

**T.C.  
FIRAT ÜNİVERSİTESİ  
TIP FAKÜLTESİ  
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI**

**ELAZIĞ KENT MERKEZİNDE YAŞAYAN 15-49 YAŞ GRUBU  
KADINLARIN YAŞAM KALİTELERİ VE ETKİLEYEN  
FAKTÖRLER**

**UZMANLIK TEZİ  
Dr. İrem BULUT**

**TEZ DANIŞMANI  
Doç. Dr. S. Erhan DEVECİ**

**ELAZIĞ  
2013**

## DEKANLIK ONAYI

Prof. Dr. İrfan ORHAN

**DEKAN**

Bu tez Uzmanlık Tezi standartlarına uygun bulunmuştur.

Doç. Dr. A. Ferdane OĞUZÖNCÜL

**Halk Sağlığı Anabilim Dalı Başkanı**

Tez tarafımızdan okunmuş, kapsam ve kalite yönünden Uzmanlık Tezi olarak kabul edilmiştir.

Doç. Dr. S. Erhan DEVECİ

**Danışman**

**Uzmanlık Tezi Değerlendirme Jüri Üyeleri**

-----

-----

-----

-----

-----

-----

*Aileme...*

## TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim süresince gösterdiği sabır, verdiği emek ve destek için, akademik yaşantımda her zaman örnek alacağım çok değerli danışmanım Sayın Doç. Dr. S. Erhan DEVECİ'ye,

Akademik bilgi ve deneyimleriyle her zaman yanımda olan, ülkemizde de yaptığı başarılı çalışmalarla bize akademik çalışma olanağı sağlayan, Anabilim Dalı öğretim üyemiz Sayın Prof. Dr. Yasemin AÇIK'a,

Uzmanlık eğitimim boyunca bilgi ve deneyimlerinden faydalandığım değerli Anabilim Dalı Başkanım Sayın Doç. Dr. A. Ferdane OĞUZÖNCÜL, Anabilim Dalı öğretim üyelerimizden Sayın Doç. Dr. Edibe PİRİNÇCİ ve Sayın Yrd. Doç. Dr. A. Tevfik OZAN' a,

Bu çalışmanın sürdürülmesi için gönüllülükle zaman ayıran, gerekli çaba ve disiplini gösteren çalışmama katılan tüm bireylere,

Anketler için ev ev gezerken beni yalnız bırakmayan ve bana eşlik eden sevgili arkadaşım Meliha ARADA'ya,

Tezimin her aşamasında destekleri ile yanımda olan araştırma görevlisi arkadaşlarıma,

Tezimin her aşamasında benim yanımda olan ve desteğini hiçbir zaman benden esirgemeyen sevgili eşim Oğuz Kağan BULUT'a ve canım kızım Ece Umay BULUT'a,

Bu günlere gelmemi sağlayan, maddi ve manevi desteklerini, yardımlarını hiçbir zaman esirgemeyen, başarılarımda büyük katkıları olan canım aileme, özellikle de canım ANNEME,

Elazığ'da yaşadığım süre içinde beni sevip kollayan ve hep destek olan eşimin ailesine,

Sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

## ÖZET

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.

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.

Araştırma kapsamına alınan kadınların yaş ortalaması  $32.21 \pm 9.88$  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;  $81.25 \pm 19.49$ ,  $59.23 \pm 44.69$ ,  $57.89 \pm 30.31$ ,  $56.77 \pm 20.34$ ,  $53.54 \pm 20.06$ ,  $76.96 \pm 24.51$ ,  $68.06 \pm 43.59$ ,  $64.06 \pm 20.72$  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 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 kaliteleri sosyodemografik yapı ve sağlık özelliklerinden etkilenmektedir. 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

## ABSTRACT

### LIVING IN ELAZIG CITY CENTRE OF WOMEN AGE GROUP 15-49 IN THE QUALITY OF LIFE AND FACTORS AFFECTING

Providing women with high quality life standards is an important element for creating a healthy society. In this study, women aged 15-49 living in the Elazığ city centre the factors and that affect their quality of life were investigated.

This cross-sectional study included 547 women in the 15-49 year age group in Elazığ city centre. The sample group was selected in the records of family physicians included in the study through the systematic sampling method. The women recruited in the sample group were administered a questionnaire including the SF-36 Quality of Life Scale through face-to-face interviews.

The average age of women participated in the study was  $32.21 \pm 9.88$ , and 67.5% of those women were married. 13.9% of participants were illiterate/only literate, 79.2% were not working, and 16.3% did not have social security/had a green card. Women in sub-dimensions of the SF-36 Quality of Life Scale physical function, physical role limitations, pain, general health, vitality, social functioning, emotional role limitations and mental health subscale scores averaged were  $81.25 \pm 19.49$ ,  $59.23 \pm 44.69$ ,  $57.89 \pm 30.31$ ,  $56.77 \pm 20.34$ ,  $53.54 \pm 20.06$ ,  $76.96 \pm 24.51$ ,  $68.06 \pm 43.59$ ,  $64.06 \pm 20.72$ , respectively. The higher education level of women does not change the social function and emotional status ( $p > 0.05$ ), physical function, physical role limitations, pain, general health, vitality and mental health scores increased ( $p < 0.05$ ). The higher monthly income level, physical components the life quality and vitality scores were increased ( $p < 0.05$ ). The life quality scores decreased in the presence of chronic and mental illness ( $p < 0.05$ ).

Consequently, it was observed that the women got lower scores from the SF-36 Quality of Life Scale regarding the subscales of physical role limitations, pain, general health, vitality, emotional role limitations and mental health, while they got higher scores in physical function and social functioning. Quality of life is affected by the socio-demographic structure and health properties. In order to improve women's quality of life, there should be awareness-raising and precautionary action plans conducted 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

## İÇİNDEKİLER

<b>BAŞLIK SAYFASI</b>	<b>i</b>
<b>ONAY SAYFASI</b>	<b>ii</b>
<b>İTHAF</b>	<b>iii</b>
<b>TEŞEKKÜR</b>	<b>iv</b>
<b>ÖZET</b>	<b>v</b>
<b>ABSTRACT</b>	<b>vi</b>
<b>İÇİNDEKİLER</b>	<b>vii</b>
<b>TABLO LİSTESİ</b>	<b>ix</b>
<b>KISALTMALAR LİSTESİ</b>	<b>xii</b>
<b>1. GİRİŞ</b>	<b>1</b>
1.1. Kadın Hayatının Dönemleri	2
1.1.1. Bebeklik ve Çocukluk Dönemi	3
1.1.2. Ergenlik Dönemi (Puberte ve Adolesan dönemi)	3
1.1.3. Cinsel Olgunluk Dönemi	4
1.1.4. Klimakterium ve Menopoz Dönemi	4
1.1.5. Yaşlılık (senium) Dönemi	5
1.2. Kadın Sağlığı	5
1.2.1. Gelişmekte Olan Ülkelerde Kadınların Cinsiyeti Nedeniyle Yaşamları Boyunca Karşılaştığı Riskler	6
1.2.1.1. Yaşam Boyu Sağlık Sorunları	6
1.2.1.2. Bebeklik ve Çocukluk (0-9 yaş)	6
1.2.1.3. Ergenlik Dönemi (10-19 yaş)	6
1.2.1.4. Reprodüktif Dönem (20-44 yaş)	7
1.2.1.5. Postreprodüktif Yıllar (45 yaş ve üzeri)	7
1.2.2. Kadın Sağlığı Belirleyicileri	7
1.2.2.1. Ailede ve Toplumda Kadının Yeri	8
1.2.2.2. Kadının Sağlık Durumu	8
1.2.2.3. Sağlık Hizmetleri ile İlgili Faktörler	8
1.3. Kadınların Yaşam Sürecinde Karşılaşılan Sorunlar	8
1.3.1. Cinsiyet Seçimi	8
1.3.2. Yetersiz Emzirme	9

1.3.3. İstismar, İhmal ve Bakım Eksiklikleri	10
1.3.4. Ergenlik Dönemi Sorunları	11
1.3.4.1. Zararlı Alışkanlıklar - Madde Bağımlılığı	11
1.3.4.2. Yeme Bozuklukları	12
1.3.4.3. Üreme Sağlığı Sorunları	12
1.3.5. Erişkinlik Dönemi Sorunları	13
1.3.5.1. İstenmeyen Gebelikler ve İstemli Düşükler	14
1.3.5.2. İnfertilite	15
1.3.5.3. Cinsel İşlev Bozuklukları	15
1.3.5.4. Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar	16
1.3.5.5. Meme Kanseri ve Jinekolojik Kanserler	17
1.3.6. Genital Mutilasyon	18
1.3.7. Kadına Yönelik Şiddet	18
1.3.8. Klimakteriyum ve Yaşlılık Dönemi Sorunları	19
1.3.8.1. Klimakterik Dönem Sorunları	20
1.3.8.2. Yaşlı İstismarı ve İhmali	20
1.3.8.3. Yoksulluk	21
1.4. Kadınlarda 15-49 Yaş Döneminin İrdelenmesi ve Önemi	21
1.5. Yaşam Kalitesi	23
1.5.1. Yaşam Kalitesinin Tanımı	23
1.5.2. Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler	24
1.5.3. Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesinde Kullanılan Ölçekler	27
1.6. Kadınlarda Yaşam Kalitesi ve Önemi	28
<b>2. GEREÇ VE YÖNTEM</b>	<b>32</b>
<b>3. BULGULAR</b>	<b>38</b>
<b>4. TARTIŞMA</b>	<b>56</b>
<b>5. KAYNAKLAR</b>	<b>73</b>
<b>6. EKLER</b>	<b>88</b>
<b>7. ÖZGEÇMİŞ</b>	<b>96</b>



## TABLO LİSTESİ

<b>Tablo 1.</b>	Araştırma kapsamına alınan kadınların bazı sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımı	38
<b>Tablo 2.</b>	Araştırma kapsamına alınan evli kadınların eş durumu ve evlilik özelliklerine göre dağılımı	39
<b>Tablo 3.</b>	Araştırma kapsamına alınan kadınların aile yapısı özelliklerine göre dağılımı	39
<b>Tablo 4.</b>	Araştırma kapsamına alınan kadınlardan göç ile geldiğini söyleyenlerin göç nedenlerinin dağılımı	40
<b>Tablo 5.</b>	Araştırma kapsamına alınan kadınların yaşadıkları konut özellikleri ve yaşam koşullarına göre dağılımı	40
<b>Tablo 6.</b>	Araştırma kapsamına alınan kadınlardan evli olanların evlilik ve obstetrik özelliklerine göre dağılımı	41
<b>Tablo 7.</b>	Araştırma kapsamına alınan kadınların ifade ettikleri sağlık özelliklerine göre dağılımı	42
<b>Tablo 8.</b>	Araştırma kapsamına alınan kadınların sigara ve alkol kullanım özelliklerine göre dağılımı	42
<b>Tablo 9.</b>	Araştırma kapsamına alınan kadınların bazı sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına göre dağılımı	43
<b>Tablo 10.</b>	Araştırma kapsamına alınan kadınların hayatları boyunca maruz kaldıklarını belirttikleri şiddet türlerine göre dağılımı	43
<b>Tablo 11.</b>	Araştırma kapsamına alınan kadınların son bir yıl içinde maruz kaldıklarını belirttikleri şiddet türlerine göre dağılımı	44
<b>Tablo 12.</b>	Araştırma kapsamına alınan kadınların SF-36 alt ölçek puanları	44
<b>Tablo 13.</b>	Araştırma kapsamına alınan kadınların yaş gruplarına göre SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği boyutlarının puan dağılımı	45
<b>Tablo 14.</b>	Araştırma kapsamına alınan kadınların gelir getirici bir işte çalışma durumlarına göre SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği boyutlarının puan dağılımı	45
<b>Tablo 15.</b>	Araştırma kapsamına alınan kadınların eğitim durumlarına göre SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği boyutlarının puan dağılımı	46

<b>Tablo 16.</b> Araştırma kapsamına alınan kadınların sosyal güvence durumlarına göre SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği boyutlarının puan dağılımı	46
<b>Tablo 17.</b> Araştırma kapsamına alınan kadınların medeni durumlarına göre SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği boyutlarının puan dağılımı	47
<b>Tablo 18.</b> Araştırma kapsamına alınan kadınların eşlerinin eğitim durumlarına göre SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği boyutlarının puan dağılımı	47
<b>Tablo 19.</b> Araştırma kapsamına alınan kadınların aile tipine göre SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği boyutlarının puan dağılımı	48
<b>Tablo 20.</b> Araştırma kapsamına alınan kadınların aylık gelir düzeylerine göre SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği boyutlarının puan dağılımı	48
<b>Tablo 21.</b> Araştırma kapsamına alınan kadınların evde bakıma muhtaç kişi bulunması durumuna göre SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği boyutlarının puan dağılımı	49
<b>Tablo 22.</b> Araştırma kapsamına alınan kadınların göç etme durumlarına göre SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği boyutlarının puan dağılımı	49
<b>Tablo 23.</b> Araştırma kapsamına alınan kadınların evdeki oda sayısı durumlarına göre SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği boyutlarının puan dağılımı	50
<b>Tablo 24.</b> Araştırma kapsamına alınan kadınların ilk evlenme yaşlarına göre SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği boyutlarının puan dağılımı	50
<b>Tablo 25.</b> Araştırma kapsamına alınan kadınların gebelik sayısına göre SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği boyutlarının puan dağılımı	51
<b>Tablo 26.</b> Araştırma kapsamına alınan kadınların düzenli sağlık kontrolü yaptırma durumlarına göre SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği boyutlarının puan dağılımı	51
<b>Tablo 27.</b> Araştırma kapsamına alınan kadınların kronik hastalık varlığına göre SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği boyutlarının puan dağılımı	52
<b>Tablo 28.</b> Araştırma kapsamına alınan kadınların ruhsal hastalık varlığına göre SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği boyutlarının puan dağılımı	52

<b>Tablo 29.</b> Araştırma kapsamına alınan kadınların sigara kullanma durumlarına göre SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği boyutlarının puan dağılımı	53
<b>Tablo 30.</b> Araştırma kapsamına alınan kadınların alkol kullanma durumlarına göre SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği boyutlarının puan dağılımı	53
<b>Tablo 31.</b> Araştırma kapsamına alınan kadınların düzenli egzersiz yapma durumlarına göre SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği boyutlarının puan dağılımı	54
<b>Tablo 32.</b> Araştırma kapsamına alınan kadınların yakınlarından sosyal destek alma durumlarına göre SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği boyutlarının puan dağılımı	54
<b>Tablo 33.</b> Araştırma kapsamına alınan kadınların hayatları boyunca şiddete maruz kalma durumlarına göre SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği boyutlarının puan dağılımı	55
<b>Tablo 34.</b> Araştırma kapsamına alınan kadınların son bir yıl içinde şiddete maruz kalma durumlarına göre SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği boyutlarının puan dağılımı	55

## KISALTMALAR LİSTESİ

<b>ABD</b>	: Amerika Birleşik Devletleri
<b>CYBH</b>	: Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar
<b>DÖB</b>	: Doğum Öncesi Bakım
<b>DSÖ</b>	: Dünya Sağlık Örgütü
<b>SF-36</b>	: Short Form-36
<b>TNSA</b>	: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması
<b>TSH</b>	: Temel Sağlık Hizmetleri
<b>TUİK</b>	: Türkiye İstatistik Kurumu
<b>WHOQOL</b>	: World Health Organization Quality of Life

## 1. GİRİŞ

Toplumsal cinsiyet; kadının ve erkeğin sosyal olarak belirlenen rollerini ve sorumluluklarını ifade eder (1, 2). Pek çok toplumda kadın ve erkek farklı bireyler olarak görülmekte ve her birinin kendine ait imkanları, rolleri ve sorumlulukları olduğu kabul edilmektedir. Bunun en açık göstergesi, kamusal alanda çalışma ve politika "doğal" olarak erkek; ev işleri ve aile ile ilgili özel alanlar "doğal" olarak kadın işidir görüşünün birçok toplum tarafından benimsenmiş ve uygulanıyor olmasıdır (3).

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. Doğuştan beklenen yaşam süresi 2012 yılı için kadınlarda 76.8; erkeklerde 71.9 yıldır (4).

Cinsiyet - toplumsal cinsiyet arasındaki etkileşim, kadınlar ve erkekler için çok çeşitli ve birbirinden farklı sağlık sonuçlarına yol açmaktadır (5). Kadınlar daha uzun yaşadıkça, yaşamın niteliği önem kazanmaktadır. Kadınların erkeklerden daha fazla oranda hastalık ve sakatlık yaşadığı pek çok toplumda mevcut olan bir gerçektir ve bu sonuca katkısı olan üç faktör tanımlanmıştır. Bu faktörler şöyle açıklanabilir: İlk olarak; kadınların daha uzun süre yaşamaları onların daha yüksek morbidite oranlarının bir nedenidir. Kadınlar hemen hemen bütün ülkelerde yaşlı nüfusun çoğunluğunu oluşturmaktadır. İkincisi, kadınların üreme sağlığı ile ilgili sorunları yaşama olasılıkları, erkeklerden daha yüksektir. Yaşam süreci boyunca hem kadın hem de erkekler cinsiyete özel hastalıklar açısından risk taşımaktadır. Kadınlarda cinsel yolla bulaşan hastalıkların (CYBH) hastalık yükü erkeklere oranla 6 kat daha fazla olmaktadır (6). Üçüncüsü ise; kadın ve erkeğin biyolojik cinsiyeti ve üremeye ilişkin fizyolojik fonksiyonlarının farklılığı ve getirdiği yüklerin yanı sıra, toplumun kendilerine biçtiği “toplumsal cinsiyet” rolünden kaynaklanan ve sağlıklarını etkileyen olumsuzluklardır. Bu olumsuzlukların boyutu toplumdan topluma değişmekle birlikte, özellikle gelişmekte olan ülkelerde “kadın” cinsiyeti yönünden daha fazladır (7, 8).

Kadınların eğitim olanaklarından yeterince yararlanamamaları, mesleki becerilerinin eksik olması, aile içindeki konumları, iş gücü piyasasının uysal bireyleri

olmaları, örgütlenme kapasitelerindeki eksiklikleri nedeniyle uzun çalışma saatlerine ve sigortasız çalışmaya ses çıkarmadıkları gözlenmektedir (9).

Kadınlar ve erkekler yoksulluğu farklı bir biçimde yaşamakta, yoksulluk süreci kadın ve erkekleri farklı biçimlerde etkilemektedir. Aile yapısının değişmesi, boşanmaların artması, evlilik dışı çocuk sahibi olma oranının artması ve çocukların sorumluluğunun kadınlar tarafından alınması gibi nedenler yoksulluğun kadınlaşmasını açıklamak için kullanılmıştır. Kadın yoksulluğunun iki belirleyici özelliği bulunmaktadır; bunlar, işgücü piyasasındaki konumu ve eğitim imkanlarından yararlanma durumudur. İşgücü piyasasına katılımın düşük olmasının yarattığı sonuç kadının erkeğe ömür boyu bağımlılık ilişkisidir. İstihdama katılımın düşük olmasına paralel bir biçimde istihdamın sağladığı olanaklardan yararlanamamak, sağlık hakkına eş üzerinden ulaşmak bu bağımlılığın temel sonuçlarıdır (9).

Türkiye’de kayıt dışı istihdam 2007 yılında kırsalda %66.6 (kadın %89.1; erkek %55.3), kentsel yerlerde %33.4’tür (kadın %36.6; erkek %32.5). 2008 Aralık verilerine göre ise, toplam kadın istihdamının %58’i kayıt dışı çalışmaktadır. Erkeklerde bu oran %38’dir (10). Kadınların istihdama katılım oranlarının bu denli düşük olması, ücretsiz aile işçisi olarak çalışmanın yüksek oranda gerçekleşmesi, aileye-erkeğe bağımlılığını arttıran, yaşam seviyesini erkeğin elde ettiği gelire bağlayan bir durumu ortaya çıkarmaktadır. İnsani Yoksulluk İndeksi’nde okuma yazma, okullaşma, sağlık hizmetinden yararlanma vb. verilere bakıldığında, zaman içinde kadınların yaşam koşullarında iyileşme olduğu halde gelirlerinde aynı iyileşmenin meydana gelmediği görülmektedir. İyileşme ailenin gelirin ve erkeğe bağlı olarak ortaya çıkmaktadır. Yine ev eksenli çalışanların büyük bir bölümünü kadınlar oluşturmaktadır (9).

### **1.1. Kadın Hayatının Dönemleri**

İnsan yaşamı bir süreç olarak düşünüldüğünde, bu süreç belli dönemlere ayrılarak incelenir. Çünkü her dönem farklı özellikler gösterir ve de her dönemde insan fiziksel ve duygusal gelişimler içerisindedir. Kadın hayatı, kesin sınırları olmamakla birlikte beş dönemde incelenebilir;

- Bebeklik ve Çocukluk Dönemi: 0-9 yaş

- Ergenlik Dönemi: 10-19 yaş (Puberte ve Adolesan)
- Cinsel Olgunluk Dönemi: 19-49 yaş
- Klimakterium ve Menopoz Dönemi: 50-64 yaş
- Yaşlılık (senium) dönemi: 64 yaşın üzeri (11, 12).

Bu yaş süreleri kesin bir biçimde sınırlanamaz. Bireysel farklılıkların yanı sıra toplumsal gelişme, beslenme koşulları ve çevresel faktörler başlangıç ve bitiş sürelerini değiştirebilmektedir (11, 13).

### **1.1.1. Bebeklik ve Çocukluk Dönemi**

Toplumların geleceği o toplumu meydana getiren bireylerin nitelikleriyle doğrudan ilişkilidir. Çocuğun yaşamının ilk yıllarındaki sağlıklı ortam hayatının daha sonraki dönemlerini önemli ölçüde etkilemekte ve sağlıklı gelişmesine yön vermektedir. Bu dönemde çocukların yeterli ve dengeli beslenmeleri büyük önem taşır. Çünkü bu dönemde büyüme ve gelişme hızlıdır. Bu dönemde kazanılacak olumlu davranışlar ve beslenme alışkanlıkları yaşam boyu insan sağlığı üzerinde olumlu etkisini gösterecektir (12, 14).

### **1.1.2. Ergenlik Dönemi (Puberte ve Adolesan dönemi)**

Adolesan dönemi; fiziksel, biyokimyasal, ruhsal ve sosyal yönden hızlı büyüme, gelişme, olgunlaşma süreçleriyle çocukluktan yetişkinliğe geçiş dönemidir (14). Bu çağda, özelliklerde kızlarda vücut biçimi büyük önem taşır. Dış genital organlarda ilk gelişme genellikle memelerde görülür. Bunlardan hemen sonra böbrek üstü bezinden üretilen androjen hormonlarının etkisiyle vulva ve pubik kılları, peşinden de koltuk altı kılları oluşmaya başlar (11, 14).

Bu dönemin en önemli olayı menarş adı verilen ilk menstruasyon kanamasının olmasıdır. Kızlarda vücut ağırlığı ve boy uzunluğundaki artış menarştan bir yıl öncedir. Vücut ağırlığındaki artış yaklaşık 20 yaşına kadar, boy uzunluğundaki artış ise 17 yaşına kadar devam eder. Bu dönem büyüme sürecini içerdiğinden enerji veya yeni dokuların yapımı için daha fazla miktarda protein ve vitamin mineralleri gerektirir (15).

### **1.1.3. Cinsel Olgunluk Dönemi**

Doğurganlık dönemi olarak bilinen bu dönemin ortalama başlangıç yaşı 19 iken, Türkiye’de sosyokültürel etmenler göz önünde bulundurularak 15 olarak kabul edilmektedir. 15-49 yaş arasında yer alan bu dönem kadının en üretken ve aktif olduğu yılları kapsar (11, 13).

Bu dönemde 400-500 kadar ovulasyon meydana gelir. Follikül oluşması, ovulasyon, korpus luteum oluşumu ve menstruasyon düzenli olarak devam eder ve anne olmanın sevinci de yine bu dönemde yaşanır (16).

Gebeliğin ve emzirmenin yaşandığı bu dönemde besin gereksiniminin karşılanması; embriyo ve bebeğin normal büyüyüp sağlıklı olması kadar, anne sağlığı için de önem taşır. Gebelikte anne yeni bir canlı taşıdığı için ek enerji ve besin öğelerine olan ihtiyaç artar. Bunun karşılanamadığı durumlarda da; anemi, diş çürükleri guatr, osteomalasia gibi hastalıkların ortaya çıkması kolaylaşır. Emzirme dönemi de annenin daha fazla enerji ve besin öğelerine ihtiyaç duyduğu bir dönemdir. Bu ihtiyacın giderilmediği durumlarda ise annenin sağlığı bozulduğu gibi süt verimi düşer ve dolayısıyla çocuk anne sütünden mahrum kalarak başka beslenme yollarına ihtiyaç duyar. Her iki dönemde de özellikle kalsiyumun karşılanamaması sadece bu dönemlerde değil ileri dönemlerde kalsiyum depolarının erken boşalmasına neden olarak menopoz ve osteoporoz için risk faktörü oluşturur (14).

### **1.1.4. Klimakterium ve Menopoz Dönemi**

Cinsel olgunluk devresinin sona ermesinden sonra bu dönem başlar. Fakat burada kesin bir sınır belirlemeye imkan yoktur. Bu geçiş, belli belirsiz meydana gelir. Genel olarak klimakteriumun ortalama olarak 45 yaşında başladığı kabul edilmektedir (16). Klimakterium (climacterium) Yunanca bir kelime olup merdiven basamağı anlamına gelen "klimakterikoz" kelimesinden türetilmiştir (12, 17).

Bu dönem, kadın yaşamının üretkenlik (reproduktif) dönemi ile yaşlılık dönemi arasında yer alan, overdeki morfolojik ve fonksiyonel değişimlere bağlı olarak hormonal dengenin farklılaşması sonucu ortaya çıkan semptomlar ile karakterize bir geçiş dönemidir. Çeşitli fizyolojik, psikolojik ve sosyal değişikliklerin ortaya çıktığı bu dönemde en önemli olay menstruasyonun daimi olarak kesilmesi yani menopozdur. Klimakterium dönemi yaklaşık 45 yaş civarında başlar ve



menopozdan sonraki belli bir süreyi de içine alarak yaşlılık dönemi kabul edilen 65 yaş sınırına kadar devam eder (12, 17, 18).

### **1.1.5. Yaşlılık (senium) Dönemi**

Yaşlılık organizmanın geriye dönüşü olmayan bir şekilde yıpranması ve işlevlerinin bozulmaya başlaması şeklinde tanımlanmaktadır. Doku ve hücrelerdeki yaşlanma dikkate alınarak 65 yaş ve daha yukarı yaştaki bireylerin yaşlılık döneminde oldukları kabul edilir. Bu dönemin daha sağlıklı ve daha mutlu geçmesi için bu yaş grubunda bulunan bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına özel önem vermeleri gereklidir (14).

### **1.2. Kadın Sağlığı**

Kadının üremeye ilişkin özellikleri ve fonksiyonları kadın sağlığını özel kılmaktadır. Yaklaşık 6.8 milyar olan dünya nüfusunun en az yarısını kadınlar oluşturmaktadır (19). Kadın sağlığının durumunu incelerken, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün 1948'lerde yaptığı ve halen bütün dünyanın kabul ettiği "sağlık" tanımı yol göstericidir. Bu tanımda; "sağlık, sadece hastalık ve sakatlığın olmaması değil, bireyin fiziksel, zihinsel ve sosyal yönden tam iyilik halinde olması" şeklinde ifade edilmektedir. Bu tanıma göre kadın sağlığını, hastalık ve sakatlık yönünden olduğu kadar, ruhsal ve sosyal yönden de tam bir iyilik halinin olup olmaması ve bütün bu "tam iyilik halini" etkileyen faktörler yönünden de incelemek ve tanımlamak gerekmektedir. Kadının sağlık hizmetlerinden yararlanmasını etkileyen eğitim düzeyi, ekonomik özgürlüğü veya sosyal bazı imkânların kullanılmasında etkili olan toplumsal cinsiyet ayrımcılığı, ailede ve toplumda kadının yeri de "sağlık" kavramı ve tanımı içerisinde incelenmesi gereken konulardır. Ayrıca; kadının genel sağlık durumu, doğurganlık davranışı, sağlık hizmetlerinin varlığı ve yaygınlığı, ulaşılabilirliği, niteliği ve kullanımı da kadın sağlığını etkileyen önemli konulardır (20).

Kadın ve erkeğin biyolojik farklılığı onların farklı sağlık sorunlarıyla karşılaşmalarının temelini oluşturmaktadır. Kadın fizyolojisine bağlı olarak ortaya çıkan gebelik, doğum, menopoz gibi süreçler ve bu süreçlerin kendine özgü sorunları, kadın ve erkeğin sağlık gereksinimlerindeki farkların sebepleri olarak sayılabilir. Ayrıca kadınların bazı hastalık ve durumlar için yaşa göre değişken risk

grubunda olmaları da kadınlara yönelik sağlık sorunlarının ayrıca ele alınması ve özgün yaklaşımlar getirilmesini gerektirir (21).

Biyolojik ve sosyal faktörlerin kadınların sağlığı üzerinde yaşam boyu toplanıp yığılma etkisi vardır. Bu nedenle kadınlar tüm yaşamları boyunca sağlıklarını bozabilecek nedenler açısından değerlendirilmelidir. Örneğin çocukluğunda gelişme geriliği olan bir genç kız ilerde doğum öncesi ve sonrasında artmış komplikasyon riski ile karşı karşıyadır (22).

### **1.2.1. Gelişmekte Olan Ülkelerde Kadınların Cinsiyeti Nedeniyle Yaşamları Boyunca Karşılaştığı Riskler**

Kadınların cinsiyeti nedeniyle daha fazla maruz kaldıkları riskler aşağıdaki şekilde gruplandırılabilir;

#### **1.2.1.1. Yaşam Boyu Sağlık Sorunları**

- Cinsiyet ayrımı
- Çevresel risk
- Depresyon
- Mesleki riskler

#### **1.2.1.2. Bebeklik ve Çocukluk (0-9 yaş)**

- Cinsiyet seçme
- Genital sakatlama
- Beslenmede cinsiyet ayrımı
- Sağlık bakımında ayrımcılık

#### **1.2.1.3. Ergenlik Dönemi (10-19 yaş)**

- Erken yaşta gebelik
- Düşük
- CYBH
- Acquired Immune Deficiency Syndrome
- Yetersiz beslenme
- Artmış madde kullanımı riski

#### **1.2.1.4. Reprodüktif Dönem (20-44 yaş)**

- İstenmeyen gebelik
- CYBH
- Düşük
- Gebelik komplikasyonları
- Malnutrisyon, demir eksikliği anemisi

#### **1.2.1.5 Postreprodüktif Yıllar (45 yaş ve üzeri)**

- Menopozal semptomlar
- Kardiyovasküler hastalıklar
- Genital kanserler
- Osteoporoz
- Osteoartrit
- Diyabet (22).

#### **1.2.2 Kadın Sağlığı Belirleyicileri**

Normal fizyolojik bir olgu olan gebelik ve doğum eyleminde kadın sağlığını tehdit edilmesine neden olan faktörler incelendiğinde; gebeliklerin planlanmamış olması, gebelik süresince doğum öncesi bakım (DÖB) almada yetersizlik, gebelik aralığının 24 aydan az olması, riskli gebeliklerin yaygın olması, gebelik süresince yetersiz beslenme sonucu enfeksiyonlara yatkınlık ve tüm bunların yanı sıra kadının toplumsal statüsünün ve eğitim düzeyinin düşük olması belirtilmektedir (23).

Doğurganlığın yüksek ve temel DÖB'ün kötü olduğu ülkelerde kadın sağlığı risk altındadır (22). Kadın sağlığı, doğrudan kendisi için olduğu kadar, çocuk sağlığı ve aile sağlığı üzerindeki etkisi bakımından da önemlidir. Doğurganlık hızı ve DÖB alma durumu ile bebek ölüm hızı arasında doğrudan bir ilişki vardır (24). Yapılan çalışmalar erken ve ileri yaştaki gebelikler, sık ve fazla doğumlar önlenilirse ve her gebenin DÖB alması sağlanabilirse, her yıl dünyada milyonlarca çocuğun ve annenin hastalanmaları ve ölmelerinin engellenebileceğini göstermektedir (25). Bu bağlamda kadın sağlığı ile ilgili belirleyiciler başlıklar halinde;

### **1.2.2.1 Ailede ve Toplumda Kadının Yeri**

- Eğitim, meslek, gelir, sosyal ve yasal özerklik
- Toplumda ailenin yeri
- Aile geliri, bulunulan yer, ailedeki diğer bireylerin eğitimi ve meslekleri.
- Toplam ekonomik düzey
- Toplumun mevcut kaynakları

### **1.2.2.2 Kadının Sağlık Durumu**

- Beslenme durumu
- Kronik hastalıklar (diyabet, hipertansiyon vb.)
- Geçmişte gebelik komplikasyonları ile ilgili öyküsü
- Doğurganlık
- Gebelikteki yaşı, gebelik sayısı
- Evlilik durumu

### **1.2.2.3 Sağlık Hizmetleri ile İlgili Faktörler**

• Sağlık hizmetlerinin varlığı, hizmetlerin yeri, temel sağlık hizmetleri (TSH), aile planlaması, temel ve kapsamlı obstetrik hizmetler dahil bu hizmetlerin veriliyor olması.

- Bu hizmetlerin yaygınlığı ve ulaşılabilirliği.
- TSH, aile planlaması, temel ve kapsamlı obstetrik hizmetlerin niteliği ve kabul edilebilirliği.
- TSH, aile planlaması, temel ve kapsamlı obstetrik hizmetlerin kullanımı olarak özetlenebilir (8).

## **1.3. Kadınların Yaşam Sürecinde Karşılaşılan Sorunlar**

### **1.3.1. Cinsiyet Seçimi**

Cinsiyet seçimi, doğacak bebeğin cinsiyetinin belirlenmesi ve tıbbi olmayan amaçlar için kullanılmasıdır. Cinsiyet seçimi, kürtaj için dişi fetüslerin seçilmesi, kız çocuklarının ihmal edilmesi ve kızların sağlık hizmetine erişiminde yetersiz kalınması gibi hak suistimalleri ile sonuçlanabilirken soyun devamı, mirasın korunması, velayetlik gibi farklı gerekçelerle erkek lehine gerçekleşmektedir (26).

Cinsiyet seçimi uygulaması Amerika’da yasal iken, Kanada, Almanya ve İngiltere’de yasaklanmıştır. Türkiye’de cinsiyet seçimi yasal olmamakla beraber, sadece cinsiyetle taşınan hemofili ya da bazı kas hastalıkları söz konusu olduğunda cinsiyet seçimine izin verilmektedir (26).

Herhangi bir sağlık sorunu olmaksızın yalnızca bebeğin cinsiyetinin kız olması sebebiyle yapılan cinsiyet seçiminin yasal olduğu Çin, Hindistan gibi ülkelerde cinsiyet oranları da etkilenmektedir (27).

Farklı hesaplamaları olmakla birlikte, kabul edilen cinsiyet oranı yaklaşık 102-106 yeni doğan erkeğe karşılık, 100 kız şeklindedir (28, 29). Çin’de 20 yıl önceki verilere göre, doğumdaki cinsiyet oranı 108 erkeğe karşılık 100 kız iken; 2000 yılında bu oran 117/100 olarak tespit edilmiştir (28). Hindistan ve Çin’den gelen ve Amerika’da yaşayan göçmen aileler üzerinde yapılan başka bir çalışmaya göre bu ailelerde erkek lehine cinsiyet seçimi yapıldığı saptanmıştır (30).

Türkiye’de 2827 Sayılı Nüfus Planlaması Hakkındaki Kanun’a göre gebeliğin onuncu haftası doluncaya kadar istek üzerine rahim tahliyesi yapılmaktadır. Gebelik süresi on haftadan büyükse, ancak gebeliğin annenin hayatını tehdit ettiği/edeceği veya doğacak çocuk ile onu takip edecek nesiller için ağır maluliyete neden olacağı hallerde, ilgili daldan bir uzmanın objektif bulgulara dayanan gerekçeli raporları ile rahim tahliye edilmektedir. Bunun dışında rahim tahliyesi yasal olmayıp, 765 Sayılı Türk Ceza Kanunu’na göre rahim tahliyesi yapan ve yaptıran kişiler cezalandırılmaktadır (31). Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) 2008 sonuçlarına göre, evli kadınlar arasındaki yasal rahim tahliye hızı %10’dur (32).

### **1.3.2. Yetersiz Emzirme**

Emzirme, yeni doğan bebeklerin sağlıklı büyüme ve gelişmelerini sağlamanın en doğal yoludur. DSÖ, ilk 6 ay yalnızca anne sütü olmak üzere tüm bebeklerin iki yıla kadar anne sütü almalarını önermektedir. DSÖ, bebeklerin ortalama anne sütü alma sürelerinin Pakistan’da (2006) kız bebeklerde 18.2 ay, erkeklerde 19.5 ay; Mısır’da (2008) kızlarda 17.6 ay, erkeklerde 18.3 ay; Hindistan’da (2005) kızlarda 23.6 ay, erkeklerde 25.4 ay olduğunu belirlemiştir (33).

Türkiye’de TNSA 2008 verilerine göre, emzirme süresinin ortanca değeri 16 aydır. Erkek çocuklar (16.9 ay), kız çocuklara (14.9 ay) göre 2 ay daha uzun

emzirilmektedir (32). Görüldüğü gibi, bazı toplumlarda erkek bebekler kız bebeklere göre en az 1-2 ay daha uzun süre anne sütü almaktadır. Hindistan'da yapılan bir çalışmada, özellikle ilk bebeklerin erkek olması istendiği belirlenmiş ve ailelerin sosyoekonomik düzeylerinin kötü olmamasına rağmen, kız çocuklarda malnutrisyon saptanmıştır (34). Pakistan'da yapılmış bir çalışmada da, kız çocuğu olan annelerin emzirmeyi erken bıraktıkları belirtilmektedir (35).

### **1.3.3 İstismar, İhmal ve Bakım Eksiklikleri**

Çocuk ihmali; bakmakla yükümlü kimseler ve diğer yetişkinlerin, çocuğun beslenme, giyinme, barınma, eğitim, sağlık, sevgi gibi temel gereksinimlerini ihmal etmeleri sonucu çocuğun bedensel, duygusal, ahlaksal veya sosyal gelişiminin engellenmesi; çocuk istismarı ise yine bu kişiler tarafından çocukların fiziksel, duygusal, zihinsel veya cinsel gelişimlerini engelleyen, beden/ruh sağlığına zarar veren ve kaza sonucu olmayan durumlarla karşı karşıya bırakılması olarak tanımlanmaktadır (36).

Çocuk İstismarı ve İhmalini Önleme Derneği, Güney Afrika'daki çocukların %5-26'sının cinsel taciz/tecavüze uğradığını, Türkiye'de ise fiziksel istismar sıklığının %30-35, cinsel istismar sıklığının %4-18 olduğunu bildirmektedir (37). Çocuğun yaşı ne kadar küçükse istismara uğrama olasılığı o kadar artmaktadır (38). Jain, istismara uğrayan çocukların iyi bir değerlendirme yapılmadan evlerine geri gönderildiklerinde, bu çocukların %5-10'unun öldürüldüğünü, %35-50'sinin ise ciddi yaralanmalar yaşadığını bildirmiştir (39).

Bilir ve ark.'nın (40) sekiz ilde (Malatya, Nevşehir, Afyon, Ağrı, Giresun, Trabzon, Rize ve Ankara) 4-12 yaşları arası 16100 çocuğu kapsayan, fiziksel ve duygusal olarak örselenen çocuk oranlarını belirlemek amacıyla yaptığı araştırmada; yaş artıkça örselenmenin azaldığı, en fazla kız çocuklarda örselenme gözüktüğü, anne ve babanın eğitim düzeyi arttıkça örselenmenin azaldığı, yaş olarak bakıldığında genç yaştaki anne babaların çocuklarını daha çok örselediği, çocuk sayısı arttıkça örselenme oranının da arttığı göze çarpmaktadır.

Cinsel istismar, çocuk istismarı tipleri içerisinde saptanması en zor olanıdır. Cinsel istismarın yaygınlığı konusunda bildirilen oranlar büyük farklılıklar

göstermektedir. Gerçek yaygınlığın kadınlar için %12-17, erkekler için %5-8 olduğu düşünülmektedir (41).

#### **1.3.4. Ergenlik Dönemi Sorunları**

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ); 10-19 yaşlar arasını ergenlik dönemi, 20-24 yaşlar arasını gençlik dönemi, 10-24 yaş dönemini ise genç insanlar olarak tanımlamaktadır (42). Türkiye’de TNSA 2008 sonuçlarına göre, 10-19 yaş grubu nüfus toplam nüfusun %18.5'ini oluşturmaktadır (32).

Ergen (adolesan), vücudunda olan hızlı fiziksel değişikliklere karşı şaşkınlık ve endişe duyguları yaşamakta, pubertede salgılanan cinsiyet hormonları ergenin cinsel ve duygusal davranışlarında değişikliklere neden olmaktadır. Ergen, fiziksel gelişmesini olumsuz etkileyen zararlı alışkanlıklara başlayabilmektedir. Kız çocuklarında erkeklere göre daha sık beslenme bozuklukları görülmekte; ayrıca kızların ergenlik döneminde geçirdikleri gebelik ve doğumlar nedeniyle kendilerinin ve bebeklerinin sağlık sorunları ortaya çıkmaktadır (43).

##### **1.3.4.1. Zararlı Alışkanlıklar - Madde Bağımlılığı**

Bağımlılık, birey ve nesne(si) arasında bireyin seçimiyle başlayan ve süreklilik özelliği taşıyan çok boyutlu bir ilişkidir. Bağımlılık yapan madde ise merkezi sinir sistemi üzerinde sahte bir "iyi oluş" hali oluşturan unsurdur. Ergenin anne-babası ile olan ilişkisi, kişiliği, heyecan arama, asilik ve normal dışı davranışa eğilim, akranları arasında madde kullanımı, anne-babanın geleneksel tutumu, çocukluk çağındaki irritabilite, öfke nöbetleri, kardeşlerle çatışma, ailenin sağladığı ortam gibi unsurlar madde kullanımının nedenleri arasındadır. Başkaları tarafından parasal olarak desteklenmeleri sebebiyle kızların daha pahalı maddeleri tercih ettikleri ve genellikle grup içinde (ev partileri) madde aldıkları belirtilmektedir (44).

Türkiye’de ergenlerde madde kullanım oranını belirlemek için yapılan çalışmalar oldukça sınırlıdır. Türkiye İstatistik Kurumu’nun (TUIK) 2007 yılında 9.-12. sınıflara devam eden 26.009 öğrenci ile yaptığı araştırmada, öğrenciler arasında uyuşturucu madde kullanım oranı %6.5 olarak tespit edilmiştir (45). Hacettepe Üniversitesi’nde yapılan başka bir çalışma ise birinci sınıflardaki erkek öğrencilerde şimdiye kadar madde kullanma sıklığı %7.2, kız öğrencilerde %4.7; üçüncü

sınıflarda erkek öğrencilerde madde kullanma sıklığı %9.7, kız öğrencilerde %5.6 bulunmuştur (46).

#### **1.3.4.2. Yeme Bozuklukları**

Yeme bozuklukları, vücut ağırlığı takıntısı, vücudun şekli ile ilgili olumsuz düşüncelerle birlikte duygulanım bozukluklarının olduğu, psikiyatrik hastalıklar içinde en belirgin cinsiyet farklılığı gösteren hastalık grubudur. Yeme bozukluklarına en sık 12-19 yaş grubu arasında rastlanmaktadır (47).

Erkek/kadın oranı 1/6 ile 1/10 arasında değişmektedir (48). Anoreksiya nervroza, ergen kadın popülasyonunda %0.5-1 oranında; Bulimia ise %1-3 oranında görülmektedir (49).

Anoreksiya nevrosada kilo kaybı, büyüme devam ederken uygun ağırlığa erişmeyi reddetme, kilo almaktan korkma, şişmanlama endişesi, beden imgesini algılamakta bozukluk ve amenore gibi belirtiler ortaya çıkmaktadır. Bulimiada ise tıkanırçasına yeme, yemeyi kontrol edememe duygusu, kilo alımını önlemek için telafi davranışları (kusma, aşırı egzersiz, oruç tutmak, lavman yapmak, diyet hapları ya da laksatif kullanımı gibi), beden ağırlığı ve biçimi ile sürekli zihinsel uğraşı belirgindir (50).

Yeme bozukluklarında fazla kilolardan kurtulmak amacıyla bilinçsizce yapılan diyet sonucunda gelişen hızlı kilo kaybı, tüm vücut sistemlerini etkilemekte, hormonal ve metabolik bozukluklara neden olmaktadır. Elektrolit dengesizlikleri, hipoglisemik ataklar, ergenlik gecikmesi, oligomenore, amenore ve tiroid işlev bozuklukları gibi sağlık sorunlarına yol açmaktadır (47).

Yeme bozukluğu olan hastalarda sıklıkla başka psikiyatrik bozukluklar eş zamanlı olarak bulunmaktadır. Bu konuda Herpetz'in yaptığı çalışmada, yeme bozukluğu olan hastaların %53'ünde ek bir psikiyatrik bozukluk olduğu bildirilmiştir (51).

#### **1.3.4.3. Üreme Sağlığı Sorunları**

Bu dönemdeki en önemli üreme sağlığı sorunları; ergenlik dönemindeki evliliklere bağlı erken gebelikler, istenmeyen gebelikler, yasal olmayan düşükler, düşüğe bağlı olarak gelişen komplikasyonlar ve CYBH oluşturmaktadır. Türkiye'de 4721 sayılı Türk Medeni Kanunu'na göre 17 yaşını dolduran herkes evlenebilmekte



(52), ancak taraf olduğumuz “Çocuk Hakları Sözleşmesi” insanların 18 yaşını dolduruncaya kadar “çocuk” sayılacağını belirtmektedir (53).

Dolayısıyla anatomik ve psikolojik gelişim tamamlanmadan ortaya çıkan ergen evlilikleri/gebelikleri, sağlık ve sosyal sonuçları dikkate alındığında önemli bir sorun olarak ortaya çıkmaktadır. Ergen annelerin ve bebeklerinin morbidite ve mortalite hızları yükselmektedir. Ergen annelerde, düşük ve ölü doğum riskleri de artmaktadır. Ayrıca, kadınların ergenlik döneminde anne olması; kadının eğitimine devam edememesi ve iş imkanlarından faydalanamaması gibi başka olumsuz sonuçlara da yol açmaktadır (54).

Türkiye’de ergenlik dönemi gebeliklerinin en temel nedeni, kültürel olarak erken yaşta yapılan evliliklerdir. Ülkemizde kadınların %2.5’i 15-19 yaşları arasında evlenmekte ve bu kadınların %6’sı çocuk sahibi olmaktadır (32). Bu dönemde yapılan doğumların %8’inde hiç DÖB alınmadığı ve %10.5’inin doğumunda sağlık personeli bulunmadığı tespit edilmiştir. Bu yaş grubundaki evli kadınlarda gebeliği önleyici yöntem kullanma oranı %40.2 olup, bu oranın tüm yaş grupları içinde en düşük oran olduğu tespit edilmiştir (32).

### **1.3.5. Erişkinlik Dönemi Sorunları**

Ergenliğin sona ermesi ile erişkinlik dönemi başlamaktadır. Kadının cinsel yönden olgunluğa eriştiği cinsel olgunluk dönemi ve menopoz, erişkinlik dönemi içinde yer almaktadır. Kadın sağlığını bozan üreme sağlığı sorunlarına ilişkin hastalanma ve ölüm hızlarında bu dönemde artış görülür. Kadının fertil çağında yaşadığı başlıca sağlık sorunları daha çok doğurganlığı ve üreme sistemi ile ilgili üreme sağlığı sorunlarıdır. Kadının incinebilirliğini etkileyen temel sorunlar; istenmeyen gebelikler ve isteyerek düşükler, gebeliğin psikososyal yönü, postpartum sorunlar, infertilite, cinsel işlev bozuklukları, genital mutilasyon, CYBH, kadına özgü kanserler ve kadına yönelik şiddettir (55).

### 1.3.5.1 İstenmeyen Gebelikler ve İstemli Düşükler

İstenmeyen gebelikler ve isteyerek yapılan düşükler kadın sağlığını olumsuz etkileyen uygulamalar olduğu için, kadın sağlığı açısından oldukça büyük önem taşımaktadırlar (56).

Gebeliği önleyici yöntemlere ilişkin hizmetlere ulaşmada sorunlar yaşayan, istenmeyen gebelikten korunmak için yöntem kullanması konusunda psikososyal engelleri olan ve/veya gebeliği önleyici yöntem başarısızlığı nedeniyle gebe kalan kadınlar, isteyerek düşük hızlarını arttırmaktadır. Guttmacher Enstitüsü, dünyada 19 milyonu yasal olmayan olmak üzere, yılda 46 milyon düşük gerçekleştiğini, gelişmekte olan ülkelerdeki gebeliklerin yalnızca 1/4'ünün doğuma ulaştığını, 1/3'ünün istenmediğini, %11'inin güvensiz olmak üzere, %19'unun düşükle sonuçlandığını belirtmektedir (56).

Türkiye'de istemli düşükler 1983 yılında kabul edilen Yeni Nüfus Planlaması Yasası ile yasallaşmıştır. TNSA 2008'e göre, son beş yılda 100 gebelikten 10'u isteyerek olmak üzere toplam 21 gebelik düşükle sonlanmıştır. İstemli düşük hızları, refah düzeyi yüksek olan ve kentsel yerleşim bölgelerinde yaşayan kadınlarda daha yüksektir. TNSA 2008 verilerine göre, kadınların %14'ü bir sonraki doğuma kadar en az 2 yıl beklemek istediklerini, %67'si ise ileride başka çocuk istemediklerini belirtmiş olmalarına rağmen, modern aile planlaması yöntemi kullanan kadınların oranı %46, hiçbir yöntem kullanmayan kadınların oranı ise %27 olarak tespit edilmiştir. Bu bulgular, Türkiye'de halen evli her 5 kadından 4'ünün, doğurganlıklarını sonlandırmak ya da ertelemek için aile planlaması hizmetlerinden yararlanmak ihtiyacında olduğunu ortaya koymaktadır (32).

İstenmeyen gebelikler, kadın sağlığını etkileyen en stresli olaylardan biridir. Bir gebeliği sonlandırma kararı kadının suçluluk, pişmanlık ya da kayıp duygularını yaşamasına neden olmakta ve ruh sağlığını etkilemektedir (57). Bunun yanı sıra özellikle sağlıksız düşük yapan kadınlarda tamamlanmamış düşük, sepsis, kanama, uterin perforasyon gibi komplikasyonlar gelişmektedir. Uzun dönemde ise, kronik pelvik ağrı, pelvik inflamatuvar hastalık, infertilite, ektopik gebelik ve prematür doğum gibi komplikasyonlara neden olmakta ve kadın sağlığını olumsuz yönde etkilemektedir (58).

### **1.3.5.2. İnfertilite**

İnfertilite, üreme çağındaki kadın ve erkeklerin %8-10'unu ilgilendiren, önemli kişisel ve aile içi sorunlara yol açan bir sorundur (59).

Tanı işlemleri, uygulanan testler, tedaviler ve sonuçları ile ilgili yaşanan anksiyete ve ambivalan duygular, tedavi seçeneklerine ilişkin karar verememe, tedavi sürecine ilişkin yeterli bilgi verilmemesine yönelik keder duygusu yaşama, prognozu kontrol edememeye bağlı olarak yaşanan güçsüzlük duygusu, tanı ve tedavi sürecinde yaşanan fiziksel sıkıntılar ve ağrı infertil kadınların ruh sağlığını etkilemektedir (60).

Bireylerin infertiliteye tepkileri bireysel farklılıklar göstermekle birlikte benzer yönlerin olduğu belirtilmektedir. Çocuksuzluğun kadın yönünden psikolojik anlamı, doğuramama (işlevsel bozukluk), kontrol kaybı (bedenim isteklerime uymuyor), psikolojik eksiklik (analık güdüsünün doyurulamaması), kendini kadın toplumunun dışında hissetme, yalnız kalma (duygusal olarak evlat desteğinin olmaması), sosyal güvence azlığı (yaşlılıkta bakacak kimsenin olmaması), sosyal rol eksikliği (ana, hamile kadın, lohusa, kayınvalide, büyükanne) ve benlik değerinde düşmedir (60).

Jedrzejczak ve ark.'nın (61) çalışmasında, 60 infertil kadın değerlendirilmiş ve kadınların %25'inde infertilitenin evliliklerinde büyük bir sorun oluşturduğu tespit edilmiştir. Beck Depresyon Ölçeği kullanılarak infertil kadınların depresyon puanları ölçülmüş ve kontrol grubunun puanlarından iki kat daha yüksek puanlar elde edilmiştir. Güz ve ark.'nın (62) çalışmalarında, eşinden ve ailesinden olumsuz tepkilerle karşılaşan infertil kadınlarda anksiyete ve düşük benlik saygısı saptanmıştır. İnfertil kadınların erkeklere göre daha çok izolasyon duygusu yaşamakta oldukları bildirilmekte, eşler ve diğer kişiler arasında izolasyon duygularının arttığı belirtilmektedir (63).

### **1.3.5.3. Cinsel İşlev Bozuklukları**

Cinsel işlev bozuklukları DSÖ tarafından, "bireyin umduğu cinsel ilişkiyi yaşayamaması durumu" olarak tanımlanmaktadır (64).

Cinsel işlev bozuklukları; cinsel istek bozuklukları (hipoaktif cinsel istek ve cinsel tiksinti), uyarılma bozuklukları, orgazm bozuklukları, cinsel ağrı bozuklukları

(disparoni, vajinismus, non-koital genital ağrı bozuklukları) şeklinde sınıflandırılmaktadır (65).

Kadınlar arasında en sık görülen cinsel işlev bozuklukları Türkiye’yi de içine alan 29 ülkede, 27.500 olgu üzerinde gerçekleştirilen Seksüel Tutumlar ve Davranışlar Global Çalışması’na göre (2003); cinsel isteksizlik (%32), orgazm problemleri (%25) ve yetersiz lubrikasyon (vajinal ıslaklık) (%24) sorunlarının olduğu belirlenmiştir (66).

Ülkemizde Çayan ve ark. (67) tarafından 179 kadın üzerinde gerçekleştirilmiş çalışmada, seksüel disfonksiyon prevalansının yaşla birlikte arttığı, düşük eğitim düzeyi, ek bir kronik hastalık bulunması, doğum sayısının fazlalığı, menopoz gibi faktörlerin cinsel fonksiyonları olumsuz etkilediği tespit edilmiştir. Çalışmaya katılan kadınların %60.3’ünde cinsel isteksizlik, %43’ünde uyarılma, %38’inde lubrikasyon, %45.8’inde orgazm problemleri, %38’inde memnuniyetsizlik, %36.8’inde disparoni olduğu saptanmıştır.

#### **1.3.5.4. Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar**

Cinsel yolla bulaşan hastalıklar, tüm dünyada morbidite, mortalite ve özellikle infertilitenin en önemli nedenlerinden biridir. Amerika’da yılda ortalama 14 milyon CYBH vakası rapor edilmektedir. Cinsel olarak aktif popülasyonda herpes simpleks tip 2 enfeksiyonu %20-40, human papilloma virus enfeksiyonu ise %30-60 oranlarında görülmektedir (68).

Cinsel yolla bulaşan hastalıklar, ektopik gebelik, spontan abortus, erken doğum, postpartum endometritis, servikal kanser, kronik pelvik ağrı, pelvik yapışıklıklar, infertilite vb. sorunlara yol açtığı gibi, birtakım psikolojik etkilere de sahiptir. Hastaların kendilerine olan güveninin azaldığı, suçluluk, utangaçlık duygusu yaşadıkları ve hastaların genel iyilik hallerini olumsuz etkilediği bildirilmektedir (69).

Cinsel yolla bulaşan hastalıkların önlenmesi birincil olarak “seks yapmamak veya enfekte olmayan tek bir cinsel eşin olmasıyla” mümkün olmaktadır (70). CYBH önlenmesinde ve kontrolünde ikincil olarak “korunma” yer almaktadır. CYBH kontrolünde, yayılımın engellenmesi ve komplikasyon gelişme olasılığının azaltılması gerekir. Bu gereklilik; cinsel ilişki esnasında kondom kullanılması, risk

altındaki kişi ve hastaların eğitimi, tarama, etkin bir tanı ve tedavi, CYBH'ı olanların eşlerinin de tedavisi ve danışmanlığı ile aşılama yapılmasını içermektedir (71).

#### **1.3.5.5. Meme Kanseri ve Jinekolojik Kanserler**

Meme kanseri tüm dünyada kadınlarda en sık tanısı konulan birinci, lme neden olan ikinci kanser türüdür (72). Türkiye'de meme kanseri sıklığının, doğu bölgelerimizde 20/100.000, batı bölgelerimizde ise 40-50/100.000 oranında olduğu tahmin edilmektedir (73).

Amerikan Kanser Derneği'nin 2009 yılı verilerine göre, Amerika'da kadınlarda en sık tanısı konulan kanser vakaları sırasıyla meme, endometrium, over kanseri olarak sıralanmaktadır (74).

Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Kanserle Savaş Dairesi Başkanlığı kanser istatistiklerine göre, over kanseri (yüz binde 6), endometriyum kanseri (yüz binde 5.3) ve serviks kanseri (yüz binde 5.3) kadınlarda en sık görülen jinekolojik kanserlerdir (75).

Kanser tanısı ve beraberinde uygulanan tedaviler, kadının cinsel fonksiyonlarını ve sağlığını olumsuz yönde etkileyen önemli sağlık sorunlarına neden olmaktadır. Bu girişimler, kadının beden imajı, benlik saygısı ve partneriyle olan cinsel yaşamını olumsuz yönde etkilemektedir (76).

Mastektomi sonrası kadınların hastalığın tekrarlamasına ilişkin korku duydukları ve meme kaybına ilişkin yoğun duygular yaşadıkları belirtilmektedir. Meme kanserli hastalarda, aynı yaş grubundaki kadınlara göre depresyon ve ümitsizlik düzeylerinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir (77).

Ölümün çok yakınında olabileceğini bilmek ve uygulanacak tedavi yöntemleri başlıca stres kaynaklarıdır. Hastanın fiziksel hastalığının şiddeti, gidişi ve tedaviye yanıtını etkileyebilecek ruhsal durumların bilinmesi hastanın yaşam kalitesini, bakımını, tedaviye uyumunu zamanla doğrudan etkileyecektir. Bu nedenle tıbbi tedaviye ek olarak hastanın psikososyal desteğe de gereksinmesinin olduğu unutulmamalıdır (78).

### **1.3.6. Genital Mutilasyon**

Genital mutilasyon, kadın dış genital organlarının kültürel, dinsel ya da diğer sağlık dışı nedenlerle değişik düzeylerde kesilerek hasar verilmesidir. Müslüman ve Hristiyanlarca uygulanan bu işlem, doktorlarca ‘Klitorektomi’ olarak tanımlanmaktadır. Afrika’da çok yaygın olan bu işlem, yaşanan göçler yüzünden Avrupa ve Amerika’da da yaygınlaşmıştır. Halen Somali’de %99’luk, Etiyopya’da %90’lık, Sudan’da %85’lik oranlarda uygulanmakta olan genital mutilasyon, Amerika Birleşik Devletleri’nde (ABD) 1996’da, İngiltere’de 1985’de yasaklanmıştır. Kenya, Senegal, İsveç ve İsviçre de bu işlemin yasa dışı sayıldığı ülkelerdendir. İşlemin yasaklandığı ülkelerde yaşayan aileler, işlemi uygulatabilmek adına kimi zaman kızlarını yurt dışına göndermeyi seçmekte, çoğu zamansa bilgisiz insanların yardımına başvurmaktadırlar (79).

Genital mutilasyon sağlıksız koşullarda sağlık personeli dışındaki uygulamacılar tarafından uygulanmakta ve erken dönemde şiddetli ağrı, hemoraji, şok ve ölüm gibi ciddi sorunlara; geç dönemde ise kronik genital ya da üriner enfeksiyonlar, infertilite ve doğum problemleri gibi sağlık sorunlarına yol açmaktadır (80).

Genital mutilasyon yapılmış kadınlarla yapılan sınırlı sayıdaki çalışmalarda en sık belirtilen ruhsal etkiler ise anksiyete, ağrı, korku, hafıza kaybı, cinsel istekte azalmadır (81, 82).

### **1.3.7. Kadına Yönelik Şiddet**

Kadına yönelik şiddet, cinsiyete dayanan, kadını inciten, ona zarar veren, fiziksel, cinsel, ruhsal hasarla sonuçlanma olasılığı bulunan, toplum içerisinde ya da özel yaşamında ona baskı uygulanması ve özgürlüklerinin keyfi olarak kısıtlanmasına neden olan her türlü davranıştır (83).

Kadına yönelik şiddet, kadının bedensel ve ruhsal bütünlüğünü tehdit etmektedir. Şiddet, kadına güçsüzlük, utanma, korku, suçluluk ve kızgınlık gibi iç içe geçmiş çelişkili duygular yaşatmaktadır (84). DSÖ’ye göre kadının yaşam boyunca şiddet görme olasılığı %16’dan %50’ye kadar değişmektedir (83).

Türkiye’de ise Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet Araştırması sonuçlarına göre her 10 kadından 4’ü fiziksel şiddete maruz kalmıştır. Bölgeler açısından bakıldığında

Marmara Bölgesi'nde yaşayan kadınlar arasında şiddet (fiziksel+cinsel) görülme oranı %25 civarında iken, Doğu Anadolu'da %50'nin üzerine çıkmaktadır. Türkiye genelinde evlenmiş kadınların %15'i cinsel şiddete hayatlarının herhangi bir döneminde maruz kalmıştır. Kadınların eğitim düzeyi arttıkça gördükleri şiddet oranı azalmaktadır. Refah düzeyi düşük olan kadınların yaşamları boyunca şiddet görme olasılığı %50 iken, yüksek sosyoekonomik düzeydeki kadınlarda bu oran %29'a düşmektedir. Ülke genelinde kadınların %44'ü duygusal istismarı yaşamının herhangi bir döneminde yaşamıştır. Kadınların %23'ü eşi ve birlikte olduğu kişinin, kendinin çalışmasına engel olduğunu ya da işten ayrılmasına neden olduğunu belirtmiştir (85).

Ev içi şiddet bireyde fiziksel ve ruhsal sorunlara, üretkenlik kaybına, birey ve ailenin yaşam kalitesinin düşmesine, aile bütünlüğünün ve sağlığının bozulmasına neden olmaktadır. Ayrıca ev şiddetten zarar gören bireylerin fiziksel, ruhsal tedavileri için yapılan harcamalar toplum ekonomisini etkilemekte ve şiddet durumu toplumsal, ekonomik kalkınma için bir engel oluşturmaktadır. Aile içi şiddetin kadın üzerindeki etkileri; post travmatik stres bozukluğu, bedeni üzerindeki kontrolde azalma, benlik saygısında azalma, kendini değersiz hissetme, madde kullanımı, para harcama, tekrarlı veya dürtüsel davranışlar, somatik yakınmalar, depresyon ve intihar düşünceleri olarak görülmektedir (86).

### **1.3.8. Klimakteriyum ve Yaşlılık Dönemi Sorunları**

Önlenebilir ölümlerin azaltılması, sağlık hizmetlerinin gelişmesi, beslenme ve yaşam tarzı değişiklikleri gibi nedenlerden dolayı yaşam süresi artmakta ve nüfus giderek yaşlanmaktadır (5). 65 yaş ve üzerindeki döneme yaşlılık dönemi denmektedir. Türkiye'de 2012 Nüfus Sayımı sonuçlarına göre nüfusun %7.7'si 65 ve daha yukarı yaş grubundadır (87).

Yaşlılık dönemi çeşitli fiziksel, ruhsal ve sosyal sorunlara sahne olmaktadır. Yaşlıların sayısındaki artışla beraber, kronik hastalık oranı da artmaktadır. Öte yandan, fonksiyonlardaki azalma ve kronik hastalıklar, yaşlı kişilerin başkalarına bağımlı duruma geçmelerine neden olmakta ve yaşlılar bir taraftan sağlık sorunları ile uğraşırken, diğer taraftan da sosyal sorunların üstesinden gelmeye çalışmaktadırlar (5).

### **1.3.8.1. Klimakterik Dönem Sorunları**

Klimakterium, kadın yaşamının üreme dönemi ile yaşlılık dönemi arasında yer alan bir geçiş dönemidir. Klimakterik dönem sadece kadını etkileyen bazı fizyolojik değişikliklerin olduğu bir dönem değil aynı zamanda yakınmalar ve hastalık süreci ile aile ve toplumu da önemli ölçüde etkileyen sorunlu bir dönemdir (5).

Menopoz kronik hastalıkları tetiklediği gibi ruhsal sıkıntılara da neden olabilmektedir. Düzenli menstruasyon olmanın birçok kültürde doğurganlık ve dişiliğin göstergesi olması, menopozun kadınlığın kaybı olarak değerlendirilmesine yol açabilmektedir. Bu dönem doğurganlığın ve gençliğin yitimi ile birlikte ruhsal sorunlara neden olabilecek önemli bir kaynaktır (88).

Dış çevreyle ilişkileri kısıtlı olan, ev yaşamı dışında başka bir etkinliğe katılmayan kadınlarda bu dönem daha sıkıntılı yaşanmaktadır. Menopozdaki psikolojik yakınmalarda, biyolojik ve psikolojik etkenlerin yanında kuşkusuz kültürel, toplumsal, ailesel etkenler de söz konusudur. Yaşla birlikte kadınların toplumdaki saygınlığı, özgürlüğü, değeri, rolü ve kabul edilebilirliklerinin arttığı toplumlarda menopoza ilişkin sorunlar daha azdır (89).

### **1.3.8.2. Yaşlı İstismarı ve İhmali**

Yaşlı istismarı üç temel grupta incelenmektedir. Bunlar; ailesel, kurumsal ve kendi kendini ihmaldir. Ailesel istismar, yaşlı bireye kendi evinde veya bir bakıcının evinde ekonomik, fiziksel ya da duygusal şiddet uygulamasıdır. Kurumsal istismar, yaşlı kişilerin yaşamlarını sürdürmeleri için oluşturulmuş yerlerde, yaşlı bireye kötü muamelede bulunulmasıdır. Kendi kendini ihmal, yaşlı bireyin sağlık veya güvenliğini tehdit eder bir şekilde kendini ihmal etmesidir (90).

Uysal (90); yaşlılara yönelik kötü muamele tiplerini sıklığına göre; ihmal (%58.5), fiziksel istismar (%15.7), ekonomik istismar (%12.3), duygusal istismar (%7.3) ve cinsel istismar (%5) olarak sıralamıştır. Yaşlı kadınların yaşlılarındaki erkeklerden daha fazla istismar ve ihmale uğradıkları ve bu mağduriyete çoğu zaman birinci derecedeki yakınlarının neden oldukları bildirilmiştir (91).



### **1.3.8.3. Yoksulluk**

Ülkelerin çoğunda yaş ve cinsiyete bağlı yoksulluk verileri, yaşlı kadınların yaşlı erkeklerden daha yoksul olduğunu göstermektedir. Kadınlar ve erkekler yoksulluğu farklı bir biçimde yaşamakta, yoksulluk süreci kadın ve erkekleri farklı biçimlerde etkilemektedir. Farklı etkileme politika notlarında da yansısını bulmuş ve 1995'te 4. Dünya Kadın Konferansı Eylem Planında "yoksulluğun kadınlaşması" ifadesi yer almıştır (9).

Türkiye'de emekli memur, işçi ve esnaf ile 2022 Sayılı yasa gereğince altmış beş yaş ve üstü muhtaç yaşlılara ödenen aylıkların genel itibariyle düşük olduğu göz önünde bulundurulduğunda, yaşlıların emeklilik sonrası yaşamlarını tatmin edici bir düzeyde sürdürebilmeleri için gerekli ekonomik güvenceden yoksun oldukları ve ekonomik sıkıntılar yaşadıkları söylenebilir. Yaşlılıkta yoksulluk konusunda üzerinde durulması gereken bir diğer husus da; sosyal güvencesizlik, düşük maaşları ve ortalama yaşam beklentisinin erkeklerden daha yüksek olması nedeniyle bu nedenle kadın yoksulluğunun daha derinden yaşanmasıdır. Bu bağlamda Türkiye'de yaşı altmışın üzerinde olan 3.2 milyon kadının yüzde doksanından fazlası yoksulluk sınırının altında kalan bir gelire yaşamını sürdürmektedir (92).

Çocukların bakımı ve ev işleri gibi sorumluluklardan dolayı kadınlar genel olarak iş gücüne erkeklerden daha az katılmakta ve bu da ileri yaşlarda kadınların maddi koşullarını olumsuz biçimde etkilemektedir. İçli; yaşlı kadınların erkeklere göre hem daha düşük bir gelire sahip olduklarını; hem de menkul ve gayrimenkul sahipliği gibi kaynaklar açısından daha fazla eşitsizlik yaşadıklarını bildirmektedir (93).

### **1.4. Kadınlarda 15-49 Yaş Döneminin İrdelenmesi ve Önemi**

Türkiye nüfusunun %25'ini 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 (94, 95).

Adolesan çağdan başlayarak her dönemde daha fazla sağlık hizmetine gereksinim duyan kadın için hizmet açığı erkeklere göre daha fazladır. Kadının yaşam döngüsünde en uzun dönemi oluşturan doğurganlık çağı (15-49 yaş grubu) 15

ve yukarı yaşta bulunan kadınların %71'ini oluşturmaktadır (96). Bu bağlamda kadın sağlığı açısından, özellikle üreme sağlığı hizmetlerinin yaygınlaştırılması ve hizmet kalitesinin yükseltilmesi önemlidir (4).

Kadının ve erkeğin üreme ile ilgili hastalık yükleri incelendiğinde; kadınların üreme sağlığı sorunlarını erkeklerden çok daha fazla yaşadığı ve bu duyarlılığın üreme çağına (15-49 yaş) daha da arttığı görülmektedir. Örneğin gelişmekte olan ülkelerde 15-44 yaş grubunda, hastalık yükü nedenleri arasında, üreme sistemi hastalıklarına bağlı yük kadınlarda (%36.6), erkeklere (%12.3) kıyasla 3 kat daha fazladır (6).

Kadınların 25 yaşından sonraki yaşlarda yaklaşık %55'inin ev kadını olduğu belirtilmektedir. Kadınlarda doğurganlık hızı Türkiye'de 20-29 yaş grubuna aittir. 1998'den bu yana da doğurganlık hızında %15 düzeyinde azalma vardır. Gebelik ve doğum ile bağlantılı hastalık ve ölüm risklerinin en yüksek olduğu 20 yaş altı ve 35 yaş üstü yapılan doğumlar tüm doğumların %22'sini oluşturmaktadır (24). Gebelik, doğum ve aile planlaması hizmetlerinden yeterince yararlanamadıkları için dünyada her yıl 500 binden fazla kadın fizyolojik bir olgu olan gebelik ve doğum komplikasyonları nedeniyle yaşamını yitirmektedir (95).

Doğurganlık çağına giren kadınlar arasında öğrenim düzeyi açısından sürekli bir artış olmasına rağmen halen üreme çağındaki kadınların 1/3'ü okur-yazar değildir ve sadece %62'si ilköğretimin birinci basamağını oluşturan 5 yıllık eğitimi tamamlamıştır. Aynı oran erkekler için %77'dir (24).

Kadınların eğitim düzeyi arttıkça; evlenme yaşı ve doğurganlık ileri yaşlara kaymakta, isteğe bağlı düşük sayısı azalmakta, kadınlar kendi sağlıklarını ve çocuklarının sağlıklarını korumada daha bilinçli davranmaktadır (23).

Kadının bireysel ve toplumsal işlevlerini, aile ve iş yaşamına ilişkin sorumluluklarını yerine getirebilmesi için sağlıklı olması, sağlığını koruyabilmesi için yeterli imkanlara sahip olması gerekmektedir. Bir toplumun sağlıklı olabilmesi için de öncelikle sağlıklı nesillere gereksinim vardır. Sağlıklı nesillerin dünyaya gelmesi; bu yaş grubundaki kadınların fiziksel, ruhsal, sosyal yönden sağlıklı olmasıyla gerçekleşebilecek bir fenomendir (23).

## **1.5. Yaşam Kalitesi**

### **1.5.1. Yaşam Kalitesinin Tanımı**

Kalite, ulaşılmak istenen mükemmellik düzeyidir ve hizmete üstünlük, kusursuzluk getirir. Kalite, kişisel duygu ve hislerden bağımsız somut kriterlere (ölçü, sayı, süreç, süre, test) bağlı olarak ölçülebildiği için nesnel, kişisel değer yargılarından, beğenilerden ve psikolojiden (duygu, heyecan, tatmin, tercih, değer yargısı, tutum) etkilendiği için de öznel bir kavramdır. Yaşam kalitesi kavramı oldukça geniş kapsamlıdır ve bu nedenle de literatürde tartışmalar halen devam etmektedir (97).

Yaşam kalitesi, yaşamdan duyulan hoşnutluk ve mutluluk olarak tanımlanabileceği gibi bireylerin kültür ve değerler sistemi içinde, kendi durumlarını algılayış biçimidir diye de tanımlanabilir. Yaşam kalitesinin kapsamında, insanların fiziksel fonksiyonları, psikolojik durumları, aile içinde ve dışındaki sosyal ilişkileri, çevreyle etkileşimleri ve inançları vardır (98).

Yaşam kalitesi hemen bütün toplumların bir biçimde 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 iletişimin derecesi ve ağrı hissi gibi birçok faktörü kapsamaktadır (99).

Yaşam kalitesi, bireyin içinde yaşadığı kültür ve değerler sistemi bütününe bir parçası olarak anlam taşır ve bireyin amaçları, beklentileri, standartları ve ilgi alanları ile bir arada değerlendirilmelidir. Bu kavram kişinin beden sağlığı, ruhsal durumu, kişisel inançları ile bunların çevreyle olan ilişkilerinden karmaşık biçimde etkilenen geniş bir alanı kapsar (100).

Yıllar boyu araştırmacılar, yaşam kalitesi ile ilgili çeşitli tanımlar yapmışlardır. Araştırmaların çoğu yaşam kalitesini; mutluluk, doyum, uyum olarak tanımlamışlardır ve yaşam kalitesi kavramı; yaşam doyumunu, yaşam memnuniyeti ve mutluluk ile eş anlamlı olarak kullanılmıştır (101). Ancak; yaşam kalitesinin en önemli belirleyicilerinden biri olan yaşam memnuniyeti bireyseldir. Yaşam kalitesi daha geniş bir kavramdır (102).

Yaşam kalitesi kavramının tanımlanmasında kendini gerçekleştirmeye önem verilmekte ve yaşam kalitesi; kişinin etkinliği, başka insanlarla iyi ilişkileri, özsaygı ve mutluluk düzeyi olarak ifade edilmektedir. Yaşam kalitesi sosyolojik açıdan ise; bağımsızlık, sevme ve esenlik olmak üzere temellendirilmekte ve olumlu yaşam davranışları olarak geniş bir boyutta ele alınmaktadır (97).

### **1.5.2. Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler**

Yaşam kalitesini etkileyen faktörler değerlendirildiğinde; politik, sosyal ve ekonomik unsurların yer aldığı görülmektedir. Bireyin sağlığı kendi başına yaşam kalitesini etkiler. Aynı zamanda ulusal politika ve kararlar da birey sağlığını etkilemektedir. Bireyin barınma koşulları, yaşadığı ev ortamı, fiziksel ve bilişsel sınırlılık ile ekonomik yetersizliğin getirdiği beslenme bozuklukları, duyuşsal ve fiziksel yetilerde azalmaya bağılı ulaşım zorlukları, eşin ölümü, aile bireylerinin evden ayrılmasına bağılı olarak yalnızlık ve kişiler arası ilişkilerde bozulma gibi pek çok sosyal etmen yaşam kalitesine etki eder. Cinsiyet, ırk, evlilik durumu, yaş farklılıkları da yaşam kalitesini etkilemektedir (103).

Yaşam kalitesinin belirlenmesinde, bireyin kişisel durumu (kişiliğı, sorunlarıyla başa çıkma yolları, inançları, emosyonel durumu) ve sosyokültürel durumu (toplum, çevre, kaynaklar, iş) temel faktörler olarak yer almakta, sağlık durumu da(hastalığı ve buna bağılı ortaya çıkan bozukluklar, özürölülük ve engellilik durumu) gerek kişisel gerekse sosyokültürel durumla etkileşerek yaşam kalitesi üzerinde belirleyici rol oynayabilmektedir. Yaşam kalitesinin kapsamında, insanların fiziksel fonksiyonları, psikolojik durumları, aile içinde ve dışındaki sosyal ilişkileri, çevreyle etkileşimleri ve inançları vardır (104-108).

Sağılıkla ilgili yaşam kalitesi, sağılıkla doğrudan ya da dolaylı olarak ilgili birçok faktörü içine alan geniş bir kavramdır. Genel yaşam kalitesi kavramında olduğu gibi, sağılıkla ilgili yaşam kalitesi konusunda da kabul görmüş evrensel tek bir tanım bulunmamaktadır. Sağılıkla ilgili yaşam kalitesi bileşenlerine ilk kez, 1948 DSÖ Anayasasında yer alan sağılığın tanımı içinde rastlanmaktadır. Daha sonraki yıllarda yapılan sağılıkla ilgili yaşam kalitesi tanımlamalarının hemen hepsinde DSÖ tanımında yer alan; sağığın sadece hastalık ya da sakatlığın olmayışı değil, bireyin bedensel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik hali bileşenleri yer almaktadır. DSÖ

sağlıkla ilgili yaşam kalitesini; içinde yaşadıkları kültür ve değerler sistemi bağlamında; amaçları, beklentileri, standartları ve kaygıları açısından bireylerin yaşamdaki pozisyonlarını algılaması olarak tanımlanmaktadır (109). Sağlıkta gelişimin odak noktası pozitif sağlıktır. Pozitif sağlık yaşam kalitesinin sağlıklı bir fiziksel, toplumsal ve ekolojik ortamda sağlıklı yaşam biçimleriyle arttırılması anlamına gelir. Başlıca duyarlılık noktası yaşam kalitesinin arttırılmasıdır. Her bireyin sağlıklı, toplumsal, ekonomik ve ruhsal anlamda üretken olması ve daha iyi bir yaşam kalitesine sahip olması gereği DSÖ'nün 21.yy hedefleri içinde yer almaktadır (102).

Yaşam kalitesi kavramı 1960'lı yıllarda ABD'de politik tartışmalardan kaynağını alan ve o yıllardan sonra kullanımı yaygınlaşmaya başlayan bir kavramdır (110, 111). Bu amaçla kullanılmasının nedeni gelirin, eğitimin, sağlığın ve barınmanın yaşam kalitesi ile yakından ilişkili olmasıdır. Ekonomistler ise yaşam kalitesini ilk kez Gayri Safi Milli Hasıla'nın hesaplanmasında bir gösterge olarak kullanmışlardır (97, 112). Daha sonra yaşam kalitesi kavramı sosyal bilimlere doğru genişlemeye başlamış ve yaşam biçimi olarak ele alınmıştır. 1970'li yıllarda psikoloji alanında yapılan çalışmalarda yaşam kalitesinin işlevsel değerlendirilmesi genellikle bireyin yaşam hakkında sahip olduğu doğrudan ve dolaylı algısı üzerine temellenmektedir (113).

Sağlık durumunun değerlendirilmesinde fizik ve klinik muayenenin ötesindeki günlük aktiviteler, kendine bakabilme ve aktif iş hayatında çalışabilme gibi sosyal etkenleri dikkate alan ölçeklerin ilk örneği 1947 yılında önerilen Karnofsky Performans Ölçeği'dir. Hastanın sağlık durumu 0 (ölüm) ile 100 (hastalık belirtisi yok) arasında skorlayan ve klinisyen tarafından değerlendirilen bu basit ölçeğin arkasından izleyen yıllarda, fonksiyon yeterliliği ve günlük yaşam aktivitelerini değerlendiren (örneğin Barthel indeksi) çok sayıda ölçek geliştirilmiştir. Bu ilk ölçekler halen bazı kaynaklarda yaşam kalitesi ölçekleri olarak tanımlansalar da, şu anda kullanımda olan ölçekler ile karşılaştırıldığında sağlıklı olma durumunu bütünsel olarak değerlendirmekten uzaktırlar (114).

Hastalık Etki Profili (Sickness Impact Profile) ya da Nottingham Sağlık Profili gibi sağlığı göreceli olarak daha bütün algılayan ve fiziksel fonksiyon görebilmenin yanı sıra stres, yaşamdan haz alma ve psikolojik bulguları da kapsayan

ölçeklerin geliştirilip kullanılmaya başlanması 1970'li yılların sonlarına doğru olmuştur. Şu anda da yaygın olarak kullanılan Görsel Analog Ölçeği (Visual Analogue Scale), ilk defa 1976 yılında tanımlanmış ve meme kanseri hastalarında kullanılmıştır. Bu ölçek termometre benzeri dikey bir çizgi üzerinde "en iyi" ve "en kötü" olarak tanımlanan sağlık durumlarını gösterir ve hastanın kendi sağlık durumunu bu ölçek üzerinde işaretlemesi metoduna dayanmaktadır (114).

Yukarıda sözü edilen çalışmalar, sonraki yaşam kalitesi araştırmalarının temelini oluşturmuş, üretilen kurumsal modeller doğrultusunda çok sayıda yeni araştırma ölçeği önerilmiştir. Bunlar arasında yaşam kalitesini, bireyin yaşamdan beklentileri ile elde ettikleri arasındaki fark ile ilişkilendiren 'Calman'ın Beklenti Modeli', bireylerin yeterlilik ve gereksinimlerini karşılayabilme düzeyleri ile ilişkilendiren 'Gereksinim Modeli' ve en önemlisi teorik dayanağını karar alma teorisinden alan 'Tercih Dayalı Ölçekler' sayılabilir. Yeni gelişen yaşam kalitesi ölçeklerinin ortak özelliği duygulanım, stres düzeyi, yüklenen sosyal rol ve bilişsel fonksiyonlar gibi sağlığın öznel bileşenlerinin yoğunlukla dikkate alınması ve bunların fiziksel sağlıkla ilişkilendirilmesidir (114).

Son 20-25 yıldır, sağlık hizmeti verenler ve araştırmacılar, sağaltım yöntemlerinin hastanın yaşam kalitesi üzerindeki etkilerini sına, onların iyilik düzeylerini tanımlama konusunda giderek artan çaba göstermektedirler. Bunun sonucu olarak iyilik hali ve yaşam kalitesini ölçülebilir kılma girişimleri sonuç vermeye birlikte giderek sağlık, ekonomi, toplumsal ve benzeri farklı boyutlar, bu araçların kapsamında yer almaktadır (115).

Yaşam kalitesinin ölçümlerinin tıpta kullanım alanları Fitzpatric (116) tarafından;

-Bireysel hasta takibinde psikososyal problemlerin kişisel düzeyde araştırılması ve takibi amacı ile,

-Sağlık hizmetlerinin veya tedavi sonuçlarının değerlendirilmesi çalışmalarında,

-Klinik çalışmalarda,

-Sağlık planlayıcılarının ve sağlık ekonomistlerinin fiyat-fayda analizlerinde olmak üzere sıralanmıştır.

Her bir yaşam kalitesi alanındaki doyum ve her bir alanın önemi kişiden kişiye değişir, dolayısıyla yaşam kalitesini de eşit olarak etkilemez. Bireyin yaşamını etkileyen boyutlardan her biri değerlendirmede yer almalıdır. Bugün dünyada kullanılan genel amaçlı ya da hastalığa öznel olarak geliştirilmiş çok sayıda anket bulunmaktadır. Bunlar işlevsel beceriyi, psikososyal iyilik halini, sosyal desteği, yaşamdan memnuniyeti ve moral durumunu ölçen ve daha geniş anlamda sağlıklılık durumunu belirleyen anketler olarak sınıflandırılabilir (117).

### **1.5.3. Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesinde Kullanılan Ölçekler**

Yaşam kalitesi ve sağlık sonuçlarının değerlendirilmesinde kullanılan ölçekler jenerik ve hastalığa özgü olmak üzere iki gruba ayrılabilir;

**Jenerik (Genel) ölçekler;** genel popülasyonda kullanılan, çeşitli sağlık durumları ve hastalıklara uygulanabilen, geniş ilgi alanlarını değerlendiren ölçeklerdir. En önemli avantajları farklı hastalık grupları ve bu hastalık grupları ile toplum arasındaki karşılaştırmaları olası kılmalarıdır. Ancak belirli bir hastalık için tasarlanmamış olduklarından bazı hastalık grupları için daha az duyarlı olabilirler ve özellikle yaşam kalitesindeki küçük değişiklikleri saptayamayabilirler. En yaygın kullanılanlar arasında;

-Hastalık Etki Ölçeği ( Sickness Impact Profile)

-Nottingham Sağlık Ölçeği (Nottingham Health Profile)

-McMaster Sağlık İndeks Anketi (McMaster Health Index Questionnaire)

-Tıbbi Sonuç Çalışması (Medical Outcome Study General Health Survey)

-Duke Sağlık Ölçeği (Duke Health Profile)

-Esenlik İndeksi (Index of Well-Being)

-Spritzer Yaşam Kalitesi İndeksi (Spritzer Quality of Life Index)

-Dartmouth COOP Function Charts

-World Health Organization Quality of Life (WHOQOL)

-Medical Outcome Study Short Form-36 (SF-36) sayılabilir (102, 112, 115, 118, 119).

**Hastalığa özgü ölçekler;** belirli hastalık gruplarının, işlevsel bozuklukların ya da bir bulgunun yaşam kalitesi üzerindeki etkilerini incelemek üzere tasarlanmışlardır. Bu ölçekler, değerlendirilen sağaltımın tanımlanan hastalık

durumuna özgü sağlık etkilerine odaklandıklarından yaşam kalitesindeki küçük değişimleri saptayabilirler. Ancak her ölçeğin skorlama sistemi genellikle farklı olduğundan hem farklı skorlama sistemleri arasında hem de farklı hastalıklar arasında karşılaştırma yapılması olanaklı değildir. Bu ölçeklere örnek olarak;

-Pediatrik Astım Yaşam Kalitesi Anketi

-McGill Ağrı Anketi

-Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği

-Barthel Engellilik İndeksi sayılabilir.

Yaşam kalitesi ölçeklerinin oluşturulması ve geliştirilmesi yoğun emek gerektiren bir süreç olduğundan, başkaları tarafından geliştirilmiş, geçerliliği ve güvenilirliği denenmiş ölçeklerin değişik toplumlarda kullanımı yaygınlaşmaktadır. Ayrıca bu yolla farklı toplumlardan elde edilen verilerin karşılaştırılması da kolaylaşmaktadır. Bununla beraber, başka toplumlar üzerinde geliştirilen ölçekleri yeni toplumlara doğrudan uygulamadan önce dikkat edilmesi gereken bazı noktalar vardır. Ölçeklerin yeni toplum ve kültüre uyumlu hale getirilme sürecindeki iki önemli aşama; ölçek içeriklerinin, kavram ve dil açısından anlam eşitliğinin sağlanması ile ölçüm özelliklerinin toplum üzerinde denenmesidir (118, 119). Türkiye’de uluslararası düzeyde yaygın kullanılan bazı ölçeklerin Türkçe’ye çevrilip geçerlilik ve güvenilirlik değerlendirilmesinin yapılması yönünde çabalar vardır. SF-36 ve WHOQOL Türkçe’ye uyarlanmış, geçerlilik ve güvenilirlikleri sınanmıştır (114).

### **1.6. Kadınlarda Yaşam Kalitesi ve Önemi**

Sağlıklı bir toplum oluşmasında kadının rolü yadsınamaz evrensel bir gerçektir. Toplumun en küçük birimi olan ailede, kadından anne ve eş olarak sağlıklı çocuklar yetiştirmesi, ekonomiye katkıda bulunması ve üretkenliği beklenmektedir. Toplumda atfedilen bu görevleri üstlenen kadının fiziksel, psikolojik ve sosyal yönden tam bir iyilik hali içinde olabilmesi gerekir (120).

Kadınlarda ortalama yaşam süresi erkeklere göre daha uzun olup beraberinde kronik hastalıklar ve sağlık şikayetleri de daha fazla görülmektedir. Kadınlar için önemli sorun olan eğitim, sosyal güvence ve ekonomik alanlardaki sosyal eşitsizlikler, sağlık hizmetlerine ulaşımdaki zorluklar da göz ardı edilmemelidir.



Toplumumuzun kültürel özellikleri nedeniyle kadınlardan beklenen rol genellikle ev işi yapmaları ve çocuk bakmaları olmuştur. Bu durum da kadınların ekonomik ve sosyal bağımsızlıklarının gelişmesini engellemiştir. Yine kadınlar sedanter yaşam ve obezite gibi yaşam biçimine bağlı risk etmenlerini erkeklere göre daha fazla taşımaktadırlar (103, 121, 122).

Eğitim konusunda kadınlar genellikle erkeklerin gerisinde kalmış olmakla beraber, bu fark artık kapanmaktadır. Türkiye’de 1990 yılında yetişkin kadınların yalnızca %67’siyle karşılaştırıldığında, yetişkin erkeklerin %90’ı okuma yazma biliyordu. 2003 itibariyle, kadınların okuma yazma oranında %14’lük bir artış ile erkeklerin okuma yazma oranındaki %6’lık bir artış, cinsiyetler arasındaki okuma yazma farkını %15’e düşürmüştür. Çocukların neredeyse tamamının ilköğretime seferber edilmesi, ilkokullardaki cinsiyetler arası farkı %6’ya düşürmüştür. Eğitim seviyesi erkekler arasında olduğu gibi, kadınlar arasında da artmaktadır. 20-24 yaş grubunda, kadınların %34’ü orta öğretim veya yükseköğretimi tamamlamış olup, bu oran 40-44 yaş grubundaki kadınlarda %16 ve 60 yaş üzeri kadınlarda ise sadece %3’tür. Kızların ilkokula gitmeleri konusundaki kentsel-kırsal farklılıklar da azalmış olup, kızların okula gitme oranı kentsel alanlarda %94’e, kırsal alanlarda ise %88’e çıkmıştır. Ancak, hala büyük bölgesel farklılıklar bulunmaktadır. Türkiye’nin kalkınmış bölgelerinde kızların %75’i orta veya yüksek öğrenim görürken, güney ve doğunun en az kalkınmış bölümlerinde kızların sadece %31’i eğitime katılmaktadır (123).

Kadın ve erkeklerin istihdam edilmelerinde de cinsiyetler arasında çarpıcı farklar ortaya çıkmaktadır. Erkeklerin ücretli istihdam edilme olasılıkları kadınlarınkinden beş kat fazladır. Bunun yanında, kadınların ücretli istihdam edilmekten ziyade ücretsiz aile işçileri olma olasılığı da erkeklerin iki katıdır. Yetişkin kadınların çoğunluğu, ücretsiz çalışan ve emeklilik yaşı olmayan ev kadınları olduğundan, kadınların emeklilikle ilgili sosyal sigorta yardımlarına hak kazanması olasılığı çok daha azdır (123).

Kadın erkek eşitliğinin sağlanması için kadının eğitilmesi gerekliliği konusundaki artan bilinçlenme ve buna bağlı kazanımlar, özel olarak korunmaya muhtaç kadın gruplarına yönelik alternatif eğitim ve formasyon (training) programlarındaki artışa rağmen, eğitim ve formasyon alanında güçlü bir siyasi

iradenin var olmaması ve/veya eksikliği, kaynak yetersizliği, altyapı sorunları gibi nedenlerle hedeflere ulaşılması henüz başarısızdır. Diğer taraftan ders kitaplarındaki ayrımcı kalıplar, olumsuz kadın klişeleri, çocuk bakımının erkekler ve devletle bölüşülememesi ve bazı geleneksel tutum ve davranışlar hala kadının eğitimi ve formasyon kazanımı önünde engel teşkil etmektedir. Bazı ülkelerde yapısal uyum politikalarının doğru formüle edilememesi ve/veya uygulamasındaki aksaklıklar eğitim sektörü üzerine olumsuz sonuçlar yaratmıştır. Ayrıca, kadının yüksek öğrenim kurumlarına devam edebilmesi ile istihdam piyasası dinamikleri arasındaki yakın ilişkinin yeterince iyi anlaşılabilmesi de konuya daha çok önem verilmesi önünde engel oluşturmaya devam etmektedir (124).

Kadınlara ve kız çocuklarına karşı şiddet ister kamusal alanda ister özel alanda gerçekleşsin kadının insan hakları ihlali olarak kabul görmektedir. Kadınlara ve kız çocuklarına karşı şiddetin devlet tarafından veya herhangi bir resmi kurum ve kuruluşu tarafından uygulanması durumu da kadınların ve kız çocuklarının insan hakları ihlali olarak kabul görmektedir. Dolayısıyla, şiddet ister özel alanda ister kamusal alanda gerçekleşsin bunu ortadan kaldırmaya yönelik pek çok yasal ve idari önlem alınmaktadır. Bu sorunu çözmek üzere, bazı ülkeler koruyucu yasal düzenlemeler geliştirmişlerdir. Şiddeti ortadan kaldırmak üzere çok disiplinli, kapsamlı programlarda geliştirilmiş bulunmaktadır. Tüm bunlara rağmen, kadın ve kız çocukları şiddete kurban olmaya devam etmektedirler. Şiddet uygulayanlara yönelik rehabilite programlarının eksikliği ve şiddet konusunda veri eksikliği, sosyokültürel değerler nedeniyle aile içindeki her tür şiddetin görünmez halde kalmaya devam etmesi, kadının fiziksel, psikolojik, cinsel şiddete maruz bırakılmaktadır. Evlilik içi tecavüz, kız çocuklarının cinsel istismarı, başlık parasına bağlı ölümler, kız çocuklarının sünneti bu şiddet türü içinde sayılabilir (125).

Ulusal ve uluslararası düzeylerde kadının temsil oranının düşük olması, yasalarla uygulamaların farklılığı, geleneksel roller nedeniyle kadınların karar alma mekanizmalarında eşit bir şekilde yer alamaması yaşam kalitesini etkileyen faktörlerden biridir. Kota uygulamaları ve diğer araçlarla olumlu ayrımcılık politikalarının geliştirilmesi ve gerçekleştirilmesi sonucunda bu alanda önemli aşamalar kaydedildiği belirtilmektedir. Karar alma mekanizmalarında yer alan kadınların sayısını artırmaya yönelik uluslararası, ulusal işbirlikleri ve sivil toplum

örgütlerinin yadsınamaz katkıları ile kadınların karar alma mekanizmalarına tam ve eşit katılımı konusunda oldukça önemli bir mesafe kaydedilmiş olmasına rağmen, kadınların özellikle aile içindeki geleneksel rolleri, mali açıdan güçsüzlükleri karar alma mekanizmalarında yer almalarını engellemektedir (126).

Tüm dünyada nüfusun yarısını oluşturmalarına rağmen, cinsiyetlerinden dolayı kadınlar şiddete, ayrımcılığa, çeşitli hastalıklara ve psikososyal sorunlara daha fazla maruz kalmaktadır. Menstrual sorunlar, gebelik, doğum ve ailenin diğer bireylerin bakımını üstlenme gibi durumlar kadının stres faktörlerini arttırmakta ve yaşam kalitesini etkilemektedir. İş hayatına kadınlar erkeklere oranla daha az katılmakta ve daha az kazanmaktadırlar. Yaşlanmaya bağlı sorunlar kadınlar için hem bedensel hem de psikososyal açıdan zorlayıcı olmaktadır. Toplumsal ve kültürel etkenler, aile yapısı, kadının yaşamındaki olumlu/olumsuz olaylar ve kişilik özellikleri de tüm hayatı boyunca kadının yaşadığı ruhsal sorunlara rengini vermekte ve kadının yaşam kalitesini derinden etkilemektedir. Bu nedenle kadının sağlık bakımı, yaşam döngülerine göre doğumundan ölümüne kadar bir bütün olarak ele alınmalıdır. Sağlıklı, kendine güvenen ve yaşam kalitesi yüksek olan kadın; sağlıklı bir toplumun garantisi demektir (55).

Günümüzde doğuşta yaşam beklentisinin artması kadınların yaşam kalitelerine daha fazla dikkatle odaklanmasını gerektirmektedir. Özellikle üreme çağındaki kadınların sağlıklı, dinamik ve mutlu bir yaşam sürdürebilmeleri ve sağlıklı nesiller yetiştirebilmeleri için gerekli imkanların sağlanması, sağlık hizmeti ve sosyal destek sunumu kaynaklarının değerlendirilmesi açısından yaşam kalitesinin ölçülmesi ve yaşam kalitesinin yüksek tutulması giderek artan bir önem kazanmaktadır (127). 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.

## 2. GEREÇ VE YÖNTEM

Çalışmanın evrenini Elazığ kent merkezinde yaşayan 15-49 yaş kadın nüfus oluşturmuştur. Türkiye’de Adrese Dayalı Nüfus Sayımı 2010 yılı verilerine göre (128), Elazığ il merkezinde 15-49 yaş kadın nüfus 110385’tir. %95 güvenirlilik aralığında %4 sapma ile örnekleme alınacak kişi sayısı aşağıda verilen formülizasyon ile 597 olarak hesaplanmıştır.

Olayın görülüş sıklığı incelenecek ise; evrendeki birey sayısı biliniyorsa örnekleme alınacak birey sayısını saptamak için  $n = Nt^2pq/d^2(N-1) + t^2pq$  formülü kullanılır (129). Bu formülde (çalışmada kullanılan değerler parantez içinde verilmiştir);

N : Evrendeki birey sayısı (110385)

n : Örnekleme alınacak birey sayısı (597)

p : İncelenen olayın görülüş sıklığı (olasılığı) (%50=0.50)

q : İncelenen olayın görülmeyiş sıklığı (olasılığı) (%50=0.50)

t : Belirli serbestlik derecesinde ve saptanan yanılma düzeyinde t tablosundan bulunan teorik değer (1.96)

d : Olayın görülüş sıklığına göre yapılmak istenen  $\pm$  sapma (%4=0.04)’yı göstermektedir.

Elazığ kent merkezinde 102 adet aile hekimliği birimi mevcuttur. Kesitsel tipteki bu çalışmada araştırma kapsamına alınacak aile hekimliği bölgeleri; aile hekimliği birimlerinin yazıldığı bir listeden örnekleme grubunun aile hekimliği sayısına bölünmesiyle elde edilen rakam (597/102=5.85) baz alınarak, birinci aile hekimliğinden başlanıp altıda bir aile hekimliği alınması ile 17 aile hekimliği bölgesi olarak saptanmıştır. Örnekleme 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.

Çalışma grubuna dahil edilme kriteri; 15-49 yaş kadın olmak ve kişinin araştırmayı gönüllü olarak kabul etmesi ve sözlü onay vermesidir. Yazılı onam ve imza alınması kişilerin ankete katılma yüzdesini düşüreceğinden kullanılmamıştır. Çalışmada hariç tutulma kriterleri ise;

- Kooperasyon sağlanamayacak derecede bir bedensel hastalığı olmak,

- İletişime engel olacak kadar işitsel, görsel ve bilişsel fonksiyon bozukluğu olmak,
- Üç kez gidildiği halde ulaşılamamak,
- Görüşmeyi kabul etmemektir.

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 (Ek-1). 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 sosyodemografik özellikleri ile yaşam kalitesini etkilediği düşünülen faktörleri sorgulayan soru takımından, ikinci bölümü ise Kısa Form-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği (Short form-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 tarafından geliştirilmiştir (130). Bu ölçek, belli bir yaş ve hastalık grubuna odaklanmaksızın sağlığın fiziksel, sosyal ve ruhsal bileşenlerine ağırlık vererek yaşam kalitesini değerlendirir (131). SF-36'nın Türkçe versiyonu için güvenilirlik ve geçerlilik çalışmaları Koçyiğit ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (132). Ölçek geliştirilirken kısa, kolay uygulanabilir olmasının yanı sıra çok geniş bir kullanım yelpazesine sahip olması da amaçlanmıştır. SF-36'nın özelliklerinin başında bir kendini değerlendirme ölçeği olması gelmektedir. 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), ağrı (2 madde) ve sağlığın genel algılanması (5 madde)'dir. Ayrıca son 12 ayda sağlıktaki değişim algısını içeren bir madde de bulunmaktadır ve ancak şu an için ölçümde kullanılmamaktadır (130). Adı geçen madde dışında ölçek son 4 haftayı göz önüne alarak değerlendirmektedir (133). 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 (130).

SF-36'nın Türkçe için güvenilirlik çalışmalarında her bir alt ölçek için Cronbach alfa katsayısı hesaplanmıştır ve 0.7324-0.7612 arasında elde edilmiştir. Madde-toplam puan korelasyon katsayıları da her bir alt ölçek için ilgili maddelerle ayrı ayrı hesaplanmıştır. Fiziksel fonksiyonda 0.4712-0.7348 arasında, sosyal fonksiyonda 0.8353-0.8445 arasında, emosyonel rol kısıtlamasında 0.6539-0.8257 arasında, fiziksel rol kısıtlamasında 0.6883-0.9034 arasında, ağrıda 0.7887-0.8872 arasında, mental sağlıkta 0.6893-0.7815 arasında, vitalitede(enerji) 0.6167-0.7943 arasında ve sağlığın genel olarak algılanmasında 0.5690-0.7812 arasında bulunmuştur. Maddelerin ait olmadıkları alt ölçeklerin toplam puanlarıyla korelasyonları, ait oldukları ölçeklerle bulunanlara göre daha düşük düzeyde elde edilmiştir. Bu veriler göz önünde bulundurulduğunda SF-36'nın Türkçe için güvenilir olduğu anlaşılmaktadır (132).

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 (119, 134).

#### **SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Puanlaması:**

1. a 5 b 4.4 c 3.4 d 2 e 1
2. a 5 b 4 c 3 d 2 e 1
3. a 1-2-3 b 1-2-3 c 1-2-3 d 1-2-3 e 1-2-3 f 1-2-3 g 1-2-3 h 1-2-3 i 1-2-3 j 1-2-3  
1=evet çok zorluyor 2=evet biraz zorluyor 3=hayır hiç zorlamıyor
4. a 1-2 b 1-2 c 1-2 d 1-2  
1= evet 2= hayır
5. a 1-2 b 1-2 c 1-2  
1= evet 2= hayır
6. a 5 b 4 c 3 d 2 e 1

7. a 1 ise 6                      b 2 ise 5.4  
c 3 ise 4.2                      d 4 ise 3.1  
e 5 ise 2.2                      f 6 ise 1

8. a aynı zamanda madde 7'de 1 ise 6

- a 5    b 4    c 3    d 2    e 1

9. a, e, d ve h için;    b, c, f, g ve i için;

- a 6                      a 1  
b 5                      b 2  
c 4                      c 3  
d 3                      d 4  
e 2                      e 5  
f 1                      f 6

10. a 1    b 2    c 3    d 4    e 5

11. a ve c için;                      b ve d için;

- a 1                      a 5  
b 2                      b 4  
c 3                      c 3  
d 4                      d 2  
e 5                      e 1

**Olası**                      **En düşük**  
**ham puan**                      **ham puan**

**Fiziksel fonksiyon:**

$3a+3b+3c+3d+3e+3f+3g+3h+3i+3j$

10

20

**Rol güçl. (fiziksel):**  $4a+4b+4c+4d$

4

4

**Ağrı:**  $7+8$

2

10

**Genel sağlık:**  $1+11a+11b+11c+11d$

5

20

**Vitalite (enerji):**  $9a+9e+9g+9i$

4

20

**Sosyal fonksiyon:**  $6+10$

2

8

**Rol güçl. (emosyonel):**  $5a+5b+5c$

3

3

**Mental sağlık:**  $9b+9c+9d+9f+9h$

5

25

### Ölçeğin puanının hesaplanması:

$$\frac{\text{Elde edilen ham puan-en düşük ham puan}}{\text{Olası ham puan}} \times 100$$

Olası ham puan

Sonuçta her alt ölçek için ayrı ayrı puanlar elde etmek olanaklıdır. SF-36 sağlık durumunun olumsuz olduğu kadar olumlu yönlerini de değerlendirmektedir. Alt ölçeklerin puanları 0 ile 100 arasında değişmektedir ve yüksek puan iyi sağlık durumunu göstermektedir. Ölçeğin toplam puanının hesaplanması söz konusu değildir (130).

### SF-36'nın alt ölçeklerinin puanlamasının anlamı (131):

Alt Ölçekler	Düşük Puan	Yüksek Puan
Fiziksel Fonksiyon	Yıkanma ve giyinme dahil tüm fiziksel etkinlikleri yerine getirmede kısıtlılık	En zor olanlar dahil tüm fiziksel etkinlikleri herhangi bir kısıtlılık olmaksızın yerine getirebilme
Fiziksel Rol Güçlüğü	Fiziksel sağlığın bozulmasının sonucu olarak işte ya da diğer günlük etkinliklerde sorunlar	Fiziksel sağlık olarak işte ya da diğer günlük etkinliklerde sorun olmaması
Ağrı	Aşırı şiddetli ve kısıtlayıcı ağrı	Ağrı olmaması ya da ağrıya bağlı kısıtlılık olmaması
Genel Sağlık	Sağlığının kötü olduğuna ve giderek kötüleşeceğine inanma	Sağlığının mükemmel olduğuna inanma
Vitalite (Enerji)	Sürekli yorgun ve bitkin hissetme	Sürekli canlı ve enerjik hissetme
Sosyal Fonksiyon	Fiziksel ve emosyonel sorunlara bağlı olağan toplumsal etkinliklerde aşırı ve sık kesinti olması	Fiziksel ya da emosyonel sorunlara bağlı kesinti olmaksızın olağan toplumsal etkinlikleri yürütme
Emosyonel Rol Güçlüğü	Emosyonel sorunların sonucu işte ya da diğer günlük etkinliklerde sorunlar	Emosyonel sorunlara bağlı işte ya da diğer günlük etkinliklerde sorun olmaması
Mental Sağlık	Sürekli sinirlilik ya da depresyon duyguları	Sürekli sakin, mutlu ve rahat hissetme



Anketler araştırma kapsamına alınan kişiler ile yüz yüze görüşme yöntemi ile araştırmacı tarafından doldurulmuştur. Sorular her bir kişiye tek tek, yüksek sesle anlaşılır biçimde okunmuş ve cevaplar kaydedilmiştir.

Fırat Üniversitesi Tıp Fakóltesi Etik Kurulu (Ek-2) ve Elazığ İl Sağlık Müdürlüğü'nden (Ek-3) gerekli izinler alındıktan sonra araştırmanın saha çalışması 1 Ocak-30 Nisan 2012 tarihleri arasında yapılmıştır.

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 çoklu karşılaştırma testlerinden Tukey HSD testi uygulanmıştır. Ortalamalar standart sapma ile birlikte verilerek (Ort.±SD),  $P<0.05$  istatistiksel anlamlılık olarak kabul edilmiştir.

### 3. BULGULAR

Araştırma kapsamına alınan kadınların yaş ortalaması  $32.21 \pm 9.88$  (min: 15, max: 49 yaş) olup ortalama aile gelirleri  $1607.40 \pm 1519.24$  TL (min: 100 TL, max: 10.000 TL) olarak saptanmıştır. Kadınların bazı sosyodemografik özellikleri Tablo 1’de gösterilmiştir.

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

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

Araştırma kapsamına alınan evli kadınların ortalama evlilik süresi  $164.38 \pm 108.35$  ay (min: 1, max: 420 ay) olup, kadınların eş durumu ve evlilik özelliklerine göre dağılımı Tablo 2’de gösterilmiştir.

**Tablo 2.** Araştırma kapsamına alınan evli kadınların eş durumu ve evlilik özelliklerine göre dağılımı

Eş durumu/Evlilik özellikleri (n=369)*	Sayı	%
Eş eğitim durumu		
Okur-yazar değil/Sadece okur-yazar	16	4.3
İlkokul/Ortaokul mezunu	176	47.7
Lise/Üniversite mezunu	177	48.0
Eşinin gelir getirici işte çalışma durumu		
Çalışıyor	336	91.1
Çalışmıyor	33	8.9
Evlilik süresi(ay)		
1-60 ay	83	22.5
61-120 ay	75	20.3
121 ay ve üzeri	211	57.2
Kuma durumu		
Var	2	0.5
Yok	371	99.5

\* Yüzdeler "n" üzerinden alınmıştır.

Araştırma kapsamına alınan kadınların evlerinde yaşayan ortalama kişi sayısı  $4.2 \pm 1.5$ 'tir (min:1, max:12 kişi). Kadınların aile yapısı özellikleri Tablo 3'te gösterilmiştir.

**Tablo 3.** Araştırma kapsamına alınan kadınların aile yapısı özelliklerine göre dağılımı

Aile yapısı özellikleri (n=547)	Sayı	%
Aile tipi		
Çekirdek aile	450	82.3
Geniş aile	97	17.7
Evde yaşayan kişi sayısı		
1-4 kişi	362	66.2
5 ve üzeri kişi	185	33.8
Evde bakıma muhtaç kişi durumu		
Var	149	27.2
Yok	398	72.8
Ailede kararlara katılma		
Evet	392	71.7
Kısmen/Hayır	155	28.3

Araştırma kapsamına alınan kadınların %35.3'ü (193 kişi) şu anda ikamet ettiği yere göç ile geldiğini ifade etmiştir. Bu kadınların %45.1'i il, %36.8'i ilçe ve %18.1'i köyden göç etmiştir. Göç nedenleri Tablo 4'te verilmiştir.

**Tablo 4.** Araştırma kapsamına alınan kadınlardan göç ile geldiğini söyleyenlerin göç nedenlerinin dağılımı

Göç nedenleri (n=193)*	Sayı	%
İş/Tayin	97	50.3
Evlilik	46	23.8
Eğitim	23	11.9
Ailevi/Sağlık sebebiyle	13	6.7
Terör	11	5.7
Su basma/Deprem	3	1.6

\* Yüzdeler "n" üzerinden alınmıştır.

Araştırma kapsamına alınan kadınların yaşadıkları konut özellikleri ve yaşam koşullarına göre dağılımı Tablo 5'te gösterilmiştir.

**Tablo 5.** Araştırma kapsamına alınan kadınların yaşadıkları konut özellikleri ve yaşam koşullarına göre dağılımı

Konut özellikleri ve yaşam koşulları (n=547)	Sayı	%
Konut özelliği		
Betonarme	482	88.1
Yığma/Ahşap/Kerpiç	65	11.9
Kullanılan içme suyu		
Şebeke suyu	224	40.9
Yerel çeşme/pınar suyu	223	40.8
Hazır su	100	18.3
Evdeki oda sayısı		
1-3 oda	165	30.2
4 ve üzeri oda	382	69.8
Banyo durumu		
Var	544	99.5
Yok	3	0.5
Tuvalet durumu		
İçeride	520	95.1
Dışarıda	27	4.9
Evcil hayvan besleme		
Evet	36	6.6
Hayır	511	93.4
Isınma aracı		
Soba	282	51.6
Kalorifer	265	48.4
Yakıt tipi		
Odun/Odun-kömür	228	41.7
Kömür/Fuel-oil	205	37.5
Doğalgaz	114	20.8

Araştırma kapsamına alınan kadınlardan evli olanların ortalama ilk evlilik yaşı 20.95±3.96 (min: 13, max:40 yaş) olup, kadınların evlilik ve obstetrik özelliklerine göre dağılımı Tablo 6’da verilmiştir.

**Tablo 6.** Araştırma kapsamına alınan kadınlardan evli olanların evlilik ve obstetrik özelliklerine göre dağılımı

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

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

Araştırma kapsamına alınan kadınların %8.6’sı (n=47) menopozda olduğunu ifade etmiştir. Bu kadınlardan %80.9’u (n=38) doğal yolla, %19.1’i (n=9) cerrahi yolla menopoza girdiğini belirtmiştir.

Araştırma kapsamına alınan kadınların sağlık özelliklerine göre dağılımı Tablo 7’de gösterilmiştir.

**Tablo 7.** Araştırma kapsamına alınan kadınların ifade ettikleri sağlık özelliklerine göre dağılımı

Sağlık özellikleri (n=547)	Sayı	%
Düzenli sağlık kontrolü yaptırma		
Evet	211	38.6
Hayır	336	61.4
Son bir yılda sağlık kuruluşuna başvuru		
Evet	478	87.4
Hayır	69	12.6
Sağlık hizmetlerine kolay ulaşım		
Evet	526	96.2
Hayır	21	3.8
Kronik hastalık varlığı		
Evet	149	27.2
Hayır	398	72.8
Ruhsal hastalık varlığı		
Evet	88	16.1
Hayır	459	83.9

Araştırma kapsamına alınan kadınların sigara ve alkol kullanım özelliklerine göre dağılımı Tablo 8’de gösterilmiştir.

**Tablo 8.** Araştırma kapsamına alınan kadınların sigara ve alkol kullanım özelliklerine göre dağılımı

Sigara ve alkol kullanım özellikleri (n=547)	Sayı	%
Sigara kullanma		
Evet, her gün günde en az bir tane	85	15.5
Evet, ara sıra	36	6.6
İçiyordum, bıraktım	41	7.5
Hiç içmedim	385	70.4
Alkol kullanımı		
Evet	17	3.1
Hayır	528	96.5
Kullanıyordum, bıraktım	2	0.4

Araştırma kapsamına alınan kadınların düzenli egzersiz, düzenli beslenme, dinlenme için vakit ayırma gibi bazı sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına göre dağılımı Tablo 9’da verilmiştir.

**Tablo 9.** Araştırma kapsamına alınan kadınların bazı sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına göre dağılımı

Sağlıklı yaşam biçimi davranış özellikleri (n=547)	Sayı	%
Düzenli egzersiz yapma		
Evet	99	18.1
Hayır	448	81.9
Düzenli beslenme		
Evet	268	49.0
Hayır	279	51.0
Dinlenme için özel vakit ayırma		
Evet	286	52.3
Hayır	261	47.7

Araştırma kapsamına alınan kadınların %81.9'u (n=448) herhangi bir sorunu olduğunda kendisine yakın bir kişiden sosyal destek aldığını, %18.1'i (n=99) ise böyle bir destek almadığını belirtmiştir.

Araştırma kapsamına alınan kadınların %33.3'ü (n=182) hayatları boyunca herhangi bir şiddet türüne en az bir kez maruz kaldığını, %12.1'i (n=66) ise son bir yıl içinde herhangi bir şiddet türüne en az bir kez maruz kaldığını belirtmiştir. Kadınların hayatları boyunca ve son bir yıl içinde maruz kaldıklarının belirttikleri şiddet türleri Tablo 10 ve 11'de gösterilmiştir.

**Tablo 10.** Araştırma kapsamına alınan kadınların hayatları boyunca maruz kaldıklarını belirttikleri şiddet türlerine göre dağılımı

Şiddet türlerine göre dağılım (n=182)*	Sayı	%
Fiziksel şiddet		
Evet	98	53.8
Hayır	84	46.2
Duygusal şiddet		
Evet	145	79.7
Hayır	37	20.3
Cinsel şiddet		
Evet	8	4.4
Hayır	174	95.6
Ekonomik şiddet		
Evet	23	12.6
Hayır	159	87.4

\* Yüzdeler "n" üzerinden alınmıştır. Birden fazla şiddet türüne maruz kalma belirtilebilmiştir.

**Tablo 11.** Araştırma kapsamına alınan kadınların son bir yıl içinde maruz kaldıklarını belirttikleri şiddet türlerine göre dağılımı

Şiddet türlerine göre dağılım (n=66)*	Sayı	%
Fiziksel şiddet		
Evet	25	37.9
Hayır	41	62.1
Duygusal şiddet		
Evet	57	86.4
Hayır	9	13.6
Cinsel şiddet		
Evet	3	4.5
Hayır	63	95.5
Ekonomik şiddet		
Evet	10	15.2
Hayır	56	84.8

\* Yüzdeler "n" üzerinden alınmıştır. Birden fazla şiddet türüne maruz kalma belirtilebilmiştir.

Araştırma kapsamına alınan kadınların SF-36 alt ölçeklerinin puan ortalamalarının dağılımı Tablo 12’de gösterilmiştir.

**Tablo 12.** 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 (Enerji)	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)

Araştırma kapsamına alınan kadınların yaş gruplarına göre SF-36 yaşam kalitesi ölçeği puan ortalamalarının dağılımı Tablo 13’te gösterilmiştir.



**Tablo 13.** Araştırma kapsamına alınan kadınların yaş gruplarına göre SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği boyutlarının puan dağılımı

SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Boyutları	Yaş Grupları			P değeri
	15-29 (n=234) Ort.±SS	30-39 (n=166) Ort.±SS	40-49 (n=147) Ort.±SS	
Fiziksel fonksiyon	89.29±14.39* <sup>§</sup>	80.72±17.78* <sup>§</sup>	69.04±21.86* <sup>§</sup>	F=59.208 P=0.0001
Fiziksel rol güçlüğü	67.84±41.55* <sup>§</sup>	56.92±44.60*	48.12±47.09 <sup>§</sup>	F=9.376 P=0.0001
Ağrı	64.48±29.95* <sup>§</sup>	53.06±28.43*	52.88±31.13 <sup>§</sup>	F=9.961 P=0.0001
Genel sağlık	61.99±17.86* <sup>§</sup>	53.66±21.47*	51.96±20.96 <sup>§</sup>	F=14.412 P=0.0001
Vitalite (Enerji)	57.86±20.64* <sup>§</sup>	51.56±17.79*	48.91±20.31 <sup>§</sup>	F=10.494 P=0.0001
Sosyal fonksiyon	80.76±24.40*	72.89±24.91*	75.51±23.49	F=5.451 P=0.005
Emosyonel rol güçlüğü	73.50±40.74*	63.05±44.65*	65.08±46.05	F=3.290 P=0.038
Mental sağlık	66.34±20.83	62.38±19.75	62.34±21.40	F=2.480 P=0.085

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

Araştırma kapsamına alınan kadınların gelir getirici bir işte çalışma durumlarına göre SF-36 yaşam kalitesi ölçeği puan ortalamalarının dağılımı Tablo 14’te verilmiştir.

**Tablo 14.** Araştırma kapsamına alınan kadınların gelir getirici bir işte çalışma durumlarına göre SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği boyutlarının puan dağılımı

SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Boyutları	Çalışma Durumu		P değeri
	Çalışıyor (n=114) Ort.±SS	Çalışmıyor (n=433) Ort.±SS	
Fiziksel fonksiyon	80.83±19.61	81.36±19.47	t=-0.257, P=0.798
Fiziksel rol güçlüğü	64.47±42.70	57.85±45.15	t=1.455, P=0.147
Ağrı	60.85±27.57	57.12±30.97	t=1.251, P=0.213
Genel sağlık	60.29±18.18	55.84±20.79	t=2.256, P=0.025
Vitalite (Enerji)	54.03±19.12	53.41±20.32	t=0.302, P=0.763
Sosyal fonksiyon	73.24±23.51	77.94±24.70	t=-1.878, P=0.062
Emosyonel rol güçlüğü	66.96±42.88	68.36±43.83	t=-0.309, P=0.758
Mental sağlık	62.73±18.13	64.41±21.35	t=-0.846, P=0.399

Araştırma kapsamına alınan kadınların eğitim durumlarına göre SF-36 yaşam kalitesi ölçeği puan ortalamalarının dağılımı Tablo 15’te gösterilmiştir.

**Tablo 15.** Araştırma kapsamına alınan kadınların eğitim durumlarına göre SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği boyutlarının puan dağılımı

SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Boyutları	Eğitim Durumu			P değeri
	Okur-yazar değil/Sadece okur-yazar (n=76) Ort.±SS	İlkokul/Ortaokul mezunu (n=255) Ort.±SS	Lise/Üniversite mezunu (n=216) Ort.±SS	
Fiziksel fonksiyon	67.30±23.72* <sup>§</sup>	81.07±18.28* <sup>¥</sup>	86.36±16.68 <sup>§¥</sup>	F=29.742 P=0.0001
Fiziksel rol güçlüğü	42.76±44.50*	55.00±46.81 <sup>§</sup>	70.02±39.48* <sup>§</sup>	F=13.157 P=0.0001
Ağrı	37.40±25.26* <sup>§</sup>	56.81±30.82* <sup>¥</sup>	66.38±27.68 <sup>§¥</sup>	F=28.626 P=0.0001
Genel sağlık	46.42±22.44* <sup>§</sup>	56.06±20.08* <sup>¥</sup>	61.24±18.43 <sup>§¥</sup>	F=16.054 P=0.0001
Vitalite (Enerji)	45.19±21.59* <sup>§</sup>	52.96±19.17*	57.17±19.68 <sup>§</sup>	F=10.576 P=0.0001
Sosyal fonksiyon	71.38±25.72	78.87±23.69	76.67±24.84	F=2.774 P=0.063
Emosyonel rol güçlüğü	60.52±46.73	67.05±44.90	71.91±40.58	F=2.054 P=0.129
Mental sağlık	58.42±23.53*	65.52±20.58*	64.33±19.57	F=3.498 P=0.031

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

Araştırma kapsamına alınan kadınların sosyal güvence durumlarına göre SF-36 yaşam kalitesi ölçeği puan ortalamalarının dağılımı Tablo 16’da gösterilmiştir.

**Tablo 16.** Araştırma kapsamına alınan kadınların sosyal güvence durumlarına göre SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği boyutlarının puan dağılımı

SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Boyutları	Sosyal Güvence Durumu		P değeri
	Yok/Yeşil kart (n=89) Ort.±SS	Emekli sandığı/SSK/Bağkur (n=458) Ort.±SS	
Fiziksel fonksiyon	73.59±22.42	82.74±18.53	t=-3.615, P=0.0001
Fiziksel rol güçlüğü	50.28±44.98	60.97±44.48	t=-2.055, P=0.042
Ağrı	52.23±33.11	59.00±29.65	t=-1.792, P=0.076
Genel sağlık	47.98±22.15	58.47±19.54	t=-4.163, P=0.0001
Vitalite (Enerji)	44.94±21.56	55.21±19.35	t=-4.180, P=0.0001
Sosyal fonksiyon	73.73±27.05	77.59±23.97	t=-1.255, P=0.212
Emosyonel rol güçlüğü	55.80±45.99	70.45±42.76	t=-2.780, P=0.006
Mental sağlık	56.09±23.72	65.61±19.74	t=-3.556, P=0.001

Araştırma kapsamına alınan kadınların medeni durumlarına göre SF-36 yaşam kalitesi ölçeği puan ortalamalarının dağılımı Tablo 17’de gösterilmiştir.

**Tablo 17.** Araştırma kapsamına alınan kadınların medeni durumlarına göre SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği boyutlarının puan dağılımı

SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Boyutları	Medeni Durum			P değeri
	Evli (n=369)	Bekar (n=149)	Boşanmış/dul/ayrı yaşıyor (n=29)	
	Ort.±SS	Ort.±SS	Ort.±SS	
Fiziksel fonksiyon	77.92±19.86*	91.47±13.01* <sup>§</sup>	71.03±22.65 <sup>§</sup>	F=33.400 P=0.0001
Fiziksel rol güçlüğü	52.77±45.89*	76.67±35.79* <sup>§</sup>	51.72±47.68 <sup>§</sup>	F=16.490 P=0.0001
Ağrı	54.14±29.62*	67.83±30.20*	54.62±29.06	F=11.415 P=0.0001
Genel sağlık	54.51±20.26*	62.96±19.20*	53.65±21.01	F=9.806 P=0.0001
Vitalite (Enerji)	51.11±19.01*	60.57±21.24* <sup>§</sup>	48.44±18.76 <sup>§</sup>	F=13.356 P=0.0001
Sosyal fonksiyon	76.55±24.41	79.10±24.68	71.12±24.57	F=1.446 P=0.236
Emosyonel rol güçlüğü	67.66±44.25	70.69±41.35	59.77±46.61	F=0.811 P=0.445
Mental sağlık	62.84±21.05*	67.65±19.72*	61.24±19.88	F=3.169 P=0.043

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

Araştırma kapsamına alınan kadınların eşlerinin eğitim durumlarına göre SF-36 yaşam kalitesi ölçeği puan ortalamalarının dağılımı Tablo 18’de gösterilmiştir.

**Tablo 18.** Araştırma kapsamına alınan kadınların eşlerinin eğitim durumlarına göre SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği boyutlarının puan dağılımı

SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Boyutları	Eşlerinin Eğitim Durumu			P değeri
	Okur-yazar değil/Sadece okur-yazar (n=16)	İlkokul/Ortaokul mezunu (n=176)	Lise/Üniversite mezunu (n=177)	
	Ort.±SS	Ort.±SS	Ort.±SS	
Fiziksel fonksiyon	65.93±25.96*	74.34±20.77 <sup>§</sup>	82.57±17.07* <sup>§</sup>	F=11.191 P=0.0001
Fiziksel rol güçlüğü	53.12±44.60	43.89±46.31*	61.58±44.11*	F=6.760 P=0.001
Ağrı	43.12±31.22	48.44±29.34*	60.80±28.40*	F=9.235 P=0.0001
Genel sağlık	42.75±21.72*	51.68±21.13 <sup>§</sup>	58.40±18.40* <sup>§</sup>	F=7.961 P=0.0001
Vitalite (Enerji)	44.06±25.44	49.54±18.99	53.30±18.15	F=2.905 P=0.056
Sosyal fonksiyon	75.78±31.11	75.78±24.05	77.40±24.23	F=0.202 P=0.817
Emosyonel rol güçlüğü	58.33±47.92	66.66±44.93	69.49±43.35	F=0.550 P=0.578
Mental sağlık	58.50±26.20	64.04±21.82	62.03±19.76	F=0.757 P=0.470

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

Araştırma kapsamına alınan kadınların aile tipine göre SF-36 yaşam kalitesi ölçeği puan ortalamalarının dağılımı Tablo 19’da gösterilmiştir.

**Tablo 19.** Araştırma kapsamına alınan kadınların aile tipine göre SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği boyutlarının puan dağılımı

SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Boyutları	Aile Tipi		P değeri
	Çekirdek aile (n=450) Ort.±SS	Geniş aile (n=97) Ort.±SS	
Fiziksel fonksiyon	81.65±19.40	79.38±19.89	t=1.025, P=0.307
Fiziksel rol güçlüğü	60.88±44.46	51.54±45.18	t=1.852, P=0.066
Ağrı	58.36±30.22	55.74±30.80	t=0.763, P=0.447
Genel sağlık	57.37±19.85	53.97±22.37	t=1.381, P=0.169
Vitalite (Enerji)	53.93±19.91	51.75±20.79	t=0.944, P=0.347
Sosyal fonksiyon	77.38±24.04	74.99±26.64	t=0.816, P=0.416
Emosyonel rol güçlüğü	69.48±43.10	61.51±45.47	t=1.580, P=0.117
Mental sağlık	64.33±20.54	62.80±21.58	t=0.640, P=0.523

Araştırma kapsamına alınan kadınların aylık gelir düzeylerine göre SF-36 yaşam kalitesi ölçeği puan ortalamalarının dağılımı Tablo 20’de gösterilmiştir.

**Tablo 20.** Araştırma kapsamına alınan kadınların aylık gelir düzeylerine göre SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği boyutlarının puan dağılımı

SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Boyutları	Aylık Gelir			P değeri
	850 TL ve altı (n=204) Ort.±SS	851-2000 TL (n=238) Ort.±SS	2001 TL ve üzeri (n=105) Ort.±SS	
Fiziksel fonksiyon	75.93±20.52* <sup>§</sup>	83.86±18.82*	85.66±16.54 <sup>§</sup>	F=12.980 P=0.0001
Fiziksel rol güçlüğü	47.54±46.02* <sup>§</sup>	62.50±43.74* <sup>¥</sup>	74.52±38.28 <sup>§¥</sup>	F=14.425 P=0.0001
Ağrı	50.38±30.74* <sup>§</sup>	59.38±30.31* <sup>¥</sup>	69.12±25.35 <sup>§¥</sup>	F=14.423 P=0.0001
Genel sağlık	53.16±22.35* <sup>§</sup>	57.85±18.98*	61.32±18.06 <sup>§</sup>	F=6.300 P=0.002
Vitalite (Enerji)	49.90±21.95* <sup>§</sup>	55.69±18.61*	55.76±18.49 <sup>§</sup>	F=5.453 P=0.005
Sosyal fonksiyon	76.22±25.84	78.46±23.77	75.00±23.51	F=0.876 P=0.417
Emosyonel rol güçlüğü	63.23±45.89	70.16±42.78	72.70±40.24	F=2.131 P=0.120
Mental sağlık	63.17±22.99	65.36±19.32	62.85±19.10	F=0.831 P=0.436

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

Araştırma kapsamına alınan kadınların evde bakıma muhtaç kişi bulunması durumuna göre SF-36 yaşam kalitesi ölçeği puan ortalamalarının dağılımı Tablo 21’de gösterilmiştir.

**Tablo 21.** Araştırma kapsamına alınan kadınların evde bakıma muhtaç kişi bulunması durumuna göre SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği boyutlarının puan dağılımı

SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Boyutları	Evde Bakıma Muhtaç Kişi Durumu		P değeri
	Var (n=149) Ort.±SS	Yok (n=398) Ort.±SS	
Fiziksel fonksiyon	79.49±19.45	81.91±19.48	t=-1.291, P=0.198
Fiziksel rol güçlüğü	51.84±45.77	61.99±44.02	t=-2.333, P=0.020
Ağrı	54.28±31.03	59.25±29.96	t=-1.681, P=0.094
Genel sağlık	54.73±21.01	57.53±20.05	t=-1.406, P=0.161
Vitalite (Enerji)	51.37±20.48	54.35±19.87	t=-1.529, P=0.128
Sosyal fonksiyon	75.16±25.95	77.63±23.95	t=-1.011, P=0.313
Emosyonel rol güçlüğü	68.01±43.64	68.09±43.63	t=-0.019, P=0.985
Mental sağlık	62.30±21.80	64.72±20.29	t=-1.175, P=0.241

Araştırma kapsamına alınan kadınların şu anda yaşadıkları yere göç ile gelme durumlarına göre SF-36 yaşam kalitesi ölçeği puan ortalamalarının dağılımı Tablo 22’de gösterilmiştir.

**Tablo 22.** Araştırma kapsamına alınan kadınların göç etme durumlarına göre SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği boyutlarının puan dağılımı

SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Boyutları	Göç Etme Durumu		P değeri
	Evet (n=193) Ort.±SS	Hayır (n=354) Ort.±SS	
Fiziksel fonksiyon	78.42±20.72	82.79±18.63	t=-2.444, P=0.015
Fiziksel rol güçlüğü	56.47±46.24	60.73±43.82	t=-1.048, P=0.295
Ağrı	54.55±30.86	59.72±29.89	t=-1.892, P=0.059
Genel sağlık	56.10±19.64	57.13±20.72	t=-0.571, P=0.568
Vitalite (Enerji)	51.91±20.67	54.43±19.70	t=-1.384, P=0.167
Sosyal fonksiyon	78.30±24.02	76.23±24.78	t=0.951, P=0.342
Emosyonel rol güçlüğü	69.77±43.18	67.13±43.85	t=0.679, P=0.497
Mental sağlık	62.94±22.48	64.67±19.70	t=-0.900, P=0.369

Araştırma kapsamına alınan kadınların evdeki oda sayısı durumlarına göre SF-36 yaşam kalitesi ölçeği puan ortalamalarının dağılımı Tablo 23’te gösterilmiştir.

**Tablo 23.** Araştırma kapsamına alınan kadınların evdeki oda sayısı durumlarına göre SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği boyutlarının puan dağılımı

SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Boyutları	Evdeki Oda Sayısı		P değeri
	1-3 oda (n=165) Ort.±SS	4 ve üzeri oda (n=382) Ort.±SS	
Fiziksel fonksiyon	78.57±21.78	82.40±18.32	t=-1.978, P=0.049
Fiziksel rol güçlüğü	59.09±44.43	59.29±44.86	t=-0.049, P=0.961
Ağrı	52.44±31.84	60.25±29.35	t=-2.696, P=0.007
Genel sağlık	53.68±22.16	58.10±19.38	t=-2.221, P=0.027
Vitalite (Enerji)	49.09±22.08	55.47±18.84	t=-3.237, P=0.001
Sosyal fonksiyon	76.20±25.83	77.29±23.95	t=-0.459, P=0.646
Emosyonel rol güçlüğü	62.62±45.50	70.42±42.59	t=-1.874, P=0.062
Mental sağlık	59.78±22.84	65.91±19.47	t=-3.009, P=0.003

Araştırma kapsamına alınan kadınların ilk evlenme yaşlarına göre SF-36 yaşam kalitesi ölçeği puan ortalamalarının dağılımı Tablo 24’te gösterilmiştir.

**Tablo 24.** Araştırma kapsamına alınan kadınların ilk evlenme yaşlarına göre SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği boyutlarının puan dağılımı

SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Boyutları	İlk Evlilik Yaşı		P değeri
	18 yaş ve altı (n=124) Ort.±SS	19 yaş ve üzeri (n=274) Ort.±SS	
Fiziksel fonksiyon	75.40±20.72	78.33±19.83	t=-1.327, P=0.186
Fiziksel rol güçlüğü	50.80±46.07	53.55±45.97	t=-0.552, P=0.581
Ağrı	53.72±29.50	54.38±29.61	t=-0.207, P=0.836
Genel sağlık	53.21±20.96	55.01±19.99	t=-0.808, P=0.420
Vitalite (Enerji)	47.25±18.84	52.57±18.84	t=-2.606, P=0.010
Sosyal fonksiyon	75.40±25.94	76.50±23.76	t=-0.403, P=0.688
Emosyonel rol güçlüğü	65.32±45.26	67.88±44.09	t=-0.527, P=0.599
Mental sağlık	60.32±23.27	63.81±19.76	t=-1.449, P=0.149

Araştırma kapsamına alınan kadınların gebelik sayısına göre SF-36 yaşam kalitesi ölçeği puan ortalamalarının dağılımı Tablo 25’te gösterilmiştir.

**Tablo 25.** Araştırma kapsamına alınan kadınların gebelik sayısına göre SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği boyutlarının puan dağılımı

SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Boyutları	Gebelik Sayısı		P değeri
	3 ve daha az gebelik (n=285) Ort.±SS	4 ve üzeri gebelik (n=95) Ort.±SS	
Fiziksel fonksiyon	80.91±18.85	65.31±19.47	t=6.814, P=0.0001
Fiziksel rol güçlüğü	56.14±45.30	40.26±45.73	t=2.937, P=0.004
Ağrı	56.47±29.20	47.11±30.02	t=2.648, P=0.009
Genel sağlık	56.69±19.15	47.61±22.04	t=3.590, P=0.0001
Vitalite (Enerji)	52.71±17.91	44.31±19.90	t=3.652, P=0.0001
Sosyal fonksiyon	77.19±23.74	72.10±26.26	t=1.674, P=0.096
Emosyonel rol güçlüğü	70.41±42.71	56.84±47.85	t=2.456, P=0.015
Mental sağlık	63.86±20.77	59.41±21.65	t=1.752, P=0.082

Araştırma kapsamına alınan kadınların düzenli sağlık kontrolü yaptırma durumlarına göre SF-36 yaşam kalitesi ölçeği puan ortalamalarının dağılımı Tablo 26’da gösterilmiştir.

**Tablo 26.** Araştırma kapsamına alınan kadınların düzenli sağlık kontrolü yaptırma durumlarına göre SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği boyutlarının puan dağılımı

SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Boyutları	Düzenli Sağlık Kontrolü Yaptırma		P değeri
	Evet (n=211) Ort.±SS	Hayır (n=336) Ort.±SS	
Fiziksel fonksiyon	81.89±19.01	80.84±19.80	t=0.617, P=0.537
Fiziksel rol güçlüğü	62.08±44.47	57.44±44.80	t=1.185, P=0.236
Ağrı	62.53±29.45	54.99±30.53	t=2.874, P=0.004
Genel sağlık	59.39±19.99	55.12±20.41	t=2.415, P=0.016
Vitalite (Enerji)	56.28±19.08	51.83±20.50	t=2.578, P=0.010
Sosyal fonksiyon	78.84±22.44	75.78±25.69	t=1.470, P=0.142
Emosyonel rol güçlüğü	73.30±41.76	64.78±44.45	t=2.265, P=0.024
Mental sağlık	66.25±19.98	62.69±21.08	t=1.988, P=0.047

Araştırma kapsamına alınan kadınların kronik hastalık varlığına göre SF-36 yaşam kalitesi ölçeği puan ortalamalarının dağılımı Tablo 27’de gösterilmiştir.

**Tablo 27.** Araştırma kapsamına alınan kadınların kronik hastalık varlığına göre SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği boyutlarının puan dağılımı

SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Boyutları	Kronik Hastalık Varlığı		P değeri
	Evet (n=149) Ort.±SS	Hayır (n=398) Ort.±SS	
Fiziksel fonksiyon	71.91±20.43	84.74±17.93	t=-6.754, P=0.0001
Fiziksel rol güçlüğü	41.27±47.21	65.95±41.83	t=-5.609, P=0.0001
Ağrı	47.26±29.55	61.87±29.66	t=-5.143, P=0.0001
Genel sağlık	49.12±21.01	59.63±19.34	t=-5.317, P=0.0001
Vitalite (Enerji)	47.71±19.80	55.72±19.75	t=-4.215, P=0.0001
Sosyal fonksiyon	71.89±26.67	78.86±23.41	t=-2.808, P=0.005
Emosyonel rol güçlüğü	60.85±47.09	70.77±41.95	t=-2.257, P=0.025
Mental sağlık	60.51±21.28	65.39±20.37	t=-2.418, P=0.016

Araştırma kapsamına alınan kadınların ruhsal hastalık varlığına göre SF-36 yaşam kalitesi ölçeği puan ortalamalarının dağılımı Tablo 28’de gösterilmiştir.

**Tablo 28.** Araştırma kapsamına alınan kadınların ruhsal hastalık varlığına göre SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği boyutlarının puan dağılımı

SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Boyutları	Ruhsal Hastalık Varlığı		P değeri
	Evet (n=88) Ort.±SS	Hayır (n=459) Ort.±SS	
Fiziksel fonksiyon	72.84±21.46	82.86±18.68	t=-4.093, P=0.0001
Fiziksel rol güçlüğü	44.88±45.03	61.98±44.15	t=-3.272, P=0.001
Ağrı	46.51±29.79	60.08±29.95	t=-3.911, P=0.0001
Genel sağlık	43.36±21.40	59.34±19.10	t=-6.523, P=0.0001
Vitalite (Enerji)	42.50±20.35	55.66±19.32	t=-5.602, P=0.0001
Sosyal fonksiyon	65.34±25.40	79.19±23.72	t=-4.734, P=0.0001
Emosyonel rol güçlüğü	28.79±42.94	75.60±39.52	t=-9.485, P=0.0001
Mental sağlık	52.00±20.84	66.37±19.90	t=-5.971, P=0.0001

Araştırma kapsamına alınan kadınların sigara kullanma durumlarına göre SF-36 yaşam kalitesi ölçeği puan ortalamalarının dağılımı Tablo 29’da gösterilmiştir.



**Tablo 29.** Araştırma kapsamına alınan kadınların sigara kullanma durumlarına göre SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği boyutlarının puan dağılımı

SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Boyutları	Sigara Kullanma		P değeri
	Evet, her gün günde en az bir tane/Evet, ara sıra (n=121)	İçiyordum, bıraktım/Hiç içmedim (n=426)	
	Ort.±SS	Ort.±SS	
Fiziksel fonksiyon	77.52±20.82	82.31±18.98	t=-2.276, P=0.024
Fiziksel rol güçlüğü	52.89±45.09	61.03±44.47	t=-1.758, P=0.080
Ağrı	56.05±30.81	58.42±30.18	t=-0.752, P=0.453
Genel sağlık	52.70±21.43	57.92±19.89	t=-2.403, P=0.017
Vitalite (Enerji)	49.42±20.78	54.71±19.72	t=-2.501, P=0.013
Sosyal fonksiyon	69.52±26.21	79.07±23.62	t=-3.613, P=0.0001
Emosyonel rol güçlüğü	55.09±45.89	71.75±42.26	t=-3.584, P=0.0001
Mental sağlık	57.09±22.78	66.04±19.68	t=-3.927, P=0.0001

Araştırma kapsamına alınan kadınların alkol kullanma durumlarına göre SF-36 yaşam kalitesi ölçeği puan ortalamalarının dağılımı Tablo 30’da gösterilmiştir.

**Tablo 30.** Araştırma kapsamına alınan kadınların alkol kullanma durumlarına göre SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği boyutlarının puan dağılımı

SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Boyutları	Alkol Kullanma		P değeri
	Evet (n=17)	Hayır/Kullanıyorum, bıraktım (n=530)	
	Ort.±SS	Ort.±SS	
Fiziksel fonksiyon	89.70±15.04	80.98±19.56	t=2.328, P=0.032
Fiziksel rol güçlüğü	76.47±35.87	58.67±44.87	t=1.995, P=0.062
Ağrı	73.58±29.15	57.39±30.24	t=2.251, P=0.038
Genel sağlık	65.47±18.54	56.49±20.35	t=1.959, P=0.067
Vitalite (Enerji)	52.05±22.64	53.59±20.00	t=-0.276, P=0.786
Sosyal fonksiyon	75.73±23.58	77.00±24.56	t=-0.218, P=0.830
Emosyonel rol güçlüğü	58.82±46.44	68.36±43.51	t=-0.835, P=0.415
Mental sağlık	59.05±25.35	64.22±20.56	t=-0.831, P=0.417

Araştırma kapsamına alınan kadınların düzenli egzersiz yapma durumlarına göre SF-36 yaşam kalitesi ölçeği puan ortalamalarının dağılımı Tablo 31’de gösterilmiştir.

**Tablo 31.** Araştırma kapsamına alınan kadınların düzenli egzersiz yapma durumlarına göre SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği boyutlarının puan dağılımı

SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Boyutları	Düzenli Egzersiz Yapma		P değeri
	Evet (n=99) Ort.±SS	Hayır (n=448) Ort.±SS	
Fiziksel fonksiyon	89.44±12.18	79.44±20.33	t=6.428, P=0.0001
Fiziksel rol güçlüğü	74.24±36.84	55.91±45.62	t=4.277, P=0.0001
Ağrı	66.89±28.69	55.91±30.33	t=3.412, P=0.001
Genel sağlık	64.77±16.83	55.00±20.63	t=5.006, P=0.0001
Vitalite (Enerji)	63.03±19.45	51.45±19.61	t=5.352, P=0.0001
Sosyal fonksiyon	81.05±21.38	76.06±25.08	t=2.035, P=0.043
Emosyonel rol güçlüğü	75.08±39.93	66.51±44.25	t=1.893, P=0.060
Mental sağlık	70.99±17.29	62.53±21.12	t=4.218, P=0.0001

Araştırma kapsamına alınan kadınların yakınlarından sosyal destek alma durumlarına göre SF-36 yaşam kalitesi ölçeği puan ortalamalarının dağılımı Tablo 32’de gösterilmiştir.

**Tablo 32.** Araştırma kapsamına alınan kadınların yakınlarından sosyal destek alma durumlarına göre SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği boyutlarının puan dağılımı

SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Boyutları	Sosyal Destek Alma		P değeri
	Evet (n=448) Ort.±SS	Hayır (n=99) Ort.±SS	
Fiziksel fonksiyon	82.82±18.47	74.14±22.30	t=3.609, P=0.0001
Fiziksel rol güçlüğü	61.21±44.75	50.25±43.52	t=2.257, P=0.025
Ağrı	58.73±30.72	54.10±28.24	t=1.455, P=0.148
Genel sağlık	58.46±19.36	49.11±22.84	t=3.784, P=0.0001
Vitalite (Enerji)	55.04±19.56	46.76±21.02	t=3.589, P=0.0001
Sosyal fonksiyon	79.29±22.83	66.41±28.88	t=4.159, P=0.0001
Emosyonel rol güçlüğü	70.90±42.70	55.22±45.46	t=3.140, P=0.002
Mental sağlık	65.80±19.73	56.20±23.24	t=3.817, P=0.0001

Araştırma kapsamına alınan kadınların hayatları boyunca şiddete maruz kalma durumlarına göre SF-36 yaşam kalitesi ölçeği puan ortalamalarının dağılımı Tablo 33’te gösterilmiştir.

**Tablo 33.** Araştırma kapsamına alınan kadınların hayatları boyunca şiddete maruz kalma durumlarına göre SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği boyutlarının puan dağılımı

SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Boyutları	Hayatları Boyunca Şiddete Maruz Kalma		P değeri
	Evet (n=182) Ort.±SS	Hayır (n=365) Ort.±SS	
Fiziksel fonksiyon	76.09±21.13	83.82±18.10	t=-4.218, P=0.0001
Fiziksel rol güçlüğü	53.84±45.65	61.91±44.02	t=-1.971, P=0.049
Ağrı	54.30±31.74	59.69±29.45	t=-1.913, P=0.057
Genel sağlık	50.67±22.04	59.81±18.73	t=-4.793, P=0.0001
Vitalite (Enerji)	46.04±19.26	57.28±19.42	t=-6.414, P=0.0001
Sosyal fonksiyon	71.08±26.75	79.89±22.80	t=-3.807, P=0.0001
Emosyonel rol güçlüğü	56.59±46.51	73.79±40.95	t=-4.236, P=0.0001
Mental sağlık	56.35±22.87	67.91±18.42	t=-5.926, P=0.0001

Araştırma kapsamına alınan kadınların son bir yıl içinde şiddete maruz kalma durumlarına göre SF-36 yaşam kalitesi ölçeği puan ortalamalarının dağılımı Tablo 34'te gösterilmiştir.

**Tablo 34.** Araştırma kapsamına alınan kadınların son bir yıl içinde şiddete maruz kalma durumlarına göre SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği boyutlarının puan dağılımı

SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Boyutları	Son Bir Yıl İçinde Şiddete Maruz Kalma		P değeri
	Evet (n=66) Ort.±SS	Hayır (n=481) Ort.±SS	
Fiziksel fonksiyon	75.83±21.27	81.99±19.13	t=-2.232, P=0.028
Fiziksel rol güçlüğü	47.72±45.72	60.81±44.37	t=-2.187, P=0.032
Ağrı	51.10±32.14	58.83±29.97	t=-1.846, P=0.069
Genel sağlık	47.28±21.03	58.07±19.91	t=-3.930, P=0.0001
Vitalite (Enerji)	38.93±18.38	55.55±19.46	t=-6.833, P=0.0001
Sosyal fonksiyon	62.12±25.94	79.00±23.62	t=-5.009, P=0.0001
Emosyonel rol güçlüğü	45.45±46.64	71.17±42.28	t=-4.246, P=0.0001
Mental sağlık	46.30±22.47	66.50±19.25	t=-6.960, P=0.0001

#### 4. TARTIŞMA

Bu araştırma 15-49 yaş grubu kadınların yaşam kalitesinin değerlendirildiği bir çalışmadır. Türkiye’de konu ile ilgili aynı yaş grubundaki kadınların yaşam kalitelerinin değerlendirildiği (105, 135, 136) ve yine dünyada aynı yaş grubundaki kadınların yaşam kalitelerinin değerlendirildiği (137-139) çalışmalar mevcuttur.

Bu çalışma kapsamındaki kadınların %12.6’sı 15-19 yaş, %30.2’si 20-29 yaş, %30.3’ü 30-39 yaş ve %26.9’u 40-49 yaş grubundadır (Tablo 1). Manisa ili Salihli ilçesi 2 Nolu Merkez Sağlık Ocağı bölgesinde yapılan 15-49 yaş grubu evli kadınların yaşam kalitesinin değerlendirildiği bir çalışmada; kadınların %14.7’si 15-24 yaş, %30.3’ü 25-34 yaş, %41.3’ü 35-44 yaş %13.7’si 45-49 yaş grubundadır (105). Yine Samsun ili 6 Nolu Sağlık Ocağı bölgesindeki 15-49 yaş evli kadınların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirildiği çalışmada ise kadınların %39.2’si 20-29 yaş grubunda, %34.6’sının 30-39 yaş grubunda olduğu bildirilmiştir (140). Bu çalışmada alınan yaş grupları Türkiye’de çeşitli bölgelerde yapılan üreme çağındaki kadınlarla ilgili çalışmalardaki yaş gruplarının dağılımı ile benzerdir.

Araştırma kapsamındaki kadınların %67.5’i evli, %27.2’si bekar, %5.3’ü dul, ayrı yaşayan ve boşanmıştır (Tablo 1). Kadınlarla ilgili çalışmalarda evli olanların oranları, Edirne’de %58.5, Sakarya’da %61.6 bulunmuştur (135, 141). Türkiye’de kadınlar ile ilgili yapılan çalışmalarda kadınların medeni durum dağılımının benzer olduğu görülmüştür.

Bu çalışmada kadınların %13.9’u okuryazar değil ya da sadece okuryazar, %46.6’sı ilkokul/ortaokul mezunu, %39.5’i lise/üniversite mezunu olarak tespit edilmiştir (Tablo 1). Altinel’in (141) Edirne il merkezinde yaptığı çalışmada kadınların %1.1’inin okuryazar değil ve %0.5’inin sadece okuryazar, %24.8’inin ilkokul mezunu, %23.4’ünün ortaokul mezunu, %50.2’sinin lise ve üzeri okul mezunu olduğu bildirilmiştir. TNSA 2008 verilerine göre, son 20-30 yılda Türkiye’de eğitimin artması ve yaygınlaşmasına bağlı olarak, genç kadınlar kendilerinden daha ileri yaştaki kadınlardan daha eğitimlidirler. 15-19 yaş grubu kadınların %48’i ortaokul ve üstü eğitim düzeyine sahipken, 40-49 yaş grubundaki kadınların %27’si hiçbir eğitim düzeyini tamamlamamıştır. 1997 yılından itibaren zorunlu eğitimin 5 yıldan 8 yıla çıkması genç kuşaklarda eğitim düzeyinin artmasına neden olmuştur. (32).

Araştırma kapsamındaki kadınların %20.8'i gelir getirici herhangi bir işte çalışırken, %79.2'si ise çalışmamaktadır. Kadınların %16.3'ünün sosyal güvencesi yok veya yeşilkartlı, %83.7'sinin ise herhangi bir sosyal güvencesinin olduğu saptanmıştır (Tablo 1). Manisa Salihli'deki çalışmada kadınların %31.3'ünün çalıştığı, %68.7'sinin çalışmadığı bildirilmiştir (105). Altınel'in (141) yaptığı çalışmada, kadınların %13.3'ünün sosyal güvencesi yok veya yeşilkartlı, %86'sının ise herhangi bir sosyal güvenceye sahip olduğu bildirilmiştir. Kayseri ilinde yapılan başka bir çalışmada ise kadınların %75.1'inin sosyal güvencesi olduğu saptanmıştır (142). TNSA 2008 verilerine göre Türkiye'deki kadınların %31'inin çalıştığı bildirilmiştir ve %16'sı herhangi bir sağlık sigortası kapsamında yer almamaktadır. Türkiye'de genel olarak sosyal güvenceye sahip olma durumu artış göstermektedir (32). Kadınların çalışması ve sosyal güvenceye sahip oluşu statüsünü yükseltecek faktörlerdendir.

Araştırma kapsamındaki kadınların ortalama aylık aile gelirleri 1607.40±1519.24 TL (min: 100, max:10000 TL) olarak saptanmıştır. Kadınların aylık aile gelirleri incelendiğinde %37.3'ünün 850 TL ve altında, %43.5'inin 851-2000 TL arasında, %19.2'sinin 2001 TL ve üzeri olduğu görülmektedir (Tablo 1). TUİK'in Nisan 2013'te yayımladığı verilerde gayri safi yurtiçi hasıladan ortalama kişi başına düşen aylık gelir 1577.25 TL'dir (143). Haziran 2013 tarihlerine ait sendikaların yaptığı yoksulluk sınırı açıklaması dört kişilik bir aile için 3.327,91 TL'dir (144). Araştırmamızda bildirilen gelirler düşük olarak değerlendirilebilir. Ülkemizde bölgelere göre sosyoekonomik durumun önemli farklılıklar göstermesi, kadınların kendi değerlendirmelerine göre gelir durumlarını adlandırmaları sonuçlarda farklılıklara neden olabilmektedir.

Çalışmamızdaki kadınların eşlerinin %4.3'ünün okuryazar değil ya da sadece okuryazar, %47.7'sinin ilkokul/ortaokul mezunu olduğu, %48.0'inin lise ve üzeri eğitim aldığı saptanmıştır (Tablo 2). Altıparmak ve Eser'in (105) Manisa Salihli'de yaptıkları çalışmada kadınların eşlerinin eğitim durumuna bakıldığında %69.6'sının ilköğretim ve altı, %30.4'ünün ilköğretim ve üzeri eğitim aldığı belirlenmiştir. Eşlerin eğitim seviyesi yükseldikçe kadınların yaşam kalitesinde olumlu gelişmeler beklenebilir.

Araştırma kapsamındaki kadınların eşlerinin %91.1'inin çalıştığı, %8.9'unun çalışmadığı belirlenmiştir (Tablo 2). Altınel'in (141) yaptığı çalışmada kadınların eşlerinin %97.2'sinin çalıştığı, %2.8'inin çalışmadığı bildirilmiştir. Giray ve Keskinoglu'nun (145) yaptığı çalışmada ise kadınların eşlerinin %85.3'ünün çalıştığı, %14.7'sinin çalışmadığı tespit edilmiştir. Literatür sonuçları bulgularımız ile benzerdir. Türkiye'de erkeğin gelir getirici pozisyonunun devamlılığı görülmektedir.

Araştırma kapsamındaki evli kadınların, %42.8'inin 120 ay ve altı, %57.2'sinin 121 ay ve üzeri evli olduğu saptanmıştır (Tablo 2). Altıparmak ve Eser'in (105) Manisa Salihli'de yaptıkları çalışmada kadınların evlilik süresinin 120 ay ve altının %33.7, 120 ay üzerinin %63.3 olduğu belirlenmiştir. Kuş'un (146) yaptığı çalışmada ise 120 ay altının %93.2, 120 ay ve üzerinin %6.8 olduğu bulunmuştur. Konu ile ilgili çalışmalardaki farklılıkların örneklem grubunun yaş dağılımıyla ilgili olduğu söylenebilir.

Araştırma kapsamındaki kadınların, %82.3'ü çekirdek aileye, %17.7'si geniş aileye sahiptir (Tablo 3). Altıparmak ve Eser'in (105) Manisa Salihli'de yaptıkları çalışmada kadınların %85.3'ünün çekirdek, %14.7'sinin geniş aile yapısına sahip olduğu bildirilmiştir. Özdemir'in (135) Sakarya'da yaptığı çalışmada kadınların aile tipine bakıldığında %79.3'ünün çekirdek aile, %20.7'sinin geniş aile tipinde olduğu saptanmıştır. Pehlivan ve ark.'larının (147) Malatya Yeşilyurt'ta yaptıkları çalışmada kadınların ailelerinin %74'ü çekirdek, %26'sı geniş aile tipinde bulunmuştur. Türkiye'de ayrı bölgelerde yapılan araştırma sonuçları aile yapılarındaki benzerliği göstermektedir.

Çalışmamızdaki kadınların evlerinde yaşayan ortalama kişi sayısı  $4.2 \pm 1.5$ 'tir. Kadınların %66.2'si hane halkı sayısını 1-4 kişi, %33.8'i ise 5 ve üzeri kişi olarak bildirmiştir (Tablo 3). Altınel'in (141) yaptığı çalışmada evde sürekli yaşayan kişi sayısı ortalama  $4.0 \pm 1.6$  olarak bildirilmiştir. Pehlivan ve ark.'larının (147) Malatya Yeşilyurt'ta yaptıkları çalışmada ise ortalama hane halkı büyüklüğü  $5.1 \pm 1.8$  kişi olarak saptanmıştır. TNSA 2008 verilerinde ortalama hane halkı büyüklüğü kentsel alanda 3.8 olarak bildirilmiştir (32). Hane halkı büyüklüğünün bölgedeki diğer çalışmalardan düşük, Türkiye ortalamasından ise yüksek olduğu görülmektedir.

Araştırma kapsamındaki kadınların %27.2'si evde bakıma muhtaç bir kişinin varlığını, %72.8'i ise böyle bir kişi olmadığını ifade etmiştir (Tablo 3). Ceylan'ın (148) yaptığı çalışmada aynı soruya kadınların %14.8'i var, %85.2'si yok olarak cevap vermiştir. Evde bakıma muhtaç kişi varlığı, yaşam sürecine yorgunluk ve bıkkınlığın etkisi yönüyle değerlendirilmelidir.

Çalışmamızdaki kadınların %71.7'si ailede kararlara katılırken, %28.3'ü ailede kararlara ya kısmen katıldığını ya da hiç katılmadığını belirtmiştir (Tablo 3). Altınel'in (141) yaptığı çalışmada kadınların %59.8'i ailede kararlara katıldığını bildirmiştir. İzmir'de aynı popülasyonda yapılan bir çalışmada kadınların %76.7'sinin aile kararlarına katıldığı saptanmıştır (136). Kararlara katılma durumunun Türkiye'nin batısı ile benzerliği olumlu bir gelişme olarak değerlendirilmiştir.

Araştırma kapsamındaki bulunduğu yere göç ile geldiğini söyleyen kadınların oranı %35.3'tür. Kadınların göç nedenleri arasında iş ya da tayin nedeniyle göçün yüksek oranda (%50.3) olduğu saptanmıştır. Bunu evlilik (%23.8) takip etmektedir (Tablo 4). Elazığ'ın kenar semtlerinde yapılan bir çalışmada göç ettiğini belirten kadınların göç nedenlerinin başında terör (%38.6) geldiği görülmektedir (149). Çalışmamızda ise terör nedeniyle göç oranı %5.7 olarak saptanmıştır. Konya'da kadınlar arasında yapılan bir çalışmada iş ya da tayin nedeniyle göç ettiğini belirtenlerin oranı %34.5, terör nedeniyle göç ettiğini belirtenlerin oranı %1.0 olarak bildirilmiştir (150). Terör konusunda ortaya çıkan bu fark son dönemlerde Türkiye'deki teröre yönelik çözüm sürecinden kaynaklandığı düşünülebilir. Göç ile bireyler sadece doğdukları ya da yaşadıkları yerleri değil aynı zamanda özümstedikleri kültürü, akrabalarını ve değer verdiği birçok şeyi geride bırakarak yeni yerleşim birimlerine gitmektedirler. Dolayısıyla bir bütün olarak düşünüldüğünde göçün meydana getirdiği veya getireceği sosyoekonomik sonuçların kadınların yaşam kalitesini etkilemeleri olasıdır.

Araştırma kapsamındaki kadınların konut özellikleri ve yaşam koşulları incelendiğinde; %88.1'inin betonarme, %11.9'unun yığma/kerpiç/ahşap evlerde ikamet ettiği, %40.9'unun şebeke, %40.8'inin yerel çeşme/pınar suyu, %18.3'ünün hazır su kullandığı, %30.2'sinin 1-3 oda, %69.8'inin 4 ve üzeri odalı evlerde oturduğu belirlenmiştir. %0.5'inin evinde banyo olmadığı, %4.9'unda ise tuvaletin

evin dışında olduğu saptanmıştır. Yine kadınların %6.6'sı geçim amacıyla evinde et, süt veya yumurtasından yararlanabildiği bir evcil hayvan beslemektedir. %51.6'sının evinde ısınma aracı olarak soba ve yakıt olarak %41.7'sinde odun/odun-kömür kullanılmaktadır (Tablo 5). TNSA 2008 verilerinde Türkiye'de konut özelliklerine bakıldığında; Türkiye'deki konutların yaklaşık olarak %35'i şebeke suyu, %39'u şişe suyu ve %16'sı şebekeyle pınar suyu kullanmaktadır. Türkiye'deki hanelerin büyük çoğunluğu evin içinde bir tuvalete sahiptir (%86) ve %14'ünde tuvalet evin dışındadır. Kentteki hanelerin merkezi ısıtma ve kat kaloriferi kullanma eğilimleri daha fazla iken kırdaki hanelerin soba kullanma ihtimalleri daha fazladır. Kırdaki hanelerin %83'ü sobada odun ve kömür, %10'u ise tezek yakmaktadır. Kentteki hanelerin %35'i ısınmak için doğalgaz, %54'ü ise odun ve kömür kullanmaktadır. Oda sayısına bakıldığında ise ortalama 3-4 odalı evde oturanların oranı %79.7'dir (32). Çalışmamızda da saptandığı üzere Türkiye'de halen içme suyu ile ilgili şebeke suları büyük bir oranda kullanılmamaktadır. Konut ve yaşam koşulları ile ilgili özellikler bölgesel farklılıklar gösterebilir. Bu durumun bireylerin ve toplumun yaşam kalitesini etkileyeceği düşünülmüştür.

Araştırma kapsamına alınan kadınlardan evli olanların ortalama ilk evlilik yaşı  $20.95 \pm 3.96$ 'dır (min: 13, max:40 yaş). İlk evliliğini 18 yaş ve altında yapan kadınların oranı %31.2, 19 yaş ve üzerinde yapanların oranı %68.8'dir. Gebelik sayısına baktığımızda 3 ve daha az gebelik yaşayan kadınlar %75 oranındadır. Ortalama doğurulan canlı çocuk sayısı  $2.32 \pm 1.20$ 'dir. 1-2 çocuk doğuranların oranı %64.2, 3 ve üzeri çocuk doğuranların oranı %35.8 olarak belirlenmiştir (Tablo 6). TNSA 2008 verilerinde evli kadınların ortalama ilk evlilik yaşı 20.80, ortalama gebelik sayısı 2.16 ve ortalama doğurulan canlı çocuk sayısı 1.60 olarak saptanmıştır. TNSA verilerinde bölgelere göre değişiklikler mevcuttur. Doğurganlık düzeyindeki bölgesel farklılaşma çok belirgindir. En yüksek toplam doğurganlık hızı 3.27 ile Doğu Bölgesi için gözlenirken en düşük doğurganlık hızı 1.73 ile Batı Bölgesi'ne aittir (32). Araştırma bulguları Türkiye verilerine bölgesel olarak benzerdir.

Araştırma kapsamındaki kadınların %8.6'sı menopozda olduğunu, bunların %80.9'u doğal, %19.1'i ise cerrahi yolla menopoza girdiğini belirtmiştir. Sakarya'da 15-49 yaş grubu kadınlarda yapılan çalışmada kadınların %8.4'ünün menopozda olduğu saptanmıştır (135). İstanbul'da klimakterik dönemdeki kadınlarda yapılan



çalışmada %66.7'sinin doğal yolla, %6.7'sinin cerrahi yolla menopoza girdiği bildirilmiştir (151). Menopoz, kadınların üreme çağıının sonu olması ve sebep olduğu hormonal değişikliklerin de etkisiyle kişilerin yaşam standartlarını etkileyebilir.

Araştırma kapsamındaki kadınların %38.6'sının düzenli sağlık kontrolü yaptırdığı, %61.4'ünün yaptırmadığı saptanmıştır. %87.4'ü son bir yılda herhangi bir sağlık kuruluşuna başvurmuştur (Tablo 7). Kayseri'de yapılan bir çalışmada kadınların %32.3'ünün sağlığı ile ilgili değişiklikleri gözleyip sağlık kuruluşundan düzenli yardım aldığı, kontrol amacı ile doktora gitme oranının da %67.5 olduğu belirlenmiştir (152). Yine Kayseri'de yapılan diğer bir çalışmada kadınların %94.1'i daha önce en az bir kez sağlık ocağına gitmiş olup, son bir yılda sağlık ocağında muayene olma ortalaması  $3.41 \pm 2.91$  olarak bildirilmiştir (142). Düzenli sağlık kontrolü ile ilgili oranların düşüklüğü kişilerin aktivitelerini engelleyecek sağlık problemi olmadığı sürece genel sağlık kontrolü yaptırma durumunu ihmal ettiklerini düşündürmüştür.

Araştırma kapsamına alınan kadınların %27.2'si kronik bir hastalığa, %16.1'i ise ruhsal bir hastalığa sahip olduğunu bildirmiştir (Tablo 7). Kadınlarla ilgili çalışmalarda kronik hastalığı olanların oranları; Eskişehir'de %37.1, Uşak'ta %19.7, İstanbul'da %10.3, Sakarya'da %19.4 bulunmuştur (135, 148, 151, 153). Edirne'de yapılan bir çalışmada, kadınlarda ruhsal hastalık oranı %15.4 olarak bildirilmiştir (141). Literatür sonuçları araştırmamızdaki oranlarla benzerdir. Kronik ya da ruhsal hastalığın varlığı yaşam koşullarını olumsuz etkileyebilecek durumlardır.

Araştırma kapsamındaki kadınların %22.1'inin halen sigara içtiği belirlenmiştir (Tablo 8). Konu ile ilgili çalışmalarda kadınların, Edirne'de %33.6'sının, Sakarya'da %22.1'inin, İstanbul'da %28'inin, İzmir'de %17.5'inin halen sigara içtiği saptanmıştır (135, 141, 151, 154). TNSA-2008 sonuçlarına göre evlenmiş kadınların %30'u daha önce sigara kullanmıştır, kadınların %22'si ise halen sigara kullanmaktadır (32). Bu araştırmada bulunan sigara içme oranı Türkiye geneli ile örtüşmektedir. Sigara ve diğer tütün ürünlerinin kullanımı önemini halen sürdüren ve üzerine gidilmesi gereken bir halk sağlığı sorunudur.

Araştırmadaki kadınların %3.1'i alkol kullandığını, %0.4'ü kullanmayı bıraktığını, %96.5'i ise hiç kullanmadığını ifade etmiştir (Tablo 8). Edirne'de kadınların %6.4'ünün düzenli alkol kullandığı, %25.2'sinin sosyal içici olduğu

belirlenmiştir(141). Sakarya'daki çalışmada kadınlar arasında %5.8, İstanbul'da %3.7, Eskişehir'de %4.8 katılımcının alkol kullandığı saptanmıştır (135, 148, 151). Türkiye'de alkol kullanımı sorusuna bölgesel farklı cevaplar verilebilmektedir. Bu farklılık kadınların yaşadıkları sosyal ve kültürel çevre etkilerinden, belki de çekindikleri için bu soruya gerçek anlamda cevap vermemelerinden kaynaklanıyor olabilir.

Araştırma kapsamındaki kadınların %18.1'i düzenli egzersiz yaptığını, %49.0'ı düzenli beslendiğini, %52.3'ü dinlenme için kendisine özel vakit ayırdığını belirtmiştir (Tablo 9). Elazığ'da daha önce yapılan bir çalışmada ise kadınların %7.5'inin düzenli egzersiz yaptığı, %23.7'sinin de dinlenmek için zaman ayırabildiği belirlenmiştir (149). Konu ile ilgili diğer çalışmalarda; Sakarya'da kadınların %65.3'ünün düzenli egzersiz yaptığı, İstanbul'da kadınların %11'inin düzenli egzersiz yaptığı ve %47.3'ünün dinlenme için kendilerine özel vakit ayırdığı saptanmıştır (135, 151). Sağlıklı yaşam biçimi davranışları araştırma bölgelerine göre farklılık gösterebilir.

Araştırma kapsamındaki kadınların %81.9'u herhangi bir sorun karşısında kendisine yakın bulduğu bir kişiden sosyal destek alabildiğini bildirmiştir. Edirne'de yapılan çalışmada kadınların %94.9'unun bir sorunu olduğunda sosyal destek aldığı bildirilmiştir (141). Kuş'un (146) yaptığı çalışmada destek gördüğünü söyleyen kadınların oranı %99.3 olarak belirlenmiştir. Literatür sonuçları benzerdir. Sosyal desteğin ruhsal ve fiziksel sağlık ile yaşam kalitesi arasında olumlu bir ilişkiyi güçlendirebileceği düşünülmüştür.

Araştırma kapsamına alınan kadınların %33.3'ü hayatları boyunca, %12.1'i son bir yıl içinde herhangi bir şiddet türüne en az bir kez maruz kaldığını belirtmiştir. Herhangi bir şiddet türüne maruz kaldığını belirten kadınların, hayatları boyunca en az bir kez %53.8'i fiziksel, %79.7'si duygusal, %4.4'ü cinsel, %12.6'sı ekonomik şiddet gördüğünü (Tablo 10), son bir yıl içinde ise en az bir kez %37.9'u fiziksel, %86.4'ü duygusal, %4.5'i cinsel, %15.2'si ekonomik şiddete maruz kaldığını bildirmiştir (Tablo 11). Elazığ'da daha önce yapılmış bir çalışmada kadınların %44.2'si evlenmeden önce kendi ailesi tarafından fiziksel ya da sözel şiddete maruz kaldığını, %33.7'si evliliği süresince eşinin kendini en az bir kez, %18.3'ü ise halen dövdüğünü belirtmiştir. Aynı çalışmada kadınların %62.0'ının evlilikleri süresince

en az bir kez eşi tarafından uygulanan sözel, %16.9'unun ise cinsel şiddete maruz kaldığı bildirilmiştir (155). Manisa'da kırsal bölgede 15-49 yaş evli kadınlarda yapılan çalışmada, kadınların %47.1'i evlilik öncesi, %32.9'u evlilik sırasında şiddet gördüğünü bildirmiştir. Şiddet türlerine bakıldığında %66.2 duygusal, %64.8 fiziksel, %14.8 cinsel şiddet olduğu saptanmıştır (156). Konya'da yapılan çalışmada kadınların %55.46'sı şiddet gördüğünü ve sırasıyla %26.3 duygusal, %11.2 ekonomik, %9.2 fiziksel, %1.8 cinsel şiddete uğradığını bildirmiştir (150). TÜİK tarafından Şubat 2009 tarihinde yayımlanan Türkiye'de kadına yönelik aile içi şiddet araştırması sonuçlarına göre; eşi veya eski eşi tarafından fiziksel şiddete maruz bırakılan kadınların oranı %39, hayatının herhangi bir döneminde duygusal şiddet yaşayan kadınların oranı %43.9, sadece cinsel şiddete maruz kalan kadınların oranı %15.3, fiziksel ve cinsel şiddete birlikte maruz kalanların oranı %41.9'dur. Kentte fiziksel şiddet oranı %38, kırdaki %43 olarak bildirilmiştir (157). Şiddetin coğrafik, sosyal ve bölgesel farklılık göstermesinin devam ettiği ve süreklilik gösterdiği görülmektedir. Şiddetin her türünün kadınların yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyebileceği beklenen bir durumdur.

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 12). Eğicioğlu'nun (158) 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'un (146) 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. Kuş'un (146) yaptığı çalışmada çalışma grubundaki kadınların çoğunluğunun genç olması nedeniyle, fiziksel boyuttan çok duygusal boyutta olumsuz etkilendikleri ve bu durumun da genel sağlık algılaması ve sosyal fonksiyon alanlarını olumsuz etkilediği düşünülmektedir.

Bu araştırmada kadınların yaşları yükseldikçe yaşam kalitesi değerlendirme puanlarının genel olarak düştüğü ( $p<0.05$ ), mental sağlık puanlarının ise de değişmediği belirlenmiştir ( $p>0.05$ ) (Tablo 13). Yaş arttıkaça yaşam kalitesi bileşenlerinin olumsuz etkilenmesi literatürle uyumludur (146, 159, 160)

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 14). Kayseri’de yapılan bir çalışmada emeklilerde fiziksel fonksiyon dışındaki yaşam kalitesi alt boyutlarının düştüğü tespit edilmiştir (159). Eğicioğlu’nun (158) üreme çağındaki kadınlarda yaptığı çalışmada kadınların çalışma durumu ile SF-36 yaşam kalitesi altboyutları karşılaştırıldığında sonuçlar araştırmamızla uyumludur. Çalışan kadının kendine olan özgüvenindeki artışı sağlığını olumlu olarak değerlendirmesine yansıyabileceği düşünölmüştür.

Araştırmadaki kadınların eğitim düzeyleri yükseldikçe fiziksel fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü, ağrı, genel sağlık, vitalite ve mental sağlıklarının olumlu etkilendiği ( $p<0.05$ ), sosyal fonksiyon ve emosyonel durumun değişmediği saptanmıştır ( $p>0.05$ ) (Tablo 15). Eğicioğlu’nun (158) 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 (148). Kadınlar arasında yaşam kalitesi ile ilişkili çalışmalarda genel olarak eğitim düzeyi arttıkaça yaşam kalitesinin olumlu olarak etkilendiği görölmektedir (159-161).

Araştırma kapsamındaki kadınların sosyal güvence ile SF-36’nın ağrı ve sosyal fonksiyon boyutları arasında ilişki saptanmamıştır ( $p>0.05$ ). Sosyal güvence varlığının diğer boyutları ise olumlu olarak etkilediği belirlenmiştir ( $p<0.05$ ) (Tablo 16). Eğicioğlu’nun (158) çalışmasında kadınların sosyal güvencesi ile sadece genel sağlık alt boyutu arasında anlamlı fark bulunmuştur ( $p<0.05$ ). İzmir’de yapılan bir çalışmada ise yaşam kalitesi alt boyutları ile sosyal güvence arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p>0.05$ ) (162). Sosyal güvencenin varlığının yaşam kalitesini olumlu etkilemesi beklenen sonuçtur. Kadınların sağlık hizmetlerine ulaşımda sıkıntı yaşamasının yaşam kalitesini olumsuz etkilemesi olasıdır.

Çalışmamızda ilişki saptanmayan ağrının algılanması ve sosyal boyut kişinin bilişsel özelliklerine göre değişebilir.

Araştırma kapsamındaki kadınların sosyal fonksiyon ve emosyonel rol gücü puanlarının medeni durumlarına göre değişmediği ( $p>0.05$ ), diğer yaşam kalitesi boyutlarında ise bekar olanların daha fazla puan aldıkları saptanmıştır ( $p<0.05$ ) (Tablo 17). Kayseri’de yapılan çalışmada yaşam kalitesi alt boyutlarından genel sağlık dışındaki bütün alanlardaki puanların evlilerde dul/boşanmış olan hastalara göre yüksek olduğu tespit edilmiştir (159). Eğicioğlu’nun (158) 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.’larının (161) 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 ( $p<0.05$ ). 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.

Araştırma kapsamındaki kadınların eşlerinin eğitim düzeyi yükseldikçe SF-36 yaşam kalitesi alt boyutlarından fiziksel bileşeni oluşturan fiziksel fonksiyon, fiziksel rol gücü, ağrı ve genel sağlık puanlarının yükseldiği belirlenmiştir ( $p<0.05$ , Tablo 18). Türkiye’de yapılan çalışmalardan elde edilen sonuçlar da eğitim düzeyi yüksekliğinin yaşam kalitesini de yükselttiğini göstermiştir (105, 163). Yaşam kalitesinin mental bileşenlerinde herhangi bir etkilenme olmaması ise bu durumun kişi üzerinde ruhsal, sosyal ve çevresel faktörlerin bu sonucu doğurabileceğini düşündürmüştür.

Araştırma kapsamına alınan kadınlardan çekirdek aileye sahip olanlarda yaşam kalitesi puanlarının daha yüksek olmasına rağmen aradaki ilişki anlamlı bulunmamıştır ( $p>0.05$ , Tablo 19). Kuş’un (146) yaptığı çalışmada kadınların aile tipinin emosyonel rol gücü, mental sağlık, vitalite, genel sağlık ve sosyal fonksiyon puanlarına etkisinin istatistiksel olarak anlamsız olduğu bulunmuştur. Göçgeldi ve ark. (161) yaptığı çalışmada hanede yaşayan birey sayısı arttıkça yaşam

kalitesi alt boyutları puanlarının düştüğü saptanmıştır. Geniş aileye mensup kadınların kendi çekirdek ailesi ve kendisi için gerekli özeni gösterme olasılığının azalması ve yaşam kalitesine olumsuz etkisi beklenebilir.

Araştırma kapsamındaki kadınların bildirdiği aylık gelir düzeyleri arttıkça SF-36 yaşam kalitesi alt boyutlarından fiziksel fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü, ağrı, genel sağlık, vitalite puanlarının yükseldiği ( $p<0.05$ ), sosyal fonksiyon, emosyonel rol güçlüğü ve mental sağlık puanları ile gelir arasında ise ilişki saptanmadığı görülmüştür ( $p>0.05$ ) (Tablo 20). Eğicioğlu'nun (158) 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 durumun 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 (148). Genel olarak yaşam kalitesi ile ilgili çalışmalara bakıldığında gelir seviyesi arttıkça yaşam kalitesinin de arttığı görülmektedir (161, 164, 165). Gelir düzeyinin artışının, refah düzeyi ve getireceği olumlu kazanımların artışı ile yaşam kalitelerini iyileştireceği beklenen bir sonuçtur.

Araştırma kapsamındaki kadınlardan evlerinde bakıma muhtaç kişi olmadığını söyleyenlerin fiziksel rol güçlüğü puanı olanlara göre daha yüksektir. ( $p<0.05$ ). Evde böyle bir kişinin varlığı ile diğer yaşam kalitesi boyutları arasında bir ilişki saptanmamıştır ( $p>0.05$ ) (Tablo 21). Eskişehir'de yapılan çalışmada kadınların evde bakıma muhtaç birey varlığı durumunda yaşam kalitesinin olumsuz yönde etkilendiği saptanmıştır (148). Kadınların evde bakıma muhtaç kişiye ayracağı zaman, emek ve güçten ötürü işte ya da diğer günlük etkinliklerinde sorunlar yaşayabilecekleri düşünülmüştür.

Araştırma kapsamındaki şu an yaşadıkları yere göç ile gelmiş kadınların sadece fiziksel fonksiyon boyutu puanlarının istatistiksel olarak daha düşük olduğu bulunmuştur ( $p<0.05$ , Tablo 22). Konya'da yapılan çalışmada göç ettiğini söyleyen kadınların yaşam kalitesi puanlarının düşük olduğu belirlenmiştir (150). Van'da yapılan yaşam kalitesi ile ilgili çalışmada da göç ettiğini söyleyen katılımcıların SF-36 yaşam kalitesi alt boyutları puanlarının düşük olduğu belirlenmiştir. Ağrı, genel

sağlık, vitalite, mental sağlık, sosyal fonksiyon ve emosyonel rol güçlüğü alt bileşenleri ile istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ( $p<0.05$ ) (166). Yaşam yeri değişiklikleri ile bireylerde oluşan umutların her zaman karşılanamayabileceği ve de ülkemizde sosyo-kültürel yapı gereği kadınların bu durumdan daha fazla etkilenebileceği düşünülmüştür.

Araştırma kapsamındaki kadınların evlerindeki oda sayısı arttıkça fiziksel fonksiyon ve ağrıya bağlı kısıtlılık olmaması, enerjinin artması, genel sağlık ve mental sağlıkta iyi yönde gelişmenin göstergesi olarak bu gruplarda puan artışı saptanmıştır ( $p<0.05$ , Tablo 23). Konya’da yapılan bir çalışmada evdeki oda sayısının artmasıyla hem fiziksel hem de mental bileşenlerin puanlarının yükseldiği bildirilmiştir (167). Fiziksel mekanların yeterli oluşu kişiye daha rahat hareket edebilme ve hanede yaşayanlara özel alanlar ayrılabilmesi yönüyle değerlidir.

Araştırma kapsamındaki ilk evliliğini 19 yaş ve üzerinde yapmış olduğunu bildiren kadınların vitalite puanları küçük yaşlarda evlenmiş olanlara göre daha yüksek bulunmuştur ( $p<0.05$ ), ilk evlilik yaşı ile yaşam kalitesinin diğer alt boyutları arasında ilişki saptanmamıştır ( $p>0.05$ ) (Tablo 24). Erbaydar ve ark’ları (168), 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 enerjiyi yaşam sürecine yansıtabilme 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 ( $p<0.05$ ) (Tablo 25). Eskişehir’de yapılan çalışmada da, 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 (148). Zorlu bir süreç olan gebeliğin kadınları fiziksel ve mental açıdan olumsuz etkileyebileceği ve bunun aynı yönde yaşam kalitesine yansıtılabileceği beklenebilir.

Bu araştırmada dzenli sağlık kontrolu yaptıran kadınların ağrı, genel sağlık, vitalite, emosyonel rol guclugu ve mental sağlıklarının olumlu yonde etkilendiği gorulmektedir ( $p<0.05$ , Tablo 26). Dzenli sağlık kontrolu yaptırma yaşam kalitesi puanlarının artmasına neden olmaktadır. Dzenli sağlık kontrolunun bireylerin yaşam kalitelerine olumlu etkisi sağlık-yaşam kalitesi etkileşiminde pozitif yonde bir durum olarak değerlendirilebilir.

Araştırmadaki kadınların kronik hastalık varlığında tum yaşam kalitesi alt boyutlarında punların duştuğu saptanmıştır ( $p<0.05$ , Tablo 27). Yaşam kalitesi ile ilgili yapılan diğer çalışmalara bakıldığında da kronik hastalık varlığının yaşam kalitesini azalttığı bildirilmiştir (105, 148, 162, 169). Kronik hastalık varlığının kişinin yaşam standartlarını duřurdđu soylenebilir.

Araştırma kapsamındaki kadınların ruhsal hastalık varlığı durumunda yaşam kalitesi alt boyut puanlarının duştuğu saptanmıştır ( $p<0.05$ , Tablo 28). Konu ile ilgili araştırmaların sonuçları araştırmamızla uyumludur (162, 164, 170-172). Ruhsal hastalıklar, kadınların hem olağan sosyal ve mesleki işlevlerinde bozulmaya hem de sıkıntı yaşamalarına neden olabilmektedir. Bu nedenle yaşam kalitesini etkileyen onemli faktorlerden biri olarak gorunmektedir.

Araştırma kapsamındaki kadınlardan halen sigara kullananların, fiziksel fonksiyon, genel sağlık, vitalite, sosyal fonksiyon, emosyonel rol guclugu ve mental sağlık puanları kullanmayanlara gore daha yuksek bulunmuştur ( $p<0.05$ , Tablo 29). Konu ile ilgili literatur sonuçlarında sigara icmenin yaşam kalitesini duřurdđu bildirilmiştir. (148, 165, 170). Kısa surede bağımlılık yapabilen sigara; kullanan kişiye ekonomik bir yuk getirmekte, icindeki maddelerle organizmayı olumsuz yonde etkilemekte ve sağlığa zarar vermektedir ve sigara icmenin fiziksel, ruhsal ve sosyal zararlı etkilerinden dolayi yaşam kalitesi dusmektedir.

Araştırmadaki kadınların alkol kullanımları incelendiğinde, alkol kullananlarda fiziksel fonksiyon ve ağrı alt boyutları puanlarının daha yuksek olduğu saptanmıştır ( $p<0.05$ , Tablo 30). Eskişehir'de yapılan çalışmada kadınların alkol kullanımının yaşam kalitesini etkilemediği bildirilmiştir (148). Toksik bir madde olan alkolun çalışmamızda yaşam kalitesinin fiziksel komponentlerine olumlu etkisi var gibi gorunse de bu durum alkol kullandığını ifade eden kişi sayısının az olmasından kaynaklanıyor olabilir.



Araştırma kapsamındaki kadınların düzenli egzersiz yapma ile SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği alt boyutları karşılaştırıldığında, emosyonel rol güçlüğünde ilişki saptanmadığı ( $p>0.05$ ), bunun dışındaki tüm alt boyutların olumlu yönde etkilendiği ve yaşam kalitesi puanlarının egzersiz yapan kadınlarda daha yüksek olduğu belirlenmiştir ( $p<0.05$ ) (Tablo 31). Aydın'da ve Eskişehir'de yapılan çalışmalarda egzersiz yapan kadınların yaşam kalitelerinin olumlu yönde etkilendiği bildirilmiştir (148, 173). Düzenli egzersiz yapmanın zihinsel ve fiziksel sağlığa olumlu etkileri olduğu sonucu görülmektedir.

Araştırma kapsamındaki herhangi olumsuz bir olay karşısında sosyal destek alabildiğini ifade eden kadınlarda ağrı dışındaki tüm alt boyutlarda yaşam kalitesi puanlarının arttığı saptanmıştır ( $p<0.05$ , Tablo 32). Literatür sonuçları araştırmamız ile benzerdir (146). Yaşam süreci içinde her insanın sorunlarını paylaşabileceği birilerine ihtiyacı vardır. Kadınların duygusal yapısı gereği sosyal destek almaları daha önemli gibi görünmektedir. Bunun da yaşam kalitesini olumlu yönde etkileyen bir faktör olması olasıdır.

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 ( $p<0.05$ , Tablo 33,34). Sonuçlarımız konu ile ilgili çalışmalarla uyumludur (105, 150). 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, değerlendirmelerin 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;

- Kadınların yaş ortalaması  $32.21\pm 9.88$ , %67.5'i evli, %46.6'sı ilkokul/ortaokul mezunu olup %20.8'i gelir getirici bir işte çalışmaktadır.
- Evli kadınların ortalama evlilik süresi  $164.38\pm 108.35$  ay, ilk evlilik yaşı ortalaması  $20.95\pm 3.96$  yaştır.
- Eşlerinin %48.0'ı lise/üniversite mezunu, %91.1'i gelir getirici bir işte çalışmaktadır.

- Kadınların %82.3'ü çekirdek aile tipine sahip, %28.3'ü evde kararlara kısmen ya da hiç katılmamaktadır.
- Kadınların %30.2'si 1-3 odalı evlerde oturmakta, %40.8'i içme suyu olarak yerel çeşme/pınar suyu kullanmaktadır.
- Evli olanların %31.2'si 18 yaş ve altı evlilik yapmış, gebelik yaşayanların ise %25.0'ı 4 ve üzeri kez gebe kalmıştır.
- Kadınların %61.4'ü düzenli sağlık kontrolü yaptırmamakta, %27.2'si en az bir kronik, %16.1'i ise ruhsal hastalığa sahiptir.
- Kadınların %22.1'i sigara, %3.1'i alkol kullanmaktadır. %81.9'u düzenli egzersiz yapmadığını, %51.0'ı düzenli beslenmediğini, %47.7'si dinlenme için vakit ayıramadığını belirtmiştir.
- Kadınların %18.1'i herhangi bir sorunu olduğunda sosyal destek alamadığını, %12.1'i son bir yıl içinde herhangi bir şiddet türüne en az bir kez maruz kaldığını belirtmiştir.
- 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.
- Kadınların 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.
- Eşlerin eğitim düzeyi yükseldikçe kadınların yaşam kalitelerinin fiziksel bileşenlerini oluşturan alt boyut puanları yükselmektedir.
- Gelir düzeyinin yükselmesi ile fiziksel fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü, ağrı, genel sağlık ve vitalite puanlarının arttığı saptanmıştır.
- Evde bakıma muhtaç kişinin varlığı fiziksel rol güçlüğü yönünden yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir.
- Yaşadıkları evdeki oda sayısı arttıkça fiziksel fonksiyon ve ağrıya bağlı kısıtlılık olmaması, enerji artımı, genel sağlık ve mental sağlıkta yaşam kalitesi puanlarının arttığı saptanmıştır.

- Erken yaşta evlilik yapanların vitalite puanları 19 yaş ve üzeri evlilik yapanlara göre daha düşük bulunmuştur.
- Gebelik yaşamış olanların gebelik sayıları arttıkça genel olarak yaşam kalitesi puanlarının düştüğü belirlenmiştir.
- Düzenli sağlık kontrolü yaptırma kadınların ağrı, genel sağlık, vitalite, emosyonel rol güçlüğü ve mental sağlıklarını olumlu yönde etkilemektedir.
- Kronik ve ruhsal hastalık varlığı yaşam kalitesi puanlarını düşürmektedir.
- Sigara kullanan kadınların fiziksel fonksiyon, genel sağlık, vitalite, sosyal fonksiyon, emosyonel rol güçlüğü ve mental sağlık puanlarının kullanmayanlara göre daha düşük olduğu saptanmıştır.
- Düzenli egzersiz yapmanın emosyonel rol güçlüğü dışındaki tüm alt boyutlarda, herhangi bir sorun karşısında sosyal destek almanın ağrı dışındaki tüm alt boyutlarda yaşam kalitesi puanlarını arttırdığı saptanmıştır.
- Herhangi bir şekilde şiddete maruz kalma durumu yaşam kalitesi puanlarını düşürmektedir.

Araştırma sonuçları doğrultusunda kadınların yaşam kalitelerini yükseltmeye yönelik olarak;

- Bireylerin eğitim düzeylerini yükseltmeye yönelik çalışmalar ve teşvikler yapılmalı,
- Kadınların gelir getirici iş sahibi olma oranları artırılmalı, bireysel ve toplumsal düzeyde gelir düzeylerini arttırıcı politikalar oluşturulmalı ve uygulanmalı,
- Kadınların fiziksel yaşam alanlarıyla ilgili özellikle konut sağlığını içeren düzenlemeler yapılmalı,
- Kadınların evlilik yaşı ve gebelik sayılarına yönelik özellikle birinci basamak sağlık kuruluşları ile ilişkileri arttırılarak eğitimler planlanmalı,
- Düzenli sağlık kontrolü yaptırma, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını arttırma, 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,

- Kadınların yaşam kalitelerinin yükseltilmesine yönelik çalışmalar, ilgili sivil toplum ve kamu kuruluşlarının multidisipliner bir şekilde birlikte hareket etmesiyle sağlanmalıdır.

## 5. KAYNAKLAR

1. World Health Organization (WHO). Gender and Health, Technical Paper, Switzerland: World Health Organization Publication-Geneva, 1988.
2. Akın A, Özvarış ŞB. Dünyada ve Türkiye’de Kadın Sağlığının Durumu. Güler Ç, Akın L (editörler). Halk Sağlığı Temel Bilgiler, Ankara: Hacettepe Üniversitesi Yayınları, 2006.
3. Women in National Parliaments, 30April 2011. <http://www.ipu.org/wmn-e/classif.htm/10.05.2013>.
4. Türkiye’de Kadının Durumu. Ankara: T.C. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü Yayını, 2012.
5. Taşkın L. Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği. 8. Baskı, Ankara: Sistem Ofset Matbaacılık, 2007: 451-464.
6. Akın A, Sevincan F. Türkiye’de Kadın sağlığının düzeyi ve aile planlaması uygulamalarının durumu. Türkiye Klinikleri Cerrahi Tıp Bilimleri Dergisi 2006; 13: 1-5.
7. Akın A, Demirel S. Toplumsal cinsiyet kavramı ve sağlığa etkileri. Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 2003; 25: 73-82.
8. T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü. Üreme Sağlığına Giriş Katılımcı Rehberi, 2005.
9. Şener Ü. Kadın yoksulluğu. Türkiye Ekonomi Politikaları Araştırma Vakfı Değerlendirme Notu, Eylül 2009.
10. Türkiye’de Kadının Durumu. Ankara: T.C. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü Yayını, 2009.
11. Ilgaz NY. Kadın Genital Organları Morfolojisi. Propedötik Kadın Doğum. Ankara: Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Matbaası, 1980: 3-29.
12. Coşkun A (editör). Üreme sisteminin yapı ve fonksiyonları. Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği El Kitabı. İstanbul: Birlik Ofset Ltd, 1996.

13. Coşkun A. Üreme sağlığının kadın yaşamındaki yeri. Hemşirelik Bülteni 1995; 38: 13-20.
14. Baysal A. Beslenme. 9. Baskı, Ankara: Hatipoğlu Yayınları, 2002.
15. Kımık E. Adölesanda beslenme gereksinimleri ve alışkanlıkları. Katkı Pediatri Dergisi 1996; 17: 146-162.
16. Çanga Ş, Önder İ. Kadın Hastalıkları. 5. Baskı, İstanbul: Ar Basım Yayım ve Dağıtım A.Ş, Güven Kitapevi, 1979: 13-23.
17. Taşkın L. Kadın Hastalıkları Hemşireliği. 1. Baskı, Ankara: Sistem Ofset, 1994: 119-128.
18. Hotun N. Menopoz. İstanbul: Çevik Matbaacılık, 1998.
19. Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu (UNFPA), 2010.  
[http://www.unfpa.org/swp/2010/web/en/pdf/EN\\_SOWP10.pdf/05.05.2013](http://www.unfpa.org/swp/2010/web/en/pdf/EN_SOWP10.pdf/05.05.2013).
20. Akın A, Özvarış ŞB. Ana sağlığı ve aile planlaması. Bertan M, Güler Ç (editörler). Halk Sağlığı Temel Bilgiler, Ankara: Güneş Kitabevi, 1997: 116-162.
21. Notelovitz M. Optimizing women's health: Adult women's health and medicine. Climacteric 2005; 8: 205-209.
22. Tinker A. Women's health: the unfinished agenda. Int J of Gynaecol Obstet 2000; 70: 149-158.
23. Köşgeroğlu N, Açıkgöz A, Ayrancı U. Kadın sağlığı. Sağlık ve Toplum Dergisi 2004; 14: 9-13.
24. T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2003. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Ankara, 2004.
25. Akın A, Biliker MA, Güçüz BD, Mihçioğur S. Türkiye'de anne ölümleri ve nedenleri. Aktüel Tıp Dergisi 2001; 6: 24-29.
26. Center For Genetics and Society. Sex selection.  
<http://www.geneticsandsociety.org/section.php?id=29/02.02.2013>.

27. Toplumsal Cinsiyet Eşitliği. T.C. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü Yayını, Ankara, Ekim 2008.
28. Özdemir O, Ocaktan E, Kanyılmaz D. Toplumlarda cinsiyet oranı ve etkilendiği düşünülen faktörler. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 2005; 58: 180-188.
29. Parliamentary Office of Science And Technology. Sex selection. Postnote 2003; 198: 1-4.
30. Lhila A, Simon KI. Prenatal health investment decisions: Does the child's sex matter. Demography 2008; 45: 885-905.
31. T.C. Sağlık Bakanlığı. 2827 Sayılı Nüfus Planlaması Hakkında Kanun. <http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-462/rg-tarihi27051983--rg-sayisi18059-2827-sayili-nufus-pla-.html?vurgu=2827/04.02.2013>.
32. T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2008. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Ankara, Ekim 2009.
33. World Health Organization (WHO). Breastfeeding. <http://www.who.int/topics/breastfeeding/en/04.02.2013>.
34. Cowan B. Let her die. Indian J Matern Child Health 1990; 1: 127-128.
35. Kulsoom U, Saeed A. Breast feeding practices and beliefs about weaning among mothers of infants aged 0-12 months. J Pak Med Assoc 1997; 47: 54-60.
36. Seçkin RÇ. Çocuk ihmal ve istismarı, [http://www.halk-sagligi.uludag.edu.tr/seminerler/cocuk-ihmal\\_ve\\_istismari.pdf/04/02/2013](http://www.halk-sagligi.uludag.edu.tr/seminerler/cocuk-ihmal_ve_istismari.pdf/04/02/2013).
37. Çocuk İstismarını ve İhmalini Önleme Derneği. Çocuk İstismarı ve İhmaline Multidisipliner Yaklaşım. Ankara: Ankara Üniversitesi Basımevi, 2007.
38. Kara B, Biçer U, Gökalp AS. Çocuk istismarı. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi 2004; 47: 140-151.
39. Jain AM. Emergency department evaluation of child abuse. Emerg Med Clin Northam 1999; 17: 575-593.

40. Bilir Ş, Arı M, Dönmez NB, Güneysu S. 4-12 yaşları arasında 16100 çocukta örselenme durumları ile ilgili bir inceleme. Çocuk Gelişimi ve Eğitimi Dergisi 1986; 1: 7-14.
41. Gorey KM, Leslie DR. The prevalence of child sexual abuse: integrative reiew adjustment for potential response and measurement biases. Child Abuse Neglect 1997; 21: 391-398.
42. Erbil N, Divan Z, Önder P. Ergenlerin benlik saygısına ailelerinin tutum ve davranışlarının etkisi. Aile ve Toplum Dergisi 2006; 3: 7-15.
43. Özcebe H. Birinci basamakta adölesan sorunlarına yaklaşım. TTB Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi (STED) 2002; 11: 374-377.
44. Tamar D, Ögel K, Çakmak D. Ergenlik döneminde madde kullanımı. Ege Psikiyatri Sürekli Yayınları 1997; 2: 502-519.
45. Türkiye Büyük Millet Meclisi (TBMM). Türkiye'de ortaöğretim kurumlarına devam eden öğrencilerde ve ceza infaz kurumlarında bulunan tutuklu ve hükümlü çocuklarda şiddet ve şiddeti etkileyen etkenlerin saptanması. Araştırma Raporu, Nisan 2007.
46. Tezcan S, Özcebe H, Subaşı N, Üner S, Telatar TG. Hacettepe Üniversitesi öğrencilerinin ruhsal sağlık düzeyleri ve madde kullanım boyutlarının saptanması. Hacettepe Üniversitesi Bilimsel Araştırmalar Birimi, Proje No: 0302101004, Ankara, 2006.
47. Demirel F, Bideci A, Çamurdan O, Yeşilkaya E, Cinaz P. Bilinçsiz zayıflama diyeti uygulayan ergen kızlarda gelişen hipotiroidi: Olgular sunumu. TTB Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi (STED) 2005; 14: 188-191.
48. Küey AG. Yeme bozuklukları. Adölesan sağlığı II . Sempozyum Dizisi 2008; 63: 81-83.
49. Tezcan E. Psikiyatrik bozuklukların epidemiyolojisi. Türkiye'de sık karşılaşılan psikiyatrik hastalıklar. Sempozyum Dizisi 2008; 62: 25-30.
50. Maner F, Aydın A. Yeme bozukluklarında bilişsel davranışçı terapi. Psikiyatride Derlemeler, Olgular ve Varsayımlar Dergisi 2007; 1: 23-36.



51. Herpetz-Dahlman B. Outcome in adolescent anorexia nervosa. *Acta Neuropsychiatrica* 2002; 14: 90-98.
52. Türkiye Büyük Millet Meclisi (TBMM). Türk Medeni Kanunu. <http://www.tbmm.gov.tr/kanunlar/k4721.html>/12.03.2013.
53. Arın MC. Yeni medeni kanunun yaşamımıza getireceği değişiklikler. [http://www.huksam.hacettepe.edu.tr/Turkce/SayfaDosya/yeni\\_medeni\\_kanun.pdf](http://www.huksam.hacettepe.edu.tr/Turkce/SayfaDosya/yeni_medeni_kanun.pdf) 10.04.2013.
54. Başer M. Adölesan cinselliği ve gebelik. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2000; 4: 50-54.
55. Koyun A, Taşkın L, Terzioğlu F. Yaşam dönemlerine göre kadın sağlığı ve ruhsal işlevler: Hemşirelik yaklaşımlarının değerlendirilmesi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry* 2011; 3: 67-99.
56. The Guttmacher Institute. Facts on induced abortion worldwide. <http://www.unhcr.org/refworld/pdfid/4a2f69572.pdf>/31.03.2013.
57. Saruhan A, Ünsal Ş. Kürtajda suçluluk. *Hemşirelik Forumu* 2003; 6: 19-26.
58. Kitapçioğlu G, Yanikkerem E, Sevil Ü, Yüksel D. Gebelerde doğum ve postpartum döneme ilişkin endişeler; bir ölçek geliştirme ve validasyon çalışması. *Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* 2008; 9: 47-54.
59. Kavlak O, Saruhan A. İnfertil kadınlarda yalnızlık düzeyi ve bunu etkileyen faktörlerin incelenmesi. *Ege Tıp Dergisi* 2002; 41: 229-232.
60. Yanikkerem E, Kavlak O, Sevil Ü. İnfertil çiftlerin yaşadıkları sorunlar ve hemşirelik yaklaşımı. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2008; 11: 112-121.
61. Jedrzejczak P, Luczak-Wawrzyniak J, Szyfter J, Przewoźna J, Taszarek-Hauke G, Pawelczyk L. Feelings and emotions in women treated for infertility. *Przegl Lek* 2004; 61: 1334-1337.
62. Güz H, Özkan A, Sarısoy G, Yanık F, Yanık A. Psychiatric symptoms in Turkish infertile women. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 2003; 24: 267-271.

63. Jirka J, Schuatt S, Foxal JM. Loneliness and social support in infertile couples. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 1996; 25: 55-59.
64. Özerdoğan N, Sayiner FD, Köşgeroğlu N, Unsal A. 40-65 yaş grubu kadınlarda cinsel fonksiyon bozukluğu prevalansı, depresyon ve diğer ilişkili faktörler. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi* 2009; 2: 46-59.
65. İncesu C. Cinsel işlevler ve cinsel işlev bozuklukları. *Klinik Psikiyatri Dergisi* 2004; 3: 3-13.
66. Laumann EO, Nicolosi A, Glasser DB, Paik A, Buvat J, Gingeli C, et al. Sexual problems among men and women aged 40-80 y: prevalence and correlates identified in the global study of sexual attitudes and behaviors. *International Journal of Impotence Research* 2005; 17: 39-57.
67. Çayan S, Akbay E, Bozlu M, Canpolat B, Acar D, Ulusoy E. Türk kadınlarında cinsel fonksiyon prevalansı ve cinsel fonksiyonları bozabilecek potansiyel risk faktörleri. *Androloji Bülteni* 2004; 17: 179-181.
68. Babayiğit MA, Bakır B. HIV enfeksiyonu ve AIDS: Epidemiyolojisi ve korunma. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni* 2004; 3: 280-290.
69. Aksu T. Cinsel yolla bulaşan hastalıklar. [http://www.sabem.saglik.gov.tr/kaynaklar/214\\_8\\_kadin1\\_18.sayi.pdf/08.02.2013](http://www.sabem.saglik.gov.tr/kaynaklar/214_8_kadin1_18.sayi.pdf/08.02.2013).
70. Kimberly A, Workowski MD, Stuart M, Berman MD. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Sexually transmitted diseases treatment guidelines. *Morbidity and Mortality Weekly Report (MMWR)* 2006; 55: 11.
71. Miller KE, Ruiz DE, Graves JC. Update on the prevention and treatment of sexually transmitted diseases. *Am Fam Physician* 2003; 67: 1915-1922.
72. Ünal H. Meme kanserli hastalara cerrahın bakış açısı. İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri. Türkiye'de Sık Karşılaşılan Psikiyatrik Hastalıklar Sempozyum Dizisi 2008; 62: 119-126.
73. Özmen V. Breast cancer in the world and Turkey. *J Breast Health* 2008; 4: 6-12.

74. American Cancer Society. Cancer Facts and Figures, 2009.  
<http://www.cancer.org/acs/groups/content/@nho/documents/document/f861009final90809pdf.pdf>/15.02.2013.
75. T.C. Sağlık Bakanlığı Kanserele Savaş Dairesi Başkanlığı. Türkiye Kansere İstatistikleri, 2005. <http://www.kanser.gov.tr/index.php/daire-faaliyetleri/kanser-istatistikleri.html> /15.02.2013.
76. Reis N. Jinekolojik kanser ve tedavilerinin kadın sağlığına etkileri. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi 2003; 7: 35-40.
77. Gümüş A. Meme kanserinde psikososyal sorunlar ve destekleyici girişimler. Meme Sağlığı Dergisi 2006; 2: 108-114.
78. Berard RM. Depression and anxiety in oncology: the psychiatrist's perspective. J Clin Psychiatry 2001; 62 (Suppl 8): 58-63.
79. Aksu F, Oral E. Kadın Dış Genital Organına Uygulanan Kısıtlayıcı Tahripkar Sünnet Şekilleri. Elektronik Cerrahpaşa Dergisi 1998; 29: 107-110.
80. Yeni E. Kadında sirkumsizyon ve genital mutilasyon. Androloji Bulteni 2004; 18: 261-263.
81. Elnashar A, Abdelhady R. The impact of female genital cutting on health of newly married women. Int J Gynaecol Obstet 2007; 97: 238-244.
82. El-Defrawi MH, Lotfy G, Dandash KF, Refaat AH, Eyada M. Female genital mutilation and its psychosexual impact. J Sex Marital Ther 2001; 27: 465-73.
83. World Health Organization (WHO). Gender and women's mental health. [http://www.who.int/mental\\_health/prevention/genderwomen/](http://www.who.int/mental_health/prevention/genderwomen/)15.02.2013.
84. Taş AK, Uyanık D, Karakaya Z. Şiddeti içselleştiren kadın profili: Türkiye için güncel bir yaklaşım, 1993. [www.die.gov.tr/tkba/english\\_tkba/makaleler.htm-12k/](http://www.die.gov.tr/tkba/english_tkba/makaleler.htm-12k/)15.02.2013.
85. T.C. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü. Türkiye'de Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet Araştırması 2008. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Ankara, 2009.

86. International Council of Nurses (ICN). Nurses, always there for you: United against violence. International Nurses Day 2001. [www.icn.ch/indkit2001.htm](http://www.icn.ch/indkit2001.htm)/15.02.2013.
87. Türkiye İstatistik Kurumu (TUİK), Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi. Nüfus Sayımı Sonuçları, 2012. [http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt\\_id=37/01.05.2013](http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=37/01.05.2013).
88. Aydemir O, Yağcı E, Gülseren L, Kültür S. Menopoz döneminde anksiyete ve depresyon. *Türk Psikiyatri Dergisi* 1999; 10: 268-274.
89. Evlice YE, Tamam L, Karataş G. Menopoz ve tedavi sürecinde ortaya çıkan ruhsal sorunlar. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2002; 3: 108-112.
90. Uysal A. Dünyada yaygın bir sorun: Yaşlı istismarı ve ihmali. *Aile ve Toplum Dergisi* 2002; 2: 43-49.
91. Taşçı E, Saruhan A. Yaşlılık ve kadın. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2006; 22: 187-198.
92. Danış MZ. Yaşlılık, yoksulluk ve yalnızlık. [http://www.gebam.hacettepe.edu.tr/sosyal\\_boyut/yaslilik\\_yoksuluk\\_yanlizlik.pdf/](http://www.gebam.hacettepe.edu.tr/sosyal_boyut/yaslilik_yoksuluk_yanlizlik.pdf/) 08.03.2013.
93. İçli G. Yaşlılar ve yetişkin çocuklar. *Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi* 2008; 1: 29-38.
94. T.C. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü. TBMM Kadının Statüsünü Araştırma Komisyonu Raporu. 2. Baskı, Ankara: Cem Web-Ofset, 2003.
95. Mihciokur S, Akın A. Dünyada ve Türkiye’de anne ölümleri. *Sağlık ve Toplum Dergisi* 1998; 8: 37-44.
96. Türkiye İstatistik Kurumu (TUİK), Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi. Nüfus Sayımı Sonuçları, 2011. [http://www.tuik.gov.tr/IcerikGetir.do?istab\\_id=5/01.05.2013](http://www.tuik.gov.tr/IcerikGetir.do?istab_id=5/01.05.2013).
97. Eski S. Miyokart Enfarktüsü Geçiren Bireylerin Yaşam Kalitesinin Belirlenmesi. Uzmanlık Tezi, Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 1999.

98. The Whoqol Group. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): development and general psychometric properties. *Soc Sci Med* 1998; 46: 1569-1585.
99. Čeremnych J, Alekna V, Valeikienė V. Gender differences in views on ageing in elderly people living in Vilnius. *Gerontologija* 2007; 8: 217-221.
100. Bonomi AE, Patrick DL, Bushnell DM, Martin M. Quality of Life Measurement Will We Ever Be Satisfied? *Journal of Clinical Epidemiology* 2000; 53: 19-23.
101. Kızılcı S. Kemoterapi Alan Kanserli Hastalar ve Yakınlarının Yaşam Kalitesi ve Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler. Doktora Tezi, Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 1997.
102. Şahin N. Hastanelerde Çalışan Hemşirelerin Öznel Yaşam Kalitelerinin Değerlendirilmesi (Kırıkkale Devlet ve SSK Hastaneleri Örneği). Yüksek Lisans Tezi, Ankara: Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2001.
103. Çalıştır B, Dereli F, Ayan H, Cantürk A. Muğla il merkezinde yaşayan yaşlı bireylerin yaşam kalitelerinin incelenmesi. *Turkish Journal of Geriatrics* 2006; 9: 30-33.
104. Alpar DB. Women and Health: Quality of Life. Degree of Master of Science, Ankara: Social Sciences of The Middle East Technical University The Department of Gender and Woman Studies, 1997.
105. Altıparmak S, Eser E. 15-49 yaş grubu evli kadınlarda yaşam kalitesi. *Aile ve Toplum Dergisi* 2007: 29-33.
106. Eser E. Yaşam Kalitesinin Sınıflandırılması ve Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesinin Ölçümü. 1. Sağlıkta Yaşam Kalitesi Sempozyumu, İzmir, 8-10 Nisan, 2004.
107. Güler D. Mastalji, Yaşam Kalitesi ve Depresyon. Uzmanlık Tezi, İstanbul: Sağlık Bakanlığı Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği Bölümü, 2006.
108. Ragni G, Mosconi P, Pia Baldini M, Somigliana E, Vegetti W, Caliarı I, Elisa Nicolosi A. Health-related quality of life and need for IVF in 1000 Italian infertile couples. *Human Reproduction* 2005; 20: 1286-1291.

109. Testa MA, Simonson DC. Assessment of quality of life outcomes. *New England Journal of Medicine* 1996; 334: 835-840
110. Campbell A. *The Sense of Wellbeing in America: Recent Patterns and Trends*. New York: Marc Graw Hill Publishing House, 1981: 21-59.
111. Campbell A. *The Quality of American Life: Perceptions, Evaluations and Satisfactions*. New York: Russell Sage Publishing House 1970: 443-507.
112. Şahin H. Eski bir kavram yeni bir ölçüt: Yaşam kalitesi. *Toplum ve Hekim Dergisi* 1997; 12: 40-46.
113. Bilgin N, Ergenç A, Timurcanday Ö. Bireylerce Algılanan Şekliyle Yaşam Kalitesi. III. Ulusal Psikoloji Kongresi bilimsel çalışmaları kitabı, 1985: 233-244.
114. Fidan D. Sağlığa ilişkin yaşam kalitesi kavramı ve ölçüm yöntemleri. *Sağlık ve Toplum Dergisi* 2003; 13: 3-8.
115. Eser E. Türkler için sağlık ve sosyal bilim araştırmalarında kullanılan linert tipi yanıt ölçekleri: WHOQOL Türkçe versiyonu yanıt skalaları sonuçları. *3P Dergisi Özel Sayısı* 1999; 7: 41-47.
116. Fitzpatrick R. Quality of life measures in health care: Applications and issues in assesement. *BMJ* 1992; 305: 1074-1077.
117. Taşçı S. *Kronik Böbrek Yetmezliğindeki Hastaların Yasam Kaliteleri*. Doktora Tezi, Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 1998.
118. Quality of Life Instruments Database. <http://www.qolid.org/05.04.2013>.
119. Bellamy N. Principles of Outcame Assessment. Hochberg MC, Silman AJ, Smolen JS, Weinblatt ME, Weisman MH (editors). *Rheumatology*. Toronto: Mosby, 2003: 893-905.
120. Kadayıfçı O. *Klimakterium-İkinci Bahar*. 1. Baskı, Adana: Nobel Kitapevi, 2006: 55-57.
121. Arslantaş D, Metintaş S, Ünsal A, Kalyoncu C. Eskişehir Mahmudiye ilçesi yaşlılarında yaşam kalitesi. *Osmangazi Tıp Dergisi* 2006; 28: 81-89.

122. Guallar-Castillon P, Sendino AR, Banegas JR, Lopez-Garcia E, Rodriguez-Artalejo F. Differences in quality of life between women and men in the older population of Spain. *Soc Sci Med* 2005; 60: 1229-1240.
123. Birinci Avrupa Yaşam Kalitesi Anketi: Türkiye’de Yaşam Kalitesi. Avrupa Yaşama ve Çalışma Koşullarını İyileştirme Vakfı, 2007.
124. ES M. Kent Üzerine Düşünceler. 1. Baskı, İstanbul: Okutan Yayıncılık, 2007; 63.
125. Üstündağ N. Toplumsallık, şiddet ve kadınlık ilişkisi üzerine bir deneme. *Amargi Kadın Bilimsel ve Kültürel Araştırmalar Yayıncılık ve Dayanışma Kooperatifi* 2007; 4: 19-20.
126. Alkan A. Yerel Yönetimler ve Cinsiyet. 1. Baskı, Ankara: Dipnot Yayınları, 2005; 110.
127. Işıklı B, Kalyoncu C, Arslantaş D. Eskişehir Mahmudiye’de 35 yaş ve üzeri kişilerde yaşam kalitesi. *Toplum Hekimliği Bülteni* 2007; 3: 7-12.
128. Türkiye İstatistik Kurumu (TUİK), Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi. Nüfus Sayımı Sonuçları, 2010.  
<http://tuikapp.tuik.gov.tr/adnksdagitapp/adnks.zul/02.09.2012>.
129. Sümbüloğlu K, Sümbüloğlu V. Biyoistatistik. 8. Baskı, Ankara: Hatiboğlu Yayınevi, 1998: 264-265.
130. 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.
131. Zeliha M. Trakya Üniversitesi Öğretim Elemanlarının Sağlıkla İlişkili Yaşam Kalitesi. Uzmanlık Tezi, Edirne: Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Bölümü, 2008.
132. 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.

133. Keller SD, Bayliss MS, Ware JE, Hsu MA, Damiano AM, Goss TF. Comparison of responses to SF-36 Health Survey questions with one-week and four-week recall periods. *Health Serv Res* 1997; 32: 367-84.
134. Ware JE, Kosinski M, Bayliss MS, McHorney CA, Rogers WH, Raczek A. 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.
135. 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.
136. 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.
137. 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.
138. 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.
139. Ferraz PR, Bertoldo SV, Costa LG, Serra EC, Silva EM, Brito LM, Chein MB. Vocal parameters and voice-related quality of life in adult women with and without ovarian function. *Journal of Voice* 2013; 27: 355-360.
140. Altay B. Samsun 6 Nolu Sağlık Ocağı bölgesindeki 15-49 yaş evli kadınların sağlıklı yaşam biçimi davranışları. *O.M.Ü. Tıp Dergisi* 2006; 23: 1-8.
141. Altinel T. Edirne Şehir Merkezindeki 15-49 Yaş Kadınlarda Ruhsal Durum ve Etkileyen Faktörler. Uzmanlık Tezi, Edirne: Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Bölümü, 2008.
142. Naçar M, Çetinkaya F, Öztürk Y. Kayseri ilinde 15-49 yaş grubu kadınların sağlık ocağından yararlanma durumu ve beklentileri. *STED* 2004; 13: 106-109.



143. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK), Gayri Safi Yurtiçi Hasıla, IV. Çeyrek 2012. Nisan, 2013.
144. Açlık ve Yoksulluk Sınırı. <http://www.turkis.org.tr/16.07.2013>.
145. Giray H, Keskinoglu P. Işıkent Sağlık Ocağı'na başvuran 15-49 yaş evli kadınların etkili aile planlaması yöntemi kullanımı ve etkileyen etmenler. STED 2006; 15: 23-26.
146. Kuş C. İnfertilite Durumunda Kadınların Yaşam Kalitesi ve Algıladıkları Sosyal Desteğin Belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2008.
147. Pehlivan E, Genç MF, Güneş G. Yeşilyurt merkezindeki 15-49 yaş grubu evli kadınların bazı demografik özellikleri ve doğurganlığı etkileyen faktörler. Journal of Turgut Özal Medical Center 1998; 5: 11-17.
148. 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.
149. Deveci E, Açıık Y, Rahman S. Elazığ'ın kenar semtlerinde yaşayan kadınların yaşam koşulları ve sağlık riskleri. TAF Prev Med Bull 2010; 9: 45-50.
150. Konya İl Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Vakfı Başkanlığı Mevlana Kalkınma Ajansı (MEVKA). Yaşam Kalitesi Temelinde Toplumsal Şiddet, Göç ve Yoksulluğun İncelenmesi. Haziran, 2012.
151. Sert G. Klimakterik Dönemdeki Kadınlarda Yaşam Kalitesinin Belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2009.
152. Sönmezer H, Çetinkaya F, Naçar M. Kayseri ilinde seçilmiş kentsel bir bölgede kadınların olumlu sağlık davranışları. TAF Prev Med Bull 2012; 11: 521-528.
153. Demirci N, Aba YA, Süzer F, Karadağ F, Ataman H. 18 yaş üstü kadınlarda üriner inkontinans ve yaşam kalitesine etkileri. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi 2012; 19: 23-37.

154. Aydın P. İzmir’de Yarı Kentsel Bir Bölgede Yaşayan 45-59 Yaş Grubu Kadınlarda Sağlık Durumu ve Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. Doktora Tezi, İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2011.
155. Deveci E, Açık Y, Gülbayrak C, Tokdemir M. Elazığ il merkezinde 15-49 yaş evli kadınların aile içi şiddete maruz kalma durumları. Toplum ve Hekim 2005; 20: 229-234.
156. Özyurt BC, Deveci A. Manisa’da kırsal bir bölgedeki 15-49 yaş evli kadınlarda depresif belirti yaygınlığı ve aile içi şiddetle ilişkisi. Türk Psikiyatri Dergisi 2010; 21: 1-7.
157. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK), Türkiye’de Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet Araştırması, Şubat, 2009.
158. Eğicioğlu H. Üreme Çağındaki Kadınlarda Premenstrual Sendromun Yaşam Kalitesine Etkisinin Araştırılması. Yüksek Lisans Tezi, Afyonkarahisar: Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2008.
159. Soyuer F, Ünalın D, Öztürk A. Kronik beyin damar hastalıklarında yaşam kalitesi ve etkileyen faktörler. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 2006; 13: 157-162.
160. 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.
161. Göçgeldi E, Babayiğit MA, Hassoy H, Açikel CH, Taşçı İ, Ceylan S. Hipertansiyon tanısı almış hastaların algıladıkları yaşam kalitesi düzeyinin ve etki eden faktörlerin değerlendirilmesi. Gülhane Tıp Dergisi 2008; 50: 172-179.
162. Sönmez Y, Uçku R, Kıtay Ş, Korkut H, Sürücü S, Sezer M, et al. 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.
163. Manisa Nüfus Sağlık Araştırması. Manisa: Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD, Mayıs 2007; 97-100.
164. Güneylıoğlu D, Özşeker F, Bilgin S, Küçük Ç, Akkaya E. Sarkoidozun yaşam kalitesi üzerine etkisi. Tüberküloz ve Toraks Dergisi 2004; 52: 31-37.

165. 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.
166. Bilir N, Özcebe H, Vaizoğlu S, Aslan D, Subaşı N, Telatar TG. Van ilinde 15 yaş üzeri erkeklerde SF-36 ile yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. Türkiye Klinikleri J Med Sci 2005; 25: 663-668.
167. Koçoğlu D, Akın B. Sosyoekonomik eşitsizliklerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitesi ile ilişkisi. DEUHYO ED 2009; 2: 145-154.
168. 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.
169. 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.
170. Güler D. Mastalji, Yaşam Kalitesi ve Depresyon. Uzmanlık Tezi, İstanbul: Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği Bölümü, 2006.
171. Aydemir Ö, Ergün H, Soygür H, Kesebir S. Major depresif bozuklukta yaşam kalitesi: Kesitsel bir çalışma. Türk Psikiyatri Dergisi 2009; 20: 205-212.
172. Altıntaş EY. Panik bozuklukta Yaşam Kalitesi: 3 Aylık İzlem Çalışması. Uzmanlık Tezi, Adana: Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri Bölümü, 2006.
173. Püllüm E, Alğun ZC. Kadın mahkumlarda yaşam kalitesi ve dengenin değerlendirilmesi. Fizyoterapi Rehabilitasyon 2012; 23: 119-124.

## 6. EKLER

### Ek 1: Anket

#### ELAZIĞ KENT MERKEZİNDE YAŞAYAN 15-49 YAŞ GRUBU KADINLARIN YAŞAM KALİTELERİ VE ETKİLEYEN FAKTÖRLER

Yaşam kalitesi, bir kişinin görünürdeki fiziksel ve zihinsel zindelik durumudur. Birçok etmen yaşam kalitesine katkıda bulunabilir. Bunlar arasında yaşamın "iyi" olması, kişinin mutluluğu ve başkalarına bağımlı olmadan işlerini yaparak yaşamın keyfini çıkarması sayılabilir. Bu çalışma Elazığ kent merkezinde yaşayan 15-49 yaş grubu kadınların yaşam kaliteleri ve etkileyen faktörleri tespit etmek amacıyla yapılmaktadır.

Değerli Katılımcılar, **anketlere ad ve soyadınızı kesinlikle yazmayınız.** Bu araştırma bilimsel amaç dışında kullanılmayacaktır. Bu araştırma için siz herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorsunuz ve size de bir ödeme yapılmayacaktır. Araştırmaya katıldığınız için teşekkür ederiz.

1. Yaşınız: .....
2. Gelir getirici bir işte çalışıyor musunuz?  
 Evet (nedir ..... )  Hayır
3. Eğitim durumunuz?  
 Okur-yazar değil  Okur-yazar, herhangi bir okul bitirmemiş  İlkokul mezunu  
 Ortaokul mezunu  Lise mezunu  Üniversite mezunu  
 Diğer :.....
4. Sosyal güvenceniz nedir?  
 Yok  Emekli Sandığı  Bağ- Kur  SSK  Yeşil kart  
 Diğer:.....
5. Medeni Durumunuz: Evli  Bekar  Dul  Boşanmış
6. Kaç yıllık evlisiniz? .....yıl(ay ile belirtiniz).
7. Eşinizin eğitim durumu?  
 Okur-yazar değil  Okur-yazar, herhangi bir okul bitirmemiş  İlkokul mezunu  
 Ortaokul mezunu  Lise mezunu  Üniversite mezunu  
 Diğer :.....
8. Eşiniz gelir getirici bir işte çalışıyor mu?  
 Evet (nedir..... )  Hayır
9. Evde sürekli birlikte yaşayan kişi sayısı?.....kişi
10. Aile tipi nedir?  
 Çekirdek aile  Geniş aile
11. Ailenin toplam aylık geliri (aile bütçesine bir ayda gelen toplam para): .....TL
12. Bu gelirden faydalanan kişi sayısı?.....kişi
13. Beraber yaşadığınız ailenizde sizin bakımınıza muhtaç birey var mı? (çocuk ya da yetişkin)  
 Evet  Hayır

14. Bakıma muhtaç birey varsa eğer, kaç kişi? .....
15. Kumanız var mı?  
 Evet  Hayır
16. Kumanız var ise kumanız ile aynı evde mi yaşıyorsunuz?  
 Evet  Hayır
17. Ailede kararlara katılıyor musunuz ?  
 Evet  Hayır  Kısmen
18. Şu an yaşadığınız yere herhangi bir yerden göç ederek mi geldiniz?  
 Evet  Hayır
19. Göç ile geldiğiniz yer aşağıdakilerden hangisidir?  
 İl  İlçe  Köy  Mezra
20. Göç ettiğiniz ilin/ilçenin/köyün adı nedir? .....
21. Göç etme nedeniniz nedir?  
.....
22. Kalınan (yaşanılan) binanın yapı özelliği nedir?  
 Betonarme  Yiğma bina  Ahşap  Diğer: .....
23. Evinizde elektrik tesisatı mevcut mu?  
 Evet  Hayır
24. Evinizde su tesisatı mevcut mu?  
 Evet  Hayır
25. Evinizde içme suyu olarak ne kullanıyorsunuz?  
 Şebeke suyu  Kuyu suyu  Taşıma (çeşme) su  Hazır su (damacana,pet şişe)
- 26.Evinizdeki oda sayınız kaçtır? ..... oda
27. Evinizde banyo mevcut mu?  
 Evet  Hayır
28. Evinizin tuvaleti içeride mi yoksa evin dışında mı?  
 İçeride  Dışarıda
29. Evde inek, koyun, keçi, tavuk gibi hayvanlar besliyor musunuz?  
 Evet (nedir.....)  Hayır
30. Evinizde ısınma aracı olarak ne kullanıyorsunuz?  
 Soba  Kalorifer  Diğer: .....
31. Evinizde yakıt olarak ne kullanıyorsunuz?  
.....
32. Evinizde yemek pişirme aracı olarak ne kullanıyorsunuz?  
.....
33. Evinizde buzdolabı var mı?  
 Var  Yok
34. İlk evlenme yaşıınız:..... yaş
35. Kaç kez gebe kaldınız?..... kez ( ) Hiç gebe kalmamış ise belirtiniz

36. İlk gebelik yaşıınız:..... yaş
37. Son gebelik yaşıınız:..... yaş
38. Son doğum yaptığınız yer:
- Evde sağlık personeli yardımı ile
  - Evde kendi kendine ya da ara ebe yardımı ile
  - Hastanede
  - Diğer (Açıklayınız:.....)
39. Doğurduğunuz canlı çocuk sayısı?..... çocuk
40. Yaşayan çocuk sayınız?..... çocuk
41. Düşük sayınız?..... adet      Düşük yapmamış:
42. Menopozda mısınız?
- Evet
  - Hayır
43. Menapoza girme şekliniz;
- Doğal yolla
  - Cerrahi yolla
44. Düzenli sağlık kontrolü yaptırıyor musunuz?
- Evet
  - Hayır
45. Son bir yıl içinde herhangi bir sağlık kuruluşuna başvurduğunuz mu?
- Evet
  - Hayır
46. Sağlık hizmetlerine (sağlık kuruluşunda doğum, muayene, sağlık kuruluşundan aile planlaması ile ilgili bilgi ve yardım alma, vb...) kolayca ulaşabiliyor musunuz?
- Evet
  - Hayır
47. Kronik bir hastalığınız var mı?
- Evet (nedir .....)
  - Hayır
48. Tanısı konulmuş ruhsal bir hastalığınız var mı?
- Evet (nedir.....)
  - Hayır
49. Sigara içiyor musunuz?
- Evet, Her gün günde en az 1 tane olmak üzere içiyorum
  - Evet, ara sıra içiyorum
  - İçiyordum, bıraktım (ne zamandan beri bıraktınız:.....ay)
  - Hiç içmedim
50. Günde içilen sigara sayısı:.....adet , Haftada.....adet.
51. Alkollü içki kullanıyor musunuz?
- Evet
  - Hayır
  - Kullanıyordum bıraktım (ne zamandan beri bıraktınız:.....ay)
52. Kullanıyorsanız sıklığı ?
- Hergün
  - Haftada 1-2 kez
  - Ayda 1-2 kez
  - Yılda 1-2 kez
  - Yılda 1'den az
53. Düzenli egzersiz yapıyor musunuz? (haftada en az 3 gün ve günde yarım saat olmak üzere yapılan fiziksel aktiviteler (yürüyüş, koşma, bisiklete binme, yüzme vb) düzenli fiziksel aktivite olarak değerlendirilecektir.
- Evet
  - Hayır
54. Günde kaç öğün yemek yersiniz?.....öğün
55. Düzenli beslendiğinizi düşünüyor musunuz?
- Evet
  - Hayır

56. Dinlenme için özel bir zaman ayırabiliyor musunuz?  
 Evet  Hayır
57. Herhangi bir sorunuz olduğunda size yakın bir kişiden (aile büyüğü, arkadaş vb.) sosyal destek alır mısınız?  
 Evet ( Kimden..... )  
 Hayır
58. Hayatınız boyunca herhangi bir şiddet türüne maruz kaldınız mı?  
 Evet  Hayır
59. Eğer şiddete maruz kaldıysanız aşağıdaki şiddet türlerinden hangisi ya da hangilerine maruz kaldınız? (Birden fazla cevap işaretlenebilir)  
 Fiziksel şiddet (dayak, vurma, çarpma vb)  
 Duygusal şiddet (sözel saldırılar, tehdit etme, utandırma, aşağılama)  
 Cinsel şiddet (zorla-isteği ve iradesi dışında cinsel ilişki, taciz)  
 Ekonomik şiddet (isteği dışında kendine ait paranın alınması, kullanılması)
60. Size şiddet uygulayan kim ya da kimlerdi?  
 .....
61. Son bir yıl içinde herhangi bir şiddet türüne maruz kaldınız mı?  
 Evet  Hayır
62. Son bir yıl içinde şiddete maruz kaldıysanız aşağıdaki şiddet türlerinden hangisi ya da hangilerine maruz kaldınız? (Birden fazla cevap işaretlenebilir)  
 Fiziksel şiddet (dayak, vurma, çarpma vb)  
 Duygusal şiddet (sözel saldırılar, tehdit etme, utandırma, aşağılama)  
 Cinsel şiddet (zorla-isteği ve iradesi dışında cinsel ilişki, taciz)  
 Ekonomik şiddet (isteği dışında kendine ait paranın alınması, kullanılması)
63. Son bir yıl içinde size şiddet uygulayan kim ya da kimlerdi?  
 .....

### SF 36

1. Genel olarak sağlığınız için aşağıdakilerden hangisini söyleyebilirsiniz?  
 a) Mükemmel b) Çok iyi c) İyi d) Orta e) Kötü
2. Bir yıl öncesiyle karşılaştığımızda, şimdi genel olarak sağlığınızı nasıl değerlendirirsiniz?  
 a) Bir yıl öncesine göre çok daha iyi  
 b) Bir yıl öncesine göre biraz daha iyi  
 c) Bir yıl öncesiyle hemen hemen aynı  
 d) Bir yıl öncesine göre biraz daha kötü  
 e) Bir yıl öncesinden çok daha kötü
3. Aşağıdaki maddeler gün boyunca yaptığımız etkinliklerle ilgilidir. Sağlığınız şimdi bu etkinlikleri kısıtlıyor mu? Kısıtlıyorsa ne kadar?

	Evet, oldukça kısıtlıyor	Evet, biraz kısıtlıyor	Hayır, hiç kısıtlamıyor
Koşmak, ağır kaldırmak, ağır sporlara katılmak gibi ağır etkinlikler			
Bir masayı çekmek, elektrik süpürgesini itmek ve ağır olmayan sporları yapmak gibi orta dereceli etkinlikler			
Günlük alışverişte alınanları kaldırma veya taşıma			
Merdivenle çok sayıda kat çıkma			
Merdivenle bir kat çıkma			
Eğilme veya diz çökme			
Bir iki kilometre yürüme			
Birkaç sokak öteye yürüme			
Bir sokak öteye yürüme			
Kendi kendine banyo yapma veya giyinme			

4. Son 4 hafta boyunca bedensel sağlığınızın sonucu olarak, işiniz veya diğer günlük etkinliklerinizde, aşağıdaki sorunlardan biriyle karşılaştınız mı?

	Evet	Hayır
İş veya diğer etkinlikler için harcadığınız zamanı azalttınız mı?		
Hedeflediğinizden daha azını mı başardınız?		
İş veya diğer etkinliklerinizde kısıtlanma oldu mu?		
İş veya diğer etkinlikleri yaparken güçlük çektiniz mi? (örneğin daha fazla çaba gerektirmesi)		

5. Son 4 hafta boyunca, duygusal sorunlarınızın (örneğin çökkünlük veya kaygı) sonucu olarak işiniz veya diğer günlük etkinliklerinizle ilgili aşağıdaki sorunlarla karşılaştınız mı?

	Evet	Hayır
İş veya diğer etkinlikler için harcadığınız zamanı azalttınız mı?		
Hedeflediğinizden daha azını mı başardınız?		
İşinizi veya diğer etkinliklerinizi her zamanki kadar dikkatli yapamıyor muydunuz?		

6. Son 4 hafta boyunca bedensel sağlığınız veya duygusal sorunlarınız, aileniz, arkadaş veya komşularınızla olan olağan sosyal etkinliklerinizi ne kadar etkiledi?

- a) Hiç etkilemedi
- b) Biraz etkiledi
- c) Orta derecede etkiledi
- d) Oldukça etkiledi
- e) Aşırı etkiledi

7. Son 4 hafta boyunca ne kadar ağrınız oldu?

- a) Hiç
- b) Çok hafif
- c) Hafif
- d) Orta
- e) Şiddetli
- f) Çok şiddetli.

8. Son 4 hafta boyunca ağrınız, normal işinizi (hem evişlerinizi hem ev dışı işinizi düşününüz) ne kadar etkiledi?

- a) Hiç etkilemedi
- b) Biraz etkiledi
- c) Orta derecede etkiledi
- d) Oldukça etkiledi
- e) Aşırı etkiledi

9. Aşağıdaki sorular sizin son 4 hafta boyunca neler hissettiğinizle ilgilidir. Her soru için sizin duygularınızı en iyi karşılayan yanıtı, son 4 haftadaki sıklığını gözönüne alarak, seçiniz.

	Her zaman	Çoğu zaman	Oldukça	Bazen	Nadiren	Hiçbir zaman
Kendinizi yaşam dolu hissettiniz mi?						
Çok sınırlı bir insan oldunuz mu?						
Sizi hiçbir şeyin neşelendiremeyeceği kadar kendinizi üzgün hissettiniz mi?						
Kendinizi sakin ve uyumlu hissettiniz mi?						
Kendinizi enerjik hissettiniz mi?						
Kendinizi kederli ve hüzünlü hissettiniz mi?						
Kendinizi tükenmiş hissettiniz mi?						
Kendinizi mutlu hissettiniz mi?						
Kendinizi yorgun hissettiniz mi?						



10. Son 4 hafta boyunca bedensel sağlığınız veya duygusal sorunlarınız sosyal etkinliklerinizi (arkadaş veya akrabalarınızı ziyaret etmek gibi) ne sıklıkta etkiledi?  
a) Her zaman b)Çoğu zaman c) Bazen d)Nadiren e)Hiçbir zaman

11. Aşağıdaki her bir ifade sizin için ne kadar doğru veya yanlıştır? Her bir ifade için en uygun olanını işaretleyiniz.

	Kesinlikle doğru	Çoğunlukla doğru	Bilmiyorum	Çoğunlukla yanlış	Kesinlikle yanlış
Diğer insanlardan biraz daha kolay hastalanıyor gibiyim.					
Tanıdığım diğer insanlar kadar sağlıklıyım.					
Sağlığımın kötüye gideceğini düşünüyorum.					
Sağlığım mükemmel.					

## Ek 2: Etik Kurul Kararı

T.C.  
FIRAT ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ  
İnsanlar Üzerinde Yapılacak Araştırmalar Etik Kurulu Başkanlığı

### ETİK KURUL KARARI

TOPLANTI TARİHİ	TOPLANTI SAYISI	KARAR NO	ÖZÜ
22.09.2011	13	13	Dr. İrem BULUT

#### KARAR

“Elazığ Kent Merkezinde Yaşayan 15-49 Yaş Grubu Kadınların Yaşam Kaliteleri ve Etkileyen Faktörler” konulu çalışma etik kurulumuzda görüşülmüş olup; çalışmanın etik kurallara uygun olduğuna oybirliğiyle karar verilmiştir.

Başkan	Prof. Dr. Mehmet TOKDEMİR		İmza
Doç. Dr. Engin ŞAHNA (Başkan Yardımcısı)	Bulunmadı	Doç. Dr. Yaşar DOĞAN (Üye)	İmza
Doç. Dr. Erol KELEŞ (Üye)	İmza	Doç. Dr. Refik AYTEN (Üye)	İmza
Doç. Dr. Dilara KAMAN (Üye)	İmza	Doç. Dr. Oktay BELHAN (Üye)	Bulunmadı
Doç. Dr. Mete ÖZCAN (Üye)	İmza	Yrd. Doç. Dr. Hüsamettin KAYA (Üye)	Bulunmadı

**Ek 3: Anket Çalışma İzni**

TC.  
ELAZIĞ VALİLİĞİ  
İl Sağlık Müdürlüğü

Sayı : B104ISM4230009-773.00/447  
Konu : Uzmanlık Tez Çalışması

10.11.2011\* 22633

03.11.2011

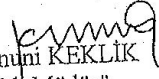
FIRAT ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE  
ELAZIĞ

İlgi : 24.10.2011 tarih ve 14465 sayılı yazınız.

Üniversiteniz Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Arş. Gör. İrem BULUT' un "Elazığ Kent Merkezinde Yaşayan 15-49 Yaş Grubu Kadınların Yaşam Kaliteleri ve Etkileyen Faktörler" konulu tez çalışması ile ilgili olarak, il merkezindeki aile sağlığı merkezlerinde yapacağı çalışmalara ilişkin olarak gerekli iznin verilmesine dair ilgi yazınız incelendi.

Adı geçen araştırma görevlisinin, yapacağı çalışmalardan elde edeceği bulguları Müdürlüğümüzce paylaşması koşuluyla, aile sağlığı merkezlerinde çalışma yapması uygun görülmüştür.

Gereğini arz ederim.

  
Dr. Kanuni KEKLİK  
Sağlık Müdürü

## 7. ÖZGEÇMİŞ

1981 yılında Diyarbakır'da doğdum. İlk, orta ve lise öğrenimimi Diyarbakır'da tamamladım. 2005 yılında Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden mezun oldum. Pratisyen Hekim olarak Denizli Tavas 112 Acil Sağlık İstasyonunda iki yıl görev yaptım. 2007-2008 yılları arasında Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Cerrahisi ve Ürolojisi Anabilim Dalı'nda araştırma görevlisi olarak çalıştım. Aralık 2008'de Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı'nda uzmanlık eğitimime başladım. Evli ve bir çocuk annesiyim.