



## ARAŞTIRMA

F.Ü.Sağ.Bil.Tıp.Derg.  
2017; 31 (2): 61 - 69  
http://www.fusabil.org

### Elazığ Kent Merkezinde Yaşayan 15-49 Yaş Grubu Kadınların Yaşam Kaliteleri ve Etkileyen Faktörler\*

İrem BULUT<sup>1</sup>  
Süleyman Erhan DEVECİ<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Elazığ Halk Sağlığı  
Müdürlüğü,  
Aile Hekimliği Şubesi,  
Elazığ, TÜRKİYE

<sup>2</sup>Fırat Üniversitesi,  
Tıp Fakültesi,  
Halk Sağlığı Anabilim Dalı,  
Elazığ, TÜRKİYE

**Amaç:** Sağlıklı bir toplum oluşmasında kadının yaşam kalitesinin yüksek tutulması önemli bir unsurdur. Bu çalışmada Elazığ kent merkezinde yaşayan 15-49 yaş grubu kadınların yaşam kaliteleri ve etkileyen faktörlerin incelenmesi amaçlanmıştır.

**Gereç ve Yöntem:** Kesitsel tipte olan bu çalışma, Elazığ kent merkezinde 15-49 yaş grubu 547 kadın arasında yapılmıştır. Örneklem grubu araştırmaya dahil edilen aile hekimliklerinin kayıtlarından çıkarılan listelerden sistematik örnekleme ile seçilmiştir. Örnekleme alınan kadınlara içerisinde SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin de yer aldığı bir anket yüz yüze görüşme ile uygulanmıştır.

**Bulgular:** Araştırma kapsamına alınan kadınların yaş ortalaması 32.21±9.88 olup, %67.5'i evlidir. Kadınların %13.9'u okuryazar değil/sadece okuryazar, %79.2'si herhangi bir işte çalışmamakta, %16.3'ünün sosyal güvencesi yok/yeşil kartlıdır. Kadınların SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği alt boyutlarından fiziksel fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü, ağrı, genel sağlık, vitalite, sosyal fonksiyon, emosyonel rol güçlüğü ve mental sağlık ölçütlerinden aldıkları puan ortalamaları sırasıyla; 81.25±19.49, 59.23±44.69, 57.89±30.31, 56.77±20.34, 53.54±20.06, 76.96±24.51, 68.06±43.59, 64.06±20.72 olarak bulunmuştur. Kadınların eğitim düzeyi yükseldikçe sosyal fonksiyon ve emosyonel durumları değişmemekte (P>0.05), fiziksel fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü, ağrı, genel sağlık, vitalite ve mental sağlık puanları yükselmektedir (P<0.05). Aylık gelir düzeyi yükseldikçe yaşam kalitesi fiziksel bileşenleri ve vitalite puanlarının arttığı saptanmıştır (P<0.05). Kronik ve ruhsal hastalık varlığı durumunda yaşam kalitesi puanlarının düştüğü belirlenmiştir (P<0.05).

**Sonuç:** Sonuç olarak; kadınların SF-36 yaşam kalitesi alt ölçeklerinden, fiziksel rol güçlüğü, ağrı, genel sağlık, vitalite, emosyonel rol güçlüğü ve mental sağlık alanlarında daha düşük, fiziksel fonksiyon ve sosyal fonksiyon alanlarında daha yüksek puanlar aldıkları görülmüştür. Yaşam kalitesi puan ortalamaları sosyoekonomik değişkenlere göre anlamlı farklılık göstermektedir. Kadınların yaşam kalitesini yükseltmeye yönelik sivil toplum ve kamu kuruluşlarının da katılımıyla bilinçlendirici ve tedbir alıcı eylem planları ortaya konulmalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** Kadın, 15-49 yaş, yaşam kalitesi, SF-36 yaşam kalitesi ölçeği

#### The Life Quality of Women Aged 15-49 Living in Elazığ City Centre and the Factors Affecting It

**Objective:** Providing women with a high quality of life is an important element in creating a healthy society. The aim of this study was to investigate the life quality of women aged 15-49 living in Elazığ city centre, and the factors affecting these women's quality of life.

**Materials and Methods:** This cross-sectional study included 547 women between the ages of 15-49, in Elazığ city centre. The sample group was selected through the systematic sampling method from the records of the family physicians included in the study. The women in the sample group were administered a questionnaire including the SF-36 Quality of Life Scale through face-to-face interviews.

**Results:** The mean age of women participated in the study was 32.21±9.88, and 67.5% of those women were married. 13.9% of the participants were illiterate/only literate, 79.2% did not work, and 16.3% did not have social security/had a green card. Women's mean scores on the following sub-dimensions of the SF-36 Quality of Life Scale were physical function:81.25±19.49, physicalrole difficulty: 59.23±44.69, pain: 57.89±30.31, general health: 56.77±20.34, vitality: 53.54±20.06, social function: 76.96±24.51, emotionalrole difficulty: 68.06±43.59, and mentalhealth: 64.06±20.72. As women's level of education went up, their social function and emotional status did not change (P>0.05); however, their scores in physical function,physicalrole difficulty, pain, general health, vitality and mental health increased (P<0.05). As the monthly income level went up, so did the physical components of the quality of life and vitality scores (P<0.05). The quality of life scores went down in the presence of chronic and mental illness (P<0.05).

**Conclusion:** Consequently, it was observed that women scored lower on the following subscales of the SF-36 Quality of Life Scale: physical role difficulty, pain, general health, vitality, emotional role difficulty and mental health, while they scored higher on physical function and social function. The quality of life mean scores show significant differences based on socioeconomic variables. In order to improve women's quality of life, there should be awareness-raising and preventative action plans put together with the participation of non-governmental and public organizations.

**Key words:** Woman, 15-49 years of age, quality of life, the SF-36 quality of life scale

\*17. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi,20-24 Ekim 2014, Edirne, TÜRKİYE.

Geliş Tarihi : 26.05.2017  
Kabul Tarihi : 10.10.2017

#### Yazışma Adresi Correspondence

Süleyman Erhan DEVECİ  
Fırat Üniversitesi,  
Tıp Fakültesi,  
Halk Sağlığı Anabilim Dalı,  
Elazığ - TÜRKİYE

edeveci23@gmail.com

## Giriş

Toplumsal cinsiyet, kadının ve erkeğin yaşadığı toplumda kendisine biçilen görev ve sorumlulukları ifade eder (1-3). Cinsiyet-toplumsal cinsiyet arasındaki etkileşime bakıldığında kadınlar için ayrı, erkekler için ayrı sağlık sonuçlarına yol açtığı görülmektedir (4, 5).

Kadınların yaşam süresi uzadıkça, yaşam kalitesi de önem kazanmaktadır. Birçok toplumda kadınların erkeklere göre daha sık hastalık ve sakatlık yaşadığı bilinmektedir. Buna yol açan nedenler arasında; kadınların daha uzun süre yaşamaları, üreme sağlığı ile ilgili sorunları yaşama olasılıklarının erkeklere göre daha yüksek olması, kadın ve erkeğin biyolojik cinsiyeti ve üremeye ilişkin fizyolojik fonksiyonlarının farklılığı ve bunun getirdiği yüklerin yanı sıra toplumun kendilerine biçtiği "toplumsal cinsiyet" rolü sayılabilir. Bu olumsuzlukların boyutu özellikle gelişmekte olan ülkelerde "kadın" cinsiyeti yönünden daha fazladır (3, 6-8).

Kadınların beklenen yaşam süresi erkeklerden daha fazladır. Türkiye'de yaşam kalitesi ile ilgili göstergelerden biri olan doğuştan beklenen yaşam süresi kadınlar için artmakla birlikte, her iki cinsiyetin de eşit hizmet aldığı gelişmiş ülkelerden düşüktür. Ülkemizde doğuştan beklenen yaşam süresi 2013-2015 yılı için kadınlarda 80.7, erkeklerde 75.3 yıldır (9).

Türkiye nüfusunun %22.6'sını 15-49 yaş grubu kadınlar oluşturmaktadır. Bu yaş grubu kadınların doğurgan çağları olması nedeniyle, sağlıklarının fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden en çok tehdit altında bulunduğu dönemdir (10-12).

Kadının yaşam döngüsünde en uzun dönemi oluşturan doğurganlık çağı (15-49 yaş grubu) 15 ve yukarı yaşta bulunan kadınların %65.5'ini oluşturmaktadır (12). Bu nedenle kadın sağlığı açısından, özellikle üreme sağlığı hizmetlerinin yaygınlaştırılması ve hizmet kalitesinin yükseltilmesi son derece önemlidir (13).

Kadının bireysel ve toplumsal işlevlerini, aile ve iş yaşamına ilişkin sorumluluklarını yerine getirebilmesi için öncelikle sağlıklı olması, sağlığını koruyabilmesi için de yeterli imkanlara sahip olması gerekmektedir. Bir toplumun sağlıklı olabilmesi için öncelikle sağlıklı nesillere gereksinimi vardır. Sağlıklı nesillerin dünyaya gelmesi, bu yaş grubundaki kadınların fiziksel, ruhsal, sosyal yönden tam bir iyilik halinde olmasıyla gerçekleşebilecek bir durumdur (7, 14).

Yaşam kalitesi, yaşamdan duyulan hoşnutluk ve mutluluk olarak tanımlanabileceği gibi bireylerin kültür ve değerler sistemi içinde kendi durumlarını algılayış biçimi olarak da tanımlanabilir. Yaşam kalitesine, insanların fiziksel fonksiyonları, psikolojik durumları, aile içinde ve dışındaki sosyal ilişkileri, çevreyle etkileşimleri ve inançları dahildir (15, 16). Yaşam kalitesi bütün toplumların ulaşmayı amaçladığı evrensel bir tanım haline gelmiştir. Kavram olarak yaşam kalitesi; sağlık algılamaları, iyilik hali, fonksiyonel statü, mutluluk, genel

sağlık statüsü, duygusal ve ekonomik statü, psikolojik iyilik hali, sosyal iletişim derecesi ve ağır hissi gibi birçok faktörü kapsamaktadır (17, 18).

Günümüzde doğuştan yaşam beklentisinin artması kadınların yaşam kalitelerine daha fazla odaklanılmasını gerektirmektedir. Özellikle üreme çağındaki kadınların sağlıklı, dinamik ve mutlu bir yaşam sürdürebilmeleri ve sağlıklı nesiller yetiştirebilmeleri için gerekli imkanların sağlanması açısından yaşam kalitesinin ölçülmesi ve yaşam kalitesinin yüksek tutulması giderek artan bir önem kazanmaktadır (19). Bu çalışma Elazığ kent merkezinde yaşayan 15-49 yaş grubu kadınların yaşam kaliteleri ve etkileyen faktörlerin incelenmesi amacıyla yapılmıştır. Alınacak sonuçlar kadın sağlığına ve yaşam kalitelerinin artırılmasına yönelik atılacak adımların planlanmasında, düzenlenmesinde ve önlemlerin alınmasında yol gösterici olacaktır.

## Gereç ve Yöntem

Kesitsel tipteki bu çalışmanın evrenini Elazığ kent merkezinde yaşayan 15-49 yaş kadın nüfus oluşturmuştur. Türkiye'de Adrese Dayalı Nüfus Sayımı 2010 yılı verilerine göre (20), Elazığ il merkezinde 15-49 yaş kadın nüfus 110385'tir. %95 güvenirlilik aralığında %4 sapma ile örnekleme alınacak kişi sayısı 597 olarak hesaplanmıştır. Örneklem grubu aile hekimliği kayıtlarından çıkarılan 15-49 yaş kadın listelerinden sistematik örnekleme ile seçilmiştir. Araştırma kapsamına alınan her aile hekimliği bölgesi nüfusu oranında örnekleme temsil edilmiştir. Örnekleme alınan kişilerden 547'sine ulaşılmıştır. Böylece cevaplılık oranı %91.6 olmuştur. Ulaşılamama nedenleri evde bulamama (33 kişi) ve görüşmeyi kabul etmemedir (17 kişi). Çalışmaya alınma ölçütlerini karşılayan kadınlara iki bölümden oluşan bir anket formu uygulanmıştır. Ankete başlamadan önce ankete ekli bir bilgi formu ile katılımcılara, alınan bilgilerin bu çalışmanın bilimsel platformu dışında kullanılmayacağına dair bilgi verilmiştir. Anketin birinci bölümü katılımcıların sosyo-demografik özellikleri ile yaşam kalitesini etkilediği düşünülen faktörleri sorgulayan soru takımından, ikinci bölümü ise Kısa Form-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği (Short form-36/ SF-36) sorularından oluşmuştur. Birinci bölüm literatür kaynaklı olarak araştırmacılar tarafından hazırlanmıştır.

Yaşam kalitesi ölçekleri içinde jenerik ölçüt özelliğine sahip ve genel yaşam kalitesi ölçeklerinden biri olan SF-36'nın orijinal anketi Ware ve Sherbourne (21) tarafından geliştirilmiştir. Bu ölçek, belli bir yaş ve hastalık grubuna odaklanmaksızın sağlığın fiziksel, sosyal ve ruhsal bileşenlerine ağırlık vererek yaşam kalitesini değerlendirir (22). SF-36'nın Türkçe versiyonu için güvenilirlik ve geçerlilik çalışmaları Koçyiğit ve ark. (23) tarafından yapılmıştır. Ölçek; 36 maddeden oluşmaktadır ve 8 boyutun ölçümünü sağlamaktadır. Bunlar; fiziksel fonksiyon (10 madde), sosyal fonksiyon (2 madde), fiziksel sorunlara bağlı rol kısıtlılıkları (4 madde), emosyonel sorunlara bağlı rol kısıtlılıkları (3 madde), mental sağlık (5 madde), enerji/vitalite (4 madde), ağır (2 madde) ve sağlığın genel algılanması (5

madde)'dir. Ayrıca son 12 ayda sağlıktaki değişim algısını içeren bir madde de bulunmakta, ancak şu an için ölçümde kullanılmamaktadır (21). Adı geçen madde dışında ölçek son 4 haftayı göz önüne alarak değerlendirmektedir (24).

SF-36 için ayrıca, fiziksel komponent (Physical Component Summary, PCS) ve mental komponent (Mental Component Summary, MCS) olmak üzere iki özet skalası şeklinde de değerlendirme yapılabilmektedir. Fiziksel komponent özet skalası; fiziksel fonksiyon, fiziksel rol, vücut ağrısı ve genel sağlık alt skalalarından, mental komponent özet skalası ise; zindelik (vitalite), sosyal fonksiyon, emosyonel rol ve mental sağlık alt skalalarından oluşur (25, 26).

Ölçek bir kendini değerlendirme ölçeğidir ve kişiler tarafından çok kısa sürede doldurulabildiği belirtilmektedir. Yine de yüz yüze görüşme ile doldurma yöntemi en etkili gibi görünmektedir. Her bir alt ölçek için ayrı ayrı olmak üzere puanlar 0 ile 100 arasında değişmektedir. Puanlar arttıkça yaşam kalitesi de artmaktadır (21).

Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu'ndan etik izin ve Elazığ İl Sağlık Müdürlüğü'nden gerekli idari izinler alındıktan sonra araştırmanın saha çalışması 1 Ocak-30 Nisan 2012 tarihleri arasında tamamlanmıştır.

Elde edilen veriler istatistik paket programı ile değerlendirilerek hata kontrolleri, tabloları ve istatistiksel analizleri bu program aracılığıyla yapılmıştır. İstatistiksel değerlendirmelerde değişkenlerin özelliğine göre t testi ve tek yönlü varyans analizi (ANOVA) testleri kullanılmış, farklılığın hangi gruptan kaynaklandığının tespiti için Post anova testi olarak çoklu karşılaştırma testlerinden Tukey HSD testi kullanılmıştır. Ortalamalar standart sapma ile birlikte verilerek (Ort.±SD), P<0.05 istatistiksel anlamlılık olarak kabul edilmiştir.

### Bulgular

Araştırma kapsamına alınan kadınların yaş ortalaması 32.21±9.88 (min: 15, maks: 49 yaş) olup araştırmanın yapıldığı tarihlerde ortalama aile gelirleri 1607.40±1519.24 TL (min: 100 TL, maks: 10.000 TL) olarak saptanmıştır. Kadınların bazı sosyo-demografik özellikleri Tablo 1'de gösterilmiştir.

**Tablo 1.** Araştırma kapsamına alınan kadınların bazı sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımı

Sosyo-demografik özellikler (n=547)	Sayı	%
<b>Yaş grupları</b>		
15-19 yaş	69	12.6
20-29 yaş	165	30.2
30-39 yaş	166	30.3
40-49 yaş	147	26.9
<b>Medeni durum</b>		
Evli	369	67.5
Bekar	149	27.2
Dul/boşanmış/ayrı yaşıyor	29	5.3
<b>Eğitim durumu</b>		
Okur-yazar değil/Sadece okur-yazar	76	13.9
İlkokul/Ortaokul mezunu	255	46.6
Lise/Üniversite mezunu	216	39.5
<b>Gelir getirici işte çalışma durumu</b>		
Çalışıyor	114	20.8
Çalışmıyor	433	79.2
<b>Sosyal Güvence Durumu</b>		
Yok/Yeşil kart	89	16.3
Emekli Sandığı/SSK/Bağkur	458	83.7
<b>Ailenin aylık geliri</b>		
850 TL ve altı*	204	37.3
851-2000 TL	238	43.5
2001 TL ve üzeri	105	19.2

\*Araştırmanın yapıldığı tarihlerdeki asgari ücret miktarıdır.

Kadınların evlerinde yaşayan ortalama kişi sayısı  $4.2 \pm 1.5$ 'tir (min:1, maks:12 kişi). %82.3'ü çekirdek aileye sahiptir. Ailede alınan kararlara katıldığını belirtenlerin oranı %71.7'dir. Araştırma kapsamına alınan kadınların %35.3'ü (193 kişi) şu anda ikamet ettiği yere göç ile geldiğini ifade etmiştir. Göç nedenlerine bakıldığında %50.3'ü iş/tayin, %23.8'i evlilik, %25.9'u diğer nedenlerle göç yaşamıştır.

Araştırma kapsamına alınan kadınlardan evli olanların ortalama ilk evlilik yaşı  $20.95 \pm 3.96$  (min: 13, maks: 40 yaş) olup ortalama evlilik süresi  $164.38 \pm 108.35$  ay (min: 1, maks: 420 ay)'dır. Kadınların evlilik ve obstetrik özelliklerine göre dağılımı Tablo 2'de verilmiştir

Kadınların %38.6'sı düzenli sağlık kontrolü yaptırdığını bildirmiştir. Araştırmaya dahil olan kadınların %27.2'sinin herhangi bir kronik hastalığı, %16.1'inin herhangi bir ruhsal hastalığı mevcuttur. %22.1'i halen sigara, %3.1'i değişik zamanlarda alkol kullanmaktadır.

Kadınların %33.3'ü (n=182) hayatları boyunca, %12.1'i (n=66) ise son bir yıl içinde herhangi bir şiddet türüne en az bir kez maruz kaldığını belirtmiştir.

Araştırma kapsamına alınan kadınların SF-36 alt ölçeklerinden aldığı genel puan ortalamalarının dağılımı Tablo 3'te gösterilmiştir.

**Tablo 2.** Araştırma kapsamına alınan kadınlardan evli olanların evlilik ve obstetrik özelliklerine göre dağılımı

Evlilik ve obstetrik özellikleri*	Sayı	%
<b>İlk evlilik yaşı (n=398)</b>		
18 yaş ve altı	124	31.2
19 yaş ve üzeri	274	68.8
<b>Gebelik sayısı (n=380)</b>		
3 ve daha az	285	75.0
4 ve üzeri	95	25.0
<b>İlk gebelik yaşı (n=380)</b>		
18 yaş ve altı	76	20.0
19 yaş ve üzeri	304	80.0
<b>Son doğum yapılan yer (n=366)</b>		
Evde sağlık personeli yardımıyla	7	1.9
Evde kendi kendine ya da ara ebe yardımıyla	24	6.6
Hastanede/Muayenehanede	335	91.5
<b>Doğurulan canlı çocuk sayısı (n=366)</b>		
1-2 çocuk	235	64.2
3 ve üzeri çocuk	131	35.8
<b>Yaşayan canlı çocuk sayısı (n=365)</b>		
1-2 çocuk	241	66.0
3 ve üzeri çocuk	124	34.0
<b>Düşük sayısı (n=119)</b>		
1 düşük	82	68.9
2 ve üzeri düşük	37	31.1

\* Evlilik yapmayanlar, gebe kalmayanlar, çocuk doğurmamış olanlar ve düşük yapmayanlar değerlendirmeye alınmamıştır. Yüzdeler "n" üzerinden alınmıştır.

**Tablo 3.** Araştırma kapsamına alınan kadınların SF-36 alt ölçek puanları

	Ortalama	Standart sapma	Minimum	Maksimum
Fiziksel fonksiyon	81.25	19.49	10	100
Fiziksel rol güçlüğü	59.23	44.69	0	100
Ağrı	57.89	30.31	0	100
Genel sağlık	56.77	20.34	0	100
Vitalite	53.54	20.06	0	100
Sosyal fonksiyon	76.96	24.51	0	100
Emosyonel rol güçlüğü	68.06	43.59	0	100
Mental sağlık	64.06	20.72	0	100
PCS*	255.48	89.77	35	400
MCS**	262.89	88.36	31.5	387

\*PCS; Physical component summary (Fiziksel Komponent Özeti)

\*\*MCS; Mental component summary (Mental Komponent Özeti)

Bu araştırmada ileri yaş grubu kadınlarda yaşam kalitesi değerlendirme puanlarının genel olarak düşük olduğu ( $P<0.05$ ), mental sağlık puanlarının ise de değişmediği belirlenmiştir ( $P>0.05$ ).

Eğitim düzeyi yüksek olan kadınların fiziksel fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü, ağrı, genel sağlık, vitalite ve mental sağlık puanları daha yüksektir ( $P<0.05$ ). Sosyal güvence ile SF-36'nın ağrı ve sosyal fonksiyon boyutları arasında ilişki saptanmamıştır ( $P>0.05$ ). Sosyal güvence varlığında diğer boyutların puanları yükselmiştir ( $P<0.05$ ).

Araştırma kapsamındaki aylık gelir düzeyi yüksek olan kadınların SF-36 yaşam kalitesi alt boyutlarından fiziksel fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü, ağrı, genel sağlık, vitalite puanları yüksektir ( $P<0.05$ ). Sosyal fonksiyon, emosyonel rol güçlüğü ve mental sağlık puanları ile gelir arasında ise ilişki saptanmamıştır ( $P>0.05$ ).

İlk evliliğini 19 yaş ve üzerinde yapmış olduğunu bildiren kadınların vitalite puanları küçük yaşlarda evlenmiş olanlara göre daha yüksek bulunmuştur ( $P<0.05$ ). Kadınların gebelik sayılarına göre yaşam

kalitesi mental ve sosyal fonksiyonlarının değişmediği ( $P>0.05$ ), bunların dışındaki yaşam kalitesi puanlarının ise üç ve daha az gebelik yaşamış olanlarda daha yüksek olduğu saptanmıştır ( $P<0.05$ ).

Bu araştırmada düzenli sağlık kontrolü yaptıran kadınların ağrı, genel sağlık, vitalite, emosyonel rol güçlüğü ve mental sağlıkları ile ilgili puan ortalamaları yaptırmayanlara göre daha yüksektir ( $P<0.05$ ). Herhangi bir kronik ve ruhsal hastalığı olan kadınların olmayanlara göre yaşam kalitesi puanlarının daha düşük olduğu saptanmıştır ( $P<0.05$ ).

SF-36 yaşam kalitesi ölçeği genel sağlık ortalama puanlarına bakıldığında; gelir getirici bir işte çalışmayanlarda, evli olanlarda, herhangi bir kronik ya da ruhsal hastalığı olanlarda, şiddete maruz kalma durumlarında düştüğü tespit edilmiştir ( $P<0.05$ ).

Kadınların bazı sosyodemografik özelliklerine göre SF-36 fiziksel komponent ile mental komponent toplam puanları ve alt skala puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 4 ve 5'te verilmiştir.

**Tablo 4.** Araştırma kapsamına alınan kadınların bazı sosyodemografik özelliklerine göre SF-36 fiziksel komponent toplam puanı ve alt skala puan ortalamalarının karşılaştırılması

		Fiziksel komponent <sup>o</sup>	Fiziksel komponent alt skalaları			
			FF <sup>o</sup>	FR <sup>o</sup>	VA <sup>o</sup>	GS <sup>o</sup>
Yaş	15-29	283.80±78.07	89.29±14.39 <sup>o</sup>	67.84±41.55 <sup>o</sup>	64.48±29.95 <sup>o</sup>	61.99±17.86 <sup>o</sup>
	30-39	244.72±84.74	80.72±17.78 <sup>o*</sup>	56.92±44.60 <sup>*</sup>	53.06±28.43 <sup>*</sup>	53.66±21.47 <sup>*</sup>
	40-49	222.55±98.91	69.04±21.86 <sup>o*</sup>	48.12±47.09 <sup>o</sup>	52.88±31.13 <sup>o</sup>	51.96±20.96 <sup>o</sup>
		<b>P=0.0001</b>	<b>P=0.0001</b>	<b>P=0.0001</b>	<b>P=0.0001</b>	<b>P=0.0001</b>
Medeni Durum	Evli	239.95±88.40 <sup>*</sup>	77.92±19.86 <sup>*</sup>	52.77±45.89 <sup>*</sup>	54.14±29.62 <sup>*</sup>	54.51±20.26 <sup>*</sup>
	Bekar	298.84±77.87 <sup>o*</sup>	91.47±13.01 <sup>o*</sup>	76.67±35.79 <sup>o*</sup>	67.83±30.20 <sup>*</sup>	62.96±19.20 <sup>*</sup>
	Dul/Boşanmış/ Ayrı yaşıyor	230.34±92.41 <sup>o</sup>	71.03±22.65 <sup>o</sup>	51.72±47.68 <sup>o</sup>	54.62±29.06	53.65±21.01
	<b>P=0.0001</b>	<b>P=0.0001</b>	<b>P=0.0001</b>	<b>P=0.0001</b>	<b>P=0.0001</b>	
Eğitim Durumu	Okuryazar olmayan/sadece okuryazar	194.38±86.75 <sup>o*</sup>	67.30±23.72 <sup>o*</sup>	42.76±44.50 <sup>*</sup>	37.40±25.26 <sup>o*</sup>	46.42±22.44 <sup>o*</sup>
	İlkokul/Ortaokul	249.19±89.58 <sup>o*</sup>	81.07±18.28 <sup>o*</sup>	55.00±46.81 <sup>o</sup>	56.81±30.82 <sup>o*</sup>	56.06±20.08 <sup>o*</sup>
	Lise/Üniversite	284.40±78.43 <sup>o*</sup>	86.36±16.68 <sup>o*</sup>	70.02±39.48 <sup>o*</sup>	66.38±27.68 <sup>o*</sup>	61.24±18.43 <sup>o*</sup>
	<b>P=0.0001</b>	<b>P=0.0001</b>	<b>P=0.0001</b>	<b>P=0.0001</b>	<b>P=0.0001</b>	
Gelir getirici işte çalışma durumu	Çalışıyor	267.21±85.57	80.83±19.61	64.47±42.70	60.85±27.57	60.29±18.18
	Çalışmıyor	252.39±90.68	81.36±19.47	57.85±45.15	57.12±30.97	55.84±20.79
	<b>P=0.106</b>	<b>P=0.798</b>	<b>P=0.147</b>	<b>P=0.213</b>	<b>P=0.025</b>	
Sosyal güvence	Yok/Yeşil kart	224.66±97.63	73.59±22.42	50.28±44.98	52.23±33.11	47.98±22.15
	Emekli sandığı/ SSK/Bağkur	261.47±87.01	82.74±18.53	60.97±44.48	59.00±29.65	58.47±19.54
	<b>P=0.001</b>	<b>P=0.0001</b>	<b>P=0.042</b>	<b>P=0.076</b>	<b>P=0.0001</b>	
Ailenin aylık geliri	850 TL ve altı	226.93±92.93 <sup>o*</sup>	75.93±20.52 <sup>o*</sup>	47.54±46.02 <sup>o*</sup>	50.38±30.74 <sup>o*</sup>	53.16±22.35 <sup>o*</sup>
	851-2000 TL	264.02±86.12 <sup>o*</sup>	83.86±18.82 <sup>*</sup>	62.50±43.74 <sup>o*</sup>	59.38±30.31 <sup>o*</sup>	57.85±18.98 <sup>*</sup>
	2001 TL ve üzeri	291.59±73.90 <sup>o*</sup>	85.66±16.54 <sup>o</sup>	74.52±38.28 <sup>o*</sup>	69.12±25.35 <sup>o*</sup>	61.32±18.06 <sup>o</sup>
	<b>P=0.0001</b>	<b>P=0.0001</b>	<b>P=0.0001</b>	<b>P=0.0001</b>	<b>P=0.002</b>	

FF: Fiziksel fonksiyon, FR: Fiziksel rol güçlüğü, GS: Genel sağlık, VA: Vücut ağrısı

<sup>o\*</sup> Tukey HSD testi ile farklılık kaynaklandığı gruplar.

<sup>o</sup> Değerler ortalama±standart sapma olarak verilmiştir.

**Tablo 5.** Araştırma kapsamına alınan kadınların bazı sosyodemografik özelliklerine göre (SF)-36 mental komponent ve alt skala puan ortalamalarının karşılaştırılması

		Mental komponent <sup>ö</sup>	Mental komponent alt skalaları			
			MS <sup>ö</sup>	ER <sup>ö</sup>	C/Vt <sup>ö</sup>	SF <sup>ö</sup>
Yaş	15-29	279.47±87.90* <sup>§</sup>	66.34±20.83	73.50±40.74*	57.86±20.64* <sup>§</sup>	80.76±24.40*
	30-39	249.30±85.80*	62.38±19.75	63.05±44.65*	51.56±17.79*	72.89±24.91*
	40-49	251.82±88.18 <sup>§</sup>	62.34±21.40	65.08±46.05	48.91±20.31 <sup>§</sup>	75.51±23.49
		<b>P=0.001</b>	P=0.085	<b>P=0.038</b>	<b>P=0.0001</b>	<b>P=0.005</b>
Medeni Durum	Evli	258.42±86.65	62.84±21.05*	67.66±44.25	51.11±19.01*	76.55±24.41
	Bekar	278.23±91.20	67.65±19.72*	70.69±41.35	60.57±21.24* <sup>§</sup>	79.10±24.68
	Dul/Boşanmış/Ayrı yaşıyor	240.92±87.15	61.24±19.88	59.77±46.61	48.44±18.76 <sup>§</sup>	71.12±24.57
		<b>P=0.027</b>	<b>P=0.043</b>	P=0.445	<b>P=0.0001</b>	P=0.236
Eğitim Durumu	Okuryazar olmayan/sadece okuryazar	234.36±90.41* <sup>§</sup>	58.42±23.53*	60.52±46.73	45.19±21.59* <sup>§</sup>	71.38±25.72
	İlkokul/Ortaokul	264.41±88.04*	65.52±20.58*	67.05±44.90	52.96±19.17*	78.87±23.69
	Lise/Üniversite	271.13±86.39 <sup>§</sup>	64.33±19.57	71.91±40.58	57.17±19.68 <sup>§</sup>	76.67±24.84
		<b>P=0.007</b>	<b>P=0.031</b>	P=0.129	<b>P=0.0001</b>	P=0.063
Gelir getirici işte çalışma durumu	Çalışıyor	258.40±82.77	62.73±18.13	66.96±42.88	54.03±19.12	73.24±23.51
	Çalışmıyor	264.07±89.83	64.41±21.35	68.36±43.83	53.41±20.32	77.94±24.70
		P=0.523	P=0.399	P=0.758	P=0.763	P=0.062
Sosyal güvence	Yok/Yeşil kart	229.44±97.18	56.09±23.72	55.80±45.99	44.94±21.56	73.73±27.05
	Emekli sandığı/SSK/Bağkur	269.39±85.15	65.61±19.74	70.45±42.76	55.21±19.35	77.59±23.97
		<b>P=0.0001</b>	<b>P=0.001</b>	<b>P=0.006</b>	<b>P=0.0001</b>	P=0.212
Ailenin aylık geliri	850 TL ve altı	252.25±95.40	63.17±22.99	63.23±45.89	49.90±21.95* <sup>§</sup>	76.22±25.84
	851-2000 TL	269.85±84.75	65.36±19.32	70.16±42.78	55.69±18.61*	78.46±23.77
	2001 TL ve üzeri	267.76±80.63	62.85±19.10	72.70±40.24	55.76±18.49 <sup>§</sup>	75.00±23.51
		P=0.093	P=0.436	P=0.120	<b>P=0.005</b>	P=0.417

MS: Mental sağlık, ER: Emosyonel fonksiyona bağlı rol kısıtlılığı, C/Vt: Canlılık/vitalite/enerji, SF: Sosyal fonksiyon

\*<sup>§</sup>Tukey HSD testi ile farklılığın kaynaklandığı gruplar.

<sup>ö</sup>Değerler ortalama±standart sapma olarak verilmiştir.

## Tartışma

Bu araştırma 15-49 yaş grubu kadınların yaşam kalitesinin değerlendirildiği bir çalışmadır. Türkiye'de konu ile ilgili aynı yaş grubundaki kadınların yaşam kalitelerinin değerlendirildiği (27-29) ve yine dünyada aynı yaş grubundaki kadınların yaşam kalitelerinin değerlendirildiği (30-32) çalışmalar mevcuttur.

Araştırma kapsamındaki kadınların SF-36 yaşam kalitesi alt ölçeklerinden, fiziksel rol güçlüğü, ağrı, genel sağlık, vitalite (enerji), emosyonel rol güçlüğü ve mental sağlık alanlarında daha düşük; fiziksel fonksiyon ve sosyal fonksiyon alanlarında daha yüksek puanlar aldıkları görülmüştür (Tablo 3). Eğicioğlu (33)'nin üreme çağındaki kadınlarda yaptığı çalışmada kadınların SF-36 yaşam kalitesi alt ölçek puanları araştırmamızdaki sonuçlarla uyumludur. Bu sonuçlar bize bölgesel toplum özelliklerinin ve kültür anlayışının kadınların ne sıkıntısı olursa olsun sosyal ve fiziksel fonksiyonlarını devam ettirebilme yetisine sahip olduğunu düşündürmüştür. Kuş (34)'un yaptığı çalışmada ise, kadınların SF-36 yaşam kalitesi alt gruplarından emosyonel rol güçlüğü, mental sağlık, enerji, genel sağlık ve sosyal fonksiyon alanlarında daha düşük; fiziksel rol güçlüğü, ağrı ve fiziksel

fonksiyon alanlarında daha yüksek puanlar aldıkları görülmüştür. Çalışma grubundaki kadınların çoğunluğunun genç olması nedeniyle, fiziksel boyuttan çok duygusal boyutta olumsuz etkilenmeleri ve bu durumun da genel sağlık algılaması ve sosyal fonksiyon alanlarını olumsuz etkilediği düşünülmektedir.

Bu çalışmada kadınların yaşları yükseldikçe yaşam kalitesi değerlendirme puanlarının genel olarak düştüğü (P<0.05) belirlenmiştir. Yaş arttıkça yaşam kalitesi bileşenlerinin olumsuz etkilenmesi literatürle uyumludur (34-36).

Araştırma kapsamındaki kadınların sosyal fonksiyon ve emosyonel rol güçlüğü puanlarının medeni durumlarına göre değişmediği (P>0.05), diğer yaşam kalitesi boyutlarında ise bekar olanların daha fazla puan aldıkları saptanmıştır (P<0.05, Tablo 4-5). Kayseri'de yapılan çalışmada yaşam kalitesi alt boyutlarından genel sağlık dışındaki bütün alanlardaki puanların evlilerde dul/boşanmış olan hastalara göre yüksek olduğu tespit edilmiştir (35). Eğicioğlu (33)'nin yaptığı çalışmada kadınların medeni halleri ile SF-36 yaşam kalitesi alt boyutları karşılaştırıldığında fiziksel fonksiyon ve mental sağlık puanlarının bekar olanlarda daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Göçgeldi ve ark. (37)'nin

yaptığı çalışmada ise dul/boşanmış olanlar evli ve bekarlara göre tüm alt boyutlardan düşük puanlar almış olup, aradaki farklılıklar bütün alt boyutlarda istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Medeni durum ile yaşam kalitesi ilişkisi literatürde farklı sonuçlar olarak bildirilmiştir. Araştırmamızda bekar kadınların daha az sorumluluk ve buna bağlı daha az stres hissedebileceğinden puanlarının yüksek, dul/boşanmış ve ayrı yaşayanların ise aynı nedenlerle puanlarının daha düşük olabileceği düşünülmüştür.

Araştırmadaki eğitim düzeyi yüksek olan kadınlarda fiziksel fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü, ağrı, genel sağlık, vitalite ve mental sağlık puanlarının yüksek olduğu ( $P<0.05$ ), sosyal fonksiyon ve emosyonel durumun değişmediği saptanmıştır ( $P>0.05$ , Tablo 4-5). Eğicioğlu (33)'nun üreme çağındaki kadınlarda yaptığı çalışmada kadınların fiziksel fonksiyonları ile eğitim düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuş, diğer boyutlarda ise anlamlı bir fark bulunamamıştır. Eskişehir'de yapılan çalışmada, kadınların eğitim düzeyi ile sosyal fonksiyon dışındaki tüm alt boyutlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur (38). Kadınlar arasında yaşam kalitesi ile ilişkili çalışmalarda genel olarak eğitim düzeyi arttıkça yaşam kalitesinin olumlu olarak etkilendiği görülmektedir (35-37).

Araştırmada çalışan kadınların genel sağlık alt boyutu ortalama puanlarının çalışmayanlara göre daha yüksek olduğu ( $P<0.05$ ), diğer boyutlarda ise anlamlı bir farkın olmadığı belirlenmiştir ( $P>0.05$ , Tablo 4-5). Soyuer ve arkadaşlarının çalışmasında, emeklilerde fiziksel fonksiyon dışındaki yaşam kalitesi alt boyutlarının düştüğü tespit edilmiştir (35). Eğicioğlu (33)'nun üreme çağındaki kadınlarda yaptığı çalışmada kadınların çalışma durumu ile SF-36 yaşam kalitesi alt boyutları karşılaştırıldığında sonuçlar araştırmamızla uyumludur. Çalışan kadının kendine olan özgüvenindeki artışı sağlığını olumlu olarak değerlendirmesine yansiyebileceği düşünülmüştür.

Sosyal güvence ile SF-36'nın ağrı ve sosyal fonksiyon boyutları arasında ilişki saptanmıştır ( $P>0.05$ ). Sosyal güvence varlığında diğer boyutların puanları yükselmiştir ( $P<0.05$ , Tablo 4-5). Eğicioğlu (33)'nun çalışmasında kadınların sosyal güvencesi ile sadece genel sağlık alt boyutu arasında anlamlı fark bulunmuştur. İzmir'de yapılan bir çalışmada (39) ise yaşam kalitesi alt boyutları ile sosyal güvence arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Sosyal güvencenin varlığının yaşam kalitesini olumlu etkilemesi beklenen sonuçtur. Kadınların sağlık hizmetlerine ulaşımında sıkıntı yaşamasının yaşam kalitesini olumsuz etkilemesi olasıdır. Bu çalışmada ilişki saptanmayan ağrının algılanması ve sosyal boyut, kişinin bilişsel özelliklerine göre değişebilir.

Araştırma kapsamındaki aylık gelir düzeyi yüksek olan kadınların SF-36 yaşam kalitesi alt boyutlarından fiziksel fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü, ağrı, genel sağlık, vitalite puanları yüksektir ( $P<0.05$ ), sosyal fonksiyon, emosyonel rol güçlüğü ve mental sağlık puanları ile gelir arasında ise ilişki saptanmamıştır ( $P>0.05$ , Tablo 4-5).

Eğicioğlu (33)'nun üreme çağındaki kadınlarda yaptığı çalışmada kadınların gelir durumları ile SF-36 yaşam kalitesi alt boyutları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Bunun nedeni adı geçen çalışma için gelir durumunun kıyaslanmasında aralıkların dar tutulması olabilir. Eskişehir'de yapılan çalışmada kadınların gelir durumları ile SF-36 yaşam kalitesi alt boyutları karşılaştırıldığında sosyal fonksiyon dışındaki diğer alt boyutlar arasında olumlu yönde istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur (38). Genel olarak yaşam kalitesi ile ilgili çalışmalarda bakıldığında gelir seviyesi arttıkça yaşam kalitesinin de arttığı görülmektedir (37, 40, 41). Gelir düzeyinin artışının, refah düzeyi ve getireceği olumlu kazanımların artışı ile yaşam kalitelerini iyileştireceği beklenen bir sonuçtur.

Araştırma kapsamındaki ilk evliliğini 19 yaş ve üzerinde yapmış olduğunu bildiren kadınların vitalite puanları küçük yaşlarda evlenmiş olanlara göre daha yüksek bulunmuştur ( $P<0.05$ ). İlk evlilik yaşı ile yaşam kalitesinin diğer alt boyutları arasında ilişki saptanmamıştır ( $P>0.05$ ). Erbaydar ve ark. (42), 18 yaş ve altında evlenen kadınların daha fazla üreme sağlığı sorunlarıyla karşılaştığını ve yaşam kalitelerinin daha fazla olumsuz yönde etkilendiğini saptamışlardır. 19 yaş ve üzeri evlilik yapan kadınların daha bilinçli olduğu varsayılırsa enerjilerini daha dengeli kullanmaları, böylece canlılığı ve enerjili yaşam sürecine yansıtılma gücünün daha fazla olacağı düşünülebilir.

Araştırma kapsamındaki kadınların gebelik sayılarına göre SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği alt boyutları değerlendirildiğinde, mental ve sosyal fonksiyon boyutlarında ilişki saptanmadığı ( $P>0.05$ ), bunların dışında kalan yaşam kalitesi boyutları ortalama puanlarının 3 ve daha az gebelik yaşamış olanlarda daha yüksek olduğu belirlenmiştir ( $P<0.05$ ). Eskişehir'de yapılan çalışmada da (38), hiç gebe kalmayan ya da hiç doğum yapmayan kadınların, gebelik ve doğum sayıları 1-2 ya da 3 ve üzeri olanlara göre daha iyi bir yaşam kalitesine sahip oldukları saptanmıştır. Zorlu bir süreç olan gebeliğin kadınları fiziksel ve mental açıdan olumsuz etkileyebileceği ve bunun aynı yönde yaşam kalitesine yansiyabileceği beklenebilir.

Bu araştırmada düzenli sağlık kontrolü yaptıran kadınların ağrı, genel sağlık, vitalite, emosyonel rol güçlüğü ve mental sağlıkları ile ilgili puan ortalamaları yaptırmayanlara göre daha yüksektir ( $P<0.05$ ). Düzenli sağlık kontrolü yaptıran yaşam kalitesi puanlarının artmasına neden olmaktadır. Düzenli sağlık kontrolünün bireylerin yaşam kalitelerine olumlu etkisi sağlık-yaşam kalitesi etkileşiminde pozitif yönde bir durum olarak değerlendirilebilir.

Araştırmadaki kadınların kronik hastalık varlığında tüm yaşam kalitesi alt boyutlarında puanların düştüğü saptanmıştır ( $P<0.05$ ). Yaşam kalitesi ile ilgili yapılan diğer çalışmalarda bakıldığında da kronik hastalık varlığının yaşam kalitesini azalttığı bildirilmiştir (27, 38, 39, 43). Kronik hastalık varlığının kişinin yaşam standartlarını düşürdüğü söylenebilir.

Araştırma kapsamındaki kadınların ruhsal hastalık varlığı durumunda yaşam kalitesi alt boyut puanlarının düştüğü saptanmıştır ( $P<0.05$ ). Konu ile ilgili yapılan diğer araştırmaların sonuçları araştırmamızla uyumludur (39, 40, 44-46). Ruhsal hastalıklar, kadınların hem sosyal ve mesleki işlevlerinde bozulmaya hem de sıkıntı yaşamalarına neden olabilmektedir. Bu nedenle yaşam kalitesini etkileyen önemli faktörlerden biri olarak görülmektedir.

Bu araştırmada hayatları boyunca ya da son bir yıl içinde herhangi bir şiddet türüne maruz kalmadığını söyleyen kadınların ağrı alt boyutu dışında diğer yaşam kalitesi boyutları ortalama puanları, şiddete maruz kaldığını ifade edenlerden daha yüksektir ( $P<0.05$ ). Sonuçlarımız konu ile ilgili çalışmalarla uyumludur (27, 47). Şiddet milyonlarca kadının tüm yaşamı boyunca sağlığını ve güvenliğini etkileyebilen önemli bir durumdur ve kadınların yaşam kalitesini de olumsuz etkilemesi kaçınılmazdır. Ağrı ile ilgili ilişki saptanmaması ağrının subjektif bir duygu olup, değerlendirilmelerinin bireysel bazda farklılıklar gösterebilmesinden kaynaklanmış olabilir.

Sonuç olarak, Elazığ kent merkezinde yaşayan 15-49 yaş grubu kadınların yaşam kaliteleri ve etkileyen faktörlerin değerlendirildiği bu çalışmada; kadınlar SF-36 yaşam kalitesi alt ölçeklerinden fiziksel rol güçlüğü, ağrı, genel sağlık, vitalite (enerji), emosyonel rol güçlüğü ve mental sağlık alanlarında daha düşük, fiziksel fonksiyon ve sosyal fonksiyon alanlarında daha yüksek puanlar almışlardır. Eğitim düzeyi yükseldikçe

yaşam kalitesi puanları genel olarak yükselmektedir. Çalışan kadınların genel sağlık puanlarının çalışmayanlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Sosyal güvenceye sahip olan kadınların ağrı ve sosyal fonksiyon boyutları dışında yaşam kalitesi puanlarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Düzenli sağlık kontrolü yaptıran kadınların ağrı, genel sağlık, vitalite, emosyonel rol güçlüğü ve mental sağlıklarını olumlu yönde etkilemektedir. Herhangi bir şekilde şiddete maruz kalma durumu yaşam kalitesi puanlarını düşürmektedir.

Araştırma sonuçları doğrultusunda kadınların yaşam kalitelerini yükseltmeye yönelik olarak; eğitim düzeylerini yükseltmeye yönelik çalışmalar ve teşvikler yapılmalı, gelir getirici iş sahibi olma oranları artırılmalı, bireysel ve toplumsal düzeyde gelir düzeylerini artırıcı politikalar oluşturulmalı ve uygulanmalı, evlilik yaşı ve gebelik sayılarına yönelik özellikle birinci basamak sağlık kuruluşları ile ilişkileri artırılarak eğitimler planlanmalı, düzenli sağlık kontrolü yaptıran, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını artırma, kronik, fiziksel ve ruhsal hastalıklardan korunma, sigara tüketimini önleme yönünde bilinçlendirici ve tedbir alıcı eylem planları ortaya konulmalı ve işlerlik kazandırılmalı, kadına yönelik şiddetin önlenmesi ile ilgili bireysel ve kurumsal olarak hareket edilmeli, konu ile ilgili mevcut kanunların uygulanması denetlenmeli ve kadınların yaşam kalitelerinin yükseltilmesine yönelik çalışmalar, ilgili sivil toplum ve kamu kuruluşlarının multidisipliner bir şekilde birlikte hareket etmesiyle sağlanmalıdır.

## Kaynaklar

1. World Health Organization (WHO). Gender and Health, Technical Paper, World Health Organization Publication-Geneva, Switzerland, 1988.
2. Akın A, Özvarış ŞB. Dünyada ve Türkiye'de kadın sağlığının durumu. In: Güler Ç, Akın L (Editörler). Halk Sağlığı Temel Bilgiler. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Yayınları, 2006: 188-314.
3. Akın A, Demirel S. Toplumsal cinsiyet kavramı ve sağlığa etkileri. Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 2003; 25: 73-82.
4. Taşkın L. Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği. 8. Baskı, Ankara: Sistem Ofset Matbaacılık, 2007.
5. Sezgin D. Toplumsal cinsiyet perspektifinde sağlık ve tıbbileştirme. Sosyoloji Araştırmaları Dergisi 2015; 18: 153-186.
6. T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü. Üreme Sağlığına Giriş Katılımcı Rehberi, 2009: 14-26.
7. Gündüz E. Adana İli Havutlu Bölgesinde 15-49 Yaş Kadınlardaki Depresif Belirtilerin Sıklığı ve Etkileyen Faktörler. Uzmanlık Tezi, Adana: Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, 2012.
8. Akın A, Erbaş F. Yaşlılık, sağlık ve kadın. Sağlık ve Toplum 2008; 18: 3-12.
9. Türkiye İstatistik Kurumu (TUİK). "Hayat tabloları 2013-2015. Ekim, 2016". <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=21509/28.12.2016>.
10. T.C. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü. TBMM Kadının Statüsünü Araştırma Komisyonu Raporu. 2. Baskı, Ankara: Cem Web-Ofset, 2003.
11. Mihciokur S, Akın A. Dünyada ve Türkiye'de anne ölümleri. Sağlık ve Toplum Dergisi 1998; 8: 37-44.
12. Türkiye İstatistik Kurumu (TUİK). "Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi. Nüfus Sayımı Sonuçları, 2015". <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=21507-28.12.2016>.
13. Türkiye'de Kadının Durumu. T.C. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü Yayını, Ankara, Nisan 2012.
14. Köşgeroğlu N, Açıkgöz A, Ayrancı U. Kadın sağlığı. Sağlık ve Toplum Dergisi 2004; 14: 9-13.
15. The Whoqol Group. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): Development and general psychometric properties. Soc Sci Med 1998; 46: 1569-1585.
16. Kayan M. Yaşam Kalitesi ve Örgütsel Vatandaşlık. Yüksek Lisans Tezi, Afyonkarahisar: Afyon Kocatepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İlköğretim Anabilim Dalı, 2008.



17. Čeremnych J, Alekna V, Valeikienė V. Gender differences in views on ageing in elderly people living in Vilnius. *Gerontologija* 2007; 8: 217-222.
18. Aslan D. Yaşlılık Döneminde Yaşam Kalitesi Kavramı: Kadın Sağlığı Bakışı. Yaşlanan Kadın Sempozyumu Sempozyum Bildiri Kitabı 2009; 1-6.
19. Işıklı B, Kalyoncu C, Arslantaş D. Eskişehir Mahmudiye'de 35 yaş ve üzeri kişilerde yaşam kalitesi. *Toplum Hekimliği Bülteni* 2007; 3: 7-12.
20. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK). "Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi. Nüfus Sayımı Sonuçları, 2010". <http://tuikapp.tuik.gov.tr/adnksdagitapp/adnks.zul/02.09.2012>.
21. Ware JE, Sherbourne CD. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Med Care* 1992; 30: 473-483.
22. Zeliha M. Trakya Üniversitesi Öğretim Elemanlarının Sağlıkla İlişkili Yaşam Kalitesi. Uzmanlık Tezi, Edirne: Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Bölümü, 2008.
23. Koçyiğit H, Aydemir Ö, Fişek G, Ölmez N, Memiş A. Kısa Form-36 (KF-36)'nın Türkçe versiyonunun güvenilirliği ve geçerliliği: Romatizmal hastalığı olan bir grup hasta ile çalışma. *İlaç ve Tedavi Dergisi* 1999; 12: 102-106.
24. Keller SD, Bayliss MS, Ware JE, et al. Comparison of responses to SF-36 Health Survey questions with one-week and four-week recall periods. *Health Serv Res* 1997; 32: 367-384.
25. Bellamy N. Principles of Outcome Assessment In: Hochberg MC, Silman AJ, Smolen JS, Weinblatt ME, Weisman MH, (Editors). *Rheumatology*. Toronto: Mosby, 2003: 893-905.
26. Ware JE, Kosinski M, Bayliss MS, et al. Comparison of methods for the scoring and statistical analysis of SF-36 health profile and summary measures: Summary of results from the Medical Outcomes Study. *Med Care* 1995; 33: 264-279.
27. Altıparmak S, Eser E. 15-49 yaş grubu evli kadınlarda yaşam kalitesi. *Aile ve Toplum Dergisi* 2007: 29-33.
28. Özdemir K. Sakarya İlinde Yaşayan 15-49 Yaş Grubu Kadınlarda Kronik Pelvik Ağrının Prevalansı, Risk Faktörleri ve Yaşam Kalitesine Etkisi. Yüksek Lisans Tezi, Eskişehir: Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2012.
29. Karabilgin OS. Balatçık Sağlık Ocağı Bölgesinde 15-49 Yaş Kadınlarda Depresyon Prevalansı ve Whoqol-Bref Ölçeği İle Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. Doktora Tezi, İzmir: Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2001.
30. Gehlert S, Chang CH, Bock RD, Hartlage SA. The WOMQOL instrument measured quality of life in women of reproductive age with no known pathology. *Journal of Clinical Epidemiology* 2006; 59: 525-533.
31. Ahluwalia IB, Holtzman D, Mack KA, Mokdad A. Health-related quality of life among women of reproductive age: Behavioral risk factor surveillance system (BRFSS), 1998-2001 *Journal of Women's Health* 2003; 12: 5-9.
32. Ferraz PR, Bertoldo SV, Costa LG, et al. Vocal parameters and voice-related quality of life in adult women with and without ovarian function. *Journal of Voice* 2013; 27: 355-360.
33. Eğicioğlu H. Üreme Çağındaki Kadınlarda Premenstrual Sendromun Yaşam Kalitesine Etkisinin Araştırılması. Yüksek Lisans Tezi, Afyonkarahisar: Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2008.
34. Kuş C. İnfertilite Durumunda Kadınların Yaşam Kalitesi ve Algıladıkları Sosyal Desteğin Belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2008.
35. Soyuer F, Ünalın D, Öztürk A. Kronik beyin damar hastalıklarında yaşam kalitesi ve etkileyen faktörler. *İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* 2006; 13: 157-162.
36. Yazıcı K, Tot Ş, Biçer A, Yazıcı A, Buturak V. Bel ve boyun ağrısı hastalarında anksiyete, depresyon ve yaşam kalitesi. *Klinik Psikiyatri* 2003; 6: 95-101.
37. Göçgeldi E, Babayiğit MA, Hassoy H, ve ark. Hipertansiyon tanısı almış hastaların algıladıkları yaşam kalitesi düzeyinin ve etki eden faktörlerin değerlendirilmesi. *Gülhane Tıp Dergisi* 2008; 50: 172-179.
38. Ceylan B. Eskişehir Tepebaşı İlçesinde Yaşayan 40-59 Yaş Grubu Kadınlarda Menopozal Semptomlar ve Yaşam Kalitesi. Yüksek Lisans Tezi, Eskişehir: Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2010.
39. Sönmez Y, Uçku R, Kıtay Ş, ve ark. İzmir'de bir sağlık ocağı bölgesinde yaşayan 75 yaş ve üzeri bireylerde yaşam kalitesi ve etkileyen etmenler. *DEÜ Tıp Fakültesi Dergisi* 2007; 21: 145-153.
40. Güneylilioğlu D, Özşeker F, Bilgin S, Küçük Ç, Akkaya E. Sarkoidozun yaşam kalitesi üzerine etkisi. *Tüberküloz ve Toraks Dergisi* 2004; 52: 31-37.
41. Koltarla S. Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi Sağlık Personelinin Yaşam Kalitesinin Araştırılması. Uzmanlık Tezi, İstanbul: Sağlık Bakanlığı Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği, 2008.
42. Erbaydar NP, Bilir N, Özcebe H, Vaizoğlu S, Aslan D. Evaluation of health-related quality of life of women living in a city center in the east of Turkey. *Turk J Med Sci* 2011; 41: 307-316.
43. Aydın P, Günay T, Baydur H, Şimşek H. İzmir'de yarı kentsel bir bölgede 45-59 yaş kadınlarda yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. *Tıp Araştırmaları Dergisi* 2012; 10: 88-93.
44. Güler D. Mastalji, Yaşam Kalitesi ve Depresyon. Uzmanlık Tezi, İstanbul: Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği Bölümü, 2006.
45. Aydemir Ö, Ergün H, Soygür H, Kesebir S. Major depresif bozuklukta yaşam kalitesi: Kesitsel bir çalışma. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2009; 20: 205-212.
46. Altıntaş EY. Panik bozuklukta Yaşam Kalitesi: 3 Aylık İzlem Çalışması. Uzmanlık Tezi, Adana: Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri Bölümü, 2006.
47. Konya İl Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Vakfı Başkanlığı, Mevlana Kalkınma Ajansı (MEVKA). Yaşam Kalitesi Temelinde Toplumsal Şiddet, Göç ve Yoksulluğun İncelenmesi. Haziran, 2012: 21-32.