



Araştırma

2023; 32 (1): 43-50

18-65 YAŞ ARASI BİREYLERDE PSİKOLOJİK BELİRTİLER VE YORDAYICI FAKTÖRLER
PSYCHOLOGICAL SYMPTOMS AND PREDICTIVE FACTORS IN INDIVIDUALS AGED 18-65

Nesibe GÜNAY MOLU¹, Burcu CEYLAN², Fatma YENER ÖZCAN¹

¹Necmettin Erbakan Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı, Konya
²Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Tekirdağ

ÖZ

Araştırmanın amacı, yetişkin bireylerde psikolojik belirtilerin düzeylerini ve psikolojik belirtileri etkileyen demografik özellikleri belirlemektir. Araştırmanın evrenini Türkiye’de yaşayan 18-65 yaş arası bireyler oluşturdu. Araştırmada gelişigüzel örnekleme yöntemi ile 1448 bireye ulaşıldı. Veriler, çevrimiçi ortamda 11 soruluk Bilgi Formu ve Kısa Semptom Envanteri (KSE) ile toplandı. KSE ve alt boyutlarının ve toplam puanının ortak olarak kadınlarda, gelir düzeyi giderden daha az olanlarda, ailede hastalık tanısı almış birey bulunanlarda daha yüksek olarak saptanmıştır ($p<0.05$). KSE ve tüm alt boyutlara ait toplam puanların tahmininde cinsiyet ve ailede tanı konmuş hastalık bulunma durumunun istatistiksel olarak önemli derecede etkisi olduğu görülmüştür. Yaş ile olumsuz benlik ve hostilité puanları arasında negatif yönlü çok zayıf bir ilişki ($r=-0.066$, $p=0.011$), somatizasyon puanı arasında ise pozitif yönlü çok zayıf bir ilişki ($r=-0.192$, $p<0.001$) belirlendi. Erişkinlerin ruhsal durumunu cinsiyet, yaş, medeni durum, gelir düzeyi ve aile de hastalık bulunma durumunun etkilediği görülmüştür.

ABSTRACT

The aim of the study is to determine the levels of psychological symptoms and demographic characteristics that affect psychological symptoms in adults. The population of the study consisted of individuals between the ages of 18-65 living in Turkey. In the study, 1448 individuals were reached by random sampling method. Data were collected with an online 11-question Information Form and Brief Symptom Inventory (BSI). Anxiety score was found to be higher in individuals with a family history of mental disorder ($p<0.05$). BSI and its sub-dimensions and total score were higher in women, those with a lower income than expenditures, and those with a family history of disease ($p<0.05$). In the estimation of the total scores of the BSI and its sub-dimensions, the selected and placed status is counted while completing it as a whole. There was a very weak negative relationship between age and negative self and hostility scores ($r=-0.066$, $p=0.011$), and a very weak positive relationship between somatization scores ($r=-0.192$, $p<0.001$). It has been observed that the mental status of adults is affected by gender, age, marital status, income level and the presence of a disease in the family.

Anahtar kelimeler: Psikolojik belirti, ruhsal bozukluk, ruhsal durum

Keywords: Psychological symptom, mental disorder, mental state

Makale Geliş Tarihi : 04.01.2022
Makale Kabul Tarihi: 12.09.2022

Sorumlu Yazar: Arş. Gör. Fatma YENER ÖZCAN, Necmettin Erbakan Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Yaka Mah. Beyşehir Cad. H Blok no:281 Meram/KONYA, ftm_ynr_91@hotmail.com, ORCID : 0000-0003-4929-4102
Telefon: 0 332 320 40 49
Dr. Öğr. Üyesi Nesibe GÜNAY MOLU, nesibegunaymolu@gmail.com, 0000-0002-2452-6205
Dr. Öğr. Üyesi Burcu CEYLAN, burcucey78@gmail.com, 0000-0002-0795-6174

GİRİŞ

Ruhsal bozukluklar, dünya genelinde nüfusu etkileyen ve en fazla yeti yitimine neden olan yaygın sağlık sorunları arasında yer almaktadır (1,2). Global Hastalık Yükü Çalışması (GBD 2015), yeti yitimine neden olan ilk 25 bozukluktan yedisinin ruhsal bozukluklar olduğunu, majör depresif bozukluğun (MDD) ikinci sırada ve anksiyete bozukluklarının dokuzuncu sırada yer aldığını bildirmektedir (2). Gustavson ve ark.'nın (3) Norveç'te yaptıkları çalışmada 12 aylık ruhsal bozukluk prevalansını %19.8, Ghanem ve ark.'nın (4) ise Mısır'da yaptıkları çalışmada yetişkin popülasyondaki ruhsal bozukluk prevalansını %16.93 olarak belirlemişlerdir. Yaygın olarak görülen ruhsal bozukluklar yaş, cinsiyet, ekonomik problemler, işsizlik, kültür çatışmaları, sağlık sorunları, şiddet, afetler, kazalar, aile içi problemler, eğitim yetersizliği gibi birçok faktörden etkilenmektedir (3,5). Ruhsal bozukluklar işlev kaybı, damgalama, iş gücü kaybı, mortalitenin artması, ekonomik yükün artması gibi sonuçlarından dolayı öncelikli ele alınması gereken sağlık sorunları arasında yer almalıdır (3,5). Özellikle koruyucu ruh sağlığı hizmetlerinin öne çıkarılması amacıyla riskli grupların belirlenmesi, ruh sağlığını koruyucu ve geliştirici çalışmaların yapılması, erken tanı ve tedavi ile hastalıkların prevalansının azaltılması ruh sağlığı alanındaki çalışanlar için öncelikli olmaktadır (6). Erken tanıla ile ruhsal bozuklukların olumsuz sonuçları ve yaygınlığı azaltılabilir (7). Ruhsal bozuklukların önlenmesinde temel dayanaklardan biri epidemiyolojik çalışmalardır. Epidemiyolojik çalışmalar, ruh sağlığı alanında etkin programların geliştirilebilmesi için ruhsal bozuklukların yaygınlığı, sıklığı, risk etkenleri, demografik özellikleri, oluş nedenleri ve kaynakları üzerinde güvenilir bilgiler elde edilmesini sağlamaktadır (5). Türkiye'de de farklı gruplarda yapılmış epidemiyolojik çalışmalar bulunmaktadır (7-10).

Türkiye'de birçok fiziksel ve psikiyatrik hastalıklarda, psikolojik belirtilerin belirlenmesine yönelik çalışmaların daha çok çocuk, ergen, yaşlı gibi riskli gruplarda yapılmış olduğu görülmektedir (7,8,11) Ruhsal bozuklukların çoğunun yavaş ve sinsi başlangıçlı olması, somatik yakınmalarla başlamasından kaynaklanan tanı güçlükleri, örneklem seçimindeki farklılıklar, damgalamadan dolayı hasta ve yakınları tarafından belirtilerin gizlenmesi ve tanının gecikmesi gibi nedenlerden dolayı epidemiyolojik çalışma verileri arasında farklılıklar oluşmaktadır. Ayrıca özel popülasyonlarda yapılmış prevalans çalışmalarının sonuçları genel popülasyonda yapılan çalışmalardan farklılık göstermektedir (9,12). Bu nedenle genel popülasyonda yapılacak olan çalışmalara ihtiyaç olduğu düşünülmüştür. Bu araştırma 18-65 yaş arası bireylerde psikolojik belirti düzeyini ve yordayıcı faktörlerini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Araştırma Soruları

- 18-65 yaş arası bireylerde psikiyatrik belirti düzeyi nedir?
- 18-65 yaş arası bireylerde psikiyatrik belirtiler sosyo-demografik özelliklerine göre değişmekte midir?

GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırmanın Etik Boyutu

Necmettin Erbakan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Bilimsel

Araştırmalar Etik Kurulu'ndan yazılı izin (2020; Sayı No:11) alınmıştır. Araştırmaya dahil olan bireylerden de izin alınmıştır.

Araştırmanın Tipi

Bu araştırma, tanımlayıcı ve ilişki arayıcı türde yapılmıştır.

Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Türkiye'de yaşayan 18-65 yaş arası bireyler oluşturdu. Araştırmada gelişigüzel örnekleme yöntemi tercih edilmiş ve webanket uygulaması yoluyla 01 Aralık 2020- 29 Ocak 2021 tarihleri arasında veriler toplanmıştır. Oluşturulan veri toplama formu sosyal medya ve mobil uygulamalar yolu ile farklı bölgelerde yaşayan bireylere ulaştırılmıştır.

Örneklem hesabında evreni belli olmayan örneklem hesabı yöntemi ($n=t^2xs^2/d^2$) kullanıldı. Formülde %95 güven düzeyi ve sapma $d=2$ kabul edilmiştir (13). Hesaplama Şirin'in (9) çalışmasındaki Kısa Semptom Envanteri (KSE) toplam puanının standart sapması ($SS=38.29$) kullanılmıştır. Bu formül ile örneklem sayısı 1407 olarak belirlenmiştir. Araştırmanın dahil edilme kriterleri 18-65 yaş arasında olma, Türkçe okuyup, anlama ve araştırmaya katılmayı kabul etme, dışlama kriteri olarak ise yabancı uyruklu olma, yurt dışında yaşama ve belirlenen yaş aralığı dışında olma olarak belirlenmiştir. Araştırma 1448 kişi ile tamamlanmıştır.

Veri Toplama Araçları

Bilgi Formu: Araştırmaya katılanların sosyodemografik özelliklerini (yaş, cinsiyet, yaşadığı coğrafi bölge, medeni durum, çalışma durumu, hane halkının toplam aylık geliri, eğitim düzeyi, ailede fiziksel/ruhsal hastalık tanısı bulunma durumu, hastalık var ise yakınlık derecesi, hastalığın ne olduğu, düzenli ilaç kullanım durumu) içeren 11 soru bulunmaktadır. Bilgi formu araştırmacı tarafından literatür taranarak hazırlanmıştır (8,12).

Kısa Semptom Envanteri (KSE): Derogatis tarafından geliştirilmiş ölçeğin Türkiye'de geçerlik ve güvenilirlik analizlerini Şahin ve Durak (14) yapmıştır. Ruhsal belirtileri tarayan, Belirti Tarama Listesinin (SCL-90-R) arasından seçilmiş 53 madde ve beş alt boyuttan oluşan, 0-4 puan arası puanlanan 5'li likert tipte bir ölçektir. Ölçekten alınabilecek puanlar 0-212 arasında değişmektedir. Alt boyutlar Anksiyete (13 madde), Depresyon (12 madde), Olumsuz benlik (12 madde), Somatizasyon (9 madde) ve Hostilite'den (7madde) oluşmaktadır. Envanterden alınan yüksek puanlar 0 alt boyuttaki psikolojik rahatsızlığın arttığını ifade etmektedir. Güvenirlik analizlerinde alt boyutlara ait min ve max Cronbach's Alpha 0.75 ile 0.88 arasında değişmektedir. Bu araştırmada Cronbach's Alpha 0.72 ile 0.87 arasında değişmektedir.

Araştırmanın Değişkenleri

Bağımsız Değişkenler

- Sosyo-Demografik Özellikler

Bağımlı Değişkenler

- Kısa Semptom envanteri ve alt ölçek puan ortalamaları

Verilerin İstatistiksel Değerlendirmesi

Verilerin değerlendirilmesinde SPSS (Statistical Package for Social Science for Windows 22.0) paket programı kullanıldı. Analizlerde; ölçeklerin iç tutarlılık incelemesinde Cronbach's Alpha analizi, frekans, yüzde, ortalama ve standart sapma gibi tanımlayıcı istatistikler kullanıldı. KSE toplam ve alt boyutlarına ait anksiyete

(çarpıklık: 0.989, basıklık:1.122), depresyon (çarpıklık: 0.794, basıklık:0.241), olumsuz benlik (çarpıklık: 0.978, basıklık:0.760), somatizasyon (çarpıklık: 1.290, basıklık:1.542), hostilite (çarpıklık:1.038, basıklık:0.742), toplam puan (çarpıklık: 0.82, basıklık:0.434) skewness ve kurtosis (çarpıklık ve basıklık) değerlerinin -2 ile +2 arasında olduğu belirlendi ve dolayısıyla verinin normal dağılım gösterdiği varsayıldı (15). Bu nedenle parametrik test teknikleri kullanıldı. İki bağımsız grup kategorisine göre ortalama değerlerin karşılaştırmasında bağımsız örneklem t testi, ikiden fazla bağımsız grup karşılaştırmalarında ise Tek yönlü varyans analizi (ANOVA) kullanıldı. Varyansların homojenliği Levene testi ile yapıldı. İkili karşılaştırmalarda varyanslar homojenliği sağlamadığı durumlarda posthoc test olarak Games-Howell, varyanslar homojen olduğu durumlarda ise posthoc test olarak Tukey yapıldı. Yaş ile ölçek alt boyutları arasındaki ilişkiyi belirlemek için pearson korelasyon testi, KSE'nin yordayıcılarını değerlendirmek için çoklu doğrusal regresyon analizi kullanıldı. $p<0.05$ düzeyi istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

BULGULAR

Araştırmaya katılmayı kabul eden bireylerin yaş ortalaması 37.98 ± 18.57 , % 61'i kadın, % 53.7'si İç Anadolu Bölgesinde yaşamakta, %47.7'sinin evli, %2.6'sı sağlık çalışanı, % 56.2'sinin gelir durumu gelir gidere eşit, % 44.6'sı üniversite ve üzeri eğitim düzeyine sahiptir. Bireylerin %34.6'sının ailesinde fiziksel ya da ruhsal hastalık tanısı alan birey olduğu ve bu hastalık tanısının %7.5'inin ruhsal hastalık tanısı olduğu, hastalığı olanların %9.2'sinin anne rolünde olduğu belirlenmiştir. Bireylerin %66.6'sı düzenli ilaç kullanmaktadır.

KSE toplam puan ortalaması 49.02 ± 31.14 bulunmuştur. Ölçek alt boyutları incelendiğinde Anksiyete alt boyutu puan ortalaması 11.65 ± 7.77 . Depresyon alt boyutu puan ortalaması 12.93 ± 8.93 . Olumsuz benlik alt boyutu puan ortalaması 10.70 ± 8.25 . Somatizasyon alt boyutu puan ortalaması 6.32 ± 6.13 ve Hostilite alt boyutu puan ortalaması 7.44 ± 6.38 olarak bulunmuştur (Tablo I). Yaş ile olumsuz benlik ve hostilite puanları arasında negatif yönlü çok zayıf bir ilişki ($r=-0.066$, $p=0.011$), somatizasyon puanı arasında ise pozitif yönlü çok zayıf

bir ilişki ($r=-0.192$, $p<0.001$) belirlenmiştir (Tablo II). Anksiyete alt ölçek puan ortalaması kadınlarda, öğrencilerde, gelir düzeyi giderden daha az olanlarda, ailede fiziksel/ruhsal hastalık tanısı bulunanlarda ve ailede ruhsal bozukluk tanısı almış birey bulunanlarda daha yüksek; depresyon alt ölçek puan ortalaması kadınlarda, bekar olanlarda, gelir düzeyi giderden daha az olanlarda ve ailede fiziksel/ruhsal hastalık tanısı bulunanlarda daha yüksek, sürekli çalışan bireylerde diğerlerine göre daha düşük; olumsuz benlik alt ölçek puan ortalaması kadınlarda, işsizlerde, gelir düzeyi giderden daha az olanlarda ve ailede fiziksel/ruhsal hastalık tanısı bulunanlarda daha yüksek; somatizasyon alt ölçek puan ortalaması kadınlarda, boşanmış olanlarda, işsizlerde, gelir düzeyi giderden daha az olanlarda, eğitim düzeyi ilkökul ve altı olanlarda ve ailede fiziksel/ruhsal hastalık tanısı bulunanlarda daha yüksek; hostilite alt ölçek puan ortalaması bekarlarda, düzeyi giderden daha az olanlarda ve ailede fiziksel/ruhsal hastalık tanısına sahip bireylerde daha yüksek iken boşanmış bireylerde bekar ve evli olanlara göre daha düşük olduğu belirlendi ($p<0.05$, Tablo III). Kısa semptom envanteri toplam puan ortalaması kadınlarda, işsizlerde ve öğrencilerde, gelir düzeyi giderden daha az olanlarda ve ailede fiziksel/ruhsal hastalık tanısına sahip bireylerde daha yüksek olduğu belirlendi ($p<0.05$, Tablo III).

Tablo IV'te kısa semptom envanteri toplam puan ve alt boyutlarının bazı değişkenler ile yapılan çoklu regresyon modeli sonuçları yer almaktadır. Modele, yapılan fark testlerinde (t testi, Anova) toplam ve alt boyutlar ile anlamlı çıkan bağımsız değişkenler dahil edilmiştir. Modelde yer alan bağımsız değişkenlerden ailede hastalık tanısı konmuş birinin varlığına 519 kişi var olarak cevap verdiği için $n=519$ olarak alınmıştır. Anksiyete alt boyutunu etkileyen değişkenler toplam varyansın % 4.6'sını açıklamaktadır. Anksiyete puanındaki değişimin en büyük yordayıcısı gelir durumu olarak belirlenmiştir. Kadınlar 1.9 puanlık, gelir giderden az olanlar (gelir gidere denk:2, gelir giderden fazla:3) 1.6 puanlık, ailede hastalığı olanlar 3.7 puanlık, ailede ruhsal hastalık bulunanlar 2.3 puanlık artışa neden olmaktadır. Depresyon alt boyutunu etkileyen değişkenler toplam varyansın % 7.2'sini açıklamaktadır. Depresyon puanındaki değişimi-

Tablo I. Kısa semptom envanteri ve alt ölçek puan ortalamalarının dağılımı

	Ort±SS	Min-Max
Anksiyete puanı	11.65±7.77	0-52
Depresyon puanı	12.93±8.93	0-48
Olumsuz benlik puanı	10.70±8.25	0-48
Somatizasyon puanı	6.32±6.13	0-36
Hostilite puanı	7.44±6.38	0-28
Toplam puan	49.02±31.14	0-212

Ort.: Ortalama, SS: Standart Sapma, Min: Minimum, Max: Maksimum değer

Tablo II. Yaş ile kısa semptom envanteri ve alt boyut puan ortalamaları arasındaki ilişki

	Anksiyete Puanı	Depresyon Puanı	Olumsuz Benlik Puanı	Somatizasyon Puanı	Hostilite Puanı	Toplam Puan	
Yaşı	r	-0.050	-0.038	-0.066*	.192**	-.122**	-.029
	p	.055	.148	.011	.000	.000	.274

r=pearson korelasyon, * $p<0.05$, ** $p<0.01$.

Tablo III. Sosyodemografik değişkenler ile kısa semptom envanteri ve alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılması

	n	Anksiyete puanı Ort±Ss	Depresyon puanı Ort±Ss	Olumsuz benlik puanı Ort±Ss	Somatizasyon puanı Ort±Ss	Hostilite puanı Ort±Ss	Toplam puan Ort±Ss
Cinsiyet							
Kadın	884	12.291±7.97	14.209±8.79	11.011±8.27	6.983±5.90	7.417±5.81	51.91±30.79
Erkek	564	10.651±7.32	10.713±7.89	10.023±7.22	5.110±5.04	7.264±5.60	43.76±27.41
Test değeri		t=3.93	t=7.85	t=2.39	t=6.44	t=0.49	t=5.25
Anlamlılık düzeyi		p<0.001	p<0.001	p=0.017	p<0.001	p=0.617	p<0.001
Medeni Durum							
Evlü	691	11.520±7.86	12.166±8.28	10.459±7.76	6.839±5.94*	7.320±5.56	48.30±29.26
Bekar	640	11.848±7.53	13.425±9.07	11.005±8.13	5.234±5.11*	7.756±6.0	49.26±30.60
Boşanmış Dul	117	11.359±8.44	13.709±7.78	9.547±7.22	8.368±5.64*	5.402±4.76	48.38±28.42
Test değeri		F=0.388	F=4.191*	F=1.986	F=22.945*	F=8.451*	F=0.183
Anlamlılık düzeyi		p=0.678	p=0.015	p=0.138	p<0.001	p<0.001	p=0.833
Farklılık			1-2		1-2,1-3, 2-3	1-3,2-3	
Çalışma Durumu							
Sürekli Çalışan	338	10.612±7.81	10.811±8.66	9.719±7.49	5.210±5.18	7.189±5.62	43.54±29.97
Sağlık Çalışan	38	12.368±7.00	12.842±8.57	9.211±5.81	4.447±4.74	6.447±4.71	45.31±24.66
Öğrenci	432	12.329±7.74	13.935±9.06	11.109±8.15	5.350±4.90	7.965±6.12	50.68±30.79
İşsiz	262	12.206±7.82	13.447±8.14	11.569±8.37	7.137±6.13	7.244±5.66	51.60±30.01
Diğer	378	11.352±7.69	13.011±8.12	10.376±7.69	7.788±6.15	6.984±5.47	49.51±28.23
Test değeri		F=2.90**	F=6.88**	F=2.86*	F=15.78**	F=1.956	F=3.86
Anlamlılık düzeyi		p=0.21	p=0.001	p=0.022	p<0.001	p=0.099	p=0.004
Farklılık		1-3	1-3,1-4,1-5	1-4	4-1,2,3 5-1,2,3		1-3, 1-4
Gelir Düzeyi							
Gelirler giderlerden az	362	12.939±8.40	14.472±9.60	12.246±8.87	6.876±6.02	8.425±6.26	54.958±33.01
Gelirler ve giderler eşit	814	11.173±7.47	12.365±8.12	10.247±7.68	6.154±5.56	6.979±5.52	46.917±28.64
Gelirler giderlerden fazla	272	11.371±7.57	12.129±8.45	9.607±6.76	5.724±5.35	7.070±5.44	45.900±27.41
Test değeri		F=6.75**	F=8.73*	F=10.972*	F=3.52**	F=8.47*	F=10.79*
Anlamlılık düzeyi		p=0.001	p<0.001	p<0.001	p=0.030	p<0.001	p<0.001
Farklılık		1-2, 1-3	1-2, 1-3	1-2, 1-3	1-3	1-2, 1-3	1-2, 1-3
Eğitim Düzeyi							
İlkokul ve altı	414	11.797±7.92	13.082±7.86	10.657±7.78	8.000±6.03	6.872±5.2	50.40±28.10
Ortaokul	149	11.624±7.38	12.268±7.87	11.148±7.50	6.933±5.90	7.483±5.82	49.45±28.58
Lise	239	11.498±7.61	11.941±8.59	10.268±7.76	5.757±5.59	7.490±5.58	46.95±29.54
Üniversite ve üzeri	646	11.622±7.81	13.166±9.23	10.619±8.11	5.161±5.05	7.591±6.05	48.15±31.15
Test değeri		F=0.083	F=1.499	F=0.383	F=23.577	F=1.414	F=0.830
Anlamlılık düzeyi		p=0.969	p=0.213	p=0.766	p<0.001	p=0.237	p=0.477
Farklılık					1-3, 1-4, 2-4,		
Ailede Fiziksel/Ruhsal Hastalık Tanısı Bulunma Durumu							
Var	501	13.597±8.32	14.623±8.82	12.056±8.00	7.671±6.25	8.102±6.00	56.04±30.79
Yok	947	10.623±7.25	11.908±8.37	9.870±7.73	5.504±5.16	6.964±5.55	44.86±28.49
Test değeri		t=7.04	t=5.76	t=5.05	t=6.65	t=3.60	t=6.90
Anlamlılık düzeyi		p<0.001	p<0.001	p<0.001	p<0.001	p<0.001	p<0.001
Ailede Bulunan Hastalık Tanısı							
Fiziksel	410	13.178±8.13	14.459±8.65	12.010±7.70	7.822±6.23	7.995±5.64	55.46±29.58
Ruhsal	109	16.028±9.37	15.936±9.28	12.147±8.73	7.716±6.29	8.716±7.18	60.54±34.93
Test değeri		t=-3.14	t=-1.55	t=-0.160	t=0.158	t=-0.970	t=-1.391
Anlamlılık düzeyi		p=0.002	p=0.120	p=0.873	p=0.874	p=0.334	p=0.166

*varyanslar homojenite sağlamadığı için posthoc test Games-Howell yapılmıştır. **varyanslar homojen olduğu için posthoc test Tukey yapılmıştır.

min en büyük yordayıcısı 2.9 puanlık artış ile ailede fiziksel/ruhsal hastalık tanısına sahip olma durumu olarak belirlenmiştir. Kadın olma 3.4 puanlık, gelir giderden az olanlar 1 puanlık artışa neden olmaktadır. Evli olanların ise 0.8 puanlık azalmaya neden olduğu belirlenmiştir. Olumsuz benlik alt boyutunu etkileyen değişkenler toplam varyansın %3.1'ini açıklamaktadır. Olumsuz benlik puanındaki değişimin en büyük yordayıcısı 2.2 puanlık artış ile ailede fiziksel/ruhsal hastalık olma durumu olarak belirlenmiştir. Kadın olma 0.9 puanlık, gelirin giderden az olması 1.3 puanlık artışa neden olmaktadır. Somatizasyon alt boyutunu etkileyen

değişkenler toplam varyansın %9'unu açıklamaktadır. Somatizasyon puanındaki değişimin en büyük yordayıcısı 1.9 puanlık artış ile ailede fiziksel/ruhsal hastalık olma durumu olarak belirlenmiştir. Kadın olma 1.6 puanlık, eğitim düzeyi düştükçe 0.6 puanlık artışa neden olmaktadır. Hostilite alt boyutunu etkileyen değişkenler toplam varyansın %1'ini açıklamaktadır. Hostilite puanındaki değişimin en büyük yordayıcısı 1.1 puanlık artış ile ailede fiziksel/ruhsal hastalık olma durumu olarak belirlenmiştir. Gelir düzeyi düştükçe 0.7 puanlık artışa neden olmaktadır.

Tablo IV. Kısa semptom envanteri ve alt boyut puanlarına etkisi olan bağımsız değişkenlerin etkisinin değerlendirilmesi

	B	SH	Beta (β)	t	p	95% Güven Aralığı	
Anksiyete Puanı (n=519)							
Sabit	13.974	3.197		4.371	<0.001	7.694	20.254
Cinsiyeti Kadın (ref)	-1.971	0.766	-0.11	-2.575	0.010	-3.47	-0.46
Çalışma durumu Sürekli Çalışan (ref)	-0.245	0.258	-0.04	-0.951	0.342	-0.75	0.26
Gelir durumu Gelir giderden az (ref)	-1.688	0.592	-0.12	-2.849	0.005	-2.85	-0.52
Ailede fiziksel/ruhsal hastalık olma durumu Yok (ref)	3.763	1.856	0.08	2.027	0.043	0.11	7.41
Ailede hastalık tanısı konmuş birisi var mı? Cevap evet ise Hastalık Tanısı Fiziksel hastalık (Ref)	2.303	0.909	0.11	2.535	0.012	0.51	4.08
Adjusted R ² =0.046, F=6.035, p<0.001, Durbin Watson=1.514							
Depresyon puanı (n=1448)							
Sabit	22.931	1.607		14.271	<0.001	19.779	26.083
Cinsiyeti Kadın (ref)	-3.403	0.477	-0.19	-7.139	<0.001	-4.33	-2.468
Medeni durumu Evli (ref)	0.890	0.348	0.06	2.559	0.011	0.20	1.572
Çalışma durumu Sürekli Çalışan (ref)	0.024	0.160	0.00	0.150	0.881	-0.29	0.338
Gelir Durumu Gelir giderden az (ref)	-1.032	0.334	-0.07	-3.086	0.002	-1.68	-0.376
Ailede fiziksel/ruhsal hastalık olma durumu Var (ref)	-2.939	0.465	-0.16	-6.325	<0.001	-3.85	-2.027
Adjusted R ² =0.072, F=23.360, p<0.001, Durbin Watson=1.339							
Olumsuz benlik puanı(n=1448)							
Sabit	18.299	1.388		13.185	<0.001	15.576	21.021
Cinsiyeti Kadın (ref)	-0.984	0.443	-0.06	-2.218	0.027	-1.85	-1.14
Çalışma durumu Sürekli Çalışan (ref)	-0.024	0.149	-0.00	-0.161	0.872	0-31	.269
Gelir durumu Gelir giderden az (ref)	-1.314	0.313	-0.11	-4.203	<0.001	-1.92	-0.701
Ailede fiziksel/ruhsal hastalık olma durumu Var (ref)	-2.226	0.434	-0.13	-5.132	<0.001	-3.07	-1.375
Adjusted R ² =0.031, F=12.608, p<0.001, Durbin Watson=1.384							
Somatizasyon puanı (n=1448)							
Sabit	13.539	1.110		12.195	<0.001	11.361	15.716
Cinsiyeti Kadın (ref)	-1.607	0.309	-0.13	-5.191	<0.001	-2.21	-1.00
Medeni durumu Evli (ref)	0.051	0.232	0.00	0.219	0.827	-0.40	0.507
Çalışma durumu Sürekli Çalışan (ref)	0.161	0.116	0.04	1.381	0.167	-0.06	0.389
Gelir durumu Gelir giderden az (ref)	-0.311	0.217	-0.03	-1.432	0.152	-0.73	0.115
Eğitim düzeyi İlkokul ve altı (ref)	-0.686	0.131	-0.15	-5.254	<0.001	-0.94	-0.430
Ailede fiziksel/ruhsal hastalık olma durumu Var (ref)	-1.902	0.303	-0.16	-6.277	<0.001	-2.49	-1.308
Adjusted R ² =0.091, F=25.143, p<0.001, Durbin Watson=1.499							
Hostilite puanı (n=1448)							
Sabit	11.085	0.777		14.265	<0.001	9.561	12.610
Medeni durumu Evli (ref)	-0.299	0.237	-0.03	-1.264	0.207	-0.76	0.165
Gelir durumu Gelir giderden az (ref)	-0.735	0.227	-0.08	-3.237	0.001	-1.18	-0.290
Ailede fiziksel/ruhsal hastalık olma durumu Var (ref)	-1.102	0.315	-0.09	-3.497	<0.001	-1.72	-0.484
Adjusted R ² =0.015, F=8.367, p<0.001, Durbin Watson=1.362							
Toplam puan (n=1448)							
Sabit	87.111	5.160		16.882	<0.001	76.989	97.233
Cinsiyeti Kadın (ref)	-8.175	1.649	-0.13	-4.958	<0.001	-11.41	-4.941
Çalışma durumu Sürekli Çalışan (ref)	0.087	0.555	0.004	.157	0.875	-1.00	1.176
Gelir durumu Gelir giderden az (ref)	-4.274	1.162	-0.09	-3.678	<0.001	-6.55	-1.994
Ailede fiziksel/ruhsal hastalık olma durumu Var (ref)	-11.494	1.613	-0.18	-7.126	<0.001	-14.65	-8.330
Adjusted R ² =0.058, F=23.473, p<0.01, Durbin Watson=1.258							

B: Standartlaştırılmamış Beta, SH:Standart Hata, β: Standartlaştırılmış Beta

Kısa semptom envanteri toplam puanını etkileyen değişkenler toplam varyansın %5'ini açıklamaktadır. Toplam puandaki değişimin en büyük yordayıcısı 11.4 puanlık artış ile ailede fiziksel/ruhsal hastalık olma durumu olarak belirlenmiştir. Kadın olma 8.1 puanlık, gelir düzeyi düştükçe 4.2 puanlık artışa neden olmaktadır.

TARTIŞMA VE SONUÇ

Ruhsal sağlık bireylerin kendini gerçekleştirmelerini, karşılaştıkları stresle başa çıkmalarını, üretken ve verimli bir şekilde çalışmalarını sağlayan iyi olma hali olarak bilinmektedir. Bunun yanında ruh sağlığının geliştirilmesi için birincil önlemler kapsamında hastalıkların önlenmesi yer alırken, ikincil önlemler kapsamında belirtiler ortaya çıkmadan ya da erken dönemde tespit edilerek erken tanı ve tedaviyle ruhsal bozukluk prevalanslarının azaltılması hedeflenmektedir (6). Ancak dünyada 450 milyon kadar insan ruhsal veya davranışsal bir bozukluktan muzdarip olmasına rağmen fiziksel hastalıklar kadar öne çıkamamıştır (16).

Bu araştırmada psikolojik belirtileri belirlemek amacıyla kullanılan KSE toplam puan ortalaması 49.02 ± 31.14 olarak bulunmuştur (Tablo II). Cevizci ve Müezzini (10) tarafından sağlık çalışanları ile yapılan çalışmada toplam puan ortalamasının düşük olduğu (0.76 ± 0.60) bildirilmiştir. Bu sonuçların aksine üniversite öğrencileri ile yapılan bazı çalışmalarda KSE toplam puan ortalaması 61.32 ± 38.29 , 55.18 ± 31.71 , 88.44 ± 43.07 (9,17,18), Türkiye'de kadın popülasyonu ile yapılan çalışmada ise 66.24 ± 9.46 olarak bildirilmiştir (19). Bu araştırmada literatüre göre KSE toplam puanının düşük olduğu görülmektedir. Literatürdeki araştırmalar çoğunlukla yaşlı, ergen, üniversite öğrencisi vb gibi özel popülasyonlara aittir. Özel popülasyonlar ruhsal bozukluklar için riskli grupların içinde yer almaktadır (9,18,20). Puanlarının bu nedenle daha yüksek olduğu düşünülmektedir.

KSE alt boyut puan ortalamaları anksiyete 11.65 ± 7.77 , depresyon 12.93 ± 8.93 , olumsuz benlik 10.70 ± 8.25 , somatizasyon 6.32 ± 6.13 ve hostilité 7.44 ± 6.38 olarak bulunmuştur (Tablo II). Şirin'in (9) üniversite öğrencileri ile yaptığı araştırmada alt boyut puan ortalamaları anksiyete 12.96, depresyon 19.27, olumsuz benlik alt faktörü 12.35, somatizasyon alt faktörü 7.82, hostilité alt faktörü 8.73; Özel ve ark.'nın (21) yaptığı araştırmada ise anksiyete 9.97, depresyon 11.73, olumsuz benlik 8.76, somatizasyon 5.54, hostilité 6.89 olarak bildirilmiştir. KSE toplam puan ortalamasında olduğu gibi alt boyut puan ortalamaları arasında da popülasyonlara ve çalışmalara göre farklılıklar olduğu görülmektedir. Bu araştırmanın 18-65 yaş gibi geniş yaş aralığında yapılmış olması, özellikle ruhsal bozukluklar açısından risk grubu olarak kabul edilen belirli bir popülasyon ile yapılmamış olmasının etkisi olabileceği düşünülmektedir. Ancak ruh sağlığı bireylerin özel popülasyonlarda bulunmasının (çocuk, ergen, yaşlı, göçmen vb) yanında bireysel, ailesel ve çevresel gibi birçok sosyal belirleyiciden etkilenmektedir (22). Psikiyatri hemşireleri ve diğer ruh sağlığı çalışanları tarafından ruh sağlığını etkileyen faktörlerin bilinmesi koruyucu önlemlerin alınması açısından önemli olmaktadır. Ayrıca literatürde psikolojik belirti olarak kabul edilen anksiyete, depresyon, olumsuz benlik, hostilité ve somatizasyon düzeyleri düşük bireylerin psikolojik dayanıklılıklarının daha

yüksek olduğu belirtilmektedir (10).

KSE toplam ve alt boyut puanlarına özellikle cinsiyet ve ailede tanı konmuş hastalık bulunma durumunun tüm alt boyutları yordadığı saptanmıştır (Tablo IV). Cinsiyet hostilité alt boyutu dışında tüm alt boyut ve toplam puanı yordamaktadır. Kadın olmak birçok ruhsal bozukluk için risk faktörü olarak bilinmektedir ve çalışmalarda kadınlarda anksiyete, depresyon, olumsuz benlik, somatizasyon puan ortalamalarının erkeklere göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir (21,23). Matud ve Garcia'nın (24) yaptıkları çalışmada psikolojik distres, kronik stres ve duygusal başa çıkma düzeylerinin kadınlarda daha yüksek olduğunu, Köse'nin (25) Türkiye'de yaptığı çalışmada ise kadınların ruh sağlığı indeksinin erkeklere göre daha düşük olduğunu ve bu nedenle kadınların ruhsal bozukluklar açısından risklerinin daha yüksek olduğunu belirlemişlerdir. Kadınların toplumda aldıkları sorumluluklar ve roller, toplumsal cinsiyet ayrımcılığına bağlı ortaya çıkan sorunlar, toplumun kadına yönelik oluşturduğu kalıp yargılar, aile ve toplumun beklentileri birçok yükü de beraberinde getirmekte ve ruhsal bozukluklar için zemin oluşturmaktadır (24,25). Özellikle kadın grupları ile ruh sağlığını güçlendirici çalışmaların yapılmasının ruhsal bozukluklar için riski azaltacağı düşünülmüştür. Ayrıca ruh sağlığı çalışanlarının ve toplum ile iç içe olan toplum sağlığı çalışanları ve aile sağlığı merkezi çalışanlarının da planladığı herkese uyan sağlık müdahalelerinin yanı sıra hastalara bakım esnasında cinsiyete özgü girişimlere yer vermesi önemlidir.

Yaş ile olumsuz benlik ve hostilité puanları arasında negatif yönlü bir ilişki, somatizasyon puanı arasında ise pozitif yönlü bir ilişki belirlenmiştir. Yaş ilerledikçe bireylerin daha az duygusal dil tercih ettikleri, geçmiş deneyimlerini daha olumlu anılar ile ifade ettikleri ve daha olumlu duygular aktardıkları bildirilmektedir (26). Bu durumun yaşın ilerlemesi ile birlikte olumsuz benlik ve hostilité puanlarının daha düşük olmasına neden olduğu düşünülmüştür. Bunun yanında yaş ilerledikçe ortaya çıkan fiziksel hastalıklar ile birlikte bireylerin duygu ve düşüncelerini ifade etmelerindeki yetersizliklerin psikolojik sıkıntılara neden olduğu ve psikolojik sıkıntılarının bedene yönelerek somatik yakınmalar olarak ortaya çıkardığı düşünülmüştür.

Medeni durumun depresyon puanını yordadığı görülmüş ve evli olanlarda depresyon riskinin daha düşük olduğu bulunmuştur. Evlilik sosyal bir kurumdur ve ruh sağlığı üzerindeki etkileri toplumlar arasında farklılık göstermektedir. Evliliğe önem veren toplumlarda, evli olmak genellikle daha düşük depresyon, daha düşük kaygı, daha düşük intihar riski ve daha düşük madde kullanımı ile ilişkilidir (27). Ayrıca Buckman ve ark.'nın (28) yaptığı çalışmada depresyon prognozunun evli bireylerde daha iyi olduğu belirtilmiştir. İnsanların sağlıklı ve sosyal olarak arzu edilen şekilde evli olma ve evli kalma durumu, sağlanan sosyal destek ve ilişkiler ruh sağlığını olumlu yönde etkilemektedir (27). Somatizasyon ve hostilité puanları bireylerin medeni durumlarına göre farklılık göstermesine rağmen yordayıcı olarak belirlenmemiştir.

Gelir düzeyi; somatizasyon alt boyutu dışında tüm alt boyut ve genel puanı yordamaktadır. Geliri giderenden az olarak değerlendirenlerin puan ortalamaları daha yüksektir. Hashmive ark.'nın (29) tarafından

Avusturalya'da yapılan çalışmaya göre anksiyete bozuklukları; sosyoekonomik düzeyi düşük olan gruplarda %20 yüksek olanlarda ise %13,8, duyu durum bozuklukları sosyoekonomik düzeyi düşük olan gruplarda %20, yüksek olanlarda ise % 9,9 olarak belirlenmiş ve diğer ruhsal bozukluklarda da sosyoekonomik düzeyin risk faktörü olduğu bildirilmiştir. Literatürde geliri giderinden az olanlarda ruhsal bozukluk görülme oranının daha yüksek olduğu görülmektedir (8,29). Türkiye'de yapılan başka bir çalışmada hanenin gelir düzeyi ve ruh sağlığı indeksi arasında pozitif korelasyon bulunmaktadır (25).

Ailede fiziksel/ruhsal hastalık tanısı bulunma durumu tüm alt boyut ve genel puanı yordamaktadır. Onkoloji hastalarına bakım veren aile üyelerinin yaşadığı psikososyal sorunların belirlenmesine yönelik yapılan çalışmada hasta yakınlarının stres yaşadığı, anksiyete, öfke, depresyon yaşadıkları ve yaşam kalitelerinin olumsuz etkilendiği belirlenmiştir (30). Yeşil ve ark. (31)'ı yaptıkları çalışmada; evde bakım hizmetleri birimine kayıtlı olan kronik hastalığa sahip bireylere bakım verenlerin bakım verme yükü arttıkça ruh sağlıklarının da olumsuz etkilendiği saptanmıştır. Yaptığımız araştırmanın sonuçlarına göre; aile üyelerinde bulunan tanı ruhsal bozukluk ise, fiziksel bir hastalığa göre ailenin anksiyete düzeyi daha yüksek olmaktadır. WHO (16) verilerine göre dört aileden birinin en az bir üyesinin ruhsal bozukluğu olan bir aileye sahip olduğu bildirilmiştir. Özellikle ruhsal bozukluklarda aile üyeleri hastaların birincil bakım vericileridir (16). Ruhsal hastalıklar bireyler ve aileleri üzerinde fiziksel, sosyal, ekonomik ve duygusal olarak yük oluşturmaktadır (32). Yükün azaltılması için hasta ve aile üyelerine psikososyal, fizyolojik ve tıbbi destekte dahil olmak üzere belirli tedaviler ve bakımlar sağlanmalı, psikoeğitim ve aileden aileye destek programları yaygınlaştırılmalı, toplum temelli ruh sağlığı hizmetlerinin uygulanması için evde bakım hizmetleri ve gündüz hastaneleri artırılmalı, aile üyelerinin yükünü azaltıp yaşam kaliteleri yükseltilmelidir (20,32).

18-65 yaş arası bireylerde psikolojik belirti düzeyleri ve etkileyen sosyodemografik faktörler belirlenmiştir. Erişkinlerin ruhsal durumunu cinsiyet, yaş, medeni durum, gelir düzeyi ve aile de hastalık bulunma durumunun etkilediği görülmüştür. Ruhsal bozukluklar için kadın olma, boşanmış/dul olma, sosyoekonomik düzeyi düşük olma, işsiz olma ve ailede fiziksel/ruhsal hastalık tanısına sahip birey bulunma durumlarının risk olduğu görülmüştür. Risk gruplarına yönelik erken tanı ve tedavinin sağlanması için koruyucu ve önleyici müdahalelerin planlanması önerilmektedir. Ayrıca daha geniş popülasyonlarda epidemiyolojik araştırmaların yapılması, ruh sağlığını güçlendirici uygulamalar için deneysel çalışmaların yapılması ve farklı ölçüm araçları kullanılarak ruh sağlığı profillerini belirleyici çalışmaların büyük örneklem grupları ile yapılması önerilmektedir.

Çıkar Çatışması

Bu çalışma ile ilgili olarak yazarların bir çıkar çatışması yoktur.

KAYNAKLAR

1. Wang PS, Aguilar-Gaxiola S, Alonso J, et al. Use of

- mental health services for anxiety, mood, and substance disorders in 17 countries in the WHO World mental health surveys. *Lancet* 2007;370(9590): 841-850. doi: 10.1016/S0140-6736(07)61414-7.
- Vos T, Allen C, Arora M, et al. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 310 diseases and injuries, 1990–2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. *The Lancet* 2016; 388(10053): 1545-1602. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31678-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31678-6)
- Gustavson K, Knudsen AK, Nesvag R, et al. Prevalence and stability of mental disorders among young adults: findings from a longitudinal study. *BMC Psychiatry* 2018;18:65. <https://doi.org/10.1186/s12888-018-1647-5>
- Ghanem M, Gadallah M, Meko FA, Mourad S, El Kholy G. National survey of prevalence of mental disorders in Egypt: preliminary survey. *EMHJ – Eastern Mediterranean Health Journal* 2009; 15(1): 65-75, <https://apps.who.int/iris/handle/10665/117609>
- Binbay T, Direk N, Aker T, ve ark. Türkiye'de psikiyatrik epidemiyoloji: yakın zamanlı araştırmalarda temel bulgular ve gelecek için öneriler. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2014;25:4, 264-281.
- Gültekin BK. Ruhsal bozuklukların önlenmesi: kavramsal çerçeve ve sınıflandırma *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar* 2010;2(4):583-594.
- Yılmaz H, Bora E. Ergenlikte ruhsal bozuklukların öncül belirtileri. Bildik T, editör. *ergenlik dönemi ve ruhsal bozukluklar*. Ankara:Türkiye Klinikleri 2018; 98-107.
- Altaş ZM, Kaya C, Özel F, ve Topuzoglu A. Sağlık bilimleri alanında öğrenim gören üniversite öğrencilerinde ruhsal bozuklukların ve ilişkili faktörlerin değerlendirilmesi. *ESTÜDAM Halk Sağlığı Dergisi* 2020;5(3):443-60.
- Şirin T. Üniversite öğrencilerinin dini tutumları ile ruh sağlığı ilişkisinin incelenmesi, *İnsan ve Toplum Bilimleri Araştırmaları Dergisi* 2017;6(4) 65-88.
- Cevizci O, Müezzini EE. Sağlık çalışanlarında psikolojik belirtilerin ve psikolojik dayanıklılığın incelenmesi. *Kıbrıs Türk Psikiyatri ve Psikoloji Dergisi* 2019; 1(3): 166-172.
- Yılmaz Ç, & Sayıl İ. Değişik ortamlarda yaşayan yaşlılarda psikiyatrik semptomatoloji ve yaşam doyumu. *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası* 1996; 49(4).
- Ward-Ciesielski EF, Limowski AR, Kreper SN and Mc Dermott MJ. Relationships between treatment attitudes, psychological symptoms, emotional competence, and help-seeking intentions. *Journal of Counseling & Development* 2019;97; 250-259.doi: 10.1002/jcad.12265
- Karasar N. Bilimsel araştırma ve yöntemi. Nobel Yayın Dağıtım. 15. Baskı, 2005, Ankara
- Şahin NH, Durak A. Kısa Semptom Envanteri: Türk gençleri için uyarlaması. *Türk Psikoloji Dergisi* 1994; 9(31): 44-56.
- George D, Mallery, M. SPSS for Windows Step by Step: A Simple Guide and Reference, 2010, 17.0

- update (10a ed.) Boston: Pearson.
16. WHO. World Health Organization. Available from: https://www.who.int/mental_health/media/investing_mnh.pdf. Erişim Tarihi 27 Kasım 2021
 17. Yüksel A. Hemşirelik öğrencilerinin ruhsal durumları ve etkileyen faktörlerin incelenmesi. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 2015; 4(2): 215-226.
 18. Ergün G, Şimşek Aslan B, Küçükfalay Dursun N. Hemşirelik öğrencilerinin öfke ifade etme biçimleri ile psikolojik semptomları arasındaki ilişkinin incelenmesi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi 2021;24(1):1-8. doi: 10.17049/ataunihem.497546
 19. Öcal A, Bulut H, Ünübol H, Sayar GH. Göç eden kadınlarda depresyon ve somatizasyon. The Journal Of Neurobehavioral Sciences Year 2020;7 (1): 32-36. doi:10.5455/jnbs.1581965517
 20. Günay Molu N, Hisar F. Sağlık bilimleri fakültesi öğrencilerinin madde kullanımı, ruhsal durumu ve şiddet eğilim düzeyleri. Genel Sağlık Bilimleri Dergisi 2021; 3(1): 29-40.
 21. Özel Y, Türkleş S, Erdoğan S. Üniversite öğrencilerinde ruhsal durumun incelenmesi. JAREN 2020;6 (2):220-8. doi:10.5222/jaren.2020.41033
 22. Akbaba M, Kurt B. Çukurova yöresinde kırsal bir bölgedeki yetişkinlerin ruh sağlığı durumu ve etkileyen faktörler. Sakarya Tıp Dergisi 2018;8(3):538-550.
 23. Silva HA, Passos MP, Oliveira VA, et al. Prevalence of anxiety, depression and stres symptoms and its association with neck/shoulder pain in adolescents athletes. Motricidade 2017; 13(4): 13-22.
 24. Matud and MP & García MC. Psychological distress and social functioning in elderly Spanish people: A gender analysis. International journal of environmental research and public health 2019; 16(3): 341.
 25. Köse T. Gender, income and mental health: The Turkish case. PLoS ONE 2020; 15(4): e0232344. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0232344>
 26. Sayar F. Yaşlı Yetişkinlerin kişisel anılarında içsel durumsal dil kullanımının cinsiyet farklılıkları açısından karşılaştırılması. Itobiad: Journal of the Human&Social Science Researches 2018; 7 (3):1848-1863.
 27. Spiker RL. Mental health and marital status. The wiley black well encyclopedia of health, illness, Behavior, and Society 2014:1485-1489. doi:10.1002/9781118410868.wbehibs256
 28. Buckman JEJ, Saunders R, Stottj, et al. Role of age, gender and marital status in prognosis for adults with depression: An individual patient data meta-analysis. Epidemiology and Psychiatric Sciences 2021;30(e42): 1-13. <https://doi.org/10.1017/S2045796021000342>
 29. Hashmi R, Alam K, Gow J. Prevalence of mental disorders by socioeconomic status in australia: a cross-sectional epidemiological study, American Journal of Health Promotion, 2021; 35(4): 533-542.
 30. Lafcı D, Yıldız E, Toru F, ve Karakaya D. Kanser hastalarında bakım yükü ve bakım verenlere etkisi. Sağlık Akademisyenleri Dergisi. 2020;7(2): 105-113.
 31. Yeşil T, Çetinkaya Uslusoy E, Korkmaz M. Kronik hastalığı olanlara bakım verenlerin bakım yükü ve yaşam kalitesinin incelenmesi. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi GÜSBD. 2016; 5 (4): 54-66.
 32. Yıldırım S, Yalçın N, Güler C. Kronik ruhsal hastalıklarda bakım veren yükü: sistematik derleme. Psikiyatri Hemşireleri Derneği, 2017; 8(3).