



T.C.

ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ

SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

UYGULAMALI PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI

KADINLARDA GÖÇ VE SOMATİZASYON İLİŞKİSİ

Ayşe ÖCAL

YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN: DOÇ.DR. F. GÖKBEN HIZLI SAYAR

İSTANBUL-2018



T.C.

ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ

SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

UYGULAMALI PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI

**KADINLARDA GÖÇ VE SOMATİZASYON İLİŞKİSİ**

Ayşe ÖCAL  
(154101010)

YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN: DOÇ.DR. F. GÖKBEN HIZLI SAYAR

İSTANBUL-2018



T.C.  
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ  
SOSYAL BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

YÜKSEK LİSANS TEZ SINAV TUTANAĞI

GENEL BİLGİLER

Öğrenci No	: 154101010
Öğrenci Adı Soyadı	: Ayşe Öcal
Anabilim Dalı	: Uygulamalı Psikoloji
Tez Danışmanı	: Doç. Dr. Gökben Hızlı Sayar
Tezin Başlığı	: KADINLARDA GÖÇ VE SOMATİZASYON İLİŞKİSİ

TEZ SAVUNMA SINAVI TUTANAĞI

Toplantı Tarihi	: 17.01.2018	Saati	: 13:00
-----------------	--------------	-------	---------

Öğrenci Savunmaya	: <input checked="" type="radio"/> GELDI
----------------------	--

Üniversitemiz Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili hükümleri uyarınca tez bilimsel olarak incelenmiş, adayın tez çalışmasını sunmasının ardından, adaya tez çalışması ile ilgili sorular yöneltilmiştir. Yapılan değerlendirmeler sonunda adayın tez çalışmasıyla ilgili aşağıdaki kararı,

OY BİRLİĞİ  OY ÇOKLUGU

- Yapılan savunma sınavında adayın başarılı bulunması sonucunda tez **KABUL** edilmiştir.  
 Yapılan savunma sınavı sonucunda tezin **DÜZELTİLMESİ** için ..... ay **EK SÜRE** verilmesinin Enstitü Müdürlüğüne önerilmesi kararı alınmıştır. (en fazla 3 ay)  
 Yapılan savunma sınavının sonucunda tezin **REDEDEDİLMESİ** kararı alınmıştır.

Savunmada Tezin Başlığı :  Değişmedi.  Değişt.

Tezin Yeni Başlığı :

Öğrenci  
Savunmaya :  GELMEDİ

Üniversitemiz Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili hükümleri uyarınca yukarıda belirtilen tarih ve saatte Tez Savunma Jürisi toplanmış ancak ilgili öğrenci savunma sınavına gelmemiştir. Adayın tez çalışmasını Jüri önünde sunmadığı için yapılan değerlendirmeler sonunda adayın tez çalışmasıyla ilgili aşağıdaki kararı,

ile almıştır.

Tez Sınavı Jürisi	Unvanı, Adı Soyadı	İmza
Danışman Üye	Doç.Dr. Gökben Hızlı Sayar	
Üye	Yrd. Doç. Dr. Hüseyin Ünübol	
Üye	Doç. Dr. Korkut Ulucan	

## YEMİN METNİ

Yüksek Lisans Tezi olarak sunduğum “**Kadınlarda Göç ve Somatizasyon İlişkisi**” adlı çalışmamın, tarafımdan, bilimsel ahlak ve geleneklere aykırı düşecek bir yardıma başvurmaksızın yazıldığını ve yararlandığım eserlerin kaynakçada gösterilenlerden oluştuğunu, bunlara atıf yapılarak yararlanılmış olduğunu belirtir ve bunu onurumla doğrularım.

Tarih  
17/01/2018  
Ayşe ÖCAL  
İmza

## TEŞEKKÜR

Tez çalışmamın gerçekleşmesi aşamasında sürekli benimle iş birliği içinde olup, rehberlik eden, çalışmam da her türlü desteği ile yanımda olan saygıdeğer danışman hocam Doç.Dr. Gökben Hızlı Sayar'a göstermiş olduğu ilgiye, hoş görüye ve sabıra sonsuz teşekkür ederim.

Üsküdar bünyesinde yer alıp dersime giren hocalarım Prof.Dr. İbrahim Balcıoğlu'na, Prof.Dr. Muhsin Konuk'a, Yrd.Doç.Dr. Hüseyin Ünlübol'a, Yrd.Doç.Dr. Asil Özdoğru'ya, Yr.Doç.Dr. Barış Önen Ünsalver'e ve isimlerini sayamadığım hocalarıma teşekkür ederim.

Bu yolculukta her türlü destek ve sevgilerini her daim yanımda olup hissettiren kızım Gülşah'a, oğullarım Kadir ve Yusuf'a sonsuz sevgimle teşekkür ediyorum.

Hayatım boyunca beni koşulsuz seven ve emeğini asla ödeyemeyeceğim annem Sultan Öcal'a ve babam Yusuf Öcal'a teşekkür ederim. Ayrıca, kardeşlerim ve yeğenlerime bana gösterdikleri destek ve sevgi için teşekkür ederim.

Yeğenim Berna Aslan'a bana inanıp, her zaman motive edip destek sunduğu için sonsuz teşekkür ediyorum.

Yüksek lisans öğrenimim boyunca yanımda olan canım arkadaşlarım Simya Y.Özbek, Ceyda Kırdök, Güneş Han, Serap Akbulut, Azize Şahin, Sevim Yılmaz ve Gamze Uzun'a teşekkür ediyorum.

Tezimin veri toplama aşamasında değerli katkılarından dolayı, ablalarım Gülnur Aslan ve Gülsüm Uzun'a, kız kardeşim Hilal Havin Daşçı'ya ve kuzenim Suzan Öcal'a sonsuz teşekkür ederim.

Son olarak tezimde ki ölçekleri gönüllü ve samimi bir şekilde cevaplayan katılımcı olmayı kabul eden herkese ayırdıkları vakit ve gösterdikleri sabır için sonsuz teşekkür ederim.

## ÖZET

(ÖCAL, Ayşe, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2018)

### Kadınlarda Göç ve Somatizasyon İlişkisi

Zorunlu iç göç yaşayan kadınlarda görülen depresyon ve somatizasyon bozukluğu düzeylerini belirlemeyi amaçlayan bu araştırma nicel verilere dayalı genel tarama modelinde ve ilişkisel tarama modelinde bir araştırmadır. Araştırma çalışma evreni Diyarbakır ili merkezinde yaşayan 18-65 yaş arası göç etmemiş kadınlar ( $n=50$ ) ve Diyarbakır ilinden İstanbul'a zorunlu iç göç yaşayan 18-65 yaş arası kadınlar ( $n=50$ ) olarak tespit edilmiştir. Araştırmada Diyarbakır ilinde yaşayan 18-65 yaş arası ( $n=50$ ) kadın ve Diyarbakır'dan İstanbul iline zorunlu iç göç yaşayan 18-65 yaş arası ( $n=50$ ) kadın kolayda örnekleme alma yöntemiyle seçilmiştir. Araştırmada veri toplama aracı olarak; Beck Depresyon Ölçeği, Kısa Semptom Envanteri ve Somatizasyon ölçeği kullanılmıştır. Araştırma genelinde zorunlu iç göç yaşayan kadınların depresyon düzeyleri, ruhsal belirti düzeyleri ve somatizasyon bozukluğu düzeylerinin yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Bu araştırmanın sonuçları iç göç yaşayan kadınlarda ruhsal sağlıklılık halinin korunmasına yönelik tedbirler alınmasının önemli olabileceğini düşündürmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Göç, Depresyon, Somatizasyon, Kısa, Semptom

## SUMMARY

(OCAL, Ayse, Master Thesis, Istanbul, 2018)

### **Migration and Somatization Relationship in Women**

The aim of this study is to determine the level of somatization and depression seen in women. This study is based on general survey model and relational screening model that are occurred with quantitative data. The women ( $n=50$ ) that do not migrate from Diyarbakır between age intervals of 18 and 65 years and other women ( $n=50$ ) that migrate from Diyarbakır to İstanbul by necessity with same age intervals are the target population of the study. These women are chosen according to convenience sampling method. Beck Depression Scale, Brief Symptom Inventory and Somatization Scale are used in this study as data collection tools. At the end of this study, it is discovered that levels of depression, mental symptoms and somatization disorders are high in women who migrated forcibly. The results of study show that measures should be taken for women who migrate by necessity to protect their mental health.

**Keywords:** Migration, Depression, Somatization, Brief, Symptom

## İÇİNDEKİLER

TEZ KABUL FORMU .....	i
YEMİN METNİ.....	ii
TEŞEKKÜR.....	iii
ÖZET.....	iv
SUMMARY .....	v
İÇİNDEKİLER .....	vi
KISALTMALAR VE SİMGELER SAYFASI.....	x
TABLolar LİSTESİ.....	xi
ŞEKİLLER LİSTESİ .....	xiv
GİRİŞ .....	1
1.1.Problem Durumu .....	1
1.1.2. Problem Cümlesi .....	4
1.1.3. Alt Problemler .....	4
1.2. Araştırmanın Amacı .....	5
1.3. Araştırmanın Önemi .....	5
1.4. Araştırmanın Varsayımlar .....	6
1.5. Sınırlılıklar.....	6
1.6. Tanımlar .....	6
BİRİNCİ BÖLÜM .....	8
GÖÇ KAVRAMI.....	8
1.1. Kuramsal Anlamda Göç Kavramı .....	8
1.2. Göç Tipleri .....	9
1.2.1. İç Göç .....	9
1.2.2. Dış Göç .....	10



1.2.3. Mevsimlik Göç .....	10
1.2.4. Daimi Göç.....	11
1.2.4. İrادی Göç .....	11
1.2.5. Zorunlu Göç.....	11
1.3. Göç Kuramları .....	12
1.3.1. İtme-Çekme Kuramı .....	12
1.3.2. Merkez-Çevre Kuramı .....	13
1.3.3. Göç Sistemleri Kuramı .....	14
İKİNCİ BÖLÜM.....	16
DEPRESYON ve SOMATİZASYON KAVRAMLARI.....	16
2.1. Depresyon Tanımı.....	16
2.2. Depresyonun Sınıflandırılması.....	19
2.3. Depresyon Kuramları .....	20
2.3.1. Bilişsel Kuram .....	20
2.3.2. Depresyon Psikanalitik Kuram.....	20
2.4. Somatizasyon.....	21
2.5. Somatizasyonun Tarihçesi.....	22
2.6. Somatizasyon ve Cinsiyet .....	24
2.7. Somatizasyonun Epidemiyolojisi .....	24
2.8. Somatizasyonun Etiyolojisi.....	25
ÜÇÜNCÜ BÖLÜM .....	26
YÖNTEM.....	26
3.1. Araştırma Modeli .....	26
3.3. Örneklemin Özellikleri.....	28
3.4. Veri Toplama Araçları.....	355

3.4.1. Beck Depresyon Ölçeği.....	355
3.4.2. Kısa Semptom Envanteri.....	355
3.4.3. Somatizasyon Ölçeği.....	377
3.5. Verilerin Çözümü.....	388
DÖRDÜNCÜ BÖLÜM.....	476
BULGULAR ve YORUM.....	476
4.1. Kısa Semptom Envanteri, Depresyon Envanteri ve Somatizasyon Bozukluğu Puan Ortalamaları Göç Değişkenine İlişkin Bulgular ve Yorumlar.....	477
4.2. Göç Etmış Kadınların Kısa Semptom Envanteri, Depresyon Envanteri, Somatizasyon Bozukluğu Puanları Arasındaki İlişkiye Ait Bulgular ve Yorumlar	500
4.3. Göç Etmemiş Kadınların Kısa Semptom Envanteri, Depresyon Envanteri, Somatizasyon Bozukluğu Puanları Arasındaki İlişkiye Ait Bulgular ve Yorumlar	533
4.4. Göç Etmış ve Göç Etmemiş Kadınların Depresyon Envanteri Puanları Arasındaki İlişkiye Ait Bulgular ve Yorumlar.....	566
4.5. Göç Etmış ve Göç Etmemiş Kadınların Kısa Semptom Envanteri Puanları Arasındaki İlişkiye Ait Bulgular ve Yorumlar.....	587
4.6. Göç Etmış ve Göç Etmemiş Kadınların Somatizasyon Puanları Arasındaki İlişkiye Ait Bulgular ve Yorumlar.....	59
4.7. Göç Faktörünün Depresyon Envanteri Üzerindeki Etkisine İlişkin Bulgular ve Yorumlar.....	610
4.8. Göç Faktörünün Kısa Semptom Envanteri Üzerindeki Etkisine İlişkin Bulgular ve Yorumlar.....	632
4.9. Göç Faktörünün Somatizasyon Bozukluğu Üzerindeki Etkisine İlişkin Bulgular ve Yorumlar.....	654

4.10. Kısa Semptom Envanteri, Depresyon Envanteri ve Somatizasyon Bozukluğu Puan Ortalamaları Psikolojik Hastalık Durumu Değişkenine İlişkin Bulgular ve Yorumlar .....	676
4.11. Kısa Semptom Envanteri, Depresyon Envanteri ve Somatizasyon Bozukluğu Puan Ortalamaları Psikolojik İlaç Kullanma Değişkenine İlişkin Bulgular ve Yorumlar .....	69
BEŞİNCİ BÖLÜM.....	732
TARTIŞMA, SONUÇ ve ÖNERİLER .....	732
5.1. Sonuçlar.....	754
5.2. Öneriler.....	776
KAYNAKLAR .....	798
EKLER.....	854

## KISALTMALAR VE SİMGELER SAYFASI

- F** : F Testi  
**p** : Anlamlılık Seviyesi  
**df** : Serbestlik Derecesi  
**t** : T Testi  
 **$\beta$**  : Beta Değeri  
**sem** : Ölçmenin Standart Hatası  
**n** : Örneklem Sayısı  
**x** : Aritmetik Ortalama  
**ss** : Standart Sapma

## TABLolar LİSTESİ

Tablo 3. 1. Göç etmiş ve etmemiş kadınların evren ve örneklem dağılım tablosu....	27
Tablo 3. 2. Örnekleme dâhil kadınların (göç x yaş) çapraz dağılım tablosu .....	28
Tablo 3. 3. Örnekleme dâhil kadınların (göç x çocuk sayısı) çapraz dağılım tablosu .....	288
Tablo 3. 4. Örnekleme dâhil kadınların (göç x hane kişi sayısı) çapraz dağılım tablosu .....	29
Tablo 3. 5. Örnekleme dâhil kadınların (göç x gelir durumu) çapraz dağılım tablosu .....	29
Tablo 3. 6. Örnekleme dâhil kadınların (göç x İstanbul'da yaşam) çapraz dağılım tablosu .....	30
Tablo 3. 7. Örnekleme dâhil kadınların (göç x Diyarbakır'da yaşam) çapraz dağılım tablosu .....	300
Tablo 3. 8. Örnekleme dâhil kadınların (göç x psikolojik hastalık durumu) çapraz dağılım tablosu .....	31
Tablo 3. 9. Örnekleme dâhil kadınların (göç x tıbbi rahatsızlık durumu) çapraz dağılım tablosu .....	311
Tablo 3. 10. Örnekleme dâhil kadınların (göç x tıbbi rahatsızlık durumu) çapraz dağılım tablosu .....	322
Tablo 3. 11. Örnekleme dâhil kadınların (göç x memnuniyet durumu) çapraz dağılım tablosu .....	333
Tablo 3. 12. Örnekleme dâhil kadınların (göç x İstanbul akraba, eş dost varlığı) çapraz dağılım tablosu.....	333
Tablo 3. 13. Örnekleme dâhil kadınların (göç x İstanbul'da bireysel olarak karşılaşılan sorunlar) çapraz dağılım tablosu.....	344

Tablo 3. 14. Örnekleme dâhil kadınların (göç x somatik belirtiler) çapraz dağılım tablosu .....	344
Tablo 3. 15. Depresyon, kısa semptom ve somatizasyon ölçeğinin KS normallik testi analiz sonuçları.....	39
Tablo 3. 16. Depresyon envanteri verileri betimsel istatistik analiz sonuçları .....	454
Tablo 3. 17. Kısa semptom envanteri verileri betimsel istatistik analiz sonuçları...	455
Tablo 3. 18. Somatizasyon ölçeği verileri betimsel istatistik analiz sonuçları .....	465
Tablo 4. 1. Göç etmiş ve göç etmemiş kadınların cinsiyet değişkeni gruplarına ilişkin tanımlayıcı istatistik analiz sonuçları .....	477
Tablo 4. 2. Göç etmiş ve göç etmemiş kadınların göç değişkeni gruplarına ilişkin bağımsız örneklem t testi analiz sonuçları .....	488
Tablo 4. 3. Göç etmiş kadınların “kısa semptom envanteri, depresyon envanteri, somatizasyon bozukluğu” puanları arasında basit korelasyon analiz sonuçları.....	500
Tablo 4. 4. Göç etmemiş kadınların “kısa semptom envanteri, depresyon envanteri, somatizasyon bozukluğu” puanları arasında basit korelasyon analiz sonuçları.....	533
Tablo 4. 5. Göç etmiş ve göç etmemiş kadınların depresyon envanteri puanları arasında basit korelasyon analiz sonuçları .....	566
Tablo 4. 6. Göç etmiş ve göç etmemiş kadınların kısa semptom envanteri puanları arasında basit korelasyon analiz sonuçları .....	587
Tablo 4. 7. Göç etmiş ve göç etmemiş kadınların somatizasyon puanları arasında basit korelasyon analiz sonuçları .....	59
Tablo 4. 8. Göç faktörünün depresyon envanteri üzerindeki etkisine ilişkin basit regresyon analiz sonuçları.....	610
Tablo 4. 9. Göç faktörünün kısa semptom envanteri üzerindeki etkisine ilişkin basit regresyon analiz sonuçları.....	632
Tablo 4. 10. Göç faktörünün somatizasyon bozukluğu üzerindeki etkisine ilişkin basit regresyon analiz sonuçları .....	654

Tablo 4. 11. Göç etmiş ve göç etmemiş kadınların psikolojik hastalık durumu değişkeni gruplarına ilişkin tanımlayıcı istatistik analiz sonuçları .....	676
Tablo 4. 12. Göç etmiş ve göç etmemiş kadınların psikolojik hastalık durumu değişkeni gruplarına ilişkin bağımsız örneklem t testi analiz sonuçları .....	687
Tablo 4. 13. Göç etmiş ve göç etmemiş kadınların psikolojik ilaç kullanma değişkeni gruplarına ilişkin tanımlayıcı istatistik analiz sonuçları .....	69
Tablo 4. 14. Göç etmiş ve göç etmemiş kadınların psikolojik ilaç kullanma değişkeni gruplarına ilişkin bağımsız örneklem t testi analiz sonuçları.....	710

## ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 3. 1. Depresyon ölçeği verileri z dağılım grafiği .....	388
Şekil 3. 2. Kısa semptom envanteri ölçeği verileri z dağılım grafiği.....	39
Şekil 3. 3. Somatizasyon ölçeği verileri z dağılım grafiği .....	39
Şekil 3. 4. Depresyon ölçeği verileri Q-Q pilot normal dağılım grafiği .....	400
Şekil 3. 5. Kısa semptom envanteri verileri Q-Q pilot normal dağılım grafiği .....	410
Şekil 3. 6. Somatizasyon ölçeği verileri Q-Q pilot normal dağılım grafiği .....	411
Şekil 3. 7. Depresyon ölçeği verileri Q-Q trendsizleştirilmiş normal dağılım grafiği .....	421
Şekil 3. 8. Kısa semptom envanteri verileri Q-Q trendsizleştirilmiş normal dağılım grafiği .....	432
Şekil 3. 9. Somatizasyon ölçeği verileri Q-Q trendsizleştirilmiş normal dağılım grafiği .....	432
Şekil 3. 10. Depresyon ölçeği verileri uç değerler (outliers) grafiği.....	443
Şekil 3. 11. Kısa semptom envanteri verileri uç değerler (outliers) grafiği.....	443
Şekil 3. 12. Somatizasyon ölçeği verileri uç değerler (outliers) grafiği .....	44
Şekil 4. 1. Depresyon, kısa semptom ve somatizasyon ölçek verileri göç değişkeni aritmetik ortalama dağılım grafiği .....	49
Şekil 4. 2. Göç etmiş kadınların depresyon ve kısa semptom envanteri verileri arasındaki ilişkiye ait scatter pilot grafiği .....	511
Şekil 4. 3. Göç etmiş kadınların depresyon ve somatizasyon verileri arasındaki ilişkiye ait scatter pilot grafiği.....	521
Şekil 4. 4. Göç etmiş kadınların kısa semptom envanteri ve somatizasyon verileri arasındaki ilişkiye ait scatter pilot grafiği .....	522



Şekil 4. 5. Göç etmemiş kadınların depresyon ve kısa semptom envanteri verileri arasındaki ilişkiye ait scatter pilot grafiği .....	554
Şekil 4. 6. Göç etmemiş kadınların depresyon ve somatizasyon verileri arasındaki ilişkiye ait scatter pilot grafiği.....	554
Şekil 4. 7. Göç etmemiş kadınların kısa semptom envanteri ve somatizasyon verileri arasındaki ilişkiye ait scatter pilot grafiği .....	565
Şekil 4. 8. Göç etmiş ve göç etmemiş kadınların depresyon envanteri puanları arasındaki ilişkinin scatter pilot grafiği.....	587
Şekil 4. 9. Göç etmiş ve göç etmemiş kadınların kısa semptom envanteri puanları arasındaki ilişkinin scatter pilot grafiği.....	598
Şekil 4. 10. Göç etmiş ve göç etmemiş kadınların somatizasyon puanları arasındaki ilişkinin scatter pilot grafiği .....	610
Şekil 4. 11. Göç faktörünün depresyon envanteri üzerindeki etkisi regresyon modeli atıkların normal dağılım grafiği .....	621
Şekil 4. 12. Göç faktörünün depresyon envanteri üzerindeki etkisi regresyon modeli atıkların p-p dağılım grafiği .....	632
Şekil 4. 13. Göç faktörünün kısa semptom envanteri üzerindeki etkisi regresyon modeli atıkların normal dağılım grafiği .....	643
Şekil 4. 14. Göç faktörünün kısa semptom envanteri üzerindeki etkisi regresyon modeli atıkların p-p dağılım grafiği .....	654
Şekil 4. 15. Göç faktörünün somatizasyon bozukluğu üzerindeki etkisi regresyon modeli atıkların normal dağılım grafiği .....	665
Şekil 4. 16. Göç faktörünün somatizasyon bozukluğu üzerindeki etkisi regresyon modeli atıkların p-p dağılım grafiği .....	676
Şekil 4. 17. Depresyon, kısa semptom ve somatizasyon ölçek verileri psikolojik hastalık durumu değişkeni aritmetik ortalama dağılım grafiği .....	697
Şekil 4. 18. Depresyon, kısa semptom ve somatizasyon ölçek verileri psikolojik ilaç kullanma değişkeni aritmetik ortalama dağılım grafiği .....	721

## GİRİŞ

Bu bölümde, araştırmanın problem durumu, problem cümlesi, alt problemleri, araştırmanın amacı, araştırmanın önemi, araştırmanın varsayımları, sınırlılıkları ve araştırmaya ilişkin tanımlar yer almaktadır.

### 1.1.Problem Durumu

Toplumsal değişme insanlık tarihi boyunca süre gelen bir olgudur. Toplum devingen bir yapıda olup zamandan zamana şartların getirmiş olduğu yükümlülükler ve kazanımlar çerçevesinde sürekli bir değişim içerisinde. Değişimin içsel ve dışsal dinamikleri vardır. Bu içsel ve dışsal dinamikler etrafında toplumda değişir. Toplumsal değişim bir bütün olarak yaşanmaktadır. Toplumdaki her dinamik bir birini etkilemekte olup bir bütün olarak değişimi tetiklemektedir. Dolayısıyla toplum bir bütündür, bu bütün sürekli değişim halindedir ve değişirken de kendini yeniden düzenlemekte, yeniden bir bütün halini almaktadır (Kıray, 1999: 313).

Beşeri bilimler alanında yapılan çalışmalar; barınılan yer ile toplumun sosyoekonomik yapısı arasında önemli bağlantılar olduğunu göstermiştir. Yerleşim alanlarının şekillenmesinde o bölgede yaşayan insan topluluklarının refah seviyesi önemli bir gösterge olmaktadır. Tarihi dönemlerle ilgili yapılan kazı çalışmalarında elde edilen bulgular, toplumsal eşitsizliklerin yerleşilen mekân üzerinde önemli etkiler oluşturduğunu göstermiştir. Bu etkiler konut boyutundaki farklılıklar, konut yapımında kullanılan malzemenin cinsi, konut içerisindeki eşyaların ve yaşam tarzlarındaki farklılıklar olarak sıralanabilir. Sıralanan bu farklılıkların toplumsal eşitsizliklerin şehirlerin doğasında var olduğu tespitini ortaya koymaktadır. Fakat kapitalist toplumdan önce, şehirlerdeki mekânsal ayrışmayı belirleyen temel faktör, belli bir ölçüde toplumsal eşitsizliklerin kaynağını da oluşturan dinsel ve etnik kimlikler olmuştur. Yani kapitalist kente kadar, mekânsal ayrışma, gelir ve sınıfa göre değil dine, cemaate ve etnik kimliğe göre olmuştur. Dolayısıyla zenginler ve fakirler, farklı büyüklük ve konfordaki konutlarında birbirlerini dışlamadan, aynı mekânda yan yana yaşayabilmektedirler (Kurtuluş, 2003: 77).

Türkiye toprakları, jeopolitik konumundan dolayı çağlar boyunca çeşitli boyutlarda yaşanmış göç olaylarına tanıklık etmiş bir coğrafyada bulunmaktadır. Farklı kültürlerin, ırkların, dinlerin ve inanç sistemlerinin günümüzde hala devam etmekte olan kozmopolitliği bu gerçekliğin önemli bir göstergesidir. En eski insan topluluklarının yaşadığı ve devlet sistemlerini oluşturduğu zamanlardan beri görülen göç hareketlerine karşı verilen tepkiler, devrin ve sosyokültürel şartların etkilerine göre değişkenlik göstermiştir (Kalkınma Bakanlığı, 2014: 12).

Göç en temel anlamıyla bireylerin yer değiştirme eylemi olarak tanımlanmaktadır. Tarihin ilk dönemlerinde iklim şartları yüzünden zorunlu olarak yapılan eylem günümüze yaklaştıkça çok yönlü bir boyut kazanmıştır. Söz konusu dönemlerde ilkel kabileler varlığını devam ettirebilmek için göç etmişlerdir. İlk dönemlerde gerçekleşen göç çok basit boyutlu sonuçlar doğurmuştur. Bireylerin yeniden başka bir alanda yerleşim kurma ihtiyacı duymaları sonucunda var oldukları bölgeyi terk ederek başka alanlara göç etmeleri onların yaşamında birçok değişikliğe neden olmuştur. İnsanoğlu yerleşik hayata geçince artık iklim koşullarına daha dirençli hale gelmiş ve göçün nedeni başlı başına iklim koşulları olmaktan çıkmıştır (Meral, 2016:1).

Göç ile birlikte yer değiştiren insanlar gitmiş oldukları kentlerde çeşitli sorunlarla baş başa kalmışlardır. Göç eden insanlar başta ekonomik sorunlar olmak üzere barınma, eğitim, sağlık, sosyal uyum gibi problemlerle karşı karşıya kalmışlardır. Ayrıca söz konusu sorunlarla yüz yüze kalan insanların bir kısmı da kentin gelişim ve değişimine ayak uydurmak yerine kendini bu tür değişimlerden soyutlayarak kırsal kesimdeki yaşam deneyimlerini kentte de sürdürmeye çalışmıştır. Göç olgusu tarihsel olarak farklı karakteristik özellikler göstermektedir. Bazı dönemlerde savaş ve kuraklık gibi nedenler, bazı dönemlerde yoksulluk, sanayileşme, tarımda makineleşme ve sağlık, eğitim gibi nedenler ve bazı dönemler de ise güvenlik zafiyeti göçü tetikleyen nedenler olmuştur. Ailelerin yaşadıkları ekonomik sorunlar, çocukların eğitimlerini sekteye uğratmış; barınma, beslenme gibi temel ihtiyaçların yeteri kadar karşılanamaması da ciddi sağlık sorunlarını ortaya çıkarmıştır. Genel olarak göçmenler, kente uyum sağlama noktasında sıkıntı yaşamış, kendilerini uzunca bir süre kent yaşamından soyutlamışlardır. Bir yandan ekonomik açıdan tutunabilmek için kent yaşamının dayatmalarına göz yuman ve kayıt dışı

alanlarda hiçbir güvencesi olmadan yaşama tutunan, öte yandan psikolojik olarak geldikleri yerden bağlarını koparamayan bu insanların, yaşadıkları köy-kent ikilemi uzun yıllardan bu yana sürüp gitmektedir (Sal, 2015:1-3).

Türkiye'deki iç göçler genellikle, yaşam standardı bakımından geri kalmış olan kırsal kesimden, sanayinin gelişmiş ve çalışma alanlarının çeşitli olduğu şehirlere doğru olmuştur. Kırsal alanlardan şehirlere doğru göç olmasının nedenleri arasında, başta, ülkenin bu bölgelerindeki terör olayları, yetersiz iş imkânı, nüfusun fazlalığı, insanların geçimini sağladığı alanlara makinelerin girmesi sonucu oluşan iş gücü fazlalığı, bölgesel hizmet farklılıkları, evlilik yoluyla göç, eğitim, sağlık, altyapı gibi alanlardaki olumsuzluklar ve coğrafi şartlardaki zorluklar sayılabilir. Şehirlerin göç almasındaki sebepler ise iş imkânlarının fazlalığı, daha fazla para kazanma hırsı, eğitim, sağlık, konut ve altyapıdaki gelişmişlik, iletişim ve haberleşme ağlarındaki hızlı gelişimin insanların birbirlerine özenmesine neden olması gibi etmenlerdir. Türkiye'de kırsal nüfusun fazla olduğu, kentsel yerleşmenin ise yeni yeni oluşmaya başladığı yıllardan; kentsel nüfusun arttığı, kırsal nüfusun ise azaldığı yıllara, iç göç ile geçilmiştir. Oluşan iç göçler sonucunda, bazı şehirler veya bölgeler çok nüfuslanırken, göç veren bölgelerin ise nüfusu azalmıştır (Büyükyılmaz, 2017:1).

Türkiye'de zorunlu iç göç olayından en fazla etkilenen kesim kadınlar ve çocuklardır. Kadınlar iç göç faktöründen kaynaklı depresyon ve somatizasyon bozukluğu yaşamaktadırlar. Somatizasyon (bedenselleştirme), fizik bulgularla açıklanamayan bedensel yakınma ve belirtilerle giden, çok sayıda tıbbi yardım arama davranışıyla belirli bir bozukluk olarak tanımlanır (Özenli ve ark 2009:131-136). Diğer bir ifadeyle; somatizasyon ruhsal sıkıntıların ve psikososyal stresin bedensel belirtilerle ifade edilmesidir. Geleneksel psikoanalitik görüşe göre somatik belirtiler, kabul edilemeyen dürtü ve isteklerin bilinç alanına çıkmasını engelleyen savunma araçlarıdır, rahatsız edici duyguların inkârı, bastırılması ya da rasyonalizasyonu somatizasyonla sonuçlanmaktadır (Kesebir, 2004:14-19). Somatizasyonda psikososyal veya duygusal sorunlar bedensel belirtilerle ifade edilir ve bu belirtiler bedensel bir hastalığa atfedilerek tıbbi yardım aranır (Özen ve ark., 2010:60-65).

Depresyon ise bilinen eski ruhsal rahatsızlıkların başında yer almaktadır. Eski çağ metinlerinde de depresyon tanımlamalarının izine rastlamak mümkündür.

Biyolojik açıklamalara bakıldığında Hipokrat döneminde kara safra miktarındaki artış şeklinde açıklanmıştır (Demir, 2012:3-8). Latince’de depresyon kelimesi “depressus” şeklinde geçmekte; donuk, durgun, hüznü ve kederli olmak anlamına gelmektedir. Depresyonun Türkçe tanımlamasına bakıldığında kederli, üzgün olma, değersizlik, isteksizlik belirtileri içeren bir sendrom olarak görülmektedir. Depresyon toplumda oldukça sık rastlanan bir rahatsızlıktır. Kökeninde bireyin daha önce severek yaptığı etkinliklerden keyif almama durumu söz konusudur. Birey kederli duygu durumunun yanında çeşitli değişimler yaşar. Geçmişi ve geleceği olumsuz değerlendirir. Geçmişle ilgili suçluluk hislerine kapılır. Günlük yaşamı ve işlevselliği olumsuz etkilenmektedir (Taycan ve Kutlu, 2006:100-108).

Yukarıdaki sayılan nedenlerden dolayı “zorunlu iç göç yaşayan kadınlarda görülen depresyon ve somatizasyon bozukluğu düzeylerinin ne olduğunun incelenmesi” bu araştırmanın problemi olarak seçilmiştir.

### **1.1.2. Problem Cümlesi**

Zorunlu iç göç yaşayan kadınlarda görülen depresyon ve somatizasyon bozukluğu düzeyleri nedir?

### **1.1.3. Alt Problemler**

1. Kısa semptom envanteri, depresyon envanteri ve somatizasyon bozukluğu puan ortalamaları göç değişkenine göre anlamlı farklılık göstermekte midir?
2. Göç etmiş kadınların “kısa semptom envanteri, depresyon envanteri, somatizasyon bozukluğu” puanları arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?
3. Göç etmemiş kadınların “kısa semptom envanteri, depresyon envanteri, somatizasyon bozukluğu” puanları arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?
4. Göç etmiş ve göç etmemiş kadınların “depresyon envanteri” puanları arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?
5. Göç etmiş ve göç etmemiş kadınların “kısa semptom envanteri” puanları arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?

6. Göç etmiş ve göç etmemiş kadınların “somatizasyon bozukluğu” puanları arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?
7. Göç faktörünün depresyon envanteri üzerinde anlamlı bir etkisi var mıdır?
8. Göç faktörünün kısa semptom envanteri üzerinde anlamlı bir etkisi var mıdır?
9. Göç faktörünün somatizasyon bozukluğu üzerinde anlamlı bir etkisi var mıdır?
10. Göç etmiş ve göç etmemiş kadınların “kısa semptom envanteri, depresyon envanteri ve somatizasyon bozukluğu” puanları ortalamaları psikolojik hastalık durumu değişkenine göre anlamlı farklılık göstermekte midir?
11. Göç etmiş kadınların “kısa semptom envanteri, depresyon envanteri ve somatizasyon bozukluğu” puanları ortalamaları psikolojik ilaç kullanma değişkenine göre anlamlı farklılık göstermekte midir?

## **1.2. Araştırmanın Amacı**

Zorunlu iç göç yaşayan kadınlarda görülen depresyon ve somatizasyon bozukluğu düzeylerini incelemeyi amaçlayan bu araştırmada;

- Kadınların göç etme nedenlerinin ne olduğu,
- Göç etme durumundan memnuniyet durumlarının ne olduğu,
- İstanbul iline göç eden kadınların bireysel olarak yaşadıkları sıkıntıların ne olduğu,
- Göç etmiş kadınların somatizasyon ve depresyon düzeylerinin ne olduğu,

sorularının cevaplandırılmaya çalışılması amaçlanmaktadır.

## **1.3. Araştırmanın Önemi**

Bu araştırma, Zorunlu iç göç yaşayan kadınlarda görülen depresyon ve somatizasyon bozukluğu düzeylerinin ortaya çıkarılması açısından önemlidir.

- Zorunlu iç göç yaşayan kadınların kısa semptom envanteri, depresyon envanteri ve somatizasyon bozukluğu düzeylerinin ne olduğu ortaya çıkarılmış olacaktır.
- Göç olgusunun kısa semptom envanteri üzerinde nasıl bir etkisinin olduğu ortaya çıkarılmış olacaktır.
- Göç olgusunun depresyon üzerinde nasıl bir etkisinin olduğu ortaya çıkarılmış olacaktır.
- Göç olgusunun somatizasyon üzerinde nasıl bir etkisinin olduğu ortaya çıkarılmış olacaktır.

#### 1.4. Araştırmanın Varsayımlar

- Anket uygulamaları, Diyarbakır ilinde yaşayan kadınlar ve Diyarbakır ilinden İstanbul iline göç etmiş kadınlar tarafından samimi ve gönüllü olarak cevaplandırılmıştır.
- Araştırma konusunda uzman görüşleri ve literatür taraması araştırmanın geçerliliği için yeterlidir.
- Araştırmada kullanılan depresyon ölçeği, kısa semptom envanteri ve somatizasyon ölçeğinde yer alan sorular ölçme amacına hizmet etmektedir.
- Kullanılan veri toplama araçları geçerli- güvenilir ve hesaplamalar 0.95 güven düzeyindedir.

#### 1.5. Sınırlılıklar

Bu çalışma;

- Diyarbakır ilinde yaşayan (n=50) kadın ile sınırlıdır.
- İstanbul iline Diyarbakır ilinden göç etmiş (n=50) kadın ile sınırlıdır.
- Zorunlu iç göç yaşayan 18-65 yaş arası kadınlarla sınırlıdır.
- Araştırma veri toplama aracıyla sınırlıdır.

#### 1.6. Tanımlar

**Göç:** Bireylerin yaşamlarının bir kısmını veya tamamını geçirmek üzere bir yerden başka bir yere bir süreliğine veya süresiz olarak yapmış oldukları yer değiştirme hareketidir (Akkayan, 1979: 20).

**Depresyon:** Depresyon: Depresyon, genel anlamda çökkünlük ve ruhsal çöküntü olarak tanımlanabilir (Köknel, 2005). Depresyon, kişinin içinde bulunduğu duygusal durumu, düşüncelerini, davranışlarını ve beden sağlığını etkileyen, kişinin kendini nasıl hissettiğini, nasıl düşündüğünü ve nasıl davrandığını farklılaştıran tıbbi bir durumdur. (Koroğlu, 2006).

**Somatizasyon:** Birçok organ sisteminde birden fazla tıbben açıklanamayan bedensel yakınmaların olduğu, birkaç yıldan uzun süren ve tedavi arayışı ile birlikte önemli işlev kaybına neden olabilen bir bozukluktur (Koçer ve Kırkpınar,2013:34-41).



## BİRİNCİ BÖLÜM

### GÖÇ KAVRAMI

Bu bölümde, kuramsal anlamda göç kavramı, göç tipleri, iç göç, dış göç, mevsimlik göç, daimi göç, iradi göç, zorunlu göç, göç kuramları; itme-çekme, merkez-çevre, göç sistemleri kurumlarına ilişkin yapılan literatür taraması yer almaktadır.

#### 1.1. Kuramsal Anlamda Göç Kavramı

Göç, insanlığın varlığından itibaren her zaman devam etmiş ve sürdürülmüş faaliyetlerdir. Göç, tam anlamıyla belirtmek gerekirse ülkeler, coğrafi bölgeler, kentler arasında toplu bir şekilde yapılan değişiklik olgularıdır. Bu olgular, insanlar için siyasi, ekonomik ve sosyal gereksinimlerden dolayı ortaya çıkabilir. Göç kavramı, bölge olarak farklı bir yere gitmek veya yer değiştirmekten ziyade daha ayrıntılı ve yavaş bir şekilde gelişen büyük bir değişimi içinde barındırmaktadır. (Sağlam, 2006: 34).

Göç kavramının ortaya çıkmasının sebeplerine önderlik eden temel gereksinimlerden diğeri ise bağıl (nispi) kıtlıktır. İnsanların ihtiyaçlarını karşılamak için kullandıkları kaynaklara mal ve hizmet adı verilmektedir. İnsanlar için mevcut olan kaynakların kıt olması bağıl bir kıtlık olarak karşımıza çıkmaktadır. İnsanoğlunun ihtiyaçlarının sınırı yoktur ve ancak yaşanan doğadaki kaynaklar ise sınırlı ve az sayıdadır, oranca da yetersiz diyebiliriz. İnsanların gereksinimlerinin tümü birlikte karşılanamayacağından önem sırasına göre hangilerini daha önce önem sırasına konulmasının kararlaştırılması gereklidir. Yani kısaca bu kaynaklar arasından insanların kullanımı için en önemli olanının öne getirilmesidir. Belirli toplumların değil bağıl kıtlık, bütün toplumlar için sorun teşkil etmektedir. Bu sorun nedeniyle de insanlar göç uygulamasıyla karşı karşıya kalmışlardır. Toplumlarda farklı varyanslarının olmasına rağmen temelde sosyal, kültürel, ekonomik ve siyasal

ve diğ er sebeplerin etkisiyle ortaya çıkan göç kavramı, sonuçlarına göre de göç alan ve göç veren yerleri kültürel, ekonomik, sosyal ve siyasi olarak da kuvvetli şekilde etkilemektedir. Göç hangi sebebe dayanırsa dayansın, göçün ulaştığı yerlerde meydana gelen ekonomik ve sosyal hayattaki etkileri kesinlikle tartışılmaz ve göz ardı dahi edilemez. Planlanmadan yapılan göç hareketleri beraberinde çok büyük sorunlarda taşımaktadır (Özdemir, 2008: 1).

Türkiye’de iç göçler kırdan kıra, kentten kıra, kentten kente, kırdan kente şeklinde seyretmektedir. 2000-2014 yılları arasındaki TÜİK verilerine göre kentten kente göç oranı diğ er göç çeşitlerine göre daha fazladır. Kırdan kente göç temasına yönelik çalışmalar daha fazla olmasına rağmen kentten kente göç hareketi nicel olarak daha fazladır. Bu fazlalık kademeli göç olgusuyla açıklanabilir. Kırdan göç çoğunlukla önce yakın şehirlere ya da diğ er herhangi bir şehre sonra başka şehirlere doğrudur. Cumhuriyetin ilk yıllarında nüfusun %25’i şehirlerde %75’i köylerde yaşarken bu oran 2013 yılında tersine dönmüş ve 2012 yılında çıkan 6360 sayılı yasayla1 şehirde yaşayanların oranı yaklaşık %91’e yükselmiştir (Şahin, 2015:1-2).

## **1.2. Göç Tipleri**

Göç tipleri; iç göç, dış göç, mevsimlik göç, daimi göç, iradi göç ve zorunlu göç olarak sınıflandırılmış olup gerekli bilgiler aşağıda yer almaktadır.

### **1.2.1. İç Göç**

Bir ülkenin kendi sınırları içerisinde yaşanmış olan yer değıştirme hareketidir. Bu yer değıştirme hareketi köy, kasaba, il veya bölgeler arasında yapılmaktadır. Dünyada ve ülkemizde en çok gerçekleşen göç türüdür. İç göçler arasında kırdan kente yapılan göçler önemli bir yer tutmaktadır. Ülkemizde şehirlerin gelişimi ile birlikte ortaya çıkan çekici faktörler, kırsal alanda itici faktörlerin negatif etkilerinin de ortaya çıkması ile birlikte iletici nedenlerinde köprü vazifesi görmesi ile birlikte oluşan yer değıştirme hareketine sıklıkla rastlanmaktadır (Ünder, 1972: 77). Kırdan kente doğru oluşan bu yer değıştirme hareketi ile kent nüfusu artmakta, kentlerde bazı sosyal ve ekonomik değışimlere neden olmaktadır. Bu durum plansız kentleşmeye, altyapı ve konut sorunu gibi problemleri beraberinde getirmektedir.

Plansız kentleşmeyi, altyapı ve konut sorunu gibi problemleri beraberinde getiren iç göç kavramını en iyi anlatan teorem itme ve çekme teoremidir. İtici veya çekici denilen unsurlar her bölgenin veya coğrafyanın kendi özelliklerine ve yaşam faktörlerine göre farklılıklar göstermektedir. Türkiye’de uzmanlar iç göçün nedenlerini itici, çekici ve ulaştırıcı (iletici) nedenler olarak sınıflandırmışlardır (Güreşçi, 2010:77-86). Türkiye’de iç göç genel anlamıyla değerlendirildiğinde, iç göçün sosyal, ekonomik farklılıklardan, tarım sektöründe meydana gelen makineleşmelerden, tarım arazilerinin yetersizliği, kullanılamaması, tarım ve ekonomi alanında insanları tatmin eden politikalara yer verilmemesi, terör olaylarında meydana gelen artışlar vs. gibi etmenlerden kaynaklandığı söylenilebilir. Bu açıklamalara göre kırsal bölgeler içinde yaşayan insanlar için itici, kentsel bölgeler ise insanlar için daha çekici bir hal almıştır. Son otuz yıl içerisinde modernleşme ile birlikte ulaşım, iletişim ve teknolojik gelişmeler gibi ulaştırıcı (iletici) kaynaklarda artış meydana getirmiştir (İçduygu ve Sirkeci, 1998: 250). Devlet tarafından ilkinde sorun teşkil etmeyen ve desteklenen iç göç günümüzde çok büyük sorun olarak görülmektedir. Daha sonra ise yıllar arttıkça kırsal ve kentsel bölgelerde meydana gelecek ekonomik, sosyal birçok probleminde ortaya çıkmasına neden olacaktır (Güreşçi, 2010: 77-79)

### **1.2.2. Dış Göç**

Bu göç türü içgöçe oranla uzun bir zaman dilimini kapsayan gidilecek olan yere yerleşme veya iş gücü piyasasına katılma amacı taşıyan kendi ülke sınırlarını terk ederek başka bir ülkenin sınırları içerisinde ikamet etmeyi amaç edinen yer değiştirme hareketidir. Bu tür göçler göç edilen ülkenin nüfusunu arttırmakta göç veren ülkenin nüfusunu azaltmaktadır. Yapılan bu göçlerde ülkeler arası kültürel değerlerin tanıtılması, dayanışma ve kaynaşma, döviz girdisi gibi sebepler etrafında değerlendirildiğinde olumlu, kültürel asimilasyon, yabancılaştırma gibi durumlar etrafında değerlendirildiğinde ise olumsuz etkilere sahip olmaktadır (Ünder, 1972: 77).

### **1.2.3. Mevsimlik Göç**

Ülkemizde pamuk işçiliği, fındık işçiliği, yaz aylarında turistik otellerde çalışmak için yapılan yer değiştirme hareketi veya turistik amaçlı yapılan tatiller bu

göç tipine örnek olarak gösterilebilir. Bu göçler nüfus üzerinde bir değişime neden olamamakla birlikte göç süresinin kısalığı sosyal değişime önemli bir etkide bulunmaz. Bir yılın belli bir döneminde turistik amaçlı veya ekonomik sebeplere dayalı bir bölgeden başka bir bölgeye veya bir ilden başka bir ile yapılan yer değiştirme hareketidir. Bu göç hareketi genellikle bahar ve yaz aylarında yoğunluk göstermektedir (Sağlam, 2006: 74).

#### **1.2.4. Daimi Göç**

Göç edilen yere temelli olarak yerleşmek amaçlı yapılan yer değişikliği hareketidir. Bu göç tipinde gidilen yere daima yerleşme amacı güttüğünden dolayı terk etmiş olduğu yere senenin bazı dönemlerinde ziyaret amaçlı geziler yapmaktadır. Göç edenler yerleşilen yerin kültürel ve sosyal durumlarına uyum sağlamak ve bir kültürel uyum problemi ile yüz yüze kalma durumuna maruz kalmaktadırlar (Koçak, Terzi, 2012: 170).

#### **1.2.4. İradi Göç**

Yapılan yer değiştirme hareketinin baskı veya zorlama olmadan bireyin kendi isteği ve iradesi ile yapılma durumunu ifade etmektedir. Bu göç tipinde devletin ya da başka bir gurubun herhangi bir baskısı ya da yönlendirmesi bulunmamaktadır (İşçi, 1998: 72). Kırdan gelişmiş sanayi şehirlerine yapılan göç hareketleri bu göç tipine örnek olarak gösterilebilir.

#### **1.2.5. Zorunlu Göç**

Bu göç tipi belli bir otoritenin veya gurubun zoru ile yapılan yer değiştirtme hareketini ifade etmektedir. Bu yer değiştirmede baskı ve zor kullanılmakta olup yasal zorlamayla insanlar yerleşim yerlerinden edilmektedir (Koçak, Terzi, 2012: 171).

Bireylerin refah düzeylerini artırmak, daha yüksek yaşam standardını yakalamak amacıyla kendi iradeleriyle göç kararını alıp gerçekleştirdikleri göçler gönüllü göç olarak ifade edilir. Zorunlu göçler ise göç edenler tarafından istenmeyen sebeplerden kaynaklanan ve zorlama ile gerçekleştirdikleri göç eylemleridir. Özellikle terör, savaş, doğal felaket gibi olay ya da durumlar karşısında devletin

kararı ile bir bölgede yaşayan bireylerin başka bir bölgeye sürekli olarak gönderilmesi de zorunlu göç olarak tanımlanmaktadır (Ak, 2013: 7).

### **1.3. Göç Kuramları**

Göç teorileri, bireylerin ya da toplumların neden göç etmek istedikleri sorusuna yanıt aramasıyla ele alınmış ve göç ile ilgili çeşitli teoriler üretilmiştir. Bireylerin veya toplumların zaman içerisinde hareket biçimleri başta ekonomik, sosyal, siyasi, kültürel etkenler gibi birçok değişkenlere dayanmaktadır. Göç teorilerinin belirlenmesinde özellikle itici ve çekici faktörler önemli rol oynamaktadır. İtici faktör olarak bireylerin içinde buldukları yaşam koşullarının çok zor olması ya da bireyler tarafından katlanılamaz bir yaşam standardı olarak görülmesidir. İş olanaklarının kısıtlı olması, düşük ücret, miras yoluyla toprakların parçalanması ve tarım alanlarının daralması, yetersiz ekonomik çevre, sağlık ve eğitim imkânlarının yetersiz olmasıdır. Çekici faktör olarak ise bireylerin yaşam standartlarına ait olumlu beklentilerini ifade eder. İş olanaklarının fazlalığı, yüksek ücret, sağlık ve eğitim imkânlarının fazlalığı, göç edenlerin bir önceki yaşantılarına göre yüksek yaşam standardı ve refah düzeyini ifade eder (Gündüz, 1997: 110).

Göç olgusunun değişik yönleri olması nedeni ile farklı boyutlarını inceleyen çok sayıda bilim adamı bulunmaktadır. Göçlerin karmaşık yapıda olmasından dolayı çeşitli göç kuramları oluşturulmuş ve her birinin önceliği de farklılık göstermiştir. Bu araştırmada göç kuramları olarak; itme-çekme kuramı, merkez-çevre kuramı ve göç sistemleri kuramı üzerinde durulmuştur.

#### **1.3.1. İtme-Çekme Kuramı**

İtme-Çekme Yaklaşımı, insanların gelir seviyesinin düşük olduğu yerleşim yerlerinden yüksek olduğu yerlere; toprakların kıt olduğu yerlerden geniş olan yerlere, istihdamın yetersiz olduğu yerlerden istihdam fırsatlarının olduğu yerlere göç ettiğini varsayar. Bu kuram genelde iş döngüsündeki dalgalanmalarla göçü açıklar. Ekonomik göç kuramı aynı zamanda itme-çekme göç kuramı olarak da bilinir. Bir tarafta iten faktörler varken diğer tarafta çekme faktörleri bulunmaktadır. İten ve çeken faktörler arasında engeller ve engelleri aşmak için iletici faktörler bu kuramın temel boyutlarını oluşturur. Kişi iten, çeken, engelleyen ve ileten faktörleri göz önüne alarak göç etme kararını verir. Bu model neo-klasik ekonomi içerisinde

temellenmiş olsa da sosyoloji, sosyal demografi vb. disiplinlerden de etkilenmiştir. Bu model bireyseldir ve tarihi süreç ile ilişkiler ağını çok dikkate almaz. Bu modelde, birey göç edeceği yere göç etmenin maliyetini, göç edeceği yerdeki kazancını ve göç etmezse hangi olanaklardan yoksun kalacağını hesap eder. Kuramda bireyin kazancının maliyetinin üzerine çıkacağını tahmin etmesiyle göç edeceği varsayılır. Bu modelde kısıtlayıcı faktörlerin kaldırılması üzerinde durulur. Bir başka deyişle; bireyin serbest olmasını yani devletin el atmaması gerektiğini ifade eder. Bu modelin temel dayanağı insan sermayesidir. İnsanın kendi sermayesi ile göçlere yöneleceği farz edilir ve insanın göç etmesi ile sermayesini artıracığı öngörülür (Castles ve Miller, 2008:31).

Bu teori ile ilgili formül ve içerikleri ilk kez 1966 yılında Everett Lee açıklamıştır. Lee geliştirdiği teoride göç eden kişiden daha çok göç eylemine odaklanmış, lakin göç eden kişinin de göz ardı edilmemesi gerekliliğini de teorisinde belirtmiştir. Dolayısıyla Lee öncelikle bu çerçevede göç edenlerin temel ortak karakteristik özelliklerini belirlemeye çalışmış ve bunun için de göçü etkilediğini düşündüğü, daha sonra da kendi teorisinin temel işleyişini ve bileşenlerini oluşturduğunu düşündüğü, itici ve çekici faktörleri dört temel faktör olarak belirlemiştir. Bunlar; yaşanan bölge ile ilgili faktörler, göç edilmesi planlanan yerle ilgili faktörler, göç ile ilgili engeller, kişisel faktörlerdir (Yalçın, 2004: 30).

Bugüne kadar yapılan çalışmalar göstermiştir ki; bu model içerisinde göçle ilgili birçok soruya cevap verilememektedir. Bunlardan en önemlileri az gelişmiş ülkelerden gelişmiş ülkelere göç edenlerin fakirler değil, orta düzeydeki kişiler olmasıdır. Bu modelin mantığına göre en alt düzeyde olanların göç etmesi gerekmektedir. Diğer ise, seyrek nüfuslu yerlerden yoğun nüfuslu olan yerlere göçtür ki; bu kuram bunun tersini söylemektedir. Son olarak, bu kuram bir göçmenin neden göç ettiği yeri tercih ettiğini açıklayamamasıdır (Castles ve Miller, 2008:32-33).

### **1.3.2. Merkez-Çevre Kuramı**

Marksist ekonomik yapıyı savunanlar tarafından ileri sürülen bu kuram Marksist olmayan bilim adamları tarafından da kullanılmış ve geliştirilmiştir. Modernleşme teorisine karşı gelişmiş kapitalist ülkelerle (merkez) az gelişmiş ülkeler

(çevre) arasındaki sömürü ilişkisi üzerinde durur. Özetle, bu kuram kapitalizmin, göç olayını sömürü düzenine alet etmesi olarak açıklanabilir. Göçler neticesinde kapitalizmin metropolleri sürekli gelişip büyürken geri kalan bölgeler ise kısır döngü içerisinde kalırlar. Bu durum zamana göre değişiklikler gösterir. Zamanın ruhuna uygun enstrümanlarla emek sömürüsü devam eder (Gezgin, 1991:37-38; Vergin, 2010:187-193).

Dünya sistemleri göç kuramı tarihsel yapısalcı kuramdan çok farklı görülmemektedir. Daha önce kolonyal şekilde devam eden sömürü sisteminin enstrüman değiştirerek (hammadde ve insan köleleştirilmesi yerine fason üretim ve göçmenler) devam ettiğini belirtmekte ve tarihsel-yapısalcı kuramdan ayrı durmadığı bariz şekilde anlaşılabilir (Abadan, 2006:31-34).

Teorinin genel işleyişi incelendiğinde merkez ve çevre ülkeleri yapı itibarıyla birbirlerine ihtiyaç duyduğu anlaşılır. Merkez ülkeler kendi gelişmişlik düzeyine maksimum faydayı sağlayacak şekilde ve girdikleri piyasalarda rekabet gücünü artıracak şekilde, çevre ülkelerden ucuz vasıflı ve vasıfsız işgücü, beyin göçü, temin ederek bağımlılık ilişkisi oluşmaktadır (Vural, 2007: 14).

### **1.3.3. Göç Sistemleri Kuramı**

Ekonomik göç kuramları göçü gelir farklılığına dayandırarak açıklarken, yapısalcı yaklaşım makro sosyo-ekonomik yapıyı tarihsel açıdan değerlendirerek göç teorilerine katkıda bulunur. Göç sistemleri yaklaşımı ise göçü şekillendiren ve devamlı hale getiren etmenler üzerinde durmaktadır. Göç sistemleri kuramı kapsamlı ve inter-disipliner bir yaklaşımla göç olgusunu yorumlamaktadır. Göç sürecinin mikro ve makro yapıların etkileşiminin bir sonucu olarak meydana çıktığını savunmaktadır. Aracı yapılar ise; mikro ve makro yapıların bir arada yürütülmesinde önemli katkı sağlar. Makro yapılar kurumsal yapılardır. Yani göçü düzenleyen kanunlar, ekonomik ve siyasi politikalarıdır. Diğer yandan mikro yapılar; ağlara, uygulamalara ve göçmenlerin düşüncesine dayanmaktadır. Aracı yapılar ise, iş bulma örgütleri, avukatlar, acenteler ve kaçakçılardan oluşur (Castles ve Miller, 2008:36-39).

Sosyal ve ekonomik yaşam içerisinde göçmenler enformel ağlarla kendilerini korumaya ve kollamaya çalışırlar. Bu ağlar sayesinde kişiler sosyal sermaye

oluşturup bu sosyal sermayeyi yaşamları için faydalı hale getirirler. Yine bu ağlar sayesinde kimin g edeceğine karar verilir, geçimi için bilgi, para ve kalacak yer sağlanır, iş bulmada yardımcı olunur. Ağlar sayesinde g hareketi bir kez başladığında artık kendi kendini sürdürebilir hale gelir. Kaynak ülkeden hedef ülkeye glerin sürekliliği böylece sağlanmış olur. Göçmen ağları sayesinde oluşturulan cemaatlerin çeşitli alt ve st yapılarıyla hedef bölgedeki göçmenlerin bakış aıları değişir ve gelişir. Buna rnek olarak Türkiye'den ilk g dalgasıyla Almanya'ya giden göçmenlerin para kazanıp geri dönme isteklerinin sonradan değişmesi gösterilebilir (Castles ve Miller, 2008:36-39).



## İKİNCİ BÖLÜM

### DEPRESYON ve SOMATİZASYON KAVRAMLARI

Bu bölümde, kuramsal anlamda depresyonun tanımı, depresyonun sınıflandırılması, depresyon kuramları, somatizasyonun tarihçesi, somatizasyon ve cinsiyet, somatizasyonun epidemiyolojisine ilişkin yapılan literatür taraması yer almaktadır.

#### 2.1. Depresyon Tanımı

Türkçede ruhsal çöküntü veya çökkünlük olarak tanımlanan depresyon, Latince bir kelimenin evrilmesi sonucu ortaya çıkmıştır; Latince kökü “depressus”dur. Aşağı doğru basmak, bitkinlik, kederli ve gamlı olmak, durgunlaşmak ve donuklaşmak anlamına gelir (Köknel, 2005).

Klinik depresyon, kişinin nasıl hissettiğini, düşündüğünü ve davrandığını değiştiren bir bozukluktur. Bu etkilerine ek olarak kişinin beden sağlığını da etkilenmektedir. Dünyada en sık görülen tıbbi bozukluklardan biri olan depresyon, bellek, biliş ve duygusal durumla ilgili farklılıklara neden olur (Koroğlu, 2015).

Depresyon sözcüğü ruhbiliminde dört ayrı yerde kullanılır:

- Belirti
- Hastalık
- Sendrom
- Duygu durumu değişikliği

Depresyon belirti olarak farklı birçok bedensel ya da ruhsal rahatsızlıkta meydana gelebilir. Sendrom (belirtiler toplamı) olarak depresyon, bedensel, ruhsal ve toplumsal yakınmaların tümünü içerir ve bunların temelinde elem/keder büyüklüğünde artmış bir duygu durum bulunmaktadır. Depresyon bir ruh hastalığı olarak nitelendiğinde, belirli ölçütleri ve sınırları olan bir bozukluktur. Bu terim

hangi alanda kullanılırsa kullanılsın temel bulgu elem doğrultusunda artmış olan duygu durumudur (Köknel, 2005).

Depresyon, şiddetli bir stresör olarak organizmayı zorlayan hayat kalitesini düşüren psikosomatik bir olgudur. Çağdaş kuramcılar depresyonun yalnızca holistik değil, aynı zamanda çevre etkisini kapsayan bir hastalık olduğunu dile getirmişlerdir. Depresyondaki kişi hem kendinin hem de ailesinin yaşamında olumsuz etkiler yaratmaktadır. Bu sebeple hastanın tedavisinde tüm etkenler ele alınmalıdır. Depresyon; şiddeti, belirtisi ve tipleri açısından değişkenlik gösterir. Normal üzüntü halinden başlayarak, farklı psikotik belirtilere varan tablolara gidebilmektedir. Klinik majör depresyon tabloları, normal çökkünlük tablolarından oldukça farklıdır. Klinik tablolarda bedensel işlev, aile, ev, okul ilişkilerinde bozulma, intihar girişimi ve gerçeği değerlendirmeye dair sorunlar yaşanmaktadır (Uluşahin, 2003:79-88).

Kara kara düşünme; başarısızlığa odaklanan, kopulması zor düşünce biçimidir.” Kendi kendini değersizleştirme eğilimi ise yetersizlik, başarısızlık ve verimsizlik duyguları yaşama üzerinedir. Bedenini olumsuz algılaması bireyde ağır baskı ve tükenmişlik hissi yaratmaktadır. Depresif kişinin çevreyle ilişkileri ise eski hobi ve ilgilerde ciddi azalma ile süregelmektedir. Haz almanın azalması, yemek, cinsellik vb. insan yaşamının haz veren alanlarına dair ilgilerde kayıp yaşamaya dair yoksunluklardır. Çalışabilirlik ve çalışma gücünün azalması, bireyin yeni atılımlar yapamaması ve üstlenmesi gereken her göreve dair korku ve huzursuzluk hislerine sahip olmasıdır. İştah, uyku, kilo ve cinsel istekte azalma vb. somatik belirtilerde görülebilmektedir. Kendini suçlama ve kaygılarla birleşen bir üst benlik tepkisi olarak ortaya çıkmaktadır. İdeal benliğin dağılımıyla ortaya çıkan öfke, umutsuzluk, çaresizlik barındıran depresyonlar görülmektedir. Bu tür depresyonların benliğin dağılımı kadar, bütünleşemeyen bir benlik yapısını da düşündürmesi gerekmektedir. Psikotik düzeyli depresyonlarda ise bu duruma depersonalizasyon eşlik ederek borderline bir tablo ortaya çıkmaktadır. Yapılan ruhsal çözümlenelerde depresyon yitim duygularının sonucunda bir tepki olarak ortaya çıkmaktadır. Yitirme kadar ulaşamama, doymama duygusu da depresyona sebep olmaktadır (Odağ, 2001).

Depresif yakınmaları olan hastalar sıklıkla unutkanlıktan yakınabilmektedir. Unutkanlık depresyonda yaşanan üzüntü, sıkıntı ve dikkat azalmasına bağlı olarak

gelişmektedir. Depresif tablolarda çökkünlük iyileştiğinde unutkanlık da düzelmektedir. Depresyondaki kişilerde genellikle algı bozuklukları görülmezken, hastalar için zamana katlanma toleransı düşmektedir. Bireyin düşünce hızı zaman geçtikçe yavaşlamaktadır. Düşünce yapılanması genelde geçmiş pişmanlığı ve gelecek anksiyetesi arasında gidip gelmektedir. Çaresizlik ve umutsuzluk düşünceleri ruhsal yaşama egemen hale gelmektedir (Öztürk ve Uluşahin, 1988). Hastanın öz saygısı (self-esteem) azalmıştır. Kendini işe yaramaz görür. Özkıyım (intihar) düşünceleri gelişir. Çok ağır durumlarda perseküsyon hezeyanları gelişebilmektedir. Çökkün hastalarda genelde hipokondriyak uğraşlar görülebilmektedir. Buna konversif belirtiler de eşlik etmektedir. Hastaların çoğunda yeme isteği azalır, kısa sürede zayıflama görülür. Genellikle enerjileri azdır ve çabuk yorulurlar. Pek çoğunun uykuları bozuktur. Uykuya dalmada güçlük, uyku bölünmesi ve erken uyanma görülür. Uykunun Rem dönemleri uzar. Mevsimsel çökkünlük geçiren hastalarda aşırı yeme, kilo alma ve aşırı uyku daha sık görülmektedir. Hastanın sindirim dizgesinde iştah azalması ve kabızlık görülür. Cinsel isteksizlik görülür (Öztürk ve Uluşahin, 1988).

Depresyonda; duygulanımda genel bir keyifsizlikten derin bir iç acısına giden artış olabilmektedir. Buna “çökkün duygu durum” (low mood) denir. Hasta sık ve kolay ağlayabilir. Çökkün duygu durumun çevresel uyaranlara verdiği yanıtlar da önemlidir. Ağır çökkünlüklerde duygularda küntleşme söz konusu olabilmektedir. Kimi hastalarda üzüntüyle birlikte bunaltı, anksiyete, tedirginlik; kimi zaman da öfke hali olabilmektedir. Bunaltılı depresyonlarda; yerinde duramama görülebilmekte ve sabah erken saatlerde ağır bir çökkünlük söz konusu olabilmektedir. İleri aşamalarda sevdiklerine karşı tüm duygularını yitirme ve duygulanımda azalma belirtileri görülmektedir. Sıklıkla anhedoni (zevk alamama) sıkıntısı yaşarlar (Öztürk ve Uluşahin, 1988).

Depresyonda doğru tanı koymak önemlidir. Majör depresyon tanısı koymak için; iki haftalık dönem sırasında, daha önceki işlevsellik düzeyinde bir değişiklik olması ile birlikte aşağıdaki semptomların ya da daha fazlasının bulunmuş olması gerekmektedir:

- Hemen her gün, gün boyu süren depresif duygu durum

- Etkinliklerden keyif almama
- Ciddi derecede kilo kaybı, aşırı uyku ya da uykusuzluk
- Enerji kaybı, değersizlik hisleri, tekrarlayan ölüm düşünceleri

## 2.2. Depresyonun Sınıflandırılması

Ağır çökkünlük tabloları majör depresyon olarak tanımlanmış fakat minör çökkünlük gibi bir olgudan söz edilmemiştir. Bu bakımdan çökkünlükler şiddetine göre hafif, orta ve ağır olarak ayrılmakta; ağır depresyon ise kendi içerisinde psikotik belirtisi olan ve olmayan şeklinde bölünmektedir. Yineleyici çökkünlük geçiren pek çok hastada endojen yatkınlık ve psikososyal etkenler birlikte rol oynamaktadır.

Çökkünlük belirtileri klinik özelliklerine göre ayrılmaktadır:

- Post partum çökkünlük
- Yaş dönümü çökkünlüğü
- Psikotik özellikli çökkünlük

Depresyonun; maskeli, melankolik, psikotik gibi pek çok alt tipi vardır. Genel anlamda endojen depresyon yaşayanların depresyonlarını tedavi ettirmekten en çok kaçan bireyler oldukları belirtilmiştir. Çökkünlük, derin üzüntü, bazen de hem üzüntülü hem de bunaltılı duygu durumla birlikte düşünce, konuşma devinim ve fizyolojik işlevlerde yavaşlama, durgunlaşma ve bunların yanı sıra değersizlik, küçüklük, güçsüzlük özelliklerini içeren bir sendromdur ve Dünya Sağlık Örgütü tarafından dünyadaki önemli hastalıklardan biri olarak görülmüştür (Öztürk ve Uluşahin, 1988).

Depresyon; çok eski dönemlerde psikotik, nörotik, iç kökenli endojen ve tepkisel reaktif çökkünlükler olarak sınıflandırılmaktaydı. Psikotik örüntülerin eşlik ettiği çökkünlükler ise “ağır çökkünlük dönemi” olarak adlandırılmaktadır. Bu ağır depresyon türünde işitme, görme varsamaları, kötülük görme sanrıları, ağır günahlar işlediği için cezalandırılacağı inancı gibi psikotik belirtiler görülebilmektedir. “Nörotik çökkünlük” terimi artık kullanılmazken; hafif orta ve distimik depresyon olguları şeklinde söz edilmektedir. Eskiden “iç kökenli” (endojen) olarak

adlandırılan çökkünlükler; ajitasyon, psikomotor yavaşlama, iştah azalması, kilo yitimi vb. “somatik belirtiler” olarak tanımlanmıştır. Benzer şekilde de sabah erken uyanma, kötü hissetme, psikomotor yavaşlama, kilo yitimi, suçluluk vb. belirtiler “melankolik tip” olarak tanımlanmaktadır. Ayrıca atipik, katatonik belirtili ve doğum sonrası (post partum) başlangıçlı çökkünlüklerin özellikleri tanımlanmaktadır. Atipik depresyonlar; genel depresyon belirtilerinin tamamını gösterirken, trisiklik antidepresanlar tedavide en olumlu yanıtları vermektedir (Öztürk ve Uluşahin, 1988).

Depresif belirtilere halüsinasyon ve hezeyan tablolarının eklenmesiyle psikotik depresyon tabloları oluşmaktadır. Birlikte görülen bu temalar duygudurumla uyumlu psikotik temalar olarak adlandırılmaktadır. “Beni aşağılayan sesler var, cehennemliğim, kötü biriyim.” vb. düşünceler içerebilmektedir. Depresif hastaların üçte ikisinde intihar tabloları görülmektedir (Kulaksızoğlu, Tükel, 2009:4).

### **2.3. Depresyon Kuramları**

Depresyona bilişsel kuram ve psikanalitik kuramın bakışlarına ilişkin bilgiler aşağıda yer almaktadır.

#### **2.3.1. Bilişsel Kuram**

Depresyon süreci bilişsel kurama göre, çocukluk dönemindeki deneyimlerin ve öğrenmelerin de katkısıyla kişinin düşünsel şemaları oluşmaktadır. Bu şema biçimleri bireyin dünyayı algılama ve değerlendirmesi üzerinde oldukça etkilidir. Olumsuz şemalar otomatik düşünceleri meydana getirerek depresyonda klinik olarak ortaya çıkabilecek düşünce sistemlerini oluşturabilmektedir (Bozkurt, 1998:25-32). Beck'in bilişsel kuramlarına bakıldığında depresyondaki temel patolojilerin bilişsel kaynaklı olduğu görülmektedir.

#### **2.3.2. Depresyon Psikanalitik Kuram**

Psikanalitik tanıma göre oral dönem sorunlarının depresif yapılanma üzerindeki etkisi büyüktür. Yeni doğanlarda sindirim sistemine dair bir takım bulgular ruh bilimciler tarafından araştırma altına alınmıştır. Yapılan çalışmalar sonucunda bebeklerdeki emme davranışının beslenme ve haz alma üzerindeki etkisi görülmüştür. Dudak ve yemek borusu bu haz alınan bölgelerin başında gelmektedir. Bu alma ve vermeye dair davranışlar ve örüntüler oral dönemde zirve noktadadır.

‘Ağız’ın öncülük ettiği bu gelişim dönemine bu sebeple “oral dönem” adı verilmiştir (Eriş, 2017:19).

Bu dönemi mutlu geçiren bebekler yaşamında bu mutlu çağın daimi olarak süreceğine dair inançlar taşımaktadır ve vazgeçilmez bir iyimserlik duygusuna sahip olabilmektedirler. Bu dönemsel alıp verme meselesinde yaşanan dengesizlikler yerini umutsuzluk ve karamsarlığa bırakabilmektedirler. Oral dönemini dengeleyemeyen, her şeyi almaya alışan bireyler; borçlarını unutan, insanlardan sürekli bir şeyler bekleyen bireyler haline gelebilmektedirler (Eriş, 2017:19). Depresif nevroz yaşayan bireyler genellikle daha verici taraftırlar. Başkaları için çalışma ve verme eğiliminde olan, şükran, suçluluk ve sorumluluk duygularını içselleştirmiş bireylerdir.

#### **2.4. Somatizasyon**

Somatizasyon “bedendeki bir bozukluk gibi” görüntü verip, temelde ruhsal ve sosyal alanda yaşanan sorunlara ilişkin yardım arama davranışıdır. Somatizasyon, kişilik özellikleri, öğrenilmiş davranış kalıpları, psikiyatrik hastalık ve başa çıkma stili olarak birçok değişkenin anlatımı için son ortak yoldur. Bireyin ruhsal, kişilerarası, sosyal, kültürel ve çevresel etkenlerin zorlamasıyla tıbben açıklanamayan yakınmalar, hastalık ve sağlıkla aşırı uğraş ve kronik hastalık davranışı ile karakterize bir yaşam stili benimsemesi olarak tanımlanan somatizasyon da, klinisyenin organize, sistematik ve kapsamlı bir şekilde sorunu ele alması oldukça güç olmaktadır (Ünal 2002:52-55).

Stresin fiziksel belirtilere dönüştürülmesi olarak tanımlanan somatizasyon, zihni hadiseleri organik belirtiler şeklinde hissetme olarak da tıp sözlüklerinde ifadesini bulmaktadır (Tıp Terimleri Sözlüğü, 2016). Bir başka tanımı ise; herhangi bir organik patoloji bulunmaksızın, genel bir tıbbi bozukluğu düşündüren bedensel yakınmalar yaşama durumudur. Psikanalitik açıdan somatizasyon olgun olmayan bir savunma mekanizmasıdır ve psişik zorlanmaların bedensel bulgulara döndürülmesidir. Duygusal sıkıntıyı fiziksel dille anlatma durumu “somatotimi” olarak isimlendirilir (Öztürk, 1997). Psikososyal veya emosyonel (duygusal) problemlerin bedensel belirtilerle ifade edilerek bir hastalığa atfedilmesi ve tıbbi yardım aranmasıdır. Somatizasyonun tanısı ve sınıflandırılması açısından tam olarak fikir birliğine varılmamış olmakla beraber, yapılan tüm tanımlar içerisinde kullanılan

ortak ifade; bedensel bir hastalıkla açıklanamayan fiziksel yakınmaların varlığıdır (Özen ve diğerleri, 2010:60-65).

Somatizasyon, kişinin duygulanımlarını, gereksinimlerini beden semptomları ile algılaması, ortaya koyması ve beden dilini iletişim aracı olarak kullanmasıdır. Herhangi bir organik bozukluk belirlenmediği halde fiziksel semptomlardan yakınma ve bedensel hastalığı olduğu endişesi taşıma temel özellikleridir. Bedensel hastalık korkusu ve doktor doktor dolaşma bir yaşam tarzıdır (Kara ve Abay 2000:89-99).

## 2.5. Somatizasyonun Tarihçesi

Antik çağlardan beri hekimler hastalarının açıklanamayan bedensel belirtileri ile ilgilenmişlerdir. Eski Mısır’ da gösterilebilir bir organik patoloji yokken yaşanan, fiziksel belirtilerin olduğu bir bozukluğun varlığını belirtmişlerdir. Eski Yunanlılar bu durumu tanımlamak için hystera sözcüğünden türetilen “hysteria” deyimini kullanmıştır. Bu sözcük günümüze kadar çeşitli belirtilerle birlikte, kişilik yapısını çağrıştıracak şekilde de kullanılmıştır (Sırlılar, 2012). Tıp uzmanları eski çağlardan bu yana insanların zihin ve beden ilişkisinin çeşitli boyutlarını saptamaya çalışmışlardır. Zihin ve beden ilişkisiyle ilgili teoriler hep fiziksel veya davranışsal bozuklukların temelinde tek bir nedene yönelmişlerdir. Bu ilk teorilerden hiçbiri insanı birbirleriyle ilişkili sistemler bütünü olarak ele almamışlardır. Terimi ilk olarak Stekel (1943) kullanmıştır. Freud’un konversiyon kavramı ile özdeş olarak değerlendirmiştir. Somatizasyon üzerine yazılan teorik yazılarda, konversiyon rahatsızlığı, psikosomatik hastalık ve somatizasyon arasındaki ayrımlar her zaman net bir şekilde yapılmazken, modern ders kitapları ve tanı el kitapları bu kategoriler arasında ayırım yapmaya çalışmaktadır (Richards, 1996:37-40).

Bedenselleştirme olarak Türkçeye çevirebileceğimiz ve ilk olarak 20. yy’ın ilk yarısında Stekel tarafından kullanılan somatizasyon kavramı, kişinin psikolojik amaçlarla bedenini veya bedensel belirtileri kullanması olarak tanımlanabilir. Somatizasyonun görüldüğü hastalar, organik nedenlerle açıklanamayan fiziksel belirtilerden yakınmaktadırlar. Bilimsel yayınlarda somatizasyon kavramı ilk kez, derinde yatan bir nörozun belirteci olarak ortaya çıkan bedensel bir bozukluk tanımıyla Stekel tarafından kullanılmıştır. Önceleri “Histeri” ya da “Briquet sendromu” diye adlandırılan somatizasyon bozukluğu erken yaşta başlayan,

çoğunlukla kadınları etkileyen ve tekrarlayıcı, çok sayıda organ sistemini ilgilendiren çoğul somatik yakınmalarla karakterize polisemptomatik bir bozukluktur (Köroğlu ve Güleç 2007:369-376).

1949 yılında Mac Lean psikosomatik hastaların duygularını söze dökmekte zihinsel bir yetersizlikleri olduğundan bahsetmiştir. Mac Lean psikosomatik kişilerde duyguların, neokortekse ulaşım sözel yolla simgesel anlatım bulamadığını, otonom yollarla ifade edildiğini, yani organ diline çevrilerek bedensel belirtiler olarak kendini gösterdiklerini vurgulamıştır. 1948 yılında Ruesch psikosomatik hastalarda yaptığı gözlemlerde, bu hastaların diğer nevroitiklerden farklı olarak duygularını ve rahatsızlıklarını sözel ya da sembolik olarak ifade edemediklerini belirtmiştir. Psikosomatik şikâyetlerle gelen bu kişilerin duygularını veya gerilimlerini ifade etmelerinin tek yolu bedensel tepkiler aracılığıyla olmaktadır. Ruesch bu özellikleri psikosomatik hastalıkların temelinde yatan asıl sorun olarak görmüş ve bu özellikleri “çocuksu kişilik” (infantil personality) olarak kavramsallaştırmıştır. Ruesch’a göre çocuksu kişilik yapısı, psikosomatik hastalıkların temelinde yatan sorunun özünü oluşturmaktadır. Freedman ve Sweet duygularını sözel olarak ifade edemeyen psikosomatik hastaları duygu cahilleri (emotional illiterates) olarak tanımlamışlardır. Bu kimseler kaygılarını bedenselleştirdiklerinden dolayı duygusal yaşantılarının da farkında değildirlir (Özen Şahin, 2007).

Lipowski 1968’deki ilk tanımında somatizasyonu psikolojik durumları ya da içerikleri, bedensel duyular, işlevsel değişiklikler veya somatik (bedensel) metaforlar şeklinde kavramlaştırmaya, yaşantılamaya veya iletmeye yatkınlık şeklinde açıklamıştır. 19 yıl sonra bu tanımını psikolojik huzursuzluğu somatik belirtiler şeklinde yaşantılamaya ve iletmeye ve bunlar için tıbbi yardım aramaya yatkınlık olarak değiştirmiş, ancak temelde psikolojik huzursuzluk ile somatik belirtilerin ilişkisine olan inancını korumuştur. Bridges ve Goldberg benzer çizgide görüşlerini bildirmişler ve somatizasyonun DSM-IV Eksen-I’deki bir psikiyatrik hastalığın ifadesi olduğunu öne sürmüşlerdir. Stekel, Lipowski, Bridges ve Goldberg’i takiben pek çok yazar psikodinamik etkenleri ön planda tutarak somatizasyonu, psikolojik gerilimin ya da bir Eksen-I bozukluğun bedensel göstergesi olarak değerlendirmişlerdir (Özen 2007).



Somatizasyonun tanımı ve sınıflandırılması konusunda farklı görüşler ortaya atılmıştır. Bazı araştırmacılar tarafından somatizasyon, psikolojik sıkıntıların bedensei bulgular şeklinde yaşanması ve iletilmesi olarak tanımlanırken bazıları somatizasyonu, psikolojik sıkıntıların farkındalığına veya ifadesine karşı bir savunma olduğunu öne sürmektedirler (Sayar, 2001:222-231).

Somatizasyonun bir bozukluk olarak değerlendirilmesi için birey şikayetlerini fiziksel bir hastalık olarak algılamalıdır. Somatizasyon kliniğinin bir ucunda sebebi bilinmeyen hafif ve sınırlı genel ağrılar bulunurken en üst noktada somatoform bozukluklar (somatizasyon bozukluğu) yer alır. Somatizasyon bozukluğu olan hastalar bedensel hastalığı olan hastalara göre daha az toplumsal uyum gösterir ve somatizasyon bozukluğu olan hastaların işteki verimleri bedensel hastalığı olan kişilere göre daha düşüktür. Tedavide belli bir ilaç ve tedavi yöntemi bilinmemektedir. Ancak hastaların toplumsal uyumun ve iş verimini artırmak amacı ile psikolojik destek verilebilir. Bu hastalarla ilişki kurmada psikiyatristin tutumu çok önemlidir (Mercan, 2000).

## **2.6. Somatizasyon ve Cinsiyet**

Somatizasyon prevalansı kadınlarda %0,2-%2,0 erkelerde %0,2'den az görülür. Somatizasyon bozukluğu olan kadınların birinci derece kadın akrabalarında %10-29 oranında görülür. Somatizasyon bozukluğuna %85'e varabilen oranlarda diğer ruhsal bozukluklar eşlik edebilmekte, bunların başında da depresyon ve anksiyete bozuklukları gelmektedir (Sağduyu 2001:211-224).

## **2.7. Somatizasyonun Epidemiyolojisi**

Somatizasyon iyi tanımlanmış bir tanı sınıfı ya da bozukluk değil, geniş kapsamlı bir klinik görüngüdür. Buna bağlı olarak somatizasyonu bulunan olgular oldukça heterojen bir grup oluşturmaktadır. Somatizasyonun süresi, şiddeti, duygu durum bileşeninin katılım derecesi ve şiddeti bireyin duygularını tanıma ve anlatma yeteneği olgular arasında büyük değişkenlik göstermektedir (Kesebir 2004:14-19).

Somatizasyonu bulunan olgular oldukça heterojen bir grup oluşturmaktadır. Somatizasyonun süresi, şiddeti, duygu durum bileşeninin katılım derecesi ve şiddeti,

bireyin duygularını tanıma ve anlatma yeteneği olgular arasında büyük değişkenlik göstermektedir (Gottman, 1982:943-962).

İnsanlar günlük yaşamları içinde somatizasyon belirtilerinin bir ya da birkaçını yaşayabilirler. Ancak bu belirtiler uzun sürmeyen, gelip geçici bedensel duyular ya da yakınmalardır. Bireyleri bir sağlık kuruluşuna başvurmaya yöneltecek düzeyde problem olan duyular bunlar değildir. Problem olan, bu duyuların dikkati yoğunlaştırma, seçici algılama, yapısal yatkınlık, fark etme yorumlama, hastalığa atfetme ve yardım arama gibi süreçlerden geçerek bireylerin hekimlere gitmeleridir (Sayar, 2001:222-231).

Yapılan çalışmalar somatizasyon bozukluğunun yaşam boyu yaygınlığı çeşitli araştırmalarda yaklaşık % 0,2–0,5 olarak bildirmekle beraber bazı yazarlar bu oranın %1 'e kadar çıkabileceğini tahmin etmektedirler (Köroğlu ve Güleç 2007). Kadınlar için yaşam boyu görülme %1–2 olarak tahmin edilmektedir. Erkeklerde ise %0,2 den daha az olduğu ve kadınlarda erkeklerden 5–20 kat daha fazla olduğu gösterilmektedir (Işık ve diğerleri. 2008:274-285).

Somatizasyon bozukluğunun epidemiyolojisi ile ilgili ilk çalışmalar çoğunlukla birinci basamak sağlık kurumlarına ve genel hastanelere başvuran hastalar değerlendirilerek yapılmıştır. Birinci basamakta ayakta izlenen hastalar arasında % 5–10 oranındadır. Türkiye ruh sağlığı profili çalışmasında 12 aylık somatizasyon bozukluğu yaygınlığı kadınlarda % 0,4 erkeklerde somatizasyon bozukluğuna rastlanmamıştır. Tüm nüfusta % 0,2 olarak verilmektedir (Köroğlu ve Güleç 2007:369-376).

## **2.8. Somatizasyonun Etiyolojisi**

Somatizasyon bozukluğunun etiyolojisi ile ilgili birçok görüş vardır. Yıllar boyunca, somatizasyonu açıklamak için çeşitli teoriler ortaya atılmıştır. Semptomların sayısı ve şiddeti, psikopatolojinin doğası bireyden bireye farklılık göstermektedir. Bireylerin duygusal durumlarının belirli hastalıkların gelişmesinde önemli bir rolü olduğu konusunda otoriteler arasında bir uzlaşma olmasına rağmen somatizasyon bozukluğunun etiyolojisi tam olarak bilinmemektedir. Biyolojik, sosyal ve psikolojik faktörlerin yol açtığı ileri sürülmektedir. Bunun yanı sıra, genel olarak hastalığın etiyolojisinde sosyal, kültürel ve etnik faktörlerinde önemli olduğu

belirtilmektedir. Nitekim somatizasyon ile düşük eğitim düzeyi ve alt sosyal sınıf arasındaki ilişkinin gösterilmesi bu görüşü desteklemektedir. Somatizasyon oluşumunda ebeveyne ait faktörlerinde katkıda bulunduğu ileri sürülmektedir (Fidanoğlu, 2007:48).

## ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

### YÖNTEM

Yöntem kısmında, model, araştırma evreni, araştırma örnekleme, örneklem özellikleri, veri toplama aracı/araçları, verilerin toplanması ve çözümü ile ilgili bilgiler yer almaktadır.

#### 3.1. Araştırma Modeli

Model, bir sistemin temsilcisidir. Modeller, temsil ettikleri sisteme oranla daha yalın olurlar. Model, “ideal” bir ortamın temsilcisi olup, yalnızca “önemli” görülen değişkenleri içine alacak şekilde, gerçek durumun özetlenmiş halidir. Araştırma modeli, araştırma amacına uygun ve ekonomik olarak, verilerin toplanması ve çözümlenebilmesi için gerekli koşulların düzenlenmesidir. Bu koşulların düzenlenmesinde iki temel yaklaşım vardır. Bunlar tarama modelleri ve deneme modelleridir. Tarama modelleri, geçmişte ya da halen var olan bir durumu olduğu şekliyle betimlemeyi amaçlayan araştırma yaklaşımlarıdır. Araştırmaya konu olan olay, birey ya da nesne, kendi koşulları içinde ve olduğu gibi tanımlanmaya çalışılır. Onları, herhangi bir şekilde değiştirme, etkileme çabası gösterilmez. Bilinmek istenen şey vardır ve oradadır. Önemli olan, onu uygun bir biçimde “gözleyip” belirleyebilmektir (Karasar, 2000:76-77).

Zorunlu iç göç yaşayan kadınlarda görülen depresyon ve somatizasyon bozukluğu düzeylerini belirlemeyi amaçlayan bu araştırma nicel verilere dayalı genel tarama modelinde ve ilişkisel tarama modelinde bir araştırmadır. *Genel tarama modelleri*, çok sayıda elemandan oluşan bir evrenden, evren hakkında genel bir yargıya varmak amacı ile evrenin tümü ya da ondan alınacak bir grup, örnek ya da örneklem üzerinde yapılan tarama modelleridir. *İlişkisel tarama modelleri*, iki ve daha çok sayıdaki değişken arasında birlikte değişim varlığını ve/veya derecesini belirlemeyi amaçlayan araştırma modelleridir. (Karasar, 2000:79).

### 3.2. Evren ve Örneklem

Araştırmalarda iki tür evren vardır. Birisi genel evren, öteki ise çalışma evrenidir. Çalışma evreni, ulaşılabilen evrendir. Bu yönü ile somuttur. Araştırmacının, ya doğrudan gözleyerek ya da ondan seçilmiş bir örnek küme üzerinde yapılan gözlemlerden yararlanarak, hakkında görüş bildirebileceği evrendir. Pratikte araştırmalar, çalışma evreni üzerinde yapılmakta olup sonuçların da, yalnızca bu sınırlı evrene genellenmesi kaçınılmazdır (Karasar, 2000:110). Araştırma çalışma evreni Diyarbakır ili merkezinde yaşayan 18-65 yaş arası göç etmemiş kadınlar ve Diyarbakır ilinden İstanbul'a zorunlu iç göç yaşayan 18-65 yaş arası kadınlar olarak tespit edilmiştir.

Tablo 3. 1. Göç etmiş ve etmemiş kadınların evren ve örneklem dağılım tablosu

İl: Diyarbakır Yaş:18-65 Cinsiyet: Kadın	Örneklem (n)
Göç Etmiş Kadınlar	50
Göç Etmemiş Kadınlar	50
<b>Toplam</b>	<b>100</b>

Örneklem, belli bir evrenden, belli kuralara göre seçilmiş ve seçildiği evreni temsil yeterliği kabul edilen küçük kümedir. Örneklem almanın, yani örneklemin belli ve bilinen kuralları vardır. Ancak o zaman alınan örneklemin evreni temsil edebileceği kabul edilir (Karasar, 2000:110-111). Örneklem büyüklüğünün belirlenmesi, örnek bir kütleden elde edilen verilerden yola çıkarak evren hakkında genellemeler yapmak, olasılığına dayanır. Bu sebepler, örnek kütle büyüdükçe evren hakkında yapılan genellemelerde yanılma olasılığı azalır. Bu durum göz önünde bulundurulduğunda, araştırmacının uygun bir örnek kütle için, hem temsil yeteneği sağlayan bir örneklem büyüklüğünü, hem de maliyet, zaman ve veri analizi şartlarını dikkate alarak bir dengeye ulaşması gerekir (Altunışık ve diğerleri, 2010:134). Araştırmada Diyarbakır ilinde yaşayan 18-65 yaş arası (n=50) kadın ve Diyarbakır'dan İstanbul iline zorunlu iç göç yaşayan 18-65 yaş arası (n=50) kadın kolayda örnekleme alma yöntemiyle Tablo 3.1'de görüldüğü üzere seçilmiştir.

Yazıcıoğlu ve Erdoğan (2004) tarafından hazırlanan örneklem Büyüklükleri ( $\alpha= 0.05$ ) tablosu dikkate alınarak örneklem büyüklüğü  $\pm 0.05$  örneklem hatası

$p=0,5$  ve  $q=0,5$  güven aralığı olarak belirlenmiştir. Yapılan inceleme sonucunda ( $\alpha=100$ ) kişilik bir evreni ( $n=100$ ) kişiden oluşacak bir örneklem grubunun  $0,05$  anlamlılık ve  $\% 5$  hoşgörü düzeyinde temsil edebileceği düşünülmüştür (Balci, 2015:108-109).

### 3.3. Örneklemin Özellikleri

Anket çalışmaları sonucunda Diyarbakır ilinden göç etmemiş 18-65 yaş arası kadınlardan kolayda örnekleme alma yöntemiyle  $n=50$  ve Diyarbakır ilinden İstanbul iline göç etmiş 18-65 yaş arası kadınlardan kolayda örnekleme alma yöntemiyle  $n=50$  anket formu elde edilmiştir. Bu anketlerin demografik verilerine ilişkin istatistikler Tablo 3.2-Tablo 3.14'de yer almaktadır.

Tablo 3. 2. Örnekleme dâhil kadınların (göç x yaş) çapraz dağılım tablosu

			Göç Etmiş	Göç Etmemiş	Toplam
Yaş	18-27 Yaş	Frekans (f)	5	9	14
		Yüzde (%)	35,7%	64,3%	100,0%
	28-35 Yaş	Frekans (f)	17	15	32
		Yüzde (%)	53,1%	46,9%	100,0%
	36-44 Yaş	Frekans (f)	16	17	33
		Yüzde (%)	48,5%	51,5%	100,0%
	45 Yaş ve Üzeri	Frekans (f)	12	9	21
		Yüzde (%)	57,1%	42,9%	100,0%
Toplam		Frekans (f)	50	50	100
		Yüzde (%)	50,0%	50,0%	100,0%

Örnekleme dahil kadınların göç x yaş çapraz dağılım analiz sonuçları Tablo 3.2'de incelendiğinde; 18-27 yaş arası göç etmiş kadınların oranı  $\% 35,7$  göç etmemiş kadınların oranı  $\% 64,3$  28-35 yaş arası göç etmiş kadınların oranı  $\% 53,1$  göç etmemiş kadınların oranı  $\% 46,9$  36-44 yaş arası göç etmiş kadınların oranı  $\% 48,5$  göç etmemiş kadınların oranı  $\% 51,5$  45 yaş ve üzeri göç etmiş kadınların oranı  $\% 57,1$  göç etmemiş kadınların oranı  $\% 42,9$ 'dur.

Tablo 3. 3. Örnekleme dâhil kadınların (göç x çocuk sayısı) çapraz dağılım tablosu

			Göç Etmiş	Göç Etmemiş	Toplam
Çocuk Sayısı	1-3 Çocuk Sahibi	Frekans (f)	6	15	21
		Yüzde (%)	28,6%	71,4%	100,0%
	4-6 Çocuk Sahibi	Frekans (f)	24	19	43
		Yüzde (%)	55,8%	44,2%	100,0%

7 Çocuk ve Üzeri	Frekans (f)	20	16	36
	Yüzde (%)	55,6%	44,4%	100,0%
Toplam	Frekans (f)	50	50	100
	Yüzde (%)	50,0%	50,0%	100,0%

Örnekleme dahil kadınların göç x çocuk sayısı çapraz dağılım analiz sonuçları Tablo 3.3'de incelendiğinde; 1-3 çocuk sahibi olan ve göç etmiş kadınların oranı % 28,6 göç etmemiş kadınların oranı % 71,4 4-6 çocuk sahibi olan ve göç etmiş kadınların oranı % 55,8 göç etmemiş kadınların oranı % 44,2 7 çocuk ve üzeri çocuk sahibi olan ve göç etmiş kadınların oranı % 55,6 göç etmemiş kadınların oranı % 44,4'dür.

Tablo 3. 4. Örnekleme dâhil kadınların (göç x hane kişi sayısı) çapraz dağılım tablosu

		Göç Etmiş	Göç Etmemiş	Toplam
1-5 Kişi	Frekans (f)	7	33	40
	Yüzde (%)	17,5%	82,5%	100,0%
Hane Kişi 6-10 Kişi Sayısı	Frekans (f)	20	15	35
	Yüzde (%)	57,1%	42,9%	100,0%
11 Kişi ve Üzeri	Frekans (f)	23	2	25
	Yüzde (%)	92,0%	8,0%	100,0%
Toplam	Frekans (f)	50	50	100
	Yüzde (%)	50,0%	50,0%	100,0%

Örnekleme dahil kadınların göç x hane kişi sayısı çapraz dağılım analiz sonuçları Tablo 3.4'de incelendiğinde; 1-5 kişi hane sayısı ve göç etmiş kadınların oranı % 17,5 göç etmemiş kadınların oranı % 82,5 6-10 kişi hane sayısı ve göç etmiş kadınların oranı % 57,1 göç etmemiş kadınların oranı % 42,9 11 kişi ve üzeri hane sayısı ve göç etmiş kadınların oranı % 92,0 göç etmemiş kadınların oranı % 8,0'dır.

Tablo 3. 5. Örnekleme dâhil kadınların (göç x gelir durumu) çapraz dağılım tablosu

		Göç Etmiş	Göç Etmemiş	Toplam
0-500 TL	Frekans (f)	26	0	26
	Yüzde (%)	100,0%	0,0%	100,0%
Gelir Durumu 501-1000 TL	Frekans (f)	15	12	27
	Yüzde (%)	55,6%	44,4%	100,0%
1001-2000 TL	Frekans (f)	7	22	29
	Yüzde (%)	24,1%	75,9%	100,0%
2001-3000 TL	Frekans (f)	2	16	18
	Yüzde (%)	11,1%	88,9%	100,0%
Toplam	Frekans (f)	50	50	100

Yüzde (%)	50,0%	50,0%	100,0%
-----------	-------	-------	--------

Örnekleme dahil kadınların göç x gelir durumu çapraz dağılım analiz sonuçları Tablo 3.5'de incelendiğinde; 0-500 TL arası geliri olan ve göç etmiş kadınların oranı % 100 501-1000 TL arası geliri olan ve göç etmiş kadınların oranı % 55,6 göç etmemiş kadınların oranı % 44,4 100-2000 TL arası gelir olan ve göç etmiş kadınların oranı % 24,1 göç etmemiş kadınların oranı % 75,9 2001-3000 TL arası gelir olan ve göç etmiş kadınların oranı % 11,1 göç etmemiş kadınların oranı % 88,9'dur.

Tablo 3. 6. Örnekleme dâhil kadınların (göç x İstanbul'da yaşam) çapraz dağılım tablosu

		Göç Etmemiş Göç Etmemiş Toplam			
	Göç Etmemiş	Frekans (f)	0	50	50
		Yüzde (%)	0,0%	100,0%	100,0%
İstanbul'da 1-5 Yıl Yaşam (Sene)	1-5 Yıl	Frekans (f)	19	0	19
		Yüzde (%)	100,0%	0,0%	100,0%
	6-10 Yıl	Frekans (f)	16	0	16
		Yüzde (%)	100,0%	0,0%	100,0%
	11 Yıl ve Üzeri	Frekans (f)	15	0	15
		Yüzde (%)	100,0%	0,0%	100,0%
Toplam		Frekans (f)	50	50	100
		Yüzde (%)	50,0%	50,0%	100,0%

Örnekleme dahil kadınların göç x İstanbul'da yaşam çapraz dağılım analiz sonuçları Tablo 3.6'da incelendiğinde; göç etmiş ve İstanbul'da yaşayan kadınların İstanbul'da geçirdikleri süre 1-5 yıl olan kadınların oranı % 38,0 6-10 yıl olan kadınların oranı % 32,0 11 yıl ve üzeri olan kadınların oranı % 30,0'dır.

Tablo 3. 7. Örnekleme dâhil kadınların (göç x Diyarbakır'da yaşam) çapraz dağılım tablosu

		Göç Etmemiş Göç Etmemiş Toplam			
Diyarbakır'da 1-5 Yıl Yaşam (Sene)	1-5 Yıl	Frekans (f)	11	0	11
		Yüzde (%)	100,0%	0,0%	100,0%
	6-10 Yıl	Frekans (f)	6	4	10
		Yüzde (%)	60,0%	40,0%	100,0%
	11 Yıl ve Üzeri	Frekans (f)	33	46	79
		Yüzde (%)	41,8%	58,2%	100,0%
Toplam		Frekans (f)	50	50	50
		Yüzde (%)	50,0%	50,0%	50,0%

Örnekleme dahil kadınların göç x Diyarbakır'da yaşam çapraz dağılım analiz sonuçları Tablo 3.7'de incelendiğinde; Diyarbakır'da 1-5 yıl yaşayan ve göç eden kadınların oranı % 100 6-10 yıl yaşayan ve göç eden kadınların oranı % 60,0 göç etmemiş kadınların oranı % 40,0 11 yıl ve üzeri yaşayan ve göç eden kadınların oranı % 41,8 göç etmemiş kadınların oranı % 58,2'dir.

Tablo 3. 8. Örnekleme dâhil kadınların (göç x psikolojik hastalık durumu) çapraz dağılım tablosu

			Göç Etmiş	Göç Etmemiş	Toplam
Psikolojik Hastalık Durumu	Evet	Frekans (f)	41	14	55
		Yüzde (%)	74,5%	25,5%	100,0%
	Hayır	Frekans (f)	9	36	45
		Yüzde (%)	20,0%	80,0%	100,0%
Toplam		Frekans (f)	50	50	100
		Yüzde (%)	50,0%	50,0%	100,0%

Örnekleme dahil kadınların göç x psikolojik hastalık durumu çapraz dağılım analiz sonuçları Tablo 3.8'de incelendiğinde; göç etmiş kadınlardan psikolojik hastalık durumu yaşayan kadınların oranı % 74,5 göç etmemiş ve psikolojik hastalık durumu yaşamayan kadınların oranı % 25,5 göç etmiş kadınlardan psikolojik hastalık durumu yaşamayan kadınların oranı % 20,0 göç etmemiş kadınlardan psikolojik hastalık durumu yaşamayan kadınların oranı % 80,0'dır.

Tablo 3. 9. Örnekleme dâhil kadınların (göç x tıbbi rahatsızlık durumu) çapraz dağılım tablosu

			Göç Etmiş	Göç Etmemiş	Toplam
Tıbbi Rahatsızlık Durumu	Yok	Frekans (f)	0	43	43
		Yüzde (%)	0,0%	100,0%	100,0%
HT		Frekans (f)	9	1	10
		Yüzde (%)	90,0%	10,0%	100,0%
DM		Frekans (f)	7	1	8
		Yüzde (%)	87,5%	12,5%	100,0%
Guatr		Frekans (f)	24	4	28
		Yüzde (%)	85,7%	14,3%	100,0%
Kanser		Frekans (f)	4	1	5
		Yüzde (%)	80,0%	20,0%	100,0%
Diğer		Frekans (f)	6	0	6
		Yüzde (%)	100,0%	0,0%	100,0%
Toplam		Frekans (f)	50	50	100
		Yüzde (%)	50,0%	50,0%	100,0%



Örnekleme dahil kadınların göç x tıbbi rahatsızlık durumu çapraz dağılım analiz sonuçları Tablo 3.9'da incelendiğinde; göç etmiş kadınlardan tıbbi bir rahatsızlığı olmayan kadınların oranı % 0,0 göç etmemiş kadınlardan tıbbi rahatsızlığı olmayan kadınların oranı % 86,0 göç etmiş kadınlarda HT rahatsızlığı olanların oranı % 90 göç etmemiş kadınlarda HT rahatsızlığı olanların oranı % 10,0 göç etmiş kadınlarda DM rahatsızlığı olanların oranı % 87,5 göç etmemiş kadınlarda DM rahatsızlığı oranı % 12,5 göç etmiş kadınlarda guatr rahatsızlığı olan kadınların oranı % 85,7 göç etmemiş kadınlarda guatr rahatsızlığı oranı % 14,3 göç etmiş kadınlarda kanser rahatsızlığı oranı % 80,0 göç etmemiş kadınlarda kanser rahatsızlığı oranı % 20,0 göç etmiş kadınlarda diğer tıbbi rahatsızlığı olan kadınların oranı % 100 göç etmemiş kadınlarda ise bu oran % 0,0'dır.

Tablo 3. 10. Örnekleme dâhil kadınların (göç x tıbbi rahatsızlık durumu) çapraz dağılım tablosu

		Göç Etmiş	Göç Etmemiş	Toplam
Göç Etme	Frekans (f)	0	50	50
	Yüzde (%)	0,0%	100,0%	100,0%
Nedeni	Frekans (f)	30	0	30
	Yüzde (%)	100,0%	0,0%	100,0%
Sağlık	Frekans (f)	2	0	2
	Yüzde (%)	100,0%	0,0%	100,0%
Eğitim	Frekans (f)	4	0	4
	Yüzde (%)	100,0%	0,0%	100,0%
Eşitsizlik	Frekans (f)	11	0	11
	Yüzde (%)	100,0%	0,0%	100,0%
Diğer	Frekans (f)	3	0	3
	Yüzde (%)	100,0%	0,0%	100,0%
Toplam	Frekans (f)	50	50	100
	Yüzde (%)	50,0%	50,0%	100,0%

Örnekleme dahil kadınların göç x tıbbi rahatsızlık durumu çapraz dağılım analiz sonuçları Tablo 3.10'da incelendiğinde; göç etme nedeni olarak terör faktörünü belirten kadınların oranı % 60,0 göç etme nedeni olarak sağlık faktörünü belirten kadınların oranı % 4,0 göç etme nedeni olarak eğitim faktörünü belirten kadınların oranı % 8,0 göç etme nedeni olarak eşitsizlik faktörünü belirten kadınların oranı % 22,0 göç etme nedeni olarak diğer faktörleri belirten kadınların oranı % 6,0'dır.

Tablo 3. 11. Örnekleme dâhil kadınların (göç x memnuniyet durumu) çapraz dağılım tablosu

		Göç Etmemiş Göç Etmemiş Toplam			
Göç Memnuniyeti	Göç Etmemiş	Frekans (f)	0	50	50
		Yüzde (%)	0,0%	100,0%	100,0%
Hiç Memnun Değilim	Hiç Memnun	Frekans (f)	44	0	44
		Yüzde (%)	100,0%	0,0%	100,0%
Kararsızım	Kararsızım	Frekans (f)	5	0	5
		Yüzde (%)	100,0%	0,0%	100,0%
Orta Düzeyde Memnunum	Orta Düzeyde	Frekans (f)	1	0	1
		Yüzde (%)	100,0%	0,0%	100,0%
Toplam		Frekans (f)	50	50	100
		Yüzde (%)	50,0%	50,0%	100,0%

Örnekleme dahil kadınların göç x memnuniyet durumu çapraz dağılım analiz sonuçları Tablo 3.11'de incelendiğinde; göç etmiş ve göç faktöründen memnun olan kadınların oranı % 0,0 hiç memnun değilim diyen kadınların oranı % 88,0 kararsızım diyen kadınların oranı % 10,0 orta düzeyde memnunum diyen kadınların oranı % 2,0'dır.

Tablo 3. 12. Örnekleme dâhil kadınların (göç x İstanbul akraba, eş dost varlığı) çapraz dağılım tablosu

		Göç Etmemiş Göç Etmemiş Toplam			
İstanbul Akraba ve Eş Dost Varlığı	Göç Etmemiş	Frekans (f)	0	50	50
		Yüzde (%)	0,0%	100,0%	100,0%
Yakın Arkadaş	Yakın Arkadaş	Frekans (f)	4	0	4
		Yüzde (%)	100,0%	0,0%	100,0%
Kız-Erkek	Kız-Erkek	Frekans (f)	33	0	33
		Yüzde (%)	100,0%	0,0%	100,0%
Kardeş	Kardeş	Frekans (f)	13	0	13
		Yüzde (%)	100,0%	0,0%	100,0%
Diğer	Diğer	Frekans (f)	50	50	100
		Yüzde (%)	50,0%	50,0%	100,0%

Örnekleme dahil kadınların göç x İstanbul akraba, eş dost varlığı çapraz dağılım analiz sonuçları Tablo 3.12'de incelendiğinde; göç etmiş kadınların

İstanbul'da yakın arkadaşı olanların oranı % 8,0 kız-erkek kardeşi olanların oranı % 66,0 diğer akraba, eş dost olanların oranı % 26,0'dır.

Tablo 3. 13. Örnekleme dâhil kadınların (göç x İstanbul'da bireysel olarak karşılaşılan sorunlar) çapraz dağılım tablosu

		Göç Etmemiş	Göç Etmemiş	Toplam	
İstanbul'da Bireysel Olarak Karşılaşılan Sorunlar	Göç	Frekans (f)	0	50	50
	Etmemiş	Yüzde (%)	0,0%	100,0%	100,0%
	Dil	Frekans (f)	12	0	12
		Yüzde (%)	100,0%	0,0%	100,0%
	Yoksulluk	Frekans (f)	19	0	19
		Yüzde (%)	100,0%	0,0%	100,0%
	Eğitim	Frekans (f)	5	0	5
		Yüzde (%)	100,0%	0,0%	100,0%
	Dışlanmışlık	Frekans (f)	10	0	10
		Yüzde (%)	100,0%	0,0%	100,0%
	Konut	Frekans (f)	4	0	4
		Yüzde (%)	100,0%	0,0%	100,0%
Toplam	Frekans (f)	50	50	100	
	Yüzde (%)	50,0%	50,0%	100,0%	

Örnekleme dahil kadınların göç x İstanbul'da bireysel olarak karşılaşılan sorunlar çapraz dağılım analiz sonuçları Tablo 3.13'de incelendiğinde; göç etmiş ve İstanbul'da bireysel olarak karşılaşılan sorunlar olarak dil faktörünü belirten kadınların oranı % 24,0 göç etmiş ve İstanbul'da bireysel olarak karşılaşılan sorunlar olarak yoksulluk faktörünü belirten kadınların oranı % 38,0 göç etmiş ve İstanbul'da bireysel olarak karşılaşılan sorunlar olarak eğitim faktörünü belirten kadınların oranı % 10,0 göç etmiş ve İstanbul'da bireysel olarak karşılaşılan sorunlar olarak dışlanmışlık faktörünü belirten kadınların oranı % 20,0 göç etmiş ve İstanbul'da bireysel olarak karşılaşılan sorunlar olarak konut faktörünü belirten kadınların oranı % 8,0'dır.

Tablo 3. 14. Örnekleme dâhil kadınların (göç x somatik belirtiler) çapraz dağılım tablosu

		Göç Etmemiş	Göç Etmemiş	Toplam	
Somatik Belirtiler	Evet	Frekans (f)	42	5	47
		Yüzde (%)	89,4%	10,6%	100,0%
	Hayır	Frekans (f)	8	45	53
		Yüzde (%)	15,1%	84,9%	100,0%

Toplam	Frekans (f)	50	50	100
	Yüzde (%)	50,0%	50,0%	100,0%

Örnekleme dahil kadınların göç x somatik belirtiler çapraz dağılım analiz sonuçları Tablo 3.14’de incelendiğinde; son beş yılda doktorun tanı koyamadığı ya da psikolojik/sinire bağlı olarak açıkladığı bir hastalığı olan ve göç etmiş kadınların oranı % 89,4 göç etmemiş kadınlarda ise % 10,6 son beş yılda doktorun tanı koyamadığı ya da psikolojik/sinire bağlı olarak açıkladığı bir hastalığı olmayan ve göç etmiş kadınların oranı % 15,1 göç etmemiş kadınlarda ise % 84,9’dur.

### 3.4. Veri Toplama Araçları

Araştırmada veri toplama aracı olarak üç adet ölçek kullanılmıştır. Bunlar “Beck Depresyon Ölçeği”, “Kısa Semptom Envanteri” ve “Somatizasyon Ölçeği”dir. Ölçeklere ilişkin bilgiler aşağıda yer almaktadır.

#### 3.4.1. Beck Depresyon Ölçeği

Araştırma da depresyon düzeyini ölçmek amacıyla (Ek A) Aaron T. Beck ve arkadaşları (1978) tarafından geliştirilip Hisli (1989) tarafından Türkçeye uyarlanan Beck Depresyon Ölçeği kullanılmıştır. Bu ölçekte, toplam 21 madde ve her maddenin altında 4 kendini değerlendirme cümlesi bulunmaktadır. Her madde depresyon şiddetine göre sırasıyla 0, 1, 2, 3 şeklinde puanlanan dörtlü Likert tipi ölçüm sağlamaktadır. Tegin, BDÖ’ nün güvenilirlik katsayısının  $\alpha=0.86$ , geçerlilik katsayısının ise  $\alpha=0.75$  olduğunu bulmuştur (Öner, 2006).

#### 3.4.2. Kısa Semptom Envanteri

Araştırmada kullanılan (Ek B) Kısa Semptom Envanteri (Brief Symptom Inventory- BSI), Derogatis (1992) tarafından, çeşitli tıbbi durumlarda psikiyatrik sorunları yakalamak amacıyla hazırlanmış, 90 maddelik bir ölçek olan Belirti Tarama Listesinin (SCL-90-R) maddeleri arasından seçilmiş, 53 maddeden oluşturulan bir ölçektir (Şahin ve Durak, 2002). Kısa Semptom Envanteri (KSE)’nin strese bağlı psikolojik belirtileri ölçme konusundaki yeterliliği, bu ölçeğin bağışıklık sistemi ve stres ilişkisinin incelendiği araştırmalarda da kullanılmasına yol açmıştır. KSE, 5’li likert tipinde olan kendini değerlendirme ölçeğidir. Katılımcılardan istenen, ölçekte yer alan her madde için, ‘Hiç’, ‘Biraz’, ‘Orta Derecede’, ‘Epey’ ve ‘Çok Fazla’ seçeneklerinden kendilerine uygun olanı seçmeleri ve işaretlemeleridir (Şahin ve

Durak, 1994). KSE'nin Türk gençleri için uyarlaması ve güvenilirlik, geçerlik çalışmaları Şahin ve Durak (1994) tarafından yapılmıştır. Araştırmacılar 'Kısa Semptom Envanteri'nin farklı amaçlarla kullanıldığı üç ayrı araştırmanın verilerini kullanarak envanterin psikometrik özelliklerini belirlemişlerdir. Bu çalışma dahilinde yapılan faktör analizi sonuçları, ölçeğin orijinal formundan farklı olarak 5 faktörlü yapıda olduğuna işaret etmiştir. Bu faktörler; 'Anksiyete', 'Depresyon', 'Olumsuz Benlik', 'Somatizasyon' ve 'Hostilite' dir. Şahin ve Durak tarafından, 3 farklı örneklem verileri kullanılarak yapılan güvenilirlik çalışmalarında, iç tutarlık hesaplamaları sonucunda toplam ölçek için Cronbach Alfa katsayısının  $\alpha = ,95$  ile  $\alpha = ,96$  arasında alt ölçekler için ise  $\alpha = ,55$  ile  $\alpha = ,86$  arasında değiştiği görülmüştür (Onbaşıoğlu, 2006 ; Şahin ve diğerleri., 2002). Geçerlik çalışmaları ise envanterin alt ölçeklerinin ve üç global indeks puanlarının 'Sosyal Karşılaştırma Ölçeği' ile; -0,14 ve -0,34 arasında, 'Boyun Eğicilik Ölçeği' ile; 0,16 ve 0,42 arasında, 'Strese Yatkınlık Ölçeği' ile; 0,24 ve 0,36 arasında, 'UCLA Yalnızlık Ölçeği' ile; 0,13 ve 0,36 arasında, 'Offer Yalnızlık Ölçeği' ile; -0,34 ve -0,57 arasında, 'Beck Depresyon Envanteri' ile; 0,34 ve 0,70 arasında değişen korelasyon gösterdiği belirlenmiştir. Bu sonuçların elde edildiği örneklem gruplarının ağırlıklı olarak üniversite öğrencileri olduğu gözden kaçırılmamalıdır. Araştırmacılar, sonuç olarak, 'Kısa Semptom Envanterinin Türk üniversite öğrencilerinin psikolojik sorunlarını güvenilir ve geçerli bir şekilde ölçebildiği ve kuramsal araştırmalarda kullanılabileceğini bildirmektedir (Şahin ve diğerleri, 2002:125-135).

Puanlanması: Kısa Semptom Envanteri likert tipi bir ölçektir. Her madde "hiç/ biraz var / orta derecede var / epey var / çok fazla var" seçeneklerine göre cevaplanmakta ve sırasıyla 0, 1, 2, 3, 4 puan verilerek puanlanmaktadır.

a) Rahatsızlık ciddiyeti indeksi: Alt ölçeklerin toplamının 53'e bölünmesi yoluyla elde edilir.

b) Belirti toplamı indeksi: 0 olarak işaretlenen maddeler dışındaki tüm maddelerin (pozitif olan tüm değerlerin) 1 olarak kabul edilmesi sonucu elde edilen toplam puandır.

c) Semptom rahatsızlık indeksi: Alt ölçeklerin toplamının belirti toplamına bölünmesi ile elde edilir.

Puanların yorumlanması: KSE'den alınabilecek minimum puan 0, maksimum puan 212'dir. Ölçeğin kesme noktası yoktur. Ölçekten alınan toplam puanların yüksekliği, bireyin ruhsal belirtilerinin arttığını gösterir (Ekemen, 2006). Araştırmamızda, KSE'nin Cronbach's Alpha değeri 0,974'tür.

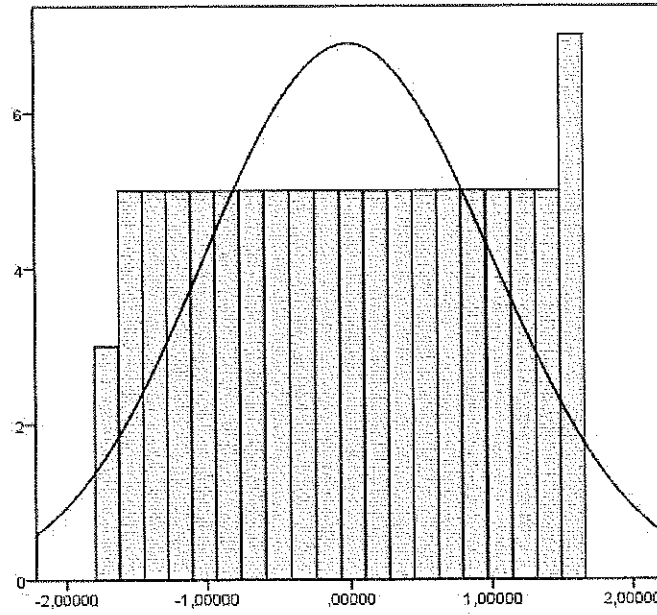
### 3.4.3. Somatizasyon Ölçeği

Somatizasyon ölçeği, 33 maddeden oluşmuştur (Ek C). Bu maddeler Minnestota Çok Yönlü Kişilik Envanteri (MMPI)'nin somatizasyon bozukluğu ile ilgili olan, maddeleri alınarak oluşturulmuştur. Bu şekliyle ölçek Uzm. Psikiyatrist Ayşın Noyan ve Uzm. Psikolog Umut Seyfioğlu tarafından böbrek donörleri ve somatizasyon bozukluğu tanısı almış bireylerle ilgili çalışmalarda kullanılmıştır, ancak bu çalışmalar henüz yayınlanmamıştır. Somatizasyon Ölçeği'nin Dülgerler (2000) tarafından geçerlik, güvenilirlik çalışması yapılmıştır. Somatizasyon ölçeğinin iç tutarlık güvenilirlik katsayısı (Kuder Richardson-20) 0.83, test retest güvenilirlik katsayısı 0.996, testi yarılama tekniği (Split-Half) ile 1. yarı alpha değeri 0.8810, 2. yarı alpha değeri 0.8439, SCL-90-R ölçeği ile olan benzer ölçek korelasyonu (Pearson Momentler Çarpımı korelasyon katsayısı) 0.80 olarak bulunmuştur. Ölçekteki her ifadenin "doğru" ya da "yanlış" seçeneği vardır. Ölçeğin puanlaması yapılırken, 1-4-5-6-7-10-11-19-20-21-22-23-26-27-32-33 numaralı ifadeler "doğru" yanıtı verildiğinde 1 puan, "yanlış" yanıtı verildiğinde 0 puan, 2-3-8-9-12-13-14-15-16-17-24-25-28-29-30-31 numaralı ifadeler "yanlış yanıtı verildiğinde 1 puan, "doğru" yanıtı verildiğinde 0 puan verilir. Doğru ve yanlış cevaplardan alınan puanlar toplanarak bir toplam puan elde edilir. Ölçekten alınan puanlar "0-33" arasında değişmektedir. Alınan puanların 33'e yaklaşması "Somatizasyon bozukluğu"nu işaret eder. Ölçeğin kullanımında puanlara göre üç grup ve bir kesme puanı belirlenebilmektedir. Alt grup (1.grup) somatizasyon ölçeğinden 7 ve 7'nin altında puan alan grup, üst grup (2.grup) somatizasyon ölçeğinden 17 ve 17'nin üstünde puan alan grup olarak saptanmıştır. Somatizasyon ölçeğinin iç tutarlık güvenilirlik katsayısı (Kuder- Richardson -20) 0.83, test güvenilirlik katsayısı 0.996, testi yarılama tekniği (Split Half) ile, 1.yarı alpha değeri 0.8810, 2.yarı alpha değeri 0.8439, SCL-90-R ölçeği ile olan Benzer Ölçek Korelasyonu (Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon Katsayısı), 0.80 olarak bulunmuştur. Bu veriler doğrultusunda somatizasyon ölçeği geçerli ve güvenilir bir ölçek olarak saptanmıştır. Somatizasyon

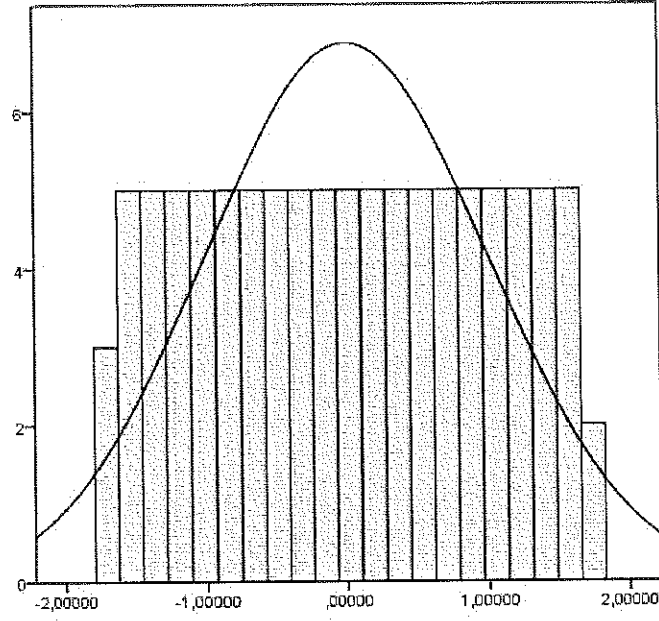
ölçeği için 1. yarı alpha değeri 0.8810 ve 2. Yarı alpha değeri 0.8439 olarak bulunmuştur. Bu iki bölüm arasındaki korelasyon değeri  $r = 0.6327$  olarak saptanmıştır. Tüm ölçeğin Gutman Split Half katsayısı 0.7661, Spearman Brown katsayısı 0.7995 olarak bulunmuştur (Fidanoğlu,2007;155).

### 3.5. Verilerin Çözümü

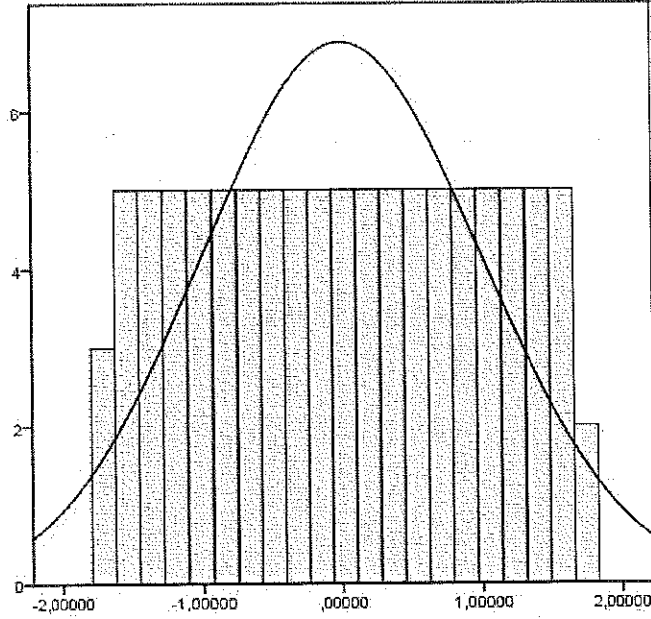
Ölçek aracılığıyla toplanan veriler, SPSS 22.0, paket programına kaydedilip analiz edilmiştir.



Şekil 3. 1. Depresyon ölçeği verileri z dağılım grafiği



Şekil 3. 2. Kısa semptom envanteri ölçeği verileri z dağılım grafiği



Şekil 3. 3. Somatizasyon ölçeği verileri z dağılım grafiği

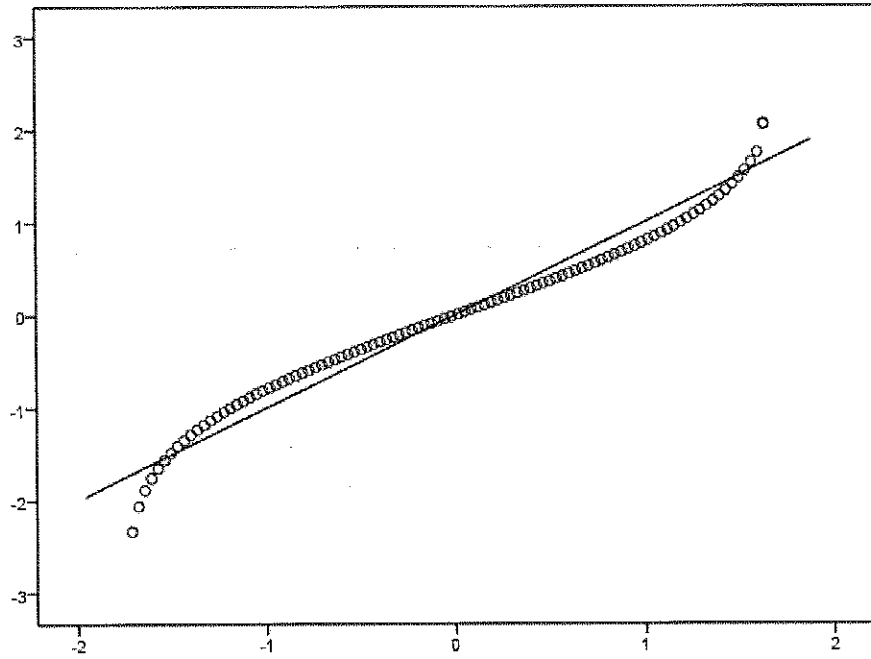
Depresyon, kısa semptom ve somatizasyon ölçeğinin verilerinin frekans z dağılımları Şekil 3.2 Şekil 3.3 ve Şekil 3.4'de incelendiğinde dağılımın normal olduğu görülmektedir.

Tablo 3. 15. Depresyon, kısa semptom ve somatizasyon ölçeğinin KS normallik testi analiz sonuçları

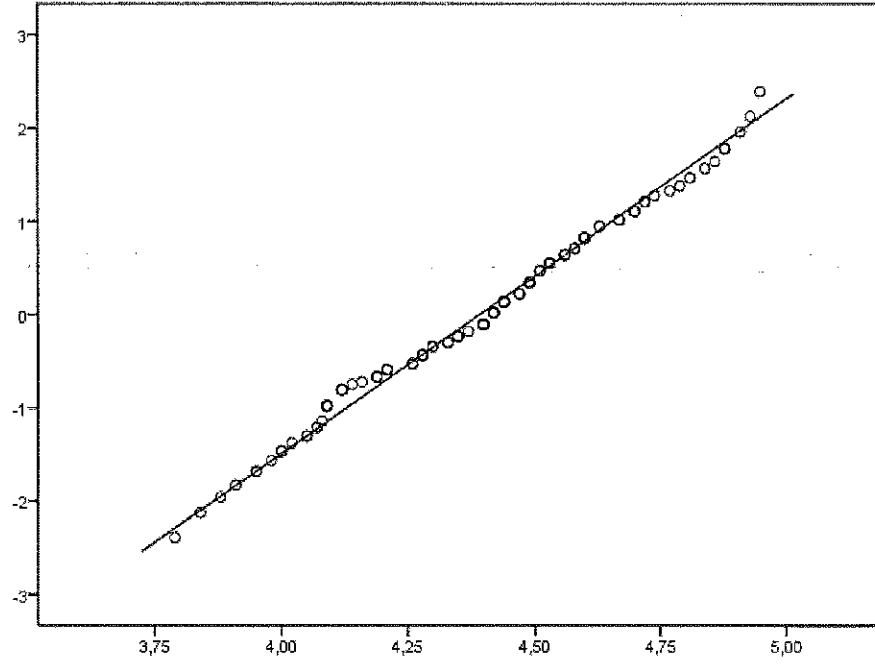


	Kolmogorov-Smirnov		
	İstatistik	df	Anlamlılık
Depresyon Envanteri Verileri	,062	100	,200*
Kısa Semptom Envanteri Verileri	,061	100	,200*
Somatizasyon Ölçeği Verileri	,061	100	,200*

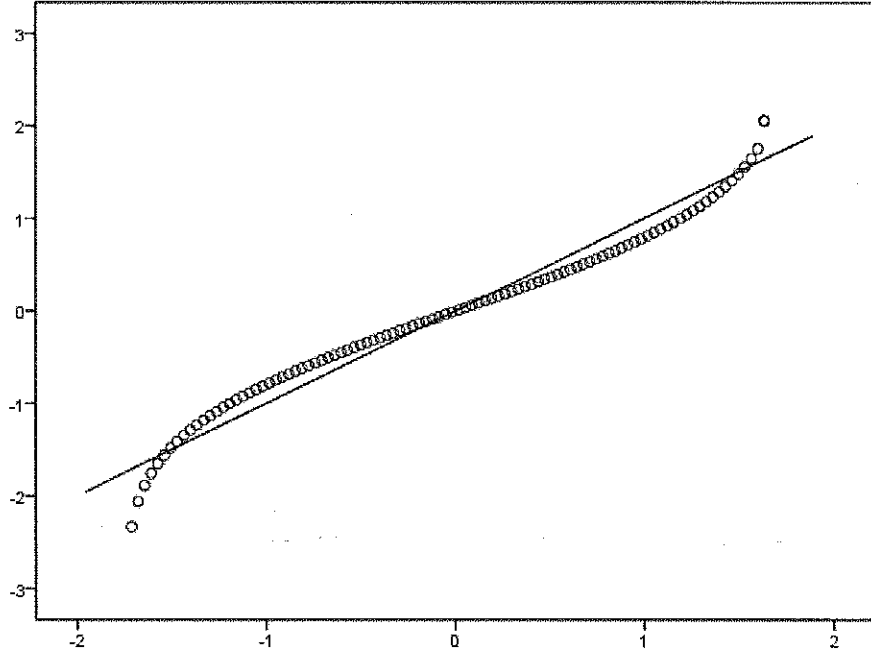
Ölçek geneli KS normallik testi analiz tablosu Tablo 3.15’de görüldüğü üzere her üç ölçeğin KS testi analiz sonuçları  $p>0,05$  olduğundan ters hipotez gereği veriler normal dağılmaktadır.



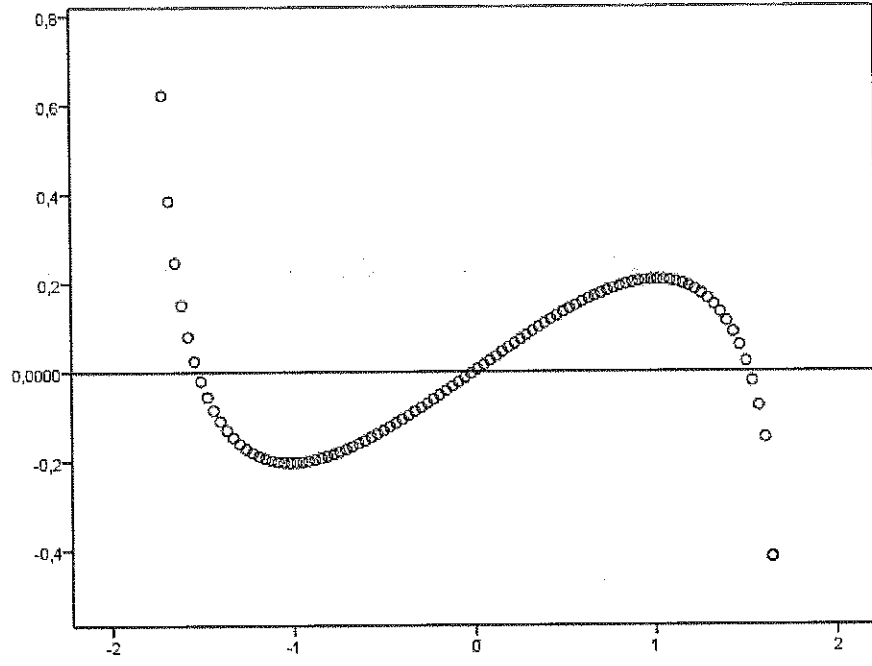
Şekil 3. 4. Depresyon ölçeği verileri Q-Q pilot normal dağılım grafiği



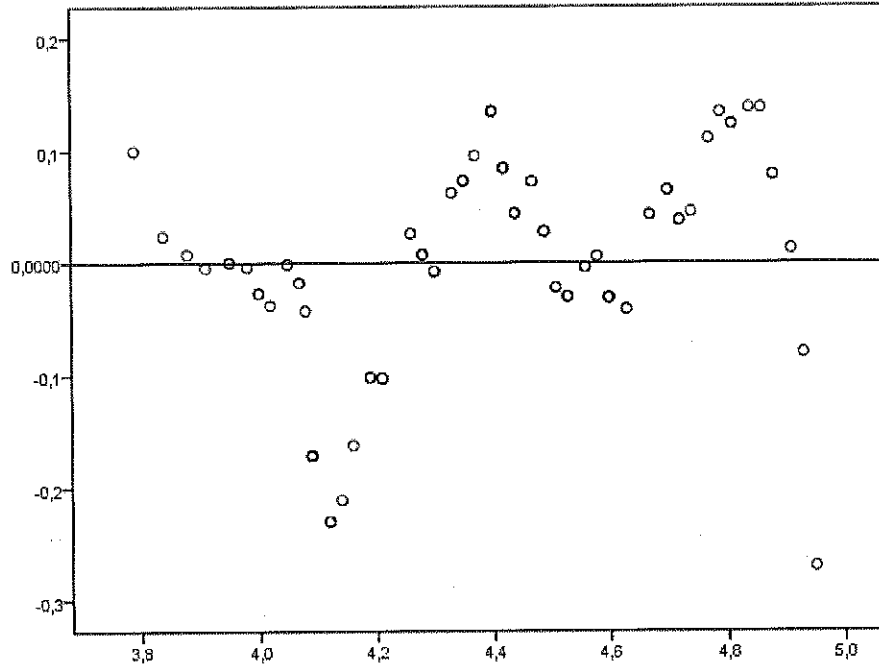
Şekil 3. 5. Kısa semptom envanteri verileri Q-Q pilot normal dağılım grafiği



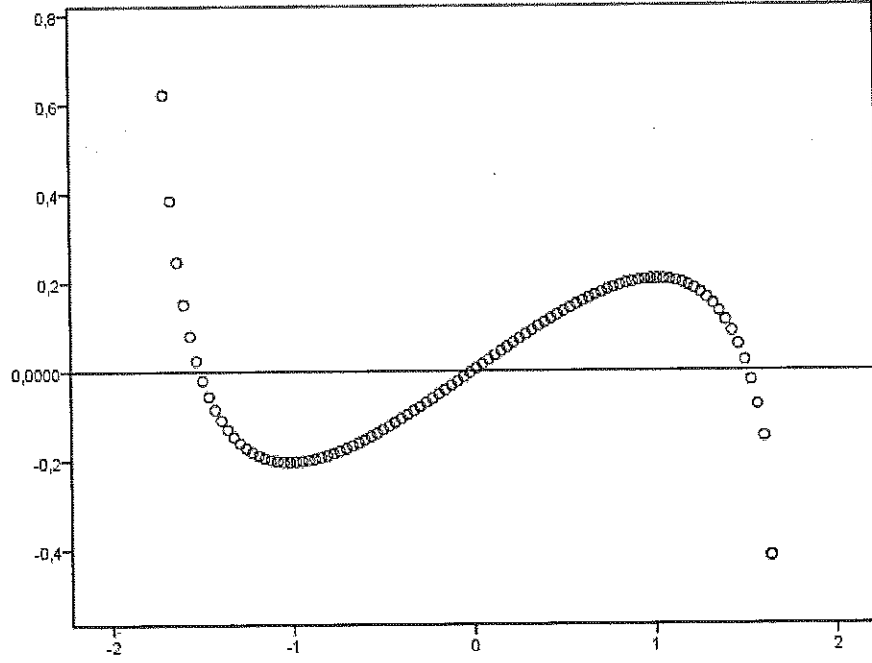
Şekil 3. 6. Somatizasyon ölçeği verileri Q-Q pilot normal dağılım grafiği



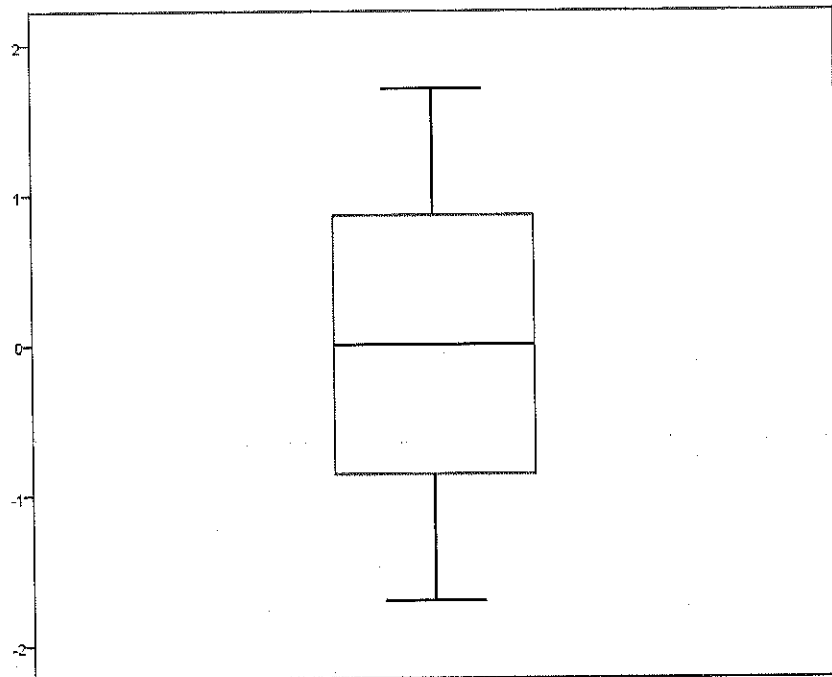
Şekil 3. 7. Depresyon ölçeği verileri Q-Q trendsizleştirilmiş normal dağılım grafiği



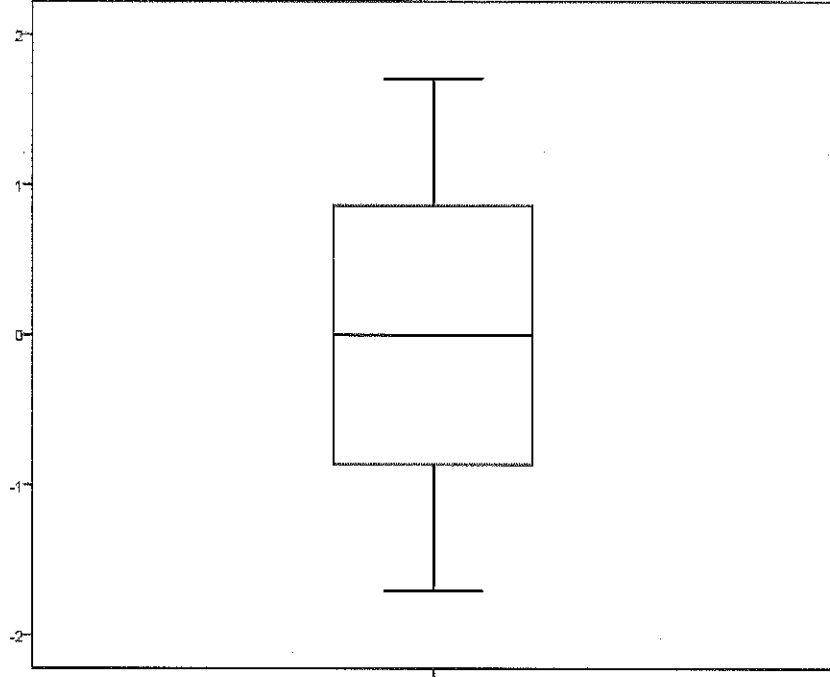
Şekil 3. 8. Kısa semptom envanteri verileri Q-Q trendsizleştirilmiş normal dağılım grafiği



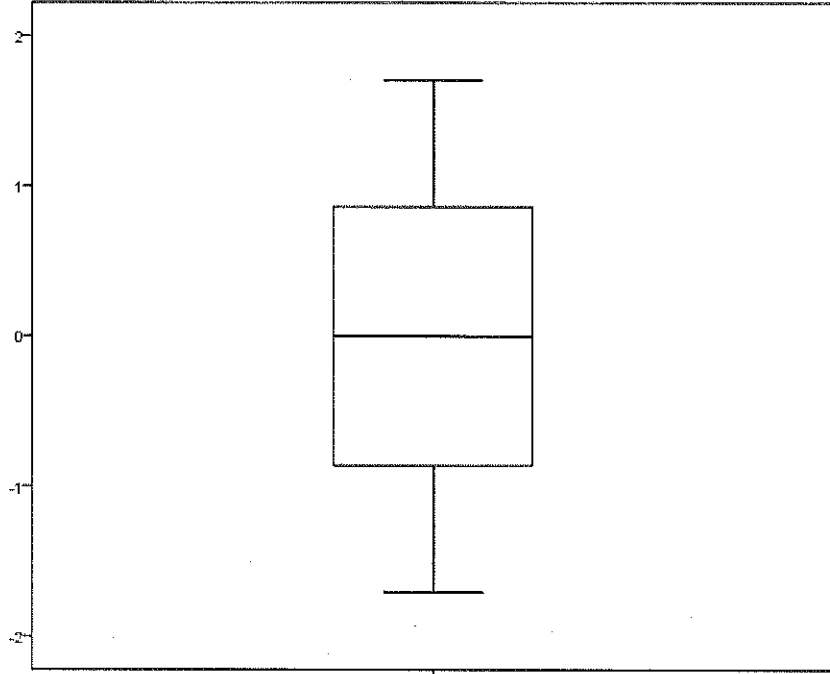
Şekil 3. 9. Somatizasyon ölçeği verileri Q-Q trendsizleştirilmiş normal dağılım grafiği



Şekil 3. 1. Depresyon ölçeği verileri uç değerler (outliers) grafiği



Şekil 3. 11. Kısa semptom envanteri verileri uç değerler (outliers) grafiği



Şekil 3. 2. Somatizasyon ölçeği verileri uç değerler (outliers) grafiği

Depresyon envanteri, kısa semptom envanteri ve somatizasyon ölçeği verileri q-q pilot grafikleri ile trendsizleştirilmiş normal z dağılım grafikleri Şekil 3.5-Şekil

3.13’de incelendiğinde her üç ölçeğe ilişkin ölçüm verilerinin dağılımlarının trendsiz, doğrusal olduğu, uç verilerin ise olmadığı görülmektedir.

Tablo 3. 16. Depresyon envanteri verileri betimsel istatistik analiz sonuçları

	İstatistik	Standart Hata
Ortalama	43,9800	1,64243
Medyan	44,0000	
Varyans	269,757	
Standart Sapma	16,42429	
Minimum	22,00	
Maksimum	66,00	
Ranj	44,00	
Çarpıklık	-,006	,241
Basıklık	-1,207	,478

Depresyon envanteri tanımlayıcı istatistik sonuçları Tablo 3.16’da görüldüğü üzere; ortalama değeri 43,98 standart hata değeri 1,64 medyan 44,0 varyans 269,757 standart sapma değeri 16,42 minimum değer 22 maksimum değer 66 ranj 44 çarpıklık değeri -,066 çarpıklık değerinin standart hatası ,241 basıklık değeri -1,207 basıklık değeri standart hatası ,478’dir. Bu veriler ışığında depresyon envanteri verileri için parametrik analizlerin yapılması Tip I ve Tip II hataya düşülmemesi açısından önemlidir.

Tablo 3. 17. Kısa semptom envanteri verileri betimsel istatistik analiz sonuçları

	İstatistik	Standart Hata
Ortalama	135,2700	7,04466
Medyan	136,5000	
Varyans	4962,724	
Standart Sapma	70,44661	
Minimum	53,00	
Maksimum	212,00	
Ranj	159,00	
Çarpıklık	,748	,140
Basıklık	-1,214	,478

Kısa semptom envanteri tanımlayıcı istatistik sonuçları Tablo 3.17’de görüldüğü üzere; ortalama değeri 135,27 standart hata değeri 7,04 medyan 136,50 varyans 4962,724 standart sapma değeri 70,44 minimum değer 53 maksimum değer 212 ranj 159 çarpıklık değeri ,748 çarpıklık değerinin standart hatası ,140 basıklık değeri -1,214 basıklık değeri standart hatası ,478’dir. Bu veriler ışığında kısa

semptom envanteri verileri için parametrik analizlerin yapılması Tip I ve Tip II hataya düşülmemesi açısından önemlidir.

Tablo 3. 18. Somatizasyon ölçeği verileri betimsel istatistik analiz sonuçları

	İstatistik	Standart Hata
Ortalama	19,2300	1,12401
Medyan	22,5000	
Varyans	126,341	
Standart Sapma	11,24013	
Minimum	2,00	
Maksimum	33,00	
Ranj	31,00	
Çarpıklık	,740	,941
Basıklık	-1,120	,542

Somatizasyon ölçeği verileri tanımlayıcı istatistik sonuçları Tablo 3.18’de görüldüğü üzere; ortalama değeri 19,23 standart hata değeri 1,12 medyan 22,50 varyans 126,341 standart sapma değeri 11,24 minimum değer 2 maksimum değer 33 ranj 31 çarpıklık değeri ,740 çarpıklık değerinin standart hatası ,941 basıklık değeri -1,120 basıklık değeri standart hatası ,542’dir. Bu veriler ışığında somatizasyon ölçeği verileri için parametrik analizlerin yapılması Tip I ve Tip II hataya düşülmemesi açısından önemlidir.

Betimsel istatistik bir değişkene ilişkin sayısal değerlerin toplanması, betimlenmesi ve sunulmasına olanak sağlayan istatistiksel işlemleri tanımlar. Bir örneklem üzerinde ya da ulaşılabilen durumlarda evrenin tamamından gözlem yaparak elde edilen verileri kullanarak, araştırmaya katılan bireylerin ya da objelerin özelliklerini belirlemeyi amaçlayan süreçtir (Büyüköztürk, 2005:5).

İki ilişkisiz örneklem ortalamaları arasındaki farkın manidar olup olmadığını test etmek için “t testi” kullanılır (Büyüköztürk, 2005:39).

İkiden fazla grup karşılaştırıldığında ilişkisiz örneklemelerde tek yönlü varyans analizi (ANOVA) kullanılarak analiz edilmektedir. Anlamli farkın bulunduğu durumlarda farklılığın hangi gruplar arasında olduğunu anlamak için çoklu karşılaştırma testlerinde (post hoc test) testi kullanılır. (Büyüköztürk, 2005:48).

Korelasyon katsayısı, iki değişken arasındaki ilişkinin miktarını bulup yorumlamak amacıyla kullanılır ( $r=-,30$  ile  $+,30$  düşük ilişki,  $r=-,31$  ile  $+,69$  orta ilişki,  $r=-,70$  ile  $+,1,0$  yüksek ilişki) (Büyüköztürk, 2005:32).

Regresyon analizi bir bağımlı değişken ile bir bağımsız (basit regresyon) veya birden fazla bağımsız (çoklu regresyon) değişken arasındaki ilişkilerin bir matematiksel eşitlik ile açıklanması sürecidir (Kalaycı, 2010:199).

Araştırmanın anlamlılık düzeyi  $p < 0,05$  olarak alınmıştır. Analiz sonucunda elde edilen bulgular, araştırma sorularına uygun olarak tablolara dönüştürülerek yorumlanmıştır.

## DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

### BULGULAR ve YORUM

Bulgular ve yorum kısmında analiz verileri sonucu ortaya çıkan iç bulgulara ve iç bulgulara ilişkin yorumlara yer verilmiştir.

#### 4.1. Kısa Semptom Envanteri, Depresyon Envanteri ve Somatizasyon Bozukluğu Puan Ortalamaları Göç Değişkenine İlişkin Bulgular ve Yorumlar

Kısa semptom envanteri, depresyon envanteri ve somatizasyon bozukluğu puan ortalamaları göç değişkenine göre anlamlı göre farklılığına ilişkin bağımsız örneklem t testi analizi yapılmıştır. Analiz sonuçları Tablo 4.1 ve Tablo 4.2'de verilmiştir.

Tablo 4. 1. Göç etmiş ve göç etmemiş kadınların betimsel istatistik tanımlayıcı analiz sonuçları

	Göç Durumu	n	x	ss	sem
Depresyon Ölçüm Verileri	Göç Etmiş	50	59,66	4,63	0,65
	Göç Etmemiş	50	28,30	4,67	0,66
Kısa Semptom Ölçüm Verileri	Göç Etmiş	50	204,30	9,46	1,34



Somatizasyon Ölçüm Verileri	Göç Etmemiş	50	66,24	14,58	2,06
	Göç Etmemiş	50	29,48	3,58	0,51
	Göç Etmemiş	50	8,98	5,29	0,75

Analiz sonuçlarına göre Depresyon Ölçüm verilerine ilişkin göç etmiş kadınlardan 50 katılımcının ortalaması 59,66±4,63 göç etmemiş kadınlardan 50 katılımcının ortalaması 28,30±4,67'dir. Depresyon ölçüm verilerinden alınabilecek en yüksek puan değeri 63 olduğuna göre göç etmiş kadınların yüksek düzeyde bir depresyon yaşadığını söyleyebiliriz. Kısa semptom verilerine ilişkin göç etmiş kadınlardan 50 katılımcının ortalaması 204,30±9,46 göç etmemiş kadınlardan 50 katılımcının ortalaması 66,24±14,58'dir. Kısa semptom envanteri ölçüm verilerinden alınabilecek en yüksek puan değeri 212 olduğuna göre göç etmiş kadınların ruhsal belirtilerinin yüksek düzeyde arttığını söyleyebiliriz. Somatizasyon ölçüm verilerine ilişkin göç etmiş kadınlardan 50 katılımcının ortalaması 29,48±3,58 göç etmemiş kadınlardan 50 katılımcının ortalaması 8,98±5,29'dur. Somatizasyon ölçüm verilerinin 33'e yaklaşması somatizasyon bozukluğunu göstermektedir. Göç etmiş kadınların somatizasyon bozukluğunu yüksek düzeyde yaşadıklarını söyleyebiliriz.

Depresyon ölçüm verileri, kısa semptom ölçüm verileri ve somatizasyon ölçüm verilerinde göç etmiş kadınların lehine depresyon, ruhsal belirtilerin artmasında ve somatik bozukluklarda bir artış olduğu görülmektedir. Grup ortalamaları arasındaki farklılıklara ilişkin bağımsız örneklem t testi analiz sonuçları Tablo 4.2'de verilmiştir.

Tablo 4. 2. Göç etmiş ve göç etmemiş kadınların göç değişkeni gruplarına ilişkin bağımsız örneklem t testi analiz sonuçları

		F	p	t	df	p
Depresyon Ölçüm Verileri	Eşit Dağılım	,004	,947	33,715	98	,000
	Eşit Olmayan Dağılım			33,715	97,990	,000
Kısa Semptom Ölçüm Verileri	Eşit Dağılım	12,555	,001	56,180	98	,000
	Eşit Olmayan Dağılım			56,180	84,023	,000
Somatizasyon Ölçüm Verileri	Eşit Dağılım	4,381	,039	22,681	98	,000
	Eşit Olmayan Dağılım			22,681	86,088	,000

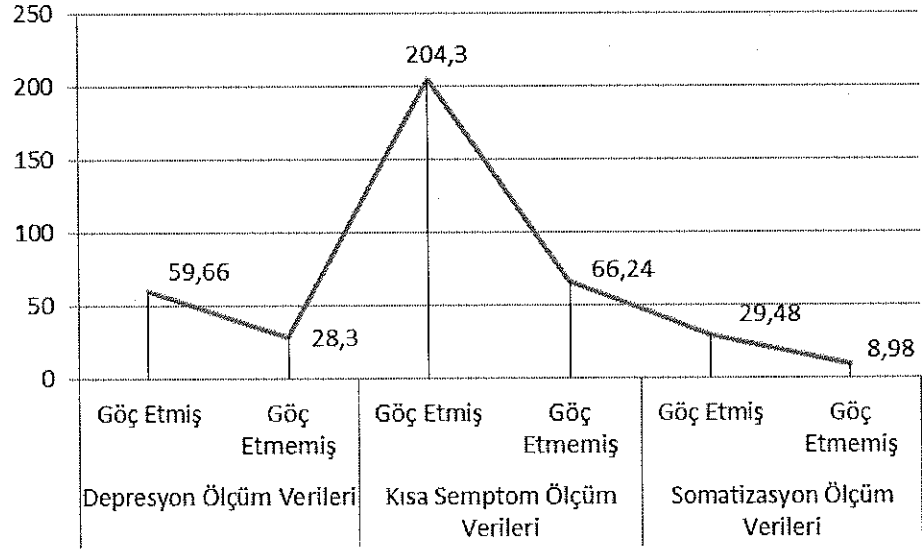
Levene testi sonuçları incelendiğinde depresyon ölçüm verileri için varyans homojenliğinin sağlandığı ( $p>0.05$ ) ancak kısa semptom ölçüm verileri ve somatizasyon ölçüm verileri için varyans homojenliğinin sağlanamadığı ( $p<0.05$ ) görülmektedir. Bu nedenle depresyon ölçüm verileri için eşit dağılım satırındaki

veriler, kısa semptom ölçüm verileri ve somatizasyon ölçüm verileri için ise eşit olmayan dağılım satırındaki veriler istatistiksel olarak baz alınacaktır. Depresyon Ölçüm verileri [ $t_{98}=33.715$ ,  $p<0.05$ ] Kısa Semptom ölçüm verileri [ $t_{98}=56.180$ ,  $p<0.05$ ] Somatizasyon ölçüm verileri [ $t_{98}=22.681$ ,  $p<0.05$ ] % 95 güven aralığı içinde p iki yönlü anlamlılık değeri 0.05'ten küçük çıkmıştır. Dolayısıyla sıfır (null) hipotezi red edilerek, alternatif hipotez kabul edilmiştir.

$H_0$ = İki grubun ortalamaları arasında fark yoktur.

$H_A$ = İki grubun ortalamaları arasında fark vardır.

Bu durumda, göç etmemiş kadınların depresyon düzeylerinin düşük olduğu, ruhsal belirtilerinin baş göstermediği ve somatizasyon düzeylerinin minimuma yakın olduğu; göç etmiş kadınların ise depresyon düzeylerinin yüksek olduğu, kısa semptom envanterine göre ruhsal belirtilerinin arttığı ve somatizasyon bozukluğu düzeylerinin de maksimum sınıra yaklaştığı bulgusuna ulaşılmıştır.



Şekil 4. 1. Depresyon, kısa semptom ve somatizasyon ölçek verileri göç değişkeni aritmetik ortalama dağılım grafiği

Depresyon, kısa semptom ve somatizasyon ölçek verileri aritmetik ortalama dağılım grafiği Şekil 4.1'de görüldüğü üzere, Diyarbakır ilinden İstanbul iline zorunlu iç göç yaşayan 18-65 yaş arası kadınların depresyon ölçüm ortalamaları

59,66 göç etmemiş olan kadınların ortalamaları ise 28,3'dür. Zorunlu iç göçe yaşayan kadınların aynı zamanda depresyon düzeylerini şiddetli bir şekilde yaşamaktadırlar. Zorunlu iç göç yaşamayan kadınların depresyon düzeyleri düşük seyrededir. Kısa semptom ölçüm verilerine bakıldığında Diyarbakır ilinden İstanbul iline zorunlu iç göç yaşayan 18-65 yaş arası kadınların ortalamaları 204,3 göç etmemiş kadınların ortalamaları ise 66,24'dür. Zorunlu iç göçe maruz kalan kadınların ruhsal belirtilerinde yüksek bir artış gözlemlenmektedir. Öte yandan zorunlu iç göçe maruz kalmayan Diyarbakır ilinde yaşayan 18-65 yaş arası kadınların kısa semptom ruhsal belirti düzeyleri düşük seviyededir. Diyarbakır ilinden İstanbul iline zorunlu iç göç yaşayan 18-65 yaş arası kadınların somatizasyon ölçüm ortalamaları 29,48 göç etmemiş kadınların ortalamaları ise 8,98'dir. Diyarbakır ilinden İstanbul iline zorunlu iç göç etmiş kadınlarda somatizasyon bozukluğu düzeyleri yüksek seviyededir. Göç etmemiş kadınlarda ise somatizasyon bozukluğu düzeyi çok düşük seviyededir.

#### 4.2. Göç Etmiş Kadınların Kısa Semptom Envanteri, Depresyon Envanteri, Somatizasyon Bozukluğu Puanları Arasındaki İlişkiye Ait Bulgular ve Yorumlar

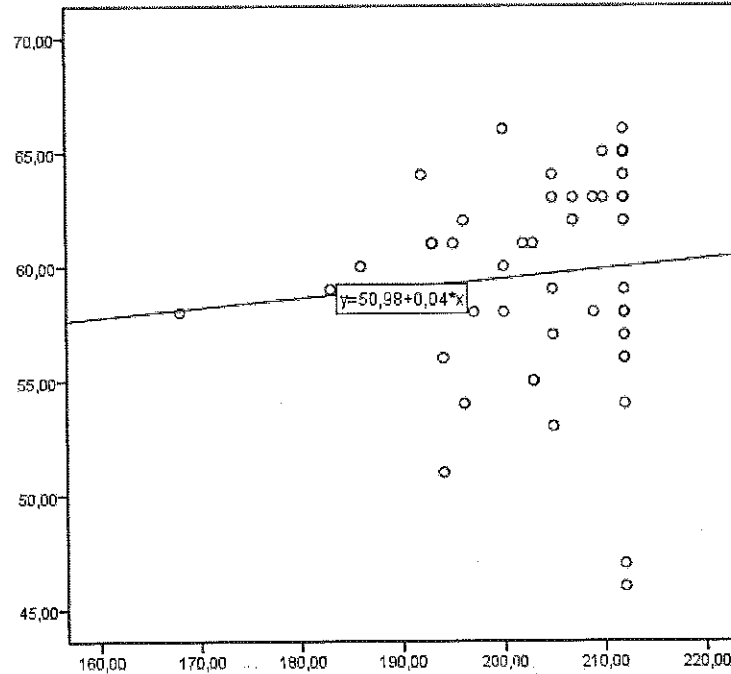
Göç etmiş kadınların "kısa semptom envanteri, depresyon envanteri, somatizasyon bozukluğu" puanları arasında anlamlı ilişkiye ait "basit korelasyon" analizi yapılmıştır. Tablo 4.3'de basit korelasyon analiz sonuçları yer almaktadır.

Tablo 4. 3. Göç etmiş kadınların "kısa semptom envanteri, depresyon envanteri, somatizasyon bozukluğu" puanları arasında basit korelasyon analiz sonuçları

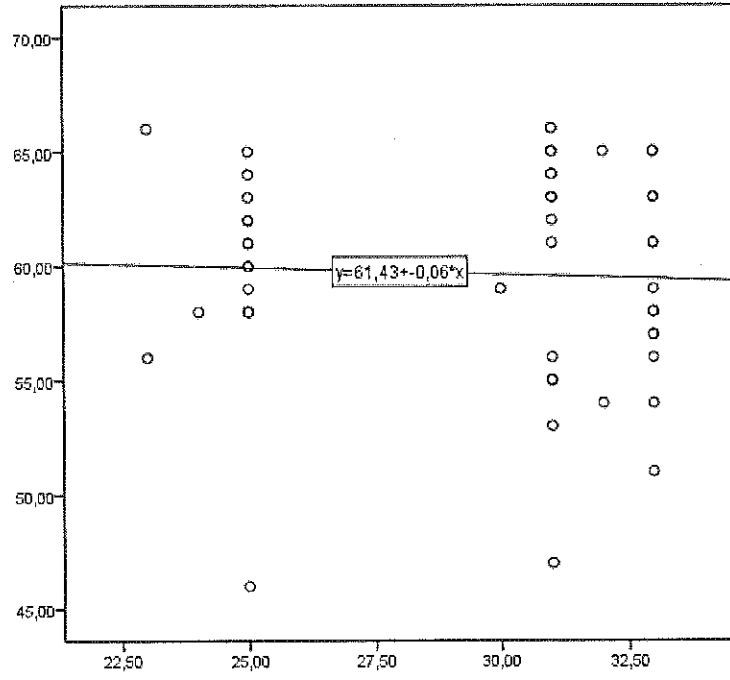
		(F1)	(F2)	(F3)
Depresyon Ölçüm Verileri (F1: Göç Etmiş)	Korelasyon	1		
	Anlamlılık			
Kısa Semptom Ölçüm Verileri (F2: Göç Etmiş)	N	50		
	Korelasyon	,047	1	
Somatizasyon Ölçüm Verileri (F3: Göç Etmiş)	Anlamlılık	,748		
	N	50	50	
Somatizasyon Ölçüm Verileri (F3: Göç Etmiş)	Korelasyon	,087	,337*	1
	Anlamlılık	,549	,017	
	N	50	50	50

\*\*  $p < 0,01$  (Pearson Korelasyon)

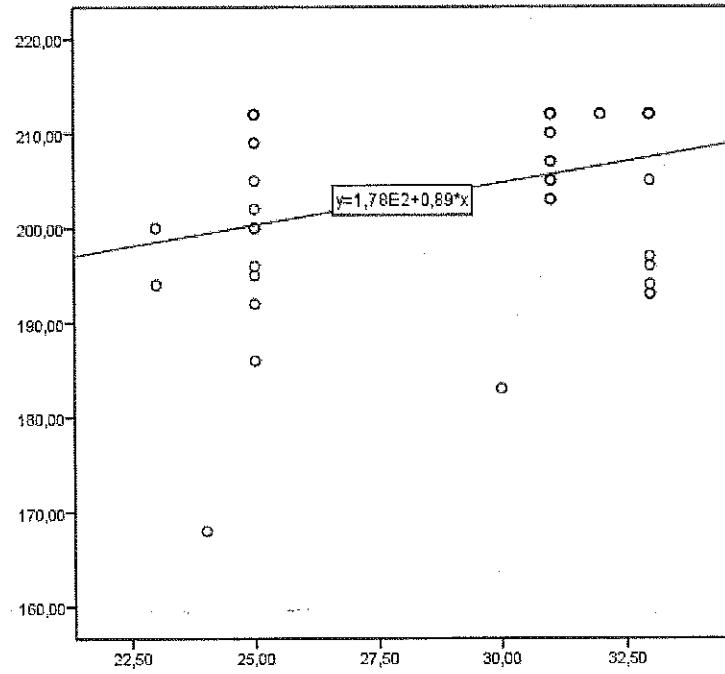
Göç etmiş kadınların “kısa semptom envanteri, depresyon envanteri, somatizasyon bozukluğu” puanları arasında ilişkiye ait Pearson basit korelasyon katsayısı ve anlamlılığına bakıldığında; göç etmiş 18-65 yaş arası kadınların depresyon ölçüm verileri ile kısa semptom ölçüm verileri arasında pozitif, düşük, istatistiksel olarak anlamlı [ $r_{xy}=.047$ ,  $p < 0.01$ ] göç etmiş 18-65 yaş arası kadınların depresyon ölçüm verileri ile somatizasyon ölçüm verileri arasında pozitif, düşük, istatistiksel olarak anlamlı [ $r_{xy}=.087$ ,  $p < 0.01$ ] göç etmiş 18-65 yaş arası kadınların kısa semptom ölçüm verileri ile somatizasyon ölçüm verileri arasında pozitif, orta, istatistiksel olarak anlamlı [ $r_{xy}=.337$ ,  $p < 0.01$ ] bir ilişki vardır. Değişkenler arasındaki ilişkilerin betimlenmesinde korelasyonel istatistikler kullanılır. Korelasyon analiz sonuçları iki ilişki arasında doğrudan bir neden-sonuç ilişkisini açıklayamaz. Ancak değişkenler arasındaki durumun bilinmesi halinde ötekinin kestirilmesini sağlamayı kolaylaştırmaktadır.



Şekil 4. 2. Göç etmiş kadınların depresyon ve kısa semptom envanteri verileri arasındaki ilişkiye ait scatter pilot grafiği



Şekil 4. 3. Göç etmiş kadınların depresyon ve somatizasyon verileri arasındaki ilişkiye ait scatter pilot grafiği



Şekil 4. 4. Göç etmiş kadınların kısa semptom envanteri ve somatizasyon verileri arasındaki ilişkiye ait scatter pilot grafiği

Göç etmiş kadınlarla ilgili genel olarak üç değişken arasındaki ilişkiler Şekil 4.2 Şekil 4.3 ve Şekil 4.4’de irdelendiğinde düşük ve orta düzeyde, pozitif bir ilişkinin olduğu görülmektedir. İlişkinin düşük veya orta olmasından ziyade  $p < 0.01$  düzeyinde anlamlı olması istatistiki açıdan çok önemlidir. Zorunlu iç göç yaşayan kadınların depresyon düzeyleri arttığında ruhsal belirti düzeyleri de artmaktadır, depresyon düzeyleri arttığında somatizasyon düzeyleri de artmaktadır, ruhsal belirtilerindeki yaşanan artış somatizasyon düzeyinde de artışı göstermektedir. Bu bulgulara göre neden-sonuç ilişkisi verilememektedir. Ancak zorunlu iç göçe maruz kalan kadınlarda depresyon, ruhsal belirtiler ve somatizasyon bozukluğu gibi faktörlerin istatistiksel olarak anlamlı ve ilişkiyel bir seviyede olduğu söylenilebilir. Yine göç faktörünü yaşamış kadınların depresyon, ruhsal belirtiler ve somatizasyon düzeyleri arasındaki ilişkinin göç etmemiş kadınlar ile karşılaştırılıp, ilişki düzeyine bakılması önemlidir.

#### 4.3. Göç Etmemiş Kadınların Kısa Semptom Envanteri, Depresyon Envanteri, Somatizasyon Bozukluğu Puanları Arasındaki İlişkiye Ait Bulgular ve Yorumlar

Göç etmemiş kadınların “kısa semptom envanteri, depresyon envanteri, somatizasyon bozukluğu” puanları arasında anlamlı ilişkiye ait “basit korelasyon” analizi yapılmıştır. Tablo 4.4’de basit korelasyon analiz sonuçları yer almaktadır.

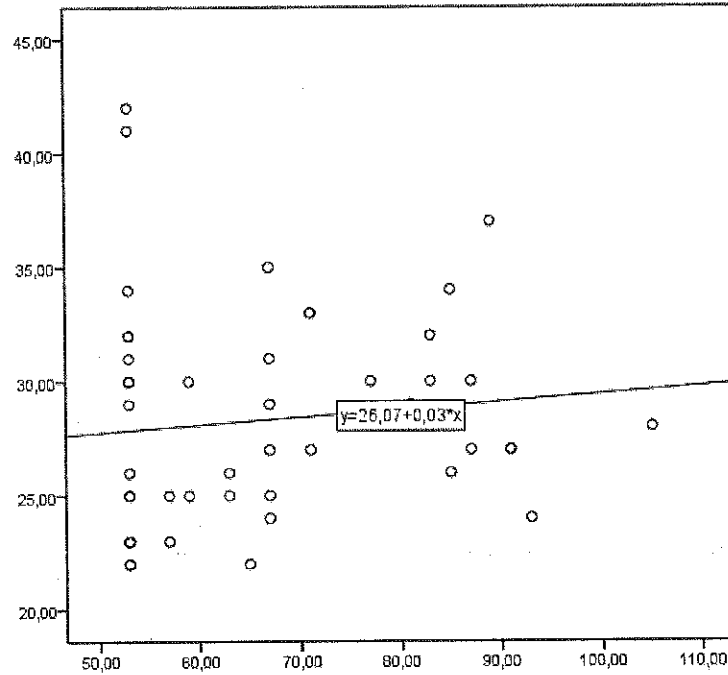
Tablo 4. 4. Göç etmemiş kadınların “kısa semptom envanteri, depresyon envanteri, somatizasyon bozukluğu” puanları arasında basit korelasyon analiz sonuçları

		(F1)	(F2)	(F3)
Depresyon Ölçüm Verileri (F1: Göç Etmemiş)	Korelasyon	1		
	Anlamlılık			
	N	50		
Kısa Semptom Ölçüm Verileri (F2: Göç Etmemiş)	Korelasyon	,105	1	
	Anlamlılık	,467		
	N	50	50	

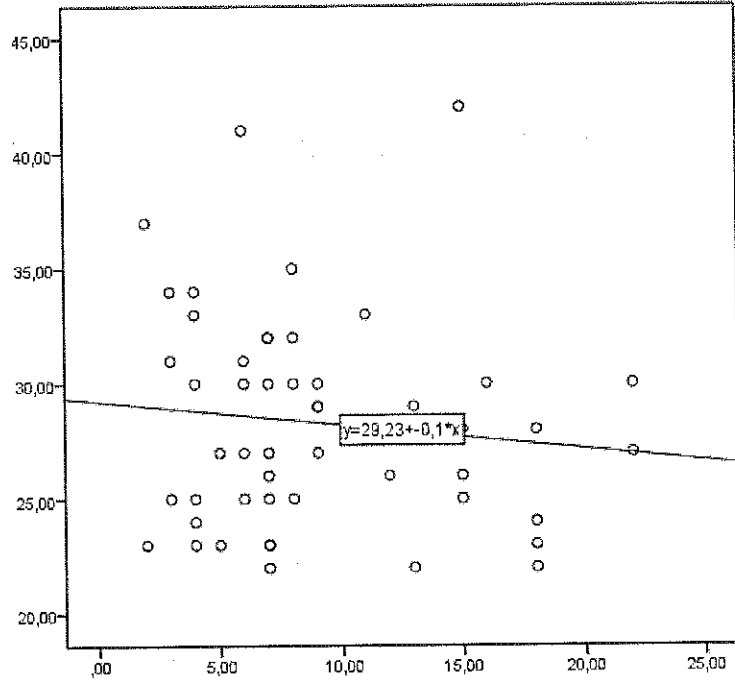
Somatizasyon Ölçüm Verileri (F3: Göç Etmemiş)	Korelasyon	,118	,265	1
	Anlamlılık	,416	,063	
	N	50	50	50

\*\*  $p < 0,01$  (Pearson Korelasyon)

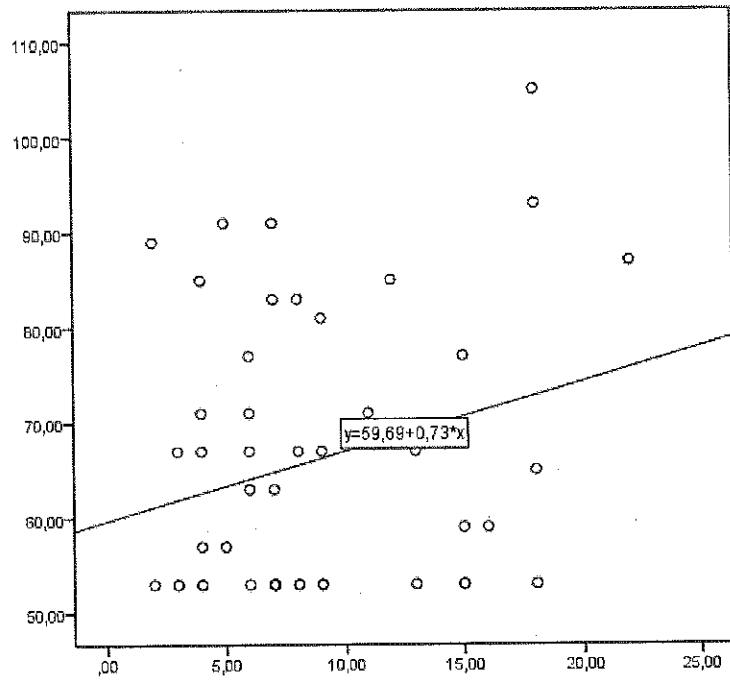
Göç etmemiş kadınların “kısa semptom envanteri, depresyon envanteri, somatizasyon bozukluğu” puanları arasında ilişkiye ait Pearson basit korelasyon katsayısı ve anlamlılığına bakıldığında; göç etmemiş 18-65 yaş arası kadınların depresyon ölçüm verileri ile kısa semptom ölçüm verileri arasında pozitif, düşük, istatistiksel olarak anlamlı [ $r_{xy}=.105$ ,  $p < 0.01$ ] göç etmemiş 18-65 yaş arası kadınların depresyon ölçüm verileri ile somatizasyon ölçüm verileri arasında pozitif, düşük, istatistiksel olarak anlamlı [ $r_{xy}=.118$ ,  $p < 0.01$ ] göç etmemiş 18-65 yaş arası kadınların kısa semptom ölçüm verileri ile somatizasyon ölçüm verileri arasında pozitif, orta, istatistiksel olarak anlamlı [ $r_{xy}=.265$ ,  $p < 0.01$ ] bir ilişki vardır. Değişkenler arasındaki ilişkilerin betimlenmesinde korelasyonel istatistikler kullanılır. Korelasyon analiz sonuçları iki ilişki arasında doğrudan bir neden-sonuç ilişkisini açıklayamaz. Ancak değişkenler arasındaki durumun bilinmesi halinde ötekinin kestirilmesini sağlamayı kolaylaştırmaktadır.



Şekil 4. 5. Göç etmemiş kadınların depresyon ve kısa semptom envanteri verileri arasındaki ilişkiye ait scatter pilot grafiği



Şekil 4. 6. Göç etmemiş kadınların depresyon ve somatizasyon verileri arasındaki ilişkiye ait scatter pilot grafiği





Şekil 4. 7. Göç etmemiş kadınların kısa semptom envanteri ve somatizasyon verileri arasındaki ilişkiye ait scatter pilot grafiği

Göç etmemiş kadınlarla ilgili genel olarak üç değişken arasındaki ilişkiler Şekil 4.5 Şekil 4.6 ve Şekil 4.7’de irdelendiğinde düşük ve orta düzeyde, pozitif bir ilişkinin olduğu görülmektedir. İlişkinin düşük veya orta olmasından ziyade  $p < 0.01$  düzeyinde anlamlı olması istatistiki açıdan çok önemlidir. Zorunlu iç göçe maruz kalmayan Diyarbakır’da yaşayan kadınların depresyon düzeyleri arttığında ruhsal belirti düzeyleri de artmaktadır, depresyon düzeyleri arttığında somatizasyon düzeyleri de artmaktadır, ruhsal belirtilerindeki yaşanan artış somatizasyon düzeyinde de artışı göstermektedir. Bu bulgulara göre neden-sonuç ilişkisi verilememektedir. Ancak zorunlu iç göçe maruz kalmayan kadınlarda dahi depresyon, ruhsal belirtiler ve somatizasyon bozukluğu gibi faktörlerin istatistiksel olarak anlamlı ve ilişkiyel bir seviyede olduğu söylenilebilir. Yine göç faktörünü yaşamamış kadınların depresyon, ruhsal belirtiler ve somatizasyon düzeyleri arasındaki ilişkinin göç etmemiş kadınlar ile karşılaştırılıp, ilişki düzeyine bakılması önemlidir.

#### 4.4. Göç Etmiş ve Göç Etmemiş Kadınların Depresyon Envanteri Puanları Arasındaki İlişkiye Ait Bulgular ve Yorumlar

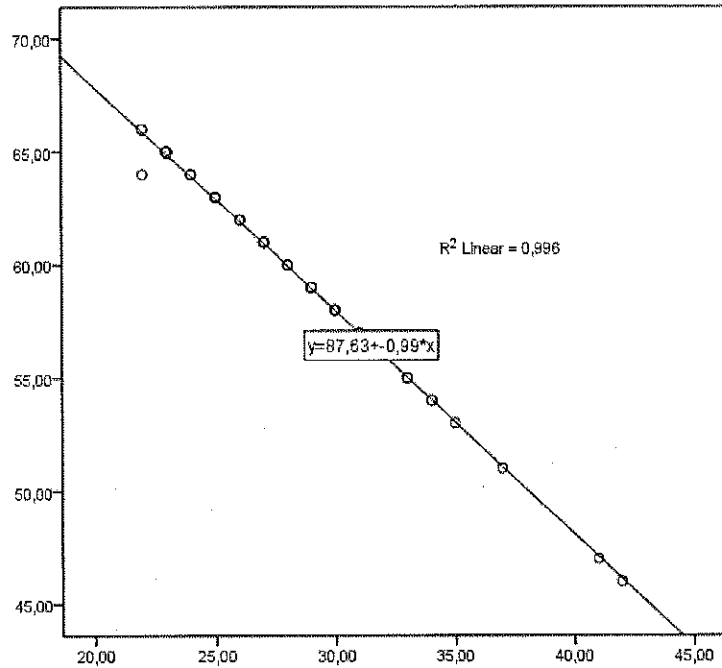
Göç etmiş ve göç etmemiş kadınların “depresyon” puanları arasında anlamlı ilişkiye ait “basit korelasyon” analizi yapılmıştır. Tablo 4.5’de basit korelasyon analiz sonuçları yer almaktadır.

Tablo 4. 5. Göç etmiş ve göç etmemiş kadınların depresyon envanteri puanları arasında basit korelasyon analiz sonuçları

		(F1)	(F2)
Depresyon Ölçüm Verileri (F1: Göç Etmiş)	Korelasyon	1	
	Anlamlılık		
	N	50	
Depresyon Ölçüm Verileri (F2: Göç Etmemiş)	Korelasyon	-,998**	1
	Anlamlılık	,000	
	N	50	50

\*\*  $p < 0,01$  (Pearson Korelasyon)

Göç etmiş ve göç etmemiş kadınların depresyon envanteri puanları arasında ilişkiye ait Pearson basit korelasyon katsayısı ve anlamlılığına bakıldığında; göç etmemiş 18-65 yaş arası kadınların depresyon ölçüm verileri ile göç etmiş 18-65 yaş arası kadınların depresyon ölçüm verileri arasında negatif, yüksek ve istatistiksel anlamlı [ $r_{xy} = -.998$ ,  $p < 0.01$ ] bir ilişki vardır. Değişkenler arasındaki ilişkilerin betimlenmesinde korelasyonel istatistikler kullanılır. Korelasyon analiz sonuçları iki ilişki arasında doğrudan bir neden-sonuç ilişkisini açıklayamaz. Ancak değişkenler arasındaki durumun bilinmesi halinde ötekinin kestirilmesini sağlamayı kolaylaştırmaktadır. Korelasyon katsayısının 1.00 olması mükemmel bir ilişkiyi göstermektedir. Negatif bir ilişkinin olması, değişkenlerden birine ait değerlerin artması durumunda diğer değişkenin değerlerinin düşmesi demektir. Açıklanan varyans (determinasyon katsayısı)  $r^2$  değişkenlerden birinde gözlenen değişkenliğin ne kadarının diğer değişken tarafından açıklandığının yorumunda kullanılır. Tablo 4.5'te  $r$  değeri  $-.998$  çıkmıştır  $r^2$  değeri ise  $.996$ 'dır. Bu bulgu ışığında % 100'e yakını göç etmiş kadınlar ile göç etmemiş kadınlar arasındaki depresyon ilişkisi zorunlu iç göç faktörü ile açıklanabilir.



Şekil 4. 8. Göç etmiş ve göç etmemiş kadınların depresyon envanteri puanları arasındaki ilişkinin scatter pilot grafiği

#### 4.5. Göç Etmiş ve Göç Etmemiş Kadınların Kısa Semptom Envanteri Puanları Arasındaki İlişkiye Ait Bulgular ve Yorumlar

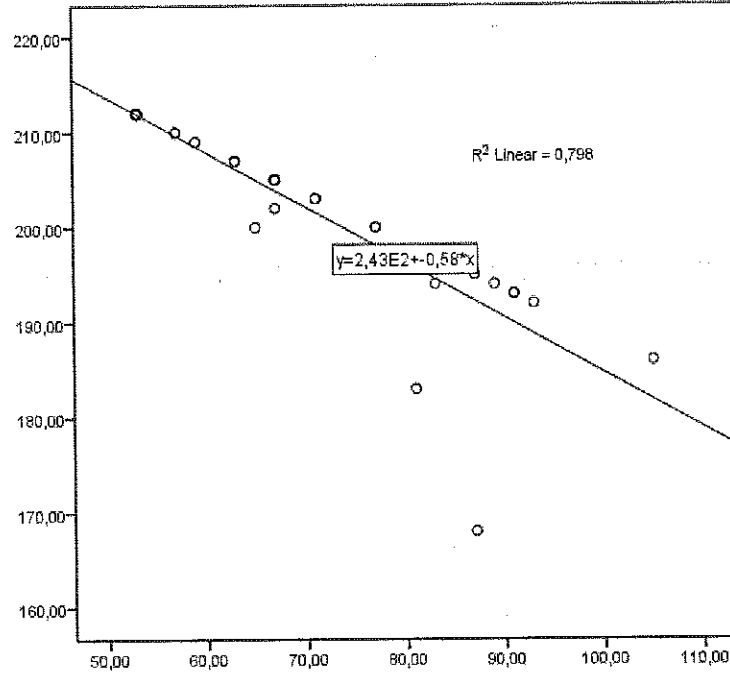
Göç etmiş ve göç etmemiş kadınların “kısa semptom envanteri” puanları arasında anlamlı ilişkiye ait “basit korelasyon” analizi yapılmıştır. Tablo 4.6’da basit korelasyon analiz sonuçları yer almaktadır.

Tablo 4. 6. Göç etmiş ve göç etmemiş kadınların kısa semptom envanteri puanları arasında basit korelasyon analiz sonuçları

		(F1)	(F2)
Kısa Semptom Ölçüm Verileri (F1: Göç Etmiş)	Korelasyon	1	
	Anlamlılık		
	N	50	
Kısa Semptom Ölçüm Verileri (F2: Göç Etmemiş)	Korelasyon	-,893**	1
	Anlamlılık	,000	
	N	50	50

\*\*  $p < 0,01$  (Pearson Korelasyon)

Göç etmiş ve göç etmemiş kadınların kısa semptom envanteri puanları arasında ilişkiye ait Pearson basit korelasyon katsayısı ve anlamlılığına bakıldığında; göç etmemiş 18-65 yaş arası kadınların kısa semptom ölçüm verileri ile göç etmiş 18-65 yaş arası kadınların kısa semptom ölçüm verileri arasında negatif, yüksek ve istatistiksel anlamlı [ $r_{xy} = -.893$ ,  $p < 0.01$ ] bir ilişki vardır. Değişkenler arasındaki ilişkilerin betimlenmesinde korelasyonel istatistikler kullanılır. Korelasyon analiz sonuçları iki ilişki arasında doğrudan bir neden-sonuç ilişkisini açıklayamaz. Ancak değişkenler arasındaki durumun bilinmesi halinde ötekinin kestirilmesini sağlamayı kolaylaştırmaktadır. Korelasyon katsayısının 1.00 olması mükemmel bir ilişkiyi göstermektedir. Negatif bir ilişkinin olması, değişkenlerden birine ait değerlerin artması durumunda diğer değişkenin değerlerinin düşmesi demektir. Açıklanan varyans (determinasyon katsayısı)  $r^2$  değişkenlerden birinde gözlenen değişkenliğin ne kadarının diğer değişken tarafından açıklandığının yorumunda kullanılır. Tablo 4.6’da  $r$  değeri  $-.893$  çıkmıştır  $r^2$  değeri ise  $.797$ ’dir. Bu bulgu ışığında % 80’e yakını göç etmiş kadınlar ile göç etmemiş kadınlar arasındaki kısa semptom ilişkisi zorunlu iç göç faktörü ile açıklanabilir.



Şekil 4. 9. Göç etmiş ve göç etmemiş kadınların kısa semptom envanteri puanları arasındaki ilişkinin scatter pilot grafiği

#### 4.6. Göç Etmiş ve Göç Etmemiş Kadınların Somatizasyon Puanları Arasındaki İlişkiye Ait Bulgular ve Yorumlar

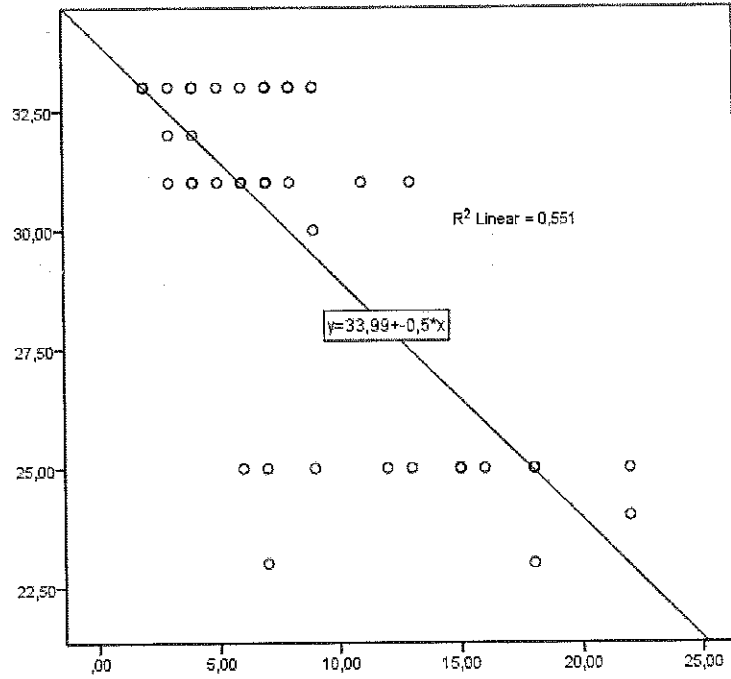
Göç etmiş ve göç etmemiş kadınların “somatizasyon” puanları arasında anlamlı ilişkiye ait “basit korelasyon” analizi yapılmıştır. Tablo 4.7’de basit korelasyon analiz sonuçları yer almaktadır.

Tablo 4. 7. Göç etmiş ve göç etmemiş kadınların somatizasyon puanları arasında basit korelasyon analiz sonuçları

		(F1)	(F2)
Somatizasyon Ölçüm Verileri (F1: Göç Etmiş)	Korelasyon	1	
	Anlamlılık		
	N	50	
Somatizasyon Ölçüm Verileri (F2: Göç Etmemiş)	Korelasyon	-,742**	1
	Anlamlılık	,000	
	N	50	50

**\*\*  $p < 0,01$  (Pearson Korelasyon)**

Göç etmiş ve göç etmemiş kadınların somatizasyon puanları arasında ilişkiye ait Pearson basit korelasyon katsayısı ve anlamlılığına bakıldığında; göç etmemiş 18-65 yaş arası kadınların somatizasyon ölçüm verileri ile göç etmiş 18-65 yaş arası kadınların somatizasyon ölçüm verileri arasında negatif, yüksek ve istatistiksel anlamlı [ $r_{xy} = -.742$ ,  $p < 0.01$ ] bir ilişki vardır. Değişkenler arasındaki ilişkilerin betimlenmesinde korelasyonel istatistikler kullanılır. Korelasyon analiz sonuçları iki ilişki arasında doğrudan bir neden-sonuç ilişkisini açıklayamaz. Ancak değişkenler arasındaki durumun bilinmesi halinde ötekinin kestirilmesini sağlamayı kolaylaştırmaktadır. Korelasyon katsayısının 1.00 olması mükemmel bir ilişkiyi göstermektedir. Negatif bir ilişkinin olması, değişkenlerden birine ait değerlerin artması durumunda diğer değişkenin değerlerinin düşmesi demektir. Açıklanan varyans (determinasyon katsayısı)  $r^2$  değişkenlerden birinde gözlenen değişkenliğin ne kadarının diğer değişken tarafından açıklandığının yorumunda kullanılır. Tablo 4.6'da  $r$  değeri  $-.742$  çıkmıştır  $r^2$  değeri ise  $.551$ 'dir. Bu bulgu ışığında % 51'e yakın göç etmiş kadınlar ile göç etmemiş kadınlar arasındaki somatizasyon ilişkisi zorunlu iç göç faktörü ile açıklanabilir.



Şekil 4. 10. Göç etmiş ve göç etmemiş kadınların somatizasyon puanları arasındaki ilişkinin scatter pilot grafiği

#### 4.7. Göç Faktörünün Depresyon Envanteri Üzerindeki Etkisine İlişkin Bulgular ve Yorumlar

Göç faktörünün depresyon envanteri üzerindeki anlamlı etkisine ilişkin “basit regresyon analizi” yapılmıştır. Analiz sonuçları Tablo 4.8’de verilmiştir.

Tablo 4. 8. Göç faktörünün depresyon envanteri üzerindeki etkisine ilişkin basit regresyon analiz sonuçları

Değişken	$\beta$	Standart Hata	Beta	t	p
Sabit*	88,454	,523		169,115	,000
Depresyon (Göç Etmiş)	-1,008	,009	-,998	115,346	,000

R= ,998      R<sup>2</sup>= ,996  
F (1-48)= 13304.764,      p=,000

Regresyon analizi bir bağımlı değişken ile bir bağımsız değişken arasındaki ilişkinin matematiksel eşitlik ile açıklanması sürecidir.

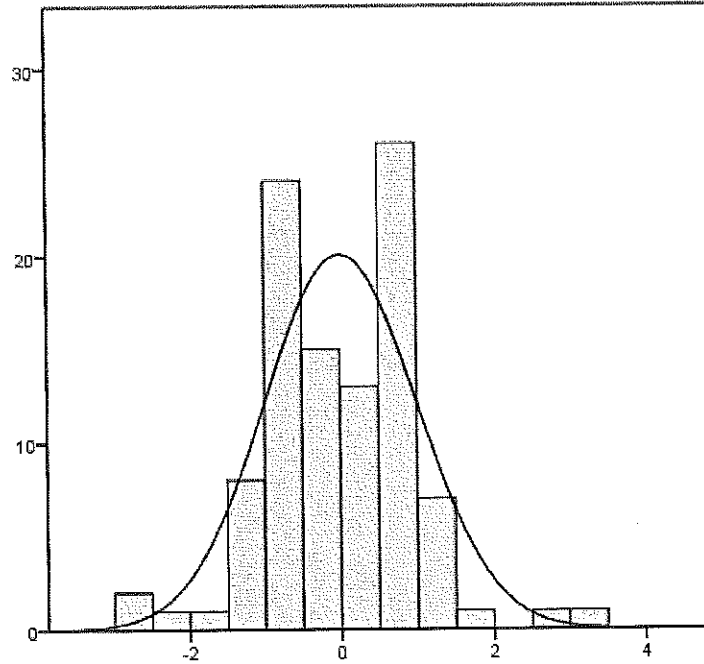
$$y = \beta_0 + \beta_1 x + \varepsilon \quad (1)$$

Yukarıdaki (1) ile gösterilen denklemde  $\beta_0$  doğrunun y eksenini kestiği nokta  $\beta_1$  doğrunun eğimi  $\varepsilon$  şansa bağlı hata terimini ifade etmektedir. Regresyon modelinin varsayımları atıkların normal dağılımı ve doğrusallığı Şekil 4.11 ve Şekil 4.12’de verilmiştir.

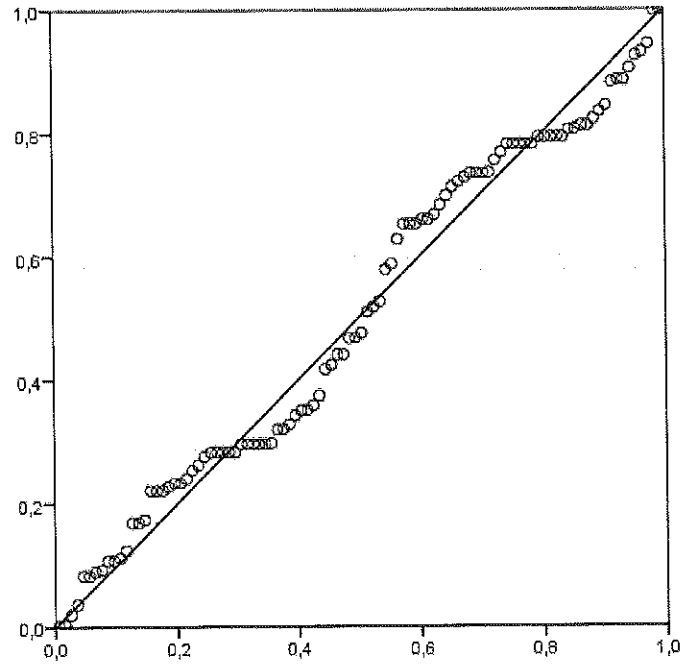
Tablo 4.8 incelendiğinde [ $F_{(1-48)}=13304.764, p=,000$ ], [ $t=169.115, p=,000$ ] ve [ $t=115.346, p=,000$ ] F ve t tablo değerlerinin model için istatistiksel olarak anlamlı oldukları görülmektedir. Tabloda yer alan  $R^2$  değeri depresyon üzerindeki değişimin % 99,6’sının göç faktörü ile açıklanabildiğini göstermektedir. Tablo 4.5’te yapılan basit korelasyon analizlerinde de ilişkinin negatif, yüksek ve anlamlı olduğu bulgusuna ulaşılmıştır.

$$y=88.454-1.008x \quad (2)$$

Yukarıda (2) ile gösterilen modelin denklemi incelendiğinde, zorunlu iç göçe maruz kalan 18-65 yaş arası kadınların depresyon düzeylerindeki 1.00 birimlik artış yine depresyonda 1.00 birimlik artışa neden olacaktır.



Şekil 4. 11. Göç faktörünün depresyon envanteri üzerindeki etkisi regresyon modeli atıkların normal dağılım grafiği



Şekil 4. 12. Göç faktörünün depresyon envanteri üzerindeki etkisi regresyon modeli atıkların p-p dağılım grafiği

#### 4.8. Göç Faktörünün Kısa Semptom Envanteri Üzerindeki Etkisine İlişkin Bulgular ve Yorumlar

Göç faktörünün kısa semptom envanteri üzerindeki anlamlı etkisine ilişkin “basit regresyon analizi” yapılmıştır. Analiz sonuçları Tablo 4.9’da verilmiştir.

Tablo 4. 9. Göç faktörünün kısa semptom envanteri üzerindeki etkisine ilişkin basit regresyon analiz sonuçları

Değişken	$\beta$	Standart Hata	Beta	t	p
Sabit*	347,685	20,447		17,004	,000
Kısa Semptom Envanteri (Göç Etmiş)	-1,378	,100	-,893	13,779	,000
R= ,893		R <sup>2</sup> = ,798			
F (1-48)= 189.853,		p=,000			

Regresyon analizi bir bağımlı değişken ile bir bağımsız değişken arasındaki ilişkinin matematiksel eşitlik ile açıklanması sürecidir.

$$y = \beta_0 + \beta_1 x + \varepsilon \quad (1)$$

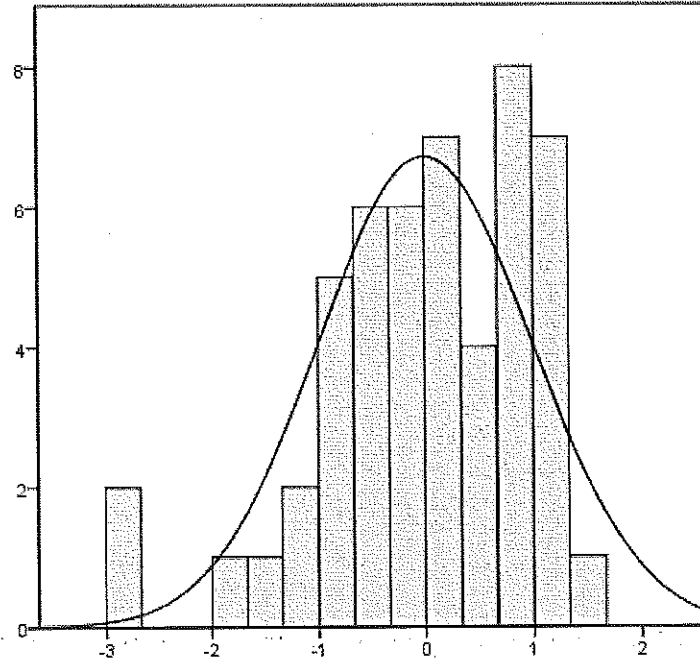


Yukarıdaki (1) ile gösterilen denklemde  $\beta_0$  doğrunun y eksenini kestiği nokta  $\beta_1$  doğrunun eğimi  $\varepsilon$  şansa bağlı hata terimini ifade etmektedir. Regresyon modelinin varsayımları atıkların normal dağılımı ve doğrusallığı Şekil 4.13 ve Şekil 4.14’de verilmiştir.

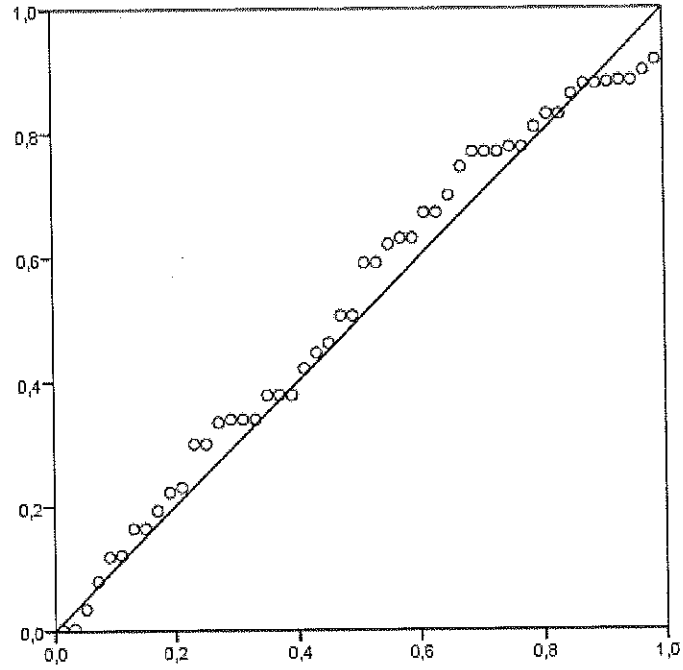
Tablo 4.9 incelendiğinde [ $F_{(1-48)}= 189.853, p=,000$ ], [ $t=17.004, p=,000$ ] ve [ $t=13.779, p=,000$ ] F ve t tablo değerlerinin model için istatistiksel olarak anlamlı oldukları görülmektedir. Tabloda yer alan  $R^2$  değeri kısa semptom envanteri üzerindeki değişimin % 79,8’inin göç faktörü ile açıklanabildiğini göstermektedir. Tablo 4.6’da yapılan basit korelasyon analizlerinde de ilişkinin negatif, yüksek ve anlamlı olduğu bulgusuna ulaşılmıştır.

$$y=347.685-1.378x \quad (2)$$

Yukarıda (2) ile gösterilen modelin denklemi incelendiğinde, zorunlu iç göçe maruz kalan 18-65 yaş arası kadınların kısa semptom envanteri düzeylerindeki 1.00 birimlik artış yine kısa semptom düzeylerindeki 1.00 birimi geçkin bir artışa neden olacaktır.



Şekil 4. 13. Göç faktörünün kısa semptom envanteri üzerindeki etkisi regresyon modeli atıkların normal dağılım grafiği



Şekil 4. 14. Göç faktörünün kısa semptom envanteri üzerindeki etkisi regresyon modeli atıkların p-p dağılım grafiği

#### 4.9. Göç Faktörünün Somatizasyon Bozukluğu Üzerindeki Etkisine İlişkin Bulgular ve Yorumlar

Göç faktörünün somatizasyon bozukluğu üzerindeki anlamlı etkisine ilişkin “basit regresyon analizi” yapılmıştır. Analiz sonuçları Tablo 4.10’da verilmiştir.

Tablo 4. 10. Göç faktörünün somatizasyon bozukluğu üzerindeki etkisine ilişkin basit regresyon analiz sonuçları

Değişken	$\beta$	Standart Hata	Beta	t	p
Sabit*	41,323	4,245		9,735	,000
Somatizasyon Bozukluğu (Göç Etmiş)	-1,097	,143	-,742	7,675	,000
R= ,742	R <sup>2</sup> = ,551				
F (1-48)= 58.900,	p=,000				

Regresyon analizi bir bağımlı değişken ile bir bağımsız değişken arasındaki ilişkinin matematiksel eşitlik ile açıklanması sürecidir.

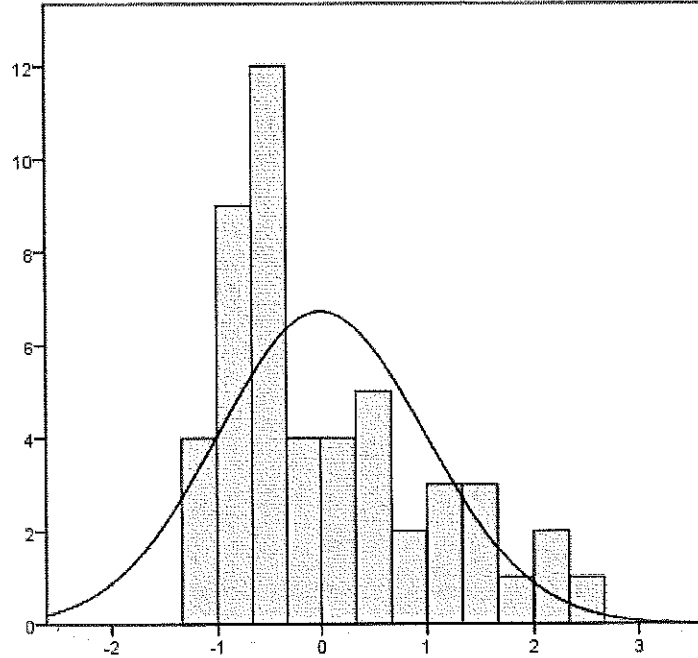
$$y = \beta_0 + \beta_1 x + \varepsilon \quad (1)$$

Yukarıdaki (1) ile gösterilen denklemde  $\beta_0$  doğrunun y eksenini kestiği nokta  $\beta_1$  doğrunun eğimi  $\varepsilon$  şansa bağlı hata terimini ifade etmektedir. Regresyon modelinin varsayımları atıkların normal dağılımı ve doğrusallığı Şekil 4.15 ve Şekil 4.16'da verilmiştir.

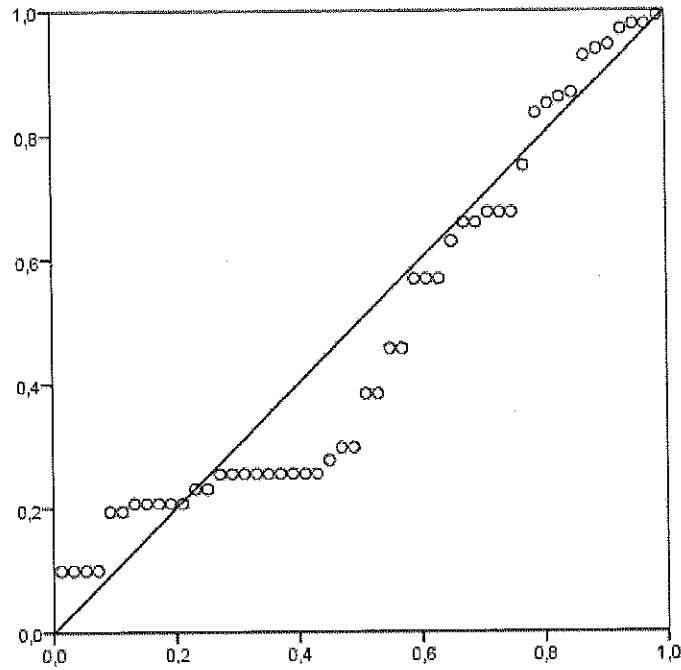
Tablo 4.10 incelendiğinde [ $F_{(1,48)} = 58.900, p = ,000$ ], [ $t = 9.735, p = ,000$ ] ve [ $t = 7.675, p = ,000$ ] F ve t tablo değerlerinin model için istatistiksel olarak anlamlı oldukları görülmektedir. Tabloda yer alan  $R^2$  değeri somatizasyon bozukluğu üzerindeki değişimin % 55.1'inin göç faktörü ile açıklanabildiğini göstermektedir. Tablo 4.7'de yapılan basit korelasyon analizlerinde de ilişkinin negatif, yüksek ve anlamlı olduğu bulgusuna ulaşılmıştır.

$$y = 41.323 - 1.097x \quad (2)$$

Yukarıda (2) ile gösterilen modelin denklemini incelendiğinde, zorunlu iç göçe maruz kalan 18-65 yaş arası kadınların somatizasyon bozukluğu düzeylerindeki 1.00 birimlik artış yine somatizasyon bozukluğu düzeylerindeki 1.00 birimi geçkin bir artışa neden olacaktır.



Şekil 4. 15. Göç faktörünün somatizasyon bozukluğu üzerindeki etkisi regresyon modeli atıkların normal dağılım grafiği



Şekil 4. 16. Göç faktörünün somatizasyon bozukluğu üzerindeki etkisi regresyon modeli atıkların p-p dağılım grafiği

#### 4.10. Kısa Semptom Envanteri, Depresyon Envanteri ve Somatizasyon Bozukluğu Puan Ortalamaları Psikolojik Hastalık Durumu Değişkenine İlişkin Bulgular ve Yorumlar

Kısa semptom envanteri, depresyon envanteri ve somatizasyon bozukluğu puan ortalamaları psikolojik hastalık durumu değişkenine göre anlamlı göre farklılığına ilişkin bağımsız örneklem t testi analizi yapılmıştır. Analiz sonuçları Tablo 4.11 ve Tablo 4.12’de verilmiştir.

Tablo 4. 11. Göç etmiş ve göç etmemiş kadınların psikolojik hastalık durumu değişkeni gruplarına ilişkin tanımlayıcı istatistik analiz sonuçları

Psikolojik Hastalık Durumu		n	x	ss	sem
Depresyon Ölçüm Verileri	Evet	55	51,55	15,65	2,11
	Hayır	45	34,73	12,15	1,81
Kısa Semptom Ölçüm Verileri	Evet	55	169,53	61,07	8,23
	Hayır	45	93,40	57,70	8,60
Somatizasyon Ölçüm Verileri	Evet	55	24,18	9,53	1,29
	Hayır	45	13,18	10,23	1,52

Analiz sonuçlarına göre, Depresyon ölçüm verilerine ilişkin psikolojik hastalık durumu olan kadınlardan 55 katılımcının ortalaması  $51,55 \pm 15,65$  psikolojik

hastalık durumu olmayan kadınlardan 45 katılımcının ortalaması  $34,73 \pm 12,15$ 'dir. Depresyon ölçüm verilerinden alınabilecek en yüksek puan değeri 63 olduğuna göre psikolojik hastalık durumu olan kadınların yüksek düzeyde bir depresyon yaşadığını söyleyebiliriz. Kısa Semptom ölçüm verilerine ilişkin psikolojik hastalık durumu olan kadınlardan 55 katılımcının ortalaması  $169,53 \pm 61,07$  psikolojik hastalık durumu olmayan kadınlardan 45 katılımcının ortalaması  $93,40 \pm 57,70$ 'dir. Kısa semptom ölçüm verilerinden alınabilecek en yüksek puan değeri 212 olduğuna göre psikolojik hastalık durumu olan kadınların yüksek düzeyde ruhsal belirtiler yaşadığını söyleyebiliriz. Somatizasyon ölçüm verilerine ilişkin psikolojik hastalık durumu olan kadınlardan 55 katılımcının ortalaması  $24,18 \pm 9,53$  psikolojik hastalık durumu olmayan kadınlardan 45 katılımcının ortalaması  $13,18 \pm 10,23$ 'dür. Somatizasyon ölçüm verilerinin 33'e yaklaşması somatizasyon bozukluğunu göstermektedir. Bu nedenle psikolojik hastalık durumu olan kadınların yüksek düzeyde somatizasyon bozukluğu yaşadığını söyleyebiliriz. Depresyon ölçüm verileri, kısa semptom ölçüm verileri ve somatizasyon ölçüm verilerinde psikolojik durumu olan kadınların lehine depresyon, ruhsal belirtilerin artmasında ve somatik bozukluklarda bir artış olduğu görülmektedir. Grup ortalamaları arasındaki farklılıklara ilişkin bağımsız örneklem t testi analiz sonuçları Tablo 4.12'de verilmiştir.

Tablo 4. 12. Göç etmiş ve göç etmemiş kadınların psikolojik hastalık durumu değişkeni gruplarına ilişkin bağımsız örneklem t testi analiz sonuçları

		F	p	t	df	p
Depresyon Ölçüm Verileri	Eşit Dağılım	5,336	,023	5,898	98	,000
	Eşit Olmayan Dağılım			6,047	97,758	,000
Kısa Semptom Ölçüm Verileri	Eşit Dağılım	1,140	,288	6,357	98	,000
	Eşit Olmayan Dağılım			6,393	95,943	,000
Somatizasyon Ölçüm Verileri	Eşit Dağılım	1,002	,319	5,557	98	,000
	Eşit Olmayan Dağılım			5,518	91,211	,000

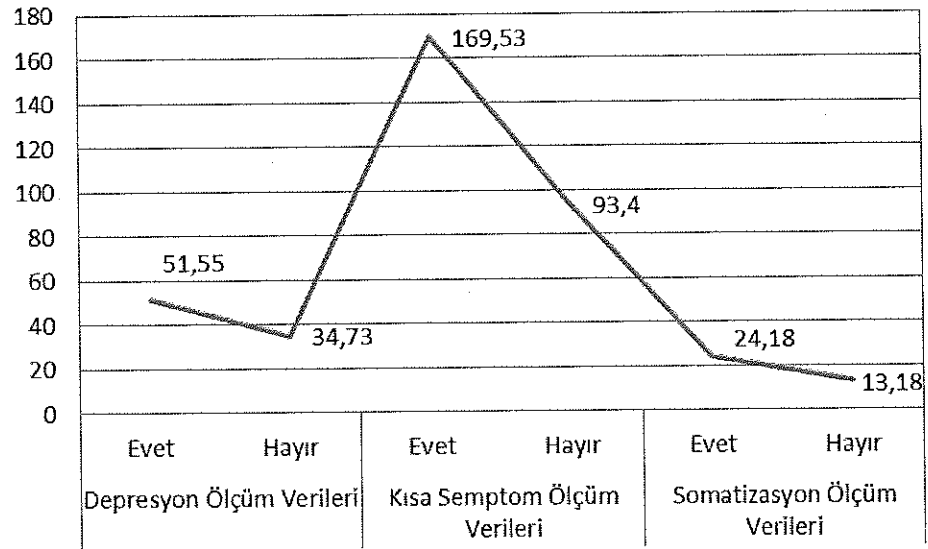
Levene testi sonuçları incelendiğinde depresyon ölçüm verileri için varyans homojenliğinin sağlanamadığı ( $p < 0,05$ ) ancak kısa semptom ölçüm verileri ve somatizasyon ölçüm verileri için varyans homojenliğinin ( $p > 0,05$ ) sağlandığı görülmektedir. Bu nedenle depresyon ölçüm verileri için eşit olmayan dağılım satırındaki veriler, kısa semptom ölçüm verileri ve somatizasyon ölçüm verileri için ise eşit dağılım satırındaki veriler istatistiksel olarak baz alınacaktır. Depresyon

Ölçüm verileri [ $t_{98}=6.047$ ,  $p<0.05$ ] Kısa Semptom ölçüm verileri [ $t_{98}=6.357$ ,  $p<0.05$ ] Somatizasyon ölçüm verileri [ $t_{98}=5.557$ ,  $p<0.05$ ] % 95 güven aralığı içinde p iki yönlü anlamlılık değeri 0.05'ten küçük çıkmıştır. Dolayısıyla sıfır (null) hipotezi red edilerek, alternatif hipotez kabul edilmiştir.

$H_0$ = İki grubun ortalamaları arasında fark yoktur.

$H_A$ = İki grubun ortalamaları arasında fark vardır.

Bu durumda, psikolojik durumu olan kadınların depresyon düzeylerinin yüksek olduğu, ruhsal belirtilerinin baş gösterdiği ve somatizasyon düzeylerinin maksimuma yakın olduğu; psikolojik durumu olmayan kadınların ise depresyon düzeylerinin düşük olduğu, kısa semptom envanterine göre ruhsal belirtilerinin düşük olduğu ve somatizasyon bozukluğu düzeyinde minimum sınıra yakın olduğu bulgusuna ulaşılmıştır.



Şekil 4. 17. Depresyon, kısa semptom ve somatizasyon ölçek verileri psikolojik hastalık durumu değişkeni aritmetik ortalama dağılım grafiği

Depresyon, kısa semptom ve somatizasyon ölçek verileri psikolojik hastalık durumu değişkeni aritmetik ortalama dağılım grafiği Şekil 4.17'de görüldüğü üzere, Diyarbakır ilinde ve İstanbul iline zorunlu iç göç yaşayan ve yaşamayan 18-65 yaş arası kadınların psikolojik hastalık durumu olanların depresyon ölçüm ortalamaları 51,55 psikolojik hastalık durumu olmayan kadınların ise 34,73 olduğu görülmektedir. Diyarbakır ilinde ve İstanbul iline zorunlu iç göç yaşayan ve

yaşamayan 18-65 yaş arası kadınların psikolojik hastalık durumu olanların kısa semptom ölçüm ortalamaları 169,53 psikolojik hastalık durumu olmayan kadınların ise 93,40 olduğu görülmektedir. Diyarbakır ilinde ve İstanbul iline zorunlu iç göç yaşayan ve yaşamayan 18-65 yaş arası kadınların psikolojik hastalık durumu olanların somatizasyon ölçüm ortalamaları 24,18 psikolojik hastalık durumu olmayan kadınların ise 13,18 olduğu görülmektedir.

#### 4.11. Kısa Semptom Envanteri, Depresyon Envanteri ve Somatizasyon Bozukluğu Puan Ortalamaları Psikolojik İlaç Kullanma Değişkenine İlişkin Bulgular ve Yorumlar

Kısa semptom envanteri, depresyon envanteri ve somatizasyon bozukluğu puan ortalamaları psikolojik ilaç kullanma değişkenine göre anlamlı göre farklılığına ilişkin bağımsız örneklem t testi analizi yapılmıştır. Analiz sonuçları Tablo 4.13 ve Tablo 4.14’de verilmiştir.

Tablo 4. 13. Göç etmiş ve göç etmemiş kadınların psikolojik ilaç kullanma değişkeni gruplarına ilişkin tanımlayıcı istatistik analiz sonuçları

	Psikolojik İlaç Kullanma	n	x	ss	sem
Depresyon Ölçüm Verileri	Evet	46	51,91	15,45	2,28
	Hayır	54	37,22	14,15	1,93
Kısa Semptom Ölçüm Verileri	Evet	46	171,72	61,31	9,04
	Hayır	54	104,22	62,80	8,55
Somatizasyon Ölçüm Verileri	Evet	46	25,09	9,49	1,40
	Hayır	54	14,24	10,22	1,39

Analiz sonuçlarına göre, Depresyon ölçüm verilerine ilişkin psikolojik ilaç kullanan kadınlardan 46 katılımcının ortalaması  $51,91 \pm 15,45$  psikolojik ilaç kullanmayan kadınlardan 54 katılımcının ortalaması  $37,22 \pm 14,15$ ’dir. Depresyon ölçüm verilerinden alınabilecek en yüksek puan değeri 63 olduğuna göre psikolojik ilaç kullanan kadınların yüksek düzeyde bir depresyon yaşadığını söyleyebiliriz. Kısa Semptom ölçüm verilerine ilişkin psikolojik ilaç kullanan kadınlardan 46 katılımcının ortalaması  $171,72 \pm 61,31$  psikolojik ilaç kullanmayan kadınlardan 54 katılımcının ortalaması  $104,22 \pm 62,80$ ’dir. Kısa semptom ölçüm verilerinden alınabilecek en yüksek puan değeri 212 olduğuna göre psikolojik ilaç kullanan kadınların yüksek düzeyde ruhsal belirtiler yaşadığını söyleyebiliriz. Somatizasyon ölçüm verilerine ilişkin psikolojik ilaç kullanan kadınlardan 46 katılımcının

ortalaması 25,09±9,49 psikolojik ilaç kullanmayan kadınlardan 54 katılımcının ortalaması 14,24±10,22'dür. Somatizasyon ölçüm verilerinin 33'e yaklaşması somatizasyon bozukluğunu göstermektedir. Bu nedenle psikolojik ilaç kullanan kadınların yüksek düzeyde somatizasyon bozukluğu yaşadığını söyleyebiliriz. Depresyon ölçüm verileri, kısa semptom ölçüm verileri ve somatizasyon ölçüm verilerinde psikolojik ilaç kullanan kadınların lehine depresyon, ruhsal belirtilerin artmasında ve somatik bozukluklarda bir artış olduğu görülmektedir. Grup ortalamaları arasındaki farklılıklara ilişkin bağımsız örneklem t testi analiz sonuçları Tablo 4.14'de verilmiştir.

Tablo 4. 14. Göç etmiş ve göç etmemiş kadınların psikolojik ilaç kullanma değişkeni gruplarına ilişkin bağımsız örneklem t testi analiz sonuçları

		F	p	t	df	p
Depresyon Ölçüm Verileri	Eşit Dağılım	,162,688	4,961	98	,000	
	Eşit Olmayan Dağılım	4,926	92,279	,000		
Kısa Semptom Ölçüm Verileri	Eşit Dağılım	,226,636	5,415	98	,000	
	Eşit Olmayan Dağılım	5,426	96,164	,000		
Somatizasyon Ölçüm Verileri	Eşit Dağılım	2,278,134	5,466	98	,000	
	Eşit Olmayan Dağılım	5,499	97,246	,000		

Levene testi sonuçları incelendiğinde depresyon ölçüm verileri, kısa semptom ölçüm verileri ve somatizasyon ölçüm verileri için varyans homojenliğinin ( $p>0.05$ ) sağlandığı görülmektedir. Bu nedenle depresyon ölçüm verileri, kısa semptom ölçüm verileri ve somatizasyon ölçüm verileri için eşit dağılım satırındaki veriler istatistiksel olarak baz alınacaktır. Depresyon Ölçüm verileri [ $t_{98}=4.961$ ,  $p<0.05$ ] Kısa Semptom ölçüm verileri [ $t_{98}=5.415$ ,  $p<0.05$ ] Somatizasyon ölçüm verileri [ $t_{98}=5.466$ ,  $p<0.05$ ] % 95 güven aralığı içinde p iki yönlü anlamlılık değeri 0.05'ten küçük çıkmıştır. Dolayısıyla sıfır (null) hipotezi red edilerek, alternatif hipotez kabul edilmiştir.

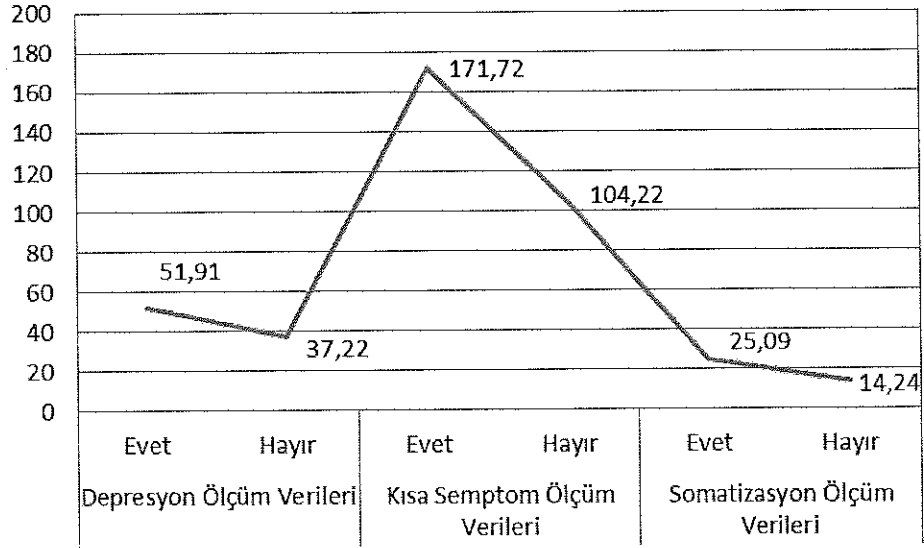
$H_0$ = İki grubun ortalamaları arasında fark yoktur.

$H_A$ = İki grubun ortalamaları arasında fark vardır.

Bu durumda, psikolojik ilaç kullanan kadınların depresyon düzeylerinin yüksek olduğu, ruhsal belirtilerinin baş gösterdiği ve somatizasyon düzeylerinin maksimuma yakın olduğu; psikolojik ilaç kullanmayan kadınların ise depresyon



düzeylerinin düşük olduğu, kısa semptom envanterine göre ruhsal belirtilerinin düşük olduğu ve somatizasyon bozukluğu düzeyinde minimum sınıra yakın olduğu bulgusuna ulaşılmıştır.



Şekil 4. 18. Depresyon, kısa semptom ve somatizasyon ölçek verileri psikolojik ilaç kullanma değişkeni aritmetik ortalama dağılım grafiği

Depresyon, kısa semptom ve somatizasyon ölçek verileri psikolojik hastalık durumu değişkeni aritmetik ortalama dağılım grafiği Şekil 4.18’de görüldüğü üzere, Diyarbakır ilinde ve İstanbul iline zorunlu iç göç yaşayan ve yaşamayan 18-65 yaş arası kadınların psikolojik ilaç kullanan kadınların depresyon ölçüm ortalamaları 51,91 psikolojik ilaç kullanmayan kadınların ise 37,22 olduğu görülmektedir. Diyarbakır ilinde ve İstanbul iline zorunlu iç göç yaşayan ve yaşamayan 18-65 yaş arası kadınların psikolojik ilaç kullanan kadınların kısa semptom ölçüm ortalamaları 171,72 psikolojik ilaç kullanmayan kadınların ise 104,22 olduğu görülmektedir. Diyarbakır ilinde ve İstanbul iline zorunlu iç göç yaşayan ve yaşamayan 18-65 yaş arası kadınların psikolojik ilaç kullanan kadınların somatizasyon ölçüm ortalamaları 25,09 psikolojik ilaç kullanmayan kadınların ise 14,24 olduğu görülmektedir.

## BEŞİNCİ BÖLÜM

### TARTIŞMA, SONUÇ ve ÖNERİLER

Tartışma, Sonuç ve öneriler kısmında, bulgular neticesinde ortaya çıkan sonuçlar ve araştırma ile uygulamaya dönük önerilere yer verilmiştir.

Zorunlu iç göç yaşayan kadınlarda görülen depresyon ve somatizasyon bozukluğu düzeylerini belirlemeyi amaçlayan bu çalışmada; depresyon ölçüm verileri, kısa semptom ölçüm verileri ve somatizasyon ölçüm verilerinde göç etmiş kadınların lehine depresyon, ruhsal belirtilerin artmasında ve somatik bozukluklarda bir artış olduğu görülmektedir. Göç etmemiş kadınların depresyon düzeylerinin düşük olduğu, ruhsal belirtilerinin baş göstermediği ve somatizasyon düzeylerinin minimuma yakın olduğu; göç etmiş kadınların ise depresyon düzeylerinin yüksek olduğu, kısa semptom envanterine göre ruhsal belirtilerinin arttığı ve somatizasyon bozukluğu düzeylerinin de maksimum sınıra yaklaştığı bulgusuna ulaşılmıştır. Bolat (2010) tarafından yapılan bir hastanede çalışan sağlık personelinin kişilik özelliklerinin somatizasyon belirtileri üzerine etkisine ilişkin çalışmada kadınların somatizasyon algı düzeyleri, A tipi kişilik algı düzeyleri ve stres algısı düzeyleri yüksek çıkmıştır. Bu bulgu, bu araştırma bulguları ile paralellik göstermektedir ( $p<0.05$ ).

Bu çalışmada zorunlu iç göç yaşayan kadınların depresyon düzeyleri arttığında ruhsal belirti düzeylerinin arttığı, depresyon düzeylerinin arttığı, somatizasyon düzeylerinin de arttığı bulgusuna ulaşılmıştır. Ruhsal belirtilerindeki yaşanan artış somatizasyon düzeyinde de artışı göstermektedir. Göç faktörünü yaşamış kadınların depresyon, ruhsal belirtiler ve somatizasyon düzeyleri arasındaki ilişkinin göç etmemiş kadınlar ile karşılaştırılıp, ilişki düzeyine bakılması önemlidir. Pazvantoğlu ve arkadaşlarının (2004), "Majör Depresyon Tanısı Alan Hastalarda Somatik Belirtilerin Yoğunluğunun İntihar Düşüncesi, Davranışı ve Niyetine Etkisi" adlı makalelerinde bahsettiklerine göre; Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi 2. Psikiyatri Kliniği Duygu durum Bozuklukları Polikliniği'ne Haziran-Eylül 2003 tarihleri arasında ayaktan başvuran DSM-IV tanı ölçütlerine göre majör depresif bozukluk tanısı alan ve katılmaya gönüllü olan 30 hasta alınmıştır. Hastaların değerlendirmeye alınmaları için somatik belirtilerin depresyonla birlikte

ya da daha sonra başlama şartı aranmıştır. Bu çalışmadan elde ettikleri sonuçlara göre somatik belirtileri daha yoğun olan hastaların depresyonlarının da şiddeti daha fazladır, bireylerin depresyon alt ölçeğinden aldıkları puanlar ile bireylerin somatizasyon ölçeğinden aldıkları puanlar arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Bu bulgu bu araştırmanın bulgusu ile paralellik göstermektedir ( $p<0.05$ ).

Şahin (2015) tarafından yapılan Türkiye’de iç göçün sosyo-ekonomik dinamikleri çalışmasında göç etmiş insanların göç faktöründen olumsuz etkilendiği bulgusuna ulaşmıştır( $p<0.05$ ). Bu çalışmada göç etmiş ve göç etmemiş kadınların kısa semptom envanteri puanları arasında ilişkiye ait Pearson basit korelasyon katsayısı ve anlamlılığına bakıldığında; kadınların kısa semptom ölçüm verileri arasında negatif, yüksek ve istatistiksel anlamlı bir ilişkinin olduğu bulgusuna ulaşılmıştır. Yapılan araştırma bulguları ile paralellik göstermektedir. Yine bu araştırma içerisinde; göç faktörünün depresyon envanteri üzerindeki anlamlı etkisine ilişkin yapılan analizde, depresyon, kısa semptom ve somatizasyon üzerindeki değişimin büyük bir oranının göç faktörü ile açıklanabildiğini bulgusuna ulaşılmıştır.

Gül (2017) tarafından yapılan mutluluk ekonomisi ve göç üzerine bir incelemede göç faktörünün insanların psikolojik durumunu etkilediği bulgusuna ulaşmıştır. Bu çalışmada da, göç faktörüne maruz kalan kadınların psikolojik durumu olan kadınların depresyon düzeylerinin yüksek olduğu, ruhsal belirtilerinin baş gösterdiği ve somatizasyon düzeylerinin maksimuma yakın olduğu; psikolojik durumu olmayan kadınların ise depresyon düzeylerinin düşük olduğu, kısa semptom envanterine göre ruhsal belirtilerinin düşük olduğu ve somatizasyon bozukluğu düzeyinde minimum sınıra yakın olduğu bulgusuna ulaşılmıştır. Aynı zamanda, göç faktörü dolayısıyla psikolojik ilaç kullanan kadınların depresyon düzeylerinin yüksek olduğu, ruhsal belirtilerinin baş gösterdiği ve somatizasyon düzeylerinin maksimuma yakın olduğu; psikolojik ilaç kullanmayan kadınların ise depresyon düzeylerinin düşük olduğu, kısa semptom envanterine göre ruhsal belirtilerinin düşük olduğu ve somatizasyon bozukluğu düzeyinde minimum sınıra yakın olduğu bulgusuna ulaşılmıştır. Yapılan araştırma, bu araştırmanın bulguları ile paralellik göstermektedir ( $p<0.05$ ).

### 5.1. Sonuçlar

Kısa semptom envanteri, depresyon envanteri ve somatizasyon bozukluğu puan ortalamaları g değişkenine göre anlamlı göre farklılığına ilişkin bağımsız örneklemler t testi analiz sonuçları incelendiğinde, Depresyon lm verileri, Kısa Semptom lm verileri ve Somatizasyon lm verileri yüzde doksan beş güven aralığı içinde p iki yönlü anlamlılık değeri 0.05'ten kk çıkmıştır. Dolayısıyla sıfır (null) hipotezi red edilerek, alternatif hipotez kabul edilmiştir. G etmemiş kadınlardan depresyon düzeylerinin düşük olduğu, ruhsal belirtilerinin baş göstermediği ve somatizasyon düzeylerinin minimuma yakın olduğu; g etmiş kadınlardan ise depresyon düzeylerinin yüksek olduğu, kısa semptom envanterine göre ruhsal belirtilerinin arttığı ve somatizasyon bozukluğu düzeyinde maksimum sınıra yaklaşıldığı sonucuna ulaşılmıştır.

Göç etmiş kadınlardan "kısa semptom envanteri, depresyon envanteri, somatizasyon bozukluğu" puanları arasında anlamlı ilişkiye ait "basit korelasyon" analizi sonuçları incelendiğinde, göç etmiş 18-65 yaş arası kadınlardan depresyon ölüm verileri ile kısa semptom ölüm verileri arasında pozitif, düşük, istatistiksel olarak anlamlı, göç etmiş 18-65 yaş arası kadınlardan depresyon ölüm verileri ile somatizasyon ölüm verileri arasında pozitif, düşük, istatistiksel olarak anlamlı, göç etmiş 18-65 yaş arası kadınlardan kısa semptom ölüm verileri ile somatizasyon ölüm verileri arasında pozitif, orta, istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkinin olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

G etmemiş kadınlardan "kısa semptom envanteri, depresyon envanteri, somatizasyon bozukluğu" puanları arasında anlamlı ilişkiye ait "basit korelasyon" analizi sonuçları incelendiğinde, g etmemiş 18-65 yaş arası kadınlardan depresyon ölüm verileri ile kısa semptom ölüm verileri arasında pozitif, düşük, istatistiksel olarak anlamlı, g etmemiş 18-65 yaş arası kadınlardan depresyon ölüm verileri ile somatizasyon ölüm verileri arasında pozitif, düşük, istatistiksel olarak anlamlı, g etmemiş 18-65 yaş arası kadınlardan kısa semptom ölüm verileri ile somatizasyon ölüm verileri arasında pozitif, orta, istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkinin olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Göç etmiş ve göç etmemiş kadınların “depresyon” puanları arasında anlamlı ilişkiye ait “basit korelasyon” analizi sonuçları incelendiğinde, göç etmemiş 18-65 yaş arası kadınların depresyon ölçüm verileri ile göç etmiş 18-65 yaş arası kadınların depresyon ölçüm verileri arasında negatif, yüksek ve istatistiksel anlamlı bir ilişkinin olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Göç etmiş ve göç etmemiş kadınların “kısa semptom envanteri” puanları arasında anlamlı ilişkiye ait “basit korelasyon” analizi sonuçları incelendiğinde, göç etmemiş 18-65 yaş arası kadınların kısa semptom ölçüm verileri ile göç etmiş 18-65 yaş arası kadınların kısa semptom ölçüm verileri arasında negatif, yüksek ve istatistiksel anlamlı bir ilişkinin olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Göç etmiş ve göç etmemiş kadınların “somatizasyon” puanları arasında anlamlı ilişkiye ait “basit korelasyon” analizi sonuçları incelendiğinde, göç etmemiş 18-65 yaş arası kadınların somatizasyon ölçüm verileri ile göç etmiş 18-65 yaş arası kadınların somatizasyon ölçüm verileri arasında negatif, yüksek ve istatistiksel anlamlı bir ilişkinin olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Göç faktörünün depresyon envanteri üzerindeki anlamlı etkisine ilişkin “basit regresyon analizi” sonuçları incelendiğinde, F ve t tablo değerlerinin model için istatistiksel olarak anlamlı olduğu,  $R^2$  değerinin depresyon üzerindeki değişimin % 99,6’sının göç faktörü ile açıklanabildiğini, zorunlu iç göçe maruz kalan 18-65 yaş arası kadınların depresyon düzeylerindeki 1.00 birimlik artış yine depresyonda 1.00 birimlik artışa neden olacağı sonucuna ulaşılmıştır.

Göç faktörünün kısa semptom envanteri üzerindeki anlamlı etkisine ilişkin “basit regresyon analizi” sonuçları incelendiğinde, F ve t tablo değerlerinin model için istatistiksel olarak anlamlı olduğu,  $R^2$  değerinin kısa semptom envanteri üzerindeki değişimin % 79,8’inin göç faktörü ile açıklanabildiğini, zorunlu iç göçe maruz kalan 18-65 yaş arası kadınların kısa semptom düzeylerindeki 1.00 birimlik artışın yine kısa semptom düzeylerindeki 1.00 birimi geçkin bir artışa neden olacağı sonucuna ulaşılmıştır.

Göç faktörünün somatizasyon üzerindeki anlamlı etkisine ilişkin “basit regresyon analizi” sonuçları incelendiğinde, F ve t tablo değerlerinin model için istatistiksel olarak anlamlı olduğu,  $R^2$  değerinin somatizasyon üzerindeki değişimin

% 55.1'inin göç faktörü ile açıklanabildiğini, zorunlu iç göçe maruz kalan 18-65 yaş arası kadınların somatizasyon düzeylerindeki 1.00 birimlik artışın yine somatizasyon düzeylerindeki 1.00 birimi geçkin bir artışa neden olacağı sonucuna ulaşılmıştır.

## 5.2. Öneriler

Bu bölümde; araştırmanın betimsel ve çıkarımsal istatistik sonuçlarına ilişkin öneriler yer almaktadır.

### 5.2.1. Uygulamaya Yönelik Öneriler

1. Göç eden ailelerin yarısından çoğu yedi ve üzeri çocuk sahibidir. Bu nedenle çocuk planlaması Diyarbakır ilinde önem arz etmektedir.
2. Göç etmiş ailelerin gelir durumlarını çoğu alt gelir grubudur. Bu nedenle ekonomik olarak bu bölgedeki insanların göç etmemesi için maddi olarak desteklenmeleri gerekmektedir.
3. Göç etmiş ailelerin psikolojik ilaç kullanma ve psikolojik hasta olma durumları yüksek çıkmıştır. Ayrıca bu insanları tıbbi bir rahatsızlıkları da mevcuttur. Bu nedenlerle ilgili sağlık kuruluşları tarafından gerekli tedbirler alınmalıdır.
4. Göç etmiş kadınların göç etme nedeni olarak terör ve eşitsizlik oranları yüksek çıkmıştır. Bu faktörlerinde ilgili kurum ve kuruluşlar tarafından incelenip, çözüme kavuşturulması gerekmektedir.
5. Göç etmiş kadınların neredeyse tamamı göç faktöründen memnun değildir. Devletin ilgili kuruluşları tarafından göç nedenleri ve sonuçları üzerinde iyileştirmeye yönelik çalışmalar yapılmalıdır.
6. Göç etmiş kadınların göç ettikleri yerdeki yaşadıkları en büyük sıkıntılar; yoksulluk, dil faktörü, dışlanmışlık ve konut olarak sayılabilir. Bu hususlarında ilgili kurum ve kuruluşlar tarafından ivedi çözüme kavuşturulması gerekmektedir.
7. Göç etmiş kadınların sağlık kuruluşlarınca depresyon, ruhsal belirtiler ve somatizasyon gibi hastalıklarının tedavi edilmesi gerekmektedir.

### 5.2.2. Araştırmaya Yönelik Öneriler

1. Göç olgusunun oluşmasına kaynaklık sağlayan psikolojik faktörlere ilişkin nicel veya nitel bir araştırma yapılabilir.
2. Göç olgusu ve yoksulluk, terör vs gibi bağımsız değişkenler oluşturularak nicel bir araştırma yapılabilir.
3. Göç ve yoksulluk verilerine ilişkin zaman serilerine dayalı ekonometri analizi yapılabilir.
4. Yoksulluğun ve göçün yaşam kalitesine etkisine ilişkin nicel bir araştırma yapılabilir.

## KAYNAKLAR

- Abadan, N.** (2006). *Bitmeyen Göç: Komuk İşçilikten Ulus-Ötesi Yurttaşlığa*. 2. Baskı. İstanbul Bilgi Üniversitesi Yayınları, İstanbul.
- Ak, R.** (2013). *Göç Özel İhtisas Komisyonu Raporu*. 10 10, 2017 tarihinde <http://www.trakya2023.com/uploads/docs/28062013d-ccnz.pdf> adresinden alındı
- Akkayan, T.** (1979). *Göç ve Değişme*. İstanbul: İstanbul Üniversitesi Yayınları.
- Altunışık, R ve Diğerleri** (2010). *Sosyal Bilimlerde Araştırma Yöntemleri*. 6.Baskı. Sakarya: Sakarya Yayıncılık
- Balcı, A.** (2015). *Sosyal Bilimlerde Araştırma Yöntem, Teknik ve İlkeler*. Ankara: Pegema Yayıncılık
- Bozkurt, N.** (1998). Bir Grup Üniversite Öğrencisinin Kullandığı Başa Çıkma Stratejileri İle Depresif Eğilimleri Ve Olumsuz Otomatik Düşünceleri Arasındaki İlişki. *Marmara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Dergisi* (12), 25-38.
- Büyüköztürk, Ş.** (2005). *Sosyal Bilimler İçin Veri Analizi El Kitabı*. Ankara: Pegema Yayıncılık (Gözden Geçirilmiş 5. Baskı)
- Büyükyılmaz, Y.** (2017). *Kırsal Göçün Nedenleri ve Sosyo - Ekonomik Etkileri: İstanbul, Küçükçekmece Örneği (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi)*. İstanbul: İstanbul Gelişim Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Castles, S., ve M. J. Miller.** (2008). *Göçler Çağı: Modern Dünyada Uluslararası Göç Hareketleri*. İstanbul Bilgi Üniversitesi Yayınları.
- Demir, B.** (2012). Depresyon ve Günlük Ritimler. *Klinik Psikiyatri Dergisi* (15), 3-8.
- Eriş, K.** (2017). *Otomatik Düşüncelerin ve İrrasyonel İnanışların Obsesif Kompulsif Belirtiler ve Depresyon Arasındaki Aracı Değişken Rolü (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi)*. İstanbul: İstanbul Arel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Fidanoğlu, O.** (2007). *Evlilik Uyumu ile Eşlerin Somatizasyon Düzeyleri Arasındaki İlişki ve Diğer Sosyodemografik Değişkenler Açısından Karşılaştırılması*



(Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). İstanbul: Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

**Gezgin, M. F.** (1991). İşgücü Göçü Teorileri. *Sosyoloji Konferansları Dergisi* (23), 31-50.

**Gottman JM.** (1982). Temporal form: toward a new language for describing relationships methodology: the other side of caring. *Journal of Marriage and the Family* (4) 44, 943-962.

**Gündüz, M.** (1997). Terör ve Göç, *Sosyoloji Derneği Yayınları* (5), 110.

**Güreşci, E.** (2010). Türkiye’de Kentten-Köye Göç Olgusu. *Doğuş Üniversitesi Dergisi* (1)11, 77-86

**Işık E., Işık U., Taner E.** (2008). *Güncel Klinik Psikiyatri*. Ankara: Golden Print Matbaası.

**İçduygu, A., ve Sirkeci İ.** (1998). Türkiye’de İç Göç (International Migration in Turkey) 19 11, 2017 tarihinde [http://www.migrationletters.com/sirkeci/Icduygu\\_Sirkeci\\_Aydingun\\_1998\\_turkiyedi\\_cgoc.pdf](http://www.migrationletters.com/sirkeci/Icduygu_Sirkeci_Aydingun_1998_turkiyedi_cgoc.pdf) adresinden alındı

**İşçi, M.** (1998). *Genel Olarak ve Türkiye’de Sosyal Değişme*. İstanbul: Der Yayınevi.

**Kalaycı, Ş.** (2010). *SPSS Uygulamalı Çok Değişkenli İstatistik Teknikleri*. Ankara: Asil Yayın Dağıtım

**Kan, İ.** (2006). *Biyoistatistik 4. Baskı*. Ankara: Nobel Yayın Dağıtım.

**Kara H., ve Abay E.** (2000). Kronik Ağrıya Psikiyatrik Yaklaşım. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 1(2), 89-99.

**Karasar, N.** (2000). *Bilimsel Araştırma Yöntemi 10.Baskı*. Ankara: Nobel Yayın Dağıtım

**Kesebir S.** (2004). *Depresyon ve Somatizasyon*. Klinik Psikiyatri, Ek 1.14-19

**Koçak, Y., ve Terzi, E.** (2012). Türkiye’de Göç Olgusu, Göç Edinilen Kentlere Olan Etkileri ve Çözüm Önerileri. Kafkas Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi (3)3,163-184.

**Köknel, Ö.** (2005). *Depresyon: Ruhsal Çöküntü*. Ankara: Altın Kitaplar Yayınevi.

**Köroğlu E., ve Güleç C.** (2007). *Psikiyatri Temel Kitabı İkinci Baskı*. Ankara: Hekimler Yayın Birliği.

**Köroğlu, E.** (2015). *Depresyon: Nedir? Nasıl Baş Edilir?* Ankara: Hekimler Yayın Birliği.

**Kulaksızoğlu, I., Tükel, R., ve Üçok, A.** (2009). Somatoform Bozukluklar. İstanbul: İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Yayını Gelenos Yayınevi.

**Kurtuluş, H.** (2003). Mekânda Billurlaşan Kentsel Kimlikler: İstanbul’da Yeni Sınıfsal Kimlikler ve Mekânsal Ayrışmanın Bazı Boyutları. *Doğu Batı Dergisi* (22),75-96.

**Meral, E.** (2016). *Göçün Ekonomik Analizi: Niğde Uygulaması (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi)*. Niğde: Niğde Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

**Mercan, S.** (2000). Somatizasyon bozuklukları. Popüler Medikal. 03 12, 2017 tarihinde <http://www.populermedikal.com/psikiyatri/somatizasyon.asp#sthash.cPVvgLEV.dpu> adresinde alındı

**Odağ, C.** (2001). *Nevrozlar Psikanaliz ve Psikoterapi Eğitim Hizmetleri. İkinci Baskı*, İzmir: Psikanaliz ve Psikoterapi Deneği Yayınları

**Onbaşıoğlu, B. M.** (2006). *Psikosomatik Ve Ruhsal Rahatsızlığa Sahip Kişilerin Stres İle İlişkili Değişkenler Açısından İncelenmesi (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi)* Ankara: Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji Anabilim Dalı.

**Öner, N.** (2006). *Türkiye’de Kullanılan Psikolojik Testlerden Örnekler*. İstanbul: Boğaziçi Üniversitesi Yayınevi

**Özdamar, K.** (2003). *Modern Bilimsel Araştırma Yöntemleri*. Eskişehir: Kaan Kitabevi.

**Özdamar, K.** (2015). *SPSS ile Biyoistatistik Onuncu Baskı*, Ankara: Nisan Kitabevi Yayınları.

**Özdemir, M.** (2008). *Türkiye'de İç Göç Olgusu, Nedenleri ve Çorlu Örneği (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi)*. Edirne: Trakya Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

**Özen Şahin, E.M.** (2007). *Şizofreni Hastalarında Somatizasyon (Tıpta Uzmanlık Tezi)*. İstanbul: Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi 6. Psikiyatri Birimi İstanbul.

**Özen, E.M., Serhadlı, Z.N.A., Türkcan, A.S. ve Ülker, G.E.** (2010). Depresyon ve Anksiyete Bozukluklarında Somatizasyon. *Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi* (23) 1, 60-65.

**Özenli, Y., Yoldaşcan E, ve Topal K, Özçürümez., G.** (2009). Türkiye'de Bir Eğitim Fakültesinde Somatizasyon Bozukluğu Yaygınlığı ve İlişkili Risk Etkenlerinin Araştırılması. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* (10), 131-136.

**Öztürk, M. O.** (1997). *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları*. Ankara: Hekimler Yayın Birliği.

**Öztürk. O., ve Uluşahin, A.** (2015). *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları*. Ankara: Ankara Yayınevi.

**Pazvantoğlu, O., Okay, T., Dilbaz, N., Şengül, C. ve Bayam, G.** (2004). Majör Depresyon Tanısı Alan Hastalarda Somatik Belirtilerinin Yoğunluğunun İntihar Düşüncesi, Davranışı ve Niyetine Etkisi. *Klinik Psikiyatri*, 7: 153- 160.

**Richards M.** (1996). Aile İlişkileri (Family Relations). Çeviren: Dilek Şirvanlı Özen. *Türk Psikoloji Bülteni* 2(5), 37-40.

**Sağduyu A.** (2001). Somatizasyonun ve İlişkili Sendromların Biyolojisi. *Türk Psikiyatri Dergisi* 12(3), 211-224.

**Sağlam S.** (2006). Türkiye 'de İç Göç Olgusu ve Kentleşme. *Türkiyat Araştırmaları* (5), 33-44.

**Sal, Ö.** (2015). *Zorunlu Göç ve Kentleşme Yayınlanmamış (Yüksek Lisans Tezi)*. Muğla: Muğla Sıtkı Kocaman Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü.

**Sayar K.** (2001). Tıbben Açıklanamayan Belirtiler. *Türk Psikiyatri Dergisi* 13(3), 222-231.

**Sayar, K. ve Ak, I.** (2001) The Predictors of Somatization: A Review Clinical *Psychopharmacology Bulletin* 11(4), 266-271.

**Sırher, E.** (2012) *Somatizasyon Bozukluğu Olan Hastalarda Orbitofrontal Korteks Hacimleri ve Klinik Değişkenlerle İlişkisi (Uzman Tezi)*. Elazığ: Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı.

**Şahin Hisli, N. Batıgün Durak, A., Uğurtaş, S.** (2002). Kısa Semptom Envanteri (KSE): Ergenler İçin Kullanımının Geçerlilik, Güvenirlilik ve Faktör Yapısı. *Türk Psikiyatri Dergisi* 13 (2), 125-135.

**Şahin, H.**(2015). *Türkiye'de İç Göçün Sosyo-Ekonomik Dinamikleri: Ağrı İli Örneği (Yayınlanmamış Doktora Tezi)*. Sakarya: Sakarya Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

**T.C. Kalkınma Bakanlığı** (2014). Göç Özel İhtisas Komisyonu Raporu, ISBN 978-605-4667-57-4, Yayın No: 2858 - ÖİK: 712.

**Taycan, O. ve Kutlu, L.** (2006). Bir Üniversite Hastanesinde Çalışan Hemşirelerde Depresyon ve Tükenmişlik Düzeyinin Sosyo demografik Özelliklerle İlişkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* (7), 100-108.

**Tıp Terimleri Sözlüğü** (2017). Somatizasyon nedir?, 4 Aralık 2017 tarihinde [www.tipterimlerisozlugu.com/somatization.html](http://www.tipterimlerisozlugu.com/somatization.html) adresinden alındı

**Uluşahin, A.** (2003). Depresyona Genel Yaklaşım. *Türkiye Tıp Dergisi*. (10)2, 79-88.

**Ünal S.** (2002). Bir Anlatım Tarzı Olarak Bedenselleştirme. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 3(1), 52-55.

**Ünder, S.** (1972). *Nüfus Bilimi Sözlüğü*. İstanbul: Mars Matbaası.

**Vergin, N.** (2010). *Siyasetin Sosyolojisi; Kavramlar, Tanımlar ve Yaklaşımlar*. İstanbul: Doğan Kitap.

**Vural, D. G.** (2007). *Uluslararası Göçmen Kaçaklığı ve İnsan Ticareti (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi)*. Isparta: Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

**Yalçın, C.** (2004). *Göç Sosyolojisi*. Ankara: Anı Yayınları.

**Yazıcıoğlu, Y. ve Erdoğan, S.** (2004). *SPSS Uygulamalı Bilimsel Araştırma Yöntemleri*. Ankara: Detay Yayıncılık.

## EKLER

### KİŞİSEL BİLGİ FORMU

İsim:

Soyisim:

Doğum yılı:

Doğum yeri:

Cinsiyet:

Eğitim yılı:

Meslek:

Medeni Durumunuz:

Evli

Bekar

Kaç çocuğa sahipsiniz?:

Kaç tane gebelik geçirdiniz?:

Hanede kaç kişi yaşıyorsunuz?:

Aylık geliriniz nedir?

0-500 t

500-1000

1000-2000

2000-3000

>3000

İstanbul'da geçirdiğiniz sene sayısı:

Diyarbakır'da geçirdiğiniz sene sayısı:

Geçirmiş olduğunuz bir psikolojik hastalığınız var mı?:  Evet

Hayır

Halen psikolojik ilaç kullanıyor musunuz?:  Evet

Hayır

Bilinen tıbbi bir rahatsızlığınız var mı?:

HT

DM

Guatr

Kanser

Diğer

## GÖÇ BİLGİLERİ

1. Sizin veya ailenizin göç etme nedeni nedir?

- Terör  Sağlık  Eğitim  Eşitsizlik  Diğer

2. Göç etmiş olduktan memnun musunuz?

- Hiç memnun değilim  Orta düzeyde memnunum  
 Çok memnunum  Kararsızım  Fark etmez

3. İstanbul'da yaşayan ve görüşebildiğiniz akrabalarınız var mı?

- Anne  Baba  Yakın arkadaş  Eş  
 Kız/Erkek kardeş  Çocuk  Elti  Diğer

4. İstanbul'da bireysel olarak karşılaştığınız sorunlar nelerdir?

- Dil  Yoksulluk  Eğitim  Dışlanmışlık  
 İnsan ilişkisi  Konut  Sağlık  Diğer

5. Sağlık hizmeti kullanımı? (Son bir yılda kaç defa başvurduunuz ve reçete olarak yazdırdığınız bir ilaç var mı?)

Sağlık ocağı: \_\_\_\_\_  Aile hekimi:

Devlet hastanesi: \_\_\_\_\_  Üniversite:

Özel hekim: \_\_\_\_\_

6. Son bir yılda aşağıdaki tetkiklerden herhangi biri yapıldı mı, yapıldıysa kaç defa?

Kan testi: \_\_\_\_\_  Röntgen: \_\_\_\_\_

Kalp grafisi: \_\_\_\_\_  Biyopsi: \_\_\_\_\_

MR/BT: \_\_\_\_\_  Ultrason: \_\_\_\_\_

7. Son beş yılda doktorun tanı koyamadığı ya da psikolojik/sinire bağlı olarak açıkladığı bir hastalığınız oldu mu?

Evet  Hayır

EK A

## BECK DEPRESYON ÖLÇEĞİ

Sayın katılımcı aşağıda kişilerin ruh durumlarını ifade ederken kullandıkları gruplar halinde cümleler verilmektedir. Her madde, bir, çeşit ruh durumunu anlatmaktadır. Her maddede o ruh durumunun derecesini belirleyen 4 seçenek vardır. Lütfen bu seçenekleri dikkatle okuyunuz. Bugün dahil geçen hafta içinde kendi ruh durumunuzu göz önünde bulundurarak, size en uygun olan ifadeyi bulup o maddenin yanındaki harfin üzerine (x) işareti koyunuz. Seçiminizi yapmadan önce gruptaki cümlelerin hepsini dikkatle okuyunuz ve yalnızca bir maddeyi işaretleyin.

1. (a) Kendimi üzgün hissetmiyorum.  
(b) Kendimi üzgün hissediyorum.  
(c) Her zaman için üzgünüm ve kendimi bu duygudan kurtaramıyorum.  
(d) Öylesine üzgün ve mutsuzum ki dayanamıyorum.
2. (a) Gelecekte umutsuz değilim.  
(b) Geleceğe biraz umutsuz bakıyorum.  
(c) Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.  
(d) Benim için bir gelecek yok ve bu durum düzelmeyecek.
3. (a) Kendimi başarısız görmüyorum.  
(b) Çevremdeki birçok kişiden daha fazla başarısızlıklarım oldu sayılır.  
(c) Geriye dönüp baktığımda, çok fazla başarısızlığım olduğunu görüyorum.  
(d) Kendimi tümüyle başarısız bir insan olarak görüyorum.
4. (a) Her şeyden eskisi kadar zevk alabiliyorum.  
(b) Her şeyden eskisi kadar zevk alamıyorum.  
(c) Artık hiçbir şeyden gerçek bir zevk alamıyorum.  
(d) Bana zevk veren hiçbir şey yok. Her şey çok sıkıcı.
5. (a) Kendimi suçlu hissetmiyorum.  
(b) Arada bir kendimi suçlu hissettiğim oluyor.  
(c) Kendimi çoğunlukla suçlu hissediyorum.  
(d) Kendimi her an için suçlu hissediyorum.
6. (a) Cezalandırıldığımı düşünmüyorum.  
(b) Bazı şeyler için cezalandırılabilirim hissediyorum.  
(c) Cezalandırılmayı bekliyorum.  
(d) Cezalandırıldığımı hissediyorum.
7. (a) Kendimden hoşnudum.  
(b) Kendimden pek hoşnut değilim.  
(c) Kendimden hiç hoşlanmıyorum.  
(d) Kendimden nefret ediyorum.



8. (a) Kendimi diğer insanlardan daha kötü görmüyorum.  
(b) Kendimi zayıflıklarım ve hatalarım için eleştiriyorum.  
(c) Kendimi hatalarım için çoğu zaman suçluyorum.  
(d) Her kötü olayda kendimi suçluyorum.
9. (a) Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok.  
(b) Bazen kendimi öldürmeyi düşünüyorum, fakat bunu yapmam.  
(c) Kendimi öldürebilmeyi isterdim.  
(d) Bir fırsatımı bulsam kendimi öldürürdüm.
10. (a) Her zamankinden daha fazla ağladığımı sanmıyorum.  
(b) Eskisine göre şu sıralarda daha fazla ağlıyorum.  
(c) Şu sıralarda her an ağlıyorum.  
(d) Eskiden ağlayabilirdim, ama şu sıralarda istesem de ağlayamıyorum.
11. (a) Her zamankinden daha sinirli değilim.  
(b) Her zamankinden daha kolayca sinirleniyor ve kızıyorum.  
(c) Çoğu zaman sinirliyim.  
(d) Eskiden sinirlendiğim şeylere bile artık sinirlenemiyorum.
12. (a) Diğer insanlara karşı ilgimi kaybetmedim.  
(b) Eskisine göre insanlarla daha az ilgiliyim.  
(c) Diğer insanlara karşı ilgimin çoğunu kaybettim.  
(d) Diğer insanlara karşı hiç ilgim kalmadı.
13. (a) Kararlarımı eskisi kadar kolay ve rahat verebiliyorum.  
(b) Şu sıralarda kararlarımı vermeyi erteliyorum.  
(c) Kararlarımı vermekte oldukça güçlük çekiyorum.  
(d) Artık hiç karar veremiyorum.
14. (a) Dış görünüşümün eskisinden daha kötü olduğunu sanmıyorum.  
(b) Yaşlandığımı ve çekiciliğimi kaybettiğimi düşünüyor ve üzülüyorum.  
(c) Dış görünüşümde artık değiştirilmesi mümkün olmayan olumsuz değişiklikler olduğunu hissediyorum.  
(d) Çok çirkin olduğumu düşünüyorum.
15. (a) Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum.  
(b) Bir işe başlayabilmek için eskisine göre kendimi daha fazla zorlamam gerekiyor.  
(c) Hangi iş olursa olsun, yapabilmek için kendimi çok zorluyorum.  
(d) Hiçbir iş yapamıyorum.
16. (a) Eskisi kadar rahat uyuyabiliyorum.  
(b) Şu sıralarda eskisi kadar rahat uyuyamıyorum.  
(c) Eskisine göre 1 veya 2 saat erken uyanıyor ve tekrar uyumakta zorluk çekiyorum.  
(d) Eskisine göre çok erken uyanıyor ve tekrar uyuyamıyorum.

17. (a) Eskisine kıyasla daha çabuk yorulduğumu sanmıyorum.  
(b) Eskisinden daha çabuk yoruluyorum.  
(c) Şu sıralarda neredeyse her şey beni yoruyor.  
(d) Öyle yorgunum ki hiçbir şey yapamıyorum.

18. (a) İştahım eskisinden pek farklı değil.  
(b) İştahım eskisi kadar iyi değil.  
(c) Şu sıralarda iştahım epey kötü.  
(d) Artık hiç iştahım yok.

19. (a) Son zamanlarda pek fazla kilo kaybettiğimi sanmıyorum.  
(b) Son zamanlarda istemediğim halde üç kilodan fazla kaybettim.  
(c) Son zamanlarda istemediğim halde beş kilodan fazla kaybettim.  
(d) Son zamanlarda istemediğim halde yedi kilodan fazla kaybettim.

20. (a) Sağlığım beni pek endişelendirmiyor.  
(b) Son zamanlarda ağrı, sızı, mide bozukluğu, kabızlık gibi sorunlarım var.  
(c) Ağrı, sızı gibi bu sıkıntılarım beni epey endişelendirdiği için başka şeyleri düşünmek zor geliyor.  
(d) Bu tür sıkıntılar beni öylesine endişelendiriyor ki, artık başka hiçbir şey düşünemiyorum.

21. (a) Son zamanlarda cinsel yaşantımda dikkatimi çeken bir şey yok.  
(b) Eskisine oranla cinsel konularla daha az ilgileniyorum.  
(c) Şu sıralarda cinsellikle pek ilgili değilim.  
(d) Artık, cinsellikle hiçbir ilgim kalmadı.

**EK B****KISA SEMPTOM ENVANTERİ**

Kısa Semptom Envanteri, SCL-90 olarak bilinen 90 maddelik Semptom Belirleme Listesinin kısaltılmış formudur. Kısa Semptom Envanteri'nin ülkemiz için uyarlaması ve güvenilirlik, geçerlilik çalışmaları Şahin ve Durak (1994 ve 2002 yıllarında) tarafından yapılmıştır. Aşağıda insanların bazen yaşadıkları belirtiler ve yakınmaların bir listesi verilmiştir. Listede ki her maddeyi lütfen dikkatle okuyun. Daha sonra o belirtinin sizi bugün dahil, son bir haftadır ne kadar rahatsız ettiğini yandaki kutulardan uygun olanının içini (X) işaretleyerek gösterin.

*\*(1) Hiç (2) Biraz (3) Orta Derecede (4) Epey (5) Çok Fazla*

	1	2	3	4	5
1. İçinizdeki sinirlilik ve titreme hali					
2. Baygınlık, baş dönmesi					
3. Bir başka kişinin sizin düşüncelerinizi kontrol edeceği fikri.					
4. Başınıza gelen sıkıntılardan dolayı başkalarının suçlu olduğu duygusu					
5. Olayları hatırlamada güçlük					
6. Çok kolayca kızıp öfkelenme					
7. Göğüs (kalp) bölgesinde ağrılar.					
8. Meydanlık(açık) alanlardan korkma duygusu					
9. Yaşamınıza son verme düşünceleri					
10. İnsanların çoğuna güvenilmeyeceği hissi					
11. İştahta bozukluklar					
12. Hiç bir nedeni olmayan ani korkular					
13. Kontrol edemediğiniz duygu patlamaları					
14. Başka insanlarla beraberken bile yalnızlık hissetme					
15. İşleri bitirme konusunda kendini engellenmiş hissetme					
16. Yalnızlık hissetme					
17. Hüzünlü, kederli hissetme					
18. Hiçbir şeye ilgi duymama					
19. Ağlamaklı hissetme					
20. Kolayca incinebilme, kırılma					
21. İnsanların sizi sevmediğine kötü davrandığına inanmak					
22. Kendini diğerlerinden daha aşağı görme					
23. Mide bozukluğu, bulantı					
24. Diğerlerinin sizi gözlediği ya da hakkınızda konuştuğu duygusu					
25. Uykuya dalmada güçlük					
26. Yaptığımız şeyleri tekrar tekrar doğru mu diye kontrol etme					
27. Karar vermede güçlükler					
28. Otobüs, tren, metro gibi umumi vasıtalarla seyahat etmekten korkma					
29. Nefes darlığı, nefessiz kalma					

30. Sıcak, soğuk basmaları					
31. Sizi korkuttuğu için bazı eşya, yer, etkinliklerden uzak kalmaya çalışma					
32. Kafanızın bomboş kalması					
33. Bedeninizin bazı bölgelerinde uyuşmalar, karıncalanmalar					
34. Günahlarınız için cezalandırılmanız gerektiği düşüncesi					
35. Gelecekle ilgili umutsuzluk duyguları içinde olmak					
36. Konsantrasyonda(dikkati bir şey üzerinde toplama) güçlük/zorlanma					
37. Bedenin bazı bölgelerinde zayıflık, güçsüzlük hissi					
38. Kendini gergin ve tedirgin hissetme					
39. Ölme ve ölüm üzerinde düşünceler					
40. Birini dövme, ona zarar verme, yaralama isteği					
41. Bir şeyleri kırma/dökme isteği					
42. Diğerlerinin yanındayken kendinin çok fazla farkında olmak, yanlış bir şeyler yapmamaya çalışmak					
43. Kalabalıklarda rahatsızlık duymak					
44. Bir başka insana hiç yakınlık duymamak					
45. Dehşet ve panik nöbetleri					
46. Sık sık tartışmaya girme					
47. Yalnız bırakıldığında/kalındığında sinirlilik hissetme					
48. Başarılarınız için diğerlerinden yeterince takdir görmediğiniz düşüncesi					
49. Yerinde duramayacak kadar tedirgin hissetme.					
50. Kendini değersiz görme, değersizlik duyguları					
51. İzin verdiğiniz takdirde insanların sizi sömüreceği duygusu					
52. Suçluluk duyguları					
53. Aklınızda bir bozukluk olduğu fikri					

**EK C****SOMATİZASYON ÖLÇEĞİ (SÖ)**

Bu formda sıra ile numaralandırılmış bazı sorular bulacaksınız. Her soruyu okuyarak kendi durumunuza göre DOĞRU ya da YANLIŞ olup olmadığına karar verin. Bu soruları sadece kendinizi düşünerek yanıtlayın. Bazı sorular birbirinin aynısı ya da tam tersi gibi gelebilir. Mümkünse bütün soruları cevaplamaya çalışın.

	Doğru	Yanlış
1. Çoğu zaman boğazım tıkanır gibi olur.		
2. İştahım iyidir.		
3. Başım pek az ağrır.		
4. Ayda bir iki defa ishal olurum.		
5. Midemden oldukça rahatsızım.		
6. Çoğu kez midem ekşir.		
7. Bazen utanınca çok terlerim.		
8. Sağlığım beni pek kaygılandırmaz.		
9. Hemen hemen hiçbir ağrı ve sızım yok.		
10. Bazen başımda sızı hissederim.		
11. Çoğu zaman başımın her tarafı ağrır.		
12. Sağlığım bir çok arkadaşımınki kadar iyidir.		
13. Pek seyrek kabız olurum.		
14. Ensemden nadiren ağrı hissederim.		
15. Vücudumda pek az seyirme ve kasılma olur.		
16. Çabucak yorulmam.		
17. Pek az başım döner ya da hiç dönmez.		
18. Yürürken dengemi hemen hemen hiç kaybetmem.		
19. Soğuk günlerde bile kolayca terlerim.		
20. Çoğu zaman yorgunluk hissederim.		
21. Hemen her gün mide ağrılarından rahatsız olurum.		
22. Tekrarlanan mide bulantısı ve kusmalar bana sıkıntı verir.		
23. Çoğu zaman bütün vücudumda bir halsizlik duyarım.		
24. Son birkaç yıl içinde sağlığım çoğu zaman iyi idi.		
25. Çok defa sabahları dinç ve dinlenmiş olarak uyanırım.		
26. Çok zaman bana kafam şişmiş ya da burnum tıkanmış gibi gelir.		
27. Çoğu zaman başım sıkı bir çember içindeymiş gibi hissederim.		
28. Kalp ve göğüs ağrılarından hemen hemen hiç şikayetim yoktur.		
29. Hayatımda hiçbir zaman kendimi şimdiki kadar iyi hissetmedim.		
30. Kalbimin hızlı çarptığını hemen hemen hiç hissetmem ve çok seyrek nefesim tıkanır.		
31. Hiç felç geçirmediğim ya da kaslarımda olağanüstü bir halsizlik duymadım.		
32. Ortada hiçbir neden yokken haftada bir ya da daha sık		

birdenbire her yanıma ateş basar.		
33.Vücudümün bazı yerlerinden çok defa yanma, gıdıklanma, karıncalanma ve uyuşukluk hissedirim.		

## ÖZGEÇMİŞ

Ayşe Öcal

25 Aralık 1970 Diyarbakır doğumluyum. İlkokul, ortaokul ve lise eğitimimi Diyarbakır'da tamamladım. Anadolu Üniversitesi Sosyoloji lisansına sahibim. Yüksek lisansımı Üsküdar Üniversitesi'nde Uygulamalı Psikoloji alanında yaptım ve programı tezimle birlikte tamamlamış bulunmaktayım.

Eğitim hayatım boyunca aldığım sertifikalardan bazıları aşağıda bulunmaktadır.

Aile Danışmanlığı: İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi

BDT Uygulayıcılık Sertifikası, Çözüm Odaklı, Kısa Süreli Terapi Eğitimi ve Benton Görsel Bellek Testi: Bilgelik Enstitüsü ve Bilişsel Davranışçı Terapistler Derneği

Aile İçi Şiddet ve Travma Bağlantılı Bozukluklar Eğitimi, Çocuk İhmal ve İstismarı Eğitimi: Psikolojik Eğitim, Terapi ve Araştırma Derneği, National Center for Crisis Management Standartlarında (Yard.Doç.Dr. Mert Akcanbaş)

Yaşam Koçluğu: Yeditepe Üniversitesi

Life Coach Certification, Diploma Certification, Certified Nlp Practitioner: Portland Nlp Academy International Group

Optimum Denge Modeli ve Aile Eğitimi, Optimum Denge Modeli I ve II Basamak Katılım Belgesi: Tamer Dövcü

Eğitim Danışmanlığı: Rasyonel Psikoloji Danışmanlık Psikoterapi

Objektif Testler, Wisc-R-Testi, Çocuk Resimlerinin Analizi, Gözlem ve Görüşme Teknikleri, MMPI-Testi, Stanford Binet Zeka Testi Uygulayıcılığı, Wisc-r Testi Uygulayıcılığı

Eğiticinin Eğitimi: MEB Özel Yüksek Kariyer Eğitim Kurumları

İnsan Kaynakları Yönetimi, Etkin Yönetici Asistanlığı: İstanbul İşletme Enstitüsü

Kişiler Araası İlişkiler Psikoterapisi Giriş Eğitimi: Üsküdar Üniversitesi  
(Katılımcı)

Anne-Çocuk Eğitim Vakfı (AÇEV): Temel Anne Destek ve Programında  
Gönüllü Eğitimci