



**FATİH SULTAN MEHMET VAKIF ÜNİVERSİTESİ  
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ  
PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI  
KLİNİK PSİKOLOJİ PROGRAMI**

**EVLİ VE BEKAR KADINLARIN DEPRESYON,  
KAYGI, STRES VE SOMATİZASYON  
DÜZEYLERİNİN YAŞAM DOYUMU DÜZEYLERİ  
ÜZERİNE ETKİSİNİN İNCELENMESİ**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**KÜBRA NUR ÇÖMLEKÇİ**

**İSTANBUL, 2021**



**FATİH SULTAN MEHMET VAKIF ÜNİVERSİTESİ  
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ  
PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI  
KLİNİK PSİKOLOJİ PROGRAMI**

**EVLİ VE BEKAR KADINLARIN DEPRESYON,  
KAYGI, STRES VE SOMATİZASYON  
DÜZEYLERİNİN YAŞAM DOYUMU DÜZEYLERİ  
ÜZERİNE ETKİSİNİN İNCELENMESİ**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**KÜBRA NUR ÇÖMLEKÇİ  
(190131009)**

**Danışman  
(Doç. Dr. İtir Tarı Cömert)**

**İSTANBUL, 2021**

02/ 07/2021

LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

Psikoloji Anabilim Dalı'nda 190131009 numaralı Kübra Nur ÇÖMLEKÇİ'nin hazırladığı "Evli ve Bekar Kadınların Depresyon, Kaygı, Stres ve Somatizasyon Düzeylerinin Yaşam Doyumu Düzeyleri Üzerine Etkisinin İncelenmesi" konulu Klinik Psikoloji Tezli Yüksek Lisans tezi ile ilgili Tez Savunma Sınavı, 02/07/2021 Cuma günü saat 10:00 'da yapılmış, sorulara alınan cevaplar sonunda adayın tezinin **KABULÜNE** karar verilmiştir.

**Düzeltilme verilmesi halinde:**

Adı geçen öğrencinin Tez Savunma Sınavı .../.../20... tarihinde, saat ...:.... da yapılacaktır.

**Tez Adı Değişikliği Yapılması Halinde:** Tez adının ..... şeklinde değiştirilmesi uygundur.

Jüri Üyesi	Tarih	İmza
(Danışman) Doç. Dr. İtir TARI CÖMERT	02/07/2021	<b>KABUL</b>
Dr. Öğr. Üyesi Elif Özge ERBAY	02/07/2021	<b>KABUL</b>
Prof. Dr. Ayşe Pınar VURAL (İkinci Danışman)	02/07/2021	<b>KABUL</b>
* .....	.../ .../20...	.....
* .....	.../ .../20...	.....

\*2. Danışman varsa doldurulacak.

## **BEYAN/ ETİK BİLDİRİM**

Bu tezin yazılmasında bilimsel ahlak kurallarına uyulduğunu, başkalarının eserlerinden yararlanılması durumunda bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunulduğunu, kullanılan verilerde herhangi bir tahrifat yapılmadığını, tezin herhangi bir kısmının bağlı olduğum üniversite veya bir başka üniversitedeki başka bir çalışma olarak sunulmadığını beyan ederim.

Kübra Nur ÇÖMLEKÇİ

İmza

## TEŐEKKÜR

Çalışma boyunca yol gösteren, sabırla her daim sorularımı yanıtlayan, bilgi ve deneyimleriyle bana yardımcı olan, örnek aldığım çok değerli tez danıőmanım sayın Doç. Dr. İtir TARI CÖMERT'e teőekkür ederim.

İhtiyaç duyduğum zamanlarda, analizim ile ilgili tüm sorularıma yanıt veren, bilgilerini tüm içtenliği ile paylaşan sayın hocam Dr. Öğr. Üyesi Melek ASTAR'a teőekkür ederim.

Tüm eğitim hayatım boyunca yanımda olan ve tez sürecimde bana destek olan, her daim arkamda ve her kararımda yanımda olan, beni motive eden, ilgi ve desteklerini hiçbir zaman esirgemeyen annem Habibe ÇÖMLEKÇİ, babam Mevlüt ÇÖMLEKÇİ, kardeőim Taha Burak ÇÖMLEKÇİ'ye teőekkür ederim.

Veri toplama sürecimde desteklerini esirgemeyen Kübra YILGÖR ve Nurcihan CAN'a teőekkür ederim. Her daim motive eden, desteklerini esirgemeyen, katkıda bulunan, her daim yanımda olan başta Hatice YILDIRIM olmak üzere tüm arkadaşlarıma teőekkür ederim.

Kübra Nur ÇÖMLEKÇİ

# **EVLİ VE BEKAR KADINLARIN DEPRESYON, KAYGI, STRES VE SOMATİZASYON DÜZEYLERİNİN YAŞAM DOYUMU DÜZEYLERİ ÜZERİNE ETKİSİNİN İNCELENMESİ**

**Kübra Nur Çömlekçi**

## **ÖZET**

Yaşam doyumu, kişilerin yaşamlarına karşı memnuniyetlerini genel olarak değerlendirmesi ve öznel kriterlerine göre yaşam kalitesini belirlemesi sonucu oluşan bilişsel bir yargılama sürecidir. Kişilerin sahip olduğu olumsuz psikolojik durum, yaşam doyumlarını olumsuz etkilemektedir. Toplumsal cinsiyet rolleri ile kadınlara yüklenen sorumlulukların kadınların psikolojik sağlığını ve yaşam doyumunu olumsuz yönde etkilediği düşünülmektedir. Bu çalışmada, kadınların medeni durumlarına göre daha önce farklı çalışmalarda incelenmiş depresyon, kaygı, stres ve somatizasyon düzeylerinin yaşam doyumu düzeylerini etkileyip etkilemediğini bir arada incelemek amaçlanmaktadır. Bu amaç ile çalışma 518 gönüllü kadın (270 evli, 248 bekar) katılımcı ile yürütülmüştür. Veriler evli ve bekar için iki ayrı Sosyodemografik Bilgi Formu, Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği, Somatizasyon Ölçeği, Yaşam Doyumu Ölçeği'nin bulunduğu anket formu aracılığıyla elde edilmiştir. Ölçeklerin toplam puanları ve alt boyut puanları doğrultusunda ölçekler arasındaki ilişkileri incelemek amacı ile Korelasyon Analizi yapılmış ve yaşam doyumunun yordanması amacı ile Çoklu Regresyon modelleri kurulmuştur. Analiz sonuçlarında yaşam doyumu ve depresyon, kaygı, stres, somatizasyon arasında negatif ilişki olduğu görülmüştür. Depresyon, kaygı, stres ve somatizasyonun bir kısmının grup özelliklerine göre değişmekle birlikte grubun yaşam doyumunu yordadığı tespit edilmiştir. Analiz sonuçları, literatürdeki araştırma bilgilerine dayandırılarak yorumlanmıştır.

Anahtar kelimeler; yaşam doyumu, depresyon, kaygı, stres, somatizasyon

**STUDY OF THE EFFECT OF DEPRESSION, ANXIETY, STRESS  
AND SOMATIZATION LEVELS ON LIFE SATISFACTION  
LEVELS OF MARRIED AND SINGLE WOMEN**

**Kübra Nur Çömlekçi**

**ABSTRACT**

Life satisfaction is a cognitive judging process that occurs as a result of people evaluating their satisfaction with their lives in general and determining the quality of life according to their subjective criteria. The negative psychological state of people has a negative impact on their life satisfaction. Responsibilities with gender roles imposed on women negatively affect women's psychological health and life satisfaction. In this study, it is aimed to examine whether the levels of depression, anxiety, stress and somatization, which were previously examined in different studies, affect their life satisfaction levels, depending on the marital status of women. For this purpose, the study was conducted with 518 volunteer women (270 married, 248 single) participants. The data were obtained through a questionnaire including Sociodemographic Information Form which separate of two for married and single, Depression Anxiety Stress Scale, Somatization Scale and Life Satisfaction Scale. Correlation Analysis was conducted to examine the relationships between scales in line with the total scores and sub-dimension scores of the scales, and Multiple Regression models were established to predict life satisfaction. In the results of the analysis, there was a negative relationship between life satisfaction and depression, anxiety, stress, somatization. Depression, anxiety, stress and somatization have been found to predict the group's life satisfaction, with some of them changing according to group characteristics. The results of the analysis were interpreted based on research information in the literature.

Key words; life satisfaction, depression, anxiety, stress, somatization

## ÖNSÖZ

Bu araştırmada, evli ve bekar kadınların depresyon, kaygı, stres ve somatizasyon düzeylerinin yaşam doyumu düzeylerine etkisinin incelenmesi amaçlanmıştır. Yapılan literatür araştırmaları sonucunda tüm değişkenlerde kadınların yaşam doyumlarının etkilendiği görülmüştür. Kadınların evli, bekar, dul, boşanmış olması fark etmeksizin, psikolojik sağlıklarının tüm sorumluluk, beklenti ve olumsuz toplum tutumlarından dolayı etkilendiği görülmektedir. Kadınlar kendilerini ekonomik ve sosyal olarak dezavantajlı olarak görmekte ve aile içi fiziksel veya psikolojik şiddete maruz kalmaktadırlar. Kadınların yaşadıkları sorunlar daha detaylı incelenmeli ve topluma yapılacak eğitimler doğrultusunda cinsiyet rollerinin etkisi azaltılmalıdır. Yapılan bu çalışma kadınların hayatını birçok yönden etkileyen faktörler ele alınarak incelenmiştir. Sonuca ulaşan bu analizlerin gelecek çalışmalara katkıda bulunması beklenmekte ve gelecek çalışmalarda daha fazla faktörün incelenmesi önerilmektedir. Çalışma, çalışmaya gönüllü olarak katılan ve içtenlikle tüm soruları cevaplayan, çalışmaya veri toplamada yardımcı olan tüm kadınlar başta olmak üzere, toplumsal baskılara maruz kalan, tüm beklenti ve sorumlulukları yerine getirmekte zorlanan, şiddetin her türlüüne maruz kalan, maruz bırakılan, hedeflerine ulaşan ulaşamayan, anne olan, sevgili olan, eş olan, evlat olan her kadına ithaf edilmektedir.



## İÇİNDEKİLER

ÖZET.....	v
ABSTRACT .....	vi
ÖNSÖZ.....	vii
TABLO LİSTESİ .....	xi
KISALTMALAR .....	xv
GİRİŞ .....	1
BİRİNCİ BÖLÜM.....	5
1. GENEL BİLGİLER.....	5
1.1. DEPRESYON .....	5
1.1.1. Depresyonun Tanımı ve Belirtileri.....	5
1.1.1.1. DSM 5'e Göre Tanı Kriterleri .....	8
1.1.2. Depresyon Tarihçesi .....	9
1.1.3. Depresyon Risk Faktörleri .....	9
1.1.4. Depresyon Epidemiyolojisi .....	11
1.1.5. Depresyon ile İlgili Araştırmalar.....	14
1.1.6. Kadın ve Depresyon .....	16
1.1.7. Depresyon ve Yaşam Doyumu .....	20
1.2. KAYGI .....	21
1.2.1. Kaygının Tanımı .....	21
1.2.1.1. DSM 5'e Göre Tanı Kriterleri .....	23
1.2.2. Kaygı Tarihçesi .....	24
1.2.3. Kaygı Risk Faktörleri .....	25
1.2.4. Kaygı Epidemiyolojisi .....	27
1.2.5. Kaygı ile İlgili Araştırmalar.....	28
1.2.6. Kadın ve Kaygı.....	32
1.2.7. Kaygı ve Yaşam Doyumu .....	34

1.3. STRES .....	35
<b>1.3.1. Stresin Tanımı</b> .....	35
<b>1.3.2. Stresin Kaynakları</b> .....	38
<b>1.3.3. Stres ile İlgili Araştırmalar</b> .....	40
<b>1.3.4. Kadın ve Stres</b> .....	44
<b>1.3.5. Stres ve Yaşam Doyumu</b> .....	46
1.4. SOMATİZASYON .....	47
<b>1.4.1. Somatizasyon Tanımı</b> .....	47
1.4.1.1. DSM 5'e Göre Tanı Kriterleri .....	50
<b>1.4.2. Somatizasyon Tarihçesi</b> .....	51
<b>1.4.3. Somatizasyon Etiyolojisi</b> .....	52
<b>1.4.4. Somatizasyon Epidemiyolojisi</b> .....	54
<b>1.4.5. Somatizasyon ile İlgili Araştırmalar</b> .....	56
<b>1.4.6. Kadın ve Somatizasyon</b> .....	59
<b>1.4.7. Somatizasyon ve Yaşam Doyumu</b> .....	61
1.5. YAşAM DOYUMU .....	62
<b>1.5.1. Yaşam Doyumu Tanımı</b> .....	62
<b>1.5.2. Yaşam Doyumu ile İlgili Kavramlar</b> .....	64
<b>1.5.3. Yaşam Doyumu ile İlgili Araştırmalar</b> .....	68
<b>1.5.4. Kadın ve Yaşam Doyumu</b> .....	73
1.6. AMAÇ .....	76
<b>İKİNCİ BÖLÜM</b> .....	<b>78</b>
<b>2. YÖNTEM</b> .....	<b>78</b>
2.1. KATILIMCILAR .....	78
2.2. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI .....	78
<b>2.2.1. Sosyodemografik Bilgi Formları</b> .....	78
<b>2.2.2. Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği (DASÖ)</b> .....	79
<b>2.2.3. Somatizasyon Ölçeği</b> .....	79
<b>2.2.4. Yaşam Doyumu Ölçeği (YDÖ)</b> .....	80
2.3. HİPOTEZLER .....	81
2.4. İŞLEM .....	85

2.5. VERİLERİN ANALİZİ.....	85
<b>ÜÇÜNCÜ BÖLÜM .....</b>	<b>86</b>
<b>3. BULGULAR .....</b>	<b>86</b>
<b>DÖRDÜNCÜ BÖLÜM .....</b>	<b>142</b>
<b>4. TARTIŞMA .....</b>	<b>142</b>
4.1. SINIRLILIKLAR .....	181
<b>SONUÇ.....</b>	<b>182</b>
<b>KAYNAKÇA .....</b>	<b>183</b>
<b>EKLER.....</b>	<b>222</b>

## TABLO LİSTESİ

### Sayfa

<b>Tablo 1.</b> Sosyodemografik Özelliklerin Tanımlayıcı İstatistik Değerleri .....	86
<b>Tablo 2.</b> Bekar Kadın Örnekleminin Sosyo-Demografik Değişkenler Açısından Dağılımı.....	87
<b>Tablo 3.</b> Bekar Kadın Örnekleminin Sosyo-Demografik Değişkenler Açısından Dağılımı.....	89
<b>Tablo 4.</b> Evli Kadın Örnekleminin Sosyo-Demografik Değişkenler Açısından Dağılımı.....	91
<b>Tablo 5.</b> Evli Kadın Örnekleminin Sosyo-Demografik Değişkenler Açısından Dağılımı.....	94
<b>Tablo 6.</b> Ölçekler ve Alt Boyutlarının Tanımlayıcı İstatistik Değerleri ve İç Tutarlılık Katsayıları .....	96
<b>Tablo 7.</b> Ölçekler ve Alt Boyutların Toplam Puanları İçin Korelasyon Analizi Sonuçları.....	97
<b>Tablo 8.</b> Tüm Kadınların Depresyon Anksiyete Stres ve Somatizasyon Ölçekleri Toplam Puanlarının Yaşam Doyumu Puanını Yordamak için Yapılan Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi Sonucu .....	98
<b>Tablo 9.</b> Kadınların Medeni Durumuna Göre Depresyon Anksiyete Stres ve Somatizasyon Ölçekleri Toplam Puanlarının Yaşam Doyumu Puanını Yordamak için Yapılan Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi Sonucu .....	99
<b>Tablo 10.</b> Kadınların Yaş Durumuna Göre Depresyon Anksiyete Stres ve Somatizasyon Ölçekleri Toplam Puanlarının Yaşam Doyumu Puanını Yordamak için Yapılan Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi Sonucu .....	100
<b>Tablo 11.</b> Kadınların Eğitim Durumuna Göre Depresyon Anksiyete Stres ve Somatizasyon Ölçekleri Toplam Puanlarının Yaşam Doyumu Puanını Yordamak için Yapılan Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi Sonucu .....	103
<b>Tablo 12.</b> Kadınların Yaşamların Çoğunu Geçirdikleri Yer Durumuna Göre Depresyon Anksiyete Stres ve Somatizasyon Ölçekleri Toplam Puanlarının Yaşam Doyumu Puanını Yordamak için Yapılan Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi Sonucu .....	106

<b>Tablo 13.</b> Kadınların Ekonomik Durumuna Göre Depresyon Anksiyete Stres ve Somatizasyon Ölçekleri Toplam Puanlarının Yaşam Doyumu Puanını Yordamak için Yapılan Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi Sonucu .....	108
<b>Tablo 14.</b> Çalışan Kadınların Depresyon Anksiyete Stres ve Somatizasyon Ölçekleri Toplam Puanlarının Yaşam Doyumu Puanını Yordamak için Yapılan Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi Sonucu .....	110
<b>Tablo 15.</b> Çalışmayan Kadınların Depresyon Anksiyete Stres ve Somatizasyon Ölçekleri Toplam Puanlarının Yaşam Doyumu Puanını Yordamak için Yapılan Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi Sonucu.....	111
<b>Tablo 16.</b> Kadınların Evlilik Süresi Durumuna Göre Depresyon Anksiyete Stres ve Somatizasyon Ölçekleri Toplam Puanlarının Yaşam Doyumu Puanını Yordamak için Yapılan Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi Sonucu .....	112
<b>Tablo 17.</b> Kadınların Çocuğu Olma Durumuna Göre Depresyon Anksiyete Stres ve Somatizasyon Ölçekleri Toplam Puanlarının Yaşam Doyumu Puanını Yordamak için Yapılan Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi Sonucu .....	114
<b>Tablo 18.</b> Kadınların Arkadaşları ile Vakit Geçirme Durumlarına Göre Depresyon Anksiyete Stres ve Somatizasyon Ölçekleri Toplam Puanlarının Yaşam Doyumu Puanını Yordamak için Yapılan Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi Sonucu.....	116
<b>Tablo 19.</b> Bekar Kadınların Birlikte Yaşama Durumuna Göre Depresyon Anksiyete Stres ve Somatizasyon Ölçekleri Toplam Puanlarının Yaşam Doyumu Puanını Yordamak için Yapılan Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi Sonucu .....	119
<b>Tablo 20.</b> Daha Önce Evlenmiş Bekar Kadınların Depresyon Anksiyete Stres ve Somatizasyon Ölçekleri Toplam Puanlarının Yaşam Doyumu Puanını Yordamak için Yapılan Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi Sonucu .....	120
<b>Tablo 21.</b> Bekar Kadınların Romantik İlişki Durumların Göre Depresyon Anksiyete Stres ve Somatizasyon Ölçekleri Toplam Puanlarının Yaşam Doyumu Puanını Yordamak için Yapılan Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi Sonucu .....	120
<b>Tablo 22.</b> Romantik İlişkisinden Memnun Olan Bekar Kadınların Depresyon Anksiyete Stres ve Somatizasyon Ölçekleri Toplam Puanlarının Yaşam Doyumu Puanını Yordamak için Yapılan Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi Sonucu.....	121
<b>Tablo 23.</b> Bekar Kadınların Arkadaş İlişkileri Durumuna Göre Depresyon Anksiyete Stres ve Somatizasyon Ölçekleri Toplam Puanlarının Yaşam Doyumu Puanını Yordamak için Yapılan Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi Sonucu .....	122
<b>Tablo 24.</b> Bekar Kadınların Aile İlişkileri Durumuna Göre Depresyon Anksiyete Stres ve Somatizasyon Ölçekleri Toplam Puanlarının Yaşam Doyumu Puanını Yordamak için Yapılan Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi Sonucu .....	123
<b>Tablo 25.</b> Ailesi Tarafından Fiziksel veya Psikolojik Şiddete Maruz Kalan Bekar Kadınların Depresyon Anksiyete Stres ve Somatizasyon Ölçekleri Toplam Puanlarının Yaşam Doyumu Puanını Yordamak için Yapılan Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi Sonucu .....	124

<b>Tablo 26.</b> Bekar Kadınların Ev Dışı Etkinliğe Katılma Durumuna Göre Depresyon Anksiyete Stres ve Somatizasyon Ölçekleri Toplam Puanlarının Yaşam Doyumu Puanını Yordamak için Yapılan Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi Sonucu.....	125
<b>Tablo 27.</b> Bekar Kadınların Bekarlıktan Memnuniyet Durumlarına Göre Depresyon Anksiyete Stres ve Somatizasyon Ölçekleri Toplam Puanlarının Yaşam Doyumu Puanını Yordamak için Yapılan Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi Sonucu.....	126
<b>Tablo 28.</b> Evli Kadınların İş Hayatından Memnuniyeti Durumuna Göre Depresyon Anksiyete Stres ve Somatizasyon Ölçekleri Toplam Puanlarının Yaşam Doyumu Puanını Yordamak için Yapılan Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi Sonucu.....	128
<b>Tablo 29.</b> Evli Kadınların Çocuk Sayısı Durumuna Göre Depresyon Anksiyete Stres ve Somatizasyon Ölçekleri Toplam Puanlarının Yaşam Doyumu Puanını Yordamak için Yapılan Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi Sonucu .....	129
<b>Tablo 30.</b> Kadınların Eşlerinin Eğitim Durumuna Göre Depresyon Anksiyete Stres ve Somatizasyon Ölçekleri Toplam Puanlarının Yaşam Doyumu Puanını Yordamak için Yapılan Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi Sonucu .....	131
<b>Tablo 31.</b> Evli Kadınların Evlenme Biçimi Durumuna Göre Depresyon Anksiyete Stres ve Somatizasyon Ölçekleri Toplam Puanlarının Yaşam Doyumu Puanını Yordamak için Yapılan Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi Sonucu .....	132
<b>Tablo 32.</b> Eşi Daha Önce Evlenmiş Evli Kadınların Depresyon Anksiyete Stres ve Somatizasyon Ölçekleri Toplam Puanlarının Yaşam Doyumu Puanını Yordamak için Yapılan Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi Sonucu .....	133
<b>Tablo 33.</b> Evli Kadınların Eşi ile Ev İçi-Dışı Etkinliklere Katılma Durumuna Göre Depresyon Anksiyete Stres ve Somatizasyon Ölçekleri Toplam Puanlarının Yaşam Doyumu Puanını Yordamak için Yapılan Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi Sonucu .....	134
<b>Tablo 34.</b> Eş Desteğini Bazen Yeterli Bulan Evli Kadınların Depresyon Anksiyete Stres ve Somatizasyon Ölçekleri Toplam Puanlarının Yaşam Doyumu Puanını Yordamak için Yapılan Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi Sonucu .....	135
<b>Tablo 35.</b> Cinsel Hayatın Bazen Memnun Olan Evli Kadınların Depresyon Anksiyete Stres ve Somatizasyon Ölçekleri Toplam Puanlarının Yaşam Doyumu Puanını Yordamak için Yapılan Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi Sonucu.....	136
<b>Tablo 36.</b> Evli Kadınların Eşi ile Tartışma Durumuna Göre Depresyon Anksiyete Stres ve Somatizasyon Ölçekleri Toplam Puanlarının Yaşam Doyumu Puanını Yordamak için Yapılan Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi Sonucu .....	137
<b>Tablo 37.</b> Evliliğinde Fiziksel veya Psikolojik Şiddete Maruz Kalan Evli Kadınlarında Depresyon Anksiyete Stres ve Somatizasyon Ölçekleri Toplam Puanlarının Yaşam Doyumu Puanını Yordamak için Yapılan Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi Sonucu .....	138
<b>Tablo 38.</b> Evli Kadınların Evli Olmaktan Memnun Olmama ve Kararsızlık Durumuna Göre Depresyon Anksiyete Stres ve Somatizasyon Ölçekleri Toplam	

Puanlarının Yaşam Doyumu Puanını Yordamak için Yapılan Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi Sonucu .....	138
<b>Tablo 39.</b> Evli Kadınların Hiç Evlenmemiş Olmayı Dileme Durumuna Göre Depresyon Anksiyete Stres ve Somatizasyon Ölçekleri Toplam Puanlarının Yaşam Doyumu Puanını Yordamak için Yapılan Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi Sonucu .....	139
<b>Tablo 40.</b> Kadınların Rahatsızlık Durumuna Göre Depresyon Anksiyete Stres ve Somatizasyon Ölçekleri Toplam Puanlarının Yaşam Doyumu Puanını Yordamak için Yapılan Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi Sonucu .....	140

## KISALTMALAR

DSM	Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı
ICD	Uluslararası Hastalık Sınıflandırması
DASÖ	Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği
SÖ	Somatizasyon Ölçeği
YDÖ	Yaşam Doyumu Ölçeği
SPSS	Sosyal Bilimler için İstatistik Programı
n	Kişi sayısı
t	t Testi İstatistiği
p	Olasılık Değeri
F	F Testi İstatistiği
R <sup>2</sup>	Belirlilik Katsayısı
B	Eğim Katsayısı
SEB	B'nin Standart Hatası



## GİRİŞ

İnsanlar iyi bir yaşamın temel özelliklerini sıraladıklarında, büyük çoğunluk mutluluk, sağlık ve uzun ömürden bahsetmektedir. Bu iyi yaşam özellikleri, insanların yaşamları hakkındaki öznel değerlendirmelerini ifade etmekte ve yaşam doyumu, psikolojik durumlar ve duygular gibi değerlendirmeler şeklinde yargılar içermektedir. İnsanlar üzgün bir duygudurumuna sahip olduklarında ya da neşeli hissettiklerinde, bunun nedenini hayatlarının iyi ya da kötü gittiğine bağlamaktadırlar (Diener ve Chan, 2011). Bu durum ise kişilerin yaşam doyumlarını değerlendirmelerinde etkili olmaktadır. Kısacası yaşam doyumu, kişinin hayatından memnun olup olmadığını değerlendirmesi şeklinde karşımıza çıkmaktadır.

Yaşam doyumu, kişilerin yaşamlarını olumlu veya olumsuz olarak değerlendirme dereceleri açısından öznel iyi oluşun tanımında önemli bir bilişsel bileşen olarak kabul edilmektedir. İnsanlar olumlu ve olumsuz duygularını dengelediklerinde, yaşam doyumu yargılarına katkıda bulunmaktadırlar (Fredrickson ve Joiner, 2002). Bununla birlikte olumlu duygular arttığında duygusal refah sağlanmakta ve kalıcı duygusal kaynaklar inşa edilmektedir (Cohn, Fredrickson, Brown, Mikels ve Conway, 2009).

Yapılan araştırmalarda, yetişkinler için yaşam doyumunun sadece çeşitli yaşam faktörlerinin (çevresel olaylar veya genetik) bir yan ürünü olmadığı, ayrıca mesleki başarı, kişilerarası ilişkiler, etkili iletişim becerileri, zihinsel ve fiziksel sağlık, psikolojik iyi oluş gibi faktörlerin de yaşamları üzerinde önemli belirleyiciler olduğu ileri sürülmektedir (Suldo ve Huebner, 2004; Kermen, Tosun ve Doğan, 2010).

Kişilerin iyi oluşu ve buna bağlı yaşam doyumları ise, bireylerin gerginlik hali, depresyon, anksiyete, somatik belirtiler, stres, sosyal beceriler ve olumsuz durumlarla başa çıkma becerilerine ilişkin deneyimleri hakkındaki kişisel değerlendirmeleri

olarak anlaşılmaktadır (Damasio, Melo ve Silva, 2013). Yapılan bir araştırmada, yaşamlarından memnun olan bireylerin iyi uyum sağlayan ve psikopatolojiden uzak bireyler olduğu görülmüştür (Diener, Emmons, Larsen ve Griffin, 1985). Bununla birlikte yaşamlarından memnun olmayan kişilerin psikopatolojilere yakın olduğu gerçeği ortaya çıkmaktadır. Kişilerin yaşadığı psikolojik bozuklukların yaşam doyumunu olumsuz yönde etkilediği görülmektedir.

Kişilerin yaşadığı psikolojik bozuklukların başında gelen depresyon, dünyada en yaygın görülen, kişinin birkaç hafta boyunca üzüntülü duygudurum yaşaması, beden ve düşünce olarak olumsuz etkilenmesi durumu (Yılmaz, Boz ve Arslan, 2017); kaygı, kişisel olarak göze çarpan belirli durumlar veya bağlantılarda sonuçları tahmin etme, kontrol etme veya elde etme konusunda algılanan yetersizlik nedeniyle bir çaresizlik durumu yaşanması (Barlow, 2000); stres, bir Şeyden endişe duyan veya rahatsız olan ve bu durumla baş edemeyen bireylerin deneyimi olarak tanımlanmaktadır (Huang ve ark., 2018). Somatizasyon, herhangi bir organik nedene bağlı olmaksızın ortaya çıkan bedensel yakınmalardır (Tunçer, 1999). Göğüs ağrısı, baş dönmesi, yorgunluk, karın rahatsızlığı ve kas-iskelet sistemi ağrıları gibi somatik semptomlar hem anksiyete hem de depresyonda yaygındır (Haug, Mykletun ve Dahl, 2004). Somatizasyonun kadınlarda daha sık olduğu, ülkemizde somatik belirtilerle başvuran kişilerin çoğunlukla kadınlardan olduğu araştırmalarca belirtilmiştir (Kesebir, 2004).

Çok sayıda araştırma, kadınlardan erkeklerden daha fazla depresyon, kaygı ve somatizasyon içeren semptomlar ve bozukluklar gösterdiğini bulmuştur. Örneğin, Ulusal Ruh Sağlığı Enstitüsü'nün geniş toplum anketleri, kadınlardan erkeklere göre önemli ölçüde daha yüksek depresif, endişeli ve somatik bozukluk oranlarına sahip olduğunu göstermiştir (Klonoff, Landrine ve Campbell, 2000). Spesifik olarak, araştırmalarda, kadınlardan stresli yaşam olaylarına erkeklerden daha yüksek düzeyde maruz kaldığı (r. kovulma, parasızlık, Şiddet vb.) ve bu fazla stresin kadınlardan daha büyük psikolojik semptomlar göstermesine sebep olduğu görülmektedir. Yapılan birçok araştırmada kadınlardan kendilerini erkeklerden daha sık stresli koşullar altında bulduklarını belirtmişlerdir. Buna ek olarak araştırmalar, kadınlardan tehdit edici olayları erkeklerden daha stresli olarak değerlendirmelerinin mümkün olduğunu öne

sürmüştür. Dahası, kadınların erkeklerden daha fazla kronik strese sahip oldukları ve rutin rol işlevleriyle bağlantılı olarak daha fazla günlük strese maruz kaldıkları bulunmuştur (Kessler ve Mcleod, 1984; McDonough ve Walters, 2001). Matud (2004) tarafından yapılan bir araştırmada kadınların başa çıkma stratejilerinin erkeklere göre daha duygu odaklı olduğu görülmüştür.

Kadınların fiziksel ve psikolojik olarak cinsiyet şiddeti ve cinsiyet ayrımcılığına maruz kalması kadınların hem fiziksel hem psikolojik sağlıklarını etkilemektedir (Klonoff ve ark., 2000; Koss, Koss ve Woodruff, 1991). Kadınların sosyal ve aile bağlarından erkeklere göre daha duygusal olarak etkilenme eğiliminde oldukları için ev ve aile hayatı olaylarını stres olarak bildirme olasılıkları daha yüksektir. Bunun nedeni olarak kadınların hem iş hem aile hayatlarında erkeklere göre daha fazla yük taşımalarıdır. Bu yüklerin sebebi toplumsal cinsiyet rolleri olarak görülmektedir.

Kültürden kültüre göre değişen toplumsal cinsiyet rolleri, o toplumda yaşayan kadın ve erkekler için beklenen davranış ve düşünce kalıplarına uyum sağlamalarına neden olmaktadır. Bu kalıplar belirli sorumluluklar ve rollerden oluşmaktadır (Başar, 2017). Spesifik olarak, medeni durum kavramı, evlilik rollerinin ve daha genel ailevi rollerin bir göstergesi olarak kullanılmaktadır. Medeni durumun sadece genel sosyal rolün bir göstergesi olduğu açıktır, karı koca cinsiyete özgü iki tamamlayıcı rol olarak kavramsallaştırılmaktadır. Bireyler bekarlıktan, bir çiftin parçası olmaya ve ebeveyn olmaya geçtikçe aile rolü bağlantıları ve sorumlulukları artmakta, ancak bu artış kadınlar için erkeklerden daha fazla olmaktadır (Aneshensel, Frerichs ve Clark, 1981). Ülkemizde kadınların genellikle ev işleri ve çocuk bakımı gibi sorumlulukları erkeklere göre daha çok üstlendiği, çalışan kadınların ise hem iş hem ev sorumluluklarının bir arada olduğu görülmektedir. Bu sebeple evli kadınların psikolojik belirtilerinin daha fazla olması beklenmektedir (Çilli, Kaya, Bodur, Özkan ve Kucur, 2004). Bütün bunlara karşılık olarak, bazı araştırmalar, evlilik ilişkisi, eş desteği, psikolojik, sosyal ve ekonomik kaynaklar gibi etkenlerden dolayı evli kadınların bekar kadınlara göre daha yüksek iyi oluş düzeyine sahip olduğunu göstermektedir. Yalnızlık ve sosyal destek isteğinden dolayı bekar kadınların, toplumsal damgalanma ve zorlu yaşam olaylarından dolayı ise dul veya boşanmış

kadınların daha düşük iyi oluş düzeyleri olabileceği düşünülmektedir (Gove, 1972; Rao, Apte ve Subbakrishna, 2003; Verbrugge, 1979; Uecker, 2012). Bu iki farklı düşünce aslında genel olarak kadınların yaşadıkları zorluklar ve sorumluluklarının fazla olmasından kaynaklı olduğunu göstermektedir. Çünkü kadınların yapmakta zorunlu olduğu bu sorumluluklar, onlar için depresyon, stres, kaygı ve somatizasyon gibi psikolojik durumlara sebep olmaktadır. Yapılan çalışmalar sonucunda kadınların erkeklere göre daha uzun yıllar yaşadığı görülse de yaşam doyumu düzeylerinin daha düşük olduğu ve sağlıklarının daha çok etkilendiği bu sebeple hastalığa yakalanma oranlarının daha yüksek olduğu görülmektedir (Bal, 2014).

Literatürde bütün kavramlarla ilgili araştırmalar ayrı ayrı yapılmış, depresyon, kaygı, stres ve somatizasyonun kadınlar üzerinde etkileri ve bu etkilerin kadınların yaşam doyumları üzerinde etkili olup olmadığı yeterince incelenmemiştir. Bu çalışmada medeni durumları ile kadınların psikolojik semptomlar ve yaşam doyumları arasında bir ilişki olup olmadığı araştırılmaktadır. Bu amaçla tezin ilk bölümünde depresyon, kaygı, stres, somatizasyon ve yaşam doyumu ile ilgili literatür araştırması yapılmış ve bu kavramlara dair bilgiler ile yapılan araştırmalar aktarılmıştır. Yöntem bölümünde ise örneklem grubu, veri toplama araçları, araştırma için yapılan işlem ve analiz sonuçları yer almaktadır. Elde edilen bulguların literatür araştırmaları ile ele alındığı tartışma bölümü ve sonuç ve öneriler kısmı ise üçüncü bölümde ele alınmaktadır.

# BİRİNCİ BÖLÜM

## 1. GENEL BİLGİLER

### 1.1. DEPRESYON

#### 1.1.1. Depresyonun Tanımı ve Belirtileri

Her insanın hayatının bir bölümünde veya bir alanında sorunlar ortaya çıkmaktadır. Sevilen bir kişinin kaybı, ekonomik problemler, yalnızlık, iş, aile ve iletişim problemleri bunlara örnek olarak gösterilmektedir. Bunlar yaşamda her insanın karşısına çıkabilecek üzücü değişikliklerin sadece küçük bir listesidir. Tüm bu değişiklikler insanların yaşam kalitesini anlamlı bir şekilde değiştirmektedir (Shader, 2014). Depresyon, olağan duygudurum dalgalanmaları veya günlük yaşam zorlukları gibi kısa süreli duygusal tepkilerle aynı değildir. Çoğunlukla insanlar, duygudurumlarında gözlemledikleri herhangi bir düşüşü depresyon olarak adlandırmaktadırlar. Geçici bir üzüntü veya yalnızlık yaşayan bir kişi depresyonda olduğunu ifade edebilmektedir. Her halükârda, bir kişi aşırı derecede kederli, umutsuz olduğunda veya mutlu olmadığından şikâyet ettiğinde, genellikle bu öznel durumu depresyon olarak etiketlemektedir. Depresyon, hoş olmayan bir duygudurumundan çok daha fazlası ve bilişsel, davranışsal ve duygusal bileşenleri içeren karmaşık bir bozukluktur (Beck ve Alford, 2009). Depresif bozukluklar, üzüntü, ilgi veya zevk kaybı, suçluluk duygusu veya düşük öz değer, uyku veya iştahsızlık, yorgunluk hissi ve yetersiz konsantrasyon ile karakterize edilmektedir. Depresyon uzun süreli veya tekrarlayıcı olabilmekte, özellikle uzun sürdüğünde ciddi bir sağlık sorunu haline gelmektedir. Bu durumdan etkilenen kişi, büyük ölçüde acı çekmekte ve iş, okul veya aile hayatında olumsuzluklar yaşamaktadır. Depresyonun birçok kaynağından söz edilmektedir. Bunlar sosyal, psikolojik ve biyolojik faktörlerin bir etkileşimi sonucu ortaya çıkmaktadır. Olumsuz yaşam olayları (işsizlik, yas, psikolojik travma) kişilerin depresyon geliştirme olasılığını yükseltmektedir. Depresyon daha fazla strese ve işlev bozukluğuna yol açabilmekte ve etkilenen kişinin yaşam ve depresyon durumunu

kötüleştirmektedir. Semptomların sayısına ve şiddetine bağlı olarak, depresif bir dönem hafif, orta veya şiddetli olarak kategorize edilmektedir (WHO, 2017).

Dünyada depresyon yaşayan kişiler 264 milyondan fazladır. Bu da dünya çapında yaygın bir hastalık olduğunu göstermektedir (WHO, 2020). Ayrıca depresyonun önemi, psikolojik sağlık alanındaki herkes tarafından kabul edilmektedir (Beck ve Alford, 2009). Depresyonun sebep olduğu en kötü sonuçlardan biri ise intihardır. Her yıl yaklaşık 800.000 kişi intihar sebebi ile ölmektedir. 15-29 yaşları arasındaki kişilerin ölüm sebeplerinden ikincisi ise intihardır (Kline, 1964; WHO, 2020). Tanı koymada güçlük, intihar davranışının olması, sebep olduğu işlevsel eksiklikler, ekonomik sorunlar, kronikleşme gibi sonuçlar depresyonun önemini giderek artırmaktadır (Kaya ve Kaya, 2007).

Beck, bilişsel üçlü dediği bir açıklamayla depresif kişilerin kendilerini (“tüm hata benim”, “başarısızım”, “yetersizim”), çevrelerini ve dünyayı (“berbat bir hayatım var”, “her şey kötü”, “kimse bana yardım edemez”) ve geleceği (“hiçbir şey düzelmeyecek”) olumsuz gördüklerini bildirmiştir. Kişi kendisine karşı kusurlu, yetersiz, hastalıklı veya yoksun olduğu gibi olumsuz bir görüşe sahiptir. Ayrıca depresif kişinin düşüncesinin merkezinde kayıplar yer almaktadır. Bu kayıplar, mutluluk veya huzurunu yakalayamayacağı ve onun için çok gerekli olan şeyleri kaybetmiş olduğu algısı, yeni ve önemli girişimlerinde sonucun olumsuz olmasını beklemesi, kendisi için önemli hedeflere ulaşabilmek adına sahip olması gereken özelliklerin olmadığıdır. Kısacası depresif kişi, kendisine karşı, hayat deneyimlerine karşı ve geleceğe karşı olumsuz bir görüşe sahiptir. Depresyondaki kişiler dünyanın fazla talepkar olduğunu ve onların yoluna aşılmaz engeller koyduğunu, bu yüzden dünya ile olan ilişkilerinin yenilgi veya yoksunluk ile sonuçlanacağını düşünmektedirler. Bu olumsuz görüş ve kayıpların olduğu düşüncesi ile kişi acı ve hayal kırıklığı hissetmektedir. Hayatta devam eden zorluklar, dertler, sürekli sıkıntılar ve başarısızlıklar kişilerin tek beklentisi haline gelmektedir. Durumun çözümsüz olduğunu düşünmeleri ve kendilerini kaybolmuş hissetmeleri hayata karşı motivasyonlarını azaltmaktadır. Bu çözümsüzlük ve kaybolmuşluk hissi ise kişiyi intihara sürükleyebilmektedir (Bebbington, 1985; Dinç, 2012).

Geçmişten bugüne depresyon üzerine bakış açıları, bozukluğu öncelikle akut, daha sonra tekrarlayan ve kronik yaşam boyu bir hastalığa dönüşmüştür. Günümüzde ise depresyon tipik olarak "oldukça tekrarlayan bir hastalık" olarak tanımlanmaktadır. Mevcut tahminlere göre, ilk yaşam boyu majör depresif bozukluk atağı geçiren kişilerin yaklaşık %60'ı ikinci bir atak geçirecek, ikinci bir majör depresif bozukluk dönemi olanların %70'i üçüncü bir atak geçirecek ve üçüncü olanların %90'ı veya daha fazlası genellikle çok daha fazla tekrarlama yaşayacaktır. Bu tür istatistikler, birçok kişiyi depresyonun sürekli izleme ve tedavi gerektiren ömür boyu süren bir psikiyatrik hastalık olduğuna ikna etmektedir (Monroe ve Harkness, 2012).

Araştırmalar her sekiz Amerikalıdan birinin hayatı boyunca bir süre depresyon geçireceğini tahmin etmektedir. Depresyon yaygınlığını ise genel nüfusun %3-4'ünde tahmin etmektedir. Bu depresif hastalardan sadece 5 kişiden bir tanesinin tedavi edildiği, 50 kişide bir kişinin hastaneye kaldırıldığı ve 200 kişide bir kişinin intihar ettiği öne sürülmektedir (Beck ve Beamesderfer, 1974).

Depresyon bazı paradokslar açısından incelendiğinde daha iyi anlaşılmaktadır. Örneğin, depresif bir kişinin imajı ile nesnel gerçekler arasında şaşırtıcı bir zıtlık görülmektedir. Zengin bir anne, çocuklarını beslemek için ekonomik kaynaklarının olmadığını düşünmekte, çok beğenilen bir sanatçı, çirkin olduğu inancıyla plastik cerrahına ameliyat için yalvarmakta, seçkin bir fizikçi kendini aptal olduğu için azarlamakta olabilir. Bu kendini aşağılama fikirlerinin sonucu olarak, hastalar nesnel kanıtlarla veya bu fikirlerin mantıksız doğasının gösterimine karşı bile kolayca etkilenmemektedirler. Dahası, sık sık acılarını artıracak gibi görünen eylemler gerçekleştirmektedirler. Zengin bir adam yırtık kıyafetler giymekte, kendisini ve ailesini geçindirmek adına para için yalvarmakta, kusursuz bir üne sahip bir din adamı kendisinin dünyanın en günahkarı olduğuna inandığı için asmaya çalışmakta, çalışmaları çok sayıda araştırmacı tarafından onaylanan bir bilim adamı ise keşiflerinin bir aldatmaca olduğunu düşünmekte ve itiraflarda bulunmaktadır. Depresyon 2000 yılı aşkın süredir klinik bir sendrom olarak kabul edilmekle birlikte, henüz kafa karıştırıcı ve bu paradoksal özelliklerinin tam olarak tatmin edici bir açıklaması bulunmamaktadır (Beck ve Alford, 2009).

Kline'a (1964) göre, depresyon insanlığı etkileyen tek bir hastalıktan çok daha fazlasıdır ve insanın acı çekmesi bu durumdan kaynaklanmaktadır. Depresyonun evrensel beş semptomu üzüntü hissi, yorgunluk, sosyal çevreye ilgi kaybı, kendini ihmal ve uykusuzluk olarak görülmektedir (Kline, 1964).

#### 1.1.1.1. DSM 5'e Göre Tanı Kriterleri

DSM-5 (Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı), bir depresyon teşhisi yapmak için aşağıdaki kriteri ana hatlarıyla belirtmektedir. Kişinin aynı 2 haftalık süre içinde beş veya daha fazla semptom yaşıyor olması, işlevselliğinde bozulma ve semptomlardan en az birinin depresif ruh hali ya da ilgi veya zevk kaybı olması gerekmektedir.

1.Neredeyse her gün, günün çoğunda depresif ruh halinde bulunma, bu durumu kişinin fark etmesi veya başkaları tarafından gözlenmiş olması gereklidir.

2.Neredeyse her gün, günün çoğunda, hemen hemen tüm etkinliklere ilgi veya zevkte belirgin bir azalma, bu durumu kişinin fark etmesi veya başkaları tarafından gözlenmiş olması gereklidir.

3.Diyet yapmadığı halde neredeyse her gün iştahta azalma veya artış ve önemli kilo kaybı veya kilo artışı olması gereklidir.

4.Neredeyse her gün, aşırı uyuma hali veya uykusuzluk çekme durumu olması gereklidir.

5.Düşüncede yavaşlama ve fiziksel harekette azalma, başkaları tarafından gözlenmiş olması gereklidir.

6.Neredeyse her gün yorgunluk veya enerji kaybı olması gereklidir.

7.Neredeyse her gün değersizlik veya aşırı veya uygunsuz suçluluk duyguları veya karar verememe hali gereklidir.

8.Neredeyse her gün düşünme veya konsantre olma becerisinde azalma veya kararsızlık hali gereklidir.

9.Tekrarlayan ölüm düşünceleri, belirli bir plan olmaksızın tekrarlayan intihar düşüncesi veya intihar girişimi veya intihar etmek için belirli bir plan gereklidir.



Depresyon teşhisi konması için, bu semptomların bireyin klinik olarak önemli bir sıkıntıya veya sosyal, mesleki veya diğer önemli işleyiş alanlarında bozulmaya neden olması gerekir (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013).

### **1.1.2. Depresyon Tarihçesi**

Tarihte belirli zaman ve yerlerde, melankoli ile zekânın bir arada olduğu varsayıldığından beri, depresyonu yaşamak moda haline gelmiştir (Kline, 1964). Bugün depresyon olarak adlandırdığımız durum, bir dizi eski yazar tarafından melankoli sınıflandırması altında tanımlanmaktadır. Melankolinin ilk klinik tanımı, dördüncü yüzyılda Hipokrat tarafından yapılmıştır. Daha sonra Aristoteles ve Galen melankolinin tanımını yapmışlardır. Onlara göre melankoli, korku, anksiyete ve endişe belirtileriyle birlikte üzüntü ve umutsuzluk belirtilerinin kümelenmesi sonucu öne çıkmaktadır (Radden, 2003). Eski çağlardan beri depresyon tanımlarında dikkate değer bir tutarlılık vardır. Düşük duygudurum, karamsarlık, öz-eleştiri ve yavaşlama veya ajitasyon gibi temel belirti ve semptomlar evrensel olarak kabul edilmiş gibi görünmektedir. Depresif sendroma özgü olarak kabul edilen diğer semptomlar arasında otonomik semptomlar, kabızlık, konsantre olmada zorluk, yavaş düşünme ve anksiyete bulunmaktadır. Başlıca, hoş olmayan bir duygusal durumdan, hayata karşı değişen bir tutumdan, depresif bir yapıya sahip somatik semptomlar veya depresyon için tipik olmayan somatik semptomlardan şikâyet edildiği görülmektedir. İkinci yüzyılda yaşayan bir hekim olan Aretaeus, melankolik hastayı "üzgün, dehşete düşmüş, uykusuz" olarak nitelendirmektedir. Bu kişilerin şikâyet ettiğini, zayıfladığını ve ölümü arzuladığını bildirmektedir (Beck ve Alford, 2009).

### **1.1.3. Depresyon Risk Faktörleri**

Depresyon risklidir, çünkü yaşam kalitesi ve doyumunu ile yakından ilişkili olarak görülmektedir (Yaşar, 2007). Bu sebeple tarihsel evrede hangi faktörlerin depresyonun ortaya çıkmasında rol oynadığı, hangi faktörlerin depresyonun ortaya çıkmasını kolaylaştırdığı ya da ortaya çıkmaması için koruyucu olduğu dikkat çekmektedir. Depresyon riski, bozukluğun biyolojik, bilişsel ve sosyal yönlerine odaklanarak çeşitli perspektiflerden incelenmektedir (Dobson ve Dozois, 2011). Yapılan araştırmalarda vurgulanan en temel faktörler ise cinsiyet faktörü; kadın olmak,

olumsuz stresli yaşam olayları, işsizlik, göç, ekonomik ve eğitim düzeyi düşüklüğü olarak görülmektedir (Kaya, 2007; Ünal ve ark., 2002; Yalvaç, 2012). Ayrıca araştırmalarda sosyal değişkenler açısından, depresyon ve erken bağlanma, ebeveynlik, stres, stres yönetimi ve güvence arayışı ve sosyal destek arasında sağlam ilişkiler bulunmaktadır.

Depresyonun ortaya çıkmasında tek bir risk faktöründen bahsedilemeyeceği gibi genetik yatkınlık ve bu yatkınlığın çevreyle olumsuz etkileşimi sonucu ortaya çıktığı söylenmektedir. Bu nedenle depresif bir kişiliğe sahip olmak, yakın ilişki azlığı, bedensel hastalıklar ve bunların tedavisi, işlevsizliğe yol açan psikiyatrik bozukluklar, 18 ve 44 yaşları arasında olmak, bekar veya dul/boşanmış olmak da risk faktörleri arasında yer almaktadır (Cole ve Dendukuri, 2003; Ünal ve ark., 2002; Ünal ve Özcan, 2000). Yapılan bazı araştırmalarda ise bekar erkekler ve evli kadınlarda daha fazla risk olduğu belirlenmiştir (Yaşar, 2007).

Risk faktörlerini en çok etkileyen başlıca değişkenler cinsiyet, yaş, sosyoekonomik düzey, ırk ve kültürdür. Bu başlıca faktörler üç kategoride incelenmektedir. Bunlar biyolojik, psikolojik ve sosyal faktörlerdir. Biyolojik faktörler, genetik, yapısal işlevsizlikler, düzenleyici işlevsizlikler (nörotransmisyon gibi) olarak karşımıza çıkmaktadır. Psikolojik faktörler, bilişsel şema, inançlar ve varsayımlar, bilgi işleme süreci, dikkat ve hafıza, iyimserlik-kötümserlik, ruminasyon, umutsuzluk, problem çözme becerisidir. Son olarak sosyal faktörler ise bağlanma ve mizaç özellikleri, erken dönem travma ve kayıplar, hayat olayları ve zorluklar, evlilik ve ilişki konuları, sosyal destek ve ağlar, stres yönetimi ve sosyal ret, güvence arayışı, olumsuz geribildirim arayışı, kaçınma ve sosyal becerilerden oluşmaktadır (Dobson ve Dozois, 2011).

Depresif ruminasyon, depresyonda olduğu gerçeğine, depresyon belirtilerine ve depresif belirtilerin nedenleri, anlamları ve sonuçlarına tekrar tekrar odaklanmak olarak açıklanmaktadır. Depresif ruminasyon bu nedenle bir duygu düzenleme stratejisi veya bir meta-duygusal bilişsel süreç olarak kavramsallaştırılmaktadır. Kişiler depresif duygudurumları ile başa çıkmak ve bu durumu yönetmek için pasif olarak duygusal durumlarına odaklanmaktadır. Oysaki, ısrarla kişinin depresif

duygudurumuna odaklanması, onu hafifletmek yerine daha da kötüleştiriyor olduğu görülmektedir. Depresif duygudurumuna sahip kişi keyifli aktivitelerden kendini uzaklaştırmaktadır. Ruminasyon derecesi, depresif duygudurumun iyileştirilmesi üzerinde aktivite düzeyine göre daha büyük bir etkiye sahiptir (Spasojevic ve Alloy, 2001). Öyle görünüyor ki ruminasyon da depresyon için önemli bir risk faktörüdür.

Sistemik araştırmaya dayalı olarak, sorunlu ailelerin çocuklarının, sağlam ilişkilere sahip ailelerin çocuklarına göre daha fazla psikopatoloji riski taşıdığına dair önemli kanıtlar vardır. Aile ortamının çocukların psikolojisi üzerindeki etkisine dair araştırmalar mevcuttur. Ayrıca ebeveyn psikopatolojisi hem aile uyumsuzluğu hem de çocuklarda psikopatolojinin bir belirleyicisi olmuştur. Yaşam boyu tanılara bakıldığında depresif ebeveynlerin çocuklarının %76'sı ve depresyonda olmayan ebeveynlerin çocuklarının %57'si yaşam boyu depresyon tanıları bildirmiştir (Fendrich, Warner ve Weissman, 1990).

Yapılan bir araştırmaya göre depresif olan kişilerin o an itibari ile işsiz olduğu, depresyonun başlamasından önce kötü bir evliliğe sahip olduğu, depresyon öyküsü olan bir aileye sahip olduğu, evde 14 yaşın altındaki üç çocuğa sahip olduğu ve 17 yaşından önce bir ebeveyninden kalıcı olarak ayrılmış olduğu belirlenmiştir. Görülen o ki, bir işe sahip olmamak, kötü bir evlilik, ailede depresyon öyküsü, küçük yaş çocuklara sahip olmak ve küçük yaşta aile yanından ayrılmak depresyon için risk taşıyan faktörler arasındadır (Roy, 1987).

#### **1.1.4. Depresyon Epidemiyolojisi**

Depresyonun daha iyi anlaşılabilmesi, neden ortaya çıktığının tespit edilebilmesi, devam etmesinin ve sonlanmasının üzerinde etkili olan risk faktörlerinin daha iyi anlaşılması için epidemiyolojik araştırmalar gereklidir. Depresyon birçok farklı toplumda görülmekte, fakat bu hastalığın evrenselliği hala tartışılmaktadır. 1970'lerden bu yana yapılan kapsamlı araştırmalar, günümüzde genetik araştırmaları ve ilaç endüstrisi ile olan çalışmaların gelişmesi ile bu alandaki gelişmelere hız kazandırmaktadır. Tarihte ilk epidemiyolojik araştırmanın Jarves tarafından 1855'te yapıldığı, yaygınlık ile ilgili çalışmaların ise 19. yüzyılda Massachusetts'te yapıldığı bilinmektedir. II. Dünya Savaşı sırasında orduya alınmayan psikolojik bozukluğa

sahip kişiler incelenmiş ve geniş araştırmalar yapılmıştır. Daha sonra Kuzey Amerika, İşkandinav ũlkeleri ve İngiltere gibi ũlkelerde birçok araştırma yapılmıştır. Bu araştırmaların bazılarında psikolojik ve sosyal nedenler incelenirken, bazılarında daha çok genetik alt yapı incelenmiştir. Bu araştırmalar ‘‘Birinci Kuşak Araştırmalar’’ adını almış ve bu araştırmaların standart bir Őlme araçları olmaması olumsuz Őzelliklerindedir. Toplum taramalarının yapıldığı, gelişmiş geniş Őleklerin kullanıldığı 1950’li yıllar epidemiyolojik araştırmalar için Önemli bir yer tutmaktadır. 1980’lerde ise Amerika’da 20’den fazla psikolojik hastalığın yaygınlığı ve nedenleri ile ilgili yapılan araştırmalar oldukça kapsamlı bir içeriğe sahip gŐrũnmektedir. 1990’lardan 2000’lere ise yapılan araştırmalarda DSM, ICD gibi tanı araçları kullanılmaktadır (Kaya ve Kaya, 2007).

Akıl hastalıklarının sũrekli arttığı ve yaygınlaştığı ileri sũrũlmektedir. Bu artışın nedenlerinden ilki yaşam beklentisinin artması ve bu sebeple vũcudun zihni aşması, bir diğer nedeni ise aile ve sosyal bağlar arasındaki ilişkilerin eskisi gibi olmaması, teknolojik gelişmelerin toplumsal değişikliklere sebep olması ve toplumsal travmalardır. Özellikle yũksek yaygınlığa sahip psikolojik bozukluklardan biri depresyondur. Depresif bozuklukların dũnyanın Őnde gelen dŐrdũncũ sağlık sorunu olduğu ve 2020’ye kadar insanları işlevsiz bırakan dũnyanın ikinci hastalığı olacağı yıllar Önce ŐngŐrũlmũřtũr (Freeman ve ark., 2016; Modabernia, Shodjai, Moosavi, Jahanbakhsh ve Falahi, 2007). Majör depresyonun, kũresel hastalık yũkũnũn Őnde gelen 10 nedeni arasında beşinci sırada yer aldığı ve gelişmekte olan ũlkelerde bile bu durumun geçerli olduğu gŐrũlmektedir (Garfinkel ve Goldbloom, 2000; Singh ve Misra, 2009).

1963 yılında Tũrkiye Akıl Hıfzıssıhhası Cemiyeti psikolojik sağlık ile ilgili ilk çalışmayı Tũrkiye’de on bin kişi ũzerinde gerçekleştirmiştir. Ancak sonuçlar işlenmemiş ve paylaşılmamıştır. Toplum içindeki yaygınlığı Őlmek adına yapılan ilk çalışma 1960’larda, yapılandırılmış Őlekler ile araştırmaların yapılması ise 1970-80 yılları arasında yapılmıştır. 1980’lerde yapılan bir araştırma sonucunda depresyon yaygınlığını %9,2 ve hayat boyu depresyon yaygınlığını ise %23,6 olarak tespit edilmiştir. Aynı Őlek ile İzmirden yapılan bir başka araştırma sonucunda ise depresyon yaygınlığı %13, hayat boyu depresyon yaygınlığı %19 bulunmuştur. Bu

çalışmalar sonucunda ortaya çıkan bazı risk faktörleri vardır. Bu faktörler ise kadın olmak, 40 yaşın üstünde olmak, dul olmak ve düşük ekonomik düzeye sahip olmak olduğu ortaya konmuştur. 1993'te Dünya Sağlık Örgütü'nün yaptığı çalışmanın Türkiye sonuçlarında ise 400 kişiden %11,6'sına depresyon tanısı konduğu bildirilmiştir. Bu çalışmalarda fark edilen kadınlarda depresyon tanısı alma oranının daha yaygın olduğudur. Depresif özellikler taşıyan kadınların sağlık durumlarını kötü değerlendirdikleri ve kronik hastalıklara daha çok sahip oldukları izlenmiştir. 1994'te Eskişehir'de yapılan bir başka araştırma sonucunda ise 700 kişiden %27,7'nin depresyon tanısına sahip olduğu ve yine kadınlarda bu durumun daha yaygın olduğu tespit edilmiştir. Fakat bu çalışmada kadın olmanın yanı sıra aile şiddeti ve evlilik problemlerinin de bu durumu etkilediği bulunmuştur. 1995'te Sivas şehrinde yapılan bir başka çalışmada ise yaygınlığın %18,8 olduğu ve kadınlarda bu oranın daha yüksek olduğu gözlemlenmiştir. Bu çalışmada kadınların daha yüksek çıkmasının sebeplerinin, eğitim düzeyi düşüklüğü, düşük gelir ve dul/boşanmış olma durumlarına bağlı olduğu görülmüştür. Son olarak Sağlık Bakanlığı tarafından yapılan bir çalışmada depresyon yaygınlık oranlarının erkeklerde %2,3 olduğu görülürken, kadınlarda %5,4 olduğu görülmüştür. Ayrıca şehirlerde depresyon görülme olasılığının daha yüksek olduğu görülmektedir (Kaya ve Kaya, 2007).

1970'lerden bu yana yapılan araştırmalar bakıldığında sonuçların sürekliliği gözlenmektedir. Bu sebeple psikolojik bozuklukların en yaygın görülenleri arasında depresyon yerini almaktadır. Tüm sonuçlara bakıldığında genelde depresyonun genç yaşlarda görüldüğü, kültürden bağımsız olarak kadınlarda erkeklerden daha yüksek oran ile görüldüğü ve bu kadınların yakın ilişkisi olmayan, ayrı yaşayan, boşanmış veya dul olmasının daha fazla etkili olduğu söylenmektedir. Kentsel alanlarda yaşayan insanların depresyon yaşama olasılığının kırsal alanda yaşayan insanlara göre daha yüksek olduğu ayrıca görülmektedir. Günümüzde kırsal alanda yaşayan insanların azalması ve kırdan kente göçün artması sonucunda, depresyon oranlarının da buna bağlı olarak artacağı görülmektedir. Bütün bunlara ek olarak ekonomik ve eğitim düzeylerinin düşüklüğünün de depresyon oranını arttırdığı görülmektedir (Ertan, 2008; Kaya ve Kaya, 2007).

Nüfusun sürekli değişimi, toplumsal yapıdaki değişiklikler ve ölçme araçlarının gelişmesi gibi durumlar epidemiyolojik araştırmaların belirli aralıklar ile yenilenmesi gerektiğini öne sürmektedir. Ayrıca araştırma sonuçlarına bakıldığında depresyonu yaşamamak, ortaya çıkaran risk faktörlerini belirlemek, devam etmesine neden olan faktörleri incelemek ve ortaya çıkan sonuçların daha iyi gözlenmesi adına bu tür epidemiyolojik araştırmaların gerekli olduğu ortaya çıkmaktadır.

### **1.1.5. Depresyon ile İlgili Araştırmalar**

Cinsiyet, yaş, medeni durum, sosyal sınıf ve fiziksel çevre gibi demografik değişkenler, depresyonun daha az şiddetli, daha kronik, nevrotik biçimleriyle önemli ölçüde bağlantılıdır (Birtchnell, 1988; Bromberger ve ark., 2009).

İnsan doğumu ile başlayan yaşam, geçen her yıl ile yeni deneyimler kazanmaktadır. Bu deneyimler olgunluğu göstermekte ve yaşam döngüsünde hayatta kaldığını göstermektedir. Aslında her yaş insanı özel olarak etkilemektedir. Her birey hayatı boyunca benliğini deneyimleri ile inşa eder. Bu sebeple depresyon ile yaş arasındaki ilişki birçok araştırmada incelenmiştir. Olgunluk arttıkça depresyon düzeyi azalır mı veya yaşanan olayların ağırlığı yıllar geçtikçe depresyonu artırır mı üzerine epidemiyolojik birçok tartışma vardır. Bu araştırmalara göre yaş ve depresyon arasında bir ilişki olduğu kesindir. Fakat bu ilişkiyi etkileyen birçok değişken vardır. Cinsiyet, ırk, medeni durum, eğitim düzeyi, ekonomik düzey, ikamet yeri, evde yaşayan kişiler, stresli yaşam olayları, sosyal destek, kronik hastalık, somatik sağlık durumu bu değişkenler arasındadır. Yaşın depresyonun yaygınlığı üzerindeki etkisinin daha büyük yaşta açıklanması, somatik bozukluklar gibi değişkenlerin daha sık ortaya çıkmasının bir sonucu olabilir (Stordal, Mykletun ve Dahl, 2003).

Depresif kişilerin daha az sosyal ve daha içe odaklı olduğu bilinmektedir. Buna bağlı olarak yaşlı insanlar da bu tür özellikler göstermektedirler. Depresyonda psikomotor yavaşlamadan söz ederiz, aynı şekilde bu yaş ile görülmektedir. Uykunun bozulması, yorgunluk hissi, ilgisizlik, somatik şikayetler ve düşüncenin yavaşlaması gibi depresyon semptomları aslında normal yaşlanma sürecinin parçalarıdır (Lewinsohn, Rohde, Seeley ve Fischer, 1991). Depresyon ve yaşlanma arasında varsayılan benzerlikler nedeniyle, depresyonun yaşlılarda teşhis edilmesinin daha zor

olduğu öne sürülmüştür. Lewinsohn ve MacPhillamy (1974), artan depresyon seviyeleri ve artan yaşın, keyifli aktivitelere katılma sıklığındaki düşüşle ilişkili olduğunu, ancak yalnızca depresyonun öznel zevklerin azalmasıyla ilişkili olduğunu bulmuşlardır. Günlük duygudurum raporları ve keyifli aktivite sayısı arasında önemli bir korelasyon bulunmuştur. Depresif kişilerin keyifli aktivitelere daha ilgi duyduğu bulunmuştur (Lewinsohn ve Libet, 1972).

Eğitim, depresyon üzerinde etkisi olan en güçlü değişkenlerden biridir. Genelde depresyonun yüksek eğitimi yaşlı kadınlar arasında daha az sıklıkta görüldüğu bildirilmiştir. Yüksek öğrenim depresyon için koruyucu bir faktördür, çünkü eğitim sosyoekonomik düzeyi etkilemektedir (Stordal ve ark., 2003). Düşük eğitimi insanlar, stresli olaylardan kaçınmak ve bunlarla başarılı bir şekilde başa çıkmak için daha az ekonomik ve sosyal kaynağa sahiptir. Bu sebeple depresyon, diğer birçok hastalık ve tıbbi durum gibi, düşük eğitimi yetişkinler arasında daha fazla etki göstermektedir. Kısaca, yüksek eğitimi bireyler, kronik stres faktörlerinden kaçınmak için daha iyi bir yetenek ve daha sağlıklı yaşam tarzları gibi daha fazla kaynağa sahiptir (Miech ve Shanahan, 2000).

Gelir, eğitim ve eşitsizliklerle beslenen sosyoekonomik statü, depresyonun önemli bir belirleyicisi olarak odak noktası haline gelmektedir. Bugüne kadar birçok çalışma, gelir düzeyi, eğitim düzeyi, meslek ve sosyal sınıf ilgili düzeyleri kullanarak sosyoekonomik durumun depresyon üzerindeki rolünü değerlendirmiştir (Freeman ve ark., 2016).

Araştırma sonuçları, şu anda evli olanların depresyondan bağımsız olduğunu, daha önce evli olanların en çok depresyon yükünü yüklediğini ve hiç evlenmemiş olanların bu değerler arasına düştüğünü açıkça göstermektedir. Daha önce evli olan kategoriyi oluşturan gruplar arasında, ayrılanlar, boşanmış ve dullar arasında kayda değer bir fark olmaksızın, depresyona en çok duyarlı olanlar olduğu belirlenmiştir. Evlilikte yaşanan ekonomik zorluklar, sosyal izolasyon ve ebeveynlik rolünün kişiler üzerinde aşırı yüklenmesi kalıcı problemler yaratır ve bu kalıcı problemler psikolojik etkilere neden olur. Fakat bu ekonomik zorluklar evlenmemiş kişiler için daha zorlayıcı olabilir, çünkü bu sorumluluğu tek başlarına yüklenmektedirler. İzolasyon

hem medeni durum hem de depresyon ile ilişkili olduğundan, medeni durumu ve depresyonu birbirine bağlayan koşullardan biri de olabilir (Pearlin ve Johnson, 1977).

Yakın partner şiddeti, ABD'de önemli bir halk sağlığı sorunudur. Mevcut kanıtlar, psikolojik sıkıntı veya depresyon ile yakın partner şiddeti arasında güçlü ve tutarlı bir ilişki olduğunu göstermektedir. Yakın partner şiddeti, erkek partnerden kadın partnere karşı şiddet oranının daha fazla olduğu görülmektedir. Örneğin, depresyon teşhisi konan kadınlar arasında yakın partner şiddeti yaygınlığı genel oranın iki katıdır, ayrıca fiziksel istismar, kadınlar arasında intihar için en önemli risk faktörlerinden biri olarak tanımlanmıştır. Yakın partner şiddetini bildiren kadınların, şiddet mağduru olmayan kadınlara göre depresyona girme olasılığı iki ila üç kat daha fazladır. Ayrıca bu gibi şiddet olaylarının çevresel faktörlere bağlı olduğu düşünülmektedir. Örneğin Yen ve Kaplan (1999), yüksek işsizlik, suç ve aile sorunları ile karakterize olan yoksul bölgelerde yaşayanlar arasında depresyon için iki kat artış olduğunu bildirmişlerdir. Gerçekten, işsizlik ve birden fazla stresli yaşam olayı gibi depresyon riski faktörlerinin çoğu, yoksul ve etnik azınlık mahallelerinde yaşayanların yaşamını karakterize etmektedir (Caetano ve Cunradi, 2003). Aslında bu durumun da sosyoekonomik düzey ile yakından ilişkili olduğu görülmektedir. Yoksulluk, yüksek işsizlik oranları, ekonomik fırsatların eksikliği ve sosyal ağların çöküşüyle karakterize mahallelerde yaşam stresli olarak tanımlandı ve bu nedenle bu ortamlarda depresyon oranının yüksek olması beklenmektedir.

#### **1.1.6. Kadın ve Depresyon**

Araştırmalar sonucunda psikolojik hastalıkların kadınlarda görülme oranı, erkeklerde görülme oranına göre yaklaşık iki kat fazladır. Aynı şekilde depresyonu yaşama ve hayat boyu depresyona yakalanma riskinin kadınlarda erkeklere göre iki kat fazla olduğu görülmektedir (Birtchnell, 1988; Boyacıoğlu ve Karancı, 1992; Mirowsky ve Ross, 1992; Seeman, 1997).

Östrojen gibi cinsiyet hormonları, depresyon ile ilişkili beyin nörotransmitter sistemlerini etkilemekte, böylelikle kadınlarda depresyon oranı erkeklerden daha fazla görülmektedir (McEwen ve Alves, 1999). Ayrıca kadınlarda depresyon, hormon seviyelerinin değişikliklerden dolayı menstrual dönem öncesi, hamilelik sırasında



depresyon, doğum sonrası depresyon ve menopozal depresyon şeklinde de görülmektedir (Noble, 2005). Depresyonun kadınlarda daha fazla ortaya çıkmasının nedeni biyolojik farklılıklar gibi görülse de ekonomik, kültürel ve sosyal etkilerinin de olduğu görülmektedir. Ayrıca hastaneye başvuran kadın oranının erkeklere göre daha yüksek olmasının sebebi ise erkeklerin hastalıklarını kabul etmeyip hastaneye gitmemeleri olduğu düşünülmektedir (Loewenthal ve ark., 1995). Bu sosyal etkiler arasında daha önce yapılmış çalışmalara göre kadınların dul veya boşanmış olması durumunun etkili olduğu görülmektedir. Fakat bu durum bir kenara bırakılsa ve evlilik dikkate alınsa dahi, evli kadınların evli erkeklere göre depresyon düzeyinin yine yüksek olduğu görülmektedir.

Bozulan ilişkilerin bir sonucu olarak depresyon, bir duygu bozukluğudur. Duygular kişinin kendi hayatını ve sosyal yaşamı nasıl algıladığı ile ilişkilidir. Bu sebeple sosyal ilişkilerde yaşanan durumlar veya bu durumu algılamadaki bir bozukluk depresyona neden olabilmektedir. Duyguların sınırlanması veya bastırılması durumu ise toplumsal bazı değişkenlere göre belirlenmektedir. Duyguların toplumsal cinsiyet rollerine dair belirlenmiş bazı kalıpları vardır. Bu kalıplar erkeklerin daha sert, güçlü olduğu; kadınların ise daha boyun eğici ve zayıf olduğu ile ilgilidir. Düşük sosyal statü ve toplumsal tutum, bu sınırlandırma ve bastırmanın kadınlarda daha çok olduğunu, bu durumun ise depresyon ile dışa vurulduğunu göstermektedir. Ayrıca kadınların kendilerini ifade etme yolunu bu şekilde seçerek, buna bağlı destek ve ilgi görüyor olması depresyonun devamını sağlayan faktörler arasındadır (Yaşar, 2007).

Toplum olarak cinsiyetlere bazı roller belirlenmiştir. Aslında bu rollerin belirleyicisi olarak zihinsel şemalarımızdan bahsedilmektedir. Bir baba olarak erkek katı, bir anne olarak kadın sevecen olur beklentisi gibi kişilere yüklenen bu duygusal etiketler bile aslında kadınların üzerine kırılabilirlik ve pasiflik yüklemiştir. Ayrıca bu roller kadının ev ve aile ile ilgili sorumluluklarını belirlemekte ve toplum içinde değersizlik ve düşük statüye tabii tutmaktadır (Rosenfield, 1992). Kadınların kabul edilen rollerinden biri “ev hanımı”dır. Modern sanayileşmiş toplumdaki ev hanımının rolü, kadınlara özel dağılımı, ekonomik bağımlılıkla ilişkisi, çalışmayan statüsü ile karakterize olmuştur. Ayrıca, bir işte çalışan kadınların çalışmanın bir sonucu olarak daha özerk bir benlik duygusuna sahip oldukları ve bir işte çalışmayan kadınlardan

daha iyi fiziksel ve zihinsel sağlığa sahip oldukları bildirilmiştir (Boyacıoğlu ve Karancı, 1992). Kadınların işe katılımına aileleri engel olabilmekte ve iş yaşamındaki kadınlar evlenme veya doğum sebebi ile işlerinden ayrılabilirlerdir. Toplumun dayattığı önem sırası kadının eş ve anne olmasının işte çalışmasından daha önemli olduğunu savunmaktadır. Zaten çalışan kadınlar ise hem iş hem de ev yükü sebebi ile bir süre sonra çalışmamayı tercih etmektedir. Ayrıca iş dünyasında kadınların ayrımcılığa maruz kaldıkları da bilinmektedir (Cochrane ve Stopes-Roe, 1981). Bütün bu durum ise kadınlarda benlik saygısının düşük olmasına neden olurken en temel haklardan yararlanmalarını kısıtlamaktadır. Düşen benlik saygısı, kişinin benliğine karşı tutumunu belirlerken, psikolojik bozukluklar bu tutum ile etkilenmektedir. Kısacası kadınlar sosyal olarak depresyona yatkın hale gelmektedir (Loewenthal ve ark., 1995; Rosenfield, 1992; Yaşar, 2007).

Yapılan araştırmalarda kadınların dul ve boşanmış olması da depresyon riskini artıran etkenlerden biriyken, evli kadınların da büyük risk taşıdığı görülmüştür. Yakın bir ilişki problemi veya eksikliği, evlilikte yaşanan huzursuzluklar, ayrılma durumu gibi birçok etken de kadın depresyonunu etkileyen özellikler arasında yer almaktadır. Evlilik veya ailede yaşanan kadına yönelik şiddet literatürde incelenmiştir. Şiddetin yaygınlığı %80'den fazla görülmüştür. Eş şiddetinin de yaygın olduğu, bu durumun depresyona sebep olduğu ve kadınların yaşam kalitelerinin etkilendiği görülmüştür (Kıvrak ve ark.,2015).

Ayrıca yakın partner şiddeti, kadınlar için ciddi bir sağlık sorunu haline gelmiştir. Bu durum kronik hastalıkları, fiziksel yaralanmaları (travma) ve jinekolojik sorunları içermektedir. Yakın partner şiddetinin sonuçları, mağdurların zihinsel sağlık durumunu depresyon, anksiyete ve düşük öz saygı gibi çeşitli biçimlerde olumsuz etkilemektedir. Psikolojik şiddet, esas olarak fiziksel ve / veya cinsel şiddetle ilişkilendirilen fiziksel yaralanma ve travma gibi görünür sonuçları olmamasına rağmen, önemli bir şiddet türüdür. Psikolojik partner şiddetinin depresyon riskini üç kattan fazla artırmasından sorumlu olduğu ve ayrıca mağdurlar arasında intihar düşüncesi oranlarının artmasına yol açtığı bulunmuştur. Ayrıca literatür, mağdur kadınların yaşadığı intihar ve depresyon arasındaki ilişkiyi desteklemektedir (Al-Modallal, 2012).

Araştırmalar çocuğu olan çalışan kadınların özellikle akıl hastalığına karşı savunmasız olduklarını bildirmiştir. alışan kadınlar ocuk sahibi olmaya başlar başlamaz evliliklerinin kalitesinde belirgin bir bozulma yaşadıklarını bildirmişlerdir. Evlilik uyumsuzluğunun ve anne depresyonunun, Şehir içi bölgelerde yaşayan çalışan kadınlar arasında özellikle yaygın olduğunu gözlemlenmiştir. alışan ve orta sınıf eşlerin sosyal rollerinin çok farklı olduğu belirtilmiştir. alışan kişiiler sosyal olarak daha fazla izole olmakta, daha az arkadaşa sahip olmakta, boş zamanlarını evde harcamakta ve çocukların varlığıyla daha fazla kısıtlanmaktadırlar. Tüm bu nedenlerden ötürü, genç ve evli kadınların depresyon durumuna dikkat edilmesi gerekliliği ortaya çıkmıştır. Depresif kişiiler, aile ilişkileri için daha karamsar bir bakış açısına sahiptir. Bu aile ilişkileri içerisinde yaşadıkları rahatsızlıkları depresif belirtilerinin bir sebebi olarak görebilmektedirler (Birtchnell, 1988).

Depresyon ve düşük evlilik kalitesi arasındaki bağlantı tutarlı bir bulgu haline gelmiştir. Depresyona sebep olabilecek birçok olumsuz faktör vardır. Fakat evliliğin kalitesi yüksek, güvene dayalı yakın ilişkilere sahip kadınlarda, olaylara daha fazla dayanabilme gücü görülmektedir. Raskin (1985), yakınlığı evlilik ilişkisinin önemli bir bileşeni olarak tanımlamıştır ve Barry (1970), kadınların hem eş hem anne rollerini gerçekleştirirken eşleri tarafından güvenlik ve destek sağlanması ilişkiyi gclendirdiğini düşünmektedir.

Çeşitli ampirik çalışmalarda, cinsiyet, algılanan sosyal destek, stresör sayısı, eşzamanlı depresif semptomatoloji, iyimserlik ve nevrotiklik de dahil olmak üzere depresyon için çeşitli hipotezli savunmasızlıkların ruminasyonla ilişkili olduğu bulunmuştur. En tutarlı olarak, kadınların erkeklerden daha fazla ruminasyona sahip olduğu bulunmuştur. Bu durum algılanan daha az sosyal desteğin olması, daha fazla stresörün bulunması ve tüm bunlara bağlı ruminasyonların oluşması Şeklinde açıklanmaktadır (Spasojevic ve Alloy, 2001).

Depresyon için tedavi edilen kişiiler arasında cinsiyet farklılıkları, evli kişiiler arasında en yüksek grnmektedir. Bununla birlikte, nüfus anketleri, birkaç istisna dışında, kadınların medeni durumdan bağımsız olarak erkeklerden daha fazla depresyon bildirdiğini göstermektedir. Ancak bir araştırmada yaş, eğitim, gelir,

istihdam durumu, iş ve evlilikten memnuniyet, ebeveynlik durumu ve ev işi miktarı gibi faktörler hesaba katıldığında bile, küçük istisnalar dışında evli kadınların evli erkeklerden daha fazla depresyonda olduğunu bulunmuştur (Cleary ve Mechanic, 1983).

### **1.1.7. Depresyon ve Yaşam Doyumu**

Yaşam doyumu psikolojik sağlığın bir boyutu olarak kabul edilmektedir. Yaşam doyumunun azlığı zayıf zihin sağlığı ile ilişkilendirilmektedir (Koivumaa, Honkanen ve ark., 2001).

Tüm bireyler, yaşamlarının bir döneminde depresyona yol açabilecek bazı unsurlardan dolayı memnuniyetsizlik yaşamaktadırlar. Araştırmacılar, neredeyse tüm örneklerde yaşam doyumu ve depresyon arasında sürekli olarak ters bir ilişki olduğunu bildirmişlerdir. Depresyonun belirtilerini tararken öznel iyilik hali kaybı ve uzun süreli olumsuz duyguların artmasının erken bir işaret olabileceği düşünülmektedir. Düşük yaşam doyumu da aynı zamanda depresyon için erken bir işaret olabilmekte veya gelecekteki depresyonu tahmin edebilmektedir (Koivumaa, Honkanen, Kaprio, Honkanen, Viinamäki ve Koskenvuo, 2004; Lewinsohn, Redner ve Seeley, 1991). Ergenlerde, yetişkinlerde ve psikiyatri hastalarında, depresyonun, yaşam doyumu ile olumsuz ilişkili olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca düşük yaşam doyumunun yaşlılarda depresyonu, yetişkinlerde ise ölüm ve psikiyatrik morbiditeyi yordadığı bulunmuştur (Koivumaa, Honkanen ve ark., 2001).

Bazı araştırmacılar, klinik depresyonun, yaşam doyumu ifadeleriyle ölçülebilen öznel iyi oluş kaybı olduğunu ileri sürmüşlerdir. Öznel iyi oluş, insanların yaşamlarından memnuniyet duydukları öznel değerlendirmeyi gerektiren duygusal bir yapıyı ifade etmektedir. Bazı araştırmacılar öznel iyi oluşu genel bir mutluluk duygusu olarak, bazıları ise bunu psikolojik iyi oluşun eşanlamlısı olarak tanımlamaktadırlar. Bu nedenle, bir kişi doyum, mutluluk ve/veya psikolojik iyi oluş kaybı yaşadığında, bu durumun klinik depresyona yol açabileceği düşünülmektedir. Pek çok araştırmacı, depresyon yaygın bir tatminsizlik duygusuyla karakterize edildiği için, depresyon ile öznel iyi oluş arasında ters bir ilişki olduğunu bildirmiştir (Gargiulo ve Stokes, 2009; Lewinsohn ve ark.,1991).

Yaşam doyumunun en önemli faktörlerinden biri yaşamda anlam arayışıdır. Yapılan bir araştırmada yaşamda anlamı yüksek olan insanların anlık kaygılı, depresif veya duygudurum bozukluklarından daha az etkilendiğini ve yaşamda düşük anlamı olan insanlardan daha mutlu olduklarını gösteren kanıtlar sunmaktadır (Debats, 1990). Başka bir araştırma ise iyimserliğin depresyon ile negatif ilişkili olduğu ve yaşam doyumu ile olumlu yönde ilişkili olduğunu bulmuştur. Benzer şekilde, araştırmacılar sürekli umudun depresyon ile olumsuz, yaşam doyumu ile pozitif ilişkili olduğunu bildirmişlerdir (Wong ve Lim, 2009).

## 1.2. KAYGI

### 1.2.1. Kaygının Tanımı

Anksiyete (kaygı), evrensel olarak deneyimlenen bir belirsizlik duygusudur. Anksiyete en az iki özelliği ile, bir şekilde korkuya benzeyen duygusal bir durum ve gelecekte beklenen rahatsız edici bir uyarıcı olarak tanımlanabilmektedir (Estes ve Skinner, 1941). Genellikle potansiyel olarak tehdit edici bir duruma yanıt olarak ortaya çıkarken, bir neden olmadığında da sıklıkla görülmektedir. Somut bir neden olmadığında kişinin kaygılı hissetmesi ve hayatının bu durumdan etkilendiğini bildirmesi bir anksiyete bozukluğu olarak düşünülmektedir. Anksiyete kısa süreli veya kronik veya birincil psikolojik bir durum veya bunun yerine altta yatan bir somatik hastalığın bir semptomu olabilmektedir (Hoehn-Saric, 1979; Türkçapar, 2004). Kalp çarpıntısı, göğüs sıkışması, titreme, nefes darlığı, terleme gibi birçok fiziksel belirtiyi içinde barındırmaktadır. Kişide huzursuzluk hissi ve yerinde duramama hali de gözlenebilmektedir. Uyarılmışlık seviyesi yüksek olan bireylerin fizyolojik tepkileri daha fazla gösterdiği bilinmektedir. Fiziksel belirtiler her bireye göre değişiklik gösterebilmektedir (Karamustafalıoğlu ve Yumrukçal, 2011; Türkçapar, 2004). Anksiyete tipik olarak patolojik değildir, ancak tehlikeden kaçınmaya yardımcı olduğunda genellikle duruma göre uyarlanabilmektedir. Canlıların tehlikeye verdiği tepkiler ve bu tehlide karşı oluşan tepkiler ile meşgul olan altta yatan beyin devresi, anksiyetenin bu uyarlanabilir yönlerini yansıtmaktadır (Beesdo-Baum ve Knappe, 2012). Belirli bir seviyede gerçekleşen kaygı gerekli iken, bu tepkilerin aşırı olması ise kişinin hayatını olumsuz yönde etkilemektedir (Estes ve Skinner, 1941).

Freud, kaygının bir nesneyi kaybetme tehlikesine tepki olduğunu ve nesnenin gerçek kaybına tepki olarak yas tutmanın acısı olduğunu öne sürmektedir. Çoğu klinisyen, bir anksiyete durumunun, bir travma sonrasında ortaya çıkabileceği, ancak daha sıklıkla hiçbir tetikleyici olayın tanımlanamayacağı konusunda aynı fikirdedir. Ne tür olayların kaygı yarattığını Freud, sevilen birinden ayrılma tehlikesi içeren olayların olabileceği şeklinde belirtmiştir. Ancak, Bowlby, Freud'un sevilen ve özlenen birini kaybetmenin, kaygıyı anlamanın anahtarı olduğunu iddia etmekle muhtemelen yanlış olduğunu düşünmektedir. Bowlby, kaygının tek bir anahtar olmadığını, birçok durumda korku ve endişenin uyanabileceğini belirtmektedir. Kendi yaralanmamıza ya da ölümümüze yol açabilecek her durum tehlikeli olarak sınıflandırılmaktadır. Aynı şey ailemizin karşı karşıya kaldığı yaralanma ya da ölümle tehdit eden her şey için de kabul edilmektedir (Finlay-Jones ve Brown, 1981).

Bireyler yaşamını ve genlerini sürdürebilmek için bazı güdülere ihtiyaç duymakta ve hayatta kalabilmek için çevresindeki tehditlere karşı kendini korumaya çalışmaktadır. Bunun sonucunda hoş veya hoş olmayan duygudurumları sırasında insanlarda bazı reaksiyonlar ortaya çıkmaktadır (Lang, Bradley ve Cuthbert, 1998; Lang ve McTeague, 2009). Klinik görüşmede, anksiyete bozukluğu olan tüm hastalar, sağlıklı normal katılımcılara göre artan korku bildirmektedir. Korku, tehlike ve acıdan kaçma veya kaçınma çabalarıyla ilişkili savunma sistemi geliştirildiği varsayılmaktadır. Ayrıca, insanlarda, bu sistemin aktivasyonunun korku deneyiminin en güvenilir raporlarına eşlik ettiği düşünülmektedir. Neredeyse tanım gereği, tüm anksiyeteli hastalar hoş olmayan, korkulu düşünceler ve görüntüler ve fizyolojik semptomlarla ilgili endişelerden muzdarip olmaktadır. Kalp çarpıntısı, çarpıntı, abartılı irkilme, solunum düzensizlikleri, terli avuç içi ve gergin kasları içeren sürekli korku reaksiyonlarını sürekli olarak bildirmektedirler (Lang ve McTeague, 2009).

Anksiyete, bir duygudurum, duygusal bir tepki, bir semptom, bir sendrom veya seyir ve prognozu ile bir hastalıktır. Genel olarak hoş olmayan doğası, geleceği yansıtması, korkuya olan benzerliği ve referans eksikliği ortak yönleri olarak görülmektedir. Psikiyatrik ayaktan hastalar arasında, anksiyete durumları tüm vakaların yaklaşık %6 ile %27'si arasında seyretmekte, ancak fobik bozukluklar gibi diğer ilgili durumlar bu yüzdeleri yükseltebilmektedir. Ayrıca bir kardiyoloji

kliniğinde görülen kardiyovasküler semptomları olan hastalarda, vakaların %10-%14'ünde anksiyete teşhis edilmiştir (Lader, 1985).

2015 yılında anksiyete bozukluğu olan küresel nüfusun oranının %3,6 olduğu tahmin edilmektedir. Depresyonda olduğu gibi, anksiyete bozuklukları kadınlarda erkeklerden daha yaygındır. Amerika Bölgesinde, kadın nüfusun %7,7'sinin anksiyete bozukluğundan muzdarip olduğu tahmin edilmektedir, erkeklerde bu oran %3,6'dır. Yaygınlık oranları ile yaş grupları arasında önemli ölçüde bir ilişki yoktur, ancak daha yaşlı gruplar arasında daha düşük yaygınlık oranı gözlemlenmektedir. Dünyada anksiyete bozuklukları ile yaşayan tahmini toplam insan sayısı 264 milyondur. 10 yıl içinde %14,9'luk bir artış gözlenmiştir. Anksiyete bozuklukları, dünya çapında ölümcül olmayan, fakat sağlık kaybına katkıda bulunan psikolojik hastalıklar arasında altıncı sırada yer almaktadır (WHO, 2007). Ayrıca anksiyete en yaygın görülen psikolojik bozukluklar arasında görülmektedir (Hoehn-Saric, 1979).

Panik bozukluk, sosyal kaygı bozukluğu, agorafobi, agorafobi olan panik bozukluk, özgül fobiler ve yaygın anksiyete bozukluğu anksiyete bozuklukları içerisinde yer almaktadır. DSM-5'te, anksiyete bozuklukları grubu, önceki DSM versiyonunun yalnızca çocuklar için ayırdığı bir tanı olan ayrılık anksiyetesi bozukluğunu içerecek şekilde genişletilmiştir. DSM-5 ayrıca seçici mutizmi; çocukların özel sosyal durumlarda konuşmadaki başarısızlığını yeni bir terim olarak tanıtmaktadır. Anksiyete bozuklukları genellikle, majör depresyon, somatik semptom bozuklukları, kişilik bozuklukları ve madde bağımlılığı bozuklukları ile ortaya çıkmaktadır (Bandelow, Michaelis ve Wedekind, 2017).

İlk veya herhangi bir anksiyete bozukluğunun başlangıcı çocuklukta ortaya çıkmaktadır. Çalışmalar ayrılık anksiyetesi ve özgül fobi, vakaların %50'sinin sırasıyla 5 ve 8 yaşından önce ortaya çıktığı ve hemen hemen tüm vakaların ise 12 yaşına kadar ortaya çıktığı gerçeğini ortaya koymaktadır. Sosyal fobinin erken ergenlik döneminde başlangıç riski yüksektir, ardından agorafobi, panik bozukluk ve yaygın anksiyete bozukluğu, daha sonraki ergenlik döneminde ve erken yetişkinlikte temel başlangıç riskini ortaya çıkarmaktadır (Beesdo-Baum ve Knappe, 2012).

#### 1.2.1.1. DSM 5'e Göre Tanı Kriterleri

A. En az 6 ayın çoğunda, bir dizi olay veya faaliyetle ilgili (iş veya okul performansı gibi) aşırı kaygı ve endişe (endişeli beklenti) olmalıdır.

B. Birey, endişelerini kontrol etmekte zorlanmalıdır.

C. Kaygı ve endişe, aşağıda belirtilen altı semptomdan üçü veya daha fazlası ile ilişkili olmalı ve son 6 ayın çoğunda bulunmuş olmalıdır.

1. Huzursuzluk veya diken üstünde olma hali veya gerginlik

2. Kolayca yorulma

3. Konsantrasyonda güçlük veya zihnin boşalması

4. Kolay sinirlenme, sinirlilik hali

5. Kas gerginliği

6. Uyku bozukluğu (uykuya dalma veya uyuma güçlüğü veya huzursuz, tatmin edici olmayan uyku)

D. Kaygı, endişe veya fiziksel semptomlar, sosyal, mesleki veya diğer önemli işleyiş alanlarında klinik olarak önemli bir sıkıntıya veya bozulmaya neden olmalıdır.

E. Bu rahatsızlık, bir maddenin fizyolojik etkilerine (örneğin kötüye kullanılan bir ilaç veya madde) veya başka bir tıbbi duruma (örneğin hipertiroidi) atfedilemez olmalıdır.

F. Bu rahatsızlık, başka bir ruhsal bozuklukla daha iyi açıklanamaz olmalıdır (örneğin, panik bozukluğunda panik atak geçirme endişesi, sosyal kaygı bozukluğunda olumsuz değerlendirme, obsesif kompulsif bozuklukta bulaşma veya diğer takıntılar, ayrılma kaygısı bozukluğunda bağlanılan kişilerden ayrılma, travma sonrası stres bozukluğunda travmatik olayların hatırlatıcıları, anoreksiya nervozada kilo alma, somatik belirti bozukluğunda fiziksel şikayetler, vücut dismorfik bozuklukta algılanan görünüş kusurları, hastalık kaygısı bozukluğunda ciddi bir hastalık olması veya şizofreni veya sanrılı bozuklukta sanrı inançlarının içeriği) (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013).

### **1.2.2. Kaygı Tarihçesi**



Anksiyete kelimesi Latince'den türemiştir. Asıl olarak öfke kelimesinden ve daralmak anlamına gelen fiilden türemiştir. Fransız ve diğer Latin dillerinde ise anlamının acıdan geldiği söylenmektedir. Psikiyatri profesörü Joseph Lévy-Valensi, psikiyatri kitabında anksiyeteyi, karanlık ve üzücü bir beklenti duygusu olarak tanımlamıştır. Anksiyetenin, endişenin psikolojik ve bilişsel yönlerini içermekte olduğunu belirtmiştir. Hipokrat Külliyyatı ise öğrencileri tarafından Hipokrat adına yazılan ve atfedilen Yunan tıbbi metinleridir. Bu metinlerde bir hastadan bahsedilmiştir. Hastanın flüt sesinden etkilendiği ve her flüt sesi duyduğunda irkildiğini belirtmektedir. Bu tür belirtileri anlatan metinde tipik bir fobi vakası işlenmektedir. Cicero ve Seneca'nın tezleri gibi Latin Stoacı felsefi yazıları, anksiyetenin klinik özellikleri ve bilişsel tedavisi ile ilgili birçok modern görüşü ön plana çıkarmaktadır. Cicero, sorunlu bir zihin ile hastalıklı bir beden arasındaki benzerlik nedeniyle, acı, endişe ve kaygının bozukluklar olarak adlandırıldığını belirtmiştir. Ayrıca kaygılı etkinin üzüntüden farklı olduğunu belirtmekte, anksiyeteyi tıbbi bir hastalık olarak tanımlamaktadır. Başka bir yorumda Seneca tarafından çağdaşlarına kaygıdan nasıl kurtulacaklarını öğretmiştir. Seneca, ideal huzur durumunu, kişinin rahatsız hissetmediği bir iyilik hali olarak tanımlamaktadır. Seneca'ya göre, kaygısız olmamızı ve hayattan zevk almamızı engelleyen ise ölüm korkusudur. Kierkegaard ve Heidegger gibi varoluşçu filozoflarda, insanın varlığının sonlu olduğunu fark etmesinden dolayı ortaya çıkan kaygıdan bahsetmektedirler. Bu kaygıdan kurtulmak için de geleceği düşünüp bu durumdan endişelenmek yerine şu ana odaklanmanın doğru olacağını düşünmüşlerdir (Crocq, 2015).

### **1.2.3. Kaygı Risk Faktörleri**

Son 20 yılda kaygı bozukluklarının bilişsel modelleri geliştirilmektedir. Bazı bilişsel sistemlerin, anksiyete bozukluklarının etiyolojisinde veya sürmesinde rol aldığı gözlemlenmiştir. Bu sistemlerden biri olan anksiyete duyarlılığı ilk kez Reiss ve McNally (1985) tarafından tanımlanmıştır (Mantar, Yemez ve Alkın, 2011). Anksiyete bozukluklarının etiyolojisinin modern kavramsallaştırılması, çocukluk çağı sıkıntıları, stres veya travma gibi psikososyal faktörlerin etkileşimi ve nörobiyolojik ve nöropsikolojik işlev bozukluklarında kendini gösteren genetik yatkınlığı içermektedir (Bandelow ve ark., 2017).

Anksiyete diğerk psikiyatrik rahatsızlıklarla, özellikle duygudurum bozuklukları ile oldukça komorbid görülmektedir. Anksiyete bozuklukları, diyabet gibi tıbbi kronik bozukluklarla karşılaştırılabilecek önemli bir durumdur. Bu nedenle, etiyolojiler araştırmaların ana hedefi olmuştur ve olmaya devam etmektedir (Hettema, Neale ve Kendler, 2001).

Genetik faktörler, hasta geçmişi, koşullu tepkilerin ne kadar kolay elde edildiği, anksiyete duyarlılığı, sosyal destek, fizyolojik duyarlılık, işlevsiz bilişler gibi değişkenler anksiyete üzerinde etki yaratabilmektedir. şimdiye kadar, anksiyete bozukluklarının epidemiyolojik araştırması, genetik faktörlerin, davranışsal kaçınmanın, olumsuz yaşam olaylarının ve daha sonra anksiyete başlangıcında yetiştirilme şeklinin etkisini incelemeye odaklanmıştır. Bazı çalışmalar davranışsal kaçınmanın tüm anksiyete bozukluklarıyla ilişkili bir risk faktörü olduğunu göstermiştir. Çeşitli epidemiyolojik çalışmalarda ise, erken yaşamdaki şiddet deneyiminin yaşamın daha sonraki yılları için kaygı ile bağlantılı olduğunu göstermiştir. Ancak ebeveyn boşanması veya bir ebeveynin ölümu gibi diğerk stresli yaşam olaylarıyla ilgili verilerde tutarsızlığa rastlanmıştır. Yetiştirme şekli ve anksiyete bozuklukları arasındaki ilişki ile ilgili yapılan araştırmalar nispeten az olsa da şimdiye kadar yapılan araştırmalarda, sosyal fobi ebeveynlerin reddi ve aşırı koruma ile ilişkilendirilmiştir (Michael ve ark.,2007).

Anksiyete, bebeklik ve çocukluk döneminde zaten var olan ve belirtilerin hafiften şiddetliye doğru bir devamlılığa sahip olduğu temel bir duygudur. Çocukluktan ergenlik dönemine kadar geçen dönem, geçici semptomlardan kalıcı anksiyete bozukluklarına kadar değişebilen ilk anksiyete oluşumu için temel risk aşaması olarak görülmektedir. Ayrıca bu yaş aralığında risk faktörlerinin belirlenmesi ve anksiyete özelliklerinin tanınması erken tanı için büyük önem taşımaktadır (Beesdo-Baum ve Knappe, 2012).

Boylamsal çalışmalar, ergenlerde ve genç yetişkinlerde tedavi edilmemiş anksiyetenin alkol bağımlılığı, intihar eğilimi, hipertansiyon ve koroner kalp hastalığı gibi çeşitli davranışsal, zihinsel ve fiziksel komplikasyonlara yol açabileceğini göstermiştir ve tedavi edilmemiş anksiyete vakalarının, Amerika Birleşik Devletleri'ne

yılda yaklaşık 36,8 milyar dolara mal olan patolojik anksiyete bozukluklarına yol açtığı bildirilmiştir (Mahmoud, Staten, Lennie ve Hall, 2015).

#### **1.2.4. Kaygı Epidemiyolojisi**

Hastalıkların ve hastalıkların kişiler üzerinde dağılımının incelenmesi olan epidemiyoloji, hastalık ve hastalığın kavramsallaştırılmasını hem etkilemekte hem de bu durumdan etkilenmektedir. Epidemiyolojik çalışmalar, hastalıkların etiyojisi ve geçmişinin daha iyi anlaşılmasına katkıda bulunmakta ve hastalıkların tanımlamalarında değişikliklere yol açmaktadır.

1621'de Robert Burton, "Melankolinin Anatomisi" adlı kitabında sosyal olarak endişeli insanlarda anksiyete ataklarının belirtilerini anlatmıştır. Bu belirtileri soluk almada güçlük, kızarma, titreme, ani bir sıcaklığın vücuda yayılması şeklinde belirtmiştir. Ayrıca Burton, Hipokrat'ın kendi hastası ile ilgili yazdığı yazıları aktarmıştır. Hipokrat bu yazılarda sosyal kaygı bozukluğundan bahsetmiş ve kişinin toplum önünde rezil olacağına inandığı, herkesin onun konuşma ve mimiklerini izlediğini düşündüğü bir tutum içinde olduğunu anlatmıştır. Görüldüğü üzere yüzyıllar öncesinde de günümüzde tanımladığımız birçok rahatsızlık vardır. Bu tür patolojik kaygılar insanlarda her zaman mevcuttur, ancak modern zamanda toplumsal ve çevresel değişikliklerden dolayı arttığı düşünülmektedir (Bandelow ve Michaelis, 2015).

Anksiyete bozuklukları oldukça yaygındır; yaşam boyu yaygınlığın %25 kadar yüksek olduğu tahmin edilmektedir (Hettema ve ark., 2001; Michael, Zetsche ve Margraf, 2007). Epidemiyolojik araştırma sonuçları, anksiyete bozukluklarının Amerika Birleşik Devletleri'ndeki en yaygın psikolojik sağlık sorunlarından biri olduğunu göstermektedir (Lewinsohn, Gotlib, Lewinsohn, Seeley ve Allen, 1998). ABD nüfusu bağlamında ele alındığında, veriler 30 milyondan fazla Amerikalının anksiyete bozukluğundan muzdarip olduğunu göstermektedir (Leon, Portera ve Weissman, 1995).

Bir araştırmaya göre yaşam boyu yaygınlık oranları %13,6 ile %28,8 arasında değişmektedir. Bu bulgular, vaka tanımı, tanı araçları, yanıt oranları ve örneklem farklılıkları ve ayrıca genel yaygınlık oranının hesaplanmasına anksiyete

bozukluklarının farklı alt türlerinin dahil edildiği gerçeğini yansıtmaktadır. %5,6 ile %19,3 arasında değişen 12 aylık yaygınlık oranları biraz daha düşüktür, bu da etiyojinin her durumda olmasa da çoğu vakada kronik olduğunu göstermektedir (Michael ve ark., 2007).

Çalışmalar, anksiyete bozukluklarının kronik olduğunu, hastaların yıllarca veya on yıllar boyunca bu durumdan muzdarip olabileceğini göstermektedir. Bununla birlikte, bir anksiyete bozukluğunun hastanın hayatının geri kalanında kalıcı olarak devam ettiği anlamına gelmemektedir. Anksiyete bozuklukları, zirveye ulaşılan çocukluk, ergenlik veya erken yetişkinlikteki kadar görülmemekte, yaşla birlikte tekrar azalmaya eğilimli olmaktadır (Bandelow ve Michaelis, 2015). Genel olarak, anksiyete bozuklukları nispeten erken yaşlarda gelişmektedir. Vakaların %80-90'ında bozukluk 35 yaşından önce ortaya çıkar ve 10 ile 25 yaş arası anksiyete bozukluklarının gelişimi için yüksek riskli bir dönem gibi görülmektedir. Örneğin özgül ve sosyal fobiler genellikle çocuklukta veya erken ergenlik döneminde başlamakta ve genel olarak 20 yaşından önce ortaya çıktığı görülmektedir. Yaygın anksiyete bozukluğu, panik bozukluğu ve agorafobi tipik olarak geç ergenlik ve erken yetişkinlik döneminde gelişmekte; ortalama ilk ortaya çıkışı 25 ila 30 yaşları arasında olmaktadır. Yaygın anksiyete bozukluğu, yaşlılarda artan görülme sıklığı ile tek anksiyete bozukluğu olarak karşımıza çıkmaktadır (Michael ve ark., 2006).

Türkiye’de anksiyete bozuklukları için yapılmış olan epidemiyolojik araştırmalar oldukça azdır. Yapılan araştırmalarda hastaneye başvuran hastalar veya üniversite öğrencilerinden oluştuğu için sonuçların genellenebilir olması kısıtlı olmaktadır. Bu nedenle Türkiye’de anksiyete bozuklukları yaygınlığı için değerlendirme yapmak oldukça zordur. Kapsamlı ve geniş örneklem içeren araştırmalara ihtiyaç duyulmaktadır (Binbay ve ark.,2014).

### **1.2.5. Kaygı ile İlgili Araştırmalar**

Genç erişkinlerde anksiyeteyi değerlendiren araştırmacılar ilk olarak başa çıkma stratejilerine odaklanan davranışsal boyutunu; daha sonra sosyal destek faktörlerini ve yaşamdan memnuniyeti içeren psikososyal boyutu ve son olarak olumsuz düşünme ile ilgili bilişsel boyutu tipik olarak üç boyutta incelemişlerdir.

Ergenlikten yetişkinliğe geçişte genç yetişkinlerin (18-24 yaş) mesleki kimlik ve yakın ilişkiler kurmaktan oluşan iki ana hedefi vardır. Kariyer ve sosyal yaşamları ile ilgili olan hedeflere ulaşmalarında karşılına çıkan her engel, bu hedeflere ulaşmalarını geciktirdiğini düşündürmektedir. Hedeflerine ve bağımsızlıklarına ulaşmada yaşanan bu engeller, bu yaş grubunda kaygıya sebep olmaktadır. Eğitim ve ilişkileri için olan bu beklentiler yaşam doyumlarını azaltmakta ve sonuçta anksiyeteye neden olmaktadır (Mahmoud ve ark, 2015).

Kendini gerçekleştirme gibi üst düzey ihtiyaçlarını yüksek öğrenim yoluyla karşılamaya çalışan genç yetişkinler, ciddi yakın ilişkiler kurmayı geciktirme eğilimindedir. Bu, yalnızlık ve izolasyon yaşayan bekar genç yetişkinlerin yüzdesinde bir artışa neden olmakta ve bu da anksiyete riskini artırmaktadır. Bazı çalışmalar, yalnızlığın ve sosyal izolasyonun genç yetişkin üniversite öğrencileri arasında daha yüksek kaygı seviyeleri ile ilişkili olduğunu göstermektedir (Mahmoud ve ark, 2015).

Problem çözme gibi başa çıkma stratejilerinin anksiyetenin etkisini azalttığı veya nötralize ettiğini düşündürmekte ve psikolojik iyi oluşu arttırdığı görülmektedir. Kaçınma, kendini suçlama ve madde kullanımı gibi pasif başa çıkma stratejilerinin kullanılması ise tam tersi sonuçlara yol açmaktadır. Yaşlı yetişkinlere kıyasla, genç yetişkinler daha uyumsuz/pasif başa çıkma stratejileri kullanma eğilimindedir. Uyumsuz başa çıkma stratejilerinin daha sık kullanılması, bu popülasyonda daha yüksek kaygı seviyelerini öngörmektedir. Bu sebeple yaş ile uyumlu başa çıkma stratejilerinin daha çok geliştiği ve buna bağlı olarak kaygı seviyesinin azaldığı söylenmektedir. Uyumsuz başa çıkma stratejileri olumsuz düşünme ile etkileşim içindedir. Bu tür başa çıkma stratejilerine sahip olan kişilerin olumsuz düşünme eğiliminin daha çok olduğu görülmekte ve yine buna bağlı olarak kaygı seviyeleri yükselmektedir. Uyumsuz başa çıkma ve anksiyete ile ilişkili olabilecek faktörlerden bir diğeri ise cinsiyet olarak gözükmektedir. Bazı araştırmalar, genç yetişkinler arasında anksiyete düzeylerinde cinsiyet farklılıklarını ve kadınların, uyumsuz/pasif başa çıkma stratejilerini erkeklerden daha sık kullandıklarını belirlemişlerdir. Benzer şekilde, kadınların olumsuz düşünmede erkeklerden daha yüksek puan aldığı da tespit edilmiştir (Mahmoud ve ark, 2015).

Pek çok çalışmada, düşük sosyoekonomik durumun yüksek psikiyatrik bozukluk yaygınlığı ile ilişkili olduğu bildirilmiştir. Düşük sosyal konum daha fazla kaygıya sebep olduğu için, psikiyatrik bozukluklara neden olduğu düşünülmektedir. Çevre ve sosyal konumdan kaynaklanan bu durum kişinin kaygısının düzeyini belirlemektedir (Murphy ve ark., 1991). Yoksulluk ve düşük sosyoekonomik statü, eğitim, gelir dağılımı, sağlık durumu ve sağlık hizmeti kullanımı dahil olmak üzere yaşamın birçok yönünü etkilemektedir. Sağlıkta sosyal eşitsizliklerin boyutları genellikle sosyoekonomik durum göstergeleri veya bir bireyin işgücü piyasasındaki konumu, eğitim seviyesi, geliri veya maddi mülkleri dahil olmak üzere çeşitli göstergeler hesaplanarak belirlenmektedir (Cheng, Zhang ve Ding, 2015; Kessler ve ark., 1994; Michael ve ark., 2007). Ayrıca işsizlik, ev hanımı olmak veya mesleğinin olmaması yüksek anksiyete yaygınlığı ile ilişkilendirilmektedir. Bunlara bağlı olarak düşük eğitim düzeyi de yüksek anksiyete yaygınlığı ile ilişkili görülmektedir (Michael ve ark., 2007).

Bir araştırma, yaygın anksiyete bozukluğu olan eşlerin, yaygın anksiyete bozukluğu olmayan eşlerden önemli ölçüde daha yüksek düzeyde evlilik sıkıntısı bildirdiğini gözlemlemiştir. Büyük epidemiyolojik örnekler kullanan önceki çalışmalar, hiç evlenmemiş, evli ve daha önce evli olan yaygın anksiyete bozukluğu veya psikiyatrik bozukluklar ile ilk evliliğin olasılığı ve zamanlaması arasındaki ilişkileri bildirerek bu konuyla ilgili bazı bilgiler sağlamıştır (Yoon ve Zinbarg, 2007). Yapılan bir çalışmaya göre evli katılımcılar, dul, boşanmış veya evli olmayanlara göre daha düşük anksiyete yaygınlığına sahiptir. Anksiyete bozukluğu olan kişilerin romantik bir ilişki kurmada ve / veya sürdürmede zorluk yaşadıkları düşünülmektedir ve bir ilişkinin kaybedilmesi kaygı için bir risk faktörü gibi görünmektedir (Michael ve ark., 2007).

Kadına yönelik en yaygın şiddet eş veya partner tarafından işlenmektedir. Yakın partner şiddetini fiziksel yaralanma, psikolojik taciz, cinsel saldırı, ilerici sosyal izolasyon, taciz, yoksunluk, gözdağı ve tehditleri içerebilen saldırgan ve zorlayıcı bir davranış modeli olarak tanımlanmıştır. Yapılan araştırmalarda partner şiddetinden etkilenen kadınların, etkilenmemiş kadınlara kıyasla daha fazla depresyon, korku, anksiyete ve intihar düşüncesi semptomları bildirdiklerini görülmüştür. İstismar

yaşamak, evlilik içi şiddet; aile veya ilişki düzeyindeki faktörler arasında alkol tüketimi ve gelir üzerinde kötü kontrolün etkisiyle aile çatışması; yoksulluk, işsizlik, kadının arkadaşlarından ve aileden zorla izolasyonu, ataerkil toplumlar ve egemenlik ve saldırganlıkla ilişkili erkeklik idealleri bu şiddet içerisinde yer almaktadır. Yakın partner şiddetini deneyimleyen kişilerin psikolojik sağlık raporlarına göre depresyon, anksiyete ve travma sonrası stres bozukluğu yaşadıkları sonucu ortaya çıkmıştır (Mapayi ve ark., 2013).

Çoğu epidemiyolojik çalışma, çocukluktaki ebeveyn kaybı, ebeveyn boşanması, fiziksel ve cinsel istismar gibi olumsuz deneyimler ve anksiyete bozuklukları dahil hemen hemen bütün psikolojik sağlık bozuklukları arasında ilişki bulmaktadır. Yapılan bir araştırmada, kayıp olayları, ebeveyn psikopatolojileri, kişilerarası travmalar ve ardından anksiyete bozuklukları, duygudurum bozuklukları, bağımlılık bozuklukları ve eyleme dönüş bozuklukları dahil olmak üzere geriye dönük olarak bildirilen çocukluk sıkıntıları arasında yetişkin ilişkileriyle ilgili bağlantı bulunmuştur (Kessler, Davis ve Kendler, 1997). Negatif yaşam olayları, depresif bozukluklar için sürekli olarak risk faktörleri olarak kanıtlanmıştır, ancak birkaç çalışma da anksiyete bozuklukları ile ilişkilendirmeler bulunmuştur (Beesdo-Baum ve Knappe, 2012).

Pek çok ülkede, psikiyatrik bozukluk oranlarının kentsel alanlarda kırsal alanlara göre daha yüksek olma eğiliminde olduğu görülmüştür. Son 20 yıldaki kentsel-kırsal nüfus araştırmalarına ilişkin son çalışmalarda, genel olarak psikiyatrik bozukluk oranları ve kentsel alanlarda duygudurum, anksiyete ve madde kullanım bozuklukları oranları daha yüksek bulunmuştur. Yapılan bir araştırmada anksiyete bozuklukları kategorilerinin yaygınlığı da önemli bir kentsel-kırsal eğilim göstermiştir (Peen ve ark., 2007).

Ayrıca işyerinin anksiyete problemlerinin ve bozukluklarının gelişiminde önemli bir rolü olabileceğine dair araştırmalar vardır. Bunlar, mobbing, iş stresi, tükenmişlik veya iş yükü gibi başlıklar altında tartışılmaktadır. İşle ilgili kaygılar, iş, çalışma koşulları veya meslektaşlar ve üstler ile ilgili olarak yetersizlik korkusu, sosyal kaygı, yaygın anksiyeteyi ortaya çıkabilmektedir. Çalışma ortamı ve anksiyete

ilişkinini ölçmek amacı ile yapılan bir araştırmada katılımcıların %67,4'ü işle ilgili kaygıları olduğunu bildirmiş, cinsiyet olarak bakıldığında kadın katılımcıların %71'i ve erkek katılımcıların %54'ü işle ilgili kaygıları olduğunu bildirmiştir. En sık karşılaşılan anksiyete bozuklukları ise durumsal işyeri fobisi (%53,8), ardından genel kaygılar (%39,4), sosyal fobi (%34,1), panik bozukluk (%20,5) ve travma sonrası stres bozukluğu (%1,5) bulunmuştur (Linden ve Muschalla, 2007).

### **1.2.6. Kadın ve Kaygı**

Psikiyatrik epidemiyolojide en yaygın olarak belgelenmiş bulgulardan biri, kadınların yaşam boyu anksiyete bozukluğu geliştirme olasılığının erkeklerden önemli ölçüde daha yüksek olmasıdır (Lader 1985, Bandelow ve ark. 2017; Michael ve ark., 2007; McLean, Asnaani, Litz ve Hofmann, 2011). Hatta anksiyete bozukluklarının tüm kategorilerinde yaklaşık iki katı yüksek orana sahip oldukları görülmektedir (Leon ve ark., 1995; Oakley-Browne, 1991). Cinsiyet farklılıklarının erken çocukluk döneminde ortaya çıkabileceği ve yaşla birlikte artabileceği tahmin edilmektedir (Beesdo-Baum ve Knappe, 2012; Morphy ve ark., 1991). Özellikle cinsiyetler arasındaki farklılıklar özgül fobiler ve agorafobide belirgindir (Michael ve ark., 2007). Erkeklerde özgül fobi için daha erken başlangıç görülür iken kadınlarda yaygın anksiyete bozukluğu için daha erken başlangıç olduğu görülmektedir (Beesdo-Baum ve Knappe, 2012). 1990'dan 1992'ye kadar yürütülen ulusal komorbidite araştırması sonucu, herhangi bir anksiyete bozukluğunun yaşam boyu yaygınlık oranlarının kadınlar için %30,5 ve erkekler için %19,2 olduğunu bulmuştur. Ayrıca panik bozukluğu (%5,0-%2,0), agorafobi (%7,0-%3,5), özgül fobi (%15,7-%6,7), sosyal fobi (%15,5-%11,1), yaygın anksiyete bozukluğu (%6,6-%3,6) olmak üzere incelenen her anksiyete bozukluğu için kadınlarda yaygınlık oranlarının erkeklerden daha yüksek olduğu görülmüştür (McLean ve ark., 2011).

Anksiyete bozukluklarının yaygınlık oranlarında görülen büyük ve tutarlı cinsiyet etkilerine rağmen, cinsiyetin başlangıç yaşı, hastalık süresi ve komorbidite örüntüleri gibi temel epidemiyolojik parametreleri nasıl etkilediği hakkında daha az şey bilinmektedir. Çünkü çok az epidemiyolojik çalışma, anksiyete bozukluklarında bu parametrelerde cinsiyet etkilerini incelemiştir. Cinsiyet başlangıcı yaşı saptamak



adına yapılan araştırmalar sonuncunda çocuklar arasında, kızların herhangi bir anksiyete bozukluğu yaşama olasılığı erkeklerden daha yüksek olduğu bulunmuştur. Örneğin, ergenlerden oluşan bir topluluk örneğinde, kızların bir anksiyete bozukluğuna sahip olma ihtimalinin erkeklerden daha yüksek olduğu görölmektedir. Erken çocukluk dönemi, kızlar arasında aşırı kaygıya karşı artan bir savunmasızlık dönemi gibi görönmektedir. Altı yaşına gelindiğinde, kızların ergenlik dönemine kadar devam eden anksiyete bozukluğu yaşama olasılığının erkeklerden iki kat daha fazla olduğu bildirilmiştir. Ergen kızların, ergen erkeklerden altı kat daha fazla endişe, ayrılık kaygısı ve yaygın anksiyete bozukluğu geliştirme olasılığı olduğu görölmektedir (Craske, 2003; McLean ve Anderson, 2009).

Anksiyete bozuklukları arasında cinsiyete ek olarak anksiyete bozuklukları içinde de kroniklik, semptomoloji ve komorbidite örüntüleri açısından farklılıklar vardır. Panik ataklar erkekler ve kadınlar arasında eşit oranlarda yaşanmakta, ancak nefes darlığı, bayılma ve boğulma hissi gibi bazı panik atak semptomları, kadınlar arasında erkeklerden daha yaygın olarak birincil panik semptomları olarak tanımlanmaktadır. Elbette panik bozukluğu kadınlarda erkeklerden daha kroniktir ve yaygın anksiyete bozukluğu ve agorafobi ile bir arada bulunma olasılığının daha yüksek olması beklenmektedir. Bununla birlikte, en çarpıcı cinsiyet farkı, kadınların en yüksek agorafobi seviyeleri içinde agorafobik kaçınma düzeylerinde gözlenmektedir (McLean ve Anderson, 2009).

Kadınların travma yaşama olasılıkları erkeklerden fazladır. Örneğin tecavüz, istismar, şiddet gibi olayların kadınlar üzerinde travmaya sebep olma olasılığı erkeklere göre daha yüksektir. Bu tür travmalar kişilerde çeşitli anksiyete bozukluklarına yol açmaktadır. Kadınların karşılaştıkları problemlere karşı duygu odaklı baş etme stratejileri geliştirdikleri düşünölmektedir. Bu sebeple sıkıntının azalması daha zor olmaktadır. Stresli durumlarda duygu odaklı baş etme stratejilerini kullanan kadınların, daha fazla ruminasyonlarının olduğu araştırmalarca görölmüştür. Ruminasyonun neden olduğu kaygı bu durum itibari ile kadınlarda daha fazladır. Ayrıca evrimsel bakış açısıyla bakıldığında kadınlar erkeklerle karşılaştırıldığında, kadınların tehlike olasılığını abartması, tehdide karşı uyanıklık azlığı, zarar beklemesi ve zayıf başa çıkma yeteneğine sahip olması olasıdır. Yetişkinlikte, kadınlar hayatları

üzerinde erkeklerden daha düşük bir kişisel kontrol duygusu bildirmektedir. Bu nedenle, daha zayıf bir öngörülebilirlik ve kontrol edilebilirlik temeli bağlamında daha az başa çıkma fırsatına sahiptirler. Kişinin potansiyel tehditle başa çıkma becerisindeki öz-yeterlik, kaçınma davranışının güçlü bir göstergesidir. Klinik olmayan örnekler arasında yapılan araştırmalarda, kadınların erkeklerden daha düşük öz-yeterlik bildirme eğiliminde olduğu görülmektedir. Bu yüzden kaçınma davranışlarının daha çok olduğu düşünülmektedir. Endişe, kaygının belirsizlik koşulları altında ortaya çıkan ve dikkati tehdiye odaklayan bilişsel bir bileşendir. Araştırmalar gösteriyor ki, yetişkin kişiler tarafından bildirilen endişelerin çoğu kadınlardan oluşmaktadır (Craske, 2003; McLean ve Anderson, 2009).

Ek olarak sıklıkla evliliğin erkeklerin psikolojik sağlığına kadınlardan daha faydalı olduğu iddia edilmektedir. Araştırmalar, evlilik sıkıntısının hem erkekler hem de kadınlar için anksiyete ve duygudurum bozuklukları için bir risk faktörü olduğunu, ancak kadınların evlilikte sıkıntı yaşama olasılığının daha yüksek olduğunu göstermiştir. Evlilikteki problemlerin, evli kadınlar arasında evli erkeklere göre daha yüksek depresyon veya anksiyete oluşturduğu görülmektedir (Scott ve ark., 2010).

### **1.2.7. Kaygı ve Yaşam Doyumu**

Depresyon ve anksiyete doğrudan stres faktörlerinden kaynaklanmaz; daha ziyade, bir bireyin bu stresörlere karşı algısı ve tepkisinden kaynaklanan bir durumdur (Mahmoud, Staten, Hall ve Lennie, 2012). Depresif bozukluk veya anksiyete bozukluğu gibi bazı psikolojik bozuklukların yaşam doyumunu olumsuz yönde etkilediği de iyi bilinmektedir. Bir çalışma, yaşam kalitesinin anksiyete ve depresif bozukluk komorbiditesinden etkilenip etkilenmediğini ve nasıl etkilendiğini araştırmıştır. Bulgular, anksiyete bozukluğu olan hastaların klinik olmayan katılımcılara göre daha düşük yaşam doyumunu bildirdiğini göstermiştir. Ayrıca, anksiyete bozukluğu ve depresif bozukluğun bir arada görüldüğü kişiler, tek başına anksiyete bozukluğu olan kişilerden daha az yaşam doyumunu bildirdikleri görülmüştür. Bu sebeple olumsuz duyguların büyük payına sahip olan psikolojik bozukluklar, anksiyete ve depresyon, yaşam doyumunun nispeten yüksek bir oranını belirlemektedir (Daig, Herschbach, Lehmann, Knoll ve Decker, 2009). Genel olarak

yordayıcı değişkenler ile yaşam doyumu arasındaki ilişkilerden elde edilen sonuçlar, yaşam doyumu ile depresyon ve anksiyete arasında doğrudan ve olumsuz bir ilişki olduğunu göstermektedir. Buna göre hem anksiyete hem de depresyon yaşam doyumunu birlikte etkilemektedir. Anksiyete ve depresyonun yüksek olması, düşük yaşam doyumunu, düşük olması ise yüksek yaşam doyumunu göstermektedir (Serin, Serin ve Özbaş, 2010).

Yaygın anksiyete bozukluğu olan kişiler, ancak eşlik eden bozuklukları olmayan birinci basamak hastaları, bozukluğu olmayan bireylere kıyasla, azalmış fiziksel ve sosyal işlevsellik, artmış fiziksel rol / mesleki sınırlamalar ve duygusal problemler, azalmış enerji seviyeleri ve genel sağlık algıları bildirmişlerdir. Daha önce gözden geçirilen bulgularla tutarlı olarak, bozukluğun bireyin iş, eş, ebeveyn ve özerk birey gibi rolleri yerine getirme yeteneği üzerindeki olumsuz etkisi olarak kavramsallaştırılmıştır. Aksine, yaşam kalitesi tipik olarak bir bireyin kendi yaşamıyla ilgili öznel tatmin duygusu olarak kavramsallaştırılmaktadır (Henning, Turk, Mennin, Fresco ve Heimberg, 2007). Stein ve Heimberg (2004), yaygın anksiyete bozukluğunun, kişilerin genel iyi oluşları ve mevcut aile yaşamlarında daha düşük memnuniyet bildirme olasılığına yol açtığını belirtmişlerdir.

Ayrıca yapılan bir araştırma farkındalığın iyi oluşu arttırdığı ve daha düşük seviyelerde negatif psikolojik semptomlarla da ilgili olduğunu göstermiştir. Yargılamadan her deneyimin daha bilinçli farkında olmanın, olumsuz psikolojik semptomların etkilerini sınırlamaya yardımcı olabileceğini bildirmiştir. Bu sebeple daha yüksek farkındalık seviyelerinin, depresyon, anksiyete ve stresin azalmasında rol oynayacağını belirtmiştir (Whitehead, Bates, Elphinstone, Yang ve Murray, 2019).

### 1.3. STRES

#### 1.3.1. Stresin Tanımı

Stres, birçok farklı insan tarafından birçok şekilde tanımlanmıştır. Antropologların, tıp uzmanlarının, psikologların, sosyal bilimcilerin ve hatta zoologların ilgisini çeken bir konu olmuştur. Ancak hayatın kendisi gibi stresi de kesin terimlerle tanımlamak kolay değildir.

17. yüzyılda dert, bela, felaket anlamlarına gelen stres, daha sonraki yüzyıllarda güçlük, zorluk şeklinde tanımlanmıştır (Güçlü, 2001). 1920'lerin ve 1930'ların Amerikan ve Avrupa tıbbı 'stres' terimini vücut sistemleri üzerindeki çevresel baskı anlamında kullanılmaktadır (Viner, 1999). Görüldüğü gibi stres yıllardır var olan ve bugün hala dünyada her yerde bulunan ve kabul gören bir terimdir. Günümüzde bilgi ve iletişimdeki görülen artış, ekonomik mücadeleler, hızlı teknolojik ilerlemeler stresi oluştururken, hepimizi stresin sağlığını ve mutluluğumuz üzerindeki etkilerine karşı savunmasız bırakmaktadır.

Stresin fiziksel, sosyal, psikolojik ve çevresel bazı semptomları vardır. Baş ağrısı ve migren, kas gerginliği, iştahsızlık, hazımsızlık veya reflü, mide ağrıları, aktif olmak istememe, kazaya meyilli olma, kilo alma, kilo kaybı, nefes darlığı, bitkinlik, çok uyku, uykuya dalmada güçlük, yüksek tansiyon, soğuk eller, göğüs ağrısı, cinsel isteksizlik, titreme, ishal, kabızlık, hızlı kalp atışı, uyuşukluk, rahatsız edici rüyalar veya kabuslar, yeni ağrılar veya sancılar, soğuk algınlığından kurtulamama, aşırı yemek yeme, çene ağrısı veya diş sıkma gibi görülen çeşitli semptomlar stresin neden olduğu yaygın fiziksel semptomlardır. Stresli anılar hakkında ruminasyon, savunma hissi, huysuzluk, hatırlamakta zorluk çekme, donma veya bilgi alamama, bazı durumlarda gülmeme veya mizah görmeme, ağlama nöbetleri, ses tonunda değişiklik, hızlı öfkelenme, uçuşan düşünceler, sürekli olumsuz kendi kendine konuşma, olumsuz duygudurum, uyuşma hissi de stresin duygusal semptomlarıdır. Sınav kaygısı, toplum önünde konuşma kaygısı, odaklanma zorluğu, öncelik verememe, erteleme, mazeret uydurma, suçlama, boşluğa bakma, motivasyon eksikliği, irrasyonel düşünceler stresin düşünsel semptomlarıdır. Utangaçlık, saldırganlık, şiddete başvurma, bir sohbeti takip etmede güçlük çekme, cinsel istek azalması, organize olamama, kafa karışıklığı, yalnızlık, izolasyon arama, pasiflik, unutkanlık, karamsarlık, başkalarını kullanma ise stresin sosyal semptomlarıdır. Umutsuz ya da çaresiz hissetmek, güçsüz hissetmek, geleceğin vizyon eksikliği, eskiden motive eden ya da keyif veren şeylere karşı ilgi eksikliği, dış memnuniyete odaklanmak ise psikolojik semptomlardır. Son olarak, işitme kaybı, göz yorgunluğu, baş ağrısı, sırt ağrısı, astım ve solunum problemleri, düzensizlik, dağınıklık, güvensiz ve sağlıksız yaşam koşulları, aşırı harcama, borç gibi

semptomlar ise stresin çevresel semptomlarıdır (Tummers, 2013). Görüldüğü üzere semptomların çoğu anksiyete, depresyon ve somatik semptomlarla ilişkilidir.

Stresli deneyimler, stresli yaşam olayları alanıyla sınırlı değildir, aynı zamanda bazı araştırmalarda kronik stresörler veya uzun süre devam etme eğiliminde olan stresörler olarak adlandırıldığı günlük yaşamın devam eden ve zor koşullarını da içermektedir (Matud, Ibañez, Bethencourt, Marrero ve Carballeira, 2003). Kişinin istenmeyen olarak yorumladığı yaşam olaylarının meydana gelmesi de stresi tanımlayabilmektedir. Aslında stresi, bireylerin fizyolojisi, duyguları ve bilişlerinin istikrarını sağlayan mekanizmayı bozan yaşam olayları olarak görülmektedir. Nitekim klasik stres tanımı olarak, bu tür olaylar, kişinin rutininde veya alışılmış işleyişinde bir kesintiye neden oluyorsa kişinin adaptif yeteneği üzerinde bir gerilim ortaya çıkarmakta, bu gerilim ise stresi temsil etmektedir. Dolayısıyla stres, sistemin fizyolojik ve psikolojik homeostazına (dengesine) müdahale eden faktörleri yansıtmaktadır. Bu tanımlar gereği stres her ne kadar dışarıdan belirlenen bir süreç gibi görünse de bazen içsel faktörlere bağlı da olabilmektedir. Bazı araştırmalar, stresli olaylar kişilerin başına gelse de bireylerin kendi eylemlerinin de etkili olduğunu savunmuştur. Örneğin, sosyal beceri eksiklikleri olan bir kişi, tanıdıkları, arkadaşları veya partneri ile çalkantılı bir ilişki kurmakta ve bu da strese neden olabilmektedir. Bütün bunlara ek olarak, kişinin stresli olayları nasıl algıladığı ve nasıl bir değerlendirme sürecinden geçirdiği de bu noktada önem taşımaktadır. Aslında stres, kişilerin olayları değerlendirmesinden bağımsız ifade edilememektedir. Evrensel olarak stresli olarak değerlendirilen birçok olay olsa da (örneğin sevilen bir kişinin kaybı), bu durumlarda bile bireysel farklılıklar, algı farkları ve deneyimlenen stres dereceleri değişmektedir. Bazı durumlarda, bazı kişiler tarafından stresli olarak algılanan olaylar, diğerleri tarafından stresli algılanamamakta veya en azından asgari düzeyde stresli olarak algılanabilmekte ve deneyimlenebilmektedir. Görüldüğü üzere, stresin belirlenmesini ve derecesini birçok başka faktör etkileyebilmektedir (Hankin ve Abela, 2005).

Dönemin kullanımına uygun olarak Selye (1959), spesifik olmayan reaksiyonuna neden olan zararlı maddeleri adlandırmak için 'stres' terimini kullanmıştır. Bununla birlikte, 1930'ların sonundaki daha fazla laboratuvar çalışması

ile, stresin çevreye yanıt olarak bir organik sistem tarafından başarılı veya başarısız adaptasyon ile hastalığa veya sağlığa sebep olması ortaya çıkmıştır. Selye, bir organizmanın çevreye uyum sağlama ve tepki verme durumunu, genel uyum sendromu olarak adlandırmıştır (Viner, 1999). Bununla birlikte, stresin, biyolojik bir sistemdeki spesifik olmayan tüm değişikliklerden oluşan belirli bir sendromla ortaya çıkan bir durum olduğu söylenebilir. Bu nedenle stresin kendine özgü bir ifade biçimi (genel uyum sendromunun çeşitli morfolojik, biyokimyasal ve işlevsel tezahürleri) vardır, ancak belirli bir nedeni yoktur. Esasen stres, biyolojik bir sistemdeki aşınma ve yıpranma oranının bir sonucudur. Her türlü fizyolojik aktivite (hareket, kalp atışı, solunum, salgı bezi salgısı) bir miktar yıpranmaya neden olduğundan, canlılarda stresten tam bir özgürlük asla gerçekleşmez (Selye, 1959).

Stresin farklı koşullar altında farklı insanlar için farklı anlamları vardır. Stres, bireyler arasında bireysel savunmasızlığa ve dayanıklılığa bağlı olarak ve farklı görev türleri arasında değişen oldukça kişiselleştirilmiş bir olgudur. Birçok insan durumuna uyan tanımı dikkate almaktadır. Bireyin kontrol edemediği, kendi isteği dışında endişe duyacağı bir durum hissetmesi durumudur. Örneğin kimi için yoğun bir trafikte beklemek, kimi için ödenmemiş faturalar stres yaratmaktadır. Aynı zamanda stres bazen korku bazen de endişe duygularına yol açmaktadır. Stresin büyüklüğü ve fizyolojik sonuçları, bireyin stresle başa çıkma yeteneklerinin algılanmasından etkilenmektedir (Fink, 2016).

### **1.3.2. Stresin Kaynakları**

Sosyal stres kaynakları, toplumların sınırlarına, yapılarına ve kültürlerine göre izlenmektedir. Bununla birlikte, bireysel stres deneyimi, aykırılıkların ortaya çıkması ve nispeten sürekli sorunların varlığı gibi bu iki geniş koşuldan kaynaklanmaktadır. Bunlardan, yaşam olaylarının incelenmesi muhtemelen son yıllarda çok daha fazla dikkat çekmektedir. Araştırmalar, organizmanın doğal durumunu, barındırdığı birçok iç ve dış güç arasındaki denge olarak görmüşlerdir. Organizmanın bir bölümünde bir değişiklik meydana geldiğinde, diğer parçalar arasında bir dengesizlik oluştuğu düşünülmektedir. Bu da sistemin bir homeostazi yeniden kurmak için mücadele ettiği bir yeniden ayarlama dönemini akıllara getirmektedir. Yeniden ayarlama mücadelesi

yıpratıcı ve yorucu olmakta ve bu koşullar altında organizma strese ve onun fiziksel ve psikolojik sonuçlarına karşı son derece savunmasız hale gelmektedir. Kısacası stresin değişimden kaynaklanan bir durumun homeostazını yeniden kurma mücadelesinin sonucu olduğu söylenmektedir (Pearlin, Menaghan, Lieberman ve Mullan, 1981).

Küçük olayların veya sıkıntıların birikmesi başka bir tür stresi temsil etmektedir. Düşük anne eğitim durumu veya bir etnik azınlık grubuna üyelik gibi değişkenler stresli yaşam koşullarını yansıtabileceğinden, sosyoekonomik faktörler de strese dahil edilmiştir (Hankin ve Abela, 2005).

İnsanlar, tipik olarak bildirdiği stresörler sayısı ve şiddeti açısından birbirinden farklıdır. Bu stres faktörleri, hoş olmayan sosyal karşılaşmalar veya beklenmedik çalışma süreleri gibi günlük yaşamı bozan küçük olayları ifade etmektedir. Çevresel faktörler kuşkusuz güçlü bir rol oynamaktadır, ancak günlük stres faktörlerinin deneyim ve algılardaki farklılıklara göre değişebileceği düşünülmektedir. Yaşam deneyimlerinin kısmen kalıtsal olduğu fikri, günlük stresörler bağlamında incelenmemiştir, ancak büyük yaşam olaylarıyla ilgili olarak incelenmiştir. Önemli olaylar, bir aile üyesinin ölümü, iş kaybı veya boşanma gibi nadir fakat önemli olayları içermektedir. Bu nedenle, büyük bir olaya karşı savunmasızlığı artıran aynı faktörler, günlük stres faktörlerine karşı savunmasızlığı da arttırmaktadır. Hem genetik hem de çevresel etkiler, yaşam olaylarının sayısındaki bireysel farklılıkları açıklamak için gereklidir (Charles ve Almeida, 2007).

Nevrotiklik, başlangıçta sinir sistemi aktivitesini değerlendirme ile kavramsallaştırılmıştır ve yüksek düzeyde nevroitiklik, kolayca bozulabilen ve fizyolojik dengesizlikle karakterize edilen bir sinir sistemini göstermektedir. Daha yüksek düzeyde nevroitiklik, daha fazla sayıda olumsuz yaşam olayı ile ilişkilendirilmektedir. Benzer şekilde, daha yüksek nevroitiklik, daha fazla miktarda strese maruz kalma ve strese tepki verme ile ilgilidir (Mroczek ve Almeida, 2004).

Davranışsal genetikçiler, bireylerin genetik eğilimler temelinde çevrelerini buldukları veya yarattıklarını kabul etmişlerdir. Bununla birlikte, çok az sayıda araştırmacı, günlük stres faktörlerine maruz kalmadaki farklılıklar da dahil olmak

üzere, çeşitli ortam türlerine maruz kalmadaki bu bireysel farklılıklardan sorumlu olan genetik temelli mekanizmaları tartışmıştır. Bilim adamları, düzensiz, kışkırtıcı ve genellikle uyumsuz davranışlar gibi günlük küçük ama stresli olayların meydana gelmesinden kişisel faktörlerin sorumlu olabileceğini kabul etmektedir, ancak bugüne kadar bu olayların kalıtsallığı incelenmemiştir. Dahası, stres etkeni oluşumu ile olası biyolojik kökenler arasındaki ilişki hem genetik hem de çevresel etkilerden etkilenen bir özellik olan nevrozluğa odaklanan yalnızca birkaç çalışmada incelenmiştir. Daha yüksek düzeyde nevrozlu olan insanların, daha sık günlük stres yaşadıklarını bildirdikleri gözlemlenmiştir (Charles ve Almeida, 2007).

Kişinin günlük yaşam stresörlerini nasıl değerlendirdiği, iyi oluşla ilişkilidir ve bazen gerçek stresör oluşumundan daha güçlü bir belirleyicidir. Araştırmacılar hem doğuştan gelen mizacın hem de çevrenin bu değerlendirmeleri şekillendirdiğini öne sürmektedirler. Çocukluğun, bir kişinin en önemli ve istikrarlı inançlarının kurulduğu biçimlendirici yılları oluşturduğu bilinmektedir. Kişilerin bir olaya verdikleri tepkiler, ebeveynlerinin bu olaylara yönelik değerlendirmelerini modellemeleri ve bu durumun etkilerinden oluşmaktadır. Çocuklar günlük stresörlere nasıl tepki vereceğini ebeveynlerini modelleyerek öğrenmektedirler. Bu nedenlerden dolayı, genetik ve çevresel etkiler, günlük stresörlerin algılanan şiddetinde bir değişikliğe katkıda bulunacaktır (Charles ve Almeida, 2007).

### **1.3.3. Stres ile İlgili Araştırmalar**

Stres, Dünya Sağlık Örgütü tarafından "21. Yüzyılın Sağlık Salgını" olarak adlandırılmıştır ve Amerikan şirketlerine yılda 300 milyar dolara mal olduğu tahmin edilmektedir. Stresin duygusal ve fiziksel sağlığımız üzerindeki etkisi yıkıcı olmaktadır. Yakın tarihli bir ABD araştırmasında, bireylerin %50'den fazlası stresin iş üretkenliğini olumsuz etkilediği görülmektedir. 1983 ile 2009 arasında, Amerika Birleşik Devletleri'ndeki tüm demografik gruplar arasında stres seviyeleri %10-30 artmıştır (Fink, 2016).

Çok sayıda araştırma, iş stresinin Amerikalı yetişkinler için en büyük stres kaynağı olduğunu ve son on yılda giderek arttığını göstermektedir. Kontrolün az olduğu iş stresi seviyeleri, artan kalp krizi, hipertansiyon, obezite, bağımlılık,



anksiyete, depresyon ve diğ er rahatsızlık oranları ile ilişkili oldu ğ u gösterilmiştir. New York, Los Angeles ve diğ er belediyelerde, iş stresi ile kalp krizi arasındaki ilişki kabul edilir hale gelmiştir. İş stresinin ciddiyeti, taleplerin büyüklüğüne ve bireyin stresle baş a çıkma konusundaki kontrol hissine veya karar verme serbestliğine bağ lanmaktadır (Fink, 2016).

Elbette stres iş yeriyle sınırlı değildir. Stresin, vücudun ço ğ u organ sisteminde hastalıkların nedeni ve / veya ş iddetlenmesindeki olası rolü üzerine geniş bir literatür vardır. Anksiyete ile ayrılmaz bir şekilde bağ lantılı olan stres, fobiler, majör depresyon ve bipolar bozukluk dahil olmak üzere zihinsel bozukluklarda önemli bir rol oynamaktadır. Örneğ in stres ve anksiyete, ş izofreniyi ş iddetlendirmekte ve ş izofreni hastaları genellikle stresle baş etmede zorluklar yaşamaktadırlar. Sonuç olarak, yaşam tarzı modellerinde strese neden olan de ğ iş iklikler, akıl sağ lığı üzerinde önemli bir yük oluşturmaktadır (Fink, 2016).

Olumsuz veya stresli yaşam olayları ile psikolojik ve fiziksel sağ lık arasındaki bağ lantı iyi bir şekilde kurulmuştur ve birçok ç alışma, stresli yaşam olaylarının olumsuz sağ lık durumuna ve psikolojik iş lev bozukluğ una yol açtığını bildirmektedir. Kessler, Price ve Wortman (1985), yaşam stresinin psikolojik ve fiziksel sağ lık üzerinde yalnızca küçük bir doğ rudan etkisini rapor ederken, diğ erleri önemli bir doğ rudan etki bulmuştur. Bu farklılıklara rağmen, bazı bireylerin fiziksel veya psikolojik sağ lıkları bozulmadan yüksek düzeyde yaşam stresi yaşadıkları da açıktır. Bu konuda birçok araştırma, güçlüklerle başarılı bir şekilde ilişki kurmanın, bireyleri hassaslaştırmaktan ziyade ç elik gibi dayanıklı hale getirdiğ i belirtilmiştir. Ayrıca artan stres seviyelerinin, dayanıklılık için artan fırsatlarla ilişkili oldu ğ u gözlemlenmektedir (Beasley, Thompson ve Davidson, 2003). Yaşam stresi ölçümlerinde oldu ğ u gibi, psikolojik ve fiziksel sağ lığı ölçmek için bir dizi farklı yöntem kullanılmıştır. Sıkıntı; depresyon, anksiyete ve olumsuz duygulanım ölçütleri olarak, iyilik hali ise mutluluk, yaşam doyumu ve olumlu duygulanım ölçekleri olarak iş levselleştirilmektedir. Araştırmacılar psikolojik ve somatik sıkıntı ölçütlerinden yararlanmakta ve anksiyete, depresyon ve somatik belirtilerin ölçülmesinin psikolojik ve fiziksel sağ lığın de ğ erlendirilmesinde önemli olacağını ö ne sürmektedir (Higgins ve Endler, 1995).

Sosyal desteğin stres üzerinde etkilerini inceleyen araştırmalar, destek türlerini belirlemişlerdir. Kişinin yaşam düzeninin, kimlerle birlikte yaşadığı veya yalnız yaşayıp yaşamadığı, sosyal faaliyetlere katılıp katılmadığı, sosyal temaslarının sıklığı, sosyal bir ağa sahip olup olmadığı, iletişim yapılarının duygusal destek türleri belirlenmiştir. Bu duygusal destekler ile olumlu duyguların ortaya çıkabileceğı, kişinin stres düzeyinin etkileneceğini bildirmişlerdir (Beasley, Thompson ve Davidson, 2003).

Son on yılda, sosyal desteğin dulluk, işsizlik ve cezai mağduriyet gibi belirli yaşam olaylarına uyum üzerindeki etkisini değerlendirmek için çok sayıda çalışma yapılmıştır. Bu tür çalışmalar genellikle boylamsaldır ve çoğu, sonraki duygusal uyumun önemli bir öngörücüsü olarak destek bulmuştur. Bir araştırmada, eşini kaybeden kişiler arasında, ilk bir ayda sosyal desteğin düşük bildirilmesinin, sonraki iki yıldaki genel psikolojik rahatsızlığın önemli bir belirleyicisi olduğunu bulmuşlardır. Yaşam olayları yeni bilgi edinmeyi veya yeni roller üstlenmeyi gerektirdiğinde, güçlü bir sosyal ağa sahip kişilerde zayıf bir sosyal ağa sahip kişilere göre daha kolay uyum sağladıkları görölmüştür (Kessler ve ark., 1985).

1970'lerin başlarına kadar, literatürdeki sosyal sınıf ve akıl hastalığı üzerine baskın düşünce, alt sınıfların daha avantajlı sosyal statüleri sahip olanlara göre daha stresli yaşam deneyimlerine maruz kalması ve bu farklı maruz kalmanın, sınıflar arasındaki olumsuz ilişkilerden kaynaklanmasıdır. Stresli yaşam deneyimlerinin, orta sınıfa göre alt sınıfta psikolojik sağlık sorunlarını tetikleme kapasitesi daha fazladır. Daha sonraki çalışmalar, strese karşı bu sınıfla bağlantılı savunmasızlığın, sosyal sınıf ile depresyon arasındaki ve sosyal sınıf ile spesifik olmayan sıkıntı arasındaki ilişkinin büyük bir kısmını açıkladığını göstermiştir (Kessler ve ark., 1985).

Düşük benlik saygısı, kadercilik ve entelektüel uyuşmazlık gibi strese karşı savunmasızlık ile ilişkili kişilik özelliklerinin alt sınıflarda daha yaygın olduğuna dair bazı kanıtlar da bulunmuştur. Bugüne kadar çalışmalar, bu faktörlerin gerçek yaşam olaylarının, alt sınıf insanlar üzerindeki etkisinden sorumlu olup olmadığını görmeye yöneliktir. Buradaki en etkili çalışma, düşük sınıftan insanların orta sınıftakilerden daha fazla sırdaşları olduğunu ve bu önemli ölçüde onların istenmeyen yaşam

olaylarına karşı savunmasızlığına olumlu katkıda bulunduğunu belgeleyen çalışmalar olmuştur. Bu çalışma, sonraki birkaç araştırmada tekrarlanmaktadır. Aynı zamanda, çoğu sınıf ve stres araştırması yaşam olaylarına odaklandığından, devam eden stresli durumların daha ciddi bir şekilde incelenmesi, sınıf ve psikopatoloji arasındaki ilişkiyi daha eksiksiz bir şekilde anlamamıza yardımcı olmaktadır (Kessler ve ark., 1985).

Yaşam stresleri ile hem fiziksel hem de psikolojik bozulma arasındaki ilişkiyi çalışan araştırmalar başlangıçta doğal afetler, savaşlar ve toplama kampları gibi çok ciddi krizlere odaklanmıştır. Daha yakın zamanlarda, araştırmalar daha az dramatik stresli olaylar (boşanma ve ev kaybı gibi) ile sıkıntı arasındaki ilişkiye odaklanmıştır. Araştırmalar, tüm yaşam değişikliklerinin zorunlu olarak stresli olmadığını göstermiştir. Olaylar denekler tarafından olumlu veya olumsuz olarak derecelendirildiğinde, yalnızca denekler tarafından olumsuz olarak değerlendirilen olayların sıkıntı ile ilişkili olduğu bulunmuştur. Mesela bu durum boşanma gibi bir olayın bir kişi tarafından olumsuz, başka biri tarafından olumlu olarak algılanabilmesidir. Bu nedenle, her bir bireyin bir olayı algılayışının ölçüm araçlarıyla dikkate alınması önemlidir. Birçok güncel yaşam stresi ölçümü, bir bireyin yaşam olayları hakkındaki öznel algısını açıklamaktadır (Higgins ve Endler, 1995).

Yaşam stresi derecesi ile ekonomik durum, arkadaşların veya aile üyelerinin ölümü, aile hastalığı, akut yaşam stres faktörleri, okul veya iş performansında bozulma, artan madde kullanımı, suç işleme ve artan intihar riski gibi ciddi sonuçlarla ilişkili olduğu bulunmuştur. Yüksek düzeyde aile desteğinin bir tampon görevi gördüğü, olumlu sonuçlara sebep olduğu ve diğer stres kaynaklarının olumsuz etkisini potansiyel olarak dengelediği gösterilmiştir. Yüksek düzeyde stres yaşayan kentli kişilerin strese dayanıklılığının, yakın aile ilişkileri ve geniş aile desteği ile ilişkili olduğu düşünülmektedir (Youngstrom, Weist ve Albus, 2003).

Stres ve yaş ilişkisine bakıldığında bazı bakış açıları, yaşlı yetişkinlerin strese genç yetişkinlere göre daha az tepki verdiğini göstermektedir. Yaşlı yetişkinlerin, stresörlerle uğraşırken genç yetişkinlere göre daha fazla dürtü kontrolü sergiledikleri gözlemlenmiştir. Bu durumda, yaşlandıkça stresle daha iyi başa çıkabileceğimizi ve hatta belki de strese karşı daha az tepki verebileceğimizi göstermektedir. Bu bulgular,

duygularımızı yaşla birlikte daha etkili bir şekilde düzenlediğimizi öne süren literatür ile tutarlıdır. Olumsuz etki durumlarının uzun yıllar tekrarlanmasının, gelecekte bu tür durumları tetikleme olasılığını azaltabileceğini düşündürmektedir. Tekrarlanan aktivasyon nedeniyle olumsuz etkiyi deneyimleme eşiğindeki bu tür artışlar sönmeye sebep olabilmektedir. Bazı yaşam boyu duygu düzenleme teorileri, yaşlandıkça strese karşı daha az tepki verme fikriyle de tutarlı gözükmektedir. Bu teoriler, yaşlı yetişkinler arasında duyguların daha iyi düzenleyebilmelerine, stresli olaylara daha iyi uyum sağlayabilmelerine ve bunun ideal yaşlanmanın anahtar bir yönü olduğuna dikkat çekmektedir (Carstensen ve Charles, 1998; Labouvie-Vief ve DeVoe, 1991).

#### **1.3.4. Kadın ve Stres**

Yapılan topluluk anketleri, yetişkin kadınların aşırı düzeyde psikiyatrik sıkıntı bildirme olasılığının erkeklerden iki kat daha fazla olduğunu göstermektedir. Psikiyatrik vakalarla ilgili toplum araştırmalarında, sosyal roller sebebi ile kadınların duygusal bozukluk öyküsü bildirme olasılığı erkeklerden iki ila üç kat daha fazla olduğu görülmektedir (Cleary, 1987). Son on yılda, spesifik olmayan sıkıntıdaki cinsiyet farklılıkları üzerine çok sayıda araştırma yapılmaktadır. Geçtiğimiz on yıl boyunca, baskın bakış açısı, rolleri gereği kadınların daha yüksek kronik strese maruz kaldıkları için erkeklere göre dezavantajlı durumda olduğunu savunmuştur (Kessler ve McRae, 1982; Gove, 1978). Gove (1972), cinsiyet ile psikiyatri hastanelerine ilk başvuru arasındaki ilişkinin evli olanlar arasında, hiç evlenmemiş veya daha önce evlenmemiş olandan daha güçlü olduğunu göstermiştir.

Küçük günlük stres etkenleri, ortaya çıktıkları gün duygusal ve fiziksel işleyişi etkilemekte ve anksiyete ve depresyon gibi sorunlara karşı savunmasızlığı artıran toplu etkiler yaratmaktadır. Pearlin ve arkadaşları (1981), stres süreci terimini ilk kez kullandıklarından beri, sosyoloji ve psikoloji alanında artan sayıda araştırmacı, günlük stres faktörlerinin zihinsel ve fiziksel sağlık üzerindeki etkilerini incelemiştir. Stres etkeni oluşumunu inceleyen araştırmacılar, ağırlıklı olarak çevrenin meşgul olması gibi potansiyel sosyal ve çevresel gündelik etkenlere odaklanmıştır (Charles ve Almeida, 2007).

Geleneksel kadın cinsiyet rolü, bağımlılık, bağlılık, duygusal ifade gücü, girişkenlik eksikliği ve kişinin kendi ihtiyaçlarının diğerlerinininkilere tabi kılınmasını öngörmektedir. Literatür, çoğu kadının tek bir temel toplumsal rolle, ev hanımı rolüyle sınırlı olduğunu, oysa çoğu erkeğin hane reisi ve işçi rolü gibi iki tür rolü üstlendiğini belirtmiştir. Bu nedenle, bir erkeğin tipik olarak iki tatmin kaynağı vardır, ailesi ve işi, bir kadın için ise genellikle sadece bir tanesi, ailesi vardır. Evli bir kadın çalışsa bile, tipik olarak evli erkekten daha az tatmin edici bir konumdadır. Kadınlar iş piyasasında ayrımcılığa maruz kalmakta ve sıklıkla eğitim geçmişleriyle orantılı olmayan pozisyonlara sahip olmaktadır. Belki de daha önemlisi, çalışan kadınlar eşlerinden daha büyük bir baskı görmektedirler. İşlerine ek olarak, neredeyse her zaman ev işlerinin çoğunu yapmakta, bu da eşlerinden çok daha fazla günlük iş saatlerinin olduğunu göstermektedir. Ayrıca çalışmalar, düşük statüye sahip olduklarını düşündükleri için çok sayıda kadının çocuk yetiştirme ve ev işleri gibi temel aktivitelerini sinir bozucu bulduklarını öne sürmektedir. Bu nedenle kadınların ev ve aile ile olan ilişkilerini stresli olarak bildirme olasılıklarının da erkeklerden daha yüksek olduğu görülmektedir (Cleary ve Mechanic, 1983; Gove, 1978; Matud, 2004).

Bugüne kadar teoriler kadınların daha fazla psikiyatrik sıkıntı göstermesini biyolojik, psikolojik, sosyal, kültürel ve politik değişkenlere bağlamışlardır. Bununla birlikte, kanıtlar, stres düzeylerindeki cinsiyet farklılıklarının bu durum üzerinde önemli bir rol oynadığını göstermektedir (Klonoff ve ark., 2000). Özellikle, araştırmalar, kadınların genel stresli yaşam olaylarına erkeklerden daha yüksek bir maruz kalma seviyesine sahip olduğunu göstermektedir ve bu büyük stresin kadınlarda daha çok semptomata katkıda bulunduğu düşünülmektedir. Bununla birlikte, bu tür genel stresörlere maruz kalmadaki cinsiyet farklılıkları, söz konusu semptomların ve bozuklukların yaygınlığındaki cinsiyet farklılıklarını tam olarak belirlememekte ve bu nedenle şüphesiz tek başına kadınlara özgü ek stresörler (cinsiyete özgü stresörler) bu durumda rol oynamaktadır. Örneğin, tecavüz ve dayak gibi yaşam olayları kadınlara özgü büyük ve şiddetli stresörlerdir ve kadınlar arasında depresif, endişeli ve somatik semptomlara ve bozukluklara önemli ölçüde katkıda bulunduğu gösterilmiştir. Aslında kadınlar, fiziksel ve psikiyatrik olaylarla ilişkili olan cinsiyet şiddeti ve cinsiyet ayrımcılığı gibi cinsiyete özgü stres faktörlerini yaşamaktadır. Ayrıca kadınlar, sosyal

ve aile ağlarında çevrelerindeki insanların stresinden daha fazla etkilendikleri, çünkü erkeklere göre duygusal olarak daha fazla ilgilenme eğiliminde oldukları görülmüştür (Matud, 2004).

### **1.3.5. Stres ve Yaşam Doyumu**

Yaşam doyumu, genel yaşam kalitesinin bir göstergesi ve pozitif psikolojik sağlığın önemli bir bileşeni olarak görülmektedir. Her insan yaşamını devam ettirebilmek için birtakım stresli süreçlerden geçmektedir. Bunlar kişisel (içsel) stresler, çevresel stresler ve kişilerarası stresler olarak düşünülmektedir. Bu stresler kişilerin hem fiziksel hem de psikolojik sağlıklarını olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Stresin psikolojik sağlığının birçok olumsuz (örneğin depresyon, anksiyete, intihar düşüncesi) ve olumlu göstergeleriyle (örneğin benlik saygısı, iyimserlik, dayanıklılık) ilişkili olduğu düşünülmektedir. Yaşam doyumu, stresli yaşamlardan etkilenen olumlu uyum göstergelerinden biridir. Yaşam doyumu, bireylerin yaşamlarını bilişsel olarak değerlendirmesidir. Duygusal bileşenlerden daha sabit olan yaşam doyumu, uzun vadeli değerlendirmeler yapılmasına olanak sağlamaktadır. Ayrıca algılanan yaşam doyumu, sağlık, mali durum, özgürlük, eğlence gibi nesnel yaşam kalitesinin göstergelerinden oluşan ilişkiler ile yakından ilişkilidir. Sonuç olarak algılanan yaşam doyumu, bireylerin kendi yaşamları ile ilgili sürekli değerlendirmelere dayanmakta ve bireylerin yaşam kalitesi hakkında önemli ipuçları sağlamaktadır. Bu sebeple stresli yaşam olayları kişilerin yaşamlarını nasıl değerlendirdiklerini etkilemektedir (Çivitci, 2015).

Stresli yaşam olayları sadece acı verici değildir. Ayrıca beklenmedik ve şaşırtıcı olabilirler çünkü kısmen kişinin günlük rutinine, ilişkiler hakkındaki varsayımlarına, psikolojik istikrarlarına ve hatta kişilerin dünya görüşüne meydan okumaktadırlar. Bu sebeple stresli yaşam olaylarıyla başarılı bir şekilde başa çıkmak, öznel iyi oluşun sürdürülmesi için çok önemlidir (Ritchie, Sedikides, Wildschut, Arndt ve Gidron, 2011).

Stresin bir kişinin iyi oluşu ile ilgili olarak tanımlanması gerektiği ve stresin potansiyel bir tehdit ve büyüme potansiyeli olduğu düşünülmektedir. Böylelikle kişilerin stres ile baş edebilme stratejilerine bağlı olarak iyi oluşlarının olumlu veya

olumsuz etkilenebileceği sonucu ortaya çıkmaktadır. Stresli yaşam olayları kişilerde ne kadar olumsuz sonuçlar doğursa da yapılan araştırmalar olumlu sonuçlara da sebep olduğunu göstermektedir. Bazen insanların stresli bir yaşam olayı sonucunda o olay ile başa çıkabildiklerinde psikolojik sağlımlıklarının geliştiği, benlik olarak geliştikleri, manevi yaşamlarını geliştirdikleri, sosyal yaşam ile ilgili değiştikleri görülmüştür (Karlsen, Dybdahl ve Vitterso, 2006). Ayrıca Tedeschi ve Calhoun da (1996) olay ne kadar stresli olursa, bireyin o kadar fazla büyüme yaşayacağını belirtmişlerdir. Tüm bunlar kişilerin iyi oluşu ve yaşam doyumu ile yakından ilişkilidir. Birçok araştırma stresin yaşam doyumu üzerinde olumsuz etkilerinin olduğunu söylese de yeni araştırmalar aslında bu stresli yaşam olaylarının kişilerin iyi oluşlarına katkıda bulunabileceğini göstermektedir.

#### 1.4. SOMATİZASYON

##### 1.4.1. Somatizasyon Tanımı

Somatizasyon bir hastalık değil, daha ziyade kişinin fiziksel bir hastalığının var olduğuna dair inancını, hastalığın tıbbi kanıtı yoksa ve bu inançtan kaynaklanan davranışı tanımlayan geniş bir terimdir (Brodsky, 1984). Somatizasyon, patolojik bulgularla açıklanamayan somatik sıkıntı ve semptomları yaşama ve iletme, onları fiziksel hastalığa atfetme ve tıbbi yardım arama eğilimi olarak tanımlanmaktadır. Genellikle bu eğilimin, bireylerin kişisel olarak stresli olan yaşam olayları ve durumlarının getirdiği psikososyal strese yanıt olarak ortaya çıkardıkları varsayılmaktadır. Bu yorum, dışarıdaki gözlemcilerin bir çıkarımını temsil etmekte, çünkü somatize kişiler genellikle sıkıntıları ile onun varsayılan kaynağı arasında nedensel bir bağlantı kurmamakta ve açıkça reddedebilmektedirler. Öncelikle psikolojik bir durumdan ziyade somatik bir şekilde tepki vermekte ve semptomlarını fiziksel bir hastalığın göstergesi olarak görme eğilimindedirler ve bu nedenle tıbbi müdahaleye ihtiyaç duymaktadırlar (Brodsky, 1984; Lipowski, 1988).

Araştırmacılar arasında somatizasyonun tanımı birçok kişi tarafından yapılmıştır. Örneğin, Katon, Ries ve Kleinman (1984) bunu psikososyal ve duygusal sorunları olan hastaların sıkıntılarını öncelikle fiziksel semptomatoloji yoluyla ifade ettikleri bir sıkıntı olarak tanımlamıştır. Ford (1986), psikolojik amaçlar için somatik

semptomların kullanımı olarak tanımlamıştır. Bridges ve Goldberg (1985), hastaların somatik bulgularını fiziksel bir soruna bağladığını, ancak bu durumun psikiyatrik bir hastalık olduğunu ve psikiyatrik tedaviye yanıt verdiğini belirtmektedirler. Lipowski (1987) bunu fiziksel belirtiler şeklinde psikolojik sıkıntı deneyimi ve iletişimi olarak tanımlamıştır. Kirmayer (1986) ve diğer yazarlar, somatizasyonun ne ayrı bir klinik varlık ne de tek bir patolojik sürecin sonucu olduğu ve somatizasyonun tanı kategorilerini aştığı sonucuna varmışlardır.

Somatizasyon kavramı deneyimsel, bilişsel ve davranışsal olarak üç temel bileşenden oluşmaktadır. Bireylerin vücutlarıyla ilgili olarak algıladıkları ağrı ya da başka bir üzücü ya da alışılmamış bedensel duyular, işlevsel bozukluklar ya da görünüşteki değişiklikler, genellikle sadece kendileri tarafından doğrudan bilinen deneyimsel yönü temsil etmektedir. Algılarını nasıl yorumlayıp attettikleri, bu algıların onlar için ortaya çıkan öznel anlamı ve bu nedenle değerlendirilen belirtilere ilişkin karar verme süreci bilişsel yönünü temsil etmektedir. Son olarak, bu kişilerin algılarının bu tür atıflarından kaynaklanan sözlü ve sözsüz eylemleri ve iletişimleri davranışsal yönünü temsil etmektedir (Lipowski, 1988).

Somatizasyon, psikiyatri ve tıp arasındaki sınırdaki yaygın ve büyük ölçüde çözülmemiş bir sorunu temsil etmektedir. Somatize hastalar ya kanıtlanabilir organik temelleri olmayan ya da objektif tıbbi bulgular temelinde beklenenin çok üzerinde olduğu düşünülen fiziksel semptomlardan sık sık şikayet etmekte ve dünya çapında sağlık bakımı ortamlarında her yerde bulunmaktadır. Genellikle zor tanı sorunları sunmaktadırlar. Psikiyatrik bozukluklardan muzdarip olabilir veya olmayabilirler ve tıbbi bakımın yüksek kullanıcıları olma eğilimindedirler (Lipowski, 1988; Rosen, Kleinman ve Katon, 1982). Bu durum hastanın geçmiş deneyimine, bilgi düzeyine, kişilik organizasyonuna, çatışmalara ve bunlarla başa çıkma biçimlerine ve mevcut psikososyal durumu verdiği tepkilere bağlıdır (Brodsky, 1984; Lipowski, 1967).

Göğüs ağrısı, sırt ağrısı, baş ağrısı, baş dönmesi, yorgunluk, karın ile ilgili rahatsızlıklar ve kas-iskelet sistemi ağrıları gibi somatik semptomlar hem anksiyete hem de depresyonda yaygındır. Birinci basamakta, anksiyete ve depresyonu olan hastalar genellikle bu tür somatik semptomlar gösterirken, özel olarak sorulmadıysa



duygusal semptomlardan söz edilme olasılığı daha düşüktür. Fiziksel şikayetler nadiren psikolojik nedenlere atfedilmektedir ve bu sebeple klinik muayene için odak somatik durumlar üzerinde tutulmaktadır (Haug ve ark., 2004; Rosen ve ark., 1982). Bu semptomların psikolojik nedenlere bağlanmamasının sebeplerinden biri ise stigmatizasyondur. Hastalar belirli bir psikolojik hastalığa karşı stigmatize olmamak adına, somatik belirtilerini öne sürmektedirler (Kroenke, Jackson ve Judith Chamberlin, 1997).

Somatizasyon, bilinçli veya bilinçsiz olarak bedenin dilinde kodlanan iletişimidir. Bir an veya ömür boyu sürebilir ve hatta bu durumu bir yaşam biçimi olarak tanımlayanlar bile vardır (Sapira, 1985). Somatik semptomlara odaklanma, en temelde, hayatta kalmaya yöneliktir ve sağlığın uyarı sinyalleri oldukça dikkat çekmektedir. Somatizasyon, bir hastalığın varlığına karşı kişiyi uyarmak için tasarlanmış bir sistemdeki yanlış alarmin eşdeğeridir (Brodsky, 1984).

Somatize kişiler, durumlarını başkalarına bildirmek için sözlü ve sözsüz dil karışımını kullanmaktadırlar. Bu durumu bariz ortaya çıkardıkları durumlar arasında, dinleyiciden gelen geri bildirimlerin fark yarattığı ve somatize kişinin semptomları açıklamada umursamazca veya umutsuzca ısrar ettiği durumlar vardır. Bu durumlarda, bireyi iyi bilen bir aile üyesini bilgilendirmek için basit, sessiz bir jest kullanırken, başka gözlemciler için abartılı bir vücut dili ve daha yüksek bir ses kullanmaktadır. Somatizasyon dili kısmen kişinin yetiştiği kültür tarafından belirlenmektedir, ancak en homojen kültürlerde bile tüm somatize kişilerin aynı şekilde davranması olası olmamaktadır. Farklı geçmişlere sahip kişilerde farklı sözlü ve sözsüz davranışlar gözlemlenmektedir. Somatizasyon davranışı öğrenilen bir davranış olarak bilinmektedir (Brodsky, 1984).

Somatizasyon, kişisel ve profesyonel sıkıntı algıları arasındaki bu çatışmanın çağdaş bir yansımasıdır. Duygusal acıdan, evlilik anlaşmazlığından veya sosyal sorunlardan şikayet eden kişiler bedensel semptomlara odaklanmakta ve fiziksel bir tedavi aramaktadırlar. Birçok kültürde yardım arama, duygusal rahatsızlık veya aile çatışmasından açıkça bahsetmek yerine bedensel şikayetlerin sunulması daha geçerlidir. Sıkıntının ifade edilmesinde somatik bir vurgu bulunan kültürlerde

psikososyal sorunları ortaya çıkarmak ve tanımlamak oldukça zordur. Dahası, genel hastane ve birinci basamak sağlık kurumlarında psikiyatristler tarafından yapılan gözlemler, Avrupa ve Kuzey Amerika'da bile psikososyal sorunların sıklıkla somatik terimlerle ifade edildiğini giderek daha açık hale getirmektedir (Kirmayer, 1984).

"Somatizasyon", tıbbi yardım arama davranışının eşlik ettiği, tıbbi bir açıklama olmaksızın çoklu, kronik, somatik semptomlarla karakterize ayrı bir patolojik durum olan spesifik bir psikiyatrik bozukluk, "somatizasyon bozukluğu" anlamına gelmektedir (Wool ve Barsky, 1994).

#### 1.4.1.1. DSM 5'e Göre Tanı Kriterleri

A. Rahatsız edici veya günlük yaşamı önemli ölçüde kesintiye uğratan bir veya daha fazla somatik semptom olmalıdır.

B. Aşağıdakilerden en az birinin gösterdiği gibi somatik semptomlar veya ilişkili sağlık endişeleriyle ilgili aşırı düşünce, duygu veya davranışlar:

1. Kişinin semptomlarının ciddiyeti hakkında orantısız ve ısrarcı düşünceler.
2. Sağlık veya semptomlarla ilgili sürekli olarak yüksek düzeyde endişe.
3. Bu semptomlara veya sağlık sorunları veya kaygılarına ayrılan aşırı zaman ve enerji.

C. Herhangi bir somatik semptom sürekli olarak mevcut olmasa da semptomatik (belirti gösteriyor) olma durumu kalıcıdır (tipik olarak 6 aydan fazla).

İlişkili bozukluklar olarak hastalık kaygısı, konversiyon bozukluğu, yapay bozukluk, tanımlanmış ve tanımlanmamış bedensel belirti bozuklukları görülmektedir (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013).

DSM-5'te somatizasyon bozukluğu, somatik semptom bozukluğu (bedensel belirti bozukluğu) ile değiştirildi. Bu yeni formülasyonda, vurgu, tıbbi olarak açıklanamayan semptomların sayısından, bu semptomların bireyin düşünceleri, duyguları ve davranışları üzerindeki etkisine kaymıştır. Somatik semptom bozukluğunun tanısal kriterlerine göre, rahatsız edici veya günlük yaşamın önemli

ölçüde bozulmasına neden olan bir veya daha fazla somatik semptom, orantısız veya aşırı düşünceler, duygular veya davranışlarla birlikte olmalıdır. Somatik semptom bozuklukları için DSM-5 çalışma grubunun üyeleri, bu değişikliğin doğru tanı ve bütünsel bakım için hastaların kapsamlı bir değerlendirmesini teşvik ettiği konusunda ısrar etse de bazı yazarlar, bu yeni kriterlerin yanlış tanı açısından sorunlu olabileceği için endişelerini belirtmişlerdir (Taycan, Sar, Çelik ve Erdogan-Taycan, 2014).

#### **1.4.2. Somatizasyon Tarihçesi**

Somatize hastalar, doktorlar tarafından yüzyıllardır tanınmaktadır. Onlara, 18. yüzyılın sonuna kadar aşağı yukarı birbirinin yerine kullanılan "histeri", "hipokondriyazis" ve "melankoli" gibi çeşitli örtüşen tanılar verilmiştir. Sydenham'ın 1682 tarihli tezi, bu hastalar hakkındaki tıbbi düşüncenin evriminde önemli bir dönüşüm noktası olarak görülmektedir. Histeriyi hem fiziksel hem zihinsel semptomlardan oluşan bir kadın hastalığı olarak bildirirken, muadil olarak hipokondriyazisi ise erkek hastalığı olarak bildirmiştir (Fischer-Homberger, 1972; Veith, 1956). 1799'da Sims açıkça histeri, hipokondriazis ve melankoliyi ayırt etmiştir. Hipokondriyazinin modern bir tanımını sunmuş, ana özelliğini ise hastaların zihinlerinde sürekli sağlıkları ile meşgul olmaları, sağlık durumlarını olduğundan kötü görmeleri, ne okusa ve duysa bundan etkilendileri üzerine belirlemiştir. Hipokondriazis her iki cinsiyeti de etkileyebilmekte, melankoliye benzemekte ve çeşitli semptomlara sahip olmaktadır. Değişken bir duygudurum yerine her zaman düşük bir duygudurum ile ilişkilendirilmesi nedeniyle histeriden farklıdır (Lipowski, 1988). Ayrıca hem Sydenham hem de Sims, bugün depresyon ve anksiyete belirtileri olarak tanımladığımız klinik tanımlamaları kendi tanımlarına dahil etmişlerdir (Fischer-Homberger, 1972). Bugün hala depresif ve anksiyete bozuklukları klinik uygulamada somatizasyon vakalarının çoğunu oluşturmaktadır.

1859'da Briquet, histeri adını verdiği çoklu somatik semptomlarla karakterize bir sendromu inceleyen ilk kişiydi. Briquet'in aksine, Freud, somatik semptomların varlığıyla karakterize edilen iki farklı fenomeni, konversiyon histerisi ve nevrasteni arasında ayırım yapmıştır. Her iki kavram da teorik olarak farklıdır, konversiyon histerisi (bir psikonevroz) orijinalde psişik olarak tanımlanmakta (semptomlar,

çocukluktaki cinsel çatışmaların sembolik ifadesidir) ve nevrasteni (gerçek bir nevroz) köken olarak somatik semptomlar olarak tanımlanmaktadır. Günümüzde çözülmemiş cinsel gerilimin doğrudan bir sonucu olarak düşünülmektedir (De Gucht ve Fischler, 2002). Briquet'in histeri kavramı, Purtell, Robins ve Cohen (1951) tarafından daha da geliştirilmiştir. Bu yazarlar tarafından tanımlanan histeri, yalnızca birden fazla somatik şikayetin varlığıyla değil, aynı zamanda anksiyete ve depresif semptomlarla da karakterize edilmiştir. Yeni tanımlanan somatizasyon kavramı ile eski histeri kavramı arasındaki en büyük fark, anksiyete ve depresif semptomların artık tanı kriterlerinin bir parçası olmamasıdır (De Gucht ve Fischler, 2002).

“Somatizasyon” terimi, bu yüzyılın başlarında Stekel tarafından, “derin oturmuş” bir nevrozun bedensel bir bozukluğa neden olabileceği bir sürece atıfta bulunmak için tanıtılmıştır ve bu nedenle, konversiyon kavramıyla özdeş olmasa da ilişkili olarak görülmektedir (Lipowski, 1988). Menninger (1947) ise somatizasyon tepkilerini bilinçli olmaktan çıkarılan anksiyetenin içgüdüsel ifadesi olarak tanımlamıştır.

### **1.4.3. Somatizasyon Etiyolojisi**

Somatizasyon psikolojik durumları ortaya çıkarmada bir araç olarak düşünülmektedir. Bunun sebebi ise fiziksel şikayetlerin, poliklinik ziyaretlerinin yarısından fazlasını oluşturmasıdır, ancak her zaman en az üçte birinde kesin bir etiyoloji bulunmamaktadır. Açıklanamayan veya çoklu fiziksel yakınmalar depresyon veya anksiyete olasılığını artırırken, birinci basamak kliniklerde görülen hastalar nadiren duygusal belirtilere gönüllü olmakta veya nadiren fiziksel şikayetlerini psikolojik nedenlere bağlamaktadırlar. Doktorlar ise fiziksel şikayetleri psikososyal faktörlerle ilişkilendirme konusunda isteksiz davranmaktadırlar. Sonuç olarak, birinci basamakta psikolojik bozuklukların farkına varma oranı düşüktür, genellikle %50'den az olarak karşımıza çıkmaktadır (Kronke ve ark., 1997).

Somatizasyonda içsel faktörler (örneğin bir bireyin stresli uyaranlarla nasıl başa çıktığını belirlemesi) önemli bir rol oynamaktadır. Yaş ve gelişim aşaması bu durumda önemlidir. Çocukların ve ergenlerin sıklıkla somatize oldukları bulunmuştur.

Ayrıca önemli bilişsel bozuklukları olan yaşlı hastalar, yaşlı depresif hastalar stresörlerle karşılaştıklarında bedenselleştirme eğilimindedirler (Rosen ve ark., 1982).

Kişilik temaları da önem göstermektedir; somatize edici kişilik üç tema olarak tanımlanmıştır: kronik suçluluk duygusu ile mazoşizm ve hastalığı ceza olarak görme, haksızlığa uğrama duygusu ile düşmanlık ve son olarak aşırı kişilerarası bağımlılık ile talepkarlıktır. Somatizasyon herhangi bir kişilik tipinde görülebilirken, histrionik, narsisistik, bağımlı, kompulsif ve mazoşist kişilerde daha yaygın görülmektedir (Barsky, 1979; Rosen ve ark., 1982). Bu kişilik çeşitlerinin tümü, sosyal ilişkiler ve hayatın zorlukları ile başa çıkmanın ve kendilerine bakışlarının temel bileşenleri olarak hastalık ve ıstırapı seçtikleri görülmektedir. Bu tür kişiler manipüle etmek adına kişilerarası ilişkilerini hastalık ve ıstırapa dayandırmaktadır. Yaşam olaylarına ve durumsal strese yanıt olarak semptomlar ve tıbbi bakım arayışı geliştirmektedirler. Örneğin, hasta işini kaybetmesine üzüntü veya öfke yerine fiziksel semptomlarla tepki vermektedir. Hasta, kendini feda ettiği, talihsizlik hastalıklara katlanıp hayatta kalabildiği için kendini güçlü ve değerli hissetmektedir (Barsky, 1979).

Aleksitiminin de somatizasyon olgusunu açıkladığı birkaç araştırma vardır. Aleksitimi, duyguları deneyimleme ve sözle ifade etme güçlüğü, hayal gücünün yoksullaşması ve dışarıdan yönlendirilmiş düşünceye doğru bir eğilim olarak yansıyan sembolik düşüncenin zayıf bir kapasite ile karakterize olmuş bir kişilik yapısıdır. Aleksitimi teorisinin altında yatan temel bir varsayım, aleksitimik bireylerin, bilişsel işlemlerindeki bir eksiklik nedeniyle duyguların zihinsel temsillerinden yoksun olması durumudur. Bunun, duyguları anlama ve düzenleme konusunda sınırlı bir kapasiteye yol açtığı düşünülmektedir. Aleksitimi, duygusal uyarılma ile ilişkili somatik duyumlara odaklanması veya bunları hastalık semptomları olarak yanlış yorumlanması şeklinde somatizasyonla ilişkilendirilmektedir. Ayrıca aleksitimi, sosyal mekanizmalar yoluyla hastalık davranışını etkileyebilmekte ve bu nedenle somatik semptomlara katkıda bulunabilmektedir (Mattila, Poutanen, Koivisto, Salokangas ve Joukamaa, 2007).

Pek çok somatik duyumları olan bir ailede büyüme ve ailenin tartışmalarının veya endişelerinin bu sebeple olması, çocukları iyi olduğunda talepkar olan, hasta

olduğunda ise sevecen olan ebeveynler tarafından büyütölmek, ebeveynlerin çocuğa bedenindeki değişikleri taramasını öğrettiği, ebeveynler için bazı belirtilerin uğursuz hastalık belirtileri olarak yorumlandığı, sürekli çocuğun iyi olup olmadığına dair soruların sorulduğu bir ortamda yetişen kişilerin somatize olma eğilimleri yüksektir. Bazıları nesnel olarak doğrulanmış bir hastalık veya yaralanma sonucunda somatize olmaya başlamakta, bazıları sosyal veya psikolojik bir kriz sonrasında bir başa çıkma stratejisi olarak somatizasyonu kullanmakta, bazıları birilerini cezalandırmak veya dikkat çekmek için somatize olmakta, bazıları ise sorumluluklarından kaçmak adına bu durumu kullanmaktadır (Barsky, 1979; Brodsky, 1984).

Somatizasyon, daha az eğitimli, kırsal yaşam alanı, dini kökenlerine bağlı, geleneksel olarak etnik oryantasyon ve daha düşük sosyoekonomik sınıflarda daha sık görölmektedir. Bazı toplumlarda psikolojik sorunların hala çok damgalanır olduğu ve somatik sorunların tercihen hastayı normal rol beklentilerinden ve probleminin sorumluluğundan alıyor olduğu için daha fazla görölmektedir (Lipowski, 1987; Rosen ve ark., 1982).

Sonuç olarak üç ana başlıkta somatizasyonun nedenlerinden bahsedebiliriz. İlki iş, yaşam tarzı, aile hayatı, ekonomik durumdaki değişiklikler, kayıplar, ayrılıklar veya ölümlerden sonra oluşan kederden oluşan stresli yaşam olaylarıdır. İkincisi sorumluluklar, sosyal destek, aile sebebi ile semptomun devamı gibi durumlardan oluşan ikincil kazançlardır. Son olarak üçüncüsü ise belirtilere veya hastalığa karşı gelebilecek damgalanmalar ve duyguların doğrudan ifade edilememesi gibi durumlardan oluşan sosyokültürel ve etnik tutumlardır.

#### **1.4.4. Somatizasyon Epidemiyolojisi**

Somatizasyon, dünya çapında bir olgudur ve doğu kültürlerinde ve gelişmiş ölkelerin etnik azınlıklarında yüksek oranlar ile bildirilmiştir (Bridges ve Goldberg, 1985). Türkiye dahil birçok kültürde tıbbi olarak açıklanamayan semptomların yaygınlığı yüksektir (Taycan ve ark., 2014). Somatizasyon, sağlık hizmetlerinde yaygın bir sorundur. Son 20 yılda yayınlanan klinik ve epidemiyolojik çalışmalar, yeterli tıbbi temele sahip olmayan semptomlarla başvuran hastaların hem yatan hem de ayakta tedavi gören tüm tıbbi bakım ortamlarında bulunduğunu göstermektedir.

Somatik semptomlar toplumdaki insanlar arasında sık görülür ve bir topluluk çalışmasına katılanların %75'inden fazlası son 30 gün içinde en az bir öznel somatik şikayet bildirmiştir. Yorgunluk, baş ağrısı, bel ağrısı ve kollarda ve omuzda ağrı bildirilmiştir. Ayrıca mide bulantısı, şişkinlik, ishal ve kabızlık gibi gastrointestinal semptomlar yaklaşık %50 ve yorgunluk %25 oranında rapor edilmiştir. Genel olarak somatik semptomları olan hastaların yalnızca üçte biri tıbbi konsültasyona başvurmuştur. Danışmanın ana nedeni ise semptomların yoğunluğu olmayıp bu semptomlara karşı oluşan kaygı ile ilgilidir (Haug ve ark., 2004).

Bazı araştırmalarda genel olarak anksiyete, depresyon ve somatik belirtiler arasındaki ilişkiyle ilgili çalışmalar yapılmıştır. Fiziksel şikayetlerle gelen hastaların yaklaşık %30'unda depresif veya anksiyete bozukluğu mevcut olduğu belirlenmiştir (Barsky, 1979; Kroenke ve ark., 1997).

Birkaç çalışma somatize hastaların hem doktorların zamanını hem de sağlığa ayrılan bütçeden pay aldıklarını göstermektedir. Collyer'in (1979) somatize hastalar üzerinde yaptığı çalışmada, hasta temaslarının %28'inin psikolojik hastalıklarla ilgili olduğunu ve bu görüşmelerin doktorun zamanının %48'ini aldığını ortaya koymuştur. Çoğu kişinin somatik belirtiler ile başvurduğu fakat depresyon teşhisi konulduğu görülmüştür. Psikolojik hastalıkların analizinde, kadınlarda erkeklerden daha sık görüldüğünü belirtmiştir. Widmer ve Cadoret'in (1978) birinci basamak hastaları ile ilgili çalışmalarında, hastaların majör depresyon tanısı konulmadan önceki 7 ay içinde hastaneye yatış sıklığında artış ve üç tipte artan şikayet belirlenmiştir. Bu şikayetler iyi tanımlanmamış fonksiyonel şikayetler, baş, göğüs, karın ve ekstremiteler gibi çok çeşitli bölgelerde etiyojisi belirlenemeyen ağrı ve sinirsel şikayetler, esas olarak artan gerginlik ve endişe duygularıdır. Ayrıca bu çalışmada, depresif hastaların aile bireylerinin de kötü tanımlanmış somatik şikayetleri olduğunu ve aynı dönemde kliniğe ziyaretlerin arttığını göstermiştir. Depresyondaki hastaların psikolojik hastalığı başarılı bir şekilde tedavi edildikten sonra hem hasta hem de ailesinin klinik ziyaretleri başlangıç seviyelerine düştüğü görülmüştür. Panik atak geçiren agorafobik hastalar üzerinde yapılan bir çalışmada ise hastaların %70'inin doğru teşhis ve tedavi almadan önce somatik şikayetleri olduğu ve ondan fazla farklı hekimi ziyaret ettikleri tespit edilmiştir (Sheehan, Ballenger ve Jacobsen, 1980).

Genel olarak, birinci basamak hekimlerine yapılan hasta ziyaretlerinin %25 ile %75'inin birincil olarak psikososyal sıkıntıdan kaynaklandığı, ancak hastaların genellikle somatik şikayetlerle başvurduğu görülmektedir (Katon ve ark., 1984).

Yaygınlık oranlarının araştırıldığı birçok çalışma farklı olsa da, toplumumuzda somatizasyonun yaşam boyu yaygınlık oranının %1,5 olduğu görülmüştür (Özenli, Yoldaşcan, Topal ve Özçürümez, 2009). Bir çalışmada ise ülkemizde 18-54 yaşları arasında yaygınlık oranının %0,1 olduğu bildirilmektedir (Ertan, 2008).

#### **1.4.5. Somatizasyon ile İlgili Araştırmalar**

Yapılan araştırmalarda somatizasyon ile ilişkili bulunan değişkenler; cinsiyet, yaş, sosyal statü, etnik köken, yetiştirilme tarzı, çocukluk çağı, kültür, kişilik özellikleri, psikiyatrik komorbidite ve ikametgahtır.

Swartz, Landerman, Blazer ve George (1989), epidemiyolojik verileri kullanarak, somatizasyonun kentte yaşayan kişilerin kırsalda yaşayan kişilere göre daha yaygın olduğunu bildirmişlerdir. İkamet farklılıkları en çok kadınlar ve lise mezunları arasında görülmüştür. Ayrıca somatizasyon, yaşlı olmakla (45-64), ayrılmakla, dul olmakla veya boşanmakla ilişkilendirilmiştir. Somatizasyonun eğitim düzeyiyle ters bir ilişkisi varken, etnik kökenle hiçbir ilişkisi olmadığı da tespit edilmiştir. Somatizasyon yaşlı olmakla ilişkili iken semptomların genellikle 30 yaşından önce başladığı ve yüksek düzeyde psikolojik sıkıntı, işlevsel engellilik ve aşırı tıbbi yardım arama davranışı ile ilişki olduğu da görülmektedir (Taycan ve ark., 2014). Bir araştırma bulgularına göre somatizasyon semptom başlangıcının 20 yaşın altında kişilerde görüldüğü tespit edilmiştir (Tomasson, Kent ve Coryell, 1991).

Bir çalışmaya göre somatizasyonun cinsiyet, iş, aile ve sağlık alanlarında stres algısı üzerinde önemli bir ana etkiye sahip olduğunu göstermiştir. Erkekler, kadınlardan önemli ölçüde daha fazla iş stresi hissettiğini bildirmiştir, ancak kadınlar aile ve sağlık açısından önemli ölçüde daha fazla stres yaşadıklarını bildirmişlerdir. Ayrıca medeni durumun sosyal, mali ve yaşam koşulları üzerinde önemli bir etkisi bulunmuştur. Evli kişiler evli olmayanlara göre sosyal ve mali yaşam koşulları hakkında daha az stres bildirmişlerdir. Ayrıca, cinsiyet ve medeni durumun finansal kaynaklı stres üzerinde önemli bir etkileşimi olduğu tespit edilmiştir. Yaşanan bu tür



gündelik yaşam streslerin somatik semptomlara neden olduğu düşünülmektedir (Nakao ve ark., 2001).

Somatoform bozukluklar, önemli fiziksel sıkıntı ve mesleki ve sosyal işlevsellikte bozulma ile ilişkilidir. İşe devamsızlık ve yatakta geçirilen sürenin artması ve daha düşük yaşam doyumu ile ilişkilidir. Ek olarak, somatize hastalar, diğer tıbbi hastalara göre daha fazla ayakta tedavi ziyareti, uzmanlara yönlendirmeler, gereksiz tıbbi testler ve daha fazla gereksiz ilaç kullanımı dahil olmak üzere tıbbi hizmetleri aşırı kullanmaktadırlar (Stuart ve Noyes, 1999).

Somatize hastalar sıklıkla ağrı, mide ve bağırsakla ilgili, cinsel veya yalancı nörolojik semptomlardan şikayet etmektedirler. Bu hastalar genellikle kapsamlı ve karmaşık tıbbi geçmişlere sahiptirler. Bu tür hastalar tıbbi bakım arayışlarında ısrarcıdırlar, aniden bir doktordan diğerine geçmekte veya aynı anda birkaç doktora danışmaktadırlar. Bu hastaların yaşamları genellikle karmaşıktır ve geçmişleri genellikle dürtüsel veya manipülatif davranışları, intihar tehditlerini veya girişimlerini, evlilik uyumsuzluklarını ve çatışmalı kişilerarası ilişkileri içermektedir. Bedenselleştirme davranışının meydana geldiği kişilerarası ortam, ailesel işlev bozukluğunun bir göstergesi olabilmektedir (Stuart ve Noyes, 1999).

Somatizasyon bozukluğu genellikle depresif, disosiyatif, konversiyon bozukluğu, sınırda kişilik ve travma sonrası stres bozuklukları gibi diğer psikiyatrik bozukluklarla bir arada bulunmaktadır (Taycan ve ark., 2014). Tıbbi olarak açıklanamayan semptomların en uç şeklini oluşturan çeşitli çalışmalar, somatizasyon bozukluğunun çocukluk ve yetişkinlik dönemindeki travmatik deneyimlerle ilişkisine işaret etmiştir. Ayrıca somatizasyon bozukluğunun dissosiyasyon ve travma sonrası stres bozukluğu ile yakından ilişkili olduğu iddiaları da vardır (Andreski, Chilcoat ve Breslau, 1998; Brown, Schrag, ve Trimble, 2005).

Somatizasyon bozukluğu olan hastalar, diğer psikiyatrik bozuklukları olan hastaların çoğundan daha fazla psikiyatrik semptomu onaylamaktadırlar. Sonuç olarak, somatizasyon bozukluğu diğer psikiyatrik bozuklukları taklit edebilmektedir. Öte yandan, çok sayıda travmatik olaya maruz kalma, yalnızca depresif, travma sonrası stres bozukluğu veya somatik semptomları değil, aynı zamanda duygu düzensizliğini,

dürtü kontrolünün kaybını, ayrışmayı yansıtan diğer semptomları da içeren daha fazla sayıda ve çeşitli semptomlarla sonuçlanmaktadır. Bu tür hastalarda semptom karmaşıklığı, kümülatif travma ile yakından ilişkili görülmektedir (Taycan ve ark., 2014).

Yapılan bir araştırmada somatizasyon bozukluğu hastalarının, konversiyon bozukluğu hastalarına göre boşanmış olma olasılıkları neredeyse iki kat yüksektir. Bu gruplarda iş veya eğitim durumuna göre bir farklılık bulunmamıştır. Fiziksel nedenlerle engellilik, her iki bozukluk için yaygın olsa da somatizasyon bozukluğu için %19 yaygındı. Psikolojik nedenlerle engelliliğin ise somatizasyon bozukluğu hastalarında daha yaygın olduğu görülmüştür (Tomasson ve ark., 1991).

Çocukluk çağı hastalığının bedenselleştirme davranışının gelişimi üzerindeki etkisi üzerine çok sayıda araştırma vardır. Örneğin, Craig, Boardman, Mills, Daly-Jones ve Drake (1993) yetişkin somatize hastaların diğer psikiyatri ve tıbbi hastalara göre daha sık ve ciddi çocukluk çağı hastalıkları bildirdiklerini bulmuşlardır. Bass ve Murphy (1995) tarafından yapılan araştırmada somatize hastaların yaklaşık %20'si, 16 yaşından önce kronik sakatlık yaratan bir hastalığa sahip olduklarını bildirmiştir.

Yetersiz veya dikkatsiz ebeveynlik, yetişkinlerde somatize davranışların doğuşuna katkıda bulunmaktadır. Mallouh, Abbey ve Gillies (1995), somatizasyon bozukluğu olan hastaların, erken çocukluk döneminde bir kayıp deneyimi yaşadığı ve bu kayıpların da genellikle bir ebeveynin veya bakıcı figürün kaybı olduğunu bulmuşlardır. Bu tür geçmişleri olan hastalar tipik olarak daha çatışmalı kişilerarası ilişkilere sahiptir. Somatizasyon bozukluğu olan hastalar ayrıca diğer psikiyatrik bozukluğu olan hastalara göre daha az anne bakımı aldıklarını bildirmişlerdir. Buna ek olarak somatizasyon bozukluğu olan hastaların ebeveynlerinde cezalandırıcı tutumlar ve reddedilme görülmüştür. Ebeveynliğin bir model alma süreci olduğu varsayılırsa ebeveynleri somatik semptomlar sergileyen kişilerin kendilerinin de bu tür semptomlar sergileyebileceği görülmektedir (Stuart ve Noyes, 1999).

#### 1.4.6. Kadın ve Somatizasyon

Çok sayıda araştırma, kadınların erkeklerden daha fazla depresyon, anksiyete ve somatizasyon içeren semptomlar ve bozukluklar sergilediğini bulmuştur. Örneğin, Ulusal Akıl Sağlığı Enstitüsü'nün geniş toplum anketleri, kadınlar arasında erkeklere göre önemli ölçüde daha yüksek depresif, endişeli ve somatik bozukluk oranları bulmuştur (Klonoff ve ark., 2000).

Çalışmalarda bulgular boşanmanın somatik şikayetler üzerindeki etkisini ortaya koymaktadır. Bazı toplumlarda boşanma, önemli psikososyal ve ekonomik sorunlarla ve kadının sosyal statüsünün azalmasıyla ilişkilidir. Bu tür toplumlarda kadınlar için evlilik sosyal ve ekonomik bir kurumdur ve erkekler evin ana geçimini sağlayan kişi olarak görülmektedir. Dolayısıyla boşanmanın kadınlar için ciddi ekonomik sonuçları vardır. Bu sebeplerden dolayı birkaç çalışma kadınlarda, psikososyal anksiyete, izolasyon, aile sorunları, azalan özgüven, düşük yaşam doyumu, düşük ekonomik refah ve artan psikolojik sağlık problemlerini göstermektedir. Ayrıca boşanmanın neden olduğu sorunlar, bu tür toplumlarda kadınlar için kötü giden bir evliliğe devam etmelerine neden olmaktadır. Kötü bir evliliğe devam eden kadınların duygularını ifade edememesinden dolayı ise somatik belirtiler ortaya çıkmaktadır (Al-Krenawi ve Graham, 2004).

Birçok çalışma kadınların somatik şikayetlerinin altında çocukluk çağı cinsel istismar travmalarının yatabileceğini göstermektedir (Morrison, 1989; Morse, Suchman ve Frankel, 1997). Çünkü hem somatik hem de psikolojik ayrışma, bildirilen çocukluk çağı travması ile ilişkili görülmektedir (Sar, Akyüz, Doğan ve Öztü, 2009). Ülkemizdeki üniversite öğrencileri üzerinde yapılan bir çalışmada, çalışmaya katılan kişilerin somatizasyon bozukluğuna sahip olma oranları %7,7 olarak tespit edilmiştir. Birçok değişken ile ilgili bulunan somatizasyon bozukluğunun cinsiyet olarak kadınlarda, kişilerin annelerinin öğrenim durumunun düşüklüğünde, kronik bir hastalığa sahip olmalarında, aile içi sözel şiddete ve fiziksel/cinsel tacize maruz kaldıklarında puanların yükseldiği görülmüştür (Özenli ve ark., 2009).

1950'lerde, Minnesota Çok Yönlü Kişilik Envanteri'ni (MMPI) kullanan büyük topluluk anketlerine göre, kadınların erkeklerden daha yaygın olarak somatik

semptomları olduğu bildirilmiştir (Hathaway ve Briggs, 1957). 1980'de yapılan bir çalışmada kadınların bu ölçekteki puanlarının erkekleri geçtiğini, ancak bu farkın üniversite çağındaki katılımcılar arasında görülmediğini bulmuştur. MMPI hipokondriyazis ölçek puanlarının da etnik köken ve eğitim düzeyine göre değiştiği bilinmektedir. 1989'da yenilenmiş ölçekte, erkekler ve kadınlar arasındaki bu farkta bir miktar azalma olduğu görülmektedir (Wool ve Barsky, 1994).

1980'lerin sonunda yapılan bir başka araştırmada bir üniversite hastanesinde yatan hastaların %9'unun somatizasyon bozukluğuna sahip olduğu belirlenmiştir. Kadın hastaların %14'ü, erkeklerin ise sadece %3'ünde somatizasyon bozukluğuna rastlanmıştır. Somatizasyon bozukluğu hastalarının ayrılma, boşanma ya da dul kalma olasılığı, evli ya da hiç evlenmemiş olma olasılığına göre daha yüksektir, ayrıca bu grupta önemli ölçüde yüksek oranda bekar ebeveyn vardır (deGruy ve ark., 1987). Ayrıca kadınların 17 ile 44 yaşları arasında erkeklerden iki kat daha fazla, 45 yaşından sonra ise erkeklerden %20-40 daha fazla doktora gittiği tespit edilmiştir (Verbrugge, 1985).

Kadınlar vücut rahatsızlıklarına erkeklerden daha duyarlı olarak görülmektedir. Bu, çocukluk çağında erkeklerin yaralanmalarını daha az bildirmesi, kızların ergenliğe daha fazla dikkat edilmesi ve menstrüasyonun ve yaşamlarının ilerleyen dönemlerinde menopozun neden olduğu vücut farkındalıkları nedeniyle ortaya çıkmaktadır (Nakao ve ark., 2001). Kadınlar semptomlarını fiziksel hastalık olarak etiketlemeye daha yatkındırlar ve bu şekilde etiketledikten sonra, hastalıklarını ve yaralanmalarını erkeklerden daha şiddetli ve ciddi olarak değerlendirmektedirler. Erkekler fiziksel rahatsızlıklara daha iyi tahammül ettikleri, kişisel sağlıklarıyla daha az ilgilendikleri veya ciddi hastalık belirtileri hakkında daha az bilgi sahibi oldukları, hasta olma durumunu erkeksi hissetmedikleri için daha az yakınmada bulunmaktadır. Bu sebeple benzer hastalık ve yaralanma değerlendirmeleri göz önünde bulundurulduğunda, kadınlar semptomlarının bakım gerektirdiğine daha kolay karar vermektedirler. Karar verdikten sonra ihtiyaç duyulduğunda, kadınların onu alma olasılıkları da erkeklerden daha önce, geciktirmeden alma olasılıkları da daha yüksektir. Bu nedenle kadınların bir sorun için profesyonel yardımı tercih etme olasılıkları erkeklerden daha fazladır. Ayrıca, hasta olmak ve kişinin hastalıklarına ve

yaralarına bakmak, kadınlar için sosyal olarak daha kabul edilebilir görülmektedir. Erkekler bazen neden böyle hissettiklerini tam olarak bilmeden fiziksel semptomlarıyla ilgilenme konusunda isteksiz hissedebilmektedirler. Bütün bunların yanında kadınlar semptomlarını birilerine anlatmakta daha isteklidirler, bu sebeple yaşadıkları semptomlara dikkat ederler ve hastaneye daha çok başvurumaktadırlar (Verbrugge, 1985). Nathanson (1977), kadınların hastalandığını, erkekler öldüğünü öne süren sözü bütün çalışmaların özet niteliğini taşımaktadır.

#### **1.4.7. Somatizasyon ve Yaşam Doyumu**

Zihinsel veya kişilerarası çatışmadan kaynaklanan psikolojik çatışma ve duygusal sıkıntının ifadeleri olarak ortaya çıkan somatik belirtiler, çok çeşitli somatik belirtilerle birlikte fizyolojik rahatsızlıklara neden olabilmektedir. Somatik belirtiler, baş ağrısı, baş dönmesi, mide rahatsızlığı veya normal fiziksel hareketleri gerçekleştirmede zorluklar gibi semptomların varlığı ile karakterizedir (Keyes ve Ryff, 2003). Bu tür fiziksel belirtiler böylelikle bazı durumlarda psikososyal sorunların bir göstergesi olarak görülmektedir. Sosyal destek, somatizasyon bozukluğu olan kişiler için önemli bir faktördür. Sosyal destek, sosyal ilişki ve çeşitli psikososyal faktörler, algılanan yaşam doyumu ile ilişkilidir. Araştırmalarda algılanan sosyal destek ile yaşam doyumu arasında pozitif korelasyon bulunmuştur. Daha yüksek algılanan sosyal destek, daha iyi yaşam doyumu ile ilişkilendirilmiştir. Yaşam doyumunun, psikolojik sıkıntı semptomları üzerindeki etkilerini hafiflettiği gibi somatik semptomları da hafiflettiği söylenmektedir. Somatize kişiler, duygusal rahatsızlık ve psikososyal sıkıntı yaşamakta ve bunları fiziksel semptomlar olarak ifade etmektedirler (Ali ve ark., 2010).

Somatizasyon, genel olarak psikolojik hastalıklar ve özellikle depresyon ve anksiyete ile görülmektedir. Depresif hastalar genellikle depresif olmayan hastalara göre daha fazla somatik semptomlar ifade etmektedir. Çalışmalar ayrıca somatik ve depresif semptomlar arasında orta ila güçlü bir pozitif korelasyon ortaya koymaktadır (Keyes ve Ryff, 2003). Hatta somatik şikayetlerin depresyonun başlangıcında bir işaret olarak görülmektedir (Yavuzer ve Karataş, 2017). Depresif duygudurumu ve çeşitli psikolojik sorunların görülmesi kişilerin öznel iyi oluşlarının düşük olduğunu

gösterdiği gibi yaşam doyumu düzeylerinin de düşük olduğunu göstermektedir. Ayrıca çalışmalar, yaşam doyumunun düşük olması ile hem psikiyatrik hem de somatik nedenlere bağlı olarak ölüm ve intiharı öngörmektedirler (Koivumaa-Honkanen ve ark., 2004).

Ayrıca yapılan araştırmalarda somatizasyon ile aleksitimi arasındaki ilişkiye dikkat çekilmiştir. Somatize kişilerin duygularını belli edemediği için bedenselleştirme yaptığı, aleksitimik kişilerin ise duygularını ifade edemiyor oluşu, bu iki kavram arasındaki ilişkiyi göstermektedir. Araştırmalar, aleksitiminin yaşam doyumu ile negatif ilişkili olduğunu bulmuştur (Mattila ve ark., 2007; Palmer, Donaldson ve Stough (2002). Böylelikle somatizasyon ile yaşam doyumu arasında da negatif bir ilişki bulunduğu düşünülmektedir.

## 1.5. YAŞAM DOYUMU

### 1.5.1. Yaşam Doyumu Tanımı

Pozitif psikoloji üzerine yapılan araştırmalar, psikoloji için önemli bir alan olarak ortaya çıkmıştır. Psikolojinin geleneksel depresyon ve anksiyete gibi olumsuz duygulara odaklanmasının aksine, giderek artan pozitif psikoloji araştırmacıları duygu yelpazesinin olumlu tarafına odaklanmaya başlamışlardır (Luthans, 2002). Pozitif psikoloji araştırmacıları, pozitif duygudurum içeren bilim ve klinik uygulamanın, birçok hastanın yaşam kalitesini artırmaya daha uygun bir şekilde hizmet edeceğini düşünmektedir. Hastaların olumsuz duygudurumunu hafifletmeyi bırakmamamız gerektiği, ancak iyimserlik, benlik saygısı, öznel iyi oluş, cesaret, sabır, umut, yaratıcılık, zevk ve mizah yeteneği gibi olumlu inançlar yaratmayı hedeflememiz gerektiğini savunmaktadırlar. Bu özelliklerin, gelecekte zihinsel ve somatik sağlığı güvence altına almak için koruyucu bir tampon görevi göreceğini belirtmektedirler (Stubbe, Posthuma, Boomsma ve De Geus, 2005).

Yaşam doyumu, bilişsel bir yargılama sürecini ifade etmektedir. Yaşam doyumu bir kişinin seçtiği kriterlere göre yaşam kalitesini değerlendirmesi olarak tanımlanmaktadır. İnsanlar mevcut durumlarından ne kadar memnun olduklarına ilişkin yargıyı, her bireyin kendisi için belirlediği bir standartla karşılaştırmaya dayandırmaktadır. Araştırmacı tarafından önemli olduğuna karar verilen bazı kriterlere

değil, kişinin kendi yargılarına odaklanması ve kendi değerlendirilmesine bırakılması ayırt edici özelliğidir (Neugarten, Havighurst ve Tobin, 1961). Örneğin, sağlık, enerji vb. durumlar arzu edilebilir olsa da belirli kişiler bunlara farklı değerler yükleyebilmektedir. Bu nedenle, genel yaşam doyumunun bir ölçüsünü elde etmek için, belirli alanlardaki doyumlarını toplamak yerine, kişiden yaşamına ilişkin genel değerlendirmesini istememiz gerekmektedir. Bazı araştırmalar ise, bireyin kişiliğinin veya mizacının, yaşam doyumunu yargılarının güçlü bir belirleyicisi olduğu ve yaşam doyumunu yargılarının, çeşitli özel alanlardaki tatmin yargılarını etkilediğini göstermektedir (Diener ve ark., 1985).

Stubbe ve ark. (2005), yaşam doyumunu yargıları için kronik olarak erişilebilir önemli bilgi kaynağına belirli yaşam alanlarına ait memnuniyet seviyelerini işaret etmektedir. Yaşam doyumunun aksine, yaşam alanı memnuniyeti, kişinin hayatının belirli bir yönüne ilişkin bir kararı yansıtmaktadır. İş doyumunu, evlilik memnuniyeti, ev içi memnuniyet gibi alanlar yaşam alanları için örnek gösterilmektedir. Genel olarak, yaşam alanı memnuniyeti ve yaşam doyumunun önemli ölçüde ilişkili olduğu araştırmalarda gösterilmiştir. Ayrıca araştırmalar yaşam doyumunun yalnızca deneyimin etkisi altında olmadığı, aynı zamanda olumlu bir yaşam görüşünün hakim olacağı bir tür psikolojik süreç olduğunu ortaya çıkarmaktadır. Araştırmalar, yaşam doyumunu seviyelerini bozan büyük bir yaşam olayı yaşayan insanların zaman içinde önceki seviyelerine geri dönme eğiliminde olduklarını belirtmiştir (Cummins ve Nistico, 2002).

Yaşam doyumunu ve yaşam alanı memnuniyeti arasında bir ilişki olduğu düşünülmektedir. Cummins (2005), literatürün bir meta çalışmasına dayanarak, maddi refah, sağlık, üretkenlik, yakınlık, güvenlik, topluluk ve duygusal iyi oluştan oluşan yedi yaşam alanından bahsetmiştir. Argyle (2013) para, sağlık, iş ve istihdam, sosyal ilişkiler, boş zaman, barınma ve eğitim gibi alanlardan bahsetmektedir. Bir başka araştırmacı aralarında aile hayatı, çalışma faaliyeti, sosyal aktivite, dinlenme, kişisel sağlık, tüketim, mülk sahipliği, benlik, manevi yaşam ve ülkenin durumu olmak üzere birçok alanı ele almaktadır (Rojas, 2006). Flanagan (1978), aralarında ekonomik, fiziksel ve sağlık refahı, çocuk sahibi olma ve onları yetiştirme, eşle ilişkiler, akraba ve arkadaşlarla ilişkiler, topluluk ve sosyal etkinlikler, politik etkinlikler, pasif ve aktif

eğlence etkinlikleri, kişisel gelişim faaliyetleri ve iş olmak üzere 15 bileşenden bahsetmektedir. Bir başka araştırmada ise boş zaman, evlilik, iş, yaşam standardı, arkadaşlıklar, cinsel hayat ve sağlıktan oluşan yaşam alanlarının yaşam doyumunu etkileyeceğinden bahsetmektedir (Rojas, 2006).

Genel olarak mutluluk, bir duygu ya da his halini ifade ederken, yaşam doyumunu daha bilişsel, yargılayıcı bir süreci ifade eder. Bir bireyin iş, boş zaman etkinlikleri, komşuluk, aile yaşamı, evlilik ve yeterlilik gibi açıkça sınırlandırılmış alanlardaki memnuniyet duygularıyla ilgilenmeyi içermektedir. Bu belirli alanların her biri kendi başına önemli olmakla birlikte, her bir alandaki doyumun, diğerleriyle ve genel yaşam doyumuyla büyük ölçüde ilişkili olduğu da doğrudur. Bu nedenle, genel yaşam doyumunu ölçülerinin, her bir spesifik doyum alt ölçüsü ile bütünsel olarak ilgili olan bir toplamı yansıttığı görülmektedir (Lewinsohn ve ark., 1991).

Kişinin varlığının anlamlı olduğunu veya hayatta önemli bir amacı olduğunu hissetmek, insan olmanın ve iyi oluşun kritik bir bileşeni olarak görülmüştür. Önceki araştırmalar, anlam arayanların genellikle hayatlarının bir şekilde daha az anlamlı olduğunu düşündüklerini ve genel olarak hayatlarından daha az doyum aldıklarını ileri sürmüştür. Yaşamdaki anlam üzerine yapılan araştırmalar, yaşamdaki anlam ile yaşam doyumunu da dahil olmak üzere pek çok iyi oluş ölçütü arasında tutarlı, olumlu ilişkiler ortaya çıkarmışlardır. Bu tür bulgular, yaşamdaki anlamı deneyimlemenin, iyi olmak ve doyum sağlayan bir yaşam sürmek için evrensel olarak önemli olduğu görüşünü desteklemektedir (Steger, Oishi ve Kesebir, 2011).

### **1.5.2. Yaşam Doyumu ile İlgili Kavramlar**

Öznel iyi oluş, yüzyıllara yayılan çok sayıda disiplin tarafından incelenen ve etik, teolojik, politik, ekonomik ve psikolojik terimlerle tanımlanmış bir yapıdır. Bu çeşitlilik göz önüne alındığında, mutluluk, nesnel ve öznel iyi oluş, yaşam kalitesi ve yaşam doyumunu birlikte ele alınmıştır. Bu terimlerin her birinin biraz farklı bir anlamı olsa da her biri benzer bir başlangıç noktasından türetilmiştir (Lewinsohn ve ark., 1991).

Araştırmalar sonucu, mutluluk deneyimi ve öznel iyi oluş öne çıkmıştır. Öznel iyi oluş, genellikle hem duygusal hem de bilişsel bileşenlerle kavramsallaştırılmıştır.



Öznel iyi oluşun kurucu bileşenleri arasında yaşam doyumu, bir bütün olarak yaşam kalitesinin bilişsel ve evrensel bir değerlendirmesini temsil eden ayrı bir yapı olarak tanımlanmıştır. Yaşam doyumu, öznel iyi oluşun duygusal bileşenleri ile ilişkili olmasına rağmen, diğer iyi oluş türlerinden ayrı bir faktör oluşturmaktadır. Öznel iyi oluşun kapsamlı bir değerlendirmesi hem yaşam doyumunun hem de öznel iyi oluşun duygusal bileşenlerinin ayrı ölçümlerini gerektirmektedir (Pavot ve Diener, 2008). Öznel iyi oluş üç ana faktörden oluşmaktadır. Bunlar olumlu duygusal değerlendirme, olumsuz duygusal değerlendirme ve yaşam doyumudur (Diener, Suh ve Oishi, 1997). Bu faktörlerin olumlu ve olumsuz duyguların değerlendirilmesi duygusal bileşenleri ifade ederken, yaşam doyumu ise bilişsel bileşeni ifade etmektedir (Diener ve ark., 1985). Yaşam doyumu, bireyin başarılı ya da başarısız başa çıkma becerilerinden kaynaklanan öznel durumun bir ifadesi olarak görülmüştür. Öznel iyi oluş ölçüleri genellikle kişinin mevcut yaşam durumuna yönelik olumlu veya olumsuz tepkilerine odaklanmıştır (Hickson, Housley ve Boyle, 1988).

Öznel iyi oluş için bir kişinin yaşamına ilişkin değerlendirmesi sonucuna gerek duyulmaktadır. Bu değerlendirme, kişinin evliliğinden, işinden ve yaşamından duyduğu memnuniyet gibi bilişsel durumlar açısından olabilirken, süregelen duygulanım (olumlu duygudurumların varlığı ve hoş olmayan duygulanımın olmaması) açısından da olabilmektedir. Öznel iyi oluş, bir hakimiyet hissine sahip olan ve hedeflerine doğru ilerleme kaydeden, kişinin mizacından, ilginç ve zevkli faaliyetlere dalmasından ve olumlu sosyal ilişkilerinden kaynaklanmaktadır (Diener, Sapyta ve Suh, 1998).

Öznel iyi oluş halini inceleyen araştırmacılar, iyi bir yaşamın temel bileşenlerinden birinin, kişinin kendi hayatını sevmesi olduğunu varsaymışlardır. Öznel iyi oluş, bir kişinin bir bütün olarak yaşamına ilişkin bilişsel ve duygusal değerlendirmeleri olarak tanımlanmaktadır. Bu değerlendirmeler, olaylara verilen duygusal tepkilerin yanı sıra doyum ve tatminle ilgili bilişsel yargıları içermektedir. Bu nedenle öznel iyi oluş, yüksek seviyelerde hoş duygudurumları, düşük seviyelerde olumsuz duygudurumları ve yüksek yaşam doyumunu içeren geniş bir kavramdır (Diener, Lucas ve Oishi, 2002).

Tarih boyunca filozoflar ve dini liderler, sevgi ve bilgelik gibi çeşitli özelliklerin, yerine getirilmiş bir varoluşun temel unsurları olduğunu ileri sürmüşlerdir. Faydacılar, zevkin varlığının ve acının yokluğunun iyi bir yaşamın tanımlayıcı özellikleri olduğunu savunmuştur. Bu nedenle faydacılar, bireylerin deneyimlediği duygusal, zihinsel ve fiziksel zevklere ve acıya odaklanan öznel iyi oluş araştırmacılarının öncüleri olarak kabul edilmektedir. Bu düşünceye göre bir kişinin mutlu olup olmamasının ötesinde arzu edilen başka kişisel özellikler olsa da bol neşeye sahip bir bireyin, iyi bir yaşamın anahtar bileşenlerinden birine sahip olduğu düşünülmektedir (Diener ve ark., 2002).

İlk araştırmalar, iyi oluşun nedenlerine odaklansa da ancak son zamanlarda araştırmacılar, sonuçlarına ve özellikle yüksek düzeydeki öznel iyi oluşun etkili işleyiş için yararlı olup olmadığına veya alternatif olarak başarıyı engelleyip engellemediğine odaklanmaya başladılar. Artan kanıtlar, yüksek iyi oluş ve yaşam doyumunun, sağlık ve uzun ömür, iş ve gelir, sosyal ilişkiler ve toplumsal faydalar gibi dört alanda yaşamı önemli ölçüde iyileştirdiğini göstermektedir (Diener ve Ryan, 2009).

Mutluluk, herhangi bir anda yaşanan hoş duygudurum ve olumlu duygulara, yaşam doyumunu gibi yaşamın genel değerlendirmelerine veya öznel iyi oluşa atıfta bulunabilen popüler bir terimdir. Buna karşılık, öznel iyi oluş, insanların yaşamlarına ilişkin öznel değerlendirmelerine göre deneyimledikleri esenlik düzeyini tanımlamak için kullanılan genel bir terimdir. Hem olumlu hem de olumsuz olabilen bu değerlendirmeler, yaşam doyumunu, ilgi ve bağlılık hakkındaki yargı ve duyguları, yaşam olaylarına neşe ve üzüntü gibi duygusal tepkileri ve iş, ilişkiler, sağlık, eğlence, anlam ve amaçtan duyulan memnuniyeti ve diğer önemli alanları içermektedir (Diener ve Ryan, 2009). Literatürde ise mutluluk ve öznel iyi oluşun aynı anlamda kullanıldığı görülmektedir.

Bazı yazarlar ise mutluluk ve yaşam doyumunun eşanlamlı olduğunu beyan eder ancak bu görüş önemli bir literatür tarafından desteklenmemektedir (Cummins, 1998). Yunan felsefesinin Altın Çağı'ndan beri Batılı düşünürler mutluluğu anlamakla ilgilenmektedirler. Aristoteles, mutluluğu en yüksek iyilik olarak tanımlarken, mutluluğun nihai ve yeterli olan tek değer olduğunu, anlamlı ve amaca dayalı bir hayat

sürme ile ancak mümkün olabileceğini savunmuştur. Ona göre nihai bir değer, çünkü her şey sadece bu amaç için bir araçtır ve mutluluk elde edildiğinde başka hiçbir şey istenmemektedir. Bununla birlikte, araştırmacılar mutluluğu ölçmek için bir dizi öz bildirim ölçeği oluşturmuşlardır. Son yıllarda davranış bilimcileri, bu kavrama öznel iyi oluş, moral, olumlu duygulanım ve yaşam doyumu gibi yeni başlıklar altında yeniden odaklanmışlardır (Diener, 2009).

Aristoteles'in görüşlerinden bu yana birçok mutluluk teorisi öne sürülmüştür. Teorilerin ilki, gerilimlerin azalmasının (ağrının giderilmesi ve biyolojik ve psikolojik ihtiyaçların karşılanması) mutluluğa yol açtığı fikrine odaklanmaktadır. Freud'un zevk ilkesi ve Maslow'un hiyerarşik ihtiyaç modeli bu yaklaşımı temsil etmektedir (Diener ve ark., 2002). Bu görüşü destekleyen Sheldon, Elliot, Kim ve Kasser (2001), bireylerin ihtiyaçlarının karşılanma derecesinin, yaşam doyumlarının derecesi ile olumlu bir şekilde ilişkili olduğunu bulmuşlardır.

Uzun yıllar ve çok yakın zamana kadar mutluluğun değiştirilemeyeceği varsayılmaktaydı. Bu varsayım iki güçlü fikre dayanıyordu. Birincisi, mutluluğun büyük ölçüde genetik miras tarafından belirlendiği idi. İkinci düşünce ise, mutluluğumuzu ya da yaşam olaylarımızı değiştirmeyi denesek bile, hemen hemen her zaman önceki seviyeye geri döneceği idi. Bu durum hedonik adaptasyon olarak adlandırılmaktadır. Bu nedenler göz önüne alındığında, insanların mutluluklarını sürdürülebilir bir şekilde artırmak için bir şey yapmaya çalışmasının hiçbir nedeni yoktur (Linley, 2008). Ancak Lyubomirsky (2008) farklı bir görüşe sahipti. Araştırmalarında mevcut araştırma literatüründen, kişinin mutluluğunu artırmanın mümkün olup olmadığını inceleyen bilimsel araştırmaların bulunmadığını fark etmiştir. Ayrıca, kişinin mutluluğunu neyin belirlediği sorusunun gerçekten derinliklerine inen neredeyse hiç araştırma olmadığını tespit etmiştir. Özenli çalışmalar sayesinde Lyubomirsky, mutluluğun %40'ının kasıtlı davranışlardan oluştuğu sonucuna varmaktadır. Genetik mirasın rolü ise %50 oranında bulunmaktadır. Geriye kalan %10 ise yaşam koşullarından oluşmaktadır. Aslında Lyubomirsky kasıtlı davranışlar ile kişilerin kendi kontrolünde olan dilimin aslında büyük bir oran olduğunu çalışmaları ile göstermektedir.

İhtiyaç doyumu kuramcıları, temel ihtiyaçların karşılanmasının mutlulukla sonuçlanacağını varsayarken, etkinlik kuramcıları, bir etkinliğe katılmanın kendi başına mutluluk sağladığını iddia etmektedir. En önemlisi, Csikszentmihalyi (1997), insanların beceri seviyelerine uygun ilginç aktivitelerle meşgul olduklarında en mutlu olduklarını öne sürmüştür. Bu zorluklar ve becerinin eşleşmesinden kaynaklanan zihin durumunu "akış" olarak adlandırırken, akışı sıklıkla deneyimleyen insanların çok mutlu olma eğiliminde olduğunu savunmuştur.

İnsanlar kendilerini ve dünyayı kavradıklarında, dünyadaki eşsiz uyumlarını anladıklarında ve yaşamlarında neyi başarmaya çalıştıklarını belirlediklerinde, anlamın varlığını teorik olarak yaşarlar. Böylelikle, insanların yaşamda hem anlam bulmaya hem de anlam aramaya motive oldukları düşünülmektedir. Yaşamın anlamlı olması ve buna bağlı olarak iyi oluşun artacağı görüşü birçok kişi tarafından desteklenirken, Viktor Frankl (1985) anlam arayışının insandaki birincil motivasyon gücü olduğunu dile getirmiştir. Bu nedenle, anlam arayışı yaşamın doğal ve sağlıklı bir parçası olmalı, insanları yeni fırsatlar ve zorluklar aramaya teşvik etmeli ve deneyimlerini anlama ve düzenleme arzularını körüklemelidir (Steger, Kashdan, Sullivan ve Lorentz, 2008). Araştırmalar, anlam eksikliği ile psikolojik sıkıntı arasında önemli bir ilişki bulmuştur. Hayatta daha az anlama sahip olmak, daha fazla terapi ihtiyacı, depresyon ve anksiyete, intihar düşüncesi ve madde bağımlılığı ve diğer psikolojik hastalık türleri ile ilişkilendirilmiştir (Steger, Frazier, Oishi ve Kaler, 2006).

### **1.5.3. Yaşam Doymu ile İlgili Araştırmalar**

Mutluluk ve öznel iyi oluş yaşam doymu için en sık kullanılan ölçülerdir. Çeşitli araştırmalar, gelir, arkadaşlık ve sosyal aktiviteler ile öznel iyi oluş ilişkilerine odaklanmıştır. Bu faktörler iyi oluş ile ilişkilidir, ancak yapılan bir araştırmada sosyo-ekonomik durum, eğitim seviyesi, gelir, medeni durum ve dini bağlılık gibi faktörlerin öznel iyi oluşun yalnızca yaklaşık %3'ünü açıkladığını göstermiştir. Yapılan bir çalışmada, genetik faktörlerin (%38) yaşam doymuna önemli bir katkısı olduğunu gösterirken, yaşam doymundaki varyansın en büyük bölümünün (%62) bireye özgü çevresel faktörler olduğunu açıklamıştır (Stubbe ve ark., 2005). Yetişkinlerde yaşam doymu, sağlık, sosyal etkileşim, kişilik, din, gelir ve sosyal sınıf ve etnik köken ile

ilişkilendirilmiştir. Yaşam doyumunun olumsuz yaşam olaylarıyla ters orantılı olduğu da bulunmuştur (Hamarat ve ark., 2001).

1950 ve 1960'larda yapılan anket sonuçlarında mutluluk ile yaş arasında olumsuz bir ilişki olduğu ortaya konulmuş, ancak 1970'lerde yapılan anketlerde hiçbir ilişki ortaya çıkmamıştır. 1980'lerde, aynı ölçüyü kullanan ve sağlık ve gelir gibi değişkenlerle iyi oluş ilişkisini kontrol eden çalışmalar pozitif bir ilişki tespit etmiştir (Janson ve Mueller, 1983). Bir araştırma genellikle yaşam doyumu ile sağlık, aktivite, sosyo-ekonomik durum ve bir dereceye kadar yaşla ilgili önemli ilişkiler bulmuştur. Yaşamlarından daha çok doyum alan kişilerin daha sağlıklı, daha sosyal, daha fazla gelir sahibi, daha yüksek eğitime sahip olduğu görülmüştür. Bununla birlikte, bu araştırmaların neredeyse hiçbiri, bu çeşitli değişkenlerin yaşam doyumu için göreceli önemini değerlendirmeye çalışmamaktadır. Dolayısıyla, sağlığın doyum için gelirden mi yoksa eğitimden mi, faaliyetten mi yoksa yaştan mı daha önemli olduğunu bilinmemektedir (Palmore ve Luikart, 1972).

Yaşam doyumu, sosyal gerontolojide uzun bir araştırma geçmişine sahiptir. Birçok araştırmacı, yaşlılığa geçişe eşlik eden sosyal, fiziksel ve psikolojik kayıplar nedeniyle ilerleyen yaş ile azalan öznel iyi oluş arasında bir bağlantı görmektedir. Başka bir deyişle, yaşlanma sürecinde yaşanan önemli yaşam olaylarının yaşlıların yaşam doyumu üzerinde derin bir etkisi olduğu düşünülmektedir. Bununla birlikte, incelenen anket araştırma sonuçları, yaş ve öznel iyi oluş arasındaki ilişkinin zayıf olduğunu ve çalışmalar arasında yön değiştirdiğini göstermektedir. Yaş ve yaşam doyumu arasındaki ilişkiye dair çeşitli araştırma sonuçları sık sık rapor edilmiştir (Hamarat ve ark., 2001). Yaşamın son aşamasında yaşlılar, emeklilik ve evliliğin sona ermesi gibi büyük yaşam olayları ve buna eşlik eden sosyal, fiziksel ve psikolojik kayıplardan yoğun bir şekilde etkilenmektedir. Dolayısıyla, yaşam doyumu yıldan yıla keskin bir şekilde azalmaktadır. Sosyo-demografik özellikler, sosyo-ekonomik kaynaklar, fiziksel sağlık, sosyal etkileşim ve anlamlı sosyal ve boş zaman etkinliklerine katılım gibi faktörlerin yaş ile yaşam doyumunu etkilediği düşünülmektedir. Yaşlanma sürecinde ortaya çıkan faktörlerin seviyesi ve faktörlerdeki değişiklikler kişinin iyi oluş maddelerini yorumlamasını etkileyebilmektedir. Bu sebeple gençler, yaşlılara göre yaşamdan daha fazla doyum

almaktadır. Örneğin evlilik, her yaş için yaşam doyumunu destekleyen bir kaynak olarak görülürken, ancak dul kalma durumu kişilerde toplum tarafından damgalanma etkisi yaratabilmektedir. Dolayısıyla, evli olmanın orta yaşlı kişiler için öznel iyi oluşla en güçlü şekilde ilişkili olması, genç yetişkinler için en az güçlü biçimde ilişkili olması ve yaşlı yetişkinler için orta düzey olması beklenmektedir (Chen, 2001; Hong ve Giannakopoulos, 1994).

Bir araştırmada evlilik dışında yaşam doyumunu etkileyen demografik değişkenler dikkate alınmamıştır (Peterson, Park ve Seligman, 2005). Yalnızlığın da yaşam doyumunu ve öznel iyi oluş ile olumsuz ilişkisi olduğu bulunmuştur. Bu nedenle, literatür, yalnızlığın daha yüksek seviyelerde psikolojik sıkıntı ve daha düşük psikolojik iyilik hali ile bağlantılı olduğunu ileri sürmektedir (Mellor, Stokes, Firth, Hayashi ve Cummins, 2008).

Yapılan bir araştırmada mutlulukla ilgili olduğu gösterilen diğer faktörler arasında arkadaş sahibi olmak, kişinin aile hayatından memnun olması ve evli olmak yer almaktadır. Genel olarak evli kişiler bekar olanlara göre daha mutludur. Eğitim, zenginlik ve fiziksel çekicilik ile pozitif ilişkiler bulunsa da daha zayıftır. Yaşın yaşam doyumunu ile ilişkili olduğu görülmekte, ancak mutlulukla ilişkili olmadığı görülmektedir. Mutluluk duygusu ile doyumun bilişsel değerlendirmesi arasındaki bu aşık tutarsızlık, yaşlı insanların hem olumlu hem de olumsuz duyguları gençlere göre daha az yoğun olarak deneyimledikleri bulgusuyla ilgili olabileceği düşünülmektedir (Lewinsohn ve ark.,1991).

Yüksek öznel iyi oluş, yüksek sosyallik düzeyleriyle tutarlı bir şekilde ilişkilendirilmiştir. Daha fazla sayıda arkadaşı ve aile üyesi olan bireyler, daha yüksek düzeyde öznel iyi oluşa sahip olma eğilimindedir; bununla birlikte, başlangıçta daha yüksek iyi oluş düzeyine sahip kişiler, düşük yaşam doyumunu düzeyine sahip kişilere göre daha yakın ve daha destekleyici sosyal ilişkilere sahip olma eğilimindedir. Çok sayıda araştırma, insanların günlerinin en iyi bölümünün sosyal etkileşime dahil oldukları zaman olduğunu göstermektedir, genel olarak, insanlar başkalarının yanında olduklarında daha mutlu olmaktadır (Diener ve Ryan, 2009). Dahası, evlilik gibi sosyal bağlar, evli insanların evli olmayanlara göre ortalama olarak daha yüksek

düzeyde öznel iyi oluş deneyimlemesinden de anlaşılacağı üzere öznel iyi oluşu artırabilir. Hatta birçok araştırmacı gelir ve yaş gibi değişkenler kontrol edildiğinde bile evlilik ve öznel iyi oluş arasındaki ilişkinin devam ettiğini göstermiştir. Ayrıca mutlu insanlar daha hoş ve dışa dönük olabilir ve bu insanlar bir eş bulmada daha başarılı olurken, öte yandan mutsuz bireyler, evlenmelerini engelleyen veya ayrılık ve boşanmaya yol açan psikolojik sorunlardan daha çok muzdarip olabilmektedirler. Bu fenomenin bir başka örneği, evlenen ve boşanan insanlar arasındaki temel farktır. Evlilikten önce yaşam doyumu yüksek olan kişilerin evlenme, evli kalma ve evliliklerinde mutlu olma olasılıkları diğerlerine göre daha yüksekken, evlilik öncesi yaşam doyumu düşük olan kişilerin boşanma olasılığı çok daha yüksektir (Lucas, Clark, Georgellis ve Diener, 2003).

İyi oluş üzerine yapılan araştırmalar, toplumun değer verdiği özelliklerin ve kaynakların mutlulukla bağlantılı olduğunu tutarlı bir şekilde ortaya koymaktadır. Örneğin, rahat bir gelir, üstün bir akıl sağlığı ve uzun bir yaşam, yüksek mutluluk seviyelerinin raporlarıyla bir araya gelmektedir. Arzu edilen yaşam sonuçları ile mutluluk arasındaki bu tür ilişkiler, çoğu araştırmacının, başarının insanları mutlu ettiğini varsaymasına neden olmuştur (Lyubomirsky, King ve Diener, 2005). Yüksek öznel iyi oluşun bir başka yararı da buna ulaşan insanların mesleklerine bakılmaksızın diğerlerinden daha fazla para kazanmaları ve işlerinden zevk alma olasılıklarının daha yüksek olması gerçeğidir. Daha da önemlisi, iyi oluşun ekonomik ve kariyer başarıya neden olduğunu gösteren bu sonuç, dünyanın başka yerlerinde yapılan çalışmalarda da tekrarlanmıştır. Devam eden araştırmalar, işlerinden zevk alan bireylerin isteyken daha fazla üretkenliğe, güvenilirliğe, yaratıcılığa ve genel olarak daha yüksek iş kalitesine sahip olduklarını göstermektedir. Dahası, mutlu çalışanlar aynı zamanda iş arkadaşlarına yardımcı olmak gibi, işlerinin gerektirmediği görevleri yapma olasılıklarının da daha yüksek olduğu görülmektedir (Diener ve Ryan, 2009).

Finansal tatminin toplumun ekonomik düzeyine bağlı olarak yaşam memnuniyetinin bir yordayıcısı olarak değişeceği araştırmalarda gözlenmiştir. Araştırmalar, daha yoksul ülkelerde gelirin iyi oluş ile daha güçlü bir ilişkiye sahip olduğunu varsaymıştır. Maslow, fizyolojik ihtiyaçların, yalnızca alt düzey ihtiyaçlar karşılandıktan sonra ortaya çıkan aidiyet ve kendini gerçekleştirme gibi diğer

ihtiyaçlara üstün olduğunu öne sürmüştür. Dolayısıyla, gelirin pek çok insan için düşük olduğu yoksul bir toplumda, en temel ihtiyaçlar herkes için karşılanamayabilir. Aksine, daha zengin bir toplumda çoğu insan fizyolojik ihtiyaçlarını karşılamış olacak ve bu nedenle, gelire daha az bağlı olan aidiyet gibi ihtiyaçlar birçok birey için baskın hale gelecektir. Bu nedenle, Maslow'un ihtiyaçlar hiyerarşisi, yaşam doyumunun en yoksul ülkelerdeki finansal memnuniyetle en güçlü şekilde ilişkili olduğunu tahmin etmek için kullanılmaktadır (Diener ve Diener, 2009).

Öznel iyi oluşun hem sağlığı hem de uzun ömürlülüğü iyileştirdiğine dair kanıt sağlayan çok sayıda çalışma vardır. Genel olarak, yüksek öznel iyi oluşu bildiren kişiler ayrıca daha iyi sağlık ve daha az rahatsız edici fiziksel semptom bildirmişlerdir. Ayrıca, daha yüksek öznel iyi oluşa sahip bireyler, daha güçlü bağışıklık sistemlerine ve daha iyi kardiyovasküler sağlıklara (daha az kalp krizi ve daha az arter tıkanıklığına) sahip olma, emniyet kemeri takma ve güneş kremi kullanma gibi daha sağlıklı davranışlarda bulunma ve daha az yaşam tarzı hastalığına sahip olma eğilimindedir (Røysamb, Tambs, Reichborn-Kjennerud, Neale ve Harris, 2003).

Benzer şekilde, önceki araştırmalar aracılığıyla, birçok değişkenin öznel iyi oluşla veya bununla bağlantılı ilişkilerle, yaşam doyumuyla ve mutlulukla ilişkili olduğu gösterilmiştir. Kişilik özellikleri açısından, örneğin, mutlu insanlar içsel bir kontrol odağına sahip olma eğilimindedir ve içsel çatışmalar görece yokluğa sahiptir (Lewinsohn ve ark.,1991). Bir bireyin kontrol odağı içsel ise, bireyin beklentileri kendi davranışına bağlı olarak algılanır; eğer dışsalsa, kişisel kontrolün ötesinde olan ve kader veya şans gibi değişkenlere bağlı olaylara bağlıdırlar. Önceki araştırmalar, iç kontrol odağının sürekli olarak daha fazla yaşam doyumu, daha yüksek öznel iyi oluş ve mutluluk ile ilişkili olduğunu ortaya koymuştur. Dahası, bazı araştırmacılar kontrol odağının %4,6 ile %23 arasında değişen tahmin gücü ile yaşam doyumunun güçlü bir öngörücüsü olduğunu göstermiştir (Hickson ve ark., 1988).

Araştırmalar kalıcı özelliklerin öznel iyi oluşu etkilediğini göstermektedir. Felçli kaza kurbanlarının veya piyango kazananlarının bile mutluluk düzeyinde çok az farklılık olduğunu belirterek öznel iyi oluşun bireyin kalıcı özelliklerinden güçlü bir şekilde etkilendiğini göstermektedir. Amerika'da kadın örnekleminde yakın zamanda



yapılan bir araştırmada, olumlu duygulanım ve eğlencenin mizaç ve karakter yönlerinden güçlü bir şekilde etkilendiğini göstermiştir (Stubbe ve ark., 2005).

Psikolojik tepki, bir kişinin özgürlüğü tehdit edildiğinde veya kısıtlandığında ortaya çıkan motivasyonel durumu ifade etmektedir. Psikolojik tepki ile yaşam doyumunu arasındaki ilişki üzerine çok az araştırma yapılmasına rağmen, birkaç çalışma mutluluk ve psikolojik tepkinin bazı önemli yönlerini ilişkilendirmiştir. Bir araştırma, bir kişinin hayatında algılanan seçim veya kontrol özgürlüğüünün derecesinin tutarlı bir şekilde mutlulukla ilişkili olduğunu ve bir bütün olarak yaşamdan doyum sağladığını bulmuştur. Crohan, Antonucci, Adelman ve Coleman (1989) da erkekler ve kadınlar için algılanan kontrol ile yaşam doyumunu arasında anlamlı bir pozitif ilişki bulmuşlardır. Diğer bir araştırma ise, sosyal baskılardan yüksek oranda özgür olan alanların, daha yüksek yaşam doyumunu bildirdiklerini göstermiştir (Hong ve Giannakopoulos, 1994). Bu bulgular ışığında, yüksek yaşam doyumunun ve düşük psikolojik tepki ile ilişkili olacağı tahmin edilmektedir.

Benlik saygısı, birey tarafından yapılan kendi kendini onaylama veya kendi kendini onaylamamanın örtük bir değerlendirmesinin ürünü olan genel benlik değerinin kişisel bir yargısı olarak tanımlanabilir. Sürekli olarak araştırmalar, benlik saygısının yaşam doyumunu ile olumlu yönde ilişkili olduğunu bildirmiştir. Daha yeni çalışmalar, özsaygının yaşam doyumunun en iyi yordayıcısı olduğunu da göstermiştir (Hong ve Giannakopoulos, 1994).

#### **1.5.4. Kadın ve Yaşam Doyumu**

Araştırmalarda kadınların yaşam doyumunun daha düşük olduğu gözlenmiştir. (Chui ve Wong, 2016; Hickson ve ark., 1988; Lee, 1998). Araştırmacılar, "Hangi cinsiyet daha fazla mutsuzluk yaşar?" diye sorduğunda, cevap genellikle kadınların erkeklerden daha fazla olumsuz duygular yaşadıklarıdır. Örneğin, 1960 yılında ülke çapında yapılan bir ankette Amerikalı kadınlar Amerikalı erkeklerden daha fazla duygusal sorun yaşadıklarını bildirmişlerdir (Fujita, Diener ve Sandvik, 1991). Kadınlar, evliliklerinden ve sağlıklarından erkeklere göre daha fazla memnuniyetsizlik bildirirken, hayattaki mutluluk paylarından daha azına sahip olduklarını ifade etmektedirler. Ayrıca ev, okul, iş veya boş zamanları herhangi bir kesintiye

uğradığında, erkeklerden daha fazla mutsuz duygudurum bildirmektedirler. Duygular psikoloji ile bu şekilde etkileşim halindeyken, kadınların duygudurumlarının erkeklerden daha fazla dalgalandığı, kadınların erkeklerden daha mutlu veya daha mutsuz duygudurum yaşadıkları, kısacası kadınların duygudurumlarının erkeklere göre daha yoğun olduğu düşünülmektedir (Cameron, 1975).

Cinsiyetin mutluluk ve iyi oluş ile doğrudan bir ilişkisi olmadığını öne süren araştırmalar da mevcuttur. Fakat cinsiyet farklılıklarının, yaşam doyumu veya mutluluğu artırırken kişilerin kullandığı stratejilerde olduğu düşünülmektedir. Örneğin, kadınlar olumsuz duygudurumlarının üstesinden gelmek için sosyal desteğe daha fazla ihtiyaç duyduklarını bildirmişlerdir. Bu farklılıklar, yaşam doyumunun farklı alanlarına da atfedilebilir. Kadınlar öğrenme, aile ve arkadaşlar konusunda erkeklerden daha memnundur, fakat fiziksel aktiviteler konusunda değildir. Öznel iyi oluştaki bu tür cinsiyet farklılıkları daha sonra daha da geliştirilecektir (Chui ve Wong, 2016).

Öznel iyi oluş ve evlilik memnuniyetleri ile cinsiyet etkileri önceki araştırmalarda incelenmiştir. Cinsiyet farklılıklarına bakıldığında, kadınların erkeklere göre daha düşük evlilik memnuniyeti belirttikleri ve evlilik memnuniyeti, kadınların öznel iyi oluşunda daha güçlü bir belirleyici olduğu görülmektedir (Ng, Loy, Gudmunson ve Cheong, 2009).

Reinhardt (1989), evli kadınlar ve dul olanlar arasında yaşam doyumu düzeylerini karşılaştırmış ve evli olanların daha yüksek yaşam doyumu bildirdiğini bulmuşlardır. Lubben'in (1989) sonuçları, evli erkeklerin evli ya da dul kadınlara göre yaşamdan daha memnun olduğunu göstermiştir. Çalışmanın önemli bir bulgusu, evli kadınların psikolojik iyilik halinin aşırı stresin varlığından büyük ölçüde bozulmuş görünmesidir. Evli kadınlar arasında bildirilen daha yüksek stres puanlarının bir nedeni, birçoğunun eşlerine bakmanın yükünü çekmesidir. Dul kadınlar için ise stresin tamamen kendilerine ait olması, toplumsal statü olarak kendileri etiketlenmiş hissetmeleridir.

Chipperfield ve Havens (2001), medeni duruma geçiş yapmış ve medeni durumu 7 yıllık bir süre boyunca sabit kalmış bireyler arasında yaşam doyumunu

incelemek için bir çalışma yürütmüştür. Medeni durumu 7 yıl boyunca sabit kalan bireyler arasında, kadınların yaşam doyumu azaldığı ve erkeklerinki sabit kaldığı belirlenmiştir. Ayrıca, eş kaybı yaşayanlar arasında hem erkeklerde hem de kadınlarda yaşam doyumunda bir düşüş görülmüştür. Medeni durum, iyi oluş için de önemli bir rol oynamaktadır. Evli kadınlar, bekar kadınlardan daha iyi durumdadır. Ancak evlilik ilişkisinin kalitesi ve eş desteğinin düzeyi önemli belirleyicilerdir (Rao ve ark., 2003).

Dünyadaki hemen hemen her toplumda, erkeklerin kadınlardan daha yüksek geliri, daha prestijli işleri ve daha fazla otoritesi vardır, bunların hepsi nispeten yüksek öznel iyi oluş seviyeleriyle bağlantılıdır. Kadınların erkeklerden daha düşük düzeyde mutluluk göstermesinin sebebi ise buna bağlanmaktadır. Çoğunlukla çeşitli toplumlarda yapılan araştırmaların sonucu ya kadınların daha düşük düzeyde mutlu olduğunu göstermiş ya da erkek ve kadınların eşit düzeyde mutlu olduklarını göstermiştir. Fakat iki toplum İrlanda ve Japonya'da kadınlar erkeklerden daha yüksek iyi oluş seviyeleri göstermiştir. Sonuçlara göre, kadınlar erkeklerden daha fazla yaşamdan memnun ve daha fazla mutlulardır. Diğer araştırmalar ile kıyaslandığında bu toplumların farklı sonuçlar elde etmesinin nedeni olarak her iki ülkede de toplumsal cinsiyet eşitliği ile ilgili önemli adımlar atılması olduğu düşünülmektedir (Inglehart, 2002).

Kadınlar anne ve eş olmanın yanı sıra, iş hayatına girdiklerinde birçok rolü bir arada götürmek zorunda kalmaktadır. Bir kadının bu çoklu rollere dahil olmasının onun fiziksel ve zihinsel sağlığı için zararlı olduğuna dair yaygın endişeler vardır. Birden fazla rol ve iyi oluş arasındaki ilişkiyi anlamak için iki model öne sürülmüştür. İnsan enerjisi sınırlı olduğu için, birden fazla rolün yerine getirilmesinde aşırı yük ve çatışmanın, suçluluk ve endişe gibi duygulara neden olacağı varsayılmaktadır. Sonuç olarak, kişi ne kadar çok rol alırsa, o kadar fazla iyi oluşu bozulmaktadır. Bir diğer model ise aksine çoklu rollerin statü, ayrıcalıklar ve artan benlik saygısı getirdiğini ve rol gerginliğini telafi ettiğini öne sürmektedir. İkinci model için daha fazla destek vardır, çalışan kadınların genel olarak kendilerini aile hayatına adanmış kadınlardan daha iyi ve psikolojik sıkıntıda daha düşük olduğunu bildiren bir dizi çalışma mevcuttur (Rao ve ark., 2003).

## 1.6. AMAÇ

Yaşam doyumu; yaşam kalitesi, iyi oluş veya mutluluklarına göre kişilerin belirlemiş olduğu bilişsel kriterlerdir (Diener ve ark., 1985). Yaşam doyumu, yetişkinlerde toplumsal ve ekonomik faktörler, cinsiyet rolleri, bireysel faktörler, medeni durum, partner ilişkileri ve sosyal ilişkiler, işsizlik, gelir, fiziksel sağlık ve kişilik özellikleri gibi birçok faktörden etkilenmektedir. Psikolojik sağlık sorunları, bir bireyin yaşam doyumunu ve iyi oluşunu şekillendirmede psikolojik sağlığın önemli bir rol oynayabileceğini ve yaşam doyumunun bireylerin yaşamları için ne derece önemli olduğunu göstermektedir. Yapılan araştırma sonuçları doğrultusunda, psikolojik sağlık sorunlarının yaşam doyumundaki azalma ile ilişkili olduğu görülmektedir. Bu sebeple yaşam doyumunu etkileyen faktörleri tespit etmek oldukça önemlidir (Fergusson ve ark., 2015).

Yetişkin cinsiyet rolleri ve psikiyatrik hastalıklar üzerine yapılan çalışmalarda, kadınların toplumdaki konumlarını erkeklerden daha engelleyici ve daha az ödüllendirici buldukları belirtilmiştir. Cinsiyet, kişileri belirli rollere yönlendirmesi ve birinin diğeriyle etkileşiminin kalitesini belirlemesi konusunda bir statü görevi görmektedir (Gove ve Tudor, 1973). Bu sebeple, modern toplumlarda kadın rolünün getirdiği zorluklar nedeniyle, kadınların erkeklerden daha fazla psikiyatrik hastalık yaşadığı düşünülmektedir (Dohrenwend ve Dohrenwend, 1976). Kadınların tipik olarak üstlendikleri roller nedeniyle duygusal sorunlara sahip olma olasılıklarının erkeklerden daha yüksek olduğunu varsaymak için birçok neden vardır. Bir kadının büyük tek toplumsal rolü vardır, bu da ev kadını olmasıdır. Fakat erkeklerde birden fazla toplumsal rol bulunmaktadır. Bu sebeple birinden tatmin olmadığında diğeriine yönelebilmektedir. Aksine, bir kadın eğer aile rolünü yetersiz bulursa, tipik olarak büyük bir alternatif tatmin kaynağı yoktur (Gove, 1972).

Araştırmalar, medeni durumun iyi oluş ve yaşam doyumunu etkilediğini göstermektedir (Acock ve Hurlbert, 1993). Bazı araştırmalar, yakın ilişki sürdürme ve sosyal destek isteğinden dolayı daha önce evlenmemiş kişilerin evli olanlara göre daha yüksek psikiyatrik hastalık oranlarına sahip olduğunu gösterdiğinden, erkek ve kadın oranları arasındaki farkın, çok yüksek oranda psikiyatrik hastalığı olan evli olmayan kadınlara bağlanabileceği düşünülmektedir (Gove, 1972; Rao ve ark., 2003). Bazı

araştırmalar ise kadınların sahip olduğu aşırı yük, kişisel ve sosyal normlar arasındaki tutarsızlık, iyi bir eş veya iyi bir anne olup olmadığına dair iç çatışmalar, kariyer ve aile rolleri gibi roller arasındaki çatışmalar ve talepler gibi sebeplerden dolayı evli kadınların bekar kadınlara göre daha fazla stres yaşadığı düşünölmekte ve bu durumda onların psikolojik sağlıklarını etkilediği düşünölmektedir (Woods, 1985).

Araştırmada amaç, evli ve bekar kadınların depresyon, kaygı, stres ve somatizasyon düzeylerinin yaşam doyumu düzeylerini etkileyip etkilemediğini bulmaktır. Ayrıca, kadınların farklı değişkenlere göre psikolojik sağlıklarının medeni durum ile ne derece ilişkili olduğunu ve yaşam doyumlarının bu psikolojik durumlardan ne derece etkilendiğini tespit etmektir. Yaşam doyumu ile ilgili literatürdeki kaynaklar sınırlı olmakla birlikte, depresyon, kaygı, stres ve somatizasyon değişkenlerinin bir arada incelendiği başka bir çalışmaya rastlanmamıştır. Yapılan araştırma ile, kadınların psikolojik sağlık sorunlarını ortaya çıkaran faktörlerin belirlenmesi, yaşam doyumlarının hangi değişkenler ile daha çok ilişkili olduğunu ve buna bağlı olarak yaşam doyumlarındaki azalmaların nedenlerini tespit edilmesi ile klinik ortamda bu araştırma sonuçlarından yararlanılabileceği düşünölmektedir.

## İKİNCİ BÖLÜM

### 2. YÖNTEM

Bu çalışmada kartopu örnekleme yöntemi ve ilişkisel tarama modeli kullanılmıştır. İnternet ortamı ve basılı kağıt aracılığı ile random bir şekilde katılımcılara ulaşılmıştır. Bu bölümde katılımcı özellikleri, veri toplama araçları, hipotezler, işlem ve verilerin analizine yer verilmektedir.

#### 2.1. KATILIMCILAR

Çalışmanın katılımcılarının %52,1'ini (n=270) evli kadınlar, %47,9'unu (n=248) bekar kadınlar olmak üzere 518 kadın oluşturmaktadır. Evli kadın katılımcıların yaş ortalaması 37,67 ve standart sapması 7,64 iken, bekar kadın katılımcıların yaş ortalaması 27,59 ve standart sapması 8,15'tir. Katılımcılar gönüllülük esasına dayalı olarak araştırmaya katılım sağlamışlardır.

#### 2.2. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Bu çalışmada Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği, Somatizasyon Ölçeği ve Yaşam Doyumu Ölçeği ve araştırmacı tarafından hazırlanan Sosyodemografik Bilgi Formları kullanılmıştır.

##### 2.2.1. Sosyodemografik Bilgi Formları

Çalışmada hem bekar kadınlar hem de evli kadınlara ayrı olmak üzere onam formu içeren iki sosyodemografik bilgi formu kullanılmıştır. Her iki formda da çalışmaya katılan bireylerin yaş, eğitim durumu, çalışma durumu, gelir düzeyi, yaşamlarının çoğunun geçtiği yerleşim yeri, çocuk sayısı gibi sosyo-demografik özelliklerinin yanı sıra evli ve bekarlar için ayrı özel sorular sorulmuştur. Bu bilgi formları bekar kadınlar için toplamda 36 soru, evli kadınlar için toplamda 38 sorudan oluşmaktadır.

### 2.2.2. Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği (DASÖ)

Üç olumsuz duygusal durumun (depresyon, anksiyete ve stres) büyüklüğünü ölçmek için tasarlanan Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği (DASÖ), 42 maddeden oluşmaktadır. Ölçek Lovibond ve Lovibond (1995) tarafından geliştirilmiştir. Bulunan Cronbach Alpha iç tutarlılığı depresyon alt boyutu için 0,91; anksiyete alt boyutu için 0,84; stres alt boyutu için 0,90 olarak bulunmuştur (Lovibond ve Lovibond, 1995). Ölçeğin Türkçeye uyarlaması ise Akın ve Çetin (2007) tarafından yapılmıştır. Ölçeğin bulunan Cronbach Alpha iç tutarlılık kat sayısı 0,89, test tekrar test güvenilirlik puanı 0,99 ve iki yarı güvenilirlik puanı ise 0,96 olarak bildirilmiştir (Akın ve Çetin, 2007).

Depresyon alt boyutu olumsuz duygudurum, benlik saygısı ve motivasyon; anksiyete alt boyutu fizyolojik uyarılma, korku ve algılanan panik; stres alt boyutu ise sınırlılık ve gerginlik üzerine odaklanmaktadır (Parkitny ve McAuley, 2010). Ölçek 4'lü Likert tipi derecelendirmeye sahiptir, bu derecelendirme kişilerin yaşadıkları son hafta için 42 ifadeden her birinin ne ölçüde deneyimlendiğini belirtmek içindir. Her ifade "0-Bana hiç uygun değil.", "1-Bana biraz uygun.", "2-Çoğunlukla uygun.", "3-Bana tamamen uygun." şeklindeki yanıtlardan biri ile değerlendirilecektir. Ölçekte ters madde bulunmamaktadır.

Her alt boyut 14 ifadeden oluşmaktadır. Toplam puan her alt boyut için en az 0 puan ve en fazla 42 puan olmaktadır. Her alt ölçekte puanlar yükseldikçe depresyon, anksiyete veya stres şiddetinin yüksekliği de belirlenmektedir. Depresyon alt boyutunu belirleyen ölçek maddeleri 3, 5, 10, 13, 16, 17, 21, 24, 26, 31, 34, 37, 38, 42'dir. Anksiyete alt boyutunu belirleyen ölçek maddeleri 2, 4, 7, 9, 15, 19, 20, 23, 25, 28, 30, 36, 40, 41'dir. Stres alt boyutunu belirleyen ölçek maddeleri 1, 6, 8, 11, 12, 14, 18, 22, 27, 29, 32, 33, 35, 39'dur.

### 2.2.3. Somatizasyon Ölçeği

McKinley ve Hathaway (1943) tarafından oluşturulan MMPI (Minnesota Çok Yönlü Kişilik Envanteri) kişilik yapısını 566 madde ile ölçmektedir. Somatizasyon Ölçeği ise bu envanterin alt ölçeğidir. Ölçek 33 maddeden oluşmaktadır. Maddeler doğru ve yanlış şeklinde cevaplanmaktadır. Ölçekte 17 ters madde bulunmaktadır. Ölçekte ters maddelere verilen yanlış yanıt için 1 puan, diğer maddelerde doğru yanıt

için 1 puan verilmektedir. Ters maddeler ise 2, 3, 8, 9, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 24, 25, 28, 29, 30, 31 maddeleridir. Toplam puan ise en az 0 puan ve en fazla 33 puan olmaktadır. Ölçeğin Türkçe geçerlilik güvenirlik çalışmasında iç güvenirlik katsayısı 0,83 olarak bulunmuştur (Dülgerler, 2000).

#### **2.2.4. Yaşam Doyumu Ölçeği (YDÖ)**

Yaşam Doyumu Ölçeği Diener ve arkadaşları (1985) tarafından bireyin bir bütün olarak yaşamından genel memnuniyet duygusunu ölçmek için tasarlanmıştır. Ölçek ilk tasarlandığında 48 öz-bildirim maddesinden oluşmaktadır. Bunlar, öncelikle kişinin hayatından tatmin olmasıyla ilgili sorulardan oluşmaktadır; ancak bazı olumlu ve olumsuz duygu maddelerine de yer verilmektedir. Faktör analizi sonucunda maddelerin üç faktör altında toplandığı bulunmuştur. Bunlar pozitif duygulanım, negatif duygulanım ve yaşam doyumudur. Yaşam doyumuna alt boyutuna düşen 10 maddeden 0,60'ın altında kalan faktör yükleri ve yüksek anlamsal benzerliği olan maddeler çıkarılmış, sonuçta 5 maddelik bir ölçek ortaya çıkmıştır. Beş maddenin madde-toplam korelasyonları 0,31, 0,63, 0,61, 0,75 ve 0,66, iç tutarlılık katsayısı 0,87, test tekrar test güvenirlik katsayısı 0,82 olarak bildirilmiştir (Diener ve ark., 1985). Ölçeğin Türkçe güvenirlik geçerlilik çalışması Durak, Şenol-Durak ve Gençöz (2010) tarafından yapılmıştır. Bu çalışmada ölçeğin iç tutarlılık katsayısı 0,81 olarak bulunmuştur.

Ölçek 7'li Likert tipi bir derecelendirmeye sahiptir ve verilen 5 ifadeye katılma düzeylerini belirtmeleri istenmektedir. Her ifade "1-Kesinlikle katılmıyorum.", "2-Katılmıyorum.", "3-Biraz katılıyorum.", "4-Ne katılıyorum ne de katılmıyorum.", "5-Biraz katılıyorum.", "6-Katılıyorum.", "7-Kesinlikle katılıyorum." şeklindeki yanıtlardan biri ile değerlendirilecektir. Ölçekte ters madde bulunmamaktadır. Toplam puan en az 5 puan ve en fazla 35 puan olmaktadır. Puan değeri yükseldikçe kişilerin yüksek yaşam doyumuna sahip olduğunu göstermektedir. 5 puan ile 9 puan arasında alınan puanlar, kişilerin yaşamdan son derece memnun olmadığını göstermekte, 15 puan ile 19 puan arasında alınan puanlar, kişilerin yaşamdan pek memnun olmadığını göstermekte, 21 puan ile 25 puan arasında alınan puanlar, kişilerin yaşamdan biraz memnun olduğunu göstermekte, 31 puan ile 35 puan arasında alınan puanlar ise



kişilerin yaşamdan son derece memnun olduğunu göstermektedir (Pavot ve Diener, 2008).

### 2.3. HİPOTEZLER

Araştırmada aşağıdaki hipotezler test edilmiştir.

*Temel Hipotez:*

Evli ve bekar kadınların depresyon, kaygı, stres ve somatizasyon düzeylerinin yaşam doyumu düzeylerine etkisi vardır.

*Alt Hipotezler:*

1. Kadınların depresyon, kaygı, stres ve somatizasyon düzeyleri ve yaşam doyumu düzeyleri arasında istatistiksel olarak negatif bir ilişki vardır.

2. Kadınların depresyon, kaygı, stres ve somatizasyon düzeylerinin yaşam doyumu düzeylerine etkisi vardır.

3. Bekar kadınların depresyon, kaygı, stres ve somatizasyon düzeylerinin yaşam doyumu düzeylerine etkisi vardır.

4. Evli kadınların depresyon, kaygı, stres ve somatizasyon düzeylerinin yaşam doyumu düzeylerine etkisi vardır.

5. Bekar kadınların yaşlarına göre depresyon, kaygı, stres ve somatizasyon düzeylerinin yaşam doyumu düzeylerine etkisi vardır.

6. Evli kadınların yaşlarına göre depresyon, kaygı, stres ve somatizasyon düzeylerinin yaşam doyumu düzeylerine etkisi vardır.

7. Bekar kadınların eğitim düzeylerine göre depresyon, kaygı, stres ve somatizasyon düzeylerinin yaşam doyumu düzeylerine etkisi vardır.

8. Evli kadınların eğitim düzeylerine göre depresyon, kaygı, stres ve somatizasyon düzeylerinin yaşam doyumu düzeylerine etkisi vardır.

9. Bekar kadınların yaşamlarının çoğunu geçirdikleri yere göre depresyon, kaygı, stres ve somatizasyon düzeylerinin yaşam doyumu düzeylerine etkisi vardır.

10. Evli kadınların yaşamlarının çoğunu geçirdikleri yere göre depresyon, kaygı, stres ve somatizasyon düzeylerinin yaşam doyumu düzeylerine etkisi vardır.

11. Bekar kadınların ekonomik durumlarına göre depresyon, kaygı, stres ve somatizasyon düzeylerinin yaşam doyumu düzeylerine etkisi vardır.

12. Evli kadınların ekonomik durumlarına göre depresyon, kaygı, stres ve somatizasyon düzeylerinin yaşam doyumu düzeylerine etkisi vardır.

13. Bekar kadınların çalışma durumuna göre depresyon, kaygı, stres ve somatizasyon düzeylerinin yaşam doyumu düzeylerine etkisi vardır.

14. Evli kadınların çalışma durumuna göre depresyon, kaygı, stres ve somatizasyon düzeylerinin yaşam doyumu düzeylerine etkisi vardır.

15. Daha önce evlenmiş bekar kadınların önceki evlilik sürelerine göre depresyon, kaygı, stres ve somatizasyon düzeylerinin yaşam doyumu düzeylerine etkisi vardır.

16. Evli kadınların evlilik sürelerine göre depresyon, kaygı, stres ve somatizasyon düzeylerinin yaşam doyumu düzeylerine etkisi vardır.

17. Daha önce evlenmiş bekar kadınların çocuk sahibi olma durumuna göre depresyon, kaygı, stres ve somatizasyon düzeylerinin yaşam doyumu düzeylerine etkisi vardır.

18. Evli kadınların çocuk sahibi olma durumuna göre depresyon, kaygı, stres ve somatizasyon düzeylerinin yaşam doyumu düzeylerine etkisi vardır.

19. Bekar kadınların arkadaşları ile vakit geçirme durumuna göre depresyon, kaygı, stres ve somatizasyon düzeylerinin yaşam doyumu düzeylerine etkisi vardır.

20. Evli kadınların arkadaşları ile vakit geçirme durumuna göre depresyon, kaygı, stres ve somatizasyon düzeylerinin yaşam doyumu düzeylerine etkisi vardır.

21. Bekar kadınların birlikte yaşadıkları kişilere göre depresyon, kaygı, stres ve somatizasyon düzeylerinin yaşam doyumu düzeylerine etkisi vardır.

22. Daha önce evlenmiş bekar kadınların depresyon, kaygı, stres ve somatizasyon düzeylerinin yaşam doyumu düzeylerine etkisi vardır.

23. Bekar kadınların romantik ilişkiye sahip olma durumuna göre depresyon, kaygı, stres ve somatizasyon düzeylerinin yaşam doyumu düzeylerine etkisi vardır.

24. Bekar kadınların romantik ilişkisinden memnun olma durumuna göre depresyon, kaygı, stres ve somatizasyon düzeylerinin yaşam doyumu düzeylerine etkisi vardır.

25. Bekar kadınların arkadaşları ile ilişki değerlendirme durumuna göre depresyon, kaygı, stres ve somatizasyon düzeylerinin yaşam doyumu düzeylerine etkisi vardır.

26. Bekar kadınların aileleri ile ilişki değerlendirme durumuna göre depresyon, kaygı, stres ve somatizasyon düzeylerinin yaşam doyumu düzeylerine etkisi vardır.

27. Bekar kadınların aileleri tarafından fiziksel veya psikolojik şiddete maruz kalma durumuna göre depresyon, kaygı, stres ve somatizasyon düzeylerinin yaşam doyumu düzeylerine etkisi vardır.

28. Bekar kadınların ev dışı etkinliklere katılma sıklığına göre depresyon, kaygı, stres ve somatizasyon düzeylerinin yaşam doyumu düzeylerine etkisi vardır.

29. Bekar kadınların bekarlıklarının memnun olma durumuna göre depresyon, kaygı, stres ve somatizasyon düzeylerinin yaşam doyumu düzeylerine etkisi vardır.

30. Evli kadınların işlerinden memnun olma durumuna göre depresyon, kaygı, stres ve somatizasyon düzeylerinin yaşam doyumu düzeylerine etkisi vardır.

31. Evli kadınların çocuk sayılarına göre depresyon, kaygı, stres ve somatizasyon düzeylerinin yaşam doyumu düzeylerine etkisi vardır.

32. Evli kadınların eşlerinin eğitim düzeyine göre depresyon, kaygı, stres ve somatizasyon düzeylerinin yaşam doyumu düzeylerine etkisi vardır.

33. Evli kadınların evlenme biçimlerine göre depresyon, kaygı, stres ve somatizasyon düzeylerinin yaşam doyumu düzeylerine etkisi vardır.

34. Evli kadınların eşlerinin daha önce evlenmiş olma durumuna göre depresyon, kaygı, stres ve somatizasyon düzeylerinin yaşam doyumu düzeylerine etkisi vardır.

35. Evli kadınların eşi ile ev içi-dışı etkinliklere katılma sıklığına göre depresyon, kaygı, stres ve somatizasyon düzeylerinin yaşam doyumu düzeylerine etkisi vardır.

36. Evli kadınların eşlerinden gördüğü desteği yeterli bulma durumuna göre depresyon, kaygı, stres ve somatizasyon düzeylerinin yaşam doyumu düzeylerine etkisi vardır.

37. Evli kadınların cinsel hayat memnuniyetlerine göre depresyon, kaygı, stres ve somatizasyon düzeylerinin yaşam doyumu düzeylerine etkisi vardır.

38. Evli kadınların eşleri tarafından fiziksel veya psikolojik şiddete maruz kalma durumuna göre depresyon, kaygı, stres ve somatizasyon düzeylerinin yaşam doyumu düzeylerine etkisi vardır.

39. Evli kadınların evli olmaktan memnun olma durumuna göre depresyon, kaygı, stres ve somatizasyon düzeylerinin yaşam doyumu düzeylerine etkisi vardır.

40. Evli kadınların hiç evlenmemiş olmayı dileme durumuna göre depresyon, kaygı, stres ve somatizasyon düzeylerinin yaşam doyumu düzeylerine etkisi vardır.

41. Bekar kadınların kronik hastalığa sahip olma durumuna göre depresyon, kaygı, stres ve somatizasyon düzeylerinin yaşam doyumu düzeylerine etkisi vardır.

42. Bekar kadınların psikolojik hastalığa sahip olma durumuna göre depresyon, kaygı, stres ve somatizasyon düzeylerinin yaşam doyumu düzeylerine etkisi vardır.

43. Evli kadınların kronik hastalığa sahip olma durumuna göre depresyon, kaygı, stres ve somatizasyon düzeylerinin yaşam doyumu düzeylerine etkisi vardır.

44. Evli kadınların psikolojik hastalığa sahip olma durumuna göre depresyon, kaygı, stres ve somatizasyon düzeylerinin yaşam doyumu düzeylerine etkisi vardır.

#### 2.4. İŞLEM

Sosyodemografik Bilgi Formu ve ölçeklerden oluşan anket formu etik kurul izni alındıktan sonra hem basılı hem de internet üzerinden katılımcılara ulaştırılmıştır. Gönüllülük esasına dayanan araştırma katılımı formun ön yüzünde bulunan onam formunda belirtilmiştir. Anket formunun cevaplanma süresi yaklaşık yirmi dakikadır. Yarım bırakılan veya doldurulmayan formlar araştırmadan çıkarılmıştır.

#### 2.5. VERİLERİN ANALİZİ

Araştırmanın hipotezlerini test etmek amacı ile veriler bilgisayar ortamına geçirilmiş ve SPSS 24.0 versiyonu ile analiz edilmiştir. Tüm ölçek ve varsa alt boyutları için tanımlayıcı istatistik sonuçları elde edilmiş ve dağılım özellikleri incelenmiştir. Ölçek toplam puanları ve alt boyut toplam puanlarının eğiklik basıklık değerlerinin standart hata değerlerine bölünmesi sonucunda, değerlerin  $\pm 2$  aralığında olup olmadığı; çeyrekler arası değişim aralığının standart sapmaya bölünmesi sonucunda, değerlerin yaklaşık 1,3 olup olmadığı, ayrıca histogram ve kutu grafikleri de incelenmiştir. Gözlem sayısının yeterli olması ile yapılan bu incelemeler sonucunda dağılım normal olarak varsayılmıştır. Tüm ölçekler ve alt boyutlarının arasındaki ilişkiyi incelemek amacı ile Pearson Korelasyon Analizi yapılmıştır. Ölçekler ve alt boyutlarının Yaşam Doyumu Ölçeği puanı üzerinde etkili olup olmadığını incelemek amacı ile Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi yapılmıştır. Stepwise Tekniği, regresyon modellerini kurarken değişken seçimi için kullanılmıştır.

## ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

### 3. BULGULAR

Depresyon Stres Anksiyete Ölçeği'nin (DASÖ) alt boyutları olan depresyon, anksiyete ve stres; sırasıyla Depresyon puanı, Anksiyete puanı, Stres puanı; Somatizasyon Ölçeği toplam puanı, Somatizasyon puanı; Yaşam Doyumu Ölçeği toplam puanı, Yaşam Doyumu puanı olarak kullanılmıştır.

Katılımcıların demografik özellikleri frekans analizleri ile elde edilmiştir.

Katılımcılar %52,1 (270 kişi) evli, %47,9 (248 kişi) bekar toplam 518 kadın katılımcıdan oluşmaktadır.

**Tablo 1. Sosyodemografik Özelliklerin Tanımlayıcı İstatistik Değerleri**

Değişkenler	n	En Küçük Değeri	En Büyük Değeri	Ortalama	Standart Sapma
Evli Kadın Yaş	270	23	56	37,67	7,647
Evli Kadın Evlilik Süresi	270	0	35	12,34	8,651
Bekar Kadın Yaş	248	18	59	27,59	8,158
Bekar Kadın Evlilik Süresi	32	1	20	9,72	6,290

270 evli kadın katılımcının yaşlarının en küçük değeri 23, en büyük değeri 56 iken, ortalaması 37,67, standart sapması 7,647 olarak belirlenmiştir. Evli kadın katılımcıların evlilik sürelerinin en küçük değeri 0, en büyük değeri 35 iken, ortalaması 12,34, standart sapması 7,647 olarak belirlenmiştir. 248 bekar kadın katılımcının yaşlarının en küçük değeri 18, en büyük değeri 59 iken, ortalaması 27,59, standart sapması 8,158 olarak belirlenmiştir. Daha önce evlenmiş 32 bekar kadın katılımcının evlilik sürelerinin en küçük değeri 1, en büyük değeri 20 iken, ortalaması 9,72, standart sapması 6,290 olarak belirlenmiştir.

**Tablo 2. Bekar Kadın Örnekleminin Sosyo-Demografik Değişkenler Açısından Dağılımı**

Değişken	Kategori	n	%
Yaş	19 yaş ve altı	20	8,1
	20-29 yaş arası	150	60,4
	30 yaş ve üstü	78	31,5
<b>Toplam</b>		248	100
Eğitim düzeyi	İlkokul	2	0,8
	Ortaokul	2	0,8
	Lise	15	6,0
	Üniversite ve üstü	229	92,3
<b>Toplam</b>		248	100
Yaşam yeri	Köy/Kasaba	8	3,2
	İlçe	25	10,1
	Şehir	215	86,7
<b>Toplam</b>		248	100
Birlikte yaşanan kişiler	Anne, baba, kardeş	189	76,2
	Çocuklar	17	6,9
	Arkadaşlar	7	2,8
	Partner	3	1,2
	Yalnız	27	10,9
<b>Toplam</b>		248	100
Ekonomik durum	Asgari ücret altı	27	10,9
	Asgari ücret	46	18,5
	Asgari ücret üstü	175	70,6
<b>Toplam</b>		248	100
İş durumu	Çalışıyor	125	50,4
	Çalışmıyor	123	49,6
<b>Toplam</b>		248	100
İş memnuniyeti	Hiç memnun olmayan	9	7,2
	Memnun olmayan	21	16,8
	Kararsız	37	29,6
	Memnun olan	45	36,0
	Çok memnun olan	13	10,4
<b>Toplam</b>		125	100
Daha önce evlenme durumu	Evlenmiş	32	12,9
	Evlenmemiş	216	87,1
<b>Toplam</b>		248	100
Romantik ilişki	İlişkisi olan	55	22,2
	İlişkisi olmayan	193	77,8
<b>Toplam</b>		248	100
Ev dışı etkinlik sıklığı	Nadiren	41	16,5
	Ara sıra	121	48,8
	Sıklıkla	86	34,7
<b>Toplam</b>		248	100
Bekarlık memnuniyeti	Hiç memnun olmayan	7	2,8
	Memnun olmayan	24	9,7
	Kararsız	81	32,7
	Memnun olan	77	31,0
<b>Toplam</b>		248	100
Anne baba evlilik durumu	Evli	210	84,7
	Boşanmış	9	3,6
	Ölüm nedeni	29	11,7
<b>Toplam</b>		248	100

Üvey ebeveyn	Üvey anne	2	0,8
	Üvey baba	1	0,4
	Üvey anne ve üvey baba	1	0,4
	Yok	244	98,4
<b>Toplam</b>		248	100
Kardeş sayısı	2 veya daha az	82	33,0
	3 veya 4	131	52,8
	5 veya daha fazla	35	14,2
<b>Toplam</b>		248	100

Tüm katılımcıların %47,9'unu oluşturan (n=248) bekar kadın katılımcının %8,1'inin (n=20) 19 yaş ve altı, %60,4'ünün (n=150) 20-29 yaşları arasında, %31,5'inin (n=78) 30 yaş ve üstü olduğu görülmüştür. Bekar katılımcıların %0,8'i (n=2) ilkokul, %0,8'i (n=2) ortaokul, %6'sı (n=15) lise, %92,3'ü (n=229) üniversite ve üstü eğitim düzeyine sahiptir. Bekar katılımcıların %3,2'si (n=8) köy/kasabada, %10,1'i (n=25) ilçede, %86,7'si (n=215) şehirde yaşamlarının çoğunu geçirmişlerdir. Bekar katılımcıların %76,2'si (n=189) anne, baba, kardeş, %6,9'u (n=17) çocuklar, %2,8'i (n=7) arkadaşlar, %1,2'si (n=3) partner, %10,9'u (n=27) yalnız, %2'si (n=5) diğer kişiler ile yaşamaktadır. Bekar katılımcıların %10,9'u (27 kişi) asgari ücret altı, %18,5'i (n=46) asgari ücret, %70,6'sı (n=175) asgari ücret üstü ekonomik duruma sahiptir. Bekar katılımcıların %50,4'ü (n=125) çalışmakta, %49,6'sı (n=123) çalışmamaktadır. Çalışmakta olan 125 bekar katılımcının %7,2'si (n=9) işinden hiç memnun değil, %16,8'i (n=21) işinden memnun değil, %29,6'sı (n=37) kararsız, %36'sı (n=45) işinden memnun, %10,4'ü (n=13) işinden çok memnundur. Bekar katılımcıların %12,9'u (n=32) daha önce evlenmiş, %87,1 (n=216) daha önce evlenmemiştir. Bekar katılımcıların %22,2'si (n=55) romantik ilişkiye sahip, %77,8'i (n=193) romantik ilişkiye sahip değildir. Bekar katılımcıların %16,5'i (n=41) nadiren, %48,8'i (n=121) ara sıra, %34,7'si (n=86) sık sık ev dışı etkinliklere katılmaktadır. Bekar katılımcıların %2,8'i (n=7) bekarlıktan hiç memnun değil, %9,7'si (n=24) bekarlıktan memnun değil, %32,7'si (n=81) kararsız, %31'i (n=77) bekarlıktan memnun, %23,8'i (n=59) bekarlıktan çok memnundur. Bekar kadınların %84,7'sinin (n=210) anne ve babası evli, %3,6'sının (n=9) anne ve babası boşanmış, %11,7'sinin (n=29) anne ve babası birinin ölüm nedeni evlilikleri sona ermiştir. Bekar kadınların %0,8'i (n=2) üvey anneye sahip, %0,4'ü (n=1) üvey babaya sahip, %0,4'ü (n=1) hem üvey anne hem üvey babaya sahip, %98,4'ü (n=244) üvey bir ebeveyne sahip değildir.



Bekar kadınların %33,0'ı (n=82) 2 veya daha az kardeşe sahip, %52,8'i (n=131) 3 veya 4 kardeşe sahip, %14,2'si (n=35) 5 veya daha fazla kardeşe sahiptir. Kişilerin çoğunlukla ilk çocuk oldukları görülmektedir.

**Tablo 3. Bekar Kadın Örnekleminin Sosyo-Demografik Değişkenler Açısından Dağılımı**

Değişken	Kategori	n	%
Aile ilişki değerlendirmesi	Çok kötü	4	1,6
	Kötü	7	2,8
	Orta	49	19,8
	İyi	109	44,0
	Çok iyi	79	31,9
<b>Toplam</b>		248	100
Aile fiziksel veya psikolojik şiddet	Maruz kalan	72	29,0
	Maruz kalmayan	176	71,0
<b>Toplam</b>		248	100
Romantik ilişki değerlendirmesi	Hiç memnun olmayan	0	0
	Memnun olmayan	1	1,8
	Kararsız	12	21,8
	Memnun olan	17	30,9
	Çok memnun olan	25	45,5
<b>Toplam</b>		55	100
Romantik ilişkide fiziksel veya psikolojik şiddet	Maruz kalan	8	14,5
	Maruz kalmayan	47	85,5
<b>Toplam</b>		55	100
Arkadaş ilişkisi değerlendirmesi	Çok kötü	0	0
	Kötü	2	0,8
	Orta	25	10,1
	İyi	136	54,8
	Çok iyi	85	34,3
<b>Toplam</b>		248	100
Arkadaş ile geçirilen zaman	Hiç	2	0,8
	Nadiren	26	10,5
	Ara sıra	102	41,1
	Sık sık	101	40,7
	Her zaman	17	6,9
<b>Toplam</b>		248	100
Psikolojik hastalık	Olan	10	4,0
	Olmayan	238	96,0
<b>Toplam</b>		248	100
Aile psikolojik hastalık	Olan	31	12,5
	Olmayan	217	87,5
<b>Toplam</b>		248	100
Kronik hastalık	Olan	38	15,3
	Olmayan	210	84,7
<b>Toplam</b>		248	100
Aile kronik hastalık	Olan	31	12,5
	Olmayan	217	87,5
<b>Toplam</b>		248	100

Daha önce evlenen bekar kadınların evli kalma süresi	9 yıl ve altı 10 yıl ve üstü	16 16	50,0 50,0
<b>Toplam</b>		32	100
Daha önce evlenen bekar kadınların	Çocuğu olan Çocuğu olmayan	23 9	71,9 28,1
<b>Toplam</b>		32	100

248 bekar katılımcının %1,6'sünün (n=4) aile ilişkileri çok kötü, %2,8'inin (n=7) aile ilişkileri kötü, %19,8'inin (n=49) aile ilişkileri orta, %44'ünün (n=109) aile ilişkileri iyi, %31,9'unun (n=79) aile ilişkileri çok iyidir. Bekar katılımcıların %29'u (n=72) ailesi tarafından fiziksel veya psikolojik şiddete maruz kalmış, %71'i (n=176) ailesi tarafından fiziksel veya psikolojik şiddete maruz kalmamıştır. Romantik ilişkisi olan 55 bekar katılımcının %1,8'i (n=1) romantik ilişkisinden memnun değil, %21,8'i (n=12) kararsız, %30,9'u (n=17) romantik ilişkisinden memnun, %45,5'i (n=25) romantik ilişkisinden çok memnundur. Romantik ilişkisi olan 55 bekar katılımcının %14,5'i (n=8) romantik ilişkisi içinde fiziksel veya psikolojik şiddete maruz kalmış, %85,5'i (n=47) romantik ilişkisi içinde fiziksel veya psikolojik şiddete maruz kalmamıştır. Bekar katılımcıların %0,8'inin (n=2) arkadaşları ile ilişkisi kötü, %10,1'inin (n=25) arkadaşları ile ilişkisi orta, %54,8'inin (n=136) arkadaşları ile ilişkisi iyi, %34,3'ünün (n=85) arkadaşları ile ilişkisi çok iyidir. Bekar katılımcıların %0,8'i (n=2) arkadaşları ile hiç vakit geçirmemekte, %10,5'i (n=26) arkadaşları ile nadiren vakit geçirmekte, %41,1'i (n=102) arkadaşları ile ara sıra vakit geçirmekte, %40,7'si (n=101) arkadaşları ile sık sık vakit geçirmekte, %6,9'u (n=17) arkadaşları ile her zaman vakit geçirmektedir. Bekar katılımcıların %4'ü (n=10) psikolojik bir rahatsızlığa sahip, %96'sı (n=238) psikolojik bir rahatsızlığa sahip değildir. Bekar kadınların %4'ünü oluşturan (n=10) kişilerin psikolojik hastalıklarının anksiyete bozukluğu, depresyon ve obsesif kompulsif bozukluk olduğu görülmektedir. Katılımcıların %15,3'ü (n=38) kronik bir rahatsızlığa sahip, %84,7'si (n=210) kronik bir rahatsızlığa sahip değildir. Bekar kadınların %15,3'ünü oluşturan (n=38) kişilerin kronik rahatsızlıklarının en çok astım, hipotiroidi, migren, diyabet ve kalp rahatsızlıkları olduğu görülmüştür. Katılımcıların ailelerinin %12,5'i (n=31) psikolojik bir rahatsızlığa sahip, %87,5'i (n=217) psikolojik bir rahatsızlığa sahip değildir. Katılımcıların ailelerinin %12,5'i (n=31) kronik bir rahatsızlığa sahip, %87,5'i (n=217) kronik bir rahatsızlığa sahip değildir. Katılımcıların ailelerinin

psikolojik hastalıklarının en çok anksiyete bozuklukları, bipolar bozukluk ve depresyon olarak; kronik rahatsızlıklarının ise en çok astım, diyabet, hipertansiyon ve kalp rahatsızlıkları olduğu görülmektedir. Daha önce evlenen 32 bekar katılımcısının %50'si (n=16) 9 yıl ve altı evlilik süresine sahip, %50'si (n=16) 10 yıl ve üstü evlilik süresine sahiptir. Daha önceki evliliğinden %71,9'u (n=23) çocuğa sahip, %28,1'i (n=9) çocuğa sahip değildir. Daha önce evlenmiş bekar kadınların daha önceki evliliklerini bitirme nedenleri en çok aldatılma, anlaşmazlık, sorumsuzluk, eşlerin vefatı şeklinde olduğu görülmektedir.

**Tablo 4. Evli Kadın Örnekleminin Sosyo-Demografik Değişkenler Açısından Dağılımı**

Değişken	Kategori	n	%
Yaş	27 yaş ve altı	29	10,7
	28-42 yaşları arası	166	61,5
	43 yaş ve üstü	75	27,8
<b>Toplam</b>		270	100
Eğitim düzeyi	İlkokul	11	4,1
	Ortaokul	7	2,6
	Lise	48	17,8
	Üniversite ve üstü	204	75,6
<b>Toplam</b>		270	100
Yaşam yeri	Köy/Kasaba	4	1,5
	İlçe	30	11,1
	Şehir	236	87,4
<b>Toplam</b>		270	100
Ekonomik durum	Asgari ücret altı	2	0,7
	Asgari ücret	16	5,9
	Asgari ücret üstü	252	93,3
<b>Toplam</b>		270	100
İş durumu	Çalışıyor	155	57,4
	Çalışmıyor	115	42,6
<b>Toplam</b>		270	100
İş memnuniyeti	Hiç memnun olmayan	3	1,9
	Memnun olmayan	22	14,2
	Kararsız	23	14,8
	Memnun olan	93	60,0
	Çok memnun olan	14	9,0
<b>Toplam</b>		155	100
Evlilik memnuniyeti	Hiç memnun olmayan	7	2,6
	Memnun olmayan	7	2,6
	Kararsız	43	15,9
	Memnun olan	123	45,6
	Çok memnun olan	90	33,3
<b>Toplam</b>		270	100
Evlenmemiş olma	Dileyenler	45	16,7
	Dilemeyenler	225	83,3
<b>Toplam</b>		270	100

Evlilik yılı	10 yıl ve altı	135	50,0
	11- 18 yıl arası	66	24,4
	19 yıl ve üstü	69	25,6
<b>Toplam</b>		270	100
Evlenme biçimi	Severek, anlaşarak	209	77,4
	Görücü usulü	49	18,1
	Diğer	12	4,4
<b>Toplam</b>		270	100
Çocuk sahibi	Olanlar	224	83,00
	Olmayanlar	46	17,00
<b>Toplam</b>		270	100
Çocuk sayısı	1 çocuk	87	38,8
	2 çocuk	90	40,2
	3 çocuk	38	17,0
	4 çocuk ve daha fazlası	9	4,0
<b>Toplam</b>		224	100
Arkadaşlarla vakit geçirme	Hiç	6	2,2
	Nadiren	67	24,8
	Ara sıra	122	45,2
	Sık sık	65	24,1
<b>Toplam</b>		270	100
Eş eğitim düzeyi	İlkokul	6	2,2
	Ortaokul	20	7,4
	Lise	58	21,5
	Üniversite ve üstü	186	68,9
<b>Toplam</b>		270	100
Eş iş durumu	Çalışıyor	257	95,2
	Çalışmıyor	13	4,8
<b>Toplam</b>		270	100
Evde başkasının yaşaması	Yaşayan	30	11,1
	Yaşamayan	240	88,9
<b>Toplam</b>		270	270

Tüm katılımcıların %52,1'ini oluşturan (n=270) evli kadın katılımcının %10,7'si (n=29) 27 yaş ve altı, %61,5'i (n=166) 28-42 yaş arası, %27,8'i (n=75) 43 yaş ve üstüdür. Evli katılımcıların %4,1'i (n=11) ilkokul, %2,6 (n=7) ortaokul, %17,8'i (n=48) lise, %75,6'sı (n=204) üniversite ve üstü eğitim düzeyine sahiptir. Evli katılımcıların %1,5'i (n=4) köy/kasabada, %11,1'i (n=30) ilçede, %87,4'ü (n=236) şehirde yaşamlarının çoğunu geçirmişlerdir. Evli katılımcıların %0,7'si (n=2) asgari ücret altı, %5,9'u (n=16) asgari ücret, %93,3'ü (n=252) asgari ücret üstü ekonomik duruma sahiptir. Evli katılımcıların %57,4'ü (n=155) çalışmakta, %42,6'sı (n=115) çalışmamaktadır. Çalışmakta olan 155 evli katılımcının %1,9'u (n=3) işinden hiç memnun değil, %14,2'si (n=22) işinden memnun değil, %14,8'i (n=23) kararsız, %60'ı (n=93) işinden memnun, %9'u (n=14) işinden çok memnundur. Evli katılımcıların %2,6'sı (n=7) evliliğinde hiç memnun değil, %2,6'sı (n=7) evliliğinden

memnun değil, %15,9'u (n=43) kararsız, %45,6'sı (n=123) evliliğinden memnun, %33,3'ü (n=90) evliliğinden çok memnundur. Evli katılımcıların %16,7'si (n=45) hiç evlenmemiş olmayı dilemekte, %83,3'ü (n=225) hiç evlenmemiş olmayı dilememektedir. Evli katılımcıların %50'si (n=135) 10 yıl ve altı evlilik süresine, %24,4'ü (n=66) 11-18 yıl arası evlilik süresine, %25,6'sı (n=69) 19 yıl ve üstü evlilik süresine sahiptir. Evli katılımcıların %77,4'ü (n=209) severek, anlaşarak, %18,1'i (n=49) görücü usulü, %4,4'ü (n=12) diğer şekillerde evlenmiştir. Evli katılımcıların %83'ü (n=224) çocuk sahibi, %17'si (n=46) çocuk sahibi değildir. Çocuk sahibi olan 224 kişinin %38,8'i (n=87) bir çocuğa, %40,2'si (n=90) iki çocuğa, %17'si (n=38) üç çocuğa, %4'ü (n=9) dört çocuk ve fazlasına sahiptir. Katılımcıların %2,2'si (n=6) arkadaşları ile hiç vakit geçirmemekte, %24,8'i (n=67) arkadaşları ile nadiren vakit geçirmekte, %45,2'si (n=122) arkadaşları ile ara sıra vakit geçirmekte, %24,1'i (n=65) arkadaşları ile sık sık vakit geçirmekte, %3,7'si (n=10) arkadaşları ile her zaman vakit geçirmektedir. Evli katılımcıların eşleri %2,2'si (n=6) ilkokul, %7,4'ü (n=20) ortaokul, %21,5'i (n=58) lise, %68,9'u (n=186) üniversite ve üstü eğitim düzeyine sahiptir. Evli katılımcıların %95,2'sinin (n=257) eşi çalışmakta, %4,8'inin (n=13) eşi çalışmamaktadır. Evli kadınların %11,1'i (n=30) evde eş ve çocuğu dışında bir başkası ile yaşamakta, %88,9'u (n=240) evde eş ve çocuğu dışında başka biri ile yaşamamaktadır. Başka biri ile yaşadığını bildiren evli kadınların birlikte yaşadığı kişilerin en çok eşinin annesi, kendi annesi veya babası ve bakıcı olduğu görülmektedir.

**Tablo 5. Evli Kadın Örnekleminin Sosyo-Demografik Değişkenler Açısından Dağılımı**

Değişken	Kategori	n	%
Eş ile ev içi/dışı etkinlik	Etkinlik yapanlar	224	83,0
	Etkinlik yapmayanlar	46	17,0
<b>Toplam</b>		270	100
Eş desteği	Yeterli bulanlar	122	45,1
	Yeterli bulmayanlar	59	21,9
	Bazen yeterli bulanlar	89	33,0
<b>Toplam</b>		270	100
Eş ile cinsel hayat memnuniyeti	Memnun olanlar	181	67,0
	Memnun olmayanlar	32	11,9
	Bazen memnun olanlar	57	21,1
<b>Toplam</b>		270	100
Eş ile tartışma sıklığı	Hiçbir zaman	9	3,3
	Ara sıra	239	88,5
	Her zaman	22	8,1
<b>Toplam</b>		270	100
Eş fiziksel veya psikolojik şiddet	Maruz kalan	82	30,4
	Maruz kalmayan	188	69,6
<b>Toplam</b>		270	100
Psikolojik hastalık	Olan	18	6,7
	Olmayan	252	93,3
<b>Toplam</b>		270	100
Eş psikolojik hastalık	Olan	14	5,2
	Olmayan	256	94,8
<b>Toplam</b>		270	100
Kronik hastalık	Olan	66	24,4
	Olmayan	204	75,6
<b>Toplam</b>		270	100
Eş kronik hastalık	Olan	49	18,1
	Olmayan	221	81,9
<b>Toplam</b>		270	100
Birden fazla evlilik	Evlenerler	7	2,6
	Evlenermeyenler	263	97,4
<b>Toplam</b>		270	100
Evlilik sayısı	2 kere	5	71,4
	3 kere ve daha fazla	2	28,6
<b>Toplam</b>		7	100
Çocuk sahibi	Çocuğu olanlar	4	57,1
	Çocuğu olmayanlar	3	42,9
<b>Toplam</b>		7	100
Çocuk sayısı	1 çocuk	3	75,0
	2 çocuk ve üstü	1	25,0
<b>Toplam</b>		4	100
Eş daha önce evlilik	Evlenerler	12	4,4
	Evlenermeyenler	258	95,6
<b>Toplam</b>		270	100
Eş evlilik sayısı	2 kere	10	83,3
	3 kere	1	8,3
	4 kere ve fazlası	1	8,3
<b>Toplam</b>		12	100
Eş çocuk sahibi	Çocuğu olanlar	7	58,3
	Çocuğu olmayanlar	5	41,7
<b>Toplam</b>		12	100

Eş çocuk sayısı	1 çocuk	5	71,4
	2 çocuk ve üstü	2	28,6
<b>Toplam</b>		7	100

Evli katılımcıların %83'ü (n=224) eşleri ile ev içi/dışı etkinlikler yapmakta, %17'si (n=46) eşleri ile ev içi/dışı etkinlikler yapmamaktadır. Evli katılımcıların %45,1'i (n=122) eşlerinden gördüğü desteği yeterli bulmakta, %21,9'u (n=59) eşlerinden gördüğü desteği yeterli bulmamakta, %33'ü (n=89) eşlerinden gördüğü desteği bazen yeterli bulmaktadır. Evli katılımcıların %67'si (n=181) cinsel hayatlarından memnun, %11,9'u (n=32) cinsel hayatlarından memnun değil, %21,1'i (n=57) cinsel hayatlarından bazen memnun olmaktadır. Evli katılımcıların %3,3'ü (n=9) eşleri ile hiçbir zaman tartışmamakta, %88,5'i (n=239) eşleri ile ara sıra tartışmakta, %8,1'i (n=22) eşleri ile her zaman tartışmaktadır. Katılımcıların %30,4'ü (n=82) evliliklerinde fiziksel veya psikolojik şiddete maruz kalmakta, %69,6'sı (n=188) evliliklerinde fiziksel veya psikolojik şiddete maruz kalmamaktadır. Evli katılımcıların %6,7'si (n=18) psikolojik bir rahatsızlığa sahip, %93,3'si (n=252) psikolojik bir rahatsızlığa sahip değildir. Evli kadınların %6,7'sini oluşturan (n=18) kişilerin psikolojik hastalıklarının depresyon, anksiyete bozukluğu ve obsesif kompulsif bozukluk olduğu görülmektedir. Katılımcıların %24,4'ü (n=66) kronik bir rahatsızlığa sahip, %75,6'sı (n=204) kronik bir rahatsızlığa sahip değildir. Evli kadınların %24,4'ünü oluşturan (n=66) kişilerin kronik rahatsızlıklarının en çok astım, ankilozan spondilit, diyabet, hipotiroidi, hipertansiyon, migren olduğu görülmektedir. Katılımcıların eşlerinin %5,2'si (n=14) psikolojik bir rahatsızlığa sahip, %94,8'i (n=256) psikolojik bir rahatsızlığa sahip değildir. Katılımcıların eşlerinin %18,1'i (n=49) kronik bir rahatsızlığa sahip, %81,9'u (n=221) kronik bir rahatsızlığa sahip değildir. Katılımcıların eşlerinin psikolojik hastalıkları en çok anksiyete bozuklukları, depresyon ve obsesif kompulsif bozukluk; kronik rahatsızlıkları ise en çok astım, diyabet, hipertansiyon ve multiple skleroz hastalığı olduğu görülmektedir. Katılımcıların %2,6'sı (n=7) birden fazla evlilik yapmış, %97,4'ü (n=263) birden fazla evlilik yapmamıştır. Birden fazla evlilik yapan (n=7) evli katılımcıların %71,4'ü (n=5) iki kere evlenmiş, %28,6'sı (n=2) üç kere ve daha fazlası evlenmiştir. Birden fazla evlilik yapan 7 evli katılımcının önceki evliliklerinden %57,1'i (n=4) çocuğa sahip,

%42,9'u (n=3) çocuğa sahip değildir. Daha önceki evliliklerinden çocuğu olan 4 katılımcının %75'i (n=3) bir çocuğa, %25'i (n=1) iki çocuk ve üstüne sahiptir. Evli katılımcılarının eşlerinin %4,4'ü (n=12) birden fazla evlilik yapmış, %95,6'sı (n=258) birden fazla evlilik yapmamıştır. Birden fazla evlilik yapan 12 eşin %83,3'ü (n=10) iki kere evlenmiş, %8,3'ü (n=1) üç kere evlenmiş, %8,3'ü (n=1) dört kere ve daha fazlası evlenmiştir. Birden fazla evlilik yapan (n=12) eşlerin önceki evliliklerinden %58,3'ü (n=7) çocuğa sahip iken, %41,7'si (n=5) çocuğa sahip değildir. Daha önceki evliliğinden çocuğa sahip olan (n=7) eşlerin %71,4'ü (n=5) bir çocuğa, %28,6'sı (n=2) iki çocuk ve üstüne sahiptir.

**Tablo 6. Ölçekler ve Alt Boyutlarının Tanımlayıcı İstatistik Değerleri ve İç Tutarlılık Katsayıları**

Değişkenler	En Küçük Değeri	En Büyük Değeri	Ortalama	Standart Sapma	k	Cronbach Alfa
DASÖ-Depresyon puanı	0	39	8,849	8,605	14	0,621
DASÖ-Anksiyete puanı	0	34	9,000	6,769	14	0,637
DASÖ-Stres puanı	0	41	13,992	8,493	14	0,604
Depresyon Anksiyete Stres Puanı	0	101	31,841	21,917	42	0,610
Somatizasyon Puanı	0	15	5,195	3,530	33	0,724
Yaşam Doyumu Puanı	5	35	23,206	6,289	5	0,846

Katılımcıların DASÖ Depresyon alt boyutundan aldıkları en küçük puan 0, en büyük puan 39 iken puan ortalaması 8,849, standart sapması 8,605 olarak belirlenmiştir. Ölçek alt boyutunun iç tutarlılık katsayısı 0,621 olarak bulunmuştur. DASÖ Anksiyete alt boyutundan aldıkları en küçük puan 0, en büyük puan 34 iken puan ortalaması 9,000, standart sapması 6,769 olarak belirlenmiştir. Ölçek alt boyutunun iç tutarlılık katsayısı 0,637 olarak bulunmuştur. DASÖ Stres alt boyutundan aldıkları en küçük puan 0, en büyük puan 41 iken puan ortalaması 13,992, standart sapması 8,493 olarak belirlenmiştir. Ölçeğin alt boyutunun iç tutarlılık katsayısı 0,604 olarak bulunmuştur. DASÖ'den aldıkları en küçük puan 0, en büyük puan 101 iken puan ortalaması 31,841, standart sapması 21,917 olarak belirlenmiştir. Ölçeğin iç tutarlılık katsayısı 0,610 olarak bulunmuştur. Katılımcıların SÖ'den



aldıkları en küçük puan 0, en büyük puan 15 iken puan ortalaması 5,195, standart sapması 3,530 olarak belirlenmiştir. Ölçeğin iç tutarlılık katsayısı 0,724 olarak bulunmuştur. Katılımcıların YDÖ'den aldıkları en küçük puan 5, en büyük puan 35 iken puan ortalaması 23,206, standart sapması 6,289 olarak belirlenmiştir. Ölçek iç tutarlılık katsayısı 0,846 olarak bulunmuştur.

Katılımcıların ölçek ve alt boyutlarından aldıkları puanların korelasyon katsayıları aşağıda verilmiştir.

**Tablo 7. Ölçekler ve Alt Boyutların Toplam Puanları İçin Korelasyon Analizi Sonuçları**

(n=518)	Depresyon Puanı	Anksiyete Puanı	Stres Puanı	Somatizasyon Puanı	Yaşam Doymu Puanı
<b>Depresyon Puanı</b>	-				
<b>Anksiyete Puanı</b>	0,729**	-			
<b>Stres Puanı</b>	0,755**	0,810**	-		
<b>Somatizasyon Puanı</b>	0,465**	0,662**	0,543**	-	
<b>Yaşam Doymu Puanı</b>	-0,538**	-0,394**	-0,397**	-0,317**	-

\*p<0,05; \*\*p<0,01

Araştırmada kullanılan ölçekler ve alt boyutları arasındaki ilişkinin incelenmesi amacı ile yapılan Pearson Korelasyon Analizi sonucunda, DASÖ Depresyon boyutu ile DASÖ Anksiyete boyutu puanı arasında ( $r=0,729$ ,  $p<0,01$ ) anlamlı pozitif yönlü çok kuvvetli, DASÖ Stres boyutu puanı arasında ( $r=0,755$ ,  $p<0,01$ ) anlamlı pozitif yönlü çok kuvvetli, Somatizasyon puanı arasında ( $r=0,465$ ,  $p<0,01$ ) anlamlı pozitif yönlü orta düzeyli, Yaşam Doymu puanı arasında ( $r=-0,538$ ,  $p<0,01$ ) anlamlı negatif yönlü kuvvetli bir ilişki vardır. DASÖ Anksiyete boyutu ile DASÖ Stres boyutu puanı arasında ( $r=0,810$ ,  $p<0,01$ ) anlamlı pozitif yönlü çok kuvvetli, Somatizasyon puanı arasında ( $r=0,662$ ,  $p<0,01$ ) anlamlı pozitif yönlü kuvvetli, Yaşam Doymu puanı arasında ( $r=-0,394$ ,  $p<0,01$ ) anlamlı negatif yönlü orta düzeyli bir ilişki vardır. DASÖ Stres puanı ile Somatizasyon puanı arasında ( $r=0,543$ ,

$p < 0,01$ ) anlamlı pozitif yönlü kuvvetli, Yaşam Doyumu puanı arasında ( $r = -0,397$ ,  $p < 0,01$ ) anlamlı negatif yönlü orta düzeyli bir ilişki vardır. Somatizasyon puanı ile Yaşam Doyumu puanı arasında ( $r = -0,317$ ,  $p < 0,01$ ) anlamlı negatif yönlü orta düzeyli bir ilişki vardır.

**Tablo 8. Tüm Kadınların Depresyon Anksiyete Stres ve Somatizasyon Ölçekleri Toplam Puanlarının Yaşam Doyumu Puanını Yordamak için Yapılan Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi Sonucu**

Bağımsız Değişken	B(b)	B'nin standart hatası	Beta	t	p
Depresyon Puanı	-0,364	0,031	-0,498	-11,914	<b>0,000</b>
Somatizasyon Puanı	-0,152	0,074	-0,085	-2,038	0,042
<b>Sabit (a)</b>	<b>27,217</b>	<b>0,424</b>		<b>64,238</b>	<b>0,000</b>

$$R^2 = 0,295 \quad F_{(2,515)} = 107,651 \quad p = 0,000$$

DASÖ alt boyutları ve SÖ puanlarının Yaşam Doyumu toplam puanı üzerindeki etkisini incelemek amacıyla yapılan Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi sonucunda sabit parametrenin istatistiksel olarak anlamlı olduğu ( $t(515) = 64,238$ ;  $p < 0,001$ ); DASÖ Depresyon boyutu puanına ait eğim parametresinin ( $t(515) = -11,914$ ;  $p < 0,001$ ); Somatizasyon puanına ait eğim parametresinin ( $t(515) = -2,038$ ;  $p < 0,05$ ) istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür. Yapılan F Testi sonucunda ( $F_{(2,515)} = 107,651$ ;  $p < 0,001$ ) modelin genel olarak anlamlı olduğu ve belirlilik katsayısının 0,295 olduğu görülmüştür. Bu sonuçlara göre katılımcıların Yaşam Doyumu puanının yaklaşık %30'u DASÖ Depresyon ve Somatizasyon puanları tarafından açıklanmaktadır. Elde edilen sonuçlara göre diğer değişkenler sabit tutulduğunda, DASÖ Depresyon boyutu puanındaki 1 birimlik artış, Yaşam Doyumu puanını 0,364 puan azaltacak, Somatizasyon puanındaki 1 birimlik artış ise Yaşam Doyumu puanını 0,152 puan azaltacaktır.

**Tablo 9. Kadınların Medeni Durumuna Göre Depresyon Anksiyete Stres ve Somatizasyon Ölçekleri Toplam Puanlarının Yaşam Doyumu Puanını Yordamak için Yapılan Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi Sonucu**

Bağımsız Değişken	Bekar Kadınlar					Evli Kadınlar				
	B(b)	SE B	Beta	t	p	B(b)	SE B	Beta	t	p
Depresyon Puanı	-0,350	0,038	-0,507	-9,235	<b>0,000</b>	-0,436	0,040	-0,550	-10,778	<b>0,000</b>
Sabit (a)	25,925	0,532		48,732	0,000	27,289	0,427		63,857	0,000
	$R^2=0,257 F_{(1,246)}=85,288 p=0,000$					$R^2=0,302 F_{(1,268)}=116,161 p=0,000$				

Bekar kadın katılımcılarda DASÖ alt boyutları ve SÖ puanlarının Yaşam Doyumu toplam puanı üzerindeki etkisini incelemek amacıyla yapılan Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi sonucunda sabit parametrenin istatistiksel olarak anlamlı olduğu ( $t(246)= 48,732$ ;  $p<0,001$ ); DASÖ Depresyon boyutu puanına ait eğim parametresinin ( $t(246)= -9,235$ ;  $p<0,001$ ) istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür. Yapılan F Testi sonucunda ( $F_{(1,246)} = 85,288$ ;  $p<0,001$ ) modelin genel olarak anlamlı olduğu ve belirlilik katsayısının 0,257 olduğu görülmüştür. Bu sonuçlara göre katılımcıların Yaşam Doyumu puanının yaklaşık %26'sı DASÖ Depresyon puanı tarafından açıklanmaktadır. Elde edilen sonuçlara göre diğer değişkenler sabit tutulduğunda, DASÖ Depresyon boyutu puanındaki 1 birimlik artış, Yaşam Doyumu puanını 0,350 puan azaltacaktır.

Evli kadın katılımcıların DASÖ alt boyutları ve SÖ puanlarının Yaşam Doyumu toplam puanı üzerindeki etkisini incelemek amacıyla yapılan Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi sonucunda sabit parametrenin istatistiksel olarak anlamlı olduğu ( $t(268)= 63,857$ ;  $p<0,001$ ); DASÖ Depresyon boyutu puanına ait eğim parametresinin ( $t(268)= -10,778$ ;  $p<0,001$ ) istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür. Yapılan F Testi sonucunda ( $F_{(1,268)} = 116,161$ ;  $p<0,001$ ) modelin genel olarak anlamlı olduğu ve belirlilik katsayısının 0,302 olduğu görülmüştür. Bu sonuçlara göre katılımcıların Yaşam Doyumu puanının yaklaşık %30'u DASÖ Depresyon puanı tarafından açıklanmaktadır. Elde edilen sonuçlara göre diğer değişkenler sabit tutulduğunda, DASÖ Depresyon boyutu puanındaki 1 birimlik artış, Yaşam Doyumu puanını 0,436 puan azaltacaktır.

**Tablo 10. Kadınların Yaş Durumuna Göre Depresyon Anksiyete Stres ve Somatizasyon Ölçekleri Toplam Puanlarının Yaşam Doyumu Puanını Yordamak için Yapılan Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi Sonucu**

Bağımsız değişken	B(b)	B'nin standart hatası	Beta	t	p
<b>19 yaş ve altı bekar kadınlar</b>					
Depresyon	-0,510	0,169	-0,579	-3,010	0,008
Sabit (a)	27,116	2,019		13,430	0,000
$R^2=0,335 F_{(1,18)}=9,057 p=0,008$					
<b>20-29 yaş arası bekar kadınlar</b>					
Depresyon	-0,368	0,043	-0,572	-8,490	<b>0,000</b>
Sabit (a)	26,501	0,640		41,420	0,000
$R^2=0,328 F_{(1,148)}=72,077 p=0,000$					
<b>30 yaş ve üstü bekar kadınlar</b>					
Depresyon	-0,298	0,080	-0,392	-3,711	<b>0,000</b>
Sabit (a)	24,781	1,047		23,665	0,000
$R^2=0,153 F_{(1,76)}=13,775 p=0,000$					
<b>27 yaş ve altı evli kadınlar</b>					
Depresyon	-0,307	0,114	-0,461	-2,698	0,012
Sabit (a)	28,181	1,018		27,685	0,000
$R^2=0,212 F_{(1,27)}=7,279 p=0,012$					
<b>28-42 yaş arası evli kadınlar</b>					
Depresyon	-0,421	0,058	-0,506	-7,275	<b>0,000</b>
Somatizasyon	-0,265	0,129	-0,143	-2,056	0,041
Sabit (a)	28,118	0,715		39,323	0,000
$R^2=0,334 F_{(2,163)}=40,895 p=0,000$					
<b>43 yaş ve üstü evli kadınlar</b>					
Depresyon	-0,417	0,076	-0,542	-5,508	<b>0,000</b>
Sabit (a)	27,328	0,948		28,839	0,000
$R^2=0,294 F_{(1,73)}=30,343 p=0,000$					

19 yaş ve altı bekar kadın katılımcıların DASÖ alt boyutları ve SÖ puanlarının Yaşam Doyumu toplam puanı üzerindeki etkisini incelemek amacıyla yapılan Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi sonucunda sabit parametrenin istatistiksel olarak anlamlı olduğu ( $t(18)= 13,430$ ;  $p<0,001$ ); DASÖ Depresyon boyutu puanına ait eğitim parametresinin ( $t(18)= -3,010$ ;  $p<0,5$ ) istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür. Yapılan F Testi sonucunda ( $F_{(1,18)} = 9,057$ ;  $p<0,05$ ) modelin genel olarak anlamlı olduğu ve belirlilik katsayısının 0,335 olduğu görülmüştür. Bu sonuçlara göre katılımcıların Yaşam Doyumu puanının yaklaşık %34'ü DASÖ Depresyon puanı tarafından açıklanmaktadır. Elde edilen sonuçlara göre diğer değişkenler sabit

tutulduğunda, DASÖ Depresyon boyutu puanındaki 1 birimlik artış, Yaşam Doyumu puanını 0,510 puan azaltacaktır.

20-29 yaş arası bekar kadın katılımcıların DASÖ alt boyutları ve SÖ puanlarının Yaşam Doyumu toplam puanı üzerindeki etkisini incelemek amacıyla yapılan Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi sonucunda sabit parametrenin istatistiksel olarak anlamlı olduğu ( $t(148)= 41,420$ ;  $p<0,001$ ); DASÖ Depresyon boyutu puanına ait eğim parametresinin ( $t(148)= -8,490$ ;  $p<0,001$ ) istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür. Yapılan F Testi sonucunda ( $F_{(1,148)} = 72,077$ ;  $p<0,001$ ) modelin genel olarak anlamlı olduğu ve belirlilik katsayısının 0,328 olduğu görülmüştür. Bu sonuçlara göre katılımcıların Yaşam Doyumu puanının yaklaşık %33'ü DASÖ Depresyon puanı tarafından açıklanmaktadır. Elde edilen sonuçlara göre diğer değişkenler sabit tutulduğunda, DASÖ Depresyon boyutu puanındaki 1 birimlik artış, Yaşam Doyumu puanını 0,368 puan azaltacaktır.

30 yaş ve üstü bekar kadın katılımcıların DASÖ alt boyutları ve SÖ puanlarının Yaşam Doyumu toplam puanı üzerindeki etkisini incelemek amacıyla yapılan Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi sonucunda sabit parametrenin istatistiksel olarak anlamlı olduğu ( $t(76)= 23,665$ ;  $p<0,001$ ); DASÖ Depresyon boyutu puanına ait eğim parametresinin ( $t(76)= -3,711$ ;  $p<0,001$ ) istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür. Yapılan F Testi sonucunda ( $F_{(1,76)} = 13,775$ ;  $p<0,001$ ) modelin genel olarak anlamlı olduğu ve belirlilik katsayısının 0,153 olduğu görülmüştür. Bu sonuçlara göre katılımcıların Yaşam Doyumu puanının yaklaşık %15'i DASÖ Depresyon puanı tarafından açıklanmaktadır. Elde edilen sonuçlara göre diğer değişkenler sabit tutulduğunda, DASÖ Depresyon boyutu puanındaki 1 birimlik artış, Yaşam Doyumu puanını 0,298 puan azaltacaktır.

27 yaş ve altı evli kadın katılımcıların DASÖ alt boyutları ve SÖ puanlarının Yaşam Doyumu toplam puanı üzerindeki etkisini incelemek amacıyla yapılan Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi sonucunda sabit parametrenin istatistiksel olarak anlamlı olduğu ( $t(27)= 27,685$ ;  $p<0,001$ ); DASÖ Depresyon boyutu puanına ait eğim parametresinin ( $t(27)= -2,698$ ;  $p<0,05$ ) istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür. Yapılan F Testi sonucunda ( $F_{(1,27)} = 7,279$ ;  $p<0,05$ ) modelin genel olarak anlamlı olduğu ve belirlilik katsayısının 0,212 olduğu görülmüştür. Bu sonuçlara göre katılımcıların Yaşam Doyumu puanının yaklaşık %21'i DASÖ Depresyon puanı

tarafından açıklanmaktadır. Elde edilen sonuçlara göre diğer değişkenler sabit tutulduğunda, DASÖ Depresyon boyutu puanındaki 1 birimlik artış, Yaşam Doyumu puanını 0,307 puan azaltacaktır.

28-42 yaş arası evli kadın katılımcıların DASÖ alt boyutları ve SÖ puanlarının Yaşam Doyumu toplam puanı üzerindeki etkisini incelemek amacıyla yapılan Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi sonucunda sabit parametrenin istatistiksel olarak anlamlı olduğu ( $t(163)= 39,323$ ;  $p<0,001$ ); DASÖ Depresyon boyutu puanına ait eğim parametresinin ( $t(163)= -7,275$ ;  $p<0,001$ ); Somatizasyon puanına ait eğim parametresinin ( $t(163)= 2,056$ ;  $p<0,05$ ) istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür. Yapılan F Testi sonucunda ( $F_{(2,163)} = 40,895$ ;  $p<0,001$ ) modelin genel olarak anlamlı olduğu ve belirlilik katsayısının 0,334 olduğu görülmüştür. Bu sonuçlara göre katılımcıların Yaşam Doyumu puanının yaklaşık %33'ü DASÖ Depresyon puanı ve Somatizasyon puanı tarafından açıklanmaktadır. Elde edilen sonuçlara göre diğer değişkenler sabit tutulduğunda, DASÖ Depresyon boyutu puanındaki 1 birimlik artış, Yaşam Doyumu puanını 0,421 puan azaltacak, Somatizasyon puanındaki 1 birimlik artış, Yaşam Doyumu puanını 0,265 puan azaltacaktır.

43 yaş ve üstü evli kadın katılımcıların DASÖ alt boyutları ve SÖ puanlarının Yaşam Doyumu toplam puanı üzerindeki etkisini incelemek amacıyla yapılan Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi sonucunda sabit parametrenin istatistiksel olarak anlamlı olduğu ( $t(73)= 28,839$ ;  $p<0,001$ ); DASÖ Depresyon boyutu puanına ait eğim parametresinin ( $t(73)= -5,508$ ;  $p<0,001$ ) istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür. Yapılan F Testi sonucunda ( $F_{(1,73)} = 30,343$ ;  $p<0,001$ ) modelin genel olarak anlamlı olduğu ve belirlilik katsayısının 0,294 olduğu görülmüştür. Bu sonuçlara göre katılımcıların Yaşam Doyumu puanının yaklaşık %29'u DASÖ Depresyon puanı tarafından açıklanmaktadır. Elde edilen sonuçlara göre diğer değişkenler sabit tutulduğunda, DASÖ Depresyon boyutu puanındaki 1 birimlik artış, Yaşam Doyumu puanını 0,417 puan azaltacaktır.

**Tablo 11. Kadınların Eğitim Durumuna Göre Depresyon Anksiyete Stres ve Somatizasyon Ölçekleri Toplam Puanlarının Yaşam Doyumu Puanını Yordamak için Yapılan Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi Sonucu**

Bağımsız değişken	B(b)	B'nin standart hatası	Beta	t	p
<b>Bekar kadın lise</b>					
Depresyon	-0,284	0,118	-0,556	-2,413	0,031
Sabit (a)	20,702	1,838		11,266	0,000
$R^2=0,309$ $F_{(1,13)}=5,823$ $p=0,031$					
<b>Bekar kadın üniversite ve üstü</b>					
Depresyon	-0,351	0,039	-0,510	-8,943	<b>0,000</b>
Sabit (a)	26,189	0,547		47,859	0,000
$R^2=0,261$ $F_{(1,227)}=79,975$ $p=0,000$					
<b>Evli kadın ilköğretim</b>					
Depresyon	-0,580	0,074	-0,891	-7,835	<b>0,000</b>
Sabit (a)	30,371	1,090		27,875	0,000
$R^2=0,793$ $F_{(1,16)}=61,382$ $p=0,000$					
<b>Evli kadın lise</b>					
Depresyon	-0,460	0,081	-0,643	-5,689	<b>0,000</b>
Sabit (a)	26,125	1,078		24,237	0,000
$R^2=0,414$ $F_{(1,46)}=32,472$ $p=0,000$					
<b>Evli kadın üniversite ve üstü</b>					
Depresyon	-0,331	0,059	-0,389	-5,659	<b>0,000</b>
Somatizasyon	-0,262	0,131	-0,137	-1,992	0,048
Sabit (a)	27,988	0,660		42,380	0,000
$R^2=0,215$ $F_{(2,201)}=27,500$ $p=0,000$					

Lise eğitim düzeyine sahip bekar kadın katılımcıların DASÖ alt boyutları ve SÖ puanlarının Yaşam Doyumu toplam puanı üzerindeki etkisini incelemek amacıyla yapılan Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi sonucunda sabit parametrenin istatistiksel olarak anlamlı olduğu ( $t(13)= 11,266$ ;  $p<0,001$ ); DASÖ Depresyon boyutu puanına ait eğitim parametresinin ( $t(13)= -2,413$ ;  $p<0,05$ ) istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür. Yapılan F Testi sonucunda ( $F_{(1,13)} = 5,823$ ;  $p<0,05$ ) modelin genel olarak anlamlı olduğu ve belirlilik katsayısının 0,309 olduğu görülmüştür. Bu sonuçlara göre katılımcıların Yaşam Doyumu puanının yaklaşık %31'i DASÖ Depresyon puanı tarafından açıklanmaktadır. Elde edilen sonuçlara göre diğer değişkenler sabit tutulduğunda, DASÖ Depresyon boyutu puanındaki 1 birimlik artış, Yaşam Doyumu puanını 0,284 puan azaltacaktır.

Üniversite ve üstü eğitim düzeyine bekar kadın katılımcıların DASÖ alt boyutları ve SÖ puanlarının Yaşam Doyumu toplam puanı üzerindeki etkisini incelemek amacıyla yapılan Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi sonucunda sabit parametrenin istatistiksel olarak anlamlı olduğu ( $t(227)= 47,859$ ;  $p<0,001$ ); DASÖ Depresyon boyutu puanına ait eğim parametresinin ( $t(227)= -8,943$ ;  $p<0,001$ ) istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür. Yapılan F Testi sonucunda ( $F_{(1,227)} = 79,975$ ;  $p<0,001$ ) modelin genel olarak anlamlı olduğu ve belirlilik katsayısının 0,261 olduğu görülmüştür. Bu sonuçlara göre katılımcıların Yaşam Doyumu puanının yaklaşık %26'sı DASÖ Depresyon puanı tarafından açıklanmaktadır. Elde edilen sonuçlara göre diğer değişkenler sabit tutulduğunda, DASÖ Depresyon boyutu puanındaki 1 birimlik artış, Yaşam Doyumu puanını 0,351 puan azaltacaktır.

İlköğretim eğitim düzeyine sahip evli kadın katılımcıların DASÖ alt boyutları ve SÖ puanlarının Yaşam Doyumu toplam puanı üzerindeki etkisini incelemek amacıyla yapılan Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi sonucunda sabit parametrenin istatistiksel olarak anlamlı olduğu ( $t(16)= 27,875$ ;  $p<0,001$ ); DASÖ Depresyon boyutu puanına ait eğim parametresinin ( $t(16)= -7,835$ ;  $p<0,001$ ) istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür. Yapılan F Testi sonucunda ( $F_{(1,16)} = 61,382$ ;  $p<0,001$ ) modelin genel olarak anlamlı olduğu ve belirlilik katsayısının 0,793 olduğu görülmüştür. Bu sonuçlara göre katılımcıların Yaşam Doyumu puanının yaklaşık %79'u DASÖ Depresyon puanı tarafından açıklanmaktadır. Elde edilen sonuçlara göre diğer değişkenler sabit tutulduğunda, DASÖ Depresyon boyutu puanındaki 1 birimlik artış, Yaşam Doyumu puanını 0,580 puan azaltacaktır.

Lise eğitim düzeyine sahip evli kadın katılımcıların DASÖ alt boyutları ve SÖ puanlarının Yaşam Doyumu toplam puanı üzerindeki etkisini incelemek amacıyla yapılan Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi sonucunda sabit parametrenin istatistiksel olarak anlamlı olduğu ( $t(46)= 24,237$ ;  $p<0,001$ ); DASÖ Depresyon boyutu puanına ait eğim parametresinin ( $t(46)= -5,689$ ;  $p<0,001$ ) istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür. Yapılan F Testi sonucunda ( $F_{(1,46)} = 32,472$ ;  $p<0,001$ ) modelin genel olarak anlamlı olduğu ve belirlilik katsayısının 0,414 olduğu görülmüştür. Bu sonuçlara göre katılımcıların Yaşam Doyumu puanının yaklaşık %41'i DASÖ Depresyon puanı tarafından açıklanmaktadır. Elde edilen sonuçlara göre diğer



değişkenler sabit tutulduğunda, DASÖ Depresyon boyutu puanındaki 1 birimlik artış, Yaşam Doyumu puanını 0,460 puan azaltacaktır.

Üniversite ve üstü eğitim düzeyine sahip evli kadın katılımcıların DASÖ alt boyutları ve SÖ puanlarının Yaşam Doyumu toplam puanı üzerindeki etkisini incelemek amacıyla yapılan Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi sonucunda sabit parametrenin istatistiksel olarak anlamlı olduğu ( $t(201)= 42,380$ ;  $p<0,001$ ); DASÖ Depresyon boyutu puanına ait eğitim parametresinin ( $t(201)= -5,659$ ;  $p<0,001$ ), Somatizasyon puanına ait eğitim parametresinin ( $t(201)= -1,992$ ;  $p<0,05$ ) istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür. Yapılan F Testi sonucunda ( $F_{(2,201)} = 27,500$ ;  $p<0,001$ ) modelin genel olarak anlamlı olduğu ve belirlilik katsayısının 0,215 olduğu görülmüştür. Bu sonuçlara göre katılımcıların Yaşam Doyumu puanının yaklaşık %22'si DASÖ Depresyon puanı ve Somatizasyon puanı tarafından açıklanmaktadır. Elde edilen sonuçlara göre diğer değişkenler sabit tutulduğunda, DASÖ Depresyon boyutu puanındaki 1 birimlik artış, Yaşam Doyumu puanını 0,331 puan azaltacak, Somatizasyon puanındaki 1 birimlik artış, Yaşam Doyumu puanını 0,262 azaltacaktır.

**Tablo 12. Kadınların Yaşamların Çoğunu Geçirdikleri Yer Durumuna Göre Depresyon Anksiyete Stres ve Somatizasyon Ölçekleri Toplam Puanlarının Yaşam Doyumu Puanını Yordamak için Yapılan Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi Sonucu**

Bağımsız değişken	B(b)	B'nin standart hatası	Beta	t	p
<b>Bekar kadın ilçe</b>					
Depresyon	-0,368	0,098	-0,616	-3,748	0,001
Sabit (a)	23,024	1,611		14,292	0,000
$R^2=0,379$ $F_{(1,23)}=14,044$ $p=0,001$					
<b>Bekar kadın şehir</b>					
Depresyon	-0,361	0,042	-0,508	-8,613	<b>0,000</b>
Sabit (a)	26,325	0,565		46,590	0,000
$R^2=0,258$ $F_{(1,213)}=74,183$ $p=0,000$					
<b>Evli kadın ilçe</b>					
Somatizasyon	-1,050	0,278	-0,581	-3,779	0,001
Sabit (a)	23,024	1,611		14,292	0,000
$R^2=0,338$ $F_{(1,28)}=14,281$ $p=0,001$					
<b>Evli kadın şehir</b>					
Depresyon	-0,461	0,046	-0,544	-9,918	<b>0,000</b>
Sabit (a)	27,757	0,456		60,858	0,000
$R^2=0,296$ $F_{(1,234)}=98,376$ $p=0,000$					

Yaşamların çoğunu ilçede geçiren bekar kadın katılımcıların DASÖ alt boyutları ve SÖ puanlarının Yaşam Doyumu toplam puanı üzerindeki etkisini incelemek amacıyla yapılan Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi sonucunda sabit parametrenin istatistiksel olarak anlamlı olduğu ( $t(23)= 14,292$ ;  $p<0,001$ ); DASÖ Depresyon boyutu puanına ait eğim parametresinin ( $t(23)= -3,748$ ;  $p<0,05$ ) istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür. Yapılan F Testi sonucunda ( $F_{(1,23)} = 14,044$ ;  $p<0,001$ ) modelin genel olarak anlamlı olduğu ve belirlilik katsayısının 0,379 olduğu görülmüştür. Bu sonuçlara göre katılımcıların Yaşam Doyumu puanının yaklaşık %38'i DASÖ Depresyon puanı tarafından açıklanmaktadır. Elde edilen sonuçlara göre diğer değişkenler sabit tutulduğunda, DASÖ Depresyon boyutu puanındaki 1 birimlik artış, Yaşam Doyumu puanını 0,368 puan azaltacaktır.

Yaşamların çoğunu şehirde geçiren bekar kadın katılımcıların DASÖ alt boyutları ve SÖ puanlarının Yaşam Doyumu toplam puanı üzerindeki etkisini incelemek amacıyla yapılan Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi sonucunda sabit parametrenin istatistiksel olarak anlamlı olduğu ( $t(213)= 46,590$ ;  $p<0,001$ ); DASÖ

Depresyon boyutu puanına ait eğim parametresinin ( $t(213) = -8,613$ ;  $p < 0,001$ ) istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür. Yapılan F Testi sonucunda ( $F_{(1,213)} = 74,183$ ;  $p < 0,001$ ) modelin genel olarak anlamlı olduğu ve belirlilik katsayısının 0,258 olduğu görülmüştür. Bu sonuçlara göre katılımcıların Yaşam Doyumu puanının yaklaşık %26'sı DASÖ Depresyon puanı tarafından açıklanmaktadır. Elde edilen sonuçlara göre diğer değişkenler sabit tutulduğunda, DASÖ Depresyon boyutu puanındaki 1 birimlik artış, Yaşam Doyumu puanını 0,361 puan azaltacaktır.

Yaşamların çoğunu ilçede geçiren evli kadın katılımcıların DASÖ alt boyutları ve SÖ puanlarının Yaşam Doyumu toplam puanı üzerindeki etkisini incelemek amacıyla yapılan Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi sonucunda sabit parametrenin istatistiksel olarak anlamlı olduğu ( $t(28) = 14,292$ ;  $p < 0,001$ ); Somatizasyon puanına ait eğim parametresinin ( $t(28) = -3,779$ ;  $p < 0,05$ ) istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür. Yapılan F Testi sonucunda ( $F_{(1,28)} = 14,281$ ;  $p < 0,05$ ) modelin genel olarak anlamlı olduğu ve belirlilik katsayısının 0,338 olduğu görülmüştür. Bu sonuçlara göre katılımcıların Yaşam Doyumu puanının yaklaşık %34'ü Somatizasyon puanı tarafından açıklanmaktadır. Elde edilen sonuçlara göre diğer değişkenler sabit tutulduğunda, Somatizasyon puanındaki 1 birimlik artış, Yaşam Doyumu puanını 1,050 puan azaltacaktır.

Yaşamların çoğunu şehirde geçiren evli kadın katılımcıların DASÖ alt boyutları ve SÖ puanlarının Yaşam Doyumu toplam puanı üzerindeki etkisini incelemek amacıyla yapılan Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi sonucunda sabit parametrenin istatistiksel olarak anlamlı olduğu ( $t(234) = 60,858$ ;  $p < 0,001$ ); DASÖ Depresyon boyutu puanına ait eğim parametresinin ( $t(234) = -9,918$ ;  $p < 0,001$ ) istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür. Yapılan F Testi sonucunda ( $F_{(1,234)} = 98,376$ ;  $p < 0,001$ ) modelin genel olarak anlamlı olduğu ve belirlilik katsayısının 0,296 olduğu görülmüştür. Bu sonuçlara göre katılımcıların Yaşam Doyumu puanının yaklaşık %30'u DASÖ Depresyon puanı tarafından açıklanmaktadır. Elde edilen sonuçlara göre diğer değişkenler sabit tutulduğunda, DASÖ Depresyon boyutu puanındaki 1 birimlik artış, Yaşam Doyumu puanını 0,461 puan azaltacaktır.

**Tablo 13. Kadınların Ekonomik Durumuna Göre Depresyon Anksiyete Stres ve Somatizasyon Ölçekleri Toplam Puanlarının Yaşam Doyumu Puanını Yordamak için Yapılan Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi Sonucu**

Bağımsız değişken	B(b)	B'nin standart hatası	Beta	t	p
<b>Bekar kadın asgari ücret altı</b>					
Depresyon	-0,603	0,110	-0,738	-5,470	<b>0,000</b>
Sabit (a)	27,530	1,546		17,809	0,000
$R^2=0,545 F_{(1,25)}=29,920 p=0,000$					
<b>Bekar kadın asgari ücret</b>					
Depresyon	-0,351	0,078	-0,561	-4,497	<b>0,000</b>
Sabit (a)	24,394	1,185		20,590	0,000
$R^2=0,315 F_{(1,44)}=20,220 p=0,000$					
<b>Bekar kadın asgari ücret üstü</b>					
Depresyon	-0,305	0,046	-0,452	-6,663	<b>0,000</b>
Sabit (a)	26,061	0,627		41,590	0,000
$R^2=0,204 F_{(1,173)}=44,398 p=0,000$					
<b>Evli kadın asgari ücret üstü</b>					
Depresyon	-0,384	0,045	-0,494	-8,497	<b>0,000</b>
Somatizasyon	-0,225	0,102	-0,129	-2,221	0,027
Sabit (a)	28,229	0,423		64,777	0,000
$R^2=0,316 F_{(2,249)}=57,646 p=0,000$					

Asgari ücret altı ekonomik duruma sahip bekar kadın katılımcıların DASÖ alt boyutları ve SÖ puanlarının Yaşam Doyumu toplam puanı üzerindeki etkisini incelemek amacıyla yapılan Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi sonucunda sabit parametrenin istatistiksel olarak anlamlı olduğu ( $t(25)= 17,809$ ;  $p<0,001$ ); DASÖ Depresyon boyutu puanına ait eğim parametresinin ( $t(25)= -5,470$ ;  $p<0,001$ ) istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür. Yapılan F Testi sonucunda ( $F_{(1,25)} = 29,920$ ;  $p<0,001$ ) modelin genel olarak anlamlı olduğu ve belirlilik katsayısının 0,545 olduğu görülmüştür. Bu sonuçlara göre katılımcıların Yaşam Doyumu puanının yaklaşık %55'i DASÖ Depresyon puanı tarafından açıklanmaktadır. Elde edilen sonuçlara göre diğer değişkenler sabit tutulduğunda, DASÖ Depresyon boyutu puanındaki 1 birimlik artış, Yaşam Doyumu puanını 0,603 puan azaltacaktır.

Asgari ücret ekonomik durumuna sahip bekar kadın katılımcıların DASÖ alt boyutları ve SÖ puanlarının Yaşam Doyumu toplam puanı üzerindeki etkisini incelemek amacıyla yapılan Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi sonucunda sabit parametrenin istatistiksel olarak anlamlı olduğu ( $t(44)= 20,590$ ;  $p<0,001$ ); DASÖ

Depresyon boyutu puanına ait eğim parametresinin ( $t(44) = -4,497$ ;  $p < 0,001$ ) istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür. Yapılan F Testi sonucunda ( $F_{(1,44)} = 20,220$ ;  $p < 0,001$ ) modelin genel olarak anlamlı olduğu ve belirlilik katsayısının 0,315 olduğu görülmüştür. Bu sonuçlara göre katılımcıların Yaşam Doyumu puanının yaklaşık %32'si DASÖ Depresyon puanı tarafından açıklanmaktadır. Elde edilen sonuçlara göre diğer değişkenler sabit tutulduğunda, DASÖ Depresyon boyutu puanındaki 1 birimlik artış, Yaşam Doyumu puanını 0,351 puan azaltacaktır.

Asgari ücret üstü ekonomik duruma sahip bekar kadın katılımcıların DASÖ alt boyutları ve SÖ puanlarının Yaşam Doyumu toplam puanı üzerindeki etkisini incelemek amacıyla yapılan Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi sonucunda sabit parametrenin istatistiksel olarak anlamlı olduğu ( $t(173) = 41,590$ ;  $p < 0,001$ ); DASÖ Depresyon boyutu puanına ait eğim parametresinin ( $t(173) = -6,663$ ;  $p < 0,001$ ) istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür. Yapılan F Testi sonucunda ( $F_{(1,173)} = 44,398$ ;  $p < 0,001$ ) modelin genel olarak anlamlı olduğu ve belirlilik katsayısının 0,204 olduğu görülmüştür. Bu sonuçlara göre katılımcıların Yaşam Doyumu puanının yaklaşık %20'si DASÖ Depresyon puanı tarafından açıklanmaktadır. Elde edilen sonuçlara göre diğer değişkenler sabit tutulduğunda, DASÖ Depresyon boyutu puanındaki 1 birimlik artış, Yaşam Doyumu puanını 0,305 puan azaltacaktır.

Asgari ücret üstü ekonomik duruma sahip evli kadın katılımcıların DASÖ alt boyutları ve SÖ puanlarının Yaşam Doyumu toplam puanı üzerindeki etkisini incelemek amacıyla yapılan Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi sonucunda sabit parametrenin istatistiksel olarak anlamlı olduğu ( $t(249) = 64,777$ ;  $p < 0,001$ ); DASÖ Depresyon boyutu puanına ait eğim parametresinin ( $t(249) = -8,497$ ;  $p < 0,001$ ); Somatizasyon puanına ait eğim parametresinin ( $t(249) = -2,221$ ;  $p < 0,05$ ) istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür. Yapılan F Testi sonucunda ( $F_{(2,249)} = 57,646$ ;  $p < 0,001$ ) modelin genel olarak anlamlı olduğu ve belirlilik katsayısının 0,316 olduğu görülmüştür. Bu sonuçlara göre katılımcıların Yaşam Doyumu puanının yaklaşık %32'si DASÖ Depresyon puanı ve Somatizasyon puanı tarafından açıklanmaktadır. Elde edilen sonuçlara göre diğer değişkenler sabit tutulduğunda, DASÖ Depresyon boyutu puanındaki 1 birimlik artış, Yaşam Doyumu puanını 0,384 puan azaltacak, Somatizasyon puanındaki 1 birimlik artış, Yaşam Doyumu puanını 0,225 puan azaltacaktır.

**Tablo 14. Çalışan Kadınların Depresyon Anksiyete Stres ve Somatizasyon Ölçekleri Toplam Puanlarının Yaşam Doyumu Puanını Yordamak için Yapılan Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi Sonucu**

Bağımsız Değişken	Bekar Kadınlar					Evli Kadınlar				
	B(b)	SE B	Beta	t	p	B(b)	SE B	Beta	t	p
Depresyon Puanı	-0,286	0,064	-0,373	-4,459	<b>0,000</b>	-0,376	0,055	-0,482	-6,808	<b>0,000</b>
<b>Sabit (a)</b>	25,353	0,785		32,287	<b>0,000</b>	27,079	0,552		49,059	0,000
	$R^2=0,139 F_{(1,123)}=19,879 p=0,000$					$R^2=0,232 F_{(1,153)}=46,346 p=0,000$				

Çalışan bekar kadın katılımcıların DASÖ alt boyutları ve SÖ puanlarının Yaşam Doyumu toplam puanı üzerindeki etkisini incelemek amacıyla yapılan Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi sonucunda sabit parametrenin istatistiksel olarak anlamlı olduğu ( $t(123)= 32,287$ ;  $p<0,001$ ); DASÖ Depresyon boyutu puanına ait eğim parametresinin ( $t(123)= -4,459$ ;  $p<0,001$ ) istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür. Yapılan F Testi sonucunda ( $F_{(1,123)} = 19,879$ ;  $p<0,001$ ) modelin genel olarak anlamlı olduğu ve belirlilik katsayısının 0,139 olduğu görülmüştür. Bu sonuçlara göre katılımcıların Yaşam Doyumu puanının yaklaşık %14'ü DASÖ Depresyon puanı tarafından açıklanmaktadır. Elde edilen sonuçlara göre diğer değişkenler sabit tutulduğunda, DASÖ Depresyon boyutu puanındaki 1 birimlik artış, Yaşam Doyumu puanını 0,286 puan azaltacaktır.

Çalışan evli kadın katılımcıların DASÖ alt boyutları ve SÖ puanlarının Yaşam Doyumu toplam puanı üzerindeki etkisini incelemek amacıyla yapılan Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi sonucunda sabit parametrenin istatistiksel olarak anlamlı olduğu ( $t(153)= 49,059$ ;  $p<0,001$ ); DASÖ Depresyon boyutu puanına ait eğim parametresinin ( $t(153)= -6,808$ ;  $p<0,001$ ) istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür. Yapılan F Testi sonucunda ( $F_{(1,153)} = 46,346$ ;  $p<0,001$ ) modelin genel olarak anlamlı olduğu ve belirlilik katsayısının 0,232 olduğu görülmüştür. Bu sonuçlara göre katılımcıların Yaşam Doyumu puanının yaklaşık %23'ü DASÖ Depresyon puanı tarafından açıklanmaktadır. Elde edilen sonuçlara göre diğer değişkenler sabit tutulduğunda, DASÖ Depresyon boyutu puanındaki 1 birimlik artış, Yaşam Doyumu puanını 0,376 puan azaltacaktır.

**Tablo 15. Çalışmayan Kadınların Depresyon Anksiyete Stres ve Somatizasyon Ölçekleri Toplam Puanlarının Yaşam Doyumu Puanını Yordamak için Yapılan Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi Sonucu**

Bağımsız Değişken	Bekar Kadınlar					Evli Kadınlar				
	B(b)	SE B	Beta	t	p	B(b)	SE B	Beta	t	p
Depresyon Puanı	-0,392	0,047	-0,608	-8,416	<b>0,000</b>	-0,502	0,060	-0,620	-8,406	<b>0,000</b>
<b>Sabit (a)</b>	26,406	0,728		36,260	0,000	27,554	0,673		40,939	0,000
	$R^2=0,369 F_{(1,121)}=70,822 p=0,000$					$R^2=0,385 F_{(1,113)}=70,668 p=0,000$				

Çalışmayan bekar kadın katılımcıların DASÖ alt boyutları ve SÖ puanlarının Yaşam Doyumu toplam puanı üzerindeki etkisini incelemek amacıyla yapılan Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi sonucunda sabit parametrenin istatistiksel olarak anlamlı olduğu ( $t(121)= 36,260$ ;  $p<0,001$ ); DASÖ Depresyon boyutu puanına ait eğim parametresinin ( $t(121)= -8,416$ ;  $p<0,001$ ) istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür. Yapılan F Testi sonucunda ( $F_{(1,121)} = 70,822$ ;  $p<0,001$ ) modelin genel olarak anlamlı olduğu ve belirlilik katsayısının 0,369 olduğu görülmüştür. Bu sonuçlara göre katılımcıların Yaşam Doyumu puanının yaklaşık %37'si DASÖ Depresyon puanı tarafından açıklanmaktadır. Elde edilen sonuçlara göre diğer değişkenler sabit tutulduğunda, DASÖ Depresyon boyutu puanındaki 1 birimlik artış, Yaşam Doyumu puanını 0,392 puan azaltacaktır.

Çalışmayan evli kadın katılımcıların DASÖ alt boyutları ve SÖ puanlarının Yaşam Doyumu toplam puanı üzerindeki etkisini incelemek amacıyla yapılan Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi sonucunda sabit parametrenin istatistiksel olarak anlamlı olduğu ( $t(113)= 40,939$ ;  $p<0,001$ ); DASÖ Depresyon boyutu puanına ait eğim parametresinin ( $t(113)= -8,406$ ;  $p<0,001$ ) istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür. Yapılan F Testi sonucunda ( $F_{(1,113)} = 70,668$ ;  $p<0,001$ ) modelin genel olarak anlamlı olduğu ve belirlilik katsayısının 0,385 olduğu görülmüştür. Bu sonuçlara göre katılımcıların Yaşam Doyumu puanının yaklaşık %39'u DASÖ Depresyon puanı tarafından açıklanmaktadır. Elde edilen sonuçlara göre diğer değişkenler sabit tutulduğunda, DASÖ Depresyon boyutu puanındaki 1 birimlik artış, Yaşam Doyumu puanını 0,502 puan azaltacaktır.

**Tablo 16. Kadınların Evlilik Süresi Durumuna Göre Depresyon Anksiyete Stres ve Somatizasyon Ölçekleri Toplam Puanlarının Yaşam Doyumu Puanını Yordamak için Yapılan Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi Sonucu**

Bağımsız değişken	B(b)	B'nin standart hatası	Beta	t	p
<b>Bekar kadın 9 yıl ve altı</b>					
Stres	-0,507	0,148	-0,675	-3,426	0,004
Sabit (a)	29,877	2,573		11,611	0,000
$R^2=0,456$ $F_{(1,14)}=11,739$ $p=0,004$					
<b>Evli kadın 10 yıl ve altı</b>					
Depresyon	-0,424	0,058	-0,535	-7,301	<b>0,000</b>
Sabit (a)	27,703	0,553		50,135	0,000
$R^2=0,286$ $F_{(1,133)}=53,298$ $p=0,000$					
<b>Evli kadın 11-18 yıl arası</b>					
Depresyon	-0,509	0,101	-0,533	-5,034	<b>0,000</b>
Sabit (a)	27,134	0,963		28,167	0,000
$R^2=0,284$ $F_{(1,64)}=25,340$ $p=0,000$					
<b>Evli kadın 19 yıl ve üstü</b>					
Depresyon	-0,403	0,072	-0,562	-5,555	<b>0,000</b>
Sabit (a)	26,667	0,950		28,061	0,000
$R^2=0,315$ $F_{(1,67)}=30,859$ $p=0,000$					

9 yıl ve altı evlilik süresine sahip daha önce evlenmiş bekar kadın katılımcıların DASÖ alt boyutları ve SÖ puanlarının Yaşam Doyumu toplam puanı üzerindeki etkisini incelemek amacıyla yapılan Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi sonucunda sabit parametrenin istatistiksel olarak anlamlı olduğu ( $t(14)= 11,611$ ;  $p<0,001$ ); DASÖ Stres boyutu puanına ait eğim parametresinin ( $t(14)= -3,426$ ;  $p<0,05$ ) istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür. Yapılan F Testi sonucunda ( $F_{(1,14)} = 11,739$ ;  $p<0,05$ ) modelin genel olarak anlamlı olduğu ve belirlilik katsayısının 0,456 olduğu görülmüştür. Bu sonuçlara göre katılımcıların Yaşam Doyumu puanının yaklaşık %46'sı DASÖ Stres puanı tarafından açıklanmaktadır. Elde edilen sonuçlara göre diğer değişkenler sabit tutulduğunda, DASÖ Stres boyutu puanındaki 1 birimlik artış, Yaşam Doyumu puanını 0,507 puan azaltacaktır.

10 yıl ve altı evlilik süresine sahip evli kadın katılımcıların DASÖ alt boyutları ve SÖ puanlarının Yaşam Doyumu toplam puanı üzerindeki etkisini incelemek amacıyla yapılan Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi sonucunda sabit parametrenin istatistiksel olarak anlamlı olduğu ( $t(133)= 50,135$ ;  $p<0,001$ ); DASÖ Depresyon



boyutu puanına ait eğim parametresinin ( $t(133) = -7,301$ ;  $p < 0,001$ ) istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür. Yapılan F Testi sonucunda ( $F_{(1,133)} = 53,298$ ;  $p < 0,001$ ) modelin genel olarak anlamlı olduğu ve belirlilik katsayısının 0,286 olduğu görülmüştür. Bu sonuçlara göre katılımcıların Yaşam Doyumu puanının yaklaşık %29'u DASÖ Depresyon puanı tarafından açıklanmaktadır. Elde edilen sonuçlara göre diğer değişkenler sabit tutulduğunda, DASÖ Depresyon boyutu puanındaki 1 birimlik artış, Yaşam Doyumu puanını 0,424 puan azaltacaktır.

11-18 yıl arası evlilik süresine sahip evli kadın katılımcıların DASÖ alt boyutları ve SÖ puanlarının Yaşam Doyumu toplam puanı üzerindeki etkisini incelemek amacıyla yapılan Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi sonucunda sabit parametrenin istatistiksel olarak anlamlı olduğu ( $t(64) = 28,167$ ;  $p < 0,001$ ); DASÖ Depresyon boyutu puanına ait eğim parametresinin ( $t(64) = -5,034$ ;  $p < 0,001$ ) istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür. Yapılan F Testi sonucunda ( $F_{(1,64)} = 25,340$ ;  $p < 0,001$ ) modelin genel olarak anlamlı olduğu ve belirlilik katsayısının 0,284 olduğu görülmüştür. Bu sonuçlara göre katılımcıların Yaşam Doyumu puanının yaklaşık %28'i DASÖ Depresyon puanı tarafından açıklanmaktadır. Elde edilen sonuçlara göre diğer değişkenler sabit tutulduğunda, DASÖ Depresyon boyutu puanındaki 1 birimlik artış, Yaşam Doyumu puanını 0,509 puan azaltacaktır.

19 yıl ve üstü evlilik süresine sahip evli kadın katılımcıların DASÖ alt boyutları ve SÖ puanlarının Yaşam Doyumu toplam puanı üzerindeki etkisini incelemek amacıyla yapılan Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi sonucunda sabit parametrenin istatistiksel olarak anlamlı olduğu ( $t(67) = 28,061$ ;  $p < 0,001$ ); DASÖ Depresyon boyutu puanına ait eğim parametresinin ( $t(67) = -5,555$ ;  $p < 0,001$ ) istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür. Yapılan F Testi sonucunda ( $F_{(1,67)} = 30,859$ ;  $p < 0,001$ ) modelin genel olarak anlamlı olduğu ve belirlilik katsayısının 0,315 olduğu görülmüştür. Bu sonuçlara göre katılımcıların Yaşam Doyumu puanının yaklaşık %32'si DASÖ Depresyon puanı tarafından açıklanmaktadır. Elde edilen sonuçlara göre diğer değişkenler sabit tutulduğunda, DASÖ Depresyon boyutu puanındaki 1 birimlik artış, Yaşam Doyumu puanını 0,403 puan azaltacaktır.

**Tablo 17. Kadınların Çocuğu Olma Durumuna Göre Depresyon Anksiyete Stres ve Somatizasyon Ölçekleri Toplam Puanlarının Yaşam Doyumu Puanını Yordamak için Yapılan Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi Sonucu**

Bağımsız değişken	B(b)	B'nin standart hatası	Beta	t	p
<b>Çocuğu olan bekar kadın</b>					
Somatizasyon	-1,338	0,519	-0,490	-2,577	0,018
Sabit (a)	26,546	2,900		9,154	0,000
$R^2=0,240 F_{(1,21)}=6,640 p=0,018$					
<b>Çocuğu olan evli kadın</b>					
Depresyon	-0,409	0,044	-0,528	-9,252	<b>0,000</b>
Sabit (a)	26,891	0,475		56,589	0,000
$R^2=0,278 F_{(1,222)}=85,594 p=0,000$					
<b>Çocuğu olmayan evli</b>					
Depresyon	-0,470	0,104	-0,536	-4,497	<b>0,000</b>
Somatizasyon	-0,568	0,237	-0,286	-2,396	0,021
Sabit (a)	31,500	1,343		23,450	0,000
$R^2=0,498 F_{(2,43)}=21,346 p=0,000$					

Çocuğu olan bekar kadın katılımcıların DASÖ alt boyutları ve SÖ puanlarının Yaşam Doyumu toplam puanı üzerindeki etkisini incelemek amacıyla yapılan Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi sonucunda sabit parametrenin istatistiksel olarak anlamlı olduğu ( $t(21)= 9,154$ ;  $p<0,001$ ); Somatizasyon puanına ait eğim parametresinin ( $t(21)= -2,577$ ;  $p<0,05$ ) istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür. Yapılan F Testi sonucunda ( $F_{(1,21)} = 6,640$ ;  $p<0,05$ ) modelin genel olarak anlamlı olduğu ve belirlilik katsayısının 0,240 olduğu görülmüştür. Bu sonuçlara göre katılımcıların Yaşam Doyumu puanının yaklaşık %24'ü Somatizasyon puanı tarafından açıklanmaktadır. Elde edilen sonuçlara göre diğer değişkenler sabit tutulduğunda, Somatizasyon puanındaki 1 birimlik artış, Yaşam Doyumu puanını 1,338 puan azaltacaktır.

Çocuğu olan evli kadın katılımcıların DASÖ alt boyutları ve SÖ puanlarının Yaşam Doyumu toplam puanı üzerindeki etkisini incelemek amacıyla yapılan Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi sonucunda sabit parametrenin istatistiksel olarak anlamlı olduğu ( $t(222)= 56,589$ ;  $p<0,001$ ); DASÖ Depresyon boyutu puanına ait eğim parametresinin ( $t(222)= -9,252$ ;  $p<0,001$ ) istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür. Yapılan F Testi sonucunda ( $F_{(1,222)} = 85,594$ ;  $p<0,001$ ) modelin genel

olarak anlamlı olduğu ve belirlilik katsayısının 0,278 olduğu görölmüştür. Bu sonuçlara göre katılımcıların Yaşam Doyumu puanının yaklaşık %28'i DASÖ Depresyon puanı tarafından açıklanmaktadır. Elde edilen sonuçlara göre diğer değişkenler sabit tutulduğunda, DASÖ Depresyon boyutu puanındaki 1 birimlik artış, Yaşam Doyumu puanını 0,409 puan azaltacaktır.

Çocuğu olmayan evli kadın katılımcıların DASÖ alt boyutları ve SÖ puanlarının Yaşam Doyumu toplam puanı üzerindeki etkisini incelemek amacıyla yapılan Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi sonucunda sabit parametrenin istatistiksel olarak anlamlı olduğu ( $t(43)= 23,450$ ;  $p<0,001$ ); DASÖ Depresyon boyutu puanına ait eğim parametresinin ( $t(43)= -4,497$ ;  $p<0,001$ ); Somatizasyon puanına ait eğim parametresinin ( $t(43)= -2,396$ ;  $p<0,05$ ) istatistiksel olarak anlamlı olduğu görölmüştür. Yapılan F Testi sonucunda ( $F_{(2,43)} = 21,346$ ;  $p<0,001$ ) modelin genel olarak anlamlı olduğu ve belirlilik katsayısının 0,498 olduğu görölmüştür. Bu sonuçlara göre katılımcıların Yaşam Doyumu puanının yaklaşık %50'si DASÖ Depresyon puanı ve Somatizasyon puanı tarafından açıklanmaktadır. Elde edilen sonuçlara göre diğer değişkenler sabit tutulduğunda, DASÖ Depresyon boyutu puanındaki 1 birimlik artış, Yaşam Doyumu puanını 0,470 puan azaltacak, Somatizasyon puanındaki 1 birimlik artış, Yaşam Doyumu puanını 0,568 puan azaltacaktır.

**Tablo 18. Kadınların Arkadaşları ile Vakit Geçirme Durumlarına Göre Depresyon Anksiyete Stres ve Somatizasyon Ölçekleri Toplam Puanlarının Yaşam Doyumu Puanını Yordamak için Yapılan Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi Sonucu**

Bağımsız değişken	B(b)	B'nin standart hatası	Beta	t	p
<b>Az vakit geçiren bekar kadın</b>					
Depresyon	-0,301	0,119	-0,446	-2,541	0,017
Sabit (a)	24,357	2,126		11,455	0,000
$R^2=0,199$ $F_{(1,26)}=6,458$ $p=0,017$					
<b>Ara sıra vakit geçiren bekar kadın</b>					
Depresyon	-0,382	0,057	-0,446	-0,559	<b>0,000</b>
Sabit (a)	26,232	0,754		34,791	0,000
$R^2=0,312$ $F_{(1,100)}=45,412$ $p=0,000$					
<b>Çok vakit geçiren bekar kadın</b>					
Depresyon	-0,326	0,058	-0,461	-5,592	<b>0,000</b>
Sabit (a)	25,889	0,792		32,685	0,000
$R^2=0,212$ $F_{(1,116)}=31,268$ $p=0,000$					
<b>Az vakit geçiren evli kadın</b>					
Depresyon	-0,364	0,071	-0,517	-5,090	<b>0,000</b>
Sabit (a)	26,474	0,968		27,360	0,000
$R^2=0,267$ $F_{(1,71)}=25,903$ $p=0,000$					
<b>Ara sıra vakit geçiren evli kadın</b>					
Depresyon	-0,642	0,093	-0,716	-6,880	<b>0,000</b>
Stres	0,213	0,083	0,267	2,565	0,012
Sabit (a)	25,869	0,881		29,350	0,000
$R^2=0,321$ $F_{(2,119)}=28,128$ $p=0,000$					
<b>Çok vakit geçiren evli kadın</b>					
Stres	-0,520	0,070	-0,658	-7,468	<b>0,000</b>
Sabit (a)	31,000	0,945		32,805	0,000
$R^2=0,433$ $F_{(1,73)}=55,764$ $p=0,000$					

Arkadaşları ile az vakit geçiren bekar kadın katılımcıların DASÖ alt boyutları ve SÖ puanlarının Yaşam Doyumu toplam puanı üzerindeki etkisini incelemek amacıyla yapılan Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi sonucunda sabit parametrenin istatistiksel olarak anlamlı olduğu ( $t(26)= 11,455$ ;  $p<0,001$ ); DASÖ Depresyon boyutu puanına ait eğim parametresinin ( $t(26)= -2,541$ ;  $p<0,05$ ) istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür. Yapılan F Testi sonucunda ( $F_{(1,26)} = 6,458$ ;  $p<0,05$ ) modelin genel olarak anlamlı olduğu ve belirlilik katsayısının 0,199 olduğu görülmüştür. Bu

sonuçlara göre katılımcıların Yaşam Doyumu puanının yaklaşık %20'i DASÖ Depresyon puanı tarafından açıklanmaktadır. Elde edilen sonuçlara göre diğer değişkenler sabit tutulduğunda, DASÖ Depresyon boyutu puanındaki 1 birimlik artış, Yaşam Doyumu puanını 0,301 puan azaltacaktır.

Arkadaşları ile ara sıra vakit geçiren bekar kadın katılımcıların DASÖ alt boyutları ve SÖ puanlarının Yaşam Doyumu toplam puanı üzerindeki etkisini incelemek amacıyla yapılan Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi sonucunda sabit parametrenin istatistiksel olarak anlamlı olduğu ( $t(100)= 34,791$ ;  $p<0,001$ ); DASÖ Depresyon boyutu puanına ait eğim parametresinin ( $t(100)= -0,559$ ;  $p<0,001$ ) istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür. Yapılan F Testi sonucunda ( $F_{(1,100)} = 45,412$ ;  $p<0,001$ ) modelin genel olarak anlamlı olduğu ve belirlilik katsayısının 0,312 olduğu görülmüştür. Bu sonuçlara göre katılımcıların Yaşam Doyumu puanının yaklaşık %31'i DASÖ Depresyon puanı tarafından açıklanmaktadır. Elde edilen sonuçlara göre diğer değişkenler sabit tutulduğunda, DASÖ Depresyon boyutu puanındaki 1 birimlik artış, Yaşam Doyumu puanını 0,382 puan azaltacaktır.

Arkadaşları ile çok vakit geçiren bekar kadın katılımcıların DASÖ alt boyutları ve SÖ puanlarının Yaşam Doyumu toplam puanı üzerindeki etkisini incelemek amacıyla yapılan Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi sonucunda sabit parametrenin istatistiksel olarak anlamlı olduğu ( $t(116)= 32,685$ ;  $p<0,001$ ); DASÖ Depresyon boyutu puanına ait eğim parametresinin ( $t(116)= -5,592$ ;  $p<0,001$ ) istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür. Yapılan F Testi sonucunda ( $F_{(1,116)} = 31,268$ ;  $p<0,001$ ) modelin genel olarak anlamlı olduğu ve belirlilik katsayısının 0,212 olduğu görülmüştür. Bu sonuçlara göre katılımcıların Yaşam Doyumu puanının yaklaşık %21'i DASÖ Depresyon puanı tarafından açıklanmaktadır. Elde edilen sonuçlara göre diğer değişkenler sabit tutulduğunda, DASÖ Depresyon boyutu puanındaki 1 birimlik artış, Yaşam Doyumu puanını 0,326 puan azaltacaktır.

Arkadaşları ile az vakit geçiren evli kadın katılımcıların DASÖ alt boyutları ve SÖ puanlarının Yaşam Doyumu toplam puanı üzerindeki etkisini incelemek amacıyla yapılan Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi sonucunda sabit parametrenin istatistiksel olarak anlamlı olduğu ( $t(71)= 27,360$ ;  $p<0,001$ ); DASÖ Depresyon boyutu puanına ait eğim parametresinin ( $t(71)= -5,090$ ;  $p<0,001$ ) istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür. Yapılan F Testi sonucunda ( $F_{(1,71)} = 25,903$ ;  $p<0,001$ ) modelin genel

olarak anlamlı olduğu ve belirlilik katsayısının 0,267 olduğu görülmüştür. Bu sonuçlara göre katılımcıların Yaşam Doyumu puanının yaklaşık %27'si DASÖ Depresyon puanı tarafından açıklanmaktadır. Elde edilen sonuçlara göre diğer değişkenler sabit tutulduğunda, DASÖ Depresyon boyutu puanındaki 1 birimlik artış, Yaşam Doyumu puanını 0,364 puan azaltacaktır.

Arkadaşları ile ara sıra vakit geçiren evli kadın katılımcıların DASÖ alt boyutları ve SÖ puanlarının Yaşam Doyumu toplam puanı üzerindeki etkisini incelemek amacıyla yapılan Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi sonucunda sabit parametrenin istatistiksel olarak anlamlı olduğu ( $t(119) = 29,350$ ;  $p < 0,001$ ); DASÖ Depresyon boyutu puanına ait eğim parametresinin ( $t(119) = -6,880$ ;  $p < 0,001$ ), DASÖ Stres boyutu puanına ait eğim parametresinin ( $t(119) = 2,565$ ;  $p < 0,05$ ) istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür. Yapılan F Testi sonucunda ( $F_{(2,119)} = 28,128$ ;  $p < 0,001$ ) modelin genel olarak anlamlı olduğu ve belirlilik katsayısının 0,321 olduğu görülmüştür. Bu sonuçlara göre katılımcıların Yaşam Doyumu puanının yaklaşık %32'si DASÖ Depresyon ve DASÖ Stres puanı tarafından açıklanmaktadır. Elde edilen sonuçlara göre diğer değişkenler sabit tutulduğunda, DASÖ Depresyon boyutu puanındaki 1 birimlik artış, Yaşam Doyumu puanını 0,642 puan azaltacak, DASÖ Stres boyutu puanındaki 1 birimlik artış, Yaşam Doyumu puanını 0,213 puan arttıracaktır.

Arkadaşları ile çok vakit geçiren evli kadın katılımcıların DASÖ alt boyutları ve SÖ puanlarının Yaşam Doyumu toplam puanı üzerindeki etkisini incelemek amacıyla yapılan Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi sonucunda sabit parametrenin istatistiksel olarak anlamlı olduğu ( $t(73) = 32,805$ ;  $p < 0,001$ ); DASÖ Stres boyutu puanına ait eğim parametresinin ( $t(73) = -7,468$ ;  $p < 0,001$ ) istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür. Yapılan F Testi sonucunda ( $F_{(1,73)} = 55,764$ ;  $p < 0,001$ ) modelin genel olarak anlamlı olduğu ve belirlilik katsayısının 0,433 olduğu görülmüştür. Bu sonuçlara göre katılımcıların Yaşam Doyumu puanının yaklaşık %43'ü DASÖ Stres puanı tarafından açıklanmaktadır. Elde edilen sonuçlara göre diğer değişkenler sabit tutulduğunda, DASÖ Stres boyutu puanındaki 1 birimlik artış, Yaşam Doyumu puanını 0,520 puan azaltacaktır.

**Tablo 19. Bekar Kadınların Birlikte Yaşama Durumuna Göre Depresyon Anksiyete Stres ve Somatizasyon Ölçekleri Toplam Puanlarının Yaşam Doyumu Puanını Yordamak için Yapılan Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi Sonucu**

Bağımsız Değişken	B(b)	B'nin standart hatası	Beta	t	p
<b>Anne, baba, kardeş</b>					
Depresyon Puanı	-0,386	0,042	-0,558	-9,195	<b>0,000</b>
Sabit (a)	26,431	0,590		44,793	0,000
$R^2=0,311 F_{(1,187)}=84,556 p=0,000$					
<b>Arkadaşlar</b>					
Depresyon Puanı	-0,422	0,155	-0,773	-2,722	0,042
Sabit (a)	26,422	1,427		18,520	0,000
$R^2=0,597 F_{(1,5)}=7,407 p=0,042$					

Anne, baba, kardeş ile yaşayan bekar kadın katılımcıların DASÖ alt boyutları ve SÖ puanlarının Yaşam Doyumu toplam puanı üzerindeki etkisini incelemek amacıyla yapılan Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi sonucunda sabit parametrenin istatistiksel olarak anlamlı olduğu ( $t(187)= 44,793$ ;  $p<0,001$ ); DASÖ Depresyon boyutu puanına ait eğim parametresinin ( $t(187)= -9,195$ ;  $p<0,001$ ) istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür. Yapılan F Testi sonucunda ( $F_{(1,187)} = 84,556$ ;  $p<0,001$ ) modelin genel olarak anlamlı olduğu ve belirlilik katsayısının 0,311 olduğu görülmüştür. Bu sonuçlara göre katılımcıların Yaşam Doyumu puanının yaklaşık %31'i DASÖ Depresyon puanı tarafından açıklanmaktadır. Elde edilen sonuçlara göre diğer değişkenler sabit tutulduğunda, DASÖ Depresyon boyutu puanındaki 1 birimlik artış, Yaşam Doyumu puanını 0,386 puan azaltacaktır.

Arkadaş ile yaşayan bekar kadın katılımcıların DASÖ alt boyutları ve SÖ puanlarının Yaşam Doyumu toplam puanı üzerindeki etkisini incelemek amacıyla yapılan Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi sonucunda sabit parametrenin istatistiksel olarak anlamlı olduğu ( $t(5)= 18,520$ ;  $p<0,001$ ); DASÖ Depresyon boyutu puanına ait eğim parametresinin ( $t(5)= -2,722$ ;  $p<0,05$ ) istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür. Yapılan F Testi sonucunda ( $F_{(1,5)} = 7,407$ ;  $p<0,05$ ) modelin genel olarak anlamlı olduğu ve belirlilik katsayısının 0,597 olduğu görülmüştür. Bu sonuçlara göre katılımcıların Yaşam Doyumu puanının yaklaşık %60'ı DASÖ Depresyon puanı tarafından açıklanmaktadır. Elde edilen sonuçlara göre diğer değişkenler sabit

tutulduğunda, DASÖ Depresyon boyutu puanındaki 1 birimlik artış, Yaşam Doyumu puanını 0,422 puan azaltacaktır.

**Tablo 20. Daha Önce Evlenmiş Bekar Kadınların Depresyon Anksiyete Stres ve Somatizasyon Ölçekleri Toplam Puanlarının Yaşam Doyumu Puanını Yordamak için Yapılan Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi Sonucu**

Bağımsız Değişken	B(b)	B'nin standart hatası	Beta	t	p
Somatizasyon Puanı	-1,108	0,446	-0,413	-2,487	0,019
<b>Sabit (a)</b>	26,283	2,288		11,488	0,000
$R^2=0,171 F_{(1,30)}=6,183 p=0,019$					

Daha önce evlenmiş bekar kadın katılımcıların DASÖ alt boyutları ve SÖ puanlarının Yaşam Doyumu toplam puanı üzerindeki etkisini incelemek amacıyla yapılan Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi sonucunda sabit parametrenin istatistiksel olarak anlamlı olduğu ( $t(30)= 11,488$ ;  $p<0,001$ ); Somatizasyon puanına ait eğim parametresinin ( $t(30)=-2,487$ ;  $p<0,05$ ) istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür. Yapılan F Testi sonucunda ( $F_{(1,30)} = 6,183$ ;  $p<0,05$ ) modelin genel olarak anlamlı olduğu ve belirlilik katsayısının 0,171 olduğu görülmüştür. Bu sonuçlara göre katılımcıların Yaşam Doyumu puanının yaklaşık %17'si Somatizasyon puanı tarafından açıklanmaktadır. Elde edilen sonuçlara göre diğer değişkenler sabit tutulduğunda, Somatizasyon puanındaki 1 birimlik artış, Yaşam Doyumu puanını 1,108 puan azaltacaktır.

**Tablo 21. Bekar Kadınların Romantik İlişki Durumların Göre Depresyon Anksiyete Stres ve Somatizasyon Ölçekleri Toplam Puanlarının Yaşam Doyumu Puanını Yordamak için Yapılan Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi Sonucu**

Bağımsız Değişken	B(b)	B'nin standart hatası	Beta	t	p
<b>İlişkisi olan</b>					
Stres Puanı	-0,343	0,080	-0,507	-4,279	<b>0,000</b>
Sabit (a)	28,447	1,414		20,120	0,000
$R^2=0,257 F_{(1,53)}=18,307 p=0,000$					
<b>İlişkisi olmayan</b>					
Depresyon Puanı	-0,349	0,043	-0,503	-8,049	<b>0,000</b>
Sabit (a)	25,794	0,625		41,241	0,000
$R^2=0,253 F_{(1,191)}=64,782 p=0,000$					



Romantik ilişkisi olan bekar kadın katılımcıların DASÖ alt boyutları ve SÖ puanlarının Yaşam Doyumu toplam puanı üzerindeki etkisini incelemek amacıyla yapılan Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi sonucunda sabit parametrenin istatistiksel olarak anlamlı olduğu ( $t(53)= 20,120$ ;  $p<0,001$ ); DASÖ Stres boyutu puanına ait eğim parametresinin ( $t(53)= -4,279$ ;  $p<0,001$ ) istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür. Yapılan F Testi sonucunda ( $F_{(1,53)} = 18,307$ ;  $p<0,001$ ) modelin genel olarak anlamlı olduğu ve belirlilik katsayısının 0,257 olduğu görülmüştür. Bu sonuçlara göre katılımcıların Yaşam Doyumu puanının yaklaşık %26'sı DASÖ Stres puanı tarafından açıklanmaktadır. Elde edilen sonuçlara göre diğer değişkenler sabit tutulduğunda, DASÖ Stres boyutu puanındaki 1 birimlik artış, Yaşam Doyumu puanını 0,343 puan azaltacaktır.

Romantik ilişkisi olmayan bekar kadın katılımcıların DASÖ alt boyutları ve SÖ puanlarının Yaşam Doyumu toplam puanı üzerindeki etkisini incelemek amacıyla yapılan Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi sonucunda sabit parametrenin istatistiksel olarak anlamlı olduğu ( $t(191)= 41,241$ ;  $p<0,001$ ); DASÖ Depresyon boyutu puanına ait eğim parametresinin ( $t(191)= -8,049$ ;  $p<0,001$ ) istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür. Yapılan F Testi sonucunda ( $F_{(1,191)} = 64,782$ ;  $p<0,001$ ) modelin genel olarak anlamlı olduğu ve belirlilik katsayısının 0,253 olduğu görülmüştür. Bu sonuçlara göre katılımcıların Yaşam Doyumu puanının yaklaşık %25'i DASÖ Depresyon puanı tarafından açıklanmaktadır. Elde edilen sonuçlara göre diğer değişkenler sabit tutulduğunda, DASÖ Depresyon boyutu puanındaki 1 birimlik artış, Yaşam Doyumu puanını 0,349 puan azaltacaktır.

**Tablo 22. Romantik İlişkisinden Memnun Olan Bekar Kadınların Depresyon Anksiyete Stres ve Somatizasyon Ölçekleri Toplam Puanlarının Yaşam Doyumu Puanını Yordamak için Yapılan Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi Sonucu**

Bağımsız Değişken	B(b)	B'nin standart hatası	Beta	t	p
Stres Puanı	-0,258	0,101	-0,375	-2,558	0,014
<b>Sabit (a)</b>	25,794	0,625		41,241	0,000
$R^2=0,141$ $F_{(1,40)}=6,543$ $p=0,014$					

Romantik ilişkisinden memnun olan bekar kadın katılımcıların DASÖ alt boyutları ve SÖ puanlarının Yaşam Doyumu toplam puanı üzerindeki etkisini incelemek amacıyla yapılan Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi sonucunda sabit parametrenin istatistiksel olarak anlamlı olduğu ( $t(40)= 41,241$ ;  $p<0,001$ ); DASÖ Stres boyutu puanına ait eğim parametresinin ( $t(40)= -2,558$ ;  $p<0,05$ ) istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür. Yapılan F Testi sonucunda ( $F_{(1,40)} = 6,543$ ;  $p<0,05$ ) modelin genel olarak anlamlı olduğu ve belirlilik katsayısının 0,141 olduğu görülmüştür. Bu sonuçlara göre katılımcıların Yaşam Doyumu puanının yaklaşık % 14'ü DASÖ Stres puanı tarafından açıklanmaktadır. Elde edilen sonuçlara göre diğer değişkenler sabit tutulduğunda, DASÖ Stres boyutu puanındaki 1 birimlik artış, Yaşam Doyumu puanını 0,258 puan azaltacaktır.

**Tablo 23. Bekar Kadınların Arkadaş İlişkileri Durumuna Göre Depresyon Anksiyete Stres ve Somatizasyon Ölçekleri Toplam Puanlarının Yaşam Doyumu Puanını Yordamak için Yapılan Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi Sonucu**

Bağımsız Değişken	B(b)	B'nin standart hatası	Beta	t	p
<b>İlişkisi iyi olan</b>					
Depresyon Puanı	-0,332	0,058	-0,461	-5,592	<b>0,000</b>
Sabit (a)	25,889	0,792		32,685	0,000
$R^2=0,212$ $F_{(1,116)}=31,268$ $p=0,000$					
<b>İlişkisi ortalama ve altı olan</b>					
Depresyon Puanı	-0,434	0,093	-0,683	-4,677	<b>0,000</b>
Sabit (a)	26,667	1,739		15,336	0,000
$R^2=0,467$ $F_{(1,25)}=21,878$ $p=0,000$					

Arkadaşlarıyla ilişkisi iyi olan bekar kadın katılımcıların DASÖ alt boyutları ve SÖ puanlarının Yaşam Doyumu toplam puanı üzerindeki etkisini incelemek amacıyla yapılan Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi sonucunda sabit parametrenin istatistiksel olarak anlamlı olduğu ( $t(116)= 32,685$ ;  $p<0,001$ ); DASÖ Depresyon boyutu puanına ait eğim parametresinin ( $t(116)= -5,592$ ;  $p<0,001$ ) istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür. Yapılan F Testi sonucunda ( $F_{(1,116)} = 31,268$ ;  $p<0,001$ ) modelin genel olarak anlamlı olduğu ve belirlilik katsayısının 0,212 olduğu görülmüştür. Bu sonuçlara göre katılımcıların Yaşam Doyumu puanının yaklaşık

%21'i DASÖ Depresyon puanı tarafından açıklanmaktadır. Elde edilen sonuçlara göre diğer değişkenler sabit tutulduğunda, DASÖ Depresyon boyutu puanındaki 1 birimlik artış, Yaşam Doyumu puanını 0,332 puan azaltacaktır.

Arkadaşlarıyla ilişkisi ortalama ve altı olan bekar kadın katılımcıların DASÖ alt boyutları ve SÖ puanlarının Yaşam Doyumu toplam puanı üzerindeki etkisini incelemek amacıyla yapılan Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi sonucunda sabit parametrenin istatistiksel olarak anlamlı olduğu ( $t(25)= 15,336$ ;  $p<0,001$ ); DASÖ Depresyon boyutu puanına ait eğim parametresinin ( $t(25)= -4,677$ ;  $p<0,001$ ) istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür. Yapılan F Testi sonucunda ( $F_{(1,25)} = 21,878$ ;  $p<0,001$ ) modelin genel olarak anlamlı olduğu ve belirlilik katsayısının 0,467 olduğu görülmüştür. Bu sonuçlara göre katılımcıların Yaşam Doyumu puanının yaklaşık %47'si DASÖ Depresyon puanı tarafından açıklanmaktadır. Elde edilen sonuçlara göre diğer değişkenler sabit tutulduğunda, DASÖ Depresyon boyutu puanındaki 1 birimlik artış, Yaşam Doyumu puanını 0,434 puan azaltacaktır.

**Tablo 24. Bekar Kadınların Aile İlişkileri Durumuna Göre Depresyon Anksiyete Stres ve Somatizasyon Ölçekleri Toplam Puanlarının Yaşam Doyumu Puanını Yordamak için Yapılan Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi Sonucu**

Bağımsız Değişken	B(b)	B'nin standart hatası	Beta	t	p
<b>İlişkisi iyi olan</b>					
Depresyon Puanı	-0,333	0,043	-0,497	-7,807	<b>0,000</b>
Sabit (a)	26,761	0,569		47,022	0,000
$R^2=0,247 F_{(1,186)}=60,948 p=0,000$					
<b>İlişkisi ortalama ve altı olan</b>					
Depresyon Puanı	-0,322	0,069	-0,521	-4,643	<b>0,000</b>
Sabit (a)	22,394	1,102		20,324	0,000
$R^2=0,271 F_{(1,58)}=21,558 p=0,000$					

Aile ilişkileri iyi olan bekar kadın katılımcıların DASÖ alt boyutları ve SÖ puanlarının Yaşam Doyumu toplam puanı üzerindeki etkisini incelemek amacıyla yapılan Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi sonucunda sabit parametrenin istatistiksel olarak anlamlı olduğu ( $t(186)= 47,022$ ;  $p<0,001$ ); DASÖ Depresyon boyutu puanına ait eğim parametresinin ( $t(186)= -7,807$ ;  $p<0,001$ ) istatistiksel olarak anlamlı olduğu

görülmüştür. Yapılan F Testi sonucunda ( $F_{(1,186)} = 60,948$ ;  $p < 0,001$ ) modelin genel olarak anlamlı olduğu ve belirlilik katsayısının 0,247 olduğu görülmüştür. Bu sonuçlara göre katılımcıların Yaşam Doyumu puanının yaklaşık %25'i DASÖ Depresyon puanı tarafından açıklanmaktadır. Elde edilen sonuçlara göre diğer değişkenler sabit tutulduğunda, DASÖ Depresyon boyutu puanındaki 1 birimlik artış, Yaşam Doyumu puanını 0,333 puan azaltacaktır.

Aile ilişkileri ortalama ve altı olan bekar kadın katılımcıların DASÖ alt boyutları ve SÖ puanlarının Yaşam Doyumu toplam puanı üzerindeki etkisini incelemek amacıyla yapılan Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi sonucunda sabit parametrenin istatistiksel olarak anlamlı olduğu ( $t(58) = 20,324$ ;  $p < 0,001$ ); DASÖ Depresyon boyutu puanına ait eğim parametresinin ( $t(58) = -4,643$ ;  $p < 0,001$ ) istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür. Yapılan F Testi sonucunda ( $F_{(1,58)} = 21,558$ ;  $p < 0,001$ ) modelin genel olarak anlamlı olduğu ve belirlilik katsayısının 0,271 olduğu görülmüştür. Bu sonuçlara göre katılımcıların Yaşam Doyumu puanının yaklaşık %27'si DASÖ Depresyon puanı tarafından açıklanmaktadır. Elde edilen sonuçlara göre diğer değişkenler sabit tutulduğunda, DASÖ Depresyon boyutu puanındaki 1 birimlik artış, Yaşam Doyumu puanını 0,322 puan azaltacaktır.

**Tablo 25. Ailesi Tarafından Fiziksel veya Psikolojik Şiddete Maruz Kalan Bekar Kadınların Depresyon Anksiyete Stres ve Somatizasyon Ölçekleri Toplam Puanlarının Yaşam Doyumu Puanını Yordamak için Yapılan Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi Sonucu**

Bağımsız Değişken	B(b)	B'nin standart hatası	Beta	t	p
Depresyon Puanı	-0,352	0,060	-0,575	-5,880	<b>0,000</b>
<b>Sabit (a)</b>	23,919	0,989		24,189	0,000

$R^2 = 0,331$   $F_{(1,70)} = 34,574$   $p = 0,000$

Ailesi tarafından fiziksel veya psikolojik şiddete maruz kalan bekar kadın katılımcıların DASÖ alt boyutları ve SÖ puanlarının Yaşam Doyumu toplam puanı üzerindeki etkisini incelemek amacıyla yapılan Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi sonucunda sabit parametrenin istatistiksel olarak anlamlı olduğu ( $t(70) = 24,189$ ;  $p < 0,001$ ); DASÖ Depresyon boyutu puanına ait eğim parametresinin ( $t(70) = -5,880$ ;  $p < 0,001$ ) istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür. Yapılan F Testi sonucunda

( $F_{(1,70)} = 34,574$ ;  $p < 0,001$ ) modelin genel olarak anlamlı olduğu ve belirlilik katsayısının 0,331 olduğu görülmüştür. Bu sonuçlara göre katılımcıların Yaşam Doyumu puanının yaklaşık %33'ü DASÖ Depresyon puanı tarafından açıklanmaktadır. Elde edilen sonuçlara göre diğer değişkenler sabit tutulduğunda, DASÖ Depresyon boyutu puanındaki 1 birimlik artış, Yaşam Doyumu puanını 0,352 puan azaltacaktır.

**Tablo 26. Bekar Kadınların Ev Dışı Etkinliğe Katılma Durumuna Göre Depresyon Anksiyete Stres ve Somatizasyon Ölçekleri Toplam Puanlarının Yaşam Doyumu Puanını Yordamak için Yapılan Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi Sonucu**

Bağımsız Değişken	B(b)	B'nin standart hatası	Beta	t	p
<b>Nadiren</b>					
Depresyon Puanı	-0,687	0,107	-0,914	-6,442	<b>0,000</b>
Somatizasyon Puanı	0,795	0,332	0,339	2,393	0,022
Sabit (a)	25,327	1,516		16,703	0,000
$R^2=0,551$ $F_{(2,38)}=23,354$ $p=0,000$					
<b>Ara sıra</b>					
Depresyon Puanı	-0,246	0,059	-0,371	-4,164	<b>0,000</b>
Somatizasyon Puanı	-0,344	0,152	-0,202	-2,263	0,025
Sabit (a)	26,523	0,911		29,103	0,000
$R^2=0,244$ $F_{(2,118)}=19,079$ $p=0,000$					

Nadiren ev dışı etkinliğe katılan bekar kadın katılımcıların DASÖ alt boyutları ve SÖ puanlarının Yaşam Doyumu toplam puanı üzerindeki etkisini incelemek amacıyla yapılan Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi sonucunda sabit parametrenin istatistiksel olarak anlamlı olduğu ( $t(38)= 16,703$ ;  $p < 0,001$ ); DASÖ Depresyon boyutu puanına ait eğim parametresinin ( $t(38)= -6,442$ ;  $p < 0,001$ ); Somatizasyon puanına ait eğim parametresinin ( $t(38)= 2,393$ ;  $p < 0,05$ ) istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür. Yapılan F Testi sonucunda ( $F_{(2,38)} = 23,354$ ;  $p < 0,001$ ) modelin genel olarak anlamlı olduğu ve belirlilik katsayısının 0,551 olduğu görülmüştür. Bu sonuçlara göre katılımcıların Yaşam Doyumu puanının yaklaşık %55'i DASÖ Depresyon puanı ve Somatizasyon puanı tarafından açıklanmaktadır. Elde edilen sonuçlara göre diğer değişkenler sabit tutulduğunda, DASÖ Depresyon boyutu

puanındaki 1 birimlik artış, Yaşam Doyumu puanını 0,687 puan azaltacak, Somatizasyon puanındaki 1 birimlik artış, Yaşam Doyumu puanını 0,795 arttıracaktır.

Ara sıra ev dışı etkinliğe katılan bekar kadın katılımcıların DASÖ alt boyutları ve SÖ puanlarının Yaşam Doyumu toplam puanı üzerindeki etkisini incelemek amacıyla yapılan Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi sonucunda sabit parametrenin istatistiksel olarak anlamlı olduğu ( $t(118)= 29,103$ ;  $p<0,001$ ); DASÖ Depresyon boyutu puanına ait eğim parametresinin ( $t(118)= -4,164$ ;  $p<0,001$ ); Somatizasyon puanına ait eğim parametresinin ( $t(118)= 2,263$ ;  $p<0,05$ ) istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür. Yapılan F Testi sonucunda ( $F_{(2,118)} = 19,079$ ;  $p<0,001$ ) modelin genel olarak anlamlı olduğu ve belirlilik katsayısının 0,244 olduğu görülmüştür. Bu sonuçlara göre katılımcıların Yaşam Doyumu puanının yaklaşık %24'ü DASÖ Depresyon puanı ve Somatizasyon puanı tarafından açıklanmaktadır. Elde edilen sonuçlara göre diğer değişkenler sabit tutulduğunda, DASÖ Depresyon boyutu puanındaki 1 birimlik artış, Yaşam Doyumu puanını 0,246 puan azaltacak, Somatizasyon puanındaki 1 birimlik artış, Yaşam Doyumu puanını 0,344 azaltacaktır.

**Tablo 27. Bekar Kadınların Bekarlıktan Memnuniyet Durumlarına Göre Depresyon Anksiyete Stres ve Somatizasyon Ölçekleri Toplam Puanlarının Yaşam Doyumu Puanını Yordamak için Yapılan Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi Sonucu**

Bağımsız Değişken	B(b)	B'nin standart hatası	Beta	t	p
<b>Memnun olan</b>					
Depresyon Puanı	-0,364	0,050	-0,536	-7,341	<b>0,000</b>
Sabit (a)	26,518	0,666		39,803	0,000
$R^2=0,287$ $F_{(1,134)}=53,885$ $p=0,000$					
<b>Kararsız</b>					
Depresyon Puanı	-0,327	0,071	-0,462	-4,624	<b>0,000</b>
Sabit (a)	24,909	1,011		24,626	0,000
$R^2=0,213$ $F_{(1,79)}=21,379$ $p=0,000$					
<b>Memnun olmayan</b>					
Depresyon Puanı	-0,293	0,115	-0,427	-2,545	0,017
Sabit (a)	25,139	1,816		13,842	0,000
$R^2=0,183$ $F_{(1,29)}=6,476$ $p=0,000$					

Bekarlıktan memnun olan bekar kadın katılımcıların DASÖ alt boyutları ve SÖ puanlarının Yaşam Doyumu toplam puanı üzerindeki etkisini incelemek amacıyla yapılan Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi sonucunda sabit parametrenin istatistiksel olarak anlamlı olduğu ( $t(134)= 39,803$ ;  $p<0,001$ ); DASÖ Depresyon boyutu puanına ait eğim parametresinin ( $t(134)= -7,341$ ;  $p<0,001$ ) istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür. Yapılan F Testi sonucunda ( $F_{(1,134)} = 53,885$ ;  $p<0,001$ ) modelin genel olarak anlamlı olduğu ve belirlilik katsayısının 0,287 olduğu görülmüştür. Bu sonuçlara göre katılımcıların Yaşam Doyumu puanının yaklaşık %29'u DASÖ Depresyon puanı tarafından açıklanmaktadır. Elde edilen sonuçlara göre diğer değişkenler sabit tutulduğunda, DASÖ Depresyon boyutu puanındaki 1 birimlik artış, Yaşam Doyumu puanını 0,364 puan azaltacaktır.

Bekarlık memnuniyetinden kararsız olan bekar kadın katılımcıların DASÖ alt boyutları ve SÖ puanlarının Yaşam Doyumu toplam puanı üzerindeki etkisini incelemek amacıyla yapılan Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi sonucunda sabit parametrenin istatistiksel olarak anlamlı olduğu ( $t(79)= 24,626$ ;  $p<0,001$ ); DASÖ Depresyon boyutu puanına ait eğim parametresinin ( $t(79)= -4,624$ ;  $p<0,001$ ) istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür. Yapılan F Testi sonucunda ( $F_{(1,79)} = 21,379$ ;  $p<0,001$ ) modelin genel olarak anlamlı olduğu ve belirlilik katsayısının 0,213 olduğu görülmüştür. Bu sonuçlara göre katılımcıların Yaşam Doyumu puanının yaklaşık %21'i DASÖ Depresyon puanı tarafından açıklanmaktadır. Elde edilen sonuçlara göre diğer değişkenler sabit tutulduğunda, DASÖ Depresyon boyutu puanındaki 1 birimlik artış, Yaşam Doyumu puanını 0,327 puan azaltacaktır.

Bekarlıktan memnun olmayan bekar kadın katılımcıların DASÖ alt boyutları ve SÖ puanlarının Yaşam Doyumu toplam puanı üzerindeki etkisini incelemek amacıyla yapılan Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi sonucunda sabit parametrenin istatistiksel olarak anlamlı olduğu ( $t(29)= 13,842$ ;  $p<0,001$ ); DASÖ Depresyon boyutu puanına ait eğim parametresinin ( $t(29)= -2,545$ ;  $p<0,05$ ) istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür. Yapılan F Testi sonucunda ( $F_{(1,29)} =6,476$ ;  $p<0,001$ ) modelin genel olarak anlamlı olduğu ve belirlilik katsayısının 0,183 olduğu görülmüştür. Bu sonuçlara göre katılımcıların Yaşam Doyumu puanının yaklaşık %18'i DASÖ Depresyon puanı tarafından açıklanmaktadır. Elde edilen sonuçlara göre diğer

değişkenler sabit tutulduğunda, DASÖ Depresyon boyutu puanındaki 1 birimlik artış, Yaşam Doyumu puanını 0,293 puan azaltacaktır.

**Tablo 28. Evli Kadınların İş Hayatından Memnuniyeti Durumuna Göre Depresyon Anksiyete Stres ve Somatizasyon Ölçekleri Toplam Puanlarının Yaşam Doyumu Puanını Yordamak için Yapılan Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi Sonucu**

Bağımsız Değişken	B(b)	B'nin standart hatası	Beta	t	p
<b>Memnun olan</b>					
Depresyon Puanı	-0,315	0,069	-0,408	-4,583	<b>0,000</b>
Sabit (a)	27,623	0,571		48,358	0,000
<i>R<sup>2</sup>=0,167 F<sub>(1,105)</sub>=21,007 p=0,000</i>					
<b>Kararsız ve memnun olmayan</b>					
Depresyon Puanı	-0,307	0,100	-0,411	-3,055	0,004
Sabit (a)	24,454	1,307		18,714	0,000
<i>R<sup>2</sup>=0,169 F<sub>(1,46)</sub>=9,332 p=0,004</i>					

Çalışan, iş hayatından memnun olan evli kadın katılımcıların DASÖ alt boyutları ve SÖ puanlarının Yaşam Doyumu toplam puanı üzerindeki etkisini incelemek amacıyla yapılan Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi sonucunda sabit parametrenin istatistiksel olarak anlamlı olduğu ( $t(105)= 48,358$ ;  $p<0,001$ ); DASÖ Depresyon boyutu puanına ait eğim parametresinin ( $t(105)= -4,583$ ;  $p<0,001$ ) istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür. Yapılan F Testi sonucunda ( $F(1,105) = 21,007$ ;  $p<0,001$ ) modelin genel olarak anlamlı olduğu ve belirlilik katsayısının 0,167 olduğu görülmüştür. Bu sonuçlara göre katılımcıların Yaşam Doyumu puanının yaklaşık %17'si DASÖ Depresyon puanı tarafından açıklanmaktadır. Elde edilen sonuçlara göre diğer değişkenler sabit tutulduğunda, DASÖ Depresyon boyutu puanındaki 1 birimlik artış, Yaşam Doyumu puanını 0,315 puan azaltacaktır.

Çalışan, iş hayatından memnun olmayan ve kararsız evli kadın katılımcıların DASÖ alt boyutları ve SÖ puanlarının Yaşam Doyumu toplam puanı üzerindeki etkisini incelemek amacıyla yapılan Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi sonucunda sabit parametrenin istatistiksel olarak anlamlı olduğu ( $t(46)= 18,714$ ;  $p<0,001$ ); DASÖ Depresyon boyutu puanına ait eğim parametresinin ( $t(46)= -3,055$ ;  $p<0,05$ )



istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür. Yapılan F Testi sonucunda ( $F_{(1,46)} = 9,332$ ;  $p < 0,05$ ) modelin genel olarak anlamlı olduğu ve belirlilik katsayısının 0,169 olduğu görülmüştür. Bu sonuçlara göre katılımcıların Yaşam Doyumu puanının yaklaşık %17'si DASÖ Depresyon puanı tarafından açıklanmaktadır. Elde edilen sonuçlara göre diğer değişkenler sabit tutulduğunda, DASÖ Depresyon boyutu puanındaki 1 birimlik artış, Yaşam Doyumu puanını 0,307 puan azaltacaktır.

**Tablo 29. Evli Kadınların Çocuk Sayısı Durumuna Göre Depresyon Anksiyete Stres ve Somatizasyon Ölçekleri Toplam Puanlarının Yaşam Doyumu Puanını Yordamak için Yapılan Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi Sonucu**

Bağımsız Değişken	B(b)	B'nin standart hatası	Beta	t	p
<b>1 çocuğu olanlar</b>					
Depresyon Puanı	-0,341	0,070	-0,469	-4,895	<b>0,000</b>
Sabit (a)	26,358	0,744		35,422	0,000
$R^2=0,220$ $F_{(1,85)}=23,961$ $p=0,000$					
<b>2 çocuğu olanlar</b>					
Depresyon Puanı	-0,371	0,086	-0,418	-4,311	<b>0,000</b>
Sabit (a)	26,740	0,787		33,960	0,000
$R^2=0,174$ $F_{(1,88)}=18,586$ $p=0,000$					
<b>2'den fazla çocuğu olanlar</b>					
Depresyon Puanı	-0,543	0,075	-0,731	-7,193	<b>0,000</b>
Sabit (a)	28,145	1,011		27,831	0,000
$R^2=0,535$ $F_{(1,45)}=51,734$ $p=0,000$					

Bir çocuğu olan evli kadın katılımcıların DASÖ alt boyutları ve SÖ puanlarının Yaşam Doyumu toplam puanı üzerindeki etkisini incelemek amacıyla yapılan Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi sonucunda sabit parametrenin istatistiksel olarak anlamlı olduğu ( $t(85)= 35,422$ ;  $p < 0,001$ ); DASÖ Depresyon boyutu puanına ait eğim parametresinin ( $t(85)= -4,895$ ;  $p < 0,001$ ) istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür. Yapılan F Testi sonucunda ( $F_{(1,85)} = 23,961$ ;  $p < 0,001$ ) modelin genel olarak anlamlı olduğu ve belirlilik katsayısının 0,220 olduğu görülmüştür. Bu sonuçlara göre katılımcıların Yaşam Doyumu puanının yaklaşık %22'si DASÖ Depresyon puanı tarafından açıklanmaktadır. Elde edilen sonuçlara göre diğer değişkenler sabit tutulduğunda, DASÖ Depresyon boyutu puanındaki 1 birimlik artış, Yaşam Doyumu puanını 0,341 puan azaltacaktır.

İki çocuğu olan evli kadın katılımcıların DASÖ alt boyutları ve SÖ puanlarının Yaşam Doyumu toplam puanı üzerindeki etkisini incelemek amacıyla yapılan Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi sonucunda sabit parametrenin istatistiksel olarak anlamlı olduğu ( $t(88) = 33,960$ ;  $p < 0,001$ ); DASÖ Depresyon boyutu puanına ait eğim parametresinin ( $t(88) = -4,311$ ;  $p < 0,001$ ) istatistiksel olarak anlamlı olduğu görölmüştür. Yapılan F Testi sonucunda ( $F_{(1,88)} = 18,586$ ;  $p < 0,001$ ) modelin genel olarak anlamlı olduğu ve belirlilik katsayısının 0,174 olduğu görölmüştür. Bu sonuçlara göre katılımcıların Yaşam Doyumu puanının yaklaşık %17'si DASÖ Depresyon puanı tarafından açıklanmaktadır. Elde edilen sonuçlara göre diğer değişkenler sabit tutulduğunda, DASÖ Depresyon boyutu puanındaki 1 birimlik artış, Yaşam Doyumu puanını 0,371 puan azaltacaktır.

İkiden fazla çocuğu olan evli kadın katılımcıların DASÖ alt boyutları ve SÖ puanlarının Yaşam Doyumu toplam puanı üzerindeki etkisini incelemek amacıyla yapılan Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi sonucunda sabit parametrenin istatistiksel olarak anlamlı olduğu ( $t(45) = 27,831$ ;  $p < 0,001$ ); DASÖ Depresyon boyutu puanına ait eğim parametresinin ( $t(45) = -7,193$ ;  $p < 0,001$ ) istatistiksel olarak anlamlı olduğu görölmüştür. Yapılan F Testi sonucunda ( $F_{(1,45)} = 51,734$ ;  $p < 0,001$ ) modelin genel olarak anlamlı olduğu ve belirlilik katsayısının 0,535 olduğu görölmüştür. Bu sonuçlara göre katılımcıların Yaşam Doyumu puanının yaklaşık %54'ü DASÖ Depresyon puanı tarafından açıklanmaktadır. Elde edilen sonuçlara göre diğer değişkenler sabit tutulduğunda, DASÖ Depresyon boyutu puanındaki 1 birimlik artış, Yaşam Doyumu puanını 0,543 puan azaltacaktır.

**Tablo 30. Kadınların Eşlerinin Eğitim Durumuna Göre Depresyon Anksiyete Stres ve Somatizasyon Ölçekleri Toplam Puanlarının Yaşam Doyumu Puanını Yordamak için Yapılan Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi Sonucu**

Bağımsız değişken	B(b)	B'nin standart hatası	Beta	t	p
<b>Evli kadın eş ilköğretim</b>					
Depresyon	-0,553	0,096	-0,692	-5,736	<b>0,000</b>
Somatizasyon	-0,528	0,198	-0,322	-2,668	0,014
Sabit (a)	29,395	1,347		21,830	0,000
$R^2=0,683 F_{(2,23)}=24,757 p=0,000$					
<b>Evli kadın lise</b>					
Depresyon	-0,434	0,089	-0,544	-4,856	<b>0,000</b>
Sabit (a)	26,068	1,088		23,959	0,000
$R^2=0,296 F_{(1,56)}=23,585 p=0,000$					

Eşleri ilköğretim eğitim düzeyine sahip evli kadın katılımcıların DASÖ alt boyutları ve SÖ puanlarının Yaşam Doyumu toplam puanı üzerindeki etkisini incelemek amacıyla yapılan Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi sonucunda sabit parametrenin istatistiksel olarak anlamlı olduğu ( $t(23)= 21,830$ ;  $p<0,001$ ); DASÖ Depresyon boyutu puanına ait eğim parametresinin ( $t(23)= -5,736$ ;  $p<0,001$ ); Somatizasyon puanına ait eğim parametresinin ( $t(23)= -2,668$ ;  $p<0,05$ ) istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür. Yapılan F Testi sonucunda ( $F_{(2,23)} = 24,757$ ;  $p<0,001$ ) modelin genel olarak anlamlı olduğu ve belirlilik katsayısının 0,683 olduğu görülmüştür. Bu sonuçlara göre katılımcıların Yaşam Doyumu puanının yaklaşık %68'i DASÖ Depresyon puanı ve Somatizasyon puanı tarafından açıklanmaktadır. Elde edilen sonuçlara göre diğer değişkenler sabit tutulduğunda, DASÖ Depresyon boyutu puanındaki 1 birimlik artış, Yaşam Doyumu puanını 0,553 puan azaltacak, Somatizasyon puanındaki 1 birimlik artış, Yaşam Doyumu puanını 0,528 azaltacaktır.

Eşleri lise eğitim düzeyine sahip evli kadın katılımcıların DASÖ alt boyutları ve SÖ puanlarının Yaşam Doyumu toplam puanı üzerindeki etkisini incelemek amacıyla yapılan Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi sonucunda sabit parametrenin istatistiksel olarak anlamlı olduğu ( $t(56)= 23,959$ ;  $p<0,001$ ); DASÖ Depresyon boyutu puanına ait eğim parametresinin ( $t(56)= -4,856$ ;  $p<0,001$ ) istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür. Yapılan F Testi sonucunda ( $F_{(1,56)} = 23,585$ ;  $p<0,001$ ) modelin genel olarak anlamlı olduğu ve belirlilik katsayısının 0,296 olduğu görülmüştür. Bu

sonuçlara göre katılımcıların Yaşam Doyumu puanının yaklaşık %30'u DASÖ Depresyon puanı tarafından açıklanmaktadır. Elde edilen sonuçlara göre diğer değişkenler sabit tutulduğunda, DASÖ Depresyon boyutu puanındaki 1 birimlik artış, Yaşam Doyumu puanını 0,434 puan azaltacaktır.

**Tablo 31. Evli Kadınların Evlenme Biçimi Durumuna Göre Depresyon Anksiyete Stres ve Somatizasyon Ölçekleri Toplam Puanlarının Yaşam Doyumu Puanını Yordamak için Yapılan Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi Sonucu**

Bağımsız Değişken	B(b)	B'nin standart hatası	Beta	t	p
<b>Severek, anlaşılarak</b>					
Depresyon Puanı	-0,463	0,049	-0,546	-9,365	<b>0,000</b>
Sabit (a)	27,624	0,472		58,475	0,000
$R^2=0,298$ $F_{(1,207)}=87,709$ $p=0,000$					
<b>Görücü usulü</b>					
Depresyon Puanı	-0,405	0,075	-0,621	-5,427	<b>0,000</b>
Sabit (a)	26,974	1,082		24,935	0,000
$R^2=0,385$ $F_{(1,47)}=29,454$ $p=0,000$					

Evlenme biçimi severek, anlaşılarak olan evli kadın katılımcıların DASÖ alt boyutları ve SÖ puanlarının Yaşam Doyumu toplam puanı üzerindeki etkisini incelemek amacıyla yapılan Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi sonucunda sabit parametrenin istatistiksel olarak anlamlı olduğu ( $t(207)= 58,475$ ;  $p<0,001$ ); DASÖ Depresyon boyutu puanına ait eğim parametresinin ( $t(207)= -9,365$ ;  $p<0,001$ ) istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür. Yapılan F Testi sonucunda ( $F_{(1,207)} = 87,709$ ;  $p<0,001$ ) modelin genel olarak anlamlı olduğu ve belirlilik katsayısının 0,298 olduğu görülmüştür. Bu sonuçlara göre katılımcıların Yaşam Doyumu puanının yaklaşık %30'u DASÖ Depresyon puanı tarafından açıklanmaktadır. Elde edilen sonuçlara göre diğer değişkenler sabit tutulduğunda, DASÖ Depresyon boyutu puanındaki 1 birimlik artış, Yaşam Doyumu puanını 0,463 puan azaltacaktır.

Evlenme biçimi görücü usulü olan evli kadın katılımcıların DASÖ alt boyutları ve SÖ puanlarının Yaşam Doyumu toplam puanı üzerindeki etkisini incelemek amacıyla yapılan Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi sonucunda sabit parametrenin istatistiksel olarak anlamlı olduğu ( $t(47)= 24,935$ ;  $p<0,001$ ); DASÖ Depresyon boyutu

puanına ait eğim parametresinin ( $t(47) = -5,427$ ;  $p < 0,001$ ) istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür. Yapılan F Testi sonucunda ( $F_{(1,47)} = 29,454$ ;  $p < 0,001$ ) modelin genel olarak anlamlı olduğu ve belirlilik katsayısının 0,385 olduğu görülmüştür. Bu sonuçlara göre katılımcıların Yaşam Doyumu puanının yaklaşık %39'u DASÖ Depresyon puanı tarafından açıklanmaktadır. Elde edilen sonuçlara göre diğer değişkenler sabit tutulduğunda, DASÖ Depresyon boyutu puanındaki 1 birimlik artış, Yaşam Doyumu puanını 0,405 puan azaltacaktır.

**Tablo 32. Eşi Daha Önce Evlenmiş Evli Kadınların Depresyon Anksiyete Stres ve Somatizasyon Ölçekleri Toplam Puanlarının Yaşam Doyumu Puanını Yordamak için Yapılan Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi Sonucu**

Bağımsız Değişken	B(b)	B'nin standart hatası	Beta	t	p
Somatizasyon Puanı	-1,327	0,384	-0,738	-3,459	0,006
<b>Sabit (a)</b>	40,481	3,101		9,829	0,000
$R^2 = 0,545$ $F_{(1,10)} = 11,963$ $p = 0,006$					

Eşi daha önce evlenmiş evli kadın katılımcıların DASÖ alt boyutları ve SÖ puanlarının Yaşam Doyumu toplam puanı üzerindeki etkisini incelemek amacıyla yapılan Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi sonucunda sabit parametrenin istatistiksel olarak anlamlı olduğu ( $t(10) = 9,829$ ;  $p < 0,001$ ); Somatizasyon puanına ait eğim parametresinin ( $t(10) = -3,459$ ;  $p < 0,05$ ) istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür. Yapılan F Testi sonucunda ( $F_{(1,10)} = 11,963$ ;  $p < 0,05$ ) modelin genel olarak anlamlı olduğu ve belirlilik katsayısının 0,545 olduğu görülmüştür. Bu sonuçlara göre katılımcıların Yaşam Doyumu puanının yaklaşık %55'i Somatizasyon puanı tarafından açıklanmaktadır. Elde edilen sonuçlara göre diğer değişkenler sabit tutulduğunda, Somatizasyon puanındaki 1 birimlik artış, Yaşam Doyumu puanını 1,327 puan azaltacaktır.

**Tablo 33. Evli Kadınların Eşi ile Ev İçi-Dışı Etkinliklere Katılma Durumuna Göre Depresyon Anksiyete Stres ve Somatizasyon Ölçekleri Toplam Puanlarının Yaşam Doyumu Puanını Yordamak için Yapılan Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi Sonucu**

Bağımsız Değişken	B(b)	B'nin standart hatası	Beta	t	p
<b>Katılan</b>					
Depresyon Puanı	-0,440	0,044	-0,554	-9,918	<b>0,000</b>
Sabit (a)	27,842	0,431		64,664	0,000
$R^2=0,307 F_{(1,222)}=98,370 p=0,000$					
<b>Katılmayan</b>					
Depresyon Puanı	-0,317	0,095	-0,449	-3,336	0,002
Sabit (a)	23,472	1,327		17,684	0,000
$R^2=0,202 F_{(1,44)}=11,127 p=0,002$					

Eşi ile ev içi-dışı etkinliklere katılan evli kadın katılımcıların DASÖ alt boyutları ve SÖ puanlarının Yaşam Doyumu toplam puanı üzerindeki etkisini incelemek amacıyla yapılan Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi sonucunda sabit parametrenin istatistiksel olarak anlamlı olduğu ( $t(222)= 64,664$ ;  $p<0,001$ ); DASÖ Depresyon boyutu puanına ait eğim parametresinin ( $t(222)= -9,918$ ;  $p<0,001$ ) istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür. Yapılan F Testi sonucunda ( $F_{(1,222)} = 98,370$ ;  $p<0,001$ ) modelin genel olarak anlamlı olduğu ve belirlilik katsayısının 0,307 olduğu görülmüştür. Bu sonuçlara göre katılımcıların Yaşam Doyumu puanının yaklaşık %31'i DASÖ Depresyon puanı tarafından açıklanmaktadır. Elde edilen sonuçlara göre diğer değişkenler sabit tutulduğunda, DASÖ Depresyon boyutu puanındaki 1 birimlik artış, Yaşam Doyumu puanını 0,440 puan azaltacaktır.

Eşi ile ev içi-dışı etkinliklere katılmayan evli kadın katılımcıların DASÖ alt boyutları ve SÖ puanlarının Yaşam Doyumu toplam puanı üzerindeki etkisini incelemek amacıyla yapılan Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi sonucunda sabit parametrenin istatistiksel olarak anlamlı olduğu ( $t(44)= 17,684$ ;  $p<0,001$ ); DASÖ Depresyon boyutu puanına ait eğim parametresinin ( $t(44)= -3,336$ ;  $p<0,05$ ) istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür. Yapılan F Testi sonucunda ( $F_{(1,44)} = 11,127$ ;  $p<0,05$ ) modelin genel olarak anlamlı olduğu ve belirlilik katsayısının 0,202 olduğu görülmüştür. Bu sonuçlara göre katılımcıların Yaşam Doyumu puanının yaklaşık %20'si DASÖ Depresyon puanı tarafından açıklanmaktadır. Elde edilen

sonuçlara göre diğer değişkenler sabit tutulduğunda, DASÖ Depresyon boyutu puanındaki 1 birimlik artış, Yaşam Doyumu puanını 0,317 puan azaltacaktır.

**Tablo 34. Eş Desteğini Bazen Yeterli Bulan Evli Kadınların Depresyon Anksiyete Stres ve Somatizasyon Ölçekleri Toplam Puanlarının Yaşam Doyumu Puanını Yordamak için Yapılan Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi Sonucu**

Bağımsız Değişken	B(b)	B'nin standart hatası	Beta	t	p
Depresyon Puanı	-0,236	0,072	-0,340	-3,277	0,002
Somatizasyon Puanı	-0,372	0,153	-0,252	-2,433	0,017
<b>Sabit (a)</b>	<b>27,080</b>	<b>0,915</b>		<b>29,604</b>	<b>0,000</b>

$R^2=0,255$   $F_{(2,86)}=14,708$   $p=0,000$

Eşlerinden gördüğü desteği bazen yeterli bulan evli kadın katılımcıların DASÖ alt boyutları ve SÖ puanlarının Yaşam Doyumu toplam puanı üzerindeki etkisini incelemek amacıyla yapılan Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi sonucunda sabit parametrenin istatistiksel olarak anlamlı olduğu ( $t(86)= 29,604$ ;  $p<0,001$ ); DASÖ Depresyon boyutu puanına ait eğim parametresinin ( $t(86)= -3,277$ ;  $p<0,05$ ); Somatizasyon puanına ait eğim parametresinin ( $t(86)= -2,433$ ;  $p<0,05$ ) istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür. Yapılan F Testi sonucunda ( $F_{(2,86)} = 14,708$ ;  $p<0,001$ ) modelin genel olarak anlamlı olduğu ve belirlilik katsayısının 0,255 olduğu görülmüştür. Bu sonuçlara göre katılımcıların Yaşam Doyumu puanının yaklaşık %26'sı DASÖ Depresyon puanı ve Somatizasyon puanı tarafından açıklanmaktadır. Elde edilen sonuçlara göre diğer değişkenler sabit tutulduğunda, DASÖ Depresyon boyutu puanındaki 1 birimlik artış, Yaşam Doyumu puanını 0,236 puan azaltacak, Somatizasyon puanındaki 1 birimlik artış, Yaşam Doyumu puanını 0,372 azaltacaktır.

**Tablo 35. Cinsel Hayatın Bazen Memnun Olan Evli Kadınların Depresyon Anksiyete Stres ve Somatizasyon Ölçekleri Toplam Puanlarının Yaşam Doyumu Puanını Yordamak için Yapılan Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi Sonucu**

Bağımsız Değişken	B(b)	B'nin standart hatası	Beta	t	p
Depresyon Puanı	-0,534	0,107	-0,823	-4,968	<b>0,000</b>
Stres Puanı	0,309	0,110	0,479	2,800	0,007
Somatizasyon Puanı	-0,411	0,175	-0,283	-2,345	0,023
<b>Sabit (a)</b>	25,439	1,219		20,862	0,000

$R^2=0,447$   $F_{(3,53)}=14,256$   $p=0,000$

Cinsel hayatından bazen memnun olan evli kadın katılımcıların DASÖ alt boyutları ve SÖ puanlarının Yaşam Doyumu toplam puanı üzerindeki etkisini incelemek amacıyla yapılan Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi sonucunda sabit parametrenin istatistiksel olarak anlamlı olduğu ( $t(53)= 20,862$ ;  $p<0,001$ ); DASÖ Depresyon boyutu puanına ait eğim parametresinin ( $t(53)= -4,968$ ;  $p<0,001$ ); DASÖ Stres boyutu puanına ait eğim parametresinin ( $t(53)= 2,800$ ;  $p<0,05$ ); Somatizasyon puanına ait eğim parametresinin ( $t(53)= -2,345$ ;  $p<0,05$ ) istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür. Yapılan F Testi sonucunda ( $F_{(3,53)} = 14,256$ ;  $p<0,001$ ) modelin genel olarak anlamlı olduğu ve belirlilik katsayısının 0,447 olduğu görülmüştür. Bu sonuçlara göre katılımcıların Yaşam Doyumu puanının yaklaşık %45'i DASÖ Depresyon puanı, DASÖ Stres boyutu puanı ve Somatizasyon puanı tarafından açıklanmaktadır. Elde edilen sonuçlara göre diğer değişkenler sabit tutulduğunda, DASÖ Depresyon boyutu puanındaki 1 birimlik artış, Yaşam Doyumu puanını 0,534 puan azaltacak, DASÖ Stres boyutu puanındaki 1 birimlik artış, Yaşam Doyumu puanını 0,309 arttıracak, Somatizasyon puanındaki 1 birimlik artış, Yaşam Doyumu puanını 0,411 azaltacaktır.



**Tablo 36. Evli Kadınların Eşi ile Tartışma Durumuna Göre Depresyon Anksiyete Stres ve Somatizasyon Ölçekleri Toplam Puanlarının Yaşam Doyumu Puanını Yordamak için Yapılan Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi Sonucu**

Bağımsız Değişken	B(b)	B'nin standart hatası	Beta	t	p
<b>Ara sıra</b>					
Depresyon Puanı	-0,431	0,046	-0,520	-9,374	<b>0,000</b>
Sabit (a)	27,365	0,441		62,030	0,000
$R^2=0,270 F_{(1,237)}=87,876 p=0,000$					
<b>Her zaman</b>					
Depresyon Puanı	-0,306	0,111	-0,524	-2,751	0,012
Sabit (a)	23,154	2,096		11,045	0,000
$R^2=0,275 F_{(1,20)}=7,571 p=0,012$					

Eşi ile ara sıra tartışan evli kadın katılımcıların DASÖ alt boyutları ve SÖ puanlarının Yaşam Doyumu toplam puanı üzerindeki etkisini incelemek amacıyla yapılan Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi sonucunda sabit parametrenin istatistiksel olarak anlamlı olduğu ( $t(237)= 62,030$ ;  $p<0,001$ ); DASÖ Depresyon boyutu puanına ait eğim parametresinin ( $t(237)= -9,374$ ;  $p<0,001$ ) istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür. Yapılan F Testi sonucunda ( $F_{(1,237)} = 87,876$ ;  $p<0,001$ ) modelin genel olarak anlamlı olduğu ve belirlilik katsayısının 0,270 olduğu görülmüştür. Bu sonuçlara göre katılımcıların Yaşam Doyumu puanının yaklaşık %27'si DASÖ Depresyon puanı tarafından açıklanmaktadır. Elde edilen sonuçlara göre diğer değişkenler sabit tutulduğunda, DASÖ Depresyon boyutu puanındaki 1 birimlik artış, Yaşam Doyumu puanını 0,431 puan azaltacaktır.

Eşi ile her zaman tartışan evli kadın katılımcıların DASÖ alt boyutları ve SÖ puanlarının Yaşam Doyumu toplam puanı üzerindeki etkisini incelemek amacıyla yapılan Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi sonucunda sabit parametrenin istatistiksel olarak anlamlı olduğu ( $t(20)= 11,045$ ;  $p<0,001$ ); DASÖ Depresyon boyutu puanına ait eğim parametresinin ( $t(20)= -2,751$ ;  $p<0,05$ ) istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür. Yapılan F Testi sonucunda ( $F_{(1,20)} = 7,571$ ;  $p<0,05$ ) modelin genel olarak anlamlı olduğu ve belirlilik katsayısının 0,275 olduğu görülmüştür. Bu sonuçlara göre katılımcıların Yaşam Doyumu puanının yaklaşık %28'i DASÖ Depresyon puanı tarafından açıklanmaktadır. Elde edilen sonuçlara göre diğer değişkenler sabit

tutulduğunda, DASÖ Depresyon boyutu puanındaki 1 birimlik artış, Yaşam Doyumu puanını 0,306 puan azaltacaktır.

**Tablo 37. Evliliğinde Fiziksel veya Psikolojik Şiddete Maruz Kalan Evli Kadınlarında Depresyon Anksiyete Stres ve Somatizasyon Ölçekleri Toplam Puanlarının Yaşam Doyumu Puanını Yordamak için Yapılan Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi Sonucu**

Bağımsız Değişken	B(b)	B'nin standart hatası	Beta	t	p
Depresyon Puanı	-0,335	0,059	-0,533	-5,632	<b>0,000</b>
<b>Sabit (a)</b>	24,812	0,887		27,970	0,000
$R^2=0,284 F_{(1,80)}=31,725 p=0,000$					

Evliliğinde fiziksel veya psikolojik şiddete maruz kalan evli kadın katılımcıların DASÖ alt boyutları ve SÖ puanlarının Yaşam Doyumu toplam puanı üzerindeki etkisini incelemek amacıyla yapılan Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi sonucunda sabit parametrenin istatistiksel olarak anlamlı olduğu ( $t(80)= 27,970$ ;  $p<0,001$ ); DASÖ Depresyon boyutu puanına ait eğim parametresinin ( $t(80)= -5,632$ ;  $p<0,001$ ) istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür. Yapılan F Testi sonucunda ( $F_{(1,80)} = 31,725$ ;  $p<0,001$ ) modelin genel olarak anlamlı olduğu ve belirlilik katsayısının 0,284 olduğu görülmüştür. Bu sonuçlara göre katılımcıların Yaşam Doyumu puanının yaklaşık %28'i DASÖ Depresyon puanı tarafından açıklanmaktadır. Elde edilen sonuçlara göre diğer değişkenler sabit tutulduğunda, DASÖ Depresyon boyutu puanındaki 1 birimlik artış, Yaşam Doyumu puanını 0,335 puan azaltacaktır.

**Tablo 38. Evli Kadınların Evli Olmaktan Memnun Olmama ve Kararsızlık Durumuna Göre Depresyon Anksiyete Stres ve Somatizasyon Ölçekleri Toplam Puanlarının Yaşam Doyumu Puanını Yordamak için Yapılan Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi Sonucu**

Bağımsız Değişken	B(b)	B'nin standart hatası	Beta	t	p
Depresyon Puanı	-0,265	0,067	-0,472	-3,966	<b>0,000</b>
<b>Sabit (a)</b>	21,755	1,060		20,520	0,000
$R^2=0,222 F_{(1,55)}=15,731 p=0,000$					

Evli olmaktan memnun olmayan ve kararsız olan evli kadın katılımcıların DASÖ alt boyutları ve SÖ puanlarının Yaşam Doyumu toplam puanı üzerindeki etkisini incelemek amacıyla yapılan Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi sonucunda sabit parametrenin istatistiksel olarak anlamlı olduğu ( $t(55)= 20,520$ ;  $p<0,001$ ); DASÖ Depresyon boyutu puanına ait eğim parametresinin ( $t(55)= -3,966$ ;  $p<0,001$ ) istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür. Yapılan F Testi sonucunda ( $F_{(1,55)} = 15,731$ ;  $p<0,001$ ) modelin genel olarak anlamlı olduğu ve belirlilik katsayısının 0,222 olduğu görülmüştür. Bu sonuçlara göre katılımcıların Yaşam Doyumu puanının yaklaşık %22'si DASÖ Depresyon puanı tarafından açıklanmaktadır. Elde edilen sonuçlara göre diğer değişkenler sabit tutulduğunda, DASÖ Depresyon boyutu puanındaki 1 birimlik artış, Yaşam Doyumu puanını 0,265 puan azaltacaktır.

**Tablo 39. Evli Kadınların Hiç Evlenmemiş Olmayı Dileme Durumuna Göre Depresyon Anksiyete Stres ve Somatizasyon Ölçekleri Toplam Puanlarının Yaşam Doyumu Puanını Yordamak için Yapılan Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi Sonucu**

Bağımsız Değişken	B(b)	B'nin standart hatası	Beta	t	p
Depresyon Puanı	-0,320	0,071	-0,564	-4,483	<b>0,000</b>
<b>Sabit (a)</b>	23,166	1,149		20,163	0,000

$R^2=0,318$   $F_{(1,43)}=20,093$   $p=0,000$

Hiç evlenmemiş olmayı dileyen evli kadın katılımcıların DASÖ alt boyutları ve SÖ puanlarının Yaşam Doyumu toplam puanı üzerindeki etkisini incelemek amacıyla yapılan Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi sonucunda sabit parametrenin istatistiksel olarak anlamlı olduğu ( $t(43)= 20,163$ ;  $p<0,001$ ); DASÖ Depresyon boyutu puanına ait eğim parametresinin ( $t(43)= -4,483$ ;  $p<0,001$ ) istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür. Yapılan F Testi sonucunda ( $F_{(1,43)} = 20,093$ ;  $p<0,001$ ) modelin genel olarak anlamlı olduğu ve belirlilik katsayısının 0,318 olduğu görülmüştür. Bu sonuçlara göre katılımcıların Yaşam Doyumu puanının yaklaşık %32'si DASÖ Depresyon puanı tarafından açıklanmaktadır. Elde edilen sonuçlara göre diğer değişkenler sabit tutulduğunda, DASÖ Depresyon boyutu puanındaki 1 birimlik artış, Yaşam Doyumu puanını 0,320 puan azaltacaktır.

**Tablo 40. Kadınların Rahatsızlık Durumuna Göre Depresyon Anksiyete Stres ve Somatizasyon Ölçekleri Toplam Puanlarının Yaşam Doyumu Puanını Yordamak için Yapılan Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi Sonucu**

Bağımsız değişken	B(b)	B'nin standart hatası	Beta	t	p
<b>Bekar kronik</b>					
Depresyon	-0,206	0,080	-0,394	-2,575	0,014
Sabit (a)	25,927	1,109		23,385	0,000
$R^2=0,156$ $F_{(1,36)}=6,632$ $p=0,014$					
<b>Evli psikolojik</b>					
Depresyon	-0,485	0,099	-0,776	-4,915	<b>0,000</b>
Sabit (a)	30,409	1,480		20,547	0,000
$R^2=0,602$ $F_{(1,16)}=24,158$ $p=0,000$					
<b>Evli kronik</b>					
Depresyon	-0,367	0,100	-0,418	-3,680	<b>0,000</b>
Sabit (a)	26,200	1,188		22,050	0,000
$R^2=0,175$ $F_{(1,64)}=13,543$ $p=0,000$					

Kronik rahatsızlığı olan bekar kadın katılımcıların DASÖ alt boyutları ve SÖ puanlarının Yaşam Doyumu toplam puanı üzerindeki etkisini incelemek amacıyla yapılan Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi sonucunda sabit parametrenin istatistiksel olarak anlamlı olduğu ( $t(36)= 23,385$ ;  $p<0,001$ ); DASÖ Depresyon boyutu puanına ait eğim parametresinin ( $t(36)= -2,575$ ;  $p<0,05$ ) istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür. Yapılan F Testi sonucunda ( $F_{(1,36)} = 6,632$ ;  $p<0,05$ ) modelin genel olarak anlamlı olduğu ve belirlilik katsayısının 0,156 olduğu görülmüştür. Bu sonuçlara göre katılımcıların Yaşam Doyumu puanının yaklaşık %16'sı DASÖ Depresyon puanı tarafından açıklanmaktadır. Elde edilen sonuçlara göre diğer değişkenler sabit tutulduğunda, DASÖ Depresyon boyutu puanındaki 1 birimlik artış, Yaşam Doyumu puanını 0,206 puan azaltacaktır.

Psikolojik hastalığı olan bekar kadın katılımcıların DASÖ alt boyutları ve SÖ puanlarının Yaşam Doyumu toplam puanı üzerindeki etkisini incelemek amacıyla yapılan Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi sonucunda sabit parametrenin istatistiksel olarak anlamlı olduğu ( $t(16)= 20,547$ ;  $p<0,001$ ); DASÖ Depresyon boyutu puanına ait eğim parametresinin ( $t(16)= -4,915$ ;  $p<0,001$ ) istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür. Yapılan F Testi sonucunda ( $F_{(1,16)} = 24,158$ ;  $p<0,001$ ) modelin genel

olarak anlamlı olduğu ve belirlilik katsayısının 0,602 olduğu görölmüştür. Bu sonuçlara göre katılımcıların Yaşam Doyumu puanının yaklaşık %60'ı DASÖ Depresyon puanı tarafından açıklanmaktadır. Elde edilen sonuçlara göre diğer değişkenler sabit tutulduğunda, DASÖ Depresyon boyutu puanındaki 1 birimlik artış, Yaşam Doyumu puanını 0,485 puan azaltacaktır.

Kronik rahatsızlığı olan evli kadın katılımcıların DASÖ alt boyutları ve SÖ puanlarının Yaşam Doyumu toplam puanı üzerindeki etkisini incelemek amacıyla yapılan Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi sonucunda sabit parametrenin istatistiksel olarak anlamlı olduğu ( $t(64)= 22,050$ ;  $p<0,001$ ); DASÖ Depresyon boyutu puanına ait eğim parametresinin ( $t(64)= -3,680$ ;  $p<0,001$ ) istatistiksel olarak anlamlı olduğu görölmüştür. Yapılan F Testi sonucunda ( $F_{(1,64)} = 13,543$ ;  $p<0,001$ ) modelin genel olarak anlamlı olduğu ve belirlilik katsayısının 0,175 olduğu görölmüştür. Bu sonuçlara göre katılımcıların Yaşam Doyumu puanının yaklaşık %18'i DASÖ Depresyon puanı tarafından açıklanmaktadır. Elde edilen sonuçlara göre diğer değişkenler sabit tutulduğunda, DASÖ Depresyon boyutu puanındaki 1 birimlik artış, Yaşam Doyumu puanını 0,367 puan azaltacaktır.

## DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

### 4. TARTIŞMA

Kadın katılımcıların gönüllü olarak katıldığı araştırmada evli ve bekar kadınların depresyon, kaygı, stres ve somatizasyon düzeylerinin yaşam doyumu düzeyleri üzerinde etkili olup olmadığı incelenmiştir. Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği alt boyutları ile incelenmiştir. Bulgu analizine başlamadan, kullanılan tüm ölçeklerin güvenirlikleri Cronbach Alfa değerleri ile belirlenmiş ve bu değerlerin yeterli olduğu tespit edilmiştir. Ölçek ve alt boyutların toplam puanlarının sosyodemografik değişkenler açısından farklılaşıp farklılaşmadığını incelemek amacı ile Çoklu Regresyon Analizi yapılmış ve ölçeklerin ve alt boyutların toplam puanlarının birbiri ile arasındaki ilişkiyi incelemek amacı ile Pearson Korelasyon Analizi yapılmıştır. Yapılan çalışmada sosyodemografik özelliklere göre kadınların hangi psikolojik problem veya problemlerinin yaşam doyumunu etkilediğini bulmak ve böylelikle klinik ortamda sadece psikolojik semptomların azalmasını değil aynı zamanda yaşam doyumunun artmasını sağlamak amaçlanmıştır.

Yapılan araştırmalar yaş, cinsiyet, sosyo-ekonomik düzey, eğitim, medeni durum, sosyal ilişkiler, sağlık, aktivite düzeyi, sosyal destek, sosyal destek memnuniyeti, cinsel ilişki, birlikte yaşanan kişi gibi birçok sosyodemografik özelliğin yaşam doyumu üzerinde etkili olduğunu göstermektedir (Fernandez-Ballesteros, Zamarron ve Ruiz, 2001).

Araştırmada evli kadınların yaş ortalaması, bekar kadınların yaş ortalamasından yüksek olarak görülmektedir. Yapılan araştırmalar, Türkiye’de evlenme yaşının son 25 yıl içerisinde 24-26 yaşları arasındaki yüzdesinin arttığı ve 24 yaş ve altı yüzdesinin ise düştüğü görülmektedir. 30 yaş üstü kadınların halen evli

kategorisinde yüzde olarak daha fazla olduğu görülmektedir (Tezcan ve Coşkun, 2004). Ayrıca eğitim düzeyleri arttıkça eğitim hayatının uzaması ve bu sebeple evlenme yaşının artması da söz konusudur (Doğan ve Cebioğlu, 2011). Böylelikle evli kadınların yaş ortalamasının daha yüksek olması beklenen bir durumdur.

Araştırmada evli kadınların evlilik süresi ortalaması, daha önce evlenmiş bekar kadınların evlilik süresi ortalamasından yüksek olarak görülmektedir. Türkiye’de boşanma oranları kadınlarda 20-39 yaşları arasında yüksek olarak görülmektedir. Genelde 30-44 yaşları arası hem kadın hem erkeklerde boşanma yüzdesinin artışı gözlenmektedir. Araştırmalara göre en yüksek boşanma oranı 6-10 yıl evlilik süresi içerisinde gerçekleşmektedir. Evlilik süresinin bir yıldan az olduğu boşanma oranları ise en düşük orana sahip olarak görülmektedir (Doğan, 1998). Hem yaş oranları hem de evlilik sürelerine bakıldığında daha önce evlenmiş boşanmış bekar kadınların evlilik süresi ortalamasının yaklaşık 10 yıl olarak çıkması literatür ile uyumlu olarak görülmektedir. Daha önce evlenmiş bekar kadınların evlilik sürelerinin en az 1 yıl olması, boşanma oranlarının ilk yıl öncesi düşük olmasından kaynaklı olduğu düşünülmektedir. Ayrıca daha önce evlenmiş bekar kadınların daha önceki evliliklerini bitirme nedenleri arasında aldatılma, anlaşmazlık, sorumsuzluk ve eşlerin vefatı olduğu görülmüştür. Yapılan araştırmalarda boşanma sebeplerinin ailevi sorumsuzluk, sosyoekonomik durumdan kaynaklanan problemler, sosyal medya, aldatılma, cinsel problemler, aile içi şiddet, psikolojik rahatsızlıklar, eşler arası anlaşmazlık olduğu görülmüştür (Can ve Aksu, 2016; Doğan, 2016).

Bekar kadınların yaşlarının 20-29 yaşları arasındaki grupta yüzde olarak daha çok olduğu görülmektedir. 18-24 yaşları arasında hiç evlenmemiş olma durumunun son 25 yıl içerisinde artış gösterdiği istatistiklerde görülmektedir (Tezcan ve Coşkun, 2004). Bu sebeple bekar kadınların bu grup içerisinde toplanması beklenen durumlardan biridir. Yapılan araştırma analizlerinde son 25 yıl içerisinde 25-29 yaşları arası kadınların hiç evlenmemiş olma yüzdesi neredeyse eskiye oranla 3 katı kadar artmaktadır (Tezcan ve Coşkun, 2004). Evli kadınların yaşlarının ise 28-42 yaşları arasındaki grupta yüzde olarak daha çok olduğu görülmektedir. İlk evlenme yaşının son 25 yıl içerisinde oldukça geç yaşlara taşındığı görülmektedir. Ayrıca 30 yaş ve üstü hiç evlenmemiş olma yüzdesi ise sürekli artış göstermektedir (Tezcan ve Coşkun,

2004). Bu nedenle evli kadınların yaşlarının 28 yaş ve üstünde yoğunlaştığı beklenen bir durum olarak karşımıza çıkmaktadır.

Bekar ve evli kadınların eğitim düzeyinin çoğunun üniversite ve üstü eğitim düzeyine sahip olduğu görülmektedir. Yapılan araştırmalarda Türkiye’de kalkınma oranı arttıkça eğitim imkanlarının da aynı oranda arttığı ve eğitim yatırımları ile yüksek öğrenim oranının yükseldiği görülmektedir. Kadınlarda ise 1990 ve 2000 yılları arasında yüksek öğrenim oranının yükseldiği görülmektedir (Taş ve Yenilmez, 2008). Bu sebeple eğitim oranlarının üniversite ve üstü eğitim düzeyinde toplanması bu istatistiki bilgiler ile uyusmaktadır. Oranlara bakıldığında evli kadınların üniversite ve üstü eğitim düzeyi oranı, bekarlardan düşük olarak görülmektedir. Evli kadınların eş, anne, ev işlerini yapan kadın, çalışan kadın gibi birçok rolü vardır. Bu rollerin yerine getirilmesi gereken beklentileri mevcuttur (Michael, Anastasios, Helen, Catherine ve Christine, 2009). Bu sebeple evli kadınların yerine getirmesi gereken birçok rolü olduğu için üniversite ve üstü olan eğitim hayatına zaman ayırma ihtimallerinin daha düşük olacağı beklenmektedir.

Bekar kadınların yaşamlarının çoğunu geçirdikleri yerin çoğunlukla şehir olduğu görülmektedir. Yapılan araştırmalar Türkiye’de son 50 yılda köyden kente göçün iyi eğitim ve sağlık olanakları, istihdam fazlalığı gibi nedenlerle oldukça arttığını göstermektedir (Yılmaz, 2009). Bekar katılımcıların yaş ortalamasının 27 olduğu düşünüldüğünde son elli yıl içerisinde göçten etkilenebilecekleri düşünülmektedir. Evli kadınların da yaşamlarının çoğunu geçirdikleri yerin çoğunlukla şehir olduğu görülmektedir. Türkiye’de son yıllarda kırdan kente göç için evliliğin bir aracı olduğu görülmektedir. Kırdan yaşayan genç kadınların özellikle kente gelebilmek için evliliği tercih ettiği görülmektedir (Yılmaz, 2009). Bu nedenle evli kadınların çoğunun şehirde yaşıyor olması bu durumla açıklanmaktadır.

Bekar kadınların daha çok anne, baba, kardeşleri ile yaşadığı görülmektedir. Toplumsal cinsiyet rolleri sebebi ile kadınların aileleri ile yaşadığı ve eğer yalnız yaşayacaksa yaşanılacak evin ve bölgesinin onlar tarafından seçileceği konusunda fikirler toplumda yer edinmektedir (Beidoğlu ve Batman, 2014). Ayrıca bekar kadınların gelir sorunları nedeni ile konut bulmadaki zorlukları da tartışılmaktadır.



Bekar kadınlar ekonomik olarak dezavantajlı bir konumda olmasının yanı sıra, güvenlik sebebi ile kendilerine uygun çevresel bir ortamda barınma ortamı bulmak zorunda oldukları düşünülmektedir (Chasteen, 1994). Bu sebeple kişilerin yalnız, arkadaşları veya partneri ile yaşaması durumu oldukça düşük yüzdeler şeklinde görülmektedir. Buna ek olarak evli kadınların evde eşleri ve çocukları dışında bir başkası ile yaşaması da incelenmiştir. Genelde kişilerin kendi anne ve babası veya eşinin annesi veya bakıcı ile yaşadıkları görülmüştür. Birlikte yaşama durumu son yıllarda kadınların eğitim hayatlarının devam etmesi ve uzun sürmesi, kadınların iş hayatında daha fazla olmaları ve kişisel gelirlerinin artması gibi durumlardan kaynaklandığı düşünülmektedir. Ayrıca o kişilerin birlikte yaşaması devam ettikçe kadınların iş gücünün arttığı da görülmektedir (Compton ve Pollak, 2014).

Bekar kadınların çoğunun ekonomik durumunun asgari ücret üstü olduğu ve çalışma durumu yüzdelerinin yarı yarıya bölündüğü görülmektedir. Kentsel alanlarda eğitim düzeyinin yüksek, istihdamın daha çok olması, ekonomik durumu etkilemektedir (Kızılgöl, 2012). Araştırmada bekar kadınların eğitim düzeylerinin üniversite ve üstünde yoğunlaşması, yaşamlarının çoğunu şehirde geçirmiş olmaları çalışma durumu ve ekonomik durumlarını etkiliyor gözükmektedir. Evli kadınların çoğunun ekonomik durumunun asgari ücret üstü olduğu görülmektedir. Bu oranın bekar kadınlara göre çok yüksek olduğu dikkat çekmektedir. Birlikte yaşama ve evlilik, psikolojik sağlığı koruyan ekonomik kaynaklar sağlamaktadır. Evlilik finansal kaynakları ve sosyal desteği arttırmaktadır. Araştırmalar evliliğin ekonomik ve psikososyal kaynaklar sağlamanın psikolojik sağlığa olan etkilerine odaklanmaktadır (Williams, Frech ve Carlson, 2010). Ayrıca araştırmalarda, evli olmayan kadınların gelirinin, eşleri olan kadınlara göre ortalamada %60 daha düşük olduğu belirlenmektedir (Chasteen, 1994). Bu sebeple evli kadınların eşlerinin gelirinin de olması ekonomik kaynaklara daha fazla sahip olduğunu göstermekte, bekar kadınlara göre gelirlerinin daha yüksek oranda çıkması beklenmektedir. Ayrıca evli kadınların çalışma yüzdesinin bekar kadınlardan fazla olduğu görülmektedir. Bekar kadınların çoğunluğunun 20-29 yaşları arasında olması ve neredeyse tamamının üniversite ve üstü eğitim düzeyine sahip olduğu düşünüldüğünde, bekar kadınların halihazırda okuyor olabileceği ve çalışma oranlarının daha düşük olması beklenmektedir.

Kadınların eş seçiminde eşlerinin eğitim durumuna dikkat etmeleri, bu eğitim durumuna bağlı gelir durumu ve sosyoekonomik arka plan önemli olarak görülmektedir (Stevens, Owens ve Schaefer, 1990). Bu sebeple kişilerin eşlerinin eğitim durumunun yüksek ve çalışıyor olması durumu kişilerin evlilik hayatlarını etkileyen bir durum olarak karşımıza çıkmaktadır. Evli kadınların eşlerinin çoğu üniversite ve üstü eğitim düzeyine sahip ve neredeyse tamamı çalışıyor gözükmekte, ayrıca evli kadınların yine neredeyse çoğunun asgari ücret ve üstü ekonomik duruma sahip olması da bu bilgiler ile uyusmaktadır.

Bekar ve evli kadınların iş memnuniyetlerine bakıldığında evli kadınların işlerinden daha memnun olduğu görülmektedir. İş memnuniyeti üzerinde etkili olabilecek sosyodemografik değişken, çalışan kişilerin medeni durumudur. Bununla birlikte, medeni durumun iş memnuniyeti üzerindeki etkisi hakkında herhangi bir sonuç çıkarmak için yeterli çalışma yoktur, ancak bu alanda yapılan sınırlı araştırmalar sürekli olarak evli çalışanların işlerinden evlenmemiş iş arkadaşlarına göre daha memnun olduklarını göstermektedir. Bunun nedeninin, evliliğin istikrarlı bir işi daha değerli ve önemli hale getirebilecek artan sorumluluklar getirmesi olabileceği düşünülmektedir ve sürekli bir işe sahip olmak için de iş memnuniyeti gerekmektedir (Azim, Haque ve Chowdhury, 2013). Evli kadınların işlerinden bekar kadınlara göre daha memnun olmasının sebebinin evliliğin getirdiği sorumluluklar ve iş devamlılığına mecbur olmaları olarak gözükmektedir.

Bekar kadınların romantik ilişkiye sahip olma durumları oldukça düşük bir yüzdede görülmektedir. Yakın partner şiddeti, kadına şiddette en yaygın olanlar arasındadır. Bu şiddet çeşidi, fiziksel saldırganlık, cinsel baskı ve psikolojik istismar ve kontrol davranışları dahil olmak üzere birçok zarara neden olan yakın bir ilişki içindeki davranışları ifade etmektedir. Türkiye'de yapılan bir araştırmada, son 12 ayda yaşanan fiziksel, psikolojik, duygusal, cinsel şiddet yaygınlığı 15-24 yaş grubunda en yüksek ve daha sonra 25-34 yaşları arasında yüksek olarak tespit edilmiştir (Demirtaş, Hatipoğlu-Sümer, Fincham, 2017). Son yıllarda kendi yaş aralıklarında artan yakın partner şiddeti bekar kadınların romantik ilişki yüzdelерinin az olduğunu açıklıyor gözükmektedir.

Bekar kadınların ev dışı etkinliğe katılma sıklıklarının ara sıra seçeneğinde yoğunlaştığı görülmektedir. Yapılan bir araştırmada, bekar kadınların kendilerini, sosyal bir ortamda bekar kişi olarak fazlalık olarak tanımladıkları görülmektedir. Ayrıca bekar kadınların ekonomik olarak daha dezavantajlı olması kişilerin boş zaman aktivitelerini kısıtlamasına neden olurken aynı zamanda bekar kadınların paradan çok, güvenlik aradıkları görülmektedir. Bir araştırmada bekar kadınlar, kendilerini halka açık yerlerde bilinmeyen saldırılara karşı korumaları gerektiğini düşündüklerini bildirmişlerdir (Chasteen, 1994). Bu sebeple ev dışı etkinliklerinin ara sıra olması literatür ile uyum sağlamaktadır.

Bekar kadınların aile, arkadaş ve romantik ilişki değerlendirmeleri incelenmiştir. Kadınlar erkeklere göre, sırdaş sahibi olmak, arkadaşlarından ve ailelerinden sosyal destek almak ve arkadaşlarını ziyaret etmek gibi daha samimi ve gayri resmi sosyal bağları gösterme eğiliminde bulunmaktadır (Umberson, Chen, House, Hopkins ve Slaten, 1996). Sosyal desteğin etkilerini araştıran araştırmalar, bunun artan sağlık ve iyi oluş ile ilişkili olduğunu göstermektedir (Adams, King ve King, 1996). Bekar kadınlar her üç ilişki türünde de ilişkilerini değerlendirirken iyi ve çok iyi seçeneğinde yoğunlaşmışlardır. Sosyal destek ağlarının hem yaşlılar hem de gençler için önemli olduğu düşünülmektedir çünkü yaşam stresi ve zorluklarına karşı bu desteğin tampon görevi gördüğü ve kişinin büyük yaşam değişiklikleriyle baş etmesini sağladığı ve böylece psikolojik refahının arttığı görülmektedir. Sosyal destekçilerin, bir kişiye duygusal, bilişsel veya maddi destek sağlayabileceği düşünülmektedir. Ayrıca yapılan araştırmalar göz önüne alındığında, hiç evlenmemiş kadınların arkadaşlarıyla daha fazla etkileşime girdikleri ve daha fazla yakınlığa sahip oldukları görülmektedir (Seccombe ve Ishii-Kuntz, 1994). Bu sebeple de bekar kadınların arkadaş ilişkilerinin de iyi olması literatür ile uyum sağlamaktadır. Kadınların akrabalık ilişkilerine daha fazla katılım sağlamaları genel bir görüş olarak karşımıza çıkmaktadır. Kadınların, aile bağlarını sürdürmede erkeklerden daha aktif olması beklenmektedir. Bu nedenle, evlatlık sorumluluğuna yönelik tutumlarda cinsiyet farklılıkları görülmemiş olsa bile, davranış olarak cinsiyet farklılıkları belirgin olarak gözükmemektedir (Seccombe ve Ishii-Kuntz, 1994). Bu sebeple aile ilişkileri iyi ve çok iyi seçeneklerinde yoğunlaşmış olduğu görülmektedir. Ayrıca ebeveynlerin

boşanması sonucunda aile ilişkileri etkilenmektedir. Bekar kadınların ebeveynlerinin boşanmış olma durumu yüzde olarak çok düşüktür. Bu sebeple aileleri olan ilişkilerinin iyi olduğu görülmektedir. Buna bağlı olarak üvey anne ve babaya sahip olan kişilerin de yüzde 1 kadar düşük olması kişilerin aile ilişkilerinin etkilenmediğini doğrulamaktadır. Yetişkin yaşamlarında ön plana çıkan günlük aktivitelerde kardeşler genellikle küçük bir rol oynamakta, ancak kardeşler kişinin genetik, aile, sosyal sınıf ve tarihsel geçmişi en yakından paylaştığı ve iç içe geçmiş aile ilişkileri ağı tarafından ömür boyu bağlı olduğu kişiler olarak görülmektedir (White, 2001). Kardeş sayısı arttıkça aile içinde ekonomik zorluklar ortaya çıkarken, ebeveynlerin çocuk sayısı arttıkça zaman ve para kaybı sebebi ile eğitim kazanımlarının etkilenmesi ortaya çıkmaktadır (Heer, 1985). Bu sebeple kişilerin kardeş sayılarının artması, kişilerin hayat kalitesini etkilerken buna bağlı yaşam doyumlarını da etkileyeceği düşünülmektedir. Ayrıca analizde, kişilerin çoğunun ilk çocuk olduğu görülmektedir. Bu durumda kardeş sayısından etkilenecekleri düşünülmektedir.

Bekarlar kadınların bekarlıktan memnuniyetlerinin kararsız ve memnun olma durumunda yoğunlaştığı görülmektedir. Bekar kadınların daha özgür ve evlilik sorumluluklarından daha uzak olduğu görüşü bekarlıktan memnuniyeti arttırmaktadır. Ayrıca bekar kadınların kendilerini yalnız hissetmeleri bekarlığın en zor durumlarından biri olarak görülmektedir. Fakat bazı bekar kadınların ise kariyer ve eğitim hayatını bilinçli olarak seçtikleri bu sebeple bekar oldukları görülmektedir. Bazı bekar kadınlar ise eş ve annelik görevlerini yerine getirirken kendileri ve hayatları ile ilgili keşiflerini gerçekleştiremeyeceklerini düşündükleri için bilinçli olarak bekar kalmaktadırlar. Bekarlığın dezavantajları olarak bir bekar kadının ekonomik olarak zorlanması ve çocuk sahibi olma isteği gösterilmektedir (Dalton, 1992). Tüm bu durumlardan yola çıkarak kadınların bekarlıktan memnun olmalarının nedeni olarak bekarlıklarının bilinçli bir seçim olduğu söylenebilir. Ayrıca kararsız olanların ise literatürde belirtilen dezavantajlar sebebi ile kararsız oldukları düşünülmektedir.

Evli kadınların genel bir yüzde olarak evlilikten memnun oldukları görülmektedir. Yapılan araştırmalarda evliliğin en önemli bileşenlerinin sadakat, anlayış, iyi bir cinsel hayat, ortak ilgi alanları, ev işlerini paylaşmak ve çocuklar olduğu dikkat çekmektedir. Evliliğe devam etmeyi etkileyen faktörlerin ise ilişkide olma

motivasyonları, sosyal destekle ilgili memnuniyet ve psikolojik sıkıntılar olduğu belirlenmiştir (Rosen-Grandon, Myers ve Hattie, 2004). Buna bağlı olarak evli kadınların eşleri ile ev içi-dışı etkinliklere katılma oranlarının, eşlerinden aldıkları desteği yeterli bulma oranlarının, cinsel hayatlarından memnun olma oranlarının yüksekliği göz önünde bulundurulduğunda evli kadınların evlilikten memnun olmaları bu faktörlerle açıklanabilir. Ayrıca evli kadınların eşleri ile tartışma sıklıklarının ara sıra olmasını ev içi şiddet oranı ile açıklayabiliriz. Evli kadınların evlilikten memnun olmama durumu ile hiç evlenmemiş olmayı dilemelerinin oranı da aynı orandadır. Çalışmada, evlilikten memnun olmadığını veya kararsız olduğunu bildiren %17'lik oran hiç evlenmemiş olmayı dileyen %16,7 ile uyusmaktadır.

Kadınlara yönelik şiddet aynı sıklıkta ve artarak yaşanmaya devam etmektedir. Örneğin, Birleşmiş Milletler verileri, kadınların %70'inin yaşamları boyunca bir tür şiddete maruz kaldığını göstermekte, yeni araştırmalar ise bu rakamı Amerika Birleşik Devletleri için %90 olarak tahmin etmektedir. Kız çocukluklarının cinsel istismara uğrama olasılığı erkek çocuklardan daha fazla görülmekle birlikte bu çocuk cinsel istismarının uzun vadeli etkileri arasında kadınlarda çözülme, somatizasyon, anksiyete, depresyon, intihar eğilimi, madde kullanım sorunları ve yeme bozukluklarının yer aldığı görülmektedir (APA, 2018). Ev içi şiddet ise, aile şiddetini aile üyeleri tarafından gösterilen şiddeti içermektedir. Ebeveynin çocuğa, kardeşin kardeşe, çocuğun ebeveyne şiddeti olarak ayrılmaktadır. Bunun dışında evli bireyler için eş şiddeti, romantik ilişkisi olan kişiler için yakın partner şiddeti de şiddet türlerinde sıralanmaktadır (Miller, Wilsnack ve Cunradi, 2000). Çalışmada, fiziksel veya psikolojik şiddet oranını belirlemek amacı ile bekar kadınlara hem aile hem romantik ilişki partneri tarafından şiddete uğrayıp uğramadığı, hem de evli kadınlara eşleri tarafından evliliğinde şiddete uğrayıp uğramadığı sorulmuştur. Bekar kadınlarda aile içi şiddete maruz kalma oranı romantik ilişki partneri tarafından şiddete maruz kalma oranından fazla bulunmuştur. Evli kadınların ise bekar kadınların aile içi şiddete maruz kalma oranı ile neredeyse aynı oranı %30'u göstermektedir. Yapılan araştırmalar sonucu son yıllarda kadına yönelik şiddet her geçen gün artmaktadır. Verilere göre Türkiye'de her üç kadından biri hayatının bir döneminde fiziksel veya psikolojik şiddete uğramaktadır. 2009 yılında yapılan araştırmaların verilerine göre

Türkiye’de kadınların %39’unun aile içi şiddete maruz kaldığı görülmektedir. Ayrıca yapılan bu araştırmada şehirde yaşayan kadınların ilçede yaşayan kadınlara göre daha fazla şiddete maruz kaldığı görülmektedir. Eşlerinden ayrılmış veya ayrılmak isteyen kadınların ise şiddet görme oranı yaklaşık %80 oranındadır. Tüm verilere bakıldığında Türkiye’de en çok boşanmış kadınların, daha sonra eşi ölmüş kadınların, üçüncü sırada halen evli olan kadınların ve son olarak bekar kadınların şiddete maruz kaldığı görülmektedir. Şiddetlerin türleri her bir durumda değişirken fiziksel şiddet bir kişiyi yaralama, vurma, fiziksel bir temas kullanarak kişiye zarar vermesi şeklinde açıklanmakta, psikolojik şiddet ise kişinin haklarını elinden alma, aşağılama, gelişimine engel olma, hakaret, kullanılan dilin sağlıksız olması şeklinde açıklanmaktadır. Ayrıca kadınların %92’si yaşamış olduğu şiddeti kimseye söylememe eğiliminde ve şikayette bulunmama eğilimindedir. Bunun sebebi olarak kadınların şiddeti kabul edilemez olarak algılamaları ve bu durumu paylaşmadıkları düşünülmektedir (Karal ve Aydemir, 2012). Bu sebeple literatür ile uyumu olsa bile, araştırmada çıkan oranlar kadınların şiddeti gizleme eğiliminde olmalarından dolayı düşük çıkma olasılığını akıllara getirmektedir.

Evli kadınların evlenme biçimlerinin çoğunun severek, anlaşarak evlilik gerçekleştirdiği görülmektedir. Yaklaşık %20’si görücü usulü ve diğer biçimlerde evliliklerini gerçekleştirmiştir. Yapılan araştırmalarda evlilik uyumunu, doyumunu bu evlenme biçimlerinin etkilediği, ayrıca kişilerin bireyselliği konusunda bilgiler verdiği görülmektedir. Severek, anlaşarak evlenen kişilerin, görücü usulü ile evlenen kişilere göre daha bireyselleştiği, kendisi ve ilişkisi arasında daha iyi denge kurduğu, sınırlarını daha iyi çizdiği görülmektedir (Polat ve İlhan, 2018). Kişilerin çoğunun severek, anlaşarak evlenmesi ve buna bağlı olarak çoğunun evlilikten memnun olması birbiri ile uyumlu olarak gözükmektedir.

Evli kadınların bekar kadınlara göre psikolojik hastalığa sahip olma oranı küçük bir farkla daha yüksek olarak gözükmektedir. Araştırmacılar, evli insanların evli olmayanlara göre daha iyi zihinsel ve fiziksel sağlığa sahip olduğunu bildirmektedir. Özellikle dul veya boşanmış kişilerin daha düşük zihinsel ve fiziksel sahip olduğu düşünülmektedir (Cotten, 1999). Araştırmacılar, evliliğin hizmet ettiği işlevlerden birinin destek sağlamak olduğunu düşünmektedirler. Destek, çoğunlukla duygusal

destek açısından tanımlanmakta ve psikolojik iyilik halinin artacağını varsaymaktadır (Hahn, 1993). Bu duruma göre bekar kadınların psikolojik hastalık oranının daha yüksek olması beklenirdi. Fakat evli kadın sayısının daha fazla olması durumu göz önüne alındığında arada bulunan küçük farkın durumu açıkladığı düşünülmektedir. Aynı zamanda evli kadınların çocuk sahibi olması, çalışan kişi sayısının evli kadınlarda daha fazla olması, evli kadınların birçok sorumluluğa sahip olduğu ve bu sorumluluklarla birlikte psikolojik problemlere eğilimli olma ihtimallerini düşündürmektedir.

Evli kadınların bekar kadınlara göre kronik hastalığa sahip olma oranı daha yüksek olarak gözükmektedir. Araştırmalar sağlık riskinin en çok bekar ve dul kişilerde daha sonra evli kişilerde olduğunu göstermektedir. Ayrıca evliliğin bazı sağlık avantajları, güvenlik ve sosyal destek sağladığı düşünülmektedir (Verbrugge, 1979). Daha fazla mali kaynağa sahip olma eğiliminde olmaları evli kadınların fiziksel sağlıklarının evli olmayan kadınlardan daha iyi olmasını açıklayan bir faktör olarak gözükmektedir (Lewis ve Moon, 1997). Buna ek olarak bekar kişilerin yaşam tarzlarının daha serbest olması, beslenme, uyku gibi alışkanlıklarına evli kişilerden daha az özen göstermesi bekarların riskini arttıran durumlar olarak gözükmektedir (Verbrugge, 1979). Nispeten istikrarlı ve şefkatli bir aile ortamı bireylere koruma sağlamaktadır. Ayrıca evli olmak, stresli yaşam olayları ve sağlık sorunlarıyla başa çıkmada sağlıklı davranışlarda bulunma olasılığını arttırmaktadır (Ren, 1997). Ayrıca yine yapılan bir araştırmada evli kişilerin fiziksel ve zihinsel sağlıkları hiç evlenmemiş, dul kalmış, boşanmışlara göre daha iyi olduğu görülmektedir. Bunların nedenleri destek ve sosyoekonomik durum olarak gösterilmektedir (Hahn, 1993). Spesifik olarak evliliğin sona ermesi ise erkeklere göre kadınlarda daha fazla olumsuz etkiye sahip olmaktadır (Verbrugge, 1979). Bu duruma göre araştırma verileri ile literatür birbiri ile ayrılmaktadır. Bunun sebebi olarak yaş ortalamasının evli kadınlarda yüksek, bekar kadınlarda oldukça düşük olması ve bekar kadın popülasyonunda boşanmış veya dul kadın oranının azlığı düşünülmektedir.

Psikolojik bir hastalığa sahip olan evli ve bekar kadınlarda en çok karşılaşılan psikolojik hastalıklar, anksiyete bozuklukları, depresyon ve obsesif kompulsif bozukluk olarak görülmektedir. Araştırmalarda işlev bozukluğuna en çok sebep olan

on psikolojik hastalıktan beşi depresyon, bipolar bozukluk, alkole bağı sorunlar, şizofreni, obsesif kompulsif bozukluk olarak görülmektedir (Binbay ve ark., 2014). Türkiye’de ve dünyada yapılan araştırmalar sonucunda en çok görülen psikolojik bozuklukların başında majör depresif bozukluk görülmektedir. Kadınlarda görülme sıklığı erkeklere göre iki kat daha fazladır. Yapılan araştırmalarda anksiyete bozukluklarının oldukça fazla olduğu ve özellikle kadınlarda daha fazla görüldüğü ortaya çıkmaktadır (Keskin, Ünlüoğlu, Bilge ve Yenilmez, 2013). Ayrıca araştırmalarda birinci basamak sağlık hizmetlerinde kadınların özel psikolojik sağlık ihtiyaçlarına olan ilgisi dikkat çekmektedir. Çünkü, birinci basamak örneklerinin çoğunda kadın hastaların üstünlüğü görülmektedir. Birçok çalışma, birinci basamak sağlık hizmetlerinde ve epidemiyolojik toplum çalışmaları kadınların, özellikle duygudurum bozuklukları olmak üzere bazı zihinsel bozuklukların fazlalığına sahip olduğunu göstermektedir. Bu çalışmaların çok azı, sağlıkla ilgili yaşam kalitesi olarak adlandırılan fonksiyonel bozulma ve refah üzerine odaklanmıştır (Linzer ve ark., 1996). Örneklem kadınlardan oluştuğu için en sık görülen bu üç psikolojik hastalığın literatür ile uyduğu görülmektedir.

Bekar kadınların ailelerinde en sık karşılaşılan psikolojik hastalıklar anksiyete bozuklukları, bipolar bozukluk, depresyondur. Yapılan bir araştırmada bipolar hastaların birinci derece kadın yakınlarının kontrol gruba göre depresyon düzeylerinin daha yüksek olduğu görülmüştür (Yıldırım, Çelik, Kabakçı ve Uluşahin, 2005). Ayrıca yapılan başka bir çalışmada paylaşılan çevresel etkilerin yokluğunda, depresyonun ailevi ilişkilerde büyük ölçüde paylaşılan bir genetik varyansı olduğunu göstermiştir (Verhagen ve ark., 2008). Anksiyetenin genetik faktörünü araştırmak için yapılan bir araştırma ise yaygın anksiyete bozukluğun genetik faktörlerden etkilendiğine dair bir kanıt bulunmasa da diğer anksiyete bozukluklarının kökeni için önemli olduğunu göstermektedir (Torgersen, 1983). Birinci derece yakınlar ile yapılan araştırmalar gösteriyor ki bu tür psikolojik hastalıklar genetik gibi önemli bir faktörü ele almaktadır. Bu sebeple yapılan araştırmada kişilerin yaşam doyumunu etkileyecek bir faktör olarak ele alınmıştır.

Evli kadınların eşlerinde en sık karşılaşılan psikolojik hastalıklar anksiyete bozuklukları, depresyon ve obsesif kompulsif bozukluktur. Psikolojik bir hastalığa



sahip biri ile evli çiftler ile hastalığa sahip olmayan çiftlerin yaşam olaylarına karşı ortaya çıkardıkları semptomların karşılaştırmasının yapıldığı bir çalışmada, bir kişinin semptomlarının seviyesinin büyük ölçüde eşinin semptom seviyeleriyle ilişkili olduğu ve bu ilişkinin, kişinin kendi yaşam olayları ve semptomları arasındaki ilişki kadar güçlü olduğu görülmektedir (Yager, Grant ve Bolus, 1984). Buradan yola çıkarak eşlerinin yaşadıkları semptomları ve yaşam olaylarına karşı gösterdikleri tepkileri en az kendileri yaşıyormuş gibi hissetmeleri sonucu ortaya çıkmakta ve bu durumda kadınların yaşam doyumlarının etkileneceği düşünülmektedir.

Evli ve bekar kadınların kendileri, aileleri ve eşlerinin kronik hastalığa sahip olup olmadığı araştırılmıştır. Çünkü araştırmalarda kronik hastalığa sahip olan kişilerin günlük hayatlarının, hayat biçimlerinin, ekonomik, psikolojik ve toplumsal durumlarının etkilendiği gösterilmektedir. Bu hastalıkların aynı zamanda iletişim problemlerine, iş veya akademik hayat zorluklarına, evlilik hayatlarının bozulmasına kadar birçok probleme yol açabileceği gösterilmektedir. Ayrıca kronik hastalıkların uzun dönemli seyirleri nedeni ile kişilerin aile ve her türlü yakın ilişkilerinde problem oluşturabileceği düşünülmektedir (Günler, 2019). Bu sebeple kişilerin hem kendilerinin kronik bir hastalığa sahip olması, hem de yakın ilişki kurdukları aileleri veya eşlerinin kronik bir hastalığa sahip olması kişilerin psikolojik yaşamı ve yaşam doyumunu etkileyeceği düşünülmektedir.

Ölçek ve alt boyutlarının birbiri ile ilişkisinin incelendiği korelasyon analiz sonuçlarına göre, depresyon alt boyutu ve anksiyete alt boyutu arasında pozitif yönlü çok kuvvetli düzeyde bir ilişki olduğu belirlenmiştir. Bu sonuca göre depresyon puanı arttıkça, anksiyete puanı da artmaktadır. Araştırmalarda depresyon hastalarında sıklıkla anksiyete bozuklukları özellikleri gözlenmiş ve anksiyete bozukluğu olanlarda da genellikle depresyon özellikleri gözlenmiştir. Depresyon hastalarının yaklaşık %85'inin anksiyeteye sahip ve anksiyete bozukluğu olan hastaların %90'ının depresyona sahip olduğu görülmektedir (Tiller, 2013). Ayrıca depresyon ve anksiyetenin ilişkisinin ölçüldüğü birçok ölçek bulunmakta ve bu ölçeklerde ikisi arasında korelasyon pozitif yönlü ve istatistiksel olarak oldukça anlamlı olarak bulunmaktadır (Dobson, 1985).

Depresyon alt boyutu ve stres alt boyutu arasında pozitif yönlü çok kuvvetli düzeyde bir ilişki olduğu belirlenmiştir. Bu sonuca göre depresyon puanı arttıkça, stres puanı da artmaktadır. Stres ve depresif dönemler arasındaki ilişkiyi destekleyen araştırmaların büyük çoğunluğu, olumsuz veya istenmeyen içeriğe sahip epizodik stresörlere dayanmaktadır. Stresin şiddet ve olumsuz olayların sayısı ile depresyonun başlama olasılığı arasında genel olarak doğrusal bir ilişki olduğuna dair bazı kanıtlar vardır (Hammen, 2005). Stresli yaşam olaylarının genellikle depresif dönemleri tetiklediği iyi bilinmektedir. Örneğin, depresyon ve stres faktörlerini dikkatlice değerlendiren birkaç toplum çalışması ve depresif dönemlerin büyük çoğunluğunun yüksek stresli yaşam olaylarından sonra geldiği sonucuna varmıştır (Hammen, 2003).

Somatizasyon ve depresyon alt boyutu arasında pozitif yönlü orta düzeyde bir ilişki olduğu belirlenmiştir. Bu sonuca göre somatizasyon puanı arttıkça, depresyon puanı da artmaktadır. Majör depresif bozukluğu olan hastalarda somatizasyon, duygusal ve bilişsel değişikliklerin reddedilmesi ile depresyonun seçici algısı ve somatik belirtilerine odaklanma olarak tanımlanmaktadır (Katon, Kleinman ve Rosen, 1982). Araştırma bulguları, depresyondan muzdarip hastaların yaklaşık %80'inin birinci basamak hekimleri tarafından değerlendirildiğini ve çoğunun psikolojik değil fiziksel şikayetlerle başvurduğunu göstermiştir (Lipowski, 1990).

Yaşam doyumu ve depresyon arasında negatif yönlü kuvvetli düzeyde bir ilişki olduğu belirlenmiştir. Bu sonuca göre yaşam doyumu puanı arttıkça, depresyon puanı azalmaktadır. Araştırmalar düşük yaşam memnuniyetinin aynı zamanda depresyonun erken bir işareti olabileceğine veya gelecekteki depresyonu tahmin edebileceğine dikkat çekmektedir (Koivumaa-Honkanen ve ark., 2004). Yapılan her türlü ölçümde yaşam memnuniyetsizliği, depresif belirtiler dahil olmak üzere kötü psikolojik sağlık ile güçlü bir şekilde ilişkili olarak bulunmuştur (Brambila-Tapia ve ark., 2020; Headey, Kelley ve Wearing, 1993; Swami ve ark., 2007).

Anksiyete alt boyutu ve stres alt boyutu arasında pozitif yönlü çok kuvvetli düzeyde bir ilişki olduğu belirlenmiştir. Bu sonuca göre anksiyete puanı arttıkça, stres puanı da artmaktadır. Yapılan araştırmalar stres ve kaygının dinamik olarak ilişkili olduğunu göstermektedir. Stresin anksiyete üretme potansiyeline sahip olduğu,

anksiyetenin bir stres döngüsü başlatabileceği ve aşırı kaygının, bir kişiyi her türlü strese karşı daha savunmasız hale getireceği düşünülmektedir. James-Lange, Cannon-Bard ve Schachter-Singer'in varsaydığı gibi, stres veya korku tepkileri ve anksiyete gibi duygular, tehlikeli veya tehdit edici nesnelere veya durumlara evrimsel olarak uyarlanabilir tepkilerdir. Bu durumda stresle karşılaşılan bir durumda anksiyete tepkilerinin veriliyor olması beklenen bir durumdur (Bystritsky ve Kronemyer, 2014).

Somatizasyon ve anksiyete alt boyutu arasında pozitif yönlü kuvvetli düzeyde bir ilişki olduğu belirlenmiştir. Bu sonuca göre somatizasyon puanı arttıkça, anksiyete puanı da artmaktadır. Somatik belirtiler özellikle depresyon veya anksiyete bozuklukları gibi psikiyatrik şikayetleri olan hastalarda diğer psikiyatrik şikayetleri olanlara göre daha yaygındır. Yapılan araştırmada somatik belirtileri olan anksiyete ve depresyon tanılı hastaların fiziksel olarak zayıflamış ve anksiyetelerinin yüksek olduğu görülmüştür (Allen, Gara, Escobar, Waitzkin ve Silver, 2001).

Yaşam doyumu ve anksiyete arasında negatif yönlü orta düzeyde bir ilişki olduğu belirlenmiştir. Bu sonuca göre yaşam doyumu puanı arttıkça, anksiyete puanı azalmaktadır. Yaşam doyumunu negatif yönde etkileyen psikolojik değerler arasında anksiyete görülmektedir (Brambila-Tapia ve ark., 2020). Psikolojik sağlık boyutlarını araştıran bir çalışmada yaşam doyumu ve anksiyete arasında orta düzeyde negatif ilişki tespit edilmiştir (Headey ve ark., 1993). Yaygın anksiyete bozukluğu olan bireylerde yapılan araştırma sonuçlarına göre kişilerde yaşam tatminsizliği görülmüştür (Stein ve Heimberg, 2004).

Somatizasyon ve stres alt boyutu arasında pozitif yönlü kuvvetli düzeyde bir ilişki olduğu belirlenmiştir. Bu sonuca göre somatizasyon puanı arttıkça, stres puanı da artmaktadır. Biriken yaşam boyu stresin, ağrı, yorgunluk, uyku bozukluğu ve nöropsikolojik semptomlarla karakterize edilen bir grup fizyolojik bozuklukla bağlantılı olduğu gösterilmektedir. Ağrı, yorgunluk, uyku bozukluğu, anksiyete, depresyon ve bilişsel işlev bozukluğu ile karakterize somatik sendromların strese maruz kalma ile ilişki olduğu düşünülmektedir. Hatta bu duruma stres kaynaklı somatik sendromlar da denilmektedir (Crofford, 2007).

Yaşam doyumu ve stres arasında negatif yönlü orta düzeyde bir ilişki olduğu belirlenmiştir. Bu sonuca göre yaşam doyumu puanı arttıkça, stres puanı azalmaktadır. Stres, kişinin çevresinde zarar olarak algıladıklarının kişisel iyi oluşu için tehdit olması durumunda ortaya çıkmaktadır ve işlevlerini olumsuz yönde etkilemektedir (Kaya, Tansey, Melekoğlu ve Çakıroğlu, 2015; Lee, Kim ve Wachholtz, 2016). Araştırmalar, stresin düşük yaşam doyumuna neden olduğunu göstermektedir (Abolghasemi ve Varaniyab, 2010; Matheny, Roque Tovar ve Curlette, 2008).

Yaşam doyumu ve somatizasyon arasında negatif yönlü orta düzeyde bir ilişki olduğu belirlenmiştir. Bu sonuca göre yaşam doyumu puanı arttıkça, somatizasyon puanı azalmaktadır. Depresyon, somatizasyon ve akademik stresin incelendiği bir araştırmada somatizasyon ve yaşam doyumu arasında negatif bir ilişki olduğu gözlenmektedir (Brambila-Tapia ve ark., 2020). Bulgular, açıklanamayan somatik şikayetleri olan hastaların "olumsuz duygulanım" (anksiyete ve depresyon yüksek puanları ile genel yaşam memnuniyetsizliği) ile ilişkili olduğunu göstermektedir (Sullivan ve Katon, 1993).

Sosyodemografik özelliklerin çoğunda depresyonun yaşam doyumunu yordadığı gözlenmiştir. Medeni durum, cinsiyet, yaş ve sosyoekonomik durum genellikle depresyon için risk faktörleri olarak kabul edilmektedir (Cotten, 1999). Depresyon sadece en sık görülen psikiyatrik bozukluk değil, aynı zamanda birinci basamak sağlık hizmeti sağlayıcıları tarafından görülen en yaygın zihinsel sağlık bozukluğu olarak tanımlanmıştır. Dahası, kadınların erkeklerin iki katı oranında depresyon yaşadıkları birçok araştırmanın sonucu olarak ele alınmıştır (Umberson ve ark., 1996). Örneklemin tamamının kadın katılımcılardan oluştuğu göz önüne alındığında daha çok depresyonun yaşam doyumunu yorduyor olarak çıkması kaçınılmazdır. Yapılan araştırmalarda depresif semptomları olan bireylerin, semptomların tanı kriterlerini karşılamaya yeterli olup olmadığına bakılmaksızın, diğer kişilere kıyasla sosyal, bireysel veya toplumsal rol, fiziksel ve genel iyi oluşta işlevsel sınırlamalar gösterdiğini desteklemektedir (Betrus, Elmore ve Hamilton, 1995). Ek olarak, Meule ve Voderholzer (2020) yaptıkları analizler sonucunda, yaşam doyumundaki artışların depresif belirtilerdeki düşüşlerle güçlü bir şekilde ilişkili olduğunu göstermektedir.

Tüm kadınlarda depresyonun ve somatizasyonun yaşam doyumunu negatif yönde yordadığı bulunmuştur. Kadınlarda depresyon ve somatizasyon yaşam doyumunu azaltan sebeplerdir. Çoğu çalışmada somatizasyonun (Wool ve Barsky, 1994) ve depresyonun (Birtchnell, 1988) kadınlarda erkeklere oranla daha fazla olduğu belirlenmiştir. Somatizasyon, genel olarak psikolojik hastalıklar ve özelde depresyon ile görülme eğilimi göstermekte (Keyes ve Ryff, 2003) ve somatik semptomların kültürel geçmişe bakılmaksızın depresif dönemlerin temel bir bileşeni olduğu görülmektedir (Montesinos ve ark., 2012). Son araştırma bulguları, depresyondan muzdarip hastaların yaklaşık %80'inin birinci basamak hekimleri tarafından değerlendirildiğini ve çoğunun psikolojik değil fiziksel şikayetlerle başvurduğunu göstermektedir. Depresif semptomları olan hastalar fiziksel semptomlara odaklanma ve ilgili somatik endişelerini ifade etme eğilimindedirler. İnkâr, baskı ve bastırma, bireylerin düşündüklerini, hissettiklerini ve ifade ettiklerini yönetmek için kullandıkları zihinsel kontrollerdir. Bazı kültürlerde, duygusal sıkıntının ifade edilmesi geleneksel olarak bastırılmakta ve bu tür bir sıkıntı, psikolojik değil somatik bir tarzda ortaya çıkmaktadır (Keyes ve Ryff, 2003; Lipowski, 1990; Simon, VonKorff, Piccinelli, Fullerton ve Ormel, 1999). Araştırmalar depresyon ve yaşam doyumu (Meule ve Voderholzer, 2020) ile somatizasyon ve yaşam doyumu arasında negatif bir ilişki olduğunu (Ali ve ark., 2010) göstermektedir. Örneklemin tamamının kadın olması sebebi ile depresyon ve somatizasyonun yaşam doyumunu negatif yönde yorduyor olduğu açıklanmaktadır. Ayrıca hem depresyon hem de somatizasyonun bir arada olması, birbirleri ile bağlantılarının olduğunu göstermektedir.

Mutluluk ve yaşam doyumu da dahil olmak üzere öznel iyi oluşun olumlu göstergeleri için medeni durum oldukça önemlidir (Chasteen, 1994). Bu sebeple kadınların hangi psikolojik problemlerin yaşam doyumlarını yordadığı ölçülürken medeni duruma göre ayırım yapılmıştır.

Hem bekar kadınların hem de evli kadınların depresyon düzeylerinin yaşam doyumu düzeylerini negatif yönde yordadığı görülmektedir. Hem evli hem de bekar kadınlarda depresyon yaşam doyumunu azaltan bir sebeptir. Yapılan çoğu çalışmada kadınların depresyon gösterme eğiliminin erkeklere oranla daha üstün olduğunu göstermektedir (Birtchnell, 1988; Boyacıoğlu ve Karancı, 1992; Gigantesco ve ark.,

2019; Mirowsky ve Ross, 1992; Paykel, 1991). Araştırmalar kadınlarda pek çok psikolojik hastalığın yüksek oranlarının özellikle evli kadınlardan açıklandığını belirtmekte, ayrıca bekar kadınlardan oranlarını daha düşük, boşanmış, ayrılmış ve dul olan kadınlardan için ise oranların genellikle yüksek olduğunu belirtmektedir. Buna ek olarak ocuk sahibi olmanın da bu oranları etkilediği düşünülmektedir (Paykel, 1991). Yüksek stres, düşük tatmin seviyesi, ocuk sahibi olmak, sosyal roller sebebi ile yüklenilen sorumluluklar, evli kadınlardan depresyon seviyelerinin yüksek olmasını açıklamaktadır (Kessler, 2003). Hiç evlenmemiş kadınlardan, yaşam tarzının verdiği özgürlük ve bağımsızlığın tadını çıkarırken, bazen yalnızlığın acısıyla karşı karşıya kalmaktadır (Dalton, 1992). Bekarların yaşadıkları duygusal yalnızlık sonucunda sosyal destek sistemlerinin etkilendiği ve böylelikle psikolojik etkileri açıkladığı görülmektedir. Araştırmalara göre bekarların benlik saygılarının daha düşük olacağı düşünülmektedir. Bu sebeple benlik saygısı, yalnızlık ve sosyal destek eksikliği gibi durumların bekarların yaşam doyumlarını etkileyeceği düşünülmektedir (Cockrum ve White, 1985; Dalton, 1992). Yalnızlığın (Cacioppo, Hughes, Waite, Hawkey ve Thisted, 2006), düşük benlik saygısının (Orth ve Robins, 2013), olumsuz hayat koşullarında sosyal destek eksikliğinin (Dalgard ve ark., 2006; Paykel, 1994) depresyon sürecinin başlamasında etkili olduğu görülmektedir. Buna bağlı olarak evli kadınlardan depresyon düzeylerinin yaşam doyumunu düzeylerini negatif yönde yordamasının nedeni sosyal rollere bağlı olan sorumluluklar, ocuk sahibi olma ve yüksek stres seviyesi ile artacak olan depresyonun yaşam doyumunu azaltacak olması, bekar kadınlardan depresyon düzeylerinin yaşam doyumunu düzeylerini negatif yönde yorduyor olmasını ise dul ve boşanmış kadınlardan da bu örneklem içerisinde olması, duygusal yalnızlık, benlik saygısı ve sosyal desteğin azlığı gibi faktörlerin depresyona sebep olacağı ve bu sebeple yaşam doyumlarının azalacağı düşünülmektedir.

Araştırmada 19 yaş ve altı bekar kadınlardan depresyon düzeyleri yaşam doyumlarını negatif , 20-29 yaşları arası bekar kadınlardan depresyon düzeyleri yaşam doyumlarını negatif, 30 yaş ve üstü bekar kadınlardan depresyon düzeyleri yaşam doyumlarını negatif yönde yordarken; 27 yaş ve altı evli kadınlardan depresyon düzeyleri yaşam doyumlarını negatif, 28-42 yaşları arası evli kadınlardan depresyon ve somatizasyon düzeyleri yaşam doyumlarını negatif, 43 yaş ve üstü kadınlardan

depresyon düzeyleri yaşam doyumlarını negatif yönde yordadığı görülmektedir. Tüm kategorilerde negatif yönde yordamanın olması depresyon veya somatizasyon düzeyleri arttıkça yaşam doyumunu düzeylerinin azalacağını göstermektedir. Depresyon, genç kadınlarda erkeklere göre 14-25 yaşları arasında iki kat daha yaygındır. Ancak antidepresan kullanım yaşının genelde 45 yaş ve sonrasında olduğu görülmekte ve ilaç tedavisindeki bu gecikme kişilerin ergenlikten genç yetişkinliğe depresyon oranlarını arttırmaktadır (Albert, 2015). Bir araştırma, 15-45 yaşları arasında depresyonun yıl içerisinde yaygınlığını daha yüksek olarak göstermektedir (Patten ve ark., 2006). Bu sonuçlar 19 yaş altı bekar kadınların ve 43 yaş üstü evli kadınların depresyon düzeylerinin yaşam doyumunu düzeylerini negatif yönde yorduyor olmasını açıklamaktadır. Çünkü bu yaş aralıklarında depresyon düzeylerinin artıyor olması yaşam doyumlarını olumsuz yönde etkileyecektir. Ayrıca araştırmalar 25-44 yaşları arasındaki evli kadınlarda, 35-65 yaşları arasındaki bekar kadınlarda depresyon seviyesini yüksek olarak bulmuştur (Paykel, 1991). Bu durum da 28-42 yaşları arası evli kadınlar ve 30 yaş üstü bekar kadınların depresyon düzeylerinin yaşam doyumunu düzeylerini negatif yönde yorduyor olmasını açıklamaktadır. Ayrıca yapılan bir araştırmada evli ve çocuğu olan 20-40 yaşları arasındaki kadınlarda belirli bir depresyon yoğunluğu gözlenmektedir. Bunların sosyal nedenlere bağlı olarak annelerin özel sorunları ile ilgili olduğu ve evlilik problemleri ile ilgili olduğu düşünülmektedir (Paykel, 1991). Ayrıca başka bir araştırmada depresyonda olan ve olmayan kadınlar benzer yaşlarda ve ekonomik düzeyde olarak belirlenmiş, mesleklerde veya yaşam tarzlarında hiçbir fark olmadığı tespit edilmiştir. Araştırmalar belirgin uzun vadeli zorluklar, sıkıntılı evlilik ve buna bağlı olarak düşük öz saygı gibi sosyal faktörlerin kişilerin depresyonu üzerinde etkili olduğunu göstermektedir (Katon, 1988). Kadınların medeni durumu fark etmeksizin tümünde en az depresyonun yaşam doyumunu yordadığı görülmekte ve örnekleme yaş aralıklarının yaklaşık olarak literatür ile uyumlu olması kadınların depresyon düzeylerinin yaşam doyumunu düzeylerini negatif yönde yorduyor olmasını açıklamaktadır. Ayrıca gençlerde yüksek akademik stres (Brambila-Tapia ve ark., 2020), bu stresin sebep olduğu çevresel etki ve hayat kalitesi (Tavakoli, Broyles, Reid, Sandoval ve Correa-Fernández, 2019) yaşam doyumunu etkilemektedir. Stresörler neredeyse herkesin günlük hayatının bir parçasıdır; fakat, kişinin stresi nasıl yönettiği vücut sistemini etkilemekte ve kişinin

olumsuz duyguların güçlendirilmesi dahil olmak üzere duygulanım ve davranışları üzerinde bir etkiye sahip olmaktadır (Tavakoli ve ark., 2019). Bu sebeple 20-29 yaşları arası bekar kadınların yaşadıkları akademik stres ve çevresel etki stresleri depresyon seviyelerini, buna bağlı olarak yaşam doyumlarını da olumsuz etkilemekte ve depresyonun yaşam doyumunu negatif yönde yorduyor olmasını açıklamaktadır. 28-42 yaşları arasındaki evli kadınların depresyon ve somatizasyon düzeylerinin yaşam doyumunu düzeylerini negatif yönde yordadığı görülmüştür. Bu yaşlar arasında evli kişilerin çocuk sahibi olması ve büyütüyor olması onları ebeveyn olarak görmemize sebep olmaktadır. Ebeveynlik kişileri psikolojik olarak etkilemekte ve bununla birlikte, kişilerin yaşam rollerinde değişiklikler, kronik yorgunluğun gelişmesi, artan mali yükler ve daha büyük iş-aile çatışması anlamına gelmekte ve bunların tümü stres seviyelerini arttırmaktadır (Helbig, Lampert, Klose ve Jacobi, 2006; Moreno-Rosset, Arnal-Remón, Antequera-Jurado ve Ramírez-Uclés, 2016). Kadınları tedaviye yönelten fiziksel şikayet türlerinde farklılık olmamasına rağmen, depresyon belirtileri yüksek olan kadınların daha fazla somatik şikayetler bildirdiği görülmüştür (Betrus ve ark., 1995). Somatizasyonun yaş ile arttığı, bu somatik şikayetlerin, genellikle yaşlanma sürecine eşlik eden fiziksel değişikliklere benzer olduğu görülmektedir (Berry, Storandt ve Coyne, 1984). Yaş aralığının yüksek olması, ebeveynlik yükleri, kronik yorgunluk gibi durumların bu durumu açıkladığı görülmektedir.

Eğitim, kadınların refahını erkeklerden daha fazla etkilemektedir çünkü kadınların güç, yetki ve kazanç gibi sosyoekonomik kaynakları daha azdır. Kadınların toplumsal dezavantajlı statüsü, genellikle erkeklerden daha az sosyoekonomik kaynağa sahip oldukları anlamına gelmektedir. Erkeklerle karşılaştırıldığında, kadınlar daha fazla ekonomik bağımlılık, ücretli istihdam için kısıtlı fırsatlar, düşük ücretli ve yerine getirilmeyen işler ve işte daha az otorite olarak görülme ile karşı karşıya kalmaktadır. Bu nedenle kadınlar, psikolojik iyilikleri için daha fazla eğitime bağımlı olmaktadır. Kadınlar, daha düşük ekonomik getiriler nedeniyle daha uzun eğitimden daha az psikolojik fayda elde etmektedirler. İyi eğitilmiş erkeklerle kıyasla, iyi eğitilmiş kadınlar daha az otorite ve özerkliğe ve daha düşük kazançlara sahiptirler (Ross ve Mirowsky, 2006). Bu sebeple kadınların eğitim durumlarının tümünde depresyon düzeyleri yaşam doyumunu düzeylerini negatif yönde yordamaktadır. Kadınların eğitim



durumları ne olursa olsun depresyon düzeyleri arttıkça yaşam doyumu düzeyleri de azalmaktadır. Yapılan bir araştırmada eğitim seviyesi ortaokuldan düşük olan kişilerin en düşük yaşam boyu depresyon oranına sahip olduğu; en yüksek yaşam boyu depresyon oranının ise diğer ortaöğretim sonrası eğitim alan kişilerde görüldüğü belirtilmekte ve yıllık depresyon yaygınlığı için de benzer bir örüntü gösterilmektedir. Bu sonuçlar, depresyon yaygınlığının eğitim düzeyine göre farklılık gösterdiğini gösterse de bu ilişki için doğrusal bir model bulunamamıştır (Akhtar-Danesh ve Landeen, 2007). Ayrıca yapılan başka bir araştırmada kadınlarda yüksek eğitim seviyesine sahip olmanın yüksek somatizasyon düzeyine sahip olmasına sebep olduğu görülmüştür (Swartz ve ark., 1989). Çünkü üniversite öğrencileri arasında depresyon, son derece yaygın bir sorun olarak görülmektedir. Üniversite öğrencileri, ergenlikten yetişkinliğe geçtikleri kritik bir geçiş dönemini ve bir kişinin hayatındaki en stresli zamanlardan biri olabilen özel bir dönemi yaşayan bir grup insandır. Uyum sağlamaya çalışmak, notları iyi tutmak, geleceği planlamak ve evden uzak durmak çoğu öğrenci için endişeye neden olmaktadır. Bu strese tepki olarak bazı öğrenciler depresyonu yaşamaktadır. Depresyonda olduklarını fark etmeden her zaman ağlayabilmekte, dersleri atlayabilmekte veya kendilerini izole edebilmektedirler. Yapılan bir araştırmada bekar öğrencilerin evli öğrencilere göre depresyona yatkın olduğu bulunmuş ve bunun nedeni olarak da bekar öğrencilerin evli öğrencilere göre istihdam, ekonomi, mezuniyet ve evlilik baskıları gibi daha stresli olaylarla karşılaşması olduğu düşünülmektedir (Sarokhani ve ark., 2013). Çıkan sonuçlara göre kadınların eğitim durumunun tamamının depresyon düzeyleri yaşam doyumu düzeylerini yordamaktadır. Bu sonuçlar hem üniversite hayatı hem de üniversite öncesi eğitim hayatının kadınlar için önemli olduğunu göstermektedir. Ancak üniversite ve üstü eğitim düzeyine sahip evli kadınların depresyon ve somatizasyon düzeylerinin yaşam doyumu düzeylerini negatif yönde yordadığı görülmektedir. Yapılan araştırmalar bekar üniversite öğrencilerinin evli öğrencilere göre daha stresli yaşamı olduğunu söylese de kişilerin birçok sorumluluğa aynı anda sahip olması kişilerde depresyon ve somatizasyonu arttırmakta ve yaşam doyumlarını azaltacağını düşündürmektedir.

Kişilerin toplumsal rolleri algılaması ve rollerin sorumluluklarını bilmesi yerleşim yeri ve bu yerleşim yerinin adetleri ve bazı kurallara bağlıdır. Araştırmalar

kırın kente göre iş birliğinden uzak bir eğilimi olduğunu göstermiştir (Günay ve Bener, 2011). Bu sebeple kadınların hayatlarının çoğunu nerede geçirdikleri, kadınlara yüklenen sorumluluklara ve karşılaştıkları günlük hayat zorluklarına işaret etmektedir. Yaşam stresinin sosyal etkileri, sosyal savunmasızlık faktörleri ve destek eksikliği ve kadınların toplumdaki rolüne bakıldığında kadınların depresyon oranlarının daha yüksek olması açıklanmaktadır (Paykel, 1991). Bu sebeple kadınların hayatlarının çoğunu geçirdikleri yerler kişilerin sosyal rollerini belirlemekte ve buna göre çoğunluğunun depresyon düzeylerinin yaşam doyumu düzeylerini negatif yönde yordadığı görülmektedir. Sadece yaşamlarının çoğunu ilçede geçirmiş evli kadınların somatizasyon düzeylerinin yaşam doyumu düzeylerini negatif yönde yordadığı görülmektedir. Araştırmalar, somatize kişilerin kadın olma, evlenmemiş ve daha düşük sosyoekonomik statüye sahip olma eğiliminde olduğunu göstermektedir (Kirmayer ve Robbins, 1991). Buna bağlı olarak kişilerin hayatlarının çoğunu geçirdikleri yerin şehir olmaması, sosyoekonomik düzey olarak daha düşük bir ortamda yaşadıklarını göstermektedir. Fakat araştırmaların aksine evlenmiş kadınların somatize olduğu görülmektedir. Çözülmeyen evlilik sorunlarının, çocukların sorumluluğunun, ev işlerinin ve daha birçok sebebin evli kadınların somatize olmasına neden olduğu düşünülmektedir.

Araştırmalar depresyon ve sosyoekonomik durum arasında bir ilişki olduğunu savunmaktadır. Son zamanlarda yapılan birkaç çalışma, sosyoekonomik durum ve psikolojik bozukluk arasında güçlü bir ters ilişki olduğunu doğrulamaktadır. Yayınlanan araştırmalar, sosyoekonomik durum tanımları ve ölçümlerindeki farklılıklara rağmen, en düşük sosyoekonomik gruptaki kişilerin depresyon olasılığının en yüksek sosyoekonomik grubunda bulunanların iki katı kadar olduğunu göstermektedir. En düşük sınıftaki kişilerin psikiyatrik bir probleme yakalanma olasılığı en yüksek sınıftakilere göre çok daha fazladır. Eğitim ve gelirin gösterdiği gibi sosyoekonomik durum da depresyon ile önemli bir ilişki göstermiştir (Akhtar-Danesh ve Landeen, 2007). Bu nedenle asgari ücret ve altı ekonomik düzeye sahip olan bekar kadınların depresyon düzeylerinin yaşam doyumu düzeylerini negatif yönde yorduyor olması literatür ile uyumlu gözükmektedir. Fakat asgari ücret ve üstü ekonomik düzeye sahip olan bekar kadınların depresyon düzeylerinin yaşam doyumu

düzeylerini negatif yönde yordadığı görülmektedir. Bu sonuca bekar kadınlar içerisinde yer alan dul veya boşanmış kadınların sebep olduğu düşünülmektedir. Çünkü boşanmış kadınların ekonomik olarak zorlandıkları, çocuklarının sorumluluklarının boşanma sonrası genelde kadınlara ait olması beklenen bir durumdur (Uunk, 2004). Bu sebeple kadınların asgari ücret ve üstü gelire sahip olsalar bile düşen gelirleri ve sahip olduğu sorumluluklarının kişilerde depresyona sebep olabileceği düşünülmektedir. Ayrıca sonuçlara göre asgari ücret üstü ekonomik düzeye sahip evli kadınların depresyon ve somatizasyon düzeylerinin yaşam doyumu düzeylerini negatif yönde yordadığı görülmektedir. Cinsiyet eşitsizliğinin gelişimi ve sürekliliği ile ilgilenen feminist teorisyenler, evli kadınların ekonomik bağımlılığını, kadınların toplumdaki ikincil konumunun sürdürülmesini sağlayan mekanizmalardan biri olarak tanımlamakta ve ekonomik bağımlılığın evli kadınlar için sorun olduğunu düşünmektedirler (Sorensen ve McLanahan, 1987).

Eğitim düzeyi, hayatlarının çoğunu geçirdikleri yer ve ekonomik düzeylerine bakıldığında görülen genel bir tablo olarak evli kadınların depresyon ve somatizasyon düzeylerinin yaşam doyumu düzeylerini negatif yönde yordadığıdır. Tüm bu sosyodemografik faktörlerin sosyoekonomik durum ile ilişkili olduğu düşünülmektedir. Evli kadınların sosyoekonomik durumlarının depresyon ve somatizasyon düzeylerini etkilediği görülmektedir. Bu durumun kadınların ekonomik olarak ailelerine bağımlı olmalarından ve sosyal statülerinden dolayı olduğu düşünülmektedir.

Hem evli hem bekar kadınların çalışma veya çalışmama durumu fark etmeksizin depresyon düzeylerinin yaşam doyumu düzeylerini negatif yönde yordadığı görülmektedir. Cinsiyet farklılıkları incelendiğinde, kadınların önemli ölçüde daha yüksek mesleki stres yaşadıkları görülmektedir. Kadınlar, yüksek statülü mesleklerde çalışsalar veya yüksek gelirli yönetici pozisyonlarına sahip olsalar bile, çocuk bakımı ve ev sorumluluklarında erkeklerden çok daha fazla oranda yer almaktadır. Bu da kadınların çalışsa da çalışmasa da sorumlu oldukları sorumluluklardan bahsetmektedir. Kadınların ait oldukları birçok rol vardır ve bu rollerin getirdiği bazı sorumluluklar vardır (Michael ve ark. 2009). Bu sorumluluklar toplumsal cinsiyet rolleri bakımından medeni durum fark etmeksizin kadınların

üzerindedir. Bu sebeple kişiler çalışmadığında ev içi sorumluluk ve düşük statü ile etkilenirken, çalıştığında iş yerindeki ayrımcılık ve hem iş hem ev yükü kişileri etkilemektedir. Ayrıca buna ek olarak, kişilerin işsiz olma durumları depresyon riskini arttırmaktadır (Roy, 1987). Bu sebeple, bu sorumluluklar altında kadınlarda depresyon düzeylerinin yaşam doyumu düzeylerini negatif yönde etkiliyor olması kaçınılmazdır.

Evlilik problemlerinin depresyona sebep olabileceği düşünülmektedir. Tatmin edici bir yakın ilişkiye ulaşmak yaşamdaki en önemli hedeflerden biri olarak tanımlanırken, bu hedefe ulaşmada veya sürdürmedeki zorluğun, depresyon dahil olmak üzere birçok olumsuz sonuca yol açmasının muhtemel olduğu düşünülmektedir. Özellikle, evlilik ilişkisinin stres ve gerginliği tetikleyebilen olumsuz yönlerinin varlığı, evliliğin depresyonu etkilediğini ileri sürmektedir. Bu teoriyi desteklemek için, evlilikteki sıkıntı ve depresyon arasındaki ilişki iyi bir şekilde incelenmiştir. Örneğin, halihazırda depresyonu olmayan insanlarla karşılaştırıldığında hem epidemiyolojik hem de tedavi arayan örneklerde görüldüğü gibi, majör depresyonlu bireyler arasında evlilik sıkıntısı daha fazla olduğu tespit edilmiştir. Ek olarak, boylamsal çalışmalardan elde edilen sonuçlar, evlilik sıkıntısının depresif semptom düzeylerini ve majör depresyonun başlangıcını öngördüğünü göstermektedir (Whisman, Weinstock ve Tolejko, 2006). Bu sebeple evlilik süresi fark etmeksizin evli kadınların depresyon düzeylerinin yaşam doyumu düzeylerini negatif yönde yorduyor olması literatür ile uyumlu görünmektedir. Ayrıca dul ve boşanmış kişilerin özellikle sürekli stres ve endişeye karşı savunmasız olabileceği gösterilmektedir (Coombs, 1991). Genelde herkes stresi yaşar, fakat boşanmış kadınlar, yeni sosyal normlara uymayı gerektiren yaşam ortamına uyum sağlamaları gerektiğinden dolayı hayatlarının doğası gereği stres riskleri daha yüksektir. Stres, zihinsel ve fiziksel hastalıklara, işlev bozukluğuna ve uyum bozukluğuna ve tüm bunların sonucunda psikolojik sağlığın etkilenmesine neden olmaktadır (Hasanvandi, Valizade, Honarmand ve Mohammadesmaeel, 2013). Çünkü boşanmış veya dul kadınların ekonomik zorluklar, duygusal problemler, çocuklarına tek başına bakma sorumluluğu, sosyal destek azlığı gibi birçok sosyal ve duygusal faktöre bağlı stres yaşadıkları düşünülmektedir (Zafar ve Kausar, 2014). Bu nedenle daha önce evlenmiş bekar kadınların evlilik süresine göre stres düzeylerinin yaşam doyumu düzeylerini negatif yönde yordadığı görülmektedir.

Yapılan araştırmada daha önce evlenmiş çocuk sahibi olan bekar kadınların somatizasyon düzeylerinin yaşam doyumu düzeylerini negatif, çocuğu olan evli kadınların depresyon düzeylerinin yaşam doyumu düzeylerini negatif, çocuğu olmayan evli kadınların depresyon ve somatizasyon düzeylerinin yaşam doyumu düzeylerini negatif yönde yordadığı görölmektedir. Araştırmalarda bekar annelerin evli annelerden önemli ölçüde daha yüksek stres seviyelerine sahip olduğu görölmektedir (Lewis ve Moon, 1997). Bekar ebeveynlerin psikolojik bozukluklar için yüksek riskli bir grup olduğu görölmektedir (Helbig ve ark., 2006). Boşanmış kadınların çocukların sorumluluğunu yüklenmeleri, çocukların eğitimi ve ekonomik durumları ile ilgili zor durumda kalmaları, ailelerinin yardımına muhtaç veya nafaka ile geçiniyor olmaları somatik şikayetlerini arttırmaktadır (Can ve Aksu, 2016; deGruy ve ark., 1987). Bu sebeple çalışmadaki bekar annelerin somatizasyon düzeyleri yaşam doyumlarını etkilemektedir. Ayrıca başka bir çalışma, evli annelerin, bekar anneler kadar yüksek bir stres yaşadıklarını, çünkü eşlerinin ev sorumluluklarının çoğunu paylaşmadığını bulmuştur (Lewis ve Moon, 1997). Literatür, sürekli olarak, bir veya daha fazla çocuğu olan evli çalışan kadınların hem bekar erkeklerden hem de kadınlardan ve evli erkek ve çocuksuz kadınlardan daha yüksek stres yaşadığını bildirmektedir (Michael ve ark., 2009). Bu stresin kişilerde depresyona yol açabileceği düşünölmektedir. Buna ek olarak yapılan araştırmalar çocuğu olmayan kadınların sosyal olarak baskı hissettikleri, kendilerinde bir sorun olduğunu düşündükleri, bazı damgalamalara maruz kaldıkları görölmektedir (Riessman, 2000). Bu nedenle çocuğu olmayan evli kadınların bu tür damgalanmalar ile depresyon ve somatizasyon yaşadıkları buna bağlı olarak yaşam doyumlarının düştüğü düşünölmektedir.

Literatürde daha zengin aktif sosyal ilişki ağlarına sahip bireylerin yaşamlarından daha memnun ve daha mutlu olma eğiliminde olduklarına dair önemli kanıtlar görölmektedir. Sosyal ilişkilerin öznel iyi oluş üzerindeki bu olumlu rolü, getirdikleri faydalarla açıklanmaktadır. Bireyin benlik duygusunu onaylama, temel aidiyet ihtiyacını karşılama ve olumlu bir onaylama kaynağı olarak karşımıza çıkmaktadır. Öznel iyi oluş düzeyleri, bir bireyin güvенеbileceęi ve sorunları veya önemli konuları tartışabileceği kişi sayısı arttıka artmaktadır. Ayrıca sosyal ilişkilerin varlığı zihinsel ve fiziksel sağlık üzerinde olumlu etkilere sahiptir ve bireyin genel iyi

oluşuna katkıda bulunurken, sosyal ilişkilerin olmaması bireyin psikolojik sıkıntıya yatkınlığını arttırmaktadır (Amati, Meggiolaro, Rivellini ve Zaccarin, 2018). Yapılan araştırmada az ve ara sıra arkadaşları ile vakit geçiren hem evli hem bekar kadınların depresyon düzeylerinin yaşam doyumu düzeylerini negatif yönde yordaması sosyal ilişkilerin azlığı ile açıklanmaktadır. Arkadaşları ile çok vakit geçiren bekar kadınların da depresyon düzeylerinin yaşam doyumu düzeylerini negatif yönde yorduyor olduğu görülmektedir. Hiç evlenmeyen bekar kadınların, geleneksel değerler göz önünde bulundurularak tasarlanmış bir sosyal dünyada yaşadıkları, bir gün evlenecek ve çocuk sahibi olacakları üzerinde düşüncelerin olması (Seccombe ve Ishii-Kuntz, 1994) bu durumun üzerlerindeki baskıyı arttırdığını düşündürmektedir. Artan baskının kişilerde depresyon düzeylerini arttıracığı ve buna bağlı olarak yaşam doyumu düzeylerini azaltacağını düşündürmektedir. Arkadaşları ile çok vakit geçiren evli kadınların stres düzeylerinin yaşam doyumu düzeylerini negatif yönde yordamasının nedeni olarak kişilerin kendi bakış açılarıyla arkadaşlarının eşleri üzerinde olan bakış açılarının farklı olması gösterilebilir. Kişiler arkadaşlarının negatif yorumlarından etkilenebilmektedir. Yapılan bir araştırmada kendi bakış açıları ve arkadaşlarının bakış açıları karşılaştırılmıştır ve arkadaşların tatmin edici ve tatmin etmeyen evliliği anlayabildikleri, karşı tarafın öz saygısının olup olmadığını anlayabildikleri görülmüştür. Kişilerin bu tür yorumlar ile evlilik ilişkilerinin etkilendiği düşünülmektedir (Murray, Holmes, Dolderman ve Griffin, 2000). Aynı zamanda arkadaşları ile ara sıra vakit geçiren evli kadınların stres düzeylerinin yaşam doyumu düzeylerini pozitif yönde yorduyor olduğu görülmektedir. Bu durum yine arkadaşlarının evlilikleri ve eşleri hakkındaki yorumlarından etkilenecekleri durumunu akla getirmekte ve bu sebeple stres düzeylerinin artacağını göstermekte, kişilerin arkadaşları ile vakit geçirmesinin sosyal ilişkilerini iyileştirmesi sebebi ile stres düzeyleri artsa bile yaşam doyumlarını artıracığını düşündürmektedir.

Yapılan bir araştırmada bekar kadınlar ev için yapılacak yatırımlar için zorlandıklarını bildirmişlerdir. Yapılan görüşmelerde kadınlar kendi sağlık, ekonomik durum ve yalnızlıklarından dolayı geleceğe dair korkularından bahsederken, işini kaybetmekten korkan, toplumda ve hatta ailesinde damgalanma korkusu yaşayan, bekarlığın insanlar tarafından talihsizlik olarak görüldüğünü düşünen, evlenmek için

üzerinde baskı hissedilen, yaşlanan anne babasının bakım yükünü üstlenme beklentisi taşıyan, ailesi tarafından torun sahibi olamayacakları dile getirilen ve çift olan kişilerle uzaklaşan birçok bekar kadın örneği görülmüştür. Kişiler, eş ya da çocuklarının olmaması, ekonomik problemler, tek başına karar verme, toplum tutumları gibi birçok dezavantajdan bahsetmişlerdir. Yine aynı araştırmada kadınlara kimlerle en çok sevgi bağı kurdukları sorulduklarında neredeyse tamamı aile üyelerinden bahsetmişlerdir. Aileleri ile olmanın yaşam doyumlarına katkı sağladığı görülmüştür. Ayrıca evlerinde bir arkadaşın bulunması kişilerin yaşam doyumunu etkilediği ve çoğunun ev arkadaşlarını sevinçleri, üzüntüleri ve hayal kırıklıklarını paylaştıkları en yakın arkadaşlarından biri olarak listeledikleri bildirilmiştir. Örneğin ev arkadaşının kaybını kendileri için felaket olabileceğini öne sürmüşlerdir (Loewenstein ve ark., 1981). Hem aile hem de arkadaş için gösterilen bu sevgi bağı kişilerin en çok bu ikisi ile yaşamasını doğrulamaktadır. Buna ek olarak aile tarafından hissedilen baskılar, toplumun olumsuz tutumu ve ekonomik problemler gibi birçok bekarlık dezavantajları, kişilerin aileleri ile yaşadıklarında özgür olamamaları, evlenmeleri için baskılar ve ebeveynlere bakım sorunları, arkadaşları ile yaşadıklarında ekonomik problemler ve toplum tutumu kişilerin her iki durumda da depresyon düzeylerinin yaşam doyumunu düzeylerini negatif yönde yordamasını açıklamaktadır.

Daha önce evlenmiş bekar kadınların somatizasyon düzeylerinin yaşam doyumunu düzeylerini negatif yönde yordadığı görülmektedir. Araştırmalar, boşanmanın kadınlar için çok zor bir durum olduğunu göstermektedir. Ayrıca bu zor duruma ek olarak kadınların aile evlerine geri dönmek zorunda olması, iş bulma zorluğu, çocukların sorumluluğu gibi durumları yaşaması somatik semptomlar yaşamalarına neden olmaktadır (Can ve Aksu, 2016). Araştırma bulguları boşanmanın somatik şikayetler üzerindeki etkisini önemli derecede ortaya koyduğu görülmektedir (Al-Krenawi ve Graham, 2004; deGruy ve ark., 1987). Araştırma bulguları boşanmanın somatik şikayetler üzerindeki önemli etkisini ortaya koymaktadır. Arap toplumundaki boşanma etkilerini ölçen bir araştırmada, boşanmanın önemli psikososyal ve ekonomik sorunlarla (Chaleby, Al-Haj ve Bukhari, 1989) ve kadının sosyal statüsünün azalmasıyla ilişkili olduğunu göstermektedir. Çünkü Arap kadınları için evlilik, sosyal ve ekonomik bir kurum ve erkekler temel geçim kaynağı olarak görülmektedir.

Dolayısıyla boşanmanın kadınlar için ciddi ekonomik sonuçları vardır. Yeniden evlenme dışında, mevcut tek geçim kaynakları ev dışında çalışmak, ebeveynlerden veya diğer aile üyelerinden elde edilen gelir veya kocalarının mahkeme kararıyla sağlanan destek ödemeleri gelir kaynakları olarak düşünülmektedir. Müslüman Arap kadınları ve boşanma üzerine yapılan birkaç ampirik çalışma, psikososyal anksiyete, izolasyon, aile sorunları, azalan özgüven, düşük yaşam doyumu, düşük ekonomik refah ve artan akıl sağlığı problemlerini tanımlamaktadır. Ayrıca boşanma o kadar damgalayıcı bir durumdur ki bu sebeple kadınlar evlilikte karşılaştıkları zorluklarla bir şekilde baş etmeye çalışmaktadırlar (Al-Krenawi ve Graham, 2004). Benzer kültürler dolayısıyla bu durum açıklanmaktadır.

Yapılan araştırmalarda romantik ilişkiye sahip olan kişilerin iyi oluşlarının romantik ilişki ile etkilendiği görülmektedir. Romantik ilişki yaşamının özgüven, benlik saygısı gibi olumlu kişilik gelişimlerine sebep olması kadar ilişki içerisinde yaşanan olumsuz durumlar sonucunda kişilerde strese sebep olduğu görülmektedir (Küçükarslan ve Gizir, 2014). Özellikle yetişkinler arasındaki romantik ilişkiler, en etkili sosyal etkileşimler arasında görülmektedir. Bu ilişkilerin olumsuz ve olumlu özellikleri, bireylerin ve partnerlerinin iyi oluşlarını etkilemektedir. İstenmeyen ilişki niteliklerinin, artan depresif belirtiler ve kötü fiziksel sağlık sonuçları gibi sonuçlara yol açtığı gösterilirken, pozitif romantik ilişki niteliklerinin, artan benlik saygısı ve yaşam doyumu gibi öznel iyi oluş faktörlerini olumlu yönde etkilediği gösterilmektedir (Roberson, Norona, Lenger ve Olmstead, 2018). Aşk, terleme, kalp atışında hızlanma, bağırsak hareketlerinde artış ve hatta ishal gibi semptomları yaşatırken oldukça stresli bir deneyim olabilmektedir. Aşık olan kişiler, bu durumu yaşamayanlara kıyasla daha yüksek kortizol seviyeleri göstermektedirler (Esch ve Stefano, 2005). Kişiler aşık olduklarında salgılanan oksitosin hormonu ve HPA eksenini hormonları aynı zamanda stres hormonlarıdır (King ve Hegadoren, 2002). Bu sebeple romantik ilişkisi olan bekar kadınların stres düzeylerinin yaşam doyumu düzeylerini negatif yönde yordaması bu şekilde açıklanmaktadır. Buna ek olarak romantik ilişkinin zirve olarak hissedildiği yıllarda daha önce bahsedildiği üzere birçok hormonal değişiklikler (her iki cinsiyet için kortizol seviyesinin yükselmesi) görülmektedir. Fakat yapılan araştırmalarda ek olarak kadınlarda testosteron seviyesinin artışı



gözlenmektedir. Bu yükselme ile kişilerde obsesyon şeklinde partnerine ilgi gösterme durumu ortaya çıkmaktadır (Marazziti ve Canale, 2004). Artan stres seviyesi ve obsesyon durumu kişilerin yaşam doyumunu olumsuz yönde etkileyeceğinden, romantik ilişkisi olan ve ilişkisinden memnun olan bekar kadınların stres düzeylerinin yaşam doyumunu düzeylerini negatif yönde yordamasını açıklamaktadır.

Duygusal yalnızlık, başka bir kişiye yakın, samimi bir bağın olmamasından kaynaklanır (Russell, Cutrona, Rose ve Yurko, 1984). Araştırmalar bireylerin daha az yakınlık bildirmesi durumunda daha fazla yalnızlık ve depresyon yaşadıklarını ve genel olarak hayatlarından daha az tatmin olduklarını göstermiştir (Erözkan, 2011). Buna bağlı olarak romantik ilişkisi olmayan bekar kadınların depresyon düzeylerinin yaşam doyumunu düzeylerini negatif yönde yordaması literatür ile uyumlu gözükmektedir.

Araştırmalar, aile işlevlerini daha iyi bildiren kişilerin genel zihinsel sağlık durumlarının daha iyi olduğunu göstermektedir. Araştırmacılar, aile işlevinin toplumda yaşam kalitesinin iyileştirilmesi ve bireysel sağlık düzeyinin yükseltilmesinde etkili olduğunu göstermektedir. Ayrıca aile sorunlarını azaltmanın, yaşam doyumunu artırmada, umut yaratmada ve yaşam becerilerini geliştirmede etkili olduğu düşünülmektedir. Aile işlevi, çocukların fiziksel, sosyal ve duygusal sağlığını etkileyen önemli bir faktör olarak bilinmektedir. Aslında aile içinde ne olduğu ve durumların nasıl işlendiği, dayanıklılığı artırmada ve mevcut ve gelecekteki riskleri azaltmada kilit bir faktör konumunda olmaktadır. Araştırmalar zayıf aile ilişkileri ile çocukların fiziksel semptomları, kaygı, uyku bozuklukları, depresyon ve bozulmuş sosyal işlevsellik arasında bir ilişki olduğunu belirlemiştir. İdeal aile işleyişi, ailedeki kişilerin ihtiyaçlarını, hedeflerini, yaşam doyumunu ve duygusal bağlarını doğrudan etkileyen bir kavram haline gelmiştir. Yapılan bir araştırmada, depresyon belirtileri ile aile işlevsizliği arasında doğrudan bir ilişki olduğu gösterilmektedir (Ghamari, 2012). Aile ilişkilerini ortalama altı olarak bildiren bekar kadınların depresyon düzeylerinin yaşam doyumunu düzeylerini negatif yönde yorduyor olması aile ilişkilerinin zayıflığının kişilerin psikolojik sağlığını olumsuz yönde etkilemesi ve yaşam doyumlarının azalması ile açıklanmaktadır. Ancak aile ilişkilerini iyi olarak bildiren bekar kadınların depresyon düzeylerinin yaşam doyumunu düzeylerini negatif yönde yorduyor olmasına

daha önce de belirtildiği üzere kişilerin aileleri tarafından baskıya uğraması ve özgür olamamaları gibi durumların neden olduğu düşünülmektedir.

Araştırmalar, tek başına ebeveynliğin, boşanmanın, yoksulluğun, madde bağımlılığının, istismarın şiddetle kısmen ilişkili olduğunu göstermektedir (Sternberg ve ark., 1993). Bir araştırma çocuklukta aile içi şiddetin yetişkin depresyonunun tekrarlaması üzerindeki büyük etkisi olduğunu ve bu şiddetin kardeş şiddeti ve diğer birçok aile üyesinden gelen şiddetten kaynaklandığını göstermektedir. Çocuklukta aile içi şiddetin uzun vadeli etkileri üzerine yapılan önceki araştırmalar, büyük ölçüde ebeveynlerden gelen şiddete odaklanmıştır. Yapılan araştırmalarda, kardeş şiddetinin daha güçlü bir etkiye sahip olduğuna dair bulgulara rastlanmıştır (Kessler ve Magee, 1994). Bu sebep ile aileleri tarafından fiziksel veya psikolojik şiddete maruz kalan bekar kadınların depresyon düzeylerinin yaşam doyumu düzeylerini negatif yönde yordaması açıklanmaktadır.

Yapılan bir araştırmada barınma, ulaşım ve boş zaman etkinliği kararlarında, görüşülen bekar kadınları etkileyen en belirgin belirleyici faktörün güvenlik olduğu görülmüştür. Kadınlar güvenli gördükleri bir yerde yaşayabilmek için daha fazla para ödeyebileceklerini, daha fazla araba kullanacaklarını ve daha uzun saatler çalışacaklarını bildirmişlerdir. Bekar kadınların, yalnızken, özellikle geceleri şehrin yalnızca belirli bölgelerine gittiklerini ve korkuları nedeniyle nadiren tek başlarına herhangi bir boş zaman etkinliğine (örneğin, bir film seyretmeye) katıldıklarını bildirmişlerdir. Aynı güvenlik endişeleri kadınların boş zaman etkinlikleri hakkındaki tartışmalarında da ortaya çıkmıştır. Yapılan bir araştırmada yirmi beş bekar kadından yirmi üçü, güvenlik kaygıları nedeniyle yalnızken keyif aldıkları boş zaman aktivitelerinden kaçındıklarını söylemişlerdir. Örneğin, kadınlardan birkaçı yürüyüşe çıkmaktan bile kaçındıklarını bildirmişlerdir. Bununla birlikte, diğer faaliyetler için de (sinemaya, gece kulüplerine, akşam yemeğine) benzer bir tepki vermiş ve kaçınılması gereken faaliyetler olarak bildirmişlerdir (Chasteen, 1994). Yapılan araştırmalar yaşam kalitesi, yaşam doyumu ve psikolojik semptomlar ve psikiyatrik hastalıklara kadar uzanan zihinsel problemler gibi çeşitli sonuç değişkenlerini kullanarak boş zaman aktivitelerinin sağlık ve iyilik hali için faydalarına dikkat çekmiştir. Bu faydalar, kişinin yaşam kalitesindeki doğrudan iyileşmelerle kendini göstermekte ve

genellikle artan psikolojik iyi oluş ve mutluluk ile tanımlanmaktadır. Boş zaman aktivitelerine katılım kişilerde depresyon ve anksiyeteden koruyucu bir faktör olarak karşımıza çıkmaktadır (Ponde ve Santana, 2000). Bu sebeple nadiren veya ara sıra ev dışı etkinliklere katılım sağlayan bekar kadınların güvenlik kaygısı ile kaçınma davranışı sergilediği düşünülmektedir. Nadiren ev dışı etkinliklerine katılan bekar kadınların depresyon düzeyleri yaşam doyumu düzeylerini negatif yönde, somatizasyon düzeyleri yaşam doyumu düzeylerini pozitif yönde etkilemektedir. Kişilerin somatik belirtileri arttığı için dışarıda bulunma durumlarını azalttıklarını bu nedenle güvenlik kaygısı yaşamadıkları için yaşam doyumlarının da arttığı düşünülmektedir. Ancak ara sıra ev dışı etkinliklere katılan bekar kadınların hem depresyon hem somatizasyon düzeyleri yaşam doyumu düzeylerini negatif yönde yordamaktadır. Bu sebeple ev dışı etkinliklere az katılımları sonucu boş zaman aktivitelerinin azalması ile kişilerde psikolojik problemlerin ortaya çıkması ve buna bağlı olarak yaşam doyumlarının azalması beklenmektedir.

Son yıllarda, bekar kadınların yaşadıkları deneyimleri keşfetmeye olan ilgi artmıştır. Erikson'un insan psikososyal gelişim aşamalarında tipik olarak 20 ila 39 yaş arasındaki erken yetişkinlik döneminde, samimi ve karşılıklı ilişkilerin kurulması vurgulanmaktadır. Bu tür ilişkilerin kurulamaması durumunda bilinmezlik ve kaygı gibi soyutlanma duyguları ile sonuçlanacağı öne sürülmektedir. Erikson, bu aşamada gelişimi teşvik etmenin tek yolunun evlilik olduğunu belirtmemiş olsa da uzun vadeli romantik ilişkiye girmenin, insan gelişiminin merkezi olduğu düşünülmektedir. Bu tür ilişkilerde bulunan kişilerin, bekar olanlara göre psikolojik olarak daha sağlıklı ve önemli ölçüde daha mutlu oldukları da görülmektedir. Bekarlığın dezavantajlarını araştıran bulgular, bekar kadınların arkadaşlık ve duygusal destek yokluğu ile mücadele ettiğini göstermektedir. Bekarlığın, katılımcılarda zavallı veya üzgün gibi olumsuz değerlendirmelerle ilişkilendirilen duygusal boşluğa yol açtığını göstermektedir. Yalnızlık, stres ve izolasyon da bekarlığın dezavantajları olarak görülmektedir (Ang, Lee ve Lie, 2020). Birçok dezavantajı ile görülen bekarlıktan memnun olmayan veya kararsız olan bekar kadınların depresyon düzeylerinin yaşam doyumu düzeylerini negatif yönde yorduyor olması, kişilerin duygusal destek eksikliği, yalnızlık ve olumsuz değerlendirmeleri ile açıklanmaktadır.

İstihdamın yararlarının kısmen artan gelir ve sosyal destek olduğu düşünülmektedir. Ayrıca işyerinde sosyal desteğin, kadınların fiziksel ve psikolojik iyi oluşunda da önemli bir rol oynadığı düşünülmekte, çünkü işyerinde destek eksikliği sonucunda yapılan analizlerde kişilerde depresyon riskinin yükseldiği gözlenmektedir (Repetti, Matthews ve Waldron, 1989). Buna ek olarak iş yaşamında kadınlara yapılan ayrımcılıklar kişilerin psikolojik sağlığını olumsuz etkilemekte ve depresyona riskini artırmaktadır (Cochrane ve Stopes-Roe, 1981). Ancak toplumsal cinsiyet rolleri nedeni ile kadınların ev içi sorumlulukları ve çocuk bakımını üstlenmeleri nedeni ile çalışan kadınları iş yaşamlarında zorlandıkları düşünülmektedir. Böylelikle evlilik doyumunu sağlamaya çalışan kadın, bir de iş doyumunu sağlamaya çalışmaktadır. Bu iki doyumun etkilediği faktör ise yaşam doyumunu olarak karşımıza çıkmaktadır (Ünüvar ve Tagay, 2015). Anlaşıldığı üzere bir kadının karşılaştığı en önemli sorun, çoklu rollerden kaynaklanan çatışmadır. Evli çalışan kadınlar, iş ve aile rollerinin beklentilerini karşılamaya çalışırken iş-aile çatışması yaşayabilmektedirler. Birden fazla rolün beklentilerinden kaynaklanan çatışmayı yönetmek zorunda kalan kadınlar sorunlar yaşamaktadırlar (Ahmad, 1995). Bu sebeple çalışan evli kadınlar işlerinde memnun olsalar da yaşadıkları bu rol çatışmasından dolayı depresyon düzeylerinin yaşam doyumunu düzeylerini negatif yönde yordaması beklenen bir durumdur. Ayrıca işlerinden memnun olmayan veya kararsız çalışan evli kadınların depresyon düzeylerinin yaşam doyumunu düzeylerini negatif yönde yorduyor olmasının, iş yerinde yaşadıkları destek eksikliği ve ayrımcılıktan kaynaklı olduğu düşünülmektedir.

Çoğu kültür anneliği hem doğal hem de kolay olarak görmekte, her kadının arzuladığı, gerçek doyuma ve gerçek mutluluğa eriştiğini gösteren bir şey olarak göstermektedir. Ancak, doğum, kadınların yaşamlarında giderek artan bir şekilde bir kriz olarak görülmekte ve onları büyük psikolojik bozukluklar riskiyle karşı karşıya bırakmaktadır. Ebeveynlikle birlikte sorumluluklar gelmekte ve sorumluluklar beraberinde hem endişe hem de ek bir iş yükü getirmektedir. Bu iş yükü orantısız bir şekilde erkeklerden çok kadınlar tarafından hissedilmektedir. Hem kadınlar hem de erkekler, çocuk bakımının kadınların işi olduğunu ve kadınların uzman olduğu veya olması gerektiğini düşünmekte, ancak erkeğin rolünün annenin bebeğe bakabilmesi için finansal destek sağlamak olduğunu öne sürmektedir. Doğum sonrası depresyonun

bildirildiği çok çeşitli kültürlerde tutarlı olan psikososyal faktörlerin, bunlar gibi kültürel beklentilerin ve bu beklentilerin kadınlar üzerinde yarattığı baskıların içselleştirilmesinden dolayı olabileceği düşünülmektedir. Kişisel nedenler, birden fazla çocuğun varlığı, bir erkek partnerin veya diğer destekleyici ilişkilerin olmaması ve bunun gibi bir dizi sosyal ve finansal problemler kişilerin yaşadıkları durumların olumsuz etkisini artırmaktadır. Yapılan bir araştırmada, eşin ev işlerine adil bir şekilde katkıda bulunduğu, kadınlarda ebeveynliğe geçişte artan evlilik kalitesi algısı ile ilişkili olduğunu, eşitsizlik algısının ise azalan evlilik kalitesi ile ilişkili olduğunu bulmuştur (Lee, 1997). Bu artan sorumluluk ve toplum beklentisi kadınların kaç çocuğa sahip olursa olsun depresyon düzeylerinin yaşam doyumu düzeylerini negatif yönde yordamasını açıklamaktadır.

Eğitimin evlilik modellerine büyük ölçüde dahil olmasının birçok nedeni vardır. İlk olarak eğitim, sosyal yakınlık ve fırsatların işleyişiyle ilgilidir. Eğitimsel kazanım süreci aynı zamanda sosyoekonomik arka plan, genel zeka ve evlilik tercihlerinde de rol oynayabilecek değerler ve tutumlar gibi özelliklere göre ilerlemektedir. Dahası, modern sanayileşmiş toplumlarda, yüksek eğitim kazanımı, prestijli ve iyi ücretli mesleklere giriş şartı olarak gösterilmektedir. Aslında bu şekilde bakıldığında gelirin ana belirleyicisinin eğitim olduğu görülmektedir. Eğitim, gelecekteki ekonomik durumun güvenilir ve istikrarlı bir göstergesi olduğu için eş seçiminde dikkate alınması gereken önemli bir özellik olarak karşımıza çıkmaktadır. Eş seçiminde özellikle kadınların bu tür özelliklere daha çok dikkat ettiği görülmektedir (Stevens ve ark. 1990). Yüksek eğitimin iyi bir gelire neden olması, düşük eğitime sahip olan kişilerin düşük gelire ve sosyoekonomik durumun düşüklüğüne neden olabileceği durumunu ortaya çıkarmaktadır. 1930'ların sonlarından bu yana psikiyatrik epidemiyolojik araştırmalar, düşük gelirli topluluklarda daha yüksek akıl hastalığı oranları bildirmiştir. Yapılan araştırmalar depresif bozukluğun sosyoekonomik durumu düşük olan kişilerde yüksek olanlara göre iki kat daha fazla olduğu gösterilmiştir. İşsizlik, konut eksikliği gibi ekonomik stres faktörleri, depresyon ve anksiyete gibi psikolojik hastalıklar için önemli bir risk faktörü haline gelmektedir (Kuruvilla ve Jacob, 2007). Eşleri ilköğretim eğitim düzeyine sahip evli kadınların sosyoekonomik problemleri olabileceği ve bu sebeple

depresyon ve somatizasyon düzeylerinin yaşam doyumu düzeylerini negatif yönde yordayacağı düşünülmektedir. Aynı zamanda eşleri lise eğitim düzeyine sahip evli kadınların anlatıldığı gibi birçok faktör sebebi ile depresyon düzeylerinin yaşam doyumu düzeylerini negatif yönde yorduyor olması açıklanmaktadır. Dikkat edilirse eğitim düzeyi düştükçe birden fazla psikolojik problemin yaşam doyumunu yorduyor olması görülmektedir.

Evli kişilerde evliliğin sosyal ve duygusal destek sağlaması, ekonomik yararları ve bunlara bağlı olarak yaşam olaylarını daha az stresli algılamaları beklenmektedir. Ancak evlilik sıkıntısı bildiren kadınların depresyon seviyelerinin yükseldiği de bildirilmiştir (Whisman ve ark., 2006). Evlilik içi stresörlerin kişilerin depresyon seviyesinde etkili olduğu düşünülmektedir (Christian-Herman, O'Leary ve Avery-Leaf, 2001). Araştırma bulguları, evlilik doyumunu kişilerde fiziksel sağlık, yaşam doyumu ve psikolojik iyiliğin güçlü bir yordayıcısı olarak karşımıza çıkarmaktadır. Araştırmalar, sevgiye dayalı veya kendi seçimi ile oluşturulan evliliklerle, ailelerin aracılığı ile olan evlilikler (görücü usulü) üzerinde çalışmıştır. Türkiye'de yapılan istatistikler sonucunda son 20 yıl içerisinde görücü usulü evliliklerin oranının 4,5 kat azaldığı gösterilmekte ve bireylerin eğitim düzeyindeki artışın kendi seçimleri ile oluşan evliliklerin artmasında rol oynadığı düşünülmektedir. Benzer şekilde, kişilerin kendi seçimleri ile olan evliliklerde evli Türklerin görücü usulü evliliklere göre daha yüksek düzeyde evlilik uyumu algıladıklarını, daha olumlu eş duyguları yaşadıklarını ve daha az evlilik çatışması yaşadıklarını bildirmiştir (Bulgan, Kemer ve Çetinkaya Yıldız, 2018). Kişilerin severek anlaşarak evlenmeleri sonucunda depresyon düzeylerinin yaşam doyumu düzeylerini negatif yönde yorduyor olması kişilerin evlilik uyumsuzluğu yaşıyor olmalarını akla getirmektedir. Görücü usulü evlenmeleri sonucunda yine depresyon düzeylerinin yaşam doyumu düzeylerini negatif yönde yorduyor olması ise algılanan evlilik uyumunun olmaması ve yine evlilik içi çatışmalardan kaynaklandığı düşünülmektedir.

Araştırmalar uzun yıllar boyunca kadınların yeniden evlilikten daha az zihinsel sağlık yararı aldığını göstermektedir. Düşük yararın sebebi olarak, çocuklar, iki aile arası, kişilerarası ilişkilerdeki karmaşadan ve kadınlara birincil sorumluluk veren cinsiyet rollerinden söz edilmektedir (Williams ve ark., 2010). Ancak ayrılık veya

boşanmanın ardından kadınların yaşam standartlarının genellikle ani bir şekilde düştüğü görüşünü destekleyen çok güçlü kanıtlar olsa da erkekler üzerindeki finansal etki daha az anlaşılmaktadır. Buna yönelik yapılan bir araştırma ayrılan çoğu erkeğin yaşam standartlarında kazanç elde etmediğini göstermekte ve her iki tarafın da bir ayrılıktan sonra önceki yaşam standartlarını kaybetme olasılığının giderek arttığını göstermektedir. Ek olarak erkeklerin önemli bir azınlığı, sadece eşinin gelirinin kaybı ve bu kaybı telafi edememesi nedeniyle ayrılık ve boşanma sonrasında yaşam standartlarının düştüğünü göstermektedir. Erkeklerin ayrılık sonrası yaptıkları zorunlu ödemelerin kişilerde ayrılığın olumsuz etkiler sağladığını göstermektedir (McManus ve DiPrete, 2001). Ayrılık sonrası ekonomik olarak olumsuz etkilenen erkeklerin, yeniden evliliğinde bu olumsuz etkinin devam etmesi beklenmektedir. Ekonomi, genç yetişkinlerin ilişki kalitesini etkileyen önemli bir faktör olarak karşımıza çıkmaktadır (Halliday Hardie ve Lucas, 2010). Ayrıca sosyal olarak yalnız kalan daha önce evlenmiş erkekler kadınlara göre daha çabuk evlenmektedir. Buna ek olarak boşanma sonrası ilk yıllarda psikosomatik belirtiler, depresyon ve mutsuzluk düzeylerinin artışı gözlenmektedir (Amato, 1994). Daha önce evlenmiş erkeklerin yeniden evliliğinde yaşadığı olumsuz ekonomik etkiler veya boşanma sonrası ilk yıllarında görülen psikolojik etkiler, kişilerin yeni evliliğindeki evlilik kalitesini etkileyeceği düşünülmektedir. Kötü evlilik kalitesi, zihinsel sağlığa doğrudan zarar vermekte ve bir dizi duygudurum yaşama riskini artırmaktadır (Williams ve ark., 2010). Bu tür birçok etki, eşi daha önce evlenmiş kadınların evliliklerini etkilemekte ve kişilerin evlilik kalitesinin düşmesi fakat duygularını ifade edememesi sebebi ile somatizasyon düzeylerinin yaşam doyumu düzeylerini negatif yönde yordadığı düşünülmektedir.

Bir hane içinde yaşayan kişilerin birlikte geçirdikleri kaliteli zamana dayalı olarak yaşam kalitesini inceleyen bir araştırmada, harcanan zaman miktarı ile ilişki doyumu ilişkilendirilmiştir. Yüz yüze eş etkileşiminin miktarı, evlilik kalitesi için kritik olarak kabul edilmektedir. Birlikte geçirilen zamanı kaliteli zaman göstergesi olması için, çiftlerin birlikte yemek yemek için zaman ayırmasının, akşamları birlikte vakit geçirmesinin ve birlikte dışarı çıkmasının önemli olduğunu varsayılmaktadır. Ancak küçük çocuk sahibi olmak ve 25-44 yaş aralığındaki daha uzun çalışma saatleri kişiler için etkileyici görülmektedir (Glorieux, Minnen ve van Tienoven, 2011).

Birlikte geçirilen zamanın azalması durumunda ilişki zorluklarının ortaya çıktığı belirlenmiştir (Guldner ve Swensen, 1995). Eşle zaman geçirmek genellikle önemli bir ilişki sürdürme stratejisi olarak görülmektedir. Eş etkileşimi ve eşlerin ortak boş zaman etkinlikleri, eşleri birbirine yaklaştırarak, evliliklerini sürdürmelerine yardımcı olmaktadır. Ancak son zamanlarda artan kişiselleştirilmiş yaşam tarzları ve çoklu çalışma programları, bir çiftin boş zamanlarını birlikte geçirme fırsatlarını etkilemektedir (Voorpostel, Van Der Lippe ve Gershuny, 2010). Düşük kaliteli bir evliliğin, majör depresyonun başlama riskini artıracığı düşünülmektedir. Evlilik kalitesi ile depresyon arasındaki ilişki, çiftlerin iletişim kurma, etkileşim kurma ve birbirlerine destek sunma biçimleri, evlilik atıfları, kronik stres, başa çıkma, nevroz, benlik saygısı, bağlanma stilleri ve sosyo-demografik değişkenleri ile ilgili olduğu görülmektedir (Goldfarb ve Trudel, 2019). Kişilerin eşleri ile ev içi-ev dışı az zaman geçirmesi evlilik kaliteleri ve ilişki doyumlarını düşürecek ve bu sebeple depresyona sebep olabilecektir. Bu nedenle eşleri ile ev içi-ev dışı etkinliklere katılmayan evli kadınların depresyon düzeylerinin yaşam doyumu düzeylerini negatif yönde yordadığı açıklanmaktadır. Ancak eşleri ile ev içi-ev dışı etkinliklere katılan evli kadınların küçük çocuğa sahip olması veya uzun iş saatleri sebebi ile bu kaliteli zamanının etkilendiği düşünülerek depresyon düzeylerinin yaşam doyumu düzeylerini negatif yönde yordadığı açıklanmaktadır.

Kadınların eşlerinden hem duygusal hem de ev işleri açısından destek görmek istedikleri düşünülmektedir. Yapılan bir araştırma evli kadınlarla yapılan görüşmelerde, kadınlar eşlerinin evde hiçbir iş yapmadığını bildirmiş ve genellikle ev işlerini kendilerinin yaptığını belirtmişlerdir (Ünüvar ve Tagay, 2015). Araştırmacılar ayrıca kadınların eşlerinden daha az duygusal destek aldıklarını da göstermişlerdir. Bu nedenle, evliliğin kadınlar için erkeklerden daha az yararlı görünmesi şaşırtıcı değildir. Özellikle, evli kadınlar evli erkeklerden daha kötü psikolojik ve fiziksel sağlık ve daha az evlilik doyumu bildirmektedir. Kadınların iyi oluşu için evlilikten ziyade evlilik kalitesi daha önemli görünmektedir. Sosyal destek ve evlilik üzerine yapılan araştırmalar, bir eşten gelen duygusal desteğin hem daha fazla evlilik doyumunun hem de daha az evlilik çatışmasının önemli bir belirleyicisi olduğunu ve kadınlar için erkeklerden daha fazla önemli olduğunu defalarca ortaya çıkarmaktadır. Duygusal



desteğin, genel olarak kadınların ilişkilerinde yakınlığa verdiği önem nedeniyle kadınların iyi oluşu için daha önemli olduğu düşünölmektedir (Mickelson, Claffey ve Williams, 2006). Evlilik uyumsuzluğuna karşı kadınların özellikle duygu odaklı başa çıkma, yaşadıkları zorluklara odaklanma ve daha büyük depresyon riski taşıyarak evlilik sorunları için kendilerini suçlama olasılıklarının daha fazla olduğu bildirilmiştir (Fincham, Beach, Harold ve Osborne, 1997). Ortaya çıkan zorluklar sonucunda sıkıntılarını ifade etmek ve sosyal yüklerinden kurtulmak gibi belirli kişisel hedeflere ulaşma girişimleri için somatizasyon yaşadıkları düşünölmektedir (Al-Krenawi ve Graham, 2004). Kişilerin evlilikte eşlerinden gördükleri desteğin kendileri için bazen yeterli olması, kişilerin psikolojik ve fiziksel sağlığını etkilemekte ve daha az evlilik doyumunu bildirdiklerini göstermektedir. Bu sebeple kişilerin destek eksikliği nedeni ile depresyon ve somatizasyon düzeylerinin yaşam doyumunu düzeylerini negatif yönde yorduyor olması beklenen bir durum olarak karşımıza çıkmaktadır.

Araştırmacılar, ilişkinin cinsel yönlerinden duyulan tatminin, evli çiftlerin genel ilişki doyumunda gerçekten önemli bir rol oynadığını göstermiştir. Özellikle araştırmacılar, çiftlerin cinsel tatmini evlilik mutluluğunun ve işleyişinin en önemli bileşenlerinden biri olarak değerlendirdiklerini bulmuşlardır (Litzinger ve Gordon, 2005). Başka bir çalışmada cinsel doyum ve yaşam doyumunun önemli ölçüde ilişkili olduğu bulunmuştur (Woloski-Wruble, Oliel, Leefsma ve Hochner-Celnikier, 2010). Araştırmalarda stresin fiziksel yakınlığı da etkilediği görölmüştür. Araştırma, cinsel hayatın kalitesi ve sıklığından memnuniyet ve cinsel işlev bozukluğunun olmaması, daha fazla sevgi duyguları, evlilik mutluluğu ve daha düşük evlilik çatışması seviyeleri ile karakterize edilen tatmin edici bir cinsel ilişkiyi birbirine bağlamaktadır. Ayrıca, evlilik içi gerginlik ve çatışma biçimindeki stresin, daha düşük cinsel tatmin ve daha yüksek cinsel işlev bozukluğu olasılığı ile değiştini göstermektedir (Bodenmann, Ledermann ve Bradbury, 2007). Evliliğinde cinsel hayatından bazen memnun olan evli kadınların depresyon düzeylerinin negatif, stres düzeylerinin pozitif yönde ve somatizasyon düzeylerinin yaşam doyumunu düzeylerini negatif yönde yordadığı görölmektedir. Yaşanan stresin cinsel hayat kalitesini etkileyen olumsuz bir faktör olduğu araştırmalarda görölmektedir. Ancak bu çalışmada stresin yaşam doyumunu ile pozitif ilişkide olması, yaşam doyumunu arttıran nedeninin stres olduğunu

göstermektedir. Kadınların bazen memnun olma durumu dikkate alındığında, memnun oldukları zamanlar içerisinde stres seviyeleri artsa dahi cinsel tatminin sağlandığı ve buna bağlı olarak yaşam doyumunun da arttığı akıllara gelmektedir. Depresyonun ise cinsel isteğin ve tatminin azalması ile karakterize olduğu bilinmektedir (Reynaert, Zdanowicz, Janne ve Jacques, 2010). Somatizasyonun ise duyguları ve düşünceleri ifade edememe durumundan kaynaklanan fiziksel belirtiler olduğu (Simon ve ark., 1999) ve kültüre bağlı olarak kişilerin cinsel isteklerini ifade edememesi ile bağlantılı olabileceği düşünülmektedir. Bu sebeple somatizasyon düzeyleri arttıkça yaşam doyumları da azalacaktır. Tüm analiz sonuçları içerisinde bu grupta birçok değişkenin yaşam doyumunu etkiliyor olması cinsel hayat memnuniyetinin önemini bir kez daha göstermektedir.

İçsel stresin (örneğin, olumsuz iletişim kalıpları ve ilişki çatışmaları, bir eşin sağlık sorunları) ve dış stresin (örneğin, iş stresi, finansal stres, kökeni aileden kaynaklanan stres ve yoksul mahallelerde yaşamak) evlilikte önemli bir rol oynadığı görülmektedir. Bu çerçevede, evlilikte gerginlik ve çatışma olasılığını artıran kronik küçük streslerin ilişki kalitesini aşındırdığı için evlilik için özellikle zararlı olduğunu varsaymaktadır (Bodenmann ve ark., 2007). Yapılan bir dizi araştırma, evlilik sorunları ile depresif semptomatolojinin etkileşimini ele almıştır. Eş ve eşlerin depresif semptom puanları arasındaki korelasyonun, evlilik uyumsuzluk puanları arasındaki korelasyon kadar anlamlı olduğu görülmüştür. Kişilerin çatışma yaşaması evlilik uyumunu etkilemekte, evlilik uyumu etkilenen kişilerde ise depresyon riski artmaktadır (O'Leary, Christian ve Mendell, 1994). Bu sebeple ara sıra da olsa bir tartışmanın olması kişilerin içsel veya dış stresten etkilendiği veya her zaman eşleri ile tartışma yaşayan evli kadınların gerginlik ve çatışma sonucunda evlilik uyumsuzluğu göstermesi, her iki durumda da depresyon düzeylerinin yaşam doyumunu düzeylerini negatif yönde yordamasını açıklamaktadır.

Fiziksel ve psikolojik şiddet oldukça yaygın bir sorun olmakla birlikte, kadınlarda önemli psikolojik sıkıntılara ve sık fiziksel yaralanmalara neden olmaktadır (Cano ve Vivian, 2001; Ellsberg, Jansen, Heise, Watts ve Garcia-Moreno, 2008). Ek olarak, yakın partner şiddeti, kadınların hayatlarını tehdit etmektedir. Çünkü araştırmalar, farklı olumsuz yaşam stres faktörlerinin olumsuz duygudurum ve sağlık

sonuçlarıyla ilişkili olduğunu göstermiştir. Stres düzeyi yüksek olan erkeklerin daha fazla şiddet uygulama eğiliminde olduğu görülmüş, ayrıca bu kişilerin düşük evlilik tatmini bildirdiği de görülmüştür. Stresin olumsuz birçok etkiye sahip olabileceğine dair kanıtlara rağmen, az sayıda aile içi şiddet çalışması vardır (Cano ve Vivian, 2001). Avustralyalı kadınlar üzerinde yapılan bir çalışma, daha önce evlenmiş veya evli kadınların %23'ünün ilişki sırasında veya sonrasında partnerleri tarafından şiddete maruz kaldığını göstermiştir. Ayrıca yakın partnerlerinin fiziksel, duygusal ve cinsel şiddetinin, son yirmi yılda yapılan araştırma bulguları ile kadınların psikolojik sağlığı üzerindeki etkileri doğrulanmaktadır. Bir çalışma, yakın şiddetinin kadınların psikolojik sağlığı üzerindeki ciddiyetini ve daha uzun süreli etkilerini göstermektedir. Şiddet öyküsü bildiren kadınların, yaşamları boyunca hiçbir şiddet öyküsü bildirmeyen kadınlara göre fobiler, depresyon, distimi, anksiyete, madde ve alkol bağımlılığı ve travma sonrası stres bozukluğu tanısı aldıkları görülmüştür (Ellsberg ve ark., 2008; Roberts, Lawrence, Williams ve Raphael, 1998). Ayrıca psikolojik sağlığı olumsuz etkilenmiş kişilerin şiddet deneyimlerini hatırlama veya rapor etme olasılıklarının daha yüksek olduğu görülmüştür. Örneğin depresyonda olan kadınların diğer kadınlara göre daha olumsuz olaylar hatırladığı görülmüştür (Ellsberg ve ark., 2008). Bu sebeple eşleri tarafından fiziksel veya psikolojik şiddete uğramış evli kadınların depresyon düzeylerinin yaşam doyumu düzeylerini negatif yönde yordadığı açıklanmaktadır.

Son zamanlarda yapılan birçok boylamsal çalışma, evliliğe başlamanın psikolojik iyi oluştaki artışlar ve psikolojik sıkıntıdaki düşüşlerle ilişkili olduğunu göstermiştir (Williams ve ark., 2010). Evlilik, insanlara yaşamlarında daha büyük bir anlam duygusu vermektedir. Evli kalmak psikolojik sorunları da tamponlayabilmekte çünkü evlilik, sosyal ve duygusal destek kaynağı sağlamaktadır. Araştırmalar, bireylerin duygusal iyilik hallerinin evlendiklerinde önemli ölçüde arttığını göstermektedir (Hawkins ve Booth, 2005). Ayrıca Alman yetişkinler üzerinde yapılan araştırmalarda, evlilikle başlayan dönemde yaşam doyumunun arttığını, ancak yaklaşık 5 yıl içinde tekrar düştüğünü göstermektedir. Yaşam boyunca evlilik ilişkisinin kalitesindeki değişikliklere ilişkin araştırmalar, dolaylı olarak, evliliğin psikolojik sağlık yararlarının zamanla yok olabileceğini ileri sürmektedir (Williams ve

ark., 2010). Bu sebeple evli olmaktan memnun olmayan ve kararsız evli kadınların uzun evlilik sürelerine sahip olabileceği düşünülmekte ve yaşam doyumu azaldıkça depresyon arttığı için depresyon düzeylerinin yaşam doyumu düzeylerini yordadığı açıklanmaktadır. Buna bağlı olarak evli olmaktan memnun olmayan kadınların hiç evlenmemiş olmayı diliyor olmaları kaçınılmazdır. Bu sebeple hiç evlenmemiş olmayı dileyen evli kadınların da depresyon düzeylerinin yaşam doyumu düzeylerini negatif yönde yorduyor olması beklenen bir durumdur.

Kadınlar depresyona erkeklerden daha yatkındır (Kessler, 2003) ve bu artan yatkınlık üreme sisteminin endokrin kontrolündeki değişikliklerden kaynaklanan olaylara atfedilmektedir. Bu değişiklikler adet döngüsü sırasında, doğum sonrası ve menopoz sırasında meydana gelmektedir. Bazen bu sendromlara eşlik eden ciddi duygudurum bozuklukları, yalnızca cinsiyet hormonu dengesindeki değişikliklerle açıklanamadığı için, bu bozuklukları geliştiren kadınların çeşitli psikososyal nedenlerle de duyarlı oldukları fikrine artan bir ilgi vardır (Noble, 2005). Buna ek olarak birinci basamakta fiziksel bozukluklar için tedavi arayan hastalarda ortaya çıkan depresyon yaygınlığı yaklaşık olarak %12 ile %55 arasında değişmektedir. Kadınlar üzerinde yapılan bir araştırmada kadınları tedaviye götüren fiziksel şikayet türlerinde farklılık olmadığı, ayrıca depresyon belirtileri yüksek olan kadınlarda daha fazla fiziksel şikayet olduğu belirlenmiştir (Betrus ve ark., 1995). Depresyon, kronik hastalıklar ve yaşam kalitesi arasındaki ilişki birçok araştırmada incelenmiştir. Depresyonun kronik durumu daha kötüleştirici etkisi, sağlık durumunu ve yaşam kalitesini etkilediği düşünülmektedir. Birçok kronik hastalığın depresyon ile görüldüğü ortaya çıkmaktadır (Cruz, Almeida ve Polanczyk, 2010). Bu sebeple medeni durum farketmeksizin, depresyonun kadınlarda görülme sıklığı ve birçok psikolojik hastalıkla komorbid olması psikolojik hastalığa sahip kişilerin depresyon düzeylerinin yaşam doyumu düzeylerini negatif yönde yorduyor olmasını, kronik rahatsızlığa sahip kişilerin depresyon yaygınlığını fazla olması ve depresyon arttıkça fiziksel şikayetin artıyor olması da kronik hastalığı olan kadınların depresyon düzeylerinin yaşam doyumu düzeylerini negatif yönde yorduyor olmasını açıklamaktadır.

#### 4.1. SINIRLILIKLAR

Covid-19 virüsü, Aralık 2019'da Çin'in Wuhan kentinin bir deniz ürünleri toptan satış pazarında nedeni bilinmeyen zatürre hastalarından oluşan bir grup ile ortaya çıkmış ve hala devam etmektedir (Zhu ve ark., 2020). Uzun süren pandemi dönemi, kuşkusuz yaygın duygusal sıkıntıya ve Covid-19 ile ilişkili stresörler ise psikolojik hastalık riskinin artmasına katkıda bulunmaktadır (Pfefferbaum ve North, 2020). Türkiye'de yapılan bir çalışmada, pandemi döneminde kadınlarda depresyon, anksiyete ve sağlık kaygısı düzeylerinin erkeklere göre daha yüksek olduğu görülmüş ve Covid-19 pandemisi sırasında psikolojik etkinin kadınlar üzerinde daha büyük olabileceğini göstermiştir. Kadın cinsiyeti, pandemilerden sonra travma sonrası stres bozukluğu semptomlarının en güçlü belirleyicisi olarak tanımlanmıştır. Bir çalışmada, kadınlar Covid-19 pandemisi sırasında hastalık hakkında erkeklerden daha iyi bilgilendirilmiş ve maske takmak ve toplu alanlardan kaçınmak gibi tavsiyelere daha fazla uymuş olsalar da pandeminin kontrol altına alınıp alınamayacağını bilmediklerini bildirmişlerdir (Özdin ve Bayrak Özdin, 2020). Çin'de salgının zirve yaptığı dönemde, salgının psikolojik sağlığa etkilerini inceleyen bir araştırmada ise genel popülasyonda orta şiddetli depresyon, anksiyete ve somatizasyon tespit edilmiştir (Ran ve ark., 2020). Ayrıca salgın nedeni ile karantina ve izolasyon amacı ile kişilerin evlerinde kalmaları, ekonomik bazı etkilere sebep olduğu kadar kadına karşı şiddeti ve kadınların üzerindeki sorumlulukları da artırmıştır (Ünal ve Gülseren, 2020). Kadınların değişkenlerin neredeyse tamamında depresyon düzeylerinin yaşam doyumu düzeylerini yorduyor olması bu durumdan etkilenebileceklerini akla getirmektedir. Ayrıca depresyon ile somatizasyonun bir arada görülmesi yine pandemi sebebi ile olabileceğini düşündürmektedir. Bu durum çalışmanın sınırlılıklarındandır. Fakat ölçek toplam puan ortalamalarının yüksek olmaması da göz önünde bulundurulmalıdır.

Ayrıca evli kadın sayısının bekar kadınlardan daha fazla olması, dul ve boşanmış kadın sayısının az olması, genel örneklemin eğitim düzeyinin yüksek olması ve sosyoekonomik düzeyi yüksek olması araştırmanın sınırlılıklarındandır.

## SONUÇ

Araştırmanın sonucuna bakıldığında kadınlarda yaşam doyumunun, depresyon, anksiyete, stres ve somatizasyon ile negatif ilişkili olduğu bulunmuştur. Bu durum yaşam doyumu arttıkça bu psikolojik problemlerin azalacağını göstermektedir. Bu psikolojik problemlerin birbirleri arasında pozitif ilişkili olduğu görülmektedir. Sonuçların neredeyse tamamında kadınların depresyon düzeylerinin yaşam doyumu düzeylerini yordadığı görülmektedir. Bu durumda ölçülen diğer psikolojik problemlerden en çok depresyonun medeni duruma bakılmaksızın tüm kadınların yaşam doyumu üzerinde etkili bir rolü olduğunu göstermektedir. Kadınların depresyon, kaygı, stres ve somatizasyon düzeylerinin bir kısmının grup özelliklerine göre değişmekle birlikte incelenen grupların yaşam doyumunu yordadığı tespit edilmiş ve test edilen hipotezler doğrulanmıştır. Sonuca ulaşan bu analizlerin gelecek çalışmalara katkıda bulunması beklenmekte ve gelecek çalışmalarda daha fazla faktörün incelenmesi önerilmektedir.

Araştırmanın sınırlılıklarına gelindiğinde, katılımcılarının tamamının kadınlardan oluşması ve veri toplama sürecinin pandemi süreci ile aynı dönemde olması çalışmanın sınırlılıklarındandır. Bu dönemde etkilenen ekonomik ve sosyal hayat, herkesi etkilediği gibi kadınları da yakından etkilemiştir. Artan ev sorumlulukları, işsizlik problemleri, aile içi şiddet ve ekonomik problemler daha çok kadınların etkilenmesine neden olmuştur. Çalışmanın veri toplama süreci her ne kadar izolasyon süreci ve salgının zirve dönemi dışında olmuş olsa da kişilerin bu durumdan etkilenebileceği düşünülmektedir.

Çalışmanın gelecekte pandemi şartları dışında tekrar yapılması ve örneklem sayısının artırılması ve evli bekar sayısının eşitliğinin sağlanması, her eğitim düzeyi ve sosyoekonomik duruma sahip kişilerin yer alması ile daha kapsamlı bir çalışma yapılması önerilmektedir.

## KAYNAKÇA

- Abolghasemi, A., & Varaniyab, S. T.** (2010). Resilience and perceived stress: predictors of life satisfaction in the students of success and failure. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 5, 748-752.
- Acock, A. C., & Hurlbert, J. S.** (1993). Social networks, marital status, and well-being. *Social Networks*, 15(3), 309-334.
- Adams, G. A., King, L. A., & King, D. W.** (1996). Relationships of job and family involvement, family social support, and work–family conflict with job and life satisfaction. *Journal of Applied Psychology*, 81(4), 411-420.
- Ahmad, A.** (1995). Role conflict and coping behaviour of married working women. *Pertanika Journal of Social Science and Humanities*, 3(2), 97-104.
- Akhtar-Danesh, N., & Landeen, J.** (2007). Relation between depression and sociodemographic factors. *International Journal of Mental Health Systems*, 1(1), 1-9.
- Akın, A., & Çetin, B.** (2007). Depresyon anksiyete stres ölçeği (DASÖ): Geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Kuram ve Uygulamada Eğitim Bilimleri*, 7(1), 241-268.
- Albert, P. R.** (2015). Why is depression more prevalent in women?. *Journal of Psychiatry & Neuroscience: JPN*, 40(4), 219-221.
- Ali, A., Deuri, S. P., Deuri, S. K., Jahan, M., Singh, A. R., & Verma, A. N.** (2010). Perceived social support and life satisfaction in persons with somatization disorder. *Industrial Psychiatry Journal*, 19(2), 115-118.
- Al-Krenawi, A., & Graham, J. R.** (2004). Somatization among Bedouin-Arab women: differentiated by marital status. *Journal of Divorce & Remarriage*, 42(1-2), 131-143.

- Al-Krenawi, A., & Graham, J. R.** (2004). Somatization among Bedouin-Arab women: differentiated by marital status. *Journal of Divorce & Remarriage*, 42(1-2), 131-143.
- Allen, L. A., Gara, M. A., Escobar, J. I., Waitzkin, H., & Silver, R. C.** (2001). Somatization: a debilitating syndrome in primary care. *Psychosomatics*, 42(1), 63-67.
- Al-Modallal, H.** (2012). Psychological partner violence and women's vulnerability to depression, stress, and anxiety. *International Journal of Mental Health Nursing*, 21(6), 560-566.
- Amati, V., Meggiolaro, S., Rivellini, G., & Zaccarin, S.** (2018). Social relations and life satisfaction: the role of friends. *Genus*, 74(1), 1-18.
- Amato, P. R.** (1994). The impact of divorce on men and women in India and the United States. *Journal of Comparative Family Studies*, 25(2), 207-221.
- APA American Psychological Association, Girls and Women Guidelines Group.** (2018). *APA guidelines for psychological practice with girls and women*. Retrieved from <http://www.apa.org/about/policy/psychological-practice-girls-women.pdf>
- Amerikan Psikiyatri Birliği.** (2013). *DSM-5 Tanı Ölçütleri Başvuru El Kitabı*. (Çev. E. Köroğlu). Ankara: Hekimler Yayın Birliği (Hyb Yayıncılık).
- Andreski, P., Chilcoat, H., & Breslau, N.** (1998). Post-traumatic stress disorder and somatization symptoms: a prospective study. *Psychiatry Research*, 79(2), 131-138.
- Aneshensel, C. S., Frerichs, R. R., & Clark, V. A.** (1981). Family roles and sex differences in depression. *Journal of Health and Social Behavior*, 379-393.
- Ang, C. S., Lee, K. F., & Lie, X.** (2020). Understanding Singleness: A Phenomenological Study of Single Women in Beijing and Singapore. *The Qualitative Report*, 25(8), 3080-3100.



- Argyle, M.** (2013). The psychology of happiness. *Routledge Newyork*.
- Azim, M. T., Haque, M. M., & Chowdhury, R. A.** (2013). Gender, marital status and job satisfaction an empirical study. *International Review of Management and Business Research*, 2(2), 488-498.
- Bal, M. D.** (2014). Toplumsal Cinsiyet Eşitsizliğine Genel Bakış. *Kadın Sağlığı Hemşireliği Dergisi*, 1(1), 15-28.
- Bandelow, B., & Michaelis, S.** (2015). Epidemiology of anxiety disorders in the 21st century. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 17(3), 327-335.
- Bandelow, B., Michaelis, S., & Wedekind, D.** (2017). Treatment of anxiety disorders. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 19(2), 93-107.
- Barlow, D. H.** (2000). Unraveling the mysteries of anxiety and its disorders from the perspective of emotion theory. *American Psychologist*, 55(11), 1247-1263.
- Barry, W. A.** (1970). Marriage research and conflict: An integrative review. *Psychological Bulletin*, 73(1), 41-54.
- Barsky, A. J.** (1979). Patients who amplify bodily sensations. *Annals of Internal Medicine*, 91(1), 63-70.
- Bass, C., & Murphy, M.** (1995). Somatoform and personality disorders: syndromal comorbidity and overlapping developmental pathways. *Journal of Psychosomatic Research*, 39(4), 403-427.
- Başar, F.** (2017). Toplumsal cinsiyet eşitsizliği: Kadın sağlığına etkisi. *Acıbadem Sağlık Bilimleri Dergisi*, 8(3), 131-137.
- Beasley, M., Thompson, T., & Davidson, J.** (2003). Resilience in response to life stress: the effects of coping style and cognitive hardiness. *Personality and Individual Differences*, 34(1), 77-95.
- Bebbington, P.** (1985). Three cognitive theories of depression. *Psychological Medicine*, 15(4), 759-769.

- Beck, A. T., & Alford, B. A.** (2009). *Depression: Causes and treatment*. University of Pennsylvania Press.
- Beck, A. T., & Beamesderfer, A.** (1974). Assessment of depression: the depression inventory. *In Psychological Measurements in Psychopharmacology*, 7, 151-169. Karger Publishers.
- Beesdo-Baum, K., & Knappe, S.** (2012). Developmental epidemiology of anxiety disorders. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics*, 21(3), 457-478.
- Beidoğlu, M., & Batman, K. A.** (2014). Üniversite Öğrencilerinin Kadının Toplumsal Cinsiyet Rollerine İlişkin Görüşleri: Kuzey Kıbrıs Örneği. *Kadın/Woman 2000*, 15(1), 45-71.
- Berry, J. M., Storandt, M., & Coyne, A.** (1984). Age and sex differences in somatic complaints associated with depression. *Journal of Gerontology*, 39(4), 465-467.
- Betrus, P. A., Elmore, S. K., & Hamilton, P. A.** (1995). Women and somatization: unrecognized depression. *Health Care for Women International*, 16(4), 287-297.
- Binbay, T., Direk, N., Aker, T., Akvardar, Y., Alptekin, K., Cimilli, C., Çam, B., Deveci, A., Gültekin, B.K., Şar, V., Taycan, O.** (2014). Türkiye’de psikiyatrik epidemiyoloji: yakın zamanlı araştırmalarda temel bulgular ve gelecek için öneriler. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 25, 264-81.
- Birtchnell, J.** (1988). Depression and family relationships: A study of young, married women on a London housing estate. *The British Journal of Psychiatry*, 153(6), 758-769.
- Bodenmann, G., Ledermann, T., & Bradbury, T. N.** (2007). Stress, sex, and satisfaction in marriage. *Personal Relationships*, 14(4), 551-569.

- Boyacıoğlu, G., & Karancı, A. N.** (1992). The relationship of employment status, social support, and life events with depressive symptomatology among married Turkish women. *International Journal of Psychology*, 27(1), 61-71.
- Brambila-Tapia, A. J. L., Meda-Lara, R. M., Palomera-Chávez, A., de-Santos-Ávila, F., Hernández-Rivas, M. I., Bórquez-Hernández, P., & Juárez-Rodríguez, P.** (2020). Association between personal, medical and positive psychological variables with somatization in university health sciences students. *Psychology, Health & Medicine*, 25(7), 879-886.
- Bridges, K. W., & Goldberg, D. P.** (1985). Somatic presentation of DSM III psychiatric disorders in primary care. *Journal of Psychosomatic Research*, 29(6), 563-569.
- Brodsky, C. M.** (1984). Sociocultural and interactional influences on somatization. *Psychosomatics*, 25(9), 673-680.
- Bromberger, J. T., Kravitz, H. M., Matthews, K., Youk, A., Brown, C., & Feng, W.** (2009). Predictors of first lifetime episodes of major depression in midlife women. *Psychological Medicine*, 39(1), 55-64.
- Brown, R. J., Schrag, A., & Trimble, M. R.** (2005). Dissociation, childhood interpersonal trauma, and family functioning in patients with somatization disorder. *American Journal of Psychiatry*, 162(5), 899-905.
- Bulgan, G., Kemer, G., & Çetinkaya Yıldız, E.** (2018). Marital satisfaction of Turkish individuals: the role of marriage type, duration of marriage, and personality traits. *International Journal of Humanities and Social Science*, 8(1), 88-97.
- Bystritsky, A., & Kronemyer, D.** (2014). Stress and anxiety: counterpart elements of the stress/anxiety complex. *Psychiatric Clinics*, 37(4), 489-518.
- Cacioppo, J. T., Hughes, M. E., Waite, L. J., Hawkley, L. C., & Thisted, R. A.** (2006). Loneliness as a specific risk factor for depressive symptoms: cross-sectional and longitudinal analyses. *Psychology and Aging*, 21(1), 140-151.

- Caetano, R., & Cunradi, C.** (2003). Intimate partner violence and depression among Whites, Blacks, and Hispanics. *Annals of Epidemiology, 13*(10), 661-665.
- Cameron, P.** (1975). Mood as an indicant of happiness: Age, sex, social class, and situational differences. *Journal of Gerontology, 30*(2), 216-224.
- Can, Y., & Aksu, N. B.** (2016). Boşanma Sürecinde ve Sonrasında Kadın. *Electronic Journal of Social Sciences, 15*(58), 888-902.
- Cano, A., & Vivian, D.** (2001). Life stressors and husband-to-wife violence. *Aggression and Violent Behavior, 6*(5), 459-480.
- Carstensen, L. L., & Charles, S. T.** (1998). Emotion in the second half of life. *Current Directions in Psychological Science, 7*(5), 144-149.
- Chaleby, K., Al Haj, O., & Bukhari, H.** (1989). Divorced Saudi women: a study of a psychiatric outpatient population, *Arab Journal of Psychiatry, 1*(1), 43-47.
- Charles, S. T., & Almeida, D. M.** (2007). Genetic and environmental effects on daily life stressors: More evidence for greater variation in later life. *Psychology and Aging, 22*(2), 331.
- Chasteen, A. L.** (1994). "The world around me": The environment and single women. *Sex Roles, 31*(5-6), 309-328.
- Chen, C.** (2001). Aging and life satisfaction. *Social Indicators Research, 54*(1), 57-79.
- Cheng, G., Zhang, D., & Ding, F.** (2015). Self-esteem and fear of negative evaluation as mediators between family socioeconomic status and social anxiety in Chinese emerging adults. *International Journal of Social Psychiatry, 61*(6), 569-576.
- Chipperfield, J. G., & Havens, B.** (2001). Gender differences in the relationship between marital status transitions and life satisfaction in later life. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences, 56*(3), 176-186.

- Christian-Herman, J. L., O'Leary, K. D., & Avery-Leaf, S.** (2001). The impact of severe negative events in marriage on depression. *Journal of Social and Clinical Psychology, 20*(1), 24-40.
- Chui, W. H., & Wong, M. Y.** (2016). Gender differences in happiness and life satisfaction among adolescents in Hong Kong: Relationships and self-concept. *Social Indicators Research, 125*(3), 1035-1051.
- Cleary, P. D.** (1987). Gender differences in stress-related disorders. *Gender and Stress, 39-72.*
- Cleary, P. D., & Mechanic, D.** (1983). Sex differences in psychological distress among married people. *Journal of Health and Social Behavior, 24*(2), 111-121.
- Cochrane, R., & Stopes-Roe, M.** (1981). Women, marriage, employment and mental health. *The British Journal of Psychiatry, 139*(5), 373-381.
- Cockrum, J., & White, P.** (1985). Influences on the life satisfaction of never-married men and women. *Family Relations, 34*(4), 551-556.
- Cohn, M. A., Fredrickson, B. L., Brown, S. L., Mikels, J. A., & Conway, A. M.** (2009). Happiness unpacked: positive emotions increase life satisfaction by building resilience. *Emotion, 9*(3), 361-368.
- Cole, M. G., & Dendukuri, N.** (2003). Risk factors for depression among elderly community subjects: a systematic review and meta-analysis. *American Journal of Psychiatry, 160*(6), 1147-1156.
- Collyer, J. A.** (1979). Psychosomatic illness in a solo family practice. *Psychosomatics, 20*(11), 762-767.
- Compton, J., & Pollak, R. A.** (2014). Family proximity, childcare, and women's labor force attachment. *Journal of Urban Economics, 79,* 72-90.
- Coombs, R. H.** (1991). Marital status and personal well-being: A literature review. *Family Relations, 40*(1), 97-102.

- Cotten, S. R.** (1999). Marital status and mental health revisited: Examining the importance of risk factors and resources. *Family Relations*, 48(3), 225-233.
- Craig, T. K. J., Boardman, A. P., Mills, K., Daly-Jones, O., & Drake, H.** (1993). The South London somatisation study. *The British Journal of Psychiatry*, 163(5), 579-588.
- Craske, M. G.** (2003). Origins of phobias and anxiety disorders: Why more women than men?. Elsevier.
- Crocq, M. A.** (2015). A history of anxiety: from Hippocrates to DSM. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 17(3), 319-325.
- Crofford, L. J.** (2007). Violence, stress, and somatic syndromes. *Trauma, Violence, & Abuse*, 8(3), 299-313.
- Crohan, S. E., Antonucci, T. C., Adelman, P. K., & Coleman, L. M.** (1989). Job Characteristics And Well-Being At Midlife Ethnic and Gender Comparisons. *Psychology of Women Quarterly*, 13(2), 223-235.
- Cruz, L. N., de Almeida Fleck, M. P., & Polanczyk, C. A.** (2010). Depression as a determinant of quality of life in patients with chronic disease: data from Brazil. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 45(10), 953-961.
- Csikszentmihalyi, M.** (1997). Flow and education. *Namta Journal*, 22(2), 2-35.
- Cummins, R. A.** (1998). The second approximation to an international standard for life satisfaction. *Social Indicators Research*, 43(3), 307-334.
- Cummins, R. A.** (2005). The domains of life satisfaction: An attempt to order chaos. *In Citation Classics from Social Indicators Research*, 559-584. Springer, Dordrecht.
- Cummins, R. A., & Nistico, H.** (2002). Maintaining life satisfaction: The role of positive cognitive bias. *Journal of Happiness Studies*, 3(1), 37-69.

- Çilli, A. S., Kaya, N., Bodur, S., Özkan, İ., & Kucur, R.** (2004). Ev kadınlarında ve çalışan evli kadınlarda psikolojik belirtilerin karşılaştırılması. *Genel Tıp Dergisi*, *14*(1), 1-5.
- Çivitci, A.** (2015). Perceived stress and life satisfaction in college students: Belonging and extracurricular participation as moderators. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, *205*, 271-281.
- Daig, I., Herschbach, P., Lehmann, A., Knoll, N., & Decker, O.** (2009). Gender and age differences in domain-specific life satisfaction and the impact of depressive and anxiety symptoms: a general population survey from Germany. *Quality of Life Research*, *18*(6), 669-678.
- Dalgard, O. S., Dowrick, C., Lehtinen, V., Vazquez-Barquero, J. L., Casey, P., Wilkinson, G., ... & Dunn, G.** (2006). Negative life events, social support and gender difference in depression. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *41*(6), 444-451.
- Dalton, S. T.** (1992). Lived experience of never-married women. *Issues in Mental Health Nursing*, *13*(2), 69-80.
- Damasio, B. F., de Melo, R. L. P., & da Silva, J. P.** (2013). Meaning in life, psychological well-being and quality of life in teachers. *Paidéia*, *23*(54), 73-82.
- De Gucht, V., & Fischler, B.** (2002). Somatization: a critical review of conceptual and methodological issues. *Psychosomatics*, *43*(1), 1-9.
- Debats, D. L.** (1990). The life regard index: reliability and validity. *Psychological Reports*, *67*(1), 27-34.
- deGruy, F., Crider, J., Hashimi, D. K., Dickinson, P., Mullins, H. C., & Troncale, J.** (1987). Somatization disorder in a university hospital. *The Journal of Family Practice*, *25*(6), 579-584.

- Demirtaş, E. T., Hatipoğlu-Sümer, Z., & Fincham, F. D.** (2017). Intimate partner violence in Turkey: The Turkish intimate partner violence attitude scale-revised. *Journal of Family Violence, 32*(3), 349-356.
- Diener, E.** (2009). Assessing subjective well-being: Progress and opportunities. *In Assessing Well-being, 25-65.* Springer, Dordrecht.
- Diener, E. D., Emmons, R. A., Larsen, R. J., & Griffin, S.** (1985). The satisfaction with life scale. *Journal of Personality Assessment, 49*(1), 71-75.
- Diener, E., & Chan, M. Y.** (2011). Happy people live longer: Subjective well-being contributes to health and longevity. *Applied Psychology: Health and Well-Being, 3*(1), 1-43.
- Diener, E., & Diener, M.** (2009). Cross-cultural correlates of life satisfaction and self-esteem. *In Culture and Well-being, 71-91.* Springer, Dordrecht.
- Diener, E., & Ryan, K.** (2009). Subjective well-being: A general overview. *South African Journal of Psychology, 39*(4), 391-406.
- Diener, E., Lucas, R. E., & Oishi, S.** (2002). Subjective well-being: The science of happiness and life satisfaction. *Handbook of Positive Psychology, 2, 63-73.*
- Diener, E., Sapyta, J. J., & Suh, E.** (1998). Subjective well-being is essential to well-being. *Psychological Inquiry, 9*(1), 33-37.
- Diener, E., Suh, E., & Oishi, S.** (1997). Recent findings on subjective well-being. *Indian Journal of Clinical Psychology, 24, 25-41.*
- Dinç, M.** (2012). Aaron Temkin Beck: After Cricritical Thinking to A Creative Psychotherapy Theory. *Journal of Cognitive-Behavioral Psychotherapy and Research, 1*(2), 70-76.
- Dobson, K. S.** (1985). The relationship between anxiety and depression. *Clinical Psychology Review, 5*(4), 307-324.
- Dobson, K. S., & Dozois, D. J.** (Eds.). (2011). Risk factors in depression. Elsevier.



- Doğan, A., & Cebioğlu, S.** (2011). Beliren yetişkinlik: Ergenlikten yetişkinliğe uzanan bir dđnem. *Türk Psikoloji Yazıları*, 14(28), 11-21.
- Doğan, C.** (1998). Türkiye'de Boşanma Sorununun Sosyolojik ve İstatistiki Açıdan Değerlendirilmesi. *Sosyoloji Konferansları*, (25), 59-69.
- Doğan, ř.** (2016). Boşanma Nedenlerine Yđnelik Tutumlar: Boşanmayı Artırıcı veya Engelleyici Faktđrlere Yđnelik Tutum Đlçeđi Geliştirme Çalışması. *Itobiad: Journal of the Human & Social Science Researches*, 5(4), 991-1011.
- Dohrenwend, B. P., & Dohrenwend, B. S.** (1976). Sex differences and psychiatric disorders. *American Journal of Sociology*, 81(6), 1447-1454.
- Durak, M., şenol-Durak, E., & Gençöz, T.** (2010). Psychometric properties of the satisfaction with life scale among Turkish university students, correctional officers, and elderly adults. *Social Indicators Research*, 99(3), 413-429.
- Dđlgerler, ř.** (2000). İlkđretim Okulu Đđretmenlerinde Somatizasyon Đlçeđinin Geçerlik ve Gđvenirliđi. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik ve Gđvenirliđi. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik YO (Doctoral dissertation, Yđksek Lisans Tezi, İzmir).
- Ellsberg, M., Jansen, H. A., Heise, L., Watts, C. H., & Garcia-Moreno, C.** (2008). Intimate partner violence and women's physical and mental health in the WHO multi-country study on women's health and domestic violence: an observational study. *The Lancet*, 371(9619), 1165-1172.
- Erđzkan, A.** (2011). The attachment styles bases of loneliness and depression. *International Journal of Psychology and Counselling*, 3(9), 186-193.
- Ertan, T.** (2008). Psikiyatrik bozuklukların epidemiyolojisi. Türkiye'de Sık Karşılaşılan Psikiyatrik Hastalıklar Sempozyumu. *İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakđltesi Sđrekli Tıp Eğitimi*, 62, 25-30.

- Esch, T., & Stefano, G. B.** (2005). The neurobiology of love. *Neuroendocrinology Letters*, 26(3), 175-192.
- Estes, W. K., & Skinner, B. F.** (1941). Some quantitative properties of anxiety. *Journal of Experimental Psychology*, 29(5), 390-400.
- Fendrich, M., Warner, V., & Weissman, M. M.** (1990). Family risk factors, parental depression, and psychopathology in offspring. *Developmental Psychology*, 26(1), 40-50.
- Fergusson, D. M., McLeod, G. F. H., Horwood, L. J., Swain, N. R., Chapple, S., & Poulton, R.** (2015). Life satisfaction and mental health problems (18 to 35 years). *Psychological Medicine*, 45(11), 2427-2436.
- Fernandez-Ballesteros, R., Zamarron, M. D., & Ruiz, M. A.** (2001). The contribution of socio-demographic and psychosocial factors to life satisfaction. *Ageing & Society*, 2, 1-28.
- Fincham, F. D., Beach, S. R., Harold, G. T., & Osborne, L. N.** (1997). Marital satisfaction and depression: Different causal relationships for men and women?. *Psychological Science*, 8(5), 351-356.
- Fink, G.** (2016). Stress, definitions, mechanisms, and effects outlined: lessons from anxiety. In *Stress: Concepts, Cognition, Emotion, and Behavior*, 1, 3-11. Academic Press.
- Finlay-Jones, R., & Brown, G. W.** (1981). Types of stressful life event and the onset of anxiety and depressive disorders. *Psychological Medicine*, 11(4), 803-815.
- Fischer-Homberger, E.** (1972). Hypochondriasis of the eighteenth century—neurosis of the present century. *Bulletin of the History of Medicine*, 46(4), 391-401.
- Flanagan, J. C.** (1978). A research approach to improving our quality of life. *American Psychologist*, 33(2), 138-147.
- Ford, C. V.** (1986). The somatizing disorders. *Psychosomatics*, 27(5), 327-337.

- Frankl, V. E.** (1985). *Man's search for meaning*. Simon and Schuster.
- Fredrickson, B. L., & Joiner, T.** (2002). Positive emotions trigger upward spirals toward emotional well-being. *Psychological Science, 13*(2), 172-175.
- Freeman, A., Tyrovolas, S., Koyanagi, A., Chatterji, S., Leonardi, M., Ayuso-Mateos, J. L., ... & Haro, J. M.** (2016). The role of socio-economic status in depression: results from the courage (aging survey in Europe). *BMC Public Health, 16*(1), 1098-1106.
- Freud, S., Ferenczi, S., & Brabant, E.** (1993). *The Correspondence of Sigmund Freud and Sándor Ferenczi: 1920-1933*. Harvard University Press.
- Fujita, F., Diener, E., & Sandvik, E.** (1991). Gender differences in negative affect and well-being: the case for emotional intensity. *Journal of Personality and Social Psychology, 61*(3), 427-434.
- Garfinkel, P. E., & Goldbloom, D. S.** (2000). Mental health--getting beyond stigma and categories. *Bulletin of the World Health Organization, 78*(4), 503-505.
- Gargiulo, R. A., & Stokes, M. A.** (2009). Subjective well-being as an indicator for clinical depression. *Social Indicators Research, 92*(3), 517-527.
- Ghamari, M.** (2012). Family function and depression, anxiety, and somatization among college students. *International Journal of Academic Research in Business and Social Sciences, 2*(5), 101-105.
- Gigantesco, A., Fagnani, C., Toccaceli, V., Stazi, M. A., Lucidi, F., Violani, C., & Picardi, A.** (2019). The relationship between satisfaction with life and depression symptoms by gender. *Frontiers in Psychiatry, 10*, 419-428.
- Glorieux, I., Minnen, J., & van Tienoven, T. P.** (2011). Spouse "together time": Quality time within the household. *Social Indicators Research, 101*(2), 281-287.
- Goldfarb, M. R., & Trudel, G.** (2019). Marital quality and depression: a review. *Marriage & Family Review, 55*(8), 737-763.

- Gove, W. R.** (1972). The relationship between sex roles, marital status, and mental illness. *Social Forces*, 51(1), 34-44.
- Gove, W. R.** (1978). Sex differences in mental illness among adult men and women: An evaluation of four questions raised regarding the evidence on the higher rates of women. *Social Science & Medicine. Part B: Medical Anthropology*, 12, 187-198.
- Gove, W. R., & Tudor, J. F.** (1973). Adult sex roles and mental illness. *American Journal of Sociology*, 78(4), 812-835.
- Guldner, G. T., & Swensen, C. H.** (1995). Time spent together and relationship quality: Long-distance relationships as a test case. *Journal of social and Personal Relationships*, 12(2), 313-320.
- Güçlü, N.** (2001). Stres yönetimi. *Gazi Üniversitesi Gazi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 21(1), 91-109.
- Günay, G., & Bener, Ö.** (2011). Kadınların toplumsal cinsiyet rolleri çerçevesinde aile içi yaşamı algılama biçimleri. *Türkiye Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 15(3), 157-171.
- Günler, O. E.** (2019). Kronik Hastalıkların Yol Açtığı Bazı Toplumsal Problemler. *Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, (42), 392-400.
- Hahn, B. A.** (1993). Marital status and women's health: The effect of economic marital acquisitions. *Journal of Marriage and Family*, 55(2), 495-504.
- Halliday Hardie, J., & Lucas, A.** (2010). Economic factors and relationship quality among young couples: Comparing cohabitation and marriage. *Journal of Marriage and Family*, 72(5), 1141-1154.
- Hamarat, Dennis Thompson, Karen M. Zabrocky, Don Steele, Kenneth B. Matheny, Ferda Aysan, E.** (2001). Perceived stress and coping resource

availability as predictors of life satisfaction in young, middle-aged, and older adults. *Experimental Aging Research*, 27(2), 181-196.

**Hammen, C.** (2003). Interpersonal stress and depression in women. *Journal of Affective Disorders*, 74(1), 49-57.

**Hammen, C.** (2005). Stress and depression. *Annual Reviews Clinical Psychology*, 1, 293-319.

**Hankin, B. L., & Abela, J. R. (Eds.).** (2005). Development of psychopathology: A vulnerability-stress perspective. *Sage Publications*.

**Hasanvandi, S., Valizade, M., Honarmand, M. M., & Mohammadesmaeel, F.** (2013). Effectiveness of stress management on mental health of divorced women. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 84, 1559-1564.

**Hathaway, S. R., & Briggs, P. F.** (1957). Some normative data on new MMPI scales. *Journal of Clinical Psychology*, 13, 364-368.

**Haug, T. T., Mykletun, A., & Dahl, A. A.** (2004). The association between anxiety, depression, and somatic symptoms in a large population: the HUNT-II study. *Psychosomatic Medicine*, 66(6), 845-851.

**Hawkins, D. N., & Booth, A.** (2005). Unhappily ever after: Effects of long-term, low-quality marriages on well-being. *Social Forces*, 84(1), 451-471.

**Headey, B., Kelley, J., & Wearing, A.** (1993). Dimensions of mental health: Life satisfaction, positive affect, anxiety and depression. *Social Indicators Research*, 29(1), 63-82.

**Heer, D. M.** (1985). Effects of sibling number on child outcome. *Annual Review of Sociology*, 11(1), 27-47.

**Helbig, S., Lampert, T., Klose, M., & Jacobi, F.** (2006). Is parenthood associated with mental health?. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 41(11), 889-896.

- Henning, E. R., Turk, C. L., Mennin, D. S., Fresco, D. M., & Heimberg, R. G.** (2007). Impairment and quality of life in individuals with generalized anxiety disorder. *Depression and Anxiety, 24*(5), 342-349.
- Hettema, J. M., Neale, M. C., & Kendler, K. S.** (2001). A review and meta-analysis of the genetic epidemiology of anxiety disorders. *American Journal of Psychiatry, 158*(10), 1568-1578.
- Hickson, J., Housley, W. F., & Boyle, C.** (1988). The relationship of locus of control, age, and sex to life satisfaction and death anxiety in older persons. *The International Journal of Aging and Human Development, 26*(3), 191-199.
- Higgins, J. E., & Endler, N. S.** (1995). Coping, life stress, and psychological and somatic distress. *European Journal of Personality, 9*(4), 253-270.
- Hoehn-Saric, R.** (1979). Anxiety: normal and abnormal. *Psychiatric Annals, 9*(9), 11-24.
- Hong, S. M., & Giannakopoulos, E.** (1994). The relationship of satisfaction with life to personality characteristics. *The Journal of Psychology, 128*(5), 547-558.
- Huang, H., Liu, S., Sharma, A., Zou, F., Tian, F., & Wu, H.** (2018). Factors associated with life satisfaction among married women in rural China: a cross-sectional study based on large-scale samples. *Psychology Research and Behavior Management, 11*, 525-533.
- Inglehart, R.** (2002). Gender, aging, and subjective well-being. *International Journal of Comparative Sociology, 43*(3-5), 391-408.
- Janson, P., & Mueller, K. F.** (1983). Age, ethnicity, and well-being: A comparative study of Anglos, Blacks, and Mexican Americans. *Research on Aging, 5*(3), 353-367.
- Karal, D., & Aydemir, E.** (2012). Türkiye'de kadına yönelik şiddet. *International Strategic Research Organization (USAK)*.

- Karamustafaloğlu, O., & Yumrukçal, H.** (2011). Depresyon ve anksiyete bozuklukları. *Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni*, 45(2), 65-74.
- Karlsen, E., Dybdahl, R., & Vitterso, J.** (2006). The possible benefits of difficulty: How stress can increase and decrease subjective well-being. *Scandinavian Journal of Psychology*, 47(5), 411-417.
- Katon, W.** (1988). Depression: Somatization and social factors. *Journal of Family Practice*, 27(6), 579-580.
- Katon, W., Kleinman, A., & Rosen, G.** (1982). Depression and somatization: a review: Part I. *The American Journal of Medicine*, 72(1), 127-135.
- Katon, W., Ries, R. K., & Kleinman, A.** (1984). The prevalence of somatization in primary care. *Comprehensive Psychiatry*, 25(2), 208-215.
- Kaya, B.** (2007). Depresyon: Sosyo-ekonomik ve kültürel pencereden bakış. *Klinik Psikiyatri*, 10(6), 11-20.
- Kaya, B., & Kaya, M.** (2007). 1960'lardan Günümüze Depresyonun Epidemiyolojisi, Tarihsel Bir Bakış. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 10(6), 3-10.
- Kaya, C., Tansey, T. N., Melekoğlu, M., & Çakıroğlu, O.** (2015). Stress and life satisfaction of Turkish college students. *College Student Journal*, 49(2), 257-261.
- Kermen, U., Tosun, N. İ., & Doğan, U.** (2016). Yaşam doyumu ve psikolojik iyi oluşun yordayıcısı olarak sosyal kaygı. *Eğitim Kuram ve Uygulama Araştırmaları Dergisi*, 2(1), 20-29.
- Kesebir, S.** (2004). Depresyon ve somatizasyon. *Klinik Psikiyatri*, 1, 14-19.
- Keskin, A., Ünlüoğlu, İ., Bilge, U., & Yenilmez, Ç.** (2013). Ruhsal Bozuklukların Yaygınlığı, Cinsiyetlere Göre Dağılımı ve Psikiyatrik Destek Alma ile İlişkisi. *Archives of Neuropsychiatry/Noropsikiyatri Arsivi*, 50(4), 344-351.

- Kessler, R. C.** (2003). Epidemiology of women and depression. *Journal of Affective Disorders, 74*(1), 5-13.
- Kessler, R. C., & Magee, W. J.** (1994). Childhood family violence and adult recurrent depression. *Journal of Health and Social Behavior, 35*(1), 13-27.
- Kessler, R. C., & McLeod, J. D.** (1984). Sex differences in vulnerability to undesirable life events. *American Sociological Review, 49*(5), 620-631.
- Kessler, R. C., & McRae Jr, J. A.** (1982). The effect of wives' employment on the mental health of married men and women. *American Sociological Review, 47*(2), 216-227.
- Kessler, R. C., Davis, C. G., & Kendler, K. S.** (1997). Childhood adversity and adult psychiatric disorder in the US National Comorbidity Survey. *Psychological Medicine, 27*(5), 1101-1119.
- Kessler, R. C., McGonagle, K. A., Zhao, S., Nelson, C. B., Hughes, M., Eshleman, S., ... & Kendler, K. S.** (1994). Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: results from the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry, 51*(1), 8-19.
- Kessler, R. C., Price, R. H., & Wortman, C. B.** (1985). Social factors in psychopathology: Stress, social support, and coping processes. *Annual Review of Psychology, 36*(1), 531-572.
- Keyes, C. L., & Ryff, C. D.** (2003). Somatization and mental health: A comparative study of the idiom of distress hypothesis. *Social Science & Medicine, 57*(10), 1833-1845.
- Kıvrak, Y., Gey, N., Kıvrak, H. A., Kokaçya, M. H., Çöpoğlu, Ü. S., & Arı, M.** (2015). Kadına yönelik eş şiddeti, çocukluk travmaları, depresyon ve yaşam kalitesi: Toplum temelli çalışma. *Anatolian Journal of Psychiatry/Anadolu Psikiyatri Dergisi, 16*(5), 314-322.



- Kızılgöl, Ö. A.** (2012). Kadınların işgücüne katılımının belirleyicileri: Ekonometrik bir analiz. *Doğuş Üniversitesi Dergisi*, 13(1), 88-101.
- King, S. L., & Hegadoren, K. M.** (2002). Stress hormones: how do they measure up?. *Biological Research for Nursing*, 4(2), 92-103.
- Kirmayer, L.** (1986). Somatization and the social construction of illness experience. *In Illness Behavior*, 111-133. Springer, Boston, MA.
- Kirmayer, L. J.** (1984). Culture, affect and somatization: Part I. *Transcultural Psychiatric Research Review*, 21(3), 159-188.
- Kirmayer, L. J., & Robbins, J. M.** (1991). Three forms of somatization in primary care: prevalence, co-occurrence, and sociodemographic characteristics. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 179(11), 647-655.
- Kline, N. S.** (1964). The practical management of depression. *JAMA*, 190(8), 732-740.
- Klonoff, E. A., Landrine, H., & Campbell, R.** (2000). Sexist discrimination may account for well-known gender differences in psychiatric symptoms. *Psychology of Women Quarterly*, 24(1), 93-99.
- Koivumaa-Honkanen, H., Honkanen, R., Antikainen, R., Hintikka, J., Laukkanen, E., Honkalampi, K., & Viinamäki, H.** (2001). Self-reported life satisfaction and recovery from depression in a 1-year prospective study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 103(1), 38-44.
- Koivumaa-Honkanen, H., Kaprio, J., Honkanen, R., Viinamäki, H., & Koskenvuo, M.** (2004). Life satisfaction and depression in a 15-year follow-up of healthy adults. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 39(12), 994-999.
- Koss, M. P., Koss, P. G., & Woodruff, W. J.** (1991). Deleterious effects of criminal victimization on women's health and medical utilization. *Archives of Internal Medicine*, 151(2), 342-347.

- Kroenke, K., Jackson, J. L., & Judith Chamberlin, P. A.** (1997). Depressive and anxiety disorders in patients presenting with physical complaints: clinical predictors and outcome. *The American Journal of Medicine*, 103(5), 339-347.
- Kuruvilla, A., & Jacob, K. S.** (2007). Poverty, social stress & mental health. *Indian Journal of Medical Research*, 126(4), 273.
- Küçükarslan, M., & Gizir, C. A.** (2014). Üniversite öğrencilerinin romantik ilişki inançlarının çeşitli değişkenler açısından incelenmesi. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*, 5(42), 148-159.
- Labouvie-Vief, G., & DeVoe, M.** (1991). Emotional regulation in adulthood and later life: A developmental view. *Annual Review of Gerontology and Geriatrics*, 11, 172-194.
- Lader, M.** (1985). The nature of clinical anxiety in modern society. *Issues in Mental Health Nursing*, 7(1-4), 309-334.
- Lang, P. J., & McTeague, L. M.** (2009). The anxiety disorder spectrum: Fear imagery, physiological reactivity, and differential diagnosis. *Anxiety, Stress, & Coping*, 22(1), 5-25.
- Lang, P. J., Bradley, M. M., & Cuthbert, B. N.** (1998). Emotion, motivation, and anxiety: Brain mechanisms and psychophysiology. *Biological Psychiatry*, 44(12), 1248-1263.
- Lee, C.** (1997). Social context, depression and the transition to motherhood. *British Journal of Health Psychology*, 2(2), 93-108.
- Lee, J., Kim, E., & Wachholtz, A.** (2016). The effect of perceived stress on life satisfaction: The mediating effect of self-efficacy. *Ch'ongsonyonhak Yongu*, 23(10), 29.
- Lee, S. N.** (1998). Marital status, gender, and subjective quality of life in Korea. *Development and Society*, 27(2), 35-49.

- Leon, A. C., Portera, L., & Weissman, M. M.** (1995). The social costs of anxiety disorders. *The British Journal of Psychiatry*, *166*(27), 19-22.
- Lewinsohn, P. M., & Libet, J.** (1972). Pleasant events, activity schedules, and depressions. *Journal of Abnormal Psychology*, *79*(3), 291-295.
- Lewinsohn, P. M., Gotlib, I. H., Lewinsohn, M., Seeley, J. R., & Allen, N. B.** (1998). Gender differences in anxiety disorders and anxiety symptoms in adolescents. *Journal of Abnormal Psychology*, *107*(1), 109-117.
- Lewinsohn, P. M., Redner, J., & Seeley, J. R.** (1991). The relationship between life satisfaction and psychosocial variables: New perspectives. Subjective well-being: An interdisciplinary perspective, *21*, 141-169.
- Lewinsohn, P. M., Rohde, P., Seeley, J. R., & Fischer, S. A.** (1991). Age and depression: unique and shared effects. *Psychology and Aging*, *6*(2), 247-260.
- Lewis, K. G., & Moon, S.** (1997). Always single and single again women: A qualitative study. *Journal of Marital and Family Therapy*, *23*(2), 115-134.
- Linden, M., & Muschalla, B.** (2007). Anxiety disorders and workplace-related anxieties. *Journal of Anxiety Disorders*, *21*(3), 467-474.
- Linley, A.** (2008). The How of Happiness: A Scientific Approach To Getting The Life You Want. *An International Journal of Theory, Research and Practice*, *1*(1), 99-101.
- Linzer, M., Spitzer, R., Kroenke, K., Williams, J. B., Hahn, S., Brody, D., & DeGruy, F.** (1996). Gender, quality of life, and mental disorders in primary care: results from the PRIME-MD 1000 study. *The American Journal of Medicine*, *101*(5), 526-533.
- Lipowski, Z. J.** (1967). Review of consultation psychiatry and psychosomatic medicine: II. Clinical aspects. *Psychosomatic Medicine*, *29*(3), 201-224.
- Lipowski, Z. J.** (1987). Somatization: medicine's unsolved problem. Psychosomatics: *Journal of Consultation and Liaison Psychiatry*, *28*(6), 294-297.

- Lipowski, Z. J.** (1988). Somatization: the concept and its clinical application. *Am J Psychiatry*, *145*(11), 1358-1368.
- Lipowski, Z. J.** (1990). Somatization and depression. *Psychosomatics: Journal of Consultation and Liaison Psychiatry*, *31*(1), 13–21.
- Litzinger, S., & Gordon, K. C.** (2005). Exploring relationships among communication, sexual satisfaction, and marital satisfaction. *Journal of Sex & Marital Therapy*, *31*(5), 409-424.
- Loewenstein, S. F., Bloch, N. E., Campion, J., Epstein, J. S., Gale, P., & Salvatore, M.** (1981). A study of satisfactions and stresses of single women in midlife. *Sex Roles*, *7*(11), 1127-1141.
- Loewenthal, K., Goldblatt, V., Gorton, T., Lubitsch, G., Bicknell, H., Fellowes, D., & Sowden, A.** (1995). Gender and depression in Anglo-Jewry. *Psychological Medicine*, *25*(5), 1051-1063.
- Lovibond, P. F., & Lovibond, S. H.** (1995). The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour Research and Therapy*, *33*(3), 335-343.
- Lubben, J. E.** (1989). Gender differences in the relationship of widowhood and psychological well-being among low income elderly. *Women & Health*, *14*(3-4), 161-189.
- Lucas, R. E., Clark, A. E., Georgellis, Y., & Diener, E.** (2003). Reexamining adaptation and the set point model of happiness: reactions to changes in marital status. *Journal of Personality and Social Psychology*, *84*(3), 527.
- Luthans, F.** (2002). Positive organizational behavior: Developing and managing psychological strengths. *Academy of Management Perspectives*, *16*(1), 57-72.
- Lyubomirsky, S.** (2008). *The how of happiness: A scientific approach to getting the life you want.* Penguin.

- Lyubomirsky, S., King, L., & Diener, E.** (2005). The benefits of frequent positive affect: Does happiness lead to success?. *Psychological Bulletin*, *131*(6), 803-855.
- MacPhillamy, D. J., & Lewinsohn, P. M.** (1974). Depression as a function of levels of desired and obtained pleasure. *Journal of Abnormal Psychology*, *83*(6), 651-657.
- Mahmoud, J. S. R., Staten, R. T., Hall, L. A., & Lennie, T. A.** (2012). The relationship among young adult college students' depression, anxiety, stress, demographics, life satisfaction, and coping styles. *Issues in Mental Health Nursing*, *33*(3), 149-156.
- Mahmoud, J. S., Staten, R. T., Lennie, T. A., & Hall, L. A.** (2015). The relationships of coping, negative thinking, life satisfaction, social support, and selected demographics with anxiety of young adult college students. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, *28*(2), 97-108.
- Mallouh, S. K., Abbey, S. E., & Gillies, L. A.** (1995). The role of loss in treatment outcomes of persistent somatization. *General Hospital Psychiatry*, *17*(3), 187-191.
- Mantar, A., Yemez, B., & Alkın, T.** (2011). Anksiyete duyarlılığı ve psikiyatrik bozukluklardaki yeri. *Türk Psikiyatri Dergisi*, *22*(3), 187-193.
- Mapayi, B., Makanjuola, R. O. A., Mosaku, S. K., Adewuya, O. A., Afolabi, O., Aloba, O. O., & Akinsulore, A.** (2013). Impact of intimate partner violence on anxiety and depression amongst women in Ile-Ife, Nigeria. *Archives of Women's Mental Health*, *16*(1), 11-18.
- Marazziti, D., & Canale, D.** (2004). Hormonal changes when falling in love. *Psychoneuroendocrinology*, *29*(7), 931-936.
- Matheny, K. B., Roque Tovar, B. E., & Curlette, W. L.** (2008). Perceived stress, coping resources, and life satisfaction among US and Mexican college students: A cross-cultural study. *Anales de Psicología*, *24*(1), 49-57.

- Mattila, A. K., Poutanen, O., Koivisto, A. M., Salokangas, R. K., & Joukamaa, M.** (2007). Alexithymia and life satisfaction in primary healthcare patients. *Psychosomatics*, *48*(6), 523-529.
- Matud, M. P.** (2004). Gender differences in stress and coping styles. *Personality and Individual Differences*, *37*(7), 1401-1415.
- Matud, M. P., Ibañez, I., Bethencourt, J. M., Marrero, R., & Carballeira, M.** (2003). Structural gender differences in perceived social support. *Personality and Individual Differences*, *35*(8), 1919-1929.
- McDonough, P., & Walters, V.** (2001). Gender and health: reassessing patterns and explanations. *Social Science & Medicine*, *52*(4), 547-559.
- McEwen, B. S., & Alves, S. E.** (1999). Estrogen actions in the central nervous system. *Endocrine Reviews*, *20*(3), 279-307.
- McKinley, J. C., & Hathaway, S. R.** (1943). The identification and measurement of the psychoneuroses in medical practice: The Minnesota Multiphasic Personality Inventory. *Journal of the American Medical Association*, *122*(3), 161-167.
- McLean, C. P., & Anderson, E. R.** (2009). Brave men and timid women? A review of the gender differences in fear and anxiety. *Clinical Psychology Review*, *29*(6), 496-505.
- McLean, C. P., Asnaani, A., Litz, B. T., & Hofmann, S. G.** (2011). Gender differences in anxiety disorders: prevalence, course of illness, comorbidity and burden of illness. *Journal of Psychiatric Research*, *45*(8), 1027-1035.
- McManus, P. A., & DiPrete, T. A.** (2001). Losers and winners: The financial consequences of separation and divorce for men. *American Sociological Review*, *66*(2), 246-268.

- Mellor, D., Stokes, M., Firth, L., Hayashi, Y., & Cummins, R.** (2008). Need for belonging, relationship satisfaction, loneliness, and life satisfaction. *Personality and Individual Differences, 45*(3), 213-218.
- Menninger, W. C.** (1947). Psychosomatic medicine: somatization reactions. *Psychosomatic Medicine, 9*(2), 92.
- Meule, A., & Vorderholzer, U.** (2020). Life satisfaction in persons with mental disorders. *Quality of Life Research, 29*(11), 3043-3052.
- Michael, G., Anastasios, S., Helen, K., Catherine, K., & Christine, K.** (2009). Gender differences in experiencing occupational stress: the role of age, education and marital status. *Stress and Health: Journal of the International Society for the Investigation of Stress, 25*(5), 397-404.
- Michael, T., Zetsche, U., & Margraf, J.** (2007). Epidemiology of anxiety disorders. *Psychiatry, 6*(4), 136-142.
- Mickelson, K. D., Claffey, S. T., & Williams, S. L.** (2006). The moderating role of gender and gender role attitudes on the link between spousal support and marital quality. *Sex Roles, 55*(1-2), 73-82.
- Miech, R. A., & Shanahan, M. J.** (2000). Socioeconomic status and depression over the life course. *Journal of Health and Social Behavior, 41*(2), 162-176.
- Miller, B. A., Wilsnack, S. C., & Cunradi, C. B.** (2000). Family violence and victimization: treatment issues for women with alcohol problems. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research, 24*(8), 1287-1297.
- Mirowsky, J., & Ross, C. E.** (1992). Age and depression. *Journal of Health and Social Behavior, 33*(3), 187-205.
- Modabernia, M. J., Shodjai, T. H., Moosavi, S. R., Jahanbakhsh, A. N., & Falahi, M.** (2007). The prevalence of depression among high school and preuniversity adolescents: Rasht, Northern Iran. *Archives Of Iranian Medicine, 10*(2), 141-146.

- Monroe, S. M., & Harkness, K. L.** (2012). Is depression a chronic mental illness?. *Psychological Medicine*, *42*(5), 899-902.
- Montesinos, A. H., Rapp, M. A., Temur-Erman, S., Heinz, A., Hegerl, U., & Schouler-Ocak, M.** (2012). The influence of stigma on depression, overall psychological distress, and somatization among female Turkish migrants. *European Psychiatry*, *27*(2), 22-26.
- Moreno-Rosset, C., Arnal-Remón, B., Antequera-Jurado, R., & Ramírez-Uclés, I.** (2016). Anxiety and psychological wellbeing in couples in transition to parenthood. *Clínica y Salud*, *27*(1), 29-35.
- Morrison, J.** (1989). Childhood sexual histories of women with somatization disorder. *The American Journal of Psychiatry*, *146*(2), 239-241.
- Morse, D. S., Suchman, A. L., & Frankel, R. M.** (1997). The Meaning of Symptoms in 10 Women With Somatization Disorder and a History. *Archives of Family Medicine*, *6*, 468-476.
- Mroczek, D. K., & Almeida, D. M.** (2004). The effect of daily stress, personality, and age on daily negative affect. *Journal of Personality*, *72*(2), 355-378.
- Murphy, J. M., Olivier, D. C., Monson, R. R., Sobol, A. M., Federman, E. B., & Leighton, A. H.** (1991). Depression and anxiety in relation to social status: A prospective epidemiologic study. *Archives of General Psychiatry*, *48*(3), 223-229.
- Murray, S. L., Holmes, J. G., Dolderman, D., & Griffin, D. W.** (2000). What the motivated mind sees: Comparing friends' perspectives to married partners' views of each other. *Journal of Experimental Social Psychology*, *36*(6), 600-620.
- Nakao, M., Fricchione, G., Zuttermeister, P. C., Myers, P., Barsky, A. J., & Benson, H.** (2001). Effects of gender and marital status on somatic symptoms of patients attending a mind/body medicine clinic. *Behavioral Medicine*, *26*(4), 159-168.



- Nathanson, C. A.** (1977). Sex, illness, and medical care: A review of data, theory, and method. *Social Science & Medicine* (1967), *11*(1), 13-25.
- Neugarten, B. L., Havighurst, R. J., & Tobin, S. S.** (1961). The measurement of life satisfaction. *Journal of Gerontology*, *16*, 134–143.
- Ng, K. M., Loy, J. T. C., Gudmunson, C. G., & Cheong, W.** (2009). Gender differences in marital and life satisfaction among Chinese Malaysians. *Sex Roles*, *60*(1-2), 33-43.
- Noble, R. E.** (2005). Depression in women. *Metabolism*, *54*(5), 49-52.
- Oakley-Browne, M. A.** (1991). The epidemiology of anxiety disorders. *International Review of Psychiatry*, *3*(2), 243-252.
- O'Leary, K. D., Christian, J. L., & Mendell, N. R.** (1994). A closer look at the link between marital discord and depressive symptomatology. *Journal of Social and Clinical Psychology*, *13*(1), 33-41.
- Orth, U., & Robins, R. W.** (2013). Understanding the link between low self-esteem and depression. *Current Directions in Psychological Science*, *22*(6), 455-460.
- Özdin, S., & Bayrak Özdin, Ş.** (2020). Levels and predictors of anxiety, depression and health anxiety during COVID-19 pandemic in Turkish society: The importance of gender. *International Journal of Social Psychiatry*, *66*(5), 504-511.
- Özenli, Y., Yoldaşcan, E., Topal, K., & Özçürümez, G.** (2009). Türkiye’de bir eğitim fakültesinde somatizasyon bozukluğu yaygınlığı ve ilişkili risk etkenlerinin araştırılması. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, *10*(2), 131-136.
- Palmer, B., Donaldson, C., & Stough, C.** (2002). Emotional intelligence and life satisfaction. *Personality and Individual Differences*, *33*(7), 1091-1100.
- Palmore, E., & Luikart, C.** (1972). Health and social factors related to life satisfaction. *Journal of Health and Social Behavior*, *13*(1), 68-80.

- Parkitny, L., & McAuley, J.** (2010). The depression anxiety stress scale (DASS). *Journal of Physiotherapy, 56*(3), 204.
- Patten, S. B., Wang, J. L., Williams, J. V., Currie, S., Beck, C. A., Maxwell, C. J., & El-Guebaly, N.** (2006). Descriptive epidemiology of major depression in Canada. *The Canadian Journal of Psychiatry, 51*(2), 84-90.
- Pavot, W., & Diener, E.** (2008). The satisfaction with life scale and the emerging construct of life satisfaction. *The Journal of Positive Psychology, 3*(2), 137-152.
- Paykel, E. S.** (1991). Depression in women. *The British Journal of Psychiatry, 158*(10), 22-29.
- Paykel, E. S.** (1994). Life events, social support and depression. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 89*, 50-58.
- Pearlin, L. I., & Johnson, J. S.** (1977). Marital status, life-strains and depression. *American Sociological Review, 42*(5), 704-715.
- Pearlin, L. I., Menaghan, E. G., Lieberman, M. A., & Mullan, J. T.** (1981). The stress process. *Journal of Health and Social Behavior, 22*(4), 337-356.
- Peen, J., Dekker, J., Schoevers, R. A., Ten Have, M., de Graaf, R., & Beekman, A. T.** (2007). Is the prevalence of psychiatric disorders associated with urbanization?. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 42*(12), 984-989.
- Peterson, C., Park, N., & Seligman, M. E.** (2005). Orientations to happiness and life satisfaction: The full life versus the empty life. *Journal of Happiness Studies, 6*(1), 25-41.
- Pfefferbaum, B., & North, C. S.** (2020). Mental health and the Covid-19 pandemic. *New England Journal of Medicine, 383*(6), 510-512.

- Polat, K., & İlhan, T.** (2018). Evli bireylerde çift uyumu ve bazı psikolojik belirtilerin benliğin farklılaşması açısından incelenmesi. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*, 8(50), 87-115.
- Ponde, M. P., & Santana, V. S.** (2000). Participation in leisure activities: Is it a protective factor for women's mental health?. *Journal of Leisure Research*, 32(4), 457-472.
- Purtell, J. J., Robins, E., & Cohen, M. E.** (1951). Observations on clinical aspects of hysteria: A quantitative study of 50 hysteria patients and 156 control subjects. *Journal of the American Medical Association*, 146(10), 902-909.
- Radden, J.** (2003). Is This Dame Melancholy?: Equating today's depression and past melancholia. *Philosophy, Psychiatry, & Psychology*, 10(1), 37-52.
- Ran, L., Wang, W., Ai, M., Kong, Y., Chen, J., & Kuang, L.** (2020). Psychological resilience, depression, anxiety, and somatization symptoms in response to COVID-19: A study of the general population in China at the peak of its epidemic. *Social Science & Medicine*, 262, 113261.
- Rao, K., Apte, M., & Subbkrishna, D. K.** (2003). Coping and subjective wellbeing in women with multiple roles. *International Journal of Social Psychiatry*, 49(3), 175-184.
- Raskin, P. M.** (1985). The application of identity status and intimacy status research to counseling with couples. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 22(2), 201-212.
- Reinhardt, J. P.** (1989). Kinship versus friendship: Social adaptation in married and widowed elderly women. *Women & Health*, 14(3-4), 191-211.
- Ren, X. S.** (1997). Marital status and quality of relationships: The impact on health perception. *Social Science & Medicine*, 44(2), 241-249.

- Repetti, R. L., Matthews, K. A., & Waldron, I.** (1989). Employment and women's health: Effects of paid employment on women's mental and physical health. *American Psychologist, 44*(11), 1394-1401.
- Reynaert, C., Zdanowicz, N., Janne, P., & Jacques, D.** (2010). Depression and sexuality. *Psychiatria Danubina, 22*(1), 111-113.
- Riessman, C. K.** (2000). Stigma and everyday resistance practices: Childless women in South India. *Gender & Society, 14*(1), 111-135.
- Ritchie, T. D., Sedikides, C., Wildschut, T., Arndt, J., & Gidron, Y.** (2011). Self-concept clarity mediates the relation between stress and subjective well-being. *Self and Identity, 10*(4), 493-508.
- Roberson, P. N., Norona, J. C., Lenger, K. A., & Olmstead, S. B.** (2018). How do relationship stability and quality affect wellbeing?: Romantic relationship trajectories, depressive symptoms, and life satisfaction across 30 years. *Journal of Child and Family Studies, 27*(7), 2171-2184.
- Roberts, G. L., Lawrence, J. M., Williams, G. M., & Raphael, B.** (1998). The impact of domestic violence on women's mental health. *Australian and New Zealand Journal of Public Health, 22*(7), 796-801.
- Rojas, M.** (2006). Life satisfaction and satisfaction in domains of life: Is it a simple relationship?. *Journal of Happiness Studies, 7*(4), 467-497.
- Rosen, G., Kleinman, A., & Katon, W.** (1982). Somatization in family practice: a biopsychosocial approach. *The Journal of Family Practice, 14*(3), 493-502.
- Rosenfield, S.** (1992). The costs of sharing: Wives' employment and husbands' mental health. *Journal of Health and Social Behavior, 33*(3), 213-225.
- Rosen-Grandon, J. R., Myers, J. E., & Hattie, J. A.** (2004). The relationship between marital characteristics, marital interaction processes, and marital satisfaction. *Journal of Counseling & Development, 82*(1), 58-68.

- Ross, C. E., & Mirowsky, J.** (2006). Sex differences in the effect of education on depression: resource multiplication or resource substitution?. *Social Science & Medicine*, *63*(5), 1400-1413.
- Roy, A.** (1987). Five risk factors for depression. *The British Journal of Psychiatry*, *150*(4), 536-541.
- Røysamb, E., Tambs, K., Reichborn-Kjennerud, T., Neale, M. C., & Harris, J. R.** (2003). Happiness and health: environmental and genetic contributions to the relationship between subjective well-being, perceived health, and somatic illness. *Journal of Personality and Social Psychology*, *85*(6), 1136-1146.
- Russell, D., Cutrona, C. E., Rose, J., & Yurko, K.** (1984). Social and emotional loneliness: an examination of Weiss's typology of loneliness. *Journal of Personality and Social Psychology*, *46*(6), 1313-1321.
- Sapira, J. D.** (1985). The Somatizing Disorders: Illness as a Way of Life. *Psychosomatic Medicine*, *47*(2), 214-215.
- Sar, V., Akyüz, G., Doğan, O., & Öztü, E.** (2009). The prevalence of conversion symptoms in women from a general Turkish population. *Psychosomatics*, *50*(1), 50-58.
- Sarokhani, D., Delpisheh, A., Veisani, Y., Sarokhani, M. T., Manesh, R. E., & Sayehmiri, K.** (2013). Prevalence of depression among university students: a systematic review and meta-analysis study. *Depression Research and Treatment*, *2013*, 373857.
- Scott, K. M., Wells, J. E., Angermeyer, M., Brugha, T. S., Bromet, E., Demyttenaere, K., ... & Karam, A. N.** (2010). Gender and the relationship between marital status and first onset of mood, anxiety and substance use disorders. *Psychological Medicine*, *40*(9), 1495-1505.
- Secombe, K., & Ishii-Kuntz, M.** (1994). Gender and social relationships among the never-married. *Sex Roles*, *30*(7-8), 585-603.

- Seeman, M. V.** (1997). Psychopathology in women and men: focus on female hormones. *American Journal of Psychiatry*, *154*(12), 1641-1647.
- Selye, H.** (1959). Perspectives in stress research. *Perspectives in Biology and Medicine*, *2*(4), 403-416.
- Serin, N. B., Serin, O., & Özbaş, L. F.** (2010). Predicting university students' life satisfaction by their anxiety and depression level. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, *9*, 579-582.
- Shader, R. I.** (2014). What is depression and who is in depression studies?. *Clinical Therapeutics*, *36*(11), 1483-1484.
- Sheehan, D. V., Ballenger, J., & Jacobsen, G.** (1980). Treatment of endogenous anxiety with phobic, hysterical, and hypochondriacal symptoms. *Archives of General Psychiatry*, *37*(1), 51-59.
- Sheldon, K. M., Elliot, A. J., Kim, Y., & Kasser, T.** (2001). What is satisfying about satisfying events? Testing 10 candidate psychological needs. *Journal of Personality and Social Psychology*, *80*(2), 325.
- Simon, G. E., VonKorff, M., Piccinelli, M., Fullerton, C., & Ormel, J.** (1999). An international study of the relation between somatic symptoms and depression. *New England Journal of Medicine*, *341*(18), 1329-1335.
- Singh, A., & Misra, N.** (2009). Loneliness, depression and sociability in old age. *Industrial Psychiatry Journal*, *18*(1), 51-55.
- Sorensen, A., & McLanahan, S.** (1987). Married women's economic dependency, 1940-1980. *American Journal of Sociology*, *93*(3), 659-687.
- Spasojevic, J., & Alloy, L. B.** (2001). Rumination as a common mechanism relating depressive risk factors to depression. *Emotion*, *1*(1), 25-37.
- Steger, M. F., Frazier, P., Oishi, S., & Kaler, M.** (2006). The meaning in life questionnaire: Assessing the presence of and search for meaning in life. *Journal of Counseling Psychology*, *53*(1), 80-93.

- Steger, M. F., Kashdan, T. B., Sullivan, B. A., & Lorentz, D.** (2008). Understanding the search for meaning in life: Personality, cognitive style, and the dynamic between seeking and experiencing meaning. *Journal of Personality, 76*(2), 199-228.
- Steger, M. F., Oishi, S., & Kesebir, S.** (2011). Is a life without meaning satisfying? The moderating role of the search for meaning in satisfaction with life judgments. *The Journal of Positive Psychology, 6*(3), 173-180.
- Stein, M. B., & Heimberg, R. G.** (2004). Well-being and life satisfaction in generalized anxiety disorder: Comparison to major depressive disorder in a community sample. *Journal of Affective Disorders, 79*(1-3), 161-166.
- Sternberg, K. J., Lamb, M. E., Greenbaum, C., Cicchetti, D., Dawud, S., Cortes, R. M., ... & Lorey, F.** (1993). Effects of domestic violence on children's behavior problems and depression. *Developmental Psychology, 29*(1), 44-52.
- Stevens, G., Owens, D., & Schaefer, E. C.** (1990). Education and attractiveness in marriage choices. *Social Psychology Quarterly, 53*(1), 62-70.
- Stordal, E., Mykletun, A., & Dahl, A. A.** (2003). The association between age and depression in the general population: a multivariate examination. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 107*(2), 132-141.
- Stuart, S., & Noyes Jr, R.** (1999). Attachment and interpersonal communication in somatization. *Psychosomatics, 40*(1), 34-43.
- Stubbe, J. H., Posthuma, D., Boomsma, D. I., & De Geus, E. J.** (2005). Heritability of life satisfaction in adults: A twin-family study. *Psychological Medicine, 35*(11), 1581-1588.
- Suldo, S. M., & Huebner, E. S.** (2004). Does life satisfaction moderate the effects of stressful life events on psychopathological behavior during adolescence?. *School Psychology Quarterly, 19*(2), 93-105.

- Sullivan, M., & Katon, W.** (1993). Somatization: the path between distress and somatic symptoms. *APS Journal*, 2(3), 141-149.
- Swami, V., Chamorro-Premuzic, T., Sinniah, D., Maniam, T., Kannan, K., Stanistreet, D., & Furnham, A.** (2007). General health mediates the relationship between loneliness, life satisfaction and depression. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 42(2), 161-166.
- Swartz, M., Landerman, R., Blazer, D., & George, L.** (1989). Somatization symptoms in the community: a rural/urban comparison. *Psychosomatics*, 30(1), 44-53.
- Taş, U., & Yenilmez, F.** (2008). Türkiye’de Eğitimin Kalkınma Üzerindeki Rolü Ve Eğitim Yatırımlarının Geri Dönüş Oranı. *Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 9(1), 155-186.
- Tavakoli, N., Broyles, A., Reid, E. K., Sandoval, J. R., & Correa-Fernández, V.** (2019). Psychological inflexibility as it relates to stress, worry, generalized anxiety, and somatization in an ethnically diverse sample of college students. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 11, 1-5.
- Taycan, O., Sar, V., Celik, C., & Erdoğan-Taycan, S.** (2014). Trauma-related psychiatric comorbidity of somatization disorder among women in eastern Turkey. *Comprehensive Psychiatry*, 55(8), 1837-1846.
- Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G.** (1996). The Posttraumatic Growth Inventory: Measuring the positive legacy of trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 9(3), 455-471.
- Tezcan, S., & Coşkun, Y.** (2004). Türkiye’de 20. Yüzyılın Son Çeyreğinde Kadınlarda İlk Evlenme Yaşı Değişimi ve Günümüz Evlilik Özellikleri. *Nüfusbilim Dergisi*, 26(1), 15-34.
- Tiller, J. W.** (2013). Depression and anxiety. *The Medical Journal of Australia*, 199(6), 28-31.



- Tomasson, K., Kent, D., & Coryell, W.** (1991). Somatization and conversion disorders: comorbidity and demographics at presentation. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 84(3), 288-293.
- Torgersen, S.** (1983). Genetic factors in anxiety disorders. *Archives of General Psychiatry*, 40(10), 1085-1089.
- Tummers, N. E.** (2013). Stress management: A wellness approach. *Human Kinetics*.
- Tunçer, Ö.** (1999). Depresyon ve somatizasyon. *Depresyon, Somatizasyon ve Psikiyatrik Aciller Sempozyumu*, 47-52.
- Türkçapar, H.** (2004). Anksiyete bozukluğu ve depresyonun tanısal ilişkileri. *Klinik Psikiyatri*, 4, 12-16.
- Uecker, J. E.** (2012). Marriage and mental health among young adults. *Journal of Health and Social Behavior*, 53(1), 67-83.
- Umberson, D., Chen, M. D., House, J. S., Hopkins, K., & Slaten, E.** (1996). The effect of social relationships on psychological well-being: Are men and women really so different?. *American Sociological Review*, 61(5), 837-857.
- Uunk, W.** (2004). The economic consequences of divorce for women in the European Union: The impact of welfare state arrangements. *European Journal of Population/Revue Europeenne de Demographie*, 20(3), 251-285.
- Ünal, B., & Gülseren, L.** (2020). COVID-19 pandemisinin görünmeyen yüzü: Aile içi kadına yönelik şiddet. The hidden side of COVID-19 pandemic: Domestic violence. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 23, 89-94.
- Ünal, S., & Özcan, E.** (2000). Depresyonda hazırlayıcı, ortaya çıkarıcı ve koruyucu etkenler/Precipitating, predisposing and protective factors in depression. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 1(1), 41-48.
- Ünal, S., Küey, L., Güleç, C., Bekaroğlu, M., Evlice, Y. E., & Kırılı, S.** (2002). Depresif bozukluklarda risk etkenleri. *Klinik Psikiyatri*, 5(1), 8-15.

- Ünüvar, P., & Tagay, Ö.** (2015). Çalışan Evli Kadınların Toplumsal Cinsiyet Rollerini, Yaşam, İş Doyumu ve Evlilik Uyumlarının İncelenmesi. *Kadın/Woman* 2000, 16(1), 21-44.
- Veith, I.** (1956). On hysterical and hypochondriacal afflictions. *Bulletin of the History of Medicine*, 30(3), 233-240.
- Verbrugge, L. M.** (1979). Marital status and health. *Journal of Marriage and the Family*, 41(2), 267-285.
- Verbrugge, L. M.** (1985). Gender and health: an update on hypotheses and evidence. *Journal of Health and Social Behavior*, 26(3), 156-182.
- Verhagen, M., Van der Meij, A., Franke, B., Vollebergh, W., De Graaf, R., Buitelaar, J., & Janzing, J. G.** (2008). Familiality of major depressive disorder and gender differences in comorbidity. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 118(2), 130-138.
- Viner, R.** (1999). Putting stress in life: Hans Selye and the making of stress theory. *Social Studies of Science*, 29(3), 391-410.
- Voorpostel, M., Van Der Lippe, T., & Gershuny, J.** (2010). Spending time together—Changes over four decades in leisure time spent with a spouse. *Journal of Leisure Research*, 42(2), 243-265.
- Whisman, M. A., Weinstock, L. M., & Tolejko, N.** (2006). Marriage and Depression. In C.L.M. Keyes & S.H. Goodman (Eds.), *Women and depression: A handbook for the social, behavioral, and biomedical sciences*, 219–240. Cambridge University Press.
- White, L.** (2001). Sibling relationships over the life course: A panel analysis. *Journal of Marriage and Family*, 63(2), 555-568.
- Whitehead, R., Bates, G., Elphinstone, B., Yang, Y., & Murray, G.** (2019). Nonattachment mediates the relationship between mindfulness and

psychological well-being, subjective well-being, and depression, anxiety and stress. *Journal of Happiness Studies*, 20(7), 2141-2158.

**WHO** (2017). Depression and Other Common Mental Disorders Global Health Estimates. Retrieved 2020, from <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254610/WHO-MSD-MER-2017.2-eng.pdf>.

**WHO** (2020, January 30). Depression. Retrieved 2020, from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>.

**Widmer, R. B., & Cadoret, R. J.** (1978). Depression in primary care: changes in pattern of patient visits and complaints during a developing depression. *The Journal of Family Practice*, 7(2), 293-302.

**Williams, K., Frech, A., & Carlson, D. L.** (2010). Marital status and mental health. *A handbook for the study of mental health: Social contexts, theories, and systems*, 306-320.

**Woloski-Wruble, A. C., Oliel, Y., Leefsma, M., & Hochner-Celnikier, D.** (2010). Sexual activities, sexual and life satisfaction, and successful aging in women. *The Journal of Sexual Medicine*, 7(7), 2401-2410.

**Wong, S. S., & Lim, T.** (2009). Hope versus optimism in Singaporean adolescents: Contributions to depression and life satisfaction. *Personality and Individual Differences*, 46(5-6), 648-652.

**Woods, N. F.** (1985). Employment, family roles, and mental ill health in young married women. *Nursing Research*, 34(1), 4-10.

**Wool, C. A., & Barsky, A. J.** (1994). Do women somatize more than men?: Gender differences in somatization. *Psychosomatics*, 35(5), 445-452.

**Yager, J., Grant, I., & Bolus, R.** (1984). Interaction of life events and symptoms in psychiatric patient and nonpatient married couples. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 172(1), 21-25.

- Yalvaç, H. D.** (2012). Depresyonun Epidemiyolojisi. *Türkiye Klinikleri Journal of Psychiatry Special Topics*, 5(2), 7-13.
- Yaşar, M. R.** (2007). Depresyonun kadınlaşması. *Fırat Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 17(2), 251-281.
- Yavuzer, Y., & Karataş, Z.** (2017). Investigating the relationship between depression, negative automatic thoughts, life satisfaction and symptom interpretation in Turkish young adults. *In Depression*. IntechOpen.
- Yen, I. H., & Kaplan, G. A.** (1999). Poverty area residence and changes in depression and perceived health status: evidence from the Alameda County Study. *International Journal of Epidemiology*, 28(1), 90-94.
- Yıldırım, A. S., Çelik, M., Kabakçı, E., & Uluşahin, A.** (2005). Bipolar bozukluğu olan hastaların birinci derece akrabalarında psikopatoloji ve kişilik örüntüleri. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 16(4), 229-236.
- Yılmaz, C.** (2009). Türkiye’de Kırdan Kente Göç Sürecinde Etkili Olan Faktörlerden Biri; Evlilik Yoluyla Göç. *Doğu Coğrafya Dergisi*, 14(21), 221-232.
- Yılmaz, Ö., Boz, H., & Arslan, A.** (2017). Depresyon Anksiyete Stres Ölçeğinin (Dass 21) Türkçe Kısa Formunun Geçerlilik-Güvenilirlik Çalışması. *Finans Ekonomi ve Sosyal Araştırmalar Dergisi (FESA)*, 2(2), 78-91.
- Yoon, K. L., & Zinbarg, R. E.** (2007). Generalized anxiety disorder and entry into marriage or a marriage-like relationship. *Journal of Anxiety Disorders*, 21(7), 955-965.
- Youngstrom, E., Weist, M. D., & Albus, K. E.** (2003). Exploring violence exposure, stress, protective factors and behavioral problems among inner-city youth. *American Journal of Community Psychology*, 32(1-2), 115-129.
- Zafar, N., & Kausar, R.** (2014). Emotional and social problems in divorced and married women. *Education*, 8(1), 31-35.

**Zhu, N., Zhang, D., Wang, W., Li, X., Yang, B., Song, J., ... & Tan, W.** (2020). A novel coronavirus from patients with pneumonia in China, 2019. *New England Journal of Medicine*, 382(8), 727-733.

## **EKLER**

### **Ek 1: Gönüllü Onam Formu**

Sayın katılımcı, bu araştırma Fatih Sultan Mehmet Vakıf Üniversitesi Klinik Psikoloji Yüksek Lisans programı kapsamında evli ve bekar kadınlar ile ilgili bir araştırma yapmak amacıyla hazırlanmıştır. Çalışma Fatih Sultan Mehmet Vakıf Üniversitesi etik kurulu tarafından onaylanmıştır. Çalışma kapsamında katılım gönüllülük esasına dayanmakta ve verdiğiniz tüm cevaplar gizli tutulup, sizden kimlik bilgileriniz istenmeyecektir. Çalışmaya katılmama veya istediğinizde bırakma hakkınız vardır. Çalışmaya katılmayı kabul ettiğiniz durumda ise elde edilecek sonuçların bilimsel niteliği ve güvenilirliği için tüm sorulara içtenlikle cevap vermeniz gerekmektedir.

Yukarıdaki tüm bilgileri okudum ve çalışmaya gönüllü olarak katılmayı kabul ediyorum.

Evet ( )

Hayır ( )

## Ek 2: Demografik Bilgi Formu (Bekar)

1.Yaşınız nedir?

2.Eğitim düzeyiniz nedir?

( )İlkokul ( )Ortaokul ( )Lise ( )Üniversite ve üstü

3.Yaşamınızın çoğunu geçirdiğiniz yeri nasıl tanımlarsınız?

( )Köy/Kasaba ( )İlçe ( )Şehir

4.Kim veya kimlerle birlikte yaşıyorsunuz?

( )Anne, baba, kardeş ( )Çocuklar ( )Arkadaş/lar

( )Partner ( )Yalnız ( )Diğer

5.Ekonomik durumunuzu nasıl değerlendirirsiniz?

( )Asgari ücret altı ( )Asgari ücret ( )Asgari ücret üstü

6.Şu an çalışıyor musunuz?

( )Evet ( )Hayır

7.Çalışıyorsanız iş hayatınızdan ne derece memnunsunuz?

( )Hiç memnun değilim. ( )Memnun değilim. ( )Kararsızım

( )Memnunum. ( )Çok memnunum.

8.Daha önce evlendiniz mi?

( )Evet ( )Hayır

9.Daha önce evlendiyseniz, kaç kere evlilik yaptınız?

( )1 ( )2 ( )3 ( )3'ten fazla

10.Daha önce evlendiyseniz, evliliğinizin veya evliliklerinizin süresi ne kadardı?

**11.**Daha önceki evliliğinizden veya evliliklerinizden ayrılma nedeniniz nedir?

**12.**Daha önceki evliliğinizden veya evliliklerinizden çocuğunuz var mı?

**13.**Daha önceki evliliğinizden veya evliliklerinizden çocuğunuz var ise kaç tanedir?

**14.**Anneniz:

( )Hayatta. ( )Hayatta değil.

**15.**Babanız:

( )Hayatta. ( )Hayatta değil.

**16.**Anneniz ve babanız:

( )Evli ( )Boşanmış

**17.**Üvey anne veya babanız var mı?

( )Evet, üvey annem var.

( )Evet, üvey babam var.

( )Evet, hem üvey annem hem üvey babam var.

( )Hayır, üvey annem ve babam yok.

**18.**Kaç kardeşiniz?

**19.**Ailenizin kaçınıcı çocuğusunuz?

**20.**Aile ilişkilerinizi nasıl değerlendirirsiniz?

( )Çok kötü ( )Kötü ( )Orta ( )İyi ( )Çok iyi

**21.**Aileniz tarafından fiziksel veya psikolojik şiddete maruz kaldınız mı?

( )Evet ( )Hayır

**22.**Romantik bir ilişkiniz var mı? ( )Evet ( )Hayır



**23.**Romantik bir ilişkiniz var ise ilişkinizden memnuniyet düzeyiniz nedir?

- Hiç memnun değilim.       Memnun değilim.       Kararsızım.  
 Memnunum.       Çok memnunum.

**24.**Romantik bir ilişkiniz var ise partneriniz tarafından fiziksel veya psikolojik şiddete maruz kaldınız mı?  Evet       Hayır

**25.**Arkadaşlarınızla ne sıklıkta vakit geçirirsiniz?

- Hiç       Nadiren       Ara sıra       Sık sık       Her zaman

**26.**Arkadaşlarınız ile ilişkilerinizi nasıl değerlendirirsiniz?

- Çok kötü       Kötü       Orta       İyi       Çok iyi

**27.**Ne sıklıkta ev dışı etkinliklere katılırsınız?

- Nadiren       Ara sıra       Sıklıkla

**28.**Bekar olmaktan ne derece memnunsunuz?

- Hiç memnun değilim.       Memnun değilim.       Kararsızım.  
 Memnunum.       Çok memnunum.

**29.**Psikolojik bir rahatsızlığınız var mı?  Evet       Hayır

**30.**Psikolojik bir rahatsızlığınız var ise nedir?

**31.**Kronik bir hastalığınız var mı?  Evet       Hayır

**32.**Kronik bir hastalığınız var ise nedir?

**33.**Ailenizde psikolojik rahatsızlığı olan var mı?  Evet       Hayır

**34.**Ailenizde psikolojik rahatsızlığı olan var ise nedir?

**35.**Ailenizde kronik bir hastalığı olan var mı?  Evet       Hayır

**36.** Ailenizde kronik bir hastalığı olan var ise nedir?

### Ek 3: Demografik Bilgi Formu (Evli)

1.Yaşınız nedir?

2.Eğitim düzeyiniz nedir?

( )İlkokul ( )Ortaokul ( )Lise ( )Üniversite ve üstü

3.Eşinizin eğitim düzeyi nedir?

( )İlkokul ( )Ortaokul ( )Lise ( )Üniversite ve üstü

4. Yaşamınızın çoğunu geçirdiğiniz yeri nasıl tanımlarsınız?

( )Köy/Kasaba ( )İlçe ( )Şehir

5. Ekonomik durumunuzu nasıl değerlendirirsiniz?

( )Asgari ücret altı ( )Asgari ücret ( )Asgari ücret üstü

6.Şu an çalışıyor musunuz?

( )Evet ( )Hayır

7.Çalışıyorsanız iş hayatınızdan ne derece memnunsunuz?

( )Hiç memnun değilim. ( )Memnun değilim. ( )Kararsızım

( )Memnunum. ( )Çok memnunum.

8.Eşiniz çalışıyor mu?

( )Evet ( )Hayır

9. Çocuğunuz var mı?

( )Evet ( )Hayır

10.Çocuğunuz var ise kaç tanedir?

**11. Evlenme şekliniz nedir?**

Severek, anlaşarak  Görücü usulü  Diğer

**12. Kaç yıllık evlisiniz?**

**13. Birden fazla evlilik yaptınız mı?**

Evet  Hayır

**14. Birden fazla evlilik yaptıysanız, kaç kere evlilik yaptınız?**

2  3  4  4'ten fazla

**15. Eşiniz birden fazla evlilik yaptı mı?**

Evet  Hayır

**16. Eşiniz birden fazla evlilik yaptıysa, kaç kere evlilik yaptı?**

2  3  4  4'ten fazla

**17. Daha önce evlilik(ler) yaşadysanız, önceki evliliğinizden çocuğunuz var mıdır?**

Evet  Hayır

**18. Önceki evliliğinizden veya evliliklerinizden çocuğunuz var ise kaç tanedir?**

**19. Eşiniz önceden evlilik(ler) yaşadysa, önceki evliliğinden çocuğu var mıdır?**

Evet  Hayır

**20. Eşinizin önceki evliliğinden veya evliliklerinden çocuğu var ise kaç tanedir?**

**21. Evde eşiniz ve/veya çocuklarınız dışında yaşayan biri veya birileri var mı?**

Evet  Hayır

**22. Bir önceki soruya cevabınız evet var ise bu kişi veya kişiler kimdir?**

**23. Eşinizle boş zamanlarınızda ev içi/ev dışı etkinlikler yapar mısınız?**

Evet  Hayır

**24.** Eşinizden gördüğünüz desteğin sizin için yeterli olduğunu düşünüyor musunuz?

( )Evet ( )Hayır ( )Bazen

**25.** Eşinizle olan cinsel hayatınızdan memnun musunuz?

( )Evet ( )Hayır ( )Bazen

**26.** Eşinizle ne sıklıkla tartışırsınız?

( )Hiçbir zaman ( )Ara sıra ( )Her zaman

**27.** Evliliğinizde fiziksel veya psikolojik şiddete maruz kaldınız mı?

( )Evet ( )Hayır

**28.** Aileniz dışında arkadaşlarınız ile ne sıklıkta vakit geçirebiliyorsunuz?

( )Hiç ( )Nadiren ( )Ara sıra ( )Sık sık ( )Her zaman

**29.** Evli olmaktan ne derece memnunsunuz?

( )Hiç memnun değilim. ( )Memnun değilim. ( )Kararsızım.

( )Memnunum. ( )Çok memnunum.

**30.** Hiç evlenmemiş olmayı diler miydiniz? ( )Evet ( )Hayır

**31.** Psikolojik bir rahatsızlığınız var mı? ( )Evet ( )Hayır

**32.** Psikolojik bir rahatsızlığınız var ise nedir?

**33.** Kronik bir hastalığınız var mı? ( )Evet ( )Hayır

**34.** Kronik bir hastalığınız var ise nedir?

**35.** Eşinizin psikolojik bir rahatsızlığı var mı? ( )Evet ( )Hayır

**36.** Eşinizin psikolojik bir rahatsızlığı var ise nedir?

**37.** Eşinizin kronik bir hastalığı var mı? ( )Evet ( )Hayır

**38.** Eşinizin kronik bir hastalığı var ise nedir?

#### Ek 4: Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği

Aşağıda, her madde, bir çeşit ruhsal durumu anlatmakta ve o durumu dereceleyen 4 seçenek bulunmaktadır. Son bir hafta içindeki (şu an dahil) kendi ruhsal durumunuzu göz önünde bulundurarak, size en uygun ifadeyi bularak işaretleyiniz. Lütfen **her ifadeye** mutlaka **TEK yanıt** veriniz ve kesinlikle **BOŞ bırakmayınız**.

(0) Bana hiç uygun değil (1) Bana biraz uygun (2) Çoğunlukla uygun (3) Bana tamamen uygun

1	Oldukça önemsiz şeylerden dolayı gerginleşiyorum.	0	1	2	3
2	Dudaklarımın kuruduğunu hissediyorum.	0	1	2	3
3	Olumlu herhangi bir şey düşünemiyorum.	0	1	2	3
4	Nefes alıp vermede güçlük yaşıyorum (örneğin; çok hızlı nefes alma veya nefes alamama).	0	1	2	3
5	Bulduğum ortama uyum sağlayamıyorum.	0	1	2	3
6	Olaylara gereğinden fazla tepki gösteriyorum.	0	1	2	3
7	Kendimi bitkin hissediyorum (örneğin; bacaklarım tutmuyor).	0	1	2	3
8	Rahatlamakta güçlük yaşıyorum.	0	1	2	3
9	Beni sıkıntıya sokan öyle zamanlar oluyor ki, onlar bitince kendimi rahat hissediyorum.	0	1	2	3
10	Beklediğim veya umduğum hiçbir şey olmadığını hissediyorum.	0	1	2	3
11	Aniden keyfimin kaçtığını hissediyorum.	0	1	2	3
12	Çevremdeki olaylar gerginleşmeme neden oluyor.	0	1	2	3
13	Kendimi üzgün ve karamsar hissediyorum.	0	1	2	3
14	Herhangi bir nedenden dolayı geciktiğimde sabırsızlanıyorum (örneğin; asansör veya trafik ışığı).	0	1	2	3
15	Kendimi yorgun ve zayıf hissediyorum.	0	1	2	3
16	Her şeye olan ilgimin kaybolduğunu hissediyorum.	0	1	2	3
17	Bir insan olarak değerli olmadığımı hissediyorum.	0	1	2	3
18	Oldukça hassas ve alıngan olduğumu hissediyorum.	0	1	2	3

19	Herhangi bir fiziksel çaba harcamama veya fazla sıcak olmamasına rağmen yoğun biçimde terlediğimi hissediyorum (örneğin; ellerin terlemesi).	0	1	2	3
20	Herhangi bir neden olmamasına rağmen korktuğumu hissediyorum.	0	1	2	3
21	Hayatın yaşamaya değer olmadığını hissediyorum.	0	1	2	3
22	Gevşemekte zorlanıyorum.	0	1	2	3
23	Yutkunmakta sıkıntı yaşıyorum.	0	1	2	3
24	Yaptığım şeylerin dışında hiçbir şeyden zevk alamıyorum.	0	1	2	3
25	Herhangi bir fiziksel çaba harcamadığım halde kalbimin çarpıntısını hissedebiliyorum (örneğin; kalp çarpıntısının artması veya azalması).	0	1	2	3
26	Kendimi keyifsiz ve kederli hissediyorum.	0	1	2	3
27	Çabuk sinirlendiğimi düşünüyorum.	0	1	2	3
28	Hemen paniğe kapıldığımı düşünüyorum.	0	1	2	3
29	Beni gerginleştiren herhangi bir şeyden sonra sakinleşmekte güçlük yaşıyorum.	0	1	2	3
30	Basit fakat alışılmadık bir şeyden dolayı "mahvolacağım" diye kaygılanıyorum.	0	1	2	3
31	Herhangi bir şey için istekli ve ilgili olamıyorum.	0	1	2	3
32	Yaptığım işin bölünmesine tahammül etmekte sıkıntı yaşıyorum.	0	1	2	3
33	Gergin bir durumdayım.	0	1	2	3
34	Oldukça değersiz olduğumu hissediyorum.	0	1	2	3
35	Yaptığım işe engel olan hiçbir şeye tolerans gösteremiyorum.	0	1	2	3
36	Çok korktuğumu hissediyorum.	0	1	2	3
37	Gelecekte hiçbir beklentim yok.	0	1	2	3
38	Yaşamın anlamsız olduğunu hissediyorum.	0	1	2	3
39	Kendimi tedirgin ve heyecanlı hissediyorum.	0	1	2	3
40	Gülünç duruma düşme ve paniğe kapılma riski olan durumlardan dolayı endişeleniyorum.	0	1	2	3
41	Titrediğimi hissediyorum (örneğin; ellerde).	0	1	2	3
42	Yapacağım şeylere başlamakta güçlük yaşıyorum.	0	1	2	3

## Ek 5: Somatizasyon Ölçeği

Aşağıda sıra ile numaralanmış her soruyu kendi durumunuza göre “Doğru” veya “Yanlış” olarak cevaplayınız. Bazı sorular birbiri ile aynı veya benzeri gelebilir. Lütfen tüm soruları sadece kendinizi düşünerek cevaplayınız.

1.	Çoğu zaman boğazım tıkanır gibi olur.	Doğru	Yanlış
2.	İştahım iyidir.	Doğru	Yanlış
3.	Başım pek az ağrır.	Doğru	Yanlış
4.	Ayda bir iki defa ishal olurum.	Doğru	Yanlış
5.	Midemden oldukça rahatsızım.	Doğru	Yanlış
6.	Çoğu kez midem ekşir.	Doğru	Yanlış
7.	Bazen utanınca çok terlerim.	Doğru	Yanlış
8.	Sağlığım beni pek kaygılandırmaz.	Doğru	Yanlış
9.	Hemen hemen hiçbir ağrı ve sızım yok.	Doğru	Yanlış
10.	Bazen başımda sızı hissedirim.	Doğru	Yanlış
11.	Çoğu zaman başımın her tarafı ağrır.	Doğru	Yanlış
12.	Sağlığım birçok arkadaşımınki kadar iyidir.	Doğru	Yanlış
13.	Pek seyrek kabız olurum.	Doğru	Yanlış
14.	Ensemde nadiren ağrı hissedirim.	Doğru	Yanlış
15.	Vücudumda pek az seyirme ve kasılma olur.	Doğru	Yanlış
16.	Çabucak yorulmam.	Doğru	Yanlış
17.	Pek az başım döner veya hiç dönmez.	Doğru	Yanlış
18.	Yürürken dengemi hemen hemen hiç kaybetmem.	Doğru	Yanlış
19.	Soğuk günlerde bile kolayca terlerim.	Doğru	Yanlış
20.	Çoğu zaman yorgunluk hissedirim.	Doğru	Yanlış
21.	Hemen her gün mide ağrılarından rahatsız olurum.	Doğru	Yanlış
22.	Tekrarlanan mide bulantısı ve kusmalar bana sıkıntı verir.	Doğru	Yanlış
23.	Çoğu zaman bütün vücudumda bir halsizlik duyarım.	Doğru	Yanlış
24.	Son birkaç yıl içinde sağlığım çoğu zaman iyi idi.	Doğru	Yanlış
25.	Çok defa sabahları dinç ve dinlenmiş uyanırım.	Doğru	Yanlış
26.	Çoğu zaman bana kafam şişmiş ya da burnum tıkanmış gibi gelir.	Doğru	Yanlış
27.	Çoğu zaman başım sıkı çember içindeymiş gibi hissedirim.	Doğru	Yanlış
28.	Kalp ve göğüs ağrılarından hemen hemen hiç şikayetim yoktur.	Doğru	Yanlış
29.	Hayatımda hiçbir zaman kendimi şimdiki kadar iyi hissetmedim.	Doğru	Yanlış
30.	Kalbimin hızlı çarptığını hemen hemen hiç hissetmem ve çok seyrek nefesim tıkanır.	Doğru	Yanlış
31.	Hiç felç geçirmedim ya da kaslarımda olağanüstü bir halsizlik duymadım.	Doğru	Yanlış
32.	Ortada hiçbir neden yokken haftada bir ya da daha sık birdenbire her yanıma ateş basar.	Doğru	Yanlış
33.	Vücudumun bazı yerlerinde çok defa yanma, gıdıklanma, karıncalanma ve uyuşukluk hissedirim.	Doğru	Yanlış

## Ek 6: Yaşam Doyumu Ölçeği

Aşağıdaki ifadelerin size uygunluk derecesini belirlemek için 1'den 7'ye kadar seçenekler sunulmuştur. Bu seçeneklerden sizin için en uygun olan derecelendirme numarasını işaretleyiniz.

	(1) Hiç uygun değil	(2) Uygun değil	(3) Biraz uygun değil	(4) Ne uygun ne uygun değil	(5) Biraz uygun	(6) Uygun	(7) Çok uygun
1. Yaşamın birçok yönüyle ideallerime yakınım.							
2. Yaşam koşullarım çok iyi.							
3. Yaşamımdan hoşnudum.							
4. Şu ana kadar istediğim şeyleri elde edebildim.							
5. Yeniden dünyaya gelseydim yaşamımda hemen hemen hiçbir şeyi değiştirmezdim.							