

**T.C.
HARRAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI**

**OKUL ÇAĞINDAKİ SURİYELİ SİĞİNMACI
ÇOCUKLARIN YALNIZLIK VE DEPRESYON
DURUMLARININ İNCELENMESİ**

YÜLSEK LİSANS TEZİ

Filiz SOLMAZ

DANIŞMAN

Doç. Dr. Hülya KARATAŞ

ŞANLIURFA-2018

**T.C.
HARRAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI**

**OKUL ÇAĞINDAKİ SURİYELİ SİĞİNMACI
ÇOCUKLARIN YALNIZLIK VE DEPRESYON
DURUMLARININ İNCELENMESİ**

YÜLSEK LİSANS TEZİ

Filiz SOLMAZ

DANIŞMAN

Doç. Dr. Hülya KARATAŞ

Herhangi bir kurum veya kuruluştan maddi destek almamıştır.


ŞANLIURFA-2018

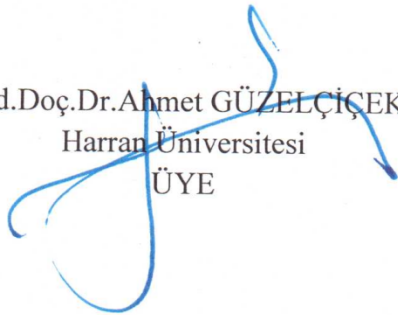
T.C.
HARRAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜ MÜDÜRLÜĞÜ'NE

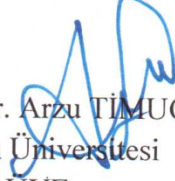
Filiz SOLMAZ'ın hazırladığı “Okul Çağındaki Suriyeli Sığınmacı Çocukların Yalnızlık ve Depresyon Durumlarının İncelenmesi “, konulu çalışma, 11.01.2018 tarihinde jüri üyeleri tarafından değerlendirilerek Hemşirelik Anabilim Dalı'nda YÜKSEK LİSANS TEZİ olarak kabul edilmiştir.

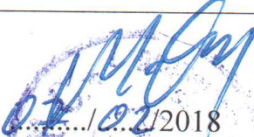

Doç.Dr.Hülya KARATAŞ (Danışman)
Harran Üniversitesi
BAŞKAN


Doç.Dr.Hasan KANDEMİR (Danışman)
Celal Bayar Üniversitesi
ÜYE


Doç.Dr.Berna EREN FİDANCI
Sağlık Bilimleri Üniversitesi
ÜYE


Yrd.Doç.Dr.Ahmet GÜZELÇİÇEK
Harran Üniversitesi
ÜYE


Yrd.Doç.Dr. Arzu TİMUÇİN
Harran Üniversitesi
ÜYE


...../...../2018
ONAY
Prof. Dr. Mustafa DENİZ
Adı Soyadı
SAĞLIK BİL. ENST. MÜDÜRÜ
Enstitü Müdürü

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim süresince bilgi ve deneyimleri ile bana katkıda bulunan, öğrencisi olmaktan onur ve mutluluk duyduğum tez danışmanım Sayın Doç.Dr.Hülya KARATAŞ ve Sayın Doç.Dr. Hasan KANDEMİR'e,

Sınavımda önerileriyle çalışmama destek veren Sayın Doç.Dr.Berna EREN FİDANCI, Sayın Yrd.Doç.Dr.Ahmet GÜZELÇİÇEK ve Sayın Yrd.Doç.Dr. Arzu TİMUÇİN'e,

Her zaman hayat tecrübeleri ve bilgileri ile bana yol gösteren, emin adımlarla hayatta yürümemi sağlayan, yanımda olan, her daim güvenen biricik anneme ve babama, dünyaya gelişle hayatıma tarifsiz güzellikler katan biricik kızım Rümeyşa Sena'ya ve her anlamda bana destek olan sevgili eşim Abdullah SOLMAZ'a ,

Çalışmaya katılmayı gönüllü kabul eden tüm katılımcılara sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Filiz SOLMAZ

2018

İÇİNDEKİLER

Sayfa No

TEŞEKKÜR.....	i
TABLOLAR DİZİNİ.....	v
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	vi
GRAFİKLER DİZİNİ.....	vi
KISALTMALAR.....	vii
ÖZET.....	viii
ABSTRACT.....	ix
1.GİRİŞ VE AMAÇ	1
1.1. Araştırmanın Amacı.....	3
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. Savaş ve Sığınmacı Çocuklar.....	4
2.1.1. Türkiye’deki Suriyeli Sığınmacılar.....	4
2.1.2. Savaşın Çocuk ve Ergenler Üzerindeki Etkileri.....	7
2.2. Adölesan Dönem.....	14
2.2.1. Adölesan Dönemin Genel Özellikleri.....	14
2.2.2. Adölesan Dönemde Psikososyal Gelişim.....	15
2.2.3. Erken Adölesan Dönem (10-13 yaş).....	17
2.2.4. Orta Adölesan Dönem (14-17 yaş).....	17
2.2.5. Geç Adölesan Dönem (17-21 yaş).....	17
2.3. Depresyon.....	18
2.3.1. Depresyonun Tanımı.....	18
2.3.2. Depresyona Yol Açan Nedenler.....	19
2.3.3. Depreyonda Belirti ve bulgular.....	22

2.3.4. Depresyonun Sınıflandırılması.....	24
2.3.5. Depresyonda Tanı	24
2.3.6. Çocukluk ve Ergenlik Depresyonunda Olumsuz Yaşam Olaylarının Rolü	26
2.4. Yalnızlık.....	27
2.4.1. Yalnızlığın Tanımı	27
2.4.2. Yalnızlığın Belirtileri	28
2.4.3. Yalnızlığın Nedenleri	29
2.4.4. Çocuklar ve Ergenlerde Yalnızlık	32
2.5. Literatür İncelemesi	35
3. GEREÇ VE YÖNTEM	41
3.1. Araştırmanın Tipi.....	41
3.2. Araştırmanın Yürütüldüğü Tarih	41
3.3. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri	41
3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi.....	41
3.5. Verilerin Toplanması ve Araçlar	41
3.6. Araştırmanın Değişkenleri.....	43
3.7. Verilerin Değerlendirilmesi	44
3.8. Araştırmanın Etik Boyutu	44
3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	44
4. BULGULAR	45
4.1. Çocukların Tanımlayıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular	45
4.2. Çocukların Savaş Yaşantılarına İlişkin Bulgular.....	47
4.3. Çocukların Depresyon Ölçeği Puan Ortalamaları	51
4.4. Çocukların Depresyon Ölçeği Puan Ortalamalarını Etkileyen Faktörlere İlişkin Bulgular	51

4.5. Çocukların UCLA Yalnızlık Ölçeği Puan Ortalamaları	53
4.6. UCLA Yalnızlık Ölçeği Puan Ortalamalarını Etkileyen Faktörlere İlişkin Bulgular	54
5. TARTIŞMA.....	57
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	62
8. KAYNAKÇA.....	65
9. EKLER	72
EK.1.Anket Formu.....	72
EK.2.Çocuk Depresyon Ölçeği.....	76
EK.3.UCLA Yalnızlık Ölçeği.....	79
EK.4. İzin Yazısı.....	80
EK.5. Etik Kurul Kararı.....	81

TABLolar DİZİNİ

Sayfa No

Tablo 1. Geçici Koruma Kapsamındaki Suriyelilerin Yıllara Göre Dağılımı.....	5
Tablo 2. Geçici Koruma Kapsamındaki Suriyelilerin İllere Göre Dağılımı (21.07.2017 Tarihi itibariyle Suriyelilerin en yoğun yaşadığı iller).....	5
Tablo 3. Geçici Koruma Kapsamındaki Suriyelilerin Geçici Barınma Merkezlerine Göre Dağılımı.....	6
Tablo 4. Biyometrik Verileri Alınarak Kayıt Altına Alınan Suriyelilerin Yaş ve Cinsiyete Göre Dağılımı.....	7
Tablo 5. 2000-2016 Yılları Arasında Mülteci, Sığınmacı ve Adölesanların Depresyon ve Yalnızlık Durumlarının İncelenmesi İle İlgili Yapılmış Bazı Çalışmaların İncelenmesi.....	35
Tablo 6. Çocuklara İlişkin Tanımlayıcı Özelliklerin Dağılımı.....	45
Tablo 7. Çocukların Savaş Yaşantılarına İlişkin Özelliklerin Dağılımı.....	47
Tablo 8. Çocukların Depresyon Ölçeği Puan Ortalamaları.....	51
Tablo 9. Çocukların Depresyon Ölçeği Puan Ortalamalarını Etkileyen Faktörlerin Dağılımı.....	51
Tablo 10. Çocukların Depresyon Ölçeği Puan Ortalamalarını Etkileyen Faktörlerin Dağılımı.....	52
Tablo 11. Çocukların UCLA Yalnızlık Ölçeği Puan Ortalamaları.....	53
Tablo 12. Çocukların UCLA Yalnızlık Ölçeği Puan Ortalamalarını Etkileyen Faktörlerin Dağılımı.....	54
Tablo 13. Çocukların UCLA Yalnızlık Ölçeği Puan Ortalamalarını Etkileyen Faktörlerin Dağılımı.....	55

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1.Yalnızlığın Algılanan 13 Nedeni

GRAFİKLER DİZİNİ

Grafik 1. Geçici Barınma Merkezleri İçinde ve Dışında Kalan Suriyeliler

Grafik 2.Türkiyedeki Suriyeli Sığınmacı Çocuk Sayısı



KISALTMALAR

ÇDÖ : Çocuklar İçin Depresyon Ölçeği

UCLA : UCLA Yalnızlık Ölçeği (University of California Los Angeles, Loneliness Scale)

TSSB : Travma Sonrası Stres Bozukluğu

BTA : Başka Türü Adlandırılmayan

DSÖ : Dünya Sağlık Örgütü

UNHCR: United Nations High Commissioner for Refugees



ÖZET

OKUL ÇAĞINDAKİ SURİYELİ SİĞINMACI ÇOCUKLARIN YALNIZLIK VE DEPRESYON DURUMLARININ İNCELENMESİ

Filiz SOLMAZ

Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi

Çalışma Şanlıurfa il merkezinde okula devam eden sığınmacı çocukların yalnızlık ve depresyon durumlarının incelenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yürütülmüştür. Araştırmanın evrenini sığınmacı çocuklar için açılmış 18 tane okulun 6.,7. ve 8. sınıfına devam eden 1770 öğrenci oluşturmuştur. Rastgele örneklem hesaplama yöntemiyle seçilmiş olan 5 tane okul çalışmamızın örneklemini oluşturmuştur. Katılım oranı %85 olup, 549 öğrenciye ulaşılmıştır. Veriler sosyodemografik özellikler, Çocuklar İçin Depresyon Ölçeği (ÇDÖ) ve UCLA Yalnızlık Ölçeği'nden oluşan anket ile yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak elde edilmiştir. Gerekli izinler alındıktan sonra araştırma yapılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde, SPSS 22.0 paket programı kullanılmıştır. Öğrencilerin %57.9'u kız, yaş ortalamaları 13.22 ± 1.33 'tür. Çocukların Depresyon Ölçeği'nden aldıkları puanın ortalaması 18.73 ± 5.78 , UCLA Yalnızlık Ölçeği'nden aldıkları puanın ortalaması ise 42.67 ± 8.11 olarak belirlenmiştir. Annenin ve babanın sağlık durumu, göç sonrası istenilen düzeyde arkadaşın varlığı, savaş esnasında arkadaşlardan ve komşulardan ölen olması, kötü muamele ya da işkenceye maruz kalınması, ölü veya yaralı görülmesi, bombalı veya silahlı eyleme şahitlik, Şanlıurfa'daki durumundan memnuniyet düzeyi ile depresyon puanı arasında, Türkiye'ye taşındıktan sonra istenilen düzeyde arkadaşın varlığı, savaş esnasında arkadaşlardan ölen olması, bombalı veya silahlı eyleme şahitlik, Şanlıurfa'daki durumundan memnuniyet durumu ile de yalnızlık puanı arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($p < 0.05$). Bu çalışmada çocukların %46'sında depresyon saptanmış, %64.6'sı UCLA yalnızlık ölçeğinden 40 ve üzerinde puan almıştır.

Bu nedenle sığınmacı çocukların ruhsal durumu ile ilgili daha fazla çalışma yapılarak daha yakından tanınmasının yanı sıra bu grubun zihinsel yönden korunması ve desteklenmesi için farkındalık çalışmalarının yapılması, bu çocukların ve ailelerinin yaşam koşullarının iyileştirilmesi önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Depresyon, yalnızlık, sığınmacı çocuklar, savaş ve çocuk,

ABSTRACT

A STUDY ON STATUS OF DEPRESSION AND LONELINESS AMONG SCHOOL AGE SYRIAN REFUGEE CHILDREN

Filiz SOLMAZ

Department of Nursing, Master's Thesis

Study was performed as descriptive with the aim of evaluating loneliness and depression status of refugee children attending to school at Şanlıurfa city center. Target population of the study consisted a total of 1770 students attending to 6th, 7th and 8th grades of 18 schools built for refugee children. 5 school selected with random sample method consisted study sample. Participation level was 85% and a total of 535 students was reached. Presented sociodemographics was obtained by using face to face interview method with a survey consisted of Depression Scale for Children (CES-DC) and UCLA Loneliness Scale. Research was started after obtaining required consents. SPSS 22.0 package program was used for evaluating data. 57.9% and 42.12% of students were girls and boys; respectively. Mean age of students was 13.22 ± 1.33 years. Mean scores of Depression Scale and UCLA Loneliness Scale in the sample were 18.73 ± 5.78 and 42.67 ± 8.11 ; respectively. Health status of parents, presence of friends at desired level after immigration, death of friends or neighbours during war, being exposed of abuse or torture, witnessing any dead or wounded person or bombing and armed action, level of satisfaction at the Şanlıurfa were found to be significantly different in terms of depression score whereas presence of friends at desired level after immigration, death of friends during war, witnessing bombing or armed action, level of satisfaction at the Şanlıurfa were found to be significantly different in terms of loneliness score ($p < 0.05$). In this study, depression was identified 46% of children whereas 64.6% of children obtained 40 or more points in UCLA Loneliness Scale.

Therefore, it has been suggested that more studies related with mental status of refugee children as well as awareness studies for mentally protecting and supporting this group are needed; and living conditions of these children and their families must be improved.

Keywords: Depression, loneliness, refugee children, war and child.

1.GİRİŞ VE AMAÇ

Günümüzde yüzbinlerce çocuk savaşların, politik çatışmaların ve terör saldırılarının kurbanı durumuna düşmektedir. Bu şekildeki şiddet olaylarının çocuklar üzerinde oluşturduğu travmatik etkiler, bu çocukların fiziksel, psikolojik ve ahlaki gelişimleri üzerinde geri dönüşsüz hasarlar oluşturmaktadır (1). Son dönemin en ağır insanî krizi halen devam eden Suriye krizidir. Bu krizin en büyük mağdurları Suriyeli çocuklardır. Yaşamları, okul hayatları ve refahları etkilenmiş ve binlerce masum çocuk komşu ülkelere kaçmak zorunda bırakılmıştır. Gelecek hayatları ve ülkelerine geri dönüp dönemeyecekleri hala belirsizliğini sürdürmektedir. Türkiye sınır komşusu olması dolayısıyla Suriye’de süregelen savaştan en çok etkilenen ülkeler arasında yer almakta ve yüzbinlerce Suriyeli sığınmacıya ev sahipliği yapmaktadır (2).

Türkiye’deki sığınmacı konumundaki Suriyelilerin yarısından fazlasını Birleşmiş Milletler tarafından çocuk olarak nitelendirilen 18 yaş altı nüfus oluşturmaktadır. Savaş tehlikesinden kaçarak güvenli barınma talebi nedeniyle komşu ülkelere sığınan bireylerin sayısı 2015 yılı itibariyle 4 milyonun üzerindedir (2).

Göç İdaresi Genel Müdürlüğü 21 Temmuz 2017 tarihi itibariyle geçici barınma merkezinde 240.396 ve barınma merkezi dışında ise tahminen 2.856.994, toplam 3.097.390 Suriyeli sığınmacı olduğunu ifade etmiştir (3). Birleşmiş Milletler Mülteciler Yüksek Kurulu 2 milyon civarında çocuğun Suriye dışında güvenli bir yer arayışında olduğunu belirtiyor. Çok sayıda çocuk savaş nedeniyle mağdur olmuş ve savaşın yıkıcı etkilerine bizzat tanıklık etmiştir (4,5).

Suriye’den göç etmiş ve güvenlik arayışında olan bu çocuklar gittikleri yerlerde çok farklı risklerle karşı karşıya kalmaktadır. Psikolojik rahatsızlıkların yanı sıra, zorla yaptırılan evlilikler, şiddet ve çocuk sayılacak yaşta silahlandırılarak askere alınma bahsedilen riskler arasında başı çekmektedir (1). Çocukların empati, bakım, dikkat açısından yetişkin desteğine duydukları ihtiyaç savaş nedeniyle karşılanamadığından mülteci olmanın riskleriyle bizzat karşı karşıya kalırlar. Başka seçenekleri olmadığından mülteci olarak yaşamlarını sürdüren çocuklar bu kez de kamplarda daha yüksek oranda şiddet, istismar, beslenme yetersizliği ve açlık gibi nedenlerle hasta düşmekte, hastalık durumunda ise bakım ve tedavi imkânlarından yoksun kalmaktadırlar (6).

Savaşların çocuklar üzerindeki psikolojik etkileri incelendiğinde ise savaş esnasında travmaya maruz kalmış olan binlerce çocuğun sakatlanan veya ölen insanlara tanıklık ettiği

düşünülmektedir. Savaş nedeniyle çok fazla olumsuz olaya şahitlik etmiş ya da bizzat maruz kalmış, maruziyet sonrasında ise aile, eğitim ve sağlık yönünden tüm destek kaynaklarından yararlanma imkânı bulamamış bu çocukların ruhsal durumları da zayıf ve desteğe muhtaçtır (2). Savaştan etkilenmiş çocukların ailelerinde meydana gelen büyük kayıplar ve dağılmalar yüksek oranda anksiyete ve depresyona sebebiyet vermektedir. Ayrıca sığınmacı çocukların karşı karşıya kaldıkları şiddet maruziyeti ve etkilenme süresi sığınmacı olmayan çocuklara kıyasla daha uzun olabilmektedir. İntihar eğilimi, psikosomatik bozukluklar, aile içinde şiddete maruziyet, antisosyal davranışlar ve madde bağımlılığı da ortaya çıkabilecek sonuçlar arasındadır (7).

Özellikle sığınmacı ve mülteci ailelerin çocuklarında göç öncesi dönemde yaşanmış olumsuzluklar, yani travmatik yaşantı ve travmaya bağlı sorunlar daha belirgindir. Literatür incelendiğinde psikolojik risk açısından okul dönemindeki sığınmacı çocukların diğer dönemlerdeki çocuklara oranla daha büyük risk altında olduğu görülmüştür (8).

Anksiyete ve depresyon belirtileri sıklığı ve süresi, mülteci ve sığınmacı grupta yüksektir. Savaş sebebiyle psikososyal yansımaların bazılarının sığınmacıların anksiyete ve depresyon düzeyi ile ilgili olduğu düşünülmektedir (9). Genel olarak duygulanımda bir azalmayı ifade eden depresyon üzüntü, keyifsizlik, mutsuzluk anlamına gelir ve yetişkinler için olduğu kadar çocuklar için de tehdit edici bir durumdur (6).

Okul çağındaki çocukların tanık oldukları ya da basın yayın araçları yoluyla izledikleri savaş yaşantılarına bağlı travma ile baş etmek için kullanabilecekleri bilişsel, duygusal ve davranışsal kaynakları daha geniş olmakla birlikte, olayların olumsuz etkilerine karşı bazı tepkiler gösterebilirler. Bu tepkiler çocuğun kendini soyutlaması, kendi kabuğuna çekilmesi, çeşitli etkinlik ve ilişkilerden kaçınması şeklinde olabileceği gibi saldırganlaşma ya da edinsel birtakım davranışları nedeniyle de arkadaş çevresi ile olan ilişkilerde bozulmaya yol açan davranışlar çocuğu yalnızlığa itebilir (1).

Yalnızlık karmaşık bir durum olmakla birlikte tanımlaması güçtür. Her birey patolojik olmayan boyutta yalnızlık yaşayabilir, yalnız kalabilir, birçok insanla bir aradayken bile yalnızlık duygusuna kapılabilir. Bireyin çevresine karşı güvensizliğine yol açan yalnızlık adaptasyon sorunları ve kişinin yaşamını zorlaştırması gibi birtakım nedenlerle örseleyici bazen de yaşamı tehdit edici bir hâl alabilir. Yalnızlık başta depresyon olmak üzere birçok ruhsal hastalığın ortaya çıkmasında temel etken olarak rol oynamaktadır. Cinsiyet, sosyal

sınıf, yaş gibi değişkenler yalnızlıkla ilişkili olmakla birlikte temelde sosyoekonomik yapı belirleyici olmaktadır (10).

Belirti, bulgu ve etiyolojisine göre yalnızlığın farklı farklı tanımlamaları yapılmıştır. Depresyon eşlik ediyorsa derin yalnızlık, birey kendini toplumdaki soyutlamış, içinde bulunduğu çevreye yabancılaşmış ve kendini hiçbir gruba aitmiş gibi görmüyorsa ilişkisel veya sosyal yalnızlık, başkalarıyla yakın veya özel ilişkiler kurmayı başaramıyor, gündelik hayatta duygusal beklentilerine karşılık bulamıyorsa duygusal yalnızlık, bu duyguları dışarı yansıtmayıp sadece içinde yaşıyorsa gizli yalnızlık olarak tanımlanabilir (10).

İnsan hayatının her döneminde yalnızlık yaşaması muhtemel bir durumdur. Evden uzaklaşma, ailede veya arkadaş çevresinde sevilen birinin kaybı gibi nedenler yalnızlık duygusuna yol açabilir ya da var olan durumu derinleştirebilir (11). Mülteci çocukların yaşadığı savaş travması dolayısıyla yalnızlık duygusunu yaşama ihtimallerindeki artış kaçınılmazdır.

Bazı durumlarda yalnızlık engellenememekte ancak profesyonel bir ekip desteğiyle etkin bir şekilde yönetilebilmektedir (11).

Günümüzde savaşlara ve savaşın yarattığı travmalara maruz kalan kişilerin yarısından fazlasını çocuklar oluşturmaktadır. Savaş ve çatışmaların ve ayrıca mülteci olmanın çocukların yaşamında meydana getirdiği olumsuzluklar her yönüyle gelişimleri üzerinde kalıcı zararlar bırakmasına rağmen literatür incelediğinde savaş mağduru çocukların depresyon ve yalnızlık durumları üzerine çok fazla çalışma bulunmamaktadır. Oysaki çocukları bütün bir hayatları boyunca etkileyebilecek olan depresyon ve yalnızlık durumları belirlenerek gerekli önlemlerin alınması gerekmektedir. Bu nedenle bu çalışma okul çağındaki Suriyeli sığınmacı çocukların depresyon ve yalnızlık durumlarını belirlemek amacıyla planlanmıştır.

1.1. Araştırmanın Amacı

Bu araştırma savaştan kaçan Suriyeli sığınmacı çocukların depresyon ve yalnızlık durumlarını belirlemek amacıyla planlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Savaş ve Sığınmacı Çocuklar

2.1.1. Türkiye’deki Suriyeli Sığınmacılar

Türkiye, bulunduğu coğrafi konumu dolayısıyla uluslararası göçler için kavşak noktasında yer almaktadır. Geniş deniz ve kara sınırlarına sahip olması nedeniyle her yıl çok sayıda göçmen, Türkiye üzerinden farklı ülkelere gitmek üzere giriş yapmakta ve sığınmacı konumuna düşmektedir. Ancak bu göçlerin bir tercih olmaktan ziyade, zorunluluk olarak ortaya çıktığını görmekteyiz. Türkiye’nin Asya ve Avrupa kavşağındaki jeostratejik konumu, ekonomik fırsatları ve kültürel çeşitliliği göçün pek çok şekli için bir kaynak, geçiş veya varış ülkesine dönüşmesine sebebiyet vermektedir (12).

Son dönemin en ağır insanî krizi halen devam eden Suriye krizidir. Bu krizin en büyük mağdurları Suriyeli çocuklardır. Tüm yaşamları, eğitim hayatları ve refahları olumsuz etkilenmiş ve çok sayıda Suriyeli çocuk komşu ülkelere kaçmak zorunda bırakılmıştır. Gelecek hayatları ve ülkelerine geri dönüp dönemeyecekleri hala belirsizliğini sürdürmektedir. Türkiye sınır komşusu olması dolayısıyla Suriye’de süregelen savaştan en çok etkilenen ülkeler arasında yer almakta, ve yüzbinlerce Suriyeli sığınmacıya ev sahipliği yapmaktadır (2).

Sığınma talebinde bulunan ve mülteci olmak için başvuruda bulunmuş fakat başvurusu henüz neticeye ulaşmamış, cevap bekleme aşamasında olan kişilere sığınmacı denmektedir. Ülkemizde ikamet etmekte olan sığınmacılar yasaların izin verdiği ölçüde geçici ikamete tabi olup Türkiye ve kendi ülkeleri dışında üçüncü bir ülkeye yerleştirilene kadar ülkemizde kalmaktadır (13).

Başvuru süreci olumsuz sonuçlandığı takdirde mültecilerin buldukları ülkeyi terk etmesi gerekmekte olup, birtakım zorunlu haller dışında buldukları ülkede kalmalarına dair izin bulunmuyorsa bu kişiler için ülkede bulunan yabancılara yönelik yapılan işlemlerin aynısı geçerlidir (14).

United Nations High Commissioner for Refugees (UNHCR)’in “2017 UNHCR Türkiye Aylık İstatistikleri” verilerine göre, 30 Haziran 2017 tarihi itibarıyla Türkiye’de; İran’dan, Irak’tan, Somali’den Afganistan’dan ve Suriye dışındaki diğer ülkelere gelen

toplam 266.013 kayıtlı sığınmacı bulunmaktadır. Birleşmiş Milletler Mülteciler Yüksek Komiserliği (BMMYK)'nin Temmuz 2017 verilerine göre Türkiye, kayıtlı Suriye vatandaşlarının en yüksek olduğu ülkeler arasında ikinci sırada yer almaktadır. Göç İdaresi Genel Müdürlüğü 21 Temmuz 2017 tarihi itibarıyla geçici barınma merkezinde 240.396 ve barınma merkezi dışında ise tahminen 2.856.994, toplam 3.097.390 Suriyeli sığınmacı olduğunu ifade etmiştir (3).

Tablo 1. Geçici Koruma Kapsamındaki Suriyelilerin Yıllara Göre Dağılımı (3)

Yıllara Göre Geçici Koruma Kapsamındaki Suriyeliler	
2011	0
2012	14.237
2013	224.655
2014	1.519.286
2015	2.503.549
2016	2.834.441
2017*	3.097.390

21.07.2017 tarihi itibarıyla*

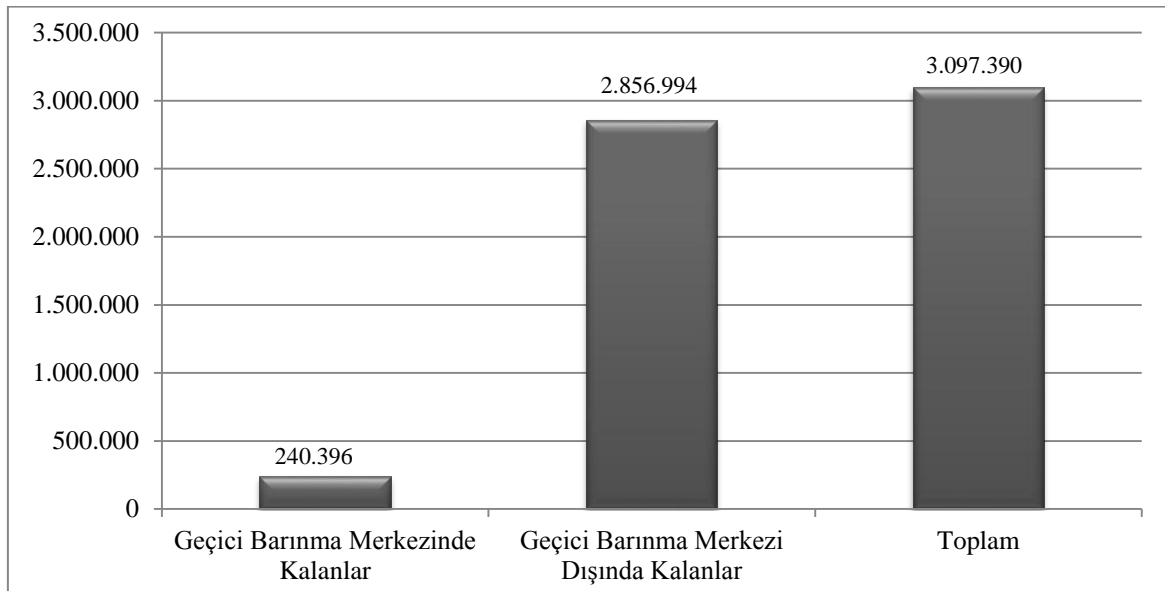
Tablo 2. Geçici Koruma Kapsamındaki Suriyelilerin İllere Göre Dağılımı (3)

Geçici Koruma Kapsamındaki Suriyelilerin İllere Göre Dağılımı	
İstanbul	495.027
Şanlıurfa	433.856
Hatay	397.047
Gaziantep	336.929
Adana	165.818
Mersin	153.976
Kilis	127.175
Bursa	114.498
İzmir	113.460
Mardin	96.062

Tablo 3. Geçici Koruma Kapsamındaki Suriyelilerin Geçici Barınma Merkezlerine Göre Dağılımı (Barınma Merkezleri, 23.03.2017 Tarihi İtibariyle 10 ilde 22 Barınma Merkezi)(3)

Geçici Koruma Kapsamındaki Suriyelilerin Geçici Barınma Merkezlerine Göre Dağılımı	
Şanlıurfa	112.473
Gaziantep	38.347
Kilis	35.787
Kahramanmaraş	18.298
Mardin	3.369
Hatay	19.667
Adana	555
Adıyaman	9.657
Osmaniye	7.302
Malatya	10.189
Toplam	255.644
Geçici Barınma Merkezi Dışında Kalan Suriyeli Sayısı	2.711.505

Grafik.1.Geçici Barınma Merkezleri İçinde ve Dışında Kalan Suriyeliler (3)



Tablo 4. Biyometrik Verileri Alınarak Kayıt Altına Alınan Suriyelilerin Yaş ve Cinsiyete Göre Dağılımı (15)

Biyometrik verileri alınarak kayıt altına alınan Suriyelilerin yaş ve cinsiyete göre dağılımı			
YAŞ	ERKEK	KIZ	TOPLAM
0-4	198.490	184.687	383.177
5-9	226.581	213.439	440.020
10-14	172.123	158.574	330.697
15-18	143.564	120.840	264.404
19-24	259.512	198.301	457.813
25-29	169.130	131.849	300.979
30-34	141.526	110.874	252.400
35-39	99.584	82.477	182.061
40-44	69.848	65.271	135.119
45-49	54.186	49.907	104.093
50-54	43.240	41.465	84.705
55-59	29.313	29.165	58.478
60-64	20.442	20.891	41.333
65-69	13.546	13.939	27.485
70-74	7.272	8.060	15.332
75-79	4.485	5.355	9.840
80-84	2.341	2.956	5.297
85-89	1.267	1.562	2.829
90+	588	740	1.328
TOPLAM	1.657.038	1.440.352	3.097.390

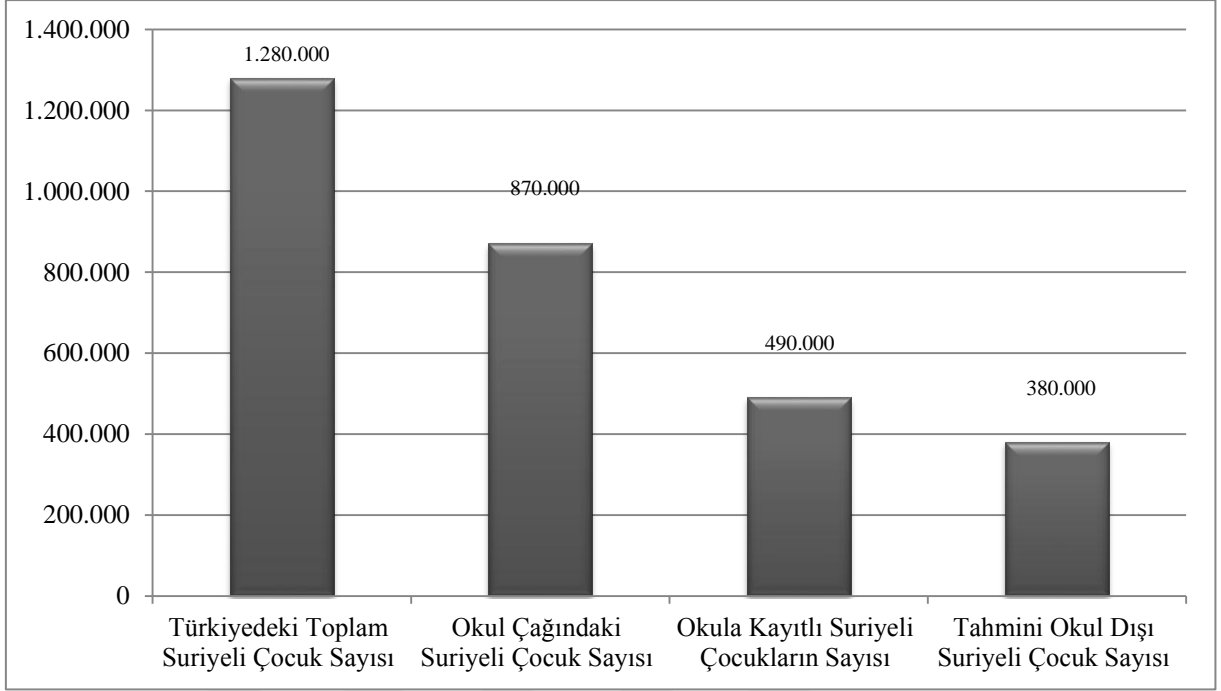
2.1.2. Savaşın Çocuk ve Ergenler Üzerindeki Etkileri

Dünyada milyonlarca genç ve çocuk silahlı çatışmaların devam ettiği bölgelerde, silahlı çatışmaların gölgesinde bir hayat sürmektedir. Silahlı çatışmalar, silahlı kişilerden ziyade son zamanlarda sivil halk için de tehdit unsuru olmaktadır. Bu tehdit gün geçtikçe etkisini daha çok hissettirmekte, dolayısıyla bu durumdan çocuklar da artan oranda zarar görmektedir. Machel raporu verilerine göre, toplam dünya nüfusunun yaklaşık altıda biri olan bir milyardan fazla çocuk, çatışma ve savaş çıkan bölgelerde yaşamaktadır. Tahminen 2 milyon çocuk silahlı çatışmalar nedeniyle ölmüş, üç katından fazlası da ciddi yaralar almış ya

da kalıcı olarak engelli hale gelmiştir. Yaklaşık 18 milyon çocuk göçe zorlanmıştır. Her yıl dünyada 300.000 civarında çocuk asker olmaktadır (15).

Son zamanların en ağır insani krizi yaklaşık 7 yıldır devam etmekte olan Suriye krizidir. Yaşamları, okul hayatları ve refahları etkilenmiş binlerce masum insan komşu ülkelere kaçmak zorunda bırakılmıştır. Suriye krizi 7 yıla yakın bir süredir devam etmekte olup milyonlarca çocuğu olumsuz etkilemiştir. Küçük yaşta bu kadar ağır yükün altında kalan çocukların bütün hayatları risk altındadır. Ülkemiz 3 milyondan fazla Suriyelinin sığındığı bir ülke olmakla birlikte sığınmacıların yarısından fazlasını çocuklar oluşturmaktadır. Suriyeli sığınmacıların büyük bir kısmı (%90) başta güneydoğu illeri olmak üzere her geçen gün artan sayıda batı ve kuzeydeki diğer illerde de ikamet etmektedir. Geri kalan çok az bir kısmı (%10) Türkiye'nin Suriye sınırı boyunca bulunan 23 kampta yaşamlarını sürdürmektedir. Bu kadar çok sayıdaki Suriyeliye ev sahipliği yapan Türkiye Hükümeti, UNICEF ve sahadaki ortakları tarafından kazanımlara rağmen, özellikle kamp dışındaki hayatlar nedeniyle ülkenin altyapısı ve diğer temel hizmetleri üzerinde büyük bir baskıya neden olmaktadır. Sığınmacıların başta eğitimi olmak üzere koruma alanında da desteğe ihtiyaç duyulmaktadır. Milli Eğitim Bakanlığı verilerine göre yaklaşık 500 bin Suriyeli çocuk bakanlığa bağlı okullarda kayıtlı durumda iken 400 bine yakın çocuk ise okul çağında olduğu halde okula devam edememektedir. Savaşın neden olduğu ruhsal travmaların yanı sıra sığınmacı çocuklar başta dışlanma ve ayrımcılık olmak üzere cinsel, ekonomik istismar ve genç yaşta zorla yaptırılan evlilikler dâhil çok sayıda risk ile karşı karşıya kalmaktadır (15).

Grafik.2.Türkiyedeki Suriyeli Sığınmacı Çocuk Sayısı (15)



Silahlı çatışmalardan ilk etkilenenler arasında savunmasız olmaları nedeniyle her zaman çocuklar başı çekmektedir. Ölüm ve yaralanma olmasa dahi, savaş nedeniyle maruz kaldıkları anne ya da babanın, sevilen bir arkadaş, akraba ya da komşunun kaybedilmesi, kaçırılma, şiddet ya da istismara maruz kalma, yıllardır yaşam sürdürdükleri yerlerinden edilme, sağlık, eğitim ve diğer sosyal destek yapılarından mahrum kalma, maddi imkânsızlıklar gibi durumlar çocuklarda ciddi ruhsal sorunlara yol açabilmektedir. Çünkü bu çocuklar savaşta sadece bir değil yüzlerce travmatik olaya şahitlik etmektedir. Savaş nedeniyle çok sayıda çocuk küçücük bedenleriyle giyecek, yiyecek, su, elektrik, yakıt, tıbbi malzeme gibi temel gereksinimlerden yoksun kalarak imkânsızlıklar içinde yaşam mücadelesi vermekte, açlık ve hastalık durumları ile başa çıkabilmesi neredeyse imkânsız hale gelmektedir. Savaş esnasında anne ve baba hayatta kalsa bile çocuğun fizyolojik ve psikolojik gereksinimlerini karşılayacak güce sahip değildir. Bu durumda çocuklar savaşın etkilerini doğrudan yaşamaktadır (7).

Savaşın getirdiği diğer yıkımlardan bir tanesi de eğitim ve sağlık alanında yaşanmaktadır. Savaşın sürdüğü bölgelerdeki okullar şiddet ağının içine çekilmekte ve işlevselliğini yitirmektedir. Eğitim hayatı, mayınlar ve diğer patlayıcıların hayatı tehdit etmesi, öğretmen yokluğu gibi daha birçok nedenden dolayı kesintiye uğramaktadır. Savaş esnasında okulların fiziki yapısı hasara uğramış, okul yıkılmış ya da silahlı gruplar tarafından barınma amacıyla kullanılmak üzere alınmış olabilir. Bazı durumlarda eğitim hayatı

sürdürülemez durumda iken, bazı durumlarda da eğitim olanağı mevcut olsa bile aile güvenliğinden endişe ettiği için çocuğunu okula göndermeyebilir (7).

Geçmiş yıllarda savaş veya silahlı çatışmalar sırasında sadece çocukların fiziksel güvenlikleri dikkate alınmış, çocuğun yaşadığı korku, kayıp, endişe göz ardı edilmiş, psikososyal destek gereksinimi ihmal edilmiştir. Oysa savaş esnasında çocuğun ruhsal boyutta yaşadığı travmanın büyüklüğü göz önüne alındığında psikososyal desteğin de ne denli önemli olduğu anlaşılmaktadır. Çocukların hayatları boyunca onları koruma görevini üstlenmiş olan ebeveynlerinin savunmasız duruma düşmesi, şiddet, öldürülme, işkence ya da tecavüze uğramasına tanıklık etmek bu çocukların da güvenini ciddi anlamda tehlikeye düşürebilir. Bu durumda çocuklar olay bitmiş olsa bile sürekli tekrarlayacağını, kendilerinin işledikleri bir suç nedeniyle cezalandırıldığını düşünebilir, yalnız ya da savunmasız kalma, yaralanma ya da öldürülme korkuları yaşayabilir. Çocukların savaş ya da benzer travmatik olaylara bizzat maruz kalması dışında basın ve yayın araçları yoluyla tanıklık etmesi de benzer etkilere yol açabilir. Yaşadığı dünyanın güvensiz ve tehlikelerle dolu bir yer olduğu inancı gelişebilir. Korku kişinin kendini tehlikelerden koruması ve hayatta kalmasını sağlayan bir mekanizma olarak işlev görürken korkunun baş edilemeyecek düzeyde yoğun yaşanması ve sık sık tekrarlanması kişinin beyninde travmatik bir yaşantı haline dönüşür. Bu nedenle güvensizlik, çaresizlik ve yoğun korku duygularıyla başa çıkmada bilişsel ve duygusal yetileri henüz oldukça yetersiz olan çocuklar için savaş yaşantılarının travmatik bir etki yaratacağı söylenebilir. Savaş travması yaşamış çocuklarda özellikle uyku bozuklukları (kâbuslar, uykusuzluk, gece uyanmaları), depresyon ve psikosomatik belirtiler (baş ağrısı, mide ağrısı) görülebilir. Çocuklar gülmeyi ve oynamayı kesebilir, etrafıyla iletişimi kesebilir ya da iştahını kaybedebilir. Sürekli şiddete maruziyet sonucunda çocuklarda başkalarına olan güven kaybı da dâhil önemli inanç ve tutum değişiklikleri olabilir (7). Bu çatışmalar aylar hatta yıllarca devam ederken, sosyal ve ekonomik koşullar zarar görür, eğitim olanakları çok sınırlı olabilir ve hatta tamamen ortadan kalkabilir. Savaş gibi birtakım nedenlere bağlı olarak çocukluk döneminde ciddi travma yaşantısı, çocukların normal gelişim süreçlerinde aksamaya hatta gerilemeye yol açabilir. Sağlıklı bir çocukluk dönemi geçirememiş, güvensiz bir ortamda büyüyen bu çocukların yetişkinlik dönemi ruh sağlıkları da büyük risk altındadır. Uzun dönemde büyük travmalara maruz kalmış bu çocukların psikososyal yönden sağlıklı bir yetişkinlik geçirmeleri mümkün değildir (7, 16).

Ayrıca çocukluk dönemlerinde şiddet maruziyeti öyküsü olan çocukların hayatlarının ilerleyen dönemlerinde madde bağımlılığı, uyuşturucu bağımlılığı, aşırı kaygılı bir birey olma, erken dönemde riskli cinsel ilişki, başarısız iş yaşamı, saldırganlık eğilimi, bellek bozuklukları, depresyon geçirme gibi sorunlarla karşılaşmaları şiddet maruziyeti olmayan çocuklara göre kat kat daha fazladır. Bu durumda sorun ve şiddetin maliyeti kuşaktan kuşağa aktarılmaya devam edecektir (7).

Savaş nedeniyle ebeveyn kaybı yaşamış olan çocuklar üzerine yapılmış olan çalışmalar incelendiğinde, savaşta karşı karşıya kalınan birçok olumsuz durum ile birlikte babanın kaybedilmesinin genç yetişkinlik dönemindeki ruh sağlığı problemleri görülme riskini artırdığı ve savaş ile ilgili travmatik deneyimin olumsuz etkilerini derinleştirdiği, tabloyu ağırlaştırdığı gösterilmiştir. Burdan yola çıkarak Dr Nexhmedin Morina ve Dr Ulrike von Lersner'in 2009 yılında savaşta yetim kalmış çocuk ya da gençler üzerine yaptığı bir çalışmada babanın kaybedilmesinin depresyon, anksiyete bozuklukları ve diğer psikolojik rahatsızlıklar arasında yüksek oranda ilişki saptanmıştır. Savaş travmasına maruziyet dikkate alınmadığında ve uygun şekilde müdahale edilmediğinde travma sonrası stres bozukluğu bulgularıyla uyumlu ve kronikleşebilen, çocuk ya da gencin gelişimini olumsuz yönde etkileyebilen birtakım tepkiler gösterilmesine yol açabilir. Savaşı deneyimlemiş 300 çocuk üzerine yapılan bir başka araştırma da post travmatik stres düzeyleri yüksek bulunmuş olup aynı grubun savaş esnasında bilinenden çok daha fazla sayıda travmaya maruz kaldıkları saptanmıştır. Buna benzer ölçeklerle yapılmış diğer araştırmalar da gösteriyor ki yaşanan savaş travması nedeniyle mültecilerde post travmatik stres bozukluğu ve depresyon oranları oldukça yüksektir (7).

Nairobi'de devlet okullarına devam eden ve savaşı deneyimlemiş çocukların büyük bir çoğunluğunda Travma Sonrası Stres Bozukluğu tespit edilmiştir. Savaş yaşantısına bağlı travma sonrası stres bozukluğunun birtakım belirti ve bulguları bulunmaktadır. Bunların başlıcaları huzursuzluk, tedirginlik, öfke patlamaları, gergin ruh hali, irkilme ve saldırganlıktır. Öfke patlamaları mevcut olaya karşı olabileceği gibi kendisini bu duruma düşüren veya düşmesini engelleyemeyen aile bireylerine karşı da olabilmektedir. Ayrıca kişinin kendisini en çok etkileyen olayları tekrar tekrar yaşıyormuşçasına zihninde canlandırması sık gözlenen bir durumdur. Savaş sonrasında çocuklarda gözlenebilen bir diğer durum ise kişinin savaştan ve savaşa bağlı diğer olumsuz nedenlerden kendini sorumlu tutması, suçlaması durumudur. Küçük çocuklarda bu durum olayların kendi hatasından

kaynaklandığı şeklinde iken biraz daha büyük çocuklarda ise “bu durumun olmasına engel olabilirdim” şeklindeki düşünce tarzındadır. Bunların yanı sıra genç ya da çocuğun savaş esnasında yanındakilerden biri ölmüş ise buna karşı suçluluk duyabilir veya vicdan azabı çekebilir (7).

Savaş travmasına bağlı çocuklarda gözlenen tepkiler belirli yaş dönemlerine göre incelendiğinde üç yaş altındaki bebekler travma sonrası ağlama krizleri, iştahsızlık, uyku problemleri, kabuslar, anneye aşırı bağıllık, yabancı korkusu, huzursuzluk şeklindedir. Bu çocuklar yalnız bırakıldıklarında hırçınlaşabilir. Üç ve altı yaş arasındaki grupta ise bahsedilen belirti bulgulara ek olarak saldırganlık, içe kapanma, sessizlik ve bir önceki gelişim evresine geri dönme (tuvalet eğitimini tamamlamış bir çocuğun tekrar altını ıslatması gibi) görülebilir (7).

Okul öncesi dönemdeki çocuklarda ise değişik korkuların (hayali varlıklar, karanlık) gelişmesi ile birlikte sık sık savaş yaşantısından izler taşıyan hikâyeler anlatma, savaş ile ilgili sorular sorma, girdiği ortamlara ve yeni yaşantısında uyumda güçlük gibi durumlarla karşılaşılabilir. Bunların yanı sıra çocuğun herhangi bir rahatsızlığı olmadığı halde ağrısı olduğunu ifade etmesi, bağırsak kontrol bozuklukları, ses ve gürültüye karşı aşırı duyarlılık, öncekinden daha az ya da daha fazla hareketlilik gibi bedensel şikâyetlere de rastlanabilir (7).

Okul çağındaki çocuklarda geçirilmiş ya da medyada tanık olunan savaş yaşantılarına tepki olarak bir önceki gelişim dönemine geri dönüş yaşanabilir. Çocuk sık sık kâbuslar görebilir buna bağlı olarak çocuk yalnız yatmak istemeyebilir. Bu dönemin bir diğer sorunu da dikkat eksikliğine bağlı gelişen durumlardır. Travma yaşamış çocukta gözlenebilen dikkat eksikliği sonucunda çocuğun okul başarısı düşebilir. Okul başarısının düşmesine bağlı çocuk okula gitmek istemeyebilir. Sosyal çevresine uyum sağlayamayan okul çağındaki çocuk kendini soyutlayabilir, arkadaşları ile ilişki kurmaktan çekinebilir, etkinliklere katılma ve arkadaşlık kurma noktasında geri planda durabilir. Buna bağlı çocukta saldırganlık ve kişilerarası ilişkilerde bozulma gözlenebilir. Bütün bu durumlar çocukta dışlanmışlık hissine yol açabilir. Bunların yanında huzursuzluk ve depresyon bu dönemde karşılaşılan sorunlar arasındadır (7).

Çatışma sonucu olarak, çocuk ve gençler diğer insanlara, kendilerine ve geleceğe yönelik güvenlerini kaybederler. Çoğunlukla isyankâr, saldırgan, endişeli içe kapanık ya da depresif bir ruh haline sahiptirler. Kimlik kazanımı henüz gerçekleşmemiş olan bu gençler savaş travması ve yaşanan zorluklar nedeniyle yetişkin bir birey olmadan yetişkin rolü

üstlenmek zorunda kalabilirler. Bu durum ergenlik döneminde yaşanan kimlik kazanımı karmaşasını daha da güçleştirebilir. Savaş nedeniyle ailelerini, bağımsızlıklarını kaybetme korkusu yaşayan gençler birtakım ruhsal davranışlar sergileyebilirler. İçe kapanabilir, karamsarlığa düşebilir ve yalnızlık duygusu yaşayabilirler. Ergenlik dönemindeki çocuklar yaşanan kaygıyla başa çıkabilmek için kendilerinden yaşça daha küçük çocuk grubuna göre farklı baş etme mekanizmaları kullanırlar. Fantezi ve oyun yöntemini kullanmak yerine kaygıdan kurtulmak amacıyla isyankârlık, saldırganlık ve antisosyal davranışlar gibi riskli davranışlara yönelebilirler. Antisosyal davranışlar aile içi ve çevre ile ilişkileri bozabilir okul başarısızlığına yol açabilir. Bunun sonucunda ergenin kendine olan güven duygusu ve benlik değeri sarsılmaktadır. Küçük çocuklara göre gençler soyut neden-sonuç ilişkisi kurabilmelerine karşın yine de utanç ve suçluluk duyguları bu dönemde yoğun olarak yaşanabilir. Soyut düşünebilme kabiliyetleri nedeniyle içinde buldukları durumu iyi analiz edebilen gençler yaşanan tüm olumsuzlukların sonuçlarını her yönüyle değerlendirebilirler. Ancak bu durum savaşın genç birey üzerinde yaratacağı travmanın boyutunu artırabilir, genci karamsarlığa itebilir ve geleceğe dair plan yapmakta güçlük yaşamasına neden olabilir (7).

Şiddet tehdidi bir topluluğu yerinden yurdundan edebilmekte, yüzlerce insanı mülteci durumuna düşürmekte, başka ülkelere kaçmak zorunda bırakabilmektedir. Silahlı çatışma esnasında çok sayıda genç ve çocuk mülteci kamplarında düzenli ve günlük aktivite yoksunluğu yaşar. Savaş nedeniyle insanlar çok uzun yıllar ayrı düşebilmektedir. Tüm çocukluk yılları kalabalık aileler içinde, temel sağlık ve eğitim hizmetlerinden yoksun, sosyoekonomik yönden istenilen düzeyin çok altında, olumsuzluklar içinde geçen bu çocuklar için hayat şartları ruh sağlığı için tehlike arz etmektedir (7).

Ailesi ile birlikte huzur içinde yaşamak bir çocuğun en temel hakları arasındadır. Ancak savaş olgusu bu hakkı ellerinden almaktadır. Kendilerini her türlü tehlikeden koruyan aileleri ile bir arada yaşamak çocukların bedensel ve ruhsal gelişimlerini desteklemektedir. Her çocuk oyun oynamalı, eğlenmeli, güven içinde yaşayabilmelidir. Hiçbir çocuk savaşın bir parçası olmamalıdır (7).

2.2. Adölesan Dönem

2.2.1. Adölesan Dönemin Genel Özellikleri

Adölesan dönem, çocukluk döneminin bitişi, ergen dönemin başlangıcı kabul edilir. Bu dönemde kişiliğin iki yönlü bir etkileşim içerisinde olduğu, bir yandan içsel hayat derinleşirken diğer yandan başkalarıyla ilişkilerin genişlediği söylenmektedir. Süreç içerisinde benlik bilinci de bu etkileşime bağlı olarak gelişimini sürdürmektedir. Bu açıdan kişilik, psikososyal gelişimin kesin belirtilerini içerir. Yani adölesan, bir taraftan başkalarının görüş ve kanaatlerine aşırı dercede ilgi duyarken, diğer taraftan da iç dünyasındaki gelişmeleri takip eder (17).

Turan'a göre, fiziksel ve duygusal süreçlerin yol açtığı cinsel ve psikososyal olgunlaşmayla başlayan ve bireyin bağımsızlığını ve sosyal üretkenliğini kazandığı, sınırları çok belirgin çizilemeyen bir zamanda sona eren adölesan dönemi yaşantıları, hayatın bundan sonraki yaş dönemlerini de büyük ölçüde etkiler. Bu dönem bireyleri, çocukluk ve erişkinlik arasında bir yerde olup, çocukluk dönemine göre erişkin desteğine daha fazla gereksinim duymaktadırlar (18).

Fiziksel, sosyal ve psikolojik olgunluğa erişimin tamamlanacağı bir dönem olması nedeniyle erişkin sağlığını tehlikeye sokan her türlü davranış ve alışkanlıkların çoğunun edinildiği, dramatik, psikolojik ve fiziksel değişikliklerin gözlemlendiği, sorumluluk ve bağımsızlığın arttığı bir geçiş sürecidir. Adölesan dönemde, büyük kargaşalar hızlı değişikliklere eşlik eder. Adölesan, çeşitli seçenek ve baskılarla karşı karşıya kalırken, sorunlarla ne ölçüde baş edebileceği önemli oranda içinde yaşadığı sosyal çevreyle ilişkilidir (19).

Günlük hayattaki ideal örneklerle, daha önceki dönemlerde kazandığı beceriler ve roller arasında nasıl bir ilişki kuracağı sorusunu bu dönemde sıkça düşünen ergenlerin, gereksinimlerinin değiştiği bir dönem içerisinde bulunduğu göz önüne alındığında, bu dönemde karşılaşılan sorunların doğru ele alınmasının ve sorunlara yönelik doğru yaklaşımların benimsenmesinin önemi ortaya çıkmaktadır. Bu nedenle, gereksinimlerinin, fiziksel ve ruhsal değişimlerinin doğru değerlendirilebilmesi adına, adölesan dönemi psikososyal gelişim evrelerinin gözden geçirilmesinde fayda bulunmaktadır (20).

2.2.2. Adölesan Dönemde Psikososyal Gelişim

Adölesan dönemde psikososyal kuram çerçevesinde, kimlik gelişimi sürecini Erik Erikson incelemiştir. Erikson'a göre, her bir gelişim döneminin kendine has çatışmaları ve kazanımları vardır. Her dönem, kendisinden önceki gelişim dönemlerinin etkisiyle şekillenmekte ve kendisinden sonraki diğer gelişim dönemleri için ise bir basamak oluşturmaktadır. Erikson'un bu süreçle ilgili üzerinde durduğu en önemli nokta ise, adölesan dönemden daha önceki gelişim basamaklarında elde edilmesi beklenen temel güven duygusu, özerklik, girişimcilik, çalışma ve yapıcılık gibi kazanımlar olmadan tutarlı bir kimlik duygusunun geliştirilmesinin zor oluşudur. Özellikle, bu dönemde, kimlik duygusunun kazanılması sürecinde çocukluk döneminde yaşanmış olan çatışmalar yeniden yaşanır, kazanılan özdeşimler adölesanın yeni değerlerine ve rollerine uygun nitelik kazandırılarak benimsenir. Bir anlamda, adölesan dönemin başından beri yaşanan duygular, kurulan özdeşimler, kazanılan beceriler harmanlanıp sentezlenir ve bu sentez sonucunda kimlik duygusu oluşur. Kimlik duygusunun toplumsal, cinsel ve mesleksi bileşenleri bulunmaktadır. Adölesan dönemin sonuna gelmiş olup, halen cinsel, toplumsal ve mesleki kimlik gelişimini tamamlayamamış gençlerde kimlik kargaşası görülmesi olasıdır. Bu dönemin sonunda, kimlik kazanımı gerçekleşmiş ise gençlerde yakın ilişkiler kurma ve sürdürme, iş ve eş seçebilme, toplum içinde erişkin rollerini üstlenebilecek sorumluluğa sahip olma becerileri gelişir. Belli bir yere bağlanma ve ait olma duygusu, içgörü gelişimi kazanılır, başkalarına ve geleceğe ilgi artar, sosyal kurum ve kültürel gelenekleri kabul etme eğilimi doğar. Bilişsel gelişimde, değişme ile birlikte ahlak gelişiminde de adölesan dönem boyunca gelişme gözlenir (21,22).

Adölesan dönemi, aile değerleri ile çevresel standartların ve değerlerin karşılaştırıldığı ve kişisel ahlakın oluşturulduğu bir dönemdir. Eric Erikson tarafından kimliğin belirlendiği dönem olarak adlandırılan adölesan dönem, kişilerin ben kimim sorusuna yanıt aradıkları; kariyer, cinsiyet ve ideolojilerinin ne olduğunu tespit edecekleri dönem olarak vurgulanmıştır. Bu dönemin başarılı bir şekilde sonuçlanması ise adölesanın çevresiyle, özellikle aile, okul ve toplumla kurduğu başarılı ilişkiler sayesinde gerçekleşir (22).

Yapılan araştırmalara göre, adölesan dönemindeki biyolojik, duygusal, sosyal ve entellektüel büyüme her birey için birbirinden farklı hızlarla seyretmektedir. Bu nedenle, adölesan dönemdeki psikososyal gelişimi her birey için genellemek olası değildir. Adölesanın psikososyal gelişiminin bilinmesi, izlenmesi ve değerlendirilmesi, karşılaştığı sorunların

tanımlanarak çözüm önerisi oluşturulması, bu dönemde karşılaşılan güçlüklerle başa çıkılmasında büyük önem arz etmektedir (21).

Sümer'e göre, adölesan dönemde, adölesan bağlanma örüntüsünde ve adölesan-ebeveyn arasındaki ilişkilerde temel dönüşümler yaşanır. Ebeveynlere güvenli bağlanma, adölesan dönemde hem kimlik hem de özerklik gelişiminin yoğun kriz yaşamadan atlatılmasına destek olur. Bu nedenle, ebeveynlerin tutum ve davranışları, adölesan dönemde bağlanma dinamiklerini, bağlanmanın akran ve arkadaşlara sağlıklı aktarımını ve duygusal gelişimin farklı yönlerini etkileyen önemli bir etkidir. Bağlanma kuramına göre, anne-çocuk etkileşimi sürecinde, çocuklar benlik ve başkaları modelleri olarak adlandırılan iki temel zihinsel model geliştirirler. Benlik modeli, yakın ilişkilerde yaşanan bağlanma kaygısı ile ilişkili olup, çocukların başkaları tarafından ne düzeyde sevildiği ya da değer gördüğüne ilişkin bilinçaltı şemalarından oluşur. Duyarlı, destekleyici ve zamanında olumlu tepkiye dayalı iletişim daha çok olumlu benlik modeli (bir anlamda yüksek özsaygı) geliştirilmesini sağlamaktadır (23).

Benlik ve başkaları modelleri birbirleriyle karşılıklı etkileşim içinde yakın ilişkilerde inanç ve beklentileri yönlendirir ve duygu düzenlemeden, ruh sağlığına ve stresle başa çıkmaya kadar çok sayıda dinamiği doğrudan etkiler. Ancak, güvensiz bağlanmaya sahip, özellikle kararsız-kaygılı adölesanlar için adölesan dönemindeki dönüşümler, sosyalleşme ve kimlik baskılarıyla birleşerek çeşitli sorunlara yol açabilir. Sevilme, yeterince onaylanmama, terk edilme ve yetersizlik duygularının eşliğinde kaygılı bağlanma, özellikle adölesan ilişkilerinde kaygıyı artırarak depresyon, yalnızlık, konsantrasyon problemleri, kendinden hoşnutsuzluk gibi birtakım sorunların daha sık yaşanmasına yol açar. Özerklik arayışı ve akran ilişkileri adölesan dönemde daha da önem kazandığından adölesanlar farklı ilişkilerde kendilerini sınar, yeni roller dener ve dinden ideolojilere kadar birçok alanda keşifler yapar. Yapılan bu keşifler ebeveynlerin bağlanma güvencesi altında gerçekleştiğinde hem keşiflerin başarılı olma şanslarını artırır hem de adölesanların daha doğru yerlerde keşif yapmasını sağlar. Güvenli bağlanmaya sahip olmayan adölesanlar için ise keşif, olduğundan çok daha fazla stresli bir süreç olarak gerçekleşir. Kaygının bastırılması ve korunma davranışları atılım yapma ve keşif güdüsünün önüne geçer. Keşfetmek yerine ya çoğunlukla başkalarını memnun etme ve onaylarını almaya dönük davranışlar ya da kişilerarası ilişkilerdeki muhtemel örselenmelerden korunmak için aşırı şekilde kendini savunmaya yönelik davranışlar sergileyebilirler. Adölesan dönemde güvenli bağlanma, özerklik

girişiminin amacına ulaşarak doğru sonuçlanması için adölesanın ihtiyacı olan "güvenceyi" ve "koşulsuz destek" hissini ona sağlayan ve olumlu atmosferi yaratan önemli bir özkaynak niteliğindedir (22,23).

Özcebe, adölesanların psikososyal gelişim sürecini üç bölümde incelemiş ve bu dönemleri erken adölesan dönem (10-13 yaş), orta adölesan dönem (14-17 yaş) ve geç adölesan dönem (17-21 yaş) olarak ayırmıştır (24).

2.2.3. Erken Adölesan Dönem (10-13 yaş)

Erken adölesan dönemindeki bireyler, vücutlarında gerçekleşen hızlı fiziksel değişikliklere karşı endişe ve şaşkınlık duyguları yaşamaktadır. Bu tür değişikliklere uyum sağlanamamış olması adölesanın çevresindeki kişilere karşı ani davranış ve tepki gösterebilmesine yol açmaktadır.

Etrafındaki kişilerin onu sevmediğini ve anlamadığını düşüncesine kapılarak kendini soyutlamaya çalışmaktadır (21,25,26).

2.2.4. Orta Adölesan Dönem (14-17 yaş)

Yaklaşık 14-17 yaşları arasına denk gelen orta adölesan dönemde adölesan vücudunda gerçekleşen fiziksel değişiklikleri kabullenmeye başlar. Arkadaş grupları bu dönemde de önemlidir ve karşı cinse olan ilgi artmaktadır. Sosyal durumundaki değişimler ve artmış yetenekleri nedeniyle adölesanın var olandan daha geniş bir topluluğa girmesi beklentisi vardır. Olgunlaşma faktörü de bu dönemde devreye girer. Adölesan, bu dönemde kendini yetişkin olarak görebilmek amacıyla ebeveyn figürlerinden bağımsız hareket etmeye çalışmaktadır. Bu şekilde erken adölesan döneminden farklı olarak ebeveyn figürlerini reddetmeyecektir (25).

2.2.5. Geç Adölesan Dönem (17-21 yaş)

Özcebe'ye göre, adölesan dönemin son basamağı olan geç adölesan dönemde büyüme ve gelişme sona erdiği için fiziksel değişikliklere yönelik kuşkular ortadan kalkmış ve cinsel kimlik gelişmiştir. Soyut düşünce yerleşmiş ve geleceğe dair kararların verilebileceği sosyal olgunluğa erişilmiştir. 17 yaşından başlayıp 21 ve daha yukarı yaşlara doğru uzanan geç adölesan dönemde öncelik, gelişen kimlik duyguları ile birlikte daha geniş bir toplulukla sosyal ilişki kurma gereğidir (24).

Akademik ve sanatsal arayışların, sosyal bağların öncelikli olduğu ve tüm bunların, adölesanın kendini daha iyi tanımlamasını ve kendini bir topluluğa ait hissetmesini sağladığı bir dönemde olan birey, gelecek ile ilgili kararları kendi keline verebilecek sosyal olgunluğa erişmiştir (25).

2.3. Depresyon

2.3.1. Depresyonun Tanımı

Depresyon konusu uzun yıllardan beridir gündemde olmasına rağmen kavram olarak halen karmaşıklığa neden olmaktadır. Depresyonda kişi yoğun bir üzüntü ve keder içinde olmakla birlikte yaşama zevk ve isteği kaybolmuş, geleceğe dair karamsar, kötümser, olumsuz düşünceler hâkim olmuştur. Bununla birlikte kişi geçmişe yönelik yoğun pişmanlık ve suçluluk düşüncesi taşır, derin depresyonda ölüm düşüncesi hâkimdir, intihar girişiminde bulunabilir hatta bazen ölümlle bile sonuçlanabilir. Bu tabloya çoğu zaman uyku ve yeme problemleri, cinsel istek kaybı gibi fizyolojik bozuklukların da eşlik ettiği bir rahatsızlıktır (27).

Diğer bir tanıma göre depresyon, bazen derin üzüntülü, bazen de hem üzüntülü hem bunaltılı bir duygu durumla birlikte düşünce, konuşma, devinim ve fizyolojik işlevlerde yavaşlama, durgunlaşma ve bunların yanı sıra küçüklük, değersizlik, isteksizlik, güçsüzlük, karamsarlık duygu ve düşünceleri ile belirli bir sendromdur. Bu sendrom birçok ruhsal ya da ruhsal olmayan hastalıkta görülebilir (28,29).

Semptom olarak depresyon; disfori, üzüntü, umutsuzluk, mahsunluk, ızdırap duyguları ile kendini gösteren mizacı ifade eder. Bu durum insan hayatının çok farklı dönemlerinde karşılaşılabileceği geçici bir durum olabilmekle birlikte patolojik boyutlara da varabilir. Bahsedilen semptomlar çok yoğun ve ısrarcı olarak yaşanıyorsa klinik olarak önem arz etmektedir. Bu sendromun diğer semptomları iştahsızlık, uyku düzeninde bozulma, yoğun suçluluk duygusu hissetme, düşük enerji, psikomotor değişiklikler ve tekrarlayan intihar düşünceleri veya intihar girişimi şeklinde özetlenebilir (30).

DSM III-R'ye göre depresyon bir sendrom olarak açıklanmıştır. Bu sendromda ilgi azalması veya depresif mizaç eşlik etmelidir (27,30,31).

Nurcombe ve arkadaşları depresyon kavramının; duygu durum veya mizaç, bir dinamik (bir obje kaybına karşı ruhsal bir süreç), bir sendrom (depresif semptomların

toplama), bir bozukluk (depresif sendromlu kişilerin belirgin grubunun sınıflandırılması) veya bir hastalık (fizyolojik ve biyokimyasal temele dayanan bir depresif bozukluk) şeklinde kullanıldığını saptamıştır (32,33).

Beck'e göre depresyon duygu durum değişikliği, belirti, sendrom ve hastalık olarak ayrı ayrı ele alınabilir. Depresyonda duygulanım bozuklukları ön planda olduğundan "birincil duygulanım bozukluğu" olarak da tanımlanabilmektedir. Ancak bunlardan başka kognitif, fizyolojik ve motivasyonel birleşenlerinin de olduğunu, bu nedenle birincil bileşenin hangisi olduğunun belirlenemeyeceğini, depresyondaki kognitif (bilişsel) bozukluğun birincil bozukluk olduğunu ileri sürmüştür (34,35).

Depresyona erkeklerde genellikle 55 yaşlarından sonra, kadınlarda ise 35-45 yaşları arasında en yoğun gözleendiği bilinmekle birlikte genç yaşlarda da görölme sıklığına dair veriler her geçen gün artmaktadır (36).

Çocuk ve ergenlik döneminde karşılaşılan depresyon sık, tekrarlayıcı, kronik seyredebilen, ciddi morbiditeye neden olan ve hatta mortalite ile sonuçlanabilen psikolojik bir rahatsızlıktır. Çocuklardaki nokta prevalansı %1-2 iken, ergenlikte bu oran %3-8'lere kadar yükselmektedir. Yetişkinlik dönemine varana kadar ortalama beş ergenden birinde en az bir kez depresyon geğirildiği yapılan araştırmalar ile ortaya konulmuştur (37,38,39,40). Tedavi edilmezse akademik, toplumsal, ailesel işlevsellikte ciddi problemlerin yanı sıra intihar ile de sonuçlanabilmesi, depresyonu tanılaması sonrasında uygun ve ivedilikle müdahale edilmesi gereken ciddi bir tablo haline getirmektedir (38).

Ergenlik çağındaki çocuklarda depresyon görölme sıklığı %5-10 arasında değişmektedir. Türkiye'de Öy tarafından yapılan bir taramada Ankara'daki okullarda bu oran 9-14 yaş grubunda %6 olarak bildirilmiştir (39,40).

Depresyon tedavi edilebilir ve yaygın bir hastalık olmasına karşın halen yeterli tanınmamaktadır. Oysa depresyonda yaşam kalitesi düşmekte, kişiye ve ailesine ızdırap vermekte, aile ve çevre ile olan ilişkilerde bozulmalar meydana gelmekte, iş verimi azalmakta ve intihara eğilim artmaktadır (41,42).

2.3.2. Depresyona Yol Açan Nedenler

Çocukluk yıllarında kız ve erkek her iki cinsiyette depresyon görölme riski eşit iken ergenlik süresince kızlardaki risk erkeklere oranla iki kat artmaktadır. Çocukluk yıllarında karşılaşılan depresyonda genellikle ailede depresyon öyküsü bulunmakta ve bu ailelerin

çocuklarındaki depresyon başlangıcı daha erken yaşlara rastlamaktadır. Çocukluk ve ergenlik yıllarında karşılaşılan depresyonda psikososyal ve kişilerarası zorluklar, düşük gelir düzeyine sahip olunması gibi stresörler, sigara ve buna benzer bağımlılık yapıcı diğer maddelerin kullanımı, zayıf okul başarısı, anne ve babanın veya sevilen birinin kaybı, romantik bir ilişkinin sona ermesi, davranım, dikkat ve öğrenme bozuklukları, psikolojik kötüye kullanım ve ihmal, diyabet gibi kronik hastalıklar, doğal afetler gibi diğer travmalar risk etmenleridir (43).

Ergenlik döneminde ruhsal sorunların görülme sıklığı çocukluk yıllarına oranla büyük artış göstermektedir. Bunun esas nedeni ergenlik döneminin aynı zamanda bir karmaşa (turmoil) dönemi olmasından kaynaklanmaktadır. Ergenlik depresyonu bu dönemin en sık karşılaşılan rahatsızlığı olup birtakım değişkenlerle ilgili olduğu gözlenmiştir (44). Bunlar;

- Biyolojik Etkenler
- Biyokimyasal Etkenler
- Ruhsal-Toplumsal Etkenler

Biyolojik Etkenler

Kalıtım: Genetik geçişin duygulanım bozukluklarının etiolojisinde önemli bir yeri vardır. Ebeveynlerden sadece birinde depresyon hikâyesi var ise çocukta da depresyon görülme riski %27-30 arasında değişirken, eğer her iki ebeveynde de depresyon söz konusu ise o zaman risk %50-75'lere kadar artmaktadır (43). Tek yumurta ikizi olan eşlerden birinde depresyon var ise diğerinde de gözlenme %40-50 arasında değişmektedir (28,45,46,47).

Beyin Araştırmaları: Özellikle geç yaşlarda başlayan depresif bozukluklarda kortikal atrofi ve ventriküler genişleme, kaudat çekirdek ve putamende küçülme, subkortikal bölgelerde yaygın vasküler değişiklikler olduğunu gösteren bulgular bulunmaktadır (48).

Biyokimyasal Etkenler

Hastalarda monoamin nörotransmitterlerinden öncelikle serotonin ve noradrenalin aktivitesinde bozukluk olduğu ileri sürülmüştür. Bunaltı, korku ve öfke gibi birtakım duyguların meydana gelmesinde adrenalin ve noradrenalinin etkisi geçmişten beri bilinen bir durumdur. Bazı araştırmalarda ağır çökkünlük nöbeti geçiren hastaların büyük bir bölümünde, sinir dizgesi noradrenerjik işlevinin temel yıkım ürünü olan 3-metoksin 4-hidroksifenilglükol düzeylerinin beyin omurilik sıvısında ve idrarda ya çok arttığı ya da çok azaldığı görülerek noradrenerjik etkinlikte artma ya da azalma varsayımı ortaya atılmıştır (28,46).

Bazı araştırmalar depresif hastalarda endokrin dizgede de değişiklikler olduğunu saptamıştır. Depresyonlu hastaların yaklaşık %50'sinin kortizol düzeyi yüksektir ve hipotiroidide depresyon sık görölmektedir (28,46,47).

Yaş grubu fark etmeksizin çocuk ve gençlerde görölen depresyonda tetikleyici birtakım organik bozukluk ve etkenler gözardı edilmemelidir. Bunlar arasında malign santral sinir sistemi ve çocukluk çağı lösemileri ilk sırada yer almakta ve depresif belirti bulgulara yol açmaktadır (43).

Ruhsal-Toplumsal Etkenler

Ruhsal-toplumsal etkenlerin duygulanım bozuklukların da önemli bir yeri vardır. Aile bunalımları, ciddi ekonomik sorunlar, iş yaşamındaki çatışmalar ve doyumsuzluklar, iş yitimi, emeklilik, benliği inciten, örseleyen, onur kırıcı durumlarla karşılaşmak, beden sağlığının bozulması ve daha birçok psikososyal ve fiziksel olay duygulanım bozukluklarının ortaya çıkmasında ve kronikleşmesinde büyük rol oynar (28,47).

Stres dolu yaşam olayları (Anne-baba-çocuk arasında güvensiz bağlanma, fiziksel cezalandırmalar, romantik ilişkinin bitmesi, fiziksel ve cinsel ihmal ve kötüye kullanım gibi) çocukluk çağının bütün dönemlerinde zayıf okul başarısı, depresyon gibi birtakım ruhsal sorunlara yol açabilir (49,50). Çocuk ve ergenlerdeki düşük benlik saygısı ve güvensizlik hissi, kardeşleri ve/veya akranları arasında popüler olamama, arkadaş ve/veya öğretmen ilişkilerinde sorunlar yaşanması ve önceden geçirilmiş bir depresyon öyküsü çocuk ve ergenlerde depresyon görölme riskini arttırmaktadır (51,52).

Durant ve arkadaşları, 722 altıncı sınıf öğrencisinde yapmış oldukları çalışmada fiziksel şiddete maruz kalanlarda, hedeflerine ulaşmak ve sorunlarını çözmek için şiddete başvuran, saldırgan davranışı ve madde bağımlılığı olan (alkol, sigara gibi) ergenlerde depresyon gelişme riskinin arttığını ve depresyonun şiddetinin artması ile bu davranış ve alışkanlıkların görölme olasılığının da arttığını saptamışlardır. Bu ergenlerde depresyon dışında hayata dair ulaşmak istedikleri hedeflerde azalma, umutsuzluk ve diğer ruhsal sorunlar daha sık bulunmuştur (52).

Depresyon gelişmesinde doğal afetler de önemli risk etmenleridir (50). Rutter ve ark. çocuk ve ergenlerde stresli yaşam olaylarının depresyon gibi ruhsal sorunların oluşmasında önemli risk etmeni olduğunu ortaya koymuştur (53).

Harrison ve ark., yaşları 11-16 arasında değişen 1746 ortaokul ve lise öğrencisinde yaptıkları bir araştırmada, öğrencilerin %77.6'sının yakınlarının ölümünden sonra yas veya depresyon yaşadıklarını bildirmişlerdir (54).

2.3.3. Depreyonda Belirti ve bulgular

Beck, depresyon belirtilerini üç ana kategoriye ayırmıştır (35,55).

Emosyonel Belirtiler

Kişinin duygu ve duygularına bağlı olarak geliştirdiği bütün davranışlar emosyonel belirtiler olarak tanımlanır. Bu bulgular değerlendirilirken kişinin yaşı, cinsiyeti normal süreçlerde sergilediği davranışlar ile bulunduğu toplumun normları dikkate alınarak değerlendirilmelidir.

Kederli duygu durum: Kişinin depresyon düzeyinin ağırlık ve hafiflik derecesine göre duygu durumundaki değişimlerde artma veya azalma meydana gelebilir. Bu değişiklikler depresyonun en spesifik bulgularıdır.

Doyumsuzluk: Depresif kişilerde hayattan beklentilerde artma ve durumdan memnuniyetsizlik mevcut olup, doyumsuzluk en başta belirli durumlar için geçerli iken depresyon ağırlaştıkça hayatın tüm alanları için geçerli olmaya başlar.

İlgi azalması: İlgi azalması doyumsuzluğa eşlik eden bir bulgudur. Hafif depresyonda kayıtsızlık şeklinde iken, depresyon ağırlaştıkça duyumsamazlığa doğru yol alır.

Ağlama nöbetleri: Bir diğer temel depresyon belirtisi de ağlamadır. Depresyon hafif ve orta derecede iken kişi ağlama nöbetleri tariflerken, ağır depresyon durumunda kişi ağlamak istese bile ağlayamamaktan yakınmaktadır.

Neşesizlik: Depresyonun hafif düzeyinde kişi şakalaşmaktan hoşlanır ancak eskisi kadar zevk almaz. Orta derece depresyonda kişi şaka karşısında gülüp eğlenmek için kendini zorlar ancak bunu başaramaz. Ağır depresyonda ise kişi hemen her olayı ciddi olmasa bile ciddi olarak algılar ve şakalara karşı bazen sert ve düşmanca tepkiler sergileyebilir.

Kognitif (Bilişsel) ve Motivasyonel Belirtiler

Kendini aşağı görme (düşük kendilik değeri): Hasta kendisiyle alakalı tüm özellikleri olumsuz olarak değerlendirir. Sağlığını, zekâsını, çekiciliğini, ekonomik durumunu hep olumsuz olarak değerlendirir. Orta derece depresyonda kişi karşılaştığı tüm olumsuzlukları abartma eğilimindedir. Ağır depresyonda ise kişi kendini tüm yönleriyle olumsuz olarak değerlendirir.

Olumsuz beklentiler: Depresyon durumunda kişi ilk başlarda geleceğe yönelik karamsar beklentiler içindedir. Duruma kötümserlik tablosu hâkimdir ve kişi hayatın her alanındaki sorunların çözülemeyeceğini, ileride de devam edeceğini hatta durumun her geçen gün daha da kötüleşeceğini düşünür. Depresyon ağırlaştıkça kötümser ve karamsar duygular hayatın her alanını kapsar ve bu negatif düşünceler kişiyi intihara kadar sürükler.

Kendini eleştirme ve suçlama: Depresyonun hafif derecelerinde kişi normalden en ufak bir sapma veya eksiklikte kendini suçlar, eleştirir, katı kuralcı ve mükemmeliyetçidir. Orta derecede kendini standartların altında gibi görür ve acımasızca eleştirir. Ağır depresyonda kişi her konuda kendini suçlar.

Kararsızlık: Kararsızlık depresyon hastalarında en sık rastlanan bulgulardan biridir. Hafif depresyon durumunda kişi rahatlıkla karar vermesi gereken basit bir konuda dahi uzun uzun düşünür. Orta derece depresyonda kararsızlık hayatın her alanında baş gösterirken ağır depresyonda karar verme yetisinin kaybolduğu görülmektedir.

Çarpıtılmış beden imgesi: Beden imgesinin normalden farklı algılanması erkeklerden çok kadınlarda sık karşılaşılan bir durumdur. Orta ve hafif düzey depresyonda beden imgesinde bir değişiklik olmamasına karşın kişi beden imgesini kötü, kendini çirkin algılar ve daha da kötüleşeceğini düşünür.

Motivasyon azalması: Depresyonun hafif düzeyinde kişi en temel ihtiyaçlarını yerine getirmek için bile istek duymaz. Depresyon derinleştikçe kişi kendini yapmak için zorlar. Ağır depresyonda ise kişi başkası tarafından zorlanmadığı müddetçe hiçbirşey yapmayıp bu durum saplantılı bir hâl almıştır.

İntihar istekleri: Depresyonda bir diğer önemli belirti de intihar isteğidir. Hafif derece depresyonda ölme isteği, hastanın eyleme geçmeksizin edilgen olarak ölmeyi istemesi ile karakterizedir. Orta derece depresyonda intihar istekleri daha sık ve daha zorlayıcıdır. Ciddi depresyonda intihar isteği daha da yoğunlaşır.

Fiziksel ve Vejetatif Belirtiler

İştahsızlık: Hasta başlangıçta normalden daha az yemek yemeğe başlar. Orta derece depresyonda yemek yeme isteği tümüyle kaybolma eğilimindedir. Ciddi depresyonda hasta yemek yiyebilmek için kendini zorlamasına rağmen veya başkalarınca zorlandığı halde yiyemez. Kısa sürede kilo kaybı görülür.

Uyku bozukluğu: Hafif depresyonda hasta eskiye oranla sabahları daha erken uyanır ve genellikle rahatsız bir uyku uyuduğunu dile getirir. Bazı hastalar ise, normalden daha fazla

uyumaya başladıklarını ifade ederler. Orta derece depresyonda hasta alışılandan birkaç saat önce uyanır, bazı hastalar bu durumun aksine on iki saate yaklaşan aşırı uyku eğilimindedirler. Ciddi depresyonda hasta genellikle uyuduktan dört ya da beş saat sonra uyanır ve bir daha uyuyamaz.

Cinsel dürtü kaybı: Hafif depresyonda genellikle cinsel istekte ve cinsel uyaranlara tepki vermekte bir zayıflık görülür. Orta derece depresyonda ise cinsel istekte azalma söz konusudur. Ciddi depresyonda cinsel uyaranlara hiçbir tepki verilmez.

Yorgunluk: Hafif depresyonda hasta normalden daha kolay yorulur. Orta derecede depresyonda hasta çoğu zaman yorgundur. Ciddi depresyonda hasta basit bir şey yaptığında dâhi kendini çok yorgun hisseder (35,55).

2.3.4. Depresyonun Sınıflandırılması

Psikiyatrik hastaların uluslararası sınıflandırılması amacıyla, DSM-III-R tanı ölçütleri başvuru el kitabı ve ICD-10 ruhsal ve davranışsal bozukluklar sınıflandırılması kullanılmaktadır. DMS-III-R (1) tanı ölçütlerine göre depresif bozukluklar;

Majör depresif bozukluk: Bir ya da birden fazla majör depresif epizodla belirlidir. En az iki hafta süren depresif duygudurum ya da ilgi kaybının yanı sıra diğer depresyon semptomlarından en az dördünün bulunması gerekir.

Distimik bozukluk: En az 2 yıl süren hemen her gün depresif duygudurumun bulunmasının yanı sıra bir majör depresif epizodun tanı ölçütlerini karşılamayan diğer depresif semptomların bulunması ile belirlidir.

Başka türlü adlandırılmayan (BTA) depresif bozukluk: Majör depresif bozukluk, distimik bozukluk, depresif duygudurum ile giden uyum bozukluğu ya da karışık anksiyete ve diğer depresif duygudurum ile giden uyum bozukluğu için tanı ölçütlerini karşılamayan depresif özellikler gösteren bozuklukları kapsamaktadır (46,28).

2.3.5. Depresyonda Tanı

Dünya Sağlık Örgütü (D.S.Ö.) hastalıkların uluslararası sınıflamasını içeren “İnternational Classification of Disease (ICD)” tanı dizgisini sırasıyla ICD-8 (1968), ICD-9 (1979), ICD-10 (1992) olarak hazırlamıştır. ICD-10 tanı kriterinde depresyonun şiddeti (hafif, orta, ağır) derecelendirmeleri ile tek nöbet veya yineleyici nöbetler vardır. ICD-10’da ağır

depresyon nöbeti “somatik” belirtileri olan ve olmayan diye ikiye ayrılmıştır. Ancak bu somatik belirtiler yeterince tanımlanmamıştır.

Sözlük anlamı ile somatik sayılmayabilecek bu “somatik belirtiler” şunlardır; sabah erken uyanma ve kötü hissetme, ilgide, zevk almada azalma, ajitasyon ya da psikomotor yavaşlama, kilo kaybı ve iştah azalması, libidoda azalma söz konusudur.

Sonuçta depresyon tanısını koyabilmek için aşağıdaki belirtiler en az iki haftadır devam ediyor olmalıdır ve “A” grubu belirtilerden en az ikisi olmak üzere 4 tanesi bulunmalıdır.

A Grubu Belirtiler

- Üzgün veya çökkün duygu durumu
- İlgi azalması ve /veya hiçbir şeyden zevk alamama
- Enerji azalması veya yorgunluk

B Grubu Belirtiler

- Uyku bozukluğu
- Dikkati toplamada güçlük
- Kendine güven azalması
- Suçluluk ve değersizlik düşünceleri
- İştah bozukluğu
- İntihar düşünce ve/veya girişimleri
- Hareket ve düşüncelerde yavaşlama

Diğer Belirtiler

- Anksiyete (Bunaltı)
- Ajitasyon (Motor huzursuzluk)
- Sinirlilik
- Geleceğe ilişkin karamsarlık ve umutsuzluk
- Gürültüden rahatsız olma

Depresyon tanısı koyarken en azından bir takım psikolojik testlerin rakamsal sonuçlarına ihtiyaç duyulduğunu kabul etmek gerekir. Depresyonda sendromal aktiviteyi değerlendirmek için üzerinde geniş anlaşma olan Hamilton Depresyon Ölçeği veya Beck Depresyon Envanteri kullanılır.

Kişinin belirtilerin şiddeti açısından eşiği aştığı tespit edildikten sonra gerek işlevsellikteki etkilenme, gerekse seçilecek tedavi açısından atağın kategorik incelenmesinin

yapılması gerekir. Depresyonun şiddeti de Çocuklar için Depresyon Envanterinde aldıkları skora göre değerlendirilir (42) .

2.3.6. Çocukluk ve Ergenlik Depresyonunda Olumsuz Yaşam Olaylarının Rolü

Depresyonun gelişmesindeki en önemli faktör, insanın kişilik özellikleri ile eşleşen stresli yaşam olaylarıyla karşılaşmasıdır. Bu durumda sadece kişilik özelliklerine karşılık gelen yaşam olayları depresyon için yatkınlık oluşturacak ve tetikleyici olabilecek iken, diğer olayların önemli bir etkisi bulunmayacaktır. Buna karşılık, yaşam olaylarının kişilik ile yapılan eşleşmelerinin önemli olmadığı, belirli kişilik özelliklerine karşılık gelsin veya gelmesin, çok farklı yaşam olayları sonunda depresyon gelişebileceği de öne sürülmektedir (56).

Özellikle çocukların yaşamlarına bakıldığında, çocukların yaşadıkları olumsuz olaylar aynı zamanda onların ilk yaşam deneyimlerini de oluşturduğu için bu durumla ve bu duygularla nasıl başa çıkması gerektiği konusunda yüksek düzeyde kaygı yaşadıkları görülmektedir (57). Yaşadığı olumsuz olaylar karşısında çevresinden ve ailesinden gerekli desteği göremeyen çocuğun yaşadığı kaygı süresi ve düzeyi daha da artmakta olup kendisine ya da çevresine yüklediği değerler çarpıtılarak olumsuz şekilde algılanmaktadır (58). Bu nedenle yapılan pek çok araştırma yaşam olaylarıyla depresyon arasında doğrudan bir ilişkinin olduğu sonucunu ortaya koymaktadır (57,58,59).

Depresyonun gelişmesi için birçok faktörün bir arada bulunması gerekmektedir. Gelişimsel yatkınlığı olan kişilerin karşılaştıkları stresli yaşam olayları depresyonu tetikleyebilmektedir. Psikososyal risk etkenlerinden biri düşük öz değer duygusudur (37). Çeşitli araştırmalarda, ebeveynlerin sahip oldukları düşük sosyoekonomik durumlarında, yoksulluk artışında, çocukların depresif belirtilerinde de artış olduğu ve depresyonlarıyla bağlantılı olduğu belirlenmiştir (60).

Depresif kişiliğe sahip kişilerde karamsar, kederli, benlik saygısı düşük, başkalarının destek ve onayına bağımlı, kendine güvensiz, suçluluk ve umutsuzluk hislerini içeren duygu durum özellikleri belirgindir. Önceleri depresif mizaç doğuştan gelen ve sorun anlarında ruhsal gerilimi arttıran bir durum olarak nitelendirilirken, daha sonraları depresif bir karakterin oluşumunda asıl belirleyicinin çevresel faktörler olduğu vurgulanmıştır (61). Kötü ve stresli yaşam olayları, çocukluk döneminde herhangi bir duygusal bozukluğun oluşması ihtimali üzerinde doğrudan etkilidir. Yapılan araştırmalar yaşam boyunca karşılaşılan

olumsuz olayların çok boyutlu biriken etkileri sonradan depresif bozuklukların gelişmesinde riski arttırdığı sonucunu çıkarmışlardır(60).

Rudolph ve ark., olumsuz yaşam olaylarının benlik saygısı ve depresyonu etkilediğini ve depresif kişilerin aslında yaşamlarında genellikle daha fazla stresli olduklarını ve özellikle kişilerarası çatışma yaşadıklarını ileri sürmüşlerdir (61). Toplum içinde şiddete maruz kalma genç insanlar için depresyon riskini artırır. Bu risk, özellikle çocuklar doğrudan şiddete uğrarlarsa ve eğer onlar birilerinin onları yaralamaya çalıştığına tanık olurlarsa veya eğer ön ergen grubunda iseler risk artar. Olumsuz ev ve okul ortamlarının kronik yaygın etkilerinin dışında, belirli olayların sıradan sonuçları depresyona yol açabilir. İstismar edilen ergenlerde majör depresif bozukluğun oranı %40 ve ön ergenlerde ise %18 olarak saptanmıştır (62).

2.4. Yalnızlık

2.4.1. Yalnızlığın Tanımı

Oldukça karmaşık bir kavram olması dolayısıyla yalnızlıkla ilgili birden çok tanım bulunmaktadır. Çok çeşitli tanımlamaları olmakla birlikte yalnızlık kavramıyla ilgili araştırma yapan sosyolog ve psikologlar da henüz kesin bir tanıma ulaşmış değillerdir. Geçtan'a göre yalnızlık konusuna ilişkin kavram karmaşıklığı nedeniyle birbirinden farklı pek çok olgu ve durum yalnızlık olarak nitelendirilmektedir. Örneğin; bir insanın tek başına yaşaması biçimindeki somut yalnızlık, kendi toplum grubuna yabancılaşma biçiminde deneyimlenen yalnızlık, çevresi tarafından reddedilme sonucu oluşan yalnızlık, bireyin çevresiyle daha az iletişim kurarak kendi seçimi olan yalnızlık, bireylerin anlaşılmasından, duygu ve düşüncelerini paylaşacağı kimsenin olmamasından kaynaklanan gerçek yalnızlık gibi pek çok yaşantı yalnızlık olarak nitelendirilmektedir (63).

Yalnızlık; ürkütücü, korkutucu, kaygı verici, umutsuzluğa sürükleyen, bireyde gerginlik oluşturan, bireyin yaşamını anlamsızlaştıran, içine kapanık bir kişilik oluşturmaya, yabancılaşmasına, karamsar olmasına neden olan ve bireyin sosyalleşmesini engelleyen bir duygu durumudur (63). Yalnızlık sosyal ilişkilerde ulaşılan düzey ile bireyin arzu ettiği düzey arasındaki öznel uyumsuzluk ve hoş olmayan bir yaşantıdır (64).

Sullivan'a göre yalnızlık, insanın ara gereksinmesi olan kişiler arası yakınlığın istenilen düzeyde karşılanmaması sonucu ortaya çıkan, kurtulmak için bireyin her şeyi yapabileceği, hoş olmayan güdüleyici bir yaşantıdır. Sullivan için insan, toplumsal bir varlık olup, doğumdan sonra toplumsallaşma sürecine girmektedir. Ergenlik öncesi dönemde ise,

diğer insanlarla yakın ilişkilerin başlaması yönünden önem taşımakta ve çocuk bu dönemde iç dünyasını paylaşabileceği ve karşılaştığı güçlüklerde danışabileceği aynı cinsten yakın arkadaşlar edinmektedir. Eğer çocuk bu dönemde sosyal çevresiyle yakın ilişkiler kuramazsa, umutsuzluğun beraberinde getirdiği yoğun bir yalnızlık içine düşmektedir (65,66).

Yalnızlık; fenomen olarak insan olmanın en temel özelliğidir ve yalnızlık kompleks, çok acı veren, genellikle zorlayıcı ve bireysel bir duygudur (67). Örneğin Hopmeyer yalnızlığı ilişkiyi bitirme, diğer insanlardan uzaklaşma, yalnız olma ve yabancılaştırmanın sonucunda meydana gelen mutsuzluk ve acı verici bir duygu olarak tanımlamaktadır (68).

2.4.2. Yalnızlığın Belirtileri

Yalnızlık yadsındığında, bastırıldığında, tehlikeleri küçümsendiğinde ve görmezden geldiğinde bireyleri olumsuz yönde etkileyerek insan yaşamına zarar verir, kişinin enerjisini yok ederek yıkıcı ve zarar verici faaliyetlere sevk eder (68). Rokach'a (2004) göre yalnızlığın etkileri aşağıda sıralanmıştır. Bunlar:

1) Yalnızlık insanları, başka insanlardan uzaklaştırarak, sıkı dostlukların kurulmasını engeller.

2) Yalnızlık duygusu yaşayan bireyler, genellikle kişilerarası ilişkiler kuramaz ve kurdukları ilişkileri de aynı seviyede devam ettiremezler. Çevresindeki insanları kıskandıklarından, sahip oldukları ilişkilerin zedelenmesine yol açabilirler. Öte yandan da, sevgi ihtiyacı duyan yalnız insanlar, sevgiyi bir kez bulduklarında, yitirmemek için her türlü çabayı harcarlar.

3) Yalnızlık dikkati farklı yönlere sevk ederek, enerji ve yaratıcılığın olumlu yönde kullanılmasını engelleyerek kişiye psikolojik yönden zarar verir.

4) Yalnızlık duygusu, başa çıkılmadıkça, insan yaşamının belirleyicisi ve kuralı haline gelen bir güce dönüşebilir.

5) Yalnızlık duygusuna kapılan insanlar, işlevsel olmayan bir düşünce sistemi geliştirerek, yaşamları ile ilgili yanlış ve erken kararlar verebilir, evliliğe hazır olmadıkları halde düşünmeden, vaktinden önce, evlenme kararı alarak evliliğin sorumluluğunu üstlenemeyebilirler. Hatta yalnız insanlar hem hemcinsleri hem de karşı cinsle olan ilişkilerinde bağımsız davranarak insanlık dışı (dehumanizing) bir tutum sergileyebilirler. Yalnızlık sadece bireyin sosyal yaşantısını etkilemekle kalmayıp özel yaşamını hatta cinsel hayatını da etkilemektedir. Cinsellik, yalnızlık yaşayan insanlar tarafından yalnızlığın acısını

hafifletmek, soyutlanmanın oluşturduğu kaygı verici durumlarda soğukkanlı görünmek, huzursuzluğu dindirmek amaçlı kullanılmaktadır.

6) Yalnızlık, etkili bir şekilde başa çıkılmadığı ve yüzleşilmediği takdirde hassas ve katı insanlar yaratır.

7) Yalnızlık acı verici ve geride duygusal izler bırakan bir duygudur (68).

2.4.3. Yalnızlığın Nedenleri

Bilgen, insan hayatı için dönüm noktası sayılabilecek birtakım değişikliklerin, yalnızlık duygusunun yaşanmasında etken olduğunu belirtmektedir. Örneğin; farklı bir yerleşim bölgesine taşınma, romantik bir ilişkinin bitmesi, farklı kültüre sahip bir topluma girme, boşanma, işten çıkarılma, emekli olma gibi olaylar yalnızlık oluşumun tetikleyen ve hızlandıran etmenler olarak açıklanmıştır (69). Nitekim hızlandırıcı etmenlere bağlı olarak Hamarta, alışılmış çevreden, anne ve babadan, arkadaş grubundan uzaklaşma, yeni bir çevreye girme ve benzeri nedenlerden dolayı orta yaş ergenlerin sıklıkla yalnızlık duygusu yaşadıklarını belirtmiştir. Ancak yalnızlık sadece, yakın arkadaş ilişkilerinin kesilmesi, arkadaş grubunun bırakılması sonucunda yaşanan bir duygu değildir (70,71). Brehm yalnızlığın nedenlerini; ilişkilerimizde olmasını istediğimiz değişikliklere, sahip olduğumuz ilişkilerdeki yetersizliklere ve kişisel özelliklere bağlar ve ilişkilerdeki yetersizliklerin nedenlerini aşağıdaki faktörlerle ilişkilendirir (72).

1. Yabancılaşma
2. Birilerine bağlı olmama
3. Tek başına olma
4. Zorunlu ya da zorla soyutlanma
5. Yerinden olma

Brehm, kendilerini yalnız hisseden insanların ortak özelliklerini de şöyle sıralamıştır:

- Düşük benlik saygısı
- Başkalarını olumsuz değerlendirme
- Başkalarından olumsuz değerlendirme beklentisi içinde olma
- Düşüncelerine olan güvensizlik
- Çekingenlik
- Sosyal tepkide bulunamama
- Sosyal duyarsızlık

- Karşı cinsten partner ile sıkı ilişki kurmaktan kaçınma

Özetle, yalnızlık zaman zaman her birey tarafından yaşanan bir duygudur. Ancak kimi birey yalnızlığı geçici bir süre, kimi birey ise yalnızlığı sürekli ve uzun süreli yaşamaktadır. Uzun süreli yaşanan yalnızlık birey tarafından seçilmiş bir durum olmamakla beraber yaşanmakta ve çevresi tarafından istenmediğini düşünmektedir. Bu durum kişide sıkıntı, korku ve ümitsizlik gibi tipik bazı özellikler meydana getirmektedir (72).

Michela, Peplau ve Weeks Şekil 1’de görüldüğü gibi yalnızlığın içsel ve dışsal, değişebilen ve değişmeyen nedenlerini sınıflandırmışlardır (73).

Michela, Peplau ve Weeks yalnızlığın algılanan 13 nedenini şu şekilde açıklamışlardır.

1.Kötümserlik: Kişinin ilişki kuracağı birini bulmanın şansı eseri olduğuna inanması ve kendisinin bu şansa sahip olmadığını düşünmesidir.

2.Reddedilmekten Korkma: Kişinin ilişki kurmayı denediği zaman reddedileceği korkusuna kapılmasıdır.

3.Çaba Göstermeme: Kişinin birileriyle tanışmak için yeterince çaba sarf etmemesidir.

4. Şanssızlık: Kişinin herhangi biriyle tanışmak için şansının olmadığını düşünmesidir.

5. Bilgisizlik: Kişinin ilişki ve arkadaşlık başlatma becerisinin olmamasıdır.

6. Utangaçlık: Kişinin aşırı derecede utangaç olmasıdır.

7. Fiziksel Çekiciliği Olmama: Kişinin fiziksel olarak çekici olmamasıdır.

8.Diğer Gruplar/İlişkiler: Diğer insanların bir gruba üye olması ve yalnızlık yaşayan kişilere ilgi duymamalarıdır.

9.Diğerlerinin Korkuları: Diğerlerinin yalnızlık yaşayan kişilerle ilişki kurmaya korkması, çekinmesidir.

10.Kişisel Olmayan Durumlar: Kişinin birçok insanla kişisel olmayan tarzda ilişki içinde olmasıdır.

11.Fırsat Yoksunluğu: Kişinin diğerleriyle ilişki, arkadaşlık kuracak fırsatlarının olmamasıdır.

12.Diğerlerinin İsteksizliği: Diğer insanların bu kişilerle ilişki kurma çabasına girmemesidir.

13.Antipatik Kişilik Yapısı: Kişinin diğerleri tarafından hoş gitmeyen bir kişilik yapısına sahip olmasıdır.

Michela, Peplau ve Weeks Şekil 1’de görüldüğü gibi yalnızlığın içsel ve dışsal, değişebilen ve değişmeyen nedenlerini sınıflandırmışlardır (73).

Şekil.1. Yalnızlığın Algılanan 13 Nedeni



Michela ve diğerleri yalnızlığın nedenlerini diğerleriyle ilişki kurmaya odaklı açıklayarak, bireyin diğerleriyle ilişki kurmasını sağlayan sosyal beceri eksikliğine ve kendi görüş tarzına bağlamıştır (73).

Rokach ise yalnızlığın nedenlerini, ilişki kurmada yetersizlik, yaşanan travmatik olaylar, karakter yapısı, gelişimsel değişkenler, gelişimsel bozukluklar ve kişisel yetersizliklerle açıklamıştır (74,75).

Yalnızlık duygusuna neden olan bir diğer kavram ise bilişsel-davranışçı yaklaşımda da ele alınan otomatik olumsuz düşüncelerdir. Yalnızlığın bilişsel çarpıtmalarla ilişkisini inceleyen çalışmalarda kendilerini yalnız hisseden öğrencilerde işlevsel olmayan tutumların daha yaygın olarak kullanıldığı (76) ve yalnızlık düzeyi arttıkça ergenlerde kişilerarası ilişkilere yönelik bilişsel çarpıtmalara rastlandığı görülmüştür (77).

Yalnızlıkla ilişkilendirilen bağlanma biçimleri, sosyal kaygı, kendilik değeri ve sosyal beceri kavramları ergenler üzerinde araştırılmış ve benzer sonuçlara ulaşılmıştır. Inderbitzen-

Pisaruk, Clark ve Solano yaptıkları araştırmada ergenlerin yalnızlık nedeni olarak gördükleri en büyük etkenin sosyal beceri eksikliği, düşük kendilik değeri ve kişilerarası tutarlılık (interpersonal stability) olduğunu, Zakahi ve Duran ise iletişim becerilerinin yalnızlık üzerinde rol oynadığını belirtmişlerdir (78,79).

Yalnızlığın kaynağını aile içi ilişkiler ve olumsuz çocukluk yaşantılarıyla ilişkilendiren araştırmacılar da vardır. Yalnızlık yaşayan bireyler çocukluk yıllarında ebeveynlerinin kendilerine yeteri kadar zaman ayırmadığını, ilgi ve yakınlık göstermediklerini bildirmişler ayrıca çocukken akranlarıyla da anlamlı ilişkiler kuramadıklarını, duygularını dile getiremediklerini söylemişlerdir (80). Benzer şekilde Richaud de Minzi ve Sacchi ve Antognoli-Toland da ergenlerde yalnızlığın ergenin akranları ve ailesi ile kurduğu iletişime bağlı olduğunu vurgulamışlardır. Eğer aile ocuk için zayıf bir etkileşim kurar, olumlu bir model oluşturmaz ve gerekli sosyal becerileri edinmesine yardım etmezse bunun sonucunda ocuk diğerleriyle de iletişime geçmekte güçlük yaşayacak ve kendini yetersiz hissedecektir. Bunun yanı sıra çocukluk yıllarında akranları tarafından alay edilen, aşağılanan ve dışlanma davranışlarına maruz kalan çocukta sonuç olarak sosyal kaygı oluşacak ve düşük benlik saygısı hissedecektir. Tüm bu yaşantılar ise ergenin yalnızlık yaşamasına neden olacaktır (81,82).

2.4.4. Çocuklar ve Ergenlerde Yalnızlık

Konuyla ilgili literatür incelemesi sonucunda yalnızlık kavramının öncelikle yetişkinlerde ve ergenlik sonrası gençlerle çalışıldığı gözlenmiştir. Yalnızlığın ocuklarda karşılaşılan bir durum olabileceği, onların da bu durumdan etkilenebileceği araştırmacıların dikkatini çekmemiştir. Weiss ocukların yalnızlıklarının fark edilemeyeceğini, ancak ergenlik dönemi ve sonrasında yalnızlığın kişiye olumsuz yönde etkileyeceğini söylemiştir. Ancak daha sonra çocukların yalnızlık kavramını algılama şekli, soyutlanma ve tek başınlık gibi kavramları ayırt edebilme durumları hakkında pek çok çalışma yapılmıştır (83,84,85). Sonuç olarak bu araştırmalar, çocukların yalnızlık kavramını doğru bir şekilde algıladığını, duygusal ve durumsal yalnızlığı ayırt ederek yalnızlığın hoşa gitmeyen bir duygu olduğunu ve tek başınalıktan ayrı bir durum olduğunu ifade ettiklerini göstermektedir (75).

Çocuklarda her geçen gün artan yalnızlık düzeylerinin nedenleri konusunda birçok çalışma yapılmıştır. Okul danışmanları ve sosyal çalışmacılar son yıllarda öğrencilerde gittikçe artan yalnızlığın nedeni olarak artan boşanma oranlarını buna bağlı olarak tek

ebeveynli ailelerin artmasını, geniş ailelerin azalmasını, yaşamdaki hızlı değişimi göstermektedirler (86). Bu nedenlerin yanında ebeveyn ya da çok yakın birinin, eşyanın ya da evcil hayvanın kaybı, sevilen bir arkadaşın, okul ve sosyal ortamın değişmesi, okul ve evde yaşanan çatışmalar, arkadaş ortamından ve oyunlarından sürekli olarak dışlanmak, arkadaş edinme gibi sosyal becerilerden yoksun olmak ve bazı kişilik özelliklerinin (düşük benlik saygısı, utangaçlık, endişeli olma) çocuklar için yalnızlık yaşantısının kaynağını oluşturduğu belirtilmektedir (87).

Psikoseksüel gelişimin kişilik gelişimindeki önemine vurgu yapan Freud, ilk çocukluk yıllarındaki psikoseksüel dönemde anne ile sevecen, sıcak ve güven verici ilişki yaşayamayan çocuğun hayatı boyunca diğer insanlarla da bu tarz ilişkiler kuramayacağını dile getirmiştir. Anal dönemin en önemli aşamalarından biri olan tuvalet eğitimi esnasında anne ve çocuk arasında kurulan ilişkinin önemli olduğuna değinen Freud, tuvalet eğitiminin sağlıklı geçirilememesi durumunda, annenin sergilediği olumsuz davranışların çocukta yalnızlık duygusuna yol açtığını ve çocukta birtakım uyumsuz karakter özelliklerinin gelişeceğini öne sürmektedir. Freud'a göre, bireyin genital dönemdeki davranışları ailesine olan bağımlılığını kopararak, aile dışındaki bireylerle de olgun ilişkiler kurabilmeyi öğrenme amaçlıdır. Karşı cinse karşı gelişen ilginin yanında sosyalleşme ve grup etkinliklerine katılma isteği de adölesan dönemdeki bireyde belirgin hale gelmektedir. Bu dönemi başarıyla atlattığı olan bireyler ancak kendilerini gerçekleştirebilir, anlamlı ilişkiler kurabilir, yaratıcı ve üretken bir birey olabilirler. Bu dönem sağlıklı atlatılmadığı takdirde genç yalnızlık yaşayacak, sosyal problemler yaşayarak, çevreye yabancılaşacaktır (66).

Yapılan birçok çalışmada, içe dönüklük, kendine güvensizlik, atılganlık ve sosyal beceri eksikliği gibi kişilikle doğrudan ilişkili özelliklerin yanında yaş, cinsiyet, medeni durum, sosyo-ekonomik düzey gibi bireysel birtakım özellikler de yalnızlığa neden olan etmenler olarak ele alınmaktadır (66).

Ergenler için yalnızlık ise, akranlarla sosyal ilişkilerde yetersiz olmaktan kaynaklanan; kaygı ve olumsuz etkilerle ortaya çıkan bir durum olarak tanımlanmaktadır. Arada sırada ortaya çıktığında patolojik etkileri olmamakla birlikte, sıklıkla yaşanan bir durum olduğunda, gencin uyum sürecine yönelik bir sorun olarak hayatının diğer alanlarını da etkilemektedir (88). Araştırmalar, akran kabulünün ve akranları tarafından dışlanmanın ergenlik döneminde yalnızlık duygusuyla yakından ilişkili olduğunu göstermektedir (89).

Ergenlik dönemi insan yaşamında oldukça uzun ve zor bir evredir. Bu dönem düzensiz, tutarsız ve aynı zamanda karmaşık duyguların yaşandığı bir dönemdir. Ergenlik döneminin kendine has bazı sıkıntıları mevcuttur. Bu dönemde ergenler kimlik kazanma, kendilerini keşfetme arayışı içinde ve birey olarak kabul görme endişesi taşırlar. Bir taraftan bedensel değişimlerine uyum sağlamaya çalışırken diğer taraftan ailesiyle, sosyal çevresiyle çatışma içerisine düşebilirler. Bu dönemde ergenlerin en büyük destekçisi akranlarıdır. Ergenler benzer sorunları yaşayan arkadaşlarıyla bir arada olmaktan hoşlanırlar, bir gruba ait olmak, o grupta söz hakkının olması onlar için önemli bir ihtiyaçtır. Her ne kadar zaman zaman yalnız kalmak isteseler de aslında akranları tarafından kabul görmeyi beklerler. Bu nedenle bir gruba dâhil olamayan, dışlanan, arkadaş edinme becerisi gelişmemiş ergenlerin bu dönemde yaşayabilecekleri önemli sorunlardan birisi yalnızlık duygusudur. Antognoli-Toland, ergen ve genç yetişkinlerin yaklaşık %20 ile %50 oranında yalnızlıktan etkilendiğini ifade etmektedirler (82). Demir ve Tarhan ise ergenliğin önemli ve gelişimsel bir süreç olması nedeniyle özellikle ergenlikte yalnızlık duygusunun yaygın olarak karşılaşılan bir durum olduğunu ifade etmektedirler (90). Manfusa da ergenler arasında yalnızlığın etnik kimliğe bakılmaksızın yaşanabildiğini vurgulamıştır (91).

2.5. Literatür İncelemesi

Tablo 5. 2000-2016 Yılları Arasında Mülteci, Sığınmacı ve Adölesanların Depresyon ve Yalnızlık Durumlarının İncelenmesi İle İlgili Yapılmış Bazı Çalışmaların İncelenmesi

Çalışmanın Adı	Çalışmayı Yapan	Zaman	Yer	Tipi	N	Sonuç
Elazığ İli Karakoçan İlçesinde Yaşanan Yıkıcı Deprem Sonrasında, Depremi Yaşayan İlköğretim Çağı Çocuklarda Kaygı Düzeyi, Depresyon Belirtileri ve Etkileyen Faktörler	SARMAN A.	2012	Elazığ	Kesitsel	685	-Ailelerinde ya da komşu veya arkadaşlarından herhangi birinin yaralanması (p=0.001), -Sakat kalması (p=0.040), -Yaşanan deprem nedeniyle tedavi görmesi (p=0.001) -Ya da ölmesi (p=0.002) durumunda depresyon puan ortalamaları daha yüksek
An Investigation Of Syrian Refugees And Asylum Seekers In Terms Of Various Psychological Factors: Batman Sample	Ceylan V, Algan C, Yalçın M, Yalçın E, Akın E, Köse S.	2016	Batman	Tanımlayıcı	83	-Erkeklerin %55.2'sinin, kadınların ise %40'ının klinik depresyon sınırı düzeyinin üzerinde puan almış, -Cinsiyet ile depresyon düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur (K2 =10.461, sd=4, p=0.033).
Çocuklarda Depresyon Belirtilerinin Yordanmasında Yaşanmış Olumsuz Olaylar, Algılanan Anne-Baba Tutumu, Öğrenilmiş Çaresizlik ve Umutsuzluğun Rolü	Yarapsanlı B,	2011	İstanbul	Tanımlayıcı	599	-Yaşam olayları ile depresyon arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda yaşanmış olumsuz olayların sıklığı arttıkça depresyon belirtilerinde de artmanın olduğu belirtilmiştir.
Parçalanmış ve Tam Aileye Sahip Ergenlerin Yalnızlık Düzeylerinin Çeşitli Değişkenler Açısından İncelenmesi	Pancar A,	2009	Adana	Tanımlayıcı	452	-Cinsiyete göre ergenlerin yalnızlık puanlarında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. -Yakın arkadaş sayısına göre yalnızlık puanlarına bakıldığında 9'dan fazla yakın arkadaşı olan ergenlerin lehine anlamlı bir farklılık bulunmuştur. -Aile ile kurulan ilişkilerinden memnun olma durumuna göre, ergenlerin yalnızlık puanlarında, aile ilişkilerinden çok memnun olanların lehine anlamlı bir fark bulunmuştur
Çalışan ve Okuyan Çocukların "Çocuklar İçin Depresyon Ölçeği" İle Değerlendirilmesi	Aysev A, Ulukol B, Ceyhun G,	2000	Ankara	Kesitsel	350	-Çalışan çocukların ortalama puanı, okuyan çocukların puanından anlamlı olarak daha yüksektir (p:0.0001) -Çocuklar için depresyon Ölçeği'ne göre 19 puan veya üzerinde alan çocukların yüzdesi incelendiğinde, çalışan çocuklar grubunda %22.2 çocukta, okuyan çocuklar grubunda ise %13.9 çocukta depresif belirtilerin olduğu saptanmıştır.(p:0.0458).

Öğrencilerde Yalnızlık Problemi	Certel H, Yakut S, Yakut İ, Gülsün B,	2016	Ankara	Tanımlayıcı	144	Aile ortamından memnuniyet düzeylerine göre 'Normal, Memnun, Çok memnun' seçeneklerinden aile ortamından memnun olan katılımcıların yalnızlık puanlarının yüksek olduğu ancak bu durumun ($X^2=,566$; $p=,753$, $p>0,05$) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılaşmadığı görülmektedir.
Association Between Loneliness and Suicidality During Middle Childhood and Adolescence: Longitudinal Effects and the Role of Demographic Characteristics	Katherine C, Schinka KC, Dulmen MH, Bossarte R, Swahn M,	2011	National Institute Of Child Health And Human Development (NICHD) -	Kesitsel Araştırma	937	15 yaş grubundaki intihar düşüncesi ve intihar davranışı riski, yalnızlık ölçek puanındaki her 1 puanlık artışta sırasıyla % 94 ve % 86 artmıştır.
Post-Traumatic Stress Disorder Among Syrian Refugees In Turkey: A Cross-Sectional Study	Alpak G, Ünal A, Bülbül F, Sağaltıcı E, Bez Y, AltındağA, Dalkiliç A, Savaş HA,	2013	Gaziantep	Kesitsel	4125	TSSB tanısı ile cinsiyet (kız), meslek (ev hanımı), olması, geçmişte psikiyatrik bozukluk tanısı almış olması, ailede psikiyatrik bozukluk öyküsü bulunması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (ilgili p değerleri 0.001, 0.001, 0.012 ve 0.021).
Comorbidity Of PTSD And Depression Among Refugee Children During War Conflict	Thabet AAM, Abed Y, Vostanis P,	2004	Gazze	Tanımlayıcı	403	Sadece 11 (%2.7) TSSB reaksiyonu gözlenmezken - 85 (%21.1) hafif, - 212 (%52.6) orta, - 91 (%22.9) ağır ve - 4 (%1.0) çok şiddetli TSSB reaksiyonları görüldü.
Trauma History and Psychopathology in War-Affected Refugee Children Referred for Trauma-Related Mental Health Services in the United States	Betancourt TS, Newnham EA, Layne CM, Kim S, Steinberg AM, Ellis H, Birman D.	2012	ABD	Tanımlayıcı	60	Travma sonrası stres bozukluğunun (%30.4), genel anksiyete (%26.8), somatizasyon (%26.8), travmatik kederin (%21.4) ve genel davranış bozukluklarının (%21.4) yüksek oranlarda olduğu görülmüştür.

Psychiatric Symptoms And Disorders Among Yazidi Children And Adolescents Immediately After Forced Migration Following ISIS Attacks.	Ceri V, Özlu-Erkilic Z, Özer Ü, Yalcin M, Popow C, Akkaya-Kalayci T	2016	Batman	Tanımlayıcı	38	Uyku bozuklukları (%71), depresyon (%36.8), konversiyon bozuklukları (%28.9), akut (%18.4) ve travma sonrası stres (TSSB, %10.5) ve organik olmayan enürezis (%18.4) en çok karşılaşılan sorunlar olarak bulunmuştur
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------	------	--------	-------------	----	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Tablo 5’te literatür incelenmesi sonucu yapılan bazı çalışmalar verilmiştir. Tablo 5’e göre ve araştırmaların sonuçlarına göre aşağıdaki verilere ulaşılabilir.

Sarman’ın 2012 yılında Elazığ ili Karakoçan ilçesinde yaşanan yıkıcı deprem sonrasında, depremi yaşayan ilköğretim çağı çocuklarda kaygı düzeyi, depresyon belirtileri ve etkileyen faktörleri saptamak amacıyla yaptığı kesitsel çalışmada; depremden etkilenen bölgede depremi yaşayan çocukların durumluk kaygı, sürekli kaygı ve depresyon puanlarını önemli düzeyde yüksek bulmuştur. Araştırma kapsamına alınan ilköğretim çağı çocuklarının ailelerinde ya da komşu veya arkadaşlarından herhangi birinin yaralanması ($p=0.001$), sakat kalması ($p=0.040$), yaşanan deprem nedeniyle tedavi görmesi ($p=0.001$) ya da ölmesi ($p=0.002$) durumunda depresyon puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur. Çocukların ailelerinde, komşu ya da arkadaşlarından herhangi birinin enkaz altında kalma durumlarına göre durumluk kaygı ($p=0.161$), sürekli kaygı ($p=0.102$) puan ortalamalarında fark bulunmazken, herhangi bir akraba, arkadaş ya da komşusu enkaz altında kalanların depresyon puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur ($p=0.001$).

Araştırma kapsamına alınan çocukların %44.8’inin kâbus, kötü rüya, uykusuzluk gibi sorunlar yaşadığı belirtilmiştir (36).

Ceylan ve arkadaşlarının Batman’da kampta kalan 38 erkek ve 45 kız olmak üzere 83 mülteci ve sığınmacı ile yaptıkları “Suriyeli Mülteci ve Sığınmacıların Çeşitli Psikolojik Faktörler Açısından İncelenmesi” isimli çalışma sonuçlarına göre erkeklerin %55.2’si, kadınların ise %40’ı klinik depresyon sınır düzeyinin üzerinde puan almış ve cinsiyet ile depresyon düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($K2=10.461$, $sd=4$, $p=0.033$). Bu araştırma ile katılımcıların, göç sonrası süreçte düşük benlik saygısına ve yüksek depresyon düzeyine sahip oldukları, benlik saygısı ve depresyon düzeylerinin cinsiyet değişkenine göre farklılaştığı belirtilmiştir (92).

Yarapsanlı’nın 3., 4., 5. ve 6. sınıflarda eğitim gören toplam 599 öğrenci ile yapmış olduğu çalışmada yaşam olayları ile depresyon arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda yaşanmış olumsuz olayların sıklığı arttıkça depresyon belirtilerinde de artmanın olduğu, Yaşam Olayları Ölçeği toplam puanı arttıkça, depresyon puanının da arttığı bildirilmektedir (57).

Pancar 2009 yılında Adana’da yaptığı çalışmada cinsiyete göre ergenlerin yalnızlık puanlarında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Cinsiyetin ergenlerin yalnızlık puanlarını etkilemediği belirtilmiş, yakın arkadaş sayısına göre yalnızlık puanlarına bakıldığında 9’dan

fazla yakın arkadaşı olan ergenlerin lehine anlamlı bir farklılık bulunmuştur. Aile ile kurulan ilişkilerinden memnun olma durumuna göre, ergenlerin yalnızlık puanlarında, aile ilişkilerinden çok memnun olanların lehine anlamlı bir fark bulunduğu belirtilmiştir (93).

Aysev ve arkadaşlarının 2000 yılında yaşları 7 ile 17 arasında değişen 350 çocuk üzerine yaptığı Çalışan ve Okuyan çocukların "Çocuklar İçin Depresyon Ölçeği" ile karşılaştırıldığı çalışmada çalışan çocukların ortalama depresyon puanı, okuyan çocukların puanından anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Çocuklar İçin Depresyon Ölçeği'ne göre 19 puan veya üzerinde alan çocukların yüzdesi incelendiğinde, çalışan çocuklar grubunda %22.2 çocukta, okuyan çocuklar grubunda ise %13.9 çocukta depresif belirtilerin olduğu saptanmıştır (94).

Gökay Alpak ve arkadaşlarının 2013'te Gaziantep'te yaşayan sığınmacılar üzerine yaptığı çalışmada katılımcıların ortalama mülteci olma süresi 6.52 ± 3 ay olarak bulunmuş, travmatik olaylarla karşılaşma sıklığı %66.2 gibi yüksek bir oranda iken bu olaylar içerisinde cinsel taciz kurbanı ya da tanık olma durumu nadiren rapor edilmiştir (%0.3). Yakın bir arkadaşın veya aile üyelerinden birinin (eş ve çocuklar hariç) ölümüne tanık olma oranı %66.2, kaçırılması/rehin alınması %48, işkenceye maruz kalma veya şahit olma durumu %42 olarak bulunmuştur. Toplam 118 (%33.5) katılımcıya TSSB tanısı konmuş; bu 118 katılımcının 11'inde (%9.3) akut TSSB, 105 (%89) 'ünde kronik TSSB, 2 (%1.7) geç başlangıçlı TSSB saptanmıştır (95).

Thabet ve arkadaşlarının 2004'te Gazze'de yaptığı Savaş Döneminde Mülteci Çocuklar Arasında TSSB ve Depresyonun Birlikteliği isimli çalışmada orta 212 (%52.6), ağır 91 (%22.9) ve çok şiddetli 4 (%1.0) oranında TSSBve depresyon reaksiyonları görülmüştür. En sık bildirilen depresyon belgeleri "Ağlarım (%25.6), yorgun hissediyorum, oturup hiçbir şey yapmıyorum (%22.1), çok huzursuz hissediyorum (%18.4) ve kendimi yalnız hissediyorum (%18.4); bunu takiben kimsenin beni sevmediğini düşünüyorum (%15.6) kendimi mutsuz ya da üzgün hissediyorum (%13.9), artık kendimi iyi hissetmiyorum (%12.4), kendimden nefret ediyorum (%12.4), "Hiçbir şeyden hoşlanmıyorum (%10.9) ve bence asla diğer çocuklar kadar iyi olamam (%9.4) şeklindedir (96).

Betancourt ve arkadaşlarının 2012'de Amerika Birleşik Devletleri'ndeki Travma ile İlgili Akıl Sağlığı Hizmetleri için Savaştan Kaçan Mülteci Çocukların Travma Tarihi ve Psikopatolojisi isimli çalışmalarında yapılan klinik değerlendirmeler sonucunda, muhtemel travma sonrası stres bozukluğunun (%30.4), genel anksiyete (%26.8), somatizasyon (%26.8),

travmatik kederin (%21.4) ve genel davranış bozukluklarının (%21.4) yüksek oranlarda olduğunu belirtilmiştir. Bununla birlikte, suç faaliyeti, alkol/uyuşturucu kullanımı ve kendine zarar verme nadir olarak saptanmıştır (hepsi <% 5.45) (97).

Certel ve arkadaşlarının 2016'da 144 kişi ile yapmış oldukları ve öğrencilerde yalnızlık problemini inceledikleri çalışmada aile ortamından memnuniyet düzeylerine göre "normal, memnun, çok memnun" seçeneklerinden aile ortamından memnun olan katılımcıların yalnızlık puanlarının yüksek olduğu ancak bu durumun ($X^2=,566$; $p=0,753$, $p>0,05$) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılaşmadığı görülmüş, örneklemin birlikte yaşadığı ebeveyn değişkenine göre yalnızlık puanlarının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılaşmadığı belirtilmiştir (98).

Çeri ve arkadaşlarının 2016'da yaptıkları IŞİD Saldırılarından Zorunlu Göçten Hemen Sonra Yezidi Çocukları ve Ergenler Arasında Psikiyatrik Belirtiler ve Bozukluklar isimli çalışmalarında 38 çocuk ve ergenin (yaş 2-18) psikiyatrik değerlendirmesini geriye dönük olarak analiz etmişlerdir. Sonuç olarak tüm çocuk ve ergenler psikiyatrik sorun ve rahatsızlık sergilerken, %50'sinde en az bir psikiyatrik sorun, geri kalan %50'sinde ise birden fazla psikiyatrik sorun ortaya çıkmıştır. Uyku bozuklukları (çocukların %71'i), depresyon (%36.8), konversiyon bozuklukları (%28.9), akut (%18.4) ve travma sonrası stres (TSSB, %10.5) ve organik olmayan enürezis (%18.4) en çok karşılaşılan sorunlar olarak bulunmuştur (99).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Araştırma, tanımlayıcı olarak yürütülmüştür.

3.2. Araştırmanın Yürütüldüğü Tarih

Araştırmanın verileri Mart 2016-Nisan 2016 tarihleri arasında toplanmıştır.

3.3. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma Şanlıurfa il merkezinin Eyyübiye, Haliliye ve Karaköprü ilçelerindeki Suriyeli sığınmacı çocukların eğitim gördüğü 5 okulda yürütülmüştür.

3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi

Şanlıurfa il merkezinde sığınmacı çocuklar için açılmış 18 okul bulunmakta ve bu okullarda Eyyübiye ilçesinde 522 öğrenci, Haliliye ilçesinde 1128 ve Karaköprü ilçesinde 120 Suriyeli öğrenci olmak üzere toplam 1770 öğrenci 6,7 ve 8. sınıfta öğrenim görmektedir.

İl merkezinde her ilçeden 2 okul alınması planlanmış, Karaköprü ilçesinde tek okul olması nedeniyle çalışma toplam 5 okulda yürütülmüştür. Bu beş okulda 6,7 ve 8. sınıfa devam eden 644 öğrenci bulunmaktadır. Çalışmaya alınan okullar, ilçedeki okullar arasından basit rastgele örneklem yöntemiyle belirlenmiştir. Çalışmanın örneklemini veri toplama günü okulda bulunan, anketleri tam dolduran 549 öğrenci oluşturmuştur. Anketlerden 14 tanesi eksik veya yanlış doldurulduğu için değerlendirmeye alınmamıştır. Çalışmaya katılım oranı %85'tir.

3.5. Verilerin Toplanması ve Araçlar

Araştırmanın verileri araştırmacı tarafından literatür taranarak ve Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşirelik Anabilim Dalı'nda görevli iki, Çocuk Psikiyatri Anabilim dalında görevli bir öğretim üyesi olmak üzere toplam üç uzman görüşü alınarak hazırlanmış, sosyodemografik özelliklerin sorulduğu 35 soruluk ilk bölüm, Çocuklar İçin Depresyon Ölçeği (ÇDÖ) ve UCLA Yalnızlık Ölçeği sorularının oluşturduğu 47 sorudan oluşan ikinci bölüm olmak üzere toplam 82 sorudan oluşan anket (Ek 1, Ek 2, Ek 3) ile karşılıklı yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak elde edilmiştir.

Sosyodemografik özellikler anket formunun ilk bölümü öğrenciye ilişkin tanımlayıcı özellikler, cinsiyet, yaş, sınıf, kardeş sayısı, kaç yıldır Şanlıurfa'da yaşadığı, anne ve babanın eğitim durumu, gelir düzeyi, ailede çalışan birinin varlığı gibi sorulardan oluşmakta, ikinci bölüm ise çocuğun savaşta karşılaştığı veya savaşın neden olduğu durumları içeren kişinin ikamet ettiği yer ve özellikleri, silahlı çatışmaya maruziyet durumu, ölü ya da yaralı görüp görmediği, savaş nedeniyle herhangi bir kayıp yaşayıp yaşamadığı vb. toplam 35 sorudan oluşmaktadır.

Araştırmanın anket soruları önce Arapçaya ardından tekrar Türkçeye çevirilerek dil geçerliliği yapıldıktan sonra, Arapça bilen bir tercüman eşliğinde, sınıf ortamında ve öğrencilere formlarla ilgili tüm açıklamalar arapça olarak yapıldıktan sonra, yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak uygulanmıştır.

Çocuklar İçin Depresyon Ölçeği (ÇDÖ) (Ek 2):

Çocuklar İçin Depresyon Ölçeği (ÇDÖ) 27 maddeden oluşmaktadır. Her maddede çocuğun son iki haftasını değerlendirmesi istenerek, üç şıklı seçme yöntemi ile cevaplandırılmaktadır. Verilen cümleler çocukların depresyonları ile ilgili cümlelerdir. On dokuz yaş grubuna kadar kullanılabilir. Verilen cevaplara 0 ile 2 arasında değişen puanlar verilmektedir. Ters olarak puanlanan; B, E, G, H, T, J, L, N, O, P, Ş, Ü ve V maddelerinin toplanmasıyla depresyon puanları tespit edilmektedir. Ölçekte en yüksek puan 54'tür. Kesim noktası ise 19'dur. On dokuz üzeri alınan puanlar depresyon varlığını göstermektedir. Puanlar yükseldikçe depresyon düzeyi artmaktadır (100).

Çocuklar İçin Depresyon Ölçeğinin Güvenilirliği ve Geçerliliği

Çocuklar için Depresyon Ölçeği (ÇDÖ), Beck Depresyon Ölçeği esas alınarak hazırlanmıştır. Kovacs tarafından geliştirilmiş olan ölçek Beck Depresyon Ölçeği'nden belli kısımlar çıkarılarak ancak depresyon durumunun saptanması ile ilgili kısımlar bırakılarak hazırlanmıştır. Defalarca kullanılarak geçerlilik güvenilirlik çalışmaları yapılmıştır. Türkçe uyarlamasının geçerlilik ve güvenilirlik çalışması ise Öy tarafından hazırlanmıştır. Çocuklar için Depresyon Ölçeği'nin 380 çocuk üzerinde yapılan çalışma ile, tekrar-test tekniği uygulanarak 0.80 güvenilirlik katsayısı ile güvenilirliği kanıtlanmıştır (100,101).

UCLA Yalnızlık Ölçeği (Ek 3)

Araştırmamızda ilk olarak 1978’de Russell, Peplau ve Ferguson tarafından geliştirilen, daha sonra 1980’de Russell, Peplau ve Cutrona tarafından psikometrik özellikleri yeniden gözden geçirilen ve son olarak 1996’da, Russell tarafından yeni versiyonu oluşturulan UCLA Yalnızlık Ölçeği (University of California Los Angeles, Loneliness Scale) kullanılmıştır (102). Ölçeğin Türkçe uyarlaması ilk olarak 1984’de Yaparel tarafından yapılmış olup, daha sonra 1989’da Demir tarafından daha güncel bir uyarlaması yapılmıştır. Demir, ölçeğin Türkçe versiyonu ile yapmış olduğu çalışmada, özgün form ile yapılan çalışmada olduğu gibi, 0.96 gibi yüksek bir iç tutarlılık katsayısı elde etmiştir. Test-tekrar test güvenilirliğini test etmek amacıyla normal gruba ölçeği beş hafta sonra tekrar uygulamış ve iki uygulamadan elde edilen puanlar arasında 0.94 gibi yüksek bir korelasyon bulmuştur. Sonuç olarak ölçek üzerinde yapılan geçerlik çalışmalarından elde edilen bulgular, UCLA Yalnızlık Ölçeği’nin yeterli düzeyde geçerlilik katsayılarına sahip olduğunu göstermektedir. Bu çalışmada, ölçeğin Demir tarafından yapılan uyarlaması kullanılmıştır (103).

Ölçekte yer alan her bir ifadenin içerdiği durumun ne derece kişi tarafından yaşandığı, dörtlü likert tipi bir dereceleme ile belirlenmektedir. Dörtlü dereceleme şu şekildedir: 1= Ben bu durumu hiç yaşamam, 2= Ben bu durumu nadiren yaşarım, 3= Ben bu durumu bazen yaşarım, 4= Ben bu durumu sık sık yaşarım. Kişiyi en iyi ifade ettiği düşünülen şikkın işaretlenmesi yoluyla ölçek yanıtlanır. Puanlama yapılırken olumlu ifadeler olumsuz ifadelerin aksine tersine puanlanmaktadır (1=4, 2=3, 3=2, 4=1). Bu olumlu maddeler ölçekte 1, 4, 5, 6, 9, 10, 15, 16, 19 ve 20 numaralı maddeler ile temsil edilmiştir. Her bir maddenin 1 ile 4 arasında puan almasından dolayı, toplamda ölçekten alınabilecek en düşük puan 20 ve alınabilecek en yüksek puan 80’dir. Puanın düşüklüğü yaşanan yalnızlık duygusunun azlığına işaret ederken, puanın yükselmesi yaşanan yalnızlık duygusunun yoğunluğunun artmasına işaret etmektedir (103).

3.6. Araştırmanın Değişkenleri

UCLA Yalnızlık Ölçeği ve Çocukluk Çağı Depresyon Ölçeği puanlarının toplamı araştırmanın bağımlı değişkenleridir.

Yaş, cinsiyet, anne ve babanın sağlık durumu, Türkiye’ye taşındıktan sonra istenilen düzeyde arkadaşın varlığı, savaş esnasında babanın ölmesi, savaş esnasında kardeşlerden ölen olması, savaş esnasında arkadaşlardan ölen olması, savaş esnasında komşulardan ölen olması,

savaş veya göç esnasında kötü muamele ya da işkenceye maruz kalınması, savaş esnasında ölü veya yaralı görülmesi, silahlı saldırı ya da bombalı eyleme şahit olup olmama durumu, ve Şanlıurfa'daki durumundan memnuniyet durumu araştırmanın bağımsız değişkenlerini oluşturmaktadır.

3.7. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmadan elde edilen veriler bilgisayar ortamında Statistical Package For Social Science (SPSS) For Windows 22.0 istatistik paket programı kullanılarak araştırmacı tarafından değerlendirilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde, tanımlayıcı istatistiklerden yüzde, ortalama, standart sapma; bağımsız gruplarda t testi, bağımsız gruplarda tek yönlü varyans analizi kullanılmıştır. Varyans analizi sonuçlarının anlamlı çıkması durumunda, farklılığın hangi gruplardan kaynaklandığını belirlemek amacıyla, post-hoc t-testi türlerinden biri olan Scheffe testi kullanılmıştır. Elde edilen bulgular %95 güven aralığında 0.05 anlamlılık düzeyinde yorumlanmıştır.

3.8. Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmanın yapılabilmesi için Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu'ndan (Ek 4), Şanlıurfa İl Milli Eğitim Müdürlüğü'nden (Ek 5) yazılı, araştırmaya katılan öğrencilerden ve ebeveynlerinden sözlü onam alınmıştır.

3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları

1. Bu çalışmanın Akçakale ve Harran ilçelerindeki kamplarda yer alan 2 okulda da yapılması planlanmış ancak gerekli izinler verilmediğinden bu okullar örnekleme dâhil edilememiştir.
2. Çalışmaya alınan okullardaki 14 öğrenci ölçekleri tam doldurmaması nedeniyle örnekleme dışı bırakılmıştır.

4. BULGULAR

4.1. Çocukların Tanımlayıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular

Tablo 6. Çocuklara İlişkin Tanımlayıcı Özelliklerin Dağılımı

Çocuklara ilişkin tanımlayıcı özellikler	Sayı(n=535)	%
Cinsiyet		
Kız	310	57,9
Erkek	225	42,1
Yaş		
11	43	8,0
12	141	26,4
13	135	25,2
14	119	22,2
15	69	12,9
16	25	4,7
17	3	0,6
Ailenin kaçınıcı çocuğu olduğu		
1	150	28,0
2	112	20,9
3	102	19,1
4	72	13,5
5	54	10,1
6 ve üstü	45	8,4
Kardeş sayısı		
1	22	4,1
2	28	5,2
3	85	15,9
4	105	19,6
5 ve üstü	295	55,1
Sınıfı		
6. Sınıf	207	38,7
7. Sınıf	127	23,7
8. Sınıf	99	18,5
9. Sınıf	102	19,1
Şanlıurfa'da kalınan süre		
1 yıl altı	115	21,5

Çocuklara ilişkin tanımlayıcı özellikler	Sayı(n=535)	%
1 yıl	199	37,2
2 yıl	126	23,6
3 yıl	64	12,0
4 yıl+	31	5,8
Evde birlikte kalınan kişi/kişiler		
Anne ve baba	241	45,0
Anne	90	16,8
Baba	5	,9
Anne, baba ve akrabalar	159	29,7
Diğer	40	7,5
Annenin eğitim durumu		
Okuryazar değil	59	11,0
Okuryazar	85	15,9
İlkokul	59	11,0
Ortaokul	84	15,7
Lise	95	17,8
Üniversite	153	28,6
Babanın eğitim durumu		
Okuryazar değil	31	5,8
Okuryazar	82	15,3
İlkokul	38	7,1
Ortaokul	94	17,6
Lise	89	16,6
Üniversite	201	37,6
Anne ve babanın her ikisinin hayatta olma durumu		
Evet	481	89,9
Hayır	54	10,1
Anne hayatta ise sağlık durumu		
Kötü	66	12,3
İyi	469	87,7
Baba hayatta ise sağlık durumu		
Kötü	78	14,6
İyi	457	85,4
Ailede herhangi bir işte çalışan kimsenin varlığı		
Evet	367	68,6
Hayır	168	31,4
Ailenin gelir durumunda Türkiye'ye geldikten sonra artış		
Evet	69	12,9
Hayır	309	57,8

Çocuklara ilişkin tanımlayıcı özellikler	Sayı(n=535)	%
Değişmedi	157	29,3
Türkiye'ye geldikten sonra ailenin çocuğa karşı davranışlarında değişiklik durumu		
Evet	414	77,4
Hayır	121	22,6
Ailenizin davranışlarındaki değişikliğin hangi yönde olduğu n=414		
Olumlu	228	42,6
Olumsuz	186	34,8

Araştırma kapsamına alınan çocukların tanımlayıcı özelliklerine ilişkin bilgilerin dağılımı Tablo 6'da verilmiştir. Tablo incelendiğinde öğrencilerin %57.9'unun kız, %42.12'sinin erkek olduğu, yaş ortalamasının 13.22±1.33 yıl olduğu görülmektedir. Çocukların %38.7'si 6. Sınıfa devam etmekte olup örnekleme alınan öğrenciler arasında en fazla sayıdaki öğrenci grubunu oluşturmuştur. %21.5'i bir yıldan daha kısa, %37.2'si ise bir yıldır Şanlıurfa' da ikamet etmektedir. Çocukların %45'i evde sadece anne ve babasıyla ikamet etmekte, %7.5'i ise anne-baba olmadan başkaları ile ikamet etmektedir. Çocukların %28'i ailenin en büyük çocuğu olup, %55'i 5 ve üzeri sayıda kardeşe sahip olduğunu bildirmiştir. Ebeveynlerin eğitim durumuna bakıldığı zaman annelerin %28'i üniversite mezunu, %11'inin okuma yazması yok iken, babaların %37.6'sı üniversite mezunu olup %5.8'i okuma yazma bilmemektedir. Çocukların %89.9'unu anne ve babasının hayatta olduğunu, %12.3'ü annesinin, %14.6'sı da babasının sağlık durumunu kötü olarak bildirmişlerdir. Çocukların %77.4'ü Türkiye'ye yerleştikten sonra ailelerinin kendilerine karşı olan davranışlarında değişiklik olduğunu, bunların %34.8'i ise bu davranışların olumsuz yönde olduğunu ifade etmişlerdir.

4.2. Çocukların Savaş Yaşantılarına İlişkin Bulgular

Tablo 7. Çocukların Savaş Yaşantılarına İlişkin Özelliklerin Dağılımı

Çocukların savaş yaşantılarına ilişkin özellikleri	Sayı(n=535)	%
Türkiye'ye taşındıktan sonra istenilen düzeyde arkadaşlık durumu		
Evet	358	66,9
Hayır	177	33,1
Savaş nedeniyle yakınlarından kayıp olma durumu		

Çocukların savaş yaşantılarına ilişkin özellikleri	Sayı(n=535)	%
Evet	370	69,2
Hayır	165	30,8
Savaş esnasında yakınlarından birinin ölmesi**		
Evet	155	29,0
Hayır	373	69,7
Savaş esnasında annenin ölümü**		
Evet	2	,04
Hayır	526	98,3
Savaş esnasında babanın ölümü**		
Evet	18	3,4
Hayır	510	95,3
Savaş esnasında kardeşlerden birinin ölmesi**		
Evet	24	4,5
Hayır	504	94,2
Savaş esnasında arkadaşlardan birinin ölmesi**		
Evet	82	15,3
Hayır	446	83,4
Savaş esnasında komşulardan birinin ölmesi**		
Evet	96	17,9
Hayır	432	80,7
Gelinen yerde güvenliğinden endişe edilen kimsenin varlığı (akraba, arkadaş vs.)		
Evet	383	71,6
Hayır	152	28,4
Savaş veya göç sırasında kötü muamele veya işkenceye maruziyet durumu		
Evet	219	40,9
Hayır	316	59,1
Ölü ya da yaralı kimse görülmesi		
Evet	366	68,4
Hayır	169	31,6
Kimsenin şiddete maruz kaldığını ya da öldürüldüğünün görülmesi		
Evet	232	43,4

Çocukların savaş yaşantılarına ilişkin özellikleri	Sayı(n=535)	%
Hayır	303	56,6
Gelinen yerde silahlı çatışma veya bombalı eyleme şahitlik		
Evet	164	30,7
Hayır	371	69,3
Savaş/göç sırasında korku düzeyi		
Hiç	69	12,9
Biraz	105	19,6
Oldukça	105	19,6
Çok	256	47,9
Savaş/göç sırasında yanında bulunan kişilerin yaralanması		
Evet	190	35,5
Hayır	345	64,5
Savaş ya da göç esnasında evsiz yiyeceksiz kalınması		
Evet	72	13,5
Hayır	463	86,5
Savaş/göç sırasında yalnız olunması		
Evet	69	12,9
Hayır	466	87,1
Kampta/kalınan yerde akrabaların varlığı		
Evet	246	46,0
Hayır	289	54,0
Savaşın biteceğine olan inanç		
Evet	322	60,2
Hayır	213	39,8
Ülkelerine geri dönebileceklerine olan inanç		
Evet	363	67,9
Hayır	172	32,1
Savaş sonrası ülkelerine geri dönme isteği		
Evet	431	80,6
Hayır	104	19,4
Buradaki yaşantısından memnuniyet düzeyi		
Memnun değilim	141	26,4

Çocukların savaş yaşantılarına ilişkin özellikleri	Sayı(n=535)	%
Memnunum	188	35,1
Emin değilim	206	38,5
Türkçe bilme durumu		
Hiç bilmiyorum	75	14,0
Biraz biliyorum	389	72,7
İyi derecede biliyorum	71	13,3

** n=528, yedi öğrenci soruları boş bırakmıştı için örnekleme alınmamıştır.

Çocukların savaş yaşantılarına ilişkin özelliklerinin dağılımı Tablo 7’de verilmiştir. Tablo 7 incelendiğinde çalışmaya alınan öğrencilerin %33.1’i Türkiye’ye geldikten sonra istediği gibi arkadaş sahibi olamadığını, %69.2’si savaş esnasında yakınlarından kaybolan kişiler olduğunu, çocukların %69.7’si savaş esnasında yakınlarından ölenler olduğunu bildirmiştir. Çocukların %0.4’ü savaş esnasında annesinin, %3.4’ü babasının öldüğünü, %4.5’i kardeşlerinden, %15.3’ü arkadaşlarından, %17.9’u da komşularından ölenler olduğunu ifade etmiştir. Bu çocukların %71.6’sı geldikleri yerde güvenliğinden endişe ettiği kimselerin (akraba, arkadaş) kaldığını, %40.9’u savaş sırasında kötü muamele veya işkenceye maruz kaldığını, %68.4’ü ölü ya da yaralı kimseler gördüğünü, %43.4’ü bir başkasının şiddete maruz kaldığını veya öldürüldüğünü gördüğünü, %30.7’si geldiği yerde silahlı ya da bombalı bir eyleme şahit olduğunu bildirmiştir. Çocukların %47.9’u savaş veya göç sırasında çok korktuğunu ifade etmiştir. %35.5’i savaş veya göç sırasında yanında bulunanlardan yaralananlar olduğunu, %13.5’i evsiz veya yiyeceksiz kaldığını, %12.9’u ise savaş veya göç sırasında yalnız olduğunu bildirmiştir. Çocukların %60.2’si savaşın biteceğine, %67.9’u ülkelerine geri döneceklerine inanmakta olup, %80’i ise savaş biterse tekrar ülkelerine geri dönmeyi istediklerini ifade etmişlerdir. Çocukların yalnızca %35’i buradaki yaşantısından memnun olduğunu, %72.7 si de biraz Türkçe bildiğini ifade etmiştir.

4.3. Çocukların Depresyon Ölçeği Puan Ortalamaları

Tablo 8. Çocukların Depresyon Ölçeği Puan Ortalamaları

	Mean±SD	Min	max
ÇDÖ toplam puanı	18,73±5,78	9	41

Çocukların Depresyon Ölçeği puan ortalamaları tablo 8’de gösterilmiştir. Çocukların Depresyon Ölçeğinden aldıkları puanın ortalaması 18.73±5.78’dir. Ölçekten alınan en yüksek puan 41 en düşük puan ise 9’dur. Çocukların ölçeklerden aldıkları puanların dağılımına bakıldığında %46’sı kesim puanı olan 19 ve üstünde puan almıştır (n=385).

4.4. Çocukların Depresyon Ölçeği Puan Ortalamalarını Etkileyen Faktörlere İlişkin Bulgular

Tablo 9. Çocukların Depresyon Ölçeği Puan Ortalamalarını Etkileyen Faktörlerin Dağılımı *

Grup Adı	N	Mean	Standart Sapma	t	df	P
Cinsiyet						
Kız	227	18,45	5,836	-1.122	381	,262
Erkek	156	19,13	5,692			
Annenin Sağlık Durumu						
İyi	340	18,44	5,559	2,816	381	,005
Kötü	43	21,05	6,942			
Babanın Sağlık Durumu						
İyi	307	18,23	5,622	3,425	337	,001
Kötü	32	21,84	6,258			
Türkiye’ye Taşandıktan Sonra İstenilen Düzeyde Arkadaşın Varlığı						
Evet	258	18,10	5,527	-3,068	381	,002
Hayır	125	20,02	6,093			
Savaş esnasında kardeşlerden ölen olması						
Evet	23	18,77	7,283	,042	380	,967
Hayır	360	18,72	5,695			
Savaş esnasında babanın ölmesi						

Grup Adı	N	Mean	Standart Sapma	t	df	P
Evet	14	20,54	5,724	1,152	380	,250
Hayır	369	18,66	5,786			
Savaş esnasında arkadaşlardan ölen olması						
Evet	66	20,23	5,931	2,320	381	,021
Hayır	317	18,41	5,717			
Savaş esnasında komşulardan ölen olması						
Evet	79	20,37	5,461	2,848	381	,005
Hayır	304	18,30	5,800			
Savaş veya göç esnasında kötü muamele ya da işkenceye maruz kalınması						
Evet	166	20,03	6,015	3,927	381	,000
Hayır	217	17,73	5,399			
Savaş esnasında ölü veya yaralı görülmesi						
Evet	280	19,29	5,913	3,147	381	,002
Hayır	103	17,21	5,129			
Bombalı eylem veya silahlı eyleme şahitlik durumu						
Evet	124	20,90	6,180	5,250	381	,000
Hayır	259	17,69	5,284			
Savaşın biteceğine olan inanç						
Evet	216	18,36	5,689	-1,416	381	,157
Hayır	167	19,20	5,879			

*Soruları boş bırakanlar örnekleme alınmamıştır

Tablo 10. Çocukların Depresyon Ölçeği Puan Ortalamalarını Etkileyen Faktörlerin Dağılımı

Grup Adı	N	Mean	Standart Sapma	Varyans analizi	Post hoc (Scheffe Testi)
Yaş					
11	29	18,34	5,71		
12	101	18,76	6,22		
13	92	18,17	5,59		
14	85	18,52	5,52	F=0,678 P=0,640	**
15	54	19,74	5,95		
16	22	19,73	5,20		

Grup Adı	N	Mean	Standart Sapma	Varyans analizi	Post hoc (Scheffe Testi)
Şanlıurfa'daki Durumundan Memnun Olma Durumu					
Memnun Değilim	105	19,99	6,03		
Memnunum	128	17,77	5,28	F=4,335 P= 0,014	Memnun Değilim> Memnunum
Emin Değilim	150	18,66	5,87		

* Soruları eksik ya da boş bırakanlar örnekleme alınmamıştır.

Çocukların Depresyon Ölçeği puan ortalamalarını etkileyen faktörlere ilişkin bulgular Tablo 9 ve Tablo 10'da verilmiştir. Yapılan istatistiksel analizler sonucunda yaş, cinsiyet, savaş esnasında kardeşlerden birinin ölmesi, savaş esnasında babanın ölmesi, savaşın biteceğine olan inanç durumu açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmazken ($p>0.05$), annenin sağlık durumu, babanın sağlık durumu, Türkiye'ye taşındıktan sonra istenilen düzeyde arkadaşın varlığı, savaş esnasında arkadaşlardan ölen olması, savaş esnasında komşulardan ölen olması, savaş veya göç esnasında kötü muamele ya da işkenceye maruz kalınması, savaş esnasında ölü veya yaralı görülmüş olması, bombalı eylem veya silahlı eyleme şahitlik, Şanlıurfa'daki yaşantısından memnuniyet durumu açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.05$).

4.5. Çocukların UCLA Yalnızlık Ölçeği Puan Ortalamaları

Tablo 11. Çocukların UCLA Yalnızlık Ölçeği Puan Ortalamaları*

	Mean±SD	min	max
UCLA yalnızlık ölçeği toplam puanı	42,67±8,11	20	69

*Soruları eksik ya da boş bırakanlar örnekleme alınmamıştır.

Çocukların UCLA Yalnızlık Ölçeği'nden aldıkları puanın ortalaması Tablo 11'de gösterilmiştir. Çocukların UCLA Yalnızlık Ölçeği'nden aldıkları puanın ortalaması 42.67 ± 8.11 'dir. Ölçekten alınan maximum puan 69, minimum puan ise 20'dir. Çocukların ölçeklerden aldıkları puanların dağılımına bakıldığında %64.6'sı 40 ve üzerinde puan almıştır ($n=376$).

4.6. UCLA Yalnızlık Ölçeği Puan Ortalamalarını Etkileyen Faktörlere İlişkin Bulgular

Tablo 12. Çocukların UCLA Yalnızlık Ölçeği Puan Ortalamalarını Etkileyen Faktörlerin Dağılımı*

Grup Adı	N	Mean	Standart Sapma	t	df	P
Cinsiyet						
Kız	221	42,75	8,281	,210	374	,834
Erkek	155	42,57	7,886			
Annenin Sağlık Durumu						
İyi	335	42,45	8,209	1,541	374	,124
Kötü	41	44,51	7,079			
Babanın Sağlık Durumu						
İyi	309	42,25	8,207	,760	337	,448
Kötü	30	43,43	7,798			
Türkiye'ye Taşdıktan Sonra İstenilen Düzeyde Arkadaşın Varlığı						
Evet	247	41,36	7,959	-4,450	374	,000
Hayır	129	45,19	7,829			
Savaş Esnasında Kardeşlerden Ölen Olması						
Evet	15	44,93	7,226	1,101	373	,272
Hayır	360	42,58	8,152			
Savaş Esnasında Babanın Ölmesi						
Evet	10	41,00	6,864	-,659	373	,510
Hayır	365	42,72	8,156			
Savaş Esnasında Arkadaşlardan Ölen Olması						
Evet	59	44,83	6,899	2,236	373	,026
Hayır	316	42,27	8,277			
Savaş Esnasında Komşulardan Ölen Olması						
Evet	66	43,48	7,184	,896	373	,371
Hayır	309	42,50	8,308			
Savaş veya Göç Esnasında Kötü Muamele ya da İşkenceye Maruz Kalınması						
Evet	149	43,21	7,665	1,037	374	,301
Hayır	227	42,32	8,389			
Savaş Esnasında Ölü veya Yaralı Görülmesi						
Evet	262	42,86	7,786	,673	374	,501

Grup Adı	N	Mean	Standart Sapma	t	df	P
Hayır	114	42,25	8,833			
Bombalı Eylem veya Silahlı Eyleme Şahitlik Durumu						
Evet	118	44,42	7,451	2,858	374	,005
Hayır	258	41,87	8,286			
Savaşın Biteceğine Olan İnanç						
Evet	222	42,16	8,171	-1,481	374	,139
Hayır	154	43,42	7,992			

* Soruları eksik ya da boş bırakanlar örnekleme alınmamıştır.

Tablo 13. Çocukların UCLA Yalnızlık Ölçeği Puan Ortalamalarını Etkileyen Faktörlerin Dağılımı*

Grup Adı	N	Mean	Standart Sapma	Varyans Analizi	Post Hoc (Scheffe Testi)
Yaş					
11	32	40,75	8,890	F=,2,116 P=,063	
12	96	43,63	7,704		
13	99	43,38	8,269		
14	83	40,61	7,963		
15	48	43,88	7,496		
16	18	43,39	8,919		
Şanlıurfa'daki Durumundan Memnun Olma Durumu					
Memnun Değilim	97	44,09	8,293	F=3,597 P=,028	Memnun değilim> Memnunum
Memnunum	125	41,23	8,852		
Emin Değilim	154	42,95	7,178		

* Soruları eksik ya da boş bırakanlar örnekleme alınmamıştır.

Çocukların UCLA Yalnızlık Ölçeği puan ortalamalarını etkileyen faktörlere ilişkin bulgular Tablo 12 ve Tablo 13'te verilmiştir. Yapılan istatistiksel analizler sonucunda yaş, cinsiyet, annenin sağlık durumu, babanın sağlık durumu, savaş esnasında kardeşlerden ölen olması, savaş esnasında babanın ölmesi, savaş esnasında komşulardan ölen olması, savaş veya göç esnasında kötü muamele ya da işkenceye maruz kalınması, savaş esnasında ölü veya yaralı görülmesi, savaşın biteceğine olan inanç durumu açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmazken ($p>0.05$), Türkiye'ye taşındıktan sonra istenilen düzeyde

arkadaşın varlığı, savaş esnasında arkadaşlardan ölen olması, bombalı eylem veya silahlı eyleme şahitlik durumu, Şanlıurfa'daki durumundan memnuniyet durumu açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.05$).



5. TARTIŞMA

Dünyada milyonlarca çocuk ve genç silahlı çatışmalardan etkilenmiş ve etkilenmeye devam etmektedir. Silahlı çatışmaların sivil halk için oluşturduğu tehdit her geçen gün artmaktadır. Dolayısıyla savaşlar, çocukları giderek artan oranda etkilemektedir. Machel raporuna göre, toplam dünya nüfusunun yaklaşık altıda biri olan bir milyardan fazla çocuk, çatışma ve savaş çıkan bölgelerde yaşamaktadır. Tahminen 2 milyon çocuk silahlı çatışmalarda ölmüş, üç katından fazlası da ciddi yaralar almış ya da kalıcı olarak engelli hale gelmiştir. On sekiz milyon çocuk göç etmiştir. İster doğrudan ister dolaylı olsun, çocuklar, her zaman silahlı çatışmalardan ilk etkilenenlerdir. Ölmeseler ve yaralanmasalar bile, savaş yüzünden yaşadıkları annesiz/babasız kalma, sevdiklerini, akrabalarını, arkadaşlarını kaybetme, kaçırılma ya da şiddet, fiziksel, duygusal ya da cinsel istismara uğrama, yerlerinden olma, okulundan ve diğer sosyal destek yapılarından yoksun kalma, yoksulluk gibi olumsuzluklar çocuklarda psikolojik ve psikososyal yaralara yol açabilmektedir. Çünkü savaşta tek bir travmatik olay yoktur. Silahlı çatışmalar, evleri yok eder, aileleri ayırır, toplulukları parçalar, insanlar arasında güveni kırar ve sağlık ve eğitim hizmetlerini bozar; çocukların yaşamlarının temeli zarar görür. Savaşlar nedeniyle yiyecek, su, elektrik, yakıt veya tıbbi malzeme gibi temel gereksinimlere ulaşamayan milyonlarca çocuk açlık, hastalık, yetersiz barınma koşulları ve yoksulluk içerisinde yaşam mücadelesi vermek zorunda kalır. Savaş travması yaşayan çocuklarda özellikle uyku bozuklukları, depresyon ve psikosomatik belirtiler görülebilir. Çocuklar oynamayı ve gülmeyi kesebilir, iştahını kaybedebilir ya da etrafıyla iletişimi kesebilir (7,104,105,106). Depresyon karmaşık bir fenomen olup, sebepleri ve öngörücüleri iyi anlaşılmamıştır. Birkaç biyo-psiko-sosyal faktörün depresyon gelişimine katkısının yanında (107,108,109) stres maruziyet modeline göre, dış çevresel stres faktörlerine maruz kalma deneyimleri, adolesan depresyonu için riski büyük oranda artırmaktadır (108,109). Savaşın özellikle çocuklar üzerine olumsuz etkilerinden hareketle bu çalışma savaş travmasına maruz kalmış çocukların depresyon ve yalnızlık durumlarının belirlemek amacıyla yapılmış, depresyon ve yalnızlık durumlarını etkileyen faktörler incelenmiştir.

Çalışmamızda çocukların %46'sında depresyon gözlenmiştir. Eskin ve arkadaşlarının (2008) 13-18 yaş arası ergenlerde depresyon yaygınlığını inceledikleri çalışmada öğrencilerin %17.5'inde depresyon gözlenmiştir (110). Aysev, Ulukol ve Ceyhun'un (2000) yaptıkları çalışmada çalışan çocukların %22.2'sinde ve okuyan çocukların %13.9'unda depresyon

bulunmuştur (94). Yapılan diğer çalışmaların sonucunda da çocuklarda ve ergenlerde depresyon görülme sıklığının %0.4 ile %55.7 arasında değiştiği saptanmıştır (111). Deprem, sel gibi doğal afetler ve savaş gibi yıkıcı olaylar da depresyon gelişmesinde önemli risk etmenleridir (50). Rutter ve arkadaşları da (2001) stresli yaşam olaylarının (sel, deprem gibi) çocuk ve ergenlerde depresyon gibi ruhsal sorunların oluşmasında önemli risk etmeni olduğunu bildirmiştir (53). Yaşam olayları ile depresyon arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan araştırmalar sonucunda yaşanmış olumsuz olayların sıklığı arttıkça depresyon belirtilerinde de artmanın olduğu görülmektedir (36,52,112). Kapsamlı bir meta-analiz çalışmasında da mültecilerde depresyon sıklığı %44 ve anksiyete sıklığı %40 olarak bulunmuştur (112). Tayland-Birmanya sınır kampındaki mültecilerde de (2003) depresyon sıklığı %41 ve anksiyete sıklığı %42 olarak saptanmıştır (113). Devam eden günlük sıkıntılar, ailede ölüm ve savaşla ilgili aşırı travmatik deneyimler gibi olumsuz yaşam olaylarının zihinsel sağlık sorunları için önemli risk faktörleri olduğunu gösteren birçok çalışma vardır (36,49,50,52,114,115). Adölesanların ruh sağlığı üzerine yapılmış olan birçok çalışma sonucu bizim çalışma sonuçlarımızı destekler niteliktedir.

Çalışmamızda cinsiyet ile depresyon puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmazken ($p=0,262$) literatürde bununla ilgili farklı görüşler bulunmaktadır. Ceylan ve arkadaşlarının (2017) Batman'daki yetişkin Suriyeli mülteciler üzerine yaptıkları bir araştırmada elde edilen sonuçlara göre erkeklerin %55.2'sinin, kadınların ise %40'ının klinik depresyon sınır düzeyinin üzerinde puan aldıkları saptanmış ve cinsiyet ile depresyon düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuş, Sarman 2012'de yaptığı çalışmada çocuklar için depresyon ölçeği puanı ($p=0.086$) açısından kız ve erkek çocuklar arasında bir fark saptanmamıştır(92,36). Konu ile ilgili olarak yapılan çalışmaların birçoğunda, büyük travmalardan kızların erkeklere göre daha fazla etkilendiği ve oluşan psikolojik belirtilerin kızlarda daha ağır seyrettiği belirtilmiştir (43,116,117). Heptinstall'in 2004'te yaptığı mülteci çocuklarda travma sonrası stres bozukluğu ile depresyonun incelendiği çalışma sonuçlarına göre ise erkeklerin savaşa bağlı travmalardan kızlara göre daha çok etkilendiği buna bağlı olarak travma sonrası stres bozukluğu ile depresyon puanlarında kızlara göre anlamlı bir artış olduğu gözlenmiştir (118).

Yaşanmış olumsuz olayların sıklığı ile depresyon belirtileri arasında görülen anlamlı ilişkiye bağlı olarak çocuk ve ergenler üzerinde yapılmış olan diğer araştırmalara bakıldığında, anne-babanın boşanması, aile bireylerinden birinin ölümü, ağır hastalık, maddi

kayıp, geçim sıkıntısı ve aile, akraba, arkadaş ilişkilerinde bozulmaların olması gibi spesifik yaşam olayları ile depresyon belirtileri arasında anlamlı bir ilişkinin olduğu görülmektedir (7,36,53,54,93). Norveç'e sığınma talebinde bulunmuş mülteciler üzerine yapılmış bir çalışmada aile üyelerinin ölüm veya hapsedilmesi, silahlı kuvvetler tarafından tehdit edilmiş olma, savaşla ilişkili travmatik olaylara maruz kalma, yoksulluk gibi faktörler sağlık sorunları riskini artıran faktörler olarak gözlenmiştir (7,122). Bizim çalışmamızda da annenin sağlık durumu ($p=0.00$), babanın sağlık durumu ($p=0.00$), Türkiye'ye taşındıktan sonra istenilen düzeyde arkadaşın varlığı ($p=0.00$) ile depresyon puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur.

Çalışmamızda yaş arttıkça depresyon puanı artmış ancak yaş ile depresyon puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Literatür incelendiğinde ise Heptinstall'ın (2004) yaptığı çalışma da büyük yaş (12-16) grubundaki çocukların küçük yaş (8-11) grubundaki çocuklara göre depresyon puanlarının daha yüksek olduğunu gözlemlemiş ancak aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Bu yönüyle çalışmamızla ortak bulgular elde edilmiştir. Olumsuz yaşam olayları ile depresyon puanı arasındaki ilişkinin incelendiği başka bir çalışmada yaş ile depresyon puanı arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (57, 118).

Somalili mülteciler (2003) ile yapılmış bir çalışmada, savaş sırasında kayıp ve ölümlerin ciddi spesifik ruhsal belirtilerle ilişkili olduğu görülmüştür (54,119). Şanlıurfa'nın Akçakale ilçesinde (2004) Suriyeli mültecilerin barındığı kampta yapılmış bir çalışmada ise savaşta bedensel kayba uğrama, bir akrabasını kaybetme ile depresyon puanı arasında anlamlı fark bulunmamıştır (9). Harrison ve ark. (2001), 11-16 yaşlar arasındaki 1746 ortaokul ve lise öğrencisinde yaptıkları bir araştırmada, öğrencilerin %77.6'sının yakınlarının veya evcil hayvanlarının ölümünden sonra yas veya depresyon yaşadıklarını bildirmişlerdir (54). Berkay ve arkadaşlarının 2003 yılında yaptıkları bir çalışmada depremin ardından bir yakınının göçük/enkaz altında kaldığını ve yaralandığını belirten kişilerin %5.4'ünde kaygı ve depresyon bulguları gözlenmiştir (120). Berument ve arkadaşlarının 1999 yılında yaptığı araştırma sonuçlarına göre çocuğun travmatik olaylara tanık olmasının, aile veya yakın çevresinden herhangi birinin yaralanmasının veya ölmesinin etkilenme derecesini arttıracak ve depresyon belirtilerin daha şiddetli görülebileceği ifade edilmiştir. Bir diğer araştırmada, bir doğal afet sonrasında çok sayıda yaralı ve ölü insan gören, açlık ve uyku yoksunluğu yaşayan çocuklarda daha fazla depresif semptomlar bulunmuş olması; bu tarz olayların yıkıcı

etkilerini gören veya yaşayan çocukların risk altında olduğunu göstermiştir (36,43,52,54,121), Heptinstall (2004) savaş nedeniyle bir yakını kaybetmiş, işkence ile öldürülmüş birine tanıklık etmiş mültecilerin depresyon puanını daha yüksek bulmuştur. Çalışmamızda da savaş esnasında arkadaşlardan veya komşulardan ölen olması ($p=0.02$, $p=0.00$), savaş veya göç esnasında kötü muamele ya da işkenceye maruz kalınması ($p=0.00$), savaş esnasında ölü veya yaralı görülmüş olması ($p=0.00$), bombalı eylem veya silahlı eyleme şahitlik ($p=0.00$) açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur. Literatüre bakıldığında bu anlamda çalışmamızı destekleyen çok sayıda çalışma bulunmaktadır (60,118,122).

Aile üyelerinden birinin savaş nedeniyle hapsedilmesi, silahlı kuvvetler tarafından tehdit edilme riski, yoksulluk gibi problemler, devam eden günlük yaşantılardaki sorunlar ve daha iyi bir yaşam için fırsatların olmaması, zihinsel sağlık sorunları riskini artıran faktörler olarak bulunmuştur (114,115,122,). Bu çalışmada da mevcut yaşantısından memnuniyet düzeyi ile depresyon puanı arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($p=0.01$).

Öğrencilerin yalnızlık durumuna bakıldığında örnekleme alınan çocukların %64,6'sı 40 ve üzerinde puan almış, puan ortalamaları ise 42.67 ± 8.11 'dir. Adölesanlar üzerine yapılmış olan birçok çalışma ergenlerde yalnızlık düzeyinin yaşamın diğer dönemlerine kıyasla daha yaygın olarak görüldüğünü kanıtlamıştır (123,124,125). Ancak sığınmacı veya mültecilerin yalnızlık durumlarını inceleyen çok az çalışma bulunmaktadır. Bu nedenle karşılaştırmalar adölesan yalnızlığını farklı durumlarda incelemiş çalışmalar ile yapılmıştır. Heinrich ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada ergenler arasında sık görülen yalnızlık prevalansının %50'den fazla olduğunu bildirilmiştir (126).

Pancar'ın 2009 yılında yaptığı çalışma sonuçlarına göre cinsiyete ve sınıf düzeyine göre yalnızlık puanlarında anlamlı fark bulunmamıştır (93). Şahin'in 2016 yılında yaptığı bir çalışmada ise erkek öğrencilerin yalnızlık düzeyleri kız öğrencilerin yalnızlık düzeyinden daha yüksek bulunmuştur (127). Çalışmalarında, Shevlin ve ark., kadınların erkeklerle karşılaştırıldığında daha yalnız olduğunu belirtmiştir (128). Civitçi ve ark. cinsiyete göre yalnızlık düzeyinde anlamlı bir fark bulamamıştır (129). Yalnızlığın yaş ve cinsiyetle ilişkisi yönünde yapılan literatür incelemesi sonucunda farklı sonuçlar ortaya çıkmış olup bizim çalışmamızda yaş ve cinsiyet ile yalnızlık puanı arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

En az bir yakın arkadaşına sahip olmak, ABD'li çocuklar ve Çek kızları arasında yalnızlığa karşı koruyucu bir faktör olarak bulunmuş ve bu durum yakın arkadaşların ergenlik döneminde pek çok farklı destek sağlama açısından önemli rolü olduğunu göstermiştir (70,71,130,131). Yakın arkadaş sayısı arttıkça ergenlerdeki yalnızlık düzeyinin azalması beklenmektedir. Bunu destekleyen çalışmalar bulunmaktadır (93,132). Bizim çalışmamızda da savaştan kaçıp gelmiş çocukların savaş esnasında bir arkadaşını kaybetmiş olması ($p=0.02$) veya Türkiye'ye gelip yerleştikten sonra istenilen düzeyde arkadaşına sahip olması ($p=0.00$) ile yalnızlık puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark ortaya çıkmıştır.

Parker ve Asher yaptıkları çalışma da aile yapısı, baba eğitimi, anne eğitimi ve UCLA puan ortalamaları arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Bu yönüyle bizim çalışmamızla benzerlik göstermektedir (133).

Öğrenci yalnızlığı üzerinde aile ortamından memnuniyet değişkeninin etkisini incelemeye yönelik Bıyık, Pancar, Karataş, Karayel, Kılıç tarafından yapılan araştırmalara göre öğrenci yalnızlığı ile aile ortamından memnuniyet düzeyi arasında negatif yönlü anlamlı ilişki bulunmuştur (93,134,135,136). Yani aile ortamından memnun olmayan öğrencilerin yalnızlık puanlarının diğer öğrencilere göre anlamlı şekilde yüksek olduğu görülmüştür. Genel olarak ele alındığında ergenlerde aile içi paylaşımlar arttıkça ve problemlerin çözümünde çok fikirli bir yaklaşım oluştuğunda yalnızlık düzeyi azalacaktır (87,130,137). Ayrıca bir başka çalışma insanların yaşam kaliteleri hakkında olumsuz algılamalara sahip olduklarında kendilerini daha yalnız hissedebileceklerini ortaya koymuş ve yaşam kalitesi bileşenleri arasında yer alan kişilerarası ilişkilerin niteliğinin yalnızlığa yol açabileceğini ortaya koymuştur (137). Bizim çalışmamızda bulunduğu ortamda memnuniyet durumu ile yalnızlık puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($p=0.02$).

Lu, Y., & Zhou, H. 2013 yılında yaptıkları sadece göçmen çocukların devam ettiği okullar ve hem göçmen hem de yerel halkın birlikte devam ettiği okullardaki sığınmacı öğrencilerin yalnızlık durumunun karşılaştırıldığı araştırma da göçmen okullarına devam eden çocukların yalnızlık puanı diğer gruba göre oldukça yüksek bulunmuştur. Karma okula devam eden göçmen öğrenciler daha iyi entegre olmuş ve oradaki öğrencilerle aradaki farkı hızla kapatmış, sadece göçmen öğrencilerin bulunduğu okullara devam eden çocuklarda ise psikolojik sonuçlar açısından bir iyileşme görülmemiştir (130).

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Şanlıurfa il merkezinde Suriyeli sığınmacı çocukların depresyon ve yalnızlık durumlarını belirlemek amacıyla yapılan bu çalışmada şu sonuçlar elde edilmiştir.

Çalışmaya katılan çocukların yaş ortalamasının 13.22 ± 1.33 yıl, %57.9'unun kız olduğu belirlenmiştir. Çocukların %38.7'si 6. sınıfa devam etmekte, %37.2'si bir yıldır Şanlıurfa'da yaşamakta olup, %45'i evde sadece anne ve babasıyla ikamet etmektedir. Çalışmaya alınan çocukların %28'i ailenin en büyük çocuğu olup, %55'i 5 ve üzeri sayıda kardeşe sahiptir. Ebeveynlerin eğitim durumuna bakıldığı zaman annelerin %28'i üniversite mezunu, babaların ise %37.6'sı üniversite mezunudur. Çocukların %89.9'u anne ve babasının hayatta olduğunu, %12.3'ü annesinin, %14.6'sı da babasının sağlık durumunu kötü olarak bildirmişlerdir. Çalışmaya alınan öğrencilerin %33.1'i Türkiye'ye geldikten sonra istediği gibi arkadaş sahibi olamadığını, %69.2'si savaş esnasında yakınlarından kaybolan kişiler olduğunu, çocukların %69.7'si savaş esnasında yakınlarından ölenler olduğunu bildirmiştir. Çocukların %0.4'ü savaş esnasında annesinin, %3.4'ü babasının, %4.5'i kardeşlerinden, %15.3'ü arkadaşlarından, %17.9'u da komşularından ölenler olduğunu ifade etmiştir. Bu çocukların %71.6'sı geldikleri yerde güvenliğinden endişe ettiği kimseler (akraba, arkadaş) olduğunu, %40.9'u savaş sırasında kötü muamele veya işkenceye maruz kaldığını, %68,4'ü ölü ya da yaralı kimseler gördüğünü, %43.4'ü bir başkasının şiddete maruz kaldığını veya öldürüldüğünü gördüğünü, %30.7'si geldiği yerde silahlı ya da bombalı bir eyleme şahit olduğunu bildirmiştir. Çocukların yalnızca %35'i buradaki yaşantısından memnun olduğunu ifade etmiştir.

Yapılan analizler sonucunda öğrencilerin Çocukluk Çağı Depresyon Ölçeğinden aldıkları puanın ortalaması 18.73 ± 5.78 'dir. Depresyon puanı ile annenin sağlık durumu, babanın sağlık durumu, Türkiye'ye taşındıktan sonra istenilen düzeyde arkadaşın varlığı, savaş esnasında arkadaşlardan ölen olması, savaş esnasında komşulardan ölen olması, savaş veya göç esnasında kötü muamele ya da işkenceye maruz kalınması, savaş esnasında ölü veya yaralı görülmüş olması, bombalı saldırı veya silahlı eyleme şahitlik, Şanlıurfa'daki durumundan memnuniyet durumu açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur. Yalnızlık puanı ile Türkiye'ye taşındıktan sonra istenilen düzeyde arkadaşın varlığı, savaş esnasında arkadaşlardan ölen olması, bombalı eylem veya silahlı eyleme şahitlik durumu, Şanlıurfa'daki durumundan memnuniyet durumu açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur

Öneriler;

- Savaştan kaçan çocuklar için özellikle göç esnasında travmaya maruziyetlerini azaltmak amacıyla güvenli geçiş yollarının oluşturulması için politikalar geliştirilmesi,
- Pediatri hemşireleri tarafından anne ve babalara geçirilmiş savaş deneyimlerinin çocuklar üzerindeki olumsuz etkileri ve başa çıkma stratejileri ile ilgili eğitim verilmesi,
- Psikolojik olarak çok hassas bir grup olan sığınmacı çocukların ve ailelerinin sağlık hizmetlerine ulaşımının kolaylaştırılması,
- Hem sığınmacı çocukların ailelerine hem de çocuklarla ilgilenen hekim ve hemşirelere çocuklardaki depresyon ve yalnızlık belirtilerini tanınması için gerekli eğitimlerin verilmesi,
- Sığınmacı çocukların sağlığının korunması ve devamı için aktif rol oynayan pediatri hemşirelerine bütüncül bakımın temel ilkelerinden biri olan kültürel bakım ve önemi konusunda eğitim verilmesi,
- Sığınmacı çocuklara ve ailelerine her konuda destek olabilecek danışmanlık hizmeti veren merkezler kurulması,
- Savaş esnasında olmasa bile en azından savaş bölgesinden uzakta sığınmacı çocukları ve ailelerini psikososyal yönden olumsuz etkileyen durumların belirlenerek, kontrol altına alınması için planlamalar yapılarak hayata geçirilmesi,
- Sığınmacı çocukların savaş yaşantılarını unutmasını kolaylaştırmak için diğer çocuklarla bir arada olduğu eğitim sisteminin desteklenmesi ve sığınmacı çocukların diğer çocuklar ile bir araya gelmesi için karma oyun gruplarının kurulması
- Sığınmacı çocuklar ve ailelerinin yoğun olarak yaşadığı yerlerde depresyon veya yalnızlık belirtileri gösteren çocuklara ilişkin psiko-eğitim, psikososyal destek, sosyal beceri eğitimi, bilişsel-davranışçı terapi ve aile görüşmeleri gibi uygun tedavi yaklaşımların bir arada sunulabileceği merkezlerin kurulması,
- Sığınmacı çocuklar grubunun zihinsel yönden korunması ve desteklenmesi için farkındalık çalışmalarının yapılması,
- Sığınmacı çocuklar ve aileleri için sağlıklı ve güvenli yaşam alanlarının oluşturulması,
- Çocuklardaki depresyon belirtilerini azaltmak amacıyla karşılaştığı sorunlar karşısında problem çözebilme becerilerinin geliştirilmesine yönelik çalışmaların yapılması,

- Sığınmacı çocukların ruhsal durumu ile ilgili daha fazla akademik çalışmalar yapılarak bu grubun daha yakından tanınmasının yanı sıra yaşadığı olumsuz yaşam olaylarının da düzeltilmesi için girişimlerde bulunulması yönünde politikalar geliştirilmesi,
- Çocukluk ve ergenlik döneminde depresyon yaşayanların önemli bölümünün yetişkin yaşamlarında da depresyon başta olmak üzere çeşitli psikolojik sorunlarla karşı karşıya kalması büyük olasılıkla mümkün olduğundan sağlıklı yeni nesiller için profesyonel ekibin vazgeçilmez üyesi olan okul hemşireliğinin yaygınlaştırılması,
- Pediatri hemşireleri tarafından bu gruba yönelik sürdürülebilir hemşirelik hizmetlerinin sunulması için planlamalar yapılması önerilmektedir.



8. KAYNAKÇA

1. Erden G, Gürdil G. Savaş yaşantılarının ardından çocuk ve ergenlerde gözlenen travma tepkileri ve psiko-sosyal yardım önerileri. *Türk Psikoloji Yazıları*, Aralık 2009; 12(24): 1-13.
2. Türkiye'deki Suriyeli Çocuklar. UNICEF. 2015; Erişim:12.01.2016. Ağ sitesi: <https://www.unicefturk.org>.
3. Kaynak: <http://www.goc.gov.tr>, Erişim tarihi: 02.04.2017, 25.07.2017
4. UNHCR (2015a). Syria Regional Refugee Response Inter-agency Information Sharing Portal, <http://data.unhcr.org/syrianrefugees/regional.php> (11.01.2016).
5. Erdoğan M. Türkiye'deki Suriyeliler: Toplumsal Kabul ve Uyum. Hacettepe Üniversitesi Göç ve Siyaset Araştırmaları Merkezi, Hugo Yayınları, Ankara, 2014; 3-13.
6. Gözübüyük AA, Duras E, Dağ H, Arıca V. Olağan üstü durumlarda çocuk sağlığı. *Journal of Clinical and Experimental Investigations* 2015; 6 (3): 324-33.
7. Tokuç B. Çocuklar ve Savaş. Halk Sağlığı Uzmanları Derneği, Çocuk Sağlığı Çalışma Grubu, HASUDER Yayın No: 2014; 21-26.
8. Thomas T. ve Lou W. Psychological well being of child and adolescent refugee and asylum seekers: overview of major research findings of the past ten years, Australian Human Rights Commission Yayını, 2012, http://www.hreoc.gov.au/human_rights/children_detention/psy_review.html.
9. Önen C, Güneş G, Türeme A, Ağaç P. Bir mülteci kampında yaşayan Suriyelilerde depresyon ve anksiyete durumu. *Akademik Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 2014; 2(6): 223-230.
10. Yaşar R. Yalnızlık. *Fırat Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*. Elazığ, 2007; 17(1): 237-260.
11. Sawir E, Marginson S, Deumert A, Nyland C, and Ramia G. Loneliness and International students: an Australian study. *Journal of Studies in International Education*, 2008.
12. Südaş İ, Mutluer M. Ekonomik etkileri açısından Türkiye'nin turizm merkezlerine yönelik Avrupalı göçleri. *Ege Coğrafya Dergisi*. 2008; 17(1-2): 51-59.
13. Kara P, Korkut R. Türkiye'de göç, iltica ve mülteciler. *Türk İdare Dergisi*, 2010; 467: 153-162.
14. Şeker BD, Boysan M. İranlı geçici sığınmacıların kültürleşme tercihlerinin demografik özelliklere göre incelenmesi. *Yakın Doğu Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 2013; 6(1): 18-39.
15. Kaynak: <http://www.unicefturk.org>, Erişim tarihi: 21,26.07.2017.
16. Potts NL, Mandlco BL. *Pediatric Nursing: Caring for Children and Their Families*, 2012; 3: 75.
17. Origlia D, Ouillion H. (Çeviri B. Onur), *Ergenlikte Kişilik. Ergenlik Psikolojisi*, Ankara, 1987.
18. Turan L. Birinci basamakta adölesana yaklaşım. Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Eğitim Merkezi, İzmir, 2006.
19. Diclemente R, Crosby R. Parental monitoring: association with adolescents risk behaviours. *American Academy of Pediatrics*, 2001; 107.
20. Yıldırım D. Türkiye'de bulunan geç adölesan dönemindeki sığınmacıların psikososyal sorunları ve sosyal hizmet müdahalesi. Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sosyal Hizmet Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi Ankara, 2010.
21. Derman O. Ergenlerde psikososyal gelişim. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri: Adölesan Sağlığı II Sempozyum Dizisi, Mart 2008; 63: 19-21

22. Sturdevant M. Adolescent psychosocial development. *Journal of American Dietetic*. 2002; 102: 30-31.
23. Sümer N. Ergen günleri: Bağlanma ve anne-baba tutumları konuşma metni. Orta Doğu Teknik Üniversitesi, Ankara, 2006.
24. Özcebe H. Birinci basamakta adölesan sorunlarına yaklaşım. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, Ankara, 2002; 11: 374-377
25. Reif CJ, Elster AB. Adolescent preventive service. *Primary Care*, 1998; 15(1) : 1-19.
26. Yavuz R. Birinci basamakta adölesan sağlığı. *Aile Hekimliği Dergisi*. 2009; 3(1): 155. Erişim Tarihi: 25.07.2017.
27. Alper Y. Depresyon Psikoterapisi. Era Yayıncılık 15252, İstanbul, 1997.
28. Öztürk M. O. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. Ankara. 2001: 291-337.
29. Balkaya F. Çok boyutlu öfke ölçeğinin geliştirilmesi ve bazı semptom gruplarındaki etkisi. Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara, 2000.
30. Gaber J, Kashani JH. Development of the symptom of depression. In: Lewis M. (ed) *Child and Adolescent Psychiatry*. Baltimore 1991; Williams and Wilkins: 293-310.
31. Tüzün Ü. Okul çağı çocuklarında yaşam olayları, depresyon semptomları ve self-esteem arasındaki ilişki. *Yan Dal Uzmanlık Tezi*, İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Psikiyatrisi Ana Bilim Dalı, İstanbul, 1993.
32. Nurcombe B. Child sexualabuse I: psychopathology. *Aust NZ J Psychiatry* 2000; 34: 8591.
33. Seifer R, Nurcombe B, Scioli A, Grapentine WL. Is major depressive disorder in childhood a distinct diagnostic entity. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 1989; 28, 6: 935-941.
34. Savaşır I, Şahin N. Bilişsel-Davranışçı Terapilerde Değerlendirme: Sık Kullanılan Ölçekler. *Türk Psikologlar Derneği Yayınları*, 1997.
35. Beck AT, Ward CM, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 1961.
36. Sarman A. Elazığ ili Karakoçan ilçesinde yaşanan yıkıcı deprem sonrasında, depremi yaşayan ilköğretim çağı çocuklarda kaygı düzeyi, depresyon belirtileri ve etkileyen faktörler. *Fırat Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi*, Elazığ, 2012.
37. Lewinsohn LM, Clarke GN. Psychosocial treatments for adolescent depression. *Clinical Psychology Review*, 1999; 19 (3): 329-342.
38. Tutkunkardaş MD, Kılınçaslan A, Çocuk ve ergenlerde depresyonun ilaçla tedavisi: bir gözden geçirme. *Journal of Mood Disorders*, 2011; 1(1).
39. Öy B. Çocuklar için depresyon ölçeğinin öğrenciler ve çocuk ruh sağlığı kliniğine başvuran çocuklarda uygulanması. *Çocuk Psikiyatrisi Uzmanlık Tezi*. Ankara Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı 1990.
40. Öy B. Çocuk ve ergenler de depresyon epidemiyolojisi ve risk etkenleri. *Çocuk ve Ruh Sağlığı Dergisi*, 1995; 2(1): 40-45
41. Bekaroğlu M. Yaşlılıkta Depresyon. *Karadeniz Ruh Sağlığı Derneği Yayınları* 1995; 1: 45-54.
42. Duran S. Ankara'da bir üniversite hastanesinde takip edilen çocuk hematoloji onkoloji hastalarında ve annelerinde depresyon sıklığı ve yaşam kalitesi değerlendirilmesi. *Gazi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi*, Ankara, 2009.
43. Toros F. Çocukluk çağı ve ergenlik dönemi depresyonlarında risk etmenleri. *T Klin J Psikiyatri* 2002, 3: 75-79.

44. Eskin M. Ergen ruh sağlığı sorunları ve intihar davranışlarıyla ilişkileri. Klinik Psikiyatri 2000; 3: 228-34.
45. Kum N. Psikiyatri Hemşireliği El Kitabı. İstanbul, 2000; 114-131.
46. Sullivan BF, Neale MC, Kendler KS. Genetic epidemiology of major depression. Review and Meta Analysis. Am J Psychiatry. 2000; 157: 1552-1562.
47. Yıldırım A. Kurum bakımında olan ve ailesi ile birlikte kalan 13-18 yaş arası çocuklarda sürekli öfke ile depresyon düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi. Fırat Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Elazığ, 2000.
48. Sorias S, Saygılı R, Elbi H. DSM-III-R Yapılandırılmış Klinik Görüşmesi Türkçe Versiyonu. Ege Üniversitesi Basımevi, İzmir, 1990.
49. Mesman J, Koot HM. Early preschool predictors of preadolescent internalizing and externalizing DSM-IV diagnosis. J Am Acad of Child and Adolesc Psychiatry 2001; 40(9): 1029-36.
50. Krug EG, Kresnow M, Peddicord JP, et al. Suicide after natural disasters. N Engl J Med 1998; 338(6): 373-8.
51. King NJ, Bernstein GA. School refusal in children and adolescents: a review of the past 10 years. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2001; 40(2): 197-205.
52. Sung E, Son M. Depression in children and adolescents. American Family Physician 2000; 62(10): 2297-308
53. Rutter M, Mc Guinness D, Pickles A, et al. Do high-treat life events really provoke the onset of psychiatric disorder in children. J Clin Psychol. Psychiat 2001; 42(4): 523-32.
54. Harrison L, Harrington R. Adolescents bereavement experiences, prevalence, association with depressive symptoms. And use Of Services. J Adolesc 2001; 24(29): 159-69.
55. Costello JE, Angold A. Scales to assess child and adolescent depression: checklists, screens, and nets. J. Am. Acad. Child Adolescent Psychiatry 1988; 27 (6): 726-737.
56. Kabakçı E. Üniversite öğrencilerinde sosyotrapik/otonomik kişilik özellikleri, yaşam olayları ve depresif belirtiler. Türk Psikiyatri Dergisi, 2001; 12 (4): 273-282.
57. Yarapsanlı B. Çocuklarda depresyon belirtilerinin yordanmasında yaşanmış olumsuz olaylar, algılanan anne-baba tutumu, öğrenilmiş çaresizlik ve umutsuzluğun rolü. Maltepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Psikoloji Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Programı, İstanbul, Ekim 2011.
58. Şenol S, Şener Ş ve Karacan E. Çocuklarda ve ergenlerde depresyon. Depresyon Dergisi, 1996; 1(3): 75-84.
59. Kashani J.H, Sherman DD. Childhood Depression: Epidemiology, Etiologica Model Sand Treatment İmplications. Integrative Psychiatry, 1988; 6(1): 1-21.
60. Yıldız MA. Sokakta çalışan ve çalışmayan ilköğretim ikinci kademe öğrencilerinin benlik saygısı, yaşam doyumu ve depresyon düzeylerinin incelenmesi (Diyarbakır İli Örneği). İnönü Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Malatya, 2010.
61. Roberts C, Bishop B. Depression. In T. P. Gullotta ve G. R. Adams (Eds.), Handbook of Adolescent Behavioral Problems, Evidence-Based Approach esto Prevention and Treatment, 2005; 10: 205-230.
62. Calles, J. L. Depression in children and adolescents. Prim. Care Clin. Office Pract. 2007; 34: 243-258.
63. Geçtan E. İnsan Olmak. 20. Basım. İstanbul, Remzi Kitabevi, 1999
64. Perlman D, Peplau LA. Theoretical approach esto loneliness. In L. Peplau ve David Perlman (Eds.), Loneliness a source book of current theory, research and therapy, New York: Wiley, 1982; 123-134.

65. Sullivan HS. *Interpersonal Theory of Personality*. New York: Norton Company Inc. 1953.
66. Demir, A. Üniversite öğrencilerinin yalnızlık düzeylerini etkileyen bazı etmenler, (Yayımlanmamış Doktora Tezi), Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, 1990.
67. Rokach A, Brock H. "Loneliness and the Effects of Life Changes". *Journal of Psychology Interdisciplinary and Applied*, 1997; 131 (3): 284-299.
68. Rokach A. Loneliness then and now: reflections on social and emotional alienation in everyday life. *Current Psychology*, 2004; 23 (1): 24-40.
69. Bilgen S. Üniversite öğrencilerinin yalnızlık düzeyleri ve bazı değişkenlerin uyum düzeylerine etkisi. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Hacettepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara, 1989.
70. Hamarta E. Üniversite öğrencilerinin yalnızlık ve sosyal beceri düzeylerinin özlük nitelikleri açısından incelenmesi. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Selçuk Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Konya, 2000.
71. McWhirter BT, Besett-Alesch MT, Horibata J, Gat I. Loneliness in high risk adolescents: the role of coping, self-esteem and empathy. *Journal of Youth Studies*, 2002; 5 (1):69-84.
72. Buluş M. Ergen öğrencilerde denetim odağı-yalnızlık düzeyi ilişkisi. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Dokuz Eylül Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı, 1996.
73. Michela JL, Peplau LA, Weeks DG. Perceived dimensions of attributions for loneliness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1982; 43(5): 929-936.
74. Rokach A. Antecedent of loneliness: A factorial analysis. *The Journal of Psychology*, 1989; 123(4): 369-384.
75. Körler Y. İlköğretim ikinci kademe öğrencilerinin çeşitli değişkenler açısından yalnızlık düzeyleri ve yalnızlık ile sosyal duygusal öğrenme becerileri arasındaki ilişkiler. Yüksek Lisans Tezi, Eğitim Bilimleri (Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık) Anabilim Dalı, Eskişehir, 2011; 28-30
76. Haliloğlu S. Ortaöğretim 9. Sınıf öğrencilerinin yalnızlık düzeyleri, bağlanma biçimleri ve işlevsel olmayan tutumları arasındaki ilişkinin incelenmesi. İnönü Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Malatya, 2008.
77. Kılınç H. Ergenlerin yalnızlık düzeyleri ve kişilerarası ilişkilerle ilgili bilişsel çarpıtmaları arasındaki ilişkinin incelenmesi. Yayımlanmamış yüksek lisans tezi, Ankara Üniversitesi, Ankara, 2005.
78. Inderbitzen-Pisaruk HI, Clark ML, Solana CH. Corralates of loneliness in midadolescence. *Journal of Youth and Adolescence*, 1992; 21(2): 151-167.
79. Zakahi WR, Duran RL. Loneliness, communicative competence, and communication apprehension: extension and replication. *Communication Quarterly*, 1985; 33(1): 50-60.
80. Hojat M. Loneliness as a function of parent-child and peer relations. *The Journal of Psychology*, 1982; 112(1): 129-133.
81. Richaud de Minzi MC, Sacchi C. Adolescent loneliness assessment. *Adolescence*, 2004;39(156): 701-709.
82. Antognoli Toland PL. Adolescent loneliness: testing a predictive model. *Journal of Theory Construction & Testing*, 2000; 4(1): 7-13.
83. Weiss RS. *Loneliness: The Experience Of Emotional And Social Isolation*. Cambridge, MA: MIT Press, 1973.

84. Bever Whiterby I. Children and loneliness: grade and gender influences on understanding and coping. Boston University, Boston, 1986. <http://www.umi.com/globalauto>, Erişim tarihi:12.07.2017
85. Chipuer HM. Australian children's understanding of loneliness. *Australian Journal of Psychology*, 2004; 56(3): 147-153.
86. Page RM, Scanlan A. Childhood loneliness and isolation: implications and strategies for childhood educators. *Psychology and Behavioral Science Collection*, 1994; 24(2): 107-119.
87. Bullock JR. Loneliness in young children. Urbana, IL: ERIC Clearinghouse on Elementary and Early Childhood Education,1998. (ERIC Document Reproduction Service No. ED419624)
88. Asher SR, Paquette JA. Loneliness and peer relations in childhood. *Current Directions in Psychological Science*, 2003; 12(3): 75-78.
89. Mouratidis AA, ve Sideridis GD. On social achievement goals: their relations with peer acceptance, classroom belongingness, and perceptions of loneliness. *The Journal of Experimental Education*, 2009; 77(3): 285-308.
90. Demir A, Tarhan N. Loneliness and social dissatisfaction in Turkish adolescents. *The Journal of Psychology*, 2001; 135(1): 113-123
91. Manfusa S. Social support, loneliness and friendship preference among british asian and non-asian adolescent. *Social Behavior And Personality*, 2001; 29 (4): 399-404.
92. Ceylan V, Algan C, Yalçın M, Yalçın E, Akın E, Köse S. An investigation of syrian refugees and asylum seekers in terms of various psychological factors: Batman sample. *International Journal of Social Sciences and Education Research*, 2017; 3(2).
93. Pancar A. Parçalanmış ve tam aileye sahip ergenlerin yalnızlık düzeylerinin çeşitli değişkenler açısından incelenmesi. Çukurova Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi Adana, 2009.
94. Aysev A, Ulukol B, Ceyhun G. Çalışan ve okuyan çocukların "Çocuklar İçin Depresyon Ölçeği" ile değerlendirilmesi. *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası*, 2000; 53(1): 27-30
95. Alpak G, Ünal A, Bülbül F, Sağaltıcı E, Bez Y, Altındağ A, Dalkiliç A, Savaş HA. Post-traumatic stress disorder among Syrian refugees in Turkey: A cross-sectional study. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice Int J Psychiatry Clin Pract* 2015; 19: 45–50.
96. Thabet AAM, Abed Y, Vostanis P. Comorbidity of PTSD and depression among refugee children during war conflict. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 2004; 45: 3,533–542
97. Betancourt TS, Newnham EA, Layne CM, Kim S, Steinberg AM, Ellis H, Birman D. Trauma history and psychopathology in war-affected refugee children referred for trauma related mental health services in the United States. *Trauma Stress*. 2012 Dec; 25(6): 682-90.
98. Certel H, Yakut S, Yakut İ, Gülsün B. Öğrencilerde yalnızlık problemi. *İnsan ve Toplum Bilimleri Araştırmaları Dergisi*, 2016; 5(8): 3069-3084
99. Ceri V, Özlü-Erkilic Z, Özer Ü, Yalcin M, Popow C, Akkaya-Kalayci T. Psychiatric symptoms and disorders among Yazidi children and adolescents immediately after forced migration following ISIS attacks. *Neuropsychiatr*. 2016 Sep; 30(3): 145-150.
100. Öy B. Çocuklar İçin Depresyon Ölçeği: Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması 26. Ulusal Psikiyatrik Bilimler Kongresi, İzmir 1990.

101. Kovacs M. The children's depression inventory (CDI). *Psychopharmacol Bull* 1985; 21: 995-998.
102. Kızılgöçer M. Yalnızlık Umutsuzluk ve Dindarlık Üzerine Psiko-Sosyal Bir Çalışma. Gece Kitaplığı Yayınları, Ankara, 2015.
103. Demir A. UCLA yalnızlık ölçeğinin geçerlik ve güvenilirliği, *Psikoloji Dergisi*, 1989; 7 (23): 14-18.
104. Adhikari R, Jampaklay A, Chamratrithirong a. Impact of children's migration on health and health care-seeking behavior of elderly left behind. *BMC Public Health* 2011; 11: 143
105. Çevik SA. Suriye'den Türkiye'ye göç'ün etkileri. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 2016; 2: 80-83.
106. Polat G. İç göçün çocuk ruh sağlığına etkisi ve sosyal hizmet müdahalesi. *Toplum ve Sosyal Hizmet* 2007; 1: 89-106.
107. Gotlib IH, Hammen CL. *Depresyon El Kitabı*. New York: Guilford Press, 2002
108. Calvete E, Orue I, Hankin BL. Operational Relations Between Cognitive Security Angles, Stressors and Depressive Symptoms in Adolescence. *Journal Of Abnormal Child Psychology*, 2013; 41 (3): 399 - 410.
109. Grant KE, McMahon SD, Dufy SN, Taylorve JJ, Compas BE. Stressors and Mental Health Problems in Childhood and Adolescence. *Handbook of Stress Science: Biology, Psychology and Health*, organized by R. Contrada and A. Baum, New York: Springer, 2010; 35-372.
110. Eskin M, Ertekin K, Harlak H, Dereboy Ç. Lise öğrencisi ergenlerde depresyonun yaygınlığı ve ilişkili olduğu etmenler. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2008; 19(4): 382-389
111. Öy B. Çocuk ve ergenlerde depresyon epidemiyolojisi ve risk etkenleri. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi* 1995; 2(1): 40-45.
112. Lindert J, et al. Depression and anxiety in labor migrants and refugees – a systematic review and meta-analysis. *Social Science ve Medicine*. Germany.2009; 69: 246–257.
113. Cardozo BL, Talley L, Burton A, Crawford C. Karenni refugees living in Thai–Burmese border camps: traumatic experiences, mental health outcomes, and social functioning. *Social Science & Medicine*, USA, 2004; 58: 2637–2644.
114. DeLongis A, Coyne JC, Dakof G, Folkman S ve Lazarus RS. Relationship of daily hassles, uplifts, and major life events to health status. *Health Psychology*, 1982; 1 (2): 119 – 136.
115. McIntyre KP, Korn JH, Matsuo H. Sweating the small stuff: How different types of hassles result in the experience of stress. *Stress and Health*, 2008; 24 (5): 383-392.
116. Sabuncuoğlu O, Çevikaslan A, Berkem M. Marmara depreminden etkilenen iki ayrı bölgede ergenlerde depresyon, kaygı ve davranış. *Klinik Psikiyatri Dergisi* 2003; 6: 189-197.
117. Parker G, Hadzi-Pavlovic D. Is the female preponderance in depression secondary to a primary female preponderance in anxiety disorders. *Acad Psychiatr Scand*, 2001; 103: 252–256.
118. Heptinstall E, Sethna V, Taylor E. PTSD and depression in refugee children Associations with pre-migration trauma and post-migration stress *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 2004;13: 373–380 .
119. Bhui K, Abdi A, Abdi M, Pereira S, Dualeh M, Robertson D. Traumatic events, migration characteristics and psychiatric symptoms among Somali refugees. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, UK, 2003; 38: 35–43.

120. Berkay F, Çelen N, Kuşdil ME ve ark. 1999 Marmara depreminin mudanya halkı üzerindeki psikososyal etkileri. *Uludağ Üniversitesi Fen-Edebiyat Fakültesi Sosyal Bilimler Dergisi* 2003; 4: 4.
121. Laor N, Wolmer L, Kora M, Yücel D, Spırman S, Yazgan Y. Posttraumatic, dissociative and grief symptoms in turkish children exposed to the 1999 earthquakes. *The Journal of Nervous and Mental Disease* 2002; 190(2): 824- 832.
122. Hopkins P, Hill M. Pre-flight departure circumstances and accounts of transnational migration: the experiences of unaccompanied asylum-seeking children and young people. *Children's Geographies*, 2008; 6(3) :257-268.
123. Brennan T, Peplau LA, Perlman D,(Eds.), *Loneliness: A sourcebook of current theory, research and therapy*,New York: Wiley,1982;269-290.
124. Ostrov E, Offer D. Loneliness and the adolescent. *The anotomy of loneliness*. New York: International Universities Press. 1980; 170-185.
125. Rubenstein CM, Shaver P.The experience of loneliness. *Loneliness: A sourcebook of current theory, research and therapy*, New York: Wiley, 1982; 206-223.
126. Heinrich LM, Gullone E. Clinical importance of loneliness: A literature review. *Clin Psychol Rev*. 2006; 26: 695-718.
127. Şahin U, Adana F. Problem solving, loneliness, depression levels and associated factors in high school adolescents. *Pakistan Journal of Medical Sciences*. 2016; 32(5): 1273-1278.
128. Shevlin M, Murphy S, Mallett J, Stringer M, Murphy J. Adolescent loneliness and psychiatric morbidity in Northern Ireland. *Br J Clin Psychol*. 2013; 52(2): 230–234.
129. Civitçi N, Civitçi A, Fiyakalı NC. Boşanmış ve boşanmış ebeveynlerin bulunduğu ergenlerde yalnızlık ve yaşam doyumu. *Kuram ve Uygulamada Eğitim Bilimleri*. 2009; 9 (2): 493-525.
130. Lu Y, Zhou H. Academic success and loneliness of children migrating in china: school separation and separated assimilation. *Karşılaştırmalı Eğitim İncelemesi*, 2013; 57 (1), 85-116.
131. Hamid PN, Lok DPP. Loneliness in Chinese adolescents: Comparing social support and interpersonal trust to children aged 13 to 19. *Int J Adolesc Youth*. 2000; 8 : 45-63.
132. Saraçoğlu Y. Lise öğrencilerinin yalnızlık düzeylerinin çeşitli değişkenlere göre incelenmesi. *Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Samsun,2000*.
133. Parker SG, Asher SR. Friendship and friendship quality in middle childhood, links with peer group acceptance and feeling of loneliness and social dissatisfaction. *Development Psychology*. 1993; 29: 6, 611-621
134. Bıyık N. Üniversite öğrencilerinin yalnızlık duygularının kişisel ve sosyal özellikleri, öfke eğilimleri açısından incelenmesi. *Yüksek Lisans Tezi, Anadolu Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Eskişehir, 2004*.
135. Karataş Karayel G. Ergenlerde yalnızlığın yordayıcısı olarak mükemmeliyetçilik. *Muğla Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Muğla, 2011*.
136. Kılıç ŞD. Üniversite öğrencilerinin yalnızlık ve psikolojik dayanıklılıklarının incelenmesi. *Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Atatürk Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Erzurum, 2014*.
137. Özatça A. Ergenlerde sosyal ve duygusal yalnızlığın yordayıcısı olarak aile işlevleri. *Yüksek Lisans Tezi, Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Adana, 2009*.

9. EKLER

EK.1.Anket Formu

OKUL ÇAĞINDAKİ SURİYE'Lİ SIĞINMACI ÇOCUKLARIN YALNIZLIK VE DEPRESYON DURUMLARININ İNCELENMESİ

ANKET SORULARI

Sevgili Öğrenciler, aşağıda, sizinle ve ailenizle ilgili bazı sorular bulunmaktadır. Sizden alınan bu bilgiler bir araştırmada kullanılacak, verdiğiniz yanıtlar yalnızca benim tarafımdan bilinecek, hiç kimseyle paylaşılmayacaktır. Lütfen hiçbir soruyu atlamadan, içtenlikle doldurunuz. Yardıminız için teşekkür ederim.

Anket No:

Tarih:

1.Cinsiyetiniz nedir?

1)Kız

2)Erkek

2.Kaç yaşındasınız?.....

3.Kaçıncı sınıftasınız?

4.Kaç kardeşiniz?

1)1

2)2

3)3

4)4

5)5 ve üstü

5.Ailenin kaçınıcı çocuğusunuz?.....

6.Kaç yıldır Şanlıurfa'dasınız?.

7.Evde kiminle/kimlerle kalıyorsunuz?

1)Anne

2)Baba

3)Anne, baba ve diğer akrabalar

4) Diğer

8.Annenizin eğitim durumu nedi?

1)Okuryazar- değil

2)Okuryazar

3)İlkokul

4)Ortaokul

5)Lise

6)Üniversite

9.Babanızın eğitim durumu nedir?

1)Okuryazar- değil

2)Okur yazar

3)İlkokul

4)Ortaokul

5)Lise

6)Üniversite

10. Anne ve babanın her ikisi de hayatta mı?

1)Evet

2)Hayır.....

11. Anneniz hayatta ise sağlık durumu nasıl?

1)Kötü

2)İyi

12. Babanız hayatta ise sağlık durumu nasıl?

1)Kötü

2)İyi

13. Hayatta değil ise ölüm nedenini yazınız?

14. Ailede herhangi bir işte çalışan kimse var mı?

1)Evet

2)Hayır

15. Ailenizin gelir (para) durumu Türkiye'ye taşındıktan sonra değişti mi?

1) Arttı

2) Azaldı

3) Değişmedi

16. Türkiye'ye geldikten sonra ailenizin size davranışlarında değişiklik oldu mu?

1)Evet

2)Hayır

17. Davranışlardaki değişiklik hangi yönde oldu?

1) Olumlu

2) Olumsuz

18. Türkiye'ye taşındıktan sonra istediğiniz gibi arkadaşlarınız oldu mu?

1)Evet

2)Hayır

19. Savaş nedeniyle yakınlarınızdan kaybettiğiniz oldu mu?

1)Evet

2)Hayır

20. Savaş esnasında yakınlarınızdan ölen oldu mu?

1) Kimse ölmedi 2) Annem öldü 3) Babam öldü

4) Kardeşlerimden ölen oldu 5) Akrabalarımın dan ölen oldu

6) Arkadaşlarımdan ölen oldu 7) Komşularımızdan ölen oldu

21. Geldiğiniz yerde güvenliğinden endişe ettiğiniz kimse (arkadaş, akraba vs) kaldı mı?

1) Evet 2) Hayır

22. Savaş veya göç esnasında kötü muamele veya işkenceye maruz kaldınız mı?

1) Evet 2) Hayır

23. Ölü ya da yaralı kimse gördünüz mü?

1) Evet 2) Hayır

24. Kimsenin şiddete maruz kaldığını veya öldürüldüğünü gördünüz mü?

1) Evet 2) Hayır

25. Geldiğiniz yerde silahlı çatışma veya bombalı eyleme şahit oldunuz mu?

1) Evet 2) Hayır

26. Savaş/göç sırasında ne kadar korktunuz?

1) Hiç 2) Biraz 3) Oldukça 4) Çok

27. Savaş/Göç sırasında yanınızda bulunanlar yaralandı mı?

1) Evet 2) Hayır

28. Savaş/Göçten sonra evsiz, yiyeceksiz kaldığınız oldu mu?

1) Evet 2) Hayır

29. Savaş/Göç sırasında yalnız mıydınız?

1) Evet 2) Hayır

30.Kampta/ kaldığınız yerde akrabalarınız var mı?

1)Evet 2)Hayır

31.Savaşın biteceğine inanıyor musunuz?

1)Evet 2)Hayır

32.Ülkenize geri dönebileceğinize inanıyor musunuz?

1)Evet 2)Hayır

33.Savaş bitse tekrar ülkenize dönmek ister misiniz?

1)Evet 2)Hayır

34.Buradaki durumunuzdan memnun musunuz?

1)Memnun değilim 2)Memnunum 3)Emin değilim

35.Türkçe biliyor musunuz?

1)Hiç bilmiyorum 2)Biraz biliyorum 3)İyi derecede biliyorum.

EK.2.Çocuk Depresyon Ölçeği

A	0	Kendimi arada sırada üzgün hissedirim.
	1	Kendimi sık sık üzgün hissedirim
	2	Kendimi her zaman üzgün hissedirim

B	0	İşlerim hiçbir zaman yolunda gitmeyecek.
	1	İşlerimin yolunda gidip gitmeyeceğinden emin değilim.
	2	İşlerim yolunda gidecek.

C	0	İşlerimin çoğunu doğru yaparım.
	1	İşlerimin çoğunu yanlış yaparım.
	2	Her şeyi yanlış yaparım.

D	0	Birçok şeyden hoşlanırım.
	1	Bazı şeylerden hoşlanırım
	2	Hiçbir şeyden hoşlanmam.

E	0	Her zaman kötü bir çocuğum.
	1	Çoğu zaman kötü bir çocuğum.
	2	Arada sırada kötü bir çocuğum.

F	0	Arada sırada başıma kötü bir şeylerin geleceğini düşünürüm.
	1	Sık sık başıma kötü şeylerin geleceğinden endişelenirim.
	2	Başıma çok kötü şeylerin geleceğinden eminim.

G	0	Kendimden nefret ederim.
	1	Kendimi beğenmem.
	2	Kendimi beğenirim.

H	0	Bütün kötü şeyler benim hatam.
	1	Kötü şeylerin bazıları benim hatam.
	2	Kötü şeyler genellikle benim hatam değil.

I	0	Kendimi öldürmeyi düşünmem.
	1	Kendimi öldürmeyi düşünürüm ama yapamam.
	2	Kendimi öldürmeyi düşünüyorum.

İ	0	Her gün içimden ağlamak gelir.
	1	Bir çok günler içimden ağlamak gelir.
	2	Arada sırada içimden ağlamak gelir.

J	0	Her şey her zaman beni sıkır.
	1	Her şey sık sık beni sıkır.
	2	Her şey arada sırada beni sıkır.

K	0	İnsanlarla beraber olmaktan hoşlanırım.
	1	Çoğu zaman insanlarla birlikte olmaktan hoşlanmam.
	2	Hiçbir zaman insanlarla birlikte olmaktan hoşlanmam.

L	0	Herhangi bir şey hakkında karar veremem.
	1	Herhangi bir şey hakkında karar vermek zor gelir.
	2	Herhangi bir şey hakkında kolayca karar veririm.

M	0	Güzel / yakışıklı sayılırım.
	1	Güzel / yakışıklı olmayan yanlarım var.
	2	Çirkinim.

N	0	Okul ödevlerimi yapmak için her zaman kendimi zorlarım.
	1	Okul ödevlerimi yapmak için çoğu zaman kendimi zorlarım.
	2	Okul ödevlerimi yapmak sorun değil.

O	0	Her gece uyumakta zorluk çekerim.
	1	Birçok gece uyumakta zorluk çekerim
	2	Oldukça iyi uyurum.

Ö	0	Arada sırada kendimi yorgun hissederim
	1	Birçok gün kendimi yorgun hissederim
	2	Her zaman kendimi yorgun hissederim.

P	0	Hemen her gün canım yemek, yemek istemez
	1	Çoğu gün canım yemek, yemek istemez.
	2	Oldukça iyi yemek yerim.

R	0	Ağrı ve sızılardan endişe etmem
	1	Çoğu zaman ağrı ve sızılardan endişe ederim.
	2	Her zaman ağrı ve sızılardan endişe ederim.

S	0	Kendimi yalnız hissetmem.
	1	Çoğu zaman kendimi yalnız hissederim.
	2	Her zaman kendimi yalnız hissederim.

Ş	0	Okuldan hiç hoşlanmam.
	1	Arada sırada okuldan hoşlanırım.
	2	Çoğu zaman okuldan hoşlanırım.

T	0	Birçok arkadaşım var.
	1	Birkaç arkadaşım var ama daha fazla olmasını isterdim.
	2	Hiç arkadaşım yok.

U	0	Okul başarıml iyi.
	1	Okul başarıml eskisi kadar iyi değil.
	2	Eskiden iyi olduğum derslerden çok başarımsızım.

Ü	0	Hiçbir zaman diğer çocuklar kadar iyi olamıyorum
	1	Eğer istersem diğer çocuklar kadar iyi olurum.
	2	Diğer çocuklar gibi iyiyim.

V	0	Kimse beni sevmez.
	1	Beni seven insanların olup olmadığından emin değilim.
	2	Beni seven insanların olduğundan eminim.

Y	0	Bana söyleneni genellikle yaparım.
	1	Bana söyleneni çoğu zaman yaparım.
	2	Bana söyleneni hiçbir zaman yapmam.

Z	0	İnsanlarla iyi geçinirim.
	1	İnsanlarla sık sık kavga ederim.
	2	İnsanlarla her zaman kavga ederim.

EK.3.UCLA Yalnızlık Ölçeği

Sizi ne kadar tanımlıyor?
(Size ne kadar uygun?)

		Hiç uygun değil	Nadiren Uygun	Bazen Uygun	Sık Sık Uygun
1	Kendimi çevredeki diğer insanlarla uyum içinde hissediyorum				
2	Arkadaşım yok				
3	Başvurabileceğim hiç kimse yok				
4	Kendimi yalnız hissetmiyorum				
5	Kendimi bir arkadaş grubunun bir parçası gibi hissediyorum				
6	Çevremdeki insanlarla bir çok ortak yönüm var.				
7	Artık hiç kimseyle samimi değilim				
8	İlgilerim ve fikirlerim çevremdekilerce paylaşılmıyor				
9	Dışa dönük bir insanım				
10	Kendimi yakın hissettiğim insanlar var.				
11	Kendimi toplum dışı bırakılmış hissediyorum				
12	Sosyal ilişkilerim yüzeyseldir.				
13	Hiç kimse beni gerçekten iyi tanımıyor				
14	Kendimi diğer insanlardan soyutlanmış hissediyorum				
15	İstediğim zaman arkadaş bulabilirim				
16	Beni gerçekten anlayan insanlar var				
17	Bu kadar dışa itilmiş olmaktan ötürü mutsuzum				
18	Çevremde insanlar var fakat benimle değiller				
19	Konuşabileceğim insanlar var				
20	Derdimi söyleyebileceğim insanlar var				

EK.4. İzin Yazısı



T.C.
ŞANLIURFA VALİLİĞİ
İl Millî Eğitim Müdürlüğü

Sayı : 50790867/20/2831482

10.03.2016

Konu: Filiz SOLMAZ'ın Araştırma İzni

MÜDÜRLÜK MAKAMINA

- İlgi : a) Harran Üniversitesinin 02/03/2016 tarih ve 1811 sayılı yazısı.
b) Millî Eğitim Bakanlığına Bağlı Okul ve Kurumlarda yapılacak Araştırma ve Araştırma Desteğine Yönelik İzin ve Uygulama Yönergesi.

Harran Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Yüksek lisans programı öğrencisi Filiz SOLMAZ'ın, "**Okul Çağındaki Suriyeli Sığınmacı Çocukların Yalnızlık ve Depresyon Durumlarının İncelenmesi**" konulu araştırma izni ile ilgili olarak, ilgi (b) yönergenin ilgili maddeleri doğrultusunda, İlimiz bünyesindeki ekte belirtilen okullarda, eğitim öğretimin aksatılmadan ve gönüllülük esasına dayalı olarak yapılması Müdürlüğümüzce uygun görülmektedir.

Makamlarınızca da uygun görülmesi halinde Olur'larınıza arz ederim.

Mustafa Memdüh RASTGELDİ
Millî Eğitim Şube Müdürü

OLUR
10.03.2016
Metin İLCİ
İl Millî Eğitim Müdürü

Ek: Yazı ve Bağlı Belgeler (7 Sayfa)

Hamidiye Mh. Necmettin Cevheri Cad. No:20-Şanlıurfa
Elektronik Ağ: www.sanlıurfa.meb.gov.tr

Bilgi için: Ali ÇELİK (VHKİ)
Tel: (414) 318 85 00 / 01 - Büro : (414) 318 8584
Faks: (414) 318 87 87

Bu evrak güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır. <http://evraksorgu.meb.gov.tr> adresinden 5616-d738-3199-ad00-ce4d kodu ile teyit edilebilir.

EK.5. Etik Kurul Kararı



Sayı : 74059997.050.01.04/ 62
Konu : Proje

T.C.
HARRAN ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
Etik Kurul Başkanlığı

12/04/2016

Sayın Yrd. Doç. Dr. Hülya KARATAŞ
Sağlık Yüksekokulu Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları
Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi

Yürütücüsü olduğunuz “Okul Çağındaki Suriyeli Sığınmacı Çocukların Yalnızlık ve Depresyon Durumlarının İncelenmesi” başlıklı çalışmaya Etik Kurulu Onayı verilmesine, ilişkin Kurulumuzun 01.04.2016 tarih, 03 nolu oturum ve 01 sayılı kararı ekte gönderilmektedir.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

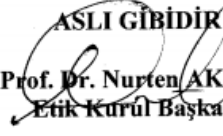

Prof. Dr. Nurten AKSOY
Etik Kurul Başkanı

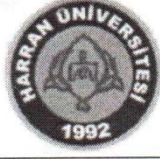
EK: Etik Kurul Kararı (1 Adet)

Tıp Fakültesi Morfoloji Binası Diyarbakır yolu üzeri Yenişehir Kampüsü 63300 ŞANLIURFA
Telefon : (0 414) 318 30 31 – 318 30 00 Fax: (0 414) 318 31 92 e-mail: etik.kurul@yahoo.com

EK.5. Etik Kurul Kararı

HARRAN ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ Etik Kurul Kararı	
TARİH	: 01.04.2016
OTURUM	: 03
SAAT	: 14:30

16/03/01	<p>Üniversitemiz Sağlık Yüksekokulu Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Yrd. Doç. Dr. Hülya KARATAŞ'ın sorumlu araştırmacı olduğu "Okul Çağındaki Suriyeli Sığınmacı Çocukların Yalnızlık ve Depresyon Durumlarının İncelenmesi" başlıklı çalışmaya Etik Kurulu Onayı verilmesine,</p> <p>Oybirliğiyle / Oyçokluğuyla karar verilmiştir.</p> <p style="text-align: center;">ASLI GİBİDİR  Prof. Dr. Nurten AKSOY Etik Kurul Başkanı</p>
-----------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------



T.C.
HARRAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ

TEZ ÇALIŞMASI ORJİNALLİK RAPORU VE BEYAN BELGESİ

Öğrencinin

Numarası :145322012
Adı, Soyadı :Filiz SOLMAZ
Anabilim Dalı (Bölümü) :Hemşirelik Anabilim Dalı
Programı : Yüksek Lisans Doktora
Tezin Adı: OKUL ÇAĞINDAKİ SURİYELİ SİĞINMACI ÇOCUKLARIN YALNIZLIK VE DEPRESYON DURUMLARININ İNCELENMESİ

SAĞLIK BİLİMLER ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

Yukarıda başlığı belirtilen tez çalışmamın; *kapak sayfası, giriş, ana bölümler ve sonuç* kısımlarından oluşan toplam 64 sayfalık kısmına ilişkin, 13/12/2017 tarihinde danışmanım tarafından Turnitin adlı intihal tespit programından aşağıda belirtilen filtrelemeler uygulanarak alınmış olan orijinallik raporuna göre, benzerlik oranı %21'dir.

Uygulanan filtrelemeler:

- 1- Kabul/Onay ve Bildirim sayfaları hariç,
- 2- Kaynakça hariç
- 3- Alıntılar hariç
- 4- 5 kelimedenden daha az örtüşme içeren metin kısımları hariç

Yukarıda bilgileri verilen tezin, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu tarafından kabul edilen lisansüstü orijinallik raporu alınması uygulama esasları ile belirlenen azami benzerlik oranlarını aşmadığını ve bütün bilgilerin, akademik kurallara uygun olarak toplanıp sunulduğunu, çalışmada bana ait olmayan tüm veri, düşünce ve sonuçları andığımı, blok şeklinde alıntılar yapmadığımı ve tüm alıntılarının bilimsel atıf kuralları çerçevesinde kaynağını gösterdiğimi, Yükseköğretim Kurulu Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Yönergesi ile Harran Üniversitesi Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Yönergesinin 8. maddesinde yer alan etik ihlallerden her hangi birisinin yer almadığını, etik ihlal tespiti halinde, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulunca, diplomamın iptal edilmesini kabul ediyorum.

Gereğini saygılarımla arz ederim. 19/12/2017

Tezi Hazırlayan Öğrencinin

Adı-Soyadı: Filiz SOLMAZ

İmzası:

Yukarıda yer alan raporun ve beyanım doğruluğunu onaylarım. 19/12/2017

Danışmanın

Unvanı-Adı-Soyadı: Doç.Dr.Hülya KARATAŞ

İmzası:

OKUL ÇAĞINDAKİ SURİYELİ SIĞINMACI ÇOCUKLARIN YALNIZLIK VE DEPRESYON DURUMLARININ İNCELENMESİ

ORJİNALLİK RAPORU

%21 BENZERLİK ENDEKSİ	%18 İNTERNET KAYNAKLARI	%7 YAYINLAR	%9 ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ
---------------------------------	--------------------------------------	-----------------------	-------------------------------

BİRİNCİL KAYNAKLAR

1	halksagligiokulu.org İnternet Kaynağı	%2
2	www.ogelk.net İnternet Kaynağı	%1
3	library.cu.edu.tr İnternet Kaynağı	%1
4	www.tavsiyee diyorum.com İnternet Kaynağı	%1
5	www.psy.metu.edu.tr İnternet Kaynağı	%1
6	Submitted to Ondokuz Mayıs Üniversitesi Öğrenci Ödevi	%1
7	www.steteskop.net İnternet Kaynağı	%1
8	prezi.com İnternet Kaynağı	%1

T.C
YÜKSEKÖĞRETİM KURULU
ULUSAL TEZ MERKEZİ

TEZ VERİ GİRİŞİ VE YAYIMLAMA İZİN FORMU

Referans No	10179318
Yazar Adı / Soyadı	FİLİZ SOLMAZ
T.C.Kimlik No	39454903568
Telefon	5370199363
E-Posta	filizsolmaz4763@gmail.com
Tezin Dili	Türkçe
Tezin Özgün Adı	OKUL ÇAĞINDAKİ SURİYELİ SİĞINMACI ÇOCUKLARIN YALNIZLIK VE DEPRESYON DURUMLARININ İNCELENMESİ
Tezin Tercümesi	A STUDY ON STATUS OF DEPRESSION AND LONELINESS AMONG SCHOOL AGE SYRIAN REFUGEE CHILDREN
Konu	Hemşirelik = Nursing
Üniversite	Harran Üniversitesi
Enstitü / Hastane	Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Anabilim Dalı	Hemşirelik Anabilim Dalı
Bilim Dalı	
Tez Türü	Yüksek Lisans
Yılı	2018
Sayfa	94
Tez Danışmanları	DOÇ. DR. HÜLYA KARATAŞ DOÇ. DR. HASAN KANDEMİR
Dizin Terimleri	
Önerilen Dizin Terimleri	depresyon=depression yalnızlık=loneliness çocuk=child hemşirelik=nursing sığınmacı=refugee
Kısıtlama	Yok

Yukarıda bilgileri kayıtlı olan tezinin, bilimsel araştırma hizmetine sunulması amacı ile Yükseköğretim Kurulu Ulusal Tez Merkezi Veri Tabanında arşivlenmesine ve internet üzerinden tam metin erişime açılmasına izin veriyorum.

02.02.2018

İmza:.....