

**T.C.  
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**SURİYELİ SIĞINMACILARIN BAZI RUHSAL SORUNLARI VE  
RUH SAĞLIĞI HİZMET GEREKSİNİMLERİ İLE HİZMET  
SUNUCULARIN VE YÖNETİCİLERİN GÖRÜŞLERİNİN  
BELİRLENMESİ**

**Edip KAYA**

**Halk Sağlığı Programı  
DOKTORA TEZİ**

**ANKARA  
2019**



**T.C  
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**SURİYELİ SIĞINMACILARIN BAZI RUHSAL SORUNLARI VE  
RUH SAĞLIĞI HİZMET GEREKSİNİMLERİ İLE HİZMET  
SUNUCULARIN VE YÖNETİCİLERİN GÖRÜŞLERİNİN  
BELİRLENMESİ**

**Edip KAYA**

**Halk Sağlığı Programı**

**DOKTORA TEZİ**

**TEZ DANIŞMANI**

**Prof. Dr. Sarp Üner**

**İKİNCİ DANIŞMAN**

**Doç. Dr. Özge Karadağ Çaman**

**ANKARA**

**2019**

## ONAY SAYFASI

HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

SURİYELİ SIĞINMACILARIN BAZI RUHSAL SORUNLARI VE RUH SAĞLIĞI HİZMET  
GEREKİNİMLERİ İLE HİZMET SUNUCULARIN VE YÖNETİCİLERİN GÖRÜŞLERİNİN  
BELİRLENMESİ

Edip Kaya

Danışman: Prof. Dr. Sarp Üner

İkinci Danışman: Doç. Dr. Özge Karadağ Çaman

Bu tez çalışması 21 Ağustos 2019 tarihinde jürimiz tarafından "Halk Sağlığı Programı"nda doktora tezi olarak kabul edilmiştir.

Jüri Başkanı:

Prof. Dr. K. Hakan Altıntaş

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Üye:

Prof. Dr. Bahar Güçüz Doğan

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Üye:

Prof. Dr. Cengiz Kılıç

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı

Üye:

Prof. Dr. Mustafa Necmi İlhan

Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Üye:

Prof. Dr. Deniz Çalışkan

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Bu tez, Hacettepe Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili maddeleri uyarınca yukarıdaki jüri tarafından uygun bulunmuştur.

16 Eylül 2019

Prof. Dr. Diclehan ORHAN

Enstitü Müdürü



## YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI

Enstitü tarafından onaylanan lisansüstü tezimin/raporumun tamamını veya herhangi bir kısmını, basılı (kağıt) ve elektronik formatta arşivleme ve aşağıda verilen koşullarla kullanıma açma iznini Hacettepe Üniversitesine verdiğimi bildiririm. Bu izinle Üniversiteye verilen kullanım hakları dışındaki tüm fikri mülkiyet haklarım bende kalacak, tezimin tamamının ya da bir bölümünün gelecekteki çalışmalarda (makale, kitap, lisans ve patent vb.) kullanım hakları bana ait olacaktır.

Tezin kendi orijinal çalışmam olduğunu, başkalarının haklarını ihlal etmediğimi ve tezimin tek yetkili sahibi olduğumu beyan ve taahhüt ederim. Tezimde yer alan telif hakkı bulunan ve sahiplerinden yazılı izin alınarak kullanılması zorunlu metinlerin yazılı izin alınarak kullandığımı ve istenildiğinde suretlerini Üniversiteye teslim etmeyi taahhüt ederim.

Yükseköğretim Kurulu tarafından yayınlanan **“Lisansüstü Tezlerin Elektronik Ortamda Toplanması, Düzenlenmesi ve Erişime Açılmasına İlişkin Yönerge”** kapsamında tezim aşağıda belirtilen koşullar haricince YÖK Ulusal Tez Merkezi / H.Ü. Kütüphaneleri Açık Erişim Sisteminde erişime açılır.

- Enstitü / Fakülte yönetim kurulu kararı ile tezimin erişime açılması mezuniyet tarihimden itibaren 2 yıl ertelenmiştir. <sup>(1)</sup>
- Enstitü / Fakülte yönetim kurulunun gerekçeli kararı ile tezimin erişime açılması mezuniyet tarihimden itibaren ... ay ertelenmiştir. <sup>(2)</sup>
- Tezimle ilgili gizlilik kararı verilmiştir. <sup>(3)</sup>

17 /09/2019



Edip Kaya

<sup>1</sup>“Lisansüstü Tezlerin Elektronik Ortamda Toplanması, Düzenlenmesi ve Erişime Açılmasına İlişkin Yönerge”

- (1) Madde 6. 1. Lisansüstü teze ilgili patent başvurusu yapılması veya patent alma sürecinin devam etmesi durumunda, tez **danışmanın**ın önerisi ve **enstitü anabilim dalının** uygun görüşü üzerine **enstitü** veya **fakülte yönetim kurulu** ki yıl süre ile tezin erişime açılmasının ertelenmesine karar verebilir.
- (2) Madde 6. 2. Yeni teknik, materyal ve metotların kullanıldığı, henüz makaleye dönüşmemiş veya patent gibi yöntemlerle korunmamış ve internetten paylaşılması durumunda 3. şahıslara veya kurumlara haksız kazanç imkanı oluşturma bilecek bilgi ve bulguları içeren tezler hakkında tez **danışmanın**ın önerisi ve **enstitü anabilim dalının** uygun görüşü üzerine **enstitü** veya **fakülte yönetim kurulunun** gerekçeli kararı ile altı ayı aşmamak üzere tezin erişime açılması engellenebilir.
- (3) Madde 7. 1. Ulusal çıkarları veya güvenliği ilgilendiren, emniyet, istihbarat, savunma ve güvenlik, sağlık vb. konulara ilişkin lisansüstü tezlerle ilgili gizlilik kararı, **tezin yapıldığı kurum** tarafından verilir \*. Kurum ve kuruluşlarla yapılan işbirliği protokolü çerçevesinde hazırlanan lisansüstü tezlere ilişkin gizlilik kararı ise, **ilgili kurum ve kuruluşun önerisi** ile **enstitü** veya **fakültenin** uygun görüşü üzerine **üniversite yönetim kurulu** tarafından verilir. Gizlilik kararı verilen tezler Yükseköğretim Kuruluna bildirilir.
- Madde 7.2. Gizlilik kararı verilen tezler gizlilik süresince enstitü veya fakülte tarafından gizlilik kuralları çerçevesinde muhafaza edilir, gizlilik kararının kaldırılması halinde Tez Otomasyon Sistemine yüklenir

\* Tez **danışmanın**ın önerisi ve **enstitü anabilim dalının** uygun görüşü üzerine **enstitü** veya **fakülte yönetim kurulu** tarafından karar verilir.

## ETİK BEYAN

Bu çalışmadaki bütün bilgi ve belgeleri akademik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi, görsel, işitsel ve yazılı tüm bilgi ve sonuçları bilimsel ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu, kullandığım verilerde herhangi bir tahrifat yapmadığımı, yararlandığım kaynaklara bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunduğumu, tezimin kaynak gösterilen durumlar dışında özgün olduğunu, Prof. Dr. Sarp Üner danışmanlığında tarafımdan üretildiğini ve Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Yönergesine göre yazıldığını beyan ederim.



*Edip Kaya*

## TEŞEKKÜR

Doktora eğitimim süresince beni her konuda destekleyen, bilgi ve deneyimlerini benimle paylaşmaktan çekinmeyen değerli danışmanlarım Prof. Dr. Sarp Üner'e ve Doç. Dr. Özge Karadağ Çaman'a ve tezimin başından itibaren yardımlarını esirgemeyen ve önerileri ile yol gösterici olan H.Ü Psikiyatri Anabilim Dalından Prof. Dr. Cengiz Kılıç'a sonsuz teşekkür ederim.

Doktora eğitimim ve daha öncesinde Yüksek Lisans eğitimim süresince Hacettepe Üniversitesinde geçirdiğim yedi yıl boyunca bilgi ve deneyimlerinden faydalandığım başta Halk Sağlığı Anabilim Dalı ve Halk Sağlığı Enstitüsünün değerli Öğretim Üyeleri olmak üzere tüm Hacettepe ailesine teşekkürü borç bilirim.

Veri toplama sürecinde büyük bir özveri ile çalışan anketör arkadaşlara, evlerini bize açan, bize zaman ayıran değerli katılımcılara ve çalışmanın yürütülmesine izin veren Göç İdaresi Genel Müdürlüğü ile Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü'ne teşekkür ederim.

Eğitimim boyunca birlikte güzel zaman geçirdiğimiz ve her zaman desteklerini arkamda hissettiğim dostum Fahad Ahmed ve isimlerini tek tek sayamayacağım mesai arkadaşlarım ve öğrenci arkadaşlarımdan hepsine ayrı ayrı teşekkür ederim.

Her zaman maddi ve manevi destekleri ile bana moral ve motivasyon veren başta sevgili eşim Dilan, doktora eğitimim süresince zaman zaman geç saatlere kadar babalarımı bekleyen, zamanlarından çaldığım oğlum Abdülkadir Hasan ve kızım Miray Erva en büyük teşekkürü hak ediyorlar. Uzaktan da olsa her zaman maddi ve manevi desteklerini hissettiğim dualarını esirgemeyen babam, annem, kardeşlerim ve geniş ailemizin diğer üyeleri de ayrı ayrı teşekkürü hak ediyorlar.

## ÖZET

**Kaya, E., Suriyeli Sığınmacıların Bazı Ruhsal Sorunları ve Ruh Sağlığı Hizmet Gereksinimleri İle Hizmet Sunucuların ve Yöneticilerin Görüşlerinin Belirlenmesi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Programı Doktora Tezi, Ankara, 2019.** Niceliksel ve niteliksel veri toplama yöntemlerinin birlikte kullanıldığı çalışmada; Ankara’da Suriyeli sığınmacılarda depresyon ve travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) yaygınlığı ile bu hastalıklarla ilişkili risk faktörlerinin belirlenmesi; sığınmacıların ruh sağlığı hizmeti ihtiyaçları ile hizmet kullanımlarının sığınmacı, hizmet sunucu ve yöneticilerin bakış açıları ile değerlendirilmesi ve sığınmacıların genel sağlık hizmetlerine erişim ve kullanım durumları ile ilişkili faktörlerin belirlenmesi amaçlanmıştır. Araştırmanın niceliksel verileri Ankara’da sığınmacıların yoğun olarak yaşadığı iki mahallede kartopu yöntemi ile 420 kişiden toplanmıştır. Niteliksel veriler ise sığınmacılara sağlık hizmeti sunan 10 sağlık personeli ve sığınmacılara yönelik sağlık politikalarının belirlenmesinde rol alan 10 yönetici ile derinlemesine görüşmelerle toplanmıştır. Çalışmada olası depresyon ve TSSB düzeyi sırasıyla %47,7 ile %36,5 bulunmuştur. Kadın olma, bedensel hastalığın olması, ruh sağlığını kötü olarak değerlendirme ve travma tipi sayısındaki artış artmış depresyon ve TSSB riski ile ilişkili bulunmuştur. Ekonomik durumun kötü olması ve genel sağlık durumunu kötü olarak değerlendirme artmış depresyon riski ile; çocuk sahibi olma, geçmiş ruhsal hastalık ve ruh sağlığı yardımı alma ihtiyacı duyma ise artmış TSSB riski ile ilişkili diğer faktörlerdir. Katılımcıların sadece %1,4’ü Türkiye’de ruh sağlığı hizmetlerine başvurmuştur. Hem niteliksel hem de niceliksel sonuçlar karşılanmayan ruhsal sağlık ihtiyacı olduğunu göstermektedir. Katılımcıların yarısına yakını son bir yılda Türkiye’de sağlık hizmeti kullandığını, yaklaşık beşte biri ise sağlık hizmetlerine erişemediğini belirtmiştir. Dil bilme, ekonomik yardım alma ve yaşanan evin uygun olması sağlık hizmetlerine erişim ile evli olma, sağlık durumunu “kötü” olarak değerlendirme ve sağlık hizmetlerine erişim ise sağlık hizmeti kullanımı ile ilişkili bulunmuştur.

**Anahtar kelimeler:** Depresyon, Sağlık hizmeti kullanımı, Sığınmacı, Travma sonrası stres bozukluğu

Bu proje, Hacettepe Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Koordinasyon Birimi (BAP) tarafından desteklenmiştir (Proje No: THD-2016-12236).

## ABSTRACT

**Kaya, E., Assessment of Some Mental Health Problems and Mental Health Service Needs of Syrian Refugees and Opinions of Health Care Providers and Health Decision Makers, Hacettepe University Graduate School Health Sciences, Department of Public Health, Doctor of Philosophy Thesis, Ankara, 2019.** This mixed-methods study aimed to determine the prevalence and predictors of posttraumatic stress disorder (PTSD) and depression among Syrian refugees, assess need for and utilization of mental health services from the perspectives of refugees, health care providers, and health policy makers, and determine refugees' general healthcare service utilization and associated factors in Turkey. The quantitative data were collected via a household survey in two neighborhoods with the highest refugee population in Ankara, and qualitative data were collected via in-depth interviews with 10 health care providers and 10 health policy makers. Probable PTSD and depression rates were 36.5% and 47.7%, respectively. Female gender, physical illness, self-rated poor mental health and higher number of potentially traumatic events predicted both PTSD and depression. PTSD was additionally predicted by having children, past psychiatric illness and perceived need for mental health care in Turkey, while depression was predicted by lower economic status and self-rated poor general health. Only 1.4% of the participants reported having utilized mental health services in Turkey. Both qualitative and quantitative findings showed that there was an unmet need for mental healthcare. Nearly half of the refugees reported having used healthcare services within the last year, and around one-fifth stated that they were unable to access healthcare services in Turkey. A regression analysis revealed that refugees with a second language, those who received financial support, and those who were satisfied with their housing conditions were associated with better access to healthcare. On the other hand, being married, self-rated poor general health and better access to healthcare were associated with higher utilization of health services.

**Key Words:** Depression, Health service utilization, Posttraumatic stress disorder, Refugee

This project was supported by Hacettepe University Scientific Research Projects Coordination Unit (Project no: THD-2016-12236).

## İÇİNDEKİLER

ONAY SAYFASI	iii
YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI	iv
ETİK BEYAN	v
TEŞEKKÜR	vi
ÖZET	vii
ABSTRACT	viii
İÇİNDEKİLER	ix
SİMGELER VE KISALTMALAR	xii
ŞEKİLLER	xiii
TABLolar	xiv
<b>1. GİRİŞ</b>	1
<b>2. GENEL BİLGİLER</b>	8
2.1. Savaş ve Çatışmaların Sağlık Üzerindeki Etkisi	8
2.2. Suriye'deki İç Çatışma ve Sağlık Etkisi	9
2.3. Sığınmacılar/Mülteciler ve Sağlık	10
2.3.1. Sığınmacılarda/Mültecilerde Bulaşıcı Hastalıklar	10
2.3.2. Sığınmacılarda/Mültecilerde Kronik Hastalıklar	11
2.3.3. Sığınmacılarda/Mültecilerde Üreme, Anne ve Çocuk Sağlığı ile İlgili Sorunlar	11
2.3.4. Sığınmacılarda/Mültecilerde Ruh Sağlığı Sorunları	12
2.4. Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB)	13
2.5. Depresyon	15
2.6. Sığınmacılarda Depresyon ve Travma Sonrası Stres Bozukluğu	17
2.6.1. Sığınmacılarda Depresyon ve Travma Sonrası Stres Bozukluğu Yaygınlığı	17
2.6.2. Sığınmacılarda Depresyon ve Travma Sonrası Stres Bozukluğunu Belirleyen Faktörler	18
2.7. Sığınmacılarda Genel Sağlık Hizmeti Kullanımı	28
2.8. Sığınmacılarda Ruh Sağlığı Hizmet Kullanımı	30
2.9. Türkiye'de Suriyeli Sığınmacılara Sunulan Sağlık Hizmetleri	32
<b>3. GEREÇ VE YÖNTEM</b>	33

3.1. Araştırmanın Tipi ve Zamanı	33
3.2. Araştırmanın Yeri	33
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	34
3.4. Araştırmanın Değişkenleri	35
3.4.1. Tanımlanan Değişkenler	35
3.4.2. Tanımlayan Değişkenler	35
3.5. Araştırmada Kullanılan Terim ve Sınıflandırmalar	37
3.6. Araştırmanın Veri Toplama Yöntemi	37
3.7. Araştırmanın Veri Toplama Araçları	39
3.7.1. Hane Halkı Bilgi Formu	39
3.7.2. Anket Formu	40
3.7.3. Sağlık Hizmeti Kullanım Formu	40
3.7.4. Harvard Travma Anketi (Ölçeği)	40
3.7.5. Beck Depresyon Envanteri	43
3.7.6. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği	44
3.7.7. Niteliksel Görüşme Rehberi	45
3.8. Araştırmanın Ön Denemesi	45
3.9. Verilerin İstatistiksel Analizi ve Değerlendirilmesi	46
3.9. 1. Niceliksel Verilerin İstatistiksel Analizi ve Değerlendirilmesi	46
3.9. 2. Niteliksel Verilerin İstatistiksel Analizi ve Değerlendirilmesi	54
3.10. Etik Konular ve İzinler	54
3.11. Araştırmanın Bütçesi	54
3.12. İş ve Zaman Çizelgesi	55
<b>4. BULGULAR</b>	56
4.1. Çalışmanın Niceliksel Bulguları	56
4.1.1. Çalışmanın Tanımlayıcı Bulguları	56
4.1.2. Depresyon ve TSSB ile İlişkili Faktörlere İlişkin Bulgular	88
4.1.3. Sağlık Hizmetlerine Erişim ve Sağlık Hizmeti Kullanımını Etkileyen Faktörlere İlişkin Bulgular	122
4.2. Çalışmanın Niteliksel Bulguları	132
4.2.1. Sığınmacılara Verilen Ruh Sağlığı Hizmetleri ile İlgili Hizmet Sunanların Görüşleri	132

4.2.2. Sığınmacılara Verilen Ruh Sağlığı Hizmetleri ile İlgili Yöneticilerin Görüşleri	136
<b>5. TARTIŞMA</b>	143
5.1. Yaşanılan Travma Tipi Sayısı ve Travma Türleri ile İlgili Bulgular	143
5.2. Depresyon ve TSSB Yaygınlığı ile İlgili Bulgular	144
5.3. Depresyon ve TSSB ile İlişkili Bulunan Faktörler	146
5.4. Ruh Sağlığı Hizmet Kullanımı ve Ruh Sağlığı Hizmetlerine Erişim	153
5.5. Sağlık Hizmetlerine Erişim ve Sağlık Hizmeti Kullanım Düzeyi	155
5.6. Sağlık Hizmetlerine Erişim ve Sağlık Hizmeti Kullanımı ile İlişkili Faktörler	159
<b>6. KISITLILIKLAR VE GÜÇLÜ YÖNLER</b>	162
<b>7. SONUÇLAR</b>	164
<b>8. ÖNERİLER</b>	166
<b>9. KAYNAKLAR</b>	168
<b>10. EKLER</b>	
<b>EK-1:</b> Hane Halkı Bilgi Formu	
<b>EK-2:</b> Anket Formu	
<b>EK-3:</b> Sağlık Hizmeti Kullanım Formu	
<b>EK-4:</b> Harvard Travma Anketi	
<b>EK-5:</b> Beck Depresyon Envanteri	
<b>EK- 6:</b> Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği	
<b>EK-7:</b> Niteliksel Görüşme Rehberi	
<b>EK-8:</b> İzinler	
<b>EK-9:</b> Etik Kurul Onayı	
<b>EK-10:</b> Onam Formu	
<b>EK-11:</b> Dijital Makbuz	
<b>EK- 12:</b> Turnitin Ekran Görüntüsü	
<b>11. ÖZGEÇMİŞ</b>	



## SİMGELER VE KISALTMALAR

<b>ABD</b>	Amerika Birleşik Devletleri
<b>AFAD</b>	Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığı
<b>APA</b>	American Psychiatric Association (Amerikan Psikiyatri Birliği)
<b>BDE</b>	Beck Depresyon Envanteri
<b>BMMYK</b>	Birleşmiş Milletler Mülteciler Yüksek Komiserliği
<b>CIDI</b>	Composite International Diagnostic Interview (Uluslararası Bileşik Tanı Görüşmesi)
<b>ÇBASDÖ</b>	Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği
<b>DALY</b>	Disability Adjusted Life Years (Yeti Yitimine Ayarlanmış Yaşam Yılı)
<b>DIS</b>	Diagnostic Interview Schedule (Tanı Koydurucu Görüşme Ölçeği)
<b>DSÖ</b>	Dünya Sağlık Örgütü
<b>DSM</b>	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı)
<b>ECA</b>	Epidemiologic Catchment Area (Epidemiyolojik Alan Çalışması)
<b>GA</b>	Güven Aralığı
<b>HTA</b>	Harvard Travma Anketi (Ölçeği)
<b>MINI</b>	Mini International Neuropsychiatric Interview (Kısa Uluslararası Nöropsikiyatrik Görüşme)
<b>NCS</b>	National Comorbidity Survey (Ulusal Komorbidite Çalışması)
<b>OR</b>	Odds Ratio (Odds Oranı-Tahmini Rölatif Risk)
<b>r</b>	Korelasyon Katsayısı
<b>SS</b>	Standart Sapma
<b>STK</b>	Sivil Toplum Kuruluşu
<b>SUT</b>	Sağlık Uygulamaları Tebliği
<b>TSSB</b>	Travma Sonrası Stres Bozukluğu
<b>UNHCR</b>	United Nations High Commissioner for Refugees
<b>WHO</b>	World Health Organization

## ŞEKİLLER

<b>Şekil</b>	<b>Sayfa</b>
<b>3.1.</b> Niceliksel verilerin toplandığı bölgenin haritası (Ankara, 2016)	34
<b>3.2.</b> Niceliksel veri toplama yönteminin akış şeması (Ankara, 2016)	38
<b>3.3.</b> Depresyonla ilişkili faktörleri belirlemeye yönelik Lojistik Regresyon modellemesi: Model-I'e alınan değişkenlerin akış şeması (Ankara, 2016)	47
<b>3.4.</b> Travma sonrası stres bozukluğu ile ilişkili faktörleri belirlemeye yönelik Lojistik Regresyon modellemesi: Model-I'e alınan değişkenlerin akış şeması (Ankara, 2016)	48
<b>3.5.</b> Depresyonla ilişkili faktörleri belirlemeye yönelik Lojistik Regresyon modellemesi: Model II ve model-III'e alınan değişkenlerin akış şeması (Ankara, 2016)	50
<b>3.6.</b> Travma sonrası stres bozukluğu ile ilişkili faktörleri belirlemeye yönelik Lojistik Regresyon modellemesi: Model II ve model-III'e alınan değişkenlerin akış şeması (Ankara, 2016)	51
<b>3.7.</b> Depresyonla ilişkili faktörleri belirlemeye yönelik Lojistik Regresyon modellemesi: Model-IV'e alınan değişkenlerin akış şeması (Ankara, 2016)	52
<b>3.8.</b> Travma sonrası stres bozukluğu ile ilişkili faktörleri belirlemeye yönelik Lojistik Regresyon modellemesi: Model-IV'e alınan değişkenlerin akış şeması (Ankara, 2016)	53
<b>4.1.</b> Depresyon puanı ile yaşanmış travma tipi sayısının saçılım grafiği (Ankara, 2016)	112
<b>4.2.</b> Travma sonrası stres bozukluğu puanı ile yaşanmış travma tipi sayısının saçılım grafiği (Ankara, 2016)	113
<b>4.3.</b> Depresyon ölçek puanı ile algılanan sosyal destek ölçek puanının saçılım grafiği (Ankara, 2016)	116
<b>4.4.</b> Travma sonrası stres bozukluğu ölçek puanı ile algılanan sosyal destek ölçek puanının saçılım grafiği (Ankara, 2016)	116

## TABLOLAR

<b>Tablo</b>	<b>Sayfa</b>
<b>3.1.</b> Çalışmaya ait bütçe kalemleri (Ankara, 2016)	54
<b>3.2.</b> Çalışmaya ait iş ve zaman çizelgesi (Ankara, 2016)	55
<b>4.1.</b> Çalışmaya katılan Suriyeli sığınmacıların bazı sosyodemografik özelliklerine göre dağılımı (Ankara, 2016)	57
<b>4.2.</b> Çalışmaya katılan sığınmacıların; Suriye’de ikamet ettikleri yerleşim yerleri, halen Suriye’de birinci derece akrabalarının olma durumu ve daha önce sığınma kampında kalma durumu ile ilgili özelliklerin dağılımı (Ankara, 2016)	59
<b>4.3.</b> Çalışmaya katılan Suriyeli sığınmacıların Ankara’da ikamet ettikleri mahalle, Ankara’ya gelmeden başka ülke ya da ilde ikamet etme durumu ve Türkiye’ye geliş yılı ile ilgili özelliklerin dağılımı (Ankara, 2016)	60
<b>4.4.</b> Çalışmaya katılan Suriyeli sığınmacıların yaşadıkları hanenin uygunluğu ile ilgili bazı özelliklerin dağılımı (Ankara, 2016)	61
<b>4.5.</b> Çalışmaya katılan sığınmacıların Türkiye ve Suriye’de çalışma durumu ve yaptıkları işle ilgili özelliklerin dağılımı (Ankara, 2016)	62
<b>4.6.</b> Çalışmaya katılan sığınmacıların Türkiye ve Suriye’deki ekonomik durumu ile ilgili bazı özelliklerin dağılımı (Ankara, 2016)	64
<b>4.7.</b> Çalışmaya katılan Suriyeli sığınmacıların Türkiye’de herhangi bir yerden ekonomik yardım alma ile ilgili bazı özelliklerine göre dağılımı (Ankara, 2016)	65
<b>4.8.</b> Çalışmaya katılan Suriyeli sığınmacıların milliyet ve dini inançla ilgili bazı düşüncelerinin dağılımı (Ankara, 2016)	66
<b>4.9.</b> Çalışmaya katılan Suriyeli sığınmacıların Türkiye’deki sosyal uyumu ile ilgili bazı özelliklerin dağılımı (Ankara, 2016)	67
<b>4.10.</b> Çalışmaya katılan Suriyeli sığınmacılar ile çocuklarının Türkiye’de ayrımcılığa maruz kalma durumu ile ilgili bazı özelliklerinin dağılımı (Ankara, 2016)	68
<b>4.11.</b> Çalışmaya katılan Suriyeli sığınmacıların tütün, alkol ve madde kullanımı ile ilgili bazı özelliklerinin dağılımı (Ankara, 2016)	69
<b>4.12.</b> Çalışmaya katılan Suriyeli sığınmacıların genel sağlık durumu ile ilgili bazı özelliklerinin dağılımı (Ankara, 2016)	72
<b>4.13.</b> Çalışmaya katılan Suriyeli sığınmacıların ve ailelerinin ruh sağlığı durumu ile ilgili bazı özelliklerinin dağılımı (Ankara, 2016)	73
<b>4.14.</b> Çalışmaya katılan Suriyeli sığınmacıların Türkiye’de başvurdukları sağlık hizmetleri ile ilgili bazı özelliklerin dağılımı (Ankara, 2016)	75

- 4.15. Çalışmaya katılan Suriyeli sığınmacıların Türkiye’deki sağlık hizmetlerinden memnuniyet derecesi ve nedenlerine göre dağılımı (Ankara, 2016) 77
- 4.16. Çalışmaya katılan Suriyeli sığınmacıların Türkiye’de sağlık hizmetlerine erişimleri ve erişimi etkileyen bazı özelliklerin dağılımı (Ankara, 2016) 78
- 4.17. Çalışmaya katılan Suriyeli sığınmacıların Türkiye’de ruh sağlığı hizmeti ihtiyaçları, hizmetlere başvuru ve hizmetlere erişimlerini etkileyen bazı özelliklerinin dağılımı (Ankara, 2016) 79
- 4.18. Çalışmaya katılan Suriyeli sığınmacıların ruh sağlığı hizmetlerine erişimi kolaylaştırmak için önerileri (Ankara, 2016) 80
- 4.19. Çalışmaya katılan Suriyeli sığınmacıların yaşadıkları travmatik olayların dağılımı (Ankara, 2016) 81
- 4.20. Çalışmaya katılan Suriyeli sığınmacıların yaşadıkları travma tipi sayılarının dağılımı (Ankara, 2016) 83
- 4.21. Çalışmaya katılan Suriyeli sığınmacıların kendilerini **en fazla** etkileyen ve **en fazla** korktukları travmaların dağılımı (Ankara, 2016) 84
- 4.22. Çalışmaya katılan Suriyeli sığınmacıların Türkiye’de kendilerini **en fazla** etkileyen travmaların dağılımı (Ankara, 2016) 85
- 4.23. Çalışmaya katılan Suriyeli sığınmacıların Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçek puanlarının dağılımı (Ankara, 2016) 86
- 4.24. Çalışmaya katılan Suriyeli sığınmacılarda olası depresyon ve travma sonrası stres bozukluğu düzeylerinin dağılımı (Ankara, 2016) 87
- 4.25. Çalışmaya katılan Suriyeli sığınmacıların bazı sosyodemografik özelliklerine göre depresyon ve travma sonrası stres bozukluğu yüzde dağılımı (Ankara, 2016) 89
- 4.26. Çalışmaya katılan sığınmacıların halen ve Suriye’de ikamet ettikleri yerleşim yerleri ve Türkiye’ye geliş süreci ile ilgili bazı özelliklerine göre depresyon ve travma sonrası stres bozukluğu yüzde dağılımı (Ankara, 2016) 91
- 4.27. Çalışmaya katılan Suriyeli sığınmacıların yaşadıkları hane özelliklerine göre depresyon ve travma sonrası stres bozukluğu yüzde dağılımı (Ankara, 2016) 92
- 4.28. Çalışmaya katılan sığınmacıların Türkiye ve Suriye’deki ekonomik durumu ile ilgili bazı özelliklerine göre depresyon ve travma sonrası stres bozukluğu yüzde dağılımı (Ankara, 2016) 93
- 4.29. Çalışmaya katılan Suriyeli sığınmacıların dini inanç ve milliyetle ilgili bazı düşüncelerine göre depresyon ve travma sonrası stres bozukluğu yüzde dağılımı (Ankara, 2016) 95

<b>4.30.</b> Çalışmaya katılan Suriyeli sığınmacıların Türkiye'deki sosyal ilişkileri ile ilgili bazı özelliklerine göre depresyon ve travma sonrası stres bozukluğu yüzde dağılımı (Ankara, 2016)	96
<b>4.31.</b> Çalışmaya katılan Suriyeli sığınmacıların tütün kullanımı ile ilgili bazı özelliklerine göre depresyon ve travma sonrası stres bozukluğu yüzde dağılımı (Ankara, 2016)	98
<b>4.32.</b> Çalışmaya katılan Suriyeli sığınmacıların genel sağlık durumu ile ilgili bazı özelliklerine göre depresyon ve travma sonrası stres bozukluğu yüzde dağılımı (Ankara, 2016)	99
<b>4.33.</b> Çalışmaya katılan Suriyeli sığınmacıların ve ailelerinin ruh sağlığı durumu ile ilgili bazı özelliklerine göre depresyon ve travma sonrası stres bozukluğu yüzde dağılımı (Ankara, 2016)	100
<b>4.34.</b> Çalışmaya katılan Suriyeli sığınmacıların Türkiye'de son bir yılda sağlık hizmetlerine başvurma durumuna göre depresyon ve travma sonrası stres bozukluğu yüzde dağılımı (Ankara, 2016)	101
<b>4.35.</b> Çalışmaya katılan Suriyeli sığınmacıların Türkiye'de sağlık hizmetlerinden memnuniyeti ve sağlık hizmetlerine erişim durumlarına göre depresyon ve travma sonrası stres bozukluğu yüzde dağılımı (Ankara, 2016)	102
<b>4.36.</b> Çalışmaya katılan Suriyeli sığınmacıların Türkiye'de ruh sağlığı hizmeti alma ihtiyacı ve ruh sağlığı hizmet başvurusu durumlarına göre depresyon ve travma sonrası stres bozukluğu yüzde dağılımı (Ankara, 2016)	103
<b>4.37.</b> Çalışmaya katılan Suriyeli sığınmacıların Harvard Travma Anketinde belirtilen travmaları yaşama durumlarına göre depresyon ve travma sonrası stres bozukluğu yüzde dağılımı (Ankara, 2016)	104
<b>4.38.</b> Çalışmaya katılan Suriyeli sığınmacıların yaşadıkları travma tipi sayısına göre depresyon ve travma sonrası stres bozukluğu yüzde dağılımı (Ankara, 2016)	111
<b>4.39.</b> Yaşanmış travma tipi sayısının depresyon ve travma sonrası stres bozukluğu ölçek puanları ile korelasyonu (Ankara, 2016)	112
<b>4.40.</b> Çalışmaya katılan Suriyeli sığınmacıların algılanan sosyal destek ölçek puan düzeylerine göre depresyon ve travma sonrası stres bozukluğu yüzde dağılımı (Ankara, 2016)	114
<b>4.41.</b> Algılanan sosyal destek ölçek puanının depresyon ve travma sonrası stres bozukluğu ölçek puanları ile korelasyonu (Ankara, 2016)	115
<b>4.42.</b> Çalışmaya katılan Suriyeli sığınmacılarda depresyonla ilişkili bulunan etmenler: çok değişkenli lojistik regresyon modellemesi (Ankara, 2016)	118
<b>4.43.</b> Çalışmaya katılan Suriyeli sığınmacılarda travma sonrası stres bozukluğu ile ilişkili bulunan etmenler: çok değişkenli lojistik regresyon modellemesi (Ankara, 2016)	120

- 4.44.** Çalışmaya katılan Suriyeli sığınmacıların bazı sosyodemografik özelliklerine göre Türkiye’de sağlık hizmetlerine erişimleri ve son bir yılda sağlık hizmeti kullanımlarının dağılımı (Ankara 2016) 123
- 4.45.** Çalışmaya katılan Suriyeli sığınmacıların halen ve Suriye’deki ekonomik durumu ile ilgili bazı özelliklerine göre Türkiye’de sağlık hizmetlerine erişimleri ve son bir yılda sağlık hizmeti kullanımlarının dağılımı (Ankara, 2016) 125
- 4.46.** Çalışmaya katılan Suriyeli sığınmacıların Türkiye’de sosyal uyumları ile ilgili bazı özelliklerine göre Türkiye’de sağlık hizmetlerine erişimleri ve son bir yılda sağlık hizmeti kullanımlarının dağılımı (Ankara 2016) 126
- 4.47.** Çalışmaya katılan Suriyeli sığınmacıların genel sağlık durumları ile ilgili bazı özelliklerine göre Türkiye’de sağlık hizmetlerine erişimleri ve son bir yılda sağlık hizmeti kullanımlarının dağılımı (Ankara, 2016) 127
- 4.48.** Çalışmaya katılan Suriyeli sığınmacıların yaşadıkları travma tipi sayısı ve ruh sağlığı durumları ile ilgili bazı özelliklerine göre Türkiye’de sağlık hizmetlerine erişimleri ve son bir yılda sağlık hizmeti kullanımlarının dağılımı (Ankara, 2016). 128
- 4.49.** Çalışmaya katılan Suriyeli sığınmacıların Türkiye’de başvurdukları sağlık hizmetleri ile ilgili görüşlerine göre sağlık hizmetlerine erişimleri ve sağlık hizmeti kullanımlarının dağılımı (Ankara, 2016) 129
- 4.50.** Çalışmaya katılan Suriyeli sığınmacıların Türkiye’de sağlık hizmetlerine erişebilme durumlarına göre sağlık hizmeti kullanımlarının dağılımı (Ankara, 2016) 129
- 4.51.** Çalışmaya katılan Suriyeli sığınmacıların sağlık hizmetlerine erişimleri ile ilişkili faktörleri belirlemeye ilişkin çok değişkenli lojistik regresyon modellemesi (Ankara, 2016) 130
- 4.52.** Çalışmaya katılan Suriyeli sığınmacıların sağlık hizmeti kullanımları ile ilişkili faktörleri belirlemeye ilişkin çok değişkenli lojistik regresyon modellemesi (Ankara, 2016) 131

## 1. GİRİŞ

1951 Cenevre Sözleşmesi “mülteci” kavramını “dini, ırkı, tabiyeti, belli bir toplumsal gruba mensubiyeti veya siyasi düşünceleri yüzünden, zulme uğrayacağından haklı sebeplerle korktuğu için vatandaşı olduğu ülkenin dışında bulunan ve bu ülkenin korumasından yararlanamayan ya da söz konusu korku nedeniyle yararlanmak istemeyen kişi” olarak tanımlamıştır (1). Gönüllü ya da ekonomik göçmenler isteyerek, daha iyi bir yaşam arayışı için ikinci bir ülkeye göç ederken, mülteciler çeşitli baskı ve korkular nedeniyle ülkelerini terk etmeye mecbur kalan zorunlu göçmen grupları arasında yer alırlar. Mültecilerle ekonomik göçmenler arasındaki en önemli fark ise mültecilerin ekonomik göçmenlere sağlanan devlet korumasından yararlanamamasıdır (2). “Sığınmacı” kavramı ise yine “zorunlu nedenlerle ülkesini terk ederek başka bir ülkeye gidip mülteci olmak için talepte bulunan ve sığınma talebinde bulunduğu ülkenin kararını bekleyen kişi” olarak ifade edilmektedir (3).

Türkiye, 2013 yılında kabul edilen 6458 sayılı Yabancılar ve Uluslararası Koruma Kanunu ile uluslararası korumayı “şartlı mülteci”, “mülteci”, “ikincil koruma” ve “geçici koruma” statüleri olmak üzere dörde ayırmaktadır (4). Bu yasada geçici koruma statüsü, “ülkesinden ayrılmaya zorlanmış, ayrıldığı ülkeye geri dönemeyen, acil ve geçici koruma bulmak amacıyla kitlesel olarak sınırlarımıza gelen veya sınırlarımızı geçen yabancılara geçici koruma sağlanabilir” şeklinde belirtilmiştir (4). Yabancılar ve Uluslararası Koruma Kanununa dayandırılarak 2014’de oluşturulan Geçici Koruma Yönetmeliği ile 28.4.2011 tarihinden itibaren Suriye Arap Cumhuriyeti’nden Türkiye’ye sığınan ve kayıt olan herkese geçici koruma statüsü verilmiştir (5).

Günümüzde göç, en acil küresel sorunlardan birisi haline gelmiştir. Birleşmiş Milletler Mülteciler Yüksek Komiserliğinin (BMMYK) 2019 verilerine göre dünyada 68,5 milyon kişi zulüm, çatışma, şiddet ya da insan hakları ihlalleri sonucunda zorla yerinden olmuştur. Dünyadaki mülteci ve sığınmacı sayısı ise eşi görülmemiş şekilde artarak 2019 yılında 28,5 milyona çıkmıştır (6). Bugün mültecilerin geldiği menşe ülkelerin başında Suriye gelmektedir. BMMYK’ye göre Mayıs 2019 tarihi itibarıyla Suriye’deki savaş nedeniyle başka ülkelere sığınan yaklaşık 5,6 milyon mülteci

bulunmaktadır (7). Türkiye, resmi kayıtlara göre 2019 yılı itibariyle kayıtlı 3,6 milyon Suriyeli sığınmacıya ev sahipliği yaparak en fazla sığınmacı bulunduran ülkedir (8).

Savaş nedeniyle ülkesini terk etmek zorunda kalan mülteci ve sığınmacıların işkence ve şiddet yaşama ya da tanıklık etme, aile üyelerinden birinin kaybı, gözaltına alınma, tehdit altında yaşama, mülkiyetini kaybetme ve cinsel istismara uğrama gibi ciddi travmalar yaşadıkları bilinmektedir (9, 10). Bununla birlikte mültecilerin sığındıkları ülkelerde yaşadıkları dil engeli, kültürel engeller, işsizlik, yoksulluk, barınma sorunları, izolasyon, ailenin parçalanması, karşılanmayan beklentiler, eğitim ve sağlık hizmetlerine erişememe gibi pek çok sorun ile karşı karşıya kalması mültecilerde ciddi ruh sağlığı sorunlarının oluşmasına neden olmaktadır (3, 10, 11). Yapılan çalışmalarda mülteciler arasında en sık görülen ruh sağlığı sorunlarının depresyon, travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) ve diğer kaygı bozuklukları olduğu görülmüştür (9, 11-13).

Mültecilerle yapılan çalışmalarda hem depresyon hem de TSSB prevalansının büyük farklılıklar gösterdiği görülmüştür. Savaştan etkilenen mültecilerle yapılan çalışmaları içeren bir sistematik derlemede, depresyon prevalansının %2,3-80,0, TSSB prevalansının ise %4,4-%86,0 arasında değiştiği belirlenmiştir (11). Başka bir meta analiz çalışmasında ise depresyon ve TSSB prevalansının sırasıyla %3,0-%85,5 ve %0-%99,0 arasında değiştiği belirlenmiştir (13). Çalışmalar arasındaki bu prevalans farklarının çalışma tasarımı, çalışmada kullanılan tanı yöntemi, çalışma örneklemi ve büyüklüğü gibi metodolojik faktörlerin yanı sıra mültecilerin işkenceye maruz kalması, yerinden edilme süreleri, çalışmanın yapıldığı yaş grupları ve çalışmanın yapıldığı etnik grup gibi nedenlerden kaynaklandığı belirtilmiştir (13). Sistematik derleme ve meta-analiz çalışmalarında, güçlü deseni olan ve daha büyük gruplarda çalışılan yüksek nitelikli çalışmalarda depresyon ve TSSB prevalansının daha düşük olduğu da öne sürülmüştür (11, 13, 14). Batı ülkelerine yerleşen mültecilerde depresyon ve TSSB düzeyini inceleyen bir sistematik derleme çalışmasında yer alan, geniş örnekleme ve güçlü deseni olan çalışmalarda depresyon prevalansı %5 (%99 Güven Aralığı (GA): %4-6), TSSB prevalansı ise %9 (%99 GA: %8-10) olarak belirtilmiştir (14). Bogic ve ark. (15) tarafından Almanya, İtalya ve Birleşik Krallık'ta ortalama 9,3 yıldır yaşayan eski Yugoslavya mültecileri ile yapılan çalışmada depresyon nokta prevalansı %15,6, TSSB prevalansı ise %33,1 bulunmuştur. Marshall



ve ark. (16) tarafından ABD’de 20-22 yıldır yaşayan Kamboçyalılarla yapılan bir başka çalışmada ise depresyon ve TSSB prevalansı sırası ile %51,0 ve %62,0 bulunmuştur. Lübnan’da Suriyeli mültecilerle yapılan iki farklı çalışmada TSSB prevalansı %27,2, depresyon prevalansı %43,9 olarak bulunmuştur (17, 18). Gaziantep’te Alpak ve ark. (9) tarafından bir çadır kentte Suriyeli mültecilerle yapılan çalışmada ise TSSB prevalansı %33,5 bulunmuştur.

Sığınmacılarda yapılan çalışmalarda depresyon ve TSSB ile ilişkili çeşitli faktörler bulunmuştur. Bu faktörler; (1) demografik faktörler, (2) savaşla ilişkili faktörler (göç öncesi ve göç sırasındaki faktörler), (3) göç sonrası faktörler olmak üzere temel olarak üç kategoride sınıflandırılabilir (11).

**Sosyodemografik faktörler:** Yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, yerleşim yeri ve bireyin kendisinde veya ailesinde başka psikiyatrik bozukluk öyküsü, TSSB ve depresyon ile ilişkili bulunan sosyodemografik faktörler olarak ön plana çıkmaktadır (10, 11). Porter ve Haslam (10), mülteciler ve yerinden edilmiş kişiler konusunda yaptıkları meta-analiz çalışmasında yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, yerleşim yeri ile TSSB arasında güçlü bir ilişki olduğunu belirtmişlerdir. Genellikle 65 yaş ve üzeri kişilerin ruhsal durumunun erişkinlere göre daha kötü, çocuk ve adölesanların ise erişkinlere göre daha iyi olduğunu göstermişlerdir. Aynı şekilde kadınların, eğitim düzeyi düşük olanların ve kırsal bölgede yerinden olanların ruhsal durumlarının daha kötü olduğunu belirtmişlerdir. Eytan ve ark. (19)’nın Kosova Savaşından iki yıl sonra Kosova’da yaşayan Arnavutlarda yaptıkları çalışmada kadın olmak ve ileri yaş, TSSB ile ilişkili bulunmuş, düşük eğitim düzeyi ise ikili analizlerde ilişkili bir faktör olarak bulunmasına rağmen, çok değişkenli analizlerde ilişkili bulunamamıştır. Alpak ve ark. (9)’nın Gaziantep’te sığınma kampında yaşayan Suriyelilerle yaptıkları çalışmada TSSB ile cinsiyet, meslek, kendisi ya da aile geçmişinde ruhsal bir hastalığın olması arasında anlamlı ilişki bulunurken, eğitim düzeyi ve yaş ile ilişki bulunamamıştır. Bogic ve ark. (11) ise yaptıkları sistematik derleme çalışmasında demografik faktörlerle (yaş, cinsiyet, eğitim) ruhsal hastalıklar arasında gerçek bir ilişkinin olmadığını belirtmişlerdir. Yapılan çalışmalarda ikili analizlerde kadın olmak, ileri yaş ve düşük eğitim düzeyi ruhsal hastalıklar ile ilişkili faktörler olarak görülmelerine rağmen çok değişkenli analizlerde bu ilişkinin önemli ölçüde kaybolduğu ifade edilmiştir.

**Çatışmalar ve savaşa ilişkili faktörler:** Çatışma ya da savaş yaşayan mültecilerin, ölüme kadar varan ciddi fiziksel, psikolojik ve cinsel travma riski ile karşı karşıya kaldıkları bilinmektedir (20). Yapılan çalışmalarda mültecilerin yaşadığı travma sayısı, yaşadıkları travmanın türü, işkenceye maruz kalma, yakın aile bireylerini kaybetme gibi faktörler TSSB ve depresyonu belirleyen en önemli faktörler olarak bulunmuştur (9, 11, 13, 19-23). Steel ve ark. (13)'ün savaş travmasına maruz kalan mülteciler ve yerinden edilenlerle yaptıkları meta-analiz çalışmasında, hem TSSB hem de depresyonla ilişkili bulunan en önemli faktörün işkence olduğu belirlenmiştir. Eytan ve ark. (19)'ün yaptığı çalışmada silahlı çatışma içinde bulunma, ölüm tehlikesi, birinin öldüğünü görme, yakın arkadaş ve aile bireylerinden birinin doğal olmayan kaybı ve ailesinden ayrı kalmaya zorlanmanın TSSB ile güçlü bir şekilde ilişkili oldukları belirtilmiştir. ABD'de Kamboçyalı mültecilerle yapılan bir çalışmada yaşanan travma sayısı ve savaşta yakın aile üyelerinden birini kaybetme TSSB ve depresyonla en fazla ilişkili bulunan faktörler olmuştur. Aynı zamanda, TSSB ve depresyon tanısı alanlarda aile bireylerini kaybetme yüzdesi yüksek bulunmuştur (21).

**Göç sonrası faktörler:** İşsizlik, maddi sorunlar, bulunduğu ülkenin dilini iyi bilmeme, sosyal desteğin olmaması hem depresyon hem de TSSB ile en fazla ilişkili bulunan göç sonrası faktörler olarak belirlenmiştir (9-11, 21). ABD'de bulunan Kamboçyalı mültecilerle yapılan bir çalışmada katılımcılar, ABD'de buldukları ilk yıl içinde en çok karşılaştıkları stres faktörleri; İngilizce dil yeterliliklerinin olmaması (%77), geride bıraktıkları aile üyeleri ile ilgili endişeler (%63) ve ulaşım problemleri (%62) olarak sıralamışlardır. Son bir yıl içinde en çok karşılaştıkları stres faktörleri ise ABD'deki gelecekleri (%27), sağlıkla ilgili endişeler (%26), Kamboçya'da bıraktıkları aileleri ile ilgili endişeler (%24) ve maddi endişeler (%23) olarak sıralamışlardır (21). Almanya, İtalya ve Birleşik Krallıkta yaşayan eski Yugoslavya savaş mültecileri ile yapılan bir çalışmada göç sonrası maruz kalınan ortalama stres sayısı ve geçici yerleşim yerinde kalmak TSSB ile ilişkili bulunmuştur (15). Porter ve Halam (10)'ün yaptıkları meta-analiz çalışmasında, mültecilerin kaldıkları yer ve ekonomik fırsatlar ruhsal durumları ile ilişkili bulunmuştur. Göç sonrası kalıcı yerleşim yerinde kalma, ekonomik statüsünü koruma, çalışma hakkı ve iş bulma gibi ekonomik fırsatların olmasının, ruh sağlığı sorunları için önemli koruyucu faktörler olduğu belirlenmiştir.

Mültecilerde TSSB ve depresyonla ilişkili bulunan diğer önemli bir faktör ise göç sonrasında sosyal destek alıp almamalarıdır. Yapılan çalışmalarda sosyal desteğin hem TSSB hem de depresyon için önemli bir koruyucu faktör olduğu ortaya çıkmıştır (11, 24, 25). ABD’de Vietnamlı mültecilerle yapılan bir çalışmada, mültecilerin hem aynı etnik ağ (eş, arkadaş ve aile) hem de Amerika’daki iletişim ağları (Amerikalı arkadaşlarından alınan sosyal destek) içerisinde aldıkları sosyal desteğin depresyon ve anksiyetenin azaltılmasında önemli bir faktör olduğu belirlenmiştir (25). Benzer bir şekilde Kanada’da Simich ve ark. (24)’nın Vietnamlı mültecilerle yaptıkları çalışmada da sosyal desteğin mültecilerin ruh sağlığına önemli katkı yaptığı saptanmıştır.

### **Ruh sağlığı hizmet kullanımı**

Mültecilerde ruh sağlığı sorunları çok fazla görülmesine rağmen çeşitli engeller nedeniyle ruh sağlığı hizmetlerinden genel topluma göre daha az kullandıkları bilinmektedir (26, 27). Kanada’da Etiyopyalı göçmenlerle yapılan çalışmada göçmenlerin ruh sağlığı hizmeti ihtiyaçları daha fazla olduğu halde ruh sağlığı hizmetlerine daha az başvurdukları belirtilmiştir. Ayrıca göçmen ve sığınmacıların ruh sağlığı sorunları için sağlık personelinin (%5) çok geleneksel iyileştiriciler ve dini liderlere (%8) başvurdukları belirtilmiştir (28). Hollanda’da hem mülteci hem de Hollanda asıllı gençleri kapsayan geniş örneklemli bir çalışmada mültecilerin %57,8’inin ruh sağlığı hizmeti ihtiyacı olduğu belirlenirken, Hollanda asıllılarının sadece %8,2’sinin ruh sağlığı hizmeti ihtiyacı olduğu saptanmıştır. Ayrıca mültecilerin yaklaşık %13’ü ruh sağlığı hizmeti kullandığını belirtirken, Hollanda asıllılarının yaklaşık %16’sı ruh sağlığı hizmeti kullandığını belirtmiştir. Aynı çalışmada mültecilerin karşılanmayan ruh sağlığı hizmeti ihtiyacı %48,7, Hollandalıların %4,5 olarak hesaplanmıştır (29).

Mültecilerin buldukları ülkenin dilini iyi bilmemeleri, ruh sağlığı hizmetleri konusunda bilgi eksikliklerinin olması, ruh sağlığı problemlerini ve şiddetini fark edememeleri, damgalama, güvenle ilişkili sorunlar, ulaşım ve maddi sorunlar ve kültürel faktörler literatürde mültecilerin ruh sağlığı hizmetlerini kullanmama nedenleri olarak belirtilmiştir. Ayrıca ruh sağlığı hizmetlerine erişimin zor olması, hizmetlerin pahalı olması ve uzun süre bekleme süreleri gibi hizmet sunumu ile ilgili faktörlerin de mültecilerin ruh sağlığı hizmetlerini kullanmalarını engelleyen faktörler

arasında olduğu belirlenmiştir. Bunun yanı sıra ev sahibi ülkelerin damgalayıcı ya da ayırıcı tutumları, mültecilere yönelik katı politikalar ve uygulamalar da mültecilerin ruh sağlığı hizmetlerine erişimini ciddi anlamda etkilemektedir (26, 28, 30, 31).

### **Genel sağlık hizmeti kullanımı ve sağlık hizmetlerine erişim**

Mülteci ve sığınmacılarla yapılan pek çok çalışmada dil ve kültürel engeller, sağlık hizmetlerinin maliyet açısından karşılanabilir olmaması, mültecilere karşı ayrımcılık, sağlık personelinin olumsuz tutumu ve sağlık hizmetlerinin nereden ve nasıl alınacağı ile ilgili bilgi eksikliği gibi faktörler nedeniyle sığınmacıların sağlık hizmetlerine erişemedikleri ve yeterince sağlık hizmeti kullanmadıkları belirtilmiştir (32, 33). Kenya'da mültecilerle yapılan çalışmada katılımcıların %23'ü hasta olduğu halde herhangi bir sağlık hizmetine başvurmadığını belirtmiştir. Sağlık hizmetine başvurmayanların yaklaşık yarısı ekonomik sorunlar/engeller nedeniyle sağlık hizmetine başvurmadığını belirtmiştir (34). Ürdün'de Suriyeli mülteciler yapılan çalışmada da benzer şekilde sağlık hizmetleri ile ilgili maliyetlerin mültecilerin sağlık hizmeti kullanımları önündeki en önemli engel olduğu belirtilmiştir (35).

Türkiye'de Suriyeli sığınmacıların sağlık hizmetlerine erişimi ve sağlık hizmeti kullanımları ile ilgili yapılan sınırlı sayıdaki çalışmalar; kamplarda sığınmacılara iyi düzeyde sağlık hizmeti sunulduğu ve sağlık hizmeti kullanım düzeylerinin yüksek olduğunu göstermekle birlikte kamp dışındaki toplumun dil farklılığı ve kayıt dışılık nedeniyle sağlık hizmetlerine erişimle ilgili sorunlar yaşadıkları belirtilmektedir (36). Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığı'nın (AFAD) Türkiye genelinde 2013 yılında, yaptığı çalışmada kamplarda yaşayan sığınmacıların %90,7'si sağlık hizmeti kullanırken, kamp dışında yaşayan sığınmacıların %59,5'inin sağlık hizmeti kullandığı belirtilmiştir (37). İstanbul ve İzmir'de Suriyeli sığınmacılarla yapılan iki çalışmada sığınmacıların Türkiye'de sağlık hizmetlerine başvuru yüzdesi sırası ile %62,6 ve %53,9 bulunmuştur (38, 39).

Türkiye, dünyada en çok sığınmacı barındıran ülkelerin başında gelmesine rağmen sığınmacılarda depresyon, TSSB ve diğer anksiyete (kaygı) bozukluklarını inceleyen çalışma sayısı çok azdır. Bu nedenle sığınmacılarda depresyon, TSSB ve diğer anksiyete bozukluklarının prevalansı ve bu sağlık sorunları ile ilişkili faktörler konusundaki bilgiler sınırlıdır. Bunun yanı sıra Türkiye'de sığınmacıların genel sağlık

ve ruh sağlığı hizmet kullanımları ve bu hizmetlere erişimleri konusunda da çok az şey bilinmektedir. Sağlık hizmeti sunucularının ve politika yapıcılarının sığınmacılara verilen ruh sağlığı hizmetleri konusundaki görüşleri ve bu konudaki önerileri, sığınmacılara yönelik ruh sağlığı hizmetlerinin geliştirilmesi açısından önemlidir.

Bu çalışmanın amacı;

1. Ankaranın iki mahallesinde yaşayan Suriyeli sığınmacılarda;
  - TSSB ve depresyon düzeyinin saptanması,
  - Bu hastalıkların ilişkili olduğu sosyodemografik ve göçle ilgili faktörlerin belirlenmesi,
  - Sığınmacıların genel sağlık ve ruh sağlığı hizmetlerini kullanım düzeyleri ve sağlık hizmeti kullanımları ile sağlık hizmetlerine erişimleri ile ilişkili etmenlerin saptanması,
2. Sığınmacılara verilen ruh sağlığı hizmetleri ile ilişkili
  - Hizmet sunucuların görüşlerinin belirlenmesi,
  - Sağlık Bakanlığı merkez ve taşra yöneticilerinin görüş ve önerilerinin saptanmasıdır.

## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. Savaş ve Çatışmaların Sağlık Üzerindeki Etkisi

1996 yılında yapılan Kırk Dokuzuncu Dünya Sağlık Asamblesinde şiddet; “dünya çapında önemli ve büyüyen bir halk sağlığı sorunu” olarak belirtilmiştir. Bunun akabinde de 2002 yılında Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) şiddetle ilgili kapsamlı ilk raporunu “Dünya Şiddet ve Sağlık Raporu” adıyla yayınlamıştır. DSÖ raporunda şiddeti uygulayanların özelliklerine göre kendine yönelik şiddet, kişiler arası şiddet ve kolektif şiddet olmak üzere üç ana kategoriye ayırmıştır (40, 41).

Kolektif şiddet kendisini bir grubun üyesi olarak gören kişilerin şiddeti sosyal, politik, ekonomik ve ideolojik amaçları için başka kişi ve gruplara karşı bir araç olarak kullanmasıdır. DSÖ raporunda; silahlı çatışma (savaş gibi), devlet destekli şiddet (soykırım, baskı, işkence) ve örgütlü suçlar (çete ve eşkıyalık) kolektif şiddet olarak belirtilmiştir (41). Şüphesiz bu grupların içerisinde en önemlisi ve en çok karşılaşılanları savaş ve çatışmalardır.

Savaş ve çatışmaların halk sağlığı üzerinde doğrudan ve dolaylı etkileri bulunmaktadır. Savaş sırasında bombalama ve çatışmalara bağlı olarak yüksek oranda insanların ölümüne ve yaralanmasına neden olan doğrudan etkilerinin yanı sıra savaş süresince yeterli ve temiz suya erişememe, sanitasyonun olmaması, yoksulluk, sağlık hizmetlerinin bozulması, bulaşıcı hastalıklar, neonatal nedenler ve ruhsal sorunlar gibi nedenlerden kaynaklı mortalite ve morbiditenin çok daha yüksek olduğu düşünülmektedir (42, 43).

Savaş ve çatışmaların sağlık üzerindeki diğer önemli dolaylı etkisi de çok fazla mülteci, sığınmacı ve yerinden edilmiş kişi yaratmasıdır. Bugün dünya genelinde 25,4 milyon mülteci, 3,1 milyon sığınmacı ve 40 milyon da ülke içerisinde yerinden edilmiş olmak üzere toplam 68,5 milyon kişi zulüm, savaş ve çatışmalar nedeniyle zorla yerinden edilmiştir (8). Mültecilerin gittikleri ülkelerin de genellikle az gelişmiş olmaları gittikleri yerlerde önemli zorluklarla karşılaşmalarına neden olmaktadır. Savaş ve çatışmalar nedeniyle kendi evini terk etmek zorunda kalıp ülkenin başka yerlerine yerleşen kişilerin durumu ise mültecilerden çok daha zordur. Bunların buldukları ülkelerdeki savaş ve çatışmalar devam ettiği için genellikle barınma,

gıda, temiz su, sağlık hizmetleri ve diğer temel ihtiyaçlara erişimleri kolay değildir (43).

Yirmi birinci yüzyılda silahlı çatışmalar büyük ölçüde iç savaflara dönüşmüştür. 2001-2010 yılları arasında 69 silahlı çatışma yaşanmıştır. 2014 yılında aktif olan 41 silahlı çatışma, 2015 yılında 50'ye çıkmıştır. Bunların sadece bir tanesi iki ülke arasında devam ederken diğerleri iç çatışma şeklinde devam etmektedir. Meydana gelen bu silahlı çatışmalardan en önemlisi, büyük oranda savaşla ilişkili ölümün yanı sıra milyonlarca insanın evini ve ülkesini terk etmek zorunda kalarak sığınmacı ya da zorla yerinden edilmiş kişi konumuna getiren halen devam eden Suriye'deki iç çatışmadır (43, 44).

## **2.2. Suriye'deki İç Çatışma ve Sağlık Etkisi**

Suriye'de Mart 2011 yılında başlayan gösteriler hızla silahlı çatışmalara dönüşerek 2012 yılından itibaren en önemli ölüm nedeni haline gelmiştir. İnsan Hakları İzleme Örgütü (Human Rights Watch) verilerine göre yaklaşık yarım milyon insan savaşın doğrudan etkileri sonucu hayatını kaybetti (45). Bir milyonun üzerinde insan ise savaşta yaralandı (46). Suriye'de hala 12,8 milyona yakın insan sağlık ve insani yardıma, 5,2 milyon insan ise acil insani yardıma ihtiyaç duymaktadır (47).

Savaşın doğrudan yol açtığı mortalite artışının yanı sıra kötü sanitasyon ve sağlık sisteminin ciddi şekilde zarar görmesi nedeniyle çatışmanın dolaylı etkilerine bağlı mortalitede de ciddi artış olduğu bilinmektedir. Aralık 2014 itibariyle ülkedeki kamu hastanelerinin %20'si tamamen fonksiyonsuz kalırken, %35'inin sadece kısmi olarak işlev gördüğü belirtilmektedir (48).

Sonuç olarak; Suriye'deki kriz ölüm oranlarında ciddi artışa neden olarak kaba ölüm hızı, çocukluk mortalitesi, doğuştan beklenen yaşam süresi gibi sağlık göstergelerinin ciddi şekilde bozulmasına neden olmuştur. Kaba ölüm hızı kriz öncesi 2010'da binde 4,4 iken, 2014 yılında binde 10,9'a ulaşarak doğrudan ya da dolaylı olarak nüfusun %1,4'ünün ölümüne neden olmuştur. Çocukluk mortalitesi yaklaşık yüzde 11,4'e ulaşırken, kadın ölümleri toplam ölümler içerisinde %12'ye ulaşmıştır. Ölüm oranlarındaki artışla birlikte özellikle erkeklerde olmak üzere tüm yaş gruplarında doğumda beklenen yaşam süresinde de ciddi oranda düşüş göstermiştir. Doğumda erkeklerde beklenen yaşam süresi 2010 yılında 69,7 iken 2014'te 48,2'ye

ve 2015 yılında 48,4'e düşmüştür. Kadınlarda beklenen yaşam süresi ise 2010'da 72 iken 2014'te 64,8, 2015'te 65'e düşmüştür (49).

### **2.3. Sığınmacılar/Mülteciler ve Sağlık**

Daha önce belirtildiği gibi savaş ve çatışmaların insan sağlığı üzerindeki en önemli etkilerinden biri de insanların evlerini terk etmek zorunda kalarak mülteci ya da sığınmacı konumuna düşmeleridir.

Suriye iç çatışmasının başladığı 2011 yılından bu yana yaklaşık beş milyon Suriyeli; Türkiye, Ürdün, Lübnan, Irak ve Mısır'da sığınmacı durumuna düşmüştür. Bununla birlikte altı milyondan fazla kişi de Suriye içerisinde yerinden olmuştur. Türkiye üç milyondan fazla Suriyeli'ye ev sahibi yaparak dünyada en fazla sığınmacı bulunduran ülkedir. Bu yaklaşık Türkiye nüfusunun %3,5'ine denk gelmektedir (50). Türkiye'de bulunan sığınmacıların yalnızca 63.434'ü beş ilde kurulan yedi barınma merkezinde kalırken diğerleri barınma merkezleri dışında toplumla birlikte yaşamaktadır (8).

Mülteci ve sığınmacılar; dil ve kültürel engeller nedeniyle sağlık hizmetlerine erişememe, yoksulluk, işsizlik, ciddi travma yaşamaları, kalabalık yaşam koşullarında yaşama gibi nedenlerle sağlık sorunları açısından en savunmasız grupların içerisinde bulunmaktadır (2, 51). Tüm mülteci ve sığınmacılar gibi Suriyelilerin de yaşadıkları sağlık sorunları; bulaşıcı hastalıklar, kronik hastalıklar, üreme, anne ve çocuk sağlığı ile ilgili sorunlar ve ruh sağlığı sorunları olmak üzere dört grupta incelenebilir (51).

#### **2.3.1. Sığınmacılarda/Mültecilerde Bulaşıcı Hastalıklar**

Büyük çapta toplu nüfus hareketleri, aşı kıtlığı ve düşük aşı yüzdeleri, kalabalık yaşam koşulları, su ve sanitasyon hizmetlerinin yetersiz olması bulaşıcı hastalık riskini artırarak hem mültecilerin hem de mültecilerin gittikleri bölgelerdeki insanların sağlığını tehlikeye atmaktadır. Özellikle çocuk felci, kızamık ve tüberküloz gibi hastalıkların önlenmesi için yüksek aşılama oranlarına ulaşılması hayattır (51). Suriye'de 2011 yılı öncesinde %90'larda olan aşılama oranları çatışmaların başlaması ile birlikte 2014 yılında %52'lere kadar düşmüştür. Bu da aşı ile önlenebilir hastalıklardan kaynaklı çocukluk mortalite ve morbiditesinde önemli bir artışa neden olmuştur (52). Suriye'de 2013 yılında çıkan çocuk felci salgını ile hastalığın Orta



Doğuda tekrar yayılma riski ortaya çıkmış ve DSÖ hastalığı önlemek için partnerleri ile birlikte 8 ülkede 25 milyon çocuğu aşlamıştır (51).

### **2.3.2. Sığınmacılarda/Mültecilerde Kronik Hastalıklar**

Çeşitli faktörler nedeniyle sağlık durumlarında bozulma riski artan mülteci ve sığınmacılarda bulaşıcı olmayan hastalıkların yönetimi önemli bir sorundur. Birçok mülteci hipertansiyon, kardiyovasküler hastalıklar, diyabet ve kanserle mücadele etmekte ve bu hastalıklar uzun vadeli ve maliyetli tedavi gerektirmektedir. Ürdün’de yaşayan Suriyeli sığınmacıların %30’unun hipertansiyon ve diyabet gibi kronik bir hastalığı olduğu belirtilmiştir. Mısırda ziyaret edilen sığınmacı hanelerin %78’i birlikte yaşadıkları hane halkından en az birinin kronik bir hastalığı olduğunu belirtmiştir (51). 2015 yılında yayınlanan bir yazıda Suriyeli sığınmacıların uygun ilaç ve gıdaya erişememeleri nedeniyle diyabet ve kalp hastalıkları gibi kronik hastalıkların yönetiminde büyük sorunlar yaşadıkları belirtilmektedir (53). Sığınmacılara sağlık hizmeti sunan bir STK raporunda Suriye’deki savaş ve çatışmadan hayatını kaybedenlerden daha fazla Suriyelinin komşu ülkelerde kronik hastalıklar nedeniyle hayatını kaybettiğini belirtmiştir (54).

### **2.3.3. Sığınmacılarda/Mültecilerde Üreme, Anne ve Çocuk Sağlığı ile İlgili Sorunlar**

Sığınmacı ve mültecilerin üreme, anne ve çocuk sağlığı ile ilgili karşılaştığı temel zorluklar antenatal bakımın düşük olmasının yanı sıra prematüre ve düşük doğum ağırlığı oranının yüksek olmasıdır. Ayrıca güvenli suya sınırlı erişime bağlı olarak çocuklarda ishal, akut solunum yolu hastalığı, uygunsuz ve yetersiz emzirmeye bağlı çocuklarda akut malnütrisyon ve demir eksikliği gibi mikronütrient eksiklikleri de sık karşılaşılan sorunlardır (51, 55, 56). Avrupa’da yaşayan göçmen ve mültecilerle yapılan çalışmalarda normal topluma göre düşük doğum ağırlığı, prematüre doğum, konjenital malformasyonlar ve maternal mortalitenin daha fazla görüldüğü belirtilmiştir (56).

BMMYK 70.000 Suriyeli gebe sığınmacının maddi nedenlerle hayati önemde olan sağlık hizmetlerini alamadığı için güvenli olmayan doğum riski ile karşı karşıya olduğunu belirtmiştir (53, 57). Lübnan’da Suriyeli gebe sığınmacılarla yapılan

çalışmada Suriyeli gebelerin antenatal bakım standartlarını (sağlık kuruluşu başvuru sayısı, tetanos aşısı, gebelikle ilgili eğitim alma) karşılamadıkları belirtilmiştir (55).

#### 2.3.4. Sığınmacılarda/Mültecilerde Ruh Sağlığı Sorunları

Sığınmacı ya da mülteci deneyimleri göç öncesi, göç anı ve göç sonrası olmak üzere genel olarak üç aşamada toplanmaktadır. **Göç öncesi**; aile üyelerinin kaybı, ciddi şiddet olaylarına tanıklık etme, geçim kaynaklarını ve mülkiyetlerini kaybetme, toplumsal kargaşa, zorla ya da isteyerek şiddet olaylarına karışma gibi kişilerde ciddi travmaya neden olabilecek deneyimleri olmaktadır. **Göç** ile birlikte mülteciler belirsiz ve zorlu bir yolculuğa çıkmaktadır. Göç sırasında zorlu seyahat, mülteci kampları, gözaltı merkezleri mültecilerde ciddi travmatik strese neden olabilmektedir. **Göç sonrasında** ise geldikleri ülkelerde yeniden yerleşim, yabancı bir çevreye uyum, dil ve kültürel bariyerler gibi sorunlarla karşılaşmaktadırlar. Mültecilerin yaşadıkları tüm bu travmatik olaylar onlarda depresyon, TSSB ve diğer kaygı bozukluklarına neden olmaktadır (58).

Mültecilerle yapılan önemli bir sistematik derleme çalışmasında yaşa göre standardizasyon sağladıktan sonra yüksek TSSB oranının yerel nüfusa göre mültecilerde olma olasılığının on kat daha fazla olabileceğini göstermiştir (14). Norveç'te yapılan epidemiyolojik bir çalışmada göçmenlerde depresyon ve kaygı bozukluklarının yanı sıra karın ağrısı gibi bazı somatik şikâyetlerin Norveçlilere göre daha yaygın olduğu belirtilmiştir (59). Benzer bir şekilde Finlandiya'da yapılan çalışmada yerel topluma göre mültecilerde depresyon ve uyku bozukluklarının görülme riskinin 1,5-2 kat daha fazla olduğu tespit edilmiştir (60).

DSÖ, Suriyeli mültecilerin önemli bir kısmı yerinden olma, çatışma ortamından çıkma ve ev sahibi topluluğa entegrasyon eksikliği gibi ciddi travma yaşamaları nedeniyle acil ruh sağlığı hizmetlerine ihtiyaçlarının olduğunu ancak dil ve kültürel engeller ile hizmet veren kuruluşların eksikliği bu konudaki sorunları artırdığını belirtmiştir. Bu nedenle ev sahibi ülkelerin psikolojik destek hizmetlerinin öncelikli konu haline getirilmesi ve bu konuda özel çalışmaların yapılması gerektiği belirtilmiştir (61).

## 2.4. Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB)

TSSB, gerek olağan gerekse olağan dışı meydana gelen bir olay sonucunda kişide başa çıkabileceği düzeyin üzerinde travma oluşturarak kişinin fiziksel bütünlüğünü tehdit ederek, kişide dehşet duygusu yaratan ve onu çaresiz bırakan ruhsal bir bozukluk olarak tanımlanmaktadır. Travma sonucunda, irkilme, kaçınma, yeniden yaşama ve aşırı uyarılmışlık gibi ruhsal semptomlar ortaya çıkmakta ve kişinin sosyal ve mesleki işlevselliğinin bozulmasına neden olmaktadır (62).

Travmatik olayların ruh sağlığı üzerindeki etkileri çok eski zamanlardan beri bilinmektedir. 19.yy'da savaşılan askerlerde meydana gelen fiziksel ve zihinsel tükenmişliği belirtmek için "asker kalbi" terimi kullanılmıştır. Daha sonra tarihsel süreç içerisinde "irritabl kalp", "nostalji", kardiak nevrozu", "Da Costa sendromu" gibi farklı tanımlamalar kullanılmıştır. Birinci Dünya Savaşı sırasında siperde uzun süre bekleyen askerlerin yaşadıkları korku nedeniyle ortaya çıkan ruhsal belirtiler, "Şarapnel Şoku (Shell Shock)" olarak tanımlanmıştır (63-65).

TSSB için gerek yapılan isimlendirmeler gerekse de yapılan tanımlamalar ikinci dünya savaşından sonra gerçekçi ve açıklayıcı olmaya başlamıştır. II. Dünya savaşındaki deneyimler ve gözlemlerden faydalanılarak Amerikan Psikiyatri Birliği'nin (APA) 1952 yılında çıkardığı ilk Tanısal ve İstatistiksel Kılavuzu olan DSM-I'de "Büyük Stres Reaksiyonu" (Gross Stress Reaction), 1968 yılında yayınlanan DSM-II'de ise "Geçici Ruhsal Bozukluk" (Transient Situational Disturbance) ismiyle yer almıştır. Vietnam Savaşı sonrası bu alanda giderek artan araştırmalar hastalığın tanımlamasında önemli bir dönüm noktası olmuştur. Bu çalışmalar sonucu olarak 1980 yılında yayınlanan DSM III'te "Travma Sonrası Stres Bozukluğu" ismi ile kaygı bozuklukları arasında yer almıştır (63, 64, 66). Daha sonra birtakım değişikliklerle birlikte DSM III-R (1987), DSM IV (1994), DSM IV-TR (2000) ve DSM V (2013) içerisinde yer almıştır. Son yayınlanan DSM V'te Kaygı Bozuklukları kategorisinden alınarak yeni oluşturulan "Travma ve Stresle İlişkili Bozukluklar" kategorisi içerisinde tanımlanmıştır (67). TSSB'nin hemen hemen bütün DSM'lerde kabul edilen dört temel özelliği bulunmaktadır (67, 68):

1. Travmatik bir olayı görme ya da yaşama;
2. Kâbuslar ve/veya geri dönüşleri ("flashbacks") içeren olayın semptomlarını tekrar yaşama,

3. Travmatik olayı hatırlatan kişi, yer ve durumlardan kaçınmaya yönelik çabalar,
4. Uyku bozuklukları, konsantrasyon sorunları ve irritabilite gibi aşırı uyarılmışlık semptomları,

TSSB'ye yol açabilecek birçok travmatik olay bulunmaktadır. Başta savaş ve çatışmalar olmak üzere, doğal afetler (deprem, sel vb), uçak ve trafik kazaları, işkence görmek, ırza saldırı, toplama kampında kalmak ya da düşman elinde rehin tutulmak gibi herkes için ağır travmatik stres sayılabilecek olaylar en fazla TSSB'ye yol açabilecek olaylardır (69). Doğal afetler, başka birinin öldürülmesine ya da ciddi şekilde yaralanmasına tanık olmak, yaşamı tehdit eden kaza geçirmek ve silah ile tehdit edilmek en sık yaşanan travmatik olaylar olarak belirtilmiştir (68). Dünyadaki epidemiyolojik çalışmalar toplumdaki insanların çoğunun TSSB stres kriterlerini karşılayabilecek en az bir travmatik olay yaşadığını göstermektedir (70-72). ABD'de yapılan Ulusal Komorbidite Taraması'nda (National Comorbidity Survey) toplumun %64'ünün yaşamı boyunca en az bir travmatik olay yaşadığı ortaya çıkmıştır (70). ABD'de 2181 kişi ile yapılan başka bir çalışmada yaşamı boyunca herhangi bir travma yaşama sıklığı %89,6 olarak bulunmuştur (73).

TSSB'ye yol açabilecek travma yaşama sıklığı çok yüksek (%20-90) olmasına rağmen bunların önemli bir kısmı TSSB'ye yol açmamaktadır. Epidemiyolojik çalışmalarda yaşanan travmaların sadece onda birinin TSSB ile sonuçlandığı görülmüştür. TSSB ile ilgili yapılan epidemiyolojik çalışmalar yaşam boyu prevalans ve travmaya özgü prevalans olmak üzere iki farklı şekilde incelenmektedir. Çatışma ortamında bulunma, cinsel saldırıya maruz kalma, doğal afet yaşama vb travmatik olaylara maruz kalan gruplarda TSSB oranının çok daha yüksek olduğu belirtilmektedir (68, 72). ABD'de yapılan Ulusal Komorbidite çalışmasında yaşam boyu TSSB yaygınlığı %7,8, travma öyküsü olanlarda ise %14 olarak bulunmuştur (70). Avrupa'da yapılan bir çalışmada ise yaşam boyu TSSB yaygınlığı %1,3 bulunurken travma yaşayanlarda TSSB yaygınlığı %7,8 olarak bulunmuştur (74).

## 2.5. Depresyon

Depresyon derin üzüntülü duygu durum ile birlikte aktivitelere ilginin kaybolması ve enerji kaybı ile karakterize ruhsal bir bozukluktur. Uyku ve iştah bozukluğu, konsantrasyonun azalması, değersizlik hissi, suçluluk duygusu ve intihar düşüncesi sıklıkla rastlanan diğer semptomlardır. Uzun süren ya da tekrarlayan şekilde olabilmekte ve bireyin baş edebilme yeteneğini etkisiz hale getirerek okul ve iş hayatında önemli sorunlara neden olmaktadır (75, 76).

Depresyon en yaygın görülen ruhsal bozuklukların başında gelmekte ve yaygınlığı giderek artmaktadır. Depresyon prevalansı 2005 ile 2015 yılları arasında %18,4 artmıştır. DSÖ 2015 yılı tahminlerine göre dünyada yaklaşık üç milyon insan depresyon ile birlikte yaşamaktadır. Bu yaklaşık dünya nüfusunun %4,4'üne denk gelmektedir (75). Giderek önemli halk sağlığı sorunu haline gelen depresyon 1990 yılında yapılan Küresel Hastalık Yükü Araştırmasında toplam Yeti Yitimine Ayarlanmış Yaşam Yılı'nın (Disability Adjusted Life Years; DALY) %3,7'sinden sorumlu iken, 2000 yılında yapılan araştırmada toplam DALY içerisindeki payı %4,4'e yükselmiştir. 1990 yılında yapılan çalışmada toplam DALY içerisinde dördüncü sırada, 2000 yılında yapılan çalışmada alt solunum yolları enfeksiyonları ve ishali hastalıklardan sonra en fazla DALY oranına sahip olarak üçüncü sıraya çıkmıştır. Yapılan tahminlere göre 2020 yılına gelindiğinde küresel hastalık yükünün ikinci ana nedeni olacaktır (77-79).

Literatürde depresyonla ilgili yapılan prevalans çalışmaları büyük farklılık göstermektedir. Prevalans periyodu, cinsiyet, yaş, çalışmanın yapıldığı yıl, ölçme aracı ve çalışmanın yapıldığı bölge bu farklılığı belirleyen en önemli etmenlerdir. ABD'de DIS (Diagnostic Interview Schedule) kullanılarak yapılan ve dünyada yapılan en önemli çalışmalardan olan Epidemiyolojik Alan Çalışmasında (Epidemiologic Catchment Area: ECA) bir aylık majör depresyon prevalansı %2,2, altı aylık prevalansı %3 ve yaşam boyu prevalansı %5,8 olarak bulunmuştur. (80, 81). ECA çalışması bu konuda yapılan ilk ve en kapsamlı çalışma olmasına rağmen sadece beş bölgede yapıldığı için ABD'yi temsil etmeyeceği ve önceki çalışmalara göre prevalansın çok düşük bulunması nedeniyle eleştirilmiştir (82). ABD'de yapılan Ulusal Komorbidite Çalışmasında (National Comorbidity Survey: NCS) DSM III- R kriterlerine göre bir aylık majör depresyon yaygınlığı %4,9, yaşam boyu majör

depresyon yaygınlığı %17,1 bulunmuştur (82) . Myers ve ark. (83)'nın ABD'de DIS kullanılarak 9000 kişi ile yaptıkları çalışmada altı aylık depresyon prevalansı kadınlarda %4,1-4,6, erkeklerde %1,7-2,2 bulunmuştur. DSÖ'nün hazırladığı Uluslararası Bileşik Tanı Görüşmesi (CIDI: Composite International Diagnostic Interview) kullanılarak 18 ülkeden toplanan verilerle yapılan bir çalışmada yüksek gelirli on ülkede majör depresyon yaşam boyu prevalansı %14,6, yıllık prevalansı %5,5 iken, düşük-orta gelirli sekiz ülkede %11,1 ve %5,9 bulunmuştur (84). Yapılan önemli bir sistematik derleme çalışmasında metodolojik farklılıklar için düzenleme yapıldıktan sonra majör depresyon nokta prevalansı %4,7 (GA: %4.4–5.0) olarak bulunmuştur (85).

Kadın olma, medeni durum, ileri yaş, yoksulluk, işsizlik, çeşitli travmalara maruz kalma depresyon riskini artıran en önemli faktörlerdir. Yapılan çalışmalarda genellikle kadınlarda depresyon oranı erkeklerin yaklaşık iki katıdır. DSÖ 2015 verilerine göre erkeklerde depresyon prevalansı %3,6, kadınlarda %5,1'dir (75). ABD'de yapılan NCS'de bir aylık majör depresyon prevalansı erkeklerde %3,8, kadınlarda %5,9 olarak bulunmuştur (82). ECA çalışmasında bir aylık majör depresyon yaygınlığı erkeklerde %1,6, kadınlarda %2,9 olarak bulunmuştur (80). Birleşik Krallık'ta Ohayon ve ark. (86)'nın yaptığı çalışmada evli olanlarda depresyon yaygınlığı %3,4 iken boşanmış/ayrı yaşayanlarda depresyon yaygınlığı %7,9, bekâr olanlarda %6,0 olarak bulunmuştur. Aynı çalışmada işsiz olanlar çalışanlara göre depresyon olma açısından 1,5 kat daha riskli bulunmuştur.

Daha önce belirtildiği gibi depresyonu belirleyen önemli etmenlerden biri de travmatik yaşam olaylarıdır. Savaş ve çatışma ortamında bulunma, doğal afet yaşama, sevdiği birinin kaybı, yaralanma, mülteci konumuna düşme gibi travmatik yaşam deneyimleri olan gruplarda depresyon prevalansının yüksek olduğu belirtilmektedir. Japonya'da meydana gelen deprem sonrasında oluşan tsunami ve nükleer kaza sonucu kurtulanlarla olaydan dokuz ay sonra yapılan çalışmada katılımcıların %19,1'inin orta, %14,5'i ciddi depresyon semptomu gösterdiği belirtilmiştir (87). Marmara depreminden üç yıl sonra yapılan çalışmada majör depresyon 36 aylık prevalansı %18,7, nokta prevalansı %10,5 bulunmuştur (88). Kiliç ve Ulusoy (89) Marmara depreminden 18 ay sonra yaptıkları çalışmada ise olası depresyon sıklığı %17,0 bulunmuştur. Ermenistan depreminden iki yıl sonra özel bir ölçme aracı kullanılarak

yapılan çalışmada depremden kurtulanların %52,0'nin hala majör depresyon kriterlerini karşıladığı belirtilmiştir (90). Tayvan ve Hindistan'da da depremden sonra yapılan çalışmalarda nokta depresyon prevalansı sırası ile %21,0 ve %18,0 bulunmuştur (91, 92). Sudan'da savaş travmasına maruz kalan 1242 kişi ile yapılan bir çalışmada depresyon prevalansı %50,0 bulunmuştur (93). Husain ve ark. (94)'nin Sri Lanka'da savaş travmasına maruz kalanlarla yaptıkları çalışmada ise depresyon prevalansı %22,2 bulunmuştur.

## **2.6. Sığınmacılarda Depresyon ve Travma Sonrası Stres Bozukluğu**

### **2.6.1. Sığınmacılarda Depresyon ve Travma Sonrası Stres Bozukluğu**

#### **Yaygınlığı**

Mülteci ve sığınmacılarda TSSB ve depresyon prevalansının yüksek olduğu bilinmektedir. Ancak yapılan çalışmalarda prevalanslar arasında çok büyük farklılıklar vardır. Steel ve ark. (13)'nin yaptıkları meta analiz çalışmasında TSSB prevalansının %0-99, depresyon prevalansının ise %3-85 arasında değiştiği görülmüştür. Savaş travması yaşayan mültecilerle yapılan başka bir sistematik derleme çalışmasında ise TSSB prevalansının %4,4-86,0, depresyon prevalansının %2,3-80,0 arasında değiştiğini göstermiştir (11). Çalışmalar arasındaki bu prevalans farklılıkları çalışma tasarımı, çalışmada kullanılan tanı yöntemi, çalışma örneklemi ve büyüklüğü gibi metodolojik faktörlerin yanı sıra mültecilerin işkenceye maruz kalması, yerinden edilme süreleri, çalışmanın yapıldığı yaş grupları ve çalışmanın yapıldığı etnik grup gibi nedenlerden kaynaklandığı belirtilmiştir (13).

Hırvatistan'da mülteci kampında kalan 534 Bosnalı ile kendini değerlendirme ölçekleri kullanılarak yapılan çalışmada TSSB prevalansı %26,3, depresyon prevalansı %39,2 bulunmuştur (95). Ai ve ark. (96)'nin kendini değerlendirme ölçeği ile Kosovalı mültecilerde yaptıkları çalışmada olası TSSB prevalansı %60,5 bulunmuştur. Savaş sonrasında yerinden olan Bosnalı kadınlarla kendini değerlendirme ölçeği ile yapılan bir çalışmada TSSB prevalansı %53,0 bulunmuştur (97). Acartürk ve ark. (98)'nin Kilis'te Suriyelilerin kaldığı mülteci kampında 718 kişi ile kendini değerlendirme ölçekleri kullanılarak yaptıkları çalışmada olası TSSB prevalansı %83,4, olası depresyon prevalansı %37,4 bulunmuştur. Genellikle klinik görüşme ölçme aracı ile yapılan çalışmalarda TSSB ve depresyon prevalansının daha

düşük olduğu belirtilmiştir. İngiltere’de yaşayan Kosovalı mültecilerle yapılan çalışmada kendini değerlendirme ve klinik görüşme yöntemi birlikte kullanılmıştır. Kendini değerlendirme ölçeklerine göre olası depresyon prevalansı %61,4, TSSB prevalansı %67,8 bulunmuştur. Ölçek uygulananlardan örneklem seçilerek yapılan klinik görüşmede ise TSSB prevalansı %39,0, depresyon prevalansı %16,0 bulunmuştur (99). Almanya, İtalya ve Birleşik Krallıkta uzun süredir yaşayan Yugoslavyalı mültecilerde Kısa Uluslararası Nöropsikiyatrik Görüşme (Mini International Neuropsychiatric Interview: MINI) tanı görüşmesi kullanılarak yapılan çalışmada TSSB prevalansı %33,1, depresyon nokta prevalansı %15,6 olarak bulunmuştur (15). Yeni Zelanda’da yaşayan 223 Kamboçyalı mülteciye Tanı Koydurucu Görüşme Ölçeği (Diagnostic Interview Schedule: DIS) tanı görüşmesi kullanılarak yapılan çalışmada TSSB prevalansı %12,1 bulunmuştur (100). ABD’de 20-22 yıldır yaşayan Kamboçyalılarla CIDI kullanılarak yapılan çalışmada ise depresyon ve TSSB prevalansı sırası ile %51,0 ve %62,0 bulunmuştur. Depresyon ve TSSB prevalansının bu kadar yüksek bulunması çalışmaya katılan grubun ciddi travma deneyimlerinden kaynaklandığı belirtilmiştir (16). Lübnan’da Suriyeli mültecilerle MINI kullanılarak yapılan iki farklı çalışmada TSSB prevalansı %27,2, depresyon prevalansı %43,9 olarak bulunmuştur (17, 18). Alpak ve ark. (9)’nın DIS kullanarak Gaziantep’teki bir çadır kentte yaşayan 304 Suriyeli mülteci ile yaptıkları çalışmada TSSB sıklığı %33,5 bulunmuştur.

### **2.6.2. Sığınmacılarda Depresyon ve Travma Sonrası Stres Bozukluğunu Belirleyen Faktörler**

Sığınmacılarda TSSB ve depresyonu belirleyen faktörler temel olarak dört kategoride incelenebilir (11, 21, 101, 102):

1. Sosyodemografik faktörler
2. Göç öncesi kendisinde ya da ailesinde psikiyatrik rahatsızlık bulunması
3. Savaşla ilişkili faktörler (göç öncesi faktörler)
4. Göç sonrası faktörler

#### **Sosyodemografik Faktörler**

Mülteci ve sığınmacılarla yapılan çalışmalarda yaş, cinsiyet ve eğitim durumu en fazla TSSB ve depresyonla ilişkili bulunan demografik faktörlerdir.



## Yaş

Mülteci ve sığınmacılarla yapılan çalışmaların birçoğunda yaş ile TSSB ve depresyon arasında ilişki bulunurken (14, 15, 19, 100, 103, 104) bir kısmında herhangi bir ilişki bulunmamıştır (9, 25, 104). İlişki bulunan çalışmaların bir kısmında çocuk ve adölesanlar yüksek risk grubu olarak ortaya çıkarken (14, 105) önemli bir kısmında yaşlıların yüksek risk grubunda oldukları görülmüştür (15, 19, 100, 103, 104).

Bogic ve ark. (15)'nin üç Avrupa ülkesinde yaşayan eski Yugoslavya mültecileri ile yaptıkları çalışmada TSSB'nin ileri yaş ile ilişkili olduğu saptanmıştır. Benzer bir şekilde Yeni Zelanda'da yaşayan Kamboçyalı mültecilerle yapılan çalışmada 65 yaş ve üzeri olanlarda TSSB riski yüksek bulunmuştur (100). Mollica ve ark. (103)'nin mülteci kampında yaptıkları çalışmada çok faktörlü analizlerde 24 yaş ve altı referans alındığında 44 yaş ve üzeri olanların hem TSSB hem de depresyon için yaklaşık 2,5 kat daha riskli oldukları belirtilmiştir. Eytan ve ark. (19)'nin Kosovalı sığınmacılarla yaptıkları çalışmada en düşük TSSB prevalansı %12,6 ile 16-24 yaş grubunda belirlenirken en yüksek prevalans %44,4 ile 65 yaş ve üzeri grupta saptanmıştır. Yapılan çoklu regresyon analizinde 16-24 yaş grubu referans alındığında 65 yaş ve üzeri grupta TSSB olma riski 4,7 kat fazla bulunmuştur. Mülteci ve yerinden edilmişlerle ilgili yapılan bir sistematik derleme çalışmasında yaşın depresyon, TSSB ve diğer kaygı bozuklukları ile ilişkili güçlü bir faktör olduğu belirtilmiştir. Çalışmada 65 yaş ve üzeri yaşlıların diğer yaş gruplarına göre ruhsal durumlarının çok daha kötü olduğu belirtilmiştir (10). Yaşlılarda TSSB ve depresyon düzeyinin yüksek olması, hareket kabiliyetleri kısıtlı olduğu için savaş ve çatışmalarda daha fazla travmalara maruz kalmalarının yanı sıra gittikleri ülkelerde daha fazla maddi sorunlar yaşamaları, dil öğrenmeleri ve kültürel adaptasyonlarının zor olması gibi faktörlere bağlanmaktadır (104, 106, 107).

## Cinsiyet

Mültecilerle yapılan çalışmaların büyük çoğunluğunda kadın TSSB ve depresyon için risk faktörü olarak ön plana çıkmasına rağmen (9, 25, 96, 98, 108-111) tam tersi sonuç veren araştırmalar da vardır (112). Bazı çalışmalarda ise cinsiyet ile TSSB ya da depresyon arasında herhangi bir ilişki bulunmamıştır (17, 99, 100, 113).

Alpak ve ark. (9)'nın Gaziantep'teki bir çadır kentte yaşayan Suriyeli sığınmacılarla yaptıkları çalışmada erkeklerin %21,2'si, kadınların %46,2'sinde TSSB saptanmıştır ( $p<0,001$ ). Yapılan çoklu regresyon modelinde de kadınlar erkeklere göre TSSB açısından dört kat riskli bulunmuştur. ABD'de yaşayan Vietnamlı mültecilerle yapılan çalışmada da benzer şekilde kadınlarda hem depresyon hem de anksiyete prevalansının daha yüksek olduğu belirtilmiştir (25). Yine ABD'de Kosovalı mültecilerle yapılan çalışmada kadın cinsiyetinin yüksek TSSB yüzdeleri ile ilişkili olduğu ortaya çıkmıştır (96). Kilis'te Acartürk ve ark. (98)'nin Suriyeli mültecilerle yaptıkları çalışmada kadınlar TSSB için 4,1, depresyon için 5,1 kat daha riskli bulunmuştur. Ekblad ve ark. (108)'nin İsveç'te Kosovalı mültecilerle yaptıkları çalışmada hem TSSB hem de depresyon prevalansı kadınlarda daha yüksek bulunmuştur. Hollanda'da İranlı, Somalili ve Afganistanlı sığınmacı ve mültecilerle yapılan çalışmada kadınlar TSSB için 3,45 kat, depresyon için 2,42 kat daha riskli bulunmuştur (110). Chung ve ark. (109)'nin Güneydoğu Asyalı mültecilerle yaptıkları çalışmada çoklu değişken analizinde göç öncesi faktörler (maruz kalınan travma sayısı, mülteci kampında kalınan süre vb), göç sonrası faktörler (gelir, aile büyüklüğü, İngilizce yeterliliği vb) ve potansiyel diğer karıştırıcılar (yaş, eğitim durumu, etnik yapı vb) için düzeltme yapıldıktan sonra bile kadınların erkeklere göre daha çok psikolojik strese maruz kaldıklarını belirtmişlerdir. Yazarlar bunun muhtemelen başa çıkma becerileri, sosyal destek ve göç sonrası uyum farklılıkları gibi ara değişkenlerden (mediating factors) kaynaklanabileceğini belirtmişlerdir. Mültecilerde TSSB ve depresyon inceleyen meta-analiz çalışmalarında da cinsiyet ile TSSB ve depresyon ilişkisi açısından farklı sonuçlara varılmıştır. Bogic ve ark. (11) ile Steel ve ark. (114)'nin yaptıkları çalışmalarda cinsiyet ile TSSB ve depresyon arasında ilişki bulunmazken, Porter ve Haslam (10) kadın olma ile ruh sağlığı sorunları arasında zayıf ama anlamlı bir ilişki olduğunu belirtmiştir.

Kadınların TSSB ya da depresyon açısından riskli bulan çalışmalar; bunun tecavüzün psikolojik sonuçları, eşin ya da çocukların şiddet yöntemleriyle kaybedilmesi, dul kalma ya da tek ebeveyn olma gibi risklerin kadınlarda daha yüksek olmasından kaynaklanabileceğini belirtmişlerdir (96, 108, 115). Ayrıca yaşadıkları toplumda kadınlara karşı yanlış tutumlar, çalışmaları önündeki engeller, eğitim ve istihdamda fırsat eşitsizliğinin olması ve aile içi şiddete maruz kalmaları gibi risklerle

daha fazla karşılaşmalar gibi nedenlere bağlanmaktadır (111). Tüm bu açıklamalara rağmen kadın olmanın TSSB ya da depresyon ile bir ilişkisinin olup olmadığı, ilişki varsa nedeni ile ilgili daha fazla çalışmalara ihtiyaç vardır (116).

### **Eğitim durumu**

Diğer sosyodemografik özelliklerde olduğu gibi mültecilerde eğitim durumunun da TSSB ve depresyon ile ilişkisi net değildir. Düşük eğitim düzeyinin TSSB ya da depresyonla ilişkili olduğunu belirten çalışmaların (15, 103, 105, 111) yanı sıra herhangi bir ilişki tespit edilmeyen çalışmalar da vardır (9, 110). Almanya, İtalya ve Birleşik Krallık'ta yaşayan eski Yugoslavyalı mültecileri ile yapılan bir çalışmada düşük eğitim düzeyinin TSSB ve diğer kaygı bozuklukları için önemli bir risk faktörü olduğu bulunmuştur (15). Kanada'da Etiyopyalı mültecilerle yapılan çalışmada lise ve altı eğitim düzeyine sahip olanlar, üniversite mezunu olanlara göre depresyon açısından 4,2 kat daha riskli bulunmuştur (111). Mollica ve ark. (103)'nın yaptığı çalışmada düşük eğitim düzeyi hem depresyon hem de TSSB ile ilişkili bulunmuştur. Eytan ve ark. (19)'nin tanı görüşmesi kullanarak Kosova savaşından etkilenen 996 kişi ile yaptıkları çalışmada ilkokul ve altı düzeyi eğitim düzeyine sahip olanlarda TSSB sıklığı %39,7 bulunurken, lise mezunu olanlarda %10,3 bulunmuştur ( $p<0,001$ ). Ancak yapılan çok değişkenli analizlerde eğitim durumunun modele bir katkı yapmadığını belirtmişlerdir.

Düşük eğitim düzeyinin TSSB ve depresyonla ilişkili bulunması, gittikleri ülkelerde daha zor dil öğrenebilmeleri ve kendilerine sunulan sosyal hizmetleri aramaya ve kullanmaya yönelik becerilerinin daha kötü olması nedeniyle göç sonrası daha fazla stres faktörlerine maruz kaldıkları gibi faktörlerle açıklanmaktadır (117). Mültecilerde eğitim durumu ile TSSB ya da depresyon arasındaki ilişki tartışmalıdır. Bunun için daha fazla çalışmaya ihtiyaç vardır.

### **Göç öncesi kendisinde ya da ailesinde psikiyatrik bozukluk bulunması**

Mülteci ve sığınmacılarda TSSB ve depresyonu belirleyen önemli etmenlerden biri de kendisinde ya da ailesinde ruhsal bir hastalık öyküsünün olmasıdır. Geçmişe yönelik ruhsal hastalığın belirlenmesi zor olduğu için bu konuda yapılan çalışmalar genellikle sınırlı ve kişinin beyanına dayalıdır. Ancak bu konuda yapılan çalışmalarda

TSSB ve depresyon ile kendisi ya da ailesinde ruhsal hastalık öyküsü arasında güçlü ilişki tespit edilmiştir (9, 98, 118).

Acartürk ve ark (98) Suriyeli mültecilerle yaptıkları çalışmada ruhsal hastalık öyküsü olanlarda TSSB açısından 4,5 kat, depresyon açısından ise 3 kat daha riskli bulunmuştur. Alpak ve ark. (9)'nın yaptıkları çalışmada da TSSB ile hem kendisinde psikiyatrik rahatsızlık öyküsü (OR: 6,27; %95 GA: 1,1 – 33,2) hem de ailesinde psikiyatrik rahatsızlık öyküsü (OR: 2,78; %95 GA: 1,01 – 7,71) arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki bulunmuştur. Bu konuda yapılan önemli bir sistematik derleme çalışmasında da kendisinde ya da ailesinde ruhsal hastalık öyküsünün TSSB'yi belirleyen önemli bir etmen olduğu belirtilmiştir (118).

### **Savaşla ilişkili faktörler (göç öncesi faktörler)**

Birçok mülteci ve sığınmacı, uzun süren fiziksel ve psikolojik işkence, şiddet ve soykırım, aile üyelerinin ve arkadaşlarının öldürülmesi, bombalama ve çatışmalara maruz kalma, cinsel istismar, çocuk kaçırma, kişisel mülklerinin yok edilmesi ya da yağmalanması, aç ve susuz kalma ve barınmadan yoksun kalma gibi ciddi travmalarla karşı karşıya kalmaktadır. Bu travmalar başta TSSB ve depresyon olmak üzere mültecilerde önemli ruh sağlığı sorunlarına neden olmaktadır. Göç öncesi savaşla ilişkili faktörler, TSSB ve depresyonla ilişkisi mültecilerde en fazla çalışılmış ve TSSB ve depresyon üzerindeki etkisi en net olan faktörlerdir (115, 119, 120).

TSSB ve depresyonla ilişkili bulunan savaşla ilişkili faktörler literatürde genellikle iki farklı şekilde değerlendirilmektedir. İlki mültecilerin yaşadıkları travma sayısı ile TSSB ve depresyon arasındaki ilişki incelenmektedir (9, 100, 119, 120). İkincisi ise savaş travması yaşayan mültecilerin sıklıkla karşılaşılabilecekleri; işkence, sevdiği birini kaybetme, kaçırılma, cinsel istismara uğrama ve mülteci kampında kalma gibi ciddi travmalar ile TSSB ve depresyon ilişkisi değerlendirilmektedir (19, 121, 122).

Mollica ve ark. (120)'nin Vietnamlı mültecilerle yaptıkları çalışmada ortalama 12 travmatik olay yaşayanların %90'unda TSSB ve %49'unda depresyon varken kontrol grubu olarak kullanılan ortalama 2,6 travmatik olay yaşayanların %79'unda TSSB ve %15'inde depresyon tespit edilmiştir. Mollica ve ark. (119)'nin benzer bir şekilde 993 Kamboçyalı mülteci ile yaptıkları çalışmada da travma sayısı ile depresyon

ve TSSB arasında önemli bir doz-etki ilişkisi tespit edilmiştir. Kosovalı mültecilerle yapılan çalışmada travma düzeyi ile hem TSSB ciddiyet skoru ( $r = .39, p < .01$ ) hem de bütün TSSB semptom kriterlerini karşılama olasılığı arasında pozitif bir korelasyon tespit edilmiştir ( $r = .29, p < .01$ ). Cheung (100) Kamboçyalı mültecilerle yaptıkları çalışmada yapılan çoklu regresyon analizinde TSSB'yi belirleyen en önemli etmenlerden birinin travma sayısı olduğu belirtilmiştir. Alpak ve ark. (9)'nın Suriyeli sığınmacılarla yaptığı çalışmada iki ve daha fazla savaş travması yaşayanların TSSB olma riski 2,88 kat daha fazla bulunmuştur.

Kosovalı mültecilerle yapılan geniş kapsamlı ( $n=996$ ) bir çalışmada yapılan çoklu regresyon modelinde 15 potansiyel travmatik olaydan altısı TSSB'nin ana belirleyicisi olarak tespit edilmiştir. Çatışma durumu (OR: 3,0), ölüm tehlikesi geçirme (OR: 2,3), arkadaş ya da aile üyelerinin ölümünü görme (OR: 1,6), ailesinden ayrı kalmaya zorlanma (OR: 2,0), başka insanlardan izole edilme (OR: 2,2), tedaviye erişememe (OR: 3,7) TSSB'yi belirleyen ana faktörler olarak tespit edilmiştir (19). Somalili mültecilerle yapılan çalışmada olası depresyon ve anksiyete gıda sıkıntısı yaşama ve savaşta kaybolma ile ilişkili bulunmuştur (121). Beiser (122) mülteci kampında kalmanın TSSB ve depresyon ile ilişkili olduğunu belirtmiştir. İşkencenin TSSB ve depresyon ile ilişkisi de yapılan birçok çalışmada kanıtlanmıştır (12, 123, 124). Bu konuda yapılan meta-analiz çalışmalarda da göç öncesi savaşla ilişkili travmaların TSSB ve depresyonu belirleyen önemli etmenler oldukları ortaya çıkmıştır (11, 13).

### **Göç sonrası faktörler**

Göç sonrası güvenli limana varış ilk rahatlamayı sağlayabilir ancak çok geçmeden mülteciler yeni sorunlarla karşı karşıya kalmaktadırlar. Dil ve kültürel engeller, yasal statü ve yasal hakları hakkındaki endişeler, işsizlik, barınma sorunları tecrit, eğitim ve sağlık hizmetlerine erişimin yetersizliği ve ailenin parçalanması gibi sorunlar mültecilerde önemli yeni stres kaynaklarıdır (3).

İşsizlik, düşük gelir, yoksulluk, gidilen ülkenin dilini iyi bilmeme, düşük sosyal destek, bekâr olma, mülteci olarak kaldığı süre literatürde en fazla tartışılan ve TSSB ve depresyonla ilişkili bulunan önemli göç sonrası faktörlerdir. Bu bölümde TSSB ve depresyonu belirleyen göç sonrası faktörler dört başlık altında incelenecektir;

- 1) Sosyodemografik faktörler (İşsizlik, yoksulluk, konut güvenliği)

- 2) Dil yeterliliği (mülteci olarak kaldığı ülkenin dilini bilme ve konuşma becerisi)
- 3) Sığınmacılık süreci ve mülteci politikaları
- 4) Sosyal ve kişiler arası faktörler

### **Sosyodemografik Faktörler**

İşsizlik, maddi zorluklar ve konut güvenliğinin olmaması gibi sosyodemografik faktörler yeniden yerleşen mültecilerin psikolojik refahını önemli ölçüde etkilemektedir. Birçok mülteci çalışma izinlerinin olmaması, zayıf dil becerileri, ayrımcılığa maruz kalmaları, mesleki becerilerinin olmaması ya da mesleki becerilerinin altındaki işlerde çalıştırılmak istenmesi gibi engeller nedeniyle iş bulamamakta ve maddi zorluklarla baş etme zorunda kalmaktadır (125). Yapılan çalışmalarda ev sahibi topluma göre mültecilerde işsizlik oranlarının yüksek olmasının yanı sıra kendi yeterlilikleri altındaki işlerde çalışma oranları da yüksek bulunmuştur (126).

İşsizlik, kişileri maddi zorluklarla baş etme zorunda bırakır, öz güven kaybına yol açar ve sosyal ilişkiler kurmasını zorlaştırır. Bu da psikolojik refahı önemli ölçüde etkilemektedir. Yapılan çalışmaların önemli bir kısmında işsizliğin stres ve kaygı düzeyini artırarak psikolojik sağlık açısından önemli bir risk faktörü olduğu belirtilmiştir (127-129).

Mültecilerle yapılan çalışmalarda da benzer şekilde işsizlik, yoksulluk ve konut güvenliğinin olmaması (geçici barınma yerlerinde kalma) gibi sosyodemografik faktörlerin ruhsal sorunlar için önemli risk faktörü oldukları bunun tam tersi istihdam ve refahın ise psikolojik sağlık için önemli koruyucu faktörler oldukları belirtilmiştir (10, 122, 130-132). Porter ve Haslam (10) yaptıkları meta analiz çalışmasında çalışma hakları kısıtlanan ve ekonomik fırsatlara erişimleri engellenen mültecilerin ekonomik fırsatlara erişebilen ve çalışan mültecilere göre ruhsal durumlarının çok daha kötü olduğunu belirtmişlerdir. Bhugra (102) yoksulluk, düşük sosyoekonomik durum, işsizlik ve kötü barınma koşullarının mültecilerin ruhsal durumunu olumsuz etkilediğini belirtmiştir. Avusturalya’da sığınmacılarla yapılan iki çalışmadan birinde işsizliğin depresyon için önemli bir risk faktörü olduğu belirlenirken (130) diğerinde işsizlik ve çalışma izninin olmamasının TSSB için risk faktörü olduğu saptanmıştır (131). Güneydoğu Asyalı mültecilerle yapılan on yıllık bir izlem çalışmasında işsizliği

özellikle erkekler için güçlü bir risk faktörü olduğu belirlenmiştir (132). Bogic ve ark. (11)'nin yaptığı sistematik derleme çalışmasında da ekonomik gelir ve işsizliğin özellikle depresyon ve anksiyeteyi belirleyen önemli faktörler oldukları belirtilmiştir.

Bazı yazarlar mültecilere kendi ihtiyaçlarını belirleme fırsatı verildiğinde onların psikolojik destek ihtiyaçlarından önce barınma, iş, ekonomik destek, eğitim ve ailesi ile buluşma gibi ekonomik ve sosyal sorunları önceleyeceklerini belirtmişlerdir. Mültecilerin bu tür ekonomik ve sosyal sorunları çözülmeden onların psikolojik destek hizmetlerini aramayacaklarını ve istemeyeceklerini belirtmişlerdir. Bu nedenle ruh sağlığı hizmet sunucuların ve halk sağlıkçıların bu konularda da savunuculuk yapmaları gerektiği belirtilmiştir (26, 133).

### **Dil yeterliliği**

ABD'de mültecilerle yapılan bir çalışmada katılımcıların %77'si ABD'de buldukları ilk yıl içerisinde en fazla kendilerini etkileyen stres kaynağını İngilizce dil becerilerinin olmaması olarak belirtmişlerdir (21). Yapılan birçok çalışmada benzer olarak mültecilerin gittikleri ülkelerdeki dil becerilerinin olmaması önemli bir stres kaynağı olduğu ve TSSB ve depresyonla ilişkili olduğu tespit edilmiştir (102, 122, 132). Steel ve ark. (113)'nin 1413 Vietnamlı mülteci ile CIDI kullanılarak yaptıkları geniş kapsamlı çalışmada İngilizce dil yeterliliğinin kötü olması ile ruhsal hastalıklar arasında anlamlı ilişki bulunmuştur.

Bazı çalışmalarda ise dil yeterliliğinin depresyon ile ilişkisinin mültecilik süresi ile ilgili olduğu belirtilmiştir. Bu çalışmalarda genellikle mülteçiliğin ilk dönemlerinde dil yeterliliği ile depresyon arasında bir ilişki görülmediği, ancak mültecilik süresi uzadıkça dil yeterliliğinin depresyonla ilişkili önemli bir faktör olarak ortaya çıktığı belirtilmiştir. Örneğin Hinton ve ark. (134) Güneydoğu Asyalı mültecilerle yaptıkları çalışmada 6 aydan daha az süredir ABD'de bulunan mültecilerde dil yeterliliği ile depresyon arasında bir ilişki görülmezken bir yıldan daha uzun süre ABD'de bulunan mültecilerde dil yeterliliği ile depresyon arasında ilişki bulunmuştur. Benzer şekilde Chung ve Kagawa-Singer (135) yaptıkları çalışmada İngilizce konuşma yeteneğinin sadece beş yıldan daha uzun süredir mülteci olanlarda depresyonla ilişkili olduğu belirtilmiştir. Beiser ve Hou (132) yaptıkları izlem çalışmasında da benzer sonuçlar bulunmuştur. Yazarlar bunun dil yeterliliğinin

aynı zamanda iş bulma ile de ilişkili olmasından kaynaklandığını belirtmişlerdir. Mülteciliğin ilk döneminde gelen sosyal ve ekonomik desteklerle finansal zorluklarla baş ederken zamanla bu kaynaklar bitmektedir. Bu nedenle dil yeterliliği olanlar daha kolay iş bulma fırsatlarına erişirken, dil yeterliliği olmayanlar işsizlik ve finansal zorluklar nedeniyle daha fazla strese maruz kalmaktadırlar. Bu da başta depresyon olmak üzere ruhsal sorunların ortaya çıkmasına katkı yapmaktadır.

### **Sığınmacılık süreci ve mülteci politikaları**

Ülkelerin giderek daha fazla sığınmacı ile karşı karşıya kalmaları; zorunlu tutukluk sürelerinin artırılması, sığınmacılık sürecinin uzatılması ve mülteciler için kalıcı vize uygulamaları yerine geçici vize uygulamaları gibi daha kısıtlayıcı mülteci politikalarını benimsemelerine neden olmaktadır. Bu uygulamalar sığınma talebinde bulunanlar için büyük bir belirsizlik ve karmaşık yasal süreçlerle uğraşmaları demektir (125, 136).

Yapılan çalışmalarda artan gözetim süreçleri, uzayan sığınmacılık süreci, geçici vize statüsü ve sığınma talebinin reddedilmesi gibi faktörlerin TSSB ve depresyon üzerinde önemli bir etkisi olduğu ortaya çıkmıştır (136-138).

Silove ve ark. (137) Avusturalya’da yaptıkları çalışmada görevlilerin yaptıkları görüşmeler dâhil olmak üzere “mülteci belirleme sürecinin” sığınmacılar için önemli bir stres kaynağı olduğunu belirtmişlerdir. Hollanda’da Iraklı sığınmacılarla yapılan bir çalışmada uzun sığınmacılık sürecinin psikiyatrik bozukluklarla ilişkili olduğu ortaya çıkmıştır. Yapılan lojistik regresyon modellemesinde sığınmacılık süreci uzun süreler ruhsal hastalıklar açısından 2,1 kat daha riskli bulunmuştur (136). Rojbant ve ark. (138) yaptıkları sistematik derleme çalışmasında uzun süre tutukluluk sürecinin depresyon, TSSB ve anksiyete ile ilişkili olduğunu belirtmiştir.

Sığınmacılık sürecinin yanı sıra sonucunun da sığınmacıların ruh sağlığını etkilediği bilinmektedir. Yapılan bir kohort çalışmasında sığınmacı talepleri reddedilenlerin kabul edenlere göre depresyon, TSSB ve anksiyete düzeylerinin daha yüksek olduğu ortaya çıkmıştır (139). Başka bir çalışmada her sığınma talebindeki reddedilme TSSB olma riskini 1,31 kat artırdığı belirtilmiştir (130).

Yapılan çalışmalarda mültecilerin vize statüsünün de TSSB ve depresyonu belirleyen önemli bir etmen olduğu ortaya konmuştur. Hollanda’da yapılan bir



çalışmada geçici sığınmacılık statüsünün depresyon, TSSB ve anksiyete bozukluğunun güçlü bir belirleyicisi olduğu belirtilmiştir (140). Steel ve ark. (141)'nin yaptığı iki yıllık izlem çalışmasında geçici vize statüsü olanlarda depresyon, anksiyete ve toplam stres düzeylerinin daha yüksek olmasının yanı sıra İngilizce öğrenme motivasyonlarının iki kat daha düşük olduğu belirlenmiştir.

### **Sosyal ve kişiler arası faktörler**

Savaş ve çatışmalar sonrasında zorla yerinden olan mülteciler yabancı oldukları fiziksel ve kültürel çevrenin zorlukları ile baş etmek zorunda kalmaktadırlar. Devam eden parçalanmış aile (sevdiklerini ve ailesini geride bırakması), sosyal izolasyon, gittiği ülkede ayrımcılığa maruz kalması, sosyal bağların kopması mültecilerin baş etmek zorunda kaldıkları başlıca sorunlardır (125).

Mültecilerle yapılan çalışmalarda sosyal desteğin olmaması, ayrımcılığa maruz kalma, ailesinden ayrı kalma, yalnız olma, bekâr olma gibi faktörlerin TSSB ve depresyonu belirleyen en önemli göç sonrası faktörler oldukları belirtilmiştir (72, 113, 142).

Sudanlı mültecilerle yapılan çalışmada algılanan sosyal desteğin düşüklüğü TSSB, ailesinden ayrı kalma ise depresyon için önemli bir risk faktörü olarak bulunmuştur (142). Steel ve ark. (113)'nin mültecilerle yaptıkları geniş çaplı bir çalışmada evli olanlara göre dul olma (OR: 2,4), yetişkin birileri ile kalanlara göre evde yalnız yaşama (OR:2,3) ve ailesinden ayrı olmayanlara göre ailesinden ayrı olanların (OR: 1,7) ruhsal hastalıklar için önemli risk faktörleri oldukları belirlenmiştir. Hollanda'da yaşayan Afganistan, İran ve Somalili mültecilerle yapılan çalışmada benzer şekilde düşük sosyal desteğin hem TSSB hem de depresyonla ilişkili olduğu belirtilmiştir. Düşük sosyal desteği olanlar TSSB için 3,51 kat, depresyon için 2,78 kat daha riskli bulunmuştur (110).

Mültecilerin ruh sağlığı üzerinde etkisi olan diğer önemli faktör ise sosyal dışlanma ya da ayrımcılığa maruz kalmadır. Yapılan çalışmalarda sosyal dışlanma ve ayrımcılığa maruz kalma ile depresyon ya da TSSB arasında güçlü ilişki bulunmuştur (142, 143). Noh ve ark. (143) Kanada'da Güneydoğu Asyalı mültecilerle yaptıkları çalışmada algılanan sosyal ayrımcılık ile depresyon arasında pozitif ve istatistiksel açıdan anlamlı ilişki bulunmuştur. Silove ve ark. (131) Avustralya'da sığınmacılarla

yaptıkları çalışmada ırkçı ayrımcılığa maruz kalma ile TSSB arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki bulunmuştur.

## 2.7. Sığınmacılarda Genel Sağlık Hizmeti Kullanımı

Yapılan çalışmaların genelinde göçmen, mülteci ya da sığınmacıların ev sahibi topluma göre sağlık hizmeti kullanımlarının daha düşük olduğu belirtilmektedir. Hastane hizmetleri (144), acil servis başvuruları (145), diş bakımı hizmetleri (146), kadın sağlığı ile ilgili hizmetler (147), ruh sağlığı hizmetleri (26, 27), mamografi ve servikal kanser taramaları gibi koruyucu hizmetler (148) neredeyse bütün sağlık hizmeti formlarını ve genel olarak sağlık hizmeti kullanımını (149) mültecilerin genel topluma göre daha az kullandıkları literatürde tartışılmıştır. Ancak tam tersi mültecilerin daha fazla sağlık hizmetlerini kullandıklarını belirten çalışmalar da vardır (150-152).

Fenta ve ark. (151)'nin Kanada'da Etiyopyalı mültecilerle yaptıkları çalışmada katılımcıların %85,0'ı son bir yılda sağlık hizmeti kullandığını belirtmiştir. Kanada vatandaşı olanlarda bu sıklık %80,0'dır. ABD'de Iraklı mültecilerle yapılan çalışmada sağlık hizmeti kullanım sıklığı %92,1 bulunmuştur. Çalışmada bunun ABD'deki sağlık hizmeti kullanım sıklığından (%85,0) daha yüksek olduğu vurgulanmıştır (150). İsrail'de kadınlarla yapılan çalışmada eski Sovyet Birliğinden gelen Yahudi kadın mültecilerin İsrail yerlilerine göre daha az sağlık hizmetlerini kullandıkları ve sağlık hizmetlerinden daha az memnun oldukları belirtilmiştir. İsrail vatandaşı kadınların %83,0'ı düzenli olarak bir jinekoloğa gittiğini belirtirken, göçmenlerin %57,0'ı düzenli olarak bir jinekoloğa gittiğini belirtmiştir (147). Avustralya'da sığınmacılarla yapılan bir retrospektif kayıt çalışmasında sığınmacılarda yıllık kişi başı genel pratisyene başvuru ortalaması 3,4 bulunmuştur. Çalışmada Avustralya vatandaşlarının yıllık kişi başı ortalama başvuru ortalaması 4,5 olduğu vurgulanmıştır (149). Hollanda'da yapılan çalışmada mülteci ve sığınmacıların son iki ayda genel pratisyenle iletişime geçme ortalaması 0,96 bulunmuştur. Genel toplumda bunun 1,7 olduğu vurgulanmıştır (153).

Mülteci ve sığınmacıların, sağlık hizmeti kullanımlarının yerel topluma göre daha düşük olduğu ile ilgili genel olarak bir fikir birliği olmasına rağmen ne sıklıkta sağlık hizmetlerini kullandıkları ile ilgili çalışmalar daha karmaşık ve çok farklılık

göstermektedir. Bu daha çok sığınmacı ya da mültecilerin buldukları ülke, ülkenin sağlık sistemi, sığınmacıların geldikleri ülkeler, sosyoekonomik düzeyleri ve çalışmalar arasındaki bazı metodolojik farklılıklarla ilgilidir. Hollanda'da Iraklı sığınmacılarla yapılan çalışmada son iki ayda herhangi bir sağlık hizmeti kullanım oranı %71,4 bulunmuştur (154). Yine Hollanda'da Afganistan, İran ve Somalili mülteci ve sığınmacılarla yapılan çalışmada son iki ay içerisinde koruyucu sağlık hizmeti kullananlar %55,0, genel pratisyene başvurular %47,7, ayaktan bir uzman doktordan hizmet alanlar %21,3 bulunmuştur. Son bir yıl içerisinde hastaneye yatış yapanlar ise %12,1 bulunmuştur. (153). Kanada'da yapılan çalışmada Etiyopyalı mültecilerin %85,0'ı son bir yılda sağlık hizmetini kullandığını belirtmiştir (154). AFAD'ın Suriyelilerle yaptığı çalışmada kampta yaşayanların yaklaşık %91'i, kamp dışında kalanların ise yaklaşık %60'ı sağlık hizmeti kullandığını belirtmiştir (37). İzmir'in bir mahallesinde yapılan çalışmada ise çalışmaya katılan Suriyelilerin %53,9'u sağlık hizmeti kullandığını belirtmiştir (39).

Sağlık hizmetleri kullanımı ile ilgili diğer önemli faktör ise başvuru sağlık kuruluşun türüdür. Mültecilerle yapılan çalışmalarda yüzdeleri değişmekle beraber beklendiği gibi en fazla başvuru kuruluşlar kamuya ait sağlık kuruluşları ve birinci basamak sağlık kuruluşlarıdır. Ancak özel sağlık kuruluşuna başvuru oranının yüksek olduğu çalışmalar da vardır. Kanada'da Etiyopyalı mültecilerle yapılan bir çalışmada katılımcıların %85,0'ı son bir yılda sağlık ihtiyacı için aile hekimine, %16,5'i acil servise başvurduğunu belirtmiştir (151). Kenya'da farklı Afrika ülkelerinden gelen mültecilerle yapılan çalışmada sağlık hizmeti kullananların %59,8'i özel sağlık kuruluşlarına, %18,9'u ise eczanelere başvurduğunu belirtmiştir. Kamuya ait sağlık kuruluşlarına başvuranların sıklığı ise sadece %13,1'dir. Yazarlar kamu kuruluşlarındaki sağlık hizmetlerinin erişilebilir ve maliyet olarak karşılanabilir olduğu halde mültecilerin seçmeme nedenini temel olarak iki faktöre bağlamışlardır. Birincisi mültecilerin kamu sağlık kuruluşlarını kullandıklarında hükümet yetkilileri tarafından tespit edilip mülteci kampına gönderecekleri endişeleri taşımaları, ikincisi ise mültecilerin kamuda verilen sağlık hizmetlerinin kalitesi ile ilgili kuşkularının olmasından kaynaklandığını belirtmişlerdir (34). Ürdün'de Suriyeli mültecilerle yapılan çalışmada mültecilerin kullandıkları sağlık hizmetlerinin yaklaşık yarısı (%51,5) kamu, %38,7'si özel sağlık kuruluşlarından, %9,8'i ise STK'lara ait sağlık

kuruluşlarından alınmıştır (35). Türkiye’de Suriyelilerle yapılan çalışmada ise devlet hastanelerine başvuranlar %46,4, birinci basamak sağlık hizmetine başvuranlar %40,8’dir. Özel sağlık kuruluşlarına başvuranlar ise sadece %3,2’dir (39).

Dil ve kültürel engeller, sağlık hizmetlerinin maliyet açısından karşılanabilir olmaması, sağlık hizmetlerinin kalitesi ve etkinliği ile ilgili algılar, mültecilere karşı ayrımcılık ve sağlık personelinin tutumu, sağlık hizmetlerinin nereden ve nasıl alınacağı ile ilgili bilgi eksikliği ve bazı mülteci gruplarının tıbbi uygulamalara karşı güvensizlikleri mültecilerin sağlık hizmeti kullanımlarını engelleyen faktörler olarak belirtilmektedir (32, 33, 151). Ürdün’de Suriyeli mülteciler yapılan çalışmada sağlık hizmetleri ile ilgili maliyetlerin mültecilerin sağlık hizmetlerini kullanımları önündeki en önemli engel olduğu belirtilmiştir (35). Güney Kore’de yaşayan Kuzey Koreli mültecilerle yapılan bir çalışmada mültecilerin sağlık hizmeti kullanımları önündeki en önemli engeller; maliyetle ilgili sorunlar ve sağlık hizmetlerini nasıl alacakları ile ilgili bilgi eksikliklerinin olması olmuştur (155). Kenya’da mültecilerle yapılan çalışmada katılımcıların %23,0’ı hasta olduğu halde herhangi bir sağlık hizmetine başvurmadığını belirtmiştir. Sağlık hizmetine başvurmayanların %44,8’i sağlık hizmetinin maliyetinden, %34,6’sı ise yeterince hasta olmadığı için sağlık hizmetine başvurmadığını belirtmiştir (34). İzmir’de bir mahallede yaşayan Suriyeli mültecilerle yapılan çalışmada mülteciler sağlık hizmetlerine başvurmama nedenlerini en fazla; sağlık hizmetlerinin nerede ve nasıl alınacağı ile ilgili bilgi eksikliklerinin olması (%35,5), ekonomik nedenler (%26,2), zamanlarının olmaması (%15) ve dil ile ilgili problemler (%14) olarak belirtmişlerdir (39).

## **2.8. Sığınmacılarda Ruh Sağlığı Hizmet Kullanımı**

Mültecilerde ruh sağlığı sorunları çok fazla görülmesine rağmen çeşitli engeller nedeniyle ruh sağlığı hizmetini genel topluma göre daha az kullandıkları bilinmektedir (26, 29, 156). ABD’de yapılan bir sistematik derleme çalışmasında Asya, Latin Amerika ve Afrika’dan gelen mülteci ve göçmenlerin Amerika toplumuna göre ruh sağlığı hizmet kullanımlarının çok düşük olduğu vurgulanmıştır (156). Yine ABD’de yapılan bir çalışmada Latin ve Asyalı göçmenlerin herhangi bir ruh sağlığı hizmeti kullanma olasılığının ABD vatandaşlarına göre %40 daha düşük olduğu belirtilmiştir (157). Britanya Kolombiya’sında yapılan çalışmada ise Çinli göçmen

kadınların yerli kadınlara göre ruh sağlığı hizmet kullanma olasılıklarının yaklaşık %60 daha düşük olduğu belirtilmiştir (158). Hollanda'da 920 adölesan mülteci ve 1059 Hollanda asıllı adölesan ile yapılan geniş örneklemlili bir çalışmada genç mültecilerin %57,8'i, Hollanda asıllılarının %8,2'si ruh sağlığı hizmet ihtiyacı olduğunu belirtmiştir. Aynı çalışmada mültecilerin %12,7'si ruh sağlığı hizmetlerini kullandığını belirtirken Hollandalıların %16,1'i ruh sağlığı hizmeti kullandığını belirtmiştir. Çalışmada mültecilerin karşılanmayan ruh sağlığı ihtiyacı %48,7, Hollanda asıllılarının ise %4,5 olarak hesaplanmıştır (29). Fenta ve ark. (28)'nin Kanada'da Etiyopyalı sığınmacılarla yaptıkları çalışmada ruhsal hastalığı olanların sadece %12,5'i sağlık hizmeti başvurusunda bulunduğunu belirtmiştir. Buna karşın ruhsal hastalığı olanların yaklaşık %20'si tıbbi olmayan (dini liderler, geleneksel iyileştiriciler) yöntemlere başvurduğunu belirtmiştir. Hollanda'da üç ülkeden gelen mülteci ve sığınmacılarla yapılan çalışmada katılımcıların yaklaşık %13'ü son bir yılda ruh sağlığı hizmeti kullandığını belirtmiştir. Ancak yazarlar mültecilerdeki ruh sağlığı sorunları dikkate alındığında bunun çok düşük olduğunu belirtmişlerdir (153).

Mültecilerin ruh sağlığı hizmet kullanımı ile ilgili önemli faktörlerden biri de hizmet kullanımını etkileyen faktörlerdir. Bu konuda yapılan çalışmalarda maddi sorunlar, kültürel nedenler, ruh sağlığı hizmetleri ile ilgili bilgi eksikliği, damgalama, ayrımcılık gibi pek çok faktörün sığınmacıların ruh sağlığı hizmet kullanımlarını etkilediğini ortaya koymuştur (26, 29, 159). Derr (156) yaptığı sistematik derleme çalışmasında sığınmacıların ruh sağlığı hizmet kullanımlarını engelleyen faktörleri; kültürel engeller ve yapısal engeller olmak üzere temel olarak iki başlık altında incelemiştir.

**Kültürel engeller;** ruh sağlığı ile ilgili inançlar ve normlar, damgalama, hizmet sunanlara güvensizlik, kültürel uyumla ilgili zorluklar sığınmacıların ruh sağlığı hizmet kullanımlarını etkileyen kültürel faktörler olarak ön plana çıkmaktadır (156).

**Yapısal engeller;** sığınmacıların buldukları ülkenin dilini iyi bilmemeleri, sağlık hizmetlerinin maliyetinin yüksek olması, sağlık sigortasının olmaması, sığınmacıların verilen ruh sağlığı hizmetleri ile ilgili bilgi eksikliklerinin olması ve ulaşım ile ilgili problemler sığınmacıların ruh sağlığı hizmet kullanımlarını engelleyen en önemli yapısal faktörler olarak literatürde tartışılmıştır (156).

## 2.9. Türkiye’de Suriyeli Sığınmacılara Sunulan Sağlık Hizmetleri

Türkiye’de yaşayan Suriyelilere sağlık hizmetlerinin sunumu daha önce belirtilen 2013 yılında çıkarılan 6458 sayılı kanun ve 2014 yılında çıkarılan 29153 sayılı Yönetmeliğin yanı sıra Göç İdaresi Genel Müdürlüğü (160) ve Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığı Genelgesi (161) ile Acil Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü tarafından hazırlanan yönerge (162) doğrultusunda hizmet sunulmaktadır.

Suriyelilere verilen sağlık hizmetleri Sağlık Bakanlığının kontrolünde Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığı, Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü, Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü ve Acil Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü’nün koordinasyonu ile gerçekleştirilmektedir (163).

Yukarıda belirtilen mevzuata göre; kimlik kartı olan geçici korunanlar, Göç İdaresi Müdürlüğü tarafından henüz kaydı yapılmamış geçici korunanlar ve sınırdan yaralı olarak geçen ve geçici koruma altında sayılan Suriyeliler sağlık hizmetinden yararlanabilmektedir. Suriyelilerin sağlık hizmetlerini ikamet ettikleri ilde almaları esastır. İkamet ettikleri ilin dışında sadece acil sağlık hizmetleri ya da ikamet ettikleri ilde tedavilerinin mümkün olmadığı durumlarda sevk ile hizmet alabilirler. Suriyeliler sağlık ihtiyaçları için geçici barınma merkezleri, geçici barınma merkezleri dışında bulunan Göçmen Sağlığı Merkezleri ya da doğrudan Bakanlığa bağlı ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarına başvurabilir. Ancak üniversite hastaneleri ve özel hastaneler için sevk gerekmektedir (162).

Mevzuata göre kayıtlı tüm Suriyelilerin, Sağlık Uygulamaları Tebliğinde (SUT) belirtilen tüm sağlık harcamaları ücretsizdir. Acil tedavi hizmetleri ve halk sağlığı için sorun yaratma ihtimali yüksek olan bulaşıcı hastalıklara yönelik bağışıklama programları ve tüberküloz tedavisi kayıtlı ya da kayıtsız olduğuna bakılmaksızın tüm Suriyelilere ücretsizdir. Bunun dışında kayıtlı olmayanlar için koruyucu, tedavi edici ve rehabilite edici sağlık hizmetlerine erişimleri ancak kendi maddi imkânlarıyla ya da yardımlaşma derneklerinin destekleriyle olabilir (162).

### 3. GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırma, niceliksel ve niteliksel olmak üzere iki aşamadan oluşmaktadır. Çalışmanın temelini oluşturan birinci aşama, Ankara’da yaşayan Suriyeli sığınmacılarla yapılmıştır. Bu aşamada sığınmacılarda bulunan depresyon ve travma sonrası stres bozukluğu yaygınlığı ve bu hastalıklarla ilişkili faktörler belirlenmiştir. Ayrıca sığınmacılarda ruh sağlığı ve genel sağlık hizmeti kullanım düzeyi ve hizmetlere erişim ile hizmet kullanımları ile ilişkili faktörler incelenmiştir. İkinci aşamada ise hizmeti sunan sağlık personeli ve sağlık alanında karar vericiler ile yapılan niteliksel görüşmelerle onların Suriyeli sığınmacılara verilen ruh sağlığı hizmeti ile ilgili görüşleri ve hizmetin iyileştirmesi ile ilgili önerileri saptanmıştır.

#### 3.1. Araştırmanın Tipi ve Zamanı

Tanımlayıcı tipteki bu çalışma niceliksel ve niteliksel veri toplama yöntemlerinin birlikte kullanıldığı karma bir araştırmadır. Araştırmanın niceliksel verileri Ekim-Kasım 2016 tarihleri arasında, niteliksel verileri ise Aralık 2016-Mart 2017 tarihleri arasında toplanmıştır.

#### 3.2. Araştırmanın Yeri

Araştırmanın niceliksel veri toplama aşaması, Ankara’da Suriyeli sığınmacıların yoğun olarak yaşadığı Altındağ ilçesine bağlı Önder ve Ulubey Mahallelerinde yapılmıştır.

İçişleri Bakanlığı Göç İdaresi Genel Müdürlüğünün Nisan 2016 verilerine göre Ankara’da 59.267 Suriyeli sığınmacı bulunmaktadır (8). Mahalle düzeyinde resmi veri bulunmamasına rağmen Ankara’da sığınmacıların büyük bir bölümünün Altındağ İlçesinin Önder ve Ulubey Mahallelerinde yaşadığı bilinmektedir.





- Görüşmeyi engelleyecek düzeyde ciddi işitme ya da ruhsal problemi olması olarak belirlenmiştir.

Çalışmanın örneğini; 118 hane Önder, 111 hane Ulubey mahallesinde olmak üzere 229 hanede çalışmaya dahil edilme ölçütlerine uyan ve ulaşılan tüm erişkinler oluşturmaktadır. Çalışma için bir örneklem büyüklüğü seçilmemiştir. Veri toplama için belirlenen iki aylık süre tamamlandıktan sonra veri toplamaya son verilmiştir.

Çalışmada araştırma grubuna ulaşmak üzere kartopu yöntemi kullanılmıştır. Ziyaret edilen her Suriyeli haneye etrafta tanıdıkları başka Suriyeli aile olup olmadığı sorularak, ailenin gösterdiği diğer haneler ziyaret edilmiştir. Ziyaret edilen hanenin tanıdıkları başka Suriyeli hane olmaması durumunda ise rastgele bir hane ziyaret edilerek, Suriyeli olması durumunda çalışmanın amacı anlatılarak görüşme için izin istenmiştir. Bu şekilde yeni bir Suriyeli haneye ulaşılan kadar devam ettirilmiştir. Çalışma kapsamında ziyaret edilen 244 Suriyeli haneden 15 Suriyeli hane çalışmayı kabul etmediği için bu hanelerden herhangi bir bilgi alınamamıştır.

Araştırmanın niteliksel aşamasında kamuda çalışan 10 sağlık hizmeti sunucusu ve 10 sağlık alanında karar verici kişi ile derinlemesine görüşmeler yapılmıştır.

### **3.4. Araştırmanın Değişkenleri**

#### **3.4.1. Tanımlanan Değişkenler**

- Olası depresyon tanısı
- Olası TSSB tanısı
- Sağlık hizmetlerine erişme durumları
- Sağlık hizmetlerini kullanma durumları

#### **3.4.2. Tanımlayan Değişkenler**

##### **Sosyodemografik Faktörler**

- Yaş
- Cinsiyet
- Öğrenim durumu
- Medeni durumu

- Türkiye’de çalışma durumu
- Milliyetle ilgili düşüncesi
- Kendisini dindar olarak görme derecesi
- Evde yaşayan birey sayısı
- Çocuk sahibi olma durumu
- Anadili dışında dil bilme durumu

### **Sağlık ile İlişkili Faktörler**

- Genel olarak kendisini sağlıklı hissetme derecesi
- Bir yıl öncesine göre kendini sağlıklı hissetme derecesi
- Doktorun teşhis ettiği bedensel bir hastalığının olma durumu
- Doktorun teşhis ettiği ruhsal bir hastalığının olma durumu
- Ailesinde ruhsal hastalık varlığı
- Halen tütün kullanma durumu
- Göç sonrası tütün kullanma durumundaki değişiklik
- Türkiye’de Ruh sağlığı hizmeti kullanma durumu
- Sosyal destek alma durumu (ölçek puanı)

### **Göç ile İlişkili Faktörler**

- Türkiye’de bulunma süresi
- Travma yaşama durumu ve sayısı
- Suriye’de yakın aile bireylerinin olma durumu
- Göç öncesi yaşadığı yerleşim yeri tipi
- Göç öncesi ekonomik durum algısı
- Göç öncesi ile karşılaştırıldığında ekonomik durumundaki değişim algısı
- Herhangi bir yerden yardım alma durumu
- T.C vatandaşı arkadaş ve komşularının olma durumu (ilişkileri)
- Türk kültür ve geleneklerini kendi kültür ve geleneklerine göre değerlendirme durumu
- Türkiye’de ayrımcılığa maruz kaldığını düşünme durumu

Niteliksel aşamada; kamuda çalışan hizmet sunucular ve sağlık alanında politika yapımcıların sığınmacılara verilen ruh sağlığı hizmetleri ile ilgili görüşleri, ruh sağlığı hizmetlerinin yeterliliği ve erişilebilirliği ile ilgili görüşleri, sığınmacıların ruh sağlığı hizmetlerine erişimlerini etkileyen faktörlerle ilgili görüşleri ve sığınmacıların ruh sağlığı hizmetlerine erişimlerini artırmak için yapılması gerekenlerle ilgili görüşleri ve önerilerini kapsamaktadır.

### 3.5. Araştırmada Kullanılan Terim ve Sınıflandırmalar

**Yaşanan hanenin niteliği;** Bu çalışmada katılımcıların yaşadıkları hanenin uygunluğunu değerlendirme (uygun, uygun değil), hanede yeterli oda, ısınma, elektrik ve su olma durumu ile ilgili sorular katılımcıların tamamen kendi değerlendirmeleri ve algılarından oluşmaktadır.

**Olası depresyon tanısı;** Kullanılan Beck Depresyon Envanteri'nde (BDE) 20 puan ve üzeri alanlar olası depresyon olarak değerlendirilmiştir.

**Olası TSSB tanısı;** Harvard Travma Anketi'nde önerilen algoritma yöntemine göre dört yeniden yaşama (Kriter B) belirtisinden en az birinde, 7 kaçınma belirtisinden (Kriter C) en az üçünde ve beş aşırı uyarılmışlık belirtisinden en az ikisinde (Kriter D) pozitif yanıt (HTA'da 3=çok fazla ya da 4=aşırı) verenler olası TSSB olarak değerlendirilmiştir.

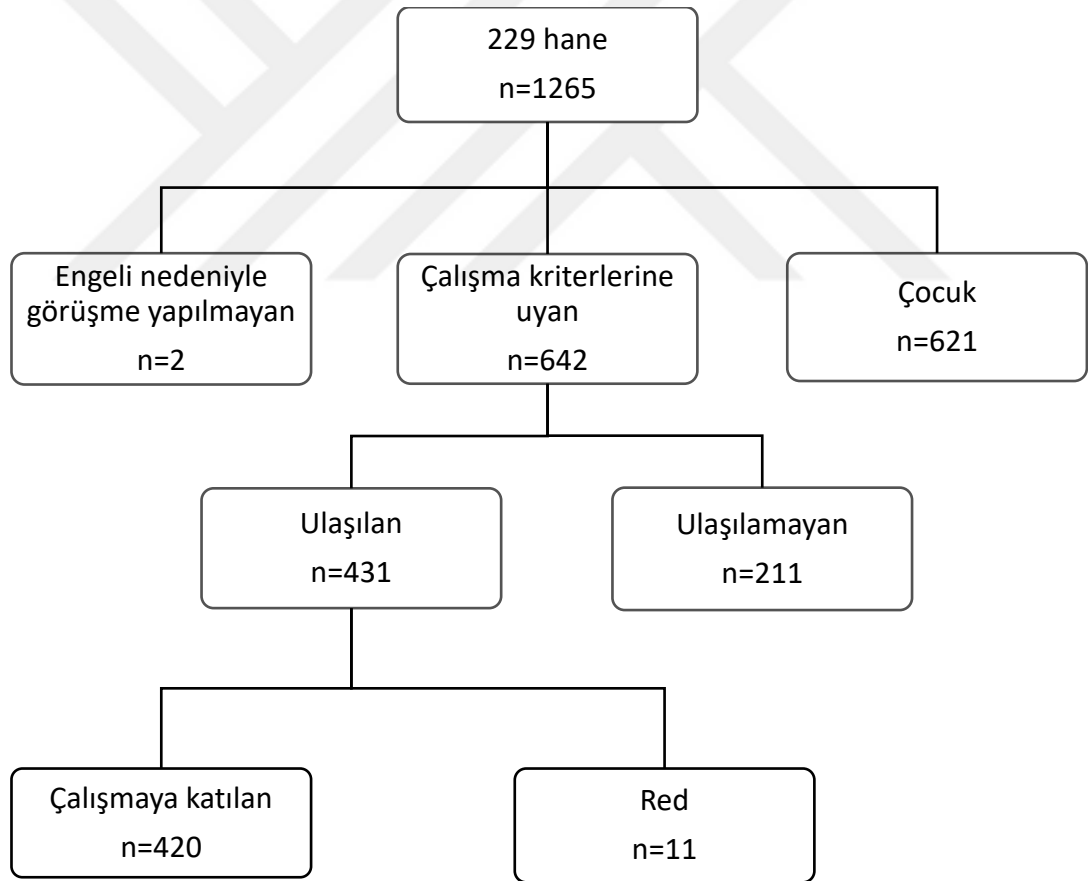
### 3.6. Araştırmanın Veri Toplama Yöntemi

Araştırmanın niceliksel verileri, sağlıkla ilgili bir bölümde öğrenci ya da mezun olan ve hem Arapça hem Türkçe bilen Suriye, Libya, Sudan ve Filistin'den ikisi erkek, ikisi kadın olmak üzere dört anketör tarafından yüz yüze anket uygulama yöntemi ile toplanmıştır. Anketörlere araştırma ekibi tarafından, kullanılan veri toplama formları ve ölçekler ile ilgili Hacettepe Üniversitesi Stres Araştırmaları Merkezinde (STAR) bir tam gün eğitim verilmiştir.

Çalışma kapsamında, 124 Suriyeli hane Önder mahallesinden 120 Suriyeli hane ise Ulubey mahallesinden olmak üzere 244 hane ziyaret edilmiştir. Ancak altı hane Önder'den dokuz hane ise Ulubey'den görüşmeyi kabul etmedikleri için bu hanelerden herhangi bir veri alınamamıştır. Ziyaret edilen ve çalışmayı kabul eden 229 haneden 1265 kişi hane halkı formuna kaydedilmiştir. Hanelerde yaşayanlardan 621'i

18 yaşın altında, bir kişi işitme problemi, bir kişi ise ağır anlama güçlüğü nedeniyle çalışmaya dâhil edilme ölçütlerine uymadığı için çalışma kapsamı dışında bırakılmıştır. Çalışmaya dâhil edilme ölçütlerine uygun 642 kişiden 11'i çalışmaya katılmayı reddetmiş, 211 kişiye ise ikinci kez ev ziyaret edilmesine rağmen ulaşılamamıştır. Sonuç olarak çalışmaya dâhil edilme ölçütlerine uygun, çalışmayı kabul eden 420 kişi ile çalışma tamamlanmıştır (Şekil 3.2).

Hane halkı formu doldurulurken hane halkı ile ilgili bilgiler hane reisinden alınmıştır. Hane reisi evde yoksa evdeki eğitim düzeyi en yüksek yetişkin kişiden bilgiler alınmıştır. Hane ziyaretleri hafta içleri 9:00-17:00 saatleri arasında yapılmıştır. Ancak hanede ulaşılamayan kişilere ulaşmak için kişilerden randevu olarak hafta içi 17:00'den sonra ve hafta sonları da veri toplanmıştır.



**Şekil 3.2. Niceliksel veri toplama yönteminin akış şeması (Ankara, 2016).**

Niteliksel aşamada sağlık hizmeti sunucuları (10 kişi) ve sağlık alanında karar vericiler (10 kişi) ile derinlemesine görüşmeler yapılmıştır. Derinlemesine

görüşmeleri gerçekleştiren araştırmacı, ikinci danışmandan derinlemesine görüşme yöntemi ile ilgili bir tam gün eğitim almıştır. Tezin ikinci danışmanının niteliksel görüşmelerle ilgili çalışmaları vardır ve bu konuda çeşitli eğitimler vermektedir. Derinlemesine görüşmeler, hizmet sunucularla hizmet sundukları sağlık merkezlerinde, yöneticilerle ise kurumlardaki iş yerlerinde yapılmıştır. Görüşmeler ses kayıt cihazı ile kayda alınmıştır. Ancak iki yönetici ses kaydının alınmasını kabul etmediği için bu görüşmeler el ile not edilmiştir. Her bir görüşme 30-45 dakika arasında sürmüştür. Hizmet sunucu olarak Ulubey (Altındağ), Gülveren (Mamak) ve Yenimahalle Göçmen Sağlığı Merkezlerinde çalışan beş pratisyen doktor, iki ebe, iki hemşire ve Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesinde çalışan bir psikiyatri uzmanı ile niteliksel görüşme yapılmıştır. Karar verici olarak beşi Ankara İl Halk Sağlığı Müdürlüğünden (şimdiki Ankara İl Sağlık Müdürlüğüne bağlı Halk Sağlığı Hizmetleri Başkanlığı), beşi ise Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu'ndan (şimdiki Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü) olmak üzere 10 yönetici ile niteliksel görüşme yapılmıştır. Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü'nden olan yöneticilerin tamamı Daire Başkanıdır. İl Halk Sağlığı Müdürlüğü'nde ise iki Toplum Sağlığı Merkezi Başkanı, iki Şube Müdürü, bir de Müdür Yardımcısı ile görüşülmüştür.

### **3.7. Araştırmanın Veri Toplama Araçları**

Çalışmanın birinci aşaması için; Hane Halkı Bilgi Formu, Anket Formu, Sağlık Hizmeti Kullanım Formu, Harvard Travma Anketi, Beck Depresyon Envanteri, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği olmak üzere altı bölümden oluşan veri toplama aracı kullanılmıştır.

İkinci aşama için de sağlık hizmeti sunucuları ve karar verici/politika yapıcılar için ayrı olmak üzere iki niteliksel görüşme rehberi kullanılmıştır.

#### **3.7.1. Hane Halkı Bilgi Formu**

Hane Halkı Bilgi Formu, hane reisi iletişim bilgilerinin yanı sıra hanede yaşayan bireylerin yaş, cinsiyet, meslek ve hane reisine yakınlığı gibi bilgilerin yazıldığı bir sayfalık formdur (EK-1).

### 3.7.2. Anket Formu

Katılımcıların sosyodemografik özellikleri, sağlıkla ilgili bazı davranışları ve ruh sağlıkları ile ruh sağlığı hizmet kullanımları ile ilişkili olabilecek faktörleri içeren 61 soruluk anket formu kullanılmıştır (EK-2). Türkçe hazırlanan anket formu, hem Arapça hem de Türkçeyi iyi düzeyde bilen, en az lisans mezunu dört kişiden oluşan bir ekip tarafından Arapçaya çevrilmiş ve kontrolleri yapılmıştır. Türkçe hazırlanan anket formu uygulamada standardizasyonun sağlanması için Arapçaya çevrilmiştir.

### 3.7.3. Sağlık Hizmeti Kullanım Formu

Katılımcıların genel sağlık ve ruh sağlığı hizmeti kullanım durumları ve sağlık hizmeti kullanımları ile ilişkili olabilecek faktörleri içeren sekiz soruluk bir form kullanılmıştır (EK-3). Sağlık Hizmeti Kullanım Formu, hem Arapça hem de Türkçeyi iyi düzeyde bilen, en az lisans mezunu dört kişiden oluşan bir ekip tarafından Arapçaya çevrilmiş ve kontroller yapılmıştır. Türkçe hazırlanan form uygulamada standardizasyonun sağlanması için Arapçaya çevrilmiştir. Tüm çeviriler tamamlandıktan sonra çeviriyi yapanlar ve araştırma ekibinin birlikte yaptığı değerlendirme sonrasında son hali verilmiştir.

### 3.7.4. Harvard Travma Anketi (Ölçeği)

Sığınmacılarda travma sonrası stres bozukluğunu (TSSB) ölçmek için Arapça geçerlilik güvenilirliği gösterilmiş olan Harvard Travma Anketi (HTA) kullanılmıştır (EK-4).

Harvard Mülteci Travma Programı'ndan Mollica ve ark. (164, 165) 1980'lerin ortalarında, kültürler arası psikiyatri alanında standart ölçüm araçlarında bir boşluk olduğunu fark etmeleri üzerine, farklı kültürlerde kullanılacak bir anket geliştirmek amacıyla bir ekip oluşturmuştur. Ekip, 1986 yılında şiddet ve onun sekelleriyle ilişkili travmayı değerlendirmek amacıyla Harvard Travma Anketini geliştirmişlerdir. Anketin ilk formları travma yaşayan Laos, Kamboçya ve Vietnamlı hastalarda geliştirilerek bir yıl boyunca Çinhindi Psikiyatri Kliniği'nde pilot olarak kullanılmıştır. Sonuç olarak anketin farklı kültürel çevrelerde TSSB semptomlarını ve psikolojik stresi etkili bir şekilde ölçtüğü gösterilmiştir. Ölçek mültecilere özgü

travmayı ölçmek amacıyla geliştirilmesine rağmen daha sonra mülteci olmayan ancak savaş travmasına maruz kalan gruplarda da sıklıkla kullanılmıştır (166-169). Mültecilerde ruh sağlığını değerlendiren bir sistematik derleme çalışmasında, TSSB'yi belirlemek için yapılan çalışmalarda en sık kullanılan ölçme aracının HTA olduğu belirtilmiştir (11).

Anketin psikometrik özellikleri şu şekildedir: görüşmeciler arası güvenilirlik; travmatik olaylar için  $r = 0.93$ , semptomlar için  $r = 0.98$ , test-tekrar test güvenilirliği; travmatik olaylar için  $r = 0.89$ ,  $p < 0,0001$ , travma semptomları için  $r = 0.92$ ,  $p < 0,0001$  (165, 170).

Anketin Arapça adaptasyonu Shoeb ve ark. (164) tarafından ABD'de yaşayan Iraklı mülteciler ile yapılmıştır. Kleijn ve ark. (171) da arasında Arapça'nın da olduğu farklı dilleri konuşan bir grupta yaptıkları çalışmada ölçeğin Arapça, Farsça, Hırvatça ve Rusça konuşan gruplarda kolayca uygulanabileceğini belirtmişlerdir. Ölçek Arapça yapılan geçerlilik ve güvenilirlik çalışmalarından sonra arasında Suriyeli mültecilerin de olduğu farklı Arap mülteci gruplarında kullanılmıştır (124, 170, 172, 173).

Ölçek beş farklı bölümden oluşmaktadır. İlk bölüm, katılımcıların *evet* ya da *hayır* olarak yanıtlayacakları farklı travmatik olaylardan oluşmaktadır. Ölçeğin ilk versiyonunda 17 travma olayı verilirken, sonraki versiyonlarda travma olayları sayısı çok artmıştır. Arapça versiyonunda 43 travma olayına yer verilmiştir. İki açık uçlu sorudan oluşan ikinci bölümde ise kişiyi en fazla travmatize eden olay hakkında detaylı bilgi vermesi istenmektedir. Üçüncü bölüm, kafa travmasına yol açabilecek olaylardan oluşmaktadır. Arapça ölçekte bu bölüm altı sorudan oluşmaktadır. Dördüncü bölüm olayın psikolojik etkisini değerlendirmek için dördümlük likert (1=hiç değil, 2=biraz, 3=çok fazla, 4=aşırı) şeklinde hazırlanmıştır. Orijinal form 30 maddeden oluşurken, Arapça formda 45 maddeye çıkarılmıştır. Ölçeğin bütün formlarında da ilk 16 madde TSSB için DSM III/DSM IV semptomlarından oluşturulurken, diğer maddeler spesifik olarak mülteci travması ile ilişkili semptomları tanımlamaktadır. Son bölüm ise işkence olabilecek 29 eylemin listesini içermektedir (165, 174). Bu çalışmada ölçeğin sadece ilk dört bölümü kullanılmıştır.

Travma semptomlarının puanlamasında hem DSM IV tanı kriterlerini içeren ilk 16 madde için hem de tüm semptomlar için (16 DSM IV semptom maddesi ve 29 kültürel semptom) iki farklı hesaplama yapılabilmektedir. Her iki hesaplamada da

ortalama madde skorları maddelerin toplamının toplam madde sayısına bölünmesi ile elde edilir. Hesaplanan ortalama madde skorları ile belirlenen kesim noktası üzerinde puan alanlar TSSB için semptomatik olarak düşünülmektedir (166).

### **Ölçeğin Kesim Noktası**

Ölçeğin kesim noktası hem çalışmanın yapıldığı grupta olası TSSB düzeyinin belirlenmesinde hem de bu kesim noktası üzerinden TSSB ile ilişkili faktörlerin tespit edilmesi için kullanılmaktadır. Mollica ve ark. Harvard Travma Ölçeği'nin klinik kesim noktası skorunu 2,50 puan olarak belirlemiştir (175). Ancak daha sonra farklı toplumlarda yapılan çalışmalarda 1,17; 2,00; 2,06 ve orijinali ile uyumlu olarak 2,50 kesim noktalarının iyi sonuç verdiği belirtilmiştir (119, 167, 174, 176, 177). Smith Fawzi ve ark. (176)'nın yüksek travmalı Vietnamlı eski politik mahkûmlarla yaptıkları geçerlilik çalışmasında 1,17 gibi düşük bir kesim noktasının çok yüksek düzeyde duyarlılık (0,98) ve seçicilik (1,0) ile TSSB'yi ölçtüğü belirlenmiştir. Benzer şekilde Bosna Hersek'te yapılan geçerlilik çalışmasında 2,06 kesim noktasının %100 duyarlılık ve %93,7 seçicilikle en iyi sonuç verdiği belirtilmiştir (177).

Ölçeği geliştiren Mollica ve ark.'ları ölçeğin geçerlilik ve güvenilirliğinin belirlendiği her toplumda kesim noktasının yeniden belirlenmesini önermişlerdir. Ölçeğin kesim noktasının belirlenmediği toplumlarda TSSB'yi belirlemek için bir algoritma modeli önerilmiştir. Kendileri de Bosnalı mültecilerle yaptıkları çalışmada kesim noktası belirlenmediği için algoritma modelini kullanmışlardır (95). Buna rağmen kesim noktasının belirlenmediği toplumlarda algoritma modelini kullanan çalışmaların yanı sıra (142, 169, 173, 178) daha önce belirlenen kesim noktalarını (özellikle orijinal formada belirlenen 2,50 kesim noktası) kullanan çalışmalar da çok fazladır (108, 170, 179-181). Ichikawa ve ark. ölçeğin kesim noktasının olmadığı toplumlarda yapılan çalışmalarda farklı toplumlar için belirlenen kesim noktalarının kullanılmasının çok yaygın olduğunu ancak bunun doğru olmadığını ve yanlış sınıflandırmaya yol açabileceğini belirtmişlerdir (182). Ölçeğin Arapça geçerlilik güvenilirlik çalışmasında da kesim noktası bulunmamaktadır. Arap toplumlarında yapılan çalışmaların önemli kısmında diğer toplumlar için belirlenen kesim noktaları (özellikle orijinal 2,5 kesim noktası) kullanılmıştır (124, 170, 179, 180, 183); sadece bir çalışmada algoritma yöntemi kullanılarak TSSB belirlenmiştir (173). Ölçeğin



Arapça dilinde belirlenen bir kesim noktası olmadığı için bu çalışmada ölçeği geliştiren yazarların önerdikleri algoritma yöntemi kullanılmıştır.

Algoritma yöntemi DSM-III-R/DSM-IV tanı ölçütlerine göre ve sadece ölçeğin TSSB semptomlarından oluşan ilk 16 maddesine göre belirlenmektedir. Bu algoritmaya göre TSSB için dört yeniden yaşama (Kriter B) belirtisinden en az birinde, 7 kaçınma belirtisinden (Kriter C) en az üçünde ve beş aşırı uyarılmışlık semptomunun en az ikisinde (Kriter D) pozitif yanıt (HTA'da 3=çok fazla ya da 4=aşırı) verenler TSSB açısından semptomatik olarak belirlenmektedir. Kriter A (travmatik olaya maruz kalma) ise tüm katılımcılar tarafından karşılanmış olarak kabul edilmektedir (184).

### 3.7.5. Beck Depresyon Envanteri

Katılımcıların depresyon derecesini ölçmek için Arapça geçerlilik ve güvenilirliği olan Beck Depresyon Envanteri (BDE) kullanılmıştır (EK-5).

BDE, İlk olarak 1961 yılında Beck ve ark. tarafından depresyonda görülen vejetatif, duygusal, bilişsel ve motivasyonel belirtileri ölçmek amacıyla geliştirilmiştir. Geliştirildiği günden bugüne dünyada depresyon semptomlarını ölçmede en fazla kullanılan kendini değerlendirme ölçeğidir. Şimdiye kadar 7.000'nin üzerinde araştırmada kullanılmıştır (185).

Ölçek 21 maddeden oluşmakta ve her bir madde 0-3 arasında bir puan almaktadır. Ölçeğin tamamından 0-63 arasında bir puan alınmaktadır. İlk geliştirilen form sadece hasta ve klinisyen tarafından birlikte bireysel olarak değerlendirilirken, daha sonra yapılan revizyonlarla kendini değerlendirme türünde ve grup uygulaması yapılabilecek nitelik kazanmıştır (186).

Ölçeğin Arapça'da iki farklı geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır. İlk çalışma, West tarafından 1985 yılında 53 Suudi Arabistan vatandaşı ile yapılmıştır (187). İkinci çalışma ise Abdel-Khalek tarafından Mısır, Suudi Arabistan, Kuveyt ve Lübnanlı 380 lisans öğrencisinde yapılmıştır. Ölçeğin cronbach alpha değerleri ülkeler için sırası ile 0,77, 0,82, 0,89 ve 0,67 olarak bulunmuştur (188).

### **Ölçeğin kesim noktası**

Beck ve Beamesderfer 1974 yılında kesim noktasının ölçeğin kullanıldığı örneklem ve ölçeğin kullanım amacına göre değişebileceğini, bu nedenle kesim noktasının klinik kararlara göre verilmesi gerektiğini belirtmişlerdir. Yapılan çalışmalarda da genellikle farklı kesim noktaları kullanılmıştır. Bu çalışmada 20 ve üzeri (orta düzeyde ve üzeri) puan alanlar olası depresyon (probable depression) olarak kabul edilmiştir. Arap toplumunda yapılan çalışmalarda da bu kesim noktası sıklıkla kullanılmıştır (180, 189).

### **3.7.6. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği**

Katılımcıların ruh sağlığını etkileyebilecek önemli faktörlerden olan sosyal destek alma durumlarını belirlemek amacıyla Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ) kullanılmıştır (EK-6).

ÇBASDÖ, ABD’de Zimmet ve ark.’nın 1988 yılında geliştirdikleri, kısa ve kullanımı kolay bir kendini değerlendirme ölçeğidir. Ölçek toplum ve ruh sağlığı çerçevesinde sosyal desteği değerlendirmek amacıyla çok fazla kullanılmaktadır. Ölçeğin “aile”, “arkadaş” ve “özel bir insan” olmak üzere üç alt boyutu vardır. Ölçeğin tamamı ve alt ölçeklerin, iç tutarlığı ve test-tekrar test korelasyonları yeterli bulunmuştur.

Alt ölçeklerin her biri dört madde olmak üzere ölçeğin tamamı 12 maddeden oluşmaktadır. Her madde 7’li Likert (1=kesinlikle evet, 7=kesinlikle hayır) şeklinde derecelendirilmiştir. Ölçek puanının yüksek olması, algılanan sosyal desteğin yüksek olduğunu göstermektedir (190, 191). Ölçeğin puanlaması yapılırken alınan toplam puan 12’ye bölünerek 1-7 arasında ortalama bir puan elde edilir. Alt ölçeklerde ise dört maddeden alınan toplam puanlar dörde bölünerek aynı şekilde 1-7 arasında ortalama puan elde edilir. Hem genel ölçek hem de alt ölçekler için; 1-2,9 puan arası düşük sosyal destek, 3-5 puan arası orta düzeyde sosyal destek ve 5,1-7 puan arası yüksek sosyal destek olarak gruplandırılabilir (192).

Arapça adaptasyonu Lübnan’da 221 kişi ile yapılan çalışmada, üç alt ölçekte de yüksek güvenirlilik elde edilmiştir. 12 maddenin iç tutarlığı 0,87 olarak bulunmuştur. Aynı şekilde “aile”, “arkadaş”, “özel bir insan” alt ölçeklerin de iç tutarlığı oldukça yüksek bulunmuştur (sırası ile  $\alpha=0,82$ ,  $\alpha=0,86$  ve  $\alpha=0,85$ ) (193).

### 3.7.7. Niteliksel Görüşme Rehberi

Çalışmanın ikinci aşaması için araştırma ekibi (İki halk sağlığı öğretim üyesi, bir psikiyatri öğretim üyesi, bir halk sağlığı doktora öğrencisi) tarafından Türkçe olarak hazırlanan niteliksel görüşme rehberi kullanılmıştır. Görüşme rehberi, hizmet sunucuları ve sağlık yöneticileri için olmak üzere iki farklı şekilde hazırlanmıştır.

Hizmet sunucular için hazırlanan görüşme rehberi 12 sorudan sağlık yöneticileri için hazırlanan rehber dokuz sorudan oluşturulmuştur. Görüşme rehberleri katılımcıların tanımlayıcı özellikleri (yaş, cinsiyet, meslek, eğitim durumu, sığınmacılarla çalışma süresi vb), ülke ve il düzeyinde sığınmacılara verilen ruh sağlığı hizmetleri, sığınmacıların ruh sağlığı sorunları ile ilgili düşünceleri, sığınmacılara verilen ruh sağlığı hizmetlerinin yeterliliği ve erişilebilirliği ile ilgili düşünceleri, sığınmacıların ruh sağlığı hizmetlerine erişimleri önündeki engeller, sığınmacıların ruh sağlığı hizmetlerinin geliştirilmesi için önerileri gibi konuları kapsamaktadır (EK-7).

### 3.8. Araştırmanın Ön Denemesi

Araştırmanın niceliksel bölümünde kullanılacak veri toplama aracının ön denemesi, araştırma bölgesi dışında olan Keçiören ilçesinde bulunan Kuzey Ankara TOKİ konutlarında ikamet eden 10 Suriyeli sığınmacı ile yapılmıştır. Ön deneme araştırma verilerini toplayan hem Arapça hem de Türkçe bilen iki anketör tarafından toplanmıştır. Ön deneme yapıldıktan sonra anket formu tekrar gözden geçirilmiş ve bazı sorularda düzeltmelere gidilerek anket formuna son şekli verilmiştir. Her bir görüşme yaklaşık 35 dakika sürmüştür

Niteliksel veri toplama aracının ön denemesi ise Suriyeli sığınmacılara ruh sağlığı hizmeti sunan bir sağlık çalışanı ve sunulan ruh sağlığı hizmetleri ile ilgili karar verici konumunda olan bir yönetici ile derinlemesine görüşmeleri yapan araştırmacı tarafından yapılmıştır. Derinlemesine görüşmeler yaklaşık 30-45 dakika arasında sürmüştür.

### 3.9. Verilerin İstatistiksel Analizi ve Değerlendirilmesi

#### 3.9. 1. Niceliksel Verilerin İstatistiksel Analizi ve Değerlendirilmesi

Araştırmada niceliksel verilerin analizi için SPSS ver. 20.0 istatistiksel paket programı kullanılmıştır. Aritmetik ortalama, ortanca, standart sapma gibi dağılım ve yaygınlık ölçüleri kullanılmıştır. Tanımlayan ve tanımlanan değişkenler arasındaki ilişkiyi incelemek için Ki-kare (Pearson ve Fischer), Spearman korelasyon analizi ve lojistik regresyon modeli Forward LR yöntemi kullanılmıştır. Depresyon ve TSSB için ayrı ayrı dört farklı lojistik regresyon modeli, sağlık hizmeti kullanımı ve sağlık hizmetlerine erişim için birer lojistik regresyon modeli kurulmuştur. Modellere ilişkin ayrıntılı bilgi aşağıda sunulmuştur. Tüm analizlerde istatistiksel anlamlılık düzeyi  $p < 0,05$  olarak kabul edilmiştir.

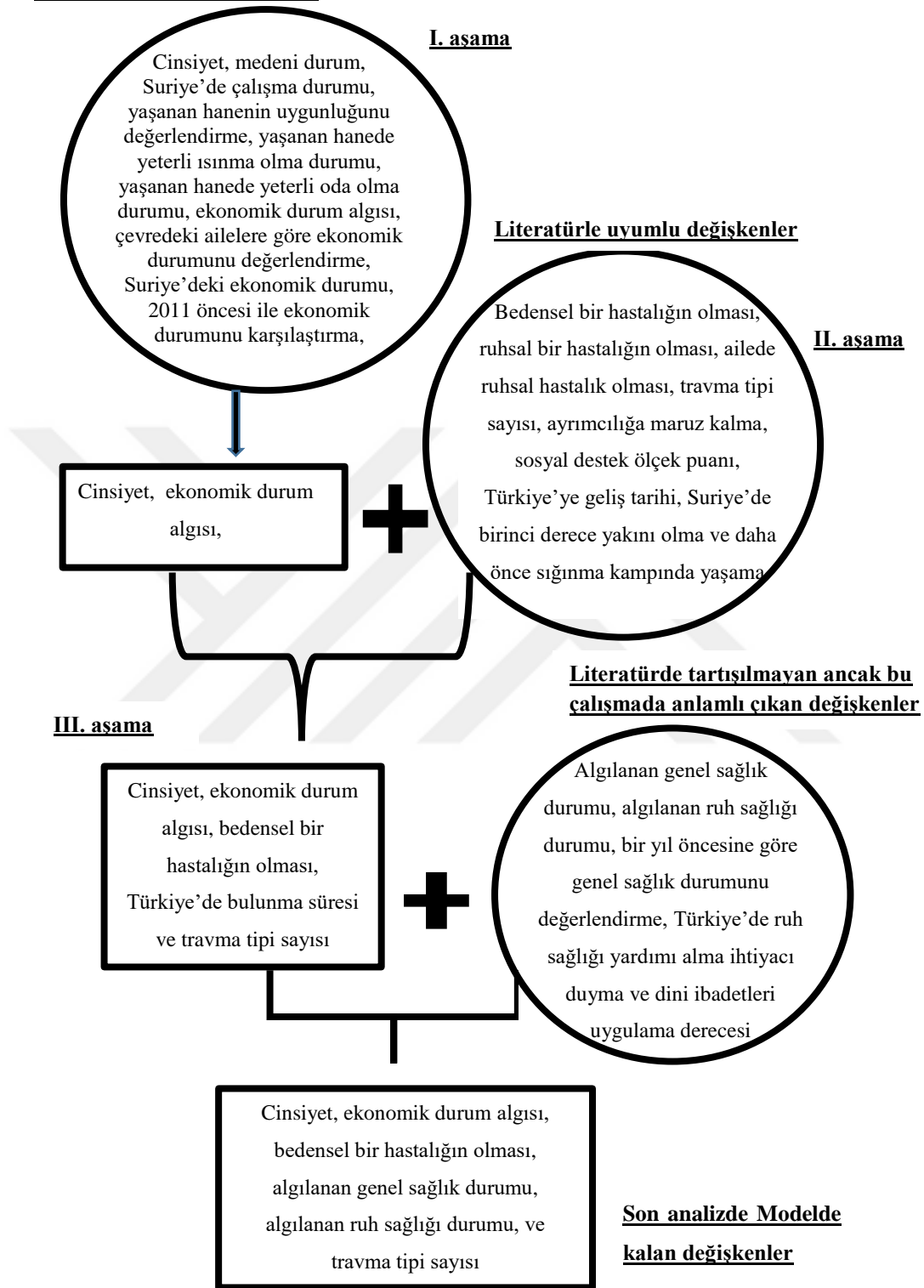
#### **Depresyon ve TSSB ile ilişkili faktörleri belirlemeye yönelik kurulan lojistik regresyon modelleri**

Hem depresyon hem de TSSB ile ilişkili faktörlerin saptanması için her ikisi için aynı yöntemle dört farklı lojistik regresyon modellemesi yapılmıştır. Modeller, Forward LR yöntemi kullanılmıştır.

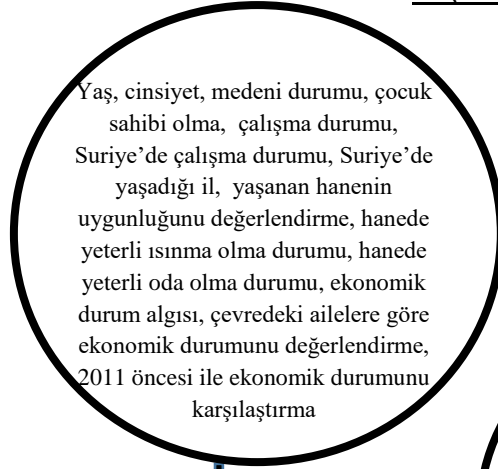
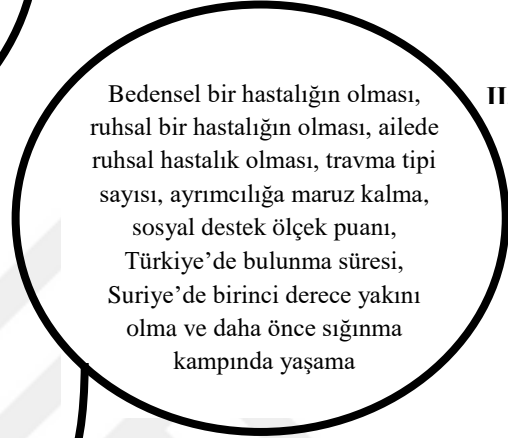
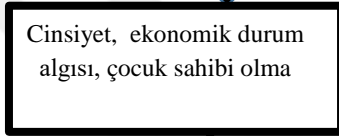
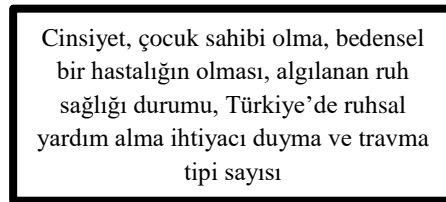
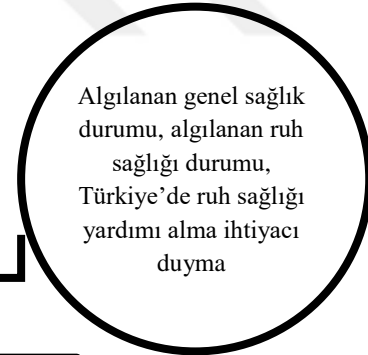
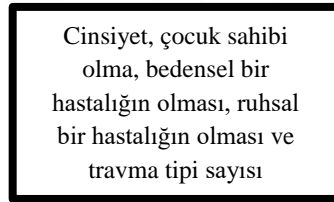
#### **Model I**

Bu modele ulaşmak için üç aşamalı regresyon modellemesi yapılmıştır. İlk aşamada ikili analizlerde  $p < 0,20$ 'nin altında bulunan sosyodemografik değişkenlerin tamamı Forward LR yöntemi ile analiz edilmiştir. Bu aşama sonucunda anlamlı çıkan değişkenler ikinci aşamada, ilk aşamada analize konulan değişkenlerin dışında literatürde anlamlı bulunan değişkenler (ikili analizlerde anlamlı ya da anlamsız olduğuna bakılmaksızın) eklenerek aynı yöntemle analize konulmuştur. Üçüncü ve son aşamada yine Forward LR yöntemiyle ikinci aşamada anlamlı çıkan değişkenlerle birlikte literatürde çok tartışılmayan ancak bu çalışmada ikili analizlerde anlamlı bulunan diğer değişkenler eklenerek model oluşturulmuştur. Depresyon için kurulan modele ait akış şeması Şekil 3.3'te, TSSB için kurulan modele ait akış şeması ise Şekil 3.4'te sunulmuştur.

**Sosyodemografik değişkenler**



**Şekil 3.3.** Depresyonla ilişkili faktörleri belirlemeye yönelik Lojistik Regresyon modellemesi: Model-I’e alınan değişkenlerin akış şeması (Ankara, 2016).

**Sosyodemografik değişkenler****I. aşama****Literatürle uyumlu değişkenler****II. aşama****Literatürde tartışılmayan ancak bu çalışmada anlamlı çıkan değişkenler****III. aşama****Son analizde modelde kalan değişkenler**

**Şekil 3.4.** Travma sonrası stres bozukluğu ile ilişkili faktörleri belirlemeye yönelik Lojistik Regresyon modellemesi: Model-I’e alınan değişkenlerin akış şeması (Ankara, 2016).

### **Model II**

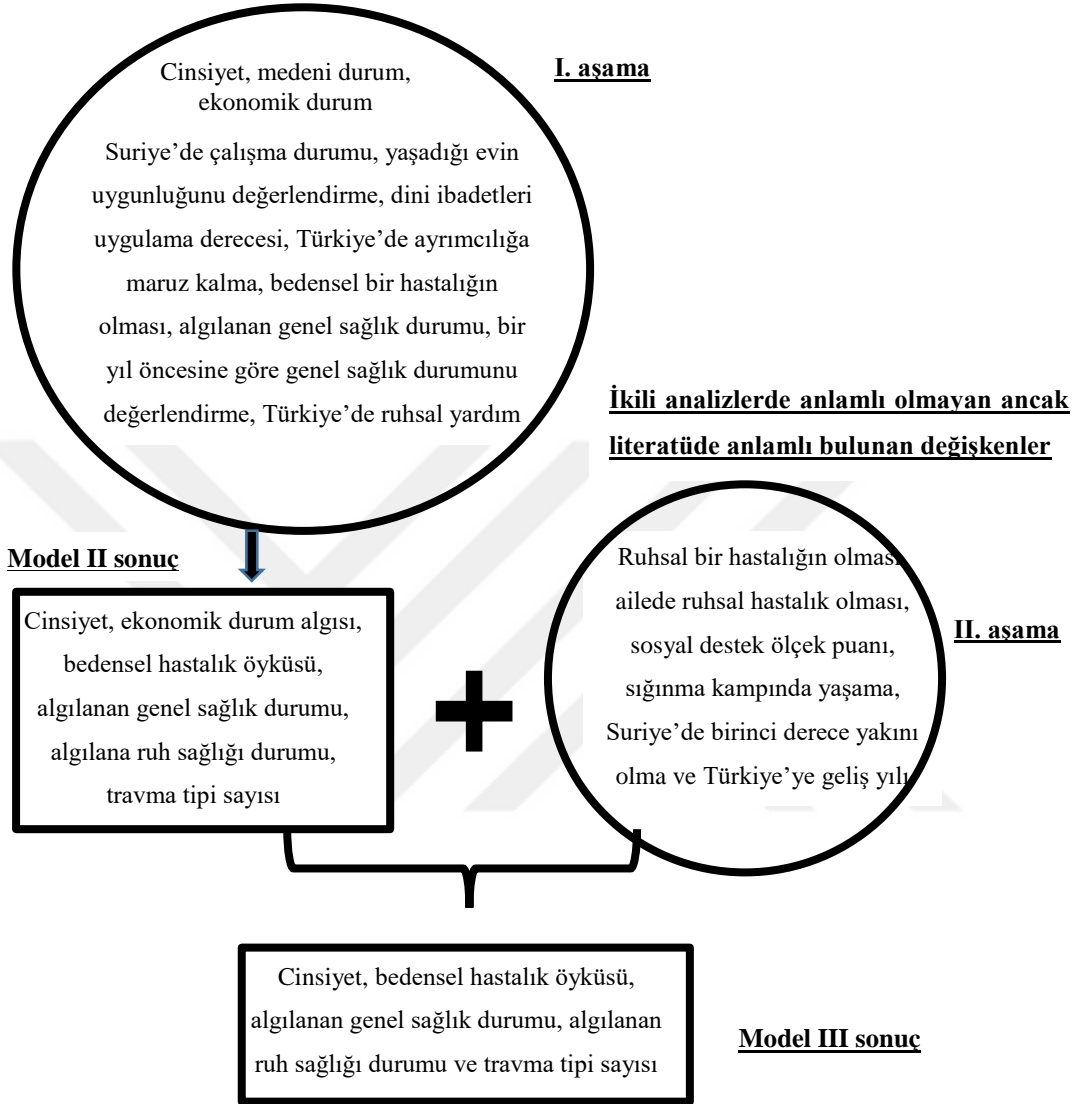
Bu modelde ikili analizlerde anlamlı bulunan değişkenlerin tamamı ( $p < 0,05$ ) Forward LR yöntemi ile analiz edilmiştir. Ancak ikili analizlerde anlamlı olsa bile yüksek veri kaybına yol açan bazı değişkenler modele konulmamıştır. Depresyon için kurulan modele ait akış şeması Şekil 3.5'te, TSSB için kurulan modele ait akış şeması ise Şekil 3.6'da, sunulmuştur.

### **Model III**

Bu modelde model II'de anlamlı çıkan değişkenlere ikili analizlerde anlamlı bulunmayan ancak literatürde anlamlı bulunan değişkenler de eklenerek analiz edilmiştir. Depresyon için kurulan modele ait akış şeması Şekil 3.5'te, TSSB için kurulan modele ait akış şeması ise Şekil 3.6'da sunulmuştur.

**İkili analizlerde anlamlı bulunan değişkenler**

**(Model II'ye alınan değişkenler)**

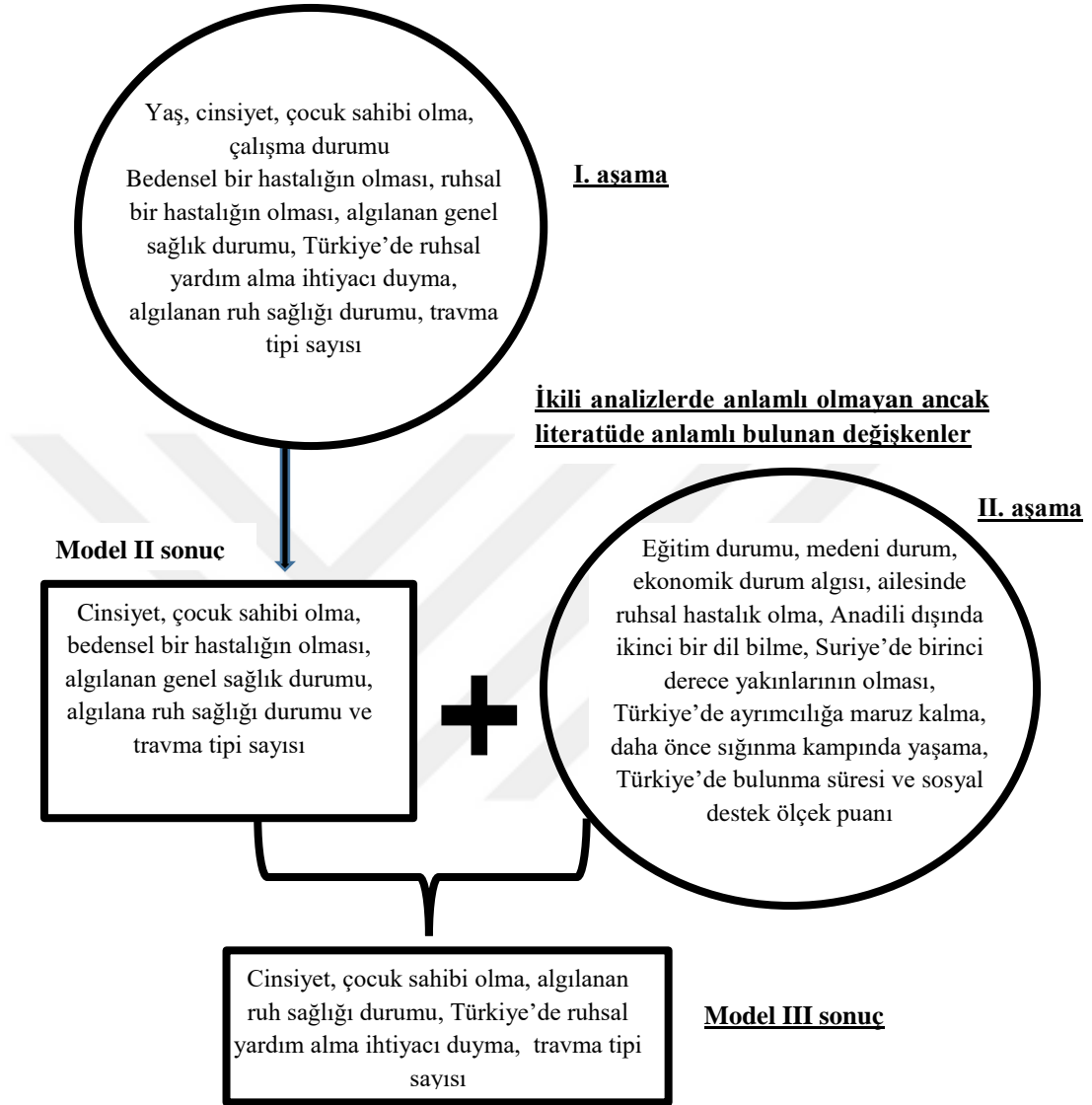


**Şekil 3.5.** Depresyonla ilişkili faktörleri belirlemeye yönelik Lojistik Regresyon modellemesi: Model II ve model-III'e alınan değişkenlerin akış şeması (Ankara, 2016).



**İkili analizlerde anlamlı bulunan değişkenler**

**(Model II'ye alınan değişkenler)**



**Şekil 3.6.** Travma sonrası stres bozukluğu ile ilişkili faktörleri belirlemeye yönelik Lojistik Regresyon modellemesi: Model II ve model-III’e alınan değişkenlerin akış şeması (Ankara, 2016).

### **Model IV**

Bu modelde sadece literatürde tartışılan değişkenler modele dâhil edilmiştir. Literatürde tartışılmayan ancak ikili analizlerde anlamlı bulunan değişkenler modele dahil edilmemiştir. Depresyon için kurulan modele ait akış şeması Şekil 3.7’de, TSSB için kurulan modele ait akış şeması ise Şekil 3.8’de sunulmuştur.

#### **Literatürde tartışılan değişkenler**

Yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, ekonomik durum algısı, çalışma durumu, Anadili dışında ikinci dil bilme, daha önce sığınma kampında yaşama, Türkiye’de bulunma süresi, Suriye’de birinci derece yakınlarının olması, Türkiye’de ayrımcılığa maruz kalma, bedensel bir hastalığın olması, ruhsal bir hastalığın olması, ailede ruhsal hastalık olması, sosyal destek ölçek puanı ve travma tipi sayısı

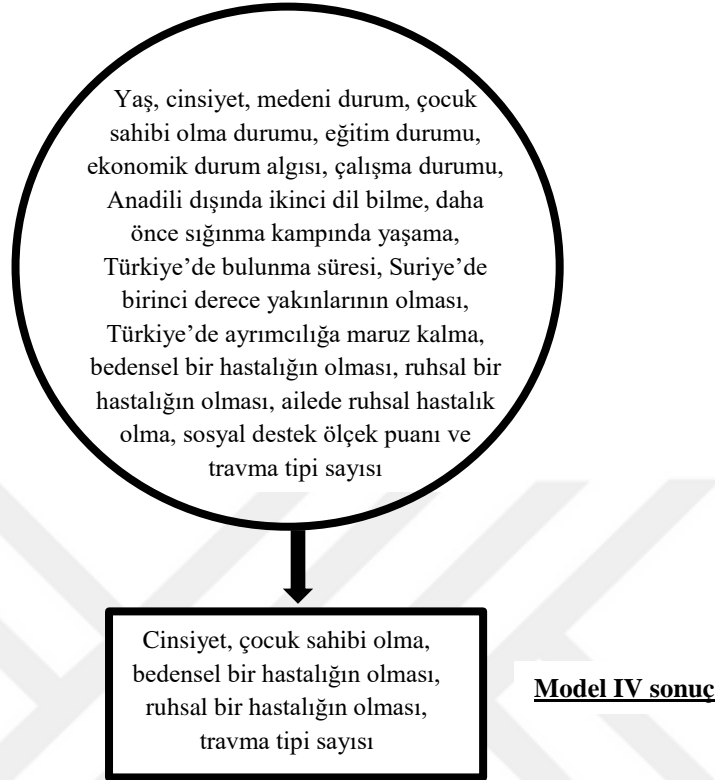


Cinsiyet, ekonomik durum algısı, bedensel hastalık öyküsü, travma tipi sayısı

#### **Model IV sonuç**

**Şekil 3.7.** Depresyonla ilişkili faktörleri belirlemeye yönelik Lojistik Regresyon modellemesi: Model-IV’e alınan değişkenlerin akış şeması (Ankara, 2016).

**Literatürde anlamlı bulunan değişkenler**



**Şekil 3.8.** Travma sonrası stres bozukluğu ile ilişkili faktörleri belirlemeye yönelik Lojistik Regresyon modellemesi: Model-IV’e alınan değişkenlerin akış şeması (Ankara, 2016).

**Sağlık hizmetlerine erişim ve sağlık hizmeti kullanımı ile ilişkili faktörleri belirlemeye ilişkin çok değişkenli Lojistik Regresyon analizi**

Sağlık hizmetlerine erişim ile ilişkili etmenleri belirlemek için ikili analizlerde  $p < 0,20$ 'nin altında bulunan değişkenler (cinsiyet, medeni durum, Arapça dışında ikinci dil bilme, yaşanılan evin niteliğini değerlendirme, ekonomik yardım alma, Türkiye’de ayrımcılığa maruz kaldığını düşünme, algılanan genel sağlık durumu, bir yıl öncesine göre sağlık durumunu değerlendirme, yaşanılan travma tipi sayısı ve olası depresyon tanısı alma) Forward LR yöntemi ile analiz edilmiştir.

Sığınmacıların sağlık hizmeti kullanımları ile ilişkili faktörlerin belirlenmesi için ise ikili analizlerde anlamlı çıkan tüm değişkenler (yaş, cinsiyet, medeni durum, çalışma durumu, ekonomik yardım alma, bedensel bir hastalığın olma durumu, algılanan genel sağlık durumu, bir yıl öncesine göre genel sağlık durumu ve sağlık hizmetlerine erişebilme) Forward LR yöntemi ile analiz edilmiştir.

### 3.9. 2. Niteliksel Verilerin İstatistiksel Analizi ve Değerlendirilmesi

Niteliksel verilerin analizi için ise görüşmelere ait ses kayıtlarının transkripsiyonu yapıldıktan sonra temalar ve alt temalar oluşturularak içerik analizi yapılmıştır. Nitseliksel bulgular ana temalar halinde verilmiş, ilgili alıntılar katılımcıların kimlik bilgileri gizli olacak şekilde sunulmuştur. Analizler niteliksel görüşmelerle ilgili oldukça deneyimli olan ikinci danışman ile tez öğrencisi birlikte yapmıştır. Niteliksel verilerin analizinin ardından bulgular niceliksel analiz bulguları ile birlikte değerlendirilmiş ve tartışmadan birlikte yorumlanmıştır.

### 3.10. Etik Konular ve İzinler

Araştırma için İçişleri Bakanlığı Göç İdaresi Genel Müdürlüğü, Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu (şimdiki Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü) (EK-8), H.Ü. Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulundan (EK-9) yazılı izin katılımcılardan onam alınmıştır (EK 10). Araştırma verileri amaçları dışında kullanılmamıştır.

Niceliksel görüşmeler yapılırken ruh sağlığı desteğine ihtiyacı olduğu gözlenen kişiler uygun ruh sağlığı hizmetlerine yönlendirilmişlerdir. Ayrıca çalışma sonuçları ilgili kamu kurum ve kuruluşları ile paylaşılmış, sığınmacılara yönelik ruh sağlığı hizmetlerinin geliştirilmesi için önerilerde bulunulmuştur.

### 3.11. Araştırmanın Bütçesi

Hacettepe Bilimsel Araştırma Projeleri Koordinasyon Birimi (BAP) ve Öğretim Üyesi Yetiştirme Programı (ÖYP) Koordinasyon Birimi'nden alınan destekle karşılanan çalışmanın giderleri Tablo 3.1'de sunulmuştur.

**Tablo 3.1.** Çalışmaya ait bütçe kalemleri (Ankara, 2016).

<b>Araştırma Bütçe Kalemleri</b>	<b>Tutar (TL)</b>
Hizmet alımı (Anketör giderleri)	15.750,00
Seyahat ve organizasyon giderleri	1.500,00
Hizmet alımı (Veri girişi)	4.236,90
Kırtasiye giderleri	3.600,00
<b>Genel Toplam</b>	<b>25.086,90</b>

**Anketör giderleri:** Proje için sahada veri toplamak amacıyla hem Türkçe hem de Arapça bilen dört anketör çalıştırılmıştır. Anketörlere toplam 15.750 TL ödeme yapılmıştır.

**Seyahat ve organizasyon giderleri:** Anketörlerin sahaya götürülüp getirilmesi ve yiyecek ve içecek harcamaları için 1.500 TL'lik bir harcama yapılmıştır.

**Veri girişi:** Niceliksel verilerin SPSS paket programına girilmesi için 3.486,90 TL, niteliksel verilerin transkripsiyonu için ise 750 TL olmak üzere toplam 4.236,90 TL ödenmiştir.

**Kırtasiye giderleri:** Araştırmada veri toplama aracı, eğitim malzemeleri, tez basımı ve çoğaltılması için 3.600 TL harcanmıştır.

Çalışma için 22.000 TL BAP'tan proje desteği, 3.000 TL ise ÖYP biriminden destek alınmıştır.

### 3.12. İş ve Zaman Çizelgesi

Çalışmaya ait iş ve zaman çizelgesi Tablo 3.2'de sunulmuştur.

**Tablo 3.2.** Çalışmaya ait iş ve zaman çizelgesi (Ankara, 2016).

<b>İş tanımı / İş paketi</b>	<b>Süre (ay)</b>	<b>Başlangıç Tarihi</b>	<b>Bitiş Tarihi</b>
Literatür tarama	42	01.02.2016	30.07.2019
Tez önerisi hazırlama ve sunumu	4	01.02.2016	31.05.2016
İdari izinler ve etik kurul onamının alınması	4	01.06.2016	30.09.2016
Saha öncesi hazırlık (anketör eğitimleri, ön denemenin yapılması vb)	2	01.08.2016	30.09.2016
Veri toplama	6	01.10.2016	30.03.2017
Nicel veri toplama	2	01.10.2016	30.11.2016
Nitel veri toplama	4	01.12.2017	30.03.2017
Veri girişi	3	01.04.2017	30.06.2017
Veri analizi	6	01.07.2017	30.12.2017
Verilerin yorumlanması ve rapor yazımı	19	01.01.2018	30.07.2019

## 4. BULGULAR

### 4.1. Çalışmanın Niceliksel Bulguları

Bu bölümde Ankara'nın iki mahallesinde yaşayan Suriyeli sığınmacılarda bulunan olası depresyon ve TSSB yaygınlığı, bu hastalıklarla ilişkili faktörler ile sığınmacıların genel sağlık ve ruh sağlığı hizmet kullanımları ve hizmetlere erişimleri incelenmiştir. Çalışmanın niceliksel bulguları; tanımlayıcı bulgular, olası depresyon ve TSSB ile ilişkili faktörlere ilişkin bulgular ve genel sağlık hizmetlerine erişim ve sağlık hizmeti kullanımı ile ilişkili faktörlere ilişkin bulgular olmak üzere üç başlık altında incelenmiştir.

#### 4.1.1. Çalışmanın Tanımlayıcı Bulguları

Bu bölümde katılımcıların sosyodemografik özellikleri, göçle ilişkili yaşadıkları travmalar, TSSB ve depresyon sıklığı, genel sağlık durumları, genel sağlık ve ruh sağlığı hizmetlerine erişimleri ve sağlık hizmeti kullanımı ile ilgili tanımlayıcı bulgular sunulmuştur.

Çalışmaya katılan sığınmacıların bazı sosyodemografik özelliklerine göre dağılımı Tablo 4.1'de sunulmuştur.

**Tablo 4.1.** Çalışmaya katılan Suriyeli sığınmacıların bazı sosyodemografik özelliklerine göre dağılımı (Ankara, 2016).

Özellik		n	%
<b>Yaş (yıl) (n=420)</b>	18-29	161	38,3
	30-39	113	26,9
	40-49	69	16,4
	50-59	49	11,7
	60 ve üzeri	28	6,7
	Ortalama±SS: 35,4±13,0; Ortanca= 33,0; En küçük=18; En büyük= 80; 1. Çeyrek=25; 3. Çeyrek=45		
<b>Cinsiyet (n=420)</b>	Erkek	183	43,6
	Kadın	237	56,4
<b>Medeni durum (n=420)</b>	Resmi nikâhlı	305	72,6
	Sadece dini nikâhlı	51	12,1
	Bekâr	38	9,1
	Dul	21	5,0
	Boşanmış/ayrı yaşıyor	5	1,2
<b>Eğitim durumu (n=418)</b>	Okuryazar değil	92	22,0
	Okuryazar (diplomasız)	21	5,0
	İlkokul	180	43,1
	Ortaokul	80	19,1
	Lise	27	6,5
	Üniversite/yüksekokul	18	4,3
<b>Çocuk sahibi olma durumu (n=382)*</b>	Çocuk var	340	89,5
	Çocuk yok	42	10,5
<b>Çocuk sayısı (n=339)</b>	1	40	11,8
	2	73	21,5
	3	62	18,3
	4	58	17,1
	5 ve üzeri	106	31,3
	Ortalama±SS=3,9±2,3; Ortanca= 3; En küçük=1; En büyük= 16; 1. Çeyrek=2; 3. Çeyrek=5		

\* Evlenmişler

**Tablo 4.1 (Devam).** Çalışmaya katılan Suriyeli sığınmacıların bazı sosyodemografik özelliklerine göre dağılımı (Ankara, 2016).

Özellik		n	%
<b>Etnik köken (n=419)</b>	Arap	404	96,4
	Kürt	4	1,0
	Türkmen	4	1,0
	Roman	1	0,2
	Yanıt vermek istemeyen	6	1,4
<b>Arapça dışında dil bilme (n=419)</b>	Hayır	332	79,2
	Evet	87	20,8
<b>Arapça dışında bilinen diller (n=85)</b>	Türkçe	50	58,8
	İngilizce	29	34,1
	Diğer**	6	7,1

\*\* Üç Kurbatça, bir Kürtçe, bir Fransızca, bir Yunanca

Çalışmaya katılanlar en fazla 18-29 (%38,3) ve 30-39 (%26,9) yaş grubundadır. Yaş ortalamaları ise  $35,4 \pm 13,0$ 'dır (En küçük=18, En büyük= 80). Katılımcıların %56,4'ü kadın; %84,7'si evlidir. Katılımcıların üçte ikiden fazlası (%70,1) ilkokul ve altı eğitim düzeyine sahiptir. Evlenmiş olan katılımcıların %89,5'inin çocuğu varken, çocuğu olan katılımcıların sahip oldukları ortalama çocuk sayısı  $3,9 \pm 2,3$ 'tür (Tablo 4.1).

Katılımcıların tamamı dini inancını Müslüman olarak belirtmiştir. Mezhebini belirtenlerden sadece bir tanesi Rûfai olduğunu, diğerleri ise Sünni (%99,7) olduğunu belirtmiştir. Çalışmaya katılanlardan 17 kişi ise bu soruya yanıt vermek istememiştir

Katılımcıların büyük bir çoğunluğu Arap (%96,4), tamamı evde en çok konuştukları dili Arapça olarak belirtmiştir. Katılımcıların %20,8'i Arapça dışında ikinci bir dil bildiğini belirtmiştir. Arapça dışında en fazla bilinen diller ise Türkçe (%58,8) ve İngilizce (%34,1) olarak belirtilmiştir (Tablo 4.1).

Katılımcıların Suriye'de ikamet ettikleri yerleşim yerleri, halen Suriye'de birinci derece akrabalarının olma durumu ve daha önce sığınma kampında kalma durumuna göre dağılımı Tablo 4.2'de sunulmuştur.



**Tablo 4.2.** Çalışmaya katılan sığınmacıların Suriye’de ikamet ettikleri yerleşim yerleri, halen Suriye’de birinci derece akrabalarının olma durumu ve daha önce sığınma kampında kalma durumuna göre dağılımı (Ankara, 2016).

Özellik		n	%
<b>Türkiye’ye gelmeden önce Suriye’de ikamet edilen il (n=413)</b>	Halep	367	88,9
	Rakka	15	3,6
	Humus	10	2,4
	Şam	7	1,7
	İdlip	7	1,7
	Hama	5	1,2
	Diğer*	2	0,5
<b>Suriye’de en uzun süre yaşanan il (n=322)</b>	Halep	290	90,0
	Rakka	10	3,1
	Şam	8	2,5
	Humus	6	1,9
	İdlip	5	1,5
	Hama	3	1,0
<b>Suriye’de iken ikamet edilen yerleşim yeri tipi (n=418)</b>	İl merkezi	310	74,2
	İlçe	56	13,4
	Kasaba	23	5,5
	Köy	29	6,9
<b>Halen Suriye’de yaşayan birinci derece yakınlarının olma durumu (n=408)</b>	Evet	282	69,1
	Hayır	126	30,9
<b>Daha önce sığınma kampında yaşama (n=420)</b>	Hayır	380	90,5
	Evet	40	9,5

\*Bir Lazkiye, bir Deyrizor

Katılımcıların %88,9’u Türkiye’ye gelmeden önce ikamet ettikleri ili, %90,0’ı ise Suriye’de en uzun yaşadıkları ili Halep olarak belirtmişlerdir. Katılımcıların dörtte üçü (%74,2) Suriye’de ikamet ettikleri yerleşim yerini il merkezi olarak belirtmiştir. Katılımcıların %69,1’i halen Suriye’de yaşayan birinci derece yakınlarının olduğunu, %90,5’i daha önce sığınma kampında yaşamadığını belirtmiştir (Tablo 4.2).

Sığınmacıların Ankara’da ikamet ettikleri mahalle, Ankara’ya gelmeden başka ülke ya da ilde ikamet etme durumu ve Türkiye’ye geliş yılına göre dağılımı Tablo 4.3’te sunulmuştur.

**Tablo 4.3.** Çalışmaya katılan Suriyeli sığınmacıların Ankara’da ikamet ettikleri mahalle, Ankara’ya gelmeden başka ülke ya da ilde ikamet etme durumu ve Türkiye’ye geliş yılına göre dağılımı (Ankara, 2016).

Özellik		n	%
Ankara’da ikamet edilen mahalle (n=420)	Ulubey	211	50,2
	Önder	209	49,8
Ankara’ya gelmeden başka ülke ya da ilde ikamet etme durumu (n=413)	Hayır	269	65,1
	Evet	144	34,9
Türkiye’de bulunan süre (ay) (n=418)	<28	208	49,8
	≥28	210	50,2

Ortalama±SS=26,2±13,3; Ortanca=28,1; En küçük=1,10; En büyük= 70,97;  
1. Çeyrek=14,87; 3. Çeyrek=34,13

Çalışmaya katılanların %50,2’si Ulubey, %49,8’i ise Önder mahallelerinde ikamet etmektedir. Katılımcıların %65,1’i Suriye’den ayrıldıktan sonra Ankara’ya doğrudan geldiğini belirtmiştir. Katılımcıların Türkiye’de ortalama bulunma süresi ise 26,2±13,3 aydır (Tablo 4.3).

Katılımcıların halen yaşadıkları hanelerin özelliklerine göre dağılımı Tablo 4.4’te sunulmuştur.

**Tablo 4.4.** Çalışmaya katılan Suriyeli sığınmacıların yaşadıkları hanelerin özelliklerine göre dağılımı (Ankara, 2016).

Özellik		n	%
<b>Hanede yaşayan kişi sayısı (n=420)</b>	5 ve altı	197	46,9
	6 ve üzeri	223	53,1
Ortalama±SS=5,9±2,5; Ortanca=6, En küçük=1; En büyük=15; 1. Çeyrek=4,0; 3. Çeyrek=7,0			
<b>Yaşanılan hanenin uygun nitelikte olması (n=419)</b>	Evet	219	52,3
	Hayır	200	47,7
<b>Yaşanılan hanede yeterli ısınmanın olması (n=419)</b>	Var	243	58,0
	Yok	176	42,0
<b>Yaşanılan hanede yeterli oda olması (n=419)</b>	Var	266	63,5
	Yok	153	36,5
<b>Yaşanılan hanede yeterli su olması (n=419)</b>	Var	400	95,5
	Yok	19	4,5
<b>Yaşanılan hanede yeterli elektrik olması (n=419)</b>	Var	404	96,4
	Yok	15	3,6
<b>Yaşanılan hane ile ilgili belirtilen diğer özellikler (n=57)</b>	Faturalar çok yüksek	29	50,9
	Ev çok eski	12	21,1
	Evde temel yaşam malzemeleri eksik (Battaniye, halı vb)	10	17,5
	Evin bulunduğu mahalle kötü	6	10,5

Katılımcıların %53,1'inin yaşadıkları hanede yaşayan kişi sayısı altı kişi ve üzerindedir. Ortalama hane halkı büyüklüğü 5,9±2,5'tir. Katılımcıların %47,7'si genel olarak yaşadıkları hanenin uygun nitelikte olmadığını düşünmektedir. Katılımcıların %42,0'ı yaşadığı hanede yeterli ısınmanın, %36,5'i ise yeterli odanın olmadığını belirtmiştir. Katılımcıların büyük bir çoğunluğu hanede yeterli suyun (%95,5) ve yeterli elektriğin (%96,4) olduğunu belirtmiştir. Yaşanan hane ile ilgili belirtilen diğer olumsuz özelliklerin başında faturaların çok yüksek olması (n=29) ve evin çok eski olması (n=12) gelmektedir (Tablo 4.4).

Çalışmaya katılanların Türkiye ve Suriye'de çalışma durumu ve yaptıkları işle ilgili bazı özellikler Tablo 4.5'te sunulmuştur.

**Tablo 4.5.** Çalışmaya katılan Suriyeli sığınmacıların Türkiye ve Suriye’de çalışma durumu ve yaptıkları işle ilgili bazı özelliklerin dağılımı (Ankara, 2016).

Özellik		n	%
<b>Türkiye’de halen gelir getiren bir işte çalışma durumu (n=419)</b>	Hayır	301	71,8
	Evet, düzenli işlerde çalışan	66	15,8
	Evet, geçici işlerde çalışan	52	12,4
<b>Yapılan iş (n=118)</b>	Mobilya imalat işçisi	36	30,5
	Metal sac işlemecisi	14	11,9
	İşçi/Sanayi	10	8,5
	Esnaf	8	6,8
	İnşaat	7	5,9
	Terzi/Tekstil	7	5,9
	Satış elemanı	7	5,9
	Boya işleri	6	5,1
	Öğretmen	4	3,4
	Camcı	3	2,5
	Elektrik tesisat	3	2,5
	Temizlik hizmetleri	3	2,5
	Diğer*	10	8,5
<b>Suriye’de çalışma durumu (n=419)</b>	Hayır	201	48,0
	Evet, düzenli işte çalışan	186	44,4
	Evet, geçici işlerde çalışan	32	7,6
<b>Suriye’de yaptığı iş (n=159)</b>	Terzi/Tekstil	31	19,5
	Esnaf/Tüccar	25	15,7
	Memur	20	12,6
	İşçi/Sanayi	16	10,1
	Mobilya imalat işçisi	13	8,2
	Uzun-kısa yol şoförü	12	7,5
	Metal sac işlemeci	11	6,9
	Boya işleri	10	6,3
	Satış elemanı	9	5,7
	İnşaat	8	5,0
Diğer**	4	2,5	

\* İki kuaför, iki tütün satıcısı, bir tercüman, bir karton toplayıcısı, bir hamal, bir paketleme, iki anlaşılmayan yanıt. \*\* İki kuaför, bir tercüman, bir kırtasiye

Çalışmaya katılan sığınmacıların %71,8'i Türkiye'de halen herhangi bir işte çalışmadığını belirtirken, %15,8'i düzenli bir işte çalıştığını belirtmiştir. Katılımcıların %48,0'ı ise Suriye'de herhangi bir işte çalışmadığını, %44,4'ü Suriye'de düzenli bir işte çalıştığını belirtmiştir. Türkiye'de halen yaptıkları işi belirtenler en fazla mobilya imalat işçisi (%30,5) ve metal sac işletmecisi (%11,9) olarak çalıştığını belirtmiştir. Suriye'de yaptıkları işi belirtenler ise en fazla tekstil/terzi (%19,5) ve esnaf/tüccar (%15,7) olarak çalıştığını belirtmiştir (Tablo 4.5).

Çalışmaya katılan sığınmacıların Suriye ve Türkiye'deki ekonomik durumları, çevredeki ailelere göre ekonomik durumlarını değerlendirme, haneye giren aylık toplam gelir ve Suriye'deki iç çatışmalardan sonra ekonomik durumlarındaki değişimle ilgili özellikleri Tablo 4.6'da sunulmuştur.

**Tablo 4.6.** Çalışmaya katılan Suriyeli sığınmacıların Türkiye ve Suriye’deki ekonomik durumu ile ilgili bazı özelliklerin dağılımı (Ankara, 2016).

Özellik		n	%
<b>Ekonomik durumu (Öz değerlendirme)</b> (n=412)	İyi	5	1,2
	Orta	152	36,9
	Kötü	185	44,9
	Çok kötü	70	17,0
<b>Haneye giren aylık toplam gelir (TL)</b> (n=396)	500 altı	65	16,4
	500-999	151	38,1
	1000-1499	146	36,9
	1500 ve üzeri	34	8,6
Ortalama±SS=857,8±476,8; Ortanca=800,0; En küçük=0, En büyük= 3850; 1. Çeyrek=600,0; 2. Çeyrek=1115,0			
<b>Çevredeki ailelere göre ekonomik durumu (Öz değerlendirme)</b> (n=405)	Çok iyi/İyi	11	2,7
	Orta	207	51,1
	Kötü	130	32,1
	Çok kötü	57	14,1
<b>Ailenin Suriye’deki ekonomik durumu</b> (n=418)	Çok iyi	47	11,3
	İyi	118	28,2
	Orta	206	49,2
	Kötü/Çok kötü	47	11,3
<b>Çatışmaların başladığı 2011 öncesine göre ailenin ekonomik durumundaki değişme</b> (n=409)	İyileşme	14	3,4
	Değişim yok	36	8,8
	Hafif düzeyde kötüleşme	27	6,6
	Orta düzeyde kötüleşme	47	11,5
	Orta düzeyden daha fazla kötüleşme	62	15,2
	İleri derecede kötüleşme	223	54,5

Katılımcıların %44,9’u ailelerinin şu anki ekonomik durumunu “kötü”, %17,0’ı “çok kötü” olarak belirtmiştir. Ailesinin mevcut ekonomik durumunu “iyi” olarak belirtenler ise sadece %1,2’dir. Katılımcıların belirttikleri haneye giren ortalama gelirleri aylık 857,8±476,8 TL’dir (En küçük=0, En büyük=3850). Katılımcıların %38,1’inin aylık haneye giren ortalama geliri 500-999 TL, %16,4’ünün 500 TL ve altıdır. Katılımcıların %51,1’i çevredeki ailelere göre ekonomik durumunu

“orta”, %46,2’si çevredeki aileler göre ekonomik durumunu “kötü” ya da “çok kötü” olarak belirtmiştir. Katılımcıların %49,2’si ailesinin Suriye’deki ekonomik durumunu “orta”, %39,5’i “iyi” ya da “çok iyi” olarak belirtmiştir. Katılımcıların %54,5’i Suriye’deki çatışmaların başladığı 2011 yılı öncesine göre ailesinin ekonomik durumunda ileri derecede kötüleşme olduğunu belirtmiştir (Tablo 4.6).

Katılımcıların Türkiye’de herhangi bir yerden ekonomik yardım alma durumları, ekonomik yardım aldıkları kuruluş ve ekonomik yardımın türü ile ilgili özellikler Tablo 4.7’de sunulmuştur.

**Tablo 4.7.** Çalışmaya katılan Suriyeli sığınmacıların Türkiye’de herhangi bir yerden ekonomik yardım alma ile ilgili bazı özelliklerine göre dağılımı (Ankara, 2016).

Özellik		n	%
<b>Herhangi bir yerden ekonomik yardım alma durumu (n=419)</b>	Evet	333	79,5
	Hayır	86	20,5
<b>Aldığı ekonomik yardım (n=333)*</b>	Kumanya	326	97,9
	Kömür	240	72,1
	Nakit para	13	3,9
	Alışveriş fişi	8	2,4
	Giyim	6	1,8
	Diğer**	8	2,4
<b>Ekonomik yardım alınan yer (n=331)*</b>	Belediye	316	95,5
	Sivil Toplum Kuruluşları	60	18,1
	Elçilikler	10	3,0
	Özel kişiler	10	3,0
	Kaymakamlık	5	1,5
	Kızılay	2	0,6

\* Birden fazla seçenek işaretlenmiştir; yüzdeler ekonomik yardım alan kişi sayısına göre ayrı ayrı hesaplanmıştır. \*\* Dört temizlik malzemeleri, iki günlük yemek, iki çocuk bezi

Çalışmaya katılanların %79,5’i herhangi bir yerden ekonomik yardım aldığını belirtmiştir. Ekonomik yardım aldığını belirtenler en fazla kumanya (%97,9) ve kömür (%72,1) yardımı aldığını belirtmiştir. Katılımcılar yardım aldıkları kuruluşları ise en fazla belediye (%95,5) ve sivil toplum kuruluşları (%18,1) olarak belirtmişlerdir (Tablo 4.7).

Çalışmaya katılanların milliyet ve dini inançla ilgili görüşleri Tablo 4.8’de belirtilmiştir.

**Tablo 4.8.** Çalışmaya katılan Suriyeli sığınmacıların milliyet ve dini inançla ilgili bazı düşüncelerinin dağılımı (Ankara, 2016).

Özellik		n	%
<b>Milliyet kendileri için ne kadar önemli (n=418)</b>	Çok	384	91,9
	Orta	23	5,5
	Hiç/Biraz	11	2,6
<b>Kendini dindar görme derecesi (n=418)</b>	Çok	152	36,4
	Orta	259	62,0
	Hiç/Biraz	7	1,6
<b>Dini ibadetleri uygulama derecesi (n=418)</b>	Çok	255	61,0
	Orta	150	35,9
	Hiç/Biraz	13	3,1

Çalışmaya katılan sığınmacıların %91,9’u milliyetin kendileri için çok önemli olduğunu, %62,0’ı kendisini orta düzeyde dindar olarak gördüğünü belirtmiştir. Katılımcıların %61,0’ı dini ibadetleri uygulama derecesini “çok” olarak belirtmiştir (Tablo 4.8).

Çalışmaya katılanların Türkiye kültür ve geleneklerini kendi kültür ve geleneklerine göre değerlendirme, T.C vatandaşı komşu ve arkadaşlarının olma durumu ve T.C vatandaşı arkadaş ve komşuları ile ilişkileri gibi Türkiye’deki sosyal uyumları ile ilgili bazı özellikler Tablo 4.9’da sunulmuştur.



**Tablo 4.9.** Çalışmaya katılan Suriyeli sığınmacıların Türkiye’deki sosyal uyumu ile ilgili bazı özelliklerin dağılımı (Ankara, 2016).

Özellik		n	%
<b>Türkiye’nin kültür ve geleneklerini, kendi kültür ve geleneklerine göre değerlendirme durumları (n=416)</b>	Tamamen aynı	30	7,2
	Benzer	119	28,6
	Biraz farklı	78	18,8
	Çok farklı	102	24,5
	Fikrim yok	87	20,9
<b>T.C vatandaşı arkadaşı olma durumu (n=419)</b>	Var	101	24,1
	Yok	318	75,9
<b>T.C vatandaşı arkadaş sayısı (n=101)</b>	1	20	19,8
	2	29	28,7
	3	15	14,9
	4 ve üzeri	37	36,6
<b>T.C vatandaşı arkadaş(lar)ı ile ilişkileri (n=101)</b>	Orta	16	15,9
	İyi	49	48,5
	Çok iyi	36	35,6
<b>T.C vatandaşı komşusu olma durumu (n=419)</b>	Var	340	81,1
	Yok	79	18,9
<b>T.C vatandaşı komşuları ile ilişkisi (n=340)</b>	İyi	66	19,4
	Orta	191	56,2
	Kötü	8	2,3
	Hiç yok	75	22,1
<b>Çocuklarının okuldaki arkadaşları ile ilişkileri (n=132)</b>	İyi	103	78,0
	Orta	19	14,4
	Kötü	10	7,6

Çalışmaya katılanların %28,6’sı Türkiye’de kültür ve geleneklerin, kendi kültür ve geleneklerine benzer olduğunu, %24,5’i çok farklı olduğunu belirtmiştir. Çalışmaya katılanların %75,9’u hiç T.C vatandaşı arkadaşının olmadığını; arkadaşı olduğunu belirtenlerin %47,5’i bir ya da iki arkadaşının olduğunu belirtmiştir. T.C vatandaşı arkadaşı olduğunu belirtenlerin %48,5’i arkadaşları ile ilişkilerinin iyi olduğunu, %35,6’sı ilişkilerinin çok iyi olduğunu belirtmiştir. Katılımcıların %81,1’i oturduğu yerde T.C vatandaşı komşusu olduğunu belirtmiştir. Komşularının olduğunu belirtenlerin %56,2’si komşuları ile ilişkilerinin normal olduğunu, %22,1’i ise hiçbir

ilişkilerinin olmadığını belirtmiştir. Okula giden çocuğu olan katılımcıların çoğunluğu (%78,0) çocuklarının okuldaki arkadaşları ile ilişkilerinin iyi olduğunu belirtmiştir (Tablo 4.9).

Çalışmaya katılanların kendileri ve çocuklarının Türkiye’de sığınmacı olmalarından kaynaklı ayrımcılığa maruz kalmaları ile ilgili bazı özellikleri Tablo 4.10’da sunulmuştur.

**Tablo 4.10.** Çalışmaya katılan Suriyeli sığınmacılar ile çocuklarının Türkiye’de ayrımcılığa maruz kalma durumu ile ilgili bazı özelliklerinin dağılımı (Ankara, 2016).

Özellik		n	%
<b>Türkiye’de bulunduğu süre içinde ayrımcılığa maruz kaldığını düşünme (n=417)</b>	Hayır	238	57,1
	Evet	179	42,9
<b>Ayrımcılık yaptığı düşünülen kişiler (n=175)</b>	Toplumdan kişiler (halk)	90	51,4
	İş yerinde patron veya diğer çalışanlar	30	17,2
	Komşular	24	13,7
	Sağlık personeli	21	12,0
	Ev sahibi	10	5,7
	<b>Maruz kalınan ayrımcılık türü (n=107)</b>	Olumsuz davranış (aşağılama, sevmeme)	60
	Fiziksel saldırı	18	16,8
	Taciz/tehdit	16	15,0
	Maaşını vermeme, düşük maaş verme	13	12,1
<b>Çocuklarının okulda ayrımcılığa maruz kaldığını düşünme (n=137)</b>	Hayır	113	82,5
	Bazen	15	10,9
	Çok sık	9	6,6

Çalışmaya katılanların %42,9’u Türkiye’de bulunduğu süre içinde ayrımcılığa maruz kaldığını belirtmiştir. Ayrımcılığa maruz kaldığını belirtenlerin %51,4’ü toplumdan kişiler tarafından, %17,2’si iş yerinde patron veya diğer çalışanlar tarafından ayrımcılığa maruz kaldığını belirtmiştir. Ayrımcılık türünü belirtenlerin %56,1’i olumsuz davranışa maruz kaldığını belirtirken, %16,8’i bu ayrımcılığın fiziksel saldırı şeklinde gerçekleştiğini belirtmiştir. Katılımcıların %17,5’i

çocuklarının bazen ya da çok sık okulda ayrımcılığa maruz kaldığını belirtmiştir (Tablo 4.10).

Çalışmaya katılanların tütün, alkol ve madde kullanımı ile ilgili bazı özellikleri Tablo 4.11’de sunulmuştur.

**Tablo 4.11.** Çalışmaya katılan Suriyeli sığınmacıların tütün, alkol ve madde kullanımı ile ilgili bazı özelliklerinin dağılımı (Ankara, 2016).

Özellik		n	%
<b>Sigara içme durumu (n=419)</b>	Hayır	287	68,5
	Evet	132	31,5
<b>Sigara içme süresi (n=132) (yıl)</b>	1-5	31	23,5
	6-10	32	24,3
	11-15	18	13,6
	16-20	16	12,1
	20 üzeri	35	26,5
	Ortalama±SS= 15,7±12,3; Ortanca= 12,0; En küçük=1,0; En büyük= 54,0; 1. Çeyrek= 6,0; 2. Çeyrek=24,7		
<b>Günde ortalama içilen sigara adeti (n=132) (adet)</b>	1-5	20	15,2
	6-10	26	19,7
	11-15	10	7,6
	16-20	49	37,1
	20 üzeri	27	20,4
	Ortalama±SS= 17,5±10,9; Ortanca=20,0; En küçük=1,0; En büyük= 50,0; 1. Çeyrek=10,0; 2. Çeyrek=20,0		
<b>Geçmişte sigara içme durumu (n=286)</b>	Hayır	256	89,5
	Evet	30	10,5
<b>Geçmişte sigara içme süresi (n=30) (yıl)</b>	1-5	14	46,7
	6 ve üzeri	16	53,3
	Ortalama±SS= 12,5±15,8; Ortanca= 6,0; En küçük=1,0; En büyük= 65,0; 1. Çeyrek=2,0; 2. Çeyrek=20,5		
<b>Geçmişte günde ortalama içilen sigara adeti (n=28) (adet)</b>	1-5	11	39,3
	6 ve üzeri	17	60,7
	Ortalama±SS= 13,57±11,14; Ortanca= 12,5, En küçük=1, En büyük= 40; 1. Çeyrek=3,0; 2. Çeyrek=20,0		

**Tablo 4.11 (Devam).** Çalışmaya katılan Suriyeli sığınmacıların tütün, alkol ve madde kullanımını ile ilgili bazı özelliklerin dağılımını (Ankara, 2016).

Özellik		n	%
<b>Sigara dışında tütün ürünü kullanma durumu (n=419)</b>	Hayır	367	87,6
	Evet, Nargile	52	12,4
<b>Nargile kullanma sıklığı (haftada) (n=48)</b>	<1	8	16,7
	1	20	41,7
	2-3	7	14,5
	≥3	13	27,1
<b>Nargile kullanma süresi (n=47) (yıl)</b>	1-5	24	51,1
	6-10	15	31,9
	10 üzeri	8	17,0
<b>Herhangi bir tütün ürünü kullanma (n=419)</b>	Hayır	251	59,9
	Evet	168	40,1
<b>Göç ettikten sonra tütün kullanımında değişiklik (n=403)</b>	Kullanmıyordu, halen kullanmıyor	241	59,8
	Kullanıyordu, halen kullanıyor	57	14,1
	Yeni kullanmaya başladı	16	4,0
	Kullanmayı bıraktı	14	3,5
	Azaldı	18	4,5
	Arttı	42	10,4
	Tütün ürününü değiştirdi	15	3,7
<b>Alkol kullanma durumu (n=419)</b>	Hayır	417	99,5
	Evet	2	0,5
<b>Geçmişte alkol kullanma durumu (n=418)</b>	Hayır	404	96,7
	Evet	14	3,3
<b>Keyif verici madde kullanma durumu (n=419)</b>	Hayır	416	99,3
	Evet	3	0,7
<b>Kullandığı keyif verici madde (n=3)</b>	Esrar	2	-
	Tramadol	1	-

Çalışmaya katılanların %31,5'i sigara içtiğini belirtmiştir. Sigara içenlerin ortalama içme süresi 15,7 yıldır. Sigara içenlerin %26,5'i yirmi yıldan fazladır sigara içtiğini belirtmiştir. Sigara içenlerin günde ortalama içtikleri sigara adedi 17,5'tir. Katılımcıların %37,1'i günde ortalama 16-20 arasında sigara içtiğini belirtmiştir. Şu

anda sigara içmeyenlerin %10,5'i geçmişte sigara içtiğini belirtmiştir. Katılımcıların %12,4'ü sigara dışında bir tütün ürünü kullandığını belirtmiştir. Sigara dışında kullandığı tütün ürününü belirtenlerin tamamı nargile kullandığını belirtmiştir. Katılımcılar nargile kullanma sıklıklarını en fazla (%41,7) haftada bir olarak belirtmişlerdir. Nargile kullanma süresi ise en fazla (%51,1) 1-5 yıl aralığındadır. Katılımcıların herhangi bir tütün ürünü (sigara ya da nargile) kullanma sıklığı ise %40,1'dir. Katılımcıların %73,9'u göç ettikten sonra tütün kullanımında değişiklik olmadığını, %10,4'ü göç ettikten sonra tütün kullanımında artma olduğunu belirtmiştir (Tablo 4.11).

Katılımcıların %0,5'i (2 kişi) halen, %3,3'ü (14 kişi) geçmişte alkol kullandığını belirtmiştir (Tablo 4.11).

Katılımcıların %0,7'si (3 kişi) keyif verici bir madde kullandığını belirtmiştir. Keyif verici madde kullandığını belirtenlerden iki kişi esrar, bir kişi ise Tramadol kullandığını belirtmiştir (Tablo 4.11).

Katılımcıların genel sağlık durumları ile ilgili bazı özellikler Tablo 4.12'de sunulmuştur.

**Tablo 4.12.** Çalışmaya katılan Suriyeli sığınmacıların genel sağlık durumu ile ilgili bazı özelliklerinin dağılımı (Ankara, 2016).

Özellik		n	%
<b>Algılanan genel sağlık durumu (n=418)</b>	Çok iyi	27	6,5
	İyi	93	22,2
	Orta	190	45,5
	Kötü	108	25,8
<b>Bir yıl öncesine göre algılanan genel sağlık durumu (n=418)</b>	Çok daha iyi	122	29,2
	Biraz daha iyi	61	14,6
	Aynı	155	37,1
	Biraz daha kötü	34	8,1
	Çok daha kötü	46	11,0
<b>Doktorun teşhis koyduğu bedensel bir hastalığın olma durumu (n=419)</b>	Hayır	235	56,1
	Evet	184	43,9
<b>Doktorun teşhis koyduğu bedensel hastalık* (n=184)</b>	Kardiyovasküler hastalıklar	70	38,0
	Kas iskelet hastalıkları	60	32,6
	Gastrointestinal sistem hastalıkları	30	16,3
	Endokrin sistem hastalıkları	29	15,8
	Yaralanmalar	20	10,9
	Solunum sistemi hastalıkları	19	10,3
	Göz hastalıkları	13	7,1
	Üriner sistem hastalıkları	13	7,1
	Alerjik/Cilt hastalıkları	12	6,5
<b>Teşhis konma zamanı** (n=184) (yıl önce)</b>	<1	16	8,7
	1-4	45	24,4
	5-9	53	28,8
	10-14	27	14,7
	15 ve üzeri	43	23,4

Ortalama±SS= 9,2±9,5; Ortanca= 6, En küçük=0,02; En büyük= 62

\* Birden fazla seçenek işaretlenmiştir; yanıtlar hastalığı olan kişi sayısı üzerinden ayrı ayrı hesaplanmıştır. \*\* Birden fazla hastalığı olanlarda en erken teşhis konulan hastalığın süresi esas alınmıştır.

Çalışmaya katılanların %45,5'i genel sağlık durumunu "orta", %25,8'i "kötü" olarak belirtmiştir. Katılımcıların %43,8'i bir yıl öncesine göre genel sağlık

durumunun “çok daha iyi” ya da “iyi” olarak belirtmiştir. Katılımcıların %43,9’u doktorun teşhis koyduğu bedensel bir hastalığının var olduğunu belirtmiştir. Doktorun teşhis koyduğu bedensel bir hastalığı olduğunu belirtenler en fazla kardiyovasküler hastalıklar (%38,0) ve kas iskelet hastalıklarını (%32,6) belirtmişlerdir. Hastalığın teşhis konulduğu süre ortalaması  $9,2 \pm 9,5$  yıldır. Hastalıkların en fazla teşhis konulduğu süre 5-9 yıl bandındadır (Tablo 4.12).

Çalışmaya katılan sığınmacıların ve ailelerinin ruh sağlığı durumu ile ilgili bazı özellikleri Tablo 4.13’te sunulmuştur.

**Tablo 4.13.** Çalışmaya katılan Suriyeli sığınmacıların ve ailelerinin ruh sağlığı durumu ile ilgili bazı özelliklerinin dağılımı (Ankara, 2016).

Özellik		n	%
Algılanan ruh sağlığı durumu (n=419)	Çok iyi	11	2,6
	İyi	59	14,1
	Orta	187	44,6
	Kötü	162	38,7
Doktorun teşhis koyduğu ruhsal bir hastalığı olma durumu (n=419)	Hayır	407	97,1
	Evet	12	2,9
Doktorun teşhis koyduğu belirtilen ruhsal hastalık (n=12)	Depresyon	5	41,7
	Tanısı bilinmeyen Sinirsel hastalık	5	41,7
	Travma sonrası stres bozukluğu	2	16,6
Teşhis konulma zamanı (n=12) (yıl)	<5	5	41,7
	$\geq 5$	7	58,3
	Ortalama $\pm$ SS=5,9 $\pm$ 4,4; Ortanca= 5,5, En küçük=0,6; En büyük= 15; 1. Çeyrek=3,5; 2. Çeyrek=10		
Teşhis konulan yer (n=11)	Suriye	8	72,7
	Türkiye	3	27,3
Ruhsal hastalığı için ilaç kullanma durumu (n=12)	Evet	9	75,0
	Hayır	3	25,0

**Tablo 4.13 (Devam).** Çalışmaya katılan Suriyeli sığınmacıların ve ailelerinin ruh sağlığı durumu ile ilgili bazı özelliklerinin dağılımı (Ankara, 2016).

Özellik		n	%
<b>Ailesinde ruhsal hastalık olma durumu (n=419)</b>	Hayır	392	93,6
	Evet	27	6,4
<b>Ruhsal hastalığı olanın yakınlığı (n=25)</b>	Çocuğu	10	40
	Kardeşı	6	24
	Eşı	6	24
	Annesi	2	8
	İkinci derece	1	4
<b>Ailede bulunduğu belirtilen ruhsal hastalık (n=24)</b>	Depresyon	7	29,2
	Otizm	4	16,7
	Anksiyete/TSSB	3	12,5
	Tanısı bilinmeyen sinirsel hastalık	7	29,2
	Diğer*	3	12,5
<b>Ailede bulunan ruhsal hastalığın süresi (n=24) (yıl)</b>	<5	11	45,8
	≥5 yıl	13	54,2

Ortalama±SS= 6,4±4,5; Ortanca= 5, En küçük=0,5; En büyük= 15; 1. Çeyrek=3,0; 2. Çeyrek=11,7

\* Bir Obsesif Kompulsif Bozukluk, bir Hiperaktivite, bir Bipolar bozukluk

Katılımcıların %44,6'sı ruh sağlığı durumunu "orta", %38,7'si "kötü" olarak belirtmiştir. Katılımcılardan 12 kişi doktorun teşhis koyduğu ruhsal bir hastalığının olduğunu belirtmiştir. Ruhsal hastalığını belirtenlerden beş kişi depresyon, beş kişi "sinirsel hastalık", iki kişi ise travma sonrası stres bozukluğu olduğunu belirtmiştir. Sekiz kişi hastalığına Suriye'de teşhis konduğunu, üç kişi ise Türkiye'de teşhis konduğunu belirtmiştir. Ruhsal hastalığı olduğunu belirtenlerden dokuz kişi ruhsal hastalığı için ilaç kullandığını belirtmiştir. Ortalama ilaç kullanma süresi 22,3±17,5 aydır (Tablo 4.13).

Katılımcıların %6,4'ü (n=27) ailesinde herhangi bir ruhsal hastalığın olduğunu belirtmiştir. Ruhsal hastalığı bulunan yakın, en çok "çocuğu" olarak (10 kişi) belirtilmiştir. Ailede bulunan ruhsal hastalık en fazla depresyon (n=7) ve sinirsel



hastalık (n=7) olarak belirtilmiştir. Ailede bulunan ruhsal hastalığın ortalama bulunma süresi  $6,4 \pm 4,5$  yıldır (Tablo 4.13).

Katılımcıların Türkiye’de başvurdukları sağlık hizmetleri ile ilgili bazı özellikler Tablo 4.14’te sunulmuştur.

**Tablo 4.14.** Çalışmaya katılan Suriyeli sığınmacıların Türkiye’de başvurdukları sağlık hizmetleri ile ilgili bazı özelliklerin dağılımı (Ankara, 2016).

Özellik		n	%
<b>Son bir yılda Türkiye’de sağlık hizmetlerine başvurma durumu (n=419)</b>	Başvurmadı	225	53,7
	Başvurdu	194	46,3
	Bir kere kullandı	175	41,8
	İki kere kullandı	19	4,5
<b>Başvurulan sağlık kuruluşu (n=213)*</b>	Ankara Eğitim ve Araştırma H.	86	40,4
	Hastane/Devlet H.	64	30,0
	Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma H.	21	9,9
	Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı ve Araştırma H.	12	5,6
	Ulubey Aile Sağlık Merkezi	10	4,7
	Özel hastane/doktor	6	2,8
	Numune Eğitim ve Araştırma H.	4	1,9
	Diğer**	10	4,7

\* Toplam başvuru sayısı üzerinden hesaplanmıştır.

\*\* Dört kişi başvurduğu hastanenin ismini bilmiyor, üç kişi Etlik Zübeyde Hanım Eğitim ve Araştırma Hastanesi, bir kişi Gazi Mustafa Kemal Devlet Hastanesi, bir kişi Urfa’da bir hastane, bir kişi de Mersin’de bir hastane yanıtını vermiştir

**Tablo 4.14 (Devam).** Çalışmaya katılan Suriyeli sığınmacıların Türkiye’de başvurdukları sağlık hizmetleri ile ilgili bazı özelliklerinin dağılımı (Ankara, 2016).

Özellik	n	%	
<b>Başvuru nedeni (n=213)*</b>	Gebelik ve doğumla ilgili nedenler	43	20,2
	Kas iskelet sistemi hastalıkları	43	20,2
	Diş sağlığı sorunları	24	11,3
	Kardiyovasküler hastalıklar	22	10,3
	Solunum sistemi hastalıkları	21	9,9
	Gastrointestinal hastalıklar	17	8,0
	Yaralanmalar	12	5,6
	Alerjik hastalıklar/cilt hastalıkları	10	4,7
	Göz hastalıkları	7	3,3
	Endokrin sistem hastalıkları	5	2,3
	Üriner sistem hastalıkları	5	2,3
Ağrı	4	1,9	
<b>Yapılan işlem (n=213)*</b>	İlaç/ameliyat ile tedavi edildi	121	56,8
	Tahlil yapıldı	27	12,7
	Doğum yaptı	18	8,5
	Kontrol yapıldı	15	7,0
	Herhangi bir tedavi verilmedi	14	6,6
	Hizmet alamadı	10	4,7
	Fizik tedavi önerildi	8	3,8
<b>Aldığı hizmet için herhangi bir ücret ödeme durumu (n=212)*</b>	Hayır	185	87,3
	Evet	27	12,7
<b>Ödenen ücret (n=26)* (TL)</b>	<10	7	26,9
	11-49	10	38,5
	50 ve üzeri	9	34,6
Ortalama±SS= 58,9±98,0; Ortanca= 30, En küçük=2,0; En büyük= 500,0; 1. Çeyrek=8,7; 2. Çeyrek=80,0			

\* Toplam başvuru sayısı üzerinden hesaplanmıştır.

Katılımcıların %41,8’i bir kez, %4,5’i ise iki kez olmak üzere toplam %46,3’ü son bir yılda Türkiye’de sağlık hizmetlerine başvurduklarını belirtmiştir. Katılımcıların ortalama sağlık hizmeti başvuru ortalaması 0,5’tir. En fazla başvuru Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesidir (%40,4). Hastane başvuru

nedenlerinin başında ise gebelik ve doğumla ilişkili nedenler (%20,2) ile kas iskelet sistemi ile ilgili nedenler (%20,2) ön plana çıkmaktadır. Başvurulan hizmetlerin %56,8’inde katılımcılar ilaç ya da ameliyatla gerekli tedaviyi aldıklarını belirtmişlerdir. Başvurulan hizmetlerin %12,7’sinde başvurular ilaç ya da muayene için herhangi bir ücret ödemişlerdir. Sağlık hizmeti için ödenen ücret ortalaması  $58,8 \pm 98,0$  TL’dir (Tablo 4.14). Ödenen ücretlerin büyük çoğunluğu özel hastaneler ya da özel doktor muayeneleri olmakla birlikte kamu hastanelerinde de ücret ödendiğini belirtenler bulunmaktadır. Kamu hastanelerinde ödenen ücretler özel hastane/doktor için ödenen ücretlerden daha düşüktür.

Katılımcıların Türkiye’de aldıkları sağlık hizmetlerinden memnuniyetleri ile ilgili bazı özellikler Tablo 4.15’te sunulmuştur.

**Tablo 4.15.** Çalışmaya katılan Suriyeli sığınmacıların Türkiye’deki sağlık hizmetlerinden memnuniyet derecesi ve nedenlerine göre dağılımı (Ankara, 2016).

Özellik		n	%
<b>Alınan sağlık hizmetleri ile ilgili görüş (n=321)*</b>	Çok iyi	62	19,3
	İyi	124	38,6
	Orta	95	29,6
	Kötü	29	9,1
	Çok kötü	11	3,4
<b>Sağlık hizmetlerinden memnun olmama nedeni (n=53)**</b>	Sağlık personeli ile ilgili faktörler	23	43,4
	Dil sorunu/Tercüman olmaması	22	41,5
	Uzun bekleme süreleri	12	22,6
	Kimlik olmadığı için hizmet alamama	3	5,7

\* 98 kişi Türkiye’de bulunduğu süre içerisinde hiç sağlık hizmeti kullanmadığı için Türkiye’deki sağlık hizmetleri ile ilgili değerlendirme yapmamıştır.

\*\* Birden fazla seçenek işaretlenmiştir, “çok kötü” ve “kötü” olarak değerlendirenler ile isteğe bağlı olarak “orta” olarak değerlendirenler memnun olmama nedenlerini belirtmiştir.

Türkiye’de bulunduğu süre içerisinde sağlık hizmeti kullananların %57,9’u verilen sağlık hizmetlerini çok iyi ya da iyi olarak nitelendirmiştir. Memnun olmama (kötü, çok kötü ya da orta olarak değerlendirme) nedenleri arasında ise en fazla sağlık personelinin ilgisizliği ve nitelikli olmaması (%43,4) ile dil sorunu/tercüman olmaması (%41,5) yer almaktadır (Tablo 4.15).

Çalışmaya katılan sığınmacıların Türkiye’de sağlık hizmetlerine erişimleri ve sağlık hizmetlerine erişimi etkileyen bazı özelliklerin dağılımı Tablo 4.16’da sunulmuştur.

**Tablo 4.16.** Çalışmaya katılan Suriyeli sığınmacıların Türkiye’de sağlık hizmetlerine erişimleri ve erişimi etkileyen bazı özelliklerin dağılımı (Ankara, 2016).

Özellik		n	%
<b>Sağlık hizmetlerine erişebilme durumu (n=418)</b>	Sağlık hizmeti ihtiyacı duymadı	83	19,8
	Erişebiliyor	254	60,8
	Erişemiyor	81	19,4
<b>Sağlık hizmetlerine erişimi engelleyen faktörler* (n=81)</b>	Dil ile ilgili sorunlar	62	76,5
	Sağlık hizmetlerine nasıl ve nerede erişeceğini bilmeme	50	61,7
	Ekonomik nedenler	46	56,8
	Ulaşım ile ilgili sorunlar	36	44,4
	Verilen sağlık hizmetlerinin faydalı olmayacağı düşüncesi	35	43,2
	Sağlık personelinin uygun olmayan davranışı	29	35,8
	Kimlikle ilgili sorunlar	11	13,6

\* Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

Katılımcıların %19,4’ü sağlık hizmetlerine erişemediğini belirtmiştir. Sağlık hizmetlerine erişemediklerini belirtenler en fazla dil ile ilgili sorunlar (%76,5), sağlık hizmetlerini nasıl ve nerede alacaklarını bilememeleri (%61,7) ve ekonomik nedenlerle (ulaşım/ hizmetin pahalı olması) (%56,8) sağlık hizmetlerine erişemediklerini belirtmişlerdir (Tablo 4.16).

Katılımcıların ruh sağlığı hizmet ihtiyaçları, hizmetlere başvuru ve hizmetlere erişimlerini etkileyen etmenlerle ilgili bazı özellikler Tablo 4.17’de sunulmuştur.

**Tablo 4.17.** Çalışmaya katılan Suriyeli sığınmacıların Türkiye’de ruh sağlığı hizmeti ihtiyaçları, hizmetlere başvuru ve hizmetlere erişimlerini etkileyen bazı özelliklerinin dağılımı (Ankara, 2016).

Özellik		n	%
<b>Türkiye’ye geldikten sonra ruh sağlığı hizmeti alma ihtiyacı duyma durumu (n=419)</b>	Hayır	357	85,2
	Evet	62	14,8
<b>Türkiye’ye geldikten sonra ruh sağlığı hizmetine başvuru durumu (n=419)</b>	Hayır	413	98,6
	Evet	6	1,4
<b>Türkiye’ye geldikten sonra ruh sağlığı hizmeti ihtiyacı olanların sağlık kuruluşuna başvurma durumu (n=62)</b>	Hayır	56	90,3
	Evet	6	9,7
<b>Ruh sağlığı hizmet ihtiyacı olduğu halde başvurmama nedeni (n=56)*</b>	İletişim ile ilgili sorunlar	33	58,9
	Ruh sağlığı hizmetlerine nasıl ve nerede erişeceğini bilmeme	32	57,1
	Ulaşım ile ilgili sorunlar	23	41,1
	Verilen sağlık hizmetlerinin faydalı olmayacağı düşüncesi	18	32,1
	Sağlık personelinin uygun olmayan davranışı	18	32,1
	Sağlık hizmetlerine erişimin pahalı olması	17	30,4
	Damgalama endişesi, utanma	12	21,4
	Diğer **	5	8,9

\* Birden fazla seçenek işaretlenmiştir; yanıtlar ruh sağlığı hizmet ihtiyacı olan kişi sayısı üzerinden ayrı ayrı hesaplanmıştır.

\*\* İki kişi kimliği olmadığı için, bir kişi zamanı olmadığı için, bir kişi çocuklarını evde yalnız bırakmadığı için bir kişi de hastaneyi sevmeyi sevmediği için hastaneye başvurmadığını belirtmiştir.

Çalışmaya katılanların %14,8’i Türkiye’de bulunduğu süre içinde ruh sağlığı ile ilgili yardım alma ihtiyacının olduğunu, %1,4’ü ise Türkiye’de ruh sağlığı hizmet başvurusunda bulunduğunu belirtmiştir. Ruh sağlığı hizmet ihtiyacı olanların %9,7’si (6 kişi) ruh sağlığı hizmet ihtiyacı için sağlık kuruluşuna başvurduğunu belirtmiştir (Tablo 4.17).

Hizmet başvurusu yapanlardan üç kişi Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesine, bir kişi Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesine, bir kişi Birleşmiş Milletler destekli bir merkeze, bir kişi ise bir STK’ya ait sağlık kuruluşuna başvurduğunu belirtmiştir. Başvuru nedeni olarak dört kişi depresyon, bir kişi TSSB,

bir kişi ise sinir hastalığı için başvurduğunu belirtmiştir. Üç kişi yaptıkları hizmet başvurusu sonucunda doktorların kendilerine ilaç yazdıklarını belirtmiştir.

Ruh sağlığı hizmet ihtiyacı olduğu halde herhangi bir hizmet başvurusunda bulunmayanlar en fazla iletişim ile ilgili sorunlar/tercüman olmaması (33 kişi) ve ruh sağlığı hizmetlerinin nasıl ve nerede alınacağını bilmedikleri için (32 kişi) hizmet başvurusunda bulunmadıklarını belirtmişlerdir (Tablo 4.17).

Çalışmaya katılan Suriyeli sığınmacıların ruh sağlığı hizmetlerine erişimlerini kolaylaştırmak için yaptıkları öneriler Tablo 4.18’de sunulmuştur.

**Tablo 4.18.** Çalışmaya katılan Suriyeli sığınmacıların ruh sağlığı hizmetlerine erişimi kolaylaştırmak için önerileri (Ankara, 2016).

Ruh sağlığı hizmetlerine erişimi kolaylaştırmak için öneriler (n=155)*	n	%
Tercüman ve dil sorununun çözülmesi	141	91,0
Sağlık hizmetlerinin karşılanabilir olması (uygun maliyetli olması)	34	21,9
Suriyelilerin erişebilecekleri bir hastanenin olması	27	17,5
Sağlık personelinin hastalara iyi davranması ve ilgi göstermesi	22	14,2
Kimlik sorununun çözülmesi	13	8,4
Arapça bilen/Suriyeli doktorların olması	12	7,7
Sağlık hizmetlerine erişim için ulaşım sorununun çözülmesi	12	7,7
Toplumun bilinçlendirilmesi	10	6,5
Damgalama ve ayrımcılık ile ilgili sorunların çözülmesi	10	6,5
Hastanelerde yoğunluk sorununun çözülmesi	9	5,8

\* Birden fazla öneride bulunulmuştur; yanıtlar öneride bulunan kişi sayısı (n=155) üzerinden ayrı ayrı hesaplanmıştır.

Katılımcılar ruh sağlığı hizmetlerine erişimi kolaylaştırmak için en fazla yaptıkları öneri, tercüman ve dil sorununun çözülmesi olmuştur (%91,0) (Tablo 4.18).

Katılımcıların Harvard Travma Anketinde (HTA) belirtilen bazı travmaları yaşama durumları Tablo 4.19’da sunulmuştur.

**Tablo 4.19.** Çalışmaya katılan Suriyeli sığınmacıların yaşadıkları travmatik olayların dağılımı (Ankara, 2016).

<b>Yaşanan travmatik olay</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Yerleşim yerlerinin ya da tarım alanlarının bombalama, yakma ya da yok edilmesine tanıklık etme (n=418)	396	94,3
Barınma sorunu yaşama (n=418)	388	92,6
Ülkesini terk etmeye zorlanma (n=418)	380	90,5
Savaş ortamında bulunma (patlamalar, topçu ateşi, bombardıman) ya da mayına maruz kalma (n=418)	371	88,8
Dini mabetler ya da dini eğitim kurumlarına yapılan saldırı ya da saygısızlığa tanıklık etme (n=418)	334	79,9
Dışardaki şiddet ya da kaos nedeniyle evden çıkamama (n=418)	325	77,8
Aile üyelerinden ya da arkadaşlarından birinin savaş ya da mayından ciddi fiziksel yara alması (n=417)	275	65,8
Mülkiyetine el konması, yağmalaması ya da tahrip edilmesi (n=418)	275	65,5
Arkadaş(lar)ının cinayete kurban gitmesi ya da şiddet nedeniyle ölmesi (n=418)	248	59,3
Gıda ve temiz sudan yoksun kalma (n=419)	244	58,2
Aile üyelerinden birinin (çocuk, eş vb) cinayete kurban gitmesi ya da şiddet nedeniyle ölmesi (n=418)	183	43,8
Yerleşim yerinden ayrılıp asgari hizmetleri olan ülkesinin başka bir bölgesine yerleşmeye zorlanmak (n=418)	179	42,8
Çürüyen cesetlere tanıklık etme (n=418)	171	40,9
İlaç ya da sağlık hizmetlerine erişemeyip kötü sağlık koşullarında yaşama (n=418)	162	38,8
Dini liderler ya da kabilenin önde gelenlerinin tutuklanma, işkence ya da idamına tanıklık etme (n=417)	156	37,4
Arkadaşlarından birinin kaybolması (n=418)	148	35,4
Aranma (n=418)	146	34,9
Birinin fiziksel olarak zarar gördüğüne (bıçaklanma, dövme vb) tanıklık etme (n=418)	146	34,9
Cinayete tanıklık etme (n=418)	129	30,9
Aile üyelerinden birinin (çocuk, eş vb) kaybolması (n=418)	112	26,7
İşkenceye tanıklık etme (n=418)	102	24,4
Arkadaşlarından birinin kaçırılması ya da rehin alınması (n=417)	91	21,8
Yerleşim yerlerinin ya da bataklık alanların kimyasal saldırısına tanıklık etme (n=418)	87	20,8
Aile üyelerinin (çocuk, eş vb) kaçırılması ya da rehin alınması (n=418)	86	20,6
Sivillerin kitlesel idamına tanıklık etme (n=418)	81	19,4

**Tablo 19 (Devam).** Çalışmaya katılan Suriyeli sığınmacıların yaşadıkları travmaların dağılımı (Ankara, 2016).

Yaşanan travmatik olay	n	%
Evinizde bulunurken bir kişi ya da bir eşya için arama yapılması (n=418)	71	17,0
Aile üyelerinden birinin (çocuk, eş vb) cenazesini almak, ancak onları defnetme ve yasını tutma ritüellerinin yasaklanması (n=418)	52	12,4
Kendisi ya da ailesinden birinin ölümüne ya da yaralanmasına yol açabilecek şekilde yerlerinin birine bildirilmesi (n=418)	43	10,3
Hapsedilme (Tutuklanma) (n=418)	43	10,3
Din, mezhep ya da etnik köken nedeniyle baskı altında bulunma (n=418)	42	10,0
Din, mezhep ya da kökeni nedeniyle ülkesinden sınır dışı edilme (n=418)	40	9,6
Savaş durumundan ya da mayından ciddi fiziksel yara alma (n=418)	40	9,6
Fiziksel zarar görme (dövme, bıçaklanma vb) (n=417)	32	7,7
İşkence (fiziksel ve/veya psikolojik kasıtlı ve sistematik olarak zarar görme) (n=417)	24	5,8
Canlı kalkan olarak kullanılma (n=418)	18	4,3
Tecavüz ya da cinsel saldırıya tanıklık etme (n=418)	16	3,8
Kaçırılma ya da rehin alınma (n=417)	15	3,6
Yaralanma ya da ölüm riski olan birinin yerini bildirmeye zorlanma (n=418)	13	3,1
Tecavüz ya da cinsel istismara uğrama (cinsel ilişkiye zorlanma vb) (n=417)	11	2,6
Aile üyelerinden birinin (çocuk, eş vb) öldürülmesi için kurşun satın almaya zorlanma (n=418)	6	1,4
Birine fiziksel olarak zarar verilmesine (dövme, bıçaklama vb) zorlanma (n=418)	3	0,7
Birinin mal mülkünün yok edilmesine zorlanma (n=418)	2	0,5
Diğer (n=417)*	14	3,4

\* IŞID ile ilgili korku ve vahşetler (n=4), zorla evlendirme (n=2), göç sırasında sınırı geçme (n=2), ölümle tehdit (n=2), yangın ortasında kalma (n=1), yakın aile üyelerinden birinin tutuklanması (n=1), ciddi hastalık geçirme (n=1), özel aile sorunları (n=1).

Çalışmaya katılan sığınmacıların en fazla yaşadıkları travmalar yerleşim yerlerinin ya da tarım alanlarının bombalanma, yakılma ya da yok edilmesine tanıklık etme (%94,3), barınma sorunu yaşama (%92,6) ve ülkesini terk etmeye zorlanma (%90,5) olmuştur. Ayrıca katılımcıların %43,8'i "aile üyelerinden birinin (çocuk, eş vb) cinayete kurban gitmesi ya da şiddet nedeniyle ölmesi", %30,9'u "cinayete tanıklık etme", %19,4'ü "sivillerin kitlesel idamına tanıklık etme", %9,6'sı "savaş



durumundan ya da mayından ciddi fiziksel yara alma”, %5,8’i “işkence görme ve %2,6’sı “tecavüz ya cinsel istismara uğrama” travmalarını yaşadıklarını belirtmişlerdir (Tablo 4.19).

Çalışmaya katılan sığınmacıların yaşadıkları travma tipi sayılarının dağılımı Tablo 4.20’de sunulmuştur.

**Tablo 4.20.** Çalışmaya katılan Suriyeli sığınmacıların yaşadıkları travma tipi sayılarının dağılımı (Ankara, 2016).

Yaşanmış travma tipi sayısı (n=417)	n	%
≤9	85	20,3
10-14	173	41,5
15-19	99	23,7
20 ve üzeri	60	14,4

Ortalama±SS=13,7±5,3; Ortanca=13, En küçük=2; En büyük= 32; 1. Çeyrek=10,0; 2. Çeyrek=17,0

Katılımcıların %41,5’i 10-14 arası, %23,7’si 15-19 arası sayıda travma yaşamıştır. Katılımcıların yaşadıkları ortalama travma tipi sayısı 13,7±5,3’tür. En az travma yaşayan iki, en çok travma yaşayan 32 farklı travma yaşamıştır (Tablo 4.20).

Katılımcıların kendilerini en fazla etkileyen ve en fazla korktuklarını belirttikleri travmaların dağılımı Tablo 4.21’de sunulmuştur.

**Tablo 4.21.** Çalışmaya katılan Suriyeli sığınmacıların kendilerini **en fazla** etkileyen ve **en fazla** korktukları travmaların dağılımı (Ankara, 2016).

<b>Katılımcıları en fazla etkileyen ve en fazla korkutan travmalar (n=391)</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Çatışma durumlarına maruz kalma (patlamalar, topçu ateşi, bombardıman)	70	17,9
Aile üyelerinden birinin (çocuk, eş vb) cinayete kurban gitmesi ya da işkence nedeniyle ölmesi	68	17,4
Yerleşim yerlerinin bombalama, yakma ya da yok edilmesine tanıklık etme	67	17,1
Gıda ve temiz suya erişememe	25	6,4
Ülkesini ve evini terk etmek zorunda kalma	23	5,9
Sivillerin kitlesel idamına tanıklık etme	23	5,9
Cinayete tanıklık etme	20	5,1
Aile üyelerinden ya da arkadaşlarından birinin savaştan ciddi yara alması	14	3,6
Genel olarak Suriye'deki savaş dönemi	14	3,6
Aile üyelerinden birinin (çocuk, eş vb) kaçırılması ya da rehin alınması	11	2,8
Çürüyen cesetlere tanıklık etme	10	2,6
Mülkiyetine el konma, yağmalama ve yok etme	6	1,5
Çatışma durumundan ya da mayından ciddi fiziksel yara alma	5	1,2
Tecavüz ya da cinsel istismara uğrama (cinsel ilişkiye zorlanma vb)	5	1,2
Dışardaki şiddet ya da kaos nedeniyle evde sınırlanma	4	1,0
Evinde bir kişi ya da bir eşya için arama yapılması	3	0,8
Barınmadan yoksun kalma	3	0,8
Arkadaşlarından birinin cinayete kurban gitmesi ya da işkence nedeniyle ölmesi	3	0,8
İşkence (fiziksel ve/veya psikolojik kasıtlı ve sistematik olarak zarar görme)	3	0,8
Savaşla ilişkili olmayan nedenler	3	0,8
Aile üyelerinden birinin (çocuk, eş vb) kaybolması	3	0,8
Hapsedilme (Tutuklanma)	2	0,5
Sağlık hizmetlerine erişememe ve kötü sağlık koşullarında yaşama	2	0,5
Yerleşim yerlerinin ya da bataklık alanların kimyasal saldırısına tanıklık etme	2	0,5
Kaçırılma ya da rehin alınma	2	0,5

Katılımcıların en fazla etkilendikleri ve korktukları travmalar çatışma durumlarına maruz kalma (%17,9), aile üyelerinden birinin (çocuk, eş, vb) cinayete kurban gitmesi ya da işkence nedeniyle ölmesi (%17,4) ve yerleşim yerlerinin bombalanma, yakıma ya da yok edilmesine tanıklık etme (%17,1) olmuştur (Tablo 4.21).

Katılımcıların Türkiye’de en fazla etkilendikleri travmaların dağılımı Tablo 4.22’de sunulmuştur.

**Tablo 4.22.** Çalışmaya katılan Suriyeli sığınmacıların Türkiye’de kendilerini **en fazla** etkileyen travmaların dağılımı (Ankara, 2016).

<b>Katılımcıları Türkiye’de en fazla etkileyen travmalar (n=171)</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
İşsizlik ve ekonomik nedenler	46	27,0
Suriyelilere yönelik ayrımcı, aşağılayıcı davranışlar	20	11,7
Barınmadan yoksun kalma/çok kötü barınma koşullarında kalma	18	10,5
Darbe günü Suriyelilere yapılan saldırılar	14	8,2
Gıda ve temiz suya erişememe	10	5,8
Suriye’de bulunan yakınları için endişe etme	8	4,7
Sınırdan Türkiye’ye geçişte yaşananlar	7	4,1
Darbe günü yaşananların Suriye’deki olayları hatırlatması	6	3,5
Fiziksel olarak zarar görme (dövme, bıçaklanma, trafik kazası)	6	3,5
Türkçeyi bilmemek	6	3,5
Aile üyelerinden birinin (çocuk, eş vb) cinayete kurban gitmesi (Suriye’de ya da Türkiye’de)	6	3,5
Tecavüz ya da cinsel istismara uğrama	5	2,9
Türkiye’de sığınmacı konumunda olma	4	2,3
Sağlık hizmetlerine erişememe	4	2,3
Aile içi sorunlar (boşanma ve diğer ailevi problemler)	4	2,3
İşkence görme ya da hapis yatma	3	1,8
Diğer*	4	2,3

\* İki kişi göç sırasında yaşadıkları korku ve zorluklar, bir kişi evlerine hırsız girmesi, bir kişi eşinin yaralanması

Çalışmaya katılan sığınmacılar Türkiye’de kendilerini en fazla etkileyen travma olarak “işsizlik ve ekonomik nedenler” (%27,0), “Suriyelilere yönelik ayrımcı ve aşağılayıcı davranışlar” (%11,7) ve “barınmadan yoksun kalma/çok kötü barınma koşullarında kalma” (%10,5) olmuştur (Tablo 4.22).

Katılımcıların Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçek (ÇBASDÖ) puanlarının dağılımı Tablo 4.23’te sunulmuştur.

**Tablo 4.23.** Çalışmaya katılan Suriyeli sığınmacıların Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçek puanlarının dağılımı (Ankara, 2016).

<b>ÇBASDÖ</b>		<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Genel ölçek puanı (n=396)</b>	Düşük sosyal destek (1-2,9 puan)	46	11,6
	Orta sosyal destek (3-5 puan)	202	51,0
	Yüksek sosyal destek (5,1-7 puan)	148	37,4
	Ortalama±SS=4,6±1,3; Ortanca=4,7; En küçük=1, En büyük=7; 1. Çeyrek=3,8; 2. Çeyrek=5,4		
<b>Aile alt ölçek puanı (n=412)</b>	Düşük sosyal destek (1-2,9 puan)	41	10,0
	Orta sosyal destek (3-5 puan)	104	25,2
	Yüksek sosyal destek (5,1-7 puan)	267	64,8
	Ortalama±SS=5,3±1,6; Ortanca=5,7; En küçük=1; En büyük=7; 1. Çeyrek=4,5; 2. Çeyrek=6,5		
<b>Arkadaş alt ölçek puanı (n=411)</b>	Düşük sosyal destek (1-2,9 puan)	197	47,9
	Orta sosyal destek (3-5 puan)	134	32,6
	Yüksek sosyal destek (5,1-7 puan)	80	19,5
	Ortalama±SS=3,2±1,9; Ortanca=3,0; En küçük=1; En büyük=7; 1. Çeyrek=1,0; 2. Çeyrek=4,7		
<b>Özel insan* alt ölçek puanı (n=412)</b>	Düşük sosyal destek (1-2,9 puan)	48	11,7
	Orta sosyal destek (3-5 puan)	104	25,2
	Yüksek sosyal destek (5,1-7 puan)	260	63,1
	Ortalama±SS=5,3±1,7; Ortanca=5,7; En küçük=1; En büyük=7; 1. Çeyrek=4,5; 2. Çeyrek=6,7		

\* Özel insan: Ailenin ve arkadaşlarının dışında hayatındaki önemli bir kişi (örneğin; flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor vb).

Genel ölçek puanı incelendiğinde katılımcıların algılanan sosyal destek düzeylerinin %11,6'sında düşük, %51,0'ında orta, %37,4'ünde ise yüksek olduğu belirlenmiştir. Katılımcıların genel ölçek puan ortalaması ise 4,6±1,3'tür (Tablo 4.23).

Katılımcıların %10,0'ının aileden alınan sosyal destek düzeyinin düşük, %25,2'sinin orta, %64,8'inin ise yüksek olduğu belirlenmiştir. Aileden alınan sosyal destek puan ortalaması ise 5,3±1,6'dır (Tablo 4.23).

Arkadaş alt ölçeğinden katılımcıların %47,9'u düşük, %32,6'sı orta, %19,5'i ise yüksek puan almıştır. Arkadaştan alınan sosyal destek alt ölçek puan ortalaması 3,2±1,9'dur (Tablo 4.23).

Özel insan alt ölçeğinden katılımcıların %11,7'si düşük, %25,2'si orta, %63,1'i ise yüksek puan almıştır. Özel insan alt ölçek puan ortalaması  $5,3 \pm 1,7$  puandır (Tablo 4.23).

Çalışmaya katılan Suriyeli sığınmacılarda olası depresyon ve travma sonrası stres bozukluğu düzeylerinin dağılımı Tablo 4.24'te sunulmuştur.

**Tablo 4.24.** Çalışmaya katılan Suriyeli sığınmacılarda olası depresyon ve travma sonrası stres bozukluğu düzeylerinin dağılımı (Ankara, 2016).

Özellik		n	%
<b>Depresyon* (n=415)</b>	Var	198	47,7
	Yok	217	52,3
Ortalama $\pm$ SS=20,5 $\pm$ 10,6; Ortanca=19,0; En küçük=0, En büyük=56; 1. Çeyrek=13,0; 2. Çeyrek=27,0			
<b>TSSB** (n=416)</b>	Var	152	36,5
	Yok	264	63,5
Ortalama $\pm$ SS=2,2 $\pm$ 0,6; Ortanca=2,1, En küçük=1, En büyük=3,8; 1. Çeyrek=1,7; 2. Çeyrek=2,6			

\* Beck Depresyon Envanterinden **20 puan** ve üzeri alanlar olası depresyon olarak tanımlanmıştır.

\*\* Harvard Travma Anketi, algoritma modeli kullanılarak belirlenmiştir.

Belirlenen  $\geq 20$  kesim noktası puanına göre katılımcılarda olası depresyon düzeyi %47,7'dir (%95 GA: (%42,9-%52,5)). Katılımcıların depresyon ölçek puan ortalaması  $20,5 \pm 10,6$ 'dır (Tablo 4.24).

Önerilen algoritma yöntemine göre katılımcılarda olası TSSB düzeyi %36,5'tir (%95 GA: (%31,9-%41,2)). Katılımcıların TSSB ölçek puan ortalaması  $2,2 \pm 0,6$ 'dır (Tablo 4.24).

#### 4.1.2. Depresyon ve TSSB ile İlişkili Faktörlere İlişkin Bulgular

Bu bölümde olası depresyon ve TSSB ile ilişkili faktörlerin belirlenmesi amaçlanmıştır. Depresyon ve TSSB ile ilişkili olabilecek faktörler tek değişkenli ki-kare testi (Pearson ve Fisher) ile analiz edilmiş, istatistiksel olarak anlamlı çıkan faktörlerin yanı sıra istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı halde ilişkili olabilecek faktörler çok değişkenli analizlerle analiz edilerek depresyon ve TSSB ile ilişkili asıl faktörler belirlenmiştir.

Çalışmaya katılan Suriyeli sığınmacıların bazı sosyodemografik özelliklerine göre depresyon ve travma sonrası stres bozukluğu yüzde dağılımı Tablo 4.25'te sunulmuştur.

**Tablo 4.25.** Çalışmaya katılan Suriyeli sığınmacıların bazı sosyodemografik özelliklerine göre depresyon ve travma sonrası stres bozukluğu yüzde dağılımı (Ankara, 2016).

Sosyodemografik özellik	Depresyon*				TSSB*			
	Var		Yok		Var		Yok	
	n	%	%	p	n	%	%	p
<b>Yaş (yıl)</b>				0,736				<b>0,003</b>
18-29	158	46,8	53,2		158	29,1	70,9	
30-49	181	49,7	50,3		182	45,6	54,4	
50 ve üzeri	76	44,7	55,3		78	30,3	69,7	
<b>Cinsiyet</b>				<b>0,004</b>				<b>&lt;0,001</b>
Erkek	181	39,8	60,2		181	26,5	73,5	
Kadın	234	53,8	46,2		235	44,3	55,7	
<b>Medeni Durumu</b>				<b>0,011</b>				0,080
Evli	353	45,3	54,7		354	37,3	62,7	
Bekâr	37	51,4	48,6		37	21,6	78,4	
Dul/Boşanmış/ayrı yaşıyor	25	76,0	24,0		25	48,0	52,0	
<b>Eğitim Durumu</b>				0,437				0,935
OYD/OY	112	45,5	54,5		112	37,5	62,5	
İlkokul/Ortaokul	257	50,2	49,8		257	35,8	64,2	
Lise ve üzeri	44	40,9	59,1		45	37,8	62,2	
<b>Çocuk sahibi olma durumu</b>				0,760				<b>0,003</b>
Var	337	48,1	51,9		338	39,9	60,1	
Yok	78	46,2	53,8		78	21,8	78,2	
<b>Çocuk sayısı</b>				0,324				0,643
1-2	113	52,7	47,3		112	37,5	62,5	
3-4	119	42,9	57,1		119	38,7	61,3	
5 ve üzeri	105	48,6	51,4		106	43,4	56,6	
<b>Türkiye’de çalışma durumu</b>				0,538				<b>0,027</b>
Düzenli/Geçici işlerde çalışan	117	45,3	54,7		117	28,2	71,8	
Çalışmayan	298	48,7	51,3		299	39,8	60,2	
<b>Suriye’de çalışma durumu</b>				<b>0,038</b>				0,137
Düzenli/Geçici işlerde çalışan	217	42,9	57,1		217	33,2	66,8	
Çalışmayan	198	53,0	47,0		199	40,2	59,8	
<b>Arapça dışında ikinci dil bilme</b>				0,534				0,812
Evet	85	44,7	55,3		85	37,6	62,4	
Hayır	330	48,5	51,5		331	36,3	63,7	

\* Satır yüzdeleri alınmıştır. OYD/OY: Okuryazar değil/okuryazar

30-49 yaş grubunda olanların %45,6'sında TSSB varken, 18-29 yaş grubunun %29,1'inde, 50 yaş ve üzeri yaş grubunun ise %30,3'ünde TSSB vardır ( $p=0,003$ ). Depresyon ile yaş arasında ise istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (Tablo 4.25).

Hem depresyon hem de TSSB düzeyi kadınlarda erkeklere göre istatistiksel açıdan anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Kadınların %53,8'inde depresyon, %44,3'ünde TSSB bulunurken, erkeklerde depresyon ve TSSB düzeyi sırası ile %39,8 ve %26,5'tir (depresyon için;  $p=0,004$  ve TSSB için;  $p<0,001$ ) (Tablo 4.25).

Dul/boşanmış/ayrı yaşayanların %76,0'ında olası depresyon varken evli ya da bekâr olanların sırası ile %45,3 ve %51,4'ünde depresyonu vardır ( $p=0,011$ ). TSSB düzeyi dul/boşanmış/ayrı yaşayanlarda %48,0, evli olanlarda %37,3, bekâr olanlarda %21,6'dır. Gruplar arasında TSSB düzeyi açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ( $p=0,080$ ) (Tablo 4.25).

Katılımcıların eğitim durumu, sahip oldukları çocuk sayısı ve Arapça dışında ikinci dil bilme durumu ile depresyon ve TSSB arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamıştır (Tablo 4.25).

Çocuk sahibi olanların %39,9'unda, olmayanların %21,8'inde TSSB bulunmaktadır ( $p=0,003$ ). Herhangi bir işte çalışanlarda TSSB düzeyi %28,2 iken, çalışmayanlarda %39,8'dir ( $p=0,027$ ). Çocuk sahibi olma ve mevcut çalışma durumu ile depresyon arasında ise istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur (sırası ile;  $p=0,760$  ve  $p=0,538$ ) (Tablo 4.25).

Suriye'de geçici ya da düzenli bir işte çalışanların %42,9'unda, çalışmayanların ise %53,0'ında olası depresyon vardır ( $p=0,038$ ). Suriye'de çalışmayanlarda TSSB düzeyi %40,2, çalışanlarda %33,2'dir. Bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ( $p=0,137$ ) (Tablo 4.25).

Çalışmaya katılan sığınmacıların halen ve Suriye'de ikamet ettikleri yerleşim yerleri ve Türkiye'ye geliş süreci ile ilgili bazı özelliklerine göre depresyon ve travma sonrası stres bozukluğu yüzde dağılımı Tablo 4.26'da sunulmuştur.



**Tablo 4.26.** Çalışmaya katılan sığınmacıların halen ve Suriye’de ikamet ettikleri yerleşim yerleri ve Türkiye’ye geliş süreci ile ilgili bazı özelliklerine göre depresyon ve travma sonrası stres bozukluğu yüzde dağılımı (Ankara, 2016).

Yaşadıkları yerleşim yerleri ile ilgili bazı özellikler	Depresyon*				TSSB*			
	Var		Yok		Var		Yok	
	n	%	%	p	n	%	%	p
<b>Suriye’de ikamet edilen il</b>	0,927				0,108			
Halep	359	47,6	52,4		360	38,3	61,7	
Diğer	49	46,9	53,1		49	26,5	73,5	
<b>Suriye’de ikamet edilen yerleşim yeri</b>	0,618				0,701			
İl merkez	306	46,7	53,3		306	37,3	62,7	
Diğer	107	49,5	50,5		108	35,2	64,8	
<b>Türkiye’de bulunan süre (ay)</b>	0,458				0,978			
<28	206	45,6	54,4		206	36,4	63,6	
≥28	207	50,7	49,3		208	36,5	63,5	
<b>Daha önce sığınma kampında yaşama</b>	0,488				0,832			
Evet	40	42,5	57,5		376	36,7	63,3	
Hayır	375	48,3	51,7		40	35,0	65,0	
<b>Suriye’de yaşayan birinci derece yakınlarının olma durumu</b>	0,335				0,178			
Evet	279	48,7	51,3		280	39,3	60,7	
Hayır	124	43,5	56,5		124	32,3	67,7	

\* Satır yüzdeleri alınmıştır.

Katılımcıların Suriye’de ikamet ettikleri il ve Suriye’de ikamet ettikleri yerleşim yeri ile depresyon ve TSSB düzeyleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Suriye’nin Halep kentinde yaşayanlarda TSSB düzeyi %38,3, diğer kentlerde yaşayanlarda %26,5 bulunmuştur. Ancak bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir (p=0,108) (Tablo 4.26).

Katılımcıların Türkiye’de bulunma süreleri ile daha önce sığınma kampında yaşama durumları depresyon ve TSSB ile ilişkili bulunmamıştır. Suriye’de yaşayan birinci derece akrabası olanlarda ise hem depresyon hem de TSSB düzeyi biraz yüksek olmakla birlikte fark istatistiksel olarak anlamlı değildir (sırası ile p=0,335 ve p=0,178) (Tablo 4.26).

Çalışmaya katılan Suriyeli sığınmacıların yaşadıkları hane özelliklerine göre depresyon ve travma sonrası stres bozukluğu yüzde dağılımı Tablo 4.27’de sunulmuştur.

**Tablo 4.27.** Çalışmaya katılan Suriyeli sığınmacıların yaşadıkları hane özelliklerine göre depresyon ve travma sonrası stres bozukluğu yüzde dağılımı (Ankara, 2016).

Yaşanan hane ile ilgili bazı özellikler	Depresyon*				TSSB*			
	Var		Yok		Var		Yok	
	n	%	%	p	n	%	%	p
<b>Hanede yaşayan kişi sayısı</b>				0,377				0,263
5 ve altı	196	50,0	50,0		196	33,7	66,3	
6 ve üzeri	219	45,7	54,3		220	39,1	60,9	
<b>Yaşanan hanenin niteliği</b>				<b>0,006</b>				0,137
Uygun	116	41,2	58,8		217	33,2	66,8	
Uygun değil	199	54,8	45,2		199	40,2	59,8	
<b>Hanede yeterli ısınma</b>				<b>0,002</b>				<b>0,008</b>
Var	242	41,3	58,7		243	31,3	68,7	
Yok	173	56,6	43,4		173	43,9	56,1	
<b>Hanede yeterli oda</b>				0,054				0,189
Var	265	44,2	55,8		266	34,2	65,8	
Yok	150	54,0	46,0		150	40,7	59,3	
<b>Hanede yeterli su</b>				0,496				0,978
Var	407	47,4	52,6		400	51,0	49,0	
Yok	18	55,6	44,4		15	53,3	46,7	
<b>Hanede yeterli elektrik</b>				0,657				0,777
Var	400	47,5	52,5		401	36,4	63,6	
Yok	15	53,3	46,7		15	40,0	60,0	

\* Satır yüzdeleri alınmıştır.

Hanede yaşanan kişi sayısı ile depresyon ve TSSB arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamıştır (Tablo 4.27)

Yaşanan hanenin niteliğini “uygun değil” olarak değerlendirenlerde depresyon düzeyi %54,8, “uygun” olarak değerlendirenlerde ise %41,2’dir. Bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır (p=0,006). TSSB düzeyi de halen yaşadığı hanenin niteliğini “uygun değil” olarak değerlendirenlerde yüksek olmakla birlikte istatistiksel olarak anlamlı değildir (p=0,137) (Tablo 4.27).

Yaşadıkları hanede yeterli ısınma olmadığını belirtenlerde depresyon düzeyi %56,6, yeterli ısınma olduğunu belirtenlerde %41,3’tür (p=0,002). TSSB düzeyi hanede yeterli ısınma olmadığını belirtenlerde %43,9, yeterli ısınma olduğunu belirtenlerde %31,3’tür (p=0,008) (Tablo 4.27).

Hanede yeterli oda, yeterli su ve yeterli elektrik olma durumları ile depresyon ve TSSB düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamıştır (Tablo 4.27).

Çalışmaya katılan sığınmacıların Türkiye ve Suriye'deki ekonomik durumu ile ilgili bazı özelliklerine göre depresyon ve travma sonrası stres bozukluğu yüzde dağılımı Tablo 4.28'de sunulmuştur.

**Tablo 4.28.** Çalışmaya katılan sığınmacıların Türkiye ve Suriye'deki ekonomik durumu ile ilgili bazı özelliklerine göre depresyon ve travma sonrası stres bozukluğu yüzde dağılımı (Ankara, 2016).

Ekonomik durum ile ilgili bazı özellikler	Depresyon*				TSSB*			
	Var		Yok		Var		Yok	
	n	%	%	p	n	%	%	p
<b>Algılanan ekonomik durum</b>				<b>0,001</b>				0,073
İyi/Orta	155	34,2	65,8		155	31,0	69,0	
Kötü/ Çok kötü	253	56,1	43,9		254	39,8	60,2	
<b>Haneye giren aylık toplam gelir</b>				0,135				0,080
1000 TL altı	214	51,4	48,6		215	33,0	67,0	
1000 TL ve üzeri	178	43,8	56,2		178	41,6	58,4	
<b>Çevredeki ailelere göre ekonomik durumunu değerlendirme</b>				<b>0,005</b>				<b>0,046</b>
Çok iyi/İyi/Normal	215	41,4	58,6		215	32,1	67,9	
Kötü/ Çok kötü	186	55,4	44,6		187	41,7	58,3	
<b>Ailenin Suriye'deki ekonomik durumu</b>				0,104				0,183
Çok iyi/İyi	164	51,8	48,2		165	41,8	58,2	
Orta	203	42,4	57,6		203	32,5	67,5	
Kötü/Çok kötü	47	55,3	44,7		47	36,2	63,8	
<b>2011 öncesine göre ailenin ekonomik durumundaki değişme</b>				0,096				0,684
Değişim yok/İyileşme	49	44,9	55,1		49	34,7	65,3	
Hafif/Orta düzeyde kötüleşme	72	37,5	62,5		73	32,9	67,1	
Orta düzeyden daha fazla/İleri düzeyde kötüleşme	284	51,4	48,6		284	38,0	62,0	
<b>Herhangi bir yerden ekonomik yardım alma</b>				0,472				0,389
Evet	329	46,8	53,2		330	37,6	62,4	
Hayır	86	51,2	48,8		86	32,6	67,4	

\* Satır yüzdeleri alınmıştır.

Mevcut ekonomik durumunu kötü/çok kötü olarak değerlendirenlerin %56,1'inde depresyon bulunurken, ekonomik durumunu iyi/orta olarak değerlendirenlerin %34,2'sinde depresyon bulunmaktadır. Bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p < 0,001$ ). Ekonomik durumunu kötü/çok kötü olarak değerlendirenlerde TSSB düzeyi %39,8, iyi/orta olarak değerlendirenlerde %31,0'dır. Ancak fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ( $p = 0,073$ ) (Tablo 4.28).

Hem depresyon hem de TSSB düzeyleri ile haneye giren aylık gelir arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (sırası ile  $p = 0,135$  ve  $p = 0,080$ ) (Tablo 4.28).

Çevredeki ailelere göre ekonomik durumunu kötü/çok kötü olarak değerlendirenlerde depresyon düzeyi %55,4, çok iyi/iyi/normal olarak belirtenlerde %41,4'tür. Bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p = 0,005$ ). TSSB düzeyi çevredeki ailelere göre ekonomik durumunu kötü/çok kötü olarak değerlendirenlerde %41,7, çok iyi/iyi/normal olarak değerlendirenlerde %32,1'dir. Bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p = 0,046$ ) (Tablo 4.28).

Depresyon düzeyi ailesinin Suriye'deki ekonomik durumunu kötü/çok kötü olarak değerlendirenlerde en yüksek (%55,3), orta olarak değerlendirenlerde en düşük (%42,4) bulunmuştur. Fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ( $p = 0,104$ ). TSSB düzeyi ise ailesinin Suriye'deki ekonomik durumunu çok iyi/iyi olarak değerlendirenlerde en yüksek (%41,8), orta olarak değerlendirenlerde en düşük (%32,5) bulunmuştur. Fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ( $p = 0,183$ ) (Tablo 4.28).

Depresyon düzeyi 2011 yılı öncesine göre ekonomik durumunda hafif/orta düzeyde kötüleşme olduğunu belirtenlerde en düşük (%37,5), orta düzeyden fazla/ileri düzeyde kötüleşme olduğunu belirtenlerde en yüksek (%51,4) bulunmuştur. Fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ( $p = 0,096$ ) (Tablo 4.28).

Katılımcıların herhangi bir yerde ekonomik yardım alma durumları ne depresyon ne de TSSB ile ilişkili bulunmamıştır (Tablo 4.28).

Çalışmaya katılan Suriyeli sığınmacıların dini inanç ve milliyetle ilgili bazı düşüncelerine göre depresyon ve travma sonrası stres bozukluğu yüzde dağılımı Tablo 4.29'da sunulmuştur.

**Tablo 4.29.** Çalışmaya katılan Suriyeli sığınmacıların dini inanç ve milliyetle ilgili bazı düşüncelerine göre depresyon ve travma sonrası stres bozukluğu yüzde dağılımı (Ankara, 2016).

Sığınmacıların dini inanç ve milliyetle ilgili bazı düşünceleri	Depresyon				TSSB			
	Var		Yok		Var		Yok	
	n	%	%	p	n	%	%	p
<b>Milliyet kendileri için ne kadar önemli</b>				0,536				0,890
Hiç/biraz/orta	33	42,4	57,6		34	35,3	64,7	
Çok	381	48,0	52,0		381	36,5	63,5	
<b>Kendini dindar görme derecesi</b>				0,175				0,902
Hiç/biraz/orta	264	45,1	54,9		265	36,6	63,4	
Çok	150	52,0	48,0		150	36,0	64,0	
<b>Dini ibadetleri uygulama derecesi</b>				<b>0,020</b>				0,083
Hiç/biraz/orta	163	40,5	59,5		163	31,3	68,7	
Çok	251	52,2	47,8		252	39,7	60,3	

\* Satır yüzdeleri alınmıştır.

Katılımcıların, milliyete verdikleri önem derecesi ve kendilerini dindar görme dereceleri ile depresyon ve TSSB arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamıştır (Tablo 4.29).

Dini ibadetleri uygulama derecesi ile depresyon arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunurken TSSB ile ilişkili bulunmamıştır. Dini ibadetleri uygulama derecesini “çok” olarak belirtenlerde depresyon düzeyi %52,2, “hiç/biraz/orta” olarak belirtenlerde %40,5’tir. Bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p=0,020$ ). TSSB düzeyi, dini ibadetleri uygulama derecesini “çok” olarak belirtenlerde %39,7, “hiç/biraz/orta” olarak belirtenlerde %31,3’tür. Fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ( $p=0,083$ ) (Tablo 4.29).

Çalışmaya katılan Suriyeli sığınmacıların Türkiye’deki sosyal ilişkileri ile ilgili bazı özelliklerine göre depresyon ve travma sonrası stres bozukluğu yüzde dağılımı Tablo 4.30’da sunulmuştur.

**Tablo 4.30.** Çalışmaya katılan Suriyeli sığınmacıların Türkiye’deki sosyal ilişkileri ile ilgili bazı özelliklerine göre depresyon ve travma sonrası stres bozukluğu yüzde dağılımı (Ankara, 2016).

Sığınmacıların Türkiye’deki sosyal ilişkileri ile ilgili bazı özellikleri	Depresyon*				TSSB*			
	Var		Yok		Var		Yok	
	n	%	%	p	n	%	%	p
<b>Türkiye’de kültür ve gelenekleri kendi kültür ve geleneklerine göre değerlendirme</b>	<b>0,007</b>				<b>0,016</b>			
Tamamen aynı/benzer	148	39,2	60,8		148	31,1	68,9	
Biraz farklı/ çok farklı	179	54,2	45,8		179	44,1	55,9	
<b>T.C vatandaşı arkadaşı olma</b>	<b>0,533</b>				<b>0,728</b>			
Var	100	45,0	55,0		100	38,0	62,0	
Yok	315	48,6	51,4		316	36,1	63,9	
<b>T.C vatandaşı komşusu olma</b>	<b>0,832</b>				<b>0,283</b>			
Var	337	48,1	51,9		337	35,3	64,7	
Yok	78	46,2	53,8		79	41,8	58,2	
<b>T.C vatandaşı komşuları ile ilişkileri</b>	<b>**</b>				<b>0,013</b>			
İlişkileri iyi	64	50,0	50,0		64	45,3	54,7	
İlişkileri normal	190	51,1	48,9		190	28,9	71,1	
İlişkileri kötü	8	87,5	12,5		8	62,5	37,5	
<b>Türkiye’de bulunduğu süre içerisinde ayrımcılığa maruz kaldığını düşünme</b>	<b>0,021</b>				<b>0,075</b>			
Evet	177	54,2	45,8		178	41,6	58,4	
Hayır	236	42,8	57,2		246	33,1	66,9	
<b>Çocuklarının okulda ayrımcılığa maruz kaldığını düşünme</b>	<b>0,002</b>				<b>0,034</b>			
Hayır	113	43,4	56,6		113	38,9	61,1	
Bazen/sık	23	78,3	21,7		24	62,5	37,5	

\* Satır yüzdeleri alınmıştır.

\*\* Ki-kare analizinde gözlemlerin iki tanesi (%33,3) beklenen değer altında olduğu için p değeri hesaplanamadı.

Türkiye’deki kültür ve geleneklerini kendi kültür ve geleneklerine göre farklı (biraz farklı/çok farklı) olarak değerlendirenlerin %54,2’sinde, tamamen aynı/benzer olarak değerlendirenlerin %39,2’sinde depresyon bulunmaktadır (p=0,007). Türkiye’de kültür ve gelenekleri kendi kültür ve geleneklerine göre biraz farklı/çok farklı olarak değerlendirenlerde TSSB düzeyi %44,1 iken, tamamen aynı/benzer olarak değerlendirenlerde %31,1’dir (p=0,016) (Tablo 4.30).

Depresyon ve TSSB düzeyi ile T.C vatandaşı arkadaşı olma ve T.C vatandaşı komşusu olma değişkenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamıştır. Ancak T.C vatandaşı komşular ile ilişkilerini değerlendirme durumu ile TSSB arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur. T.C vatandaşı komşuları ile ilişkilerini normal olarak belirtenlerde TSSB düzeyi en düşük (%28,9), komşuları ile ilişkilerini kötü olarak değerlendirenlerde en yüksek (%62,5) bulunmuştur. İstatistiksel olarak farkı yaratan grup T.C. vatandaşı komşuları ile ilişkilerini normal olarak değerlendirenler olmuştur ( $p=0,013$ ). Depresyon düzeyi T.C vatandaşı komşuları ile ilişkilerini kötü olarak değerlendirenlerde diğer gruplara göre daha yüksek gözükmesine rağmen istatistiksel anlamlılık bulunmamıştır (Tablo 4.30).

Türkiye’de bulunduğu süre içerisinde sığınmacı olmasından kaynaklı ayrımcılığa maruz kaldığını düşünenlerde depresyon düzeyi %54,2, ayrımcılığa maruz kalmadığını belirtenlerde %42,8’dir. Bu fark istatistiksel olarak da anlamlıdır ( $p=0,021$ ). Türkiye’de bulunduğu süre içerisinde ayrımcılığa maruz kaldığını belirtenlerde TSSB düzeyi %41,6, ayrımcılığa maruz kalmadığını belirtenlerde %33,1’dir. Ancak fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ( $p=0,075$ ) (Tablo 4.30).

Çocuklarının okulda ayrımcılığa maruz kalmadığını belirtenlerde depresyon düzeyi %43,4 iken, çocuklarının okulda ayrımcılığa maruz kaldığını belirtenlerde %78,3’tür ( $p=0,002$ ). TSSB düzeyi de çocuklarının ayrımcılığa maruz kalmadığını belirtenlerde %38,9, çocuklarının okulda ayrımcılığa maruz kaldığını belirtenlerde %62,5 bulunmuştur ( $p=0,034$ ) (Tablo 4.30).

Çalışmaya katılan Suriyeli sığınmacıların tütün kullanımı ile ilgili bazı özelliklerine göre depresyon ve travma sonrası stres bozukluğu yüzde dağılımı Tablo 4.31’de sunulmuştur.

**Tablo 4.31.** Çalışmaya katılan Suriyeli sığınmacıların tütün kullanımı ile ilgili bazı özelliklerine göre depresyon ve travma sonrası stres bozukluğu yüzde dağılımı (Ankara, 2016).

Tütün kullanımı ile ilgili bazı özellikler	Depresyon*				TSSB*			
	Var		Yok		Var		Yok	
	n	%	%	p	n	%	%	p
<b>Herhangi bir tütün ürünü kullanma</b>	0,461				0,220			
Evet	167	45,5	54,5		167	33,5	66,5	
Hayır	248	49,2	50,8		149	38,6	61,4	
<b>Göç ettikten sonra tütün kullanımında değişiklik</b>	0,220				0,297			
Oldu	105	52,4	47,6		105	33,3	66,7	
Olmadı	295	45,4	54,6		296	37,2	62,8	
<b>Sigara içme durumu</b>	0,597				0,850			
Evet	131	45,8	54,2		131	35,9	64,1	
Hayır	284	48,6	51,4		285	36,8	63,2	
<b>Sigara dışında tütün ürünü kullanma</b>	0,810				0,065			
Evet	52	46,2	53,8		52	25,0	75,0	
Hayır	363	47,9	52,1		364	38,2	61,8	

\* Satır yüzdeleri alınmıştır.

Katılımcıların halen sigara içme durumu, sigara dışında tütün ürünü kullanma durumu, herhangi bir tütün ürünü kullanma durumu ve göç ettikten sonra tütün ürünü kullanımında değişiklik olma durumu ile depresyon ve TSSB arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamıştır (Tablo 4.31).

Çalışmaya katılan Suriyeli sığınmacıların genel sağlık durumu ile ilgili bazı özelliklerine göre depresyon ve travma sonrası stres bozukluğu yüzde dağılımı Tablo 4.32’de sunulmuştur.



**Tablo 4.32.** Çalışmaya katılan Suriyeli sığınmacıların genel sağlık durumu ile ilgili bazı özelliklerine göre depresyon ve travma sonrası stres bozukluğu yüzde dağılımı (Ankara, 2016).

Sığınmacıların genel sağlık durumu ile ilgili bazı özellikleri	Depresyon*				TSSB*			
	Var		Yok		Var		Yok	
	n	%	%	p	n	%	%	p
<b>Algılanan genel sağlık durumu</b>	<b>0,001</b>				<b>&lt;0,001</b>			
Çok iyi/İyi	119	33,6	66,4		119	22,7	77,3	
Orta	187	48,1	51,9		188	38,8	61,2	
Kötü	108	63,0	37,0		108	48,1	51,9	
<b>Bir yıl öncesine göre genel sağlık durumu</b>	<b>0,008</b>				0,054			
Çok daha iyi/biraz daha iyi	182	52,7	47,3		183	42,1	57,9	
Aynı	153	37,9	62,1		153	29,4	70,6	
Biraz daha kötü/çok daha kötü	79	55,7	44,3		79	38,0	62,0	
<b>Tanı alan bedensel hastalık</b>	<b>0,001</b>				<b>0,003</b>			
Var	182	56,6	43,4		182	44,5	55,5	
Yok	233	40,8	59,2		234	30,3	69,7	

\* Satır yüzdeleri alınmıştır.

Genel sağlık durumunu “çok iyi/iyi” olarak değerlendirenlerin %33,6’sında, “orta” olarak değerlendirenlerin %48,1’inde, “kötü” olarak değerlendirenlerin ise %63,0’ında depresyon bulunmaktadır. Yapılan ikili karşılaştırmalarda üç grubun da istatistiksel olarak birbirinden farklı olduğu görülmüştür ( $p<0,001$ ). TSSB düzeyi genel sağlık durumunu “çok iyi/iyi” olarak değerlendirenlerde %22,7, “orta” olarak değerlendirenlerde %38,8, “kötü” olarak değerlendirenlerde %48,1 bulunmuştur. Yapılan ikili analizlerde genel sağlık durumunu “çok iyi/iyi” olarak belirtenlerde TSSB düzeyi istatistiksel olarak anlamlı şekilde diğer gruplardan düşük bulunmuştur ( $p<0,001$ ) (Tablo 4.32).

Bir yıl öncesine göre genel sağlık durumunu “çok daha iyi/biraz daha iyi” olarak değerlendirenlerde depresyon düzeyi %52,7, “aynı” olarak değerlendirenlerde %37,9, “çok daha kötü/kötü” olarak değerlendirenlerde %55,7 olarak bulunmuştur. Yapılan ikili analizlerde bir yıl öncesine göre genel sağlık durumunu “aynı” olarak belirtenlerde depresyon düzeyi diğer iki gruptan daha düşüktür ( $p=0,008$ ). Bir yıl öncesine göre genel sağlık durumunu “çok daha iyi/biraz daha iyi” olarak değerlendirenlerin %42,1’inde, “aynı” olarak değerlendirenlerin %29,4’ünde, “çok

daha kötü/daha kötü” olarak değerlendirenlerin %38,0’ında TSSB bulunmaktadır. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ( $p=0,054$ ) (Tablo 4.32).

Doktorun teşhis koyduğu bedensel bir hastalığı olanların %56,6’sında, bedensel bir hastalığı olmayanların %40,8’inde depresyon bulunmaktadır. Bu fark istatistiksel olarak da anlamlıdır ( $p=0,001$ ). Doktorun teşhis koyduğu bedensel bir hastalığı olanların %44,5’inde TSSB varken, bedensel bir hastalığı olmayanların %30,3’ünde TSSB vardır. Bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p=0,003$ ) (Tablo 4.32).

Çalışmaya katılan Suriyeli sığınmacıların ve ailelerinin ruh sağlığı durumu ile ilgili bazı özelliklerine göre depresyon ve travma sonrası stres bozukluğu yüzde dağılımı Tablo 33’te sunulmuştur.

**Tablo 4.33.** Çalışmaya katılan Suriyeli sığınmacıların ve ailelerinin ruh sağlığı durumu ile ilgili bazı özelliklerine göre depresyon ve travma sonrası stres bozukluğu yüzde dağılımı (Ankara, 2016).

Sığınmacıların ve ailelerinin ruh sağlığı durumu ile ilgili bazı özellikleri	Depresyon*				TSSB*			
	Var		Yok		Var		Yok	
	n	%	%	p	n	%	%	p
<b>Algılanan ruh sağlığı durumu</b>	<b>&lt;0,001</b>				<b>&lt;0,001</b>			
Çok iyi/iyi	69	18,8	81,2		69	14,5	85,5	
Orta	186	48,4	51,6		286	36,6	63,4	
Kötü	160	59,4	40,6		161	46,0	54,0	
<b>Doktorun teşhis koyduğu ruhsal hastalık</b>	<b>0,055</b>				<b>0,001</b>			
Var	12	75,0	25,0		12	83,3	16,7	
Yok	403	46,9	53,1		404	35,1	64,9	
<b>Ailesinde ruhsal hastalık olma durumu</b>	<b>0,809</b>				<b>0,293</b>			
Var	26	50,0	50,0		26	46,2	53,8	
Yok	389	47,6	52,4		390	35,9	64,1	

\* Satır yüzdeleri alınmıştır.

Ruh sağlığı durumunu “çok iyi/iyi” olarak değerlendirenlerin %18,8’inde, “orta” olarak değerlendirenlerin %48,4’ünde, “kötü” olarak değerlendirenlerin ise %59,4’ünde depresyon bulunmaktadır ( $p<0,001$ ). Ruh sağlığı durumunu “çok iyi/iyi” olarak değerlendirenlerin %14,5’inde, “orta” olarak değerlendirenlerin %36,6’sında, “kötü” olarak değerlendirenlerin %46,0’ında TSSB bulunmaktadır ( $p<0,001$ ). Yapılan

ikili analizlerde hem depresyon hem de TSSB için “çok iyi/iyi” grubunun istatistiksel olarak diğer iki gruptan farklı olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.33).

Doktorun teşhis ettiği ruhsal bir hastalığı olanların %83,3’ünde, ruhsal bir hastalığı olmayanların ise %35,1’inde TSSB bulunmaktadır. Bu fark istatistiksel olarak da anlamlıdır ( $p=0,001$ ). Depresyon düzeyi ruhsal bir hastalığı olanlarda %75,0’ında, ruhsal hastalığı olmayanlarda %46,9 bulunmuştur. Fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ( $p=0,055$ ). Ailede ruhsal hastalık olma ile depresyon ve TSSB arasında ise istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamıştır (Tablo 4.33).

Çalışmaya katılan Suriyeli sığınmacıların Türkiye’de son bir yılda sağlık hizmetlerine başvurma durumuna göre depresyon ve travma sonrası stres bozukluğu yüzde dağılımı Tablo 4.34’te sunulmuştur.

**Tablo 4.34.** Çalışmaya katılan Suriyeli sığınmacıların Türkiye’de son bir yılda sağlık hizmetlerine başvurma durumuna göre depresyon ve travma sonrası stres bozukluğu yüzde dağılımı (Ankara, 2016).

Sağlık hizmetine başvurma durumu	Depresyon*				TSSB*			
	Var		Yok		Var		Yok	
	n	%	%	p	n	%	%	p
<b>Son bir yılda Türkiye’de sağlık hizmetlerine başvurma durumu</b>				0,712				0,071
Evet	191	48,7	51,3		192	41,1	58,9	
Hayır	224	46,9	53,1		224	32,6	67,4	

\* Satır yüzdeleri alınmıştır.

Sığınmacıların Türkiye’de son bir yılda sağlık hizmetlerine başvurma durumu ile depresyon ve TSSB arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamıştır. Türkiye’de sağlık hizmetlerine başvuranlarda TSSB düzeyi biraz yüksek olmakla birlikte fark istatistiksel olarak anlamlı değildir (Tablo 4.34).

Çalışmaya katılan Suriyeli sığınmacıların Türkiye’de sağlık hizmetlerinden memnuniyeti ve sağlık hizmetlerine erişim durumlarına göre depresyon ve travma sonrası stres bozukluğu yüzde dağılımı Tablo 4.35’te sunulmuştur.

**Tablo 4.35.** Çalışmaya katılan Suriyeli sığınmacıların Türkiye’de sağlık hizmetlerinden memnuniyeti ve sağlık hizmetlerine erişim durumlarına göre depresyon ve travma sonrası stres bozukluğu yüzde dağılımı (Ankara, 2016).

Sağlık hizmetlerinden memnuniyet ve sağlık hizmetlerine erişim durumu	Depresyon*				TSSB*			
	Var		Yok		Var		Yok	
	n	%	%	p	n	%	%	p
<b>Türkiye’de alınan sağlık hizmetleri ile ilgili görüş</b>	<b>&lt;0,001</b>				<b>&lt;0,001</b>			
Çok kötü/kötü	38	76,3	23,7		39	66,7	33,3	
Orta	95	49,5	50,5		95	43,2	56,8	
Çok iyi/iyi	185	41,1	58,9		185	33,0	67,0	
<b>Türkiye’de sağlık hizmetlerine erişebilme durumu</b>	<b>0,154</b>				<b>0,918</b>			
Evet	257	46,3	53,7		258	39,9	60,1	
Hayır	64	56,2	43,8		64	40,6	59,4	

\* Satır yüzdeleri alınmıştır.

Türkiye’deki sağlık hizmetleri ile ilgili memnuniyet derecesini “çok kötü/kötü” olarak belirtenlerin %76,3’ünde, “orta” olarak belirtenlerin %49,5’inde, “çok iyi/iyi” olarak belirtenlerin ise %41,1’inde depresyon bulunmaktadır ( $p<0,001$ ). Türkiye’de alınan sağlık hizmetleri ile ilgili görüşünü “çok kötü/kötü” olarak belirtenlerin %66,7’sinde, “orta” olarak belirtenlerin %43,2’sinde, “çok iyi/iyi” olarak belirtenlerin %33,0’ında TSSB bulunmaktadır ( $p<0,001$ ). Farkı yaratan grubu belirlemek için yapılan ikili analizlerde hem depresyon hem de TSSB için “çok kötü/kötü” grubunun diğer gruplardan istatistiksel olarak farklı olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.35).

Türkiye’de sağlık hizmetlerine erişebilme durumu ile depresyon ve TSSB arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamıştır (Tablo 4.35).

Çalışmaya katılan Suriyeli sığınmacıların Türkiye’de ruh sağlığı hizmeti alma ihtiyacı ve ruh sağlığı hizmet başvurusu durumlarına göre depresyon ve travma sonrası stres bozukluğu yüzde dağılımı Tablo 4.36’da sunulmuştur.

**Tablo 4.36.** Çalışmaya katılan Suriyeli sığınmacıların Türkiye’de ruh sağlığı hizmeti alma ihtiyacı ve ruh sağlığı hizmet başvurusu durumlarına göre depresyon ve travma sonrası stres bozukluğu yüzde dağılımı (Ankara, 2016).

Türkiye’de ruh sağlığı hizmeti alma ihtiyacı ve ruh sağlığı hizmet başvuru yapma durumu	Depresyon*				TSSB*			
	Var		Yok		Var		Yok	
	n	%	%	p	n	%	%	p
<b>Türkiye’de ruh sağlığı hizmeti alma ihtiyacı</b>	<b>&lt;0,001</b>				<b>&lt;0,001</b>			
Evet	62	69,4	30,6		62	61,3	38,7	
Hayır	353	43,9	56,1		354	32,2	67,8	
<b>Türkiye’de ruh sağlığı hizmeti başvurusu</b>	<b>0,078**</b>				<b>0,673**</b>			
Evet	6	83,3	16,7		6	50,0	50,0	
Hayır	409	47,2	52,8		410	36,3	63,7	
<b>Türkiye’de ruh sağlığı hizmeti alma ihtiyacı olanların sağlık kuruluşuna başvurma durumu</b>	<b>0,657**</b>				<b>0,669**</b>			
Evet	6	83,3	16,7		6	50,0	50,0	
Hayır	56	67,9	32,1		56	62,5	37,5	

\* Satır yüzdeleri alınmıştır. \*\* Fisher’s exact test uygulanmıştır.

Türkiye’de bulunduğu süre içinde ruh sağlığı hizmeti alma ihtiyacı olduğunu belirtenlerin %69,4’ünde, ruh sağlığı hizmeti alma ihtiyacı olmadığını belirtenlerin ise %43,9’unda depresyon bulunmaktadır ( $p<0,001$ ). Türkiye’de bulunduğu süre içinde ruh sağlığı hizmeti alma ihtiyacı olduğunu belirtenlerin %61,3’ünde, ruh sağlığı hizmeti alma ihtiyacı olmadığını belirtenlerin %32,2’sinde TSSB bulunmaktadır ( $p<0,001$ ) (Tablo 4.36).

Türkiye’de ruh sağlığı hizmet başvurusu yapma durumu ve Türkiye’de ruh sağlığı hizmet alma ihtiyacı olanların sağlık kuruluşuna başvurma durumu ile depresyon ve TSSB arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamıştır (Tablo 4.36).

Çalışmaya katılan Suriyeli sığınmacıların Harvard Travma Anketinde belirtilen travmaları yaşama durumlarına göre depresyon ve travma sonrası stres bozukluğu yüzde dağılımı Tablo 4.37’de sunulmuştur.

**Tablo 4.37.** Çalışmaya katılan Suriyeli sığınmacıların Harvard Travma Anketinde belirtilen travmaları yaşama durumlarına göre depresyon ve travma sonrası stres bozukluğu yüzde dağılımı (Ankara, 2016).

Yaşanmış travma tipleri	Depresyon*				TSSB*			
	Var		Yok		Var		Yok	
	n	%	%	p	n	%	%	p
<b>Yerleşim yerlerinin ya da tarım alanlarının bombalama, yakma ya da yok edilmesine tanıklık etme</b>								
Evet	392	49,0	51,0	<b>0,047</b>	393	37,7	62,3	0,065
Hayır	22	27,3	72,7		22	18,2	81,8	
<b>Barınma sorunu yaşama</b>								
Evet	383	47,1	52,9	0,409	385	37,1	62,9	0,367
Hayır	31	54,8	45,2		31	29,0	71,0	
<b>Ülkesini terk edilmeye zorlanma</b>								
Evet	376	48,1	51,9	0,689	377	37,4	62,6	0,303
Hayır	38	44,7	55,3		38	28,9	71,1	
<b>Savaş ortamında bulunma (patlamalar, topçu ateşi, bombardıman) ya da mayına maruz kalma</b>								
Evet	367	49,6	50,4	<b>0,045</b>	368	37,0	63,0	0,696
Hayır	47	34,0	66,0		47	34,0	66,0	
<b>Dini mabetler ya da dini eğitim kurumlarına yapılan saldırı ya da saygısızlığa tanıklık etme</b>								
Evet	331	48,9	51,1	0,364	332	38,0	62,0	0,262
Hayır	83	43,4	56,6		83	31,3	68,7	
<b>Dışardaki şiddet ya da kaos nedeniyle evden çıkamama</b>								
Evet	322	50,9	49,1	<b>0,009</b>	323	38,4	61,6	0,162
Hayır	92	37,0	63,0		92	30,4	69,6	
<b>Aile üyelerinden ya da arkadaşlarından birinin savaş ya da mayından ciddi fiziksel yara alması</b>								
Evet	274	52,9	47,1	<b>0,004</b>	275	41,1	58,9	<b>0,008</b>
Hayır	140	37,9	62,1		140	27,9	72,1	
<b>Mülkiyetine el konması, yağmalaması ya da tahrip edilmesi</b>								
Evet	273	49,1	50,9	0,476	273	39,2	60,8	0,132
Hayır	141	45,4	54,6		142	31,7	68,3	
<b>Arkadaş(lar)ının cinayete kurban gitmesi ya da şiddet nedeniyle ölmesi</b>								
Evet	245	52,2	47,8	<b>0,030</b>	246	37,8	62,2	0,548
Hayır	169	41,4	58,6		169	34,9	65,1	
<b>Gıda ve temiz sudan yoksun kalma</b>								
Evet	244	58,6	41,4	<b>&lt;0,001</b>	244	44,7	55,3	<b>&lt;0,001</b>
Hayır	171	32,2	67,8		172	25,0	75,0	
<b>Aile üyelerinden birinin (çocuk, eş vb) cinayete kurban gitmesi ya da şiddet nedeniyle ölmesi</b>								
Evet	181	55,8	44,2	<b>0,004</b>	181	41,4	58,6	0,074
Hayır	233	41,6	58,4		234	32,9	67,1	
<b>Yerleşim yerinden ayrılp asgari hizmetleri olan ülkesinin başka bir bölgesine yerleşmeye zorlanmak</b>								
Evet	178	51,7	48,3	0,245	182	41,0	59,0	0,108
Hayır	236	44,9	55,1		237	33,3	66,7	
<b>Çürüyen cesetlere tanıklık etme</b>								
Evet	171	51,5	48,5	0,214	171	37,4	62,6	0,719
Hayır	243	45,3	54,7		244	36,1	63,9	
<b>İlaç ya da sağlık hizmetlerine erişemeyip kötü sağlık koşullarında yaşama</b>								
Evet	161	63,4	36,6	<b>&lt;0,001</b>	162	50,6	49,4	<b>&lt;0,001</b>
Hayır	253	37,9	62,1		253	27,7	72,3	
<b>Dini liderler ya da kabilenin önde gelenlerin tutuklanma, işkence ya da idamına tanıklık etme</b>								
Evet	156	57,1	42,9	<b>0,004</b>	156	41,0	59,0	0,157
Hayır	267	42,4	57,6		258	34,1	65,9	

\* Satır yüzdeleri alınmıştır.

**Tablo 4.37 (Devam).** Çalışmaya katılan Suriyeli sığınmacıların Harvard Travma Anketinde belirtilen travmaları yaşama durumlarına göre depresyon ve travma sonrası stres bozukluğu yüzde dağılımı (Ankara, 2016).

Yaşanmış travma tipleri	Depresyon*				TSSB*			
	Var		Yok		Var		Yok	
	n	%	%	p	n	%	%	p
<b>Arkadaşlarından birinin kaybolması</b>								
Evet	147	57,8	42,2	<b>0,003</b>	148	42,6	57,4	0,061
Hayır	267	42,3	57,7		167	33,3	66,7	
<b>Aranma</b>								
Evet	146	49,3	50,7	0,654	146	37,7	62,3	0,745
Hayır	168	47,0	53,0		269	36,1	63,9	
<b>Birinin fiziksel olarak zarar gördüğüne (bıçaklanma, dövme vb) tanıklık etme</b>								
Evet	146	63,0	37,0	<b>&lt;0,001</b>	146	45,2	54,8	<b>0,008</b>
Hayır	268	39,6	60,4		269	32,0	68,0	
<b>Cinayete tanıklık etme</b>								
Evet	129	61,2	38,8	<b>&lt;0,001</b>	129	40,3	59,7	0,296
Hayır	285	41,8	58,2		286	35,0	65,0	
<b>Aile üyelerinden birinin (çocuk, eş vb) kaybolması</b>								
Evet	112	58,9	41,1	<b>0,006</b>	112	34,8	65,2	0,643
Hayır	302	43,7	56,3		303	37,3	62,7	
<b>İşkenceye tanıklık etme</b>								
Evet	101	67,3	32,7	<b>&lt;0,001</b>	102	49,0	51,0	<b>0,003</b>
Hayır	313	41,5	58,5		313	32,6	67,4	
<b>Arkadaşlarından birinin kaçırılması ya da rehin alınması</b>								
Evet	90	58,9	41,1	<b>0,018</b>	91	40,7	59,3	0,366
Hayır	324	44,8	55,2		324	35,5	64,5	
<b>Yerleşim yerlerinin ya da bataklık alanların kimyasal saldırısına tanıklık etme</b>								
Evet	87	58,6	41,4	<b>0,023</b>	87	39,1	60,9	0,593
Hayır	327	45,0	55,0		328	36,0	64,0	
<b>Aile üyelerinin (çocuk, eş vb) kaçırılması ya da rehin alınması</b>								
Evet	85	57,6	42,4	<b>0,042</b>	85	41,2	58,8	0,319
Hayır	329	45,3	54,7		330	35,5	64,5	
<b>Sivillerin kitlesel idamına tanıklık etme</b>								
Evet	81	63,0	37,0	<b>0,002</b>	81	40,7	59,3	0,392
Hayır	333	44,1	55,9		334	35,6	64,4	
<b>Evinizde bulunurken bir kişi ya da bir eşya için arama yapılması</b>								
Evet	71	50,7	49,3	0,594	71	32,4	67,6	0,416
Hayır	343	47,2	52,8		344	37,5	62,5	
<b>Aile üyelerinden birinin (çocuk, eş vb) cenazesini almak, ancak onları defnetme ve yasını tutma ritüellerinden yasaklanma</b>								
Evet	52	67,3	32,7	<b>0,003</b>	52	50,0	50,0	<b>0,032</b>
Hayır	362	45,0	55,0		363	34,7	65,3	
<b>Kendisi ya da ailesinden birinin ölümüne ya da yaralanmasına yol açabilecek şekilde yerlerinin birine bildirilmesi</b>								
Evet	43	55,8	44,2	0,268	43	41,9	58,1	0,452
Hayır	371	46,9	53,1		372	36,0	64,0	
<b>Hapsedilme (Tutuklanma)</b>								
Evet	43	44,2	55,8	0,614	43	39,5	60,5	0,676
Hayır	371	48,2	51,8		372	136,3	63,7	

\* Satır yüzdeleri alınmıştır.

**Tablo 4.37 (Devam).** Çalışmaya katılan Suriyeli sığınmacıların Harvard Travma Anketinde belirtilen travmaları yaşama durumlarına göre depresyon ve travma sonrası stres bozukluğu yüzde dağılımı (Ankara, 2016).

Yaşanmış travma tipleri	Depresyon*				TSSB*			
	Var		Yok		Var		Yok	
	n	%	%	p	n	%	%	p
<b>Din, mezhep ya da etnik köken nedeniyle baskı altında bulunma</b>								
Evet	41	51,2	48,8	0,647	41	41,5	58,5	0,498
Hayır	373	47,5	52,5		374	36,1	63,9	
<b>Din, mezhep ya da kökeni nedeniyle ülkesinden sınır dışı edilme</b>								
Evet	40	55,0	45,0	0,339	40	52,5	47,5	<b>0,028</b>
Hayır	374	47,1	52,9		375	34,9	65,1	
<b>Savaş durumundan ya da mayından ciddi fiziksel yara alma</b>								
Evet	40	60,0	40,0	0,105	40	50,0	50,0	0,065
Hayır	374	46,5	53,5		375	35,2	64,8	
<b>Fiziksel zarar görme (dövme, bıçaklanma vb)</b>								
Evet	32	65,6	34,4	<b>0,036</b>	32	34,4	65,6	0,783
Hayır	382	46,3	53,7		383	36,8	63,2	
<b>İşkence (fiziksel ve/veya psikolojik kasıtlı ve sistematik olarak zarar görme)</b>								
Evet	24	79,2	20,8	<b>0,002</b>	24	45,8	54,2	0,335
Hayır	390	45,9	54,1		391	36,1	63,9	
<b>Canlı kalkan olarak kullanılma</b>								
Evet	18	61,1	38,9	0,249	18	27,8	72,2	0,426
Hayır	396	47,2	52,8		397	37,0	63,0	
<b>Tecavüz ya da cinsel saldırıya tanıklık etme</b>								
Evet	16	81,2	18,8	<b>0,006</b>	16	62,5	37,5	<b>0,028</b>
Hayır	298	46,5	53,5		399	35,6	64,4	
<b>Kaçırılma ya da rehin alınma</b>								
Evet	15	60,0	40,0	0,336	15	46,7	53,3	0,411
Hayır	399	47,4	52,6		400	36,2	63,8	
<b>Yaralanma ya da ölüm riski olan birinin yerini bildirmeye zorlanma</b>								
Evet	13	46,2	53,8	0,902	13	15,4	84,6	0,145**
Hayır	401	47,9	52,1		402	37,3	62,7	
<b>Tecavüz ya da cinsel istismara uğrama (cinsel ilişkiye zorlanma vb)</b>								
Evet	11	81,8	18,2	<b>0,022</b>	11	54,5	45,5	0,221**
Hayır	403	46,9	53,1		404	36,1	63,9	

\* Satır yüzdeleri alınmıştır. \*\* Fisher exact testi kullanılmıştır.

Yerleşim yerlerinin ya da tarım alanlarının bombalama, yakma ya da yok edilmesine tanıklık edenlerde depresyon düzeyi %49,9 iken bu durumu yaşamayanlarda %27,3'tür (p=0,047). TSSB düzeyi ise bu travmayı yaşayanlarda %37,7, yaşamayanlarda %18,2'dir. Ancak bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir (p=0,065) (Tablo 4.37).

Barınma sorunu yaşama ve ülkesini terk edilmeye zorlanma travmaları ile depresyon ve TSSB düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamıştır (Tablo 4.37).



Savaş ortamında bulunma ya da mayına maruz kalma travmasını yaşayanlarda depresyon düzeyi %49,6, bu travmayı yaşamayanlarda %34,0'dır. Bu fark istatistiksel olarak da anlamlıdır ( $p=0,045$ ). Bu travmayı yaşama ile TSSB arasında ise istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ( $p=0,696$ ) (Tablo 4.37).

Dini mabetler ya da dini eğitim kurumlarına yapılan saygısızlığa tanıklık etme ile depresyon ve TSSB düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamıştır. Bu travmayı yaşayanlarda depresyon düzeyi %48,9 yaşamayanlarda %43,4'tür. Ancak bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ( $p=0,364$ ) (Tablo 4.37).

Dışardaki şiddet ya da kaos nedeniyle evden çıkamama durumunu yaşayanların %50,9'unda depresyon bulunurken bu durumu yaşamayanların %37,0'ında depresyon bulunmaktadır. Bu fark istatistiksel olarak da anlamlıdır ( $p=0,009$ ). TSSB ile dışardaki şiddet ya da kaos nedeniyle evden çıkamama durumu yaşama arasında ise istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamıştır ( $p=0,162$ ) (Tablo 4.37).

Aile üyelerinden ya da arkadaşlarından birinin savaş ya da mayından ciddi fiziksel yara alma travmasını yaşayanlarda depresyon düzeyi %52,9, TSSB düzeyi ise %41,1'dir. Ancak bu travmayı yaşamayanlarda depresyon ve TSSB düzeyleri sırası ile %37,9 ve %27,9'dur (depresyon için;  $p=0,004$ , TSSB için;  $p=0,008$ ) (Tablo 4.37).

Mülkiyetine el konması, yağmalanması ya da tahrip edilmesi durumu ile depresyon ve TSSB düzeyleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki bulunmamıştır (Tablo 4.37).

Arkadaş(lar)ının cinayete kurban gitmesi ya da şiddet nedeniyle ölenlerin %52,2'sinde depresyon bulunurken bu travmayı yaşamayanların %41,4'ünde depresyon bulunmaktadır. Bu fark istatistiksel olarak da anlamlıdır ( $p=0,030$ ). Arkadaş(lar)ının cinayete kurban gitmesi ya da şiddet nedeniyle ölme durumu ile TSSB düzeyleri arasında ise istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamıştır ( $p=0,548$ ) (Tablo 4.37).

Gıda ve temiz sudan yoksun kalanların %58,6'sında depresyon, %44,7'sinde TSSB bulunurken gıda ve temiz sudan yoksun kalmayanlarda depresyon ve TSSB düzeyleri sırası ile %32,2 ve %25,0'dır (depresyon için;  $p<0,001$  ve TSSB için  $p<0,001$ ) (Tablo 4.37).

Aile üyelerinden birinin (çocuk, eş vb) cinayete kurban gitmesi ya da şiddet nedeniyle ölmesi travmasını yaşayanlarda depresyon düzeyi %55,8, bu travmayı

yaşamayanlarda %41,6'dır. Bu fark istatistiksel olarak da anlamlıdır ( $p=0,004$ ). Aile üyelerinden birinin (çocuk, eş vb) cinayete kurban gitmesi ya da şiddet nedeniyle ölmesi travmasını yaşayanlarda TSSB düzeyi %41,4, bu travmayı yaşamayanlarda %32,9'dur. Ancak bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ( $p=0,074$ ) (Tablo 4.37).

Yerleşim yerinden ayrılıp asgari hizmetleri olan ülkesinin başka bir bölgesine yerleşmeye zorlanmak ve çürüyen cesetlere tanıklık etme travmalarını yaşama durumu ile depresyon ve TSSB düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamıştır (Tablo 4.37).

İlaç ya da sağlık hizmetlerine erişemeyip kötü sağlık koşullarında yaşayanlarda depresyon düzeyi %63,4, TSSB düzeyi ise %50,6'dır. Bu travmayı yaşamayanlarda depresyon düzeyi %37,9, TSSB düzeyi ise %27,7'dir. Bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır (depresyon için;  $p<0,001$ , TSSB için;  $p<0,001$ ) (Tablo 4.37).

Dini liderler ya da kabilenin önde gelenlerin tutuklanma, işkence ya da idamına tanıklık edenlerde depresyon düzeyi %57,1, bu duruma tanıklık etmeyenlerde %42,4'tür. Bu fark istatistiksel olarak da anlamlıdır ( $p=0,004$ ). Dini liderler ya da kabilenin önde gelenlerin tutuklanma, işkence ya da idamına tanıklık edenlerde TSSB düzeyi %41,0, bu duruma tanıklık etmeyenlerde %34,1'dir. Bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ( $p=0,157$ ) (Tablo 4.37).

Arkadaşlarından birinin kaybolduğunu belirtenlerin %57,8'inde depresyon bulunurken bu travmayı yaşamayanların %42,3'ünde depresyon bulunmaktadır. Bu fark istatistiksel olarak da anlamlıdır ( $p=0,003$ ). Arkadaşlarından birinin kaybolduğunu belirtenlerde TSSB düzeyi %42,6, bu travmayı yaşamayanlarda %33,3'tür. Ancak bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ( $p=0,061$ ) (Tablo 4.37).

“Aranma” durumunu yaşama ile depresyon ve TSSB arasında istatistiksel olarak bir ilişki bulunmamıştır (depresyon için;  $p=0,654$ , TSSB için;  $p=0,745$ ) (Tablo 4.37).

Birinin fiziksel olarak zarar gördüğüne tanıklık edenlerde depresyon düzeyi %63,0, TSSB düzeyi %45,2 bulunmuştur. Bu travmayı yaşamayanlarda ise depresyon düzeyi %39,6, TSSB düzeyi ise %32,0'dır (depresyon için;  $p<0,001$ , TSSB için;  $p=0,008$ ) (Tablo 4.37).

Cinayete tanıklık edenlerde depresyon düzeyi %61,2, cinayete tanıklık etmeyenlerde %41,8'dir. Bu fark istatistiksel olarak da anlamlıdır ( $p<0,001$ ). Cinayete

tanıklık etme durumu ile TSSB arasında ise istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamıştır ( $p=0,296$ ) (Tablo 4.37).

Aile üyelerinden birinin kaybolduğunu belirtenlerde depresyon düzeyi %58,9, bu durumu yaşamayanlarda ise %43,7'dir. Bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p=0,006$ ). Aile üyelerinden birinin kaybolması ile TSSB arasında ise istatistiksel olarak anlamlı ilişki yoktur ( $p=0,643$ ) (Tablo 4.37).

İşkenceye tanıklık ettiğini belirtenlerde depresyon düzeyi %67,3, TSSB düzeyi ise %49,0'dır. Bu travmayı yaşamayanlarda depresyon ve TSSB düzeyleri sırası ile %41,5 ve %32,6'dır (depresyon için  $p<0,001$ , TSSB için;  $p=0,003$ ) (Tablo 4.37).

Arkadaşlarından birinin kaçırılması ya da rehin alınması travmasını yaşayanlarda depresyon düzeyi %58,9, bu travmayı yaşamayanlarda %44,8'dir. Bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p=0,018$ ). Arkadaşlarından birinin kaçırılması ya da rehin alınması ile TSSB arasında ise istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamıştır ( $p=0,366$ ) (Tablo 4.37).

Yerleşim yerlerinin ya da bataklık alanların kimyasal saldırısına tanıklık ettiğini belirtenlerde depresyon düzeyi %58,6, bu durumu yaşamayanlarda ise %45,0'dır. Bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p=0,023$ ). Yerleşim yerlerinin ya da bataklık alanların kimyasal saldırısına tanıklık etme ile TSSB arasında ise istatistiksel olarak anlamlı ilişki yoktur ( $p=0,593$ ) (Tablo 4.37).

Aile üyelerinin (çocuk, eş vb) kaçırılması ya da rehin alınması travmasını yaşayanlarda depresyon düzeyi %57,6, bu travmayı yaşamayanlarda %45,3'tür. Bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p=0,042$ ). Aile üyelerinin (çocuk, eş vb) kaçırılması ya da rehin alınması durumu ile TSSB arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamıştır ( $p=0,319$ ) (Tablo 4.37).

Sivillerin kitlesel idamına tanıklık etme travmasını yaşayanlarda depresyon düzeyi %63,0, bu travmayı yaşamayanlarda %44,1'dir. Bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p=0,002$ ). TSSB ile sivillerin kitlesel idamına tanıklık etme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamıştır ( $p=0,392$ ) (Tablo 4.37).

Evinde bulunurken bir kişi ya da bir eşya için arama yapılması durumu ile depresyon ve TSSB arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamıştır (depresyon için;  $p=0,594$ , TSSB için;  $p=0,416$ ) (Tablo 4.37).

Aile üyelerinden birinin (çocuk, eş vb) cenazesini almak, ancak onları defnetme ve yasını tutma ritüellerinden yasaklanma durumu ile depresyon ve TSSB arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur. Bu travmayı yaşayanlarda depresyon düzeyi %67,3, TSSB düzeyi %50,0'dir. Travmayı yaşamayanlarda ise depresyon ve TSSB düzeyleri sırası ile; %45,0 ve %34,7'dir (depresyon için;  $p=0,003$ , TSSB için;  $p=0,032$ ) (Tablo 4.37).

Kendisi ya da ailesinden birinin ölümüne ya da yaralanmasına yol açabilecek şekilde yerlerinin birine bildirilmesi, hapsedilme (tutuklanma) ve din, mezhep ya da etnik köken nedeniyle baskı altında bulunma travmaları ile depresyon ve TSSB arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamıştır (Tablo 4.37).

Din, mezhep ya da kökeni nedeniyle ülkesinden sınır dışı edilme travmasını yaşama ile TSSB arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur. Bu travmayı yaşayanların %52,5'inde, yaşamayanların ise %34,9'unda TSSB bulunmaktadır ( $p=0,028$ ). Depresyon ile din, mezhep ya da kökeni nedeniyle ülkesinden sınır dışı edilme durumu arasında ise istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamıştır ( $p=0,339$ ) (Tablo 4.37).

Savaş durumundan ya da mayından ciddi fiziksel yara alma travmasını yaşayanlarda depresyon düzeyi %60,0, TSSB düzeyi ise %50,0 bulunmuştur. Bu travmayı yaşamayanlarda ise depresyon ve TSSB düzeyleri sırası ile; %46,5 ve %35,2 bulunmuştur. Ancak her ikisi için de fark istatistiksel olarak anlamlı değildir (depresyon için;  $p=0,105$  ve TSSB için;  $p=0,065$ ) (Tablo 4.37).

Fiziksel zarar görme (dövme, bıçaklanma vb) durumu ile depresyon arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur. Fiziksel zarar gördüğünü belirtenlerde depresyon düzeyi %65,6, fiziksel zarar görmeyenlerde depresyon düzeyi %46,3'tür ( $p=0,036$ ). Fiziksel zarar görme (dövme, bıçaklanma vb) durumu ile TSSB arasında ise istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamıştır ( $p=0,783$ ) (Tablo 4.37).

İşkence yaşayanlarda depresyon düzeyi %79,2, yaşamayanlarda %45,9'dur. Bu fark istatistiksel açıdan anlamlıdır ( $p=0,002$ ). İşkence ile TSSB arasında ise istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamıştır ( $p=0,335$ ) (Tablo 4.37).

Canlı kalkan olarak kullanılma ile depresyon ve TSSB arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamıştır (depresyon için;  $p=0,249$ , TSSB için;  $p=0,426$ ) (Tablo 4.37).

Tecavüz ya da cinsel saldırıya tanıklık etme durumu ile depresyon ve TSSB arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur. Tecavüz ya da cinsel saldırıya tanıklık edenlerde depresyon düzeyi %81,2, TSSB düzeyi %62,5'tir. Tecavüz ya da cinsel saldırıya tanıklık etmeyenlerde ise depresyon ve TSSB düzeyleri sırası ile %46,5 ve %35,6'dır (depresyon için;  $p=0,006$  ve TSSB için;  $p=0,028$ ) (Tablo 4.37).

Kaçırılma ya da rehin alınma ve yaralanma ya da ölüm riski olan birinin yerini bildirmeye zorlanma travmaları ile depresyon ve TSSB arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamıştır (Tablo 4.37).

Tecavüz ya da cinsel istismara uğrayanlarda depresyon düzeyi %81,8, bu travmayı yaşamayanlarda depresyon düzeyi %46,9'dur ( $p=0,022$ ). Tecavüz ya da cinsel istismara uğrama ile TSSB arasında ise istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamıştır ( $p=0,221$ ) (Tablo 4.37).

Çalışmaya katılan Suriyeli sığınmacıların yaşadıkları travma tipi sayısına göre depresyon ve TSSB yüzde dağılımı Tablo 4.38'de sunulmuştur.

**Tablo 4.38.** Çalışmaya katılan Suriyeli sığınmacıların yaşadıkları travma tipi sayısına göre depresyon ve travma sonrası stres bozukluğu yüzde dağılımı (Ankara, 2016).

Yaşanmış Travma Tipi Sayısı	Depresyon*				TSSB*			
	n	Var	Yok	p	n	Var	Yok	p
		%	%			%	%	
<b>Yaşanmış travma tipi sayısı</b>								
≤ 13	225	38,7	61,3	<b>&lt;0,001</b>	226	29,6	70,4	<b>0,001</b>
>13	190	58,4	41,6		190	44,7	55,3	

\* Satır yüzdeleri alınmıştır.

On üç ve altı travma tipi yaşayanların %38,7'sinde, 13'ün üzerinde travma yaşayanların ise %58,4'ünde depresyon bulunmaktadır ( $p<0,001$ ). TSSB düzeyi ise; 13 ve altı travma yaşayanlarda %29,6, 13'ün üzerinde travma yaşayanlarda %44,7'dir ( $p=0,001$ ) (Tablo 4.38).

Yaşanmış Travma Tipi Sayısı (TTS) ile depresyon ve TSSB ölçek puanlarının korelasyonu Tablo 4.39'da sunulmuştur.

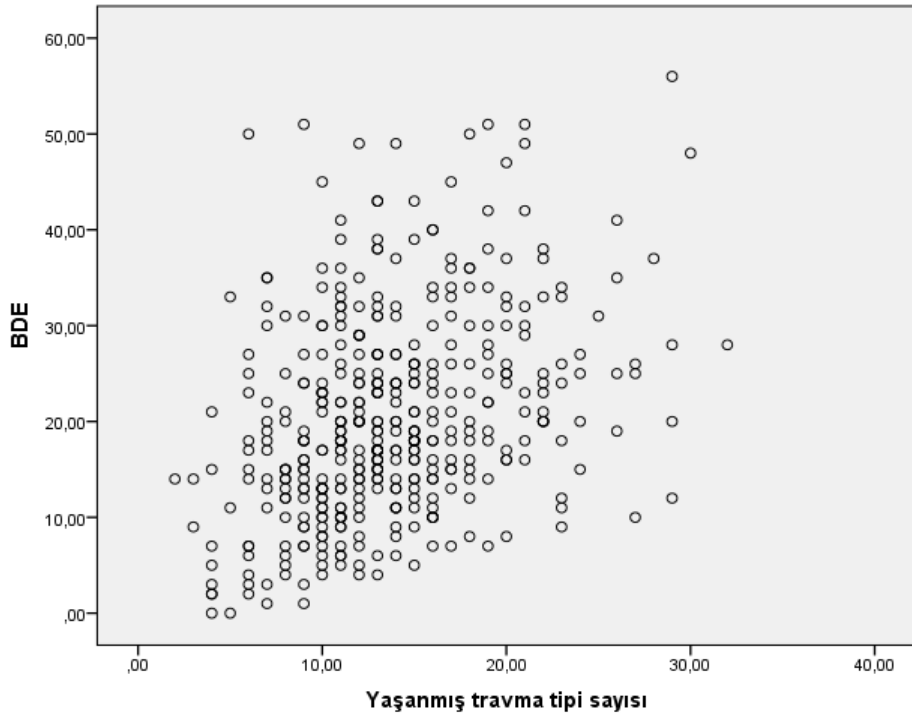
**Tablo 4.39.** Yaşanmış travma tipi sayısının depresyon ve travma sonrası stres bozukluğu ölçek puanları ile korelasyonu (Ankara, 2016).

	Depresyon	TSSB
<b>TTS</b>	$r_s = 0,361$	$r_s = 0,317$
	<b><math>p &lt; 0,001</math></b>	<b><math>p &lt; 0,001</math></b>

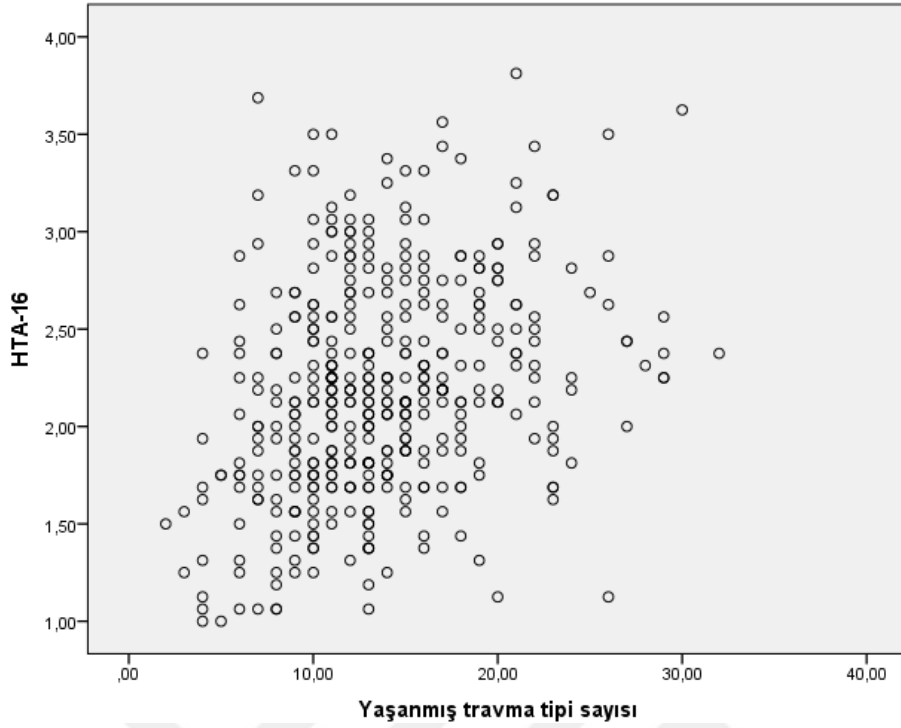
Not: Veriler normal dağılım göstermediği için Spearman korelasyon analizi yapılmıştır. TTS: Travma Tipi Sayısı

Depresyon ve TSSB ölçek puanları ile yaşanmış travma tipi sayısı arasında istatistiksel açıdan anlamlı pozitif yönde zayıf bir ilişki bulunmuştur (Tablo 4.39).

Yaşanmış travma tipi sayısı ile depresyon ve TSSB ölçek puanlarına ait saçılım grafikleri Şekil 4.1 ve Şekil 4.2’de sunulmuştur.



**Şekil 4.1.** Depresyon puanı ile yaşanmış travma tipi sayısının saçılım grafiği (Ankara, 2016).



**Şekil 4.2.** Travma sonrası stres bozukluğu puanı ile yaşanmış travma tipi sayısının saçılım grafiği (Ankara, 2016).

Çalışmaya katılan Suriyeli sığınmacıların algılanan sosyal destek (Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçek: ÇBASDÖ) puan düzeylerine göre depresyon ve TSSB yüzde dağılımı Tablo 4.40'ta sunulmuştur.

**Tablo 4.40.** Çalışmaya katılan Suriyeli sığınmacıların algılanan sosyal destek ölçek puan düzeylerine göre depresyon ve travma sonrası stres bozukluğu yüzde dağılımı (Ankara, 2016).

ÇBASDÖ	Depresyon*				TSSB*			
	Var		Yok		Var		Yok	
	n	%	%	p	n	%	%	p
<b>Genel ölçek puanı</b>				<b>0,021</b>				0,179
Düşük (1-2,9)	46	56,5	43,5		46	39,1	60,9	
Orta (3-5)	201	51,7	48,3		202	40,6	59,4	
Yüksek (5,1-7)	148	38,5	61,5		148	31,1	68,9	
<b>Aile alt ölçek puanı</b>				0,055				0,103
Düşük (1-2,9)	41	61,0	39,0		41	46,3	53,7	
Orta (3-5)	104	52,9	47,1		104	28,8	71,2	
Yüksek (5,1-7)	366	43,6	56,4		267	37,8	62,2	
<b>Arkadaş alt ölçek puanı</b>				<b>0,024</b>				0,091
Düşük (1-2,9)	196	53,1	46,9		197	41,6	58,4	
Orta (3-5)	134	48,5	51,5		134	33,6	66,4	
Yüksek (5,1-7)	80	35,0	65,0		80	28,8	71,2	
<b>Özel insan alt ölçek puanı</b>				0,385				0,631
Düşük (1-2,9)	48	54,2	45,8		48	39,6	60,4	
Orta (3-5)	104	51,0	49,0		104	32,7	67,3	
Yüksek (5,1-7)	259	45,2	54,8		260	37,3	62,7	

\* Satır yüzdeleri alınmıştır.

ÇBASDÖ: Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği

Sosyal destek genel ölçek puanı düşük olanlarda depresyon düzeyi %56,5, orta olanlarda %51,7, yüksek olanlarda ise %38,5'tir. Fark istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p=0,021$ ). Yapılan ikili analizlerde sosyal destek ölçek puanı yüksek olanların diğer iki gruptan istatistiksel olarak farklı olduğu bulunmuştur. Sosyal destek genel ölçek puanı düşük olanlarda TSSB yüzdesi %39,1, orta olanlarda %40,6 ve yüksek olanlarda %31,1 bulunmuştur. Ancak fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ( $p=0,179$ ) (Tablo 4.40).

Aile alt ölçek puanı düşük olanlarda depresyon düzeyi %61,0, orta olanlarda %52,9, yüksek olanlarda ise %43,6'dır. Fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ( $p=0,055$ ). TSSB düzeyi aile alt ölçek puanı düşük olanlarda %46,3, orta olanlarda %28,8, yüksek olanlarda ise %37,8'dir. Fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ( $p=0,103$ ) (Tablo 4.40).



Arkadaş alt ölçek puanı düşük olanlarda depresyon düzeyi %53,1, orta olanlarda %48,5, yüksek olanlarda ise %35,0'dır. Fark istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p=0,024$ ). Yapılan ikili analizlerde istatistiksel farkın “düşük” ve “yüksek” gruplar arasında olduğu bulunmuştur. TSSB düzeyi arkadaş alt ölçek puanı düşük olanlarda %41,6, orta olanlarda %33,6, yüksek olanlarda ise %28,8'dir. Fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ( $p=0,091$ ) (Tablo 4.40).

Özel insan alt ölçek puanı depresyon ve TSSB ile ilişkili bulunmamıştır (depresyon için;  $p=0,385$  ve TSSB için  $p=0,631$ ) (Tablo 40).

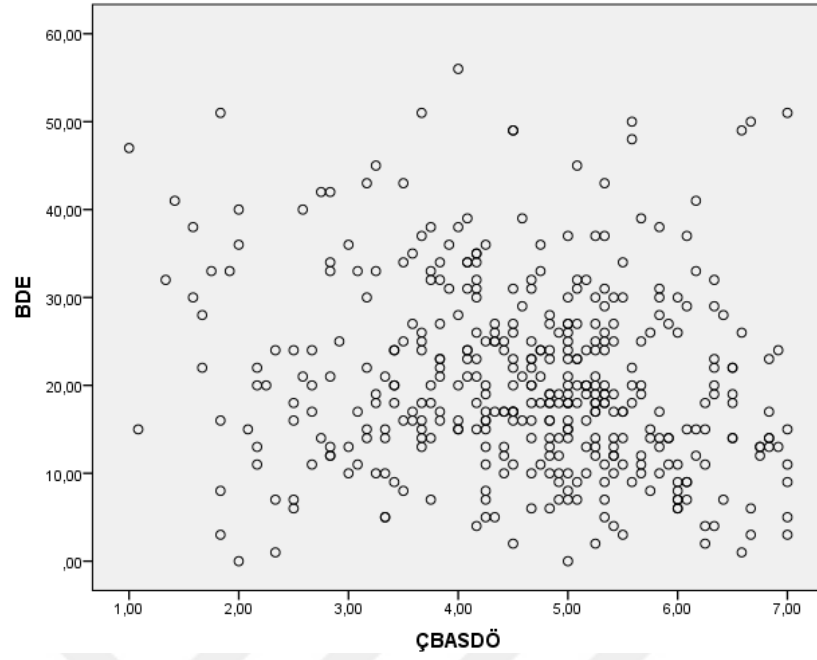
Algılanan sosyal destek ölçek puanının depresyon ve travma sonrası stres bozukluğu ölçek puanları ile korelasyonu Tablo 4.41'de sunulmuştur.

**Tablo 4.41.** Algılanan sosyal destek ölçek puanının depresyon ve travma sonrası stres bozukluğu ölçek puanları ile korelasyonu (Ankara, 2016).

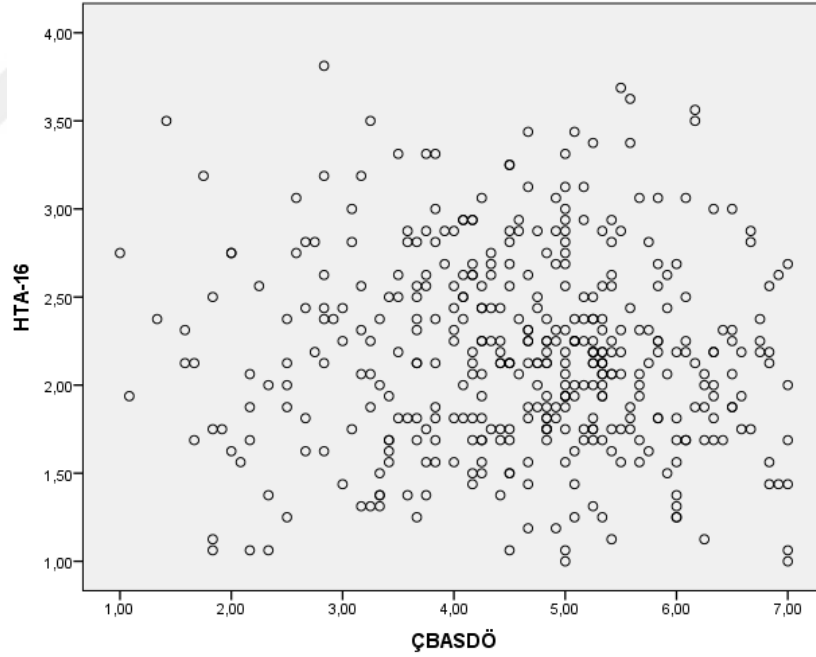
Özellik	Depresyon	TSSB
ÇBASDÖ	$r=-0,174$	$r=-0,051$
	<b>P&lt;0,001</b>	<b>P=0,308</b>

ÇBASDÖ: Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği

Yapılan korelasyon analizinde algılanan sosyal destek ölçek puanının (Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği: ÇBASDÖ) TSSB ölçek puanı (Harvard Travma Anketi: HTA) ile istatistiksel olarak anlamlı ilişkisi bulunmazken, depresyon ölçek puanı (Beck Depresyon Envanteri: BDE) ile istatistiksel olarak anlamlı negatif yönde zayıf ilişkisi bulunmaktadır (Tablo 41). Korelasyona ilişkin saçılım grafikleri Şekil 4.3 ve Şekil 4.4'te sunulmuştur.



**Şekil 4.3.** Depresyon ölçek puanı ile algılanan sosyal destek ölçek puanının saçılım grafiği (Ankara, 2016).



**Şekil 4.4.** Travma sonrası stres bozukluğu ölçek puanı ile algılanan sosyal destek ölçek puanının saçılım grafiği (Ankara, 2016).

### **Depresyon ve travma sonrası stres bozukluğu ile ilişkili faktörleri belirlemeye yönelik çok değişkenli analiz bulguları**

Hem depresyon hem de TSSB ile ilişkili faktörlerin saptanması için Forward LR yöntemi kullanılarak her ikisi için ayrı ayrı dört farklı lojistik regresyon modellemesi yapılmıştır analizlere ilişkin detaylı bilgi “Gereç ve Yöntem” bölümünde ayrıntılı sunulmuştur (bakınız sayfa: 46-53).

Depresyon ile ilişkili etmenlere ilişkin yapılan çok değişkenli lojistik regresyon modellemesi Tablo 4.42’de sunulmuştur.



**Tablo 4.42.** Çalışmaya katılan Suriyeli sığınmacılarda depresyonla ilişkili bulunan etmenler: çok değişkenli lojistik regresyon modellemesi (Ankara, 2016).

Özellikler	Model I	Model II	Model III	Model IV
	OR (%95 GA)	OR (%95 GA)	OR (%95 GA)	OR (%95 GA)
<b>Cinsiyet</b>	p=0,001	p=0,001	p=0,002	p<0,001
Erkek	1.000	1.000	1.000	1.000
Kadın	2,294* (1,427-3,688)	2,314* (1,436-3,731)	2,103* (1,305-3,389)	2,641* (1,638-4,258)
<b>Ekonomik durum algısı</b>	p=0,030	p=0,027		p=0,022
İyi/Orta	1.000	1.000		1.000
Kötü/ Çok kötü	1,682** (1,053-2,688)	1,702** (1,062-2,728)		1,716** (1,082-2,724)
<b>Bedensel hastalık</b>	p=0,037	p=0,043	p=0,026	p<0,001
Hayır	1.000	1.000	1.000	1.000
Evet	1,685** (1,032-2,752)	1,660** (1,016-2,712)	1,743** (1,067-2,848)	2,318*** (1,458-3,683)
<b>Algılanan genel sağlık</b>	p=0,077	p=0,075	p=0,077	
Çok iyi/iyi	1.000	1.000	1.000	
Orta	1,384 (0,801-2,390)	1,409 (0,813-2,443)	1,345 (0,779-2,324)	
Kötü	2,185** (1,109-4,303)	2,209** (1,116-4,373)	2,187** (1,107-4,324)	
<b>Algılanan ruh sağlığı</b>	p=0,015	p=0,014	p=0,004	
Çok iyi/iyi	1.000	1.000	1.000	
Orta	2,602* (1,303-5,198)	2,719* (1,362-5,429)	2,763* (1,388-5,502)	
Kötü	2,715* (1,319-5,588)	2,566** (1,246-5,285)	3,288* (1,618-6,681)	
<b>Travma tipi sayısı</b>	1,148*** (1,094-1,204)	1,148*** (1,095-1,204)	1,150*** (1,097-1,206)	1,153*** (1,100-1,259)
<b>Constant</b>	0,018	0,014	0,023	0,036
<b>R<sup>2</sup> (Cox ve Snell)</b>	0,211	0,219	0,204	0,182
<b>R<sup>2</sup> (Nagelkerke)</b>	0,282	0,291	0,272	0,243
<b>Hosmer ve Lemeshow</b>	0,054	0,338	0,221	0,478

İstatistiksel anlamlılık: \* p<0,01, \*\* p< 0,05, \*\*\* p< 0,001.

Model I’de cinsiyet, ekonomik durum algısı, bedensel bir hastalığın olması, algılanan genel sağlık durumu, algılanan ruh sağlığı durumu ve travma tipi sayısı depresyonla ilişkili bulunan faktörlerdir. Kadın olma yaklaşık 2,3 kat, ekonomik durum algısı “kötü/çok kötü” olma ise yaklaşık 1,7 kat artmış depresyon riski ile ilişkilidir. Bedensel bir hastalık olma durumu yaklaşık 1,7 kat, algılanan genel sağlık durumu “kötü” olma ise (“çok iyi/iyi” olmaya göre) yaklaşık 2,2 kat artmış depresyon

riski ile ilişkilidir. Algılanan ruh sağlığı durumu “çok iyi/iyi” olmaya göre “orta” olma yaklaşık 2,6 kat, “kötü” olma ise yaklaşık 2,7 kat artmış depresyon riski ile ilişkilidir. Travma tipi sayısındaki bir birimlik artış 1,15 kat artmış depresyon riski ile ilişkilidir (Tablo 4.42).

Model II’de cinsiyet, ekonomik durum algısı, bedensel bir hastalığın olması, algılanan genel sağlık durumu, algılanan ruh sağlığı durumu ve travma tipi sayısı depresyonla ilişkili bulunmuştur. Kadın olma yaklaşık 2,3 kat, ekonomik durum algısı “kötü/çok kötü” olma ile bedensel bir hastalığın olması ise yaklaşık 1,7 kat artmış depresyon riski ile ilişkilidir. Algılanan genel sağlık durumu “kötü” olma “çok iyi/iyi” olmaya göre yaklaşık 2,2 kat artmış depresyon riski ile ilişkilidir. Algılanan ruh sağlığı durumu “çok iyi/iyi” olmaya göre “orta” olma yaklaşık 2,7 kat, “kötü” olma ise yaklaşık 2,6 kat artmış depresyon riski ile ilişkilidir. Travma tipi sayısındaki bir birimlik artış 1,15 kat artmış depresyon riski ile ilişkilidir (Tablo 4.42).

Model III’te cinsiyet, bedensel bir hastalığın olması, algılanan genel sağlık durumu, algılanan ruh sağlığı durumu ve travma tipi sayısı depresyon ile istatistiksel olarak ilişkili bulunmuştur. Kadın olma yaklaşık 2,1 kat, bedensel bir hastalığın olması ise yaklaşık 1,7 kat artmış depresyon riski ile ilişkilidir. Algılanan genel sağlık durumu “kötü” olma “çok iyi/iyi” olmaya göre yaklaşık 2,2 kat artmış depresyon riski ile ilişkilidir. Algılanan ruh sağlığı durumu “çok iyi/iyi” olmaya göre “orta” olma yaklaşık 2,8 kat, “kötü” olma ise yaklaşık 3,3 kat artmış depresyon riski ile ilişkilidir. Travma tipi sayısındaki bir birimlik artış 1,15 kat artmış depresyon riski ile ilişkilidir (Tablo 4.42).

Model IV’te cinsiyet, ekonomik durum algısı, bedensel hastalığının olması ve travma tipi sayısı depresyonla ilişkili bulunan faktörler olmuştur. Kadın olma yaklaşık 2,6 kat, ekonomik durum algısı “kötü/çok kötü” olma yaklaşık 1,7 kat, bedensel bir hastalığı olma ise yaklaşık 2,3 kat artmış depresyon riski ile ilişkilidir. Travma tipi sayısındaki bir birimlik artış 1,15 kat artmış depresyon riski ile ilişkilidir (Tablo 4.42).

TSSB ile ilişkili etmenlere ilişkin yapılan çok değişkenli lojistik regresyon modellemesi Tablo 4.43’te sunulmuştur.

**Tablo 4.43.** Çalışmaya katılan Suriyeli sığınmacılarda travma sonrası stres bozukluğu ile ilişkili bulunan etmenler: çok değişkenli lojistik regresyon modellemesi (Ankara, 2016).

Özellikler	Model I	Model II	Model III	Model IV
	OR (%95 GA)	OR (%95 GA)	OR (%95 GA)	OR (%95 GA)
<b>Cinsiyet</b>	p<0,001	p<0,001	p=0,001	p=0,001
Erkek	1,000	1,000	1,000	1,000
Kadın	2,539* (1,568-4,110)	2,539* (1,568-4,110)	2,263** (1,373-3,728)	2,327*** (1,431-3,786)
<b>Çocuk sahibi olma</b>	p=0,032	p=0,032	p=0,019	p=0,011
Hayır	1,000	1,000	1,000	1,000
Evet	2,015*** (1,061-3,825)	2,015*** (1,061-3,825)	2,292*** (1,148-4,576)	2,428*** (1,226-4,805)
<b>Bedensel hastalık</b>	p=0,046	p=0,046		p=0,017
Hayır	1,000	1,000		1,000
Evet	1,577*** (1,009-2,463)	1,577*** (1,009-2,463)		1,732*** (1,102-2,722)
<b>Ruhsal hastalık</b>				p=0,023
Hayır				1,000
Evet				6,328*** (1,294-30,934)
<b>Algılanan ruh sağlığı</b>	p=0,006	p=0,006	p=0,011	
Çok iyi/iyi	1,000	1,000	1,000	
Orta	2,462*** (1,143-5,302)	2,462*** (1,143-5,302)	2,312*** (1,066-5,013)	
Kötü	3,513** (1,611-7,660)	3,513** (1,611-7,660)	3,312** (1,504-7,292)	
<b>Ruh sağlığı yardımı alma ihtiyacı duyma</b>	p=0,007	p=0,007	p=0,010	
Hayır	1,000	1,000	1,000	
Evet	2,308** (1,256-4,238)	2,308** (1,256-4,238)	2,054** (1,098-3,843)	
<b>Travma tipi sayısı</b>	1,082* (1,036-1,130)	1,082* (1,036-1,130)	1,080** (1,033-1,129)	1,093* (1,047-1,142)
<b>Constant</b>	0,017	0,017	0,018	0,034
<b>R<sup>2</sup> (Cox ve Snell)</b>	0,156	0,156	0,147	0,126
<b>R<sup>2</sup> (Nagelkerke)</b>	0,213	0,213	0,201	0,172
<b>Hosmer ve Lemeshow</b>	0,374	0,374	0,134	0,230

**İstatistiksel anlamlılık:** \* p<0,001, \*\* p <0,01, \*\*\* p<0,05.

Model I’de cinsiyet, çocuk sahibi olma, bedensel hastalık öyküsü, algılanan ruh sağlığı durumu, Türkiye’de ruh sağlığı yardımı alma ihtiyacı duyma ve travma tipi sayısı değişkenleri TSSB ile ilişkili bulunmuştur. Kadın olma yaklaşık 2,5 kat, çocuk sahibi olma yaklaşık 2,0 kat, bedensel bir hastalığı olma ise yaklaşık 1,6 kat artmış TSSB riski ile ilişkilidir. Algılanan ruh sağlığı durumu “çok iyi/iyi” olmaya göre “orta” olma yaklaşık 2,5 kat, “kötü” olma ise yaklaşık 3,5 kat artmış TSSB riski ile ilişkilidir. Türkiye’de ruh sağlığı hizmeti ihtiyacı duyma yaklaşık 2,3 kat artmış TSSB riski ile ilişkilidir. Travma tipi sayısındaki bir birimlik artış ise 1,08 kat artmış TSSB riski ile ilişkilidir (Tablo 4.43).

Model II’de cinsiyet, çocuk sahibi olma, bedensel hastalık öyküsü, algılanan ruh sağlığı durumu ve Türkiye’de ruh sağlığı yardımı alma ihtiyacı duyma değişkenleri TSSB ile ilişkili bulunmuştur. Kadın olma yaklaşık 2,5 kat, çocuk sahibi olma ise yaklaşık 2,0 kat artmış TSSB riski ile ilişkilidir. Bedensel bir hastalığı olma yaklaşık 1,6 kat artmış TSSB riski ile ilişkilidir. Algılanan ruh sağlığı durumu “çok iyi/iyi” olmaya göre “orta” olma yaklaşık 2,5 kat, “kötü” olma ise yaklaşık 3,5 kat artmış TSSB riski ile ilişkilidir. Türkiye’de ruh sağlığı ihtiyacı duyma yaklaşık 2,3 kat artmış TSSB riski ile ilişkilidir. Travma tipi sayısındaki bir birimlik artış ise 1,08 kat artmış TSSB riski ile ilişkilidir (Tablo 4.43).

Model III’te cinsiyet, çocuk sahibi olma, algılanan ruh sağlığı durumu, Türkiye’de ruhsal yardım alma ihtiyacı duyma ve travma tipi sayısı TSSB ile ilişkili bulunan faktörler olmuştur. Kadın olma ile çocuk sahibi olma yaklaşık 2,3 kat artmış TSSB riski ile ilişkilidir. Algılanan ruh sağlığı durumu “çok iyi/iyi” olmaya göre “orta” olma yaklaşık 2,3 kat, “kötü” olma ise yaklaşık 3,3 kat artmış TSSB riski ile ilişkilidir. Türkiye’de ruh sağlığı yardımı alma ihtiyacı duyma yaklaşık 2,1 kat artmış TSSB riski ile ilişkilidir. Travma tipi sayısındaki bir birimlik artış ise 1,08 kat artmış TSSB riski ile ilişkilidir (Tablo 4.43).

Model IV’te cinsiyet, çocuk sahibi olma, bedensel bir hastalığın olması, ruhsal bir hastalığın olması ve travma tipi sayısı TSSB ile ilişkili bulunan değişkenler olmuştur. Kadın olma yaklaşık 2,3 kat, çocuk sahibi olma ise yaklaşık 2,4 kat artmış TSSB riski ile ilişkilidir. Bedensel bir hastalığın olması yaklaşık 1,7 kat, ruhsal bir hastalığın olması ise yaklaşık 6,3 kat artmış TSSB riski ile ilişkilidir. Travma tipi sayısındaki bir birimlik artış ise 1,09 kat artmış TSSB riski ile ilişkilidir (Tablo 4.43).

### **4.1.3. Sağlık Hizmetlerine Erişim ve Sağlık Hizmeti Kullanımını Etkileyen Faktörlere İlişkin Bulgular**

Bu bölümde katılımcıların Türkiye’de sağlık hizmetlerine erişimleri ve sağlık hizmeti kullanımları ile ilişkili faktörler belirlenmeye çalışılmıştır. Sağlık hizmetlerine erişim ve sağlık hizmeti kullanımı ile ilişkili faktörleri belirlemek amacıyla önce ki-kare analizleriyle ikili analizler yapılmış, daha sonra her biri için lojistik regresyon modellemesi yapılmıştır.

Çalışmaya katılan Suriyeli sığınmacıların bazı sosyodemografik özelliklerine göre Türkiye’de sağlık hizmetlerine erişimleri ve son bir yılda sağlık hizmeti kullanımlarının dağılımı Tablo 4.44’te sunulmuştur.



**Tablo 4.44.** Çalışmaya katılan Suriyeli sığınmacıların bazı sosyodemografik özelliklerine göre Türkiye’de sağlık hizmetlerine erişimleri ve son bir yılda sağlık hizmeti kullanımlarının dağılımı (Ankara 2016).

Sosyodemografik özellikler	Sağlık hizmetlerine erişim*				Son bir yılda sağlık hizmeti kullanımı*			
	Erişebiliyor		Erişemiyor		Kullanan		Kullanmayan	
	n	%	%	p	n	%	%	p
<b>Yaş (yıl)</b>				0,376				<b>0,036</b>
18-29	122	76,2	23,8		160	40,6	59,4	
30-49	143	72,7	27,3		182	46,2	53,8	
50 ve üzeri	70	81,4	18,6		77	58,4	41,6	
<b>Cinsiyet</b>				0,092				<b>0,005</b>
Erkek	130	80,8	19,2		182	38,5	61,5	
Kadın	205	72,7	27,3		237	52,3	47,7	
<b>Medeni Durum</b>				0,151				<b>0,002</b>
Evli	288	77,2	22,8		355	49,6	50,4	
Bekâr/dul/boşanmış/ayrı yaşıyor	46	67,4	32,6		64	28,1	71,9	
<b>Eğitim Durumu</b>				0,203				0,115
OYD/OY	89	80,9	19,1		113	54,0	46,0	
İlkokul/Ortaokul	205	72,7	27,3		259	42,5	57,5	
Lise ve üzeri	39	82,1	17,9		45	48,9	51,1	
<b>Hanede yaşayan kişi sayısı</b>				0,200				
5 ve altı	153	72,5	27,5		197	43,7	56,3	0,306
6 ve üzeri	182	78,6	21,4		222	48,6	51,4	
<b>Mevcut çalışma durumu</b>				0,496				<b>0,006</b>
Düzenli/Geçici işlerde çalışan	84	78,6	21,4		116	35,6	64,4	
Çalışmayan	261	74,9	25,1		301	50,5	49,5	
<b>Suriye’de çalışma durumu</b>				0,291				0,704
Düzenli/Geçici işlerde çalışan	166	78,3	21,7		218	45,4	54,6	
Çalışmayan	169	73,4	26,6		201	47,3	52,7	
<b>Türkiye’de bulunan süre (ay)</b>				0,373				0,891
<28	106	77,4	22,6		207	46,9	53,1	
≥28	217	81,6	18,4		200	46,2	53,8	
<b>Arapça dışında ikinci dil bilme</b>				<b>0,030</b>				0,597
Evet	70	85,7	14,3		86	48,8	51,2	
Hayır	265	73,2	26,8		333	45,6	54,4	
<b>Yaşanan evin niteliği</b>				<b>0,004</b>				0,480
Uygun	175	82,3	17,7		219	47,9	52,1	
Uygun değil	160	68,8	31,2		200	44,5	55,5	

\* Satır yüzdeleri alınmıştır. OYD/OY: Okuryazar değil/okuryazar

18-29 yaş grubunda olanların %40,6’sı, 30-49 yaş grubunda olanların %46,2’si, 50 yaş ve üzeri olanların ise %58,4’ü Türkiye’de son bir yılda sağlık hizmeti kullanmıştır (p=0,036). Yaş arttıkça sağlık hizmeti kullanımında artış gözükmele

birlikte yapılan ikili analizlerde istatistiksel olarak farkın 18-29 yaş grubu ile 50 yaş ve üzeri grup arasında olduğu bulunmuştur. Sağlık hizmetlerine erişim ile yaş grupları arasında ise istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ( $p=0,376$ ) (Tablo 4.44).

Erkeklerin %38,5'i, kadınların ise %52,3'ü son bir yılda Türkiye'de sağlık hizmeti kullandığını belirtmiştir ( $p=0,005$ ). Cinsiyet ile sağlık hizmetlerine erişim arasında ise istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur ( $p=0,092$ ) (Tablo 4.44).

Evli olanların %49,6'sı, bekâr (bekâr/dul/boşanmış/ayrı yaşıyor) olanların ise %28,1'i Türkiye'de son bir yılda sağlık hizmeti kullandığını belirtmiştir ( $p=0,002$ ). Medeni durum ile sağlık hizmetlerine erişim arasında ise istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamıştır ( $p=0,151$ ) (Tablo 4.44).

Eğitim durumu ve hanede yaşayan kişi sayısı ile sağlık hizmetlerine erişim ve sağlık hizmeti kullanımı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamıştır (Tablo 4.44).

Türkiye'de düzenli/geçici işlerde çalışanların %35,6'sı, çalışmayanların ise %50,5'i Türkiye'de son bir yılda sağlık hizmeti kullandığını belirtmiştir ( $p=0,006$ ). Türkiye'de çalışma durumu ile sağlık hizmetlerine erişim arasında ise istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ( $p=0,496$ ) (Tablo 4.44).

Suriye'de çalışma durumu ve Türkiye'de bulunan süre ile sağlık hizmetlerine erişim ve sağlık hizmeti kullanımı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamıştır (Tablo 4.44).

Arapça dışında ikinci bir dil bildiğini belirtenlerin %85,7'si, başka bir dil bilmediğini belirtenlerin ise %73,2'si sağlık hizmetlerine erişebildiklerini belirtmişlerdir ( $p=0,030$ ). Arapça dışında ikinci dil bilme ile sağlık hizmeti kullanımı arasında ise anlamlı bir ilişki yoktur ( $p=0,597$ ) (Tablo 4.44)

Halen yaşadığı evin niteliğini uygun olarak belirtenlerin %82,3'ü uygun olmadığını belirtenlerin ise %68,8'i, sağlık hizmetlerine erişebildiğini belirtmiştir ( $p=0,004$ ). Yaşadığı evin niteliği ile sağlık hizmeti kullanımı arasında ise istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur ( $p=0,480$ ) (Tablo 4.44).

Çalışmaya katılan Suriyeli sığınmacıların halen ve Suriye'deki ekonomik durumu ile ilgili bazı özelliklerine göre Türkiye'de sağlık hizmetlerine erişimleri ve son bir yılda sağlık hizmeti kullanımlarının dağılımı Tablo 4.45'te sunulmuştur.

**Tablo 4.45.** Çalışmaya katılan Suriyeli sığınmacıların halen ve Suriye’deki ekonomik durumu ile ilgili bazı özelliklerine göre Türkiye’de sağlık hizmetlerine erişimleri ve son bir yılda sağlık hizmeti kullanımlarının dağılımı (Ankara, 2016).

Ekonomik durumu ve ekonomik yardım alma ile ilgili bazı özellikler	Sağlık hizmetlerine erişim*				Son bir yılda sağlık hizmeti kullanımı*			
	Erişebiliyor		Erişemiyor		Kullanan		Kullanmayan	
	n	%	%	p	n	%	%	p
<b>Ekonomik durum algısı</b>				0,954				0,687
İyi/Orta	128	75,8	24,2		157	47,1	52,9	
Kötü/ Çok kötü	200	75,5	24,5		255	45,1	54,9	
<b>Haneye giren aylık toplam gelir</b>				0,989				0,568
0-999 TL	174	75,3	24,7		216	44,9	55,1	
1000 TL ve üzeri	142	75,4	24,6		180	47,8	52,2	
<b>Çevredeki ailelere göre ekonomik durumunu değerlendirme</b>				0,352				0,221
Çok iyi/İyi/Normal	179	77,1	22,9		218	43,1	56,9	
Kötü/ Çok kötü	146	72,6	27,4		187	49,2	50,8	
<b>Ailenin Suriye’deki ekonomik durumu</b>				0,466				0,720
Çok iyi/İyi	136	76,5	23,5		165	46,7	53,3	
Orta	161	77,0	23,0		206	44,7	55,3	
Kötü/Çok kötü	37	67,6	32,4		47	51,1	48,9	
<b>Herhangi bir yerden ekonomik yardım alma</b>				<0,001				<0,001
Evet	277	80,5	19,5		333	51,7	48,3	
Hayır	58	53,4	46,6		86	25,6	74,4	

\* Satır yüzdeleri alınmıştır.

Ailenin Türkiye’deki (mevcut) ekonomik durum algısı, haneye giren aylık toplam gelir, çevredeki ailelere göre ekonomik durumunu değerlendirme ve ailenin Suriye’deki ekonomik durumu algısı ile sağlık hizmetlerine erişim ve son bir yılda sağlık hizmeti kullanımı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamıştır (Tablo 4.45).

Herhangi bir yerden ekonomik yardım alanların %80,5’i, ekonomik yardım almayanların ise %53,4’ü sağlık hizmetlerine erişebildiğini belirtmiştir ( $p<0,001$ ). Ekonomik yardım alanların %51,7’si, ekonomik yardım almayanların ise %25,6’sı son bir yılda sağlık hizmeti kullandığını belirtmiştir ( $p<0,001$ ) (Tablo 4.45).

Çalışmaya katılan Suriyeli sığınmacıların Türkiye’de sosyal uyumları ile ilgili bazı özelliklerine göre Türkiye’de sağlık hizmetlerine erişimleri ve son bir yılda sağlık hizmeti kullanımlarının dağılımı Tablo 4.46’da sunulmuştur.

**Tablo 4.46.** Çalışmaya katılan Suriyeli sığınmacıların Türkiye’de sosyal uyumları ile ilgili bazı özelliklerine göre Türkiye’de sağlık hizmetlerine erişimleri ve son bir yılda sağlık hizmeti kullanımlarının dağılımı (Ankara 2016).

Sığınmacıların sosyal uyumları ile ilgili bazı özellikleri	Sağlık hizmetlerine erişim*				Son bir yılda sağlık hizmeti kullanımı*			
	Erişebiliyor		Erişemiyor		Kullanan		Kullanmayan	
	n	%	%	p	n	%	%	p
<b>Türkiye’deki kültür ve gelenekleri kendi kültür ve geleneklerine göre değerlendirme</b>				0,233				0,087
Tamamen aynı/benzer	117	77,8	22,2		149	51,7	48,3	
Biraz/çok farklı	150	71,3	28,7		180	42,2	57,8	
<b>T.C vatandaşı arkadaşı olma</b>				0,414				0,459
Var	86	79,1	20,9		101	49,5	50,5	
Yok	249	74,7	25,3		318	45,3	54,7	
<b>T.C vatandaşı komşusu olma</b>				0,939				0,544
Var	272	75,7	24,3		340	45,6	54,4	
Yok	63	76,2	23,8		79	49,4	50,6	
<b>Türkiye’de ayrımcılığa maruz kaldığımı düşünme</b>				0,152				0,608
Evet	142	79,6	20,4		179	47,5	52,5	
Hayır	191	72,8	27,2		238	45,0	55,0	
<b>Çocuklarının okulda ayrımcılığa maruz kaldığımı düşünme</b>				0,163				0,283
Evet	22	63,6	36,4		24	37,5	62,5	
Hayır	95	77,9	22,1		113	49,6	50,4	

\* Satır yüzdeleri alınmıştır.

Katılımcıların Türkiye’deki kültür ve gelenekleri kendi kültür ve geleneklerine göre değerlendirme, T.C vatandaşı arkadaşı olma, T.C vatandaşı komşusu olma, Türkiye’de ayrımcılığa maruz kaldığımı düşünme ve çocuklarının okulda ayrımcılığa maruz kaldığımı düşünme değişkenleri ile sağlık hizmetlerine erişim ve son bir yılda sağlık hizmeti kullanımı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamıştır (Tablo 4.46).

Çalışmaya katılan Suriyeli sığınmacıların genel sağlık durumları ile ilgili bazı özelliklerine göre Türkiye’de sağlık hizmetlerine erişimleri ve son bir yılda sağlık hizmeti kullanımlarının dağılımı Tablo 4. 47’de sunulmuştur.

**Tablo 4.47.** Çalışmaya katılan Suriyeli sığınmacıların genel sağlık durumları ile ilgili bazı özelliklerine göre Türkiye’de sağlık hizmetlerine erişimleri ve son bir yılda sağlık hizmeti kullanımlarının dağılımı (Ankara, 2016).

Genel sağlık durumu ile ilgili bazı özellikler	Sağlık hizmetlerine erişim*				Son bir yılda sağlık hizmeti kullanımı*			
	Erişebiliyor		Erişemiyor		Kullanan		Kullanmayan	
	n	%	%	p	n	%	%	p
<b>Algılanan genel sağlık durumu</b>				0,131				<b>0,005</b>
Çok iyi/İyi	87	82,8	17,2		120	35,8	64,2	
Orta	150	71,3	28,7		190	46,8	53,2	
Kötü	97	77,3	22,7		108	57,4	42,6	
<b>Bir yıl öncesine göre genel sağlık durumu</b>				0,137				<b>0,049</b>
Çok daha iyi/biraz daha iyi	150	70,7	29,3		183	45,9	54,1	
Aynı	119	79,0	21,0		155	40,6	59,4	
Biraz daha kötü/çok daha kötü	67	81,5	18,5		80	57,5	42,5	
<b>Doktorun teşhis koyduğu bedensel bir hastalığın olma durumu</b>				0,813				<b>0,002</b>
Evet	161	76,4	23,6		184	54,9	45,1	
Hayır	174	75,3	24,7		235	39,6	60,4	

\* Satır yüzdeleri alınmıştır.

Genel sağlık durumunu “çok iyi/iyi” olarak değerlendirenlerin %35,8’i, “orta” olarak değerlendirenlerin %46,8’i, “kötü” olarak değerlendirenlerin ise %57,4’ü son bir yılda sağlık hizmeti kullandığını belirtmiştir (p=0,005). Algılanan genel sağlık durumu kötüleştikçe sağlık hizmeti kullanımını artış göstermekle birlikte yapılan ikili analizlerde istatistiksel olarak anlamlı farkın “çok iyi/iyi” grubu ile “kötü” grubu arasında olduğu belirlenmiştir. Genel sağlık durumunu değerlendirme ile sağlık hizmetlerine erişim arasında ise istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur (p=0,131) (Tablo 4.47).

Bir yıl öncesine göre genel sağlık durumunu “çok daha iyi/biraz daha iyi” olarak değerlendirenlerin %45,9’u, “aynı” olarak değerlendirenlerin %40,6’sı ve “çok daha kötü/biraz daha kötü” olarak değerlendirenlerin %57,5’i son bir yılda Türkiye’de sağlık hizmeti kullandığını belirtmiştir (p=0,049). Yapılan ikili analizlerde “aynı” ile “çok daha kötü/biraz daha kötü” gruplarının birbirinden istatistiksel olarak farklı olduğu belirlenmiştir. Bir yıl öncesine göre genel sağlık durumunu değerlendirme ile

sağlık hizmetlerine erişim arasında ise istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamıştır ( $p=0,137$ ) (Tablo 4.47).

Doktorun teşhis koyduğu bedensel bir hastalığı olanların %54,9'u, olmayanların ise %39,6'sı Türkiye'de son bir yılda sağlık hizmeti kullandığını belirtmiştir ( $p=0,002$ ). Doktorun teşhis koyduğu bedensel bir hastalığı olma ile sağlık hizmetlerine erişim arasında ise istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamıştır ( $p=0,813$ ) (Tablo 4.47).

Çalışmaya katılan Suriyeli sığınmacıların yaşadıkları travma tipi sayısı ve ruh sağlığı durumları ile ilgili bazı özelliklerine göre Türkiye'de sağlık hizmetlerine erişimleri ve son bir yılda sağlık hizmeti kullanımlarının dağılımı Tablo 4. 48'de sunulmuştur.

**Tablo 4.48.** Çalışmaya katılan Suriyeli sığınmacıların yaşadıkları travma tipi sayısı ve ruh sağlığı durumları ile ilgili bazı özelliklerine göre Türkiye'de sağlık hizmetlerine erişimleri ve son bir yılda sağlık hizmeti kullanımlarının dağılımı (Ankara, 2016).

Travma ve ruh sağlığı durumu ile ilgili bazı özellikler	Sağlık hizmetlerine erişim*				Son bir yılda sağlık hizmeti kullanımı*			
	Erişebiliyor		Erişemiyor		Kullanan		Kullanmayan	
	n	%	%	p	n	%	%	p
<b>Yaşanan travma tipi sayısı</b>				0,094				0,690
≤ 13	176	79,5	20,5		229	45,4	54,6	
>13	159	71,7	28,3		190	47,4	52,6	
<b>Algılanan ruh sağlığı durumu</b>				0,603				0,639
Çok iyi/İyi	55	78,2	21,8		70	41,4	58,6	
Orta	147	77,6	22,4		187	46,5	53,5	
Kötü	133	72,9	27,1		162	48,1	51,9	
<b>Depresyon</b>				0,144				0,143
Var	161	72,0	28,0		212	49,5	50,5	
Yok	171	78,9	21,1		205	42,4	57,6	
<b>TSSB</b>				0,373				0,071
Var	138	73,2	26,8		152	52,0	48,0	
Yok	195	77,4	22,6		264	42,8	57,2	

\* Satır yüzdeleri alınmıştır.

Yaşanan travma tipi sayısı, algılanan ruh sağlığı durumu, depresyon ve TSSB varlığı ile sağlık hizmetlerine erişim ve son bir yılda sağlık hizmeti kullanımı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur (Tablo 4.48).

Çalışmaya katılan Suriyeli sığınmacıların Türkiye’de başvurdukları sağlık hizmetleri ile ilgili görüşlerine göre sağlık hizmetlerine erişimleri ve sağlık hizmeti kullanımlarının dağılımı Tablo 4. 49’da sunulmuştur.

**Tablo 4.49.** Çalışmaya katılan Suriyeli sığınmacıların Türkiye’de başvurdukları sağlık hizmetleri ile ilgili görüşlerine göre sağlık hizmetlerine erişimleri ve sağlık hizmeti kullanımlarının dağılımı (Ankara, 2016).

Sağlık hizmetleri ile ilgili görüş	Sağlık hizmetlerine erişim*				Son bir yılda sağlık hizmeti kullanımı*			
	Erişebiliyor		Erişemiyor		Kullanan		Kullanmayan	
	n	%	%	p	n	%	%	p
<b>Türkiye’de alınan sağlık hizmetleri ile ilgili görüş</b>				0,233				0,890
İyi	185	83,2	16,8		186	59,7	40,3	
Orta	95	73,7	26,3		95	56,8	43,2	
Kötü	40	75,0	25,0		40	60,0	40,0	

\* Satır yüzdeleri alınmıştır.

Katılımcıların Türkiye’de aldıkları sağlık hizmeti ile ilgili görüşleri ile sağlık hizmetlerine erişim ve sağlık hizmeti kullanımı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur (Tablo 4.49).

Çalışmaya katılan Suriyeli sığınmacıların Türkiye’de sağlık hizmetlerine erişebilme durumlarına göre sağlık hizmeti kullanımlarının dağılımı Tablo 4.50’de sunulmuştur.

**Tablo 4.50.** Çalışmaya katılan Suriyeli sığınmacıların Türkiye’de sağlık hizmetlerine erişebilme durumlarına göre sağlık hizmeti kullanımlarının dağılımı (Ankara, 2016).

Sağlık hizmetlerine erişim	Son bir yılda sağlık hizmeti kullanımı*			
	Kullanan		Kullanmayan	
	n	%	%	p
<b>Sağlık hizmetlerine erişebilme durumu</b>				<b>&lt;0,001</b>
Evet	254	65,7	34,3	
Hayır	81	28,4	71,6	

\* Satır yüzdeleri alınmıştır.

Türkiye’de genel olarak sağlık hizmetlerine erişemediğini belirtenlerin %65,7’si son bir Türkiye’de sağlık hizmeti kullandığını belirtirken, sağlık hizmetlerine erişemediğini belirtenlerin %28,4’ü son bir yılda sağlık hizmeti kullandığını belirtmiştir ( $p<0,001$ ) (Tablo 4.50).

### Sağlık hizmetlerine erişim ve sağlık hizmeti kullanımı ile ilişkili faktörleri belirlemeye yönelik çok değişkenli analiz bulguları

Sağlık hizmetlerine erişim ile ilişkili etmenleri belirlemek için ikili analizlerde  $p < 0,20$ 'nin altında bulunan değişkenler, sağlık hizmeti kullanımı ile ilişkili faktörlerin belirlenmesi için ise ikili analizlerde anlamlı çıkan değişkenler ( $p < 0,05$ ) Forward LR yöntemi ile analiz edilmiştir. Modellere alınan değişkenlerle ilgili detayı bilgi için "Gereç ve Yöntem" bölümüne bakınız (sayfa: 53).

Çalışmaya katılan Suriyeli sığınmacıların sağlık hizmetlerine erişimleri ile ilişkili faktörleri belirlemeye ilişkin çok değişkenli lojistik regresyon modellemesi Tablo 4.51'de sunulmuştur.

**Tablo 4.51.** Çalışmaya katılan Suriyeli sığınmacıların sağlık hizmetlerine erişimleri ile ilişkili faktörleri belirlemeye ilişkin çok değişkenli lojistik regresyon modellemesi (Ankara, 2016).

Özellik	Sağlık hizmetlerine erişim		
	p	OR	%95 GA
<b>Arapça dışında ikinci dil bilme</b>	<b>0,014</b>		
Hayır		1,000	1,000
Evet		2,638	1,214-5,734
<b>Ekonomik yardım alma</b>	<b>&lt;0,001</b>		
Hayır		1,000	1,000
Evet		3,180	1,702-5,941
<b>Yaşanan evin uygunluğu</b>	<b>0,016</b>		
Uygun değil		1,000	1,000
Uygun		1,938	1,131-3,321
<b>Constant</b>	0,370	0,765	
<b>R<sup>2</sup> (Cox ve Snell)</b>		0,084	
<b>R<sup>2</sup> (Nagelkerke)</b>		0,125	
<b>Hosmer ve Lemeshow</b>		0,946	

Yapılan lojistik regresyon modelinde Arapça dışında ikinci dil bilme, ekonomik yardım alma ve yaşanan evin uygunluğu sağlık hizmetlerine erişim durumu ile ilişkili bulunmuştur. Arapça dışında herhangi bir dil bilenler yaklaşık 2,6 kat, herhangi bir yerden ekonomik yardım alanlar yaklaşık 3,2 kat, yaşadığı evin niteliğini



uygun olarak değerlendirenler ise yaklaşık 1,9 kat daha fazla sağlık hizmetlerine eriştiklerini belirtmişlerdir (Tablo 4.51).

Çalışmaya katılan Suriyeli sığınmacıların sağlık hizmeti kullanımları ile ilişkili faktörleri belirlemeye ilişkin çok değişkenli lojistik regresyon modellemesi Tablo 4.52’de sunulmuştur.

**Tablo 4.52.** Çalışmaya katılan Suriyeli sığınmacıların sağlık hizmeti kullanımları ile ilişkili faktörleri belirlemeye ilişkin çok değişkenli lojistik regresyon modellemesi (Ankara, 2016).

Özellik	Sağlık hizmeti kullanımı		
	p	OR	%95 GA
<b>Medeni durumu</b>	<b>0,034</b>		
Bekâr/boşanmış/dul/ayrı		1,000	1,000
Evli		2,090	1,056-4,137
<b>Algılanan genel sağlık durumu</b>	<b>0,019</b>		
İyi/çok iyi		1,000	1,000
Orta	<b>0,024</b>	1,926	1,088-3,410
Kötü	<b>0,008</b>	2,361	1,256-4,437
<b>Sağlık hizmetlerine erişebilme</b>	<b>&lt;0,001</b>		
Hayır		1,000	1,000
Evet		5,127	2,909-9,036
<b>Constant</b>	<b>&lt;0,001</b>		0,118
<b>R<sup>2</sup> (Cox ve Snell)</b>			0,131
<b>R<sup>2</sup> (Nagelkerke)</b>			0,176
<b>Hosmer ve Lemeshow</b>			0,691

Son bir yılda sağlık hizmeti kullanımı ile medeni durum, algılanan genel sağlık durumu ve sağlık hizmetlerine erişebilme durumu arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Evli olanlar yaklaşık 2,1 kat, sağlık hizmetlerine erişebildiğini belirtenler ise yaklaşık 5,1 kat daha fazla sağlık hizmeti kullanmışlardır. Genel sağlık durumunu iyi olarak değerlendirenlere göre; orta olarak değerlendirenler yaklaşık 1,9 kat, kötü olarak değerlendirenler ise yaklaşık 2,4 kat daha fazla sağlık hizmeti kullanmıştır (Tablo 4.52).

## 4.2. Çalışmanın Niteliksel Bulguları

Niteliksel çalışma kapsamında araştırmacı tarafından sığınmacılara hizmet sunan 10 sağlık personeli (6 doktor, 2 hemşire, 2 ebe) ve sığınmacılara yönelik politikaların belirlemede rol alan 10 sağlık yöneticisi ile niteliksel görüşmeler yapılmıştır. Niteliksel görüşmeler, her iki grup için farklı hazırlanan yarı yapılandırılmış görüşme rehberleri ile yapılmıştır. Hizmet sunanlar ile yöneticilerden elde edilen niteliksel veriler ayrı ayrı içerik analizi ile değerlendirilmiş ve iki grubun görüşme bulguları ayrı ayrı sunulmuştur. Katılımcıların ifadeleri aktarılırken metin boyunca Katılımcı 1 (Erkek, 50 yaş) yerine, K1 (E,50) şeklinde kısaltmalar kullanılmıştır.

### 4.2.1. Sığınmacılara Verilen Ruh Sağlığı Hizmetleri ile İlgili Hizmet Sunanların Görüşleri

Çalışmaya katılan hizmet sunucuların sekizi kadın, ikisi erkektir. Yaşları ise 25-51 yaş aralığında değişmektedir (ortalama: 35,3 yıl). Katılımcıların biri yüksek lisans, diğerleri lisans mezunudur. Katılımcılardan altısı Türkçe dışında başka dil bilmediğini, dördü ise orta düzeyde İngilizce bildiğini belirtmiştir. Çalışma kapsamında altı hekim (bir psikiyatri uzmanı, beş pratisyen hekim), iki ebe ve iki hemşire ile görüşülmüştür. Görüşme yapılanların mesleki deneyimleri ortalama 13,1 yıldır (6 ay ile 30 yıl arasında). Katılımcıların sığınmacılarla çalışma deneyimleri ise ortalama 23,8 aydır (4 ay ile 7 yıl arasında).

### Ruh Sağlığı Hizmetine Başvuran Sığınmacıların Özellikleri ile İlgili Görüşler

Hizmet sunanlar, bu soruyu hizmet sundukları merkezlere başvuran genel grubu tanımlayarak yanıtlamışlar, ruh sağlığı hizmetlerine özel yanıt vermemişlerdir. Araştırmanın yürütüldüğü merkezlerden hizmet alanlar genel olarak kadın ağırlıklı, çocuk, genç veya orta yaşlı, hem eğitim düzeyi hem ekonomik düzeyi düşük bir grup olarak tanımlanmıştır. Hizmet sunucular, hizmet alan kadınların çoğunluğunun erken yaşta evlilik yapmış, eğitimsiz kadınlar olduklarını belirtmiştir.

K2 (K, 30): "...Sosyoekonomik durumları hani düşük, eğitim düzeyleri düşük, okuma yazma bilmeyen bile çok fazla var... Annelik yaşları çok erken..."

K5 (K, 44): "Daha çok kadın ve çocuklar hizmet başvurusunda bulunuyorlar... Genelde şey erken yaşta evlilik olduğu için eğitimsizler..."

K9 (K, 51): "...Bayanlar fakat şey ekonomik durumu kötü olanlar ve eğitim düzeyi düşük olan kişiler geliyor..."

### **Sığınmacıların Ruh Sağlığı Hizmetlerine Başvurma Davranışları ve Ruhsal Sorunlara Bakış Açıları ile İlgili Görüşler**

Hizmet sunanların neredeyse tamamı, ruh sağlığı ihtiyacı olan sığınmacıların çok az bir kısmının sağlık kurumlarına başvurduğunu düşünmektedir. Başvuru düzeyinin çok düşük olmasının nedenini de daha çok sığınmacıların beslenme, barınma, giyinme ve diğer sağlık sorunları nedeniyle ruhsal sorunlarını erteledikleri ve sığınmacıların ruhsal sorunlarla ilgili bilgisiz olmaları olarak belirtilmiştir.

K10 (E, 32): "Bence çok az bir kısmı hastanelere başvuruyor. ...ruh sağlığı haklarını bilmiyorlardır veya öncelikleri farklı olduğu için erteliyor olabilirler."

K8 (K, 25): "Başvurular %5-10 civarındadır. Bence dediğim gibi asıl primer ihtiyaçları şu anda daha farklı nedenler olduğu için bir depresyondur vesaire basit ruhsal hastalıklar yani majör olmayan minör vesaire bunlar dahi başvurmuyor. Çünkü asıl şu anki şeyleri hayatta kalabilmek, işte barınacak yer bulabilmek, yiyecek bulabilmek, bu şekilde, ben bu yüzden olduğunu düşünüyorum."

Hizmet sunanlar, sığınmacılarda en fazla gözlemledikleri ruhsal sorunları; savaş travmasına bağlı olarak uyku sorunları, somatizasyon, kaygı belirtileri ve bazı depresif belirtiler olarak belirtmişlerdir. Sığınmacıların en çok karşılaştıkları ve en önemli ruhsal hastalıklarının ise kaygı (anksiyete) bozuklukları ve depresyon olduğunu düşündüklerini belirtmişlerdir. Hizmet sunanlar, herhangi bir ruh sağlığı yakınması ile gelen ya da bu tür davranışları fark ettiklerinde kendilerinin herhangi bir tıbbi müdahalede bulunmadıkları, ancak bir psikolog ya da psikiyatri uzmanına yönlendirdiklerini belirtmişlerdir.

K8 (K, 25): "Bence depresyon olabilir. Travma sonrası stres bozukluğu olabilir. Sonuçta savaştan kaçtılar. Buraya geldiler. Burada yeni yaşam kurmaya çalışıyorlar..."

K7 (K, 33): “Destek göremediklerinden bahsediyor kadınlar... Uykusuzluk, onunla çok başvuran oluyor. Çok fazla hastalıktan şikâyet ediyorlar. O hastalıkları sorgulamaya başladığımda aslında altında psikolojik nedenler yattığını görüyoruz. Sorgulama yoluyla daha çok ortaya çıkıyor ama kendileri de başvurabiliyorlar.”

K10 (E, 32): “...Evet özellikle savaşın dramatik etkisine bağlı anksiyete bozukluğu olanlar. İşte yakınlarının halen orada yaşıyor olmasına bağlı olarak depresif semptomları olanlar başvuruyor...”

K1 (E, 50): “...özellikle savaş nedeniyle, patlayan bombalar nedeniyle psikolojilerinin bozuk olduğunu ve geceleyin sık sık kötü rüyalar görerek, ya geceleyin bomba sesleriyle vesaire rahatsız olarak uyandıklarını ifade ediyorlar. Gece uyku problemleri kesin var. .... Bir de yakınları öldüğü için kayıpları olduğu için onun sıkıntısını çok yaşıyorlar.... Ama yani hem kendi branşım olmadığı hem de çok fazla vaktim olmadığı için çünkü yaklaşık 200-300 kişi başvuruyor en fazla 70-80'ine bakabiliyorum. Onların psikiyatriye gitmelerini genelde söylüyorum.”

Sığınmacıların ruh sağlığı sorunlarına bakış açıları ile ilgili olarak hizmet sunanlar, sığınmacıların ruh sağlığı sorunlarını ikinci planda tuttıkları ve daha çok temel ihtiyaçlara odaklandıklarını, kendilerinin çok fazla ruhsal sorunlarını dile getirmek istemedikleri ancak sorgulama ile ruhsal sorunlarını açıkladıklarını belirtmişlerdir.

K1 (E, 50): “Bakışları şöyle; birinci problemleri asla değil... Birinci problemleri barınma, giyinme, beslenme. Eğer onlar hallolursa ondan sonra daha değişik problemlerin çıkacağını, o tür sıkıntılarla muhatap olduklarında kendilerini anlayan, dillerini konuşan bir hekim bulduklarında veya aracılık yapan tercüman bulduklarında daha sonraki dönemde bunların daha çok karşımıza çıkacağını düşünüyorum.”

K6 (K, 29): “...Çok onlar da şey yapmıyor. Problemlerini falan dile getirmiyorlar. Ben öyle gözlemledim. ... sıkıntılarını falan çok anlatmıyorlar. Ama sorduğumuzda falan anlatıyorlar. Öyle çok dediğiniz gibi onlar da açık değil bu konuda.”

## Sığınmacılara Verilen Ruh Sağlığı Hizmetlerinin Yeterliliği ve Erişilebilirliği ile İlgili Görüşler

Hizmet sunanların önemli bir kısmı, ruh sağlığı hizmetlerinin yeterli ve erişilebilir olmadığını belirtmiştir. Hizmet sunanlar, erişimin önündeki en önemli engelin ise dil farklılığı ve tercümanların yetersizliğinin yanı sıra sağlık hizmetlerinde kapasite yetersizliğinin olduğunu belirtmişlerdir.

K1 (E, 50): *“Verilen hiçbir şeyin yeterli olduğunu düşünmüyorum. Onun da nedeni bir anda gelen üç milyon civarında insanın birdenbire hem mekân hem insan kaynağı olarak hem de değişik bir kültürden gelen insanlar olaraktan çok zor bir şey bu. ...Erişimin önünde birçok engel var. Dil büyük problem, kapasite yetersizliği çok önemli. Çünkü o mekân beş bin kişiye hizmet verecek şekilde düşünüldü, kırk beş bin kişiye çıkınca iki hekim değil, dokuz hekim çalışması gerekiyor gibi”*

K2 (K, 30): *“Yeterli değil bence. ...hastaneye gitmek istediklerinde tercüman sorunu onlar için büyük bir problem oluşturuyor. Ruh sağlığında da tabii konuşmak hani çok fazla iletişim ön planda olduğu için...”*

Hizmet sunanlar, sığınmacıların ruh sağlığı hizmetlerine erişimlerini artırmak için göçmen sağlığı merkezlerinde bulunan doktorların bu konuda sorumluluk almaları gerektiğini belirtmiştir. Bunun için ise doktorlara yeterli zaman verilmesi (iş yüklerinin azaltılması), doktorların bu konudaki farkındalıklarının artırılması ve dil sorununun tercüman vasıtasıyla çözülmesi gibi öneriler sunmuşlardır. Ayrıca göçmen sağlığı merkezlerinde psikologların bulundurulması önerisinde bulunmuşlardır.

K2 (K,30): *Başka sağlık sorunu ile başvuran kişilerin ruh sağlığı ile ilgili bir problemi olup olmadığını sorgulayabiliriz bence. Yönlendirebiliriz yani hani öyle bir problemi varsa yönlendirebiliriz. ...İş yükü fazla yani tek doktor mesela benim çalıştığım yerde Ulubey’de tek doktor var ve çok fazla hasta var. Yani çok da aklıma gelen bir şey değildi mesela. Ama mesela şu an keşke yapsaymışım hani diyorum.”*

K7 (K, 33): *“... psikoloğun vesaire olması gerekiyor, hani bire bir görüşmelerin yapılması gerekiyor. Bu nedenle göçmen sağlığı merkezlerinde psikolog bulundurulabilir.”*

## Sığınmacılara Verilen Ruh Sağlığı Hizmetlerinin Geliştirilmesi İçin Yapılan Öneriler

Hizmet sunanlar, sığınmacılara verilen ruh sağlığı hizmetlerinin geliştirilmesi için sığınmacıların Türkçe bilmemesinden kaynaklanan iletişim sorununun öncelikle çözülmesi gerektiğini belirtmişlerdir. Bunun için hizmet sunumunda sığınmacılarla aynı dili konuşan doktorların çalıştırılması ve hastanelerde yeterli miktarda tercüman bulundurulması önerilerinde bulunmuşlardır. Ayrıca sığınmacılara yönelik bilinçlendirme ve farkındalık eğitimlerinin yapılması ve göçmen sağlığı merkezlerine başvuran sığınmacıları ruhsal muayeneden geçirerek ruhsal sorunu olanların hastaneye yönlendirilmesi, en çok yapılan öneriler olmuştur.

K1 (E, 50): “...Suriyeli hekimlerin, işte onlarla daha kolay iletişim kurulacağı düşünüülerek ve insan kaynağı olarak faydalanılmak isteniyor. Bu uygulamanın başarılı olacağını düşünüyorum. Çünkü kendi dilini konuşan bir hekimle görüşecekler...”

K3 (K, 29): “Yani eğitim vermek gerekiyor. Yani gruplar şeklinde, ruhsal sorunlar ve baş etme konusunda bilinçlendirmeler yapılmalı.”

K2 (K,30): “Öncelikle birinci basamakta ruh sağlığı problemi olup olmadığı araştırılmalı, gerekiyorsa hastaneye, gerekiyorsa daha farklı bir kuruma sevk edilmeli bence.”

#### **4.2.2. Sığınmacılara Verilen Ruh Sağlığı Hizmetleri ile İlgili Yöneticilerin Görüşleri**

Çalışma kapsamında beşi Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü (eski Türkiye Halk Sağlığı Kurumu), beşi de (eski) İl Halk Sağlığı Müdürlüğü’nden olmak üzere on yönetici ile görüşülmüştür. Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü’nden olan yöneticilerin tamamı Daire Başkanıdır. İl Halk Sağlığı Müdürlüğü’nde ise iki Toplum Sağlığı Merkezi Başkanı, iki Şube Müdürü, bir de Müdür Yardımcısı ile görüşülmüştür.

Çalışmaya katılan yöneticilerin beşi kadın, beşi erkektir. Yaşları ise 37-55 yaş aralığında değişmektedir (ortalama: 45,4 yıl). Katılımcıların biri yüksek lisans, diğerleri lisans mezunudur. Katılımcılardan biri Türkçe dışında “İyi düzeyde” Arapça, İngilizce ve Rusça bildiğini, biri “iyi” düzeyde İngilizce, diğerleri ise “orta” düzeyde İngilizce bildiğini belirtmiştir. Çalışma kapsamında görüşülenlerin altısı pratisyen hekim, üçü uzman hekim, biri ise sosyal hizmet uzmanıdır. Görüşme yapılan yöneticilerin mesleki deneyimleri ortalama 20,7 yıldır (9-32 yıl arasında).

Katılımcıların sığınmacılarla çalışma deneyimleri ise ortalama 30,6 aydır (6 ay ile 5 yıl arasında).

### **Yöneticilerin Türkiye’de Sığınmacılara Verilen Ruh Sağlığı Hizmetlerinin Kapsamı ile İlgili Görüşleri**

Yöneticiler, Türkiye’de sığınmacıların SUT kapsamında ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerinden faydalandığını belirtmişlerdir. Ruh sağlığı hizmetlerinin buna dâhil olduğunu ve ruh sağlığı ihtiyacı olanların buralardan ruh sağlığı hizmeti alabildiklerini belirtmişlerdir. Ancak dil ve kültürel bariyerler nedeniyle ruh sağlığı hizmet kullanımı ile ilgili bazı sorunların olduğunu belirtmişlerdir. Ayrıca yöneticiler, göçmen sağlığı merkezlerinde birinci basamak sağlık hizmeti verildiğini, buralarda da ruh sağlığı hizmet ihtiyacı olanların tespit edilip ikinci basamağa yönlendirildiğini belirtmişlerdir. Bunların yanı sıra göçmen sağlığı merkezlerinde Sağlık Bakanlığı ile yapılan protokol ile bazı STK’ların ruh sağlığı hizmeti verdiğini belirtmişlerdir. Bir yönetici ise Gaziantep’te sığınmacılara ruh sağlığı hizmeti sunan bir merkezin olduğunu ve bunu sığınmacıların yoğun olduğu illere başta olmak üzere Türkiye genelinde 10’a çıkartmaya çalıştıklarını belirtmiştir.

K11 (E, 46): *“Sığınmacılar ruh sağlığı hizmetleri de dâhil olmak üzere tüm sağlık hizmetlerini kamu hastanelerinden SUT kapsamında almaktadırlar, STK’ların Sağlık Bakanlığı izniyle açtığı gönüllü sağlık merkezlerinde de ruh sağlığı hizmetleri almaktadır.”*

K13 (K, 46): *“Güzel ve ayrıcalıklı ruh sağlığı hizmeti Antep’te bir tane ruh sağlığı merkezi var. Biz yaklaşık on tane kadar da ülke genelinde Suriyelilerin yoğun olduğu bölgelerde ruh sağlığı merkezi açılması için talepte bulduk. Tabi bunun için önce altyapıyı hazırlamamız gerekiyor ki işte burada çalışacak personelin tekrar bir eğitilmesi gerekiyor...”*

K14 (E, 55): *“...Dil problemi nedeniyle de özellikle karşılıklı görüşmeyi sağlayabilecek tercümanlara ihtiyaç bunu da giderebilmek için toplum sağlığı bünyesinde yoğun oldukları, buldukları illerde göçmen sağlığı merkezleri kuruldu. Buralarda göçmen sağlığı merkezlerinde tabi hekimler var, diğer yardımcı sağlık personeli var. Ama ne kadar ruh sağlığı konusunda bilgilendirme yapılıyor. Onu*

*bilemiyorum. ...Özellikle de ikinci basamak sağlık kuruluşlarına ruh sağlığı konusunda yönlendirme yapıldığını biliyorum.”*

*K15 (E, 48): “Yani sığınmacılara biz geldiğinden beri diyoruz ki Türkiye Cumhuriyeti Devleti olarak işte bizim vatandaşımıza verdiğimiz sağlık hizmetini onlara da vereceğiz. Zaten bu doğrultuda yapılanmalarımız oluştu. Özellikle SUT kapsamında 2. basamak, 3. basamak sağlık hizmetlerinden faydalanabiliyorlar. Bizim 1. basamak tesisleri ve benzer tesislerinde direkt olarak uğrayıp hizmet alma imkânları var. Tabii ki önlerinde ki dil, kültür bariyerlerini saymazsak. Onun dışında göç sağlığı merkezlerini oluşturuyoruz. Sığınmacılara daha özel hizmet verelim diye...”*

Yöneticilerin tamamı sığınmacıların ruh sağlığı hizmet kullanımlarının çok düşük olduğunu düşündüklerini belirtmişlerdir. Sığınmacıların neden ruh sağlığı hizmeti kullanmadıkları ile ilgili olarak yöneticiler en fazla sığınmacıların barınma, beslenme, hayata tutunma gibi öncelikleri nedeniyle ruhsal sorunları öncelik olarak görmemeleri, ruhsal sorunlarla ilgili farkındalıklarının düşük olmaları ve ruh sağlığı hizmetini nasıl ve nerede alacakları ile ilgili sistemi iyi bilmemeleri olarak belirtmişlerdir.

*K13 (K, 46): “Çok büyük bir kısmının ruh sağlığı alanında özellikle sağlık kurumlarına başvurmadıklarını düşünüyorum. ...Birincisi sistemi çok iyi bilmiyorlar. Nereden başlayacaklar, nereye gidecekler artı kendilerini anlayacak, yardımcı olabilecek dil bilen ama aynı zamanda bu ülkedeki sistemi bilen birine ulaşmaları çok kolay değil. ...Yani şu noktada önceki travmayı şu anda ertelemiş durumdadır ya da yaşadıkları sıkıntılar hani depresyonu bir tarafa bırakıp hani hayatta kalma mücadelesi verdikleri için şimdilik ruh sağlığı ertelendi diye düşünüyorum. Ama bu bizim önümüze üç beş yıl içinde çok daha büyük bir sorun olarak çıkacaktır diye düşünüyorum...”*

*K15 (E, 48): “...İhtiyacı olanların tümünün başvurduğunu düşünmüyorum. ... Ama ne kadarının başvurduğu ile ilgili bir oran veremem. Niye başvuruyorlar? Farkında olmamaları birinci etmen arasında sayılabilir. Onun dışında öncelikleri arasında yer almayabilir. Çünkü yaşama dair belli ihtiyaçları var. Devletimiz elinden geldiği kadar bunları asgariye indirmeye çalışıyor, katkı sağlıyor ama nihayetinde insanlar bir ülkeyi terk etmiş farklı bir ülkeye gelmiş ve yeni bir yaşam kurma ve bunu*



*sürdürülebilir kılma çabası içerisinde. Bundan dolayı da kendine göre öncelikleri var. Bu önceliklendirmede ruhsal sorunlar geri planda kalıyor olabilir. Bir de hizmetleri erişim noktasında engeller olabiliyor...”*

*K12 (K, 52): “... Sığınmacıların da başka konulardaki hayati sorunları nedeniyle tamamının bu hizmetten faydalanmak üzere başvurduğunu işin doğrusu düşünmüyorum. Ama yüzde veremeyeceğim size. ...Bir önceliği olmayabilir. Çünkü bu insanlar çok güç koşullardan çıktılar ve hala güç koşullardalar. Yani belki şuan da can güvenlikleri ile ilgili sıkıntıları yok ama yaşama, barınma, hayatı idame ettirme, eğitim, sağlık hakkı gibi şeylerin mücadelesi, daha doğrusu öğrenmeye çalışıyorlar bunu. Biz oldukça iyi bir hizmet sunuyoruz ama bunu öğrenmek bu kanalları açmak da bir süreç...”*

### **Yöneticilerin Suriyelilere Verilen Ruh Sağlığı Hizmetlerinin Yeterliliği ve Erişilebilirliği ile İlgili Düşünceleri**

Yöneticilerin neredeyse tamamı sığınmacılara verilen ruh sağlığı hizmetlerinin yeterli ve erişilebilir olmadığını belirtmiştir. Yöneticiler, erişimin önündeki en önemli engelleri ise; dil ve kültürel bariyerler, ruhsal hastalıklara yönelik ayrımcılık ve damgalama sorunları, yeterli sağlık personelinin olmaması ve genel sağlık hizmetlerinin yaygınlaştırılmaması olarak belirtmişlerdir. Yöneticiler sığınmacılara verilen ruh sağlığı hizmetlerine erişilebilirliğini artırmak için en çok göçmen sağlığı merkezlerinin sayısının artırılması, bu merkezlerde Suriyeli sağlık personelinin çalıştırılması ve bu merkezlerde psikolog bulundurma önerilerinde bulunmuşlardır.

*K20 (K, 38): “Hali hazırda verilen hizmetlerin yeterli olduğunu düşünmüyorum. Çünkü ruh sağlığı hizmeti, danışan ile danışılan arasında güven ilişkisinin kurulabileceği, kişinin kendisini rahat hissederek sorunlarını açabileceği ortamda yürütülmesinin uygun olacağı hizmettir. Tercüman aracılığı ile yapılabilecek bir hizmet değildir. Bu nedenle göçmenlerin konuştuğu dili konuşabilen ve bu dil konusunda oldukça yetkin psikolog ve psikiyatristlerce yürütülmelidir. Bu şekilde hizmet bulmak oldukça zor olduğu için yeterli hizmet verilmemektedir. Erişimin önündeki en önemli engellerin; dil engeli, ruhsal hastalıklara yönelik ayrımcılık, damgalama korkusu, bilgi eksikliği...”*

*K19 (K, 43): “Verilen ruh sağlığı hizmetlerinin yeterli olduğunu düşünmüyorum. Erişilebilir olduğunu da çok düşünmüyorum. Şöyle söyleyeyim zaten yeterli hekimimiz de yok. Sürekli hekimimiz değişiyor. Ruh sağlığı ile ilgili polikliniklerdeki hekimlerimiz toplum sağlığı merkezi olarak da zaten hekim sayımız yetersiz olduğu için oraya giden hekim belki birkaç gün gidiyor. Hani ne olduğunu anlamadan tekrar başka bir yere oradan gidiyor aile hekimliğine geçiyor. O yüzden hani sabit olması lazım oradaki hekimin. Çünkü gelen hastaları bu şekilde ruhsal açıdan da değerlendirme daha iyi olabileceğini düşünüyorum. Suriyeli ve Türkmen hekimler varsa bunların çalışma izni verilecek. Onların çalışması devam ediyor. Böyle olursa bu işlemin daha iyi yürüyeceğini düşünüyorum ben...”*

*K15 (E, 48): Erişilebilirliği birkaç boyutuyla ele almak gerekiyor takdir edersiniz ki. Hani dediğim yani bizim sağlık tesislerimizden sığınmacılarında yararlanma imkânları bu yönüyle aslında bizim insanımız ne kadar erişebiliyor ise o insanlarda o kadar erişebiliyorlar. Çünkü önüne bir engel koymamışız. Ama tabii iş uygulamaya gelince onların bulunduğu konumdan dolayı sosyoekonomik koşullardan dolayı farkındalıklarından dolayı erişme sorunları var. Tabii bunu da göz ardı etmememiz gerekiyor. Ama birde içinde bulunduğu koşullardan dolayı özel ihtiyaçları var. Bu yönüyle ele aldığımız zaman erişilebilirliğin kısıtlı olduğunu kolaylıkla söyleyebiliriz...”*

### **Yöneticilerin Sığınmacılara Verilen Ruh Sağlığı Hizmetleri ile İlgili Politikaların Belirlenmesinde Karşılaştıkları Engeller**

Yöneticiler, sığınmacılara yönelik ruh sağlığı hizmetleri ile ilgili politikaların oluşturulmasında bir takım bürokratik ve mevzuatla ilişkili engellerin yanı sıra sığınmacıların dil farklılığından kaynaklanan bazı zorluklar ve kayıt sistemindeki sorunlar nedeniyle hizmetlerin ulaştırılmasında bazı sorunlar yaşadıklarını belirtmişlerdir. Yöneticiler bu engel ve zorlukların üç milyondan fazla sığınmacıya ev sahipliği yapmanın doğal bir sonucu olduğunu ve bu engellerin zamanla aşılacağını belirtmişlerdir. Ayrıca sığınmacı sağlık çalışanlarının istihdam edilmesi projesi ile dil engelinin büyük ölçüde aşılacağını belirtmişlerdir.

*K12 (K, 52): “Politikada da bir sıkıntı yok bence. Çünkü herkes bunun yapılması gerektiğini biliyor ve inanıyor. Bu kısımda sıkıntımız yok. Fakat aciliyet söz*

*konusu... Yani ülkenize gelmiş çok yüksek sayıda bir sığınmacı popülasyonu var ve bir anda sizin o duruma adapte olup çok hızlıca çözüm üretmeniz gerekiyor. Yaşadığımız sorunlar bu hızlı çözüm üretme aşamalarında oluyor. İşte merkez açmak istiyorsunuz bu bir süreç. Çünkü binanın yapılması için bir süreye ihtiyacımız oluyor. İşte idari prosedürün tamamlanması için süreye ihtiyacınız oluyor. Ama hizmet almayı bekleyen bir grup insan var, sıkıntı burada. ...Bu bir süreç yoksa bu konuda bir spesifik bir engel yapılmaması için bir engel ben hiç görmedim, yaşamadım. Herkes bu konuda net, yapılması gerekiyor ama süreç ve durumun aciliyeti sıkıntılı...”*

*K13 (K, 46): ” ... Dil bilen ruh sağlığı çalışanı yani Arapça bilen ruh sağlığı çalışanı çok az bu yüzden dil konusunda ciddi sıkıntımız olduğu için politika oluşturmada çok güçlük çekiyoruz. ...Şöyle bir şey planladık biz. Sadece ruh sağlığı alanında çalışan Suriyeli sağlık çalışanlarını değil bütün Suriyeli sağlık çalışanlarına ruh sağlığı ile ilgili eğitim verelim. Eğitim modülü de oluşturduk aslında ilk grubun eğitimi de yapıldı. 2-3 hafta kadar önce ilk grubun eğitimi de yapıldı. Bütün sağlık çalışanlarını sağlık konularında eğitirsek iş biraz daha kolaylaşacak diye düşünüyorum. Hemşiresi, aile hekimi her grup için ayrı ayrı modül hazırlandı ruh sağlığı alanında...”*

*K15 (E, 48): “Mutlaka bir takım engellerle karşılaşıyoruz. Dediğim gibi üç beş kişi olsa sorun değil ama üç dört milyonu hem hizmetini sunmanız lazım hem bu arada kendi hizmetinizi aksatmamanız gerekiyor. ...Dolayısıyla önümüze engeller çıkabiliyor. Bürokratik engeller diyebilirsiniz. Mevzuat engelleri diyebilirsiniz. Ama bunlar tabi ön görebildiğimiz şeyler değil. ...Dolayısıyla bunlara baktığımız zaman evet sıkıntılar var. Yani şimdi aşılması mümkün... Öncelikli olarak bir kayıt sistemine ihtiyacımız var. Göç idaresi genel müdürlüğü yoğun gayret gösteriyor. Ama gene de bu insanlar ister istemez kaldıkları yeri belirlemek istiyor. Dolayısıyla hizmette ulaştırma, planlama noktasında sorunlar yaşayabiliyoruz. Birde ruh sağlığı, bağışıklama gibi temel hizmetler bir defa görüp de selam verip sorunu çözebileceğiniz hizmetler değil. Devamını getirmeniz sürekli olması gerekiyor...”*

## Yöneticilerin Sığınmacılara Verilen Ruh Sağlığı Hizmetlerinin Geliştirilmesi İçin Yaptıkları Öneriler

Yöneticiler, sığınmacılara verilen ruh sağlığı hizmetlerinin geliştirilmesi amacıyla en fazla dil ile ilişkili ve kültürel bariyerlerin ortadan kaldırılması için sığınmacılarla aynı dili konuşan sağlık personelinin çalıştırılması ve sığınmacılara sağlık hizmeti sunan sağlık personelinin ruh sağlığı konusunda eğitilmesi önerilerinde bulunmuşlardır. Ayrıca sığınmacılarla ilgili iyi bir kayıt sisteminin oluşturulması, STK'larla işbirliği, Sağlık Bakanlığının yönetiminde göçmen ruh sağlığı politikasının geliştirilmesi ve farklı iletişim kaynaklarının kullanılması suretiyle bu konuda farkındalık eğitimlerinin yapılması gibi önerilerde bulunmuşlardır.

K11 (E, 46): *“Öncelikle Bakanlığın koordinasyonunda bir göçmen ruh sağlığı politikası oluşturulmalıdır. Bu kapsamda ruh sağlığı saha çalışmaları yapılmalı, ruh sağlığı hizmetleri verecek personel eğitilmeli ve dil probleminin aşılması için Suriyeli ruh sağlığı hekimleri çalıştırılmalıdır...”*

K12 (K, 52): *“... Bu konuya (ruh sağlığı) özel eğitilmiş personel istihdamı yapılmalıdır. Bu konu ile ilgili bizimde çalışmalarımız var zaten. Suriyeli sağlık personellerini eğitimlerimizin içinde bir tam günü ruh sağlığı hizmetlerine ayırması ile alakalı. Bunu akademisyenlerle iş birliği içinde yapıyoruz. Beş günlük eğitimin bir tam günü ruh sağlığı...”*

K14 (E, 55): *“Benim şu önerim; bir dil probleminin aşılması çok önemli, ikincisi de iletişim kaynaklarının çok iyi kullanılması facebook, whatsapp, televizyon, radyo gibi özellikle de Suriyelilerin seyrettiği televizyon ve dinlediği radyo. Bir başka şey de sivil toplum kuruluşlarından destek alınması. Biz bunu aşı ile ilgili olan çalışmamızda çok faydasını gördük. Kapı kapı geldik çünkü. Onun için de bu dediğim üç dört şey yeterli diye düşünüyorum.”*

## 5. TARTIŞMA

### 5.1. Yaşanılan Travma Tipi Sayısı ve Travma Türleri ile İlgili Bulgular

Suriyeli sığınmacıların yaşadıkları travmanın büyüklüğünü görmek açısından Suriye'deki savaşın boyutlarına göz atmakta fayda vardır. İnsan Hakları İzleme Örgütü (Human Rights Watch) kayıtlarına göre yaklaşık yarım milyon insan savaşın doğrudan etkileri sonucu hayatını kaybetmiştir (45). Bir milyonun üzerinde insan ise savaşta yaralanmıştır (46). BMMYK 2018 raporuna göre ülkenin neredeyse yarısı evini terk etmek zorunda kalmıştır. Bunların 5,5 milyonu büyük bir çoğunluğu komşu ülkelere olmak üzere başka ülkelere sığınırken, 6,1 milyonu ise ülkenin başka yerlerine yerleşerek “yerinden edilmiş kişi” konumuna gelmiştir. Suriye’de hala 13 milyona yakın insan sağlık ve insani yardıma, 5,6 milyon insan ise akut insani yardıma ihtiyaç duymaktadır (47). Diğer taraftan ülkesinden kaçmak zorunda olan Suriyelilerin zorlu doğa ve insan engellemeleri ile de karşı karşıya kaldıkları bilinmektedir (194).

Bu çalışmada da araştırma grubunun oldukça travmatize olduğu görülmektedir. Katılımcıların %88,8’i savaş ortamında bulunduğunu, %58,2’si savaş nedeniyle gıda ve temiz sudan yoksun kaldığını, %43,8’i aile üyelerinden birini savaşta kaybettiğini, %30,9’u cinayete tanıklık ettiğini, %5,8’i işkence yaşadığını, %2,6’sı ise tecavüz ya da cinsel saldırıya maruz kaldığını belirtmiştir. Bu çalışma il uyumlu olarak Suriyeli sığınmacılarla yapılan araştırmalar Suriyeli sığınmacıların ciddi travmalarla karşılaştıklarını göstermektedir. Chung ve ark. (195)’nin İsveç ve Türkiye’de bulunan Suriyeli mültecilerle yaptıkları çalışmada katılımcıların %52’si aile üyelerinden birini ya da yakın bir arkadaşını savaşta kaybettiğini, %58’i gıda ve temiz sudan yoksun kaldığını, %24’ü ise işkence yaşadığını belirtmiştir. Diğer travma sıklıkları bu çalışmayla uyumlu olmasına rağmen işkence yaşama sıklığı bu çalışmaya göre yüksek bulunmuştur. Gaziantep’te bir sığınma kampında yapılan çalışma ise bu çalışmayla daha uyumlu olarak işkence ve dövülmeye maruz kalma sıklığı %8 bulunmuştur (196). Chung ve ark.’nin bulgularındaki farklılık, çalışmanın yapıldığı grubun, ülkenin şiddet ve çatışmaların daha yoğun olduğu bölgelerinden gelmiş olmasından kaynaklanabileceği gibi araştırma sorusunun soruluş biçimi gibi bir takım metodolojik farklılıklardan da kaynaklanabilir. Ürdün’de Suriyelilerle yapılan çalışmada bu çalışma ile uyumlu olarak katılımcıların %88’i çatışma ortamında bulunduğunu

belirtmiştir (197). Suriyelilerle yapılan başka bir çalışmada yine bu çalışmamıza benzer olarak katılımcıların %85'i savaşı yaşadığını, %63'ü şiddet ve saldırıya tanıklık ettiğini, %7'si ise cinsel şiddete maruz kaldığını belirtmiştir (198).

*Yaşanan travma tipi sayısı* ile ilgili olarak yapılan birçok çalışmada depresyon ve TSSB ile ilişkili bulunan önemli bir faktör olarak tartışılmasına rağmen çalışmalarda sorulan travma sayıları farklılıklar göstermektedir. Bu nedenle yaşanan ortalama travma sayısı da sorulan soru sayısına göre farklılık göstermektedir. Bu çalışmada kullanılan Harvard Travma Anketi'nde 43 farklı travma tipi tanımlanmıştır. Katılımcıların yaşadıkları ortalama travma tipi sayısı ise 13,7 bulunmuştur. Bu çalışma ile aynı anketi kullanan Irak'ta Suriyeli mültecilerle yapılan bir çalışmada yaşanan ortalama travma tipi sayısı 11,1 olarak bulunmuştur (124). Sonuç, bu çalışmada bulunan sonuca yakındır. Yine aynı anketin kullanıldığı İsveç'teki bir çalışmada ise Suriyeli mültecilerin yaşadıkları ortalama travma tipi sayısı 8,4 olarak bulunmuştur (195).

Diğer mülteci grupları ile yapılan çalışmalarda da benzer şekilde mültecilerin sıklıkla ölüm korkusu, işkence, aile üyelerinin ölmesi, ciddi yaralanma yaşama, tecavüz ve cinsel saldırıya uğrama ile aç kalma gibi travmalarla karşılaştıkları gösterilmiştir (10, 104, 199). Mülteci ve sığınmacıların yaşadıkları travmalar; depresyon ve TSSB gibi birçok ruhsal sorunun yanı sıra bedensel hastalıklara karşı savunmasızlığa, olumsuz sağlık davranışlarına, morbiditenin artmasına ve beklenen yaşam süresinin azalmasına neden olabilmektedir (199, 200).

## **5.2. Depresyon ve TSSB Yaygınlığı ile İlgili Bulgular**

Bu çalışmada depresyon (%47,7) ve TSSB (%36,5) düzeyi oldukça yüksek bulunmuştur. Yapılan literatür taramasında konu ile ilgili olarak, çoğunluğu Türkiye'de (9, 98, 173, 183, 201-204) olmak üzere, Lübnan (17, 18, 205), Ürdün (206, 207), Irak Kürdistan Bölgesel Yönetimi (124), İsveç (195, 198), Yunanistan (208) ve ABD'de (209) Suriyeli mültecilerle yapılan 18 çalışma tespit edilmiştir. Bu çalışmalarda depresyon düzeyi %22,1-70,0 (183, 201), TSSB düzeyi ise %15-83,4 (98, 210) arasında değiştiği tespit edilmiştir. Bu çalışmanın sonuçlarının da bu değerler arasında olması açısından literatür ile uyumlu olduğunu göstermektedir. Tekeli Yeşil ve ark. (201)'nin Suriye'de yerinden edilmişler (Cerablus/Halep) ve Türkiye'de

(Nizip/Gaziantep) bulunan mültecilerle yaptıkları çalışmada Nizip'teki mültecilerde depresyon prevalansı %70,0, TSSB prevalansı ise %29,8 olarak bulunmuştur. TSSB prevalansı bu çalışmanın sonuçlarıyla uyumlu olmasına rağmen depresyon prevalansının bu çalışmadan oldukça yüksek olduğu görülmüştür. Ancak Türkiye, ABD, Lübnan ve İsveç'te yapılan çalışmalarda bulunan depresyon prevalansı bu çalışmada bulunan sonuca daha yakındır (18, 198, 204, 209). Türkiye'de üç mülteci kampında yapılan çalışmada olası depresyon düzeyi bu çalışmayla uyumlu olarak %53,7 bulunmuştur (204). Tekeli Yeşil ve ark. nın yaptığı çalışmada depresyon prevalansının çok yüksek bulunması, kullanılan tanı yöntemi gibi metodolojik farklılıklardan olabileceği gibi çalışmanın yapıldığı mülteci grubunun hem göç öncesi hem de göç sonrası daha fazla stres faktörüne maruz kalmasından kaynaklanıyor olabilir. Alpak ve ark. (9)'nın Gaziantep'te mülteci kampında yaptıkları çalışmada TSSB düzeyi %33,5, Chung ve ark. (195)'nin İsveç'te yaptıkları çalışmada TSSB düzeyi %30,0, Ibrahim ve ark. (124)'nin Irak Kürdistan Bölgesel Yönetiminde Suriye'den gelen Kürt mültecilerle yaptıkları çalışmada TSSB düzeyi %38,0 bulunmuştur. Bu çalışmada bulunan depresyon ve TSSB düzeyleri bu çalışmalardaki sonuçlarla uyumludur. Ancak Acartürk ve ark. (98)'nin yaptıkları çalışmada TSSB düzeyi %83,4 bulunmuştur. Yazarlar TSSB düzeyinin bu kadar yüksek bulunmasını çalışma grubunun özelliklerine ve kampın bulunduğu konuma bağlamışlardır. Çalışma grubunun savaş ortamından yeni çıkıp kampa yerleştirildiklerini ve çalışmanın yapıldığı sığınma kampının Suriye sınırında olması nedeniyle Suriye'de devam eden savaş ve çatışma seslerinin kampta duyulmasının mültecilerdeki travmayı artırdığını belirtmişlerdir (98).

Diğer mülteci grupları ile yapılan çalışmalarda da depresyon ve TSSB düzeyleri yüksek olmakla birlikte çok farklılık gösterdiği görülmektedir. Hırvatistan'da mülteci kampında kalan 534 Bosnalı ile yapılan çalışmada olası TSSB prevalansı %26,3, olası depresyon prevalansı ise %39,2 bulunmuştur (95). Laban ve ark. (136) Hollanda'da Iraklı mültecilerle yaptıkları çalışmada depresyon prevalansı %34,0, TSSB prevalansı ise %36,0 olarak bulunmuştur. İstanbul'da farklı ülkelerden gelen mülteci grupları ile yapılan çalışmada hem depresyon hem de TSSB prevalansı %55,2 bulunmuştur (23). Şırnak'ta Irak'tan gelen Yezidi sığınmacılarla yapılan çalışmada depresyon prevalansı %39,5, TSSB prevalansı ise %42,9 olarak

bulunmuştur (211). Çalışmalar arasındaki bu farklılar çalışma tasarımı, çalışmada kullanılan tanı yöntemi, çalışma örnekleme ve büyüklüğü, çalışmanın zamanı gibi metodolojik faktörlerin yanı sıra mültecilerin içinden çıktıkları çatışma ortamı, yaşadıkları travmalar ve travmanın şiddeti gibi nedenlerden de kaynaklanabilir (13). Bu nedenle çalışma sonuçlarının karşılaştırılması ve yorumlanması dikkatle yapılmalıdır. Bu çalışmanın sonuçları yukarıda farklı mülteci grupları ile yapılan çalışmaların bir kısmı ile uyumlu olmakla birlikte bir takım göç öncesi travmatik olayları yaşama ve kültürel benzerlikler nedeniyle çalışma sonuçları, Suriyeli mültecilerle yapılan çalışmalarla karşılaştırılmıştır.

### **5.3. Depresyon ve TSSB ile İlişkili Bulunan Faktörler**

Depresyon ve TSSB ile ilişkili faktörleri belirlemek amacıyla önce ikili analizler yapılmış daha sonra her biri için dört farklı lojistik regresyon modellemesi kurulmuştur. Yapılan lojistik regresyon modellemesi sonucunda cinsiyet (tüm modeller), ekonomik durum algısı (model I, II ve III), bedensel bir hastalığının olması (tüm modeller), algılanan genel sağlık durumu (model I, II ve III), algılanan ruh sağlığı durumu (model I, II ve III), ve travma tipi sayısı (tüm modeller) depresyonla ilişkili bulunmuştur. Cinsiyet (tüm modeller), çocuk sahibi olma durumu (tüm modeller), bedensel bir hastalığının olması (model I, II, IV), Türkiye’de ruh sağlığı yardım alma ihtiyacı duyma (model I, II ve III), algılanan ruh sağlığı durumu (model I, II ve III), ve travma tipi sayısı (tüm modeller) ise TSSB ile ilişkili bulunan faktörler olmuştur.

#### **Cinsiyet**

Yapılan dört farklı lojistik regresyon modellemesinde de kadın olma hem depresyon hem de TSSB açısından riskli bulunmuştur. Yapılan modellemelerde kadın olma 2,1 (model III) ile 2,6 (model IV) kat arasında depresyon açısından riskli bulunurken, TSSB açısından 2,3 (model III) ile 2,5 (model I ve II) kat arasında riskli bulunmuştur. Mültecilerle yapılan çalışmaların birçoğunda bu çalışmayla uyumlu olarak kadın olma depresyon ve TSSB açısından riskli bulunmuştur (9, 25, 96, 98, 108-111, 198). Ancak çok az da olsa tam tersine, erkeklerin daha riskli olduğunu gösteren araştırmalar da vardır (112, 201). Bazı çalışmalarda ise cinsiyet ile TSSB ya da depresyon arasında herhangi bir ilişki bulunmamıştır (17, 99, 100, 113).



Kilis'te Acartürk ve ark. (98)'nin Suriyeli sığınmacılarla yaptıkları çalışmada kadınlar TSSB için 4,1, depresyon için 5,1 kat daha riskli bulunmuştur. Benzer şekilde İsveç'te Suriyeli mültecilerle yapılan çalışmada ruhsal hastalıkların kadınlarda daha yaygın olduğu belirtilmiştir (198). Yine İsveç'te Kosovalı mültecilerle yapılan başka bir çalışmada hem TSSB hem de depresyon düzeyi kadınlarda daha yüksek bulunmuştur (108). Alpak ve ark. (9)'nin Gaziantep'te Suriyeli sığınmacılarla yaptıkları çalışmada kadınlar erkeklere göre yaklaşık dört kat TSSB açısından riskli bulunmuştur. ABD'de Kosovalı mültecilerle yapılan çalışmada kadın cinsiyetinin yüksek TSSB düzeyleri ile ilişkili olduğu ortaya çıkmıştır (96). Hollanda'da İranlı, Somalili ve Afganistanlı sığınmacı ve mültecilerle yapılan çalışmada kadınlar TSSB için 3,5 kat, depresyon için 2,4 kat daha riskli bulunmuştur (110).

Kadınların depresyon ve TSSB açısından riskli olması birkaç faktör ile açıklanmaktadır: (a) tecavüz, erken yaşta zorla evlendirme, eş ve çocukların ani kaybı, tek ebeveyn ya da dul kalma gibi ciddi travmalarla kadınların daha fazla karşılaşmaları (22); (b) erkeklerin savaş nedeniyle evde olmaması, sakat kalmış olması ya da kaybedilmiş olması evin geçimi başta olmak üzere kadının evde daha fazla sorumluluk üstlenmesi nedeniyle daha fazla stres faktörlerine maruz kalmaları (212); (c) kadınların güvenlik endişeleri, fırsat eşitsizliği ve kültürel faktörler nedeniyle evde sınırlanmış olmaları ve izolasyona maruz kalmaları var olan stresin daha da artması (98); (d) son olarak kadınlarda depresyon ve TSSB'nin daha yüksek olması bazı çalışmalarda başa çıkma becerileri, sosyal destek ve göç sonrası uyum farklılıkları gibi ara değişkenlerden (mediating factors) kaynaklanabileceği belirtilmiştir (109).

### **Çocuk Sahibi Olma**

Lojistik regresyon modellemelerinde çocuk sahibi olma ile depresyon arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmazken TSSB ile ilişkili bulunmuştur. Yapılan modellemelerde çocuğu olma yaklaşık 2,0 (model I ve II) ile 2,4 (model IV) kat arasında TSSB riskini artırmaktadır. Bu konuda yapılan bazı çalışmalar bu çalışma ile uyumlu olarak çocuk sahibi olma ile TSSB arasında pozitif bir ilişki bulmuştur (170, 213). Çocuğu olanlarda TSSB riskinin yüksek olması çocuklarının yaşadıkları ciddi travmalar, ailenin parçalanması sonucu ailelerin çocuklarından ayrı kalmak zorunda

kalmaları ve Türkiye’de ailelerin çocuk bakımı ve çocuklarının güvenliği ve geleceği ile ilgili endişelerinin olması olmak üzere üç faktörle açıklanabilir.

*Birincisi*, çocuğu olan anne ve babaların çocuklarının savaşta yaralanma, hapsedilme, kaçırılma, kaybolma, zorla askere alınma ve şiddet görme gibi travmaları yaşamaları kuvvetle muhtemeldir. Bu çalışmada katılımcıların yaklaşık %27’si aile üyelerinden birinin (çocuk, eş vb) kaybolduğunu, %21’i aile üyelerinden birinin (çocuk, eş vb) kaçırıldığı ya da rehin aldığı belirtmiştir. Çocukların yaşadıkları bu travmalar anne ve babalarda da travmaya neden olmuş ya da var olan travmayı artırmış olabilir.

*İkinci* önemli faktör ise ailelerin parçalanması ve anne babaların çocuklarından ayrı kalmak zorunda kalmış olabileceğidir. Çalışmanın yapıldığı dönemde ailelerin çocukları Suriye’de savaş ortamında olabilir. Hatta savaşıyor olabilirler. Suriye’de çocukları olan anne ve babaların hem çocuklarının güvenlikleri ile ilgili kaygı duymaları hem de Türkiye’de yakınları olmadığı için sosyal desteklerinin düşük olması yaşadıkları stresi ve travmayı artırmış olabilir. Yapılan birçok çalışmada parçalanmış ailenin TSSB riskini artırdığı belirtilmiştir (11, 19, 195). İsveç’te Suriyeli mültecilerle yapılan çalışmada İsveç’e yalnız gelenlerde aile bireylerinden biri ile gelenlere göre daha yüksek TSSB yüzdeleri bulunmuştur (195).

*Üçüncüsü*, Türkiye’de çocukları ile birlikte yaşayan anne ve babaların başta çocuk bakımının zorluğu, çocukların geleceği ve güvenliği ile ilgili yaşadıkları bir takım kaygı ve stres faktörleri onlarda zaten var olan travmayı artırarak TSSB riskini artırmış olabilir. Mülteciler arasında gelir düşüklüğü, işsizlik ve bir takım finansal zorlukların çok sık olduğu ve bunların da ruhsal sorunlarla ilişkili olduğu bilinmektedir. Çocuğu olanlarda özellikle çok çocuklu ailelerde gelir ve finansal sorunlar daha da önem kazanmaktadır. Bu nedenle çocuklarına daha iyi bir gelecek sunamayan ve onların temel ihtiyaçlarını karşılayamayan kişilerin daha çok strese maruz kalabilecekleri açıktır.

### **Ekonomik Durum Algısı**

Katılımcıların öz değerlendirmelerine göre ekonomik durumları TSSB ile ilişkili bulunmazken, depresyon ile ilişkili bulunmuştur (model I, II ve IV). Ekonomik durumunu kötü/çok kötü olarak belirtenler, iyi/orta olarak belirtenlere göre üç modelde

de yaklaşık 1,7 kat depresyon açısından daha riskli bulunmuştur. Yoksulluk ve ekonomik sorunların duygusal stresi artırdığını ve bu nedenle yaygın ruhsal hastalıklarla ilişkili olduğu bilinmektedir (214, 215). Mültecilerle yapılan çalışmalarda ekonomik durum ya da gelir durumu ile depresyon ve TSSB arasında ilişki bulunan çalışmaların yanı sıra herhangi bir ilişki bulunmayan çalışmalar da vardır.

ABD’de Güneydoğu Asyalı mültecilerle yapılan çalışmada düşük aile gelirinin depresyonu belirleyen önemli bir faktör olduğu belirtilmiştir (135). Norveç’te yapılan geniş çaplı bir çalışmada özellikle düşük gelirlili ülkelerden gelen göçmenlerde/mültecilerde düşük gelir düzeyi ile psikolojik stres arasında güçlü bir ilişki olduğu saptanmıştır (216). Sri Lanka’da savaş sonrasında yerinden edilmişlerle yapılan çalışmada düzenli bir gelirlerinin olmadığını belirtenlerde depresyon riski yaklaşık 1,8 kat daha fazla bulunurken, TSSB ile düzenli gelirin olması arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır (94). Türkiye’de Suriyeli mültecilerle yapılan çalışmada ekonomik durum algısı ile TSSB arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamıştır (201). Birleşik Krallık’ta Somalili mültecilerle yapılan çalışmada ekonomik durum ile depresyon ve anksiyete bozuklukları arasında bir ilişki bulunmamıştır (121). Bu çalışmanın bulguları özellikle Sri Lanka’da yapılan çalışmanın sonuçları ile büyük benzerlik göstermektedir. Bu her iki çalışma grubunun da savaş travmasını yaşamaları ve savaş sonrasında grupların bir takım sosyodemografik şartlarının benzerliğinden kaynaklanmış olabilir. Yapılan bir sistematik derleme çalışması da bu çalışmayla uyumlu olarak düşük ekonomik durumun depresyonla ilişkili olduğu ancak TSSB ile ilişkili olmadığı belirtilmiştir (11). Düşük ekonomik durumun depresyonla ilişkili bulunup, TSSB ile ilişkili bulunmaması her iki hastalığın etiyolojik farklılığından kaynaklı olabilir. Depresyon daha çok finansal zorluklar, işsizlik, gelir durumu gibi sosyodemografik faktörlerle ilişkili iken, TSSB daha çok yaşanan travmadan köken almakta ve travma ile ilişkili olduğu belirtilmektedir (11).

### **Fiziksel Sağlık Durumu (Bedensel hastalık/Algılanan genel sağlık)**

Bu çalışmada katılımcıların genel sağlık durumu ile depresyon ve TSSB arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur. Katılımcıların bedensel bir hastalıklarının olması hem depresyon hem de TSSB ile ilişkili bulunurken,

katılımcıların kendi değerlendirdikleri genel sağlık durumları depresyonla ilişkili bulunmuş, TSSB ile ilişkili bulunmamıştır.

Fiziksel sağlık durumu ile ruhsal sağlık arasında ciddi bir ilişki olduğu yapılan birçok çalışmada ortaya konmuştur (217, 218). Fiziksel sağlık sorunlarının (çoğunlukla kronik hastalıklar) ruhsal sağlık için risk faktörü olarak incelendiği çalışmaların yanı sıra (219-222), ruhsal sağlık sorunlarının bazı kronik hastalıklar için risk faktörü olarak incelendiği çalışmalar da vardır (223, 224). Diyabet, kalp hastalığı ve solunum rahatsızlıkları gibi hastalığı olanlarda depresyon riskinin, olmayanlara göre yaklaşık iki kat kadar fazla olduğu belirtilmiştir (219, 220). Benzer şekilde, ciddi kronik hastalıkları olanların üçte birinin depresyon semptomları gösterdikleri tahmin edilmektedir (225). Wells ve ark. (222)'nin yaptıkları çalışmada, sekiz bedensel hastalıktan birini yaşayan kişilerin, kronik bir hastalığı olmayan kişilerle karşılaştırıldığında, yakın zamanda herhangi bir psikiyatrik bozukluğa (anksiyete, madde kötüye kullanımı) yakalanma riskinde % 41'lik bir artış olduğu bulunmuştur.

Diğer taraftan yapılan bir meta analiz çalışmasında depresyonu olanların koroner kalp hastalığı geçirme risklerinin yaklaşık 1,6 kat daha yüksek olduğu belirtilmiştir (223). TSSB ile fiziksel sağlık durumu arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalarda da çeşitli travmaları yaşama (çatışma, cinsel saldırı, doğal afet), TSSB tanısı alma ve TSSB semptomları ile daha kötü fiziksel sağlık arasında ilişki olduğu belirtilmiştir (226). ABD'de Ulusal Komorbidite Araştırması verileri ile yapılan kapsamlı bir çalışmada yaşam boyu travmaya maruz kalma, TSSB ve kronik bedensel rahatsızlıklar (kronik ağrı, baş ağrısı, ülser, kalp hastalığı, artrit/romatizma) arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur. Yaşam boyu travmaya maruz kalan ve TSSB olan kişilerde belirtilen kronik hastalıkları yaşama riski yüksek bulunmuştur. Ancak yaşam boyu karşılaşılan travma sayısı kontrol edildikten sonra sadece baş ağrısı ile TSSB arasındaki ilişki anlamlı kalmıştır. TSSB ile kronik hastalıklar arasındaki ilişkinin çoğunlukla yaşanan travma ile ilişkili olduğu belirtilmiştir (224).

Mültecilerle yapılan çalışmalarda da fiziksel sağlık durumu ile ruhsal sağlık durumu arasında ilişki bulunmuştur (95, 221, 227). Güney Kore'de bulunan Kuzey Koreli mültecilerle yapılan çalışmalarda fiziksel bir hastalığın olması (228) ve kronik tıbbi bir probleminin olması (227) ruhsal sağlık sorunları ile ilişkili bulunmuştur. İrlanda'da mülteci ve sığınmacılarla yapılan çalışmada en az bir kronik hastalığın

olması TSSB riskini 4 kat, depresyon riskini ise 3,4 kat artırdığı belirtilmiştir (229). Bosnalı mültecilerle yapılan çalışmada olası karıştırıcılar kontrol edildikten sonra, hem depresyon hem de TSSB'si olan bireylerde yeti yitimi riski yaklaşık iki kat daha yüksek bulunmuştur (95). Ürdün'de Suriyeli mültecilerle yapılan çalışmada kronik hastalık tanısı almanın TSSB riskini yaklaşık 1,7 kat artırdığı belirtilmiştir (206). Sonuçlar bu çalışmanın sonuçlarıyla uyumludur. Ürdün'de yapılan başka bir çalışmada ise katılımcıların yarısından fazlasında TSSB ile kronik hastalık komorbiditesi bulunmasına rağmen, regresyon analizinde kronik hastalığın olması ile TSSB arasında ilişki bulunmamıştır (207).

Bedenssel hastalıklar kişinin hareketliliğini, bağımsızlığını, yaşam tarzını, kendini algılama ve başkalarıyla ilişkilerini etkileyebilmekte ve kişilerde ümitsizliğe ve üzüntüye sebep olabilmektedir. Uzun süreli umutsuzluk ya da üzüntünün de depresyon, TSSB ve diğer ruhsal sağlık sorunlarına yol açması beklenen durumlardır (217, 225). Ayrıca kişinin kendi hastalığı için duyduğu kaygı ve stres de depresyon ve diğer ruhsal hastalıkların gelişmesine katkı yapabilir. Diğer taraftan depresyon ve TSSB de bazı kronik hastalıkların gelişmesine neden olabilir. Depresyon ve TSSB gibi hastalıklar kişinin yaşam kalitesini düşürür, sosyal izolasyona neden olur ve kendine bakım ve tedaviye uyumu azaltır. Tüm bu faktörler de kişilerde bedenssel bazı kronik hastalıkların gelişmesine yol açabilir (230).

### **Ruhsal Sağlık Durumu (Ruhsal hastalık/Algılanan ruh sağlığı/Ruhsal yardım alma ihtiyacı duyma)**

Geçmişe yönelik ruhsal hastalığın belirlenmesi zor olduğu için bu konuda yapılan çalışmalar genellikle sınırlı ve kişinin beyanına dayalıdır. Ancak bu konuda yapılan çalışmalarda TSSB ve depresyon ile ruhsal hastalık öyküsü arasında güçlü ilişki tespit edilmiştir (9, 98, 231). Acartürk ve ark. (98)'nin Kilis'te Suriyelilerle yaptıkları çalışmada daha önce ruhsal sağlık probleminin olmasının TSSB riskini yaklaşık 4,5 kat, depresyon riskini ise 2,9 kat artırdığı belirtilmiştir. Gaziantep'te yapılan çalışmada da geçmişte psikiyatrik bir hastalık tanısı alma ile TSSB arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur (OR: 6,3) (9).

Bu çalışmada TSSB ile doktorun teşhis koyduğu ruhsal bir hastalığın olması (sadece Model IV), algılanan ruh sağlığı durumu ve Türkiye'de bulunduğu süre içinde

ruh sağlığı yardımı alma ihtiyacı duyma değişkenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunurken, depresyon ile sadece algılanan ruh sağlığı durumu arasında anlamlı ilişki bulunmuştur. Lojistik regresyon modellemesinde ruhsal hastalık öyküsü ile depresyon arasında ilişki bulunmaması ve TSSB ile sadece model IV'te ilişki saptanması ruhsal hastalık geçirenlerin ya da bu durumu beyan edenlerin sayısının çok az olmasından kaynaklanmış olabilir. Algılanan ruh sağlığı ile depresyon ve TSSB arasında ilişki bulunması da bunu kanıtlamakta olup literatürle uyumludur (9, 98, 231). Ayrıca algılanan ruh sağlığı durumu ile ölçülen depresyon ve TSSB arasında ilişki bulunması kişilerin ruh sağlıkları ile ilgili değerlendirmelerinin dikkate alınması gerektiğini göstermektedir. Türkiye'de bulunduğu süre içinde ruh sağlığı hizmeti ihtiyacı duyma durumunun sadece TSSB ile ilişkili bulunup depresyon ile ilişkili bulunmaması ise bu kişilerin daha çok savaştan hemen sonra yaşadıkları travma ile ilişkili yardım alma ihtiyaçları nedeniyle olabilir. Yaşanan travma, depresyon ile ilişkili olmakla birlikte travmanın asıl etkisi daha çok TSSB üzerinedir (11).

### **Travma Tipi Sayısı**

Yapılan bütün lojistik regresyon modellemelerinde, yaşanan travma tipi sayısı hem depresyon hem de TSSB ile ilişkili bulunmuştur. Mültecilerle yapılan çalışmaların büyük bir çoğunluğunda, bu çalışma ile uyumlu olarak depresyon ve TSSB'yi belirleyen en önemli etmenlerin başında travma tipi sayısı geldiği kanıtlanmıştır (9, 11, 15, 96, 121, 232). Mollica ve ark. (120)'nın iki Vietnamlı mülteci grubunu karşılaştırdıkları çalışmada ortalama 12,2 travma yaşayan grubun %90'ında TSSB ve %49'unda depresyon bulunurken, ortalama 2,6 travma yaşayan kontrol grubunun %49'unda TSSB, %15'inde depresyon saptanmıştır. Mollica ve ark. (119)'nın benzer bir şekilde 993 Kamboçyalı mülteci ile yaptıkları çalışmada da travma sayısı ile depresyon ve TSSB arasında önemli bir doz-cevap ilişkisi tespit edilmiştir. Kosovalı mültecilerle yapılan çalışmada travma düzeyi ile hem TSSB ciddiyet skoru ( $r = 0,39, p < 0,01$ ) hem de bütün TSSB semptom kriterlerini karşılama olasılığı arasında pozitif bir korelasyon tespit edilmiştir ( $r = 0,29, p < 0,01$ ). Bhui ve ark. (121)'nin yaptıkları çalışmada da travma sayısındaki bir birimlik artışın depresyon ve anksiyete riskini yaklaşık 1,31 kat artırdığı saptanmıştır. Suriyeli mültecilerle yapılan çalışmalarda da yaşanan travma sayısı ile depresyon ve TSSB arasında ilişki

bulunmuştur (9, 124). Alpak ve ark. (9)'nın Gaziantep'te Suriyeli sığınmacılarla yaptığı çalışmada iki ve daha fazla savaş travması yaşayanların TSSB olma riski 2,88 kat daha fazla bulunmuştur. Travma sayısındaki artış aynı zamanda yaşanan travmanın dozunu da artıracığı için bu kişilerin daha fazla psikolojik etkilenme yaşamaları dolayısı ile bu kişilerde daha fazla depresyon ve TSSB düzeyinin olması anlaşılabilir bir durumdur. Ayrıca travma sayısındaki artış aynı zamanda kişilerin daha ciddi travmaları da yaşayabildiğini göstermektedir. İşkence yaşama, sevdiklerini kaybetme, tecavüze uğrama gibi daha ciddi travmalar daha çok psikolojik travmaya yol açarak depresyon ve TSSB riskini artırmaktadır.

#### **5.4. Ruh Sağlığı Hizmet Kullanımı ve Ruh Sağlığı Hizmetlerine Erişim**

Çalışmaya katılanların sadece %1,4'ü Türkiye'de ruh sağlığı hizmetlerine başvurduğunu belirtmiştir. Ruh sağlığı hizmet ihtiyacı olduğunu belirtenlerin ise yaklaşık %10'u ruh sağlığı hizmet ihtiyacı için sağlık kuruluşuna başvurduğunu belirtmiştir. Katılımcıların yaşadıkları travmalar ve katılımcılardaki depresyon ve TSSB yaygınlığı düşünüldüğünde, ruh sağlığı hizmet kullanımının oldukça düşük olduğu söylenebilir. Çalışmanın ikinci kısmında yapılan niteliksel görüşmeler de bu sonuçları doğrulamaktadır. Sığınmacılara hizmet sunan sağlık personeli ve sığınmacılara yönelik politikaların belirlenmesinde rol alan sağlık yöneticileri ile yapılan niteliksel görüşmelerde, uzmanlar sığınmacıların sağlık hizmetlerine erişimlerinin yeterli olmadığını ve ruh sağlığı hizmet ihtiyacı olanların çok az kısmının hizmet başvurusunda bulunduğunu düşündüklerini belirtmişlerdir.

Mültecilerle yapılan çalışmalarda bu çalışmayla uyumlu olarak mültecilerin ruh sağlığı hizmet ihtiyaçlarının fazla olmasına karşın hizmet kullanımlarının düşük olduğu belirtilmiştir (26, 29, 156-158, 233). Hollanda'da 920 adölesan mülteci ve 1059 Hollanda asıllı adölesan ile yapılan kapsamlı bir çalışmada genç mültecilerin %57,8'inin, Hollanda asıllılarının %8,2'sinin ruh sağlığı hizmet ihtiyacı olduğu belirtilmiştir. Aynı çalışmada mültecilerin %12,7'si ruh sağlığı hizmetlerini kullandığını belirtirken, Hollandalıların %16,1'i ruh sağlığı hizmeti kullandığını belirtmiştir. Çalışmada mültecilerin karşılanmayan ruh sağlığı hizmeti ihtiyacı %48,7, Hollanda asıllılarının ise %4,5 olarak hesaplanmıştır (29). ABD'de yapılan bir çalışmada Latin ve Asyalı göçmenlerin herhangi bir ruh sağlığı hizmeti kullanma

olasılığının ABD vatandaşlarına göre %40 daha düşük olduğu belirtilmiştir (157). Britanya Kolombiya'sında yapılan çalışmada ise Çinli göçmen kadınların yerli kadınlara göre ruh sağlığı hizmet kullanma olasılıklarının yaklaşık %60 daha düşük olduğu belirtilmiştir (158).

Ruh sağlığı hizmet kullanımının neden düşük olduğu ve hizmet kullanımını engelleyen faktörlerin neler olduğu diğer bir önemli husustur. Bu çalışmada, ruh sağlığı hizmet ihtiyacı olduğu halde herhangi bir hizmet başvurusunda bulunmayan katılımcılar en fazla dil ile ilgili sorunlar/tercüman olmaması ve ruh sağlığı hizmetlerinin nasıl ve nerede alınacağını bilmedikleri için hizmet başvurusunda bulunmadıklarını belirtmişlerdir. Niteliksel çalışmanın bulguları da bu sonuçlarla paraleldir. Sığınmacılara sağlık hizmeti sunanlar ile sığınmacılara yönelik sağlık politikalarının belirlenmesinde rol alan yöneticiler de dil ve kültürel bariyerler ile sığınmacıların ruh sağlığı hizmetlerini nasıl ve nerede alacakları konusunda bilgilerinin olmamasının, sığınmacıların ruh sağlığı hizmetlerine erişimleri önündeki en önemli bariyerler olduğunu düşünmektedirler. Hizmet sunucular ve yöneticiler, sığınmacıların barınma, beslenme, hayata tutunma gibi öncelikleri nedeniyle ruhsal sorunları öncelik olarak görmemelerinin de ruh sağlığı hizmet kullanımını engellediğini belirtmişlerdir.

Mülteci ve sığınmacılarla yapılan çalışmalarda maddi sorunlar, kültürel nedenler, dil ile ilgili engeller, sağlık sigortasının olmaması, ruh sağlığı hizmetleri ile ilgili bilgi eksikliği, damgalama, ayrımcılık gibi pek çok faktörün sığınmacıların ruh sağlığı hizmet kullanımlarını etkilediği tartışılmıştır (26, 29, 156, 234, 235). Özellikle mültecilerin bulunduğu ülkenin dilini bilmemeleri ve ruh sağlığı hizmetleri ile ilgili bilgi eksikliği, mültecilerin ruh sağlığı hizmetlerine erişimleri önündeki en önemli faktörler olarak öne çıkmaktadır (26, 156, 159). ABD'de bulunan göçmenlerle yapılan bir sistematik derleme çalışmasında dil engelinin göçmenlerin ruh sağlığı hizmetlerine erişimlerini engelleyen önemli bir yapısal problem olduğu belirtilmiştir (156). Suriyeli mültecilerin ruh sağlığı hizmet ihtiyaçları ile ilgili yapılan bir derleme çalışmasında Avrupa'da TSSB ve diğer ruhsal hastalık semptomu olan mültecilerin büyük bir çoğunluğunun (%80-90) ruh sağlığı polikliniklerini ziyaret etmedikleri belirtilmiştir. En önemli engeller ise mültecilerin dil bilmemeleri, ulaşım ile ilgili problemler



(mülteciler genellikle ulaşımın zor olduğu kırsal bölgelerde oturdukları için) ve Arapça bilen ruh sağlığı uzmanlarının olmaması olarak belirtilmiştir (235).

Sığınmacılara yönelik ruh sağlığı hizmetlerinin geliştirilmesi için hizmet sunucular ve yöneticilerin bazı önerileri olmuştur. Sığınmacıların ve sığınmacılarla çalışan sağlık personelinin ruh sağlığı hizmetleri ile ilgili eğitilmesi ve bilinçlendirilmesi, dil bariyerinin ortadan kaldırılması için Suriyeli sağlık personelinin istihdamı ve hastanelerde tercüman bulundurulması, sığınmacılara yönelik ruh sağlığı politikası geliştirme ve STK'larla işbirliği yapılması en çok yapılan önerilerin başında gelmektedir. Sığınmacıların yanı sıra sığınmacılarla çalışan sağlık personelinin de bu konuda farkındalıklarının artırılması ve eğitilmesi çok önemlidir. Sığınmacılara yönelik ruh sağlığı hizmetleri ekip anlayışı içerisinde ve genel sağlık hizmetlerine özellikle de birinci basamak sağlık hizmetlerine entegre olarak sunulmalıdır. Bu nedenle sığınmacılara birinci basamak sağlık hizmeti sunan Göçmen Sağlığı Merkezlerinde çalışan sağlık personelinin ruh sağlığı ile ilgili eğitilmesi ve farkındalıklarının artırılması sığınmacı ruh sağlığının geliştirilmesine önemli katkı yapacaktır.

### **5.5. Sağlık Hizmetlerine Erişim ve Sağlık Hizmeti Kullanım Düzeyi**

Bu çalışmada katılımcıların yarısına yakını (%46,3) son bir yılda Türkiye'de sağlık hizmeti kullandığını belirtmiştir. Kişi başına düşen sağlık hizmeti kullanımı ise yılda ortalama 0,5 olarak bulunmuştur. Türkiye 2017 yılı verilerine göre kişi başına düşen sağlık hizmeti başvuru ortalaması 8,9'dur. Bu çalışmanın sadece yetişkinleri kapsaması ve çocuklarda sağlık hizmeti kullanımının yüksek olması gerçeğine rağmen Türkiye toplumuna göre mültecilerde sağlık hizmeti kullanımı bu durumla açıklanmayacak kadar düşüktür (236). Mültecilerle yapılan pek çok çalışmada bu çalışmayla uyumlu olarak çeşitli engeller nedeniyle mültecilerin ev sahibi topluma göre sağlık hizmeti kullanımlarının daha düşük olduğu belirtilmiştir (147, 149, 237). ABD'de anne sağlığı hizmetleri ile ilgili olarak mülteci ve ABD toplumunun karşılaştırıldığı çalışmada, mülteci gebelerin doktor ziyaretlerini daha çok erteledikleri ve anne sağlığı hizmeti kullanımlarının düşük olduğu belirtilmiştir (237). Avusturalya'da yaşayan sığınmacılarla yapılan bir çalışmada, yıllık kişi başı birinci basamak sağlık hizmetlerine başvurma ortalaması 3,4 bulunurken, Avusturalya

vatandaşlarında yıllık kişi başı başvuru ortalaması 4,5 olarak bulunmuştur (149). Benzer şekilde Hollanda'da yapılan çalışmada mülteci ve sığınmacıların son iki ayda birinci basamak sağlık hizmetlerine başvuru ortalaması 0,96 bulunurken, genel toplumda bunun 1,7 olduğu belirtilmiştir (153). İsrail'de yapılan çalışmada ise göçmen kadınların %57'si düzenli olarak bir jinekoloğa gittiğini belirtirken, İsrail asıllı kadınların yaklaşık %83'ü düzenli olarak bir jinekoloğa gittiğini belirtmiştir (147). Mülteciler, sosyoekonomik düzeylerinin düşük olması, gittikleri ülkenin dilini ve sağlık sistemini bilmemeleri ve gittikleri ülkelerde ayrımcılığa maruz kalma olasılıkları nedeniyle sağlık hizmetlerini daha az kullanıyor olabilirler.

Literatürde bu çalışmanın sonuçlarından farklı olarak mülteci, sığınmacı ve göçmenlerin ev sahibi topluma göre daha yüksek düzeyde sağlık hizmeti kullandığı ile ilgili çalışmalar da vardır (150, 151). Kanada'da yaşayan Etiyopyalı mülteci ve göçmenlerle yapılan bir çalışmada, mülteci ve göçmenlerin son bir yılda sağlık hizmetlerine başvuru sıklığı %85 olarak bulunmuştur. Çalışmada Kanada toplumunda bu sıklığın yaklaşık %80 olduğu vurgulanmıştır. ABD'de Iraklı göçmen ve mültecilerle yapılan çalışmada ise göçmenlerin %59'unun, mültecilerin ise %92'sinin sağlık hizmeti kullandıkları belirtilmiştir (151). ABD çalışmasında mültecilerin aynı zamanda yüksek düzeyde tıbbi sağlık problemlerinin olduğu, bu nedenle sağlık hizmeti kullanımlarının yüksek olduğu vurgulanmıştır. Ayrıca çalışma verilerinin mültecilerin ABD'ye geldiği ilk yıl içinde toplanmasının ve mültecilerin gelmesinden sonra fiziksel muayenenin zorunlu olmasının sağlık hizmeti kullanımını artırdığı belirtilmiştir (150). Kanada çalışmasında ise çalışılan mülteci grubunun özelliklerinin farklı olması sağlık hizmeti kullanımının yüksek olmasını açıklayabilir. Çalışmada mültecilerin ortalama 10 yıla yakındır Kanada'da yaşamaları, bu nedenle yerli toplumla entegre olmaları, eğitim durumlarının yüksek olması ve büyük kısmının çalışıyor olması mültecilerin sağlık hizmeti kullanımı önündeki eğitimsizlik, yoksulluk ve ayrımcılık gibi engelleri ortadan kaldırmış ve sağlık hizmeti kullanımlarını artırmış olabilir. Ayrıca ülkelerin mültecilere yönelik olumlu tutumları, mültecilere sunulan sosyal ve ekonomik haklar, sağlık sigortasının kapsayıcılığı ve mültecileri hedefleyen sağlık hizmetlerinin (tercüman desteği, onlarla aynı dili konuşan sağlık personelinin istihdamı gibi) varlığı gibi faktörler de mültecilerin sağlık hizmeti kullanımlarını artırmış olabilir (78).

Suriyeli sığınmacıların sağlık hizmeti kullanımları ile ilgili yapılan çalışmalar sınırlıdır ve çalışmalardaki metodolojik farklılıklar bu çalışma ile karşılaştırılabilirliğini zorlaştırmaktadır. İstanbul ve İzmir’de Suriyeli sığınmacılarla yapılan iki çalışmada, sığınmacıların Türkiye’de sağlık hizmetlerine başvuru sıklığı sırası ile yaklaşık %62 ve %54 bulunmuştur (38, 39). Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığı’nın (AFAD) Türkiye genelinde yaptığı çalışmada ise kamp dışında yaşayan sığınmacıların yaklaşık %60’ı Türkiye’de sağlık hizmeti kullandığını belirtmiştir (37). Bahsedilen çalışmalarda sağlık hizmeti kullanımının bu çalışmaya göre daha yüksek bulunmasının nedeni, bu çalışmada son bir yılda kullanılan sağlık hizmeti sorgulanırken, diğer çalışmalarda Türkiye’de bulunduğu süre içinde kullanılan sağlık hizmetinin sorgulanmış olması olabilir.

Sağlık hizmetlerine erişememe ve erişimin önündeki engeller, tartışılması gereken diğer önemli husustur. Bu çalışmada katılımcıların yaklaşık beşte biri Türkiye’de sağlık hizmetlerine erişemediğini belirtmiştir. Katılımcılar sağlık hizmetlerine erişememe nedenlerini ise en fazla dil bilmemeleri, sağlık hizmetlerini nasıl ve nerede alacaklarını bilmemeleri ve ekonomik nedenler olarak belirtmişlerdir. Ürdün’de Suriyeli mültecilerle yapılan çalışmada katılımcıların yaklaşık %14’ü en son ihtiyaç duyduğu sağlık hizmetine erişemediğini belirtmiştir. Sağlık hizmetlerine erişememe nedeni ise en çok yüksek maliyetler (%65) olmuştur (35). Lübnan ve Ürdün’de bulunan Suriyeli mültecilerle ilgili yapılan bir derleme çalışmasında ise mültecilerin sağlık ihtiyaçlarının yeterince karşılanmadığını ve özellikle Lübnan’da yüksek maliyetler nedeniyle mültecilerin sağlık hizmetlerine yeterince erişemedikleri vurgulanmıştır (238). Türkiye’de yapılan bir çalışmada ise sığınmacıların sağlık hizmetlerine erişememe düzeyi yaklaşık %57 olarak hesaplanmıştır. Aynı çalışmada katılımcılar sağlık hizmetini kullanmama nedenlerini sırası ile en çok ekonomik nedenler, hizmete nasıl başvuracağını bilmeme ve dil ile ilgili sorunlar olarak belirtmiştir (39). Sağlık hizmetlerine erişememe düzeyi olarak bu çalışmanın sonuçları daha çok Ürdün’de yapılan çalışma ile uyumludur. Metodolojik olarak sorunun soruluş biçimi ve erişim düzeyinin katılımcıların kendi değerlendirmelerine göre belirlenmesi bunu açıklayabilir. Türkiye’de yapılan çalışmada sağlık hizmetlerine erişim katılımcıların ihtiyacı olduğunda sağlık hizmetini kullanmaları ve verilen tedaviyi uygulayıp uygulamamaları üzerinden bir hesaplanma yöntemi ile

belirlenmiştir. Bu nedenle sağlık hizmetlerine erişim düzeyi çok düşük bulunmuştur. Sağlık hizmetlerine erişememe nedenleri ise bazı farklılıklar olmakla beraber, diğer iki çalışma ile uyumludur. Ürdün'deki çalışmada dil faktörünün engel olarak görünmemesi Ürdün'de resmi dilin Arapça olmasından dolayıdır. Türkiye'de sığınmacılara sağlık hizmetleri ücretsiz olarak sunulmaktadır (239). Buna rağmen hem bu çalışmada hem de İzmir'de yapılan çalışmada ekonomik nedenlerin sağlık hizmetlerine erişememe nedeni olarak öne çıkması ilginçtir. Bu durum iki nedenden kaynaklanmış olabilir: birincisi sağlık hizmetlerine erişimde gerekli olan ulaşım ve o gün temel ihtiyaçları için yaptıkları harcamalar (yemek, su vb) bile sığınmacıları zorda bırakan maliyetler olabilir. İkincisi de kaydı olmayan sığınmacılara ve kaydı olan sığınmacılara da kayıtlarının bulunduğu iller dışında kamu sağlık hizmeti sunulmadığı için özel sağlık kurumlarında yüksek maliyetle tedavi olmak zorunda olmalarıdır. Bu maliyeti karşılayamayan sığınmacılar sağlık hizmetlerine erişememe nedeni olarak “ekonomik nedenleri” belirtilmiş olabilir.

Alınan sağlık hizmetleri ile ilgili memnuniyet, sağlık hizmeti kullanımını etkileyen önemli bir faktördür. Bu çalışmada Türkiye'de sağlık hizmeti kullanan Suriyeli sığınmacıların yaklaşık %58'i verilen sağlık hizmetlerini “çok iyi/iyi”, yaklaşık %12'si ise “çok kötü/kötü” olarak nitelendirmiştir. Memnun olmama nedenleri arasında ise en fazla sağlık personelinin ilgisizliği ve nitelikli olmaması ile dil sorunu/tercüman olmaması yer almaktadır. Sağlık Bakanlığı'nın 2011 tarihli Birinci Basamak Sağlık Hizmeti Memnuniyet Araştırması'nda T.C vatandaşlarının yaklaşık %84'ü kurumda aldıkları sağlık hizmetinden memnunken, yaklaşık %6'sı memnun değildir (240). Manisa kent merkezinde yatarak tanı ve tedavi alan T.C vatandaşı hastalarla yapılan bir çalışmada katılımcıların yaklaşık %83'ü aldıkları hizmetten memnun kaldığını, %6'sı ise memnun kalmadığını belirtmiştir (241). Sığınmacıların özellikle dil ile ilgili yaşadıkları problemler ve hastanelerde yeterince tercüman olmaması, onların sağlık hizmetlerine erişimlerini kısıtlamış ve sağlık hizmetlerinden memnuniyetsiz olmalarına neden olmuş olabilir. Ayrıca yine dil farklılığı nedeniyle sağlık personeli ile yaşadıkları iletişim sorunları onları sağlık personelinde memnuniyetsizliğe, dolaylı olarak da sağlık hizmetlerinden memnuniyetsizliğe sevk etmiş olabilir.

Türkiye’de konuyla ilgili Suriyeli sığınmacılarla yapılan iki çalışmada da farklı sıklıklar bulunmuştur. AFAD’ın Türkiye genelinde yaptığı çalışmada katılımcıların yaklaşık %81’i aldıkları hizmetlerden memnun olduğunu %11’i ise memnun olmadığını belirtmiştir (37). İzmir’de yapılan çalışmada ise sağlık hizmetlerinden memnun olanların düzeyi %63,2, memnun olmayanların ise %21,0 bulunmuştur (39). Özellikle memnun olmayanların düzeyi açısından bu çalışmanın sonuçları AFAD’ın çalışması ile uyumludur.

### **5.6. Sağlık Hizmetlerine Erişim ve Sağlık Hizmeti Kullanımı ile İlişkili Faktörler**

#### **Sağlık hizmetlerine erişimle ilişkili bulunan faktörler**

Yapılan lojistik regresyon analizinde dil bilmemek, ekonomik yardım almamak ve yaşanan evin uygun olmaması sağlık hizmetlerine erişememe ile ilişkili bulunan faktörler olmuştur.

Dil bilmemek hem Suriyeli mülteciler (39, 242, 243) hem de diğer mülteci grupları (32, 33, 244, 245) ile yapılan birçok çalışmada sağlık hizmetlerine erişimi engelleyen etmenlerin başında gelmektedir. Dil ile ilgili zorluklar sağlık kuruluşundan randevu alma, sağlık personeli ile olan iletişim ve eczanelerde ilacın temini başta olmak üzere, mültecilerin sağlık hizmetine erişimini her aşamada etkileyebilmektedir (246). Bulman ve McCourt, Londra’da Somalili mülteci kadınlarla yaptıkları çalışmada kadınların anne sağlığı hizmetlerine erişimini engelleyen en önemli etmenin dil faktörü olduğunu belirtmişlerdir (244). Kanada’da sağlık profesyonelleri ile yapılan derinlemesine görüşmelerde sağlık profesyonelleri mültecilerin dil bilmemesinden dolayı iletişimde çok zorluk yaşadıklarını belirtmişlerdir (247). İzmir’de Suriyeli sığınmacılarla yapılan çalışmada dil engeli ile karşılaşmayanların sağlık hizmetlerine erişimlerinin yaklaşık 2,6 kat daha fazla olduğu belirtilmiştir (39). İstanbul’da bir STK’nın Suriyelilerle yaptığı çalışmada derdini anlatacak kadar Türkçe bilmemek sağlık hizmetlerine erişememe nedenleri arasında en fazla belirtilen olmuştur (242). Bischoff ve Denhaerynck (248) ise İsviçre’de yaptıkları çalışmada bu çalışmanın aksine, dil engeli yaşayan mültecilerin dil engeli yaşamayanlara göre daha fazla sağlık hizmeti kullandıkları ve daha fazla hastane başvuruları olduklarını belirlemiştir. Çalışmada dil engeli yaşayan mültecilerin sağlık problemlerinin tespiti

ve tedavilerinin tam anlamıyla yapılamamasının sağlık hizmeti kullanımlarını artırdığı belirtilmiştir. Dolayısı ile dil engelinin alınan sağlık hizmetinin kalitesini de düşürdüğü belirtilmiştir. Bischoff ve Denhaerynck'in çalışmasında bu çalışma ve diğer çalışmaların aksine sonuç çıkması çalışmanın yapıldığı İsviçre'nin mültecilerle ilgili sağlık politikaları olabilir. Mültecilere yönelik sağlık sigortası, hizmetlerin ücretsiz olması, hastanede tercümanlık hizmetlerinin olması mültecilerin sağlık hizmetini daha rahat kullanımlarını sağlamış olabilir. Bu çalışmada dil bilmeyen mültecilere tercümanlık hizmetlerinin tam olarak verildiği, iletişimle ilgili sorunların tercümanlık hizmetlerinden kaynaklandığı belirtilmiştir.

Türkiye'de dil bariyerinin ortadan kaldırılması ve mültecilerin sağlık hizmetlerine erişimlerinin artırılması için Sağlık Bakanlığı büyük çaba sarf etmektedir. Avrupa Birliği destekli SIHHAT projesi kapsamında; (a) mültecilere birinci basamak sağlık hizmeti sunan Göçmen Sağlığı Merkezlerinin (GSM) kurulması, (b) mültecilerin yoğun olarak yaşadığı bölgelerdeki ikinci ve üçüncü basamak kamu hastanelerinde tercüman istihdam edilmesi, (c) kamu hastanelerinde Arapça yönlendirme tabelalarının bulundurulması bu kapsamda yapılan çabalara örnektir. Ayrıca son olarak aynı proje kapsamında GSM'lerde Suriyeli sağlık personelinin istihdamı için çalışmalar devam etmektedir (249, 250). Tüm bu çabalara rağmen çalışmanın yapıldığı dönem itibarıyla bu sorunun devam ettiği görülmektedir. Türkiye'de bulunan yaklaşık dört milyon Suriyelinin neredeyse ülkenin 81 iline dağılımları bu sorunun kısa vadede çözülmesini oldukça zorlaştırmaktadır

Ekonomik yardım almamak ve yaşanan evin uygun olmaması sağlık hizmetlerine erişememe ile ilişkili bulunan diğer önemli faktörlerdir. Her iki değişken de sağlığın sosyal belirleyicileri olarak değerlendirilebilir. Ekonomik yardım almayanların ve yaşadığı evin oturmak için uygun olmadığını belirtenlerin daha fazla finansal sorunlar yaşadığı ve sağlık hizmetlerine erişimde maliyetle ilgili sorunlar bunu açıklayabilir. Literatürde yapılan çalışmaların birçoğunda sağlık hizmetleri için cepten yapılan harcamalar ve yüksek maliyetlerin mültecilerin sağlık hizmetlerine erişimlerini engellediği ortaya konulmuştur (34, 238, 242, 246). Kenya'da mültecilerle yapılan çalışmada sağlık hizmeti ihtiyacı olduğu halde sağlık hizmetine başvurmayanların yarısı sağlık hizmetinin maliyetini karşılayamadığı için sağlık hizmetine başvurmadığını belirtmiştir (34). Türkiye, Lübnan ve Ürdün'de yapılan

çalışmalarda da Suriyeli sığınmacıların yaşadığı ekonomik ve finansal sorunların sağlık hizmetlerine erişimlerini engellediği belirtilmiştir (35, 39, 238, 242).

### **Sağlık hizmeti kullanımı ile ilişkili faktörler**

Yapılan lojistik regresyon analizinde evli olmak, genel sağlık durumunu orta ya da kötü olarak değerlendirmek ve sağlık hizmetlerine erişebilirlik sağlık hizmeti kullanımını artıran faktörler olarak belirlenmiştir.

Elsouhag ve ark. (150)'nın Iraklı mültecilerle yaptığı çalışmada bu çalışmayla uyumlu olarak evli olanların daha fazla sağlık hizmeti kullandıkları bulunmuştur. Benzer şekilde ABD'de göçmenlerle yapılan çalışmada, evli olanların daha fazla hastaneye başvurdukları belirtilmiştir (251). Ancak medeni durum ile sağlık hizmeti kullanımı arasında anlamlı ilişkinin saptanmadığı çalışmalar da vardır (151, 154). Genel sağlık durumunu kötü olarak değerlendirme ile sağlık hizmeti kullanımını arasındaki ilişki literatürle uyumludur. Gerritsen ve ark.(153)'nın Hollanda'da farklı ülkelerden gelen mültecilerle yaptıkları çalışmada sağlık durumunu kötü olarak değerlendirenlerin daha fazla sağlık hizmeti kullandıkları bulunmuştur. Laban ve ark. (154)'nın çalışmasında da algılanan genel sağlık durumu sağlık hizmeti kullanımını belirleyen en önemli faktör olarak bulunmuştur. çalışmamızda mültecilerin sağlık hizmeti kullanımını etkileyen faktörlerden biri de sağlık hizmetlerine erişebilmeleridir. Türkiye'de sağlık hizmetlerine erişebildiklerini belirtenlerin daha fazla sağlık hizmeti kullandıkları bulunmuştur. Yapılan birçok çalışmada dil ile ilgili sorunlar, sağlık hizmetleri ile ilgili maliyetler, sağlık hizmetlerine fiziksel olarak ulaşımın zor olması ve sağlık sigortasının olmaması gibi sağlık hizmetlerine erişimi engelleyen faktörlerin mültecilerin sağlık hizmeti kullanımlarını azalttığı belirtilmiştir (33, 251, 252). Bu nedenle bu engellemelerle karşılaştığını düşünenlerde hizmet kullanımının düşük olması ya da karşılaşmayanların daha fazla hizmet kullanımı beklenen bir durumdur.

## 6. KISITLILIKLAR VE GÜÇLÜ YÖNLER

Bu çalışmanın en önemli kısıtlılığı tanımlayıcı bir çalışma olmasıdır. Çalışma Ankara’da Suriyeli sığınmacıların yoğun olarak yaşadığı iki mahallede yapılmış ve sığınmacılara ulaşmanın zorluğu nedeniyle olasılıklı örnekleme yöntemi yerine kartopu yöntemi ile sığınmacılara ulaşılmıştır. Bu nedenle çalışma Türkiye ya da Ankara’daki Suriyeli sığınmacıların tümünü temsil etmemektedir. Ayrıca çalışma tasarımından dolayı risk faktörleri ile ilgili nedensel bir ilişki kurulamamaktadır.

Çalışmanın diğer önemli bir kısıtlılığı ise depresyon ve TSSB tanısı için klinik görüşme yöntemi yerine kendini değerlendirme ölçeklerinin kullanılmasıdır. Geçerliliği ve güvenilirliği gösterilen ölçekler tercih edilmesine karşın, kullanılan kesim noktaları nedeniyle olası depresyon ve TSSB tanıları, var olandan daha yüksek ya da daha düşük bulunmuş olabilir.

Araştırmanın diğer bir hata kaynağı ise çalışmada kullanılan ölçeklerin “kendini değerlendirme” ölçekleri olarak hazırlanmasına rağmen sığınmacıların bir kısmının okuma yazma bilmemesi nedeniyle bu çalışmada verilerin yüz yüze veri toplama yöntemi ile toplanmasıdır. Ölçeklerin hazırlanma tekniğine göre uygulanmaması yanlılığa (bias) yol açmış olabilir.

Araştırma verilerinin toplanmasında standardizasyon sağlamak amacıyla anketörlerin seçimi ve eğitimlerine büyük çaba sarf edilmesine rağmen görüşmeciler arasındaki bireysel farklılıklar görüşmeci yanlılığına (interviewer bias) yol açmış olabilir.

Çalışmanın diğer bir kısıtlılığı ise ruh sağlığı hizmet kullanımı, genel sağlık hizmeti kullanımı ve sağlık hizmetlerine erişim durumunun tamamen katılımcıların kendi beyanlarına göre belirlenmesidir. Hatırlamama ya da bilinmeyen bazı faktörler katılımcıların bu konuda yanlış bilgi vermelerine, dolayısı ile katılımcı yanlılığına (response bias) neden olmuş olabilir.

Aynı aileden kişilerin benzer ruhsal sağlık sorunlarını yaşama ya da benzer travma geçmişlerinin olma ihtimali yüksektir. Bu nedenle verilerin toplanmasında her aileden bir kişinin çalışmaya alınması esastır. Görüşme yapılan bazı hanelerde ise birden fazla aile yaşamaktaydı. Bu çalışmada sığınmacılara ulaşmanın zorluğu nedeniyle ulaşılan hanelerde yaşayan ailelerdeki yetişkinlerin tümü çalışma kapsamına



alınmıştır. Bu nedenle bazı ailelerden birden fazla kişinin çalışmaya alınması diğer bir hata kaynağıdır.

Anket oluşturulma sürecinde katılımcıların ruhsal sağlık durumları (depresyon ve TSSB), sağlık hizmeti kullanımı ve sağlık hizmetlerine erişimleri ile ilişkili olabilecek faktörler ile ilgili kapsamlı bir literatür çalışması yapılmasına rağmen yine de bilinmeyen ve sorgulanamamış başka risk faktörleri olabilir.

Çalışmanın, tüm bu kısıtlılıklara rağmen Suriyeli sığınmacıların ruhsal sağlık durumları, ruh sağlığı ve genel sağlık hizmeti kullanımları ve sağlık hizmetlerine erişim durumları ile ilgili ulusal ve uluslararası literatüre önemli bir katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Çalışmanın en güçlü yönlerinden biri araştırmada niceliksel ve niteliksel veri toplama yöntemlerinin birlikte kullanılmasıdır. Yapılan derinlemesine görüşmelerle, sığınmacıların yanı sıra onlara sağlık hizmeti sunan sağlık çalışanları ile sunulan sağlık hizmetleri ile ilgili politikaların belirlenmesinde rol alan yöneticilerin de sığınmacılara verilen ruh sağlığı hizmetleri ile ilgili bakış açıları irdelenmiştir.

Çalışmanın diğer güçlü yanı ise dil ve kültürel farklılıklar gibi sığınmacılarla çalışmanın güçlüklerine rağmen iyi eğitilmiş ve hem Arapça hem de Türkçeyi iyi düzeyde bilen anketörler aracılığı ile çalışmanın niceliksel veri toplama aşamasının sorunsuz bir şekilde tamamlanmasıdır.

Bu çalışmanın, Türkiye’de sığınmacılara yönelik ruh sağlığı hizmetleri açısından mülteciler, hizmet sunanlar ve sağlık yöneticileri boyutları ile bir fotoğraf çektiği ve sonuçları itibarı ile gelecekte ilgili politika ve hizmetlere katkı sunacağı söylenebilir.

## 7. SONUÇLAR

- Katılımcıların yaşadıkları ortalama travma tipi sayısı (sorulan 43 travma tipi üzerinden) 13,7 bulunmuştur. Depresyon sıklığı yaklaşık %48, TSSB sıklığı ise yaklaşık %37'dir. Çalışmanın niteliksel kısmında da hem Suriyelilere sağlık hizmeti sunan sağlık personeli hem de Suriyelilere yönelik sağlık politikalarının belirlenmesinde rol alan yöneticiler Suriyeli sığınmacılarda ruhsal sağlık sorunları sıklığının yüksek olduğunu düşündüklerini belirtmişlerdir.
- Yapılan çok değişkenli lojistik regresyon analizi sonucunda;
  - Kadın olmak, ekonomik durumunu kötü/çok kötü olarak algılamak, doktorun teşhis koyduğu bedensel bir hastalığın olması, genel sağlık durumunu (çok iyi/iyi grubuna göre) kötü olarak algılamak, ruh sağlığı durumunu (çok iyi/iyi grubuna göre) "kötü" ve "orta" olarak algılamak ve travma tipi sayısındaki artış depresyon riskini artıran faktörler olarak bulunmuştur.
  - Kadın olmak, çocuk sahibi olmak, doktorun teşhis koyduğu bedensel bir hastalığın olması, doktorun teşhis koyduğu ruhsal bir hastalığın olması, ruh sağlığı durumunu (çok iyi/iyi grubuna göre) "kötü" ve "orta" olarak algılamak, Türkiye'de bulunduğu süre içerisinde ruh sağlığı yardımı alma ihtiyacı duymak ve travma tipi sayısındaki artış ise TSSB riskini artıran faktörler olarak bulunmuştur.
- Katılımcıların sadece %1,4'ü ruh sağlığı hizmet başvurusunda bulunmuştur. Sağlık hizmeti sunucuları ile sağlık politikalarının belirlenmesinde rol alan yöneticiler de benzer şekilde ruh sağlığı ihtiyacı olan sığınmacıların çok az bir kısmının ruh sağlığı hizmetlerini kullandığını düşünmektedir.
- Sığınmacıların kendi beyanlarına göre ihtiyaçları olduğu halde ruh sağlığı hizmeti kullanmama nedenleri arasında dil ile ilgili sorunlar/tercüman olmaması ve ruh sağlığı hizmetlerinin nasıl ve nerede alınacağını bilmemek önde gelmektedir. Sağlık hizmeti sunucuları ile sağlık politikalarının belirlenmesinde rol alanlar da bu engellere ek olarak sığınmacıların barınma, beslenme gibi öncelikleri nedeniyle ruhsal sorunları göz ardı ettiklerini belirtmişlerdir.

- Katılımcıların yarısına yakını (%46,3) son bir yılda Türkiye’de sağlık hizmeti kullandığını belirtmiştir.
- Katılımcıların yaklaşık beşte biri (%19,4) Türkiye’de sağlık hizmetlerine erişemediğini belirtmiştir. Sağlık hizmetlerine erişememe nedenleri arasında dil bilmeme/tercüman olmaması, sağlık hizmetlerini nasıl ve nerede alacaklarını bilmememe ve ekonomik nedenler ilk sıralarda yer almaktadır.
- Türkiye’de sağlık hizmeti kullananların yaklaşık %58’i verilen sağlık hizmetlerini “çok iyi/iyi”, yaklaşık %12’si ise “çok kötü/kötü” olarak nitelendirmiştir. Aldıkları sağlık hizmetini “çok kötü/kötü” olarak değerlendirenler en fazla “sağlık personelinin ilgisizliği ve nitelikli olmaması” ile “dil sorunu/tercüman olmaması” nedeniyle bu şekilde değerlendirdiklerini belirtmişlerdir.
- Sağlık hizmetlerine erişimi etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yapılan lojistik regresyon analizinde; dil bilmemek, ekonomik yardım almamak ve yaşanılan evin niteliğini “uygun değil” olarak değerlendirmek sağlık hizmetlerine erişememe ile ilişkili bulunan faktörlerdir.
- Yapılan lojistik regresyon analizinde evli olmak, genel sağlık durumunu “orta” ya da “kötü” olarak değerlendirme ve sağlık hizmetlerine erişebildiğini belirtmek ise sağlık hizmeti kullanımını artıran faktörler olarak belirlenmiştir.

## 8. ÖNERİLER

- Sığınmacıların ihtiyaç duydukları psikolojik destek konusunda kamu kurumları, STK'lar ve üniversiteler işbirliği ile çeşitli farkındalık çalışmaları yapılmalı ve sığınmacılara yönelik psikolojik destek hizmetleri genişletilmelidir. Sığınmacılar arasında ruhsal sağlık sorunlarının yaygın olması, ruh sağlığı hizmetlerini genel sağlık hizmetlerinin bir parçası olarak sunulması ve toplum tabanlı bir ruh sağlığı politikasının geliştirilmesini gerektirmektedir.
- Sığınmacılara ulaşmak için Göçmen Sağlığı Merkezleri (GSM) ve Güçlendirilmiş Göçmen Sağlığı Merkezleri (GGSM) etkin bir şekilde kullanılabilir. Bu merkezlerde birinci ve ikinci basamak sağlık hizmeti olarak ruh sağlığı hizmetleri de sunulmalıdır. Merkezlerde psikolog ve sosyal hizmet uzmanları istihdam edilerek merkeze gelen sığınmacılara yönelik psikolojik ve sosyal destek hizmetleri güçlendirilmelidir.
- GSM ve GGSM'lerde görevli sağlık personelinin ruhsal sağlık sorunları ile ilgili farkındalıkları çeşitli eğitimler yoluyla artırılmalıdır. Sağlık personeli, hizmet sunduğu her sığınmacıyı ruhsal problemler açısından da gözlemlemeli ve gerektiğinde en yakındaki ruh sağlığı hizmetlerine sevk etmelidir.
- Sığınmacıların izlediği TV kanalları ve radyo kanalları aracılığı ile hazırlanacak kamu spotları ve programlar ile ruhsal sağlık problemleri ile ilgili bilinçlendirme çalışmaları yapılabilir. Ayrıca cep telefonlarına gönderilecek kısa mesajlar ile de bu faaliyetler yürütülebilir. Bilinçlendirme faaliyetleri psikolojik sorunlarla nasıl baş edecekleri, hangi birimlere ve nasıl başvuracakları gibi konuları içermelidir.
- Ruh sağlığının korunması ve geliştirilmesi için risk faktörlerine de odaklanmalıdır. Ekonomik durumu kötü olan sığınmacılara yönelik yapılacak çeşitli yardımlar ve istihdamları ruhsal sağlıklarına da katkı yapacaktır. Benzer şekilde sığınmacıların genel sağlık durumlarının korunması ve geliştirilmesi ruhsal problemlerinin çözümüne de katkı yapacaktır.
- Psikolojik destek hizmetlerinin sunulmasında riskli grupların (kadınlar, çocuk sahibi olanlar vb) öncelenmesinde fayda vardır.
- Dil sorununun çözümü için tercüman ya da sağlık aracısı sayısının artırılması, bu yardımcı personelin profesyonel ve nitelikli olması verilen sağlık hizmetinin kalitesini de artıracaktır. Ayrıca Sağlık Bakanlığı'nın SIHHAT projesi

kapsamında başlattığı Suriyeli sağlık personelinin istihdamı girişimi yaygınlaştırılarak devam ettirilmelidir.

- Türkiye'deki sağlık sisteminin tanıtılması başta olmak üzere her konuda sığınmacıların sağlık okuryazarlığı düzeylerini artıracak faaliyetlere ihtiyaç vardır. Genel sağlık ve ruh sağlığı hizmet ihtiyacı olan sığınmacılar hangi kurumlara, nasıl başvurabilecekleri ile ilgili daha fazla bilinçlendirilmelidir. Bu eğitimler, çeşitli kamu spotları ile yapılabileceği gibi göçmen sağlığı merkezlerinde toplu olarak yapılabilecek eğitimler, Arapça hazırlanan çeşitli broşürler, posterler vb aracılığı ile de yapılabilir.
- Sığınmacıların hem ruh sağlığı hem de diğer sağlık hizmetlerine erişimlerinin artırılması için ulusal düzeyde sığınmacı odaklı bir sağlık hizmeti politikası ve eylem planının geliştirilmesi faydalı olacaktır.

## 9. KAYNAKLAR

1. Lomo ZA. The 1951 Convention Relating to the Status of Refugees and its 1967 Protocol: A Commentary. *J Refug Stud.* 2012;25(4):589-90.
2. Karadağ Ö, Altıntaş H. Refugees and Health. *TAF Prev Med Bull.* 2010;9(1):55-62.
3. Craig T, Jajua P, Warfa N. Mental healthcare needs of refugees. *Psychiatry.* 2006;5(11):405-8.
4. 6458 Sayılı Yabancılar ve Uluslararası Koruma Kanunu (2013).
5. 6883 Sayılı Geçici Koruma Yönetmeliği (2014).
6. The UN Refugee Agency-UNHCR. Figures at a Glance [Internet]. 2018 [Erişim Tarihi 23 Şubat 2019]. Erişim adresi: <https://www.unhcr.org/afr/figures-at-a-glance.html>
7. The UN Refugee Agency-UNHCR. Syria Regional Refugee Report [Internet]. 2019 [Erişim Tarihi 10 Şubat 2019]. Erişim adresi: <https://data2.unhcr.org/en/situations/syria>
8. İçişleri Bakanlığı Göç İdaresi Genel Müdürlüğü. Yıllara Göre Geçici Koruma Kapsamındaki Suriyeliler [Internet]. 2019 [Erişim Tarihi 25 Mayıs 2019]. Erişim adresi: [http://www.goc.gov.tr/icerik6/gecici-koruma\\_363\\_378\\_4713\\_icerik](http://www.goc.gov.tr/icerik6/gecici-koruma_363_378_4713_icerik)
9. Alpak G, Unal A, Bulbul F, Sagaltici E, Bez Y, Altindag A, et al. Post-traumatic stress disorder among Syrian refugees in Turkey: a cross-sectional study. *Int J Psychiatry Clin Pract.* 2015;19(1):45-50.
10. Porter M, Haslam N. Predisplacement and postdisplacement factors associated with mental health of refugees and internally displaced persons: a meta-analysis. *Jama.* 2005;294(5):602-12.
11. Bogic M, Njoku A, Priebe S. Long-term mental health of war-refugees: a systematic literature review. *BMC Int Health Hum Rights.* 2015;15:29.
12. Basoglu M, Livanou M, Crnobaric C, Franciskovic T, Suljic E, Duric D, et al. Psychiatric and cognitive effects of war in former yugoslavia: association of lack of redress for trauma and posttraumatic stress reactions. *Jama.* 2005;294(5):580-90.
13. Steel Z, Chey T, Silove D, Marnane C, Bryant RA, van Ommeren M. Association of torture and other potentially traumatic events with mental health outcomes among populations exposed to mass conflict and displacement: a systematic review and meta-analysis. *Jama.* 2009;302(5):537-49.
14. Fazel M, Wheeler J, Danesh J. Prevalence of serious mental disorder in 7000 refugees resettled in western countries: a systematic review. *The Lancet.* 2005;365(9467):1309-14.
15. Bogic M, Ajdukovic D, Bremner S, Franciskovic T, Galeazzi GM, Kucukalic A, et al. Factors associated with mental disorders in long-settled war refugees:

- refugees from the former Yugoslavia in Germany, Italy and the UK. *Br J Psychiatry*. 2012;200(3):216-23.
16. Marshall GN, Schell TL, Elliott MN, Berthold SM, Chun CA. Mental health of Cambodian refugees 2 decades after resettlement in the United States. *Jama*. 2005;294(5):571-9.
  17. Kazour F, Zahreddine NR, Maragel MG, Almustafa MA, Soufia M, Haddad R, et al. Post-traumatic stress disorder in a sample of Syrian refugees in Lebanon. *Compr Psychiatry*. 2017;72:41-7.
  18. Naja WJ, Aoun MP, El Khoury EL, Abdallah FJB, Haddad RS. Prevalence of depression in Syrian refugees and the influence of religiosity. *Compr Psychiatry*. 2016;68:78-85.
  19. Eytan A, Gex-Fabry M, Toscani L, Deroo L, Loutan L, Bovier PA. Determinants of postconflict symptoms in Albanian Kosovars. *J Nerv Ment Dis*. 2004;192(10):664-71.
  20. Davis RM, Davis Ht. PTSD symptom changes in refugees. *Torture*. 2006;16(1):10-9.
  21. Blair RG. Risk factors associated with PTSD and major depression among Cambodian refugees in Utah. *Health Soc Work*. 2000;25(1):23-30.
  22. Mollica RF, Wyshak G, Lavelle J. The psychosocial impact of war trauma and torture on Southeast Asian refugees. *Am J Psychiatry*. 1987;144(12):1567-72.
  23. Tufan AE, Alkin M, Bosgelmez S. Post-traumatic stress disorder among asylum seekers and refugees in Istanbul may be predicted by torture and loss due to violence. *Nord J Psychiatry*. 2013;67(3):219-24.
  24. Simich L, Beiser M, Mawani FN. Social support and the significance of shared experience in refugee migration and resettlement. *West J Nurs Res*. 2003;25(7):872-91.
  25. Birman D, Tran N. Psychological distress and adjustment of Vietnamese refugees in the United States: Association with pre- and postmigration factors. *Am J Orthopsychiatry*. 2008;78(1):109-20.
  26. de Anstiss H, Ziaian T, Procter N, Warland J, Baghurst P. Help-seeking for mental health problems in young refugees: a review of the literature with implications for policy, practice, and research. *Transcult Psychiatry*. 2009;46(4):584-607.
  27. Cauce AM, Domenech-Rodriguez M, Paradise M, Cochran BN, Shea JM, Srebnik D, et al. Cultural and contextual influences in mental health help seeking: a focus on ethnic minority youth. *J Consult Clin Psychol*. 2002;70(1):44-55.
  28. Fenta H, Hyman I, Noh S. Mental health service utilization by Ethiopian immigrants and refugees in Toronto. *J Nerv Ment Dis*. 2006;194(12):925-34.
  29. Bean T, Eurelings-Bontekoe E, Mooijaart A, Spinhoven P. Factors associated with mental health service need and utilization among unaccompanied refugee adolescents. *Adm Policy Ment Health*. 2006;33(3):342-55.

30. Davidson N, Skull S, Burgner D, Kelly P, Raman S, Silove D, et al. An issue of access: delivering equitable health care for newly arrived refugee children in Australia. *J Paediatr Child Health*. 2004;40(9-10):569-75.
31. Nadeau L, Measham T. Caring for migrant and refugee children: challenges associated with mental health care in pediatrics. *J Dev Behav Pediatr*. 2006;27(2):145-54.
32. Hadgkiss EJ, Renzaho AM. The physical health status, service utilisation and barriers to accessing care for asylum seekers residing in the community: a systematic review of the literature. *Aust Health Rev*. 2014;38(2):142-59.
33. Asgary R, Segar N. Barriers to health care access among refugee asylum seekers. *J Health Care Poor Underserved*. 2011;22(2):506-22.
34. Mohamed AH, Dalal W, Nyoka R, Burke H, Ahmed J, Auko E, et al. Health care utilization for acute illnesses in an urban setting with a refugee population in Nairobi, Kenya: a cross-sectional survey. *BMC Health Services Research*. 2014;14(1):200.
35. Doocy S, Lyles E, Akhu-Zaheya L, Burton A, Burnham G. Health service access and utilization among Syrian refugees in Jordan. *Int J Equity Health*. 2016;15(1):108.
36. Ozçürümez S, Yıldırım D. Syrians under temporary protection, health services and NGOs in Turkey: the Association for Solidarity with Asylum Seekers and Migrants and the Turkish Medical Association. *Civil Society and Health: Contributions and Potential*. 2017:105-24.
37. Afet ve Acil Durum Yönetim Başkanlığı-AFAD. Türkiye'deki Suriyeli Sığınmacılar, 2013 Saha Araştırması Raporu. Ankara: Afet ve Acil Durum Yönetim Başkanlığı; 2013.
38. Karataştan N. Suriyeli Mültecilerin Sağlık Hizmetlerine Ulaşmada Yaşadıkları Zorluklar [Yüksek lisans tezi]. İstanbul: Haliç Üniversitesi; 2017.
39. Bahadır H. İzmir'in bir mahallesinde yaşayan suriyeli sığınmacıların sağlık durumları, sağlık hizmetlerine erişimi ve erişimi etkileyen etmenler [Uzmanlık tezi]. İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi; 2016.
40. Krug EG, Mercy JA, Dahlberg LL, Zwi AB. The world report on violence and health. *Lancet*. 2002;360(9339):1083-8.
41. Krug EG, Mercy JA, Dahlberg LL, Zwi AB. World report on violence and health. Geneva: World Health Organization; 2002.
42. Grundy J, Annear P, Mihrshahi S. Balancing national security with human security: a call for comprehensive pre-event public health analysis of war and defence policy. *Health Security and Governance Kentucky USA*: Taylor and Francis Publishing Group. 2012.
43. Detels R, Gulliford M, Karim QA. Oxford textbook of global public health: Oxford University Press, USA; 2015.
44. Stockholm International Peace Research Institute-SIPRI. Armaments, disarmament and international security: SIPRI Yearbook; 2016.



45. Human Rights Watch. World Report 2019, Events of 2018. Human Rights Watch; 2019.
46. Guha-Sapir D, Schluter B, Rodriguez-Llanes JM, Lillywhite L, Hicks MH. Patterns of civilian and child deaths due to war-related violence in Syria: a comparative analysis from the Violation Documentation Center dataset, 2011-16. *Lancet Glob Health*. 2018;6(1):e103-e10.
47. The UN Refugee Agency-UNHCR. Syria FactSheet 2018 [Internet]. 2018 [Erişim Tarihi 20 Ocak 2019]. Erişim adresi: <https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/Syria%20Fact%20Sheet%20October%202018.pdf>
48. Guha-Sapir D, Rodriguez-Llanes JM, Hicks MH, Donneau AF, Coutts A, Lillywhite L, et al. Civilian deaths from weapons used in the Syrian conflict. *Bmj*. 2015;351:h4736.
49. Syrian Center for Policy Research- SCPR. Forced Dispersion: A Demographic Report on Human Status in Syria; 2016.
50. The UN Refugee Agency-UNHCR. Regional Refugee & Resilience Plan 2017-2018, In responses to Syria Crises [Internet]. 2017 [Erişim Tarihi 20 Ocak 2019]. Erişim adresi: <http://reporting.unhcr.org/node/16434>
51. World Health Organization-The WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean. Refugees and Internally Displaced Persons in The Eastern Mediterranean Region: A Health Perspective [Internet]. 2015 [Erişim Tarihi 20 Ocak 2019]. Erişim adresi: [http://www.emro.who.int/images/stories/eha/documents/migrants\\_refugees\\_position\\_paper.pdf?ua=1](http://www.emro.who.int/images/stories/eha/documents/migrants_refugees_position_paper.pdf?ua=1)
52. World Health Organization-The WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean. Regional Situation Report [Internet]. 2014 [Erişim Tarihi 20 Mayıs 2017]. Erişim adresi: [http://www.emro.who.int/images/stories/syria/SituationReport\\_20140615.pdf](http://www.emro.who.int/images/stories/syria/SituationReport_20140615.pdf)
53. Gornall J. Healthcare for Syrian refugees. *Bmj*. 2015;351:h4150.
54. Medecins Sans Frontieres-MSF. A Silent Crisis: Treating Non-Communicable Diseases in Jordan [Internet]. 2015 [Erişim Tarihi 13 Eylül 2017]. Erişim adresi: <https://www.doctorswithoutborders.org/what-we-do/news-stories/story/silent-crisis-treating-non-communicable-diseases-jordan>
55. Benage M, Greenough PG, Vinck P, Omeira N, Pham P. An assessment of antenatal care among Syrian refugees in Lebanon. *Confl Health*. 2015;9:8.
56. Bradby H, Humphris R, Newall D, Phillimore J. Public health aspects of migrant health: a review of the evidence on health status for refugees and asylum seekers in the European Region. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2015.
57. The UN Refugee Agency-UNHCR. 3 RP Regional Progress Report [Internet]. 2015 [Erişim Tarihi 25 Kasım 2017]. Erişim adresi: <https://data2.unhcr.org/en/documents/details/45333>

58. Patricio V. Marquez. *Mental Health Among Displaced People and Refugees : Making the Case for Action at the World Bank Group*. Washington, DC: World Bank; 2016 19.12.2016.
59. Dalgard OS, Thapa SB, Hauff E, McCubbin M, Syed HR. Immigration, lack of control and psychological distress: findings from the Oslo Health Study. *Scand J Psychol*. 2006;47(6):551-8.
60. Molsa M, Punamaki RL, Saarni SI, Tiilikainen M, Kuittinen S, Honkasalo ML. Mental and somatic health and pre- and post-migration factors among older Somali refugees in Finland. *Transcult Psychiatry*. 2014;51(4):499-525.
61. World Health Organization-WHO. Regional Situation Report, WHO response to the Syrian crisis [Internet]. 2015 [Erişim Tarihi 25 Kasım 2017]. Erişim adresi: <https://data2.unhcr.org/en/documents/details/45333>
62. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 4th ed., text rev. ed. Washington, DC2000.
63. Jones E. Historical approaches to post-combat disorders. *Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci*. 2006;361(1468):533-42.
64. Bolu A, Erdem M, Öznur T. Travma Sonrası Stres Bozukluğu. *Anatolian Journal of Clinical Investigation*. 2014;8(2).
65. Koryürek MM. *Iraklı Sivillerde Savaş Travmasına Bağlı Ruhsal sorunların Yordayıcıları (Uzmanlık tezi)*. Ankara: Hacettepe Üniversitesi; 2011.
66. American Psychological Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 3rd ed. Arlington (VA)1980.
67. American Psychological Association (APA). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (Revised)*. 5.th ed2013.
68. Sareen J. Posttraumatic stress disorder in adults: impact, comorbidity, risk factors, and treatment. *Can J Psychiatry*. 2014;59(9):460-7.
69. Öztürk MO, Uluşahin A. *Ruh sağlığı ve bozuklukları*. Ankara: Nobel Tıp Kitapları; 2011.
70. Kessler RC, Sonnega A, Bromet E, Hughes M, Nelson CB. Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry*. 1995;52(12):1048-60.
71. Karam EG, Friedman MJ, Hill ED, Kessler RC, McLaughlin KA, Petukhova M, et al. Cumulative traumas and risk thresholds: 12-month PTSD in the World Mental Health (WMH) surveys. *Depress Anxiety*. 2014;31(2):130-42.
72. Perrin M, Vandeleur CL, Castelao E, Rothen S, Glaus J, Vollenweider P, et al. Determinants of the development of post-traumatic stress disorder, in the general population. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2014;49(3):447-57.
73. Breslau N, Kessler RC, Chilcoat HD, Schultz LR, Davis GC, Andreski P. Trauma and posttraumatic stress disorder in the community: the 1996 Detroit Area Survey of Trauma. *Arch Gen Psychiatry*. 1998;55(7):626-32.

74. Perkonig A, Kessler RC, Storz S, Wittchen HU. Traumatic events and post-traumatic stress disorder in the community: prevalence, risk factors and comorbidity. *Acta Psychiatr Scand.* 2000;101(1):46-59.
75. World Health Organization. Depression and other common mental disorders: global health estimates. Geneva: World Health Organization; 2017.
76. World Health Organization. The World Health Report 2001-Mental health: new understanding, new hope. Geneva: World Health Organization; 2001.
77. Üstün TB, Ayuso-Mateos JL, Chatterji S, Mathers C, Murray CJL. Global burden of depressive disorders in the year 2000. *Br J Psychiatry.* 2004;184(5):386-92.
78. Murray CJ, Lopez AD. The global burden of disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020: summary. World Health Organization, World Bank & Harvard School of Public Health; 1996.
79. World Health Organization. The global burden of disease: 2004 update. Geneva: World Health Organization; 2008.
80. Bland RC. Psychiatric Disorders in America: The Epidemiologic Catchment Area Study. *J Psychiatry Neurosci.* 1992;17(1):34-6.
81. Regier DA, Boyd JH, Burke JD, Jr, et al. One-month prevalence of mental disorders in the united states: Based on five epidemiologic catchment area sites. *Arch Gen Psychiatry.* 1988;45(11):977-86.
82. Blazer DG, Kessler RC, McGonagle KA, Swartz MS. The prevalence and distribution of major depression in a national community sample: the National Comorbidity Survey. *Am J Psychiatry.* 1994;151(7):979-86.
83. Myers JK, Weissman MM, Tischler GL, et al. Six-month prevalence of psychiatric disorders in three communities: 1980 to 1982. *Arch Gen Psychiatry.* 1984;41(10):959-67.
84. Bromet E, Andrade LH, Hwang I, Sampson NA, Alonso J, de Girolamo G, et al. Cross-national epidemiology of DSM-IV major depressive episode. *BMC Med.* 2011;9(1):90.
85. Ferrari AJ, Somerville AJ, Baxter AJ, Norman R, Patten SB, Vos T, et al. Global variation in the prevalence and incidence of major depressive disorder: a systematic review of the epidemiological literature. *Psychol Med.* 2012;43(3):471-81.
86. Ohayon MM, Priest RG, Guilleminault C, Caulet M. The prevalence of depressive disorders in the united kingdom. *Biol Psychiatry.* 1999;45(3):300-7.
87. Kukihara H, Yamawaki N, Uchiyama K, Arai S, Horikawa E. Trauma, depression, and resilience of earthquake/tsunami/nuclear disaster survivors of Hirono, Fukushima, Japan. *Psychiatry Clin Neurosci.* 2014;68(7):524-33.
88. Önder E, Tural Ü, Aker T, Kılıç C, Erdoğan S. Prevalence of psychiatric disorders three years after the 1999 earthquake in Turkey: Marmara Earthquake Survey (MES). *Soc Psych Psych Epid.* 2006;41(11):868-74.

89. Kilic C, Ulusoy M. Psychological effects of the November 1999 earthquake in Turkey: an epidemiological study. *Acta Psychiatr Scand.* 2003;108(3):232-8.
90. Armenian HK, Morikawa M, Melkonian AK, Hovanesian AP, Haroutunian N, Saigh PA, et al. Loss as a determinant of PTSD in a cohort of adult survivors of the 1988 earthquake in Armenia: implications for policy. *Acta Psychiatr Scand.* 2000;102(1):58-64.
91. Sharan P, Chaudhary G, Kavathekar SA, Saxena S. Preliminary report of psychiatric disorders in survivors of a severe earthquake. *Am J Psychiatry.* 1996;153(4):556-8.
92. Lai TJ, Chang CM, Connor KM, Lee LC, Davidson JR. Full and partial PTSD among earthquake survivors in rural Taiwan. *J Psychiatr Res.* 2004;38(3):313-22.
93. Roberts B, Damundu EY, Lomoro O, Sondorp E. Post-conflict mental health needs: a cross-sectional survey of trauma, depression and associated factors in Juba, Southern Sudan. *BMC Psychiatry.* 2009;9:7.
94. Husain F, Anderson M, Lopes Cardozo B, Becknell K, Blanton C, Araki D, et al. Prevalence of war-related mental health conditions and association with displacement status in postwar Jaffna District, Sri Lanka. *Jama.* 2011;306(5):522-31.
95. Mollica RF, McInnes K, Sarajlic N, Lavelle J, Sarajlic I, Massagli MP. Disability associated with psychiatric comorbidity and health status in Bosnian refugees living in Croatia. *Jama.* 1999;282(5):433-9.
96. Ai AL, Peterson C, Ubelhor D. War-related trauma and symptoms of posttraumatic stress disorder among adult Kosovar refugees. *J Trauma Stress.* 2002;15(2):157-60.
97. Dahl S, Mutapcic A, Schei B. Traumatic events and predictive factors for posttraumatic symptoms in displaced Bosnian women in a war zone. *J Trauma Stress.* 1998;11(1):137-45.
98. Acarturk C, Cetinkaya M, Senay I, Gulen B, Aker T, Hinton D. Prevalence and Predictors of Posttraumatic Stress and Depression Symptoms Among Syrian Refugees in a Refugee Camp. *J Nerv Ment Dis.* 2018;206(1):40-5.
99. Turner SW, Bowie C, Dunn G, Shapo L, Yule W. Mental health of Kosovan Albanian refugees in the UK. *Br J Psychiatry.* 2003;182:444-8.
100. Cheung P. Posttraumatic stress disorder among Cambodian refugees in New Zealand. *Int J Soc Psychiatry.* 1994;40(1):17-26.
101. Silove D. The ADAPT model: a conceptual framework for mental health and psychosocial programming in post conflict settings. *Intervention.* 2013;11(3):237-48.
102. Bhugra D. Migration and mental health. *Acta Psychiatr Scand.* 2004;109(4):243-58.
103. Mollica RF, Cui X, McInnes K, Massagli MP. Science-based policy for psychosocial interventions in refugee camps: a Cambodian example. *J Nerv Ment Dis.* 2002;190(3):158-66.

104. Perera S, Gavian M, Frazier P, Johnson D, Spring M, Westermeyer J, et al. A longitudinal study of demographic factors associated with stressors and symptoms in African refugees. *Am J Orthopsychiatry*. 2013;83(4):472-82.
105. Fenta H, Hyman I, Noh S. Determinants of depression among Ethiopian immigrants and refugees in Toronto. *J Nerv Ment Dis*. 2004;192(5):363-72.
106. Papadopoulos I, Lees S, Lay M, Gebrehiwot A. Ethiopian refugees in the UK: migration, adaptation and settlement experiences and their relevance to health. *Ethn Health*. 2004;9(1):55-73.
107. Strong J, Varady C, Chahda N, Doocy S, Burnham G. Health status and health needs of older refugees from Syria in Lebanon. *Confl Health*. 2015;9:12.
108. Ekblad S, Prochazka H, Roth G. Psychological impact of torture: a 3-month follow-up of mass-evacuated Kosovan adults in Sweden. Lessons learnt for prevention. *Acta Psychiatr Scand Suppl*. 2002(412):30-6.
109. Chung RC, Bemak F, Kagawa-Singer M. Gender differences in psychological distress among Southeast Asian refugees. *J Nerv Ment Dis*. 1998;186(2):112-9.
110. Gerritsen AA, Bramsen I, Deville W, van Willigen LH, Hovens JE, van der Ploeg HM. Physical and mental health of Afghan, Iranian and Somali asylum seekers and refugees living in the Netherlands. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2006;41(1):18-26.
111. Feyera F, Mihretie G, Bedaso A, Gedle D, Kumera G. Prevalence of depression and associated factors among Somali refugee at melkadida camp, southeast Ethiopia: a cross-sectional study. *BMC Psychiatry*. 2015;15(1):171.
112. Tay AK, Rees S, Chan J, Kareth M, Silove D. Examining the broader psychosocial effects of mass conflict on PTSD symptoms and functional impairment amongst West Papuan refugees resettled in Papua New Guinea (PNG). *Soc Sci Med*. 2015;132:70-8.
113. Steel Z, Silove D, Phan T, Bauman A. Long-term effect of psychological trauma on the mental health of Vietnamese refugees resettled in Australia: a population-based study. *Lancet*. 2002;360(9339):1056-62.
114. Steel Z, Chey T, Silove D, Marnane C, Bryant R, Ommeren M. Association of torture and other potentially traumatic events with mental health outcomes among populations exposed to mass conflict and displacement: a systematic review and meta-analysis. *Jama*. 2009.
115. Johnson H, Thompson A. The development and maintenance of post-traumatic stress disorder (PTSD) in civilian adult survivors of war trauma and torture: A review. *Clin Psychol Rev*. 2008;28(1):36-47.
116. Roberts B, Ocaka KF, Browne J, Oyok T, Sondorp E. Factors associated with post-traumatic stress disorder and depression amongst internally displaced persons in northern Uganda. *BMC Psychiatry*. 2008;8.
117. Delic-Ovcina L. The case of adult Bosnian Muslim male refugees in Chicago: Current health behavior outcomes and PTSD symptomatology [PhD thesis]. Urbana, Illinois: University of Illinois at Urbana-Champaign; 2010.

118. Ozer EJ, Best SR, Lipsey TL, Weiss DS. Predictors of posttraumatic stress disorder and symptoms in adults: a meta-analysis. *Psychol Bull.* 2003;129(1):52-73.
119. Mollica RF, McInnes K, Poole C, Tor S. Dose-effect relationships of trauma to symptoms of depression and post-traumatic stress disorder among Cambodian survivors of mass violence. *Br J Psychiatry.* 1998;173:482-8.
120. Mollica RF, McInnes K, Pham T, Smith Fawzi MC, Murphy E, Lin L. The dose-effect relationships between torture and psychiatric symptoms in Vietnamese ex-political detainees and a comparison group. *J Nerv Ment Dis.* 1998;186(9):543-53.
121. Bhui K, Abdi A, Abdi M, Pereira S, Dualeh M, Robertson D, et al. Traumatic events, migration characteristics and psychiatric symptoms among Somali refugees--preliminary communication. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2003;38(1):35-43.
122. Beiser M. Longitudinal research to promote effective refugee resettlement. *Transcult Psychiatry.* 2006;43(1):56-71.
123. Basoglu M, Paker M, Paker O, Ozmen E, Marks I, Incesu C, et al. Psychological effects of torture: a comparison of tortured with nontortured political activists in Turkey. *Am J Psychiatry.* 1994;151(1):76-81.
124. Ibrahim H, Hassan CQ. Post-traumatic Stress Disorder Symptoms Resulting from Torture and Other Traumatic Events among Syrian Kurdish Refugees in Kurdistan Region, Iraq. *Front Psychol.* 2017;8:241.
125. Li SS, Liddell BJ, Nickerson A. The Relationship Between Post-Migration Stress and Psychological Disorders in Refugees and Asylum Seekers. *Curr Psychiatry Rep.* 2016;18(9):82.
126. Krahn H, Derwing T, Mulder M, Wilkinson L. Educated and underemployed: Refugee integration into the Canadian labour market. *Journal of International Migration and Integration / Revue de l'integration et de la migration internationale.* 2000;1(1):59-84.
127. Kessler RC, Turner JB, House JS. Intervening processes in the relationship between unemployment and health. *Psychol Med.* 1987;17(4):949-61.
128. Warr P. Psychological aspects of employment and unemployment. *Psychol Med.* 1982;12(1):7-11.
129. Paul KI, Moser K. Unemployment impairs mental health: Meta-analyses. *J Vocat Behav.* 2009;74(3):264-82.
130. Hocking DC, Kennedy GA, Sundram S. Mental disorders in asylum seekers: the role of the refugee determination process and employment. *J Nerv Ment Dis.* 2015;203(1):28-32.
131. Silove D, Sinnerbrink I, Field A, Manicavasagar V, Steel Z. Anxiety, depression and PTSD in asylum-seekers: associations with pre-migration trauma and post-migration stressors. *Br J Psychiatry.* 1997;170:351-7.

132. Beiser M, Hou F. Language acquisition, unemployment and depressive disorder among Southeast Asian refugees: a 10-year study. *Soc Sci Med.* 2001;53(10):1321-34.
133. Guerin B, Guerin P, Diiriye RO, Yates S. Somali conceptions and expectations concerning mental health: Some guidelines for mental health professionals. *NZ J Psychol.* 2004.
134. Hinton WL, Tiet Q, Tran CG, Chesney M. Predictors of depression among refugees from Vietnam: a longitudinal study of new arrivals. *J Nerv Ment Dis.* 1997;185(1):39-45.
135. Chung RC, Kagawa-Singer M. Predictors of psychological distress among southeast Asian refugees. *Soc Sci Med.* 1993;36(5):631-9.
136. Laban CJ, Gernaat HB, Komproe IH, Schreuders BA, De Jong JT. Impact of a long asylum procedure on the prevalence of psychiatric disorders in Iraqi asylum seekers in The Netherlands. *J Nerv Ment Dis.* 2004;192(12):843-51.
137. Silove D, Steel Z, McGorry P, Mohan P. Trauma exposure, postmigration stressors, and symptoms of anxiety, depression and post-traumatic stress in Tamil asylum-seekers: comparison with refugees and immigrants. *Acta Psychiatr Scand.* 1998;97(3):175-81.
138. Robjant K, Hassan R, Katona C. Mental health implications of detaining asylum seekers: systematic review. *Br J Psychiatry.* 2009;194(4):306-12.
139. Silove D, Steel Z, Susljik I, Frommer N, Loneragan C, Chey T, et al. The impact of the refugee decision on the trajectory of PTSD, anxiety, and depressive symptoms among asylum seekers: a longitudinal study. *Am J Disaster Med.* 2007;2(6):321-9.
140. Momartin S, Steel Z, Coello M, Aroche J, Silove DM, Brooks R. A comparison of the mental health of refugees with temporary versus permanent protection visas. *Med J Aust.* 2006;185(7):357-61.
141. Steel Z, Momartin S, Silove D, Coello M, Aroche J, Tay KW. Two year psychosocial and mental health outcomes for refugees subjected to restrictive or supportive immigration policies. *Soc Sci Med.* 2011;72(7):1149-56.
142. Schweitzer R, Melville F, Steel Z, Lacherez P. Trauma, post-migration living difficulties, and social support as predictors of psychological adjustment in resettled Sudanese refugees. *Aust N Z J Psychiatry.* 2006;40(2):179-87.
143. Noh S, Beiser M, Kaspar V, Hou F, Rummens J. Perceived racial discrimination, depression, and coping: a study of Southeast Asian refugees in Canada. *J Health Soc Behav.* 1999;40(3):193-207.
144. Chen J, Ng E, Wilkins R. The health of Canada's immigrants in 1994-95. *Health Rep.* 1996;7(4):33-45, 37-50.
145. Wen SW, Goel V, Williams JI. Utilization of health care services by immigrants and other ethnic/cultural groups in Ontario. *Ethn Health.* 1996;1(1):99-109.

146. Bedos C, Brodeur JM, Benigeri M, Olivier M. [Utilization of preventive dental services by recent immigrants in Quebec]. *Can J Public Health*. 2004;95(3):219-23.
147. Gross R, Brammli-Greenberg S, Remennick L. Self-rated health status and health care utilization among immigrant and non-immigrant Israeli Jewish women. *Women Health*. 2001;34(3):53-69.
148. Sent L, Ballem P, Paluck E, Yelland L, Vogel AM. The Asian Women's Health Clinic: addressing cultural barriers to preventive health care. *CMAJ*. 1998;159(4):350-4.
149. Correa-Velez I, Johnston V, Kirk J, Ferdinand A. Community-based asylum seekers' use of primary health care services in Melbourne. *Med J Aust*. 2008;188(6):344-8.
150. Elsouhag D, Arnetz B, Jamil H, Lumley MA, Broadbridge CL, Arnetz J. Factors Associated with Healthcare Utilization Among Arab Immigrants and Iraqi Refugees. *J Immigr Minor Health*. 2015;17(5):1305-12.
151. Fenta H, Hyman I, Noh S. Health Service Utilization by Ethiopian Immigrants and Refugees in Toronto. *J Immigr Minor Health*. 2007;9(4):349-57.
152. Kiss V, Pim C, Hemmelgarn BR, Quan H. Building knowledge about health services utilization by refugees. *J Immigr Minor Health*. 2013;15(1):57-67.
153. Gerritsen AA, Bramsen I, Deville W, van Willigen LH, Hovens JE, van der Ploeg HM. Use of health care services by Afghan, Iranian, and Somali refugees and asylum seekers living in The Netherlands. *Eur J Public Health*. 2006;16(4):394-9.
154. Laban CJ, Gernaat HBPE, Komproe IH, De Jong JTVM. Prevalence and predictors of health service use among Iraqi asylum seekers in the Netherlands. *Soc Psych Psych Epid*. 2007;42(10):837-44.
155. Han H, Lee J, Kim K, Chung Y, Kim M, Robinson C, et al. Healthcare utilization among North Korean refugees in South Korea: a mixed methods study. *Public Health*. 2017;142:116-20.
156. Derr AS. Mental Health Service Use Among Immigrants in the United States: A Systematic Review. *Psychiatr Serv*. 2016;67(3):265-74.
157. Lee S, Matejkowski J. Mental health service utilization among noncitizens in the United States: findings from the National Latino and Asian American Study. *Adm Policy Ment Health*. 2012;39(5):406-18.
158. Chen AW, Kazanjian A. Rate of mental health service utilization by Chinese immigrants in British Columbia. *Can J Public Health*. 2005;96(1):49-51.
159. Drummond PD, Mizan A, Brocx K, Wright B. Barriers to accessing health care services for West African refugee women living in Western Australia. *Health Care Women Int*. 2011;32(3):206-24.
160. Suriyeli yabancıların kayıt işlemleri konulu, 12029 sayılı 29 nolu genelge, 12029 sayılı 29 nolu genelge (2014).
161. Geçici koruma altındaki yabancılara ilişkin hizmetlerin yürütülmesi konulu 27767 sayılı 2014/4 nolu Genelge, 27767 (2014).



162. Geçici koruma altına alınanlara verilecek sağlık hizmetlerine dair esaslar yönergesi, (2015).
163. Taş D. Ülkemizde geçici koruma altına alınan Suriye Arap Cumhuriyeti vatandaşlarına sunulan sağlık hizmetleri [Internet]. 2017 [Erişim Tarihi 8 Ağustos 2017]. Erişim adresi: <https://www.tkhk.gov.tr/Dosyalar/3ff2d5bc1d474b4cbddc2f77d4096b06.pdf>
164. Shoeb M, Weinstein H, Mollica R. The Harvard Trauma Questionnaire: Adapting a Cross-Cultural Instrument for Measuring Torture, Trauma and Posttraumatic Stress Disorder in Iraqi Refugees. *Int J Soc Psychiatry*. 2007;53(5):447-63.
165. Mollica RF, Caspi-Yavin Y, Bollini P, Truong T, Tor S, Lavelle J. The Harvard Trauma Questionnaire. *J Nerv Ment Dis*. 1992;180(2):111-6.
166. Darzi C. The Harvard Trauma Questionnaire: Reliability and Validity Generalization Studies of the Symptom Scales [PhD thesis]. Ottawa, Ontario: University of Ottawa; 2017.
167. Silove D, Manicavasagar V, Mollica R, Thai M, Khiek D, Lavelle J, et al. Screening for depression and PTSD in a Cambodian population unaffected by war: comparing the Hopkins Symptom Checklist and Harvard Trauma Questionnaire with the structured clinical interview. *J Nerv Ment Dis*. 2007;195(2):152-7.
168. MIMOZA S, MERITA S. Post-Traumatic Stress Disorder in Kosovo Veterans. *SAGE Open*. 2016;6(1):2158244016633737.
169. Lopes Cardozo B, Kaiser R, Gotway CA, Agani F. Mental health, social functioning, and feelings of hatred and revenge of Kosovar Albanians one year after the war in Kosovo. *J Trauma Stress*. 2003;16(4):351-60.
170. Farhood LF, Dimassi H. Prevalence and predictors for post-traumatic stress disorder, depression and general health in a population from six villages in South Lebanon. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2012;47(4):639-49.
171. Kleijn WC, Hovens JE, Rodenburg JJ. Posttraumatic stress symptoms in refugees: assessments with the Harvard Trauma Questionnaire and the Hopkins symptom Checklist-25 in different languages. *Psychol Rep*. 2001;88(2):527-32.
172. Hani Dimassi LF. Understanding Post-Conflict Mental Health: Assessment of PTSD, Depression, General Health and Life Events in Civilian Population One Year after the 2006 War in South Lebanon. *J Trauma Stress Disor Treat*. 2013;02(02).
173. Chung MC, AlQarni N, Al Muhairi S, Mitchell B. The relationship between trauma centrality, self-efficacy, posttraumatic stress and psychiatric co-morbidity among Syrian refugees: Is gender a moderator? *J Psychiatr Res*. 2017;94:107-15.
174. de Fouchier C, Blanchet A, Hopkins W, Bui E, Ait-Aoudia M, Jehel L. Validation of a French adaptation of the Harvard Trauma Questionnaire among torture survivors from sub-Saharan African countries. *Eur J Psychotraumatol*. 2012;3.
175. Mollica RF, Caspi-Yavin Y, Bollini P, Truong T, Tor S, Lavelle J. The Harvard Trauma Questionnaire. Validating a cross-cultural instrument for measuring

- torture, trauma, and posttraumatic stress disorder in Indochinese refugees. *J Nerv Ment Dis.* 1992;180(2):111-6.
176. Smith Fawzi MC, Murphy E, Pham T, Lin L, Poole C, Mollica RF. The validity of screening for post-traumatic stress disorder and major depression among Vietnamese former political prisoners. *Acta Psychiatr Scand.* 1997;95(2):87-93.
177. Oruc L, Kapetanovic A, Pojskic N, Miley K, Forstbauer S, Mollica RF, et al. Screening for PTSD and depression in Bosnia and Herzegovina: validating the Harvard Trauma Questionnaire and the Hopkins Symptom Checklist. *Int J Cult Ment Health.* 2008;1(2):105-16.
178. Cardozo BL, Holtz TH, Kaiser R, Gotway CA, Ghitis F, Toomey E, et al. The mental health of expatriate and Kosovar Albanian humanitarian aid workers. *Disasters.* 2005;29(2):152-70.
179. Farhood L, Dimassi H, Lehtinen T. Exposure to war-related traumatic events, prevalence of PTSD, and general psychiatric morbidity in a civilian population from Southern Lebanon. *J Transcult Nurs.* 2006;17(4):333-40.
180. Farhood LF, Fares S, Sabbagh R, Hamady C. PTSD and depression construct: prevalence and predictors of co-occurrence in a South Lebanese civilian sample. *Eur J Psychotraumatol.* 2016;7:10.3402/ejpt.v7.31509.
181. Keller AS, Rosenfeld B, Trinh-Shevrin C, Meserve C, Sachs E, Leviss JA, et al. Mental health of detained asylum seekers. *The Lancet.* 2003;362(9397):1721-3.
182. Ichikawa M, Nakahara S, Wakai S. Cross-cultural use of the predetermined scale cutoff points in refugee mental health research. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2006;41(3):248-50.
183. Akgün N. Suriyeli mültecilerde ruhsal iyilik hali ve ilişkili faktörlerin değerlendirilmesi [Uzmanlık tezi]. Konya: Selçuk Üniversitesi; 2016.
184. Mollica RF, Sarajlic N, Chernoff M, Lavelle J, Vukovic IS, Massagli MP. Longitudinal study of psychiatric symptoms, disability, mortality, and emigration among Bosnian refugees. *Jama.* 2001;286(5):546-54.
185. Wang YP, Gorenstein C. Psychometric properties of the Beck Depression Inventory-II: a comprehensive review. *Rev Bras Psiquiatr.* 2013;35(4):416-31.
186. Hisli N. Beck Depresyon Envanteri'nin Geçerliliği Üzerine Bir Çalışma. *Psikoloji Dergisi.* 1988;4(22):5.
187. West J. An Arabic validation of a depression inventory. *Int J Soc Psychiatry.* 1985;31(4):282-9.
188. Abdel-Khalek AM. Internal consistency of an Arabic Adaptation of the Beck Depression Inventory in four Arab countries. *Psychol Rep.* 1998;82(1):264-6.
189. Hamdan A, Hawamdeh S, Hussein A. The Prevalence and Correlates of Depressive Symptoms among Arab Women in a Primary Health Care Setting. *The International Journal of Psychiatry in Medicine.* 2008;38(4):453-67.
190. Eker D, Arkar H, Yıldız H. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği'nin Gözden Geçirilmiş Formunun Faktör Yapısı, Geçerlik ve Güvenirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi.* 2001;1(12):17-25.

191. Zimet GD, Powell SS, Farley GK, Werkman S, Berkoff KA. Psychometric characteristics of the Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *J Pers Assess.* 1990;55(3-4):610-7.
192. Zimet GD, Dahlem NW, Zimet SG, Farley GK. The Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *J Pers Assess.* 1988;52(1):30-41.
193. Merhi R, S. Kazarian S. Validation of the Arabic Translation of the Multidimensional Scale of Perceived Social Support (Arabic-MSPSS) in a Lebanese Community Sample. *The Arab Journal of Psychiatry.* 2012;23(2):159-68.
194. Jefee-Bahloul H, Bajbouj M, Alabdullah J, Hassan G, Barkil-Oteo A. Mental health in Europe's Syrian refugee crisis. *Lancet Psychiatry.* 2016;3(4):315-7.
195. Chung MC, Shakra M, AlQarni N, AlMazrouei M, Al Mazrouei S, Al Hashimi S. Posttraumatic Stress Among Syrian Refugees: Trauma Exposure Characteristics, Trauma Centrality, and Emotional Suppression. *Psychiatry.* 2018;81(1):54-70.
196. Sağaltıcı E. Suriyeli mültecilerde travma sonrası stres bozukluğu taraması [Uzmanlık tezi]. Gaziantep: Gaziantep Üniversitesi; 2013.
197. Rizkalla N, Segal SP. Well-Being and Posttraumatic Growth Among Syrian Refugees in Jordan. *J Trauma Stress.* 2018;31(2):213-22.
198. Tinghog P, Malm A, Arwidson C, Sigvardsdotter E, Lundin A, Saboonchi F. Prevalence of mental ill health, traumas and postmigration stress among refugees from Syria resettled in Sweden after 2011: a population-based survey. *BMJ Open.* 2017;7(12):e018899.
199. Hollifield M, Warner TD, Lian N, Krakow B, Jenkins JH, Kesler J. Measuring trauma and health status in refugees: a critical review. *Jama.* 2002;288.
200. Schry AR, Rissling MB, Gentes EL, Beckham JC, Kudler HS, Straits-Tröster K, et al. The Relationship between Post-Traumatic Stress Symptoms and Physical Health in a Survey of U.S. Iraq and Afghanistan Era Veterans. *Psychosomatics.* 2015;56(6):674-84.
201. Tekeli-Yesil S, Isik E, Unal Y, Aljomaa Almossa F, Konsuk Unlu H, Aker AT. Determinants of Mental Disorders in Syrian Refugees in Turkey Versus Internally Displaced Persons in Syria. *Am J Public Health.* 2018;108(7):938-45.
202. Al-Nuaimi S, Aldandashi S, Easa AKS, Saqqur M. Psychiatric morbidity among physically injured Syrian refugees in Turkey. *Compr Psychiatry.* 2018;80:34-8.
203. Chung MC, AlQarni N, AlMazrouei M, Al Muhairi S, Shakra M, Mitchell B, et al. The impact of trauma exposure characteristics on post-traumatic stress disorder and psychiatric co-morbidity among Syrian refugees. *Psychiatry Res.* 2018;259:310-5.
204. Marwa K. Psychosocial sequels of Syrian conflict. *J Psychiatry.* 2016;19:355.
205. Hyland P, Ceannt R, Daccache F, Abou Daher R, Sleiman J, Gilmore B, et al. Are posttraumatic stress disorder (PTSD) and complex-PTSD distinguishable within a treatment-seeking sample of Syrian refugees living in Lebanon? *Glob Ment Health (Camb).* 2018;5:e14.

206. Gammouh OS, Al-Smadi AM, Tawalbeh LI, Khoury LS. Peer reviewed: Chronic diseases, lack of medications, and depression among Syrian refugees in Jordan, 2013–2014. *Prev Chronic Dis.* 2015;12.
207. Al-Smadi AM, Halaseh HJ, Gammoh OS, Ashour AF, Gharaibeh B, Khoury LS. Do chronic diseases and availability of medications predict post-traumatic stress disorder (PTSD) among Syrian refugees in Jordan. *Pak J Nutr.* 2016;15(10):936-41.
208. Poole DN, Hedt-Gauthier B, Liao S, Raymond NA, Barnighausen T. Major depressive disorder prevalence and risk factors among Syrian asylum seekers in Greece. *BMC Public Health.* 2018;18(1):908.
209. Javanbakht A, Amirsadri A, Abu Suhaiban H, Alsaud MI, Alobaidi Z, Rawi Z, et al. Prevalence of Possible Mental Disorders in Syrian Refugees Resettling in the United States Screened at Primary Care. *J Immigr Minor Health.* 2018.
210. Al-Nuaimi S, Aldandashi S, Easa AKS, Saqqur M. Psychiatric morbidity among physically injured Syrian refugees in Turkey. *Compr Psychiatry.* 2018;80:34-8.
211. Tekin A, Karadağ H, Süleymanoğlu M, Tekin M, Kayran Y, Alpak G, et al. Prevalence and gender differences in symptomatology of posttraumatic stress disorder and depression among Iraqi Yazidis displaced into Turkey. *Eur J Psychotraumatol.* 2016;7:10.3402/ejpt.v7.28556.
212. Hassan G, Ventevogel P, Jefee-Bahloul H, Barkil-Oteo A, Kirmayer LJ. Mental health and psychosocial wellbeing of Syrians affected by armed conflict. *Epidemiol Psychiatr Sci.* 2016;25(2):129-41.
213. Norris FH, Friedman MJ, Watson PJ, Byrne CM, Diaz E, Kaniasty K. 60,000 disaster victims speak: Part I. An empirical review of the empirical literature, 1981-2001. *Psychiatry.* 2002;65(3):207-39.
214. Patel V, Kleinman A. Poverty and common mental disorders in developing countries. *Bull World Health Organ.* 2003;81(8):609-15.
215. Lorant V, Deliege D, Eaton W, Robert A, Philippot P, Ansseau M. Socioeconomic inequalities in depression: a meta-analysis. *Am J Epidemiol.* 2003;157(2):98-112.
216. Thapa SB, Dalgard OS, Claussen B, Sandvik L, Hauff E. Psychological distress among immigrants from high- and low-income countries: Findings from the Oslo Health Study. *Nord J Psychiatry.* 2007;61(6):459-65.
217. Aczon-Armstrong M, Inouye J, Reyes-Salvail F. Depression and chronic illness: Asian/Pacific Islander adults in Hawaii. *Issues Ment Health Nurs.* 2013;34(3):169-79.
218. Katon WJ. Clinical and health services relationships between major depression, depressive symptoms, and general medical illness. *Biol Psychiatry.* 2003;54(3):216-26.
219. Dantz B, Ashton AK, D'Mello DA, Hefner J, Leon FG, Matson GA, et al. The scope of the problem: Physical symptoms of depression. *J Fam Pract.* 2003;52(12):S6-S.

220. Meduru P, Helmer D, Rajan M, Tseng C-L, Pogach L, Sambamoorthi U. Chronic illness with complexity: implications for performance measurement of optimal glycemic control. *J Gen Intern Med.* 2007;22(3):408-18.
221. Lee Y, Lee M, Park S. Mental health status of North Korean refugees in South Korea and risk and protective factors: a 10-year review of the literature. *Eur J Psychotraumatol.* 2017;8(sup2):1369833.
222. Wells KB, Golding JM, Burnam MA. Psychiatric disorder in a sample of the general population with and without chronic medical conditions. *Am J Psychiatry.* 1988;145(8):976-81.
223. Rugulies R. Depression as a predictor for coronary heart disease. a review and meta-analysis. *Am J Prev Med.* 2002;23(1):51-61.
224. Sledjeski EM, Speisman B, Dierker LC. Does number of lifetime traumas explain the relationship between PTSD and chronic medical conditions? Answers from the National Comorbidity Survey-Replication (NCS-R). *J Behav Med.* 2008;31(4):341-9.
225. Tylee A, Gandhi P. The importance of somatic symptoms in depression in primary care. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry.* 2005;7(4):167.
226. Polusny MA, Ries BJ, Schultz JR, Calhoun P, Clemensen L, Johnsen IR. PTSD symptom clusters associated with physical health and health care utilization in rural primary care patients exposed to natural disaster. *J Trauma Stress.* 2008;21(1):75-82.
227. Cho YA, Kim YH. Predictors of mental health risks in newly resettled North Korean refugee women. *Korean journal of woman psychology.* 2010;15(3):509-27.
228. Kim SJ, Kim HH, Kim JE, Cho SJ, Lee YJ. Relationship between physical illness and depression in North Korean defectors. *Korean Journal of Psychosomatic Medicine.* 2011;19(1):20-7.
229. Toar M, O'Brien KK, Fahey T. Comparison of self-reported health & healthcare utilisation between asylum seekers and refugees: an observational study. *BMC Public Health.* 2009;9(1):214.
230. Hare DL, Toukhsati SR, Johansson P, Jaarsma T. Depression and cardiovascular disease: a clinical review. *Eur Heart J.* 2014;35(21):1365-72.
231. Brewin CR, Andrews B, Valentine JD. Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *J Consult Clin Psychol.* 2000;68(5):748-66.
232. Kolassa I-T, Ertl V, Eckart C, Kolassa S, Onyut LP, Elbert T. Spontaneous remission from PTSD depends on the number of traumatic event types experienced. *Psychol Trauma.* 2010;2(3):169.
233. Priebe S, Giacco D, El-Nagib R. World Health Organization. WHO Health Evidence Network Synthesis Reports. Public Health Aspects of Mental Health Among Migrants and Refugees: A Review of the Evidence on Mental Health Care for Refugees, Asylum Seekers and Irregular Migrants in the WHO European Region. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2016.

234. Colucci E, Minas H, Szwarc J, Guerra C, Paxton G. In or out? Barriers and facilitators to refugee-background young people accessing mental health services. *Transcult Psychiatry*. 2015;52(6):766-90.
235. Sijbrandij M, Acarturk C, Bird M, Bryant RA, Burchert S, Carswell K, et al. Strengthening mental health care systems for Syrian refugees in Europe and the Middle East: integrating scalable psychological interventions in eight countries. *Eur J Psychotraumatol*. 2017;8(sup2):1388102.
236. T.C. Sağlık Bakanlığı. Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2017. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü; 2018, Repor No: 1107.
237. Kentoffio K, Berkowitz SA, Atlas SJ, Oo SA, Percac-Lima S. Use of maternal health services: comparing refugee, immigrant and US-born populations. *Matern Child Health J*. 2016;20(12):2494-501.
238. El-Khatib Z, Scales D, Vearey J, Forsberg BC. Syrian refugees, between rocky crisis in Syria and hard inaccessibility to healthcare services in Lebanon and Jordan. *Confl Health* 2013;7(1):18.
239. Assi R, Özger-İlhan S, İlhan MN. Health needs and access to health care: the case of Syrian refugees in Turkey. *Public Health*. 2019;172:146-52.
240. Mollahaliloğlu S, Kosdak M, Sanisoğlu Y, Boz D, Bulut Demirok A. Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyeti. Ankara: T.C Sağlık Bakanlığı; 2010.
241. Nesanır N, Dinç G. Manisa kent merkezinde yatarak tanı ve tedavi hizmetlerinden yararlanan kişilerin hasta memnuniyeti düzeyleri. *TAF Preventive Medicine Bulletin*. 2008;7(5):419-28.
242. Kaya A, Kıracı A. İstanbul'daki Suriyeli mültecilere ilişkin zarar görülebilirlik değerlendirme raporu. İstanbul: Hayata Destek Derneği; 2016.
243. Aygün O, Gökdemir Ö, Bulut Ü, Yaprak S, Güldal D. Bir toplum sağlığı merkezi örneğinde sığınmacı ve mültecilere verilen birinci basamak sağlık hizmetlerinin değerlendirilmesi. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*. 2016;10(1).
244. Bulman KH, McCourt C. Somali refugee women's experiences of maternity care in west London: a case study. *Crit Public Health*. 2002;12(4):365-80.
245. Feldman R. Primary health care for refugees and asylum seekers: A review of the literature and a framework for services. *Public Health*. 2006;120(9):809-16.
246. Lawrence J, Kearns R. Exploring the 'fit' between people and providers: refugee health needs and health care services in Mt Roskill, Auckland, New Zealand. *Health Soc Care Community*. 2005;13(5):451-61.
247. McKeary M, Newbold B. Barriers to Care: The Challenges for Canadian Refugees and their Health Care Providers. *J Refug Stud*. 2010;23(4):523-45.
248. Bischoff A, Denhaerynck K. What do language barriers cost? An exploratory study among asylum seekers in Switzerland. *BMC Health Serv Res*. 2010;10:248.
249. Sıhhat Project. Geçici Koruma Altındaki Suriyelilerin Sağlık Statüsünün ve Türkiye Cumhuriyeti Tarafından Sunulan İlgili Hizmetlerin Geliştirilmesi

[Internet] 2019 [Erişim Tarihi 21 Mart 2019] Erişim adresi:  
[http://www.sihhatproject.org/proje-faaliyetleri\\_0-657](http://www.sihhatproject.org/proje-faaliyetleri_0-657)

- 250.Ekmekci PE. Syrian Refugees, Health and Migration Legislation in Turkey. J Immigr Minor Health. 2017;19(6):1434-41.
- 251.Song H-J, Han H-R, Lee J-E, Kim J-Y, Kim KB, Ryu JP, et al. Does Access to Care Still Affect Health Care Utilization by Immigrants? Testing of an Empirical Explanatory Model of Health Care Utilization by Korean American Immigrants with High Blood Pressure. J Immigr Minor Health. 2010;12(4):513-9.
- 252.Han HR, Lee JE, Kim K, Chung Y, Kim MT, Robinson C, et al. Healthcare utilization among North Korean refugees in South Korea: a mixed methods study. Public Health. 2017;142:116-20.







## EK-2: Anket Formu

Anket no:..... Hane No:..... Tarih..... Görüşmecisi.....

1. Gözlenen cinsiyet: (1) Erkek (2) Kadın

1. الجنس: (1) ذكر (2) انثى

2. Doğum tarihiniz (gün/ay/yıl) ...../...../.....

2. تاريخ الميلاد (يوم \ شهر \ عام) : ..... \ ..... \ .....

3. Medeni durumunuz nedir? (1) Evli, resmi nikâhlı (2) Evli, sadece dini nikâhlı

(3) Bekâr (4) Boşanmış/ayrı yaşıyor (5) Dul (6) Diğer .....

3a (evliyse) Nerede evlendiniz? .....

3. ما هي حالتك المدنية: (1) متزوج بعقد رسمي (2) متزوج بعقد ديني فقط (3) اعزب

(4) مطلق (5) ارمل (6) غير ذلك

- في حال كنت متزوج, أين تزوجت؟ .....

4. Çocuğunuz var mı? (1) Hayır (2) Evet (sayısını belirtiniz) .....

4. هل لديك اطفال؟ (1) لا (2) نعم . في حال الاجابة بنعم , كم عددهم؟ .....

5. En son hangi okulu bitirdiniz? (1) Okur- yazar değil (2) Okuryazar, herhangi bir okul

bitirmemiş (3) İlkokul mezunu (4) Ortaokul mezunu (5) Lise mezunu (6)

Üniversite/Yüksekokul mezunu

5. ما هي اخر مرحلة دراسية انهيته؟ (1) لا يقرأ ولا يكتب (2) اعرف القراءة والكتابة ولكن لم

انهي المدرسة (3) المدرسة الابتدائية (4) المدرسة الاعدادية

(5) المدرسة الثانوية (6) جامعة/ معهد

6. Türkiye'ye geliş sürecinizi kısaca anlatır mısınız? (çıkış nedeni, ne zaman çıktınız, başka ülkelere gittiniz mi, gittiğiniz ülkelerde ne kadar kaldınız, Ankara'ya gelmeden önce Türkiye'de başka hangi illere gittiniz ve buralarda ne kadar kaldınız gibi.)

6. اشرح بشكل مختصر عن فترة قدومك إلى تركيا: (مثال: سبب الخروج, زمن الخروج , هل ذهبت الى

دول اخرى؟, كم بقيت في الدول التي ذهبت اليها, هل ذهبت الى مدن اخرى في تركيا قبل

القدوم الى انقرة؟ كم الفترة التي قضيتها في المدن الاخرى قبل قدومك الى انقرة)

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

7. Suriye'de hangi il ve ilçede ikamet ediyordunuz? İl: ..... İlçe:.....  
7a. En uzun süre yaşadığınız yer neresi? .....

7. في اي محافظة و منطقة كنت تقيم في سوريا ؟ المحافظة: ..... المنطقة: .....  
7أ. ما هو المكان الذي عشت فيه اطول فترة ؟ .....

8. Suriye'de yaşadığınız yerleşim yerini belirtiniz? (1) Köy (2) Kasaba (3) İlçe merkez  
(4) İl merkez (5) Diğer (belirtiniz).....

8. ما هو المكان الذي كنت تعيش فيه في سوريا ؟ (1) ضيعة (2) ناحية (3) في مركز بلدة  
(4) في مركز المدينة (5) غير ذلك , حدده .....

9. Türkiye'ye ne zaman geldiniz? ...../...../.....(gün/ay/yıl)

9. متى جئت الى تركيا ؟ (يوم / شهر / عام) : ..... \..... \.....

10. Türkiye'de ya da gittiğiniz başka ülkelerde hiç sığınma kampında kaldınız mı?

(1) Hayır (2) Evet (süresini belirtiniz) ..... ay

10. هل اقمتم في مخيم لجوء من قبل في تركيا او في أي دولة أخرى (1) لا (2) نعم  
في حال الاجابة بنعم حدد المدة بالاشهر ..... شهر

11. Suriye'de yaşayan yakınlarınız var mı? (1) Hayır (2) Evet (yakınlıkları? .....

11. هل لديك اي اقارب في سوريا ؟ ؟ (1) لا (2) نعم , صلة القرابة: .....

12. Evde en çok hangi dil konuşulur? (1) Arapça (2) Kürtçe (3) Türkçe/Türkmence  
(4) Diğer (belirtiniz) ..... (5) Yanıt vermek istemiyorum.

12. ما هي اللغة التي تتكلموها في المنزل؟ (1) العربية (2) الكردية (3) التركية/التركمانية  
(4) غير ذلك , حددها : ..... (5) لا أريد الإجابة

13. Bildiğiniz dilleri ve ne düzeyde bildiğinizi belirtiniz (1: Hiç yok, 2: kötü, 3: orta, 4: iyi, 5: çok iyi).

Diller	Anlama	Konuşma	Yazma	Okuma
a. ....	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
b. ....	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
c. ....	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
d. ....	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5

13. حدد اللغات التي تعرفها مع تحديد مستواها: (1: لا اعرف 2: سيء 3: وسط 4: جيد 5: جيد جدا)

اللغة	الفهم	التحدث	الكتابة	القراءة
أ-.....	5 4 3 2 1	5 4 3 2 1	5 4 3 2 1	5 4 3 2 1
ب-.....	5 4 3 2 1	5 4 3 2 1	5 4 3 2 1	5 4 3 2 1
ج-.....	5 4 3 2 1	5 4 3 2 1	5 4 3 2 1	5 4 3 2 1
د-.....	5 4 3 2 1	5 4 3 2 1	5 4 3 2 1	5 4 3 2 1

14. Etnik kökeniniz nedir? (1) Arap (2) Kürt (3) Türkmen (4) Diğer  
(belirtiniz)..... (5) Yanıt vermek istemiyorum.

14. ما هو اصلك العرقي : (1) عربي (2) كردي (3) تركماني (4) غير ذلك, حدده.....  
(5) لا اريد الاجابة
15. Dini inancınızı nasıl tanımlıyorsunuz? (1) Sünni (2) Alevi (3) Hıristiyan  
(4) Diğer (belirtiniz) ..... (5) Yanıt vermek istemiyorum.
15. كيف تعرف معتقداتك الدينية : (1) سني (2) علوي (3) مسيحي (4) غير ذلك, حدده.....  
(5) لا اريد الاجابة
16. Milliyet sizin için ne kadar önemli? (1) Hiç (2) Biraz (3) Orta (4) Çok  
16. ما هي أهمية الانتماء الوطني بالنسبة لك ؟ (1) لا يهم (2) يهيم قليلا (3) أهمية متوسطة (4) مهم جدا
17. Kendinizi ne kadar dindar buluyorsunuz? (1) Hiç (2) Biraz (3) Orta (4) Çok  
17. الي أي درجة تعتبر نفسك متدينا؟ (1) لا أبدا (2) قليلا (3) متوسط (4) جدا
18. Dini ibadetleri ne kadar uyguluyorsunuz? (1) Hiç (2) Biraz (3) Orta (4) Çok  
18. الي أي درجة تلتزم بالعبادات الدينية ؟ (1) مطلقا (2) قليلا (3) بشكل متوسط (4) دائما
19. Halen gelir getiren bir işte çalışıyor musunuz? (1) Hayır (21. sorudan devam ediniz)  
(2) Evet, düzenli işim var (3) Evet, geçici işlerde çalışıyorum  
19. هل تعمل حاليا في وظيفة مدفوعة الأجر؟ (1) لا (انتقل إلى السؤال رقم 21).  
(2) نعم، لدي وظيفة منتظمة (3) نعم، وأنا أعمل في وظائف مؤقتة
20. Nerede ve ne iş yapıyorsunuz? .....  
20. أين وماذا تعمل ؟ .....
21. Bir sivil toplum kuruluşunda çalışıyor musunuz? (1) Hayır (2) Evet (nerede.....)  
21. هل تعمل في منظمة من المنظمات الإنسانية ؟ (1) لا (2) نعم (أين .....)
22. Bir yerden ekonomik yardım alıyor musunuz? (1) Hayır (25. sorudan devam ediniz) (2) Evet  
22. هل تستلم معونة اقتصادية من أي جهة كانت ؟ (1) لا (انتقل الي السؤال رقم 25) (2) نعم
23. Ne tür bir yardım alıyorsunuz? (1) Nakit para (.....TL) (2) Alışveriş fişi  
(değeri.....TL) (3) Kumanya (4) Diğer (belirtiniz).....  
23. ما نوع المعونة التي تستلمها ؟ (1) أموال نقدية (..... ليرة) (2) قسيمة تسوق (قيمتها ..... ليرة)  
(3) سلة غذائية (4) أخرى (أذكرها) .....
24. Nereden yardım alıyorsunuz? (Birleşmiş Milletler Mülteciler Yüksek Komiserliği, UNICEF, AFAD, Belediye, Muhtarlık, Uluslararası veya ulusal Sivil Toplum Kuruluşu vb.) belirtiniz  
.....  
24. من أين تستلم المعونة ؟ (المفوضية العليا لشؤون اللاجئين , اليونيسيف , إدارة الكوارث والطوارئ التركية أفاد , قائم المقام , المختار , المنظمات الانسانية المحلية أو الدولية أو ما شابهها ) أذكرها  
.....
25. Şu anda ailenizin ekonomik durumunu nasıl değerlendiriyorsunuz?  
(1) Çok iyi (2) İyi (3) Orta (4) Kötü (5) Çok kötü  
25. كيف تقم الوضع الاقتصادي لعائلتك حاليا ؟  
(1) جيد جدا (2) جيد (3) متوسط (4) سيئ (5) سيئ جدا
26. Şu anda hanenize giren toplam aylık geliri (maaş, gündelik, yardımlar dahil) belirtiniz.....TL  
26. إجمالي دخل اسرتك الشهري (مرتب, يومية, مساعدات) أذكرها ..... ليرة تركية

27. Şu anda ailenizin ekonomik durumunu çevrenizdeki ailelerle karşılaştırdığınızda nasıl görüyorsunuz?

- (1) Çevremize göre çok iyi (2) Çevremize göre iyi (3) Çevremize göre normal  
(4) Çevremize göre kötü (5) Çevremize göre çok kötü

27. بالمقارنة مع العائلات القريبة منك, كيف تقيم وضع عائلتك الاقتصادي؟  
(1) جيد جدا (2) جيد (3) عادي (4) سيئ (5) سيئ جدا

28. Suriye’de iken bir işte çalışıyor muydunuz? (1) Hayır (2) Düzenli işim vardı (belirtiniz)  
..... (3) Evet, geçici işlerde çalışırdım (4) Düzenli gelirim yoktu, çiftçiydim

28. هل كنت تعمل عندما كنت في سوريا؟

- (1) لا (2) كان لدي عمل منتظم (أذكره .....)  
(3) نعم, عملت في وظائف مؤقتة (4) لم يكن لدي دخل منتظم, عملت كمزارع

29. Suriye’de bulunduğunuz zaman ailenizin ekonomik durumu nasıldı?

- (1) Çok iyi (2) İyi (3) Orta (4) Kötü (5) Çok kötü

29. كيف كان الوضع الاقتصادي لأسرتك عندما كنت في سوريا؟

- (1) جيد جدا (2) جيد (3) متوسط (4) ضعيف (5) سيئ جدا

30. Suriye’de çatışmaların başladığı 2011 öncesine kıyasla ailenizin ekonomik durumu değişti mi? (1) Değişim yok (2) Hafif düzeyde kötüleşti (%20’den az) (3) Orta düzeyde kötüleşti (%20-%50)

(4) Orta düzeyden daha fazla kötüleşti (%50-%80) (5) İleri derecede kötüleşti

(%80’den daha fazla) (6) Ekonomik durumumuzda iyileşme oldu

30. مقارنة بما قبل بداية الصراع في عام 2011, هل تغير الوضع الاقتصادي لعائلتك؟

- (1) لم يتغير (2) تدهور خفيف (أقل من 20%) (3) تدهور متوسط (20% إلى 50%)  
(4) تدهور الوضع بشكل أكثر من المتوسط (50% إلى 80%) (5) تدهور بشدة (أكثر من 80%)  
(6) تم تحسن وضعنا الاقتصادي

31. Yaşadığınız evin uygun nitelikte olduğunu düşünüyor musunuz? Evin koşulları ile ilgili tabloyu doldurunuz.

(1) Evet (2) Hayır

	(1) Evet	(2) Hayır
Yeterli ısınma	(1) var	(2) yok
Yeterli oda	(1) var	(2) yok
Su	(1) var	(2) yok
Elektrik	(1) var	(2) yok
Diğer.....	(1) var	(2) yok

31. هل تعتقد بأن المنزل الذي تعيش فيه مناسب؟ نرجو ملء الجدول بالبيانات المتعلقة بحالة البيت

(1) نعم (2) لا

	(1) نعم	(2) لا
تدفئة كافية	(1) نعم	(2) لا
غرف كافية	(1) نعم	(2) لا
مياه	(1) نعم	(2) لا
كهرباء	(1) نعم	(2) لا
أخرى.....	(1) نعم	(2) لا

32. Türkiye’de hiç Türk arkadaşınız var mı? (1) Yok (34. sorudan devam ediniz) (2) Var (kaç kişi) .....

32. هل لديك أي صديق تركي في تركيا؟

- (1) لا يوجد (انتقل الي السؤال رقم 34). (2) نعم يوجد (كم شخص .....)

33. Türk arkadaş(lar)nız ile ilişkileriniz nasıl?

- (1) Çok kötü (2) Kötü (3) Orta (4) İyi (5) Çok iyi

33. كيف تقيم علاقتك بأصدقائك الأتراك؟

- (1) سيئة جدا (2) سيئة (3) متوسطة (4) علاقة جيدة (5) علاقة جيدة جدا

34. Türk kültür ve geleneklerini sizinkine göre nasıl değerlendiriyorsunuz? (1) Biraz farklı (2) Çok farklı (3) Benzer (4) Tamamen aynı (5) Fikrim yok

34. كيف تقييم الثقافة التركية في نظرك ؟  
(1) مختلفة قليلا (2) مختلفة جدا (3) مشابهة (4) مشابهة تماما (5) لا أدري

35. Oturduğunuz yerde Türk komşularınız var mı? (1) Hayır (37. sorudan devam ediniz) (2) Evet

35. هل يوجد لديك جيران أتراك في محل إقامتك ؟ (1) لا (انتقل الي السؤال رقم 37). (2) نعم

36. Türk komşularınızla ilişkileriniz nasıl? (1) İlişkimiz hiç yok (2) İlişkilerimiz normal, birbirimizi gördüğümüzde selamlaşırız (3) İlişkilerimiz iyi, birbirimizin evine gidip geliriz (4) İlişkilerimiz kötü, hiç anlaşıyoruz.

36. كيف هي علاقتك مع جيرانك الأتراك ؟ (1) ليست لدينا أي علاقة (2) علاقتنا عادية، ونلقي التحية لبعضنا إذا التقينا (3) علاقتنا جيدة، ونزور منازل بعضنا البعض (4) علاقتنا سيئة، ولا نتفق أبدا

37. Çocuklarınızın okuldaki arkadaşlarıyla ilişkileri nasıl? (1) Kötü (2) Orta (3) İyi (4) Evli değilim/çocuğum yok/okulda çocuğum yok

37. كيف هي علاقة اطفالك بأصدقائهم في المدرسة ؟  
(1) سيئة (2) متوسطة (3) جيدة (4) لست متزوج/ ليس لدي أطفال

38. Çocuklarınız okulda bir ayrımcılığa maruz kalıyor mu? (1) Hayır (2) Bazen (3) Çok sık (4) Evli değilim/çocuğum yok/ okulda çocuğum yok

38. هل يتعرض أطفالك للتمييز العنصرية في المدرسة ؟ (1) لا (2) أحيانا (3) غالبا (4) لست متزوج/ ليس لدي أطفال

39. Türkiye’de bulunduğunuz süre içerisinde sığınmacı olmanızdan dolayı bir ayrımcılıkla karşılaştınız mı?

(1) Hayır (2) Evet (kimden ve ne tür, belirtiniz .....

39. أثناء تواجدك في تركيا كلاجئ، هل تعرضت للتمييز العنصرية ؟

(1) لا (2) نعم (من طرف من؟ وبأي شكل؟، أذكر .....

40. Sigara içiyor musunuz? (1) Hayır (41. Soruya geçiniz) (2) Evet

a. Toplam kaç yıldır içiyorsunuz ..... yıl

b. Günde ortalama kaç adet içiyorsunuz .....adet

40. هل تدخن السجائر ؟ (1) لا (انتقل الي السؤال رقم 41) (2) نعم  
أ. إجمالي كم سنة تدخن ..... سنة

ب. في المتوسط كم سيجارة تدخن في اليوم؟ ..... سيجارة

41. Geçmişte hiç sigara içtiniz mi? (1) Hayır (42. Soruya geçiniz) (2) Evet

a. Toplam kaç yıl içtiniz..... yıl

b. Günde ortalama kaç adet içtiniz.....adet

41. هل دخنت السجائر في الماضي ؟ (1) لا (انتقل الي السؤال رقم 42) (2) نعم  
أ. إجمالي كم سنة دخنت؟ ..... سنوات

ب. في المتوسط كم سيجارة كنت تدخن في اليوم كنت تدخن؟ ..... سيجارة

42. Sigara dışında bir tütün ürünü kullanıyor musunuz? (1) Hayır (44. Soruya geçiniz) (2) Evet

a. Ne kullanıyorsunuz.....

b. Ne sıklıkta kullanıyorsunuz.....haftada

c. Toplam kaç yıldır kullanıyorsunuz.....yıldır

42. هل تتعاطى أي نوع من التبغ غير السجارة ؟ (1) لا (انتقل الي السؤال رقم 44) (2) نعم  
أ. ماذا تتعاطي .....

ب. كم مرة تتعاطى ..... مرة في الاسبوع

ج. إجمالاً كم سنة تعاطيت ..... سنوات

43. Türkiye'ye göç ettikten sonra tütün kullanmanızda bir değişiklik oldu mu?

- (1) Değişiklik olmadı (2) Tütün kullanmaya başladım (daha önce içmiyordum)  
(3) Azaldı (4) Tamamen bıraktım (5) Arttı (6) Kullandığım tütün ürününü değiştirdim

43. هل كان هناك تغيير في استخدامك للتبغ بعد الهجرة إلى تركيا؟

- (1) التغيير لم يحدث (2) لقد بدأت باستخدام التبغ (ولم أدخن من قبل)  
(3) تناقص (4) تركت تماماً (5) زيادة (6) لقد غيرت نوع التبغ الذي ادخنه

44. Alkol içiyor musunuz? (1) Hayır (2) Evet  
45. Sorudan devam ediniz

a. Toplam kaç yıldır içiyorsunuz..... yıl

b. Haftalık kaç birim(açıklama) içiyorsunuz..... birim (kadeh veya şişe)

c. Aylık kaç birim içiyorsunuz..... birim

44. هل تشرب الكحول ؟

- (1) لا ( انتقل الي السؤال رقم 45) (2) نعم

أ. إجمالاً كم سنة تشرب الكحول ..... سنوات

ب. كم وحدة تشرب في الاسبوع ..... وحدات (كأس أو زجاجة)

ج. كم مرة تشرب في السنة ..... مرات

45. Geçmişte hiç alkol içtiniz mi? (1) Hayır (2) Evet

a. Toplam kaç yıl içtiniz..... yıl

b. Haftalık ortalama kaç birim içtiniz..... birim

c. Aylık ortalama kaç birim içtiniz..... birim

45. هل شربت الكحول في الماضي ؟ (1) لا (2) نعم

أ. إجمالاً كم سنة شربت الكحول ..... سنوات

ب. كم وحدة شربت في الاسبوع ..... وحدات

ج. كم مرة شربت في السنة في المتوسط ..... مرات

46. Türkiye'ye göç ettikten sonra alkol kullanmanızda bir değişiklik oldu mu? (1) Değişiklik olmadı (2) Alkol içmeye başladım (daha önce içmiyordum) (3) Azaldı (4) Tamamen bıraktım (5) Arttı

46. بعد الهجرة إلى تركيا هل كان هناك تغيير في استهلاك الكحول؟

- (1) التغيير لم يحدث (2) لقد بدأت شرب الكحول (لا أشرب من قبل) (3) تناقص (4) تركت تماماً (5) زيادة

47. Keyif verici bir madde (esrar, eroin, kokain, amfetamin, vb) kullanıyor musunuz?

- (1) Hayır (48. Sorudan devam ediniz) (2) Evet

	Madde 1	Madde 2
a. Ne kullanıyorsunuz?		
b. Toplam kaç yıldır kullanıyorsunuz		
c. Ayda kaç defa kullanıyorsunuz		

47. هل تتعاطى أي نوع من المخدرات (الحشيش، الهيروين، الكوكايين، امفيتامين) ؟  
(1) لا (إنتقل الي السؤال رقم 48)  
(2) نعم

	المادة 1	المادة 2
أ. ما نوع المادة التي تتعاطاها ؟		
ب. إجمالاً كم سنة تعاطيت المادة ؟		
ج. كم مرة في الشهر تتعاطى المادة ؟		

48. Geçmişte hiç keyif verici bir madde (esrar, eroin, kokain, amfetamin, vb) kullandınız mı?(1) Hayır  
(2) Evet

	Madde 1	Madde 2
a. Ne kullandınız?		
b. Toplam kaç yıl kullandınız?		
c. Ayda ortalama kaç kez kullanıyordunuz?		

48. هل تعاطيت أي نوع من المخدرات في الماضي (حشيش، هروين، كوكايين، امفيتامين) ؟ (1) لا  
(2) نعم

	المادة 1	المادة 2
أ. ما نوع المادة التي تعاطيتها ؟		
ب. إجمالاً كم سنة تعاطيت المادة ؟		
ج. كم مرة تعاطيت المادة في الشهر ؟		

49. Türkiye'ye göç ettikten sonra keyif verici madde (esrar, eroin, kokain, amfetamin, vb) kullanmanızda bir değişiklik oldu mu? (1) Değişiklik olmadı (2) Kullanmaya başladım (daha önce kullanmıyordum)

(3) Azaldı (4) Tamamen bıraktım (5) Arttı

49. بعد الهجرة إلى تركيا هل حصل تغير في تعاطيك للمخدرات (الحشيش، الهيروين، الكوكايين، امفيتامين) ؟  
(1) التغير لم يحدث (2) بدأت في تعاطيها (لم أتعاطها قط من قبل)  
(3) تناقص (4) تركت تماماً (5) زيادة

### إستمارة استخدام الخدمات الصحية

50. Genel sağlık durumunuz hakkında aşağıdaki tanımlardan hangisi doğrudur?

(1) Çok iyi (2) İyi (3) Orta (fena değil) (4) Kötü

50. أي التعريفات الآتية هي الأصح عن وضعك الصحي العام؟

(1) جيد جداً (2) جيد (3) متوسط (لا بأس) (4) سيئ

51. Bir yıl öncesi ile karşılaştırdığınızda genel sağlık durumunuzu nasıl değerlendirirsiniz?

(1) Bir yıl öncesinden çok daha iyi (2) Bir yıl öncesinden biraz iyi  
(3) Hemen hemen aynı (4) Bir yıl öncesinden biraz daha kötü  
(5) Bir yıl öncesinden çok daha kötü

51. كيف يمكنك تقييم وضعك الصحي العام عند مقابلتك قبل عام من الآن؟

(1) قبل عام من الآن أفضل حالاً (2) قبل عام من الآن أفضل قليلاً (3) نفس الوضع  
(4) قبل عام من الآن سيئ (5) قبل عام من الآن أسوأ حالاً

52. Doktorun teşhis koyduğu bedensel bir hastalığınız var mı?

(1) Hayır (53. sorudan devam ediniz)

(2) Evet

	Hastalık A	Hastalık B	Hastalık C
1. Hastalığın adı nedir?	Hastalık adı??		
2. Kaç yıldır var?			
3. Ne zaman teşhis kondu?			
4. Nerede teşhis kondu?			

52. هل لديك مرض عضوي تم تشخيصه بواسطة الطبيب؟

(1) لا (انتقل الي السؤال رقم 53) (2) نعم

المرض ج	المرض ب	المرض أ	
			1. ما هو اسم مرضك؟
			2. كم هي فترة (منذ كم عام) المرض؟
			3. متى تم تشخيصه؟
			4. أين تم تشخيصه؟

53. Ruh sağlığınız hakkında aşağıdaki tanımlardan hangisi doğrudur ?

(1) Çok iyi (2) İyi (3) Orta (4) Kötü

53 أي التعريفات الآتية هي الأصح عن وضعك الصحي النفسي؟

(1) جيد جداً (2) جيد (3) متوسط (لا بأس) (4) سيئ

54. Doktorun teşhis koyduğu ruhsal bir hastalığınız var mı?

(1) Hayır (55. sorudan devam ediniz)

(2) Evet

	Hastalık A	Hastalık B	Hastalık C
1. Hastalığın adı nedir?			
2. Kaç yıldır var?			
3. Ne zaman teşhis kondu?			
4. Nerede teşhis kondu?			

54. هل لديك مرض نفسي تم تشخيصه بواسطة الطبيب؟

(1) لا (انتقل الي السؤال 55) (2) نعم

المرض ج	المرض ب	المرض أ	
			1. ما هو اسم مرضك؟
			2. كم هي فترة (منذ كم عام) المرض؟
			3. متى تم تشخيصه؟
			4. أين تم تشخيصه؟

55. Şu anda ruhsal sorunlarınız (sinir, uyku, stres vb.) için bir ilaç kullanıyor musunuz?

(1) Hayır (56. Sorudan devam ediniz)

(2) Evet

	İlaç A	İlaç B	İlaç C
İlacın ismi			
Ne süredir kullanıyorsunuz? (ay)			
Ne dozda? (günlük mg)			
Kim verdi/yazdı?			



55. هل تستخدم الآن علاج لمرض نفسي (العصبية، النوم، الضغط النفسي، الخ)؟  
(1) لا ( إنتقل الي السؤال رقم 56 ) (2) نعم

العلاج أ	العلاج ب	العلاج ج
اسم العلاج		
منذ متى تستخدمه؟ (اي شهر)		
مقدار الجرعة (ملجم يوميا)		
من الذي كتبها أعطاه؟		

56. Ailenizde ruhsal hastalığı olan var mı? (1) Hayır (57. sorudan devam ediniz) (2) Evet

	Birinci kişi	İkinci kişi	Üçüncü Kişi
1. Yakınlığı			
2. Hastalığın adı nedir?			
3. Kaç yıldır hastalığı var?			
4. Kim tanı koydu?			

56. هل يوجد هنالك شخص مصاب بمرض نفسي في عائلتك؟  
(1) لا ( إنتقل الي السؤال رقم 57 ) (2) نعم

الشخص الثالث	الشخص الثاني	الشخص الأول
1. قرابته		
2. ما هو اسم المرض؟		
3. منذ متى مصاب بالمرض؟		
4. من الذي قام بتشخيصه؟		

57. Bedensel sağlık sorunlarınız çalışma yaşamınızı ne derecede etkiliyor  
(1) Çalışmıyorum (2) Etkilemiyor (3) Az etkiliyor (4) Orta düzeyde etkiliyor (5) Çok etkiliyor (6) Hastalığım nedeniyle çalışmıyorum

57. إلى أي درجة تؤثر مشاكلك الصحية البدنية على حياتك العملية؟  
(1) لا تعمل (2) لا تؤثر (3) تؤثر قليلا (4) تؤثر إلى درجة متوسطة (5) تؤثر كثيرا (6) لا تعمل بسبب المرض

58. Bedensel Sağlık sorunlarınız sosyal ilişkilerinizi ne derecede etkiliyor?  
(1) Etkilemiyor (2) Az etkiliyor (3) Orta düzeyde etkiliyor (4) Çok etkiliyor

58. إلى أي درجة تؤثر مشاكلك الصحية البدنية على علاقاتك الإجتماعية؟  
(1) لا تؤثر (2) تؤثر قليلا (3) تؤثر إلى درجة متوسطة (5) تؤثر كثيرا

59. Ruhsal sağlık sorunlarınız çalışma yaşamınızı ne derecede etkiliyor  
(1) Çalışmıyorum (2) Etkilemiyor (3) Az etkiliyor (4) Orta düzeyde etkiliyor (5) Çok etkiliyor (6) Hastalığım nedeniyle çalışmıyorum

59. إلى أي درجة تؤثر مشاكلك الصحية النفسية على حياتك العملية؟  
(1) لا تعمل (2) لا تؤثر (3) تؤثر قليلا (4) تؤثر إلى درجة متوسطة (5) تؤثر كثيرا (6) لا تعمل بسبب المرض

60. Ruhsal Sağlık sorunlarınız sosyal ilişkilerinizi ne derecede etkiliyor?

(1) Etkilemiyor (2) Az etkiliyor (3) Orta düzeyde etkiliyor (4) Çok etkiliyor

60. إلى أي درجة تؤثر مشاكلك الصحية النفسية على علاقاتك الاجتماعية؟

(1) لا تؤثر (2) تؤثر قليلا (3) تؤثر إلى درجة متوسطة (4) تؤثر كثيرا

61. Suriyeli erişkin mültecilerin en önemli üç sağlık sorunu sizce nedir?

1).....

2).....

3).....

61. ما هي اهم ثلاثة مشاكل صحية تواجه اللاجئين السوريين البالغين(الراشدين) في نظرك؟

.....(1)

.....(2)

.....(3)



### EK-3: Sağlık Hizmeti Kullanım Formu

62. Türkiye’de genel olarak sağlık hizmetlerine erişebiliyor musunuz? (1) Evet (63e geçiniz) (2) Hizmet kullanmam gerekmedi (63e geçiniz) (3) Hayır

62. هل يمكنك الوصول إلى الخدمات الصحية في تركيا عموماً ؟  
(1) نعم ( إذهب السؤال رقم 63 ) (2) لم تدع الضرورة (إذهب السؤال رقم 63) (3) لا

62a. Aşağıdaki faktörler sağlık hizmetlerine erişiminizi ne derecede engelledi? (1=Hiç etkili olmadı, 2=Çok az etkili oldu, 3= Az etkili oldu, 4=Orta düzeyde etkili oldu, 5=Çok etkili oldu, 6=Çok fazla etkili oldu)

a. Ulaşım problemleri	1	2	3	4	5	6
b. Dil sorunları (Türkçeyi konuşamama)	1	2	3	4	5	6
c. Sağlık hizmetlerinin veya ulaşımın pahalı olması	1	2	3	4	5	6
d. Damgalama endişesi, utanma	1	2	3	4	5	6
e. Verilen sağlık hizmetlerinin faydalı olmayacağı düşüncesi	1	2	3	4	5	6
f. Sağlık personelinin uygun olmayan davranışı	1	2	3	4	5	6
g. Sağlık hizmetini nasıl ve nerede alacağı ile ilgili bilgisinin olmaması	1	2	3	4	5	6
h. Diğer (belirtiniz).....	1	2	3	4	5	6

62. إلى أي درجة أعاقك العوامل أدناه وصولك للخدمات الصحية؟  
(1= أبداً لم تكن مؤثرة ، 2= كانت مؤثرة بدرجة قليلة جداً ، 3= كانت مؤثرة قليلاً ، 4= أثرت بمستوى متوسط ، 5= كانت مؤثرة كثيراً ، 6= كانت مؤثرة كثيراً جداً) .

1	2	3	4	5	6	أ. مشاكل الوصول
1	2	3	4	5	6	ب. مشاكل اللغة
1	2	3	4	5	6	ج. غلاء الخدمة الصحية والمواصلات
1	2	3	4	5	6	د. القلق ، النسيان
1	2	3	4	5	6	هـ. إعتقاد أن الخدمة الصحية المقدمة لن تكن مفيدة
1	2	3	4	5	6	و. تعامل الكادر الصحي غير المقبول
1	2	3	4	5	6	ز. عدم المعرفة بكيفية ومكان الحصول على الخدمة الصحية
1	2	3	4	5	6	ح. أخرى (وضح)

63. Türkiye’de sağlık hizmeti ihtiyaçlarınız için en sık hangi kuruluşlara başvuruyorsunuz?

(1) Aile hekimi (açıkla) (2) Devlet hastaneleri (3) Özel hastaneler  
(4) Üniversite hastaneleri (5) Diğer (belirtiniz) ..... (6) Hizmet kullanmam gerekmedi

63. ماهي المؤسسات التي تقوم بالتسجيل فيها غالباً في تركيا بسبب إحتياجك للخدمة الصحية ؟  
(1) طبيب الأسرة (2) المستشفيات الحكومية (3) المستشفيات الخاصة (4) المستشفيات البحثية والتعليمية  
(5) أخرى (وضح) (6) لم تدع الضرورة لذلك

64. Türkiye’de verilen sağlık hizmetlerinden ne derecede memnunsunuz?

1) Çok kötü (2) Kötü (3) Orta (4) İyi (5) Çok iyi (6) Hizmet kullanmam gerekmedi.

64a. Memnun değilse, (1 veya 2 ise) nedeni .....

64. ما مدى رضاك عن الخدمات الصحية في تركيا؟  
(1) سيئة للغاية (2) ضعيفة (3) متوسطة (4) ممتازة (5) جيدة جداً  
(6) لم تكن في حاجة إلى استخدام هذه الخدمة.

64. إن لم يكن راضياً، لماذا .....

65. Türkiye’de son bir yılda sağlık hizmetine başvurduunuz mu?  
(1) Evet (2) Hayır (66. sorudan devam ediniz)

	1. Başvuru	2. Başvuru	3. Başvuru
a. Nereye başvurduunuz?			
b. Ne zaman başvurduunuz?			
c. Başvuru nedeni neydi?			
d. Ne önerdi?			
e. Herhangi bir ücret (ilaç ya da muayene için) ödediniz mi? .....	TL	TL	TL
(1) Hayır (2) Evet (Cebinizden toplam ne kadar ödediğinizi TL olarak belirtiniz)			

65. هل تقدمت بطلب للحصول علي خدمات صحية في تركيا بالسنة الاخيرة ؟  
(1) نعم (2) لا (انتقل للسؤال رقم 66)

	طلب 1	طلب 2	طلب 3
أ. لمن قدمت الطلب ؟			
ب. متى قدمت الطلب ؟			
ج. ما هو سبب الطلب ؟			
د. -ماذا اقترح الشخص المُقَدَّم إليه الطلب؟			
ه. هل دفعت أي رسوم (مقابل علاج أو كشف طبي) ؟			
(1) لا (2) نعم (كم دفعت من جيبك باليرة التركية ؟)	.....TL	.....TL	.....TL

66. Türkiye’de ruh sağlığı ile ilgili yardım alma ihtiyacınız oldu mu? (1) Evet (2) Hayır  
66. هل احتجت إلى مساعدة في مجال الصحة النفسية في تركيا؟  
(1) نعم (2) لا

67. Türkiye’de ruh sağlığınızla ilgili yardım almak için bir yere başvurduunuz mu? (1) Evet (2) Hayır

	1. Başvurulan	2. Başvurulan	3. Başvurulan
a. Kime başvurduunuz?			
b. Ne zaman başvurduunuz?			
c. Başvuru nedeni neydi?			
d. Ne önerdi?			
e. Şikayetlerinde tedaviye bağlı değişme (1. çok iyi oldum 2. biraz iyi oldum 3. değişiklik olmadı 4. biraz kötü 5. çok kötü oldum 6. tedavi önerilmedi)			

67. هل تقدّمت بطلب ما للحصول على مساعدة في مجال الصحة النفسية في تركيا؟

(1) نعم (2) لا

المُقَدِّم إليه الطلب	المُقَدِّم إليه الطلب	المُقَدِّم إليه الطلب
3	2	1
		أ- إلى من قدّمته؟
		ب- متى قدّمته؟
		ج- ما السبب الذي قدّمت الطلب من أجله؟
		د- ماذا اقترح الشخص المُقدِّم إليه الطلب؟
		هـ- التغيير الذي طرأ نتيجة العلاج
	(1) تحسنت كثيراً	(2) تحسنت قليلاً
(3) لم		
	(4) أصبحت أسوأ قليلاً	(5) أصبحت أسوأ بكثير
(6) لم		
		يقترح أي علاج

68. (Eğer 66. Soruya Evet, 67. Soruya Hayır yanıtı verdiyse) Ruh sağlığınız için yardım alma ihtiyacınız olduğu halde bir yere başvurmanızda aşağıdaki faktörler ne derecede etkili oldu? (1=Hiç etkili olmadı, 2=Çok az etkili oldu, 3= Az etkili oldu, 4=Orta düzeyde etkili oldu, 5=Çok etkili oldu, 6=Çok fazla etkili oldu)

a. Ulaşım problemleri	1	2	3	4	5	6
b. Dil sorunları (Türkçeyi konuşamama)	1	2	3	4	5	6
c. Sağlık hizmetlerinin veya ulaşımın pahalı olması	1	2	3	4	5	6
d. Damgalama endişesi, utanma	1	2	3	4	5	6
e. Verilen ruh sağlığı hizmetlerinin faydalı olmayacağı düşüncesi	1	2	3	4	5	6
f. Sağlık personelinin uygun olmayan davranışı	1	2	3	4	5	6
g. Ruh sağlığı hizmetini nasıl ve nerede alacağı ile ilgili bilgisinin olmaması	1	2	3	4	5	6
h. Diğer (belirtiniz).....	1	2	3	4	5	6

68. ( إذا أجبت بـ (نعم) على السؤال (66) و بـ (لا) على السؤال (67) ) عندما شعرت بالحاجة إلى المساعدة من أجل صحتك

النفسية فإن عدم طلبك للمساعدة بأي درجة كان متأثراً بالعوامل التي في الأسفل:

(1) لم يكن متأثراً أبداً (2) كان متأثراً بشكل خفيف جداً (3) كان متأثراً قليلاً (4) كان متأثراً بدرجة متوسطة (5) كان متأثراً كثيراً (6) كان متأثراً بشكل كبير جداً

أ- مشاكل المواصلات	6	5	4	3	2	1
ب- مشكلة اللغة (عدم تحدث اللغة التركية)	6	5	4	3	2	1
ج- ارتفاع تكلفة الخدمات الطبية أو المواصلات	6	5	4	3	2	1
د- وصمة عار، الخجل	6	5	4	3	2	1
هـ- الاعتقاد بعدم جدوى خدمات الصحة النفسية المُقدَّمة	6	5	4	3	2	1
و- التصرفات غير اللائقة من قبل الكادر الطبي	6	5	4	3	2	1
ز- عدم توفر معلومات حول كيفية و مكان الحصول على خدمات الصحة النفسية	6	5	4	3	2	1
ح- أسباب أخرى (اذكرها).....	6	5	4	3	2	1

69. Suriyeli erişkin mültecilerin ruh sağlığı hizmetlerine ulaşımını kolaylaştırmak için önerileriniz nelerdir?

- 1).....
- 2).....
- 3).....

69. ما هي اقتراحاتك لتسهيل عملية وصول المواطنين السوريين إلى خدمات الصحة النفسية:

1- .....

2- .....

3

- .....

## EK-4: Harvard Trauma Anketi

إستبيان هارفارد للإصابات و أعراض الشدة

### Instructions:

We would like to ask you about your past history and present symptoms. This information will be used to help us provide you with better medical care. However, you may find some questions upsetting. If so, please feel free not to answer. This will certainly not affect your treatment. Your responses will be kept confidential.

ارشادات :

نود أن نسألك عن معاناتك السابقة والأعراض التي تشكو منها حالياً . كما أن هذه المعلومات تساعدنا على تزويدك بعناية طبية أفضل . قد نجد بعض هذه الأسئلة مزعجاً أو محرّجاً . فعند ذلك لك مطلق الحرية في عدم الإجابة. واطمئن إن هذا لن يؤثر في برنامج علاجك. كما أن إجابتك على هذه الأسئلة سوف تحفظ في سرية تامة.

### PART 1: TRAUMA EVENTS

الجزء الأول : الحوادث المؤلمة:

Please indicate whether you have experienced any of the following events (check "YES" or "NO" for each column).

نرجو ان تذكر ان كنت قد تعرضت لأي من الحوادث التالية . ضع علامة (√) في العمود المناسب تحت (نعم) أو (لا).

لا no	نعم yes		
		هل تعرضت للإضطهاد بسبب دينك ، عروقك أو مذهبك <i>Oppressed because of ethnicity, religion, or sect</i>	1
		هل تم تفتيش دارك بحضورك بحثاً عن أشخاص أو أشياء <i>Present while someone searched for people or things in your home.</i>	2
		هل فتشت أنت <i>Searched</i>	3
		هل تم نهب ممتلكاتك الشخصية أو مصادرتها أو تدميرها <i>Property looted, confiscated, or destroyed</i>	4
		هل فرض عليك ترك مدينتك أو السكن في منطقة أخرى تقل فيها الخدمات <i>Forced to leave your hometown and settle in a different part of the country with minimal services</i>	5
		هل سجنتم <i>Imprisoned</i>	6
		هل عانيت من عدم إمكانية الحصول على الرعاية الطبية أو الدواء خلال مرضك <i>Suffered ill health without access to medical care or medicine</i>	7
		هل عانيت من عدم وجود الطعام أو الماء الصافي <i>Suffered from lack of food or clean water</i>	8
		هل اضطرت على الهرب من وطنك <i>Forced to flee your country</i>	9
		هل فرضت عليك الهجرة من وطنك بناء على أصل أجدادك ، دينك أو مذهبك <i>Expelled from country based on ancestral origin, religion, or sect</i>	10
		هل لديك مأوى <i>Lacked shelter</i>	11

لا no	نعم yes		
		هل شاهدت أنتهاك حرمة أو تدمير العتبات المقدسة أو المراكز التعليمية الخاصة بدينك أو مذهبك <i>Witnessed the desecration or destruction of religious shrines or places of religious instruction</i>	12
		هل شاهدت إعتقال أو تعذيب أو إعدام شخصيات مهمة من عشيرتك ، دينك أو طائفتك <i>Witnessed the arrest, torture, or execution of religious leaders or important members of tribe</i>	13
		هل شاهدت إعدامًا جماعيًا للمدنيين <i>Witnessed mass execution of civilians</i>	14
		هل شاهدت قصف أو إحراق أو تدمير الأماكن السكنية أو الأهوار <i>Witnessed shelling, burning, or razing of residential areas or marshlands</i>	15
		هل شاهدت هجمات كيميائية على المناطق السكنية أو الأهوار <i>Witnessed chemical attacks on residential areas or marshlands</i>	16
		هل تعرضت لميدان الحرب (انفجارات، قصف مدفعي، رمي الأسلحة) أو الألغام <i>Exposed to combat situation (explosions, artillery fire, shelling) or landmine.</i>	17
		هل أصبت إصابات جسمية خطيرة بسبب التعرض لميدان الحرب أو الألغام <i>Serious physical injury from combat situation or landmine</i>	18
		هل استخدمت كدرع بشري <i>Used as a human shield</i>	19
		هل أصيب أحد أفراد عائلتك أو أصدقائك إصابة جسمية خطيرة بسبب التعرض لجو الحرب أو الألغام <i>Serious physical injury of family member or friend from combat situation or landmine</i>	20
		هل شاهدت جثثًا متعفنة <i>Witnessed rotting corpses</i>	21
		هل أجبرت على البقاء في الدار بسبب الفوضى والعنف في الخارج <i>Confined to home because of chaos and violence outside</i>	22
		هل شاهدت شخصًا ما يتعرض للأذى الجسدي (الضرب ، الطعن ، .....الخ) <i>Witnessed someone being physically harmed (beating, knifing, etc.)</i>	23
		هل شاهدت عملية الإساءة الجنسية أو الإغتصاب <i>Witnessed sexual abuse or rape</i>	24
		هل شاهدت حالة تعذيب <i>Witnessed torture</i>	25
		هل شاهدت حالة قتل <i>Witnessed murder</i>	26
		هل أجبرت على الإخبار عن شخص آخر مما عرضه لخطر الإصابة أو الموت <i>Forced to inform on someone placing them at risk of injury or death</i>	27
		هل أجبرت على تدمير ممتلكات شخص آخر <i>Forced to destroy someone's property</i>	28
		هل أجبرت على إلحاق الأذى الجسدي (الضرب ، الطعن ، .....الخ) بشخص ما <i>Forced to physically harm someone (beating, knifing, etc.)</i>	29
		هل قتل أحد أفراد عائلتك ( طفلك ، زوجتك، .....الخ) أو مات نتيجة العنف <i>Murder or violent death of family member (child, spouse, etc.)</i>	30

لا no	نعم yes		
		هل قتل صديقك أو مات نتيجة العنف <i>Murder or violent death of friend</i>	31
		هل أجبرت على دفع قيمة الطلقة المستخدمة لقتل أحد أفراد عائلتك ( طفلك ، زوجك ، ..... الخ) <i>Forced to pay for bullet used to kill family member (child, spouse, etc.)</i>	32
		هل أستلمت جثة أحد أفراد عائلتك (طفلك ، زوجك ، ..... الخ) ومنعت من البكاء أو إقامة مراسم الدفن عليه <i>Received the body of a family member (child, spouse, etc.) and prohibited from mourning them and performing burial rites</i>	33
		هل إختفى أحد أفراد عائلتك ( طفلك ، زوجك ، ..... الخ) <i>Disappearance of a family member (child, spouse, etc.)</i>	34
		هل إختفى صديقك <i>Disappearance of a friend</i>	35
		هل أختطف أحد أفراد عائلتك ( طفلك ، زوجك ، ..... الخ) أو أخذ كرهينة <i>Family member (child, spouse, etc.) kidnapped or taken as a hostage</i>	36
		هل إختطف صديقك أو أخذ كرهينة <i>Friend kidnapped or taken as a hostage</i>	37
		هل بلغ أحد عنك مما عرضك وعائلتك لخطر الإصابة أو الموت <i>Someone informed on you placing you and your family at risk of injury or death.</i>	38
		هل تعرضت للأذى الجسدي ( الضرب ، الطعن ، ..... الخ) <i>Physically harmed (beaten, knifed, etc.)</i>	39
		هل أختطف أو أخذت كرهينة <i>Kidnapped or taken as a hostage</i>	40
		هل تعرضت للإساءة الجنسية أو أغتصبت <i>Sexually abused or raped (i.e., forced sexual activity)</i>	41
		تم تعذيبك (بمعنى أثناء وجودك في الأسر تعرضت إلى المعاناة النفسية أو الجسدية بشكل متعمد أو منتظم) <i>Tortured (i.e., while in captivity you received deliberate and systematic infliction of physical and/or mental suffering)</i>	42
		نرجو أن تحدد أي مواقف أخرى مخيفة أو شعرت عندها بأن حياتك معرضة للخطر <i>Please specify any other situation that was very frightening or in which you felt your life was in danger:</i>	43



## PART II: PERSONAL DESCRIPTION

الجزء الثاني: الوصف الشخصي:

*Please indicate what you consider to be the most hurtful or terrifying events you have experienced.*

*Please specify where and when these events occurred.*

الرجاء أن تذكر الحوادث التي تعرضت لها والتي تعتبرها أنت مصدر أشد الألم والرعب. ثم الرجاء تحديد مكان وزمان هذه الحوادث.

*Under your current living situation (i.e. refugee camp, country of resettlement, returned from exile, etc.) what is the worst event that has happened to you, if different from above. Please specify where and when these events occurred.*

تحت ظروف معيشتك الحالية ( مثلاً: مخيم اللاجئين, بلد إعادة التوطين, العودة من المنفى, الخ) ما هي أسوأ حادثة تعرضت لها, إن كانت هذه تختلف عما ذكرته أعلاه. الرجاء تحديد مكان وزمان هذه الحوادث

**PART III: HEAD INJURY**

**إصابات الرأس**

If you answer "YES" to the following trauma events, please indicate if you lost consciousness and for how long.

في حالة الأجابة ب"نعم" أرجو أن تذكر إن كنت قد فقدت الوعي و لأي فترة من الزمن.

إذا كان الجواب "نعم"، فلأية مدة؟ If yes, for how long?		هل فقدت الوعي؟ Loss of Consciousness?		هل تعرضت للحدث؟ Experienced?		
دقائق Minutes	ساعات Hours	لا No	نعم Yes	لا No	نعم Yes	
						1 الضرب على الرأس Beatings to the head
						2 محاولة خنق Suffocation or strangulation
						3 على وشك الغرق Near drowning
						4 إصابة في الرأس نتيجة لانفجار على قرب منك Injury to the head from nearby explosion
						5 إصابات أخرى في الرأس (شظايا، طلق ناري، طعن، حرق، ... إلخ) Other types of injury to the head (e.g., shrapnel, bullet wound, stabbing, burns, etc.)
						6 التجويع Starvation
إذا كان جوابك "نعم" على بند 6، فما هو وزنك الطبيعي: _____ ووزنك بعد التجويع: _____ If yes to item 6, what was your Normal weight: _____ Starvation weight: _____						6 أ
إذا كان جوابك "نعم" على بند 6، فهل كنت على وشك الموت نتيجة التجويع؟ نعم: _____ لا: _____ If yes to item 6, were you near death due to starvation? Yes: No: _____						6 ب

#### PART IV: TRAUMA SYMPTOMS

##### الجزء الرابع: أعراض الشدة

The following are symptoms that people sometimes have after experiencing hurtful or terrifying events in their lives. Please read each one carefully and decide how much the symptoms bothered you in the past week.

إن الأعراض التالية هي أعراض يشعر بها أحياناً الأشخاص الذين تعرضوا لحوادث مؤلمة أو مفزعة في حياتهم. الرجاء قراءة كل بند بدقة، و تحديد مدى معاناتك من هذه الأعراض خلال الأسبوع المنصرم.

بشدة Extremely	كثيراً نوعاً ما Quite a bit	قليلاً A little	لا أبداً Not at all		
				هل تعاودك الذكريات و الأفكار لأكثر الحوادث ألماً أو فزعاً <i>Recurrent thoughts or memories of the most hurtful or terrifying events</i>	1
				هل تشعر و كأنك تعيش الحادثة مرة أخرى <i>Feeling as though the event is happening again</i>	2
				هل تأتيك كوابيس (أحلام مخيفة) متكررة <i>Recurrent nightmares</i>	3
				هل تشعر بالانفصال أو الانعزال عن الناس <i>Feeling detached or withdrawn from people</i>	4
				هل تجد نفسك غير قادر على الإحساس بالعواطف <i>Unable to feel emotions</i>	5
				هل تجد نفسك سريع الجفان أو الاستثارة <i>Feeling jumpy, easily startled</i>	6
				هل تجد صعوبة في تركيز أفكارك <i>Difficulty concentrating</i>	7
				هل تجد صعوبة في النوم <i>Trouble sleeping</i>	8
				هل تجد نفسك متوجساً أو على حذر <i>Feeling on guard</i>	9
				هل تجد نفسك سريع الانفعال أو تنتابك نوبات من الغضب <i>Feeling irritable or having outbursts of anger</i>	10
				هل تتجنب الأعمال التي تذكرك بالحادثة المؤلمة <i>Avoiding activities that remind you of the hurtful event</i>	11
				هل تجد نفسك غير قادر على تذكر بعض الحوادث التي سببت لك أشد الألم <i>Inability to remember parts of the most hurtful events</i>	12
				هل تجد نفسك أقل اهتماماً بالأعمال اليومية <i>Less interest in daily activities</i>	13
				هل تشعر و كأنه لا مستقبل لك <i>Feeling as if you don't have a future</i>	14
				هل تتجنب الأفكار أو المشاعر المرتبطة بالحوادث المؤلمة <i>Avoiding thoughts or feelings associated with the hurtful events</i>	15
				هل تشعر برد فعل جسسي أو عاطفي عند تذكيرك بالحوادث المؤلمة <i>Sudden emotional or physical reaction when reminded of the most hurtful events</i>	16

بشدة Extremely	كثيراً نوعاً ما Quite a bit	قليلاً A little	لا أبداً Not at all		
				هل تشعر بضعف الذاكرة <i>Poor memory</i>	17
				هل تشعر بالإنهاك أو التعب الشديد <i>Feeling exhausted</i>	18
				هل تعاني من آلام أو مشاكل جسدية <i>Troubled by bodily pain or physical problems</i>	19
				هل تشعر أن مهاراتك الآن هي أقل مما كانت سابقاً <i>Feeling that you have less skills than you did before.</i>	20
				هل تجد صعوبة في الانتباه <i>Difficulty paying attention</i>	21
				هل تجد نفسك غير قادر على اتخاذ أي قرار في حياتك اليومية <i>Feeling unable to make daily plans</i>	22
				هل تجد صعوبة في مواجهة المواقف الجديدة <i>Having difficulty dealing with new situations</i>	23
				هل تشعر أنك الشخص الوحيد الذي عانى من هذه الحوادث <i>Feeling that you are the only one who suffered these events</i>	24
				هل تشعر أن الآخرين غير قادرين على فهم ما جرى لك <i>Feeling that others don't understand what happened to you</i>	25
				هل تشعر بالذنب لأنك نجوت و ما زلت على قيد الحياة <i>Feeling guilty for having survived</i>	26
				هل تلوم نفسك لما حدث <i>Blaming yourself for things that have happened</i>	27
				هل تتساءل لماذا قدر الله لك أن تواجه مثل هذه الحوادث <i>Spending time thinking why God is making you go through such events</i>	28
				هل تشعر بالحاجة إلى الانتقام <i>Feeling a need for revenge</i>	29
				هل تشعر أن الآخرين عدائون تجاهك <i>Feeling others are hostile to you</i>	30
				هل تشعر أن الشخص الذي وثقت به قد خانك <i>Feeling that someone you trusted betrayed you</i>	31
				هل تشعر بعدم الثقة بالآخرين <i>Feeling no trust in others</i>	32
				هل تشعر أن ليس هناك من أحد تعتمد عليه إلا الله <i>Feeling that you have no one to rely upon but god</i>	33
				هل فقدت الأمل <i>Hopelessness</i>	34
				هل تشعر أنك عاجز عن مساعدة الآخرين <i>Feeling powerless to help others</i>	35
				هل تشعر بالعار بسبب الحوادث المؤلمة التي تعرضت لها <i>Feeling ashamed of the hurtful or traumatic events that have happened to you</i>	36

بشدة Extremely	كثيرا نوعا ما Quite a bit	قليلا A little	لا أبدا Not at all		
				هل تشعر بالإهانة بسبب ما جرى لك <i>Feeling humiliated by your experience</i>	37
				هل تشعر أنك تجلب السوء على نفسك أو عائلتك <i>Feeling that you are a jinx to yourself and your family</i>	38
				هل اكتشفت بنفسك أو أخبرك أحد أنك قمت بعمل لا تستطيع أن تتذكره <i>Finding out or being told by other people that you have done something that you can't remember</i>	39
				هل تشعر أنك انقسمت إلى شخصين، وأن أحدهما يراقب ما يفعله الآخر <i>Feeling as though you are split into two people and one of you is watching what the other is doing</i>	40
				هل أنت ضايح <i>Dayeg (ruminations, poor concentration, lack of initiative, boredom, sleep problems, tiredness, and somatic complaints)</i>	41
				هل قلبك مقبوض <i>Qalbak maqboud (sensation of the heart being squeezed)</i>	42
				هل أنت عصبي <i>Asabi (irritability, nervousness, lack of patience, and anger outbursts)</i>	43
				هل تشعر بضيق النفس و كأنك على وشك الاختناق <i>Nafsak deeyega and makhnouk (feeling of tightness in the chest and a choking sensation)</i>	44
				هل نفسيتك متعبة <i>Nafseetak ta'bana (tired soul)</i>	45

## EK-5: Beck Depresyon Envanteri

ليك أن تختار افضل عبارة تصف ما كنت تشعر به من الاسبوع الفائت حتى اليوم

-1	انا لا اشعر بالحزن Kendimi üzgün hissetmiyorum
	انا حزين Kendimi üzgün hissediyorum.
	انا دائم الحزن ولا استطيع التخلص من هذا الشعور Her zaman için üzgünüm ve kendimi bu duygulardan kurtaramıyorum.
	انا حزين وتعييس لدرجة تفوق قدرتي على الاحتمال Öylesine üzgün ve mutsuzum ki dayanamıyorum
-2	لست متشائم بالنسبة الى المستقبل بصورة خاصة Gelecekten umutsuz değilim.
	إني متشائم بالنسبة الى المستقبل Geleceğe biraz umutsuz bakıyorum
	أشعر أنه ليس لي ما اتطلع اليه Gelecekten beklediğim hiçbir şey yok.
	أشعر بأن المستقبل ميؤوس منه وبأن الامور لا يمكن ان تتحسن Benim için bir gelecek yok ve bu durum düzelmeyecek.
-3	لا اشعر باتي انسان فاشل Kendimi başarısız görmüyorum.
	أشعر باتي فشلت اكثر من الانسان العادي Çevremdeki pek çok kişiden daha fazla başarısızlıklarım oldu sayılır.
	عندما انظر الى حياتي الماضية لا استطيع ان ارى سوى الكثير من الفشل Geriyeye dönüp baktığımda çok fazla başarısızlığımın olduğunu görüyorum.
	أشعر باتي فاشل Kendimi tümüyle başarısız bir insan olarak görüyorum.
-4	شعوري بالفرح ما زال على حاله Her şeyden eskisi kadar zevk alabiliyorum.
	لا استمتع بالاشياء كما كنت أفعل في الماضي Her şeyden eskisi kadar zevk alamıyorum.
	لم اعد اتمتع بأي شيء Artık hiçbir şeyden gerçek bir zevk alamıyorum.
	لا اشعر بالفرح وكل شيء يضجرني Bana zevk veren hiçbir şey yok.
-5	لا اشعر بالذنب بصورة خاصة Kendimi suçlu hissetmiyorum.
	أشعر بالذنب بعض الاوقات Arada bir kendimi suçlu hissettiğim oluyor.
	أشعر بالذنب معظم الاوقات Kendimi çoğunlukla suçlu hissediyorum.
	أشعر بالذنب كل الوقت Kendimi her an için suçlu hissediyorum

-6	لا اشعر بآتي اعاقب Cezalandırıldığımı düşünmüyorum.
	أشعر بأنه من المحتمل أن اعاقب Bazı şeyler için cezalandırılabilirim hissediyorum.
	أتوقع أن اعاقب Cezalandırılmayı bekliyorum.
	اشعر بآتي اعاقب Cezalandırıldığımı hissediyorum.
-7	لا اشعر بعدم الرضى عن نفسي Kendimden hoşnutum.
	إنني غير راضي من نفسي Kendimden pek hoşnut değilim.
	إنني مشمنز من نفسي Kendimden hiç hoşlanmıyorum.
	إنني أكره نفسي Kendimden nefret ediyorum.
-8	لا اشعر بآتي أسوأ من أي شخص آخر Kendimi diğer insanlardan daha kötü görmüyorum.
	إنني انتقد نفسي على ضعفي وأخطائي Kendimi zayıflıklarım ve hatalarım için eleştiriyorum.
	إنني ألوم نفسي دائماً على أخطائي Kendimi hatalarım için çoğu zaman suçluyorum.
	إنني ألوم نفسي على كل سوء يحصل Her kötü olayda kendimi suçluyorum.
-9	لا تراودني أي فكرة بقتل نفسي Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok.
	تراودني فكرة بقتل نفسي ولكنني لا أنفذها Bazen kendimi öldürmeyi düşünüyorum, fakat bunu yapmam
	أرغب في أن أقتل نفسي Kendimi öldürebilmeyi isterdim.
	أقتل نفسي إذا سنحت لي الفرصة Bir fırsatını bulsam kendimi öldürürdüm.
-10	لا أبكي أكثر من المعتاد Her zamankinden daha fazla ağladığımı sanmıyorum.
	أبكي الآن أكثر مما اعتدت عليه Eskisine göre su sıralarda daha fazla ağlıyorum.
	أبكي الآن كل الوقت Şu sıralarda her an ağlıyorum.
	كنت قادراً على البكاء ولكنني لا أقدر على البكاء الآن حتى وإن أردت Eskiden ağlayabilirdim ama şu sıralarda istesem de ağlayamıyorum
-11	لست متضايق أكثر مما كنت في السابق Her zamankinden daha sinirli değilim.
	أنزعج وأتضايق بسهولة أكثر مما اعتدت عليه Her zamankinden daha kolayca sinirleniyor ve kızıyorum.
	أشعر الآن بالضيق معظم الوقت Çoğu zaman sinirliyim.
	الآن أشعر بالضيق دائماً Eskiden sinirlendiğim şeylere bile artık sinirlenemiyorum.

-12	لم أفقد اهتمام الآخرين Diğer insanlara karşı ilgimi kaybetmedim.
	إنني أقل اهتماماً بالآخرين مما كنت عليه Eskisine göre insanlarla daha az ilgiliyim.
	فقدت معظم اهتمامي بالآخرين Diğer insanlara karşı ilgimin çoğunu kaybettim.
	فقدت كل اهتمامي بالآخرين Diğer insanlara karşı hiç ilgim kalmadı.
-13	إنني أتخذ القرارات بنفس القدرة تقريباً مما إعتدت عليه Kararlarımı eskisi kadar kolay ve rahat verebiliyorum.
	إنني أوجل إتخاذ القرارات أكثر مما إعتدت عليه Şu sıralarda kararlarımı vermeyi erteliyorum
	إنني أجد صعوبة أكثر في إتخاذ القرارات مما كنت عليه في السابق Kararlarımı vermekte oldukça güçlük çekiyorum.
	إنني لم أعد قادر على إتخاذ القرارات Artık hiç karar veremiyorum.
-14	لا اشعر بأن مظهري يبدو أسوأ مما كان في السابق Dış görünüşümün eskisinden daha kötü olduğunu sanmıyorum.
	أقلق من أن أبدو كبير في السن وغير جذاب Yaşlandığımı ve çekiciliğimi kaybettiğimi düşünüyör ve üzülüyorum.
	أشعر بأن هناك تغييرات ثابتة في مظهري تجعلني أبدو غير جذاب Dış görünüşümde artık değiştirilmesi mümkün olmayan olumsuz değişiklikler olduğunu hissediyorum.
	إنني أومن بأنني أبدو قبيح Çok çirkin olduğumu düşünüyorum.
-15	أقدر أن أعمل كما في السابق Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum.
	أحتاج لجهود إضافية لأبدأ عمل ما Bir işe başlayabilmek için eskisine göre kendimi daha fazla zorlamam gerekiyor.
	علي أن اضغط على نفسي بشدة لعمل شيء ما Hangi iş olursa olsun, yapabilmek için kendimi çok zorluyorum.
	لا أستطيع القيام بأي عمل إطلاقاً Hiçbir iş yapamıyorum
-16	أستطيع أن أنام كما في السابق Eskisi kadar rahat uyuyabiliyorum.
	لا أنام كما كنت معتاداً في السابق Şu sıralarda eskisi kadar rahat uyuyamıyorum.
	أستيقظ ساعة أو ساعتين قبل المعتاد وأجد صعوبة في العودة الى النوم Eskisine göre 1 veya 2 saat erken uyanıyor ve tekrar uyumakta zorluk çekiyorum.
	أستيقظ بضع ساعات قبل المعتاد ولا أستطيع العودة الى النوم Eskisine göre çok erken uyanıyor ve tekrar uyuyamıyorum.
-17	لا أتعب أكثر من المعتاد Eskisine kıyasla daha çabuk yorulduğumu sanmıyorum.
	أتعب بسهولة أكثر من المعتاد Eskisinden daha çabuk yoruluyorum
	أتعب من القيام بأي عمل Şu sıralarda neredeyse her şey beni yoruyor.
	أتعب لدرجة إنني لا أستطيع القيام بأي عمل Öyle yorgunum ki hiçbir şey yapamıyorum.



-18	ليست قابليتي للأكل بأسوأ من المعتاد İştahım eskisinden pek farklı değil.
	ليست قابليتي للأكل جيدة كما هو معتاد İştahım eskisi kadar iyi değil.
	قابليتي للأكل أسوأ بكثير الآن Şu sıralarda iştahım epey kötü.
	ليست لي قابلية للأكل إطلاقاً Artık hiç iştahım yok.
-19	لم أفقد من الوزن مؤخراً Son zamanlarda pek fazla kilo kaybettiğimi sanmıyorum.
	لقد نقص وزني بأكثر من ثلاثة كيلو غرامات Son zamanlarda istemediğim halde üç kilodan fazla kaybettim.
	لقد نقص وزني بأكثر من خمسة كيلو غرامات Son zamanlarda istemediğim halde beş kilodan fazla kilo kaybettim.
	لقد نقص وزني بأكثر من ثمانية كيلو غرامات Son zamanlarda istemediğim halde yedi kilodan fazla kilo kaybettim.
	إنني أتعمد تخفيف وزني عن طريق تخفيف كمية الأكل Daha az yemeye çalışarak kilo kaybetmeye çalışıyorum. Evet ( ) Hayır ( )
-20	لست قلق على صحتي أكثر من المعتاد Sağlığım beni pek endişelendirmiyor.
	إنني قلق على بعض المشاكل الصحية كالصداع والالام والاضطراب في المعدة والأمساك Son zamanlarda ağrı, sızı, mide bozukluğu, kabızlık gibi sorunlarım var.
	إنني كثير القلق على المشاكل الصحية ويصعب علي التفكير بأي شيء آخر Ağrı, sızı gibi bu sıkıntılarım beni epey endişelendirdiği için başka şeyleri düşünmek zor geliyor
	إنني قلق على المشاكل الصحية لدرجة إنني لا استطيع التفكير بأي شيء آخر Bu tür sıkıntılar beni öylesine endişelendiriyor ki, artık başka hiçbir şey düşünemiyorum.
-21	مؤخراً لم ألاحظ أي تغيير في اهتمامي بالجنس Son zamanlarda cinsel yaşantımda dikkati çeken bir şey yok.
	الآن إنني أقل اهتماماً بالجنس مما كنت عليه في السابق Eskisine oranla cinsel konularla daha az ilgileniyorum.
	إن اهتمامي بالجنس حالياً هو أقل بكثير Şu sıralarda cinsellikle pek ilgili değilim.
	فقدت اهتمامي بالجنس كلياً Artık, cinsellikle hiçbir ilgim kalmadı.

## EK- 6: Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği

### مقياس الدعم الاجتماعي

Aşağıda 12 cümle ve her bir cümle altında da cevaplarınızı işaretlemeniz için 1'den 7'ye kadar rakamlar verilmiştir. Her cümlede söylenenin sizin için ne kadar çok doğru olduğunu veya olmadığını belirtmek için o cümlenin yanındaki rakamlardan yalnız bir tanesini daire içine alarak işaretleyiniz.

#### إرشادات :

يتضمن هذا الإستفتاء عدد من الإقتراحات التي تتعلق بالدعم الاجتماعي . إستعمل المقياس أدناه من 1 إلى 7 لتقييم كل بند من البنود من خلال وضع دائرة حول الرقم المناسب .

7	6	5	4	3	2	1
أوافق بشدة	أوافق باعتدال	أوافق قليلا	حيادي	أعترض قليلا	أعترض باعتدال	أعترض بشدة

6 5 4 3 2 1 7	1- هناك شخص مميز بجانبني عندما أحتاجه İhtiyacım olduğunda yanımda olan özel bir insan var
1 2 3 4 5 6 7	2- هناك شخص مميز أستطيع أن أشارك أحراني وأفراحي معه. Sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim özel bir insan var.
1 2 3 4 5 6 7	3- عائلتي تحاول مساعدتي Ailem bana gerçekten yardımcı olmaya çalışır.
1 2 3 4 5 6 7	4- أنال مساعدة عاطفية ودعم من عائلتي İhtiyacım olan duygusal yardımı ve desteği ailemden alırım
1 2 3 4 5 6 7	5- هناك شخص مميز هو/هي مصدر حقيقي للراحة لي. Beni gerçekten rahatlatan özel bir insan var.
1 2 3 4 5 6 7	6- أصدقائي يحاولون مساعدتي Arkadaşlarım bana gerçekten yardımcı olmaya çalışırlar.
1 2 3 4 5 6 7	7- بإمكانني الإعتماد على أصدقائي عندما تجري الأمور بشكل سيئ. İşler kötü gittiğinde arkadaşlarıma güvenebilirim.
1 2 3 4 5 6 7	8- بإمكانني التحدث عن مشاكلي مع عائلتي Sorunlarımı ailemle konuşabilirim
1 2 3 4 5 6 7	9- عندي أصدقاء أستطيع ان اشارك أفراحي و أحراني معهم. Sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim arkadaşlarım var.
1 2 3 4 5 6 7	10- هناك شخص مميز في حياتي يهتم بمشاعري Yaşamımda duygularıma önem veren özel bir insan var.
1 2 3 4 5 6 7	11- عائلتي ترغب في مساعدتي لإتخاذ القرارات Kararlarımı vermede ailem bana yardımcı olmaya isteklidir.
1 2 3 4 5 6 7	12- أستطيع أن أتحدث عن مشاكلي مع أصدقائي Sorunlarımı arkadaşlarımla konuşabilirim.
من هو الشخص المميز الذي أشرت إليه بالإستمارة؟ حدد علاقتك به وليس بالإسم مثلا أخي،زوجي. _____	

## **EK-7: Niteliksel Görüşme Rehberi**

### **1. Hizmet Sunucular İçin;**

Görüşme rehberi:

1. Tanımlayıcı veriler: Yaş, cinsiyet, öğrenim durumu, mesleki deneyim (süre), çalışma yeri ve unvanı, sığınmacılarla çalışma süresi, ana dili dışında konuştuğu diller
2. Ruh sağlığı hizmeti için size başvuran Suriyeli sığınmacıların sosyo-demografik özellikleri nasıl? Kimler daha çok hizmet başvurusu yapıyor? (eğitim, yaş, cinsiyet...)
3. Sığınmacılar ruh sağlığı sorunları için başvuruyorlar mı? Genellikle hangi ruhsal şikâyetlerle hizmet başvurusu yapıyorlar?
4. Sığınmacılar ruh sağlığı hizmetlerine nasıl başvuruyorlar? Bir başka sağlık çalışanının önerisi ya da sevki, aileden ya da arkadaşlardan birilerinin önerisi, kendilerinin sorunu fark etmeleri?
5. Sığınmacıların ruh sağlığı sorunlarına bakışı nasıldır? Ruh sağlığı sorunu deyince ne anlıyorlar? Ruh sağlığı sorunlarına bakışta Türkiye'deki topluma kıyasla sizin fark ettiğiniz kültürel farklılıklar var mı?
6. Ruh sağlığı ihtiyacı olan sığınmacıların sağlık kurumlarına başvurduğunu düşünüyor musunuz? Sizce ihtiyacı olanların ne kadarı sağlık hizmetlerine başvuruyor? Sağlık kurumlarına başvurmayanlar sizce neden başvurmuyor?
7. Ruh sağlığı ihtiyacı olup sağlık kurumlarına başvurmayan sığınmacılara nasıl ulaşılabilir? Farklı modeller geliştirilebilir mi?
8. Ruh sağlığı hizmet başvurusu yapan sığınmacıların verilen tedaviyi uyguladığını düşünüyor musunuz? Doktorun verdiği kontrollere düzenli geliyorlar mı?
9. Sizce Suriyeli sığınmacıların en önemli ruh sağlığı sorunları nelerdir? En çok teşhis edilen ruh sağlığı sorunları hangileridir?
10. Suriyelilere verilen ruh sağlığı hizmetlerinin yeterli olduğunu düşünüyor musunuz?

11. Suriyelilere verilen ruh sađlıđı hizmetlerinin eriřilebilir olduđunu dűřunuyor musunuz? Sizce eriřimin 6nűnde engeller var mı? Eriřimin artırılması i7in neler yapılabilir?

12. Suriyelilere verilen ruh sağlığı hizmetlerinin geliştirilmesi i7in 6nerileriniz nelerdir?



## 2. Politika Yapıcılar İçin;

Görüşme rehberi:

1. Tanımlayıcı veriler: Yaş, cinsiyet, öğrenim durumu, mesleki deneyim (süre), çalışma yeri ve unvanı, sığınmacılara yönelik çalışma süresi, ana dili dışında konuştuğu diller
2. Şu anda sığınmacılara nerelerde (ülke ya da il düzeyinde) ve ne tür ruh sağlığı hizmetleri veriliyor?
3. Ruh sağlığı ihtiyacı olan sığınmacıların sağlık kurumlarına başvurduğunu düşünüyor musunuz? Sizce ihtiyacı olanların ne kadarı sağlık hizmetlerine başvuruyor? Sağlık kurumlarına başvurmayanlar sizce neden başvurmuyor?
4. Ruh sağlığı ihtiyacı olup sağlık kurumlarına başvurmayan sığınmacılara nasıl ulaşılabilir? Farklı modeller geliştirilebilir mi?
5. Sizce Suriyeli sığınmacıların en önemli ruh sağlığı sorunları nelerdir?
6. Suriyelilere verilen ruh sağlığı hizmetlerinin yeterli olduğunu düşünüyor musunuz?
7. Suriyelilere verilen ruh sağlığı hizmetlerinin erişilebilir olduğunu düşünüyor musunuz? Sizce erişimin önünde engeller var mı? Erişimin artırılması için neler yapılabilir?
8. Sığınmacılara verilen ruh sağlığı hizmetleri ile ilgili politika oluşturmada zorluk çekiyor musunuz? Politika oluşturulurken ne gibi engellerle karşılaşıyorsunuz? Bu tür engellerin aşılması mümkün mü? Neler yapılabilir?
9. Suriyelilere verilen ruh sağlığı hizmetlerinin geliştirilmesi için önerileriniz nelerdir?



T.C.  
ANKARA VALİLİĞİ  
İl Göç İdaresi Müdürlüğü

Sayı : 41384883-000-E.37838  
Konu : Anket Çalışması

28/09/2016

HACETTEPE ÜNİVERSİTESİNE  
Stres Araştırmaları Uygulama ve Araştırma Merkezi ?  
(Halk Sağlığı Enstitüsü/ Sıhhiye)

İlgi : a) 26.08.2016 tarihli ve 126335 sayılı yazınız.  
b) Göç İdaresi Genel Müdürlüğünün 22.09.2016 tarihli ve E.35942 sayılı yazısı.

Üniversiteniz Halk Sağlığı Enstitüsü, Stres Araştırmaları ve Uygulama Merkezi'nin yürüttüğü Ankara'da geçici koruma altındaki Suriyelilerin yoğun olarak yaşadığı Altındağ İlçesinde 18 yaşını doldurmuş erişkinlerin ruh sağlığı sorunlarının ve ruh sağlığı hizmet gereksinimlerin belirlenmesini amaçlayan proje için ilgi (a) yazıyla izin talep edilmiştir.

Söz konusu talebiniz 6458 sayılı Yabancılar ve Uluslararası Koruma Kanununun 94 üncü maddesi ile 2014/6883 karar sayılı Geçici Koruma Yönetmeliğinin 51 inci maddesinde belirtilen gizlilik ilkesine gerekli hassasiyetin gösterilmesi ve elde edilecek verilerin araştırma dışında kullanılmaması, üçüncü kişilerle paylaşılmaması, dahası ankete konu kişilerden ve/veya aile üyelerinden adı ve soyadı, telefon, adres bilgilerinin istenmemesi ve çalışma esnasında ses ya da video kaydının alınmaması şartıyla uygun görüldüğü ilgi (b) yazı ile bildirilmiştir.

Bilgilerinizi rica ederim.

Metin ARSLANBAŞ  
Vali a.  
Vali Yardımcısı

\*Bu belge elektronik imzalıdır. imzalı suretinin aslını görmek için <https://www.e-icisleri.gov.tr/EvrakDogrulama> adresine girerek (1biwy2-McLW1z-FeuBH7-AFjB49-CPxMssrd) kodunu yazınız.



00033510269

T.C.  
SAĞLIK BAKANLIĞI  
Türkiye Halk Sağlığı Kurumu



Sayı : 67350377/663.08  
Konu : Araştırma İzin Talebi  
(Prof. Dr. Sarp ÜNER)

ANKARA VALİLİĞİNE  
(Halk Sağlığı Müdürlüğü)

İlgi : 25/10/2016 tarihli ve 23248055/18211 sayılı dilekçe.

Hacettepe Üniversitesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Öğretim üyesi Prof. Dr. Sarp ÜNER sorumluluğunda, Araştırma Görevlisi Edip KAYA tarafından yapılmak istenen "Suriyeli Sığınmacıların Bazı Ruh Sağlığı Sorunlarının ve Ruh Sağlığı Hizmet Gereksinimlerinin Belirlenmesi" konulu araştırma için Kurumumuzun görüşünün istendiği anlaşılmaktadır.

Konuya ilişkin olarak, araştırma talebinin Kurumumuzca yapılan değerlendirilmesi neticesinde;

Birinci basamak sağlık hizmetleri alanında yapılacak olan tüm araştırmalarda Tıbbi Deontoloji Tüzüğüne ve Hasta Hakları Yönetmeliğine uyulması gerekmektedir. Ayrıca, 25/01/2013 tarihli ve 28539 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanan Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği'nin 31 inci maddesi, 5 inci fıkrasında belirtilen "Aile hekimleri, bakmakla yükümlü olduğu vatandaşlara ait, bilgi sisteminde tuttuğu tüm verilerin ilgili mevzuatı çerçevesinde gizliliğini, bütünlüğünü, güvenliğini ve mahremiyetini sağlamakla yükümlüdür." hükmü ile 01/08/1998 tarihli ve 23420 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanan Hasta Hakları Yönetmeliği'nin "Bilgilerin Gizli Tutulması" başlıklı 23 üncü maddesi 1 inci fıkrasında belirtilen "Sağlık hizmetinin verilmesi sebebiyle edinilen bilgiler, kanun ile müsaade edilen haller dışında hiçbir şekilde açıklanamaz" hükmüne istinaden, aile hekimlerine kayıtlı nüfusla ilgili veriler ya da toplum sağlığı merkezleri veya bağlı birimlerde tutulan kişisel veriler şahsın veya yasal vasisinin izni olmadan üçüncü kişilerle paylaşılamaz. Ayrıca, görüşme talebi Merkez ve Taşra yöneticilerinin onayı çerçevesinde çalışma saatlerini ve hizmeti aksatmadan bizzat araştırma sahibi tarafından araştırmanın yürütülmesi gerekmektedir.

Bu değerlendirmeler doğrultusunda yukarıda yer alan ilkelere bağlı kalmak koşuluyla araştırma izin talebi uygun bulunmuştur. Çalışma tamamlandığında sonuçlarını içeren bir rapor örneğinin Kurumumuza gönderilmesi gerekmektedir. Talep sahibine durumun bildirilmesi hususunda,

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Dr. Mehmet Ali TORUNOĞLU  
Bakan a.  
Kurum Başkan Yardımcısı





**T.C.**  
**HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ**  
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

Sayı : 16969557 - 803

Konu :

**ARAŞTIRMA PROJESİ DEĞERLENDİRME RAPORU**

**Toplantı Tarihi** : 09 AĞUSTOS 2016 SALI  
**Toplantı No** : 2016/16  
**Proje No** : GO 16/431 (Değerlendirme Tarihi: 24.05.2016)  
**Karar No** : GO 16/431- 05

Üniversitemiz Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı öğretim üyelerinden Prof. Dr. Sarp ÜNER'in sorumlu araştırmacı olduğu, Prof. Dr. Cengiz KILIÇ, Yrd. Doç. Dr. Özge Karadağ ÇAMAN ve Arş. Gör. Edip KAYA ile birlikte çalışacakları, GO 16/431 kayıt numaralı ve "*Suriyeli Sığınmacıların Bazı Ruhsal Sorunlarının ve Ruh Sağlığı Hizmet Gereksinimlerinin Belirlenmesi-Tanımlayıcı Bir Çalışma*" başlıklı proje önerisi araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş olup, etik açıdan uygun bulunmuştur.

- |  |  |
|--|--|
| 1. Prof. Dr. Sevda F. MÜFTÜOĞLU (Başkan) | 10 Prof. Dr. Oya Nuran EMİROĞLU (Üye)      |
| 2. Prof. Dr. Nurten AKARSU (Üye)         | 11 Yrd. Doç. Dr. Özay GÖKÖZ (Üye)          |
| 3. Prof. Dr. M. Yıldırım SARA (Üye)      | 12. Doç. Dr. Gözde GİRGİN (Üye)            |
| 4. Prof. Dr. Necdet SAĞLAM (Üye)         | 13. Doç. Dr. Fatma Visal OKUR (Üye)        |
| 5. Prof. Dr. Hatice Doğan BUZOĞLU (Üye)  | 14. Yrd. Doç. Dr. Can Ebru KURT (Üye)      |
| 6. Prof. Dr. R. Köksal ÖZGÜL (Üye)       | 15. Yrd. Doç. Dr. H. Hüsrev TURNAGÖL (Üye) |
| 7. Prof. Dr. Ayşe Lale DOĞAN (Üye)       | 16. Öğr. Gör. Dr. Müge DEMİR (Üye)         |
| 8. Prof. Dr. Elmas Ebru YALÇIN (Üye)     | 17. Öğr. Gör. Meltem ŞENGELEN (Üye)        |
| 9. Prof. Dr. Mintaze Kerem GÜNEL (Üye)   | 18. Av. Meltem ONURLU (Üye)                |



**EK-10: Onam Formu (Suriyeli sığınmacılar için)**

**Suriyeli Sığınmacıların Bazı Ruhsal Sorunlarının ve Ruh Sağlığı Hizmet Gereksinimlerinin Belirlenmesi-Tanımlayıcı Bir Çalışma**

Sevgili Katılımcı,

Suriye’den gelen sığınmacıların ruh sağlığı sorunları ve ruh sağlığı hizmet gereksinimlerinin belirlenmesini amaçlayan bu tez araştırmasında sığınmacılara yönelik uygun sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi amacıyla planlanmıştır. Sizin yanıtlarınızdan elde edilecek sonuçlara bağlı olarak Suriyelilere verilen ruh sağlığı hizmetleri planlanabilecektir. Bu nedenle soruların tümüne ve içtenlikle cevap vermeniz büyük önem taşımaktadır.

Araştırmaya katılmanız gönüllülük esasına dayalıdır. Bu form aracılığı ile elde edilecek bilgiler gizli kalacaktır ve sadece araştırma amacıyla (veya “bilimsel amaçlar için”) kullanılacaktır. Çalışmaya katılmamayı tercih edebilirsiniz veya başladıktan sonra istediğiniz zaman görüşmeye son verebilirsiniz.

Çalışmaya katıldığınız için teşekkür ederiz.

Çalışma ile ilgili herhangi bir sorunuz olduğunda aşağıdaki kişi(ler) ile iletişim kurabilirsiniz:

**Çalışma ile ilgili bilgi almak için iletişim:**

Arş. Gör. Edip Kaya  
H. Ü. Halk Sağlığı Enstitüsü  
Tel: 0312 3053141  
e-mail: edipkaya65@hotmail.com

Çalışmaya katılmayı kabul ediyorsanız aşağıdaki kutucuğu X ile işaretleyiniz.

**Kabul ediyorum**

**EK-10: Onam Formu (Hizmet sunucu ve yöneticiler için)**

**Suriyeli Sığınmacıların Bazı Ruhsal Sorunlarının ve Ruh Sağlığı Hizmet Gereksinimlerinin Belirlenmesi-Tanımlayıcı Bir Çalışma**

Sayın Katılımcı,

Suriye’den gelen sığınmacıların ruh sağlığı sorunları ve ruh sağlığı hizmet gereksinimlerinin belirlenmesini amaçlayan bu tez araştırmasında sığınmacılara yönelik uygun sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi amacıyla planlanmıştır. Sizin yanıtlarınızdan elde edilecek sonuçlara bağlı olarak Suriyelilere verilen ruh sağlığı hizmetleri planlanabilecektir. Bu nedenle soruların tümüne ve içtenlikle cevap vermeniz büyük önem taşımaktadır.

Yaklaşık 45 dakika sürmesi beklenen derinlemesine görüşmede izniniz olması halinde ses kaydı yapılacaktır. Ses kaydında yer alacak konuşmalar önce çözümlenerek yazıya geçirilecek, sonra elde edilen ham verinin tematik analizi yapılacaktır. Çalışmanın bütün aşamalarında kimlik bilgileriniz gizli tutulacak, üçüncü kişilerle ve/veya kurumlarla paylaşılmayacaktır.

Araştırmaya katılmanız gönüllülük esasına dayalıdır. Bu görüşme aracılığı ile elde edilecek bilgiler gizli kalacaktır ve sadece araştırma amacıyla (veya “bilimsel amaçlar için”) kullanılacaktır. Çalışmaya katılmamayı tercih edebilirsiniz veya başladıktan sonra istediğiniz zaman görüşmeye son verebilirsiniz.

Çalışmaya katıldığınız için teşekkür ederiz.

Çalışma ile ilgili herhangi bir sorunuz olduğunda aşağıdaki kişi(ler) ile iletişim kurabilirsiniz:

**Çalışma ile ilgili bilgi almak için iletişim:**

Arş. Gör. Edip Kaya  
H. Ü. Halk Sağlığı Enstitüsü  
Tel: 0312 3053141  
e-mail: edipkaya65@hotmail.com

*Bu çalışma hakkında bilgilendirildim. Çalışmaya tamamen gönüllü olarak katılmayı kabul ediyorum.*

Ad Soyad:

İmza:



## Dijital Makbuz

Bu makbuz ödevinizin Turnitin'e ulaştığını bildirmektedir. Gönderiminize dair bilgiler şöyledir:

Gönderinizin ilk sayfası aşağıda gönderilmektedir.

Gönderen: Edip Kaya  
Ödev başlığı: SURİYELİ SIĞINMACILARIN BAZI R..  
Gönderi Başlığı: SURİYELİ SIĞINMACILARIN BAZI R..  
Dosya adı: Tez son 16.09.2019.docx  
Dosya boyutu: 2.67M  
Sayfa sayısı: 202  
Kelime sayısı: 49,807  
Karakter sayısı: 327,633  
Gönderim Tarihi: 16-Eyl-2019 12:45PM (UTC+0300)  
Gönderim Numarası: 1173618301

T.C.  
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

SURİYELİ SIĞINMACILARIN BAZI RUHSAL SORUNLARI VE  
RUH SAĞLIĞI HİZMET GEREKSİNİMLERİ İLE HİZMET  
SUNUCULARIN VE YÖNETİCİLERİN GÖRÜŞLERİNİN  
BELİRLENMESİ

Edip KAYA

Halk Sağlığı Programı  
DOKTORA TEZİ

ANKARA  
2019

# SURİYELİ SIĞINMACILARIN BAZI RUHSAL SORUNLARI VE RUH SAĞLIĞI HİZMET GEREKSİNİMLERİ İLE HİZMET SUNUCULARIN VE YÖNETİCİLERİN GÖRÜŞLERİNİN BELİRLENMESİ

## ORJINALLIK RAPORU

<b>%7</b> BENZERLİK ENDEKSİ	<b>%5</b> INTERNET KAYNAKLARI	<b>%2</b> YAYINLAR	<b>%5</b> ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ
--------------------------------	-------------------------------------	-----------------------	-------------------------------

## BİRİNCİL KAYNAKLAR

<b>1</b>	<b>www.openaccess.hacettepe.edu.tr:8080</b> Internet Kaynağı	<b>%1</b>
<b>2</b>	<b>Submitted to TechKnowledge Turkey</b> Öğrenci Ödevi	<b>%1</b>
<b>3</b>	<b>halksagligiokulu.org</b> Internet Kaynağı	<b>&lt;%1</b>
<b>4</b>	<b>dspace.baskent.edu.tr</b> Internet Kaynağı	<b>&lt;%1</b>
<b>5</b>	<b>Submitted to Abant İzzet Baysal Üniversitesi</b> Öğrenci Ödevi	<b>&lt;%1</b>
<b>6</b>	<b>Submitted to The Scientific &amp; Technological Research Council of Turkey (TUBITAK)</b> Öğrenci Ödevi	<b>&lt;%1</b>
<b>7</b>	<b>Submitted to Hacettepe University</b> Öğrenci Ödevi	<b>&lt;%1</b>

## 11. ÖZGEÇMİŞ

### Kişisel Bilgiler

<b>Adı soyadı</b>	Edip KAYA
<b>Doğum yeri ve tarihi</b>	Erciş/Van 08/03/1988
<b>E-posta</b>	edipkaya65@hotmail.com
<b>Adres</b>	Hacettepe Üniversitesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, 06100 Sıhhiye- Ankara/Türkiye

### Eğitim

<b>Doktora (PhD)</b> (2014-2019)	Hacettepe Üniversitesi/ Halk Sağlığı Anabilim Dalı / Halk Sağlığı Doktora Programı, Ankara-Türkiye
<b>Tez adı</b>	<i>Suriyeli Sığınmacıların Bazı Ruhsal Sorunları ve Ruh Sağlığı Hizmet Gereksinimleri İle Hizmet Sunucuların ve Yöneticilerin Görüşlerinin Belirlenmesi</i>
<b>Yüksek Lisans</b> (2011-2014)	Hacettepe Üniversitesi/ Halk Sağlığı Anabilim Dalı/Afetlerde Sağlık Yönetimi, Ankara-Türkiye
<b>Tez adı</b>	<i>Sivil Savunma ve İtfaiyecilik Programı Öğrencilerinin Eğitimleri Hakkındaki Görüşleri İle Mezuniyet Sonrasında Afetlerde Çalışma İsteklilikleri</i>
<b>Lisans</b> (2005-2010)	Ege Üniversitesi/ İzmir Atatürk Sağlık Yüksekokulu/Sağlık Memurluğu, İzmir-Türkiye

### Yabancı Dil (İngilizce)

YDS (2017)	77,5
YÖKDİL (2017)	81,25

### İş Deneyimi

<b>Araştırma Görevlisi</b> (2012-2019)	Hacettepe Üniversitesi/ Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Ankara-Türkiye
<b>Kısa Süreli Araştırmacı</b> (2013)	Colorado State University/Center for Disaster and Risk Analysis/Colorado-USA
<b>Araştırma Görevlisi</b> (2010-2012)	Kilis 7 Aralık Üniversitesi/ Tıbbi Hizmetler ve Teknikler Bölümü/İlk ve Acil Yardım Programı, Kilis-Türkiye