

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 IŞIK

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 IŞIK

20143506

SUPERVISOR

DOÇ. DR. Ebru ÇAKICI

NICOSIA

2016



YAKIN DOĞU ÜNİVERSİTESİ
NEAR EAST UNIVERSITY
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
GRADUATE SCHOOL OF SOCIAL SCIENCES

Date: 29/06/2016, Nicosia

2015/2016 Academic Year 2. Semester

DECLARATION

Type of Thesis: Master ☒ Proficiency in Art ☐ PhD ☐

STUDENT NO : 20143506

PROGRAME : Clinical Psychology Master Program

I HAZAL ISIK, hereby declare that this dissertation entitled
“Life Events and Social Support Among Patients with Major Depressive Disorder”
has been prepared myself under the guidance and supervision of
“Assoc. Prof. Dr. Ebru Tazak Sahin” 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**

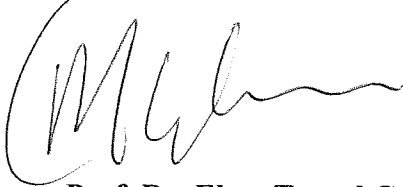
**LIFE EVENTS AND SOCIAL SUPPORT AMONG PATIENTS WITH MAJOR
DEPRESSION DISORDER**

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

**Prepared by
Hazal IŞIK**

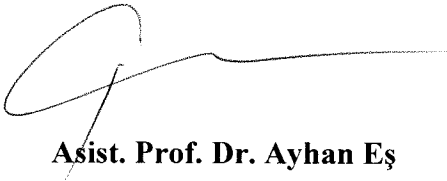
Examining Committee in charge

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 Eş



**Near East University
Department of Psychological
Counselling and Guidance**

Approval of the Graduate School of Social Sciences

Assoc. Prof. Dr. Mustafa SAĞSAN

Acting Director

ABSTRACT

LIFE EVENTS AND SOCIAL SUPPORT AMONG PATIENTS WITH MAJOR DEPRESSIVE DISORDER

Prepared:Hazal IŞIK

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 (MSPSS), 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 BOZUKLUĞU OLAN HASTALARDA YAŞAM OLAYLARI VE SOSYAL DESTEK

Hazırlayan Hazal IŞIK

Haziran, 2016, 61 sayfa

Depresyona yol açan faktörler arasında olumsuz yaşam olayları ve sosyal desteğin olmaması da bulunmaktadır. Bu çalışmanın amacı, Major Depresif Bozukluğu olan hastalarda yaşam olayları ve sosyal desteği araştırmak ve psikiyatri yakınması olmayan hasta grubuyla karşılaştırmaktır. Gaziantep Üniversitesi Hastanesi Psikiyatri Anabilim Dalı'na başvuran 18-65 yaş aralığında olan Major Depresif bozukluğu tanısı verilmiş 50 hasta çalışma grubu , iç hastalıkları polikliniğine başvuran , psikiyatrik yakınması olmayan 50 hasta kontrol grubu olarak çalışmaya dahil edilmiştir. Her iki grubu da sırasıyla Sosyo demografik form, Beck Depresyon Ölçeği(BDÖ), Yaşam Olayları Ölçeği(YOL), Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği(ÇASDÖ), Aile Değerlendirme Ölçeği(ADÖ) ölçekleri verilmiştir. Olguların, yaş ortalamasının $35,49 \pm 13,01$, 69 'u kadın, 31'i erkektir. Çalışmamızda kadın cinsiyetinin ve yaştan yüksek olması depresyon üzerinde yordayıcı etkisi olduğu bulunmuştur. Yaşam olayları, sosyal destek ve aile işlevlerinin depresyon üzerinde yordayıcı etkisi olduğu bulunmuştur. Bulgulara göre depresyon hastalarında aile işlevleri kontrol grubuna göre daha sağlıklı bulunmuştur. Depresyon hastalarında sosyal destek kontrol grubuna göre daha düşük, yaşam olayları ise daha yüksek bulunmuştur. Çalışma sonuçlarımız göstermektedir ki depresyonla baş etmede sosyal destek ve aile ilişkilerinin desteklenmesi önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Major Depresyon, Yaşam Olayları, Sosyal Destek, Aile Değerlendirme

Acknowledgement

I am grateful to my precious teacher Asst. Prof.Ebru Tansel akıcı 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 Savaş 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 İpek Tadır Kızıloluk, Güliz Güner Çetinbakış, 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 Işık and my sisters Hayriye, Ayşe and Muhterem Işık Bal for 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 Inversion(BDI)	11
3.3.3. Soria's 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 Soria's 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

DSM V :	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(Şahin, 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 Hippokrates. 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 of hate from all people” (Yeşilbaş, 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-quilty 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 which 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 of the 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 (Başoğlu, 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 & Kırılı, 2013:122). One risk factor for the occurence of the disease is not enough. Personality charecteristics in mood disorders, interpersonal relationships and self-esteem are also evaluated in the risk factors (Ünal, Küey, Güleç, Bekaroğlu, Evlice & Kırılı, 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 sturling 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 (Doğan, 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 prevalance 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 Başkent 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 disorders are increasing in recent years and they lead to loss 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 (Büyükkışık, 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 factors. Psychosocial factors include negative life events, poor parent-child relationship, lack of social support, lack of social skills and cohort effect (Aydın, Baytunca & Erermiş, 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 neurotransmitter. Dopamine is another biogenic amine 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 play important role in depression (Karamustafaloğlu, 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 have suffered from depression, with the possibly of 65% the other will suffer too. Identical twins are at more risk compared to fraternal twins (Blackburn, 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, anterior and cingulate cortical-subcortical circuits which is containing the subgenual have dysfunction (Oğuzhanoglu, Sözeri, Varma, Karadağ, Tümkaya, Efe & Kiroğlu, 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 object. The 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 guilty 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 guilty), negative view of the world (“My life is a mess”, “everything is very bad”) and negative view of the future (it will never get better) 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 (Şahiner, 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 (Köroğlu, Köroğlu, 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 (Özgüven, 1997:2). 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 unsuccessful 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 (Tuğrul,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 İlnem 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 assesing 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 (İlnem, 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 his 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 seperation 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 loses; 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 homeostatis. 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, Akoğlu & Uygur, 2006: 267).

Özsan and friends (1994) investigated, in our country at Ankara University Faculty of Medicine Department of Psychiatry Hospital, whether stressful 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, Tuğcu, 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 (Arslantaş, 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 (Doğan, 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 technic 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, Beştepe & 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. Soria's the Life Events Scale (LES)

Life events scale, composed of 107 life events, was developed by Soria (1982) and used by Gözenci (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 & Özşahin, 2008:199). Every life event's distress and adaptation score is different and total score is calculated separately as distress score and adaptation score (Şahiner, 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 1995. 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, Palabıyıkoglu, 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 ABD. 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 Işıl 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.

Tablo 1a. Demographic Characteristics of Participants

Demographic Characteristics	n	%
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

Tablo 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 fosterling 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)

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

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)

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

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

Table 4. Comparison of Settlement between Depression and Control Groups

	Depression	Control
	n(%)	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	Control
	n(%)	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)

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

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)

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

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	Control
	n(%)	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	Control	Sd
	(n =50)	(n =50)	T
	X⁻ ± S	X⁻ ± S	P
			1,555
Age	37,50 ± 13,24	33,48 ± 12,60	98 0,123
			-0,193
No of Children	1,40 ± 0,53	1,42 ± 0,50	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>	<i>X̄</i>	<i>S</i>	<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	0,002**
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			

* $p \leq 0,05$ ** $p < 0,001$

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			

* $p \leq 0,05$ ** $p < 0,001$

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 Control significant depression and control groups is compared with t- test analysis, no significant difference was found ($p > 0,001$).

Table 11. 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			

* $p \leq 0,05$ ** $p < 0,001$

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

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

* $p \leq 0,05$ ** $p < 0,001$

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

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

* $p \leq 0,05$ ** $p < 0,001$

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 _B	β	T	P	Zero- order r	Partial R
Stage 1							
MSPSS	-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
MSPSS	-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
R1 = 0.739,	R2 =0.745	R1 ² = 0.546,		R2 ² = 0.554			
F1 (3,96)=38,539	F2(5,94)= 23,382	p1=0,000		p2=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, R² = 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, R² = 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 (Camkurt, 2015:23). The individual whose suffering depression family and economical problems, work stress, social withdrawal such changes in life is important (Oğuzhanoglu, 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 (Doğan, 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 prevalence of depression in woman and risk factors, the average age is between 17 -65 years of age is determined as 35.47.0.46. According to the findings of the research inside 700 subjects totally 194 has been found to be premier depression (pd). It has been found that, in woman the rate of premier depression prevalence rate is related to family violence in childhood, and marriage incompatibility. It was determined that the point prevalence speed is %27.71. They have found that point prevalence speed for secondary depression (SD) is %3.57 (Önen, Kaptanoğlu & Seber, 2002: 104-106).

It 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 important role (Bağdaçicek, 2009:3). Bıyık and his friends woman in cases of encountering with stressful life events determining the risk of disease caused by stress, 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 (Bıyık, Özsoy, Ardahan, Özkahraman & İz, 2006:9).

Another purpose of our research is the interaction of social support on 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 positive 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 (Doğan, 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 (Kapıkıran, 2010: 54). The patients who recieved depressive disorder when their percieved 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 recieved before the illness, after illness 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 and schologically being faithful, belonging to a group fulfilling the social needs is affecting the individuals health in a possitive way (Yıldırım, Hacıhasanoğlu & 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 resposibility distribution, correction of the problems experienced in the family, the individuals inside the family building positive relationships, thoughts and feelings being shared, experiences being transfered, 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 (Çayboyly,2002: 27).

Environmental and social support being less plays a decisive role in patients which has physiological 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,Ş., Kırılı,S. (2013). Major Depresif Bozuklukta Düzelmenin Öngörücüleri. *Archives of Neuropsychiatry/Noropsikiatri Arsivi*, 50(2):122.
- Arslantaş, H., Ergin, F. (2011). 50–65 Yaş Arasındaki Bireylerde Yalnızlık, Depresyon, Sosyal Destek ve Etki Eden Faktörler. *Turkish Journal Of Geriatrics / Türk Geriatri Dergisi*, 14(2):139.
- Atalay,İ., V,Kaya.,Yalçın, A., Ünal,G.(2015). Meme Kanseri Olgularında Aile İşlevleri ve Depresyon İlişkisinin Değerlendirilmesi. *Journal of Clinical and Analytical.Medicine*,6(5),614.
- Aydemir,Ö. (2011). Major Depresif Bozuklukta Tedavi Hedefleri ve Tedavinin İzlenmesi. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*, 21(1),1.
- Aydın,R., Baytunca, M. B., & Erermiş, S. (2014). Pediatrik Majör Depresif Bozukluğun Genetik Özellikleri. *The Journal of Pediatric Research*,1(4):174.
- Ayyıldız, H. (2008). Major Depresyon ve Panik Bozuklukta Serum S100 Seviyeleri. Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Biyokimya ve Klinik Biyokimya. Bölümü. Uzmanlı Tezi .s.13.
- Bıyık,A., Özsoy,S., Ardahan, M., Özkahraman,Ş., İz, F.B. (2006). Kadınların Stres Verici Yaşam Olaylarıyla Karşılaşma Durumları. *Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences*, 9(2):9.
- Bağdaçicek. (2009). Major Depresyon ve Panik Bozukluğu olan Hastaların Erken Disfonksiyonel Şema Aktivasyonlarının Karşılaştırılması. Uzmanlık Tezi. İstanbul.
- Başoğlu,C., Buldukoğlu, K. (2015). Depresif Bozukluklarda Psikososyal Girişimler. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*,7(1):1.
- Berksun,O., Ünal,S., AK,G. (1991). Psiyatrik Rahatsızlıklar ve Presipitan Faktör olarak Yaşam Olayları . *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2(2):141.
- Blackburn, I. (1999). *Depresyon ve Başačkma Yolları*.(3.Basım). Şahin,N, Rugancı,R (çev). Remzi Kitapevi.s.17.

- Bozkurt, N. (2003). Depresyonda Bilisel- Davranışçı Yaklaşımlar: Beck'in Bilişsel Kuram. *Ege Eğitim Dergisi*, 3(2):61. Büyükkışık, N. (2008). Yeni Tanı Almış Major Depresyonlu Hastalarda Serum Beyin Kaynaklı Nörotrofik Faktör(BDNF) İle Kortizol Seviyelerinin Tedavi Öncesi ve Tedavi Sonrası Değişimi. Uzmanlık Tezi. 6-9.
- Bulut, I. (1993). *Ruh Sağlığının Aile İşlevlerine Etkisi*. Nadir Kitapevi. s.41
- Camkurt, M. (2015). Majör Depresyonun Tedavisinde ve Etiyolojisinde Yeni Umutlar, Yeni Ufuklar MikroRNA'lar. *Journal of Mood Disorders*, 5(1):23.
- Ceyhun, B., Ergun, E., Duran, A. (1993). Krize Müdahale Merkezine Başvurularda Yaşam Olaylarının 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 İlişkisi. *Kriz Dergisi*, 10(1):16.
- Çakır, S. (2009). Genel Tıpta Depresyon. *Klinik Gelişim Dergisi*, 22(4):617.
- Çakır, Y., Palabıyıkoglu, R. (1997). Gençlerde Sosyal Destek- Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeğinin Güvenirlilik ve Geçerlik Çalışması. *Kriz Dergisi*, 5(1):17.
- Çayboyulu, İ. (2002). 2001 Yılı Aile Raporu. *T.C Başbakanlık Aile Araştırma Kurumu Başkanlığı Yayınları*. Genel Yayın No. 120 seri. Bilim. Birinci Baskı. Ankara.
- Doğan, O. (2000). Depresyonun Epidemiyolojisi. *Duygu Durum Dizisi 1. Psikolojik Belirtilerin Yordayıcısı Olarak Sosyal Destek ve İyi Hali*. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*, 3(30):30-44.
- Doruk, A., Çelik, C., Özdemir, B., Özşahin, A. (2008). Uyum Bozukluğu ve Yaşam Olayları. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 9(4):199.
- Epstein, N.B., Bolwin, L.M., Bishop, D.S. (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 Yaşam Olayları ve Sorun Çözme Becerileri: İntihar Davranışıyla İlişkisi. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 17(4):267.
- İnem, C., Çete, T., Deniz, H., & Yener, F. (1998). Şizofreni ve Majör Depresyonda Yaşam Olayları ile Bireyin Algıladığı Duygu Dışavurum Düzeyi. *Düşünen Adam*, 11(4):13.

- Karamustafaoğlu, O., & Yumrukçal, H. (2011). Depresyon ve Anksiyete Bozuklukları *Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni*, 45(2).
- Kaya, B. (2007). Depresyon: Sosyo-ekonomik ve Kültürel Pencereden Bakış. *Klinik Psikiyatri*, 10(Ek 6):11.
- Kaya, B., Kaya, M. (2007). 1960'lerden Günümüze Depresyonun Epidemiyolojisi, Tarihsel Bir Bakış: Tarihsel Bir Bakış. *Klinik Psikiyatri*, 10(Ek 6):4.
- Kapıkıran, Ş., & Kapıkıran, N.A. (2010). Algılanan Elde Edilebilir Destek Ölçeğinin 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 Kullanılan Depresyon Değerlendirme Ölçekler *Dirim Tıp Gazetesi*, 86 (1):43-44.
- Kelleci, M. EE, A. (2011). Psikiyatri Kliniği'nde Yatan Hastaların İlaç Uyumları ve Sosyal Destekle İlişkisi. *Journal of Psychiatric Nursing*, 2(3):105-110.
- Köknel, Ö. (1989). *Depresyon Ruhsal Çöküntü*. Altın Kitaplar Yayınevi. s.14. İstanbul
- Köroğlu, E. (2014). *Ruhsal Bozukluklar Tanısal ve Sayımsal El Kitabı*. Boylam Psikiyatri Enstitü Hekimler Yayın Birliği. Ankara.
- Köroğlu, C., Köroğlu, M. (2015). Sağlık Arama Davranışı ve Sosyal Belirleyicileri Üzerinde Bir Değerlendirme. *Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 8(41):808.
- Oğuzhanoglu, N. (2001). Tıbbi Durumlar ve Depresyon. Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, *Duygu Durum Dizisi*, 3:116-125.
- Oğuzhanoglu, N., Sözeri, G., Varma, G., Karadağ, F., Tümkaya, S., Efe, M., Kıroğlu, Y. (2013). Major Depresyonda Prefrontal Korteks Nörokimyasal Metabolit Düzeyleri ve Sağaltımın Etkileri: Bir HMRS Çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 24(2):2.
- Önen, F., Kaptanoğlu, C., Seber, G. (2002). Kadınlarda Depresyonun Yaygınlığı ve Risk Faktörlerle İlişkisi. *Kriz Dergisi*, 3(1):104-106.
- Örsel, S. (2004). Depresyonda Tedavi: Genel İlkeler ve Kullanılan Antidepresan İlaçlar. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 4:17.
- Özbey, S. (2012). Eşlerin Algıladıkları Sosyal Desteğin Ailenin Bazı Özellikleri ile İlişkisinin İncelenmesi. *Ahi Evran Üniversitesi Kırşehir Eğitim Fakültesi Dergisi*, 13(1):167-168.

- Gersons, B. (1997). Travma ve Geçiş: TSSB ve Kriz Teorisi'ne yansıması. (Çev. HD Özgüven). *Kriz Dergisi*, 5(1):1.
- Özsan, H., Tuğcu, H., Özden, A., Sayıl, I. (1994). Şizofreni ve Depresyonda Yaşam Olayları. *Kriz Dergisi*, 3 (1-2): 169.
- Savrun, B. (1999). Depresyonun Epidemiyolojisi. İ.Ü.Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Depresyon, Somatizasyon ve Psikiyatrik Aciller Sempozyumu, s. 11-17.
- Şahin, V., Tekin, O., (2014). Anksiyete ve Depresyon Düzeylerinin Aile içi Fonksiyonlara Etkisi. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 17(3):115.
- Şahiner, İ. (2010). *Çocukluk Çağı Travmatik Yaşantılarının ve Yaşam Olaylarının Çocukluk Çağı Travmatik Yaşantılarının ve Yaşam Olaylarının Alopesi Areata ile İlişkisi*. Başkent Üniversitesi 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 İlişkinin Değerlendirilmesi. *Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences*, 8(2):33.
- Tuğrul, C. (2000). Stres ve Depresyon. *Psikiyatri Dünyası* . 4:13-14.
- Türkçapar, H. (2009). *Klinik Uygulamada Bilişsel Davranışçı Terapi*. Hekimler Yayın Birliği, 231(41):17-24.
- Ünal, S., Küey, L., Güleç, C., Bekaroğlu, M., Evlice, Y., & Kırılı, S. (2002). Depresif Bozukluklarda Risk Etkenleri. *Klinik Psikiyatri*, 5:9.
- Yalçın, İ. (2014). İyi Oluş ve Sosyal Destek Arasındaki İlişkiler: Türkiye'de Yapılmış Çalışmaların Meta Analizi. *Türk Psikiyatri Dergisi* 25(2):2.
- Yemez, B., Alptekin, K. (1998). Depresyon Etiyolojisi. *Psikiyatri Dünyası*, 1:21-25.
- Yeşilbaş, D. (2008). Majör Depresyon Tanısı Konulan Kişilerin Depresyonlarını İfade Biçimleri. Uzmanlık Tezi. s.6.
- Yıldırım, A., Hacıhasanoğlu, R., & Karakurt, P. (2011). Postpartum depresyon ile sosyal destek arasındaki ilişki ve etkileyen faktörler. *Journal of Human Sciences/ Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*, 8:1:34.

Yıldırım,F., Küçükgöncü,S., Beştepe,E.,Yıldırım,M.(2014). Erişkin Unipolar Depresyon Örnekleminde Çocukluk Çağı İstismar ve İhmal Yaşantılarının İntihar Girişimi ile İlişkisi. *Nöropsikiyatri Arşivi*, 51: 135.

APPENDICES

APPENDIX 1. INFORMED CONSENT FORM

GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

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

Bu çalışmanın amacı; major depresif bozukluğu olan hastalarda yaşam olayları ve sosyal desteği araştırmak ve psikiyatri yakınması olmayan hasta grubuyla karşılaştırmaktır. Çalışmada bir Kişisel Bilgi Formu ve dört tane ölçek verilecektir. Kişisel bilgi formu sizin yaş, cinsiyet gibi demografik özellikleriniz hakkındaki soruları içermektedir. Ölçekler ise; Beck Depresyon Ölçeği(BDÖ) depresyonla ilgili , Yaşam Olayları Ölçeği(YOL) başlıca ekonomik durum, sağlık durumu, eğitim, iş, aile, yakın akraba ve arkadaş ilişkileri, cinsel yaşam, yitim (ekonomik, sağlık, eş), yer değişikliği gibi olaylardan oluşan sorulardan oluşmaktadır. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği(ÇASDÖ) sosyal destekle ilgili , Aile Değerlendirme 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 çalışmadaki sorumlulukları vakit ayırarak ölçeklerini boş bırakmaksızın doldurmaktır. Bu çalışma gönüllülük esasına dayanmaktadır. Gönüllülerin araştırmaya katılımı isteğe bağlı olup, herhangi bir risk taşımamaktadır. Gönüllüler istedikleri zaman herhangi bir cezaya maruz kalmadan araştırmaya katılmayı reddedebilir veya araştırmadan çekilebilir. Araştırmada öngörülen süre 50 dk olmaktadır.

Bu araştırmanın hiçbir aşamasında isminiz kullanılmayacaktır. Araştırmada toplanan bilgiler bireysel olarak değil, tüm katılımcıların ortalama puanları alınarak

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

" Bilgilendirilmiř Gönüllü Olur Formundaki tüm açıklamaları okudum. Bana, yukarıda konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen psikolog tarafından yapıldı. Araştırmaya gönüllü katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabilceğimi biliyorum. Söz konusu araştırmaya, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızamla katılmayı kabul ediyorum."

PSİKOLOG

Hazal IşIK

Gönüllünün Adı/ Soyadı/ Tarih/İmza

APPENDIX 2

KİŞİSEL BİLGİ FORMU

1-Cinsiyet: Kadın() Erkek()

2-Yaşınız

3-Eğitim düzeyiniz

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

4-En uzun süre yaşadığınız yerleşim yeri

Köy() Kasaba() Şehir()

5-Medeni Durum

Evli() Nişanlı () Dul() Bekar ()

6-Meslek

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

7-Aile tipi

Geniş aile() Çekirdek aile()

8-Sosyal Güvence

Var() yok()

9-Çocuk

Var() Yok() Evlatlık (),

APPENDIX 3

BECK DEPRESYON ENVANTERİ

AÇIKLAMA:

Sayın cevaplayıcı aşağıda gruplar halinde cümleler verilmektedir. Öncelikle her gruptaki cümleleri dikkatle okuyarak, BUGÜN DÂHİL GEÇEN HAFTA içinde kendinizi nasıl hissettiğini 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 araştırmanın 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 sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum.
 3. O kadar üzüntülü ve sıkıntılıyım ki artık dayanamıyorum.
- 2- 0. Gelecek hakkında mutsuz ve karamsar değilim.
 1. Gelecek hakkında karamsarım.
 2. Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.
 3. Geleceğim hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor.
- 3- 0. Kendimi başarısız bir insan olarak görmüyorum.
 1. Çevremdeki birçok kişiden daha çok başarısızlıklarım olmuş gibi hissediyorum.
 2. Geçmişe baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğunu görüyorum.
 3. Kendimi tümüyle başarısız biri olarak görüyorum.
- 4- 0. Birçok şeyden eskisi kadar zevk alıyorum.
 1. Eskiden olduğu 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. Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum.
 3. Kendimi her zaman suçlu hissediyorum.
- 6- 0. Bana cezalandırılmışım gibi geliyor.
 1. Cezalandırılabilceğimi hissediyorum.
 2. Cezalandırılmayı bekliyorum.
 3. Cezalandırıldığımı hissediyorum.

- 7- 0. Kendimden memnunum.
1. Kendi kendimden pek memnun değilim.
 2. Kendime çok kızıyorum.
 3. Kendimden nefret ediyorum.
- 8- 0. Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.
1. Zayıf yanların veya hatalarım için kendi kendimi eleştiririm
 2. Hatalarımdan dolayı ve her zaman kendimi kabahatli bulurum.
 3. Her aksilik karşısında kendimi hatalı bulurum.
- 9- 0. Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok.
1. Zaman zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm olur. Fakat yapmıyorum.
 2. Kendimi öldürmek isterdim.
 3. Fırsatını bulsam kendimi öldürürdüm.
- 10- 0. Her zamankinden fazla içimden ağlamak gelmiyor.
1. Zaman zaman içinden ağlamak geliyor.
 2. Çoğu zaman ağlıyorum.
 3. Eskiden ağlayabilirdim şimdi istesem de ağlayamıyorum.
- 11- 0. Şimdi her zaman olduğumdan daha sinirli değilim.
1. Eskisine kıyasla daha kolay kızıyor ya da sinirleniyorum.
 2. Şimdi hep sinirliyim.
 3. Bir zamanlar beni sinirlendiren şeyler şimdi hiç sinirlendirmiyor.
- 12- 0. Başkaları ile görüşmek, konuşmak isteğimi kaybetmedim.
1. Başkaları ile eskiden daha az konuşmak, görüşmek istiyorum.
 2. Başkaları ile konuşma ve görüşme isteğimi kaybetmedim.
 3. Hiç kimseyle konuşmak görüşmek istemiyorum.
- 13- 0. Eskiden olduğu gibi kolay karar verebiliyorum.
1. Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum.
 2. Karar verirken eskisine kıyasla çok güçlük çekiyorum.
 3. Artık hiç karar veremiyorum.
- 14- 0. Aynada kendime baktığımda değişiklik görmüyorum.
1. Daha yaşlanmış ve çirkinleşmişim gibi geliyor.
 2. Görünüşümün çok değiştiğini ve çirkinleştiğimi hissediyorum.
 3. Kendimi çok çirkin buluyorum.
- 15- 0. Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum.
1. Bir şeyler yapabilmek için gayret göstermem gerekiyor.
 2. Herhangi bir şeyi yapabilmek için kendimi çok zorlamam gerekiyor.
 3. Hiçbir şey yapamıyorum.
- 16- 0. Her zamanki gibi iyi uyuyabiliyorum.
1. Eskiden olduğu gibi iyi uyuyamıyorum.
 2. Her zamankinden 1-2 saat daha erken uyanıyorum ve tekrar uyuyamıyorum.
 3. Her zamankinden çok daha erken uyanıyor ve tekrar uyuyamıyorum.

- 17- 0. Her zamankinden daha çabuk yorulmuyorum.
1. Her zamankinden daha çabuk yoruluyorum.
 2. Yaptığım her şey beni yoruyor.
 3. Kendimi hemen hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun hissediyorum.
- 18- 0. İştahım her zamanki gibi.
1. İştahım her zamanki kadar iyi değil.
 2. İştahım çok azaldı.
 3. Artık hiç iştahım yok.
- 19- 0. Son zamanlarda kilo vermedim.
1. İki kilodan fazla kilo verdim.
 2. Dört kilodan fazla kilo verdim.
 3. Altı kilodan fazla kilo vermeye çalışıyorum.
- 20- 0. Sağlığım beni fazla endişelendirmiyor.
1. Ağrı, sancı, mide bozukluğu veya kabızlık gibi rahatsızlıklar beni endişelendirmiyor.
 2. Sağlığım beni endişelendirdiği için başka şeyleri düşünmek zorlaşıyor.
 3. Sağlığım hakkında o kadar endişeliyim ki başka hiçbir şey düşünemiyorum.
- 21- 0. Son zamanlarda cinsel konulara olan ilgimde bir değişme farketmedim.
1. Cinsel konularla eskisinden daha az ilgiliyim.
 2. Cinsel konularla şimdi çok daha az ilgiliyim.
 3. Cinsel konular olan ilgimi tamamen kaybettim.

APPENDIX 4

YAŞAM OLAYLARI LİSTESİ

Aşağıda insanların yaşamları boyunca karşılaşılabilecekleri olayların bir listesi vardır. Lütfen bu maddeleri dikkatle okuyarak son bir yıl içerisinde yaşadıklarınızı yuvarlak içine alınız.

1. Evlenme
2. Amir ya da iş arkadaşları ile geçimsizlik
3. Hapse mahkum edinme
4. Eşin ölümü
5. Anne ya da babanın ölümü
6. Doğum yapma
7. Büyük oranda borca girme
8. Yakın bir dostun ölümü
9. Çocuk düşürme ya da ölü doğum yapma
10. Evlilik dışı hamile kalmak
11. Eş ile yeniden barışma
12. Eşinin ailesi ile önemli geçimsizlik durumu
13. Evde yaşlı ya da hasta akrabaya bakma
14. Hanımının hamile kalması
15. Anne baba ile ciddi anlaşmazlık, anne babanın baskı yapması
16. Ağır biçimde hastalanma, kaza geçirme ya da yaralanma
17. İlimli para sıkıntısı
18. Menapoz(yaş dönümüyle birlikte ay halinin kesilmesi)
19. İstenmeyen gebelik
20. Yakın bir akraba ya da dostun ciddi ailevi sorunu
21. Hakkındaki kötü söylentiler yüzünden çevre tarafından itilme
22. Akrabalarla birlikte oturmak zorunda kalmak
23. Emekliye ayrılma
24. Olağan dışı kişisel başarılar
25. Yeni bir işe girmek, yeni bir iş kurma
26. Yurt dışına gitmek(çalışma, okuma gibi nedenlerle)
27. Terör ya da anarşi nedeniyle güvensiz ortamda yaşama
28. Eşi tarafından aldatılma
29. Büyük parasal kayıp, ekonomik sıkıntı
30. Gözaltına alınma ya da sorguya çekilme
31. Görev gereği başka bir şehre tayin edilme
32. Ev yaptırma ya da ev alma

33. İşten çıkarılma
34. Değerli bir kişisel eşyanın kaybı
35. Çocuğun ölümü
36. Çocuğun ağır biçimde hastalanması ya da sakatlanması
37. İstemediği bir evlilik yapma
38. Sevgiliden ayrılma
39. Anne baba geçimsizliği ya da ayrılması
40. Anne ya da babanın ağır biçimde hastalanması, kaza geçirmesi ya da yaralanması
41. Ailenin onayı dışında evlenme
42. Köyden kente gelme
43. Bir aylık işsizlik
44. Üniversiteye girememe
45. Hukuki anlaşmazlık sonucu birisi ile mahkemelik olma
46. Eş ile ciddi anlaşmazlık
47. Nişanlanma
48. İstenen gebelik
49. Çocuğa anne ya da kayınvalidenin bakması
50. Çocuğun hafif hastalığı
51. Ailenin onayı dışında nişanlanma
52. Eşin ağır biçimde hastalanması, kaza geçirmesi ya da yaralanması
53. Anne ya da babanın çalışmak üzere yurt dışına gitmesi
54. Oğlun askere gitmesi
55. Kişisel alışkanlıklarda büyük değişim
56. Çocuk aldırma(kürtaj)
57. Yakın akrabanın ölümü
58. Ölen ya da çalışan bir akrabanın çocuğuna bakma
59. Kendi ailesi ile eş arasında önemli geçimsizlik
60. İşte bir derece ya da rütbenin indirilmesi
61. Okul değiştirmek
62. Ek iş tutma ya da hem okumak hem çalışma
63. Kiracı olarak oturulan evden çıkarılma
64. Çocuğun sünnet olması
65. İşte çalışma koşullarının bozulması(Bozuk maddi manevi koşullar,ağır sorumluluk)
66. Boşanma
67. Eş ile ılımlı tartışmalar
68. Çocuğun nişanlanması
69. Eşin doğum yapması
70. İş, okul gibi zorunlu nedenlerle anne babadan ayrı düşme
71. Askere gitme
72. Başka kente göç etme

73. Dinsel alışkanlıklarla önemli değişmeler
74. İş başarısızlığı
75. Okul bitirme
76. Zor bir sınava hazırlanmak, ağır dersler
77. Bir aydan uzun süre işsiz kalma, iş bulamama
78. Ev değiştirme, taşınma
79. İş saatlerinin değişmesi
80. Anlaşmazlık sonucu eşiyile ayrı yaşama
81. Cinsel sorunlar
82. Çocuğun onaylanan evliliği
83. Kendi onayı dışında çocuğun evlenmesi
84. İstenmeyen doğum
85. Hımlı oranda borca girme
86. Yakın bir akraba ya da arkadaşın önemli hastalığı
87. Önemli bir kişiden ayrılma
88. Tutuklanma ya da mahkemeye verilme
89. Yakın bir akraba ile önemli geçimsizlik
90. Eve yeni birisinin gelmesi
91. Okul başarısızlığı
92. Okulu bırakmak zorunda kalma
93. Okula girme
94. Terfî etme
95. İstemediği işte çalışma, işten istemediği göreve verilme
96. İstemediği bir okula girme
97. Önemli bir sınava girme
98. Nişanlı ile ciddi anlaşmazlık
99. Anlaşmazlık dışında bir nedenle eşten ayrı düşme (askerlik, çalışma, okuma gibi)
100. Borç ya da ipoteğin hacz edilmesi
101. Hafif bir biçimde hastalanma, kaza geçirme ya da yaralanma
102. Nişanlıdan ayrılma
103. Küçük suçlar nedeniyle ceza görme(trafik, belediye ya da vergi cezası)
104. Çocuğun evden ayrılması
105. Çocuğun okul başarısızlığı
106. Hanımın iş girmesi ya da işi bırakması
107. Evlilik dışı ilişkiye girme

APPENDIX 5

Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği

Aşağıda 12 cümle ve her bir cümle altında da cevaplarınızı işaretlemeniz için 1'den 7'ye kadar rakamlar verilmiştir. Her cümlede söylenenin sizin için ne kadar çok doğru olduğunu veya olmadığını belirtmek için o cümle altındaki rakamlardan yalnız bir tanesini daire içine alarak işaretleyiniz. Bu şekilde 12 cümlelerin her birine bir işaret koyarak cevaplarınızı veriniz. Lütfen hiçbir cümleyi cevapsız bırakmayınız. Sizce doğruya en yakın olan rakamı işaretleyiniz.

1. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve ihtiyacım olduğunda yanımda olan bir insan(örneğin, flört, nişanlı,sözlü, akraba, komşu, doktor) var.

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

2. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim bir insan (örneğin, flört, nişanlı,sözlü, akraba, komşu, doktor) var.

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

3. Ailem (örneğin, annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) bana gerçekten yardımcı olmaya çalışır.

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

4. İhtiyacım olan duygusal yardımı ve desteği ailemden (örneğin, annemden, babamdan, eşimden, çocuklarımdan, kardeşlerimden) alırım.

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

5. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve beni gerçekten rahatlatan bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba,komşu, doktor) var.

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

6. Arkadaşlarım bana gerçekten yardımcı olmaya çalışırlar.

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

7. İşler kötü gittiğinde arkadaşlarıma güvenilebilirim.

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

8. Sorunlarımı ailemle (örneğin, annemle, babamla, eşimle, çocuklarımla, kardeşlerimle) konuşabilirim.

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

9. Sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim arkadaşlarım var.

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

10. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve duygularıma önem veren bir insan (örneğin,flört, nişanlı, sözlü,akraba, komşu, doktor) var.

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

11. Kararlarımı vermede ailem (örneğin, annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim)bana yardımcı olmaya isteklidir.

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

12. Sorunlarımı arkadaşlarımla konuşabilirim.

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

APPENDIX 6

AİLE DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ

AÇIKLAMA: İlişikte aileler hakkında 60 cümle bulunmaktadır. Lütfen her cümleyi dikkatlice okuduktan sonra, sizin ailenize ne derecede uyduğuna karar veriniz. **Önemli olan, sizin ailenizi nasıl gördüğünüzdür.** Her cümle için 4 seçenek söz konusudur (Aynen Katılıyorum/ Büyük Ölçüde Katılıyorum/ Biraz Katılıyorum/ Hiç Katılmıyorum) Her cümle için 4 seçenek için de ayrı yerler ayrılmıştır. Size uygun seçeneğe (X) işareti koyunuz. **Her cümle için uzun, uzun düşünmeyiniz.** Mümkün olduğu kadar **çabuk ve samimi cevaplar** veriniz. **Kararsızlığa düşerseniz, ilk aklınıza gelen doğrultusunda hareket ediniz.** Lütfen her cümleyi cevapladığınızdan emin olunuz.

CÜMLELER:	Aynen Katılıyorum	Büyük Ölçüde Katılıyorum	Biraz Katılıyorum	Hiç Katılmıyorum
1.Ailece ev dışında program yapmada güçlük çekeriz, çünkü aramızda fikir birliği sağlayamayız.	()	()	()	()
2.Günlük hayatımızdaki sorunların (problemlerin) hemen hepsini aile içinde hallederiz.	()	()	()	()
3.Evde biri üzgün ise, diğer aile üyeleri bunun nedenlerini bilir.	()	()	()	()
4.Bizim evde, kişiler verilen her görevi düzenli bir şekilde yerine getirmezler.	()	()	()	()
5.Evde birinin başı derde girdiğinde, diğerleri de bunu kendilerine fazlasıyla dert ederler.	()	()	()	()
6.Bir sıkıntı ve üzüntü ile karşılaştığımızda, birbirimize destek oluruz.	()	()	()	()
7.Ailemizde acil bir durum olsa, şaşırıp kalırız.	()	()	()	()
8.Bazen evde ihtiyacımız olan şeylerin bittiğinin farkına varmayız.	()	()	()	()
9.Birbirimize karşı olan sevgi, şefkat gibi duygularımızı açığa vurmaktan kaçınırız.	()	()	()	()
10.Gerektiğinde aile üyelerine görevlerini hatırlatır, kendilerine düşen işi yapmalarını sağlarız.	()	()	()	()
11.Evde dertlerimizi üzüntülerimizi birbirimize söylemeyiz.	()	()	()	()
12.Sorunlarımızın çözümünde genellikle ailece aldığımız kararları uygularız.	()	()	()	()
13.Bizim evdekiler, ancak onların hoşuna giden şeyler söylediğimizde bizi dinlerler.	()	()	()	()
14.Bizim evde bir kişinin söylediklerinden ne hissettiğini anlamak pek kolay değildir.	()	()	()	()
15.Ailemizde eşit bir görev dağılımı yoktur.	()	()	()	()
16.Ailemizin üyeleri, birbirlerine hoşgörülü davranırlar.	()	()	()	()
17.Evde herkes başına buyruktur.	()	()	()	()
18.Bizim evde herkes, söylemek istediklerini üstü kapalı değil de doğrudan birbirlerinin yüzüne söyler.	()	()	()	()
19.Ailede bazılarımız, duygularımızı belli etmeyiz.	()	()	()	()
20.Acil bir durumda ne yapacağımızı biliriz.	()	()	()	()
21.Ailecek, korkularımızı ve endişelerimizi birbirimizle tartışmaktan kaçınırız.	()	()	()	()
22.Sevgi, şefkat gibi olumlu duygularımızı birbirimize belli etmekte güçlük çekeriz.	()	()	()	()
23.Gelirimiz (ücret, maaş) ihtiyaçlarımızı karşılamaya yetmiyor.	()	()	()	()
24.Ailemiz, bir problemi çözdükten sonra, bu çözümün işe yarayıp yaramadığını tartışır.	()	()	()	()
25.Bizim ailede herkes kendini düşünür.	()	()	()	()
26.Duygularımızı birbirimize açıkça söyleyebiliriz.	()	()	()	()
27.Evimizde banyo ve tuvalet bir türlü temiz durmaz.	()	()	()	()
28.Aile içinde birbirimize sevgimizi göstermeyiz.	()	()	()	()
29.Evde herkes her istediğini birbirinin yüzüne söyleyebilir.	()	()	()	()
30.Ailemizde, her birimizin belirli görev ve sorumlulukları vardır.	()	()	()	()

CÜMLELER:	Aynen Katılıyorum	Büyük Ölçüde Katılıyorum	Biraz Katılıyorum	Hiç Katılmıyorum
31.Aile içinde genellikle birbirimizle pek iyi geçinemeyiz.	()	()	()	()
32.Ailemizde sert-kötü davranışlar ancak belli durumlarda gösterilir.	()	()	()	()
33.Ancak hepimizi ilgilendiren bir durum olduğu zaman birbirimizin işine karışırız.	()	()	()	()
34.Aile içinde birbirimizle ilgilenmeye pek zaman bulamıyoruz.	()	()	()	()
35.Evde genellikle söylediklerimizle, söylemek istediklerimiz birbirinden farklıdır.	()	()	()	()
36.Aile içinde birbirimize hoşgörülü davranırız	()	()	()	()
37.Evde birbirimize, ancak sonunda kişisel bir yarar sağlayacaksa ilgi gösteririz.	()	()	()	()
38.Ailemizde bir dert varsa, kendi içimizde hallederiz.	()	()	()	()
39.Ailemizde sevgi ve şefkat gibi güzel duygular ikinci plandadır.	()	()	()	()
40.Ev işlerinin kimler tarafından yapılacağını hep birlikte konuşarak kararlaştırırız.	()	()	()	()
41.Ailemizde herhangi bir şeye karar vermek her zaman sorun olur.	()	()	()	()
42.Bizim evdekiler sadece bir çıkarları olduğu zaman birbirlerine ilgi gösterir.	()	()	()	()
43.Evde birbirimize karşı açık sözlüyüzdür.	()	()	()	()
44.Ailemizde hiçbir kural yoktur.	()	()	()	()
45.Evde birinden bir şey yapması istendiğinde mutlaka takip edilmesi ve kendisine hatırlatılması gerekir.	()	()	()	()
46.Aile içinde, herhangi bir sorunun (problemin) nasıl çözüleceği hakkında kolayca karar verebiliriz.	()	()	()	()
47.Evde kurallara uyulmadığı zaman ne olacağını bilmeyiz.	()	()	()	()
47.Bizim evde aklınıza gelen her şey olabilir.	()	()	()	()
49.Sevgi, şefkat gibi olumlu duygularımızı birbirimize ifade edebiliriz.	()	()	()	()
50.Ailede her türlü problemin üstesinden gelebiliriz.	()	()	()	()
51.Evde birbirimizle pek iyi geçinemeyiz.	()	()	()	()
52.Sinirlenince birbirimize küseriz.	()	()	()	()
53.Ailede bize verilen görevler pek hoşumuza gitmez çünkü genellikle umduğumuz görevler verilmez.	()	()	()	()
54.Kötü bir niyetle olmasa da evde birbirimizin hayatına çok karışıyoruz.	()	()	()	()
55.Ailemizde kişiler herhangi bir tehlike karşısında (yangın, kaza gibi) ne yapacaklarını bilirler, çünkü böyle durumlarda ne yapılacağı aramızda konuşulmuş ve belirlenmiştir.	()	()	()	()
56.Aile içinde birbirimize güveniriz.	()	()	()	()
57.Ağlamak istediğimizde, birbirimizden çekinmeden rahatlıkla ağlayabiliriz.	()	()	()	()
58.İşimize (okulumuza) yetişmekte güçlük çekiyoruz.	()	()	()	()
59.Aile içinde birisi, hoşlanmadığımız bir şey yaptığında ona bunu açıkça söyleriz.	()	()	()	()
60.Problemimizi çözmek için ailecek çeşitli yollar bulmaya çalışırız.	()	()	()	()

**YAKIN DOĞU ÜNİVERSİTESİ FEN VE SOSYAL BİLİMLER BİLİMSSEL
ARAŞTIRMALAR DEĞERLENDİRME ETİK KURULU (YDÜBADEK)**

ARAŞTIRMA PROJESİ DEĞERLENDİRME RAPORU

Toplantı Tarihi : 23.03.2016

Toplantı No : 2016-06

Proje No : 6

Yakın Doğu Üniversitesi Sosyal Bilimler Fakültesi Psikoloji Bölümü öğretim üyelerinden Doç. Ebru ÇAKICI'nın sorumlu araştırmacısı olduğu, YDU/ 2016-06 proje numaralı ve "*Majör depresif bozuklukta yaşam olayları ve sosyal destek*" başlıklı proje önerisi kurulumuzca değerlendirilmiş olup, etik olarak uygun bulunmuştur.

1- Prof. Dr. Mehmet Çakıcı

(BAŞKAN)



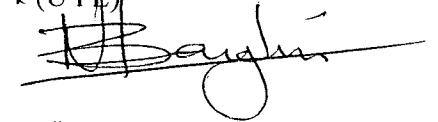
2- Prof. Dr. Mahmut Savaş

(ÜYE)



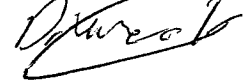
3- Doç. Dr. Nesil F. Baytın

(ÜYE)



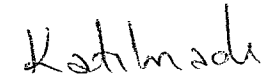
4- Doç. Dr. Direnç Kanol

(ÜYE)



5- Yrd. Doç. Özgür Özerdem

(ÜYE)



Kişisel Bilgiler

İsim: Hazal IŞIK

Doğum Yeri: Van

Doğum Tarihi: 20.03.1990

Uyruğu: TC

Mobil telefon: 0553 680 53 98

Email: hazal109@gmail.com

Ev Adresi: Fatih Sultan Mah. Aykut Sok. Kat:4 No:12
Sönmez kent Nizip/GAZİANTEP

Eğitim Bilgileri

İlköğretim: Cumhuriyet İlköğretim Okulu (1996-2003)

Lise: Yahya Altınbaş Lisesi (2003/2007)

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

Yüksek lisans: Yakın Doğu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Klinik Psikoloji Programı(2014-2016)

Kariyer ve Hedeflerim

Eğitim hayatımda elde ettiğim bilgilerimi ve deneyimlerimi kullanabileceğim, etik ilkelere bağlı olarak yardım edebileceğim ve aynı zamanda kendimi geliştirme imkanlarımın olabileceği bir pozisyonda çalışmak isterim.

Bilgi ve becerilerimi ortaya koyup faydalı olabileceğim ve bunları geliştirebileceğim, olumlu yönde katkı sağlayabileceğim bir pozisyonda başarılı işler yapmak.

Bilgisayar ve Yazılım Bilgisi

Microsoft word, excel, office, powerpoint, SPSS

Yabancı Dil

İngilizce: Okuma: İyi Yazma: Orta Anlama: İyi

İş/Staj Deneyimi

Gaziantep Üniversite Araştırma Hastanesi

Stajyer Klinik Psikolog

2015/2016

Gaziantep Üniversite Hastanesinde stajyer klinik psikolog olarak 3 ay çalıştım. Stajım sırasında Psikiyatri Anabilim Dalında yer alan klinikte yatan ve poliklinikten başvuran hastalarla görüşmeler yaptım. Klinikte yatan hastalara ağırlıklı olarak pozitif psikoterapi çerçevesi altında terapiler verdim. Projektif ve objektif tester uyguladım. Poliklinikten başvuran 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 iş birliği içinde gerekli incelemelere katılarak sosyal inceleme raporu hazırladım. Sosyal hizmet ve sosyal yardımlara ilişkin araştırma, inceleme ve saha çalışmalarında görev aldım. Çocuk, Engelli, Yaşlı, Evde Bakım, Kadın Hizmetleri, Sosyal Ekonomik Destek ve Sosyal Yardımlar, Şehit 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 çalışmalarda bulundum. Çocuk ve ergenler ilgili konular hakkında öğrencilere ve ailelere konferanslar ve seminerler verdim. Gaziantep Adalet Bakanlığı Nizip Adliyesinde Psikolog olarak birçok mahkemelere katılarak bilirkişilik yaptım. Suça sürüklenen çocuklara danışmanlık hizmeti verdim.

Gaziantep Üniversite Araştırma Hastanesi

Stajyer Psikolog

2011/2013

Gaziantep Üniversite Hastanesinde stajyer psikolog olarak çalıştım. Stajım sırasında öğrendiklerimi daha iyi pekiştirme fırsatım oldu. Her hafta farklı bölümlerde stajımı yaparak geniş çapta psikolojik rahatsızlığı olan hastaları inceleme fırsatım oldu. Bu da benimkendimi ve meslek hayatımı geliştirmem açısından bir artı katı.

Özel Özlem Kreş
Stajyer Psikolog
2010

Gaziantep Nizip İlçesinde Özel Özlem Kreş de gelişim stajı yaptım. Stajım sırasında çocukların dil, bilişsel, 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 Tanışma
- II. Kıbrıs Pozitif Psikoterapi Sempozyumu Pozitif Eş 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 Kuşaklararası İletimi(Doç.Dr. Ali Nahit BABAOĞLU'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
İlişkiler konulu sempozyum

Ek Bilgiler

İlgi Alanlarım : Klinik Felsefe, Sosyoloji

Sosyal Gelişim Kursları: Resim, Basketbol, İngilizce

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

REFERANSLAR

Gaziantep Üniversite Hastanesi Anabilim Dalı Başkanı Doç. Dr. Ahmet ÜNAL
0507231098

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

Gaziantep Üniversite Hastanesi Arş. Gör. Dr. Galiye TOLUNAY 0533 927 77 22

Gaziantep Üniversite Hastanesi Arş. Gör. Dr. Cansu DOĞAN 0507 538 68 21



Turnitin Originality Report
tez3 by Hazal Işık
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 güvenirliği", TUBITAK, 2001.

3

1% match (publications)

GİRAY, Deniz and ERGİN, Canan. "Çift-Kariyerli Ailelerde Bireylerin Yaşadıkları İş-Aile ve Aile-İş Çatışmalarının Kendini Kurulum Davranışı ve Yaşam Olayları ile İlişkisi", Türk Psikologlar Derneği, 2006.

4

1% match (publications)

Ekizoglu, Nihat, and Zehra Ozcinar. "The relationship between the teacher candidates' computer and internet based anxiety and perceived self-efficacy", Procedia - Social and Behavioral Sciences, 2010.