T.C.
TRAKYA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

Tez Yöneticisi
Doç. Dr. Nihan ALTAN SARIKAYA

DEPRESYON HASTALARINDA ALGILANAN AİLE İŞLEVSELLİĞİ VE SOSYAL UYUM DÜZEYİ

(Yüksek Lisans Tezi)

BÜŞRA SANAL

EDİRNE-2025

T.C.
TRAKYA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

Tez Yöneticisi
Doç. Dr. Nihan ALTAN SARIKAYA

DEPRESYON HASTALARINDA ALGILANAN AİLE İŞLEVSELLİĞİ VE SOSYAL UYUM DÜZEYİ

(Yüksek Lisans Tezi)

BÜŞRA SANAL

Destekleyen Kurum:

EDİRNE-2025

İÇİNDEKİLER

ONAY SAYFASI ..... **İ**
ETİK BEYAN ..... **İİ**
İTHAF ..... **İİİ**
TEŞEKKÜR ..... **İV**
SİMGE VE KISALTMALAR ..... **V**
ÖZET ..... **Vİ**
ABSTRACT ..... **Vİİ**
1. GİRİŞ VE AMAÇ **1**
2. GENEL BİLGİLER **3**
2.1. Depresyon Tanımı ve Tarihçesi **3**
2.2. Depresyonun Epidemiyolojisi **3**
2.3. Depresyonun Etiyolojisi **4**
2.3.1. Biyolojik Etkenler **4**
2.3.2. Psikososyal Etkenler **6**
2.4. Depresyonda Klinik Belirtiler **7**
2.4.1. Duygulanım **7**
2.4.2. Davranışsal **7**
2.4.3. Bilişsel **8**
2.4.4. Fizyolojik **8**
2.5. Ruhsal Hastalık ve Aile **9**
2.6. Aile İşlevselliği **9**
2.7. Sosyal Uyum **10**
2.8. Aile İşlevselliği ve Sosyal Uyum **11**
2.9. Psikiyatri Hemşiresinin Rolü **12**
3. GEREÇ VE YÖNTEMLER **14**
3.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi **14**
3.2. Araştırmanın Soruları **14**
3.3. Araştırmanın Yeri ve Zamanı **14**
3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi **14**
3.5. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri **15**
3.6. Araştırmaya Dahil Edilmeme Kriterleri **15**

3.7. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri 15
3.7.1. Bağımlı Değişkenler 15
3.7.2. Bağımsız Değişkenler 15
3.8. Veri Toplama Araçları 15
3.8.1. Anket Formu 16
3.8.2. Algılanan Aile İşlevselliği Ölçeği (AAİÖ) 16
3.8.3. Sosyal Uyum Kendini Değerlendirme Ölçeği (SUKDÖ) 16
3.9. Verilerin Toplanması 17
3.10. İstatistiksel Analiz 17
3.11. Araştırmanın Sınırlılıkları 17
3.12. Araştırmanın Etik Yönü 17
4. BULGULAR 19
5. TARTIŞMA 27
KAYNAKLAR 41
EKLER 51
EK 1: Anket Formu I
EK 2: Algılanan Aile İşlevselliği Ölçeği (AAİÖ) II
EK 3: Sosyal Uyum Kendini Değerlendirme Ölçeği (SUKDÖ) IV
EK 4: Etik Kurul İzni VI
EK 5: İl Sağlık Müdürlüğü Kurum İzni VII
EK 6: Algılanan Aile İşlevselliği Ölçeği Kullanım İzni VIII
EK 7: Sosyal Uyum Kendini Değerlendirme Ölçeği Kullanım İzni IX
EK 8: Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu X
ÖZGEÇMİŞ XIV
BENZERLİK RAPORU XV

ONAY SAYFASI

ETİK BEYAN

"Depresyon Hastalarında Algılanan Aile İşlevselliği ve Sosyal Uyum Düzeyi" adlı bana ait olan tez çalışmamın bütün aşamalarında etik dışı davranışımın olmadığını, bütün verileri ve bilgileri akademik ve etik kurallar içerisinde elde ettiğimi, verilerde ve sonuçlarda herhangi bir tahrifat yapmadığımı, tezimin yazımında yapay zeka yazılımları kullanmadığımı, diğer kaynaklardan elde ettiğim bilgi ve yorumlara tezimde uygun şekilde kaynak gösterdiğimi ve kaynaklar bölümünde yer verdiğimi, patent ve telif haklarını ihlal edici herhangi bir davranışımın olmadığı beyan ederim.

BÜŞRA SANAL

İmza

İTHAF

Kendinde destek arayacak cesareti bulabilenlere…

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim boyunca bilgi ve tecrübeleriyle bana yol gösteren, her koşulda desteğini ve bana olan inancını hissettiğim değerli danışmanım Doç. Dr. Nihan Altan Sarıkaya'ya, çalışmamı yürütmüş olduğum Edirne Sultan 1. Murat Devlet Hastanesi Psikiyatri Polikliniği'nde görev alan sekreter, doktor ve hemşire arkadaşlarıma, çalışmaya katılım sağlayan değerli hastalarımıza teşekkürlerimi sunarım.

SİMGE VE KISALTMALAR

AAİÖ: Algılanan Aile İşlevselliği Ölçeği

SUKDÖ: Sosyal Uyum Kendini Değerlendirme Ölçeği

ÖZET

"Depresyon Hastalarında Algılanan Aile İşlevselliği ve Sosyal Uyum Düzeyi", Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans, Edirne, 2025.

Giriş ve Amaç: Bu araştırmanın amacı, depresyon hastalarının algıladıkları aile işlevsellikleri ile sosyal uyum düzeyleri ve ilişkili olan faktörleri değerlendirmektir.

Gereç ve Yöntemler: Kesitsel tanımlayıcı tipte olan bu araştırma, Sağlık Bakanlığı Edirne Sultan 1. Murat Devlet Hastanesi Psikiyatri Polikliniklerinde depresyon tanısıyla tedavi gören, 123 hasta ile yürütüldü. Veriler "Anket Formu", "Algılanan Aile İşlevselliği Ölçeği" ve "Sosyal Uyum Kendini Değerlendirme Ölçeği" kullanılarak toplandı. Araştırmada elde edilen veriler, tanımlayıcı istatistiksel yöntemler, Bağımsız Örneklem T Testi, Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA), Pearson Korelasyon katsayısı ve Doğrusal Regresyon Analizi kullanılarak değerlendirildi.

Bulgular: Araştırmaya katılan hastaların Algılanan Aile İşlevselliği Ölçeği puan ortalaması ve standart sapmasının 104,59±16,98, Sosyal Uyum Kendini Değerlendirme Ölçeği puan ortalaması ve standart sapmasının ise 37,80±8,49 olduğu belirlendi. Hastaların algıladıkları aile işlevsellik düzeyi puanları arttıkça sosyal uyum düzeyi puanlarının da arttığı belirlendi. Depresyon hastalarının Algılanan Aile İşlevselliği Ölçeği toplam puanının, yaş değişkenine göre farklılık gösterdiği saptandı. Algılanan Aile İşlevselliği Ölçeği alt boyut puanlarında ise yaş, gelir durumu, ailede ruhsal hastalık varlığı, ilaç kullanım durumu değişkenlerine göre anlamlı farklılıklar olduğu belirlendi ($p<0,05$).

Sonuç: Depresyon hastalarının aile işlevsellik düzeylerinin orta seviyede ve sosyal uyum düzeylerinin ise normal seviyede olduğu belirlendi. Hastaların aile işlevsellik düzeyleri arttıkça sosyal uyum düzeylerinin de arttığı saptandı. Psikiyatri hemşirelerinin hastaların aileleri ile görüşmeler yaparak aile ilişkilerini güçlendirme ve iyileştirmeye yönelik eğitimleri planlanması önerilmektedir.

Anahtar kelimeler: Aile, aile işlevselliği, depresyon, sosyal uyum

ABSTRACT

"Perceived Family Functioning and Social Adaptation Level in Depressed Patients", Trakya University, Institute of Health Science, Department of Nursing, Master's Degree, Edirne, 2025.

Background and Aim: This study aimed to evaluate the perceived family functioning and social adaptation levels of patients with depression and its associated factors.

Material and Methods: This cross-sectional descriptive study included 123 patients who were diagnosed with depression in the Psychiatry Polyclinics of the Ministry of Health Edirne Sultan 1. Murat State Hospital. Data were collected using the "Questionnaire Form", "Perceived Family Functioning Scale" and "Social Adaptation Self-Assessment Scale". The data obtained in the study were evaluated using descriptive statistical methods, Independent Samples T Test, One-Way Analysis of Variance (ANOVA), Pearson Correlation Coefficient and Linear Regression Analysis.

Results: The mean score and standard deviation of the Perceived Family Functioning Scale of the patients participating in the study were 104.59±16.98, and the mean score and standard deviation of the Social Adaptation Self-Assessment Scale were determined to be 37.80±8.49. It was determined that as patients' perceived family functionality level scores increased, their social adaptation level scores also increased. The total Perceived Family Functioning Scale score of the patients with depression differed according to age. There were significant differences in the Perceived Family Functioning Scale sub-dimension scores according to age, income status, presence of mental illness in the family, and medication use ($p<0.05$).

Conclusion: It was determined that the family functioning levels of patients with depression were moderate and their social adaptation levels were normal. It was determined that as the family functioning levels of patients increased, their social adaptation levels also increased. It is recommended that psychiatric nurses plan training to strengthen and improve family relationships by interviewing the families of their patients.

Keywords: Depression, family, family functioning, social adjustment

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Dünya çapında engelliliğin önde gelen nedenlerinden biri olan depresyon, yetişkinlerin yaklaşık %5'inde görülmektedir ve her geçen yıl bu oran artmaktadır. Depresyon; her insanda farklı şekilde belirti göstermesine rağmen genellikle eğlenceli aktivitelere karşı ilgi ya da zevk eksikliği, özeleştiri yapma, üzüntü, umutsuzluk hissi, konsantrasyon eksikliği, unutkanlık, enerji kaybı, uyku veya iştah bozukluğu gibi fiziksel ve bilişsel belirtilerle karakterize yaygın bir zihinsel bozukluktur. Depresyon hastalarında görülen belirtiler en az iki hafta boyunca günün çoğunluğunu kapsamakta ve depresyonun etkileri uzun süreli veya tekrarlayıcı olabilmektedir. Bu sebeple kişinin günlük yaşam aktiviteleri ve sosyal uyum yeteneği önemli ölçüde etkilenerek toplum, iş, ev, okul gibi hayatın her alanında zorluklar meydana gelmektedir (1,2).

Sosyal işlevsellik, bireyin çevresiyle olan etkileşimlerini yani iş, sosyal aktiviteler, partnerler ve aileyle ilişkiler gibi farklı ortamlardaki rollerini yerine getirme becerisi olarak tanımlanabilir. Depresyon belirtilerinden farklı olarak sosyal işlevsellikteki bozulma; depresyonun önemli bir yönü olarak belirtilmekte ve depresyonun sosyal risk faktörleri, sosyal bozukluklar, zayıf sosyal işlevsellik ile ilişkili olduğu da vurgulanmaktadır (3,4). Sosyal işlevsellikte bozulma kişinin iş hayatından evliliğine kadar yaşamının her noktasını etkilemektedir. Duyguları anlamakta, düzenlemekte ve empatik karşılık vermede meydana gelen değişimler kişilerarası sorunlarla baş etme yetisini de zayıflatmaktadır (5). Yapılan araştırmaların birçoğu depresyon ve sosyal uyum arasındaki ilişkiyi kanıtlar niteliktedir (6-8). Sosyal uyuma yönelik yaşanan sorunlar tedavi sürecini olumsuz yönde etkileyen inatçı belirtilerdir (9).

Depresyon bozukluğunun gelişimi ve gidişatında diğer önemli bir yön ise ailelerin işlevselliğidir. Aile işleyişi, ailenin temel ihtiyaçları karşılamak ve çatışmaları yönetmek için etkili bir şekilde davranabilme yeteneğini ifade eden aile sisteminin işlevidir (10). Ailedeki iletişim sorunları ve çatışmalar, stres kaynağı olmakla birlikte aile işlevselliğine zarar vererek depresyon semptomlarının şiddetini de artırabilmektedir (11). Yapılan çalışmalarda aile işlevselliğinin bireylerin depresyonu üzerinde anlamlı bir etkisi olduğu, aile işlevselliğinin depresyonun gelişmesinde, sürecinde ve nüksetmesinde önemli bir rol oynadığı belirtilmiştir. Ayrıca zayıf aile işlevselliğinin bireylerde depresyona neden olduğu bildirilmiştir (12-14). Buna ek olarak, olumlu aile ilişkilerinin zihinsel iyilik haline katkı sağladığı ve depresyon

belirtilerini azaltma üzerine olumlu etkileri olduğu gösterilmiştir (15). Olson'a göre aile işlevselliğinin yüksek olduğu ailelerde, bireyler yaşadıkları güçlüklere ve çevreye daha kolay uyum sağlamaktadır (16). İşlevsel aile; kişinin hayatta kalması için gereksinimlerini karşılayan, ruh sağlığı veya sürekli olarak sosyal gelişim desteği sağlayan aile üyelerine sahip olan aile olarak tanımlanmıştır (17,18). Bunun yanında, iyi bir aile ortamının, kişilerin bilişsel sağlığı ve çevreye karşı duygusal tepkileri üzerinde olumlu bir etkiye sahip olduğu belirtilmiştir (19). Bu nedenle depresyon gibi psikiyatrik bozukluklarda sosyal uyumun sağlanmasında ailenin rolü ve etkisi son derece önemlidir. Bu bağlamda, yüksek lisans tez çalışması kapsamında, depresyon hastalarının algıladıkları aile işlevsellikleri ile sosyal uyum düzeyleri ve ilişkili olan faktörlerin belirlenmesi amaçlanmıştır. Bu çalışma ile uzun vadede ulaşılmak istenen amaç ise depresyon hastalarının sosyal uyum düzeylerinin artırılmasında, bireylerin aile işlevselliklerinin belirlenmesi ve ailelere yönelik planlanacak müdahale çalışmalarının artırılmasıdır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Depresyon Tanımı ve Tarihçesi

Duygudurum bozukluklarından biri olan depresyon, ruh sağlığı alanında ilk kez 17. yüzyılda kullanılmıştır ve kelime anlamı olarak Latince "bastırmak" sözcüğünü karşılayan "de primere" kökünden gelmektedir (20). Türk Dil Kurumu (TDK) tarafından "bunalım" olarak tanımlanan, sık görülen ruhsal bozukluklarda ilk sırada gelen depresyon; günlerce süren yoğun umutsuzluk, üzüntü ve aktivitelere karşı ilgi kaybıyla karakterize olan aynı zamanda depresif belirtilere sahip kişiyi intihara sürükleyebilen zihinsel bir bozukluktur (1,21,22). Antik çağlardan kalma yapıtlarda depresyon geçirmiş kişilerden bahsedilmektedir. MÖ. 5. yüzyılda ilk kez Hipokrat, depresif bozukluğa bilimsel olarak bir yaklaşım sergilemiştir. Hipokrat, depresyonu "melankoli" olarak adlandırmış ve kara safrayla ilişkilendirmiştir. Melankoliyi ise umutsuzluk, huzursuzluk, yemek yeme düzeninde bozulma ve uykusuzluk olarak tanımlamıştır (23,24). Orta çağ döneminde ise İbn-i Sina depresyonu vaka örnekleriyle açıklamıştır. 19. yüzyılda Alman ve Fransız psikiyatristler depresif bozukluklarının farklı türlerini ve semptomlarını tanımlamışlar ve bu tanımlardan yola çıkan Kraepelin, depresyon ve dementia precox'u gidişat ve sonlanım açısından birbirinden ayırmıştır (25). Günümüzde ise Amerikan Psikiyatri Birliği (APA) tarafından yayınlanmış olan ve 2013'te son halini alan "Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-5 (DSM-5)" Türkçe adıyla "DSM-5 Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı" ile depresif bozukluklar açıklanmış ve tanı kriterleri belirtilmiştir (25-27).

2.2. Depresyonun Epidemiyolojisi

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından yayınlanmış olan rapora göre, 2019 yılında dünyada 280 milyon kişinin depresyon yaşadığı tahmin edilmektedir (1). Türkiye Sağlık Araştırması (TÜİK) 2022 yılı raporuna göre 15 yaş ve üzeri bireylerin son 12 ay içinde geçirdiği başlıca hastalıklar arasında depresyonun %6,9 oranında görüldüğü vurgulanmıştır (28). Erkeklerin %4, kadınların ise %6 oranında etkilendiği bu hastalık, yetişkinlerin genelinde %5 oranında kendini göstermektedir. 15-29 yaş arası gençlerin ölüm nedenleri arasında dördüncü sırada yer alan intihar, her geçen yıl 700.000'den fazla kişinin yaşamının sonlanmasına yol açmaktadır (1). Küresel Hastalık Yükü çalışmasında ise 2002'den 2021 yılına bireylerin depresif bozukluk sebebiyle yeti yitimi yaşadıkları yıl sayısının değişim oranı %50,37 olarak belirtilmiştir (28).

Depresyonun yayılımı birden fazla faktörden etkilenmektedir. Bu faktörler arasında;

- Gelir düzeyi; depresif bozukluklar gelir düzeyi düşük olan bireylerde 1,5 ile 3 kat daha fazla görülmektedir (29).
- Yaş; hastalığın yaygınlığını etkileyen bir diğer faktör ise yaştır. En sık 20-50 yaşları arasında görülen depresyonun ileri yaşlarda genellikle psikotik özellikli olduğu belirtilmektedir (23,25,28).
- Cinsiyet; kadınlarda erkeklere oranla depresyon %50 daha fazla görülmektedir. TÜİK 2022 yılı raporuna göre 15 yaş ve üzeri bireylerin son 12 ay içinde geçirdiği başlıca hastalıklar arasında kadınlardaki depresyon oranı %9,2 iken erkeklerdeki depresyon oranı %4,5 olarak belirtilmiştir (28). 2021 yılı kadınların depresyon hastalığıyla yaşanan yıllarının toplamı 488,693 olarak belirtilirken, erkeklerde bu oran 277,807 olarak belirtilmiştir. (28). Bu durumun önemli sebeplerinden biri hamile veya yeni doğum yapmış kadınların %10'undan fazlasının depresif bozuklukla baş etmesidir (1).
- Medeni durum; hiç evlenmemiş, boşanmış ya da eşini kaybetmiş bireylerde depresyon görülme sıklığı, evli olan kişilere göre daha yüksektir. Yapılan bir çalışmada medeni durum cinsiyet açısından karşılaştırıldığında bekar, dul veya ayrılmış kadınlarda (erkeklere kıyasla) depresyon görülme ihtimalinin daha düşük olduğu ve depresyon olasılığının bekar ve birlikte yaşayanlar için artan yaşla birlikte arttığı, dul, ayrılmış ve boşanmış olanlar için ise depresyon olasılığının yaşla birlikte azaldığı belirtilmiştir (30).
- Diğer faktör; güneş görme süresinin azalması da hastalığın görülme sıklığı artırmaktadır. Bunun sonucu olarak depresyon kış aylarında daha fazla görülmektedir (25).

2.3. Depresyonun Etiyolojisi

Depresyon, etiyolojisi kesin olarak bilinmeyen ancak birden fazla etkenin rol aldığı düşünülen bir bozukluktur. Bu etkenler biyolojik ve psikososyal olarak iki başlık altında toplanmaktadır.

2.3.1. Biyolojik Etkenler

Genetik:

Birinci derece yakınları depresyon tanısı almış bireylerin depresyon hastalığına yakalanma riskinin 2-3 kat daha yüksek olduğu bilinmektedir. İkizler üzerine yapılmış olan çalışmalar

da genetik geçişi destekler niteliktedir. Yapılan ikiz çalışmalarına göre genetik geçişin tek yumurta ikizleri için yaklaşık %37 oranında olduğu tahmin edilmekte olup çift yumurta ikizlerinin eş hastalanma oranından 2-4 kat daha fazladır. Ayrıca evlat edinilmiş çocuk vakalarına göre biyolojik ailesinde depresyon tanısı bulunan çocuklarda, yetiştirildiği ailede hastalık bulunmamasına rağmen depresyon riskinin yüksek olduğu belirtilmektedir (25,31).

Biyokimyasal Etkiler:

Depresyonun ortaya çıkmasındaki en önemli etkenlerden biri de nörotransmitterlerdeki değişimlerdir. Bu bağlamda depresyonla birlikte adı en çok anılan biyojenik aminler; serotonin, dopamin ve norepinefrindir (32). Serotonin; uyanıklık, iştah, ağrı, beden ısısı, agresyon, dikkat ve bilişsel süreçleri düzenleyen bunun yanında depresyon oluşumunda en baskın olan nörotransmitterdir. Etkili diğer biyojenik amin olan dopamin haz alma durumunu düzenlemektedir. Depresyonda azalmasıyla birlikte anhedoniye sebep olduğu düşünülmektedir. Norepinefrin ise sempatik sinir sisteminin üzerinde etkili olup korku, öfke, dikkat ve aynı zamanda davranışı düzenlemektedir. Stres altında vücudun davranışını belirlemektedir. Depresyonda norepinefrinin eksikliği sebebiyle psikomotor aktivitelerde yavaşlama ve apati görülmektedir. Depresif bozukluğu bulunan kişilerde nörotransmitterlerin eksikliği söz konusudur (25,31,32).

Nöroendokrin Etkiler:

Depresyonda başlıca etkili olan eksenler adrenal, tiroid ve growth hormon eksenleridir. Depresyonda kortizolün aşırı salınımı söz konusudur. Bunun sonucu olarak hastalarda anhedoni ve enerji yitimi görülebilmektedir. Depresyon tanısına sahip hastaların birçoğunda tirotropin serbestleştirici hormona (TRH) karşılık salınan tiroid stimüle hormonunun (TSH) yanıtında azalma görülmekte ve hastaların uyku halinde growth hormona cevabının azaldığı bilinmektedir (32,33).

Fizyolojik Etkiler:

Depresyon, ilaç yan etkileri, elektrolit dengesizlikleri ve beslenme yetersizliği gibi sebeplerle birlikte başka bir fizyolojik hastalık sonucu sekonder olarak da ortaya çıkabilmektedir (25,31).

2.3.2. Psikososyal Etkenler

Yaşam Olayları:

Depresyonun gelişmesinde genetik yatkınlığın yanı sıra yaşanan kayıplar ve travmalar etkilidir. Ebeveyn, çocuk veya eş kaybı hastalığı başlatabilecek travmalardandır. Bunun yanında çocukluk çağında yaşanmış şiddet ve istismar da depresyona sebep olabilmektedir. Ekonomik sorunlar, aile içi geçimsizlik, iş hayatındaki değişimler, özel hayattaki çatışmalar ve beden sağlığının bozulması da hastalığa yol açabilen yaşam olaylarıdır (25,34).

Psikoanalitik Kuram:

Freud'a göre yas ve melankoli kavramlarının temel noktasında kaybın vurgulanması bu iki kavramın birbirine benzediğini göstermektedir. Melankoli sevilen bir kişinin, objenin veya soyut bir durumun kaybı sonucu ortaya çıkmaktadır. Daha yaşamın ilk yıllarında yaşanan bu kayıp yetişkinlikte bireyin kendisine yönelttiği bir öfke olarak ortaya çıkmakta ve sevgi nesnesine karşı ambivalan duygulara sebep olmaktadır. Kaybedilen objenin içselleştirilmesi nedeniyle kişi kendinden bir parça eksildiğini hissetmekte ve bunun sonucunda benlik saygısında azalma ve değersizlik duyguları ortaya çıkmaktadır. Psikoanalitik yaklaşıma göre, depresyona yatkınlığı olan bireylerde narsistik tutumlar görülmekte bunun sonucunda ise bireyler sevgisiz veya ilgisiz kaldıklarında depresyona girebilmektedir (25,35).

Davranışçı Kuram:

Davranışçı kurama göre depresyon Seligman'ın "öğrenilmiş çaresizlik" görüşüyle açıklanmaktadır. Kurama göre bireyler geçmişte yaşadıkları başarısızlıklar sonucu olumsuz koşullarla başa çıkamayacaklarını düşünmekte ve çabalarının faydasız olduğuna inanmaktadırlar. Öğrenilmiş çaresizlik, kontrol eksikliği duygusunu ortaya çıkararak, bireylerin depresyona girmelerine sebep olmaktadır (25,31).

Bilişsel Kuram:

Bu kurama göre depresyon bilişsel bozulmalardan kaynaklı ortaya çıkmaktadır. Hastalığa sebep olan üç ana bozulma Beck tarafından; çevrenin olumsuz beklentileri, kişinin kendisinden olumsuz beklentileri ve geleceğe yönelik olumsuz beklentiler olarak söz edilmiştir. Ya hep ya hiç, abartma, aşırı genelleme gibi bilişsel çarpıtmaların yanında

olumsuz otomatik düşünceler ve inançlar da depresyona yol açabilmektedir. Bilişsel bozulmalar ve olumsuz otomatik düşünceler sonucu birey değersizlik ve yetersizlik hissetmektedir. Bu durum geleceğe karşı umutsuzluk ve karamsarlığa sebep olmaktadır (29,36).

Obje Kaybı kuramı:

Obje kaybı kuramına göre depresyon yaşamın ilk 6 ayında bireyin önem verdiği kişiden ayrılması ve terk edilmişlik hissetmesi nedeniyle ortaya çıkmaktadır. Bu kayba tepki olarak kişi bağlanma sorunları yaşamaktadır. Bu kuramda bahsi geçen obje genellikle annedir. Spitz; hayatın ilk yıllarında çoğunlukla annelerinden uzun süreli ayrı kalmış çocuklara yönelik "analitik depresyon" kavramını oluşturmuştur. Erken çocuklukta kayıp yaşamış kişilerin yetişkinlik döneminde de kayıp yaşaması sonucu depresyonu daha şiddetli tecrübe ettikleri düşünülmektedir (31).

2.4. Depresyonda Klinik Belirtiler

2.4.1. Duygulanım

Hastalar yoğun bir mutsuzluk ve keder halindedirler. Çevrelerine karşı ilgileri azalmakta, genel bir isteksizlik durumu yaşamaktadırlar. Hayat onlar için bir yük haline gelmiştir. Hiçbir şeyden doyum alamamakla birlikte apatik bir haldedirler. Depresyon tanılanmasında önemli bir yere sahip olan bu durum anhedoni olarak adlandırılmaktadır. Depresyon yaşayan bireylerde öfke, suçluluk, çaresizlik, kararsızlık ve umutsuzluk duyguları hakimdir. Hastalarda çökkün duygudurum baskındır. Bireyler, benlik saygılarında azalma sonucu değersizlik ve güçsüzlük hissederler (25,37).

2.4.2. Davranışsal

Depresif hastalarda genel olarak psikomotor durgunluk söz konusudur. Bireylerin fiziksel hareket ve konuşmalarında yavaşlama mevcuttur (38). Hatta bu durum ağır depresif bozukluğu olan kişilerde hareketsiz durma noktasına kadar gidebilmektedir. Konuşma tonları alçaktır. İletişim anında yanıt almakta güçlük yaşanmakta bazı vakalarda ise mutizm görülebilmektedir. Hastalar ilişki kurmakta zorlanmanın yanında toplumdan ve çevresinden uzaklaşmış durumdadır. Genelde başları öne eğik ve omuzları çökkündür. Sıkıntılı ve tedirgin bir görünüm

hakimdir. Yüz ifadeleri donuk, ilgisiz veya üzüntülüdür. Kişilerde zaman zaman ağlama davranışı görülmektedir. Depresyon hastaları için önemli bulgulardan biri de öz bakımlarında azalma olmasıdır. Tecrübe ettikleri yoğun bunaltı hissi sebebiyle hastalarda psikomotor ajitasyon da görülebilmektedir. Bunun sonucu olarak yerinde duramama, ellerini ovuşturma, saç çekme gibi amaçsız hareketlerde bulunmaktadırlar. Davranışsal olarak değerlendirilmesi gereken en önemli durum ise hastanın kendine zarar verme yönündeki davranışlarıdır (25,31,37).

2.4.3. Bilişsel

Depresyon tanılı hastalarda yaşanan bir diğer bozukluk ise bilişsel alandadır. Hastalar bilinçleri açık ve oryantedir fakat hastaların düşünce sürecinde bozulmalar mevcuttur. Hastalar bu anlamda en çok unutkanlık ve konsantrasyon eksikliğinden şikayetçidirler. Odaklanamamanın sonucu olarak kararsızlık ve kafa karışıklığı yaşamaktadırlar. Bu durum bireyleri televizyon izleme, kitap okuma gibi aktiviteleri yerine getirmekten alıkoymakta ve sosyal işlevselliklerini düşürebilmektedir (25,37,39). Hastalar genel olarak kendilerine ve hayata yönelik yargılara, olumsuz düşüncelere sahiptir. Düşüncelerinin içeriği çoğunlukla suçluluk, pişmanlık ve değersizliğe yöneliktir. Kişi kendini işe yaramaz hissetmekle birlikte hayatının ve varlığının önemsiz olduğunu düşünür (31,37). Ekonomik durum, sağlık, aile ve sosyal çevresine yönelik olumsuz düşünceleri olabilir. Hastaların öz kıyım ve kendine zarar vermeye yönelik düşünceleri de olabilmektedir (26).

2.4.4. Fizyolojik

İnsanı birçok alanda etkileyen depresyon, enerji azlığı ve yorgunluğun yanı sıra kişilerde bedensel ve fizyolojik değişiklere de sebep olabilmektedir. Bu değişiklikler uyku, beslenme ve cinsellik gibi alanlarda sorunlara sebep olabilmektedir. Depresyondaki hastalarda uykunun sirkadiyen ritminin bozulması ile uykusuzluk ve uykuya dalmada sorunlar yaşanmaktadır (40). Buna karşın bazı hastalarda ise aşırı uyuma ya da sabah uyanmakta zorlanma görülmektedir. Beslenme düzensizlikleri ise iştah kaybına bağlı kilo verme veya aşırı yemeye bağlı kilo alımı şeklinde kendini göstermektedir (31). Hayatın birçok alanında isteksizlik yaşayan hastalar cinsel anlamda da isteksizlik yaşamaktadır. Ek olarak bazı bireylerde baş, sırt ve göğüs başta olmak üzere vücut ağrıları görülebilmektedir (25,41).

2.5. Ruhsal Hastalık ve Aile

Ruhsal hastalıklar duygusal, ekonomik, toplumsal yönden bireyleri önemli ölçüde etkileyen yalnız hastalar için değil aile ve yakınları için de kaygı veren yaşantılara neden olur. Aile, günümüzde ruhsal hastalıklarla başa çıkmada olumlu katkılar sağlayabilecek en önemli kaynak olarak görülmektedir. Tüm günlerini hasta ile geçiren, hastanın bakımını gönüllü veya zorunlu olarak yürüten aile üyeleri, çok fazla öznel ve nesnel yükler deneyimlemektedir. Gelir kaybı, sosyal etkinliklerin kısıtlanması, aile rutinlerinin bozulması, aile içi gerginlikler gibi durumlar nesnel/objektif yükü tanımlarken, hastayla ilgili duygusal sıkıntılar hissetme gibi psikolojik tepkileri ise öznel/subjektif yükü tanımlamaktadır. Bu yükler aile içi işlevselliğin bozulmasına yol açabilmektedir. Ruhsal hastalığı olan bireyler için aile ortamı, aile dinamikleri, aile tutum ve davranışları hastanın fiziksel ve emosyonel işlevselliğini sağlamakla kalmayıp, aynı zamanda hastanın tedavi sürecine katılmasını ve sağlığı korumaya, geliştirmeye uygun davranışları benimsemesini cesaretlendirmektedir. Ruhsal hastalığı olan bir üyeye sahip ailelerde, aile işlevselliğinin bozulması hastalığın klinik gidişatını da olumsuz etkilemektedir (42,43).

2.6. Aile İşlevselliği

Toplumun en küçük yapı birimi olan aile, ortak geçmişe ve duygusal bağa sahip aynı zamanda birbirlerinin gereksinimlerini karşılayan bir sistemdir. Aile bireyin doğduğu anda katıldığı ve hayatının sonuna kadar bireyi biyolojik faktörlerin yanında psikolojik, sosyolojik ve ekonomik açıdan da etkileyen evrensel bir birimdir. Kişinin sahip olduğu inanç, duygu ve düşünce yapısı bulunduğu aile ortamı tarafından oluşmuştur (44,45).

Aile işlevleri, ailede bulunan her bir üyenin bireysel, psikolojik ve sosyal ihtiyaçlarının karşılandığı bununla birlikte gereksinimlerinin aile içerisindeki bireyler tarafından karşılandığı aktivitelerdir (44). Bu işlevler; problem çözme, iletişim, duygusal heveslilik, davranış kontrolü, duygusal ilişki, sağlıklı rol dağılımı ve genel işlevler olarak yedi başlık altında tanımlanmıştır (46). Her aile kendine has yapı ve dinamiklere sahiptir. Aile işlevlerini uygulayabilen ailelere fonksiyonel aileler; bu işlevleri yeterince uygulayamayan veya hatalı uygulayan, iletişim konusunda sorunlar yaşayan ailelere ise fonksiyonel olmayan aileler tanımı kullanılmaktadır. Fonksiyonel ya da işlevsel aileler; karşılıklı olarak birbirlerini destekleyen, birbirlerinin düşüncelerine saygı duyan, rollerin yerine getirilebildiği, gerektiği zaman kuralları olan fakat bu kuralları zaman zaman esnetebilen, olumlu iletişim becerilerine sahiptir (11). Aile

işlevselliğinin yüksek olması bireyin aile dışındaki sosyal ortamlarda da olumlu ilişkiler geliştirebilme ve stresle baş etme becerilerini artırmaktadır. Ayrıca aile üyeleri arasındaki bağların, bireylerin değişimlere uyum sağlama kapasitesini artırdığı bunun yanında yaşam memnuniyetlerini de pozitif yönde etkilediği belirtilmektedir (47,48).

Geçmişten günümüze yapılan birçok çalışma depresif bozukluklar ve aile işlevselliği arasındaki anlamlı ilişkiyi ortaya koymaktadır. Nam ve ark. (2016), mülteciler ile yapmış oldukları bir çalışma sonucunda aile uyumu yüksek bireylerde depresyon düzeyinin daha düşük olduğunu belirtmiştir (49). Souza ve ark. (2014) tarafından yürütülen çalışmada aile işlevselliği düşük olan yaşlı bireylerde daha fazla depresif semptom görüldüğü raporlanmıştır (50). Majör depresif tanılı yaşlı bireylerle gerçekleştirilen bir başka çalışmada da depresyon tanısı olmayan bireylerin daha iyi aile işlevselliği ve sosyal destek sistemlerine sahip olduğu saptanmıştır (51). Keitner ve ark. (1995) iyi aile işlevselliğine sahip majör depresyon tanılı hastaların 12 ay içerisindeki iyileşme oranlarının daha yüksek olduğunu belirtmiştir (52).

Depresif ergen bireylerle yapılmış olan araştırmalar da benzer sonuçları vermiştir. Chen ve ark. (2017) yapmış oldukları çalışmada düşük aile işlevselliğine sahip ergenlerin depresyona yatkın olduğunu ortaya koymuştur (53). 2014 yılında İngiltere'de ergenlerle yapılan bir diğer araştırmada aile uyumu yüksek bireylerde depresyon düzeyinin daha düşük olduğunu, Guerrero-Munoz ve ark. (2020) aile işlevselliği ve depresyon arasındaki ilişkiyi inceledikleri meta analiz çalışmasında da ailevi işlev bozukluğu ve depresyon arasında güçlü bir ilişki olduğunu belirtmiştir (54,55).

Bireyi birçok yönden etkileyen aile ortamı psikiyatrik rahatsızlığı olan bireylerin tedavisinde de önemli bir noktadadır. Fonksiyonel olmayan aile işlevleri rol karmaşaları ve iletişim çatışmaları nedeniyle bireyler için stres kaynağı oluşturmakta, hastalık semptomlarını pekiştirmekte ve süreci uzatmaktadır. Bu nedenle ruhsal hastalığa sahip bireylerin tedavi ve rehabilitasyon sürecinde ailenin işlevselliğinin değerlendirilmesi, aile ile iş birliği içinde olunması gerekmektedir (11).

2.7. Sosyal Uyum

Sosyal uyum ya da sosyal işlevsellik; bireyin ev, iş, aile, okul veya arkadaş çevresi gibi ortamlarda ilişkilerini sürdürebilme, bu ilişkilerden doyum alma, ilişkilerde kendine atanan rolleri yerine getirebilme ve bunun yanında bireysel gereksinimlerini bağımsız olarak karşılayabilme yetisidir (56-58). Bireyin ailesine veya çevresine karşı rol ve sorumluluklarını yerine getirmekte zorlanması, sosyal işlevsellikte düşüşe sebep olmaktadır (58).

Depresif bireylerde hastalığın bilinen belirtilerine ek olarak sosyal işlevsellik düzeyinde düşme ve buna bağlı sosyal yeti yitimi karşımıza çıkan önemli sorunlardandır. Öyle ki hastalık belirtileri iyileşse bile sosyal yeti yitimine yönelik sorunlar devam edebilmektedir. Gotlib ve Lee konuya ilişkin yapmış oldukları araştırmada depresif ve depresif olmayan psikiyatrik hastalarla çalışmışlardır. Araştırmanın sonucunda, depresif hastaların sosyal anlamda daha sık sorun yaşadıklarını ve depresyona bağlı semptomlar azalsa bile sosyal işlevsellik düzeylerinin iyileşmediğini raporlamışlardır (59). Saris ve ark. (2017) tarafından yapılan çalışmada depresif hastaların iyileştikten sonraki 2 yıl süre içinde halen sosyal uyum sorunları yaşadıkları ve bu sebeple tedaviye devam ettikleri belirtilmiştir (60). Bingöl ve ark. (2011) tarafından üniversite öğrencileriyle yapılan çalışmada ise depresif semptomlar ve sosyal işlevsellik düzeyi arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki olduğu sonucuna ulaşılmıştır (61).

Depresyon hastalarının sosyal ipuçlarını net bir şekilde anlayamadığı böylelikle empati kurmakta zorlandıkları ve bu sorunun sosyal uyumu olumsuz etkilediği düşünülmektedir. Ayrıca depresif bireylerin yaşadığı apati, anhedoni ve bir kısmının yaşadığı reddedilme korkusu da sosyal anlamda geri çekilmelerine sebep olmaktadır (4,58,62). Depresif belirtilerin sebep olduğu sosyal işlevsellik veya uyumdaki bozulma tedavi sürecini uzatan inatçı bir problemdir (58). Bu bağlamda depresyon tanısı olan hastalarda değerlendirilmesi ve tedavisine yönelik planlar yapılması gerekmektedir.

2.8. Aile İşlevselliği ve Sosyal Uyum

Toplumun en küçük birimi olan aile, bireyin hayata geldiği andan itibaren sosyal çevre ve gelecekteki ilişkilerine yönelik hazırlığın yapıldığı, sosyalleşmeye yönelik ilk adımların atıldığı ortamdır. Ailede meydana gelen sorun bireyin ruh sağlığını etkilemekle birlikte sosyal hayatının akışında değişikliklere sebep olmaktadır. Aile içerisindeki anlaşmazlıklar, ebeveyn tutumu, anne ve baba arasındaki çatışmalar, ebeveyn yokluğu gibi birçok durum bireylerin kişilik gelişimini etkilemektedir. Kişilerin hayatları boyunca kuracak oldukları ilişkiler ve sosyal uyum becerileri de böylelikle şekillenmektedir. Huzurlu ve saygılı aile ortamında büyüyen kişiler girişken, çevresine saygılı ve düşüncelerini rahat ifade edebilen bireyler haline gelirken; saygısız ve güvensiz bir ortamda yetişen kişiler saldırgan kişilik yapısı göstermekte ve düşüncelerini ifade etmekte zorlanmaktadır. Çocukluk sonrası bu süreçte okul, iş ve arkadaş çevresi gibi faktörler de etkili olmasına rağmen aile ortamında kazanılan alışkanlıklar sosyal

yaşamda kendini önemli ölçüde ortaya koymaktadır. Birbirleriyle uyum içinde yaşamayı başaran aile bireyleri bulundukları diğer sosyal ortamlara da uyum sağlayabilmektedir (63,64).

Özkurt ve Camadan (2018), konuya yönelik yapmış oldukları çalışma sonucunda aile içi anlaşmazlığın az görüldüğü kişilerde sosyal uyum düzeyinin daha yüksek olduğunu saptamışlardır (64). Türküm ve ark. (2005) tarafından yapılan araştırmada sağlıksız aile işlevlerine sahip olduğunu düşünen öğrencilerin arkadaş ortamı, eğitim ve ekonomik sınırlara yönelik sorunlar yaşadığı sonucuna ulaşılmıştır (65).

Adölesan bireylerle gerçekleştirilmiş olan çalışmalarda da benzer sonuçlara ulaşılmıştır. Puig-Antich ve ark. (1993) yaptıkları çalışmada ailesi ile çatışma içinde olan ergenlerin akran ilişkilerinde ve okul performansında zorluk yaşadığı belirtilmiştir (66). Kalyencioğlu (2007) ergen bireylerle gerçekleştirdiği tez çalışmasında da; sosyal uyum düzeyi düşük olan ergenlerin ailelerini sağlıksız, sosyal uyum düzeyi yüksek olanların ise sağlıklı algıladıkları sonucuna ulaşmıştır (63). Araştırmalarda ulaşılan benzer sonuçlar aile işlevselliği ve sosyal uyum arasındaki ilişkiyi gözler önüne sermektedir. Bunun yanında uyumlu ve sağlıklı aile iletişimine sahip bireylerin, sosyal anlamda da uyumlu olan, olumlu iletişim kurabilen, duygu ve düşüncelerini ifade edebilen bireyler olduğu fikrini desteklemektedir.

2.9. Psikiyatri Hemşiresinin Rolü

Hemşireliğin her alanında olduğu gibi psikiyatri hemşireliğinde de aileyle uyum ve iş birliği içinde çalışmak önemli bir noktadır. Aile yapısı, bireyin psikiyatrik bozuklukların oluşumuyla birlikte tedavisinde de kilit noktalardan biridir. Bu sebeple ruh sağlığı alanında çalışmakta olan hemşirelerin hastanın ailesiyle ilgili yeterli bilgiye sahip olması ve aileyi tedavi sürecine katması ana rollerindendir. Hastaya yönelik tedavi, bakım ve eğitimin yanı sıra aileye yönelik destek sistemlerinin güçlendirilmesi, ailenin hastalığa yönelik bilgilendirilmesi gerekmektedir. Bu noktada görev psikiyatri hemşirelerine düşmektedir (25,31).

Sosyal uyuma yönelik sorunlar depresif semptomların azalmasından sonraki süreçte bile bireyler için yorucu olmakta ve tedavi sürecini uzatmaktadır (59,60). Bu durum göz önüne alındığında bireyin sosyal hayata hazırlandığı aile ortamının sağlıklı olmasının tedavi üzerine olumlu etkilere sahip olduğu düşünülmektedir. Dolayısıyla psikiyatri hemşireleri hastaların topluma geri kazandırılması ve sosyal uyum düzeylerini artırabilmeleri için sadece hastalarla değil birincil bakım verici olan aile ile uyumlu hareket etmelidir.

Bighelli ve ark. (2021) şizofreni hastalarına yönelik gerçekleştirilmiş psikososyal müdahaleleri inceledikleri meta analiz çalışmasında, aileye yönelik yapılan müdahale ve eğitimin hastalarda nüks riskini azalttığı gösterilmiştir (67). Bir diğer çalışma ise Giannakopoulos ve ark. (2020) tarafından randomize kontrollü olarak yapılmıştır. Bu çalışma depresyon sorunu yaşanan ailelerle 2-3 seanslık konuşma grupları oluşturularak gerçekleştirilmiştir. Araştırma sonucunda ailelerin depresyon düzeylerinde, işlevselliğinde ve çocukların kaygı düzeylerinde iyileşmeler görülmüştür. Bunun yanında çocukların sosyal anlamda olumlu davranışlarının ve yaşam kalitelerinin de arttığı saptanmıştır (68). Spirito ve ark. (2015) depresyon ve intihar riskine yönelik yaptıkları çalışmada adölesanların ebeveynleri ile birlikte yer aldıkları görüşme seansları gerçekleştirmiştir. Çalışma sonunda hem ergenlerin hem de ailelerin depresif semptomlarında azalma olduğu sonucuna ulaşılmıştır (69). Benzer bir araştırma aynı yıl Anastasia ve ark. tarafından yapılmış ve sonucunda aile destekli tedavi alan bireylerin işlevselliğinin yükseldiği, depresyon ve anksiyete oranlarının düştüğü, intihar ve umutsuzluk eğilimlerinin azaldığı bulunmuştur (70). Wharff ve ark. (2012) yaptıkları çalışmada da aile temelli kriz yönetimine yönelik müdahalelerin aile içerisindeki iletişimi güçlendirdiği ve işlevselliği iyileştirdiği sonucuna ulaşmışlardır (71).

Aile üyelerinde görülen psikiyatrik bozukluklar bütün aileyi etkilemektedir. Bu süreçte ailelerin destek sistemlerinin güçlendirilmesi ve ailelerin hastalığa yönelik eğitimler alması hem bireyin hem de ailenin duruma yönelik baş etme gücünü artırmaktadır. Burada da psikiyatri alanında çalışan hemşirelere ruhsal rahatsızlığa sahip bireylerin aileleri ile birlikte hareket etmeye yönelik sorumluluk düşmektedir (72).

3. GEREÇ VE YÖNTEMLER

3.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi

Araştırma, depresyon hastalarının algıladıkları aile işlevsellikleri ile sosyal uyum düzeyleri ve ilişkili olan faktörleri değerlendirmek amacıyla tanımlayıcı ve kesitsel tipte bir araştırma olarak gerçekleştirilmiştir.

3.2. Araştırmanın Soruları

1. Depresyon hastalarında algılanan aile işlevsellik düzeyi nedir?
2. Depresyon hastalarında sosyal uyum düzeyi nedir?
3. Depresyon hastalarında algılanan aile işlevsellik düzeyi ile sosyal uyum düzeyi arasında ilişki var mıdır?
4. Depresyon hastalarının algılanan aile işlevsellik düzeyleri ve alt boyut puan ortalamaları ile hastaların tanıtıcı özellikleri arasında fark var mıdır?
5. Depresyon hastalarının sosyal uyum düzeyleri ile hastaların tanıtıcı özellikleri arasında fark var mıdır?

3.3. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma 2 Mart 2024 – 30 Eylül 2024 tarihleri arasında Sağlık Bakanlığı Edirne Sultan 1. Murat Devlet Hastanesi Psikiyatri Polikliniklerinde gerçekleştirilmiştir.

3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, Edirne Sultan 1. Murat Devlet Hastanesi Psikiyatri Poliklinik kayıtlarına göre 1 Ocak 2023 – 31 Ağustos 2023 tarihleri arasında depresif bozukluk tanısı ile izlenen 556 hasta oluşturdu. Araştırmanın örneklemini 2 Mart - 30 Eylül 2024 tarihleri arasında, psikiyatri polikliniklerinde depresyon tanısıyla takip edilen, araştırmaya alınma kriterlerini karşılayan hastalar oluşturdu. Araştırmanın örneklem büyüklüğü belirlenirken çift yönlü etki büyüklüğü %0,4 (1) α hata=% 5, güç (1 - β) =% 99 olarak hesaplama yapıldı. G * Power 3.1.9.4 programı ile örnekleme alınması gereken en az kişi sayısı 123 olarak belirlendi.

3.5. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri

- DSM-V tanı kriterlerine göre depresyon tanısı olan,
- 18-65 yaş aralığında olan,
- Ailesiyle birlikte yaşayan,
- Psikotik belirti göstermeyen,
- Araştırmaya katılmaya gönüllü olan bireyler araştırma kapsamına alınmıştır.

3.6. Araştırmaya Dahil Edilmeme Kriterleri

- Psikotik belirti gösteren,
- 18 yaşından küçük, 65 yaşından büyük olan,
- Yalnız yaşayan,
- Araştırmaya katılmaya gönüllü olmayan bireyler araştırma kapsamına dahil edilmemiştir.

3.7. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri

3.7.1. Bağımlı Değişkenler

Algılanan Aile İşlevselliği Ölçeği puanı ve Sosyal Uyum Kendini Değerlendirme Ölçeği puanı araştırmanın bağımlı değişkenlerini oluşturmuştur.

3.7.2. Bağımsız Değişkenler

Hastaların kişisel bilgileri (yaş, cinsiyet, medeni durum, kiminle yaşadığı, gelir durumu, eğitim durumu, çalışma durumu, hastalık süresi, hastaneye yatış durumu, ilaç kullanım durumu, ailedeki ruhsal hastalık durumu) araştırmanın bağımsız değişkenlerini oluşturmuştur.

3.8. Veri Toplama Araçları

Araştırmanın verileri Anket Formu, Algılanan Aile İşlevselliği Ölçeği (AAİÖ) ve Sosyal Uyum Kendini Değerlendirme Ölçeği (SUKDÖ) ile toplanmıştır.

3.8.1. Anket Formu

Bu formda çalışmaya katılacak hastaların bilgilerinden oluşan (yaş, cinsiyet, medeni durum, kiminle yaşadığı, gelir durumu, eğitim durumu, çalışma durumu, hastalık süresi, hastaneye yatış durumu, ilaç kullanım durumu, ailedeki ruhsal hastalık durumu) toplam 11 soru yer almaktadır (Ek-1).

3.8.2. Algılanan Aile İşlevselliği Ölçeği (AAİÖ)

Özabacı ve Körük, tarafından 2021 yılında geliştirilen bu ölçek 32 maddeden ve "Aile içi iletişim ve olumlu duygulanım" (1, 3, 4, 5, 8, 9, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 32.maddeler), "Çatışmalar ve olumsuz duygular (23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30.maddeler), "Kurallar" (6, 7, 31. maddeler), "Sınırlar" (2, 10, 22. maddeler) olmak üzere 4 alt boyuttan oluşmaktadır (44). Her madde 5'li likert tipinde (1-Kesinlikle katılmıyorum, 5-Kesinlikle Katılıyorum) değerlendirilmektedir. Ölçeğin toplam puanı 32 ile 160 arasında değişmektedir. Ölçekten alınan yüksek puan algılanan aile işlevsellik düzeyinin yüksek olduğunu göstermektedir. Ölçeğin iç tutarlılık katsayısı dört alt faktör için 0,60 ile 0,97 arasındadır (44). Çalışmamızda ölçeğin Cronbach alfa değeri 0,837 iken aile içi iletişim ve olumlu duygulanım alt boyutu 0,956, çatışmalar ve olumsuz duygular alt boyutu 0,831, kurallar alt boyutu 0,613, sınırlar alt boyutu 0,651 olarak bulunmuştur (Ek-2).

3.8.3. Sosyal Uyum Kendini Değerlendirme Ölçeği (SUKDÖ)

Bosc ve ark. (1997) tarafından klinik çalışmalarda kullanılmak üzere depresyon hastalarında "sosyal işlevsellik" düzeylerinin saptanması amacıyla geliştirilen, Akkaya ve ark. (2008) tarafından Türkçe geçerlik ve güvenirlik yapılan ölçek 21 maddeden oluşmaktadır (58,73). Ölçeğin 1. ve 2. maddelerinden biri meslek durumuna göre yanıtlanmaktadır. Ölçeğin puan aralığı 0-60 arasındadır. Kişinin 25 puanın altında bir puan alması sosyal işlevselliğinde sorun olduğu düşünülmektedir ve normal bir sosyal işlevselliğe sahip olabilmek için ölçekten en az 35 puan alınmasının gerekli olduğu belirtilmektedir. Ölçeğin değerlendirilmesi toplam puan 0-24 arası ise sorun var, 25-35 arası ise kritik durumda, 36 ve üzeri bir puana sahip ise normal şeklinde yorumlanmaktadır. Ölçeğin güvenirliği için iç tutarlılık katsayısı 0,87'dir. Çalışmamızda ise ölçeğin Cronbach alfa değeri 0,849 olarak bulunmuştur (Ek-3).

3.9. Verilerin Toplanması

2 Mart 2024 - 30 Eylül 2024 tarihleri arasında gönüllülük esasına dayalı olarak araştırmaya katılmayı kabul eden depresyon tanısına sahip hastalara, kişisel tanıtıcı bilgilerin yer aldığı Anket Formu, Algılanan Aile İşlevselliği Ölçeği ve Sosyal Uyum Kendini Değerlendirme Ölçek yüz yüze görüşme yöntemiyle polikliniğin bekleme odasında uygulanmıştır. Anket formu ve ölçeklerin doldurulması yaklaşık 10 dakika sürmüştür.

3.10. İstatistiksel Analiz

Araştırmanın verileri depresyon tanılı 123 kişiden oluşmuştur. Analizler SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) 26.0 (IBM Corp., Armonk, NY, USA) paket programında yapılmıştır. Çalışma verileri değerlendirilirken kategorik değişkenler için sıklıklar (sayı, yüzde), sayısal değişkenler için ise tanımlayıcı istatistikler (ortalama, standart sapma) verilmiştir. Sayısal değişkenlerin normallik varsayımları için çarpıklık ve basıklık katsayıları incelenmiş ve katsayıların ±2 aralığında olması nedeniyle değişkenlerin normal dağıldığı görülmüştür. Bu nedenle çalışmada parametrik olan istatistiksel yöntemlerden yararlanılmıştır. İki bağımsız sayısal değişken arasındaki ilişkiler Pearson Korelasyon Katsayısı ile yorumlanmıştır. İki bağımsız grup arasındaki farklılıklar Bağımsız Örneklem T Testi ile ikiden fazla bağımsız grup arasındaki farklılıklar ise Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) ile kontrol edilmiştir. Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) sonucunda farklılık çıkması durumunda farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için Tukey testi kullanılmıştır. Bir sayısal bağımsız değişken üzerindeki bağımlı değişkenlerin etkisini incelemek amacıyla Doğrusal Regresyon Analizi yapılmıştır. Analizlerde istatistiksel anlamlılık 0,05 düzeyinden yorumlanmıştır.

3.11. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmanın verilerinin Trakya bölgesindeki bir devlet hastanesini kapsaması nedeniyle, araştırma sonuçları tüm depresyon tanılı hastalar için genelleştirilemez.

3.12. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmaya başlamadan önce, evrensel ve bilimsel ilkeler göz önünde bulundurularak, Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı Bilimsel Araştırma Etik Kurulu'ndan 08.01.2024 tarihli,

01/26 karar numaralı ve protokol kodu TÜTF-GOBAEK 2023/434 yazılı etik kurul izni alınmıştır (Ek-4). Ayrıca, araştırmanın uygulanabilmesi için Edirne Valiliği İl Sağlık Müdürlüğü'nden 01.03.2024 tarihinde E-98308410-806.01-238179410 sayılı kurum izni (Ek-5) ve AAİÖ ile SUKDÖ'nün kullanılması için ise ölçek kullanım izinleri alınmıştır (Ek-6, Ek-7). Araştırmaya katılmaya gönüllü olan hastalara, İnsan Hakları Helsinki Bildirgesi'ne uygun olarak kişisel bilgilerin gizliliğinin sağlanacağı ve araştırmanın amacı hakkında detaylı açıklamalar yapılmış, hastalardan sözlü ve yazılı onam alınmıştır (Ek-8).

4. BULGULAR

Araştırma Mart 2024 – Eylül 2024 tarihleri arasında depresyon hastalarının algıladıkları aile işlevsellikleri ile sosyal uyum düzeyleri ve ilişkili olan faktörleri değerlendirmek amacıyla toplam 123 hasta ile yürütüldü. Bulgular, aşağıdaki başlıklar halinde sunulmuştur:

Bulgular, aşağıdaki başlıklar halinde sunulmuştur:

- Hastaların tanıtıcı özelliklerinin dağılımı
- Hastaların Algılanan Aile İşlevselliği Ölçeği ile alt boyut puan ortalamalarının dağılımı
- Hastaların Sosyal Uyum Kendini Değerlendirme Ölçeği puan ortalamalarının dağılımı
- Hastaların Algılanan Aile İşlevselliği Ölçeği ve alt boyut puan ortalamaları ile Sosyal Uyum Kendini Değerlendirme Ölçeği puan ortalamaları arasındaki ilişkinin karşılaştırılması
- Hastaların tanıtıcı özelliklerine göre Algılanan Aile İşlevselliği Ölçeği ve alt boyut puanları ile Sosyal Uyum Kendini Değerlendirme Ölçeği puan farklılıklarının dağılımı
- Hastaların Algılanan Aile İşlevselliği Ölçeği alt boyut puanlarının Sosyal Uyum Kendini Değerlendirme Ölçeği puanlarına etkisinin incelenmesi

Tablo 4.1. Hastaların tanıtıcı özelliklerine ilişkin dağılımlar

	(n=123)	Sayı	Yüzde
Yaş (Ort±SS=29,43±10,40)			
18-29 Yaş		82	66,7
30-65 Yaş		41	33,3
Cinsiyet			
Erkek		25	20,3
Kadın		98	79,7
Medeni Durum			
Evli		38	30,9
Bekar		85	69,1
Aynı Evde Yaşanılan Kişiler			
Eş ve Çocuk		40	32,5
Anne Baba Kardeş		58	47,2
Diğer Akraba		25	20,3
Gelir Durumu			
Kötü		8	6,5
Orta		87	70,7
İyi		28	22,8
Eğitim Durumu			
Okuryazar Değil		1	0,8
İlkokul		4	3,3
Ortaokul		1	0,8
Lise		23	18,7
Üniversite		94	76,4
Çalışma Durumu			
Çalışan		60	48,8
Çalışmayan		63	51,2
Hastalık Süresi (Ort±SS=13,46±25,52)			
12 Aydan Az		84	68,3
12 Ay ve Daha Fazla		39	31,7
Hastaneye Yatış			
Evet		4	3,3
Hayır		119	96,7
İlaç Kullanımı			
Düzenli Kullanıyorum		81	65,9
Aksamalar Oluyor		23	18,7
Kullanmıyorum		19	15,4
Ailede Ruhsal Hastalık Varlığı			
Evet		46	37,4
Hayır		77	62,6

Ort±SS: Ortalama±Standart sapma

Tablo 4.1 incelendiğinde çalışmaya katılan hastaların, %66,7'si 18-29 yaş grubundadır. Ayrıca kişilerin yaş ortalaması ve standart sapması ise 29,43±10,40 yaştır. %79,7'si kadındır. %69,1'i bekardır. %47,2'si aynı evde anne baba kardeşi ile yaşamaktadır. %70,7'sinin gelir

durumu ortadır. %76,4'ünün eğitim düzeyi üniversitedir. %51,2'si çalışmamaktadır. %68,3'ünün hastalık süresi 12 aydan azdır. Ayrıca hastalık süresi ortalaması ve standart sapması 13,46±25,52 aydır. %96,7'si depresyon tanısıyla daha önce hastaneye yatmamıştır. %65,9'u ilaçlarını düzenli kullanmaktadır. %62,6'sının ailesinde ruhsal hastalık yoktur.

Tablo 4.2. Hastaların Algılanan Aile İşlevselliği Ölçeği ile alt boyut puan ortalamalarının dağılımı

	Ort	**SS**	**Min.**	**Mak.**
AAİÖ	104,59	16,98	48	135
Aile İçi İletişim ve Olumlu Duygulanım	66,08	17,43	18	90
Çatışmalar ve Olumsuz Duygular	17,49	7,13	8	35
Kurallar	11,29	2,90	3	15
Sınırlar	9,72	3,16	3	15

Ort: Ortalama, **SS:** Standart Sapma, **Min:** Minimum, **Mak:** Maksimum, **AAİÖ:** Algılanan Aile İşlevselliği Ölçeği

Tablo 4.2 incelendiğinde çalışmaya katılan hastaların AAİÖ puanlarının ortalaması ve standart sapması 104,59±16,98 iken Aile İçi İletişim ve Olumlu Duygulanım alt boyut puanlarının 66,08±17,43, Çatışmalar ve Olumsuz Duygulanım alt boyut puanlarının 17,49±7,13, Kurallar alt boyut puanlarının 11,29±2,90 ve Sınırlar alt boyut puanlarının ise 9,72±3,16'dır.

Tablo 4.3. Hastaların Sosyal Uyum Kendini Değerlendirme Ölçeği puan ortalamalarının dağılımı

	Ort	**SS**	**Min**	**Mak**
SUKDÖ	37,80	8,49	17	55
	Sayı	**Yüzde**		
Sosyal Uyum Kendini Değerlendirme Ölçeği				
Sorun Var (0-24)	8	6,5		
Kritik Durumda (25-35)	39	31,7		
Normal (>36)	76	61,8		

Ort: Ortalama, **SS:** Standart Sapma, **Min:** Minimum, **Mak:** Maksimum, **SUKDÖ:** Sosyal Uyum Kendini Değerlendirme Ölçeği

Tablo 4.3 incelendiğinde çalışmaya katılan hastaların, SUKDÖ puanlarının ortalaması ve standart sapması 37,80±8,49'dur. %6,5'inin SUKDÖ puan grubu sorun var (0-24) iken %31,7'sinin kritik durumda (25-35) ve %61,8'inin ise normaldir (>36).

Tablo 4.4. Hastaların Algılanan Aile İşlevselliği Ölçeği ve alt boyut puanları ile Sosyal Uyum Kendini Değerlendirme Ölçeği puan ortalamaları arasındaki ilişkinin karşılaştırılması

		SUKDÖ
AAİÖ	r	0,366**
	p	0,000
Aile İçi İletişim ve Olumlu Duygulanım	r	0,415**
	p	0,000
Çatışmalar ve Olumsuz Duygular	r	-0,368**
	p	0,000
Kurallar	r	0,282**
	p	0,002
Sınırlar	r	0,255**
	p	0,004

r: Pearson Korelasyon Katsayısı, ****:** p<0,001, **AAİÖ:** Algılanan Aile İşlevselliği Ölçeği, **SUKDÖ:** Sosyal Uyum Kendini Değerlendirme Ölçeği

Tablo 4.4 incelendiğinde uygulanan korelasyon analizleri sonucunda çalışmaya katılan hastaların, AAİÖ puanları ile SUKDÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı orta düzeyde pozitif yönlü ilişki bulunmaktadır (r=0,366). Çatışmalar ve Olumsuz Duygular alt boyut puanları ile SUKDÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı orta düzeyde negatif yönlü ilişki bulunmaktadır (r=-0,368). Kurallar alt boyut puanları ile SUKDÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı düşük düzeyde pozitif yönlü ilişki bulunmaktadır (r=0,282). Sınırlar alt boyut puanları ile SUKDÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı düşük düzeyde pozitif yönlü ilişki bulunmaktadır (r=0,255)

Tablo 4.5. Tanıtıcı özelliklere göre ölçekler ve alt boyut puanlarının farklılıklarının incelenmesi

		AAİÖ	Aile İçi İletişim ve Olumlu Duygulanım	Çatışmalar ve Olumsuz Duygular	Kurallar	Sınırlar	SUKDÖ
		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Yaş	18-29	102,07±18,03	63,63±18,21	17,73±7,53	11,07±3,03	9,63±3,13	37,33±8,21
	30-65	109,61±13,51	70,98±14,77	17,00±6,33	11,73±2,61	9,90±3,25	38,73±9,06
	t;p	-2,363;**0,020***	-2,238;**0,027***	0,535;0,594	-1,190;0,237	-0,442;0,659	-0,863;0,390
Cinsiyet	Erkek	108,52±15,41	70,80±14,64	15,64±7,47	11,80±2,69	10,28±2,87	38,44±8,91
	Kadın	103,58±17,29	64,88±17,94	17,96±7,01	11,16±2,95	9,58±3,23	37,63±8,41
	t;p	1,302;0,196	1,525;0,130	-1,457;0,148	0,98;0,329	0,986;0,326	0,423;0,673
Medeni Durum	Evli	106,84±15,66	67,55±16,36	17,71±7,30	11,76±2,77	9,82±3,30	38,11±9,08
	Bekar	103,58±17,53	65,42±17,94	17,39±7,10	11,08±2,94	9,68±3,11	37,66±8,26
	t;p	0,985;0,326	0,624;0,534	0,231;0,818	1,206;0,230	0,216;0,830	0,269;0,789
Aynı Evde Yaşanılan Kişiler	Eş ve Çocuk	107,72±14,61	68,72±15,55	17,22±6,92	11,85±2,62	9,92±3,32	37,60±8,33
	Anne, Baba ve Kardeş	103,86±17,25	65,69±17,20	17,48±7,40	11,21±2,85	9,48±3,02	38,33±8,17
	Diğer Akraba	101,24±19,58	62,76±20,61	17,92±7,10	10,60±3,37	9,96±3,30	36,88±9,67
	F;p	1,226;0,297	0,928;0,398	0,072;0,931	1,490;0,230	0,316;0,730	0,267;0,766
Gelir Durumu	Kötü/Orta	103,94±16,54	64,66±17,08	18,56±6,95	11,21±2,96	9,51±3,23	37,29±8,13
	İyi	106,79±18,56	70,89±18,05	13,86±6,65	11,57±2,71	10,46±2,83	39,50±9,55
	t;p	-0,779;0,438	-1,674;0,097	3,176;**0,002***	-0,577;0,565	-1,417;0,159	-1,211;0,228
Eğitim Durumu	Lise ve Altı	105,31±13,47	67,83±13,72	15,72±6,11	11,55±2,52	10,21±3,35	38,21±7,98
	Üniversite	104,36±17,98	65,54±18,46	18,03±7,37	11,21±3,02	9,57±3,10	37,67±8,67
	t;p	0,262;0,794	0,616;0,539	-1,531;0,128	0,549;0,584	0,942;0,348	0,297;0,767
Çalışma Durumu	Çalışan	107,15±15,41	69,13±15,51	16,92±6,69	11,37±2,78	9,73±3,07	37,15±8,46
	Çalışmayan	102,14±18,14	63,17±18,74	18,03±7,55	11,22±3,03	9,71±3,27	38,41±8,54
	t;p	1,646;0,102	1,916;0,058	-0,865;0,388	0,275;0,784	0,033;0,974	-0,824;0,412

t: Bağımsız Örneklem T Testi, **F:**Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA), ***:** p<0,05, **AAİÖ:** Algılanan Aile İşlevselliği Ölçeği, **SUKDÖ:** Sosyal Uyum Kendini Değerlendirme Ölçeği

Tablo 4.5. (Devam) Tanıtıcı özelliklere göre ölçekler ve alt boyut puanlarının farklılıklarının incelenmesi

		AAİÖ	Aile İçi İletişim ve Olumlu Duygulanım	Çatışmalar ve Olumsuz Duygular	Kurallar	Sınırlar	SUKDÖ
		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Hastalık Süresi	12 Aydan Az	104,68±16,89	65,51±17,39	18,04±7,06	11,48±2,88	9,65±2,98	38,15±8,92
	12 Ay ve Fazlası	104,38±17,40	67,31±17,67	16,31±7,24	10,90±2,94	9,87±3,55	37,03±7,53
	t;p	0,089;0,929	-0,530;0,597	1,253;0,213	1,030;0,305	-0,353;0,725	0,685;0,495
İlaç Kullanımı	Düzenli (1)	105,51±15,44	67,02±16,23	17,07±6,84	11,58±2,62	9,83±3,09	38,06±8,64
	Düzensiz (2)	107,70±15,10	67,96±15,37	18,30±7,96	10,83±3,37	10,61±3,53	37,83±7,81
	Kullanmıyor (3)	96,89±23,19	59,79±23,42	18,26±7,58	10,63±3,39	8,21±2,55	36,63±8,96
	F;p	2,514;0,085	1,502;0,227	0,395;0,675	1,194;0,307	3,237;**0,043*** 2>3	0,216;0,806
Ailede Ruhsal Hastalık Varlığı	Evet	102,48±17,69	63,30±18,53	19,48±7,71	10,93±3,51	8,76±3,47	36,87±7,98
	Hayır	105,84±16,53	67,74±16,64	16,30±6,54	11,51±2,46	10,30±2,83	38,35±8,78
	t;p	-1,064;0,289	-1,371;0,173	2,439;**0,016***	-1,059;0,292	-2,676;**0,008***	-0,936;0,351

t: Bağımsız Örneklem T Testi, **F:**Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA), ***:** p<0,05, **AAİÖ:** Algılanan Aile İşlevselliği Ölçeği, **SUKDÖ:** Sosyal Uyum Kendini Değerlendirme Ölçeği

Tablo 4.5 incelendiğinde uygulanan istatistiksel analiz sonucunda çalışmaya katılan hastaların, Algılanan Aile İşlevselliği Ölçeği puanları yaş değişkenine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0,05$). Buna göre 30-65 yaş grubunun Algılanan Aile İşlevselliği Ölçeği puanları 18-29 yaş grubundan istatistiksel olarak anlamlı derecede daha fazladır.

Aile İçi İletişim ve Olumlu Duygulanım alt ölçek puanları yaş değişkenine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0,05$). Buna göre 30-65 yaş grubunun Aile İçi İletişim ve Olumlu Duygulanım alt ölçek puanları 18-29 yaş grubundan istatistiksel olarak anlamlı derecede daha fazladır.

Çatışmalar ve Olumsuz Duygular alt ölçek puanları gelir durumu ve ailede ruhsal hastalık varlığı değişkenlerine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0,05$). Buna göre gelir durumu kötü/orta olanların Çatışmalar ve Olumsuz Duygular alt ölçek puanları gelir durumu iyi olanlardan istatistiksel olarak anlamlı derecede daha fazladır. Ailede ruhsal hastalığı olanların Çatışmalar ve Olumsuz Duygular alt ölçek puanları ailede ruhsal hastalığı olmayanlardan istatistiksel olarak anlamlı derecede daha fazladır.

Kurallar alt ölçek puanları ile değişkenler arasında istatiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$).

Sınırlar alt ölçek puanları ilaç kullanımı ve ailede ruhsal hastalık varlığı değişkenlerine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0,05$). Buna göre ilaçlarını düzensiz kullananların Sınırlar alt ölçek puanları ilaçlarını kullanmayan kişilerden istatistiksel olarak anlamlı derecede daha fazladır. Ailede ruhsal hastalığı olmayanların Sınırlar alt ölçek puanları ailede ruhsal hastalığı olanlardan istatistiksel olarak anlamlı derecede daha fazladır.

Sosyal Uyum Kendini Değerlendirme Ölçeği puanları ile değişkenler arasında istatiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 4.6. Algılanan Aile İşlevselliği Ölçeği alt boyut puanlarının Sosyal Uyum Kendini Değerlendirme Ölçeği puanlarına etkisinin incelenmesi

Bağımsız Değişkenler	**β**	**St. Hata**	**St. β**	**t**	**p**	**VIF**
Aile İçi İletişim ve Olumlu Duygulanı	0,131	0,055	0,268	2,362	**0,020***	1,898
Çatışmalar ve Olumsuz Duygulaı	-0,201	0,137	-0,169	-1,462	0,146	1,964
Kurallar	0,215	0,286	0,073	0,751	0,454	1,403
Sınırlar	0,044	0,279	0,016	0,158	0,874	1,588
Model İstatistikleri	Bağımlı Değişken: Sosyal Uyum Kendini Değerlendirme Ölçeği F=7,297 p=0,000* R^2=0,198 Düzeltilmiş R^2=0,171 DW=1,934					

β:Regresyon Katsayısı *:p<0,05 DW:Durbin Watson

Tablo 4.6 incelendiğinde Algılanan Aile İşlevselliği Ölçeğinin alt boyut puanlarının (Aile İçi İletişim ve Olumlu Duygulanım, Çatışmalar ve Olumsuz Duygular, Kurallar, Sınırlar) Sosyal Uyum Kendini Değerlendirme Ölçeği Puanlarına etkisinin incelenmesi amacıyla kurulan çoklu doğrusal regresyon modeli istatistiksel olarak anlamlı bir modeldir ($F=7,297$ $p<0,001$). Kurulan modelde otokorelasyon ve çoklu bağlantı sorunu bulunmamaktadır ($DW=1,934$ $VIF<5$). Kurulan model ile Sosyal Uyum Kendini Değerlendirme Ölçeği Puanlarındaki değişimin %17,1'i açıklanmaktadır (Düzeltilmiş $R^2=0,171$).

Modele alınan bağımsız değişkenlerden sadece Aile İçi İletişim ve Olumlu Duygulanım alt ölçek puanlarının Sosyal Uyum Kendini Değerlendirme Ölçeği Puanlarına istatistiksel olarak anlamlı etkisi bulunmaktadır ($p<0,05$). Buna göre Aile İçi İletişim ve Olumlu Duygulanım puanları 1 birim arttığında Sosyal Uyum Kendini Değerlendirme Ölçeği Puanları 0,131 artmaktadır ($\beta=0,131$).

5. TARTIŞMA

Dünya çapında birçok insanı etkisi altına alan ruhsal bir bozukluk olan depresyonun görülme sıklığı her geçen yıl artmaktadır. Depresyon çeşitli belirtilere sahip olmakla birlikte sosyal yaşamı yoğun ölçüde etkileyen bir bozukluktur. Depresyonun gelişimi ve sürecinde birçok faktörün yer almasının yanında ailenin de önemli bir faktör olduğu bilinmektedir. Aile içindeki dinamikler, iletişimsel sorunlar depresyonun oluşumuna yol açmakta ve depresyon hastalarının tedavi sürecini olumsuz etkilemektedir.

Bu çalışma depresyon hastalarının algıladıkları aile işlevsellikleri ile sosyal uyum düzeyleri ve ilişkili olan faktörleri değerlendirmek amaçlı yapılmıştır. Konu üzerine gelecekte yapılacak ulusal veya uluslararası araştırmalara kaynak olabilmesi adına çalışmadan elde edilen bulgular aşağıda ele alınan başlıklarla tartışılmıştır:

- Depresyon hastalarının tanıtıcı özelliklerine yönelik bulguların tartışılması
- Depresyon hastalarının algılanan aile işlevselliği ve alt boyut puanlarına ilişkin bulguların tartışılması
- Depresyon hastalarının sosyal uyum kendini değerlendirme puanlarına yönelik bulguların tartışılması
- Depresyon hastalarının algıladıkları aile işlevselliği ile sosyal uyum kendini değerlendirme puanları arasındaki ilişkinin incelenmesine yönelik bulguların tartışılması
- Depresyon hastalarının tanıtıcı özelliklerine göre Algılanan Aile İşlevselliği Ölçeği ve alt boyut puanları ile Sosyal Uyum Kendini Değerlendirme Ölçeği puan farklılıklarının tartışılması

Çalışmaya katılım sağlayan hastaların tanıtıcı özellikleri incelendiğinde, depresyon tanılı hastaların büyük çoğunluğunu kadın hastaların oluşturduğu görülmüştür. Benzer şekilde Nazar ve ark. (2022) yapmış olduğu araştırmada kadınlarda depresyon görülme oranının daha fazla olduğu sonucuna ulaşmıştır (74). Johansson ve ark. (2013) gerçekleştirmiş olduğu araştırmada kadınlarda depresyon görülme sıklığının erkeklere oranla daha yüksek olduğunu belirtmiştir (75). Freeman ve ark. (2016) üç farklı avrupa ülkesinde depresyona yönelik yapmış oldukları araştırma sonucunda da benzer şekilde depresyonun kadınlarda daha sık görüldüğü sonucunu vurgulamıştır (76). Türkiye'de Medeni ve ark. (2020) tarafından yapılan bir başka çalışmada ise depresyon oranının kadınlarda erkeklerden 2,5 kat daha fazla olduğu belirtilmiştir

(77). Çalışmamız ve yapılan diğer araştırmaların sonuçları göz önüne alındığında, kadınlarda adet döngüsü, gebelik durumu gibi hormonal değişikliklerin; kadınlardan beklenen ideal anne, ideal eş, ideal çalışan gibi geleneksel toplumsal normların, rollerin, sorumlulukların fazlalığının ve dünya çapında gittikçe artmakta olan kadına yönelik her türlü şiddetin kadınlarda depresyonun daha yüksek oranda olmasına sebep olabileceğini düşündürmektedir.

Çalışmaya katılım sağlamış olan hastaların yaşlarını incelediğimizde, 18-29 yaş aralığındaki hastaların oranının daha fazla olduğu ve yaş ortalamalarının ise 29,43±10,40 olduğu saptanmıştır. Konuya yönelik yapılan literatür taramasında Freeman ve ark. (2016) yaptıkları araştırmada Finlandiya'da genç nüfusta, İspanya'da ise yaşlı nüfusta depresyon oranının daha yüksek olduğu sonucuna ulaşmıştır (76). Taşgın ve ark. (2021) tarafından kadınlarla yapılmış olan ve yaş ortalaması 31,2±9,9 olan araştırmada orta düzeyde depresyon oranının en çok 18-25 yaş aralığında, şiddetli depresyonun ise 36-45 yaş aralığında daha sık görüldüğü sonucuna ulaşılmıştır (78). Goodwin ve ark. (2022) Amerika'da yaptıkları araştırmada 2015-2019 yılları arasında depresyonun yayılımına yönelik unsurlar incelenmiş olup, araştırma sonucunda yıllar içerisinde 35 yaş altındaki yaş gruplarında depresyon oranının artmış olduğu bulunmuştur. Aynı zamanda çalışmada 2020 yılında depresyon oranının en yüksek olduğu yaş grubunun 18-25 yaş olduğu sonucuna ulaşılmıştır (79). İncelenen araştırmalarda depresyon oranı yüksek olan yaş grubu bizim çalışmamızla benzerlik göstermektedir. Orta yetişkinlik olarak tanımlanan 30'lu yaşlar hayatın olağan akışından kaynaklı diğer dönemlere göre daha fazla sorumluluk alınan bir dönemdir. Kariyer sahibi olma isteği, yoğun çalışma temposu, iş yaşamının zorluğu, evlilik, çocuk sahibi olma, ekonomik bağımsızlığa kavuşma isteği gibi beklentiler ve sorumluluklardan dolayı bireylerde tükenmişlik hissinin yaşanabileceği bir süreç olabilmektedir. Çalışma sonucumuzda birçok psikososyal faktörün etkili olduğu düşünülmektedir.

Çalışmamızda dikkat çeken kavramlardan bir diğeri ise eğitim durumudur. Çalışmaya katılan hastaların büyük çoğunluğunu üniversite mezunları oluşturmuştur. Goodwin ve ark. (2022) yaptıkları araştırmada çalışmamıza benzer olarak üniversite eğitimi olan kişilerin, düşük eğitim seviyelerine oranla daha sık depresyon yaşadığı vurgulanmıştır (79). Bu araştırmaya ek olarak Sheldon ve ark. (2021) yaptıkları meta analizde yüksek öğretim düzeyinin depresyon için risk faktörü olabileceği üzerinde durmuştur (80). Diğer bir taraftan da depresif hastaların eğitim durumlarının düşük olduğu sonucunu veren araştırmalar da mevcuttur. Örnek olarak Bjelland ve ark. (2008) tarafından yapılan, yüksek eğitim seviyesinin depresyona karşı

koruyucu olabileceği sonucuna ulaşılan araştırma verilebilir (81). Aynı zamanda Türkiye'de Medeni ve ark. (2020) tarafından yapılan araştırmada okul bitirmemiş bireylerin, ilkokul ve üzeri seviyede mezun olmuş bireylere göre depresyon oranının 3,20 kez daha fazla olduğu bulunmuştur (77). Bu sonuçlara bakılarak tek başına eğitim durumunun depresyon için bir risk faktörü olamayacağını söyleyebiliriz. Akademik kaygılar, derslerin yoğunluğu, gelecek ve kariyere yönelik bilinmezlikler, üniversite sürecinde aileden uzaklaşma gibi faktörlerin depresyon görülme sıklığını arttırabileceği söylenebilirken, öte yandan eğitim seviyesi yüksek olan bireylerin ruhsal sağlığa yönelik daha bilinçli yaklaşmasının bu oranı azaltabileceği de düşünülmektedir.

Çalışmaya katılım sağlayan hastaların yarısından fazlasının bekar olduğu görülmüştür. Evli olma durumunun psikoloji üzerine olumlu etkileri olduğu bilinmekle birlikte ileriki yaşlarda evliliğin depresyona yönelik etkisinin azaldığı belirtilmektedir (25). 2013 yılında Öngider ve Eyüboğlu tarafından yapılan araştırma çalışmamızı destekler nitelikte olup bekar hastaların depresyon puanlarının evlilere nazaran daha yüksek olduğu bulunmuştur (82). Beutel ve ark. (2017) yalnızlığın depresyona sebep olabildiği sonucuna ulaşmıştır (83). Depresyon oranının evlilerde düşük çıkmasını evli bireylerin her an onlara destek olabilecek birine sahip olmaları gerçeğini düşündürmektedir. Çalışmaya katılım sağlayan hastaların çoğunluğunun genç diyebileceğimiz yaş kategorisinde olması da bekar hasta sayısının daha yüksek oranda olmasına etken olarak yorumlanabilir.

Çalışmaya katılan hastaların büyük çoğunluğunun anne, baba veya kardeşiyle birlikte yaşadığı, herhangi bir işte çalışmadığı ve orta gelir seviyesine sahip olduğu saptanmıştır. Heslin ve ark. (2016) tarafından yapılan araştırmada yalnız yaşamanın psikotik majör depresyon ile ilişkili olduğu belirtilmiştir (84). Mykyta 2024 yılında yaptığı araştırmada yalnız yaşayan yetişkinlerin başkalarıyla yaşayan yetişkinlere oranla daha yüksek depresif duygulara sahip olduğu sonucuna ulaşmıştır (85). Aylaz ve ark. (2024) tarafından Türkiye'de gerçekleştirilen araştırmada yalnız yaşayan yaşlı bireylerin depresyon puanlarının daha yüksek olduğu belirtilmiştir (86). Elde edilen bu sonuçlar yalnız yaşamanın sosyal izolasyon durumunu artırarak destek sistemlerinde azalmaya neden olabilmesi sebebiyle depresyon riskini artırabileceğini vurgulamaktadır. Diğer yandan çalışmamıza benzer bir sonuca ulaşan Shi ve ark. (2024) majör depresif bozukluğa sahip kişilerle yapılan araştırmada hastaların çoğunlukla akrabalarıyla yaşadığı belirlenmiştir (87). Çalışmamızda hastaların genç yaşta olmasının sonucu desteklediği düşünülmektedir. Taşgın ve ark. (2021) yaptıkları araştırma ile

depresyonun çalışmayan kadınlarda çalışanlara oranla daha sık görüldüğünü bildirmişlerdir (78). Dönmez ve ark. (2017) tarafından yapılan araştırmada çalışan annelerde depresyon görülme oranının daha az olduğu saptanmıştır (88). Çalışma hayatı bireylere sosyalleşme ve ekonomik özgürlük elde etme yönünde kazançlar sağlamaktadır. Böylelikle çalışmanın bireylerin benlik saygılarında artma ve depresyon düzeylerinde azalma yaşanabileceğini düşündürmektedir. Xue ve ark. (2021) Çin'de yaptıkları bir araştırmada sosyoekonomik düzey düştükçe depresyon riskinin arttığı sonucuna ulaşmışlardır (89). Lasserre ve ark. (2022) tarafından yapılan araştırmada düşük sosyoekonomik düzeyin depresyon riski oluşturduğu belirtilmiştir (90). Almanya'da Chae ve ark. (2022) tarafından gerçekleştirilen araştırmada da benzer sonuca ulaşılmıştır (91). Türk ve Işık (2023) tarafından yaşlı bireyler ile Türkiye'de gerçekleştirdikleri araştırmada gelir düzeyi arttıkça depresyon riskinin azaldığı belirlenmiştir (92). Literatürde elde edilen bu sonuçlar gelir durumunun iyi olmasıyla bireylerin daha rahat bir hayat sürmeleri ve daha sık sosyal aktivitelerde bulunabilmeleri şeklinde yorumlanabilir.

Çalışmaya katılan hastaların büyük çoğunluğunun hastalık süresinin 12 aydan az olduğu, ilaçlarını düzenli kullandığı, hastaneye yatışının bulunmadığı ve ailesinde ruhsal hastalık bulunmadığı belirlenmiştir. Pitanupong ve Sammathit (2023) tarafından Tayland'da yapılan araştırmada depresyon tanısıyla takip edilen hastaların %97'sinin iyi ilaç uyumuna sahip oldukları saptanmıştır (93). Santi ve ark. (2023) yılında depresyon hastaları ile antidepresanların etkileri üzerine yaptıkları araştırmada katılımcıların çoğunun orta ya da yüksek derecede ilaç uyumu gösterdiğini ve daha yüksek ilaç uyumunun daha az depresif semptomlarla ilişkili olduğunu bildirmişlerdir (94). Benzer olarak Türkiye'de Ervatan ve ark. (2003) tarafından yapılan araştırmada depresif hastaların çoğunluğunun tedaviye uyum sağladığı sonucuna ulaşmışlardır (95). Güvenç (2024) yaptığı çalışmasında majör depresyon tanısına sahip hastaların büyük çoğunluğunun hastaneye yatışı olmadığını belirtmiştir (96). Han ve ark. (2021) tarafından yapılan bir araştırmada şizofren, bipolar ve depresif bozukluğa sahip olan hastalar arasında hastaneye en düşük yatış oranının depresif bozukluk tanılı hastalarda olduğu belirtilmiştir (97). Elde edilen sonuçlar depresyon hastalarının ilaç uyumlarının yüksek olması ile hastaneye yatış oranlarının düşük olması arasında bir ilişki olabileceğini düşündürmektedir. İsveç'te Nordh ve ark. (2022) tarafından yapılan araştırmada ebeveynlerinde depresyon, anksiyete gibi psikiyatrik bozukluk bulunan çocukların çoğunun yüksek düzeyde ruh sağlığı sorunu yaşadığı bildirilmiştir (98). Gao ve ark. (2020) gerçekleştirdikleri araştırmada herhangi bir psikolojik bozukluk yaşayan çocukların ailelerinde

de benzer bozukluklar olduğu sonucuna ulaşmışlardır (99). Türkiye'de Aytaç (2021) tarafından yapılan çalışmada depresyon tanılı çocukların ailelerinde psikiyatrik hastalık bulunma oranının daha yüksek olduğu belirtilmiştir (100). Bu durum aile işlevselliğinde bozulmayla birlikte diğer aile üyelerinde de ruhsal bozuklukların ortaya çıkabileceği şeklinde yorumlanabilir.

Bireyleri biyolojik, sosyal ve psikolojik olarak birçok açıdan etkileyen aile hayatı, depresyon tanılı hastalarda önemli bir faktördür. Hastalığın oluşum sürecinden tedavi, iyileşme ve hatta iyileşme sonrasındaki döneme kadar aile ortamının etkisi kendini göstermektedir (34,55). Çalışmaya katılım sağlayan hastaların aile işlevselliğini ölçmek amaçlı kullanılan Algılanan Aile İşlevselliği Ölçeğine yönelik aldıkları puanları incelediğimizde, puanların orta seviyenin biraz üstünde olduğu göze çarpmaktadır. Ölçeğin 4 alt boyutunu tek tek değerlendirdiğimiz zaman ise hastaların aile içi iletişim ve olumlu duygular alt ölçek ile kurallar alt ölçeklerinden aldıkları puanlar orta seviyenin üzerinde olduğu görülmüştür. Çatışmalar ve olumsuz duygulara yönelik alt ölçek puanlarının ise orta seviyenin altında kaldığı, sınırlar boyutundan aldıkları alt ölçek puanlarının ise orta seviyenin biraz üstünde kaldığı belirlenmiştir. Bian ve ark. (2024) yapmış oldukları sistematik analizde aile uyumu düşük olan bireylerin daha yüksek seviyede depresyon deneyimlemeye yatkın oldukları sonucuna ulaşmıştır (101). Meng ve ark. (2011) üniversite öğrencileriyle gerçekleştirdikleri araştırma sonucunda da benzer şekilde aile ilişkileri tatmin edici olmayan ve destek eksikliği hisseden bireylerin daha sık depresyon ve anksiyete deneyimlediklerini belirtmişlerdir (102). Lopez ve ark. (2022) ergenler ve aileleriyle yaptıkları randomize kontrollü araştırmada aile iletişim kalitesinin depresyon belirtileri ve intihar düşünceleri üzerine etkisi olduğu sonucuna ulaşılmıştır (103). Konuya yönelik bir diğer randomize kontrollü araştırma ise Mpinga ve ark. (2023) tarafından yapılmıştır. Araştırma depresif hastalara sahip ailelerle gerçekleştirilmiş olup diğer aile üyelerinin de depresif belirtiler gösterdikleri sonucuna ulaşılmıştır. Aynı araştırma daha yüksek sosyal destek seviyesine sahip ailelerde depresyon görülme oranının daha düşük olduğunu göstermiştir (104). Yap ve Jorm (2015) ailesel faktörlerin depresyona etkisine yönelik yaptıkları meta analizle, ebeveynler arası çatışmaların çocuklarda depresif sorunları artırdığı sonucuna ulaşmışlardır (105). Türkiye'de Gülen ve ark. (2021) tarafından gerçekleştirilen bir araştırmada ebeveynleri birlikte yaşayan ergenlerin depresyon puanlarının daha düşük olduğu göze çarpmaktadır. Aynı zamanda aileleri parçalanmış ergenlerin yarısından fazlasının depresyon puanlarının yüksek olduğu ve ailesinde ruhsal hastalık bulunan ergenlerin bulunmayanlara oranla depresyon puanlarının daha yüksek olduğu belirtilmiştir (106). Taşpınar

ve ark. (2021) tarafından yapılmış olan bir diğer araştırmada gebeliğinde aile içi şiddete maruz kalan kadınların postpartum depresyon yaşama risklerinin daha yüksek olduğu bulunmuştur (107). Yalçın ve Özdemir (2021) ebeveyn tutumlarının ergenler üzerindeki etkisine yönelik yaptıkları araştırma ile demokratik ortama sahip ailelerdeki ergenlerin daha düşük depresyon seviyesine sahip olup otoriter ailelerdeki ergenlerin ise depresyon seviyesinin arttığını bulmuşlardır (108). Yapılan literatür taramasından elde edilen bilgiler ışığında ailenin depresyona yönelik etkisi azımsanamayacak düzeydedir. İletişim kalitesi yüksek ve birbirlerine destek olan ailelere sahip bireyler deneyimledikleri her türlü duyguyu, stresi ve travmayı aileleriyle paylaşmaya daha yatkındır. Bu durumun sonucunda hayatımızın büyük ve vazgeçilmez bir parçasını oluşturan aile, bireyler adına önemli bir destek sistemi haline gelmektedir. Aile işlevselliğine yönelik yaşanan sorunların depresyona sebep olması hastaların destek sistemi kaybı sonucu baş etme becerilerinin düşmesiyle açıklanabilir.

Çalışmaya katılım sağlayan hastalar arasında yaş aralığı 30-65 olan bireylerin Algılanan Aile İşlevselliği Ölçeği ve aile içi iletişim ve olumlu duygulanım alt ölçek puanlarının 18-29 yaş aralığına göre istatistiksel olarak anlamlı derecede fazla olduğu belirlenmiştir. Duman (2021) yaptığı araştırmada üniversite öğrencileriyle çalışmış, öğrencilerin aile ve aile ilişkilerine yönelik tutumlarını sorgulamıştır. Bu araştırma sonucunda farklı koşullarda yetişmiş kuşakların aileye yönelik algı, tutum ve davranışlarının farklılık gösterdiğini, bu durumdan dolayı genç kuşakların aile içinde ciddi sorunlar yaşadığı sonucuna ulaşmıştır (109). Taşfiliz ve ark. (2020) yakın ilişkiler üzerine yaptıkları bir araştırmada algılanan aile duyarlılığının yaşla birlikte arttığı sonucuna ulaşmışlardır (110). Kaplaner ve Satan (2020) evlilik çatışmaları üzerine bir araştırma yapmışlardır. Yaptıkları araştırma sonucunda ise evlilik çatışmalarının en sık 20-30 yaş grubunda görüldüğü ve yaş arttıkça evlilik çatışma puanının azaldığı bulunmuştur (111). Kirman (2020) tarafından ruhsal bozukluğu bulunan kadın hastalarda intihar davranışı ve aile ilişkileri üzerine yapılan bir çalışmada intihar yaşı azaldıkça katılımcıların, aile fonksiyonlarından duygusal tepki verebilme, davranış kontrolü, iletişim ve genel işlevlerden aldıkları puanların düştüğü sonucuna ulaşılmıştır (112). Literatür taramasında elde edilen bu bulgular çalışmamızı destekler durumdadır. Bu durum bireylerin ergenlik ve gençlik dönemlerinde kendilerini kanıtlama çabalarına yönelik özgür olma istekleri, aileleriyle çatışmalar yaşamalarına yol açabilir ve bu durum aile işlevselliğini olumsuz etkileyebilir. Yaş aldıkça bireyler olgunlaşmakta, sorumluluk duygusu artmakta, yaşamda bir takım başarılar elde ederek kendilerini kanıtlama çabaları azalmakta, iletişim ve sorun çözme becerileri artarak

çatışmalar azalmaktadır. Aile iletişimi ve işlevselliğin bu durumlara bağlı olarak iyileşebildiği düşünülmektedir.

Çalışmamızda katılımcıların gelir düzeyi kötü ya da orta olanların çatışma ve olumsuz duygular alt ölçeğine yönelik puanları gelir durumu iyi olanlara göre anlamlı bir şekilde yüksektir. Konuya yönelik yapılan taramada benzer sonuçlara ulaşılmıştır. Alcaraz ve ark. (2024) yaptıkları araştırmada gelir durumu düşük ailelere mensup kişilerin daha fazla olumsuz çocukluk deneyimlerine sahip oldukları sonucuna ulaşmışlardır (113). Fisher ve ark. (2024) yaptıkları araştırmada dört ve üstü olumsuz çocuk deneyimi bildiren kişilerin, hiç bildirmeyenlere nazaran daha düşük gelir durumuna sahip olduklarını belirtmiştir (114). Yıldırım ve Kızmaz (2019) aile içi şiddete yönelik yaptıkları bir araştırmada gelir düzeyi düşük olan ailelere mensup öğrencilerin diğer öğrencilere oranla daha fazla şiddete maruz kaldıklarını saptamıştır (115). Ek olarak düşük gelir düzeyi ile evi geçindirmek, çocukların ihtiyaçlarını karşılamak ve aynı zamanda ailenin sadece ihtiyaç değil isteklerini karşılamak oldukça zor bir durumdur. Özellikle gençlerin sosyal medyada gördükleri hayatlara özenmesi, kendi ailelerinin böyle bir hayat sağlayamaması sonucu olumsuz duygulara kapılması çağımızın sorunlarından biridir. Dolayısıyla ekonomik sıkıntıların; bireylerin stresi deneyimlemesine, aileye yeterince zaman ayıramamaya bağlı yeterli duygusal aktarım sağlanamamasına sebep olabileceğini düşündürmektedir. Bu durum ailede psikolojik sorunların yaşanmasına ve aile içi sağlıklı iletişim kurulmasına engel olabilir.

Çalışmaya katılım sağlamış olan hastaların ailesinde başka ruhsal bozukluk bulunanların çatışma ve olumsuz duygular alt ölçek puanları bulunmayanlara göre anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. Aynı zamanda ailesinde ruhsal bozukluk bulunmayan katılımcıların ailesinde ruhsal hastalık bulunanlara göre sınırlar alt ölçek puanlarının anlamlı olarak yüksek olduğu bulunmuştur. Karataş (2020) yaptığı araştırmada madde kullanım bozukluğu olan kişilerin aile ilişkilerinin bozulduğunu belirtmiştir (116). Mender ve ark. (2022) yaptıkları araştırmada alkol kullanım bozukluğu olan kişilerin olmayanlara göre aile değerlendirme ölçeğinden aldıkları puanların daha düşük olduğu bulunmuştur (117). Ailede psikiyatrik bir bozukluğun bulunması aile işlevlerini etkileyerek sağlıklı kişilerde de sorunlar yaratabilmektedir. Böylelikle aile içerisinde olumsuz duygular ve çatışmalar daha sık yaşanabilir. Muthukumaran ve ark. (2024) yaptıkları araştırma sonucunda birden fazla üyesinde psikiyatrik bozukluk bulunan ailelerin bulunmayanlara göre sosyal, eğitimsel ve ekonomik alanlarda daha fazla sorun yaşadıkları sonucuna ulaşmışlardır (118). Ailede birden fazla

psikiyatrik rahatsızlığın bulunması aileyi sosyal ve eğitimsel alanda etkilemesinin sonucunda bu durumun aile içerisinde çatışmalara ve sınırların bozulmasına yönelik tutumlara yol açabileceğini düşündürmektedir. Stapp ve ark. (2020) yaptıkları sistematik incelemede, bipolar bozukluğa sahip ebeveynlerin çocukları üzerine yapılmış araştırmaları incelemişlerdir. Bu incelemede çocuklarında da psikiyatrik bozukluk bulunan ailelerde daha fazla çatışma yaşandığı sonucuna ulaşılmıştır (119). Ailede birden fazla ruhsal bozukluk bulunması aile içinde yaşanan olumsuz duyguların yoğunluğunu artırarak işlevsellikte düşmeye sebep olabilir. Bu durumun sonucunda çatışmaların görülmesi kaçınılmaz hale gelebilmektedir. Çatışmaların sık görüldüğü ailelerde sınırlara yönelik sorunların da yaşanacak olması çalışmamızda ortaya çıkan bu bulguların sebebini ortaya koymaktadır.

Sınırlar aile içinde iletişimi düzenlemekle birlikte ailenin işlevselliğini de etkilemektedir. İşlevsel ailelerin farklı sistemlerinin ve aynı sistem içinde bulunan bireylerinin arasındaki sınırlar belirgindir. Aile üyeleri ihtiyaç halinde birbirleriyle uygun bir şekilde iletişime geçmektedir (44,120). Çalışmamızda düzensiz ilaç kullanan hastaların ilaç kullanmayanlara göre sınırlar alt ölçek puanlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Teng ve ark. tarafından (2022) yapılan meta analizde majör depresif bozukluğu olan çocuk ve ergenler arasından antidepresan kullanımı olanların aile ve sosyal çevrelerinde işlevselliklerinin daha iyi olduğu belirlenmiştir (121). Sonuçlar düzensiz ilaç kullanımı olsa da aile ilişkileri üzerinde olumlu etkiler yaratabileceğini düşündürmektedir. Timlin ve ark. (2015) gerçekleştirdikleri araştırmada anneleriyle yakın ilişkileri olan psikiyatrik bozukluğa sahip ergenlerin tedaviye uyum oranlarının daha düşük olduğunu belirtmişlerdir.Anne ile olan yakın ilişkiler ergenlerin özerkliğe erişmelerini ve sınırların oluşmasını engelleyerek tedavi uyumlarını etkileyebilmektedir. Aynı araştırmada aile işlevsellikleri yüksek olan ergenlerin tedavi uyumlarının da iyi olduğu belirtilmiştir (122). Halim ve ark. (2025) tarafından yapılan araştırmada da orta veya düşük ilaç uyumunun aile desteği ile ilişkili olduğu sonucuna ulaşılmıştır (123). Elde edilen sonuçlar ilaç kullanımı ve aile ilişkileri arasında karşılıklı olumlu etkiler olduğunu düşündürmektedir.

Sosyal uyum, hastaları her alanda etkileyen inatçı bir depresyon belirtisi olmakla birlikte tedavi sürecini de etkilemektedir. İyileşme dönemi ve sonrasında bile devam edebilen sosyal uyum sorunları, hastaların hayatını yorucu hale getirerek olumsuz yönde etkilemektedir (34,55). Tedavisi oldukça zor olan sosyal uyuma yönelik Kremer ve ark. (2023) yaptıkları araştırmada, antidepresanların sosyal uyum üzerine etkisinin düşük olduğunu saptamıştır (124).

Bu sebeple sosyal uyum depresyon hastaları için üzerinde durulması gereken önemli bir problemdir. Çalışmaya katılım sağlayanların Sosyal Uyum Kendini Değerlendirme ölçeğinden aldıkları puanlara bakıldığında, hastaların yarısından fazlasının sosyal uyum düzeylerini normal seviye sınırına yakın değerlendirdiği görülmüştür. Yapılan literatür taramasında hem yurt dışında hem de ülkemizde konu ile alakalı birçok araştırmaya ulaşılmıştır. Bu araştırmalardan biri Jha ve ark. (2021) tarafından yapılmış olup, sonucunda düşük sosyal işlevsellik ve depresyon arasında bir ilişki olduğu bulunmuştur (125). Woods ve ark. (2021) yaşlı bireylerle gerçekleştirdikleri araştırmada sosyal desteğin depresif hastalarda tedaviye yarar sağladığı sonucuna ulaşmıştır (126). Porcelli ve ark. (2019) tarafından yapılmış başka bir araştırma sonucunda da düşük sosyal işlevselliğin duygudurum bozuklukları ve intihar riskini artırdığı belirtilmiştir (127). Türkiye'de yapılan araştırmalarda da benzer sonuçlara ulaşılmıştır. 2020 yılında Güzel ve Ergün'ün yaptıkları araştırmada üniversite öğrencilerinin depresyon düzeyleri ve sosyal ilişkileri arasında negatif yönlü ilişki olduğu bulunmuştur (128). Yıldız ve ark. (2023) sosyal desteği olan bireylerin olmayanlara nazaran daha az depresif belirti gösterdiklerini belirtmiştir (129). Şahin ve Yılmaz (2023) yaptıkları araştırmada da aynı sonuca ulaşmışlardır (130). Literatür taramasında ulaşılan bu benzer sonuçlar sosyal uyumun depresyon üzerindeki etkisini kanıtlar niteliktedir. Çalışmamızda hastaların büyük kısmının sosyal uyum seviyesi normal sınırda gözükse de puan ortalamaları normal sınır seviyesine yakın durumdadır.

Çalışma sonucunda elde edilen bulgularda sosyal uyum düzeyi ile bağımsız değişkenler arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Çalışmaya katılan hastaların yaşlarına baktığımızda sosyal uyumla anlamlı bir ilişki bulunmamasına rağmen 18-29 yaş aralığındaki hastaların 30-65 yaş aralığındaki hastalara göre sosyal uyum ölçeğinden aldıkları puan ortalaması daha düşüktür. Zu ve ark. (2024) tarafından yapılmış olan araştırmada 45 yaş altındaki depresif bireylerin sosyal uyum düzeylerinin 45 yaş üstü bireylere göre daha düşük olduğu bulunmuştur (131). Bu durum yaş aldıkça insanların arkadaş seçimlerinde ve ilişkilerinde daha olgun ve kontrollü davranması ile açıklanabilir. Böylelikle bireylerin algıladıkları sosyal uyum düzeyleri yükselmektedir. Diğer yandan Martin ve ark. (2015) yaptıkları araştırmada belli psikotik bozukluğu olan hastalarla çalışmış ve sonucunda artan yaş ile zayıf sosyal işlevsellik arasında ilişki olduğunu bulmuştur (132). Farklı tanılı hastalar üzerine çalışılmış olmasının çalışmalar arasında böyle bir farklılığa sebep olabileceğini düşündürmektedir. Çalışmada göze çarpan bir diğer bulgu ise gelir düzeyini iyi olarak algılayan hastaların sosyal uyum puanlarının ortalamasının kötü veya orta olarak algılayanlara göre yüksek olmasıdır. Sun ve ark. (2023)

yaptıkları araştırmada benzer şekilde daha yüksek gelire sahip kişilerin daha iyi sosyal etkileşime sahip olduğu sonucuna ulaşmıştır (133). Bingöl ve ark. (2011) tarafından yapılan bir başka araştırmada da aylık gelir düzeyi azaldıkça sosyal uyumun da azaldığı saptanmıştır (61). Gelir düzeyi düşük olan bireylerin sosyal aktivite ve hobilerine bütçe ayırmakta zorluk yaşayabilecek olması beklenen bu sonucu ortaya çıkarmıştır.

İnsanlar arası ilişki ve iletişimin temellerinin atıldığı aile ortamı, çocukluktan itibaren yaşamın her alanında kişileri etkilemektedir. Aile, kişilerin inanç sistemlerini, hoşlandıkları aktiviteleri ve kariyer seçimlerini bile etkileyerek insanların sosyal yaşantısını yönlendirmektedir. Sosyal hayat üzerine bu kadar etkisi olan aile, kişilerin sosyal beceri ve uyum seviyelerini de etkilemektedir. Bireyin okul hayatından evliliğine kadar kurduğu ilişkilerin hepsinin temelinde aile ilişkilerinden gelen kültür, öğretiler ve alışkanlıklar yer almaktadır (44,45).

Çalışmaya katılım sağlayan hastaların algıladıkları aile işlevsellikleri ve sosyal uyum düzeyleri arasında anlamlı orta düzeyde pozitif bir ilişki olduğu saptanmıştır. Bunun yanında Algılanan Aile İşlevselliği Ölçeğinin aile içi iletişim ve olumlu duygulanım, kurallar ve sınırlar alt ölçekleri ile sosyal uyum arasında orta düzeyde anlamlı pozitif yönlü bir ilişki olduğu bulunmuştur. Öte yandan çatışmalar ve olumsuz duygular alt ölçeği ile negatif yönlü ilişkisi olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Konuya yönelik yapılan literatür taramasında araştırmaların daha çok ergen ve çocuklarla yapıldığı göze çarpmaktadır. Eker (2021) yapmış olduğu çalışmada ailelerin demokratik tutum sergilemesinin çocuklarda sosyal uyum ve beceriyi artıracağı sonucuna ulaşmıştır (134). Bir diğer çalışma 2019 yılında Özübek tarafından yapılmıştır. Bu çalışma sonucunda ise annenin demokratik tutumu üzerine durulmuş ve bu tutum ile sosyal uyumsuzluk arasında anlamlı negatif yönde bir ilişki olduğu bulunmuştur. Bunun yanında aynı çalışmada otoriter ve aşırı koruyucu ailelerin çocuklarının sosyal uyumsuzluk yönünde etkilendiği bulunmuştur (135). Benzer bir araştırma Özyürek (2015) tarafından yapılmış ve sonucunda demokratik annelerin çocuklarının sosyal beceri seviyeleri yüksek bulunmuştur (136). Çalışmamıza dahil elde edilen bu sonuçlar ailenin demokratik ve saygılı bir tutumda olmasının aile içi iletişimi kuvvetlendirdiği, kurallar ve sınırlar yönünden ise netlik sağladığını düşündürmektedir. Böylelikle algılanan aile işlevselliği seviyesi yükselerek, kişilerin sosyal uyum seviyelerini de artırmaktadır. Olumlu aile iletişimine yönelik yapılan araştırmalardan biri de Zhang ve ark. (2023) tarafından yapılmıştır. Araştırma sonucunda olumlu aile işlevselliğinin depresyonu ve bunun yanında sosyal kaygının depresyona olan etkisini azalttığı saptanmıştır

(137). Kalyencioğlu ve Kutlu (2010) tarafından yapılan araştırmada aile işlevlerini olumsuz olarak algılayan ergenlerin uyum düzeylerinin daha düşük olduğu saptanmıştır (138). Küçükşen ve ark. (2016) ise konuya yönelik araştırmalarını madde bağımlıları ile gerçekleştirmişlerdir. Araştırma sonucunda aile işlevselliği ile hastaların sosyal destek algıları arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğunu bulunmuştur (139). Ek olarak aile içi şiddete yönelik Dursun (2018) yaptığı tez çalışmasında çocukluk döneminde aile içi şiddete maruz kalan bireylerin özgüven düşüklüğü ve öfke problemleri yaşadığı sonucuna ulaşmıştır (140). Yapılan araştırmalardaki bulgular, kişilerin aile içindeki iletişim ve ilişkilerinin olumlu yönde olmasının sosyal uyum, beceri ve destek yönünden bireyleri olumlu yönde etkilediğini göstermektedir. Diğer taraftan bu bulgular iletişimin olumsuz olduğu, sınırlara saygı gösterilmeyen ve hatta şiddet içeren aile üyesi olan bireylerin ise sosyal hayatta çevrelerine ve akranlarına uyum sağlamakta zorlandıklarını, sosyal ilişki kurmak ve yönetmekte beceri sahibi olamadıklarını, kendilerine olan saygılarının düşük olduğunu göstermektedir. Bu durum bireylerin sosyal geri çekilme yaşamasına, keyif alabilecekleri aktivitelerden uzaklaşmasına ve eğitim hayatlarının dolayısıyla kariyer seçimlerinin etkilenmesi sebep olabilir.

Çalışmada kullanılan Algılanan Aile İşlevselliği Ölçeğinin alt boyutlarından olan çatışmalar ve olumsuz duygular alt ölçeği diğer alt ölçeklerin aksine sosyal uyumu negatif yönde etkilemektedir. Yapılan taramada ulaşılan araştırmalardan biri Abreu ve ark. (2024) tarafından yapılmış ve aileden gelen olumsuz desteğin sosyal hayatı ve sağlık algısını ileriye yönelik etkilediği sonucuna ulaşılmıştır (141). Özkurt ve Camadan (2018) öğrencilerle yaptıkları bir araştırmada sosyal uyum düzeyi yüksek olanların ailelerinde daha az anlaşmazlık görüldüğünü bulmuştur (64). Ren ve ark. (2024) yaptıkları araştırmada tutarsız ailelere sahip çocukların orta ve son derece uyumlu ailelere sahip çocuklara göre daha zayıf sosyal becerilere ve daha problemli davranışlara sahip oldukları sonucuna ulaşmıştır (142). Bir diğer araştırma ise Ateş ve Akbaş (2012) tarafından yapılmıştır. Bu çalışma sonucunda sağlıksız işlevler gösteren ailelere sahip ergenlerin sağlıklı işlev gösteren ailelere sahip ergenlere kıyasla daha düşük bir yaşam kalitesine sahip oldukları ve bunun yanında kavgaya katılma, kopya çekme ve yasadışı hareketlerde bulunma oranlarının yüksek olduğu bulunmuştur (143). Aile içerisinde yaşanan çatışmalar ve kavgalar bireyleri olumsuz duygulara itmekte ve bu durum kişilerin sosyal hayatına da yansıyabilmektedir. Bu durum yapılan literatür taramasında da ulaşıldığı üzere aile işlevlerinin kötü olmasının, kişileri akademik, iş ve özel hayatlarının dahil olduğu birçok alanda etkilenmesiyle açıklanabilir.

Depresyon hastalarının algıladıkları aile işlevsellikleri ile sosyal uyum düzeyleri ve ilişkili olan faktörlerin belirlenmesi amacıyla yapılan bu çalışmada şu sonuçlar elde edilmiştir:

- Çalışmaya katılan 123 depresyon tanısı bulunan hastaların %66,7'si 18-29 yaş grubunda yer aldığı ayrıca kişilerin yaş ortalaması ve standart sapması ise 29,43±10,40 yaş olduğu saptanmıştır. Katılım sağlayan hastaların %79,7'si kadındır. %69,1'i bekardır. %47,2'si aynı evde anne baba kardeşi ile yaşamaktadır. %70,7'sinin gelir durumu ortadır. %76,4'ünün eğitim düzeyi üniversitedir. %51,2'si çalışmamaktadır. %68,3'ünün hastalık süresi 12 aydan azdır. Ayrıca hastalık süresi ortalaması ve standart sapması 13,46±25,52 aydır. %96,7'si hastaneye yatmamıştır. %65,9'u ilaçlarını düzenli kullanmaktadır. %62,6'sının ailesinde ruhsal hastalık olmadığı saptanmıştır.
- Çalışmaya katılım sağlayan hastaların Algılanan Aile İşlevselliği Ölçeği puanlarının ortalaması ve standart sapması 104,59±16,98, Aile İçi İletişim ve Olumlu Duygulanım alt ölçek puanlarının ortalaması ve standart sapması 66,08±17,43, Çatışmalar ve Olumsuz Duygulanım alt ölçek puanlarının ortalaması ve standart sapması 17,49±7,13, Kurallar alt ölçek puanlarının ortalaması ve standart sapması 11,29±2,90 ve Sınırlar alt ölçek puanlarının ortalaması ve standart sapması ise 9,72±3,16 olduğu saptanmıştır.
- Katılım sağlayan hastaların Sosyal Uyum Kendini Değerlendirme Ölçeği puanlarının ortalaması ve standart sapmasının 37,80±8,49 olduğu, %6,5'inin Sosyal Uyum Kendini Değerlendirme Ölçeği puan grubu sorun var (0-24) iken, %31,7'sinin kritik durumda (25-35) ve %61,8'inin ise normal olduğu saptanmıştır (>36).
- Çalışmaya katılım sağlayan hastaların Algılanan Aile İşlevselliği Ölçeği puanları ile Sosyal Uyum Kendini Değerlendirme Ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı orta düzeyde pozitif yönlü ilişki bulunduğu saptanmıştır (r=0,366). Aile İçi İletişim ve Olumlu Duygulanım alt ölçek puanları ile Sosyal Uyum Kendini Değerlendirme Ölçeği puanları arasında da istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü ilişki bulunduğu saptanmıştır (r=0,415).
- Çalışmaya katılım sağlayan hastaların Çatışmalar ve Olumsuz Duygular alt ölçek puanları ile Sosyal Uyum Kendini Değerlendirme Ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif yönlü ilişki bulunduğu saptanmıştır (r=-0,368).
- Çalışmaya katılım sağlayan hastaların Kurallar, Sınırlar alt ölçek puanları ile Sosyal Uyum Kendini Değerlendirme Ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı düşük düzeyde pozitif yönlü ilişki bulunduğu saptanmıştır (r=0,282, r=0,255).

- Çalışmaya katılan kişilerin Algılanan Aile İşlevselliği Ölçeği puanları yaş değişkenine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği ($p<0,05$) ve buna göre 30-65 yaş grubunun Algılanan Aile İşlevselliği Ölçeği puanları 18-29 yaş grubundan istatistiksel olarak anlamlı derecede daha fazla olduğu saptanmıştır ($p<0,05$).
- Katılımcıların Aile İçi İletişim ve Olumlu Duygulanım alt ölçek puanları yaş değişkenine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği ($p<0,05$), 30-65 yaş grubunun Aile İçi İletişim ve Olumlu Duygulanım alt ölçek puanları 18-29 yaş grubundan istatistiksel olarak anlamlı derecede daha fazla olduğu saptanmıştır ($p<0,05$).
- Çalışmaya katılım sağlayan hastaların Çatışmalar ve Olumsuz Duygular alt ölçek puanları gelir durumu ve ailede ruhsal hastalık varlığı değişkenlerine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği saptanmıştır ($p<0,05$).
- Gelir durumu kötü/orta olanların Çatışmalar ve Olumsuz Duygular alt ölçek puanları gelir durumu iyi olanlardan istatistiksel olarak anlamlı derecede daha fazla olduğu saptanmıştır.
- Ailede ruhsal hastalığı olanların Çatışmalar ve Olumsuz Duygular alt ölçek puanları ailede ruhsal hastalığı olmayanlardan istatistiksel olarak anlamlı derecede daha fazla olduğu saptanmıştır ($p<0,05$).
- Çalışmaya katılım sağlayanların Sınırlar alt ölçek puanları ilaç kullanımı ve ailede ruhsal hastalık varlığı değişkenlerine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermiştir ($p<0,05$).
- Katılımcılardan ilaçlarını düzensiz kullananların Sınırlar alt ölçek puanları ilaçlarını kullanmayan kişilerden istatistiksel olarak anlamlı derecede daha fazla olduğu saptanmıştır ($p<0,05$).
- Hastalar arasında ailede ruhsal hastalığı olmayanların Sınırlar alt ölçek puanları ailede ruhsal hastalığı olanlardan istatistiksel olarak anlamlı derecede daha fazla olduğu saptanmıştır ($p<0,05$).
- Çalışmaya katılım sağlayan hastalardan elde edilen verilerle kurulan regresyon modeline göre Algılanan Aile İşlevselliği Ölçeği ve alt boyutları Sosyal Uyum Kendini Değerlendirme Ölçeği puanlarındaki değişimin %17,1'ini açıkladığı saptanmıştır.

Araştırmanın bulgularına dayanılarak şu önerilerde bulunulmuştur;

- Depresyon tanılı hastaların aile ilişkilerinin değerlendirilmesi kapsamında hastaların aile işlevsellik düzeylerinin tespit edilmesi,

- Hastalarla aile kavramına ve hasta ailelerinin yapısı, gelir durumu, aile içerisinde yaşanan olumlu ve olumsuz durumlar gibi özelliklere yönelik görüşmelerin psikiyatri hemşiresi tarafından ayrıntılı olarak planlanması ve gerçekleştirilmesi,
- Psikiyatri hemşirelerinin hastaların aileleri ile görüşmeler yaparak aileyi de tedavi sürecine katmada etkili olması bu bağlamda hastaların aileleri ile terapötik iletişim, aile ilişkilerini güçlendirme ve iyileştirmeye yönelik eğitimlerin planlanması,
- Psikiyatri hemşirelerinin depresyon tanılı hastaların sosyal uyum düzeylerinin uygun ölçeklerle değerlendirmesinde etkin rol alması,
- Hastaların sosyal uyuma bağlı sorunlarına yönelik topluma uyum sağlayabilmesi, hobi edinmeleri, iletişim becerilerini geliştirmeleri amacıyla hemşirelerin hastaları desteklemesi, bu alanda hemşirelik girişimlerinin planlaması ve uygulanması,
- Hastaların aile işlevselliğinin etkin bir şekilde değerlendirilebilmesi adına polikliniklerde hekim, hemşire ve psikologların birlikte çalıştığı bir multidisipliner bakış açısının geliştirilmesi,
- Depresyon hastalarının sosyal uyum düzeyleri ve aile işlevselliklerine yönelik daha fazla araştırmanın yapılması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

1.World Health Organization; [Cited Date: 24.09.2023]. Available from: https://www.who.int/health-topics/depression#tab=tab_1.

2. WHO. Depression and other common mental disorders global health estimates [Web Page]. World Health Organization; [Cited Date: 24.09.2023]. Available from: https://www.who.int/publications/i/item/depression-global-health-estimates.

3. Bosc M. Assessment of social functioning in depression. Compr Psychiatry. 2000;41:63-9. doi: 10.1016/s0010-440x(00)90133-0.

4. Kupferberg A, Bicks L, Hasler G. Social functioning in major depressive disorder. Neurosci Biobehav Rev. 2016;69:313-32. doi: 10.1016/j.neubiorev.2016.07.002.

5. Tse WS, Bond AJ. The impact of depression on social skills. J Nerv Ment Dis. 2004;192:260-8. doi: 10.1097/01.nmd.0000120884.60002.2b.

6. Jang Y, Chiriboga DA. Social activity and depressive symptoms in Korean American older adults: The conditioning role of acculturation. J Aging Health. 2011;23:767-81. doi: 10.1177/0898264310396214.

7. Wingo AP, Briscione M, Norrholm SD, Jovanovic T, McCullough SA, Skelton K, et al. Psychological resilience is associated with more intact social functioning in veterans with post-traumatic stress disorder and depression. Psychiatry Res. 2017;249:206-11. doi: 10.1016/j.psychres.2017.01.022.

8. Mehrabi F, Béland F. The longitudinal relationships between social isolation, frailty, and health outcomes among canadian older adults. Innov Aging. 2021;5:171–2. doi: 10.1093/geroni/igab046.656.

9. Velthorst E, Fett AJ, Reichenberg A, Perlman G, Van Os J, Bromet EJ, et al. the 20-year longitudinal trajectories of social functioning in individuals with psychotic disorders. Am J Psychiatry. 2017;174:1075-85. doi: 10.1176/appi.ajp.2016.15111419.

10. Jona CMH, Labuschagne I, Mercieca EC, Fisher F, Gluyas C, Stout JC, et al. families affected by huntington's disease report difficulties in communication, emotional ınvolvement, and problem solving. J Huntingtons Dis. 2017;6:169-77. doi: 10.3233/JHD-170250.

11. Ertem MY. Toplum ruh sağlığı merkezinden hizmet alan hastaların aile işlevlerinin değerlendirilmesi. J Cumhuriyet Univ Health Sci Inst. 2020;5:161-71.

12. Keitner GI, Miller IW. Family functioning and major depression: An overview. Am J Psychiatry. 1990;147(9):1128-37. doi: 10.1176/ajp.147.9.1128.

13. Huang X, Hu N, Yao Z, Peng B. Family functioning and adolescent depression: A moderated mediation model of self-esteem and peer relationships. Front Psychol. 2022;13:962147. doi: 10.3389/fpsyg.2022.962147.

14. Cheng K, You Y, Ye B, Chen Z. The relationship between family function and middle school students' suicide attitude. Psychol Dev Educ. 2022;38:272-78.

15. Shao R, He P, Ling B, Tan L, Xu L, Hou Y, et al. Prevalence of depression and anxiety and correlations between depression, anxiety, family functioning, social support and coping styles

among Chinese medical students. BMC Psychol. 2020;8:38. doi: 10.1186/s40359-020-00402-8.

16. Olson DH. Circumplex model of marital and family systems: Assessing family functioning. Editor: Walsh F. Normal family processes. 2 ed. New York: The Guilford Press; 1993. p.104-37.

17. Miller IW, Ryan CE, Keitner GI, Bishop DS, Epstein NB. The McMaster approach to families: Theory, assessment, treatment and research. J Fam Ther. 2000;22:168-89.

18. Skinner H, Steinhauer P, Sitarenios G. Family assessment measure (FAM) and process model of family functioning. J Fam Ther. 2000;22:190-210.

19. Shek DT. Family functioning and psychological well-being, school adjustment, and problem behavior in chinese adolescents with and without economic disadvantage. J Genet Psychol. 2002;163:497-502. doi: 10.1080/00221320209598698.

20. Sıklafıdou P, Zelenı D, Lıvanıtıs M. Transcultural Psychiatry and Depression. Brain. 2011;48:146-50.

21. Türkçe Sözlük. 11. Baskı. Ankara: Türk Dil Kurumu; 2011. Depresyon; s.633.

22. APA. Depression [Web Page]. American Psychiatric Association; [Cited Date: 23.10.2023]. Available from: https://www.apa.org/topics/depression

23. Öztürk O, Uluşahin A. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. 11. Baskı. Ankara: Nobel Tıp Kitabevleri; 2011.

24. Anber T, Akar T, Altun F. Depresyon ve toplum ruh sağlığı. SOYD. 2021;2:99-103.

25. Gürhan N. Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği. Ankara: Nobel Tıp Kitabevleri; 2016.

26. DeRubeis RJ, Strunk DR. Introduction. Editors: Nathan PE, DeRubeis RJ, Strunk DR. The oxford handbook of mood disorders [E-Book]. Oxford University Press; 2017 [Cited Date: 25.10.2023]. p. 3-7. Available from: https://books.google.com.tr/books

27. Köroğlu E. Amerikan Psikiyatri Birliği Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı. 5. Baskı. Ankara: Hekimler Yayın Birliği;2014.

28. Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü; 2025. Sağlık İstatistik Yıllığı 2023. https://www.saglik.gov.tr/TR-107086/saglik-istatistikleri-yilligi-2023-yayinlanmistir.html

29. Ridley M, Rao G, Schilbach F, Patel V. Poverty, depression, and anxiety: Causal evidence and mechanisms. Science. 2020;370:eadp1916. doi: 10.1126/science.adp1916.

30. Bulloch AG, Williams JV, Lavorato DH, Patten SB. The depression and marital status relationship is modified by both age and gender. J Affect Disord. 2017;223:65-8.

31. Townsend MC. Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliğinin Temelleri. Çev. Editörleri: Özcan CT, Gürhan N. Ankara: Akademisyen Tıp Kitabevi; 2016.

32. Çelik FH, Hocaoğlu Ç. Majör depresif bozukluk tanımı, etiyolojisi ve epidemiyolojisi: Bir gözden geçirme. J Contemp Med. 2016;6:51-66.

33. Albayrak EÖ, Ceylan ME. Depresyon etiyolojisinde nörobiyolojik etkenler. Düşünen Adam. 2004;17:27-33.

34. Saveanu RV, Nemeroff CB. Etiology of depression: genetic and environmental factors. Psychiatr Clin North Am. 2012;35:51-71. doi: 10.1016/j.psc.2011.12.001.

35. Özkan A, Baltacı S. Freud ve Lacan'ın psikanalitik kuramlarında yastan ayrışan melankolik özne. Studies in Psychology. 2020;40:317-33.

36. Yıldız M, Aslan M. Üniversite öğrencilerinde bilişsel davranışçı grupla psikolojik danışmanın depresif belirtilere etkisi. IHEAD. 2017;2:38-48.

37. Çam O, Engin E. Ruh Sağlığı Hastalıkları Hemşireliği Bakım Sanatı. 3. Baskı. İstanbul: İstanbul Tıp Kitabevleri; 2021.

38. Özdel L, Bostancı M, Özdel O, Oğuzhanoğlu NK. Üniversite öğrencilerinde depresif belirtiler ve sosyodemografik özelliklerle ilişkisi. Anadolu Psikiyatri Derg. 2002;3:155-61.

39. Demir AS, Saraçlı Ö, Emre U, Atasoy N, Güdül S, Barut BÖ, ve ark. Hastanede yatan yaşlılarda bilişsel işlevlerin günlük yaşam aktiviteleri, depresyon, anksiyete ve klinik değişkenlerle ilişkisi. Noro Psikiyatr Ars. 2014;51:267-74. doi:10.4274/npa.y7053.

40. Karamustafalıoğlu O, Yumrukçal H. Depresyon ve anksiyete bozuklukları. Med Bull Sisli Etfal Hosp. 2011;45:65-74.

41. Kapfhammer HP. Somatic symptoms in depression. Dialogues Clin Neurosci. 2006;8:227-39. doi: 10.31887/DCNS.2006.8.2/hpkapfhammer.

42. Tanrıverdi D. Farklı Yönleriyle Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği. Adana: Çukurova Nobel Tıp Kitabevi; 2021.

43. Ertem M, Duman ZÇ. Ruhsal hastalık tanılı bireylerde tedaviye uyum ve aile. Turkiye Klinikleri J Psychiatr Nurs-Special Topics. 2018;4:54-9.

44. Özabacı N, Körük S. Algılanan aile işlevselliği ölçeği'nin (AAİÖ) geliştirilmesi: Psikometrik özelliklerinin incelenmesi. Aile Psikolojik Danışmanlığı Dergisi. 2021;4:53-72.

45. Evce B. Tarihten günümüze Türk aile yapısı. Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Meslek Yüksekokulu Dergisi. 2014;1:223-44.

46. Epstein NB, Baldwin LM, Bishop DS. The McMaster family assessment device. J Marital Fam Ther. 1983;9(2):171-180. doi: 10.1111/j.1752-0606.1983.tb01497.x

47. Hallaç S, Öz F. Aile kavramına kuramsal bir bakış. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar. 2014;6:142-153. doi:10.5455/cap.20130625102321.

48. Szcześniak M, Tułecka M. Family functioning and life satisfaction: The mediatory role of emotional intelligence. Psychol Res Behav Manag. 2020;13:223-32. doi: 10.2147/PRBM.S240898.

49. Nam B, Kim JY, DeVylder JE, Song A. Family functioning, resilience, and depression among North Korean refugees. Psychiatry Res. 2016;245:451-7. doi: 10.1016/j.psychres.2016.08.063.

50. Souza RA, Desani da Costa G, Yamashita CH, Amendola F, Gaspar JC, Alvarenga MR, et al. Funcionalidade familiar de idosos com sintomas depressivos [Family functioning of elderly with depressive symptoms]. Rev Esc Enferm USP. 2014;48:469-76. Portuguese. doi: 10.1590/s0080-623420140000300012.

51. Wang J, Zhao X. Family functioning and social support for older patients with depression in an urban area of Shanghai, China. Arch Gerontol Geriatr. 2012;55:574-9. doi: 10.1016/j.archger.2012.06.011.

52. Keitner GI, Ryan CE, Miller IW, Kohn R, Bishop DS, Epstein NB. Role of the family in recovery and major depression. Am J Psychiatry. 1995;152:1002-8. doi: 10.1176/ajp.152.7.1002.

53. Chen Q, DU W, Gao Y, Ma C, Ban C, Meng F. Analysis of family functioning and parent-child relationship between adolescents with depression and their parents. Shanghai Arch Psychiatry. 2017;29:365-72. doi: 10.11919/j.issn.1002-0829.217067.

54. White J, Shelton KH, Elgar FJ. Prospective associations between the family environment, family cohesion, and psychiatric symptoms among adolescent girls. Child Psychiatry Hum Dev. 2014;45:544-54. doi: 10.1007/s10578-013-0423-5.

55. Guerrero-Munoz D, Salazar D, Constain V, Perez A, Pineda-Canar CA, García-Perdomo HA. Association between family functionality and depression: a systematic review and meta-analysis. Korean J Fam Med. 2020;42:172-80. doi:10.4082/kjfm.19.0166

56. Bekiroğlu S, Demiröz F. Toplum ruh sağlığı merkezlerinden hizmet alan ağır ruhsal hastalığa sahip bireylerin sosyal işlevselliğinin incelenmesi. Toplum ve Sosyal Hizmet. 2020;31:1053-79. doi: 10.33417/tsh.723023.

57. Erol A, Keleş EÜ, Tunç A, Mete L. Şizofrenide sosyal işlevselliği yordayan etmenler. Turk Psikiyatri Derg. 2009;20:313-21.

58. Akkaya C, Sarandöl A, Danacı AE, Sivrioğlu EY, Kaya E, Kirli S. Sosyal uyum kendini değerlendirme ölçeği (SUKDÖ) Türkçe formunun geçerlik ve güvenilirliği. Turk Psikiyatri Derg. 2008;19: 292-99.

59. Gotlib IH, Lee CM. The social functioning of depressed patients: A longitudinal assessment. J Soc Clin Psychol. 1989;8:223-37. doi: 10.1521/jscp.1989.8.3.223.

60. Saris IMJ, Aghajani M, van der Werff SJA, van der Wee NJA, Penninx BWJH. Social functioning in patients with depressive and anxiety disorders. Acta Psychiatr Scand. 2017;136:352-61. doi: 10.1111/acps.12774.

61. Bingöl F, Karakoç A, Karaca S, Ocakçı AF. 17-19 Yaş üniversite öğrencisi ergenlerde depresyon düzeyi, sosyal işlevsellik ve sorun çözme becerisi arasındaki ilişkinin incelenmesi. ASHD. 2011;10:35-45.

62. Kupferberg A, Hasler G. The social cost of depression: Investigating the impact of impaired social emotion regulation, social cognition, and interpersonal behavior on social functioning. J Affect Disord Rep. 2023;14: 100631. doi: 10.1016/j.jadr.2023.100631.

63. Kalyencioğlu HD. Uyum düzeyi düşük olan ve olmayan lise öğrencilerinin aile işlevi algıları. [Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi]. İstanbul: İstanbul Üniversitesi; 2007.

64. Özkurt Y, Camadan F. Ortaokul öğrencilerinin aile içi iletişimlerinin ve sosyal uyum durumlarının incelenmesi. Turkish Studies. 2018;13:347-71. doi: 10.7827/TurkishStudies.13925.

65. Türküm AS, Kızıltaş A, Bıyık N, Yemenici B. Üniversite öğrencilerinin aile işlevleri algılarının incelenmesi. Kuram ve Uygulamada Eğitim Bilimleri. 2005;5:229-62.

66. Puig-Antich J, Kaufman J, Ryan ND, Williamson DE, Dahl RE, Lukens E, et al. The psychosocial functioning and family environment of depressed adolescents. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 1993;32:244-53. doi: 10.1097/00004583-199303000-00003.

67. Bighelli I, Rodolico A, García-Mieres H, Pitschel-Walz G, Hansen WP, Schneider-Thoma J, et al. Psychosocial and psychological interventions for relapse prevention in schizophrenia: a systematic review and network meta-analysis. Lancet Psychiatry. 2021;8:969-80. doi: 10.1016/S2215-0366(21)00243-1.

68. Giannakopoulos G, Solantaus T, Tzavara C, Kolaitis G. Mental health promotion and prevention interventions in families with parental depression: A randomized controlled trial. J Affect Disord. 2021;278:114-21. doi: 10.1016/j.jad.2020.09.070.

69. Spirito A, Wolff JC, Seaboyer LM, Hunt J, Esposito-Smythers C, Nugent N, et al. Concurrent treatment for adolescent and parent depressed mood and suicidality: Feasibility, acceptability, and preliminary findings. J Child Adolesc Psychopharmacol. 2015;25:131-9. doi: 10.1089/cap.2013.0130.

70. Anastasia TT, Humphries-Wadsworth T, Pepper CM, Pearson TM. Family centered brief intensive treatment: A pilot study of an outpatient treatment for acute suicidal ideation. Suicide Life Threat Behav. 2015;45:78-83. doi: 10.1111/sltb.12114.

71. Wharff EA, Ginnis KM, Ross AM. Family-based crisis intervention with suicidal adolescents in the emergency room: A pilot study. Soc Work. 2012;57:133-43. doi: 10.1093/sw/sws017.

72. Bademli K, Duman ZÇ. Ruhsal hastalık tanılı bireylerde aile ile işbirliğini başlatma ve sürdürmede psikiyatri hemşireliği. Turkiye Klinikleri J Psychiatr Nurs-Special Topics. 2018;4:21-26.

73. Bosc M, Dubini A, Polin V. Development and validation of a social functioning scale, the Social Adaptation Self-evaluation Scale. Eur Neuropsychopharmacol. 1997;7:57-70.

74. Nazar G, Alcover CM, Concha-Cisternas Y, Cigarroa I, Díaz-Martínez X, Gatica-Saavedra M, et al. Risk factors and gender differences for depression in chilean older adults: A cross-sectional analysis from the national health survey 2016-2017. Int J Ment Health Promot. 2022;24:679-97. doi: 10.32604/ijmhp.2022.020105.

75. Johansson R, Carlbring P, Heedman Å, Paxling B, Andersson G. Depression, anxiety and their comorbidity in the Swedish general population: Point prevalence and the effect on health-related quality of life. PeerJ. 2013;1:e98. doi: 10.7717/peerj.98.

76. Freeman A, Tyrovolas S, Koyanagi A, Chatterji S, Leonardi M, Ayuso-Mateos JL, et al. The role of socio-economic status in depression: Results from the COURAGE (aging survey in Europe). BMC Public Health. 2016;16:1098. doi: 10.1186/s12889-016-3638-0.

77. Medeni İ, İlhan MN, Medeni V. Bir ilçede yaşayan 15 yaş ve üzeri kişilerde depresyon sıklığı ve ilişkili risk etmenleri. Kriz Dergisi. 2020;28:125-34.

78. Taşgın C, Öner C, Temiz HE, Çetin H, Şimşek EE. İstanbul'da bir aile sağlığı merkezine kayıtlı 18-49 yaş kadınlarda depresyon görülme sıklığı ve ilişkili faktörler. IGUSABDER. 2021;14:258-69. doi: 10.38079/igusabder.916681.

79. Goodwin RD, Dierker LC, Wu M, Galea S, Hoven CW, Weinberger AH. Trends in U.S. depression prevalence from 2015 to 2020: The widening treatment gap. Am J Prev Med. 2022;635:726-33. doi: 10.1016/j.amepre.2022.05.014.

80. Sheldon E, Simmonds-Buckley M, Bone C, Mascarenhas T, Chan N, Wincott M, et al. Prevalence and risk factors for mental health problems in university undergraduate students: A

systematic review with meta-analysis. J Affect Disord. 2021;287:282-92. doi: 10.1016/j.jad.2021.03.054.

81. Bjelland I, Krokstad S, Mykletun A, Dahl AA, Tell GS, Tambs K. Does a higher educational level protect against anxiety and depression? The HUNT study. Soc Sci Med. 2008;66:1334-45. doi: 10.1016/j.socscimed.2007.12.019.

82. Öngider N, Eyüboğlu SÖ. Depresyon tanısı almış hastalarda ölüm kaygısının araştırılması. Klın Psıkıyatr Derg. 2013;16:34-46.

83. Beutel ME, Klein EM, Brähler E, Reiner I, Jünger C, Michal M, et al. Loneliness in the general population: Prevalence, determinants and relations to mental health. BMC Psychiatry. 2017;17:97. doi: 10.1186/s12888-017-1262-x.

84. Heslin M, Desai R, Lappin JM, Donoghue K, Lomas B, Reininghaus U, et al. Biological and psychosocial risk factors for psychotic major depression. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2016;51:233-45. doi: 10.1007/s00127-015-1131-1.

85. Mykyta L. living alone and feelings of depression among adults age 18 and older. Natl Health Stat Report. 2024;199:1-11.

86. Aylaz, R, Yıldırım, N, Balkaya, F. 65 yaş ve üzeri bireylerde depresyon düzeylerinin incelenmesi. Yaşlı Sorunları Araştırma Derg. 2024;17:79-87. doi: 10.46414/yasad.1457151.

87. Shi J, Chen Y, Jiang Y, Li Y, Wang W, Zhao H, et al. Stigma and its associations with medication adherence in major depressive disorder. Psychiatry Res. 2024;331:115664. doi: 10.1016/j.psychres.2023.115664.

88. Dönmez M, Civan HY, Ahlatçıoğlu EN, Dülgeroğlu D, Aydın N. Annelerin çalışma durumları ile depresyon ve anksiyete düzeyleri ilişkisinin incelenmesi-bir ön çalışma. Marmara Üniversitesi Kadın ve Toplumsal Cinsiyet Araştırmaları Dergisi. 2017;1:17-22. doi: 10.26695/mukatcad.2017.1.

89. Xue Y, Lu J, Zheng X, Zhang J, Lin H, Qin Z, et al. The relationship between socioeconomic status and depression among the older adults: The mediating role of health promoting lifestyle. J Affect Disord. 2021;285:22-8. doi: 10.1016/j.jad.2021.01.085.

90. Lasserre AM, Imtiaz S, Roerecke M, Heilig M, Probst C, Rehm J. Socioeconomic status, alcohol use disorders, and depression: A population-based study. J Affect Disord. 2022;301:331-36. doi: 10.1016/j.jad.2021.12.132.

91. Chae WR, Schienkiewitz A, Du Y, Hapke U, Otte C, Michalski N. Comorbid depression and obesity among adults in Germany: Effects of age, sex, and socioeconomic status. J Affect Disord. 2022;299:383-92. doi: 10.1016/j.jad.2021.12.025.

92. Türk, A, Işık, A. Yaşlı bireylerin depresyon düzeyine etki eden faktörlerin incelenmesi. Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi SBE Dergisi. 2023;13:2424-34. doi: 10.30783/nevsosbilen.1307489.

93. Pitanupong J, Sammathit J. Knowledge and attitudes on medication adherence and residual symptoms in individuals with depression: a survey at a University Hospital. BMC Psychiatry. 2023;23:210. doi: 10.1186/s12888-023-04706-y.

94. Santi NS, Biswal SB, Naik BN, Sahoo JP, Rath B. Quality of life and medication adherence in patients with major depressive disorder: An ınterim analysis of a randomized study. Cureus. 2023;15:e39997. doi: 10.7759/cureus.39997.

95. Ervatan SÖ, Özel A, Türkçapar H, Atasoy N. Depresif hastalarda tedaviye uyum: Doğal izlem çalışması. Klinik Psikiyatri Derg. 2003;6:5-11.

96. Güvenç Z. Majör depresyonda içgörü ve farklı içgörü ölçeklerinin karşılaştırılması [Yüksek Lisans Tezi]. Sakarya: Sakarya Üniversitesi; 2024.

97. Han X, Jiang F, Needleman J, Guo M, Chen Y, Zhou H, et al. A sequence analysis of hospitalization patterns and service utilization in patients with major psychiatric disorders in China. BMC Psychiatry. 2021;21:245. doi: 10.1186/s12888-021-03251-w.

98. Nordh EW, Priebe G, Grip K, Afzelius M, Axberg U. Mental health in children of parents being treated by specialised psychiatric services. Scand J Public Health. 2022;50:1113-23. doi: 10.1177/14034948221076208.

99. Gao Y, Liu Y, Wang P, An X, Xu S, Yu F, et al. Resemblance and clustering of mother's and father's psychopathology levels among Chinese parents of schoolchildren with psychiatric disorders. Eur Psychiatry. 2020;63:e100. doi: 10.1192/j.eurpsy.2020.97.

100. Aytaç, E. Depresyon tanılı ergenlerde duygu tanıma ve düzenleme işlevleri. [Yüksek Lisans Tezi]. Bursa: Uludağ Üniversitesi; 2021.

101. Bian Y, Jin K, Zhang Y. The association between family cohesion and depression: A systematic review and meta-analysis. J Affect Disord. 2024;355:220-30. doi: 10.1016/j.jad.2024.03.138.

102. Meng X, Kou C, Shi J, Yu Y, Huang Y. Susceptibility genes, social environmental risk factors and their interactions in internalizing disorders among mainland Chinese undergraduates. J Affect Disord. 2011;132:254-9. doi: 10.1016/j.jad.2011.01.005.

103. López R Jr, Maultsby K, Defayette AB, Whitmyre ED, Wolff J, Spirito A, et al. A prospective investigation of the relation between dysfunctional family communication and suicidal ideation severity in a clinical adolescent sample: A serial mediation model. J Affect Disord. 2022;310:241-8. doi: 10.1016/j.jad.2022.05.021.

104. Mpinga K, Rukundo T, Mwale O, Kamwiyo M, Thengo L, Ruderman T, et al. Depressive disorder at the household level: Prevalence and correlates of depressive symptoms among household members. Glob Health Action. 2023;16:2241808. doi: 10.1080/16549716.2023.2241808.

105. Yap MB, Jorm AF. Parental factors associated with childhood anxiety, depression, and internalizing problems: a systematic review and meta-analysis. J Affect Disord. 2015;175:424-40. doi: 10.1016/j.jad.2015.01.050.

106. Gülen G, Erginöz E, Koçak C. İstanbul ili Silivri ilçesi lise öğrencilerinde depresyon sıklığı ve ilişkili risk faktörleri. Turk J Public Health. 2022;20:90-103. doi: 10.20518/tjph.912781.

107. Taşpınar A, Karabudak SS, Çoban A, Adana F. Gebelikte aile içi şiddete maruz kalmanın postpartum depresyon ve maternal bağlanmaya etkisi. Adıyaman Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2021;7:94-102. doi: 10.30569/adiyamansaglik.806662.

108. Yalçın H, Özdemir E. Anne-baba tutumlarının ergenlerdeki depresyon, anksiyete ve stres düzeylerine etkisi. Karatay Sosyal Araştırmalar Dergisi. 2021;7:229-48.

109. Duman MZ. Üniversitede okuyan z kuşağının değişen aile algısı ve aile içi ilişkilerde yaşadığı sorunlar. Sosyolojik Bağlam Dergisi. 2021;2:20-36. doi: 10.52108/2757-5942.2.1.2.

110. Taşfiliz D, Çetiner ES, Selçuk E. Yakın ilişkilerde algılanan duyarlılığın yaş farklılıkları ve psikolojik esenlik ile ilişkisi. Türk Psikoloji Dergisi. 2020;35:19-39. doi: 10.31828/tpd1300443320190630m000020.

111. Kaplaner K, Satan A. Evli bireylerin çok boyutlu başa çıkma biçimleriyle evliliklerinde çatışma yaşama durumları arasındaki ilişki. Aile Psikolojik Danışmanlığı Dergisi. 2020;3:1-32.

112. Kirman B. Ruhsal bozukluğu olan kadın hastalarda intihar davranışının aile işlevselliği ile ilişkisi. [Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi]. İstanbul: Marmara Üniversitesi; 2020.

113. Alcaraz M, Pierce H, Eggum ND, Nuño-Gutiérrez BL, Ghimire D. A cross-cultural examination of adverse childhood experiences in low-and middle-income countries and their relation with adolescent educational aspirations. Child Abuse Negl. 2024;152:106756. doi: 10.1016/j.chiabu.2024.106756.

114. Fisher C, Stillerman A, Feinglass J. The association of adverse childhood experiences with household income, educational attainment and partnered status among adults aged 30-39. Child Prot Pract. 2024;1:100021 doi: 10.1016/j.chipro.2024.100021.

115. Yıldırım İ, Kızmaz Z. Aile içi şiddet ile öğrencilerin akademik başarı durumları arasındaki ilişki ortaöğretim öğrencileri üzerine bir araştırma. Mukaddime. 2019;10:662-87. doi: 10.19059/mukaddime.551026.

116. Karataş Z. Madde kullanım bozukluğu olan yetişkinlerin sorunlarının açıklanmasında aile işlevleri ve çeşitli demografik değişkenlerin rolü. Toplum ve Sosyal Hizmet. 2020;31:70-105. doi: 10.33417/tsh.632892.

117. Mender S, Söyler HÇ, Civek BF. Alkol kullanım bozukluğu olan ve olmayan bireylerde bağlanma stilleri, aile işlevselliği ve kontrol odağının karşılaştırılması. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar. 2023;15:24-33. doi: 10.18863/pgy.1207690.

118. Muthukumaran M, Selvaraj S, Balachander S, Nadella RK, Sreeraj VS, Jayasankar P, et al. Shared deficits of education, marital and occupational functioning in unaffected siblings of multiple affected families with major psychiatric illness. Asian J Psychiatr. 2024;101:104216. doi: 10.1016/j.ajp.2024.104216.

119. Stapp EK, Mendelson T, Merikangas KR, Wilcox HC. Parental bipolar disorder, family environment, and offspring psychiatric disorders: A systematic review. J Affect Disord. 2020;268:69-81. doi: 10.1016/j.jad.2020.03.005.

120. Kara, Y. Madde kullanım bozukluklarının aileler üzerindeki etkisi: Sosyal hizmet perspektifinden bir inceleme. 19 Mayıs Sosyal Bilimler Dergisi. 2024;5:223-33. doi: 10.52835/19maysbd.1600940.

121. Teng T, Zhang Z, Yin B, Guo T, Wang X, Hu J, et al. Effect of antidepressants on functioning and quality of life outcomes in children and adolescents with major depressive disorder: a systematic review and meta-analysis. Transl Psychiatry. 2022;12:183. doi: 10.1038/s41398-022-01951-9.

122. Timlin U, Hakko H, Riala K, Räsänen P, Kyngäs H. Adherence of 13-17 year old adolescents to medicinal and non-pharmacological treatment in psychiatric inpatient care: special focus on relative clinical and family factors. Child Psychiatry Hum Dev. 2015;46:725-35. doi: 10.1007/s10578-014-0514-y.

123. Halim R, Kaur M, Syed Mokhtar SS, Chemi N, Sajatovic M, Tan YK, et al. the association between medication adherence, ınternalized stigma and social support among

outpatients with major depressive disorder in a malaysian hospital: A cross-sectional study. Psychol Res Behav Manag. 2025;18:209-23. doi: 10.2147/PRBM.S485333.

124. Kremer S, Wiesinger T, Bschor T, Baethge C. Antidepressants and social functioning in patients with major depressive disorder: Systematic review and meta-analysis of double-blind, placebo-controlled rcts. Psychother Psychosom. 2023;92:304-14. doi: 10.1159/000533494.

125. Jha MK, Schatzberg A, Minhajuddin A, Chin Fatt C, Mayes TL, Trivedi MH. Cross-sectional associations among symptoms of pain, irritability, and depression and how these symptoms relate to social functioning and quality of life: Findings from the EMBARC and STRIDE Studies and the VitalSign6 Project. J Clin Psychiatry. 2021;82:20m13740. doi: 10.4088/JCP.20m13740.

126. Woods A, Solomonov N, Liles B, Guillod A, Kales HC, Sirey JA. Perceived social support and ınterpersonal functioning as predictors of treatment response among depressed older adults. Am J Geriatr Psychiatry. 2021;29:843-52. doi: 10.1016/j.jagp.2020.12.021.

127. Porcelli S, Kasper S, Zohar J, Souery D, Montgomery S, Ferentinos P, et al. Social dysfunction in mood disorders and schizophrenia: Clinical modulators in four independent samples. Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry. 2020;99:109835. doi: 10.1016/j.pnpbp.2019.109835.

128. Güzel A, Ergün G. Üniversite öğrencilerinde depresyon sıklığı ve ilişkili faktörler. Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi. 2020;9:279-89. doi: 10.46971/ausbid.763213.

129. Yıldız NG, Aydın K, Aydın HZ, Phiri YV, Yıldız H. Türkiye'de depresyonun yaygınlığı ile ilişkili faktörler: Nüfusa dayalı bir çalışma. Turk Psikiyatri Derg. 2023. doi: 10.5080/u27179.

130. Şahin H, Yılmaz EA. Engelli çocuğu olan annelerin depresif semptomlar ve algıladıkları sosyal destek açısından incelenmesi. Hemşirelik Bilimi Dergisi. 2023;6:97-105. doi: 10.54189/hbd.1305082.

131. Zu S, Wang D, Fang J, Xiao L, Zhu X, Wu W, et al. Acute treatment residual depression symptoms and functional impairment among depressive patients of different age groups and education levels in China: A prospective, multicenter, randomized study. Brain Behav. 2024;14:e70024. doi: 10.1002/brb3.70024.

132. Martin EA, Öngür D, Cohen BM, Lewandowski KE. Social functioning and age across affective and nonaffective psychoses. J Nerv Ment Dis. 2015;203:37-42. doi: 10.1097/NMD.0000000000000232.

133. Sun FK, Lu CY, Yao Y, Chiang CY. Social functioning, depression, and quality of life among breast cancer patients: A path analysis. Eur J Oncol Nurs. 2023;62:102237. doi: 10.1016/j.ejon.2022.102237.

134. Eker TÜ. WISC-IV sonuçlarına göre normal ve üstün yetenekli olarak değerlendirilen altı-on yaş arasındaki çocukların sosyal uyum ve beceri düzeylerinin aile hayatı ve çocuk yetiştirme tutumları ile ilişkisi. [Yüksek Lisans Tezi]. İstanbul: İstanbul Gelişim Üniversitesi; 2021.

135. Özübek A. Okul öncesi dönemdeki çocukların sosyal uyum ve becerisi ile annelik tutumları arasındaki ilişkinin incelenmesi. [Yüksek Lisans Tezi]. Aksaray: Aksaray Üniversitesi; 2019.

136. Özyürek A. Okul öncesi çocukların sosyal beceri düzeyleri ile anne tutumları arasındaki ilişkinin incelenmesi. Milli Eğitim Dergisi. 2015;45:106-20.

137. Zhang C, Zhang Q, Zhuang H, Xu W. The reciprocal relationship between depression, social anxiety and aggression in Chinese adolescents: The moderating effects of family functioning. J Affect Disord. 2023;329:379-84. doi: 10.1016/j.jad.2023.02.134.

138. Kalyencioğlu D, Kutlu Y. Ergenlerin aile işlevi algılarına göre uyum düzeyleri. Florence Nightingale J Nurs. 2010;18:56-62.

139. Küçükşen K, Şener MM, Tekin HH, Demirel B. Madde bağımlısı bireylerde aile işlevselliği ve sosyal destek algısı. The Journal of Academic Social Science Studies. 2016;12:199-212. doi: 10.9761/JASSS3808.

140. Dursun E. Çocukluk çağında aile içerisinde şiddete maruz kalmış bireylerde özgüven ve öfke kontrol durumlarının incelenmesi. [Yüksek Lisans Tezi]. İstanbul: İstanbul Gelişim Üniversitesi; 2018.

141. Abreu TC, Mackenbach JD, Beulens JWJ, Vaartjes ICH, Kawachi I. Family is all that matters: Prospective associations between structure, function, and quality of social relations and self-rated health in the National Social Life, Health, and Aging Project (NSHAP). SSM Popul Health. 2024;28:101715. doi: 10.1016/j.ssmph.2024.101715.

142. Ren L, Cheung RY, Li Y, Jia Y. The association between family relationship patterns and preschoolers' social and behavioral competence in Chinese urban families. Early Child Res Q. 2024;68:159-68. doi: 10.1016/j.ecresq.2024.05.003.

143. Ateş FB, Akbaş T. Ergenlerde görülen kural dışı davranışların aile işlevselliği ve yaşam kalitesi açısından incelenmesi. Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi. 2012;21:337-52.

EKLER

EK 1: Anket Formu

EK 2: Algılanan Aile İşlevselliği Ölçeği (AAİÖ)

EK 3: Sosyal Uyum Kendini Değerlendirme Ölçeği (SUKDÖ)

EK 4: Etik Kurul İzni

EK 5: İl Sağlık Müdürlüğü Kurum İzni

EK 6: Algılanan Aile İşlevselliği Ölçeği Kullanım İzni

EK 7: Sosyal Uyum Kendini Değerlendirme Ölçeği Kullanım İzni

EK 8: Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

EK 1: Anket Formu

1. Yaş: …….

2. Cinsiyet: 1) Erkek 2) Kadın

3. Medeni durumu: 1) Evli 2) Bekar

4. Aynı evde yaşanılan kişiler? 1) Eş ve çocuk 2) Anne-baba-kardeş 3) Diğer (Akrabalar vb.)

5. Gelir durumu: 1) Kötü 2) Orta 3) İyi

6. Eğitim durumu: 1) Okur-yazar değil 2) İlkokul 3) Ortaokul 4) Lise 5) Üniversite

7. Çalışma durumu: 1) Çalışıyorum 2) Çalışmıyorum

8. Hastalık süresi……..

9. Hastaneye daha önce bu rahatsızlık nedeniyle yattınız mı? 1) Evet 2) Hayır

10. İlaç kullanımının değerlendirilmesi;

1) Düzenli kullanıyorum 2) Aksamalar oluyor 3) Kullanmıyorum

11. Ailenizde başka ruhsal rahatsızlığı olan birey var mı? 1)Evet 2) Hayır

EK 2: Algılanan Aile İşlevselliği Ölçeği (AAİÖ)

	Kesinlikle Katılmıyorum	**Biraz Katılmıyorum**	**Ne Katılıyorum Ne Katılmıyorum**	**Biraz Katılıyorum**	**Kesinlikle Katılıyorum**
1-Birbirimizle zaman geçirmekten keyif alırız	1	2	3	4	5
2-Kasıtlı şekilde birbirimizi sinirlendiririz.	1	2	3	4	5
3-Duygularımızı birbirimize rahat bir şekilde ifade edebiliriz.	1	2	3	4	5
4-İhtiyaç duyduğumuzda birbirimizden destek alırız.	1	2	3	4	5
5-Her türlü kararı ailece birlikte alırız	1	2	3	4	5
6-Aile içinde kurallarımız yoktur.	1	2	3	4	5
7-Günde en az bir defa birlikte yemek yeriz.	1	2	3	4	5
8-Birbirimizi dinleriz.	1	2	3	4	5
9- Birbirimize kızdığımızda bunu ifade edebiliriz.	1	2	3	4	5
10-Sadece hoşumuza giden şeyler olduğunda birbirimizi dinleriz.	1	2	3	4	5
11-Kişisel sorunlarımızı birbirimizle konuşuruz.	1	2	3	4	5
12-Aile birliğimize önem veririz	1	2	3	4	5
13-Birbirimize güveniriz.	1	2	3	4	5
14-Birbirimizi olduğumuz gibi kabul ederiz.	1	2	3	4	5
15-Geleceğe umutla yaklaşırız.	1	2	3	4	5
16-Sevgimizi birbirimize hissettiririz.	1	2	3	4	5
17-Birbirimize hoşgörülü davranırız.	1	2	3	4	5
18-Ailemizde ters giden bir şey olursa bunu düzeltebiliriz.	1	2	3	4	5
19-Birbirimize saygı duyarız	1	2	3	4	5
20-Yaşadığımız sorunlarla etkili bir şekilde başa çıkabiliriz.	1	2	3	4	5
21-Diğer ailelerle ve üyeleriyle iyi ilişkilerimiz vardır.	1	2	3	4	5
22-Birbirimizin hayatlarına müdahale ederiz.	1	2	3	4	5
23-Zor bir yaşamımız var	1	2	3	4	5
24-Birlikte yaşamaktan mutsuzuz	1	2	3	4	5
25-Birbirimize şiddet uygularız.	1	2	3	4	5

26-Birbirimize yabancı hissediyoruz.	1	2	3	4	5
27-Parasal konular hakkında tartışırız.	1	2	3	4	5
28-Birbirimize yalan söyleriz.	1	2	3	4	5
29-Birbirimizin ihtiyaçlarını umursamayız.	1	2	3	4	5
30-Günlük sorunlarla başa çıkmakta zorlanırız.	1	2	3	4	5
31-Aileyle ilgili sorumluluklarımızı yerine getiririz.	1	2	3	4	5
32-Bu ailenin bir üyesi olmaktan çok mutluyum.	1	2	3	4	5

EK 3: Sosyal Uyum Kendini Değerlendirme Ölçeği (SUKDÖ)

1. Bir işiniz var mı? ( ) Evet ( ) Hayır

Cevabınız Evet ise:
İşinize ilginiz nasıl? ( ) Çok ( ) Orta ( ) Az ( ) Hiç yok

Cevabınız Hayır ise:
Ev işlerine ilginiz nasıl? ( ) Çok ( ) Orta ( ) Az ( ) Hiç yok

2. İşinizi ya da ev işlerini yaparken:
( ) Çok zevk alıyorum ( ) Orta düzeyde zevk alıyorum
( ) Az zevk alıyorum ( ) Hiç zevk almıyorum

3. Hobi ya da boş zaman etkinliklerine ilginiz var mı?
( ) Çok ( ) Orta ( ) Az ( ) Hiç yok

4. Boş zamanlarınızın niteliği nasıl?
( ) Çok iyi ( ) İyi ( ) Fena değil ( ) Tatmin edici değil

5. Aile fertlerinizle (eş, çocuklar, ebeveyn vb.) ne sıklıkla temas kurmaya çalışırsınız?
( ) Çok sık ( ) Sık ( ) Nadiren ( ) Hiç

6. Aile içi ilişkilerinizin durumu nasıl?
( ) Çok iyi ( ) İyi ( ) Fena değil ( ) Tatmin edici değil

7. Ailenizin dışında sosyal ilişkileriniz var mı?
( ) Birçok insanla var ( ) Birkaç insanla var
( ) Pek az insanla var ( ) Hiç kimseyle yok

8. Başkalarıyla ilişki kurmaya ne kadar gayret edersiniz?
( ) Çok gayret ederim ( ) Gayret ederim
( ) Orta derecede gayret ederim ( ) Gayret etmem

9. Başkalarıyla olan ilişkilerinizi genel olarak nasıl değerlendirirsiniz?
( ) Çok iyi ( ) İyi ( ) Fena değil ( ) Tatmin edici değil

10. Başkalarıyla ilişkinize ne kadar değer verirsiniz?
( ) Çok değer veririm ( ) Değer veririm
( ) Çok az değer veririm ( ) Hiç değer vermem

11. Sosyal çevrenizdeki insanlar sizinle ne sıklıkla temas kurmaya çalışırlar?
( ) Çok sık ( ) Sık ( ) Nadiren ( ) Hiç

12. Sosyal kurallara, iyi davranışlara, nezakete vb. dikkat eder misiniz?
( ) Her zaman ( ) Sıklıkla ( ) Nadiren ( ) Hiç

13. Sosyal hayatın (cemiyet, toplantı ve benzerleri) ne ölçüde içindesiniz?
( ) Tamamen ( ) Orta derecede ( ) Az ( ) Hiç

14. Çeşitli şeyleri, durumları ve insanları daha iyi anlamak için bilgi edinmekten ne kadar hoşlanırsınız?
( ) Çok ( ) Orta ( ) Az ( ) Hiç

15. Bilimsel, teknik ya da kültürel bilgiye ne kadar ilgi duyarsınız?
( ) Çok ( ) Orta ( ) Az ( ) Hiç

16. İnsanlara fikirlerinizi ifade etmekte ne sıklıkla güçlük çekersiniz?
( ) Her zaman ( ) Sıklıkla ( ) Bazen ( ) Hiçbir zaman

17. Kendinizi çevrenizden ne sıklıkla reddedilmiş, dışlanmış hissedersiniz?
( ) Her zaman ( ) Sıklıkla ( ) Bazen ( ) Hiçbir zaman

18. Fiziksel görünümünüzü ne kadar önemsersiniz?
( ) Çok ( ) Orta ( ) Pek değil ( ) Hiç

19. Geçim kaynaklarınızı ve gelirinizi idare etmekte ne kadar zorluk çekersiniz?
( ) Her zaman ( ) Sıklıkla ( ) Bazen ( ) Hiçbir zaman

20. Çevrenizi kendi istek ve ihtiyaçlarınıza göre düzenleyebileceğinizi hisseder misiniz?
( ) Fazlasıyla ( ) Orta ( ) Pek değil ( ) Hiç

EK 4: Etik Kurul İzni

TRAKYA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI
GİRİŞİMSEL OLMAYAN BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU Edirne, Türkiye

ARAŞTIRMA BAŞVURUSU ONAYIBAŞVURU BİLGİLERİ	PROTOKOL KODU	TÜTF-GOBAEK 2023/434	
	PROTOKOL ADI	Depresyon Hastalarında Algılanan Aile İşlevselliği ve Sosyal Uyum Düzeyi	
	SORUMLU ARAŞTIRICI ÜNVANI / ADI	Doç. Dr. Nihan ALTAN SARIKAYA	
	ARAŞTIRMA MERKEZİ		
	DESTEKLEYİCİ		
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	Tek Merkez Ulusal	Çok Merkez Uluslararası

KARAR BİLGİLERİ	**Karar No:01/26** **Tarih:08.01.2024**
	Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Fakültesi Öğretim Üyesi Doç. Dr. Nihan ALTAN SARIKAYA'nın sorumluluğunda yapılması planlanan ve yukarıda başvuru bilgileri verilen Yüksek Lisans Öğrencisi Büşra SANAL'ın tez çalışmasının araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş; araştırmaya ilişkin giderlerin gönüllüye ve/veya bağlı bulunduğu sosyal güvenlik kurumuna ödetilmediği koşullarda ve veri toplanacak yerlerden gerekli izinler alındıktan sonra gerçekleştirilmesinde etik bilimsel standartlar açısından sakınca bulunmadığına mevcudun oy birliği ile karar verilmiştir.
ETİK KURUL BİLGİLERİ	
ÇALIŞMA ESASI	Helsinki Bildirgesi, İyi Klinik Uygulamalar Kılavuzu, TÜTF-GOBAEK Yönergesi

ÜYELER

Ünvan/Ad/ Soyadı	Uzmanlık Dalı	Kurumu	Cinsiyeti	İlişki(*)	Katılım (**)	İmza
Dr. Öğr. Üyesi Fatma Gülsüm ÖNAL Başkan	Tıp Tarihi ve Etik	T.Ü.T.F. Tıp Tarihi ve Etik A.D.	K	E H	E H	
Prof. Dr. Hakan GÜRKAN Başkan Yardımcısı	Tıbbi Genetik	T.Ü.T.F. Tıbbi Genetik A.D.	E	E H	E H	
Doç. Dr. Selçuk KORKMAZ Üye	Biyoistatistik	T.Ü.T.F. BiyoistatistikA.D.	E	E H	E H	
Prof. Dr. Mehmet Erdal VARDAR Üye	Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	T.Ü.T.F. Ruh Sağlığı ve Hastalıkları A.D.	E	E H	E H	
Prof. Dr. Hasan ÜMİT Üye	İç Hastalıkları	T.Ü.T.F. İç Hastalıkları A.D.	E	E H	E H	
Prof. Dr. Sernaz TOPALOĞLU Üye	İç Hastalıkları	T.Ü.T.F. İç Hastalıkları A.D.	K	E H	E H	
Doç. Dr. Sezgi SARIKAYA SOLAK Üye	Deri ve Zührevi Hastalıklar	T.Ü.T.F. Deri ve Zührevi Hastalıklar A.D.	K	E H	E H	
Doç. Dr. Oktay KAYA Üye	Fizyoloji	T.Ü.T.F. Fizyoloji A.D.	E	E H	E H	
Prof. Dr. Galip EKUKLU Üye	Halk Sağlığı	T.Ü.T.F. Halk Sağlığı A.D.	E	E H	E H	
Prof. Dr. Rıdvan DURAN Üye	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	T.Ü.T.F Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları A.D	E	E H	E H	
Dr. Öğr. Üyesi Sinan ATEŞ Üye	Kadın Hastalıkları ve Doğum	T.Ü.T.F. Kadın Hastalıkları ve Doğum A.D.	E	E H	E H	
Prof. Dr. Sevtap HEKİMOĞLU ŞAHİN Üye	Anestezi ve Reanimasyon	T.Ü.T.F. Anestezi ve Reanimasyon A.D.	K	E H	E H	
Doç. Dr. Doğan ALBAYRAK Üye	Genel Cerrahi	T.Ü.T.F. Genel Cerrahi A.D.	E	E H	E H	
Doç. Dr. Ayşegül KURT Üye	Protetik Diş	T.Ü. Diş Hekimliği Fakültesi	K	E H	E H	
Doç. Dr. Hilal KEKLİCEK Üye	Protez-Ortez ve Biyomekani	T.Ü. Sağlık Bilimleri Fakültesi	K	E H	E H	
Avukat Emine NURLU Üye		T.Ü. Rektörlüğü	K	E H	E H	
Emekli Öğretmen Sinan SEÇKİN Üye	Emekli Öğretmen	Serbest Üye	E	E H	E H	

*Araştırma ile ilişki
**Toplantıda Bulunma

EK 5: İl Sağlık Müdürlüğü Kurum İzni

T.C.
EDİRNE VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

Sayı : E-98308410-806.01-238179410 01.03.2024
Konu : Dilekçe Hk.

Sayın Büşra SANAL
(busrasanal2@gmail.com)

İlgi : 26.02.2024 tarihli ve BİLA sayılı yazınız.

İlgide kayıtlı dilekçeniz ile gönderilen, "*Depresyon Hastalarında Algılanan Aile İşlevselliği ve Sosyal Uyum Düzeyi"* konulu araştırma dosyanız incelenmiştir. Araştırmanın gerçekleştirileceği Edirne Sultan 1.Murat Devlet Hastanesi Başhekimi ile ilgili klinik sorumlusunun onayı ve diğer araştırma başvuru belgelerinin tam olduğu görülmüştür. Söz konusu araştırma, Edirne Sultan 1.Murat Devlet Hastanesi Psikiyatri Polikliniği'nde hastalara yönelik anket formu doldurularak yapılacağından; gönüllü katılım esasına dayalı olarak, hasta mahremiyetine özen gösterilerek, verilerin kullanımı sırasında 24/3/2016 tarihli ve 6698 sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanuna ve 21/6/2019 tarihli ve 30808 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanan Kişisel Sağlık Verileri Hakkında Yönetmelik hükümlerine uygun, birim çalışma usul ve düzenini bozmayacak şekilde gerçekleştirmenizde sakınca bulunmadığına karar verilmiştir.

Bilgilerinize rica ederim.

Dr. Ali Fatih SELVİ
İl Sağlık Müdürü a.
Sağlık Hizmetleri Başkanı

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.
Belge doğrulama kodu: 273D1E36-70B1-455C-9B36-25C4D3C24A7F Belge doğrulama adresi: https://www.turkiye.gov.tr/saglik-bakanligi-ebys

Bilgi için: Asiye YAVUZ
Sağlık Teknikeri
Telefon No:

EK 6: Algılanan Aile İşlevselliği Ölçeği Kullanım İzni



Algılanan Aile İşlevselliği Ölçek İzni Gelen Kutusu ×

B

21 Eyl 2023 Per 12:03

Sayın Serdar Hocam merhaba;

Ben Büşra Sanal. Trakya Üniversitesi Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalında yüksek lisans öğrencisiyim. Tez çalışmam için yaptığım literatür incelemesinde sizin geliştirdiğiniz 'Algılanan Aile İşlevselliği Ölçeği "nizi gördüm. Eğer izniniz olursa geliştirdiğiniz Algılanan Aile İşlevselliği Ölçeğini kullanmak istiyorum.

Desteğiniz için teşekkür ederim.

Saygılarımla.

Serdar Körük

Alıcı: ben

22 Eyl 2023 Cum 08:51

Büşra hanım merhabalar. Tabi ki kullanabilirsiniz. İyi günler, başarılar.

Büşra Sanal ?1 Eyl 2023 Per, 12:02 tarihinde şunu yazdı:

--
Dr. Öğr. Üyesi / Assist. Prof. Serdar Körük
Yeditepe University
Psychological Counseling and Guidance Department
Atasehir/İstanbul

EK 7: Sosyal Uyum Kendini Değerlendirme Ölçeği Kullanım İzni



Sosyal Uyum Kendini Değerlendirme Ölçeği İzin Talebi Gelen Kutusu ×

Büşra Sanal ‹
Alıcı: cakkaya

21 Eyl 2023 Per 12:13

Sayın Cengiz Hocam merhaba;

Ben Büşra Sanal. Trakya Üniversitesi Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalında yüksek lisans öğrencisiyim. Tez çalışmam için yaptığım literatür incelemesinde sizin Türkçe geçerlilik ve güvenirliğini yaptığınız ' Sosyal Uyum Kendini Değerlendirme Ölçeği (SUKDÖ) "nizi gördüm. Eğer izniniz olursa geçerlilik ve güvenirliğini yaptığınız Sosyal Uyum Kendini Değerlendirme Ölçeğini (SUKDÖ) kullanmak istiyorum.

Desteğiniz için teşekkür ederim.

Saygılarımla

CENGİZ AKKAYA
Alıcı: ben

21 Eyl 2023 Per 12:59

Ektedir kolay gelsin

2 ek • Gmail tarafından tarandı

EK 8: Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

Sayın katılımcı

Siz aşağıdaki bilgileri verilen bir araştırma projesine davet edilmektesiniz.

Bu araştırmanın yürütülmesi, Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu'nun 08.01.2024 tarih ve 01/26 sayılı kararı ile onaylanmıştır.

Araştırmaya katılmaya karar vermeden önce araştırmanın neden ve nasıl yapılacağını anlamanız çok önemlidir.

Araştırmaya katılım tamamen gönüllülük ilkesine bağlı olup katılmayı reddetmeniz herhangi bir cezaya ya da elde edilecek herhangi bir yararın kaybedilmesine kesinlikle yol açmayacaktır.

Aynı şekilde araştırmaya katılmayı kabul ettikten sonra da araştırmanın herhangi bir yerinde hiçbir neden göstermeksizin herhangi bir zarar ya da elde edilmesi beklenen bir yarar kaybına yol açmadan araştırmadan çekilebilirsiniz.

Araştırma kapsamında yapılan işlemlerin mali giderleri araştırmacılar ya da destekleyici tarafından karşılanacak olup size ya da sosyal güvenlik kurumunuza hiçbir mali yük getirmeyecektir.

Aşağıdaki bilgileri dikkatlice okuyun ve araştırmaya katılmak isteyip istemediğinize karar vermek için lütfen biraz düşünün.

- **Araştırmanın bilimsel adı:** Depresyon Hastalarında Algılanan Aile İşlevselliği ve Sosyal Uyum Düzeyi
- **Araştırmanın anlaşılabilir basit adı:** Depresyon Hastalarında Aile İşlevselliği ve Sosyal Uyum
- **Sorumlu Araştırmacının adı ve görev yeri:** BÜŞRA SANAL - Edirne Sultan 1. Murat Devlet Hastanesi
- **Araştırmanın amacı:** Araştırmanın kısa vadede amacı, depresyon hastalarının algıladıkları aile işlevsellikleri ile sosyal uyum düzeyleri ve ilişkili olan faktörlerin belirlenmesi iken, uzan vadede ki amacı ise, depresyon hastalarının sosyal uyum düzeylerinin artırılmasında, bireylerin aile işlevselliklerinin belirlenmesi ve ailelere yönelik planlanacak müdahale çalışmalarının artırılmasıdır.
- **Araştırmanın niteliği (klinik, laboratuvar, epidemiyolojik, tez çalışması vb.):** Kesitsel ve tanımlayıcı
- **Araştırmanın başlama tarihi ve öngörülen süresi:**
- **Araştırmaya katılması beklenen gönüllü sayısı:** 123

- **Araştırma sırasında gönüllüye uygulanacak yöntem, girişim ve tedavilerin tümü:** Anket ve ölçek uygulaması yapılacaktır
- **Katılımcının araştırmaya dahil edilme nedeni:**

✓ DSM-V tanı kriterlerine göre depresyon tanısı olan,
✓ 18-65 yaş aralığında olan,
✓ Ailesiyle birlikte yaşayan,
✓ Psikotik belirti göstermeyen,
✓ Araştırmaya katılmaya gönüllü olan bireyler araştırma kapsamına alınmıştır.

- **Araştırmadan doğrudan gönüllü için beklenen yarar:** Herhangi bir doğrudan yararı bulunmamaktadır Herhangi bir doğrudan yararı bulunmamaktadır. Depresyon hastalarının algıladıkları aile işlevsellikleri ile sosyal uyum düzeylerini belirlemek ve gelecekte depresyon hastalarının sosyal uyum düzeylerinin artırılmasında, bireylerin aile işlevselliklerinin belirlenmesi ve ailelere yönelik planlanacak müdahale çalışmalarının artırılmasına yol göstermektir.
- **Gönüllünün sorumlulukları:** Sorulara doğru yanıtlar vererek bilime katkı sağlamaktır.
- **Gönüllünün (araştırma hamilelerde veya lohusalarda yapılacaksa ise embriyo, fetüs veya süt çocuklarının da) maruz kalabilecekleri riskler veya rahatsızlıklar:** Risk bulunmamaktadır.
- **Risklere karşı alınan önlemler:** Risk bulunmamaktadır.
- **Gönüllünün araştırmaya katılımının sona erdirilmesini gerektirecek durumlar veya nedenler:** Gönüllünün soruları cevaplamak istememesi, araştırmadan vazgeçmesi.
- **Araştırma sonunda gönüllülere bilgi verilecek mi?** Hayır
- **Gönüllülerin araştırma hakkında, kendileri hakkında ya da araştırmayla ilgili herhangi bir beklenmedik olay hakkında daha fazla bilgi edinebilmesi için temasa geçebileceği kişi ve kendisine günün 24 saatinde erişebileceği telefon numarası:**
- **Gönüllülerden elde edilecek olan biyolojik materyallerin hangi amaçlarla kullanılacağı:** Biyolojik materyal alınmayacak.

Yukarıda açıkça tanımlanan çalışmanın ne amaçla, kimler tarafından ve nasıl gerçekleştirileceği anlayabileceğim bir ifade ile bana anlatıldı.

Bu araştırmadan elde edilen bilgilerin bana ve başka insanlara sağlayacağı yararlar bana anlatıldı.

Araştırma sırasında meydana gelebilecek riskler ve rahatsızlıklar bana anlayabileceğim bir dille anlatıldı.

Araştırma sırasında oluşabilecek zarar durumunda gerçekleştirilecek işlemler bana anlatıldı.

Araştırmanın yürütülmesi sırasında olası yan etkiler, riskler ve zararlar ve haklarım konusunda 24 saat bilgi alabileceğim bir yetkilinin adı ve telefonu bana verildi.

Araştırma kapsamındaki bütün muayene, tetkik ve testler ile tıbbi bakım hizmetleri için benden ya da bağlı bulunduğum sosyal güvenlik kuruluşundan hiçbir ücret istenmeyeceği bana anlatıldı.

Araştırmaya hiçbir baskı ve zorlama altında olmaksızın gönüllü olarak katılıyorum.

Araştırmaya katılmayı reddetme hakkına sahip olduğum bana bildirildi.

Sorumlu araştırmacı / hekime haber vermek kaydıyla, hiçbir gerekçe göstermeksizin istediğim anda bu çalışmadan çekilebileceğimin bilincindeyim.

Bu çalışmaya katılmayı reddetmem ya da sonradan çekilmem halinde hiçbir sorumluluk altına girmediğimi ve bu durumun şimdi ya da gelecekte gereksinim duyduğum tıbbi bakımı hiçbir biçimde etkilemeyeceğini biliyorum.

Çalışmanın yürütücüsü olan araştırmacı/ hekim ya da destekleyen kuruluş, çalışma programının gereklerini yerine getirmedeki ihmalim nedeniyle, benim onayımı almadan beni çalışma kapsamından çıkarabileceğini biliyorum.

Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu'nun gerekli gördüğünde, gizliliğimin korunması ilkesine uygun olarak, araştırma konusuyla ilişkili orijinal tıbbi kayıtlarıma doğrudan erişimde bulunabileceğini biliyorum

İlgili yasal düzenlemeler gereğince kimliğimi ortaya çıkaracak kayıtların gizli tutulacağı bana açıklandı.

Yukarıda yer alan ve araştırmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri gösteren Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu adlı metni okudum. Aklıma gelen bütün soruları sorma olanağı tanındı ve sorularıma doyurucu cevaplar aldım. Yukarıda konusu belirtilen araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen araştırmacı tarafından yapıldı.

Bu koşullarla, söz konusu araştırmaya hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın gönüllü olarak katılmayı kabul ediyorum.

Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu'nun tam imzalı bir kopyasını aldım.

- ***Gönüllünün; (El yazısı ile)***

Adı- Soyadı:

İmzası:

Adresi (varsa telefon ve/veya faks numarası):

.....

.....

Tarih:

- ***Velayet ya da vesayet altında bulunanlar için; (El yazısı ile)***

Veli ya da Vasinin Adı- Soyadı:

İmzası:

Tarih:

Adresi (varsa telefon ve/veya faks numarası):

.....

.....

Tarih:

- ***Açıklamaları yapan araştırmacının***

Unvanı, Adı- Soyadı: (El yazısı ile)

Görev yaptığı bölüm:

İmzası:

Tarih:

BENZERLİK RAPORU

DEPRESYON HASTALARINDA ALGILANAN AİLE İŞLEVSELLİĞİ VE SOSYAL UYUM DÜZEYİ

ORİJİNALLİK RAPORU

%9	%8	%6	%4
BENZERLİK ENDEKSİ	İNTERNET KAYNAKLARI	YAYINLAR	ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

BİRİNCİL KAYNAKLAR

1	dergipark.org.tr İnternet Kaynağı	%1
2	Submitted to The Scientific & Technological Research Council of Turkey (TUBITAK) Öğrenci Ödevi	%1
3	acikbilim.yok.gov.tr İnternet Kaynağı	%1
4	Submitted to Trakya University Öğrenci Ödevi	%1
5	dspace.trakya.edu.tr İnternet Kaynağı	%1
6	insc.odu.edu.tr İnternet Kaynağı	<%1
7	Submitted to Abant İzzet Baysal Universitesi Öğrenci Ödevi	<%1
8	www.zeugmakongresi.org İnternet Kaynağı	<%1
9	acikerisim.karabuk.edu.tr:8080 İnternet Kaynağı	<%1
10	Can, Sakine Zeyna. "Histerektomi Ameliyatlari Sonrasi Genel Konfor Düzeyinin Iyilesme Kalitesi Üzerine Etkisi.", Izmir Katip Celebi University (Turkey), 2024 Yayın	<%1