresyonu görülme olasılığı var		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Hayır	33	78,6	9	21,4	42	97,7
Evet	1	100,0	-	-	1	2,3
Toplam	34	79,1	9	20,9	43	100,0

İkinci görüşmeye katılanlardan kuvvet kaybı yakınması olanlarda depresyon analizi olgu sayısının yetersiz oluşu nedeniyle yapılmamıştır.

Tablo 174. İkinci görüşmeye katılanlarda depresyon ile bayılma ilişkisi

Bayılma2	Depresyon yok		Depresyonu görülme olasılığı var		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Hayır	34	79,1	9	20,9	43	100,0
Evet	-	-	-	-	-	-
Toplam	34	79,1	9	20,9	43	100,0

İkinci görüşmeye katılanlardan bayılma yakınması olan başvuru bulunmadığından istatistiksel analiz yapılmamıştır.

Tablo 175. İkinci görüşmeye katılanlarda depresyon ile kasılma ilişkisi

Kasılma2	Depresyon yok		Depresyonu görülme olasılığı var		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Hayır	34	79,1	9	20,9	43	100,0
Evet	-	-	-	-	-	-
Toplam	34	79,1	9	20,9	43	100,0

İkinci görüşmeye katılanlardan kasılma yakınması olan başvuru bulunmadığından istatistiksel analiz yapılmamıştır.

Tablo 176. İkinci görüşmeye katılanlarda depresyon ile titreme ilişkisi

Titreme2	Depresyon yok		Depresyonu görülme olasılığı var		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Hayır	33	78,6	9	21,4	42	97,7
Evet	1	100,0	-	-	1	2,3
Toplam	34	79,1	9	20,9	43	100,0

İkinci görüşmeye katılanlardan titreme yakınması olanlarda depresyon analizi olgu sayısının yetersiz oluşu nedeniyle yapılmamıştır.

Tablo 177. İkinci görüşmeye katılanlarda depresyon ile kardiyovasküler sistem yakınmaları ilişkisi

KVS yakınmaları2	Depresyon yok		Depresyonu görülme olasılığı var		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Hayır	25	75,8	8	24,2	33	76,7
Evet	9	26,5	1	11,1	10	23,3
Toplam	34	79,1	9	20,9	43	100,0

P=0,659 (Fisher's Exact Test)

İkinci görüşmeye katılanlardan kardiyovasküler sistem yakınmaları olanlarda depresyon %11,1 olarak bulunmuştur. Kardiyovasküler sistem yakınması olanlar ve olmayanlar depresyon yönünden değerlendirildiğinde yakınması olanlar ile olmayanlar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

Tablo 178. İkinci görüşmeye katılanlarda depresyon ile çarpıntı ilişkisi

Çarpıntı2	Depresyon yok		Depresyonu görülme olasılığı var		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Hayır	28	77,8	8	22,2	36	83,7
Evet	6	85,7	1	14,3	7	16,3
Toplam	34	79,1	9	20,9	43	100,0

P=1,000 (Fisher's Exact Test)

İkinci görüşmeye katılanlardan çarpıntı yakınması olanlarda depresyon %14,3 olarak bulunmuştur. Çarpıntı yakınması olanlar ve olmayanlar depresyon yönünden değerlendirildiğinde yakınması olanlar ile olmayanlar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

Tablo 179. İkinci görüşmeye katılanlarda depresyon ile precordial göğüs ağrısı ilişkisi

Precordial göğüs ağrısı ²	Depresyon yok		Depresyonu görülme olasılığı var		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Hayır	31	77,5	9	22,5	40	93,0
Evet	3	100,0	-	-	3	7,0
Toplam	34	79,1	9	20,9	43	100,0

İkinci görüşmeye katılanlardan precordial göğüs ağrısı yakınması olanlarda depresyon analizi olgu sayısının yetersiz oluşu nedeniyle yapılmamıştır.

Tablo 180. İkinci görüşmeye katılanlarda depresyon ile hipertansiyon ilişkisi

Hipertansiyon ²	Depresyon yok		Depresyonu görülme olasılığı var		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Hayır	33	78,6	9	21,4	42	97,7
Evet	1	100,0	-	-	1	2,3
Toplam	34	79,1	9	20,9	43	100,0

İkinci görüşmeye katılanlardan hipertansiyon yakınması olanlarda depresyon analizi olgu sayısının yetersiz oluşu nedeniyle yapılmamıştır.

Tablo 181. İkinci görüşmeye katılanlarda depresyon ile kol ya da bacaklarda şişlik ilişkisi

Kol ya da bacaklarda şişlik ²	Depresyon yok		Depresyonu görülme olasılığı var		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Hayır	33	78,6	9	21,4	42	97,7
Evet	1	100,0	-	-	1	2,3
Toplam	34	79,1	9	20,9	43	100,0

İkinci görüşmeye katılanlardan kol ya da bacaklarda şişlik yakınması olanlarda depresyon analizi olgu sayısının yetersiz oluşu nedeniyle yapılmamıştır.

Tablo 182. İkinci görüşmeye katılanlarda depresyon ile solunum sistemi yakınmaları ilişkisi

Solunum sistemi yakınmaları ²	Depresyon yok		Depresyonu görülme olasılığı var		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Hayır	27	79,4	7	20,6	34	79,1
Evet	7	77,8	2	22,2	9	20,9
Toplam	34	79,1	9	20,9	43	100,0

P=1,000 (Fisher's Exact Test)

İkinci görüşmeye katılanlardan solunum sistemi yakınmaları olanlarda depresyon %22,2 olarak bulunmuştur. Solunum sistemi yakınmaları olanlar ve olmayanlar depresyon yönünden değerlendirildiğinde yakınması olanlar ile olmayanlar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

Tablo 183. İkinci görüşmeye katılanlarda depresyon ile solunum sistemine ait göğüs-sırt ağrısı ilişkisi

Göğüs-sırt ağrısı ²	Depresyon yok		Depresyonu görülme olasılığı var		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Hayır	32	80,0	8	20,0	40	93,0
Evet	2	66,7	1	33,3	3	7,0
Toplam	34	79,1	9	20,9	43	100,0

P=0,515 (Fisher's Exact Test)

İkinci görüşmeye katılanlardan göğüs-sırt ağrısı yakınması olanlarda depresyon %33,3 olarak bulunmuştur. Göğüs-sırt ağrısı yakınması olanlar ve olmayanlar depresyon yönünden değerlendirildiğinde yakınması olanlar ile olmayanlar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

Tablo 184. İkinci görüşmeye katılanlarda depresyon ile öksürük ilişkisi

Öksürük ²	Depresyon yok		Depresyonu görülme olasılığı var		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Hayır	32	80,0	8	20,0	40	93,0
Evet	2	66,7	1	33,3	3	7,0
Toplam	34	79,1	9	20,9	43	100,0

P=0,515 (Fisher's Exact Test)

İkinci görüşmeye katılanlardan öksürük yakınması olanlarda depresyon %33,3 olarak bulunmuştur. Öksürük yakınması olanlar ve olmayanlar

depresyon yönünden değerlendirildiğinde yakınması olanlar ile olmayanlar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

Tablo 185. İkinci görüşmeye katılanlarda depresyon ile balgam ilişkisi

Balgam ²	Depresyon yok		Depresyonu görülme olasılığı var		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Hayır	31	77,5	9	22,5	40	90,7
Evet	3	100,0	-	-	3	9,3
Toplam	34	79,1	9	20,9	43	100,0

İkinci görüşmeye katılanlardan balgam yakınması olanlarda depresyon analizi olgu sayısının yetersiz oluşu nedeniyle yapılmamıştır.

Tablo 186. İkinci görüşmeye katılanlarda depresyon ile nefes darlığı ilişkisi

Nefes darlığı ²	Depresyon yok		Depresyonu görülme olasılığı var		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Hayır	30	81,1	7	18,9	37	86,0
Evet	4	66,7	2	33,3	6	14,0
Toplam	34	79,1	9	20,9	43	100,0

P=0,589 (Fisher's Exact Test)

İkinci görüşmeye katılanlardan nefes darlığı yakınması olanlarda depresyon %33,3 olarak bulunmuştur. Nefes darlığı yakınması olanlar ve olmayanlar depresyon yönünden değerlendirildiğinde yakınması olanlar ile olmayanlar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

Tablo 187. İkinci görüşmeye katılanlarda depresyon ile GİS yakınmaları ilişkisi

GİS yakınmaları ²	Depresyon yok		Depresyonu görülme olasılığı var		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Hayır	19	79,2	5	20,8	24	55,8
Evet	15	78,9	4	21,1	19	44,2
Toplam	34	79,1	9	20,9	43	100,0

P=1,000 (Fisher's Exact Test)

İkinci görüşmeye katılanlardan gastrointestinal sistem yakınmaları olanlarda depresyon %21,1 olarak bulunmuştur. gastrointestinal sistem yakınmaları olanlar ve olmayanlar depresyon yönünden değerlendirildiğinde yakınması olanlar ile olmayanlar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

Tablo 188. İkinci görüşmeye katılanlarda depresyon ile mide, karın ağrısı ilişkisi

Mide, karın ağrısı ²	Depresyon yok		Depresyonu görülme olasılığı var		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Hayır	25	83,3	5	16,7	30	69,8
Evet	9	69,2	4	30,8	13	30,2
Toplam	34	79,1	9	20,9	43	100,0

P=0,417 (Fisher's Exact Test)

İkinci görüşmeye katılanlardan mide, karın ağrısı yakınması olanlarda depresyon %30,8 olarak bulunmuştur. Mide, karın ağrısı yakınması olanlar ve olmayanlar depresyon yönünden değerlendirildiğinde yakınması olanlar ile olmayanlar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

Tablo 189. İkinci görüşmeye katılanlarda depresyon ile bulantı ilişkisi

Bulantı ²	Depresyon yok		Depresyonu görülme olasılığı var		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Hayır	31	79,5	8	20,5	39	90,7
Evet	3	75,0	1	25,0	4	9,3
Toplam	34	79,1	9	20,9	43	100,0

P=1,000 (Fisher's Exact Test)

İkinci görüşmeye katılanlardan bulantı yakınması olanlarda depresyon %25 olarak bulunmuştur. Bulantı yakınması olanlar ve olmayanlar depresyon yönünden değerlendirildiğinde yakınması olanlar ile olmayanlar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

Tablo 190. İkinci görüşmeye katılanlarda depresyon ile kusma ilişkisi

Kusma2	Depresyon yok		Depresyonu görülme olasılığı var		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Hayır	31	77,5	9	22,5	40	90,7
Evet	3	100,0	-	-	3	9,3
Toplam	34	79,1	9	20,9	43	100,0

İkinci görüşmeye katılanlardan kusma yakınması olanlarda depresyon analizi olgu sayısının yetersiz oluşu nedeniyle yapılmamıştır.

Tablo 191. İkinci görüşmeye katılanlarda depresyon ile hazımsızlık, şişkinlik ilişkisi

Hazımsızlık, şişkinlik2	Depresyon yok		Depresyonu görülme olasılığı var		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Hayır	27	81,8	6	18,2	33	76,7
Evet	7	70,0	3	30,0	10	23,3
Toplam	34	79,1	9	20,9	43	100,0

P=0,413 (Fisher's Exact Test)

İkinci görüşmeye katılanlardan hazımsızlık, şişkinlik yakınması olanlarda depresyon %30,0 olarak bulunmuştur. Hazımsızlık, şişkinlik yakınması olanlar ve olmayanlar depresyon yönünden değerlendirildiğinde yakınması olanlar ile olmayanlar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

Tablo 192. İkinci görüşmeye katılanlarda depresyon ile ishal ilişkisi

İshal2	Depresyon yok		Depresyonu görülme olasılığı var		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Hayır	33	80,5	8	19,5	41	95,3
Evet	1	50,0	1	50,0	2	4,7
Toplam	34	79,1	9	20,9	43	100,0

P=0,379 (Fisher's Exact Test)

İkinci görüşmeye katılanlardan ishal yakınması olanlarda depresyon %50,0 olarak bulunmuştur. İshal yakınması olanlar ve olmayanlar depresyon yönünden değerlendirildiğinde yakınması olanlar ile olmayanlar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

Tablo 193. İkinci görüşmeye katılanlarda depresyon ile kabızlık ilişkisi

Kabızlık2	Depresyon yok		Depresyonu görülme olasılığı var		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Hayır	30	83,3	6	16,7	36	83,7
Evet	4	57,1	3	42,9	7	16,3
Toplam	34	79,1	9	20,9	43	100,0

P=0,147 (Fisher's Exact Test)

İkinci görüşmeye katılanlardan kabızlık yakınması olanlarda depresyon %42,9 olarak bulunmuştur. Kabızlık yakınması olanlar ve olmayanlar depresyon yönünden değerlendirildiğinde yakınması olanlar ile olmayanlar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

Tablo 194. İkinci görüşmeye katılanlarda depresyon ile regurjitasyon ilişkisi

Regurjitasyon2	Depresyon yok		Depresyonu görülme olasılığı var		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Hayır	32	86,5	5	13,5	37	86,0
Evet	2	33,3	4	66,7	6	14,0
Toplam	34	79,1	9	20,9	43	100,0

P=0,012 (Fisher's Exact Test)

İkinci görüşmeye katılanlardan regurjitasyon yakınması olanlarda depresyon %66,7 olarak bulunmuştur. Regurjitasyon yakınması olanlar ve olmayanlar depresyon yönünden değerlendirildiğinde yakınması olanlar ile olmayanlar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

Tablo 195. İkinci görüşmeye katılanlarda depresyon ile melena ilişkisi

Melena2	Depresyon yok		Depresyonu görülme olasılığı var		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Hayır	33	78,6	9	21,4	42	97,7
Evet	1	100,0	-	-	1	2,3
Toplam	34	79,1	9	20,9	43	100,0

İkinci görüşmeye katılanlardan melena yakınması olanlarda depresyon analizi olgu sayısının yetersiz oluşu nedeniyle yapılmamıştır.

Tablo 196. İkinci görüşmeye katılanlarda depresyon ile hemoroid/ makat kanaması ilişkisi

Hemoroid/ makat kanaması ²	Depresyon yok		Depresyonu görülme olasılığı var		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Hayır	27	77,1	8	22,9	35	81,4
Evet	7	87,5	1	12,5	8	18,6
Toplam	34	79,1	9	20,9	43	100,0

P=1,000 (Fisher's Exact Test)

İkinci görüşmeye katılanlardan hemoroid/ makat kanaması yakınması olanlarda depresyon %12,5 olarak bulunmuştur. Hemoroid/ makat kanaması yakınması olanlar ve olmayanlar depresyon yönünden değerlendirildiğinde yakınması olanlar ile olmayanlar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

Tablo 197. İkinci görüşmeye katılanlarda depresyon ile makat ağrısı-kaşıntısı ilişkisi

Makat ağrısı- kaşıntısı ²	Depresyon yok		Depresyonu görülme olasılığı var		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Hayır	31	79,5	8	20,5	39	90,7
Evet	3	75,0	1	25,0	4	9,3
Toplam	34	79,1	9	20,9	43	100,0

P=1,000 (Fisher's Exact Test)

İkinci görüşmeye katılanlardan makat ağrısı-kaşıntısı yakınması olanlarda depresyon %25,0 olarak bulunmuştur. Makat ağrısı-kaşıntısı yakınması olanlar ve olmayanlar depresyon yönünden değerlendirildiğinde yakınması olanlar ile olmayanlar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

Tablo 198. İkinci görüşmeye katılanlarda depresyon ile endokrin yakınmaları ilişkisi

Endokrin yakınmaları ²	Depresyon yok		Depresyonu görülme olasılığı var		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Hayır	31	77,5	9	22,5	40	90,7
Evet	3	100,0	-	-	3	9,3
Toplam	34	79,1	9	20,9	43	100,0

İkinci görüşmeye katılanlardan endokrin yakınmaları olanlarda depresyon analizi olgu sayısının yetersiz oluşu nedeniyle yapılmamıştır.

Tablo 199. İkinci görüşmeye katılanlarda depresyon ile sıcak-soğuk intoleransı ilişkisi

Sıcak-soğuk intoleransı ²	Depresyon yok		Depresyonu görülme olasılığı var		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Hayır	33	78,6	9	21,4	42	97,7
Evet	1	100,0	-	-	1	2,3
Toplam	34	79,1	9	20,9	43	100,0

İkinci görüşmeye katılanlardan sıcak-soğuk intoleransı yakınması olanlarda depresyon analizi olgu sayısının yetersiz oluşu nedeniyle yapılmamıştır.

Tablo 200. İkinci görüşmeye katılanlarda depresyon ile tüylenme-kıllanma ilişkisi

Tüylenme-kıllanma ²	Depresyon yok		Depresyonu görülme olasılığı var		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Hayır	33	78,6	9	21,4	42	97,7
Evet	1	100,0	-	-	1	2,3
Toplam	34	79,1	9	20,9	43	100,0

İkinci görüşmeye katılanlardan tüylenme- kıllanma yakınması olanlarda depresyon analizi olgu sayısının yetersiz oluşu nedeniyle yapılmamıştır.

Tablo 201. İkinci görüşmeye katılanlarda depresyon ile meme yakınmaları ilişkisi

Meme şikayetleri ²	Depresyon yok		Depresyonu görülme olasılığı var		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Hayır	33	78,6	9	21,4	42	97,7
Evet	1	100,0	-	-	1	2,3
Toplam	34	79,1	9	20,9	43	100,0

İkinci görüşmeye katılanlardan meme şikâyetleri olanlarda depresyon analizi olgu sayısının yetersiz oluşu nedeniyle yapılmamıştır.

Tablo 202. İkinci görüşmeye katılanlarda depresyon ile ürogenital yakınmalar ilişkisi

Ürogenital yakınmalar ²	Depresyon yok		Depresyonu görülme olasılığı var		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Hayır	18	78,3	5	21,7	23	53,5
Evet	16	80,0	4	20,0	20	46,5
Toplam	34	79,1	9	20,9	43	100,0

P=1,000 (Fisher's Exact Test)

İkinci görüşmeye katılanlardan ürogenital yakınmaları olanlarda depresyon %20,0 olarak bulunmuştur. Ürogenital yakınmaları olanlar ve olmayanlar depresyon yönünden değerlendirildiğinde yakınması olanlar ile olmayanlar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

Tablo 203. İkinci görüşmeye katılanlarda depresyon ile sık idrar ilişkisi

Sık idrar ²	Depresyon yok		Depresyonu görülme olasılığı var		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Hayır	27	81,8	6	18,2	33	76,7
Evet	7	70,0	3	30,0	10	23,3
Toplam	34	79,1	9	20,9	43	100,0

P=0,413 (Fisher's Exact Test)

İkinci görüşmeye katılanlardan sık idrar yakınması olanlarda depresyon %30,0 olarak bulunmuştur. Sık idrar yakınması olanlar ve olmayanlar depresyon yönünden değerlendirildiğinde yakınması olanlar ile olmayanlar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

Tablo 204. İkinci görüşmeye katılanlarda depresyon ile idrarda yanma, ağrı, çatallanma ilişkisi

İdrarda yanma, ağrı, çatallanma ²	Depresyon yok		Depresyonu görülme olasılığı var		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Hayır	28	82,4	6	17,6	34	79,1
Evet	6	66,7	3	33,3	9	20,9
Toplam	34	79,1	9	20,9	43	100,0

P=0,367 (Fisher's Exact Test)

İkinci görüşmeye katılanlardan idrarda yanma, ağrı, çatallanma yakınması olanlarda depresyon %33,3 olarak bulunmuştur. İdrarda yanma, ağrı, çatallanma yakınması olanlar ve olmayanlar depresyon yönünden değerlendirildiğinde yakınması olanlar ile olmayanlar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

Tablo 205. İkinci görüşmeye katılanlarda depresyon ile hematüri ilişkisi

Hematüri ²	Depresyon yok		Depresyonu görülme olasılığı var		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Hayır	34	81,0	8	19,0	42	97,7
Evet	-	-	1	100,0	1	2,3
Toplam	34	79,1	9	20,9	43	100,0

İkinci görüşmeye katılanlardan hematüri yakınması olanlarda depresyon analizi olgu sayısının yetersiz oluşu nedeniyle yapılmamıştır.

Tablo 206. İkinci görüşmeye katılanlarda depresyon ile yan ağrısı ilişkisi

Yan ağrısı ²	Depresyon yok		Depresyonu görülme olasılığı var		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Hayır	32	84,2	6	15,8	38	88,4
Evet	2	40,0	3	60,0	5	11,6
Toplam	34	79,1	9	20,9	43	100,0

P=0,054 (Fisher's Exact Test)

İkinci görüşmeye katılanlardan yan ağrısı yakınması olanlarda depresyon %60,0 olarak bulunmuştur. Yan ağrısı yakınması olanlar ve olmayanlar

depresyon yönünden değerlendirildiğinde yakınması olanlar ile olmayanlar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

Tablo 207. İkinci görüşmeye katılanlarda depresyon ile akıntı ilişkisi

Akıntı2	Depresyon yok		Depresyonu görülme olasılığı var		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Hayır	29	78,4	8	21,6	37	86,0
Evet	5	83,3	1	16,7	6	14,0
Toplam	34	79,1	9	20,9	43	100,0

P=1,000 (Fisher's Exact Test)

İkinci görüşmeye katılanlardan akıntı yakınması olanlarda depresyon %16,7 olarak bulunmuştur. Akıntı yakınması olanlar ve olmayanlar depresyon yönünden değerlendirildiğinde yakınması olanlar ile olmayanlar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

Tablo 208. İkinci görüşmeye katılanlarda depresyon ile amenore ilişkisi

Amenore2	Depresyon yok		Depresyonu görülme olasılığı var		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Hayır	9	90,0	1	10,0	10	100,0
Evet	-	-	-	-	-	-
Toplam	10	100,0	-	-	10	100,0

İkinci görüşmeye katılanlardan amenore yakınması olan başvuru bulunmadığından istatistiksel analiz yapılmamıştır.

Tablo 209. İkinci görüşmeye katılanlarda depresyon ile dismenore ilişkisi

Dismenore2	Depresyon yok		Depresyonu görülme olasılığı var		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Hayır	7	87,5	1	12,5	8	80,0
Evet	2	100,0	-	-	2	20,0
Toplam	9	90,0	1	10,0	10	100,0

İkinci görüşmeye katılanlardan dismenore yakınması olanlarda depresyon analizi olgu sayısının yetersiz oluşu nedeniyle yapılmamıştır.

Tablo 210. İkinci görüşmeye katılanlarda depresyon ile erektil disfonksiyon ilişkisi

Erektil disfonksiyon ²	Depresyon yok		Depresyonu görülme olasılığı var		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Hayır	24	77,4	7	22,6	31	93,9
Evet	1	50,0	1	50,0	2	6,1
Toplam	25	75,8	8	24,2	33	100,0

P=0,432 (Fisher's Exact Test)

İkinci görüşmeye katılanlardan erektil disfonksiyon yakınması olanlarda depresyon %50,0 olarak bulunmuştur. Erektil disfonksiyon yakınması olanlar ve olmayanlar depresyon yönünden değerlendirildiğinde yakınması olanlar ile olmayanlar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

Tablo 211. İkinci görüşmeye katılanlarda depresyon ile testislerde renk değişikliği ilişkisi

Testislerde renk değişikliği ²	Depresyon yok		Depresyonu görülme olasılığı var		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Hayır	23	79,3	6	20,7	29	87,9
Evet	2	50,0	2	50,0	4	12,1
Toplam	25	75,8	8	24,2	33	100,0

P=0,241 (Fisher's Exact Test)

İkinci görüşmeye katılanlardan testislerde renk değişikliği yakınması olanlarda depresyon %50,0 olarak bulunmuştur. Testislerde renk değişikliği yakınması olanlar ve olmayanlar depresyon yönünden değerlendirildiğinde yakınması olanlar ile olmayanlar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

Tablo 212. İkinci görüşmeye katılanlarda depresyon ile kasıkta şişlik ilişkisi

Kasıkta şişlik ²	Depresyon yok		Depresyonu görülme olasılığı var		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Hayır	33	80,5	8	19,5	41	95,3
Evet	1	50,0	1	50,0	2	4,7
Toplam	34	79,1	9	20,9	43	100,0

P=0,379 (Fisher's Exact Test)

İkinci görüşmeye katılanlardan kasıkta şişlik yakınması olanlarda depresyon %50,0 olarak bulunmuştur. Kasıkta şişlik yakınması olanlar ve olmayanlar depresyon yönünden değerlendirildiğinde yakınması olanlar ile olmayanlar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

İkinci görüşmeye katılanlardan göz yakınmaları olanlarda depresyon %26,7 olarak bulunmuştur. Göz yakınmaları olanlar ve olmayanlar depresyon yönünden değerlendirildiğinde yakınması olanlar ile olmayanlar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (Tablo 214).

Tablo 213. İkinci görüşmeye katılanlarda depresyon ile göz yakınmaları ilişkisi

Göz yakınmaları ²	Depresyon yok		Depresyonu görülme olasılığı var		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Hayır	23	82,1	5	17,9	28	65,1
Evet	11	73,3	4	26,7	15	34,9
Toplam	34	79,1	9	20,9	43	100,0

P=0,696 (Fisher's Exact Test)

Tablo 214. İkinci görüşmeye katılanlarda depresyon ile görme bozukluğu ilişkisi

Görme bozukluğu ²	Depresyon yok		Depresyonu görülme olasılığı var		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Hayır	28	82,4	6	17,6	34	79,1
Evet	6	66,7	3	33,3	9	20,9
Toplam	34	79,1	9	20,9	43	100,0

X²= P=0,367 (Fisher's Exact Test)

İkinci görüşmeye katılanlardan görme bozukluğu yakınması olanlarda depresyon %33,3 olarak bulunmuştur. Görme bozukluğu yakınması olanlar ve olmayanlar depresyon yönünden değerlendirildiğinde yakınması olanlar ile olmayanlar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

Tablo 215. İkinci görüşmeye katılanlarda depresyon ile göz ağrısı ilişkisi

Göz ağrısı ²	Depresyon yok		Depresyonu görülme olasılığı var		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Hayır	34	82,9	7	17,1	41	95,3
Evet	-	-	2	100,0	2	4,7
Toplam	34	79,1	9	20,9	43	100,0

İkinci görüşmeye katılanlardan göz ağrısı yakınması olanlarda depresyon analizi olgu sayısının yetersiz oluşu nedeniyle yapılmamıştır (Tablo 215, 216, 217, 218, 219).

Tablo 216. İkinci görüşmeye katılanlarda depresyon ile çift görme ilişkisi

Çift görme ²	Depresyon yok		Depresyonu görülme olasılığı var		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Hayır	34	81,0	8	19,0	42	97,7
Evet	-	-	1	100,0	2	2,3
Toplam	34	79,1	9	20,9	43	100,0

Tablo 217. İkinci görüşmeye katılanlarda depresyon ile ışığa hassasiyet ilişkisi

Işığa hassasiyet ²	Depresyon yok		Depresyonu görülme olasılığı var		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Hayır	34	81,0	8	19,0	42	97,7
Evet	-	-	1	100,0	2	2,3
Toplam	34	79,1	9	20,9	43	100,0

Tablo 218. İkinci görüşmeye katılanlarda depresyon ile bakış kısıtlılığı ilişkisi

Bakış kısıtlılığı ²	Depresyon yok		Depresyonu görülme olasılığı var		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Hayır	34	81,0	8	19,0	42	97,7
Evet	-	-	1	100,0	2	2,3
Toplam	34	79,1	9	20,9	43	100,0

Tablo 219. İkinci görüşmeye katılanlarda depresyon ile gece körlüğü ilişkisi

Gece körlüğü ²	Depresyon yok		Depresyonu görülme olasılığı var		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Hayır	34	81,0	8	19,0	42	97,7
Evet	-	-	1	100,0	2	2,3
Toplam	34	79,1	9	20,9	43	100,0

Tablo 220. İkinci görüşmeye katılanlarda depresyon ile gözde yaşarma, sulanma ilişkisi

Gözde yaşarma, sulanma ²	Depresyon yok		Depresyonu görülme olasılığı var		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Hayır	28	82,4	6	17,6	34	79,1
Evet	6	66,7	3	33,3	9	20,9
Toplam	34	79,1	9	20,9	43	100,0

$X^2=$ P=0,367 (Fisher's Exact Test)

İkinci görüşmeye katılanlardan gözde yaşarma, sulanma yakınması olanlarda depresyon %33,3 olarak bulunmuştur. Gözde yaşarma, sulanma yakınması olanlar ve olmayanlar depresyon yönünden değerlendirildiğinde yakınması olanlar ile olmayanlar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

Tablo 221. İkinci görüşmeye katılanlarda depresyon ile gözde kızarıklık, kaşıntı ilişkisi

Gözde kızarıklık, kaşıntı ²	Depresyon yok		Depresyonu görülme olasılığı var		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Hayır	30	83,3	6	16,7	36	83,7
Evet	4	57,1	3	42,9	7	16,3
Toplam	34	79,1	9	20,9	43	100,0

P=0,147 (Fisher's Exact Test)

İkinci görüşmeye katılanlardan gözde kızarıklık, kaşıntı yakınması olanlarda depresyon %42,9 olarak bulunmuştur. Gözde kızarıklık, kaşıntı yakınması olanlar ve olmayanlar depresyon yönünden değerlendirildiğinde yakınması olanlar ile olmayanlar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

Tablo 222. İkinci görüşmeye katılanlarda depresyon ile KBB yakınmaları ilişkisi

KBB yakınmaları ²	Depresyon yok		Depresyonu görülme olasılığı var		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Hayır	19	73,1	7	26,9	26	60,5
Evet	15	88,2	2	11,8	17	39,5
Toplam	34	79,1	9	20,9	43	100,0

P=0,281(Fisher's Exact Test)

İkinci görüşmeye katılanlardan kulak burun boğaz yakınmaları olanlarda depresyon %11,8 olarak bulunmuştur. Kulak burun boğaz yakınmaları olanlar ve olmayanlar depresyon yönünden değerlendirildiğinde yakınması olanlar ile olmayanlar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

Tablo 223. İkinci görüşmeye katılanlarda depresyon ile çınlama ilişkisi

Çınlama ²	Depresyon yok		Depresyonu görülme olasılığı var		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Hayır	29	80,6	7	19,4	36	83,7
Evet	5	71,4	2	28,6	7	16,3
Toplam	34	79,1	9	20,9	43	100,0

P=0,624 (Fisher's Exact Test)

İkinci görüşmeye katılanlardan çınlama yakınması olanlarda depresyon %28,6 olarak bulunmuştur. Çınlama yakınması olanlar ve olmayanlar depresyon yönünden değerlendirildiğinde yakınması olanlar ile olmayanlar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

Tablo 224. İkinci görüşmeye katılanlarda depresyon ile uğultu, gürültü ilişkisi

Uğultu, gürültü ²	Depresyon yok		Depresyonu görülme olasılığı var		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Hayır	32	80,0	8	20,0	40	93,0
Evet	2	66,7	1	33,3	3	7,0
Toplam	34	79,1	9	20,9	43	100,0

X²= P=0,515 (Fisher's Exact Test)

İkinci görüşmeye katılanlardan uğultu, gürültü yakınması olanlarda depresyon %33,3 olarak bulunmuştur. Uğultu, gürültü yakınması olanlar ve

olmayanlar depresyon yönünden değerlendirildiğinde yakınması olanlar ile olmayanlar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

Tablo 225. İkinci görüşmeye katılanlarda depresyon ile duymada azalma ilişkisi

Duymada azalma ²	Depresyon yok		Depresyonu görülme olasılığı var		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Hayır	32	82,1	7	17,9	39	90,7
Evet	2	50,0	2	50,0	4	9,3
Toplam	34	79,1	9	20,9	43	100,0

P= 0,188 (Fisher's Exact Test)

İkinci görüşmeye katılanlardan duymada azalma yakınması olanlarda depresyon %50,0 olarak bulunmuştur. Duymada azalma yakınması olanlar ve olmayanlar depresyon yönünden değerlendirildiğinde yakınması olanlar ile olmayanlar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

Tablo 226. İkinci görüşmeye katılanlarda depresyon ile sese karşı hassasiyet ilişkisi

Sese karşı hassasiyet ²	Depresyon yok		Depresyonu görülme olasılığı var		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Hayır	33	80,5	8	19,5	41	95,3
Evet	1	50,0	1	50,0	2	4,7
Toplam	34	79,1	9	20,9	43	100,0

X²= P=0,379 (Fisher's Exact Test)

İkinci görüşmeye katılanlardan sese karşı hassasiyet yakınması olanlarda depresyon %50,0 olarak bulunmuştur. Sese karşı hassasiyet yakınması olanlar ve olmayanlar depresyon yönünden değerlendirildiğinde yakınması olanlar ile olmayanlar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

Tablo 227. İkinci görüşmeye katılanlarda depresyon ile kulak akıntısı/ağrı/kaşıntı ilişkisi

Kulak akıntısı/ağrı/kaşıntı ²	Depresyon yok		Depresyonu görülme olasılığı var		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Hayır	28	77,8	8	22,2	36	83,7
Evet	6	85,7	1	14,3	7	16,3
Toplam	34	79,1	9	20,9	43	100,0

P=1,000 (Fisher's Exact Test)

İkinci görüşmeye katılanlardan kulak akıntısı/ağrı/kaşıntı yakınması olanlarda depresyon %14,3 olarak bulunmuştur. Kulak akıntısı/ağrı/kaşıntı yakınması olanlar ve olmayanlar depresyon yönünden değerlendirildiğinde yakınması olanlar ile olmayanlar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

Tablo 228. İkinci görüşmeye katılanlarda depresyon ile burun tıkanıklığı ilişkisi

Burun tıkanıklığı ²	Depresyon yok		Depresyonu görülme olasılığı var		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Hayır	33	78,6	9	21,4	42	97,7
Evet	1	100,0	-	-	1	2,3
Toplam	34	79,1	9	20,9	43	100,0

Tablo 229. İkinci görüşmeye katılanlarda depresyon ile burun kanaması ilişkisi

Burun kanaması ²	Depresyon yok		Depresyonu görülme olasılığı var		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Hayır	33	78,6	9	21,4	42	97,7
Evet	1	100,0	-	-	1	2,3
Toplam	34	79,1	9	20,9	43	100,0

İkinci görüşmeye katılanlardan burun tıkanıklığı, burun kanaması, burunda şişlik, boğaz ağrısı, yutkunma zorluğu yakınmaları olanlarda depresyon analizi olgu sayısının yetersiz oluşu nedeniyle yapılmamıştır (Tablo 229, 230, 231, 232, 233,).

Tablo 230. İkinci görüşmeye katılanlarda depresyon ile burunda şişlik ve ağrı ilişkisi

Burunda şişlik ve ağrı ²	Depresyon yok		Depresyonu görülme olasılığı var		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Hayır	33	78,6	9	21,4	42	97,7
Evet	1	100,0	-	-	1	2,3
Toplam	34	79,1	9	20,9	43	100,0

Tablo 231. İkinci görüşmeye katılanlarda depresyon ile boğaz ağrısı ve kaşıntı ilişkisi

Boğaz ağrısı ve kaşıntı ²	Depresyon yok		Depresyonu görülme olasılığı var		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Hayır	32	78,0	9	22,0	41	95,3
Evet	2	100,0	-	-	2	4,7
Toplam	34	79,1	9	20,9	43	100,0

Tablo 232. İkinci görüşmeye katılanlarda depresyon ile yutkunma zorluğu ve şişlik ilişkisi

Yutkunma zorluğu ve şişlik ²	Depresyon yok		Depresyonu görülme olasılığı var		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Hayır	33	78,6	9	21,4	42	97,7
Evet	1	100,0	-	-	1	2,3
Toplam	34	79,1	9	20,9	43	100,0

Tablo 233. İkinci görüşmeye katılanlarda depresyon ile ağız ve diş yakınmaları ilişkisi

Ağız ve diş yakınmaları ²	Depresyon yok		Depresyonu görülme olasılığı var		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Hayır	30	76,9	9	23,1	39	90,7
Evet	4	100,0	-	-	4	9,3
Toplam	34	79,1	9	20,9	43	100,0

İkinci görüşmeye katılanlardan ağız ve diş yakınmaları, diş ağrısı, travmatik diş kırığı, dişetlerinde çekilme olanlarda depresyon analizi olgu sayısının yetersiz oluşu nedeniyle yapılmamıştır (tablo 234, 235, 236, 237)

Tablo 234. İkinci görüşmeye katılanlarda depresyon ile diş ağrısı ilişkisi

Diş ağrısı ²	Depresyon yok		Depresyonu görülme olasılığı var		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Hayır	32	78,0	9	22,0	41	95,3
Evet	2	100,0	-	-	2	4,7
Toplam	34	79,1	9	20,9	43	100,0

Tablo 235. İkinci görüşmeye katılanlarda depresyon ile travmatik diş kırığı ilişkisi

Travmatik diş kırığı ²	Depresyon yok		Depresyonu görülme olasılığı var		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Hayır	34	79,1	9	20,9	43	100,0
Evet	-	-	-	-	-	-
Toplam	34	79,1	9	20,9	43	100,0

Tablo 236. İkinci görüşmeye katılanlarda depresyon ile dişetlerinde çekilme ilişkisi

Dişetlerinde çekilme ²	Depresyon yok		Depresyonu görülme olasılığı var		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Hayır	33	78,6	9	21,4	42	97,7
Evet	1	100,0	-	-	1	2,3
Toplam	34	79,1	9	20,9	43	100,0

Tablo 237. İkinci görüşmeye katılanlarda depresyon ile çürük, eksik diş ilişkisi

Çürük, eksik diş ²	Depresyon yok		Depresyonu görülme olasılığı var		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Hayır	31	77,5	9	22,5	40	93,0
Evet	3	100,0	-	-	3	7,0
Toplam	34	79,1	9	20,9	43	100,0

İkinci görüşmeye katılanlardan çürük, eksik diş yakınması olanlarda depresyon analizi olgu sayısının yetersiz oluşu nedeniyle yapılmamıştır.

Tablo 238. İkinci görüşmeye katılanlarda depresyon ile psikolojik yakınmalar ilişkisi

Psikolojik yakınmalar ²	Depresyon yok		Depresyonu görülme olasılığı var		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Hayır	1	100,0	-	-	1	2,3
Evet	33	78,6	9	21,4	42	97,7
Toplam	34	79,1	9	20,9	43	100,0

İkinci görüşmeye katılanlardan psikolojik yakınmaları olanlarda depresyon analizi olgu sayısının yetersiz oluşu nedeniyle yapılmamıştır.

Tablo 239. İkinci görüşmeye katılanlarda depresyon ile sinirlilik ilişkisi

Sinirlilik2	Depresyon yok		Depresyonu görülme olasılığı var		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Hayır	10	76,9	3	23,1	13	30,2
Evet	24	80,0	6	20,0	30	69,8
Toplam	34	79,1	9	20,9	43	100,0

P=1,000 (Fisher's Exact Test)

İkinci görüşmeye katılanlardan sinirlilik yakınması olanlarda depresyon %20,0 olarak bulunmuştur. Sinirlilik yakınması olanlar ve olmayanlar depresyon yönünden değerlendirildiğinde yakınması olanlar ile olmayanlar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

Tablo 240. İkinci görüşmeye katılanlarda depresyon ile ağlama isteği ilişkisi

Ağlama isteği2	Depresyon yok		Depresyonu görülme olasılığı var		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Hayır	17	81,0	4	19,0	21	48,8
Evet	17	77,3	5	22,7	22	51,2
Toplam	34	79,1	9	20,9	43	100,0

P=1,000 (Fisher's Exact Test)

İkinci görüşmeye katılanlardan ağlama isteği yakınması olanlarda depresyon %22,7 olarak bulunmuştur. Ağlama isteği yakınması olanlar ve olmayanlar depresyon yönünden değerlendirildiğinde yakınması olanlar ile olmayanlar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

Tablo 241. İkinci görüşmeye katılanlarda depresyon ile kâbus görme ilişkisi

Kâbus görme2	Depresyon yok		Depresyonu görülme olasılığı var		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Hayır	24	85,7	4	14,3	28	65,1
Evet	10	66,7	5	33,3	15	34,9
Toplam	34	79,1	9	20,9	43	100,0

P=0,238 (Fisher's Exact Test)

İkinci görüşmeye katılanlardan kâbus görme yakınması olanlarda depresyon %33,3 olarak bulunmuştur. Kâbus görme yakınması olanlar ve olmayanlar depresyon yönünden değerlendirildiğinde yakınması olanlar ile olmayanlar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

Tablo 242. İkinci görüşmeye katılanlarda depresyon ile sıkıntı ilişkisi

Sıkıntı2	Depresyon yok		Depresyonu görülme olasılığı var		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Hayır	15	88,2	2	11,8	17	39,5
Evet	19	73,1	7	26,9	26	60,5
Toplam	34	79,1	9	20,9	43	100,0

P=0,281 (Fisher's Exact Test)

İkinci görüşmeye katılanlardan sıkıntı yakınması olanlarda depresyon %26,9 olarak bulunmuştur. Sıkıntı yakınması olanlar ve olmayanlar depresyon yönünden değerlendirildiğinde yakınması olanlar ile olmayanlar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

Tablo 243. İkinci görüşmeye katılanlarda depresyon ile hayattan zevk alamama ilişkisi

Hayattan zevk alamama2	Depresyon yok		Depresyonu görülme olasılığı var		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Hayır	18	81,8	4	18,2	22	51,2
Evet	16	76,2	5	23,8	21	48,8
Toplam	34	79,1	9	20,9	43	100,0

P=0,721 (Fisher's Exact Test)

İkinci görüşmeye katılanlardan hayattan zevk alamama yakınması olanlarda depresyon %23,8 olarak bulunmuştur. Hayattan zevk alamama yakınması olanlar ve olmayanlar depresyon yönünden değerlendirildiğinde yakınması olanlar ile olmayanlar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

Tablo 244. İkinci görüşmeye katılanlarda depresyon ile unutkanlık ilişkisi

Unutkanlık ²	Depresyon yok		Depresyonu görülme olasılığı var		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Hayır	5	100,0	-	-	5	11,6
Evet	29	76,3	9	23,7	38	88,4
Toplam	34	79,1	9	20,9	43	100,0

İkinci görüşmeye katılanlardan unutkanlık yakınması olanlarda depresyon analizi olgu sayısının yetersiz oluşu nedeniyle yapılmamıştır.

Tablo 245. İkinci görüşmeye katılanlarda depresyon ile konsantrasyon bozukluğu ilişkisi

Konsantrasyon bozukluğu ²	Depresyon yok		Depresyonu görülme olasılığı var		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Hayır	10	100,0	-	-	10	23,3
Evet	24	72,7	9	27,3	33	76,7
Toplam	34	79,1	9	20,9	43	100,0

İkinci görüşmeye katılanlardan konsantrasyon bozukluğu yakınması olanlarda depresyon analizi olgu sayısının yetersiz oluşu nedeniyle yapılmamıştır.

Tablo 246. İkinci görüşmeye katılanlarda depresyon ile insanlardan uzaklaşma ilişkisi

İnsanlardan uzaklaşma ²	Depresyon yok		Depresyonu görülme olasılığı var		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Hayır	18	90,0	2	10,0	20	46,5
Evet	16	69,6	7	30,4	23	53,5
Toplam	34	79,1	9	20,9	43	100,0

P=0,142 (Fisher's Exact Test)

İkinci görüşmeye katılanlardan insanlardan uzaklaşma yakınması olanlarda depresyon %30,4 olarak bulunmuştur. İnsanlardan uzaklaşma yakınması olanlar ve olmayanlar depresyon yönünden değerlendirildiğinde yakınması olanlar ile olmayanlar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

Tablo 247. İkinci görüşmeye katılanlarda depresyon ile yabancılaşma duygusu ilişkisi

Yabancılaşma duygusu ²	Depresyon yok		Depresyonu görülme olasılığı var		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Hayır	18	81,8	4	18,2	22	51,2
Evet	16	76,2	5	23,8	23	48,8
Toplam	34	79,1	9	20,9	43	100,0

P=0,721 (Fisher's Exact Test)

İkinci görüşmeye katılanlardan yabancılaşma duygusu yakınması olanlarda depresyon %23,8 olarak bulunmuştur. Yabancılaşma duygusu yakınması olanlar ve olmayanlar depresyon yönünden değerlendirildiğinde yakınması olanlar ile olmayanlar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

Tablo 248. İkinci görüşmeye katılanlarda depresyon ile uyku bozuklukları ilişkisi

Uyku bozuklukları ²	Depresyon yok		Depresyonu görülme olasılığı var		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Yok	11	32,4	23	67,6	34	79,1
Var	-	-	9	100,0	9	20,9
Toplam	11	25,6	32	74,4	43	100,0

İkinci görüşmeye katılanlardan uyku bozukluğu yakınması olanlarda depresyon analizi olgu sayısının yetersiz oluşu nedeniyle yapılmamıştır.

Tablo 249. İkinci görüşmeye katılanlarda depresyon ile cinsel isteksizlik ilişkisi

Cinsel isteksizlik ²	Depresyon yok		Depresyonu görülme olasılığı var		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Yok	34	100,0	-	-	34	79,1
Var	7	77,8	2	22,2	9	20,9
Toplam	41	95,3	2	4,7	43	100,0

İkinci görüşmeye katılanlardan cinsel isteksizlik yakınması olanlarda depresyon analizi olgu sayısının yetersiz oluşu nedeniyle yapılmamıştır.

Tablo 250. İkinci görüşmeye katılanlarda depresyon ile intihar düşüncesi ilişkisi

İntihar düşüncesi ²	Depresyon yok		Depresyonu görülme olasılığı var		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Yok	33	97,1	1	2,9	34	79,1
Var	6	66,7	3	33,3	9	20,9
Toplam	39	90,7	4	9,3	43	100,0

P=0,024 (Fisher's Exact Test)

İkinci görüşmeye katılanlardan İntihar düşüncesi olanlarda depresyon %33,3 olarak bulunmuştur. İntihar düşüncesi olanlar ve olmayanlar depresyon yönünden değerlendirildiğinde yakınması olanlar ile olmayanlar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

Tablo 251. İkinci görüşmeye katılanlarda depresyon ile duygusal küntlük ilişkisi

Duygusal küntlük ²	Depresyon yok		Depresyonu görülme olasılığı var		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Yok	30	88,2	4	11,8	34	79,1
Var	4	44,4	5	55,6	9	20,9
Toplam	34	79,1	9	20,9	43	100,0

P=0,011 (Fisher's Exact Test)

İkinci görüşmeye katılanlardan duygusal küntlük yakınması olanlarda depresyon %55,6 olarak bulunmuştur. Duygusal küntlük yakınması olanlar ve olmayanlar depresyon yönünden değerlendirildiğinde yakınması olanlar ile olmayanlar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

Tablo 252. İkinci görüşmeye katılanlarda depresyon ile flashback ilişkisi

Flashback ²	Depresyon yok		Depresyonu görülme olasılığı var		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Yok	25	73,5	9	26,5	34	79,1
Var	3	33,3	6	66,7	9	20,9
Toplam	28	65,1	15	34,9	43	100,0

P=0,034 (Fisher's Exact Test)

İkinci görüşmeye katılanlardan flashback yakınması olanlarda depresyon %66,7 olarak bulunmuştur. Flashback yakınması olanlar ve olmayanlar depresyon yönünden değerlendirildiğinde yakınması olanlar ile olmayanlar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

Tablo 253. Psikofarmakoterapinin depresyon ile ilişkisi

Psikofarmakoterapi	Depresyon yok		Depresyon var		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Uygulanmadı	25	71,4	10	28,6	35	61,4
Uygulandı	10	45,5	12	54,5	22	38,6
Toplam	34	61,4	22	38,6	57	100,0

$X^2= 3,846$ $P=0,050$

Psikofarmakoterapi uygulananların %54,5'inde depresyon vardır. Psikofarmakoterapi uygulananlar ile uygulanmayanlar depresyon yönünden değerlendirildiğinde, yakınması olanlar ile olmayanlar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

Ek 5-1: WHOQOL 100-Tr ilk ve ikinci görüşme ham skorları ve 0-100 skalasına dönüştürülmüş skorlar

WHOQOL 100-Tr bölümleri	1. görüşme	0-100 ölçek1	2. görüşme	0-100 ölçek2
Ağrı ve Rahatsızlık	12,32±2,76	52,04 ± 7,8	13,51±2,53	59,49 ± 9,2
Canlılık ve Bitkinlik	11,24±2,48	45,28 ± 9,5	10,44±2,56	40,25 ± 9,0
Uyku ve dinlenme	11,85±3,29	49,11±4,4	12,97±3,05	56,10±5,9
Olumlu Duygular	12,36±4,19	52,30±1,2	14,02±3,69	62,64±5,5
Düşünme, öğrenme	13,41±1,13	58,84±13,6	14,00±1,72	62,5/±14,2
Benlik Saygısı	13,47±2,49	59,2±9,4	13,39±2,63	58,71±8,6
Beden imgesi	12,15±2,73	50,98±7,9	12,95±2,18	55,96±11,3
Olumsuz Duygular	13,54±2,18	59,64±11,3	14,06±2,13	62,93±11,6
Hareketlilik	15,54±2,67	72,14±8,3	16,41±2,02	77,61±12,3
Gündelik işleri yürütebilme	11,66±2,81	47,87±7,4	10,83±2,31	42,68±10,6
İlaçlara\Tedaviye bağımlılık	13,62±2,15	60,13±11,6	14,25±2,34	64,09±10,3
Çalışabilme gücü	12,64±2,68	50,06±8,25	13,67±2,43	60,46±9,8
Diğer kişilerle ilişkiler	12,29±2,49	51,86±9,43	13,46±2,08	59,15±12
Sosyal Destek	7,66±3,01	22,91±6,1	7,83±5,96	23,98±12,3
Cinsel Yaşam	13,21±2,77	57,56±7,7	13,72±2,52	60,75±7,8
Fiziksel Güvenlik	12,65±2,34	54,06±10,3	12,59±2,25	53,72±10,9
Ev Ortamı	13,78±2,73	61,18 ± 7,9	13,69±2,43	60,6 ± 9,8
Maddi kaynaklar	12,40±2,92	52,51±6,8	12,27±2,39	51,74±10
Sağlık hizm. ve sosy. yard.	11,68±3,17	48,02±5,2	11,78±3,12	48,65±5,5
Yeni bilgi/Beceri edinme	10,45±1,72	40,31 ± 4,3	11,04±1,87	44,05 ± 3,3
Dinlenme/Boş Zaman	10,35±2,62	39,68 ± 8,6	11,65±1,98	47,81 ± 2,6
Fiziksel Çevre	10,80±3,09	42,54 ± 5,6	11,09±2,87	44,33 ± 7,1
Ulaşım	9,38±2,84	33,66 ± 7,1	9,97±2,89	37,35 ± 6,9
Kişisel İnançlar	8,80±2,77	30,04 ± 7,6	9,62±2,64	35,16 ± 8,7
Genel sağlık& yaşam kalitesi	11,43±2,36	46,48 ± 0,3	12,11±2,60	50,72 ± 8,8
Sosyal Baskı Alanı	10,50±2,25	40,67 ± 0,9	10,93±2,53	43,31 ± 9,1
Bedensel alan	11,15±2,53	44,73 ± 9,1	11,32±2,28	45,78 ± 0,8
Ruhsal alan	11,15±2,90	44,73 ± 6,9	11,67±3,21	47,96 ± 4,9
Bağımsızlık düzeyi	15,08±2,95	69,29 ± 6,6	14,46±3,57	65,4 ± 2,7
Sosyal ilişkiler	10,71±2,88	41,9 9 ± 7	11,41±2,56	46,36 ± 9
Çevre alanı	10,19±3,04	38,73 ± 6	10,35±3,19	39,72 ± 5,1
Çevre-tr	10,42±1,50	40,14±15,6	10,97±1,57	43,57 ± 5,2

Ek 5-2: Çalışma grubu ilk görüşme skorları ile genel populasyon ortalama yaşam kalitesi skorlarının karşılaştırılması

WHOQOL 100-Tr	1. görüşme	2. görüşme	WHOQOL sağlıklı	WHOQOL hasta	WHOQOL mix
Ağrı ve Rahatsızlık	52,04 ±7,8	59,49 ±9,2	42.5 ± 16,3	55.9 ± 20,3	51.8 ± 20,1
Canlılık ve Bitkinlik	45,28 ±9,5	40,25 ±9,0	66.8 ± 17,5	45.3 ± 22,8	51.9 ± 23,5
Uyku ve dinlenme	49,11±4,4	56,10±5,9	72.2 ± 19,6	59.1 ± 25,4	63.0 ± 24,5
Olumlu Duygular	52,30±1,2	62,64±5,5	68.3 ± 15,6	60.7 ± 19,6	63.1 ± 18,8
Düşünme, öğrenme	58,84±13,6	62,5±14,2	67.5 ± 18,8	60.8 ± 20,8	62.9 ± 20,4
Benlik Saygısı	59,2±9,4	58,71±8,6	74.1 ± 14,9	65.6 ± 19,2	68.2 ± 18,4
Beden imgesi	50,98±7,9	55,96±11,3	79.6 ± 17,0	68.2 ± 22,0	71.5 ± 21,2
Olumsuz Duygular	59,64±11,3	62,93±11,6	43.6 ± 19,2	54.1 ± 21,0	50.9 ± 20,9
Hareketlilik	72,14±8,3	77,61±12,3	61.2 ± 17,8	46.2 ± 23,6	50.7 ± 23,0
Günelik işleri yürütebilme	47,87±7,4	42,68±10,6	69.7 ± 18,0	51.3 ± 23,9	56.9 ± 23,9
İlaçlaraTedaviye bağımlılık	60,13±11,6	64,09±10,3	14.0 ± 20,0	41.3 ± 25,5	33.3 ± 27,1
Çalışabilme gücü	50,06±8,25	60,46±9,8	77.5 ± 19,3	54.0 ± 26,9	61.3 ± 27,0
Diğer kişilerle ilişkiler	51,86±9,43	59,15±12	75.6 ± 15,1	70.1 ± 19,4	71.6 ± 18,4
Sosyal Destek	22,91±6,1	23,98±12,3	66.8 ± 19,3	62.7 ± 23,3	63.7 ± 22,4
Cinsel Yaşam	57,56±7,7	60,75±7,8	67.1 ± 21,5	52.5 ± 23,0	56.8 ± 23,4
Fiziksel Güvenlik	54,06±10,3	53,72±10,9	64.2 ± 19,3	63.5 ± 20,4	63.8 ± 20,1
Ev Ortamı	61,18 ± 7,9	60,6 ± 9,8	68.1 ± 18,6	67.9 ± 22,0	67.9 ± 21,0
Maddi kaynaklar	52,51±6,8	51,74±10	54.6 ± 20,9	54.2 ± 23,3	54.3 ± 22,6
Sağlık hizm. ve sos.yardıı	48,02±5,2	48,65±5,5	55.0 ± 19,8	59.2 ± 19,5	58.1 ± 19,7
Yeni bilgi/Beceri edinme	40,31 ± 4,3	44,05 ± 3,3	59.3 ± 18,1	57.4 ± 20,2	57.9 ± 19,5
Dinlenme/Boş Zaman	39,68 ± 8,6	47,81 ± 2,6	58.7 ± 17,2	51.8 ± 20,0	53.9 ± 19,3
Fiziksel Çevre	42,54 ± 5,6	44,33 ± 7,1	53.8 ± 15,8	54.3 ± 19,3	54.2 ± 18,4
Ulaşım	33,66 ± 7,1	37,35 ± 6,9	62.6 ± 23,8	62.5 ± 22,4	62.5 ± 22,7
Kişisel İnançlar	30,04 ± 7,6	35,16 ± 8,7	68.2 ± 16,1	65.6 ± 20,8	66.3 ± 19,4
Genel Yaşam Kalitesi	46,48 ± 0,3	50,72 ± 8,8	64.0 ± 16,2	51.3 ± 21,6	55.3 ± 21,0
Sosyal Baskı Alanı	40,67 ± 0,9	43,31 ± 9,1	54.6 ± 18,0	57.0 ± 21,8	56.4 ± 20,7
Bedensel alan	44,73 ± 9,1	45,78 ± 0,8	65.5 ± 14,1	49.5 ± 17,7	54.4 ± 18,2
Ruhsal alan	44,73 ± 6,9	47,96 ± 4,9	69.2 ± 12,4	60.2 ± 15,0	63.0 ± 14,8
Bağımsızlık düzeyi	69,29 ± 6,6	65,4 ± 2,7	73.6±113,8	52.6 ± 19,7	58.9 ± 20,5
Sosyal ilişkiler	41,9 9 ± 7	46,36 ± 9	69.7 ± 14,6	62.4 ± 17,1	64.4 ± 16,8
Çevre alanı	38,73 ± 6	39,72 ± 5,1	59.5 ± 12,7	58.8 ± 13,6	59.1 ± 13,3
Çevre-tr	40,14±15,6	43,57 ± 5,2	-	-	-