



T. C.
GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**MAJÖR DEPRESYON TANILI EVLİ KADIN HASTALARDA
EŞ ŞİDDETİNİN İNTİHAR OLASILIĞINA VE TEDAVİ
UYUMUNA ETKİSİ**

Sevde BULUT
YÜKSEK LİSANS TEZİ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
Psikiyatri Hemşireliği Yüksek Lisans Programı

DANIŞMAN
Doç. Dr. Nurgül ÖZDEMİR

Gaziantep
2024



T. C.
GAZIANTEP ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**MAJÖR DEPRESYON TANILI EVLİ KADIN HASTALARDA
EŞ ŞİDDETİNİN İNTİHAR OLASILIĞINA VE TEDAVİ
UYUMUNA ETKİSİ**

Sevde BULUT

YÜKSEK LİSANS TEZİ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
Psikiyatri Hemşireliği Yüksek Lisans Programı

DANIŞMAN
Doç. Dr. Nurgül ÖZDEMİR

Gaziantep

2024

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

**MAJÖR DEPRESYON TANILI EVLİ KADIN HASTALARDA EŞ
ŞİDDETİNİN İNTİHAR OLASILIĞINA VE TEDAVİ UYUMUNA
ETKİSİ**

Sevde BULUT

Tez Savunma Tarihi: 11.07.2024

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Onayı

Doç. Dr. Davut Sinan KAPLAN
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğüne;

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

Prof. Dr. Derya TANRIVERDİ
Hemşirelik Anabilim Dalı Başkanı

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

Doç. Dr. Nurgül ÖZDEMİR
Tez Danışmanı

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

Tez Jürisi

Prof. Dr. Döndü ÇUHADAR

Doç. Dr. Nurgül ÖZDEMİR

Doç. Dr. Funda KAVAK BUDAK

İmzası

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün aşamalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığı beyan ederim.

Temmuz 2024

Sevde BULUT

TEŞEKKÜR

Yüksek Lisans eğitimim boyunca benden desteğini, akademik bilgi ve donanımını esirgemeyen, her zaman sabırlı ve hoşgörülü yaklaşımı ile bana yol gösteren değerli tez danışmanım Sayın **Doç. Dr. Nurgül ÖZDEMİR'e**,

Yüksek lisans eğitimim boyunca engin bilgi birikimleri sayesinde gelişimimi sağlayan saygıdeğer hocalarım Hemşirelik Anabilim Dalı Başkanı Sayın **Prof. Dr. Derya TANRIVERDİ'ye**, **Prof. Dr. Döndü ÇUHADAR'a**, **Dr. Öğr. Üyesi Derya ÖZBAŞ GENÇARSLAN'a**,

Sonsuz emek ve fedakarlıklarıyla bugünlere gelmemi sağlayan, maddi manevi desteklerini hiçbir zaman esirgemeyen sevgili babam, annem ve çok sevdiğim ablam ve kız kardeşime,

Her zaman olduğu gibi beni bu süreçte de asla yalnız bırakmayan, varlığını ve desteğini her zaman hissettiğim, çok sevdiğim değerli eşim **Ahmet BULUT' a**,

Çalışmama katılmayı kabul eden tüm hastalara,

Sonsuz teşekkürlerimi sunarım...

SEVDE BULUT

İÇİNDEKİLER

BEYAN	i
TEŞEKKÜR	ii
İÇİNDEKİLER	iii
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	vi
TABLolar LİSTESİ	vii
ŞEKİLLER DİZİNİ	viii
ÖZET	1
ABSTRACT	2
1. GİRİŞ	3
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi	3
1.2. Araştırmanın Amacı	4
1.3. Araştırma Soruları.....	5
2. GENEL BİLGİLER	6
2.1. Depresyon.....	6
2.1.1. Depresyon ve Tanımı	6
2.1.2. Depresyonun Tarihçesi.....	6
2.1.3. Majör (Yeğin) Depresyon Bozukluğu.....	7
2.1.4. Epidemiyoloji.....	7
2.1.5. Etiyoloji.....	8
2.1.6. Klinik Belirti ve Bulgular	11
2.1.7. Majör Depresyon Bozukluğu Tanı Ölçütleri.....	12
2.1.8. Majör Depresyonun Tedavisi.....	13
2.1.9. Majör Depresyonda Hemşirelik Yaklaşımı.....	16
2.2. Şiddet ve Tanımı.....	17
2.2.1. Kadına Yönelik Eş Şiddeti.....	17
2.2.2. Kadına Yönelik Eş Şiddetinin Türleri.....	18
2.2.3. Kadına Yönelik Eş Şiddetinin Kadın Sağlığına Etkileri.....	20
2.2.4. Kadına Yönelik Eş Şiddetinde Hemşirelik Yaklaşımı.....	20
2.3. İntihar.....	21
2.3.1. İntiharın Epidemiyolojisi.....	21
2.3.2. İntihar ve Majör Depresyon Bozukluğu.....	23
2.3.3. İntihar ve Hemşirelik Yaklaşımı.....	23
2.4. Tedavi uyumu.....	24

2.4.1. Tedavi uyumu ve Majör Depresyon Bozukluğu.....	25
2.4.2.Tedavi Uyumunda Hemşirelik Yaklaşımı.....	26
3. GEREÇ VE YÖNTEM	28
3.1. Araştırmanın Türü	28
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Tarih	28
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	28
3.4. Araştırmanın Değişkenleri	30
3.5. Verilerin Toplanması.....	30
3.6. Veri Toplama Araçları.....	30
3.6.1. Kişisel Bilgi Formu (EK-II)	31
3.6.2. Beck Depresyon Envanteri (BDE) (EK III)	31
3.6.3. Kadına Yönelik Eş Şiddet Ölçeği (EK IV)	31
3.6.4. İntihar Olasılığı Ölçeği (İÖÖ) (EK V)	32
3.6.5. Morisky Tedavi Uyum Ölçeği (MTUÖ) (EK VI)	32
3.7. Verilerin Değerlendirilmesi.....	33
3.8. Araştırmanın Etik Yönü	34
3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları	34
4. BULGULAR	35
5. TARTIŞMA	51
5.1. Majör Depresyon Tanılı Evli Kadın Hastaların Depresyon Düzeyleri, Kadına Yönelik Eş Şiddeti, İntihar Olasılığı ve Tedavi Uyumları Toplam puan Ortalamalarının Tartışması.....	51
5.2. Majör Depresyon Tanılı Evli Kadın Hastaların Depresyon Düzeyleri, Kadına Yönelik Eş Şiddeti, İntihar Olasılığı ve Tedavi Uyumları Toplam puan Ortalamaları arasındaki ilişkinin Tartışması.....	53
5.3. Majör Depresyon Tanılı Evli Kadın Hastaların Sosyodemografik Özelliklerine göre Depresyon Düzeyleri, Kadına Yönelik Eş Şiddeti, İntihar Olasılığı ve Tedavi Uyumları Toplam Puan Ortalamalarının Tartışması	57
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	64
6.1. Sonuç.....	64
6.2.Öneriler.....	65
7. KAYNAKLAR.....	67
8. EKLER	84
EK I: BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU.....	84

EK II: KİŞİSEL BİLGİ FORMU	85
EK III: BECK DEPRESYON ENVANTERİ	87
EK IV: KADINA YÖNELİK EŞ ŞİDDET ÖLÇEĞİ	90
EK V: İNTİHAR OLASILIĞI ÖLÇEĞİ.....	92
EK VI: MORİSKY TEDAVİ UYUM ÖLÇEĞİ	94
EK VII: ÖLÇEKLERDEN ALINAN İZİN YAZILARI.....	95
EK VIII: GAÜN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU.....	98
EK IX: ARAŞTIRMA KURUM İZİN YAZILARI	100
9.ÖZGEÇMİŞ.....	104



SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

- BDE:** Beck Depresyon Envanteri
- BDT:** Bilişsel Davranışçı Terapi
- BNDF:** Brain Derived Neurotrophic Factor
- COMT:** Catekol-O-Metiltransferaz
- DSM-V:** Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders- Fifth Edition (Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı-5)
- DSÖ:** Dünya Sağlık Örgütü
- EKT:** Elektrokonvulsif Terapi
- GABA:** Gama Aminobütirik Asit
- İOÖ:** İntihar Olasılığı Ölçeği
- KYEŞÖ:** Kadına Yönelik Eş Şiddet Ölçeği
- MTUÖ:** Morisky Tedavi Uyum Ölçeği
- MD:** Majör Depresyon
- MDB:** Majör Depresif Bozukluk
- SSRI:** Selective Serotonin Reuptake İnhibitor
- TSSB:** Travma Sonrası Stres Bozukluğu
- TÜİK:** Türkiye İstatistik Kurumu
- Vb:** Ve benzeri
- WHO:** World Health Organization (Dünya Sağlık Örgütü)

TABLolar LİSTESİ

Tablo No	Sayfa No
Tablo 1. Majör Depresyon Tanılı Hastaların Sosyodemografik Özelliklerinin Dağılımı.....	35
Tablo 2. Majör Depresyon Tanılı Hastaların BDE, KYEŞÖ, İOÖ, MTUÖ Alt Ölçekleri ve Toplam Puan Ortalamaları Dağılımı.....	38
Tablo 3. Majör Depresyon Tanılı Hastaların BDE, KYEŞÖ, İOÖ, MTUÖ Toplam Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki.....	40
Tablo 4. Majör Depresyon Tanılı Hastaların BDE, KYEŞÖ, İOÖ, MTUÖ Alt ölçekleri ve Toplam Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki.....	41
Tablo 5. Majör Depresyon Tanılı Hastaların BDE, KYEŞÖ, İOÖ, MTUÖ Path Analizi.....	44
Tablo 6. Majör Depresyon Tanılı Hastaların Sosyodemografik Özelliklerine Göre BDE, KYEŞÖ, İOÖ ve MTUÖ Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	46

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1. Majör Depresyon Tanılı Hastaların BDE, KYEŞÖ, İOÖ, MTUÖ Ölçekleri Arası Path Analizi Grafiği.....	45
--	----



ÖZET

MAJÖR DEPRESYON TANILI EVLİ KADIN HASTALARDA EŞ ŞİDDETİNİN İNTİHAR OLASILIĞINA VE TEDAVİ UYUMUNA ETKİSİ

Sevde BULUT

Yüksek Lisans Tezi, Hemşirelik Ana Bilim Dalı
Psikiyatri Hemşireliği Yüksek Lisans Programı,

Danışman: Doç. Dr. Nurgül ÖZDEMİR

Temmuz 2024, 104 Sayfa

Bu araştırma, majör depresyon tanılı evli kadın hastalarda eş şiddetinin, intihar olasılığına ve tedavi uyumuna etkisini belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapıldı. Araştırmanın örneklemini 16 Ocak 2023-17 Temmuz 2023 tarihleri arasında Kahramanmaraş Necip Fazıl Şehir Hastanesinde psikiyatri kliniğinde yatan veya psikiyatri polikliniğine ayaktan tedavi edilmek üzere başvuran majör depresyon tanılı 124 evli kadın hasta oluşturdu. Veri toplama aracı olarak; Kişisel Bilgi Formu, Beck Depresyon Envanteri (BDE), Kadına Yönelik Eş Şiddet Ölçeği (KYEŞÖ), İntihar Olasılığı Ölçeği (İÖÖ), Morisky Tedavi Uyum Ölçeği (MTUÖ) kullanıldı. Verilerin analizi SPSS istatistik 22.0 versiyonu ile yapıldı. Araştırmaya katılan majör depresyon tanılı evli kadın hastaların yaş ortalamalarının $40,98 \pm 10,03$ (19-62 yaş arası), %32,26'sının ilkokul mezunu, %62,9'unun ev hanımı, %41,94'ünün klinikte yatış yaptığı, %37,1'inin intihar girişiminde bulunduğu belirlendi. Majör depresyon tanılı hastaların ölçek toplam puan ortalamaları; BDE $31,45 \pm 10,59$, KYEŞÖ $76,73 \pm 24,5$, İÖÖ $77,53 \pm 18,89$ ve MTUÖ $2,35 \pm 1,39$ olarak belirlendi. BDE toplam puan ortalaması ile KYEŞÖ, İÖÖ toplam puan ortalamaları arasında pozitif yönde, BDE ile MTUÖ toplam puan ortalamaları arasında negatif yönde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu belirlendi ($p < 0.05$). KYEŞÖ ile İÖÖ toplam puan ortalamaları arasında pozitif yönde, KYEŞÖ ile MTUÖ toplam puan ortalamaları arasında negatif yönde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu saptandı ($p < 0.05$). İÖÖ ile MTUÖ toplam puan ortalamaları arasında negatif yönde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu saptandı ($p < 0.05$). Araştırma sonuçları majör depresyon tanılı evli kadın hastalarda eş şiddeti arttıkça depresyon şiddeti ve intihar olasılığının arttığını, tedavi uyumunun azaldığını ortaya koymuştur. Hastaların depresyon şiddetini, eş şiddetini, intihar olasılığını azaltmaya ve tedavi uyumlarını arttırmaya yönelik girişimlerin psikiyatri hemşireleri tarafından planlanması önerilmektedir.

Anahtar Sözcükler: Eş Şiddeti, İntihar Olasılığı, Majör Depresyon, Psikiyatri Hemşireliği, Tedavi Uyumu.

ABSTRACT

THE EFFECT OF SPOUSE VIOLENCE ON SUICIDE PROBABILITY AND TREATMENT COMPLIANCE IN MARRIED WOMEN PATIENTS DIAGNOSED WITH MAJOR DEPRESSION

Sevde BULUT

Master's Thesis, Nursing Department
Psychiatric Nursing Master's Degree Program
Supervisor: Assoc. Doç.Dr. Nurgül ÖZDEMİR
July 2024, 104 Pages

This descriptive study was conducted to determine the effect of spousal violence on suicide probability and treatment compliance in married female patients with major depression. The sample of the study consisted of 124 married female patients diagnosed with major depression who were hospitalized in the psychiatry clinic or applied to the psychiatry outpatient clinic for outpatient treatment at Kahramanmaraş Necip Fazıl City Hospital between January 16, 2023 and July 17, 2023. Personal Information Form, Beck Depression Inventory (BDI), Spouse Violence Against Women Scale (SVAWS), Suicide Probability Scale (SPS), Morisky Medication Adherence Scale (MMAS) were used as data collection tools. The analysis of the data was carried out with SPSS statistical 22.0 version. It was determined that the average age of married female patients diagnosed with major depression participating in the study was 40.98 ± 10.03 (between 19-62 years old), 32.26% of them graduated from primary school, 62.9% of them were housewives, 41.94% of them had hospitalization in the clinic, 37.1% of them had attempted suicide. The mean total scale scores of the patients diagnosed with major depression were as follows: BDI 31.45 ± 10.59 , SVAWS 76.73 ± 24.5 , SPS 77.53 ± 18.89 and MMAS 2.35 ± 1.39 . It was determined that there was a statistically significant positive relationship between the mean total score of the BDI and the mean total scores of the CWBS and IOS, and a statistically significant negative relationship between the mean total score of the BDI and the mean total score of the ITS ($p < 0.05$). It was determined that there was a statistically significant positive correlation between the mean total scores of the SVAWS and the SPS, and a statistically significant negative correlation between the mean total scores of the SVAWS and the MMAS ($p < 0.05$). There was a statistically significant negative correlation between the mean total scores of the SPS and the MMAS ($p < 0.05$). The results of the study revealed that in married female patients diagnosed with major depression, depression severity and suicide probability increased and treatment compliance decreased as spousal violence increased. It is recommended that psychiatric nurses plan interventions to decrease the severity of depression, spousal violence, suicide probability and increase treatment compliance.

Key words: Spouse Violence, Suicide Probability, Major Depression, Psychiatric Nursing, Treatment Compliance.

1. GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Majör Depresyon (MD), tüm dünyada giderek artan ve en sık görülen psikiyatrik hastalıktır (1, 2). Toplum sağlığı için en çok tehdit oluşturan problemlerin başında gelmektedir. Yaygınlık oranının yüksek olması, kronikleşme olasılığı, intihar, yarattığı yeti yitimi ve ekonomik sonuçlar depresyon araştırmalarının önemini giderek arttırmaktadır (3). Psikiyatrik rahatsızlıklar ve intihar girişiminde bulunma ile olan ilişki en çok depresyonla ilişkilendirilmiştir. Depresyon vakalarının neredeyse 2/3'ünde intihar düşünceleri vardır. Yaşam boyu intihar olasılığı yaklaşık %15'dir. Psikiyatrik rahatsızlıklar içerisinde kıyaslandığında depresyondaki bireylerde intihar oranı 3-4 kat daha fazla görülmektedir (4). Majör Depresyonun yaşam boyu sıklığı kadınlarda %10-25, erkeklerde ise %5-12 olarak gösterilmiştir (3, 5). Bu durum kadınların erkeklerden iki kat daha fazla depresyona yakalandığını veya depresyon için yardım istediğini göstermektedir (6). Kadın olmak, akut zorlu yaşam olaylarıyla mücadele etmeyi ve kronik sosyal güçlükleri de beraberinde getirir (7). Şiddet ruh sağlığı ile yakından ilişkilidir ve önemli bir toplum sağlığı sorunudur. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) şiddeti, "fiziksel güç veya iktidarın kasıtlı bir tehdit veya gerçeklik biçiminde bir başkasına uygulanması sonucunda maruz kalan kişide yaralanma, ölüm ve psikolojik zarara yol açması ya da açma olasılığı bulunması" olarak tanımlamaktadır (8). Kadına yönelik şiddet, kadına cinsiyeti nedeniyle yönelmiş her türlü zarar verici davranıştır. Kadınlar erkeklere göre daha çok aile içi şiddet ya da eş/partner şiddetine maruz kalmaktadır (9). Dünyada en sık görülen kadına yönelik şiddet, eş/partner tarafından uygulanan şiddettir (10). Kadınlar aile içinde eşi tarafından fiziksel, cinsel, psikolojik ve ekonomik şiddet biçimlerinden birine veya birkaçına hatta hepsine birden bile maruz kalabilmektedir (11). Kadınların yakın eş/partner ilişkilerinde yaşadığı şiddetin ciddi olumsuz bedensel sorunlar ve ruh sağlığı bozukluklarıyla bağlantılı olduğu ileri sürülmektedir (12). Baş ağrısı, bel ağrısı, yeme bozukluğu, işlevsel gastrointestinal bozukluklar, hipertansiyon, göğüs ağrısı, kronik pelvik enfeksiyon, idrar yolları enfeksiyonu bedensel sorunlardandır. Depresyon, anksiyete, psikoz, travma sonrası stres bozukluğu

(TSSB), alkol-madde kötüye kullanımı, intihar olasılığı eş şiddeti mağduru kadınlarda daha sık görülen ruhsal bozukluklardandır (13). Fiziksel, cinsel, ekonomik ve duygusal şiddet sonucu depresyonda olan kadınlar, aynı şiddetle tekrar karşılaşmamak için tek çözüm olarak intiharı düşünmekte ve çoğu zamanda intiharı gerçekleştirmektedir (14). Uyum bireyin sağlığıyla alakalı tavsiyeleri kabul etmesi ve bu tavsiyelere kendi isteğiyle uyum sağlamasıdır. Psikiyatrik bozukluklarda tedavi uyumsuzlukları diğer tıbbi durumlardan daha yüksektir. Depresyon hastası bireylerin, etkili tedavi yöntemlerinin olmasına rağmen, depresyonun tanınma ve tedavi edilme oranları oldukça düşük bulunmuştur (15). Majör depresyon hastalarında sık görülen tedavi uyum sorunları; önerilen ilaçların planlanan zamandan önce bırakılması, ilaç dozu ve alım zamanına uyulmaması veya ilacın hiç kullanılmaması şeklindedir (16). Tedavi uyumsuzluğunun nedenleri, genç yaş, içgörü eksikliği, alkol-madde kullanımı, ilaçların yan etkileri, tedaviye karşı bilgi eksikliği, sosyal desteğin yetersiz olması, ekonomik zorluklar gibi durumlardır (17). Yapılan araştırmalarda, hastalık sürecinin uzaması ve sık hastane yatışlarının tedavi uyumsuzlukları ile ilişkili olduğu görülmüştür. Bu iki sebep, bireylerde, hastalıklarından kurtulamayacakları ve tedavilerinin işe yaramayacağı gibi düşüncelerin oluşmasına sebep olarak tedaviye olan inanç ve uyumlarını azaltmaktadır (18, 19).

Literatür incelendiği zaman Majör depresyon tanılı evli kadın hastalarda eş şiddetinin intihar olasılığına ve tedavi uyumuna etkisi ile ilgili bir çalışmaya rastlanmamıştır. Araştırmanın majör depresyon hastalarını değerlendirmede ve psikiyatri hemşireliği alanında yararlı olabileceği düşünülmektedir. Psikiyatri hemşirelerinin eş şiddetine maruz kalan kadınlara şiddete ve depresyona yönelik farkındalık kazandırmaları ve yol göstermeleri, sosyal desteğin artırılmasıyla intihara sürüklenmelerini önleyici, tedavi uyumlarını artırıcı yaklaşımlarda bulunmaları depresyonun tedavisini ve bakımını sürdürmekte psikiyatri hemşireliği alanına katkı sağlayabileceği düşünülmektedir.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu araştırma; Majör Depresyon Tanılı Evli Kadın Hastalarda Eş Şiddetinin İntihar olasılığına ve Tedavi Uyumuna Etkisini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

1.3. Araştırma Soruları

1. Majör depresyon tanılı evli kadın hastalarda eş şiddetinin depresyon şiddetine etkisi var mıdır?
2. Majör depresyon tanılı evli kadın hastalarda eş şiddetinin intihar olasılığına etkisi var mıdır?
3. Majör depresyon tanılı evli kadın hastalarda eş şiddetinin tedavi uyumuna etkisi var mıdır?
4. Majör depresyon tanılı evli kadın hastalarda depresyon şiddetinin intihar olasılığına etkisi var mıdır?
5. Majör depresyon tanılı evli kadın hastalarda tedavi uyumunun depresyon şiddetine etkisi var mıdır?
6. Majör depresyon tanılı evli kadın hastalarda tedavi uyumunun intihar olasılığına etkisi var mıdır?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Depresyon

2.1.1. Depresyon ve Tanımı

Depresyon sözcüğü “çöküş, alçalma” anlamına gelmektedir. Sözcüğün kökeni olan “depress” ise, Latince “depressus”tan, yani “alçakta olmak, bastırmak”tan gelmektedir (1,6). Depresyon; düşünceleri, ruh halini ve bedeni etkileyebilen yaygın bir tıbbi bozukluktur (20). Duygusal, bilişsel, fiziksel ve davranışsal semptomlarla seyredilen bir duygudurum bozukluğudur (21). Depresyon derin üzüntülü, bunaltılı bir ruh halinin yanı sıra, bireyin düşünce, konuşma, hareketlerinde yavaşlama, değersizlik, isteksizlik, durgunluk, yorgunluk, ilgi ve enerji kaybı, karamsarlık, suçluluk duygu ve düşünceleri ile iştah azalması gibi fizyolojik işlevlerde yavaşlamaların yaşandığı bir sendrom olarak tanımlanır (22). Depresyonda benzer duygular hem sürekli hem de bireyin günlük yaşamını ve işlevselliğini bozacak düzeyde yoğun bir şekilde izlenir (1). Başka bir tanımda ise, Depresyon, yinelenmelerle süren, yüksek yeti kaybına sebep veren ve yaygın görülen, mesleki, toplumsal ve kişilerarası problemlerin yaşandığı, bazen intihar davranışının da görüldüğü, sosyoekonomik neticeleri olan bir bozukluktur (23).

2.1.2. Depresyonun Tarihçesi

Depresyon, çok eski çağlardan beri bilinen ruhsal bir bozukluktur (6). Depresyonu sınıflandırma çabaları milattan önce Hipokrat’ın melankoli (siyah safra) terimini ortaya koymasıyla başlamıştır (24,55). Hipokrat melankoliye, zehirli safranın neden olduğuna inanmış ve gereğinden çok üretilen safranın insan beynini olumsuz etkilediğini düşünmüştür (25).

1854 yılında bazı Fransız psikiyatristler bu hastalığın döngülü olabileceğini düşünmüş ve hastalığı “folie circulaire” terimi ile tanımlamışlar (24). 1921 yılında Kraepelin, “manik depresif psikoz” adı altında mani ve melankoliyi ele almış ve hastalığın döngüsellikine dikkat çekerek erken bunamadan (demantia praecox) ayrı bir hastalık olduğunu öne sürmüştür (6, 26).

1957 yılında Sigmund Freud ise ‘Yas Tutma ve Melankoli’ isimli çalışmasında melankolinin tanımını yaparak bu iki benzer duygulanımların farklılıklarına odaklanmıştır. Freud sevilen bir nesnenin fiili veya sembolik kayıpları ile ilgili

ifadeleriyle melankolinin oluşum sürecine ışık tutmuştur (27). Karl Leonhard (1974), manik-depresif bozukluklarını ikiye ayırarak unipolar ve bipolar olarak sınıflandırmanın temelini oluşturmuştur (6). Bu sınıflandırma sistemi, DSM ile devam etmiştir. Affektif bozuklukların tanımları zamanla çok fazla değişime uğramıştır. Depresyon, DSM IV'te affektif bozukluklar bölümünde bulunmaktadır. 2013'te yayınlanan DSM V'te ise iki uçlu bozukluklardan ayrılarak farklı bir bölüm olduğu ifade edilmiştir (28, 29).

DSM V sınıflandırmasına göre Depresyon Bozuklukları şu şekildedir;

- “Majör (Yeğın) Depresyon Bozukluğu
- Distimik (Süregiden) Depresyon Bozukluğu
- Yıkıcı Duygudurumu Düzenleyememe Bozukluğu
- Aybaşı Öncesi Disfori Bozukluğu
- Başka Bir Sağlık Durumuna Bağlı Depresyon Bozukluğu
- Maddenin/ilacın Yol Açtığı Depresyon Bozukluğu
- Tanımlanmış Diğer Bir Depresyon Bozukluğu
- Tanımlanmamış Depresyon Bozukluğu (6, 29)”

2.1.3. Majör (Yeğın) Depresyon Bozukluğu

Majör depresyon, psikososyal işlevselliği ciddi şekilde sınırlayan ve yaşam kalitesini düşüren yaygın bir bozukluktur. 2008'de DSÖ, majör depresyonu dünya çapında hastalık yükünün üçüncü nedeni olarak sıraladı ve hastalığın 2030'a kadar birinci sırayı alacağını tahmin ediyor (30, 45). Majör depresif bozukluk (MBD), olağan aktivitelere ilgi azlığı, haz kaybı veya depresif duygudurum ile karakterizedir. En az 2 hafta süren, mesleki ve sosyal işlevsellikte bozulma, vejetatif (örneğin; iştahsızlık, kilo kaybı ve uyku sorunları) ve bilişsel semptomlarda (örneğin; ümitsizlik, değersizlik, kararsızlık ya da suçluluk hisleri) belirgin değışiklikler içeren bu semptomlarla beraber anksiyete ve intihar düşüncelerini de barındıran, en az bir ay depresif dönem ile karakterize, zayıflatıcı bir hastalıktır (23, 31).

2.1.4. Epidemiyoloji

Depresyonun yaygınlığını yaş, cinsiyet ve medeni halin yüksek bir oranda etkilediği saptanmıştır (32). Depresyon tüm dünyada en sık görülen psikiyatrik

bozukluktur. Her yaşta görülebilir ancak özellikle 25-44 yaş arasında daha çok görülen bir rahatsızlıktır (1). Depresyon bozuklukları içinde en çok araştırılan major depresyon bozukluğu olmuştur. Major depresyonun yaşam boyu görülme sıklığı erkeklerde %5-12, kadınlarda %10-25 olarak bulunmuştur (3). Majör depresyon 12 aylık prevalansı %6.6, genel toplumda yaşam boyu görülme sıklığı %5-17 arası değişmektedir (23). Türkiye Ruh Sağlığı Profili araştırmasında, 12 aylık unipolar depresif dönem yaygınlığının erkeklerde %2,3, kadınlarda %5,4, nüfusun tamamında ise % 4 olduğu görülmüştür (33).

Depresyon, ülke ve kültürel yapıdan bağımsız olarak kadınlarda erkeklerden iki kat daha sık görülmektedir. Buna sebep olarak hormonal yapı, doğum, kadınların farklı psikososyal faktörlerine maruz kalmaları ve öğrenilmiş çaresizlik modelleri üzerinde durulmuştur (34). Ülkelerin ve toplumların sosyokültürel ve ekonomik düzeyi depresyonun görülme sıklığını etkilemektedir (35). Eğitim düzeyi ve sosyoekonomik düzeyi düşük olanlarda depresyon riski artmaktadır. Bu olguların tedaviye yanıt olasılıkları da daha düşüktür (28). Birçok araştırmada evliliğin ruh sağlığını olumlu yönde etkilediği açıklanmıştır. Bazı araştırmalarda ise bu durumun cinsiyete göre değiştiği, evliliğin kadın cinsiyeti için depresyon riskini arttırdığı saptanmıştır (36). Majör depresyon yarattığı iş gücü kaybı, yeti yitimi ve intihar oranları açısından DSÖ tarafından en acil ikinci halk sağlığı problemi olarak gösterilmektedir (37).

2.1.5. Etiyoloji

Majör depresyonun etiyojisinde, birbiriyle etkileşim içinde olan biyolojik ve psikososyal faktörler rol oynar.

2.1.5.1. Biyolojik faktörler

Genetik faktörler: Depresyonda genetik faktörlerin etkinliği ile ilgili yapılan araştırmalarda, Majör depresyon tanılı hastaların birinci derece akrabalarında depresyon riskinin artmış olduğu, biyolojik anne babasında depresyonu olan evlat edinilmiş çocuklarda hastalanma riskinin üç kat daha yüksek olduğu bulunmuştur (23, 38, 39, 40). İkiz çalışmalarında, majör depresyonun %31-42 oranında kalıtımla geçiş gösterdiği, yineleyici ve daha erken yaşta başlayan depresyonda kalıtımın rolünün daha yüksek olduğu gösterilmiştir (23, 37). Tek yumurta

ikizlerinin aynı zamanlı hastalanma oranı %37 olup, tek yumurta ikizlerinin çift yumurta ikizlerinden aynı zamanlı olarak hastalanma oranı 2-4 kat daha fazladır (6, 23, 41). Majör depresyondan bir genin sorumlu bulunmadığı fakat birkaç genin farklı oranlarda etkili olabileceği saptanmıştır (42). BDNF, COMT, serotonin taşıyıcı geni gibi genler, majör depresyonda en çok sorumlu olan genlerdir (34).

Biyokimyasal faktörler: Depresyon hastalıklarının patofizyolojisinde etkili olan serotonerjik, noradrenerjik ve dopaminerjik sistemler başta olmak üzere beyindeki birçok nörotransmitterlerle ilgili işlevsel bozuklukların rol aldığı bildirilmektedir (1, 23).

Monoamin oksidaz inhibitörleri ve trisiklik antidepresanların depresyonun tedavisinde kullanılmaya başlanmasıyla birlikte “Monoamin Hipotezi” ortaya atılmıştır (43). Monoamin hipotezine göre, depresyonun etiolojisinden beyindeki noradrenalin (norepinefrin), serotonin ve dopaminin düşüklüğü sorumlu tutulmuştur (44, 60). Ancak son zamanlarda yapılan çalışmalar gösteriyor ki depresyon etiolojisi oldukça karmaşık ve çok faktörlüdür. Bir engelleyici nörotransmitter olan gama aminobütirik asit (GABA) ve uyarıcı nörotransmitterler olan glisin ve glutamat düzeylerinin de depresyon gelişiminde etkili olduğu bulunmuştur. Depresif hastaların kan plazma ve beyindeki GABA düzeyleri daha düşük bulunmuştur (45).

Noradrenalin; Dikkat ve davranışı düzenler. Stresli durumlarda uyarılarak aşırı kullanılırsa adrenalin eksikliği gelişebilir. Adrenalin eksikliği nörotransmitterler arasında dengesizliğe ve noradrenalin kullanımında probleme yol açar. Bunun sonucunda; apati, tepkisel yanıtlarda azalma ve psikomotor aktivitede yavaşlama görülür (6, 23)

Serotonin; Ağrı, uyku, iştah ve libidonun, sirkadiyen ritimin düzenlenebilmesi için önemlidir. Serotonin eksikliği depresyona zemin hazırlamaktadır. Serotonin döngüsündeki bir sorun; uyku bozuklukları, iştah azalması, cinsel istekte azalma ve düşük impuls kontrolüne neden olabilir (6, 23).

Dopamin; Zevk alma yetisini etkileyen norotransmitterdir. Ayrıca bireyin mizacı ve davranışlarını da etkileyebileceği düşünülmektedir. Çalışmalar depresyonda dopamin etkinliğinin azaldığı, manide ise arttığı yönündedir (6, 23).

Nöroendokrin faktörler: Hormonlar psikiyatrik bozuklukların patofizyolojisinde önemli role sahiptir. Psikiyatrik hastalıkların bazıları nöroendokrin eksenlerin hipoaktivitesi veya hiperaktivitesi ile seyrederler. Depresyonla ilişkili olan nöroendokrin eksen anormalliklerinin başlıcaları adrenal, tiroid, büyüme hormonu ve prolaktindir (46, 47). Tiroid hormonları dengesizlikleri psikiyatrik sorunlara neden olmaktadır (48). Hipotiroidili kişilerin yaklaşık yarısında, depresif semptomlar görülmektedir (47).

2.1.5.2. Psikososyal faktörler

Psikoanalitik kuram: Psikoanalitik kuramcılardan Freud yas süreci ile depresyonu benzetmiştir. Bireyin sevilen bir objeyi veya insanı yitirmesi ya da yitirdiğine inanması; bu yolla kayıp olan objeye ilişkin sevgi ve nefret duygularının karışımı, öfke hissi bireyin kendine yönelir. Bu durum ise yetişkinlikte depresyona yatkınlığa neden olmaktadır (1, 34).

Davranışçı kuram: Öğrenilmiş Çaresizlik Kuramı 1970'lerde Martin Seligman tarafından yapılmış öğrenme deneyleri sonucunda ortaya atılmıştır. Kuram depresyona ilişkin önemini halen devam ettirmektedir (49). Öğrenilmiş çaresizlik yaşayan kişiler çocukluktan itibaren olumsuz uyarılarla karşılaştığında kaçamaz, çözüm üretmeyi bilemez, çaresiz kalırlar ve çabalamanın faydasız olduğunu öğrenirler. Kendilerini çaresiz hissettikleri için depresyona girerler (50, 23).

Bilişsel kuram: Bilişsel kurama göre, depresyona yatkınlık bireylerdeki bilişsel çarpıtmalarla ilişkilidir. Bu çarpıtma şemaları erken çocukluk deneyimlerinin olumsuz şekillenmesiyle oluşur. Beck' e göre depresyonun temel üç bilişsel ögesi vardır: Olumsuz kendilik algısı, olumsuz çevre ve olumsuz gelecek algılaması. Bireyin kendisini, çevresini ve geleceğini bu olumsuz şemalarla algılaması depresyona zemin hazırlar. Dolayısıyla bilişsel tedavi, kişinin çarpık algılamalarını fark edip, algılama biçimini değiştirmesini sağlar (34).

Kişilerarası ilişkiler kuramı: Bu kurama göre depresyon her zaman psikososyal ve kişiler arası zeminde gelişen bir bozukluktur. Depresyonla kişilerarası sorunlar arasında birbirini olumsuz etkileyen karşılıklı bir ilişki vardır (1).

Yaşam olayları: Majör depresyonun ortaya çıkışında yaşam olaylarının esas rolü oynadığı özellikle 11 yaşından önce ana-baba kaybı, bir bireyin çocuğunu veya eşini kaybetmesi, işsizlik gibi diğer çevresel risk faktörleri depresyona yol açabilecek en önemli yaşam olaylarıdır. Depresyonda ilk hastalık döneminin bir yaşam olayı ile tetiklendiğine dair çalışmalar bulunmaktadır (23, 34).

2.1.6. Klinik Belirti ve Bulgular

Depresyonda gözlenen klinik belirtiler şu şekilde sınıflandırılabilir.

Genel görünüm

Depresyonu olan bireylerde çökkün bir görünüm mevcuttur. Omuzlar çökük, başın aşağıda olduğu, göz temasından kaçınan, yüzde kederli, mutsuz bir ifade vardır (51).

Konuşma ve ilişki kurma

Depresyon hastalarında sözel etkileşimde yavaşlama vardır. Hafif ve orta şiddetli depresyon hastalarıyla iletişim kurmak daha kolayken, şiddetli depresyon hastalarıyla iletişim kurmada güçlük yaşanabilmektedir. Şiddetli depresyonda hiç konuşmama (mutizm) görülebilir (51, 22).

Duygulanım

Depresyon hastalarında çoğunlukla depresif duygudurum gözlenir. Depresif duygudurum keder, mutsuzluk, çaresizlik, ümitsizlik, değersizlik duyguları ile karakterizedir. Sıklıkla anhedoni (zevk alamama) ve ilgi kaybı eşlik eder (52).

Bilişsel yetiler

Hastaların bilinci açıktır ve yer, zaman ve kişiye yönelimde problem yoktur (51). Hastalar sıklıkla unutkanlık yaşadıklarını bildirirler. Dikkatlerini toplamada zorlanırlar (53). Depresyon hastalarında sanrı ve varsanılara rastlanabilir. Bunlar genellikle duygudurumuna uygun suçlayıcı veya intihara teşvik edici şeklindedir (1).

Düşünce süreci ve içeriği

Düşünce akışı yavaşlamıştır ve sorulan sorulara yanıt vermekte güçlük yaşayabilir hatta hiç yanıt vermeyebilir. Hasta bireyler genellikle dış dünyayı, geleceği ve kendilerini olumsuz yorumlama eğilimindedirler (54). Umutsuzluk, çaresizlik ve suçluluk duyguları intihar düşüncesi ve eylemlerine neden olmaktadır (28).

Hareket

Psikomotor yavaşlamada, ruhsal süreçte yaşanan yavaşlamayla beraber hareketlerde de yavaşlama görülür. Hastanın yürüyüşü, konuşması yavaşlamıştır. Öz bakım eylemlerini yapabilecek enerjiden yoksundur. Psikomotor ajitasyonda ise, kişinin yaşadığı bunaltı, yerinde duramama, ellerini ovuşturma gibi motor davranışlarla dışa vurumudur (52).

Bedensel ve fizyolojik belirtiler

Hastaların çoğunluğunda iştahsızlık, kilo kaybı, libido kaybı, uyku bozuklukları, sirkadiyen ritim bozuklukları, enerji azlığına rastlanabilir (51, 54).

2.1.7. Majör Depresyon Bozukluğu Tanı Ölçütleri

DSM-V sistemi, majör depresif dönem tanısı için bu belirtilerden en az birisinin duygudurum belirtisi olma (depresif duygu durum ya da zevk/ilgi yitimi) koşuluyla, toplam beş belirtinin en az iki hafta süreyle belirgin şekilde varlığını şart koşar (34).

DSM V’de majör depresyon bozukluğu tanımı ve kriterleri şu şekilde ifade edilmektedir:

“Aynı iki haftalık dönem boyunca, aşağıdaki belirtilerden beşi (ya da daha çoğu) bulunmuştur ve önceki işlevsellik düzeyinde bir değişiklik olmuştur; bu belirtilerden en az biri ya çökkün duygudurum ya da ilgisini yitirme, zevk almamadır.

1. Çökkün duygudurum, neredeyse her gün, günün büyük bir bölümünde bulunur ve bu durumu ya bireyin kendisi söyler ya da başkalarınca gözlenir.

(Not: Çocuklarda ve ergenlerde kolay kızan bir duygudurum olabilir)

2. Hemen her gün, gün boyu süren, tüm etkinliklere ya da bu etkinliklerin çoğuna karşı belirgin bir ilgi azalması ya da eskisi gibi zevk alamama.

3. Diyet yapmadığı halde önemli derecede kilo değişikliği (azalma ya da artma).

4. Neredeyse her gün uykusuzluk ya da aşırı uyuma.
 5. Neredeyse her gün başkalarının da gözlenebilir bir psikomotor ajitasyon ya da retardasyonun varlığı.
 6. Neredeyse her gün güçsüzlük, bitkinlik ya da enerjisizliğin varlığı.
 7. Neredeyse her gün değersizlik, aşırı ya da uygun olmayan suçluluk duyguları (sanrı düzeyinde).
 8. Neredeyse her gün düşüncelerini bir konuya yoğunlaştırma yetisinde azalma, kararsızlık.
 9. Yineleyici ölüm ya da intihar düşünceleri, intihar tasarısı ya da girişimi.
- B. Bu belirtiler klinik açıdan belli bir sıkıntıya ya da mesleki, toplumsal ve önemli diğer işlevsellik alanlarında bozulmaya sebep olmaktadır.
- C. Bu belirtiler bir madde kullanımının veya genel tıbbi bir durumun etkilerine bağlı değildir (DSM-V)” (55).

2.1.8. Majör Depresyonun Tedavisi

Depresyonun sağaltımı büyük oranda antidepresan ilaçlarla yapılmaktadır. Majör depresyonun sağaltımında, farmakoterapinin, psikoterapinin, elektrokonvulsif tedavinin etkisi kanıtlanmıştır (56).

2.1.8.1. Farmakoterapi

Depresyonlu bireyleri tedavi etmek için çok sayıda yöntem mevcuttur. Farmakolojik ilaçlar MDB için en sık önerilen birinci basamak tedavi yöntemidir (57). Farmakoterapi etkinliği, daha çok erken tedaviye başlanan, depresyon sürelerinin kısa olduğu, psikozun olmadığı, alkol ve madde kullanımının olmadığı durumlarda çok daha başarılı sonuçlar vermektedir (58).

Depresyonda kullanılan antidepresanlar

Monoamin oksidaz inhibitörleri (MAOI'ler)

Trisiklik antidepresanlar (TCA'lar),

Seçici serotonin geri alım inhibitörleri (SSRI'lar),

Serotonin-noradrenalin geri alım inhibitörleri (SNRI'ler), ve diğerleri (bupropion ve mirtazapin) gibi çeşitli antidepresan sınıfları mevcut olsa da hepsi benzer şekilde monoamin nörotransmisyonunu hedefler. Serotonerjik ve/veya katekolamin dizgeleri üzerinden etkilerini gösterirler (57, 22).

Antidepresanlar duygudurumunu düzenler, orta ve şiddetli depresyon belirtilerini giderirler (23). Genellikle 2-3 hafta sonra etki göstermeye başlarlar. Tam etkinin görülmesi için 6-8 hafta beklemek gerekir (34). İlaç tedavisi 18-24 ay sürdürülmelidir. İlacın bırakılmasına karar verildiğinde birkaç aya yayılarak bırakılmalıdır (28).

Monoamin oksidaz inhibitörler (MAOI): Antidepresan olarak ilk geliştirilen ilaçtır (6). Sinir uyarımı sırasında serotonin ve noradrenalin miktarını artırarak etki göstermektedirler. Bu ilaç grubunda en büyük risk, hipertansiyon krizleridir. Bu yüzden tiaminden fakir bir diyet uygulanmaktadır. SSRI vb birçok ilaç grubu ile etkileşime girdikleri için kullanımları sınırlıdır (58).

Trisiklik antidepresanlar (TCA): Serotonin, noradrenalin ve dopaminin geri alımını engelleyerek etkilerini gösterirler (59, 60).

Seçici serotonin geri alım inhibitörleri (SSRI): En yaygın kullanılan antidepresanlardır. Serotonin maddesinin (5-Hidroksitriptamin) geri alımını engelleyerek etki gösterirler (60). Yan etkileri arasında cinsel sorunlar, kilo artışı, gastrointestinal yan etkiler, yorgunluk ve huzursuzluk sayılabilir (58).

Serotonin noradrenalin geri alım inhibitörleri (SNRI): Serotonerjik ve noradrenerjik sistemler üzerinden etkilerini ortaya çıkarmaktadırlar. Yan etkileri SSRI'lara benzemektedir. SSRI tedavisinin etkisiz olduğu durumlarda tercih edilmektedir (58).

2.1.8.2.Psikososyal Tedaviler

Psikososyal tedaviler birinci basamak depresyon tedavisinde etkilidir ve hastalar tarafından ilaçlara göre daha çok tercih edilmektedir (61). Psikososyal girişimlerin ilaçlarla birlikte kullanılması, farmakoterapiye uyumu artırarak tekrarlayan kronik olguları önleyebilir (62). İlaçlara göre nüksetmeyi önleme açısından kısa vadede eşit uzun vadede ilaçlardan daha üstün etki gösterirler (63).

Psikodinamik terapi,

Bilişsel davranışçı terapi,

Davranışçı terapi,

Kişilerarası ilişkiler terapisi, depresyonda etkinliği gösterilmiş psikoterapiler arasındadır. Bu terapi yöntemlerinin hafif ve orta şiddetli depresyonda monoterapi veya farmakolojik tedavi ile birlikte kullanılması önerilmektedir. Ağır şiddetli depresyon için günümüzde hala ilk seçenek farmakoterapidir (64).

Psikodinamik terapi: Psikodinamik terapi terapötik ilişkinin kullanılması ve aktarım ve yorumlamanın kullanımı yoluyla bilinçdışı çatışmaları keşfetmek ve çözmek için kullanılan bir yöntemdir (65). Bireyin içsel çatışmalarına ilişkin farkındalık düzeyi artırılarak, içgörü kazanması hedeflenir ve içgöründen gelen motivasyonla bireyde değişim gerçekleşir (66).

Bilişsel davranışçı terapi: Bilişsel davranışçı terapi (BDT) depresyonda en sık kullanılan terapi yöntemidir. Bireyin mevcut olumsuz düşünce ve davranışlarını olumlu anlamda yeniden yapılandırmayı hedefler (67). Terapist bireyin şimdiki sorunlarına ve çözümlerine yönelir. BDT farmakolojik tedaviye dirençli hastalarda oldukça etkilidir (58).

Davranışçı terapi: Davranışçı görüşe göre tüm davranışlar öğrenilmiştir. Davranışçı terapi öğrenilmiş uyumsuz davranışların, yeni uygun davranış örüntüleriyle değiştirilmesini hedefler (66).

Kişilerarası ilişkiler terapisi: Depresyonun kişilerarası ilişkilerle ilgili olduğu, kişilerarası desteğin bireyi depresyondan koruyabildiği belirtilmiştir. İletişim ortamının güvenli olması, depresif dönem geliştirme riskini azaltmaktadır (3, 62).

Aile ve çift terapisi: Aile veya çift terapisi, aile üyeleri arasındaki etkileşimi değiştirmeye odaklanan ve bir birim olan ailenin veya aile alt üyelerinin veya bireysel üyelerinin işlevselliğini iyileştirmeyi amaçlayan bir psikoterapötik çaba olarak tanımlanabilir. Katılımcı bireylerin aile üyelerini veya çiftlerini terapiye dahil etmek bireylerin depresyon belirtilerini azaltmaktadır (3, 23, 68)

2.1.8.3. Elektrokonvülsif tedavi (EKT)

EKT 1938 yılından bu yana birçok ruhsal bozuklukların tedavisinde kullanılmaktadır. Depresyonu nörotransmitterler üzerinde değişiklikler yaparak

tedavi etmektedir (69). İntihar riski yüksek olan, yeme-içme sorunu olan, sanrılı, melankolik, psikotik hastalarda EKT gerekli ve etkili bir yöntemdir. Genellikle 8-10 EKT ile olumlu sonuç alınır (23). EKT özellikle gebeliğin ilk 3 ayında ve yaşlılarda depresyonun tedavisinde etkinliği kabul edilen ve sık kullanılan tedavi yöntemlerinden biridir (58). Ayrıca avantajları arasında hastaların hastaneye yatış oranlarını ve intihar riskini azaltması yer alır (69).

Diğer tedavi seçenekleri; Transkraniyel manyetik stimülasyon (TMS), vagal sinir uyarımı, derin beyin uyarımı, parlak gün ışığı tedavisinin de duygudurumu tedavi eden somatik tedavi yöntemlerinden olduğu belirtilmiştir (70).

2.1.9. Majör Depresyonda Hemşirelik Yaklaşımı

Depresyon hastaları genellikle hemşirelerin vaktini alacak kadar değerli olduklarını hissetmediklerinden, bu hastalarla devamlı iletişim halindeki hemşirelerin davranış ve tutumlarının, hasta üzerinde mühim bir etkisi olacaktır (71). Bu yüzden psikiyatri hemşireleri majör depresyon hastalarının tedavi ve bakımlarında üstlendikleri rollerin yanı sıra hasta ve ailesi ile işbirliği içerisinde olarak hastanın tedaviye uyum sağlamasında önemli bir role sahiptir (72).

Depresyon tanılı bireylerle çalışan hemşire anksiyete, öfke ve çaresizlik duyguları yaşayabilir. Hemşirenin yaşadığı bu duygulardan ve gerçek dışı beklentilerinden hemşirelik süreci olumsuz etkilenebilir. Bu nedenle majör depresyon tanılı bir hastayla çalışan hemşirenin, duygularını tanıması, gerçek dışı beklentilerinin farkında olması ve bu durumun hastaya olacak etkisini önlemek için gerektiğinde destek alması gerekebilir (23,73). Majör depresyon hastası bireylerin intihar potansiyelinin olup olmadığı öncelikli olarak incelenmelidir. İntihar vakaları genç ve yaşlı depresyon hastalarında oldukça yüksek olduğu için bu bireylerin kendine yönelik şiddet riskinin iyi değerlendirilmesi gerekmektedir (23, 74). Psikiyatri hemşireleri depresyonun tekrarlayıcı özellikte bir hastalık olduğunu, tedaviden beklenen sonuçları ve tıbbi tedavinin devamlılığının esas olduğunu hastalara vurgulamalıdır. Hastanın kaygı düzeyini değerlendirmeli ve ihtiyaçlarına yönelik bilgilendirme yapmalı olası yan etkilerle baş etmede hastaya ve ailesine yardımcı olmalıdır (71). Taburcu olan hastaların tedaviye uyumlarını sürdürebilmeleri için sağlık kurumunda veya evde gereken destek ve danışmanlık hizmetlerinin devam etmesi önemlidir (16).

2.2. Şiddet ve Tanımı

Şiddet tanım olarak; sertlik, sert ve katı davranış, kaba kuvvet anlamlarına gelmektedir (23). DSÖ'e göre şiddet; insan yaşamının her sahasında gözlenebilen, dünya genelinde artarak giden önemli bir toplumsal sorundur. Şiddet bir kişinin başka bir insan üzerinde güç ve kontrol kurma çabasıdır (75, 76). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) şiddeti, *“fiziksel güç veya iktidarın kasıtlı bir tehdit veya gerçeklik biçiminde bir başkasına uygulanması sonucunda maruz kalan kişide yaralanma, ölüm ve psikolojik zarara yol açması ya da açma olasılığı bulunması”* durumu şeklinde tanımlamaktadır (76, 77).

Her yıl şiddet sebebiyle 1.3 milyondan fazla insan hayatını yitirmektedir ve global çapta ölüm oranlarına bakıldığında %2.5'inin şiddet sonucu öldüğü görülmektedir (78). Şiddet en fazla aile ortamında yaşanmakta ve kadına yönelik olarak gerçekleşmektedir. Şiddet türleri arasında özellikle erkeğin kadın ve çocuğa karşı uyguladığı şiddetin, en sık görülen şiddet türü olduğu bildirilmektedir (79). DSÖ tarafından şiddet; intihar, kendine zarar verme gibi kişinin kendisine yönelik şiddet. Aile, eş, topluluk şiddeti gibi kişilerarası gerçekleştirilen şiddet ve kendilerini bir grubun üyesi olarak tanımlayan kişiler tarafından sosyal, ekonomik veya siyasi hedefler için yapılan kolektif şiddet olarak 3 gruba ayrılmaktadır (76). Bu bölümde, çalışmanın amacı doğrultusunda kişilerarası şiddet grubunda yer alan eş şiddeti ele alınacaktır.

2.2.1. Kadına Yönelik Eş Şiddeti

Şiddet sosyal bir olgudur ve insanlık tarihi boyunca dünyada neredeyse tüm toplumlarda varlığını sürdürmüş ve sürdürmeye devam edecektir (80). Kadına yönelik şiddet *“Cinsiyete dayanan, kadını inciten, ona zarar veren, fiziksel, cinsel, ruhsal hasarla sonuçlanma olasılığı bulunan, toplum içerisinde ya da özel yaşamda kadına baskı uygulanması ve özgürlüklerin keyfi olarak kısıtlanmasına neden olan her türlü davranıştır”* olarak tanımlanmaktadır (76,81). Kadına yönelik şiddet kültürel, coğrafi, dini, toplumsal ve ekonomik sınırları aşan küresel düzeyde bir halk sağlığı sorunudur ve kadınların insan haklarının ihlalidir (77,82). Kadına yönelik şiddet türlerinin en yaygın hali, kadının beraber olduğu eş/partner tarafından istismara uğramasıdır (83). Şiddet, kadının yakın ilişki içerisinde olduğu kişi tarafından gerçekleştirildiğinde eş şiddeti olarak adlandırılmaktadır

(84). DSÖ' nün yayınladığı rapora göre; şiddetle en sık olarak evde karşılaşıldığı ve kadına yönelik olduğu bildirilmektedir. DSÖ kadınların yaklaşık %35'inin (her 3 kadından 1'inin) yaşamları boyunca en az bir kez eşleri tarafından uygulanan fiziksel ve/veya cinsel şiddete maruz kaldığını, kadın cinayetlerinin %38'inin kadınların eşi veya birlikte yaşadığı kişi tarafından işlendiğini belirtmektedir (77, 98, 99). Gelişmekte olan ülkelerde ise kadınların yarısından fazlasının eşi tarafından fiziksel şiddete uğradıkları belirtilmiştir. Türkiye'de ise, kadınların %26-58'inin fiziksel şiddete uğradığı, kadının aile içinde her türlü şiddete maruz kaldığı bildirilmiştir (85).

Kadınların eşleri tarafından şiddete uğraması tüm topluluklar ve tüm zamanlarda bilinmesine rağmen bu durum eşler arasında çözüme kavuşması gereken bireysel bir problem olarak görülmüştür (83). Gelenekler, erkek egemen toplumsal yapı, kadının maddi bir gelirin olmaması ve sosyal statüsünün düşük olması gibi sebeplerle kadına yönelik eş şiddeti çoğunlukla gizli tutulmaktadır (83, 85). Yetiştığı ailede erken yaşlarda şiddete maruz kalan veya tanık olan kadınların kendi ilişkilerinde şiddet görme olasılığı, erkeklerin ise şiddet uygulama riski fazladır ve bu durum şiddet döngüsü olarak tanımlanmaktadır (86, 87).

2.2.2. Kadına Yönelik Eş Şiddetinin Türleri

Kadınlar aile içinde eşi tarafından fiziksel şiddet, cinsel şiddet, ekonomik şiddet, psikolojik (duygusal) şiddet türlerinden birine veya birkaçına bazen de hepsine birden maruz kalabilmektedirler (11, 88). Şiddet denildiğinde zihne ilk gelen somut etkilerinin fark edilebilirliği açısından fiziksel ve cinsel şiddet olsa da diğer şiddet türlerinden özellikle psikolojik şiddetin de çok sık görüldüğü ve kadınların ruh sağlığını tahmin edilenden fazla etkilediği gözlenmiştir (89, 90, 91).

Fiziksel şiddet

Fiziksel şiddet kaba kuvvetin sindirme, korkutma ve yaptırım aracı olarak kullanılması şeklinde tanımlanabilir (11). Bir nesneyle bedenine zarar verme, yumruk atma, itip kalkmak, tekmeleme, saçını sürükleme, kesici-delici aletle vücuduna zarar verme, sigara söndürme, kaynar su dökme vb. eylemleri içermektedir. Fiziksel şiddet, şiddetin en sık ve görünür biçimidir (89).

Cinsel şiddet

Cinsel şiddet kadında cinselliğin bir sindirme, tehdit ve kontrol etme aracı olarak kullanılması şeklinde tanımlanabilir (11, 91). Kadına cinsel bir obje gibi hissettirmek, şüpheli ve kıskanç davranmak, açık bir şekilde diğer kadınlarla ilgilenmek ve kadına ihanet etmek, duygusal baskı veya zor kuvvet ile kadını cinselliğe zorlamak, zorla ırzına geçmek, fuhuşa zorlamak gibi eylemleri içermektedir (92).

Ekonomik şiddet

Ekonomik şiddet para ve ekonomik kaynakların kadının üzerinde bir yaptırım, tehdit ve kontrol aracı olarak kullanılması şeklinde tanımlanabilir (11, 91). Kadının çalışmasına izin vermemek, aile bireylerinin maddi gereksinimlerini karşılamamak, kadının sosyal hayatında veya iş yaşamında karşısına çıkan imkanları değerlendirmesine izin vermemek, çok az para vermek, kadının çalışmasına karşı çıkıp gelirine el koymak, ev giderlerini önemsememek gibi davranışlar ekonomik şiddet olarak sayılabilir (92).

Psikolojik/Duygusal şiddet

Psikolojik veya duygusal şiddet kişinin davranışları ve konuşmaları ile kadını korkutması, sindirmesi, cezalandırması ve kontrol etmesidir (91). Sevgi, tasdik edilme, ilgi görme, destek olma gibi duygusal gereksinimlerin önemsenmemesi, küçük görülmesi, dine, dile, ırka, kültürel gruba veya geçmişe ait değer ve inançların hor görülmesi ya da onlara karşı olmaya zorlanması. Kadını ailesiyle görüştürmemek, evden kovmak veya evden ayrılmakla tehdit etmek psikolojik/duygusal şiddet davranışları olarak sayılabilir (89, 93).

“Türkiye’de Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet Araştırması” 2014 yılı Raporunda; kadınların %44’ünün duygusal şiddete, %36’sının fiziksel şiddete, %30’unun ekonomik şiddete ve %12’sinin cinsel şiddete maruz kaldığı bildirilmektedir. Ayrıca raporda, sosyoekonomik ve kültürel düzeyi düşük olanların, erken yaşta evlenenlerin ve kırsal kesimde yaşayanların daha fazla şiddete uğradıkları belirtilmiştir (94, 191).

2.2.3. Kadına Yönelik Eş Şiddetinin Kadın Sağlığına Etkileri

Kadına yönelik şiddet kadının sağlığı üzerinde kısa ve/veya uzun dönemde ciddi problemlere neden olmaktadır (99). Kısa dönemde yarattığı sonuçlara baktığımızda kadınların sağlık hizmetlerini kullanma oranında artışa, ruh sağlığı ve yaşam kaliteleri üzerinde bozulmalara neden olmaktadır (89, 94, 95, 99, 100). Uzun dönemde ise sosyal izolasyona, intihara, hatta bakmakla yükümlü oldukları çocuklarının ruh sağlığının gelişimi üzerinde olumsuz etkilere neden olmaktadır (89, 94, 99). DSÖ'e göre şiddet gören kadınların ruhsal ve fiziksel sağlıkları olumsuz etkilenmektedir ve şiddet görmeyen kadınlara kıyasla daha çok sağlık sorunlarıyla karşılaşmaktadır (96). Şiddet sonucunda yaralanma, sakatlanma, ağrı, istenmeyen gebelik, cinsel yolla bulaşan hastalıklar gibi fiziksel sağlık sorunları; benlik saygısında bozulma, depresyon, TSSB, intihar girişimleri, alkol-ilaç kötüye kullanımı, çocuklarına yönelik saldırgan davranışlar vb. psikolojik sağlık sorunları yaygın olarak görülmektedir (87, 100). Şiddete uğrayan kadınların, genel popülasyona göre depresyon düzeylerinin daha yüksek olduğu bulunmuştur (97).

2.2.4. Kadına Yönelik Eş Şiddetinde Hemşirelik Yaklaşımı

Hemşireler toplumun tüm kesimlerindeki bireylerle çok yakın çalışan sağlık profesyonelleridir (101). Uluslararası Hemşireler Birliği (ICN) aile içi şiddete yönelik olarak hemşirelerin sorumlulukları olduğunu vurgulamış ve hemşirelerin şiddetin ortaya çıktığı yerleri bilmeleri ve şiddeti önlemeye yönelik girişimlerde bulunmaları gerekliliğini bildirmiştir (102). Hemşirelerin sorumlulukları arasında; şiddetin belirlenmesi, bakımın sağlanması, verilerin toplanması, bilgilendirme ve danışmanlık, güvenlik planının oluşturulması, gerekli kayıtların tutulması ve uygun kurumlara sevk edilmesi bulunmaktadır (103).

Hemşireler, şiddete uğrayan kadınları ele alırken öncelikle kadının güvenliğini değerlendirmelidir. Şiddet riskinin halen devam edip etmediği, intihar düşünceleri, barınma ile ilgili ihtiyaçları olup olmadığı değerlendirilmelidir (86). Şiddete uğramış kadın mutlaka kendini güvende hissedebileceği ayrı bir odaya alınmalıdır (104) Şiddetin varlığını ortaya koyabilecek soruları güven verici, yargılayıcı olmayan uygun bir dille sormalı, yaşadığı şiddet sorgulanmalı ve kadının şiddeti tanımlayabilmesi sağlanmalıdır (104, 89). Şiddete uğrayan kadınlara şiddet

hakkında bilgi verilmeli ve tekrarlama olasılığı hatırlatılmalıdır (89). Ayrıca hemşireler şiddetin ve gelecekte oluşabilecek yaralanmaların önlenmesinde; şiddetin tanısını ve taramasını yaparak, kadınları eğiterek, şiddete maruz kalma durumunda başvurabilecekleri birimleri öğretmek, şiddetin azaltılmasında güçlü bir etki oluşturabilirler (101, 105). Hemşireler kadına yönelik eş şiddetine bu yaklaşımları sayesinde kadın sağlığının ve toplum sağlığının korunmasında önemli katkılar sağlayacaklardır (104).

2.3. İntihar

İntihar, kişinin istemli olarak yaşamına son vermeyi hedefleyen her türlü davranış intihar olarak tanımlanır. Kişinin benliğine yönelmiş bir saldırganlıktır (23). Psikiyatride başta gelen ölüm sebepleri arasındadır (106). İntihar davranışı; intihar düşüncesi, intihar girişimi ve gerçek intihar (tamamlanmış) şeklinde incelenmektedir. İntihar düşüncesinde, eyleme dönüşme yokken intihar girişiminde bir eylem vardır (107). Gerçek intiharlar ölümlerle neticelenmektedir. İntihar girişimi ise kişinin kendini yok etmek, zarara uğratmak veya zehirlemek gibi amaçlarla yaptığı ölümcül olmayan bütün istemli teşebbüsleridir. İntihar olasılığı ise ölümlerle neticelenebilecek bir davranışa kişinin bilerek kalkışması ya da yaşamını devam ettirmek için gereken bir başka davranışın kasıtlı olarak yapılmaması olasılığıdır (23). İntihar, yalnızca ruhsal bir süreç olmayıp, dinsel, kültürel, toplumsal ve sosyoekonomik boyutları da olan bir durumdur (108).

2.3.1. İntiharın Epidemiyolojisi

İntihar karmaşık ve önlenemez bir halk sağlığı sorunudur. DSÖ'ye göre intihar nedeniyle ölümler birçok toplumda yaşam süresini kısıtlayan bir durumdur ve dünya genelinde 15-44 yaşları arasındaki bireylerin önde gelen üç ölüm sebebinden biridir. 15-29 yaş aralığındaki gençlerde 2. en sık ölüm nedenidir. DSÖ'ye göre dünyamızda her 40 saniyede bir birey, her yıl yaklaşık 800 bin birey intihar sonucu yaşamını yitirmekte ve çok daha fazla insan intihar girişiminde bulunmaktadır. İntihar girişiminde bulunan bireylerin yaşam boyu intihar olasılığı %10-15 olarak bildirilmekte ve intihar girişimlerinin tamamlanmış intiharlardan 20 kat fazla olduğu düşünülmektedir (23, 109, 114). Tamamlanmış intihar oranının

erkeklerde, intihar girişiminin ise kadınlarda daha yüksek oranda izlendiği bilinmektedir (110). Cinsiyetler arasında görülen bu farklılık, seçilen intihar yönteminden kaynaklanmaktadır. Erkekler yöntem olarak genelde ateşli silah, ası gibi şiddet içeren ve daha öldürücü olan yöntemleri, kadınlar yüksek doz ilaç veya yüksekten atlama gibi yöntemleri kullanmaktadırlar (111). İntihar girişimlerinin kadınlarda daha çok olmasının bir başka sebebi ise kadınlara geleneksel aile yaklaşımı içinde, kadını gördüğü şiddetten uzaklaştıramayan bir toplumsal yapıdan, aile içi ilişkilerde kadının fikirlerini açıkça ifade edememesinden kaynaklanan sorunların intihar girişimi ile bağlantılı olduğu belirtilmektedir (115). Genel toplumda intihar düşüncesi çok yaygın görülmektedir ve yaşam boyu yaygınlık oranının %10 olduğu bildirilmiştir (112). Ülkemiz intihar hızı düşük olan ülkeler içerisinde olmasına karşın, son zamanlarda ülkemizde intihar oranlarının yüksek olduğu belirtilmektedir. Türkiye İstatistik Kurumu'nun (TÜİK) verilerine göre 2022 yılında ölümle sonuçlanan intihar sayısı 4146 kişi olurken intihar edenlerin 3.111'ini erkekler, 1035'ini kadınlar oluşturmuştur. 2022 yılı kaba intihar hızı yüz binde 4.88 olarak belirtilmektedir (113).

DSÖ'nün 2014 tarihinde "İntiharı Önleme" raporunda, intihar için risk faktörleri 5 gruba ayrılmıştır. Kişinin kalıtsal yatkınlığı, ruhsal hastalık, geçmişte ailesinde veya kendisinde intihar girişimi öyküsünün bulunması, gelecekte umutsuzluk, sosyoekonomik kayıplar, bağımlılık gibi bireysel faktörler, travma, göç, savaş, afetler gibi çevresel faktörler, sosyal ilişki kaybı, yalnızlık, yalıtılmışlık gibi ilişki faktörler, damgalanma, medya gibi toplumsal faktörler ve son olarak sağlık sisteminin yetersizliği gibi etkenler intihar için risk faktörleri olarak belirlenmiştir (114). Sosyo-demografik risk faktörleri; 50 yaş üstü olma veya adolesan, erkek cinsiyeti, bekâr, boşanmış, dul ya da ayrı yaşıyor olma, işsizlik, yoksulluk, ailede intihar öyküsü olması, fiziksel veya psikiyatrik bir bozukluk bireylerin intihar riskini artıran faktörlerdir (23). İntihar düşüncesi ve intihar girişimleri için genç yaş, kadın olma, yalnız yaşama, düşük eğitim ve gelir düzeyi, alkol madde kötüye kullanımı, cinsel/fiziksel kötüye kullanım, dürtüsellik ve agresyon risk etkenlerindedir (4). Türkiye'deki intiharların en önemli nedeni, psikiyatrik hastalıklar olarak görülmektedir. İntihar nedenlerinden aile geçimsizliği ve geçim zorluğu 2. ve 3. Sırada yer almaktadır (115).

2.3.2. İntihar ve Majör Depresyon Bozukluğu

Psikiyatrik bir bozukluğa sahip olma intihar için en önemli risk etkenlerinden biri olarak kabul edilmektedir. İntihar eden kişilerin %90'ının ölüm sırasında bir psikiyatrik bozukluğa sahip olduğu belirtilmiştir (4, 116, 117). Psikiyatrik hastalıklar arasında ise özellikle majör depresyon, şizofreni, alkol ve madde kullanımı ve kişilik bozuklukları intihar açısından dikkat edilmesi gereken önemli bozukluklardır (118). Psikiyatrik bozukluğa sahip olanların intihar riski olmayanlardan 3-12 kat daha fazladır. Bu kişilerin yarısından fazlasının da duygu durum bozukluğuna sahip kişiler olduğu bildirilmektedir (23).

“Depresyonun toplumdaki intihar riskini 20-30 kat artırdığı ve psikiyatrik hastalıklar arasında intihar oranı en yüksek olan grubun depresyon hastaları olduğu tanımlanmaktadır” (119). Depresyon hastalarının yaklaşık 2/3'ünde intihar düşüncesi görülür. Bu hastaların yaşam boyu intihar olasılığı yaklaşık %15 olup diğer psikiyatrik bozukluklara göre depresyondaki kişilerde intihar 3-4 kat daha fazla görülmektedir (4,106). İntihar riski hastalığın şiddeti ile dereceli olarak artar. Yaşam boyu intihar riski ayaktan tedavi edilen poliklinik hastalarında duygudurum bozukluğu yoksa %0,7 iken, duygudurum bozukluğu olduğunda %2,2'ye yükselmektedir (117). Majör depresyonda intihar çoğunlukla başlangıç ve iyileşme dönemlerinde gözlenmekle beraber anksiyete, anhedonia, umutsuzluk gibi belirtiler intihar olasılığını artırmaktadır. Premorbidinde siklotimik kişilik özellikleri olanlar, şiddetli depresyon, yeni taburculuk dönemi, madde kullanımı, eşlik eden fiziksel yakınma, öncesinde girişim ya da intihar planı öyküsü olan depresif hastalarda risk daha fazladır. Ağır depresyon hastalarında intiharla yaşama son verme oranı %7-11'dir (54, 120).

2.3.3. İntihar ve Hemşirelik Yaklaşımı

İntihar girişiminde bulunan kişilerin bakımında sorumluluk alan hemşireler etkin ve önemli bir role sahiptirler. İntihara eğilimli hastalarla çalışırken iki sorumluluk vardır. Birincisi, durum yatışıncaya kadar kişiyi hayatta tutmak, ikincisi hastanın intihar dışında alternatif çözümleri araştırmasını sağlamaktır (118, 121).

İntihar olasılığı olan bireye yönelik hemşirelik girişimleri;

- İlk yapılması gereken güvenli bir ortam oluşturmaktır. Kendine zarar vermek için kullanabileceği zararlı nesnelere ortamdan uzaklaştırılmalıdır.

- Bireye yemekler denetlenebilen yakın bir alanda verilmeli, bireyin ilaçlarını yuttuğundan emin olunmalı, gerektiğinde kontrol edilmelidir.
- Bireye karşı dürüst, empatik, saygılı ve kabullenici bir tavır sergilenmelidir.
- Bireyin duygularını ifade etmesine fırsat verilmelidir. İntihar düşünceleri ve planı sorulmalı ve intihar olasılık düzeyi belirlenmelidir. Bireyle intihar ile ilgili düşüncelerinin konuşulmasının intihar olasılığını azalttığı belirtilmektedir.
- Birey, yalnız bırakılmamalı, sık sık kontrol edilmelidir. Yakın çevresi bilgilendirilmeli ve uyarılmalıdır.
- Bireyle intihar etmeyeceğine dair sözlü ya da yazılı anlaşma yapılmalıdır.
- Bireyin yaşamındaki kriz durumlarında kullandığı etkili ve etkisiz başa çıkma yöntemleri tartışılmalı, bireyin farkındalığı geliştirmelidir (23, 107, 118, 121).

Hemşireler intiharların önlenmesinde sadece hastane bünyesinde değil, toplumsal alanda da hizmet sunmaktadır. İntihar risk taraması, yüksek risk taşıyan birey ve grupların tedaviye yönlendirilmesi, düzenli takip edilmesi ve rehabilitasyonunda hemşireler aktif olarak çalışmaktadır. Toplumdaki riskli grupları değerlendirerek intihar davranışının erken tanı ve tedavisinde etkin rol oynamaktadırlar (118). İntihar riski yüksek olan bireyler için hemşirelik yaklaşımının hedefi; hastanın bütüncül, etkin, planlı ve her bireyin kendine özgü biyolojik, ruhsal, sosyal ve kültürel özellikleri dikkate alınarak bakım görmesini sağlamaktır (122).

2.4. Tedavi Uyumu

Uyum, hastanın sağlığına ilişkin tavsiyeleri kabul etmesi ve bu tavsiyelere uyması şeklinde tanımlanabilir (17, 18, 19). Tedaviye uyum kontrolleri aksatmamayı, tedavi planını tamamlamayı, ilaçları düzenli kullanmayı ve tavsiye edilen davranış değişikliklerini hayata geçirip uygulamayı gerektirir (15, 17, 18). Tedavinin etkin olabilmesi ve hastalık prognozunun iyi yönde ilerleyebilmesi hastaların tedaviye uyum sağlamaları ile ilişkilidir (123). Tedavi uyumu, kronik hastalıklarda tedavinin temelidir. Ancak, gelişmiş ülkelerde hastaların %50'si, gelişmekte olan ülkelerde ise yarısından fazlası ilaçlarını reçete edildiği gibi kullanmamaktadır (124). Tedaviye uyumsuzluk, ilacın hekim tarafından tavsiye edilen dozuna

uyulmaması, ilacın kullanım vakitlerine uyulmaması veya tedavinin zamanından önce bırakılması gibi nedenlerden kaynaklanabilir (15, 17, 18). Tedaviye uyumsuzluk; hastane yatışlarını, mortalite ve morbiditeyi arttırmaktadır. Bu durum, hastalıkların tekrarlama oranının yükselmesi, intihar riski, yaşam kalitesinin olumsuz etkilenmesi tıbbi, ekonomik ve psikososyal sorunlara yol açmaktadır (18, 19, 125). Tedaviye uyumsuzluk kronik hastalıkların çoğunda görülmesine karşın, ruhsal bozukluklarda rastlanma oranı daha fazladır (123). Tedaviye uyumsuzluk, hastalığın şiddetini, tedavi giderlerini arttırmakta ve bireylerin psikiyatrik tedaviye olan inancını azaltmaktadır (17, 18). Tedavi uyumsuzluğunun nedenleri arasında, ilaçların yan etkileri, yan etkilerin hastaların yaşam kalitesini etkilemesi, depresyon ve ilaç tedavisine ilişkin bilgi eksikliği, içgörü eksikliği, sosyal destek ve çevre desteğinin az olması (örneğin tedavi için olumsuz bakan bir eşin varlığı), ilaçların yararı olmayacağı inancı, ilaca ilişkin daha önceki olumsuz deneyimleri, ilaç bağımlılığı korkusu ve tedavi ekibi ile iletişim sorunları da hastaların ilaçlarını bırakmalarına neden olmaktadır (16, 18, 126).

2.4.1. Tedavi uyumu ve Majör Depresyon Bozukluğu

Depresyonun tanınma ve tedavi edilme oranı oldukça düşüktür, depresyonlu olguların ancak %25 kadarına tedavi verildiği ve bu olguların yalnızca %10'unun yeterli doz ve sürede antidepresan tedavi aldıkları bildirilmiştir (15). Majör depresyonun tedavi sürecinde birçok hasta ilaçlarını almayı ihmal etmekte, günlerce, haftalarca dozları atlamakta ya da tedaviyi tamamen bırakmaktadır (127). Depresyon tedavisi alan bireylerin %50'den daha fazlasının üç hafta içerisinde aldıkları tedaviye devam etmedikleri belirlenmiştir. Bu oranın yüksek olmasının başlıca sebepleri, ilaç etkisinin geç başlaması, klinik yanıtın etki göstermesi sonrasında da ilaç tedavisine uzun dönem devam edilmesinin gerekliliği ve olası yan etkilere yönelik bireylerin bilgi yetersizliğine bağlanmıştır (15, 18, 128). Tedavi sürecinde tedaviye uyumsuzluğun yüksek oranda görüldüğü iki dönem vardır. Bunlardan ilki, tedavinin başlangıcında hastanın yan etkilerle karşılaştığı dönem, ikincisi ise hastalığın kontrol altına alınarak kısmi bir düzelmeye izlendiği dönemin hemen sonrasındır (15, 18, 129). Tedaviye uyumsuzluk, tedavinin başarısız olması, depresyonun nüksetme riskini artırması,

depresyonun kronikleşmesi, komplikasyonlar, maliyette artış, iş gücü kaybı ve diğer aktivitelerde bozulma gibi ciddi sonuçlara yol açabilmektedir (130). İlaç tedavisine uyumda sorunlar genellikle taburculuk sonrasında ya da ayaktan tedavi olan hastalarda yaşanmaktadır. Bu nedenle tedavi ekibi üyelerinin akut dönemi iyileştirmek kadar, izleyen dönemlerdeki alevlenme ve daha sonraki yineleme risklerini azaltmak doğrultusunda çaba göstermeleri de son derece önemlidir (16).

2.4.2. Tedavi Uyumunda Hemşirelik Yaklaşımı

Psikiyatri hemşireleri depresyonun tıbbi tedavi ve bakımında üstlendikleri rollerin yanı sıra etkili iletişim ve terapötik ilişkiye dayanan rolleri sayesinde ise hastaların tıbbi tedavi rejimine uyumunu kolaylaştırmaktadırlar (131). Psikiyatri hemşireleri ilaçları hastalara uygulama, yan etkilerini gözlemler ve ilaçların hasta üzerindeki etkilerini izlemekten sorumludur. Hemşireler hasta ve ailesi ile sürekli etkileşim halinde oldukları için ilaçların etkilerini ve hastaların ilaçlara olan tutumlarını değerlendirebilecek olan ekip üyeleridir (125). Hastalara doğrudan sorular sorarak ve klinik gidişatındaki değişimleri gözlemleyerek olası sorunları erken dönemde tanıyıp önlem alırlar. Böylelikle hastanın tedaviye inanması, ilaçlarına karşı olumlu tutum geliştirmesini ve uzun süreli tedavi uyumunu sağlamada önemli role sahiptirler (125, 132). Hemşire, tedavi uyumsuzluğunun tanımlayıcı özellikleri ve olası nedenlerini ortaya çıkaracak verileri toplarken psikofarmakoloji bilgisini ve kişiler arası ilişkiler ile ilgili teknik becerilerini kullanır (125).

Tedavi uyumunu artıracak hemşirelik girişimleri;

- Psikiyatri hemşiresi hastanın tedaviye uyum sağlamasında; hastaya gerekli eğitimleri verme, ilaç, doz ve zaman programı çizelgeleri, hatırlatıcılar, uyarıcılar hazırlama, iç görü kazanması konusunda yardım etme ve damgalamayı azaltmaya yönelik girişimlerde bulunabilmelidir (123, 133).
- Hastalara ve ailelerine tedavinin olumlu yanlarını gösteren, tedavinin yararına ilişkin eğitimler verme, hastaların aileleri ile sağlıklı bir ilişki kurmalarını sağlama, olası yan etkiler ve hastalık semptomları ile ilgili gerekli bilgilendirmeleri yapmalıdır. (134)
- Psikiyatri hemşiresinin hastalara yapacağı eğitimin en önemli ögesi depresyonun tekrarlayıcı bir hastalık olduğu ve tedaviden beklenen

sonuçların neler olduğu ve uzun dönem ilaç tedavisine uymalarının tedavilerinde önemli bir yeri olduğunun vurgulanmasıdır (16).

- Yapılandırılmış tedavi uyum programları kullanarak hastaların tekrarlı yatışları önlenebilir ve toplum içindeki işlevselliği artırılabilir (123).
- Hasta taburcu olduktan sonra tedaviye uyumunun devamlılığı için iyi planlama ve uygun izlem programları oluşturulmalıdır (125, 135).
- Ayaktan veya hastanede tedavi olan hastaların taburculuk sonrası da ilaç tedavilerine uyum sağlamaları sağlık kuruluşunda veya evde gereken destek, danışmanlık ve takip hizmetleriyle gerçekleştirilebilir (16).



3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Türü

Bu araştırma, tanımlayıcı ve ilişkisel olarak yapıldı.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Tarih

Bu araştırma 16.01.2023–17.07.2023 tarihleri arasında Kahramanmaraş Necip Fazıl Şehir Hastanesi'ne ayakta tedavi edilmek üzere psikiyatri polikliniğine başvuran ve psikiyatri kliniğinde yatarak tedavi gören Majör Depresyon tanılı evli kadın hastalar ile yapıldı. Necip fazıl şehir hastanesi günlük psikiyatri poliklinik hasta sayısı yaklaşık olarak 100-120 arasında olmakta, hastane bünyesindeki psikiyatri servislerinde 1 tecrit odası, 2 aktivite odası bulunmakta, 2 açık psikiyatri servisi, 1 kapalı psikiyatri servisi toplam 53 yataklı olmak üzere 11 psikiyatri uzmanı, 32 psikiyatri hemşiresi hizmet vermektedir. Tedavi planına göre ilaç tedavisi, bireysel ve aile danışmanlık hizmetleri verilmektedir. Bu Araştırma 6 Şubat Kahramanmaraş depremlerinden etkilendi ve araştırmanın yapıldığı şehir hastanesi ağır hasar aldı. Deprem sonrası süreçte poliklinik ve servis hizmetleri necip fazıl şehir hastanesine bağlı yürük selim ek hizmet binasında yürütüldü. Örneklem grubunu servis hizmetlerinin kısıtlılığından dolayı daha çok poliklinikte ayaktan tedavi ile takip edilen hastalar oluşturdu.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Kahramanmaraş Necip Fazıl Şehir Hastanesi'ne ayaktan tedavi edilmek üzere psikiyatri polikliniğine başvuran ve psikiyatri kliniğinde yatarak tedavi gören Majör Depresyon tanılı evli kadın hastalar araştırmanın evrenini oluşturmaktadır. Örneklem büyüklüğünün hesaplanmasında referans alınan Korkmaz ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada “Beck Depresyon Envanteri” esas alınarak G-Power programında minimum örneklem genişliği $\alpha=0.05$, testin gücü $(1- \beta)$ 0.95 iken toplam örneklem sayısı olasılıksız örneklem yöntemiyle 124 hasta olarak hesaplandı. Mevcut evrenden çalışmaya alınma ölçütlerini karşılayan gönüllü olarak katılan 12'si iptal olan 136 hastaya ulaşıldı. 82'si ayaktan 42'si yatan olmak üzere toplam 124 hasta araştırmanın örneklemi oluşturdu (165).

Araştırma Kapsamına Alınma Kriterleri

- 18-65 yaş aralığında olmak,
- Kadın olmak
- Evli olmak,
- Majör depresyon tanısı almak,
- En az 6 aydır majör depresyon tedavisi alıyor olmak,
- Sözel iletişim kurmakta sorunu olmamak.

Araştırma Kapsamına Alınmama Kriterleri

- Majör Depresyon tanısı dışında komorbid tanısı olmak,
- İlk kez başvuran majör depresyon hastası olmak,
- Sözel iletişim kurmakta sorun yaşayanlar, araştırma kapsamına alınmama kriterlerini karşılamaktadır.

3.4. Araştırmanın Değişkenleri

Araştırmanın bağımsız değişkenleri; Depresyon tanılı evli kadınlara ait yaş, yaşadığı yer, eğitim durumu, mesleği, çalışma durumu, gelir durumu, evlilik yaşı, evlilik sayısı, aile tipi, ocuk sayısı, hastalık öncesi veya sonrası evlenme durumunun varlığıdır.

Araştırmanın bağımlı değişkenleri; Beck Depresyon Envanteri, Kadına Yönelik Eş Şiddet leği, İntihar Olasılığı leği ve Morisky Tedavi Uyum leği'nden edilen puan ortalamalarıdır.

3.5. Verilerin Toplanması

Örneklem kapsamına alınan hastalara araştırmanın amacı açıklanarak, araştırmaya katılımın gönüllülük esasına dayandığı ve istedikleri zaman araştırmadan çekilebilecekleri belirtilerek “Kişisel Bilgi Formu” (EK II), “Beck Depresyon Envanteri” (EK III), “Kadına Yönelik Eş Şiddet leği” (EK IV), “İntihar Olasılığı leği” (EK V), “Morisky Tedavi Uyum leği” (EK VI)’ni doldurmaları istendi. Veriler araştırmacı tarafından 16 Ocak-17 Temmuz 2023 tarihleri arasında Necip Fazıl Şehir hastanesi ve ek hizmet binasında yüz yüze görüşme yöntemi ile yaklaşık 25-30 dakikada toplandı. Hastaların lekleri yanıtlarken kendilerini güvende hissetmeleri için eşlerinden ve diğer hastalardan ayrı bir alana (bekleme odalarına) alınarak ölçekleri yanıtlamaları sağlandı.

3.6. Veri Toplama Araçları

Veri toplama aracı “Kişisel Bilgi Formu (EK II)”, “Beck Depresyon Envanteri (EK III)”, “Kadına Yönelik Eş Şiddet leği (EK IV)”, “İntihar Olasılığı leği (EK V)” ve “Morisky Tedavi Uyum leği (EK VI)” kullanıldı.

3.6.1. Kişisel Bilgi Formu (EK-II)

Araştırmacı tarafından hazırlanan bu form, hastaların yaş, yaşadığı yer, gelir durumu gibi sosyodemografik özellikleri ve hastalığa ilişkin bilgilerini belirlemeyi amaçlayan 23 sorudan oluşmaktadır.

3.6.2. Beck Depresyon Envanteri (BDE) (EK III)

Depresyonda görülen vejetatif, duyuşsal, bilişsel ve motivasyonel belirtileri ölçmektedir. Beck (1961) tarafından geliştirilmiş, 21 maddeden oluşan bir kendini değerlendirme ölçeğidir. Hisli tarafından (1989) Türkçeye uyarlanmış geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları yapılmıştır. Ölçeğin amacı depresyon tanısı koymak değil, belirtilerin derecesini objektif olarak sayılara dökmektir. Ölçekte her madde 0-3 puan arasında puan alır. Bu puanların toplamı depresyon puanını verir. Alınabilecek en düşük puan 0 en yüksek puan 63'tür. Toplam puanın yüksekliği, depresyon şiddetinin yüksekliğini gösterir. 17 ve üzeri depresyon puanı normalin üstündeki depresyonu göstermektedir. Sonuçlar 0-9 hiç yok/minimal depresyon, 10-18 hafif depresyon, 19-29 orta depresyon, 30-63 şiddetli depresyon olarak değerlendirilmektedir. Ölçeğin türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışmasında Cronbach's alpha değeri 0.74 olarak bulunmuştur (136, 137). Bu araştırmada Cronbach's alpha değeri 0.94 olarak bulundu.

3.6.3. Kadına Yönelik Eş Şiddet Ölçeği (KYEŞÖ) (EK-IV)

Kadına Yönelik Eş Şiddet Ölçeği Deniz (2019) tarafından geliştirilmiş olup, toplam 29 maddeden oluşmaktadır. KYEŞÖ kadınların maruz kaldıkları eş şiddetine ilişkin şiddetin türü, şiddete ilişkin sosyal destek algılarını ve şiddetle ilgili sahip oldukları yaygın inanışları ölçmeyi amaçlamaktadır. Ölçek "Hiç katılmıyorum(1)" "biraz katılıyorum(2)" "kararsızım(3)" "çok katılıyorum(4)" ve "tamamen katılıyorum(5)" olmak üzere 5'li likert tipinde bir kendini değerlendirme aracıdır. Ölçekten alınabilecek en yüksek puan 145, en düşük puan ise 29'dur. Yapılan faktör analizi çalışmasında maddelerin 3 faktörde toplandığı görülmüştür. Ölçek puanlanırken şiddet karşısında sosyal destek talebine ilişkin olumlu ifade taşıyan 12, 15, 16. Maddeler ters çevirilerek puanlanmaktadır. Ölçek 3 alt ölçekten oluşmakta; kadına yönelik eş şiddeti (fiziksel, psikolojik, ekonomik ve cinsel) 1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,13,14,19,24,25,26,27; şiddet mağdurunun şiddet

karşısındaki sosyal destek algısı 12,15,16,17,18,29; şiddet mağdurunun şiddete ilişkin yaygın inanışları 20,21,22,23,28 maddeleri içermektedir. Deniz (2019) tarafından ölçeğin geçerlilik güvenirlik Cronbach's alfa katsayısı Kadına Yönelik Eş Şiddet Ölçeği toplam puan için 0.93 olarak hesaplanmıştır (138). Bu araştırmada Kadına Yönelik Eş Şiddet Ölçeği toplam puan için Cronbach's alpha değeri 0.96 olarak bulundu.

3.6.4. İntihar Olasılığı Ölçeği (İÖÖ) (EK V)

Cull ve Gill (1990) tarafından intihar olasılığını değerlendirmek amacıyla geliştirilmiş, Atlı ve ark. (2009) tarafından Türkçe uyarlaması yapılmış bir kendini bildirim aracıdır. İntihar düşüncesi, umutsuzluk, düşmanlık ve olumsuz kendilik değerlendirmesi olmak üzere toplam 4 alt boyutu vardır. 36 maddeden oluşmaktadır ve “hiçbir zaman ya da nadiren”, “bazen”, “sık sık” ve “çoğu zaman ya da her zaman” şeklinde 4'lü Likert tipi ölçek üzerinden cevaplanmaktadır. Ölçek her madde için toplam puanı 1 ile 4 arasında hesaplanırken ölçekten alınacak toplam puan 36 ile 144 arasında değişmektedir. Ölçekten alınan puanlar dört gruba ayrılmıştır (0-24 normal, 25-49 hafif düzeyde risk, 50-74 orta düzeyde risk, 75-100 yüksek risk) alınan puanlar ne kadar fazla ise intihar olasılığı o kadar fazladır. Atlı ve ark. (2009) tarafından ölçeğin geçerlilik güvenirlik Cronbach's alfa katsayısı 0.89 olarak hesaplanmıştır (139, 140). Bu araştırmada Cronbach's alpha değeri 0.95 olarak bulundu.

3.6.5. Morisky Tedavi Uyum Ölçeği (MTUÖ) (EK VI)

Morisky (1986) tarafından geliştirilmiş, geçerlilik ve güvenirlik çalışması Morisky ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. Ülkemizde geçerlilik ve güvenirlik çalışması iki uçlu duygudurum bozukluğu hastalarında tedaviye uyumu ölçmek için Bahar (2013) tarafından gerçekleştirilmiştir. Ölçek hasta tarafından doldurulan ve tedavi uyumunu ölçen, evet/hayır şeklinde yanıtlanan 2 seçenekli 4 kapalı uçlu sorudan oluşmaktadır. Soruların tümüne “hayır” denmişse ilaç uyumu yüksek, bir veya iki soruya “evet” denmişse ilaç uyumu orta, üç ya da dört soruya “evet” denmişse ilaç uyumu düşük olarak değerlendirilmektedir. Bu ölçeğin değerlendirilmesini kolaylaştırmak amacıyla “evet” ve “hayır” cevaplarına puan verilerek hesaplama yapılmıştır. Maddelere verilen “hayır” cevabı 1, “evet”

cevabı ise “0”olarak değerlendirilmiştir. Bu durumda ölçek puanı 0-4 arasında değişebilmektedir. Ölçekten 4 puan alınması tedaviye uyumun yüksek, 2 ya da 3 puan orta ve 0 ya da 1 puan alması tedaviye uyumun düşük olduğunu göstermektedir. Doldurulması kolay bir ölçektir. Bahar (2013) tarafından ölçeğin geçerlik ve güvenilirlik Cronbach’s alpha değeri 0,62 bulunmuştur (141,142). Bu araştırmada Cronbach’s alpha değeri 0.66 olarak bulundu.

3.7. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmadan elde edilen verilerin tanımlayıcı istatistikleri sayısal değişkenler için ortalama, standart sapma ile kategorik değişkenler için frekans ve yüzde analizi ile verildi. Kullanılan ölçeklerin güvenilirliği Cronbach alfa katsayısı ile değerlendirildi. Kullanılan ölçeklerden elde edilen toplam puanların ve alt boyut puanlarının normal dağılıma uygunluğu Shapiro Wilk testi ile incelenmiş olup normal dağılıma uyduğu belirlendi ($p>0,05$). Bu değişkenlerin kategorik değişkenlere göre karşılaştırılmasında iki grup içeren kategorik değişkenler için bağımsız örneklem t testi (student t testi), üç ve daha fazla grup içeren kategorik değişkenler için Varyans Analizi kullanıldı. Buna ek olarak gruplar arasındaki farklılığı belirlemek amacıyla Tukey çoklu karşılaştırma testi uygulandı. Ayrıca ölçekler arasındaki ilişkiyi belirlemek ve modellemek için Pearson korelasyon analizi ve Path analizi uygulandı. Analizler SPSS 22.0 ve AMOS 21.0 programı yardımıyla gerçekleştirildi. $p<0,05$ anlamlılık seviyesi seçildi.

3.8. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmaya başlamadan önce araştırmanın yapılacağı Kahramanmaraş Necip Fazıl Şehir Hastanesinden gerekli olan kurum izinleri alınmış olup Gaziantep Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kuruluna (2022/370) sunularak onay alındı. Gerekli ölçek izinleri mail aracılığı ile ölçek sahiplerinden alındı. Araştırma verileri toplanırken hastalara araştırmanın amacı, süresi açıklanarak ve yazılı onam alınarak “Aydınlatılmış Onam” etik ilkesine, araştırmanın gönüllülük esasına dayandığını ve istedikleri zaman araştırmaya katılmaktan vazgeçebilecekleri belirtilerek “Özerkliğe Saygı” ilkesine, Kişisel bilgilerin korunacağı ve kimse ile paylaşılmayacağı açıklanarak “Gizlilik ve Gizliliğin Korunması” etik ilkesine, soruları cevaplayan bireylerin kimliğinin ve elde edilen bilgilerin gizli tutulacağı belirtilerek “Kimliksizlik ve Güvenlik” etik ilkesine uyuldu.

3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmanın veri toplama sürecinin deprem dönemine denk gelmesi, majör depresyon tanılı ve daha çok ayaktan tedavi gören hastalarla çalışılması, hastaların fiziksel şiddet dışındaki şiddet türlerini eş şiddeti olarak görmemeleri, eşleriyle beraber hastaneye gelmeleri, araştırmanın yalnızca Kahramanmaraş Necip Fazıl Şehir Hastanesi psikiyatri kliniği ve polikliniğinde ayaktan ve yatarak tedavi görme amacı ile başvuran hastalarla yapılması araştırmanın sınırlılığı olup, elde edilen bulgular yalnızca bu gruba genellenebilir.

4. BULGULAR

Bu bölümde çalışmada yer alan Majör depresyon tanılı hastaların tanımlayıcı özellikleri, Beck Depresyon Envanteri, Kadına Yönelik Eş Şiddet Ölçeği, İntihar Olasılığı Ölçeği, Morisky Tedavi Uyum Ölçeği ve alt ölçeklerden alınan toplam puan ortalamaları, toplam puan ortalamaları arasındaki ilişki, ölçeklerin tanımlayıcı özelliklerine göre karşılaştırmaları yer almaktadır.

Tablo 1: Majör Depresyon Tanılı Hastaların Sosyodemografik Özelliklerinin Dağılımı (n=124)

Sosyodemografik özellikler	Kategori	Toplam
		N (%)
Yaşadığı yer	Köy+Kasaba	23 (18,15)
	Şehir merkezi	101 (81,45)
Eğitim Durumu	Okur yazar	6 (4,84)
	İlkokul	40 (32,26)
	Ortaokul	23 (18,55)
	Lise	26 (20,97)
	Üniversite ve üstü	29 (23,39)
Meslek	Ev hanımı	78 (62,9)
	Çalışan	46 (37,1)
Çalışma Durumu	Evet	46 (37,1)
	Hayır	78 (62,9)
Gelir Durumu	Gelir giderden az	28 (22,58)
	Gelir gidere denk	58 (46,77)
	Gelir giderden fazla	38 (30,65)
Evlilik Yaşı	18 yaş ve altı	36 (29,03)
	19-35	83 (66,94)
	36 yaş ve üzeri	5 (4,03)
Evlilik Sayısı	1	108 (87,1)
	2	16 (12,9)
Evlilik Süresi	1 yıldan az	6 (4,84)
	1-4 yıl	24 (19,35)
	4-8 yıl	19 (15,32)
	8 yıl ve üzeri	75 (60,48)
Tanışma şekli	Tanışarak	65 (52,42)
	Görücü usulü	55 (44,35)
	Akraba	4 (3,23)
Hukuki Durumu	Dini nikahlı	4 (3,23)
	Her ikisi	120 (96,77)

Aile Tipi	Çekirdek aile	108 (87,1)
	Geniş aile	16 (12,9)
Çocuk Sayısı	Yok	11 (8,87)
	1	25 (20,16)
	2	37 (29,84)
	3 ve üzeri	51 (41,13)
Eş Eğitim Durumu	İlkokul	27 (21,77)
	Ortaokul	24 (19,35)
	Lise	43 (34,68)
	Üniversite ve üstü	30 (24,19)
Eş Meslek	Çalışmıyor	17 (13,71)
	Özel sektör çalışan	54 (43,55)
	Kamu	32 (25,81)
	Serbest meslek	21 (16,94)
Eş Hastalık	Evet	12 (9,68)
	Hayır	112 (90,32)
Hastalık Süresi	1 yıldan az	6 (4,84)
	1-3 yıl	38 (30,65)
	3-5 yıl	38 (30,65)
	5 yıl ve üzeri	42 (33,87)
Hastalık Öncesi Evlenme Durumu	Evlilik öncesi hastalanma	23 (18,55)
	Evlendikten sonra hastalanma	101 (81,45)
Yatış Durumu	Evet	52 (41,94)
	Hayır	72 (58,06)
İntihar Girişimi	Evet	46 (37,1)
	Hayır	78 (62,9)
Eşinden Şiddet Görme	Yok	62 (50)
	Var	62 (50)
Tedavide Eş Tutumu	Hastalığının farkında ve destekleyici	52 (41,94)
	Hastalığına inanmıyor. Numara yaptığını düşünüyor	25 (20,16)
	Tıbbi tedavinin işe yaramayacağını düşünüyor	29 (23,39)
	Hastalığının farkında fakat desteklemiyor	18 (14,52)
BDE Düzeyi	hafif depresyon	15 (12,1)
	orta depresyon	42 (33,87)
	şiddetli depresyon	67 (54,03)

Değişkenler	Hastalar	
	Ort±SS	Medyan (min-maks)
Yaş	40,98 ± 10,03	41 (19-62)
Eş Yaşı	44,52 ± 10,13	44,5 (25-64)

Ort.: Ortalama, **SS:** Standart sapma, **Min.:** Minimum değer, **Maks.:** Maksimum değer

Majör depresyon tanılı hastaların sosyodemografik özellikleri **Tablo.1'de** yer almaktadır.

Araştırmaya katılan majör depresyon tanılı hastaların, %81,45'inin şehir merkezinde yaşadığı, %32,26'sının ilkokul mezunu, %62,9'unun ev hanımı, %62,9'unun çalışmadığı, %46,77'sinin gelirinin giderine denk olduğu, %66,94'ünün evlenme yaşının 19-35 yaş arası olduğu, %87,1'inin 1. evliliği olduğu, %60,48'inin 8 yıl ve üzeri evli olduğu, %52,42'sinin tanışarak evlendiği, %96,77'sinin eşiyle hukuki durumunda resmi ve dini nikahın her ikisinin de olduğu, %87,1'inin çekirdek aile, %41,13'ünün 3 ve üzeri çocuğu olduğu, %34,68'inin eşinin lise mezunu olduğu, %43,55'inin eşinin özel sektör çalışanı olduğu, %90,32'sinin eşinin psikiyatrik bir hastalığı olmadığı, %33,87'sinin hastalığının başlama süresinin 5 yıl ve üzeri olduğu, %81,45'inin evlendikten sonra hasta olduğu, %58,06'sının daha önce kliniğe yatış yapmadığı, %62,9'unun daha önce intihar girişiminde bulunmadığı, %50'sinin daha önce şiddet görmediği, %41,94'ünün eşinin hastalığının farkında ve destekleyici olduğu, %54,03'ünün şiddetli depresyonda olduğu, yaş ortalamalarının 40,98 ± 10,03 (19-62) olduğu, eşlerin yaş ortalamalarının 44,52 ± 10,13(25-64) olduğu belirlendi.

Tablo 2: Majör Depresyon Tanılı Hastaların BDE, KYEŞÖ, İÖÖ, MTUÖ Alt Ölçekleri ve Toplam Puan Ortalamalarının Dağılımı (n=124)

	Hastalar	
	Ort±SS	Medyan (min-maks)
BDE	31,45 ± 10,59	30,5 (13-58)
Kadına yönelik eş şiddeti KYEŞÖ	50,42 ± 18,89	51,5 (19-88)
Sosyal destek algısı KYEŞÖ	18,51 ± 4,91	18 (8 -30)
Yaygın İnanışlar KYEŞÖ	7,81 ± 2,01	7 (5-17)
KYEŞÖ	76,73 ± 24,5	76 (34 -135)
Umutsuzluk İÖÖ	29,71 ± 9,45	29,5 (12-45)
Düşmanlık İÖÖ	15,68 ± 6,27	15 (7 -28)
Olumsuz kendilik değerlendirmesi İÖÖ	17 ± 2,3	17 (11 -22)
İntihar düşüncesi İÖÖ	15,15 ± 4,03	15 (8 -24)
İÖÖ	77,53 ± 18,89	78 (42-112)
MTUÖ	2,35 ± 1,39	3 (0 -4)

Majör depresyon tanılı hastaların BDE, KYEŞÖ, İÖÖ, MTUÖ alt ölçekleri ve toplam puan ortalamalarının dağılımı **Tablo.2'de** yer almaktadır.

Araştırmaya katılan majör depresyon tanılı hastaların BDE toplam puan ortalaması $31,45\pm10,59$, KYEŞÖ alt ölçeklerinden; kadına yönelik eş şiddeti alt ölçeği puan ortalaması $50,42\pm18,89$, sosyal destek algısı alt ölçeği puan ortalaması $18,51\pm4,91$, yaygın inanışlar alt ölçeği puan ortalaması $7,81\pm2,01$ ve KYEŞÖ toplam puan ortalaması $76,73\pm24,5$, İOÖ alt ölçeklerinden; umutsuzluk alt ölçeği puan ortalaması $29,71\pm9,45$, düşmanlık alt ölçeği puan ortalaması $15,68\pm6,27$, olumsuzluk kendilik değerlendirmesi alt ölçeği toplam puan ortalaması $17\pm2,3$, intihar düşüncesi alt ölçeği puan ortalaması $15,15\pm4,03$, İOÖ toplam puan ortalaması $77,53\pm18,89$, MTUÖ toplam puan ortalaması $2,35\pm1,39$ olarak saptandı.



Tablo 3: Majör Depresyon Tanılı Hastaların BDE, KYEŞÖ, İÖÖ, MTUÖ Toplam Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki (n=124)

Ölçekler		KYEŞÖ	İÖÖ	MTUÖ	
HASTALAR	BDE	r	0,742**	0,919**	-0,669**
		p	0,001	0,001	0,001
	KYEŞÖ	r	1	0,843**	-0,694**
		p		0,001	0,001
	İÖÖ	r	0,843**	1	-0,711**
		p	0,001		0,001

*p<0,05; Pearson korelasyon analizi

0<r<0,2 ise çok düşük ilişki
0,2<r<0,4 düşük ilişki
0,4<r<0,6 orta ilişki
0,6<r<0,8 yüksek ilişki
0,8<r<1 çok yüksek ilişki

Majör Depresyon Tanılı Hastaların BDE, KYEŞÖ, İÖÖ ve MTUÖ toplam puan ortalamalarının birbiri ile ilişkisi **Tablo 3**'te yer almaktadır.

Araştırmaya katılan majör depresyon tanılı hastaların BDE toplam puan ortalaması ile KYEŞÖ toplam puan ortalamaları arasında pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı yüksek düzey bir ilişki olduğu belirlendi (p<0.05).

BDE toplam puan ortalaması ile İÖÖ toplam puan ortalamaları arasında pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı çok yüksek düzey bir ilişki olduğu belirlendi (p<0.05).

BDE toplam puan ortalaması ile MTUÖ toplam puan ortalamaları arasında negatif yönde istatistiksel olarak anlamlı yüksek düzey bir ilişki olduğu belirlendi (p<0.05).

KYEŞÖ ile İÖÖ toplam puan ortalamaları arasında pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı çok yüksek düzey bir ilişki olduğu saptandı (p<0.05).

KYEŞÖ ile MTUÖ toplam puan ortalamaları arasında negatif yönde istatistiksel olarak anlamlı yüksek düzey bir ilişki olduğu saptandı (p<0.05).

İÖÖ ile MTUÖ toplam puan ortalamaları arasında negatif yönde istatistiksel olarak anlamlı yüksek düzey bir ilişki olduğu saptandı (p<0.05).

Tablo 4: Majör Depresyon Tanılı Hastaların BDE, KYEŞÖ, İÖÖ, MTUÖ Alt Ölçekleri ve Toplam Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki (n=124)

HASTALAR		BDE	KYEŞ	SDA	Yİ	KYŞEÖ	U	D	OKD	İD	İÖÖ	MTUÖ
BDE	r	1	0,724**	0,677**	0,593**	0,742**	0,901**	0,892**	-0,076	0,853**	0,919**	-0,669**
	p		0,001	0,001	0,001	0,001	0,001	0,001	0,404	0,001	0,001	0,001
KYEŞ alt ölçeği	r	0,724**	1	0,830**	0,650**	0,991**	0,826**	0,800**	0,199*	0,835**	0,832**	-0,696**
	p	0,001		0,001	0,001	0,001	0,001	0,001	0,027	0,001	0,001	0,001
SDA alt ölçeği	r	0,677**	0,830**	1	0,584**	0,889**	0,742**	0,692**	-0,063	0,785**	0,761**	-0,536**
	p	0,001	0,001		0,001	0,001	0,001	0,001	0,484	0,001	0,001	0,001
Yİ alt ölçeği	r	0,593**	0,650**	0,584**	1	0,701**	0,595**	0,584**	-0,090	0,547**	0,597**	-0,599**
	p	0,001	0,001	0,001		0,001	0,001	0,001	0,322	0,001	0,001	0,001
KYŞEÖ	r	0,742**	0,991**	0,889**	0,701**	1	0,835**	0,803**	-0,174	0,846**	0,843**	-0,694**
	p	0,001	0,001	0,001	0,001		0,001	0,001	0,054	0,001	0,001	0,001
U alt ölçeği	r	0,901**	0,826**	0,742**	0,595**	0,835**	1	0,939**	-0,214*	0,909**	0,980**	-0,698**
	p	0,001	0,001	0,001	0,001	0,001		0,001	0,017	0,001	0,001	0,001
D alt ölçeği	r	0,892**	0,800**	0,692**	0,584**	0,803**	0,939**	1	-0,236**	0,907**	0,967**	-0,731**
	p	0,001	0,001	0,001	0,001	0,001	0,001		0,008	0,001	0,001	0,001
OKD alt ölçeği	r	-0,076	0,199*	-0,063	-0,090	-0,174	-0,214*	-0,236**	1	-0,188*	-0,104	0,164
	p	0,404	0,027	0,484	0,322	0,054	0,017	0,008		0,036	0,249	0,069
İD alt ölçeği	r	0,853**	0,835**	0,785**	0,547**	0,846**	0,909**	0,907**	-0,188*	1	0,946**	-0,652**
	p	0,001	0,001	0,001	0,001	0,001	0,001	0,001	0,036		0,001	0,001
İÖÖ	r	0,919**	0,832**	0,761**	0,597**	0,843**	0,980**	0,967**	-0,104	0,946**	1	-0,711**
	p	0,001	0,001	0,001	0,001	0,001	0,001	0,001	0,249	0,001		0,001
MTUÖ	r	-0,669**	-0,696**	-0,536**	-0,599**	-0,694**	-0,698**	-0,731**	0,164	-0,652**	-0,711**	1
	p	0,001	0,001	0,001	0,001	0,001	0,001	0,001	0,069	0,001	0,001	

*p<0,05; Pearson korelasyon analizi

BDE: Beck Depresyon Envanteri, KYEŞÖ: Kadına Yönelik Eş Şiddet Ölçeği, İÖÖ: İntihar Olasılığı Ölçeği, MTUÖ: Morisky Tedavi Uyum Ölçeği, KYEŞ: Kadına Yönelik Eş Şiddeti, SDA: Sosyal destek algısı, Yİ: Yaygın İnanışlar, U: Umutsuzluk, D: Düşmanlık, OKD: Kendini olumsuz değerlendirmesi, İD: İntihar düşüncesi.

Tablo 4'te Majör depresyon tanılı hastaların BDE, KYEŞÖ, İÖÖ, MTUÖ alt ölçekleri ve toplam puan ortalamaları arasındaki ilişki yer almaktadır.

Araştırmaya katılan majör depresyon tanılı hastaların **BDE toplam puan ortalaması** ile KYEŞÖ toplam puan ortalaması ve alt ölçeklerinin tamamı arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönde bir ilişki olduğu saptandı (p<0,05). BDE puan ortalaması ile İÖÖ toplam puan ortalaması, İÖÖ alt

ölçeklerinden; umutsuzluk, düşmanlık, intihar düşüncesi alt ölçekleri arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönde bir ilişki olduğu saptandı ($p<0,05$). BDE ile MTUÖ toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif yönde bir ilişki olduğu belirlendi ($p<0,05$).

Kadına yönelik eş şiddeti alt ölçeği ile İÖÖ alt ölçeklerinin tamamı arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönde bir ilişki olduğu saptandı ($p<0,05$). Kadına yönelik eş şiddeti alt ölçeği ile MTUÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif yönde bir ilişki olduğu belirlendi ($p<0,05$).

Sosyal destek algısı alt ölçeği ile İÖÖ alt ölçeklerinden; umutsuzluk, düşmanlık, intihar düşüncesi alt ölçekleri arasında pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu saptandı ($p<0,05$). Sosyal destek algısı alt ölçeği ile MTUÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif yönde bir ilişki olduğu saptandı ($p<0,05$).

Yaygın inanışlar alt ölçeği ile İÖÖ alt ölçeklerinden; umutsuzluk, düşmanlık, intihar düşüncesi alt ölçekleri arasında pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu saptandı ($p<0,05$). Yaygın inanışlar alt ölçeği ile MTUÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif yönde bir ilişki olduğu saptandı ($p<0,05$).

KYEŞÖ toplam puan ortalaması ile İÖÖ toplam puan ortalaması ve İÖÖ alt ölçeklerinden; umutsuzluk, düşmanlık, intihar düşüncesi alt ölçekleri arasında pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu saptandı ($p<0,05$). KYEŞÖ ile MTUÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif yönde bir ilişki olduğu saptandı ($p<0,05$).

Umutsuzluk alt ölçeği ile KYEŞÖ alt ölçeklerinin tamamı arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönde bir ilişki olduğu saptandı ($p<0,05$). Umutsuzluk alt ölçeği ile MTUÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif yönde bir ilişki olduğu saptandı ($p<0,05$).

Düşmanlık alt ölçeği ile KYEŞÖ alt ölçeklerinin tamamı arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönde bir ilişki olduğu saptandı ($p<0,05$). Düşmanlık alt ölçeği ile MTUÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif yönde bir ilişki olduğu saptandı ($p<0,05$).

Olumsuz kendilik değerlendirmesi alt ölçeği ile kadına yönelik eş şiddeti alt ölçeği arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönde bir ilişki olduğu saptandı ($p<0,05$).

İntihar düşüncesi alt ölçeği ile KYEŞÖ alt ölçeklerinin tamamı arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönde bir ilişki olduğu saptandı ($p<0,05$). İntihar düşüncesi alt ölçeği ile MTUÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif yönde bir ilişki olduğu saptandı ($p<0,05$).

İÖÖ toplam puan ortalaması ile KYEŞÖ alt ölçeklerinin tamamı arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönde bir ilişki olduğu saptandı ($p<0,05$). İÖÖ puan ortalaması ile MTUÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif yönde bir ilişki olduğu saptandı ($p<0,05$).



Tablo 5: Majör Depresyon Tanılı Hastaların BDE, KYEŞÖ, İOÖ, MTUÖ Path Analizi

	Ölçekler		Ölçekler	Beta	Standart hata	r	p
HASTALAR	KYEŞÖ	<---	BDE	1,718	0,140	0,742	0,001*
	İOÖ	<---	BDE	1,165	0,075	0,653	0,001*
	MTUÖ	<---	BDE	-0,045	0,012	-0,342	0,001*
	İOÖ	<---	KYEŞÖ	0,276	0,032	0,358	0,001*
	MTUÖ	<---	KYEŞÖ	-0,025	0,005	-0,440	0,001*

*p<0,05; Path analizi

Tablo 5'te Majör depresyon tanılı hastaların BDE, KYEŞÖ, İOÖ ve MTUÖ Path Analizi yer almaktadır.

Araştırmaya katılan hastaların KYEŞÖ ile BDE arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu saptandı (p<0,05).

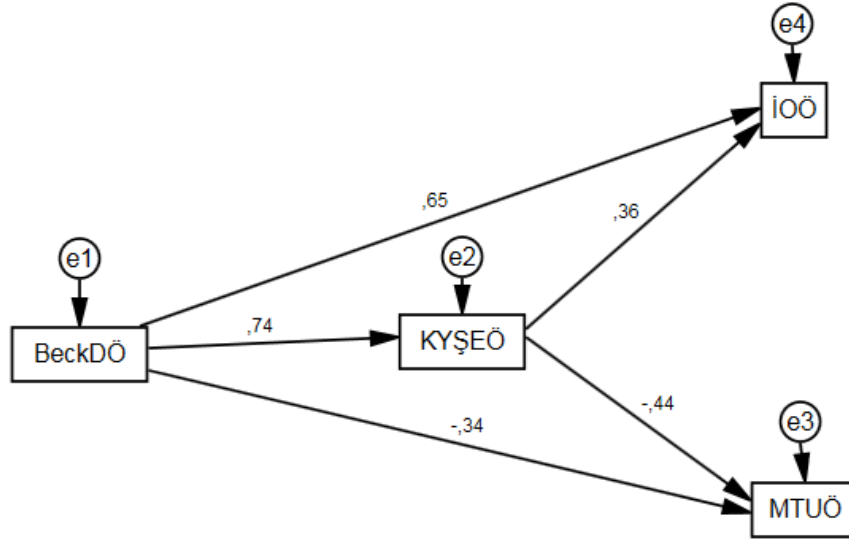
İOÖ ile BDE arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu saptandı (p<0,05).

MTUÖ ile BDE arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu saptandı (p<0,05).

İOÖ ile KYEŞÖ arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu saptandı (p<0,05).

MTUÖ ile KYEŞÖ arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu saptandı (p<0,05).

Şekil 1. Majör Depresyon Tanılı Toplam Hastaların BDE, KYŞEÖ, İOÖ ve MTUÖ Ölçekleri Arası Path Analizi Grafiği



Oluşturulan Path Analiz modelinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu, modelin toplam hastalara uyumlu olduğu belirlendi ($\chi^2=1,758$; RMSEA= 0,079, p= 0,185).

Tablo 6. Majör Depresyon Tanılı Hastaların Sosyodemografik Özelliklerine Göre BDE, KYEŞÖ, İÖÖ ve MTUÖ Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=124)

Sosyodemografik Özellikler	ÖLÇEKLER			
	BDE X ± SS	KYEŞÖ X ± SS	İÖÖ X ± SS	MTUÖ X ± SS
Yaşadığı yer				
Köy/kasaba	34.48 ±10.44	85.09 ±24.55	82.74 ±18.76	1.70 ±1.29
Şehir merkezi	30.76 ±10.55	74.83 ±24.21	76.35 ±18.81	2.50 ±1.37
	t: 1.527	t: 1.829	t: 1.472	t: -2.553
	p: 0.129	p: 0.070	p: 0.144	p: 0.012*
Meslek grubu				
Ev hanımı	34.21 ±10.35	83.95 ±23.67	82.22 ±17.78	1.92 ±1.37
Çalışan	26.78 ±9.36	64.50 ±20.95	65.59 ±18.22	3.70 ±1.10
	t: 3.993	t: 4.608	t: 3.787	t: -4.818
	p: 0.001*	p: 0.001*	p: 0.001*	p: 0.001*
Gelir durumu				
Gelir giderden az	39.43 ±7.27a	95.21 ±18.9a	92.11 ±11.53a	1.04 ±0.84c
Gelir gidere denk	31.79 ±10.29b	77.14 ±22.99b	77.41 ±17.57b	2.34 ±1.36b
Gelir giderden fazla	25.05 ±8.98c	62.50 ±21.30c	66.97 ±18.39c	3.32 ±0.87a
	F: 19.362	F: 18.473	F: 18.279	F: 33.298
	p: 0.001*	p: 0.001*	p: 0.001*	p: 0.001*
Evlilik yaşı				
18 yaş ve altı	37.42 ±9.36	87.75 ±23.64	86.56 ±15.42	1.39 ±1.05
19 yaş ve üzeri	29.01 ±10.13	72.23 ±23.52	73.84 ±19.01	2.74 ±1.32
	t: 4.286	t: 3.331	t: 3.560	t: -5.473
	p: 0.001*	p: 0.001*	p: 0.001*	p: 0.001*
Evlilik süresi				
0-4 yıl	27.43 ±9.12	71.00 ±22.51	73.37 ±18.76	3.07 ±1.17
4 yıl ve üzeri	32.73 ±10.75	78.56 ±24.94	78.86 ±18.84	2.12 ±1.37
	t: -2.434	t: -1.479	t: -1.392	t: 3.407
	p: 0.016*	p: 0.142	p: 0.166	p: 0.001*
Tanışma şekli				
Tanışarak	28.12 ±9.27	69.32 ±21.82	72.00 ±18.04	2.88 ±1.22
Görücü usulü/akraba	35.12 ±10.82	84.90 ±24.87	83.63 ±18.05	1.76 ±1.33
	t: -3.878	t: -3.715	t: -3.584	t: 4.868
	p: 0.001*	p: 0.001*	p: 0.001*	p: 0.001*

*p<0,05; Varyans analizi; a,b,c:Farklı harfler gruplar arasındaki farklılığı temsil etmektedir (Tukey testi)

*p<0,05; t testi

Tablo 8. Majör Depresyon Tanılı Hastaların Sosyodemografik Özelliklerine Göre BDE, KYEŞÖ, İÖÖ ve MTUÖ Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=124) (Devamı)

Sosyodemografik Özellikler	ÖLÇEKLER			
	BDE X ± SS	KYEŞÖ X ± SS	İÖÖ X ± SS	MTUÖ X ± SS
Hastalık süresi				
0-3 yıl	27.61 ±9.17	71.61 ±23.16	72.27 ±18.70	2.91 ±1.18
3 yıl ve üzeri	33.56 ±10.78	79.55 ±24.90	80.43 ±18.48	2.04 ±1.40
	t: -3.096	t: -1.740	t: -2.341	t: 3.502
	p: 0.002*	p: 0.084	p: 0.021*	p: 0.001*
Kliniğe yatış				
Evet	37.37 ±10.01	83.50 ±26.10	85.96 ±16.68	1.62 ±1.37
Hayır	27.18 ±8.85	71.85 ±22.20	71.44 ±18.13	2.87 ±1.14
	t: 5.986	t: 2.678	t: 4.548	t: -5.573
	p: 0.001*	p: 0.008*	p: 0.001*	p: 0.001*
İntihar girişimi				
Evet	40.28 ±7.95	94.98 ±21.26	93.96 ±11.06	1.09 ±0.91
Hayır	26.24 ±8.25	65.97 ±19.46	67.85 ±15.57	3.09 ±1.03
	t: 9.273	t: 7.746	t: 9.979	t: -10.862
	p: 0.001*	p: 0.001*	p: 0.001*	p: 0.001*
Şiddet görme durumu				
Yok	27.05 ±9.46	58.00 ±15.00	67.10 ±14.91	2.73 ±1.26
Var	35.85 ±9.86	95.47 ±16.49	87.97 ±16.61	1.97 ±1.41
	t: -5.074	t: -13.233	t: -7.362	t: 3.155
	p: 0.001*	p: 0.001*	p: 0.001*	p: 0.002*

*p<0,05; t testi

Tablo 6 incelendiğinde;

Yaşadığı yere göre;

Araştırmaya katılan hastaların MTUÖ puan ortalamaları ile yaşadığı yer arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptandı (p<0,05). Köy/Kasaba’da MTUÖ puan ortalaması 1,70 ± 1,29, Şehir merkezi’nde MTUÖ puan ortalaması 2,50 ± 1,37 olarak belirlendi. Şehir merkezinde yaşayanların köy/kasaba’da yaşayanlara kıyasla tedavi uyumunun istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlendi (p<0.05). Araştırmaya katılan hastaların BDE, İÖÖ, KYEŞÖ toplam puan ortalamaları ile yaşadığı yer arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı belirlendi (p>0.05).

Meslek grubuna göre; Araştırmaya katılan hastaların BDE, KYEŞÖ, İÖÖ, MTUÖ puan ortalamaları ile meslek grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptandı ($p<0,05$). Ev hanımlarının BDE puan ortalaması $34,21 \pm 10,35$, KYEŞÖ puan ortalaması $83,95 \pm 23,67$, İÖÖ puan ortalaması $82,22 \pm 17,78$ olarak belirlendi. Çalışanların MTUÖ puan ortalaması $3,7 \pm 1,1$ olarak belirlendi. Ev hanımlarının çalışanlara kıyasla depresyon, eş şiddeti, intihar olasılığı düzeylerinin istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlendi ($p<0,05$). Çalışanların ev hanımlarına kıyasla tedavi uyumunun istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlendi ($p<0,05$).

Gelir durumuna göre; Araştırmaya katılan hastaların BDE, KYEŞÖ, İÖÖ, MTUÖ toplam puan ortalamaları ile gelir durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptandı ($p<0,05$). Geliri giderden az olanların BDE puan ortalaması $39,43 \pm 7,27$, KYEŞÖ puan ortalaması $95,21 \pm 18,9$, İÖÖ puan ortalaması $92,11 \pm 11,53$ olarak belirlendi. Geliri giderden fazla olanların MTUÖ puan ortalaması $3,32 \pm 0,87$ olarak belirlendi. Geliri az olanların, geliri denk ve fazla olanlara kıyasla depresyon, eş şiddeti, intihar olasılığı düzeylerinin istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlendi ($p<0,05$). Geliri fazla olanların, geliri az ve denk olanlara kıyasla tedavi uyumunun istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlendi ($p<0,05$).

Evlenme yaşına göre; Araştırmaya katılan hastaların BDE, KYEŞÖ, İÖÖ, MTUÖ toplam puan ortalamaları ile evlenme yaşı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptandı ($p<0,05$). 18 yaş ve altı BDE puan ortalaması $37,42 \pm 9,36$, KYEŞÖ puan ortalaması $87,75 \pm 23,64$, İÖÖ puan ortalaması $86,56 \pm 15,42$ olarak belirlendi. 19 yaş ve üzeri MTUÖ puan ortalaması $3,7 \pm 1,1$ olarak belirlendi. 18 yaş ve altı olanların 19 yaş ve üzeri olanlara kıyasla depresyon, eş şiddeti, intihar olasılığı düzeylerinin istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlendi ($p<0,05$). 19 yaş ve üzeri olanların 18 yaş ve altı olanlara kıyasla tedavi uyumunun istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlendi ($p<0,05$).

Evlilik süresine göre; Araştırmaya katılan hastaların BDE, MTUÖ toplam puan ortalamaları ile evlilik süresi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu

saptandı ($p<0,05$). 4 yıl ve üzeri BDE puan ortalaması $32,73 \pm 10,75$ olarak belirlendi. 0-4 yıl MTUÖ puan ortalaması $3,07 \pm 1,17$ olarak belirlendi. 4 yıl ve üzeri olanların 0-4 yıl olanlara kıyasla depresyon düzeylerinin istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlendi ($p<0,05$). 0-4 yıl olanların 4 yıl ve üzeri olanlara kıyasla tedavi uyumunun istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlendi ($p<0,05$). Araştırmaya katılan hastaların KYEŞÖ, İÖÖ toplam puan ortalamaları ile evlilik süresi arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı belirlendi ($p>0,05$).

Tanışma şekline göre; Araştırmaya katılan hastaların BDE, KYEŞÖ, İÖÖ, MTUÖ toplam puan ortalamaları ile tanışma şekli arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptandı ($p<0,05$). Görücü usulü/Akraba BDE puan ortalaması $35,12 \pm 10,82$, KYEŞÖ puan ortalaması $84,9 \pm 24,87$, İÖÖ puan ortalaması $83,63 \pm 18,05$ olarak belirlendi. Tanışarak MTUÖ puan ortalaması $2,88 \pm 1,22$ olarak belirlendi. Görücü usulü/Akraba olanların Tanışarak olanlara kıyasla depresyon, eş şiddeti, intihar olasılığı düzeylerinin istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlendi ($p<0,05$). Tanışarak olanların Görücü usulü/Akraba olanlara kıyasla tedavi uyumunun istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlendi ($p<0,05$).

Hastalık süresine göre; Araştırmaya katılan hastaların BDE, İÖÖ, MTUÖ toplam puan ortalamaları ile hastalık süresi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptandı ($p<0,05$). 3 yıl ve üzeri BDE puan ortalaması $33,56 \pm 10,78$, İÖÖ puan ortalaması $80,43 \pm 18,48$ olarak belirlendi. 0-3 yıl MTUÖ puan ortalaması $2,91 \pm 1,18$ olarak belirlendi. 3 yıl ve üzeri olanların 0-3 yıl olanlara kıyasla depresyon, intihar olasılığı düzeylerinin istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlendi ($p<0,05$). 0-3 yıl olanların 3 yıl ve üzeri olanlara kıyasla tedavi uyumunun istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlendi ($p<0,05$). Araştırmaya katılan hastaların KYEŞÖ toplam puan ortalamaları ile hastalık süresi arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı belirlendi ($p>0,05$).

Kliniğe yatış durumuna göre; Araştırmaya katılan hastaların BDE, KYEŞÖ, İÖÖ, MTUÖ toplam puan ortalamaları ile kliniğe yatış durumu arasında

istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptandı ($p<0,05$). Klinikte yatış yapanların BDE puan ortalaması $37,37 \pm 10,01$, KYEŞÖ puan ortalaması $83,5 \pm 26,1$, İÖÖ puan ortalaması $85,96 \pm 16,68$ olarak belirlendi. Klinikte yatış yapmayanların MTUÖ puan ortalaması $2,87 \pm 1,14$ olarak belirlendi. Klinikte yatış yapanların yatış yapmayanlara kıyasla depresyon, eş şiddeti, intihar olasılığı düzeylerinin istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlendi ($p<0,05$). Klinikte yatış yapmayanların yatış yapanlara kıyasla tedavi uyumunun istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlendi ($p<0,05$).

İntihar girişimine göre; Araştırmaya katılan hastaların BDE, KYEŞÖ, İÖÖ, MTUÖ toplam puan ortalamaları ile intihar girişimi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptandı ($p<0,05$). İntihar girişiminde bulunanların BDE puan ortalaması $40,28 \pm 7,95$, KYEŞÖ puan ortalaması $94,98 \pm 21,26$, İÖÖ puan ortalaması $93,96 \pm 11,06$ olarak belirlendi. İntihar girişiminde bulunmayanların MTUÖ puan ortalaması $3,09 \pm 1,03$ olarak belirlendi. İntihar girişiminde bulunanların girişimde bulunmayanlara kıyasla depresyon, eş şiddeti, intihar olasılığı düzeylerinin istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlendi ($p<0,05$). İntihar girişiminde bulunmayanların girişimde bulunanlara kıyasla tedavi uyumunun istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlendi ($p<0,05$).

Şiddet görme durumuna göre; Araştırmaya katılan hastaların BDE, KYEŞÖ, İÖÖ, MTUÖ toplam puan ortalamaları ile şiddet görme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptandı ($p<0,05$). Şiddet gördüğünü belirten kadınların BDE puan ortalaması $38,85 \pm 9,86$, KYEŞÖ puan ortalaması $95,47 \pm 16,49$, İÖÖ puan ortalaması $87,97 \pm 16,61$ olarak belirlendi. Şiddet görmediğini belirten kadınların MTUÖ puan ortalaması $2,73 \pm 1,26$ olarak belirlendi. Şiddet görenlerin şiddet görmeyemlere kıyasla depresyon, eş şiddeti, intihar olasılığı düzeylerinin istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlendi ($p<0,05$). Şiddete uğramayanların şiddete uğrayanlara kıyasla tedavi uyumunun istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlendi ($p<0,05$). Araştırmada KYEŞÖ puan ortalamasının minimum 34 puan olduğu ve şiddet görmediğini belirten kadınlarında şiddet gördüğü belirlendi.

5. TARTIŞMA

Bu araştırma majör depresyon tanılı evli kadın hastalarda eş şiddetinin, intihar olasılığına ve tedavi uyumuna etkisini belirlemek amacıyla yapıldı. Bu bölümde; elde edilen sonuçlar literatür doğrultusunda tartışıldı.

5.1.Majör Depresyon Tanılı Evli Kadın Hastaların Depresyon Düzeyleri, Kadına Yönelik Eş Şiddeti, İntihar Olasılığı ve Tedavi Uyumları Toplam puan Ortalamalarının Tartışması

Bu çalışmada, majör depresyon tanılı evli kadın hastaların Beck Depresyon Envanteri toplam puan ortalamasının $31,45 \pm 10,59$ olduğu belirlendi. Araştırmaya katılan majör depresyon tanılı evli kadın hastaların şiddetli düzeyde depresif belirtiler gösterdiği belirlendi. Başaran (2023)'in 90 majör depresyon tanılı hasta ile yaptığı çalışmada hastaların orta düzey depresif belirtileri olduğu saptanmıştır (143). Özdel ve ark. (2021)'in 82 majör depresyon tanısı almış ergenle yaptığı çalışmada ergenlerin orta düzey depresyonu olduğu saptanmıştır (144). Tekintaş ve ark (2022)'in 56 majör depresyon tanısı almış hasta ile yaptığı çalışmada hastaların şiddetli düzeyde depresyonu olduğu saptanmıştır (145). Özarslan ve ark. (2013)'in yaptığı çalışmada depresyon hastalarının ortalama BDE puanının $31,70 \pm 10,20$ hastaların şiddetli düzeyde depresyonu olduğu saptanmıştır (146). Hastaların tedaviye rağmen inatçı semptomlarının devam ettiği görülmektedir. Bu çalışmada yatarak tedavi olan hastaların olması nedeniyle Beck Depresyon Envanteri toplam puan ortalamalarının yüksek olduğu düşünülmektedir. Beck Depresyon Envanteri toplam puan ortalamasının incelenen literatüre benzer düzeylerde olduğu görülmektedir.

Bu çalışmada, majör depresyon tanılı evli kadın hastaların Kadına Yönelik Eş Şiddet Ölçeği toplam puan ortalamasının $76,73 \pm 24,5$ olduğu belirlendi. Araştırmaya katılan majör depresyon tanılı evli kadın hastaların Kadına Yönelik Eş Şiddetinin yüksek olduğu belirlendi. Literatür incelendiğinde Kadına yönelik eş şiddeti ve majör depresyon ile ilgili çalışmaların kısıtlı olduğu görüldü ve araştırma depresyon, aile içi şiddet, kadına yönelik şiddet ile ilgili gruplar üzerinden de tartışıldı. Literatürde majör depresyon tanılı kadın hastalarda mevcut kadına yönelik eş şiddet ölçeğinin kullanımına rastlanmadı. Bu sebeple farklı grup

üzerinden toplam puan ortalamaları tartışıldı. Yılmaz (2023)'in yaptığı araştırmada İstanbul'da yaşayan okuma-yazma bilen 302 evli kadınının Kadına Yönelik Eş Şiddet Ölçeği toplam puan ortalaması 54.54 ± 21.53 olduğu saptanmıştır (147). Yılmaz (2023)'in yaptığı çalışmaya katılan kadınların eş şiddetinin daha düşük düzeyde olduğu saptanmıştır. Bu araştırmada majör depresyon tanılı hastaların örnekleme oluşturmamasından dolayı kadına yönelik eş şiddet ölçeği toplam puan ortalamalarının daha yüksek olduğu düşünülmektedir.

Bu araştırmada, majör depresyon tanılı evli kadın hastaların İntihar Olasılığı Ölçeği toplam puan ortalamasının $77,53 \pm 18.89$ olduğu belirlendi. Araştırmaya katılan majör depresyon tanılı evli kadın hastaların intihar olasılığının yüksek olduğu belirlendi. Sabancıoğulları ve ark. (2015)'in 155 psikiyatri hastasıyla yaptığı çalışmada İÖÖ toplam puan ortalaması 82.54 ± 14.76 , MDB tanısı alan 33 hastanın İÖÖ puan ortalaması 85.78 ± 15.42 olduğu saptanmıştır (148). Onat (2016) tarafından yapılan çalışmada MDB tanılı intihar girişimi olan 32, olmayan 30 olgu ve 30 sağlıklı kontrol grubu olmak üzere toplam 92 kişi alındı. İntihar girişimi olan grubun intihar olasılıklarının anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır (149). Çakır (2021)'in 406 yetişkin bireyle yaptığı çalışmada depresyon seviyesinin artmasıyla intihar düşüncesi, intihar olasılığının arttığı ve yetişkinlerin intihar olasılıklarının yüksek olduğu saptanmıştır (150). Nobile ve ark. (2022)'in yatarak tedavi gören 898 depresyon hastasıyla yaptığı çalışmada yüksek depresyon seviyeleri ve intihar olasılığı arasında pozitif yönde bir ilişki saptanmıştır (151). Majör depresyon tanılı hastaların şiddetli depresyon düzeyinde olması, depresyonda olumsuz kendilik algısı, umutsuzluk, kendini suçlama eğilimleri, öğrenilmiş çaresizlik gibi faktörlerin intihar riskini artırdığı düşünülmektedir. İntihar Olasılığı Ölçeği toplam puan ortalamasının incelenen literatüre benzer düzeylerde olduğu görülmektedir.

Bu araştırmada, majör depresyon tanılı hastaların Morisky Tedavi Uyum Ölçeği toplam puan ortalamasının $2,35 \pm 1,39$ olduğu belirlendi. Araştırmaya katılan majör depresyon tanılı evli kadın hastaların tedavi uyumlarının orta düzey olduğu belirlendi. Şahin (2022)'in depresyon ve anksiyete bozukluğu olan 295 katılımcı ile yaptığı çalışmada hastaların tedavi uyumlarının orta düzey olduğu saptanmıştır (152). Göktaş (2021)'in depresyon tanısı alan 21 deney, 21 kontrol grubu olmak

üzere 42 hasta ile yapılan çalışmada depresyon tanısı alan bireylerin tedavi uyumlarının orta düzey olduğu saptanmıştır (153). Ok ve ark (2022)'ın yaptığı çalışmada kronik hastalığı olup depresyon belirtileri olan 120 yaşlı bireyin tedavi uyumlarının daha düşük olduğu saptanmıştır (154). Sawada ve ark. (2009)'ın 367 major depresif bozukluğu hastada antidepresan tedavisine uyumun zayıf olduğunu saptamıştır (155). Psikiyatrik hastalarda tedaviye uyumsuzluk oranı diğer tıbbi sorunları olan hastalara kıyasla daha yüksektir (18). Majör depresyon tanılı hastaların tedavi sürecinin uzun olması, ilacın etki süresinin geç ortaya çıkması, ilaca bağlı yan etkiler (cinsellik, uyku vb. sorunlar), depresyona ve tedaviye ilişkin bilgi eksikliği, sosyal desteğin yetersiz olması (tedaviye olumsuz bakan bir eş varlığı) nedeniyle tedavi uyumunun bozulduğu düşünülmektedir. Morisky tedavi uyum ölçeği toplam puan ortalamasının incelenen literatüre benzer düzeylerde olduğu görülmektedir.

5.2.Majör Depresyon Tanılı Evli Kadın Hastaların Depresyon Düzeyleri, Kadına Yönelik Eş Şiddeti, İntihar Olasılığı ve Tedavi Uyumları Toplam puan Ortalamaları arasındaki ilişkinin Tartışması

Bu çalışmada majör depresyon tanılı evli kadın hastaların kadına yönelik eş şiddeti arttıkça depresyon şiddetinin arttığı belirlendi. Gleason (1993) tarafından yapılan çalışmada şiddete maruz kalan kadınların, depresyon düzeyinin yüksek olduğu saptanmıştır (97). Vahip ve Doğanavşargil (2006)'in psikiyatri kliniğine başvuran 100 evli kadın ile yaptığı çalışmada 62'sinin eşinden şiddet gördüğü ve şiddet mağduru bu kadınların depresyon yaygınlığının %73,9 gibi yüksek bir oranda olduğu saptanmıştır (156). Gerlock (1999) tarafından yapılan çalışmada genel kadın popülasyonunda depresyonun görülme sıklığı %12 olarak saptanırken aile içinde şiddete uğramış kadınlarda bu oran %35 olarak saptanmıştır (157). Dienemann (2000) tarafından majör depresif bozukluk tanılı şiddete maruz kalan 50 ve şiddete maruz kalmayan 32 evli kadında şiddetin değerlendirildiği araştırma sonuçları, depresyon tanılı şiddet mağduru kadınlarda depresyon şiddeti, kronik ağrı, uyku problemleri ve kâbusların anlamlı oranda yüksek olduğunu göstermektedir (158). Karaçam ve arkadaşları (2006) tarafından evli ve eşiyile birlikte yaşayan 291 katılımcı ile yapılan çalışmada; %27,8'i şiddete maruz kalan kadında depresyon, anksiyete, somatizasyon, yeme bozukluğu ve intihar girişimi

saptamışlardır (159). Akyazı (2010) tarafından sığınma evlerinde kalan 59 kadın ile yapılan görüşmeler sonucu; kadınların %37,3'ü depresyon, %23,7'si yaygın anksiyete bozukluğu, %5,1'i sosyal anksiyete bozukluğu, %35,6'sı özgül fobi, %10,2'si panik bozukluk, %1,7'si obsesif-kompulsif bozukluk ve %3,4' ü somatizasyon bozukluğu tanısı almıştır (160). Özyurt ve Deveci (2011) tarafından 15-49 yaş arası evli kadınlar ile yapılan çalışmada depresif belirti sıklığının şiddete maruz kalan kadınlarda 4.96 kat daha fazla olduğu saptanmıştır (7). Kazancı (2010)'ın eşinden şiddet gören 38 kadın ve kontrol grubu olarak şiddet yaşamadığı belirlenen 38 kadın olmak üzere toplam 76 katılımcı yaptığı çalışmada evliliklerinde şiddete maruz kalan kadınların depresyon düzeyleri, şiddet görmeyen kadınlara kıyasla önemli derecede yüksek bulunmuştur. Şiddete maruz kalan kadınların BDE 25,473'tür. Şiddete maruz kalmamış kadınların BDE aldıkları puan ortalamaları ise 5,07 dir (161). Yeniocak (2011) tarafından sığınma evinde olup şiddet gören, eşin yanında olup şiddet gören ve şiddet görmeyen üç gruba yapılan çalışmada, şiddete uğrayan kadınlarda depresyon görülme sıklığı oldukça yüksek saptanmıştır (%56 ile %83 arasında). Şiddetin varlığı halinde depresyon devam ederken, şiddetin azalmasıyla birlikte depresif belirtilerde düşüş olduğu saptanmıştır (162). Türkoğlu (2013)'nun şiddet gören 85 kadınla yaptığı çalışmada şiddet gören kadınların depresyon düzeyinin yüksek olduğu saptanmıştır (163). Karakoç ve arkadaşları (2015)'nin 100 depresyon tanısı almış, 30 sağlıklı kadınla yaptığı çalışmada eş/partner şiddetine maruz kalmış kadınlarda depresyon şiddetinin yüksek olduğu saptanmıştır (164). Kıvrak ve arkadaşları (2015)'nin şiddete maruz kalmış olan ve olmayan 410 kadınla yaptığı çalışmada şiddete maruz kalan grubun BDE puanlarının şiddete maruz kalmayanlara göre oldukça yüksek olduğu saptanmıştır (13). Korkmaz ve ark. (2016)'ın psikiyatri polikliniğine başvuran 100 evli kadın ile yapmış olduğu çalışmada aile içi şiddete maruz kalmanın anksiyete ve depresyon puanlarının artışı ile ilişkili olduğu saptanmıştır (165). Akalın ve Arıkan (2017)'in 15-49 yaş arası 200 evli kadın ile yaptığı çalışmada şiddete maruz kalan kadınlarda depresyon şiddetinin şiddete maruz kalmayan kadınlardan daha yüksek olduğu bulunmuştur (166). Kurt ve arkadaşları (2018)'in psikiyatri polikliniğine başvuran 300 kadınla yaptığı çalışmada aile içi şiddet görenlerde depresyon anlamlı olarak daha yüksektir ve kadınların yaşam kalitesini bozmaktadır (10). Canlı ve Özyurda (2018)'nin yaptığı çalışmada evli kadınların şiddete maruz kalma durumuna bakıldığında, Beck

Depresyon Ölçeği'ne göre aile içi şiddete maruz kalan kadınların majör depresyon tanısı alma oranının (%30,8), aile içi şiddete maruz kalmayanlara (%8,3) göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır (167). Thomas vd. (2019) hamile kadınlar üzerinde yaptığı çalışmada şiddete maruz kalanların depresyon ve anksiyete düzeylerinin, şiddete maruz kalmayanlara oranla anlamlı şekilde yüksek olduğu saptanmıştır (168). Karaoğlan (2020)'ın 326 kadın ile yaptığı çalışmada, şiddete maruz kalma ile depresyon arasında pozitif yönlü bir ilişki saptanmıştır (169). Gülpınar (2022)'ın 398 kadın ile yaptığı çalışmada depresyon ile şiddet arasında pozitif yönlü bir ilişki olduğu saptanmıştır. Depresyonu olan kadınlar şiddete daha fazla maruz kalmaktadır ve fiziksel şiddet varlığında kadınların depresyon bulguları artmaktadır (170). Ünver ve ark. (2023)'nın 464 evli kadınla ile yaptığı çalışmada depresyon ile aile içi şiddet ile arasında anlamlı pozitif bir ilişki olduğu belirlenmiştir (171). Bu araştırmada ve incelenen literatür doğrultusunda majör depresyon hastalarında kadına yönelik eş şiddetine maruz kalmanın majör depresyon belirtilerini arttırdığı, hastalarda aile içi süreçleri iyi yönetememe, kişiler arası ilişkilerde bozulma, iletişim problemleri yaşanılması sebebiyle eş şiddetinin arttığı dolaylı olarak depresyon şiddetinin de arttırdığı düşünölmektedir.

Bu çalışmada majör depresyon tanılı evli kadın hastaların depresyon düzeyi ve kadına yönelik eş şiddeti arttıkça intihar olasılığının da arttığı belirlendi. Literatüre göre depresyon umutsuzluk, keder, suçluluk gibi olumsuz duyguları içeren ruhsal bir bozukluktur. Depresyonun uzaması intihar olasılığını arttırmaktadır (52). Karakoç ve arkadaşları (2015)'nin yaptığı çalışmada, şiddet gören depresif kadınların şiddet görmeyenlere oranla, depresyon şiddetinin daha yüksek, özkıyım düşüncesi ve girişiminin daha fazla olduğu saptanmıştır (164). Ahmadzad ve arkadaşları (2016)'nin psikiyatri polikliniğine başvuran hastalarla yaptığı çalışmada, şiddete maruz kalan kadınlarda devam eden major depresyonun sıklılığının %68 olduğu, %10 oranında intihar düşüncesi, %18 oranında intihar girişimi olduğu saptanmıştır (172). Korkmaz ve ark. (2016)'nin yaptığı çalışmada psikiyatrik hastalığı olan bireylerde aile içi şiddet, anksiyete ve depresyon puanlarının artışı ile ilişkili bulunmuştur. Yine şiddetin türü ne olursa olsun, aile içi şiddete maruz kalmanın intihar girişimlerinin artışına neden olduğu belirlenmiştir (165). Kurt ve arkadaşları (2018)'nin yaptığı çalışmada aile içi

şiddete maruz kalan kadınlarda depresyon anlamlı olarak daha yüksektir ve intihar girişiminde bulunan kadınlarda daha yüksek oranda aile içi şiddet saptanmıştır (10). Güney Asya'da 208 kadının yer aldığı çalışmada eş şiddetine maruz kalan kadınlarda diğer kadın katılımcılara oranla daha yüksek düzeyde depresyon ve kaygı durumları saptanmanın yanında intihara yönelik düşüncelerin varlığı saptanmıştır (173). Bu araştırmada ve incelenen literatür doğrultusunda depresyon düzeyi ve kadına yönelik eş şiddetinin arttıkça intihar olasılığının arttığı düşünülmektedir. Majör depresyon hastalarının şiddetli düzey depresyonlarının olması, eş şiddetine maruz kalmayla gelişen benlik saygısında azalma, eş şiddeti karşısında yeterli sosyal destek alamamaları, yalnızlık, değersizlik, çaresizlik yaşamaları, şiddete katlanmak zorunda oldukları ve tek kurtuluş yolu olarak intiharı düşünmeleri sonucunda intihar olasılığının arttığı düşünülmektedir.

Bu çalışmada majör depresyon tanılı evli kadın hastaların tedavi uyumunun azaldıkça depresyon şiddetinin arttığı belirlendi. Demirkol ve arkadaşları (2015) tarafından yapılan çalışmada majör depresyon tanılı hastaların sadece %16,9'u tedaviye uyumlu, %30,5 kısmen uyumlu %52,5 tedaviye uyumsuz olarak belirlenmiştir. Depresif belirtilerin şiddetli olması umutsuzluk ve çaresizlik düşüncelerine neden olarak tedaviye olan inancı ve tedavi uyumunu azalttığı belirlenmiştir (17). Ok ve arkadaşları (2022)'nin yaptığı çalışmada depresyon belirtileri olan hastaların tedavi uyumlarının daha düşük, tedavi uyumuna yönelik motivasyon ve bilgi düzeyi düşük olanların da depresyon belirti şiddetinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir (154). Araştırmamızdan farklı olarak Çelbioğlu ve Kafadar (2023)'in yaptığı çalışmada ise MDB'de depresyon şiddetinin atak sayısı ve tedavi uyumu ile ilişkili olmadığını ancak atak sayısı ile tedavi uyumu arasında anlamlı düzeyde ilişki olduğu belirlenmiştir (174). Bu araştırma ve incelenen literatür sonuçları tedavi uyumu azaldıkça depresyon şiddetinin arttığını göstermektedir. Majör depresyon hastalarının yaşadıkları değersizlik, umutsuzluk, sosyal destek yetersizliği (eşin tedaviye karşı olması), benlik saygılarındaki azalma sonucu tedavi motivasyonunun düştüğü, tedavi uyumunun azaldığı ve depresyon şiddetinin arttığı düşünülmektedir.

Bu çalışmada majör depresyon tanılı evli kadın hastaların kadına yönelik eş şiddeti arttıkça tedavi uyumunun azaldığı belirlendi. Literatür taraması sonucu

majör depresyon tanılı hastalarda kadına yönelik eş şiddeti ve tedavi uyumu ilişkisi ile ilgili yapılan çalışmaların kısıtlı olduğu görüldü. Sungur ve arkadaşları (2020)'nin psikiyatri hastalarıyla yaptığı çalışmada kişinin yaşadığı ya da tanık olduğu şiddet olayından sonra tedavi uyumunun bozulduğu belirlenmiştir (8). Bu araştırmada ve incelenen literatür doğrultusunda majör depresyon hastalarının eş şiddetine maruz kalma, benlik saygısında azalma, tedavi uyumuna yönelik eşlerin olumsuz tutumu, eşlerin yan etkiler nedeniyle ilaç kullanmalarını istememeleri, hastaların ilaçlarını gizli ve düzensiz kullanmaları sonucunda tedavi uyumunun azaldığı düşünülmektedir.

Bu çalışmada majör depresyon tanılı evli kadın hastaların tedavi uyumu azaldıkça intihar olasılığının arttığı belirlendi. Literatür incelendiğinde depresif bozukluk tedavi edilmediğinde intihar riski artar (175). Çapar (2017)'in yaptığı çalışmada ilaçlarını düzenli kullanan psikiyatri hastalarının intihar olasılığının ilaçlarını düzenli kullanmayan hastalardan düşük olduğu saptanmıştır (176). Demirkol ve arkadaşları (2015) tarafından yapılan çalışmada tedavi uyumsuzluğunun intihar düşüncesinde artışa yol açabildiği belirlenmiştir. İntihar girişiminde bulunan olguların %15.4'ü uyumlu, %38.5'i kısmen uyumlu, %46.2' si tedaviye uyumsuz olduğu saptanmıştır (17). Majör depresif bozukluklarda tedaviye uyumun sağlanması ile depresif epizodların tedavisi, yinelenmelerin önlenmesi ve intihar olasılığının düşürülmesi hedeflenir (130). Bu araştırmada ve incelenen literatür doğrultusunda majör depresyon hastalarında tedavi uyum sorunlarının inatçı depresyon belirtilerinin artmasına, depresyonun tekrarlama oranının artmasına, tedaviye olan inancın azalmasına neden olduğu ve tedavi uyumunu azalttığı düşünülmektedir.

5.3.Majör Depresyon Tanılı Evli Kadın Hastaların Sosyodemografik Özelliklerine göre Depresyon Düzeyleri, Kadına Yönelik Eş Şiddeti, İntihar Olasılığı ve Tedavi Uyumları Toplam Puan Ortalamalarının Tartışması

Yaşadığı yere göre;

Bu çalışmada şehir merkezinde yaşayan majör depresyon hastalarının köy/kasaba'da yaşayan hastalara göre tedavi uyumlarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Köy/kasaba'da yaşayan majör depresyon tanılı evli kadın hastaların

tedavi uyum düzeyinin düşük olduğu belirlendi. Demirbaş ve Kutlu (2020)'nin yaptığı çalışmada şehir merkezinde yaşayan bireylerin köyde yaşayanlara göre tedavi uyumlarının daha yüksek olduğu ve yaşanan yer ile tedavi uyumu arasında anlamlı bir farklılığın olduğu saptanmıştır (177). Şahin (2022)'in anksiyete ve depresyon hastalarıyla yaptığı çalışmada şehir merkezinde yaşayan hastaların köy/ilçe'de yaşayanlara göre tedavi uyumları arasında anlamlı bir farklılığın olmadığı saptanmıştır (152). Literatür incelendiğinde yaşanan yer ile tedavi uyumu arasında ilişkinin anlamlı olduğunu bulan kadar, anlamlı olmadığını bulan çalışmalar da görülmektedir. Bireyler şehir merkezi gibi sağlık imkanlarının yüksek olduğu yerlerde yaşadığında tedaviye ulaşılabilirlik ve hizmet kalitesi arttığından tedavi uyumunun arttığı düşünülmektedir.

Meslek grubuna göre;

Bu çalışmada ev hanımı olan majör depresyon hastalarının çalışanlara göre depresyon düzeyi, kadına yönelik eş şiddeti, intihar olasılıklarının daha yüksek tedavi uyumlarının daha düşük olduğu belirlenmiştir. Akalın ve Arıkan (2017)'in yaptığı çalışmada ev hanımı olan kadınların çalışan kadınlara göre depresyon puanlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır (166). Özyurt ve Deveci (2011)'in yaptığı çalışmada gelir getiren bir işte çalışmayan ev hanımı kadınlarda depresyon düzeyinin daha yüksek olduğu saptanmıştır (7). Karakoç ve arkadaşları (2015)'nin yaptığı çalışmada evli ve çalışmayan kadınların çalışanlara göre BDE puanlarının daha yüksek düzeyde olduğu saptanmıştır (162). Kıvrak ve arkadaşları (2015)'nin yaptığı çalışmada çalışmayan, ev hanımı kadınların çalışmayan kadınlara göre daha fazla şiddete maruz kaldığı saptanmıştır (13). Kazancı (2010)'nin yaptığı çalışmada şiddet yaşamayan kadınların çalışma oranı, şiddete maruz kalan kadınlara göre daha fazladır. Çalışan kadınların, çalışmayanlara göre daha az şiddet gördüğü saptanmıştır (161). Atlı ve arkadaşları (2013)'nin yaptığı çalışmada çalışmayanlarda intihar davranışlarının daha fazla görüldüğünü belirtmiştir (178). Demirkol ve arkadaşları (2015) tarafından yapılan araştırmada çalışmayan psikiyatri hastalarının istatistiksel olarak daha tedaviye uyumsuz olduğu saptanmıştır (17). Bu araştırmada ve literatüre benzer olarak ev hanımlarının gelir kaynağının olmaması, maddi olarak eşine bağımlı olması sebebiyle şiddete daha fazla maruz kaldıkları düşünülmektedir. Ekonomik yetersizliklerin kadınları çaresizliğe sürüklediği ve bu çaresizlikten kurtulmak için

intihar girişiminde buldukları düşünülmektedir. Ekonomik yetersizliklerin ilaç teminatı, tedavinin maddi yükü gibi sorunlardan dolayı tedavi uyumunu azalttığı düşünülmektedir.

Gelir durumuna göre;

Bu çalışmada gelir düzeyi düşük olan majör depresyon hastalarının gelir düzeyi yüksek olanlara göre depresyon düzeyi, kadına yönelik eş şiddeti, intihar olasılıklarının daha yüksek tedavi uyumlarının daha düşük olduğu belirlenmiştir.

Akalın ve Arıkan (2017)'in yaptığı çalışmada şiddet mağduru kadınların gelir durumları ile BDE puanları arasında anlamlı negatif yönlü bir ilişki olduğu belirlenmiştir (166). Özyurt ve Deveci(2011)'in yaptığı çalışmada sosyoekonomik düzeyi düşük olan kadınlarda depresyonun daha sık görüldüğü saptanmıştır (7).

Kurt ve arkadaşları (2018) aile içi şiddete maruz kalma ile düşük ekonomik gelir düzeyi arasında anlamlı bir ilişki olduğunu saptamıştır (10). Sabancıoğulları ve arkadaşları (2015) ekonomik durumu düşük olan hastaların intihar olasılığının daha yüksek olduğunu saptamıştır (13). Demirbaş ve Kutlu (2020) tarafından 275 hasta ile yapılan çalışmada gelir düzeyi düşük olan hastaların tedavi uyumlarının daha düşük olduğu belirlenmiştir (177). Bu çalışmada ve literatüre benzer olarak kadının ekonomik özgürlüğünün olmamasının, şiddete katlanmasının eş şiddetini arttığı düşünülmektedir. Yaşanılan şiddetin sonucunda öğrenilmiş çaresizliğin intihar riskini artırdığı ve sosyoekonomik düzeyin düşük olmasının tedavi uyumunu azalttığı düşünülmektedir.

Evlenme yaşına göre;

Bu çalışmada evlenme yaşı 18 yaş ve altı olan majör depresyon hastalarının 19 yaş ve üzeri olanlara göre depresyon düzeyi, kadına yönelik eş şiddeti, intihar olasılıklarının daha yüksek tedavi uyumlarının daha düşük olduğu belirlenmiştir.

Özyurt ve Deveci (2011)'in yaptığı çalışmada evlenme yaşı 18 yaş ve altı olan kadınların depresyona daha yatkın oldukları saptanmıştır (7). Gülpınar (2022) tarafından yapılan çalışmada küçük yaşta evlenen kadınların daha yüksek şiddet puanlarına sahip olduğu saptanmıştır (170). İzgi (2020) tarafından yapılan çalışmada evlilik yaşı 20 yaş ve altı olan katılımcıların aile içi şiddet puanları, evlilik yaşı 21-30 olan katılımcılardan yüksek bulunmuştur (179). Bu çalışmada ve literatüre bakıldığında destekleyen benzer sonuçlar elde edildi. Erken yaşta

evlenen kadınların evliliklerinde uğradıkları şiddete tepki vermedikleri için eş şiddetinin arttığı düşünülmektedir. Toplumsal baskının, öğrenilmiş çaresizliğin intihar olasılığını artırdığı, tedavi uyumunu azalttığı düşünülmektedir.

Evlilik süresine göre;

Bu çalışmada 4 yıl ve üzeri evli olan majör depresyon hastalarının 0-4 yıldır evli olanlara göre depresyon düzeyinin daha yüksek tedavi uyumlarının daha düşük olduğu belirlenmiştir. Canlı ve Özyurda (2018)'nin yaptığı çalışmada evlilik süresi beş yıldan fazla olan kadınlarda beş yıldan az olanlara göre depresif öge yükü ortalaması daha yüksek olduğu saptanmıştır (167). Adam ve Hablemitoğlu (2021) yaptıkları çalışmada uzun süren evliliklerde, yaşanabilecek sorunların ve olumsuz olayların depresyon riskini arttırdığını belirtmişlerdir (180). Bu çalışmada ve literatüre bakıldığında destekleyen benzer sonuçlar elde edildi ancak yeterli düzeyde literatüre ulaşamadı. Uzun süren evlilikler ve ataerkil toplumlarda kadınların sorumlulukların fazla olması ve kadının sosyal destek görememesinin depresyon düzeyini arttırdığı, kadınların öz bakımını ihmal ettirdiği ve tedavi uyumunu azalttığı düşünülmektedir.

Tanışma şekline göre;

Bu çalışmada görücü usulü/akraba olarak evli olan majör depresyon hastalarının tanışarak evli olanlara göre depresyon düzeyi, kadına yönelik eş şiddeti, intihar olasılıklarının daha yüksek tedavi uyumlarının daha düşük olduğu belirlenmiştir. Akalın ve Arıkan (2017)'in çalışmasında görücü usulü şeklinde evlenen kadınların, tanışarak evlenen kadınlardan daha yüksek BDE puanlarının olduğu saptanmıştır (166). Canlı ve Özyurda (2018)'nin yaptığı çalışmada Evlilik şeklinin depresyon durumunu etkilediği, görücü usulüyle evlenenlerde depresyon öge yükünün tanışıp anlaşarak evlenenlere göre yüksek olduğu saptanmıştır (167). Kıvrak ve arkadaşları (2015) görücü usulü ile evlenen kadınların şiddete daha fazla maruz kaldığını belirtmişlerdir (13). Gülpınar (2022) tarafından yapılan çalışmada görücü usulü şeklinde tanışıp evlenen kadınların severek evlenen kadınlardan daha fazla şiddete maruz kaldığını saptamıştır (170). Çetiner (2006) tarafından yapılan çalışmada anlaşarak evlenen kadınlara göre görücü usulüyle evlenen kadınların daha fazla şiddet yaşadıkları bulunmuştur (181). Görücü usulü evlenen kadınların depresyon düzeylerinin yüksek olduğu literatürce saptandı.

Görücü usulü evlenenlerin birbirini iyi tanıyamama, iyi iletişim kuramama nedeniyle maruz kaldıkları eş şiddetinin arttığı, iletişimsizlik ve şiddet nedeniyle kadının yalnızlaştığı intihar riskinin arttığı, eşin tedaviye yönelik destek olmamasının tedavi uyumunu azalttığı düşünülmektedir.

Kliniğe yatış durumuna göre;

Bu çalışmada daha önce kliniğe yatış yapan majör depresyon hastalarının yatış yapmayanlara göre depresyon düzeyi, kadına yönelik eş şiddeti, intihar olasılıklarının daha yüksek tedavi uyumlarının daha düşük olduğu belirlenmiştir. Yapılan araştırmalara göre kadın olmanın erkek olmaya göre yatış süresini 1.99 kat uzattığı ve depresyon hastalarında depresif belirti şiddeti ile tekrarlayan yatışlar arasında anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir (182). Özer ve arkadaşları (2015)'nin majör depresyon tanılı hastalarla yaptığı çalışmada intihar girişiminde bulunanlardan hastane yatışı olanların oranı intihar girişimi bulunmayanlardan anlamlı derecede yüksek olduğu belirlenmiştir (183). Karamustafalıoğlu ve ark. (2010)'ın yaptığı çalışmada psikiyatrik yatış öyküsü varlığı artmış intihar riskiyle ilişkili olduğu saptanmıştır (184). Tedavi uyumu düşük olan hastaların taburculuk sonrası yeniden hastane yatışlarının daha sık olduğu tespit edilmiştir (185). Bu çalışmada ve literatüre bakıldığında destekleyen benzer sonuçlar elde edildi. Hastaların tedaviye uyum sağlamadıklarında depresyon şiddetinin arttığı, depresyonun prognozunun kötüye gitmesi ve intihar riskinin fazla olmasının hastane yatış sıklığını ve sayısını arttırdığı düşünülmektedir.

İntihar girişimine göre;

Bu çalışmada daha önce intihar girişimi olan majör depresyon hastalarının olmayanlara göre depresyon düzeyi, kadına yönelik eş şiddeti, intihar olasılıklarının daha yüksek tedavi uyumlarının daha düşük olduğu belirlenmiştir. Deveci ve arkadaşları (2005) intihar girişiminde bulunanların %37.7'sinde daha önce intihar girişimi olduğu ve daha önce intihar girişimi olanların olmayanlara göre depresyon düzeyinin daha yüksek olduğunu belirtmişlerdir (186). İdiz (2009) tarafından yapılan çalışmada daha önce intihar girişiminde bulunmuş vakaların nedenlerine bakıldığında birinci sırada aile içi şiddetin (%26,7) olduğu saptanmıştır (187). Karakoç ve arkadaşları (2015) tarafından yapılan çalışmada daha önce intihar girişiminde bulunduğunu ifade edenlerin tamamının aile içi

şiddete maruz kaldıkları saptanmıştır (164). Şevik ve ark. (2012) tarafından yapılan çalışmada bireyin depresyon tanılı olması ve daha önce intihar girişiminde bulunması, intihar için risk faktörü olarak belirlenmiştir (188). Köse (2021)'nin yapmış olduğu çalışmada daha önce intihar girişiminde bulunan depresyon hastalarının depresyon düzeyi ve intihar olasılıklarının daha yüksek olduğu saptanmıştır (189). Şahin (2022) çalışmasında hiç intihar girişimi olmayanların intihar girişimi olanlara göre tedavi uyumlarının yüksek olduğunu saptamıştır (152). Demirkol ve arkadaşları (2015) daha önce intihar girişimi bulunmayan hastaların tedavi uyumlarının yüksek olduğunu belirtmiştir (17). Bu çalışmada ve literatüre bakıldığında destekleyen benzer sonuçlar elde edildi. Literatür incelendiğinde ve bu çalışmadaki gibi daha önce intihar girişiminin olması (%37,1), olası intihar girişimine neden olabilmektedir. Kadınların eş şiddetine maruz kalmasının benlik saygısını azalttığı, kadını yalnızlaştırdığı, çaresizliğe sürüklediği bunun sonucunda intihar olasılığının arttığı, tedavi motivasyonunun düşük, intihar düşüncelerinin sık olmasının tedavi uyumunu azalttığı düşünülmektedir.

Şiddet durumuna göre;

Bu çalışmada şiddet gören majör depresyon hastalarının şiddet görmeyen hastalara göre depresyon düzeyi, kadına yönelik eş şiddeti, intihar olasılıklarının daha yüksek tedavi uyumlarının daha düşük olduğu belirlenmiştir. Kazancı (2010)'ın eşinden şiddet gören ve şiddet görmediğini belirten kadınlarla yaptığı çalışmada evliliklerinde şiddete maruz kalan kadınların depresyon düzeyleri, şiddet görmeyen kadınlara göre anlamlı derecede yüksek olduğu saptanmıştır (161). Kıvrak ve arkadaşları (2015)'nin şiddet gören kadınlar ve görmeyen kadınları karşılaştırdıkları çalışmada, şiddet gören grubun depresyon puanlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır (13). Akalın ve Arıkan (2017) evliliğinde şiddete maruz kalan kadınların BDE puanları şiddete maruz kalmayan kadınlardan daha yüksek olduğunu belirtmişlerdir (166). Canlı ve Özyurda (2018)'nin yaptığı çalışmada şiddet görme durumu ele alındığında şiddet gören kadınların depresyon öge yükü şiddet görmeyenlere oranla anlamlı bir şekilde yüksek olduğu saptanmıştır (167). Karakoç ve arkadaşları (2015)'nin yaptığı çalışmada, şiddet gören evli depresif kadınların şiddet görmeyen kadınlara oranla, depresyon şiddetinin daha yüksek, özkıyım düşüncesi ve girişiminin daha fazla olduğu

saptanmıştır (164). Literatür incelendiğinde şiddet mağduru olan kadınların, şiddet mağduru olmayan kadınlara kıyasla intihar düşüncesinin 3 kat, intihar girişiminin ise 4 kat daha fazla olduğu saptanmıştır (164, 190). Çetiner (2006) kadınların şiddet yaşama puanı arttıkça, intihar olasılığı puanının arttığını belirtmektedir (181). Sungur ve arkadaşları (2020) kişinin yaşadığı ya da tanık olduğu şiddet olayından sonra tedavi uyumunun bozulduğunu bildirmişlerdir (8). Bu çalışmada ve literatüre bakıldığında destekleyen benzer sonuçlar elde edildi. Sonuç olarak bu çalışmada majör depresyon tanılı evli kadın hastalarda kadına yönelik eş şiddeti varlığı depresyon puanlarının artışı ile ilişkili bulunmuştur. Araştırmada KYEŞÖ puan ortalamasının minimum 34 puan olduğu ve şiddet görmediğini belirten kadınlarında şiddet gördüğü belirlendi. Kadınların fiziksel şiddet dışındaki şiddet türlerine yeterli farkındalıklarının olmadığı belirlendi. Yine türü ne olursa olsun kadına yönelik eş şiddetine maruz kalmanın intihar olasılığının artışına ve tedavi uyumunun azalmasına neden olduğu belirlendi.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1.Sonuç

Majör depresyon tanılı evli kadın hastalarda eş şiddetinin, intihar olasılığına ve tedavi uyumuna etkisini belirlemek amacıyla yapılan bu araştırmanın sonucunda;

- Majör depresyon tanılı hastaların yaş ortalamalarının $40,98 \pm 10,03$ yıl olduğu, %81,45'inin şehir merkezinde yaşadığı, %32,26'sının ilkokul mezunu, %62,9'unun ev hanımı, %62,9'unun çalışmadığı, %46,77'sinin gelirinin giderine denk olduğu, %66,94'ünün evlenme yaşının 19-35 yaş arası olduğu, %87,1' inin 1. evliliği olduğu, %60,48'inin 8 yıl ve üzeri evli olduğu, %52,42'sinin tanışarak evlendiği, %96,77'sinin eşiyile hukuki durumunda resmi ve dini nikahın her ikisinin de olduğu, %87,1'inin çekirdek aile, %41,13'ünün 3 ve üzeri çocuğu olduğu,
- Majör depresyon tanılı hastaların %34,68'inin eşinin lise mezunu olduğu, %43,55'inin eşinin özel sektör çalışanı olduğu, %90,32'sinin eşinin psikiyatrik bir hastalığı olmadığı, %33,87'sinin hastalığının başlama süresinin 5 yıl ve üzeri olduğu, %81,45'inin evlendikten sonra hasta olduğu, %58,06'sının daha önce kliniğe yatış yapmadığı, %62,9'unun daha önce intihar girişiminde bulunmadığı, %50'sinin daha önce şiddet gördüğü, %41,94'ünün eşinin hastalığının farkında ve destekleyici olduğu, %54,03' ünün şiddetli depresyonda olduğu,
- Majör depresyon tanılı hastaların depresyon düzeyinin, kadına yönelik eş şiddetinin, intihar olasılıklarının yüksek; tedavi uyumlarının orta düzeyde olduğu,
- Majör depresyon tanılı hastaların kadına yönelik eş şiddeti arttıkça depresyon şiddetinin arttığı,
- Majör depresyon tanılı hastaların depresyon düzeyi arttıkça intihar olasılıklarının arttığı,
- Majör depresyon tanılı hastaların kadına yönelik eş şiddeti yüksek olanların intihar olasılıklarının yüksek düzeyde olduğu,
- Majör depresyon tanılı hastaların tedavi uyumu azaldıkça depresyon şiddetinin arttığı,

- Majör depresyon tanılı hastaların kadına yönelik eş şiddeti arttıkça tedavi uyumunun azaldığı,
- Majör depresyon tanılı hastaların tedavi uyumu azaldıkça intihar olasılığının arttığı saptandı.
- Ev hanımı olanların, gelir düzeyi düşük olanların, evlenme yaşı 18 yaş ve altı olanların, 4 yıl ve üzeri evli olanların, görücü usulü/akraba olarak evli olanların, daha önce kliniğe yatış yapanların, daha önce intihar girişimi olanların, eşinden şiddet gördüğünü ifade edenlerin depresyon düzeyinin yüksek olduğu,
- Ev hanımı olanların, gelir düzeyi düşük olanların, evlenme yaşı 18 yaş ve altı olanların, görücü usulü/akraba olarak evli olanların, daha önce kliniğe yatış yapanların, daha önce intihar girişimi olanların, eşinden şiddet gördüğünü ifade edenlerin kadına yönelik eş şiddetinin yüksek düzeyde olduğu,
- Ev hanımı olanların, gelir düzeyi düşük olanların, evlenme yaşı 18 yaş ve altı olanların, görücü usulü/akraba olarak evli olanların, daha önce kliniğe yatış yapanların, daha önce intihar girişimi olanların, eşinden şiddet gördüğünü ifade edenlerin intihar olasılıklarının yüksek düzeyde olduğu,
- Köy/kasabada yaşayanların, ev hanımı olanların, gelir düzeyi düşük olanların, evlenme yaşı 18 yaş ve altı olanların, 4 yıl ve üzeri evli olanların, görücü usulü/akraba olarak evli olanların, daha önce kliniğe yatış yapanların, daha önce intihar girişimi olanların, eşinden şiddet gördüğünü ifade edenlerin tedavi uyumunun düşük düzeyde olduğu saptandı.

6.2.Öneriler

Bu araştırmanın sonuçları doğrultusunda;

- Psikiyatri hemşirelerinin, hastaların uğradıkları eş şiddetini azaltarak, depresyon şiddeti, intihar olasılığını azaltacak ve tedavi uyumlarını artıracak yaklaşımları planlaması ve uygulaması,
- Kadına yönelik eş şiddetine ilişkin farkındalığın oluşturulması, aile bireylerine psikoeğitimler verilmesi ve danışmanlık yapılması,
- Şiddet görmediğini belirten kadınların fiziksel şiddet dışındaki şiddet türleriyle ilgili bilgilendirilmesi ve farkındalıklarının artırılması,

- Kadına yönelik eş şiddetine maruz kalan kadınların taburculuk sonrası TRSM gibi ruh sağlığını koruyucu ve şiddeti önleyici faaliyetleri olan kurumlara yönlendirilmesi,
- 1. basamak sağlık hizmetlerinde riskli grupların tespit, takip edilmesi ve şiddete ilişkin koruyucu sağlık önlemlerinin artırılması,
- Psikiyatri hemşirelerinin, hastaların tedavi uyumlarını artırarak, depresyon şiddeti ve intihar olasılığını azaltacak yaklaşımları planlaması ve uygulaması,
- Depresyonun tedavisinde etkin olan psikoeducatif girişimleri planlaması ve uygulaması, depresyon hastalarına holistik açıdan yaklaşımda bulunması,
- İlaçların yan etkilerine yönelik eğitimlerin verilmesi, ilaçları hatırlatıcı ve zamanlayıcı çizelgelerin öğretilmesi,
- Tedavi uyumunu arttırmaya yönelik bireylere hastalıkları, tedavi süreci ve ilaç tedavisinin önemi konusunda eğitimlerin verilmesi,
- Düzenli ilaç kullanımı ve kontrollere düzenli gelmeleri konusunda hastaların bilgilendirilmesi ve desteklenmesi,
- İntihar girişim riskine karşı hastaların yakından takip edilmesi ve aile bireylerinin intihar olasılığı yönünden bilgilendirilmesi,
- İntihar olasılığını azaltmaya yönelik, problem çözme becerilerinin geliştirilmesi, sosyal desteğin artırılmasına yönelik psikoeducatiflerle desteklenmesi ve danışmanlık yapılması,
- Lisans eğitim müfredatına kadına yönelik eş şiddetinin kadın ruh sağlığındaki önemine yönelik eğitimlerin entegre edilmesi.
- Literatürde kadına yönelik eş şiddeti ile majör depresyonla ilgili yapılan kısıtlı çalışmaların artırılması önerilmektedir.

7. KAYNAKLAR

1. Helvacı Çelik F, Hocaoğlu Ç. 'Major Depresif Bozukluk' tanımı, etiyolojisi ve epidemiyolojisi: bir gözden geçirme. Çağdaş Tıp Dergisi. 2016;6(1):51-66.
2. Mergen H, Bernstein IH, Tavli V, Ongel K, Tavli T, Tan S. Comparative validity and reliability study of the QIDS-SR16 in Turkish and American college student samples. Bulletin of Clinical Psychopharmacology. 2011;21(4):289-301.
3. Başoğlu C, Buldukoğlu K. Depresif Bozukluklarda Psikososyal Girişimler. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar. 2015;7(1):1-15.
4. Yağcı İ, Avcı S, Taşdelen Y, Kıvrak Y. İntihar girişiminde bulunanlarda D tipi kişilik, çocukluk çağı travmaları, depresyon, anksiyete, dürtüsellik. Anadolu Psikiyatri Dergisi. 2018;19(6):551-558.
5. Türkçapar MH. Depresyon. 2. Baskı. Ankara: Hekimler Yayın Birliği, 2013.
6. Engin E, Ergün G. Depresyon Bozuklukları. İçinde: Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Psikiyatri Hemşireliği Bakım Sanatı. Çam O, Engin E (Editörler). 3. Baskı. İstanbul: İstanbul Tıp Kitabevleri, 2021:s.314-346.
7. Cengiz Özyurt B, Deveci A. Manisa'da kırsal bir bölgedeki 15-49 yaş evli kadınlarda depresif belirti yaygınlığı ve aile içi şiddetle ilişkisi. Türk Psikiyatri Dergisi. 2011;22(1):10-16.
8. Sungur EN, Hancı Yenigün E, Kalkan Oğuzhanoglu N, Yücens B. Psikiyatri polikliniğine başvuran hastaların şiddeti tanıma ve şiddetten etkilenme durumu. Klinik Psikiyatri Dergisi. 2020;23:280-289.
9. Heise L, Ellsberg M, Gottemoeller M. Ending violence against women. Population reports; Published by the Population Information Program, Center for Communication Programs, The Johns Hopkins University School of Public Health, Baltimore, USA; 1999;27:1-44.
10. Kurt E, Yorguner Küpeli N, Sönmez E, Bulut NS, Akdavar Y. Psikiyatri polikliniğine başvuran kadınlarda aile içi şiddet yaşantısı. Nöropsikiyatri

- Arşivi. 2018;55(1): 22-28.
11. Almiş BH, Gümüştas F, Koyuncu Kütük E. Kadına yönelik aile içi şiddetin kadın ve çocukların ruh sağlığına etkileri. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry*. 2020;12(2):232-242.
 12. Waller MW, Iritani BJ, Christ SL, Halpern CT, Moracco KE, Flewelling RL. Perpetration of intimate partner violence by young adult males: The association with alcohol outlet density and drinking behavior. *Health and Place*. 2013;21:10-19.
 13. Kıvrak Y, Gey N, Kıvrak HA, Kokaçya MH, Çöpoğlu ÜS, Arı M. Kadına yönelik eş şiddeti, çocukluk travmaları, depresyon ve yaşam kalitesi: Toplum temelli çalışma. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2015; 16(5):314-322.
 14. Gökaya VB. “Türkiye’de şiddetin kadın sağlığına etkileri”. *C.Ü. İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*. 2009;10(2):167-179.
 15. Ervatan SÖ, Özel A, Türkçapar H, Atasoy N. Depresif hastalarda tedaviye uyum: doğal izlem çalışması. *Klinik Psikiyatri Dergisi*. 2003;6(1):5-11.
 16. Demirkıran F, Terakye G. Depresif hastaların ilaç tedavisine uyumları ve destekleyici hemşirelik uygulamalarının uyum düzeyine etkisi. *Kriz Dergisi*. 2001;9(2):29-39.
 17. Demirkol ME, Tamam L, Evlice YE, Karaytuğ MO. Psikiyatri hastalarının tedaviye uyumu. *Cukurova Medical Journal*. 2015;40(3):555-568.
 18. Demirkol ME, Tamam L. Psikiyatrik bozukluklarda tedavi uyumu. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*. 2016;8(1):85-93.
 19. Üstünsoy Çobanoğlu Z, Aker T, Çobanoğlu N. Şizofreni ve diğer psikotik bozukluğu olan hastalarda tedaviye uyum sorunları. *Düşünen Adam*. 2003;16(4):211-218.
 20. Cui Ranji, Guet P. A Systematic Review of Depression. *Current Neuropharmacology*. 2015;3(4):1-12.
 21. Kozy M, Varcarolis M, Depressive Disorders. (Edit: EM.Varcarolis, MJ.Halter) *Foundations of Psychiatric Mental Health Nursing A Clinical Approach*; (6th edition), Saunders Elseiver:Canada,2010:246-278.
 22. Öztürk O, Uluşahin A. *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları*. 15. Baskı. Ankara:

- Nobel Tıp Kitapevleri; 2018:s.261-296.
23. Koç M. Depresif Bozukluklar. İçinde: Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği. Gürhan N (Editör). Ankara: Ankara Nobel Tıp Kitapevleri, 2016:s.475-533
 24. Karamustafalıoğlu O, Yumrukçal H. Depresyon ve anksiyete bozuklukları. Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni. 2011;45(2):65-74.
 25. Ançel G. Depresif Bozukluklar. İçinde: Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliğinin Temelleri Kanıta Dayalı Uygulama ve Bakım Kavramları. Townsend M. (Edt.), Özcan C, Gürhan N (Çev. Edt). 6.Baskı. Ankara: Akademisyen Tıp Kitabevi; 2016:s.378-428.
 26. Paykel ES, Basic Concepts of Depression. Dialogues in Clinical Neuroscience. 2022;10(3):279-289.
 27. Akkaya Ş. Mahremiyet, melankoli ve iktidar bağlamında Antoine D'agata. Moment Dergi. 2015; 2(1): 315- 337.
 28. Yüksel N. Depresif Bozukluklar. İçinde: Ruhsal Hastalıklar. Yüksel N. (Editör). 4.Baskı. Ankara: Akademisyen Tıp Kitabevi; 2014: s.267-298.
 29. Özcan N. Depresif Bozukluk. İçinde: Psikiyatri Hemşireliği Sertifika Konuları. Oflaz F, Yıldırım N. (Editörler). 1.Baskı. Ankara: Ankara Nobel Tıp Kitapevleri; 2020: s.418- 431.
 30. Malhi GS, Mann JJ. Depression. Lancet. 2018;392(10161):2299-2312.
 31. Otte C, Gold S, Penninx B, Pariante C, Etkin A, Fava M, Mohr D, Schatzberg A. Major Depressive Disorder. Nature Reviews Disease Primers. 2016; 2: 1-20.
 32. Kessler R, Bromet E. The Epidemiology of Depression Across Cultures. Annu Rev Public Health. 2013; 34: 119–138.
 33. Yalçın BM, Öztürk O. The management of major depressive disorder in primary care. TJFMPC. 2016;10(4): 250-258.
 34. Çakır S. Duygudurum Bozuklukları. İçinde: Psikiyatri. Tükel R, Çakır S, Ertekin E (Editörler). İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri; 2017:s. 41-52.

35. Açıkgöz A, Dayı A, Binbay T. Üniversitede okuyan kız öğrencilerde depresyon prevalansı ve ilişkili faktörler. Cukurova Medical Journal. 2018;43(1):131-140.
36. Zehir M. Depresyon Tanılı Hastalarda Ruminatif Düşünme ve Algılanan Sosyal Destek Arasındaki İlişki. 2021, Gaziantep Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek lisans tezi, 112 sayfa, Gaziantep, (Dr. Öğr. Üyesi Derya Özbaş Gençarslan).
37. Ebmeier KP, Donaghey C, Steele JD. Recent developments and current controversies in depression. The Lancet. 2006; 367(9505): 153-167.
38. Elder BL, Mosack V. Genetics of depression: an overview of the current science. Issues in mental health nursing. 2011;32(4):192-202.
39. Geschwind DH, Flint J. Genetics and genomics of psychiatric disease. Science (New York, NY). 2015;349(6255):1489-94.
40. Bemnowska M, Josko-Ochojska J. What causes depression in adults? Pol J Public Health. 2015; 125(2): 116-120.
41. Joska J, Stein, D. Mood disorders in the american psychiatric publishing textbook of psychiatry, 5th ed. American Psychiatric Publishing, Inc, 2008.
42. Wurtman RJ. Genes, stress, and depression. Metabolism. 2005; 54(5):16-19.
43. Belmaker R, Agam Galila. Major Depressive Disorder. The New England Journal of Medicine. 2008;358(1):p.55-68.
44. Balcıoğlu İ. Depresyonun Etiyopatogenezi. İ. Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Depresyon, Somatizasyon ve Psikiyatrik Aciller Sempozyumu. İstanbul. 1999;19-28.
45. Bains N, Abdijadid S. Major Depressive Disorder. In StatPearls, StatPearls Publishing. 2023.
46. Özgüç S. Depresyon Hastalarına Verilen Üstbiliş Eğitiminin Depresyon ve Bilişsel Çarpıtma Düzeyine Etkisi. 2020, Gaziantep Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, 95 sayfa, Gaziantep, (Prof. Dr. Derya Tanrıverdi).
47. Eşel E, Sofuoğlu S. Depresyonun nöroendokrinolojisi. Duygudurum Dizisi. 2001; 3: 132-143.
48. Fekadu N, Shibeshi W, Engidawork E. Major Depressive Disorder: Pathophysiology and Clinical Management. Journal of Depression and Anxiety. 2017; 6(1): 1-5.

49. Türkçapar MH, Sargın AE. Bilişsel davranışçı psikoterapiler: tarihçe ve gelişim. *Bilişsel Davranışçı Psikoterapi ve Araştırmalar Dergisi*. 2012; 1(1): 7-14.
50. Abramson L, Seligman M, Teasdale J. Learned helplessness in humans: critique and reformulation. *Journal of Abnormal Psychology*. 1978;87(1): 49-74.
51. Sarıkaya AN. Depresif Bozukluklar ve Hemşirelik Yaklaşımı. İçinde: *Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği*. Batmaz M. Yazıcı GH. (Editörler). İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 2021:s.144-154.
52. Tamam L, Namlı Z, Karaytuğ MO. Depresyon Kliniği. *Türkiye Klinikleri J Psychiatry-Special Topics*. 2012;5(2):34-38.
53. Uğur M. Mizaç Bozuklukları. İçinde: *Cerrahpaşa Psikiyatri*. İlkay E. (Editör). İstanbul: Cerrahpaşa Tıp Yayınları; 2002:s.391-451.
54. Işık E, Işık U, Taner Y. Çocuk, Ergen, Erişkin ve Yaşlılarda Depresif ve Bipolar Bozukluklar. 1.Baskı. Ankara: Ziraat Grup Matbaacılık; 2013.
55. Amerikan Psikiyatri Birliği, Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, Beşinci Baskı (DSM-5), Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabı'ndan, çev. Köroğlu E, Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 2014.
56. Bauer M, Bschor T, Pfennig A, Whybrow P, Angst J, Versiani M, Möller H. World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) Guidelines for Biological Treatment of Unipolar Depressive Disorders in Primary Care. *The World Journal of Biological Psychiatry*. 2007; 8(2): 67-104.
57. Gadad BS, Jha MK, Czysz A. Peripheral biomarkers of major depression and antidepressant treatment response: Current knowledge and future outlooks. *J Affect Disord*. 2018;233:3-14.
58. Yalçın B, Öztürk O. Birinci basamakta depresyon tedavisine yaklaşım. *Türkiye Klinikleri*. 2017; 8(1): 29-37.
59. Yüksel N. Antidepresanlar Psikofarmakoloji. 3.Baskı. Ankara: Medikal& Nobel Tıp Kitabevi; 2007:s.145-215.
60. Iyer K, Khan Z. Depression – A Review. *Research Journal of Recent Sciences*. 2012; 1(4): 79-87.
61. Cuijpers P, Quero S, Dowrick C, Arroll B. Psychological treatment of depression in primary care: Recent developments. *Curry Psychiatry Rep*. 2019;21(12):129.

62. Sütçügil L, Özmenler N. Major depresyonda psikososyal müdahaleler. *Türkiye Klinikleri Dahili Tıp Bilimleri Dergisi*. 2007;3(47):46- 50.
63. Cuijpers P, Sijbrandij M, Koole SL, Andersson G, Beekman AT, Reynolds CF. The efficacy of psychotherapy and pharmacotherapy in treating depressive and anxiety disorders: a meta-analysis of direct comparisons. *World Psychiatry*. 2013;12(2):137-148.
64. Gelenberg AJ, Freeman M, Markowitz J, Rosenbaum J, Thase M, Trivedi M. American Psychiatric Association practice guidelines for the treatment of patients with major depressive disorder. *Am J Psychiatry*. 2010;167(Suppl 10):9-118.
65. Cox GR, Callahan P, Churchill R, Hunot V, Merry SN, Parker AG. Psychological therapies versus antidepressant medication, alone and in combination for depression in children and adolescents. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012;11:CD008324.
66. Bahar A. Psikoterapiler. İçinde: Farklı Yönleriyle Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği. Tanrıverdi D. (Editör). Ankara: Çukurova Nobel Tıp Kitabevi, 2021: s.479-502.
67. İlgar MZ, Coşgun-İlgar, Bilişsel davranış değiştirme ve motivasyonel görüşme. *Eğitimde Kuram ve Uygulama*. 2019;15(1), 47-73.
68. Henken HT, Huibers MJ, Churchill R, Restifo K, Roelofs J. Family therapy for depression. *Cochrane Database Syst Rev*. 2007;2007(3):CD006728. Published 2007 Jul 18. doi:10.1002/14651858.CD006728.
69. Chen X, Yang H, Cui LB, Li X. Neuroimaging study of electroconvulsive therapy for depression. *Front Psychiatry*. 2023;14:1170625. Published 2023 Jun 9. doi:10.3389/fpsyt.2023.1170625.
70. Stewart JW, Quitkin FM, Davies C. Atypical Depression, Dysthymia, and Cyclothymia. 2006.
71. Ertekin Pınar Ş, Tel H. Depresyon tanılı birey ve hemşirelik yaklaşımı. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*. 2012;3(2):86-91.
72. Kızılkaya M, Kocairi C, Yüksel R, Şahin M. Neuman sistemler modeli'ne göre majör depresyon tanılı hastanın hemşirelik bakımı: Olgu sunumu. *EGEHFD*. 2022;38(1):71-79.
73. Varcarolis EM. Foundations of psychiatric mental health nursing. 3rd ed. Philadelphia: W.B. Saunders. 1998;10-25.

74. Culpepper L, Davidson JR, Dietrich AJ, Goodman WK, Kroenke K, Schwenk TL. Suicidality as a possible side effect of antidepressant treatment. Primary care companion to the Journal of clinical psychiatry. 2004;6(2):79.
75. Humphreys CA. Health inequalities perspective on violence against women. Health and Social Care in the Community. 2007;15:120–127.
76. World Health Organization (2002). Eds. Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R. World Report on Violence and Health: Summary. Geneva, Switzerland.
77. World Health Organization (WHO). (2021). Violence against women. Violence against women (www.who.int.) Erişim tarihi: 10.09.2023.
78. World Health Organization (WHO). (2014). Global status report on violence prevention. (www.who.int) Erişim tarihi: 11.09.2023.
79. Güler N, Tel H, Tuncay FÖ. Kadının aile içinde yaşanan şiddete bakışı. Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi. 2005;27(2):51-56.
80. Subaşı N, Akın A. Kadına Yönelik Şiddet; Nedenleri ve Sonuçları. İçinde: Toplumsal Cinsiyet, Sağlık ve Kadın. Akın A. (Editör). Ankara: Hacettepe Üniversitesi Yayınları, 2003:s.231-247.
81. Özmen SK. Aile içinde öfke ve saldırganlığın yansımaları. Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi. 2004;37(2): 27-39.
82. Güngörmüş Z, Karadağ G, Tanrıverdi D. Kadınların evrensel sorunu: Şiddet. Erü Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi. 2014;2(2):53-61.
83. Şahin EM, Yetim D, Öyekçin DG. Edirne’de kadına yönelik eş şiddeti yaygınlığı ve kadınların şiddete karşı tutumları. Cumhuriyet Medical Journal (CMJ). 2012;34(1):23-32.
84. Çam MO, Öztürk TE. Ev içi şiddette psikolojik dayanıklılığın etkisi. Journal of International Social Research. 2018;11(56):298-303.
85. Efe ŞY, Ayaz S. Kadına yönelik aile içi şiddet ve kadınların aile içi şiddete bakışı. Anadolu Psikiyatri Dergisi. 2010;11: 23-29.
86. Bilgin H, Balık AH. Güncel, Sosyal, Duygusal Konular ve Hemşirelik Yaklaşımı. İçinde: Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği. Batmaz M, Yazıcı GH (editörler). İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri, 2021:s.10-33.
87. Güleç G, Topaloğlu M, Ünsal D, Altıntaş M. Bir kısır döngü olarak şiddet. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar. 2012;4(1):112-137.
88. Zorrilla B, Pires M, Lasheras L, Morant CI, Seoane L, Sanchez LM.

- Intimate partner violence: Last year prevalence and association with socio-economic factors among women in Madrid, Spain. *Eur J Public Health*. 2010;20:169-175.
89. Özdemir N. Örselenebilir Gruplar ve Ruh Sağlığı. İçinde: Farklı Yönleriyle Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği. Tanrıverdi D. (Editör). Ankara. Çukurova Nobel Tıp Kitabevi. 2021; s.197-235.
90. Ruiz-Pérez I, Plazaola-Castaño J. Intimate partner violence and mental health consequences in women attending family practice in Spain. *Psychosomatic medicine*. 2005;67(5):791-797.
91. Öyekçin DG, Yetim D, Şahin EM. Kadına yönelik farklı eş şiddeti tiplerini etkileyen psikososyal faktörler. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 2012;23(2):75-81.
92. Watts C, Zimmerman C. Violence against women: Global scope and magnitude *Lancet*. 2002; 359: 1232-7.
93. Coker AL, Smith PH, McKeown RE, King MJ. Frequency and correlates of intimate partner violence by type: physical, sexual, and psychological battering. *Am J Public Health*. 2000;90(4):553-559.
94. Bilgin Şahin B, Erbay Dünder P. Kadına yönelik şiddet ve yaşam kalitesi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2017;18(3):203-210.
95. Bonomi EA, Thompson RS, Anderson M, Reid, RJ, Carrell D, Dimer AJ, Rivara FP. Intimate partner violence and women's physical, mental, and social functioning. *American journal of preventive medicine*. 2006;30(6):458-466.
96. Golding JM. Intimate partner violence as a risk factor for mental disorders: A meta-analysis. *Journal of Family Violence*. 1999;4: 99-132.
97. Gleason WJ. Mental disorders in battered women: an empirical study. *Violence Vict*. 1993;8(1):53-68.
98. Kara P, Akçayüzlü Ö, Gür AÖ, Nazik E. Sağlık çalışanlarının kadına yönelik şiddeti tanımlamalarına ilişkin bilgi düzeylerinin belirlenmesi. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*. 2018;8(3):115-122.
99. Güler E, Erbil N. Kadına yönelik şiddet, cinsel şiddet ve hemşirenin sorumlulukları. *Androloji Bülteni*. 2022;24(3):204-213.
100. Sabancıoğulları S, Yılmaz FT, Ar E, Çakmaktepe G. Hemşirelik öğrencilerinin kadına yönelik şiddete ve şiddette mesleki role ilişkin tutumları, benlik saygıları ve etkileyen faktörler. *Hemşirelikte Eğitim ve*

- Araştırma Dergisi. 2016;13(1):35-43.
- 101.Özcan Ş, Kırca N. Çözülemeyen sorun: Kadına yönelik aile içi şiddet ve hemşirenin rolü. Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi. 2017;6(2):87-96.
- 102.Efe ŞY. Acil servis hemşirelerinin kadına yönelik aile içi şiddete ilişkin rol ve sorumlulukları. Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Tıp Dergisi. 2012; 26(1):49-54.
- 103.Kilci Ş, Seval M, Doğan N. Hemşirelik öğrencilerinin kadına yönelik şiddet belirtilerini tanıyabilme durumları. Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi. 2021;37(1):1-9.
- 104.Yıldız T. Kadına yönelik şiddet ve şiddeti tanılamada acil hemşiresinin rolü. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi. 2011;14(3):59-66.
- 105.Tanrıverdi G, Şıpkın S. Çanakkale'de sağlık ocaklarına başvuran kadınların eğitim durumunun şiddet görme düzeyine etkisi. Fırat Tıp Dergisi. 2008;13(3): 183-187.
- 106.Ateşçi FÇ, Tezcan E, Kuloğlu M, Yıldız M. İntihar girişimi olan bireylerde birinci ve ikinci eksen tanıları. Klinik Psikiyatri. 2002;5(1):22-27.
- 107.Engin E, Turgut EÖ. İntihar ve intihar riskli hastalar. İçinde: Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Psikiyatri Hemşireliği Bakım Sanatı. Çam O, Engin E (editörler). 1. Baskı. İstanbul: İstanbul Tıp Kitabevi, 2021:s.372-390 .
- 108.Şahingöz M, Tekin G, Yılmaz E, Sönmez EÖ, Böke ŞG, Güncü H, Soyak M, Kaya N. Bir üniversite hastanesi acil servisine intihar girişimiyle başvuran hastaların analizi. Tıp Araştırmaları Dergisi. 2013;11(3):107-110.
- 109.Bahar A, Tanrıverdi D. Transteoretik model temelli motivasyonel görüşmenin intihar riski yüksek depresyon hastalarında kullanımı: Bir gözden geçirme. Yeni Symposium Dergisi. 2019;57(4):21-25.
- 110.Levi F, La Vecchia C, Lucchini F, Negri E, Saxena S, Maulik PK, Saraceno B. Trends in mortality from suicide. Acta Psychiatr Scan. 2003;108:341–349.
- 111.Batıgün AD. İntihar olasılığı ve cinsiyet: İletişim becerileri, yaşamı sürdürme nedenleri, yalnızlık ve umutsuzluk açısından bir inceleme, Türk Psikoloji Dergisi. 2008;23(62): 65-75.
- 112.Hubers AAM, Moaddine S, Peersmann SHM, Stijnen T, Duijn E, Mast RC, Dekkers OM, Giltay EJ. Suicidal ideation and subsequent completed suicide in both psychiatric and non-psychiatric populations: A meta analysis.

- Epidemiol Psychiatr Sci. 2018; 27(2):186-198.
- 113.TÜİK (2022) Türkiye İstatistik Kurumu İntihar istatistikleri veri tabanı www.tuik.gov.tr. Erişim Tarihi: 10.10.2023.
114. World Health Organization. Preventing Suicide: A Global İmperative. 2014.
- 115.Harmanlı P. “Dünya’daki ve Türkiye’deki intihar vakalarının sosyodemografik özellikler açısından incelenmesi”. Hacettepe University Faculty of Health Sciences Journal. 2015;1(1):3-9. <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/88833>.
- 116.Arsenault-Lapierre G, Kim C, Turecki G. Psychiatric diagnoses in 3275 suicides: A meta-analysis. BMC psychiatry. 2004;4(1): 37.
- 117.Güleç G. Psikiyatrik bozukluklar ve intihar. Türkiye Klinikleri J Psychiatry-Special Topics. 2016;9(3):21-25.
- 118.Temel M. İntiharların önlenmesinde hemşirenin sorumlulukları. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 2009;12(2): 78-83.
- 119.Ak M, Yazıhan NT, Sütçigil L, Hacıömeroğlu B. İntihar girişimi olan majör depresyon hastalarında üstbiliş süreçleri. Nöropsikiyatri Arşivi. 2013;50:95-99.
- 120.Gül Ü. Depresyon Hastalarında Bilişsel Davranışçı Terapi Temelli Psikoğitimin İntihar Riski ve Sosyal İşlevselliğe Etkisi. 2022, İnönü Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, 97 sayfa, Malatya, (Prof.Dr. Funda Kavak Budak).
- 121.Özgüven HD. İntihar girişimlerinde krize müdahale. Kriz Dergisi. 2003;11(1): 25-34.
- 122.Bayındır S, Ünsal A. Sık görülen ruhsal hastalıklardaki hemşirelik tanı ve girişimleri. Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi. 2016;6 (2): 115-119.
- 123.Dikeç G. Kutlu Y. Ruhsal bozukluklarda tedavi uyumunu artırmak için bir yöntem: Tedaviye uyum programı. Psikiyatri Hemşireliği Dergisi. 2015;6(1): 40-46.
- 124.World Health Organization. Adherence to long term therapies, Geneva: World Health organization Publishing, 2003.
- 125.Terakye G, Demirkıran F. Psikiyatri hastalarında ilaç tedavisine uyumsuzluk sorunu ve hemşirelik yaklaşımları. Anadolu Üniversitesi Bilim Ve Teknoloji

- Dergisi. 2003;4(2):131-144.
- 126.Athanasos P. Mood Disorders. In: Evans K, Nizette D, O'Brien A, eds. Psychiatric and Mental Health Nursing. 4th ed. Australia: Elsevier; 2017;p: 914-962.
- 127.Yatham LN, Kennedy SH. Mood Disorders: Pharmacological Treatment of Depression and Bipolar Disorders. In: Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P, eds. Kaplan and Sadock's Comprehensive textbook of psychiatry. 10th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer. 2017; p. 4299-4358.
- 128.Davidson JR T, Meltzer-Brody SE. The under recognition and under treatment of depression: What is the breadth and depth of the problem? J Clin Psychiatry. 1999;60(7):4-9.
- 129.Rush AJ. Strategies and tactics in the management of maintenance treatment for depressed patients. J Clin Psychiatry. 1999;60(14):21-26.
- 130.Sancar M, Düzgün E, Okuyan B, Deniz S, Çalışkan M, Coşkun K, Vehbi F. Antidepresan kullanan majör depresyon hastalarında yan etkilerin ve hasta uyumunun değerlendirilmesi. Marmara Pharmaceutical Journal. 2017;21(1): 177-182.
- 131.Günaydın N. Depresyonlu Hastalarda Psikoeğitimin İlaç Uyumuna Etkisi. 2012, Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, 176 sayfa, İstanbul, (Yrd. Doç. Dr. Gül Ünsal Barlas).
- 132.Emsley R, Alptekin K, Azorin JM, Cañas F, Dubois V, Gorwood P, Haddad PM, Naber D, Olivares JM, Georgios Papageorgiou JM, Roca M, Thomas P, Hargarter L. Nurses' perceptions of medication adherence in schizophrenia: Results of the ADHES cross-sectional questionnaire survey. Therapeutic Advances in Psychopharmacology. 2015;(6):339-350. Erişim:18.10.23 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov>.
- 133.Boyd MA. Psychiatric nursing: Contemporary practice. 4th ed. China: Lip pincott. 2008; p. 31–45.
- 134.Uslu E, Buldukoğlu K. Şizofrenide ilaç tedavisine uyum ve psikiyatri hemşiresinin rolü. Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi. 2018;7(1): 61-72.
- 135.Tel H, Doğan S, Özkan B, Çoban S. Hasta yakınlarına göre kronik psikiyatrik bozukluğu olan hastaların tedaviye uyumu. Psikiyatri Hemşireliği Dergisi. 2020;1(1):7-12.
- 136.Beck AT. An inventory for measuring depression. Arch Gen Psychiatry.

- 1961;4: 561-571.
- 137.Hisli N. Beck Depresyon Envanteri”nin geçerliği üzerine bir alışma. Psikoloji Dergisi. 1989;6(22): 118-126.
- 138.Deniz T. Kadına Yönelik Eş Şiddet Ölçeği Geçerlik ve Güvenirlik alışması. 2019, Muğla Sıtkı Kocaman Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 55 sayfa, Muğla, (Prof.Dr. Ayşe Rezan een Eroğlu).
- 139.Cull JG, Gill WS. Suicide probability scale. Western Psychological Services. 1990. Los Angels.
- 140.Atlı Z, Eskin M, Dereboy . İntihar olasılığı ölçeğinin (İÖÖ) klinik örnekleme de geçerlik ve güvenilirliği. Klinik Psikiyatri. 2009;12: 111-124.
- 141.Morisky DE, Green LW, Levine DM. Concurrent and predictive validity of a selfreported measure of medication adherence. Med Care. 1986;24: 67–74.
- 142.Bahar G. İki Uçlu Bozukluk Tanısı Almış Hastalarda Morisky Uyum Ölçeği’nin Türkçe Geçerlilik Güvenilirlik alışması ve Duygudurum Düzenleyici Kullanan Hastaların Kan Düzeyi Ölçümleri İle Tedaviye Uyumları Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi. 2013, Gaziantep Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 128 sayfa, Gaziantep, (Prof. Dr. Haluk A. Savaş).
- 143.Başaran SK. Majör depresyon bozukluğu tanılı bir örnekleme de nörotisizm ve depresif belirtiler: Mükemmeliyetçiliğin düzenleyici rolü. Journal of Cognitive-Behavioral Psychotherapy and Research. 2023;12(3): 221-221.
- 144.Özdel K, Öztürk Y, Özyurt G. Majör depresif bozukluk tanılı ergenlerde bilişsel çarpıtmaların sağlıklı kontrollerle karşılaştırılması. Turk J Child Adolesc Ment Health. 2021;28(2): 110-116.
- 145.Tekintaş NS, Yanartaş Ö, Durmuş FB, Sayar K. Major depresif bozukluk ve fibromiyalji sendromu hastalarında işlevsel bedensel belirtiler ve belirleyicileri. Arch Neuropsychiatry. 2022;59: 274–280.
- 146.Özarılan Z, Fıstıkı N, Keyvan A, Uğurad Zİ, Saygılı S. Depresyon hastalarının stres ile başa çıkma stratejileri. Marmara Medical Journal. 2013;26: 130-135.
147. Yılmaz A. Kadınların Eş Şiddetine İlişkin Tutumlarının Toplumsal Cinsiyet Algı Düzeyi ve Başa ıkma Becerileri İle İlişkisi. 2023, İstanbul Topkapı Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 97 sayfa,

- İstanbul, (Dr. Öğr. Üyesi Yunus YÜCEL).
- 148.Sabancıoğulları S, Avcı, D, Doğan S, Kelleci M, Ata E. Psikiyatri kliniğinde yatan hastalarda intihar olasılığı ve etkileyen etkenler. Anadolu Psikiyatri Dergisi. 2015;16(3):164-172.
- 149.Onat M. Major Depresif Bozukluk Tanısı Olan Ergenlerde İntihar Davranışının Dürtüsellik ve Yürütücü İşlevler ile İlişkisi. 2016, Dokuz Eylül Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Uzmanlık Tezi, 113 sayfa, İzmir, (Prof. Dr. Aynur PEKCANLAR AKAY).
- 150.Çakır S. Yetişkinlerde Yalnızlık Duygusu İle Aleksitimi, Depresyon ve İntihar Olasılığının Ölçülmesi. 2021, İstanbul Gelişim Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 82 Sayfa, İstanbul, (Dr. Öğr. Üyesi Recep Emre TAN).
- 151.Nobile B, Olié E, Dubois J, Guillaume S, Gorwood P, Courtet P. Characteristics and treatment outcome of suicidal depression: two large naturalistic cohorts of depressed outpatients. Australian & New Zealand Journal of Psychiatry. 2022;56(4): 347-364.
- 152.Şahin M. Depresyon ve Anksiyete Bozukluğu Olan Hastaların Manevi Yönelimleri ile İntihar Eğilimleri ve Tedavi Uyumları Arasındaki İlişki. 2022, Gaziantep Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 112 sayfa, Gaziantep, (Doç.Dr. Nurgül ÖZDEMİR).
- 153.Göktaş A. Roy Uyum Modeline Temellendirilmiş Depresyonda Psikiyatrik Bakım Uygulamasının Tedavi Uyumu, Genel Özyeterlilik, Benlik Saygısı ve Depresyon Düzeyine Etkisi. 2021, Akdeniz Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, 118 sayfa, Antalya, (Prof.Dr.Kadriye BULDUKOĞLU).
- 154.Ok E, Sayılan S. Kronik hastalığı olan yaşlı bireylerde depresyon ve tedavi uyumu. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2022;11(2): 610-616.
- 155.Sawada N, Uchida H, Suzuki T, Watanabe K, Kikuchi T, Handa T, Kashima H. Persistence and compliance to antidepressant treatment in patients with depression: A chart review. BMC Psychiatry. 2009;9:38.
- 156.Vahip İ, Doğanavşargil Ö. Aile içi fiziksel şiddet ve kadın hastalarımız. Türk Psikiyatri Dergisi. 2006;17(2): 107-114.
- 157.Gerlock A. Health impact of domestic violence. Issues in Mental Health

- Nursing. 1999;2: 373-385.
- 158.Dienemann J, Boyle E, Baker D, Resnick W, Wiederhorn N, Campbell J. Intimate partner abuse among women diagnosed with depression. *Issues Ment Health Nurs.* 2000;21(5): 499-513.
- 159.Karaçam Z, Çalışır H, Dünder E, Altuntaş F. Evli kadınların aile içi şiddet görmelerini etkileyen faktörler ve kadınların şiddete ilişkin bazı özellikleri. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi.* 2006;22(2):71-88.
- 160.Akyazı S. Kadın Sığınma Evinde Kalan Aile İçi Şiddete Maruz Kalmış Kadınlarda Ruhsal Bozukluklar. 2010, Bakırköy Prof.Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Tıpta Uzmanlık Tezi, 97 Sayfa, İstanbul, (Uzm. Dr. Abdulkadir TABO).
- 161.Kazancı D. Evliliklerinde Maruz Kaldıkları Şiddet Nedeniyle Kadın Sığınma Evlerinde Barınan Kadınların Kaygı ve Depresyon Düzeyleri. 2010, Maltepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 74 sayfa, İstanbul, (Prof.Dr. Nursel TELMAN).
- 162.Yeniocak N. Şiddet Bağlamında İncelenen Üç Kadın Grubunun Başa Çıkma Biçimleri ve Bu Bağlamda Çocukların algıladıkları Sorunlar. 2011, Ankara Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 171 sayfa, Ankara, (Doç. Dr. Şennur Tutarel Kışlak).
- 163.Türkoğlu İ. Şiddet Görmüş Kadınların Kişilik Özelliklerinin Somatik Belirtiler Ve Depresyon Üzerine Etkisi. 2013, Haliç Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 123 sayfa, İstanbul, (Yrd.Doç.Dr. Pervin Sevda Bıkmaz).
- 164.Karakoç B, Gülseren L, Çam B, Gülseren Ş, Tenekeci N, Mete L. Depresyonu olan kadınlarda aile içi şiddetin yaygınlığı ve ilişkili etkenler. *Arch Neuropsychiatr.* 2015;52(4): 324-330.
- 165.Korkmaz S, Korucu T, Yıldız S, Kaya S, İzci F, Atmaca M, Psikiyatri hastalarında aile içi şiddet sıklığının ve ilişkili faktörler. *Dusunen Adam The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences.* 2016;29(4):359-366.
- 166.Akalın A, Arıkan Ç. 15-49 yaş grubu kadınlarda aile içi şiddet sıklığı ve şiddetin depresyona etkisi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi.* 2017;6(2):1-10.
- 167.Canlı S, Özyurda F. Ankara ili gölbaşı ilçesinde doğurgan çağdaki kadınlarda kadına yönelik şiddet ve depresyon ilişkisi. *Nobel Medicus.*

- 2018;14(2): 31–39.
- 168.Thomas LJ, Lewis JB, Martinez I, Cunningham SD, Siddique M, Tobin J. N, Ickovics JR. Associations between intimate partner violence profiles and mental health among lowIncome, urban pregnant adolescents. *BMC Pregnancy And Childbirth*. 2019;19(1):p. 120-128.
- 169.Karaoğlan Ç. Şiddet Gören Kadınların Depresyon, Psikolojik Dayanıklılık ve Benlik Saygıları Üzerine Bir Araştırma. 2020, Bursa Uludağ Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 93 sayfa, Bursa, (Prof. Dr. Aslı Sarandöl).
- 170.Gülpınar S. Malatya İli Yeşilyurt İlçesinde Bulunan M. Hanifi Bağdatlı Aile Sağlığı Merkezine Kayıtlı 15-49 Yaş Aralığındaki Evli Kadınlarda Aile İçi Şiddet ile Depresyon Arasındaki İlişki. 2022, İnönü Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, 75 sayfa, Malatya, (Prof. Dr. Gülsen GÜNEŞ).
- 171.Ünver H, Yıldırım H, Işık K. The relationship between depression and domestic violence towards women. *OTSBD*. 2023;8(1):1-7.
- 172.Ahmadzad-Asl M, Davoudi F, Zarei N, Mohammad-Sadeghi H, Rasoulia M. Domestic violence against women as a risk factor for depressive and anxiety disorders: findings from domestic violence house hold survey in Tehran, Iran. *Arch Womens Ment Health*. 2016;19: 861-869.
- 173.Hurwitz EJH, Gupta J, Liu R, Silverman JG, Raj A. Intimate partner violence associated with poor health outcomes in U.S. South Asian women. *Journal of Immigrant and Minority Health*. 2006;8(3): 251-261.
- 174.Çebioğlu T, Kafadar H. Depresyon atak sayısının depresyon şiddeti, tedaviye uyum, stres, kişilik, yürütücü işlevler ve karar verme ile ilişkisi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*. 2023;15(1): 119-132.
- 175.Kesebir S, Gülpek D, Noyan MA. Özkıyım girişimlerinin doğası. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2002;3(2): 88-96.
- 176.Çapar A. Psikiyatrik Bozukluğu Olan Hastalarda Psikolojik Dayanıklılık ve İntihar Olasılığı İlişkisi. 2017, Gaziantep Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 114 Sayfa, Gaziantep, (Doç.Dr. Döndü Çuhadar).
- 177.Demirbas N, Kutlu R. Çoklu ilaç kullanan yetişkin bireylerin tedaviye uyumu ve öz-etkililik düzeyleri. *Ankara Medical Journal*. 2020;20(2):269-

280.

178. Atli A, Uysal C, Kaya MC, Bulut M, Güneş M, Karababa İF, Bez Y, Beşatlı S, Sır A. Acil ünitesine intihar girişimi nedeniyle başvuran olguların değerlendirilmesi: Şanlıurfa örnekleme. *Journal Of Mood Disorders*. 2014;4(3):110-114.
179. İzgi Ş. Aile İçi Şiddet, Çocukluk Çağı Travmaları, Aleksitimi ve Büyüme Oranları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. 2020, Işık Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 85 sayfa, İstanbul, (Prof. Dr. Feryal Çam Çelikel).
180. Adam DK, Hablemitoğlu Ş. Sosyal hizmet bağlamında depresyon ve ilişki kalitesinin değerlendirilmesine ilişkin Aydın ilinde bir araştırma. *Sosyal Çalışma Dergisi*. 2021;5(1):36-46.
181. Çetiner ŞG. Aile İçi Şiddet Yaşayan Kadınlarda Cinsel Sorunlar Ve İntihar Olasılığı. 2006, Ankara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 155 sayfa, Ankara, (Prof. Dr. Engin Turan).
182. Koçak C, İlhan M, Kuruoğlu A, Kaptan H. Bir üniversite hastanesi psikiyatri kliniğinde yatan hastaların yatış süresini etkileyen etkenler. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2018;19(4):377-382.
183. Özer Ü, Yıldırım EA, Erkoç ŞN. Majör depresyon olgularında intihar düşünce ve davranışının bağlanma biçimi ile ilişkisi. *Nöropsikiyatri Arşivi*. 2015; 52(3): 283-288.
184. Karamustafalıoğlu O, Özçelik B, Bakım B, Ceylan YC, Yavuz BG, Güven T, Gönenli S. İntiharı öngörebilecek bir araç: hastane anksiyete ve depresyon ölçeği. *Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*. 2010;23(3):151-157.
185. Özdin S, Korkmaz U, Çulhacı E. Psikotik bozukluk tanılı hastaların taburculuk sonrası tedavi uyumları. *Cukurova Medical Journal*. 2021;46(1): 201-207.
186. Deveci A, Aydemir Ö, Mızrak S. İntihar girişiminde bulunanlarda sosyodemografik özellikler, stres etmenleri ve ruhsal bozukluklar. *Kriz Dergisi*. 2005;13(1):1-9.
187. İdiz Z. Evlilik Uyumu, Evlilik Yatırımı, Aile İçi Şiddet ve İntihar Girişimi Arasındaki Bağlantıların Sosyal Psikolojik Açıdan İncelenmesi. 2009, Ankara Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 87

- Sayfa, Ankara, (Prof.Dr. Selim Hovardaoğlu).
- 188.Şevik A, Özcan H, Uysal E. İntihar girişimlerinin incelenmesi: risk faktörleri ve takip. Klinik Psikiyatri Dergisi. 2012; 15(4): 218-225.
- 189.Köse N. Depresyon Tanılı Hastalarda Öz Duyarlılığın Depresif Belirti Şiddeti ve İntihar Olasılığı İle İlişkisi. 2021, Gaziantep Üniversitesi, Sağlık Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 100 sayfa, Gaziantep, (Doç.Dr. Döndü Çuhadar).
- 190.T.C. Başbakanlık Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü (2009) Türkiye’de Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet Araştırması 2008, Erişim Adresi: <http://www.ksgm.gov.tr/tdvaw/anasayfa.htm> (Erişim Tarihi 06.03.2024).
- 191.Türkiye’de kadına yönelik aile içi şiddet araştırması, 2014. Erişim adresi: http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tr/analiz_ve_rapor-102 (ErişimTarihi:11.07.2024).

8. EKLER

EK I: BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

Araştırmanın Adı: Majör Depresyon Tanılı Evli Kadın Hastalarda Eş Şiddetinin İntihar Olasılığına ve Tedavi Uyumuna Etkisi

GÖNÜLLÜNÜN		İMZASI
ADI & SOYADI		
ADRESİ		
TEL. & FAKS		
TARİH		

VELAYET VEYA VESAYET ALTINDA BULUNANLAR İÇİN VELİ VEYA VASININ		İMZASI
ADI & SOYADI		
ADRESİ		
TEL. & FAKS		
TARİH		

AÇIKLAMALARI YAPAN ARAŞTIRICININ		İMZASI
ADI & SOYADI	Sevde BULUT	
TARİH		

RIZA ALMA İŞLEMİNE BAŞINDAN SONUNA KADAR TANIKLIK EDEN KURULUŞ GÖREVLİSİNİN		İMZASI
ADI & SOYADI		
GÖREVİ		
TARİH		

EK II: KİŞİSEL BİLGİ FORMU

1. Kaç yaşındasınız:

2. Yaşadığınız yer?

a) Köy b) Kasaba c) Şehir merkezi

3. Eğitim durumunuz nedir?

a) Okur-Yazar değil b) Okur-Yazar c) İlkokul d) Ortaokul e) Lise f) Üniversite ve üstü

4. Meslek grubunuz nedir?

a) Ev hanımı b) Çalışan c) İşsiz d) Emekli e) Öğrenci

5. Şu an çalışıyor musunuz?

a) Evet b) Hayır

6. Size göre gelir durumunuz nasıl?

a) Gelir giderden az b) Gelir gidere denk c) Gelir giderden fazla

7. Evlenme yaşıınız?

a) 18 yaş ve altı b) 19-35 yaş c) 36 yaş ve üzeri

8. Şu an kaçınıcı evliliğiniz?

a) 1 b) 2 c) 3 d) 4 ve üzeri

9. Evlilik süreniz?

a) 1 yıldan az b) 1-4 yıl c) 4-8 yıl d) 8 yıl ve üzeri

10. Eşinizle tanışma şekliniz?

a) Tanışarak b) Görücü usulü c) Akraba

11. Eşinizle birlikteliğinizin hukuki durumu?

a) Resmi nikâhlı b) Dini nikâhlı c) Her ikisi

12. Aile Tipiniz?

a) Çekirdek aile b) Geniş aile

13. Çocuk Sayınız?

- a) yok b) 1 c) 2 d) 3 ve üzeri

14. Eşinizin yaşı:.....

15. Eşinizin eğitim durumu?

- a) Okur-Yazar değil b) Okur-Yazar c) İlkokul d) Ortaokul e) Lise f) Üniversite ve üstü

16. Eşinizin mesleği ve sosyal güvencesi?

- a) Çalışmıyor b) Özel sektör çalışan c) Kamu d) Serbest meslek

17. Eşinizin psikiyatrik bir rahatsızlığı var mı?

- a) Evet b) Hayır

18. Hastalığınızın başlangıcından bu yana geçen süre?

- a) 1 yıldan az b) 1-3 yıl arası c) 3-5 yıl arası d) 5 yıl ve üzeri

19. Hastalık öncesi evlenme durumunuz?

- a) Evlilik öncesi hastalanma b) Evlendikten sonra hastalanma

20. Daha Önce psikiyatri kliniğine yatış yaptınız mı?

- a) Evet b) Hayır

21. Daha önce intihar girişiminde bulundunuz mu?

- a) Evet b) Hayır

22. Daha önce eşinizden şiddet gördünüz mü?

- a) Yok b) Var

23. Eşinizin psikiyatrik rahatsızlığınıza ve ilaç tedavinize karşı tutumu nasıl?

- a) Hastalığının farkında ve destekleyici
b) Hastalığıma inanmıyor. Numara yaptığımı düşünüyor
c) Tıbbi tedavinin işe yaramayacağını düşünüyor
d) Hastalığının farkında fakat desteklemiyor.

EK III: BECK DEPRESYON ENVANTERİ (BDE)

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 bulup işaretleyiniz.

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 cezalandırılabilmişim 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 olduğumu sanmıyorum b. Sanki yaşlanmış ve çekiciliğimi kaybetmişim gibi düşünüyor ve üzülüyorum c. Dış görünüşümde artık değiştirilmesi mümkün olmayan ve beni çirkinleştirendeğişiklikler olduğumu 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 IV: KADINA YÖNELİK EŞ ŞİDDET ÖLÇEĞİ

	Hiç Katılmıyorum	Biraz Katılıyorum	Kararsızım	Çok Katılıyorum	Tamamen Katılıyorum
1- Kocam beni sürekli eleştirir.					
2-İstemediğim halde cinsel ilişkiye zorlar.					
3-Kocam bana bağırır.					
4-Ailemle görüşmemi engeller					
5-Başkalarının yanında küçük düşürür.					
6-Kötü (yetersiz) bir eş olduğumu söyler.					
7-İhtiyaçlarım için para vermez.					
8-Vücudumda iz (morluk,şişlik) bırakacak şekilde döver.					
9-Boşanmam durumunda çocuklarımla görüştürmemekle tehdit eder.					
10-Boşanmam durumunda öldürmekle tehdit eder.					
11-Bana hakaret eder.					
12-Kocamın bana uyguladığı şiddeti anne – babam veya kardeşlerimle paylaşıyorum.					
13-Kocam bana küfreder.					
14-Ev dışında çalışmama izin					
15-Şiddete uğradığımda kadın sığınma evlerine					
16-Şiddete uğradığımda devletten koruma istemeyi düşünürüm.					

17-Kocamın bana uyguladığı şiddeti kimseye söyleyemem.					
18-Şiddette uğradığımda sessiz kalırım, içime atarım.					
19- Dayakla tehdit eder.					
20-Erkektir, döver de sever de.					
21-Erkek gerekli durumda kadına şiddet uygulayabilir.					
22-Dayakta bir keramet vardır.					
23-Kızını ya da karısını dövmezen dizini döver					
24. Kocam beni sürekli ihmal eder.					
25. Kocam beni görgüsüzlikle suçlar.					
26. Kocam eve veya bana harcadığı parayı başıma kalker.					
27. Beni yeni bir eş almakla tehdit ve rencide eder.					
28.İyi bir kadın, iyi bir eş kocası tarafından aldatılmamak için eşi her istediğinde cinsel ilişkiye girmelidir.					
29.Evde yaşananlar evde kalmalı diye düşünürüm.					

EK V: İNTİHAR OLASILIĞI ÖLÇEĞİ

Lütfen sırayla her bir cümleyi okuyun ve okuduğunuz cümlenin sizin için hangi sıklıkta doğru olduğunu belirtiniz. Size uygun olan cümlenin sağ tarafındaki seçeneklerin altındaki “D” harfini daire içine alarak işaretleyiniz.

		Hiçbir zaman	Bazen	Çoğu zaman	Her zaman
1	Öfkeli olduğum zaman elime geçen her şeyi fırlatırım.	D	D	D	D
2	Birçok insanın benimle içtenlikle ilgilendiklerini hissedirim.	D	D	D	D
3	Ani ve kontrolsüz(dürtüsel) davrandığımı hissedirim.	D	D	D	D
4	Başkalarıyla paylaşamayacağım kadar kötü şeyler düşünürüm.	D	D	D	D
5	Çok fazla sorumluluk yüklediğimi düşünürüm.	D	D	D	D
6	Yapabileceğim daha birçok yararlı şey olduğunu hissedirim.	D	D	D	D
7	Başkalarını cezalandırmak için intihar etmeyi düşünürüm.	D	D	D	D
8	Başkalarına karşı düşmanca duygular beslediğimi hissedirim.	D	D	D	D
9	İnsanlardan koptuğumu hissedirim.	D	D	D	D
10	İnsanların bana ben olduğum için değer verdiklerini hissedirim.	D	D	D	D
11	Eğer ölürsem birçok insanın üzüleceğini hissedirim.	D	D	D	D
12	Öylesine yalnızlık hissedirim ki buna dayanmam.	D	D	D	D
13	Başkalarının bana düşmanca duygular beslediğini hissedirim.	D	D	D	D
14	Eğer hayata yeniden başlayabilsem, yaşamımda birçok değişiklik yapacağımı hissedirim.	D	D	D	D
15	Pek çok şeyi iyi yapamadığımı düşünürüm.	D	D	D	D
16	Beğendiğim bir işi bulmak ve sürdürmekte güçlüğümdür.		D	D	D
17	Gittiğim zaman hiç kimsenin beni özlemeyeceğini düşünürüm.	D	D	D	D
18	Benim için işler yolunda gidiyor gibi görünür.	D	D	D	D
19	İnsanların benden çok fazla şeyler beklediklerini hissedirim.	D	D	D	D
20	Düşündüğüm ve yaptığım şeyler için kendimi cezalandırmam gerektiğini düşünürüm.	D	D	D	D

21	Dünyanın yaşama değer olmadığını hissedirim.	D	D	D	D
22	Gelecekle ilgili çok titiz bir şekilde plan yaparım.	D	D	D	D
23	Kendisine güvenilebileceğim kadar çok arkadaşım olmadığını düşünürüm.	D	D	D	D
24	Eğer ölmüş olsaydım insanların daha rahat edeceğini hissedirim.	D	D	D	D
25	Bu şekilde yaşamaktansa ölmenin daha az acılı olacağını hissedirim.	D	D	D	D
26	Anneme duygusal açıdan daha yakın olduğumu hissedirim/hissederdim.	D	D	D	D
27	Eşime duygusal açıdan daha yakın olduğumu hissedirim/hissederdim.	D	D	D	D
28	İşlerin düzeleceğine ilişkin umutsuzluk hissedirim.	D	D	D	D
29	İnsanların beni ve yaptıklarımı onaylamadıklarını hissedirim.	D	D	D	D
30	Kendimi nasıl öldüreceğimi düşündüm.	D	D	D	D
31	Parayla ilgili endişelerim var.	D	D	D	D
32	İntihar etmeyi düşünürüm.	D	D	D	D
33	Kendimi yorgun ve birçok şeye ilgisiz hissedirim.	D	D	D	D
34	Çok öfkelenince bazı şeyleri kırıp dökerim.	D	D	D	D
35	Babama duygusal açıdan yakın olduğumu hissedirim/hissederdim.	D	D	D	D
36	Nerede olursam olayım, mutlu olamadığımı hissedirim.	D	D	D	D

EK VI: MORİSKY TEDAVİ UYUM ÖLÇEĞİ

Aşağıdaki yer alan sorularda doğru veya yanlış cevap yoktur. Hastalığınızla ilgili sizin kişisel ilaç kullanma deneyiminize dayanarak aşağıdaki her bir soruyu cevaplandırınız.

Sıra No	Lütfen her maddeyle ilgili düşüncenizi yandaki kutuya işaretleyiniz.	Evet	Hayır
1	İlaç almayı hiç unuttuğunuz oldu mu?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2	İlacınızı almayı hatırlamak konusunda sorun yaşıyor musunuz?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3	Kendinizi iyi hissettiğinizde ilacınızı almayı kestiğiniz olur mu?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4	Bazen ilacınızı aldığınızda kendinizi kötü hissederseniz, ilaç kullanmayı bırakır mısınız?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

EK VII: ÖLÇEKLERDEN ALINAN İZİN YAZILARI

BECK DEPRESYON ENVANTERİ İZİNİ

Gönderen: Sevde İnceer

10.08.2022 Çar 01:15

Kime:

Hocam Merhabalar, Ben Sevde İnceer Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikiyatri Hemşireliği bölümünde yüksek lisans yapmaktayım. Geçerlilik Ve Güvenilirlik Çalışmasını yapmış olduğunuz Beck Depresyon Ölçeğini izinizle tez çalışmamda kullanmak istiyorum. Cevabınızı bekliyorum. Saygılarımla iyi çalışmalar...

Gönderen: Gulsen T.

13.08.2022 Cmt 05:53

Kime:

Merhaba Sevde, Beck Depresyon Envanteri'ni araştırma amaçlı olarak kullanmanızda benim açımdan bir sakınca bulunmamaktadır. Ancak sizden önemli ricam, Ölçeğin başka kopyalarını değil; size gönderdiğim kopyasını ve ölçek formunun son sayfasındaki kaynakları da kullanmanızdır. Kaynakları ekte dijital ortamda gönderiyorum. Ayrıca, Envanterin orijinalinin Aaron Beck tarafından geliştirilmiş olduğu bilgisiyle gerekli referanslarının da çalışmanızda verilmesi gerekecektir. Çalışmanızda başarılar dilerim

e-mail.

KADINA YÖNELİK EŞ ŞİDDET ÖLÇEK İZİNİ

Gönderen: Tuğba DENİZ

6.08.2022 Cmt 11:47

Kime: Sevde İnceer

İyi çalışmalar. Çalışmanızda ölçeği kullanabilirsiniz. Kolaylıklar dilerim

Gönderen: Sevde İnceer

Gönderildi: 2 Ağustos 2022 Salı 15:30:46

Kime: Tuğba DENİZ

Konu: ölçek izni

Tuğba Hocam Merhabalar, Ben Sevde İnceer Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikiyatri Hemşireliği bölümünde yüksek lisans yapmaktayım. Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışmasını yapmış olduğunuz Kadına Yönelik Eş Şiddet Ölçeğini izninizle tez çalışmamda kullanmak istiyorum. Saygılarımla iyi çalışmalar.

İNTİHAR OLASILIĞI ÖLÇEK İZİNİ

Gönderen: Zehra Atli

28.07.2022 Per 03:06

Kime: Sevde İnceer

Merhaba. Tabi ki kullanabilirsiniz.

İyi çalışmalar...

28 Tem 2022 Per 12:25 tarihinde Sevde İnceer şunu yazdı: Zehra Hocam Merhabalar, Ben Sevde İnceer Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikiyatri Hemşireliği bölümünde yüksek lisans yapmaktayım. Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışmasını yapmış olduğunuz İntihar Olasılığı Ölçeğini izninizle tez çalışmamda kullanmak istiyorum. Saygılarımla iyi çalışmalar.

MORİSKY TEDAVİ UYUM ÖLÇEK İZNİ

Güven BAHAR

11.08.2022 Per 23:32

Kime: Sevde İnceer

Bu konuyla ilgilenmeniz ve ölçeği kullanmak istemenizden duyduğum memnuniyeti bildirmek istedim. Ölçeği ve değerlendirmesi konusundaki bilgiyi ekte gönderiyorum. Ekte yer alan şekliyle kaynak göstererek kullanmanızda hiçbir sakınca bulunmamaktadır. Çalışma sonuçlarınızdan haberdar ederseniz sevinirim.

Çalışmalarınızda başarılar dilerim.

Gönderen: Sevde İnceer

Gönderildi: 10 Ağustos 2022 Çarşamba 10:37

Kime:

Konu: ÖLÇEK İZNİ

Hocam Merhabalar, Ben Sevde İnceer Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikiyatri Hemşireliği ABD. Yüksek lisans programında eğitim görmekteyim. Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışmasını yapmış olduğunuz Morisky Tedavi Uyum Ölçeğini izninizle tez çalışmamda kullanmak istiyorum. Cevabınızı bekliyorum. Saygılarımla iyi çalışmalar.

EK VIII: GAÜN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU									
ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Major Depresyon Tanılı Evli Kadın Hastalarda Eş Şiddetinin İntihar Olasılığına ve Tedavi Uyumuna Etkisi								
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	370								
KARAR BİLGİLERİ	Karar No:2022/370			Tarih: 26.10.2022					
	Sorumlu Araştırmacısı Doç.Dr.Nurgül ÖZDEMİR olan "Major Depresyon Tanılı Evli Kadın Hastalarda Eş Şiddetinin İntihar Olasılığına ve Tedavi Uyumuna Etkisi" başlıklı proje öneri dosyası ile ilgili belgeler incelenmiş olup, 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 KURULUN ÇALIŞMA ESASI	İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik İy Klinik Uygulamaları Kılavuzu								
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:	Prof.Dr.Yasemin ZER								
Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilişki		Katılım *		İmza
Prof.Dr.Yasemin ZER	Tıbbi Mikrobiyoloji	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof.Dr.Muradiye NACAK	Tıbbi Farmakoloji	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof.Dr.Seval KUL	Biyoistatistik	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof.Dr.Osman BAŞPINAR	Çocuk Kardiyoloji	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Maruf ŞANLI	Göğüs Cerrahi	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof.Dr.Suzan TABUR	Endokrinoloji ve Metabolizma	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç.Dr.Beltin DEMİRCİOĞLU KILIÇ	Çocuk Nefroloji	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç.Dr.Nurgül ÖZDEMİR	Psikiyatri Hemşireliği	Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç.Dr. İlhan BAHŞI	Anatomi	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç.Dr.Fatih SARI	Protetik Diş Tedavisi	Gaziantep Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç.Dr. Şengül ŞAHİN	Psikiyatri	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Dr.Öğr.Üyesi Burak YAMAN	Fizyoloji	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Uzm.Dr.Melih HANGÜL	Pediyatrik Göğüs Hastalıkları	Gaziantep Cengiz Gökçek Kadın Doğum ve Çocuk Hastanesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Emine Aybiken YILDIRIM	Hukukçu	Gaziantep Barosu	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Zeki EKİNCİ	Sağlık Meslek Mensubu Olmayan Üye	Şahinbey Belediyesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	

GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Major Depresyon Tanılı Evli Kadın Hastalarda Eş Şiddetinin İntihar Olasılığına ve Tedavi Uyumuna Etkisi
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	370

ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	Gaziantep Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
	AÇIK ADRESİ:	Gaziantep Üniversitesi Hayvan Deneyleri Araştırma Merkezi Binası (GAÜNDAM) Klinik Araştırmalar Etik Kurulu 27310 Şehitkamil/Gaziantep
	TELEFON	0342 360 12 00-Dahili 4800
	FAKS	-
	E-POSTA	

BAŞVURU BİLGİLERİ	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Doç.Dr.Nurgül ÖZDEMİR			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Psikiyatri Hemşireliği			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi			
	VARSA İDARİ SORUMLU UNVANI/ADI/SOYADI				
	DESTEKLEYİCİ				
	PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ UNVANI/ADI/SOYADI (TÜBİTAK vb. gibi kaynaklardan destek alanlar için)				
	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"/>			
İlaç dışı klinik araştırma		<input checked="" type="checkbox"/>			
Diğer ise belirtiniz :					
ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ	<input checked="" type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ	<input type="checkbox"/>	
	ULUSAL	<input checked="" type="checkbox"/>	ULUSLARARASI	<input type="checkbox"/>	

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili		
		ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ			Türkçe <input type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe <input type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe <input type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ			Türkçe <input type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı	Açıklama				
	SİGORTA	<input type="checkbox"/>				
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	<input type="checkbox"/>				
	BIYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	<input type="checkbox"/>				
	İLAN	<input type="checkbox"/>				
	YILLIK BİLDİRİM	<input type="checkbox"/>				
	SONUÇ RAPORU	<input type="checkbox"/>				
	GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	<input type="checkbox"/>				
DİĞER:						

Gaziantep Üniversitesi
Etik Kurulu Başkanlığı
ASLI KOPYADIR

EK IX: ARAŞTIRMA KURUM İZİN YAZILARI



TC Sağlık Bakanlığı

BİLİMSEL ÇALIŞMA DEĞERLENDİRME FORMU

Araştırmacının Adı Soyadı	Sevde İNCEER
Kurum/Ünvan	GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ / SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ/HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
Araştırmanın Konusu	Majör Depresyon Tanılı Evli Kadın Hastalarda Eş Şiddetinin İntihar Olasılığına ve Tedavi Uyumuna Etkisi
Araştırmanın Statüsü	Yüksek Lisan Tezi
Çalışmanın Yapılacağı Tesis	NECİP FAZIL ŞEHİR HASTANESİ
Araştırmanın Süresi	6 (Altı) Ay
Bütçe	KULLANILMAMAKTADIR.

Bilimsel Çalışma Genel Değerlendirmesi:

() Uygun Değil

(X) Uygun

İlgili Komisyon Üyelerinin İmzası

--

--



T.C. Sağlık Bakanlığı

KAHRAMANMARAŞ İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
DÖNER SERMAYE İŞLETMESİ KAPSAMINDA
YÜRÜTÜLECEK ÇALIŞMALAR İÇİN
ÖN İZİN FORMU

1. ÇALIŞMANIN GENEL NİTELİĞİ	<input type="checkbox"/> KLİNİK ARAŞTIRMA <input type="checkbox"/> GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMA <input checked="" type="checkbox"/> BİLİMSEL ARAŞTIRMA VE PROJELER
2. ÇALIŞMANIN ADI/GEREKÇESİ	Majör Depresyon Tanılı Evil Kadın Hastalarda Eş Şiddetinin İntihar Olasılığına ve Tedavi Uyumuna Etkisi
3. ÖNGÖRÜLEN ÇALIŞMA SÜRESİ	6 (Altı) Ay
4. ÇALIŞMAYI YÜRÜTÜCEK SAĞLIK TESİSİNİN VE KLİNİK /BÖLÜMÜN ADI	NECİP FAZIL ŞEHİR HASTANESİ
5. DESTEKLEYEN KURUM/KURULUŞUN ADI	BULUNMAMAKTADIR
6. VARSA DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİNİN ADI	BULUNMAMAKTADIR
7. DANIŞMANIN ÜNVANI/ADI/ SOYADI (BELİRLENMİŞ İSE)	Doç.Dr.Nugül ÖZDEMİR
8. SORUMLU ARAŞTIRMACININ ÜNVANI/ADI/SOYADI	Hemşire Sevdice İNCEER
9. DİĞER ARAŞTIRMACI BİLGİLERİ	ARAŞTIRMA EKİBİ (Sayı Olarak Belirtiniz) ÜNVAN/AD/SOYADI
	ARAŞTIRMACI VAR (.....) YOK (.....X.....)
	YARDIMCI ARAŞTIRMA PERSONELİ VAR (.....) YOK (.....)
10. ÇALIŞMAYA KATILAN MERKEZLER	(.....)ÇOK MERKEZ (.....X.....) TEK MERKEZ
(Çalışma çok merkezli ve belirlenmiş ise diğer merkezleri belirtiniz.)	
11. ÇALIŞMA YERİNDEN HİZMET ALIMI	(.....)VAR (.....X.....) YOK
	HİZMET ÇEŞİDİ HİZMET AD/MİKTARI BELİRTİNİZ
(Eğer var ise)	LABORATUVAR
	GÖRÜNTÜLEME
	YATAK/GÜN
	KONSÜLTASYON
	AMELİYATHANE
	DİĞER

--

Evrak Tarih ve Sayısı: 23.12.2022-275836



T.C.
GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Rektörlük

Sayı : E-87841438-300-275836
Konu : Kurum İzni (Sevde İNCEER)

23.12.2022

(KAHRAMANMARAŞ İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ)
Yörükselim Mahallesi

Enstitümüz Hemşirelik Anabilim Dalı, Psikiyatri Hemşireliği Tezli yüksek lisans programı öğrencisi Sevde İNCEER'in " Majör Depresyon Tanılı Evli Kadın Hastalarda Eş Şiddetinin İntihar Olasılığına ve Tedavi Uyumuna Etkisi" başlıklı tez çalışmasını 16 Ocak 2023 - 17 Temmuz 2023 tarihleri arasında Kahramanmaraş Necip Fazıl Şehir Hastanesinde Psikiyatri servisinde yatarak ve Poliklinikte ayaktan tedavi olan majör depresyon tanılı evli kadın hastalar ile yapabilmesi için gerekli iznin verilmesini rica ederim.

Prof.Dr. Arif ÖZAYDIN
Rektör



T.C.
KAHRAMANMARAŞ VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü



Sayı : E-72307149-604.02.02-207646062
Konu : Hemşire Sevde İNCEER'in Bilimsel
Çalışma Ön İzni Hk.

20.01.2023

KAHRAMANMARAŞ NECİP FAZIL ŞEHİR HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİNE

Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Öğrencisi Sevde İNCEER'in hastanenizde yapacağı ekte sunulan " **Majör Depresyon Tanılı Evli Kadın Hastalarda Eş Şiddetinin İntihar Olasılığına ve Tedavi Uyumuna Etkisi** " konulu çalışması için, Müdürlüğümüze yaptığı ön izin başvurusu incelenmiş olup, çalışmasının tesisinizde yapılmasına engel bir durumun olmadığı; Bilimsel İnceleme Komisyonunca karara bağlanmıştır.

Konu ile ilgili komisyon kararları ekte sunulmuş olup, gereğinin yapılmasını;
Bilgilerinize rica ederim.

Uzm. Dr. Sedat KÖROĞLU
Kamu Hastaneleri Hizmetleri Başkanı

Ek:

- 1 - Değerlendirme Formları.
- 2 - Değerlendirme Formları.
- 3 - Değerlendirme Formları.

9.ÖZGEÇMİŞ

İlköğretim ve lise eğitimini Kahramanmaraş'ta tamamladı. 2016-2020 yılları arasında Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü'nden mezun oldu. 2021 yılında Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikiyatri Hemşireliği Yüksek Lisans programına başladı. Evli ve 2021 yılından itibaren Kahramanmaraş Türkoğlu Dr. Kemal Beyazıt Devlet Hastanesinde Hemşire olarak çalışmaya devam etmektedir.

