



NEAR EAST UNIVERSITY
GRADUATE SCHOOL OF SOCIAL SCIENCES

CLINICAL PSYCHOLOGY

MASTER'S PROGRAMME

MASTER'S THESIS

LIFE EVENTS AND SOCIAL SUPPORT
AMONG PATIENTS WITH MAJOR
DEPRESSION DISORDER

Hazal İLK

NICOSIA

2016



NEAR EAST UNIVERSITY
GRADUATE SCHOOL OF SOCIAL SCIENCES
CLINICAL PSYCHOLOGY
MASTER'S PROGRAMME

MASTER'S THESIS
LIFE EVENTS AND SOCIAL SUPPORT AMONG PATIENTS
WITH MAJOR DEPRESSION DISORDER

PREPARED BY

Hazal I IK

20143506

SUPERVISOR

DOÇ. DR. Ebru ÇAKICI

NICOSIA

2016

YAK N ÖOGU ÜN VERSiTES

NEAR EAST UNIVERSITY

SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

GRADUATE SCHOOL OF SOCIAL SCIENCES

Date: .&./.t?!.r./?9.~Nicosia

2012.. /2013e. Academic Year. Q Semester

DECLARATION

Type of Thesis: Master 5g Proficiency in Art - PhD

STUDENT NO :.....2.-Q,(0..!?!?..~.....

PROGRAMME :.....C.(t:n~i;f:.\.....?!.&~.19.J.;iffi.<;.ikr;....tr.~~

I8.P..l.8..;.....J~j~ hereby declare that this dissertation entitled
"....2..~c.....'t.w.~1!:?.....~&.h-i.Q.L.....~ 'f+)ç-?f.".t.....rn.ro.12r.v:.....2..~1\0.1.J...
u-?..~t.h.....(Y).~c}OT:.....'D.c..p.1.f.-'~.\~(\.~QT.ci.~f.'....."....."....."
has been prepared myself under the guidance and supervision of
"/0.?>.!?.~?.....?n.i.C.~...t>r:JJ;:;1...J..M~J...<;~.~>~} in partial fulfilment of The Near East
University, Graduate School of Social Sciences regulations and does not to the best of my
knowledge breach any Law of Copyrights and has been tested for plagiarism and a copy of the
result can be found in the Thesis.

Signature:



NEAR EAST UNIVERSITY
GRADUATE SCHOOL OF SOCIAL SCIENCES

Clinical Psychology Master Program
Thesis Defence

LIFE EVENTS AND SOCIAL SUPPORT AMONG PATIENTS WITH MAJOR
DEPRESSION DISORDER

We certify the thesis is satisfactory for the award of degree of
Master of CLINICAL PSYCHOLOGY

Prepared by
Hazal I IK

Examining Committee in charge

Prof. Dr. Mehmet ÇAKICI

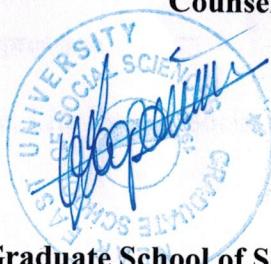
Near East University
Department of Psychology

Assoc. Prof. Dr. Ebru Tansel ÇAKICI

Near East University
Department of Psychology

Asist. Prof. Dr. Ayhan E

Near East University
Department of Psychological
Counselling and Guidance



Approval of the Graduate School of Social Sciences

Assoc. Prof. Dr. Mustafa SAGSAN

Acting Director

ABSTRACT

**LIFE EVENTS AND SOCIAL SUPPORT AMONG PATIENTS
WITH MAJOR DEPRESSIVE DISORDER**

Prepared:Hazel İLK

June,2016, 61 pages

Negative life events and not to have a social support are also other factors of depression. The goal of this study is to investigate the life events and social support among patients with major depressive disorder and compare them with non-psychiatric population. The study took place in Department of Psychiatry Gaziantep University Hospital, located in the Gaziantep region, a relatively developed part of Turkey. It was conducted in the second semester of the February-March, 2015-2016 academic years. Comparisons were made with 50-patients between age of 18-65, working group who receive a diagnosis of Major Depressive Disorder. And 50-patients inserted as control group from applicant to the internal medicine clinic from whom had no psychiatric complaining. Both groups are given respectively, Demographic Form, Beck Depression Inventory (BDI), Life Events Inventory (LEI), Multidimensional Scale of Perceived Social Support-~SPSS), Family Assessment Device (FAD). Cases' age average is 35,49+- 13,01, 69 are women, 31 are men. Woman gender and high age is found as a predictor effect on depression in our work. Life events, social support and family functionals are found as a predictor effect on depression. From the findings, family functionals in depression patients are found more unhealthy than control group. It is found that depression patients have lower social support than control group but depression patients have higher life events than control group. Our work show that social support and supporting family relationships are important to cope with depression.

Keywords: Major Depression, Life Events, Social Support, Family Assessment.

ÖZ

MAJOR DEPRESYON BOZUKLUGU OLAN HASTALARDA YA AM OLAYLARI VE SOSYAL DESTEK

Hazırlayan Hazal I IK

Haziran, 2016, 61 sayfa

Depresyona yol açan faktörler arasında olumsuz ya am olayları ve sosyal deste in olmaması da bulunmaktadır. Bu çalışmanın amacı, Major Depresif Bozuklu u olan hastalarda ya am olayları ve sosyal deste i ara tırmak ve psikiyatri yakınıması olmayan, hasta grubuya kar ila tırmaktır. Gaziantep Üniversitesi Hastanesi Psikiyatri Anabilim Dalı 'na ba vuran 18-65 ya aralı nda olan Major Depresif bozuklu u tanısı verilmiş 50 hasta çalışma grubu, iç hastalıkları polikinli ine ba vuran, psikiyatrik yakınıması olmayan 50 hasta kontrol grubu olarak çalışma maya dahil edilmiş tir. Her iki grubu da sırasıyla Sosyo demografik form, Beck Depresyon Ölçe i(BDÖ), Ya am Olayları Ölçe i(YOL), Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçe i(ÇASDÖ), Aile De erlendirme Ölçe i(ADÖ) ölçekleri verilmiştir. Olguların, ya ortalamasının $35,49 \pm 13,01$, 69 'u kadın, 31 'i erkektir. Çalışma mamızda kadın cinsiyetinin ve ya in yüksek olması depresyon üzerinde yordayıcı etkisi oldu u bulunmuştur. Ya am olayları, sosyal destek ve aile i levlerinin depresyon üzerinde yordayıcı etkisi oldu u bulunmuştur. Bulgulara göre depresyon hastalarında aile i levleri kontrol grubuna göre daha sa lıksız bulunmuştur. Depresyon hastalarında sosyal destek kontrol grubuna göre daha dü ük, ya am olayları ise daha yüksek bulunmuştur. Çalışma sonuçlarımız göstermektedir ki depresyonla ba etmede sosyal destek ve aile ili kilerinin desteklenmesi önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Major Depresyon, Ya am Olayları, Sosyal Destek, Aile De erlendirme

Acknowledgement

I am grateful to my precious teacher Asst. Prof Ebru Tansel Çakıcı who gave me every scientific support in every level of my thesis. I wish to thank Gaziantep University Head of Psychiatry Department Asst. Prof Ahmet Ünal, Prof Dr. Haluk Sava and all other doctors and workers for their help and support from thesis, they helped me in every level of my work. I am also indebted to Pek Tadır Kızıloğlu, Gülliz Güner Çetinbaki, Nurdan Akçit that they were always near to me in my whole master education. Also I am eternally grateful to my grandmother Muhterem Bilen, my mother Asiye İtk and my sisters Hayriye, Ayşe and Muhterem İtk Balfor their moral and material supports.

TABLE OF CONTENTS

Declaration	
Approval Page	
Abstract	i
Öz.....	ii
Acknowledgement	iii
Table of Contents	iv
List of Tables	vi
List of Abbreviations	vii
1. INTRODUCTION	1
1.1.Preliminary Information	1
2. LITERATURE REVIEW	2
2. 1. Depression	2
2.1.1. Epidemiology of Depression	3
2.1.2. Etiology of Depression	4
2.1.2.1. Biological Factors	4
2.1.2.2. Psychosocial Factors	5
2.2. Life Events	6
2.3. Social Support	8
3.METHOD	10
3.1. The Aim of The Study	10
3.2. Method	10
3.3. Scales	11
3.3.1. Sociodemographic Form	11
3.3.2. Beck Depression Invention(BDI)	11
3.3.3. Sorias the Life Events Scale (LEI).....	11

3.3.4. The Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS)	11
3.3.5. Family Assessment Device (FAD)	12
3.4. Data Analysis	12
4. RESULTS	13
5. DISCUSSION	24
6. CONCLUSION and RECOMMENDATIONS.....	28
REFERENCES	29
APPENDICES	34
Appendix 1 Informed Consent Form	34
Appendix 2 Information Form	36
Appendix 3 Beck Depression Inventory (BDI).....	37
Appendix 4 Sorias the Life Events (LEI)	40
Appendix 5 Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS)	43
Appendix 6 Family Assessment Device (FAD).....	45
CV	47

LIST OF TABLES

Table 1a.	Demographic Characteristics of Participants	13
Table 1b.	Demographic Characteristics of Participants	14
Table 2.	Comparison of Gender between Depression and Control Groups	15
Table 3.	Comparison of Education Level between Depression and Control Groups	15
Table 4.	Comparison of Settlement between Depression and Control Groups	16
Table 5.	Comparison of Marital Status between Depression and Control Groups	16
Table 6.	Comparison of Job of Depression and Control Groups	17
Table 7.	Comparison of Family Type between Depression and Control Groups	17
Table 8.	Comparison of Social Security between Depression and Control Groups	18
Table 9.	Comparison of the groups according to the mean of age and number of children	18
Table 10a.	Comparison of FAS between Depression and Control Groups	19
Table 10b.	Comparison of FAS between Depression and Control Groups	20
Table 11.	Comparison of mean score of BDI-tot between Depression and Control Groups.	20
Table 12.	Comparison of mean scores of MSPSS-total between Depression and Control Groups	21
Table 13.	Comparison of mean scores of LES-total between Depression and Control Groups	21
Table 14.	Hierarchical Multiple Regression Analysis Predicting Depression	22

LIST OF ABBREVIATIONS

- DSMV:** Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
- SPSS :** Statistical Package for the Social Sciences
- BDI :** Beck Depression Inventory
- LEI :** Life Events Inventory
- MSPSS:** Multidimensional Scale of Perceived Social Support
- FAD :** Family Assessment Device

1. INTRODUCTION

1.1.Preliminary Information

Depression is one of the most prevalent mental health problems. In the formation of depression a lot of agents are responsible that from genetic to environmental factors. Depression is disturbance that especially emerges in young ages and have seen in every age group. When it is evaluated in terms of age, depression is less in the elderly but more seen in young and middle ages. Depression is higher for women in proportion to men in terms of gender. Depression risk is higher for women especially after postnatal period.

Depression patients have more negative life events but have less social support and family functioning. Negative life events take an important place in the formation of depression. Negative life events such as divorce, unemployment, loss of a loved one, economic troubles accelerate the formation of depression. Despair, guilt and pessimism feelings occur intensely in depression. Individuals need support because of the situation that they are in. Especially individuals' taking family support is the factor that affects disease course in a positive way. Individual's support which is taken from family and close relatives, provides him to feel secure and plays protector role in his life.

Family functionings play an important role for person's life. Family functionings address an issue as two group that healthy and unhealthy especially problem solving, behavior control, roles, communication functions, which are located sub-dimensions of family functionings, affect mental illnesses. There is a presence of unhealthy problem solving, general functions and emotional reaction are affected from depression scale scores. Not having good communication inside family effects the other sub-functions of family functioning. And this situation leads other social problems' devisal(ahin, Tekin, 2014:115).

This study will give place to Major Depressive Disorder life events, social support and family functioning definitions. Major depression patients' social support, life events and family functioning will search and will compare with non-psychiatric patient group.

2. LITERATURE REVIEW

2.1. Depression

One of the oldest psychiatric disorder is depression which is the first identified by Hippocrates. He (B.C. 460-357) termed it as a "melaine chole". According to Galen (A.C. 131-201) melancholia shows it with "fear and depression, dissatisfaction with life and feelings ofliate from all people" (Ye ilba , 2008:6). In Freud's article which is written in 1917 "mourning and melancholy", he mentioned that in mourning losing a real person plays an important role for an individual but in melancholy the lost object is not real, but imaginary (Türkçapar, 2009:21). The Latin root of the word "depression" is "depressus" and it literally means that press down, pull, exhausted, sad, to discourage, to deactivate. Depression means in Turkish referred to as psychological break down or depressive collapse (Köknel, 1989:14). In American Psychiatric Association's published diagnosis book DSM-V, depression has 9 symptoms and these symptoms listed as depressed mood, loss of interest, sleep disturbances, appetite-weight changes, fatigue-energy loss, psychomotor retardation-agitation, feelings of worthlessness-instability-guilty feelings, concentration difficulties-forgetfulness, death and suicidal thoughts. Providing that at least one of these two symptoms (depressed mood and loss of interest) from 9 symptoms that we already listed, at least 5 of them must be continued for two weeks and most of the time livelong day (Türkçapar, 2009: 17). Depression comprise from disease cluster w1üch is composed of many sub-groups;

1. Disruptive Mood Dysregulation Disorder
2. Major Depressive Disorder, Single and Recurrent Episodes
3. Persistent Depressive Disorder (Dysthymia)
4. Premenstrual Dysphoric Disorder
5. Substance/Medication-induced Depressive Disorder
6. Depressive Disorder Due to Another Medical
7. Other specified depressive disorder
8. Unspecified depressive disorder

2.1.1.Epidemiology of Depression

Depression comes first as a problem that most threatens the health community. Depression is common with high degree and the risk of becoming chronic is very high. Because of that suicidal behaviour is observed at a high rate. The World Health Organization (WHO), according to the report published in 2001, 340 million people were suffering from depression propering to clinic diagnosis and it is predicted that in 2020 depression takes the first place among the disorder that effects the working life (Baloğlu, Buldukoğlu, 2015:1). According to Akkaya and his friends, depression is defined as a devastating disorder which is seen frequently among people that have recurrence and repetition ratio and also which is resulting with serious loss of function (Akkaya, Eker, Sarandöl, Cangür & Kırlı, 2013: 122). One risk factor for the occurrence of the disease is not enough. Personality characteristics in mood disorders, interpersonal relationships and self-esteem are also evaluated in the risk factors (Ünal, Küey, Güleç, Bekaroğlu, Evlice & Kırlı, 2002:9). Weismann and his friends in 1996, studying with 38000 people in 10 countries, they found frequency of depression is between 0.8-5.8%. Eaton and his friends in 1989, with the work of Stirling country found 0.23%. with the work of the ECA study in 1997 they found 1:59%. and also 15 years of ECA in monitoring sample, the rate was 0-3% found (Dolan, 2000:31).

Major depression is the most common subgroup of depression. In the society, rate of incidence of major depression at least once in lifelong arises up to 17% and the point prevalence is between %2-4. The rate of incidence of major depression in health care organization is 6-8%. In patients receiving inpatient treatment at the hospital because of medical 'disorders' major depression rate is identified 10-14% (Çakır, 2009:61). Major depressive disorder, leads to disability loss in individuals and it leads to a very high financial loss of society.

In developed countries unipolar depression takes first place in terms of reason for loss of ability, in world it is on forth rank. Under the National Burden of Disease and Cost-Effectiveness Project commissioned to Bilkent University by Refik Saydam Hygiene Center Presidency, unipolar depressive disorders are a disease that causes the most disability loss and unipolar depressive disorders took first place in the 15-59 age range which is productive period (Aydemir, 2011: 1).

Various anecdotal data on recurrent course of depression dating back centuries. Which includes naturalistic studies about mood changing, cases were identified 3 or above disorder attack in life time, rate of between 18-80%. Recurrent attacks in social, work and family life leads to significant impairment. 15-35% of the cases do not respond to treatment or they give insufficient response and this is a significant proportion (Örsel, 2004: 17). According to the World Health Organization, mental distorted are increasing in recent years and they leads to loses of individual and social life. Weakened family and the social bond, life threatening overt and covert wars and social traumas are among the reasons for the widespread mental disorders. According to some authors, familial and social support systems, changes in communication, estrangement can explain the current epidemic of depression and mental disorders (Kaya, 2007:4).

2.1.2. Etiology of Depression

Etiologically depression heterogeneous is a syndromal disease that emerging in cognitive, psychomotor and emotional functioning, occurring characterized brain disorders group with a large symptoms cluster, has serious morbidity and mortality (Büyüki ik, 2008:8-9). Many factors are considered to play a role together in the etiology of depressive disorder. Etiological factors are examined with two titles that these are: biological and psychosocial factors. Biological factors include genetic factors, neurochemical factors, neuroanatomical factors and neuro endocrin,~ctors. Psychosocial factors include negative life events, poor parent-child relationship, lack of social support, lack of social skills and cohort effect (Aydin, Baytunca & Erermi , 2014:174).

2.1.2.3. Biological Factors

There are significant biological factors emphasized in the pathophysiology of depression and these are amines, norepinephrine and serotonin nororansmitter. Dopamine is another biogenic amines involved in the pathophysiology of depression. Neuroendocrin regulation is also very important in the treatment of depression. Adrenal, thyroid and growth hormone axes are the main neuroendocrin mechanisms that plays important role in depression (Karamustafalio lu, Yumruçal, 2011:66).

A lot of studies says that depression occurs with a hereditary reasons and depression patients have the genes which are susceptible to depression. Family studies

show that with a close blood relatives who have suffered from major depression in comparison with normal population, have higher risk to experience major depression than those without high blood ties. First-degree relatives of those with major depression, have the risk of major depression 2-3 times more than the normal population (Yemez, Alptekin, 1998: 25). For example, identical twins, if one of the brothers haave suffered from depression, with the possibly of 65% the other will suffer too. Identical twins are at more risk compared to fraternal twins (Blackbum, 1999:17). The brain visualization studies for major depression make think that frontal cortex's emotion regulation parts (especially orbitofrontal, the ventromedial prefrontal, dorsolateral prefrontal cortex), amygdala, hippo campus, basal ganglia, anteriro and cingulate cortical-subcortical circuits which is containing the subgenual have dysfunction (O uzhano lu, Sözeri, Varma, Karada , Tümkaya, Efe & Kiro lu, 2013: 2).

2.1.2.2. Psychosocial Factors

Classical Psychoanalytic View

Freud and Abraham, revealed the first psychoanalytic ideas about depression. They focused on the similarities between mourning and depression, they tried to explain the differences between mourning and depression by " self-directed aggression of the individual" model. According to the theory there is a loss of a love objectied lost person introjected and the design of a loved one is stored in the self and besides the love for this person there are unconscious hatred and negative emotions like anger. Because of these feelings different from mourning person feels quilty and self-esteem decrease. Feeling aggression against people who are in introjected returns to person himself and this seen as a cause of suicidal behavior (Yemez, Alptekin, 1998:21).

Cognitive Theory

Beck and his colleagues developed the cognitive theory of depression and other disorders (Bozkurt, 2003: 61). According to Beck, depression related to negative view of the self (all is my fault, I'm quilty), negative view of the world ("My life is a mess", "everything is very bad") and negative view of the future (it will never get beter) as a cognitive about person's self. All of them is called 'negative automatic

'thoughts.' After this study he developed short-term cognitive therapy and it based on the cognitive model (Türkçapar, 2009:24).

Life Events

Life events play an important role in the emergence of mental illness. Life events are include marital problems, professional problems, familial problems and problems with school, change"of the home, school, work or urban, staying away from the beloved people, casual ties, diseases, failures, economic problems, violence and disasters (ahiner, 2010:4).

2.2. Life Events

To understand the human behaviour, we should evaluate main features of healthy development with whole life events together with internal and external factors which effects the behaviours of individuals. In society, people experience multiple life events (Köro lu, Köro lu, 2015:808).

Cannon and Selye have done pioneering work related to life events. According to them, individual may encounter unusual and extraordinary event or situation in life events. As a result of life events, when individuals can not adapt to the new situation, emerging crisis situations may arise (Ceyhan, Ergun & Duran, 1993:6). Individual, describes the course of a typical crisis in 4 seperate periods (Özgür, 199,.~J). In first period, when the individuals face with the threatening problems, to provide his needs individual feels nervous. Individual uses kind of techniques that re-establish the emotional balance. In the second period, when the individuals unsuccessfull to solve the problem, tension is increased and they feel inadequacy. They refers to trial and error to get rid of the this environment. In third period, problem-solving failure continues and also tension continues to increase. In this situation, individuals start to looking for new techniques to solve their problems. This situation occurs stimulus to move the new problem solving mechanism so internal and external sources are activated and sometimes individuals solve their problems. If the individuals can not solve their problems, they passed into the last period. In this last period we can see tension, depression and suicide. Determining the life events that reveal the crisis, is important to prevent crisis for individual (Ceyhun, Ergin,1993).

There are many studies examining the relationship between life events and depression. For example; in their study Holahan and Moos, Fergusson and Harwood determined that patients who received a diagnosis of depression encountered with important life events a year before the disease. During the premorbid period they determined patients faced with major life event (Tural, 2000:13-14). It is proven that Biological factors affects the depression also stressful life events shows the effect on depression disease. In the study of Ilinem and friends, when compared in terms of life events, according to the general population the prevalence of these life events on depression was found to be 6 times more in the prior or the recent history disease (6 months). As a result of research done by assessing the scale of live events, life events before the depression. As a result of research conducted by life events assessing the scale of events before depression than the pre-event schizophrenia "is not required" in nature it carries and the emergence of depression of events that threaten vital loss has been shown to be more effective. They determine there is no difference between positive and negative life events in schizophrenia (Inem, Çete, Deniz & Yener, 1998: 13).

The despair and depression are normal reactions developed against the loses. The important thing is to help the patient to prevent reaching the pathological aspects. To cope with illness, hopefulness toward the future and to feel confidence are the most important factors. The patient's reaction to the disease depends on the~_s pre-morbid personality, family and peer support and the course of the underlying disease. Negative life events and lack of social support leads to despair (Tan, Okanlı, Karabulutlu & Erdem, 2005:33).

One of the other factors that cause of psychiatric disorders are traumatic life events. Traumatic life events involve separation from partner, family or losing somebody he/she loves; any mental or physical illness; be exposed to violence such as war-tortured-sexual harassment and rape; be exposed to natural disasters such as earthquakes, floods, landslides, fires; economic losses; occupational, academic and commercial failure. Life events, reduces the resistance of the person and leads to destructive behaviour such as suicide and it damages person's psychological homeostasis. For example; Botsis (1995) had a work to compare that patients with risk of suicide with without risk of suicide group. With their life events relations he found

in his work among psychiatric patients that patients with risk of suicide than those without, have experienced more loss of parents (Eskin, Ako lu & Uygur, 2006: 267).

Özsan and friends (1994) investigated, in our country at Ankara University Faculty of Medicine Department of Psychiatry Hospital, whether stressfull life events have the effect on the diseases or not 30 studies of depression, 30 schizophrenia patients and 30 normal subjects were included into the study and individuals were examined using the Life Events List. The results of the study shows that depressed patients defined compeller life events than other two groups and schizophrenic patients identified compeller life events compared with the control group. Schizophrenic patient have major changes in eating habits and great changes in personal habits. In depression patients' group, home replacement and go into mild debt, major changes in personal habits and major changes religious habits are the changes into the first three ranks. In the control group, there were mild financial difficulties, going into the mild debt and preparing for a tough exam, heavy courses comes foremost (Özsan, Tu cu, Özden & Sayıl, 169).

2.3. Social Support

Depression is one of the most common mental health problem and it starts during adulthood and continues in old age. With the increasing of age, changes are seen in cognitive and physical area. Changes in social position, interpersonal support reduction; periodic problems (such as health loses) begin. When the lost combined with together, individuals' self-esteem decrease and it blocks to take sufficient satisfaction in their lives. Because of that it prompt to loneliness, increase of depression and it may cause a decline in social support. So, educational level, individual differences (such as marital status, owned social skills) and social support can effect the loneliness of the individual (Arslanta , Ergin, 2011: 139).

Social support is important for depression patients. In terms of both financial and moral support positively affect the course of the disease. When depressed patients clinically assessed we can observed that psychosocial factors play a role in disease. Being a woman, low educational level, negative life events, unemployment, low financial status are regarded as factors that facilitate the emergence of depression. Life events also important include early childhood trauma, relationships problem,

gender roles and psychosexual development stages. Social process is also important as a factor of depression. Personality characteristics, social support, ability to develop social network and coping with stress are interact with each other (Kaya, 2007: 11).

Factors of the social environment plays an important role in both physical and psychological problems. Individuals who have a social support are protect themselves among the destructive environmental stresses. Durkheim said that, "individual who can not integrate with the society have a greater risk for suicide". Social support has an important role for the individual's life and social support decreases the possibility of the occurrence of psychiatric disorders in individuals (Savrun, 1999:15).

It indicates that social support have protective effect in terms of stress. After receiving social support, individual evaluates the situation and starts to deal with stressful situation. As a result both physical and psychological recovery occurs. To have social relationship is important for psychological as well as physical health. In terms of well-being there is also positive relation between social relations. It indicates that, individuals who have many friends and family members as an environment, have higher subjective well-being level (Yalçın, 2014:2).

Social support has an important effect on individual's dealing with the problems which he faced with and in terms of mental health. Especially to avoid and deal with the stress taking support from family, relatives and friends is important (Özbey, 2012:167-168). Many research shows that family and friend support have positive effect on self-esteem. According to researches, it is highlighted that social support is related with the depression, positive feelings, stress and psychological troubles and self-esteem. It is seen that in individuals life when ever social support increases depression, stress and psychological symptom decreases and self-esteem increases (Doan, 2008:31).

Social and environmental insufficient support on patient who has psychiatric disorder, plays decisive role on disease. Patient's treatment is important against family's attitude. Patient's taking family support and friend support effect compliance with medication. Disease process is related with lack of social and environmental support (Kelleci, Ata, 2011: 106).

3.METHOD OF THE STUDY

3.1. The Aim of The Study

Negative life events and not having social support are among the leading factors to depression. This study aims to research to life events and social support in patients who have major depressive disorder and to compare with non-psychiatric patient group. So, this study aim to obtain the relationships of life events and social support among patients with major depression.

Sub-Problem Sentences

The level of family functioning is related to depression levels.

(Depression patient's family functioning is lower compared to healthy individuals)

The level of social support is associated with depression.

(Depression patient's social support is lower compared to healthy individuals)

The severity of life events are associated with depression level.

(Depression patients have more negative life events compared to healthy individuals)

3.2. Method

Study is completed by two groups. The first group includes fifty major depression patients who apply to the departments of psychiatry in Gaziantep University and the other group is the control group and this group includes fifty non-psychiatric patients who apply to the internal disease clinic. It is conducted in the second semester of the February-March, 2015-2016 academic years between age of 18-65. Cross-sectional study design is used for research and this study is used convenience sampling technique in sample selection.

3.3. Scales

3.3.1. Sociodemographic Form

The form is prepared by the researcher and it is arranged according to the suitability with the aim of the study. It is formed of 9 questions. Some of these questions are multiple choices and some are open ended. Socio-demographic Form consists questions including; gender, age, place, marital status, job etc.

3.3.2. Beck Depression Inversion

It is a self-rating scale developed by beck and his friends (1961), its validity and reliability work is made by hisli (1989). It measures physical, emotional, cognitive and motivational symptoms which are seen in depression. Scale aims to determine depression symptoms' degree objectively. This scale consists of 21 questions, each including 4 situations. Each answer is rated between 0 and 63 (Yıldırım, Küçükgöncü, Be tepe & Yıldırım, 2014:135). Total score is interpreted as follows;0-4 no/minimum depression, 10-16 mild depression, 17-29 moderate depression and 30-63 severe depression. Validity and reliability study of Turkish version of scale was conducted by Hisli et al;a score of $17 \geq$ is considered as major depression in Turkish population (Kılınç, Torun, 2011:44).

3.3.3. Sorias the Life Events Scale (LES)

Life events scale, composed of 107 life events, was developed by Sorias (1982) and used by Gözene (2002) before the present study. There is an adaptation study for Turkish population. For the current study, 22 stressful life events, related to work and family domains, were chosen with the help of an expert group of judges. Chosen life events were categorized into three groups; work-related life events (such as troubles with the boss, major changes in working hours or conditions), family-related life events (such as death of a close family member, pregnancy, change in residence) and other life events (such as major changes in financial state) (Doruk, Çelik, Özdemir & Öz ahin, 2008: 199). Every life event's distress and adaptation score is different and total score is calculated separately as distress score and adaptation score (ahiner, 2010: 17).

3.3.4. The Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS)

It is developed by Zimet and Dahlem in 1988. It is adapted to Turkish population by Eker and Arkan in 1955. Scale is occurred from twelve article that every

person from all educational level could perceive. High scores point out that there is no perceiving support or lack of support occurrence (Çakır, Palabıyiko lu, 1997: 17).

3.3.5. Family Assessment Device (FAD)

FAD is developed within the frame of Family Research Programme by Butler Hospital and Brown University Faculty of Medicine Psychiatry and Human Behavior Department in ABQ. Validity and Reliability of the test is made by Epstein, Bolwin and Bishop (Epstein, Bolwin & Bishop, 1983).

The adaptation of scale Turkish is made by İl Bulut. Scale is occurred from 7 sub-dimension: Problem-Solving, Communication, Roles, Affective Responsiveness, Affective Involvement and Behaviour Control, plus a summary scale, General Functioning 1 score symbolize healthy answer, 4 score is symbolize unhealthy answer in all article (Bulut, 1993:41). In this way obtained scores are casted up for every subdimension and average is taken. According to scale results; If it is "1" or near to "1" evaluation is positive, If it is "4" or near to "4", it is evaluated as it is time for changing intrafamilial attitudes.

3.4. Data Analysis

Data casting, numerical values, numerical and percentage distribution is calculated as the mean and Standard deviation. Data were evaluated using the SPSS 21.0 software package.

4.RESULTS

The mean age of participants were $35,49 \pm 13,01$. Age interval of the participants was 18-65. The participants were retrieved from psychiatry inpatient and outpatient units (depression group) and internal medicine outpatient unit (control group). The two groups were compared according to scores of BDI, LEI, MSPSS and FAD.

Table Ia. Demographic Characteristics of Participants

Demographic Characteristics	n	0%
Gender		
Female	69	69
Male	31	31
Total	100	100
Marital Status		
Married	64	64
Divorced	2	2
Single	34	34
Total	100	100
Family Type		
Extended Family	38	38
Nuclear Family	62	62
Total	100	100
Children		
Yes	60	60
No	39	39
Fosterin	1	1
Total	100	100

Table 1b. Demographic Characteristics of Participants

Demographic Characteristics	n	%
Occupation		
Unemployed	10	10
Housewife	37	37
Retired	2	2
Farmer	2	2
Self-Employment	2	2
Other	47	47
Total	100	100
Longest Settlement		
Village	8	8
Town	2	2
City	90	90
Total	100	100
Social Security		
Yes	92	92
No	8	8
Total	100	100

In the study 69(69%) participants were woman, 31(31 %) of them were in the participants were man, 64(64%) participants were married, 2(2%) participants were divorced, 34(34%) participants were single, 38(38%) participants were extended family, 62(62%) participants were, nuclear family, 60(60%) participants were had children, 39(39%) participants did not have children, 1(1 %) participants were fostering children, 10(10%) participants were unemployed, 37(37%) participants were housewife, 2(2%) participants were retired, 2(2%) participants were farmer,

2(2%) participants were self-employment, , 47(47%) participants were other, 92(92%) participants were extended family, 8(8%) participants were nuclear family, 8(8%) participants were village, 2(2%) participants were town, 90(90%) participants were city, 92(92%)participants were social security, 8(8%) participants were did not social security..

Table 2. Comparison of Gender between Depression and Control Groups

	Depression	Control
	n(%)	n(%)
Female	30(60,0)	39(78,0)
Male	20(40,0)	11(22,0)
Total	50(100)	50(100)

$\chi^2 = 3,787$ df= 1 p=0,052

When depression and control groups are compared according to gender with chi-square analysis, no significant difference was found.

Table 3. Comparison of Education Level between Depression and Control Groups

	Depression	Control
	n(%)	n(%)
Primary	18(36,0)	12(24,0)
Secondar	5(%10,0)	5(10,0)
High School	12(24,0)	11(22,0)
University	12(24,0)	17(34,0)
Postgraduate	3(6,0)	5(10,0)
Total	50(100)	50(100)

$\chi^2 = 2,606$ df= 4 p=0,626

When depression and controlgroups are comparedaccording to educational with chi-squareanalysis, no significant difference was found.

Table 4. Comparison of Settlement between Depression and Control Groups

	Depression n(%)	Control n(%)
Village	7(14,0)	1(2,0)
Town	1(%2,0)	1(2,0)
City	42(84,0)	48(96,0)
Total	50(100)	50(100)

$\chi^2 = 4,900$ df= 2 p=0,086

When Depression and Control groups are compared according to Longest Settlement with chi-square analysis, no significant difference was found.

Table 5. Comparison of Marital Status between Depression and Control Groups

	Depression n(%)	Control n(%)
Married	18(36,0)	12(24,0)
Widow	5(%10,0)	5(10,0)
Single	12(24,0)	11(22,0)
Total	50(100)	50(100)

$\chi^2 = 3,309$ df= 2 p=0,191

When Marital Status of Depression and Control Groups is compared with chi-square analysis, no significant difference was found.

Table 6. Comparison of Job between Depression and Control Groups

	Depression	Control
	n(%)	n(%)
Unemployed	7(14,0)	3(6,0)
Housewife	18(36,0)	19(38,0)
Retired	0(0,0)	2(4,0)
Farmer	2(4,0)	0(0,0)
Self-Employment	1(2,0)	1(2,0)
Other	22(44,0)	25(50,0)
Total	50(100)	50(100)

$\chi^2 = 5,819 \text{ df} = 5 \text{ p} = 0,324$

When education Job of depression and control groups is compared with chi-square analysis, no significant difference was found.

Table 7. Comparison of Family Type between Depression and Control Groups

	Depression	Control
	n(%)	n(%)
Extended Family	23(46,0)	15(30,0)
Nuclear Family	27(54,0)	35(70,0)
Total	50(100)	50(100)

$\chi^2 = 2,716 \text{ df} = 1 \text{ p} = 0,099$

When family type of depression and control groups is compared with chi-square analysis, no significant difference was found.

Table 8. Comparison of Social Security between Depression and Control Groups

	Depression n(%).	Control n(%).
Yes	46(92,0)	46(92,0)
No	4(8,0)	4(8,0)
Total	50(100)	50(100)

$\chi^2 = 0,000$ df= 1 p=1,000

When depression and control groups are according to social security compared with chi-square analysis, no significant difference was found.

Table 9. Comparison of the groups according to age and number of children

	Depression (n=50) $\bar{X} \pm S$	Control (n=50) $\bar{X} \pm S$	Sd
Age			1,555
	37,50 ± 13,24	33,48 ± 12,60	98
			0,123
No of Children	1,40 ± 0,53	1,42 ± 0,50	-0,193 98 0,847

When the mean of age and number of children of depression and control group is compared with t-test analysis, no significant difference was found.

Table 10a. Comparison Of FAS between Depression and Control Groups

	<i>n</i> -;	\bar{X} :	S	<i>Sd</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
FAS- Prob						
Depression	50	3,19	0,77	9,055	84,41	0,000**
Control	50	2,01	0,50			
FAS-Com						
Depression	50	2,88	0,77	5,038	98	0,000**
Control	50	2,12	0,73			
FAS -Roles						
Depression	50	2,56	0,44	6,286	98	0,000**
Control	50	1,99	0,46			
FAS-Affect						
Responsiveness						
Depression	50	3,37	3,50	3,261	98	6,0To**
Control	50	1,73	0,62			
FAS- General						
Depression	50	2,57	0,74	7,297	86,18	0,000***
Control	50	1,63	0,50			

" p >0,05 ** p <0,001

Table 10b. Comparison of FAS between Depression and Control Groups

	<i>n</i>	<i>X̄</i>	<i>S</i>	<i>Sd</i>	<i>T</i>	<i>p</i>
FAS -Affective Involvement						
Depression	49	2,31	0,36	-0,328	96,48	0,744
Control	50	2,33	0,39			
FAS -Behavior						
Control						
Depression	50	2,14	0,30	0,559	98	0,578
Control	50	2,10	0,53			

* p <0,05 ** p <0,001

The mean scores FAS subscales for Problem solving, Communication, Roles, Affective Responsiveness, General Functioning, were significantly higher for depression group when compared with the control group with t- test analysis ($p<0,001$).

The mean scores FAS subscales for Affective Involvement, Behavior significant depression and control groups is compared with t- test analysis, no significant difference was found ($p>0,001$).

Table II. Comparison of mean scores of BDI-tot Between Depression and Control Groups

<i>Group</i>	<i>n</i>	<i>X̄</i>	<i>S</i>	<i>Sd</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
Depression	50	50,16	8,99	19,53	94	0,000**
Control	46	12,60	9,84			

*p <0,05 ** p <0,001

When BDI-tot of depression and control groups is compared with t-test analysis, significant difference was found ($p<0,000$).

Table 12. Comparison of mean scores of MSPSS-total Between Depression and Control Groups

Group	n	\bar{X}	S	Sd	t	p
Depression	50	33,58	18,45	7,576	94,74	0,000**
Control	50	64,56	22,26			

*p <0,05 ** p <0,001

When MSPSS-total of depression and control groups is compared with t- test analysis, significant difference was found (p<0,000).

Table 13. Comparison of mean scores of LES-total Between Depression and Control Groups

Group	n	\bar{X}	S	Sd	T	p
Depression	48	13,43	6,99	6,481	87,80	0,000**
Control	48	5,20	5,33			

*p <0,05 ** p <0,001

When of LES- total depression and control groups is compared with t- test analysis, significant difference was found (p<0,000).

Table 14. Hierarchical Multiple Regression Analysis Predicting Depression

	B	Standart Error	f ₁ _{B-}	T	P	Zero- order r	Partial R
Stage 1							
MS PSS	- 0,244	0,070	-0,296	-3,508	0,001	-0,601	-0,337
FAS	0,208	0,049	0,349	4,280	0,001	0,608	0,400
LES	0,814	0,223	0,285	3,651	0,000	0,548	0,349
Stage 2							
GENDER	3,706	3,250	0,081	1,140	0,257	0,175	0,117
AGE	0,059	0,115	0,036	0,510	0,611	0,175	0,053
MS PSS	- 0,246	0,070	-0,298	-3,528	0,001	-0,601	-0,342
FAS	0,207	0,049	0,348	4,192	0,000	0,608	0,397
LES	0,747	0,230	0,262	3,241	0,002	0,548	0,317
R ₁ = 0,739,		R ₂ = 0,745		R ₁ ² = 0,546,		R ₂ ² = 0,554	
F ₁ (3,96)=38,539		F ₂ (8,94)~ 23,382		p ₁ =0,000		p ₂ =0,000	

Hierarchical multiple regression analysis, which realized to determine the predict depression changeable, has been shown on Table 17. As it is seen on Table 17, in first phrase, analyzed MSPSS, FAS, LES changeable explain total of 0,55% variance [$R = 0,739$, $R_2 = 0,556$ $F=38,539$ $p<0.0001$). In second phrase, it is seen that gender and age changeable explain total of 0,55% variance in depression [$R = 0,745$, $R_2 = 0,554$ $F=23,382$ $p<0.0001$).

When bilateral and partial correlations are examined between predictor variable and dependent variable (predicted, criteria), it is seen that there is a negative and intermediate relation ($r=-0,60$) between MSPSS and depression, but when the other variables are checked, it is seen that the correlation between two variables is calculated as $r=-0,34$. There is a positive and intermediate relation ($r=0,60$) between FAS and depression but when the other variables are checked, it is seen that the correlation

between two variables is calculated as $r=0,40$. Positive and intermediate bilateral correlation between LES and depression is calculated as $r=0,55$. When the other two variables are controlled, it is seen that the calculation is as $r=0,32$. There is a positive and low level relation between gender and depression ($r=0,17$), however; when the other variables are controlled, it is seen that the correlation between the two variables is calculated as $r = 0,12$. There is a positive and low level relation between age and depression ($r=0,17$), however; when the other variables are controlled, it is seen that the correlation between the two variables is calculated as $r = 0,05$.

4. DISCUSSION

Depression is a spread health problem worldwide. There are many factors causing depression. Within these are negative life events social support and family functioning plays an important role.

It has been found that the internal medicine patients suffer life events more frequently in a meaningful way than the patients that has major depression disorder. In the etiology of major depressive disorder, stressing life events, and genetic factors plays an important role. When assessing the factors causing depression instead of thinking on a single factor you must consider the environmental factors with the genetic factors together (Carkurt, 2015:23). The individual whose suffering depression family and economical problems, work stress, social withdrawal such changes in life is important (Ouzhano lu, KN, 2001:117). Berksun and his friend as a result of the researches they have done which assesses the scale of life events, the events before depression, carries a not desirable quality according to the events before schizophrenia and the events threatening life loss the emergence of depression is more effective. In schizophrenia it has been determined that there are no difference between positive and negative life events (Berksun, Ünal & Ak, 1991:141). In our studies the life events and the findings between depression it is being seen that there is a similarity between the findings that Berksun and his friend found.

Some researchers suggest that the emergence of depression life events plays a role. It is being stressed that there is a relationship between stressed life events and depression. In stressful life events there are death, divorce, loss of parents, health and economical problems, falls within these descriptions. According to the researches, the individual that suffers losses twenty percent get caught in depression and after six months negative life events it is shown that it has raised the depression 6 multiple times (Doan, 2000:33).

Our analysis in order to determine the variables that predict depression, it is seen that there is a positive and medium level of relation between life events and depression. Again our regression analysis in order to determine the variables that predict depression it is been found that there is a positive and low relation between woman's sex, age difference, and depression total point.

In the research Önen and colleagues (2002) has done about the the prevelance of depression in woman and risk factors, he average age is between 17 -65 years of age is determined as 35.47.Q.46. According to the findings of the research inside 700 subjects totaly 194 has been found to be premier depression (pd). It has been found that, in woman the rate of premier 'depression prevelance rate is related to family violence in childhood, and marriage incomability. It was determined that the point prevelance speed is %27.71. They have found that point prevelace speed for secondary depression(SD) is %3.57 (Önen, Kaptano lu & Seber, 2002: 104-106).

t has been suggested that at the start of the depression, health, family, work the economical negative life events has been been put forward having a relation to it. By the depression risk of view, stress giving life events, predisposition to genetic depression personality characteristics and coping style plays an impoertant role (Ba daçicek, 2009:3). Büyik and his freinds woman in cases of encountering with stressful life events determining the risk of disease caused by stres, stressful life events his research in order to examine the relationship between certain sociodemographic characteristics stressful life events encountered by women during pregnancy, marriage, changes in sleep patterns, family participation to a new one, such as changes in eating habits it is found that they are often affected by the stressful life events (Büyükk, Özsoy, Ardahan, Özkahraman & z, 2006:9).

Another purpose of our research is the interaction of social support in depression to be examined. The internal medicine patients social support levels has been found higher than the patients with major depression social support level.

According to the results we have the hypothesis takes place in our studies is been proven. Social support level , according to the control group is weak in depressive patients. A individual asking for help from his environment and getting it is about social support.According to the researches that has been done, in an individuals life social support,physical and mental health has been found to have a possitive effect.

The individual wanting help from his close environment and getting it is about social support. According to researches, it has been found that social support ,creates a positive effect, in the individuals physical and mental health. Social support has an protecting effect on the individual towards stress. According to a research done about social support, individuals that has social support is more. According to another

research that has been done ,it is been determined that there is a meaningful relation between satisfaction, happiness, self-confidence and social support (Do an, 2008:31). According to other researchers at the begening of the depression and the life events in the emergence they stressed that the effect has a role (Ayyıldız, 2008: 13).

The social support recieved by individuals has a guarding role. According to a lot of researches both mentally and physically health wise social support has an important effect on the recovery process (Kapikiran, 2010: 54). The patients who received depressive disorder when their percieve family and freinds support points are compared with the normal group it is found that it is low in anmeaningful way. Social support is effecting the persons health in an positive way, and it is reported that the most important support is family and relative support. The social support received before the ilness, after ilness and while recieving the treatment is effecting the individual in a positive way and there is a lot of researches that suggests this point (Cebeci, Aydemir & Göka, 2002: 16). In our studies the findings that are found between social support and depression, seems to show similarity to the findings found in literature.

Mental health wise social support, is reducing the individuals anxiety and feelings of helplessness, and is providing new ways to cope with stress. Individual owing to the social support they get their self-confidence is increasing. Social support reduces the feeling of helplessness in which the person is in. Physically-ed schologically being faithful, belonging to a group fulfilling the social needs is affecting the individuals health in a positive way (Yıldırım, Hacıhasano lu & Karakurt, 2011:34).

According to the results of statistical analysis it is been found there is a positive and midium level relationship between depression and family. According to the result family relationships patients with depression has been found higher to the control group. The tasks and goals conducted inside the family provides cooperation. Family members responsibility distribution, correction of the problems experienced in the family, the individuals inside the family building positive relationships, thoughts and feelings being shared, experiences being transferred, providing solidarity and integrity plays an important role in family growth. The desicions that are made about the main subjects effects the whole members of the family (Çayboylu,2002: 27).

Environmental and social support being less plays a decisive role in patients which has physical disorder. The family's attitude is important towards the patient. In terms of treatment compliance it is important that the patient gets family and friends support. The treatment time is related to the lack of environmental support and social support (Kelleci, Ata, 2011:106).

According to the statistic analysis report we have done, patients with depression family functions has been found more unhealthy according to the control group. According to the findings communication, acts, in terms of ability to give an emotional response when depression and healthy control group is compared they determined that there was a deterioration in family functions with patients that has depression. Another bottom family function being attention and behavior control, when it is compared with depression and control group it hasn't been found different. Atay and colleagues (2014) according to research they have done, cases in breast cancer patients, family functions and the relationship between depression evaluation included in the study, in all patients the average BDI score 12.53 ± 8.58 , the average BAI score was identified as 12.53 ± 9.94 and in 15 cases (33.3%) as a result of a psychiatric interview according to DCM-IV diagnostic criteria they evaluated it as major depression. According to the study when family functions are considered they have found that in %93.3 cases family functions independently from the duration period of the disease the general function was deteriorated. In terms of statistically family functions was evaluated by the general lower subscales. When the results were analyzed, in most cases communication, acts, being able to give an emotional response, showing the attention needed, including the behavior control, almost in all family functions they determined that there is a deterioration (Atalay, Kaya, Yalçın & Ünal, 2014:614).

6. Conclusion and Recommendations

Forming the basis of the research depressed patients, according to the average score of the main variables significant differences were found in the control group. When Results are examined according to healthy controls negative life events was higher in depressed patients social support, family functioning has been found to be lower. Coping with depression social support and family realationships being supported is very important. In the research it is been done in an limited area and a limited sample. The work will be done after this, we can work with a larger sample group.

Coping with depression kwoing the risk factors and preventing them is important. To raise in the community dissemination of seminars can be suggested to cope with depression. Giving pshcological education to the patients and the family about the duration period, symtoms, reasons, treatment and the ending of the illness is important. It provides a better understanding to the patient and the family about the deasease process. psycho education in hospitals towards the family can be suggested to be increased.

Patients with depression can be treated effectively with a biopsychosocial approach. According to the patients needs medication, psychotherapy approches should be applied. Specially for patients in the clinic the use of group and individual therapy being spread can be advisable to gain stres coping skills. Depression patients are affected as much as the family of the group that stays in the clinic. Programs for parents on this topic and development of service models can be suggested.

REFERENCES

- Akkaya,C., Eker,S., Sarandöl,A., Cangür,.., Kırlı,S. (2013). Major Depresif Bozuklukta Düzelmenin Öngörücüleri. *Archives of Neuropsychiatry/Noropsikiatri Arsivi*, 50(2): 122.
- Arslanta , H., Ergin, F.(2011). 50-65 Ya Arasındaki Bireylerde Yalnızlık, Depresyon, Sosyal Destek ve Etki Eden Faktörler. *Turkzsh Journal Of Geriatrics I Türk Geriatri Dergisi*, 14(2): 139.
- Atalay, ., V,Kaya.,Yalçın, A., Ünal,G.(2015). Meme Kanseri Olgularında Aile levleri ve Depresyon li kisinin De erlendirilmesi. *Journal of Clinical and Analytical.Medicine*,6(5),614.
- Aydemir,Ö.(2011). Major Depresif Bozuklukta Tedavi Hedefleri ve Tedavinin zlenmesi. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*, 21(1),1.
- Aydın,R., Baytunca, M. B., & Erermi , S. (2014). Pediatrik Majör Depresif Bozuklu un Genetik Özellikleri. *The Journal of Pediatric Research*,1(4):174.
- Ayyıldız, H. (2008). Major Depresyon ve Panik Bozuklukta Serum S100 Seviyeleri. İli Etfal Eitim ve Ara tırma Hastanesi Biyokimya ve Klinik Biyokimya. Bölümü. Uzmanlı Tezi .s.13.
- Biyık,A., Özsoy,S., Ardahan, M., Özkahraman, .., z, F.B. (2006). Kadınların Stres Verici Ya am Olaylarıyla Kar ila ma Durumları. *Journal of Anatolia Nursing,.. and Health Sciences*, 9(2):9.
- Ba daçicek. (2009). Major Depresyon ve Panik Bozuklu u olan Hastaların Erken Disfonksiyonel ema Aktivasyonlannın Kar ila tırılması. Uzmanlık Tezi. stanbul.
- Ba o lu,C., Bulduko lu, K. (2015). DepresifBozukluklarda Psikososyal Girisimler, *Psikiyatride Güncel Yakla zmlar*,7(1):1.
- Berksun,O., Ünal,S., AK,G. (1991). Psiyatrik Rahatsızlıklar ve Presipitan Faktör olarak Ya am Olaylan. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2(2):141.
- Blackburn, I. (1999).*Depresyon ve Ba açzkma Yollarz.*(3.Basım). T ahin,N, Rugancı,R (çev). Remzi Kitapevi.s.17.

- Bozkurt, N. (2003). Depresyonda Bilisel- Davranıçı Yaklaşımlar: Beck'in Bilsel Kuram. *Ege Eitim Dergisi*, 3(2):61.
- Büyükiçik, N. (2008). Yeni Tanı Alımı Major Depresyonlu Hastalarda Serum Beyin Kaynaklı Nörotrofik Faktör(BDNF) ile Kortizol Seviyelerinin Tedavi Öncesi ve Tedavi Sonrası Değiimi. Uzmanlık Tezi. 6-9.
- Bulut, I. (1993). *Ruh Sağlığıının Aile İlevlerine Etkisi*. Nadir Kitapevi. s.41
- Camkurt,M. (2015). Majör Depresyonun Tedavisinde ve Etyolojisinde Yeni Umutlar, Yeni Ufuklar MikroRNA'lar. *Journal of Mood Disorders*, 5(1):23.
- Ceyhun, B., Ergun,E., Duran, A. (1993). Krize Müdahale Merkezine Bağlantılarda Yağmurların Değerlendirilmesi. *Kriz Dergisi*, 1(2):6.
- Cebeci,S., Aydemir,Ç., & Göka,E. (2002). Puerperal Dönemde Depresyon Semptom Prevalansı Obstetrik Risk Faktörleri, Kaygı Düzeyi ve Sosyal Destek ile ilişkisi. *Kriz Dergisi*, 10(1):16.
- Çakır,S. (2009). GenelTİpta Depresyon. *Klinik Gelişim Dergisi*, 22(4):617.
- Çakır,Y., Palabıyikoğlu,R. (1997). Gençlerde Sosyal Destek- Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeğinin Güvenirlilik ve Geçerlik Çalışması. *Kriz Dergisi*, 5(1): 17.
- Cayboylu, .(2002). 2001 Yılı Aile Raporu. *TC Başbakanlık Atla Araştırma Kurumu Başkanlığı Yayınları*. Genel Yayım No. 120 seri. Bilim. Birinci Baskı. Ankara.
- Doğan, O.(2000). Depresyonun Epidemiyolojisi. *DuyguDurum Dizisi 1.Psikolojik Belirtilerin Yordayıcısı Olarak Sosyal Destek ve Yilik Hali. Türk Psikoloji: Danışma ve Rehberlik Dergisi*, 3(30):30-44.
- Doruk,A., Çelik,C., Özdemir,B., Özahin,A. (2008). Uyum Bozukluğu ve Yağmur Olayları. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 9(4): 199.
- Epstein, NB., Bolwin, LM., Bishop, DS. (1983). The MacMaster Family Assessment Device. *Journal of Marital and Family Therapy*, 9(2):171-180.
- Eskin, M., Akoğlu,A.,& Uygur,B. (2006). Ayaktan Tedavi Edilen Psikiyatri Hastalarında Travmatik Yağmur Olayları ve Sorun Çözme Becerileri: İntihar Davranııyla ilişkisi. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 17(4):267.
- Inem,C., Çete, T., Deniz, H., & Yener, F. (1998). Mizofreni ve Majör Depresyonda Yağmur Olayları ile Bireyin Algıladığı Duygu Dıyalogu Düzeyi. *Düzen Adam*, 11(4):13.

- Karamustafaolu, O., & Yumrukçal,H.(2011). Depresyon ve Anksiyete Bozuklukları İli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni,45(2).
- Kaya, B. (2007). Depresyon: Sosyo-ekonomik ve Kültürel Pencereden Bakı . *Klinik Psikiyatri, 10(Ek 6)*:11.
- Kaya,B.,Kaya,M. (2007). 1960'lardan Günümüze Depresyonun Epidemiyolojisi, Tarihsel Bir Bakı : Tarihsel Bir Bakı . *Klinik Psikiyatri, 10(Ek 6)*:4.
- Kapıkırın, ., & Kapıkırın,N.A. (2010). Algılanan Elde Edilebilir Destek Ölçe inin Türkçeye Uyarlanması: Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. *Ankara University, Journal of Faculty of Educational Sciences, 43(2)*:54.
- Kılınç,S., Torun,F. (2011). Türkiye'de Klinikte Kullanan Depresyon Değerlendirme Ölçekler *Dirim Tıp Gazetesi, 86 (1)*:43-44.
- Kelleci, M. EE,A. (2011). Psikiyatri Klini inde Yatan Hastaların laç Uyumları ve Sosyal Destekle İli kisi. *Journal of Psychiatric Nursing, 2(3)*: 105-110.
- Köknel,Ö. (1989). *Depresyon Ruhsal Çöküntü*.Altın Kitaplar Yayınevi.s.14. stanbul
- Köro lu,E. (2014). Ruhsal Bozukluklar Tamsa! ve Sayısal El Kitabı. Boylam Psikiyatri Enstitü Hekimler Yayın Birliği. Ankara.
- Köro lu, C., Köro lu,M. (2015). Sağlık Arama Davranı ve Sosyal Belirleyicileri Üzerinde Bir Değerlendirme. *Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi, 8(41)*:808.
- O uzhano lu, N. (2001). Tıbbi Durumlar ve Depresyon. Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, *Duygu Durum Dizisi,3*:116-125.
- O uzhano lu,N.,Sözeri,G.,Varma,G.,Karada ,F.,Tümkaya,S.,Efe,M.,Kiro lu,Y. (2013).Major Depresyonda Prefrontal Korteks Nörokimyasal Metabolit Düzeyleri ve Sağlıkının Etkileri: Bir HMRS Çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi, 24(2)*:2.
- Önen,F., Kaptano lu,C., Seber,G. (2002). Kadın larda Depresyonun Yaygınlığı ve Risk Faktörlerle İli kisi. *Kriz Dergisi,3(1)*:104-106.
- Örsel,S.(2004). Depresyonda Tedavi: Genel İlkeler ve Kullanan Antidepresan ilaçlar. *Klinik Psikiyatri Dergisi,4*:17.
- Özbey,S. (2012). Elerin Algıladıkları Sosyal Deste in Ailenin Bazı Özellikleri ile İli kisinin incelenmesi. *Ahi Evran Üniversitesi Kırşehir Eğitim Fakültesi Dergisi, 13(1)*:167-168.

- Gersons, B. (1997). Travma ve Geçi : TSSB ve Kriz Teorisi'ne yansımıası. (Çev. HD Özgüven). *Kriz Dergisi*,5(1):1.
- Özsan, H., Tu cu, H., Özden, A., Sayıl, I. (1994). İzofreni ve Depresyonda Ya am Olayları. *Kriz Dergisi*,3 (1-2): 169.
- Savrun,B. (1999). Depresyonun Epidemiyolojisi. .Ü.Cerrahpa a Tıp Fakültesi Sürekli Tıp E itimi Etlinlikleri Depresyon, Somatizasyon ve Psikiyatrik Aciller Sempozyumu, s. 11..it7.
- ahin,V.,Tekin,O., (2014). Anksiyete ve Depresyon Düzeylerinin Aile içi Fonksiyonlara Etkisi.*Klinik Psikiyatri Dergisi*, 17(3):115.
- ahiner, . (2010). *Çocukluk Ça t Travmatik Ya antılarının ve Ya am Olaylarının Çocukluk Ça t Travmatik Ya antılarının ve Ya am Olaylarının Alopesi Areata ile li kişi*. Ba kent Üniverstesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı. Uzmanlık Tezi, s.4-17.
- Tan, M.Okanlı,A. Karabulutlu, E.,& Erdem,N. (2005). Hemodiyaliz Hastalarında Sosyal Destek ve Umutsuzluk Arasındaki li kinin De erlendirilmesi. *Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences*, 8(2):33.
- Tu rul,C. (2000). Stres ve Depresyon. *Psikiyatri Dünyası*. 4:13-14.
- Türkçapar.H. (2009). *Klinik Uygulamada Bi/i sel Davranı çi Terapi*. Hekimler Yayın Birli i, 231(41):17-24.
- Ünal, S., Kiley, L., Güleç,C., Bekaro lu,M., Evlice,Y., & Kırlı,S. (2002). Depre sit""Ç Bozukluklarda Risk Etkenleri. *Klinik Psikiyatri*, 5:9.
- Yalçm, . (2014). yi Olu ve Sosyal Destek Arasındaki li kiler: Türkiye'de Yapılmış Çalışmalar Meta Analizi. *Türk Psikiyatri Dergisi* 25(2):2.
- Yemez, B., Alptekin, K. (1998). Depresyon Etiyolojisi. *Psikiyatri Dünyası*, 1:21-25.
- Ye ilba ,D. (2008). Majör Depresyon Tanısı Konulan Ki ilerin Depresyorlarınt fade Biçimleri. Uzmanlık Tezi.s.6.
- Yıldırım,A., Hacıhasano lu,R., & Karakurt,P.(2011). Postpartum depresyon ile sosyal destek arasındaki ili ki ve etkileyen faktörler. *Journal of Human Sciences/Uluslararası nsan Bilimleri Dergisi*, 8:1:34.

Yıldırım,F., Küçükgoręü.Sı, Be tepe,E.,Yıldırım,M.(2014). Eri kin Unipolar Depresyon Örnekleminde Çocukluk Çası stismar ve **hmal** Ya antılarının ntihar Giri imi ile li kisi. *Nöropsikiyatri Ar ivi*, 51: 135.

APPENDICES

APPEND X 1. INFORMED CONSENT FORM

GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Bu çalışma, Yakın Doğu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Klinik Psikoloji Yüksek Lisans Programı çerçevesinde düzenlenen bir çalışma madır. Bu çalışma, Gaziantep Üniversitesi Hastanesi Psikiyatri Anabilim Dalı'na bağırlanarak Major Depresif bozukluğu tanısı verilmiş 50 hasta çalışma grubu, iç hastalıkları poliklinline bağrlanarak, psikiyatrik yakınıması olmayan 50 hasta kontrol grubu olarak çalışma sürecine dahil edilecektir. Bu çalışma örneklem seçiminde güdümlü örneklem teknigi kullanılacaktır.

Bu çalışma manının amacı; major depresif bozukluğu olan hastalarda ya am olayları ve sosyal desteğin ara tırmak ve psikiyatri yakınıması olmayan hasta grubuya karşıyla tırmaktır. Çalışmada bir Kiisel Bilgi Formu ve dört tane ölçek verilecektir. Kiisel bilgi formu sizin yaşınız, cinsiyet gibi demografik özellikleriniz hakkındaki soruları içermektedir. Ölçekler ise; Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) depresyonla ilgili, Ya am Olayan Ölçeği (YOL) başlıca ekonomik durum, sağlık durumu, eğitim, iş, aile, yakın akraba ve arkadaşlığı kileri, cinsel ya am, yitim (ekonomik, sağlık, eğitim), yerde ikili gibi olaylardan oluşan sorulardan oluşmaktadır. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇASDÖ) sosyal destekle ilgili, Aile Derlendirme Ölçeği (ADÖ) problem çözme, iletişim, roller, duygusal tepki verebilme, gereken ilgiyi gösterme, davranış kontrolü ve genel fonksiyonlar alt boyutları ile ilgili sorular içermektedir, bunun psikolojik olarak aralarında ne gibi ilişkiler olduğunu ölçmeyi ve görmeyi hedeflemektedir.

Gönüllülerin bu çalışmada sorumlulukları vakit ayırarak ölçeklerini boş bırakmadan doldurmaktır. Bu çalışma gönüllülük esasına dayanmaktadır. Gönüllülerin ara tırmaya katılımı istenildiği bağılı olup, herhangi bir risk taşıtmamaktadır. Gönüllüler istedikleri zaman herhangi bir cezaya maruz kalmadan ara tırmaya katılmayı reddedebilir veya ara tırmadan çekilebilir. Ara tırmada öngörülen süre 50 dk olmaktadır.

Bu ara tırmancının hiçbir amasında isminiz kullanılmayacaktır. Ara tırmada toplanan bilgiler bireysel olarak değerlendirilerek, tüm katılımcıların ortalaması alınarak

hesaplanacak ve de erlendirilecektir. Ara tırma tamamen bilimsel amaçlarla düzenlenmiştir. Size ait bilgiler kesinlikle gizli tutulacaktır. Soruların doğru bir cevabı yoktur. Anketleri eksiksiz olarak cevaplamak bu ara tırma sonuçlarının toplum için yararlı bilgi olarak kullanılmasını sağlayacaktır. Çalışmaya ilgili herhangi bir bilgi almak isterseniz, hazal109@gmail.com internet adresinden veya 0553 142 38 47 numaralı telefondan iletişime geçebilirsiniz.

"Bilgilendirilmeli Gönüllü Olur Formundaki tüm açıklamaları okudum. Bana, yukarıda konusu ve amacı belirtilen ara tırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama aida adı belirtilen psikolog tarafından yapıldı. Ara tırmaya gönüllü katıldım, istedim zaman gereklili veya gerekçesiz olarak ara tırmadan ayrılabilceğimi biliyorum. Söz konusu ara tırmaya, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızamla katılmayı kabul ediyorum."

PS KOLOG

Hazal İ IK

Gönüllünün Adı/ Soyadı/ Tarih/ mza

APPENDIX2**K SEL B LG FORMU**

1-Cinsiyet: Kadın() Erkek()

2-Yaşınız

3-Eğitim düzeyiniz

İlkokul() Ortaokul() Lise() Üniversite() Yüksek öğrenim()

4-En uzun süre yaşıınız yerle imzayı

Köy() Kasaba() Şehir()

5-Medeni Durum

Evli() Nişanlı() Dul() Bekar()

6-Meslek

Siz() Ev hanımı() Emekli() Çiftçi() Serbest meslek() Diğer(.....)

7-Aile tipi

Geniş aile() Çekirdek aile()

8-Sosyal Güvence

Var() yok()

9-Çocuk

Var() Yok() Evlatlık(),

APPENDIX3

BECK DEPRESYON ENVANTER

AÇIKLAMA:

Sayılmış cevaplayıcı adı gruplar halinde cümleler verilmektedir. Öncelikle her gruptaki cümleleri dikkatle okuyarak, BUGÜN DAHA GEÇEN HAFTA içinde kendinizi nasıl hissettiini en iyi anlatan cümleyi seçiniz. Eğer bir grupta durumunuzu, duygularınızı tarif eden birden fazla cümle varsa her birini daire içine alarak işaretleyiniz.

Soruları vereceğiniz samimi ve dürüst cevaplar aracılıkla bilimsel niteliği açısından son derece önemlidir. Bilimsel katkı ve yardımlarınız için sonsuz teşekkürler.

- 1-**
 0. Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissetmiyorum.
 1. Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum.
 2. Hep üzüntülü ve sıkıntılyım. Bundan kurtulamıyorum.
 3. O kadar üzüntülü ve sıkıntılyım ki artık dayanamıyorum.
- 2-**
 0. Gelecek hakkında mutsuz ve karamsar de ilim.
 1. Gelecek hakkında karamsarım.
 2. Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.
 3. Geleceğim hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor.
- 3-**
 0. Kendimi ba arsız bir insan olarak görmüyorum.
 1. Çevremdeki birçok kişi iden daha çok ba arsızlıklarım olmam gibi hissediyorum.
 2. Geçmişte baktığımda ba arsızlıklarla dolu oldum unu görüyorum.
 3. Kendimi tümüyle ba arsız biri olarak görüyorum.
- 4-**
 0. Birçok şeyden eskisi kadar zevk alıyorum.
 1. Eskiden olduğum gibi her şeyden hoşlanmıyorum.
 2. Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.
 3. Her şeyden sıkılıyorum.
- 5-**
 0. Kendimi herhangi bir şekilde suçlu hissetmiyorum.
 1. Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum.
 2. Çok zaman kendimi suçlu hissediyorum.
 3. Kendimi her zaman suçlu hissediyorum.
- 6-**
 0. Bana cezalandırılmışım gibi geliyor.
 1. Cezalandırılabilceğimi hissediyorum.
 2. Cezalandırılmamı bekliyorum.
 3. Cezalandırıldığımı hissediyorum.

- 7- 0. Kendimden memnunum.
1. Kendi kendimden pek memnun de ilim.
 2. Kendime çok kızıyorum.
 3. Kendimden nefret ediyorum.
- 8- 0. Ba kalarından daha kötü oldu umu sanmıyorum.
1. Zayıf yanların veya hatalarım için kendi kendimi ele tiririm
 2. Hatalarımdan dolayı ve her zaman kendimi kabahatli bulurum.
 3. Her aksilik kar sisinda kendimi hatalı bulurum.
- 9- 0. Kendimi öldürm& gibi dü üncelerim yok.
1. Zaman zaman kendimi öldürmeyi dü ündü üm olur. Fakatyapmıyorum.
 2. Kendimi öldürmek isterdim.
 3. Fırsatını bulsam kendimi öldürürüm.
- 10- 0. Her zamankinden fazla içimden a lamak gelmiyor.
1. Zaman zaman içinden a lamak geliyor.
 2. Çok u zaman a liyorum.
 3. Eskiden a layabildirdim imdi istesem de a layamıyorum.
- 11- 0. İmdi her zaman oldu umdan daha sinirli de ilim.
1. Eskisine kıyasla daha kolay kızıyor ya da sinirleniyorum.
 2. İmdi hep sinirliyim.
 3. Bir zamanlar beni sinirlendiren eyler imdi hiç sinirlendirmiyor.
- 12- 0. Ba kaları ile görü mek, konu mak iste imi kaybetmedim.
1. Ba kaları ile eskiden daha az konu mak, görü mek istiyorum.
 2. Ba kaları ile konu ma ve görü me iste imi kaybetmedim.
 3. Hiç kimseyle konu mak görü mek istemiyorum.
- 13- 0. Eskiden oldu u gibi kolay karar verebiliyorum.
1. Eskiden oldu u kadar kolay karar veremiyorum.
 2. Karar verirken eskisine kıyasla çok güçlük çekiyorum.
 3. Artık hiç karar veremiyorum.
- 14- 0. Aynada kendime baktı imda de i iklik görmüyorum.
1. Daha ya lanmı ve çirkinle mi im gibi geliyor.
 2. Görünü tümün çok de i ti ini ve çirkinlestigi mi hissediyorum.
 3. Kendimi çok çirkin buluyorum.
- 15- 0. Eskisi kadar iyi çalı abiliyorum.
1. Bir eyler yapabilmek için gayret göstermem gerekiyor.
 2. Herhangi bir eyi yapabilmek için kendimi çok zorlamam gereciyor.
 3. Hiçbir ey yapamıyorum.
- 16- 0. Her zamanki gibi iyi uyuyabiliyorum.
1. Eskiden oldu u gibi iyi uyuyamıyorum.
 2. Her zamankinden 1-2 saat daha erken uyuyorum ve tekrar uyuyamıyorum.
 3. Her zamankinden çok daha erken uyuyor ve tekrar uyuyamıyorum.

- 17- 0. Her zamankinden daha çabuk yorulmuyorum.
1. Her zamankinden daha çabuk yoruluyorum.
 2. Yaptı m her ey beni yoruyor.
 3. Kendimi hemen hiçbir ey yapamayacak kadar yorgun hissediyorum.
- 18- 0. tahim her zamanki gibi.
1. tahim her zamanki kadar iyi de il.
 2. tahim çok azaldı.
 3. Artık hiç i tahim yok.
- 19- 0. Son zamanlarda kilo vermedim,
1. ki kilodan fazla kilo verdim.
 2. Dört kilodan fazla kilo verdim.
 3. Altı kilodan fazla kilo vermeye çalışıyorum.
- 20- 0. Sa lı im beni fazla endi elendirmiyor.
1. A ri, sancı, inde bozuklu u veya kabızlık gibi rahatsızlıklar beni endi elendirmiyor.
 2. Sa lı im beni endi elendirdi i için ba ka eyleri dü ünmek zorla iyor.
 3. Sa lı im hakkında o kadar endi eliyim ki ba ka hiçbir ey dü ünemiyorum.
- 21- 0. Son zamanlarda cinsel konulara olan ilgimde bir de i me fark etmedim.
1. Cinsel konularla eskisinden daha az ilgiliyim.
 2. Cinsel konularla şimdi çok daha az ilgiliyim.
 3. Cinsel konular olan ilgimi tamamen kaybettim.

APPENDIX4

YA DA OLAYLARI L STES

A ada insanların ya amları boyunca kar ila abilecekleri olayların bir listesi vardır. Lütfen bu maddeleri dikkatle okuyarak son bir yıl içerisinde ya adıklarınızı yuvarlak içine alınız.

1. Evlenme
2. Amir ya da i arkada ları ile geçimsizlik
3. Hapse mahkum edinme
4. E in ölümü
5. Anne ya da babanın ölümü
6. Do um yapma
7. Büyük oranda borca girme
8. Yakın bir dostun ölümü
9. Çocuk dü ürme ya da ölü do um yapma
10. Evlilik dı ı hamile kalmak
11. E ile yeniden barı ma
12. E inin ailesi ile önemli geçimsizlik durumu
13. Evde ya lı ya da hasta akrabaya bakma
14. Hanımının hamile kalması
15. Anne baba ile ciddi anla mazlık, anne babanın baskı yapması
16. A ır biçimde hastalanma, kaza geçirme ya da yaralanma
17. İlaklı para sıkıntısı
18. Menapoz(ya n dönümüyle birlikte ay halinin kesilmesi)
19. stenmeyen gebelik
20. Yakın bir akraba ya da dostun ciddi ailevi sorunu
21. Hakkındaki kötü söylentiler yüzünden çevre tarafmdan itilme
22. Akrabalarla birlikte oturmak zorunda kalmak
23. Emekliye ayrılma
24. Ola an di ı ki isel ba arilar
25. Yeni bir i e girmek, yeni bir i kurma
26. Yw1 dı ına gitmek(çalışma, okuma gibi nedenlerle)
27. Terör ya da anar i nedeniyle güvensiz ortamda ya ama
28. E i tarafından aldatılma
29. Büyük parasal kayıp, ekonomik sıkıntı
30. Gözaltına almma ya da sorguya çekilme
31. Görev gere i ba ka bir ehre tayin edilme
32. Ev yaptırma ya da ev alma

33. I ten çıkıştırma
34. De erli bir ki isel e yanın kaybı
35. Çocu un ölümü
36. Çocu un a ir biçimde hastalanması ya da sakatlanması
37. I stemedi i bir evlilik yapma
38. Sevgiliden ayrılma
39. Anne baba geçimsizli i ya da ayrılması
40. Anne ya da babanın a ir biçimde hastalanması, kaza geçirmesi ya da yaralanması
41. Ailenin onayı dıında evliliğe
42. Köyden kente gelme
43. Bir aylık i sizlik
44. Üniversiteye giremememe
45. Hukuki anla mazlık sonucu birisi ile mahkemelik olma
46. E ile ciddi anla mazlık
47. Ni anlanma
48. Istenen gebelik
49. Çocu a anne ya da kayınpotanının bakması
50. Çocu un hafif hastalı i
51. Ailenin onayı dıında ni anlanma
52. E in a ir biçimde hastalanması, kaza geçirmesi ya da yaralanması
53. Anne ya da babanın çalı mak üzere yurt dı ina gitmesi
54. O lun askere gitmesi
55. Ki isel alı kanıklarda büyük de i im
56. Çocuk aldırma(kürtaj)
57. Yakın akrabanın ölümü
58. Ölen ya da çalı an bir akrabanın çocu una bakma
59. Kendi ailesi ile e arasında önemli geçimsizlik
60. I te bir derece ya da rütbenin indirilmesi
61. Okul degistirmek
62. Ek i tutma ya da hem okumak hem çalı ma
63. Kiracı olarak oturulan evden çıkıştırma
64. Çocu un sünnet olması
65. I te çalı ma ko uların bozulması(Bozuk maddi manevi ko ular,a ir' sorumluluk)
66. Bo anma
67. E ile ilimli tartışmalar
68. Çocu un ni anlanması
69. E in do um yapması
70. I, okul gibi zorunlu nedenlerle anne babadan ayrı dü me
71. Askere gitme
72. Ba ka kente göç etme

73. Dinsel ahsanlıklarla önemli de imeler
74. Okul baarisizliği
75. Okul bitirme
76. Zor bir sınava hazırlanmak, artırır dersler
77. Bir aydan uzun süre i siz kalma, i bülümama
78. Ev de i tırme, taşınma
79. Saatlerinin de i mesi
80. Anla mazlık sonucu e iyle ayrı ya ama
81. Cinsel sorunlar
82. Çocuğun onaylanan evliliği
83. Kendi onayı dışında çocuğun evlenmesi
84. İstenmeyen doğum
85. İlhamlı oranda borca girme
86. Yakın bir akraba ya da arkadaşın önemli hastalığı
87. Önemli bir kişi iden ayrılma
88. Tutuklanma ya da mahkemeye verilme
89. Yakın bir akraba ile önemli geçimsizlik
90. Eve yeni birisinin gelmesi
91. Okul baarisizliği
92. Okulu bırakmak zorunda kalma
93. Okula girme
94. Terfi etme
95. İşteemedi i işte çalışıma, işten istemedi iş göreveye verilme
96. İşteemedi iş bir okula girme
97. Önemli bir sınava girme
98. Ni anlı ile ciddi anla mazlık
99. Anla mazlık dışında bir nedenle işten ayrı düşme (askerlik, çalışma, okuma gibi)
100. Borç ya da ipote in haczedilmesi
101. Hafif bir biçimde hastalanma, kaza geçirme ya da yaralanma
102. Ni anlıdan ayrılma
103. Küçük suçlar nedeniyle ceza görme(trafik, belediye ya da vergi cezası)
104. Çocuğun evden ayrılması
105. Çocuğun okul baarisizliği
106. Hanımının işe girmesi ya da işi bırakması
107. Evlilik dışı ilişkiye girme

APPENDIXS

Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçe i

A ada 12 cümle ve her bir cümle altında da cevaplarınızı i aretlemeniz için 1'den 7'ye kadar rakamlar verilmi tir. Her cümlede söylenenin sizin için ne kadar çok do rū oldu unu veya olmadı ını belirtmek için o cümle altındaki rakamlardan yalnız bir tanesini daire içine alarak i aretleyiniz. Bu ekilde 12 cümlenin her birine bir i aret koyarak cevaplarınızı veriniz. Lütfen hiçbir cümleyi cevapsız bırakmayınız. Sizce do ruya en yakın olan rakamı i aretleyiniz.

1. Ailem ve arkadaşım di ında olan ve ihtiyacım oldu unda yramidı olan bir insan(örne in, flört, ni anlı, sözlü, akraba, kom u, doktor) var.

Kesinlikle hayır 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 kesinlikle evet.

2. Ailem ve arkadaşım di ında olan ve sevinç ve kederlerimi paya abilece im bir insan (örne in, flört, ni anlı, sözlü, akraba, kom u, doktor) var.

Kesinlikle hayır 1,2,3,4,5,6,7 kesinlikle evet

3. Ailem (örne in, annem, babam, e im, çocuklarım, kardeşlerim) bana gerçekten yardımcı olmaya çalı ır.

Kesinlikle hayır 1,2,3,4,5,6,7 kesinlikle evet

4. htiyacım olan duygusal yardımı ve deste i ailemden (örne in, annemden, babamdan, e imden, çocuklarımdan, kardeşlerimden) alırı m.

Kesinlikle hayır 1,2,3,4,5,6,7 kesinlikle evet

5. Ailem ve arkadaşım di ında olan ve beni gerçekten rahatlatan bir insan (örne in, flört, ni anlı, sözlü, akraba, kom u, doktor) var.

Kesinlikle hayır 1,2,3,4,5,6,7 kesinlikle evet

6. Arkadaşım bana gerçekten yardımcı olmaya çalı ırlar.

Kesinlikle hayır 1,2,3,4,5,6,7 kesinlikle evet

7. ler kötü gitti inde arkadaşım güvenebilirim.

Kesinlikle hayır 1,2,3,4,5,6,7 kesinlikle evet

8. Sorunlarımı ailemle (örne in, annemle, babamla, e imle, çocuklarımı, karde lerimle) konu abilirim.

Kesinlikle hayır 1,2,3,4,5,6,7 kesinlikle evet

9. Sevinç ve kederlerimi payla abilece im arkada larım var.

Kesinlikle hayır 1,2,3,4,5,6,7 kesinlikle evet

10. Ailem ve arkadaşım daında olan ve duygularıma önem veren bir insan (örneğin, öğretmen, ni anlı, sözlü, akraba, komu, doktor) var.

Kesinlikle hayır 1,2,3,4,5,6,7 kesinlikle evet

11. Kararlarımı vermede ailem (örne in, annem, babam, e im, çocuklarım, karde lerim)bana yardımcı olmaya isteklidir.

Kesinlikle hayır 1,2,3,4,5,6,7 kesinlikle evet

12. Sorunlarımı arkadaşımla konu abilirim.

Kesinlikle hayır 1,2,3,4,5,6,7 kesinlikle evet

APPENDIX6

A LE DEGERLEND RME ÖLÇEG

AÇIKLAMA: İnce aileler hakkında 60 cümle bulunmaktadır. Lütfen her cümleyi dikkatlice okuduktan sonra, sizin ailenize ne derecede uydu una karar veriniz. **Önemli olan, sizin ailenizi nasıl gördü ünüzdür.** Her cümle için 4 seçenek söz konusudur (Aynen Katılıyorum/ Büyük Ölçüde Katılıyorum/ Biraz Katılıyorum/ Hiç Katılmıyorum) Her cümlenin yanında 4 seçenek için de ayrı yerler ayrılmıştır. Size uygun seçene e (X) i areti koynuz. **Her cümle için uzun, uzun dü ünmeyiniz.** Mükün oldu u kadar çabuk ve samimi cevaplar veriniz. Kararsız h a dü erseniz, ilk aklınıza gelen do rultusunda hareket ediniz. Lütfen her cümleyi ceva_p_ladı imzdan emin olunuz.

CÜMLELER:	Aynen Katılıyorum	Büyük Ölçüde Katılıyorum	Biraz Katılıyorum	Hiç Katılmıyorum
I.Ailece ev di nda program yapmada güçlük çekeriz, çünkü aramızda fikir birli i sajHayamayız.	()	()	()	()
2.Günlük hayatımızdaki sorunların (problemelerin) hemen hepsini aile içinde hallederiz.	()	()	()	()
3.Evde biri üzgün ise, di er aile üyeleri bunun nedenlerini bilir.	()	()	()	()
4.Bizim evde, ki iler verilen her görevi düzenli bir ekilde yerine getirmezler.	()	()	()	()
5.Evde birinin ba ı derde girdi inde, di erleri de bunu kendilerine fazlaıyla dert ederler.	()	()	()	()
6.Bir sıkıntı ve üzüntü ile kar ıla tı imizda, birbirimize destek oluruz.	()	()	()	()
7.Ailemizde acil bir durum olsa, a ırıp kalırız.	()	()	()	()
8.Bazen evde ihtiyacımız olan eylerin bitti inin farkına varmayız.	()	()	()	()
9.Birbirimize kar ı olan sevgi, efkat gibi duygularımızı açı a vurmaktan kaçınır.	()	()	()	()
10.Gerekli inde aile üyelerine görevlerini hatırlatır, kendilerine dü en i i yapmalarını sa larız.	()	()	()	()
11.Evde dertlerimizi üzüntülerimizi birbirimize söylemeyiz.	()	()	()	()
12.Sorunlarımızın çözümünde genellikle ailece aldı imiz kararları uygularız.	()	()	()	()
13.Bizim evdekiler, ancak onların ho una giden eyler söyledi imizde bizi dinlerler..	()	()	()	()
14.Bizi evde bir ki inin söylediklerinden ne hissetti ini anlamak pek kolay de ildir..	()	()	()	()
15.Ailemizde e it bir görev da ilimi yoktur..	()	()	()	()
16.Ailemizin üyeleri, birbirlerine ho görülu davranırlar.	()	()	()	()
17.Evde herkes ba ma buyrukta..	()	()	()	()
18.Bizim evde herkes, söylemek istediklerini üstü kapalı de il de doğrudan birbirlerinin yüzüne söyler.	()	()	()	()
19.Ailede bazılarımız, duygularımızı belli etmeyiz.	()	()	()	()
20.Acil bir durumda ne yapaca imizi biliriz.	()	()	()	()
21.Ailecek, korkularımızı ve endi elerimizi birbirimizle tartı maktan kaçınırız.	()	()	()	()
22.Sevgi, efkat gibi olumlu duygularımızı birbirimize belli etmeyeceğini çekeriz.	()	()	()	()
23.Gelirimiz (ücret, maa) ihtiyaçlarımızı kar ılamaya yetmiyor..	()	()	()	()
24.Ailemiz, bir problemi çözüldükten sonra, bu çözümün i e yarayıp yaramadı gni tartı jr.	()	()	()	()
25.Bizim ailede herkes kendini dü üntür..	()	()	()	()
26.Duygularımızı birbirimize açıkça söyleyebiliriz..	()	()	()	()
27.Evimizde banyo ve tuvalet bir türlü temiz durmaz..	()	()	()	()
28.Aile içinde birbirimize sevgimizi göstermeyiz..	()	()	()	()
29.Evde herkes her istedi ini birbirinin yüzüne söyleyebilir..	()	()	()	()
30.Ailemizde, her birimizin belirli görev ve sorumlulukları vardır..	()	()	()	()

CÜMLELER:	Aynen Katılım- yorum	Büyük Ölçüde Katılım- yorum	Biraz Katılım- yorum	Hiç Katılmam- yorum
31.Aile içinde genellikle birbirimizle pek iyi geçinemeyiz.	()	()	()	()
32.Ailemizde sert-kötü davranışlar ancak belli durumlarda gösterilir.	()	()	()	()
33.Ancak hepimizi ilgilendiren bir durum oldu u zaman birbirimizin i ine kari iriz.	()	()	()	()
34.Aile içinde birbiriniyle ilgilenmeye pek zaman bulamıyoruz.	()	()	()	()
35.Evde genellikle söylediklerimizle, söylemek istediklerimiz birbirinden farklıdır.	()	()	()	()
36.Aile içinde birbirimize hoş görülu davranırız	()	()	()	()
37.Evde birbirimize, ancak sonunda ki isel bir yarar sa layacaksak ilgi gösteririz.	()	()	()	()
38.Ailemizde bir dert varsa, kendi içimizde hallederiz.	()	()	()	()
39.Ailemizde sevgi ve sefkat gibi güzel duygular ikinci plandadır.	()	()	()	()
40.Ev i lerinin kimler tarafından yapılaca mı hep birlikte konu arak kararla tırırız.	()	()	()	()
41.Ailemizde herhangi bir şey karar vermek her zaman sorun olur.	()	()	()	()
42.Bizim evdekiler sadece bir çıkarları oldu u zaman birbirlerine ilgi gösterir.	()	()	()	()
43.Evde birbirimize karşı açık sözlüyüzdür.	()	()	()	()
44.Ailemizde hiçbir kural yoktur.	()	()	()	()
45.Evde birinden bir şey yapması istendiinde mutlaka takip edilmesi ve kendisine hatırlatılması gereklidir.	()	()	()	()
46.Aile içinde, herhangi bir sorunun (problemin) nasıl çözülece i hakkında kolayca karar verebiliriz.	()	()	()	()
47.Evde kurallara uyulmadı ı zaman ne olaca mı bilmeyiz.	()	()	()	()
47.Bizim evde akliniza gelen her şey olabilir.	()	()	()	()
49.Sevgi, sefkat gibi olumlu duygularımızı birbirimize ifade edebiliriz.	()	()	()	()
SO,Ailedede her türlü problemin üstesinden gelebiliriz.	()	()	()	()
51.Evde birbirimizle pek iyi geçinemeyiz.	()	()	()	()
52.Sınırlarınca birbirimize küseriz.	()	()	()	()
53.Ailedede bize verilen görevler pek hoş umuya gitmez çünkü genellikle umdu umuz görevler verilmez.	()	()	()	()
54.Kötü bir niyetle olmasa da evde birbirimizin hayatına çok karışıyoruz.	()	()	()	()
55.Ailenizde ki iler herhangi bir tehlike karısında (yangın, kaza gibi) ne yapacaklarını bilirler, çünkü böyle durumlarda ne yapılaca ı aramızda konu ulmu ve belirlenmemiştir.	()	()	()	()
56.Aile içinde birbirimize güveniriz.	()	()	()	()
57.A ılamak istedimizde, birbiriniinden çekinmeden rahatlıkla a layabiliriz.	()	()	()	()
58. inize (okulumuza) yetişmek güçlük çekiyoruz.	()	()	()	()
59.Aile içinde birisi, hoşlanmadı ımz bir şey yaptıında ona bunu açıkça söylezir.	()	()	()	()
60.Problemlimizi çözmek için ailecek çeşitli yollar bulmaya çalışırız.	()	()	()	()

YAKIN DOGU ÜN VERS TES FEN VE SOSYAL B L MLER B L MSEL
ARA TIRMALAR DEGERLEND RME ET K KURULU (YDÜBADEK)

ARA TIRMA PROJES DEGERLEND RME RAPORU

aplantı Tarihi : 23.03.2016

aplantı No : 2016-06

oje No : 6

Yakın Do u Üniversitesi Sosyal Bilimler Fakültesi Psikoloji Bölümü ö retim üyelerinden
Doç. Ebru ÇAKICI'nın sorumlu ara tırmacısı olduğunu, YOU/ 2016-46 proje numaralı ve "Majör
presif bozuklukta ya am olayları ve sosyal destek" ba lıklı proje önerisi kurulumuzca
erlendirilmi olup, etik olarak uygun bulunmuştur.

1- Prof. Dr. Mehmet Çakıcı

(BAŞKAN)

(ÜYE)

(ÜYE)

(ÜYE)

2- Prof. Dr. Mahmut Sava

3- Doç. Dr. Nesil F. Baytin

4- Doç. Dr. Direnç Kanal

(ÜYE)

5- Yrd. Doç. Özgür Özerdem

isel Bilgiler

İsim: Hazal I IK

Eğitim Yeri: Van

Doğum Tarihi: 20.03.1990

İdari Durumu: TC

E-mail telefon: 0553 680 53 98

E-mail: hazal109@gmail.com

Adresi: Fatih Sultan Mah. Aykut Sok. Kat:4 No:12
Kocatepe Mah. Nizip/GAZ ANTEP

İitim Bilgileri

İlköğretim: Cumhuriyet İlköğretim Okulu (1996-2003)

Lise: Yahya Altınbaş Lisesi (2003/2007)

Üniversite Lisansı: Yakın Doğu Üniversitesi Fen Edebiyat Fakültesi İngilizce Psikoloji Bölümü (2008-2013)

Üniversite Lisansı: Yakın Doğu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Klinik Psikoloji Programı(2014-16)

Ariyer ve Hedeflerim

İitim hayatımda eldeetti im bilgilerimi ve deneyimlerimi kullanabilece im, etik ilkelere bağlı olarak yardım edebilece im ve aynı zamanda kendimi geliştirmeye imkanlarımın sağlayabilece i bir pozisyonda çalışmak isterim.

bilgi ve becerilerimi ortaya koyup faydalı olabilece im ve bunları geliştirebilece im, olumlu şekilde katkı sağlayabilece im bir pozisyonda başarıları i ler yapmak.

İlgisayar ve Yazılım Bilgisi

[Microsoft word, excel, office,powerpoint,SPSS]

İngilizce Dil

İngilizce: Okuma: yi Yazma: Orta Anlama: yi

/Staj Deneyimi

Gaziantep Üniversite Araştırma Hastanesi

Stajyer Klinik Psikolog

2015/2016

Gaziantep Üniversitesi Hastanesinde stajyer klinik psikolog olarak 3 ay çalıştım. Stajını sırasında Psikiyatri Anabilim Dalında yer alan klinikte yatan ve poliklinikten ba vuran hastalarla görüşmeleri yaptım. Klinikte yatan hastaları ailelilik olarak pozitif psikoterapi çerçevesi altında terapiler verdim. Projektif ve objectif tester uyguladım. Poliklinikten ba vuran hastalara destekleyici terapiler verdim.

Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı Sosyal Hizmet Merkezi

Uygulama Birim Sorumlusu Psikolog

2013/2014

Kurumsal açıdan çocuk ve ailelerin sorunlarının çözümüne yardımcı olmak için mesleki çalışma, mesleki raporları düzenlemek ve diğer meslek elemanlarıyla birlikte içinde gerekli incelemelere katılarak sosyal inceleme raporu hazırladım. Sosyal hizmet ve sosyal yardımlara ilgilenme, inceleme ve saha çalışmaları görev aldım. Çocuk, Engelli, Yaşlı, Evde Bakım, Kadın Hizmetleri, Sosyal Ekonomik Destek ve Sosyal Yardımlar, Ehit Yakınları ve Gazi Hizmetleri Birimlerinde psikolog olarak görev aldım.

Kuruluşlarda uygulanacak psiko-sosyal gelişim ve eğitim programları hazırladım. Aile ve kadınlara danışma ve rehberlik hizmetleri ile sorunlarının çözümünde mesleki çalışma malarda bulundum. Çocuk ve ergenler ilgili konular hakkında örencilere ve ailelere konferanslar ve seminerler verdim. Gaziantep Adalet Bakanlığı Nizip Adliyesinde Psikolog olarak birçok mahkemelere katılarak bilirkiilik yaptım. Suça sürükleşen çocuklara danışma hizmeti verdim.

Gaziantep Üniversitesi Araştırma Hastanesi

Stajyer Psikolog

2011/2013

Gaziantep Üniversitesi Hastanesinde stajyer psikolog olarak çalıştım. Stajımı sırasında önceden hazırladığım daha iyi pekiştirme fırsatı oldu. Her hafta farklı bölümlerde stajımı yaparak genel çapta psikolojik rahatsızlığı olan hastaları inceleme fırsatı找了. Bu da benim kendimi ve meslek hayatımda geliştirmem açısından bir artı katı.

Özel Özlem Kre

Stajyer Psikolog

2010

Gaziantep Nizip İçesinde Özel Özlem Kre de gelişim stajı yaptım. Stajını sırasında çocukların dil, bilişel, motor, sosyal, duygusal gelişimi ve öz bakım becerilerini gözlemleyerek gelişim raporları hazırladım.

Seminer ve Kurslar

- Cyprus Mental Health Institute Internation Academy of Positive and Transcultural Psychotherapy 2015/2016
- Türk Psikologlar Derneği Rorschach Testi Eğitimi 2015/2016
- Akademi Kıbrıs Gelişim Platformu
Akademi Kıbrıs 2011
- Günlük Yaşamın Pozitif Psikoterapisi (Prof. Nossrat Peseschkion'un anısına)
Yakın Doğu Üniversitesi Doç. Dr. Ebru Çakıcı 2011
- Kıbrıs Psikodrama Sempozyumu
Yakın Doğu Üniversitesi Psikoloji Bölüm Başkanı Doç. Dr. Ebru Çakıcı 2011
Psikodrama ile Tanıma
- II. Kıbrıs Pozitif Psikoterapi Sempozyumu Pozitif Eğitimi ve Aile Terapisi
Kıbrıs Ruh Sağlığı Enstitüsü 2013
- II. Kıbrıs Psikodrama Sempozyumu
Yakın Doğu Üniversitesi Doç. Dr. Ebru Çakıcı Psikoloji Bölüm Başkanı 2012
- Psikodrama ve Duygusal Mirasın Kültürel Aklararası Eğitimi (Doç. Dr. Ali Nahit BABAOÖLU'nun anısına)
- II. Ruh Sağlığı Sempozyumu Kıbrıs Türk Ruh Sağlığı Derneği, Kıbrıs Türk Psikologlar Derneği 2010 Travma isimli sempozyum
- Ruh Sağlığı Sempozyumu Kıbrıs Türk Psikologlar Derneği 2011
İlkeler konulu sempozyum

Ek Bilgiler

İlgili Alanlarım: Klinik Felsefe, Sosyoloji

Sosyal Gelişim Kursları: Resim, Basketbol, İngilizce

Hobiler: Kitap okumak, şiir yazmak, resim çizmek, yüzmek

REFERANSLAR

Gaziantep Üniversitesi Hastanesi Anabilim Dalı Başkanı Doç. Dr. Ahmet ÜNAL

0507231098

Gaziantep Üniversitesi Hastanesi Yrd. Doç. Dr. Feridun BÜLBÜL 05062815963

Gaziantep Üniversitesi Hastanesi Ar. Gör. Dr. Galiye TOLUNAY 0533 927 77 22

Gaziantep Üniversitesi Hastanesi Ar. Gör. Dr. Cansu DOĞAN 0507 538 68 21

turnitin In Turnitin Originality Report

tez3 by Hazal İk
From tez (thesis)

- Processed on 20-Jun-2016 10:56 EEST
- ID:685258884
- Word Count: 10041

Similarity Index

16%

Similarity by Source

Internet Sources:

N/A

Publications:

16%

Student Papers:

N/A

Sources:

1

5% match (publications)

AYLAZ, Rukuye, GÜLLÜ, Esin and GÜNEŞ, Gülsen. "Aerobik yürüme egzersizin depresif belirtilere etkisi", TUBITAK, 2011.

2

2% match (publications)

EKER, Doğan, ARKAR, Haluk and YALDIZ, Hülya. "Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği'nin gözden geçirilmiş formunun faktör yapısı, geçerlik ve güvenirligi", TUBITAK, 2001.

3

JI

1% match (publications)

G RAY, Deniz and ERG N. Canan. "Çift-Kariyerli Ailelerde Bireylerin Yaşadıkları İş-Aile ve Aile-İş Çalışmalarının Kendini Kurgulama Davranışı ve Yaşam Olayları ile İlişkisi", Türk Psikologlar Derneği, 2006.

4

JI

1% match (publications)

Ekizo lu, Nihat and Zehra Ozcinar. "The relationship between the teacher candidates' computer anxiety and internet based anxiety and perceived self-efficacy". Procedia - Social and Behavioral Sciences

2J10