

TÜRKİYE CUMHURİYETİ
GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**MAJOR DEPRESYONLU HASTA VE EŞLERİNİN ÇATIŞMA YÖNETİM
BİÇİMLERİNİN EVLİLİK UYUMU İLE İLİŞKİSİ**

Safiye KARAKOYUN
YÜKSEK LİSANS TEZİ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
PSİKİYATRİ HEMŞİRELİĞİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

DANIŞMAN
Yrd. Doç. Dr. Derya TANRIVERDİ

Gaziantep

2012

TÜRKİYE CUMHURİYETİ
GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
PSİKİYATRİ HEMŞİRELİĞİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

MAJOR DEPRESYONLU HASTA VE EŞLERİNİN ÇATIŞMA YÖNETİM
BİÇİMLERİNİN EVLİLİK UYUMU İLE İLİŞKİSİ

Safiye KARAKOYUN

Tez Savunma Tarihi: 04.07.2012

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Onayı:

Prof. Dr. Mehmet TARAKÇIOĞLU

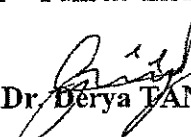
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

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


Prof. Dr. Akif ŞİRİKÇİ

Hemşirelik Anabilim Dalı Başkanı

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


Yrd. Doç. Dr. Derya TANRIVERDİ

Tez Danışmanı

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

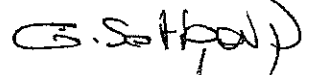
Tez Jürisi

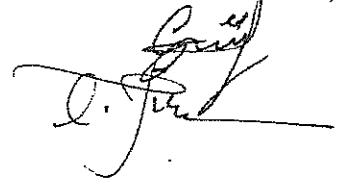
Yrd. Doç. Dr. Gülümser SERTBAŞ

Yrd. Doç. Dr. Derya TANRIVERDİ

Yrd. Doç. Dr. Ahmet ÜNAL

İmzası





BEYAN

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

15.06.2012

Safiye KARAKOYUN

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans çalışmamın başından tez bitimime kadar geçen dönemde hiçbir zaman desteğini esirgemeyen, her zaman sabır ve öz veriyle daima yanımda olduğunu hissettiren, anlayışıyla hayatıma ışık tutan, kendisiyle çalışmaktan büyük onur ve mutluluk duyduğum, benim için bir danışmandan çok daha fazla anlam ifade eden çok kıymetli tez danışmanım sayın Yrd. Doç. Dr. Derya TANRIVERDİ' ye müteşekkir olduğumu belirtmek isterim.

Araştırmayı yapabilmem için gerekli ortamı sağlayan Gaziantep Üniversitesi Şahinbey Araştırma ve Uygulama Hastanesi Psikiyatri Polikliniği çalışanları ve Avukat Cengiz Gökçek Devlet Hastanesi Psikiyatri Poliklinik şefi sayın Koray ESGİ'ye

Değerli katkılarıyla ve yeni fikirleriyle çalışmamın daha da zenginleşmesini sağlayan jüri üyelerim; Psikiyatri Anabilim Dalı Başkanı sayın Yrd. Dç. Dr. Ahmet ÜNAL' a ve Yrd. Dç. Dr. Gülümser SERTBAŞ'a

Bu zorlu süreçte beni yalnız bırakmayan, katkılarıyla çalışmamı zenginleştiren ve benim kadar emeği olan çok kıymetli arkadaşım Ebru KURDAL'a, değerli katılımlarından dolayı Nurcan GÖNÜLLÜOĞLU'na, Nesrin ÖZER' e ve Fidan ALTUNPEK' e

Çalışmamın veri giriş sürecinde elinden gelenin en iyisini yaptığından emin olduğum çok kıymetli arkadaşım Ahmet ÖZTÜRK'e,

Bu yorucu süreçte, mesai saatlerinde bana çalışmam için zaman ayırmamı sağlayan başta doktorum Hilal ŞENOL olmak üzere tüm iş arkadaşlarıma,

Bu günlere gelmemi sağlayan, emeklerini hiçbir zaman ödeyemeyeceğim ve daima hayatımın merkezinde olacak olan aileme, çevirileriyle çalışmamı zenginleştiren kardeşim Fatma KARAKOYUN'a ve Sefa KARAKOYUN'a, ayrıca kız kardeşlerim Emine ve Ayşe Nur KARAKOYUN'a yardımlarıyla çalışmamı, varlıklarıyla hayatımı anlamlandırdıkları için; en yürekten teşekkürlerimi sunuyorum.

Ayrıca;

Her şeyi çok zor ve son anda olan bir insan olarak, benim için çok büyük anlam ifade eden bu çalışmayı kendime armağan etmek istiyorum.

Safiye KARAKOYUN

Gaziantep/2012

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans çalışmamın başından tez bitimime kadar geçen dönemde hiçbir zaman desteğini esirgemeyen, her zaman sabır ve öz veriyle daima yanımda olduğunu hissettiren, anlayışıyla hayatıma ışık tutan, kendisiyle çalışmaktan büyük onur ve mutluluk duyduğum, benim için bir danışmandan çok daha fazla anlam ifade eden çok kıymetli tez danışmanım sayın Yrd. Doç. Dr. Derya TANRIVERDİ' ye müteşekkir olduğumu belirtmek isterim.

Araştırmayı yapabilmem için gerekli ortamı sağlayan Gaziantep Üniversitesi Şahinbey Araştırma ve Uygulama Hastanesi Psikiyatri Polikliniği çalışanları ve Avukat Cengiz Gökçek Devlet Hastanesi Psikiyatri Poliklinik şefi sayın Koray ESGİ'ye

Bu zorlu süreçte beni yalnız bırakmayan, katkılarıyla çalışmamı zenginleştiren ve benim kadar emeği olan çok kıymetli arkadaşım Ebru KURDAL'a, değerli katlılarından dolayı Nurcan GÖNÜLLÜOĞLU'na ve Nesrin ÖZER' e,

Çalışmamın veri giriş sürecinde elinden gelenin en iyisini yaptığından emin olduğum çok kıymetli arkadaşım Ahmet ÖZTÜRK'e,

Bu yorucu süreçte, mesai saatlerinde bana çalışmam için zaman ayırmamı sağlayan başta doktorum Hilal ŞENOL olmak üzere tüm iş arkadaşlarıma,

Bu günlere gelmemi sağlayan, emeklerini hiçbir zaman ödeyemeyeceğim ve daima hayatımın merkezinde olacak olan annem ve babama, çevirileriyle çalışmamı zenginleştiren kardeşim Fatma KARAKOYUN'a ve Sefa KARAKOYUN'a, ayrıca kız kardeşlerim Emine ve Ayşe Nur KARAKOYUN'a yardımlarıyla çalışmamı, varlıklarıyla hayatımı anlamlandırdıkları için; en yürekten teşekkürlerimi sunuyorum.

Ve; Her şeyi çok zor ve son anda olan bir insan olarak, benim için çok büyük anlam ifade eden bu çalışmayı kendime ithaf ediyorum.

Safiye KARAKOYUN

Gaziantep/2012

İÇİNDEKİLER

Sayfa No

TEŞEKKÜR	i
TABLO LİSTESİ.....	v
KISALTMA VE SİMGELER.....	vi
ÖZET.....	1
ABSTRACT.....	2
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	3
1.1. Araştırmanın Amacı.....	6
2. GENEL BİLGİLER.....	7
2.1. Depresyon.....	7
2.2. Tarihçesi	8
2.3. Depresyonun Epidemiyolojisi.....	8
2.4. Etiyoloji	9
2.5. Major Depresyon.....	13
2.5.1. Major Depresyon DSM IV Tanı Ölçütleri.....	13
2.5.2. Belirti ve Bulgular.....	14
2.5.3. Hastalık Öncesi (Premorbid) Kişilik	17
2.5.4. Komorbidite.....	17
2.5.5. Seyir ve Prognoz... ..	19
2.5.6. Depresyonda Gidiş ve Sonlanım Belirleyicileri.....	20
2.5.7. Depresyonun Tedavisi.....	20

2.6. Evlilik Uyumu.....	23
2.6.1. Evlilik Uyumu ve Depresyon.....	24
2.7. Çatışma ve Çatışma Yönetimi.....	26
2.7.1. Çatışma Yönetimi ve Evlilik Uyumu.....	27
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	30
3.1. Araştırmanın Türü.....	30
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Tarih.....	30
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örnekleme.....	30
3.4. Verilerin Toplanması.....	31
3.5. Verilerin Değerlendirilmesi.....	33
3.6. Araştırmanın Etik İlkeleri.....	33
4. BULGULAR.....	35
5. TARTIŞMA.....	41
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	46
7. KAYNAKLAR.....	48
8. EKLER.....	56
EK-I: KİŞİSEL BİLGİ FORMU.....	56
EK-II: BECK DEPRESYON ENVANTERİ.....	57
EK-III: ÇATIŞMA ÇÖZÜM STİLLERİ ÖLÇEĞİ.....	59
EK-IV: ÇİFT UYUM ÖLÇEĞİ.....	60
EK-V: ARAŞTIRMANIN YAPILABİLMESİ İÇİN GEREKLİ İZİN YAZISI-I.....	62
EK-VI: ARAŞTIRMANIN YAPILABİLMESİ İÇİN GEREKLİ İZİN YAZISI-II.....	63
EK-VII ETİK KURUL ONAYI.....	64

EK-VIII: BİLGİLENDİRİLMİŞ HASTA ONAM FORMU.....65

ÖZGEÇMİŞ.....67

TABLULAR LİSTESİ

Tablo No	Sayfa No
Tablo 1. Major depresif bozuklukta risk etkenleri.....	9
Tablo 2. Depresyonlu Hastalarda Diğer Ruhsal Hastalıkların görülme sıklığı ve normal popülasyondaki ruhsal hastalıklara oranı.....	17
Tablo 3. Depresyonda Gidiş Ve Sonlanım Belirleyicileri.....	20
Tablo 4. Çift Uyum Ölçeği Alt Boyutları.....	33
Tablo 5. Hasta ve Eşlerinin Sosyodemografik ve Evliliklerine İlişkin Özelliklerinin Dağılımı.....	35
Tablo 6. Hastaların BDE, ÇÇSÖ ve Alt Boyutlarının Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	36
Tablo 7. Eşlerin ÇÇSÖ ve Alt Boyutlarının Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	36
Tablo 8. Hastaların ÇUÖ ve Alt Boyutlarının Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	37
Tablo 9. Eşlerin Çift Uyum Ölçeği ve Alt Boyutlarının Puan Ortalamalarının Dağılımı...37	
Tablo10. Hastaların BDE, ÇÇSÖ ve ÇUÖ Toplam ve Alt Boyutlarının Puan Ortalaması Arasındaki İlişki.....	38
Tablo 11. Hastaların BDÖ, ÇSÖ, ÇUÖ ile Eşlerinin Çatışma Yönetimi, Çift Uyumu Arasındaki İlişki.....	39

KISALTMALAR VE SİMGELER

ECA: The Epidemiologic Catchment Area Study

DSM IV: Mental Hastalıkların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, 4. Baskı (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition).

ICD: International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems. Dünya Sağlık Örgütü'nün Tanı Sistemi

M.S: Milattan Sonra

BOS: Beyin Omurilik Sıvısı

HVA: Homovanilik Asit

MDB: Major Depresif Bozukluk

SSRI: Seçici Serotonin Geri Alım İnhibitörleri

MAOI: Mono-Amino Oksidaz İnhibitörleri

SNRI: Serotonin-Noradrenalin Geri Alım İnhibitörleri

BDT: Bilişsel Davranışçı Terapi

EKT: Elektrokonvülsif Terapi

DD: Dirençli depresyon

ÇÇSÖ: Çatışma Çözüm Stilleri Ölçeği

BDE: Beck Depresyon Envanteri

ÇUÖ: Çift Uyum Ölçeği

ÖZET

MAJOR DEPRESYONLU HASTA VE EŞLERİNİN ÇATIŞMA YÖNETİM BİÇİMLERİNİN EVLİLİK UYUMU İLE İLİŞKİSİ

Safiye KARAKOYUN

Yüksek Lisans Tezi, Hemşirelik Anabilim Dalı

Psikiyatri Hemşireliği Yüksek Lisans Programı

Danışman: Yrd. Doç. Dr. Derya TANRIVERDİ

2012, 67 sayfa

Bu araştırma tanımlayıcı, karşılaştırmalı ve ilişki arayıcı bir araştırma olup; depresyon tanısı alan hastaların ve tanı almayan eşlerinin çatışma yönetim biçimlerinin evlilik uyumu ile ilişkisini belirlemek amacıyla gerçekleştirilmiştir. Araştırma Gaziantep Üniversitesi Şahinbey Araştırma ve Uygulama Hastanesi ve Gaziantep Avukat Cengiz Gökçek Devlet Hastanesi Psikiyatri Polikliniklerinde Ocak-Kasım 2011-2012 tarihleri arasında yapılmıştır. Araştırmanın verilerinin toplandığı tarihlerde, DSM-IV-TR tanı ölçütlerine göre major depresyon tanısı almış, ayaktan takip ve tedavi için başvuran, 113 hasta ve eşleri araştırmanın evren ve örneklemini oluşturmuştur. Verilerin toplanmasında Kişisel Bilgi Formu, Beck Depresyon Envanteri, Çatışma Çözüm Stilleri ve Çift Uyum Ölçeği kullanılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistikler (yüzdeler, ortalama, standart sapma), t testi ve korelasyon analizi kullanılmıştır. Hastaların %44.9'u, eşlerin %43.2'si 31-40 yaş aralığında olup hastaların %84.8'i kadındır. Hastaların depresyon puanı ile toplam çift uyumu ve tüm alt boyutları arasında negatif korelasyon bulunmuştur ($p < 0.05$). Hastaların evlilik uyumu ile olumlu ve boyun eğme çatışma çözüm stili arasında pozitif bir ilişki varken ($p < 0.05$), olumsuz çatışma çözüm stili ile arasında negatif bir ilişki saptanmıştır ($p < 0.05$). Hastaların depresyon puanı ile eşlerinin çatışma çözüm stilleri arasında herhangi bir ilişki görülmezken ($p > 0.05$), eşlerinin çift uyumu arasında negatif ilişki belirlenmiştir ($p < 0.01$). Hastaların olumlu çatışma yönetimi kullanması eşlerinin evlilikteki memnuniyetlerini pozitif yönde etkilemiştir ($p < 0.05$). Öte yandan, eşlerinin olumlu ve boyun eğme şeklindeki çatışma yönetimini kullanması hastaların çift uyumunu pozitif yönde etkilerken, eşlerin olumsuz çatışma çözümünü kullanması çift uyumunu negatif yönde etkilemiştir ($p < 0.05$). Çalışmada major depresyon tanısı alan hastaların ve eşlerinin karşılıklı olarak olumlu çatışma çözüm stillerini kullanması evlilik uyumlarını artırırken, olumsuz çatışma çözüm stillerini kullanması evlilik uyumlarını azaltmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Çatışma Yönetimi, Evlilik Uyumu, Major Depresyon

ABSTRACT

THE ASSOCIATION WITH THE MARITAL ADJUSTMENT OF THE CONFLICT RESOLUTION STYLES OF THE PATIENTS WITH MAJOR DEPRESSION AND THEIR SPOUSES

Safiye KARAKOYUN

Thesis of MASTER, Nursing Department

Master programme of Psychiatric Nursing

Advisor: Asst. Prof. Dr. Derya TANRIVERDİ

2012, 67 pages

This research, identifying, comparative and correlational design of relationship, was carried out to determine the relationship between marital adjustment and the styles of conflict management of the patients diagnosed with depression as well their spouses' who were not diagnosed with depression. This research was made in clinics of Gaziantep University- Şahinbey Research and Practice Hospital and Lawyer Cengiz Gökçek State Hospital, Psychiatric Clinics between January and November 2011. At the same dates when the data gathered; according to DSM-IV-TR diagnostic criteria, 113 patients diagnosed with major depression and their spouses, outpatient and applied for treatment have consisted of sampling of the research. In the process of gathering data; Personal Information Form, Beck Depression Inventory, Styles of Conflict Resolution and Dyadic Adjustment Scale were used. In evaluation the data, descriptive statistics (percentages, mean and standard deviation), and correlation analyzes were used. 44.9% of the patients and 43.2% of spouses are between the ages of 31-40, moreover 84.8% of patients are women. The depression scores of patients with total marital adjustment and between all sub-dimensions negative correlation was found ($p<0.05$). While there is a positive relationship between marital adjustment of the patients with positive and submission to conflict resolution style ($p<0.05$); the negative relationship was determined between negative conflict resolution style and marital adjustment of the patients ($p<0.05$). While there is not any relationship between the depression scores of the patients with their spouses' conflict resolution styles ($p>0.05$); negative relationship was identified between their spouses' marital adjustment and conflict resolution styles ($p<0.01$). Applying to positive conflict management styles for the patients has positively affected the marital adjustment of their spouses' ($p<0.05$). On the other hand; using the conflict resolution such as positive and submission conflict resolution of their spouses' has positively affected to marital adjustment of the patients additionally using the negative form of this context has negatively affected to the marital adjustment ($p<0.05$). In the current study; using mutually the positive conflict management styles of the patients diagnosed with major depression and their spouses' has increased the marital adjustment and negative conflict resolution styles has decreased the marital adjustment.

Key Words: Conflict Resolution Style, Marital Adjustment, Major Depression.

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Depresyon sık görülen, uzun süreli atakları olan, yüksek süregenleşme, depreşme ve yineleme oranları gösteren, ciddi fiziksel ve psikososyal yeti kaybına neden olan son derece yıkıcı bir bozukluktur (1). Üzüntülü bir duygu durum içinde değersizlik, yetersizlik, küçüklük duygu ve düşüncelerinin olduğu; düşünme, konuşma, hareket gibi çeşitli fizyolojik işlevlerde yavaşlamanın görüldüğü bir sendrom olarak da tanımlanmaktadır (2).

Major depresif bozukluk yaşam kalitesinde yarattığı olumsuz etkiyle pek çok kronik tıbbi hastalığın önünde gelmekte (3,4) ve gerek bireyde yol açtığı yeti yitimi gerekse toplumda çok yüksek mali yitimlere neden olmasıyla öne çıkmaktadır (3,5). Tek uçlu depresyon; gelişmiş ülkelerde yeti yitimi oluşturan nedenler içinde ilk sırada yer almaktadır ve tüm dünyada ise dördüncü sıradadır (3,5). Gelecekle ilgili tahminlerde ise major depresif bozukluğun 2020 yılında tüm dünyada en önemli ikinci yeti yitimi nedeni olacağı kabul edilmektedir (3,6,7). Depresyon görülme oranının yüksekliği ve yaygın oluşu ve depresyonun derecesinin artması ile intihara kadar varabilecek ciddiyette sonuçlar yaşanması, bu rahatsızlığın tedavisinin önemini ve tedavi edilmesinin kaçınılmaz bir zorunluluk olduğunu göstermektedir (8). Depresyonlu hastalar hem sosyal hem fiziksel, hem de psikolojik yeti kaybı sonucunda yoğun sıkıntı yaşamaktadır. Depresyonun yol açabildiği boşanma ve bunun getirdiği yalnızlık duygusu sosyal kayıpların başında gelmektedir (9). Depresyonun oluşmasında evlilik uyumsuzluğunun önemli bir etken olduğu yapılan deneysel çalışmalarla kanıtlanmıştır ve evlilik ilişkileriyle ilgili gerginliklerin depresyonlu bireylerde depresyonsuz olanlara kıyasla yedi kat daha fazla olduğu saptanmıştır (9,10). Öte yandan, depresyonun boşanmaya neden olduğu konusunda çeşitli tartışmalar da vardır ve depresyon açısından, evli kadınların evli erkeklere göre daha yüksek risk taşıdıkları bildirilmektedir (9). Son zamanlarda elde edilen bilgilere göre; yapılan ilk evliliklerin yaklaşık %50'si hayatın en stres dolu süreçlerinden biri olan boşanmayla sonlanıyor. Boşanmayla sona ermeyen evliliklerin çoğu ise; mutsuz olarak devam ediyor (11). Evliliklerin boşanmayla sonuçlanmasının artmış olmasında kentli yaşam koşullarının etkisinin yanı sıra birçok etken de olabilir. Bu etkenler arasında evli bireylerin kişilik özellikleri, depresyona yatkınlıkları, iletişim şekilleri, problem çözme tarzları ve birçok nedenden de kaynaklı sorunlar yaşanabilir. Bu sorunlar derinlemesine araştırılıp incelenmediğinde ailelerin parçalanma süreci de hızlanacaktır (12). Aydemir ve arkadaşları (2009) tarafından yapılan araştırma sonucuna göre; major depresif bozuklukta yaşam kalitesinin tüm alanlarda bozulduğu ortaya konmuştur. Depresyon şiddetlendikçe bu olumsuz

algı daha da bozulmaktadır (13). Evliliğin kadınlarda depresyon için bir dezavantaj olduğu, depresyona duyarlılığı arttırdığı ileri sürülmektedir (14). Mutlu ve doyumlu evliliklerde önemli role sahip olan evlilik uyumu, bireysel, durumsal ve ilişkiyel birçok faktörden etkilenmektedir. Bunlara örnek olarak; ilişkiye yönelik algılar, iletişim şekilleri, sorun çözme becerileri, bağlılık, cinsellik, heyecan arama ve sosyal anksiyete seviyesi, dindarlık ve eğitim düzeyi verilebilir (15). Evlilikte uyum yanında çatışma da yaşanabilmektedir (16). Çünkü evlilikte çiftler ortak bir yaşam oluşturduğundan ve her bireyin kendine ait amaçları olduğundan çatışma sıklıkla karşılaşılan bir durum olmaktadır (16) ve evli çiftlerin yaşadıkları en önemli problemler arasında çatışmayı çözmedeki anlaşmazlıklar gelmektedir (17). Çatışma kavramının; farklı yönelimleri, hedefleri, verilen tepkileri ve sonuçları içeren bir süreç olduğu kabul edilmektedir. Çatışma yönelimleri, ilişki içerisinde çatışmaya yönelik tutum ve değerlendirmelere işaret eder. Çatışma hedefleri, eşlerin birbirinden farklı olan görüş, fikir ve amaçlarını ortaya koyar. Çatışmaya verilen tepkiler, çatışmayı yönetmede ve ele almada kullanılan tüm gözlenebilir davranışları ve stratejileri belirler. Son olarak; çatışmanın nasıl ve ne şekilde çözüme kavuştuğu ya da kavuşmadığı, çatışma sonrasında eşler arası yakınlığın artıp artmadığı gibi olguları içeren bir süreç olarak tanımlanabilir (16). Fincham ve Beach'e (1999) göre, eşler arasındaki görüş farklılıkları, evlilik uyumunu bozacak çatışmalara neden olabilmektedir (19). Eşler arasındaki çatışmalar, problemlerin çözümünü olumsuz yönde etkileyecek tutumları beraberinde getirebilmektedir. Çatışma çözümü bir ilişkinin altında yatabilecek çatışmayı çözme veya ele almadaki yeterliliklerini yansıtmaktadır. Çatışma çözümü başarılı problem çözme kapsar, yani beraber yaşamının veya ayrılmanın kararını, eşlerin çatışma yaşamasına sebep olan dışsal kaynakların (toplum işsizlik oranı) farkına varmasını sağlar (18,20).

Evliliklerinde olumsuz olaylar yaşayan eşler, bu durumla ve evlilikleriyle ilgili olumsuz değerlendirmeler yapmaktadırlar. Bu olumsuz değerlendirmeler de, etkili olmayan problem çözme davranışlarını, problem çözme süresince daha fazla olumsuz davranışı ve problem çözme süresince gösterilen belirli duyguları (sızlanma, öfke) arttırmaktadır (19). Aile terapistleri ve diğer yetkililer çatışmayı çözmede 6 adım üzerinde durmuşlardır. Bunlar;

1. Sorunu belirlemek,
2. İlişkide karşılıklı beklentileri belirleme,
3. Alternatif çatışma çözümlerini belirlemek,
4. Problem çözme becerilerini geliştirmek,
5. Aynı fikirde olmayı kuvvetlendirmek,
6. Tüm yapılanları tekrar gözden geçirmektir (17).

Evli çiftlerde yapılan ulusal bir araştırmaya göre; mutlu çiftler mutsuz çiftlere oranla çatışmalarını çözmede, problemleri tartışırken birbirlerini anlamakta, duygularını ifade ederken daha rahat olmakta, anlaşmazlıklarını çözmek için fikir birliğine varmakta ve sorumluluğu paylaşmakta daha yeteneklidirler (17).

Evlilikte çatışmada evlilik açısından önemli olan sürecin nasıl yönetildiği ve sonuçlandırıldığıdır. İyi yönetilmiş ve olumlu sonuçlandırılmış çatışmalar evlilikte doyuma katkı sağlayabilmektedir (16). Bu nedenle çiftlerin çatışma sırasında nasıl tepki verdikleri ve çatışmaları nasıl yürüttükleri, evliliklerin gidişatı, evlilikten alınan tatmin, çocuk yetiştirme, çiftlerin fiziksel ve ruhsal sağlıkları gibi birçok olguyu etkilemesi bakımından önemli bir konudur (20,21).

Kurdek (1998), depresif semptomlar ve evlilik doyumundaki değişkenlikler arasındaki ilişkiyi incelemiştir (19). Depresif semptomlarda artış yaşayan çiftlerin evlilik doyumlarında daha yoğun bir çöküş yaşama eğiliminde olduklarını bulmuştur (22). Ayrıca; depresyona girmiş kişilerin insan ilişkilerinde, sorumluluklarında, özel ve iş yaşamlarında isteksizlik, mutsuzluk, tatminsizlik, anlamsızlık, yaşadıkları gözlemlenmiştir. Bu bilgiler ışığında depresyona girmiş bireylerin evliliklerinde ve eş ilişkilerinde sorun yaşama risklerinin artabileceği söylenebilir (12). Bir başka çalışma da ise; evlilik uyumu ile depresyon arasında negatif yönlü anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur (24). Sonuç olarak; major depresyon veya evlilik uyumsuzluğu faktörlerinin herhangi birindeki değişim diğer faktörün seyrini etkilemektedir (23). Bunun yanı sıra sadece hastaların değil; eşlerinde çatışma çözüm stilleri hem çift uyumu hem de depresif belirtiler için çok önemlidir. Tedavi sürecini yönlendirmesi açısından birlikte değerlendirilmeleri katkı sağlayacaktır. Kocalarının evlilikle ilgili çatışmaya dönük davranışları önemli oranda eşlerinin depresif semptomlarında artışa neden olurken, kocalarının sıcak ve yakın davranışları, evlilikle ilgili çatışmaları ve eşin depresif semptomları arasındaki ilişkiyi düzenlemektedir (20). Bundan dolayı evlilik ilişkilerinde yaşanan çatışma çözüm stillerinin belirlenmesi ve uygun olmayan yöntemler konusunda kişilere yardım edilmesi hem evlilik uyumu açısından hem de depresyonun iyileşmesi açısından son derece önemlidir. Yapılan literatür taramasında evlilik uyumu ve evlilikteki çatışma yönetim biçimlerinin bu zamana kadar normal bireylerde çalışıldığı görülmüştür. Ancak insan hayatının birçok alanını olumsuz yönde etkileyen depresyonun evlilik uyumu ve çatışma yönetim süreçlerine olan etkisi hala tam olarak bilinmemektedir.

1.1. Araştırmanın Amacı

Major depresyonlu hasta ve eşlerinin, çatışma yönetim biçimlerinin evlilik uyumu ile ilişkisinin incelenmesi amacıyla yapılmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Depresyon

Depresyon sık görülen, uzun süreli atakları olan, yüksek süregenleşme, depresme ve yineleme oranları gösteren, ciddi fiziksel ve psikososyal yeti kaybına neden olan son derece yıkıcı bir bozukluktur (1).

Depresyon, ruhsal hastalıklar arasında en sık görülen bozukluklardandır (15,25) ve sözcük olarak; çökkünlük, kendini kederli hissetme, işlevsel ve yaşamsal aktivitenin azalması gibi anlamlarda kullanılmaktadır. Kelimenin kökeni olan 'depress' sözcüğü, Latince 'depressus' tan gelmekte (26) ve aslında ruh halini tanımlamaktadır. Depresif ruh halinin gündelik olağan moral bozukluğu veya demoralizasyondan farkı kişinin duygusal olarak üzgün, mutsuz, kederli hissetmesinin yanı sıra durumuyla ilgili ümitsizlik, çaresizlik ve karamsarlık içinde olması ve kendini bu durum içinde yetersiz ve değersiz olarak algılamasıdır (27). Psikiyatrik bakış açısında depresyonu bir ruh hali olarak görmekten çok, tüm bileşenleriyle bir hastalık olarak kavramlaştırma gereksinimi bulunmaktadır. Tüm gündelik moral bozukluklarını veya gelip geçici umutsuzluk hallerini depresyon olarak kavramlaştırmak hatalı bir yaklaşım olmaktadır (27). Dünya Sağlık Örgütü'nün 2000 yılında yeti yitimine neden olan hastalıklarla ilgili yapılan çalışmada depresyon %4.4 ile dördüncü sırada yer almaktadır ve ölümcül olmayan yeti yitimi nedenleri arasında %12 ile ilk sırayı almaktadır (3,28). Ülkemizde Refik Saydam Hıfzısıhha Merkezi Müdürlüğü tarafından Başkent Üniversitesi'ne yaptırılan Ulusal Hastalık Yüğü ve Maliyet-Etkililik Projesi (3,29) kapsamında ise üretken çağ olan 15-59 yaş aralığında en fazla yeti yitimi yaratan hastalık olarak tek uçlu depresif hastalık ilk sıradadır (3,4). Depresyon her yaşta olabilir. Ancak ECA çalışmaları ortalama başlangıç yaşını major depresyon için 27 olarak vermektedir. Genel kabul edilen ise 30 yaşdır. Depresif bozukluklar için hastaneye başvuru 40-60 yaşlar arasında yoğunlaşmaktadır (14). Depresyon tüm tanı sistemlerinde duygudurum bozuklukları altında yer almaktadır. Depresyonda tanı çeşitli tanı sistemlerinde farklı belirtilerin ölçüt olarak kullanılmasıyla sağlanmaktadır. Amerikan Psikiyatri Birliği'nin tanı sistemi DSM yaygın olarak kullanılmaktadır ve mutlaka bulunması gereken belirtiler; depresif duygudurum ve ilgi-istek yitimi veya zevk alamama olarak belirlenmiştir. Dünya Sağlık Örgütü'nün tanı sistemi ICD'dir ve;

* Çökkün duygudurum,

* İlgisizlik,

* Haz alamama,

* Enerji azlığına vurgu yapılmaktadır.

ICD tanı koydurucu belirtilerden çok, görülen belirtilere dikkat çekerek diğer belirtiler arasında;

- Dikkatin azalması veya dikkatini toplayamama,
- Benlik saygısında düşme ve öz güvenin azalması,
- Suçluluk ve değersizlik düşünceleri,
- Geleceğe ilişkin karamsarlık ve güvensizlik,
- Kendine zarar verme ve öz kıyım düşünceleri,
- Uyku bozukluğu,
- İştah azalması sayılmaktadır.

Bu belirtilerin sürekli olması, gün boyu bulunması ve çevresel etkilere tepki olarak değişmemesi beklenmemektedir (27).

2.2. Tarihçe

Affektif hastalık tanımlamaları Hipokrat ile başlar. Melankoli deyimini ona aittir (30). Hipokrat'ın "eğer üzüntü uzun sürerse melankolidir" sözü o zamanlarda depresyonun bir hastalık olarak ele alındığına dair iyi bir fikir vermektedir (31). Bugün ağır çökkünlük olarak bildiğimiz bozukluğa Hipokrat geçtiğimiz yüzyılda melankoli adını vermiştir ve bunu kara safraya bağlamıştır (27,32). Hipokrat'tan yaklaşık 500 yıl sonra Arateus melankoli ve depresyon arasındaki ilişkiye değinmiş ve bu bozukluğun epizodik niteliğini fark etmiştir. M.S. 2.ci yüzyılda Plato melankolik bir insanın hiçbir şeyle alakası olmadan dolaşan, kötülük beklerken tanrılar ile savaşıyor kişi olarak tanımlamıştır. Plato'dan sonra mizacın bozuk oluşu, kendini suçlama hali, kendini yargılama, ölüm arzusunun mevcudiyeti fizik belirtiler ve affedilmeyecek kadar kötü bir günah veya bir kabahat işlemiş olduğu hezeyanlar da melankoli veya depresyon bulguları arasına sokulmuştur (33).

2.3. Depresyonun Epidemiyolojisi

Depresyon psikiyatrik hastalıklar arasında en sık görülenlerden biridir. Kabaca toplumda her 10 kişiden birinde izlenmekte olup, her dört kadından birisi ve her 8-10 erkekten birisi yaşamları boyunca en az bir kez depresif epizod geçirmektedir (11). ABD' de ECA çalışmalarına göre major depresyon yaygınlığı % 3.5-5.8 kadardır. Bir yıllık prevalans %2.6-6.2 olarak verilmektedir. Hayat boyu risk erkekler için %3-12, kadınlar için %10-26'dır. NCS (national comorbidity survey) çalışmalarına göre bu oranlar kadınlar için %21-24, erkekler için ise %12-15 kadardır. Türkiye ruh sağlığı profili çalışmasında 12 aylık depresif nöbet yaygınlığı kadınlarda %5.4, erkeklerde %2.3, tüm nüfusta %4.0 olarak verilmektedir.

Görüldüğü gibi kadınlarda iki kat daha fazladır. Bu gerçek bir fark olup yardım arama davranışından kaynaklanmamaktadır (6). Depresif belirtilerin yaşam boyu yaygınlığı %13-20 ve major depresyon %3.1-6.1 arasında bulunmuştur. Puberte öncesi dönemde kızlar ve erkek çocuklarda eşit dağılım gösterir. Kadın ve erkeklerde 25-45 yaşlar arasında en üst düzeye ulaşır (10).

Tablo 1:Major depresif bozuklukta risk etkenleri

Aile öyküsü	Depresyon (%7) ya da alkolizm(%8) açısından yüksek risk içeren aile öyküsünün oluşu
Sosyal sınıf	İlişkisi yok
İrk	Siyah ırk da daha seyrek
Yaşam olayları	Son negatif yaşam olayları depresif epizodu başlatabilir.
Kişilik	Güvensiz, endişeli, içe dönük, strese duyarlı, obsesif, bağımlı, pısrık
Çocukluk deneyimleri	Erken kayıplar, parçalanma, hostile ve olumsuz çevre
Doğum sonrası	Depresif nöbetler yaygın
Menopoz	İlişkisi yok
Samimi ilişkilerin yokluğu	Yaygın risk etkeni

2.4. Etiyoloji

Major depresyonun etiyojisini daha iyi anlayabilmek için genetik, nörobiyolojik ve psikososyal bakış açılarından bakılması gerekir (32).

Depresyonun Genetik Kuramı

Klinik ve genetik epidemiyolojik çalışmalar, major depresyonun, birçok genetik ve çevresel etkenin öneminin olduğu çok etkenli bir bozukluk olduğunu düşündürmektedir (32). Biyolojik akrabasında major depresyon olanlarda, hastalığa yakalanma sıklığı genel topluma göre 2-5 oranında artmaktadır. Hastalanma oranı ise erkeklerde %11 kadınlarda %18 düzeyindedir (30,31). Yapılan evlat edinme çalışmalarında biyolojik ailenin mizaç bozukluğu göstermesi halinde evlat edinen ailenin sağlıklı olmasına rağmen bu çocukların ileri yaşlarda normale kıyasla daha sık mizaç bozukluklarından birini gösterme riski taşımaları, tek ve çift yumurta ikizleri ile ilgili yapılan çalışmalarda tek yumurta ikizlerinde hastalığın konkordansının, çift yumurta ikizlerinden daha yüksek bulunması genetik geçişi telkin eder (33).

Sonuç olarak; epidemiyolojik veriler genetiği desteklemekle birlikte sorumlu bir gen

bulunmamıştır. Bu durum depresyonun tek bir gene bağlanamamasıyla açıklanmaktadır. Genetik olarak bir yatkınlık olduğu bu yatkınlığın çevresel nedenlerle etkileşerek depresyonun ortaya çıktığı kabul edilmektedir (30).

Depresyonun Nörobiyolojik Kuramı

Depresyonun etiyolojisi ile ilişkili bilgilerin çoğu günümüzde de geçerliliğini koruyan monoamin varsayımına dayanmaktadır. Monoamin varsayımına göre noradrenalin ve serotoninin tam veya kısmi yetersizliğinin depresyonun nedeni olduğu düşünülmüştür. Bu aminerjik sistemlerin mizaçla ilgili duyuşsal bilgilerin değeriendirilmesinde işlevsel olarak bağlantılı oldukları düşünülmektedir (35). Depresyonlu hastalarda yapılan biyokimyasal çalışmalarda depresyonun tüm tiplerinde olmasa da birçok depresyon olgusunda monoamin varsayımını destekler yönde sonuçlar elde edilmiştir (36).

a) Nörotransmitterler:

1. Noradrenerjik sistem: Depresyon oluşumunda noradrenalin yetersizliğinin rol oynadığı düşünülmektedir. Beyinde yetersiz noradrenalin yapımı, sinaptik aralığa yeterince noradrenalin salınmaması ya da serotonerjik nöronlarda da bulunan presinaptik β -2 reseptörler aracılığıyla serotonin salınımının dolaylı yoldan etkilenmesi gibi görüşler ileri sürülmektedir. Depresyonda özellikle β -2 adrenerjik reseptörlerde bir uyarılma olduğu ve bunun sonucu sinaptik aralığa noradrenalin salınımının azaldığı düşünülmektedir (27). Azalmış noradrenerjik aktivite depresyonun yanı sıra dikkat ve konsantrasyon azalması, işlevsel bellekte yetersizlik, bilgi işleme süreçlerinde yavaşlama, psikomotor yavaşlama ve yorgunlukla ilişkilidir (31).

2. Serotonerjik sistem: Depresyonda serotoninin katkısı daha ayrıntılı incelemelere konu olmuş ve serotoninin depresyon oluşumu ile ilişkili major monoamin olduğu görüşü zaman içinde ağırlık kazanmaya başlamıştır. Depresyonda genel olarak serotonin yapımı ve metabolizmasıyla ilgili olarak ortaya çıkan serotonerjik işlev yetersizliğinden ve özellikle de limbik alanda serotonin azalmasından söz edilmektedir (36). Seçici serotonin geri alım inhibitörlerinin (SSGİ) depresyonun tedavisinde etkili olması, depresyonun patofizyolojisinde yeri olan biyojenik amin nörotransmitterler arasında en önde geleninin serotonin olduğunu ve sinaptik aralıkta serotonin eksikliğini depresyona zemin hazırladığını düşündürmektedir (32).

3. Dopaminerjik sistem: Dopaminin de diğer biyojenik aminler gibi depresyonda azaldığı belirtilmektedir. Özellikle psikomotor yavaşlığı olan ve öz kırıma eğilimli depresif hastaların BOS'unda dopaminin metaboliti olan HVA düzeyleri düşük bulunmuştur. Bu görüşü destekleyen diğer bazı bulgular şunlardır: Dopamin konsantrasyonunu azaltan ilaçlar (örn:

reserpine) ve hastalıklarda (örn: Parkinson) depresyon sık görülmektedir. Aksine dopamin düzeyini yükselten tyrosine, amfetamin gibi maddeler depresif belirtileri azaltırlar (37).

b) Nöroendokrin Faktörler: Duygusal travmalar sıklıkla depresyonu başlatır. Yine aynı şekilde duygusal travmalara Hipertroidi ve Cushing Hastalığı gibi endokrin hastalıklarda da rastlanabilir. Bu iki grup hastalıkta da psikolojik bozukluklar yaygın olarak bulunup duygudurum ve bilişsel bozukluklarla birlikte giderler. Endokrin değişimler psikolojik bozukluklarla birlikte görüldüğünde bu değişimlerin başlatıcı mı devam ettirici mi ya da ikincil mi olduğunu belirtmek kolay değildir (33,34).

Psikiyatride en çok dikkatleri üzerine çeken endokrin sistemlerden biri hipotalamik -hipofiz-adrenal eksen olup, diğeri de hipotalamik-hipofiz-tiroid eksenidir. Major depresyonlu hastaların takriben yarısı depresyonlarının tedavi edilmesinden sonra normale dönen kortizol hipersekresyonu gösterirler. İnsanlarda yapılan çalışmalar tiroid hormonlarının beyin gelişiminde, olgunlaşmasında derin tesirleri olduğunu göstermektedir. Tiroid hormonunun gelişmiş beyinde mizaca ait fonksiyonlar üzerine olan etkisinden söz edilmiştir. Erişkin hipotroidisi olanlarda en sık müşahade edilen psikiyatrik belirtilerden birinin depresyon durumları ile kognitif gerilemeler olarak bilinmesinin yanı sıra ufak dozda tiroid hormonun, tercihen triiodotrionin (T3); kadınlarda antidepresan ilaçların etkisini hızlandırdığı ve her iki cinstede de antidepresanlara verilen cevabı kolaylaştırdığı bilinen en önemli etkileri arasındadır (33,34). Hem hipotroidizm hem de hiperkortizolizm depresyonla sonuçlanabilmektedir (32).

Büyüme Hormonu: Birçok çalışmada depresif hastalar ile normal kişiler arasında büyüme hormonu salınım düzeni ile ilgili istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Depresif hastalarda uykuda büyüme hormonu salınımının uyarılmasında azalma vardır (45).

Uyku Anormallikleri: Araştırmacılar depresif hastaların uyku EEG lerinde anormallikler bulunduğunu uzun zamandır tanımlamaktadırlar. Uykuda ve sirkadiyen ritimlerde görülen özgül bozukluklar psikiyatrinin en tutarlı bulguları arasındadır. Sık görülen anormallikler uykuya geçişte gecikme, REM latansında kısalma (uykuya dalma ile ilk REM dönemi arasındaki süre), ilk REM dönemi süresinin uzaması ve anormal delta uykusudur. Uyku laboratuvarı incelemelerinde, major depresyonu olanlarda, uyanıklık sayısında artma olmasıyla birlikte toplam uyku süresinde azalma olduğu bulunmuştur. REM dışı bozukluklar dışında uyarılma eşliğinde düşme ve sabah erken uyanma vardır (32,45).

Cinsiyet Hormonları: Cinsiyet hormonları da duygudurumu belirgin olarak etkilemektedir. Örneğin; testesteron cinsel uyarılma yanında enerji düzeyi ve duygudurumu yakından etkiler. Testesteron fazlalığında engellenmeye dayanma gücü azalır. İrritabilite, sabırsızlık izlenebilir. Testesteron stres ve başarısızlık halinde düşer. Androjenler antidepresan etki yaparlar.

Hipogonadizmde depresif belirtiler siktir. Bu gözlemler depresyona yatkınlığın ne belirtilerinin gonadal hormonlardan bir şekilde etkilendiğini göstermektedir (32).

Depresyonun Psikososyal Kuramı

a) Psikoanalitik ve Psikodinamik Modeller: 1991 senesinde Karl Abraham depresyonlar hakkındaki ilk psikoanalitik yayını yaptı ve depresyonun bastırılmış cinsel ve agresif dürtülerin sonucu olarak bilinç dışı motivasyonlarla ilgisini gösterdi. Sigmund Freud, nesne kaybı ve melankoli arasında bir ilişki olduğunu ileri sürdü. Depresyondaki bir hastanın öfkesinin kayıp nesne ile özdeşim nedeniyle içe yöneldiğini ileri sürdü. Freud bir objeyi terk etmek için egonun tek yolunun içe alma (introjeksiyon) olduğuna inanıyordu. Depresif hastanın suçluluk ve kendi kendini kınama ile birlikte derin bir değersizlik duygusu hissetmesi, ama yas tutanda bu duyguların olmaması temelinde melankoli ya da depresyonu yastan ayırt etti (45).

b) Davranışçı Modeller: 1990'lı yılların ortalarında davranışçı teoriye dayanan üç model ortaya çıktı. Peter Lewinsohn depresyonun yetersiz ya da uygun olmayan pozitif destekler sonucu oluştuğunu gösterdi. Günlük hayatta bu iki şekilde olabilir: (1) Ya bir çevrede pozitif destekler yetersizdir (Örn. Bireysel ya da kitle işsizliği gibi). (2) Ya da birey bu desteklerden yeterince yararlanamayacak durumdadır (Örn. Düşük sosyal beceri sonucu ortaya çıkan izolasyon nedeniyle). Yetersiz pozitif destek sonucu disfori süreklilik kazanır ve normal olarak bu desteği geliştirecek olan davranışlarda bir azalma, benlik saygısında azalma, ümitsizlik ve izolasyonda bir artış olur (33,34). Öğrenilmiş çaresizlik kuramına göre, depresyon eğer klinisyen hastaya çevresini kontrol etme duygumunu ve çevresinin efendisi olmayı yavaş yavaş öğretirse depresyon düzelebilir. Klinisyen tedavi için ödüllendirici davranış tekniklerini ve olumlu pekiştirmeyi kullanır (45).

c) Bilişsel Kuram: Bilişsel yaklaşımda depresyon davranışsal, duygusal ve bilişsel yönleriyle bir bütün olarak ele alınmaktadır (25). Aaron Beck tarafından ortaya atılan depresyonun bilişsel-davranışçı modelinde depresyonun bilişsel olarak yaşam olaylarının yanlış yorumlanması sonucunda oluştuğunu belirtmiştir. Bu kurama göre depresyon gelişimindeki bilişsel modelin üç kavramsal boyutu vardır: Buna göre;

1) Olumsuz benlik görüşü,

2) Çevre ve yaşam olaylarının negatif yorumu,

3) Geleceğe ilişkin olumsuz görüşler gibi bilişsel bozukluklar bulunur. Bu kuramın temel ilkesi depresif şahsın tüm dünyayı depresif şemalarla yorumlayıp tüm yaşantıları olumsuz bir yönde çarpıtmasıdır (30,33,34).

Mizaç Bozuklukları DSM IV'e göre

1. Major depresif bozukluk

2. Distimik bozukluk

3. Başka şekilde tanımlanmamış olan depresif durumlar (Major depresyon, distimi, depresyonlu uyum bozukluğu veya depresyon ya da anksiyete belirtileri ile seyreden, uyum bozukluğu kriterlerine uymayan, depresyon belirtileri diğer depresif durumlar bu başlık altında incelenir (30,31,33).

2.5. Major Depresyon

Major depresyon toplumda yaygın görülen ve tekrarlayabilen bir hastalıktır. Kişilerin sosyal ve mesleki işlevselliğini ciddi derecede etkileyebilen ve öz kıyım riski nedeniyle ölümcül olabilen bir hastalıktır (31).

Son yıllarda, major depresif bozukluk (MDB) kronikleşmeye eğilimi, tedaviye direnci, etkilediği kişi üzerindeki tüketici semptomatolojisi ve bunlara bağlı yüksek sağlık harcamalarına yol açması nedeniyle, sağlık sistemi üzerinde giderek artan bir yük olmaya başlamıştır (38).

2.5.1. Major Depresif Epizod DSM -IV Tanı Ölçütleri

A. İki haftalık bir dönem sırasında, daha önceki işlevsellik düzeyinde bir değişiklik olması ile birlikte aşağıdaki semptomlardan beşinin (ya da daha fazlasının) bulunmuş olması; semptomlardan en az birinin ya (1) depresif duygudurum ya da (2) ilgi kaybı ya da artık zevk alamama olması gerekir. Not: Açıkça genel bir tıbbi duruma bağlı olan ya da duygu duruma uygun olmayan hezeyan ya da halüsinasyon semptomlarını katmayınız.

1. Depresif duygudurum; ya hastanın kendisinin bildirmesi (Örn. Kendisini üzgün ya da boşlukta hisseder) ya da başkalarının gözlemesi (Örn. Ağlamaklı bir görünümü vardır) ile belirli, hemen her gün, yaklaşık gün boyu süren depresif duygudurum.

2. Anhedoni; Hemen her gün süren yaklaşık gün boyu süren, tüm etkinlikler karşı ya da bu etkinliklerin çoğuna karşı ilgide belirgin azalma ya da artık bunlardan eskisi kadar zevk alamıyor olma (ya hastanın kendisinin bildirmesi ya da başkalarınca gözleniyor olması ile belirlendiği üzere).

3. Perhizde değilken önemli derecede kilo kaybı ya da alımının olması (Örn. Ayda, vücut kilosunun %5'inden fazlası olmak üzere) ya da hemen her gün azalmış ya da artmış olması.

4. Hemen her gün, insomnia (uykusuzluk) ya da hipersomnianın (aşırı uyku) olması.

5. Hemen her gün, psikomotor ajitasyon ya da retardasyonun olması (sadece huzursuzluk ya da ağırlaştığı duygularının olduğunun bildirilmesi yeterli değildir, bunların başkalarınca da

gözleniyor olması gerekmektedir.

6. Hemen her gün, yorgunluk-bitkinlik ya da enerji kaybının olması.

7. Hemen her gün, değersizlik aşırı ya da uygunsuz olmayan suçluluk duygularının (hezeyan düzeyinde olabilir) olması (sadece hasta olmaktan ötürü kendini kınama ya da suçluluk duyma olarak değil).

8. Hemen her gün, düşünme ya da düşünceleri ya da belirli bir konu üzerinde yoğunlaştırma yetisinde azalma ya da kararsızlık (ya hastanın kendisi söyler ya da başkaları bunu gözlemiştir).

9. Yineleyen ölüm düşünceleri (sadece ölmekten korkma olarak değil), özgül bir tasarı kurmaksızın yineleyen intihar etme düşünceleri, intihar girişimi ya da intihar etmek üzere özgül tasarımın olması.

B. Bu semptomlar bir Miks Epizodun tanı ölçütlerini karşılamamaktadır.

C. Bu semptomlar klinik açıdan belirgin bir sıkıntıyı ya da toplumsal mesleki alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında bozulmaya neden olur.

D. Bu semptomlar bir madde kullanımının (Örn. Kötüye kullanılabilen bir ilaç, tedavi için kullanılan bir ilaç) ya da genel tıbbi durumun (Örn. Hipotroidizm) doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir.

E. Bu semptomlar yasla daha iyi açıklanamaz. Yani sevilen birinin yitirilmesinden sonra bu semptomlar 2 aydan daha uzun sürer, ya da bu semptomlar, belirgin bir işlevsel bozulma, değersizlik düşünceleriyle hastalık düzeyinde uğraşıp durma, intihar düşünceleri, psikotik semptomlar ya da psikomotor retardasyonla belirlidir (30,32) .

2.5.2. Belirti ve Bulgular

Aşağıdaki belirtiler çökkünlüklerde hafif, orta ve ağır derecelerde görülebilir ve en az iki hafta sürmelidir. Belirtiler ağır ise bir haftalık süre tanı için yeterli olabilir (26).

Ruhsal Durum: Klinik açıdan bakıldığında depresif bozukluğun en tipik özellikleri depresif duygudurum, suçluluk duygusu ve intihar düşünceleridir. Ama yine de bu hastalarda her türlü depresif belirti çeşitli kombinasyonlarda bulunabilir. Olağan etkinlikler, iş, özel zevkler, bireysel ilişkiler, cinsel aktivite de dahil olmak üzere hiç bir şeyden zevk alamazlar. Hastalığın tanısı açısından depresif duygudurum ve ilgi yitimi ve zevk alamama mutlaka bulunması gereken depresyonun çekirdek belirtileridir (27,30).

Depresif duygudurum: Depresyonda hastalar kendilerini mutsuz, elemli ve kederli hissederler. Kafaları kasvetli düşüncelerle meşguldür ve her şeyin kötü tarafını görme eğilimindedir ve derin bir üzüntü yaşarlar. Karamsarlık, çaresizlik, benlik saygısında düşme, önde gelen depresif duygudurum belirtileridir (27,30).

İlgi Yitimi ve Zevk Alamama: İlgi yitimi ve zevk alamama, hastanın daha önceleri ilgi duyduğu olağan etkinlikler, iş, özel zevkler, bireysel ilişkiler, cinsel aktivite de dahil olmak üzere hoşlandığı konu ve uğraşlara karşı eskisi gibi istek ve heves duymaması, bazı şeyleri yapsa bile bundan zevk alamaması (anhedoni) halidir (27).

Suçluluk duyguları: Suçluluk duygusu hastanın gerçek ya da hayali konularda kendisini aşırı ya da uygunsuz şekilde eleştirmesi, kınaması ya da suçlamasıdır. Zaman zaman sanrısız düzeye ulaşabilir (27).

İntihar: Depresyonun en önemli belirtisi intihardır. İntihar riski belirtilerin şiddeti ile her zaman bağlantılı değildir. Hastaların "keşke ölmüş olsam" düşüncesinden ciddi intihar planları yapıp kendilerini öldürme girişimlerine kadar birçok biçimde bulunabilir. Depresyonda intihar sonucu ölüm oranı yaklaşık %15'tir. Hastalarda intihar riskini sosyo demografik özellikler arasında erkek cinsiyet, ergenlik veya yaşlılık dönemi, zeminde ağır kişilik bozukluğu (borderline, narsistik, paranoid kişilik bozukluğu gibi) bulunması, öz veya soy geçmişte intihar girişimi, psikososyal destekten yoksun olma sayılmaktadır. İntihar riskini ön gördüren klinik özellikler ise ciddi intihar planları, umutsuzluk veya suçluluk duygularının şiddetli olması, psikotik özellikler, bipolar seyir, ek tanı (alkol-madde kullanım bozukluğu, anksiyete bozukluğu, kötü seyirli tıbbi hastalık gibi) bulunmaktadır. Koruyucu etkenler arasında ise güçlü destek sistemi, aile yaşantısı, evli olmak, dini görevleri konusunda daha rahat olmak, bir hekim tarafından bilgilendirilmiş olmak, bir psikiyatrden çare arama davranışı göstermek düzenli etkinlikler (spor, hobi gibi) göstermek sayılmaktadır (27,30,39). Öz kıyım ve depresyon birbiri ile örtüşen kavramlardır. İkisinde de birey benzer bilişsel ve emosyonel süreçlerden geçer (40).

Anksiyete: Anksiyete tanı koydurucu bir depresyon belirtisi olmamakla birlikte depresif hastalarda sık görülen bir belirtidir. Anksiyete nesnel olarak sürekli bir endişe, korku, gerginlik ya da gevşeyememe şeklinde yaşanır (27,41).

Uyku Bozuklukları: Depresyonda hem uykusuzluk (insomnia) hem de aşırı uyuma (hipersomnia) şeklinde uyku bozukluğu görülebilmekle birlikte, uykusuzluk daha fazla görülmektedir. Depresyonda uykuya dalamama, uykuyu sürdürmede güçlük ve erken uyanma şeklinde üç uykusuzluk tipi de görülebilir. Toplam uyku süresi de azalır. Ama depresyon için en tipik özellik sabah erken uyanmadır.

İştah Değişiklikleri: Depresyonda iştahsızlık ve buna paralel olarak zayıflama ortaya çıkabileceği gibi, tam tersi biçimde aşırı yeme (özellikle karbonhidratlı gıdaları canı çekmesi) ve şişmanlama görülmektedir.

Unutkanlık/Konsantrasyon Güçlüğü: Unutkanlık ve dalgınlık depresif hastaların çok sık

getirdikleri yakınmalar arasındadır. Bu yakınma dikkatini ve düşüncelerini toplama ve yoğunlaştırma güçlüğünden kaynaklanmaktadır.

Yorgunluk- bitkinlik: Somatik belirtilerden güç-kuvvet yitimi depresyonun tipik özelliklerinden birisidir. Hastalar halsizlikten, yorgunluktan, bitkinlikten, güçsüzlükten ya da kolay ve çabuk yorulmadan yakınır.

Psikomotor Etkinlikte Değişmeler:

Retardasyon: Retardasyon/durgunluk tipik depresyon belirtilerinden birisi olmakla birlikte depresyonun ılımlı formlarında saptanması güç olabilir. Psikomotor retardasyonda mimiklerde azalma, alçak bir sesle tek düze konuşma, durgunluk hissetme ve fiziksel etkinliklerde azalma vardır. Bıkkınlık ve isteksizlik gösterirler. Hastanın düşünce akışında da yavaşlama görülür. Aynı zamanda hastanın yürüyüşü de yavaşlar; adeta ayaklarını sürüyerek omuzlarında ağır bir yük taşıyor gibi öne doğru eğilerek yürür. Bütün fiziksel etkinliklerin yürütülmesi zorlaşmıştır (25,27,30,35).

Ajitasyon: Ajitasyon anksiyetenin motor görünümüdür. Hastalar buldukları yerde sürekli oturamazlar ve oturdukları yerde kımıldanır dururlar; huzursuzluk belirgindir (27).

Libido yitimi: Hastalarda en baştan itibaren cinsel istek yitimi vardır.

Değersizlik düşünceleri: Suçluluk duygularının yanı sıra depresif hastaların kendilerine olan güvenleri ve kendilerine biçtikleri değer azalmıştır. Depresif hastalar bir işe yaramadıkları, değersiz oldukları, kendileri için uğraşılmaya değmeyeceği gibi düşüncelere sahip olabilirler. **Somatik belirtiler:** Bu hastalarda kabızlık, ağız kuruluğu, yaygın vücut ağrıları, baş ağrısı, terleme, çarpıntı, göğüste ya da karında baskı hissi, idrar güçlükleri gibi bedensel belirtiler yadsınmayacak oradadır (27,30).

Psikotik belirtiler: Psikotik belirtiler arasında paranoid düşünceler sıktır (30). Depresyonla uyumlu ya da uyumlu olmayan psikotik belirtiler, özellikler de varsa ve sanrılar ortaya çıkabilir (örn. Küçümseyen, kınayan sesler işitme, günahkârlık sanrıları). Duygu durumla uyumlu olmasından kasıt hastanın kötümser, karamsar ruh haliyle suçluluk düşüncelerinin giderek düşünce bozukluğu boyutuna gelmesidir. Bu olguların yineleme eğilimi daha fazladır (27,30).

Davranış belirtileri: Depresyonun ortaya çıkmasıyla birlikte çoğu kez etkinliklerde azalma ve toplumdan uzaklaşma görülür. Ağır depresyonda etkinliklerde azalma öyle ileri bir derecede olabilir ki hasta kamburu çıkmış bir biçimde oturuyor ve taş gibi bir yüz ifadesiyle yere bakıyor olabilir. Alçak sesle tek düze konuşur. Her davranışı sanki aşırı bir çabayı gerektiriyor gibidir (30).

2.5.3. Hastalık Öncesi (Premorbid) Kişilik

Bazı kişilik tiplerinin depresyona daha yatkın olduğu ileri sürülmektedir. Obsesif kompulsif, histriyonik, pasif - bağımlı, depresif ve sınır kişilik yapısı özelliklerine sahip olanlarda depresyon daha çok izlenirken, antisosyal ve paranoid kişilik yapısına sahip bireylerde daha az izlenmektedir. Ancak bu konuda görüş birliği bulunmamaktadır. Kişiler arası duyarlılık ve nevroitiklik depresyona duyarlılık yaratmaktadır. Bazı araştırmalarda depresif kişilik ile major depresyon ve distimi gelişimi arasında bağ bulunmaktadır. Ayrıca depresif kişiliklerde gelişen depresyonda yeti kaybı daha fazla olmaktadır. Bu kişilerde genetik ilişki daha belirgin olmaktadır (30,31,45).

Aşağıdaki kişilik özelliklerinin depresyona yakınlık yarattığı kabul edilmektedir;

- * Benlik saygısı düşüklüğü,
- * Obsesif özellikler,
- * Engellenme eşiğinin düşüklüğü,
- * Destek ve onay için başkalarına bağımlılık,
- * Duygulanımda oynaklık (30).

2.5.4. Komorbidite

Eş tanı (komorbidite), iki ya da daha fazla hastalığın belirli bir zaman diliminde birlikte bulunmasını anlatır. Ancak, psikiyatrik bozuklukların etyopatogenezi iyi aydınlatılmamış olduğu için, mevcut bozukluğa eşlik eden ikinci hastalığın, psikiyatrik bozukluğun bir sonucu mu, nedeni mi; yoksa gerçekten iki ayrı hastalığın aynı anda birlikte mi bulunuyor olduğu sorularını yanıtlamak zordur. Eş tanı kavramına ilgi artışın nedeni ise, psikiyatrik bozuklukların genellikle 'saf' (yalnız başına) değil, başka hastalıklarla birlikte bulunuyor ve bunun da günlük uygulamada önemli bir tanı ve tedavi sorunu yaratıp, ayrıca klinik araştırma sonuçlarını bulanıklaştırıyor olmasıdır (26).

Tablo 2: Depresyonlu hastalarda diğer ruhsal hastalıkların görülme sıklığı ve normal popülasyondaki ruhsal hastalıklara oranı

Depresyonla birlikte görülenler	Normal popülasyona göre oranı
Yaygın anksiyete bozukluğu	Normal popülasyondan 6.0 kat daha çok
Agorafobi	Normal popülasyondan 3.4 kat daha çok
Basit fobi	Normal popülasyondan 3.1 kat daha çok
Sosyal fobi	Normal popülasyondan 4.0 kat daha çok
Panik bozukluk	Normal popülasyondan 4.0 kat daha çok

Travma sonrası stres bozukluğu	Normal popülasyondan 2.0 kat daha çok
Alkol bağımlılığı	Normal popülasyondan 2.0 kat daha çok
İlaç bağımlılığı	Normal popülasyondan 2.8 kat daha çok
Distimi	Normal popülasyondan 2.8 kat daha çok
Davranım bozukluğu	Normal popülasyondan 1.3 kat daha çok

Depresyon ve anksiyete bozuklukları sıklıkla birlikte görülmektedir. Bu eş tanımlık hastalığın daha şiddetli, daha uzun süreli, tedaviye daha dirençli olması ve intihar riskinin yüksekliği ile ilişkilidir (44).

Başka Türü Adlandırılmayan Depresif Bozukluk DSM-IV' e göre bu tanı grubu, depresyon belirtileri göstermediği halde major depresyon, distimik bozukluk, karışık anksiyete ya da depresif duygudurumu ile giden uyum bozuklukları için tanı ölçütlerini karşılamayan depresif özellikler gösteren bozuklukları kapsar (30,31). Bunlar arasında Premenstrüel disforik bozukluk, şizofreni sonrası izlenen psikotik depresyon, sanrılı bozukluk vb. ile binişen depresyonlar, minör depresyon, yineleyen kısa depresif bozukluk ve depresyonun birincil mi ikincil mi olduğunun ayırdımadığı durumlar bulunur (30). Minör depresyon; depresif belirtiler en az iki hafta boyunca devam etmekte, ancak major depresif bozukluk tanısı için gerekli olan en az beş ana belirtiyi karşılamamaktadır (31). Yineleyen kısa depresif bozukluk; major depresif bozukluk ölçülerini karşılayan ancak, göreceli olarak uzun süren (iki haftadan daha kısa) depresif belirtilerle giden ataklar görülür (45). İntihar riski yüksek, önemli yeti kaybına neden olan süregen seyirli bir hastalıktır. Atakların süresi birkaç saat ile günler arasında değişir. Ortalama süresi üç gün kadardır. Ortalama 2-3 hafta bir yineler. Bu olguların yanlışlıkla distimi tanısı almaları olasıdır (30).

Atipik depresyon: Atipik depresyon için en bilinen belirtiler vejetatif belirtilerin tersine çevrilmesidir; yani aşırı yemek yeme ve aşırı uyumadır (32,47). Atipik özellikler gösteren hastaların hastalıkları daha erken yaşlarda başlar, daha fazla psikomotor yavaşlama görülür, bu kişilerde daha büyük bir sıklıkla; çekingen kişilik bozukluğu, ayrılma anksiyetesi bozukluğu ya da sosyal fobi daha yüksek oranda görülebilir. Bu kişilerin depresif duygu durumlarında geçici düzelmeler olabilir, çoğunlukla dürtüsel davranma eğilimleri gösterirler, kişilerarası ilişkilerinde reddedilmeye karşı aşırı duyarlıdır (31,32,47).

Mevsimsel affektif bozukluk: Mevsimsel yapı gösteren duygudurum bozukluğu hipersomnia, karbonhidrat arama davranışı, aşırı yemek yeme, kilo alma ve yorgunluk-

bitkinlikle belirlidir. Burada major depresif bozukluğun başlaması ve remisyona girmesi ile yılın belli bir zamanı arasında düzenli bir ilişki vardır. Sözgelimi epizodlar düzenli olarak sonbaharda ya da kışın ortaya çıkmakta, ilkbaharda düzelmektedir. Işık terapisinin özellikle yararlı olduğuna ilişkin çok sayıda yayın vardır (32).

Anksiyeteli depresyon: Bu bozuklukta anksiyete ve depresyon belirtileri birlikte olur. Olgularda kaygı düzeyi çok yüksektir, rahatsızlık ve sürekli dolaşma isteği tabloya eşlik eder. Temel niteliği mutsuzluk, konsantrasyon güçlüğü, uyku sorunları, yorgunluk ve enerji azlığı, irritabilite, endişe ve çabuk ağlama, kötü şeyler olacağı beklentisi, benlik saygısında azalma ve değersizlik duyguları gibi depresyon ve anksiyete belirtilerinin bulunmasıdır. Ancak tanı koyabilmek için, depresyon, distimi, panik ve yaygın anksiyete gibi tanı ölçütlerini karşılamaması gerekir (30).

2.5.5. Seyir ve Prognoz

İlk major depresif bozukluk atağında olan hastaların yaklaşık %50' sinde bu ilk tanımlanan ataktan önce önemli depresif belirtiler bulunur. Bu gözlem erken ortaya çıkan belirtilerin tanısı ve tedavisiyle tam bir depresif atağın gelişmesinin önlenmesine yarar. İlk depresif atak hastaların % 50'sinde 40 yaştan önce ortaya çıkar (45). Major depresif dönemin seyri 6-13 aydır, tedaviyle olan seyri ise 3 ay civarındadır. 3 aydan önce antidepresanların kesilmesi hemen daima belirtilerin geri dönmesi ile sonuçlanır (25-27,32). Hastalığın seyri ilerledikçe hastalar daha sık ve daha uzun süren ataklar geçirmeye başlarlar. Yaklaşık 20 yıllık bir dönemde atak sayısı 5 ya da 6'dır (27,45).

Major depresif bozukluk iyi huylu bir bozukluk değildir. Hastalığın tekrarlaması (relapse) sıktır. İlk major depresif bozukluk atağında hastaneye yatırılan hastalar birinci yıl içinde iyileşme şansı %50'dir. %30'la %50 kadarı ilk iki sene içinde tekrar hastalanırken %50 ila %75'i ilk beş sene içinde hastalanır. Hastaneye yatırıldıktan sonra iyileşen hastaların oranı zaman geçtikçe azalır ve yatıştan 5 yıl sonra hastaların %10-15'i iyileşmemiştir (33,45).

2.5.6. Depresyonda Gidiş Ve Sonlanım Belirleyicileri

İyi sonlanım belirleyicileri	Kötü sonlanım belirleyicileri
Depresyonun ileri yaşlarda başlaması	Erken yaşta başlamış olması
Psikotik belirtilerin olmayışı	Psikotik belirtilerin varlığı
Hastanede kalış sürelerinin kısa oluşu	Hastalık nöbetinin uzun sürmesi ve yataklı psikiyatrik tedaviler
Aile işlevselliğinin iyi oluşu	Psikososyal stres etkenlerinin varlığı
Eşlik eden psikiyatrik bir bozukluk	Madde bağımlılığı, kişilik bozukluğu, anksiyete

bulunmaması	bozukluğu gibi psikiyatrik tanuların eşlik etmesi
-------------	---

(31,33,34,45).

2.5.7. Depresyonun Tedavisi

Depresyonların tedavisinde en önemli hususlardan birisi hekimin tedaviyi hasta ile ve onun ailesi ile konuşarak düzenlemesinin gerekli oluşudur. Hastalar ve yakın aile bireyleri hastalığın tekrarlayabileceğini bildiklerinde, olası bir nöbetin bulgu ve belirtilerini (örn; uykusuzluk, özellikle erken uyanma, enerji, iştah ve libido kaybı ve iyilik halindeki diüurnal ritm) tanıyıp bunların bir haftadan daha uzun süre devamında derhal doktorlarına geri dönmeleri konusunda uyarılmalıdır (33,34,46).

Depresyon tedavisinde hedef hastaların tamamen iyileşmesi ve hastalanmadan önceki işlevsellik düzeylerine dönmeleridir (47). Major depresyon tedavisinin sonucunda yanıtta daha çok tam remisyona ulaşmak hedefdir.

Major depresyon tedavisinde amaç depresyon belirtilerinin tam yatışmasını sağlamakla birlikte iş yaşamındaki ve toplumsal işlevselliğin yeniden kazandırılmasıdır. Tedavi aşamaları şunlardır;

1. Depresyon belirti ve bulgularının azaltılmasının ve ortadan kaldırılmasının, ayrıca hastanın iş yaşamındaki ve toplumsal işlevselliğini yeniden kazanmasının amaçlandığı akut evre (2-4 ay)
2. Depreşmenin önlenmesine yönelik sürdürme (idame) tedavi evresi (6-12 ay).
3. Kişinin daha önceki depreşme ve yineleme öyküsü göz önünde bulundurularak, daha sonraki depresyon dönemlerinden korumak için uygulanan koruma tedavisi (3 yıl) (30).

Hastaneye Yatış

Tanı koymak için tetkik gereksinimi, intihar ve insan öldürme riskinin bulunması ve hastanın kendine bakma ve beslenme yeteneğinde büyük oranda azalma olması hastaneye yatış için net göstergelerdir (45).

Farmakolojik Tedavi

Gerçekte DSM-IV tanı ölçütlerine göre major depresif olguların %70-90 kadarı iyi seçilmiş ve uygulanmış biyolojik tedavilerden yararlanır. Psikotik belirti göstermeyen major depresyon için uygun ilaçlar antidepresanlardır (30).

SSRI (Seçici Serotonin Geri Alım İnhibitörleri)

Etki düzenekleri tamamen bilinmemektedir (31). Reseptör düzeyinde oldukça seçici etki gösterirler. Farmakokinetik yönden birbirinden farklılık gösterirler. Kuvvetli ve seçici bir biçimde serotoninin geri alınımını bloke ettiklerinden tipik yan etki olarak; bulantı, ishal,

anoreksi, anksiyete, baş ağrısı, uykusuzluk ve orgazm bozukluklarına yol açabilir (33,34). Bu grupta bulunan ilaçlar; Paroksetin, Fluoksetin, Sitalopram, Sertralin ve Fluvoksamin'dir (31).

Trisiklik ve benzer etkili antidepresanlar

Trisiklik antidepresanların etkileri güvenilir biçimde gösterilmekle birlikte, şiddetli yan etkilere neden olabilmeleri, aşırı dozda ölümcül olabilmeleri, ilaç etkileşimlerinin görece yüksek oluşu kullanımlarını kısıtlamaktadır (25-27,32,48). Yan etkileri ise; norepinefrin ve seratonin reseptörlerine spesifik olarak, histamin ile muskorinik reseptörlere de nonspesifik olarak bağlanmalarının bir sonucudur (33).

MAOI (Mono-Amino Oksidaz İnhibitörleri) Antidepresanlar

Seçici olarak monoaminooksidaz-A (MAO-A) geri dönüşlü biçimde inhibe ederek etki gösterir. Bunun sonucu noradrenalin, dopamin ve seratonin gibi nörotransmitterlerin metabolizmaları yavaşladığından bu nörotransmitterlerin hücre dışındaki yoğunlukları ve bunun sonucu işlevlerinde artış meydana gelir (31). Atipik belirtiler gösteren olgularda daha etkin olduğuna dair kanıtlar vardır (30).

MAOI'lerin sık görülen yan etkileri arasında adrenerjik veya muskarinik/kolinerjik antagonizm vardır. Daha az görülen yan etkiler arasındaysa ataksi, renk körlüğü, hepatoksisite ya da bipolar hastalarda manidir. MAOI'leri aynı zamanda diğer ilaçlar; genel anestetikler, barbitüratlar, sedatif antihistaminikler, alkol, narkotikler, antikolinerjikler, trisiklik antidepresanlar ve semptomimetikler ile birlikte reaksiyona girerek akut toksisite hallerine sebep olurlar (33,34).

SNRI (Serotonin-Noradrenalin Geri Alım İnhibitörleri)

Etki profili olarak trisiklik antidepresanlara benzemekle birlikte, yan etki profillerinin daha olumlu olması ilgiyi arttırmaktadır.

Psikoterapi

Major depresif dönemlerin en yaygın kullanılan tedavileri farmakoterapi ve psikoterapidir (49,68). Depresyonda etkili olduğu bilinen ve gösterilmiş olan çeşitli psikoterapi yöntemleri kullanılmaktadır. Bu tedavi yöntemlerinin hemen tamamı kullanılmakta olan ilaç tedavisiyle birlikte sürdürülebilir. Bunlar bilişsel terapi, kişiler arası (interpersonal), davranış terapisi, psikoanalitik terapi ve aile terapisi (27,45).

Bilişsel Davranışçı Terapi

Bilişsel Davranışçı Tedavinin temeli hastaların yanlış inançlarını tanımları ve düzeltmelerine yardımcı olma yoluyla duygusal streslerini azaltma esasına dayalıdır (45). Orta ve şiddetli belirtiler gösteren hastalarda etkilidir. BDT ve ilaç tedavisinin akut dönemdeki sonuçları benzerdir. Ancak BDT'nin depresyonda koruyucu etkisinin daha yüksek olduğu tutarlı biçimde

gösterilmiştir. Kronik depresyonun tedavisinde BDT ve antidepresan ilacı birlikte kullanmak en etkin tedavi yöntemidir. Yeni çalışmalar BDT'nin iyileşen hastalarda depresme açısından risk faktörü olan bilişsel tepkiselliği azaltma konusunda özgün olduğunu göstermiştir. Farmakoterapi, bu risk faktörüne etkisi açısından BDT kadar etkin değildir (50).

Kişiler arası psikoterapi

Kişilerarası kayıplar, rol anlaşmazlıkları ve geçişlerini, sosyal yalıtım ya da toplumsal beceri eksikliği gibi depresyona yol açan sorunları bulup değiştirmeyi hedefler (33,34).

Evlilik ve Aile Terapisi

Evlilik ve aile ilişkilerine odaklanan bir terapi modelidir. Davranışçı yaklaşımlar, psiko-eğitim, stratejik evlilik terapisi gibi teknikler kullanılır (51).

Elektrokonvülsif Terapi

EKT depresyon tedavisinde 1930'lardan beri kullanılmaktadır ve günümüzde yaygın olarak DD (Direçli depresyon) 'si olan hastalarda kullanılmaktadır. EKT kısa süreli elektriksel akımın, kafa derisi ve kafatası aracılığıyla, tek taraflı ya da iki taraflı şekilde, jeneralize bir nöbet oluşturmak üzere, genel anestezi altında beyine uygulanmasıdır (1,52).

Major depresyonların %80-90' ında uygulanır. EKT'nin ağır depresif bozukluklarda en etkili tedavi olduğunun belirlenmesine karşılık, klinik cevabın önceden tahminine yönelik hastalık belirtileri, hasta öyküsü, demografik ve diğer faktörlerin kullanımına ilişkin çabalar büyük oranda yetersiz kalmıştır (33,34).

Farkındalık terapisi

Farkındalık “Şu anda ne yaşıyorum” sorusunu yanıtlamak için, kendi düşüncelerini, duygularını ve bedenini gözlemlenmesi yoluyla elde edilen zihinsel bir durum olarak tarif edilebilir. Farkındalık, kökenlerini Budist iç görü meditasyonu tekniklerinden almaktadır. Farkındalık psikoterapi içerisinde otuz yıla yakın bir süredir, düşünce, duygu ve beden duyularına belli bir şekilde odaklanmayı amaçlayan bir psikoterapi yöntemi olarak kullanılmaktadır. Bu psikoterapi yönteminin depresyon, panik atak, fobi, obsesyon, stres gibi rahatsızlıklarda etkili olduğu araştırmalarda gösterilmiştir.

Farkındalık Temelli Terapiler, etki mekanizmaları açısından Bilişsel ve Davranışçı Terapilerle örtüşmekle birlikte, Farkındalık Temelli Terapileri klasik Bilişsel Terapi'den ayrılan bazı yönleri de bulunmaktadır. Bilindiği gibi Bilişsel Terapi'de, “işlevsiz” ya da “irrasyonel” olarak nitelenen düşünce içeriklerinin, işlevsel ve rasyonel düşüncelerle değiştirilmesi amaçlanmaktadır.

Farkındalık Temelli Terapi'lerde, düşüncelerin içerikleri önem taşımamaktadır. Farkındalık Temelli Terapilerde, düşüncelerin içerikleri değişmese bile, düşüncelerin deneyimlendikleri

bağlam değiştirildiğinde terapötik değişimin de sağlanabileceği öne sürülmektedir. Bu nedenle, Farkındalık Temelli Terapilerde, bireylerin düşüncelerin ve diğer içsel yaşantıları farklı bir bağlamda deneyimlemelerini amaçlayan pek çok yöntem ve alıştırma kullanılmaktadır.

Farkındalık, terapide kendi duygu ve düşüncelerine karşı içgörü kazanmayı, dikkatin negatif ve takıntılı şekilde kendine odaklandığı düşünme biçimlerinden uzaklaşmayı sağlayan bir beceri olarak değerlendirilmektedir (53). Hala depresyonun sebepleri ve tedavisinin nasıl yapıldığını tam olarak bilemiyoruz. Ama bazı önlemler depresyon riskini azaltmaya yardımcı olabilir. Bunlar;

- 1-Sağlıklı bir diyet,
- 2- Düzenli egzersiz,
- 3- Salgın ve hastalıklardan sakınmak,
- 4- İş arkadaş ve çevre edinmek,
- 5- Hayatta amaç belirlemek,
- 6- Zihinsel olarak aktif olmak(okumak, öğrenmek, bulmaca çözmek gibi),
- 7- Stresi kontrol etmek (54).

2.6. Evlilik Uyumu

Evlilik iki bireyin hayatı paylaşmak için bir araya geldiği, birinin diğerine yüksek düzeyde bağlandığı en anlamlı ilişki ve evrensel bir olaydır. Geleneksel geniş aileyi içeren sosyal çoğalmayı düzenleyen evlilik aynı zamanda kadın ve erkek arasındaki ilişkinin ekonomik, sosyal, cinsel ve yasal yönlerini içeren bir birlikteliktir (42).

Evlilik yaşantısı, yiyecek, barınma ve dış tehlikelere karşı korunmayı sağlayan birlik ve beraberlik, olumlu eş ilişkilerinin yarattığı doyum, cinsel olgunlaşmayı sağlayacak rollerin paylaşımı, sosyal rol ve sorumlulukları kabullenme, kişisel girişimcilik ve yaratıcılığı desteklemeyi içermektedir. Bu alanlarda birbirini bütünleyen eşlerin oluşturduğu evlilikler, toplumsal gelişimin ve olgunlaşmanın da yapı taşlarını oluşturmaktır (44).

Karşılıklı etkileşebilen, evlilik ve aileyi ilgilendiren konularda fikir birliği yapabilen ve sorunlarını olumlu bir şekilde çözebilen çiftlerin evliliği uyumlu evlilik olarak tanımlanmaktadır. Dolayısıyla; mutluluk, doyum ve beklentilerin gerçekleşmesi, evlilikte karşılıklı uyum ile mümkündür (43). Eşler arasındaki mutluluk, bireyin evliliği hakkındaki doyum hissidir. Eşler arasındaki anlaşmazlık ise ilişkideki sözel ve fiziksel çatışmanın yoğunluğu ve miktarı olarak tanımlanmaktadır (58).

Spanier'a (1976) göre, ikili ilişkilerde uyum a) ilişkideki sıkıntılar, b) ikili arasındaki gerilim ve kişisel kaygı, c) ilişkiden memnuniyet, d) ilişkideki bağlılık ve e) ikili arasındaki görüş

birliğinin derecesi gibi farklı konulardan elde edilen sonuçların toplamını ifade etmektedir (51). Eşler arasında uyum, ilişkideki tüm alanları etkileyebilen önemli etkenlerden biridir. Zamanla, eş ilişkisinde olumlu ve olumsuz faktörlerin birlikte işlerlik gösterdiği bir denge kurulmakta, bu dengeler sistemi evliliği sürdürücü ya da bozucu rol oynayabilmektedir. Eş ilişkileri içerisinde sabit bir işlev gören bu dengeler, sosyal, ekonomik, kültürel ve bireysel (hastalık, kişilik, sadakatsizlik vs) kökenli bozucu etkenlerle sarsılabilmekte, özellikle kırılğan bir zemin üzerine kurulmuş evlilikleri sonlandırabilecek kadar güçlü olabilmektedir (20). Uyumlu bir evliliğe bağlı olarak gelişen evlilik mutluluğu ve evlilik doyumu, insan yaşamında önemli bir rol oynamakta ve evli bireylerin psikolojik sağlığını yakından etkilemektedir (59). Evlilik uyumu bozulmaya başladığında bu tablo, eşler ve var ise çocuklar açısından bir yaşam krizine ya da travmaya dönüşmektedir. Bu durum mutlu ya da mutsuz evlilik olgusunu da ortaya çıkarmaktadır. Uyumlu bir evlilik ilişkisi eşlerin evlilikten sağladığı doyumu ve evlilik mutluluğunu etkilerken, diğer değişkenlerle birlikte gittikçe zorlaşan sosyo-ekonomik koşullar karşısında eşlerin psikolojik sağlığını da korumaktadır (59).

2.6.1. Evlilik Uyumunu ve Depresyon

Sağlıklı evliliğin çoklu bileşenlerinden biri de bireysel memnuniyettir. Yani sağlıklı bir evlilik için bireylerin her ikisinin de sağlıklı bir ruh haline sahip olması gerekmektedir (21). Evliliğin kadınlarda depresyon için bir dezavantaj olduğu, depresyona duyarlılığı arttırdığı ileri sürülmektedir (14,81). Depresyonun mu boşanmaya neden olduğu yoksa yalnız yaşamının mı depresyonu ortaya çıkardığı konusunda çeşitli tartışmalar vardır (9). Ayrıca, evlilikte uyumsuzluğun hem ruhsal sağlık problemlerinden kurtulmada hem de rahatsızlığın tekrar ortaya çıkmasında etkili olduğu görülmüştür (60). Psikolojik belirtilerin evlilik doyumu üzerinde doğrudan bir etkisi olduğu bulunmuştur (57). Mutsuz ve dağılmış evlilik yaşayan erkek ve kadınlar arasında major depresyon oranının yüksek olduğu açıktır (61). Bununla birlikte evliliklerde uyumun artması major depresyonun daha yüksek iyileşme ihtimalini beraberinde getirmektedir. Major depresyon erken evrelerinde bile evlilik uyumunu etkilemektedir. Major depresyon veya evlilik uyumsuzluğu faktörlerinin herhangi birindeki değişim diğer faktörün seyrini etkilemektedir. Bu yüzden major depresyonun etkili bir şekilde çözülmesi evlilik uyumsuzluğu üzerine de pozitif etkiye sahip olabilir (62). Gerçekte evli kadınlarda depresyon evli erkeklere göre daha sıktır ve kadınlar erkeklere göre evlilik çatışmalarından daha olumsuz bir şekilde etkilenmektedirler (64,79,80). Kadınlarda depresyonun daha yaygın olmasına ek olarak, depresyonun remisyon oranı daha düşük, nüks oranı ise daha yüksek bulunmuştur (61,74). Bekar bir kadın, bekar bir erkeğe göre daha az psikiyatrik bozukluk göstermektedir. Evlilikteki ayrılma stresi ya da boşanma depresyon

olasılığını arttırmaktadır (14). Türkiye de yapılan bir çalışma sonucuna göre (66); depresyona girmiş kişilerin insan ilişkilerinde (67), sorumluluklarında, özel ve iş yaşamlarında isteksizlik, mutsuzluk(73), tatminsizlik, anlamsızlık, yaşadıkları gözlemlenmiştir. Bu bağlamda denilebilir ki depresyona girmiş bireylerin evliliklerinde ve eş ilişkilerinde sorun yaşama risklerinin artabileceği söylenebilir (12). Ayrıca bulgular gösteriyor ki; depresyon gibi çeşitli psikolojik sorunları olan çiftler evliliklerinde de sorun yaşamaktadırlar. Bunlar; evli ve eşleriyle iyi ilişkiler kuran bireyler ile kıyaslandığında; mutsuz çiftlerde hem kadın hem erkek daha çok depresyon yaşamaktadır (11). Bunun yanında yapılan bir çalışma sonucunda; kadın ve erkeklerdeki ilişki memnuniyetinin depresif semptomlar ile ilgili olduğu bulunmuştur (83). Beach ve O’Leary (1993), depresif semptomların başlangıcının eşlerin olumsuz davranışlarını tetikleyebileceğini, depresif eşlerin problem çözme ile ilgili tartışmalarda daha olumsuz sözel ve sözel olmayan davranışlar sergilediklerini ve depresif olmayan eşe göre evlilikleri ile ilgili daha olumsuz algılara sahip olduklarını ileri sürmüşlerdir (88,99). Mutsuz ilişkilerdeki kişilerin zamanla daha saldırgan, anksiyeteli (89) ve yabancılaşmış olabileceği bulgusu güncel depresyon araştırmalarıyla da uyumludur. Negatif ilişki deneyimleri depresyon riskini artırır (77,100,102). Depresyon düzelirken, hastaların bozulmuş aile işlevi de düzelir. Bununla birlikte bu bireylerin iyilik dönemlerindeki aile içi iletişimleri de sağlıklı çiftlere oranla daha zayıf kalır. Daha fazla yakınlık ve destek gereksinimi içinde oldukları için, depresyonlu kadınların evlilikleri oldukça kötüdür (60). Depresyonda olmayan kişilerin; eşlerine tepkileri daha olumlu ve davranış bölümleri daha kısadır, yani onları sıkmazlar (69). Depresyon düzelse bile, problem çözme (90), iletişim kurma, günlük işlerden tatmin olma yeteneği zayıflamaktadır (60). Depresyon tedavisinde ise; farmakolojik tedavi ve yapılan psikoterapiler uyumlu bir evliliğe kıyasla stresli evliliklerde etkilerini hafifletmiş görülür. Böylece evlilikteki mutluluk bu süreçteki depresif bölümlerin çözülmesi açısından önemlidir (69). Ayrıca; depresyon tedavisinin uyumsuz çiftlerde bir işe yaramadığı yapılan çalışmalarla kanıtlanmıştır (58).

2.7. Çatışma ve Çatışma Yönetimi

Günlük yaşantımızda sık sık kullandığımız ve karşılaştığımız “çatışma” terimi, genel anlamda anlaşmazlık, uyumsuzluk, sıkıntı, stres, düşmanlık ve kaygı gibi olumsuz duygu ve davranışları ifade ederken diğer taraftan; çözüm, yenileşme, değişme, gelişme getirici özellikleriyle insanda kaygı, düş kırıklığı, heyecan, güdülenme ve sevinç gibi değişik duygular yaratan, çarpıcı bir kavramdır (47,50).

İnsanlar genellikle çatışmalardan kaçarak ya da karşı tarafın duygu ve davranışlarına hücum

ederek çatışmalara tepki gösterirler. Çatışma sırasında ve neticesinde ortaya yıkıcı sonuçlar çıkabilmektedir. Bunun temel nedeni insanların çatışma ile geçmişte yaşamış oldukları acı dolu tecrübeleridir. Bu nedenle, çatışma genel anlamda olumsuzluklara ve olumsuz sonuçlara sebep olan bir kavram olarak ortaya çıkmaktadır (47,50).

Çatışma yönetimi ise, uzlaşmazlığı belirli bir yönde sonuca yönlendirmek için çatışmaya taraf olanların ya da üçüncü bir tarafın karşılıklı olarak bir dizi eylemde bulunmasıdır. Eylemler çatışmanın sona erdirilmesine ya da çatışma sürecinin etkilenmesine yönelik olabilir (50). Çatışma yönetiminin amacı; olumlu, barışçıl ve uzlaşmacı bir biçimde çatışmayı sonlandırmak olabileceği gibi, karşı tarafa üstünlük kurmaya yönelik de olabilir. Çatışmayı çözme ise çatışma yönetiminden farklı olarak, çatışmanın taraflar arasında uzlaşma ya da anlaşma ile sonuçlanmasını içerir (49). İnsanın doğasının ve insanlar arası etkileşiminin çeşitliliği nedeniyle çatışmalarında insandan insana, durumdan duruma değişiklik göstereceği belirtilmektedir. Her bir insanın kişilik yapısı, yaşamı süresince sürekli olarak etkilendiği çevre ve koşullar, edindiği deneyimler, geliştirdiği tutum ve davranışlar, ihtiyaçlar, amaçlar ve beklentiler insan etkileşimini dolayısıyla bu etkileşimden oluşan çatışmaları şekillendirir ve farklılaştırır (47). Kuskusuz aynı ortamda etkileşim içinde bulunan bireylerin inanışları, algıları, beklentileri, yetenekleri ve değerlerinde farklılıklar olacaktır. İletişim ve etkileşimin bu kadar yoğun olduğu bir ortamda uyuşmazlıklar ve anlaşmazlıklar olması da beklenen bir durumdur (48). Etkileşimin olduğu her yerde çatışmanın da olması kaçınılmaz olduğuna göre çatışmanın sonucunun olumlu ya da olumsuz olması çatışmanın nasıl yönetildiğine bağlıdır (48). Bu durumda çatışmaların yönetilmesi kritik öneme sahip bir konu olarak ortaya çıkmaktadır (92).

Çatışmanın çözülmesi evliliğin sürdürülebilmesinde en önemli faktörlerden biri olduğundan, evlilik doyumunu ve dolayısıyla da uyumunu etkileyen çatışma çözüm stillerini belirlemek önemlidir. Evlilik ilişkisi açısından olumlu olarak nitelendirilebilecek, anlaşma, uzlaşma ve mizahı kullanma gibi yapıcı stratejiler veya olumsuz olarak nitelendirilebilecek çatışmanın sürdürülmesi, geri çekilme ve savunucu olma gibi yıkıcı stratejiler kullanılabilir (93). İlişkilerdeki doyum oranı ve uyum, partnerler arasındaki çatışmanın düzeyine ve çatışmanın nasıl çözüldüğüne bağlıdır (93).

Olumlu çatışma çözüm stili, çatışma durumunu tartışma ve çiftler için makul çözümler bulma gibi yapıcı yolları kullanarak çatışmayla başa çıkmayı içermektedir.

Olumsuz çatışma çözüm stili, çatışmayla başa çıkarken sözel ve fiziksel saldırganlığı içeren yıkıcı yaklaşımlarla ilişkilidir. Çatışma çözüm stillerinden geri çekilme, kaçınma, çatışma konusunu tartışmayı reddetme veya sessiz kalma ve konuyu tartışmayı ertelemeyi

içermektedir. İtaat ise kendi fikrini savunmama, eşinin isteklerini kabul etme ve onun isteklerine uyma ile ilişkilidir (94). Ayrıca çatışmalar, bir tarafın yok sayılması ya da dışarıda bırakılması ile çözümlenemez. Uyum, çatışma çözümünden çok, başarılı bir çatışma yönetiminin sonucudur. Çatışma sonucunda küskünlüklerin, kırgınlıkların oluşması, ilişkilerin bozulması iyi yönetilmeyen çatışmaların göstergesidir (48,49). Tam anlamıyla bir çözüme ulaşmak gerçekçi olmayan bir beklenti olup, çatışmayı başarılı ve uyumlu bir şekilde yönetebilmek esastır. Çatışmadaki uyum ancak, görüş ve isteklerin birbirine uyuşturulmasından ziyade, çatışma süreci hakkında yapılacak anlaşmalarla sağlanabilir. Yani içerikten çok, süreç ve süreç içerisinde sergilenen davranışlar önemlidir (55).

2.7.1. Çatışma Yönetimi ve Evlilik Uyumu

Çatışma ve fikir ayrılığı birlikteliklerde oldukça sık görülür (86). Evliliklerde bireylerin kendilerine ait birçok paylaşımlarının olması, ilgi ve gereksinimlerinin uyuşmaması, çatışmaların etkili ve yapıcı bir biçimde yönetilememesi, bireyler ve ilişkiler üzerinde olumsuz etkilere yol açmakta ve çiftler arasında çatışmanın yaşanılmasını kaçınılmaz hale getirmektedir (56,65). İlişkinin bitmesi ya da devam etmesinde önemli olan çatışma yönetim sürecidir. İhtiyaçları ve duygularıyla ilgili rahat iletişim kurabilen, partnerlerini destekleyen ve konuyla ilgili bilgilendiren insanların çatışmayı daha rahat çözüme kavuşturmaları kuvvetle muhtemeldir (85).

Çatışmadan sonuç alamayan ve zorluklarla başa çıkamayan ve bunu düzenli şekilde sürdüremeyen aileler yaşamlarında, evlilik çatışmalarını ve aile meseleleri ile başa çıkmayı zor bulurlar. Bunun bir sonucu olarak onlar sadece aile olmanın negatif yönlerine takılmazlar aynı zamanda çocuklarının ileride sahip olacakları aile yönetim şeklini, arkadaşlık ilişkilerini çatışma ile başa çıkma stratejilerini, eksik iletişim yöntemlerini ve eksik problem çözümlenmelerini de etkilerler (65). Ayrıca ilişkilerde sergilenen çatışma çözme davranışlarının anlaşılmasıyla genç yetişkinlerin daha kararlı ve doyum veren ilişkiler kurmalarına katkı sağlaması beklenmektedir (62). Aile terapistleri ve diğer yetkililer çatışmayı çözüme 6 adım üzerinde durmuşlardır. Bunlar;

1. Sorunu belirlemek
2. İlişkide karşılıklı beklentileri belirlemek
3. Alternatif çatışma çözümlerini belirlemek
4. Problem çözme becerilerini geliştirmek
5. Aynı fikirde olmayı kuvvetlendirmek
6. Tüm yapılanları tekrar gözden geçirmektir (17).

Eşler arasındaki çatışmanın nasıl yönetildiği eşlerin çatışma çözebilme yetenekleri evlilik

doyumunun yüksek olması ve evliliğin devamı açısından çok önemlidir (16,78). Bu nedenle çiftlerin çatışma sırasında nasıl tepki verdikleri ve çatışmaları nasıl yürüttükleri, evliliklerin gidişatı, evlilikten alınan tatmin, çocuk yetiştirme, çiftlerin fiziksel ve ruhsal sağlıkları gibi birçok olguyu etkilemesi bakımından önemli bir konudur (49,62). Nitekim konuyla ilgili yapılan bir çalışma (Özen, 2006) sonucuna göre; kocaların olumsuz çatışma çözüm stilini kullanmalarının kadınların evlilik uyumuna olumsuz bir etkisi vardır (94). Aslında evlilikteki çatışma sorunlarının temeli hem çok derindir hem de bir o kadar karışıktır. Eşler arasındaki dayanışma muhtemelen yaşanacak bireysel amaçların gerçekleştirilmesi konusundaki geçimsizliği meydana getirecektir. Bu teoriye dayanan ve yapılan araştırmalar sonucu; mutlu ve mutsuz çiftler karışık çatışma yanıtlarına başvururlar (70). Bununla ilgili olarak, yurt dışında depresif semptomları olan 276 çift ile yapılan bir çalışmada; evlilik çatışmasında eşlerin çatışma stillerinin 3 faktöre göre ayrıldığı tespit edilmiştir. Bu faktörler: sinirlilik(kızgınlık), depresif olmak ve yapıcı olmak. Bu faktörlerin her birinin evlilikteki memnuniyetsizlik ve depresyonla ilişkisinin olduğu gösterilmiştir (58). Çatışma sürecinde çiftlerin birbiri üzerinde müthiş etkisi vardır, sürekli aynı ortamda olmalarından doğan etkileşim çiftleri buna mecbur eder (70). Çatışmalar iyi yönetilmediklerinde aile içerisinde strese, kırılganlığa, güvensizliğe ve iletişimsizliğe neden olduklarından bireyin motivasyon etkinlik ve verimliliğini düşürmektedir. Ancak iyi yönetilen ve çözüme kavuşturulan çatışmalar ikili yakınlığın ve ilişkiden alınan doyumun artmasına katkıda bulunur. Araştırmalara göre; mutsuz evlilik yaşayan bireyler çatışmayı yatıştırıcı tutumlar yerine alevlendiren olumsuz tutumlar sergilediklerinden çözüme ulaşmakta zorluk yaşamaktadırlar. İlişkilerde yoğun ve olumsuz çatışmaların yaşanması, çatışmalarda duyguların olumsuz şekilde ifade edilmesi, eşlerin birbirleri ile tartışma ve etkileşimden kaçınması ya da çatışmalarda yüksek derecede yaşanan savunmacılık; düşük evlilik tatmini, ayrılıklar ve boşanmalar için önemli bir risk faktörü oluşturmaktadır (71,85).

Çatışma esnasında karı-kocanın tutumları ve bu tavırların altında yatan sebeplerle ilgili klinik çalışmaları mevcuttur ve bu ifade deneysel doğrulamalarla gerçeklik kazanmıştır. Durumu bir örnek ile somutlaştırmak gerekirse; mutsuz çiftlerde yaşanan çatışmalarda; erkekler daha çok geri çekilmeyi tercih ederken kadınlar daha baskın olma mücadelesindedir. Mutlu çiftlerde ise durum biraz farklıdır; erkek geri çekilirken kadınlar da geri durmayı tercih ediyor çatışma sırasında bu tarafta çiftlerde geri çekilme talebi gözlenir. Diğer etkili yöntemlerin kullanılabilmesi ise yaşanan çatışma sırasında kimin sorununun tartışıldığına göre değişiklik gösterir (95).

Yapılan araştırma ve devamındaki çalışmalar gösteriyor ki; sorunlu çiftler daha fazla olumsuz

ifadeleri tercih ediyor ve olumsuz gönderi yayıyorlar; fakat diğer yandan çok daha az olumlu tutum sergiliyorlar (86). Bunun yanı sıra problem çözme sırasında kullandıkları iletişim yönteminde olumsuz olanlara yer veriyorlar. Özellikle cevap verme konusunda olumsuz tavırlarını sürdürüyorlar ve “Beni dinle miyorsun!” tarzında ifadelere başvuruyorlar. Sergilenen bu tutum ve davranışlar aslında evlilik içi sorunlarla alakalı çatışmadan ya da sağlıksız iletişimden kaynaklanıyor (95). Konuyla ilgili sayısız çalışmaların sonuçları destekler ki: çiftler çatışma davranışları karmaşası içindeler ve olumlu cevap oranları daha yüksek olan bu çiftler aynı zamanda evlilik memnuniyetinin daha yüksek olduğu çiftlerdir (70). Evlilik yaşamının uyum içinde sürebilmesi, evli bireylerin sahip oldukları insan ilişkileri ve iletişim becerilerinin yeterli düzeyde oluşu ile ilişkili olduğu söylenebilir (59).

Bulgular gösteriyor ki; evliliklerinde sorun yaşayan bireylerin; depresyon gibi çeşitli psikolojik sorunları vardır (87,101). Evli ve eşleriyle iyi ilişkiler kuran bireyler ile eşleriyle iyi ilişkiler kuramayan bireyler kıyaslandığında; mutsuz çiftlerde hem kadınların hem de erkeklerin klinik olarak daha çok depresyonda olduğu saptanmıştır (84). Çiftler genellikle; birbirlerinin davranışlarını doğru olarak anladıkları inancına sahiptirler. Ayrıca; çatışma sırasında kendi davranışlarının yerinde olduğuna ve haklı olduklarına inanırlar (86).

Eşin evlilikle ilgili çatışmaya dönük davranışları önemli oranda karısının depresif semptomlarında artışa neden olurken, kocalarının sıcak ve yakın davranışları, evlilikle ilgili çatışmaları ve eşin depresif semptomları arasında ki ilişkiyi düzenlemektedir (20). Bu nedenle evlilik ilişkilerinde yaşanan çatışma yönetimlerinin belirlenmesi ve uygun olmayan yöntemler konusunda kişilere yardım edilmesi hem evlik uyumu açısından hem de depresyonun iyileşmesi açısından son derece önemlidir.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın türü

Bu araştırma tanımlayıcı, karşılaştırmalı ve ilişki arayıcı bir araştırma olup; depresyon tanısı alan hastaların ve tanı almamış eşlerinin çatışma yönetim biçimlerinin evlilik uyumu ile ilişkisini belirlemek amacıyla planlanmış ve gerçekleştirilmiştir.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Tarih

Araştırma Gaziantep Şahinbey Araştırma ve Uygulama Hastanesi Psikiyatri Polikliniği ve Gaziantep Avukat Cengiz Gökçek Devlet Hastanesi Psikiyatri Polikliniğinde Ocak 2011 ve Kasım 2011 tarihleri arasında yapılmıştır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örnekleme

Gaziantep Şahinbey Araştırma ve Uygulama Hastanesi Psikiyatri Polikliniği ve Gaziantep Avukat Cengiz Gökçek Devlet Hastanesi Psikiyatri Polikliniğinde araştırmanın yapıldığı tarihlerde DSM-IV-TR tanı ölçütlerine göre depresyon tanısı almış, takip ve tedavisi yapılan, araştırma kriterlerine uyan tüm hasta ve eşleri araştırmanın evren ve örneklemini oluşturmaktadır. Araştırmanın örneklemini 113 depresyon tanısı alan hasta ve eşleri oluşturmuştur. Örneklem grubu hastalar basit rastlantısal örnekleme yöntemi ile seçilmiştir.

Çalışmaya alınma ölçütleri:

1. DSM-IV'e göre Major Depresyon tanısı almış olan hastalar ve onların eşleri.
2. En az bir yıldır resmi olarak evli olan çiftler.
3. 18-65 yaş aralığında olanlar.
4. İyi iletişim kurabilme düzeyinde olanlar.
5. Birlikte yaşayan çiftler.
6. Beck depresyon envanterinden 17 ve üzerinde puan alan hastalar ve bu değerinin altında puan alan eşleri.

Çalışmadan dışlama ölçütleri:

1. Eşinden ayrı yaşayanlar ya da boşanmış olanlar.
2. Başka bir psikiyatrik rahatsızlığı bulunanlar (Bipolar Bozukluk, Şizofreni gibi).
3. Başkalarının yardımına muhtaç olacak derecede fiziksel engeli bulunanlar.
4. Mental retardasyonu bulunanlar.
5. Alkol ve madde bağımlısı olanlar.
6. Hamile olanlar.

3.4. Verilerin Toplanması

Veriler, hastalar ile yüzyüze görüşülerek araştırmanın amacı hakkında bilgi verildikten sonra, onamlarının alınması sonrasında, bireylerin sosyo-demografik bilgilerini içeren Kişisel Bilgi Formu, depresyon düzeylerini belirleyen Beck Depresyon Envanteri ve çatışma yönetim biçimlerini belirleyen Çatışma Çözüm Stilleri Ölçeği ve evlilik uyumlarını belirleyen Çift Uyum Ölçeği aracılığı ile toplanmıştır.

Kişisel Bilgi Formu

Araştırmacı tarafından hazırlanan bu form, hastaların sosyo-demografik özelliklerini ve evlilikleriyle ilgili bilgileri içeren sorulardan oluşmaktadır

Çatışma Çözüm Stilleri Ölçeği (ÇÇSÖ)

Eşlerin çatışma çözüm stillerini ölçmek için Çatışma Çözüm Stilleri Ölçeği kullanılmıştır. Ölçek Özen (2006) tarafından geliştirilip geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır. Ölçek 4 alt ölçeklerinden oluşmaktadır. Bu alt ölçekler ise pozitif çatışma çözüm stili, negatif çatışma çözüm stili, boyun eğme, geri çekilmedir. Ölçek 25 maddeden oluşmaktadır. Ölçek 6'lı likert tipi bir ölçektir. Ölçekte "hiç katılmıyorum", 1 puan "tam olarak katılıyorum" 6 puan ile ifade edilmektedir.

*** Pozitif (Olumlu) çatışma çözüm stili; 5, 9,11, 13, 22 ve 24**

Örnek:

Tartışmada ortak bir çözüm noktası bulmaya çalışırım,

Bir problem yaşandığında, kendimi eşimin yerine koyarak onun ne düşündüğünü anlamaya çalışırım,

***Negatif (Olumsuz) çatışma çözüm stili; 1, 68, 12, 14, 16 ve 25,**

Örnek:

Tartışma esnasında konuyla ilgisiz de olsa zayıflıklarını yüzüne vururum

Eşimi ilişkiyi bitirmekle tehdit ederim

***Boyun eğme;** 2, 4,7, 17, 19 ve 20

Örnek:

Kavganın büyümemesi için onun istediği şeyleri yaparım

Onun olumsuz tepkilerine karşılık vermeyerek problemin büyümemesini sağlamaya çalışırım

***Geri çekilme;**3, 10, 15, 18, 21 ve 23. maddelerinden oluşmaktadır.

Örnek:

Çok büyük sorunlar yaşadığımızda ondan uzak durmaya çalışırım.

Çok gergin olduğumuzda susarım.

Ölçek olumlu (pozitif) çatışma çözme stili altı madde, olumsuz (negatif) çatışma çözme stili yedi madde, geri çekilme çatışma çözme stili altı madde ve itaat çatışma çözme stili altı maddeden oluşan alt boyutları içermektedir. ÇÇSÖ, toplam puan vermemekte, alt ölçeklerin puanlarına dayanmaktadır. Ölçeğin alt boyutlarından alınan puanların yüksekliği, alt boyutu oluşturan çatışma çözme stiline kullanımının arttığını, puanların düşüklüğü ise alt boyutu oluşturan çatışma çözme stiline kullanımının azaldığını göstermektedir (94). Araştırma sonuçları, ölçeğin yüksek madde yüklemeleriyle (minimum 54) yüksek yapı geçerliğine, anlamlı korelasyonlarla yüksek ölçüt geçerliğine, yüksek bölünmüş yarı test güvenilirliğine ve yüksek iç tutarlılığa sahip olduğunu göstermektedir. Çatışma çözüm stilleri ölçeğinin olumlu, olumsuz, geri çekilme ve itaat alt boyutları için Cronbach Alpha iç tutarlık katsayıları sırasıyla .77, .81, .75 ve .80 olarak hesaplanmıştır.

Beck Depresyon Envanteri

Beck Depresyon Envanteri (BDE), Beck, Rush, Shaw ve Emery (1978) tarafından geliştirilmiş ve depresyonda görülen somatik, duygusal, bilişsel ve motivasyonel belirtileri ölçmesi amaçlanmıştır. 21 maddeden oluşan BDE'nin her bir maddesinde dört seçenek bulunmaktadır. Her madde 0 ile 3 arasında puan alır. Bu puanların toplanmasıyla, depresyon puanı elde edilir. Alınabilecek en yüksek puan 63'tür ve toplam puanın yüksek oluşu, depresyon düzeyinin ya da şiddetinin yüksekliğini göstermektedir.

Depresyon envanterinin Türkçe'ye uyarlanması Hisli (1988, 1989) tarafından yapılmıştır. BDE'nin kesme noktalarını belirlemek amacıyla poliklinik hastalarıyla çalışmıştır. Bu çalışmanın sonucunda, 17 ve üstündeki BDE puanlarının tedavi gerektirebilecek depresyonu %90'nın üzerinde bir doğrulukla ayırt edebildiği görülmüştür (103).

Çift Uyum Ölçeği

Bu çalışmada evli çiftlerin evlilik uyum düzeylerini belirlemek amacıyla Çift Uyum Ölçeği

(ÇUÖ) kullanılmıştır. ÇUÖ, Spanier (1976) tarafından geliştirilmiş ve Türkçe'ye uyarlaması Fışiloğlu ve Demir (2000) tarafından yapılmıştır. Ölçek, evli veya birlikte yaşayan çiftlerin ilişki niteliğini değerlendirmek amacıyla geliştirilmiş 32 maddeden oluşan, 5, 6 ve 7'li likert tipi bir ölçektir. İki madde “evet”, “hayır” şeklinde cevaplandırılmaktadır. Maddelerin çoğunda 6'lı likert kullanılmıştır. Bunlar 0-5 arasında puanlanmaktadır. Ölçek dört alt ölçekten oluşmaktadır. Çift uyum ölçeği, doğrudan ifadeler ile tersten puanlanması gereken ifadelerden oluşmaktadır. Toplam puan bütün maddelerin toplamından oluşmakta ve 0-151 arasında değişmektedir. Ölçekten alınan puanların yüksekliği ilişkiden elde edilen doyumun arttığını, puanların düşüklüğü ise doyumun azaldığını göstermektedir. Alt boyutlardan elde edilen puanlar kullanılabilmesine rağmen, genelde çift ilişkisinin niteliğini değerlendirmek için elde edilen toplam puan kullanılmaktadır (75).

Tablo 4. Çift uyum Ölçeği Alt Boyutları

Alt Ölçek	Madde Numarası	Toplam (32 Madde)
Memnuniyet-doyum	16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 31, 32	10
Fikir birliği	1, 2, 3, 5, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15	13
Bağlılık	24, 25, 26, 27, 28	5
Duygusal ifade	4, 6, 29, 30	4

(76).

3.5. Verilerin Değerlendirilmesi

Çalışmada elde edilen veriler değerlendirilirken, istatistiksel analizler için SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 18 programı kullanıldı. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metodların (Ortalama, Standart sapma) ve ölçekler arasındaki ilişkinin analizi için Pearson Korelesyon Analizi kullanılmıştır. Ayrıca Sonuçlar %95'lik güven aralığında, anlamlılık $p < 0.05$ düzeyinde değerlendirildi.

3.6. Araştırmanın Etik İlkeleri

Araştırmaya başlamadan önce, araştırmanın yapılacağı hastanelerden yazılı ve sözel izin alınmıştır. Ayrıca tez önerisi, Gaziantep Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik kuruluna sunulmuş ve onay alınmıştır. Araştırma kapsamındaki bireylerin haklarının korunması için araştırma verilerini toplamaya başlamadan önce bireylere, araştırmanın yapılma amacı, açıklanarak “*Aydınlatılmış Onam*” etik ilkesine uyulmuştur. Bireylerin istedikleri zaman araştırmadan çekilebilecekleri belirtilerek “*Özerklik*” ilkesi, bireysel bilgilerin araştırmacı ile paylaşıldıktan sonra korunacağı söylenerek “*Gizlilik ve Gizliliğin Korunması*” etik ilkesine uyulmasına özen gösterilmiştir. Araştırmada “*İnsan Onuruna Saygı*” diğer bir etik ilke olarak

göz önünde bulundurulmuştur. Ayrıca elde edilen bilgilerin ve cevaplayanın kimliğinin gizli tutulacağı belirtilerek “*Kimliksizlik ve Güvenlik*” etik ilkesi yerine getirilmiştir.

4. BULGULAR

Tablo 5. Hasta ve Eşlerinin Sosyodemografik ve Evliliklerine İlişkin Özelliklerinin Dağılımı

Özellikler		HASTA		EŞİ	
		S	%	S	%
Cinsiyet	Erkek	17	15.2	95	84.8
	Kadın	95	84.8	17	15.2
Yaş	20-30 Yaş	36	32.4	24	21.6
	31-40 Yaş	50	44.9	49	43.2
	41 Yaş ve Üzeri	26	22.7	39	35.2
Meslek	Devlet Memuru	17	15.2	16	14.3
	Özel	10	8.9	27	24.1
	Serbest	10	9.0	58	51.8
	Çalışmıyor	75	67.0	11	9.8
	Diğer	5	4.5	9	8.0
Eğitim Durumu	Okur-yazar değil	7	6.3	0	0.0
	Okuryazar	20	17.9	17	15.2
	İlköğretim	50	44.6	49	43.8
	Ortaöğretim	17	15.2	23	20.5
	Üniversite ve Üstü	18	16.1	23	20.5
Gelir Durumu	Kötü	28	25.0	27	24.1
	Orta	48	42.9	53	47.3
	İyi	36	32.2	32	28.6
Birlikte Yaşadığı Bireyler	Eş	11	9.8	11	9.8
	Eş +Anne ve Baba	3	2.7	3	2.7
	Eş ve Çocuklar	96	85.7	96	85.7
	Diğer	2	1.8	2	1.8
Evlilik Yaşı	18 Yaş Öncesi	37	32.6	8	7.2
	18-22 Yaş	43	38.4	34	30.5
	23 Yaş ve Üzeri	32	29.0	70	62.1
Evlilik Biçimi	Görücü Usulü	79	70.5	76	67.9
	Flört/Tanışarak	24	21.4	28	25.0
	Görücü Usulü+Tanışarak	9	8.0	8	7.1
Evlilik Süresi	1-10 Yıl	49	43.9	45	40.4
	11-20 Yıl	34	33.3	38	34.2
	20 Yılden Fazla	29	22.8	29	25.4
Kaçıncı Evlilik Olduğu	Birinci Evlilik	107	95.5	106	94.6
	İkinci Evlilik	5	4.5	6	5.4

Araştırmaya katılan bireylerin sosyo-demografik özellikleri incelendiğinde (Tablo 5); hastaların %44.9'u, eşlerin ise %43.2'si 31-40 yaş aralığında olup, hastaların %84.8'i kadınlardan oluşmaktadır. Hastaların %67'si, eşlerin ise %9.8'i çalışmamaktadır. Hastaların

%44.6'sı, eşlerin %43.8'i ilköğretim mezunudur. Hastaların %42.9'u, eşlerin ise %47.3'ü gelir durumlarının orta olduğunu belirtmişlerdir. Çiftlerin %85.7'si eş ve çocuklarıyla beraber yaşadıklarını bildirmişlerdir. Yani çekirdek aileye sahip oldukları görülmüştür. Hastaların %29'u 23 yaşından önce, eşlerin ise %62.1'i 23 yaş ve üzerinde evlendiklerini ifade etmişlerdir. Hastaların %70.5'i görücü usulüyle evlendiğini, %43.9'u 1-10 yıllık evli olduğunu, %95.5'i ilk evlilikleri olduğunu söylemişlerdir.

Tablo 6. Hastaların BDE, ÇÇSÖ ve Alt Boyutlarının Puan Ortalamalarının Dağılımı

Ölçekler ve Alt boyutları	Alınabilecek En Büyük ve En Küçük Değerler	$\bar{x} \pm SS$
BDE	0-63	30.02±10.52
Çatışma Çözüm Stilleri Ölçeği		
1. Pozitif ÇÇS	6-36	22.63±4.51
2. Negatif ÇÇS	7-42	25.12±8.04
3. Boyun eğme	6-36	22.80±6.73
4. Geri çekilme	6-36	21.43±7.30

ÇÇS: Çatışma çözüm stili, BDE: Beck Depresyon Envanteri

Hastaların çatışma çözüm stilleri ölçeği alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları incelendiğinde; olumlu (pozitif) çatışma çözüm stili için 22.63±4.51; olumsuz (negatif) çatışma çözüm stili için 25.12±8.04; boyun eğme için 22.80±6.73; geri çekilme için ise 21.43±7.30'dur (Tablo 6). Hastaların Beck Depresyon Envanterinden alabilecekleri en küçük değer 0, en büyük değer 63 olup; ortalama puanı ise 30.02±10.52'dir (Tablo 6).

Tablo 7. Eşlerin ÇÇSÖ ve Alt Boyutlarının Puan Ortalamalarının Dağılımı

Ölçek Alt boyutları	Alınabilecek En Büyük ve En Küçük Değerler	$\bar{x} \pm SS$
Çatışma Çözüm Stilleri Ölçeği		
1. Pozitif (Olumlu) ÇÇS	6-36	21.00±3.72
2. Negatif (Olumsuz) ÇÇS	7-42	24.91±10.00
3. Boyun eğme	6-36	20.50±6.17
4. Geri çekilme	6-36	19.65±6.18

Eşlerin çatışma çözüm stilleri ölçeği alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları incelendiğinde; olumlu (pozitif) çatışma çözüm stili için 21.00±3.72; olumsuz (negatif) çatışma çözüm stili için 24.91±10.00; boyun eğme için 20.50±6.17; geri çekilme için ise 19.65±6.18'dir (Tablo 7).

Tablo 8. Hastaların Çift Uyum Ölçeği ve Alt Boyutlarının Puan Ortalamalarının Dağılımı

Ölçek ve Alt boyutları	Alınabilecek En Büyük ve En Küçük Değerler	$\bar{x} \pm SS$
Çift Uyum Ölçeği Toplam	0-151	82.99±29.28
1. Memnuniyet	7-42	27.30±9.06
2. Fikir birliği	6-36	38.26±15.40
3. Bağlılık	6-36	9.57±5.41
4. Duygusal ifade	2-4	7.86±3.70

Hastaların ve eşlerin çift uyum ölçeğinden alabilecekleri en küçük değer 0, en büyük değer 151'dir. Hastaların çift uyum ölçeği ortalama toplam puanı 82.99±29.28, eşlerin ise 86.68±28.16 olarak bulunmuştur. Hastaların çift uyum ölçeği alt boyutlarının puan ortalamaları incelendiğinde; memnuniyet için 27.30±9.06; fikir birliği için 38.26±15.40; bağlılık için 9.57±5.41; duygusal ifade için ise 7.86±3.70'dir (Tablo 8).

Tablo 9. Eşlerin Çift Uyum Ölçeği ve Alt Boyutlarının Puan Ortalamalarının Dağılımı

Ölçek ve Alt boyutları	Alınabilecek En Büyük ve En Küçük Değerler	$\bar{x} \pm SS$
Çift Uyum Ölçeği Toplam	0-151	86.68±28.16
1. Memnuniyet	7-42	29.20±9.01
2. Fikir birliği	6-36	40.29±16.02
3. Bağlılık	6-36	9.56±4.94
4. Duygusal ifade	2-4	8.53±4.86

Eşlerin çift uyum ölçeği toplam ve alt boyutlarının puan ortalamaları incelendiğinde ise; memnuniyet için 29.20±9.01; fikir birliği için 40.29±16.02; bağlılık için 9.56±4.94; duygusal ifade için ise 8.53±4.86'dır (Tablo 9).

Tablo 10. Hastaların BDE, ÇÇSÖ ve ÇUÖ Toplam ve Alt Boyutlarının Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki

Ölçekler ve alt boyutları	BDÖ	1	2	3	4	5	6	7	8	9
BDÖ	1									
1. Pozitif	-.306**	1								
2. Negatif	.188*	-.119	1							
3. Boyun eğme	-.210*	.257**	-.572**	1						
4. Geri çekilme	-.165	.127	-.603**	.568**	1					
5. Çift Uyumu	-.373**	.300**	-.343**	.198*	.114	1				
6. Memnuniyet	-.344**	.316**	-.327**	.184	.064	.909**	1			
7. Fikir birliği	-.379**	.230*	-.344**	.199*	.134	.938**	.757**	1		
8. Bağlılık	-.216*	.299**	-.162	.048	.000	.714**	.703**	.495**	1	
9. Duygusal ifade	-.217*	.204*	-.249**	.217*	.183	.738**	.564**	.689**	.404**	1

*P<0.05 **P<0.001

Hastaların depresyon puanları ile olumlu (pozitif) ve boyun eğme çatışma çözüm stilleri alt ölçekleri arasında negatif korelasyon var iken, olumsuz (negatif) çatışma çözüm stili alt ölçeği ile arasında pozitif korelasyon vardır (P<0.05). Hastaların depresyon puanı ile toplam çift uyumu ve tüm alt boyutları arasında negatif korelasyon bulunmuştur (P<0.05). Hastaların olumlu (pozitif) çatışma çözüm stili puanları ile toplam çift uyumu ve tüm alt boyutları arasında pozitif bir ilişki vardır (P<0.05). Olumsuz (negatif) çatışma çözüm stili puanı ile toplam çift uyumu arasında ve bağlılık dışında diğer alt boyutlarında negatif bir ilişki saptanmıştır (P<0.05). Çatışma çözüm stillerinden boyun eğme puanı ile toplam çift uyumu ve alt boyutlarından fikir birliği ve duygusal ifade arasında pozitif korelasyon belirlenmiştir (P<0.05). Geri çekilme puanı ile çift uyumu arasında herhangi bir ilişki saptanmamıştır. Çift uyumu toplam puanı ve alt boyutları arasında olumlu yönde bir ilişki bulunmuştur (P<0.05) (Tablo 10).

Tablo 11. Hastaların BDÖ, ÇSÖ, ÇUÖ ile Eşlerinin Çatışma Yönetimi, Çift Uyumu Arasındaki İlişki

Hastaların ölçek puan ort.	Eşlerin ölçek puan ortalamaları								
	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.
BDE	-.108	.138	-.108	-.137	-.340**	-.277**	-.337**	-.249**	-.249**
1. Pozitif çatışma	.159	-.057	.088	.121	.172	.195*	.117	.178	.171
2. Negatif çatışma	-.066	.067	.161	.200*	-.231*	-.269**	-.214*	-.075	-.130
3. Boyun eğme	.078	.181	-.185	-.344**	.084	.041	.145	-.035	.167
4. Geri çekilme	.041	.148	-.189*	-.246**	.080	.049	.144	-.053	.071
5. Çift Uyumu Toplam	.418**	-.306**	.362**	.157	.886**	.819**	.789**	.626**	.532**
6. Memnuniyet	.443**	-.335**	.422**	.201*	.807**	.835**	.655**	.609**	.473**
7. Fikir birliği	.342**	-.242**	.255**	.071	.824**	.697**	.806**	.442**	.503**
8. Bağlılık	.383**	-.300**	.400**	.277**	.660**	.689**	.449**	.849**	.386**
9. Duygusal ifade	.240*	-.155	.179	.051	.640**	.525**	.630**	.382**	.397**

*P<0.05 **P<0.001

Tablo 11’de hastaların depresyon düzeyleri, çatışma çözüm stilleri ve çift uyumları ile eşlerinin çatışma çözüm stilleri ve çift uyumları ile arasındaki ilişki incelenmiştir. Tabloya göre; hastaların depresyon puanı ile eşlerinin çatışma çözüm stilleri arasında herhangi bir ilişki görülmemiştir ($P>0.05$). Ancak depresyon puanı ile eşlerin çift uyumu ve tüm alt boyutları arasında ileri düzeyde negatif bir ilişki belirlenmiştir ($P<0.01$). Olumlu (Pozitif) çatışma çözüm stilini kullanan hastaların eşlerinin evlilikteki memnuniyetleri arasında pozitif bir ilişki görülmüştür ($P<0.05$). Hastaların olumsuz (negatif) çatışma çözüm stili ile eşlerin çift uyumu toplam puanı, memnuniyet ve fikir birliği açısından negatif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur ($P<0.05$). Hastaların toplam çift uyumu ile eşlerinin olumlu (pozitif) çatışma çözüm stili ve boyun eğme alt boyutları arasında pozitif bir ilişki varken, olumsuz (negatif) çatışma çözüm stili arasında olumsuz yönde bir ilişki vardır ($P<0.05$). Hastaların memnuniyeti ile eşlerin (negatif) çatışma çözüm stili arasında olumsuz bir ilişki varken; olumlu (pozitif) çatışma, boyun eğme ve geri çekilme arasında olumlu yönde bir ilişki vardır ($P<0.05$). Hastaların fikir birliği toplam puanı ile eşlerin olumlu (pozitif) çatışma, boyun eğme alt boyutları arasında olumlu bir ilişki bulunmuşken; (negatif) çatışma çözüm stili ile arasında olumsuz yönde bir ilişki olduğu saptanmıştır ($P<0.05$).

Hastaların bağlılık puan ortalamaları ve eşlerin olumlu (pozitif) çatışma, boyun eğme ve geri çekilme alt boyutları arasında pozitif bir ilişki varken; (negatif) çatışma çözüm stili ile arasında olumsuz yönde anlamlı bir ilişki vardır ($P<0.05$). Hastaların duygusal ifade ile eşlerin olumlu (pozitif) çatışma çözme stili arasında olumlu yönde bir ilişki bulunmuştur ($P<0.05$).

5. TARTIŞMA

Depresyonlu hasta ve eşlerinin çatışma yönetim biçimlerinin evlilik uyumu ile ilişkisinin belirlenmesi amacıyla yapılan bu çalışmanın bulguları, ilgili literatür incelemeleriyle tartışılmıştır.

5.1.Hasta ve Eşlerinin Sosyodemografik ve Evliliklerine İlişkin Özellikleri

Çalışmamızda hastaların %84.8'i gibi büyük çoğunluğu kadınlardan oluşmaktadır. Çeşitli araştırmalarda depresyon tanısıyla izlenen hastaların cinsiyet özelliklerine bakıldığında; Binbay (2011) tarafından yapılan bir çalışmada 53 hastanın %84.9'u, Kantarcı (2010) tarafından yapılan çalışmada ise 200 katılımcının %72.5'i kadınlardan oluşmaktadır (55,104). Literatür incelendiğinde depresyonun kadınlarda erkeklerden 2 kat fazla görüldüğü belirtilmektedir (2,5,22). Hastaların depresyon puan ortalaması 30.02 ± 10.52 olarak saptanmıştır. Beck Depresyon Envanterinin kesme değerinin 17 puan olması dikkate alındığında, hastaların depresyon düzeylerinin oldukça yüksek olduğu söylenilebilir. Araştırmaya katılan hastaların %44.6'sı ilköğretim mezunu olmakla birlikte, %67'si herhangi bir işte çalışmamakta ve %85.7'si eş ve çocukları ile birlikte yaşamaktadır. Hastaların %70.52'si görücü usulü ile evlenmiştir. Kadınların özellikle görücü usulüyle evlenmiş olması, içinde bulunduğumuz toplumun sosyokültürel özelliklerinden kaynaklandığı söylenebilir

5.2.Hastaların ve Eşlerinin Çatışma Çözüm Stilleri ve Evlilik Uyumlarının Değerlendirilmesi

Hastaların çatışma çözüm stilleri ölçeği alt boyutlarının puan ortalamaları; olumlu (pozitif) çatışma çözüm stilli için 22.63 ± 4.51 , olumsuz (negatif) çatışma çözüm stili için 25.12 ± 8.04 , boyun eğme için 22.80 ± 6.73 , geri çekilme için ise 21.43 ± 7.30 olarak bulunmuştur. Eşlerin çatışma çözüm stilleri ölçeği alt boyutlarının ortalama puanları; olumlu (pozitif) çatışma çözüm stilli için 21.00 ± 3.72 , olumsuz (negatif) çatışma çözüm stili için 24.91 ± 10.00 , boyun eğme için 20.50 ± 6.17 , geri çekilme için ise 19.65 ± 6.18 olduğu saptanmıştır. Hastalar; eşlerine göre olumsuz (negatif) çatışma çözüm stillerini daha fazla kullanmaktadırlar. Çatışma çözme stilleri ile ilişkiden alınan doyum arasındaki tutarlı ilişki, eşlerin evlilik doyumunu ile her bir eşin kullandığı yapıcı çatışma çözme stili arasında olumlu, yıkıcı/olumsuz çatışma çözme stili arasında ise olumsuz bir ilişkinin olduğunu göstermektedir (63). Ayrıca Güven(2005) tarafından yapılan çalışma sonucuna göre; problem çözmenin evlilik doyumunu etkileyen en önemli değişken olduğu görülmüştür (105). Beach ve O'Leary (1993)'nin yaptıkları

çalışmada, depresif eşlerin depresif olmayan eşe göre problem çözme ile ilgili tartışmalarda daha olumsuz sözel ve sözel olmayan davranışlar sergiledikleri bulunmuştur (102).

Hacı (2011) tarafından normal çiftlerde yapılan çalışma sonucunda ise, çatışma çözüm stilleri puan ortalamaları; olumlu (pozitif) çatışma çözümü için 26.67 ± 5.49 , olumsuz (negatif) çatışma çözüm stili için 16.13 ± 6.18 , boyun eğme için 22.78 ± 6.18 , geri çekilme için 22.83 ± 6.45 olarak belirlenmiştir (96). Bu çalışma sonucuyla Hacı (2011) tarafından yapılan çalışmanın sonuçlarını karşılaştırdığımızda; hem depresyon hastalarının hem de eşlerinin olumlu ve geri çekilme şeklindeki çatışma çözüm stillerini daha az, olumsuz çatışma çözüm stillerini ise daha fazla kullandıklarını söyleyebiliriz.

Evlilik uyumları toplam puan ortalaması hastaların 82.99 ± 29.28 , eşlerin ise 86.68 ± 28.16 olarak bulunmuştur. Hastaların algıladıkları evlilik uyumlarının eşlerine göre daha az olduğunu söyleyebiliriz. Beach ve O'Leary (1993) çalışmalarında benzer bir şekilde, depresif eşlerin depresif olmayan eşe göre evlilikleri ile ilgili daha olumsuz algılara sahip olduklarını bulmuşlardır. Hastaların evlilik uyumlarının alt boyutlarının puan ortalamaları; memnuniyet için 27.30 ± 9.06 , fikir birliği için 38.26 ± 15.40 , bağlılık için 9.57 ± 5.41 , duygusal ifade için 7.86 ± 3.70 olarak belirlenmiştir. Eşlerin evlilik uyumlarının alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları ise; memnuniyet için 29.20 ± 9.01 , fikir birliği için 40.29 ± 16.02 , bağlılık için 9.56 ± 4.94 , duygusal ifade için 8.53 ± 4.86 olarak saptanmıştır.

Hacı (2011) tarafından yapılan çalışmanın sonucunda; katılımcıların evlilik uyumu toplam puan ortalaması 112.18 ± 21.02 olarak bulunmuştur. Bizim çalışmamızdaki hastaların ve eşlerinin evlilik uyumları puanları bu çalışmadan oldukça düşük olup, aradaki bu önemli fark depresif bozukluğun hem hasta açısından hem de eşleri açısından evlilik uyumlarını oldukça büyük oranda olumsuz etkilediğini göstermektedir. Depresyonda yaşanan motivasyon kaybı, ilgisizlik, zevk alamama, düşük benlik değeri, somatik yakınmalar, dikkatin bozulması ve konsantrasyon güçlüğü gibi semptomlar hem hastaların hem de eşlerin hayatlarının her alanında olduğu gibi, evlilik uyumlarını da olumsuz yönde etkilemiş olabileceği düşünülmektedir.

5.3. Hastaların Depresyon Düzeyleri, Çatışma Çözüm Stilleri ve Evlilik Uyumları Arasındaki İlişki

Hastaların depresyon puanları ile olumlu ve boyun eğme çatışma çözüm stilleri alt ölçekleri arasında negatif korelasyon var iken, olumsuz çatışma çözüm stili alt ölçeği ile arasında ise pozitif korelasyon vardır.

Hastaların olumlu (pozitif) ve boyun eğme şeklindeki çatışma çözüm stillerini kullanmaları sonucunda depresyon düzeyleri azalmakta, algıladıkları evlilik doyumları artmaktadır. Ancak

olumsuz (negatif) çatışma çözüm stillerini kullanmalarının artması durumunda depresyon düzeyi artmakta, buna bağlı olarak da algıladıkları evlilik doyumu azalmaktadır. Yaşanan çatışmaların uygun ve etkili bir şekilde çözümü kişinin depresif semptomlarının azalmasına ve algılanan evlilik uyumlarının artmasına katkı sağlayacaktır.

Hastaların depresyon puanı ile toplam çift uyumu ve tüm alt boyutları arasında negatif korelasyon bulunmuştur ($P<0.05$). Depresyon düzeyi ile çift uyumu birbiriyle ters orantılıdır. İlgili literatür tarandığında yapılan çalışmaların sonuçlarıyla, çalışmamızın bulguları benzerlik göstermektedir (57,99,102). Schudlich ve arkadaşları (2011) tarafından 276 çift ile yapılan çalışmada; depresyon tedavisinin uyumsuz çiftlerde işe yaramadığı bulunmuştur (37). Fincham (1993) tarafından yapılan diğer bir çalışmada; evlilikte uyumsuzluğun depresif semptomların tekrar ortaya çıkmasına sebep olduğu görülmüştür (69). Hollist ve arkadaşları (2007) tarafından 99 Brezilyalı kadında yapılan çalışmada ise, depresyonun ilerlemesinde evlilik uyumsuzluğunun önemli bir faktör olduğu bulunmuştur (82). Kiecolt ve arkadaşları (2001) tarafından yapılan çalışmanın bulgularına göre; hastaların depresif belirtileri ve evlilik sorunları arasında çok güçlü bir bağ vardır ve evlilik uyumsuzluğu ile depresif semptomlar arasındaki risk daha fazladır (108). Geniş çapta gerçekleştirilen epidemiyolojik çalışmalar sonucu mutsuz evlilikler kadın ve erkek için major depresif bozukluklar adına potansiyel risk taşımaktadır.

Sonuç olarak; evlilik uyumu ve depresyonun birbirini yakından etkilediğini söyleyebiliriz. Hastaların pozitif ve boyun eğme şeklindeki çatışma çözüm stili puanları ile toplam çift uyumu arasında pozitif bir ilişki vardır ($P<0.05$). Negatif çatışma çözüm stili puanı ile toplam çift uyumu arasında negatif bir ilişki saptanmıştır ($P<0.05$). Pozitif ve boyun eğme şeklindeki çatışma çözüm stili çift uyumunu artırırken, olumsuz (negatif) çatışma çözüm stili çift uyumunu azaltmaktadır.

Çatışma ve çatışma çözüm stratejileri, evliliklerdeki uyumsuzlukları ve fikir ayrılıklarını çözmede kullanılan kişiler arası davranışları etkilemektedir (97,98). Evlilikte birlikte yaşamaktan kaynaklı birçok sorun ortaya çıkmaktadır. Bu sorunların nedenleri ya da şekli ne olursa olsun, eşler etkin problem çözme becerilerine sahip oldukları sürece evlilik doyumunun bu sorunlardan olumsuz etkilenmeyeceği düşünülmektedir (106). Ayrıca; çatışmayı çözüme kavuşturma, ikili yakınlığa ve ilişkiden alınan doyumu/tatmini arttırmaya katkıda bulunur (71).

Özen (2006) tarafından yapılan araştırma sonucunda, kadınların ve erkeklerin kullandıkları olumsuz (negatif) çatışma çözüm stillerinin çiftlerin evlilik uyumunu olumsuz bir şekilde etkilediği ortaya konmuştur (94).

Vanoost (2007) tarafından yapılan araştırma sonucunda ise, çiftlerin evlilikleri süresince olayları algılama ve yorumlamada başvurdukları olumsuz yöntemler, evlilik içi mutluluğu ve memnuniyeti yok etme eğilimindedir. Bunun devamında da depresyon belirtileri ve depresif bireyler kaçınılmazdır. Hem eşler hem de onların partnerleri çatışma sürecindeki iletişim ve olumsuz bakış açısına bağlı olarak daha az evlilik memnuniyeti yaşamaktadır (91).

Yapılan çalışmalarda, olumlu (pozitif) çatışma çözüm stillerini kullananların; olumsuz (negatif) çatışma çözüm stillerini kullananlara göre evlilik uyumlarının daha iyi olduğu bulunmuştur (51,59,94,96).

5.4. Hastaların BDÖ, ÇSÖ, ÇUÖ ile Eşlerinin Çatışma Yönetimi, Toplam Çift Uyumu Arasındaki İlişki

Hastaların depresyon puanı ile eşlerinin çatışma çözüm stilleri arasında herhangi bir ilişki görülmemiştir ($P>0.05$). Ancak hastaların depresyon puanı ile eşlerin çift uyumu ve tüm alt boyutları arasında ileri düzeyde negatif bir ilişki belirlenmiştir ($P<0.01$). Hastaların depresyon düzeyleri kötüleştikçe eşlerinin evlilik uyumları azalmaktadır. Faulkner (2002) tarafından yapılan çalışmanın bulguları ile araştırmamızın bulguları benzerlik göstermektedir (97). Olumlu (pozitif) çatışma çözüm stili kullanan hastaların eşlerinin evlilikteki memnuniyetleri arasında pozitif bir ilişki görülmüştür ($P<0.05$). Hastaların olumsuz (negatif) çatışma çözme stili ile eşlerin evlilik uyumu toplam puanı arasında negatif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur ($P<0.05$). Hastaların toplam evlilik uyumu ile eşlerinin olumlu (pozitif) çatışma çözüm stili ve boyun eğme alt boyutları arasında pozitif bir ilişki varken, olumsuz (negatif) çatışma çözüm stili arasında olumsuz yönde bir ilişki vardır ($P<0.05$). Eşlerden birinin olumlu (pozitif) çatışma çözüm stilini kullanması diğer eşin evlilik uyumlarını artırırken olumsuz (negatif) çatışma çözüm stilini kullanmaları ise azaltmaktadır. Evlilikteki problemler depresyondaki hastalarda daha sıklıkla artış gösterdiğinden depresif hastalar çatışmayı çözüme kavuşturmada eşlerine göre daha başarısızdırlar. Buna karşılık kendini depresyonda hissetmeyen eşlerin (özellikler kocalar) davranışları daha olumlu olduğundan çatışmayı çözüme kavuşturmada daha başarılıdırlar (69). Hacı (2011) tarafından yapılan çalışma sonucunda da, olumsuz (negatif) çatışma çözüm stilinin evlilik uyumunun negatif yönde anlamlı yordayıcısı ve boyun eğme çatışma çözme stili, evlilik uyumunun pozitif yönde anlamlı yordayıcısı olduğu sonucuna ulaşmıştır (96). Sardoğan ve Karahan'ın (2005) çatışmayı çözmeyi de içeren İnsan İlişkileri Beceri Eğitimi uyguladıkları çalışmalarının sonucunda eğitimin evli bireylerin evlilik uyum düzeylerini olumlu yönde etkilediği belirlenmiştir. Bu noktada depresyonun tedavisinde ilaç tedavisinin yanı sıra hem hastalar hem de onların en çok etkilenebilecekleri eşlerinin de içinde olduğu etkili, olumlu çatışma çözüm yöntemlerine yönelik eğitimlerin verilmesi ve

depresyon yasayan bireylere yönelik koruyucu ruh sağlığı için sosyal beceri ve öfke kontrolü programlarının geliştirilmesi önerilir (59,107).

6. SONUÇ ve ÖNERİLER

113 Major Depresyon tanısı alan hastaların ve tanı almayan eşlerinin çatışma yönetim biçimlerinin evlilik uyumu ile ilişkisini belirlemek amacıyla yapılan bu araştırmanın genel sonuçları şöyledir:

- 1- Evlilik uyumu ile depresyon düzeyi birbiriyle ters orantılıdır.
- 2- Eşlerine göre depresyonda olan hastalar olumsuz çatışma çözüm stillerini daha fazla kullanmaktadır.
- 3- Hastaların olumlu ve boyun eğme şeklinde çatışma çözümünü kullanmaları arttıkça ve negatif çatışma çözümünü kullanmaları azaldıkça depresyon düzeyleri azalmaktadır.
- 4- Olumlu ve boyun eğme şeklindeki çatışma çözüm stili çift uyumunu artırırken, olumsuz çatışma çözüm stili çift uyumunu azaltmaktadır.
- 5- Hastaların depresyon düzeyleri arttıkça eşlerinin evlilik uyumları azalmaktadır.
- 6- Eşlerden birinin olumlu çatışma çözme stilini kullanması diğer eşin evlilik uyumlarını artırırken, olumsuz çatışma stilini kullanmaları ise azaltmaktadır.
- 7- Eşlerine göre hastaların evlilik uyumları daha düşük seviyededir.
- 8- Eşlerin çatışma çözme stilleri ile hastaların depresyon düzeyleri arasında ilişki bulunmamıştır.

Bu sonuçlar doğrultusunda;

- a) Evlilik doyumunu artırıcı nitelikteki grup çalışmalarının, çeşitli kurumların bünyeleri içerisinde (Danışma Merkezleri, Halk Eğitim Merkezleri, Belediyelere bağlı aileye hizmet veren kuruluşlar, üniversiteler vb.) yer alması ve bu sayede aile ve evlilik yapıları, toplumsal ruh sağlığını korumak amacıyla desteklenmesi,
- b) Depresyon gibi kişilerin tüm yaşamını olumsuz yönde etkileyen psikolojik rahatsızlıkların zamanla sağlıklı eşi de etkileyerek ve evlilik doyumunu minimum düzeye indireceği düşünüldüğünden, depresyonun tedavisinde ilaç tedavisinin yanı sıra hem hastalar hem de onların en çok etkilenebilecekleri eşlerinin de içinde olduğu etkili, olumlu çatışma çözüm yöntemlerine yönelik eğitimlerin verilmesi,
- c) Tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de boşanma oranlarındaki artış dikkat çekici boyutlara ulaşmıştır. Bu nedenle çiftlerin bu aşamaya gelmeden önce evlilik uyumlarını azaltan faktörlerin belirlenmesi ve ileride yaşanabilecek problemler hakkında farkındalık sağlamaya yönelik toplum temelli eğitim programlarının düzenlenmesi,
- d) Depresyonlu hastaların evlilik uyumlarının ve çatışma yönetim biçimlerinin tedavi

sürecinde araştırılması ve gerekli girişimlerde bulunulması,

e) Hem kuramsal hem de uygulama alanında daha fazla katkı sağlaması açısından araştırmanın sosyal ve kültürel yapı göz önünde bulundurularak daha büyük bir örneklem grubunda çalışılması,

f) Depresyonlu hastaların hem tedavi öncesi hem de tedavi sonrasında evlilik uyumları ve çatışma çözüm stillerini ele alan çalışmaların yapılması,

g) Aile toplumun en küçük ve en temel yapısıdır ve bu temel yapı evlilik kurumundan meydana gelmektedir. Ailede olan sorunlar toplumu olumsuz yönde etkilemektedir. Bundan dolayı hem sağlıklı bireylerin yetişmesi, hem de toplumda mutlu ve başarılı insanların sorun çözebilen ve sağlıklı iletişim kurabilen bireyler olması için evliliğin gerçekleşmesinden önce bireylerin mutlaka evlilik ile ilgili kurslara katılmaları ve bu kursların yaygınlaştırılıp, zorunlu hale getirilmesi önerilir.

9. KAYNAKLAR:

1. Oral T. Psikiyatri El Kitapları Serisi, 121 Medikal Yayıncılık Eğitim Ve İletişim Hizmetleri. Tic. Ltd. Şti. 1. Basım, İstanbul, 2010.
2. Köroğlu E, Güleç C. Psikiyatri Temel Kitabı, Hekimler Yayın Birliği, 2. Baskı, Ankara, 2007.
3. Öztürk M.O. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları, Nobel Tıp Kitapevleri, Feryal Matbaası, 10. Basım, Ankara, 2004.
4. Öztürk M.O. Uluşahin A. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları, 11. Baskı, Ankara, 2008.
5. Yüksel N. Psikofarmakoloji, Çizgi Tıp Yayınevi, Yenilenmiş 2. Baskı, Ankara, 2003.
6. Yüksel N. Ruhsal Hastalıklar, Çizgi Tıp Yayınevi, 2. Baskı, Ankara, 2001.
7. Amerikan Psikiyatri Birliği. Duygudurum Bozuklukları. DSM- IV Mental Bozuklukların Tanımsal ve Sayımsal El Kitabı, Yeniden Gözden Geçirilmiş Tam Metin (DSM-IV-TR), Dördüncü Baskı. Çeviri Editörü: Köroğlu E, Ankara: Hekimler Yayın Birliği; 2007; s.531.
8. Özmen E. Aydemir Ö. Bedensel Hastalığı Olanlarda Depresyon, Psikiyatri Bülteni, 1993; 2(2):71-77.
9. Çoşar B. Depresyon epidemiyolojisi, risk faktörleri ve tanısı, Depresyon, Editör: Behçet Çoşar, Ankara, s: 9-24.
10. Ebert M.H, Loosen P.T, Nucombe B. (Çeviri Editörü: Sunar Birsöz, Taha Kahraman), Current Psikiyatri Tanı ve Tedavi, Güneş Kitapevi, Ankara, 2003.
11. Işık E. Depresyon ve Bipolar Bozukluklar, Görsel Sanatlar Basımevi, İstanbul, 2003.
12. Doğan H. Evli Bireylerin Sosyotropik - Otonomik kişilik Özellikleriyle Evliliklerinde Çatışma Yaşama Durumları Arasındaki İlişki, 2010, Yüksek Lisans Tezi, Adana, (Prof. Dr. Turan Akbaş).
13. Aydemir Ö. Major Depresif Bozuklukta Yaşam Kalitesi: Kesitsel Bir Çalışma, Türk Psikiyatri Dergisi,2009; 20(3): 205-212.
14. Buturak V.A. Başterzi A. D. Yazıcı A. Yazıcı K. Acar Ş.T. Comorbid Disorders İn Outpatients With Major Depressive Disorder And Their Sociodemographicalaspects Journal Of Mood Disorders, 2011; 1(1):7-13

15. Polat D. Evli bireylerin evlilik uyumları, aldatma eğilimleri ve çatışma eğilimleri arasındaki ilişkilerin bazı değişkenler açısından incelenmesi, 2006, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, (Prof.Dr. Ali Dönmez).
16. Gülşen A. Evlilikte Uyum ve İnanç Gelişimi Arasındaki İlişkiler, 2010, Yüksek Lisans Tezi, Sivas, (Doç. Dr. Üzeyir Ok).
17. Olson D.H. DeFrain J. Marriages And Families Intimacy, Diversty, and Strengths, Fourth Edition, 2000.
18. Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Müdürlüğü, Başkent Üniversitesi Ulusal Hastalık Yüğü Ve Maliyet-Etkililik Projesi. Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, Ankara, 2004; S: 267-305.
19. Beach, S.R.H. Davey, A., Fincham, F.D. (1999). The time has come to talk of many things: A commentary on Kurdek (1998) and the emerging field of marital processes in depression. *Journal of Family Psychology*, 13(4), 663-668.
20. Proulx Cm. Buehler C. Helms H. Moderators Of The Link Between Marital Hostility And Change İn Spouses' Depressive Symptoms *J Fam Psychol.* August 2009; 23(4): 540-550.
21. Kessler Rc. Berlund P. Demler O. Jin R. Korets D. Merikangas K. Rush J. Walters E. Wang P. The Epidemiology Of Major Depressed disorder: Results From The National Comorbidity Survey Replication(Ncs-R). *Jama* 2003; 289:3095-3105.
22. Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan & Sadoc's Comprehensive Textbook of Psychiatry, Güneş Kitabevi, 8. Baskı, Ankara, 2007.
23. Yıldız F. Anksiyete Ve Depresyonda Nitrik Oksid' İn Rolü, Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi, 1998, Kocaeli.
24. Düzgün G. Evli Kişilerde Depresyon. İlişkiye İlişkin İnanç, Kendini Ayarlama Düzeyinin Evlilik Uyumu İle İlişkisi, 2009, Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi, Ankara (Doç. Dr. Şennur Tutarel Kışlak).
25. Beck, J.S. Bilişsel Terapi Temel İlkeler Ve Ötesi. Çev. Nesrin Hisli Şahin. Ankara: Türk Psikologlar Derneği Yayınları, 2001.
26. Olcay Y. Depresif Bozukluklarda Eş Tanı (Komorbidite), İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, İstanbul, Psikiyatri Dünyası, 2001; 5:89-96.
27. <http://www.cty.com.tr/files/journals/4/55.pdf>, Erişim Tarihi: 23.07.2011.

28. Dilbaz N, Darçın A.E, Çavuş S.Y. Depresyon Tedavisinde Karşılanmamış İhtiyaçlar: Eş Tanılı Anksiyete ve Yaklaşım, Klinik Psikofarmakoloji Bülteni, 2011;21(1):10-19
29. Ülkeröğlü F. Kuloğlu M. Tezcan A.E. ve arkadaşları. Distimi Tanılı Hastalarda Kliniğe Eklenen Majör Depresif Epizodun Yaşam Boyu Birlikteliği, Düşünen Adam, 1999; 12 (3): 27-34.
30. Aşkın R, Kronik Depresyon (Distimi). Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Konya, Duygudurum Dizisi, 2000; 1:44-47
31. Sarandöl A. Distimik Bozukluk, Birinci Basamak İçin Psikiyatri, 2003; (2): 2.
32. Karamustafalıoğlu K.O. Karamustafalıoğlu N. Distimik Bozukluk, Psikiyatri Dünyası, İstanbul, 2001; 5: 30-35.
33. Taneli B. Taneli Y. Taneli T. Depresyon ve Anksiyete Bozukluklarının Birlikte Bulunmaları ve Psikofarmakolojik Tedavi Yaklaşımı, Psikiyatri Dünyası, 2001; 5:115-129.
34. Aydemir Ö, Atipik Depresyon, Klinik Psikiyatri, 2004; Ek 2:49-53.
35. Süer N, Premenstrual Sendrom, İstanbul, Türkiye Göztepe Tıp Dergisi, 2008; 23(3): 76-80.
36. Kessel B. Premenstrual Syndrome, Advances In Diagnosis And Treatment, Obstet Gynecol Clin North Am, 2000; 27: 625-639.
37. Akkaya C. Depresyon Etiyolojisinde Serotonin ve Noradrenalin Yeni Symposium, 2005; 43(3): 91-96.
38. Dougherty D, Darin, Rauch L. Scott, Md, Tedaviye Dirençli Depresyonun Somatik Tedavileri: Yeni Nöroterapötik Girişimler, Psichiatri Clin N Am Psychiatric Clinics Of North America, 2007; 30: 31-37.
39. Feldman G. Phd, Depresyonda Bilişsel ve Davranışçı Terapiler: Genel Bakış, Yeni Yönler ve Kullanımın Yaygınlaşması İçin Uygulama Önerileri, Psichiatri Clin N Am Psychiatric Clinics Of North America, 2007; 30: 39-50.
40. Aydemir Ç. HV Temiz, E Göka. Majör Depresyon Ve Öz Kısımda Kognitif ve Emosyonel Faktörler, Türk Psikiyatri Dergisi, 2002; 13(1): 33-39.

41. The Uk Ect Rewiev Group. Efcacy And Safety Of Elektroconvulsive Therapy İn Depressive Disorders: A Systematic Rewiev And Meta-Analysis. Lancet, 2003; 361: 799-808.
42. Demiray Ö. Evlilikte Uyumun Demografik Özelliklerine Göre İncelenmesi, Yayınlanmış Yüksek Lisan Tezi, Diyarbakır, 2006 (Prof.Dr. Remzi Oto).
43. Erbek E, Beştepe E, Akar H, Eradamlar N, Alpkan Rİ: Evlilik Uyumu. Düşünen Adam, 2005; 18(1): 39-47.
44. Gülsün M, Ak M, Bozkurt A. Psikiyatrik Açıdan Evlilik Ve Cinsellik, Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches In Psycıhatry, 2009; 1: 68-79.
45. Robins R. W. Caspi A . , Moffitt T .E . It's Not Just Who You're With , It'sWho You Are : Personality And Relationship . Journal Of Personality, 2002; 70: 6 -9.
46. Yüksel N. Dirençli Depresyonların Tedavisi, Klinik Psikiyatri, 2002; 5: 8-15.
47. Özmen F. Örgütsel Çatışmalar ve Çatışma Yönetimi Yaklaşımları,1997, Fırat Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayınlanmış Doktora Tezi, Elazığ, (Doç. Dr. Mualla Aksu)
48. Özgan H. İlköğretim Okulu Öğretmenlerinin Çatışma Yönetimi Stratejilerinin İncelenmesi (Gaziantep Örneği), 2006, Gaziantep Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü Eğitim Bilimleri Ana Bilim Dalı, Doktora Tezi, Gaziantep, (Prof. Dr. Tokay Gedikoğlu).
49. Karip E. Çatışma Yönetimi. Pegem A Yayıncılık. Ankara, 2003.
50. Akkırman A.D. Etkin Çatışma Yönetimi Ve Müdahale Stratejileri, D.E.Ü.İ.İ.B.F. Dergisi, 1998; 13(2): 1-11.
51. Elbi M. H. Kronik Hastalık Ve Depresyon, Klinik Psikiyatri İzmir, 2008;11(Ek 3):3-18 .
52. Ridley C. A. Wilhelm, M. S. Surra, C.A. Married Couples' Conflict Responses And Marital Quality. Journal Of Social And Personal Relationships, 2001; 18(4): 517-534.
53. http://www.farkindalik.info/farkindalik_nedir.asp Erişim Tarihi: 03.8.2011.
54. Heidi Liss Radunovich Depression and Older Adults This document is FCS8848, one of a series of the Department of Family, Youth, and Community Sciences, Florida Cooperative Extension Service, IFAS, University of Florida. First published, July 2007. Please visit the EDIS Web site at <http://edis.ifas.ufl.edu>.
55. Kantarcı D, Evli Bireylerin Bağlanma Stillerine Göre Aldatma Eğilimleri ve Çatışma Yönetim Biçimlerinin İncelenmesi, 2009, Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, (Doç. Dr. Gül Şendil).

56. Conflict In Marriage: Implications For Working With Couples Fincham F. D. , Beach S. R. H Annu. Rev. Psychol, 1999; 50: 47-77.
57. Güngör, H. C. Evlilik Doyumunu Açıklamaya Yönelik Bir Model Geliştirme, 2007, Yayınlanmış Doktora Tezi, Ankara, (Prof. Dr. Yaşar Özbay).
58. Relations Between Spouses Depressive Symptoms and Marital Conflict: A Longitudinal Investigation Of The Role Of Conflict Resolution Styles Journal Of Family Psychology, 2011; 25(4): 531-40
59. Sardoğan E.M. Karahan T.F. Evli Bireylere Yönelik Bir İnsan İlişkileri Beceri Eğitimi Programı'nın Evli Bireylerin Evlilik Uyum Düzeylerine Etkisi, Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi, Cilt: 2005;38(2):89-102.
60. Aşkın R: Depresyon El Kitabı, Roche Mühtazarları Sanayi Aş., 2. Baskı, İstanbul, 1994.
61. Moyá J. Prous Ac. Fernández As. Alonso Á. The Impact A First Episode Of Major Depression Has On Marital Dissatisfaction: Is Remission Associated With Improvement In Dissatisfaction? The European Journal Of Psychiatry, 2010; 24 (1).
62. By Kristin Anderson Moore, Ph.D., Susan M. Jekielek, Ph.D., Jacinta Bronte-Tinkew, Ph.D., Lina Guzman, Ph.D., Suzanne Ryan, Ph.D., And Zakia Redd, M.P.P. Washington, Dc, September, 2004.
63. Bahadır Ş. Romantik İlişkilerde Bağlanma Stilleri, Çatışma Çözme Stratejileri Ve Olumsuz Duygu Durumunu Düzenleme Arasındaki İlişki, Yayınlanmış Doktora Tezi, Ankara, 2006, (Prof.Dr. Ali Dönmez).
64. Turner, H. A. (1994). Gender and social support: Taking the bad with the Good?. Sex Roles, 30, 521.
65. Marital Conflict Management Skills, Parenting Style, And Early-Onset Conduct Problems: Processes And Pathways Carolyn Webster-Stratton And Mary Hammond University Of Washington, Seattle, U.S.A, 1999.
66. Temiz S. Depresif Duygudurum İle Giden Uyum Bozukluğunun Klinik Açıdan Majör Depresif Bozukluk İle Karşılaştırılması, Yayınlanmış Tıpta Uzmanlık Tezi, Eskişehir, 2008.
67. Yılmaz A. Eşler Arasındaki Uyum: Kuramsal Yaklaşımlar ve Görgül Çalışmalar. Aile ve Toplum, 2001; 1(4).
68. Murray Cjl, Lopez Ad, Alternative Projections Of Mortality And Disability By Cause, 1990-2020: Global Burden Of Disease Study. Lancet, 1997; 349:1498-1504.16

69. Fincham F.D. Marital Quality And Women's Health, School of Psychology, P.O. Box 901, Cardiff CF13YG, Great Britain.
70. Carl A. Ridley Mari S. Wilhelm Catherine A. Surra. Married Couples' Conflict Responses And Marital Quality, *Journal Of Social And Personal Relationships*, 2001; 18: 517.
71. Crowley K.A. The Relationship Of Adult Attachment Style And Interactive Conflict Styles To Marital Satisfaction Texas A & M University, 2006.
72. İlky E. Cerrahpaşa Psikiyatri, Psikiyatrik Belirtiler, İ.Ü. Yayın, İstanbul, 2002.
73. Karadağ M. Elazığ İl Merkezinde Yaşlılarda Depresyon Belirtilerinin Yaygınlığı ve Etkileyen Faktörler, Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Elazığ, 2008, (Yrd. Doç. Dr. S. Erhan Deveci).
74. Köknel Ö. (1989) Depresyon. 1. Basım. Altın Kitaplar, İstanbul. 15
75. Fışiloğlu H . Demir A. Applicability Of The Dyadic Adjustment Scale For Marital Quality With Turkish Couples . *European Journal Of Psychological Assess* , 2000; 16(3): 214-218
76. Akar H. Psikiyatrik Yardım Talebi Olanlar ile Yardım Talebi Olmayan ve Boşanma Aşamasında Olan Çiftlerde; Çift Uyumu ve Kişilik Özellikleri Arasındaki İlişkinin Karşılaştırılması, 2005, Uzmanlık Tezi, İstanbul.
77. Electroconvulsive Therapy (Ect), Pridmore S. *Download Of Psychiatry*, Chapter 28. Last Modified: February, 2009.
78. Ören N. Gençdoğan B. Lise Öğrencilerinin Depresyon Düzeylerinin Bazı Değişkenlere Göre İncelenmesi, *Kastamonu Eğitim Dergisi*, 2007;15(1):86.
79. Köknel Ö. Depresyon, Altın Kitaplar Yayınevi, 3. Basım, Ankara, 1992.
80. Amerikan Psikiyatri Birliği. *Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, Yeniden Gözden Geçirilmiş Dördüncü Baskı (DSM- IV-TR)*. Amerikan Psikiyatri Birliği, Washington D.C, 2000'den Çeviri Editörü: Köroğlu E, Hekimler Yayın Birliği, Ankara: MedicoGraphics, Ajans ve Matbaacılık Hizmetleri, 2001.
81. Çalık Y.K. Aktaş S. Gebelikte Depresyon: Sıklık, Risk Faktörleri ve Tedavisi *Depression in Pregnancy: Prevalence, Risk Factors and Treatment*, *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar- Current Approaches in Psychiatry*, 2011; 3(1):142-162.
82. Cody S. Hollist . Miller RB, Falceto OG, Fernandes CL. Marital Satisfaction And Depression: A Replication Of The Marital Discord Model İn A Latino Sample, *University of Nebraska –Lincoln*, 2007.

83. Aaron Christopher Glade, M.A. Differentiation, Marital Satisfaction and Depressive Symptoms: An Application of Bowen Theory, The Ohio State University, 2005.
84. [http://www.Abct.Org/...](http://www.Abct.Org/) - Amerika Birleşik Devletleri, Erişim Tarihi: 28.08.2011.
85. Conflict And Dissolution Chapter, 05-Regan-45481.qxd 1/22/2008 10:43 AM Page 79.
86. O'leary & Smith– Marital Interaction Annual Review of Psychology, DOI: 10.1146/annurev.ps.42.020191.0012031991, 1991; 42: 191-212.
87. Frank D. Fincham, Steven R.H. Beach, Gordon T. Harold, and Lori N. Osborne. Marital Satisfaction and Depression, September, 1997, 8;5.
88. Bondy B. Pathophysiology of depression and mechanisms of treatment. dialogues in clinical neuroscience. 2002; 4: 7-20.
89. Yemez B. Depresyon Etiyolojisi, Psikiyatri Dünyası, İzmir, 1998; 1: 21-25.
90. Tina D. Du Rocher Schudlich ve ark. Relations Between spouses Depressive symptoms and Marital Conflict: A longitudinal investigation of the role of conflict resolution styles Journal of family psychology, August 2011; 25(4): 531-40.
91. Paulette V, An Interpersonal Perspective on Depression: The Role of Marital Adjustment, Conflict Communication, Attributions, and Attachment Within a Clinical Sample, Fam Proc, 2007; 46: 499–514.
92. Aykan E. Aile İşletmelerinin Çatışma Nedenleri ve Çatışma Yönetimi Stratejileri: Kayseri İlinde Bir Uygulama, 18 – 19 Nisan 2008, Erciyes Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
93. Kurdek, L. A. (1998). The nature and predictors of the trajectory of change in marital quality over the first 4 years of marriage for first-married husbands and wives. Journal of Family Psychology, 13, 669-674.
94. Özen A, value similarities of wives and husbands and conflict resolution styles of spouses as predictors of marital adjustment, 2006, Yüksek lisans Tezi.
95. Steven R. H. Beach, marital therapy in the treatment of depression: toward a third generation of therapy and research, Clinical Psychology Review, 1998; 18(6): 635–661.
96. Hacı Y. Evlilik Uyumunun Empatik Eğilim, Algılanan Aile İçi İletişim Ve Çatışma Çözme Stillere Göre Yordanması, 2011, Yüksek Lisans Tezi, İzmir, (Yrd. Doç. Dr. Yelda Kağnıcı).

97. Rhonda A. Faulkner, Gender-related influences on marital satisfaction and marital conflict over time for husbands and wives, 2002.
98. Faulkner, R. A. Davey, M. & Davey, A. Gender-related predictors of change in marital satisfaction and marital conflict. *The American Journal of Family Therapy*, 2005;33(1), 61-83.
99. Cohan C.L., Bradbury T.N. Negative Life Events, Marital Interaction, and the Longitudinal Course of Newlywed Marriage. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1997;73(1): 114-128.
100. Kristina Coop Gordon, Michael A. Friedman, Ivan W. Miller, Lowell Gaertner Marital Attributions as Moderators of the Marital Discord–Depression Link. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 2005;24(6): 876-893.
101. Davila J. Karney B. Bradbury T. N . Depressive Symptoms and Marital Satisfaction :Within-Subject Associations and the Moderating Effects of Gender and Neuroticism . *Journal of Family Psychology* , 2003:17 (4) : 557-570 .
102. Kurdek L.A. Predicting change in marital satisfaction from husbands' and wives' conflict resolution styles. *Journal of Marriage and Family*, 1995;57(1), 153-164.
103. Aydemir Ö, Köroğlu E (2000) *Psikiyatride Kullanılan Klinik Ölçekler*. Hekimler Yayın Birliği s.33-37.
104. Binbay Z. Major Depresyonu Olan Hastaların Birinci Dereceden Yakınlarında Depresyon Varlığının Araştırılması, Stresle Başa Çıkma Yöntemleri, Mizaç Ve Karakter Özellikleri Ruh Sağlığı ve Hastalıkları, 2011, Uzmanlık Tezi, İstanbul, (Prof. Dr. R. Peykan Gökcalp)
105. Güven N. İlişkilerle İlgili Bilişsel Çarpıtmalar ve Evlilikte Problem Çözme Becerilerinin Evlilik Doyumu İle İlişkisi Yüksek Lisans Tezi, 2005, Ankara, (Yrd. Doç. Dr. Seher A. Sevim).
106. Cohan CL, Bradbury TN: Negative life events, marital interaction, and the longitudinal course of newlywed marriage. *Journal of Personality and Social Psychology*, 73(1): 114-128, 1997.
107. Koç V. *Kişilerarası Tarz, Kendilik Algısı, Öfke ve Depresyon*, 2008, Yüksek lisans Tezi, Ankara (Prof. Dr. Nesrin Hisli ŞAHİN).
108. Janice K. Kiecolt-Glaser, Tamara L. Newton, *Marriage and health: His and Hers*, 2001: 27(4); 472-503

EK-I

KİŞİSEL BİLGİ FORMU

Sayın katılımcı;

Elinizde bulunan bu anketler bilimsel bir araştırma amacıyla hazırlanmış olup; evliliğinizle ilgili bir takım sorular içermektedir. Her bir ifadeyi dikkatle okuyup soruları size en uygun biçimde cevaplamamız, çalışmanın doğru bir şekilde sonuçlanması açısından büyük önem taşımaktadır.

Çalışmanın en uygun şekilde değerlendirilebilmesi için soruların boş bırakılmaması önemle rica olunur.

Araştırmadan elde edilecek veriler sadece araştırmacının amacına hizmet edecek şekilde kullanılacak ve kimlik bilgileriniz kullanılmayacaktır. Bu nedenle isim yazmanıza gerek yoktur.

Katılımınız ve araştırmaya vermiş olduğunuz desteklerden dolayı teşekkür ederiz.

Kişisel Bilgi Formu

1. **Cinsiyet** (1) Bay (2) Bayan
2. **Yaşınız:.....**
3. **Eşiniz kaç yaşında.....**
4. **Mesleğiniz:**
1) Devlet memuru 2) Ticaret 3) Özel 4) Serbest 5)
Çalışmıyorum
- 6)Diğer.....
5. **Eğitim durumunuz nedir?**
1) Okuryazar 2) İlköğretim 3) Ortaöğretim 4) Üniversite ve üstü
6. **Kendinize göre gelir düzeyiniz nasıldır?**
1) Kötü 2) Orta 3) İyi 4) Çok iyi
7. **Kimlerle birlikte yaşıyorsunuz**
1) Eşimle birlikte 2) Eşim +anne ve babamla 3) Eşim ve
çocuklarımla
4) Diğer(belirtiniz).....
8. **Kaç yaşında evlendiniz**
9. **Evlilik Biçiminiz:**
(1) Görücü Usülü (2) Flört/tanışarak (3) Görücü Usülü+tanışarak
10. **Kaç yıldır evlisiniz:.....**
11. **Kaçıncı evliliğiniz:.....**

BECK DEPRESYON ENVANTERİ

Aşağıda, kişilerin ruh durumlarını ifade ederken kullandıkları bazı cümleler verilmiştir. Her madde, bir çeşit ruh durumunu anlatmaktadır. Her maddede o durumun derecesini belirleyen 4 seçenek vardır. Lütfen bu seçenekleri dikkatle okuyunuz. Son bir hafta içindeki (şu an dahil) kendi ruh durumunuzu göz önünde bulundurarak, size uygun olan ifadeyi işaretleyiniz.

1. a) Kendimi üzgün hissetmiyorum
b) Kendimi üzgün hissediyorum
c) Her zaman için üzgünüm ve kendimi bu duygudan kurtaramıyorum
d) Öylesine üzgün ve mutsuzum ki dayanamıyorum
2. a) Gelecekte umutsuz değilim
b) Gelecek konusunda umutsuzum
c) Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok
d) Benim için gelecek olmadığı gibi bu durum düzelmeyecek
3. a) Kendimi başarısız görmüyorum
b) Herkesten daha fazla başarısızlıklarım oldu sayılır
c) Geriye dönüp baktığımda, pek çok başarısızlığımın olduğunu görüyorum
d) Kendimi bir insan olarak tümüyle başarısız görüyorum
4. a) Her şeyden eskisi kadar zevk alabiliyorum
b) Her şeyden eskisi kadar zevk alamıyorum
c) Artık hiçbir şeyden gerçek bir zevk alamıyorum
d) Beni doyduran hiçbir şey yok. Her şey çok can sıkıcı.
5. a) Kendimi suçlu hissetmiyorum
b) Arada bir suçlu hissettiğim oluyor
c) Kendimi çoğunlukla suçlu hissediyorum
d) Kendimi her an için suçlu hissediyorum
6. a) Cezalandırılıyormuşum gibi duygular içinde değilim
b) Sanki, bazı şeyler için cezalandırılabilmişim gibi duygular içindeyim
c) Cezalandırılacakmışım gibi duygular yaşıyorum.
d) Bazı şeyler için cezalandırılıyorum
7. a) Kendimi hayal kırıklığına uğratmadım
b) Kendimi hayal kırıklığına uğrattım
c) Kendimden hiç hoşlanmıyorum
d) Kendimden nefret ediyorum
8. a) Kendimi diğer insanlardan daha kötü durumda görmüyorum
b) Kendimi zayıflıklarım ve hatalarım için eleştiriyorum
c) Kendimi hatalarım için her zaman suçluyorum
d) Her kötü olayda kendimi suçluyorum
9. a) Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok
b) Bazen kendimi öldürmeyi düşünüyorum, ama böyle bir şeyi yapamam
c) Kendimi öldürebilmeyi çok isterdim
d) Eğer fırsatımı bulursam kendimi öldürürüm
10. a) Herkesten daha fazla ağladığımı sanmıyorum
b) Eskisine göre şimdilerde daha çok ağlıyorum
c) Şimdilerde her an ağlıyorum
d) Eskiden ağlayabilirdim. Şimdilerde istesem de ağlayamıyorum
11. a) Eskisine göre daha sinirli veya tedirgin sayılmam

- b) Her zamankinden biraz daha fazla tedirginim
c) Çoğu zaman sinirli ve tedirginim
d) Şimdilerde her an için tedirgin ve sinirliyim
12. a) Diğer insanlara karşı ilgimi kaybetmedim
b) Eskiğine göre insanlarla daha az ilgiliyim
c) Diğer insanlara karşı ilgimin çoğunu kaybettim
d) Diğer insanlara karşı hiç ilgim kalmadı
13. a) Eski gibi rahat ve kolay kararlar verebiliyorum
b) Eskiğine kıyasla, şimdilerde karar vermeyi daha çok erteliyorum
c) Eskiğine göre, karar vermekte oldukça güçlük çekiyorum
d) Artık hiç karar veremiyorum
14. a) Eskisinden daha kötü bir dış görünüşüm olduğumu sanmıyorum
b) Sanki yaşlanmış ve çekiciliğimi kaybetmişim gibi düşünüyor ve üzülüyorum
c) Dış görünüşümde artık değiştirilmesi mümkün olmayan ve beni çirkinleştiren değişiklikler olduğumu hissediyorum
d) Çok çirkin olduğumu düşünüyorum
15. a) Eski kadar iyi çalışabiliyorum
b) Bir işe başlayabilmek için eskiğine göre daha fazla çaba harcıyorum
c) Ne iş olursa olsun, yapabilmek için kendimi çok zorluyorum
d) Hiç çalışmıyorum
16. a) Eski kadar rahat ve kolay uyuyabiliyorum
b) Şimdilerde eski kadar kolay ve rahat uyuyamıyorum
c) Eskiğine göre 1 veya 2 saat erken uyanıyor ve tekrar uyumakta zorluk çekiyorum
d) Eskiğine göre çok erken uyanıyor ve tekrar uyuyamıyorum
17. a) Eskiğine göre daha çok yorulduğumu sanmıyorum
b) Eskisinden daha çabuk ve kolay yoruluyorum
c) Şimdilerde neredeyse her şeyden kolay ve çabuk yoruluyorum
d) Artık hiçbir şey yapamayacak kadar yoruluyorum
18. a) İştahım eskisinden farklı değil
b) İştahım eski kadar iyi değil
c) Şimdilerde iştahım epey kötü
d) Artık hiç iştahım yok
19. a) Son zamanlarda pek kilo kaybettiğimi sanmıyorum
b) Son zamanlarda istemediğim halde iki buçuk kilodan fazla kaybettim
c) Son zamanlarda beş kilodan fazla kaybettim
d) Son zamanlarda yedi buçuk kilodan fazla kaybettim
20. a) Sağlığım beni pek endişelendirmiyor
b) Son zamanlarda ağrı, sızı, mide bozukluğu, kabızlık gibi sıkıntılarım var
c) Ağrı, sızı gibi bu sıkıntılarım beni epey endişelendirdiği için başka şeyleri düşünmek zor geliyor
d) Bu tür sıkıntılar beni öylesine endişelendiriyor ki, artık başka şeyleri düşünemiyorum
21. a) Son zamanlarda cinsel yaşantımda dikkatimi çeken bir şey yok
b) Eskiğine göre cinsel konularla daha az ilgileniyorum
c) Şimdilerde cinsellikle pek ilgili değilim
d) Artık, cinsellikle hiçbir ilgim kalmadı

ÇATIŞMA ÇÖZÜM STİLLERİ ÖLÇEĞİ

Aşağıda, evlilik ilişkilerinde yaşanan sorunların genel olarak nasıl çözümlendiği ile ilgili ifadeler yer almaktadır. Lütfen eşinizle ilişkinizi göz önüne alarak, aşağıdaki ifadelerden her birine ne derece katıldığınızı belirtiniz. Her bir ifadenin önündeki boşluğa aşağıdaki sayılardan uygun olanı yazınız.

1	2	3	4	5	6
Hiç	Oldukça	Birazcık	Birazcık	Oldukça	Çok
Katılmıyorum	Katılmıyorum	Katılmıyorum	Katılıyorum	Katılıyorum	Katılıyorum
1) Tartışma esnasında konuyla ilgisiz de olsa zayıflıklarını yüzüne vururum.					
2) Kavganın büyümemesi için onun istediği şeyleri yaparım.					
3) Çok sinirlenmişsem konuşmayı ertelerim.					
4) Sorun durumunda pek çok şeyi içime atabilirim.					
5) Sorunun uzamadan çözülebilmesi için kaynağını bulmaya çalışırım.					
6) Sinirlendiğimde kırıcı şeyler söylerim.					
7) Problemi büyütmemek için onu sakinleştirmeye çalışırım.					
8) Sesimi yükselterek beni dinlemesini sağlamaya çalışırım.					
9) Tartışmada ortak bir çözüm noktası bulmaya çalışırım.					
10) Çok büyük sorunlar yaşadığımızda ondan uzak durmaya çalışırım.					
11) Sorun çözümlenmeden tartışmayı sonlandırmam.					
12) Bağırıp çağırarak istediğimi yaptırırım.					
13) Sorunun tüm yönlerini tartışma sırasında konuşmak isterim.					
14) Sevgilimi ilişkiyi bitirmekle tehdit ederim.					
15) Bana bağırdığında onun olmadığı bir odaya geçerim.					
16) Kavgalarımız sırasındaki kızgınlığımı fiziksel olarak gösteririm.					
17) İlişkide sorun yaşanmaması için kendimden ödün veririm.					
18) Sorun yaşadığımızda sevgilimin yanından uzaklaşırım.					
19) Sorunun çözümlenmesine yardımcı olacağına inanırsam durumu alttan alırım.					
20) Onun olumsuz tepkilerine karşılık vermeyerek problemin büyümemesini sağlamaya çalışırım.					
21) Çok gergin olduğumuzda susarım.					
22) Bir problem yaşandığında, konuyla ilgili düşündüğüm her şeyi açıklarım.					
23) Eğer çok sinirlenmişsem, sırım geçene kadar konuşmayı reddederim.					
24) Bir problem yaşandığında, kendimi sevgilimin yerine koyarak onun ne düşündüğünü anlamaya çalışırım.					
25) Sürekli imalarda bulunurum.					

ÇİFT UYUM ÖLÇEĞİ

Birçok insanın, ilişkilerinde anlaşmazlıklar vardır. Lütfen aşağıda verilen maddelerin her biri için siz ve eşiniz arasındaki anlaşma veya anlaşamama ölçüsünü aşağıda verilen düzeylerden birini seçerek belirtiniz.

	Her Zaman Anlaşırız	Hemen Hemen Her Zaman Anlaşırız	Nadiren Anlaşam ayız	Sıkça Anlaşam ayız	Hemen Hemen Her Zaman Anlaşam ayız	Her Zaman Anlaşam ayız
1. Aileyle ilgili parasal işlerin idaresi.....						
2. Eğlenceyle ilgili konular.....						
3. Dini konular.....						
4. Muhabbet-sevgi gösterme.....						
5. Arkadaşlar.....						
6. Cinsel yaşam.....						
7. Geleneksellik (doğru ve uygun davranış).....						
8. Yaşam felsefesi.....						
9. Anne, baba ya da yakın akrabalarla ilişkiler.....						
10. Önemli olduğuna inanılan amaçlar, hedefler ve konular.....						
11. Birlikte geçirilen zaman miktarı.....						
12. Temel kararların alınması.....						
13. Ev ile ilgili görevler.....						
14. Boş zaman ilgi ve uğraşları.....						
15. Mesleki kararlar.....						
		Hemen Hemen	Zaman Zaman	Ara Sıra	Nadiren	Hiç bir Zaman
16. Ne sıklıkla boşanmayı, ayrılmayı ya da ilişkinizi bitirmeyi düşünür ya da tartışırsınız?.....						
17. Ne sıklıkla siz veya eşiniz kavgadan sonra evi terk edersiniz?.....						
18. Ne sıklıkla eşinizle olan ilişkinizin genelde iyi gittiğini düşünürsünüz?.....						
19. Eşinize güvenir misiniz?.....						
20. Evlendiğiniz (ya da birlikte yaşadığınız) için hiç pişmanlık duyar mısınız?.....						
21. Ne sıklıkla eşinizle münakaşa edersiniz?.....						
22. Ne sıklıkla birbirinizin sinirlenmesine neden olursunuz?.....						
		Hemen Hemen	Ara Sıra	Nadiren	Hiçbir Zaman	
23. Eşinizi öper misiniz?.....	Her Gün	Hergün				
	Hepsine	Çoğuna	Bazılarına	Çok Azına	Hiçbirine	
24. Siz ve eşiniz ev dışı ilgilerinizin etkinliklerinizin ne kadarına birlikte katılırsınız?.....						
	Hiçbir Zaman	Ayda birden Az	Ayda bir veya iki defa	Haftada bir veya iki defa	Günde bir Defa	Günde birden Fazla
Aşağıdaki olaylar siz ve eşiniz arasında ne sıklıkla geçer?						
25. Teşvik edici fikir alışverişinde bulunmak.....						
26. Birlikte gülmek.....						
27. Bir şeyi sakince tartışmak.....						
28. Bir iş üzerinde birlikte çalışmak.....						

Eşlerin bazı zamanlar anlaşmadıkları bazen anlaşamadıkları konular vardır. Eğer aşağıdaki maddeler son birkaç hafta içinde siz ve eşiniz arasında görüş farklılığı veya problem yarattıysa belirtiniz. (Evet veya Hayır'ı işaretleyiniz.)

29. Seks için çok yorgun olmak.....

30. Sevgi göstermemek.....

31. Aşağıda ilişkinizdeki farklı mutluluk düzeyleri gösterilmektedir. Orta noktadaki "mutlu" birçok ilişkideki yaşanan mutluluk düzeyini gösterir. İlişkinizi genelde değerlendirdiğinizde mutluluk düzeyinizi n iyi şekilde belirtecek olan seçeneği işaretleyiniz.

() Aşırı mutsuz () Oldukça mutsuz () Az mutsuz () Mutlu () Oldukça mutlu () Aşırı mutlu () Tam anlamıyla mutlu

32. Aşağıda belirtilen cümlelerden ilişkinizin geleceği hakkında ne hissettiğinizi en iyi şekilde tanımlayan ifadeyi işaretleyiniz

() A. İlişkimin başarılı olmasını çok fazla istiyorum ve bunun için yapamayacağım hiçbir şey yoktur.

() B. İlişkimin başarılı olmasını çok istiyorum ve bunun için yapabileceğimin hepsini yapacağım.

() C. İlişkimin başarılı olmasını çok istiyorum ve bunun için payıma düşeni yapacağım.

() D. İlişkimin başarılı olması güzel olurdu, fakat bunun için şu anda yaptıklarımın daha fazlasını yapamam.

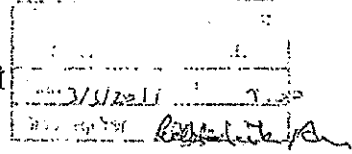
() E. İlişkimin başarılı olması güzel olurdu, fakat bunun için şu anda yaptıklarımın daha fazlasını yapmayı reddederim.

() F. İlişkim asla başarılı olmayacak ve ilişkinin yürümesi için benim daha fazla yapabileceğim bir şey yok.

EK-V



T.C.
GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü



Sayı: B.30.GZP.0.42.00.00/300/ 093-093
Konu: Tez Çalışma İzni


02 / 03 / 2011

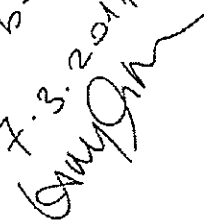
REKTÖRLÜK MAKAMINA

Enstitümüz Hemşirelik Anabilim Dalı Psikiyatri Hemşireliği yüksek lisans programı öğrencisi Safiye KARAKOYUN'un "Majör Depresyonlu Hasta ve Eşlerinin Çatışma Yönetim Biçimlerinin Evlilik uyumu ile ilişkisi." konulu tezi ile ilgili anket çalışmasını 15 Mart-01 Eylül 2011 tarihleri arasında Üniversitemiz Şahinbey Araştırma ve Uygulama Hastanesi Psikiyatri Polikliniği'nde yapılabilmesi için gerekli iznin verilmesi hususunu onaylarınıza saygularım ile arz ederim.


Prof Dr. Cahit BAĞCI
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

Eki Anket Formu (3 sayfa)


Prof. Dr. Feriyye GÖÇÜŞ
Rektör Vekili

Prof. Dr. Cahit BAĞCI
7.3.2011


03.03.11 04312

Telefon: (0-342) 360 60 60 / 77720 - 77721
E-posta: sagbilsek@gantep.edu.tr

Direkt: (0-342) 360 39 26

02/03/2011 - 130
Faks: (0-342) 360 39 26
Web: Http://sagbe.gantep.edu.tr

EK-VI

T.C.
GAZİANTEP VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü



SAYI : 51041SM4270009-233/19924
KONU : Tez Çalışma İzni.

28/07/2011

GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemsirelik Anabilim Dalı Sağlık.

İlgi: Gaziantep Üniv. Sağ. Bilimleri Enstitüsünün 06/07/2011 tarihli ve 193-193 sayılı yazıları

İlgi sayılı yazıya istinaden; Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemsirelik Anabilim Dalı Psikiyatri Hemsireliği yüksek lisans programı öğrencisi Safiye KARAKOYUN'un "Majör Deprosyonlu Hasta ve Eşlerinin Çatışma Yönetim Biçimlerinin Evlilik Uyumu ile İlişkisi" konulu tez çalışmasını 01 Ağustos-01 Kasım 2011 tarihleri arasında Gaziantep Av.Cengiz Gökçek Devlet Hastanesi Psikiyatri Polikliniği'nde yapılabilmesi için ilgi sayılı yazı ile izin istenmektedir. İlgili yazı ekte gönderilmiş olup, yazı doğrultusunda adı geçen öğrencinin tez çalışmasını yapması Müdürlüğümüzce uygun görülmüştür.

Gereğini bilgilerinize arz/rica ederim.

Uzm.Dr. Yemilina AKSOY

Vali
İl Sağlık Müdürü V.

Ek:
Yazı ve ekleri (5 Sayfa).

DAĞITIM:

Gereği:

-GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ

Sağlık Bilimleri Enstitüsü (EK KONMADI)

-ŞAHİNEYY KAYMAKAMLIĞI

Teşvikiye Sağlık Merkezi(Av.C.G.Dev.Hast.)EK KONDU

Tepebaşı Mahallesi 27010 GAZİANTEP

Ayrıntılı bilgi için irtibat:

Tel: (0342) 220 96 14 Faks: (0342) 220 35 41

Eğitim Şube Müdürlüğü

e- posta: egitim@gaziantepsaglik.gov.tr Elektronik ağı: www.gaziantep.saglik.gov.tr

T.C.
GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK DEĞERLENDİRME KOMİSYONU

ARAŞTIRMA BAŞVURUSU ONAYI

BAŞVURU BİLGİLERİ	PROTOKOL KODU					
	ARAŞTIRMA ADI	Majör depresyonlu hasta ve eşlerinin çatışma yönetim biçimlerinin evlilik uyumu ile ilişkisi				
	SORUMLU ARAŞTIRICI UNYAN/ADI-SOYADI	Yrd.Doç.Dr.Derya TANRIVERDİ G.Ü. Sağlık Bil. Fak. Psikiyatri Hemşireliği A.D.				
	YARDIMCI ARAŞTIRICI UNYAN/ADI-SOYADI	Hemşire Safiye KARAKOYUN G.Ü. Sağlık Bil. Fak. Psikiyatri Hemşireliği A.D.				
	KOORDİNATÖR MERKEZ					
DESTEKLEYİCİ						
DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Değişiklik No/Tarihi	Düğü			
	PROTOKOL	-	-			
	ARAŞTIRICI BROŞÜRÜ	-	-			
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLURU	-	-			
	OLGU RAPOR FORMU	-	-			
ÇALIŞMA ESASI	İYİ KLİNİK UYGULAMALARI KILAVUZU					
KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 01/2011-34 Tarih: 27.01.2011 Sağlık Bilimleri Fakültesi Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalında yapılması planlanan ve yukarıda adı geçen klinik araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgelerin araştırmanın gerekeceği, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak 27.01.2011 tarihli Etik Kurul toplantısında incelenmesi sonucunda, adı geçen araştırmanın yapılmasının uygunluğuna toplantıya katılan üyelerin oy birliği ile karar verilmiştir.					
ETİK KURUL ÜYELERİ						
Unvanı/Adı-Soyadı/ Etik Kurul Üyeliğı	Uzmanlık Dalı	Kurumu	Cinsiyeti	İlişki (*)	Katılım (**)	İmza
Doç.Dr.Belgin ALAŞEHİRLİ Başkan	Farmakoloji	G.Ü.Tıp Fak. Farmakoloji A.D.	K	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Prof.Dr.Vedat DAVUTOĞLU	Kardiyoloji	G.Ü.Tıp Fak. Kardiyoloji A.D	E	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Prof.Dr.Serdar UŞÜMEZ Raportör/Üye	Diş Hekimi	G.Ü. Diş Hek. Fak.	E	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Doç.Dr.Ercan SIVASLI Üye	Pediyatri	G.Ü.Tıp Fak. Pediyatri A.D.	E	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Yrd.Doç.Dr.Beyhan CENGİZ Üye	Fizyoloji	G.Ü.Tıp Fak. Fizyoloji A.D.	E	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Yrd.Doç.Dr.Ş.Nur AKSOY Üye	Biyokimya	G.Ü.Tıp Fak. Biyokimya A.D.	K	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Ecz.Ahmet BOŞNAK Üye	Eczacı	G.Ü. Tıp Fak. Farmakoloji A.D.	E	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	Katılmadı

* Araştırma ile ilişki
** Toplantıda Bulunma

EK-VIII

BİLGİLENDİRİLMİŞ HASTA ONAM FORMU	
Major Depresyonlu Hasta Ve Eşlerinin Çatışma Yönetim Biçimlerinin Evlilik Uyumu İle İlişkisi	
Araştırmacı Safiye KARAKOYUN Yrd. Doç. Dr. Derya TANRIVERDİ	Hastanın Adı-Soyadı: Yaşı: Bilgilendirme Tarihi Tel: Adres:

Sayın KATILIMCI,

Depresyon sık görülen, uzun süreli atakları olan, yüksek süregenleşme, depreşme ve yineleme oranları gösteren, ciddi fiziksel ve psikososyal yeti kaybına neden olan son derece yıkıcı bir bozukluktur. Depresyon, ruhsal hastalıklar arasında en sık görülen bozukluklardandır. Depresyonlu hastalar hem sosyal hem fiziksel, hem de psikolojik yeti kaybı sonucunda yoğun sıkıntı yaşamaktadır. Depresyonun yol açabildiği boşanma ve bunun getirdiği yalnızlık duygusu sosyal kayıpların başında gelmektedir. Depresyonun oluşmasında evlilik uyumsuzluğunun önemli bir etken olduğu yapılan çalışmalarla kanıtlanmıştır. Evlilikte uyum yanında çatışma da yaşanabilmektedir. Çünkü evlilikte çiftler ortak bir yaşam oluşturduğundan ve her bireyin kendine ait amaçları olduğundan çatışma sıklıkla karşılaşılan bir durum olmaktadır ve evli çiftlerin yaşadıkları en önemli problemler arasında çatışmayı çözmedeki anlaşmazlıklar gelmektedir.

Bu bilgiler çerçevesinde yapmayı planladığımız **Major Depresyonlu Hasta ve Eşlerinin Çatışma Yönetim Biçimlerinin Evlilik Uyumu İle İlişkisi** adlı çalışma ile Major depresyonlu hasta ve eşlerinin, çatışma yönetim biçimlerinin evlilik uyumu ile ilişkisini ölçmek planlandı.

Çalışmamız sırasında sizlere ve eşlerinize; Kişisel Bilgi Formu, Beck Depresyon Envanteri, Çatışma Çözüm Stilleri ve Çift Uyum Ölçeği aracılığı ile ilgili anket formları uygulanacaktır. Size sorduğumuz sorular bu araştırma için bizlere veri sağlayacaktır. Bu araştırmaya katılmanız veya katılmamanız yapılacak işlemleri etkilemeyecektir. İstedığınız anda araştırmacıya haber vererek çalışmadan çekilebilir ya da araştırmacı tarafından gerek görüldüğünde araştırma dışı bırakılabilirsiniz. Bu çalışma karşılığı sizden ücret talep edilmeyecektir ve araştırmaya katılım gönüllülük ilkesine bağlıdır. Araştırma sadece araştırma ekibi tarafından okunup değerlendirilecektir. Vereceğiniz bilgiler bilimsel bir

amaçla kullanılacağı için adınız soyadınız belirtilmeyecektir. Araştırmanın sonucunun doğru olması için soruları atlamadan, samimi ve tarafsız olarak yanıtlamanız uygun olacaktır. Araştırmaya katıldığınız ve tüm soruları içtenlikle yanıtladığınız için teşekkür ederiz.

Hastanın Rızası:

Araştırmacı tarafından şahsıma anlatılan tüm bu bilgiler doğrultusunda bu çalışmaya katılmayı KABUL EDİYORUM.

Hastanın Adı Soyadı:

İmza:

ÖZGEÇMİŞ

14.01.1982 yılında Kahramanmaraş'ta doğdu. İlk, orta ve lise öğrenimini Kahramanmaraş'ta tamamladı.2002 yılında Selçuk Üniversitesi Ebelik Bölümünü kazandı. 2007 yılında 75.Yıl Kadın Hastalıkları ve Doğum Hastanesine atandı. 2008 yılında Aile Sağlığı Merkezine çalışmaya başladı. Öğrenimini bitirdikten sonra 2009 yılında Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikiyatri Hemşireliği Programında Yüksek Lisansa başladı. Halen Aile Sağlığı Merkezinde çalışıyor.

İletişim: safiyekarakoyun@hotmail.com