

BÖLÜM XI

TOPLUMSAL CİNSİYET FAKTÖRÜ: KADINLARDA DEPRESYON VE CİNSİYET EŞİTSİZLİĞİ

Gender Role Socialization: Depression and Gender Inequality Among Women

Nadire Gülçin YILDIZ¹ & Kemal AYDIN² & Hatice YILDIZ³

¹Doç. Dr. İstanbul Medipol Üniversitesi Eğitim Fakültesi
Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık ABD,
İstanbul-Türkiye; ngyildiz@medipol.edu.tr;
ORCID: 0000-0002-5852-9658

²Prof. Dr. Amasya Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi,
Amasya-Türkiye; kemal.aydin111@gmail.com;
ORCID: 0000-0002-2013-7085

³Dr. İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü,
İstanbul-Türkiye; hyildizci@gmail.com;
ORCID: 0000-0002-0730-3827

1. Giriş

Bu kitap bölümünde, bir sosyo-demografik değişken olarak depresif belirtilerin cinsiyet farklılıklarına bağlı olarak görülme durumunu değerlendirmek amaçlanmıştır. Mevcut literatür depresif belirtilerin yaygınlık ve seyirinin cinsiyet faktörüne bağlı olarak değişkenlik gösterdiğine işaret etmektedir. Ruh sağlığı sorunları nedeni ile kadınlar cinsiyet eşitsizliklerinden olumsuz yönde etkilenen bir grup olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu nedenle cinsiyet faktörü nedeni ile dezavantajlı bir grupta yer alan kadınlar, örneğin, sağlık hizmetlerine erişim konusunda sosyo-ekonomik zorluklar ya da etiketlenme korkusu sonucu duygularını ifade etmede çeşitli

sıkıntılar yaşayabilmektedir. İlgili alanlarda çalışan araştırmacı ve politika yapıcıların sağlık hizmetlerine erişimde kaliteyi artırmak amacı ile bazı göstergelerden faydalanarak yapılacakları değerlendirmeler gelecekte bu noktada yapılacak reform ve iyileştirme kararlarına ışık tutabilir. Bu sistematik literatür taraması ile, ruh sağlığı alanında çalışan araştırmacı, uygulayıcı, politika yapıcı ve sağlık yöneticilerinin konuya dikkatlerini çekerek, mevcut durumu değerlendirebilmelerine yardımcı olmak amaçlanmaktadır.

2. Depresyonda cinsiyet farklılıkları

Kadınlarda depresif belirti oranlarının yüksek düzeyde gözlemlenmesi sadece hormonal değişimlerle ilişkili değildir. Çevresel ve / veya bağlamsal değişkenler ile sosyo-demografik faktörler göz önünde bulundurulduğunda bu konunun etraflı bir şekilde ele alınması gerektiği ortaya çıkar. Kadınlar arasında erkeklere kıyasla daha yüksek düzeyde gözlemlenen depresif belirti oranlarını, sosyo-demografik faktörlerin, bağlamsal ve kişisel değişkenlerin karmaşık bir etkileşimi içinde değerlendirmek gerekir. Yoksulluk (1, 2, 3), eğitim (4, 1, 5), evlilik durumu (1, 6, 7) gibi sosyo-demografik değişkenlerin bireyin sağlık durumu ile ilişkili olarak sergilediği durumun depresif belirtilerin seyrini etkilediği bilinmektedir. Fiziksel aktivite (3) ve çalışma durumu (1, 6, 7) ise depresyon durumu ile ilişkili bir faktör olarak karşımıza çıkmaktadır. Ek olarak, depresif belirtilerin bireysel bir değişken olarak kişilik özellikleri (8) ile de ilişkili olduğu görülmektedir.

Yukarıda belirtildiği üzere, bağlamsal değişkenler ile sosyo-demografik faktörler arasında bir ilişki olduğu gerçeği açıktır. Sağlık hizmetlerine erişime yönelik göstergelerde gözlemlenen eşitsizlikler bireyin mevcut sağlık durumu ile depresif belirtilerinin görülme seyrini etkiler. Genç ve Kurutkan, (2021), Pappa, Kontodimopoulos, Papadopoulos, Tountas ve Niakas (2013) ve Yoon, Jung, Kim ve Ha (2019) depresif insanların sağlık ihtiyaçları hakkında daha yüksek eşitsizlik algısına sahip olduğunu vurgulamaktadır (2, 9, 10). Sosyo-ekonomik faktörlerin karşılanmayan sağlık ihtiyaçları üzerinde etkileri vardır. Bu durum ise karşılanmayan sağlık ihtiyaçlarından kaynaklı sağlık hizmetlerine erişimde yaşanan çeşitli eşitsizlikleri ortaya çıkarmaktadır. Yaş, gelir, sağlık güvencesine sahip olmak, cinsiyet, medeni durum, eğitim, çalışma durumu, genel sağlık durumu, bedensel ağrı durumu ve depresyon gibi faktörler karşılanmayan bireylerin sağlık ihtiyaçlarına en çok etki eden faktörlerdir. Karşılanmayan sağlık ihtiyaçlarının neden olduğu sağlıkta eşitsizliklerden de en çok dezavantajlı gruplar etkilenmektedir. Bu çalışma ile elde edilen sonuçlar,

araştırmacılara, politika yapıcılara ve sağlık yöneticilerine kanıta dayalı karar verme için veri oluşturmaktadır.

Etiler'in (2016) kesitsel bir çalışma ile üç farklı lojistik regresyon modeli ve belirleyicilerini kullanarak (örneğin, cinsiyete göre), katılımcılar kendi sağlık statülerini değerlendirmişlerdir (1). Türkiye'de toplam 5488 erkek ve 7149 kadınla yapılan TÜİK 2010 Sağlık Araştırması'nın sonuçlarına göre, olumsuz sağlık oranlarının kadınlarda %9,8 iken erkeklerde %5,2 olduğu, cinsiyet farkının ise yaşa göre arttığı görülmüştür. Düşük eğitim düzeyi, kronik hastalıklar ve yoksulluk, her iki cinsiyet için de olumsuz sağlık algısı ile ilişkilendirilmiştir. Evlilik ve sigortalı işlerden emeklilik, kadınlar için iyi sağlık durumuyla bağlantılıyken, obezite ve sigara içmenin sağlık kalitesini olumsuz etkilediği; dolayısıyla Türkiye'de bireylerin sağlık durumlarını cinsiyet ve sosyo-ekonomik durumun belirlediği ve ayrıca evliliğin kadınlara sosyal koruma sağladığı söylenebilir (1).

Genç ve Kurutkan (2021) tarafından, 2014 ve 2016 mikro veri setini kapsayan TÜİK Sağlık Araştırması'nın kullanıldığı bir diğer çalışma, Binary Logit Regresyon analizi modellerini kullanarak depresyon ve sosyo-ekonomik değişkenlerin karşılanmayan sağlık ihtiyaçlarını ne ölçüde etkilediğini belirlemeyi amaçlamıştır (2). Sonuçlar, dezavantajlı grupların, karşılanmayan sağlık ihtiyaçlarının neden olduğu sağlık hizmetlerine erişimdeki eşitsizliklerden (örneğin, randevu süresinin uzunluğu, mesafe / ulaşım sorunları ve faturaları ödeyememe gibi durumlardan) olumsuz etkilendiğini göstermiştir (2). Fakirlik, eğitim ve sağlık durumu arasındaki ilişki ruh sağlığı sorunlarının sosyal, ekonomik ve kültürel arka plana sahip dinamik bir arka plana sahip olduğuna işaret eder. Ülkemizde yapılan bir araştırma sosyo-demografik faktörlerin ve bağlamsal değişkenlerin rolünü vurgulayarak, kendi kişisel sağlık durumu bilgilerinin bildirildiği, en düşük gelir gruplarında yer alan ve en az eğitim düzeyine sahip olanların genel olarak en düşük sağlık durumuna sahip olduklarını işaret etmektedir (5). Ek olarak, nispeten fakir mahallelerde yaşayanlar daha varlıklı mahallelere göre daha düşük güvenlik seviyelerine sahip olduklarını ifade etmişlerdir. Rieker, Bird ve Lang'e (2010) göre fiziksel sorunlar kardiyovasküler ve bağışıklık sistemi işleyişi sorunlarını içerirken, zihinsel sağlık sorunları depresyon ve madde kötüye kullanımını içerir (11).

Cinsiyet ve sağlık durumu arasındaki ilişki hem fiziksel hem de ruh sağlığı açısından sonuçları olan karmaşık bir örüntü teşkil edebilir. Yıldırım, İnce ve Müftüler (2012) tarafından yapılan bir çalışmada, düşük ve yüksek sosyo-ekonomik ortamlarda yaşayan Türk kadınlarının fiziksel aktivite düzeylerini

düşük sosyo-ekonomik düzeyden 188 kadın ve yüksek sosyo-ekonomik düzeyden 206, 18 ila 65 yaş arası kadın katılımcı ile karşılaştırmıştır (3). Türk kadınlarının erkeklere göre fiziksel olarak daha az aktif ve obez olma risklerinin daha yüksek olduğunu iddia etmişlerdir. 2003-2008 yılları arasında sosyoekonomik eşitsizlikler azalırken, sosyoekonomik gruplar arası farklılıklar devam etmiştir. Örneğin, daha yoksul doğu bölgeleri ile daha gelişmiş batı bölgeleri arasında sağlık durumlarına ilişkin çıktılar ve kırsal kesimden eğitim düzeyi düşük olan anneler için sağlık hizmeti göstergelerindeki eşitsizlikler dikkate değerdir (4). Sosyal politika, toplumsal faaliyetler ve iş-aile ilişkileri, kadınları yaşamlarında cinsiyetlerine dayalı eylemler olan çeşitli kararlar almaya zorlar. Bir faktör olarak cinsiyet eşitsizliği kişinin yaşam fırsatlarına ve rollerine tepkisini etkiler. Bu nedenle, farklı sosyal grupları temsil eden örneklemeler kullanarak kadın ve erkeklerin sağlık durumları arasındaki farklılıkları daha net açıklayan çeşitli faktörleri anlamak kritik olabilir (6, 7).

Ruh sağlığı sorunları kadınları ve erkekleri farklı şekillerde etkileyebilmektedir. Örneğin, depresyon ve anksiyete gibi bazı psikiyatrik bozukluklar kadınlarda daha sık görülür. Kadınlara özgü bazı ruh sağlığı sorunları arasında perinatal depresyon, pre-menstrüel disforik bozukluk ve pre-menopozla ilişkili depresyon gibi hormon değişikliği zamanlarında bir takım psikolojik sorunlar ortaya çıkabilir. Asya, Afrika, Orta Doğu ve Güney Amerika'da psikiyatrik tanı sahibi hastalar arasında ölüm oranları cinsiyet farklılıklarına ilişkin açıklamalar, Batı Avrupa ve Amerika Birleşik Devletleri'nde kadınlar arasında gözlemlenen yoksulluk, yalnızlık ve psikiyatrik morbidite daha önceki bulgulara / korelasyonlara ayna tutmaktadır (bkz. Dennerstein, Asbury ve Morse, 1993) (12). Brown ve Harris'in (1978) çalışması, Londra'da yaşayan orta sınıf kadınlardan ziyade işçi sınıfı kadınlar arasında depresyonun daha yaygın olduğu görüldüğü önemli bir çalışmadır (13). Fakirlik nedeni ile yoksul kadınlar, genel popülasyona göre çok daha ağır yaşam ve çalışma şartları ile karşı karşıya kalırlar (13, 14). Mesela düşük kaliteli konutlar ve tehlikeli mahallelerde yaşamak zorunda kalmak kronik sosyal stres kaynaklarına maruz kalma olasılıklarını (14, 15) ve şiddet mağduru olma riskini artırır (16). Bu kişiler özellikle ebeveynlik ve çocuk bakımında çeşitli sorunlarla karşı karşıya kalırlar (16). Sosyo-ekonomik bir değişken olarak yoksulluk ayrıca sosyal ilişkileri de olumsuz olarak etkilemektedir (17, 18). Aslında, sosyal çevre ve yakın bağlar sosyo-ekonomik düzey olarak düşük tabakadan gelen kadınlar için stresin daha çok seviyede yaşanmasına neden olabiliyorken bunun yanı sıra kişi için ekstra destek kaynaklarına sahip olmak gibi de bir rol oynayabilir (16).

Yaklaşık beş kadından birinin depresyon ve anksiyete gibi bir ruh sağlığı sorununu yaşadığı bilinmektedir. Bu ruh sağlığı sorunlarının ortaya çıkmasının birçok nedeni vardır, bazı risk faktörleri çoğu kadını erkeklerden daha yüksek oranda etkilemektedir. Ruh sağlığı bozuklukları ile ilgili ampirik çalışmaların karşılaştırmalı analiz sonuçları konuya dair toplumsal ve sosyal bağlamsal bir tutarlılık olduğunu ortaya koymaktadır. Öyle ki, depresyon ve anksiyete belirtilerinin yanı sıra tanımlanmamış psikiyatrik bozukluk ve psikolojik problemler kadınlarda daha yaygınken, madde bozuklukları erkeklerde daha yaygın bir sorun olarak görülmektedir. Dünya Bankası (1993) tarafından tablo haline getirilen bireylerin engel durumuna göre hazırlanan verilere göre, depresif bozukluklar, kadınlar arasında nöropsikiyatrik bozukluklardan kaynaklanan engelliliğin yaklaşık yüzde 30'unu oluştururken, erkeklerde bunun yalnızca yüzde 12,6'sını oluşturmaktadır (19). Tersine, alkol ve uyuşturucu bağımlılığı, erkekler arasındaki nöropsikiyatrik engelliliğin yüzde 31'ini oluştururken, kadınlar arasındaki engelliliğin yalnızca yüzde 7'sini oluşturuyor. Depresyon ve genel psikolojik sorunlar ve madde bozukluklarına ilişkin bu örüntüler, dünya çapında farklı toplumlarda yürütülen birçok nicel çalışmada da bu yönde tutarlı bir şekilde raporlanmıştır. Yukarıda belirtildiği gibi, kadınların sağlığına, eğitimine ve iyiliğine yatırım yapmak, düşük ve orta gelirli ülkelerdeki nüfusun ruh sağlığını iyileştirmek için yüksek önceliğe sahip bir konudur. Dünya Bankası 1993 Dünya Kalkınma Raporu, kadınların ilkökul düzeyinde eğitim almalarının hem kendilerinin hem de çocuklarının sağlığının en önemli yordayıcısı olduğunu açıkça ortaya koymaktadır ki bu güncel veriler ile de tutarlıdır. Dünya Ruh Sağlığı (World Mental Health, 1995), kadınların eğitiminin, kadınların, erkeklerin ve çocukların ruh sağlığı için eşit derecede değerli bir yatırım olduğunu belirtir (20). Bu tür eğitimler ayrıca kadınların aile içi şiddete ve tacize veya aile gelirinin önemli bir kısmının eşleri tarafından içki veya kumara harcanmasına daha az müsamaha göstermesini sağlar. Eğitimli kadınların halk sağlığı programlarına açık olma ve eşit paydaşlar olarak dahil olma olasılıkları daha yüksektir.

Literatür incelendiğinde depresyon ve cinsiyet farklılıkları arasındaki ilişki çalışılmış bir araştırma konusu olarak karşımıza çıkmaktadır (21, 22). Ergenler bağlamında da çalışılan bu konunun yetişkinlerle yapılan araştırma sonuçlarına paralel sonuçlar verdiği görülmektedir. Bugay ve Erdur-Baker tarafından yapılan 2011 yılında yapılan bir çalışmada, öncelikle öğrencilerin ruminasyon düzeylerinin ile yaş ve cinsiyet gibi demografik değişkenlerle anlamlı düzeyde farklılaşma gösterip göstermediği araştırılmıştır (23). Bu doğrultuda, kız

öğrencilerin ruminasyon puanları açısından erkek öğrencilerden anlamlı düzeyde farklılık gösterdiği görülmüştür. Tepki Stilleri Kuramı'na (Nolen-Hoeksema, 1987) göre yaş ile ruminasyon arasında bir ilişki olduğu varsayılmaktadır ve özellikle de on üç yaşından itibaren erkeklerin kadınlara göre daha az ruminasyon gösterme eğilimi içinde olduğu görülmektedir bu ise kadınların depresif belirti gösterme olasılıklarının daha yüksek olmasına neden olmaktadır (21). Anket ve görüşme formu gibi yöntemler kullanılarak Jose ve Brown (2008) ve Twenge ve Nolen-Hoeksema (2002) tarafından yapılan çalışmalar toplumsal cinsiyet farklılıklarının ruminatif kişilik özelliklerinin görülme olasılığının ön ergenlik süreci ile birlikte ortaya çıkmaya başladığını doğrulamaktadır (24, 25). Bugay ve Erdur-Baker (2011)'in yaptığı çalışma araştırma örneklemini yaşları 14-24 arası değişen 866 (462 kız, 384 erkek) öğrencinin oluşturduğu grupta ruminasyon düzeyi toplumsal cinsiyet ve yaş değişkeni ile ilişkili olarak incelemiştir (23). Bu çalışmada öğrenciler yaş düzeylerine göre beş ayrı grupta gruplanmış ve yaşın ruminasyon ile anlamlı düzeyde bir ilişkisinin olmadığı saptanmıştır. Öte yandan, Tepki Stilleri Kuramı'yla da tutarlı olarak erken ergenlik dönemlerinde ruminatif kişilik özelliğinin cinsiyete bağlı olarak bir farklılık gösterdiği öngörülmüş ve toplumsal cinsiyetle psikolojik sorunlar arasında ruminasyonun aracı rolü hiyerarşik çoklu regresyon analizleri yapılarak araştırılmıştır. Elde edilen sonuçlar, lise öğrencilerinde ruminasyonun, toplumsal cinsiyet ile psikolojik sorunlar arasında aracı rolünün olduğuna işaret etmiştir. Üniversite öğrencilerinde ise toplumsal cinsiyetin psikolojik sorunlar ile ilişkisinde ruminasyonun "kısmi aracı değişken" olduğu bulunmuştur. Başka bir deyişle, bu çalışmada kız öğrencilerin erkek öğrencilere göre daha fazla psikolojik sorunlar ile karşı karşıya kalmalarının kız öğrencilerin daha ruminatif özellikler göstermelerine bağlı kaynaklandığı bulunmuştur. Uluslararası alan yazında da paralel bulgular olduğu görülmüştür (26). İlgili araştırma bulguları, ergenlerle yapılan ulusal (27) ve uluslararası araştırma sonuçlarıyla (28, 24, 29) da örtüşmektedir. Abela, Vanderbilt ve Rochon (2004) tarafından üçüncü ve yedinci sınıf öğrencilerinin depresyona yönelik tepki biçimleri ile sosyal destek kuramlarının entegre edilmesine ilişkin yaptıkları bir çalışma da bu hipotezi doğrular niteliktedir (30). Ayrıca Jose ve Brown (2008) tarafından ruminasyon eğiliminin yaş ve cinsiyete göre değişimini inceleyen çalışması bu alandaki bilgileri güncellemekte ve genişletmektedir (24). Özetle, Bugay ve Erdur-Baker (2011)'in araştırma sonuçlarına göre, ruminasyon eğilimi kızlarda 12-15 yaşları arasında sürekli yükselmekte 15-17 yaşları arasında ise en yüksek düzeye ulaşmaktadır. Erkek öğrencilerde ise 10-17 yaş arası ruminasyon

eğilimleri hep kız öğrencilerden daha düşük olmakla birlikte gittikçe yükselen bir çizgide ilerlediği görülmektedir (23). Sonuç olarak, toplumsal cinsiyete göre ruminasyon düzeyinin anlamlı bir farklılık gösterdiği ve toplumsal cinsiyetle psikolojik sorunlar arasındaki ilişkide de ruminasyonun önemli bir aracı değişken olduğu görülmektedir.

3. Sonuç

Cinsiyet farklılıklarının stres ve kaygı ile baş etme mekanizmaları üzerindeki etkileri önemli bir belirleyici faktör olarak karşımıza çıkmaktadır. Cinsiyet farklılıkları erkeklerin acılarını madde bağımlılığı ve saldırgan davranışlar yoluyla dışsallaştırma eğiliminde olduklarını iddia eder. Öte yandan kadınların ise daha sıklıkla depresyon, kaygı, “gerginlik” ve benzeri şekillerde sıkıntılarını içselleştirme eğiliminde oldukları gözlemlenmektedir. Kadınların ruh sağlığını neler etkiler sorusu sosyal, kültürel, ekonomik ve fizyolojik birçok faktörle ilişkili olarak değerlendirilmesi gerekir. Erken ergenlikten yetişkinliğe kadar, kadınların depresyon yaşama olasılığı erkeklerin iki katı oranda olduğu görülmektedir. Depresyonun görülmesindeki tespit edilen bu cinsiyet farkı için birçok açıdan ve farklı açıklanmalarla anlaşılmaya çalışıldı ise de bu açıklamaların hiçbirinin depresyonun görülmesinde gözlemlenen bu cinsiyet farklılığını tam olarak açıklayamamış olduğu görülmektedir. Güncel araştırmalar, stres tepkileri ve belirli stresörlere maruz kalmada cinsiyet farklılıklarına odaklanmıştır. Bu durumu kadının iş ve aile yaşamına dair stresörlere de ilişkili olarak açıklayan birçok çalışma mevcuttur. Bu literatür taraması ile kadınların gerek stres deneyimleri ve gerekse stresli durumlara yönelik tepkilerinde gözlemlenen cinsiyet farklılıklarının, onları depresyona karşı daha çok savunmasız bırakabileceği de konusunun da vurgulanmak istenmiştir. Özetle gerek ergenlerde gerek yetişkinlerde depresyonun toplumsal cinsiyet faktörü ile ilişkisi ve bu durumun sosyo-ekonomik ve psikolojik sonuçları daha çok araştırılmaya değer önemli bir konu olarak karşımıza çıkmaktadır.

Kaynakça

1. Etiler, N. Gender differences in self-rated health and their determinants in Turkey: A further analysis of Turkish health survey. *Turkish Journal of Public Health*. 2016;14(3), 152-163. DOI: 10.20518/tjph.288395
2. Genç, G. & Kurutkan, M.N. Unmet Health Need in The Context of Inequality: Evidence from Turkey Health Survey Data. *SDÜ Sağlık Yönetimi Dergisi*. 2021;3(1), ss.34-51.

3. Yildirim, G., Ince, M.L., & Muftuler, M. Physical activity and perceptions of neighbourhood walkability among Turkish women in low and high socioeconomic environments: An exploratory study. *Percept Mot Skills*. 2012;115, 661–75. DOI: 10.2466/06.15.PMS.115.5.661-675

4. Atun, R., Aydın, S., Chakraborty, S., Sümer, S., Aran, M., Gürol, I., Nazlıoğlu, S., Özgülcü, S., Aydoğan, U., Ayar, B., Dilmen, U., Akdağ, R. Universal health coverage in Turkey: Enhancement of equity. *Lancet*. 2013;382(9886):65-99. DOI: 10.1016/S0140-6736(13)61051-X

5. Sözmen, K., Baydur, H., Şimşek, H., & Ünal, B. Decomposing socioeconomic inequalities in self-assessed health in Turkey. *Int J Equity Health*. 2012;11, 73. doi:10.1186/1475-9276-11-73

6. Östlin, P. Gender inequalities in health: The significance of work. In Wamala S & Lynch J (Eds) *Gender and Social Inequities in Health- A Public Health Issue*. Sweden: Studentlitteratur Lund. p. 43-66.2002

7. Sen, G., & Östlin, P. Gender as a social determinant of health: evidence, policies, an innovation. In: Sen, G. & Östlin, P. (Eds) *Gender equity in health: the shifting frontiers of evidence and action*. New York: Taylor & Francis. 2010. p. 4-7.

8. Chow, W.S., Schmidtke, J., Loerbroks, A., Muth, T. & Angerer, P. The Relationship between Personality Traits with Depressive Symptoms and Suicidal Ideation among Medical Students: A Cross-Sectional Study at One Medical School in Germany. *Int. J. Environ. Res. Public Health*. 2018;15, 1462. <https://doi.org/10.3390/ijerph15071462>

9. Pappa, E., Kontodimopoulos, N., Papadopoulos, A., Tountas, Y. & Niakas, D. Investigating unmet health needs in primary health care services in a representative sample of the Greek population. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2013;10(5), 2017-2027.

10. Yoon, Y. S., Jung, B., Kim, D. & Ha, I. H., (2019). Factors underlying unmet medical needs: A cross-sectional study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2019;16(13), 1-19.

11. Rieker, P.P., Bird, C.E., Lang, M.E. *Understanding Gender and Health*. In: Bird, C.E., Conrad, P., Fremont, A.M., Timmermans, S. (Eds). *The Handbook of Medical Sociology*, 6th ed. Nashville: Vanderbilt University Press. 2010; p. 52-73.

12. Dennerstein, L., Asbury, J., and Morse, C. *Psychosocial and Mental Health Aspects of Women's Health*. Geneva: World Health Organization. 1993.

13. Brown, G. W., & Harris, T. O. *Social Origins of Depression: A Study of Psychiatric Disorder in Women*. New York: The Free Press. 1978.

14. Makosky, V. Sources of Stress: Events or Conditions? In *Lives in Stress: Women and Depression*. Edited by D. Belle, pp. 35-53. Beverly Hills, CA: Sage Publications. 1982.

15. Pearlin, L. I., & Johnson, J. S. Marital Status, Life-Strains and Depression. *American Sociological Review*, 1977;82, 652-663.

16. Belle, D. Poverty and Women's Mental Health. *American Psychologist*. 1990. 45,385-389.

17. Cherlin, A. Work Life and Marital Dissolution. In *Divorce and Separation: Context, Causes and Consequences*, edited by G. Levenger and O. Moles, pp. 156-166. New York: Basic Books. 1979.

18. Wolf, B. Low-Income Mothers at Risk: The Psychological Effects of Poverty-Related Stress. Unpublished dissertation, Harvard Graduate School of Education, Cambridge, MA. 1987.

19. World Bank. *World Development Report 1993: Investing in Health*. New York: Oxford University Press. 1993.

20. Desjarlais, R., Kleinman, A., Eisenberg, L., and Good, B., (Eds.). *World Mental Health: Problems, priorities, and responses in low-income countries*. Oxford University Press. 1995.

21. Nolen-Hoeksema, S. Sex differences in unipolar depression: Evidence and theory. *Psychological Bulletin*. 1987; 101(2), 259-282.

22. Nolen-Hoeksema, S. Gender differences in depression. *Current Directions in Psychological Science*. 2001;10(5), 173-176. DOI: 10.1111/1467-8721.00142

23. Bugay, A. & Erdur-Baker, Ö. Ruminasyon düzeyinin toplumsal cinsiyet ve yaşa göre incelenmesi: Age and gender differences in rumination. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*. 2011;4(36), 191-201.

24. Jose, P. & Brown, I. When does the gender difference in rumination begin? Gender and age differences in the use of rumination by adolescents. *Journal of Youth and Adolescence*. 2008;37(2), 180-192.

25. Twenge, J.M., & Nolen-Hoeksema, S. Age, gender, race, socioeconomic status, and birth cohort differences on the Children's Depression Inventory: A meta-analysis. *Journal of Abnormal Psychology*. 2002;111(4), 578-588.

26. Holsen, I., Kraft, P. ve Vitterso, J. Stability in depressed mood in adolescence results from a sixyear longitudinal panel study. *Journal of Youth and Adolescence*. 2000;29(1), 61-78.

27. Erdur- Baker, Ö., Özgülük, S.B., Turan, N. ve Demirci-Danışık, N. Rumination and anger /anger expression styles as risk factors for psychological

symptoms of adolescents. Turkish Psychological Counseling and Guidance Journal. 2009;32(9), 43-53.

28. Broderick, P. C. Early adolescent gender differences in the use of ruminative and distracting coping strategies. Journal of Adolescence. 1998;18(2), 173-191.

29. Ziegert, D.I. ve Kistner, J.A. Response styles theory: Downward extension to children. Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology. 2002;31(3), 325-334.

30. Abela, J. R. Z., Vanderbilt, E. & Rochon, A. A test of the integration of the response styles and social support theories of depression in third and seventh grade children. Journal of Social and Clinical Psychology. 2004;5, 653-674.