



T.C.
GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**MAJÖR DEPRESİF BOZUKLUĞA SAHİP HASTALARIN
İLİŞKİLERLE İLGİLİ BİLİŞSEL ÇARPITMALARININ VE
BAĞLANMA STİLLERİNİN EVLİLİK UYUMUNA ETKİSİ**

Hatice AKKURT (YILDIZ)
YÜKSEK LİSANS TEZİ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

DANIŞMAN

Dr. Öğr. Üyesi Derya ÖZBAŞ GENÇARSLAN

Gaziantep

2019



T.C.
GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**MAJÖR DEPRESİF BOZUKLUĞA SAHİP HASTALARIN
İLİŞKİLERLE İLGİLİ BİLİŞSEL ÇARPITMALARININ VE
BAĞLANMA STİLLERİNİN EVLİLİK UYUMUNA ETKİSİ**

Hatice AKKURT (YILDIZ)

YÜKSEK LİSANS TEZİ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
PSİKİYATRİ HEMŞİRELİĞİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

DANIŞMAN

Dr. Öğr. Üyesi Derya ÖZBAŞ GENÇARSLAN

Gaziantep

2019

T.C.
GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

**MAJÖR DEPRESİF BOZUKLUĞA SAHİP HASTALARIN İLİŞKİLERLE
İLGİLİ BİLİŞSEL ÇARPITMALARININ VE BAĞLANMA STİLLERİNİN
EVLİLİK UYUMUNA ETKİSİ**

HATİCE AKKURT (YILDIZ)

Tez Savunma Tarihi: 09.07.2019


Sağlık Bilimleri Enstitüsü Onayı

Prof. Dr. Mehmet TARAKÇIOĞLU
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

Bu çalışmanın bir "Yüksek Lisans" derecesi için uygun ve yeterli bir çalışma olduğunu onaylıyorum.


Doç. Dr. Zeynep GÜNGÖRMÜŞ
Hemşirelik Anabilim Dalı Başkanı

Bu tez tarafımda okunmuş, kapsamı ve niteliği açısından bir "Yüksek Lisans" tezi olarak kabul edilmiştir.


Dr. Öğr. Üyesi Derya ÖZBAŞ GENÇARSLAN
Tez Danışmanı

Bu tez tarafımda okunmuş, kapsamı ve niteliği açısından bir "Yüksek Lisans" tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Jürisi

Doç. Dr. Derya TANRIVERDİ
Doç. Dr. Döndü ÇUHADAR
Dr. Öğr. Üyesi Özlem İŞİL
Dr. Öğr. Üyesi Derya ÖZBAŞ GENÇARSLAN
Dr. Öğr. Üyesi Nurgül ÖZDEMİR

İmza






BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar tüm aşamalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki tüm bilgileri akademik ve etik ilkeler içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen tüm bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynaklara da kaynaklar bölümünde yer verdiğimi yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

Hatice AKKURT (YILDIZ)
Temmuz 2019

TEŞEKKÜR

Bu tezin yürütülmesinde beni yönlendiren ve çalışmalarım boyunca her türlü desteği sağlayan değerli hocam Sayın Derya ÖZBAŞ GENÇARSLAN 'a, yüksek lisans eğitimim boyunca bilgilerimi benden esirgemeyen değerli hocalarım Sayın Doç. Dr. Derya TANRIVERDİ'ye, Doç. Dr. Döndü ÇUHADAR'a ve Dr. Öğr. Üyesi Nurgül ÖZDEMİR'e, veri toplama aşamasında benden yardımlarını esirgemeyen Nizip Devlet Hastanesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hekimi Uzm. Dr. Hasan BAKAY'a, tüm çalışma boyunca benden hiçbir yardımı esirgemeyen Nizip Devlet Hastanesi Sağlık Bakım Hizmetleri Müdürü Hale Rana İNAL'a, çok değerli babam Zeynel AKKURT'a, annem Zeliha AKKURT'a, kıymetli eşim Muhammed Ali YILDIZ'a ve yüksek lisans eğitimim boyunca benden desteklerini esirgemeyen en az benim kadar heyecan duyan tüm sevdiklerime sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Hatice AKKURT (YILDIZ)

Gaziantep/2019

İÇİNDEKİLER

	Sayfa No
TEŞEKKÜR	ii
İÇİNDEKİLER	iii
TABLolar LİSTESİ	v
KISALTMALAR	vi
ÖZET	1
ABSTRACT.....	2
1.GİRİŞ VE AMAÇ	3
1.1.Araştırmanın Amacı	4
2. GENEL BİLGİLER.....	5
2.1.Depresyonun Tanımı	5
2.2.Depresyonun Tarihçesi	5
2.3.Depresyonun Epidemiyolojisi	6
2.4.Depresyonun Etiyolojisi	7
2.4.1.Genetik faktörler	7
2.4.2.Biyokimyasal faktörler	7
2.4.3.Nöroendokrin faktörler	8
2.4.4.Psikososyal faktörler	8
2.4.4.1.Psikoanalitik kuramlar	8
2.4.4.2.Kognitif kuramlar	9
2.5.Depresyonun belirti ve bulguları.....	9
2.5.1.Emosyonel belirtiler	9
2.5.2.Bilişsel belirtiler	10
2.5.3.Bedensel (vejetatif belirtiler)	11
2.5.4.Davranışsal belirtiler	11
2.6.Majör Depresif Bozukluk.....	11
2.6.1.Majör depresyon için DSM-V tanı kriterleri	11
2.7. Depresyonun Tedavisi	13
2.7.1. İlaç tedavisi	13
2.7.2.Elektrokonvülsif terapi (EKT)	15
2.7.3.Işık terapisi	15
2.7.4.Transkranyal manyetik stimülasyon(TMS)	16
2.7.5.Uyku yoksunluğu tedavisi:	16

2.7.6.Psikososyal tedaviler	16
2.8.Depresyonda Hemşirelik Yaklaşımı.....	17
2.9.Depresyon ve Evlilik Uyumu	18
2.10.Depresyon ve Bilişsel Çarpıtmalar	19
2.11.Depresyon ve Bağlanma Stilleri.....	20
2.11.1.Bağlanma kavramı.....	20
2.11.2. Erişkinlikte bağlanma	21
2.11.3.Erişkinde bağlanma biçimleri.....	21
2.11.4.Bağlanma ve Depresyon	22
3. GEREÇ VE YÖNTEM	24
3.1. Araştırmanın Türü	24
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Tarih	24
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	24
3.4. Veri Toplama Araçları	25
3.5. Verilerin Değerlendirilmesi	27
3.6. Araştırmanın Etik İlkeleri	27
3.7. Araştırmanın Sınırlılıkları	28
4. BULGULAR.....	29
5. TARTIŞMA	41
6. SONUÇ ve ÖNERİLER	50
7. KAYNAKLAR	52
8. EKLER	62
Ek 1: Kişisel Bilgi Formu	62
Ek 2:Beck Depresyon Envanteri	63
Ek 3: İlişkilerle İlgili Bilişsel Çarpıtmalar Ölçeği.....	66
Ek 4: Yakın İlişkilerde Yaşantılar Envanteri-II.....	68
Ek 5: Evlilikte Uyum Ölçeği	70
Ek 6: Araştırmanın Yapılabilmesi İçin Gerekli İzin Yazıları	72
Ek 7: Gaziantep Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Karar Formu	75
Ek 8: Bilgilendirilmiş Hasta Onam Formu	77
ÖZGEÇMİŞ	78

TABLULAR LİSTESİ

Tablo No	Sayfa No
Tablo 1. Hastaların Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımı	29
Tablo 2. Hastaların EUÖ' ne göre Evlilik Uyumu Durumları	30
Tablo 3. Hastaların EUÖ, BDE, YİYE-II, İBÇÖ Toplam Puan ve Alt Boyutlarının Puan Ortalamalarının Dağılımı	31
Tablo 4. Hastaların EUÖ, BDE, YİYE-II, İBÇÖ Toplam Puan ve Alt Boyutları Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki	32
Tablo 5. Hastaların Tanıtıcı Özellikleri ile EUÖ, BDE, YİYE-II, İBÇÖ Toplam Puan ve Alt Boyutları Puanlarının Karşılaştırılması.....	34

KISALTMALAR

APA: Amerikan Psychiatric Association (Amerikan Psikiyatri Birliği)

BDE: Beck Depresyon Envanteri

DSM-V: The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - Fifth Edition
(Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı)

EUÖ: Evlilikte Uyum Ölçeği

EKT: Elektrokonvülsif Terapi

ICD-10: International Classification of Diseases (Ruhsal ve Davranışsal Bozukluklar Sınıflandırması)

İBÇÖ: İlişkilerle İlgili Bilişsel Çarpıtmalar Ölçeği

MDB: Majör Depresif Bozukluk

MAOI: Monoamin Oksidaz İnhibitörleri

NRI: Selective Noradrenergic Reuptake Inhibitors (Seçici Noradrenergik Gerilim İnhibitörleri)

SSRI: Selective Serotonin Reuptake İnhibitors (Seçici Serotonin Gerilim İnhibitörleri)

SNRI: Serotonin and Norepinephrine Reuptake İnhibitors (Serotonin ve Noradrenalin Gerilim İnhibitörleri)

TMS: Transkranyal Manyetik Stimülasyon

ÖZET

MAJÖR DEPRESİF BOZUKLUĞA SAHİP HASTALARIN İLİŞKİLERLE İLGİLİ BİLİŞSEL ÇARPITMALARININ VE BAĞLANMA STİLLERİNİN EVLİLİK UYUMUNA ETKİSİ

Hatice AKKURT(YILDIZ)

Yüksek Lisans Tezi, Hemşirelik Anabilim Dalı

Psikiyatri Hemşireliği Yüksek Lisans Programı

Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Derya ÖZBAŞ GENÇARSLAN

Temmuz 2019, Sayfa 87.

Bu araştırmada Majör Depresif Bozukluğa (MDB) sahip hastaların ilişkilerle ilgili bilişsel çarpıtmalarının ve bağlanma stillerinin evlilik uyumuna etkisini belirlemek amaçlanmıştır. Tanımlayıcı ve ilişki arayıcı nitelikteki araştırma Gaziantep Nizip Devlet Hastanesi Psikiyatri Polikliniğine başvuran, MDB tanısı almış ve çalışmaya katılmaya gönüllü olan 100 evli hasta ile gerçekleştirilmiştir. Veriler hastalara 'Kişisel Bilgi Formu' 'Beck Depresyon Envanteri (BDE)', 'İlişkilerle İlgili Bilişsel Çarpıtmalar Ölçeği (İBÇÖ)', 'Yakın İlişkilerde Yaşantılar Envanteri (YİYE-II)' ve 'Evlilikte Uyumu Ölçeği (EUÖ)' uygulanarak toplanmıştır. Çalışmaya katılan hastaların BDE puan ortalamalarının 29,64±10,62 olduğu ve ölçek puanları bakımından cinsiyetler arasında anlamlı bir farklılık bulunmadığı tespit edildi. MDB ve evlilik uyumu arasında negatif yönde bir ilişki olduğu saptandı (p<0.05). EUÖ ile YİYE-II Kaygı alt boyutu arasında negatif yönde, kaçınma alt boyutu arasında ise pozitif yönde orta şiddette bir anlamlı ilişki saptandı (p<0.05). İBÇÖ ile BDE arasında pozitif yönde zayıf bir ilişki bulunurken, EUÖ ile bir ilişki saptanamadı (p<0.05). Sonuç olarak hastaların depresif belirti düzeyi arttıkça ilişkilerle ilgili bilişsel çarpıtmalarının ve bağlanmaya ilişkin kaygılarının arttığı, evlilik uyumlarının ise azaldığı saptandı. Psikiyatri hemşirelerine majör depresif bozukluk hastalarının; ilişkilerle ilgili bilişsel çarpıtmalarını azaltmak, uygun bağlanma davranışı geliştirmelerini desteklemek ve evlilik uyumlarını arttırmak amacıyla psikoterapötik yaklaşımları kullanmaları önerilmektedir.

Anahtar kelimeler: Bağlanma Stilleri, Evlilik Uyumu, İlişkilerle İlgili Bilişsel Çarpıtmalar, Majör Depresif Bozukluk, Psikiyatri Hemşireliği

ABSTRACT
THE EFFECT OF INTERPERSONAL COGNITIVE DISTORTIONS AND ATTACHMENT STYLES OF PATIENTS WITH MAJOR DEPRESSIVE DISORDER TO MARITAL ADJUSTMENT

Hatice AKKURT (YILDIZ)

Master's Thesis, Nursing Department / Psychiatric Nursing Master's degree program

Counsellor: Assist Prof. Dr. Derya ÖZBAŞ GENÇARSLAN

July 2019, Page 87.

In this study, it was aimed to determine the effect on marital adjustment of interpersonal cognitive distortions and attachment styles of patients with major depressive disorder. This descriptive study was conducted with 100 married patients who were admitted to Gaziantep Nizip State Hospital Psychiatry Outpatient Clinic with the diagnosis of Major Depressive Disorder and volunteered to participate in this study. The data were collected using "Personal Information Form", "Beck Depression Inventory", "Interpersonal Cognitive Distortions Scale", "Inventory of Experiences in Close Relationship", "Marital Adjustment Scale". The relationships between the scales were tested with Spearman Correlation Coefficient. It was found that average Beck Depression Inventory score of the patients was $29,64 \pm 10,62$ and there was no significant difference between the genders in terms of scale scores. It was determined that there was a negative relationship between major depressive disorder and marital adjustment ($p < 0.05$). It was detected a negative correlation in anxiety subscale between "Marital Adjustment Scale" and "Inventory of Experiences in Close Relationship" and also a significant positive correlation was found in avoidance subscale between "Marital Adjustment Scale" and "Inventory of Experiences in Close Relationship" ($p < 0.05$). There was a positively weak relationship between Interpersonal Cognitive Distortions Scale and Beck Depression Scale, but there was no correlation with the Marital Adjustment Scale ($p < 0.05$). As a result, it was revealed that as the depressive symptom level of the patients increased, their cognitive distortions and attachment anxiety increased and marital adjustment decreased. Psychiatric nurses included patients with major depressive disorder; It is recommended that psychotherapeutic approaches are used to reduce cognitive distortions related to relationships, to support the development of appropriate attachment behavior and to improve marital adjustment.

Key Words: Attachment Styles, Interpersonal Cognitive Distortions, Major Depressive Disorder, Marital Adjustment, Psychiatric Nursing.

1.GİRİŞ VE AMAÇ:

Depresyon; psikiyatrik hastalıklar içinde ilk olarak tanımlanan ve günümüzde ise en sık tanı konulan psikiyatrik hastalıklardan biridir (1).

Depresyonun temelinde kişinin daha önceden isteyerek ve severek yaptığı günlük etkinliklere karşı isteksizlik ve yaşamdan zevk alamama durumu vardır. Ek olarak zamanla kişide kederli ve üzgün bir duygu durumu ile birlikte görülen bazı değişiklikler oluşur. Bu durumda kişi her şeyi olumsuz olarak değerlendirerek karamsarlık düşünceleri ile geçmiş ve geleceği düşünmeye başlar. Geçmişte yaşanmış olayların olumsuz ve kötü taraflarını görerek kendisini suçlu ve cezalandırılmış hisseder. Aynı şekilde geleceğe karşı da umutsuzluğa ve karamsarlığa kapılması sonucunda gelecek adına çaresizlik düşünceleri iyice pekişir. Kişi yaşamdan zevk alamaz hale gelerek yaşamının anlamsız olduğunu düşünecek kadar kendini çökkün hissedebilir (2). Bu olumsuz bakış kişilerin kişilerarası ilişkilerini, sosyal yaşantılarını ve evlilik uyumlarını bozabilmektedir.

Bir evliliğin uyumlu olabilmesi için eşlerin birbirleriyle karşılıklı etkileşim kurabilmeleri, ailevi konularda fikir birliği yapabilmeleri ve sorunlarını olumlu bir şekilde çözebilmeleri gerekmektedir (3). Eşler arasındaki uyum, ilişkideki tüm alanları etkileyebilen önemli faktörlerden biridir. Zaman içerisinde evliliklerde olumlu ve olumsuz değişkenlerin birlikte işlerlik gösterdiği bir sistem oluşmakta, bu sistemin dengesi ise evliliği devam ettirici ya da bozucu rol oynayabilmektedir. Evlilik ilişkileri içerisinde sabit bir işlev gören bu sistem, sosyal, ekonomik, kültürel ve bireysel (hastalık, kişilik, sadakatsizlik gibi) faktörlerden etkilenebilmekte, özellikle sağlam bir zemin üzerine kurulmamış evlilikleri sonlandırabilecek kadar güçlü olabilmektedir (4). Evlilik hayatının kalitesini arttırmak, evli bireylerin fiziksel ve psikolojik sağlığı açısından önemli olduğundan, pek çok araştırmacı bir taraftan ‘‘uyum’’ kavramını tanımlamaya, diğer taraftan ise evlilik uyumu ile ilişkili faktörlerin analizine yönelik araştırmalar yapmaya yönelmişlerdir (5).

Ellis (2007), akılcı olmayan düşüncelerin, kişide depresyon da dâhil olmak üzere pek çok psikolojik soruna yol açtığını ifade etmiştir (6). Beck’ in Bilişsel Modeli’ ne göre, olayların yorumlanış ve anlamlandırılış biçimleri, insanların duygu ve düşüncelerinden etkilenebilmektedir (7). Bilişsel yapıda yer alan işlevsel olmayan şemalar, depresyonda olduğu gibi psikopatolojiye özgü bilişsel hatalara yol açarak uygun olmayan olumsuz

otomatik düşünceler ortaya çıkarmaktadır (8). Kılıç (2009), akılcı olmayan düşünce ve işlevsel olmayan inançların evlilik uyumunu etkilediğini savunmaktadır (9).

Majör depresif bozuklukla ilişkili olan ve evlilik uyumunu etkilediği düşünülen bir diğer faktör ise bağlanma stilleridir. Bebeklik ve çocukluk dönemlerinde oluşan ve devamlılık gösterdiği düşünülen bağlanma biçimi, kişinin başkalarıyla ilişki kurma biçimini etkilemektedir. Kişinin başkalarıyla kurduğu ilişkinin destekleyici ve koruyucu özellikler taşıyıp taşımadığı, yakınlık gösterip göstermediği hayatının her döneminde gözlemlenebilmektedir (10). Bağlanma kuramına göre, erken yaşlarda ebeveynleriyle olumsuz yaşantıları sonucu güvensiz bağlanma stili geliştiren kişiler, sadece yakın ilişkilerinde sorunlar yaşamazlar, aynı zamanda stres altında işlevsel olmayan tepkileri nedeniyle psikopatolojilere de yatkınlık gösterebilirler (11).

Majör depresif bozukluk psikiyatrik bozukluklar içinde en sık rastlanması, yetiyetimine neden olması ve psikoterapötik müdahalelerle düzeltilebilmesi yönüyle psikiyatri hemşirelerinin önemle üzerinde durması gereken bir bozukluktur. Psikiyatri hemşirelerinin uygulayacağı psikoterapötik müdahalelerle bu bozukluğa sahip hastaların işlevsellikleri, aile ve topluma uyumları tekrar kazandırılabilir. Hastaların hayata ve çevreye karşı olumsuz bakışı kişilerarası ilişkilerini, sosyal yaşantılarını ve evlilik uyumlarını bozabilmektedir. Bu hastaların evlilik uyumlarını etkileyen faktörlerin bilinmesi psikiyatri hemşirelerine uygulayacak oldukları psikoterapik faaliyetlerde yol gösterici olacaktır.

1.1.Araştırmanın Amacı:

Bu araştırma, majör depresif bozukluğa sahip hastaların ilişkilerle ilgili bilişsel çarpıtmalarının ve bağlanma stillerinin evlilik uyumuna etkisini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Depresyonun Tanımı

Depresyon sözcüğü çökme, kederli hissetme, işlevsel ve yaşamsal aktivitenin azalması gibi anlamlarda kullanılan, elem-keder duygularını içeren duygusal bir yaşantıdır. Kelimenin kökeni olan “depress” kelimesi ise, Latince “depressus”tan, yani “alçakta olmak, bastırmak’tan gelmektedir (10). Depresyon bireyin iş, aile, ve sosyal yaşam olmak üzere, hayatının hemen her alanında bozulmalara yol açabilen psikiyatrik bir bozukluktur (11). Hayattan zevk alamama, kronikleşmiş mutsuzluk, umutsuzluk, yorgunluk, dikkat dağınıklığı, bunaltı hali, kontrol edilemeyen kolay sinirlilik, karamsarlık, kararsızlık, cinsel isteksizlik ve bedensel yakınmalar depresyonun en önemli belirtileri arasında sayılabilmekle birlikte, bu belirtiler yoğun olmaları ve süreğenlik göstermeleri nedeniyle kişinin günlük yaşamını etkilemekte ve işlevselliğini bozmaktadır (10,12).

2.2. Depresyonun Tarihçesi

Depresyon insanlığın varoluşu ile başlayan en eski psikiyatrik bozukluklardan biridir (12,13). Birçok antik kültürde (örn: Babilliler, Mısırlılar, Museviler) duygu durum bozukluklarının, doğüstü güçlerden kaynaklandığına ve bu hastalığa sahip insanları şeytanların kontrolünde hareket ettiğine inanılmıştır. Depresyonu açıklamada ilahi nedenlere dayanmayan bakış açısı, Milattan önce 5. Yüzyıl’dan Milattan sonra 3. yüzyıl’ a kadar Yunan tıp topluluğunca geliştirilmiştir. Bu gelişim Hipokrat, Celsus ve Galen’ in düşünceleriyle şekillenmiştir (1). Hipokrat insanda duygu durum ve beden sıvıları arasında bağlantı kurmuştur. Hafif kanlı mizaç, ağır kanlı mizaç, kara safralı mizaç ve sinirli mizaç olarak dört farklı mizaç tanımlamıştır. Hipokrat karaciğer ve safra yollarındaki bozukluktan kaynaklanan durgunluk, ilgi ve istek azlığı, uykusuzluk, sıkıntı, yetersizlik ve suisid düşünceleriyle oluşan hastalık tablosuna “kara safra” anlamına gelen melankoli demiştir (14).

Melankoli, belirtilerin aşırılaştığı ve neredeyse tüm aktivitelerde ilgi veya zevk almanın kaybolduğu depresif bozukluğun ciddi bir formu olarak tanımlanmıştır. Depresyonla ilgili gelişmiş düşünce Sigmund Freud, Emil Kraepelin ve Adolf Meyer’ in çalışmalarıyla oluşmuştur (1). Kraepelin (1921), hastalığın biliş alanında ve işlevsellikte bozulma ile kronikleşen periyodik seyirli ve döngüsel nitelikte olduğunu belirterek; hastalığı erken bunama (dementia praecox)’dan ayırmıştır. Meyer, “psikobiyojoloji” terimini öne sürerek, biyografik ve psikososyal nedenlere dikkat çekmeye çalışmış ve

biyolojik çağrışımı bulunmayan, “depresyon” tanımlamasını “Melankoli” yerine kullanmıştır. Freud (1957), “yas ve melankoli” makalesinde melankolinin oluşum sürecini ele almış, Alman psikiyatrist Karl Leonhard (1974) ise manik depresif bozukluklarını ikiye ayırarak unipolar ve bipolar duygudurum bozuklukları sınıflandırılmasının temellerini atmıştır (13).

Günümüzde, ülkemizde de yaygın olarak kullanılan Amerikan Psikiyatri Birliği (APA) tarafından yayınlanan "DSM-V Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı" ve hastalıkların ve sağlık sorunlarının uluslararası sınıflama sistemi olan "ICD-10 Ruhsal ve Davranışsal Bozukluklar Sınıflandırması" gibi sistemler mevcuttur (1).

2.3. Depresyonun Epidemiyolojisi

Depresyon, hem ülkemizde, hem de dünyada ciddi sağlık problemlerinin başında gelen ve ruhsal bozukluklar içerisinde en çok tanı konulan hastalıktır (10,13,15,16).

Depresyon, neden olduğu iş ve sosyal kayıplar, güncel yaşantıda oluşturduğu problemler ve süregenleşme özelliği nedeniyle tüm tıbbi hastalıklar arasında yeti kaybı oluşturması yönüyle gelişmiş ülkelerde 1.sırada, dünyada ise 4. sırada yer almaktadır (10,15,17,18). Gelecekle ilgili olarak, Majör depresif bozukluğun 2020 yılında tüm dünyada yetiyitimine neden olan en önemli ikinci hastalık olacağı tahmin edilmektedir (18). Farklı araştırmacılar tarafından farklı yöntemler kullanılması depresyonun prevalansının belirlenmesini güçleştirmektedir. Yapılan çalışmalarda depresyonun yaşam boyu görülme oranının %5-25 olduğu görülmektedir (16). Depresyon, yüksek mortalite ve morbidite oranları ile ciddi toplumsal problemlere neden olabileceğinden uygun tedavi edilmesi gerekmektedir (10).

ABD’de yapılan alan çalışmalarında majör depresif bozukluğun son bir yıllık yaygınlığı %2.6-6.2 arasında, yaşam boyu yaygınlığı ise %3.5-5.8 bulunmuştur. Yaşam boyu depresyon geliştirme riskinin erkekler için %3-12, kadınlar için ise %10-26 olduğu bildirilmektedir (15). Ülkemizde Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Müdürlüğü tarafından yürütülen çalışmaya göre hastalık yükü sıralamasında depresif bozukluk 4. sırada yer almaktadır (19). Türkiye’de yapılmış kapsamı en geniş epidemiyolojik araştırma olan Türkiye Ruh Sağlığı Profili sonuçlarına göre de bir yıllık depresif nöbet yaygınlığı kadınlarda %5.4, erkeklerde %2.3, tüm nüfusta ise %4 olarak tespit edilmiştir (20). Hastalığın, ülkemiz genel popülasyonunda ki yaygınlığı ise %10-20 arasındadır (21).

Depresyon tüm yaş gruplarında görülebilmesine rağmen, ortalama başlangıç yaşı 40'lı yaşlardır ve 25-44 yaşları arası pik yapmaktadır (10,22). Kadınlarda erkeklere oranla iki kat daha sık rastlanır (1,10,13,22). Her 4 kadından birisi ya da her 8-10 erkekten birisi hayatları boyunca bir depresyon dönemi geçirmektedir. Ancak yaş ilerledikçe kadın ile erkek arasındaki bu fark azalmaktadır (10). Biyolojik yapısı, ruhsal özellikleri, kişilik yapısı, sorunlarla başa çıkma biçimi, toplumsal ve kültürel konumu kadınları depresyona yatkın kılmaktadır (23). Depresyon konusunda yapılan birçok çalışmada depresyon ve medeni durum arasında ilişki olduğu tespit edilmiştir. Depresyon riski bekârlarda, eşinden ayrı yaşayanlarda, dul ve boşanmış olanlarda evlilerden daha yüksek tespit edilmiştir (20). Depresyon görülme oranının hiç evlenmemişlerdeyse boşanmış ve dullarla karşılaştırıldığında oldukça düşük olduğu tespit edilmiştir. Birçok çalışmada depresyon riskinin artmasıyla gelir durumunun düşüklüğü arasında ilişki saptanmıştır. Bununla birlikte sosyoekonomik durumla ruhsal hastalıklar arasında nedensellik ilişkisi bulunmaktadır (1).

2.4.Depresyonun Etiyolojisi

Depresif rahatsızlıkları genetik, biyokimyasal ve psikososyal etmenler etkilemektedir. Bu etmenlerin birbirini etkileyerek duygudurum bozukluklarını meydana getirdiği düşünülmektedir (1,10,15).

2.4.1.Genetik faktörler

Kalıtsal nedenler, depresyonun meydana gelmesinde etkili olduğu düşünülen nedenlerdendir (10). Duygulanım bozukluklarının nedenleri arasında genetik faktörlerin araştırıldığı oldukça fazla sayıda araştırma bulunmaktadır (1). Birinci derece yakınlarında depresyon hastası bulunan ailelerde hastalığın görülme sıklığı toplum geneline göre 2-5 kat fazla olduğu belirtilmektedir (1,21). Evlat edinme çalışmaları biyolojik ebeveynlerinde duygu durum bozukluğu olan çocukların, bakıcı ailelerde yaşadıklarında bile bu riski taşıdıklarını ortaya koymuştur (1).

2.4.2.Biyokimyasal faktörler

Depresyonun biyolojik etiyojisi açıklanırken ilk olarak savunulan düşünce noradrenalin ve serotonin eksikliğinin depresyon gelişiminde rol oynadığı kabul edilen "Monoamin Varsayımı"dır (24). Buna göre depresyon noradrenalin, serotonin ve dopamin eksikliği ile yakın bir ilişki içindedir (25).Yapılan çalışmalar, depresyon

etyolojisindeki nörotransmitter işlevinin sadece monoamin hipoteziyle açıklanamayacağını ortaya koymuştur (26). Daha sonra geliştirilen monoamin reseptör hipotezine göre ise kilit monoamin nörotransmitterler reseptörleriyle ilgili fonksiyon bozuklukları ve anormallikler depresyona neden olur (27).

2.4.3.Nöroendokrin faktörler

Depresyon bazı nöroendokrin değişikliklerin ortaya çıktığı karmaşık bir bozukluk olarak değerlendirilmektedir. Nöroendokrin faktörler beden işlevlerini düzenleme görevlerinin yanında, beyinde de önemli etkilere sahiptirler (28). Hipotalamus, hipofiz ve adrenal bez arasındaki bu ağ hipotalamus- pitüiter - adrenal eksen olarak adlandırılır, strese yanıtta kritik yollardan biridir. Depresif bozukluklarla hipotalamus- pitüiter - adrenal eksen arasındaki ilişki sıkça çalışmalara konu olmuş ve aralarında ilişki bulunduğu yapılan çalışmalarda ortaya konmuştur (10).

Depresyon hastalarının büyük çoğunluğunda tiroit hormonlarında azalma görülmektedir ve buna bağlı olarak da tiroid stimulan hormonda artış gözlenmektedir. Uzun süre antidepressan ilaç kullanımına rağmen iyileşme sağlanılamayan hastaların tedavi planlarına tiroid hormonu eklenebilir (29).

Doğum sonrası dönemde görülen hormonal değişimler, depresyon ve psikoz gibi hastalıkların oluşumuna zemin hazırlamaktadır. Psikiyatrik bozukluklarda, prolaktin metabolizmasının da değiştiği saptanmıştır. Prolaktin hormonu yüksek olan hastalarda depresif yakınmalar, libidoda azalma, yüksek stres, kaygı ve artmış iritabilite yakınmaları görülmektedir (13).

2.4.4.Psikososyal faktörler

2.4.4.1.Psikoanalitik kuramlar

Psikoanalitik kuram depresyonu geleceğe karşı karamsarlık ve özsaygının kaybedilmesini temel alarak açıklamıştır. Özsaygının kaybedilmesinin geleceğe karşı umutsuzluğa neden olduğu öne sürülmektedir (30). Freud, “Yas ve Melankoli” adlı çalışmasında ‘melankoli’ ve ‘depresyon’ kavramlarını benzer kayıp deneyimlerine gösterilen tepkilerin geliştirildiği bağlantılı durumlar şeklinde tanımlamış ve depresyonun ilk psikoanalitik açıklamalarını yapmıştır (10,13).

Freud, yas olayı ile melankoliyi karşılaştırmış, yasta sevgi nesnesi kaybı olduğunu, melankolide ise gerçek bir sevgi nesnesinin kaybının olmayabileceği üzerinde durarak yastan farklı olduğunu vurgulamıştır (30).

Depresyonda gerçek ya da bilinç dışı sevgi nesnesi yitimi birey tarafından sevdiğinin onu terk etmesi, sevilme, hatta beni kimse sevmiyor, ben işe yaramam, yeterli değilim duyguları şeklinde içe yansıtılır ve bu içe yansıtma sonucunda bireyin özsaygısı düşer (30). Freud zihnin yapısal incelenmesinde İd-Ego-Süperego kavramlarını geliştirmiştir. Ego ruhsal aygıtın ilkel parçası olan id ile dünya arasında uyumu sağlamaya çalışırken süperego tarafından ödüllendirilebildiği gibi tam tersi ağır bir şekilde cezalandırılabilir. Egonun süperego tarafından anormal cezalandırılması sonucunda depresyon gelişir (29). Depresyonun kliniğini katı bir süperego ve özel savunmalar belirlemektedir (13,30). Karen Horney sevgisini göstermeyen ve itici davranan ebeveynlerce yetiştirilen çocukların, güvensiz ve yalnızlık duygularına eğilimli olduklarını ve bu tip çocukların ilerki yaşamlarında eleştirilme ve reddedilmelere karşı daha kolay çaresizlik duygusuna kapılıp depresyona girebileceklerini ifade etmiştir (13).

2.4.4.2.Kognitif kuramlar

Modern psikolojide düşünceye layık olduğu değeri gösteren ilk kişi psikolog Albert Ellis'tir. Ellis (2007), akılcı olmayan düşüncelerin, kişide depresyon da dâhil olmak üzere pek çok psikolojik soruna yol açtığını ifade etmiştir. Beck, 1960'lı yıllarda Freud'a ait olan öfkenin benlik üzerine döndürülmesi şeklindeki teorisinin geçerliliğini test etmek amacıyla depresyonlu hastalar üzerinde klinik gözlemler yapmış ve geleneksel psikanaliz tedavisini incelemiştir. Klinik gözlemleri ve değerlendirmeleri sonucunda kendi teorisini geliştirmiştir (31,13).

2.5.Depresyonun Belirti ve Bulguları

Depresyonda gözlenen klinik belirtiler şu şekilde sınıflandırılabilir:

2.5.1.Emosyonel belirtiler

Çökkün duygudurum: Depresyonun en belirgin özelliklerindedir. Çökkün duygudurum (disfori) kendini kederli ve elemli hissetme, umutsuzluk, karamsarlık, kendini boşlukta hissetme, sıkıntı hissi ile karakterize olabilir ve devamlılık gösterir. Hastaların büyük bir kısmı özellikle sabahları kendilerini çok karamsar, sıkıntılı ve çökkün hissederler. Hastalık ilerledikçe hastalar kendilerini günün tamamında kötü hissederler (10, 13, 32).

İlgi azlığı ve anhedoni: Depresyondan bahsedebilmek için çökkün duygudurum ya da ilgi azlığından en az birinin bulunması gerekir. Hasta daha önce zevk alarak yaptığı etkinliklerden zevk alamaz, çevresine ve işine olan ilgisi azalır (13).

Sıkıntı hissi, bunalıtı (anksiyete): Bunalıtı hissi gerginlik, engellenmeye karşı tahammülsüzlük ve unutkanlık, sinirlilik artışı gibi belirtilerle kendini gösterebilir. Bunalıtıya sıklıkla bedensel belirtiler eşlik edebilmektedir.

En çok ise baş ağrısı ve dönmesi görülmektedir. Ağır vakalarda bunalıtı kendini ajitasyon şeklinde gösterebilir (10).

2.5.2.Bilişsel belirtiler

Dikkat güçlüğü, bellek, bilgi işleme süreci ve yürütücü işlevlerde bozukluklar hastalığın ilk dönemlerinde ortaya çıkabilmektedir. Bu belirtilerin tedaviye rağmen devam edebildiği ve kalıntı belirtiler olarak süregenleşme eğilimi gösterdiği yapılan araştırmalarda vurgulanmıştır (10,13,30). Depresyon hastalarında düşünce hızında yavaşlama görülmektedir. Çoğu zaman hastanın sorulan sorulara cevap vermekte zorlandığı gözlemlenebilir. Zorlanmanın nedeni halsizlik ya da dikkati toplamadaki güçlükten kaynaklanmaktadır. Ağır vakalarda mutizm de görülebilir (10, 13). Depresyon hastaları genellikle kendilerini suçlu hissedecekleri anılarını hatırlama eğilimi göstermektedirler ve bazen hastalarda ki suçluluk duyguları kendini cezalandırma girişimlerine hatta intihara sebep olabilmektedir (10). İntihar eden bireylerin çoğunlukla daha önce de intihar girişimleri bulunmaktadır. İntihar riski hastalık belirtilerinin şiddetiyle her zaman ilişkili olmamakla birlikte intihar oranı yaş ile birlikte artış göstermektedir. Umutsuzluk, karamsarlık, benlik saygısında azalma ve suçluluk duyguları, intihar düşünce ve eylemlerini pekiştirmektedir. Görüşmede intihar girişimi ve planları mutlaka sorulmalıdır. Hastaların belirtilerini saklama eğilimi içinde olabilecekleri bilinmeli, her belirti değerlendirilmelidir (33). Depresyon hastalarında görülen değersizlik ve yetersizlik duyguları benlik saygılarındaki düşmenin bir sonucu olarak görülmekte, özellikle ağır depresyonlarda bu düşünceler hezeyan şeklinde görülebilmektedir. Depresyon hastalarında düşünce sürecinin yavaşlaması ve olumsuz düşünceler nedeniyle karar vermede güçlük ya da kararsızlık gözlenebilmektedir (10).

2.5.3.Bedensel (vejetatif) belirtiler

Enerji düşüklüğü: Depresyonda sık olarak enerji düşüklüğü, halsizlik ve çabuk yorulma, görülür. Nedeni belli olmayan yorgunluk başlangıç belirtisi de olabilir.

Bu belirtiler hastalarda tedaviye cevabı zorlaştırmakta ve bazı vakalarda süregelenleşebilmektedir. Hastaların yaklaşık olarak %85'inde iştah azalması ve kilo kaybı izlenirken, atipik depresyonda iştah artışı ve kilo alımı izlenir. Mide ve bağırsak hareketlerinde azalma ve konstipasyon sıklıkla görülür (12,33).

Cinsel istekte azalma: Depresyon başlangıç dönemlerinde beliren ve en geç düzelen belirtilerdendir. Ayrıca antidepresan ilaçlar da benzeri tablolara yol açabilir (13,32).

Uyku düzensizlikleri: Yapılan araştırmalarda uyku bozukluğunun, depresyonda en sık görülen fizyolojik belirti olduğu öne sürülmüştür (15).

2.5.4.Davranışsal belirtiler

Psikomotor retardasyon: Depresyonda, özellikle genç vakalarda sık karşılaşılan bir belirtidir. Psikotik özellik gösteren depresyonda ve melankolik depresyonda daha ön plandadır ve sosyal izolasyon ile birlikte görülür (10).

Psikomotor ajitasyon: Ajitasyon, yaşanan anksiyete ve bunalımın davranışlarla dışa vurulmasıdır. Anksiyeteli depresyon, kadınlarda ve yaşlılarda daha sık izlenmekle birlikte depresyon vakalarının %46'sını bu tanıdaki hastaların oluşturduğundan söz edilmektedir. Depresyonun bir belirtisi olan yoğun anksiyete ve ajitasyon intihara neden olması yönüyle hastalıkta önemli bir risk faktörüdür (13,29,35).

2.6.Majör Depresif Bozukluk

2.6.1.Majör Depresyon için DSM-V tanı kriterleri

A. Beş ya da daha fazla sayıda, semptom olmalı, semptomlar birbirini takip eden iki haftalık periyot sırasında devam etmeli ve bireyin daha önceki işlevsellik düzeyinde değişime yol açmalıdır. Semptomlardan en az bir tanesi depresif duygudurum ya da ilgi veya haz kaybıdır. Not: semptomlar, başka bir tıbbi duruma bağlı olmamalıdır.

1. Subjektif açıklamalarla (Örn: üzüntü, boşluk ve ümitsiz hissetme gibi) ya da başkalarının yaptığı gözlemlerle (Örn: ağlar görünüm) belirtilen hemen hemen her gün ortaya çıkan depresif duygudurum. Not: çocuklarda ve adölesanlarda, irritabl duygudurumu olabilir.

2. Hemen hemen her gün, günün büyük bir kısmında belirgin olarak ilgi veya haz almada azalma (sübjektif ya da objektif olarak belirlenen).
 3. Diyet yapmadığı halde belirgin kilo kaybı ya da kilo alma (Örn: 1 ayda vücut ağırlığının %5'inden fazlasının değişmesi) veya hemen her gün iştahta azalma ya da artma. Not: Çocuklarda beklenen kilo alımının gerçekleşmemesi
 4. Hemen her gün uykusuzluk veya aşırı uyuma olması
 5. Hemen her gün psikomotor ajitasyon veya retardasyon olması (sadece sübjektif huzursuzluk veya yavaşlık duygularının ifade edilmesiyle değil başkalarınca bunların gözlemlenmesi)
 6. Neredeyse her gün ortaya çıkan yorgunluk ve enerji kaybı hissetme
 7. Neredeyse her gün – delüzyonel olabilen- değersizlik veya aşırı suçluluk duygusu (sadece kendi kendine sitem etme veya hasta olmaktan dolayı kendini suçlama değil)
 8. Neredeyse her gün görülen düşünme yeteneğinde azalma ve karar vermede zorluk
 9. Belirgin bir plan olmaksızın yineleyici ölüm (ölüm korkusu değil) ve intihar düşünceleri veya intihara teşebbüs ya da intihar planı yapma
- B. Semptomlar klinik düzeyde rahatsızlığa, sosyal, mesleki veya diğer önemli alanlarda işlevsellikte yetersizliğe neden olurlar.
- C. Belirli bir kayba tepki olarak (yas, finansal iflas, doğal afetler nedeniyle kayıplar, ciddi hastalıklar veya engellilik) ortaya çıkan ve A ölçütünde belirtilen depresif epizoda benzeyen ciddi üzüntü, kayıpla ilgili ruminasyon, uykusuzluk, iştah kaybı ve kilo kaybının olması. Bu semptomlar kayıp karşısında geliştirilen tepki olarak düşünülebilir ancak majör depresif episodda buna ek olarak kayıp tepkisi daha dikkatli incelenmelidir. Klinik karar verme için bireyin öyküsü ve kayıp ifadesiyle ilgili kültürel normlar bağlamında klinik karar verme deneyimi gerekmektedir.
- D. Şizoaffektif hastalık, şizofreni, şizofreniform hastalık, delüzyonel hastalık veya şizofreni spektrumunda belirlenmemiş ya da belirlenmemiş psikotik hastalıklarla daha iyi açıklanmayan majör depresif episodun olması
- E. Manik episod veya hipomanik episod asla bulunmaz
- Aşağıdakiler belirlenmelidir:
- Anksiyeteli distresle birlikte
 - Karışık özelliklerle birlikte
 - Melankolik özelliklerle birlikte
 - Atipik özelliklerle birlikte
 - Psikotik özelliklerle uyumlu duygudurumuyla birlikte

Psikotik özelliklerle uyumlu olmayan duygudurumuyla birlikte

Katatoniyle birlikte

Peripartumla birlikte

Mevsimsel paternle birlikte (36).

2.7. Depresyonun Tedavisi

Depresyon, dünya genelinde tüm nüfusu etkileyen yaygın olarak görülen ruhsal bozukluklardandır. Uygun sağaltım yapılmadığında ölüm, sağlık durumunda bozulma gibi istenmedik durumlara neden olabilirken, doğru tespit edilip, uygun bir şekilde sağaltımı yapıldığı takdirde ise hastaların yaşam kalitesinin arttığı gözlemlenmiştir (10). Depresyon sağaltımında, hastayla işbirliğinin sağlanması, bilgi verilmesi, sağaltım yöntemi seçimi ve sonuçların değerlendirilmesi önemlidir (37). Depresyonun akut dönem sağaltımı 6-8 hafta kadar sürer. Bu dönemde amaç hastaların remisyona ulaşmasını sağlamaktır (35,38). Depresyonda idame tedavi ise en az 6 aydır. İlaç yan etkilerinin takip edilmesi ve hastanın işlevselliğini sürdürebilmesi için hastaya ilaç kullanımı konusunda verilecek eğitim büyük önem taşımaktadır (35,37,38).

Depresyonun sağaltımı; ilaç tedavisi, psikoterapi, EKT (Elektro Konvulsif Terapi), ışık terapisi, fitoterapi, aile tedavisi gibi tedavi çeşitlerini içermektedir. İlaç tedavisi tek başına uygulanabilmekle beraber hastanın ihtiyacına göre diğer yöntemlerle birlikte de uygulanabilir (13).

2.7.1. İlaç tedavisi

Psikotik özellik içermeyen depresyon vakaları için uygun olan ilaçlar antidepresanlardır. Antidepresan ilaçlar enzim ya da reseptör inhibitörleri ve geri alım engelleyicileri olarak etkilerini gösterirler (37). Seçici serotonin geri alım inhibitörleri (SSRI), serotonin noradrenalin geri alım inhibitörleri (SNRI) ve dopamin ve diğer serotonin reseptörleri üzerinden etki eden ilaçlardır. Bu grupta yer alan ilaçlar daha kolay tolere edilebildikleri ve daha güvenilir oldukları için monoamin oksidaz inhibitörleri ve trisiklik antidepresanlardan daha sık olarak depresyon tedavisinde kullanılmaktadır (38).

Monoamin oksidaz inhibitörleri (MAOI): Antidepresanlar içerisinde ilk kullanılan ilaçlardır (37). Monoamin oksidaz inhibitörleri, hem depresyonun hem de panik bozukluğun tedavisinde etkilidir. Günümüzde tedaviye dirençli olgularda kullanılmaktadır. En önemli yan etkisi hipertansif krizdir. Bu nedenle hastalar

monoamin oksidaz inhibitörleri alırken tiraminden zengin yiyeceklerden kaçınılması konusunda uyarılmalıdır. Ülkemizde bu grupta moklobemid bulunmaktadır (35).

Trisiklik antidepresanlar (TSA): Trisiklik antidepresanlar etkilerini serotonin ve noradrenalin gerialım pompalarının ve dopamin geri alım pompalarının etkilerini yok ederek göstermektedirler (37).

Ağızda kuruma, kabızlık, tremor, üriner retansiyon, uyku hali, aşırı sakinlik, sersemlik, postüral hipotansiyon, mide bulantısı, baş ağrısı ve cinsel yan etkilere neden olabilirler (38).

Seçici serotonin gerialım inhibitörleri (SSRI): SSRI'lar, nöronlar arasındaki sinaptik aralıkta serotoninini artırarak serotonerjik iletimi artırır (35,38). SSRI'ların, suicidal düşünce ve davranışları düzeltmede ve alkol madde bağımlılıklarında diğer antidepresan ilaçlara göre, daha etkin oldukları kabul edilmektedir (35,39). Huzursuzluk, mide bulantısı, kusma, diyare, baş ağrısı, tremor, sersemlik ve ağız kuruluğu gibi yan etkilere sebep olabilmektedir (37,38). Yan etkileri genellikle doza bağlıdır; yani, doz arttıkça yan etki insidansı da artar (39). MAOI'larla birlikte kullanıldığında toksik bazen ölümcül reaksiyonlar gelişebilmektedir (1).

Seçici noradrenerjik gerialım inhibitörleri (NRI): Ülkemizde bu grupta bulunan ilaçlardan sadece Reboksetin bulunmaktadır. Etki mekanizması diğer antidepresanlarla benzerdir. Reboksetinin huzursuzluk, yorgunluk, dikkat ve enerji eksikliği gibi belirtiler üzerinde etkili olması beklenmektedir (37). Ağız kuruluğu, kabızlık, tremor, bulanık görme, çarpıntı ve idrar retansiyonu gibi yan etkileri bulunmaktadır (38).

Serotonin ve noradrenalin gerialım inhibitörleri (SNRI): Serotonerjik ve noradrenerjik geri alım inhibitörleri olarak adlandırılan, SNRI'lar benzer etki mekanizması olan TSA'lardan farklı olarak sadece bu reseptör sistemlerini etkilemektedirler. Dolayısıyla yan etkileri daha azdır. Mide bulantısı, kusma, diyare, baş ağrısı, tremor, ağız kuruluğu ve cinsel yan etkileri bulunmaktadır (38).

Depresyon hastalarında ilaç kullanımı ile ilgili, ilacın planlanan süre kadar kullanılmaması, ilaç dozuna uyulmaması ya da ilacın hiç kullanılmaması gibi bazı problemler görülebilir. Bu ilaç uyumsuzluğunu doğuran nedenler arasında hastanın tedavi planını karmaşık bulması, ilaç yan etkileri, depresyon ve ilaç tedavisine yönelik bilgi eksikliği, ilacı kullansam da bir fayda sağlamayacak tarzında düşünceye sahip olması sayılabilmektedir (40).

2.7.2.Elektrokonvülsif terapi (EKT)

Beyin dokusunun elektrik akımıyla uyarılması ve sonucunda konvülsiyonlar oluşturması EKT olarak adlandırılmaktadır. Ruhsal bozuklukların tedavisinde etkin bir araç olarak kullanılan EKT psikiyatride kullanılan ilk biyolojik tedavi yöntemidir (41).

EKT’de amaç, hastada denetimli biçimde bir konvülsif nöbet oluşturmak ve bunun beyinde nöronal düzeydeki etkisinden yararlanarak tedaviyi sağlamaktır.

Elektrik akımı, günümüzde mevcut kimyasal nöbet oluşturuculardan çok daha kolay ve güvenle uygulanabilmektedir (42). EKT'nin etki gösterebilmesi için konvülsif nöbetin, nöronlar seviyesinde görülmesi gerekmektedir. Uyarının, elektrik akımı ya da kimyasal madde olması EKT'nin etkisini değiştirmemektedir. Nöbet eşiği, en az 20-25 saniye süren genelleşmiş konvülsiyon oluşturmak için gerekli en az (minimum) elektrik şiddetidir. Tedavi edici etkinin ortaya çıkabilmesi için, konvülsiyonun tüm beyni kapsamaması gerekir (41). Akut depresif dönem sırasında antidepresan ilaç tedavisine cevap vermeyen hastalar genellikle idame tedavi döneminde de aynı ilaçlara cevap vermemektedirler. Bu tür hastalar için koruyucu EKT yararlı bir yöntem olabilir (43).

Koruyucu EKT uygulaması ile ilgili olarak depresyon ve bipolar bozuklukta genel olarak 2-6 ay süreyle (en az 16- 20 hafta) uygulanması önerilirken, sık tekrarlayan depresyonlarda ise daha uzun süre EKT uygulanabileceği belirtilmektedir (44).

EKT en sık depresyonda uygulanmaktadır. Bunun yanında bipolar bozukluklar, psikotik bozukluklar ve nadiren de nöropsikiyatrik bozukluklarda uygulanır. Yaşamı tehdit eden problemler, sağaltımın aciliyeti, ilaç tedavisinin cevapsız olması veya tolere edilememesi ve ilaç tedavisinin uygulanamadığı durumlar EKT uygulama endikasyonlarıdır (45). En hızlı etkili antidepresan tedavisi olan EKT, kısa süreli depresyonda ilaç sağaltımından daha etkindir (46).

EKT' nin yan etkilerine bakıldığında çoğunun zararsız ve geçici olduğu, alınabilecek basit önlemlerle engellenebilecek nitelikte olduğu bilinmektedir Bellek işlev bozuklukları, EKT'nin en sık görülen yan etkisidir. Özellikle yalın EKT uygulamasında nöbet sırasındaki kasılmalar sırasında mandibula çıkığı, vertebra kompresyon kırıkları ve spinal çıkıntılarda kırıklar, asetabulum, humerus ve femur başı kırık ve çıkıklarına neden olmaktadır (41).

2.7.3.Işık terapisi

Işık terapisi depresif bozukluklarda kullanılan etkili sağaltım yöntemlerindedir. Sabah ışığı melatonin hormonunu baskılayarak uyku ve sirkadiyen ritim arasındaki ilişkiyi

düzenler. Böylelikle depresyonda iyileşmeyi sağlar. Ayrıca antidepresan ilaçları etkisini ve uyku kalitesini artırır (13).

2.7.4. Transkranyal manyetik stimülasyon (TMS)

TMS, depresyon tedavisinde kullanılan en yeni tedavi tekniklerinden biridir. TMS, EKT'ye benzer şekilde, beyindeki sinir hücrelerini uyarmak amacıyla manyetik enerjinin kullanımını içerir. Bununla birlikte EKT'nin tersine TMS'den elde edilen elektrik dalgaları jeneralize nöbet aktivitesine neden olmaz.

Dalgalar; saçlı deri üzerine yerleştirilen bir plaka yoluyla ilgili duygudurumun düzenlenmesinden sorumlu olan beyin alanlarına gönderilir (1).

2.7.5. Uyku yoksunluğu tedavisi

Uyku yoksunluğu girişimsel işlem gerektirmemesi nedeni ile majör depresyonda tercih edilmektedir (47).

2.7.6. Psikososyal tedaviler:

Aile ve çift terapisi: Aile ya da çift terapisinde amaç aile bireyleri arasındaki etkileşimleri değiştirmeye odaklanmıştır. Tedavi süresince birden fazla aile üyesi ile görüşülerek, özellikle bir birim olarak ailenin ya da ailenin alt sistemlerinin veya kişi seviyesinde aile üyelerinin işlevselliğini iyileştirmeyi hedefleyen, bir psikoterapi yöntemidir (48).

Bilişsel (kognitif) terapiler: Beck (1989) tarafından geliştirilen bilişsel terapi, çeşitli ruhsal hastalıkların sağaltımı için kullanılan etkin, yönlendirici, süre-sınırlı, yapılandırılmış bir yaklaşımdır (31). Bilişsel terapide bireye duygu durum bozukluklarının gelişimi ve sürmesinde bir faktör olduğu düşünülen düşünce sapmalarını kontrol etmek öğretilir. Terapi duygulanımın bozulmasına yol açan "otomatik düşünceleri" değiştirmeye odaklanır (1). Terapi genel olarak haftalık aralarla 15-25 seans olmakla birlikte, orta ve ağır depresyon hastaları ilk 4-5 hafta için haftada iki seans, sonraki 10-15 hafta boyunca ise tek seansı gerektirirler. Tedavi bittikten sonra ise bir yıl içinde 3-4 kontrol görüşmesi yapılması gerekmektedir (31).

Kişilerarası ilişkiler terapisi (KİT): KİT Klerman, Weissman ve arkadaşları (1970) tarafından geliştirilmiştir. Zaman sınırlı bir psikoterapi yöntemidir ve depresyon

tedavisi için kullanılmaktadır. Depresyonun kişilerarası ilişkilerle ilişkili olduğu düşünülmektedir. Psikososyal desteğin bireyi depresyondan koruduğu gösterilmiştir. KİT “şimdi ve burada” ilkesine odaklanarak depresyona neden olan kişilerarası ilişkiyi çözmeye çalışmaktadır (1,47).

Psikodinamik terapi: Psikodinamik terapi tedavi edici ilişkinin kullanılarak aktarım ve yorumlama yoluyla bilinçdışı çatışmaları belirlemek ve çözmek için kullanılır (35). Psikodinamik terapi depresyonu, bilinçdışı çatışmaların neden olduğu içselleştirilmiş öfke olarak tanımlamaktadır (47).

2.8.Depresyonda Hemşirelik Yaklaşımı

Depresyon yüksek sağlık giderleri, işgücü kaybı, intihar riski ve yinleme olasılığı dikkate alındığında ruh sağlığı ve psikiyatri hemşirelerinin önemle ele alması gereken bir konudur (47). Depresyon hastaları ile çalışan hemşireler anksiyete, öfke ve çaresizlik duygularına kapılabilirler. Ruhsal sorunu olan bireyler hemşirelerin davranışlarına ve tutumlarına karşı aşırı duyarlı olduklarından hemşirenin yaşadığı bu duygulardan ve gerçek dışı beklentilerinden tedavi süreci olumsuz etkilenebilir. Depresif hastaların çoğu kendini hemşirenin zamanını harcamayacak kadar değersiz hissedebilir. Bu nedenle ruh sağlığı ve psikiyatri hemşirelerinin öncelikle kendi duygularını tanıması, gerçek dışı beklentilerinin farkına varması ve bunun hastaya yansımalarını engellemek için gerektiğinde yardım ve destek alması gerekebilir (110).

Psikiyatrik bozuklukların sağaltımında sadece tıbbi tedavi yeterli değildir. Hasta ve ailelerine verilen eğitimler sağaltımın başarılı olması açısından önemlidir (47). Psikiyatri hemşireleri tedavi süresince üstlendikleri rolün yanında hasta ve aile ile işbirliği yaparak hastanın tedaviye uyumunu sağlamaktadırlar. Böylelikle hasta ve ailesi terapötik sürecin bir parçası olur. Hastalıkları ve kullandıkları ilaçlarla ilgili eğitim alan hastaların, kendi sorumluluklarını aldıkları ve bu konudaki yaşantılarını paylaşmalarının ilaç uyumunu arttırdığı görülmüştür. Bu, hastalığın yükünü hafifleterek tedavi sonuçlarına olumlu katkıda bulunmaktadır (34). Hemşirelerin uyguladıkları psikoeğitim faaliyetlerinin depresyon belirtilerini azalttığı, bilişsel davranışsal yöntemlerin kullanıldığı psikoeğitimlerin, depresyonun engellenmesinde etkili olduğu tespit edilmiştir (47).

2.9. Depresyon ve Evlilik Uyumu

Evlilik ilişkisinin niteliğini tanımlamak amacıyla evlilik uyumu, evlilik doyumu, evlilik mutluluğu, evlilik bütünlüğü kavramları kullanılmaktadır. Uyum kavramının evliliğin niteliğini en iyi şekilde değerlendirdiği düşünülerek, evlilik ile ilgili yapılan çalışmalarda uyumla ilgili faktörlere sıklıkla yer verilmektedir (3,49). Bireylerin ve toplumun ihtiyaçlarına cevap vermesi açısından evlilikte uyum kavramı oldukça önemlidir (49).

Evlilik uyumu karmaşık bir kavram olmakla birlikte, birbiriyle iletişim halinde olan, evlilik ve aileyi ilgilendiren konularda düşünce birliği yapabilen ve sorunlarını olumlu bir şekilde sonlandırabilen çiftlerin evliliği uyumlu olarak kabul edilmektedir (3). Evlilik uyumu, evliliğin tüm yönlerinin özel olarak değerlendirilebilmesi olarak tanımlanmıştır. Evlilikte uyum, kişisel talep ve beklentilerin, gereksinimlerin karşılanma derecesi ve buna ilişkin algısı olarak değerlendirilmektedir (50).

Eşler arasındaki uyumu etkilediği düşünülen faktörler:

- Eşler arasında sorun yaratan farklılıklar,
- Kişiler arası problemler ve anksiyete,
- Eşler arasında doyum,
- Eşler arasında bağlılık,
- Eş olma açısından önemli konularda fikir birliği (51).

Evlilikte uyumdan bahsedebilmek için evlilik ilişkisinde, eşler birbirlerine karşı sorumluluk duygusu taşımalı, birbirlerine sosyal destek sağlamalı, birlikte gönüllü olarak zaman geçirmeli, birbirleriyle etkili iletişim kurabilmeli ve kriz durumlarında birbirlerine kenetlenmeleri gerekmektedir (52). Uyumlu bir evlilik yaşantısı insan yaşamında önemli bir rol oynamakta ve bu da bireylerin ruh sağlığını etkilemektedir. Evliliklerde karşılaşılan uyumsuzluklar ve çatışmalar sonucunda bireyler sıklıkla ruhsal bozukluğa yakalamakta ve psikolojik yardım talebinde bulunmaktadırlar (7).

Literatür incelendiğinde, evlilik uyumu ve depresyon arasındaki ilişkiyi gösteren pek çok araştırmaya rastlamak mümkündür (52-56). Bu çalışmaların sonuçlarına göre depresyon ve evlilik uyumu arasında ilişki bulunduğu ve depresyonun evlilik uyumunu değerlendirmede önemli bir faktör olduğu ortaya konmuştur (7,52-56). Düzgün (2009) yaptığı çalışmada kişilerin depresyon düzeyleri arttıkça evlilik uyumlarının azaldığını belirlemiştir. Yine bu çalışmanın sonucunda kişilerin evliliklerine ait özelliklerin evliliğin geleceğini değerlendirdiği ve depresyon puanlarının evlilik uyumunu yordadığı

belirtilmektedir (54). Yapılan araştırmalarda evlilik uyumunun hangi alanlarda bozulduğuna y6nelik 7eşitli sonu7lar ortaya konmuştur. 7alışmalarda, evli bireylerin kişilikleri, bağlanma stilleri, ruhsal ve fiziksel durumları, cinsel yaşamlarının niteliği ve 7eşitli sosyodemografik 6zellikleri sıklı7a araştırılan konulardandır (5,57,58).

2.10.Depresyon ve Bilişsel 7arpıtmalar

Beck, yaşam olaylarının ger7ek7i olmayan bir şekilde değerlendirilmesi ya da d6ř6nce yapısındaki bozukluklar sonucunda depresyonun ortaya 7ıktığını ileri s6rm6řt6r (13).

Beck, depresyonun psikolojik yapısını a7ıklamak i7in 67 6zg6l kavram ileri s6rmektedir (31).

Bilişsel 67l6 (cognitive triad)

Bilişsel 67l6n6n ilk basamağı; bireyin kendisine karşı olumsuz bir bakış a7ısına sahip olmasındır. Birey kendisini hi7bir işe yaramayan, beceriksiz biri olarak g6r6r (59,60). Hoşuna gitmeyen yaşantıların nedenini kendisinde olan ruhsal, ahlaki veya fiziksel eksikliklere y6kleme eğilimindedir (31). Bu değerlendirme sonucunda birey kendisinin değerersiz, sevilmeyen biri olduğu ve bununla birlikte ikinci basamak olan; dış d6nyanın anlamsız bir yer olduğuna dair d6ř6ncelere sahip olur. 676nc6 basamakta ise geleceğe y6nelik umutsuzluk oluşur (59,60).

Otomatik d6ř6nceler

Kişi tarafında planlanmadan otomatik olarak ortaya 7ıkan olumsuz d6ř6ncelerin oluşumları olduk7a hızlıdır (61). Otomatik d6ř6nceler form6le edilmiş, kısa somut c6mlelerdir. Ani oluşurlar ve belirli bir mantık sıralamaları yoktur; istemsiz olarak ortaya 7ıkarlar (62).

Bilişsel 7arpıtmalar

Depresif kişinin d6ř6nce yapısındaki sistematik hatalar, karşıt bulguların varlığına rağmen, hastanın olumlu olmayan bu kavramların ge7erliliğine olan inancını devam ettirmesine neden olmaktadır (31).

1.Keyfi 7ıkarsama: Karşıdakinin ne d6ř6nd6đ6n6 olası başka nedenleri araştırmaya ihtiya7 duymadan bildiğimizi zannetmektir (59,63).

2. Se7ici soyutlama: Bir olayın ya da durumun sadece bir ayrıntısına odaklanarak, o durumun diğer 6zelliklerini g6z ardı ederek, yaşanılan b6t6n tecr6beyi o ayrıntıya g6re kavramsallaştırmaktır (31).

3. Aşırı genelleme: Tesadüfi olarak meydana gelen bir veya birden çok olayı temel alarak genel kural veya sonuç çıkarma durumunu ifade etmektedir. Kişi bu çıkarsamalarını ilgili ilgisiz her konuya uygulamaktadır (31).
4. Büyütme ve Küçültme: Bir duruma gereğinde fazla ya da daha az önem göstermektir (64).
5. İkili (Hep ya da Hiç Biçiminde) Düşünme: Herhangi bir durumun bir bütün halinde tüm boyutlarıyla değerlendirilmesi yerine yalnızca iki boyutta değerlendirilmesidir. Bu düşünce, mükemmeliyetçiliğin merkezini oluşturmaktadır (65).
6. Kişiselleştirme: Günlük hayatta karşılaşılan olumsuz olayların nedenlerini bilmeksizin kendini sorumlu görme düşüncesidir (59).
7. Felaketleştirme (aşırı büyütme veya küçültme): Bir olayın olumsuz sonuçlarına odaklanarak bunları aşırı büyütme (31).
8. Zorunluluk ifadeleri (-meli, -malı ifadeler): Kişinin kendine ait kuralların baskın olduğu ve değiştirilmesinin mümkün olmadığı bilişsel çarpıtma çeşididir (66).
9. Zihin okuma: Kişinin kendi varsayım ve inançlarından hareketle çevredeki insanların ne düşündüklerini bildiğine inanmasıdır. Ayrıca çevredekiler tarafından da kendisinin düşüncesinin bilindiği ya da bilmeleri gerektiği inancını taşımasıdır. Bu durum olmayan bir durum karşısında oluşmuş, olumsuz bir girişimdir (64).
10. Duygudan sonuca ulaşma: Varılan sonucu destekleyen kesin kanıtlar olmamasına rağmen hatta tam tersi durumların söz konusu olduğu zamanlarda bile tüm bunları görmezden gelerek, olumsuz olan düşünceye yönelmektir. Burada ön planda olan duygulardır (67).
11. Etiketleme: Olayların basit olumsuz sonuçlarına rağmen, kişinin kendine ve başkalarına karşı yargılayıcı, incitici sıfatlar yakıştırmasıdır (65).

2.11. Depresyon ve Bağlanma Stilleri

2.11.1 Bağlanma kavramı

Bağlanma, çocuk ile bakımını üstlenen kişi arasında görülen, tutarlılığı ve sürekliliği olan, çocuğun bakımını üstlenen kişiyle yakınlık ihtiyacı duyması ile meydana gelen, özellikle stresli zamanlarda kendini gösteren bir bağ olarak ifade edilmektedir (68). Çocuğun ileri yaşamındaki ilişkilerinin temelini oluşturan sağlıklı bağlanma, çocuğun psikososyal gelişimi açısından oldukça önemlidir (69). Küçük çocuklarda bağlanılan kişilerden ayrılma ile gerginlik ve huzursuzluk görülürken bu kişilerin varlığında ise

rahatlık duygusu olur. Bu durum bağlanmanın temel amacının tehlikelerden korunma olmasından kaynaklanmaktadır (68).

2.11.2. Erişkinlikte bağlanma

Bağlanma davranışının hayat boyu devam etmesine rağmen gelişme dönemleri açısından farklılıklar bulunmaktadır. Bağlanma davranışının erişkinlikte karşılıklı olması beklenirken bebeklikte ise tamamlayıcı özellikte karşımıza çıkmaktadır. Bebeğin bakımını üstlenen kişi bebeğin gereksinimlerini karşılamakta, karşılığında ise bebekten herhangi bir bakım almamaktadır. Yetişkinlikte ise kişiler karşılıklı olarak birbirlerinin gereksinimlerini gidermekte yani hem bakım almakta hem de bakım vermektedir (70).

Hazan ve Shaver (1994) erişkin bağlanmasının bebek bağlanmasından farklılıklar gösterdiğini belirtmişler, bir çocuğun asıl bağlanma figürü genellikle anne ya da baba olduğunu ifade etmişlerdir (111). Ergen ve erişkin yaşam boyunca bağlanma figürü sıklıkla aile dışından kişilere, gruplara ve topluluklara yönelmektedir (72).

2.11.3. Erişkinde bağlanma biçimleri

Bartholomew ve Horowitz (1991), Bowlby'nin bağlanma kuramını temel alarak ve kişinin kendisinin ve başkalarının içsel çalışma modeli olan iki tipten yola çıkarak ortaya koyduğu 4 çeşit bağlanma biçimi oluşturmuşlardır (73). Bu modelleri bireyin ‘benlik imajı (olumlu ya da olumsuz)’ ve ‘başkalarının imajları (olumlu ya da olumsuz)’ birleşimlerinin kullanılmasıyla tanımlanmıştır (74).

Bartholomew ve Horowitz (1991), bağlanmayı güvenli, saplantılı, kayıtsız ve korkulu olarak dört boyutta ele almış ve bu biçimleri aşağıdaki şekilde açıklanmışlardır (78).

Güvenli bağlanma biçimi

Güvenli bağlanmada olumlu benlik algısı vardır. Birey başkalarıyla samimi güvenli ilişkiler kurabilir. Kendini sevmeye değer görür ve diğerlerinin güvenilir, destekleyici olduğuna dair olumlu inançları vardır (74).

Güvenli bireyler diğer bireylerle karşılaştırıldığında stres kaynağı olayları daha az tehdit edici olarak algılamaktadırlar. Bu kişiler, stres yaratan olaylarla başa çıkabilme konusunda kendilerine güvenmektedirler. Duygularını net bir şekilde ifade ederek destek aramayı stres yaratıcı olaylar ile başa çıkmak için kullanırlar. Olayları net bir şekilde dile getirirler ve çatışmalara çözüm ararlar (75).

Saplantılı bağlanma biçimi

Saplantılı bağlanma biçiminde kişinin kendi benliği hakkındaki düşünceleri olumsuzken diğerleri hakkındaki düşünce örüntüleri olumludur. Kişi kendini sevilmeye değer görmez ve kendini değersiz hisseder. Yakın ilişkilerinde onay ihtiyacı ve kendini kanıtlama çabaları vardır. İlişkilerinde beklentileri gerçekçi değildir ve takıntılı bir şekilde ilişkiye hayatlarında anlam verirler (74).

Saplantılı bağlanan kişiler kendilerini değersiz görürken başkalarına karşı olumlu değerlendirmeleri onay alma ve kabul görme davranışları sergilemelerine neden olur (76).

Kayıtsız bağlanma biçimi

Kayıtsız bağlanma biçimine sahip kişiler kendilerini değerli ve sevilmeye değer görürler, yakın ilişki kurmaktan hayal kırıklığına uğramamak için kaçınırlar. Böylelikle kendilerine ait olumlu yüksek benlik saygılarını koruyarak güçlü kalmaya çalışırlar. Diğer insanların duygularına ve yakınlık kurmalarına karşı duyarlı olma eğiliminde olmadıkları için yakın ilişkilerinde sorun yaşarlar ve genellikle yalnız kalırlar (77).

Korkulu bağlanma biçimi

Korkulu bağlanma biçiminde kişilerin kendilerine ve başkalarına ait zihinsel modelleri olumsuz yöndedir. Birey kendisini değersiz hisseder ve kendini başkaları tarafından sevilmeye değer görmez, başkalarının reddedici ve güvenilir olmadığını düşünür (76,77).

Başkalarının güvenilir olmadığına ve reddedici olduğuna dair düşünceleri, kendilerinin sevilmecekle ve değer görmeyeceklerine dair inanç kalıplarına sahip olmalarına neden olur. Korkulu bağlanarak diğerleriyle yakın olmaktan kaçınır ve reddedilme sevilmecekle durumuna karşı kendilerini korumaya çalışırlar. Kaygı düzeyleri yüksek olur (78).

2.11.4.Bağlanma ve depresyon

Bowlby'nin çalışmaları ile birlikte güvensiz bağlanma biçimi psikiyatrik bozuklukların belirleyicisi olarak düşünülmüşken güvenli bağlanma ise sağlıklı süreçlerle ilişkilendirilmiştir. Güvensiz bağlanma biçimleri olan kaygılı bağlanma duyudurum bozuklukları ile ilişkilendirilmiştir (68).

Bowlby'e göre çocukluk dönemindeki olumsuz bağlanma yaşantılarının erişkinlikteki ruhsal belirtiler ve duygu durum bozuklukları üzerinde etkileri bulunmaktadır. Bebeklerin erken dönemde bakım üstlenen tarafından ihtiyaçlarının karşılanması bebeklerin stres düzenleme kapasitelerini belirlemektedir. Düzenlenmemiş stres bebekleri psikopataloji geliştirmeye yatkın kılmaktadır (79). Bununla birlikte bağlanma figürünün ölümü ya da bakım verenle güvenli ilişki kurulamaması nedeniyle bebeklikte, çocuklukta ya da ergenlikte bağlanma güvenliğinin kaybına ve erişkinlikte depresyona neden olabilir (79). Mikulincer ve Shaver, (2007) İki güvensiz bağlanma stiline (kaygılı ve kaçınmacı) farklı depresyon belirtileriyle ilişkisini inceledikleri çalışmanın sonuçlarına göre, kaygılı bağlanmanın aşırı bağlılık, kıskançlık ve onay arama; kaçınmacı bağlanmanın ise başarıya aşırı yönelme ve yalnızlık gibi belirtilerle ilişkili olduğunu ortaya koymuşlardır (72). Ayrıca Kesebir ve arkadaşları (2011) güvensiz bağlanma biçimlerinden kaygılı bağlanmanın anksiyete ve depresif bozukluklarla, kaçınmacı bağlanmanın ise davranış bozukluğu ve patolojilerle ilişkili olduğunu saptamışlardır (68).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Türü

Araştırmanın türü tanımlayıcı ve ilişki arayıcıdır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Tarih

Araştırmanın planlanmasından tamamlanmasına kadar geçen süre Ekim 2017-Haziran 2019 tarihlerini kapsayıp, gerekli izinler Kasım 2017- Nisan 2018 tarihleri arasında alınmış veriler ise Nisan 2018 –Temmuz 2018 tarihleri arasında toplanmıştır. Araştırma Gaziantep Nizip Devlet Hastanesinin Psikiyatri polikliniğine başvuran Majör Depresif Bozukluk tanımlı hastalarla yürütülmüştür.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örnekleme

Gaziantep Nizip Devlet Hastanesi psikiyatri polikliniğine başvuran DSM-V tanı kriterlerine göre majör depresif bozukluk tanısı alan, takip ve tedavisi yapılan ve araştırmaya alınma ölçütlerine uyan hastalar araştırmanın evrenini oluşturmuştur. Uygulamanın yapıldığı hastanede psikiyatri kliniği bulunmadığı için yatan hastalar araştırmaya dâhil edilememiştir. Yapılan Power güç analizi sonucunda ölçekler arasında zayıf düzeyde bir korelasyon katsayısı beklentisinin ($r=0.3$) istatistiksel olarak anlamlı bulunması için her grupta gerekli minimum katılımcı sayısı 84 olarak belirlenmiştir. Araştırmanın örneklemini ise çalışmaya katılmaya gönüllü olan 100 hasta oluşturmaktadır.

Araştırmaya Alınma Ölçütleri

1. DSM V tanı kriterlerine göre Majör Depresif Bozukluk tanısı almış olmak,
2. Beck depresyon envanterinden 17 puan ve üzeri almış olmak,
3. 18-65 yaş aralığında olmak,
4. En az bir yıllık evli olmak,
5. Eşi ile birlikte yaşamak,
6. Türkçe konuşma-anlama problemi olmamak,

Araştırmadan Dışlama Ölçütleri

1. Bir yıldan daha kısa süredir evli olmak,
2. Eşinden ayrı yaşamak,
3. Türkçe konuşma-anlama problemini olmak,

4. Hamile olmak,
5. Majör Depresif Bozukluk dışında bir psikiyatrik bozukluğu bulunmak (bipolar bozukluk, psikotik bozukluk gibi).

3.4. Veri Toplama Araçları

Veriler hastalarla yüzyüze görüşülerek Nisan 2018 – Temmuz 2018 tarihleri arasında toplanmıştır. Hastaların tanıtıcı özelliklerini belirlemek için “Kişisel Bilgi Formu”, depresif belirti düzeylerini belirlemek için “Beck Depresyon Envanteri”, ilişkilerle ilgili bilişsel çarpıtmaları belirlemek için “İlişkilerle İlgili Bilişsel Çarpıtmalar Ölçeği” bağlanma tarzlarını belirlemek için “Yakın İlişkilerde Yaşam Envanteri YİYE-II” ve evlilik uyumlarını belirlemek için “Evlilikte Uyum Ölçeği” kullanılmıştır.

Kişisel Bilgi Formu

Araştırmacı tarafından hazırlanan bu form, hastaların tanıtıcı özelliklerine ve evliliklerine ilişkin bilgileri içermektedir. Toplam 17 soru yer almaktadır (Ek 1).

Beck Depresyon Envanteri (BDE)

Beck ve arkadaşları tarafından 1961 yılında geliştirilen; depresyonda görülen, vejetatif, duygusal, bilişsel ve motivasyonel alandaki belirtileri ve bu belirtilerin şiddetini ölçmeye yarayan bir kendini değerlendirme ölçeğidir. Ölçek 21 sorudan ve her soru da dört seçenekten oluşmaktadır. Her soru da depresyonun şiddetine göre sıralanmış 0’den 3’ e kadar puanlandırılabilen seçenekler bulunmaktadır. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 0 en yüksek puan ise 63’dür. Alınan puanın yüksekliği depresyon düzeyinin ya da şiddetinin yüksek olduğunu göstermektedir (80).

Türkiyedeki geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları Hisli (1988,1989) tarafından yapılmıştır. Hisli (1988), BDE’nin kesme noktalarını belirlemek için poliklinik hastalarıyla çalışmıştır ve sonucunda, 17 ve üstündeki BDE puanlarının tedavi gerektirebilecek depresyonu, %90’nın üzerinde bir doğrulukla ayırt edebildiğini saptamıştır (80,81). Hisli, ölçeğin hem Türkçe hem de İngilizce formunu birer hafta arayla katılımcılara uygulamıştır. İki formun cronbach alfa katsayıları 0.81 ve 0.73 olarak bulunmuştur. Hisli 1989 yılında ölçeğin güvenilirlik çalışmasını yapmak için Ölçeği 259 üniversite öğrencisine uygulamıştır. Ölçeğin iki yarım test güvenilirlik katsayısı 0.74 olarak bulunmuştur (79). Veri analizi toplam puan üzerinden yapıldığı için cronbach alfa katsayıları hesaplanamamıştır (Ek 2).

Yakın İlişkilerde Yaşantılar Envanteri YİYE-II

Ölçek, Brennan, Clark ve Shaver tarafından 1998 yılında geliştirilmiştir. Yakın İlişkilerde Yaşantılar Envanteri bağlanma biçimini (güvenli, korkulu, kayıtsız ve saplantılı) iki boyut üzerinde yapılan küme analizi yöntemiyle ölçmektedir. Ölçek 36 madde ve iki alt boyuttan oluşmaktadır. Kaygı alt boyutu “bağlanmaya ilişkin kaygıya” ve kaçınma alt boyutu ise “bağlanmaya ilişkin kaçınmaya” ait maddeleri içermektedir. Tek sayılı sorular kaygı, çift sayılı sorular ise kaçınma boyutuna aittir. Ölçekten alınabilecek en yüksek puan 252, en düşük puan ise 36’dır (82,83). Ölçekten elde edilen kaygı puanının yüksekliği, yakın ilişkilerde olumlu başkaları, olumsuz kendilik içsel temsillerini ifade etmekteyken, kaçınma boyutundan alınan yüksek puanlar ise olumlu kendilik, olumsuz başkaları içsel temsillerini ifade etmektedir. Bağlanmaya ilişkin kaygı puanının yüksek olması kişinin yakın ilişki içinde yaşadığı kaygının ve yakınlığı sürdürme davranışlarının yüksek olduğu; bağlanmaya ilişkin kaçınma puanının yüksek olması ise kişinin ilişkide yakınlıktan kaçınma davranışlarının yüksek olduğu anlamına gelmektedir (102). YİYE-II’nin, Türk kültürü için geçerlik ve güvenilirlik çalışması, Selçuk ve arkadaşları (2005) tarafından yapılmıştır. Ölçeğin Chronbach alfa içtutarlılık katsayısı kaçınma alt boyutu için 0.90; kaygı alt boyutu için 0.86 olarak bulunmuştur (82). Bu araştırmada ise ölçeğin Chronbach’s alfa içtutarlılık katsayısı 0,51 olarak bulunmuştur (Ek 3).

İlişkilerle İlgili Bilişsel Çarpıtmalar Ölçeği (İBÇÖ)

Ölçek, bireylerin ilişkilerinde göstermiş oldukları bilişsel çarpıtmaları değerlendirmek amacıyla Hamamcı (2003) tarafından geliştirilmiştir (84,85).

Ölçek 19 maddeden oluşmaktadır ve maddeler ilişkilerle ilgili bilişsel çarpıtmaları içermektedir. Ölçekten alınabilecek en yüksek puan 95, en düşük puan ise 19’dur. Ölçekten yüksek puan alınması kişinin ilişkilerle ilgili bilişsel çarpıtmalara sahip olduğunu göstermektedir. Ölçek, ‘Yakınlıktan Kaçınma’, ‘Gerçekçi’ ve ‘Zihin Okuma’ şeklinde birbirinden bağımsız üç alt boyuttan oluşmaktadır. “Yakınlıktan Kaçınma” alt boyutu toplam sekiz maddeden oluşmaktadır (1, 2, 3, 4, 10, 12, 13, 19. maddeler). Bu boyut bireylerin diğer kişilere karşı sahip oldukları olumsuz bakış açısını, ilişkilerde yakın olunması durumunda bu durumun sonucunda ki olumsuz sonuçları göstermektedir ve bu sebeple ilişkilerde yakınlık kurulmaması gerektiğini ifade etmektedir. “Gerçekçi Olmayan İlişki Beklentisi” alt boyutu ise toplam sekiz maddeden oluşmaktadır (5, 9, 11, 14, 15, 16, 17, 18. maddeler) ve bireylerin kişilerarası ilişkilerinde hem kendi

davranışlarına hem de diğer kişilerin davranışlarına ilişkin yüksek beklenti ve standartlarını göstermektedir. Üç maddeden oluşan “Zihin Okuma” alt boyutu (6,7,8. Maddeler) ise diğer kişilerin ne düşündüğünü ve hissettiğini bildiğini varsayan, zihin okuma hatasına sahip ifadelerden oluşmaktadır. Ölçeğin Chronbach’ s alfa güvenilirlik katsayısı 0.67 olarak bulunmuştur (85). Bu araştırmada ölçeğin Chronbach’ s alfa içtutarlılık katsayısı 0.75 olarak bulunmuştur (Ek 4).

Evlilikte Uyum Ölçeği (EUÖ)

Ölçek Locke ve Wallace (1959) tarafından evliliğin niteliğini ölçmek amacıyla geliştirilmiştir Evlilikte uyum ölçeği hem genel olarak evlilik doyumunu ya da niteliğini hem de çeşitli konularda anlaşma düzeyi (aile bütçesi, duyguların ifadesi vb. gibi) ve ilişki tarzını (boş zaman, çatışma çözme vb. gibi) ölçmektedir. Evlilikte uyum ölçeği 15 maddeden oluşur ve alınabilecek en düşük puan 0 en yüksek puan ise 58’dir. Evlilik ilişkileri açısından 43.5 puanın altında alanlar uyumsuz, üzerinde alanlar uyumlu kabul edilmektedir. Türkiyedeki geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları Tutarel Kışlak (1996) tarafından yapılmıştır. Kışlak(1996) ölçeğin Chronbach alfa iç tutarlılık katsayısı 0.80 olarak saptamıştır (86). Veri analizi toplam puan üzerinden yapıldığı için cronbach alfa katsayıları hesaplanamamıştır (Ek 5).

3.5. Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin normal dağılıma uygunluğunun belirlenmesinde Shaphiro wilk testi, normal dağılmayan özelliklerin 2 bağımsız grupta karşılaştırılmasında Mann Whitney u testi kullanılmıştır. İki den fazla bağımsız grupta karşılaştırılmasında ise Kruskal Wallis testi kullanılmıştır. Ölçekler arasındaki ilişkiler Spearman korelasyon katsayısı ile test edilmiştir. Güvenirliğin test edilmesi amacı ile Cronbach alfa katsayıları hesaplanmıştır. Tanımlayıcı istatistik olarak sayısal değişkenler için ortalama±standart sapma, kategorik değişkenler için ise sayı ve % değerleri verilmiştir. İstatistiksel analizler için SPSS Windows version 24.0 paket programı kullanılmış ve $p < 0.05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

3.6. Araştırmanın Etik İlkeleri

Çalışma öncesi, Gaziantep Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik kurulundan onay alınmıştır (Ek-6). Ayrıca araştırmaya başlamadan önce, araştırmanın yapılacağı kurumdan yazılı ve sözel izin alınmıştır (Ek-7). Araştırma verilerini toplamaya

başlamadan önce hastalara, araştırmanın yapılma amacı, süresi ve araştırma süreci izah edilerek “Aydınlatılmış Onam” etik ilkesine uyulmuştur. Hastaların istedikleri zaman araştırmadan çekilebilecekleri söylenerek “Özerklik” ilkesi, şahsi bilgilerin araştırmacı ile paylaşıldıktan sonra başka kişi ya da kurumlarla kendisinin rızası alınmadıkça paylaşılmayacağı belirtilerek “Gizlilik ve Gizliliğin Korunması” etik ilkesine uyulmasına özen gösterilmiştir. Araştırmada “insan onuruna saygı” etik ilkesi de gözetilmiş ve elde edilen bilgilerin ve yanıtlayanın kimliğinin saklı tutulacağı belirtilerek “Kimliksizlik ve Güvenlik” etik ilkesi yerine getirilmiştir.

3.7. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma sadece Gaziantep Nizip Devlet Hastanesi Psikiyatri Polikliniğine başvuran ve ayaktan takip edilen Majör Depresif Bozukluk tanılı hastalar ile yapılmış olup, yatarak tedavi alan hastalar çalışmanın yapıldığı kurumda psikiyatri kliniği bulunmadığı için çalışmaya dâhil edilemediğinden dolayı sonuçlar tüm evrene genellenemez, sadece bu gruba genellenebilir.

4. BULGULAR

Tablo 1. Hastaların Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımı (n=100)

Özellikler	Sayı	%	
Yaş	21-30 yaş arası	12	12,0
	31-41 yaş arası	36	36.0
	41-50 yaş arası	31	31.0
	51 ve üzeri	21	21.0
Cinsiyet	Kadın	80	80.0
	Erkek	20	20.0
Öğrenim Durumu	Okuryazar değil	9	9.0
	Okuryazar	10	10.0
	İlköğretim	65	65.0
	Lise ve üzeri	16	16.0
Eşin Öğrenim Durumu	Okuryazar değil	5	5.0
	Okuryazar	4	4.0
	İlköğretim	61	61.0
	Lise	19	19.0
	Üniversite	11	11.0
Çocuk Sayısı	Yok	5	5.0
	Bir	6	6.0
	İki	21	21.0
	3	30	30.0
	4 ve üstü	38	38.0
Herhangi Bir İşte Çalışma Durumu	Evet	17	17.0
	Hayır	83	83.0
Meslek	Özel sektör	15	15.0
	Kamu sektörü	2	2.0
	Çalışmıyor	83	83.0
Eşinin Herhangi Bir İşte Çalışma Durumu	Evet	63	63.0
	Hayır	37	37.0
Eşinin Mesleği	Özel Sektör	55	55.0
	Kamu Sektörü	8	8.0
	Çalışmıyor	37	37.0
Gelir Durumu	Gelir giderden az	67	67.0
	Eşit	29	29.0
	Gelir giderden fazla	4	4.0
Aile Yapısı	Çekirdek aile	91	91.0
	Geniş aile	9	9.0
Evlilik Yılı	1-10 yıl	20	20.0
	11-20 yıl	37	37.0
	20 yıldan fazla	43	43.0

Tablo 1. Hastaların Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımı (n=100) (Devam)

Evlenme Yaşı	18 yaş ve öncesi	23	23.0
	18-22 yaş arası	47	47.0
	23 yaş ve üzeri	30	30.0
Evlenme Biçimi	Görücü usulü	73	73.0
	Anlaşarak	20	20.0
	Zorla	4	4.0
	Kaçarak	3	3.0
Kaçıncı Evliliği Olduğu	İlk evlilik	94	94.0
	İkinci evlilik ve üstü	6	6.0
Eşinin Kaçıncı Evliliği Olduğu	İlk evlilik	90	90.0
	İkinci ve üstü	10	10.0
Hastaya Göre Evlilik Tanımı	Olumlu tanımlayanlar	67	67.0
	Olumsuz tanımlayanlar	29	29.0
	Sorumluluk mecburiyet olarak tanımlayanlar	4	4.0

Araştırmaya katılan hastaların tanıtıcı özelliklerine yönelik bulgular Tablo 1’de verilmiştir. Buna göre çalışmaya katılan hastaların %36’sının 31-41 yaş aralığında olduğu, %80’inin kadın olduğu ve %65’inin kendisi, %61’inin ise eşinin ilköğretim mezunu olduğu tespit edildi. Hastaların %43’ünün 20 yıldan fazladır evli olduğu, %47 sinin 18-22 yaş aralığında ve %73’ünün görücü usulü evlendiği tespit edildi. %94’ünün kendisinin ilk evliliği, %90’ının eşinin ilk evliliği olduğu ve %38’inin 4 ve üzeri çocuğa sahip olduğu saptandı. Hastaların %17’sinin çalıştığı, eşlerinin ise %63’ünün çalıştığı tespit edildi. Ayrıca hastaların %67’sinin gelirinin giderden az olduğu ve %91’inin çekirdek ailede yaşadığı ve bu verilere ek olarak hastaların %67’sinin evliliğini olumlu olarak tanımladığı saptandı.

Tablo 2: Hastaların EUÖ’ ne göre Evlilik Uyumu Durumları (n=100)

Evlilik Uyumu	Sayı	%
Uyumlu	30	30
Uyumsuz	70	70

Tablo 2’ye bakıldığında araştırmaya katılan hastaların %30’unun evliliğinin uyumlu %70’inin ise evliliğinin uyumsuz olduğu saptandı.

Tablo 3. Hastaların EUÖ, BDE, YİYE-II, İBÇÖ Toplam Puan ve Alt Boyutlarının Puan Ortalamalarının Dağılımı

Ölçekler	Ölçek Puan Ortalaması X±SS	Ölçekten Alınan Min. – Max. Değerler	Ölçekten Alınabilecek Min. – Max. Değerler
EUÖ	35.43±12.01	6-58	0-58
BDE	29.64±10.62	0-63	0-63
YİYE-II Kaygı	66.24±17.66	29-117	18-126
YİYE-II Kaçınma	83.62±13.38	47-113	18-126
YİYE-II Toplam	149.86±20.39	104-218	36-252
İBÇÖ Yakınlıktan Kaçınma	27.41±7.49	10-40	8-40
İBÇÖ Gerçekçi Olmayan İlişki Beklentisi	29.44±6.94	10-40	8-40
İBÇÖ Zihin Okuma	10.63±3.36	3-15	3-15
İBÇÖ Toplam Puanı	67.48±12.77	30-91	19-95

Tablo 3'e bakıldığında hastaların EUÖ'den alabilecekleri en küçük puan:0 en yüksek puan:58 olup ortalama puanı ise 35,43±12,01'dir. Beck depresyon envanterinden alınabilecek en küçük puan:0 en yüksek puan: 63 olup; hastaların ortalama puanı ise 29,64±10,62 'dir.

Araştırmaya katılan hastaların “YİYE-II kaçınma” puan ortalaması: 83,62±13,38;“YİYE-II kaygı” puan ortalaması: 66,24±17,66; “YİYE-II toplam” puanı ise: 149,86±20,39 olarak saptandı.

Araştırmaya katılan hastaların “İBÇÖ yakınlıktan kaçınma” puan ortalaması 27,41±7,49; “İBÇÖ gerçekçi olmayan ilişki beklentisi” puan ortalaması 29,44±6,94; “İBÇÖ zihin okuma” puan ortalaması 10,63±3,36; “İBÇÖ toplam” puan ortalaması 67,48±12,77 olarak tespit edildi.

Tablo 4. Hastaların EUÖ, BDE, YİYE-II, İBÇÖ Toplam Puan ve Alt Boyutları Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki

	EUÖ	BDE	İBÇÖ Yakınlıktan Kaçınma	İBÇÖ Gerçekçi Olmayan İlişki Beklentisi	İBÇÖ Zihin Okuma	İBÇÖ TOPLAM PUAN
BDE			r=0.461 p=0.001	r=0.084 p=0.405	r=-0.036 p=0.719	r=0.308 p=0.002
EUÖ		r=-0.425 p=0.001	r=-0.231 p=0.021	r=0.038 p=0.704	r=-0.014 p=0.891	r=-0.140 p=0.165
YİYE-II Kaygı	r=-0.536 p=0.001	r=0.280 p=0.005	r=0.372 p=0.000	r=0.111 p=0.272	r=0.130 p=0.198	r=0.314 p=0.001
YİYE-II Kaçınma	r=0.422 p=0.001	r=-0.293 p=0.003	r=0.015 p=0.881	r=0.164 p=0.103	r=-0.021 p=0.834	r=0.065 p=0.519
YİYE-II Toplam	r=-0.144 p=0.153	r=0.028 p=0.784	r=0.304 p=0.002	r=0.135 p=0.179	r=0.070 p=0.490	r=0.247 p=0.013

r: Spearman rank korelasyon katsayısı

p:0.05 düzeyinde anlamlı

r=0.2-0.4 arası zayıf, r=0.4-0.6 arası orta, r=0.6-0.8 arası güçlü, r>0.8 çok güçlü ilişki

Tablo 4'e bakıldığında: EUÖ ile BDE arasında negatif yönde orta şiddette (r=-0.425, p=0.001), İBÇÖ yakınlıktan kaçınma alt boyutu arasında negatif yönde zayıf (r=-0.231, p=0.021), YİYE-II kaygı alt boyutu arasında negatif yönde orta şiddette (r=-0.536, p=0.001) ve YİYE-II kaçınma alt boyutu arasında ise pozitif yönde orta şiddette (r=0.422 p=0.001) bir anlamlı ilişki saptandı.

BDE ile YİYE-II kaygı alt boyutu (r=0.280, p=0.005) ve İBÇÖ toplam puanı (r=0.308, p=0.002) arasında pozitif yönde zayıf, İBÇÖ yakınlıktan kaçınma alt boyutu(r=0.461, p=0.001) arasında pozitif yönde orta şiddette ve YİYE-II kaçınma alt boyutu arasında ise negatif yönde zayıf (r=-0.293, p=0.003) bir ilişki saptandı.

YİYE-II kaygı alt boyutu ile İBÇÖ yakınlıktan kaçınma alt boyutu puanı ($r=0.372$, $p=0.000$) ve İBÇÖ toplam puanı ($r=0.314$, $p=0.001$) arasında ise pozitif yönde zayıf bir ilişki saptandı.

YİYE-II toplam puanı ile İBÇÖ yakınlıktan kaçınma alt boyutu ($r=0.304$, $p=0.002$) ve İBÇÖ toplam puanı ($r=0.247$, $p=0.013$) arasında pozitif yönde zayıf bir ilişki saptandı.



Tablo 5. Hastaların Tanıtıcı Özellikleri ile EUÖ, BDE, YİYE-II, İBÇÖ Toplam Puan ve Alt Boyutları Puanlarının Karşılaştırılması (n=100)

	EUÖ	BDE	YİYE-II Kaygı	YİYE-II Kaçınma	YİYE-II Toplam	İBÇÖ Yakınlıktan Kaçınma	İBÇÖ Gerçekçi Olmayan İlişki Beklentisi	İBÇÖ Zihin Okuma	İBÇÖ Toplam
Yaş									
21-30 Yaş	32.33±10.55	32.33±12.1	65.42±24.94	76.17±13.74	141.58±30.34	29.33±6.75	26.67±8.22	9.08±3.68	65.08±13.43
31-41 Yaş	35±11.42	28.53±9.39	66.17±16.73	83.14±12.97	149.31±19.62	25.67±8.09	28.44±6.95	10.69±3.04	64.81±13.85
41-50 Yaş	35.32±13.18	29.81±11.72	69.77±17.34	84.06 ± 13.4	153.84±19.58	27.39±7.16	29.26±6.58	11 ± 3.84	67.65±11.38
51 ve Üzeri	38.1 ± 12.27	29.76±10.52	61.62±14.81	88.05±12.85	149.67± 5.43	29.33±7.09	33 ± 5.72	10.86±2.94	73.19±11.33
Ki-Kare	2.433	0.892	3.034	7.117	4.856	4.178	8.499	2.822	7.025
P	0.488	0.827	0.386	0.068	0.183	0.243	0.037	0.420	0.071
Cinsiyet									
Kadın	34.36±12.43	29.98±10.85	68.25±18.01	83.65±13.46	151.9 ± 21.33	27.29 ± 7.5	29.84 ± 6.52	10.65±3.51	67.78±12.94
Erkek	39.7 ± 9.26	28.3 ± 9.78	58.2 ± 13.88	83.5 ± 13.43	141.7 ± 13.75	27.9 ± 7.68	27.85 ± 8.45	10.55 ± 2.8	66.3 ± 12.36
Z	-0.930	-0.979	-0.298	-1.883	-1.513	-1.396	-0.883	-1.292	-0.095
P	0.353	0.327	0.766	0.060	0.130	0.163	0.377	0.196	0.924
Öğrenim durumu									
Okuryazar Değil	43.33±9.09	29.44±11.05	61.22±13.13	91.22±11.98	152.44±11.98	26.11±6.6	34.78±4.54	10.56±4.09	71.44±11.67
Okur Yazar	28.30±16.4	32.80±16.36	71.80±23.31	80.90±12.82	152.70±12.82	27.40±10.15	30.90±5.85	11.00±3.36	69.30±14.63
İlköğretim	34.68±12.03	30.26±10.1	67.23±16.25	83.11±13.98	150.34±13.98	28.23±7.13	29.43±6.69	11.12±3.23	68.78±12.08
Lise ve Üzeri	38.50±6.72	25.25±7.33	61.56±21.21	83.13±11.47	144.69±11.47	24.81±7.57	25.56±7.83	8.44±2.82	58.81±12.41
Ki-Kare	8.241	4.325	3.472	3.577	2.328	3.048	11.201	8.575	8.798
P	0.401	0.228	0.324	0.311	0.507	0.384	0.011	0.036	0.032

Tablo 5. Hastaların Tanıtıcı Özellikleri ile EUÖ, BDE, YİYE-II, İBCÖ Toplam Puan ve Alt Boyutları Puanlarının Karşılaştırılması (Devamı)

Eşin öğrenim durumu										
Okuryazar Değil	27.80±12.89	31.00±7.87	67.60±11.37	84.40±12.26	152.00±9.3	28.00 ±4.63	25.00±10.29	11.80±2.16	64.80±13.21	
Okur Yazar	44.50±10.90	19.75±15.3	62.00±7.25	87.00±9.3	149.00±11.91	23.00±4.24	36.25±4.34	10.75±4.34	70.00±4.69	
İlköğretim	34.92±11.45	29.89±10.6	65.03±17.08	84.70±13.77	149.74±20.77	28.36±7.69	30.18±6.11	10.84±3.33	69.38±12.24	
Lise	33.00±13.43	30.79±10.41	71.00±17.87	77.42±14.85	148.42±19.19	25.21±7.33	28.42±7.49	10.58±3.58	64.21±13.19	
Üniversite	42.64±9.04	29.27±10.42	65.64±25.16	86.73±7.55	152.36±27.84	27.27±8.25	26.64±7.87	9.00±3.31	62.91±15.97	
Ki-Kare	8.978	2.401	2.031	4.240	0.368	5.577	8.344	3.242	2.632	
P	0.062	0.662	0.730	0.375	0.985	0.233	0.080	0.518	0.621	
Çocuk sayısı										
Yok	35.40±17.21	26.80±12.85	59.60±13.05	71.00±16.07	130.60 ±13.27	28.80 ±8.22	29.20 ±6.83	12.60±2.88	70.60±10.92	
Bir Çocuk	38.33±6.34	24.17±5.07	62.50±15.21	84.67±11.25	147.17 ±17.52	28.50 ±7.23	26.83 ±5.11	10.17±3.06	65.50±10.48	
İki Çocuk	35.90±11.23	30.71±11.13	59.14±15.67	85.10±10.53	144.24 ±16.72	25.86 ±8.77	28.19 ±6.57	10.14±3.78	64.19±15.3	
Üç Çocuk	33.10±12.09	29.60±10.56	70.10±19.53	80.63±13.37	150.73 ±23.6	26.03 ±6.99	28.00 ±6.95	10.07±3.02	64.10±11.45	
Dört ve Üzeri	36.55±12.59	30.32±10.9	68.58±17.27	86.66±13.95	155.24 ±19.11	29.00 ±7.07	31.71 ±7.09	11.16±3.46	71.87±11.92	
Ki-Kare	1.740	2.628	6.189	5.860	10.358	4.101	8.841	4.177	8.490	
P	0.783	0.622	0.185	0.210	0.035	0.393	0.065	0.383	0.075	
Çalışma durumu										
Evet	37.29 ± 8.45	27.41 ± 9.54	59.76 ±13.51	81.71±13.16	141.47 ±14.99	26.47 ± 7.67	27.24 ± 7.84	10.18±2.88	63.88±10.23	
Hayır	35.05±12.63	30.10 ± 10.82	67.57 ±18.18	84.01±13.48	151.58 ± 21	27.6 ± 7.49	29.89 ± 6.71	10.72±3.47	68.22±13.17	
Z	-0.422	-0.897	-1.510	-0.358	-1.730	-0.519	-1.259	-0.735	-1.345	
P	0.673	0.370	0.131	0.720	0.084	0.604	0.208	0.463	0.179	

Tablo 5. Hastaların Tanıtıcı Özellikleri ile EUÖ, BDE, YİYE-II, İBCÖ Toplam Puan ve Alt Boyutları Puanlarının Karşılaştırılması (Devamı)

Eşin çalışma durumu										
Evet	34.33±12.36	30.11 ± 11.38	68.4 ± 18.67	82.44±13.21	150.84±22.04	26.9 ± 7.88	29.22 ± 6.49	10.60±3.62	66.73±13.29	
Hayır	37.3 ± 11.31	28.84 ± 9.28	62.57 ± 15.36	85.62±13.63	148.19±17.41	28.27 ± 6.81	29.81 ± 7.74	10.68±2.93	68.76±11.91	
Z	-1.168	-0.390	-1.439	-1.657	-0.446	-0.769	-0.733	-0.097	-0.800	
P	0.243	0.696	0.150	0.097	0.655	0.442	0.464	0.923	0.424	
Eş meslek										
Özel Sektör	34.24±12.56	30.36±11.37	67.29±18.92	82.75±13.73	150.04±22.77	27.49±7.93	29.51±6.73	11.00±3.59	68.00±13.4	
Kamu Personeli	35.00±11.67	28.38±12.04	76.00±15.72	80.38±9.18	156.38±16.17	22.88±6.57	27.25±4.36	7.88±2.58	58.00±8.88	
Çalışmıyor	37.30±11.31	28.84±9.28	62.57±15.36	85.62±13.63	148.19±17.4	28.27± 6.81	29.81±7.73	10.68±2.93	68.76±11.91	
Ki-Kare	1.375	0.587	4.090	3.208	1.706	3.534	1.919	5.800	6.270	
P	0.503	0.746	0.129	0.201	0.426	0.171	0.383	0.055	0.044	
Gelir durumu										
Gelir Giderden Az	34.33±11.62	31.03±11.15	69.21±18.01	83.72±13.31	152.93±19.10	28.25±7.5	30.54±6.21	10.75±3.53	69.54±11.86	
Gelir Gidere Eşit	39.17±12.13	27.10±9.16	58.62±13.87	82.34±13.11	140.97±17.78	25.48±7.58	27.00±7.95	10.55±3.11	63.03±14.28	
Gelir Giderden Fazla	26.75±12.28	24.75±7.84	71.75±23.67	91.25±17.74	163.00±39.30	27.25±4.85	28.75±8.22	9.25±2.21	65.25±9.7	
Ki-Kare	7.564	3.889	7.360	1.407	8.299	2.859	4.111	1.007	4.291	
P	0.023	0.143	0.025	0.495	0.016	0.239	0.128	0.604	0.117	
Aile yapısı										
Çekirdek Aile	36.03±11.85	29.02 ± 10.67	66.05 ± 17.72	83.85±13.07	149.9 ± 20.84	27.33 ± 7.49	29.24 ± 7.09	10.46±3.34	67.03±13.01	
Geniş Aile	29.33±12.63	35.89 ± 8.13	68.11 ± 18.03	81.33±17.01	149.44±16.28	28.22 ± 8	31.44 ± 5.15	12.33±3.32	72 ± 9.51	
Z	-1.501	-2.053	-0.374	-0.271	-0.307	-0.289	-0.863	-1.613	-1.163	
P	0.133	0.040	0.709	0.786	0.759	0.772	0.388	0.107	0.245	

Tablo 5. Hastaların Tanıtıcı Özellikleri ile EUÖ, BDE, YİYE-II, İBCÖ Toplam Puan ve Alt Boyutları Puanlarının Karşılaştırılması (Devamı)

Evlilik yılı										
1-10 Yıl	35.10±10.92	30.25±11.57	65.60±19.75	80.65±14.89	146.25±22.52	28.30±8.29	28.80±6.53	10.10±3.69	67.20±13.41	
11-20 Yıl	34.70±11.36	28.16±9.74	67.97±18.33	80.97±12.13	148.95±21.89	25.35±7.77	28.32±7.34	10.32±3.42	64.00±13.65	
20 Yıl	36.21±13.20	30.63±10.99	65.05±16.32	87.28±13.11	152.33±18.08	28.77±6.60	30.70±6.73	11.14±3.15	70.60±11.08	
Ki-Kare	0.478	1.409	0.886	5.377	2.024	5.014	2.663	1.643	4.382	
P	0.788	0.494	0.642	0.068	0.364	0.082	0.264	0.440	0.112	
Evlenme yaşı										
18 ve Önce	37.61±11.74	29.2±12.19	67.04±17.69	85.43±11.34	152.48±17.62	29.48±6.56	30.70±6.09	11.48±2.92	71.65±12.3	
18-22 Arası	36.26±11.92	30.72±10.18	63.28±18.88	84.74±13.78	148.02±23.65	27.13±7.58	28.81±7.24	10.26±3.55	66.19±13.2	
23 ve Üzeri	32.47±12.19	28.23±10.18	70.27±15.16	80.47±14.07	150.73±16.89	26.27±7.95	29.47±7.16	10.57±3.37	66.30±12.15	
Ki-Kare	2.784	1.066	3.365	1.130	1.676	2.362	1.764	1.747	2.832	
P	0.249	0.587	0.186	0.568	0.433	0.307	0.682	0.417	0.243	
Evlenme biçimi										
Görücü Usulü	34.16±11.52	30.26±10.37	66.51±17.68	83.75±13.76	150.26±20.19	27.19±7.6	30.04±6.69	10.07±3.39	67.30±12.88	
Anlaşarak	42.60±9.960	26.40±11.14	64.00±18.89	86.30±11.06	150.30±23.00	28.25±7.48	28.00±8.15	11.95±3.13	68.20±13.87	
Zorla	24.50±18.06	33.75±12.14	71.00±18.12	68.50±14.70	139.50±20.00	29.75±7.93	28.00±5.71	13.25±1.7	71.00±9.05	
Kaçarak	33.00±10.58	30.67±12.34	68.33±13.86	82.67±6.02	151.00±7.93	24.00±6.00	26.33±6.5	12.00±1.73	62.33±8.96	
Ki-Kare	10.247	2.383	1.141	4.344	1.165	1.384	1.992	7.651	1.289	
P	0.017	0.497	0.767	0.227	0.761	0.709	0.574	0.054	0.732	

Tablo 5. Hastaların Tanıtıcı Özellikleri ile EUÖ, BDE, YİYE-II, İBÇÖ Toplam Puan ve Alt Boyutları Puanlarının Karşılaştırılması (Devamı)

Kaçıncı evlilik									
İlk Evlilik	35.79±11.87	29.79 ± 10.7	66.14 ± 18.1	83.67±13.47	149.81±20.84	27.16± 7.61	29.26±7.03	10.41±3.31	66.83±12.79
İki ve üzeri	29.83±14.11	27.33 ± 9.91	67.83 ± 8.91	82.83 13.23	150.67±12.75	31.33± 4.03	32.33±5.09	14 ± 2.45	77.67 ± 7.66
Z	-1.111	-0.531	-0.428	-0.109	-0.305	-1.228	-1.010	-2.770	-2.121
P	0.267	0.595	0.668	0.913	0.760	0.219	0.312	0.006	0.034
Eşin kaçıncı evliliği									
İlk Evlilik	35.5 ± 11.92	30.07 ± 10.67	66.13 ± 18.4	83.5 ± 13.44	149.63±21.19	27.42 ± 7.66	29.2 ± 7.05	10.29±3.27	66.91±12.92
İkinci Evlilik Ve Üstü	34.8 ± 13.5	25.8 ± 9.87	67.2 ± 9.09	84.7 ± 13.52	151.9 ± 11.4	27.3 ± 6.24	31.6 ± 5.8	13.7 ± 2.67	72.6 ± 10.65
Z	-0.080	-1.382	-0.420	-0.207	-0.546	-0.207	-0.990	-3.211	-1.351
P	0.936	0.167	0.675	0.836	0.585	0.836	0.322	0.001	0.177
Evlilik tanımı									
Olumlu Tanımlayanlar	38.48±10.87	28.81±11.01	64.84±16.77	85.48±12.78	150.31±19.71	27.42±7.2	29.96±7.27	10.16±3.46	67.54±12.47
Olumsuz Tanımlayanlar	27.62±11.7	32.52±9.57	72.90±16.94	79.41±14.69	152.31±20.55	28.66±7.75	29.45±4.87	12.03±2.77	70.14±11.1
Sorumluluk-Mecburiyet Olarak Tanımlayan	41.00±6.73	22.75±6.13	41.50±11.73	83.00±7.48	124.50±17.82	18.25±4.99	20.75±9.94	8.25±2.63	47.25±13.72
Ki-Kare	16.477	4.931	11.837	3.559	5.876	5.862	4.229	8.255	7.747
P	0.001	0.085	0.003	0.169	0.053	0.053	0.121	0.016	0.021

Z: Mann whitney u testi, Ki-kare: Kruskal wallis testi

Tablo 5'e bakıldığında cinsiyetler, eş eğitim düzeyleri, hastaların çalışma durumları, eşlerinin çalışma durumları, evlilik yılları, evlilik yaşları arasında ölçek puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı ($p>0.05$).

Hastaların yaşlarına göre ölçek puanları karşılaştırıldığında; İBÇÖ gerçekçi olmayan ilişki beklentisi puanları yaş gruplarında anlamlı farklılık göstermiştir. 51 yaş ve üzeri grupta ölçek puan ortalamaları diğer yaş gruplarından anlamlı olarak yüksek saptandı ($p<0.05$).

Öğrenim durumlarına göre ölçek puanları karşılaştırıldığında EUÖ, İBÇÖ gerçekçi olmayan ilişki beklentisi, İBÇÖ zihin okuma, İBÇÖ toplam puan ortalamaları okuryazar olmayan hastalarda anlamlı olarak yüksek tespit edildi ($p<0.05$).

Çocuk sayısına göre ölçek puanları karşılaştırıldığında YİYE II toplam puan ortalamaları 4 ve üzeri çocuk sahibi olanlarla diğer gruplara göre anlamlı olarak yüksek saptandı ($p<0.05$).

Eşin mesleğine göre ölçek puanları karşılaştırıldığında İBÇÖ toplam puan ortalamaları eşi kamu sektöründe çalışanlarda anlamlı olarak düşük saptandı ($p<0.05$).

Gelir durumuna göre ölçek puanları karşılaştırıldığında evlilikte uyum ölçeği, YİYE-II ölçeği kaygı alt boyutu ve YİYE II toplam puanlarının gelir durumlarına göre farklılık gösterdiği saptandı ($p<0.05$). EUÖ puan ortalamaları gelir ve gideri eşit olan hastalarda, YİYE-II kaygı puan ortalamaları geliri giderinden az olan hastalarda, YİYE-II toplam puan ortalamaları ise geliri giderinden fazla olan hastalarda diğer gruplara göre anlamlı olarak yüksek tespit edildi ($p<0.05$).

Aile yapısına göre ölçek puanları karşılaştırıldığında BDE puan ortalamaları geniş ailede yaşayan hastalarda diğer gruplara göre anlamlı olarak yüksek saptandı ($p<0.05$).

Evlenme biçimlerine göre ölçek puanları karşılaştırıldığında anlaşarak evlenenlerin EUÖ puan ortalamaları diğer gruplardan anlamlı olarak yüksek saptandı ($p<0.05$).

Hastaların yaptığı evlilik sayısına göre ölçek puanları karşılaştırıldığında İBÇÖ Zihin okuma ve İBÇÖ toplam puanları bakımından gruplar arasında anlamlı farklılık bulundu. Her iki ölçek puan ortalamaları iki ve üzeri evlilik yapanlarda anlamlı olarak yüksek saptandı ($p<0.05$).

Hastaların eşlerinin yapmış olduğu evlilik sayısına göre ölçek puanları karşılaştırıldığında İBÇÖ zihin okuma puanları iki ve üzeri evlilik yapan eşlerde anlamlı olarak yüksek saptandı ($p<0.05$).

Hastaların evlilik tanımlarına göre ölçek puanları karşılaştırıldığında EUÖ puan ortalamaları evliliğini sorumluluk ve mecburiyet olarak tanımlayanlarda, YİYE-II kaygı alt boyutu, İBÇÖ zihin okuma alt boyutu ve İBÇÖ toplam puan ortalamaları ise evliliğini olumsuz tanımlayan hastalarda diğer gruplara göre anlamlı yüksek saptandı ($p<0.05$).



5.TARTIŞMA

Bu araştırma Majör Depresif Bozukluk tanılı 100 hasta ile gerçekleştirilmiştir. Bu bölümde majör depresif bozukluğa sahip hastaların ilişkilerle ilgili bilişsel çarpıtmalarının ve bağlanma stillerinin evlilik uyumuna etkisinin belirlenmesi amacıyla yapılan bu çalışmadan elde edilen bulgular ilgili literatür ışığında tartışılmıştır.

Majör depresif bozukluk tüm tıbbi hastalıklar arasında yeti kaybı oluşturması yönüyle gelişmiş ülkelerde 1.sırada, dünyada ise 4. sırada yer almaktadır (10,15,17,18). Gelecekle ilgili olarak, majör depresif bozukluğun 2020 yılında tüm dünyada yeti yitimine neden olan en önemli ikinci hastalık olacağı tahmin edilmektedir (18). Hastalığın, ülkemiz genel popülasyonunda ki yaygınlığı ise %10-20 arasındadır (21).

Beck'in Bilişsel Modeli'ne göre, bilişsel yapıda yer alan işlevsel olmayan şemalar, depresyonda olduğu gibi psikopatolojiye özgü bilişsel hatalara yol açarak uygun olmayan olumsuz otomatik düşünceler ortaya çıkarmaktadır (8). Kılıç (2009), akılcı olmayan düşünce ve işlevsel olmayan inançların evlilik uyumunu etkilediğini savunmaktadır (9).

Bu çalışmada ise majör depresif bozukluğa sahip hastaların ilişkilerle ilgili bilişsel çarpıtmalarının ve bağlanma stillerinin evlilik uyumunu etkilediği öngörülüp elde edilen sonuçların bu hastaların tedavi sürecinde psikiyatri hemşirelerine veriler sağlayacağı düşünüldü.

Hastaların Tanıtıcı Özellikleri

Araştırmaya katılan majör depresif bozukluk hastalarının %80'ini kadınlar oluşturduğu saptandı. Karakoyun (2012)'un yapmış olduğu çalışmada da benzer olarak hastaların %84.4' ünü kadınlar oluşturmaktadır (87). Kandaz (2018) yapmış olduğu çalışmada benzer sonuçlar elde etmiştir (88). Yapılan diğer çalışmalarda da kadınların majör depresif bozukluk görülme oranının erkeklere göre daha fazla olduğu bulunmuştur (89,90). Literatürde majör depresif bozukluğun kadınların erkeklerden iki kat daha fazla görüldüğü belirtilmektedir (1, 10; 13,22). Cinsiyetler arasındaki farklılık her yaş grubunda görülmekle birlikte gençlerde ve erişkinlikte bu farklılık çocuklar ve yaşlılar grubundan daha belirgindir (91). Bu çalışmaya katılanların %12.0' sini 21-31 yaş, %36.0 31-41 yaş, %31.0' ini ise 41-51 yaş grubunda olduğu saptandı. Literatür incelendiğinde hastaların büyük çoğunluğunun başlangıç yaşının 20 ila 50 yaş arasında sık görüldüğü ve 40 yaşlarında pik yaptığı görülmektedir (92).

Kaçar (2014) bu durumun nedeninin gelişimsel açıdan evlilik, boşanma, ölüm, işsizlik gibi yaşam olaylarının gerçekleştiği orta yetişkinlik dönemi ile açıklanabileceğini öne sürmektedir (105).

Hastaların %83'ünün çalışmadığı ve %67'sinin gelir durumunun kötü olduğu tespit edildi. Montgomery ve arkadaşlarının (1999) genç erkeklerde işsizlik ve majör depresif bozukluk ilişkisini araştırdıkları çalışmaya göre işsizlerin depresyon düzeyleri diğer örneklemelere göre daha yüksek bulmuşlardır (93).

Hastaların %9'unun okuryazar olmadığı, %10'unun okuryazar, %65'inin ise ilkökul mezunu olduğu saptandı. Bu verilere bakıldığında hastaların eğitim düzeylerinin oldukça düşük olduğu söylenebilir. Kandaz (2018) yapmış olduğu çalışmada düşük eğitim düzeyinin majör depresif bozukluk için bir risk etkeni olduğunu öne sürmektedir (88). Kötü sosyoekonomik durumun ve düşük eğitim düzeyinin majör depresif bozuklukta risk faktörü olduğu literatürce de ifade edilmektedir (1).

Çalışmaya katılan hastaların %73'ünün görücü usulü evlilik yaptığı saptandı. Karakoyun(2012)'un Gaziantep ilinde yapmış olduğu çalışmada da benzer olarak hastaların %70.52'sinin görücü usulü evlendiğini saptamıştır (87). Bu durumun nedeninin bölgenin sosyokültürel yapısı olduğu düşünülmektedir.

Hastaların %67'sinin evliliklerini olumlu tanımlamalarına rağmen evlilikte uyum ölçeği puan ortalamalarının $35,43 \pm 12,01$ olduğu tespit edildi. Evlilik uyum ölçeğine göre uyumdan bahsedebilmek için alınması gereken puan 43.5 olduğu düşünüldüğünde hastaların puan ortalamalarının düşük olduğu dikkati çekmektedir. Ayrıca evlilik uyum ölçeğine göre hastaların %70'inin evliliğinin uyumsuz olduğu saptandı. Bu farklılığın düşük eğitim düzeyinden, bölgenin sosyokültürel durumundan ve kadınların evlilikten beklentilerinin düşük olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Majör Depresif Bozukluk ile İlişkilerle İlgili Bilişsel Çarpıtmalar Arasındaki İlişki

Beck depresyon envanteri ile İBÇÖ yakınlıktan kaçınma alt boyutu arasında pozitif yönde orta şiddette, İBÇÖ toplam puanı arasında ise pozitif yönde zayıf bir ilişki saptandı ($p < 0.05$). Bu sonuç ilişkilerinde diğer insanlarla yakınlık kurmaktan kaçınan hastaların depresif belirti düzeyinin diğer hastalardan daha yüksek olduğunu göstermektedir

Sullivan ve Schwebel (1995), genç yetişkinlerin ilişkiden beklentilerini, buna yönelik olarak ortaya çıkan akılcı olmayan inançlarını ve ilişkilerindeki tatmin durumunu

inceleyen araştırmasında, gelecekle ilgili iyimser beklentilere sahip olma gibi ilişkilerle ilgili bazı bilişsel çarpıtmaların bireylerin ilişkilerinde stres ve sorunlara, ayrıca hayal kırıklığına ve bunun sonucunda çatışmalar yaşamalarına yol açabileceği sonucuna ulaşmışlardır (96).

Beck'in bilişsel kuramına göre temel inançlarımızın kökeninde otomatik düşünceler yer almaktadır ve bu otomatik düşünceler çok çeşitli bilişsel çarpıtmalardan meydana gelmektedir (67). Dolayısıyla araştırmada ele alınan BDE, İBÖ ve alt boyutları arasında pozitif ilişki olması ve evlilik uyumunu etkilemesi kaçınılmazdır.

Majör Depresif Bozukluk ile Bağlanma Stilleri Arasındaki İlişki

Beck depresyon envanteri ile YİYE-II kaygı alt boyutu arasında pozitif yönde, YİYE-II kaçınma alt boyutu ile ise negatif yönde zayıf bir ilişki saptandı ($p < 0.05$). Bu sonuç bağlanmaya ilişkin kaygı arttıkça depresif belirti düzeyinin de artacağını göstermektedir.

Türk (2016) alışmasında yalnızca kaygılı bağlanmanın majör depresif bozukluğu yordadığını saptamıştır (107). Bu sonuç araştırma verileri ile örtüşmektedir. Kandaz (2018) depresyon, benlik saygısı ve bağlanma stilleri arasındaki ilişkileri incelediği çalışmanın sonuçlarına göre bireylerin sahip olduğu bağlanma stilleri ile depresyon düzeyleri arasında anlamlı bir fark bulunmadığını, korkulu bağlanma örüntüsüne sahip olan bireylerin hafif düzey depresyon yatkınlığı olduğunu gözlemlediğini ifade etmiştir (88). Carnelley ve arkadaşlarının (1994) depresyon ve kişilerarası ilişkileri araştırdığı çalışmalarının sonucunda ise korkulu bağlanma stili yüksek kaygı ile birlikte yüksek kaçınmayı da içermesine karşın, bu stile sahip olanlar en az saplantılı olanlar kadar depresyona yatkın olduğunu saptamışlardır (97). Sümer ve arkadaşlarının (2009), bağlanma boyutlarının majör depresif bozukluk, panik bozukluk ve obsesif-kompulsif bozuklukla ilişkisini incelediği çalışmada ise majör depresif bozukluk grubunun diğer klinik gruplardan daha yüksek düzeyde kaçınma gösterdikleri bulunmuştur (72). Demirel (2018) yapmış olduğu çalışmanın sonucunda kaygılı bağlanma ile kaçınan bağlanma ve majör depresif bozukluk arasında pozitif yönlü anlamlı bir ilişki saptamıştır. Oysa bu çalışmada Beck depresyon envanteri ile YİYE-II kaçınma alt boyutu arasında negatif yönde zayıf bir ilişki saptanmış ve ilgili çalışmalara ters düşmüştür (108).

Roberts, Gotlib, ve Kassel (1996) ise yetişkinlerdeki kaygılı ve kaçınmacı bağlanma biçiminin düşük benlik saygısına neden olduğunu, düşük benlik saygısının da depresif semptomları arttırdığını öne sürmüşlerdir (109).

Majör Depresif Bozukluk ile Evlilik Uyumu Arasındaki İlişki

Evlilikte uyum ölçeği ile beck depresyon envanteri arasında negatif yönde orta şiddette bir anlamlı ilişki saptandı ($p<0.05$). Evlilik uyumu ile majör depresif bozukluk arasında anlamlı bir ilişkinin bulunması, evli kişilerin depresif belirti düzeylerinin artmasıyla evlilik uyumlarının azalmakta olduğunu göstermektedir. Depresif duygu durumunda yaygın olarak görülen motivasyon kaybı, mutsuzluk, zevk alamama, düşük benlik algısı, somatik yakınmalar, dikkatin bozulması ve konsantrasyon güçlüğü gibi özellikler bir şekilde evlilik uyumunu da olumsuz yönde etkilemektedir (54).

Bu alanda yapılan çalışmalar değerlendirildiğinde benzer sonuçlara ulaşılmıştır. Burns, ve arkadaşları (1994), bilişsel-davranışçı terapi yöntemiyle depresyon tedavisi görenlerde 12 aylık bir izleme çalışması yapmış ve yakın ilişkilerdeki depresyon ve doyumsuzluk arasındaki ilişkinin nedensel yönünü araştırmışlardır. Araştırma sonuçlarına göre başlangıçta ve 12 haftanın sonunda, depresyon ve evlilik doyumu arasında negatif yönlü bir ilişki bulmuşlardır (53). Düzgün (2009), yaptığı çalışmada evlilik uyumu yüksek 24 hasta ile evlilik uyumu düşük 27 hastanın depresif belirti düzeylerini karşılaştırmış ve sonucunda evlilik uyumu yüksek grubun depresif belirti düzeyinin anlamlı olarak düşük olduğunu tespit etmiştir (54). Tutarel-Kışlak ve Göztepe (2012), yaptıkları çalışmada benzer sonuçlara ulaşmış ve evlilik uyumu azaldıkça depresif belirti düzeylerinde artış olduğunu saptamıştır (7). Yüksel (2013) ise uyumsuz evliliklerin majör depresif bozukluğa neden olduğunu ileri sürmektedir (106).

Majör Depresif Bozukluk Tanılı Hastaların İlişkilerle İlgili Bilişsel Çarpıtmalar, Bağlanma Stilleri ve Evlilik Uyumu Arasındaki İlişkiler

Hastaların ilişkilerle ilgili bilişsel çarpıtmaları ve bağlanma stilleri arasındaki ilişkiye bakıldığında: YİYE-II kaygı alt boyutu ile ilişkilerle ilgili bilişsel çarpıtmalar ölçeği yakınlıktan kaçınma alt boyut puanı ve ilişkilerle ilgili bilişsel çarpıtmalar ölçeği toplam puanı arasında pozitif yönde zayıf bir ilişki saptandı. YİYE-II toplam puanı ile ilişkilerle ilgili bilişsel çarpıtmalar ölçeği yakınlıktan kaçınma alt boyutu ve ilişkilerle ilgili bilişsel çarpıtmalar ölçeği toplam puanı arasında pozitif yönde zayıf bir ilişki

saptandı ($p<0.05$). Bu sonuç hastaların ilişkilerle ilgili bilişsel çarpıtma düzeyleri arttıkça bağlanmaya ilişkin kaygılarının da arttığını göstermektedir.

Hastaların ilişkilerle ilgili bilişsel çarpıtmaları ve evlilik uyumları arasındaki ilişki incelendiğinde: EUÖ ile İBÇÖ yakınlıktan kaçınma alt boyutu arasında ise negatif yönde zayıf bir ilişki saptandı ($p<0.05$). Yakınlıktan kaçınma alt boyutu insanların başkalarına karşı olumsuz bakış açısına işaret eder; eğer ilişkilerde yakın olunursa bunun olumsuz sonuçlar doğuracağını ve bu nedenle ilişkilerde yakınlık kurulmaması gerektiğini vurgular (85). Soysal (2017) Her ilişkide sağlıklı sınırların kurulmasının gerekli olduğunu ancak yakınlıktan kaçınma bilişsel çarpıtması arttığında çiftin ilişkisinin bu sağlıklı sınırdan uzaklaşabileceğini öne sürmektedir (116). Bu nedenle bu sonuç hastaların yakınlıktan kaçınma eğilimi arttıkça evlilikte uyumun azalacağına dair bilgi vermektedir.

Yakınlıktan kaçınma bilişsel çarpıtmasının evlilik ilişkisine etkisi üzerine yapılan araştırmalar incelendiğinde Slavinskiene ve Lithuania (2012) tarafından yapılan çalışmada yakınlıktan kaçınmanın evlilik doyumunu olumsuz etkilediği, Kargın (2014) yakınlıktan kaçınma puanı arttıkça evlilik uyumunun azaldığını Çetin (2010) yapmış olduğu araştırma da ise yakınlıktan kaçınmanın evlilik doyumunun olumsuz yordayıcısı olduğunu bulmuş olup mevcut araştırma sonuçlarını desteklemektedir (98,99)

Güven (2005)'in yapmış olduğu çalışmada ise gerçekçi olmayan ilişki beklentisinin evlilik doyumunu yordadığı saptanmıştır (100). Bu çalışmalardan farklı olarak araştırmada gerçekçi olmayan ilişki beklentisinin ve zihin okumanın evlilik uyumunu etkilemediği bulunmuş ve bu sonuçlara ters düşmüştür.

Hamamcı (2005) ve Düzgün (2009)'nün araştırmasında gerçekçi olmayan ilişki beklentisinin evlilik uyumunu yordamadığı saptanmıştır. Yıldırım(2018) ve Çetin (2010) tarafından yürütülen araştırmada ise gerçekçi olmayan ilişki beklentisinin ve zihin okumanın evlilik uyumunun anlamlı yordayıcısı olmadığı tespit edilmiş olup elde edilen bulguların, bu çalışmayla tutarlı olduğu görülmektedir (99,101).

Beach ve diğerleri (1999) tarafından yapılan çalışmada evli bireylerde gözlenen depresyon durumlarında, eşlerin evliliğin geleceği veya diğer eş hakkındaki olumsuz beklentilerin evliliğin biliş yönünü ve beraberinde evlilik etkileşimini olumsuz yönde etkilediği belirtilmiştir. Uebelacker ve Whisman (2005) araştırmalarında, ilişki inançları, atıflar ve depresyonlu evli kadınlar arasındaki eş davranışlarını inceledikleri çalışmanın sonucunda evlilik sorununun depresyonla ilişkili olduğunu saptamış,

depresyonlu kadınların fonksiyonel olmayan inançlarının daha fazla olduğu tespit etmişlerdir (120).

Beach ve arkadaşları (2005) tarafından yapılan çalışmada evli bireylerde gözlenen depresyon durumlarında, eşlerin evliliğin geleceği veya diğer eş hakkındaki olumsuz beklentilerin evliliğin biliş yönünü ve beraberinde evlilik etkileşimini olumsuz yönde etkilediği belirtilmiştir (121).

Gordon ve arkadaşları (2005) depresyon, evliliğe ilişkin bilişler ve evlilik uyumu arasındaki ilişkiyi değerlendirmişlerdir. Araştırma sonuçları, evliliğe ilişkin bilişler, majör depresif bozukluk ve evlilik uyumu arasında kompleks bir ilişkinin olabileceğini göstermektedir. Bu olası ilişki nedeniyle, evli olan majör depresif bozukluk hastalarının tedavisinde önerilen terapi türlerinden biri bilişsel davranışçı terapidir (54).

Hastaların bağlanma stilleri ve evlilik uyumları arasındaki ilişki incelendiğinde: EUÖ ile YİYE-II kaçınma alt boyutu arasında pozitif yönde, YİYE-II kaygı alt boyutu arasında ise negatif yönde orta şiddette bir anlamlı ilişki saptandı ($p<0.05$).

Erişti (2010), yaptığı çalışmada kaygılı ve kaçınan bağlanma puanı ile evlilik uyumu arasında ters yönlü bir ilişki olduğu sonucuna ulaşmıştır (102). Açık (2008)'de benzer bir sonuca ulaşmış, kaçınan ve kaygılı bağlanma ile evlilik uyumu arasında negatif yönlü bir ilişki olduğunu ifade etmiştir (103). Oysa bu çalışmada YİYE-II kaçınma alt boyutu ile EUÖ arasında pozitif yönde bir ilişki saptanmış ve bu çalışmalara ters düşmüştür.

Hastaların Tanıtıcı Özellikleri ile EUÖ, BDE, YİYE-II, İBCÖ Toplam Puan ve Alt Boyutları Puanları Arasındaki İlişkiler

Bu çalışmada hastaların cinsiyetler, eş eğitim düzeyleri, hastaların çalışma durumları, eşlerinin çalışma durumları, evlilik yılları, evlilik yaşları arasında ölçek puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanamadı ($p>0.05$). Demiray (2006) evli çiftlerde demografik faktörler ile evlilik uyumu arasındaki ilişkileri incelediği çalışmasında, evlilik uyumu ile eşlerin yaşları ve evlilik süresi arasında anlamlı ilişkiler bulmuştur (50). Şener (2002) ailede eşler arası uyuma etki eden faktörleri araştırdığı çalışmasının sonuçlarında katılımcıların evlilik yaşı ve evlilik süresi arttıkça evlilik uyumlarının azaldığı, Yalçın (2014) ise hastaların yaşı ilerledikçe evlilik uyumlarının arttığını saptamıştır (94,104). Çelik ve Tümkaya (2012) çalışmalarında, cinsiyete göre evlilik uyumu ve yaşam doyum düzeylerinin farklılık gösterdiğini bulmuşlardır (52). Hamamcı (2005) yapmış olduğu çalışmada cinsiyete göre evlilik uyumunun

farklılaşmadığını saptamıştır (113). Sevinç ve Garip (2010) tarafından yapılan çalışmada, erkeklerin evlilikte uyum puanlarının kadınlarından daha yüksek olduğunu ortaya koymuştur (114). Tutarel-Kışlak ve Göztepe (2012), yaptıkları çalışmada uyumu ile cinsiyet, yaş, evlilik yaşı, evlilik süresi, evlilik türü, eşin yaşı, gelir düzeyi, eğitim düzeyi ve çocuk sayısı arasındaki ilişkiler değerlendirilmiştir. Söz konusu değişkenlerin evlilik uyumu ile bir ilişki göstermedikleri saptamışlardır (7). Kervancıoğlu (2016) araştırmasında katılımcıların yaşları, evlilik süreleri ile yakınlıktan kaçınma, gerçekçi olmayan ilişki beklentisi ve zihin okuma arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Fakat katılımcıların yaşları ile evlilik doyum düzeyleri arasında pozitif yönde anlamlı korelasyonel bir ilişki olduğu görülmüştür. (117). Erişti (2010) bağlanma stilleri, kişilik özellikleri ve evlilik uyumu arasındaki ilişkiyi incelediği çalışmasında yaş ve cinsiyet ile bağlanma stilleri ve evlilik uyumu arasında bir ilişki bulunamamıştır (102). Bu çalışmada ilgili değişkenlerle evlilik uyumu, ilişkilerle ilgili bilişsel çarpıtmalar, bağlanma stilleri ve depresif belirti düzeyleri arasında bir ilişki saptanamadı. İlgili değişkenler açısından yeni araştırma bulgularına ihtiyaç olduğu düşünülmektedir.

Hastaların İBÇÖ gerçekçi olmayan ilişki beklentisi puanları 51 yaş ve üzeri grupta ölçek puan ortalamaları diğer yaş gruplarına göre anlamlı olarak yüksek saptandı ($p<0.05$). Yıldırım (2018) evli bireylerde bağlanma biçimleri, ilişkiye dair bilişsel çarpıtmalar ve evlilik uyumu ilişkisini incelediği çalışmasında evli çiftlerin gerçekçi olmayan ilişki beklentisi puanları yaş değişkenine göre anlamlı farklılık göstermediğini saptamıştır. Bu durumun nedeninin örnekleme depresif bozukluk tanılı hastaların oluşturmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Öğrenim durumlarına göre ölçek puanları karşılaştırıldığında EUÖ, İBÇÖ gerçekçi olmayan ilişki beklentisi, İBÇÖ zihin okuma, İBÇÖ toplam puan ortalamaları okuryazar olmayan hastalarda anlamlı olarak yüksek tespit edildi ($p<0.05$). Demiray (2018) üniversite öğrencileri ile yürüttüğü çalışmasında ilişkilerle ilgili bilişsel çarpıtmaların eğitim düzeyine göre anlamlı derecede farklılaştığını saptamış, Ön lisans öğrencilerinin ilişkilerle ilgili bilişsel çarpıtmalarının, lisansüstü öğrencilerinkinden anlamlı derecede daha yüksek olduğunu tespit etmiştir (118). Bu bulgu mevcut araştırma sonuçlarını destekler niteliktedir. Kervancıoğlu (2016) İlişkilerle ilgili bilişsel çarpıtmalar ve evlilik doyumunu ile ilgili araştırmasında eğitim seviyesi ile bilişsel çarpıtmalar arasında negatif

yönde, evlilik doyumu ile pozitif yönde bir ilişki olduğunu saptamıştır (117). Bazı araştırmaların bulguları ise evlilik doyumu ile eğitim düzeyi değişkenleri arasında ilişki hakkında farklı sonuçlar vermiştir (101,117,119). Teachman, Polonko ve Scanzoni (1987) yaptığı çalışmanın sonucunda bireylerin eğitim seviyesinin yüksek ya da düşük olması durumunun evlilik doyumu üzerinde etkisi olmadığı sonucuna ulaşmışlardır (119).

Bu çalışmada sahip olunan çocuk sayısı ile evlilik uyumu arasında bir ilişki saptanamadı ($p>0.05$). YİYE II toplam puanı ise dört ve üzeri çocuk sahibi olanlarda diğer gruplara göre anlamlı olarak yüksek saptandı ($p<0.05$). Çiftlerin çocuk sahibi olup olmamalarının evlilik uyumu üzerinde etkili olabileceği düşünülmüştür. Düşünülen, çocuğun evliliği tamamladığı, eşleri yakınlaştırdığı ve çocuksuz çiftlerin daha mutsuz olduğu yönündedir (95). Fakat yapılan çalışmalarda, çocuk sahibi olmanın evlilik uyumunu arttırdığı gibi, azalttığını da destekleyen veriler bulunmuştur (51,112). Tutarel-Kışlak ve Çabukça (2002), Tutarel-Kışlak ve Göztepe (2012) ve Yalçın (2014) yapmış oldukları çalışmaların sonucunda sahip olunan çocuk sayısı ile evlilik uyumu arasında bir ilişki saptanamamış olup mevcut çalışmanın sonucunu desteklemektedir (7,57,104). Kaygı ve kaçınma alt boyutlarından alınan puanlar bağlanma biçimi hakkında bilgi vermektedir. Kaygı ve kaçınmanın yüksek olması güvensiz bağlanma, kaygı ve kaçınma düşükse güvenli bağlanma olarak karşımıza çıkmaktadır. Kaygının yüksek kaçınmanın düşük olması, güvensiz kaygılı bağlanma, kaygının düşük kaçınmanın yüksek olması ise güvensiz kaçınmacı bağlanma biçimini göstermektedir (82). Bu sonuç sahip olunan çocuk sayısı arttıkça hastaların güvensiz bağlanma biçimi geliştirdikleri sonucunu göstermektedir. Yıldırım (2018) evli bireylerle yürüttüğü çalışmasında çocuk sahibi olmayanların kaygı puanlarının, çocuk sahibi olanların kaygı puanlarından düşük saptamıştır (101). Bu sonuç mevcut araştırma sonuçlarıyla ters düşmektedir.

Aile yapısına göre ölçek puanları karşılaştırıldığında BDE puan ortalamaları geniş ailede yaşayan hastalarda diğer gruplara göre anlamlı olarak yüksek saptandı ($p<0.05$). Özyurt ve Deveci (2010) çalışmalarında aile yapısı ve depresif belirti düzeyi arasında bir ilişki saptamamışlardır (122).

Evlenme biçimlerine göre ölçek puanları karşılaştırıldığında anlaşarak evlenenlerin EUÖ puan ortalamaları diğer gruplardan anlamlı olarak yüksek saptandı ($p<0.05$).

Yıldırım (2018), Tutarel-Kışlak ve Göztepe (2012), Demiray (2006) çalışmalarında bireylerin evlilik uyumu ve evlenme biçimi arasında bir ilişki tespit etmemişlerdir (50,101). Ancak Demiray (2006) anlaşarak evlenen çiftlerin birbirlerine bağlılık ve anlaşma düzeylerinin diğer gruplara göre daha yüksek olduğunu saptamıştır (50).

Gelir durumuna göre ölçek puanları karşılaştırıldığında EUÖ puan ortalamaları gelir ve gideri eşit olan hastalarda, YİYEII kaygı puan ortalamaları geliri giderinden az olan hastalarda, YİYE II toplam puan ortalamaları ise geliri giderinden fazla olan hastalarda diğer gruplara göre anlamlı olarak yüksek saptandı ($p<0.05$). Demiray (2006) demografik özelliklerin evlilik uyumuna etkisini araştırdığı çalışmasında gelir durumu ve evlilik uyumu arasında bir ilişki bulamamıştır (50). Bu sonuç araştırma verileri ile ters düşmektedir. YİYE II kaygı alt boyutu kişilerin bağlanmaya ilişkin kaygılarını ifade etmektedir ve bu boyuttan yüksek puan alınması kişilerin ilişkilerinde bağlanmaya ilişkin yaşadıkları kaygının yüksek olduğunu ifade etmektedir. YİYE II toplam puanının yüksek olması ise kişilerin bağlanmaya ilişkin kaygılarının ve kaçınmanın yüksek olduğunu dolayısıyla kişilerin güvensiz bağlanma biçimi geliştirdiklerini ifade etmektedir (82). Bu veriler ışığında geliri giderinden az olan hastaların bağlanmaya ilişkin kaygı yaşadıkları, geliri giderinden fazla olan hastaların ise ilişkilerinde yüksek kaygı ve kaçınma gösterdikleri söylenebilir.

Eşin mesleğine göre ölçek puanları karşılaştırıldığında İBÇÖ toplam puan ortalamaları eşî kamu sektöründe çalışanlarda anlamlı olarak düşük saptandı ($p<0.05$). Bu sonuç eşî kamu sektöründe çalışan hastaların ilişkilerinde diğer hastalara göre daha az düzeyde bilişsel çarpıtmalara sahip olduğunu göstermektedir.

Hastaların yaptığı evlilik sayısına göre ölçek puanları karşılaştırıldığında İBÇÖ Zihin okuma ve İBÇÖ toplam puanları bakımından gruplar arasında anlamlı farklılık bulundu. Her iki ölçek puan ortalamaları iki ve üzeri evlilik yapanlarda anlamlı olarak yüksek saptandı ($p<0.05$). Hastaların eşlerinin yapmış olduğu evlilik sayısına göre ölçek puanları karşılaştırıldığında İBÇÖ zihin okuma puanları iki ve üzeri evlilik yapan eşlerde anlamlı olarak yüksek saptandı ($p<0.05$). İBÇÖ Zihin Okuma alt boyutu diğer kişilerin ne düşündüğünü ve hissettiğini bildiğini varsayan, zihin okuma hatasına sahip ifadelerden oluşmaktadır. Bu sonuç iki ve üzeri evlilik yapmış olan hastaların ilişkilerinde zihin okuma bilişsel çarpıtmalarına sahip olduklarını ifade etmektedir.

6.SONUÇ ve ÖNERİLER

Majör depresif bozukluğa sahip hastaların ilişkilerle ilgili bilişsel çarpıtmalarının ve bağlanma stillerinin evlilik uyumuna etkisini belirlemek amacıyla yapılan bu araştırmanın sonucunda;

- Hastaların majör depresif bozukluk belirti düzeylerinin oldukça yüksek olduğu,
- Depresif belirti düzeyi ile evlilik uyumu arasında negatif yönde bir ilişki olduğu,
- Hastaların bağlanmaya ilişkin kaygıları arttıkça depresif belirti düzeyinin arttığı, evlilik uyumunun ise azaldığı,
- İlişkilerinde diğer insanlarla yakınlık kurmaktan kaçınan hastaların depresif belirti düzeyinin diğer hastalardan daha yüksek olduğu,
- Hastaların evliliklerini olumlu olarak ifade etmelerine rağmen, evlilik uyumlarının uygulanan ölçeğe göre düşük olduğu,
- Okuryazar olmayan hastaların ilişkilerle ilgili bilişsel çarpıtmalarının ve evlilik uyumlarının diğer gruplara göre daha yüksek olduğu,
- İBÇÖ gerçekçi olmayan ilişki beklentisinin 51 yaş ve üzeri grupta anlamlı derecede yüksek olduğu,
- Eşi kamu personeli olan hastaların ilişkilerle ilgili bilişsel çarpıtmalarının diğer gruplara göre anlamlı derecede düşük olduğu,
- Geniş ailede yaşayan hastaların depresif belirti düzeyinin çekirdek ailede yaşayanlara göre anlamlı derecede yüksek olduğu,
- Anlaşarak evlenen hastaların EUÖ ölçeği puan ortalamalarının diğer gruplardan anlamlı derecede yüksek olduğu,
- Majör depresif bozukluğa sahip hastaların ilişkilerle ilgili bilişsel çarpıtmalarının ve bağlanma stillerinin evlilik uyumunu etkilediği saptandı.
- YİYE-II'nin majör depresif bozukluğa sahip hastalar için uygun bir ölçüm aracı olmadığı düşünülmektedir.

Bu araştırmanın sonuçları doğrultusunda:

Hastalara yönelik olarak,

- Majör depresif bozukluğa sahip hastalara yönelik tedavi ve rehabilite edici faaliyetlerin artırılması,

- Majör depresif bozukluğa sahip tedavi sürecindeki hastaların psikososyal destek mekanizmalarının artırılarak tedavi sürecine katkı sağlanması,
- Hastaların bilişsel çarpıtma düzeylerinin azaltılması için bilişsel davranışçı terapiler uygulanarak hastanın temel inançları, işlevsel olmayan inançları ve olumsuz düşüncelerinin tespit edilip daha işlevsel olanlarla değiştirilmesi,
- Hastalara ve ailelerine yönelik aile danışmanlığı uygulamalarının yaygınlaştırılması önerilmektedir.

Hemşirelere yönelik olarak,

- Psikiyatri hemşirelerine majör depresif bozukluk hastalarının; ilişkilerle ilgili bilişsel çarpıtmalarını azaltmak, uygun bağlanma davranışı geliştirmelerini desteklemek ve evlilik uyumlarını arttırmak amacıyla psikoterapötik yaklaşımları kullanmaları önerilmektedir.

Gelecekte yapılacak olan çalışmalarla ilgili olarak,

- Gelecekte yapılacak çalışmalarla ilgili olarak ise majör depresif bozukluğa sahip hastaların ilişkilerle ilgili bilişsel çarpıtmalarını azaltıcı ve uygun bağlanma biçimleri geliştirmelerini desteklemeye yönelik psikiyatri hemşireliği alanında girişimsel uygulamaların planlanarak hastaların evlilik uyumlarını arttırmaya yönelik çalışmaların planlanması önerilmektedir.

7.KAYNAKLAR

1. Townsend MC. Depresif Bozukluklar İçinde: Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliğinin Temelleri Kanıta Dayalı Bakım Kavramları. Özcan T, Gürhan N. (eds) 6. Basım, Ankara: Akademisyen Kitapevi, 2016: 378-422.
2. Taycan, S. E., Kuruoğlu, A. Ç. Evlilik Uyumu ile Bağlanma Stilleri ve Mizaç ve Karakter Özellikleri Arasındaki İlişkilerin İncelenmesi. Türk Psikiyatri Dergisi.2014; 25(1), 9-18.
3. Erbek, E., Beştepe, E., Akar, H., Eradamlar, N., Alpkan, R. L. Evlilik Uyumu. Düşünen Adam, 2005; 18(1), 39-47.
4. Gülsün, M., Ak, M., Bozkurt, A. Psikiyatrik Açından Evlilik ve Cinsellik. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar, 2009; 1(1).
5. Koydemir, S, Selişik, Z, Tezer, E. Evlilik Uyumu ve Mükemmeliyetçilik Boyutları Arasındaki İlişkiler. Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi, 2005 ; 3(23), 65-75
6. Ellis, A. General semantics and rationalemotive therapy: 1991 Alfred Korzybski memorial lecture. A Review of General, Semantics, 2007; Oct., 301-319,
7. Tutarel-Kışlak, Ş, Göztepe, I. Duygu Dışavurumu, Empati, Depresyon ve Evlilik Uyumu Arasındaki İlişkiler. Ankara Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 2012; 3,2; 27-46.
8. Türkçapar, H., Sungur, M. ve Sargun, E. Bilişsel Davranışçı Terapiler. Psikoterapi Yöntemleri İçinde. Ankara: Hekimler Yayın Birliği, 2009: 77-144.
9. Kılıç, E. Aile Terapileri. Psikoterapi Yöntemleri içinde, Ankara: Hekimler Yayın Birliği,2009: 229-271.
10. Çelik, F. H., Hocaoğlu, Ç. Major Depresif Bozukluk'Tanımı, Etyolojisi ve Epidemiyolojisi: Bir Gözden Geçirme. Journal Of Contemporary Medicine, 2016; 6.1: 51-66.
11. Sağır, M., Göksoy, S., Aslan, H. Okulda Örgütsel Depresyon. Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, 2017; 15,1; 55-68.
12. Karabulut, M. Edip Cansever'in Şiirlerinde Depresif Karakterler. Adıyaman Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 2016; 22; 35-68.
13. Engin E., Ergün G., Depresyon. İçinde: Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği. Çam, O., Engin E., (Eds) İstanbul Tıp Kitabevi, İstanbul, 2014: 335-345.
14. Özgan AY. Depresyon. Cerrahpaşa Öğrenci Bilimsel Dergisi, 2012; 5,6.

15. Elbozan, B., Kaya, B., Yalvaç, D., Emul, H. M., Kaya, M., Ünal, S. Bir Üniversite Psikiyatri Kliniğinde Yatarak Tedavi Gören Depresyon Hastalarının Bazı Sosyodemografik ve Klinik Özellikler Yönünden İncelenmesi. Anadolu Psikiyatri Dergisi, 2003; 4;167-74.
16. Kaya, B. Kaya, M. "1960'lardan Günümüze Depresyonun Epidemiyolojisi, Tarihsel Bir Bakış." Klinik Psikiyatri Dergisi, 2007;10 Supp:6, 3-10.
17. Yıldırım, İ, Özşevik, K, Sultan, Ö, Canyurt, E., Tortop, Y. Üniversite Öğrencilerinde Fiziksel Aktivite ile Depresyon İlişkisi. Beden Eğitimi ve Spor Bilimleri Dergisi, 2015; 9; 32-39.
18. Aydemir Ö, Ergün H, Soygür H, Kesebir S, Tulunay C. Major Depresif Bozuklukta Yaşam Kalitesi: Kesitsel Bir Çalışma. Türk Psikiyatri Dergisi. 2009; 20,3; 205-212.
19. T.C. Sağlık Bakanlığı, Ulusal Hastalık Yüğü ve Maliyet Etkililik Projesi Hastalık Yüğü Final Raporu, 2004, Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, Başkent Üniversitesi, Ankara.
20. Kılıç C. Erişkin Nüfusta Ruhsal Hastalıkların Yaygınlığı, İlişkili Faktörler, Yetiyitimi ve Ruh Sağlığı Hizmeti Kullanım Sonuçları. N Erol, C Kılıç, M Ulusoy (eds): Türkiye Ruh Saağlığı Profili'nde. Ankara, Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Gn. Md., 1998, p:77-94.
21. Can, F, Aydemir, İ, Dağdeviren, N., Set, T., Aktürk, Z. Ailesel Faktörler Depresyonda Ne Kadar Etkili?. Türkiye Aile Hekimliği Dergisi, 2007; 9,1; 15-19.
22. Özder A, Kayalı Y. Depresyon (Çökkünlük) aile Hekimliği AD, Bezmiâlem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi, İstanbul Türkiye Klinikleri J Fam Med-Special Topics 2018;9,3;173-8
23. Ünal, S., Özcan, E. Depresyonda Hazırlayıcı, Ortaya Çıkarıcı ve Koruyucu Etkenler. Anadolu Psikiyatri Dergisi, 2000; 1,1; 41-48.
24. Kotan, Z., Sarandöl, A., Eker, S. S., Akkaya, C. Depresyon, Nöroplastisite ve Nörotrofik Faktörler. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar, 2009; 1,1.
25. Uzbay, T. Anksiyete ve Depresyonun Nörobiyolojisi. Klinik Psikiyatri Derg, 2004; 4,3; 1-11.
26. Üçel, U. İ. Depresyon Etiyolojisi ve Sitokinlerin Rolü. Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi,2016; 6,1; 41-45.
27. Albayrak, E. Ö., Ceylan, M. E. Depresyon Etiyolojisinde Nörobiyolojik Etkenler. Düşünen Adam Dergisi 2004; 17,1; 27-33.

28. Kartalacı, Ş. Depresyonun Nörobiyolojisinde Endokrinin Yeri Var Mı?. *Turkiye Klinikleri Journal Of Psychiatry Special Topics*, 2014;. 7,3; 30-35.
29. Uğur M. Duygudurum Bozuklukları. *Sempozyum Dizisi* 2004; 63;59-84.
30. Dilbaz, N., Seber, G. Umutsuzluk Kavramı: Depresyon ve İntiharda Önemi. *Kriz Dergisi*, 1993; 1,3;134-138.
31. Arkar, H. Beck'in Depresyon Modeli ve Bilişsel Terapisi. *Düşünen Adam: Psikiyatri Ve Nörolojik Bilimler Dergisi*, 1992; 5,1-3; 37-40.
32. Işık E., Işık U., Taner YÇocuk, Ergen, Erişkin ve Yaşlılarda Depresif ve Bipolar Bozukluklar; .(2013), Ziraat Gurup Matbaacılık, Ankara.
33. Yüksel N., *Ruhsal Hastalıklar*, Medikal Nobel Tıp Kitap Sarayı, Ankara ,3.Baskı 2006.
34. Pınar, Ş. E., Tel, H. Depresyon Tanılı Birey ve Hemşirelik Yaklaşımı. *Journal Of Psychiatric Nursing/Psikiyatri Hemsireleri Dernegi*, 2012;3,2.
35. Mete, H. E. Kronik Hastalık ve Depresyon. *Klinik Psikiyatri*, 2008; 11; 3-18.
36. *DSM-5 Tanı Ölçütleri Başvuru El Kitabı*, Çevirmen: Prof. Dr. Ertuğrul Köroğlu sf:92-96
37. Örsel, Sibel. Depresyonda Tedavi: Genel İlkeler ve Kullanılan Antidepresan İlaçlar. *Klinik Psikiyatri*, Ek, 2004; 4;17-24.
38. Karamustafaloğlu O, Yumruçal H. Depresyon ve Anksiyete Bozuklukları. *Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni*. 2011;45,2; 65-74.
39. Hariri, A. G., Ceylan, M. E. Depresyonda İlaç Tedavisi: Özgül Serotonin Gerilim Engelleyicileri. *Duygudurum Dizisi*, 2003;7;339-345
40. Ervatan, S. Ö., Özel, A., Türkçapar, H., Atasoy, N. Depresif Hastalarda Tedaviye Uyum: Doğal İzlem Çalışması. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 2003; 6;5-11.
41. Zeren, T., Tamam, L., Evlice, Y. E. Elektrokonzülsif Terapi (Ekt): Bir Genel Değerlendirme. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*, 2003;12,4.
42. Soygür, H., Berna, A. Elektrokonzülsif Tedavi: Etik Sorunlar Işığında Genel Bir Değerlendirme. *Turkiye Klinikleri Journal Of Medical Ethics-Law And History*, 1996; 4,1; 28-33.
43. Kokaçya, M. H., Savaş, H. A., Selek, S. İdame Elektrokonzülsif Terapi (EKT) ile Tedavi Edilen Dört Depresyon Olgusu. *Klinik Psikofarmakoloji Bulteni*, 2008;18,2.
44. Eroğlu, M. Z., İçbay, E., Tamam, L. Bir Üniversite Hastanesi Psikiyatri Kliniğinde Elektrokonzülsif Tedavi Uygulanan Hastaların Demografik ve Klinik Özellikleri. *Dicle Tıp Dergisi*, 2012; 39,3.

45. Eşsizozğulu, A., Yaşan, A., Bülbül, İ., Akkoç, H., Yıldırım, E. A., Özkan, M. Depresyon Hastalarında, Nöbet Geçirme Süresi ve Uygulanan Elektriksel Dozun, Elektrokonvülsif Tedaviye Verilecek Klinik Yanıt Hızı ile İlişkisi: Retrospektif Bir Çalışma. *Anatolian Journal Of Psychiatry*, 2009; 10;286-92.
46. Tomruk, N. B., Oral, T. Elektrokonvulsif Tedavinin Klinik Kullanımı: Bir Gözden Geçirme. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2007; 8,4; 302-309
47. Güdücü, F., Caliyurt, O., Vardar, E., Tuğlu, C., Abay, E. Majör Depresyonda Sertralin ile Birlikte Uygulanan Uyku Yoksunluğu ve Işık Tedavisinin Etkinliğinin Sertralin Tedavisi ile Karşılaştırılması. *Turk Psikiyatri Dergisi*, 2005;16,4;245-51.
48. Başoğul, C. Buldukoğulu, K. Depresif Bozukluklarda Psikososyal Girişimler/Psychosocial Interventions İn Depressive Disorders. *Psikiyatride Guncel Yaklaşımlar* 2015; 7,1; 1.
49. Erdoğan, S.Evlilik Uyumu ile Psikiyatrik Rahatsızlıklar, Bağlanma Stilleri ve Mizaç ve Karakter Özellikleri Arasındaki İlişkilerin İncelenmesi, 2007,Gazi Üniversitesi, Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi, 99 Sayfa, Ankara (Dr.Öğr. Üyesi Aslı Çepik Kuruoğlu).
50. Demiray, Ö. Evlilikte Uyumun Demografik Özelliklere Göre İncelenmesi, 2006, Dicle Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 74 Sayfa, Diyarbakır (Prof.Dr. Remzi Oto).
51. Fışiloğlu, H. Lisans Üstü Öğrencilerinin Evlilik Uyumu. *Psikoloji Dergisi*, 1992; 7 28;16-23.
52. Çelik, M. Tümkaya, S. The Relationship Between Job Variables Of Life Satisfaction And Marital Satisfaction Of Lecturers. *Ahi Evran Üniversitesi. Kırşehir Eğitim Fakültesi Dergisi (KEFAD)*, 2012; 13,1; 223-238.
53. Burns, D.D., Sayers, S.L., Moras, K. Intimate relationship and depression: Is there a causal connection. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1994; 62,5; 1033-1035.
54. Düzgün, G. Evli Kişilerde Depresyon, İlişkiye İlişkin İnanç, Kendini Ayarlama Düzeyinin Evlilik Uyumu ile İlişkisi, 2009, Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, 133 Sayfa Ankara (Dr. Öğr. Üyesi Şennur Tutarel Kışlak).
55. Heene, E., Buysse, A., Van Oost, P. Indirect pathways between depressive symptoms and marital distress: The role of conflict, communication, attributions, and attachment style. *Family Process*, 2005; 44,4; 413-440.

56. Tutarel-Kışlak, Ş. Evlilik Uyumu ile Nedensellik ve Sorumluluk Yüklemeleri Arasındaki İlişkiler. Türk Psikoloji Dergisi, 1997;12,40;55-64.
57. Tutarel-Kışlak, Ş. ve Çabukça, F. Empati ve Demografik Değişkenlerin Evlilik Uyumu İle İlişkisi. Aile ve Toplum, 2002; 2 , 5; 35-42.
58. Tutarel-Kışlak, Ş., Çavuşoğlu, Ş. Evlilik Uyumu, Bağlanma Biçimleri, Yüklemeler ve Benlik Saygısı Arasındaki İlişkiler. Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi, 2006; 9,9; 61-68.
59. Beck, J. Bilişsel Terapi: Temel İlkeler ve Ötesi. N. Hisli ŞAHİN (ed), 2001. Ankara: Türk Psikologlar Derneği.
60. Demir, V. Bilinçli Farkındalık Temelli Kognitif Terapi Programının Bireylerin Depresif Belirti Düzeyleri Üzerine Etkisi. Psikoloji Çalışmaları Dergisi, 2015;35,1; 15-26.
61. Doğan, O. Depresyonun Epidemiyolojisi. Duygudurum Dizisi; 2000;1;29-38.
62. Bilgin, M. Bilişsel Üçlü Ölçeğinin Geliştirilmesi: Geçerlik ve Güvenirlik Çalışmaları Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi 2004 ;3,21 .
63. Beck A. T Bilişsel Terapi ve Duygusal Bozukluklar. 2. Basım, İstanbul: Litera Yayıncılık, 2008.
64. Bozkurt N. Depresyonda Bilişsel- Davranışçı Yaklaşımlar: Beck'in Bilişsel Kuramı. Ege Eğitim Dergisi; 2003; 3,2;59-64
65. Burns, D. İyi Hissetmek Yeni Duygudurum Tedavisi. A. Karaosmanoğlu, Çev. (Ed). Psikonet Yayınları. İstanbul, 2011:23-44.
66. Dökmen Ü. Sanatta ve Günlük Yaşamda İletişim Çatışmaları ve Empati. . (), İstanbul: Sistem Yayıncılık 2002.
67. Türkçapar MH. Bilişsel Terapi. 9. Baskı, (2015). Ankara: Hekimler Yayın Birliği
68. Kesebir, S., Kavzoğlu, S. Ö., Üstündağ, M. F. (2011). Bağlanma ve Psikopatoloji. Psikiyatride Guncel Yaklasimler-Current Approaches in Psychiatry, 2011, 3.2: 321-342.
69. Şener, Ş., Özdemir, Y. D., Şahin, M. V. Reactive Attachment Disorder. Çocuk Ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi/Turkish Journal Of Child And Adolescent Mental Health, 1995; 2,1;28-34.
70. Onur, N. Lise Öğrencilerinin Bağlanma Stilleri İle Atılganlık Düzeyleri Arasındaki İlişki. 2006, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, 157 Sayfa, İstanbul (Dr. Öğr. Üyesi Semai Tuzcuoğlu)
71. Göçener, D. Üniversite Öğrencilerinin Güvenli Bağlanma Düzeyleri İle Kişilerarası İlişki Tarzları Arasındaki İlişkiler. 2010, Yüksek Lisans Tezi. Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, 125 Sayfa, Ankara (Dr. Öğr. Üyesi Zehra Dökmen).

72. Sümer, N., Ünal, S., Selçuk, E., Kaya, B., Polat, R., Çekem, B. Bağlanma ve Psikopatoloji: Bağlanma Boyutlarının Depresyon, Panik Bozukluk ve Obsesif-Kompulsif Bozuklukla İlişkisi. *Türk Psikoloji Dergisi*, 2009;24,63;38-45.
73. Çalışır M. Yetişkin Bağlanma Kuramı ve Duygulanım Düzenleme Stratejilerinin Depresyonla İlişkisi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*; 2009;1,3;240-255.
74. Sümer, N., Güngör, D. (1). Yetişkin Bağlanma Stilleri Ölçeklerinin Türk Örneklemini Üzerinde Psikometrik Değerlendirmesi ve Kültürlerarası Bir Karşılaştırma. *Türk Psikoloji Dergisi*, 1999; 14,43; 71-106.
75. Belsky, J. Developmental Origins Of Attachment Styles. *Attachment Human Development*, 2002;4,2; 166-170.
76. Solmuş, T. Romantik Bağlanma (II) İlişkisel Değişkenler ve İlişki Süreci. *Türk Psikoloji Bülteni*, 2003; 9,28-29; 99-108.
77. Görünmez, M. Bağlanma Stilleri ve Duygusal Zekâ Yetenekleri. 2006, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Uludağ Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, 98 Sayfa Bursa (Prof.Dr. Hasan Gürkan Tekman).
78. Bartholomew, K., Horowitz, L. M. Attachment Styles Among Young Adults: A Test Of A Four-Category Model. *Journal Of Personality And Social Psychology*, 1991;61,2;226.
79. Şenkal, İ. Üniversite Öğrencilerinde Çocukluk Çağ Travmaları ve Bağlanma Biçiminin Depresyon ve Kaygı Belirtileri İle İlişkisinde Aleksitiminin Aracı Rolünün İncelenmesi, 2013, Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü ,Psikoloji Anabilim Dalı, 189 Sayfa, Ankara (Doç. Dr. Sedat Işıklı).
80. Hisli, N. Beck Depresyon Envanteri'nin Geçerliliği Üzerine Bir Çalışma. *Psikoloji Dergisi*, 1988; 6,22; 118-126.
81. Hisli, N. Beck Depresyon Envanteri'nin Üniversite Öğrencileri İçin Geçerliliği, Güvenirliği. *Psikoloji Dergisi*, 1989; 7,23;3-13.
82. Selçuk, E., Günaydın, G., Sümer, N., Uysal, A. Yetişkin Bağlanma Boyutları İçin Yeni Bir Ölçüm: Yakın İlişkilerde Yaşantılar Envanteri-II'nin Türk Örnekleminde Psikometrik Açından Değerlendirilmesi. *Türk Psikoloji Yazıları*, 2005;8,16; 1-11.
83. Sümer N Yetişkin Bağlanma Ölçeklerinin Kategoriler ve Boyutlar Düzeyinde Karşılaştırılması. *Türk Psikoloji Dergisi* 2006;21; 1-24.
84. Hamamcı, Z. Bilişsel Davranışçı Yaklaşımla Bütünleştirilmiş Psikodrama Uygulamasının Kişilerarası İlişkilerle İlgili Bilişsel Çarpıtmalar ve Temel İnançlar Üzerine Etkisi. *Türk Psikolojik Danışma Ve Rehberlik Dergisi*, 2003; 2,19;7-13.

85. Hamamcı, Z. Büyüköztürk, Ş. İlişkilerle İlgili Bilişsel Çarpıtmalar Ölçeği, Ölçeğin Geliştirilmesi ve Psikometrik Özelliklerinin İncelenmesi. Çukurova Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi, 2003;2,25; 107-111.
86. Tutarel-Kışlak, Ş. Evlilikte Uyum Ölçeğinin Güvenirlik ve Geçerlik Çalışması. 3P, Psikiyatri, Psikoloji, Psikofarmakoloji Dergisi, 1999;7,1; 50-57.
87. Karakoyun, S. Major Depresyonlu Hasta ve Eşlerinin Çatışma Yönetim Biçimlerinin Evlilik Uyumu İle İlişkisi, 2012, Yüksek Lisans Tezi, Gaziantep Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, 77 Sayfa Gaziantep (Doç. Dr. Derya Tanrıverdi).
88. Kandaz, H. Depresyon, Benlik Saygısı ve Bağlanma Stilleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi, 2018, Yüksek Lisans Tezi, Üsküdar Üniversitesi , Sosyal Bilimler Enstitüsü ,Klinik Psikoloji Anabilim Dalı, 95 Sayfa, İstanbul (Dr. Öğr. Üyesi Semra Baripoğlu).
89. Binbay, Z., Tan, D., Karadag, F., Gökalp, P. (). Investigation of the Presence of Depression, the Ways of Coping with Stress and the Features of Temperament and Character Among First Degree Relatives of Patients with Major Depression. Klinik Psikofarmakoloji Bulteni, 2012; 22,1; 32.
90. Ünal, S., Küey, L., Güleç, C., Bekaroğlu, M., Evlice, Y. E., Kırılı, S. Depresif bozukluklarda risk etkenleri. Klinik Psikiyatri, 2002; 5; 8-15.
91. Savrun M. Depresyonun Tanımı ve Epidemiyolojisi. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, Depresyon, Somatizasyon ve Psikiyatrik Aciller Sempozyumu, İstanbul, 1999;11-17.
92. Kessler RC, Mcgonagle KA, Zhao S, Nelson CB, Hughes M, Eshleman S, Wittchen HU, Kendler KS. Lifetime And 12-Month Prevalence Of DSM-III-R Psychiatric Disorders In The United States. Results From The National Comorbidity Survey. Arch Gen Psychiatry; 1994; 51,1; 8-19.
93. Montgomery, S. Unemployment Pre-Dates Symptoms Of Depression And Anxiety Resulting In Medical Consultation In Young Men. International Journal Of Epidemiology, 1999; 28,1; 95-100.
94. Şener, A. Ailede Eşler Arası Uyuma Etki Eden Faktörlerin Araştırılması, 2002, Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 189 Sayfa, Ankara (Prof.Dr. R. Günsel Terzioğlu).

95. Demir, D. Evlilik Uyumu ile Bağlanma Stilleri ve Kişilerarası Problem Çözme Davranışı Arasındaki İlişkinin İncelenmesi, 2016, Yüksek Lisans Tezi, Maltepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, 125 Sayfa, İstanbul (Prof. Dr. Nermin Çelen).
96. Sullivan, B. F., Schwebel, A. I. Relationship beliefs and expectations of satisfaction in marital relationships: Implications for family practitioners. *The Family Journal*, 1995; 3,4; 298-305.
97. Carnelley, K. B., Pietromonaco, P. R., Jaffe, K. Depression, Working Models Of Others, And Relationship Functioning. *Journal Of Personality And Social Psychology*, 1994; 66,1; 127.
98. Slavinskiene, J. Lithuania, K. The Relations Between Socia-Demographical Factors, Irrational Beliefs, Adult İnsecure Attachment Style and Marital Satisfaction Of Rational-Emotive Cognitive Behavior Therapy, 2012; 23,3; 245-261.
99. Çetin, B. T. Evlilik Doyumunun Bazı Değişkenlere Göre Yordanması. 2010, Yüksek Lisans Tezi, 104 Sayfa, Ege Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İzmir (Dr. Öğr. Üyesi Dilek Yelda Kağnıcı)
100. Güven, N. İlişkilerle İlgili Bilişsel Çarpıtmalar ve Evlilikte Problem Çözme Becerilerinin Evlilik Doyumu ile İlişkisi, Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, 2005, 95 Sayfa, Ankara (Dr. Öğr. Üyesi Seher Sevim).
101. Yıldırım T. Evli Bireylerde Bağlanma Biçimleri, İlişkilere Dair Bilişsel Çarpıtmalar ve Evlilik Uyumu İlişkinin İncelenmesi, 2018, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Bilim Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Uygulamalı Psikoloji Anabilim Dalı, 92 Sayfa İstanbul (Prof. Dr. Nursel Telman).
102. Erişti, A. Bağlanma Stilleri, Kişilik Özellikleri ve Evlilik Uyumu Arasındaki İlişki, 2010, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. 141 Sayfa, İzmir (Prof. Dr. Benal İnceer).
103. Açık, Ö. Evlilik Uyumu ve Bağlanma Stilleri Arasındaki İlişki, 2008, Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, 91 Sayfa, İzmir (Doç. Dr. Haluk Arkar).
104. Yalçın, H. Evlilik Uyumu İle Sosyodemografik Özellikler Arasındaki İlişki. *Eğitim ve Öğretim Araştırmaları Dergisi*, Teaching (2014;3,1, 24; 2146-9199).
105. Kaçar, D. Depresyon Tanısı Alan Hastalarda Evlilik Diyadik Uyumun ve İlişki Kalitesinin Belirlenmesi: Aydın İlinde Bir Araştırma, 2014Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimler Enstitüsü, Ankara, 121 Sayfa (Prof. Dr. Şengül Hablemitoğlu).

106. Yüksel, Ö. Kadınlarda evlilik uyumu ve psikolojik belirtiler arasındaki ilişki: stresle baş etme biçimleri ve toplumsal cinsiyet rolü tutumlarının aracı rolleri. 2013, Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji Anabilim Dalı, 151 Sayfa, Ankara (Prof. Dr. İhsan Dağ).
107. Türk, B. B. Yetişkinlerde bağlanma biçimleri kişilik özellikleri ve bu özelliklerin ruhsal sorunlarla ilişkisinin araştırılması, 2016, Yüksek Lisans Tezi, 70 Sayfa, Işık Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul (Dr. Öğr. Üyesi Saime Vicdan Yücel).
108. Demirel, C. Yetişkinlerde Bağlanma Stilllerinin Mutluluk, Yaşam Doyumu ve Depresyon İle İlişkisinin İncelenmesi, 2018, Yüksek Lisans Tezi, 97 Sayfa, Işık Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü (Dr. Öğr. Üyesi Saime Vicdan Yücel).
109. Roberts, J. E., Gotlib, I. H., Kassel, J. D. Adult attachment security and symptoms of depression: The mediating roles of dysfunctional attitudes and low self-esteem. *Journal of personality and social psychology*, 1996;70;2, 310.
110. Koç, M. Depresif (Çökkünlük) Bozukluklar İçinde Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemsireliği: Gürhan N (Ed), Ankara: Nobel Tıp Kitapevi, 2016: 509-510.
111. Hazan, C., Shaver, P. R. Attachment as an Organizational Framework for Research on Close Relationships. *Psychological Inquiry*, 1994: 5(1), 1-22.
112. Şendil, G. ve Korkut, Y. Evli Çiftlerdeki Çift Uyumu ve Evlilik Çatışmasının Demografik Özellikler Açısından İncelenmesi. *Psikoloji Çalışmaları Dergisi*, 2012: 28, 15-34.
113. Hamamcı, Z. Dysfunctional Relationship Belief in Marital Satisfaction and Adjustment. *Social Behavior and Personality*, 2005;33(4), 313-328.
114. Sevinç, M., Garip, E.S. A Study of Parents' Child Raising Styles and Marital Harmony. *Procedia-Social And Behavioral Sciences*, . 2010;2,1648-1653.
115. Kargın, Z. Erken Dönem Uyumsuz Şemalar, İlişkilerdeki Bilişsel Süreçler, Yüklemeler, Evlilikte Sorunlarla Başa Çıkma Yollarının Evlilik Uyumu ile İlişkisi. 2014, Yüksek Lisans Tezi, Maltepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul, 198 Sayfa (Dr. Öğr. Üyesi Akgül Esin Uzun Oğuz).
116. Soysal, E. Evli Bireylerin Erken Dönem Uyumsuz Şemaları, İlişkilerde Bilişsel Çarpıtmaları ve Yüklemelerin Evlilik Uyumunu Yordaması, 2017, Doktora Tezi, Necmettin Erbakan Üniversitesi, Konya, 156 Sayfa (Prof. Dr. Şahin Kesici).

117. Kervancıoğlu, H. İlişkilerle ilgili bilişsel çarpıtmaların evlilik doyumunu yordama gıcı, 2016, Yüksek Lisans Tezi, Hasan Kalyoncu Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Gaziantep, 70 Sayfa (Doç. Dr. şaziye Senem Başgl).
118. Demiray, N. Üniversite ğrencilerinde Duygusal Zeka Ve Kişilerarası Duyarlılık Arasındaki İlişi: Kişilerarası İlişkilerle İlgili Bilişsel arpıtmaların Aracı Rolü, 2018, Yüksek Lisans Tezi, Üsküdar Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Klinik Psikoloji Anabilim Dalı, İstanbul, 131 Sayfa (Dr. Öğr. Üyesi Ahmet Emre Sargın)
119. Teachman, J. D. Polonko, K. A. Scanzoni, PDemocracy of the family. Handbook of marriage and the familyNewyork: Plenum, 1987:3-36.
120. Uebelacker, L.A. and Whisman, M.A.“Relationship Beliefs, Attributions and Partner Behaviors Among Depressed Married Women” Cognitive Therapy and Research. 2005:29 (2):143-154.
121. Beach, S.R.H., Fincham, F.D., Amir, N., Leonard, K.E. “The Taxometrics of Marriage: Is Marital Discord Categorical?” Journal of Family Psychology. 2005:19 (2):276-285.
122. zyurt, B. C., Deveci, A. Manisa’da kırsal bir bölgedeki 15-49 yaş evli kadınlarda depresif belirti yaygınlığı ve aile içi şiddetle ilişkisi. Türk psikiyatri dergisi, 2010: 21(1), 1-7.

8.EKLER

Ek 1:Kişisel Bilgi Formu

Değerli Katılımcı, Bu çalışma Gaziantep Üniversitesi bünyesinde, Dr. Öğr. Üyesi Derya ÖZBAŞ GENÇARSLAN danışmanlığında psikiyatri hemşireliği yüksek lisans öğrencisi Hatice AKKURT tarafından oluşturulmuştur. Araştırmada vereceğiniz bilgiler tamamen gizli tutulup, sadece bilimsel amaçlarla kullanılacaktır. Sorulan soruların hiçbir şekilde doğru/yanlış yanıtları yoktur. İçtenlikle katılımınız araştırmanın gerçekçi sonuçlar verebilmesi açısından çok değerlidir. Katıldığınız için teşekkür ederim.

Araştırmacı: Hemşire Hatice AKKURT

Tez Danışmanı: Dr. Öğr. Üyesi Derya ÖZBAŞ GENÇARSLAN

1.Yaşınız:

2.Cinsiyetiniz: (A) Kadın (B) Erkek

3.Öğrenim Durumunuz: (A) Okuryazar değil (B)Okuryazar (C)İlköğretim (D) Lise (E) Üniversite

(F)Lisansüstü/Doktora

4.Eşinizin Öğrenim Durumu: (A) Okuryazar değil (B)Okuryazar (C)İlköğretim (D) Lise (E)Üniversite (F)Lisansüstü/Doktora

5.Kaç Yıllık Evlisiniz:

6. Eşinizle Evlenme Yaşınız : (A)18-25 (B)26-30 (C)31-35 (D)36-40 (E)41-50 (F)51-60 (G)61-65

7. Evlenme Biçiminiz: (A) Görücü usulü (B) Anlaşarak (C) Zorla (ailenin ya da başkalarının zorlaması) (E) Kaçarak (F)Diğer

8.Kaçıncı Evliliğiniz: (A)Birinci (B)İkinci (C)Üçüncü ve üstü

9.Eşinizin Kaçıncı Evliliği: (A)Birinci (B)İkinci (C)Üçüncü ve üstü

9.Kaç Çocukunuz Var: (A) Çocukumuz yok (B) Bir çocuk (C) İki çocuk (D) Üç çocuk (E) Dört çocuk ve üstü

10.Çalışıyorsunuz?: (A)Evet (B)Hayır

11.Eşiniz çalışıyor mu?: (A) Evet (B) Hayır

12.Gelir Düzeyiniz : (A)Gelir giderden az (B)Gelir gider eşit (C)Gelir giderden fazla

13.Aile Yapınız: (A)Çekirdek aile (B) Geniş aile (C)Diğer.....

14. Evliliğinizi Nasıl Tanımlarsınız?:.....

Ek 2: Beck Depresyon Envanteri

Aşağıda, kişilerin ruh durumlarını ifade ederken kullandıkları bazı cümleler verilmiştir. Her madde bir çeşit ruh durumunu anlatmaktadır. Her maddede o ruh durumunun derecesini belirleyen 4 seçenek vardır. Lütfen bu seçenekleri dikkatle okuyunuz. Son bir hafta içindeki (şu an dahil) kendi ruh durumunuzu göz önünde bulundurarak, size en uygun olan ifadeyi bulunuz. Daha sonra, o maddenin yanındaki harfin üzerine (X) işareti koyunuz.

- 1) a. Kendimi üzgün hissetmiyorum
b. Kendimi üzgün hissediyorum
c. Her zaman için üzgünüm ve kendimi bu duygudan kurtaramıyorum
d. Öylesine üzgün ve mutsuzum ki dayanamıyorum
- 2) a. Gelecekte umutsuz değilim
b. Gelecek konusunda umutsuzum
c. Gelecekte beklediğim hiç bir şey yok
d. Benim için bir gelecek olmadığı gibi bu durum değişmeyecek
- 3) a. Kendimi başarısız görmüyorum
b. Herkesten daha fazla başarısızlıklarım oldu sayılır
c. Geriye dönüp baktığımda, pek çok başarısızlığımın olduğunu görüyorum
d. Kendimi bir insan olarak tümüyle başarısız görüyorum
- 4) a. Her şeyden eskisi kadar doyum (zevk) alabiliyorum
b. Her şeyden eskisi kadar doyum alamıyorum
c. Artık hiçbir şeyden gerçek bir doyum alamıyorum
d. Bana doyum veren hiçbir şey yok. Her şey çok sıkıcı
- 5) a. Kendimi suçlu hissetmiyorum
b. Arada bir kendimi suçlu hissettiğim oluyor
c. Kendimi çoğunlukla suçlu hissediyorum
d. Kendimi her an için suçlu hissediyorum
- 6) a. Cezalandırılıyormuşum gibi duygular içinde değilim
b. Sanki bazı şeyler için cezalandırılabilirdim gibi duygular içindeyim
c. Cezalandırılacakmışım gibi duygular yaşıyorum
d. Bazı şeyler için cezalandırılıyorum
- 7) a. Kendimi hayal kırıklığına uğratmadım
b. Kendimi hayal kırıklığına uğrattım
c. Kendimden hiç hoşlanmıyorum

- d. Kendimden nefret ediyorum
- 8) a. Kendimi diğer insanlardan daha kötü durumda görmüyorum
b. Kendimi zayıflıklarım ve hatalarım için eleştiriyorum
c. Kendimi hatalarım için her zaman suçluyorum
d. Her kötü olayda kendimi suçluyorum
- 9) a. Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok
b. Bazen kendimi öldürmeyi düşünüyorum ama böyle bir şey yapamam
c. Kendimi öldürebilmeyi çok isterdim
d. Eğer bir fırsatını bulursam kendimi öldürürüm
- 10) a. Herkesten daha fazla ağladığımı sanmıyorum
b. Eskisine göre şimdilerde daha çok ağlıyorum
c. Şimdilerde her an ağlıyorum
d. Eskiden ağlayabilirdim. Şimdilerde istesem de ağlayamıyorum
- 11) a. Eskisine göre daha sinirli veya tedirgin sayılmam
b. Her zamankinden biraz daha fazla tedirginim
c. Çoğu zaman sinirli ve tedirginim
d. Şimdilerde her an için tedirgin ve sinirliyim
- 12) a. Diğer insanlara karşı ilgimi kaybetmedim
b. Eskisine göre insanlarla daha az ilgiliyim
c. Diğer insanlara karşı ilgimin çoğunu kaybettim
d. Diğer insanlara karşı hiç ilgim kalmadı
- 13) a. Eskisi gibi rahat ve kolay kararlar verebiliyorum
b. Eskisine kıyasla şimdilerde karar vermeyi daha çok erteliyorum
c. Eskisine göre karar vermekte oldukça güçlük çekiyorum
d. Artık hiç karar veremiyorum
- 14) a. Eskisinden daha kötü bir dış görünüşüm olduğunu sanmıyorum
b. Sanki yaşlanmış ve çekiciliğimi kaybetmişim gibi düşünüyor ve üzülüyorum
c. Dış görünüşümde artık değiştirilmesi mümkün olmayan ve beni çirkinleştiren değişiklikler olduğunu hissediyorum
d. Çok çirkin olduğumu düşünüyorum
- 15) a. Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum
b. Bir işe başlayabilmek için eskisine göre daha çok çaba harcıyorum
c. Ne olursa olsun, yapabilmek için kendimi çok zorluyorum
d. Artık hiç çalışmıyorum

- 16) a. Eskisi kadar kolay ve rahat uyuyabiliyorum
b. Şimdilerde eskisi kadar kolay ve rahat uyuyamıyorum
c. Eskisine göre bir veya iki saat erken uyanıyor, tekrar uyumakta güçlük çekiyorum
d. Eskisine göre çok erken uyanıyor ve tekrar uyuyamıyorum
- 17) a. Eskisine göre daha çabuk yorulduğumu sanmıyorum
b. Eskisinden daha çabuk ve kolay yoruluyorum
c. Şimdilerde neredeyse her şeyden, kolayca ve çabuk yoruluyorum
d. Artık hiçbir şey yapamayacak kadar yorgunum
- 18) a. İştahım eskisinden pek farklı değil
b. İştahım eskisi kadar iyi değil
c. Şimdilerde iştahım epey kötü
d. Artık hiç iştahım yok
- 19) a. Son zamanlarda pek fazla kilo kaybettiğimi/aldığımı sanmıyorum
b. Son zamanlarda istemediğim halde iki buçuk kilodan fazla kaybettim/aldım
c. Son zamanlarda beş kilodan fazla kaybettim/aldım
d. Son zamanlarda yedi buçuk kilodan fazla kaybettim/aldım
- 20) a. Sağlığım beni pek endişelendirmiyor
b. Son zamanlarda ağrı, sızı, mide bozukluğu, kabızlık gibi sıkıntılarım var
c. Ağrı sızı gibi bu sıkıntılarım beni çok endişelendiriyor
d. Bu tür sıkıntılar beni öylesine endişelendiriyor ki başka bir şey düşünemiyorum
- 21) a. Son zamanlarda cinsel yaşantımda dikkatimi çeken bir şey yok
b. Eskisine göre cinsel konularla daha az ilgileniyorum
c. Şimdilerde cinsellikle pek ilgili değilim
d. Artık cinsellikle hiç bir ilgim kalmadı

Ek 3: İlişkilerle İlgili Bilişsel Çarpıtmalar Ölçeği

Bu ölçek insanların kişilerarası ilişkilerle ilgili olarak benimsedikleri bazı düşünceleri içermektedir. Lütfen her cümleyi dikkatle okuyup, bu düşüncelere ne derece katıldığınızı aşağıdaki şıkları dikkate alarak belirtiniz.

1. Hiç katılmıyorum
2. Çok az katılıyorum
3. Kısmen katılıyorum
4. Oldukça katılıyorum
5. Tamamen katılıyorum

Her düşünce katılma derecenizi hemen yanındaki cevap formu üzerine (X) koyarak belirtiniz. Okuduğunuz her bir ifade için tek bir işaretleme yapmaya özen gösteriniz.

Her insanın kendine özgü bir kişisel görüşü bulunduğundan bu ifadelerin doğru ya da yanlış cevapları yoktur. İşaretlemenizi sizin genel olarak nasıl düşündüğünüzün dikkate alarak cevaplayınız.

1. İnsanlarla fazla samimi olmak genellikle sorun yaratır. (1) (2) (3) (4) (5)
2. İnsanlar beni hiç anlamıyor. (1) (2) (3) (4) (5)
3. Çevremdeki insanlara gerçek duygu ve düşüncelerimi ifade edersem onlar tarafından reddedileceğime inanıyorum. (1) (2) (3) (4) (5)
4. Bu hayatta gerçek dost yoktur. (1) (2) (3) (4) (5)
5. İlişki kurduğum herkesin tüm duygu ve düşüncelerini benimle paylaşmasını isterim. (1) (2) (3) (4) (5)
6. Bir insanın gözünden nasıl bir insan olduğunu anlarım. (1) (2) (3) (4) (5)
7. Karşımdaki kişiler ifade etmeseler de onların ne düşündüğünü anlarım. (1) (2) (3) (4) (5)
8. Karşımdaki kişi ben ifade etmesem de benim ne düşündüğümü anlayabilmelidir. (1) (2) (3) (4) (5)
9. Kendimi iyi hissedebilmem için başkalarının benim hakkımdaki duygu ve düşünceleri olumlu olmalıdır. (1) (2) (3) (4) (5)
10. İnsanlar verdiği sözleri yerine getirmezler. (1) (2) (3) (4) (5)
11. Her zaman bir sosyal bir grupta yer almalıyım (1) (2) (3) (4) (5)

12. Sosyal ortamlarda insanların beni olduğum gibi kabul etmeyeceğini düşünüyorum. (1) (2) (3) (4) (5)
13. Çevremizdeki insanlara karşı sürekli tetikte olmakta yarar var. (1) (2) (3) (4) (5)
14. Çevremdeki insanları üzmemek için hep kendimden ödün vermeliyim (1) (2) (3) (4) (5)
15. İlişkilerimde insanları hoşnut kılmak için onların istediği gibi Davranmalıyım (1) (2) (3) (4) (5)
16. Her zaman çevremde birilerinin olmasını isterim. (1) (2) (3) (4) (5)
17. İnsanlar bana daima anlayışlı davranmasını isterim. (1) (2) (3) (4) (5)
18. İlişkilerde insanlar birbirlerinin tüm beklentilerini karşılamalıdır. (1) (2) (3) (4) (5)
19. İnsanlarla ilişkilerle yüzeysel tutmakta her zaman yarar vardır (1) (2) (3) (4) (5)

Ek 4: Yakın İlişkilerde Yaşantılar Envanteri-II (YIYE-II)

Aşağıdaki maddeler romantik ilişkilerinizde hissettiğiniz duygularla ilgilidir. Bu araştırmada sizin ilişkinizde yalnızca şu anda değil, genel olarak neler olduğuyla ya da neler yaşadığınızla ilgilenmekteyiz. Maddelerde sözü geçen "birlikte olduğum kişi" ifadesi ile romantik ilişkide bulunduğunuz kişi kastedilmektedir. Eğer halihazırda bir romantik ilişki içerisinde değilseniz, aşağıdaki maddeleri bir ilişki içinde olduğunuzu varsayarak cevaplandırınız. Her bir maddenin ilişkilerinizdeki duygu ve düşüncelerinizi ne oranda yansıttığını karşılardaki 7 aralıklı ölçek üzerinde, ilgili rakam üzerine çarpı (X) koyarak gösteriniz.

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7

Hiç katılmıyorum kararsızım/ fikrim yok tamamen katılıyorum

	1	2	3	4	5	6	7
1. Birlikte olduğum kişinin sevgisini kaybetmekten korkarım.	1	2	3	4	5	6	7
2. Gerçekte ne hissettiğimi birlikte olduğum kişiye göstermemeyi tercih ederim.	1	2	3	4	5	6	7
3. Sıklıkla, birlikte olduğum kişinin artık benimle olmak istemeyeceği korkusuna kapılırım.	1	2	3	4	5	6	7
4. Özel duygu ve düşüncelerimi birlikte olduğum kişiyle paylaşmak konusunda kendimi rahat hissederim.	1	2	3	4	5	6	7
5. Sıklıkla, birlikte olduğum kişinin beni gerçekten sevmediği kaygısına kapılırım.	1	2	3	4	5	6	7
6. Romantik ilişkide olduğum kişilere güvenip inanmak konusunda kendimi rahat bırakmakta zorlanırım.	1	2	3	4	5	6	7
7. Romantik ilişkide olduğum kişilerin beni, benim onları önemsemiğim kadar önemsemeyeceklerinden endişe duyarım.	1	2	3	4	5	6	7
8. Romantik ilişkide olduğum kişilere yakın olma konusunda çok rahatımdır.	1	2	3	4	5	6	7
9. Sıklıkla, birlikte olduğum kişinin bana duyduğu hislerin benim ona duyduğum hisler kadar güçlü olmasını isterim.	1	2	3	4	5	6	7
10. Romantik ilişkide olduğum kişilere açılma konusunda kendimi rahat hissetmem.	1	2	3	4	5	6	7
11. İlişkilerimi kafama çok takarım.	1	2	3	4	5	6	7
12. Romantik ilişkide olduğum kişilere fazla yakın olmamayı tercih ederim.	1	2	3	4	5	6	7
13. Benden uzakta olduğunda, birlikte olduğum kişinin başka birine ilgi duyabileceği korkusuna kapılırım.	1	2	3	4	5	6	7

14.Romantik ilişkide olduğum kişi benimle çok yakın olmak istediğinde rahatsızlık duyarım.	1	2	3	4	5	6	7
15.Romantik ilişkide olduğum kişilere duygularımı gösterdiğimde, onların benim için aynı şeyleri hissetmeyeceğinden korkarım.	1	2	3	4	5	6	7
16.Birlikte olduğum kişiyle kolayca yakınlaşabilirim.	1	2	3	4	5	6	7
17. Birlikte olduğum kişinin beni terk edeceğinden pek endişe duymam	1	2	3	4	5	6	7
18.Birlikte olduğum kişiyle yakınlaşmak bana zor gelmez.	1	2	3	4	5	6	7
19.Romantik ilişkide olduğum kişi kendimden şüphe etmeme neden olur.	1	2	3	4	5	6	7
20.Genellikle, birlikte olduğum kişiyle sorunlarımı ve kaygılarımı tartışırım.	1	2	3	4	5	6	7
21. Terk edilmekten pek korkmam.	1	2	3	4	5	6	7
22.Zor zamanlarımda, romantik ilişkide olduğum kişiden yardım istemek bana iyi gelir.	1	2	3	4	5	6	7
23.Birlikte olduğum kişinin, bana benim istediğim kadar yakınlaşmak istemediğini düşünürüm.	1	2	3	4	5	6	7
24.Birlikte olduğum kişiye hemen hemen her şeyi anlatırım.	1	2	3	4	5	6	7
25.Romantik ilişkide olduğum kişiler bazen bana olan duygularını sebepsiz yere değiştirirler	1	2	3	4	5	6	7
26.Başımdan geçenleri birlikte olduğum kişiyle konuşurum.	1	2	3	4	5	6	7
27.Çok yakın olma arzum bazen insanları korkutup uzaklaştırır.	1	2	3	4	5	6	7
28.Birlikte olduğum kişiler benimle çok yakınlaştığında gergin hissederim.	1	2	3	4	5	6	7
29.Romantik ilişkide olduğum bir kişi beni yakından tanıdıkça, “gerçek ben”den hoşlanmayacağından korkarım.	1	2	3	4	5	6	7
30.Romantik ilişkide olduğum kişilere güvenip inanma konusunda rahatımdır.	1	2	3	4	5	6	7
31.Birlikte olduğum kişiden ihtiyaç duyduğum şefkat ve desteği görememek beni öfkelenendir	1	2	3	4	5	6	7
32.Romantik ilişkide olduğum kişiye güvenip inanmak benim için kolaydır.	1	2	3	4	5	6	7
33.Başka insanlara denk olamamaktan endişe duyarım	1	2	3	4	5	6	7
36.Birlikte olduğum kişi beni ve ihtiyaçlarımı gerçekten anlar.	1	2	3	4	5	6	7

Ek 5: Evlilikte Uyum Ölçeği

1. Bu maddede yer alan ölçeği kullanarak, bütün yönleri ile evliliğinizdeki mutluluk düzeyini en iyi temsil ettiğine inandığınız noktayı **daire** içine alınız. Ortadaki 'mutlu' sözcüğü üzerindeki nokta, çoğu kişinin evlilikten duyduğu mutluluk derecesini temsil eder ve ölçek kademeli olarak sol ucunda evliliği çok mutsuz olan küçük bir azınlığı, sağ ucunda ise evliliği çok mutlu küçük bir azınlığı temsil etmektedir.

* * * * *

Çok Mutsuz Mutlu Çok Mutlu

*Aşağıdaki maddelerde verilen konulara ilişkin olarak, siz ve eşiniz arasındaki **anlaşma** ya da **anlaşmazlık** derecesini yaklaşık olarak (X) şeklinde belirtiniz. Lütfen her maddeyi değerlendiriniz.*

	Her zaman anlaşırız	Hemen her zaman anlaşırız	Ara sıra anlaşamadığımız olur	Sıklıkla anlaşamayız	Hemen her zaman anlaşamayız	Her zaman anlaşamayız
2. Aile bütçesini idare etme	()	()	()	()	()	()
3. Boş zaman etkinlikleri	()	()	()	()	()	()
4. Duyguların ifadesi	()	()	()	()	()	()
5. Arkadaşlar	()	()	()	()	()	()
6. Cinsel ilişkiler	()	()	()	()	()	()
7. Toplumsal kurallara uyma(doğru, iyi veya uygun davranış)	()	()	()	()	()	()
8. Yaşam felsefesi	()	()	()	()	()	()
9. Eşin akrabalarıyla anlaşma	()	()	()	()	()	()

Lütfen evliliğinizi en iyi ifade ettiğine inandığınız bir cevabın yanındaki kutucuğu (X) şeklinde işaretleyiniz.

10. Ortaya çıkan uyumsuzluklar genellikle:

- Erkeğin susması ile
 Kadının susması ile
 Karşılıklı anlaşmaya varılarak sonuçlanır.

11. Ev dışı etkinliklerinizin ne kadarını eşinizle birlikte yaparsınız?

- Hepsini Bazılarını
 Çok azını Hiç birini

12. Boş zamanlarınızda genellikle aşağıdakilerden hangisini tercih edersiniz?

- Dışarıda bir şeyler yapmayı Evde oturmayı

Eşiniz genellikle aşağıdakilerden hangisini yapmayı tercih eder?

- Dışarıda bir şeyler yapmayı Evde oturmayı

13. Hiç evlenmemiş olmayı istediğiniz olur mu?

- Sık sık
 Arada sırada
 Çok seyrek
 Hiçbir zaman


14. Hayatınızı yeniden yaşayabilseydiniz;

- Aynı kişiyle evlenirdiniz
 Farklı bir kişiyle evlenirdiniz
 Hiç evlenmediniz

15. Eşinize güvenir, sırlarınızı ona açar mısınız?

- Hemen hemen hiçbir zaman
 Nadiren
 Çoğu konularda
 Her konuda


Ek 6: Araştırmanın Yapılabilmesi İçin Gerekli İzin Yazıları



TC Sağlık Bakanlığı

T.C.
GAZİANTEP VALİLİĞİ
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ

GAZİANTEP İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ - Gaziantep E-İzine
Ağız İzni
28/02/2018 13:43 - 65587614 - 774.99 - 5.296



00063169650

Sayı : 65587614-774.99
Konu : Bilimsel Araştırma İzni
- Hatice AKKURT

Sayın Hatice AKKURT
Mimar Sinan Mah. Mustafa Kökmen Bulvarı No:79/5
Nizip/GAZİANTEP

İlgi : 28/02/2018 tarihli ve 65587614-3971-BİLA sayılı yazınız.


İlgi sayılı yazı ile Müdürlüğümüze bağlı Nizip Devlet Hastanesi'nde "**Majör Depresif Bozukluğa Sahip Hastaların İlişkilerle İlgili Bilişsel Çarpıtmalarının ve Bağlanma Stillerinin Evlilik Uyumuna Etkisi**" konulu bilimsel araştırma ile ilgili çalışma yapma talebiniz başvuru dosyanızın incelenmesi sonucunda; araştırmayı bizzat yapmanız, araştırma sonuçlarının Personel ve Destek Hizmetleri Başkanlığımıza bildirilmesi ve başkanlığımızdan izin alınmadan yayınlanmaması kaydı ile araştırmanın yapılması uygun görülmüştür.

Bilgilerinize sunulur.

e-İmzalıdır.
Halil İNANÇ
İl Sağlık Müdürü a.
Personel ve Destek Hizmetleri
Başkanı

EKLER:
- Resmi Yazı (2 Sayfa)

T.C. GAZİANTEP VALİLİĞİ
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
EVRAK KAYIT BİRİMİ
MEHMET BALIKÇI
Güvenli Elektronik İmza ile İmzalı Aslı ile Aynıdır



Kayıt No: 42035 Nolu Sk. Sehitkamil, Gaziantep
Faks No:0 (342) 220 93 34
e-Posta: ayfer.ozmuscevik@saglik.gov.tr İnt.Adresi: www.gaziantepsaglik.gov.tr

Bilgi için: Ayfer ÖZMÜŞ ÇEVİK
Unvan: HEMŞİRE
Telefon No: 0 342 338 26 00-1494

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 9d2b8006-76a7-4207-852a-f2c850e4ed75 kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

GAZİANTEP İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
ARAŞTIRMA İZİNLERİ İŞBİRLİĞİ PROTOKOLÜ

Taraflar:

Bu protokol Gaziantep İl Sağlık Müdürlüğü ve Gaziantep Üniversitesi arasında düzenlenmiştir.

Çalışmanın gerçekleştirileceği kurum/kuruluşlar: Nizip Devlet Hastanesi

Çalışmanın Adı: "Majör Depresif Bozukluğa Sahip Hastaların İlişkilerle İlgili Bilişsel Çarpıtmalarının ve Bağlanma Stillerinin Evlilik Uyumuna Etkisi"

Bu çalışmayı yürütecek kişi/kişiler: Yard. Doç. Dr. Derya ÖZBAŞ GENÇARSLAN, Hemşire Hatice AKKURT

Protokolün Hükümleri

- a) Bu protokol ilimiz sınırları içinde Gaziantep İl Sağlık Müdürlüğüne bağlı kurum ve kuruluşlarda verilen hizmetleri, yapılan koruyucu sağlık hizmeti çalışmalarını ya da yapılan kayıtlar sonucu elde edilen istatistik verileri içeren ve kurum personeli ve/veya kuruma başvuran kişilerle yapılacak anket çalışmalarını kurala bağlamak amacı ile düzenlenmiştir.
- b) Yapılacak bilimsel çalışma proje aşamasında iken Gaziantep İl Sağlık Müdürlüğü tarafından değerlendirilecektir. Çalışma başlangıç günü 1. Gün kabul edilerek her 90 günün sonucunda çalışmanın yapıldığı hastanesinin Eğitim-Arge birimine ara rapor sunulacaktır. Bu raporun sunulmaması halinde protokol hükümsüz kalacak ve çalışmanın devam ettirilmesine izin verilmeyecektir.
- c) Çalışma uygulanırken kapsam dışı hiçbir veri toplanmayacaktır.
- d) Veri toplama sırasında Gaziantep İl Sağlık Müdürlüğü personeline de yararlanılacaksa ayrıca Gaziantep İl Sağlık Müdürlüğü'nün onayı alınacaktır.
- e) Çalışma yayın/tez haline getirilmeden önce Gaziantep İl Sağlık Müdürlüğü'nün ilgili birimi tarafından verilerin analizi değerlendirilecektir. Toplum sağlığı açısından sakıncalı verilerin yayımlanması kısıtlanabilecektir.
- f) Çalışma üniversite veya kurum tarafından kabul edildikten sonra bir nüshası kitapçık halinde Gaziantep İl Sağlık Müdürlüğüne teslim edilecektir.
- g) Çalışmayı yapacak olan kişi e ve f maddelerini yerine getirmediği takdirde kurumumuza ait veriler yayın/proje/tez vs gibi bilimsel bir çalışmada kullanılmayacaktır.
- h) Çalışma esnasında her tür ilaç uygulaması veya girişim için gerek hastanın kendisi ya da yasal vasisinden gerekse etik kuruldan onay alınacaktır.
- i) Araştırma verileri, sözel ya da yazılı olarak kullanıldığında ilgili kurum/kurumların (hastane, Halk Sağlığı Müdürlüğü vs.) ismi zikredilmeyecektir.

Protokolün süresi:

- a) Bu çalışmanın yürütücüsü kurumlarımızda 4 ay süre ile çalışmasını yürütecektir.
- b) **Başlangıç** 20.03.2018 / **Bitiş** 20.07.2018
- c) Protokol, çalışmanın taraflarca planlanan ve kabul edilen süresi ile sınırlıdır. Uzatılması ancak yeni bir protokole bağlıdır.
- d) Şartlarda oluşabilecek değişikliklere bağlı olarak Gaziantep İl Sağlık Müdürlüğü protokolü daha önce de sonlandırabilir.

Sözleşme Şartlarına Aykırılık:

Protokol süresince yapılacak çalışmalar sırasında, yapılan çalışmayı devam ettiren kişi ya da kişiler aynı olacaktır. Saha çalışmasına katılan ve protokolle tespit edilen kişide değişiklik yapılması ya da yeni kişinin çalışmaya dâhil edilmesi ancak Gaziantep İl Sağlık Müdürlüğü'nün onayı ile mümkün olabilecektir, ya da protokol iptal edilecektir. İlgili hükümler ihlal edildiğinde, protokolden imzası ve beyanı bulunan ilgili kişiler hakkında Gaziantep İl Sağlık Müdürlüğüne; kamu kurumlarının çalışmalarına ait verilerin kamudaki gizlilik ilkelerine ve resmi işleyiş esaslarına aykırı davranıldığı gerekçesiyle adli merciler nezdinde suç duyurusunda bulunulacaktır.

İhtilafların çözümü:

Protokolün uygulanması ile ilgili çıkabilecek sorunların çözümü konusunda Gaziantep ilindeki idari yargı mercileri yetkilidir.

İlgili protokol hükümlerini ve ceza müeyyidelerini okudum ve kabul ettim.

Tarih: 21.02.2018

İmza:

Başvuran Adı-Soyadı: Hatice AKKURT

OLUR
27 Mart 2018
Doç. Dr. Abdulkadir TURGUT
İl Sağlık Müdürü

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 9d2b8006-76a7-4207-852a-f2c85ee4ed75 kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

T.C.
GAZİANTEP VALİLİĞİ
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ

Tarih ve Sayı: 22.03.2018/03

Bilimsel Araştırma İzinleri Başvuru İnceleme Komisyonu Toplantı Kararları

Başvuru Sahibi:

Hatice AKKURT

Çalışma Adları:

- Majör Depresif Bozukluğa Sahip Hastaların İlişkilerle İlgili Bilişsel Çarpıtmalarının ve Bağlanma Stillerinin Evlilik Uyumuna Etkisi (Nizip Devlet Hastanesi)

Komisyon Kararı:

Gerçekleşecek olan araştırmalarda çalışan personelden gönüllü olduklarına dair belge alınması, araştırmaya dâhil olan kişilerin verileri şahsın veya yasal vasisinin izni olmadan üçüncü kişilerle paylaşmaması, yapılacak çalışmalarda tesislerin işleyişi ve güvenliğe zarar verilmemesi ve çalışan personellerin onayı çerçevesinde, çalışma mesaisi ve hizmeti aksatmadan bizzat araştırma sahibi tarafından yürütülmesi kaydı ile çalışmaların belirtilen sağlık tesislerinde yapılmasına oy birliği ile karar verilmiştir.

KOMİSYON BAŞKANI

Uzm. Dr. Davut Vezeli ERSÖZ
Kağıt Hastaneleri
Hizmetleri Başkanı

ÜYE

Halil İNANÇ
Personel ve Destek
Hizmetleri Başkanı

ÜYE

Uzm. Dr. Mehmet Emin BİNDAL
İlaç Tıbbı, Cihaz ve Sağlık
Hizmetleri Başkanı


27. Mart 2018

OLUR

Doç. Dr. Abdulkadir TURGUT
İl Sağlık Müdürü

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 9d2b8006-76a7-4207-852a-f2e85ee4ed75 kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Ek 7: Gaziantep Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Karar Formu

GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU					
ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Majör Depresif Bozukluğa Sahip Hastaların İlişkilerle İlgili Bilişsel Çarpıtmalarının ve Bağlanma Stillerinin Evlilik Uyumuna Etkisi				
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	7				
ETİK KURULU BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	Gaziantep Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu			
	AÇIK ADRESİ	Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimler Fakültesi 2. Kat Şehitkamil/Gaziantep			
	TELEFON	0342 360 07 53 / 77704			
	FAKS	0342 360 39 27			
	E-POSTA	gaunetikkurul@gmail.com			
BAŞVURU BİLGİLERİ	KOORDİNATÖR SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Yrd. Doç. Dr. Derya ÖZBAŞ GENÇARSLAN			
	KOORDİNATÖR SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Sağlık Bilimleri Fakültesi			
	KOORDİNATÖR SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ VARSINA İDARI SORUMLU UNVANI/ADI/SOYADI	Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi			
	DESTEKLEYİCİ				
	PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ UNVANI/ADI/SOYADI (TÜBİTAK vb. gibi kaynaklardan destek alınmış ise)				
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ				
	ARAŞTIRMANIN FAZİ VE TÜRÜ	FAZ 1	<input type="checkbox"/>		
		FAZ 2	<input type="checkbox"/>		
		FAZ 3	<input type="checkbox"/>		
		FAZ 4	<input type="checkbox"/>		
Gözlemsel ilaç çalışması		<input type="checkbox"/>			
Tıbbi cihaz klinik araştırması		<input type="checkbox"/>			
In vitro tıbbi tanı cihazları ile yapılan performans değerlendirme çalışmaları		<input type="checkbox"/>			
Diğer ise belirtiniz :	<input type="checkbox"/>				
ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	ETİK MERKEZ <input type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/>	ULUSAL <input type="checkbox"/>	ULUSLARARASI <input type="checkbox"/>	
DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili	
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ			Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>	
	BELGELENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ BELGE FORMU			Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>	
	CELAU RAPOR FORMU			Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>	
	ARAŞTIRMA BROSÜRÜ			Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>	
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı	Açıklama			
	SİBRİTA	<input type="checkbox"/>			
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	<input type="checkbox"/>			
Etik Kurul Başkanı Unvanı/Adı/Soyadı: <input type="text"/>					
İmza: 					
Not: Etik kurul başkanlığı, başkanın yer alınması her sayfaya imza alınmalıdır.					

GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Majör Depresif Bozukluğa Sıtıp Hastaların İlişkilerle İlgili Bilişsel Çarpıtmalarının ve Bağlanma Stillerinin Evlilik Uyumuna Etkisi
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	7

KARAR BİLGİLERİ	BIYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	<input type="checkbox"/>	.
	İLÂN	<input type="checkbox"/>	
	YILLIK BİLDİRİM	<input type="checkbox"/>	
	SONUÇ RAPORU	<input type="checkbox"/>	
	GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	<input type="checkbox"/>	
	Diğere	<input type="checkbox"/>	
	Karar No:2018 /7	Tarih: 18.01. 2018	
Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın/çalışmanın gelecek amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup araştırmanın/çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan etik kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir. İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik kapsamında yer alan araştırmalar/çalışmalar için Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu'ndan izin alınması gerekmektedir.			

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

ETİK KURULU'N ÇALIŞMA ESAMI	İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:	Prof. Dr. Belgin ALAŞEHİRLİ

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilgili		Katılım *		İmza
			E	K	E	H	E	H	
Prof. Dr. Belgin ALAŞEHİRLİ	FARMAKOLOJİ	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	E	K	E	H	E	H	
Prof. Dr. Mahmut KIZILIN	PEDİATRİ	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	E	K	E	H	E	H	
Prof. Dr. Ferihsun İYİK	GÖĞÜS CERRAHI	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	E	K	E	H	E	H	
Prof. Dr. İlker SEÇKİNER	CRİOLOJİ	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	E	K	E	H	E	H	
Prof. Dr. Ramazan İMAM	İLYUSTRASYON	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	E	K	E	H	E	H	
Prof. Dr. Yasemin ZEBİ	MIKROBİYOLOJİ	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	E	K	E	H	E	H	
Doç. Dr. Zeynel Abidin ÖZTÜRK	İÇ HASTALIKLARI	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	E	K	E	H	E	H	
Doç. Dr. Seval KUL	BIYOİNFORMATİK	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	E	K	E	H	E	H	
Yrd. Doç. Dr. Kemal YAŞ	AGIZ DİŞ VE GENİ CERRAHİSİ	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	E	K	E	H	E	H	
Uzm. Dr. Cahide EDEBÖRÜK	FARMAKOLOJİ	Gaziantep İl Sağlık Müdürlüğü	E	K	E	H	E	H	
Eyüp ÇELİK	AVUKAT	Gaziantep Barosu	E	K	E	H	E	H	
Recep TÜRK	BANKAÇI	Ziraat Bankası Gaziantep Bölge Yöneticisi	E	K	E	H	E	H	

* Toplantıda Bulunma

Etik Kurul Başkanı
Unvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Belgin ALAŞEHİRLİ
İmza:

Not: Etik kurul başkanı, imzasızın yer almadığı her sayfaya imza atmalıdır.

Aslım Etkin Aldın
Hatice AKKURT

Ek 8: Bilgilendirilmiş Hasta Onam Formu

BİLGİLENDİRİLMİŞ HASTA ONAM FORMU	
Majör Depresif Bozukluğa Sahip Hastaların İlişkilerle İlgili Bilişsel Çarpıtmalarının ve Bağlanma Stillerinin Evlilik Uyumuna Etkisi	
Araştırmacı Hatice YILDIZ Dr. Öğr. Üyesi Derya ÖZBAŞ GENÇARSLAN	Hastanın Adı-Soyadı: Yaşı: Bilgilendirme Tarihi Tel: Adres:

Sayın KATILIMCI,

Depresyon; psikiyatrik hastalıklar içinde ilk olarak tanımlanan ve günümüzde ise en sık tanı konulan psikiyatrik hastalıklardan biridir. Depresyonun temelinde daha önceden isteyerek ve severek yaptığı günlük etkinliklere karşı isteksizlik ve yaşamdan zevk alamama durumu vardır. Kişi yaşamdan zevk alamaz hale gelerek yaşamının anlamsız olduğunu düşünecek kadar kendini çökkün hissedebilir. Bu olumsuz bakış kişilerin kişilerarası ilişkilerini, sosyal yaşantılarını ve evlilik uyumlarını bozulabilmektedir Bu araştırma, majör depresif bozukluğa sahip hastaların ilişkilerle ilgili bilişsel çarpıtmalarının ve bağlanma stillerinin evlilik uyumuna etkisini belirlemek amacıyla planlanmıştır. Size sorduğumuz sorular bu araştırma için bizlere veri sağlayacaktır. Bu araştırmaya katılmanız veya katılmamanız yapılacak işlemleri etkilemeyecektir. İstedığınız anda araştırmacıya haber vererek çalışmadan çekilebilir ya da araştırmacı tarafından gerek görüldüğünde araştırma dışı bırakılabilirsiniz. Bu çalışma karşılığı sizden ücret talep edilmeyecektir ve araştırmaya katılım gönüllülük ilkesine bağlıdır. Araştırma sadece araştırma ekibi tarafından okunup değerlendirilecektir. Vereceğiniz bilgiler bilimsel bir amaçla kullanılacağı için adınız soyadınız belirtilmeyecektir. Araştırmanın sonucunun doğru olması için soruları atlamadan, samimi ve tarafsız olarak yanıtlamanız uygun olacaktır. Araştırmaya katıldığınız ve tüm soruları içtenlikle yanıtladığınız için teşekkür ederiz. Hastanın Rızası: Araştırmacı tarafından şahsıma anlatılan tüm bu bilgiler doğrultusunda bu çalışmaya katılmayı KABUL EDİYORUM. Hastanın (Ya da Veli) Adı Soyadı: İmza:

ÖZGEÇMİŞ

1993 yılında Gaziantep'in Nizip ilçesinde doğdu. İlk, orta ve lise eğitimini Nizip'te tamamladı. 2011 yılında Hasan Kalyoncu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü'nü kazandı, 2015 yılında eğitimini tamamladı aynı yıl içerisinde Gaziantep Nizip Devlet Hastanesine atandı. 2016 yılında Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikiyatri Hemşireliği Programında Yüksek Lisansa başladı. 2019 yılında Konya Selçuk Üniversitesinden Eğitim Hemşireliği sertifikası aldı ve evlendi. Nizip Devlet Hastanesinde Sağlık Bakım Hizmetleri Koordinatörü olarak çalıştı halen de burada görev yapmaya devam etmektedir.

