

T.C.
GÜMÜŞHANE ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

AFET YÖNETİMİ ANABİLİM DALI

**SURİYELİ MÜLTECİLERİN TRAVMA SONRASI STRES BOZUKLUĞU,
DEPRESYON VE ANKSİYETE BELİRTİLERİ İLE
YAŞAM KALİTESİ ARASINDAKİ İLİŞKİ ÜZERİNE BİR ARAŞTIRMA:
KAYSERİ İLİ ÖRNEĞİ**

DOKTORA

Emrah GÖKKAYA

ARALIK-2022
GÜMÜŞHANE



**T.C.
GÜMÜŞHANE ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ**

AFET YÖNETİMİ ANABİLİM DALI

**SURİYELİ MÜLTECİLERİN TRAVMA SONRASI STRES BOZUKLUĞU,
DEPRESYON VE ANKSİYETE BELİRTİLERİ İLE
YAŞAM KALİTESİ ARASINDAKİ İLİŞKİ ÜZERİNE BİR ARAŞTIRMA:
KAYSERİ İLİ ÖRNEĞİ**

**A STUDY ON THE RELATIONSHIP BETWEEN POST-TRAUMATIC STRESS
DISORDER, DEPRESSION AND ANXIETY SYMPTOMS AND THE QUALITY
OF LIFE OF SYRIAN REFUGEES: A CASE STUDY OF KAYSERİ PROVINCE**

DOKTORA

Emrah GÖKKAYA

**ARALIK-2022
GÜMÜŞHANE**



**T.C.
GÜMÜŞHANE ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ**

AFET YÖNETİMİ ANABİLİM DALI

**SURİYELİ MÜLTECİLERİN TRAVMA SONRASI STRES BOZUKLUĞU,
DEPRESYON VE ANKSİYETE BELİRTİLERİ İLE
YAŞAM KALİTESİ ARASINDAKİ İLİŞKİ ÜZERİNE BİR ARAŞTIRMA:
KAYSERİ İLİ ÖRNEĞİ**

**A STUDY ON THE RELATIONSHIP BETWEEN POST-TRAUMATIC STRESS
DISORDER, DEPRESSION AND ANXIETY SYMPTOMS AND THE QUALITY
OF LIFE OF SYRIAN REFUGEES: A CASE STUDY OF KAYSERİ PROVINCE**

DOKTORA

Emrah GÖKKAYA

Danışman: Doç. Dr. Mehmet Hanefi TOPAL

**ARALIK-2022
GÜMÜŞHANE**

BİLİMSEL ETİĞE UYGUNLUK BEYANI

Doktora Tezi olarak hazırlamış olduğum “**Suriyeli Mültecilerin Travma Sonrası Stres Bozukluğu, Depresyon ve Anksiyete Belirtileri ile Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişki Üzerine Bir Araştırma: Kayseri İli Örneği**” isimli bu tezimin, tamamen kendi çalışmam olduğunu, her alıntıya kaynak gösterdiğimi, alıntı yaptığım tüm çalışmaları kaynakçada belirttiğimi ve Gümüşhane Üniversitesi’nin lisanslı kullanıcısı olduğu intihal yazılım programı ile Lisansüstü Eğitim Enstitüsü’nün belirlediği kıstaslara uygun olarak raporladığımı taahhüt ederim. Tezimin kâğıt ve elektronik kopyalarının Gümüşhane Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü arşivinde saklanmasına izin verdiğimi onaylarım.

Lisansüstü Eğitim ve Öğretim Yönetmeliği’nin ilgili maddeleri uyarınca gereğinin yapılmasını arz ederim.

20/12/2022

.....
Emrah GÖKKAYA

TEŞEKKÜR

Bu çalışmanın ortaya çıkmasına vesile olan ve desteklerini esirgemeyen kişilere teşekkürü bir borç bilirim. Tezin ana fikrinin ortaya çıkmasında ve yürütülmesi sürecinde değerli görüşlerini ve desteklerini esirgemeyen danışman hocam Doç. Dr. Mehmet Hanefi TOPAL'a, tez sürecinde önemli eleştirileri ve katkılarından dolayı Tez İzleme Komitesi üyeleri Prof. Dr. Ekrem CENGİZ ve Prof. Dr. Serkan ÖZTÜRK'e, çalışmam boyunca bilgi, beceri ve tecrübeleriyle desteğini esirgemeyen Doç. Dr. Özgür DEMİRTAŞ ve Dr. Öğr. Üyesi Sefa MIZRAK'a teşekkür ederim. Özellikle çalışmanın manevi külfetini çeken ve bugünlere gelmemde üzerimde büyük emeği olan canım aileme, yine çalışma sürecinde beni sabırla destekleyen, bana güvenini her daim hissettiren hayat arkadaşıma teşekkür ederim. Çalışmanın, tüm yararlanıcılarına faydalı olmasını temenni ediyorum.

Gümüşhane-2022
Emrah GÖKKAYA

ÖZET

Bu tez çalışması, savaş nedeniyle yerlerinden edilerek Türkiye'ye göç etmek zorunda kalmış Suriyeli mültecilerin, TSSB, depresyon ve anksiyete ruh sağlığı bozukluklarının ve yaşam kalitesinin belirleyicilerini ve ruhsal bozukluklar ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkileri ampirik olarak incelemeyi amaçlamaktadır.

Araştırma kapsamında, Kayseri ilinde yaşayan 613 Suriyeli mülteci den toplanan veriler analiz edilmiştir. Araştırmada veri yapısını değerlendirmek ve bazı tanımlayıcı analizler için frekans analizleri yapılmıştır. Araştırmada kullanılan veri toplama araçlarının güvenirlilikleri Cronbach Alfa Katsayısı yöntemi ile test edilmiştir. Veri toplama araçlarının geçerlilikleri ise, Açıklayıcı Faktör Analizi ve Doğrulayıcı Faktör Analizi yöntemleri ile test edilmiştir. Araştırmada kullanılan değişkenler arasındaki korelasyonel ilişkiler korelasyon, bağımsız örneklem t-testi ve tek yönlü ANOVA analizleri ile incelenmiştir. Araştırma modelleri bağlamında oluşturulan hipotezler yol (path) ve moderatör etki analizleri ile test edilmiştir. Araştırma sonucunda Suriyeli mültecilerin ruhsal bozukluklarının ve yaşam kalitelerinin farklı sosyodemografik özellikleri ile ilişkili olduğu ve mültecilerin ruhsal bozukluklarının yaşam kaliteleri üzerinde etkili olduğu belirlenmiştir. Türkiye'de bulundukları süre boyunca Suriyeli mültecilerin toplumsal uyumlarının artırılması ve ruhsal bozuklukları ile yaşam kalitelerinin iyileştirilmesi için istihdam sayıları ile sosyal desteklerin artırılması, kadınlara yönelik ruh sağlığı hizmetlerinin yaygınlaştırılması önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Anksiyete, Depresyon, Travma sonrası stres bozukluğu, Yaşam kalitesi, Suriyeli mülteciler

SUMMARY

This thesis aims to empirically examine the determinants of PTSD, depression and anxiety, mental health disorders and the quality of life, as well as the relationships between mental disorders and the quality of life of Syrian refugees who were displaced due to the war and had to migrate to Turkey.

Within the scope of this study, the data collected from 613 Syrian refugees living in the province of Kayseri were analyzed. For this research, frequency analyzes were performed to evaluate the data structure and for some descriptive analyzes. The reliability of the data collection tools used in the study was tested with the Cronbach Alpha Coefficient method. The validity of the data collection tools was tested with the Explanatory Factor Analysis and Confirmatory Factor Analysis methods. The correlations between the variables used in the study were examined through correlations, the independent samples t-test and the one-way ANOVA analysis. The hypotheses formed in the context of research models were tested with path and moderator effect analyses. As a result of the study, it was determined that mental disorders and the quality of life of Syrian refugees are related to different socio-demographic characteristics and that mental disorders of refugees have an impact on their quality of life. It is recommended to increase the number of employment and social supports, and to expand mental health services for women in order to increase the social cohesion of Syrian refugees and improve their mental disorders and quality of life during their stay in Turkey.

Keywords: Anxiety, Depression, Post-traumatic stress disorder, Quality of life, Syrian refugees

İÇİNDEKİLER

KABUL VE ONAY	III
BİLİMSEL ETİĞE UYGUNLUK BEYANI.....	IV
TEŞEKKÜR.....	V
ÖZET	VI
SUMMARY	VII
İÇİNDEKİLER	VIII
TABLOLAR DİZİNİ	XI
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	XIII
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ.....	XV
EKLER DİZİNİ.....	XIV
1. GİRİŞ	1
2. AFET, ZORUNLU GÖÇLER VE AFET PSİKOLOJİSİ	6
2.1. Afet Tanımı	6
2.2. Afet Türleri	6
2.2.1. Doğal Afetler.....	8
2.2.2. İnsan Kaynaklı Afetler	10
2.3. Savaş ve Göç	13
2.4. Afet Psikolojisi.....	17
2.4.1. Afet Psikolojisi Kavramı.....	17
2.4.2. Savaş ve Göç Bağlamında Afet Psikolojisi.....	20
3. TRAVMATİK OLAYLAR SONRASI PSİKİYATRİK BOZUKLUKLAR VE YAŞAM KALİTESİ: KAVRAMSAL ÇERÇEVE.....	23
3.1. Travma Sonrası Ruhsal Bozukluklar	24
3.1.1. Travma Sonrası Stres Bozukluğu.....	24
3.1.1.1. Travma Sonrası Stres Bozukluğu Kavramı.....	24
3.1.1.2. Travma Sonrası Stres Bozukluğunun Etiyolojisi	26
3.1.1.3. Travma Sonrası Stres Bozukluğunun Epidemiyolojisi	30
3.1.2. Depresyon	32
3.1.2.1. Depresyon Kavramı	32
3.1.2.2. Depresyonun Etiyolojisi.....	34
3.1.2.3. Depresyonun Epidemiyolojisi	39
3.1.3. Anksiyete	40

3.1.3.1. Anksiyete Kavramı.....	41
3.1.3.2. Anksiyetenin Etiyolojisi.....	42
3.1.3.3. Anksiyetenin Epidemiyolojisi.....	45
3.2. Yaşam Kalitesi	46
3.2.1. Yaşam Kalitesi Kavramı	46
3.2.2. Yaşam Kalitesinin Boyutları	49
3.2.3. Yaşam Kalitesinin Belirleyicileri.....	50
3.3. Travma Sonrası Ruhsal Bozukluklar ve Yaşam Kalitesi İlişkisi	51
3.3.1. Depresyon ile Travma Sonrası Stres Bozukluğu İlişkisi.....	53
3.3.2. Anksiyete ile TSSB İlişkisi	54
3.3.3. Depresyon ile Yaşam Kalitesi İlişkisi	55
3.3.4. Anksiyete ile Yaşam Kalitesi İlişkisi	55
3.3.5. TSSB ile Yaşam Kalitesi İlişkisi.....	56
4. MÜLTECİLERDE TRAVMATİK OLAYLAR SONRASI YAYGIN PSİKİYATRİK BOZUKLUKLAR VE YAŞAM KALİTESİ İLİŞKİSİ: AMPİRİK LİTERATÜR.....	58
4.1. Depresyon Düzeyi Üzerinde Etkili Faktörler.....	58
4.2. Anksiyete Düzeyi Üzerinde Etkili Faktörler.....	64
4.3. Travma Sonrası Stres Bozukluğu Üzerinde Etkili Faktörler	68
4.4. Yaşam Kalitesi Üzerinde Etkili Faktörler	74
4.5. Depresyon Düzeyi ile TSSB Arasındaki İlişki	80
4.6. Anksiyete Düzeyi ile TSSB Arasındaki İlişki.....	82
4.7. Depresyon ile Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişki	83
4.8. Anksiyete ile Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişki	85
4.9. TSSB ile Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişki.....	86
5. SURIYELİ MÜLTECİLERİN TRAVMA SONRASI STRES BOZUKLUĞU, DEPRESYON VE ANKSİYETE BELİRTİLERİ İLE YAŞAM KALİTESİ ARASINDAKİ İLİŞKİ ÜZERİNE BİR ARAŞTIRMA	89
5.1. Araştırmanın Amacı, Önemi ve Kapsamı	89
5.2. Araştırma Modelleri ve Hipotezleri	90
5.3. Araştırma Metodolojisi	93
5.3.1. Ana Evren.....	93
5.3.2. Örneklem Süreci.....	94
5.3.3. Veri Toplama ve Araştırma Araçları.....	95
5.3.4. Verilerin Analizi	96

5.4. Bulgular.....	97
5.4.1. Örneklemen Genel Özellikleri	97
5.4.2. Değişkenlerin Tanımlayıcı İstatistikleri ve Normal Dağılım.....	98
5.4.3. Veri Toplama Araçlarının Psikometrik Özelliklerinin Belirlenmesi	101
5.4.3.1. Depresyon Ölçeğinin Geçerliliği ve Güvenirliği	105
5.4.3.2. Anksiyete Ölçeğinin Geçerliliği ve Güvenirliği	106
5.4.3.3. Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Geçerliliği ve Güvenirliği	107
5.4.3.4. TSSB Ölçeğinin Geçerliliği ve Güvenirliği	109
5.4.4. Korelasyon Analizi Sonuçları	110
5.4.5. İkili Gruplar İçin Bağımsız Örneklemeler t-Testi Sonuçları	114
5.4.6. Tek Yönlü ANOVA Analizlerinin Sonuçları.....	116
5.4.7. Hipotez Testlerinin Sonuçları	120
5.4.7.1. Model 1 ve Model 2 İçin Yol (Path) Analizi Sonuçları.....	120
5.4.7.2. Düzenleyici (Moderatör) Etki Analizlerinin Sonuçları.....	123
5.4.8. Araştırmada Yer Alan Hipotez Testi Bulgularının Özet Sunumu	125
6. TARTIŞMA, SONUÇ VE DEĞERLENDİRME	128
KAYNAKÇA.....	136
EKLER.....	199
ETİK KURUL KARARI	202
ÖZGEÇMİŞ	205

TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo 1. 1894-2014 Yılları arasında Türkiye’de meydana gelen afetler (UNDRR, 2022).....	7
Tablo 2. 2020 yılında Türkiye’de meydana gelen doğa kaynaklı olay istatistikleri (AFAD, 2022d).....	9
Tablo 3. 2020-2022 Yılları arasında dünyada doğa kaynaklı olaylardan etkilenen ülkeler ve insan sayıları (Em-Dat, 2022).....	10
Tablo 4. 2000-2022 yılları arası dünyada meydana gelen endüstriyel kazalardan en çok etkilenen ülkeler ve kaza sayıları (Em-Dat, 2022).	11
Tablo 5. 2000-2022 yılları arası dünyada meydana gelen ulaşım kazalarından en çok etkilenen ülkeler ve kaza sayıları (Em-Dat, 2022).	12
Tablo 6. 2021 yılı ilk 6 ayı en çok mülteci göçü alan ve en çok mülteci göçü veren ülkeler (UNHCR, 2021).	14
Tablo 7. Yıllara göre Türkiye’de bulunan geçici koruma kapsamındaki Suriyeliler (Göç İdaresi Başkanlığı, 2022).....	15
Tablo 8. Türkiye’de geçici koruma kapsamındaki Suriyelilerin il nüfusuna kıyasla en fazla ve en az bulunduğu 10 il (Göç İdaresi Başkanlığı, 2022).	16
Tablo 9. Türkiye’de geçici koruma kapsamında bulunan Suriyelilerin geçici barınma merkezleri dağılımı (Göç İdaresi Başkanlığı, 2022).	17
Tablo 10. Travma sonrası stres bozukluğu risk faktörleri (Brewin vd. 2000; Ozer vd. 2003).....	28
Tablo 11. Mültecilerde TSSB yaygınlığı ile ilgili yapılan bazı araştırmalar	32
Tablo 12. Mültecilerde depresyon yaygınlığı ile ilgili yapılan bazı araştırmalar	40
Tablo 13. Mültecilerde anksiyete yaygınlığı ile ilgili yapılan bazı araştırmalar.....	46
Tablo 14. Araştırmanın hipotezleri	92
Tablo 15. Ana evren (Kayseri İl Göç İdaresi Müdürlüğü, 2022).....	94
Tablo 16. Araştırma örnekleminin genel özellikleri	97
Tablo 17. Değişkenlerin tanımlayıcı istatistikleri ve normal dağılımın kontrolü	98
Tablo 18. Yapısal eşitlik modellerinde kullanılan uyum indisleri ve uyum iyiliği için önerilen sınır değerler.....	104
Tablo 19. Depresyon ölçeğinin geçerliliği ve güvenirliği.....	105
Tablo 20. Anksiyete ölçeğinin geçerliliği ve güvenirliği.....	107

Tablo 21. Yaşam kalitesi ölçeğinin geçerliliği ve güvenirliği	108
Tablo 22. TSSB ölçeğinin geçerliliği ve güvenirliği	110
Tablo 23. Değişkenler arasındaki korelasyon ilişkileri.....	112
Tablo 24. İkili gruplar için bağımsız örneklem t-testi sonuçları.....	114
Tablo 25. Yaş grupları için tek yönlü ANOVA analizi sonuçları.....	117
Tablo 26. Gelir grupları için tek yönlü ANOVA analizi sonuçları.....	118
Tablo 27. Medeni durum grupları için tek yönlü ANOVA analizi sonuçları	119
Tablo 28. Çalışma durumu grupları için tek yönlü ANOVA analizi sonuçları	119
Tablo 29. Model 1 ve model 2 için model uyum iyiliği sonuçları.....	120
Tablo 30. Model 1 ve 2 için yol (Path) analizi sonuçları.....	121
Tablo 31. Depresyonun TSSB üzerindeki etkisinde yaşam kalitesinin düzenleyici etkisi.....	123
Tablo 32. Anksiyetenin TSSB üzerindeki etkisinde yaşam kalitesinin düzenleyici etkisi.....	124
Tablo 33. Araştırmada yer alan hipotez testi bulgularının özet sunumu.....	125

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1. Depresyon nedenleri (Kırlı, 2008).	36
Şekil 2. Araştırma modeli-I.....	90
Şekil 3. Araştırma modeli-II	91
Şekil 4. Araştırma modeli-III	91
Şekil 5. Model 1 hipotez testi sonuçları (Özet).....	122
Şekil 6. Model 2 hipotez testi sonuçları (Özet).....	122
Şekil 8. Depresyon – yaşam kalitesi etkileşimi.....	124



EKLER DİZİNİ

Ek 1. Anket Formu.....	199
------------------------	-----



SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

α	: Cronbach's Alfa
AFA	: Açımlayıcı Faktör Analizi
AFAD	: Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığı
AGFI	: Düzeltilmiş Uyum İyiliği İndisi
APA	: Amerikan Psikoloji Derneği
Bkz.	: Bakınız
BM	: Birleşmiş Milletler
CFI	: Karşılaştırmalı Uyum İndisi
CMIN/DF	: Ki-kare/serbestlik derecesi
DFA	: Doğrulayıcı Faktör Analizi
DRN	: Afet Müdahale Ağı
DSM	: Ruhsal Bozukluklar Teşhis ve İstatistik El Kitabı
EM-DAT	: Uluslararası Afetler Veri Tabanı
GFI	: Uyum İyiliği İndisi
IASC	: Kurumlararası Daimi Komite
IASFM	: Uluslararası Zorunlu Göç Araştırmaları Derneği
IFI	: Arttırımlı Uyum İndisi
KMO	: Kaiser-Meyer-Olkin
NFI	: Normal Uyum İndisi
OCHA	: Birleşmiş Milletler İnsani Yardım Koordinasyon Ofisi
PCA	: Temel Bileşenler Analizi
RMSEA	: Yaklaşık Hataların Ortalama Karekökü
SPSS	: Sosyal Bilimler İçin İstatistik Paketi
ss	: Standart Sapma
TSSB	: Travma Sonrası Stres Bozukluğu
TLI	: Tucker-Lewis İndisi
UNHCR	: Birleşmiş Milletler Mülteciler Yüksek Komiserliği
YEM	: Yapısal Eşitlik Modellemesi
vd.	: ve diğerleri
WHO	: Dünya Sağlık Örgütü

1. GİRİŞ

Dünya üzerinde beklenmedik biçimlerde, büyüklüklerde ve beklenmedik yerlerde meydana gelen doğal afetler, toplumların yok olmasına neden olabilecek kadar uzanan etkilere sahip olabilmektedir. Toplumların yok olmasına yalnızca doğal afetler değil savaş gibi insan kaynaklı afetlerde sebep olabilmektedir (Gluchman, 2016).

Toplumsal düzen, iç çatışmaların ve savaşların hâkim olduğu toplumlarda bozulur. Bu toplumlarda toplumsal yaşamda kargaşalar oluşur, birçok insanın hayatı tehlikeye girer ve toplumsal güven düzeyi sarsılır. Güvenin sarsıldığı bu tip iç çatışmaya dönüşen kitlesel toplumsal hareketler, toplumsal şiddet olayları ve terör eylemleri, o bölgede uzun süredir ikamet eden bireylerin tahliye edilmesini zorunlu hale getirebilmekte, bu durumdan etkilenen insanların yaşamları üzerinde olumsuz izler bırakabilmekte ve hatta büyük oranda mal ve can kaybına sebep olabilmektedir. Bu durum insanları bir yerden bir yere zorunlu olarak göç etmek durumunda bırakmakta ve dolayısıyla mülteci konumuna düşmesine sebep olabilmektedir.

Sahip olduğu siyasi veya dini görüş ya da parçası olduğu ırk veya sosyal grup nedeniyle kötü muamele göreceği hakkında endişeleri olan ve bu sebeple vatandaşı olduğu ülkeyi terk ederek tekrar bu ülkeye dönmek konusunda korku yaşayan kişiler mülteci olarak nitelendirilir (Korkut, 2010). Birleşmiş Milletler Mülteci Ajansı (UNHCR) 2016 raporuna göre Suriye iç savaşının başlangıç tarihi olarak kabul edilen 15 Mart 2011 tarihinden günümüze on binlerce Suriye vatandaşı Türkiye başta olmak üzere, Ermenistan, Ürdün ve Lübnan gibi yakın ülkelere sığınmıştır. Bu hareketlilik daha sonra Avrupa'ya mülteci akını şeklinde devam etmiştir. UNHCR (2021) verilerine göre 2021 yılı ilk 6 ayı itibarıyla ülkelerinden zorunlu olarak göç edip başka ülkelere yerleşen Suriyeli mültecilerin¹ sayısı yaklaşık 6.5 milyondur. Savaş nedeniyle yerinden edilmiş bu kişilere toplam 129 ülke ev sahipliği yapmaktadır. Resmi rakamlara göre Türkiye, Suriyeli mültecilerin yarısından fazlasını (yaklaşık 3.7 milyon) ağırlamaktadır. Türkiye'nin ardından en fazla Suriyeli mülteciye ev sahipliği yapan diğer ülkeler sırasıyla Lübnan (851 700), Ürdün (668 300), Almanya (616 300) ve Irak'tır (246 000).

¹ 2011 yılının Mart ayında Suriye Arap Cumhuriyeti'nde (Suriye) meydana gelen iç karışıklıkların başlamasından bu yana giderek artan sayıda Suriye vatandaşı Türkiye'ye uluslararası koruma bulmak amacıyla gelmektedir. Türkiye, bu kişilere "geçici koruma" sağlamaktadır. Dolayısıyla mülteci kavramı yerine Göç İdaresi Başkanlığın "geçici koruma altındaki sığınmacı" kavramını kullanmaktadır (Göç İdaresi Başkanlığı, 2022).

Suriye'deki iç savaşa bağlı olarak ortaya çıkan insan hareketliliği, birçok psikososyal travmatik problemleri beraberinde getirmiş, yaşanan olumsuzluklar sebebiyle evlerinden ayrılmaya mecbur bırakılan Suriyeliler yoğun travmaya maruz kalmıştır (Ai vd., 2002). Travma, tanım olarak bireylerin normal hayat akışını ve sahip olduğu denge mekanizmasını bozan ve aynı zamanda bireylerde krize yol açabilen durumlardır (Yüksel, 2009). Ayrıca travma, bireylerin normal hayat akışının sekteye uğratan ve sahip oldukları denge mekanizmasının bozulmasına neden olan durumlar olup travmayı deneyimleyen bireylerde kriz halinin ortaya çıkmasına da neden olabilir. Travmatik yaşantılar; kişinin can ve mal güvenliğini tehdit edecek durumlarla karşılaşma, hayati tehlikeye sebep olabilecek yaralanmalara maruz kalma veya ölüm gibi olumsuzlukların başka kişilerin başına gelmesine şahit olmasıdır (APA, 2013). Travmatik olaylar, savaş, bombalama, silahlı saldırı, işkence, cinsel istismar, doğal afet veya çeşitli kazalar şeklinde gerçekleşebilmektedir (Özgen ve Aydın, 1999). Travmatik olaylarla karşılaşan bireylerde, madde kullanımıyla birlikte travma sonrası stres bozukluğu (TSSB), akut stres bozukluğu, uyum bozukluğu, dissosiyatif bozukluk, kişilik bozukluğu, depresyon ve anksiyete bozuklukları gibi ruhsal bozukluklar görülebilmektedir (Cervatoğlu-Geyran, 2000). Depresyon ve anksiyete ruhsal bozuklukları da travmatik olaylarla karşılaşan bireylerde TSSB'e eşlik eden en yaygın ruhsal bozukluklardandır (Norris vd. 2002; Stander ve Thomsen, 2014; Henkelmann vd. 2020). Öte yandan afet psikolojisi alanın depresyon ve anksiyete ruhsal bozuklukları sıklıkla TSSB ile beraber araştırılan konuların başında gelir (Gerritsen vd., 2006).

Travma deneyimi yaşayan her bireyde ortaya çıkan ruhsal bozukluklar aynı düzeyde gerçekleşmez. Bireylerin ruhsal bozukluklarının farklılaşmasına neden olan birçok etiyolojik² faktör bulunmaktadır. Daha önceki araştırmalar, bireylerin yakın çevreden birilerini (aile fertleri, akraba, arkadaş veya öğretmen) kaybetmesi, yaşadığı yerden başka bölgeye göç etmesi, alışkın olduğu hayattan uzaklaşması, sevdiği eşyaları kaybetmesi ve ekonomik problemlerle karşılaşmasına ilave olarak yaşı, cinsiyeti, gelir, çalışma ve eğitim durumu, medeni hali, travma öyküsüne sahip olup olmadığı, cinsel istismara maruz kalması, hanehalkının büyüklüğü ve sağlık hizmetlerine erişebilme imkanının olup olmadığı gibi durumların da ruhsal bozuklukların nedenleri olduğunu ortaya koymaktadır. Bunlar içerisinde özellikle cinsiyet, yaş, travma öyküsü, medeni hal, hanehalkı sayısı, sağlık hizmetlerine erişim imkânı, çalışma durumu ve ekonomik gelir, mültecilerin ruh sağlığı bozukluklarına etki eden ve literatürde en çok öne çıkarılan faktörlerdir (örneğin bkz. Ward ve Vann 2002; Erden ve Gürdil, 2009; Bogic

² Hastalığa neden olan nedensel faktörleri ifade eder (Ross, 2018).

vd. 2015; Fazel ve Stein, 2003; Bronstein vd. 2013). Öte yandan ilgili literatür bu faktörlerin aynı zamanda mültecilerin yaşam kalitelerinin de belirleyicileri olduğunu vurgulamaktadır (örneğin bkz. Von Lersner, 2008; Teodorescu vd. 2012; Hengst vd. 2018). Bu tez çalışması, mültecilerde yaşam kalitesine etki eden faktörleri incelerken literatürde öne çıkarılan ve ruhsal bozukluklar ile yaşam kalitesinin ortak belirleyicileri oldukları iddia edilen faktörleri bir arada dikkate almaktadır.

Diğer yandan savaş travmasından çıkmış ve mülteci konumuna düşmüş mülteciler üzerine yapılan önceki araştırmalarda, TSSB yaygınlığının yerel halka göre 10 kat daha fazla olduğu raporlanmaktadır (örneğin bkz. Fazel vd., 2005). Bununla birlikte, literatürde TSSB'nin diğer ruh sağlığı bozukluklarıyla yüksek oranda komorbidite³ olduğu (Brady vd., 2000), TSSB'ye sahip mültecilerde bu ruhsal bozukluğa depresyon ve anksiyete gibi diğer ruhsal bozuklukların da eşlik ettiği (örneğin bkz. Stander ve Thomsen, 2014; Henkelmann vd. 2020) vurgulanmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü (WHO) ise bireylerdeki ruh sağlığı bozukluklarının yalnızca ruhsal bozukluklar ile ilişkili olmadığını, aynı zamanda yaşam kalitesi ile de ilişkili olduğunu belirtmektedir (WHO, 2001). Hem mülteci olamayan bireyler üzerine yapılan araştırmalar (örneğin bkz. Monahan, 1997; Miller vd. 2002; Elwood vd. 2009) hem de mülteciler üzerine yapılan araştırmalar (örneğin bkz. Hermansson vd. 2002; Ghazinour vd. 2004) da WHO'nun bu iddiasını destekler nitelikte bulgular ortaya koymaktadır.

Savaş nedeniyle zorunlu göç deneyimi yaşayan ve yaşam kaliteleri bozulan Suriyeli mülteciler, risk altında olmadıkları güvenli bir ortama ihtiyaç duyarlar. Türkiye'nin coğrafi ve kültürel olarak yakın olması, güvenli bir ortam olması, iş sahasının geniş olması, göç eden Suriyelilerin önemli bir kısmının Türkiye'yi tercih nedenleri arasındadır (Tosun ve Azazi, 2019). Bununla beraber yaşanan uyum sorunları, kültürleşme stresi, sosyal rollerin kaybı gibi afetler sonrası ortaya çıkan sosyolojik ve psikolojik sorunlar göç etmek zorunda kalan mültecilerin yaşam kalitelerini ve ruhsal durumlarını olumsuz etkilemekte ve afet sonrası ortaya çıkan psikolojik rahatsızlıkların %8.6 ile %57.3 arasında yaygınlık gösterdiği rapor edilmektedir (Silove vd. 1997; Norris ve Elrod, 2006; Koochek vd. 2007; Udomratn, 2008; İkizer ve Karancı, 2017). Dolayısıyla savaş gibi bir insan kaynaklı afete maruz kalan bireylere ruhsal durumlarının rehabilite edilmesi ve yaşam kalitelerinin artırılması için psikososyal destek vermek oldukça önemlidir (Mağden vd. 2008; Hugelius vd. 2020).

Mültecilere yönelik psikososyal desteklerin formülasyonu için onların ruhsal durumlarını ve yaşam kalitelerini etkileyen faktörleri belirlemek ve yaşam kaliteleri ile

³ İki veya daha fazla bozukluğun veya hastalığın birlikte ortaya çıkması anlamına gelir (Dewey, 2018).

ruhsal durumları arasındaki ilişkileri anlamak oldukça önemlidir. Uluslararası literatürde bu ilişkileri ele alan ve farklı etnik kökenden mülteciler üzerine yapılmış çok sayıda araştırma olmasına karşılık Türkiye’de yaşayan Suriyeli mültecilerin ruhsal bozukluklarının ve yaşam kalitelerinin belirleyicilerini ve mevcut ruhsal bozuklukları ile yaşam kaliteleri arasındaki ilişkileri inceleyen az sayıda çalışma bulunmaktadır. Bu çalışmalar; cinsiyet, yaş, çalışma durumu, ekonomik gelir, travma öyküsü ve hanehalkı sayısının mültecilerin ruhsal bozukluğunu ve yaşam kalitesini etkileyen önemli faktörler olduğuna dikkat çekmekte; kadınların ruh sağlığı bozukluklarına daha yatkın olduğunu, hem çocuk ve ergenlerin hem de yetişkinlerin savaş travmasının olumsuz izlerinden etkilenebileceğini, işsizliğin, düşük gelirin ve travma öyküsünün ruh sağlığı bozukluklarını ve yaşam kalitesini düşürebileceğini, hanehalkının kalabalık olmasının ve evliliğin ruh sağlığı bozukluklarını azaltıcı olduğuna yönelik ampirik kanıtlar sunmaktadır (Sağaltıcı, 2013; Özer vd. 2016; Acartürk vd. 2018; Chung vd. 2018a; Chung vd. 2018b; Görmez vd. 2018; Kandemir vd. 2018; Özen ve Cerit 2018; Akçay-Civri, 2019; Kaya, 2019; Acartürk vd. 2020; Scherer vd. 2020; Karadağ ve Öğütlü, 2020; Yıldız, 2021). Ayrıca, savaş travması yaşayan mültecilerin dil bilmeme nedeniyle iletişimde sorun yaşamaları, nereden ve nasıl sağlık hizmetlerine erişebilecekleri noktasındaki bilgisizlikleri ve bazı ekonomik sorunlar nedeniyle sağlık hizmetlerinden ancak kısıtlı bir düzeyde faydalanmalarına neden olmaktadır (Kaya, 2019). Oysa Çevik vd. (2019)’in araştırmasının gösterdiği üzere sağlık hizmetlerine erişebilme imkânı yaşam kalitesini etkileyen önemli faktörlerdendir. Diğer bazı çalışmalar ise mültecilerin ruhsal durumları ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkilere odaklanmıştır. Uygun (2020) tarafından İstanbul’da yaşayan Suriyeli mülteciler üzerine yapılan bir çalışmada anksiyete ve depresyon ruhsal bozuklukları ile yaşam kalitesi arasında anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir. Eslam Parast ve Taştekin Ouyaba (2022), Afyon’da bulunan Suriyeli, İranlı, Iraklı ve Afganistanlı mülteciler üzerine yaptıkları çalışmada, mültecilerin TSSB ruhsal bozukluğu ile yaşam kaliteleri arasında bir ilişki olduğunu, TSSB ruh sağlığı bozukluğu bulunan mültecilerin yaşam kalitesinin daha düşük olduğunu tespit etmişlerdir.

Bu tez çalışması konuyu daha kapsamlı bir şekilde ele alarak ve Kayseri ili özelinde yürüttüğü saha araştırması ile aşağıdaki soruların yanıtlarını aramakta ve literatüre özgün katkılar sunmayı hedeflemektedir;

1. Türkiye’de yaşayan Suriyeli mültecilerin depresyon, anksiyete ve TSSB ruhsal bozukluklarının ve yaşam kalitesinin temel belirleyicileri nelerdir?

2. Türkiye’de yaşayan Suriyeli mültecilerin sosyodemografik nitelikleri ile ruhsal bozukluk ve yaşam kalitesi arasındaki ilişki nasıldır?

3. Türkiye’de yaşayan Suriyeli mültecilerin ruhsal bozuklukları ile yaşam kaliteleri arasındaki ilişki var mıdır? Ruhsal bozukluklar ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin niteliği nasıldır?

Ayrıca bu tez çalışması saha araştırmasından elde edilen sonuçlardan hareketle ülkemizde yaşamakta olan Suriyeli mültecilerin ruhsal durumlarının, yaşam kalitelerinin ve topluma uyumunun iyileştirilebilmesi için ne gibi önlemler alınabileceği ile ilgili öneriler geliştirmeyi de hedeflenmektedir.

Bu kapsamda tez çalışması dört ana bölüm, tartışma ve sonuç ile eklerden oluşan bir çerçeve ile yapılandırılmıştır. *Birinci* bölümde afet kavramı ve afet türleri, savaş ve göç kavramları, mültecilere ait güncel istatistiksel veriler, afet psikolojisi kavramı ile savaş ve göç bağlamında afet psikolojisi konuları ele alınmaktadır. *İkinci* bölümde, travmatik olaylar sonucunda yaygın olarak ortaya çıkan depresyon, anksiyete ve TSSB ruhsal bozukluğu kavramları ile yaşam kalitesi kavramı, bu dört olgunun temel belirleyicilerinin neler olduğu, kavramsal bir çerçevede ruhsal bozuklukların kendi aralarındaki ilişkilerin ve yaşam kalitesi ile olan ilişkisinin nasıl açıklanabileceğine yönelik teorik literatür verilmektedir. *Üçüncü* bölümde ise bir önceki bölümde teorik olarak açıklanan üç ruhsal bozukluğun ve yaşam kalitesinin belirleyici faktörleri ve ruhsal bozukluklar ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkileri inceleyen daha önceki saha araştırmaları ve bu araştırmaların sonuçları tanıtılmaktadır. *Dördüncü* ve son bölüm bu tez çalışmasının araştırma bölümüdür. Bu bölümde araştırmanın arka planı, metodolojisi ve ampirik analizler sonucunda ulaşılan bulgular tanıtılmaktadır. Araştırma sonucunda ulaşılan bulguların daha önce araştırmaların sonuçları ile karşılaştırmalı olarak değerlendirildiği *Tartışma ve Sonuç* kısmında önerilere ve bu tez araştırma sınırlılıklarına da yer verilmektedir.

2. AFET, ZORUNLU GÖÇLER VE AFET PSİKOLOJİSİ

2.1. Afet Tanımı

Afet kavramı, bilim insanları ile afet yönetiminde görevli sorumlu kişiler ve kurumlar tarafından farklı şekillerde tanımlanmaktadır ve değerlendirilmektedir. Afet; insanlar, doğal ve kültürel kaynaklar için fiziksel, sosyal veya ekonomik açıdan çevresel kayıplar meydana getiren, sıradan yaşamı ve insan etkinliklerini sekteye uğratarak veya dondurarak toplumu sarsan, toplumun yerel imkân ve olanaklarından faydalanarak üstesinden gelemeyeceği, doğa veya insan kaynaklı herhangi bir durumun sonucudur (Kadıoğlu ve Özdamar, 2008: 4-5). WHO ise afet kavramını; etkilenen topluluk, toplum ya da grubun kendi kaynaklarını kullanarak üstesinden gelemeyeceği, afetten etkilenen toplumun mücadele kapasitesini aşan, çevresel ya da ekonomik kayıplara sebep olarak toplumun yapısında ciddi düzeyde tahribat oluşturan, toplumun düzenin ve işleyişinde aksaklık oluşturan süreçler olarak değerlendirmektedir (WHO, 2021).

Türkiye’de afet yönetiminden sorumlu kurum Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığı (AFAD) ise afeti; “fiziksel, sosyal ve ekonomik kayıplara sebep olan, normal yaşamı durduran veya kesintiye uğratan, toplumun baş etme kapasitesinin yetersiz kaldığı doğa, teknoloji veya insan kaynaklı olayların sonucu” olarak tanımlamaktadır (AFAD, 2020). Afetler; insan kontrolü dışında meydana gelen doğanın neden olduğu yıkımlardır. Başka bir ifadeyle mal ve can kaybına sebep olan doğal olaylardır. Afetler en genel anlamıyla ise insanlara zarar veren olaylardır (Şahin, 1991: 1).

2.2. Afet Türleri

Afetin tanımlanmasında olduğu gibi afetlerin sınıflandırılmasında da literatürde farklılıklar mevcuttur. Dolayısıyla afetleri sınıflandırmada literatürde ortak bir nokta bulunmamaktadır. Afetler konusunda araştırma yapanların büyük çoğunluğu afetleri büyük olayların bir parçası olarak değerlendirmektedir. Afetlerle ilgili vurgulanan en temel özelliklerden birisi yaygın olan ve yavaş gelişen olayların afet kapsamında ele alınamayacağıdır (Perry, 2005). Fakat bazı araştırmalarda doğal olmayan afetler, yavaş gelişen olaylar olarak belirtilir (Shaluf ve Said, 2003). Işık vd. (2012) afetleri; doğal afetler, doğal olmayan afetler ve karmaşık afetler olarak üç başlık altında incelemiştir. Shaluf ve Said (2003), afetleri, doğal afetler, insan kaynaklı afetler ve

karma (hibrit) afetler olarak sınıflandırılmasını önermektedir. Doğal afetler, dünya yüzeyinin altındaki doğa olayları (deprem, tsunami, volkanik patlama); topoğrafik olaylar (heyelan, çığ); meteorolojik/hidrolojik olaylar (kasırga, sel, kuraklık vb.) ve biyolojik olaylar (salgınlar, bulaşıcı hastalıklar) şeklinde sınıflandırılabilir. İnsan kaynaklı afetler; teknolojik afetler (yangın, patlama, ulaşım kazaları, sızıntı, toksik salım, izdiham olayları, dijital sistem arızaları vb.) ve savaş şeklinde ikiye ayrılabilir. Karma afetler ise doğa ve insan kaynaklı afetlerin birleşimidir. Volkanik bir bölgedeki veya çığ tehlikesi bulunan bir bölgedeki fabrikanın zarar görmesi karma afetlere örnek olarak verilebilir (Shaluf ve Said, 2003).

AFAD ise afetleri; doğal afetler ve insan kaynaklı afetler olarak ikiye ayırmaktadır. Doğal afetleri de yavaş gelişen doğal afetler (kuraklık, kıtlık, şiddetli soğuklar vb.) ve aniden gelişen doğal afetler (sel, su taşkınları, depremler, toprak kaymaları, kaya düşmeleri, fırtına, çığ, hortum, volkanlar, yangınlar vb.) olmak üzere iki alt gruba ayırmaktadır. İnsan kaynaklı afetleri ise biyolojik, nükleer, kimyasal kazalar, endüstriyel kazalar, taşımacılık kazaları, aşırı kalabalıktan meydana gelen kazalar, yerlerinden edilenler ve göçmenler olarak değerlendirilir (AFAD, 2021a).

Tablo 1’de 1894-2014 yılları arasında Türkiye’de meydana gelen afetler yer almaktadır. Tablo 1 incelendiğinde Türkiye’de en sık meydana gelen afet orman yangınlarıdır (%32). Orman yangınlarından sonra Türkiye’de en sık görülen afetler heyelanlar (%15) fırtınalardır (%10). Bu üç yaygın afet türünü sırası ile yangınlar (%6), dolular (%6), kaya düşmeleri (%4), trafik kazaları (%4), seller (%3), depremler (%3), çığ (%3), don (%2) ve diğer afetler (<%1) izlemektedir.

Tablo 1. 1894-2014 Yılları arasında Türkiye’de meydana gelen afetler (UNDRR, 2022).

Afet Türü	Yüzdelik Dağılımı (%)
Orman Yangını	32
Heyelan	15
Fırtına	10
Yangın	6
Dolu	6
Kaya Düşmesi	4
Trafik Kazası	4
Sel	3
Deprem	3
Çığ	3
Don	2
Diğer	<1

2.2.1. Doğal Afetler

Doğal afetler, oluşumları doğa olayları ile ilişkili afetlerdir. Doğal afetler kendi aralarında yavaş gelişen doğal afetler (şiddetli soğuklar, kuraklık, kıtlık vb.) ve aniden gelişen doğal afetler (deprem, sel, su taşkını, toprak kayması, kaya düşmesi, çığ, fırtına, hortum, volkan, yangın vb.) olmak üzere ikiye ayrılmaktadır (AFAD, 2021b). Yavaş gelişen doğal afetlerden şiddetli (aşırı) soğuklar, belirgin veya normallerin altında olacak şekilde sıcaklığın aşırı düşük olması durumudur (AFAD, 2022a). Kuraklık tehlikesi; uzun süredir devam eden yağmursuz mevsimlerin sonucunda oluşan bir doğal afettir. 1990'lı yılların başlarından bu yana devam etmekte olan, mevsimlik ortalamaların üzerinde seyreden sıcaklıklar, özellikle Akdeniz ülkelerinde kuraklık tehlikesi bakımından değerlendirildiğinde bir alarm sürecine girildiğini göstermektedir. Bununla birlikte, 1990'lı yılların sonlarında 2000'li yıllardan başlarından itibaren Türkiye'de de önemli ölçüde kuraklık yaşanmıştır. Özellikle Türkiye'nin güney bölgelerinde oldukça etkili olan kuraklık sebebiyle %30 seviyelerine ulaşan tarımsal üretim kaybı yaşanmıştır (Ergünay, 2007). Kıtlık tehlikesi ise, bir bireyin hayatını devam ettirebilmek için ihtiyaç duyduğu hayati ürünlere bir şekilde ulaşamaması ya da bir şekilde ortadan kalkması sonucu oluşmaktadır. Genel olarak kıtlık tehlikesi; aşırı sıcaklar, aşırı soğuklar, çekirge istilası, yangınlar, depremler gibi coğrafi faktörler sonucu ortaya çıkabilse de savaşlar, iç çatışmalar, isyanlar gibi siyasi ve sosyal sebeplere bağlı olarak da oluşabilmektedir (Aybar, 2017).

Aniden gelişen doğal afetlerden sel ve su taşkınları; aşırı yağmur yağması gibi sebepler sonucu meydana gelen ve mevcut altyapı drenaj sistemlerinde, sutaşıma kapasitesinin üzerinde su miktarının olması sonucu meydana gelen doğal afetlerdir (Sarigül ve Turoğlu, 2020). Deprem ise; yer kabuğunda meydana gelen kırılmalar sebebiyle bir anda oluşan titreşimlerin dalgalar halinde yayılarak yer yüzeyini sarsması olayıdır (AFAD, 2019). Oluşumlarına göre depremler; volkanik, tektonik ve çökme depremleri olmak üzere 3'e ayrılmaktadır. Volkanik dağların patlaması neticesinde oluşan depremler volkanik depremler olarak sınıflandırılırken, yer kabuğu altında bulunan boşlukların çökmesiyle oluşan depremler de çökme depremi olarak sınıflandırılmaktadır (Yıldız, 2014). Kıyı bölgelerinde henüz meydana gelmiş kıvrımlar ve kırıklar boyunca, bozulmuş olan izostatik dengenin kurulması sırasında meydana gelen depremler ise tektonik depremler olarak sınıflandırılmaktadır (Tabiloğlu, 2015). Her yıl dünyanın her yerinde yüzlerce insanın hayatına kaybetmesine sebep olan, dağlık arazilere en çok zarar veren toprak kayması da ani gelişen doğal afetler arasındadır (Sangchini vd., 2015). Kasırğa ise; rüzgâr hızı 75 mph'yi aşan belli bir merkez etrafında

dolaşan siklonlardır (Alemany vd., 2019). Kaya düşmesi, fiziksel veya kimyasal etkilerle bozulmuş veya parçalanmış, değişik boy ve çeşitteki kaya veya zemin parçalarının, kendiliğinden ya da depremler, aşırı yağışlar gibi harici etkilerle meyil aşağı hızla hareket etmesi olayıdır (AFAD, 2022b). Çığ; eğimli arazilerde biriken kar kütlelerinin iç ve dış kuvvetlerin etkisi ile vadilerin tabanına doğru hızlı bir şekilde akması veya kütleler halinde vadi tabanına doğru yuvarlanmasıdır (Göl, 2007). Fırtına, doğaya ve insanlara zarar veren, hızı 23 ve 26 m/s arasında değişen rüzgârlardır (AFAD, 2022c). Hortum; bir fırtına bulutunun tabanından yeryüzüne kadar uzanan küçük ama derin bir alçak basınç alanının etrafında hızlı bir şekilde dönen hava sütunudur (Türkeş, 2015). Volkan patlaması, Dünya yüzeyini güneşten gelen radyasyondan koruyarak bölgesel ve küresel ölçekte kısa süreli soğumalara yol açan, doğal iklim değişikliğinin başlıca itici güçlerinden olan ve ani gelişen doğal afetlerdendir (Sigl vd., 2015). Yangın ise kontrol edilemeyen yanma olayıdır. Son yıllarda hem çevresel hem de ekonomik bir sorun olarak dünya çapında önüne geçilmeye çalışılan ani gelişen doğal afetlerdendir. Yangın felaketini tamamen durdurmak güç olsa da yayılmayı azaltmak için önlemler alınmalıdır (Adeleye, 2020).

Tablo 2’de Türkiye’de 2020 yılında meydana gelen doğa kaynaklı olaylar yer almaktadır. Tablo 2 incelendiğinde 2020 yılı içerisinde Türkiye’de fazla meydana gelen doğa kaynaklı afetin deprem (%35.47) olduğu görülmektedir. Deprem afetini diğer (fırtına, orman yangınları vs.) afetler (%29.83) takip ederken daha sonra en fazla meydana gelen doğa kaynaklı afetin sel ve su baskını (%19.56) olduğu görülmektedir. Sel ve su baskınlarını takip eden en fazla yaşanan doğa kaynaklı afetin ise heyelan (%11.82) olduğu görülmektedir. Heyelan afetinden sonra 2020 yılı içerisinde Türkiye’de en fazla görülen doğa kaynaklı afetlerin ise sırasıyla kaya düşmesi (%1.88), çığ (%1.22) ve obruk oluşumu (%0.22) olduğu görülmektedir.

Tablo 2. 2020 yılında Türkiye’de meydana gelen doğa kaynaklı olay istatistikleri (AFAD, 2022d).

Afet Türü	Yüzdelik Dağılımı (%)
Deprem	35.47
Sel/Su Baskını	19.56
Heyelan	11.82
Kaya Düşmesi	1.88
Çığ	1.22
Obruk Oluşumu	0.22
Diğer	29.83

Tablo 3'te Dünya çapında 01.01.2000 yılı ile 22.07.2022 yılları arasında doğa kaynaklı afetlerden en çok etkilenen ülkeler ve bu ülkelerdeki afetlerden etkilenen insan sayıları yer almaktadır. Tablo 3 incelendiğinde, nüfus yoğunluğun fazla olduğu ülkelerde meydana gelen afetlerden etkilenen insan sayılarının da fazla olduğu, bununla birlikte yüksek afet tehlikesi barındıran alanlarda nüfus yoğunluğunun fazla olmasının afetlerden etkilenme oranını da artırdığı söylenebilir.

Tablo 3. 2020-2022 Yılları arasında dünyada doğa kaynaklı olaylardan etkilenen ülkeler ve insan sayıları (Em-Dat, 2022).

Doğa Kaynaklı Afetlerden En Çok Etkilenen Ülkeler	Etkilenen İnsan Sayısı
Çin	1 761 411 100
Hindistan	1 107 569 078
Filipinler	166 289 331
Bangladeş	130 815 664
Amerika Birleşik Devletleri (ABD)	109 591 268
Tayland	79 552 133
Pakistan	62 334 383
Etiyopya	60 617 547
Brezilya	54 111 267
Vietnam	41 444 228

2.2.2. İnsan Kaynaklı Afetler

Adından da bilineceği üzere doğa ile aralarında herhangi bir neden sonuç ilişkisi bulunmayan ve doğrudan insanların etkisi sonucunda oluşan bir afet türüdür. Bu tür afetler sosyal yapılanmayı olumsuz etkiler ve toplumda büyük ölçüde yaralanmalara ve ölümlere neden olurlar (Tabiloğlu, 2015). AFAD, insan kaynaklı afetleri; biyolojik, nükleer ve kimyasal kazalar, endüstriyel kazalar, taşımacılık kazaları, aşırı kalabalıktan meydana gelen kazalar, yerlerinden edilenler ve göçmenler olarak değerlendirmektedir (AFAD, 2021a).

Nükleer tehlikeler ve kazalar; kitlesel etkisi ve yıkım gücü bakımından değerlendirildiğinde insan kaynaklı afetler içerisinde önemli bir yer tutmaktadır. Özellikle son 50 yıl içerisinde nükleer santrallerde meydana gelen kazaların sebep olduğu bu afetler, binlerce insanı geniş bir alanda aynı anda etkilemekte ve uzun yıllar boyu devam eden büyük yıkımlara yol açtığı görülmektedir (Doğruluk vd., 2018).

Toksik kimyasal maddeler üzerinde yapılan çalışmalar sonucunda, bu kimyasal maddelerin yapılarının değiştirilmesi, etkilerinin arttırılabilmesi özellikleri sayesinde silah olarak kullanılmasına ve terör eylemleri ile savaşlarda kullanılabilmesine sebep olmuştur. Aynı şekilde, insanlarda, bitkilerde ve hayvanlarda ölüme ya da hastalığa

sebebe olabilmek ihtimali olan biyolojik ajanların silah yapımında kullanılması, terör eylemleri ile savaşlarda kullanılabilmesine sebebe olmuştur. Dolayısıyla gelişen teknoloji ile birlikte nükleer, kimyasal ve biyolojik kazalar ve tehditlerin arttığı görülmektedir.

Endüstriyel kazalar; bir veya birden fazla tehlikeli maddenin taşınması, işlenmesi ve depolanması sırasında kontrolsüz gelişmelerden kaynaklanan, çevre ve insan sağlığı için anında veya daha sonra ciddi tehlikeye yol açabilen büyük bir emisyon, yangın veya patlama olayları olarak tanımlanmakta olup (AFAD, 2022e) yıkılma, patlama, kimyasal, biyolojik ve radyolojik kazalar, ateş, yangın, gaz ve yağ sızıntısı, zehirlenme gibi olayları kapsamaktadır (Em-Dat, 2022). Yoğunlukla karayollarında meydana gelen taşımacılık kazaları ise, hayat akışı için ciddi bir tehdit oluşturarak küresel çapta önemli bir sorun olmaktadır (Arokiasamy ve Krishnan, 1994). Ayrıca endüstriyel kazalar ve taşımacılık/ulaşım kazaları alınan tüm güvenlik önlemlerine rağmen meydana gelmekte ve bu kazalar ciddi mal ve can kayıplarına sebebe olmaktadır (AFAD, 2022e; Deniz ve Küçük, 2005). Bununla birlikte, dünya nüfusunun giderek artması ile birlikte aşırı kalabalıktan kazalar meydana gelmektedir.

Tablo 4'te Dünyada 01.01.2000 yılı ile 22.07.2022 yılları arasında endüstriyel kaza afetinden en çok etkilenen ülkeler ve bu ülkelerde meydana gelen endüstriyel kaza sayıları yer almaktadır. Tablo 4 incelendiğinde, nüfus yoğunluğun fazla olduğu ülkelerde meydana gelen endüstriyel kazaların ve kaza sayılarının fazla olduğu, bununla birlikte, ülkelerin gelişmişlik düzeyleri, sanayileşmenin artması, çevre kirliliği ve çarpık kentleşmenin endüstriyel kazalardan etkilenme oranını da artırdığı söylenebilir.

Tablo 4. 2000-2022 yılları arası dünyada meydana gelen endüstriyel kazalardan en çok etkilenen ülkeler ve kaza sayıları (Em-Dat, 2022).

Endüstriyel Kaza Meydana Gelen Ülke	Kaza Sayısı
Çin	434
Hindistan	45
Nijerya	32
Rusya	24
Ukrayna	19
Demokratik Kongo Cumhuriyeti	17
Endonezya	17
Kolombiya	16
Bangladeş	15
ABD	15

Tablo 5'te Dünyada 01.01.2000 yılı ile 22.07.2022 yılları arasında ulaşım kazası afetinden en çok etkilenen ülkeler ve bu ülkelerde meydana gelen ulaşım kazası sayıları yer almaktadır. Tablo 5 incelendiğinde, nüfus yoğunluğun fazla olduğu ülkelerde meydana gelen ulaşım kazalarının ve kaza sayılarının fazla olduğu, bununla birlikte,

Ülkelerin gelişmişlik düzeyleri, sanayileşmenin artması, evre kirliliği ve çarpık kentleşmenin ulaşım kazalarından etkilenme oranını da artırdığı söylenebilir.

Tablo 5. 2000-2022 yılları arası dünyada meydana gelen ulaşım kazalarından en çok etkilenen ülkeler ve kaza sayıları (Em-Dat, 2022).

Ulaşım Kazası Meydana Gelen lke	Kaza Sayısı
Nijerya	244
Hindistan	236
Çin	153
Demokratik Kongo Cumhuriyeti	136
Mısır	134
Endonezya	127
İran	118
Peru	105
Rusya	100
Güney Afrika	98

Zorunlu kitlesel gçler, i çatışmalar, etnik grup çatışmaları, terör kaynaklı olaylar ve savaş gibi olaylarda insan kaynaklı meydana gelen afetlerdendir (Boin ve Hart, 2007). Deprem, sel, fırtına, tsunami gibi savaşlar ve zorunlu kitlesel gçlerde toplumsal düzeni bozmakta, insan hayatını alt-üst etmektedir. Kitlesel mülteci gçleri, özellikle gelişmekte olan lkelerde, mültecileri kabul eden ülkeler için genellikle olumsuz sonuçlar doğurmaktadır. Kitlesel mülteci gçleri, genellikle i çatışmalar ve savaşlar sonucu meydana gelmektedir (Salihyan, 2008).

Savaş, bölge sakinlerinin yerlerinden edilmesi gibi yıkıcı sonuçlar doğuran bir afettir (Barkhof ve Smith, 2014). Her yıl dünya çapında milyonlarca insan, savaşlar, i çatışmalar ve terör olaylarına maruz kalmakta ve maruz kaldıkları olaylar sonrası göç etmek zorunda kalmaktadır. Birleşmiş Milletler Mülteciler Yüksek Komiserliği (UNHCR) verilerine göre 2021 yılının ilk 6 ayında ülkelerinden maruz kaldıkları olaylar sonrası zorunlu olarak gç edip başka lkelere yerleşenlerin toplam sayısı yaklaşık 20.8 milyon kişidir (UNHCR, 2021).

Yerinden edilmenin nedenleri genellikle i çatışmalar, terör olayları veya savaşlardır (Sasse, 2020). Konu zerine araştırma yapan çalışmalar incelendiğinde, yerinden edilme çoğunlukla yüksek düzeyde şiddet olayları ile ilişkilendirilmiş (Ball vd. 2002; Davenport vd. 2003; Moore ve Shellman, 2006) olup şiddetin en önemli sonucu kitlesel gçlerdir (Stanley, 1987; Zolberg vd. 1989).

2.3. Savaş ve Göç

Savaşlar, genellikle sosyal, kültürel ve ekonomik yapıyı bozmaktadır. Bununla birlikte savaş veya iç çatışma çıkan ülkelerde, kitlesel göçe sürüklenmenin yanı sıra, sivil halk, fiziksel, psikolojik ve cinsel işkence gibi travmatik sonuçlara maruz kalabilmektedirler (Bahu, 2019). Savaşlar, geçmişten günümüze insanların geçimlerini sağladığı topraklardan göç etmek zorunda kalmalarındaki en temel sebeplerden birisi olmuştur. UNHCR verileri incelendiğinde 2021 yılı sonunda dünya çapında 89.3 milyon insanın eyaletler arası savaşlar, iç çatışmalar veya doğal afetler nedeniyle zorla yerinden edildiği ve bu sayı Ukrayna’da meydana gelen çatışmaların ardından Mayıs 2022 itibarıyla 100 milyonu aştığı görülmektedir (UNHCR, 2022). Kitlesel olarak yerlerinden edilen bireyler, zorunlu göçmenler olarak kabul edilmektedir.

Zorunlu göç; Uluslararası Zorunlu Göç Araştırmaları Derneği (IASFM) tarafından, mültecilerin ve ülke içerisinde yerinden edilmiş kişilerin (çatışmalar sebebiyle yerinden edilmiş kişilerin) yanı sıra doğal veya çevresel felaketler, kimyasal veya nükleer felaketler, kıtlık veya kalkınma projeleri nedeniyle yerinden edilmiş kişilerin hareketleri olarak tanımlanmaktadır.

Zorunlu göç, mültecilerin kendi ülkelerine dönmeyi beklerken, güvenli bir ülkede geçici olarak ikamet etmeleri gibi geçici olduğu kadar, II. Dünya Savaşı’ndan sonra Avrupa sınırlarının yeniden çizilmesiyle zorunlu nüfus hareketlerinin olduğu gibi kalıcıda olabilmektedir (Marchiori vd., 2012).

Zorunlu göçün hem göç edilen ülke için hem de göçülen ülke için farklı sonuçlar doğurmaktadır. Özellikle savaş sonrası zorunlu olarak göç etmek zorunda kalan bireylerde meydana gelen ruhsal travmatik sorunlar göç edilen ülkede sosyal, ekonomik, kültürel ve birtakım sorunlara sebep olmaktadır.

Savaşın travmatik sonuçlarına maruz kalan sivil halklar genellikle diğer ülkelere sığınma talebinde bulunurlar ve talepleri kabul olana kadar birtakım haklara sahip olurlar. UNHCR verilerine göre toplam 144 ülke sığınma talebinde bulunan, zulüm tehlikesi altındaki bireyleri geri göndermemeye taahhüt etmişlerdir (UNHCR, 2022). Geçmişten günümüze bakıldığında II. Dünya Savaşı’ndan sonra olduğu gibi günümüzde de savaşların ardından bireyler göç etmek zorunda kaldıkları görülmektedir (Marchiori vd., 2012). Nitekim 2011’de Suriye’de meydana gelen savaşın ardından Suriye’de ki sivil halkın bir kısmı da Türkiye’ye sığınma talebinde bulunmuş ve Suriye’den Türkiye’ye yoğun bir şekilde kitlesel göç meydana gelmiştir.

Suriyeli mültecilerin göç etmek için çoğunlukla Türkiye’yi tercih etmektedir. Bunun temel sebeplerinden ilki Suriyeli mültecilerin gidebilecekleri en yakın mesafenin

Türkiye toprakları olmasıdır. Bununla birlikte, Türkiye'nin hemen her bölgesinde sanayilerin ve üretim tesislerinin olması Suriyeli mültecilere ekonomik fırsatlar sunması diğer bir tercih nedenidir. Ayrıca, Türkiye'nin ekonomik açıdan Suriye'den daha gelişmiş olması, cömert sosyal yardımları ve açık kapı politikası da Suriyeli mültecilerin Türkiye'ye göç etmelerinde etken olan faktörlerin başında gelmektedir (Erkan, 2021).

Tablo 6'da UNHCR verilerine göre 2021 yılı ilk ayı itibari ile çeşitli ülkelerde bulunan mülteci sayıları görülmektedir. UNHCR verilerine göre ülkelerinden zorunlu olarak göç edip başka ülkelere yerleşenlerin toplam sayısı yaklaşık 20 milyon kişidir. Sınır ötesinde yerinden edilen tüm insanların yarısından fazlası, son yıllarda büyük ölçüde sadece on ülke tarafından ağırlanmıştır. Bu ülkelerin çoğu, sadece bir veya iki menşe ülkeden gelen büyük mülteci gruplarına ev sahipliği yapmaktadır. 2021 yılının ortalarında resmi verilere göre Türkiye 3.7 milyon Suriyeliye, Kolombiya 1.7 milyon Venezuelalıya, Uganda 923 500 Güney Sudanlı ve 429 500 Kongolu mülteciye ev sahipliği yaparken, Pakistan 1.4 milyondan fazla Afgana ev sahipliği yapmaktadır. Avrupa ülkelerinden Almanya ise 616 300 Suriyeli, 152 700 Afgan ve 147 400 Iraklı olmak üzere toplamda 1.2 milyon mülteciye sığınma hakkı vermiştir (UNHCR, 2021).

Tablo 6. 2021 yılı ilk 6 ayı en çok mülteci göçü alan ve en çok mülteci göçü veren ülkeler (UNHCR, 2021).

En Çok Mülteci Göçü Alan Ülkeler	Mülteci Sayıları	En Çok Mülteci Göçü Veren Ülkeler	Mülteci Sayıları
Türkiye	3 696 800	Suriye	6 478 000
Kolombiya	1 743 900	Venezuela	4 131 000
Uganda	1 475 300	Afganistan	2 610 000
Pakistan	1 438 500	Güney Sudan	2 278 000
Almanya	1 235 200	Myanmar	1 128 000
Sudan	1 068 400	Demokratik Kongo Cumhuriyeti	865 000
Bangladeş	889 800	Sudan	806 000
Lübnan	856 800	Somali	792 000
İran	800 000	Eritrea	713 000
Etiyopya	782 900	Orta Afrika Cumhuriyeti	490 000

Önceki yıllarda olduğu gibi, sınırların ötesinde yerinden edilen her on kişiden yaklaşık sekizi (yüzde 82) sadece on menşe ülkeden gelmiştir ve bu oranlar 2020 sonundan bu yana neredeyse hiç değişmemiştir. Yerinden edilen tüm mülteci popülasyonunun dörtte birinden fazlası (yüzde 27), Suriyelilerdir. Yaklaşık 6.8 milyon Suriyeli mülteciye 2021 yılı ilk altı ayı itibari ile 129 ülke ev sahipliği yapmaktadır.

Türkiye, Suriyeli mültecilerin yarısından fazlasını (3.7 milyon) ağırlamaya devam etmektedir. Suriyeli mültecilerin yoğun olduğu diğer ülkeler ise sırasıyla Lübnan (851 700), Ürdün (668 300), Almanya (616 300) ve Irak'tır (246 000). Suriyelilerden sonra Venezüellalılar yerinden edilen en büyük ikinci insan grubudur. Bununla birlikte 2021'in ilk yarısında Afganistan'da artan güvensizlik, birçok Afgan'ı ülkelerinden kaçmaya zorlamıştır. Yıl ortasında 97 ülkeye 2.6 milyondan fazla Afgan mültecinin göç etmesi Afganistan'ı mülteci göçü veren üçüncü ülke konumuna getirmiştir. Afgan mültecilerin yaklaşık yüzde 85'i komşu Pakistan (1.4 milyon) ve İran İslam Cumhuriyeti (780 000) tarafından ağırlanmıştır. Fakat bu iki ülke Afganlı mültecilere aynı zamanda geçiş sağlayan ülkelerdir. Kabul edilen mültecilerin önemli bir kısmı bu ülkelerden başta Türkiye olmak üzere diğer ülkelere geçmektedir. Ayrıca Avrupa ülkeleri içerisinde en fazla Almanya, küresel Afgan mülteci nüfusuna (yaklaşık %6; 152 700 kişi) ev sahipliği yapmaktadır (UNHCR, 2021).

Tablo 7'de Türkiye'de bulunan geçici koruma kapsamındaki Suriyeli mültecilerin yıllara göre sayıları verilmektedir. Suriye iç savaş başlangıç tarihi olarak kabul edilen 15.03.2011 tarihinden itibaren, Suriye'den Türkiye'ye göç eden mülteci sayısı Suriye'de devam eden iç karışıklar sebebiyle 2019 yılı haricinde artarak devam etmiştir.

Tablo 7. Yıllara göre Türkiye'de bulunan geçici koruma kapsamındaki Suriyeliler (Göç İdaresi Başkanlığı, 2022).

Yıl	Mülteci Sayısı
2011	0
2012	14 237
2013	224 655
2014	1 519 286
2015	2 503 549
2016	2 834 441
2017	3 426 786
2018	3 623 192
2019	3 576 370
2020	3 641 370
2021	3 737 369
2022 (31.03.2022)	3 763 565
2022 (21.07.2022)	3 651 428

Tablo 8, geçici koruma kapsamında Türkiye'de bulunan Suriyeli mültecilerin yerleştikleri şehirlerdeki nüfusa oranla en yoğun ve en az yoğun oldukları ilk 10 ili göstermektedir. Tablo 8 incelendiğinde, şehir nüfusuna oranla Suriyeli mültecilerin en yoğun olduğu il Kilis'tir (%38.49). Kilis'i sırasıyla Hatay (%18.12) ve Gaziantep (%17.9) illeri izlemektedir. Kayseri ise %5.53 mülteci nüfusu oranı ile mülteci

yoğunluğunun en fazla olduğu onuncu ildir. Şehir nüfusuna oranla en az Suriyeli mülteci yoğunluğunun olduğu il Artvin'dir (%0.04). Onu sırasıyla Kars (%0.07) ve Tunceli (%0.09) illeri takip etmektedir.

Tablo 8. Türkiye’de geçici koruma kapsamındaki suriyelilerin il nüfusuna kıyasla en fazla ve en az bulunduğu 10 il (Göç İdaresi Başkanlığı, 2022).

No	İl Nüfusuna Kıyasla En Fazla Suriyeli Mülteci Bulunan İller	Kayıtlı Suriyeli Mülteci Sayısı ile İl Nüfusunun Karşılaştırmalı Yüzdesi (%)	No	İl Nüfusuna Kıyasla En Az Suriyeli Mülteci Bulunan İller	Kayıtlı Suriyeli Mülteci Sayısı ile İl Nüfusunun Karşılaştırmalı Yüzdesi (%)
1	Kilis	38.49	1	Artvin/Iğdır	0.04
2	Hatay	18.12	2	Kars	0.07
3	Gaziantep	17.90	3	Tunceli	0.09
4	Şanlıurfa	15.22	4	Giresun	0.10
5	Mersin	11.42	5	Erzincan	0.11
6	Adana	10.21	6	Zonguldak	0.12
7	Mardin	9.62	7	Ardahan	0.13
8	Kahramanmaraş	7.63	8	Erzurum/Ordu	0.15
9	Bursa	5.55	9	Antalya/Gümüşhane	0.17
10	Kayseri	5.53	10	Van	0.19

Suriyeli mülteciler ülkemize kabul edildikleri ilk tarihlerden itibaren Türkiye’nin farklı kentlerine yerleşmiş ve bu kentlerde yaşamlarına devam etmektedirler. Bazı kentlere Suriyeli mülteciler için geçici barınma merkezleri kurulmuştur. 31.03.2022 tarihi itibari ile Türkiye’de geçici barınma merkezi bulunan iller Adana, Hatay, Kahramanmaraş, Kilis ve Osmaniye olmakla birlikte bu 5 ilde toplamda 7 barınma merkezi bulunmaktadır. Geçici barınma merkezlerinde yaşayan Suriyeli mültecilerin başta barınma ihtiyaçları olmak üzere temel birçok ihtiyaçları karşılanmaktadır. Okul öncesi çağında bulunan çocuklar için okul öncesi eğitim verilmekte ayrıca okul çağında bulunan tüm çocuklara eğitim hizmetleri verilmektedir. Bununla birlikte Türk vatandaşlara sunulan standartlarda sağlık hizmetleri, yabancılar için ibadethane, ihtiyaçlarını karşılayabilmeleri için market hizmeti ve mesleği olmayıp meslek sahibi olmak isteyenler için yetişkin eğitim merkezi hizmeti de verilmektedir. Geçici barınma merkezleri özel hesap giderleri işlemleri Göç İdaresi Genel Başkanlığı tarafından yürütülmektedir (Göç İdaresi Başkanlığı, 2022).

Tablo 9’da 31.03.2022 tarihi ile Türkiye’de geçici barınma merkezi bulunan iller ve geçici koruma kapsamında bulunan Suriyeli mültecilerin mevcut durumu verilmektedir. Geçici barınma merkezlerinde yaşayan Suriyeli mülteci sayısı 50.784 kişi olmakla birlikte 31.03.2022 tarihi itibariyle Türkiye’de kayıtlı toplam Suriyeli mülteci

sayısı 3 763 565 kişidir. Geçici barınma merkezi dışında yaşayan 3 712 781 Suriyeli mülteci 81 kente dağılmış ve bu kentlerde yaşamlarını sürdürmektedir.

Tablo 9. Türkiye’de geçici koruma kapsamında bulunan Suriyelilerin geçici barınma merkezleri dağılımı (Göç İdaresi Başkanlığı, 2022).

Geçici Barınma Merkezi Bulunan İl	Geçici Barınma Merkezi Adı	Geçici Barınma Merkezi Mevcudu	Geçici Barınma Merkezi Toplam Mevcudu
Adana	Sarıçam	16 590	16 590
Hatay	Altınözü	2 430	
Hatay	Yayladağı	3 304	8 220
Hatay	Apaydın	2 486	
Kahramanmaraş	Merkez	9 608	9 608
Kilis	Elbeyli	8 212	8 212
Osmaniye	Cevdetiye	8 154	8 154
Toplam		50 784	
Geçici Barınma Merkezi Dışında Bulunan Suriyeli Mülteci Sayısı		3 712 781	

2.4. Afet Psikolojisi

2.4.1. Afet Psikolojisi Kavramı

Her bir afet sınıfının kendine has özellikleri olduğu ve çok çeşitli olaylar sonucunda meydana gelebileceği göz önünde bulundurulduğunda bu konuda psikoloji biliminde, afet psikolojisi bağlamında multidisipliner yaklaşımlı bilimsel araştırmalar ortaya çıkmaktadır. Afet psikolojisi kavramını incelediğimizde, kapsam olarak afetlerde ruh sağlığı incelemesi ve afetlere hazırlıklı olmak için gerekli risk algısı ile birlikte müdahale ve önleme çalışmalarının bulunduğu, öz yeterlik gibi kavramların olduğu geniş kapsamlı bir çerçeve karşımıza çıkmaktadır (İkizer ve Karancı, 2017).

Afet psikolojisi alanının kısa bir tarihi incelendiğinde, Ruanda’da yüz binlerce insanın yaşamını yitirmesi, Balkanlarda meydana gelen etnik çatışmalar sonrası yaşamını yitiren insanların olması, küresel çapta derin bir psikolojik çöküş oluşturmuş, uluslararası arenada afetler sonrası psikososyal desteğe olan ihtiyacın arttığı görülmüş ve bundan yeni bir çalışma alanı olarak afet psikolojisi ortaya çıkmaya başlamıştır (Reyes, 2006). 1991 yılında, Amerikan Psikoloji Derneği'nin (APA) Afet Müdahale Ağı (DRN) oluşturulmuş ve Amerikan Kızıl Haçı ile bir ilişki kurulmuştur. 2005'teki Güney Asya Tsunamisini takiben, DRN, APA'nın Psikolojide Uluslararası İlişkiler Komitesi ile birlikte, uluslararası afetlerde psikologların rolüne vurgu yaparak tedavi uygulamalarında sürdürülebilirliği vurgulamıştır. 2007 yılında, Birleşmiş Milletler

Kurumlar Arası Daimî Komitesi (IASC), acil durumlarda ruh sağlığı ve psikososyal destek için ayrıntılı kılavuzlar yayınlamıştır. Ayrıca modern haber medyası aracılığıyla afet psikolojisi alanında son zamanlarda küresel bir farkındalık oluşturulmuş ve afet psikolojisi alanına duyulan ilgi böylelikle artmıştır (Thoburn vd., 2014).

2010 yılındaki Haiti depremi sonrası, Tohoku depremi ve tsunamisi sonrası, 2011 yılındaki Fukushima nükleer reaktörünün erimesi, Endonezya, Bosna, Çin, Sri Lanka ve Uganda gibi Dünyanın farklı bölgelerinde meydana gelen afetler sonrası hem doğal hem de insan kaynaklı afetlerde afetzedelerin psikolojik iyi olmalarına yönelik müdahaleler gerçekleşmiştir (Thoburn vd., 2014). Afetlerin küresel çapta artarak devam etmesi ile birlikte afet sonrası afetzedelerin psikolojik iyi hallerinin nasıl sağlanabileceği sorunu önemini korumaktadır (Thoburn vd. 2014; Wessells, 2009).

Afetlerden etkilenen nüfuslarda afetler sonrası psikolojik bozuklukların morbiditesi⁴, afetin türü ve şiddeti, raporlanması ve kültürler arası farklılıklara göre değişmekle birlikte araştırmalara göre %8.6 ile %57.3 arasında değişiklik göstermektedir (Norris ve Elrod, 2006; Udomratn, 2008). Ancak bireylerin afetlere yönelik psikolojik tepkisi yalnızca afet sonrası ortaya çıkmaz. Afetlere verilen psikolojik tepkiler, afet öncesi, afet sırası ve afet sonrasında da farklı ya da benzer şekillerde oluşabilir (Bhattacharya ve Pal, 2020). Kimi araştırmalarda afetlere verilen psikolojik tepkilerde akut dönem (1-3 ay) ve uzun dönem (>3 ay) şeklinde ikili sınıflandırma yapılmaktadır. Özellikle uzun dönem psikolojik tepkiler ruh sağlığı uzmanları tarafından yardım gerektiren durumlardır (North, 2002).

Afet öncesi, meydana gelebilecek afetten korkulması nedeni ile psikolojik ruh hali değişebileceği gibi, afete maruz kalanlar afet sırasında stres, anksiyete, korku, keder ve umutsuzluk yaşayabilir. Afet sonrasında ise davranış şeklinde, uyku alışkanlığında ve yeme alışkanlığında değişimler meydana gelebilir. Travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) da afet sonrasında ortaya çıkan en yaygın uzun vadeli psikolojik durumlardan biridir (Bhattacharya ve Pal, 2020).

Asya tsunamisinden kurtulan afetzedeler üzerinde yapılan araştırmalarda, afetzedelerin ilk aşamada yakalandıkları psikolojik rahatsızlıkların; uyum bozuklukları, anksiyete bozuklukları, uykusuzluk hali, depresyon, bağımlılık, TSSB, spesifik olmayan somatik semptomlar⁵, disosiyatif semptomlar⁶ ve somatoform bozukluklar⁷ olduğu

⁴ Belirli bir zaman dilimi içerisinde hastalığa yakalanmış bireylerin sayısının sağlıklı kalmış birey nüfusuna oranı (Bonita, vd., 2006).

⁵ Tıbbi olarak tanı ve tetkik araçlarıyla açıklanamayan fiziksel semptomların ruhsal belirtilerle yakın ilişki içerisinde olduğunda bahsedilen semptomlar (Çetin ve Varma, 2021).

⁶ Sağlıklı bir bireyde algı ve çevre ile bellek ile ilgili bir bütün halinde çalışan işlevlerin bütünlüğünün bozulması ile ortaya çıkan semptomlar (APA, 2013).

belirlenmiştir (Math vd., 2008). Ayrıca araştırmalar afetzedelerin psikiyatrik travma öyküsüne sahip olmasının olası bir afet durumunda tekrar psikolojik bir rahatsızlık geçirebileceğini de ortaya koymaktadır (Math vd. 2006; Math vd. 2008).

İlgili literatür incelendiğinde benzer biçimde afetlerden etkilenen toplumlarda yaygın psikolojik ruhsal bozuklukların; depresyon, TSSB, anksiyete bozuklukları, uyum bozuklukları ve uyuşturucu maddelerin kötüye kullanımının olduğu da görülmektedir (Young vd. 1998; Ursano ve Norwood, 2008; Tsai vd. 2007; Hollifield vd. 2008; Frankenberg vd. 2008). Bunlar içerisinde TSSB afet sonrası en yaygın psikolojik bozukluk olarak ortaya çıkmakta ve prevalansı⁸ %4 ile %60 arasında değiştiği ifade edilmektedir (Young vd. 1998; Ursano ve Norwood, 2008).

TSSB gelişimini önlemek, ölüm, yaralanma, yas ve kayıplar ile ilgili sorunları hafifletmek afet psikolojisi alanında en temel odak noktaları olarak görülmektedir (Reyes ve Elhai, 2004). Ancak her ne kadar afet psikolojisinde odak noktası TSSB'nin önlenmesi olsa da afetler sonrası hayatta kalanlar için TSSB'nin uzun vadeli etkilerine karşı psikolojik dayanıklılık sağlamak ve adapte olmak oldukça önemli bir durumdur (Kinzie ve Edeki, 1998; Nicholl ve Thompson, 2004). Çünkü çoğu afetzede afetten yaklaşık üç ay sonra bir dereceye kadar normale dönmeye başladığı gibi 3-5 yıl etkisini sürdürebilmektedir (Kessler vd. 1995; Litz vd. 2002).

Afetler, her bireyde aynı seviyede psikolojik etki bırakmayacaktır. Riskli gruplar afetlerin psikolojik etkilerine daha hassas olmaktadır. Afetin şiddeti, afetzedeler açısından yaşam tehdidi oluşturması, aile üyelerinden kayıp olması, afete maruz kalma süresi, kadın, çocuk, yaşlı veya bedensel engelli olmak, bekar olmak, etnik azınlıkta olmak, mülteci olmak, madde kullanmak, yoksulluk, yetersiz sosyal destek ve aile desteğinin olmaması, afetlerde yaşanabilecek psikolojik rahatsızlıklar açısından araştırmalarda sıklıkla vurgulanan yüksek riskler veya risk gruplarıdır (Math vd. 2008; Frankenberg vd. 2008; Bhugra ve Van Ommeren, 2006; Norris vd. 2002; Norris vd. 2001; Lubit ve Eth, 2003).

Tüm afetler ve afetzedeler birlikte dikkate alındığında hayatta kalanlar bir takım fiziksel, duygusal ve bilişsel semptomlar sergileyebilirler. Daha önce afetlerden etkilenmiş afetzedeler afet sırasında mantıklı düşünecek veya hareket edecek durumda olmayabilirler. Dolayısıyla tıbbi ilk yardımda olduğu gibi psikolojik ilk yardıma da afet sonrası en kısa zamanda başlanılmış olması gerekir. Psikolojik ilk yardım da benzer

⁷ İnsanların bedensel semptomlardan muzdarip olduğu veya bedensel hastalık veya deformite hakkında endişe duyduğu, organik bir tıbbi durum veya depresyon veya anksiyete gibi başka bir psikiyatrik bozuklukla açıklanamayan bir grup problem (Kirmayer ve Looper 2007).

⁸ Hastalığın yaygınlık durumu (Çaparlar ve Dönmez, 2016).

şekilde tıbbi ilk yardım da olduğu gibi asgari düzey bir eğitim ile profesyonel olmayan kişiler tarafından gerçekleştirilebilir (Reyes ve Elhai, 2004).

Afet sonrası afetten etkilenen tüm bireylere kısa ve orta vadeli psikososyal destek (sosyal destek, güvenlik, psikolojik ilk yardım, kaynak temini, psikoeğitim ve güçlendirme vb.) hizmetlerini sağlamak oldukça önemlidir (Mağden vd. 2008; Hugelius vd., 2020). Ayrıca ilerleyen dönemlerde afetten etkilenen bireylerin bir kısmında görülme ihtimali olan ve daha ciddi ruhsal sorunlar (TSSB, depresyon, anksiyete, madde kötüye kullanımı vb.) için uzman kişiler tarafından travma odaklı psikoterapilerin uygulanması da faydalı olabilmektedir (Kukuoglu, 2018; Hugelius vd. 2020; Özkan ve Kutun, 2021).

2.4.2. Savaş ve Göç Bağlamında Afet Psikolojisi

Tüm afetlerde olduğu gibi savaş afeti sonrasında da afetzedelerde psikolojik rahatsızlık geçirebilmektedir. Ayrıca savaş afetinden sonra birçok afetzede hayatlarını devam ettirebilmek için yaşadıkları bölgelerden göç etmek zorunda kalarak birden fazla travmaya maruz kalabilmektedirler. Bu açıdan düşünüldüğünde savaş ve göç bakımından afet psikolojisi ayrı bir başlık olarak değerlendirmek doğru olacaktır.

1945'ten günümüze meydana gelen savaşlarda meydana gelen kayıpların yaklaşık %90'ının sivil nüfusu kapsadığı tespit edilmiş ve 2021 yılı sonu itibari ile dünya çapında 89.3 milyon insan göç etmek zorunda kalmışlardır (Summerfield, 1995; UNHCR, 2022). Savaş ortamından çıkan bireyler göç etmek zorunda kalarak mülteci olmakta ve mültecilerin çok sayıda travmatik olay deneyimleyebilmektedir. Mültecilerde yaygın olarak travmatik yaşantı deneyimi olarak genellikle bir yakınının hayatını kaybetmesine veya ağır yaralanmasına şahit olması, şiddete maruz kalma gibi deneyimler görülmektedir (Ai vd. 2002, Davis ve Davis, 2006). Yaşanan şiddetin, mültecinin deneyimlediği travmatik olayların, mültecilerde açtığı travmatik etkiler, onların hem fiziksel hem de psikolojik gelişimleri açısından olumsuz sonuçlar doğurmaktadır ve bu sonuçlar kişilerin tüm hayatlarını etkilemektedir.

Travmatik yaşantı deneyimleme, mülteciler üzerinde; sosyoekonomik olarak dezavantajlı olmalarına, yoksulluk çekmelerine, aile yapısı ve işlevinde değişmelere, sosyal desteğin azalmasına, eğitim olanaklarına ulaşma da zorluklar çekmelerine, kalabalık ortamlarda yaşamak zorunda kalmalarına, ırkçılık ve düşmanca tutumlara maruz kalmalarına, gidilen ülkedeki kültüre adaptasyon konusunda zorlanmaların yaşanması gibi bir takım dezavantaj oluşturabildiği sıklıkla çalışmalarda vurgulanmaktadır (Porter ve Haslam, 2005, Miller ve Rasmussen, 2010).

Bunun yanı sıra savaş ve çatışmaların olumsuz etkilerine direkt olarak maruz kalan ya da yaşantılara şahit olan bireylerin yoğun korku ve çaresizlik gibi duygulara kapıldıkları ve bu durumun üzerlerinde bıraktığı stres tepkilerinden şikayetçi oldukları bilinmektedir (Erden ve Gürdil, 2009). Bu kişilerde TSSB semptomları görülebilmekte ve bu durum mültecilerin psikolojik ruh sağlığı gelişimini olumsuz olarak etkileyen reaksiyonlar ortaya çıkarabilmektedir. Aile fertlerinden birinin, akrabanın, arkadaşın veya öğretmeninin kaybı varsa bireyin yas sürecine girmesi kaçınılmaz olmaktadır. Bunun yanı sıra bulundukları yerden başka bölgeye göç etmek, bireyin alışkın olduğu hayattan uzaklaşması, sevdiği eşyalarının kaybı, ait hissettiği yerlerden, evinden, okulundan ayrı düşmesi ve ekonomik problemler de çökkünlük duygusunun ve yas sürecinin ortaya çıkmasına yol açabilmektedir (Erden ve Gürdil, 2009).

İlgili afet psikolojisi literatürü incelendiğinde bu iddiaları destekleyen saha araştırmaları da desteklemektedir. Araştırmaların sonuçlarına göre mültecilerin genel nüfusa göre psikolojik sıkıntılarının daha yüksek olduğu ve özellikle TSSB'nin psikolojik sıkıntılarının en başında geldiği görülmektedir (Fazel vd. 2005; Porter ve Haslam, 2005; Moisander ve Edston, 2003). Örneğin Moisander ve Edston'ın (2003) anavatanlarında işkence görmüş altı farklı ülkeden 160 mülteci üzerine yaptıkları karşılaştırmalı araştırmada, TSSB yaygınlığının tüm mülteci gruplarında %69 ile %92 arasında değiştiğini bulmuşlardır. Bununla beraber mülteci grupları genelde birden fazla travmatik olaya maruz kaldığı için psikolojik bozuklukların kaynaklarını tam olarak doğrulayabilmek yine de güç olup ayrıntılı tetkikler gerekmektedir.

Savaş ve göç deneyimleyen ve psikolojik tedavi alması gereken mültecilerin tedavilerden en iyi şekilde faydalanabilmesi için risk altında olmadıkları güvenli bir ortamda bulunmaları gerekmektedir. Ancak mülteciler kaçtıkları tehlikelere geri dönme kaygısı ruh halinde oldukları için tedaviler çoğu zaman sınırlı miktarda fayda sağlamaktadır (Bowley, 2006). Tüm bunların, savaş ortamından uzaklaşıp göç etmek zorunda kalan ve birden fazla travma deneyimi yaşamış mültecilerde, TSSB'nin yanı sıra depresyon ve anksiyete gibi tedavi edilmesi gereken birden fazla psikolojik rahatsızlığa sebep olduğu gibi yaşam kalitelerinde değişikliğe sebep olduğu düşünülmektedir (Gagliardi, 2021).

Savaş afetinden kaçmış ve anavatanlarından uzaklaşarak başka ülkelere yerleşmiş mültecilerin, savaş, göç ve yeniden yerleşme esnasında yaşadıkları psikolojik rahatsızlıklar ile birlikte yaşam kaliteleri de değişikliğe uğramaktadır (Van Der Boor, 2020). Nitekim yaşam kalitesi, savaştan kaçmış ve göç etmek zorunda kalmış mülteci popülasyonlarında ruhsal stres ile yakından ilişkilidir (Akinyemi vd., 2012). Bununla

birlikte mülteci popölasyonunda, yaşanan travmanın şiddeti ya da bir takım demografik özellikler gibi göç öncesi nitelikleri bir kişinin göç sonrası yaşam kalitesini etkileyeceği gibi göç sonrasında yaşanan uyum sorunları, işsizlik, kültürleşme stresi, sosyal rollerin kaybı, ev sahibi ülkenin gelişmişlik düzeyi ve sunduğu insani imkanlar gibi bazı faktörler de kişinin göç sonrası yaşam kalitesini etkileyebilmektedir (Silove vd. 1997; Koochek vd. 2007). Dolayısıyla savaş gibi insan kaynaklı bir afetın maruz kalanlar üzerindeki psikososyal etkilerini daha iyi anlayabilmek, afetın neden olduğu psikolojik etkileri azaltabilmek ve afetzedelerin yaşam kalitelerini yükseltebilmek için afet psikolojisi ve yaşam kalitesi arasındaki bağıın iyi irdelenmesi oldukça önemlidir.



3. TRAVMATİK OLAYLAR SONRASI PSİKİYATRİK BOZUKLUKLAR VE YAŞAM KALİTESİ: KAVRAMSAL ÇERÇEVE

Travmatik olaylar; Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabına (DSM) göre bireyin karşılaşacağı gerçek bir ölüm tehdidi, maruz kalacağı ağır yaralanma, fiziksel bütünlüğünün tehdit altında olması veya bu olaylara tanıklık etmek ya da bu olayların gerçekleştiğini öğrenmek şeklinde tanımlanmaktadır. Savaş hali, cinsel istismar, işkence, bombalama, yangın, doğal afetler (deprem, sel, fırtına vb.) ve kazalar (iş ve trafik kazaları gibi) DSM'nin dördüncü baskısındaki (DSM-IV) tanımından hareketle travmatik olaylar olarak adlandırılmaktadır (APA, 2000).

Her yıl dünya çapında milyonlarca insan, savaşlar, çatışmalar ve diğer doğal veya insan kaynaklı afetler gibi travmatik olaylarla yüzleşmekte ve bu olaylar sonrası göç etmek zorunda kalmaktadır. Birleşmiş Milletler İnsani Yardım Koordinasyon Ofisi (OCHA) verilerine göre 2013 yılında 148.2 milyon insanın savaşlar, çatışmalar veya doğal afetler nedeniyle yerinden edildiği tahmin edilmektedir (OCHA, 2014). UNHCR verilerine göre 2021 yılında ülkelerinden zorunlu olarak göç edip başka ülkelere yerleşenlerin sayısı yaklaşık 89.3 milyon kişidir (UNHCR, 2021). Savaş, çatışma veya doğal afetler sonucu zorunlu olarak göç etmek zorunda kalan bireylerin üçte biri veya yarısından fazlasında yaşadıkları bu travmatik olaylar sonrası TSSB, depresyon ve anksiyete bozukluklarının sıklıkla görüldüğü tespit edilmiştir. Araştırmacılar bu durumun önemli bir halk sağlığı problemi haline geldiğine dikkat çekmektedir (Norris vd. 2002; Başoğlu vd. 2005; Patz vd. 2014). Bir veya birden fazla travmatik olay yaşayan bireylerin yaşam kalitelerinde değişiklik olmaktadır (Johnsen vd., 2002) Bununla birlikte travmatik olaylar sonrasında meydana gelen ruhsal bozuklukların savaş travması yaşamış mültecilerin yaşam kaliteleri üzerinde etkili olduğu da bazı araştırmacılar tarafından ortaya konulmuştur (örneğin bkz. Miller vd., 2002).

Çalışmanın bu ikinci bölümünde, travmatik olaylar sonrası yaygın psikiyatrik bozukluklardan olan TSSB, depresyon ve anksiyete kavramları ile yaşam kalitesi kavramı, bu dört olgunun nedenleri ve özellikle mülteciler özelinde olgular arasındaki ilişkiler kavramsal olarak ele alınmaktadır.

3.1. Travma Sonrası Ruhsal Bozukluklar

3.1.1. Travma Sonrası Stres Bozukluğu

TSSB, travmatik olaylardan sonra görülen en önemli rahatsızlıktır. Ani doğa olayları, beklenmedik kazalar gibi insan hayatını tehlikeye sokan olaylardan sonra gelişen, yoğun kaygı ve korkuya neden olan olaylardan sonra uzun sürebilen kaygı ve stres belirtilerinin ortaya çıkmasıyla yaşanan ruhsal bir rahatsızlıktır (Yıldırım ve Tosun, 2012). TSSB'nin teşhis edilmesi, kişinin belirli durumlara veya belirli olaylara karşı verdiği anormal tepkilere bağlı olmaktadır. TSSB belirtileri bireyler için önemli problemlere sebep olabilir ve hayatlarının normal akışlarını önemli düzeyde etkileyebilir. Yine buna bağlı olarak kişilerde depresyon, anksiyete ruhsal bozuklukları görülebilmektedir (Williamson, 2017).

TSSB tanısı almış bireyler, yaşamış oldukları travma veya travmalardan uzun bir süre yoğun rahatsızlık duyarlar ve yaşadıkları olayların olumsuz etkilerini yaşamaya devam ederler. Örneğin; yaşanan olayla alakalı kabuslar görebilir ve bu gibi hatırlatmalar sebebiyle olayı tekrar tekrar yaşıyor gibi görünebilirler. Söz konusu hatırlatıcılardan kaçınma davranışı gösterebilir, içe kapanmaya ve yaşadıkları olay hakkında konuşmaya karşı direnç gösterebilirler. TSSB tanısı almış bireyler birden çok olumsuz duygu ve düşünceye sahip olabilmektedirler (Qi vd., 2016).

3.1.1.1. Travma Sonrası Stres Bozukluğu Kavramı

TSSB; doğrudan travmatik olaylar yaşama, başkaları tarafından yaşanan travmatik olaylara şahit olma ya da ailesinden/çevresinden birinin başına travmatik olay geldiğini ve istenmeyen detaylarını öğrenme şeklinde tanımlanır (APA, 2013). Ancak başkalarının başına gelen travmatik olaylarla ilgili istemeyerek de olsa bilgi sahibi olma durumu; televizyon, sinema gibi görsel yollarla öğrenilmişse dahi TSSB şeklinde tanımlanamayacağı da vurgulanır (APA, 2013).

Kitlesel çatışmalar ve şiddetin, dünya nüfusunun büyük bir bölümünü etkilediği (UNHCR, 2006; Human Security Report Project, 2007; Obermeyer vd. 2008) ve bu kitlesel çatışmaların ve şiddetin mülteciler ve sığınmacılar gibi yerinden edilmiş nüfuslar üzerindeki psikolojik etkilerini araştıran çalışmaların son yıllarda arttığı görülmektedir (Steel vd., 2009). Bu çalışmaların özellikle travma sonrası görülen ruh sağlığı bozukluklarından TSSB'ye odaklandığı da görülmektedir.

Literatür incelendiğinde, mülteci popülasyonunda; TSSB yaygınlığı %3 (Hauff ve Vaglum, 1994) ile %86 (Carlson ve Rosser, 1991) arasında geniş bir aralık gösterdiği;

savaşa katılanlar arasında TSSB ile ilgili sorunlar meydana geldiği (Murthy ve Lakshminarayana, 2006; Tanielian vd. 2008), savaştan sonra yeniden yerleştikleri ülkelerdeki genel nüfusa göre TSSB'ye sahip olma olasılığının 10 kat daha fazla olduğu tespit edilmiştir (Fazel vd., 2005). Literatürde TSSB'nin diğer akıl sağlığı bozukluklarıyla yüksek oranda komorbidite olduğu (Brady vd., 2000), TSSB'ye sahip mültecilerde bu ruhsal bozukluğa depresyon ve anksiyete bozukluklarının eşlik ettiği (Stander ve Thomsen, 2014; Henkelmann vd., 2020), ayrıca bu ruhsal bozuklukların yaşam kalitesi ile ilişkili olduğu (Monahan, 1997, Elwood vd. 2009) da vurgulanmaktadır.

Travmatik olayların öngörülemez ve kontrol edilemez olması, TSSB ile birlikte sıklıkla depresyona yol açtığı görülmektedir (Carlson vd. 1997; Prorokovic vd. 2005). Literatür incelendiğinde TSSB ile depresyon arasında bir ilişki olduğu, TSSB'ye eşlik eden en sık ruhsal bozukluğun depresyon olduğu ve TSSB'nin depresyon ile diğer ruhsal bozukluklara kıyasla daha komorbide olduğu görülmektedir (Norris, 1992; Kessler vd. 1995; Breslau vd. 1998; Green vd. 2000; Perkonigg vd. 2000; De Jong vd. 2001; Krupnick vd. 2004; McCutcheon vd. 2010).

Travma yaşayan bireylerde TSSB ile birlikte anksiyete bozukluklarının yüksek olduğu, travmatik bir olay yaşamış anksiyete duyarlılığı yüksek bir bireyde TSSB'nin görülebileceği düşünülmektedir (Federoff vd., 2000). Literatür incelendiğinde TSSB ile anksiyete arasında bir ilişkinin olduğu, TSSB yaşayan bireylerde anksiyete duyarlılığının arttığı ve bu ruhsal bozukluklardan herhangi birisinin tedavi edilmesi halinde diğerinin de ortadan kaldığı görülmektedir (Federoff vd. 2000; Asmundson ve Stapleton, 2008; Marshall vd. 2010).

Travmaya maruz kalan kişilerde meydana gelen TSSB ile birlikte kişilerde; sosyal olarak kendini geri planda tutma, uyku düzeninin bozulması, daha çabuk öfkelenme ve saldırganlık hissi gibi kişisel sıkıntılar oluşmakta ve dolayısıyla yaşam kalitelerinde daha önceki yaşantısına göre azalma meydana geldiği düşünülmektedir (Carroll vd. 1985; Begic ve Jokic-Begic, 2001; Hoge vd. 2007; Kehle vd. 2011). Literatür incelendiğinde, TSSB tanısı almış hastalarda (d'Ardenne vd., 2005), savaş gazilerinde (Warshaw vd. 1993; Zatzick vd. 1997a), savaş yaşamış mültecilerde (Miller vd., 2002) ve cinsel saldırı mağdurlarında (Zoellner vd. 2000; Krakow vd. 2002) yaşam kalitelerinde düşüklük olduğu görülmektedir. Ayrıca TSSB'nin, fiziksel ve zihinsel sağlık üzerinde olumsuz etkiler bırakmakta olduğu (Wolfe vd., 1994), bireyleri şiddete yönlendirdiği (Chemtob vd., 1994), eş, arkadaş seçimini ve aile yaşantısını olumsuz etkilediği (Jordan vd., 1992), mesleki başarısızlığa yol açtığı (Jordan vd. 1992; Zatzick

vd. 1997a, 1997b) ve bireylerin eğitim hayatlarını olumsuz etkilediği (Stein vd., 1997) görülmektedir.

TSSB tanısı almış bireylerde, TSSB ile birlikte meydana gelen diğer ruhsal bozuklukların bireylerin hayatlarını olumsuz etkilediği ve bireylerin bu durumdan kurtulmaları kendisi, yakın çevresi ve mülteciler özelinde göç etmiş oldukları toplum açısından önemli olduğu ve dolayısıyla TSSB tanısı almış bireylerin psikolojik bakım almalarının oldukça önemli olduğu düşünülmektedir. Ancak savaş, göç veya diğer afetlere maruz kalan bireylerde, her ne kadar TSSB tanısı almış olsalar da sağlık hizmetleri kaynakları iyi olan toplumlarda bile psikolojik bakım alma oranının oldukça düşük olduğu da görülmektedir. Örneğin Amerika Birleşik Devletleri (ABD) üzerine yapılan araştırmaların sonuçlarına göre TSSB teşhisi konan askeri gazilerinin sadece %39'u herhangi bir ruh sağlığı hizmeti aldığı rapor edilmiştir (Spoont vd. 2010; Mott vd. 2014). Ayrıca TSSB teşhisi konan savaş yaşamış ABD askerlerinde TSSB tedavisi almayanların oranları da daha yüksektir (Fortney vd., 2016). Ayrıca TSSB yaygınlığının daha yüksek olduğu ve sağlık hizmetleri kaynaklarının daha sınırlı olduğu, savaş yaşanan bölgelerde, ruh sağlığı hizmetlerine erişimin de sınırlı olduğu görülmektedir. Örneğin, Gürcistan'daki çatışmalardan etkilenenler arasında, ruh sağlığı bozukluğu olanların %5'inden daha azının psikoterapi hizmeti aldığı rapor edilmiştir (Chikovani vd., 2015). Genel olarak savaş, göç veya diğer afetlere maruz kalan ve ruh sağlığı bozukluğu yaşayan afetzedeler de ruh sağlığı tedavisi alma oranlarının düşük olduğu (Rodriguez ve Kohn, 2008), diğer taraftan tedavi alanlar arasında en hızlı başarılı sonuçlar alınan bireylerin ise, travma sonucu bedensel sağlıkları etkilenmemiş, kalıcı sakatlık yaşamamış, destekleyici ve sevecen aile/arkadaş/sosyal gruplara sahip olan ve maddi durumları iyi olan kişiler olduğu ifade edilmektedir (Lyons, 1991).

Hem sağlık hizmeti kaynakları iyi olan hem de sağlık hizmetleri kaynakları yeterince olmayan ülkelerde TSSB tedavisi alma oranının yeterince olmaması, bireylerin tedavi olmak istemediği durumunu ortaya çıkardığı düşünülmektedir. Dolayısıyla TSSB'nin etiyolojisini incelemek, tedavi sürecinde hem tedavi alan hem de tedavi eden kişi açısından önemli olduğu düşünülmektedir.

3.1.1.2. Travma Sonrası Stres Bozukluğunun Etiyolojisi

Literatür incelendiğinde, travmatik bir olayın yaşanması sonrasında, olayı deneyimleyen bireylerden kimlerde TSSB'nin gelişeceği çıkarımına varmak oldukça güç olmasına rağmen, TSSB oluşması ve sürekliliğinin olmasına yol açabilecek nedenler konusunda birçok araştırmayla karşılaşılmaktadır. Sungur vd. (1995); Foa,

(1997) ve Cervatoğlu-Geyran, (2000) etnik-kültürel, psikolojik, fiziksel, ailevi ve sosyal etmenler gibi nedenlerin bireyin TSSB geliştirme ihtimalinde önemli rol oynayabildiğini tespit etmişlerdir. Aynı zamanda çoğu insan için felaket olarak nitelendirilmeyen olayların, bazı bireylerde öznel bir anlam taşıması nedeniyle, TSSB'nin yaşanmasına neden olabileceği ve bu durumun kişiden kişiye değişebileceği tespit edilmiştir (Foa, 1997; Cervatoğlu-Geyran, 2000; Özgen ve Aydın, 1999).

DSM-IV (2000)'e göre bir bireyde TSSB meydana gelebilmesi için aşağıda sayılı durumlardan en azından beşinin gerçekleşmesi gerekmektedir;

1. Bireyin korku ve çaresizlik hissettiği, fiziksel zarar görme ihtimalinin olduğu en az bir olay yaşamış olması,
2. Aynı bireyin travma oluşturan olayı kabuslar, engellenemeyen düşünceler ve geçmişi yaşama şeklinde tekrar tekrar yaşaması,
3. Bireyin travma olayını hatırlatacak durumlardan sürekli kaçınması veya duygularını hissizleştirmesi,
4. Uyuma zorlukları, aşırı derecede hassas olma, tetikte bekleme duygusu, kolay ajite olma durumu, irkilme, tedirginlik ve sinirlilik halinde olma,
5. 2, 3 ve 4 koşullarının travma olayından sonra en az bir ay süreyle devam etmesi,
6. Travma meydana getiren olayın bireyin sosyal yaşamında, aile ve iş yaşamlarında ciddi derecede stres oluşturmaları ve fonksiyon kaybına neden olmasıdır.

Doruk (1998)'e göre, kişinin TSSB yatkınlığı ve strese neden olabilecek her türlü uyaranlar diğer bir ifade ile stresörler, TSSB'ye neden olabilen risk faktörleri arasındadır. Ancak stresörler, TSSB'nin gelişmesinde en temel risk faktörü olsa da bozukluğun ortaya çıkması için yeterli değildir. Anderson vd. (1987)'e göre; stresörün insanlık dışı bir olay barındırması, bireyin sağ kalma duygusu taşıması, bireyin kendini köşeye sıkıştırılmış hissetmesi ve stresörün ani olması gibi durumlar stresörün şiddetini artırabilir. Aynı zamanda stresörün birey için öznel bir anlama sahip olması (Kaplan vd., 1994), stres kaynağına maruz kalma süresinin uzaması (Wassef vd., 1990), stresörün insanlar tarafından oluşturulması (Every, 1993; Watson vd. 1993), stresörün ölüm tehdidi içermesi ve stresörün fiziksel yaralanmayla beraber meydana gelmesi (APA, 1987) stresörün şiddetini arttırabilen diğer sebepler olarak sayılmaktadır.

Erken çocukluk dönemindeki örseleyici yaşantılar, bağımlı kişilik özelliği gösterme (Anderson vd., 1987), psikiyatrik hastalıklara genetik yatkınlık taşıma (Solomon, 1988), psikiyatrik hastalık öyküsünün bulunması (Anderson, 1987; Green vd. 1994; Hammond vd. 1993), yaş faktörü (Kaplan vd., 1994), travma öncesinde davranış

problemlerinin varlığı (Kinzie vd. 1990; Resnick vd. 1996) ve son zamanlarda stresli yaşam değişikliklerinin olması (Kinzie vd., 1990) ve kişilerde TSSB'nin gelişiminde yatkınlığı olduğunu gösteren etkenler arasında belirtilir.

Genel olarak değerlendirildiğinde, TSSB'nin ortaya çıkmasına neden olan faktörler; travmanın çeşidi, şiddeti ve niteliği, travmayla karşı karşıya kalan bireyin kişisel özellikleri, geçmiş olumsuz yaşantılar, ekonomik durum ve travma sonrasında yaşanan çevrenin özellikleri şeklinde sınıflandırılmaktadır (Erden ve Gürdil, 2009). TSSB ruhsal bozukluğuna neden olan risk faktörlerini inceleyen kapsamlı ve sistematik iki derlemede TSSB risk faktörleri Tablo 10'da özetlenmiştir.

Tablo 10. Travma sonrası stres bozukluğu risk faktörleri (Brewin vd. 2000; Ozer vd. 2003).

Travma Öncesi Risk Faktörleri	Travma Sırası Risk Faktörleri	Travma Sonrası Risk Faktörleri
Cinsiyet	Travmanın Şiddeti	Sosyal Destek
Kişilik Özellikleri	Algılanan Hayati Tehlike	Travma Sonrası Yaşam
Sosyoekonomik Durum	Travma Sırası Emosyon ⁹	Stresörleri
Eğitim Seviyesi		
İrk		
Travmatik Olaya Maruz Kalma	Travma Sırası Dissosiyasyon ¹⁰	
Ailesinde Psikiyatrik Hastalık Öyküsü		

Savaş ve göç travması yaşayan bireylerde ise TSSB'nin gelişimini etkileyen faktörler arasında; aile fertlerinden birinin, akrabasının, arkadaşın veya öğretmenin kaybı, bulundukları yerden başka bölgeye göç etme, çocuğun alışkın olduğu hayattan uzaklaşması, sevdiği eşyalarının kaybı, ait hissettiği yerlerden, evinden, okulundan ayrı düşmesi ve yaşanan ekonomik problemler sayılmaktadır (Erden ve Gürdil, 2009).

Öte yandan, savaş yaşamış ve yaşadığı bölgeyi terk etmiş mülteci bireylerin ruh sağlığı bozukluklarına etki eden faktörlerden cinsiyetin mültecilerin TSSB'sini de önemli ölçüde etkilediği görülmektedir. UNHCR (2006)'ye göre, mülteci kadınlar genellikle tecavüz, zorla hamile bırakılma, zorla kürtaj, cinsel insan ticareti, cinsel kölelik ve cinsel yolla bulaşan hastalıkların kasıtlı olarak yayılmasını içeren cinsel şiddet olarak tanımlanan cinsiyete dayalı travma yaşarlar. Bu doğrultuda, Ward ve Vann (2002), çatışmalar sonrası yerinden edilmiş kadın ve kızların, insani yardım ortamlarında zorla cinsel ilişki/tecavüz, yakın bir partner tarafından cinsel istismar, çocuk cinsel istismarı, zorla seks ve seks ticareti dahil olmak üzere cinsel şiddete maruz

⁹ Yoğun duygu durumudur (Schultz ve Schultz, 2004).

¹⁰ Bireylerin zihinlerindeki duyguları geçici olarak unutmaları durumudur (Şar, 2000).

kalmaya karşı savunmasız olduklarını tespit etmektedir. Ayrıca kadınların travmatik olaylara karşı erkeklerden daha hassas olduğu da bilinmektedir. Bu nedenlerle, mültecilerde kadın cinsiyetin, TSSB ruh sağlığı bozukluğuna karşı daha savunmasız bir profil sunduğu görülmektedir.

Mültecilerin TSSB'sine etki eden ve literatürde öne çıkan bir diğer faktör yaş faktörüdür. Yaşlı mültecilerin göç ettikleri ülkelerde iş bulma, ailesini geçindirme, kendi kendine yeterli olma konularında ek bir stres yaşayabildiği düşünülmektedir. Bununla birlikte, göç öncesi ve göç sonrası fiziksel ve ruhsal hastalıklara çabuk yakalanabilmeleri, ebeveynleri olmadan kendi kendine yeterli olamamaları ve travmalarla yetişkinler kadar baş edememeleri sebebiyle çocuk ve ergen yaş grubunun TSSB ruhsal bozukluğuna daha yatkın olduğu bilinmektedir (Bogic vd. 2015; Fazel ve Stein, 2003; Bronstein vd. 2013). 18-34 yaş aralığındaki genç mülteciler ise, göç ettikleri ülkelerde iş bulma ve ailesini geçindirme konusunda daha yeteneklidir ve bu yaş grubu fiziksel ve ruhsal hastalıklara karşı daha dirençli olmaktadır. Dolayısıyla bu yaş gurundaki mültecilerin diğer gruplara kıyasla ruhsal bozukluklara ve TSSB'ye karşı en dirençli grup olduğu görülmektedir (Williams vd., 2007).

Travma öyküsü faktörü, normal bireylerde olduğu gibi mülteci bireylerde de TSSB ruhsal bozukluğunu etkilemektedir. Bunun yanı sıra mülteci bireylerin birden fazla travma öyküsüne sahip olma ihtimali normal bireylere kıyasla daha yüksektir. Savaş veya çatışma bölgesinde aile üyelerinden veya yakınlarından birinin kaybına-yaralanmasına tanık olunması, bombalanmalara tanıklık edilmesi, fiziksel veya cinsel şiddete maruz kalınması gibi göç öncesi yaşanan travmatik öykülerin, başta TSSB ruhsal bozukluğu olmak üzere göç sonrası şiddetli ruhsal bozukluklar meydana getirdiği bilinmektedir (Fazel vd. 2005; Gerritsen vd. 2006; Carswell vd. 2011).

Birden fazla travmatik öykü geçmişine sahip mültecilerin göç sonrası TSSB ruh sağlığı bozukluklarının tedavi edilmesi için sağlık hizmetlerine erişimleri gerekmektedir. Tedavi edilmeyen veya edilemeyen ruh sağlığı semptomları olan mültecilerde; iş bulmada, kendilerini savunmada, temel ihtiyaçlarını karşılayacak yeterli geliri sağlamada, yeni bir dil öğrenmede, yeni bir kültüre uyum sağlamada, anlamlı ilişkiler ve sosyal destekler geliştirmede zorluklar görülmektedir (Hollander, 2013; Shannon vd. 2015). Dolayısıyla TSSB ruh sağlığı bozukluğu olan mültecilerin sağlık hizmetlerine erişememesi yeni bir ülkedeki gelecek yaşamlarının farklı yönlerini olumsuz etkileyebilmektedir (Javanbakht vd., 2019).

Yeni bir yere yerleşen mültecilerin eşlerinden, çocuklarından, ebeveynlerinden veya beraber yaşadıkları diğer bireylerden aldıkları manevi destekler, kurdukları yakın

ilişkiler, yeniden yerleştikleri bölgelere uyum sağlamaları ve ruh sağlıklarının düzelmesi açısından önemli bir faktördür. İkili ilişkiler, sosyal destekler travma sonrası yaygın ruhsal bozukluklardan koruyan güçlü faktörlerdir. Dolayısıyla evli olmak, çocuk sahibi olmak, daha büyük hanede yaşamak bireyleri TSSB semptomlarına karşı korumada etkili faktörler arasında sayılmaktadır (Zhou vd. 2013; Marley ve Mauki, 2019).

Mülteciler, yeniden yerleştikleri ülkelerde manevi desteğe ihtiyaç duydukları gibi, kendisinin veya birlikte yaşadığı kişilerin geçimlerini sağlayabilmek, hayatlarını devam ettirebilmek için ekonomik özgürlüğe ve çalışmaya da ihtiyaç duymaktadırlar. Dolayısıyla mültecilerin yeniden yerleştikleri ülkelerin gelişmişlik düzeyinin, istihdam açığının ve buna bağlı olarak mültecilerin istihdam durumlarının ve ekonomik gelirlerinin yeniden yerleştikleri bölgelerde hayata tutunabilmeleri için önemli faktörler olmaktadır. Bununla birlikte çalışmayan veya ekonomik geliri olmayan mültecilerde, kendisini veya birlikte yaşadığı kişileri geçindirememek, eve ekonomik bir katkısı olmamak, eşinin, çocuklarının veya ebeveynlerinin ihtiyaçlarını karşılayamamak endişesi, TSSB ruh sağlığı geliştirme riskini etkilemektedir (Porter ve Haslam, 2005; Liv vd. 2016).

3.1.1.3. Travma Sonrası Stres Bozukluğunun Epidemiyolojisi¹¹

İnsanların genetik özellikleri, fiziksel yapıları, psikolojik geçmişleri ve bir olay karşısında belirli stresörler ile baş edebilme durumları farklılık göstermektedir. TSSB'nin epidemiyolojisi incelendiğinde, TSSB'nin yaygınlığını etkileyen faktörlerin genel olarak; toplumlar arası kültürel farklılıklar, sosyo-demografik özellikler (örneğin kadın olmak) ve yaşanan travmanın çeşidi olduğu görülmektedir (Breslau vd. 1998; Özgen ve Aydın, 1999; Alexander ve Klein, 2008; Neria vd. 2008).

Travmaya maruz kalan bireyin kişisel özellikleri ile travmaya maruz kalan toplumun kültürel özellikleri TSSB'nin gelişmesinde önemli risk faktörleri olduğundan TSSB'nin yaygınlığının toplumlararası farklılık gösterdiği düşünülmektedir. Nitekim literatür incelendiğinde TSSB'nin epidemiyolojisini belirlemeye yönelik yapılan araştırmalarda elde edilen bulguların toplumlar arasında değişkenlik gösterdiği görülmektedir. Güney Afrika'da yapılan bir araştırmada TSSB'nin yaşam boyu yaygınlığı %2.3 tespit edilmiş iken (Atwoli vd., 2013), İspanya'da yapılan bir araştırmada %2.2 (Carmassi vd., 2014), İtalya'da yapılan bir araştırmada %2.4 (Olaya

¹¹ Toplumda meydana gelen değişimler ve yeni hastalıkların ortaya çıkması ile kazaların ve sağlıkla ilgili durumların dağılımını, görülme sıklığını ve onları etkileyen belirteçleri inceleyen bir tıp bilimi dalıdır (Frérêt vd., 2018).

vd., 2015) Japonya’da yapılan bir araştırmada %1.3 (Kawakami vd., 2014), Kuzey İrlanda’da yapılan bir araştırmada %8,8 (Ferry vd., 2014), ve ABD’de %8 (Kessler vd., 1995) olduğu tespit edilmiştir.

Kadınların, sosyo-ekonomik durumu kötü olanların, sosyal ilişkileri zayıf olanların, bekar olanların, travma öyküsü olanların TSSB yaygınlığının daha yüksek olduğu düşünölmektedir (Özgen ve Aydın, 1999). şili’de yapılan bir araştırmaya göre TSSB'nin yaşam boyu yaygınlığı erkeklerde %2.5 kadınlarda %6.2 olduğu tespit edilmiştir (Zlotnick vd., 2006). Meksika’da TSSB’nin yaygınlığı ile ilgili yapılan bir araştırmada kadınlarda ve sosyo-ekonomik durumu kötü olan bireylerde TSSB yaygınlığı daha yüksek çıktığı tespit edilmiştir (Norris vd., 2003). Kulka vd. (1990) yaptıkları araştırmada savaştan kurtulan kişilerden kadınlarda TSSB yaygınlığının erkeklere göre daha yüksek düzeyde olduğunu tespit etmişlerdir. Ayrıca Alexander ve Klein (2008), yaptıkları araştırmada sosyal desteğin yetersiz olması TSSB’nin yaygınlığını artırdığını tespit etmişlerdir.

Savaş travmasına maruz kalmış bireylerde TSSB’nin yaygınlığını inceleyen araştırmalar incelendiğinde; Vietnam Savaşı sonrası hayatta kalan askerlerde TSSB’nin yaşam boyu yaygınlığı %15 ile %31 arasında değiştiği tespit edilmiştir. Benzer şekilde Vietnam Savaşı gazileri üzerine yapılan aynı araştırmalarda savaş sonrası intihar edenlerin sayısının savaşta ölen sayısından fazla olduğunu ifade edilmektedir (Card, 1987; Kulka vd., 1990). Vietnam Savaşı’ndan 15 yıl sonra savaş mağduru bireyler ile yapılan bir araştırmada TSSB’nin %15 olduğu tespit edilmiştir (Kulka vd., 1990).

Savaş travmasına maruz kalmış ve zorunlu olarak göç etmiş mülteciler ile ilgili yapılan epidemiyolojik araştırmalarda TSSB’nin prevalansının¹² yerleştikleri ölkelerdeki bireylere göre daha yüksek olduğu görölmektedir (De Jong vd. 2001; Hashemian vd. 2006; Vega vd. 1998). Gernaat vd. (2002) yaptıkları araştırmada Hollanda’da bulunan Afgan mülteciler arasında TSSB yaygınlığının %35 olduğunu bildirirken, Avustralya’nın kentsel bir bölgesinde bulunan Afgan mülteci yetişkinlerle ilgili yapılan bir araştırma da TSSB yaygınlığının %44 olduğu tespit edilmiştir (Slewa-Younan vd., 2017).

Tablo 11’de farklı ölkelere yerleşen mültecilerin TSSB yaygınlığı ile ilgili yapılan bazı araştırmaların sonuçları yer almaktadır. Tablo 11’de yer alan araştırmaların sonuçlarına göre farklı ölkelerde yer alan mültecilerde TSSB yaygınlığı %12.1 ile %70 arasında değişmektedir.

¹² Belirli bir anda, belirli bir popölasyonda, hasta olan bireylerin nüfusa oranıdır (Çaparlar ve Dönmez, 2016).

Tablo 11. Mültecilerde TSSB yaygınlığı ile ilgili yapılan bazı araştırmalar

Yazar/Yayın Yılı	Mültecilerin Geldiği Ülke	Mültecilerin Sığındığı Ülke	TSSB Yaygınlık Durumu (%)
Kinzie vd. (1986)	Kamboçya	ABD	20
Hinton vd. (1993)	Vietnam-Çin	ABD	18,4
Cheung (1994)	Kamboçya	Yeni Zelanda	12.1
Mghir vd. (1995)	Afganistan	Pakistan	34
Mollica vd. (1998)	Kamboçya	Tayland	37
Favaro vd. (1999)	Yugoslavya	İtalya	50
Weine vd. (2000)	Bosna	ABD	70
Ai vd.(2002)	Kosova	ABD	60.5
Steel vd.(2002)	Vietnam	Avustralya	51.4
Turner vd. (2003)	Kosova	İngiltere	65
Binay (2016)	Suriye-İrak	Türkiye	58.9
Momartin vd. (2004)	Bosna	Avustralya	37

3.1.2. Depresyon

Depresif duygular, yaşamın bazı dönemlerinde beklenmeyen veya hayal kırıklığı ile sonuçlanan önemli olaylar karşısında gösterilen sıkıntı, hüznün, umutsuzluk olarak adlandırılan duygusal yanıtlar olup yaşam döngüsünde olağan olarak kabul edilebilir. Bir ruhsal hastalık olarak ise “depresif bozukluk”, normal duygusal yanıtın çok ötesinde bir kavram olup kişinin sağlığının bütünselliğini tehdit eden belirtilerin tabloya eşlik ettiği bir hastalık tablosudur. Depresif bozukluk için hastalığa tanı koyduran tek bir belirtiden değil, klinik tablonun birtakım özelliklerine göre sınıflandırılan bir hastalık grubundan söz edilmektedir (Işık, 2013).

Depresif bozukluklar, kişisel, kişilerarası, toplumsal ilişkilerde bozulmalar, maddi kayıplar, ciddi sağlık sorunları ile sonuçlanma olasılığı yüksek olan; aşırı mutsuzluk dönemleri, eskiden ilgi duyulan aktivitelere karşı belirgin bir ilgisizlik ile belirginleşen, bilişsel, davranışsal ve duygusal işlevlerde yeti yitimlerine neden olan bir duygudurum bozukluğudur (Mitchell ve Morris, 2007).

3.1.2.1. Depresyon Kavramı

Depresyon; bireylerde, depresif bir ruh hali meydana getiren, suçluluk duygusu oluşturan, kendine güvenememe, düzensiz uyku, iştahsızlık, konsantrasyon eksikliği veya enerji kaybı gibi belirtiler gösteren yaygın bir ruhsal bozukluktur (WHO, 2007). Depresyon, bazı hastalıklar için bir risk faktörüdür (Malhotra vd., 2010). Depresyon, bireylerin duygu, düşünce, benlik algılarını, davranışlarını, kişilerarası ilişkilerini, iş verimliliğini ve genel yaşam kalitesini derinden etkileyen prototipik çok faktörlü bir ruhsal bozukluktur ve majör psikiyatrik bozuklukların en sık görülenlerinden biridir (Murray ve Lopez, 1996). T.C. Sağlık Bakanlığı tarafından yapılan ulusal hastalık yükü

araştırmasında depresif hastalıkların en fazla yeti yitimine sebep olan hastalık olduğu saptanmıştır (Sağlık Bakanlığı, 2004).

Bireysel ve toplumsal sağlık açısından önemli etkiye sahip olan depresyon, halk sağlığı için de önemli bir sorun olarak görülmektedir. Genel popülasyona bakıldığında ise depresif bozuklukların sıklıkla yaşandığı görülmektedir. Bununla birlikte depresyon, WHO tarafından “görünmeyen bir yük” olarak nitelendirilmiştir (Binbay, 2013). WHO verilerine göre dünyada 300 milyondan fazla insanın depresyonla yaşadığı tahmin edilmekte ve depresyon yaşayan bireylerin sayısının 2000’li yıllarda daha da arttığı görülmektedir (WHO, 2012).

Depresyon sık görülen psikiyatrik hastalıklardan biri olup ortalama olarak her on kişiden birinde görülebilmektedir (Angst, 1992; Kessler vd., 1994). Depresyonun yaşam boyu yaygınlığı ile ilgili olarak Angst (1992), %4.4-%19.6 arası bir yüzdelikte olduğunu belirtirken Kessler vd. (1994) ise bunu %17 olarak belirtmiştir. Ancak bu araştırmalar eski olup son yıllarda depresyon oranlarının arttığı tahmin edilmektedir. Tayvan’da yapılan bir araştırmaya göre yaklaşık 23 milyon nüfusun 1.2 milyonunun depresyondan muzdarip olduğu tespit edilmiştir (Diagnosis, 2008).

Kitlesel çatışmalar-savaşlar sonucu zorla yerinden edilmiş nüfuslar, mülteciler, kendi ülkesi içerisinde zorla göç etmek durumunda bırakılmış kişiler gibi insani acil durumlar sonrası depresyon durumu ile ilgili farklı popülasyonlar üzerinde araştırmalar da mevcuttur (Porter ve Haslam, 2005; Bartoli vd. 2013). Bu araştırmalarda küresel bir sorun haline gelen depresyonun savaş gibi travmatik bir olay yaşamış ve zorunlu olarak göç etmek zorunda kalmış mültecilerde yaygın bir şekilde görüldüğü tespit edilmiştir (Fazel vd. 2005; Porter ve Haslam, 2005; Husain vd. 2011; Cheng vd. 2015; Nillni vd. 2013). Aynı zamanda travmatik olay sonrası TSSB tanısı almış bireylerde depresyon görülme durumu diğer ruhsal hastalıklara göre daha fazla olduğu ve TSSB ile depresyon ruhsal bozuklukların ikisinin bir görüldüğü bireylerde yalnız TSSB veya yalnız depresyon görülme durumlarından daha şiddetli ve uzun sürdüğü görülmektedir (Kessler vd. 1995; Breslau vd. 1998; Brady vd. 2000; Dubois vd. 2004; Momartin vd. 2004; Axelrod vd. 2005; Oquendo vd. 2005; Scherrer vd. 2008; Wolf vd. 2010).

Travmatik olaylar sonrası TSSB tansısı almış bireylerin depresyon yaşama durumlarının diğer ruhsal bozukluklardan daha fazla olma ihtimali göz önünde bulundurulduğunda; travmatik olaylar sonrası TSSB teşhisi alanların depresyon durumları açısından önemli bir etken olduğu ancak depresyon durumlarının savaş yaşamış ve zorunlu olarak göç etmek durumunda kalmış mülteciler özelinde, göç ettikleri bölgenin sosyo-ekonomik durumuna, iş gücü ihtiyacına, kültürel özelliklerine ve

bireylerin kişilik özelliklerine göre değiştiği de düşünülmektedir (Fazel vd. 2005; Turrini vd. 2017; Giacco vd. 2018; Kien vd. 2019).

Lee vd. (2001) savaş travması yaşamış bireylerde TSSB'nin depresyon üzerinde etkisi olup olmadığını araştırdığı çalışmasında TSSB'nin depresyon üzerinde etkili olmadığını tespit etmiştir. Benzer şekilde savaş travmasından çıkmış bireyler üzerinde yapılan birtakım araştırmalarda TSSB'nin depresyon üzerinde etkisinin olmadığı görülebilmektedir (Wolfe vd. 1992; Wright vd. 2011).

Savaş, göç ve diğer afetleri takiben depresyonun başlangıcı 20 yıldan fazla bir süredir araştırılmaktadır. Literatür incelendiğinde hem yetişkinler hem de çocuklar için depresyonun başlangıç aşamasında bir gecikme olduğu görülmektedir. Nitekim depresyon, afetlerden haftalar veya aylar sonra yaşanabildiği gibi bazı durumlarda yıllarca sürdüğü gözlemlenmektedir (Fichter vd. 2008; Rhebergen vd. 2011).

Depresyonun uzun süre devam edebileceği veya uzun sürmese bile kişiler üzerinde derin etkiler bırakabileceği durumu depresyonun yaşam kalitesini etkileyebilmesini düşündürmektedir. Güney Kore'de yaşayan Kuzey Koreli mültecilerinin depresyon durumlarının yaşam kalitesini etkileyip etkilemediğini araştıran bir çalışmada Kuzey Koreli mültecilerin depresyon düzeylerinin yüksek olduğu ve depresyon durumlarının yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediği araştırmacılar tarafından tespit edilmiştir (Qi, 2015). Benzer şekilde Strauss vd. (2012) yaptıkları araştırmada depresyon ile yaşam kalitesi arasında ilişki olduğunu saptamış ve depresyonun yaşam kalitesini etkilediğini tespit etmişlerdir. Tüm bu durumlar göz önünde bulundurulduğunda küresel çapta sağlık sorunu haline gelen depresyonun sebeplerini tespit etmek, tedavi edecek ve tedavi olacak kişilere yardımcı olmak ve yaşam kalitelerini iyileştirmek için önemlidir.

3.1.2.2. Depresyonun Etiyolojisi

Literatür incelendiğinde, depresyonun birbirinden farklı veya birbiri ile ilişkili birçok nedene bağlı olarak ortaya çıktığı görülmektedir. Depresyonun ortaya çıkmasındaki en temel sebep, bireylerin yakın tarihte yaşamış olduğu stresli durumlar olmakla birlikte, çevresindeki kişilerle problem yaşaması, genetik öyküleri, eğitim düzeylerinin yetersiz olması, fiziksel rahatsızlığının olması veya ailevi sıkıntılarının olması depresyona sebep olan başlıca etkenler arasında görülmektedir (Akiskal, 1992). Olumsuz yaşantılar, sosyo-ekonomik durumun kötü olması, işsiz olmak da depresyonun ortaya çıkmasındaki etkenler arasında görülmektedir (Ünal ve Özcan 2000). Erken yaşlarda bir yakınının kaybedilmesi, aile içi şiddete maruz kalınması, cinsel tacize

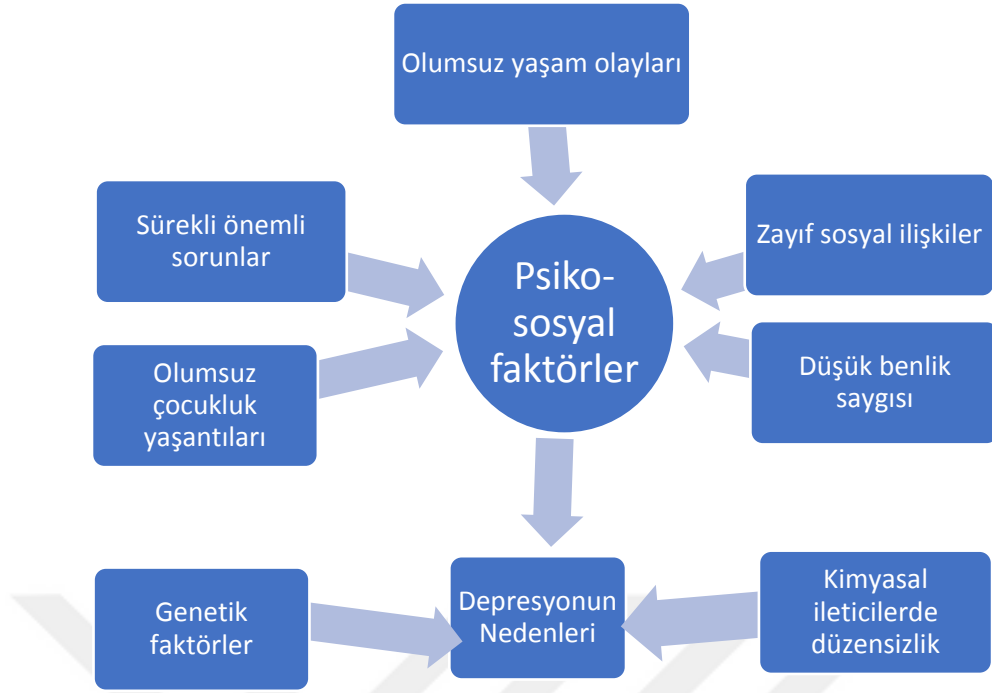
uğranması kişilik problemlerinin oluşmasına ve ileriki yaşlarda depresyona yakalanma riskini artırdığı görülmektedir (Harris, 1990). Savaş, zorunlu göç veya diğer afetler gibi travmatik olaylar yaşamayan depresyon sebepleri arasında olduğu ve afetlerden kurtulanlar arasında depresyon yaygınlığının %4.9 ile %54 arasında değiştiği daha önceki araştırmalar tarafından tespit edilmiştir (Beaudoin, 2007; Cheng vd. 2015; Nillni vd. 2013).

Literatür incelendiğinde, depresyonun ortaya çıkmasındaki etkenler arasında bireylerin kişilik yapısındaki değişiklikler olduğu da görülmektedir. Bireylerin yaşamları boyunca karşı karşıya kaldıkları stresli durumlar ile başa çıkma tarzları, özgüvensiz olmaları, içine kapanık olmaları, karamsar olmaları, kaygılı olmaları ve nevrotik¹³ kişilik yapıları gibi kişilik yapılarındaki değişiklikler depresyona yakalanma riskini artırdığı görülmektedir (Weissman ve Klerman, 1977). Kimi araştırmalarda depresyonun, yirmi beş ile kırk dört yaş arasında olan orta yaşlardaki bireylerde daha yaygın olduğu (Angst, 1992; Kessler vd. 1994), kadınlarda görülme oranının erkeklerde görülme oranından iki kat daha fazla olduğu tespit edilmiştir (Doğan, 2013). Beş kadından birinin hayatlarının belli dönemlerinde depresyonla mücadele ettiği görülürken, 10 erkekten biri hayatlarının belirli dönemlerinde depresyon durumu ile mücadele ettiği görülmektedir (Koroğlu, 2015). Ayrıca depresyonun risk etkenleri şiddetine göre farklılık gösterdiği, depresyon durumunu hafif geçiren bireylerde daha çok çevresel faktörlerin etkili olduğu; depresyon durumunu ağır geçiren bireylerde daha çok biyolojik yatkınlık faktörünün önemli bir etken olduğu gözlemlenmiştir (Şarmer, 1996).

Demirci (2016) travma geçmişine sahip olan ve olmayan bireyleri dahil ettiği araştırmasında çocukluk travma geçmişi olan bireylerin travma geçmişi olmayan bireylere göre daha yüksek düzeyde depresif belirtiler gösterdiğini saptamıştır. Bostancı vd. (2006) araştırmalarında çocukluk yaşlarında yaşanan travmaların yetişkinlik dönemindeki depresif belirtilerle anlamlı bir ilişki içerisinde olduğu, majör depresyon tanısı almış bireylerin çocukluk dönemlerinde travmaya maruz kalmayanlara göre depresyon belirtilerinin daha yoğun olduğu sonuçlarına ulaşmıştır.

Depresyonun sebeplerini araştıran literatürde pek çok çalışma vardır. Bu çalışmaların bir kısmını tarayan Kırılı (2008), çalışmasında, depresyonun sebeplerini Şekil 1’de gösterildiği gibi özetlemektedir. Şekil 1’de görüldüğü üzere depresyon, bahsi geçen tüm etkenlerin hepsinin ya da önemli bir kısmının belirli oranlarda var olması neticesinde gelişmektedir.

¹³ Alınan, güvensiz, asabi ve endişeli bireyler olarak değerlendirilmektedir (Doğan, 2013).



Şekil 1. Depresyon nedenleri (Kırlı, 2008).

Kırlı (2008)'ın belirttiği gibi olumsuz yaşam olayları ile birlikte çocukluk çağında yaşanmış geçmiş olumsuz yaşantılar depresyonun sebepleri arasında görülmektedir. Çocukluk çağında yaşanan cinsel istismar, aile üyelerinden birinin kaybı, bir afete maruz kalmak, savaş yaşamış olmak gibi yaşam içerisindeki olumsuz yaşam olayları bireylerin depresif nöbetler yaşamasına sebep olabilen faktörlerdendir. Uzun süreler stresli olumsuz yaşam olayları tecrübe eden bireylerin depresyon belirtileri gösterdiği bilinmektedir (Hammen vd., 2009). Bununla birlikte, bilişsel hassasiyeti olan kişilerin, olumsuz yaşam olayları ile karşılaştıklarında, olaylara karşı olumsuz düşüncelere girmeleri sebebiyle depresyon ruhsal bozukluğu görülme ihtimali yüksektir. Bu bireylerde sürekli bir çökkünlük, kendisine güvenememek, düşük benlik algısına sahip olmak veya kederli ruh hali durumu vardır. Depresyona giren bazı bireyler, duygularının sabitleştiğini, acıdan ve üzüntüden başka duygu hissedemediklerini belirtirler. Bunların yanı sıra, alışık olmadığı şekilde sinirlilik, huzursuzluk hali de gözlenebilmektedir. Eskiden keyif aldığı durumlardan, etkinliklerden artık keyif almadıklarını, yaşama karşı genel bir ilgisizlik durumu oluştuğunu belirtebilirler. Bu sebeplerle, kendisi veya çevresiyle ilgili olumsuz beklentileri olan kişilerin depresyona girme ihtimalinin arttığı bilinmektedir (Seligman vd., 1984).

Daha güncel yaklaşımlara göre depresyon yaşayan kişilerde depresyonun genetik olabildiği, erken çocukluk dönemlerinde birtakım olumsuz yaşantılara maruz kaldıkları, diğer insanlara göre daha hassas oldukları ve tüm bunların sonucu olarak meydana gelen biyolojik değişikliklerin, kimyasal iletili sistemleri aracılığı ile yansıyan sonuçları depresyonu üretmektedir (Gülen, 2020). Öte yandan depresyonun etiyolojisi ile ilgili çalışmalarda ortaya çıkan nedensellik değişkenleri arasında hem kavramsal hem de ampirik olarak ince ayrıntıların bulunması, bu alanda araştırma yapmayı zorlaştırdığı da düşünülmektedir. Dolayısıyla belirli sebep veya sebeplerle ortaya çıkan depresyonu teşhis edebilmenin ve belirtilerini belirlemenin depresyon araştırmalarına ışık tutacağı düşünülmektedir.

Savaş yaşamış ve yaşadıkları yeri terk etmek zorunda kalarak başka bir ülkeye göç eden mülteci bireylerin ruh sağlığı bozukluklarına etki eden ve araştırmamızda ele alınan literatürde öne çıkan faktörlerden cinsiyet faktörünün mültecilerin depresyon ruh sağlığı bozukluğunu önemli ölçüde etkilediği görülmektedir. Daha önceki araştırmalar, kadınların dışardan gelen tehditlere karşı daha duyarlı olduklarını, etkili başa çıkma stratejileri kullanma olasılıklarının daha düşük olduğunu ve travmatik olayları erkeklerden daha olumsuz yorumlama eğiliminde olduklarını göstermiştir (Zhou vd. 2013; Stander vd. 2014). Bununla birlikte, kadınların stres hormonlarına karşı daha duyarlı oldukları düşünülür, bu nedenle stresli durumları yönetme yetenekleri erkeklerin yeteneklerinden nispeten daha zayıf olabilmektedir ve bu sebeplerle depresyon ruh sağlığı bozukluğu görülme ihtimalinin erkeklerden daha yüksek olduğu düşünülmektedir (Zhang vd. 2012; Zhou vd. 2013; Stander vd. 2014). Ayrıca, kadınların savaşla ilgili olumsuzluklara erkeklere göre daha az maruz kalmasına rağmen, gözlenen yüksek depresyon oranlarının göç sonrası deneyimlerle ilişkili olabileceği düşünülmektedir. Ancak kadınların yüksek oranda stresi içselleştirerek, erkeklerin ise dışsallaştırıcı belirtilerle ifade etme eğiliminde oldukları da göz önünde bulundurulmalıdır (Kandemir vd., 2018).

Mültecilerin depresyon ruh sağlığı bozukluğuna etki eden bir diğer önemli faktör ise yaş faktörüdür. Çocuklar travmatik olaylara karşı yetişkinlerden daha hassas olmaktadır ve bir ebeveyn ya da yetişkin bakımına ihtiyaç duymaktadır. Bu durum çocukların depresyon ruhsal bozukluğunu yaşama ihtimalini artırmaktadır. Nitekim literatür, travmatik olaylardan sonra çocuklara verilen sosyal desteğin düşük olmasının yüksek depresyon riski ile ilişkilendirildiğini göstermektedir (Tang vd., 2014). Başkalarının bakım ve desteğinin olmaması, çocuklar arasında depresyon gelişimi için katalizör görevi gören aşağılık ve güvensizlik duygularını besleyebilmektedir (Sajjadi

vd., 2013). Ancak yetişkinler arasında sosyal desteğin düşük olması depresyon ile ilişkilendirilmemiştir (Tang vd., 2014). Yetişkinlerde düşünme biçimleri daha karmaşıktır ve bu nedenle sosyal destek, travmatik olaylardan sonra yetişkinlerin olumsuz ruh hallerini gidermede o kadar etkili olmayabilir (Zhang vd., 2012).

Literatürde mültecilerin depresyon ruh sağlığına etki eden bir diğer önemli faktör travma öyküsüdür. Bir veya birden fazla travma tecrübesi olan mültecilerde en fazla görülen ruh sağlığı bozukluklarından birinin depresyon olduğu görülmektedir (Thapa ve Hauff, 2005). Araştırmalar, travma öyküsü ile depresyon arasında bir ilişki olduğunu, bir mültecinin birden fazla travmatik öyküye sahip olmasının daha yüksek depresyon seviyesine sebep olduğunu göstermektedir (Mghir vd. 1995; Heptinstall vd. 2004; Tracy vd. 2014).

Travmatik maruziyetin ve olumsuz deneyimlerin zihinsel ve fiziksel sağlık üzerinde uzun süreli etkileri olmaktadır (Felitti vd., 1998). Mültecilerin zihinsel ve fiziksel sağlıklarının iyileştirilmesine yönelik yapılan sağlık müdahaleleri, bu bireylerin benlik saygısını geliştirmek ve kimliklerini yeniden inşa etmek demektir (Demazure vd., 2018). Dolayısıyla mültecilerin yaşadıkları travmatik öykülerin depresyon ruh sağlıkları üzerindeki uzun süreli etkilerinin azaltılması için sağlık hizmetlerine erişmesi gerekmektedir (De Anstiss vd., 2009). Sağlık hizmetlerine erişmeyen veya erişemeyen mültecilerin ise uzun süreli depresyon ruh sağlığı bozukluğundan mustarip oldukları bilinmektedir (Farhood vd., 1993). Tüm bu sebepler mültecilerin depresyon ruh sağlığı bozukluğunun iyileştirilmesi için sağlık hizmetlerine erişmesini gerekli kılmaktadır.

Mültecilerin depresyon ruh sağlığı bozukluğuna medeni durum ve hanehalkı sayısı faktörlerinin de etki ettiği bilinmektedir. Bir aile ortamında yaşayan mültecileri, beraber yaşadığı bireyler ile kurduğu duygusal bağlar ve sosyal ilişkiler, yaşadıkları travmatik olaylar sonrası depresyon ruhsal bozukluğuna karşı korumaktadır (Garmezy ve Rutter, 1985). Dolayısıyla medeni durumu bekar olan veya yalnız yaşayan ya da hanehalkı sayısı fazla hanelere göre daha az hanede yaşayan mültecilerin depresyon ruhsal bozukluğu rahatsızlığına yakalanma ihtimali daha yüksektir (Norris vd. 1992; Porter ve Haslam, 2005). Ancak hanedeki kişi sayısının artmasının hanedeki bireylerin geçimlerini sağlamada ekonomik zorluklar çıkarabileceği ve bu durumun getirmiş olduğu sorumluluk duygusunun depresyon ruh sağlığı bozukluğuna olumsuz yönde etki ettiği de bilinmektedir (Poole vd., 2018).

Mültecilerin yeniden yerleştikleri ülkelerde kendilerinin veya ailelerinin geçimlerini sağlayabilmeleri için çalışabilecekleri bir iş bulmaları ve aile ekonomisine katkıda bulunmaları gerekmektedir. Yeniden yerleşilen ülkelerde bir iş bulamayan veya

aile ekonomisine katkıda bulunamayan bireylerin depresyon ruh sağıklarının etkilendiğı ifade edilmektedir (Ayazi vd., 2012).

3.1.2.3. Depresyonun Epidemiyolojisi

Depresyonun epidemiyolojisi ile ilgili olarak farklı ölkelerde pek çok araştırma yapılmıştır. Yapılan araştırmalar incelendiğinde depresyonun yaygınlığı, örneklemin özelliklerine, kullanılan tanı ölçütlerine, bilgi kaynağındaki değişkenliğe, etnik ve kültürel farklılıklara göre değiştiğı görölmektedir. Epidemiyolojik araştırmalar, depresyonun aynı zamanda insanlarda en sık görölen ruhsal bozukluk olduğunu ortaya koymaktadır (Lehtinen ve Joukamaa, 1994).

Araştırmalara göre depresyonun yaygınlık oranı; cinsiyet, yaş, travma öyküsü, eğitim durumu, dini inançlar, medeni durum, ekonomik durum, işsizlik, korku, yas, hanehalkı sayısı, fiziksel yaralanma, sosyal destek, sağık hizmetlerine ulaşım, bir afet sonrası mülk kaybı, bir ölüm veya yaralanmaya tanık olmak gibi faktörlere bağılı olarak değişmektedir. Sağık çalışanları üzerine yapılan bir araştırmada Avusturya’da intern doktorların depresyon yaygınlığı %53 oranında bulunmuştur. (Axisa vd., 2019). Creedy vd. (2017) depresyonun yaygınlığı ile ilgili yaptıkları araştırmada ebelerin depresyon yaygınlığının %17 olduğunu tespit etmişlerdir. Maharaj vd. (2018) ise yaptıkları araştırmada hemşirelerde depresyon yaygınlık oranlarının %32.4 olduğunu tespit etmişlerdir. Kessler vd. (2010) yaptıkları araştırmada depresyonun yaşam boyu yaygınlık oranını %19,2 tespit etmişlerdir.

Möltecilerde depresyon ruhsal bozukluğunun yaygınlığı ile ilgili yapılan araştırmalar incelendiğinde, Kien vd. (2019) Avrupa ölkelerinde bulunan çocuk ve ergen mölteci ve sığınmacıların depresyon durumlarının yaygınlığı ile ilgili 19 farklı araştırmayı inceledikleri çalışmalarında depresyonun yaygınlık oranının %10,3 ile %32.8 arasında değiştiğini tespit etmişlerdir. Yetişkin möltecilerin ruh sağığı durumlarını sistematik bir şekilde inceleyen bir çalışmada 14 farklı araştırmada möltecilerin majör depresyon yaygınlık oranının %4 ile %6 arasında değiştiğini ve majör depresyon oranlarının çalışılan popölasyona göre farklılık gösterdiğini tespit etmişlerdir (Fazel vd., 2005).

Tablo 12’de farklı ölkelere yerleşen möltecilerin depresyon yaygınlığı ile ilgili yapılan bazı araştırmaların sonuçları yer almaktadır. Tablo 12’de yer alan araştırmaların sonuçlarına göre farklı ölkelerde yer alan möltecilerde depresyon yaygınlığı %5 ile %68 arasında değişmektedir.

Tablo 12. Mültecilerde depresyon yaygınlığı ile ilgili yapılan bazı araştırmalar

Yazar/Yayın Yılı	Mültecilerin Geldiği Ülke	Mültecilerin Sığındığı Ülke	Depresyon Yaygınlık Durumu (%)
Hinton vd. (1993)	Vietnam ve Çin	ABD	5.5
Hauff ve Vaglum (1995)	Vietnam	Norveç	17.7
Mollica vd. (1998)	Kamboçya	Tayland	68
McInnes vd. (1999)	Bosna	Hırvatistan	39
Favaro vd. (1999)	Yugoslavya	İtalya	35
Tousignant vd. (1999)	35 farklı mülteci grubu	Kanada	5
Papageorgiou vd. (2000)	Bosna	Yunanistan	47
Turner vd. (2003)	Kosova	İngiltere	61.4
Fenta vd. (2004)	Etiyopya	Kanada	9.8
Derluyn ve Broekaert (2007)	Afrika, Asya, Doğu Avrupa ve Güney Amerika	Belçika	32.8
Derluyn vd. (2009)	Afrika, Asya, Doğu Avrupa ve Güney Amerika	Belçika	8.2
Bronstein vd. (2013)	Afganistan ve Doğu Avrupa	İngiltere	23.4
Sanchez vd. (2013)	Doğu Avrupa	Birleşik Krallık	12.7
Vervliet vd. (2014)	Orta Doğu, Afrika, Asya ve Doğu Avrupa	Belçika-Norveç	44.1
Jensen vd. (2015)	Afrika, Asya ve Doğu Avrupa	Norveç	20
Nasiroglu ve Ceri (2016)	Irak	Türkiye	32.7

3.1.3. Anksiyete

Genel olarak tehlike beklentisinden kaynaklanan içsel sıkıntıya anksiyete denir (Şahin, 2009). Anksiyete, rahatsız edici belirtileri olan bir psikolojik duygudurum biçimidir (Karamustafalıoğlu ve Yumrukçal, 2011). Tanımlanması güç olan anksiyete, yoğun bir kaygı ve korku duygusudur. Anksiyete bozukluğu olan kişiler, başlarına her şeyin en kötüsünün geleceğini düşünürler, normal insanların kolayca tahammül edebileceği basit durumlar karşısında üzülmeler ve genellikle sürekli kaygı duyarlar (Türkçapar, 2004).

Anksiyete günümüzde olduğu gibi geçmişte de var olmuştur. Bilinen tarihin başlangıcından beri filozoflar, dini liderler, bilim adamları ve daha yakın zamanlarda doktorlar, sosyal ve tıp bilimciler, insanlık için bu yaygın ve rahatsız edici durumla etkili bir şekilde başa çıkmak için anksiyetenin nedenlerini ele almaya ve müdahaleler geliştirmeye çalışmışlardır (Glas, 2003). Ancak geçmişte anksiyete belirtileri olmasına

rağmen, bunların ruh sağlığı kapsamında değil, belirtilerin ortaya çıktığı vücut bölgelerinden kaynaklandığının düşünüldüğü görülmektedir. Anksiyete kavramının ruh sağlığı ile ilişkilendirilmesi ancak 18. yüzyılın başlarında olmuştur ve tıbbi yazılarda yer almaya başlamıştır (Stone, 2002).

Anksiyetenin ruh sağlığı ile ilişkilendirilmesinden sonra birçok psikiyatrik bozukluğun belirgin bir belirtisi olarak kabul edilmeye başlanmıştır. Ancak 19. yüzyılın son yarısına kadar anksiyete bozuklukları diğer duygudurum bozukluklarından ayrı olarak sınıflandırılmamıştır. 1895 yılında, anksiyetenin diğer ruhsal bozukluklardan ayrı olarak değerlendirilmesi gerektiğini ilk öne süren Freud olmuştur (Harrison vd., 2017).

3.1.3.1. Anksiyete Kavramı

Anksiyete kavramı, tehdit oluşturan bir etken ya da tehlikeli durumlar karşısında kendi kendine oluşan bilişsel, fiziksel ve duygusal tepkilerin kişilerde oluşturduğu etkilerini açıklamada kullanılmaktadır. Anksiyete yaşayan birey, tecrübe ettiği stres nedeniyle hayatında önemli derecede işlev kaybına uğrar ve yaptığı işlere odaklanma noktasında zorluk yaşayabilir (Aydın vd., 2009). Anksiyete, genellikle var olduğu sanılan tehdit durumundan, gelecekteki bir olaya dair işlerin yolunda gitmeyeceği düşüncesinden ve içinde bulunulan durumdan kaynaklı yaşanabilen korku hali olarak tanımlanır (Cohen vd., 2016).

Anksiyete bozuklukları tıpkı TSSB ve depresyon gibi toplumda yaygın bir şekilde görülen psikiyatrik ruhsal bozukluklardan biridir (Clark ve Watson, 1991). Nitekim küresel çapta anksiyete yaygınlığını kapsamlı bir şekilde araştıran bir çalışmada anksiyetenin yaşam boyunca yaygınlığının %13.6 ile %28.8 arasında değiştiğini ve anksiyete bozukluklarının genel popülasyonda yaygın olduğunu ortaya koyulmuştur (Michael vd., 2007). Anksiyete bozukluğu en yaygın görülen ruhsal hastalıklardan biri olmakla birlikte hastalığın insanın yaşamı boyunca uzun bir süre devam ettiği de görülebilmektedir. Araştırmalarda, anksiyete bozukluğunun çoğunlukla çocukluk döneminde görüldüğünü ve çocuklukta meydana gelen rahatsızlığın ergenlik ve yetişkinlik döneminde de devam ettiği görülmektedir (Majcher ve Pollack., 1996; Murray ve Lopez., 1996).

Literatür incelendiğinde, travmatik olay veya olaylar yaşamış olmak, kadın olmak, bekâr olmak, sosyo ekoomik durumunun kötü olması gibi faktörler anksiyete bozukluğunu tetikleyen faktörler olduğu karşımıza çıkmaktadır. Nitekim Sadock vd. (2016) yaptıkları araştırmada kadınlarda erkeklerden iki kat daha fazla anksiyete bozukluğu eğilimi olduğunu tespit etmişlerdir. Benzer şekilde Tinghög vd. (2017)

yaptıkları araştırmada kadınların anksiyete ile ilgili semptom bildirme olasılığının erkeklerden daha fazla olduğunu tespit etmişlerdir. Aynı araştırmada bekar katılımcıların evlilere göre anksiyete belirtileri açısından daha fazla risk altında olduğu da bulunmuştur.

Travmatik olay yaşayan bireylerde anksiyete bozukluğunun görölme ihtimalinin yüksek olduğu araştırmalarca ortaya konulmuştur. Bununla birlikte, savaşa, işkenceye veya zulme maruz kalmak, zorunlu göç etmek, aileden ayrılmak, işsizlik ve ayrımcılık faktörlerinin anksiyete bozukluğunu sürekli olarak etkilediğı de görölmektedir (Gibb vd. 2007; Siriwardhana vd. 2013; Kartal vd. 2019).

Möltecilerin ruhsal bozukluklarını araştıran araştırmalar incelendiğinde, möltecilerde anksiyete bozukluğunun görece yüksek olduğu belirlenmiştir (Lindert vd. 2009; Steel vd.2009). Ayrıca travmatik bir olay sonrası meydana gelen ruhsal bozukluklardan birinin görölmesi diğerin görölme ihtimalini etkilediğı düşünölmektedir. Nitekim TSSB görölen bir bireyde anksiyetenin de görölebileceğı literatürde vurgulanmaktadır. Örneğın Jensen vd. (2015) mölteciler üzerinde yaptıkları araştırmada TSSB görölen möltecilerde aynı anda anksiyetenin de göröldüğünü tespit etmişlerdir.

Öte yandan anksiyete bozukluğu bireylerin yaşam kalitesini de etkilemektedir (Gladis vd., 1999). Mendlowicz ve Stein, (2000) yaptıkları araştırmada anksiyete bozukluğu olan bireylerin yaşam kalitelerinde değışiklik olduğunu tespit etmişlerdir. Benzer şekilde Olatunji vd. (2007) yaptıkları araştırmada anksiyete bozukluğunun yaşam kalitesi üzerinde etkisi olduğunu ve anksiyete bozukluğunun yaşam kalitesini değıştirdiğini tespit etmişlerdir.

3.1.3.2. Anksiyetenin Etiyolojisi

Anksiyete ruhsal bozukluğu, yetişkinlerde ve çocuklarda görölebilen en yaygın psikiyatrik bozukluklardan biridir (Anderson vd. 1987; Kashani ve Orvaschel, 1990; Bernstein ve Brochardt, 1991). Genel olarak anksiyete bozukluğu çocuklukta çağında başlar (Öst, 1987; Keller vd. 1992; Stemberger vd. 1995) ve tedavi edilmezse yetişkinlikte de devam edebilir (Cantwell ve Baker, 1989; Dads vd. 1999). Genellikle çocukluk çağında başlayan anksiyete bozukluğunun sebeplerini araştırmak, bozukluğun önlenmesi açısından oldukça önemli görölür (Spence, 2001).

Literatür incelendiğinde ebeveynde bulunan anksiyete bozukluk durumunun genetik olarak çocuklara geçebileceğı ve anksiyete bozukluğunun sebepleri arasında olabileceğı görölür. Nitekim Dumas vd. (1995) yaptıkları araştırmada anksiyete

bozukluğunun ebeveyniden çocuğa geçtiğini tespit etmişlerdir. Benzer şekilde bazı araştırmalar anksiyetenin genetik olduğu hususuna odaklanır (Whaley vd. 1999; Hudson ve Rapee, 2001; Woodruff-Borden vd. 2002). Beidel ve Turner (1997) yaptıkları araştırmada anksiyete bozukluğu olan ebeveynlerin çocuklarına anksiyete bozukluğu tanısı konma olasılığı, anksiyete bozukluğu olmayan ebeveynlerin çocuklarına göre 5-7 kat daha fazla olduğunu tespit etmişlerdir. Bununla birlikte bazı araştırmalar anksiyete bozukluğunun yalnızca orta derecede kalıtsal olduğunu (Torgerson, 1983; Lenane vd. 1990; Kendler vd. 1992; Hettema vd. 2001) ve çevresel faktörlerin de (çocukluk çağında yaşanan olaylar, negatif yaşantılar, yaşanan travmalar, kişinin karakteristik özelliği gibi) anksiyete bozukluğunun sebepleri arasında olduğunu öne sürer (Tambs ve Moum, 1993).

Genetik ve çevresel faktörlerin yanı sıra, cinsel, fiziksel veya duygusal istismar, aile içi şiddet, ebeveyn anlaşmazlığı, ebeveyn kaybı, zorunlu göç ve savaş gibi travmatik olay veya olaylar yaşamış olmak anksiyete bozukluğunun sebepleri arasındadır (Bögels ve Brechman-Toussaint, 2006; McLaughlin vd. 2012). Araştırmaların sonuçlarına göre geçmiş travmatik yaşam öyküsünün anksiyete bozukluğu ile ilişkili olduğu görülmektedir (Bandelow vd. 2004; Acartürk vd. 2009; Simon vd. 2009; Cogle vd. 2010; Kuo vd. 2011; Bruce vd. 2012; Bishop vd. 2014).

Ayrıca daha önceki araştırmaların sonuçlarına göre kadınlar erkeklere göre daha hassas olduğundan daha fazla anksiyete bozukluğu yaşayabilmektedir. Örneğin Gregory vd. (2007) yaptıkları araştırmada anksiyete bozukluğunun kadınlarda daha fazla olduğunu tespit etmişlerdir. Ruscio vd. (2017) araştırmalarında daha hassas gruplar olan kadınlarda, bekarlarda, işsizlerde ve hane halkı geliri düşük bireylerde anksiyetenin yüksek olabileceğini belirlemiştir. Öte yandan anksiyete bozukluğunun ortaya çıkmasında ve ifade edilmesinde insanların yaşadıkları ve büyüdükleri ortamların ekonomik, sosyal, fiziksel veya coğrafik şartlar gibi birtakım etkenlerden kaynaklı kültürel farklılıklar da etkili olabilmektedir. Örneğin Stein ve Stein (2008) yaptıkları araştırmada anksiyeteyi ifade etme konusunda kültürler arası farklar olduğunu ve farklı kültürlerde yer alan bireylerin anksiyete durumlarında farklılıklar olduğunu tespit etmiştir.

Savaş yaşamış ve yaşadığı yeri terk etmek zorunda kalmış mülteci bireylerin ise anksiyete ruh sağlığı bozukluğuna cinsiyet faktörünün tıpkı depresyon ve TSSB ruh sağlığı bozukluklarında olduğu gibi önemli ölçüde etki ettiği görülmektedir. Literatür incelendiğinde, kadınların savaş ve yerinden edilme sırasında maruz kalmış olabilecekleri toplumsal cinsiyete dayalı şiddet deneyimi gibi çevresel koşulların

(Hassan vd. 2016; Schweitze vd. 2018), ailesi tarafından getirilen kısıtlamaların, erken evliliklerin ya da cinsel istismar gibi göç sonrası yaşadıkları sorunların mülteci kadınlar arasında anksiyete ruhsal bozukluğu yaygınlığına yüksek oranda katkıda bulunduğu söylenebilir (Boswall ve Akash, 2015; Hassan vd. 2016; Wringe vd. 2019).

Mültecilerde yaş faktörünün anksiyete ruhsal bozukluğunu etkileyebilen önemli faktörlerden olduğu bilinmektedir. Savaş durumu, daha yaşlı olanlara kıyasla, genç mültecilerin hayatlarındaki diğer olaylara anlam yükleme biçimlerini, hayata bakış açılarını ve kişisel kimliklerini ve psikolojik iyi oluşlarını daha az derecede etkileyebilmektedir ve daha genç mülteciler bu sebeple anksiyete ve diğer ruhsal bozukluklara karşı daha dayanıklı olabilmektedir (Chung vd., 2018a). Genç mülteciler arasındaki bu dayanıklılık kavramı Erikson'un bakış açısından, yeniden ülkelerine dönme hırslarıyla bağlantılı olabileceği ve bu doğrultuda ülkelerine döndüklerinde göç ettikleri ülkelerdeki refahı devam ettirebilmek, toplumun gelişmesine katkıda bulunmak için kendilerini geliştirme çabasına girdiklerini ve ayrıca bu hırsın anksiyete ruhsal bozukluklarını etkileyebileceğini düşündürmektedir (Erikson, 1968; Chung vd. 2018a).

Mültecilerin ruh sağlıkları incelenirken, genellikle göçten önce veya sonra karşılaşılan risk faktörleri arasında bir ayrım yapılmaktadır (Miller ve Rasmussen, 2017). Literatürde, göç öncesi anksiyete ruhsal bozukluğuna etki eden en çok dikkat edilen faktörlerden biri de travma öyküsü faktörüdür ve travma öyküsü faktörü ile anksiyete ruhsal bozukluğu arasında güçlü bir ilişki bulunmaktadır (Mollica vd., 1997). Göç öncesi savaş yaşamak, akraba veya arkadaşlarının ölümü veya yaralanması gibi travmatik öyküler deneyimlemek, göç sonrası mültecileri anksiyete ruhsal bozukluğu oluşumunu etkileyen önemli faktörlerdendir (Spallek ve Razum, 2008; Fazel vd. 2012). Bununla birlikte, mültecilerde şiddetli savaş travması öyküsü, savaşın sona ermesinden yıllar sonra bile anksiyete ruhsal bozukluğunu geliştirmeye devam ettirebildiği görülebilmektedir (Badri vd. 2013; Llabre vd. 2015; Acartürk vd. 2021).

Anksiyete ruhsal bozukluğuna etki eden bir diğer önemli faktör, mültecilerin sağlık hizmetlerine erişim imkânıdır. Sağlık hizmetlerine ulaşmak, tıpkı depresyon ve TSSB ruhsal bozukluklarında olduğu gibi anksiyete ruhsal bozukluğunun tedavisi için önemli bir faktördür. Yeniden yerleşilen ülkelerde sağlık hizmetlerinin eksikliği veya sağlık hizmetlerine ulaşılamaması ya da ulaşılmaması, mültecilerde anksiyete ruhsal bozukluğunu tedavi edilemez bir hale getirir ve bu durum, uzun yıllar boyunca mültecilerin anksiyete ruhsal bozukluğu yaygınlığının devam etmesine sebep olabilir (Lumley vd. 2018; Leiler vd. 2019).

Hanehalkı sayısı ile medeni durum, mültecilerde anksiyete ruhsal bozukluğunu etkileyen faktörler arasında yer almaktadır. Aynı evde yaşayan bireyler arasında bulunan bağ, yeni bir yerleşim yerine adapte olmaya çalışan ve arkadaşı olmayan mültecilerde sosyal ilişkileri kuvvetlendirebilmektedir. Beraber yaşanan kişi sayısının artması, örneğin evlenmek, çocuk sahibi olmak, anne-baba-kardeşler ile birlikte yaşamak sosyal bağları kuvvetlendirdiği için savaş yaşamış mültecilerde anksiyete ruhsal bozukluğunu azaltabildiği görülmektedir (Al-Smadi vd. 2017; Tinghög vd. 2017).

Savaş yaşamış mültecilerin yeniden yerleştikleri ülkelerde anksiyete ruhsal bozukluğuna etkileyen diğer faktörler ekonomik durumları ve istihdam durumlarıdır. Ailesini veya kendisini geçindirmek için iş bulmak zorunda olan mültecilerin iş bulamamaları halinde anksiyete düzeylerinin olumsuz etkilendiği, daha yüksek gelirin anksiyeteye karşı bir koruyucu bir kalkan olduğu görülmektedir (Al-Smadi vd. 2017). Ayrıca, iş sahibi mültecilerin iş arkadaşlarıyla yeni sosyal destek sistemleri kurması anksiyete ruh sağlığını dolaylı olarak etkilediği görülmektedir (Buhmann, 2014; Al-Smadi vd. 2017).

3.1.3.3. Anksiyetenin Epidemiyolojisi

Anksiyete, erken yaşlarda meydana gelen ve yaşam boyu devam edebilen ruhsal bozukluklar arasında sayılır (Anderson vd. 1987; Wittchen vd. 1992). Bir araştırmada anksiyete bozukluğunun başlangıç yaşı 11 olarak belirlenmiş ve bu ruhsal bozukluğun genellikle yaşam boyu tedavi edilemediği tahmin edilmiştir (Kessler vd., 2005). Öte yandan anksiyete küresel bir halk sağlığı sorunu olarak değerlendirilir. Bireylerde yaygın hale gelen anksiyete bozukluğu ile ilgili epidemiyolojik çalışmalar incelendiğinde, anksiyetenin 30 günlük yaygınlık oranının %0.8 (Ruscio vd., 2017), 1 yıllık yaygınlık oranının %2 ile %9 arasında (Gregory vd., 2007) değiştiği ve yaşam boyu yaygınlık oranının ise yaklaşık %3.7 olduğu belirlenmiştir (Ruscio vd., 2017).

Anksiyete bozukluğunun yaygınlığı ile ilgili araştırmaların genellikle gelişmiş ülkelerde yapıldığı daha az gelişmiş ülkelerde anksiyete yaygınlığı ile ilgili araştırmaların ise kısıtlı olduğu görülmektedir. Anksiyete bozukluğu sadece gelişmiş ülkelerde görülebilen bir ruhsal bozukluk değil aksine daha az gelişmiş ülkelerde de yaygın olabileceği düşünülmektedir. Bununla birlikte savaş, şiddet veya zulüm korkusu ile zorunlu olarak göç etmek durumunda kalan bireylerde de anksiyete bozukluğunun yaygın olduğu düşünülmektedir. Epidemiyolojik araştırmalar başka ülkelere göç etmek zorunda kalmış mülteci statüsündeki bireylerde anksiyete ruhsal bozukluğunun

yaygınlığının yüksek olduğunu göstermektedir. Örneğin Bogic vd. (2012) yaptıkları araştırmada mültecilerde anksiyetenin yüksek olduğunu ve yaygınlığın %30,3 ile %60,7 arasında değiştiğini tespit etmişlerdir. Diğer benzer araştırmalar da mültecilerde anksiyete yaygınlığının yüksek olduğunu ve yaygınlığın %5-%90 arasında değiştiğini ortaya koymaktadır (Lee vd. 2001; Steel vd. 2002; Lindert vd. 2009).

Tablo 13’de farklı ülkelere yerleşen mültecilerin anksiyete yaygınlığı ile ilgili yapılan bazı araştırmaların sonuçları yer almaktadır. Tablo 13’de yer alan araştırma sonuçlarına göre farklı ülkelere yerleşen mültecilerde depresyon yaygınlığı %5 ile %90 arasında değişmektedir.

Tablo 13. Mültecilerde anksiyete yaygınlığı ile ilgili yapılan bazı araştırmalar

Yazar/Yayın Yılı	Mültecilerin Geldiği Ülke	Mültecilerin Sığındığı Ülke	Anksiyete Yaygınlık Durumu (%)
Henkelmann vd. (2020)	Genel	Genel	13
Bogic vd. (2012)	Yugoslavya	Almanya, İtalya ve Birleşik Krallık	43.7
Peconga ve Hogh (2020)	Suriye	Genel	26.6
Steel vd. (2002)	Vietnam	Avustralya	5
Lindert vd. (2009)	Genel	Genel	21-44
Van Ommeren vd. (2001)	Nepal	Bhutan	13
Turner vd. (2003)	İngiltere	Kosova	56.9
Tang vd. (2001)	Gambiya	Senegal	46.3
Sabin vd. (2003)	Guatemala	Meksika	54.4
Lie vd. (2001)	Bosna ve Kosova	Norveç	48.3
Lee vd. (2001)	Kuzey Kore	Çin	90
Gerritsen vd. (2006)	Afganistan, İran ve Somali	Hollanda	61.5
Acartürk vd. (2021)	Suriye	Türkiye	34.7

3.2. Yaşam Kalitesi

3.2.1. Yaşam Kalitesi Kavramı

WHO (1998) tarafından yaşam kalitesi; *“Bireylerin, yaşadıkları toplumdaki kültür ve değer sistemleri bağlamında; beklentileri, standartları, amaçları ve endişeleriyle ilgili olarak yaşamdaki konumlarına ilişkin algıları”* şeklinde tanımlanmaktadır (WHO, 1998). Dolayısıyla yaşam kalitesi bireyin fiziksel sağlığı, psikolojik durumu, bağımsızlık düzeyi, sosyal ilişkileri, kişisel inançları ve çevresiyle olan ilişkileri ile ilgili öznel değerlendirmesini içeren geniş kapsamlı ve çok boyutlu bir kavramdır (WHOQOL, 1998).

Yaşam kalitesinin çok boyutlu ve soyut bir kavram olduğu hususunda literatürde bir fikir birliği mevcuttur. Ayrıca yaşam kalitesinin belirleyicilerinin ne olduğu noktasında bir uzlaşa bulunmamaktadır. Öte yandan literatürde mülteci veya sığınmacı popülasyonunda ruhsal bozuklukları araştıran birçok çalışma olmakla beraber mültecilerde yaşam kalitesi ile ruhsal bozukluklar arasındaki ilişkiler yeterince irdelenmemiştir (Van der Boor vd., 2020). Oysa WHO, bireylerdeki ruh sağlığı bozukluğunun bireylerin iyilik hali ve yaşam kalitesi ile ilişkili olduğunu vurgulamaktadır (WHO, 2001).

Yaşam kalitesine etki eden faktörleri elen alan araştırmalar; bireylerin fiziksel ve ruhsal durumları, bireyler arasındaki sosyal ilişkiler, bireylerin sağlık hizmetlerine erişimi, zorunlu göç ve aynı zamanda etnik-kültürel çeşitlilik, istihdam sorunu, işsizlik, kadın veya bekar olmak gibi faktörlerin yaşam kalitesine etki ettiğini ortaya koymaktadır (Norredam ve Krasnik, 2011; Durieux-Paillard, 2011; Führer vd. 2020). Bireylerin fiziksel ve ruhsal sağlık durumlarının bozulması, kişiler arasındaki iletişim ve sosyal bağlarının kopması, yaşadığı çevreden zorunlu olarak göç ettirilmesi, istihdam sorunu yaşaması gibi faktörler bireylerin yaşam kalitelerinde azalma ortaya çıkarabilmektedir.

Yaşadığı çevreden zorunlu olarak göç etmiş ve savaştan etkilenmiş mülteci popülasyonlarında hem göç öncesindeki hem de göç sonrasındaki stres faktörlerine maruz kalmalar ruhsal bozukluklara neden olabilmekte ve bu ruhsal bozukluklar da yaşam kalitesini bozabilmektedir (Hermansson vd. 2002; Ghazinour vd. 2004). Zorunlu olarak göç eden bireylerde yaşanan travmanın doğası ve şiddeti, bireysel ve demografik özellikleri gibi göç öncesi durumlar göç etmiş bireylerin yaşam kalitesini etkileyeceği gibi göç sonrası uyum sorunları, işsizlik, kültürleşme stresi ve sosyal rollerin kaybı gibi faktörler de mültecilerin yaşam kalitesini etkileyebilmektedir (Silove vd., 1997).

Araştırmalar genelde ruhsal bozuklukların mültecilerde görece daha yaygın olduğunu ortaya koymaktadır. Bir araştırmada mültecilerde TSSB, depresyon, anksiyete, bipolar bozukluk ve şizofreni dahil olmak üzere ruhsal bozuklukların yaygınlık oranının %22,1 olduğu belirlenmiştir (Charlson vd., 2019). Bazı araştırmalar, mültecilerde ruhsal bozuklukların yüksek yaygınlık oranının yıllarca sürebileceğini ve barış durumunda bile yaşam kalitelerini düşürebildiğini ortaya koymuştur (Akinyemi vd. 2012; Matanov vd. 2013).

Öte yandan çoğu araştırma göç ettikleri ülkenin yerleşik nüfusuna göre mültecilerin daha düşük yaşam kalitesi olduğunu da ortaya koymaktadır. Örneğin Jesuthasan vd. (2018) yaptıkları araştırmada altı farklı ülkeden göç etmiş mültecilerin

yaşam kalitelerinin yerli halka göre daha düşük olduğunu belirlemiştir. Benzer şekilde, Miller vd. (2018) de yaptıkları araştırmada zorunlu olarak göç ederek ailesinden ayrı kalmış mültecilerin yaşam kalitelerinin daha düşük olduğunu tespit etmişlerdir. Akinyemi vd. (2012) çalışmalarında yaşam kalitesi düşüklüğünün mülteci popülasyonlarının ruh sağlığına yönelik en büyük tehdit olduğunu ve uzun vadeli ruh sağlığını desteklemek için yaşam kalitesine dikkat edilmesi gerektiğini vurgulamıştır. Matanov vd. (2013) ise yaptıkları araştırmada savaştan etkilenen topluluklarda ruhsal bozuklukların düşük yaşam kalitesi ile doğrudan ilişkili olduğunu ortaya koymuştur.

Mültecilerin ruh sağlığı ve yaşam kalitesi ile ilişkili faktörlerin başında çalışma ve istihdam gelmektedir. Kendinin sürekli tehdit altında olduğunu düşünen mültecilerde istihdam sorununu çözmek, öz-değer duygusu ile yakından ilişkili olduğu için göç etme ve yeniden yerleşme süreci sırasında çalışma ve istihdam edilebilme -özellikle erkekler başta olmak üzere- mültecilerin çoğunluğu için en önemli başarı göstergesidir (Bhugra, 2004; Grand ve Szulkin, 2002). İstihdam sorununu aşabilen mültecilerin ruh sağlıklarının iyi olacağı ve yaşam kalitelerinin yükseleceği öngörülmektedir (Blight vd. 2006; Jayasinghe vd. 2009). Bununla birlikte işsizlik, birçok mültecinin yaşam kalitesi üzerinde derin olumsuz etkileri olan göç sonrası stresin kaynağıdır (Shams ve Jackson, 1994; Jin vd. 1995) ve işsizlik mültecilerde ruh sağlığı sorunlarının gelişimi için bir risk faktörü olarak tanımlanmaktadır (Lavik vd. 1996; Pumariega vd. 2005; Schweitzer vd. 2006). Carlsson vd. (2006) Danimarka'ya göç etmiş ve işkence görmüş mülteciler üzerinde yaptıkları bir araştırmada yaşam kalitesinin istihdamla pozitif olarak ilişkili olduğunu tespit etmişlerdir.

Göç edilen ülkenin refah düzeyi ve sağlık hizmetlerinin kalitesi göç edenlerin geldikleri ülkeye göre daha yüksek olması durumunda zorunlu olarak göç etmiş mültecilerin yaşam kalitelerinde bir artış olabileceği düşünülmektedir. Nitekim İsveç'teki İranlı mülteciler üzerine yapılan bir araştırmada, İsveç'e göç etmiş İranlı mültecilerin, İran'da yaşayanlardan daha yüksek yaşam kalitesine sahip olduğunu belirlemiştir. Ayrıca araştırma İranlı mültecilerin İsveç'in yerel nüfusundan ise daha düşük yaşam kalitesine sahip olduklarını da ortaya koymuştur (Koochek vd., 2007).

Zorunlu göç sonrası mültecilere ev sahipliği yapan ülkede geçirilen vaktin süresine bağlı olarak yaşam kalitesinin değişip değişmediğine yönelik araştırmalar ortak bir sonuç sunmaktan uzaktır. Laban vd. (2007) yakın zamanda göç eden mültecilerin daha uzun süre önce göç eden mültecilere göre yaşam kalitelerinin daha yüksek olduğunu tespit etmişlerdir. Benzer şekilde Laban vd. (2008) yaptıkları bir araştırmada altı ay önce göç eden mültecilerin iki yıl önce göç eden mültecilere kıyasla yaşam

kalitesinin daha yüksek olduğunu ortaya koymuştur. Buna karşılık Stammel vd. (2017) yaptıkları bir araştırmada ön dört aylık bir tedavi sürecinden sonra geçmiş mültecilerin yaşam kalitesinin arttığını belirlemişlerdir.

Bazı araştırmalar ise mültecilerin yaşam kalitelerinin cinsiyet özelliklerine göre değişebileceğini iddia etmektedir. Örneğin mülteci kadınların göç sürecinde erkeklere göre daha fazla sağlık risklerine maruz kaldığı düşünülür. Bu konudaki araştırmalar incelendiğinde, mülteci kadınların mülteci erkeklere göre hem fiziksel hem de zihinsel sağlık sorunlarının daha fazla olduğu belirlenmiştir (Porter ve Haslam, 2005; Bogic vd. 2015). Dolayısıyla mültecilerin sağlıkla ilgili bağıntılı yaşam kalitelerinde cinsiyet faktörünün değerlendirme dışında tutulmaması gerektiğine dikkat çekilmektedir (Abubakar vd., 2018).

Mültecilerin ruh sağlığını ve yaşam kalitesini etkileyebilecek bir diğer önemli faktör parçalanmış aileler sorunudur (Rousseau vd. 2001; Mollica vd. 2001; Sulaiman ve Hill, 2012; Savic vd. 2013; McGregor vd. 2015). Ruhsal denge ve yüksek yaşam kalitesi için, aileden ayrı kalmamak yalnızca göç etmek zorunda kalanlar için değil aynı zamanda gönüllü olarak göç etmiş olanlar için de önemlidir (Ryan vd., 2008). Öte yandan Miller vd. (2018), yaptıkları araştırmada mültecilerin ailelerinden kopmalarının mültecilerde yalnızca zihinsel sorunlara neden olmadığını aynı zamanda mültecilerin psikolojik yaşam kaliteleri üzerinde de olumsuz etkileri olduğunu tespit etmişlerdir.

3.2.2. Yaşam Kalitesinin Boyutları

Yaşam kalitesi, kişinin tüm hayatını etkileyebilen sosyal bir gösterge olmakla beraber çok boyutlu bir kavramdır (Perackova ve Peracek, 2019). Literatürde, yaşam kalitesinin tanımı ve boyutları konusunda tartışmalar olmasına rağmen yaşam kalitesine genel olarak öznel ve nesnel olmak üzere iki ana boyutu olduğu konusunda fikir birliği bulunmaktadır (Ruggeri vd., 2001). Yaşam kalitesi, çeşitli yaşam alanlarının öznel ve nesnel göstergelerini ve bunların bireysel değerlerini bütünleştirmektedir (Felce ve Perry, 1995). Çünkü yaşam kalitesi insan hayatının tümünü kapsamı gerekiyorsa, o zaman hem öznel hem de nesnel boyutlar muhakkak yaşam kalitesine dahil edilmelidir. Öznel boyut, kişinin hayatı öznel olarak değerlendirmesidir. Öznel boyut, yaşam doyumu, mutluluk, refah veya fayda ile ilgili problemlere verilen cevaplar ile değerlendirilmektedir ve algılanan tatmin ile belirli insan ihtiyaçları arasındaki ilişki, kültürel bağlam, zihinsel kapasite, mizaç, bilgi ve eğitimden etkilenmektedir. Ayrıca genel öznel iyi oluş ile insan ihtiyaçlarının karşılanması arasındaki ilişki, kişilerin, grupların ve kültürlerin insan ihtiyaçlarının her birini, ötekilerine göre karşılamaya

verdiği ağırlıktan etkilenmektedir. Nesnel boyut ise dahil edilen nesnel dış hayat şartlarının kaynaklarını ifade etmektedir. Nesnel boyut, bir ailenin veya bir bireyin ekonomik durumu, gelir düzeyi, tıbbi kaynaklara erişimi, yaşam ortamı, iklim ve öznel yaklaşımlar gibi dışsal, ölçülebilir hayat koşulları ile bireysel içsel yaklaşımlara odaklanmaktadır. Yaşam kalitesi, öznel iyi oluşun kişisel veya grup algılarıyla ilişkili olarak nesnel insan ihtiyaçlarının karşılanma derecesidir. Bununla birlikte, yaşam alanının nesnel veya öznel olarak değerlendirilmesinin önemi, bireyin ona verdiği değerle ilişkilidir. Nispeten aynı nesnel yaşam kalitesi alanlarına sahip olan bireyler, farklı öznel yaşam kalitesi algılarını bildirebilmektedir (Campbell vd. 1976; Costanza vd. 2007; Wallander ve Koot, 2016; Perackova ve Peracek, 2019).

Literatür, yaşam kalitesinin öznel ve nesnel ana boyutlarının yanı sıra fiziksel, psikolojik, sosyal ve kültürel yönlerin çeşitli boyutlarını sunmaktadır ve dolayısıyla yaşam kalitesinin farklı teorik açılardan çoklu yaklaşımlar gerektiren karmaşık, çok yönlü bir yapı olduğunu göstermektedir (Theofilou, 2013). Hofbauer ve Schwingsmehl (2017), yaşam kalitesini; maddi yaşam koşulları, eğitim, yaşam ortamı, iş durumu, sağlık, boş zaman ve sosyal etkileşimler, genel yaşam deneyimi, temel haklar, ekonomik ve fiziksel durum olarak boyutlandırmışlardır. WHO (1995), ise yaşam kalitesini; fiziksel alan, çevresel alan, sosyal ilişkiler alanı, psikolojik alan, bağımsızlık düzeyi alanı ve manevi alan olmak üzere 6 ana boyuta ve 24 alt boyuta ayırmaktadır.

3.2.3. Yaşam Kalitesinin Belirleyicileri

Genel olarak bir toplumda ya da gruptaki yaşam kalitesi; gelir düzeyi, yüksek riskli hastalıkların sıklığı, çevre kalitesi, suçluluk düzeyi, aile yaşamı, sosyal desteğin dağılımı gibi nesnel belirleyiciler tarafından belirlenir. Bu tür nesnel belirleyicilere ek olarak, inançlara dayalı öznel iyi oluş ölçütleri dikkate alınarak bireysel yaşam kalitesinin değerlendirilebileceği belirtilmektedir. Çünkü bireyin yaşamının psikolojik kalitesi ve öznel iyi oluşunun bu tür nesnel belirleyiciler kullanılarak tam olarak belirlenemeyeceği bildirilmektedir. Bununla birlikte, sağlık düzeyi, kronik hastalıklar, günlük yaşam aktiviteleri, kan basıncının kontrolü, fiziksel aktivite ve cinsiyet ile yaş yaşam kalitesinin belirleyicileri arasında yer almaktadır (Şener, 2021).

Yapılan araştırmalarda yaşam kalitesinin belirleyicileri olarak; cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim durumu, gelir durumu, sağlık durumu, sosyal destekler, barınma özellikleri, iş ve boş zaman olarak belirtilmektedir (Dorr vd. 2006; Groessl vd. 2007; Tsai vd. 2007; Levasseur vd. 2008). Yapılan diğer araştırmalarda ise yaşam kalitesinin belirleyicilerini; cinsiyet, yaş, kronik hastalık, medeni durum, gelir, sosyal çevre ve

diğer faktörler (yaşanılan konutların fiziksel özellikleri, çevresi, konumu veya mülkiyet durumu) olarak belirtmektedir (Guallar-Castillon vd. 2005; Orfila vd. 2006; Özyurt vd. 2007; Kaya vd. 2008; Unalan vd. 2015; Combalbert vd. 2018).

Sağlıkla ilişkili yaşam kalitesini araştıran çalışmalarda ise, fiziksel problemlerin, akut ve kronik hastalıkların yaşam kalitesini düşürdüğünü göstermektedir. Bununla birlikte, destekleyici bir aileye ve çevreye sahip olmak, bireyin yaşam kalitesini artırmaktadır. Ayrıca bireyin yaşadığı evin de yaşam kalitesini belirleyen önemli bir faktör olduğu belirtilmektedir. İş hayatı ve burada karşılaşılan olumlu ya da olumsuz durumlar, başarı ya da başarısızlık, toplumsal katılım ya da dışlanma, yaşam kalitesini doğrudan etkilemektedir. Ayrıca boş zaman etkinlikleri de bireylerdeki yaşam kalitesini belirleyen önemli faktörlerden biri olmaktadır (Stenzelius vd. 2005; Yeşilbalkan ve Karadakovan, 2005; Aydın ve Karaoğlu, 2012; Bakan vd. 2013; Özerdoğan vd. 2018).

Savaş yaşamış mültecilerin yaşam kalitesi ile ilgili yapılan araştırmalar incelendiğinde, yaşam kalitesinin önemli belirleyicileri olarak işsizlik, ekonomik durum, hanehalkı sayısının az olması, yüksek anksiyete, TSSB, depresyon ruh sağlıkları, bireyler arası sosyal ilişkiler, medeni durum, yaşanılan evin fiziksel durumu olarak belirtilmektedir (Carlsson vd. 2006; Huijts vd. 2012; Baxter vd. 2014; Buhmann, 2014).

Yaşam kalitesi düzeylerini belirlemede etkili olan tüm bu ortak faktörlerin, özellikle mülteci popülasyonunda yalnızca risklerin ve gereksinimlerinin daha hassas bir şekilde değerlendirilmesi için değil, daha sonraki mülteci politikalarının geliştirilebilmesi, ruhsal bozuklukların ve yaşam kalitesinin etiyojisi hakkında daha genel bir anlayış elde edilebilmesi için de gerekli olduğu düşünülmektedir.

3.3. Travma Sonrası Ruhsal Bozukluklar ve Yaşam Kalitesi İlişkisi

Ruhsal bozukluklar, bir kişinin yaşamının fiziksel, psikolojik, sosyal, mesleki vb. tüm alanlarında yaygın etkileri olabileceğinden, bu bozuklukların kişilerin yaşam kalitesi üzerindeki etkisinin araştırılmasına ihtiyaç bulunmaktadır (Katschnig, 2006). Nitekim araştırmalar, ruhsal bozuklukların kişilerin yaşamlarının birçok alanını olumsuz etkilediğini ve kişilerin yaşam kalitesi üzerinde olumsuz etkilerinin olduğunu göstermektedir (Mendlowicz ve Stein 2000; Olatunji vd. 2007). Bununla birlikte, savaş ortamından çıkmış mültecilerin yaşadığı travmatik olay veya olaylar mültecilerin de yaşam kaliteleri üzerinde etkili olabilmektedir. Ancak mültecilerin kendi kültürel özelliklerine ve göç ettikleri bölgeye göre ruhsal bozukluklarının ve yaşam kalitelerinin değiştiği de görülmektedir.

Literatür incelendiğinde, her mülteci topluluğu için ruh sağlığı sorunlarının yaygınlığı ile buna bağlı faktörlerin ve yaşam kalitelerinin farklılık gösterdiği görülmektedir. Bu farklılıklar sadece metodolojik ve klinik faktörlere değil, aynı zamanda sosyal, ekolojik ve bağlamsal faktörlere de bağlıdır (Steel vd. 2009; Fazel vd. 2005; Bogic vd. 2015). Her mülteci topluluğunun çevresel koşullarının sosyal ve çevresel bağlamda farklı olması nedeniyle, göç öncesi ve sonrası stresörlere maruz kalma oranlarındaki farklılık, zihinsel problemlerde ve buna bağlı faktörlerde değişime katkıda bulunmaktadır (Bogic vd. 2015; Turrini vd. 2017). Bu anlamda göç sonrası yaşanan bölge, ruhsal bozuklukların gelişimi ve yaşam kalitesi açısından önemli bir bağlamsal faktördür. Örneğin iç göç yoluyla Suriye'nin kuzeyine yerleşenler ile Türkiye'ye yerleşen mülteciler arasında farklı oranlarda ruhsal bozukluk görülmektedir (Tekeli-Yeşil vd. 2018). Aynı bölgeden göç edip farklı ülkelere yerleşen kişilerde de ruhsal bozukluk oranları farklılık göstermektedir (Bogic vd., 2015). Avrupa ve Afrika'ya yerleşen mültecilerin de diğer yerlerde yaşayanlara göre daha yüksek oranda ruhsal bozukluk gösterdiği tespit edilmiştir (Porter ve Haslam 2005). Kamplar ve şehirler mültecilerin iki ana yaşam alanıdır. Yakın zamana kadar mülteciler kamp yaşamıyla özdeşleştirildiğinden, mülteci ruh sağlığı alanındaki çalışmalar genellikle kamplarda yaşayan mültecilerle yürütülmüştür. Ancak 2009 yılında şehirlerde yaşayan mültecilerin sayısı önemli ölçüde artarak kamplarda yaşayan mültecilerin sayısını geçmiştir (UNHCR, 2009). Dünyada zorunlu göç oranlarının ve dolayısıyla mülteci sayısının artmasıyla birlikte şehirlerde yaşayan mültecilerin sayısı da artmaya başlamıştır. Mülteciler de daha iyi koşullarda ve özgürlük kısıtlamaları olmadan yaşamak için kentsel yaşamı tercih etmektedir.

Kamplarda veya şehirlerde yaşamak mültecilerin psikolojik sorunlarını ve ihtiyaçlarını farklılaştırabilmektedir. Örneğin Ürdün'de yapılan bir araştırmada kamplarda yaşayanlar barınma, güvenlik sorunları, aile içi şiddet ve cinsel şiddet gibi konularda sorunlarını dile getirirken, şehirlerde yaşayan mülteciler işsizlik, yoksulluk ve sağlık hizmetlerine erişimde zorluk yaşadıklarını ifade etmişlerdir (Al- Rousan vd., 2018). Sahra altı Afrika'da yapılan bir başka çalışmada ise kamplarda yaşayan mültecilerin fiziksel ve çevresel sağlıklarının daha düşük olduğu gözlemlenmiştir (Crea vd. 2015). Ayrıca bazı araştırmalar kampta yaşamının ruhsal bozukluklar için bir risk faktörü olabileceğini göstermektedir (Steel vd. 2009; Porter ve Haslam 2005).

Araştırmalar, anksiyete depresyon ve TSSB ruhsal bozukluklarının iyileştirilmesi için yapılan müdahalelerin yaşam kalitesini artırabileceğini göstermektedir (Al-Smadi vd., 2017). Bununla birlikte travmatik olay veya olaylar sonrası ortaya çıkan ruhsal

bozuklukların yaşam kalitesi ile ilişkisinin nedenselliğini araştırmanın bireylerde ruh sağlığı bozukluklarının azalmasına ve yaşam kalitesinin yükselmesine katkıda bulunacağı düşünülmektedir.

3.3.1. Depresyon ile Travma Sonrası Stres Bozukluğu İlişkisi

TSSB görülen bireylerde sıklıkla diğer ruhsal sağlık sorunları da görülmektedir. TSSB ile birlikte görülebilen bu ruh sağlığı bozukluklarının başında depresyon gelmektedir (Axelrod ve Morgan, 2005; Wolf vd. 2010). Literatür, depresyon ruhsal bozukluğunun TSSB'ye eşlik eden en yaygın ruhsal bozukluk olmasının ve her iki ruhsal bozukluğun genel nüfusta yaygın bir şekilde görülmesinin bu ruhsal bozuklukların semptomlarının birbiri ile karışmasına ve birbirinden ayırmada zorlanılmasına sebep olduğunu göstermektedir (Breslau vd. 1991; Ferrada-Noli vd. 1998). Dolayısıyla araştırmalar, TSSB'si olan bireylerde depresyonunda görülmesinin, her iki ruhsal bozukluğun tedavi sürecinin karmaşık hale getirdiğini göstermektedir (Kilpatrick vd. 2003; Kehle vd. 2011).

Depresyon ile TSSB ilişkisine odaklanan çalışmalar incelendiğinde bu ilişkinin geniş bir çerçevede ele alındığı görülmektedir. Bazı çalışmalar depresyonun TSSB için nedensel bir risk faktörü olduğunu veya TSSB'nin depresyon için nedensel bir risk faktörü olduğunu iddia etmektedir (Ginzburg vd., 2010). Ancak bazı çalışmalar TSSB ve depresyon arasındaki ilişkinin doğrudan nedensel olmadığını iddia etmektedir (Wright vd., 2011). Bunun yerine ortak risk faktörlerinden veya savunmasızlık faktörlerinden söz edilmektedir. Bu durumda, risk faktörlerinden biri, bir bozukluğun gelişmesi için gerekli veya yeterli bir sebep olarak görülmektedir. Buna karşılık, savunmasızlık faktörleri, yalnızca potansiyel olarak nedensel bir risk faktörünün ortaya çıkması durumunda, bozukluğun olasılığını arttırmaktadır. Son olarak bazı çalışmalar da TSSB ve depresyon arasındaki belirgin ilişkilerin tesadüfi ve hatta yanıltıcı olduğunu öne sürmektedir. Buna yönelik bir gerekçe TSSB ve depresyon komorbiditesinin, farklı bozukluklar ve onların ölçüt semptomları arasındaki zayıf tanımsal ayrımın bir eseri olma olasılığıdır (Stander vd., 2014).

Depresyon ile TSSB ilişkisinde, araştırmacıların bir kısmı önceden var olan depresyonun TSSB'ye etki etmediğini iddia ederken (Benotsch vd. 2000; Grieger vd. 2006; Wright vd. 2011), bir kısım araştırmacılar önceden var olan depresyonun TSSB üzerinde etkisi olduğunu söylemektedir (Britt vd. 2007; Dickstein vd. 2010; Goodwin vd. 2012). Bununla birlikte, bazı araştırmacılar depresyon ve TSSB arasında iki yönlü bir ilişki olduğunu savunmaktadır (Erickson vd., 2001).

Savaş yaşamış mültecilerde, genellikle işkence, cinsel istismar, kronik kıtlık, ölümlere şahit olmak, bir yakını kaybetmek, ailesinden ve yaşadığı yerden uzaklaşmak gibi çaresizlik duygusu uyandırabilecek korkunç travmatik olaylar ile karşı karşıya kalmaktadır (Kim vd. 2015; Kim, 2016). Bu çaresizlik duygusu mültecilerin göç ettikleri bölgelerde travmatik deneyimleri ile baş etmeye çalışırken yeni bir hayat kurma beklentisini genellikle zorlaştırmaktadır. Bu tür deneyimlerin genellikle mülteciler tarafından travmatik olduğu bildirilir. Çoğu araştırmacı travmatik olayları, TSSB ve TSSB ile birlikte görülebilen depresyonun gelişimi ile ilişkilendirmektedir (Breslau vd. 1991; Groome ve Soureti 2004).

3.3.2. Anksiyete ile TSSB İlişkisi

Travmatik olaylara maruz kalmanın ardından bireylerde ruhsal bozukluklar meydana gelir ve bu ruhsal bozuklukların birbirleri ile genellikle yüksek oranda komorbid olduğu görülür. Çoğu durumda TSSB, yalnızca travmaya maruz kaldıktan sonra görülen en yaygın ruhsal bozukluk değil, aynı zamanda fiziksel sağlığın yanı sıra diğer ruhsal bozukluklar dahil olmak üzere anksiyete bozukluğu ile de komorbiditedir. Araştırmalar çoğunlukla TSSB'ye eşlik eden ruhsal bozukluğun depresyon ile komorbiditesini incelese de TSSB'ye anksiyete bozukluğun da yüksek oranda eşlik ettiği görülmektedir (Price ve van Stolk-Cooke, 2015).

Anksiyete ruhsal bozukluğu bulunan bireylerde, travmaya maruz kalma veya yaşanmış bir travma ile ilgili anıların canlanması gibi belirgin biçimde kaygılı bir uyarılma yaşanması, anlık olarak anksiyetesinin tekrarlanması söz konusudur. Bu anlık gelişen anksiyete ruhsal bozukluğu, bireylerin fiziksel, bilişsel ve duygusal özellikleri ile karakterize edilir. Bu nedenle, anksiyete ruhsal bozukluğu bulunan bir kişide, travmaya maruz kalma veya travma ile ilgili anılar, TSSB'nin gelişimine neden olabilmektedir (Fedoroff vd., 2000).

Anksiyete semptomları, anksiyete ruhsal bozukluğu olan bireyleri TSSB gelişimine yatkın hale getirebilmektedir (Lang vd. 2002; Asmundson ve Stapleton, 2008; Marshall vd. 2010). Ayrıca, anksiyete ruhsal bozukluğunun döngüsel doğası ve psikopatolojisi TSSB ruhsal bozukluğu düzeyini de artırabilmektedir. Taylor vd. (2002) bu durumun anksiyete ve TSSB arasındaki fenomonolojik benzerlikten kaynaklanabileceğini düşünmektedir. Bununla birlikte, araştırmacılar anksiyete ruhsal bozukluğu ve TSSB arasında karşılıklı bir ilişki olduğu konusunda fikir birliğine varmışlardır (Marshall vd. 2010; Zvielli vd. 2012).

3.3.3. Depresyon ile Yaşam Kalitesi İlişkisi

Travmatik olaylar sonrası meydana gelen depresyon ruhsal bozukluğunun yaşam kalitesini etkilediği birçok araştırmacı tarafından kabul görmektedir (Visser ve Smets, 1998; Goldney vd. 2000). Bunun yanı sıra yaşam kalitesinin yüksek olmasının depresyon ruhsal bozukluğuna karşı bir tampon görevi gördüğü ve travmatik olaylar ile içselleştirilmiş davranışlar arasında bir aracı role sahip olduğu düşünülmektedir (McKnight vd. 2002). Çünkü bir bireyin yaşam kalitesi ile ilişkili faktörlerin depresyon üzerinde de etkili olduğu bilinmektedir ve yaşam kalitesi ne kadar yüksekse depresyona yakalanma ihtimali o kadar düşüktür (Goldney vd., 2000). Örneğin sosyal destek alan bir bireyin ya da ekonomik geliri iyi olan bir bireyin yaşam kalitesinin diğer bireylere kıyasla yüksek olması beklenir ve bu durumun depresyon ruh sağlığı üzerinde olumlu etkileri olabilmektedir (Helgeson, 2003).

Literatür incelendiğinde, depresyonun bireylerin refahını etkilediği (Katschnig ve Angermeyer, 1997), sosyal işlevselliği bozarak hem maddi hem de sosyal olarak bireylerin yaşam koşulları üzerinde olumsuz bir etkiye sahip olabildiği görülmektedir (Blazer vd. 1994; Meltzer vd. 1995). Bu nedenle depresyon ruhsal bozukluğunun psikolojik iyi oluşu azaltarak, rol işleyişini bozarak ve bireyleri maddi ve sosyal destekten yoksun bırakarak, genel yaşam kalitesinin düşmesine yol açabileceği ifade edilmektedir (Pyne vd., 1997).

3.3.4. Anksiyete ile Yaşam Kalitesi İlişkisi

Hem öznel hem de nesnel olarak çok boyutlu bir kavram olan yaşam kalitesi, yaşamı tatmin edici ve değerli kılan yönleri ifade etmektedir ve bireylerin öznel iyi oluşları ile yaşam memnuniyetini içerecek şekilde anksiyete semptomlarının ötesine uzanmaktadır (Angermeyer ve Kilian, 1997). Buna göre, anksiyete bozukluklarında yaşam kalitesi değerlendirmesi, bireylerin ruh sağlıkları, fiziksel sağlıkları, sosyal ve aile ilişkileri dahil olmak üzere yaşam koşullarına ilişkin öznel görüşlerini içermektedir (DuPont vd., 1996). Anksiyete ruhsal bozukluğu bulunan bireylerde görülen öznel kötü oluşların yaşam kalitesinin öznel boyutunu olumsuz etkilemesi, yaşam kalitesi ile anksiyete arasındaki ilişkinin boyutunu açıkça ortaya koymaktadır (Olatunji vd., 2007).

Anksiyete ruhsal bozukluğu ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi inceleyen araştırmalar, TSSB ile depresyon ruhsal bozukluğunun yaşam kalitesi ile olan ilişkisi kadar araştırılmış olmasa da anksiyetenin yaygın görülen ruhsal bozukluklardan olmasının, bu yaygınlığın yaşam kalitesi üzerinde etkisinin incelenmesi gerektirmiştir. Araştırmalar, anksiyete ruhsal bozukluğunun bireyler üzerinde olumsuz etkisi olduğunu

ve bireylerin yaşam kalitesini azalttığını göstermektedir (Mendlowicz ve Stein, 2000; Olatunji vd. 2007; Baxter vd. 2014).

3.3.5. TSSB ile Yaşam Kalitesi İlişkisi

Travmatik yaralanmayı takiben mağdurlarda, olayı takip eden dakikalar, saatler veya günler içinde veya daha sonraki bir zamanda (haftalar, aylar veya yıllar) TSSB gibi zihinsel sağlık problemleri görülebilmektedir (Russell ve Rudolf, 1998). TSSB ruhsal bozukluğunun gelişimi sonrası devam eden yaşam boyunca da TSSB'ye neden olan travmatik olayların kabusla veya başka bir yolla tekrar hatırlanması, uzun yıllar devam eden kalıcı korkuya, aşırı duyarlılığa ve duygusallığa neden olabilmektedir. Bu duygusallık, bireylerin devam eden yaşantısında yaşam kalitelerini de etkileyebilmektedir (Schelling vd. 1998; Holbrook vd. 2001; Holbrook vd. 2002). Ancak ruhsal bozukluklardan mustarip kişilerde yaşam kalitesi değerlendirilecekse, birçok yaşam kalitesinin öznel ve nesnel boyutlarını dahil tüm boyutların değerlendirilmesi gerekmektedir (Katschnig, 2006).

Yaşam kalitesi, Calman (1984), tarafından "kişinin beklentileri ve başarıları arasındaki boşluk" olarak tanımlamıştır. Bu boşluk iki şekilde anlaşılabilir: beklentileri karşılamak veya bu beklentileri azaltmak. Araştırmalar, zengin ve fakir, genç ve yaşlı birçok insanın beklentilerini düşürmesi sebebiyle ortalama olarak eşit derecede mutlu olduğunu ve düşük beklentilerin bu insanların yaşam kalitesini artırdığını göstermiştir (Diener vd., 1999). Ayrıca, araştırmacılar tarafından uzun süredir TSSB gibi ruhsal bozukluklardan mustarip birçok kişinin, normal standartlarına göre yetersiz olarak kabul edilebilecekleri yaşam koşullarından memnun olduklarını bildirdikleri de kaydedilmiştir. Bu sonucun, bu kişilerin beklentiler ve başarılar arasındaki boşluğu dar tutmasından kaynaklandığını ve dolayısıyla yaşam kalitelerinin yüksek olduğunu düşündürmektedir (Katschnig, 2006).

Savaş travması yaşayan ve bu travma sonrası TSSB ruhsal bozukluğu görülen mültecilerin yaşam kalitesi ise göç öncesi ve göç sonrası etkenlere bağlı olarak değişebilmektedir. Travmanın doğası ve şiddeti ya da demografik özellikler gibi göç öncesi değişkenler, yeniden yerleşim ülkesindeki bir kişinin yaşam kalitesini etkileyebilmektedir (Mollica vd. 2001; Miller vd. 2002). Bununla birlikte, kültürleşme stresi, zayıf sosyal destek, mültecilerin topluma yük olduğu algısı ve medyanın düşmanlığı, sosyal rollerin kaybı, göç edilen bölge özellikleri, işsizlik gibi göç sonrası stresörler de mültecilerin yaşam kalitesi üzerinde etkili olabilmektedir (Gurtman, 1992; Silove vd. 1997; Mollica vd. 2001; Miller vd. 2002; Colic-Peisker ve Walker, 2003;

Leiler vd. 2019). Bununla beraber mülteciler kültürel ve dilsel olarak farklı geçmişlerden gelmektedir ve dolayısıyla g ettikleri lkelerdeki mevcut hizmetler tarafından yeterince karşılanmayan ihtiyaçları olabilmektedir. Dolayısıyla g öncesi ve sonrası yaşanan tüm travmalar bu bireylerin başkalarıyla ilişki kurma istekliliğini de etkileyebilmektedir. Oysa, bazı araştırmaların sonuçlarına göre travma yaşayan bireylerin yüksek sosyal ilişkileri, yaşam kalitesi ile TSSB arasındaki ilişkiyi olumlu yönde düzenlemektedir (Tang, 2006).



4. MÜLTECİLERDE TRAVMATİK OLAYLAR SONRASI YAYGIN PSİKİYATRİK BOZUKLUKLAR VE YAŞAM KALİTESİ İLİŞKİSİ: AMPİRİK LİTERATÜR

Depresyon, anksiyete ve TSSB gibi ruh sağlığı bozuklukları, küresel hastalık yükünün yaklaşık %14'ünü oluşturmaktadır (Akena vd. 2012; Murray vd. 2012; WHO, 2013). Bu ruh sağlığı bozukluklarında psikiyatrik eşanılar yaygın olup ruh sağlığı bozukluklarının semptom şiddetlerinin artması genel olarak bireylerde daha kötü sağlık sonuçlarına yol açmaktadır (Costello vd. 2011; Ramsawh vd. 2009). WHO (2002), savaş, şiddet veya silahlı çatışmaları bireylerin ruh sağlığı bozukluklarına etki eden önemli nedenler arasında saymaktadır. Savaş ve şiddet nedeniyle yerinden edilmiş mültecilerin ruhsal bozukluk geliştirme riski mülteci olmayan bireylere kıyasla daha yüksektir (Barenbaum vd. 2004; Mollica vd. 2004; Kinzie vd. 2006). Mültecilerin depresyon, anksiyete ve TSSB gibi ruhsal bozukluklarının erken teşhisi ve nedenlerinin belirlenmesi hastalık yüklerinin azaltılması açısından oldukça önemlidir. Ayrıca bu nedenleri bilmek ve erken teşhis, halk ruh sağlığı politikasının, özel eğitim ve psikososyal destek girişimlerinin geliştirilmesi ve mültecilere yönelik sosyal programların geliştirilmesi açısından da önemlidir (Scherer vd., 2020). Aşağıda mültecilerin depresyon, anksiyete ve TSSB gibi ruhsal bozukluklarına etki eden ve literatürde sıklıkla vurgu yapılan faktörler açıklanmakta ve ilgili araştırmaların sonuçları tanıtılmaktadır.

4.1. Depresyon Düzeyi Üzerinde Etkili Faktörler

Depresyon, birtakım hastalıklar sonucu oluşan sağlık problemlerinin tedavisine engel olan bir risk faktörüdür (Beaudoin, 2007). Savaş, iç çatışma ve doğal afetlerden kurtulanlar için en yaygın ruh sağlığı sorunlarından biri depresyondur (Beaudoin, 2007). Bu tür olaylardan sonra depresyonun yaygınlığını araştıran çalışmalar, depresyon ruh sağlığı bozukluğunu yaşayan kişilerde yaygınlık oranının %4.9 ile %54 arasında değiştiğini göstermektedir. Doğal bir felaketin, savaşın veya iç çatışmanın ardından hangi faktörlerin depresyona yol açabileceğini anlamak, klinisyenlerin semptomları azaltmak ve travmatik olay sonrası iyileşmeye yardımcı olmak için daha özel tedaviler sağlamasına yardımcı olabilmektedir (Cheng vd., 2015).

Doğa ve insan kaynaklı afetler ile savaş ya da silahlı çatışmalara maruz kalmak gibi öngörülmesi ve kontrol edilmesi güç travmatik olaylar depresyona neden olur

(Mollica vd. 1998; Armenian vd. 2002; Person vd. 2006; Tracy vd. 2008). İnsan veya doğa kaynaklı afetlere maruz kalma ile depresyon arasında anlamlı ilişkiler olduğunu ortaya koyan birçok araştırma bulunmaktadır (Ginexi vd. 2000; Yzermans vd. 2005; Soeteman, 2008). Savaş nedeniyle göç ederek başka ülkelere yerleşen mültecilerin savaşta yaşadıkları travmatik olaylar ve göç ederken karşılaştıkları sorunlar bu bireylerde depresyon ile neticelenir (Mollica vd., 1998). Bununla birlikte, mültecilerin depresyon düzeyi yaşlarına göre değişebilmektedir (Georgiadou vd., 2018). Ayrıca kadın olmak, bekâr olmak ve hanedeki birey sayısının fazla olması da mültecilerin yaşadığı travmatik olaylar sonrasında depresyona yatkınlığı etkileyen önemli faktörlerdir (Poole vd. 2018). Miller vd. (2010), mültecilerin depresyon ruh sağlığını etkileyen faktörlerden dikkate alınması gereken en önemli faktörlerden birinin aileye giren ortalama gelirin, işsizliğin ve sosyoekonomik durumun olduğunu belirtir. Depresyonun anlaşılması ve tedavi edilmesi için sağlık hizmetlerine erişim imkânı da depresyon düzeyine etki eden önemli bir faktördür (Leichsenring vd. 2004; Jones, 2008).

Farklı popülasyonlar üzerinde yapılan araştırmalarda bireylerde depresyon düzeyi ile cinsiyet özellikleri arasında genelde anlamlı ilişkinin olduğu belirlenmiştir. Özellikle kadınların depresyona daha yatkın olduğu ve bu farklılaşmanın nedenlerinin biyolojik, psikolojik ve sosyal faktörlerden kaynaklandığı, depresyondaki kadınların sorunlarla baş etme tarzlarının erkeklere göre farklılaştığı ve kadınların depresyon yaşama sıklığının erkeklere göre 2 kat daha fazla olduğu tespit edilmiştir (Nolen-Hoeksema, 1990; Eaton vd. 2001; Modabernia vd. 2007; Van de Velde vd. 2010; Noh vd, 2016; Solomou vd. 2020). Girgus ve Yang (2015) tarafından yapılan çalışmada ise kadınlar ile erkekler arasında depresyon yaygınlığı açısından bir fark olmadığı bildirilmiştir. Feyera vd. (2015), Etiyopya'daki Melkadida kampındaki Somalili mülteciler üzerine yaptıkları araştırmada, kadın mülteciler arasında depresyon belirtilerinin daha yüksek olduğunu tespit etmişlerdir. Sheikh vd. (2015) tarafından Nijerya'daki iç çatışmalar sonucu yerinden edilmiş mülteciler üzerine yapılan bir başka araştırmada cinsiyetin depresyonla ilişkili olduğu ve kadınların daha yüksek depresyon düzeyine sahip olduğu belirlenmiştir. Mülteciler üzerine yapılan araştırmaların sonuçları, popülasyon üzerine yapılan araştırmaların sonuçları ile paralellik göstermekte olup mülteciler içerisinde de kadınların depresyona daha yatkın olduğunu ortaya koymaktadır.

Farklı popülasyonlar üzerinde yapılan çalışmalarda depresyon düzeyi ile yaş arasında anlamlı ilişki olduğunu göstermekle beraber birbiriyle çelişkili sonuçlar sunan çalışmalar da bulunmaktadır. Bu çalışmalarda genelde yaşlılar ve gençler arasında

depresyon yaygınlığının daha yüksek olduğu buna karşın çocuklar arasında depresyon yaygınlığının daha düşük olduğu belirtilmektedir (Makaremi, 1992; Modabernia vd. 2007; Park vd. 2012; Qiu vd. 2020; Chi vd. 2021). Weiss Wiesel vd. (2015) ise kanserli yaşlı erişkinler üzerine yaptıkları araştırmada yaş artsa bile depresyon düzeyinin sabit kaldığını belirlemişlerdir. Afetlerin hangi yaş gruplarında depresyon sıklığını arttırdığını inceleyen araştırmaların sonuçları ise farklılaşmaktadır. Hollandalı afetzedeler üzerine yapılan çalışmada, afet sonrası depresyon meydana geldiğini ve tüm yaş gruplarının afetlerin etkilerine eşit derece savunmasız olduğu tespit edilmiştir (Soeteman, 2008). Buna karşın Norris vd. (2002), afetzedeler üzerine yaptığı araştırmada genç yetişkinlerin yaşlı yetişkinlere göre ruh sağlığı bozukluğuna daha az dirençli olduğunu tespit etmişlerdir. Benzer biçimde Tracy vd. (2014) de araştırmalarında genç bireylerin savaş veya şiddet gibi travmatik olaylara karşı daha savunmasız olduğunu tespit etmişlerdir. Mülteciler üzerine yapılan bir araştırmada Fazel vd. (2005), Batı ülkelerindeki mülteciler içinde özellikle çocuklar arasında depresyonun daha yaygın olduğunu tespit etmişlerdir. Attanayake vd. (2009) yaptıkları çalışmada yaşın mültecilerin depresyon yaygınlığı ile ilişkili olduğunu ve çocuklarda depresyonun daha yaygın olduğunu tespit etmişlerdir.

Depresyon düzeyi ile ilişkili diğer bir faktör ise travma öyküsüdür. Travmatik öykünün depresyon üzerinde etkili olduğunu ve özellikle travmatik öyküye sahip bireylerin depresyona daha yatkın olduğunu ortaya koyan birçok çalışma bulunmaktadır (Eaton vd. 2001; Whetten vd. 2013; Tracy vd. 2014; Demirci, 2016). Bu çalışmalar içerisinde Tracy vd. (2014), şiddet görenlerin, yaralananların ve travmatik olayı doğrudan deneyimlemenin depresyon şiddetini daha da arttığı sonucuna varmışlardır. Bazı araştırmalarda ise bir travma olarak afet deneyiminin depresyon üzerinde etkili olduğuna yönelik güçlü kanıtlar sunulmaktadır (Cerde vd. 2013; Tang, vd. 2014). Bu araştırmalar özellikle birden fazla travmatik olay yaşayan mültecilerin depresyona daha yatkın olduğunu da ortaya koymaktadır. Robert vd. (2008), Uganda'da ülke içerisinde yerinden edilmiş ve mülteci konumuna düşmüş mültecilerde travma deneyiminin depresyon ile ilişkili olduğunu tespit etmişlerdir. Benzer şekilde savaş travmasına maruz kalan Ugandalı mülteci popülasyonlarında yüksek şiddette depresyon tespit edilmiştir (Klasen vd., 2010). Hubbard vd. (1995) ise Kamboçya'da çocukken savaş travması yaşayan bireylerin %57'sinde depresyon olduğunu tespit etmişlerdir.

Depresyon düzeyleri ile ilişkili faktörlerden biri de hanelerde yaşayan birey sayısıdır. Hanehalkının az olduğu hanelerdeki bireylerin depresyona daha fazla yatkın olduğu bildirilmiştir (Turagabeci vd. 2007; Tattarini vd. 2018; Shao vd. 2020).

Sempungu, (2022) Kore’de birden fazla birey sayısına sahip ailede yaşayıp daha sonra tek başına yaşamaya başlayan bireyler üzerinde yaptığı araştırmada, hanelerinde iki veya daha fazla kişi olmaya devam edenlerin depresyona girme olasılığı daha düşük olduğunu bildirmiştir. Mülteciler üzerine yapılan araştırmalarda ise karışık sonuçlar tespit edilmiştir. Mültecilerde aile ortamının var olması, yaşadıkları travmatik olaylar sonrası meydana gelen depresyon ruhsal bozukluklarına karşı tampon görevi göreceği iddia edilir (Garmezy ve Rutter, 1985). Bu iddiayı doğrulayacak şekilde Almqvist ve Broberg, (1999), hanehalkı sayısının fazla olmasının ve hem göç öncesinde hem de göç sonrasında aile uyumunun iyi olmasının mültecilerde depresyon ruh sağlığını iyileştiren faktörlerden olduğunu tespit etmişlerdir. Poole vd. (2018) ise Yunanistan’daki Suriyeli sığınmacılar üzerine yaptıkları araştırmada aksine hanehalkı sayısının artmasının depresyon ruh sağlığını olumsuz etkilediğini ve ciddi biçimde arttığını tespit etmişlerdir.

Bireylerin sağlık hizmetlerinden yararlanabilme fırsatlarının genişliği pek çok ruhsal sorunla ilişkili olduğu gibi depresyon düzeyiyle de ilişkilidir. Sağlık hizmeti alabilen bireylerin aynı imkâna sahip olmayanlara ya da imkânı kısıtlı olanlara göre daha düşük depresyon düzeyi olduğunu ortaya koyan çalışmalar bulunmaktadır. Ginexi vd. (2000), ABD’de yaşanan bir doğal afet sonrası afetten kurtulan bireylerin sağlık hizmetlerine erişimleri ile depresyon durumları arasında ilişki olduğunu, sağlık hizmetlerine erişen afetzedelerin depresyon düzeylerinin daha düşük olduğunu bildirmişlerdir. Priebe vd. (2010), savaşlar ve iç çatışmalar sonrası özellikle düşük gelirli ülkelerin kırsal bölgelerinde hem sağlık hizmetlerine erişimin hem de sağlık hizmetlerinden yararlanma açısından kısıtlı olduğunu ve sağlık hizmetlerine erişimin depresyon ruhsal bozukluğunu etkilediğini tespit etmişlerdir. Benzer şekilde Ayazi vd. (2012), Güney Sudan’da kırsal kesimde yaşayan savaş mağduru bireylerin hem sağlık hizmetlerine erişimlerinin hem de sağlık hizmetlerinden yararlanmalarının kısıtlı olduğu ve bu durumun depresyon ruhsal bozukluğunu etkilediğini tespit etmişlerdir. Al-Fahoum vd. (2015), yaptıkları araştırmada Ürdün’de yaşayan Suriyeli mültecilerin mülteci kampında sağlık hizmetlerinden memnun olduklarını ve depresyon düzeylerinin aldıkları sağlık hizmeti ile azaldığını tespit etmişlerdir.

Bireylerin depresyon düzeyleri medeni durumları ile ilişkili olabilmektedir. Daha önceki araştırmalar genelde medeni durumun depresyon üzerinde etkili olduğunu, genellikle bekâr bireylerin depresyona daha yatkın olduğunu göstermektedir (Brown ve Harris, 2012; Wang vd. 2021). Benzer bulgulara afete maruz kalmış bireyler üzerine araştırma yapan çalışmalarda da rastlanmaktadır. Tang vd. (2014), doğal afetler sonrası depresyon risk faktörlerini ortaya çıkarmak için yaptıkları meta-analiz çalışmalarında

medeni durum ile depresyon arasında anlamlı bir ilişki olduğunu ve bekâr bireylerin afet sonrası depresyon düzeylerinin daha fazla olduğunu belirlemişlerdir. Başka bir araştırmada Cheng vd. (2015), afetlerden kurtulan bireyler içerisinde evli olanların depresyon yatkınlığı açısından evli olmayan, boşanmış veya dul olanlara göre daha az kırılgan olduğunu bildirmişlerdir. Mülteciler üzerine yapılan araştırmalar da bekar mültecilerin depresyona daha yatkın olduğunu ortaya koymaktadır (Norris 1992; Porter ve Haslam, 2005).

Çalışmak ya da çalışmamak bireylerin depresyon düzeyleri ile ilişkili bir başka durumdur. Birçok çalışmada, çalışmanın depresyon üzerinde etkili olduğu ve genellikle çalışmayan bireylerin depresyona daha yatkın olduğu belirlenmiştir (Anthony ve Petronis, 1991; Walid ve Zaytseva, 2011; McGee ve Thompson, 2015). Ayrıca doğal afet ya da savaş travması yaşamış bireyler üzerine araştırma yapan çalışmalar da işsizliğin depresyon düzeyini arttırdığını göstermektedir (Ayazi vd. 2012; Tang vd. 2014; Acartürk vd. 2018). Çalışma gibi sahip olunan gelir düzeyi de depresyonla ilişkili bir faktördür. Bu faktör üzerine yapılan çalışmalar, bireylerin gelir düzeyinin depresyon üzerinde etkili olduğunu, genellikle gelir seviyesi düşük statüde olan bireylerin depresyona daha yatkın olduğunu göstermektedir (Murphy vd. 1991; Turner vd. 1995; Eaton vd. 2001; Park vd. 2012; Du vd. 2021). Benzer bulgulara afet ya da savaş mağduru bireyler üzerine araştırma yapan çalışmalarda da rastlanmaktadır. Ginexi vd. (2000), ABD’de yaşanan bir doğal afet sonrası afetten kurtulan bireylerin gelir düzeyleri ile depresyon durumları arasında ilişki olduğunu, gelir düzeyi düşük olan ailelerin depresyon düzeylerinin daha yüksek olduğunu bildirmişlerdir. Ayazi vd. (2012), Güney Sudan’da yaşayan savaş mağduru mültecilerde düzenli geliri olmayanların depresyon düzeylerinin düzenli geliri olan bireylere göre daha fazla olduğunu tespit etmişlerdir. ABD’de Güneydoğu Asyalı mülteciler üzerine yapılan bir araştırmada gelir düzeyinin depresyon düzeyini etkileyen önemli bir faktör olduğu belirlenmiştir (Chung ve Kagawa, 1993). Sri Lanka’da savaş mağduru mülteciler üzerine yapılan bir araştırmada düzenli bir geliri olmayan bireylerde depresyon riskinin düzenli geliri olan bireylere göre 1.8 kat daha fazla olduğu tespit edilmiştir (Husain vd., 2011).

Savaş veya şiddet mağduru mülteci bireylerin depresyon ruh sağlığı bozuklukları üzerine araştırma yapan çalışmaların genel bir değerlendirmesi yapılırsa; mülteci bireylerde yaşın (Fazel vd., 2005) ve cinsiyetin (Sheikh vd., 2015) depresyon üzerinde etkili olduğu ve kadınların depresyona daha yatkın olduğu görülmektedir. Ancak yaş ile depresyon arasındaki ilişkinin popülasyona göre değişiklik sergilediği görülmektedir. Ayrıca, yaşadıkları yerlerden ayrılan mülteci bireylerin yakın çevresindeki kişiler ile iyi

ilişki kurmaları yeni bir ortama adapte olmaları ile ruh sağlıkları açısından olumlu bir durumdur (Sundquist, 1994; Nicholson, 1997; Blair, 2000; Schweitzer vd. 2006; Steel vd. 2009; Anderson vd. 2017; Giacco ve Priebe, 2018). Dolayısıyla mülteci bireylerde aynı hanede yaşayan kişi sayısı (Almqvist ve Broberg, 1999) ile medeni durum (Norris vd., 1992), depresyon ruh sağlığını olumlu yönde etkileyen faktörlerdendir. Hem fiziksel hem ruh sağlığı bozukluğuna sahip mültecilerde sağlık hizmetlerine erişim (Ayazi vd., 2012) depresyonu azaltmaktadır. Ayrıca işlerini kaybederek yeni bir ülkeye göçmüş mülteci bireylerde çalışma durumunun (Ayazi vd., 2012) ve aile bireylerinin yaşadığı hanedeki ortalama gelirin (Chung ve Kagawa, 1993) de depresyonu azaltıcı yönde etkisi bulunmaktadır.

Türkiye'ye göç eden Suriyeli mültecilerin depresyon durumlarına etki eden faktörleri inceleyen araştırmalar uluslararası literatürdeki araştırmaların sonuçlarına oldukça yakın kanıtlar sunmaktadır. Tekeli-Yeşil vd. (2018), Türkiye'de yaşayan Suriyeli mültecilerin depresyon oranını %70.5 olarak belirlemiştir. Bazı araştırmalarda travmatik öykü geçmişine sahip Suriyeli mültecilerde de depresyonun daha yüksek olduğu rapor edilmiştir (Özer vd. 2016; Görmez vd. 2018). Acartürk vd. (2018), Kilis Kenti'nde yaşayan Suriyeli mülteciler üzerinde yaptıkları araştırmada, daha önce ruhsal sağlık öyküsüne sahip mültecilerde depresyon riskinin 2.9 kat daha fazla olduğunu tespit etmişlerdir. Acartürk vd. (2018), Türkiye'de yaşayan Suriyeli mültecilerde cinsiyet faktörünün depresyon ruhsal bozukluğunu etkileyen bir faktör olduğunu, mülteci kadınlarda depresyon ruhsal bozukluğu riskinin 5.1 kat daha fazla olduğunu tespit etmişlerdir. Bununla beraber başka bir araştırmanın sonuçlarına göre, 12-16 yaş aralığındaki ergenlerde cinsiyet özelliklerine göre depresyon düzeylerinin farklılaşmadığı bulgusuna da ulaşılmıştır (Karadağ ve Öğütlü, 2020).

Kandemir vd. (2018), Türkiye'deki çocuk yaştaki mültecilerin depresyon ruh sağlığı bozukluklarının oldukça yüksek olduğunu tespit etmişlerdir. Başka bir araştırmada ekonomik durumu kötü ve çok kötü olan Suriyeli mültecilerin ekonomik durumu iyi ve orta olan mültecilere göre depresyonun 1.7 kat daha fazla olduğu rapor edilmiştir (Kaya, 2019). Acartürk vd. (2018), araştırmalarında işsiz Suriyeli mültecilerin ortalama depresyon puanlarının %17 olduğunu buna karşın iş sahibi olanların ortalama depresyon puanlarının ise %11.5 olduğunu tespit etmişlerdir. Özen ve Cerit (2018), Türkiye'ye göç ederek bir insani yardım kuruluşunun ofislerinde çalışan 100 Suriyeli mülteci üzerine yaptıkları araştırmada, hanedeki çocuk sayısının artmasının depresyon düzeyini azalttığını tespit etmişken, İstanbul'da yaşayan Suriyeli mültecilerle yapılan geniş bir araştırmanın anket sonuçlarına göre ise hanehalkı büyüklüğü ile depresyon

ruhsal bozukluğu arasında bir ilişki bulunmadığı tespit edilmiştir (Scherer vd., 2020). Türkiye’de yaşayan mültecilere sağlık hizmetlerinin ücretsiz sunulduğu bildirilmektedir (Assi vd., 2019). Bununla beraber Kaya, (2019)’nın yaptığı çalışmada Ankara kentinde yaşayan Suriyeli bireylerin ancak %46.3’ünün sağlık hizmetinden faydalandığı, sağlık hizmetlerine erişememe sebeplerinin ise dil bilememeleri, nereden ve nasıl sağlık hizmetlerine erişebileceklerini bilememeleri ve ekonomik sebepler olduğu tespit edilmiştir. İstanbul ve İzmir kentlerinde yapılan iki ayrı çalışmada da Suriyeli mültecilerin sağlık hizmetlerinden faydalanma oranı %62 ve %54 olduğu tespit edilmiştir (Bahadır, 2016; Karataştan, 2017).

4.2. Anksiyete Düzeyi Üzerinde Etkili Faktörler

Anksiyete, tüm dünya ülkelerinde yaygın bir ruh sağlığı bozukluğudur ve küresel hastalık yükünün önemli bir bölümünü oluşturmaktadır (Murray ve Lopez, 1996). Afetler, iç çatışmalar, savaşlar sebebiyle travmatik olay veya olaylar yaşamak anksiyetenin ortaya çıkmasına etken olmaktadır (Gibb vd., 2007). Bu tür olaylardan sonra görülebilen anksiyetenin altında yatan sebepleri anlamak, küresel hastalık yükünün büyük bir kısmını azaltacağı gibi rahatsızlığın etiyolojisi hakkında bilgi verecektir (Hettema vd., 2005).

Savaş veya silahlı çatışmalar sonucu yaşadığı yeri terk ederek mülteci konumuna düşen bireylerin göç öncesi ve göç sonrası karşılaştıkları sorunlar bu bireylerde anksiyete ruhsal bozukluğu görülme ihtimalini artırmaktadır (Siriwardhana vd. 2013; Kartal vd. 2019). Mültecilerde, yaş ve cinsiyetin anksiyeteyi etkileyen önemli faktörler olduğunu bildirilmiştir (Bernstein ve Brochardt, 1991; Gregory, 2007). Ayrıca, medeni durum ve hanehalkı sayısı mültecilerde sosyal ilişkileri artıran ve anksiyete düzeyini etkileyen faktörlerden olduğu tespit edilmiştir (Ruscio vd. 2017; Scherer vd. 2020). Sağlık hizmetlerine erişim imkânı, çalışma durumu ve aile gelirin de mültecilerin yaşadığı travmatik olaylar sonrasında anksiyete gelişimini etkileyen önemli faktörler olduğu belirlenmiştir (Porter ve Haslam, 2005; Gushulak, 2007).

Farklı popülasyonlar üzerinde yapılan çalışmalarda bireylerde anksiyete düzeyi ile cinsiyet özellikleri arasında genelde anlamlı ilişkinin olduğu, cinsiyet özelliklerinin anksiyete ruhsal bozukluğu üzerinde etkili olduğunu ve özellikle kadınların anksiyete ruhsal bozukluğuna daha yatkın olduğu, anksiyetesi bulunan kadınların baş etme stratejilerinin erkeklere göre daha farklı olduğu, kadınlarda anksiyete prevalansının daha yüksek olduğu ve anksiyetesi olan her üç bireyden ikisinin kadın olduğu belirlenmiştir (Albano vd. 2003; Michael vd. 2007; Zhang vd. 2017; Khesht-Masjedi vd. 2019).

Mülteciler üzerine yapılan araştırmalarda, genel popülasyonda olduğu gibi genelde kadın mültecilerin anksiyete ruhsal bozukluğuna daha yatkın olduğuna dair kanıtlar sunmaktadır (Hassan vd. 2016; Wringe vd. 2019). Henkelmann vd. (2020), yüksek gelirli ülkelerde yaşayan mültecilerin ruh sağlığı bozukluklarını inceledikleri meta analiz çalışmalarında cinsiyet faktörünün mültecilerde anksiyete ruhsal bozukluğunu etkileyen faktörlerden olduğunu ve kadın mültecilerin anksiyete ruhsal bozukluğuna daha yatkın olduğunu tespit etmişlerdir.

Farklı popülasyonlar üzerinde yapılan çalışmalar, anksiyete düzeyi ile yaş arasında anlamlı ilişki olduğunu göstermekle beraber genelde anksiyete ruhsal bozukluğunun yetişkinlerde ve çocuklarda daha yaygın görüldüğünü göstermektedir. Anderson vd. (1987), Yeni Zelanda’da genel popülasyonda yaptıkları bir çalışmada, çocuklarda anksiyete ruhsal bozukluğun oldukça yaygın olduğu sonucuna ulaşmışlardır. Kashani ve Orvaschel (1990), 8, 12 ve 17 yaş grubu üzerinde yaptıkları çalışmada her 3 yaş grubunda da en yaygın ruhsal bozukluğun anksiyete olduğunu tespit etmişlerdir. Michael vd. (2007), Batı ülkelerinde genel popülasyon üzerinde anksiyete bozukluğunu araştırdığı kapsamlı bir meta analiz çalışmasında anksiyete bozukluğunun 10 ile 25 yaş arasındaki bireylerin anksiyete bozukluğunu geliştirme açısından en yüksek risk altındaki yaş grubu olduğunu, yaygın anksiyete bozukluğunun yaşlı yetişkinlerde prevalansının daha fazla olduğunu tespit etmişlerdir. Mülteciler üzerinde yapılan araştırmalarda yaş ile anksiyete düzeyi arasında anlamlı ilişkiler olduğuna dair kanıtlar sunmakla beraber, genç bireylerin anksiyeteye karşı daha dirençli olduğu görülmektedir (Jabbar ve Zaza, 2014; Chung vd. 2018a).

Bireylerin travma öyküsünün olup olmaması anksiyete düzeyi ile ilişkili faktörlerden biridir. Araştırmalar, travma öyküsü olan bireylerde anksiyete ruhsal bozukluğuna yakalanma ihtimalinin daha yüksek olduğunu göstermektedir (Michael vd. 2007; Hettrema vd. 2001). Literatür incelendiğinde, afetler sonrası afetzedelerde de anksiyete ruhsal bozukluğu ile travma öyküsü arasında bir ilişki olduğunu göstermektedir. Goenjian vd. (2000), Ermenistan’da meydana gelen bir deprem afetinden sonra afetzedeler ile yaptıkları çalışmalarında, travma öyküsü olanların ve travmayı hatırlatıcı şeylerin anksiyeteyi etkilediğini tespit etmişlerdir. Afetler gibi savaş veya şiddet mağdurlarında da anksiyete ruhsal bozukluğuna geçmiş travma öyküsünün etki ettiği yapılan araştırmalarda görülmektedir. Papageorgiou vd. (2000), Bosna’da yaşamış mülteci bireylerde travma öykülerinin anksiyete düzeylerini etkilediğini ve travma öyküsünün anksiyete ruhsal bozukluk üzerinde önemli bir faktör olduğunu tespit etmişlerdir. Muhtz vd. (2016), II. Dünya Savaşı sonrası Alman mülteciler üzerinde

yaptıkları araştırmalarında mültecilerin geçmiş öyküsü ile anksiyete düzeyi arasında anlamlı ve pozitif korelasyon olduğunu tespit etmişlerdir.

Anksiyete düzeyi ile ilişkili bir diğer faktör bireylerin hanehalkı büyüklüğüdür. Farklı popölasyonlarda yapılan araştırmalar, hanehalkı büyüklüğü ile anksiyete arasındaki ilişkide farklı sonuçlar sunmaktadır. Shao vd. (2020), Çin’de yaşayan tıp öğrencileri üzerinde yaptıkları araştırmada anksiyete prevalansının yalnız yaşayanlar arasında daha yüksek olduğunu tespit etmişlerdir. Çin’de 2008 yılında meydana gelen Wenchuan deprem afetinin sonrası yapılan bir araştırmaya göre hanehalkı sayısının anksiyete ruhsal bozukluğuna etki eden bir faktör olduğu tespit edilmiştir. Araştırma sonuçlarına göre kentlerde yaşayan tek çocuklu ailelerin iki çocuklu ailelere göre anksiyete ruhsal bozukluğu düzeyinin daha düşük olduğu, kırsal kesimlerde yaşayanlarda ise hanehalkı sayısı ile anksiyete arasında bir ilişki olmadığı tespit edilmiştir (Fan vd., 2011).

Anksiyete düzeyi ile ilişkili olabilecek faktörlerden bir diğeri sağlık hizmetlerinden yararlanabilme imkânıdır. Sağlık hizmeti alabilen bireylerin almayan veya alamayan bireylere göre daha düşük anksiyete düzeyi olduğunu ortaya koyan çalışmalar bulunmaktadır. Van Hees vd. (2020), çevrimiçi yapılan anketler ile birkaç ölkede epilepsisi olan bireyler üzerine yaptıkları araştırmada, sağlık hizmetlerinden yararlanabilme imkânının anksiyete ruhsal bozukluğu üzerinde etkili bir faktör olduğunu, sağlık hizmetlerinden faydalanamayan bireylerin anksiyete düzeylerinin yüksek olduğunu tespit etmişlerdir. Bununla birlikte, Panyayong ve Pengjantr (2014), Tayland’da tsunami afeti sonrası afetzedeler üzerine yaptıkları çalışmasında afetten sonra sağlık hizmetlerinden faydalanan bireylerde anksiyete ruhsal bozukluğu düzeyinde azalma meydana geldiğini tespit etmişlerdir.

Bireylerin medeni durumları ile anksiyete düzeyleri ilişkili olabilmektedir. Medeni durumun anksiyete üzerinde etkili olabileceğini ancak farklı popölasyonlarda karmaşık sonuçların olduğunu gösteren araştırmalar bulunmaktadır. Bunlardan bazıları bekâr bireylerin anksiyete düzeylerinin daha yüksek olduğunu belirlemiş olmakla beraber bir kısım ise aksini ortaya koymaktadır. Michael vd. (2007), Batı ölkelerinde genel popölasyon üzerinde yapılan araştırmaları değerlendirdikleri geniş çaplı çalışmada evli bireylerin dul, boşanmış veya evli olmayan bireylere göre daha düşük anksiyete düzeyine sahip olduklarını tespit etmişken, Plante vd. (2002), yerinden edilmiş Bosnalı mülteciler üzerine yaptıkları çalışmalarında bekâr bireylerin daha düşük düzey anksiyeteye sahip olduklarını ve ruhsal olarak daha sağlıklı göründüklerini tespit etmişlerdir.

Farklı popülasyonlar üzerinde yapılan çalışmalar anksiyete düzeyi ile çalışma durumu arasında anlamlı ilişki olduğunu göstermekle beraber genelde anksiyete ruhsal bozukluğunun çalışmayan bireylerde daha yaygın görüldüğünü göstermektedir. Michael vd. (2007), Batı ülkelerinde genel popülasyon üzerinde yapılan araştırmaları değerlendirdikleri araştırmalarında işsizliğin veya mesleği olmamanın yüksek düzeyde anksiyete yaygınlığı ile ilişkili olduğunu tespit etmişlerdir. Ruscio vd. (2017), 26 ülkede genel popülasyon üzerinde anksiyete bozukluğunun epidemiyolojisi hakkında yaptıkları araştırmada işsiz olmanın anksiyeteyi etkileyen faktörlerden biri olduğunu tespit etmişlerdir. Csöff vd. (2013), Almanya’da yaşlı yetişkinler üzerine yaptıkları çalışmalarında yaşam boyu işsizliğin anksiyete ile ilişkili olduğunu, işsiz kalmanın anksiyete düzeyini arttırdığını tespit etmişlerdir. Bununla birlikte, araştırmalar, istihdam sorununun bir afet sonrası anksiyete ruhsal bozukluğu düzeyini etkileyen faktörlerden olduğunu göstermektedir. Panyayong ve Pengjantr (2014), Tayland’da tsunami afeti sonrası afetzedeler ile yaptıkları çalışmalarında afet sonrası istihdam sorunu çözölen bireylerin anksiyete ruhsal bozukluğu düzeyinde azalma meydana geldiğini saptamışlardır.

Çalışma durumu gibi gelir düzeyi de anksiyete ilişkili bir faktördür. Bireylerin gelir düzeyinin anksiyete üzerinde etkili olduğunu, genellikle gelir seviyesi düşük statüde olan bireylerin anksiyeteye daha yatkın olduğunu gösteren çalışmalar bulunmaktadır. Rogne (2015), İsveç’te okuyan üniversite öğrencilerinden ekonomik güvencesi olmayan bireylerin anksiyete düzeylerinin daha fazla olduğunu tespit etmişlerdir. Ruscio vd. (2017), 26 ülkede genel popülasyon üzerinde anksiyete bozukluğunun epidemiyolojisi hakkında yaptıkları araştırmada, sosyoekonomik durumun anksiyeteyi etkileyen faktörlerden biri olduğunu, ekonomik durumu iyi olan ölkelerdeki bireylerde anksiyete görölme ihtimalinin daha yüksek olduğunu tespit etmişlerdir. Bununla birlikte araştırma afetler sonrası yaşanan ekonomik kaybın anksiyete ruh sağlığı bozukluğuna etki ettiğini göstermektedir. Jakarta’da meydana gelen bir yangın afeti sonrası yapılan bir araştırmada yanan büfelerin sayısının artması ile anksiyete düzeyi arasında bir ilişki olduğu, yanan büfe sayısının artmasının ailelerdeki ekonomik kaybı artırdığı ve dolayısıyla anksiyete düzeyini artırdığı tespit edilmiştir (Fitria vd., 2020).

Savaş yaşamış ve mülteci konumuna düşmüş bireylerin anksiyete ruhsal durumu üzerinde etkili faktörler konusunda çalışmalar genel olarak özetlendiğinde; ruhsal bozukluklara etki eden faktörlerden cinsiyet faktörünün mültecilerde anksiyete düzeyini etkilediğini, kadınların anksiyeteye daha yatkın olduğunu göstermektedir (Henkelmann,

2020). Bununla birlikte mültecilerde yaş faktörünün anksiyete üzerinde bir etkisi olduğu, çocuklar ve yaşlı yetişkinlerde anksiyete ruhsal bozukluğu yaygınlığının daha yaygın olduğu görülmektedir (Jabbar ve Zaza, 2014). Ayrıca travma öyküsü faktörünün mültecilerde anksiyeteyi etkileyen önemli faktörlerden olduğu, geçmiş yaşantısında travma öyküsü bulunan mültecilerin anksiyete düzeylerinin daha yüksek olduğu görülmektedir (Papageorgiou vd., 2000). Mültecilerde sosyal ilişkilerin anksiyete düzeyini etkilediğini ve dolayısıyla hanehalkı sayısı ve medeni durum faktörlerinin anksiyete düzeyini genellikle düşürdüğünü bildirilmiştir (Plante vd. 2002; Fan vd. 2011). Sağlık hizmetlerine erişmek, bir iş sahibi olmak ve aile gelirine katkıda bulunmak mültecilerin yaşadığı travmatik olaylar sonrasında anksiyete düzeylerini azaltan önemli faktörlerdir (Porter ve Haslam, 2005; Gushulak, 2007).

Türkiye’de yaşayan savaş mağduru Suriyeli mülteci bireylerin anksiyete ruhsal bozukluğuna etki eden faktörler üzerine yapılan araştırmalar genel olarak incelendiğinde; bazı araştırma sonuçları uluslararası sonuçlara paralel kanıtlar sunarken, bazı araştırma sonuçları farklılık göstermektedir. Kandemir vd. (2018), araştırmalarında, Türkiye’de yaşayan kadın mültecilerin anksiyeteye daha yatkın olduğunu tespit etmişlerdir. Görmez vd. (2018), İstanbul’da yaşayan Suriyeli mülteci bireyler üzerinde yaptıkları araştırmasında, savaş travmasına bağlı olarak travma öyküsünün anksiyete ruhsal bozukluğu ile önemli ölçüde anlamlı ilişki içinde olduğunu tespit etmişlerdir. Mardin’de yaşayan Suriyeli mülteci bireyler üzerinde yapılan bir araştırmada 12-16 yaş aralığındaki ergen bireylerin anksiyete ruhsal bozukluğunun aynı yaş aralığındaki yerel halka göre yüksek olduğu belirlenmiştir (Karadağ ve Öğütlü, 2020). Mülteci kadın bireyler üzerinde yapılan bir araştırmada ise anksiyete düzeyi ile yaş faktörü arasında bir ilişki tespit edilememiştir (Yıldız, 2021). Türkiye’de yaşayan Suriyeli mülteciler üzerinde yapılan diğer araştırmalarda medeni durum, çalışma durumu ve gelir durumu ile anksiyete ruhsal bozukluğu arasında bir ilişki olmadığı tespit edilmiştir (Scherer vd. 2020; Yıldız, 2021).

4.3. Travma Sonrası Stres Bozukluğu Üzerinde Etkili Faktörler

TSSB, bir veya daha fazla akut şiddetli stresli olaya maruz kaldıktan sonra ortaya çıkan, çok nedenli ciddi bir ruhsal bozukluktur ve bir dizi nedenin birleşiminin son noktasıdır. Terör saldırıları veya ciddi kazalar, doğa kaynaklı afetler, cinsel istismar, tecavüze uğrama, şiddete maruz kalma gibi durumlar sonrası TSSB meydana gelebilir (Wimalawansa, 2014). Ancak, travmatik bir olaya maruz kalan bireylerin hepsinde aynı sebep kaynaklı TSSB görülmeyebilir. TSSB’ye sebep olabilen faktörleri ortaya

çıkarmak, rahatsızlığın tedavisi ve bireylerin refahı için önemli olmaktadır (Breslau vd. 1998; Neria vd. 2008).

Savaş ortamından kaçarak yaşadıkları yerleri terk etmek zorunda kalan ve mülteci konumuna düşen bireylerde TSSB görülme ihtimali yüksektir. Dolayısıyla travma öyküsüne sahip olmanın mülteci bireylerde TSSB üzerinde önemli bir faktör olmaktadır (Nickerson vd. 2011; Henkelmann vd. 2020). Bununla birlikte cinsiyet faktörünün TSSB gelişiminde etkili olduğunu ve kadınların TSSB'ye daha yatkın olduğunu bildirilmiştir (Stempel vd., 2016). Ayrıca mültecilerin TSSB düzeyi yaşlarına göre değişebilmektedir (Kaplan vd., 1994). Hanehalkı birey sayısı ve geliri ile işsizlik ve medeni durumda mültecilerin TSSB ruh sağlığını etkileyen önemli faktörlerdendir (Erden ve Gürdil, 2009; Savic vd. 2013). Hollander (2013) TSSB'nin anlaşılabilmesi ve tedavisi için de sağlık hizmetlerine erişim imkânının mültecilerde TSSB ruhsal bozukluğunu etkileyen bir faktör olduğunu söylemektedir.

Farklı popülasyonlar üzerinde yapılan araştırmalar, TSSB ile cinsiyetin genelde anlamlı ilişkide olduğunu ve genellikle kadınların TSSB'ye daha yatkın olduğunu göstermektedir. TSSB'nin kadınlarda erkeklere göre daha uzun süre devam ettiği, kadınların travmaya maruz kaldıktan sonra TSSB riskinin erkeklere göre daha yüksek olduğu ve bu oranın 2 kata kadar çıkabildiği tespit edilmiştir (Norris, 1992; Green, 1994; Breslau vd. 1998; Yehuda vd. 2015). Bazı araştırmalarda ise cinsiyet ile TSSB arasında bir ilişki bulunamamıştır (Ramsay vd. 1993; Abu-Saba, 1999; Letica-Crepulja vd. 2011). Afetzedeler üzerine yapılan araştırmalar ile genel popülasyon üzerine yapılan araştırmalar paralellik göstermekte olup genelde afetzede kadınların TSSB'ye daha yatkın olduğunu göstermektedir. Tang vd. (2017), TSSB risk faktörlerini ortaya çıkarmak için yaptıkları bir meta analiz çalışmalarında, bir afet sonrası afetzedelerde cinsiyet faktörü ile TSSB arasında ilişki olduğunu ve kadınlarda TSSB görülme ihtimalinin daha fazla olduğunu tespit etmişlerdir. Benzer şekilde, Bokszczanin, (2007), Çin'de meydana gelen bir sel afetinden sonra afetzedelerde cinsiyet faktörü ile TSSB arasında bir ilişki olduğunu ve kadınların TSSB düzeylerinin daha yüksek olduğunu tespit etmişlerdir. Ancak, Fontalba-Navas vd. (2017), İspanya'da meydana gelen bir sel afetinden sonra afetzedeler ile yaptığı araştırmasında cinsiyet ile TSSB arasında bir ilişki bulamamıştır. Savaş yaşamış mülteci bireyler üzerine yapılan araştırmalarda, genel popülasyonda olduğu gibi genellikle TSSB ile cinsiyet arasında bir ilişki olduğu ve kadınların TSSB ruhsal bozukluğuna daha yatkın olduğu görülmektedir (Von Peter, 2008; Herbert ve Forman, 2010). Ancak Hamrah vd. (2021) tarafından Avustralya'da

bulunan Afgan mülteciler üzerine yapılan bir araştırmada TSSB ile cinsiyet arasında bir ilişki olmadığı bildirilmiştir.

Bireylerin yaş özellikleri de TSSB üzerinde etkili olabilmektedir. Araştırmalar genelde yaş özelliklerinin TSSB üzerinde etkili olduğunu ve farklı yaş gruplarında TSSB düzeylerinin farklı olduğunu göstermektedir. Ditlevsen ve Elklit (2010), İskandinavya’da 13 ile 80 yaş arasındaki genel popülasyon üzerine yaptıkları bir araştırmada, TSSB yaygınlığının kadınlarda daha çok ellili yaşların başlarında belirgin bir şekilde görüldüğünü belirlerken aynı durumun erkeklerde kırklı yılların başında ortaya çıktığı tespit etmişlerdir. Ancak yapılan bir araştırma, TSSB riskinin on beş yaş altı çocuklarda daha yaygın olduğunu göstermektedir (Espie vd., 2009). Bununla birlikte TSSB riskinin genç bireylerde daha yüksek olduğunu tespit edildiği de görülmektedir (Goldstein vd. 2016; Eskander vd. 2020). Afetzedeler üzerine yapılan araştırmalarda da literatürde farklı sonuçlar bulunmaktadır. Çin’de 2008 yılında meydana gelen bir deprem afetinin ardından afetzedeler üzerine yapılan bir çalışmada yaşı daha büyük olanların yaşı daha küçük olanlara göre TSSB düzeylerinin daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (Fan vd., 2011). Benzer şekilde Lonigan vd. (1994), ABD’de meydana gelen bir kasırga afeti sonrası afetzedeler üzerine yaptıkları çalışmalarında yaşı büyük olan bireylerin yaşı küçük olan bireylere göre TSSB düzeylerinin daha yüksek olduğunu tespit etmişlerdir. Ancak, Norris vd. (2002), afetzedelerde yaştan TSSB üzerinde tutarlı bir etkisi olmadığını göstermişlerdir. Savaş veya şiddet mağduru mültecilerde yaş faktörünün TSSB ile ilişkisi ile ilgili çalışmalar, genel popülasyonda olduğu gibi farklı kanıtlar sunmaktadır. Qouta vd. (2003), Filistin’de Filistinli çocuklar ve mülteci ergenler üzerine yaptıkları araştırmada TSSB düzeylerinin yaş faktörü ile ilişkili olduğunu ve 6-16 yaş aralığındaki ergen ve çocuklarda yüksek düzeyde TSSB görüldüğünü tespit etmişlerdir. Tinghög vd. (2017), İsveç’e yerleşen Suriyeli mülteciler üzerine yaptıkları çalışmada yaş faktörü ile TSSB arasında bir ilişki olduğunu, yaşlı mültecilerde TSSB düzeyinin gençlere göre daha fazla olduğunu tespit etmişlerdir.

Geçmiş travma öyküsü de TSSB ile yakından ilişkili bir faktördür. Araştırmalar açıkça geçmiş travma öyküsünün TSSB üzerinde etkili olduğunu ve travma deneyimi olan bireylerde TSSB’nin görülme ihtimalinin daha yüksek olduğunu göstermektedir. Yehuda vd. (2015), TSSB’nin doğasını inceledikleri araştırmalarında genel popülasyonda travmatik öykünün TSSB yaygınlığını artırdığını tespit etmişlerdir. Benzer şekilde, Breslau vd. (1998), ABD’de 18-45 yaş arası genel popülasyon üzerine yaptıkları bir araştırmada travmatik öykü geçmişinin TSSB ile doğrudan ilişkili

olduğunu, travmatik öyküsü olan bireylerin TSSB ruhsal bozukluğunu geliştirme riskinin daha yüksek olduğunu tespit etmişlerdir. Afetler sonrası afetzedeler ile yapılan çalışmalarda da travma öyküsünün TSSB ile ilişkili olduğu görülmektedir. Sharan vd. (1996), Hindistan'da meydana gelen bir deprem afetinin ardından afetzedeler ile yaptıkları araştırmada, travmatik öykü ile TSSB arasında bir ilişki olduğunu, travmatik öyküsü olan bireylerin travmatik öyküsü olan bireylere göre TSSB düzeyinin daha yüksek olduğunu tespit etmişlerdir. Benzer şekilde Goenjian vd. (1994), Ermenistan'da meydana gelen bir deprem afeti sonrası afetzedeler ile yaptıkları araştırmada travmatik öykü ile TSSB düzeyi arasında bir ilişki olduğunu, travmatik öyküsü olan bireylerin TSSB düzeylerinin yüksek olduğunu tespit etmişlerdir. Travma öyküsünün TSSB üzerindeki etkisi mültecilerde daha belirgin bir şekilde ortaya çıkabilmektedir. Kim (2017), Güney Kore'de yaşayan Kuzey Koreli mülteciler üzerinde yaptığı araştırmada TSSB'nin travmatik öykü ile ilişkili olduğunu belirlemiştir. Sohn vd. (2019), Güney Kore toplumunda yaşayan mülteciler üzerine yaptıkları çalışmada mültecilerde TSSB düzeyinin yerel halka göre yüksek olduğunu tespit etmişlerdir. Roberts vd. (2008), Kuzey Uganda'da yerinden edilmiş kişiler üzerine yaptıkları araştırmada, travmatik öykü ile TSSB arasında bir ilişki olduğunu, travmatik öykü yaşayan bireylerin TSSB düzeylerinin yüksek olduğunu tespit etmişlerdir. Öte yandan Hendrickx vd. (2020), Suriyeli mülteciler üzerine yaptıkları sistematik araştırmada mültecilerde TSSB'nin kronik hale geldiğini tespit etmişlerdir.

TSSB ile ilişkilendirilen diğer bir faktör bireylerin hanehalkı büyüklüğü olup hanehalkı birey sayısı ile TSSB arasında bir ilişki olduğu ve kalabalık ailelerin TSSB'sinin daha düşük olduğuna dair kanıtlar sunan çalışmalar bulunmaktadır. Thabet ve Vostanis (2000), Gazze'de bulunan savaş yaşamış bireyler üzerine yaptıkları çalışmada hane içi kalabalık ve uyumlu olmanın TSSB ruh sağlığı bozukluğunu iyileştirebileceğini tespit etmişlerdir.

TSSB'den kurtulmanın en etkili yollarından biri yeterli sağlık hizmeti almaktır. Farklı popülasyonlar üzerinde yapılan araştırmalar TSSB ile sağlık hizmetine erişim faktörünün genelde anlamlı ilişkide olduğunu göstermektedir. Sağlık hizmetlerinden yararlanan bireylerde TSSB'nin tedavi edilme şansının sağlık hizmetlerinden yararlanamayan veya yararlanmayan bireylere göre daha yüksek olduğunu tespit edilmiştir (Deblinger vd. 1996; Stein vd. 2003; Nixon vd. 2012). Afetler sonrası sağlık hizmetlerine erişen afetzedelerinde TSSB ruhsal bozukluğunun iyileşebildiği görülmektedir. Sağlık hizmetine erişimin TSSB ile ilişkili olduğunu ve sağlık hizmetine erişen bireylerin TSSB ruhsal bozukluğunda %50 oranında iyileşme görüldüğünü

belirlenmiştir (La Greca vd. 1998; Meiser-Stedman vd. 2005; Catani vd. 2009). Savaş mağduru mülteciler bireylerde de genel popülasyonda olduğu gibi TSSB'yi aşmanın en tesirli yollarından biri sağlık hizmetlerinden faydalanabilmektir. Sağlık hizmetlerine erişim sonrası tedaviden faydalanan mültecilerde yüksek oranda iyileşme tespit edildiğine dair kanıtlar bulunmaktadır (Onyut vd. 2005; Patel vd. 2014; Nose vd. 2017).

Bireylerin TSSB düzeyleri medeni durumları ile ilişkili olabilmektedir. Araştırmalar medeni durumun TSSB üzerinde etkili olduğunu, genellikle bekâr ya da daha önceden evli bireylerin depresyona daha yatkın olduğunu göstermektedir (Creamer vd. 2001; Goldstein vd. 2016). Ancak afet mağduru bireylerde farklı bulgular olduğu ve evli bireylerin bekarlara göre TSSB düzeylerinin daha yüksek olduğu görülmektedir. Bu durumun sebebinin afetler sonrası afetzedelerde yaşanan iş kayıpları, maddi kayıplar ile barındıkları hanelerin yıkılmasına bağlı olduğunu tespit edilmiştir (Jing vd., 2022). Mülteciler üzerine yapılan araştırmalar da genel popülasyon üzerine yapılan araştırmalar ile genelde paralellik göstermekte olup mülteciler içerisinde de bekarların TSSB'ye daha yatkın olduğunu ortaya koymaktadır (Roberts vd. 2009; Solomon vd. 2011; Siriwardhana vd. 2013; Thela vd. 2017).

Bireylerin çalışıp çalışmadıkları TSSB üzerinde etkili olabilmektedir. Çalışma durumunun TSSB üzerinde etkili olduğunu, genellikle işsiz bireylerin TSSB düzeylerinin daha yüksek olduğunu ortaya koyan çalışmalar bulunmaktadır (Interian vd. 2012; Sochos, 2018). Ayrıca afet yaşamış bireyler üzerine yapılan çalışmalar da TSSB ile işsizlik arasında bir ilişki olduğunu belirlenmiş ve TSSB vakalarının artışının işsizlikle bağlantılı olduğunu tespit edilmiştir (Wen vd. 2012; Serrano vd. 2021). Mülteciler üzerine yapılan araştırma sonuçları da genel popülasyon üzerine yapılan araştırma sonuçlarına paralellik göstermekte olup işsiz mültecilerin TSSB düzeylerinin daha yüksek olduğunu göstermektedir (Porter ve Haslam 2005; Liv vd. 2016).

Çalışma durumu gibi gelir düzeyi de bireylerin TSSB düzeyini etkileyen önemli faktörler arasında yer almaktadır. Farklı popülasyonlarda yapılan araştırmalar, yüksek gelir düzeyine sahip bireylerin düşük gelir düzeyine sahip bireylere kıyasla TSSB düzeylerinin daha düşük olduğunu göstermektedir (Brewin vd. 2000; Goldstein vd. 2016). Bununla birlikte afetzedeler üzerine yapılan araştırma bulguları da gelir düzeyi az olan bireylerin gelir düzeyi çok olan bireylere kıyasla TSSB ruhsal bozukluğuna yakalanma riskinin daha yüksek olduğunu göstermektedir (Wen vd. 2012; Tang vd. 2017). Mülteciler üzerine yapılan araştırma bulguları da genel popülasyona paralellik göstermekte olup sosyoekonomik durumun TSSB düzeyi ile ilişkili olduğunu ve

sosyoekonomik durumu kötü olan mültecilerin TSSB düzeylerinin daha yüksek olduğunu göstermektedir (Porter ve Haslam 2005; Liv vd. 2016).

Savaş yaşamış ve mülteci konumuna düşmüş bireylerin TSSB ruhsal durumu üzerinde etkili faktörler özetlendiğinde; cinsiyet faktörü ile TSSB arasında bir ilişki olduğu ve diğer bireylerde olduğu gibi kadınların TSSB düzeylerinin daha yüksek olduğu görülmektedir (Herbert ve Forman, 2010). Ancak, mülteciler üzerine yapılan başka bir araştırmada ise cinsiyet ile TSSB arasında bir ilişki olmadığı belirtilmektedir (Hamrah vd., 2021). Bununla birlikte mültecilerde yaş faktörü ile TSSB arasında genellikle ilişki olduğu görülmektedir (Tinghög vd., 2017). Araştırmalar, savaş travmasından çıkmış mültecilerde birden fazla travma öyküsü görülme ihtimalinin daha yüksek olduğundan TSSB ile yüksek düzeyde ilişkili olduğunu göstermektedir (Roberts vd. 2008; Sohn vd. 2019). Bununla birlikte mültecilerde hanehalkı sayısı ile TSSB arasında bir ilişki olduğu, hanehalkı birey sayısı fazla olan bireylerin TSSB düzeyinin düşük olduğu görülmektedir (Thabet ve Vostanis 2000). Ayrıca medeni durum faktörü mültecilerin TSSB'sine neden olan önemli bir faktör olmakla beraber genellikle evli olmanın TSSB'yi düşürdüğü görülmektedir (Thela vd., 2017). Sağlık hizmetlerine erişen mültecilerde TSSB düzeylerinin azaldığı da gösterilmektedir (Nose vd., 2017). Son olarak araştırmalarda, çalışmayan ve ekonomik durumu kötü olan mültecilerin genellikle TSSB düzeylerinin daha yüksek olduğu görülmektedir (Liv vd., 2016).

Türkiye'de yaşayan savaş mağduru Suriyeli mülteci bireylerin TSSB ruhsal bozukluğuna etki eden faktörler üzerine yapılan araştırmalar genel olarak uluslararası araştırmalara yakın kanıtlar sunmaktadır. Araştırmalar, cinsiyet faktörü ile TSSB arasında bir ilişki olduğunu ve kadınların TSSB düzeylerinin daha yüksek olduğunu göstermektedir (Sağaltıcı, 2013; Alpak vd. 2015; Kaya vd. 2019; Acartürk vd. 2020). Yaş faktörü ile TSSB ilişkisini araştıran çalışmalarda farklı sonuçlar olduğu görülmektedir. Scherer vd. (2020), mültecilerde yaş ile TSSB arasında bir ilişki olduğunu ve yaşı büyük olan mültecilerde TSSB'nin daha yaygın olduğunu tespit etmişlerdir. Ancak Sağaltıcı, (2013); Chung vd. (2018a); Akçay-Civriz, (2019), Türkiye'de yaşayan Suriyeli mültecilerde yaş ile TSSB arasında bir ilişki bulunmadığını tespit etmişlerdir. Travmatik öykü sahibi mültecilerde genelde TSSB düzeyi yüksek olduğu görülmektedir (Chung vd. 2018a; Chung vd. 2018b; Acartürk vd. 2020). Medeni durum ile TSSB arasında ilişkide farklı bulgular bulunmaktadır. Akçay-Civriz, (2019), medeni durum ile TSSB arasında bir ilişki olduğunu tespit etmişken, Sağaltıcı, (2013), ilişki olduğunu ve evli bireylerde TSSB düzeyinin daha düşük olduğunu tespit etmiştir. Mültecilerin çalışma durumu ve ekonomik gelirleri ile TSSB ilişkisinde farklı bulgular

görülmektedir. Kimi araştırmalarda çalışmayan bireyler ile TSSB arasında bir ilişki olmadığı görülmekteyken kimi araştırmalarda işsiz bireylerin TSSB düzeylerinin daha düşük olduğu tespit edilmiştir (Sağaltıcı, 2013; Acartürk vd. 2018; Akçay-Civriz, 2019). Bununla birlikte, Akçay-Civriz, (2019), mültecilerde ekonomik gelir ile TSSB arasında bir ilişki olduğunu, maddi durumu kötü olanların TSSB düzeylerinin daha yüksek olduğunu tespit etmiştir. Benzer şekilde Acartürk vd. (2020)'de ekonomik durumu kötü olanların TSSB düzeyinin daha yüksek olduğu sonucuna ulaşmıştır. Mültecilerin birlikte yaşadıkları kişi sayısı ile TSSB arasındaki ilişkiyi inceleyen araştırmalar farklı sonuçlar sunmaktadır. Scherer vd. (2020), hanehalkı sayısının fazla olmasının TSSB düzeyini düşürdüğünü tespit etmişken, Sağaltıcı, (2013) ve Akçay Civriz, (2019), hanehalkı sayısı ile TSSB arasında bir ilişki olmadığını tespit etmişlerdir. Ayrıca mülteci bireylerin sağlık hizmetlerine erişimleri ile TSSB ruhsal bozukluğu ilişkisini araştıran bir çalışmada TSSB ile sağlık hizmetlerine erişim arasında bir ilişki bulunamamıştır (Acartürk vd., 2020).

4.4. Yaşam Kalitesi Üzerinde Etkili Faktörler

Yaşam kalitesi; bireylerin fiziksel sağlığı, psikolojik durumu, bağımsızlık düzeyi, sosyal ilişkileri, kişisel inançları ve çevresiyle olan ilişkisine ilişkin öznel değerlendirmesini içeren geniş kapsamlı ve çok boyutlu bir kavram olarak tanımlanmaktadır (WHO, 1998). Yaşam kalitesinin çok boyutlu bir kavram olduğu üzerine varılan fikir birliğine rağmen az sayıda araştırma yaşam kalitesinin düşmesindeki spesifik sebepleri ve bu sebeplerin bağıntılarını anlamaya odaklanmıştır. Yaşam kalitesinin çeşitli biçimlerinin (genel, fiziksel, psikolojik, sosyal ve çevresel) düşüklüğüne etki eden temel faktörler; zayıf sosyal bağlar, zayıf sosyal destek, fiziksel ve ruhsal bozukluklar olarak karşımıza çıkmaktadır (Van Der Boor, 2020). Bununla birlikte, bireylerde meydana gelen geçmiş travmatik öyküler, bu travmalarla baş etmede cinsiyet ve yaş faktörü, travmalar sonrası oluşan ruhsal bozukluklar, göç edilen bölge, sosyal bağ, sosyal destek, sağlık hizmetlerine erişim ve sosyoekonomik koşullar, medeni durum, çalışma durumu, eğitim durumu da yaşam kalitesini etkileyen belirleyici faktörler olarak karşımıza çıkmaktadır (D'ardenne vd. 2005; Huijts vd. 2012; Teodorescu vd. 2012; Gandelman ve Piani, 2013; Campos vd. 2014; Gonçalves ve de Jesus, 2015; Correa-Velez vd. 2020; Poder vd. 2020; Dhungana vd. 2021; Beza vd. 2022).

Literatür incelendiğinde, doğa kaynaklı afetlere maruz kalmış afetzedelerin, savaş yaşamış ve yaşadıkları bölgeleri terk ederek mülteci konumuna düşmüş bir veya birden

fazla travmatik olay yaşamış bireylerin ruhsal bozukluklarına etki eden ve literatürde öne çıkan faktörlerin yaşam kalitelerini de etkileyebileceğini göstermektedir. Dolayısıyla mülteci bireylerde yaşam kalitesine etki eden faktörler incelenirken mültecilerin ruhsal bozukluklara etki eden ve literatürde öne çıkan faktörler dikkate alınmıştır. Araştırmalarda; cinsiyetin, yaştan, travma öyküsünün, hanehalkı sayısının, sağlık hizmetlerine erişimin, medeni durumun ve çalışma durumu ile ekonomik gelirin mülteci bireylerde yaşam kalitesini etkileyen faktörlerden olduğu görülmektedir (Von Lersner, 2008; Regev ve Slonim-Nevo, 2019; Teodorescu vd. 2012; Hengst vd. 2018; Jesuthasan vd. 2018; Walther vd. 2020; Gagliardi vd. 2021).

Literatürde, cinsiyet özellikleri ile yaşam kalitesi arasında ilişki olabileceğini ortaya koyan araştırmalar olduğu görülmektedir. Kadınlarda yaşam kalitesinin daha çok fiziksel ve psikososyal sağlıkla ilişkiliyken erkeklerde yaşam kalitesinin daha çok sosyoekonomik koşullar ile fiziksel ve psikososyal sağlıkla ilişkili olduğu gösterilmektedir. Bazı araştırmalar erkeklerin yaşam kalitesinin son yıllarda kadınlara göre daha düşük olduğu sonucuna ulaşmışken, bazı araştırmalar da kadınların yaşam kalitesinin erkeklere göre daha düşük olduğuna dair kanıtlar sunmaktadır (Campos vd. 2014; Zhao vd. 2017). Afetler sonrası afetzedelerin yaşam kalitesi ile cinsiyetleri arasındaki ilişkinin varlığını inceleyen araştırma sonuçları ise genelde afetler sonrası cinsiyet ile yaşam kalitesi arasında ilişki olduğunu ve genelde kadın afetzedelerin yaşam kalitesinin daha düşük olduğunu göstermektedir (Liang vd. 2014; Wu vd. 2006). Mülteci popülasyonunun yaşam kalitesi ile cinsiyetleri arasındaki ilişkiyi inceleyen araştıran çalışmalar, genel popülasyona paralellik göstermekte olup mültecilerde cinsiyet ile yaşam kalitesi arasında bir ilişki olduğu ve kadınların yaşam kalitelerinin hem göç öncesi hem de göç sonrası yaşadıkları travmalardan kaynaklı olarak yaşam kalitelerinin erkeklere ve yerel nüfusa göre daha düşük olduğunu göstermektedir (Gottvall vd. 2020; Jesuthasan vd. 2018). Ghazinour vd. (2004), İsveç'e yerleşen İranlı mülteciler üzerine yaptıkları araştırmada ise erkek mültecilerin yaşam kalitelerinin kadınlara göre daha düşük olduğunu tespit etmişlerdir.

Yaş ile yaşam kalitesi ilişkisini inceleyen araştırmalar, yaşam kalitesinin yaş ile güçlü ilişkisinin olduğunu ortaya koymaktadır. Bazı araştırmalarda genç bireylerde yaşam kalitesinin daha yüksek olduğu, bazı araştırmalarda ise yaşlı bireylerde yaşam kalitesinin daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (Mercier vd. 1998; Kerr vd. 2003; Brown ve Roose 2011; Campos vd. 2014). Afetler sonrası afetzedeler üzerine yapılan araştırmalar, genellikle yaş ile yaşam kalitesi arasındaki ilişki olabileceğini göstermekle beraber araştırma sonuçları yaşlıların çevresel değişimlere karşı savunmasız olduklarını

ve afetlerden sonra yaşam kalitelerinin gençlere göre düşük olduğunu tespit etmişlerdir (Liang vd. 2014; Cherry vd. 2017; Nur vd. 2020). Yaşam kalitesi ile yaş arasındaki ilişki mülteci popülasyonu özelinde irdelenen araştırmalar incelendiğinde genel popülasyonda olduğu gibi mültecilerde yaş ile yaşam kalitesi arasında ilişki olduğu görülmektedir. Yaşı genç olan mültecilerin daha yaşlı mültecilere göre yaşam kalitesinin daha yüksek olduğunu belirlenmiştir (Gottvall vd. 2020; Grochtdreis vd. 2020; Beza vd. 2022).

Farklı popülasyonlar üzerine yapılan araştırmalarda bireylerde travma öyküsü ile yaşam kalitesi arasında genelde anlamlı ilişkinin olduğu belirlenmiştir. Araştırmalar, travma öyküsü olan bireylerde genellikle yaşam kalitesinin daha düşük olduğuna yönelik sonuçlar ortaya koymaktadır (D'ardenne vd. 2005; Dhungana vd. 2021). Ayrıca, travma olarak bir afet yaşamış bireylerin yaşam kalitesinin düşük olduğuna dair kanıtlar sunan çalışmalarda bulunmaktadır (Lee, 2004; Cao vd. 2015). Bununla beraber mülteci popülasyonu üzerine yapılan araştırmalar incelendiğinde, travma öyküsü ile yaşam kalitesi arasında anlamlı bir ilişki görülmekle beraber mültecilerin göç ettikleri bölgenin bazı niteliklerine göre travma öyküsünün yaşam kalitesi üzerindeki olumsuz etkisi anlamsızlaşabilmektedir. Gelişmişlik düzeyi yüksek olan ve iş bulma fırsatlarının geniş olduğu ülkelerdeki/bölgelerdeki mültecilerin travma öyküsü olmasına rağmen yaşam kalitesinin daha yüksek olduğu görülebilirken daha düşük gelişmişliğe ve iş imkanına sahip ülke/bölgelere göç eden mültecilerin yaşam kaliteleri düşük kalabilmektedir (Lee vd. 2009; Crea vd. 2015; Muhtz vd. 2016; Choi vd. 2017)

Yaşam kalitesini etkileyen bir diğer önemli faktör sağlık hizmetlerine erişimdir. Sağlık hizmetlerine erişim ile yaşam kaliteleri arasındaki ilişkiyi inceleyen bir araştırmada, sağlık hizmetine erişim ile yaşam kalitesi arasında bir ilişki olduğunu sağlık hizmetine erişen ve tedavi olabilen bireylerin yaşam kalitelerinin arttığı belirtilmektedir (D'ardenne vd., 2005). Afetzedeler üzerine yapılan araştırmada ise afetlerden sonra sağlık hizmetlerine ulaşmayan veya ulaşamayan bireylerin sağlık hizmetlerine ulaşabilen bireylere göre yaşam kalitesinin daha yüksek olduğunu gösterilmektedir (Zhang vd., 2012). Mülteciler üzerine yapılan araştırmalar, genel popülasyon üzerine yapılan araştırmalar ile genelde paralellik göstermekte olup mülteciler içerisinde de sağlık hizmetlerine erişemeyen bireylerin yaşam kalitesinin daha düşük olduğunu ortaya koymaktadır (Laban vd. 2008; Teodoroscu vd. 2012; Jesuthasan vd. 2018; Gagliardi vd. 2021).

Bireylerin içerisinde yaşadıkları hanedeki birey sayısı ve medeni durumları da yaşam kalitesi ile ilişkili olabilmektedir. Araştırmalar, yaşam kalitesi ile hane halkı

büyükülüğü arasında anlamlı ilişkiler olduğunu ortaya koymaktadır. Ayrıca araştırmalar evli bireylerin yaşam kalitesinin daha yüksek olduğunu, bekar bireylerin, boşanmış veya dul bireylerin yaşam kalitesinin evli bireylere göre daha düşük olduğunu göstermektedir (Monday vd. 2018; Dhungana vd. 2021). Mültecilerin yaşam kalitesi ile hanehalkı büyükülüğü arasındaki ilişkiyi inceleyen araştırmalar ise genel popülasyon ile paralellik göstermekte olup hanehalkı sayısı ile yaşam kalitesi arasında bir ilişkinin olduğunu ve hanehalkı sayısı büyük olanların yaşam kalitelerinin daha yüksek olduğunu göstermektedir. Al-Smadi vd. (2017), Ürdün'deki Iraklı mülteciler üzerine yaptıkları araştırmada, hanehalkı büyükülüğü ile yaşam kalitesi arasında bir ilişki olduğunu, hanehalkı sayısı üç kişiden fazla olanların üç kişiden az olanlara göre yaşam kalitelerinin daha yüksek olduğunu, 3 kişiden az hanehalkı sayısının düşük yaşam kalitesinin önemli bir yordayıcısı olduğunu tespit etmişlerdir. Mollica vd. (1998), toplum temelli bir ruh sağlığı müdahale çalışmasından elde ettikleri verileri kullanarak yaptıkları araştırmada, mültecilerde haneden bir kişinin ayrılması ile hanedeki bireylerin yaşam kalitesinde azalma meydana geldiğini tespit etmişlerdir. Yang ve Mutchler (2020), ABD'de yaşayan yaşlı mülteciler ile yaptıkları araştırmada, kalabalık bir ailenin mensubu olmanın, mültecilerde ruhsal bozukluğa karşı bir tampon görevi görerek mültecilerin ruhsal durumlarını ve yaşam kalitelerini iyileştirebileceğini tespit etmişlerdir.

Bireylerin medeni durumları da yaşam kalitesi üzerinde etkili olabilmektedir. Medeni durum ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi inceleyen araştırmalar incelendiğinde evli bireylerin yaşam kalitesinin daha yüksek olduğu görülmektedir. Araştırmalar, medeni durum ile yaşam kalitesi arasında bir ilişki olduğunu ve bekar, boşanmış veya dul bireylerin evli bireylere göre yaşam kalitesinin daha düşük olduğuna dair kanıtlar sunmaktadır (Han vd. 2014; Poder vd. 2020). Benzer şekilde afetzedeler üzerine yapılan araştırma sonuçları medeni durum ile yaşam kalitesi arasında bir ilişki olduğunu ve evli olmayan bireylerin yaşam kalitesinin daha düşük olduğunu göstermektedir (Zhang vd. 2012; Nur vd. 2020). Mülteci popülasyonu üzerine yapılan araştırma sonuçları da genel popülasyon üzerine yapılan araştırma sonuçlarına göre paralellik gösterdiği görülmektedir. Georgiadou vd. (2020), Almanya'da yaşayan mültecilerin yaşam kaliteleri ile medeni durumları arasında bir ilişki olduğunu, evli ve eşiyle birlikte yaşayan mültecilerin, evli ama eşiyle birlikte yaşamayan mültecilere göre yaşam kalitesinin daha yüksek olduğunu tespit etmişlerdir. Benzer şekilde, Almanya'da yaşayan mülteciler ile yapılan başka bir araştırmada, medeni durum ile yaşam kalitesi arasında bir ilişki olduğunu, eşinden ayrı yaşayan evli bireylerin, boşanmış bireylerin

veya dul bireylerin evli bireylere göre yaşam kalitelerinin daha düşük olduğunu tespit edilmiştir (Grochtdreis, 2020).

Bir iş sahibi olmak ve çalışmak yaşam kalitesinin önemli yordayıcılarından biridir. Pek çok araştırma, çalışmanın yaşam kalitesi üzerinde etkili olduğunu ve genellikle çalışan bireylerde yaşam kalitesinin daha yüksek olduğunu ortaya koymuştur. Gandelman ve Piani (2013), Uruguay'da genel popülasyonda çalışan ve çalışmayan bireyler arasındaki yaşam kalitesini belirlemek üzere yaptıkları çalışmada çalışan bireylerin çalışmayan bireylere göre yaşam kalitesinin daha yüksek olduğunu tespit etmişlerdir. Yang (2018), Güney Kore'de üniversite hastanelerinde çalışan bireyler üzerine yaptığı araştırmasında düzenli şekilde çalışmayan bireylerin çalışma durumlarının yaşam kalitesi üzerinde olumsuz bir etkiye sahip olduğunu ortaya koymuştur. Poder vd. (2020), Kanada'da genel popülasyon üzerine yaptıkları çalışmada işsizlik ile yaşam kalitesi arasında bir ilişki olduğunu, işsiz bireylerin daha düşük yaşam kalitesine sahip olduklarını tespit etmişlerdir. Çalışma durumunun afetzedeler ve mülteci popülasyonlarında yaşam kalitesini inceleyen araştırmalara bakıldığında; genel popülasyonda olduğu gibi çalışan bireylerin yaşam kalitelerinin daha yüksek olduğu görülmektedir. Zhang vd. (2012), Çin'de meydana gelen bir deprem afeti sonrası afetzedeler üzerine yaptıkları çalışmada afetzedelerin istihdamı ile yaşam kalitesi arasında bir ilişki olduğunu, istihdam edilen afetzedelerin yaşam kalitelerinin yükseldiğini tespit etmişlerdir. Carlsson vd. (2006), Danimarka'da işkence mağdurları rehabilitasyon ve araştırma merkezine sevk edilen mülteci bireyler üzerine yaptıkları çalışmada, istihdam ile yaşam kalitesi arasında bir ilişki olduğunu, işsiz mültecilerin yaşam kalitesinin düşük olduğunu tespit etmişlerdir. Benzer şekilde, Teodoroscu vd. (2012), Norveç'te yaşayan mülteciler üzerine yaptıkları çalışmada işsiz bireylerin yaşam kalitesinin daha düşük olduğunu saptamışlardır. Walther vd. (2020), Almanya'da yaşayan mülteci bireyler üzerine yaptıkları çalışmada istihdam edilmenin yaşam kalitesinin arttığını belirlemişlerdir.

Çalışmak gibi bireylerin gelir düzeyleri de yaşam kalitesini etkileyebilmektedir. Araştırmalar genellikle, bireylerin gelir seviyesi azaldıkça yaşam kalitelerinin de azaldığını göstermektedir. Araştırmalar, yaşam kalitesi ile maddi yoksunluk arasında ilişki olduğunu, maddi yoksunluk çeken bireylerin yaşam kalitesinin daha düşük olduğunu ve düzenli bir gelirin yaşam kalitesini artırdığını göstermektedir (Vetter vd. 2006; Gonçalves ve de Jesus 2015; Yang 2018). Benzer bulgulara afete maruz kalmış bireyler üzerine araştırma yapan çalışmalarda da rastlanmaktadır. Chou vd. (2004), Tayvan'da meydana gelen bir depremin ardından hayatta kalan bireyler üzerine

yaptıkları arařtırmada aile gelir kaybının sınırlıda olsa yařam kalitesini dūřurdūđunu ancak depremde hemen sonra yařanan ađır mali kayıpların yařam kalitesini önemli ölçüde dūřurdūđunu saptamıřlardır. Wu vd. (2006), Tayvan'da meydana gelen bir deprem afeti sonrası afetzedeler üzerine yaptıkları arařtırmada uzun vadeli ekonomik gelir kaybının yařam kalitesini dūřüren en önemli faktörlerden biri olduđunu tespit etmiřlerdir. Liang vd. (2014), Çin'de meydana gelen bir deprem afetinin ardından afetzedeler üzerine yaptıkları arařtırmada yařam kalitesi ile aylık toplam gelir arasında bir iliřki olduđunu, aylık toplam geliri yüksek olan bireylerin dūřük olan bireylere göre yařam kalitelerinin daha yüksek olduđunu tespit etmiřlerdir. Mülteci popölasyonu üzerinde ekonomik gelirin yařam kalitesi üzerindeki etkisini inceleyen arařtırmalara bakıldıđında; genel popölasyonda olduđu gibi mültecilerde de gelir düzeyinin yařam kalitesini etkilediđi görölmektedir. Laban vd. (2008), Hollanda'da yařayan mülteciler üzerine yaptıkları arařtırmada mali durumu kötü olanların yařam kalitesinin daha dūřük olduđunu tespit etmiřlerdir. Van Der Boor, (2020) mültecilerin yařam kalitesi ile ekonomik gelir arasında bir iliřki olduđunu ve ekonomik geliri kötü olan mültecilerin yařam kalitelerinin daha dūřük olduđu sonucuna ulařmıřlardır.

Savař yaşamış ve mülteci konumuna dūřmüř bireylerde yaşam kalitesi ile araştırmamızda ele alınan yaşam kalitesinde etkili faktörler arasındaki ilişkiyi inceleyen araştırmalar genel olarak özetlendiğinde; cinsiyet ile yaşam kalitesi arasında bir ilişki olduğu, genellikle kadın mültecilerin yaşam kalitesinin daha dūřük olduğu ancak bazı araştırmalarda erkek mültecilerin yaşam kalitesinin kadınlara göre daha dūřük olduğu görölmektedir (Ghazinour vd. 2004; Gottvall vd. 2020). Bununla birlikte, yař ile yaşam kalitesi arasında bir ilişkinin varlığından ve ileri yaşın daha dūřük yaşam kalitesi ile ilişkili olduğu belirlenmiştir (Grochtdreis vd., 2020). Travma öyküsü ile yaşam kalitesi arasındaki ilişki üzerine yapılan bir araştırmada, travma öyküsüne sahip mültecilerin yaşam kalitesinin diğer bireylere göre daha dūřük olduğu bildirilmektedir (Choi vd., 2017). Mülteciler üzerine yapılan başka bir çalışmada da, sağlık hizmetlerine erişimin önemli bir faktör olduğu, sağlık hizmetleri ile yaşam kalitesi arasında bir ilişki olduğu ve sağlık hizmetlerine ulaşan ve tedavi olan mültecilerin genellikle yaşam kalitelerinin yükseldiği bildirilmiştir (Jesuthasan vd., 2018). Yapılan araştırmalar genel olarak medeni durumu evli olan ve hanehalkı sayısı daha fazla olan mültecilerde genellikle yaşam kalitesinin yüksek olduğunu göstermektedir. Ayrıca mültecilerde çalışma durumu ve ekonomik gelir ile yaşam kalitesi arasında bir ilişki olduğu, çalışan ve ekonomik geliri yüksek olan mültecilerin yaşam kalitesinin yüksek olduğu görölmektedir (Van Der Boor, 2020; Walther vd. 2020),

Türkiye’de yaşayan savaş mağduru Suriyeli mülteci bireylerde yaşam kalitesi ile araştırmamızda ele alınan yaşam kalitesine etki eden faktörler arasındaki ilişkiyi inceleyen araştırmalar genel olarak incelendiğinde; uluslararası araştırmaların sonuçlarına yakın sonuçlar olduğu gibi uluslararası araştırmaların sonuçları ile uyuşmayan bulgular olduğu da görülmektedir. Uygun, (2020), İstanbul’da yaşayan Suriyeli mültecilerin ruhsal bozuklukları ve yaşam kalitesini incelediği araştırmasında, yaşam kalitesi ile mültecilerin ekonomik durumu ve yaşları arasında bir ilişki olmadığını tespit etmiştir. Demirtaş, (2020), Eskişehir’de yaşayan Türk ve mülteci kadınlarda kronik bir ağrının yaşam kalitesine etkisini incelediği araştırmasında, kronik ağrısı olan bireylerin olmayanlara göre yaşam kalitesini daha düşük tespit etmiştir. Çevik vd. (2019), Balıkesir’de yaşayan Suriyeli mülteciler ile yaptığı araştırmada, sağlık hizmetlerinden memnun bireylerin yaşam kalitesinde iyiliği artırdığını tespit etmişlerdir.

4.5. Depresyon Düzeyi ile TSSB Arasındaki İlişki

Araştırmalar, bir veya birden fazla travma yaşamış ve ruhsal bozukluk tanısı almış bireylerde birden fazla ruhsal bozukluğun aynı anda görülebileceği ve bu bozuklukların birbirini tetikleyebileceğini göstermektedir. Literatür incelendiğinde, depresyon ve TSSB bir arada görülebileceği gibi depresyon tanısı alan bireylerin TSSB ruhsal bozukluğu duyarlılığında artış olabileceği görülmektedir.

Herhangi bir afete veya savaşa maruz kalmamış bireylerde, depresyon ruhsal bozukluğu ile TSSB arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalarda, depresyon ve TSSB arasında bir ilişki olduğu ve birbiri ile komorbid oldukları görülmektedir. Araştırmalar, depresyon tanısı konmuş bireylerde TSSB’de görülürse intihar riski ve diğer olumsuz davranışların görülme riskinin büyük ölçüde artacağını göstermektedir. Fullerton vd. (2000), önceden var olan depresyonun, stresli yaşam olaylarının yanı sıra travmatik olayların etkilerine karşı TSSB duyarlılığını artırdığını iddia etmektedir. Gradus vd. (2010), Danimarka’da intihar davranışı sergileyen bireyler üzerine yaptıkları araştırmada depresyon ruhsal bozukluğu görülen bireylerde TSSB’nin de görüldüğünü ve depresyonun TSSB düzeyini artırdığını ve her iki ruhsal bozukluğun bir arada olmasının intihar riskini büyük ölçüde artırdığını tespit etmişlerdir. Benzer şekilde Marshall vd. (2001), ABD’de ruhsal bozukluğu olan bireyler üzerine yaptıkları araştırmada, depresyonu olan bireylerde TSSB’nin geliştiğini ve her iki bozukluğun beraber görülmesinin intihar riskini artırdığını tespit etmişlerdir. Bununla birlikte TSSB ruhsal bozukluğu görülen bireylerin depresyon düzeyinin arttığı da görülmektedir

(Breslau vd. 1997). Yule ve Udwin, (1991) ile Minassian vd. (1997), TSSB'si olan bireylerin bir süre sonra depresyon düzeylerinde de bir artış tespit etmişlerdir.

Bir afete yoğun şekilde maruz kalan bireylerin incelendiği bir araştırmada olaydan sonra yıllarca sürebilen psikolojik sıkıntı yaşayabileceğini ve bu sıkıntıların başında depresyon ve TSSB'nin geldiğini belirtilmektedir (Vernberg, 2002). Bununla beraber Goenjian vd. (2001), Nikaragua'da meydana gelen bir kasırga afetinden sonra afetzedeler ile yaptığı araştırmasında, depresyon ile TSSB'nin bir arada görüldüğünü ve afetzedeler üzerinde olumsuz etkiler bıraktığını tespit etmişlerdir. Benzer şekilde Goenjian vd. (1995), Ermenistan'da meydana gelen bir deprem sonrası afetzedeler üzerinde yaptıkları araştırmada, depresyon meydana gelen bireylerde TSSB'nin de görüldüğü, depresyon ve TSSB reaksiyonlarının şiddetinin yüksek oranda ilişkili olduğunu tespit etmişlerdir.

Depresyon düzeyi ile TSSB arasındaki ilişki, mülteci popülasyonu üzerinde incelendiğinde, genel popülasyonda olduğu gibi mültecilerde de depresyon düzeyi ile TSSB arasında bir ilişki olduğu görülmektedir. Mollica vd. (1999), Hırvatistan'da yaşayan ve savaştan etkilenen Bosnalı mülteciler üzerine yaptıkları araştırmada depresyon düzeyi ile TSSB arasında anlamlı bir ilişki olduğunu ve TSSB ile depresyonun %21 oranında komorbid olduğunu tespit etmişlerdir. Erickson vd. (2001), Körfez Savaşı gazileri üzerine yaptıkları araştırmada, bireylerde depresyon düzeyi ile TSSB arasında karşılıklı bir ilişki olduğunu belirlemişlerdir. Fazel vd. (2005), Batı ülkelerine yerleştirilen mülteciler üzerine yaptıkları araştırmanın sonucunda, TSSB ile depresyon arasında yüksek düzeyde komorbidite olduğunu bulmuşlardır. Kaltman vd, (2010), ABD'de bulunan Latin mülteciler üzerinde yaptıkları bir araştırmada bir yandan travmatik olaya maruz kalma ve göçle ilgili faktörler ile diğer yandan TSSB-depresyon komorbiditesi arasındaki ilişkiyi incelemişler ve daha fazla sayıda travmatik olay yaşayan mültecilerin TSSB-depresyon komorbid tanısı alma olasılıklarının daha yüksek olduğunu tespit etmişlerdir.

Türkiye'de yaşayan savaş mağduru Suriyeli mülteci bireylerde depresyon ve TSSB ilişkisini araştıran çalışmalar uluslararası literatüre yakın sonuçlar ortaya koymaktadır. Acartürk vd. (2018), Türkiye'de bulunan ve Kilis'te bir mülteci kampında yaşayan Suriyeli mültecilerden araştırmaya dahil olan 781 kişi üzerine yaptıkları araştırmada, Suriyeli mültecilerde TSSB ile depresyon arasında pozitif ilişki olduğu, depresyon görülen bireylerde TSSB'de görülebileceğini tespit etmişlerdir. Özen ve Cerit (2018), Türkiye'de bulunan ve savaş sonrası Türkiye'ye göç ederek bir insani yardım kuruluşunun İstanbul, Şanlıurfa, Diyarbakır, Hatay ve Adana ofislerinde çalışan

ve araştırmaya dâhil olan 100 Suriyeli mülteci üzerine yaptıkları araştırmada, depresyon ve TSSB puanları arasında anlamlı yönde pozitif bir ilişki tespit etmişlerdir. Benzer şekilde İstanbul’da yaşayan ve araştırmaya dâhil olan 60 Suriyeli kadın mülteci üzerinde yapılan bir araştırmada, depresyon ile TSSB arasında aynı yönlü pozitif bir ilişki olduğu belirlenmiştir (Üstün, 2019). Yayan vd. (2020), Türkiye’nin güneydoğusunda bir devlet hastanesinde bulunan Suriyeli mülteciler üzerine yaptıkları araştırmada, depresyon düzeyi ile TSSB arasında önemli ölçüde yüksek bir ilişki olduğunu, depresyon ruhsal bozukluğunun TSSB’nin önemli bir yordayıcısı olduğunu tespit etmişlerdir.

4.6. Anksiyete Düzeyi ile TSSB Arasındaki İlişki

Farklı örneklemeler üzerine yapılan çalışmalar, TSSB teşhisi konmuş bireylerde depresyon gibi anksiyete ruhsal bozukluğunun da aynı zamanda görülebileceğini ve ikisi arasında karşılıklı, anlamlı ve pozitif ilişkiler olduğunu göstermektedir. Benzer sonuçlar mülteciler üzerine yapılan araştırmalarda da karşımıza çıkmaktadır.

Herhangi bir afete veya savaşa maruz kalmamış bireylerde, anksiyete ruhsal bozukluğu ile TSSB arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalar, anksiyete ve TSSB arasında bir ilişki olduğunu göstermektedir. Lanius vd. (2006), TSSB tanısı almış bireylerde anksiyete düzeyi ile TSSB arasında anlamlı bir ilişki olduğunu tespit etmişlerdir. Wang vd. (2005), Tayvan’da kaza sonucu yaralanan bireyler üzerine yaptıkları araştırmada, bireylerde anksiyete düzeyi ile TSSB arasında anlamlı yönde pozitif bir ilişki olduğunu tespit etmişlerdir. Jahanpur vd. (2019), İran’da bir hastanede yatan kalp krizi geçirmiş hastalara uyguladıkları terapiler neticesinde anksiyete ile beraber TSSB da önemli ölçüde azaltmıştır. Bu durum anksiyete ile TSSB arasında güçlü bir ilişkiye işaret etmektedir.

Afet mağduru bireylerde anksiyete ve TSSB arasındaki ilişkiyi inceleyen araştırmalar incelendiğinde, anksiyete ile TSSB arasında bir ilişki olduğu görülmektedir. Kar ve Bastia (2006), Hindistan’da meydana gelen bir kasırga afeti sonrası afetzedeler üzerine yaptıkları araştırmada, afetzedelerde anksiyete ve TSSB ruhsal bozuklukları görüldüğünü, anksiyete düzeyi ile TSSB arasında bir ilişki olduğunu, ayrıca bu iki bozukluğun birbiri ile komorbid olduğunu, TSSB’si olan afetzedelerin %27.6’sında anksiyete görüldüğünü ve anksiyete düzeylerinin arttığını tespit etmişlerdir. Benzer şekilde Kar vd. (2022), Hindistan’da meydana gelen kasırga afeti sonrası afetzedeler üzerine yaptıkları araştırmada, anksiyete ile TSSB arasında bir ilişki olduğunu ve bu iki bozukluğun birbiri ile komorbid olduğunu tespit etmişlerdir.

Savaş yaşamış, işkence görmüş veya mülteci bireyler üzerinde anksiyete düzeyi ve TSSB arasındaki ilişkiyi araştıran çalışmalar diğer bireylerde olduğu gibi anksiyete ile TSSB arasında bir ilişki olduğunu ve bu iki ruhsal bozukluğun birbiri ile komorbid olduğunu göstermektedir. Engdahl vd. (1998), ABD’de TSSB tanısı almış savaş esirleri ile yaptıkları araştırmada, anksiyete ile TSSB arasında bir ilişki olduğunu, bu iki ruhsal bozukluğun birbiri ile komorbid olduğu ve bu bireylerde anksiyete ruhsal bozukluğu riskinin arttığını tespit etmişlerdir. Benzer şekilde, Pissioti vd. (2002), Vietnam savaşı gazilerinden TSSB tanısı almış bireyler üzerine yaptıkları araştırmada, anksiyete ile TSSB arasında ilişki olduğunu, bu bireylerde anksiyete riskinin olduğunu tespit etmişlerdir. Henkelmann vd. (2020), yüksek gelirli ülkelerde yaşayan mültecilerin ruh sağlığı bozukluklarını inceledikleri meta analiz çalışmalarında, mültecilerin anksiyete ve TSSB düzeylerini incelemişler ve araştırma sonuçlarına göre mültecilerde anksiyete düzeyi ile TSSB arasında anlamlı bir ilişki olduğunu, her iki ruhsal bozukluğun da kalıcı bir hastalık olabileceğini ve zorlu geçirileceğini belirlemişlerdir.

Türkiye’de yaşayan Suriyeli mülteci bireyler üzerinde anksiyete düzeyi ile TSSB arasındaki ilişkiyi araştıran çalışmalar uluslararası çalışmalara benzer sonuçlar sunmaktadır. Acartürk vd. (2020), İstanbul’da yaşayan Suriyeli mülteciler üzerine yaptıkları araştırmada, anksiyete ruhsal bozukluğu ile TSSB ruhsal bozukluğunun komorbid olduğunu tespit etmişlerdir. Yayan vd. (2020), Türkiye’nin güneydoğusunda bir devlet hastanesinde bulunan Suriyeli mülteciler üzerine yaptıkları araştırmada, anksiyete düzeyi ile TSSB arasında önemli ölçüde yüksek bir ilişki olduğunu, anksiyete ruhsal bozukluğunun TSSB’nin önemli bir yordayıcısı olduğunu tespit etmişlerdir.

4.7. Depresyon ile Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişki

Farklı örneklemeler üzerine yapılan araştırmalar, depresyon görülen bireylerde yaşam kalitesinin daha düşük olduğunu ve depresyonu iyileştirilen bireylerin yaşam kalitesinin arttığını göstermektedir. Mülteciler üzerine yapılan araştırmaların sonuçları da buna benzerlikler sergilemektedir.

Herhangi bir afete veya savaşa maruz kalmamış bireylerde, depresyon ruhsal bozukluğu ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi inceleyen araştırmalara bakıldığında; Snyder (2013), depresyon teşhisi konan bir hasta grubu ile teşhisi olmayan sağlıklı bireylerde depresyon ruh sağlığını incelediği meta analiz çalışmasında, depresyondan mustarip olan bireylerin yaşam kalitesinin de düşük olduğunu ve dolayısıyla depresyonun yaşam kalitesini negatif yönde etkilediğini belirlemişlerdir. Fazel vd. (2013), İsveç’te doğan epilepsisi olan bireyler üzerine yaptıkları araştırmalarında

depresyonun erken ölümlerin ve yaşam kalitesi düşüklüğünün ana sebeplerinden biri olduğunu tespit etmişlerdir. Benzer şekilde De Gucht (2015), bağırsak sendromu rahatsızlığı olan bireyler üzerine yaptığı araştırmada, depresyonun yaşam kalitesini değiştirebilen bir neden olduğunu ortaya koymuştur. Shahraki ve Tanha (2018), İran’da yaşayan ve çocuğu olmayan kadınlar üzerine yaptıkları araştırmada, depresyon ruhsal bozukluğunun yaşam kalitesini bozan kritik bir faktör olduğunu tespit etmişlerdir. Ayrıca Juniarni vd. (2020), Endonezya’da bir huzurevinde yaşayan bireyler üzerine yaptıkları araştırmada, depresyon ile yaşam kalitesi arasında bir ilişki olduğunu ve depresyon ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkide sosyalleşmenin önemini vurgulamaktadır. Sosyal ilişkiler arasındaki iyileşmenin depresyonu azaltabileceği ve dolayısıyla yaşam kalitesini yükselteceğini tespit etmişlerdir.

Afet mağduru bireylerde depresyon ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi inceleyen araştırmalar incelendiğinde, Siqveland vd. (2015), Tayland’da meydana gelen bir tsunami afeti sonrası o sırada Tayland’da bulunan Norveçli turistler üzerine yaptıkları araştırmada, tsunami afetinden kurtulan afetzedelerin depresyon durumları ile yaşam kaliteleri arasında anlamlı ve negatif bir ilişki olduğunu tespit etmişlerdir. Park ve Bae (2022), Güney Kore’deki Ulusal Afet Yönetimi Araştırma Enstitüsü tarafından yürütülen afetzedelerin yaşamlarının değişimine ilişkin çalışmanın verilerini kullandıkları araştırmada, depresyon semptomları ile yaşam kalitesi arasında bir ilişki olduğunu, depresyon belirtilerinin bireylerin yaşam kalitesini olumsuz etkilediğini tespit etmişlerdir. Ayrıca aynı çalışmalarında afetzedelere verilen toplum desteğinin depresyon belirtileri ile yaşam kaliteleri arasındaki ilişkiyi düzenlediği sonucuna ulaşmışlardır. Benzer şekilde, Hussain vd. (2016), Tayland’da meydana gelen bir tsunami afetinden sonra afetzedeler üzerine yaptıkları araştırmada, afetzedelerin depresyon ile yaşam kaliteleri arasında bir ilişki olduğunu, depresyonun yaşam kalitesini olumsuz etkilediğini tespit etmişlerdir.

Savaş yaşamış, işkence görmüş veya mülteci bireyler üzerinde depresyon ile TSSB arasındaki ilişkiyi araştıran çalışmalar incelendiğinde; Oh (2015), Güney Kore’de yaşayan Kuzey Koreli mülteciler üzerinde yaptığı araştırmada, depresyon ile yaşam kalitesi arasında anlamlı bir ilişki olduğunu, depresyon ruhsal bozukluğu olan bireylerin yaşam kalitesinin düşük olduğunu tespit etmiştir. Choi vd. (2017), Kuzey Koreli mülteciler üzerinde yaptıkları bir araştırmada depresyonun yaşam kalitesi ile arasında negatif bir ilişki olduğunu ortaya koymuşlardır.

Türkiye’de bulunan Suriyeli mülteci bireylerin depresyon ruhsal bozukluğu ile yaşam kaliteleri arasındaki ilişkiyi araştıran çalışmaların literatüre paralel sonuçlar

sunduğu görülmektedir. Uygun (2020), İstanbul'da yaşayan Suriyeli mültecilerin depresyon durumları ile yaşam kaliteleri arasındaki ilişkiyi incelediği araştırmasında, depresyon ile yaşam kalitesi arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki olduğunu tespit etmiştir. Benzer şekilde, Eslam Parast ve Taştekin Ouyaba (2022), Afyon'da bulunan Suriyeli, İranlı, Iraklı ve Afganistanlı mülteciler üzerine yaptıkları araştırmada, mültecilerin depresyon durumları ile yaşam kaliteleri arasında bir ilişki olduğunu, depresyon ruh sağlığı bozukluğu bulunan mültecilerin yaşam kalitesinin daha düşük olduğunu tespit etmişlerdir.

4.8. Anksiyete ile Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişki

Depresyon gibi anksiyete ruhsal bozukluğu da yaşam kalitesi ile negatif ilişkilidir. Çoğu araştırma, anksiyete ruhsal bozukluğuna sahip bireylerin yaşam kalitesinin de düşük olduğunu göstermektedir. Aynı sonuç mülteciler üzerine yapılan araştırmalarda karşımıza çıkmaktadır.

Herhangi bir afete veya savaşa maruz kalmamış bireylerde, anksiyete ruhsal bozukluğu ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi inceleyen araştırmalara bakıldığında; Stein ve Barrett-Connor (2002), ABD'de anksiyete ruhsal bozukluğunun tedavisi için ilaç kullanan yetişkinler üzerine yaptıkları araştırmada anksiyete ruhsal bozukluğu ile yaşam kalitesi arasında anlamlı bir ilişki olduğunu, anksiyete ruhsal bozukluğu olan bireylerde yaşam kalitesinin de düşük olduğunu tespit etmişlerdir. Benzer şekilde, Bastiaansen vd. (2004), Hollanda'da ruhsal bozukluk tanısı almış bireyler üzerine yaptıkları araştırmalarında anksiyete ruhsal bozukluğu olan bireylerde yaşam kalitesinin daha düşük olduğunu saptamışlardır. Schreier (1969), ABD'de kemoterapi alan bireyler üzerinde yaptıkları bir araştırmada, kemoterapi alan bireylerin anksiyete düzeylerinin yüksek olduğunu, tedavinin başlangıcındaki yüksek anksiyete düzeyinin teşhis sonrasındaki yaşam kalitesini azalttığını bulmuşlardır. Brown ve Roose (2011), ABD'de toplum temelli yaptıkları araştırmada, anksiyete ruhsal bozukluğu ile yaşam kalitesi arasında bir ilişki olduğunu, anksiyete düzeyinin artmasının psikolojik ve sosyal yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediğini belirlemişlerdir. Benzer şekilde, Shahdadi vd. (2017), İran'da şeker hastalığı olan bireyler üzerine yaptıkları araştırmalarında anksiyete ile yaşam kalitesi arasında anlamlı bir ilişki olduğunu gözlemlemiş ve bireylerde anksiyete düzeyi azaldıkça yaşam kalitesinin arttığını belirlemişlerdir.

Afet mağduru bireylerde anksiyete ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi inceleyen araştırma sonuçları incelendiğinde, Khachadourian vd. (2015), Ermenistan'da meydana gelen bir deprem sonrası afetzedeler üzerine yaptıkları araştırmada, anksiyete ile yaşam

kalitesi arasında bir ilişki olduğunu, anksiyete ruhsal bozukluğu bulunan afetzedelerin yaşam kalitelerinin daha düşük olduğunu tespit etmişlerdir. Hussain vd. (2016), Tayland'da meydana gelen bir tsunami afetinden sonra afetzedeler üzerine yaptıkları araştırmada, afetzedelerin anksiyete ruhsal bozukluğu ile yaşam kaliteleri arasında bir ilişki olduğunu, anksiyetenin yaşam kalitesini olumsuz etkilediğini tespit etmişlerdir. Benzer şekilde, Park ve Bae (2022), Güney Kore'deki Ulusal Afet Yönetimi Araştırma Enstitüsü tarafından yürütülen afetzedelerin yaşamlarının değişimine ilişkin çalışmanın verilerini kullandıkları araştırmada, anksiyete semptomları ile yaşam kalitesi arasında bir ilişki olduğunu, anksiyete belirtilerinin bireylerin yaşam kalitesini olumsuz etkilediğini tespit etmişlerdir.

Savaş yaşamış, işkence görmüş veya mülteci bireyler üzerinde anksiyete ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi araştıran çalışmalar incelendiğinde; Al-Smadi vd. (2017), Ürdün'de ki Iraklı mülteciler üzerine yaptıkları araştırmada, anksiyete ile yaşam kalitesi arasında bir ilişki olduğunu, anksiyete ruhsal bozukluğunun düşük yaşam kalitesinin önemli bir yordayıcısı olduğunu tespit etmişlerdir. Choi vd. (2017), Güney Kore'de yaşayan Kuzey Koreli mülteciler üzerine yaptıkları araştırmada benzer şekilde, anksiyete ile yaşam kalitesi arasında negatif bir ilişki olduğunu ve mültecilerde anksiyete düzeyi azaldıkça yaşam kalitesinin arttığını tespit etmişlerdir.

Türkiye'de bulunan Suriyeli mülteci bireylerin anksiyete ruhsal bozukluğu ile yaşam kaliteleri arasındaki ilişkiyi araştıran çalışmalarda, uluslararası çalışmalara yakın sonuçlar bulunmaktadır. Uygun (2020), İstanbul'da yaşayan Suriyeli mültecilerin anksiyete ruhsal bozukluğu ile yaşam kaliteleri arasındaki ilişkiyi incelediği araştırmasında, anksiyete ile yaşam kalitesi arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki olduğunu tespit etmiştir. Benzer şekilde, Eslam Parast ve Taştekin-Ouyaba (2022), Afyon'da bulunan Suriyeli, İranlı, Iraklı ve Afganistanlı mülteciler üzerine yaptıkları araştırmada, mültecilerin anksiyete ruhsal bozukluğu ile yaşam kaliteleri arasında bir ilişki olduğunu, anksiyete ruh sağlığı bozukluğu bulunan mültecilerin yaşam kalitesinin daha düşük olduğunu tespit etmişlerdir.

4.9. TSSB ile Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişki

Araştırmalar, düşük yaşam kalitesinin TSSB düzeyini arttırdığını ve TSSB'deki artışların da yaşam kalitesini düşürdüğünü göstermekte olup TSSB ile yaşam kalitesi arasında iki yönlü nedenselliğe işaret etmektedir. Daha sınırlı sayıda olmakla beraber mültecilerde de yaşam kalitesi ile TSSB düzeyi arasında anlamlı ilişkiler ortaya koyan çalışmalara rastlanabilmektedir (Mandani vd. 2015; Choi vd. 2017).

Herhangi bir afete veya savaşa maruz kalmamış bireylerde, TSSB ruhsal bozukluğu ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi inceleyen araştırmalara bakıldığında; Laffaye vd. (2003), yakın partner ilişkilerinde şiddet gören kadınlar üzerine yaptıkları araştırmada, şiddet mağdurlarında yaşam kalitesi ile TSSB arasında güçlü bir ilişki olduğunu ve söz konusu mağdurların yaşam kalitesinin TSSB'den olumsuz etkilendiğini tespit etmişlerdir. Benzer şekilde Doerfler vd. (2005), kalp krizi geçirmiş hastalar üzerine yaptıkları bir araştırmada TSSB ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin anlamlı olduğunu ve TSSB'nin yaşam kalitesini negatif yönde etkilediğini belirlemişlerdir. Ayrıca, Holbrook vd. (2005), ABD'de beyin hasarı veya omurilik yaralanması dışındaki travmalara maruz kalmış bireyler üzerinde yaptıkları araştırmada, TSSB ile yaşam kalitesi arasında bir ilişki olduğunu, TSSB tanısı almış bireylerin yaşam kalitelerinin TSSB tanısı almamış bireylere göre daha düşük olduğunu tespit etmişlerdir. Seedat vd. (2006), TSSB ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi inceledikleri sistematik meta-analiz araştırmalarında, TSSB ile fiziksel yaşam kalitesi arasında anlamlı bir ilişki olduğunu ve TSSB'nin fiziksel yaşam kalitesini olumsuz etkilediği sonucuna ulaşmışlardır. Koohsari vd. (2022), İran'da bir tıp bilimleri üniversitesine bağlı hastane öncesi acil durum merkezlerinde çalışan hastane öncesi acil durum personeli üzerine yaptıkları araştırmada, bireylerin TSSB semptomları arttığında yaşam kalitesinin düştüğünü ortaya koymuşlardır.

Afet mağduru bireylerde TSSB ruhsal bozukluğu ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi inceleyen araştırmalar incelendiğinde; Zhao vd. (2013), Çin'de meydana gelen bir depremin ardından afetzedeler üzerine yaptıkları araştırmalarında, TSSB'nin yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediğini, sosyal destek almış bireylerde yaşam kalitesinin zamanla artırdığını ve artan yaşam kalitesinin de TSSB'yi azalttığını tespit etmişlerdir. Wang ve Xu (2016), Çin'de Sichuan depremi sonrasında depremden kurtulanlar üzerine yaptıkları araştırmada TSSB teşhisi konmuş bireylerin yaşam kalitesinin bu ruhsal bozukluktan olumsuz etkilendiğini tespit etmişlerdir.

Savaş yaşamış, işkence görmüş veya mülteci bireyler üzerinde TSSB ruhsal bozukluğu ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi araştıran çalışmalar incelendiğinde; Amir ve Lev-Wiesel (2003), Nazi Almanyası dönemi Holokost'tan 55 yıl sonra Holokost'tan kurtulmuş ve o dönemde yaşayan ancak Holokost'u deneyimlememiş bireyler üzerine yaptıkları araştırmalarında, TSSB tanısı konulmuş, Holokost'tan kurtulmuş bireylerin yaşam kalitesi alanlarının (fiziksel, psikolojik ve sosyal) tümünde, Holokost'u deneyimlememiş bireylerin yaşam kalitelerinden daha kötü olduklarını ortaya koymuştur. Giacco vd. (2013), savaş ve göçün ruh sağlığı üzerindeki sonuçları

üzerine çok merkezli bir gözlemsel çalışma olan CONNECT çalışması kapsamında eski Yugoslavya’da savaşı yaşayan ve beş Balkan ülkesindeki (Bosna Hersek, Hırvatistan, Makedonya, Kosova, Sırbistan) bireyler ile Almanya, İtalya ve Birleşik Krallık’taki eski Yugoslav mülteci bireyler üzerine yaptıkları araştırmada, savaşla ilişkili TSSB teşhisi konmuş bireylerde TSSB ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkilerin anlamlı olduğunu ve TSSB teşhisi almış bu bireylerin yaşam kalitesinin mülteci olmayan bireylere göre daha düşük olduğunu tespit etmişlerdir. Pouraboli vd. (2015), İran-İrak savaşı sonrası savaşı yaşamış İranlı gaziler üzerine yaptıkları araştırmada, TSSB ile yaşam kalitesi arasında doğrudan bir ilişki olduğunu, TSSB ruhsal bozukluğu olan gazilerin yaşam kalitesinin düşük olduğunu ve TSSB ruhsal bozukluğu olan gazilerin manevi sağlıklarının iyi olmasının yaşam kalitesini artırdığını tespit etmişlerdir. Ayrıca, Mandani vd. (2015) de yaptıkları benzer bir araştırmada, TSSB teşhisi konmuş savaş gazilerinde yaşam kalitesi ile TSSB düzeyinin ilişkili olduğunu ve TSSB teşhisi konmuş savaş gazilerine yaptıkları grup egzersizleri tedavisinin yaşam kalitelerini arttırdığını belirlemişlerdir. Choi vd. (2017), Güney Kore’de yaşayan Kuzey Koreli mülteciler üzerine yaptıkları araştırmalarında, TSSB ile yaşam kalitesi arasında negatif bir ilişki olduğunu belirlemişlerdir.

Türkiye’de bulunan Suriyeli mülteci bireylerin TSSB ruhsal bozukluğu ile yaşam kaliteleri arasındaki ilişkiyi araştıran çalışmaların kısıtlı olduğu ancak mevcut çalışmanın uluslararası çalışmalara yakın sonuçlar ortaya koyduğu görülmektedir. Eslam Parast ve Taştekin Ouyaba (2022), Afyon’da bulunan Suriyeli, İranlı, Iraklı ve Afganistanlı mülteciler üzerine yaptıkları araştırmada, mültecilerin TSSB ruhsal bozukluğu ile yaşam kaliteleri arasında bir ilişki olduğunu, TSSB ruh sağlığı bozukluğu bulunan mültecilerin yaşam kalitesinin daha düşük olduğunu tespit etmişlerdir.

5. SURIYELİ MÜLTECİLERİN TRAVMA SONRASI STRES BOZUKLUĞU, DEPRESYON VE ANKSİYETE BELİRTİLERİ İLE YAŞAM KALİTESİ ARASINDAKİ İLİŞKİ ÜZERİNE BİR ARAŞTIRMA

Çalışmanın bu bölümünde, Kayseri İlinde ikamet etmekte olan Suriyeli mültecilerde travmatik olaylar sonrası psikiyatrik bozukluklar (TSSB, depresyon ve anksiyete) ve yaşam kalitesi, bu olguların temel belirleyicileri ve travmatik psikiyatrik bozuklukların kendi içerisindeki ilişkileri ve yaşam kalitesi ile olan ilişkilerini analiz eden araştırma tasarımı ve araştırma sonucu elde edilen bulgular yer almaktadır. Analiz edilen araştırma modelleri ve araştırmada kullanılan değişkenler daha önceki literatürün sistematik bir biçimde taranmasından çıkarılmıştır. Dolayısıyla araştırmanın değişkenlerinin ölçümünü amaçlayan anket formu, daha önceki çalışmalarda kullanılan ölçeklerden uyarlanmış sorulardan oluşmaktadır.

5.1. Araştırmanın Amacı, Önemi ve Kapsamı

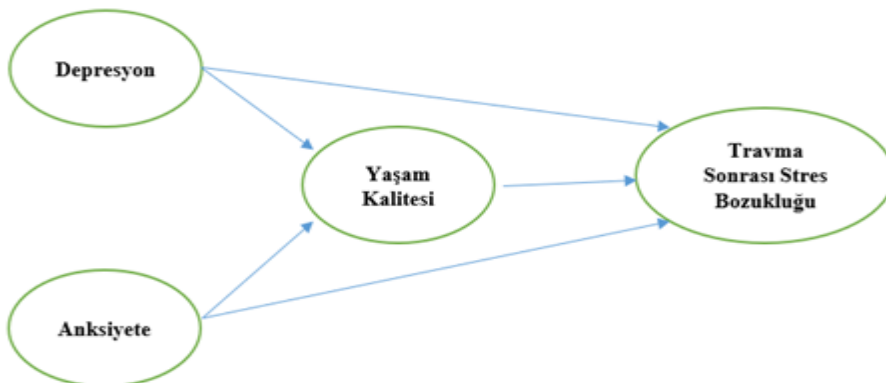
Bu araştırmanın amacı, daha önce sınırlı sayıda çalışmaya konu olan ve insan kaynaklı bir afet olan savaş travması yaşamış Suriyeli mültecilerin, TSSB, depresyon ve anksiyete belirtileri ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi incelemektir. Ayrıca araştırma bulgularından hareketle yaşam alanlarından uzaklaşmak zorunda kalmış Suriyeli savaş mağduru mültecilerin, ruhsal bozukluklarına ve yaşam kalitelerine etki eden belirleyici faktörlerin kapsamlı şekilde ele alınması ve mültecilere yönelik sosyal politikaların tasarımına dikkat çekilmesi planlanmaktadır. Türkiye'deki Suriyeli mültecilerde meydana gelen ruhsal bozuklukları ve yaşam kaliteleri arasındaki ilişkiyi araştıran literatürde çok kısıtlı sayıda çalışma bulunmaktadır. Uygun (2020), İstanbul'da yaşayan Suriyeli mültecilerin ruhsal bozukluğu ile yaşam kaliteleri arasındaki ilişkiyi incelediği araştırmasında, anksiyete ve depresyon ruhsal bozuklukları ile yaşam kalitesi arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki olduğunu tespit etmiştir. Eslam Parast ve Taştekin-Ouyaba (2022), Afyon'da bulunan Suriyeli, İranlı, Iraklı ve Afganistanlı mülteciler üzerine yaptıkları araştırmada, mültecilerin TSSB ruhsal bozukluğu ile yaşam kaliteleri arasında bir ilişki olduğunu, TSSB ruh sağlığı bozukluğu bulunan mültecilerin yaşam kalitesinin daha düşük olduğunu tespit etmişlerdir. Bu tez çalışması literatürde yer alan bu çalışmalardan farklılaşarak ruh sağlığı bozukluklarının birbiri ile olan ilişkisi ve bu ilişkilerdeki yaşam kalitesinin aracılık rolünü, depresyon ve anksiyete ruhsal bozukluklarının yaşam kalitesi ile olan ilişkisinde TSSB'nin aracılık rolünü, depresyon

ve anksiyete ruhsal bozukluklarının TSSB üzerindeki etkisinde yaşam kalitesinin düzenleyici etkisini de ilave olarak incelemektedir.

Bu tez çalışması, yukarıda ifade edilen literatürdeki eksiklikleri göz önünde bulundurarak kapsamlı bir saha araştırması ile savaş nedeniyle göç etmek zorunda kalmış Suriyeli mültecilerin TSSB, depresyon ve anksiyete belirtileri ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkilere daha kapsamlı bir biçimde odaklanmaktadır. Ülkemizdeki Suriyeli mültecilere yönelik sosyal politikaların genişletilmesi, mültecilerin toplumsal entegrasyonu veya anavatanlarına tekrar yerleştirilmeleri durumunda ruh sağlıklarının ve yaşam kalitelerinin yükseltilebilmesi açısından araştırma bulgularımızın önemli çıkarımları olacağı beklentisindeyiz.

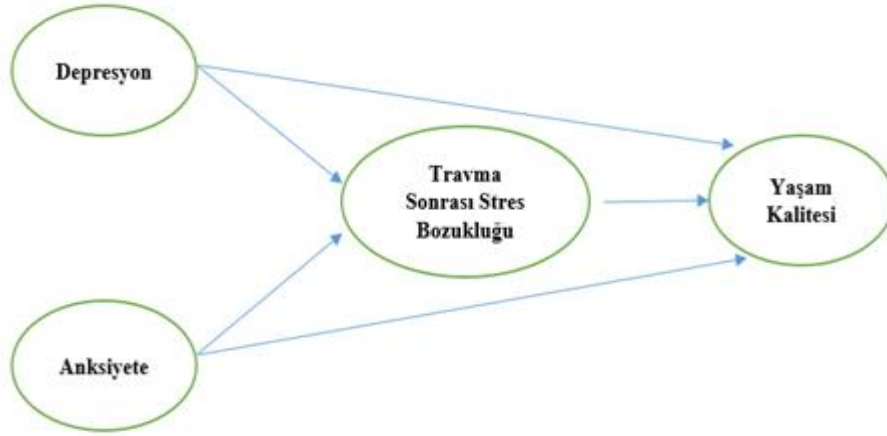
5.2. Araştırma Modelleri ve Hipotezleri

Bu araştırmada iki ayrı tasarım kullanılmıştır. Araştırmanın ilk tasarımı Suriyeli mültecilerin depresyon, anksiyete ve TSSB düzeyleri ve yaşam kalitesinin ilişkili olduğu faktörlerin belirlenmesine yönelik olarak oluşturulmuştur. Bu kapsamda ilgili literatürde sıklıkla vurgulanan 8 sosyo-demografik faktör (cinsiyet, yaş, medeni durum, travma öyküsü, hanehalkı büyüklüğü, sağlık hizmetlerinden yararlanabilme, çalışma durumu ve gelir düzeyi) ile üç psikiyatrik bozukluk (depresyon, anksiyete ve TSSB) ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkiler korelasyonel analizler ile tahlil edilmiştir. Araştırmanın ikinci tasarımı Suriyeli mültecilerin travma sonrası psikiyatrik bozuklukları (depresyon, anksiyete ve TSSB) ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkileri incelemeye yöneliktir. Bu kapsamda ilgili literatürden de hareketle 3 ayrı araştırma modeli oluşturulmuştur ve ilişkiler regresyonel analizler ile tahlil edilmiştir. İlk model, depresyon ve anksiyetenin hem yaşam kalitesini hem de TSSB’i etkilediğini ve ayrıca depresyon ve anksiyete ile TSSB arasındaki ilişkiye yaşam kalitesinin aracılık ettiğini iddia etmektedir. Araştırmanın 1. Modelinin kavramsal formu Şekil 2’deki gibidir.



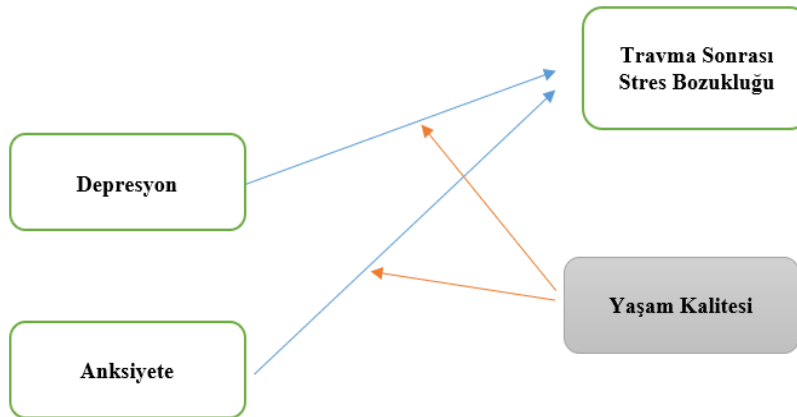
Şekil 2. Araştırma modeli-I

Araştırmanın ikinci modeli birinci modele çok yakın olmakla beraber iki farklı iddiası ile ondan ayrılmaktadır. Birincisi yaşam kalitesi TSSB’i etkilediği gibi aynı zamanda ondan da etkilenebilmektedir. Dolayısıyla TSSB ile yaşam kalitesi arasında iki yönlü bir nedensellik bağı bulunur. İkincisi TSSB, anksiyete ve depresyon psikiyatrik bozuklukları ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkilere aracılık edebilir. Araştırmanın 2. Modelinin kavramsal formu Şekil 3’deki gibidir.



Şekil 3. Araştırma modeli-II

Üçüncü araştırma modeli literatürde daha önce incelenmiş modellerden farklı bir tasarıma sahiptir. Model, TSSB’nin belirleyicileri olarak anksiyete ve depresyon ruhsal bozukluklarının etkisinin hafifletilmesinde yüksek yaşam kalitesinin aracılık rolü olabileceğini iddia etmektedir. Araştırmanın 3. Modelinin kavramsal formu Şekil 4’teki gibidir.



Şekil 4. Araştırma modeli-III

Literatürden hareketle oluşturulan iki ayrı araştırma tasarımı ve 3 model bağlamında araştırmanın temel hipotezleri özetle Tablo 14’de sunulduğu gibidir.

Tablo 14. Araştırmanın hipotezleri

Hipotez	Hipotez İfadesi
H1	Mültecilerin depresyon düzeyi sosyo-demografik özelliklerine göre farklılaşır. (Fazel vd. 2005; Porter ve Haslam, 2005; Klasen vd. 2010; Husain vd. 2011; Sheikh vd. 2015; Poole vd. 2018; Al-Fahoum vd. 2015)
H1a	Mültecilerin depresyon düzeyi cinsiyet özelliklerine göre farklılaşır.
H1b	Mültecilerin depresyon düzeyi yaş özelliklerine göre farklılaşır.
H1c	Mültecilerin depresyon düzeyi travma öyküsü olup olmama durumuna göre farklılaşır.
H1d	Mültecilerin depresyon düzeyi hanehalkı büyüklüğü özelliklerine göre farklılaşır.
H1e	Mültecilerin depresyon düzeyi sağlık hizmetlerinden yararlanabilme durumuna göre farklılaşır.
H1f	Mültecilerin depresyon düzeyi medeni durumlarına göre farklılaşır.
H1g	Mültecilerin depresyon düzeyi çalışma durumuna göre farklılaşır.
H1h	Mültecilerin depresyon düzeyi gelir seviyelerine göre farklılaşır.
H2	Mültecilerin anksiyete düzeyi sosyo-demografik özelliklerine göre farklılaşır. (Plante vd. 2002; Muhtz vd. 2016; Chung vd. 2018; Henkelmann vd. 2020)
H2a	Mültecilerin anksiyete düzeyi cinsiyet özelliklerine göre farklılaşır.
H2b	Mültecilerin anksiyete düzeyi yaş özelliklerine göre farklılaşır.
H2c	Mültecilerin anksiyete düzeyi travma öyküsü olup olmama durumuna göre farklılaşır.
H2d	Mültecilerin depresyon düzeyi hanehalkı büyüklüğü özelliklerine göre farklılaşır.
H2e	Mültecilerin anksiyete düzeyi sağlık hizmetlerinden yararlanabilme durumuna göre farklılaşır.
H2f	Mültecilerin anksiyete düzeyi medeni durumlarına göre farklılaşır.
H2g	Mültecilerin anksiyete düzeyi çalışma durumuna göre farklılaşır.
H2h	Mültecilerin anksiyete düzeyi gelir seviyelerine göre farklılaşır.
H3	Mültecilerin travma sonrası stres bozukluğu düzeyi sosyo-demografik özelliklerine göre farklılaşır. (Thabet ve Vostanis 2000; Porter ve Haslam 2005; Roberts vd. 2009; Herbert ve Forman, 2010; Liv vd. 2016; Nose vd. 2017; Tinghög vd. 2017; Sohn vd. 2019)
H3a	Mültecilerin travma sonrası stres bozukluğu düzeyi cinsiyet özelliklerine göre farklılaşır.
H3b	Mültecilerin travma sonrası stres bozukluğu düzeyi yaş özelliklerine göre farklılaşır.
H3c	Mültecilerin travma sonrası stres bozukluğu düzeyi travma öyküsü olup olmama durumuna göre farklılaşır.
H3d	Mültecilerin travma sonrası stres bozukluğu düzeyi hanehalkı büyüklüğü özelliklerine göre farklılaşır.
H3e	Mültecilerin travma sonrası stres bozukluğu düzeyi sağlık hizmetlerinden yararlanabilme durumuna göre farklılaşır.
H3f	Mültecilerin travma sonrası stres bozukluğu düzeyi medeni durumlarına göre farklılaşır.
H3g	Mültecilerin travma sonrası stres bozukluğu düzeyi çalışma durumuna göre farklılaşır.
H3h	Mültecilerin travma sonrası stres bozukluğu düzeyi gelir seviyelerine göre farklılaşır.

Tablo 14. (Devamı)

Hipotez	Hipotez İfadesi
H4	Mültecilerin yaşam kalitesi sosyo-demografik özelliklerine göre farklılaşır. (Choi vd. 2017; Gottvall vd. 2020; Grochtdreis vd. 2020; Van Der Boor, 2020; Walther vd. 2020; Yang ve Mutchler 2020; Gagliardi vd. 2021)
H4a	Mültecilerin yaşam kalitesi cinsiyet özelliklerine göre farklılaşır.
H4b	Mültecilerin yaşam kalitesi yaş özelliklerine göre farklılaşır.
H4c	Mültecilerin yaşam kalitesi travma öyküsü olup olmama durumuna göre farklılaşır.
H4d	Mültecilerin yaşam kalitesi hanehalkı büyüklüğü özelliklerine göre farklılaşır.
H4e	Mültecilerin yaşam kalitesi sağlık hizmetlerinden yararlanabilme durumuna göre farklılaşır.
H4f	Mültecilerin yaşam kalitesi medeni durumlarına göre farklılaşır.
H4g	Mültecilerin yaşam kalitesi çalışma durumuna göre farklılaşır.
H4h	Mültecilerin yaşam kalitesi gelir seviyelerine göre farklılaşır.
H5	Mültecilerin depresyon düzeyi yaşam kalitesini negatif yönde etkiler. (Oh, 2015; Choi vd. 2017; Uygun 2020; Eslam Parast ve Taştekin Ouyaba 2022)
H6	Mültecilerin depresyon düzeyi travma sonrası stres bozukluğunu pozitif yönde etkiler. (Mollica vd. 1999; Erickson vd. 2001; Fazel vd. 2005; Kaltman ve Green 2010; Üstün, 2019)
H7	Mültecilerin anksiyete düzeyi yaşam kalitesini negatif yönde etkiler. (Uygun, 2020; Eslam Parast ve Taştekin Ouyaba, 2022)
H8	Mültecilerin anksiyete düzeyi travma sonrası stres bozukluğunu pozitif yönde etkiler. (Henkelmann vd. 2020; Yayan vd. 2020)
H9	Mültecilerin yaşam kalitesi travma sonrası stres bozukluğunu negatif yönde etkiler.
H10	Mültecilerin travma sonrası stres bozukluğu yaşam kalitesini negatif yönde etkiler. (Lev-Wiesel 2003; Giacco vd. 2013; Pouraboli vd. 2015; Choi vd. 2017; Uygun, 2020)
H11	Mültecilerin depresyon düzeyi ile TSSB arasındaki ilişkiye yaşam kalitesi aracılık eder. (Özgün dizayn)
H12	Mültecilerin anksiyete düzeyi ile TSSB arasındaki ilişkiye yaşam kalitesi aracılık eder. (Özgün dizayn)
H13	Mültecilerin depresyon düzeyi ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkiye TSSB aracılık eder. (Özgün dizayn)
H14	Mültecilerin anksiyete düzeyleri ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkiye TSSB aracılık eder. (Özgün dizayn)
H15	Mültecilerin depresyon düzeylerinin TSSB üzerindeki etkisinde yaşam kalitesinin düzenleyici etkisi vardır. (Özgün dizayn)
H16	Mültecilerin anksiyete düzeylerinin TSSB üzerindeki etkisinde yaşam kalitesinin düzenleyici etkisi vardır. (Özgün dizayn)

5.3. Araştırma Metodolojisi

5.3.1. Ana Evren

Ana evrenin tamamına ulaşmak ekonomik olarak oldukça maliyetli olduğundan ve zaman sınırlılığı nedenleriyle ana evreni temsilen ve bilimsel kurallara uygun olarak

belirlenen örneklem ile araştırma sınırlandırılarak veriler toplanmıştır. Bu araştırmada da daha önceki araştırmaların çoğunda olduğu gibi 18 yaş üzeri yetişkinler, ana evrenin birimleri olarak belirlenmiştir. Vurgulanan kısıtlar nedeniyle araştırma Kayseri ili ile sınırlı tutulmuştur. Dolayısıyla bu araştırmanın ana evreni, 18 yaş üzeri Suriyeli mültecilerdir. Araştırma evrenini net olarak tanımlayabilmek ve evreni en iyi temsil eden örneklem çerçevesini oluşturabilmek amacıyla Kayseri İl Göç İdaresi Müdürlüğünden mültecilere ait bazı bilgiler araştırmacının talebi üzerine 10.01.2021 tarihinde Kayseri Üniversitesi Rektörlük Makamı tarafından talep edilmiştir. Fakat Kayseri Göç İdaresi Müdürlüğü, ilde ikamet eden Suriyeli mültecilerle ilgili olarak yalnızca toplam kişi sayısı ile yaş ve cinsiyet dağılımını paylaşmıştır. Dolayısıyla ana evrenin örneklem çerçevesi yalnızca yaş ve cinsiyet ile sınırlandırılmış ve ona uygun örneklem seçimi yapılmıştır. Kayseri İl Göç İdaresi Müdürlüğünden gelen veriler incelendiğinde ilde 82 001 Suriyeli mülteci bulunmaktadır. Mültecilerin yaşlarına ve cinsiyetlerine göre dağılımları ise Tablo 15’de gösterildiği gibidir.

Tablo 15. Ana evren (Kayseri İl Göç İdaresi Müdürlüğü, 2022).

Yaş Dağılımı	
0-4 Yaş	14 224
5-17 Yaş	25 087
18-64 Yaş	41 701
65 Yaş ve Üzeri	989
Cinsiyet Dağılımı	
Erkek	44 423
Kadın	37 578
Toplam Suriyeli Mülteci Sayısı	82 001

5.3.2. Örneklem Süreci

Araştırmalarda örneklem büyüklüğü (hacmi) belirlenirken farklı örneklem tekniklerinden yararlanılmaktadır. Bu teknikler kabaca olasılıklı ve olasılıklı olmayan örneklem teknikleri şeklinde iki gruba ayrılır. Olasılıklı olmayan örneklem tekniklerine göre olasılıklı örneklem teknikleri daha iyi temsil kabiliyeti sağladığından daha bilimsel kabul edilmektedir. Bununla beraber, ana evrenin tam olarak bilinmemesi veya araştırmacının elinde araştırma evrenindeki birimlerin özelliklerini ayrıntılı olarak veren bir örneklem çerçevesi olmaması gibi durumlarda araştırmacılar olasılıklı olmayan örneklem tekniklerini kullanarak örneklem büyüklüğünü belirlemek zorunda kalabilmektedir. Kayseri ilinde ikamet eden Suriyeli mültecileri ayrıntılı biçimde tanımlayan örneklem çerçevesi bulunmamakla beraber yine de ana evren birimlerinin cinsiyet ve yaş özelliklerini veren bir örneklem çerçevesi olduğundan

örneklem büyüklüğü belirlenirken olasılıklı örnekleme tekniklerinden tabakalı örnekleme tekniğinin uygun olduğu düşünülmüştür. Tabakalı örnekleme tekniğinde, araştırma sorunsalı açısından önemli olduğu düşünülen birim özellikleri (Örn. cinsiyet, yaş gibi) açısından araştırma evreni kendi içerisinde türdeş olan alt gruplara (tabakalar) ayrılır ve her bir tabakadan evrendeki oranı kadar rastgele örneklem seçilir. Öte yandan Saunders vd. (2009), 1 milyon ve daha üzeri ana evrenin olduğu bir araştırmada en az 384 kişinin oluşturduğu örnek kütesinin temsiliyet kabiliyeti açısından yeterli bir sayı olduğunu da iddia etmektedir. Bu araştırmada temsiliyeti güçlendirebilmek için 400 üzerinde Suriyeli mültecinin örnekleme dâhil edilmesi hedeflenmiş ve yaş ve cinsiyet kotasına uygunluk sağlanana kadar birim örnekleme rastgele dâhil edilmiştir. En nihayetinde toplam 613 örneklem birimine ulaşıldığında, kota oranının da karşılanmış olması nedeniyle örnekleme dâhil etme süreci sonlandırılmıştır.

5.3.3. Veri Toplama ve Araştırma Araçları

Araştırma verileri, bizzat araştırmacı tarafından yüzyüze uygulanan bir anket formu aracılığıyla toplanmıştır. Anket formları katılımcılara uygulanırken uzman bir tercümandan destek alınmıştır. Veri toplamak amacıyla kullanılan anket formu 2 kısımdan oluşmaktadır. Formun birinci kısmında katılımcıların bazı sosyo-demografik özelliklerini ortaya koymak amacıyla 8 adet ifade (cinsiyet, yaş, medeni durum, aynı hanede kaç kişi yaşadıkları, düzenli bir sağlık hizmeti alıp almadığı, çalışma durumu, hanenin ortalama aylık geliri ve Suriye’de savaş çıkmadan önce tedavi gerektiren ruhsal bir hastalığının olup olmadığı) yer almaktadır. Anket formunun ikinci kısmında ise katılımcıların depresyon, anksiyete ve TSSB gibi psikiyatrik bozukluk düzeyleri ile yaşam kalitesi düzeylerini belirlemek amacıyla toplam 54 ifade yer almaktadır.

Araştırmada kullanılan ölçeklerden ilki olan **Depresyon Ölçeğidir**. Bu ölçek, Zigmond ve Snaith (1983); Herrmann, C. (1997); Spinhoven vd. (1997); Bjelland vd. (2002); Snaith (2003); Hansson vd. (2009); Matsudaira vd. (2009) ile Terluin vd. (2009) tarafından da araştırmalarında kullanılmış olup ilgili araştırmalardaki ölçeklerden uyarlanmış 10 ifadeli bir ölçektir. 10 ifadeye verilen yanıtlar 1 (=kesinlikle katılmıyorum)’den 5 (=kesinlikle katılıyorum)’e doğru uzanan 5 noktalı Likert-tipi bir skala ile ölçülmüştür.

Katılımcıların yaşam kalitesini belirlemek amacıyla Burckhardt vd, (1989) tarafından geliştirilen *Yaşam Kalitesi Ölçeği (QOLS)* kullanılmıştır. Ölçeğin Türkçe uyarlaması Erci (2005) tarafından yapılmış olup toplam 16 ifade ile kişisel gelişim ve kendini tamamlama, boş zamanı değerlendirme, diğer bireylerle ilişki, aktivite ve iyilik

hali olmak üzere 5 boyuttan oluşmaktadır. Yanıtlar 1 (=hiç memnun değilim)'den 5 (=çok memnunun)'e doğru uzanan beş noktalı bir skala ile ölçülmüştür.

Katılımcıların anksiyete durumlarını ortaya çıkarmak amacıyla Beck vd. (1988) tarafından geliştirilen **Beck Anksiyete Ölçeği** kullanılmıştır. Ölçeğin Türkçe uyarlaması Ulusoy vd. (1998) tarafından yapılmış olup toplam 21 ifadeden oluşmaktadır. Bireylere, anksiyete durumlarını ortaya çıkarmak amacıyla toplam 21 ifade yöneltilmiş ve 1 (=asla)'den 5 (=çok sık)'e uzanan beş noktalı bir skala ile ölçülmüştür.

Katılımcıların TSSB'ini belirlemek amacıyla Dokkedahl vd. (2015) tarafından geliştirilen **TSSB Ölçeği** kullanılmıştır. Bireylere, TSSB'ini belirlemek amacıyla toplam 7 ifade yöneltilmiş ve 1 (=asla)'den 5 (=çok sık)'e uzanan bir skala ile ölçülmüştür.

5.3.4. Verilerin Analizi

Araştırma verileri, çok değişkenli istatistiksel yöntemler kullanılarak analiz edilmiştir. İlk olarak değişkenlerin ve katılımcıların özelliklerini tanımlayabilmek için frekans analizleri uygulanmıştır. Ardından parametrik ya da parametrik olmayan istatistiksel analizlerden hangisinin uygulanabileceğine karar verebilmek amacıyla verilerin normal dağılım özelliğine sahip olup olmadığı incelenmiştir. Normallik sınaması, çarpıklık ve basıklık değerlerine göre belirlenmiştir. Araştırmada kullanılan ölçeklerin psikometrik özelliklerinin kabul edilebilir olup olmadığını belirleyebilmek amacıyla güvenirlik ve geçerlilik analizleri uygulanmıştır. Ölçeklerin geçerli olup olmadığını test etmek amacıyla Açıklayıcı Faktör Analizi (AFA) ve Doğrulayıcı Faktör Analizi (DFA) uygulanmıştır. AFA ve DFA analizleri sonucunda her bir faktörün toplam açıklanan varyansları ve değişkenlerin ilgili faktörler korelasyonunu gösteren faktör yükleri dikkate alınmıştır. Uygulamada en çok kullanılan iç tutarlılık analiz yöntemlerinden biri olan Cronbach Alfa (α) Katsayısı kullanılarak ölçeklerin güvenirlik düzeyleri belirlenmiştir.

Geçerlilik ve güvenirlik analizlerinden sonra araştırmada kullanılan değişkenler arasında istatistiksel bir ilişki olup olmadığını ve eğer aralarında bir ilişki var ise bu ilişkilerin gücü ile yönünü belirlemek amacıyla Pearson-Korelasyon analizi yapılmıştır. Araştırma hipotezlerini test etmek amacıyla varyans (t-test ve tek yönlü ANOVA) analizleri ve Yapısal Eşitlik Modeli (YEM)'den faydalanılmıştır. T-testi, herhangi bir değişken açısından iki grup ortalamasının istatistiksel olarak farklılaşıp farklılaşmadığını verirken, tek yönlü ANOVA analizi ise ikiden fazla grubun değişken ortalamalarının karşılaştırılmasına imkân tanır. Son olarak YEM bağlamında yol (path) analizleri uygulanarak Model 1-3 bağlamında oluşturulan hipotezler sınanmıştır.

5.4. Bulgular

5.4.1. Örneklemenin Genel Özellikleri

Katılımcıların demografik özelliklerine yönelik frekanslar ve yüzdelik dağılımlar Tablo 16’da ayrıntılı olarak verilmiştir. Buna göre katılımcıların %48.9’u (n=300) erkek olup %51.1’i (n=313) kadındır. Katılımcıların yaş dağılımlarına bakıldığında en çok %33.6 (n=206) oranla 18-24 arası yaş grubu yer almıştır. Bunu sırasıyla %28.4 (n=174) oranla 25-31 yaş, %14 (n=86) oranla 32-38 yaş, %9 (n=55) oranla 39-45 yaş, %6.9 (n=42) oranla 46-52 yaş, %4.6 (n=28) oranla 53-59 yaş ve %3.6 (n=22) oranla 60 yaş ve üzeri oluşturmaktadır. Katılımcıların %98.4’ü (n=603) bir travma öyküsünün olmadığını %1.6’sı (n=10) ise travma öyküsünün olduğunu ifade etmiştir. Travma öyküsüne sahip olduğunu ifade eden katılımcıların %0.8’i (n=5) depresyon ruhsal bozukluğu, %0.8’inin ise (n=5) anksiyete ruhsal bozukluğu yaşadığını belirtmiştir. Katılımcıların hanehalkı büyüklüğüne ağırlıkla (%61.2; n=419) 5 ve daha fazla kişiden oluşmaktadır. Katılımcıların önemli bir kısmı (%89.1; n=546) hâlihazırda sağlık hizmeti alabildiklerini ifade etmiştir. Medeni durum açısından katılımcıların %71’i evli, %26.6’sı evlenmemiş ve boşanmış %2.4’ü boşanmıştır. Çalışıp çalışmadıklarına yönelik soru ifadesine katılımcıların %52.7’si (n=323) işsiz olduğu, %31.3’ü düzenli bir işi olduğu ve %16’sı ise ara ara çalıştığı şeklinde yanıt vermişlerdir. Son olarak katılımcılara hanehalkının aylık gelir düzeyler sorulmuş olup yanıtla 5.000 TL’ye kadar gelirim var, 5.000 TL üzeri gelirim var ve hiç gelirim yok şeklinde yanıtlar alınmıştır. Yanıtlara katılım oranları sırasıyla %87.6 (n=537), %8.2 (n=50) ve %4.2 (n=26) şeklindedir.

Tablo 16. Araştırma örnekleminin genel özellikleri

	Frekans	Yüzde (%)
Cinsiyet		
Kadın	300	48.9
Erkek	313	51.1
Yaş		
18-24	206	33.6
25-31	174	28.4
32-38	86	14.0
39-45	55	9.0
46-52	42	6.9
53-59	28	4.6
60 yaş ve üzeri	22	3.6

Tablo 16. (Devamı)

	Frekans	Yüzde (%)
Travma Öyküsü		
Hayır	603	98.4
Evet	10	1.6
Travmalar (Depresyon)	5	0.8
Travmalar (Anksiyete)	5	0.8
Hanehalkı Büyüklüğü		
1-4 arası kişi	194	31.7
5 ve daha fazla kişi	419	68.3
Sağlık Hizmeti Alma Durumu		
Hayır alamıyorum	67	10.9
Evet alıyorum	546	89.1
Medeni Durum		
Evlenmemiş	163	26.6
Evli	435	71.0
Boşanmış	15	2.4
Çalışma Durumu		
Düzenli bir işi olan	192	31.3
Ara ara çalışan	98	16.0
İşsiz	323	52.7
Aylık Gelir Düzeyi		
Hiç geliri yok	26	4.2
5 000 TL'ye kadar geliri var	537	87.6
5 000 TL üzeri geliri var	50	8.2
Toplam	613	%100

5.4.2. Değişkenlerin Tanımlayıcı İstatistikleri ve Normal Dağılım

Tablo 17'de soru ifadelerinin tanımlayıcı istatistikleri olan aritmetik ortalama (AO, $\bar{X}$) ve standart sapma (SS) değerleri ile ölçeklerde yer alan her bir değişkenin gözlemlerinin normal dağılıma yakın olup olmadığı ile ilgili olan çarpıklık ve basıklık değerleri verilmektedir. Literatürde benimsenen esnek yaklaşıma göre süreklilik değişkenlerde çarpıklık değerlerinin ± 2 aralığında ve basıklık değerlerinin ± 3 aralığında olması durumunda değişkenlerin normal dağılım gösterdiği kabul edilmektedir (Kalaycı, 2016).

Tablo 17. Değişkenlerin tanımlayıcı istatistikleri ve normal dağılımın kontrolü

Kod	İfade	AO	SS	Çarpıklık	Basıklık	Normal Dağılım
DEPRESYON ÖLÇEĞİ						
Dep1	Kalbi kırılmış	2.86	1.28	0.003	-1.16	Normal
Dep2	Sebepsiz yere endişelenen	2.71	1.20	0.223	-0.958	Normal
Dep3	Konsantre olamayan	2.61	1.07	0.315	-0.569	Normal
Dep4	Hayatında başarılı olamayan	2.47	1.17	0.673	-0.295	Normal
Dep5	Sinirli	2.78	1.36	0.192	-1.217	Normal
Dep6	Uykuda bile dinlenemeyen	2.49	1.14	0.580	-0.430	Normal

Tablo 17. (Devamı)

Kod	İfade	AO	SS	Çarpıklık	Basıklık	Normal Dağılım
DEPRESYON ÖLÇEĞİ						
Dep7	Artık konuşmak istemeyen	2.38	1.15	0.668	-0.280	Normal
Dep8	Yalnız	2.66	1.30	0.318	-1.04	Normal
Dep9	Başkalarının hoşlanmadığı	2.29	1.09	0.649	-0.190	Normal
Dep10	Üzgün	3.04	1.28	-0.118	-1.07	Normal
ANKSİYETE ÖLÇEĞİ						
Ank1	Bedeninizin herhangi bir yerinde uyuşma veya karıncalanma	1.68	1.03	1.44	1.23	Normal
Ank2	Sıcak ya da ateş basmaları	1.47	0.79	1.76	2.82	Normal
Ank3	Bacaklarda halsizlik, titreme	1.72	1.11	1.48	1.24	Normal
Ank4	Gevşeyememe	1.52	0.92	1.86	2.84	Normal
Ank5	Çok kötü şeyler olacak korkusu	2.18	1.45	0.718	-1.05	Normal
Ank6	Baş dönmesi veya sersemlik	1.72	1.12	1.42	0.95	Normal
Ank7	Kalp çarpıntısı	1.56	0.99	1.75	2.18	Normal
Ank8	Dengenizi kaybedeceğiniz duygusu	1.64	1.04	1.47	1.00	Normal
Ank9	Dehşete kapılma	1.72	1.12	1.47	1.19	Normal
Ank10	Sinirlilik	2.38	1.40	0.459	-1.15	Normal
Ank11	Boğuluyormuş gibi olma hissi	1.56	1.05	1.87	2.54	Normal
Ank12	Ellerde titreme	1.49	0.92	2.02	3.65	N. Değil
Ank13	Titreklilik	1.40	0.83	2.21	4.46	N. Değil
Ank14	Kontrolü kaybetme duygusu	1.65	1.12	1.55	1.14	Normal
Ank15	Nefes almada güçlük	1.53	0.95	1.76	2.23	Normal
Ank16	Ölüm korkusu	1.92	1.38	1.09	-0.449	Normal
Ank17	Korkuya kapılma	1.91	1.26	1.08	-0.174	Normal
Ank18	Midede hazımsızlık veya rahatsızlık hissi	1.61	1.03	1.62	1.66	Normal
Ank19	Baygınlık	1.28	0.71	3.15	10.9	N. Değil
Ank20	Yüzün kızarması	1.49	0.92	2.05	3.74	N. Değil
Ank21	Terleme (sıcağa bağlı olmayan)	1.46	0.85	1.98	3.56	N. Değil
YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ						
Yk1	Evdeki maddi konforunuzdan: yiyecek, rahatlık ve finansal durum	3.65	1.14	-0.703	-0.267	Normal
Yk2	Sağlığınızdan: fiziken fit olma ve zinde olma	3.84	1.02	-0.896	0.361	Normal
Yk3	Aile, kardeş ve diğer akrabalarla ilişkinizden: iletişim, ziyaret, yardımlaşma	3.90	1.00	-1.01	0.891	Normal
Yk4	Çocuk sahibi olma ve çocuk yetiştirme durumundan	3.77	1.01	-0.614	0.034	Normal
Yk5	Eşinizle ya da sizin için önemli olanlarla yakın ilişkinizden	3.83	1.03	-0.742	0.234	Normal
Yk6	Yakın arkadaşlarınızdan	3.76	0.95	-0.667	0.302	Normal
Yk7	Başkalarına etme ve onları cesaretlendirme, gönüllülüğe yönlendirme, onlara tavsiyeler vermekten	3.20	0.97	-0.316	-0.275	Normal
Yk8	Halkla ilişkilere ve organizasyonlara katılmaktan	2.83	1.06	0.035	-0.619	Normal

Tablo 17. (Devamı)

Kod	İfade	AO	SS	Çarpıklık	Basıklık	Normal Dağılım
Yk9	Eğitim-öğretimden: okula devam etme, anlayışı kuvvetlendirme ve yeni bilgiler öğrenme	3.46	1.15	-0.485	-0.528	Normal
Yk10	Kendinizi anlamaktan: güçlü ve zayıf yönlerinizi bilme, hayatın nasıl bir şey olduğunu bilme	3.08	1.15	-0.147	0.701	Normal
Yk11	İşinizden: işyerinde veya evdeki	3.36	1.13	0.128	2.59	Normal
Yk12	Kendinizi yaratıcı bir şekilde ifade etmekten	3.06	1.07	-0.173	-0.490	Normal
Yk13	Sosyalleşmekten: insanlarla tanışmak, onlarla bir şeyler yapmak, etkinlikler, partiler vs.	3.01	1.17	-0.123	-0.882	Normal
Yk14	Bir şeyler okumaktan, müzik dinlemekten veya gösteri izlemekten	3.08	1.20	-0.301	-0.881	Normal
Yk15	Boş zamanı aktif biçimde değerlendirmekten	2.98	1.08	-0.204	-0.614	Normal
Yk16	Özgürlüğünüzden: kendiniz için yaşamak	3.75	1.21	-0.809	-0.264	Normal
TRAVMA SONRASI STRES BOZUKLUĞU ÖLÇEĞİ						
TSSB1	Savaş sonrası korkunç rüyalar gördüm	2.99	1.40	-0.116	-1.296	Normal
TSSB2	Halen korkunç olaylar gözlerimin önüne gelir	2.92	1.38	-0.024	-1.266	Normal
TSSB3	Yaşadığım herhangi bir şey kötü olayları hatırlattığı zaman korkup üzülürüm	3.33	1.24	-0.397	-0.824	Normal
TSSB4	Yaşadıklarımı hatırlamamak için içimden (iyi şeyler düşünmek gibi) bir şeyler yapmaya çalışırım	3.12	1.19	-0.261	-0.842	Normal
TSSB5	Yaşadıklarımı hatırlamamak için dışarda (spor, aktivite gibi) bir şeyler yapmaya çalışırım	2.51	1.27	0.354	-0.999	Normal
TSSB6	Kendimi tetikteymiş gibi hissedirim	2.38	1.32	0.501	-0.980	Normal
TSSB7	Endişeliyim	2.99	1.47	-0.017	-1.374	Normal

Depresyon ölçeği 10 ifadeden oluşmaktadır ve ölçekte yer alan ifadelerin aritmetik ortalaması 5 üzerinden 2.29 ile 3.04 arasında değişmektedir. Depresyona neden olan durumlar içerisinde katılım düzeyinin en düşük olduğu ifade “başkalarının hoşlanmadığı” hissi ($\bar{X}$ =2.29; SS=1.09), en yüksek “üzgün” olma hissidir ($\bar{X}$ =3.04; SS=1.28). Bu 10 ifadelik ölçeğin her bir değişkenine ait çarpıklık ve basıklık değerleri, kritik değerler aralığında yer aldığından tüm değişkenlerin normal dağılıma yakın olduğu ifade edilebilir.

21 ifadeden oluşan anksiyete ölçeğinde, en düşük aritmetik ortalamaya sahip olan ifade “baygınlık” hali ($\bar{X}=1.28$; $SS=0.71$), en yüksek ise “sinirlilik” halidir ($\bar{X}=2.38$; $SS=1.40$). Anksiyete ölçeğindeki *Ank12*, *Ank13*, *Ank19*, *Ank20* ve *Ank21* kodlu ifadelerin çarpıklık ve basıklık değerleri kritik değer aralığının üzerinde olduğundan normal dağılımdan sapma ortaya çıkarmaları nedeniyle söz konusu ifadeler ölçekten çıkartılarak analizlere devam edilmiştir.

Yaşam kalitesi ölçeğinde toplam 16 ifade yer almaktadır. Ölçekte en düşük ortalama değerine sahip olan ifade Yk8 kodlu “halkla ilişkilere ve organizasyonlara katılmaktan” memnun olma şeklindeki ifadedir ($\bar{X}=2.83$; $SS=1.06$). En yüksek ortalama değere sahip ifade ise Yk3 kodlu “aile, kardeş ve diğer akrabalarla ilişkinizden: iletişim, ziyaret, yardımlaşmadan” memnun olma şeklindeki ifadedir ($\bar{X}=3.90$; $SS=1.00$). Bu 16 ifadelik ölçeğin her bir değişkenine ait çarpıklık ve basıklık değerleri, kritik değerler aralığında yer aldığından tüm değişkenlerin normal dağılıma yakın olduğu ifade edilebilir.

TSSB ölçeğinde 7 ifade yer almaktadır. Bu ölçekte en düşük ortalama değer “kendimi tetikteymiş gibi hissederim” ifadesine ait iken ($\bar{X}=2.38$; $SS=1.32$), en yüksek ortalama değer “yaşadığım herhangi bir şey kötü olayları hatırlattığı zaman korkup üzülürüm” ifadesine aittir ($\bar{x}=3.33$; $ss=1.24$). 7 ifadelik TSSB ölçeğinde değişkenlerine ait çarpıklık ve basıklık değerleri, kritik değerler aralığında yer aldığından tüm değişkenlerin normal dağılıma yakın olduğu ifade edilebilir.

5.4.3. Veri Toplama Araçlarının Psikometrik Özelliklerinin Belirlenmesi

Veri toplama araçlarının psikometrik yeterliliğinin göstergeleri olarak güvenirlik ve geçerlilik, bilimsel araştırma sürecinin en kritik hususlarından biridir. Nitekim bir ölçme aracının geçerlilik ve güvenirliği eğer önerilen sınırlar içerisinde değilse, ölçülmeye çalışılan nitelikler veya araştırma sonucunda elde edilecek bulgular aynı şekilde geçerli ve güvenilir olmayacaktır. Dolayısıyla bilimsel bir araştırmada kullanılan ölçme araçlarının güvenirlik ve geçerlilik düzeylerinin önerilen sınırlar içinde olması gerekir (Seçer, 2015). Geçerlilik kavramı, bir ölçme aracının ölçmek istediği bir özelliği ne ölçüde ölçebildiği (ölçebilme kabiliyeti) ile ilgilidir. Eğer bir test ya da ölçek, ölçmek istediği özelliği diğer özellikler ile karıştırmadan doğru bir şekilde ölçüyor ise bu ölçme aracının geçerli olduğu söylenebilir.

4 tip geçerlilik türü vardır. Bunlar; (a) kapsam geçerliliği, (b) mantıksal geçerlilik, (c) bir referansa göre geçerlilik (ölçüt bağıntılı geçerlilik veya kriter geçerliliği) ve (d) yapı geçerliliği (Alpar, 2012: 413). *Kapsam geçerliliği*; test maddelerinin ölçmek

istediği davranışı ölçmek için nitelik ve nicelik olarak yeterli olup olmadığının bir göstergesidir (Kurtuluş, 2006: 302). Bir diğer yaklaşımla, eğer ki veri toplama aracında yer alan maddeler ilgili madde evrenini tam olarak temsil ediyor ise kapsam geçerliliği niteliğine sahip demektir. *Mantıksal geçerlilik*, spesifik olarak ölçme aracının performansının ölçülmesinde ihtiyaç duyulan bir geçerlilik tipidir. Eğer bir ölçme aracı gereken önemli bileşenleri uygun olarak ve doğrudan ölçebiliyorsa bu aracın mantıksal geçerliliğinden bahsedebilmek mümkündür. *Referans geçerliliği* olan ölçme aracı ise yüksek geçerliğe sahip ama ölçmek istediği niteliği her zaman kesin olarak ölçemeyen araçtır (Alpar, 2012: 416). Son olarak *yapı geçerliliği*, bir veri toplama aracının ölçülmek istenilen davranış açısından soyut kavramı (faktörü), doğru şekilde ölçebilme derecesini ifade eder.

Bu çalışmada veri toplama aracı olarak 4 ölçek kullanılmıştır. İlgili ölçeklerin geçerliliğini belirlemek amacıyla yapı geçerliliği benimsenmiştir. Uygulamada yapı geçerliliğini test etmek için kullanılan en yaygın yöntem faktör analizidir. Faktör analizi, genellikle, bir bütünü meydana getiren boyutların/bileşenlerin belirlenmesinde, gözlemlerin objektif olarak sıraya dizdirilmesinde, değişken sayısını azaltmada kullanılır. Faktör analizi yapıldıktan sonra o yapıdaki birbiriyle yüksek derecede ilişkili maddelerin aynı faktörler altında toplanması beklenir. Bununla birlikte, faktör analizinde değişkenlerin arasındaki karşılıklı bağımlılığın kökeninin araştırılması da amaçlanır (Kurtuluş, 2006: 398).

Faktör analizi tekniği genel itibariyle AFA tekniği ve DFA tekniği olmak üzere ikiye ayrılmaktadır. AFA, bir ölçme aracında yer alan maddelerin kaç alt başlık altında toplanabileceğini ve aralarında ne tür bir ilişki olduğunu belirlemede kullanılan bir tekniktir. Bu araştırmada, ölçeklerin geçerliliğini test etmek için AFA ve DFA birlikte kullanılmıştır. Gözlem yeterliliği ve veri yapısının AFA'ya uygunluğunu değerlendirebilmek için sırasıyla KMO Örneklem Uygunluğu Ölçütü (Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy) dikkate alınmış ve Bartlett's Test (Bartlett's Test of Sphericity) uygulanmıştır. KMO, 0 ile 1 arasında sayısal değerler alır. KMO değerinin 1'e doğru yaklaşması örneklem büyüklüğünün yeterliliğine ilişkin fikir verir. KMO istatistiğinin 0.5 değerinin altında kalması örneklemin yeterli olmadığını gösterir. Sofroniou ve Hutcheson (1999) çalışmalarında, KMO değerinin 0.7 ile 0.8 arasında bir değer alması halinde örneklem hacminin iyi düzeyde olduğunu, 0.8 ile 0.9 arasında bir değer alması halinde örneklem hacminin çok iyi düzeyde olduğunu ve 0.9'dan yüksek bir değer alması halinde ise mükemmel düzeyde bir örneklem hacmi olduğunu belirtmiştir. Barlett testi ise korelasyon matrisinin birim matrsten farklı olup olmadığını

diğer bir ifadeyle korelasyon matrisindeki değişkenlerden bir kısmının birbirleriyle yüksek oranlı ilişkili olup olmadığını ortaya koyar (Kalaycı, 2009: 322) ve örneklem yeterliliğinin değerlendirilmesinde kullanılan diğer bir ölçüt olarak kullanılır. Veri yapısının AFA'ya uygun olduğu yönünde bir değerlendirme yapabilmek için, Barlett testinde temel hipotezin ret edilmesi ($p < 0.05$) ve KMO değerinin 0.50 üzerinde olması gerekir.

Ölçeklerin yapı geçerliliği ayrıca DFA ile de sınanmıştır. DFA, araştırmayı yapan kişide bulunan verinin daha önce keşfedilmiş ve diğer bilimsel araştırmalarda kullanılmış olan yapılarla uyumlu olup olmadığını belirlemek için kullanılır (Seçer, 2015: 153-171). DFA'de model uyumunun değerlendirilmesi amacıyla pek çok uyum iyiliği indeksi geliştirilmiştir. Önerilen uyum iyiliği indeksleri arasında en çok kullanılanlar: Ki-kare (χ^2) istatistiği, χ^2/df istatistiği, GFI (Goodness-of-fit index- Uyum iyiliği indeksi), AGFI (Adjustment Goodness of Fit Index- Düzeltilmiş Uyum İyiliği İndeksi), RMSEA (Root Mean Square Error of Approximation-Tahmin hatalarının ortalamasının karekökü), IFI (Incremental Fit Index- fazlalık uyum indeksi), NFI (Normed Fit Index- normlaştırılmış uyum indeksi), CFI (Comparative Fit Index- karşılaştırmalı uyum indeksi) olduğu görülmektedir. Uyum iyiliği için bu indislerin hangi sınırlar içerisinde olmaları gerektiğine dair bilgiler Tablo 18'de gösterilmektedir. En sık kullanılan uyum iyiliği ölçütlerinden olan χ^2 değerinin istatistiksel olarak anlamsız olması beklenir. Ancak örneklem hacmi genişledikçe χ^2 değeri büyümekte ve istatistik anlamlı hale gelebilmektedir. Bu yüzden uygulamada χ^2 yerine χ^2/df istatistiği ve alternatif pek çok uyum indisi geliştirilmiştir. Yapısal Eşitlik Modellemesi (YEM) araştırmalarında χ^2/df (serbestlik derecesi) değerinin ikinin altında olması modelin mükemmel bir model olduğunu, beş veya beşin altında bir değer olması ise modelin kabul edilebilir bir uyum iyiliğine sahip olduğunu gösterir. Uyum iyiliğinin değerlendirilmesinde sıklıkla kullanılan ölçütler olan CFI, GFI, NFI ve IFI istatistikleri ise 0 ile 1 aralığında değişen değerler alır ve değerlerin 1'e yakınlığı modelin uygunluğunun daha iyi olduğunu gösterir. Bir diğer yaygın kullanımı olan uyum indisi RMSEA'dır. RMSEA 0.05'e eşit veya küçük değerde ise mükemmel bir uyumu olduğunu, 0.05 ile 0.08 aralığında iyi bir uyum olduğunu ifade eder. AGFI uyum indisi değerinin ise 0.90 ile 1 arasında ise mükemmel bir uyum olduğunu, 0.85 ile 0.95 aralığında ise iyi bir uyum olduğunu göstergesidir (Hajduk 1987; Cheng vd. 2015; Jöreskog ve Sörbom 2001; Kline, 2015).

Tablo 18. Yapısal eşitlik modellerinde kullanılan uyum indisleri ve uyum iyiliği için önerilen sınır değerler

Fit Index	Mükemmel	İyi
$\chi^2 [p\text{-value}]$	$0 < \chi^2 < 2df$ [0.05 < p < 1]	$2df < \chi^2 < 3df$ [0.01 < p < 0.05]
χ^2/df	$0 < \chi^2/df < 3$	$3 < \chi^2/df < 5$
İyilik Uyum İndeksi [GFI]	$0.95 < GFI < 1$	$0.90 < GFI < 0.95$
Düzeltilmiş İyilik Uyum İndeksi [AGFI]	$0.90 < AGFI < 1$	$0.85 < AGFI < 0.90$
Yaklaşık Hataların Ortalama Karekökü [RMSEA]	$0 < RMSEA < .05$	$0.05 < RMSEA < 0.08$
Fazlalık Uyum İndeksi [IFI]	$0.95 < IFI < 1$	$0.90 < IFI < 0.95$
Normalize Edilmiş Uyum İndeksi [NFI]	$0.95 < NFI < 1$	$0.90 < NFI < 0.95$
Karşılaştırmalı Uyum İndeksi [CFI]	$0.95 < CFI < 1$	$0.90 < CFI < 0.95$

Geçerli kabul edilen bir ölçek ya da testte bulunması gereken diğer bir nitelik onun aynı zamanda güvenilir de olmasıdır (Lorcu, 2015: 207). Genel bir tanıma göre güvenilirlik, bir ölçme aracı ile aynı şartlarda tekrar eden ölçümlerden elde edilen sonuçların tutarlı olmasıdır (Ercan ve Kan, 2004). Güvenirlik; ölçme sonuçlarının tesadüfi hatalardan arınmış olmasının bir ölçütüdür (Büyüköztürk, 2011). Güvenilir bir ölçme aracı en az hatayla ölçme yapan bir araçtır (Ercan ve Kan, 2004). Öte yandan özellikle sosyal olguların hatasız ölçümü çoğunlukla mümkün olmayacağından güvenilirliği artırmanın en iyi yolu ölçme hatalarını asgariye düşürmektir. Bunun için öncelikle hatanın ölçme aracından mı meydana geldiği yoksa başka sebeplerden mi meydana geldiği ortaya çıkarılmalıdır. Eğer sebep ölçme aracından kaynaklanıyor ise bu durumda ölçme aracının güvenilirliğinin test edilmesi gerekmektedir (Lorcu, 2015: 207).

Uygulamada araştırma ölçeklerinin güvenilirliğin hesaplanmasında kullanılan dört farklı yöntem vardır. Bunlar, paralel (eşdeğer) form güvenilirliği, test-tekrar test güvenilirliği iki yarı test güvenilirliği ile Kuder Richardson-20 (KR-20) ve Cronbach's Alfa (α) güvenilirlik katsayılarıdır. Bunlardan en çok kullanılan Alfa modelidir. Alfa modeli, ölçekte yer alan “k” adet ifadenin homojen bir yapı gösteren bir bütünü ifade edip etmediğini araştırmak amacıyla Cronbach tarafından geliştirilmiştir (Kalaycı, 2006: 405). Cronbach's alfa katsayısı, 0 ile 1 arasında bir değer alır ve ölçekte var olan “k” adet ifadenin varyansları toplamının genel varyansa oranlaması ile bulunan bir ağırlıklı standart değişimin ortalamasıdır (Özdamar, 2002). Alfa katsayısı, ölçek içinde bulunan ifadelerin iç tutarlılığının temel bir ölçüsüdür. Alfa değeri $0.00 \leq \alpha < 0.40$ arasında ise ölçeğin güvenilir olmadığına, $0.40 \leq \alpha < 0.60$ ise ölçeğin güvenilirliğinin düşük olduğuna, $0.60 \leq \alpha < 0.80$ arasında ise ölçek oldukça güvenilir olduğuna, $0.80 \leq \alpha < 1.00$ arasında

ise ölçek yüksek derecede güvenilir olduğuna yönelik değerlendirme yapılabilir (Lorcu, 2015: 208). Bu çalışmanın araştırmasında da kullanılan ölçeklerin güvenilirlik düzeyleri Cronbach's alfa (α) katsayısı ile belirlenmiştir.

5.4.3.1. Depresyon Ölçeğinin Geçerliliği ve Güvenirliği

Katılımcıların depresyon düzeyleri 10 ifadeli bir ölçek ile ölçülmüştür. 10 ifadeli Depresyon ölçeğinin geçerliliğini test etmek amacıyla AFA ve DFA uygulanmıştır. İlk aşamada uygulanan AFA sonucunda Dep1 ve Dep10 kodlu maddelerin birden fazla boyuta yüksek faktör yükleri ile yüklendiği gözlemlenmiş ve bu iki ifade ölçekten çıkartılarak kalan 8 ifadeli yapı ile AFA'ya devam edilmiştir. Tablo 19 uygulanan her iki faktör analizinin ortak sonuçlarını göstermektedir. AFA sonuçlarına göre ölçeğin KMO değeri 0.861'dir ve Barlett testinin temel hipotezi de ret edilmiştir ($\chi^2=1709$; $p=0.000$). Bu sonuçlara göre AFA için örneklem hacmi yeterli olup veri yapısı da faktör analizine uygundur. Ölçekte yer alan ifadelerin faktör yükleri 0.57 ile 0.75 arasında değişmekte olup kabul edilebilir sınır değer (0.33) üzerindedir. Ayrıca ölçeğin özdeğeri 5.118 olup 8 ifadenin ölçeğin toplam varyansını açıklama yüzdesi kabul edilebilir sınır değeri (0.60) üzerindedir (ATV = %64.86). Özetle AFA sonucunda depresyon ölçeği tek boyutlu ve geçerli bir yapı olarak keşfedilmiştir. AFA ile keşfedilen tek boyutlu yapıyı doğrulamak ve geçerlilik kanıtını güçlendirmek amacıyla ikinci aşamada DFA uygulanmıştır. Veri yapısı ile model arasındaki uyumu değerlendirmek amacıyla hesaplanan alternatif uyum iyiliği istatistikleri incelendiğinde model uyumunun "iyi" olduğu şeklinde değerlendirme yapabilmek mümkündür. Ayrıca ölçek ifadelerinin standardize regresyon katsayıları 0.51 ile 0.70 arasında değişmekte olup kabul edilebilir sınır değeri (0.40) üzerindedir. Özetle AFA ile keşfedilen 8 ifadeli ve tek boyutlu Depresyon ölçeğinin geçerliliği DFA ile doğrulanmıştır. Üçüncü ve son aşamada Cronbach's alfa analizi uygulanarak Depresyon ölçeğinin güvenirliliği incelenmiştir. Ölçeğe ait Cronbach's alfa katsayısı 0.843 olup 8 ifadeli ölçeğin güvenirlilik düzeyi oldukça yüksektir.

Tablo 19. Depresyon ölçeğinin geçerliliği ve güvenirliliği

İfadeler	AFA	DFA	Özdeğer	Açıklanan Toplam Varyans
Dep1	-	-	5.188	%64.860
Dep2	0.677	0.581		
Dep3	0.759	0.706		
Dep4	0.707	0.681		
Dep5	0.576	0.517		
Dep6	0.750	0.698		

Tablo 19. (Devamı)

İfadeler	AFA	DFA	Özdeğer	Açıklanan Toplam Varyans
Dep7	0.758	0.665		
Dep8	0.658	0.533		
Dep9	0.671	0.594		
Dep10	-	-		
Açıklayıcı Faktör Analizi (AFA) Tanısal Testler				
KMO			0.861	
Barlett Testi		$\chi^2 = 1709.4$; serbestlik derecesi = 28; p = 0.000		
Doğrulamalı Faktör Analizi (DFA) Uyum İndisleri				
χ^2		69.281	CFI	0.968
χ^2/df		4.330	TLI	0.945
RMSEA		0.074	IFI	0.969
GFI		0.973	NFI	0.960
Güvenirlilik Düzeyi			İfade Sayısı	Cronbach Alfa
			8	0.843

Not: Faktör tahmin yöntemi Temel Bileşenler Analizi (PCA).

5.4.3.2. Anksiyete Ölçeğinin Geçerliliği ve Güvenirliliği

Katılımcıların anksiyete düzeyleri 21 ifadeden ve 4 boyutlu bir yapıdan oluşan bir ölçek ile ölçümlenmek istenmiştir. Normal dağılımı bozan 5 ifade ölçekten çıkarıldıktan sonra geriye kalan 16 ifadelik Anksiyete ölçeğinin geçerliliğini incelemek amacıyla AFA ve DFA uygulanması planlanmıştır. Ancak daha önce pek çok araştırmada geçerliliği ve güvenirliliği ortaya konulmuş olmasına rağmen bu araştırmanın AFA sonuçlarına göre anlamlı bir yapı ortaya çıkarılamamıştır. Bu nedenle orijinal ölçekte 13 ifade ile tanımlanan “Öznel Anksiyete” boyutunun yalnızca kullanılmasına kararı verilmiş ve bu yapının geçerliliği ve güvenirliliği incelenmiştir. 13 ifadelik yapının geçerliliğini incelemek amacıyla hem AFA hem de DFA uygulanmıştır. İlk aşamada uygulanan AFA sonucunda Ank3 ve Ank13 kodlu maddelerin birden fazla boyuta yüksek faktör yükleri ile yüklendiği gözlemlenmiş ve bu iki ifade ölçekten çıkartılarak kalan 11 ifadelik yapı ile AFA’ya devam edilmiştir. Tablo 20 uygulanan her iki faktör analizinin ortak sonuçlarını göstermektedir. AFA sonuçlarına göre ölçeğin KMO değeri 0.924’tür ve Barlett testinin temel hipotezi de ret edilmiştir ($\chi^2=2874.9$; p=0.000). Bu sonuçlara göre AFA için örneklem hacmi yeterli olup veri yapısı da faktör analizine uygundur. Ölçekte yer alan ifadelerin faktör yükleri 0.58 ile 0.78 arasında değişmekte olup kabul edilebilir sınır değer (0.33) üzerindedir. Ayrıca ölçeğin özdeğeri 7.652 olup 11 ifadenin ölçeğin toplam varyansını açıklama yüzdesi kabul edilebilir sınır değer (0.60) üzerindedir (ATV=%69.56). Özetle AFA sonucunda Öznel Anksiyete ölçeği geçerli bir yapı olarak keşfedilmiştir. AFA ile keşfedilen yapıyı doğrulamak ve geçerlilik kanıtını

güçlendirmek amacıyla ikinci aşamada DFA uygulanmıştır. Veri yapısı ile model arasındaki uyumu değerlendirmek amacıyla hesaplanan alternatif uyum iyiliği istatistikleri incelendiğinde model uyumunun “iyi” olduğu şeklinde değerlendirme yapabilmek mümkündür. Ayrıca ölçek ifadelerinin standardize regresyon katsayıları 0.52 ile 0.75 arasında değişmekte olup kabul edilebilir sınır değer (0.40) üzerindedir. Özetle AFA ile keşfedilen 11 ifadeli Özel Anksiyete ölçeğinin geçerliliği DFA ile doğrulanmıştır. Üçüncü ve son aşamada Cronbach’s alfa analizi uygulanarak Özel Anksiyete ölçeğinin güvenilirliği incelenmiştir. Ölçeğe ait Cronbach’s alfa katsayısı 0.896 olup 11 ifadeli ölçeğin güvenilirlik düzeyi de oldukça yüksektir.

Tablo 20. Anksiyete ölçeğinin geçerliliği ve güvenilirliği

İfadeler	AFA	DFA	Özdeğer	Açıklanan Toplam Varyans
Ank1	0.587	0.525	7.652	%69.568
Ank2	0.667	0.611		
Ank3	-	-		
Ank6	0.772	0.745		
Ank7	0.757	0.732		
Ank8	0.743	0.701		
Ank9	0.721	0.673		
Ank11	0.784	0.759		
Ank12	0.691	0.649		
Ank13	-	-		
Ank14	0.697	0.662		
Ank15	0.687	0.655		
Ank19	0.610	0.571		
Açıklayıcı Faktör Analizi (AFA) Tanısal Testler				
KMO	0.924			
Barlett Testi	$\chi^2 = 2874.9$; serbestlik derecesi = 55; p = 0.000			
Doğrulayıcı Faktör Analizi (DFA) Uyum İndisleri				
χ^2	198.6	CFI	0.945	
χ^2/df	4.730	TLI	0.928	
RMSEA	0.078	IFI	0.945	
GFI	0.944	NFI	0.931	
Güvenirlik Düzeyi	İfade Sayısı		Cronbach Alfa	
	11		0.896	

5.4.3.3. Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Geçerliliği ve Güvenirliği

Katılımcıların yaşam kalitesi düzeyleri 16 ifade ve 5 boyutlu yapıdan oluşan bir ölçek ile ölçülmüştür. Yaşam Kalitesi ölçeğinin geçerliliğini incelemek amacıyla hem AFA hem de DFA uygulanmıştır. Tablo 21 uygulanan her iki faktör analizinin ortak sonuçlarını göstermektedir. AFA sonuçlarına göre ölçeğin KMO değeri 0.832’dir ve Barlett testinin temel hipotezi de ret edilmiştir ($\chi^2=2794.4$; p=0.000). Bu sonuçlara göre

AFA için örneklem hacmi yeterli olup veri yapısı da faktör analizine uygundur. Temel bileşenler analizi tekniği uygulanarak yapılan ilk faktör tahmininde çoğu ifadenin ilk faktöre yüklendiği tespit edilmiştir. Dolayısıyla anlamlı faktör yapısını keşfedebilmek amacıyla Varimax tekniğiyle döndürme işlemi uygulanmıştır. Döndürme işlemi neticesinde daha önceki araştırmalarda da olduğu gibi özdeğerleri 1’den büyük 5 boyutlu bir yapı keşfedilmiştir. Yaşam kalitesini tanımlayan bu 5 alt boyut şu şekildedir; F1: kişisel gelişim ve kendini tamamlama (özdeğer = 3.281; ATV = %20.50), F2: boş zamanı değerlendirme (özdeğer = 2.018; ATV = %12.62), F3: diğer bireylerle ilişki (özdeğer = 1.847; ATV = % 11.54), F4: aktivite (özdeğer = 1.489; ATV = % 9.30) ve F5: iyilik hali (özdeğer = 1.430; ATV = % 8.93). 5 boyutlu yapının toplam özdeğeri 10.065 olup 5 boyut toplam varyansın %62.90’nı açıklamaktadır. Ayrıca ölçekte yer alan ifadelerin faktör yükleri 0.54 ile 0.84 arasında değişmekte olup kabul edilebilir sınır değer (0.33) üzerindedir. Özetle AFA sonucunda beş boyutlu Yaşam Kalitesi ölçeği geçerli bir yapı olarak keşfedilmiştir. AFA ile keşfedilen yapıyı doğrulamak ve geçerlilik kanıtını güçlendirmek amacıyla ikinci aşamada DFA uygulanmıştır. Veri yapısı ile model arasındaki uyumu değerlendirmek amacıyla hesaplanan alternatif uyum iyiliği istatistikleri incelendiğinde model uyumunun “iyi” olduğu şeklinde değerlendirme yapabilmek mümkündür. Ayrıca ölçek ifadelerinin standardize regresyon katsayıları 0.41 ile 0.77 arasında değişmekte olup kabul edilebilir sınır değeri (0.40) üzerindedir. Özetle AFA ile keşfedilen 16 ifadeli ve beş boyutlu Yaşam Kalitesi ölçeğinin geçerliliği DFA ile de doğrulanmıştır. Üçüncü ve son aşamada Cronbach’s alfa analizi uygulanarak Yaşam Kalitesi ölçeğinin genel güvenilirliği incelenmiştir. Sonuçlara göre ölçeğin bütününe ilişkin Cronbach’s alfa katsayısı 0.810 olup 16 ifadeli ölçeğin güvenirlik düzeyi de oldukça yüksektir.

Tablo 21. Yaşam kalitesi ölçeğinin geçerliliği ve güvenirliği

İfadeler	Faktör 1	Faktör 2	Faktör 3	Faktör 4	Faktör 5	Özdeğer ve ATV
Yk1					0.757 (0.710)	
Yk2					0.575 (0.753)	
Yk3			0.777 (0.474)			
Yk4			0.548 (0.775)			
Yk5			0.844 (0.651)			
Yk6			0.561(0.633)			
Yk7				0.704 (0.675)		
Yk8				0.690 (0.559)		
Yk9	0.785 (0.418)					
Yk10	0.677 (0.688)					

Özdeğer
= 10.065
ATV =
%62.909

Tablo 21. (Devamı)

İfadeler	Faktör 1	Faktör 2	Faktör 3	Faktör 4	Faktör 5	Özdeğer ve ATV
Yk11	0.792 (0.603)					
Yk12	0.723 (0.626)					
Yk13		0.803 (0.696)				
Yk14		0.753 (0.755)				
Yk15		0.677 (0.759)				
Yk16	0.746 (0.521)					
Özdeğer	3.281	2.018	1.847	1.489	1.430	
Açıklanan Varyans (%)	20.507	12.612	11.543	9.308	8.939	
Açıklayıcı Faktör Analizi (AFA) Tanısal Testler						
KMO				.832		
Barlett Testi			$\chi^2 = 2794.4$; serbestlik derecesi = 120; p = 0.000			
Doğrulayıcı Faktör Analizi (DFA) Uyum İndisleri						
χ^2		340.9	CFI			0.906
χ^2/df		3.874	TLI			0.872
RMSEA		0.069	IFI			0.908
GFI		0.937	NFI			0.879
Güvenirlik Düzeyi				İfade Sayısı	Cronbach Alfa	
				16	0.810	

Açıklama: AFA’da faktör tahmini temel bileşenler analizi ile yapılmış olup faktör döndürme tekniği olarak Varimax tekniği kullanılmıştır. Parantez içerisindeki (....) değerler DFA’deki standardize regresyon katsayılarıdır.

5.4.3.4. TSSB Ölçeğinin Geçerliliği ve Güvenirliği

Katılımcıların TSSB düzeyi 7 ifadeli bir ölçek ile ölçümlenmiştir. 7 ifadeli TSSB ölçeğinin geçerliliğini test etmek amacıyla AFA ve DFA uygulanmıştır. Tablo 22 uygulanan her iki faktör analizinin ortak sonuçlarını göstermektedir. İlk aşamada uygulanan AFA sonuçlarına göre ölçeğin KMO değeri 0.796’dır ve Barlett testinin temel hipotezi de reddedilmiştir ($\chi^2=2134.9$; p=0.000). Bu sonuçlara göre AFA için örneklem hacmi yeterli olup veri yapısı da faktör analizine uygundur. Ölçekte yer alan ifadelerin faktör yükleri 0.64 ile 0.84 arasında değişmekte olup kabul edilebilir sınır değer (0.33) üzerindedir. Ayrıca ölçeğin özdeğeri 4.613 olup 7 ifadenin ölçeğin toplam varyansını açıklama yüzdesi kabul edilebilir sınır değeri (0.60) üzerindedir (ATV = %65.90). Özetle AFA sonucunda depresyon ölçeği tek boyutlu ve geçerli bir yapı olarak keşfedilmiştir. AFA ile keşfedilen tek boyutlu yapıyı doğrulamak ve geçerlilik kanıtını güçlendirmek amacıyla ikinci aşamada DFA uygulanmıştır. Veri yapısı ile model arasındaki uyumu değerlendirmek amacıyla hesaplanan alternatif uyum iyiliği istatistikleri incelendiğinde model uyumunun “iyi” olduğu şeklinde değerlendirme yapabilmek mümkündür. Ayrıca ölçek ifadelerinin standardize regresyon katsayıları 0.42 ile 0.94 arasında değişmekte olup kabul edilebilir sınır değeri (0.40) üzerindedir. Özetle AFA ile keşfedilen 8 ifadeli ve tek boyutlu Depresyon ölçeğinin

geçerliliği DFA ile doğrulanmıştır. Üçüncü ve son aşamada Cronbach's alfa analizi uygulanarak Depresyon ölçeğinin güvenilirliği incelenmiştir. Ölçeğe ait Cronbach's alfa katsayısı 0.866 olup 7 ifadeli ölçeğin güvenilirlik düzeyi oldukça yüksektir.

Tablo 22. TSSB ölçeğinin geçerliliği ve güvenilirliği

İfadeler	AFA	DFA	Özdeğer	Açıklanan Toplam Varyans
TSSB1	0.787	0.788	4.613	%65.906
TSSB2	0.849	0.942		
TSSB3	0.760	0.758		
TSSB4	0.703	0.506		
TSSB5	0.641	0.421		
TSSB6	0.776	0.607		
TSSB7	0.698	0.500		
Açıklayıcı Faktör Analizi (AFA) Tanısal Testler				
KMO			0.796	
Barlett Testi	$\chi^2 = 2134.9$; serbestlik derecesi = 21; p = 0.000			
Doğrulayıcı Faktör Analizi (DFA) Uyum İndisleri				
χ^2	26.34	CFI	0.990	
χ^2/df	4.391	TLI	0.966	
RMSEA	0.074	IFI	0.990	
GFI	0.988	NFI	0.988	
Güvenirlilik Düzeyi	İfade Sayısı		Cronbach Alfa	
	7		0.866	

5.4.4. Korelasyon Analizi Sonuçları

Korelasyon analizi; iki ya da daha fazla sayıda değişken arasındaki ilişkiyi inceleyen, eğer değişkenler arasında ilişki varsa bu ilişkinin düzeyini (düşük-orta-yüksek) ve yönünü (pozitif-negatif) tespit etmek için kullanılan istatistiksel bir analiz yöntemidir. (Erdoğan ve Yazıcıoğlu, 2004). Başka bir ifadeyle korelasyon analizi kısaca iki değişken arasındaki var olan ilişki olarak tanımlanabilir. Korelasyon analizinde korelasyonun simgesi küçük “r” harfidir ve +1 ile -1 arasında bir değer alabilmektedir (Seçer, 2015: 47). Eğer, r değeri 0.00 ile 0.30 arasında bir değer alırsa korelasyonun düşük; 0.30 ile 0.70 arasında bir değer alırsa korelasyonun orta düzey ve 0.70 ile 1.0 arasında bir değer alırsa korelasyonun yüksek olduğu şeklinde değerlendirme yapılabilir (Büyüköztürk, 2011).

Tablo 23 araştırma ölçeklerinin ortalamaları ve standart sapmaları ile değişkenler arasındaki korelasyon katsayılarını göstermektedir. Korelasyon analizi sonuçları incelendiğinde birçok değişkenler arasındaki korelasyonun en az %5 düzeyinde istatistiksel anlamlı olduğu görülmektedir. Ölçek ortalamalarına yönelik bulgular incelenirse; katılımcıların depresyon ortalaması 5 üzerinden 2.55 (SS=0.82)'dir.

Katılımcıların anksiyete ortalaması 5 üzerinden 1.58 (SS=0.70)'dir. Bulgulara göre Suriyeli mültecilerin depresyon ve anksiyete düzeylerinin düşük olduğu söylenebilir. Katılımcıların TSSB ortalaması ise 5 üzerinden 2.90 (SS=0.99)'dır. Dolayısıyla Suriyeli mültecilerin TSSB çok yüksek olmayıp orta düzeye yakın olduğu ifade edilebilir.

Tablo 23'de yaşam kalitesi ölçeğinin her bir alt boyutuna ait ortalama ve standart sapma değerleri ayrı ayrı verilmiştir. Bulgulara göre her bir yaşam kalitesi bileşenine ait Suriyeli mültecilerin yanıt ortalamaları 5 üzerinden; kişisel gelişim ve kendini tamamlama için 3.35 (SS=0.76); boş zamanı değerlendirme için 3.03 (SS=0.96); diğer bireylerle ilişki için 3.82 (SS=0.72); aktivite için 3.02 (SS=0.85) ve iyilik hali için 3.75 (SS=0.75) şeklindedir. Bulgulara göre yaşam kalitesinin tüm boyutlarında katılım ortalamaları 3'ün üzerinde olup genel olarak Suriyeli mültecilerin yaşam kalitesi "ortanın üstünde" olduğu ifade edilebilir. En yüksek yaşam kalitesi ortalama değeri ilişki boyutuna aittir. Suriyeli mültecilerin diğer bireylerle ve yakın çevre (eş, çocuk, kardeş, akraba, yakın arkadaş) ile olan ilişkileri yaşam memnuniyetlerini arttırmaktadır. Ayrıca Suriyeli mültecilerin evdeki maddi konforları (yeme içme-rahatlık ve finansal durum) ile sağlıklarından (fit ve zinde olma) memnun olmaları da yaşam kalitesi ortalamasını yükseltmektedir. Buna karşın katılımcı mültecilerin boş zamanı değerlendirme (müzik dinleme-kitap okuma-yeni insanlarla tanışma), aktivitelere katılabilme (halkla ilişkiler ve organizasyon-başkalarını yönlendirme) ve kişisel gelişimlerini (eğitim/öğretim-iş-kendini ifade etme-kendini anlama) arttırma gibi eylemlerden yeterince memnuniyet yaşayamamaları yaşam kalitesi ortalamasını düşürmektedir.

Tablo 23. Değişkenler arasındaki korelasyon ilişkileri

Değişkenler	Ort.	SS	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	11)	(12)	(13)	(14)	(15)	(16)
Cinsiyet (1)	0.51	0.50	1	0.015	0.049	-0.061	0.002	-0.17*	-0.62*	0.038	0.078*	-0.19*	0.172*	0.146*	0.002	0.124*	-0.024	-0.253**
Yaş (2)	2.55	1.67	0.015	1	0.073*	0.198*	0.119*	0.463*	0.177*	-0.12*	0.037	0.088*	-0.043	0.149*	0.015	0.004	-0.046	0.071*
Travma Geçmişi (3)	0.02	0.13	0.049	0.073*	1	0.076*	-0.037	-0.016	0.027	-0.13*	0.141*	0.185*	-0.033	-0.048	0.065	0.049	0.014	0.069*
Hanehalkı (4)	5.53	2.17	-0.061	0.198*	0.076*	1	0.061	0.060	0.125*	0.113*	0.019	-0.005	-0.019	0.041	-0.028	-0.049	-0.07*	0.048
Sağlık Hizmeti (5)	0.89	0.31	0.002	0.119*	-0.037	0.061	1	0.172*	-0.010	0.088*	-0.15*	-0.18*	0.137*	0.126*	-0.062	-0.033	-0.07*	-0.069*
Medeni Durum (6)	0.76	0.48	-0.17*	0.463*	-0.016	0.060	0.172*	1	0.132*	-0.09*	-0.063	-0.035	0.013	0.194*	-0.029	-0.026	-0.048	0.071*
Çalışma Durumu (7)	1.21	0.89	-0.626	0.177*	0.027	0.125*	-0.010	0.132*	1	-0.20*	-0.044	0.243*	-0.24*	-0.20*	-0.018	-0.12*	0.051	0.207**
Gelir Düzeyi (8)	3.62	0.85	0.038	-0.12*	-0.13*	0.113*	0.088*	-0.09*	-0.20*	1	-0.041	-0.11*	0.115*	-0.050	-0.11*	-0.07*	-0.07*	-0.064
Depresyon (9)	2.55	0.82	0.078*	0.037	0.141*	0.019	-0.15*	-0.063	-0.044	-0.041	1	0.396*	-0.049	-0.017	-0.026	-0.07*	-0.041	0.084*
Anksiyete (10)	1.58	0.70	-0.19*	0.088*	0.185*	-0.005	-0.18*	-0.035	0.243*	-0.11*	0.396*	1	-0.30*	-0.23*	0.056	-0.11*	0.071*	0.366*
YK_iyilik (11)	3.75	0.95	0.172*	-0.043	-0.033	-0.019	0.137*	0.013	-0.24*	0.115*	-0.049	-0.30*	1	0.432*	0.021	0.191*	0.079*	-0.290*
YK_ilişki (12)	3.82	0.72	0.146*	0.149*	-0.048	0.041	0.126*	0.194*	-0.20*	-0.050	-0.017	-0.23*	0.432*	1	0.217*	0.297*	0.068*	-0.307*
YK_aktivite (13)	3.02	0.85	0.002	0.015	0.065	-0.028	-0.062	-0.029	-0.018	-0.11*	-0.026	0.056	0.021	0.217*	1	0.445*	0.467*	-0.036
YK_gelişim (14)	3.35	0.76	0.124*	0.004	0.049	-0.049	-0.033	-0.026	-0.12*	-0.07*	-0.07*	-0.11*	0.191*	0.297*	0.445*	1	0.580*	-0.222*
YK_boş zaman (15)	3.03	0.96	-0.024	-0.046	0.014	-0.07*	-0.07*	-0.048	0.051	-0.07*	-0.041	0.071*	0.079*	0.068*	0.467*	0.580*	1	-0.004
TSSB (16)	2.90	0.99	-0.25*	0.071*	0.069*	0.048	-0.06*	0.071*	0.207*	-0.064	0.084*	0.366*	-0.29*	-0.30*	-0.036	-0.22*	-0.004	1

Açıklama: Korelasyon katsayıları Pearson korelasyon katsayılarıdır. * en az %5 düzeyinde istatistiksel anlamlılığı ifade etmektedir.

Korelasyon analizi bulgularına göre katılımcıların depresyon düzeyi ile cinsiyetleri arasında pozitif yönlü bir anlamlı bir ilişki ($r=0.078$) vardır. Depresyon ile anlamlı bir ilişki ve pozitif yönlü ilişkisi bulunan diğer bir olgu geçmiş travma öyküsü ($r=0.141$) ile anksiyete ($r=0.386$) ve TSSB ($r=0.084$) düzeyleridir. Sağlık hizmetine erişim ($r=-0.157$) ve yaşam kalitesii ($r=-0.077$) ile depresyon arasında negatif yönlü ve anlamlı bir ilişki bulunmaktadır.

Katılımcıların anksiyete düzeyi katılımcıların yaş ($r=0.088$), travma öyküsü ($r=0.185$), çalışma durumu ($r=0.243$), depresyon ($r=0.396$) ve TSSB ($r=0.396$) düzeyi ile yaşam kalitesinin boş zaman ($r=0.071$) boyutu ile pozitif yönlü ve anlamlı bir ilişki içerisindeyken katılımcıların cinsiyet ($r=-0.190$), sağlık hizmetine erişim imkanı ($r=-0.186$), gelir düzeyi ($r=-0.114$) ve yaşam kalitesinin iyilik ($r=-0.300$), ilişki ($r=-0.230$) ve kişisel gelişim ($r=-0.118$) boyutları ile negatif yönlü ve anlamlı ilişki içerisinde.

Yaşam kalitesinin iyilik boyutu ile katılımcıların cinsiyet ($r=0.172$), sağlık hizmetlerine erişim imkânı ($r=0.137$), gelir düzeyi ($r=0.115$) ve yaşam kalitesinin ilişki ($r=0.432$), kişisel gelişim ($r=0.191$) ve boş zaman ($r=0.079$) boyutları arasında pozitif yönlü ve anlamlı bir ilişki vardır. İyilik boyutu katılımcıların çalışma durumu ($r=-0.244$), anksiyete ($r=-0.300$) ve TSSB ($r=-0.290$) düzeyi ile negatif yönlü bir ilişki içindedir. Katılımcıların cinsiyet ($r=0.146$), yaş ($r=0.149$), sağlık hizmetlerine erişim imkânı ($r=0.126$), medeni durumu ($r=0.194$) gibi sosyodemografik nitelikleri yaşam kalitesinin iyilik ($r=0.432$), aktivite ($r=0.217$), kişisel gelişim ($r=0.297$) ve boş zaman ($r=0.068$) boyutları arasında pozitif yönlü ve anlamlı ilişkide iken katılımcıların çalışma durumu ($r=-0.202$), anksiyete ($r=-0.230$) ve TSSB ($r=-0.307$) düzeyi ile negatif yönlü ve anlamlı ilişkidir. Yaşam kalitesinin aktivite boyutu; yalnızca yaşam kalitesinin ilişki ($r=0.217$), kişisel gelişim ($r=0.445$) ve boş zaman ($r=0.467$) boyutları ile pozitif ilişkili iken katılımcıların sosyodemografik özelliklerinde aylık gelir düzeyi ($r=-0.113$) negatif yönlü ve anlamlı ilişki içindedir. Yaşam kalitesinin kişisel gelişim boyutu ile pozitif yönde ilişki bulunan katılımcıların sosyodemografik niteliği yalnızca cinsiyettir ($r=0.124$). Ayrıca katılımcıların kişisel gelişimi yaşam kalitesinin iyilik ($r=0.191$), ilişki ($r=0.297$), aktivite ($r=0.445$) ve boş zaman ($r=0.580$) boyutları ile anlamlı ve pozitif ilişkidir. Diğer yandan katılımcıların kişisel gelişimi; çalışma durumu ($r=-0.124$), gelir düzeyi ($r=-0.070$), depresyon ($r=-0.077$), anksiyete ($r=-0.118$) ve TSSB ($r=-0.222$) ile negatif ilişkidir. Yaşam kalitesinin boş zaman boyutu, anksiyete ($r=0.071$), iyilik ($r=0.079$), ilişki ($r=0.068$), aktivite ($r=0.467$) ve kişisel gelişim ($r=0.580$) ile pozitif yönlü; hanehalkı büyüklüğü ($r=-0.071$), sağlık hizmetlerine erişim imkânı ($r=-0.074$) ve gelir düzeyi ($r=-0.074$) ile negatif ilişkidir.

Katılımcıların TSSB düzeyi ise katılımcıların yaşı ($r=0.071$), travma öyküsü ($r=0.069$), medeni durumu ($r=0.071$), çalışma durumu ($r=0.207$) gibi sosyodemografik nitelikleri ve depresyon ($r=0.084$) ve anksiyete ($r=0.366$) gibi ruhsal bozuklukları ile pozitif yönlü bir ilişki içerisindeyken katılımcıların cinsiyet ($r=-0.253$) özellikleri ve sağlık hizmetlerine erişim imkanı ($r=-0.069$) ile yaşam kalitesinin iyilik ($r=-0.290$), ilişki ($r=-0.307$) ve kişisel gelişim ($r=-0.222$) boyutları arasında negatif yönlü ve anlamlı ilişki içindedir.

5.4.5. İkili Gruplar İçin Bağımsız Örneklem t-Testi Sonuçları

Araştırma değişkenlerinin ortalamalarının ikili gruplar arasında farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla bağımsız örneklem t-testi analizi yapılmıştır. Analiz sonucunda ulaşılan bulgular yorumlanırken hesaplanan t-testi istatistiğinin olasılık değerine bakılır. Eğer olasılık değeri 0.05'ten küçük olursa ($p<0.05$) farklılık olmadığı iddiasındaki temel hipotez ret edilir. Diğer bir ifadeyle incelenen özellik bakımından iki grup arasında anlamlı bir fark olmadığı yönünde değerlendirme yapılabilir (Coşkun vd., 2015: 190).

İkili gruplar için uygulanan bağımsız örneklem t-testi sonuçları Tablo 24'de görülmektedir. Bulgulara göre katılımcı grupların depresyon özelliği travma öyküsü alıp almama ve sağlık hizmetlerine erişim imkânı olup olmama açısından anlamlı farklılaşırken; katılımcı grupların cinsiyet ve hanehalkı büyüklüğü özelliklerine göre anlamlı bir fark bulunmamaktadır. Travma öyküsü bulunan Suriyeli mülteciler ($\bar{x}=3.45$; $ss=0.75$) bulunmayanlara ($\bar{x}=2.53$; $ss=0.81$) göre daha yüksek depresyon düzeyine sahiptir ve iki grup arasındaki ortalama farkı istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$). Bu bulguya göre Suriyeli mültecilerde daha yüksek depresyon düzeyinin geçmişteki travmatik öyküleri ile ilişkili olduğu söylenebilir. Sağlık hizmetine erişemeyen mültecilerin ($\bar{x}=2.92$; $ss=0.90$) erişebilen mültecilere ($\bar{x}=2.50$; $ss=0.80$) göre daha yüksek depresyona sahiptir ve gruplar arasındaki ortalama farkı istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$). Bu bulguya göre Suriyeli mültecilerde daha düşük depresyon düzeyinin sağlık hizmetlerine erişebilme imkânı ile ilişkili olduğu söylenebilir.

Tablo 24. İkili gruplar için bağımsız örneklem t-testi sonuçları

Bağımsız Değişkenler	n	Bağımlı Değişkenler	$\bar{X}$	SS	T-ist.	Prob.
Cinsiyet	1-Kadın	300	2.48	0.83	-1.92	0.054
	2-Erkek	313	2.61	0.80		
Travma Öyküsü	1-Yok	603	2.53	0.81	-3.508*	0.000
	2-Var	10	3.45	0.75		

Tablo 24. (Devamı)

Bağımsız Değişkenler	n	Bağımlı Değişkenler	$\bar{X}$	SS	T-ist.	Prob.
Sağlık Hizmeti	1-Almıyor 67	Anksiyete	2.92	0.90	3.935*	0.000
	2-Alıyor 546		2.50	0.80		
Hanehalkı	1-1-4 arası 195		2.55	0.79	0.016	0.987
	2- 5 ve üzeri 418		2.55	0.83		
Cinsiyet	1-Kadın 300		1.71	0.69	4.777*	0.000
	2-Erkek 313		1.44	0.67		
Travma Öyküsü	1-Yok 603		1.56	0.68	-4.650*	0.000
	2-Var 10		2.58	0.87		
Sağlık Hizmeti	1-Almıyor 67		1.94	0.80	4.062*	0.000
	2-Alıyor 546		1.53	0.67		
Hanehalkı	1-1-4 arası 195	Yaşam Kalitesi	1.58	0.77	0.147	0.884
	2- 5 ve üzeri 418		1.57	0.66		
Cinsiyet	1-Kadın 300		3.34	0.54	-3.238*	0.001
	2-Erkek 313		3.48	0.56		
Travma Öyküsü	1-Yok 603		3.41	0.55	-0.382	0.703
	2-Var 10		3.48	0.52		
Sağlık Hizmeti	1-Almıyor 67		3.38	0.57	-0.512	0.609
	2-Alıyor 546		3.41	0.55		
Hanehalkı	1-1-4 arası 195		3.46	0.53	1.401	0.162
	2- 5 ve üzeri 418		3.39	0.56		
Cinsiyet	1-Kadın 300	Travma Sonrası Stres Bozukluğu	3.15	0.96	6.469*	0.000
	2-Erkek 313		2.65	0.95		
Travma Öyküsü	1-Yok 603		2.88	0.98	-1.711	0.088
	2-Var 10		3.42	1.06		
Sağlık Hizmeti	1-Almıyor 67		3.09	0.85	1.927	0.057
	2-Alıyor 546		2.87	1.00		
Hanehalkı	1-1-4 arası 195		2.82	0.99	-1.279	0.201
	2- 5 ve üzeri 418		2.93	0.98		

Açıklamalar: * hesaplanan t istatistiklerinin en az %5 düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı olduğunu vermektedir. $\bar{X}$ = ortalamaları ve SS=standart sapmaları ifade etmektedir. Grup varyans homojenlikleri Levene F-testi ile sınanmıştır.

Katılımcıların anksiyete düzeyleri ile cinsiyet, travma öyküsü ve sağlık hizmetlerine erişim imkânı özellikleri açısından anlamlı farklar mevcutken hanehalkı büyüklüğü açısından anksiyete ortalamaları arasında fark bulunmamaktadır. Kadınların ($\bar{x}$ =1.71; ss=0.69) erkeklere göre ($\bar{x}$ =1.44; ss=0.67) anksiyetesi daha yüksek olup iki grubun anksiyete ortalama farkı istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$). Bu bulguya göre Suriyeli mültecilerde anksiyete ruhsal bozukluğu cinsiyet özellikleri ile anlamlı ilişki içindedir. Travma öyküsü bulunan mültecilerin ($\bar{x}$ =2.58; ss=0.87) anksiyetesi, travma öyküsü bulunmayan mültecilere ($\bar{x}$ =1.56; ss=0.68) göre daha yüksek olup iki grup arasındaki ortalama farkı istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$). Bu bulguya göre Suriyeli mültecilerde daha yüksek anksiyete düzeyinin geçmiş travma öyküsü ile ilişkili olduğu söylenebilir. Sağlık hizmetlerine erişemeyen mültecilerin ($\bar{x}$ =1.94; ss=0.80) anksiyetesi, sağlık hizmetlerine erişen mültecilere göre ($\bar{x}$ =1.53; ss=0.67) daha yüksektir ve iki grup arasındaki ortalama farkı istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$).

Bu bulguya göre Suriyeli mültecilerde daha düşük anksiyete düzeyinin sağlık hizmetlerine erişebilme imkânı ile ilişkili olduğu söylenebilir.

Katılımcıların yaşam kalitesi ve TSSB ise yalnızca cinsiyet özellikleri ile anlamlı ilişki içindedir. Kadın ve erkek mültecilerin yaşam kalitesi ortalamaları birbirine yakın olmakla birlikte kadınlara ($\bar{x}=3.34$; $ss=0.54$) göre erkeklerin ($\bar{x}=3.48$; $ss=0.56$) yaşam kalitesi daha yüksektir ve iki grup arasındaki ortalama farkı istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$). Bulgulara göre kadın mültecilerin ($\bar{x}=3.15$; $ss=0.96$) TSSB düzeyi erkek mültecilere ($\bar{x}=2.65$; $ss=0.95$) daha yüksektir ve iki grup arasındaki ortalama farkı istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$). Bu iki bulgu TSSB ruhsal bozukluğu ile yaşam kalitesinin cinsiyet özelliklerine göre farklılaştığını ifade etmektedir.

5.4.6. Tek Yönlü ANOVA Analizlerinin Sonuçları

Katılımcı Suriyeli mültecilerin depresyon, anksiyete, TSSB ve yaşam kalitesi ortalamalarının yaş, aylık gelir, medeni durum ve çalışma durumu gibi sosyodemografik özelliklerine göre farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla tek yönlü ANOVA analizleri yapılmıştır. Tek yönlü ANOVA analizi ilişkisiz üç ya da daha fazla düzeyi bulunan bağımsız değişkenin, sürekli bir bağımlı değişken ile ilişkisini belirlemek için kullanılan istatistiksel bir analizdir (Akbulut, 2010). Bununla birlikte, hangi gruplar arasında bağımlı değişken ortalamalarının farklılık gösterdiğini belirleyebilmek amacıyla grupların varyans homojenliği durumuna göre uygun test seçimi yapılmalıdır. Homojen varyans durumunda uygulamada sıklıkla Tukey testi tercih edilirken homojen olmayan varyans altında analiz yapmaya imkân tanıyan alternatif testlerden biri kullanılmalıdır. Bu araştırmada grup varyanslarının homojenliği Levene testi yardımıyla incelenmiştir. Testin temel hipotezi grup varyanslarının homojen olduğu şeklindedir. Levene testi ile grup varyanslarının homojenliği kontrol edildikten sonra hangi gruplar arasında ortalama farklılıklarının anlamlı olduğunu belirleyebilmek için homojen varyans durumunda Tukey testi ve homojen olmayan varyans durumunda ise Games-Howell testleri uygulanarak karar verilmiştir.

Tablo 25 katılımcı yaş grupları için uygulanan tek yönlü ANOVA analizi bulgularını göstermektedir. Bulgulara göre Suriyeli mültecilerin depresyon, anksiyete, TSSB ve yaşam kalitesi açısından yaş gruplarına ait ortalamalar arasında anlamlı farklılıklar bulunmamaktadır. Bu bulguya dayanarak depresyon, anksiyete, TSSB ve yaşam kalitesi ile yaş özellikleri arasında ilişki olmadığı ifade edilebilir. Öte yandan yaş grupları arasında farklılıklar olmamakla birlikte faktörlere ait grup ortalamaları karşılaştırıldığında ortalamaların birbirlerine oldukça yakın olduğu bununla beraber 39-

45 arasındaki yetişkinlerin diğer yaş gruplarına göre daha yüksek depresyon, anksiyete ve TSSB ile daha düşük yaşam kalitesi düzeylerine sahip olduğu buna karşın gençlerin ise diğer yaş gruplarına göre daha düşük depresyon, anksiyete ve TSSB ile daha yüksek yaşam kalitesi düzeylerine sahip olduğu da görülmektedir.

Tablo 25. Yaş grupları için tek yönlü ANOVA analizi sonuçları

Bağımlı Değişken	Bağımsız Değişkenler	n	$\bar{X}$	SS	KT	KO	F	Prob.	Fark Testi Sonucu **
Depresyon	1-18-24 arası	206	2.54	0.87	2.81	0.470	0.691	0.657	Grup ortalamaları arası fark yoktur
	2-25-31 arası	174	2.48	0.75					
	3-32-38 arası	86	2.65	0.89					
	4-39-45 arası	55	2.66	0.79					
	5-46-52 arası	42	2.57	0.92					
	6-53-59 arası	28	2.50	0.79					
	7-60 yaş ve üzeri	22	2.65	0.67					
Anksiyete	1-18-24 arası	206	1.55	0.74	3.61	0.602	1.234	0.287	Grup ortalamaları arası fark yoktur
	2-25-31 arası	174	1.50	0.66					
	3-32-38 arası	86	1.60	0.66					
	4-39-45 arası	55	1.64	0.77					
	5-46-52 arası	42	1.70	0.74					
	6-53-59 arası	28	1.80	0.58					
	7-60 yaş ve üzeri	22	1.66	0.61					
Yaşam Kalitesi	1-18-24 arası	206	3.37	0.61	1.29	0.215	0.692	0.656	Grup ortalamaları arası fark yoktur
	2-25-31 arası	174	3.44	0.55					
	3-32-38 arası	86	3.49	0.55					
	4-39-45 arası	55	3.35	0.54					
	5-46-52 arası	42	3.42	0.48					
	6-53-59 arası	28	3.47	0.41					
	7-60 yaş ve üzeri	22	3.43	0.48					
TSSB	1-18-24 arası	206	2.84	0.97	6.90	1.15	1.17	0.320	Grup ortalamaları arası fark yoktur
	2-25-31 arası	174	2.83	1.01					
	3-32-38 arası	86	2.89	0.99					
	4-39-45 arası	55	3.13	1.03					
	5-46-52 arası	42	3.12	0.95					
	6-53-59 arası	28	2.99	0.89					
	7-60 yaş ve üzeri	22	2.86	1.07					

Açıklamalar: * en az %5 düzeyinden istatistiksel anlamlılık söz konusudur. ** Grup ortalamaları arasındaki farklılıklar homojen varyans durumunda Tukey testi ile homojen olmayan varyans durumunda Games-Howell testi ile incelenmiştir. Grup varyanslarının homojenliği Levene testi ile kontrol edilmiştir. n = grupların gözlem sayılarını. $\bar{X}$ = ortalamaları. SS=standart sapmaları. KT = kareler toplamını ve KO = kareler ortalamasını ifade etmektedir

Tablo 26 katılımcı gelir grupları için uygulanan tek yönlü ANOVA analizi bulgularını göstermektedir. Bulgulara göre depresyon ve yaşam kalitesi açısından grup ortalamaları arasında anlamlı farklılık yokken, anksiyete ve TSSB açısından grup ortalamaları arasında anlamlı farklar bulunmaktadır. Gelir gruplarının anksiyete ortalamaları karşılaştırıldığında, hiç geliri olmayan Suriyeli mülteciler ve 5 000 TL ve altı gelire sahip mültecilerin grup ortalamaları arasındaki farklılık anlamlıdır (p=0.020). Hiç geliri olmayan mültecilerin ($\bar{x}$ =2.02; ss=0.84) 5 000 TL altı ($\bar{x}$ =1.54; ss=0.67) geliri olan mültecilere göre anksiyete ortalama düzeylerinin daha yüksek olduğu görülmektedir. Bu bulgudan hareketle mültecilerde gelir sahibi olmanın anksiyete düzeyini azalttığı söylenebilir. Gelir gruplarının TSSB ortalamaları karşılaştırıldığında,

hiç geliri olmayan mülteciler ile 5 000 TL altı gelire sahip mültecilerin grup ortalamaları ile arasındaki farklılık anlamlıdır ($p=0.000$) çıkmıştır. Ayrıca 5 000 TL altı gelire sahip mülteciler ile 5 000 TL ve üzeri gelire sahip mültecilerin de grup ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmaktadır ($p=0.009$). Grup ortalamaları karşılaştırıldığında en düşük TSSB ortalamasının 5 000 TL altında gelire sahip mültecilere ait olduğu en yüksek ortalamanın ise hiç gelire sahip olmayan mültecilere ait olduğu görülmektedir. Bu bulgulardan hareketle gelir düzeyi ile anksiyete ve TSSB ruhsal bozukluğunun ilişkili olduğu gelir düzeyi arttıkça bu ruhsal bozuklukların azaldığı ifade edilebilir. Bununla beraber 5 000 TL ve üzeri gelire sahip olanların hem anksiyete hem de TSSB düzeyleri 5 000 TL altı gelire sahip olanlara göre daha yüksek olması gelirin kaynağının ne olduğu ile ilgili olabilir.

Tablo 26. Gelir grupları için tek yönlü ANOVA analizi sonuçları

Bağımlı Değişken	Bağımsız Değişkenler	n	$\bar{X}$	SS	KT	KO	F	Prob.	Fark Testi Sonucu **
Depresyon	1-Hiç geliri yok	26	2.65	0.88	1.42	0.71 1	1.049	0.351	Grup ortalamaları arası fark yoktur
	2-5 000 TL altı	537	2.53	0.82					
	3-5000 TL ve üzeri	50	2.69	0.88					
Anksiyete	1-Hiç geliri yok	26	2.02	0.84	8.41	4.21	8.81*	0.000	1 ile 2 arasında ($p=.020$)
	2-5 000 TL altı	537	1.54	0.67					
	3-5 000 TL ve üzeri	50	1.80	0.79					
Yaşam Kalitesi	1-Hiç geliri yok	26	3.59	0.52	1.21	0.60 7	1.964	0.141	Grup ortalamaları arası fark yoktur
	2-5 000 TL altı	537	3.41	0.56					
	3-5 000 TL ve üzeri	50	3.32	0.53					
TSSB	1-Hiç geliri yok	26	3.71	1.14	26.4	13.2	14.0*	0.000	1 ile 2 arasında ($p=.000$) 2 ile 3 arasında ($p=.009$)
	2-5 000 TL altı	537	2.82	0.97					
	3-5 000 TL ve üzeri	50	3.25	0.89					

Tablo 27 katılımcı medeni durum grupları için uygulanan tek yönlü ANOVA analizi bulgularını göstermektedir. Bulgulara göre anksiyete, TSSB ve yaşam kalitesi açısından grup ortalamaları arasında anlamlı farklılık yokken, depresyon açısından grup ortalamaları arasında anlamlı farklar bulunmaktadır ($p=0.013$). Bununla beraber evlenmemiş ile evliler arasında ortalama farklılıkları düşük düzeyde istatistiksel anlamlılığa sahiptir ($p=0.061$). Özetle ruhsal bozukluklar ve yaşam kalitesi arasındaki ilişki anlamlı değildir. Medeni durum gruplarının ortalamaları karşılaştırıldığında boşanmış Suriyeli mültecilerin diğer iki gruba göre daha yüksek ruhsal bozukluğa sahip olduğu (depresyon, anksiyete ve TSSB) ve yaşam kalitesinin de görece düşük olduğu görülmektedir. Buna karşın evli olmayanlara göre evli Suriyeli mültecilerin hem ruhsal bozukluk hem de yaşam kaliteleri daha yüksektir. Öte yandan evliler hiç evlenmemiş mültecilere göre yalnızca TSSB açısından daha yüksek ruhsal bozukluğa da sahiptir.

Tablo 27. Medeni durum grupları için tek yönlü ANOVA analizi sonuçları

Bağımlı Değişken	Bağımsız Değişkenler	n	$\bar{X}$	SS	KT	KO	F	Prob.	Fark Testi Sonucu **
Depresyon	1-Evlenmemiş	163	2.68	0.92	5.89	2.94	4.39*	0.013	1 ile 2 arasında (p=.061)
	2-Evli	435	2.49	0.78					
	3-Boşanmış	15	2.90	0.80					
Anksiyete	1-Evlenmemiş	163	1.64	0.80	1.33	0.669	1.36	0.256	Grup ortalamaları arası fark yoktur
	2-Evli	435	1.55	0.65					
	3-Boşanmış	15	1.75	0.84					
Yaşam Kalitesi	1-Evlenmemiş	163	3.37	0.62	.600	0.300	.968	0.381	Grup ortalamaları arası fark yoktur
	2-Evli	435	3.43	0.53					
	3-Boşanmış	15	3.32	0.45					
TSSB	1-Evlenmemiş	163	2.78	0.95	3.24	1.62	1.65	0.192	Grup ortalamaları arası fark yoktur
	2-Evli	435	2.94	1.01					
	3-Boşanmış	15	2.98	0.88					

Tablo 28 katılımcı çalışma durumu grupları için uygulanan tek yönlü ANOVA analizi bulgularını göstermektedir. Analiz bulgularına göre tüm değişkenler açısından gruplar arasındaki farklılıklar istatistiksel olarak anlamlıdır. Dolayısıyla bu bulgular ruhsal bozukluklar (depresyon, anksiyete ve TSSB) ve yaşam kalitesi ile çalışma arasında güçlü ilişki olduğuna işaret etmektedir. Grup ortalamaları karşılaştırıldığında genelde düzenli bir işe sahip olan Suriyeli mültecilerin hem ruhsal açıdan hem de yaşam kalitesi açısından daha iyi durumda olduklarını ve işsiz olmanın ruhsal bozukluk ortalamasını arttıran buna karşın yaşam kalitesi ortalamasını azaltan bir stres faktörü olduğu ifade edilebilir. Öte yandan yaşam kalitesi ortalaması düzenli işi olanlarda daha yüksek olmak beraber düzensiz işe sahip olan mültecilerde de işsizlere göre daha yüksektir. Bu bulgu yaşam kalitesi ile çalışma arasında anlamlı bir ilişki olduğunu ancak yaşam kalitesinin diğer belirleyicilerinin de dikkate alınarak ancak çalışma ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin açıklanabileceğini ortaya koymaktadır.

Tablo 28. Çalışma durumu grupları için tek yönlü ANOVA analizi sonuçları

Bağımlı Değişken	Bağımsız Değişkenler	n	$\bar{X}$	SS	KT	KO	F	Prob.	Fark Testi Sonucu **
Depresyon	1-Düzenli işi var	192	2.56	0.77	4.31	2.15	3.20*	0.041	1 ile 2 arasında (p=0.031)
	2-Düzensiz işi var	98	2.73	0.79					
	3-İşsiz	323	2.49	0.86					
Anksiyete	1-Düzenli işi var	192	1.33	0.59	18.5	9.26	20.1*	0.000	1 ile 2 (p=0.006) ve 3 (p=0.000) arasında
	2-Düzensiz işi var	98	1.62	0.82					
	3-İşsiz	323	1.72	0.68					
Yaşam Kalitesi	1-Düzenli işi var	192	3.54	0.56	4.80	2.40	7.92*	0.000	1 ile 2 arasında (p=0.000)
	2-Düzensiz işi var	98	3.41	0.55					
	3-İşsiz	323	3.34	0.54					
TSSB	1-Düzenli işi var	192	2.62	0.92	25.7	12.8	13.6*	0.000	1 ile 2 arasında (p=0.000)
	2-Düzensiz işi var	98	2.84	1.01					
	3-İşsiz	323	3.08	0.99					

5.4.7. Hipotez Testlerinin Sonuçları

5.4.7.1. Model 1 ve Model 2 İçin Yol (Path) Analizi Sonuçları

Model 1 ve Model 2 bağlamında kurulan araştırma hipotezleri YEM analizlerinden yol (path) analizi uygulanarak test edilmiştir. YEM’de model tahmin sonuçlarına güvenilir olabilmesi için öncelikle model uyum iyiliğinin sağlanmış olması gerekir. Bu çalışmada uygulamada sıklıkla tercih edilen birçok uyum indisi kullanılarak modellerin uyum iyiliği değerlendirilmiştir. Tablo 29 mükemmel ve iyi uyum iyiliği için önerilen sınırları ve 2 model için hesaplanan değerleri göstermektedir. Toplamda 8 ayrı indisin sonucuna göre her iki model için 3 indisin (χ^2_p value, χ^2/df ve RMSEA) değerleri iyi sınır değerleri içerisinde iken 5 indisin (GFI, AGFI, IFI, NFI ve CFI) değerleri mükemmel sınır değerleri içerisinde dir. Özetle veri ile yapısal modeller arasındaki uyumların iyi olup model tahmin sonuçları güvenilirdir.

Tablo 29. Model 1 ve model 2 için model uyum iyiliği sonuçları

Fit Index	Önerilen Sınırlar		Model-1	Model-2
	Mükemmel	İyi		
$\chi^2 [p-value]$	$0 < \chi^2 < 2df$ [0.05 < p < 1]	$2df < \chi^2 < 3df$ [0.01 < p < 0.05]	4.793 P=.023	4.793 P=0.029
χ^2/df	$0 < \chi^2/df < 3$	$3 < \chi^2/df < 5$	4.793	4.793
GFI	$0.95 < GFI < 1$	$0.90 < GFI < .95$	0.996	0.996
AGFI	$0.90 < AGFI < 1$	$0.85 < AGFI < .90$	0.961	0.961
RMSEA	$0 < RMSEA < .05$	$0.05 < RMSEA < .08$	0.079	0.079
IFI	$0.95 < IFI < 1$	$0.90 < IFI < .95$	0.973	0.973
NFI	$0.95 < NFI < 1$	$0.90 < NFI < .95$	0.967	0.962
CFI	$0.95 < CFI < 1$	$0.90 < CFI < .95$	0.972	0.972

Tablo 30, Model-1 ve Model-2 kapsamında oluşturulan H₅-H₁₄ numaralı toplam 10 adet hipotezin tahmin sonuçlarını göstermektedir. Tablo 30’da standardize edilmiş (β) ile standardize edilmemiş (B) regresyon katsayıları, hesaplanan t-istatistikleri, standart hata (sh) ve test istatistiklerine ait olasılık değerleri yer almaktadır. Hesaplanan t-istatistiklerinin olasılık değerlerine göre söz konusu hipotezlerin reddi ya da kabulü hakkında karar verilmiştir. Sosyal araştırmalarda genel kabul olasılık değerinin %5 düzeyinde istatistiksel olarak anlamlılığın ($p < 0.05$) sağlanması olmakla beraber %10 düzeyinde istatistiksel anlamlılık ($p < 0.10$) da kabul edilmektedir.

Model 1 kapsamında yapılan tahminin bulgularına göre anksiyete TSSB’yi anlamlı bir şekilde ve pozitif yönde etkilerken ($\beta = 0.329$; $t = 8.862$; $p = .000$), yaşam kalitesini ise anlamlı bir şekilde ve negatif yönde etkilemektedir ($\beta = -0.160$; $t = -4.003$;

$p=.000$). Yaşam kalitesi TSSB'yi anlamlı bir şekilde ve negatif yönde etkilemektedir ($\beta=-0.216$; $t=-5.811$; $p=.000$). Depresyonun ise hem TSSB ($\beta=0.048$; $t=1.323$; $p=.186$) hem de yaşam kalitesi ($\beta=0.043$; $t=1.077$; $p=.281$) üzerindeki etkileri istatistiksel olarak anlamsızdır.

Tablo 30. Model 1 ve 2 için yol (Path) analizi sonuçları

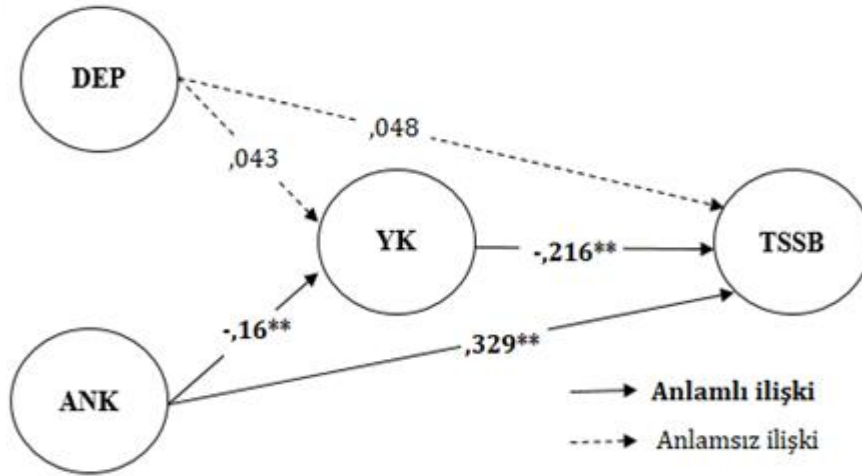
<i>Model-1</i>					
Yol	B	SH	β	t-ist.	Prob.
<i>DEP</i> → <i>TSSB</i>	0.029	0.022	0.048	1.323	0.186
<i>ANK</i> → <i>TSSB</i>	0.466	0.053	0.329**	8.862	0.000
<i>DEP</i> → <i>YK</i>	0.014	0.013	0.043	1.077	0.281
<i>ANK</i> → <i>YK</i>	-0.127	0.032	-0.160**	-4.003	0.000
<i>YK</i> → <i>TSSB</i>	-0.384	0.066	-0.216**	-5.811	0.000
<i>Model-2</i>					
Yol	B	SH	β	t-ist.	Prob.
<i>DEP</i> → <i>TSSB</i>	0.023	0.022	0.039	1.042	0.297
<i>ANK</i> → <i>TSSB</i>	0.514	0.053	0.363**	9.654	0.000
<i>DEP</i> → <i>YK</i>	0.018	0.013	0.052	1.350	0.177
<i>ANK</i> → <i>YK</i>	-0.057	0.033	-0.072*	-1.718	0.086
<i>TSSB</i> → <i>YK</i>	-0.136	0.023	-0.242**	-5.811	0.000

Açıklama: ** ve * sırasıyla %1 ve %10 düzeyinde istatistiksel anlamlılığı ifade etmektedir. B; standardize edilmemiş ve β ise standardize edilmiş regresyon katsayılarıdır

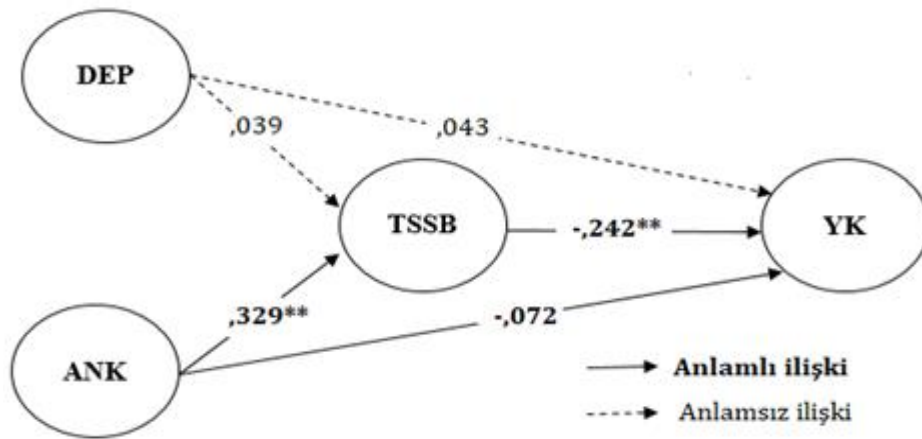
Model 2 kapsamında yapılan tahminin bulgularına göre Model 1 tahmin sonuçlarına paralel biçimde anksiyete TSSB'yi anlamlı bir şekilde ve pozitif yönde etkilerken ($\beta=0.363$; $t=9.654$; $p=.000$) yaşam kalitesini ise (%10 düzeyinde) anlamlı bir şekilde ancak negatif yönde etkilemektedir ($\beta=-0.072$, $t=-1.718$; $p=.086$). Yine Model 1 tahmin sonuçlarına paralel biçimde depresyonun hem TSSB ($\beta=0.052$; $t=1.042$; $p=.288$) hem de yaşam kalitesi ($\beta=0.048$; $t=1.350$; $p=.177$) üzerindeki etkisi istatistiksel olarak anlamsızdır. Öte yandan TSSB ise yaşam kalitesini anlamlı bir şekilde ve negatif yönde etkilemektedir ($\beta=-0.242$, $t=-5.811$; $p=.000$).

Şekil 5 ve Şekil 6 sırasıyla Model 1 ve Model 2 bağlamında oluşturulan hipotez testlerinin bulgularını ve etki değerlerini görselleştirerek sunmaktadır. Tahmin bulgularına göre depresyonun TSSB ve yaşam kalitesini etkilediği iddiasındaki sırasıyla H_5 ve H_6 numaralı hipotezler desteklenememişken anksiyetenin TSSB ve yaşam kalitesi üzerinde etkili olduğu iddiasındaki sırasıyla H_7 ve H_8 numaralı hipotezler, TSSB'nin yaşam kalitesini ve yaşam kalitesinin TSSB'i etkilediği iddiasındaki sırasıyla H_9 ve H_{10} numaralı hipotezler desteklenmiştir. Ayrıca şekiller üzerinden aracılık iddiası taşıyan hipotezlerin (H_{11} - H_{14}) sonuçlarını görebilmek mümkündür. Model 1 tahmin bulgularına göre depresyonun TSSB üzerindeki etkisinde yaşam kalitesinin aracılık ettiği

iddiasındaki H_{11} numaralı hipotez desteklenememişken buna karşın anksiyetenin TSSB üzerindeki etkisinde yaşam kalitesinin aracılık ettiği iddiasındaki H_{12} numaralı hipotez desteklenmiştir. Aracılık ilişkisine bakıldığında anksiyetenin TSSB üzerinde hem doğrudan hem de dolaylı etkisi istatistiksel olarak anlamlı olduğundan “kısmi aracılık” etkisinden söz edebilmek mümkündür. Model 2 tahmin bulgularına göre depresyonun yaşam kalitesi üzerindeki etkisinde TSSB’nin aracılık ettiği iddiasındaki H_{13} numaralı hipotez desteklenememişken buna karşın anksiyetenin yaşam kalitesi üzerindeki etkisinde TSSB’nin aracılık ettiği iddiasındaki H_{14} numaralı hipotez desteklenmiştir. Aracılık ilişkisine bakıldığında anksiyetenin yaşam kalitesi üzerindeki hem doğrudan ($p<0.10$) hem de dolaylı etkisi anlamlı olduğundan “kısmi aracılık” etkisinden söz edebilmek mümkündür.



Şekil 5. Model 1 hipotez testi sonuçları (Özet)



Şekil 6. Model 2 hipotez testi sonuçları (Özet)

5.4.7.2. Düzenleyici (Moderatör) Etki Analizlerinin Sonuçları

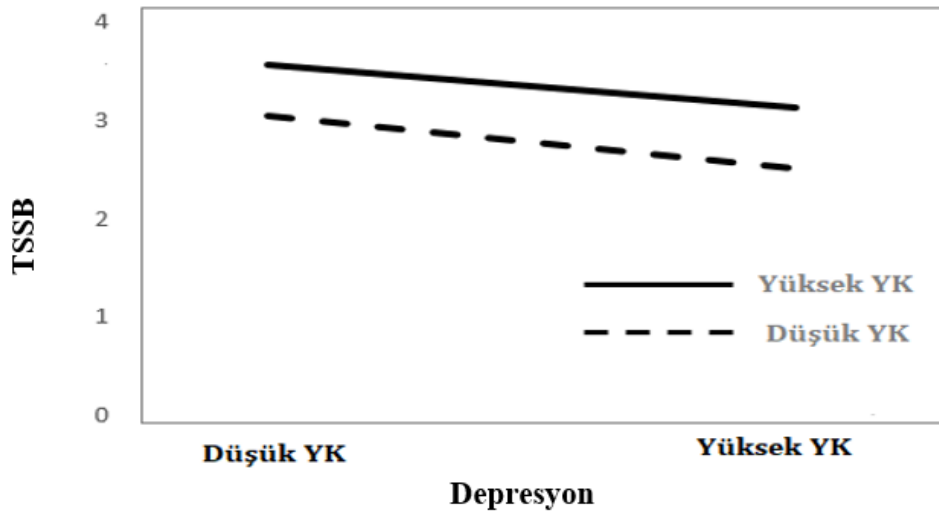
Analiz sürecinin son aşamasında 3. Model kapsamındaki hipotezler test edilmiştir. Bu kapsamda Suriyeli mültecilerin depresyon ve anksiyete düzeylerinin TSSB seviyeleri üzerindeki etkisinde yaşam kalitelerinin düzenleyici (moderatör) etkisi olduğu iddiasını taşıyan araştırma hipotezleri (H15 ve H16) test edilmiştir. Düzenleyici etki incelenirken Andrew F. Hayes tarafından geliştirilen SPSS PROCESS makrosu ve Model-1 taslağı kullanılmıştır.

Tablo 31 depresyonun TSSB üzerindeki etkisinde yaşam kalitesinin düzenleyici etkisinin olup olmadığına ilişkin sonuçları vermektedir. Bulgulara göre depresyonun TSSB üzerindeki etkisi pozitif ve istatistiksel olarak ($\beta=.188$; $t=3.69$ ve $p<0.01$) anlamlıdır. Yaşam kalitesinin ($\beta=-.568$; $t=-6.07$ ve $p<0.01$) ve yaşam kalitesi ile depresyonun birlikte etkileşiminin ($\beta=-.581$; $t=-6.16$ ve $p<0.01$) TSSB üzerindeki etkisi ise negatif ve istatistiksel olarak anlamlıdır. Modelin özet sonuçlarına bakıldığında bağımsız değişkenler setinin TSSB'deki değişimin %11.7'sini açıkladığı ve bir bütün olarak da modelin anlamlı olduğu ($F=22.82$ ve $p<0.01$) da görülmektedir. R^2 'deki değişim istatistiksel olarak anlamlı olduğundan ($\Delta R^2 = .0548$ ve $p<0.01$) Suriyeli mültecilerin yaşam kalitelerinin depresyon ile TSSB düzeyleri arasındaki ilişkiyi düzenlediği sonucuna ulaşılmıştır. Dolayısıyla H_{15} numaralı araştırma hipotezi desteklenmiştir.

Tablo 31. Depresyonun TSSB üzerindeki etkisinde yaşam kalitesinin düzenleyici etkisi

Değişkenler	β	SH	t-ist.	Prob.	Güven Aralığı	
					LLCI	ULCI
Sabit Terim	2.90	0.037	76.70**	0.000	2.82	2.97
Depresyon (DEP)	0.188	0.511	3.698**	0.002	0.088	0.288
Yaşam Kalitesi (YK)	-0.568	0.093	-6.076**	0.000	-0.752	-0.384
YK * DEP	-0.581	0.943	-6.160**	0.000	-0.764	-0.395
Modelin Özeti	R	R²	MSE	F	DF1	Prob.
	%34.2	%11.7	0.873	22.82**	3	0.000
Etkileşim Sonucu Değişim		$\Delta R^2 = \% 5.48$ (F=37.9 ve Prob = 0.000)				
Yaşam Kalitesinin Düzenleyici Etkisi						
	Etki	SH	t-ist.	Prob.	LLCI	ULCI
Düşük YK	-0.263	0.070	-3.724**	0.000	-0.402	-124
Yüksek YK	-0.317	0.062	-5.088**	0.000	-0.440	-0.195

Açıklama: Bağımlı değişken = Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB). ** %1 düzeyinde istatistiksel anlamlılığı ifade etmektedir. SH=standart hatalar ve β =standardize regresyon katsayısıdır.



Şekil 7. Depresyon – yaşam kalitesi etkileşimi

Düzenleyici etkinin ne şekilde ortaya çıktığını belirlemek amacıyla Şekil 7’de görülen yaşam kalitesinin yüksek ve düşük olduğu durumlardaki eğim eğrileri çizdirilmiştir. Şekilden de görüldüğü üzere yaşam kalitesinin depresyonun TSSB üzerindeki etkisini zayıflattığı ancak bu azaltıcı düzenleyici etki, yaşam kalitesi daha düşük mültecilere (Etki=-.263; $t=-3.72$ ve $p<0.01$) göre daha yüksek yaşam kalitesi olan mültecilerde nispeten daha güçlüdür (Etki=-.317; $t=-5.08$ ve $p<0.01$).

Tablo 32. Anksiyetenin TSSB üzerindeki etkisinde yaşam kalitesinin düzenleyici etkisi

Değişkenler	β	SH	t-ist.	Prob.	Güven Aralığı	
					LLCI	ULCI
Sabit Terim	2.907	0.036	79.17**	0.000	2.83	2.97
Anksiyete (ANK)	0.492	0.043	11.28**	0.000	0.406	0.587
Yaşam Kalitesi (YK)	-0.515	0.099	-5.20**	0.000	-0.709	-0.320
YK * ANK	-0.337	0.114	-2.96**	0.003	-0.561	-0.113
Modelin Özeti	R	R²	MSE	F	DF1	Prob.
	%43.0	%18.4	0.806	59.4**	3	0.000
Etkileşim Sonucu Değişim		$\Delta R^2 = \% 0.01$ (F=8.76 ve Prob = 0.000)				
Yaşam Kalitesinin Düzenleyici Etkisi						
	Etki	SH	t-ist.	Prob.	LLCI	ULCI
Düşük YK	-0.229	0.103	-2.21*	0.026	-0.433	-0.026
Yüksek YK	-0.567	0.047	-11.9**	0.000	-0.661	-0.473

Açıklama: Bağımlı değişken = Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB). ** ve * sırasıyla %1 ve %5 düzeylerinde istatistiksel anlamlılığı ifade etmektedir. SH=standart hatalar ve β =standardize regresyon katsayısıdır.

Tablo 32 anksiyetenin TSSB üzerindeki etkisinde yaşam kalitesinin düzenleyici etkisinin olup olmadığına ilişkin bulguları vermektedir. Bulgulardan da görüldüğü üzere anksiyetenin TSSB üzerindeki etkisi pozitif ve istatistiksel olarak ($\beta=.492$; $t=11.28$ ve $p<0.01$) anlamlıdır. Yaşam kalitesinin ($\beta=-.515$; $t=-5.20$ ve $p<0.01$) ve yaşam kalitesi ile

anksiyetenin birlikte etkileşiminin ($\beta=-.337$; $t=-2.96$ ve $p= p<0.01$) TSSB üzerindeki etkisi ise negatif ve istatistiksel olarak anlamlıdır. Modelin özet sonuçlarına bakıldığında bağımsız değişkenler setinin TSSB'deki değişimin %18.4'ünü açıkladığı ve bir bütün olarak da modelin anlamlı olduğu ($F=59.4$ ve $p<0.01$) da görülmektedir. R^2 'deki değişim istatistiksel olarak anlamlı olmakla ($\Delta R^2 = .001$ ve $p<0.01$) beraber bu etki çok sınırlı düzeydedir. Dolayısıyla H_{16} numaralı araştırma hipotezinin ancak “kısmen” desteklenebildiği söylenebilir.

5.4.8. Araştırmada Yer Alan Hipotez Testi Bulgularının Özet Sunumu

Araştırma hipotezlerinin yapılan analizler ile test edilmeleri sonrasında elde edilen bulguların özeti Tablo 33'de yer almaktadır. Tablo 33'de görüldüğü üzere H_{1a} , H_{1b} , H_{1d} , H_{1h} , H_{2b} , H_{2d} , H_{2f} , H_{3b} , H_{3c} , H_{3d} , H_{3e} , H_{3f} , H_{4b} , H_{4c} , H_{4d} , H_{4e} , H_{4f} , H_{4h} , H_5 , H_6 , H_{11} , H_{13} , H_{16} hipotezleri reddedilmiş geri kalan hipotezler ise kabul edilmiştir.

Tablo 33. Araştırmada yer alan hipotez testi bulgularının özet sunumu

Hipotez	Hipotez İfadesi	Sonuç
H1	Mültecilerin depresyon düzeyi sosyo-demografik özelliklerine göre farklılaşır.	Desteklendi (kısmen)
H1a	Mültecilerin depresyon düzeyi cinsiyet özelliklerine göre farklılaşır.	Desteklenmedi
H1b	Mültecilerin depresyon düzeyi yaş özelliklerine göre farklılaşır.	Desteklenmedi
H1c	Mültecilerin depresyon düzeyi travma öyküsü olup olmama durumuna göre farklılaşır.	Desteklendi
H1d	Mültecilerin depresyon düzeyi hanehalkı büyüklüğü özelliklerine göre farklılaşır.	Desteklenmedi
H1e	Mültecilerin depresyon düzeyi sağlık hizmetlerinden yararlanabilme durumuna göre farklılaşır.	Desteklendi
H1f	Mültecilerin depresyon düzeyi medeni durumlarına göre farklılaşır.	Desteklendi
H1g	Mültecilerin depresyon düzeyi çalışma durumuna göre farklılaşır.	Desteklendi
H1h	Mültecilerin depresyon düzeyi gelir seviyelerine göre farklılaşır.	Desteklenmedi
H2	Mültecilerin anksiyete düzeyi sosyo-demografik özelliklerine göre farklılaşır.	Desteklendi (kısmen)
H2a	Mültecilerin anksiyete düzeyi cinsiyet özelliklerine göre farklılaşır.	Desteklendi
H2b	Mültecilerin anksiyete düzeyi yaş özelliklerine göre farklılaşır.	Desteklenmedi
H2c	Mültecilerin anksiyete düzeyi travma öyküsü olup olmama durumuna göre farklılaşır.	Desteklendi
H2d	Mültecilerin depresyon düzeyi hanehalkı büyüklüğü özelliklerine göre farklılaşır.	Desteklenmedi

Tablo 33. (Devamı)

Hipotez	Hipotez İfadesi	Sonuç
H2e	Mültecilerin anksiyete düzeyi sağlık hizmetlerinden yararlanabilme durumuna göre farklılaşır.	Desteklendi
H2f	Mültecilerin anksiyete düzeyi medeni durumlarına göre farklılaşır.	Desteklenmedi
H2g	Mültecilerin anksiyete düzeyi çalışma durumuna göre farklılaşır.	Desteklendi
H2h	Mültecilerin anksiyete düzeyi gelir seviyelerine göre farklılaşır.	Desteklendi
H3	Mültecilerin travma sonrası stres bozukluğu düzeyi sosyo-demografik özelliklerine göre farklılaşır.	Desteklendi (kısmen)
H3a	Mültecilerin travma sonrası stres bozukluğu düzeyi cinsiyet özelliklerine göre farklılaşır.	Desteklendi
H3b	Mültecilerin travma sonrası stres bozukluğu düzeyi yaş özelliklerine göre farklılaşır.	Desteklenmedi
H3c	Mültecilerin travma sonrası stres bozukluğu düzeyi travma öyküsü olup olmama durumuna göre farklılaşır.	Desteklenmedi
H3d	Mültecilerin travma sonrası stres bozukluğu düzeyi hanehalkı büyüklüğü özelliklerine göre farklılaşır.	Desteklenmedi
H3e	Mültecilerin travma sonrası stres bozukluğu düzeyi sağlık hizmetlerinden yararlanabilme durumuna göre farklılaşır.	Desteklenmedi
H3f	Mültecilerin travma sonrası stres bozukluğu düzeyi medeni durumlarına göre farklılaşır.	Desteklenmedi
H3g	Mültecilerin travma sonrası stres bozukluğu düzeyi çalışma durumuna göre farklılaşır.	Desteklendi
H3h	Mültecilerin travma sonrası stres bozukluğu düzeyi gelir seviyelerine göre farklılaşır.	Desteklendi
H4	Mültecilerin yaşam kalitesi sosyo-demografik özelliklerine göre farklılaşır.	Desteklendi (kısmen)
H4a	Mültecilerin yaşam kalitesi cinsiyet özelliklerine göre farklılaşır.	Desteklendi
H4b	Mültecilerin yaşam kalitesi yaş özelliklerine göre farklılaşır.	Desteklenmedi
H4c	Mültecilerin yaşam kalitesi travma öyküsü olup olmama durumuna göre farklılaşır.	Desteklenmedi
H4d	Mültecilerin yaşam kalitesi hanehalkı büyüklüğü özelliklerine göre farklılaşır.	Desteklenmedi
H4e	Mültecilerin yaşam kalitesi sağlık hizmetlerinden yararlanabilme durumuna göre farklılaşır.	Desteklenmedi
H4f	Mültecilerin yaşam kalitesi medeni durumlarına göre farklılaşır.	Desteklenmedi
H4g	Mültecilerin yaşam kalitesi çalışma durumuna göre farklılaşır.	Desteklendi

Tablo 33. (Devamı)

Hipotez	Hipotez İfadesi	Sonuç
H4h	Mültecilerin yaşam kalitesi gelir seviyelerine göre farklılaşır.	Desteklenmedi
H5	Mültecilerin depresyon düzeyi yaşam kalitesini negatif yönde etkiler.	Desteklenmedi
H6	Mültecilerin depresyon düzeyi travma sonrası stres bozukluğunu pozitif yönde etkiler.	Desteklenmedi
H7	Mültecilerin anksiyete düzeyi yaşam kalitesini negatif yönde etkiler.	Desteklendi
H8	Mültecilerin anksiyete düzeyi travma sonrası stres bozukluğunu pozitif yönde etkiler.	Desteklendi
H9	Mültecilerin yaşam kalitesi travma sonrası stres bozukluğunu negatif yönde etkiler.	Desteklendi
H10	Mültecilerin travma sonrası stres bozukluğu yaşam kalitesini negatif yönde etkiler.	Desteklendi
H11	Mültecilerin depresyon düzeyi ile TSSB arasındaki ilişkiye yaşam kalitesi aracılık eder.	Desteklenmedi
H12	Mültecilerin anksiyete düzeyi ile TSSB arasındaki ilişkiye yaşam kalitesi aracılık eder.	Desteklendi
H13	Mültecilerin depresyon düzeyi ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkiye TSSB aracılık eder.	Desteklenmedi
H14	Mültecilerin anksiyete düzeyleri ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkiye TSSB aracılık eder.	Desteklendi
H15	Mültecilerin depresyon düzeylerinin TSSB üzerindeki etkisinde yaşam kalitesinin düzenleyici etkisi vardır.	Desteklendi
H16	Mültecilerin anksiyete düzeylerinin TSSB üzerindeki etkisinde yaşam kalitesinin düzenleyici etkisi vardır.	Desteklenmedi

6. TARTIŞMA, SONUÇ VE DEĞERLENDİRME

İnsan kaynaklı bir afet olarak nitelendirilen savaşlar sonucu insanların yıkıcı bir afete maruz kalması kaçınılmaz bir gerçektir. Savaş sonucu yaşam alanları da zarar gören sivil halk, yeni bir yaşam alanı arayışına girerek yaşadıkları yerlerden göç etmek zorunda kalmaktadır. Hem göç öncesi hem de göç sonrası yaşanan tecrübeler, bu bireylerde ruhsal bozukluk sorunu ortaya çıkarmaktadır. Yaşam alanlarından uzaklaşarak yeni bir yerleşim yerine yerleşen bu bireylerin ruh sağlıkları ile birlikte yaşam kaliteleri de değişebilmektedir.

Bu çalışma, Türkiye’de yaşayan Suriyeli mültecilerin TSSB, depresyon ve anksiyete ruhsal bozukluklarının ve yaşam kalitelerinin ilişkili olduğu faktörleri ve Suriyeli mültecilerin ruh sağlığı bozuklukları ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkileri Kayseri ili özelinde incelemeyi amaçlamıştır. Bu amaç doğrultusunda şu 3 araştırma sorusunun cevabı verilmek istenmiştir;

1. Suriyeli mültecilerin depresyon, anksiyete ve TSSB ruhsal bozukluklarının ve yaşam kalitesinin temel belirleyicileri nelerdir?
2. Suriyeli mültecilerin sosyodemografik nitelikleri ile ruhsal bozukluk ve yaşam kalitesi arasındaki ilişki nasıldır?
3. Suriyeli mültecilerin ruhsal bozuklukları ile yaşam kaliteleri arasındaki ilişki var mıdır? Ruhsal bozukluklar ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin niteliği nasıldır?

Araştırma kapsamında Kayseri ilinden toplam 613 Suriyeli mülteciye yüz yüze anket yöntemiyle toplanan veriler çok değişkenli istatistiksel analizler ile çözümlenmiştir.

Yapılan analiz sonucundan elde edilen bulgular incelendiğinde;

Kayseri ilinde yaşayan Suriyeli mültecilerin, depresyon ölçek ortalamalarının ($\bar{X}$ =2.55), anksiyete ölçek ortalamalarının $\bar{X}$ =1.58, TSSB ölçek ortalamalarının ($\bar{X}$ =2.90), yaşam kalitesi iyilik boyutu ortalamalarının $\bar{X}$ =3.75, yaşam kalitesi ilişki boyutu ortalamalarının $\bar{X}$ =3.82, yaşam kalitesi aktivite boyutu ortalamalarının $\bar{X}$ =3.02, yaşam kalitesi kişisel gelişim boyutu ortalamalarının $\bar{X}$ =3.35, yaşam kalitesi boş zaman boyutu ortalamalarının $\bar{X}$ =2.90 olduğu tespit edilmiştir. Likert tipi ölçeklerde 1=en düşük, 5=en yüksek 3=ortalamayı ifade etmektedir.

Bir ruhsal bozukluk olarak depresyon ile mültecilerin sosyodemografik özellikleri arasında anlamlı ilişkiler olduğuna dair birtakım sonuçlara ulaşılmıştır. Mültecilerin

depresyon düzeyleri; cinsiyet, yaş, hanehalkı büyüklüğü ve gelir seviyeleri ile ilişkili değilken, buna karşın travma öyküleri, sağlık hizmetlerinden yararlanma durumları, medeni durumları ve çalışma durumları ile ilişkili olduğu tespit edilmiştir. Dolayısıyla araştırmanın 1. hipotezi “*H1: Mültecilerin depresyon düzeyi sosyodemografik özelliklerine göre farklılaşır*” kabul edilmiştir. Araştırmanın sonuçlarına paralel bir şekilde, daha önceki birtakım araştırmalar mültecilerin depresyon düzeyi ile travma öyküsü, sağlık hizmetinden yararlanma durumları, medeni durumları ve çalışma durumları arasında ilişki olduğunu göstermektedir (Norris vd. 1992; Porter ve Haslam 2005; Papageorgiou vd. 2000; Klasen vd. 2010; Priebe vd. 2010; Ayazi vd. 2012). Araştırmanın sonuçlarında olduğu gibi, mültecilerin depresyon düzeyleri ile cinsiyet, yaş, hanehalkı büyüklüğü ve gelir seviyeleri arasında ilişki bulmayan araştırmalar olduğu gibi (Scherer vd. (2020; Karadağ ve Öğütlü, 2021), aksi bulgular ortaya koyan araştırmalarda bulunmaktadır (Fazel vd. 2005; Husain vd. 2013; Feyera vd. 2015; Poole vd. 2018; Kaya, 2019).

Anksiyete ruhsal bozukluğu ile mültecilerin sosyodemografik özellikleri arasında anlamlı ilişkiler olduğu tespit edilmiştir. Mültecilerin anksiyete düzeyi; yaş, hanehalkı büyüklüğü, medeni durum ile ilişkili değilken, buna karşın cinsiyet, travma öyküsü, sağlık hizmetlerinden yararlanma durumları, çalışma durumları ve gelir düzeyleri ile ilişkili olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Bu sonuç ile araştırmanın 2. hipotezi “*H2: Mültecilerin anksiyete düzeyi sosyodemografik özelliklerine göre farklılaşır*” kabul edilmiştir. Birtakım araştırma sonuçları, mevcut çalışmanın sonuçlarında olduğu gibi, mültecilerin cinsiyet, travma öyküsü, sağlık hizmetlerinden yararlanma durumu, çalışma durumu ve gelir düzeyi ile anksiyete düzeyi arasında ilişki olduğunu göstermektedir (Porter ve Haslam, 2005; Klasen vd. 2010; Priebe vd. 2010; Ayazi vd. 2012; Al-Fahoum vd. 2015; Liv vd. 2016; Muhtz vd. 2016; Gushulak, 2007). Ancak literatür incelendiğinde, bu sonuçlara aksi bulgular olduğu da görülmektedir (Scherer vd. 2020; Yıldız, 2021). Anksiyete düzeyi ile medeni durum, yaş ve hanehalkı büyüklüğünü inceleyen araştırmaların bir kısmı araştırma bulgularına paralel kanıtlar sunarken (Yıldız, 2021), diğer bazı araştırmalar aksi bulgular sunmaktadır (Solomon vd. 2010; Sağaltıcı, 2013; Jabbar ve Zaza, 2014; Chung vd. 2018).

Araştırmamızda ruhsal bozukluklardan TSSB ile mültecilerin sosyodemografik özellikleri arasında anlamlı ilişkiler bulunduğu dair birtakım sonuçlar belirlenmiştir. Mültecilerin TSSB düzeyleri; yaş, travma öyküsü, hanehalkı büyüklüğü, sağlık hizmetlerinden yararlanma durumu, medeni durumla ilişkili olmadığı tespit edilmişken, cinsiyet, gelir düzeyi ve çalışma durumu ile ilişkili olduğu tespit edilmiştir. Bu sonuç ile

araştırmanın 3. hipotezi “*H3: Mültecilerin TSSB düzeyi sosyodemografik özelliklerine göre farklılaşır*” kabul edilmiştir. Literatürde yer alan bazı araştırmalar, araştırmanın sonuçları ile benzer şekilde cinsiyet, gelir düzeyi ve travma öyküsünün TSBB ile ilişki olduğunu göstermektedir (Porter ve Haslam, 2005; Gushulak, 2007; Von Peter 2008; Herbert ve Forman 2010). Ancak bazı araştırmalar, bu sonuçlara aksi bulgular tespit etmişlerdir (Ramsay vd. 1993; Abu-Saba, 1999). Yapılan bazı çalışmalar, araştırma sonuçlarının aksine TSSB ile yaş, travma öyküsü, hanehalkı büyüklüğü, sağlık hizmetinden yararlanma durumu ve medeni durum arasında bir ilişki olduğu sonucuna ulaşmışken (Thabet ve Vostanis, 2000; Roberts vd. 2008; Sağaltıcı, 2013; Patel vd. 2014; Nose vd. 2017; Jesuthasan vd. 2018), bazı araştırmalar araştırma sonuçlarına paralel sonuçlar elde etmişlerdir (Sağaltıcı, 2013; Chung vd. 2018a; Akçay Civriz, 2019; Acartürk vd. 2020).

Ruhsal bozukluklarda olduğu gibi yaşam kalitesi ile mültecilerin sosyodemografik özellikleri arasında anlamlı ilişkiler olduğuna dair birtakım sonuçlara ulaşılmıştır. Mültecilerin yaşam kalitelerinin; yaş, travma öyküsü, hanehalkı büyüklüğü, sağlık hizmetlerinden yararlanma durumu, medeni durum ve gelir seviyeleri ile ilişkili olmadığı tespit edilmişken, cinsiyet ve çalışma durumu ile ilişkili olduğu tespit edilmiştir. Bu sonuç ile araştırmanın 4. hipotezi “*H4: Mültecilerin yaşam kalitesi sosyodemografik özelliklerine göre farklılaşır*” kabul edilmiştir. Yapılan araştırmalar incelendiğinde, birtakım araştırma sonuçları çalışmanın bulgularına paralel olarak yaşam kalitesi ile cinsiyet ve çalışma durumu arasında ilişki olduğuna dair sonuçlar olduğu görülmektedir (Porter ve Haslam, 2005; Tang vd. 2014; Acartürk vd. 2018; Jesuthasan vd. 2018; Gottvall vd. 2020). Araştırma bulgularına paralel şekilde, bazı araştırmalar mültecilerin yaşam kalitesi ile yaş, travma öyküsü, medeni durum, sağlık hizmetlerinden yararlanma durumu, gelir durumu ve hanehalkı büyüklüğü ile ilişki olmadığına dair kanıtlar sunarken (Husain vd. 2013; Kaya, 2019; Uygun, 2020; Van Der Boor, 2020; Walther vd. 2020), araştırma bulgularına aksi sonuçlar olduğu da görülmektedir (Lee vd. 2009; Thela vd. 2017; Kaya, 2019; Gottvall vd. 2020; Gagliardi vd. 2021; Yang ve Mutchler, 2020).

Araştırma sonuçları, katılımcı Suriyeli mültecilerin depresyon düzeylerinin yaşam kalitesini ve TSSB’lerini etkilemediği tespit edilmiştir. Dolayısıyla araştırmanın 5. hipotezi “*H5: Mültecilerin depresyon düzeyi yaşam kalitesini negatif yönde etkiler*” ile 6. hipotezi “*H6: Mültecilerin depresyon düzeyi travma sonrası stres bozukluğunu pozitif yönde etkiler*” reddedilmiştir. Literatürde yer alan araştırmalardan bazıları araştırma sonuçlarına paralel kanıtlar sunmakta olup önceden var olan depresyonun

yaşam kalitesini ve TSSB’i etkilemediğini göstermektedir (Ginzburg vd. 2010; Talu ve Kızılcı, 2014; Cihan ve Pirinçci, 2020; Birinci, 2021). Ancak yapılan bazı araştırmalar, depresyonun yaşam kalitesi ve TSSB üzerinde bir etkisinin olduğuna dair kanıtlar sunmaktadır (Mollica vd. 1999; Ericson vd. 2001; Acartürk vd. 2018; Yayan vd. 2020).

Mültecilerin anksiyete düzeyleri, yaşam kalitelerini negatif yönde, TSSB’lerini pozitif yönde etkilediği tespit edilmiştir. Bu sonuç ile araştırmanın 7. hipotezi “*H7: mültecilerin anksiyete düzeyi yaşam kalitesini negatif yönde etkiler*” ile 8. hipotezi “*H8: Mültecilerin anksiyete düzeyi travma sonrası stres bozukluğunu pozitif yönde etkiler*” kabul edilmiştir. Araştırmanın bu bulgusuna paralel bir şekilde, daha önce yapılan birtakım araştırmalarda anksiyete düzeyinin yaşam kalitesini ve TSSB’sini negatif yönde etkilediği sonucuna ulaşmışlardır (Engdahl vd. 1998; Al-Smadi vd. 2017; Yayan vd. 2020). Ancak bazı araştırmaların sonuçlarına bakıldığında anksiyetenin yaşam kalitesini ve TSSB’i etkilemediği görülmektedir (Ginzburg vd. 2010; Arslan, 2021).

Mültecilerin TSSB düzeylerinin yaşam kalitesini negatif yönde etkilediği, yaşam kalitesinin de TSSB’i negatif yönde etkilediği tespit edilmiştir. Dolayısıyla araştırmanın 9. hipotezi “*H9: Mültecilerin yaşam kalitesi travma sonrası stres bozukluğunu negatif yönde etkiler*” ile 10. hipotezi “*H10: Mültecilerin travma sonrası stres bozukluğu yaşam kalitesini negatif yönde etkiler*” kabul edilmiştir. Yapılan araştırmalar incelendiğinde, araştırma bulgularına paralel sonuçlar olduğu görülmektedir (Lev-Wiesel 2003; Giacco vd. 2013; Choi vd. 2017; Henkelmann vd. 2020). Ancak birtakım araştırmalar, aksi sonuçlar ortaya koymaktadır (Dalbudak, 2008; Teodorescu vd. 2012).

Literatürde yer alan diğer çalışmalardan farklı olarak, katılımcı Suriyeli mültecilerin depresyon ve anksiyete düzeyi ile TSSB düzeyleri arasındaki ilişkiye yaşam kalitesinin aracılık edip etmediği, depresyon ve anksiyete düzeyi ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkiye TSSB’nin aracılık edip etmediği test edilmiştir. Mültecilerin depresyon düzeyi ile TSSB arasındaki ilişkiye yaşam kalitesinin, depresyon düzeyi ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkiye TSSB’nin aracılık etmediği tespit edilmiştir. Buna karşın, mültecilerin anksiyete düzeyleri ile TSSB arasındaki ilişkiye yaşam kalitesinin, anksiyete düzeyi ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkiye TSSB’nin aracılık ettiği tespit edilmiştir. Bu sonuçlar ile, araştırmanın *H11* ve *H13* hipotezleri reddedilmişken, *H12* ve *H14* hipotezleri kabul edilmiştir.

Diğer çalışmalardan farklı olarak, katılımcı Suriyeli mültecilerin depresyon ve anksiyete düzeylerinin TSSB üzerindeki etkisinde yaşam kalitesinin düzenleyici etkisi olup olmadığı da analiz edilmiştir. Mültecilerin depresyon düzeylerinin TSSB

üzerindeki etkisindeki etkisinde yaşam kalitesinin düzenleyici etkisi olduğu sonucuna ulaşmışken, anksiyete düzeylerinin TSSB üzerindeki etkisinde yaşam kalitesinin düzenleyici etkisinin olmadığı tespit edilmiştir. Dolayısıyla araştırmanın *H15* hipotezi kabul edilmişken, *H16* hipotezi reddedilmiştir.

Kayseri ilinde yaşayan Suriyeli mülteci bireylerin ruhsal bozukluklarının ve yaşam kalitelerinin ilişkili olduğu faktörleri ve Suriyeli mültecilerin ruh sağlığı bozuklukları ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkileri incelemeyi amacıyla yapılan hipotez testleri sonucunda aşağıda ifade edilen sonuçlara ulaşılmıştır;

Araştırmamızın sonuçlarına göre Kayseri’de yaşayan Suriyeli mültecilerin TSSB, depresyon ve anksiyete ruhsal bozukluk düzeylerinin çok yüksek olmadığı, yaşam kalitelerinin ise ortalama bir düzeye yakın olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Literatürde sıklıkla ifade edilen göç edilen bölgenin özelliklerinin ruhsal bozukluklara ve yaşam kalitesine etkisi göz önünde bulundurulduğunda, Kayserinin sanayi bölgesi olmasının, istihdam olanaklarının yüksek olmasının, sosyal faaliyetlerin yerel yönetimler tarafından sıklıkla yürütülmesinin, güvenli bir bölge olmasının Suriyeli mültecilerin yaşam kalitesinin ve ruhsal bozukluklarının ortalama düzeyde olmasını sağladığı görülmektedir.

Suriyeli mültecilerin depresyon ruh sağlığı bozukluklarının;

- Travma öyküsü ile ilişkili olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Bu sonuç, mültecilerin üzerinden belirli bir zaman geçmiş olsa bile savaş travmasından tam olarak kurtulamadıklarının bir göstergesidir.

- Sağlık hizmetlerinden yararlanma durumu ile ilişkili tespit edilmiştir. Bu sonuç, literatürde de belirtildiği üzere, mültecilerin dil sorunları, nasıl yararlanacaklarını bilememe gibi sebepler ile sağlık hizmetlerinden yararlanamadıklarını göstermektedir.

- Medeni durum ile ilişkili olduğu saptanmıştır. Mültecilerde aile birliğinin önemli olduğu literatüründen yola çıkarak, bu durum depresyonun aile birliği bütünlüğünün sağlanmasında önemli olduğunu göstermektedir.

- Çalışma durumu ile ilişkili olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Bu sonuç, iş sahibi olmanın mültecilerde depresyonu düşürdüğünü, iş sahibi olmayan veya iş bulamayan mültecilerin depresyona daha yatkın olduğunu göstermektedir.

- Yaşam kalitesi ve TSSB ile arasında bir ilişki olmadığı sonucuna ulaşılmıştır. Bu sonuç, Kayseri’ye göç ettikten Suriyeli mültecilerde depresyonun oluşması için gereken tetikleyici etkenleri (sağlık hizmetlerinden faydalanamama, sosyal destek yetersizliği, ekonomik durum vd.) yaşamadığını göstermektedir.

Suriyeli mültecilerin anksiyete ruh sağlığı bozukluklarının;

- Cinsiyet ile ilişkili olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Bu sonuç, literatürde belirtildiği gibi, kadınların anksiyete ruh sağlığı bozukluğuna karşı daha hassas olduğunu ifade etmektedir.

- Travma öyküsü ile ilişkili olduğu tespit edilmiştir. Bu durum, depresyon ruh sağlığında olduğu gibi, mültecilerin savaş travması tecrübelerinin üzerinden uzun süre geçmesine rağmen travmanın etkilerinden kurtulamadıklarının bir göstergesidir.

- Sağlık hizmetlerinden yararlanma durumu ile ilişkili olduğu saptanmıştır. Bu sonuç, literatürde belirtildiği üzere mültecilerin dil sorunları, nasıl yararlanacaklarını bilememe gibi sebeplerden sağlık hizmetlerinden yararlanamadıklarının bir göstergesidir.

- Çalışma durumu ve gelir düzeyi ile ilişkili olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Bu sonuç, çalışarak aile ekonomisinin gelir düzeyine katkı sağlamanın anksiyete ruhsal bozukluğu üzerinde etki ettiğini göstermektedir.

Suriyeli mültecilerin TSSB ruh sağlığı bozukluklarının;

- Cinsiyet ile ilişkili olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Bu sonuç hem göç öncesi hem göç sonrası yaşanan tecrübelerin kadınların TSSB'ye daha yatkın olduğunu ifade etmektedir.

- Çalışma durumu ile ilişkili olduğu tespit edilmiştir. Bu durum, depresyon ve anksiyete ruh sağlığı bozukluklarında olduğu gibi, çalışma durumunun ruh sağlığı bozuklukları ile önemli derecede ilişkili olduğu, istihdam sorununun mültecilerin tüm ruh sağlığı bozukluklarına etki ettiğinin göstergesidir.

Suriyeli mültecilerin yaşam kalitesinin;

- Cinsiyet ile ilişkili olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Bu sonuç, ruh sağlığı bozukluklarında olduğu gibi, literatürde de belirtildiği üzere, mülteci kadınların yaşam kalitelerinin erkeklere göre daha düşük olduğunu ifade etmektedir.

- Çalışma durumu ile ilişkili olduğu tespit edilmiştir. Çalışma durumu ile hem ruh sağlığı bozuklukları hem de yaşam kalitesi ilişkili çıkmıştır. Bu durum, istihdam sorununun mültecilerin refahını ve ruh sağlığını etkileyen önemli bir etken olduğunun göstergesidir.

Araştırmamızın bulgularına göre anksiyete ruh sağlığı bozukluklarının yaşam kalitesini negatif yönde etkilediği ancak depresyonun yaşam kalitesini ve TSSB'i etkilemediği sonucuna ulaşılmıştır. Bu sonuç, mültecilerde anksiyete düzeyinin artmasının, bireylerde uyku düzeninin bozulması, diğer sağlık problemlerini tetiklemesi, sosyalleşmenin azalması gibi sebepler ile yaşam kalitesini düşüreceğini göstermekteyken, Kayseri'ye göç ettikten sonra mültecilerde depresyonun oluşması için

gerekli tetikleyici etkenleri (sağlık hizmetlerinden faydalanamama, sosyal destek yetersizliği, ekonomik durum vd.) yaşamamasından kaynaklı olarak depresyonun yaşam kalitesini ve TSSB’i etkilemediğini göstermektedir.

Bulgulara göre anksiyete ruh sağlığı bozukluklarının TSSB’i pozitif yönde etkilediği görülmektedir. Bu durum, literatürde de belirtildiği üzere, her iki ruhsal bozukluğun birbiri ile komorbid olduğunu, anksiyete ruh sağlığı bozukluğu görülen bireylerde uyku bozukluğu, aşırı stres, fiziksel ağrı, günlük yaşamın zorlaşması gibi sebepler ile TSSB’nin görülmesini ve artmasını ifade etmektedir.

Ayrıca Suriyeli mültecilerin yaşam kalitesinin TSSB’i, TSSB’nin ise yaşam kalitesini negatif yönde etkilediği sonucuna ulaşılmıştır. Bu sonuç, karşılıklı bir ilişki olduğunu, bireylerin yaşam kalitesinin artmasının, refahlarının artırması sebebiyle TSSB’i düşürdüğünün, TSSB’nin artmasının sosyal ilişkilerin zayıflaması, sağlık refahının düşmesi, hayatın zorlaşması gibi sebepler ile yaşam kalitesini düşürdüğünün göstergesidir.

Suriyeli mültecilerin anksiyete düzeyi ile TSSB arasındaki ilişkiye yaşam kalitesinin aracılık ettiği sonucuna ulaşılmıştır. Bu sonuç, anksiyete düzeyinin TSSB üzerindeki olumsuz etkisinin bireylerin refahlarının artmasından kaynaklı olarak yaşam kalitesinin bu olumsuz etkiyi azaltarak aracılık ettiğini göstermektedir. Ayrıca Suriyeli mültecilerin anksiyete düzeyi ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkiye TSSB’nin aracılık ettiği de tespit edilmiştir. Bu sonuç, anksiyetenin TSSB ile komorbid olması durumundan yola çıkarak anksiyete düzeyinin yaşam kalitesi üzerindeki olumsuz etkisine TSSB’nin aracılık ettiğini ifade etmektedir.

Araştırma bulgularına göre Suriyeli mültecilerin depresyon düzeylerinin TSSB üzerindeki etkisine yaşam kalitesinin düzenleyici etkisi olduğu tespit edilmiştir. Bu durum, depresyonun bireyler üzerinde bıraktığı olumsuz yaşam olaylarının TSSB’i tetiklemesinden sonra bireylerin refah düzeylerinin artmasından kaynaklı olarak yaşam kalitesinin depresyon ve TSSB arasındaki olumsuz ilişkiyi azalttığını göstermektedir.

Araştırmanın sonuçları doğrultusunda mültecilerin ruh sağlıklarının azalması ve yaşam kalitelerinin yükselebilmesi için aşağıdaki öneriler sunulabilir;

- Mültecilerin savaş travmasının olumsuz etkilerinin azaltılabilmesi için, psikolojik desteklerin artırılması ve yeterli seviyeye getirilebilmesi,
- Sağlık hizmetlerinden yararlanabilmeleri için, dil sorunlarının çözülmesi, tercümanların artırılması, sağlık hizmetlerinin farkındalığının artırılması, bireylerin sosyoekonomik durumlarına uygun bir biçimde verilebilmesi ve erişim sorunlarının çözülmesi,

- Birinci basamak sağlık kuruşları ile bireylerin ilişkilerini artırmaya yönelik planlamalar yapılması, düzenli bir sağlık kontrolü yaptırma, ruhsal hastalıklardan korunma, sağlıklı yaşam davranış biçimlerini artırma konusunda bilinçlendirme çalışmaları ile tedbir alıcı eylem planlarının ortaya konulması,
- Aile ve sosyal hizmetler politikalarının mlteçiler özelinde tasarlanması, aile birlikteliğinin ve bütünlüğünün korunması,
- Çalışma hayatına katılabilmeleri için istihdam sayılarının artırılması,
- Gelir getirici iş sahibi olma oranlarının artırılması, sigortasız veya güvencesiz istihdamın önüne geçilmesi,
- Bireysel ve toplumsal düzeyde gelir seviyelerini artırmaya yönelik politikaların oluşturulması ve uygulanması,
- Kadınlara psikolojik destek hizmetlerinin ve psikolojik tedavilerinin sağlanması ve artırılması gerektiği,
- Yerel belediyeler veya sivil toplum kuruluşları aracılığıyla sosyal organizasyonlar artırılarak topluma uyumlarının sağlanması,
- Eğitim-ğretim faaliyetlerine katılımlarının artırılarak eğitim düzeylerini yükseltmeye yönelik çalışmalar yapılması önerilir.

Bu çalışmanın araştırma sonuçları;

- Suriyeli mlteçiler,
- Kayseri ili,
- Anket tekniği ve tarama araştırması niteliği,
- 18 yaş üstü bireyler ile sınırlıdır.

Gelecekteki araştırmalar için birtakım öneriler aşağıda sıralanmıştır;

- Ruh sağlığı bozukluklarına ve yaşam kalitesine etki eden ve literatürde yer alan diğer değişkenleri kullanmak suretiyle de etkilerin incelenmesi,
- Çalışmada kullanılan leklerin Suriyeli mlteçilerin dışında Türkiye’de yaşayan diğer mülteci ve sığınmacı gruplarına da uygulanması,
- Mlteçilerin depresyon düzeyleri ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi inceleyecek daha farklı çalışmalar ile bu çalışmanın sonuçlarının yeniden gözden geçirilmesi,
- Mlteçilerle nitel araştırma yöntemleri tekniklerini de kullanılarak daha farklı çalışmalar yapılması,
- Araştırmanın rneklem poplasyonu genişletilerek 18 yaş altı çocuklar ve ergenler üzerine de yapılması.

KAYNAKÇA

- Abubakar, I., Aldridge, R. W., Devakumar, D., Orcutt, M., Burns, R., Barreto, M. L., ... Zhou, S. (2018). The ucl–lancet commission on migration and health: the health of a world on the move. *The Lancet*, 392(10164), 2606-2654.
- Abu-Saba, M. B. (1999). War-related trauma and stress characteristics of American University of Beirut students. *Journal of Traumatic Stress*, 12(1), 201-207.
- Acartürk, C., Cetinkaya, M., Senay, I., Gulen, B., Aker, T. ve Hinton, D. (2018). Prevalence and predictors of posttraumatic stress and depression symptoms among Syrian refugees in a refugee camp. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 206(1), 40-45.
- Acartürk, C., Cuijpers, P., van Straten, A. ve de Graaf, R. (2009). Psychological treatment of social anxiety disorder: a meta-analysis. *Psychological Medicine*, 39(2), 241-254.
- Acartürk, C., McGrath, M., Roberts, B., Ilkkursun, Z., Cuijpers, P., Sijbrandij, M., ... Fuhr, D. C. (2021). Prevalence and predictors of common mental disorders among Syrian refugees in Istanbul, Turkey: a cross-sectional study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 56(3), 475-484.
- Adeleye, O. I. (2020). Fire disaster preparedness of public buildings in Ibadan metropolis, Nigeria. *Open Science Journal*, 5(2), 1-14.
- AFAD. (2019). Açıklamalı afet yönetimi terimler sözlüğü. 30 Aralık 2020 tarihinde <https://www.afad.gov.tr/aciklamali-afet-yonetimi-terimleri-sozlugu> adresinden erişildi.
- AFAD. (2020). Açıklamalı afet yönetimi terimler sözlüğü. 30 Aralık 2020 tarihinde <https://www.afad.gov.tr/aciklamali-afet-yonetimi-terimleri-sozlugu> adresinden erişildi.
- AFAD. (2021a). Afet türleri. 28 Ocak 2021 tarihinde <https://www.afad.gov.tr/afet-turleri> adresinden erişildi.
- AFAD. (2021b). Afet türleri. 28 Ocak 2021 tarihinde <https://www.afad.gov.tr/afet-turleri> adresinden erişildi.
- AFAD. (2022a). Afet türleri. 18 Mart 2022 tarihinde <https://www.afad.gov.tr/afet-turleri> adresinden erişildi.
- AFAD. (2022b). Afet türleri. 18 Mart 2022 tarihinde <https://www.afad.gov.tr/afet-turleri> adresinden erişildi.

- AFAD. (2022c). Afet türleri. 18 Mart 2022 tarihinde <https://www.afad.gov.tr/afet-turleri> adresinden erişildi.
- AFAD. (2022d). Afet İstatistikleri. 10 Nisan 2022 tarihinde <https://www.afad.gov.tr/afet-istatistikleri> adresinden erişildi.
- AFAD. (2022e). Afet türleri. 18 Mart 2022 tarihinde <https://www.afad.gov.tr/afet-turleri> adresinden erişildi.
- Ai, A. L., Peterson, C. ve Ubelhor, D. (2002). War-related trauma and symptoms of posttraumatic stress disorder among adult Kosovar refugees. *Journal of Traumatic Stress*, 15(2), 157-160.
- Akbulut, Y. (2010). *Sosyal Bilimlerde SPSS Uygulamaları: Sık Kullanılan İstatiksel Analizler ve Açıklamalı SPSS Çözümleri*. İdeal Kültür Yayıncılık.
- Akçay Civriz, G. (2019). *Suriyeli sığınmacı kadınlarda psikolojik dayanıklılık ve travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) ilişkisinin incelenmesi*. Yayımlanmamış yüksek lisans tezi, Hasan Kalyoncu Üniversitesi, Gaziantep.
- Akena, D., Joska, J., Obuku, E. A., Amos, T., Musisi, S. ve Stein, D. J. (2012). Comparing the accuracy of brief versus long depression screening instruments which have been validated in low and middle income countries: a systematic review. *BMC Psychiatry*, 12(1), 1-7.
- Akinyemi, O. O., Owoaje, E. T., Ige, O. K. ve Popoola, O. A. (2012). Comparative study of mental health and quality of life in long term refugees and host populations in Oru-Ijebu, Southwest Nigeria. *BMC Research Notes*, 5(1), 1-9.
- Akiskal, H. S. (1992). Duygudurum bozukluklarının doğası ve çeşitliliğine yeni bir bakış. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 3(3), 163-169.
- Albano, A. M., Chorpita, B. F. ve Barlow, D. H. (2003). Childhood anxiety disorders. *Child Psychopathology*. Editörler: In E. J. Mash ve R. A. Barkley, The Guilford Press. ss. 279–329.
- Alemany, S., Beltran, J., Perez, A. ve Ganzfried, S. (2019). Predicting hurricane trajectories using a recurrent neural network. *In Proceedings of the AAAI Conference on Artificial Intelligence*, 33(1), 468-475.
- Alexander, D. A. ve Klein, S. (2008). Combat-related disorders: a persistent chimera. *BMJ Military Health*, 154(2), 96-101.
- Al-Fahoum, A. S., Diomidous, M., Mechili, A., Archangelidi, O., Theodoromanolakis, P. ve Mantas, J. (2015). The provision of health services in Jordan to Syrian refugees. *Health Science Journal*, 9(2), 0-0.

- Almqvist, K. ve Broberg, A. G. (1999). Mental health and social adjustment in young refugee children 3½ years after their arrival in Sweden. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38(6), 723-730.
- Alpak, G., Unal, A., Bulbul, F., Sagaltici, E., Bez, Y., Altindag, A. ve Savas, H. A. (2015). Post-traumatic stress disorder among Syrian refugees in Turkey: a cross-sectional study. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 19(1), 45-50.
- Alpar, R. (2012). *Uygulamalı İstatistik ve Geçerlik-Güvenirlik: Spor, Sağlık ve Eğitim Bilimlerinden Örneklerle*, Ankara, Türkiye: Detay Yayıncılık.
- Al-Rousan, T., Schwabkey, Z., Jirmanus, L. ve Nelson, B. D. (2018). Health needs and priorities of Syrian refugees in camps and urban settings in Jordan: perspectives of refugees and health care providers. *East Mediterr Health J*, 24(3), 243-53.
- Al-Smadi, A. M., Tawalbeh, L. I., Gammoh, O. S., Ashour, A. F., Alshraifeen, A. ve Gougazeh, Y. M. (2017). Anxiety, stress, and quality of life among Iraqi refugees in Jordan: A cross sectional survey. *Nursing and Health Sciences*, 19(1), 100-104.
- Amir, M. ve Lev-Wiesel, R. (2003). Time does not heal all wounds: Quality of life and psychological distress of people who survived the Holocaust as children 55 years later. *Journal of Traumatic Stress: Official Publication of the International Society for Traumatic Stress Studies*, 16(3), 295-299.
- Anderson, F. M., Hatch, S. L., Comacchio, C. ve Howard, L. M. (2017). Prevalence and risk of mental disorders in the perinatal period among migrant women: a systematic review and meta-analysis. *Archives of Women's Mental Health*, 20(3), 449-462.
- Anderson, J. C., Williams, S., McGee, R. ve Silva, P. A. (1987). DSM-III disorders in preadolescent children: Prevalence in a large sample from the general population. *Archives of General Psychiatry*, 44(1), 69-76.
- Angermeyer, M. C. ve Kilian, R. (1997). Theoretical models of quality of life for mental disorders. *Quality of Life in Mental Disorders*, 2, 21-31.
- Angst, J. (1992). Epidemiology of depression. *Psychopharmacology*, 106(1), 71-74.
- Anthony, J. C. ve Petronis, K. R. (1991). Suspected risk factors for depression among adults 18–44 years old. *Epidemiology*, 2(2), 123-132.
- APA. (2000). *Quick reference to the diagnostic criteria from DSM-IV-TR*, Washington, DC: APA.
- APA. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. (5. Baskı) Arlington, VA: Author.

- Armenian, H. K., Morikawa, M., Melkonian, A. K., Hovanesian, A., Akiskal, K. ve Akiskal, H. S. (2002). Risk factors for depression in the survivors of the 1988 earthquake in Armenia. *Journal of Urban Health*, 79(3), 373-382.
- Arslan, E. B. (2021). *Kadınlarda endometriozisin anksiyete ve yaşam kalitesi üzerine etkisi*. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi, Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi: Nevşehir.
- Arokiasamy, J. T. ve Krishnan, R. (1994). Some epidemiological aspects and economic costs of injuries in Malaysia. *Asia Pacific Journal of Public Health*, 7(1), 16-20.
- Asmundson, G. J. ve Stapleton, J. A. (2008). Associations between dimensions of anxiety sensitivity and PTSD symptom clusters in active-duty police officers. *Cognitive Behaviour Therapy*, 37(2), 66-75.
- Assi, R., Özger-İlhan, S. ve İlhan, M. N. (2019). Health needs and access to health care: the case of Syrian refugees in Turkey. *Public Health*, 172, 146-152.
- Attanayake, V., McKay, R., Joffres, M., Singh, S., Burkle Jr, F. ve Mills, E. (2009). Prevalence of mental disorders among children exposed to war: a systematic review of 7,920 children. *Medicine Conflict and Survival*, 25(1), 4-19.
- Atwoli, L., Stein, D. J., Williams, D. R., McLaughlin, K. A., Petukhova, M., Kessler, R. C. ve Koenen, K. C. (2013). Trauma and posttraumatic stress disorder in South Africa: analysis from the South African Stress and Health Study. *BMC Psychiatry*, 13(1), 1-12.
- Axelrod, S. R., Morgan III, C. A. ve Southwick, S. M. (2005). Symptoms of posttraumatic stress disorder and borderline personality disorder in veterans of Operation Desert Storm. *American Journal of psychiatry*, 162(2), 270-275.
- Axisa, C., Nash, L., Kelly, P. ve Willcock, S. (2019). Burnout and distress in Australian physician trainees: evaluation of a wellbeing workshop. *Australasian Psychiatry*, 27(3), 255-261.
- Ayazi, T., Lien, L., Eide, A. H., Ruom, M. M. ve Hauff, E. (2012). What are the risk factors for the comorbidity of posttraumatic stress disorder and depression in a war-affected population? A cross-sectional community study in South Sudan. *BMC Psychiatry*, 12(1), 1-12.
- Aybar, M. (2017). Osmanlı Devleti'nde kıtlık ve iç göç: 1870-1900 arası iç anadolu örneği. *Mavi Atlas*, 5(2), 474-488.
- Aydın, P. Ç., Akyalçın, S. ve Mete, L. (2009). Anksiyete bozukluklarının tedavisinde antiepileptik ilaçların kullanımı. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 1(2), 80-94.

- Aydın, S. ve Karaoğlu, L. (2012). Gaziantep il merkezinde yaşayan yaşlıların yaşam kalitesi düzeyi ve etkileyen faktörler. *Turkish Journal of Geriatrics/Türk Geriatri Dergisi*, 15(4), 424-433.
- Badri, A., Van den Borne, H. W. ve Crutzen, R. (2013). Experiences and psychosocial adjustment of Darfuri female students affected by war: An exploratory study. *International Journal of Psychology*, 48(5), 944-953.
- Bahadır, H. (2016). *İzmir'in bir mahallesinde yaşayan suriyeli sığınmacıların sağlık durumları, sağlık hizmetlerine erişimi ve erişimi etkileyen etmenler*. Uzmanlık tezi. Dokuz Eylül Üniversitesi, İzmir.
- Bahu, M. (2019). War, trauma and culture: working with Tamil refugees and asylum seekers using culturally adapted CBT. *The Cognitive Behaviour Therapist*, 12.
- Bakan, B., Çelik, M. ve Sucaklı, M. H. (2013). Huzurevinde yaşayan yaşlıların yaşam kaliteleri ve etkileyen faktörler. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*, 17(3), 96-100.
- Ball, P., Betts, W., Scheuren, F., Dudukovich, J. ve Asher, J. (2002). Killings and refugee flow in Kosovo March-June 1999. *Washington, DC: A Report to the International Criminal Tribunal for the Former Yugoslavia*.
- Bandelow, B., Charimo Torrente, A., Wedekind, D., Broocks, A., Hajak, G. ve Rüther, E. (2004). Early traumatic life events, parental rearing styles, family history of mental disorders, and birth risk factors in patients with social anxiety disorder. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 254(6), 397-405.
- Barenbaum, J., Ruchkin, V. ve Schwab-Stone, M. (2004). The psychosocial aspects of children exposed to war: practice and policy initiatives. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45(1), 41-62.
- Barkhof, S. ve Smith, A. K. (2014). *War and displacement in the twentieth century: global conflicts*. Routledge, ISBN: 978-0-415-71981-0, Newyork.
- Bartoli, F., Lillia, N., Lax, A., Crocamo, C., Mantero, V., Carrà, G. ve Clerici, M. (2013). Depression after stroke and risk of mortality: a systematic review and meta-analysis. *Stroke Research and Treatment*, 1-12.
- Bastiaansen, D., Koot, H. M., Ferdinand, R. F. ve Verhulst, F. C. (2004). Quality of life in children with psychiatric disorders: self-, parent, and clinician report. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43(2), 221-230.
- Başoğlu, M., Livanou, M., Crnobarić, C., Frančišković, T., Suljić, E., Đurić, D. ve Vranešić, M. (2005). Psychiatric and cognitive effects of war in former

- Yugoslavia: association of lack of redress for trauma and posttraumatic stress reactions. *Jama*, 294(5), 580-590.
- Baxter, A. J., Vos, T., Scott, K. M., Ferrari, A. J. ve Whiteford, H. A. (2014). The global burden of anxiety disorders in 2010. *Psychological Medicine*, 44(11), 2363-2374.
- Beaudoin, C. E. (2007). News, social capital and health in the context of Katrina. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, 18(2), 418-430.
- Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G. ve Steer, R. A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56(6), 893.
- Begić, D. ve Jokić-Begić, N. (2001). Aggressive behavior in combat veterans with post-traumatic stress disorder. *Military Medicine*, 166(8), 671-676.
- Beidel, D. C. ve Turner, S. M. (1997). At risk for anxiety: I. Psychopathology in the offspring of anxious parents. *Journal of the American Academy of Child ve Adolescent Psychiatry*, 36(7), 918-924.
- Benotsch, E. G. Brailey, K., Vasterling, J. J., Uddo, M., Constans, J. I. ve Sutker, P. B. (2000). War zone stress, personal and environmental resources, and PTSD symptoms in Gulf War veterans: a longitudinal perspective. *Journal of Abnormal Psychology*, 109(2), 205.
- Bernstein, G. A. ve Borchardt, C. M. (1991). Anxiety disorders of childhood and adolescence: A critical review. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 30(4), 519-532.
- Beza, S., Mavrodi, A. G., Kyratso, G. ve Aletras, V. H. (2022). Health-related quality of life among refugees and asylum seekers in Northern Greece. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 24(2), 437-444.
- Bhattacharya, S. ve Pal, S. (2020). Need for inclusion of disaster psychology education in school curricula of India. *UGC Care Journal*, 31, 48-57.
- Bhugra, D. (2004). Migration and mental health. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 109(4), 243-258.
- Bhugra, D. ve Ommeren, M. V. (2006). Mental health, psychosocial support and the tsunami. *International Review of Psychiatry*, 18(3), 213-216.
- Binay, H. (2016). *Suriye ve Irak'tan gelen savaş mağduru çocuk ve genç mültecilerde travma sonrası stres bozukluğu düzeyi*. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi, Hasan Kalyoncu Üniversitesi, Gaziantep.

- Binbay, Z., Lal, B. T., Solmaz, M., Albayrak, Y. ve Sagir, S. (2013). 1856–Depression in mothers of children with thalassemia. *European Psychiatry*, 28(1), 1-1.
- Birinci, E. (2021). Yaşlı bireylerin yaşam kalitesi ve depresyon durumlarının incelenmesi. *Tibbi Sosyal Hizmet Dergisi*, 17, 119-129.
- Bishop, M., Rosenstein, D., Bakelaar, S. ve Seedat, S. (2014). An analysis of early developmental trauma in social anxiety disorder and posttraumatic stress disorder. *Annals of General Psychiatry*, 13(1), 1-14.
- Bjelland, I., Dahl, A. A., Haug, T. T. ve Neckelmann, D. (2002). The validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale: an updated literature review. *Journal of Psychosomatic Research*, 52(2), 69-77.
- Blair, R. G. (2000). Risk factors associated with PTSD and major depression among Cambodian refugees in Utah. *Health and Social Work*, 25(1), 23-30.
- Blazer, D. G., Kessler, R. C., McGonagle, K. A. ve Swartz, M. S. (1994). The prevalence and distribution of major depression in a national community sample: the National Comorbidity Survey.
- Blight, K. J., Ekblad, S., Persson, J. O. ve Ekberg, J. (2006). Mental health, employment and gender. Cross-sectional evidence in a sample of refugees from Bosnia-Herzegovina living in two Swedish regions. *Social Science and Medicine*, 62(7), 1697-1709.
- Bogic, M., Ajdukovic, D., Bremner, S., Franciskovic, T., Galeazzi, G. M., Kucukalic, A. ve Priebe, S. (2012). Factors associated with mental disorders in long-settled war refugees: refugees from the former Yugoslavia in Germany, Italy and the UK. *The British Journal of Psychiatry*, 200(3), 216-223.
- Bogic, M., Njoku, A. ve Priebe, S. (2015). Long-term mental health of war-refugees: a systematic literature review. *BMC International Health and Human Rights*, 15(1), 1-41.
- Boin, A. ve t Hart, P. (2007). *The crisis approach*. In Handbook of disaster research içinde (ss. 42-54). New York, NY: Springer.
- Bokszczanin, A. (2007). PTSD symptoms in children and adolescents 28 months after a flood: age and gender differences. *Journal of Traumatic Stress*, 20(3), 347–351.
- Bonita, R., Beaglehole, R. ve Kjellström, T. (2006). *Basic epidemiology*. (2. Baskı), World Health Organization.
- Bostancı, N., Albayrak, B., Bakoğlu, İ. ve Çoban, Ş. (2006). Üniversite öğrencilerinde çocukluk çağı travmalarının depresif belirtileri üzerine etkisi. *Yeni Sempozyum Dergisi*, 44(2), 100-106.

- Boswall, K. ve Al Akash, R. (2015). Personal perspectives of protracted displacement: An ethnographic insight into the isolation and coping mechanisms of Syrian women and girls living as urban refugees in northern Jordan. *Intervention*, 13(3), 203-215.
- Bowley, J. (2006). Working with asylum seekers. Case formulation in cognitive behaviour therapy: the treatment of challenging and complex cases, London, UK: Routledge: Editör: In Tarrier, N, ss. 330–348.
- Bögels, S. M. ve Brechman-Toussaint, M. L. (2006). Family issues in child anxiety: Attachment, family functioning, parental rearing and beliefs. *Clinical Psychology Review*, 26(7), 834-856.
- Brady, K. T., Killeen, T. K., Brewerton, T. ve Lucerini, S. (2000). Comorbidity of psychiatric disorders and posttraumatic stress disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 61, 22-32.
- Breslau, N., Davis, G. C., Andreski, P. ve Peterson, E. (1991). Traumatic events and posttraumatic stress disorder in an urban population of young adults. *Archives of General Psychiatry*, 48(3), 216-222.
- Breslau, N., Davis, G. C., Peterson, E. L. ve Schultz, L. (1997). Psychiatric sequelae of posttraumatic stress disorder in women. *Archives of General Psychiatry*, 54(1), 81-87.
- Breslau, N., Kessler, R. C., Chilcoat, H. D., Schultz, L. R., Davis, G. C. ve Andreski, P. (1998). Trauma and posttraumatic stress disorder in the community: the 1996 Detroit Area Survey of Trauma. *Archives of General Psychiatry*, 55(7), 626-632.
- Brewin, C. R., Andrews, B. ve Valentine, J. D. (2000). Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(5), 748.
- Britt, T. W., Dickinson, J. M., Moore, D., Castro, C. A. ve Adler, A. B. (2007). Correlates and consequences of morale versus depression under stressful conditions. *Journal of Occupational Health Psychology*, 12(1), 34.
- Bronstein, I., Montgomery, P. ve Ott, E. (2013). Emotional and behavioural problems amongst Afghan unaccompanied asylum-seeking children: results from a large-scale cross-sectional study. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 22(5), 285-294.
- Brown, G. W. ve Harris, T. (2012). *Social origins of depression: A Study of Psychiatric Disorder In Women*, Routledge, ISBN: 9780203714911, Londra, 416s.

- Brown, P. J. ve Roose, S. P. (2011). Age and anxiety and depressive symptoms: the effect on domains of quality of life. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 26(12), 1260-1266.
- Bruce, L. C., Heimberg, R. G., Blanco, C., Schneier, F. R. ve Liebowitz, M. R. (2012). Childhood maltreatment and social anxiety disorder: Implications for symptom severity and response to pharmacotherapy, *Depression and Anxiety*, 29(2), 131-138.
- Buhmann, C. B. (2014). Traumatized refugees: morbidity, treatment and predictors of outcome. *Dan Med J*, 61(8), B4871.
- Burckhardt, C. S., Woods, S. L., Schultz, A. A. ve Ziebarth, D. M. (1989). Quality of life of adults with chronic illness: a psychometric study. *Research in Nursing and Health*, 12(6), 347-354.
- Büyüköztürk, Ş. (2009), *Sosyal Bilimler İçin Veri Analizi El Kitabı*, Ankara: Pegem Akademi Yayıncılık.
- Büyüköztürk, Ş. (2011). *Sosyal Bilimler İçin Veri Analizi El Kitabı*. Ankara: Pegem Akademi Yayıncılık.
- Büyüköztürk, Ş., Çakmak, E. K., Akgün, Ö. E., Karadeniz, Ş. ve Demirel, F. (2010). *Bilimsel Araştırma Yöntemleri*. Ankara: Pegem Akademi Yayıncılık, 109.
- Calman, K. C. (1984). Quality of life in cancer patients--an hypothesis. *Journal of Medical Ethics*, 10(3), 124-127.
- Campbell, A., Converse, P. E. ve Rodgers, W. L. (1976). *The quality of American life: Perceptions, Evaluations, and Satisfaction*. Russell Sage Foundation.
- Campos, A. C. V., Vargas, A. M. D. ve Albala, C. (2014). Aging, Gender and Quality of Life (AGEQOL) study: factors associated with good quality of life in older Brazilian community-dwelling adults. *Health and Quality of Life Outcomes*, 12(1), 1-11.
- Cantwell, D. P. ve Baker, L. (1989). Stability and natural history of DSM-III childhood diagnoses. *Journal of the American Academy of Child ve Adolescent Psychiatry*, 28(5), 691-700.
- Cao, X., Chen, L., Tian, L. ve Jiang, X. (2015). Psychological distress and health-related quality of life in relocated and nonrelocated older survivors after the 2008 Sichuan earthquake. *Asian Nursing Research*, 9(4), 271-277.
- Card, J. J. (1987). Epidemiology of PTSD in a national cohort of Vietnam veterans. *Journal of Clinical psychology*, 43(1), 6-17.

- Carlson, E. B. ve Rosser-Hogan, R. (1991). Trauma experiences, posttraumatic stress, dissociation, and depression in Cambodian refugees. *The American Journal of Psychiatry*, 148 (11), 1548–1551.
- Carlson, E. B., Furby, L., Armstrong, J. ve Shlaes, J. (1997). A conceptual framework for the long-term psychological effects of traumatic childhood abuse. *Child Maltreatment*, 2(3), 272-295.
- Carlsson, J. M., Mortensen, E. L. ve Kastrup, M. (2006). Predictors of mental health and quality of life in male tortured refugees. *Nordic Journal of Psychiatry*, 60(1), 51-57.
- Carlsson, J. M., Olsen, D. R., Mortensen, E. L. ve Kastrup, M. (2006). Mental health and health-related quality of life: a 10-year follow-up of tortured refugees. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 194(10), 725-731.
- Carmassi, C., Dell'Oso, L., Manni, C., Candini, V., Dagani, J., Iozzino, L. ve De Girolamo, G. (2014). Frequency of trauma exposure and post-traumatic stress disorder in Italy: analysis from the world mental health survey initiative. *Journal of Psychiatric Research*, 59, 77-84.
- Carroll, E. M., Rueger, D. B., Foy, D. W. ve Donahoe, C. P. (1985). Vietnam combat veterans with posttraumatic stress disorder: analysis of marital and cohabitating adjustment. *Journal of Abnormal Psychology*, 94(3), 329.
- Carswell, K., Blackburn, P. ve Barker, C. (2011). The relationship between trauma, post-migration problems and the psychological well-being of refugees and asylum seekers. *International Journal of Social Psychiatry*, 57(2), 107-119.
- Catani, C., Kohiladevy, M., Ruf, M., Schauer, E., Elbert, T. ve Neuner, F. (2009). Treating children traumatized by war and Tsunami: a comparison between exposure therapy and meditation-relaxation in North-East Sri Lanka. *BMC Psychiatry*, 9(1), 1-11.
- Cerdá, M., Paczkowski, M., Galea, S., Nemethy, K., Péan, C. ve Desvarieux, M. (2013). Psychopathology in the aftermath of the haiti earthquake: A population-based study of posttraumatic stress disorder and major depression. *Depression and Anxiety*, 30(5), 413-424.
- Cervatoğlu-Geyran, P. (2000). Psikolojik travma ve sonuçları: tarihsel arka plan ve güncel kavramlar üzerine gözden geçirme. *Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji Dergisi*, 8(1), 9-12.

- Charlson, F., van Ommeren, M., Flaxman, A., Cornett, J., Whiteford, H. ve Saxena, S. (2019). New WHO prevalence estimates of mental disorders in conflict settings: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet*, 394(10194), 240-248.
- Chemtob, C. M., Hamada, R. S., Roitblat, H. L. ve Muraoka, M. Y. (1994). Anger, impulsivity, and anger control in combat-related posttraumatic stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62(4), 827.
- Cheng, Z., Ma, N., Yang, L., Agho, K., Stevens, G., Raphael, B. ve Yu, X. (2015). Depression and posttraumatic stress disorder in temporary settlement residents 1 year after the Sichuan earthquake. *Asia Pacific Journal of Public Health*, 27(2), NP1962-NP1972.
- Cherry, K. E., Sampson, L., Galea, S., Marks, L. D., Baudoin, K. H., Nezat, P. F. ve Stanko, K. E. (2017). Health-related quality of life in older coastal residents after multiple disasters. *Disaster Medicine and Public Health Preparedness*, 11(1), 90-96.
- Cheung, P. (1994). Posttraumatic stress disorder among Cambodian refugees in New Zealand. *International Journal of Social Psychiatry*, 40(1), 17-26.
- Chi, X., Liang, K., Chen, S. T., Huang, Q., Huang, L., Yu, Q. ve Zou, L. (2021). Mental health problems among Chinese adolescents during the COVID-19: The importance of nutrition and physical activity. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 21(3), 100218.
- Chikovani, I., Makhashvili, N., Gotsadze, G., Patel, V., McKee, M., Uchaneishvili, M., ... Roberts, B. (2015). Health service utilization for mental, behavioural and emotional problems among conflict-affected population in Georgia: a cross-sectional study. *PloS One*, 10(4), e0122673.
- Choi, Y., Lim, S. Y., Jun, J. Y., Lee, S. H., Yoo, S. Y., Kim, S., ... Kim, S. J. (2017). The effect of traumatic experiences and psychiatric symptoms on the life satisfaction of North Korean refugees. *Psychopathology*, 50(3), 203-210.
- Chou, F. H. C., Chou, P., Su, T. T. P., Ou-Yang, W. C., Chien, I. C., Lu, M. K. ve Huang, M. W. (2004). Quality of life and related risk factors in a Taiwanese Village population 21 months after an earthquake. *Australian ve New Zealand Journal of Psychiatry*, 38(5), 358-364.
- Chung, M. C., AlQarni, N., AlMazrouei, M., Al Muhairi, S., Shakra, M., Mitchell, B., ... Al Hashimi, S. (2018a). Posttraumatic stress disorder and psychiatric comorbidity among Syrian refugees of different ages: the role of trauma centrality. *Psychiatric Quarterly*, 89(4), 909-921.

- Chung, M. C., AlQarni, N., AlMazrouei, M., Al Muhairi, S., Shakra, M., Mitchell, B., ... Al Hashimi, S. (2018b). The impact of trauma exposure characteristics on post-traumatic stress disorder and psychiatric co-morbidity among Syrian refugees. *Psychiatry Research*, 259, 310-315.
- Chung, R. C. Y. ve Kagawa-Singer, M. (1993). Predictors of psychological distress among Southeast Asian refugees. *Social Science and Medicine*, 36(5), 631-639.
- Cihan, E. ve Pirinççi, C. Ş. (2020). Covid-19 pandemi sürecinde genç popülasyonun yaşam kalitesinin fiziksel aktivite seviyesi ve depresyon düzeyi ile ilişkisi. *Selçuk Sağlık Dergisi*, 1(Covid-19 Özel), 41-53.
- Clark, L. A. ve Watson, D. (1991). Tripartite model of anxiety and depression: psychometric evidence and taxonomic implications. *Journal of Abnormal Psychology*, 100(3), 316.
- Cohen, S. D., Cukor, D. ve Kimmel, P. L. (2016). Anxiety in patients treated with hemodialysis. *Clinical Journal of the American Society of Nephrology*, 11(12), 2250-2255.
- Colic-Peisker, V. ve Walker, I. (2003). Human capital, acculturation and social identity: Bosnian refugees in Australia. *Journal of community and Applied Social Psychology*, 13(5), 337-360.
- Combabert, N., Pennequin, V., Ferrand, C., Armand, M., Anselme, M. ve Geffray, B. (2018). Cognitive impairment, self-perceived health and quality of life of older prisoners. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 28(1), 36-49.
- Correa-Velez, I., Green, A., Murray, K., Schweitzer, R. D., Vromans, L., Lenette, C. ve Brough, M. (2020). Social context matters: predictors of quality of life among recently arrived refugee women-at-risk living in Australia. *Journal of Immigrant ve Refugee Studies*, 18(4), 498-514.
- Costanza, R., Fisher, B., Ali, S., Beer, C., Bond, L., Boumans, R., ... Snapp, R. (2007). Quality of life: An approach integrating opportunities, human needs, and subjective well-being. *Ecological Economics*, 61(2-3), 267-276.
- Costello, E. J., Copeland, W. ve Angold, A. (2011). Trends in psychopathology across the adolescent years: what changes when children become adolescents, and when adolescents become adults?. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 52(10), 1015-1025.
- Coşkun R., Altunışık, R., Bayraktaroğlu, S. ve Yıldırım E. (2015). *Sosyal bilimlerde araştırma yöntemleri spss uygulamalı*, (8. Baskı), Sakarya Kitabevi, Sakarya.

- Cogle, J. R., Timpano, K. R., Sachs-Ericsson, N., Keough, M. E. ve Riccardi, C. J. (2010). Examining the unique relationships between anxiety disorders and childhood physical and sexual abuse in the National Comorbidity Survey-Replication. *Psychiatry Research*, 177(1-2), 150-155.
- Crea, T. M., Calvo, R. ve Loughry, M. (2015). Refugee health and wellbeing: differences between urban and camp-based environments in sub-Saharan Africa. *Journal of Refugee Studies*, 28(3), 319-330.
- Creamer, M., Burgess, P. ve McFarlane, A. C. (2001). Post-traumatic stress disorder: findings from the Australian National Survey of Mental Health and Well-being. *Psychological Medicine*, 31(7), 1237-1247.
- Creedy, D. K., Sidebotham, M., Gamble, J., Pallant, J. ve Fenwick, J. (2017). Prevalence of burnout, depression, anxiety and stress in Australian midwives: a cross-sectional survey. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 17(1), 1-8.
- Csöff, R. M., Brähler, E. ve Lindert, J. (2013). Anxiety and depressive symptoms and exposition towards violence in the general older population (between 60 and 84 years) in Germany-results from a cross-sectional study. *Gesundheitswesen (Bundesverband der Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (Germany))*, 76(6), e23-31.
- Çaparlar, C. Ö. ve Dönmez, A. (2016). Bilimsel araştırma nedir, nasıl yapılır. *Türk J Anaesthesiol Reanim*, 44(4), 212-8.
- Çetin, Ş. ve Varma, G. S. (2021). Somatik Belirti Bozukluğu: Tarihsel süreç ve biyopsikososyal yaklaşım. *Psikiyatri GÜNCEL Yaklaşımlar*, 13(4), 790-804.
- Çevik, C., Selçuk, K. T., Çevik, E. ve Karadağ, N. (2019). Balıkesir’de yaşayan Suriyeli mültecilerde sağlık hizmet kullanımı ve memnuniyetinin iyilik hali ve Yaşam Kalitesine Etkisi. In 3. International 21. National Public Health Congress, 26-29 Kasım 2019, Antalya, s. 1015-1016.
- Dalbudak, E. (2008). *Erkek Alkol Bağımlılarında Travma Sonrası Stres Bozukluğu ve Kişilik Özelliklerinin Yaşam Kalitesi ile İlişkisi*, Uzmanlık tezi, Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları E. A. Hastanesi, İstanbul.
- D'Ardenne, P., Capuzzo, N., Fakhoury, W. K., Jankovic-Gavrilovic, J. ve Priebe, S. (2005). Subjective quality of life and posttraumatic stress disorder. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 193(1), 62-65.
- Davenport, C., Moore, W. ve Poe, S. (2003). Sometimes you just have to leave: Domestic threats and forced migration, 1964-1989. *International Interactions*, 29(1), 27-55.

- Davis, R. M. ve Davis, H. (2006). PTSD symptom changes in refugees. *Torture: Quarterly Journal on Rehabilitation of Torture Victims and Prevention of Torture*, 16(1), 10-19.
- De Anstiss, H., Ziaian, T., Procter, N., Warland, J. ve Baghurst, P. (2009). Help-seeking for mental health problems in young refugees: A review of the literature with implications for policy, practice, and research. *Transcultural Psychiatry*, 46(4), 584-607.
- De Gucht, V. (2015). Illness perceptions mediate the relationship between bowel symptom severity and health-related quality of life in IBS patients. *Quality of Life Research*, 24(8), 1845-1856.
- De Jong, J. T., Komproe, I. H., Van Ommeren, M., El Masri, M., Araya, M., Khaled, N., ... Somasundaram, D. (2001). Lifetime events and posttraumatic stress disorder in 4 postconflict settings. *Jama*, 286(5), 555-562.
- Deblinger, E., Lippmann, J. ve Steer, R. (1996). Sexually abused children suffering posttraumatic stress symptoms: Initial treatment outcome findings. *Child Maltreatment*, 1(4), 310-321.
- Demazure, G., Gaultier, S. ve Pinsault, N. (2018). Dealing with difference: a scoping review of psychotherapeutic interventions with unaccompanied refugee minors. *European Child ve Adolescent Psychiatry*, 27(4), 447-466.
- Demirci, K. (2016). Çocukluk çağı travmaları ve obsesif kompulsif belirtilerin ilişkisinin incelenmesi. *Journal of Mood Disorders*, 6(1).
- Demirtaş, Z. (2020). Mülteci ve Türk kadınlarında kronik pelvik ağrı ve yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. *Osmangazi Tıp Dergisi*
- Deniz, V. ve Küçük, S. (2005). Afetler ve endüstriyel kazalar. Deprem Sempozyumu, 23-25 Mart, 2005, Kocaeli, ss. 1261-1263.
- Derluyn, I. ve Broekaert, E. (2007). Different perspectives on emotional and behavioural problems in unaccompanied refugee children and adolescents. *Ethnicity and Health*, 12(2), 141-162.
- Derluyn, I., Mels, C. ve Broekaert, E. (2009). Mental health problems in separated refugee adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 44(3), 291-297.
- Dewey, D. (2018). What is comorbidity and why does it matter in neurodevelopmental disorders?. *Current Developmental Disorders Reports*, 5(4), 235-242.
- Dhungana, S., Koirala, R., Ojha, S. P. ve Thapa, S. B. (2021). Quality of life and its association with psychiatric disorders in outpatients with trauma history in a

- tertiary hospital in Kathmandu, Nepal: a cross-sectional study. *BMC Psychiatry*, 21(1), 1-11.
- Dickstein, B. D., Suvak, M., Litz, B. T. ve Adler, A. B. (2010). Heterogeneity in the course of posttraumatic stress disorder: Trajectories of symptomatology. *Journal of Traumatic Stress*, 23(3), 331-339.
- Diener, E., Suh, E. M., Lucas, R. E. ve Smith, H. L. (1999). Subjective well-being: Three decades of progress. *Psychological Bulletin*, 125(2), 276.
- Ditlevsen, D. N. ve Elklit, A. (2010). The combined effect of gender and age on post traumatic stress disorder: do men and women show differences in the lifespan distribution of the disorder?. *Annals of General Psychiatry*, 9(1), 1-12.
- Doerfler, L. A., Paraskos, J. A. ve Piniarski, L. (2005). Relationship of quality of life and perceived control with posttraumatic stress disorder symptoms 3 to 6 months after myocardial infarction. *Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation and Prevention*, 25(3), 166-172.
- Doğan, M. (2001). Depresyonda bilişsel terapi yaklaşımı temel boyutlar ve açıklamalar. *Sosyal Bilimler Dergisi*, 61-103.
- Doğan, T. (2013). Beş faktör kişilik özellikleri ve öznel iyi oluş. *Doğuş Üniversitesi Dergisi*, 14(1), 56-64.
- Doğruluk, M., Doğan, A., Kalkan, N. ve Korkmaz, M. (2018). Nükleer tehlikeler ve afet yönetimi: Türkiye’de durum değerlendirmesi. *Afet ve Risk Dergisi*, 1(2), 137-153.
- Dokkedahl, S., Oboke, H., Ovuga, E. ve Elklit, A. (2015). ICD-11 trauma questionnaires for PTSD and complex PTSD: Validation among civilians and former abducted children in Northern Uganda.
- Dorr, D. A., Jones, S. S., Burns, L., Donnelly, S. M., Brunner, C. P., Wilcox, A. ve Clayton, P. D. (2006). Use of health-related, quality-of-life metrics to predict mortality and hospitalizations in community-dwelling seniors. *Journal of the American Geriatrics Society*, 54(4), 667-673.
- Doruk, A. (1998). *Travma sonrası stres bozukluğunda etyolojik faktörlerin araştırılması*. Uzmanlık tezi, Gülhane Askeri Tıp Akademisi Askeri Tıp Akademisi Askeri Tıp Fakültesi, Ankara.
- Dubois, V., Tonglet, R., Hoyois, P., Sunbaunat, K., Roussaux, J. P. ve Hauff, E. (2004). Household survey of psychiatric morbidity in Cambodia. *International Journal of Social Psychiatry*, 50(2), 174-185.
- Dumas, J. E., LaFreniere, P. J. ve Serketich, W. J. (1995). "Balance of power": a transactional analysis of control in mother-child dyads involving socially

- competent, aggressive, and anxious children. *Journal of Abnormal Psychology*, 104(1), 104.
- DuPont, R. L., Rice, D. P., Miller, L. S., Shiraki, S. S., Rowland, C. R. ve Harwood, H. J. (1996). Economic costs of anxiety disorders. *Anxiety*, 2(4), 167-172.
- Durieux-Paillard, S. (2011). Differences in language, religious beliefs and culture: the need for culturally responsive health services. *Migration and health in the European Union*, Editörler: Rechel, B., Mladovsky, P., Deville, W., Rijks, B., Petrova-Benedict, B. ve McKee, M. Open University Press, ss. 203-212.
- Eaton, W. W., Muntaner, C., Bovasso, G. ve Smith, C. (2001). Socioeconomic status and depressive syndrome: the role of inter-and intra-generational mobility, government assistance, and work environment. *Journal of Health and Social Behavior*, 42(3), 277.
- Edition, F. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders. *Am Psychiatric Assoc*, 21(21), 591-643.
- Elwood, L. S., Hahn, K. S., Olatunji, B. O. ve Williams, N. L. (2009). Cognitive vulnerabilities to the development of PTSD: A review of four vulnerabilities and the proposal of an integrative vulnerability model. *Clinical Psychology Review*, 29(1), 87-100.
- Em-Dat, (2022). Industrial Accidents. 28 Nisan 2022 tarihinde <https://public.emdat.be/data> adresinden erişildi.
- Engdahl, B., Dikel, T. N., Eberly, R. ve Blank Jr, A. (1998). Comorbidity and course of psychiatric disorders in a community sample of former prisoners of war. *American Journal of Psychiatry*, 155(12), 1740-1745.
- Ercan, I. ve Kan, I. (2004). Reliability and validity in the scales. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 30(3), 211-6.
- Erci, B. (2005). Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Türkçe Versiyonunun Güvenilirliği ve Geçerliliği. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 8(2), 74-81.
- Erden, G. ve Gürdil, G. (2009). Savaş yaşantılarının ardından çocuk ve ergenlerde gözlenen travma tepkileri ve psiko-sosyal yardım önerileri. *Türk Psikoloji Yazıları*, 12(24), 1-13.
- Erdoğan, S. ve Yazıcıoğlu, Y. (2004). *SPSS Uygulamalı Bilimsel Araştırma Yöntemleri*. Ankara: Detay Yayıncılık.
- Ergünay, O. (2007). Türkiye'nin afet profili. TMMOB Afet Sempozyumu Bildiriler Kitabı, 5-7 Aralık, 2007, Ankara: Türkiye, ss. 1-14.

- Erickson, D. J., Wolfe, J., King, D. W., King, L. A. ve Sharkansky, E. J. (2001). Posttraumatic stress disorder and depression symptomatology in a sample of Gulf War veterans: a prospective analysis. *Journal of consulting and clinical psychology*, 69(1), 41.
- Erikson E.H. (1968). *Identity: Youth and Crisis*. New York: Norton.
- Erkan, H. S. (2021). Suriyeli Göçmenlerin Türkiye'yi Tercihi Üzerinden Göç Teorilerine Yeniden Bakış. *Ortadoğu Etütleri*, 13(3), 421-445.
- Eskander, N., Vadukapuram, R., Zahid, S., Ashraf, S. ve Patel, R. S. (2020). Post-traumatic stress disorder and suicidal behaviors in American adolescents: analysis of 159,500 psychiatric hospitalizations. *Cureus*, 12(5).
- Eslam Parast, N. ve Taştekin Ouyaba, A. (2022). The impact of the demographic and migration process factors of refugee women on quality of life and the mediating role of mental health. *Perspectives in Psychiatric Care*, 58(2), 785-794.
- Espié, E., Gaboulaud, V., Baubet, T., Casas, G., Mouchenik, Y., Yun, O., ... Moro, M. R. (2009). Trauma-related psychological disorders among Palestinian children and adults in Gaza and West Bank, 2005-2008. *International Journal of Mental Health Systems*, 3(1), 1-5.
- Fan, F., Zhang, Y., Yang, Y., Mo, L. ve Liu, X. (2011). Symptoms of posttraumatic stress disorder, depression, and anxiety among adolescents following the 2008 Wenchuan earthquake in China. *Journal of Traumatic Stress*, 24(1), 44-53.
- Farhood, L., Zurayk, H., Chaya, M., Saadeh, F., Meshefedjian, G. ve Sidani, T. (1993). The impact of war on the physical and mental health of the family: The lebanese experience. *Social Science and Medicine*, 36, 1555-1567.
- Favaro, A., Maiorani, M., Colombo, G. ve Santonastaso, P. (1999). Traumatic experiences, posttraumatic stress disorder, and dissociative symptoms in a group of refugees from former Yugoslavia. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 187(5), 306-308.
- Fazel, M. ve Stein, A. (2003). Mental health of refugee children: comparative study. *Bmj*, 327(7407), 134.
- Fazel, M., Reed, R. V., Panter-Brick, C. ve Stein, A. (2012). Mental health of displaced and refugee children resettled in high-income countries: risk and protective factors. *The Lancet*, 379(9812), 266-282.
- Fazel, M., Wheeler, J. ve Danesh, J. (2005). Prevalence of serious mental disorder in 7000 refugees resettled in western countries: a systematic review. *The Lancet*, 365(9467), 1309-1314.

- Fazel, S., Wolf, A., Långström, N., Newton, C. R. ve Lichtenstein, P. (2013). Premature mortality in epilepsy and the role of psychiatric comorbidity: a total population study. *The Lancet*, 382(9905), 1646-1654.
- Fedoroff, I. Taylor, S., Asmundson, G. ve Koch, W. (2000). Cognitive factors in traumatic stress reactions: predicting PTSD symptoms from anxiety sensitivity and beliefs about harmful events. *Behavioral and Cognitive Psychotherapy*, 28, 5-15.
- Felce, D. ve Perry, J. (1995). Quality of life: Its definition and measurement. *Research in Developmental Disabilities*, 16(1), 51-74.
- Felitti, V. J., Anda, R.F., Nordenberg, D., Williamson, D.F., Spitz, A.M., Edwards, V., ... Marks, J. S. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults: the adverse childhood experiences (ACE) study. *Am J Prev Med* 14(4):245–258.
- Fenta, H., Hyman, I. ve Noh, S. (2004). Determinants of depression among Ethiopian immigrants and refugees in Toronto. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 192(5), 363-372.
- Ferrada-Noli, M., Asberg, M. ve Ormstad, K. (1998). Suicidal behavior after severe trauma. Part 2: The association between methods of torture and of suicidal ideation in posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress: Official Publication of the International Society for Traumatic Stress Studies*, 11(1), 113-124.
- Ferry, F., Bunting, B., Murphy, S., O'Neill, S., Stein, D. ve Koenen, K. (2014). Traumatic events and their relative PTSD burden in Northern Ireland: a consideration of the impact of the 'Troubles'. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 49(3), 435-446.
- Feyera, F., Mihretie, G., Bedaso, A., Gedle, D. ve Kumera, G. (2015). Prevalence of depression and associated factors among Somali refugee at melkadida camp, southeast Ethiopia: a cross-sectional study. *BMC Psychiatry*, 15(1), 1-7.
- Fichter, M. M., Kohlboeck, G. ve Quadflieg, N. (2008). The Upper Bavarian longitudinal community study 1975–2004. 2. Long-term course and outcome of depression. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 258(8), 476-488.
- Fitria, D., Mustikasari, M. ve Panjaitan, R. U. (2020). The psychological capital and anxiety felt by post-market fire disaster victims. *Jurnal Ners*, 15(1), 1-6.

- Foa, E. B. (1997). Trauma and women: course, predictors, and treatment. *Journal of Clinical Psychiatry*, 58(9), 25-28.
- Fontalba-Navas, A., Lucas-Borja, M. E., Gil-Aguilar, V., Arrebola, J. P., Pena-Andreu, J. M. ve Perez, J. (2017). Incidence and risk factors for post-traumatic stress disorder in a population affected by a severe flood. *Public Health*, 144, 96-102.
- Fortney, J. C., Curran, G. M., Hunt, J. B., Cheney, A. M., Lu, L., Valenstein, M. ve Eisenberg, D. (2016). Prevalence of probable mental disorders and help-seeking behaviors among veteran and non-veteran community college students. *General Hospital Psychiatry*, 38, 99-104.
- Frankenberg, E., Friedman, J., Gillespie, T., Ingwersen, N., Pynoos, R., Rifai, I. U., ... Thomas, D. (2008). Mental health in Sumatra after the tsunami. *American Journal of Public Health*, 98(9), 1671-1677.
- Frérot, M., Lefebvre, A., Aho, S., Callier, P., Astruc, K. ve Aho Glélé, L. S. (2018). What is epidemiology? Changing definitions of epidemiology 1978-2017. *PloS One*, 13(12), e0208442.
- Fullerton, C. S., Ursano, R. J., Epstein, R. S., Crowley, B., Vance, K. L., Kao, T. C. ve Baum, A. (2000). Peritraumatic dissociation following motor vehicle accidents: Relationship to prior trauma and prior major depression. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 188(5), 267-272.
- Führer, A., Tiller, D., Brzoska, P., Korn, M., Gröger, C. ve Wienke, A. (2020). Health-related disparities among migrant children at school entry in Germany. How does the definition of migration status matter?. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(1), 212.
- Gagliardi, J., Brettschneider, C. ve König, H. H. (2021). Health-related quality of life of refugees: a systematic review of studies using the WHOQOL-Bref instrument in general and clinical refugee populations in the community setting. *Conflict and Health*, 15(1), 1-14.
- Gandelman, N. ve Piani, G. (2013). Quality of life satisfaction among workers and non-workers in Uruguay. *Social Indicators Research*, 111(1), 97-115.
- Garmezy, N. ve Rutter, M. (1985). Acute stress reactions. In Child and Adolescent Psychiatry, Eds: Modern Approaches, Rutter, M. ve Hersov, L. Oxford: Blackwell.
- Georgiadou, E., Schmitt, G. M. ve Erim, Y. (2020). Does the separation from marital partners of Syrian refugees with a residence permit in Germany have an impact on their quality of life?. *Journal of psychosomatic Research*, 130, 109936.

- Georgiadou, E., Zbidat, A., Schmitt, G. M. ve Erim, Y. (2018). Prevalence of mental distress among Syrian refugees with residence permission in Germany: a registry-based study. *Frontiers in Psychiatry*, 9, 393.
- Gernaat, H. B., Malwand, A. D., Laban, C. J., Komproe, I. ve De Jong, J. T. (2002). Many psychiatric disorders in Afghan refugees with residential status in Drenthe, especially depressive disorder and post-traumatic stress disorder. *Nederlands Tijdschrift Voor Geneeskunde*, 146(24), 1127-1131.
- Gerritsen, A. A., Bramsen, I., Devillé, W., van Willigen, L. H., Hovens, J. E. ve Van Der Ploeg, H. M. (2006). Physical and mental health of Afghan, Iranian and Somali asylum seekers and refugees living in the Netherlands. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 41(1), 18-26.
- Ghazinour, M., Richter, J. ve Eisemann, M. (2004). Quality of life among Iranian refugees resettled in Sweden. *Journal of Immigrant Health*, 6(2), 71-81.
- Giacco, D., Laxhman, N. ve Priebe, S. (2018). Prevalence of and risk factors for mental disorders in refugees. In *Seminars in Cell and Developmental Biology*, 77, 144-152. Academic Press.
- Giacco, D. ve Priebe, S. (2018). Mental health care for adult refugees in high-income countries. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 27(2), 109-116.
- Giacco, D., Matanov, A. ve Priebe, S. (2013). Symptoms and subjective quality of life in post-traumatic stress disorder: a longitudinal study. *Plos One*, 8(4), e60991.
- Gibb, B. E., Chelminski, I. ve Zimmerman, M. (2007). Childhood emotional, physical, and sexual abuse, and diagnoses of depressive and anxiety disorders in adult psychiatric outpatients. *Depression and Anxiety*, 24(4), 256-263.
- Ginexi, E. M., Weihs, K., Simmens, S. J. ve Hoyt, D. R. (2000). Natural disaster and depression: a prospective investigation of reactions to the 1993 midwest floods. *American Journal of Community Psychology*, 28(4), 495-518.
- Ginzburg, K., Ein-Dor, T. ve Solomon, Z. (2010). Comorbidity of posttraumatic stress disorder, anxiety and depression: a 20-year longitudinal study of war veterans. *Journal of Affective Disorders*, 123(1-3), 249-257.
- Girgus, J. S. ve Yang, K. (2015). Gender and depression. *Current Opinion in Psychology*, 4, 53-60.
- Gladis, M. M., Gosch, E. A., Dishuk, N. M. ve Crits-Christoph, P. (1999). Quality of life: expanding the scope of clinical significance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67(3), 320.

- Glas, G. (2003). 15 Anxiety—animal reactions and the embodiment of meaning. *Oxford University Press*, 163-177.
- Gluchman, V. (2016). Disaster issues in non-utilitarian consequentialism (ethics of social consequences) 1. *Human Affairs*, 26(1), 52-62.
- Goenjian, A. K., Molina, L., Steinberg, A. M., Fairbanks, L. A., Alvarez, M. L., Goenjian, H. A. ve Pynoos, R. S. (2001). Posttraumatic stress and depressive reactions among Nicaraguan adolescents after Hurricane Mitch. *American Journal of Psychiatry*, 158(5), 788-794.
- Goenjian, A. K., Najarian, L. M., Pynoos, R. S., Steinberg, A. M., Manoukian, G., Tavosian, A. ve Fairbanks, L. A. (1994). Posttraumatic stress disorder in elderly and younger adults after the 1988 earthquake in Armenia. *The American Journal of Psychiatry*, 151(6), 895–901.
- Goenjian, A. K., Pynoos, R. S., Steinberg, A. M., Najarian, L. M., Asarnow, J. R., Karayan, I., ... Fairbanks, L. A. (1995). Psychiatric comorbidity in children after the 1988: earthquake in Armenia. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34(9), 1174-1184.
- Goenjian, A. K., Steinberg, A. M., Najarian, L. M., Fairbanks, L. A., Tashjian, M. ve Pynoos, R. S. (2000). Prospective study of posttraumatic stress, anxiety, and depressive reactions after earthquake and political violence. *American Journal of Psychiatry*, 157(6), 911-916.
- Goldney, R. D., Fisher, L. J., Wilson, D. H. ve Cheok, F. (2000). Major depression and its associated morbidity and quality of life in a random, representative Australian community sample. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 34(6), 1022-1029.
- Goldstein, R. B., Smith, S. M., Chou, S. P., Saha, T. D., Jung, J., Zhang, H., ... Grant, B. F. (2016). The epidemiology of DSM-5 posttraumatic stress disorder in the United States: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions-III. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 51(8), 1137-1148.
- Gonçalves, E. ve de Jesus, S. N. (2015). Stress, Executive Function, Resilience and Quality of Life in Portuguese Subjects in Situations of Economic Insufficiency and Unemployment. *Open Journal of Psychiatry*, 5(04), 350.
- Goodwin, L., Jones, M., Rona, R. J., Sundin, J., Wessely, S. ve Fear, N. T. (2012). Prevalence of delayed-onset posttraumatic stress disorder in military personnel: is

- there evidence for this disorder? Results of a prospective UK cohort study. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 200(5), 429-437.
- Gottvall, M., Sjölund, S., Arwidson, C. ve Saboonchi, F. (2020). Health-related quality of life among Syrian refugees resettled in Sweden. *Quality of Life Research*, 29(2), 505-514.
- Göç İdaresi Başkanlığı, (2002). İllere Göre Geçici Koruma Kapsamındaki Suriyeli Kişi Sayısı. 25.07.2022 tarihinde <https://www.goc.gov.tr/duzensiz-goc-istatistikler> adresinden erişildi.
- Göç İdaresi Başkanlığı, (2022). Türkiye’de Geçici Koruma Kapsamında Bulunan Suriyelilerin Geçici Barınma Merkezleri Dağılımı, 31.03.2022 tarihinde <https://www.goc.gov.tr/> adresinden erişildi.
- Göç İdaresi Başkanlığı, (2022). Yıllara Göre Türkiye’de Bulunan Geçici Koruma Kapsamındaki Suriyeliler. 25.07.2022 tarihinde <https://www.goc.gov.tr/duzensiz-goc-istatistikler> adresinden erişildi.
- Göl, Ç. (2007). Çığ olgusu ve ormancılık. *Turkish Journal of Forestry*, 6(1), 49-63.
- Görmez, V., Kılıç, H. N., Oengul, A. C., Demir, M. N., Demirlikan, Ş., Demirbaş, S., ... Semerci, B. (2018). Psychopathology and associated risk factors among forcibly displaced Syrian children and adolescents. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 20(3), 529-535.
- Gradus, J. L., Qin, P., Lincoln, A. K., Miller, M., Lawler, E., Sørensen, H. T. ve Lash, T. L. (2010). Posttraumatic stress disorder and completed suicide. *American Journal of Epidemiology*, 171(6), 721-727.
- Grand, C. L. ve Szulkin, R. (2002). Permanent disadvantage or gradual integration: explaining the immigrant–native earnings gap in Sweden. *Labour*, 16(1), 37-64.
- Green, B. L. (1994). Psychosocial research in traumatic stress: An update. *Journal of Traumatic Stress*, 7(3), 341-362.
- Green, B. L., Goodman, L. A., Krupnick, J. L., Corcoran, C. B., Petty, R. M., Stockton, P. ve Stern, N. M. (2000). Outcomes of single versus multiple trauma exposure in a screening sample. *Journal of Traumatic Stress*, 13(2), 271-286.
- Gregory, A. M., Caspi, A., Moffitt, T. E., Koenen, K., Eley, T. C. ve Poulton, R. (2007). Juvenile mental health histories of adults with anxiety disorders. *American Journal of Psychiatry*, 164(2), 301-308.
- Grieger, T. A., Cozza, S. J., Ursano, R. J., Hoge, C., Martinez, P. E., Engel, C. C. ve Wain, H. J. (2006). Posttraumatic stress disorder and depression in battle-injured soldiers. *American Journal of Psychiatry*, 163(10), 1777-1783.

- Grochtdreis, T., König, H. H., Riedel-Heller, S. G. ve Dams, J. (2020). Health-related quality of life of asylum seekers and refugees in Germany: A cross-sectional study with data from the German Socio-Economic Panel. *Applied Research in Quality of Life*, 1-19.
- Groessler, E. J., Kaplan, R. M., Rejeski, W. J., Katula, J. A., King, A. C., Frierson, G., ... Pahor, M. (2007). Health-related quality of life in older adults at risk for disability. *Am J Prev Med.* 33, 214-8.
- Groome, D. ve Soureti, A. (2004). Post-traumatic stress disorder and anxiety symptoms in children exposed to the 1999 Greek earthquake. *British Journal of Psychology*, 95(3), 387-397.
- Guallar-Castillón, P., Sendino, Á. R., Banegas, J. R., López-García, E. ve Rodríguez-Artalejo, F. (2005). Differences in quality of life between women and men in the older population of Spain. *Social Science and Medicine*, 60(6), 1229-1240.
- Gurtman, M. B. (1992). Trust, distrust, and interpersonal problems: a circumplex analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 62(6), 989.
- Gushulak, B. (2007). Healthier on arrival? Further insight into the “healthy immigrant effect”. *Cmaj*, 176(10), 1439-1440.
- Gülen, M. (2020). *Depresyonu Olan ve Depresyonu Olmayan Kişilerde Anksiyete Duyarlılığı, Erken Dönem Uyum Bozucu Şemalar ve Bilişsel Duygu Düzenleme Süreçleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi*. Yayımlanmamış Yüksek lisans tezi, Üsküdar Üniversitesi, İstanbul.
- Hajduk, L. A. (1987). Structural equation modeling with LISREL, John Hopkins Press.
- Hammen, C., Kim, E. Y., Eberhart, N. K. ve Brennan, P. A. (2009). Chronic and acute stress and the prediction of major depression in women. *Depression and Anxiety*, 26(8), 718-723.
- Hammond, K. W., Scurfield, R. M. ve Risse, S. C. (1993). Post-Traumatic stress disorder. Current psychiatric therapy, Philadelphia, W.B. Saunders Company, Ed: In D. L. Dunner, ss. 288-295.
- Hamrah, M. S., Hoang, H., Mond, J., Pahlavanzade, B., Charkazi, A. ve Auckland, S. (2021). The prevalence and correlates of symptoms of post-traumatic stress disorder (PTSD) among resettled Afghan refugees in a regional area of Australia. *Journal of Mental Health*, 30(6), 674-680.
- Han, K. T., Kim, S. J., Song, H., Chun, S. Y., Ok, C., Kim, J. S. ve Park, E. C. (2014). Associations between quality of life and marital status in cancer patients and survivors. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 15(13), 5287-5291

- Hansson, M., Chotai, J., Nordstöm, A. ve Bodlund, O. (2009). Comparison of two self-rating scales to detect depression: HADS and PHQ-9. *British Journal of General Practice*, 59(566), e283-e288.
- Harris, T. O., Brown, G. W. ve Bifulco, A. T. (1990). Depression and situational helplessness/mastery in a sample selected to study childhood parental loss. *Journal of Affective Disorders*, 20(1), 27-41.
- Hashemian, F., Khoshnood, K., Desai, M. M., Falahati, F., Kasl, S. ve Southwick, S. (2006). Anxiety, depression, and posttraumatic stress in Iranian survivors of chemical warfare. *Jama*, 296(5), 560-566.
- Hassan, G., Ventevogel, P., Jefee-Bahloul, H., Barkil-Oteo, A. ve Kirmayer, L. J. (2016). Mental health and psychosocial wellbeing of Syrians affected by armed conflict. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 25(2), 129-141.
- Hauff, E. ve Vaglum, P. (1994). Chronic posttraumatic stress disorder in Vietnamese refugees: A prospective community study of prevalence, course, psychopathology, and stressors. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 182 (2), 85-90.
- Hauff, E. ve Vaglum, P. (1995). Organised violence and the stress of exile: Predictors of mental health in a community cohort of Vietnamese refugees three years after resettlement. *The British Journal of Psychiatry*, 166(3), 360-367.
- Helgeson, V. S. (2003). Social support and quality of life. *Quality of Life Research*, 12(1), 25-31.
- Hendrickx, M., Woodward, A., Fuhr, D. C., Sondorp, E. ve Roberts, B. (2020). The burden of mental disorders and access to mental health and psychosocial support services in Syria and among Syrian refugees in neighboring countries: a systematic review. *Journal of Public Health*, 42(3), e299-e310.
- Hengst, S. M., Smid, G. E. ve Laban, C. J. (2018). The effects of traumatic and multiple loss on psychopathology, disability, and quality of life in Iraqi asylum seekers in the Netherlands. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 206(1), 52-60.
- Henkelmann, J. R., de Best, S., Deckers, C., Jensen, K., Shahab, M., Elzinga, B. ve Molendijk, M. (2020). Anxiety, depression and post-traumatic stress disorder in refugees resettling in high-income countries: systematic review and meta-analysis. *BJPsych open*, 6(4).
- Heptinstall, E., Sethna, V. ve Taylor, E. (2004). PTSD and depression in refugee children: Association with pre-migration trauma and post-migration stress. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 13, 373-380.

- Herbert, J. D. ve Forman, E. M. (2010). Cross-cultural perspectives on posttraumatic stress. In G. M. Rosen ve B. C. Frueh (Eds.), *Clinician's Guide to Posttraumatic Stress Disorder*, 235–261.
- Hermansson, A. C., Timpka, T. ve Thyberg, M. (2002). The mental health of war-wounded refugees: an 8-year follow-up. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 190(6), 374-380.
- Herrmann, C. (1997). International experiences with the hospital anxiety and depression Scale-a review of validation data and clinical results. *Journal of Psychosomatic Research*, 42(1), 17-41.
- Hettema, J. M., Neale, M. C. ve Kendler, K. S. (2001). A review and meta-analysis of the genetic epidemiology of anxiety disorders. *American Journal of Psychiatry*, 158(10), 1568-1578.
- Hettema, J. M., Prescott, C. A., Myers, J. M., Neale, M. C. ve Kendler, K. S. (2005). The structure of genetic and environmental risk factors for anxiety disorders in men and women. *Archives of General Psychiatry*, 62(2), 182-189.
- Hinton, W. L., Chen, Y.-c. J., Du, N., Tran, C. G., Lu, F. G., Miranda, J. ve Faust, S. (1993). DSM-III—R disorders in Vietnamese refugees: Prevalence and correlates. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 181(2), 113–122.
- Hofbauer, R. ve Schwingsmehl, M. (2017). Bedeutet hohe Arbeitszufriedenheit, dass die Arbeitsbedingungen gut sind?. *Momentum Quarterly-Zeitschrift für sozialen Fortschritt*, 6(2), 85-106.
- Hoge, E. A., Austin, E. D. ve Pollack, M. H. (2007). Resilience: research evidence and conceptual considerations for posttraumatic stress disorder. *Depression and Anxiety*, 24(2), 139-152.
- Holbrook, T. L., Hoyt, D. B., Coimbra, R., Potenza, B., Sise, M. ve Anderson, J. P. (2005). Long-term posttraumatic stress disorder persists after major trauma in adolescents: new data on risk factors and functional outcome. *Journal of Trauma and Acute Care Surgery*, 58(4), 764-771.
- Holbrook, T. L., Hoyt, D. B., Stein, M. B. ve Sieber, W. J. (2001). Perceived threat to life predicts posttraumatic stress disorder after major trauma: risk factors and functional outcome. *Journal of Trauma and Acute Care Surgery*, 51(2), 287-293.
- Holbrook, T. L., Hoyt, D. B., Stein, M. B. ve Sieber, W. J. (2002). Gender differences in long-term posttraumatic stress disorder outcomes after major trauma: women are at higher risk of adverse outcomes than men. *Journal of Trauma and Acute Care Surgery*, 53(5), 882-888.

- Hollander, A. C. (2013). Social inequalities in mental health and mortality among refugees and other immigrants to Sweden—epidemiological studies of register data. *Global Health Action*, 6(1), 21059.
- Hollifield, M., Hewage, C., Gunawardena, C. N., Kodituwakku, P., Bopagoda, K., Weeraratne, K. ve International Post-Tsunami Study Group. (2008). Symptoms and coping in Sri Lanka 20–21 months after the 2004 tsunami. *The British Journal of Psychiatry*, 192(1), 39-44.
- Hubbard, J., Realmuto, G. M., Northwood, A. K. ve Masten, A. S. (1995). Comorbidity of psychiatric diagnoses with posttraumatic stress disorder in survivors of childhood trauma. *Journal of the American Academy of Child ve Adolescent Psychiatry*, 34(9), 1167-1173.
- Hudson, J. L. ve Rapee, R. M. (2001). Parent–child interactions and anxiety disorders: An observational study. *Behaviour Research and Therapy*, 39(12), 1411-1427.
- Hugelius, K., Becker, J. ve Adolfsson, A. (2020). Five challenges when managing mass casualty or disaster situations: a review study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(9), 3068.
- Huijts, I., Kleijn, W. C., van Emmerik, A. A., Noordhof, A. ve Smith, A. J. (2012). Dealing with man-made trauma: The relationship between coping style, posttraumatic stress, and quality of life in resettled, traumatized refugees in the Netherlands. *Journal of Traumatic Stress*, 25(1), 71-78.
- Human Security Report Project, (2007). Human Security Centre, Liu Institute for Global Issues, University of British Columbia.
- Husain, F., Anderson, M., Cardozo, B. L., Becknell, K., Blanton, C., Araki, D. ve Vithana, E. K. (2011). Prevalence of war-related mental health conditions and association with displacement status in postwar Jaffna District, Sri Lanka. *Jama*, 306(5), 522-531.
- Hussain, A., Nygaard, E., Siqveland, J. ve Heir, T. (2016). The relationship between psychiatric morbidity and quality of life: interview study of Norwegian tsunami survivors 2 and 6 years post-disaster. *BMC Psychiatry*, 16(1), 1-9.
- Interian, A., Kline, A., Callahan, L. ve Losonczy, M. (2012). Readjustment stressors and early mental health treatment seeking by returning National Guard soldiers with PTSD. *Psychiatric Services*, 63(9), 855-861.
- Işık, E. (2013). İki uçlu bozuklukta psikofarmakolojik tedavinin gerekçeleri, genel tedavi ilkeleri ve uygulama biçimleri. *Journal of Mood Disorders*, 3(5), 23-25.

- Işık, Ö., Aydınlioğlu, H. M., Koç, S., Gündoğdu, O., Korkmaz, G. ve Ay, A. (2012). Afet yönetimi ve afet odaklı sağlık hizmetleri. *Okmeydanı Tıp Dergisi*, 28(2), 82-123.
- İkizer, G. ve Karancı, N. (2017). A. *Türkiye Klinikleri J Psychol-Special Topics*, 2(3), 163-71.
- Jabbar, S. A. ve Zaza, H. I. (2014). Impact of conflict in Syria on Syrian children at the Zaatari refugee camp in Jordan. *Early Child Development and Care*, 184(9-10), 1507-1530.
- Javanbakht, A., Amirsadri, A., Abu Suhaiban, H., Alsaud, M. I., Alobaidi, Z., Rawi, Z. ve Arfken, C. L. (2019). Prevalence of possible mental disorders in Syrian refugees resettling in the United States screened at primary care. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 21(3), 664-667.
- Jayasinghe, U. W., Proudfoot, J., Barton, C. A., Amoroso, C., Holton, C., Davies, G. P., ... Harris, M. F. (2009). Quality of life of Australian chronically-ill adults: patient and practice characteristics matter. *Health and Quality of Life Outcomes*, 7(1), 1-11.
- Jensen, T. K., Fjermestad, K. W., Granly, L. ve Wilhelmsen, N. H. (2015). Stressful life experiences and mental health problems among unaccompanied asylum-seeking children. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 20(1), 106-116.
- Jesuthasan, J., Sönmez, E., Abels, I., Kurmeyer, C., Gutermann, J., Kimbel, R., ... Shouler-Ocak, M. (2018). Near-death experiences, attacks by family members, and absence of health care in their home countries affect the quality of life of refugee women in Germany: a multi-region, cross-sectional, gender-sensitive study. *BMC Medicine*, 16(1), 1-9.
- Jin, R. L., Shah, C. P. ve Svoboda, T. J. (1995). The impact of unemployment on health: a review of the evidence. *CMAJ: Canadian Medical Association Journal*, 153(5), 529.
- Jing, X., Lu, L. ve Yao, Y. (2022). Personality modifies the effect of post-traumatic stress disorder (PTSD) and society support on depression-anxiety-stress in the residents undergone catastrophic flooding in Henan, China. *Medycyna Pracy*, 73(4), 305-314.
- John, J. P., Girimaji, S. C., Benegal, V., Sunny, B., Krishnakanth, K., GS, U. K., ... Nagaraja, D. (2008). Comparative study of psychiatric morbidity among the displaced and non-displaced populations in the Andaman and Nicobar Islands following the tsunami. *Prehospital and Disaster Medicine*, 23(1), 29-34.

- Johnsen, B. H., Eid, J., Laberg, J. C. ve Thayer, J. F. (2002). The effect of sensitization and coping style on post-traumatic stress symptoms and quality of life: Two longitudinal studies. *Scandinavian Journal of Psychology*, 43(2), 181-188.
- Jones, L. (2008). Responding to the needs of children in crisis. *International Review of Psychiatry*, 20(3), 291-303.
- Jong, K. D., Mulhern, M., Ford, N., Kam, S. ve Kleber, R. J. (2000). The trauma of war in Sierra Leone. *The Lancet*, 355(9220), 2067-2068.
- Jordan, B. K., Marmar, C. R., Fairbank, J. A., Schlenger, W. E., Kulka, R. A., Hough, R. L. ve Weiss, D. S. (1992). Problems in families of male Vietnam veterans with posttraumatic stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60(6), 916.
- Jöreskog, K. G., Sörbom, D. (2001). LISREL 8. User's reference guide. Lincolnwood: Scientific Software International.
- Juniarni, L. ve Wulandari, S. S. (2020). The relationship between depression and the quality of life among elderly in nursing home. *International Journal of Caring Sciences*, 13(3), 2048-2053.
- Kadioğlu, M., ve Özdamar, E. (2008). Afet zararlarını azaltmanın temel ilkeleri. *JICA Türkiye Ofisi Yayınları*, 2, 1-34.
- Kalaycı, Ş. (2009). *SPSS Uygulamalı Çok değişkenli istatistik teknikleri*. (2. Baskı), ss. 405, Ankara, Turkey: Asil Yayın Dağıtım.
- Kalaycı, Ş. (2016). *SPSS uygulamalı çok değişkenli istatistik teknikleri*. (7.baskı), Ankara: Asil Yayın.
- Kaltman, S., Green, B. L., Mete, M., Shara, N. ve Miranda, J. (2010). Trauma, depression, and comorbid PTSD/depression in a community sample of Latina immigrants. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 2(1), 31.
- Kandemir, H., Karataş, H., Çeri, V., Solmaz, F., Kandemir, S. B. ve Solmaz, A. (2018). Prevalence of war-related adverse events, depression and anxiety among Syrian refugee children settled in Turkey. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 27(11), 1513-1517.
- Kaplan, H. I. ve Sadock, B. J. (1998). Anxiety disorders. Egypt: Mass Publishing Co, Eds: H. I. Kaplan ve B. J., Sadock's, *Synopsis of psychiatry*, ss. 581-628.
- Kaplan, H. I., Sadock, B. J. ve Grebb, J. A. (1994). *Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry: Behavioral Sciences, Clinical Psychiatry*. Williams ve Wilkins Co.

- Kar, N. ve Bastia, B. K. (2006). Post-traumatic stress disorder, depression and generalised anxiety disorder in adolescents after a natural disaster: a study of comorbidity. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*, 2(1), 1-7.
- Kar, N., Samantaray, N. N., Kar, S. ve Kar, B. (2022). Anxiety, depression, and post-traumatic stress a month after 2019 cyclone Fani in Odisha, India. *Disaster Medicine and Public Health Preparedness*, 16(2), 670-677.
- Karadag, M. ve Ogutlu, H. (2020). Prevalence of psychiatric symptoms among refugee adolescents in Turkey: a controlled study. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 43, 55-60.
- Karamustafalıoğlu, O. ve Yumrukçal, H. (2011). Depresyon ve anksiyete bozuklukları. *Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni*, 45(2), 65-74.
- Karataştan, N. (2017). *Suriyeli mültecilerin sağlık hizmetlerine ulaşmada yaşadıkları zorluklar*. Yayımlanmamış yüksek lisans tezi, Haliç Üniversitesi, İstanbul.
- Kartal, D., Alkemade, N. ve Kiropoulos, L. (2019). Trauma and mental health in resettled refugees: mediating effect of host language acquisition on posttraumatic stress disorder, depressive and anxiety symptoms. *Transcultural psychiatry*, 56(1), 3-23.
- Kashani, J. H. ve Orvaschel, H. (1990). A community study of anxiety in children and adolescents. *The American Journal of Psychiatry*, 147(3), 313-318.
- Katschnig, H. (2006). Quality of life in mental disorders: challenges for research and clinical practice. *World Psychiatry*, 5(3), 139.
- Katschnig, H., Freeman, H. ve Sartorius, N. (1997). *Quality of life in mental disorders*. New York, 389s.
- Kawakami, N., Tsuchiya, M., Umeda, M., Koenen, K. C. ve Kessler, R. C. (2014). Trauma and posttraumatic stress disorder in Japan: results from the World Mental Health Japan Survey. *Journal of Psychiatric Research*, 53, 157-165.
- Kaya, E. (2019). *Suriyeli sığınmacıların bazı ruhsal sorunları ve ruh sağlığı hizmet gereksinimleri ile hizmet sunucuların ve yöneticilerin görüşlerinin belirlenmesi*. Yayımlanmamış Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Ankara.
- Kaya, E., Kiliç, C., Çaman, Ö. K. ve Üner, S. (2019). Posttraumatic stress and depression among Syrian refugees living in Turkey: findings from an urban sample. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 207(12), 995-1000.
- Kaya, M., Aslan, D., Vaizoğlu, S. A., Doruk, C., Dokur, U., Biçici, V., ... Ertekin, Ö. (2008). Ankara Keçiören ilçesine bağlı bir mahallede yaşayan 65 yaş ve üzeri

- bireylerin yaşam kalitesi özellikleri ve etkileyen faktörler. *Türk Geriatri Dergisi*, 11(1), 12-17.
- Kehle, S. M., Reddy, M. K., Ferrier-Auerbach, A. G., Erbes, C. R., Arbisi, P. A. ve Polusny, M. A. (2011). Psychiatric diagnoses, comorbidity, and functioning in National Guard troops deployed to Iraq. *Journal of Psychiatric Research*, 45(1), 126-132.
- Keller, M. B., Lavori, P. W., Wunder, J., Beardslee, W. R., Schwartz, C. E. ve Roth, J. (1992). Chronic course of anxiety disorders in children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child ve Adolescent Psychiatry*, 31(4), 595-599.
- Kendler, K. S., Neale, M. C., Kessler, R. C., Heath, A. C. ve Eaves, L. J. (1992). The genetic epidemiology of phobias in women: The interrelationship of agoraphobia, social phobia, situational phobia, and simple phobia. *Archives of General Psychiatry*, 49(4), 273-281.
- Kerr, J., Engel, J., Schlesinger-Raab, A., Sauer, H. ve Hölzel, D. (2003). Communication, quality of life and age: results of a 5-year prospective study in breast cancer patients. *Annals of Oncology*, 14(3), 421-427.
- Kessler, R. C., Birnbaum, H., Bromet, E., Hwang, I., Sampson, N. ve Shahly, V. (2010). Age differences in major depression: results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *Psychological Medicine*, 40(2), 225-237.
- Kessler, R. C., McGonagle, K. A., Nelson, C. B., Hughes, M., Swartz, M. ve Blazer, D. G. (1994). Sex and depression in the National Comorbidity Survey. II: Cohort effects. *Journal of Affective Disorders*, 30(1), 15-26.
- Kessler, R. C., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M. ve Nelson, C. B. (1995). Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 52(12), 1048-1060.
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R. ve Walters, E. E. (2005). Ulusal komorbidite anketi tekrarında DSM-IV bozukluklarının yaşam boyu yaygınlığı ve başlangıç yaşı dağılımları. *Arch Gen Psikiyatri*, 62, 593-602
- Khachadourian, V., Armenian, H. K., Demirchyan, A. ve Goenjian, A. (2015). Loss and psychosocial factors as determinants of quality of life in a cohort of earthquake survivors. *Health and Quality of Life Outcomes*, 13(1), 1-8.
- Khesht-Masjedi, M. F., Shokrgozar, S., Abdollahi, E., Habibi, B., Asghari, T., Ofoghi, R. S. ve Pazhooman, S. (2019). The relationship between gender, age, anxiety, depression, and academic achievement among teenagers. *Journal of Family Medicine and Primary Care*, 8(3), 799.

- Kırlı, S. (2008) Depresyon. Güncel Klinik Psikiyatri. Ankara Psimetrik, Eds: E, Işık., E, Taner. ve U, Işık. ss.131-172.
- Kien, C., Sommer, I., Faustmann, A., Gibson, L., Schneider, M., Krczal, E., ... Gartlehner, G. (2019). Prevalence of mental disorders in young refugees and asylum seekers in European Countries: a systematic review. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 28(10), 1295-1310.
- Kilpatrick, D. G., Ruggiero, K. J., Acierno, R., Saunders, B. E., Resnick, H. S. ve Best, C. L. (2003). Violence and risk of PTSD, major depression, substance abuse/dependence, and comorbidity: results from the National Survey of Adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(4), 692.
- Kim, M. M. (2017). *The prevalence of trauma experience and post-traumatic stress disorder in north korean refugees living in south korea*. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi, University of North Carolina, North Carolina.
- Kim, Y. J. (2016). Posttraumatic stress disorder as a mediator between trauma exposure and comorbid mental health conditions in North Korean refugee youth resettled in South Korea. *Journal of Interpersonal Violence*, 31(3), 425-443.
- Kim, Y. J., Cho, Y. A. ve Kim, H. A. (2015). A mediation effect of ego resiliency between stresses and mental health of North Korean refugee youth in South Korea. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 32(5), 481-490.
- Kinzie, J. D. ve Edeki, T. (1998). Ethnicity and psychopharmacology. *Clinical Methods in Transcultural Psychiatry Ed OK paku, vid sup Ref*, 3, 171-190.
- Kinzie, J. D., Boehnlein, J. K., Leung, P. K., Moore, L. J., Riley, C. ve Smith, D. (1990). The prevalence of posttraumatic stress disorder and its clinical significance among Southeast Asian refugees. *The American Journal of Psychiatry*, 147(7), 913-917.
- Kinzie, J. D., Cheng, K., Tsai, J. ve Riley, C. (2006). Traumatized refugee children: The case for individualized diagnosis and treatment. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 194(7), 534-537.
- Kinzie, J. D., Sack, W. H., Angell, R. H., Manson, S. ve Rath, B. (1986). The psychiatric effects of massive trauma on Cambodian children: I. The children. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 25(3), 370-376.
- Kirmayer, L. J. ve Looper, K. J. (2007). Somatoform disorders. Eds: In M. Hersen, S. M. Turner, ve D. C. Beidel, *Adult psychopathology and diagnosis*, ss. 410-472.

- Klasen, F., Oettingen, G., Daniels, J. ve Adam, H. (2010). Multiple trauma and mental health in former Ugandan child soldiers. *Journal of Traumatic Stress*, 23(5), 573-581.
- Klein, S., Alexander, D. A. ve Niaz, U. (2007). Post-disaster research issues. *The Day the Mountains Moved: Earthquake in Pakistan*, 233-263.
- Kline, R. B. (2015). *Principles and Practice of Structural Equation Modeling*. New York-London, Guilford publications.
- Koochek, A., Montazeri, A., Johansson, S. E. ve Sundquist, J. (2007). Health-related quality of life and migration: A cross-sectional study on elderly Iranians in Sweden. *Health and Quality of Life Outcomes*, 5(1), 1-8.
- Koohsari, E., Darban, F., Safarzai, E. ve Kordi, M. (2022). Understanding the effect of post-traumatic stress on the professional quality of life of pre-hospital emergency staff. *Emergency Nurse*, 30(2).
- Korkut, R. (2010). *Türkiye’de sığınmacı ve mülteciler*. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi, Niğde Üniversitesi, Niğde.
- Köroğlu, E. (2015). *Depresyonun Görülme Sıklığı, Depresyon Nedir? Nasıl Baş edilir?* s.15, Ankara, HYB Yayıncılık.
- Krakov, B., Melendrez, D., Johnston, L., Warner, T. D., Clark, J. O., Pacheco, M., ... Schrader, R. (2002). Sleep-disordered breathing, psychiatric distress, and quality of life impairment in sexual assault survivors. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 190(7), 442-452.
- Krupnick, J. L., Green, B. L., Stockton, P., Goodman, L., Corcoran, C. ve Petty, R. (2004). Mental health effects of adolescent trauma exposure in a female college sample: Exploring differential outcomes based on experiences of unique trauma types and dimensions. *Psychiatry*, 67(3), 264-279.
- Kukuoglu, A. (2018). Doğal Afetler Sonrasi Yaşanan Travmalar ve Örnek Bir Psikoeğitim Programı. *Afet ve Risk Dergisi*, 1(1), 39-52.
- Kulka, R. A., Schlenger, W. E., Fairbank, J. A., Hough, R. L., Jordan, B. K., Marmar, C. R. ve Weiss, D. S. (1990). Trauma and the Vietnam war generation: Report of findings from the National Vietnam Veterans Readjustment Study. Brunner/Mazel.
- Kuo, J. R., Goldin, P. R., Werner, K., Heimberg, R. G. ve Gross, J. J. (2011). Childhood trauma and current psychological functioning in adults with social anxiety disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 25(4), 467-473.

- Kurtuluş, K. (2006). *Pazarlama Araştırmaları*, (8. Baskı). İstanbul: Literatür Yayıncılık.
- La Greca, A. M., Silverman, W. K. ve Wasserstein, S. B. (1998). Children's predisaster functioning as a predictor of posttraumatic stress following Hurricane Andrew. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66(6), 883.
- Laban, C. J., Gernaat, H. B., Komproe, I. H. ve De Jong, J. T. (2007). Prevalence and predictors of health service use among Iraqi asylum seekers in the Netherlands. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 42(10), 837-844.
- Laban, C. J., Komproe, I. H., Gernaat, H. B. ve de Jong, J. T. (2008). The impact of a long asylum procedure on quality of life, disability and physical health in Iraqi asylum seekers in the Netherlands. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 43(7), 507-515.
- Laffaye, C., Kennedy, C. ve Stein, M. B. (2003). Post-traumatic stress disorder and health-related quality of life in female victims of intimate partner violence. *Violence and Victims*, 18(2), 227-238.
- Lang, A. J., Kennedy, C. M. ve Stein, M. B. (2002). Anxiety sensitivity and PTSD among female victims of intimate partner violence. *Depression and Anxiety*, 16(2), 77-83.
- Lanius, R. A., Bluhm, R., Lanius, U. ve Pain, C. (2006). A review of neuroimaging studies in PTSD: heterogeneity of response to symptom provocation. *Journal of Psychiatric Research*, 40(8), 709-729.
- Lavik, N. J., Hauff, E., Skrandal, A. ve Solberg, Ø. (1996). Mental disorder among refugees and the impact of persecution and exile: Some findings from an out-patient population. *The British Journal of Psychiatry*, 169(6), 726-732.
- Lee, C. H., Min, S. K., Jeon, W. T., Kigawa, M. ve Sugawara, M. (2009). Mental health and quality of life of North Korean defectors living in Japan. *Asian Journal Of Psychiatry*, 2(3), 95-99.
- Lee, S. H. (2004). A study on impact of flood disaster and quality of life among the flood victims. *Journal of Korean Academy of Community Health Nursing*, 15(1), 145-154.
- Lee, Y., Lee, M. K., Chun, K. H., Lee, Y. K. ve Yoon, S. J. (2001). Trauma experience of North Korean refugees in China. *American Journal of Preventive Medicine*, 20(3), 225-229.
- Lehtinen, V. ve Joukamaa, M. (1994). Epidemiology of depression: prevalence, risk factors and treatment situation. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 89, 7-10.

- Leichsenring, F., Rabung, S. ve Leibing, E. (2004). The efficacy of short-term psychodynamic psychotherapy in specific psychiatric disorders: a meta-analysis. *Archives of General Psychiatry*, 61(12), 1208-1216.
- Leiler, A., Bjärtå, A., Ekdahl, J. ve Wasteson, E. (2019). Mental health and quality of life among asylum seekers and refugees living in refugee housing facilities in Sweden. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 54(5), 543-551.
- Lenane, M. C., Swedo, S. E., Leonard, H., Pauls, D. L., Sceery, W. ve Rapoport, J. L. (1990). Psychiatric disorders in first degree relatives of children and adolescents with obsessive compulsive disorder. *Journal of the American Academy of Child ve Adolescent Psychiatry*, 29(3), 407-412.
- Letica-Crepulja, M., Salcioglu, E., Frančišković, T. ve Basoglu, M. (2011). Factors associated with posttraumatic stress disorder and depression in warsurvivors displaced in Croatia. *Croatian Medical Journal*, 52(6), 709-717.
- Levasseur, M., Desrosiers, J. ve St-Cyr Tribble, D. (2008). Do quality of life, participation and environment of older adults differ according to level of activity?. *Health and Quality of Life Outcomes*, 6(1), 1-11.
- Liang, Y., Chu, P. ve Wang, X. (2014). Health-related quality of life of Chinese earthquake survivors: a case study of five hard-hit disaster counties in Sichuan. *Social Indicators Research*, 119(2), 943-966.
- Lie, B., Lavik, N. J. ve Laake, P. (2001). Traumatic Events and Psychological Symptoms in a Non-clinical Refugee Population in Norway. *Journal of Refugee Studies*, 14(3), 276-294.
- Lindert, J., von Ehrenstein, O. S., Priebe, S., Mielck, A. ve Brähler, E. (2009). Depression and anxiety in labor migrants and refugees—a systematic review and meta-analysis. *Social Science and Medicine*, 69(2), 246-257.
- Litz, B. T., Gray, M. J., Bryant, R. A. ve Adler, A. B. (2002). Early intervention for trauma: Current status and future directions. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9(2), 112.
- Liu, A., Tan, H., Zhou, J., Li, S., Yang, T., Wang, J., ... Wen, S. W. (2006). An epidemiologic study of posttraumatic stress disorder in flood victims in Hunan China. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 51(6), 350-354.
- Llabre, M. M., Hadi, F., La Greca, A. M. ve Lai, B. S. (2015). Psychological distress in young adults exposed to war-related trauma in childhood. *Journal of Clinical Child ve Adolescent Psychology*, 44(1), 169-180.

- Lonigan, C. J., Shannon, M. P., Taylor, C. M., Finch Jr, A. J. ve Sallee, F. R. (1994). Children exposed to disaster: II. Risk factors for the development of post-traumatic symptomatology. *Journal of the American Academy of Child ve Adolescent Psychiatry*, 33(1), 94-105.
- Lorcu, F. (2015). *Örneklerle Veri Analizi SPSS Uygulamalı*. Ankara: Detay Yayıncılık.
- Lubit, R. ve Eth, S. (2003). Children, disasters, and the september 11th world trade center attack. *Trauma and disaster responses and management*, 1, 63-95.
- Lumley, M., Katsikitis, M. ve Statham, D. (2018). Depression, anxiety, and acculturative stress among resettled Bhutanese refugees in Australia. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 49(8), 1269-1282.
- Lyons, J. A. (1991). Strategies for assessing the potential for positive adjustment following trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 4(1), 93-111.
- Mağden, Ç., Ademhan, Ç., Şavur, E., Yeniokatan, İ., Kılıç, M., Gözden, M. ve Yüksel, S. (2008). *Afetlerde Psikososyal Destek Uygulama Rehberi*. Ankara, Türk Kızılayı.
- Maharaj, S., Lees, T. ve Lal, S. (2018). Negative mental states and their association to the cognitive function of nurses. *Journal of Psychophysiology*, 33(3), 207-218.
- Majcher, D. ve Pollack, M. H. (1996). Childhood anxiety disorders. Washington, DC: American Psychiatric Press, Eds: In L. Hechtman. Do they grow out of it? Long-term outcomes of childhood disorders ss. 139-169.
- Makaremi, A. (1992). Sex differences in depression of Iranian adolescents. *Psychological Reports*, 71(3), 939-943.
- Malhotra, R., Chan, A. ve Østbye, T. (2010). Prevalence and correlates of clinically significant depressive symptoms among elderly people in Sri Lanka: findings from a national survey. *International Psychogeriatrics*, 22(2), 227-236.
- Mandani, B., Hosseini, S. A., Saadat Abadi, M. ve Farahbod, M. (2015). Effect of group exercise program on quality of life in post-traumatic stress disorder war veterans. *Iranian Journal of War and Public Health*, 7(2), 91-98.
- Marchiori, L., Maystadt, J. F. ve Schumacher, I. (2012). The impact of weather anomalies on migration in sub-Saharan Africa. *Journal of Environmental Economics and Management*, 63(3), 355-374.
- Marley, C. ve Mauki, B. (2019). Resilience and protective factors among refugee children post-migration to high-income countries: a systematic review. *European Journal of Public Health*, 29(4), 706-713.

- Marshall, G. N., Miles, J. N. ve Stewart, S. H. (2010). Anxiety sensitivity and PTSD symptom severity are reciprocally related: evidence from a longitudinal study of physical trauma survivors. *Journal of Abnormal Psychology*, 119(1), 143.
- Marshall, R. D., Olfson, M., Hellman, F., Blanco, C., Guardino, M. ve Struening, E. L. (2001). Comorbidity, impairment, and suicidality in subthreshold PTSD. *American Journal of Psychiatry*, 158(9), 1467-1473.
- Matanov, A., Giacco, D., Bogic, M., Ajdukovic, D., Franciskovic, T., Galeazzi, G. M., ve Priebe, S. (2013). Subjective quality of life in war-affected populations. *BMC Public Health*, 13(1), 1-10.
- Math, S. B., Girimaji, S. C., Benegal, V., Uday Kumar, G. S., Hamza, A. ve Nagaraja, D. (2006). Tsunami: Psychosocial aspects of Andaman and Nicobar islands. Assessments and intervention in the early phase. *International Review of Psychiatry*, 18(3), 233-239.
- Math, S. B., John, J. P., Girimaji, S. C., Benegal, V., Sunny, B., Krishnakanth, K., ... Uday Kumar, G. S. (2008). Comparative study of psychiatric morbidity among the displaced and non-displaced populations in the Andaman Nicobar Islands following the tsunami. *Prehospital and Disaster Medicine*, 23, 29- 34.
- Matsudaira, T., Igarashi, H., Kikuchi, H., Kano, R., Mitoma, H., Ohuchi, K. ve Kitamura, T. (2009). Factor structure of the Hospital Anxiety and Depression Scale in Japanese psychiatric outpatient and student populations. *Health and Quality of Life Outcomes*, 7(1), 1-9.
- McCutcheon, V. V., Heath, A. C., Nelson, E. C., Bucholz, K. K., Madden, P. A. ve Martin, N. G. (2010). Clustering of trauma and associations with single and co-occurring depression and panic attack over twenty years. *Twin Research and Human Genetics*, 13(1), 57-65.
- McGee, R. E. ve Thompson, N. J. (2015). Peer reviewed: unemployment and depression among emerging adults in 12 states, behavioral risk factor surveillance system, 2010. *Preventing Chronic Disease*, 12.
- McGregor, L. S., Melvin, G. A. ve Newman, L. K. (2015). Familial separations, coping styles, and PTSD symptomatology in resettled refugee youth. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 203(6), 431-438.
- McInnes, K., Sarajlić, N., Lavelle, J. ve Sarajlić, I. (1999). Disability associated with psychiatric comorbidity and health status in Bosnian refugees living in Croatia. *Jama*, 282(5), 433-439.

- McKnight, C. G., Huebner, E. S. ve Suldo, S. (2002). Relationships among stressful life events, temperament, problem behavior, and global life satisfaction in adolescents. *Psychology in the Schools*, 39(6), 677-687.
- McLaughlin, K. A., Green, J. G., Gruber, M. J., Sampson, N. A., Zaslavsky, A. M. ve Kessler, R. C. (2012). Childhood adversities and first onset of psychiatric disorders in a national sample of US adolescents. *Archives of General Psychiatry*, 69(11), 1151-1160.
- Meiser-Stedman, R., Yule, W., Smith, P., Glucksman, E. ve Dalglish, T. (2005). Acute stress disorder and posttraumatic stress disorder in children and adolescents involved in assaults or motor vehicle accidents. *American Journal of Psychiatry*, 162(7), 1381-1383.
- Meltzer, H., Gill, B. ve Petticrew, M. (1995). Economic activity and social functioning of adults with psychiatric disorders. In *Economic Activity and Social Functioning of Adults With Psychiatric Disorders*, xvii-168.
- Mendlowicz, M. V. ve Stein, M. B. (2000). Quality of life in individuals with anxiety disorders. *American Journal of Psychiatry*, 157(5), 669-682.
- Mercier, C., Peladeau, N. ve Tempier, R. (1998). Age, gender and quality of life. *Community Mental Health Journal*, 34(5), 487-500.
- Mghir, R., Freed, W., Raskin, A. ve Katon, W. (1995). Depression and posttraumatic stress disorder among a community sample of adolescent and young adult Afghan refugees. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 183, 24-30.
- Michael, T., Zetsche, U. ve Margraf, J. (2007). Epidemiology of anxiety disorders. *Psychiatry*, 6(4), 136-142.
- Miller, A., Hess, J. M., Bybee, D. ve Goodkind, J. R. (2018). Understanding the mental health consequences of family separation for refugees: Implications for policy and practice. *American Journal of Orthopsychiatry*, 88(1), 26.
- Miller, K. E. ve Rasmussen, A. (2010). War exposure, daily stressors, and mental health in conflict and post-conflict settings: bridging the divide between trauma-focused and psychosocial frameworks. *Social Science and Medicine*, 70(1), 7-16.
- Miller, K. E. ve Rasmussen, A. (2017). The mental health of civilians displaced by armed conflict: an ecological model of refugee distress. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 26(2), 129-138.
- Miller, K. E., Weine, S. M., Ramic, A., Brkic, N., Bjedic, Z. D., Smajkic, A., ... Worthington, G. (2002). The relative contribution of war experiences and exile-related stressors to levels of psychological distress among Bosnian

- refugees. *Journal of Traumatic Stress: Official Publication of The International Society for Traumatic Stress Studies*, 15(5), 377-387.
- Minassian, D., Najarian, L. M. ve Steinberg, A. M. (1997). Outcome of psychotherapy among early adolescents after trauma. *Am J Psychiatry*, 154(536), 542.
- Mitchell, P. B. ve Morris, M. J. (2007). Depression and anxiety with rimonabant. *Lancet*, 370 (9600), 1671–1672.
- Modabernia, M. J., Shodjai, T. H., Moosavi, S. R., Jahanbakhsh, A. N. ve Falahi, M. (2007). The prevalence of depression among high school and preuniversity adolescents: Rasht, northern Iran.
- Moisander, P. A. ve Edston, E. (2003). Torture and its sequel—a comparison between victims from six countries. *Forensic Science International*, 137(2-3), 133-140.
- Mollica, R. F., Cardozo, B. L., Osofsky, H. J., Raphael, B., Ager, A. ve Salama, P. (2004). Mental health in complex emergencies. *The Lancet*, 364(9450), 2058-2067.
- Mollica, R. F., McInnes, K., Pool, C. ve Tor, S. (1998). Dose-effect relationships of trauma to symptoms of depression and post-traumatic stress disorder among Cambodian survivors of mass violence. *The British Journal of Psychiatry*, 173(6), 482-488.
- Mollica, R. F., Poole, C., Son, L., Murray, C. C. ve Tor, S. (1997). Effects of war trauma on Cambodian refugee adolescents' functional health and mental health status. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36(8), 1098-1106.
- Mollica, R. F., Sarajlić, N., Chernoff, M., Lavelle, J., Vuković, I. S. ve Massagli, M. P. (2001). Longitudinal study of psychiatric symptoms, disability, mortality, and emigration among Bosnian refugees. *Jama*, 286(5), 546-554.
- Momartin, S., Silove, D., Manicavasagar, V. ve Steel, Z. (2004). Comorbidity of PTSD and depression: associations with trauma exposure, symptom severity and functional impairment in Bosnian refugees resettled in Australia. *Journal of Affective Disorders*, 80(2-3), 231-238.
- Monahan, C. (1997). *Children and trauma: A Guide for Parents and Professionals*. Jossey-Bass.
- Monday, I. F., Sunday, I. E. ve Chibuzor Uchenna, O. (2018). Is quality of life influenced by age, household size, education and gender of indigenous people in oil-polluted environments?. *Gender and Behaviour*, 16(1), 10802-10811.

- Moore, W. H. ve Shellman, S. M. (2006). Refugee or internally displaced person? To where should one flee?. *Comparative Political Studies*, 39(5), 599-622.
- Mott, J. M., Hundt, N. E., Sansgiry, S., Mignogna, J. ve Cully, J. A. (2014). Changes in psychotherapy utilization among veterans with depression, anxiety, and PTSD. *Psychiatric Services*, 65(1), 106-112.
- Muhtz, C., Wittekind, C., Godemann, K., Von Alm, C., Jelinek, L., Yassouridis, A. ve Kellner, M. (2016). Mental health in offspring of traumatized refugees with and without post-traumatic stress disorder. *Stress and Health*, 32(4), 367-373.
- Murphy, J. M., Olivier, D. C., Monson, R. R., Sobol, A. M., Federman, E. B. ve Leighton, A. H. (1991). Depression and anxiety in relation to social status: A prospective epidemiologic study. *Archives of General Psychiatry*, 48(3), 223-229.
- Murray, C. J., Lopez, A. D. ve World Health Organization. (1996). The global burden of disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020: summary. World Health Organization.
- Murray, C. J., Vos, T., Lozano, R., Naghavi, M., Flaxman, A. D., Michaud, C., ... Haring, D. (2012). Disability-adjusted life years (DALYs) for 291 diseases and injuries in 21 regions, 1990–2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *The Lancet*, 380(9859), 2197-2223.
- Murthy, R. S. ve Lakshminarayana, R. (2006). Mental health consequences of war: a brief review of research findings. *World Psychiatry*, 5(1), 25.
- Nasıroğlu, S. ve Çeri, V. (2016). Posttraumatic stress and depression in Yazidi refugees. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 12, 2941.
- Neria, Y., Nandi, A. ve Galea, S. (2008). Post-traumatic stress disorder following disasters: a systematic review. *Psychological Medicine*, 38(4), 467-480.
- Nickerson, A., Bryant, R. A., Silove, D. ve Steel, Z. (2011). A critical review of psychological treatments of posttraumatic stress disorder in refugees. *Clinical Psychology Review*, 31(3), 399-417.
- Nicholl, C. ve Thompson, A. (2004). The psychological treatment of Post Traumatic Stress Disorder (PTSD) in adult refugees: A review of the current state of psychological therapies. *Journal of Mental Health*, 13(4), 351-362.
- Nicholson, B. L. (1997). The influence of pre-emigration and postmigration stressors on mental health: A study of Southeast Asian refugees. *Social Work Research*, 21(1), 19-31.

- Nilani, Y. I., Nosen, E., Williams, P. A., Tracy, M., Coffey, S. F. ve Galea, S. (2013). Unique and related predictors of major depressive disorder, posttraumatic stress disorder, and their comorbidity following Hurricane Katrina. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 201(10), 841.
- Nixon, R. D. V., Sterk, J. ve Pearce, A. (2012). A randomized trial of cognitive behaviour therapy and cognitive therapy for children with posttraumatic stress disorder following single-incident trauma. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 40(3), 327-337.
- Noh, J. W., Kwon, Y. D., Park, J., Oh, I. H. ve Kim, J. (2016). Relationship between physical disability and depression by gender: a panel regression model. *PloS One*, 11(11), e0166238.
- Nolen-Hoeksema, S. (1990). *Sex Differences in Depression*. Stanford University Press.
- Nørredam, M. ve Krasnik, A. (2011). Migrants' access to health services. *Migration and health in the European Union*, 48-49.
- Norris, F. H. (1992). Epidemiology of trauma: frequency and impact of different potentially traumatic events on different demographic groups. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60(3), 409.
- Norris, F. H. ve Elrod, C. L. (2006). *Psychosocial Consequences of Disaster: A Review of Past Research*. The Guilford Press.
- Norris, F. H., Friedman, M. J. ve Watson, P. J. (2002). 60,000 disaster victims speak: Part II. Summary and implications of the disaster mental health research. *Psychiatry*, 65(3), 240-260.
- Norris, F. H., Friedman, M. J., Watson, P. J., Byrne, C. M., Diaz, E. ve Kaniasty, K. (2002). 60,000 disaster victims speak: Part I. An empirical review of the empirical literature, 1981—2001. *Psychiatry*, 65(3), 207-239.
- Norris, F. H., Murphy, A. D., Baker, C. K., Perilla, J. L., Rodriguez, F. G. ve Rodriguez, J. D. J. G. (2003). Epidemiology of trauma and posttraumatic stress disorder in Mexico. *Journal of Abnormal Psychology*, 112(4), 646.
- Norris, F. H., Perilla, J. L., Ibañez, G. E. ve Murphy, A. D. (2001). Sex differences in symptoms of posttraumatic stress: Does culture play a role?. *Journal of Traumatic Stress*, 14(1), 7-28.
- North, C. S. (2002). Somatization in survivors of catastrophic trauma: a methodological review. *Environmental Health Perspectives*, 110(4), 637-640.
- Nosè, M., Ballette, F., Bighelli, I., Turrini, G., Purgato, M., Tol, W., ... Barbui, C. (2017). Psychosocial interventions for post-traumatic stress disorder in refugees

- and asylum seekers resettled in high-income countries: Systematic review and meta-analysis. *PloS One*, 12(2), e0171030.
- Noyes, J. R. R. ve Hoehn-Saric, R. (1998). *Anksiyete Bozuklukları*. csa Medikal ve Paramedikal Yayıncılık, s: 86.
- Nur, R., Mallongi, A., Sridani, N. W. ve Devi, R. (2020). Factors related to quality of life of elderly victims of natural disasters in Palu City. *Enfermería Clínica*, 30, 178-181.
- Obermeyer, Z., Murray, C. J. ve Gakidou, E. (2008). Fifty years of violent war deaths from Vietnam to Bosnia: analysis of data from the world health survey programme. *Bmj*, 336(7659), 1482-1486.
- OCHA. (2014). Ocha Annual Report. 28 Nisan 2022 tarihinde <https://www.unocha.org/publication/ocha-annual-report/ocha-annual-report-2014> adresinden erişildi.
- Oh, J. H. (2015). Relationships between acculturative stress, depression, and quality of life on in North Korean refugees living in South Korea. *Journal of Health Education Research and Development*, 1-8.
- Olatunji, B. O., Cisler, J. M. ve Tolin, D. F. (2007). Quality of life in the anxiety disorders: a meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 27(5), 572-581.
- Olaya, B., Alonso, J., Atwoli, L., Kessler, R. C., Vilagut, G. ve Haro, J. M. (2015). Association between traumatic events and post-traumatic stress disorder: results from the ESEMeD-Spain study. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 24(2), 172-183.
- Onyut, L. P., Neuner, F., Schauer, E., Ertl, V., Odenwald, M., Schauer, M. ve Elbert, T. (2005). Travma sonrası stres bozukluğu olan çocuk savaş mağdurları için bir tedavi olarak Anlatı Maruz Kalma Terapisi: Afrikalı bir mülteci yerleşiminde iki vaka raporu ve bir pilot çalışma. *BMC Psikiyatri*. 5: 7-10.
- Oquendo, M., Brent, D. A., Birmaher, B., Greenhill, L., Kolko, D., Stanley, B., ... Mann, J. J. (2005). Posttraumatic stress disorder comorbid with major depression: factors mediating the association with suicidal behavior. *American Journal of Psychiatry*, 162(3), 560-566.
- Orfila, F., Ferrer, M., Lamarca, R., Tebe, C., Domingo-Salvany, A. ve Alonso, J. (2006). Gender differences in health-related quality of life among the elderly: the role of objective functional capacity and chronic conditions. *Social Science and Medicine*, 63(9), 2367-2380.

- Ozer, E. J., Best, S. R., Lipsey, T. L. ve Weiss, D. S. (2003). Predictors of posttraumatic stress disorder and symptoms in adults: a meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 129(1), 52.
- Öst, L. G. (1987). Age of onset in different phobias. *Journal of Abnormal Psychology*, 96(3), 223.
- Özdamar, K. (2002). *Paket Programlar ile İstatistiksel Veri Analizi*. Eskişehir: Kaan Kitabevi.
- Özen, H. ve Cerit, C. (2018). Savaş nedeniyle Türkiye'ye göç ederek insani yardım kuruluşunda çalışan Suriyeli mültecilerde travma sonrası stres bozukluğu ve ilişkili etmenler. *Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 4(3), 70-73.
- Özer, S., Şirin, S. ve Oppedal, B. (2013). Bahçeşehir study of Syrian refugee children report. 10 Mayıs 2022 tarihinde <https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/studier/ungkul/bahcesehir-study-report.pdf> sayfasından erişildi.
- Özerdoğan, Ö., Yüksel, B., Çelik, M., Oymak, S. ve Bakar, C. (2018). Yaşlılarda yaşam kalitesini etkileyen faktörler. *Turkish Journal of Public Health*, 16(2), 90-105.
- Özgen, F. ve Aydın, H. (1999). Travma Sonrası Stres Bozukluğu. *Klinik Psikiyatri*, 1, 34-41.
- Özkan, B. ve Kutun, F. Ç. (2021). Afet psikolojisi. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, 8(3), 249-256.
- Özyurt, B. C., Eser, E., Çoban, G., Akdemir, S. N., Karaca, İ. ve Karakoç, Ö. (2007). Manisa Muradiye bölgesinde yaşayan yaşlıların yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi. *Türk Geriatri Dergisi*, 10(3), 117-123.
- Panyayong, B. ve Pengjantr, W. (2014). PTSD, depression and anxiety among tsunami affected people in Thailand: A population-based longitudinal study. *Natural Science*, 6(3), 114-120.
- Papageorgiou, V., Frangou-Garunovic, A., Iordanidou, R., Yule, W., Smith, P. ve Vostanis, P. (2000). War trauma and psychopathology in Bosnian refugee children. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 9(2), 84-90.
- Park, J. H., Kim, K. W., Kim, M. H., Kim, M. D., Kim, B. J., Kim, S. K., ... Cho, M. J. (2012). A nationwide survey on the prevalence and risk factors of late life depression in South Korea. *Journal of Affective Disorders*, 138(1-2), 34-40.
- Park, J. M. ve Bae, S. M. (2022). Impact of depressive, anxiety, and PTSD symptoms in disaster victims on quality of life: The moderating effect of perceived community resilience. *International Journal of Disaster Risk Reduction*, 69, 102749.

- Patel, N., Kellezi, B. ve Williams, A. C. (2014). Psychological, social and welfare interventions for psychological health and well-being of torture survivors. *Cochrane Database Syst Rev*, 11: CD009317.
- Patz, J. A. ve Frumkin, H. T., Vimont, DJ, ve Haines, A. (2014). Climate change: Challenges and opportunities for global health. *Journal of the American Medical Association*, 312, 1565-1580.
- Peconga, E. K. ve Høgh Thøgersen, M. (2020). Post-traumatic stress disorder, depression, and anxiety in adult Syrian refugees: What do we know?. *Scandinavian Journal of Public Health*, 48(7), 677-687.
- Peráčková, J. ve Peráček, P. (2019). Sport for the subjective dimensions of quality of life. In *Quality of Life-Biopsychosocial Perspectives*. Intech Open.
- Perkonig, A., Kessler, R. C., Storz, S. ve Wittchen, H. U. (2000). Traumatic events and post-traumatic stress disorder in the community: prevalence, risk factors and comorbidity. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 101(1), 46-59.
- Perry, M. (2005). Natural disaster management planning: A study of logistics managers responding to the tsunami. *International Journal of Physical Distribution and Logistics Management*, 37(5), 409-433.
- Person, C., Tracy, M. ve Galea, S. (2006). Risk factors for depression after a disaster. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 194(9), 659-666.
- Pissiota, A., Frans, Ö., Fernandez, M., von Knorring, L., Fischer, H. ve Fredrikson, M. (2002). Neurofunctional correlates of posttraumatic stress disorder: a PET symptom provocation study. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 252(2), 68-75.
- Plante, T. G., Simicic, A., Andersen, E. N. ve Manuel, G. (2002). Stress and coping among displaced Bosnian refugees: An exploratory study. *International Journal of Stress Management*, 9(1), 31-41.
- Poder, T. G., Carrier, N. ve Kouakou, C. R. (2020). Quebec health-related quality-of-life population norms using the EQ-5D-5L: decomposition by sociodemographic data and health problems. *Value in Health*, 23(2), 251-259.
- Poole, D. N., Hedt-Gauthier, B., Liao, S., Raymond, N. A. ve Bärnighausen, T. (2018). Major depressive disorder prevalence and risk factors among Syrian asylum seekers in Greece. *BMC Public Health*, 18(1), 1-9.
- Porter, M. ve Haslam, N. (2005). Predisplacement and postdisplacement factors associated with mental health of refugees and internally displaced persons: a meta-analysis. *Jama*, 294(5), 602-612.

- Pouraboli, B., Hosseini, S. V., Miri, S., Tirgari, B. ve Arab, M. (2015). Relationship between Spiritual health and quality of life in post-traumatic stress disorder veterans. *Iranian Journal of War and Public Health*, 7(4), 233-239.
- Price, M. ve van Stolk-Cooke, K. (2015). Examination of the interrelations between the factors of PTSD, major depression, and generalized anxiety disorder in a heterogeneous trauma-exposed sample using DSM 5 criteria. *Journal of Affective Disorders*, 186, 149-155.
- Priebe, S., Bogic, M., Ajdukovic, D., Franciskovic, T., Galeazzi, G. M., Kucukalic, A., ... Schützwohl, M. (2010). Mental disorders following war in the Balkans: a study in 5 countries. *Archives of General Psychiatry*, 67(5), 518-528.
- Prorokovic, A., Cavka, M. ve Cubela Adoric, V. (2005). Psychosomatic and depressive symptoms in civilians, refugees, and soldiers: 1993-2004 longitudinal study in Croatia. *Croat Med J*, 46(2), 275-81.
- Pumariaga, A. J., Rothe, E. ve Pumariaga, J. B. (2005). Mental health of immigrants and refugees. *Community Mental Health Journal*, 41(5), 581-597.
- Pyne, J. M., Patterson, T. H. L., Kaplan, R. M., Gillin, J. C., Koch, W. L. ve Grant, I. (1997). Assesment of quality of life of patiens with majör depression. *Psyciatric Services*, 48, 224-230.
- Qi, W., Gevonden, M. ve Shalev, A. (2016). Prevention of post-traumatic stress disorder after trauma: current evidence and future directions. *Current Psychiatry Reports*, 18(2), 1-11.
- Qiu, J., Shen, B., Zhao, M., Wang, Z., Xie, B. ve Xu, Y. (2020). A nationwide survey of psychological distress among Chinese people in the COVID-19 epidemic: implications and policy recommendations. *General Psychiatry*, 33(2).
- Qouta, S., Punamäki, R. L. ve El Sarraj, E. (2003). Prevalence and determinants of PTSD among Palestinian children exposed to military violence. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 12(6), 265-272.
- Ramsawh, H. J., Raffa, S. D., Edelen, M. O., Rende, R. ve Keller, M. B. (2009). Anxiety in middle adulthood: effects of age and time on the 14-year course of panic disorder, social phobia and generalized anxiety disorder. *Psychological Medicine*, 39(4), 615-624.
- Ramsay, R., Gorst-Unsworth, C. ve Turner, S. (1993). Psychiatric morbidity in survivors of organised state violence including torture: A retrospective series. *The British Journal of Psychiatry*, 162(1), 55-59.

- Regev, S. ve Slonim-Nevo, V. (2019). Sorrow shared is halved? War trauma experienced by others and mental health among Darfuri asylum seekers. *Psychiatry Research*, 273, 475-480.
- Resnick, H. S., Falsetti, S. A., Kilpatrick, D. G. ve Freedy, J. R. (1996). Assessment of rape and other civilian trauma-related PTSD: Emphasis on assessment of potentially traumatic events. International Universities Press, Inc. Ed: In T. W. Miller, Theory and Assessment of Stressful Life Events, ss. 235–271.
- Reyes, G. (2006). International disaster psychology: Purposes, principles, and practices. *Handbook of International Disaster Psychology*, 1, 1-13.
- Reyes, G. ve Elhai, J. D. (2004). Psychosocial interventions in the early phases of disasters. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 41(4), 399.
- Rhebergen, D., Batelaan, N. M., De Graaf, R., Nolen, W. A., Spijker, J., Beekman, A. T. F. ve Penninx, B. W. J. H. (2011). The 7-year course of depression and anxiety in the general population. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 123(4), 297-306.
- Roberts, B., Damundu, E. Y., Lomoro, O. ve Sondorp, E. (2009). Post-conflict mental health needs: a cross-sectional survey of trauma, depression and associated factors in Juba, Southern Sudan. *BMC Psychiatry*, 9(1), 1-10.
- Roberts, B., Ocaka, K. F., Browne, J., Oyok, T. ve Sondorp, E. (2008). Factors associated with post-traumatic stress disorder and depression amongst internally displaced persons in northern Uganda. *BMC Psychiatry*, 8(1), 1-9.
- Rodriguez, J. J. ve Kohn, R. (2008). Use of mental health services among disaster survivors. *Current Opinion in Psychiatry*, 21(4), 370-378.
- Rogne, S. (2015). Effects of economic situation and gender on anxiety and depression in full-time psychology students.
- Ross, L. N. (2018). The doctrine of specific etiology. *Biology and Philosophy*, 33(5), 1-22.
- Rousseau, C., Mekki-Berrada, A. ve Moreau, S. (2001). Trauma and extended separation from family among Latin American and African refugees in Montreal. *Psychiatry*, 64(1), 40-59.
- Ruggeri, M., Warner, R., Bisoffi, G. ve Fontecedro, L. (2001). Subjective and objective dimensions of quality of life in psychiatric patients: a factor analytical approach: The South Verona Outcome Project 4. *The British Journal of Psychiatry*, 178(3), 268-275.
- Ruscio, A. M., Hallion, L. S., Lim, C. C., Aguilar-Gaxiola, S., Al-Hamzawi, A., Alonso, J., ... Scott, K. M. (2017). Cross-sectional comparison of the

- epidemiology of DSM-5 generalized anxiety disorder across the globe. *JAMA Psychiatry*, 74(5), 465-475.
- Ryan, D., Dooley, B. ve Benson, C. (2008). Theoretical perspectives on post-migration adaptation and psychological well-being among refugees: Towards a resource-based model. *Journal of Refugee Studies*, 21(1), 1-18.
- Sabin, M., Cardozo, B. L., Nackerud, L., Kaiser, R. ve Varese, L. (2003). Factors associated with poor mental health among Guatemalan refugees living in Mexico 20 years after civil conflict. *Jama*, 290(5), 635-642.
- Sadock, B. J., Sadock, V. A. ve Ruiz, P. (2016). *Compêndio de Psiquiatria-: Ciência do Comportamento e Psiquiatria Clínica*. Artmed Editora.
- Sağaltıcı, E. (2013). *Suriyeli mültecilerde travma sonrası stres bozukluğu taraması*. Uzmanlık tezi, Gaziantep Üniversitesi, Gaziantep.
- Sajjadi, H., Kamal, S. H. M., Rafiey, H., Vameghi, M., Forouzan, A. S. ve Rezaei, M. (2013). A systematic review of the prevalence and risk factors of depression among Iranian adolescents. *Global Journal of Health Science*, 5(3), 16.
- Sanchez-Cao, E., Kramer, T. ve Hodes, M. (2013). Psychological distress and mental health service contact of unaccompanied asylum-seeking children. *Child: Care, Health and Development*, 39(5), 651-659.
- Sangchini, E. K., Nowjavan, M. R. ve Arami, A. (2015). Landslide susceptibility mapping using logistic statistical regression in Babaheydar Watershed, Chaharmahal Va Bakhtiari Province, Iran. *Journal of the Faculty of Forestry Istanbul University*, 65(1), 30-40.
- Sarıgül, O. ve Turoğlu, H. (2020). Kahramanmaraş şehri sel ve taşkınlarının tayini ve öngörüler. *Coğrafya Dergisi*, (40), 275-293.
- Sasse, G. (2020). War and displacement: The case of Ukraine. *Europe-Asia Studies*, 72(3), 347-353.
- Saunders, M., Lewis, P. ve Thornhill, A. (2009). *Research Methods for Business Students*. Pearson education.
- Savic, M., Chur-Hansen, A., Mahmood, M. A. ve Moore, V. (2013). Separation from family and its impact on the mental health of Sudanese refugees in Australia: a qualitative study. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 37(4), 383-388.
- Schelling, G., Stoll, C., Haller, M., Briegel, J., Manert, W., Hummel, T., ... Peter, K. (1998). Health-related quality of life and posttraumatic stress disorder in survivors

- of the acute respiratory distress syndrome. *Critical Care Medicine*, 26(4), 651-659.
- Scherer, N., Hameed, S., Acarturk, C., Deniz, G., Sheikhani, A., Volkan, S., ... Polack, S. (2020). Prevalence of common mental disorders among Syrian refugee children and adolescents in Sultanbeyli district, Istanbul: results of a population-based survey. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 29, 1-9.
- Scherrer, J. F., Xian, H., Lyons, M. J., Goldberg, J., Eisen, S. A., True, W. R., ... Koenen, K. C. (2008). Posttraumatic stress disorder; combat exposure; and nicotine dependence, alcohol dependence, and major depression in male twins. *Comprehensive Psychiatry*, 49(3), 297-304.
- Schreier, A. M. (1969). Anxiety and quality of life of women who receive radiation or chemotherapy for breast cancer. *The Oncology Nursing Society Number 1/2004*, 31(1), 127-130.
- Schultz, D. P. ve Schultz, S. E. (2004). Behaviorism: after the founding. A History of Modern Psychology. 8th ed. Belmont, Calif., Thomson/Wadsworth, 320-356.
- Schweitzer, R. D., Vromans, L., Brough, M., Asic-Kobe, M., Correa-Velez, I., Murray, K. ve Lenette, C. (2018). Recently resettled refugee women-at-risk in Australia evidence high levels of psychiatric symptoms: individual, trauma and post-migration factors predict outcomes. *BMC Medicine*, 16(1), 1-12.
- Schweitzer, R., Melville, F., Steel, Z. ve Lacherez, P. (2006). Trauma, post-migration living difficulties, and social support as predictors of psychological adjustment in resettled Sudanese refugees. *Australian ve New Zealand Journal of Psychiatry*, 40(2), 179-187.
- Seçer, İ. (2015). *SPSS ve LISREL ile Pratik Veri Analizi*. Ankara: Anı Yayıncılık.
- Seedat, S., Lochner, C., Vythilingum, B. ve Stein, D. J. (2006). Disability and quality of life in post-traumatic stress disorder. *Pharmacoeconomics*, 24(10), 989-998.
- Seligman, M. E., Kaslow, N. J., Alloy, L. B., Peterson, C., Tanenbaum, R. L. ve Abramson, L. Y. (1984). Attributional style and depressive symptoms among children. *Journal of Abnormal Psychology*, 93(2), 235.
- Sempungu, J. K., Choi, M., Lee, E. H. ve Lee, Y. H. (2022). Changes in Household Size and Depression: A Temporal Analysis.
- Serrano, C., Leiva-Bianchi, M., Ahumada, F. ve Araque-Pinilla, F. (2021). What is the association between post-traumatic stress disorder and unemployment after a disaster?. *International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health*, 34(6), 755-766.

- Shahdadi, H., Shirani, N. ve Mansouri, A. (2017). The effect of acupressure on anxiety and quality of life in patients with type II diabetes. *Journal of Diabetes Nursing*, 5(4), 263-272.
- Shahraki, Z., Tanha, F. D. ve Ghajarzadeh, M. (2018). Depression, sexual dysfunction and sexual quality of life in women with infertility. *BMC Women's Health*, 18(1), 1-4.
- Shaluf, I. M. ve Said, A. M. (2003). A review of disaster and crisis. *Disaster Prevention and Management: An International Journal*, 12(1), 24-32.
- Shams, M. ve Jackson, P. R. (1994). The impact of unemployment on the psychological well-being of British Asians. *Psychological Medicine*, 24(2), 347-355.
- Shannon, P. J., Wieling, E., McCleary, J. S. ve Becher, E. (2015). Exploring the mental health effects of political trauma with newly arrived refugees. *Qualitative Health Research*, 25(4), 443-457.
- Shao, R., He, P., Ling, B., Tan, L., Xu, L., Hou, Y., ... Yang, Y. (2020). Prevalence of depression and anxiety and correlations between depression, anxiety, family functioning, social support and coping styles among Chinese medical students. *BMC Psychology*, 8(1), 1-19.
- Sharan, P., Chaudhary, G., Kavathekar, S. A. ve Saxena, S. (1996). Preliminary report of psychiatric disorders in survivors of a severe earthquake. *The American Journal of Psychiatry*, 153, 556– 558.
- Sheikh, T. L., Abdulaziz, M., Agunbiade, S., Joseph, I., Ebiti, B. ve Adekeye, O. (2015). Correlates of depression among internally displaced persons after post-election violence in Kaduna, North Western Nigeria. *Journal of Affective Disorders*, 170, 46-51.
- Sigl, M., Winstrup, M., McConnell, J. R., Welten, K. C., Plunkett, G., Ludlow, F., ... Woodruff, T. E. (2015). Timing and climate forcing of volcanic eruptions for the past 2,500 years. *Nature*, 523(7562), 543-549.
- Silove, D., Sinnerbrink, I., Field, A., Manicavasagar, V. ve Steel, Z. (1997). Anxiety, depression and PTSD in asylum-seekers: associations with pre-migration trauma and post-migration stressors. *The British Journal of Psychiatry*, 170, 351.
- Simon, N. M., Herlands, N. N., Marks, E. H., Mancini, C., Letamendi, A., Li, Z., ... Stein, M. B. (2009). Childhood maltreatment linked to greater symptom severity and poorer quality of life and function in social anxiety disorder. *Depression and Anxiety*, 26(11), 1027-1032.

- Siriwardhana, C., Adikari, A., Pannala, G., Siribaddana, S., Abas, M., Sumathipala, A. ve Stewart, R. (2013). Prolonged internal displacement and common mental disorders in Sri Lanka: the COMRAID study. *PloS One*, 8(5), e64742.
- Siqveland, J., Nygaard, E., Hussain, A., Tedeschi, R. G. ve Heir, T. (2015). Posttraumatic growth, depression and posttraumatic stress in relation to quality of life in tsunami survivors: a longitudinal study. *Health and Quality of Life Outcomes*, 13(1), 1-8.
- Slewa-Younan, S., Yaser, A., Guajardo, M. G. U., Mannan, H., Smith, C. A. ve Mond, J. M. (2017). The mental health and help-seeking behaviour of resettled Afghan refugees in Australia. *International Journal of Mental Health Systems*, 11(1), 1-8.
- Snaith, R. P. (2003). The hospital anxiety and depression scale. *Health and Quality of Life Outcomes*, 1(1), 1-4.
- Snyder, H. R. (2013). Major depressive disorder is associated with broad impairments on neuropsychological measures of executive function: a meta-analysis and review. *Psychological Bulletin*, 139(1), 81.
- Sochos, A. (2018). Posttraumatic stress during the Greek economic crisis: Is there evidence for mass traumatization?. *Analyses of Social Issues and Public Policy*, 18(1), 265-283.
- Soeteman, R. J., Yzermans, C. J., Spreeuwenberg, P., Lagro-Janssen, T. A., van den Bosch, W. J. ve van der Zee, J. (2008). Changes in the pattern of service utilisation and health problems of women, men and various age groups following a destructive disaster: a matched cohort study with a pre-disaster assessment. *BMC Family Practice*, 9(1), 1-9.
- Sofroniou, N. ve Hutcheson, G. D. (1999). The multivariate social scientist. *The Multivariate Social Scientist*, 1-288.
- Sohn, J. H., Lim, J., Lee, J. S., Kim, K., Lim, S., Byeon, N., ... Ahn, C. (2019). Prevalence of possible depression and post-traumatic stress disorder among community dwelling adult refugees and refugee applicants in South Korea. *Journal of Korean Medical Science*, 34(11).
- Solomon, Z., Debby-Aharon, S., Zerach, G. ve Horeh, D. (2011). Marital adjustment, parental functioning, and emotional sharing in war veterans. *Journal of Family Issues*, 32(1), 127-147.
- Solomou, I. ve Constantinidou, F. (2020). Prevalence and predictors of anxiety and depression symptoms during the COVID-19 pandemic and compliance with

- precautionary measures: age and sex matter. *International journal of environmental research and public health*, 17(14), 4924.
- Spallek, J. ve Razum, O. (2008). Erklärungsmodelle für die gesundheitliche Situation von Migrantinnen und Migranten. *Health inequalities: Determinanten und Mechanismen Gesundheitlicher Ungleichheit*, 271-290.
- Spence, S. H. (2001). Prevention Strategies. Eds: In Vasey, M. W., Dadds, M. R. *The Developmental Psychopathology of Anxiety*, New York: Oxford University Press.
- Spinhoven, P. H., Ormel, J., Sloekers, P. P. A., Kempen, G. I. J. M., Speckens, A. E. ve van Hemert, A. M. (1997). A validation study of the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) in different groups of Dutch subjects. *Psychological Medicine*, 27(2), 363-370.
- Spoont, M. R., Murdoch, M., Hodges, J. ve Nugent, S. (2010). Treatment receipt by veterans after a PTSD diagnosis in PTSD, mental health, or general medical clinics. *Psychiatric Services*, 61(1), 58-63.
- Stammel, N., Knaevelsrud, C., Schock, K., Walther, L. C., Wenk-Ansohn, M. ve Böttche, M. (2017). Multidisciplinary treatment for traumatized refugees in a naturalistic setting: symptom courses and predictors. *European Journal of Psychotraumatology*, 8(2), 1377552.
- Stander, V. A., Thomsen, C. J. ve Highfill-McRoy, R. M. (2014). Etiology of depression comorbidity in combat-related PTSD: a review of the literature. *Clinical Psychology Review*, 34(2), 87-98.
- Stanley, W. D. (1987). Economic migrants or refugees from violence? A time-series analysis of Salvadoran migration to the United States. *Latin American Research Review*, 22(1), 132-154.
- Steel, Z., Chey, T., Silove, D., Marnane, C., Bryant, R. A. ve Van Ommeren, M. (2009). Association of torture and other potentially traumatic events with mental health outcomes among populations exposed to mass conflict and displacement: a systematic review and meta-analysis. *Jama*, 302(5), 537-549.
- Steel, Z., Silove, D., Phan, T. ve Bauman, A. (2002). Long-term effect of psychological trauma on the mental health of Vietnamese refugees resettled in Australia: a population-based study. *The Lancet*, 360(9339), 1056-1062.
- Stein, B. D., Jaycox, L. H., Kataoka, S. H., Wong, M., Tu, W., Elliott, M. N. ve Fink, A. (2003). A mental health intervention for schoolchildren exposed to violence: A randomized controlled trial. *Jama*, 290(5), 603-611.

- Stein, M. B. ve Barrett-Connor, E. (2002). Quality of life in older adults receiving medications for anxiety, depression, or insomnia: findings from a community-based study. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 10(5), 568-574.
- Stein, M. B. ve Stein, D. J. (2008). Social anxiety disorder. *The Lancet*, 371(9618), 1115-1125.
- Stein, M. B., Walker, J. R., Hazen, A. L. ve Forde, D. R. (1997). Full and partial posttraumatic stress disorder: findings from a community survey. *The American Journal of Psychiatry*, 154 (8), 1114–1119.
- Stemberger, R. T., Turner, S. M., Beidel, D. C. ve Calhoun, K. S. (1995). Social phobia: an analysis of possible developmental factors. *Journal of Abnormal Psychology*, 104(3), 526.
- Stempel, C., Sami, N., Koga, P. M., Alemi, Q., Smith, V. ve Shirazi, A. (2017). Gendered sources of distress and resilience among Afghan refugees in Northern California: a cross-sectional study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 14(1), 25.
- Stenzelius, K., Westergren, A., Thorneman, G. ve Hallberg, I. R. (2005). Patterns of health complaints among people 75+ in relation to quality of life and need of help. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 40(1), 85-102.
- Stone, B. (2002). *Reinterpreting the French Revolution: A Global-Historical Perspective*. Cambridge University Press.
- Strauss, G. P., Sandt, A. R., Catalano, L. T. ve Allen, D. N. (2012). Negative symptoms and depression predict lower psychological well-being in individuals with schizophrenia. *Comprehensive Psychiatry*, 53(8), 1137-1144.
- Sulaiman-Hill, C. M. ve Thompson, S. C. (2012). Afghan and Kurdish refugees, 8–20 years after resettlement, still experience psychological distress and challenges to well being. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 36(2), 126-134.
- Summerfield, D. (1995). Addressing human response to war and atrocity. *In Beyond Trauma*, ss. 17-29. Springer, Boston, MA.
- Sundquist, J. (1994). Refugees, labour migrants and psychological distress. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 29(1), 20-24.
- Sungur, Z. M., Sürmeli, A. ve Özçubukçuoğlu, A. (1995). Güneydoğu’da görev yapan askeri popülasyonda görülen travma sonrası stres bozukluğu üzerine bir çalışma. *Nöropsikiyatri Arşivi*, 32(3), 117-122.

- Şahin, A. (2009). *Beden eğitimi ve spor yüksekokulu özel yetenek sınavına giren adayların kaygı düzeyleri ile özel yetenek sınav performansları arasındaki ilişkinin incelenmesi*. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İnönü Üniversitesi, Malatya.
- Şahin, C. (1991). *Türkiye afetler coğrafyası* (No. 21). Gazi Üniversitesi, Gazi Eğitim Fakültesi.
- Şar, V. (2000). Çoğul kişilik kavramı ve dissosiyatif bozukluklar. *Psikiyatri Dünyası*, 4, 7-11.
- Şarmer, A. E. (1996). The genetics of depressive disorders. *Int Review Psychiatry*, 8, 369-373.
- Şener, N. (2021). *Postmenopozal dönemdeki kadınlara uygulanan bilinçli farkındalık stres azaltma programının menopozal yakınmalar ve yaşam kalitesi üzerine etkisi*. Yayımlanmamış doktora tezi, İnönü Üniversitesi, Malatya.
- Tabiloğlu, D. (2015). *Vergi Hukuku açısından doğal afetler*. Yayımlanmamış yüksek lisans tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi, İzmir.
- Talu, B. ve Kızılcı, M. H. (2014). Apedal, quadripedal ve bipedalserebral palsili çocukların ailelerinin yaşam kalitesi ve depresyon durumlarının karşılaştırılması. *İnönü Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu Dergisi*, 2(2), 47-54.
- Tambs, K. (1993). Low genetic effect and age-specific family effect for symptoms of anxiety and depression in nuclear families, halfsibs and twins. *Journal of Affective Disorders*, 27(3), 183-195.
- Tang, B., Deng, Q., Glik, D., Dong, J. ve Zhang, L. (2017). A meta-analysis of risk factors for post-traumatic stress disorder (PTSD) in adults and children after earthquakes. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 14(12), 1537.
- Tang, B., Liu, X., Liu, Y., Xue, C. ve Zhang, L. (2014). A meta-analysis of risk factors for depression in adults and children after natural disasters. *BMC Public Health*, 14(1), 1-12.
- Tang, C. S. K. (2006). Positive and negative postdisaster psychological adjustment among adult survivors of the Southeast Asian earthquake–tsunami. *Journal of Psychosomatic Research*, 61(5), 699-705.
- Tang, S. S. ve Fox, S. H. (2001). Traumatic experiences and the mental health of Senegalese refugees. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 189(8), 507-512.

- Tanielian, T., Haycox, L. H., Schell, T. L., Marshall, G. N., Burnam, M. A., Eibner, C., ... Vaiana, M. E. (2008). *Invisible Wounds of War. Summary and Recommendations for Addressing Psychological and Cognitive Injuries*. Rand Corp Santa Monica CA.
- Tattarini, G., Grotti, R. ve Scherer, S. (2018). The buffering role of the family in the relationship between job loss and self-perceived health: Longitudinal results from Europe, 2004–2011. *Health ve Place*, 52, 55-61.
- Taylor, J. ve Turner, R. J. (2002). Perceived discrimination, social stress, and depression in the transition to adulthood: Racial contrasts. *Social Psychology Quarterly*, 213-225.
- Tekeli-Yesil, S., Isik, E., Unal, Y., Aljomaa Almossa, F., Konsuk Unlu, H. ve Aker, A. T. (2018). Determinants of mental disorders in Syrian refugees in Turkey versus internally displaced persons in Syria. *American Journal of Public Health*, 108(7), 938-945.
- Teodorescu, D. S., Heir, T., Hauff, E., Wentzel-Larsen, Tore ve Lien, L. (2012). Mental health problems and post-migration stress among multi-traumatized refugees attending outpatient clinics upon resettlement to Norway. *Scandinavian Journal of Psychology*, 53(4), 316-332.
- Teodorescu, D. S., Siqueland, J., Heir, T., Hauff, E., Wentzel-Larsen, T. ve Lien, L. (2012). Posttraumatic growth, depressive symptoms, posttraumatic stress symptoms, post-migration stressors and quality of life in multi-traumatized psychiatric outpatients with a refugee background in Norway. *Health and Quality of Life Outcomes*, 10(1), 1-16.
- Terluin, B., Brouwers, E. P., van Marwijk, H. W., Verhaak, P. F. ve van der Horst, H. E. (2009). Detecting depressive and anxiety disorders in distressed patients in primary care; comparative diagnostic accuracy of the Four-Dimensional Symptom Questionnaire (4DSQ) and the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS). *BMC Family Practice*, 10(1), 1-12.
- Thabet, A. A. ve Vostanis, P. (2000). Post traumatic stress disorder reactions in children of war: a longitudinal study. *Child Abuse and Neglect*, 24(2), 291-298.
- Thapa, S. B. ve Hauff, E. (2005). Psychological distress among displaced persons during an armed conflict in Nepal. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 40(8), 672-679.

- Thela, L., Tomita, A., Maharaj, V., Mhlongo, M. ve Burns, J. K. (2017). Counting the cost of Afrophobia: Post-migration adaptation and mental health challenges of African refugees in South Africa. *Transcultural Psychiatry*, 54(5-6), 715-732.
- Theofilou, P. (2013). Quality of life: definition and measurement. *Europe's Journal of Psychology*, 9(1), 150-162.
- Thoburn, J. W., Carlile, J. A. ve Clark, N. E. (2014). A systems approach to international disaster psychology. *Journal of Family Psychotherapy*, 25(2), 163-176.
- Tinghög, P., Malm, A., Arwidson, C., Sigvardsdotter, E., Lundin, A. ve Saboonchi, F. (2017). Prevalence of mental ill health, traumas and postmigration stress among refugees from Syria resettled in Sweden after 2011: a population-based survey. *BMJ Open*, 7(12).
- Tosun, S. ve Azazi, H. (2019). Yerelde mülteci ve sığınmacılara yönelik sosyal politika uygulamaları: Balıkesir örneği. *Girişimcilik ve Kalkınma Dergisi*, 14(2), 213-234.
- Tousignant, M., Habimana, E., Biron, C., Malo, C., Sidoli-LeBianc, E. ve Bendris, N. (1999). The quebec adolescent refugee project: psychopathology and family variables in a sample from 35 nations. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38(11), 1426-1432.
- Tracy, M., Hobfoll, S. E., Canetti-Nisim, D. ve Galea, S. (2008). Predictors of depressive symptoms among Israeli Jews and Arabs during the Al Aqsa Intifada: A population-based cohort study. *Annals of Epidemiology*, 18(6), 447-457.
- Tracy, M., Morgenstern, H., Zivin, K., Aiello, A. E. ve Galea, S. (2014). Traumatic event exposure and depression severity over time: results from a prospective cohort study in an urban area. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 49(11), 1769-1782.
- Tsai, K. Y., Chou, P., Chou, F. H. C., Su, T. T. P., Lin, S. C., Lu, M. K., ... Chen, M. C. (2007). Three-year follow-up study of the relationship between posttraumatic stress symptoms and quality of life among earthquake survivors in Yu-Chi, Taiwan. *Journal of Psychiatric Research*, 41(1-2), 90-96.
- Tsai, S. Y., Chi, L. Y., Lee, C. H. ve Chou, P. (2007). Health-related quality of life as a predictor of mortality among community-dwelling older persons. *European Journal of Epidemiology*, 22(1), 19-26.
- Turagabeci, A. R., Nakamura, K., Kizuki, M. ve Takano, T. (2007). Family structure and health, how companionship acts as a buffer against ill health. *Health and Quality of Life Outcomes*, 5(1), 1-9.

- Turner, R. J., Wheaton, B. ve Lloyd, D. A. (1995). The epidemiology of social stress. *American Sociological Review*, 104-125.
- Turner, S. W., Bowie, C., Dunn, G., Shapo, L. ve Yule, W. (2003). Mental health of Kosovan Albanian refugees in the UK. *The British Journal of Psychiatry*, 182(5), 444-448.
- Turrini, G., Purgato, M., Ballette, F., Nosè, M., Ostuzzi, G. ve Barbui, C. (2017) Common mental disorders in asylum seekers and refugees: Umbrella review of prevalence and intervention studies. *International Journal of Mental Health Systems*, 11, 51.
- Türkçapar, H. (2004). Anksiyete bozukluğu ve depresyonun tanısal ilişkileri. *Klinik Psikiyatri*, 4, 12-16.
- Türkeş, M. (2015). Hortumlar ve oluşum düzenekleri. *Bilim ve Gerçek*, 132, 80-83.
- Udomratn, P. (2008). Mental health and the psychosocial consequences of natural disasters in Asia. *International Review of Psychiatry*, 20(5), 441-444.
- Ulusoy, M., Sahin, N. H. ve Erkmen, H. (1998). Turkish version of the Beck Anxiety Inventory: psychometric properties. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 12(2), 163.
- Unalan, D., Gocer, S., Basturk, M., Baydur, H. ve Ozturk, A. (2015). Coincidence of low social support and high depressive score on quality of life in elderly. *European Geriatric Medicine*, 6(4), 319-324.
- UNDRR. (2022). Türkiye’de Meydana Gelen Afetler. 10 Mayıs 2022 tarihinde <https://www.desinventar.net/DesInventar/profiletab.jsp?countrycode=turvecontinue=y> adresinden erişildi.
- UNHCR. (2009). Chin Women from Myanmar Find Help Down a Winding Lane in Delhi; UNHCR: Geneva, Switzerland, 11 Mart 2021 tarihinde <http://www.unhcr.org/4a76f7466.html> adresinden erişildi.
- UNHCR. (2021). Global Trends Forced Displacement In 2021 geneva, Switzerland, 09 Nisan 2022 tarihinde <https://www.unhcr.org/62a9d1494/global-trends-report-2021> adresinden erişildi.
- UNHCR. (1991). Some Environmental Considerations in Refugee Camps and Settlements. Rapport, No. 10, Geneva.
- UNHCR. (2016). Syria Regional Refugee Response Inter-agency. 11 Nisan 2022 tarihinde <http://data.unhcr.org/syrianrefugees/regional.php> adresinden erişildi.
- UNHCR. (2021). Figures at a Glance. 12 Nisan 2022 tarihinde <https://www.unhcr.org/figures-at-a-glance.html> adresinden erişildi.

- UNHCR. (2022). Refugee numbers. 9 Eylül 2022 tarihinde <https://www.unhcr.org/figures-at-a-glance.html> adresinden erişildi.
- UNHCR. (2006). Operational Protection in Camps and Settlements: A Reference guide of Good Practices in the Protection of Refugees and Other Persons of Concern, (2006), 11 Nisan 2022 tarihinde www.unhcr.org/doc.aspx?d=2858 adresinden erişildi.
- Ursano, R. J. ve Norwood, A. E. (Eds.). (2008). *Trauma and Disaster Responses and Management*, 22(1), American Psychiatric Pub.
- Uygun, E. (2020). The relation between Syrians' quality of life, depression and anxiety levels and economic conditions: a cross-sectional study at an adult refugee mental health clinic in Turkey. *Anatolian Journal of Psychiatry/Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 21(4).
- Ünal, S. ve Özcan, E. (2000). Depresyonda hazırlayıcı, ortaya çıkarıcı ve koruyucu etkenler. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 1(1), 41-48.
- Ünüvar, N., Mollahaliloğlu, S. ve Yardım, N. (2004). T.C. Sağlık Bakanlığı adına Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi, Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü. *Türkiye Hastalık Yükü Çalışması*, 1.
- Üstün, M. P. (2019). *Türkiye'ye sığınan Suriyeli Dul kadınların, depresyon, travma, benlik saygısı ve başa çıkma stilleri açısından dul olmayan kadınlara karşılaştırılması*. Yayımlanmamış yüksek lisans tezi, Üsküdar Üniversitesi, İstanbul.
- Van de Velde, S., Bracke, P., Levecque, K. ve Meuleman, B. (2010). Gender differences in depression in 25 European countries after eliminating measurement bias in the CES-D 8. *Social Science Research*, 39(3), 396-404.
- Van der Boor, C. F., Amos, R., Nevitt, S., Dowrick, C. ve White, R. G. (2020). Systematic review of factors associated with quality of life of asylum seekers and refugees in high-income countries. *Conflict and Health*, 14(1), 1-25.
- Van Hees, S., Fodjo, J. N. S., Wijtvliet, V., Van den Bergh, R., de Moura Villela, E. F., da Silva, C. F., ... Colebunders, R. (2020). Access to healthcare and prevalence of anxiety and depression in persons with epilepsy during the COVID-19 pandemic: A multicountry online survey. *Epilepsy and Behavior*, 112, 107350.
- Van Ommeren, M., de Jong, J. T., Sharma, B., Komproe, I., Thapa, S. B. ve Cardeña, E. (2001). Psychiatric disorders among tortured Bhutanese refugees in Nepal. *Archives of General Psychiatry*, 58(5), 475-482.

- Vega, W. A., Kolody, B., Aguilar-Gaxiola, S., Alderete, E., Catalano, R. ve Caraveo-Anduaga, J. (1998). Lifetime prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders among urban and rural Mexican Americans in California. *Archives of General Psychiatry*, 55(9), 771-778.
- Vernberg, E. M. (2002). Intervention approaches following disaster. Eds: In La Greca, A. M., Silverman W. K., Vernberg, E. M ve Roberts, M. C. *Helping Children Cope with Disasters and Terrorism*, ss. 55-72.
- Vervliet, M., Meyer Demott, M. A., Jakobsen, M., Broekaert, E., Heir, T. ve Derluyn, I. (2014). The mental health of unaccompanied refugee minors on arrival in the host country. *Scandinavian Journal of Psychology*, 55(1), 33-37.
- Vetter, S., Endrass, J., Schweizer, I., Teng, H. M., Rossler, W. ve Gallo, W. T. (2006). The effects of economic deprivation on psychological well-being among the working population of Switzerland. *BMC Public Health*, 6(1), 1-10.
- Visser, M. R. M. ve Smets, E. M. A. (1998). Fatigue, depression and quality of life in cancer patients: how are they related?. *Supportive Care in Cancer*, 6(2), 101-108.
- Von Lersner, U., Wiens, U., Elbert, T. ve Neuner, F. (2008). Mental health of returnees: refugees in Germany prior to their state-sponsored repatriation. *BMC International Health and Human Rights*, 8(1), 1-13.
- Von Peter, S. (2008). The experience of mental trauma' and its transcultural application. *Transcultural Psychiatry*, 45(4), 639-651.
- Walid, M. S. ve Zaytseva, N. (2011). The relationship of unemployment and depression with history of spine surgery. *The Permanente Journal*, 15(1), 19.
- Wallander, J. L. ve Koot, H. M. (2016). Quality of life in children: A critical examination of concepts, approaches, issues, and future directions. *Clinical Psychology Review*, 45, 131-143.
- Walther, L., Fuchs, L. M., Schupp, J. ve Von Scheve, C. (2020). Living conditions and the mental health and well-being of refugees: evidence from a large-scale German survey. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 22(5), 903-913.
- Wang, C. H., Tsay, S. L. ve Elaine Bond, A. (2005). Post-traumatic stress disorder, depression, anxiety and quality of life in patients with traffic-related injuries. *Journal of Advanced Nursing*, 52(1), 22-30.
- Wang, Z. F., Cheng, Y. C., Zhang, N. H., Luo, R., Guo, K. L., Ge, S. W. ve Xu, G. (2021). Effect of marital status on depression and mortality among patients with chronic kidney disease from national health and nutrition examination survey 2005-2014. *Kidney Diseases*, 7(5), 391-400.

- Wang, Z. ve Xu, J. (2016). The relationship between post-traumatic stress disorder and quality of life in infertile Shidu parents from the 2008 Sichuan earthquake: The moderating role of social support. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 23(9-10), 543-553.
- Ward, J. ve Vann, B. (2002). Gender-based violence in refugee settings. *The Lancet*, 360, 13-14.
- Warshaw, M. G., Fierman, E., Pratt, L., Hunt, M., Yonkers, K. A., Massion, A. O. ve Keller, M. B. (1993). Quality of life and dissociation in anxiety disorder patients with histories of trauma or PTSD. *American Journal of Psychiatry*, 150, 1512-1512.
- Wassef, A., Smith, E. M., Rose, R. M., Gardner, R., Nguyen, H. ve Meyer, W. J. (1990). Mononuclear leukocyte glucocorticoid receptor binding characteristics and down-regulation in major depression. *Psychoneuroendocrinology*, 15(1), 59-68.
- Watson, I. P. B., Muller, H. K., Jones, I. H. ve Bradley, A. J. (1993). Cell-mediated immunity in combat veterans with post-traumatic stress disorder. *Medical Journal of Australia*, 159(8), 513-517.
- Weine, S. M., Razzano, L., Brkic, N., Ramic, A., Miller, K., Smajkic, A., ... Pavkovic, I. (2000). Profiling the trauma related symptoms of Bosnian refugees who have not sought mental health services. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 188(7), 416-421.
- Weiss Wiesel, T. R., Nelson, C. J., Tew, W. P., Hardt, M., Mohile, S. G., Owusu, C., ... Cancer Aging Research Group (CARG). (2015). The relationship between age, anxiety, and depression in older adults with cancer. *Psycho-Oncology*, 24(6), 712-717.
- Weissman, M. M. ve Klerman, G. L. (1977). Sex differences and the epidemiology of depression. *Archives of General Psychiatry*, 34(1), 98-111.
- Wen, J., Shi, Y. K., Li, Y. P., Yuan, P. ve Wang, F. (2012). Quality of life, physical diseases, and psychological impairment among survivors 3 years after Wenchuan earthquake: a population based survey. *PloS One*, 7(8), e43081, 1-7.
- Wessells, M. G. (2009). Do no harm: toward contextually appropriate psychosocial support in international emergencies. *American Psychologist*, 64(8), 842.
- Whaley, S. E., Pinto, A. ve Sigman, M. (1999). Characterizing interactions between anxious mothers and their children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67(6), 826.

- Whetten, K., Shirey, K., Pence, B. W., Yao, J., Thielman, N., Whetten, R., ... Chat Research Team. (2013). Trauma history and depression predict incomplete adherence to antiretroviral therapies in a low income country. *Plos One*, 8(10), e74771.
- WHO. (2007). Depression. 13 Mart 2022 tarihinde http://www.who.int/mental_health/management/depression/definition/en/ adresinden erişildi.
- WHO. (2012). Depression: A global crisis. Geneva, Switzerland
- WHO. (2013). *WHO Methods and Data Sources for Global Burden of Disease Estimates 2000–2011*. Geneva: Department of Health Statistics and Information Systems.
- WHO. (2021). *WHO Guidance on Preparing for National Response to Health Emergencies And Disasters*. World Health Organization.
- WHO. (1995). *Physical status: The use of and interpretation of anthropometry, Report of a WHO Expert Committee*. World Health Organization.
- WHO. (1998). The World Health Report 1998: Life in the 21st century a vision for all. In *The world health report 1998: life in the 21st century A vision for all*, 241.
- WHO. (2001). *The World Health Report 2001: Mental Health: New Understanding, New Hope*. World Health Organization.
- WHO. (2002). *The World Health Report 2002: Reducing Risks, Promoting Healthy Life*. World Health Organization.
- WHOQOL Group. (1998). Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. *Psychol Med*. 28(3):551–8.
- Williams, A., Herron-Marx, S. ve Carolyn, H. (2007). The prevalence of enduring postnatal perineal morbidity and its relationship to perineal trauma. *Midwifery*, 23(4), 392-403.
- Williams, R., Alexander, D. A., Bolsover, D. ve Bakke, F. K. (2008). Children, resilience and disasters: recent evidence that should influence a model of psychosocial care. *Current Opinion in Psychiatry*, 21(4), 338-344.
- Williamson, V., Stevelink, S. A. ve Greenberg, N. (2018). Occupational moral injury and mental health: systematic review and meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 212(6), 339-346.
- Wimalawansa, S. J. (2014). Causes and risk factors for post-traumatic stress disorder: the importance of right diagnosis and treatment. *Asian Journal of Medical Sciences*, 5(2), 1-13.

- Wittchen, H. U., Essau, C. A., Von Zerssen, D., Krieg, J. C. ve Zaudig, M. (1992). Lifetime and six-month prevalence of mental disorders in the Munich Follow-Up Study. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 241(4), 247-258.
- Wolf, E. J., Miller, M. W., Krueger, R. F., Lyons, M. J., Tsuang, M. T. ve Koenen, K. C. (2010). Posttraumatic stress disorder and the genetic structure of comorbidity. *Journal of Abnormal Psychology*, 119(2), 320.
- Wolfe, J., Brown, P. J. ve Bucsela, M. L. (1992). Symptom responses of female Vietnam veterans to Operation Desert Storm. *The American Journal of Psychiatry*, 149 (5), 676–679.
- Wolfe, J., Schnurr, P. P., Brown, P. J. ve Furey, J. (1994). Posttraumatic stress disorder and war-zone exposure as correlates of perceived health in female Vietnam War veterans. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62(6), 1235.
- Woodruff-Borden, J., Morrow, C., Bourland, S. ve Cambron, S. (2002). The behavior of anxious parents: Examining mechanisms of transmission of anxiety from parent to child. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 31(3), 364-374.
- Wright, K. M., Britt, T. W., Bliese, P. D. Adler, A. B., Picchioni, D., ve Moore, D. (2011). Insomnia as predictor versus outcome of PTSD and depression among Iraq combat veterans. *Journal of Clinical Psychology*, 67(12), 1240-1258.
- Wringe, A., Yankah, E., Parks, T., Mohamed, O., Saleh, M., Speed, O., ... Scott, J. (2019). Altered social trajectories and risks of violence among young Syrian women seeking refuge in Turkey: a qualitative study. *BMC Women's Health*, 19(1), 1-8.
- Wrong Diagnosis (2008). Statistics by Country for Depression. 14 Temmuz 2021 tarihinde <http://www.wrongdiagnosis.com/d/depression/stats-country.htm> adresinden erişildi.
- Wu, H. C., Chou, P., Huang-Chih Chou, F., Su, C. Y., Tsai, K. Y., Ou-Yang, W. C., ... Chen, M. C. (2006). Survey of quality of life and related risk factors for a Taiwanese village population 3 years post-earthquake. *Australian ve New Zealand Journal of Psychiatry*, 40(4), 355-361.
- Yang, J. H. (2018). Association between discrimination experience and quality of life among non-regular workers in hospitals. *Korea Journal of Hospital Management*, 23(3), 16-27.

- Yang, M. S. ve Mutchler, J. E. (2020). The high prevalence of depressive symptoms and its correlates with older Hmong refugees in the United States. *Journal of Aging and Health*, 32(7-8), 660-669.
- Yayan, E. H., Düken, M. E., Özdemir, A. A. ve Çelebioğlu, A. (2020). Mental health problems of Syrian refugee children: post-traumatic stress, depression and anxiety. *Journal of Pediatric Nursing*, 51, 27-32.
- Yehuda, R., Hoge, C. W., McFarlane, A. C., Vermetten, E., Lanius, R. A., Nievergelt, C. M., ... Hyman, S. E. (2015) Post-traumatic stress disorder. *Nat Rev Dis Primers* 1(1): 15058.
- Yeşil, S. T. (2017). Sağlık afet ve acil durum planlarında genel yaklaşımlar ve ülkemizde kullanılan planlar. *Turkish Journal of Public Health*, 15(3), 233.
- Yeşilbalkan, Ö. U. ve Karadakovan, A. (2005). Narlidere Dinlenme ve Bakımevinde yaşayan yaşlı bireylerdeki düşme sıklığını ve düşmeyi etkileyen faktörlerin incelenmesi. *Türk Geriatri Dergisi*. 8(2):72-77.
- Yıldırım, G. ve Tosun, A. (2012). Cognitive processes in post-traumatic stress disorder. *Journal of Human Sciences*, 9(2), 1429-1442.
- Yıldız, A. (2014). *Ülkemizde afet yönetimi, Gümüşhane örneği ile Gümüşhanede yaşayan üniversite gençlerinin afetle ilgili bilgi düzeyleri*. Yayımlanmamış yüksek lisans tezi, Gümüşhane Üniversitesi, Gümüşhane.
- Yıldız, Y. (2021). *Suriyeli mültecilerde dünyaya ilişkin varsayımlar ve travma sonrası büyümenin anksiyete üzerindeki etkisinin incelenmesi*. Yayımlanmamış yüksek lisans tezi, Kent Üniversitesi, İstanbul.
- Young, B. H., Ford, J. D., Ruzek, J. I., Friedman, M. J. ve Gusman, F. D. (1998). *Disaster mental health services: A guidebook for clinicians and administrators*. National Center for Post-Traumatic Stress Disorder.
- Yule, W. ve Udwin, O. (1991). Screening child survivors for post-traumatic stress disorders: Experiences from the 'Jupiter'sinking. *British Journal of Clinical Psychology*, 30(2), 131-138.
- Yüksel, Ş. (2009). *Sığınma Evinde Kalan Kadınlarda Şiddet Öyküsü Açısından Travma Sonrası Stres Bozukluğu, Benlik Saygısı ve Beden Algısının Değerlendirilmesi*. Yayımlanmamış yüksek lisans tezi, İstanbul Üniversitesi, İstanbul.
- Yzermans, C. J., Donker, G. A., Kerssens, J. J., Dirkzwager, A. J., Soeteman, R. J. ve Ten Veen, P. M. (2005). Health problems of victims before and after disaster: a longitudinal study in general practice. *International Journal of Epidemiology*, 34(4), 820-826.

- Zatzick, D. F., Marmar, C. R., Weiss, D. S., Browner, W. S., Metzler, T. J., Golding, J. M., ... Wells, K. B. (1997a). Posttraumatic stress disorder and functioning and quality of life outcomes in a nationally representative sample of male Vietnam veterans. *American Journal of Psychiatry*, 154(12), 1690-1695.
- Zatzick, D. F., Weiss, D. S., Marmar, C. R., Metzler, T. J., Wells, K., Golding, J. M., ... Browner, W. S. (1997b). Post-traumatic stress disorder and functioning and quality of life outcomes in female Vietnam veterans. *Military Medicine*, 162(10), 661-665.
- Zhang, F., Xiao, L. ve Gu, R. (2017). Does gender matter in the relationship between anxiety and decision-making?. *Frontiers in Psychology*, 8, 2231.
- Zhang, Z., Wang, W., Shi, Z., Wang, L. ve Zhang, J. (2012). Mental health problems among the survivors in the hard-hit areas of the Yushu earthquake. *Plos One* 7(10), 1-9.
- Zhao, C., Wu, Z. ve Xu, J. (2013). The association between post-traumatic stress disorder symptoms and the quality of life among Wenchuan earthquake survivors: the role of social support as a moderator. *Quality of Life Research*, 22(4), 733-743.
- Zhao, N., Wang, X., Wu, W., Hu, Y., Niu, Y., Wang, X., ... Wang, G. (2017). Gender differences in quality of life and functional disability for depression outpatients with or without residual symptoms after acute phase treatment in China. *Journal of Affective Disorders*, 219, 141-148.
- Zhou, X., Kang, L., Sun, X., Song, H., Mao, W., Huang, X., ... Li, J. (2013). Risk factors of mental illness among adult survivors after the Wenchuan earthquake. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 48(6), 907-915.
- Zigmond, A. S. ve Snaith, R. P. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67(6), 361-370.
- Zlotnick, C., Johnson, J., Kohn, R., Vicente, B., Rioseco, P. ve Saldivia, S. (2006). Epidemiology of trauma, post-traumatic stress disorder (PTSD) and co-morbid disorders in Chile. *Psychological Medicine*, 36(11), 1523-1533.
- Zoellner, L. A., Goodwin, M. L. ve Foa, E. B. (2000). PTSD severity and health perceptions in female victims of sexual assault. *Journal of Traumatic Stress: Official Publication of The International Society for Traumatic Stress Studies*, 13(4), 635-649.
- Zolberg, A. R., Suhrke, A. ve Aguayo, S. (1989). *Escape from Violence: Conflict and the Refugee Crisis in the Developing World*. Oxford University Press on Demand.

Zvielli, A., Bernstein, A. ve Berenz, E. C. (2012). Exploration of a factor mixture-based taxonic-dimensional model of anxiety sensitivity and transdiagnostic psychopathology vulnerability among trauma-exposed adults. *Cognitive Behaviour Therapy*, 41(1), 63-78.



EKLER

Ek 1. Anket Formu

Anket No ()

SAYIN KATILIMCI

Bu anket formu, Gümüşhane Üniversitesi Afet Yönetimi Anabilim dalında Doç. Dr. Mehmet Hanefi TOPAL'ın danışmanlığında Emrah GÖKKAYA tarafından yürütülen doktora tezinin araştırmasına veri toplamak amacıyla hazırlanmıştır. Yürütülen araştırmanın amacı, savaş nedeniyle yerlerinden edilen Suriyelilerin travma sonrası stres bozukluklarına etki eden faktörlerin belirlenmesi ve stres bozukluğunun toplumsal uyum bağlamında incelenmesidir.

Toplanan veriler tamamen bilimsel amaçlar için kullanılacaktır. Anket formunda sizi açık bir şekilde tanımlayan herhangi bir soru ifadesi de bulunmamaktadır. Anketler anonim bir şekilde doldurulduğundan toplanan bilgilerin tamamen gizli kalacağından emin olabilirsiniz. Araştırma sonunda ulaşılabilecek olan bulguların güvenilir ve geçerli olabilmesi ifadelerine ne ölçüde samimiyetle ve gerçekçi cevap verdiğinizize bağlıdır. Zaman ayırıp araştırmamıza sağladığınız değerli katkınızdan ötürü şimdiden teşekkür ederiz.

Aşağıda kendinizi şu anda nasıl hissettiğinize yönelik bazı ifadeler size yöneltilmiştir. İfadelere yanıt verirken lütfen size en uygun olan seçeneği yuvarlak içerisinde alınız.		Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Ne katılıyorum ne katılmıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum
1	Kalbi kırılmış	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
2	Sebepsiz yere endişelenen	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
3	Konsantre olamayan	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
4	Hayatında başarılı olamayan	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
5	Sinirli	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
6	Uykuda bile dinlenemeyen	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
7	Artık konuşmak istemeyen	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
8	Yalnız	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
9	Başkalarının hoşlanmadığı	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
10	Üzgün	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)

Lütfen her bir maddeyi okuyunuz ve şu andaki memnuniyet derecenizi ifade eden seçeneği yuvarlak içine alınız. Yapmıyor olsanız veya ilişkiniz olmasa bile lütfen her maddeyi genel durumdan hoşnut olup/olmadığınıza göre cevap veriniz.		Hiç memnun değilim	Memnun değilim	Ne memnunun ne memnun değilim	Memnunun	Çok memnunun
1	Evdeki maddi konforunuzdan: yiyecek, rahatlık ve finansal durum	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
2	Sağlığınızdan: fiziken fit olma ve zinde olma	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
3	Aile, kardeş ve diğer akrabalarla ilişkinizden: iletişim, ziyaret, yardımlaşma	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)

4	Çocuk sahibi olma ve çocuk yetiştirme durumundan	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
5	Eşinizle ya da sizin için önemli olanlarla yakın ilişkinizden	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
6	Yakın arkadaşlarınızdan	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
7	Başkalarına etme ve onları cesaretlendirme, gönüllülüğe yönlendirme, onlara tavsiyeler vermekten	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
8	Halkla ilişkilere ve organizasyonlara katılmaktan	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
9	Eğitim-öğretimden: okula devam etme, anlayışı kuvvetlendirme ve yeni bilgiler öğrenme	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
10	Kendinizi anlamaktan: güçlü ve zayıf yönlerinizi bilme, hayatın nasıl bir şey olduğunu bilme	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
11	İşinizden: işyerinde veya evdeki	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
12	Kendinizi yaratıcı bir şekilde ifade etmekten	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
13	Sosyalleşmekten: insanlarla tanışmak, onlarla bir şeyler yapmak, etkinlikler, partiler vs.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
14	Bir şeyler okumaktan, müzik dinlemekten veya gösteri izlemekten	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
15	Boş zamanı aktif biçimde değerlendirmekten	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
16	Özgürlüğünüzden: kendiniz için yaşamak	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)

Aşağıda insanların kaygılı ya da endişeli oldukları zamanlarda yaşadıkları bazı durumlar verilmiştir. Lütfen her maddeyi dikkatlice okuyunuz. Daha sonra her maddenin kaygılı ya da endişeli olduğunuz zamanlarda sizi ne kadar ifade ettiğini yuvarlak içerisinde alarak belirtiniz.		Asla	Nadiren	Ara sıra	Sık sık	Çok sık
1	Bedeninizin herhangi bir yerinde uyuşma veya karıncalanma	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
2	Sıcak ya da ateş basmaları	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
3	Bacaklarda halsizlik, titreme	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
4	Gevşeyememe	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
5	Çok kötü şeyler olacak korkusu	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
6	Baş dönmesi veya sersemlik	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
7	Kalp çarpıntısı	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
8	Dengenizi kaybedeceğiniz duygusu	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
9	Dehşete kapılma	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
10	Sinirlilik	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
11	Boğuluyormuş gibi olma hissi	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
12	Ellerde titreme	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
13	Titreklik	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
14	Kontrolü kaybetme duygusu	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
15	Nefes almada güçlük	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
16	Ölüm korkusu	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
17	Korkuya kapılma	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
18	Midede hazımsızlık veya rahatsızlık hissi	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
19	Baygınlık	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
20	Yüzün kızarması	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
21	Terleme (sıcağa bağlı olmayan)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)

Aşağıda sizlere yaşanması muhtemel bazı durumlara yönelik ifadeler yöneltilmektedir. Bu deneyimleri <u>ne sıklıkla yaşadığınızı</u> lütfen yuvarlak içerisine alarak belirtiniz.		Asla	Nadiren	Ara sıra	Sık sık	Çok sık
1	Savaş sonrası korkunç rüyalar gördüm	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
2	Halen korkunç olaylar gözlerimin önüne gelir	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
3	Yaşadığım herhangi bir şey kötü olayları hatırlattığı zaman korkup üzülürüm	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
4	Yaşadıklarımı hatırlamamak için içimden (iyi şeyler düşünmek gibi) bir şeyler yapmaya çalışırım	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
5	Yaşadıklarımı hatırlamamak için dışarda (spor, aktivite gibi) bir şeyler yapmaya çalışırım	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
6	Kendimi tetikteymiş gibi hissederim	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
7	Endişeliyim	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)

Aşağıda bazı özelliklerinizi tanımlayan ancak kimlik bilgilerinizi gerektirmeyen sorular bulunmaktadır. Lütfen sizi en iyi tanımlayan cevabı veriniz.

- Cinsiyetiniz:** Kadın () Erkek ()
- Yaşınız:** Lütfen boşluğa yazınız _____
- Suriye’de savaş çıkmadan önce tedavi gerektiren ruhsal bir hastalık geçirdiniz mi?**
Evet () Hayır ()
Cevabınız Evet ise lütfen hangi hastalık olduğunuz belirtiniz _____
- Aynı hanede kaç kişi birlikte yaşıyorsunuz?** Lütfen boşluğa yazınız _____
- Düzenli bir sağlık hizmeti alabiliyor musunuz?** Evet () Hayır ()
- Medeni durumunuz?** Evlenmemiş () Evli () Boşanmış ()
Diğer () Lütfen belirtiniz _____
- Çalışma durumunuz?** Düzenli bir işte sürekli çalışıyorum ()
Düzensiz işlerde ara ara çalışıyorum ()
İşsizim ()
Diğer () Lütfen belirtiniz _____
- Hanenizin ortalama aylık geliri?** Lütfen boşluğa yazınız _____ Türk Lirası

Ankete katılımınız için teşekkür ederim.

ETİK KURUL KARARI

T.C. GÜMÜŞHANE ÜNİVERSİTESİ Rektörlüğü		GÜMÜŞHANE UNIVERSITY Rector's Office
GÜMÜŞHANE ÜNİVERSİTESİ BİLİMSEL ARAŞTIRMA VE YAYIN ETİĞİ KURULU (Proje Onay Formu)		
TARİH	:	
YER	:	
ÜYELER	:	Prof.Dr. GÜNAY ÇAKIR (Başkan) Prof.Dr. HASAN AYAYDIN (Üye) Prof.Dr. MÜGE YILMAZ (Üye) Prof.Dr. BAYRAM NAZIR (Üye) Prof.Dr. EKREM CENGİZ (Üye) Prof.Dr. HURİ İLYASOĞLU (Üye) Prof.Dr. FERKAN SİPAHİ (Üye)
BİLİMSEL ARAŞTIRMA VE YAYIN ETİĞİ KURULU PROJE ONAY FORMU		
Projenin Adı:	Suriyeli Mülteci Ergenlerde Gözlenen Travma Sonrası Stres Bozukluğu Belirtileri ve Etkili Faktörlerin Bir Analizi	
Projenin Niteliği:	Doktora Tezi	
Proje Araştırmacıları:	Emrah GÖKKAYA Afet Yönetimi ABD Doktora öğrencisi	

Araştırmanın Amacı:	Travmalar binlerce yıldır psikolojik rahatsızlık ve sıkıntılara neden olsa da “acı ve sıkıntının olası olumlu değişim kaynakları olabileceği genel anlayışı” ile iyi bir sonuç doğurabilir (Tedeschi ve Calhoun, 2004). Son 10 yılda travma çalışmaları alanı travma sonrası büyümeye ve psikolojik dayanıklılığa olan ilgiyi artırmıştır. Özellikle travmatik olaylar karşısında psikolojik dayanıklılık, popüler bir alandır. Gerçekten de yeniden kazanım çalışmaları; kronik sıkıntılardan, travmatik olaylara doğru kaymaktadır (Agaibi ve Wilson, 2005). Bununla birlikte afetler bağlamında psikolojik dayanıklılığın çok daha az çalışılan bir konu olduğu düşünülmektedir. Bu bağlamda; bu araştırmada daha önce sınırlı sayıda çalışmaya konu olan Suriyeli savaş mağduru mülteci çocukların travma sonrası stres bozuklukları ve bu bozukluklara etki eden faktörlerin ortaya çıkarılması amaçlanmaktadır.
Araştırmanın Gerekçesi:	Türkiye’de, Suriyeli mülteciler ile ilgili, çadır kentlerin dışında yapılan çalışmaların ve 18 yaş altı mülteci çocukların travma sonrası stres bozukluğunu inceleyen çalışmalara literatürde çok fazla rastlanamamıştır. Bu çalışma, yürüteceği saha çalışmasıyla yerinden edilmiş Suriyeli savaş mağduru ergenlerin travma sonrası stres bozukluğu durumuna odaklanarak bu bozukluğa etki eden faktörleri daha kapsamlı ele almayı planlamaktadır ve bu yönüyle diğer çalışmalardan farklılaşmaktadır. Ayrıca mülteci ergenlere yönelik sosyal politikaların tasarımı ve söz konusu ergenlerin ileri yaşlarında topluma uyumunun hızlandırılmasında travma sonrası stres bozukluğunun incelenmesinin önemli olduğu düşünülmektedir.
Araştırmanın Yöntemi:	Araştırmaya Alma Ölçütleri: Yalnızca Suriyeli olup savaş nedeniyle yerinden edilmiş mülteci bireyler araştırmaya dahil edilecektir. Araştırmaya Almama Ölçütleri: Diğer mülteci gruplar araştırmaya dahil edilmeyecektir. Araştırmanın Evreni: Osmaniye İli mülteci kampı yanında bulunan Cevdetiye Çok Programlı Anadolu Lisesinde eğitim görmekte olan 12-18 yaş arasındaki Suriyeli mülteci ergen ve bu bireylerin ebeveynleri oluşturmaktadır. Veri Toplama Araçları: Veri toplama araçları olarak kullanılması planlanan anket formları: Çocuklar İçin Beck Depresyon Envanteri Beck Anksiyete Envanteri Çocuklar İçin Travma Sonrası Stres Tepki Ölçeği Çocuklar için yaşam kalitesi ölçeği Ergen Formu Yetişkinler İçin Beck Depresyon Envanteri

**Kullanılacak
biyolojik,
psikolojik ve
teknik vb. tüm
yöntemleri
açıklayan etik ile
ilgili özet:**

Bu çalışmanın amacı, savaş mağduru Suriyeli mülteci ergenlerin travma sonrası stres bozukluklarının incelenmesi ve travma sonrası stres bozukluklarına etki eden faktörlerin ortaya çıkarılmasıdır. Literatürden farklı olarak bu tez çalışmasında Suriyeli mülteci ergenlerin travma sonrası stres bozukluklarına odaklanılmaktadır. Ayrıca mülteci ergenlerin travma sonrası stres bozukluklarını etkileyen faktörler daha kapsamlı olarak ele alınacaktır. Araştırma kapsamında analiz edilecek veriler, ergen yaş grubundaki mülteciler ve ebeveynlerinden yüz yüze anket yöntemiyle toplanacaktır. Araştırmanın evrenini bir kamu eğitim kurumunda eğitim almakta olan Suriyeli savaş mağduru mülteci ergenler ve bu bireylerin ebeveynleri oluşturmaktadır. Toplanan veriler yapısal eşitlik modellemesi kullanılarak çok değişkenli istatistiksel yöntemler ile analiz edilecektir.

Doç. Dr. Mehmet Hanefi TOPAL danışmanlığında Emrah GÖKKAYA tarafından Gümüşhane Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Afet Yönetimi Anabilim Dalında yürütülmekte olan "Suriyeli Mülteci Ergenlerde Gözlenen Travma Sonrası Stres Bozukluğu Belirtileri ve Etkili Faktörlerin Bir Analizi" adlı doktora tezi projesi değerlendirilmiştir.

Proje etik açısından uygun bulunmuştur.

Projenin etik açısından geliştirilmesi gerekmektedir.

Proje etik açısından uygun bulunmamıştır.

ÖZGEÇMİŞ

Emrah GÖKKAYA, 2011 yılında Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Acil Yardım ve Afet Yönetimi Bölümü'nde lisans eğitimine başladı. 2015 yılında lisans eğitimini tamamladıktan sonra aynı yıl Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü Afet Eğitimi ve Yönetimi Anabilim Dalı'nda yüksek lisans eğitimine başladı. 2018 yılında yüksek lisans eğitimini tamamladıktan sonra, aynı yıl Gümüşhane Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Afet Yönetimi Anabilim Dalı'nda doktora eğitimine başladı. 2018-2019 yılları arasında Millî Eğitim Bakanlığı bünyesinde İtfaiyecilik ve Yangın Güvenliği alanında teknik öğretmen olarak görev aldı. 2019 yılından bu yana Kayseri Üniversitesi Bünyan Meslek Yüksekokulunda Öğretim Görevlisi olarak çalışmaktadır.

Yayınlar:

- Gökkaya, E. ve Dinç, A., (2020). UMKE Çalışanlarının Afet Durumunda Etik Yaklaşımlarının İncelenmesi; Güney Marmara Örneği. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 9(1), 17-24.
- Gökkaya, E. ve Kaya, A., (2021). Türkiye'de İtfaiyecilik Eğitimi ile Hava Kurtarma ve Yangınla Mücadele Biriminin Yapısal Değerlendirmesi. *Hastane Öncesi Dergisi*, 6(1), 143-158.
- Demirbilek, Ö. ve Gökkaya, E. (2022). Acil Yardım ve Afet Yönetimi Öğrencilerinde Afetlere Hazırlık Durumları ile Psikolojik Sağlamlık Durumlarının İlişkisinin İncelenmesi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 11(2), 617-624.