



## Factors Affecting Quality of Life and the Level of Depressive Symptoms in Women During Reproductive Age

Esma Kılıç<sup>1,a,\*</sup>, Naim Nur<sup>2,b</sup>

<sup>1</sup>Sivas İl Sağlık Müdürlüğü, Sivas, Türkiye

<sup>2</sup>Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Dahili Tıp Bilimleri Bölümü, Tıp Fakültesi, Sivas Cumhuriyet Üniversitesi, Sivas, Türkiye

\*Corresponding author

### Research Article

#### History

Received: 10/10/2022

Accepted: 29/12/2022

#### ABSTRACT

In our study, factors affecting the quality of life of women of reproductive age and depressive symptom levels were investigated. Our cross-sectional research was carried out in 11 family health centers (FHCs) located in Sivas city center between 15.04.2016 and 15.02.2017. Of 1070 women who applied to ASM; Information such as age, marital status, educational status, occupation, social security status, monthly income status were questioned. SF 36 (Short Form 36) was used to assess quality of life and BDI (Beck Depression Inventory) was used to determine depression status. The data were evaluated in the SPSS (ver 22.0) program, and the significance test of the difference between the two means (student t), one way ANOVA and Pearson correlation analysis were used. In our study, the mean age of the women was 31.2±9.3, 54.9% of them were married, 76.4% of them graduated from high school and above, and 27.4% of them worked in an income-generating job. Of the women, 23.7% have at least one chronic disease and 5.3% have a mental illness. 16.7% of women use cigarettes and 4.5% use alcohol. 52.1% stated that they did not exercise regularly, 29.7% did not eat regularly, 13.6% stated that they were exposed to any type of violence at least once. As the education level of women increases, their quality of life scores generally increase. It has been determined that the general health scores of working women are higher than those who do not work, the presence of chronic and mental illness decreases the quality of life scores, regular exercise increases the quality of life scores in all sub-dimensions, and exposure to violence in any way decreases the quality of life scores. To improve the quality of life of women; Efforts and incentives should be made to increase the education level of individuals, the rate of women to have income-generating jobs should be increased, and policies to increase income levels at individual and social level should be established and implemented.

**Keywords:** Depression, Quality of life, Reproductive period, SF36, Women

## Üreme Çağındaki Kadınlarda Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler ve Depresif Belirtilerin Düzeyi

#### Süreç

Geliş: 10/10/2022

Kabul: 29/12/2022

#### Öz

Çalışmamızda üreme çağındaki kadınların yaşam kalitesini etkileyen faktörler ve depresif belirti düzeyleri araştırılmıştır. Kesitsel araştırmamız Sivas ili merkezde bulunan 11 aile sağlığı merkezi (ASM) inde 15.04.2016-15.02.2017 tarihleri arasında yürütülmüştür. ASM' ye başvuran 1070 kadının; yaş, medeni durum, eğitim durumu, mesleği, sosyal güvence durumu, aylık gelir durumu gibi bilgileri sorgulanmıştır. Yaşam kalitesini değerlendirmek için SF 36 (Short Form 36) ve depresyon durumunu belirlemek için BDE (Beck Depresyon Envanteri) uygulanmıştır. Veriler SPSS (ver 22.0) programında değerlendirilerek iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi (student t), one way ANOVA ve pearson korelasyon analizi kullanıldı. Çalışmamızda 1070 kadının yaş ortalaması 31.2±9,3, %54.9'u evli, %76.4'ü lise ve üzeri mezunu olup %27.4'ü gelir getirici bir işte çalışmaktadır. Kadınların, %23.7'si en az bir kronik hastalığa, %5.3'ü ise ruhsal hastalığa sahiptir. Kadınların %16.7'si sigara, %4.5'i alkol kullanmaktadır. %52.1'i düzenli egzersiz yapmadığını, %29.7'si düzenli beslenmediğini, %13.6'sı herhangi bir şiddet türüne en az bir kez maruz kaldığını belirtmiştir. Kadınların eğitim düzeyi yükseldikçe yaşam kalitesi puanları genel olarak yükselmektedir. Çalışan kadınların genel sağlık puanlarının çalışmayanlara göre daha yüksek olduğu, kronik ve ruhsal hastalık varlığı yaşam kalitesi puanlarını düşürdüğü, düzenli egzersiz yapmanın tüm alt boyutlarda, yaşam kalitesi puanlarını arttırdığı ve herhangi bir şekilde şiddete maruz kalma durumu yaşam kalitesi puanlarını düşürdüğü (p<0.05) görülmüştür. Kadınların yaşam kalitelerini yükseltmek için; bireylerin eğitim düzeylerini yükseltecek çalışmalar ve teşvikler yapılmalı, kadınların gelir getirici iş sahibi olma oranları artırılmalı, bireysel ve toplumsal düzeyde gelir düzeylerini arttırıcı politikalar oluşturulmalı ve uygulanmalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** Depresyon, Kadın, Reprodüktif Dönem, SF 36, Yaşam kalitesi

#### Copyright



This work is licensed under  
Creative Commons Attribution 4.0  
International License

<sup>a</sup> cerrahozer@hotmail.com

<sup>id</sup> https://orcid.org/0000-0001-8503-4995

<sup>b</sup> naimnur@yahoo.com

<sup>id</sup> https://orcid.org/0000-0002-7675-9342

**How to Cite:** Kılıç E, Nur N (2023) Factors Affecting Quality of Life and the Level of Depressive Symptoms in Women During Reproductive Age, Journal of Health Sciences Institute, 8(1): 23-30

## Giriş

Bütün dünyada yaşanan sosyal, kültürel, teknolojik ve demografik değişiklikler sağlık olgusunun yeni bir anlam kazanmasına yol açmıştır. Sağlıklı doğmak ve sağlıklı yaşamak tüm bireyler için doğuştan kazanılmış bir hak olmakla birlikte, kişinin kendi ihtiyaçları ile çevresi arasında uyumlu ilişkiler kurması ve sürdürmesi ancak iyi bir yaşam kalitesi ve sağlıklı bir benliğe sahip olmasıyla mümkündür (Altinel, 2008). Bugün Türkiye nüfusunun %25'ini 15-49 yaş arası üreme çağındaki kadınlar oluşturmaktadır (Kösgeroğlu ve ark., 2004).

Yaşam kalitesi; kişinin yaşadığı kültür ve değerler sistemi çerçevesinde, amaçları, beklentileri, standartları ve ilgileri ile ilişkili olarak yaşamdaki pozisyonunu algılaması şeklinde tanımlanır. Mutlu olma ve yaşamdan hoşnut olmayı içeren, genel olarak "iyi olma durumu" olarak da ifade edilen, kişinin fiziksel sağlığı, psikolojik durumu, inançları, sosyal ilişkileri ve çevresiyle ilişkisinden etkilenen geniş bir kavramdır (Aydemir, 2006). 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 bağlı ulaşım zorlukları, eşin ölümü, aile bireylerinin evden ayrılmasına bağlı 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 (Çalıştır ve ark., 2006).

Kişinin ruh sağlığını tehdit edebilecek pek çok risk faktörü bulunmaktadır. Düşük sosyoekonomik düzeyde bulunma, olumsuz koşullarda yaşama, ev işleri, çocuk bakımı, eşe karşı sorumluluklar, öğrenilmiş çaresizlik, güçsüzlük, itaatkâr, fedakar ve pasif olma gibi toplum öğretilerinin kadınların mutsuz, doyumsuz, ümitsiz, çaresiz, kendini değersiz görme gibi depresif duygular yaşamalarına neden olabilmektedir (Türmen, 2003). Toplumda yapılmış yaygın ruh sağlığı, davranış ve sosyal problemlere ilişkin araştırmalarda; yaygın olan anksiyete, depresyon, ev içi şiddet etkileri, cinsel şiddet etkileri ve artmış madde kullanım hızı gibi spesifik ruh sağlığı bozukluklarının erkeklerden daha çok kadınları olumsuz etkiledikleri bulunmuştur (Yardı, 2001). Bunun nedeninin ise kadınların hassaslıklarının, incinebilirliklerinin, toplum içindeki rolleri, işleri ve evlilikleri ile yakın ilişkili olduğu gösterilmiştir (Sadıkoğlu, 2006).

Kadının profesyonel olarak çalışması ile ev kadınlığı görevi birbiri ile çatışmakta kadında stres ve depresyon başta olmak üzere birçok probleme yol açmaktadır. Evine daha fazla zaman ayırmak zorunda olan kadının mesleki olarak güçlüklerle karşılaşması veya tersi, her coğrafi bölgede karşımıza çıkabilmektedir (Sadıkoğlu, 2006). Ancak çalışmayan kadınlarda depresif belirtilerin ve psikolojik stresin daha fazla olduğu ileri sürülmektedir. Orta yaşlı kadınların ücretli bir işte çalışmaları, duygu durumları üzerinde olumlu etki yapmaktadır. Yapılan bir çalışma sonucunda kadınların yarıdan fazlasının eşi tarafından

şiddete maruz kaldığı, ruhsal durumlarının bozulduğu ve buna yönelik mücadelede yeterli güce ve desteğe sahip olmadıkları saptanmıştır. Ayrıca, depresif belirti yaşama ile kadının ve eşinin öğrenim durumu, kadının çalışma durumu, gelir algısı, aile tipi en uzun yaşanan yer, şiddet görme durumu, (fiziksel nedeni yünden değerlendirilmesi ve gerekli tedavi yaklaşımlarının uygulanması ve şiddete uğrayan kadınlarda depresyon riski daha yüksek olduğundan ve sözel şiddet) ve şiddete uğradığında destek alma duru arasında anlamlı fark olduğu saptanmıştır (Akalin ve Arıkan, 2017). Psikiyatrik hastalar tarafından bildirilen fiziksel ve cinsel şiddet eylemlerinin %90'ı aile bireyleri tarafından yapılmıştır (Bilgel ve Orhan, 2006).

Üreme çağındaki kadınların ruh sağlığını etkileyen sosyal-demografik faktörlerin belirlenmesi, kimi ruh sağlığı sorunlarında primer koruma olanaklarının ortaya konmasını sağlayabilmektedir. Bu çalışmadaki amaç üreme çağındaki kadınların yaşam kalitesini etkileyen faktörleri ve depresif belirti düzeyini ortaya koymaktır. Bu sayede, kadınlara yönelik koruyucu ruh sağlığı hizmetlerinin belirlenmesine katkı sağlamayı ve elde edilecek sonuçlar doğrultusunda depresif belirti görülme olasılığı yüksek olan kadınların, doğru bir danışmanlık ve tedavi hizmeti alabilmeleri için yardımcı olmak hedeflenmiştir.

## Materyal ve Yöntem

Kesitsel araştırmamız Sivas ili merkezde bulunan 11 ASM 'de 15.04.2016-15.02.2017 tarihleri arasında yürütülmüştür. Raosoft örneklem hesaplama sitesinden faydalanılarak ve Türkiye depresyon prevalansı (%18) göz önünde bulundurularak ve evren Sivas il merkezi 2016 kadın nüfusu olan 93120 alınarak örnek büyüklüğü; %95 güvenilirlik ve %2 hata ile 1337 olarak hesaplandı (Raosoft, n.d.). Örnekleme alınan kişilerden 1070'ine ulaşılmıştır. Böylece cevaplılık oranı %80,02 olmuştur. Ulaşılamama nedeni görüşmeyi kabul etmemektir.

Sivas il merkezinde bulunan 22 ASM arasından sistematik örnekleme yöntemi kullanılarak (1.3.5. gibi) yarısının alınmasına karar verilmiştir. Örnekleme alınan ASM merkezleri birer tabaka kabul edilerek her ASM den kaç kişinin örnekleme alınacağı orantılı seçim yöntemi kullanılarak hesaplanmıştır. Çalışma grubuna dahil edilme kriteri 15-49 yaş kadın olmaktır. Çalışmadan hariç tutulma kriterleri ise; kooperasyon sağlanamayacak derecede bir bedensel hastalığı olmak, iletişime engel olacak kadar işitsel, görsel ve bilişsel fonksiyon bozukluğu olmak, gebe olmak ve görüşmeyi kabul etmemektedir.

Çalışmada kullanılan anket formu; yaş, medeni durum, eğitim durumu, mesleği, sosyal güvence durumu, aylık gelir durumu, doktor tarafından tanısı konulmuş hastalık varlığı, sigara ve alkol kullanma durumu, spor yapma durumu temel besinleri tüketme durumu, intihar düşüncesinin olup olmadığını, infertilite şikayet durumunu, şiddete maruz kalma durumunu sormaya yönelik sorulardan oluşmaktadır.

Jenerik ölçekler içerisinde en yaygın kullanılanı SF 36 (Short Form 36) ölçeğidir. Herhangi bir yaş, hastalık veya tedavi grubuna özgü değildir. Genel sağlık kavramlarını içerir. Klinik pratikte ve araştırmalarda kullanılmak üzere geliştirilmiş, ülkemizde geçerlilik ve güvenilirliği yapılmıştır (McHorney ve ark., 1993). Fiziksel Fonksiyon (FF), fiziksel rol güçlüğü (FR), sosyal fonksiyon (SF), ağrı (A), mental sağlık (MS), emosyonel rol güçlüğü (ERG), vitalite/enerji (V/E), genel sağlık (GS) olmak üzere sekiz alt skalada 36 soru içerir (Perim, 2007). Cevapların ortalamaları, eşit aralıklar çerçevesindedir. Sorulardan elde edilen puanlar toplanarak, orijinal kodlama şemasına göre gruplandırılır ve ortalamaları alınarak 0-100 puan aralığından değişen 8 sağlık ölçeği skoru oluşturulmaktadır (Veyisoğlu, 2002).

Özgün adı Beck Depression Inventory (BDI) olan Beck Depresyon Ölçeği ruh sağlığı taramalarında veya depresyon ile ilgili araştırmalarda en sık kullanılan ölçeklerden biridir. 1961 yılında Beck tarafından geliştirilmiştir. Depresyonda görülen vegetatif, duygusal, bilişsel ve motivasyonel alanlarda ortaya çıkan belirtileri ölçmeye yarayan 21 maddeden oluşan ölçeğin amacı, depresyonun derecesini objektif olarak sayılara dökmektir. BDÖ'de her madde 0 ile 3 puan arasında yer alır. Bu puanların toplanmasıyla depresyon puanı elde edilir. Alınabilecek en yüksek puan 63'tür. Toplam puanın yüksek oluşu, depresyon düzeyinin ya da şiddetinin yüksek olduğunu gösterir. Hisli'nin yapmış olduğu geçerlilik güvenilirlik çalışmasında kesme noktasını 17 olarak belirlemiş, 17 ve üstündeki BDÖ puanlarının sağaltım gerektirecek şiddetteki depresyonu %90 doğrulukla ayırt edebileceğini bildirmiştir (Hisli, 1988).

### Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın yapılabilmesi için Sivas İl Halk Sağlığı Müdürlüğünden gerekli izin alınmıştır. Daha sonra Cumhuriyet Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul onayı alınmıştır. Etik Kurul Karar No: 2016-03/33). Araştırmaya katılan bireylere araştırma ile ilgili açıklama yapıldıktan sonra onamları alınmıştır.

### İstatistiksel Analiz

Çalışmamızdan elde edilen veriler IBM SPSS Statistics Version 22.0 programına yüklenerek analiz edilmiştir. Veriler tanımlayıcı istatistik ölçütleri olan frekans dağılımı ve ortalama  $\pm$  standart sapma olarak sunulmuştur. Verilerin değerlendirilmesinde iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi (student t), one way ANOVA ve pearson korelasyon katsayısı kullanıldı. Çalışmada anlamlılık düzeyi  $p < 0,05$  olarak kabul edilmiştir.

### Sınırlılıklar

Çalışmanın sadece 15-49 yaş grubu kadınlarda yapılmış olması, depresyonun anket formuyla değerlendirilmiş olması ve bir ilin verilerinin toplanması olarak sıralanabilir.

### Bulgular ve Tartışma

Araştırma kapsamına alınan toplam 1070 kadının sosyodemografik özellikleri Çizelge 1'de verilmiştir.

Katılımcıların yaş aralığı 15-49 yıl ve yaş ortalaması  $31,2 \pm 9,3$  yıl olup en fazla kişi (%38,3'ü) 25-35 yaş aralığında yer almaktadır. Katılımcılar büyük oranda (%54,9'u) evlidir ve çoğunluğu (%76,4) lise ve üzeri eğitim almıştır. Çalışma durumuna baktığımızda, kadınların çoğunu (%72,6) işsiz/ev hanımları oluşturmaktadır. Katılımcılar genellikle (%65) orta düzeyde aylık gelire sahiptir. Çalışmamıza katılan bireylerin ilk evlenme yaşına baktığımızda 18 yaş altında evlilik yapan kadınların oranı %15,8'dir.

### Çizelge 1. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri

**Table 1. Sociodemographic characteristics of the participants**

Sosyodemografik Özellikler	Sayı	Yüzde
<b>Yaş (Yıl)</b>		
15-24	320	29,9
25-35	410	38,3
36-49	340	31,8
<b>Medeni Durum</b>		
Bekar	460	43,0
Evli	587	54,9
Diğer	23	2,1
<b>Eğitim Düzeyi</b>		
Lise altı	252	23,6
Lise ve üzeri	818	76,4
<b>Meslek</b>		
Çalışan	293	27,4
Çalışmayan	777	72,6
<b>Aylık Gelir Durumu</b>		
İyi	291	27,2
Orta	695	65,0
Kötü	84	7,9
<b>Evlilik yaşı (n=569)</b>		
<18	90	15,8
≥18	479	84,1

Çalışmaya katılan bireylerin yaşam tarzı alışkanlıkları değerlendirildiğinde büyük çoğunluğunun sigara ve alkol kullanmadığı gözlenmiştir (sırasıyla, %83,3 ve %95,5). Yine bireylerin %52,1'nin spor yapmadığı fakat büyük çoğunluğu (%70,3) temel besinlerden yeterince tükettiğini ifade etmiştir. (Çizelge 2).

Çalışmaya katılan bireylerin depresyona ilişkin riskli durumlarının dağılımı değerlendirildiğinde %23,7 'sinin kronik hastalığının olduğu ve %5,3'nün bir psikiyatrik hastalık tanısı olduğu saptanmıştır. Kadınların %4,3' ü intihar teşebbüsünün olduğunu ifade etmişlerdir. Evli kadınlarda, %5,4 oranında infertilite şikayetinin olduğu saptanmıştır. Şiddete maruz kalma durumu sorgulandığında kadınların %13,6' sının hayatlarının herhangi bir döneminde şiddete maruz kaldıkları gözlenmiştir. Kadınların %8,9 oranında bakmak zorunda kaldıkları kimsenin olduğu saptanmıştır (Çizelge 3).

Katılımcıların BDE ölçeğinden aldıkları puanlar incelendiğinde kadınların; %43,5'inde depresif belirti olduğu gözlemlenmiştir (Çizelge 4).

**Çizelge 2.** Katılımcıların yaşam tarzı alışkanlıklarının dağılımı

**Table 2.** Distribution of participants' lifestyle habits

Yaşam tarzı alışkanlıkları	Sayı	%
<b>Sigara kullanımı</b>		
Evet	179	16,7
Hayır	891	83,3
<b>Alkol kullanımı</b>		
Evet	48	4,5
Hayır	1022	95,5
<b>Spor yapma durumu</b>		
Evet	512	47,9
Hayır	558	52,1
<b>Temel besinlerden yeterince tüketme durumu</b>		
Evet	752	70,3
Hayır	318	29,7

**Çizelge 3.** Katılımcıların depresif belirtilere ilişkin riskli durumların dağılımı

**Table 3.** Distribution of risky situations related to depressive symptoms of participants

Değişkenler	Evet		Hayır	
	(Sayı / Yüzde)	(Sayı / Yüzde)	(Sayı / Yüzde)	(Sayı / Yüzde)
<b>Kronik hastalık</b>	254	23,7	816	76,3
<b>Psikolojik hastalık</b>	57	5,3	1013	94,7
<b>İntihar teşebbüsü</b>	46	4,3	1024	95,7
<b>İnfertilite</b>	33	5,4	554	94,6
<b>Şiddet</b>	145	13,6	925	86,4
<b>Bakmak zorunda olduğu kişi</b>	95	8,9	975	91,1

**Çizelge 4.** Katılımcıların BDE puanına göre depresif belirti olma durumu

**Table 4.** Presence of depressive symptoms according to the BDI score of the participants

Depresif belirti	Sayı	Yüzde
Yok (<17 puan)	605	56,5
Var (≥17 puan)	465	43,5

Çizelge 5'de yaş gruplarına göre SF36 alt grupları karşılaştırıldığında, yaş aralığı 15-24 olan kadınlarda FF, FRG, V/E, SF, A, GS, alt ölçekleri 25-35 ve 36-49 yaş grubu kadınlara göre anlamlı olarak yüksek bulunmuştur (sırasıyla,  $p=0,001$ ,  $p=0,001$ ,  $p=0,02$ ,  $p=0,019$ ,  $p=0,001$ ,  $p=0,001$ ).

Çizelge 6.1 ve Çizelge 6.2'de katılımcıların sigara ve alkol kullanım durumlarına göre SF 36 puan ortalamaları gösterilmiştir. Buna göre sigara ya da alkol kullanan ve kullanmayanlar arasında anlamlı fark olmadığı saptanmıştır ( $p>0,05$ ). Bireylerin temel besinlerden yeterince tüketme durumu SF 36 açısından incelendiğinde; temel besinlerden yeterince tüketenlerde ER, V/E, MS, SF ve GS alt gruplarında temel besinlerden yeterince tüketmeyenlere göre bulunan farkın anlamlı olduğu saptanmıştır (sırasıyla,  $p=0,005$ ,  $p=0,001$ ,  $p=0,001$ ,  $p=0,001$ ). Bireylerin spor yapma durumlarına göre SF 36 puanları karşılaştırıldığında; spor yapanlarda yapmayanlara göre, FF ve MS açısından anlamlı fark bulunmuştur (sırasıyla,

$p=0,003$ ,  $p=0,022$ ). Bireylerin kronik hastalığa sahip olma durumu ile SF 36 alt ölçekleri karşılaştırıldığında; FF, FR, V/E, SF, A ve GS alt ölçeklerinde bulunan farkın anlamlı olduğu saptanmıştır (sırasıyla,  $p=0,001$ ,  $p=0,001$ ,  $p=0,005$ ,  $p=0,001$ ,  $p=0,001$ ). Kronik hastalığı olanlarda olmayanlara göre daha düşük bulunmuştur. Bireylerin psikiyatrik hastalığa sahip olma durumlarına göre SF 36 puanları karşılaştırıldığında; FF, FR, ER, V/E, SF, A ve SGOA alt grupları açısından anlamlı fark bulunmuştur (sırasıyla,  $p=0,001$ ,  $p=0,001$ ,  $p=0,001$ ,  $p=0,001$ ,  $p=0,001$ ,  $p=0,001$ ,  $p=0,001$ ). Psikiyatrik hastalığı bulunanlarda bulunmayanlara göre daha düşük bulunmuştur. Bireylerin intihar teşebbüsünde bulunma durumlarına göre SF 36 puanları karşılaştırıldığında; FF, FR, ER, V/E, SF, A ve GS alt grupları açısından anlamlı fark bulunmuştur (sırasıyla,  $p=0,001$ ,  $p=0,001$ ,  $p=0,001$ ,  $p=0,019$ ,  $p=0,009$ ,  $p=0,001$ ,  $p=0,003$ ). İntihar teşebbüsünde bulunanlarda bulunmayanlara göre SF 36 puanları daha düşük bulunmuştur. Bireylerin çalışma durumu ile SF 36 karşılaştırıldığında; FF ve GS alt gruplarında bulunan farkın anlamlı olduğu saptanmıştır (sırasıyla,  $p=0,043$ ,  $p=0,014$ ). Çalışan bireylerde FF ve GS alt gruplarında SF 36 puanları daha yüksek bulunmuştur. Bireylerin meslek sahibi olma durumlarına göre BDE puanları karşılaştırıldığında; çalışan ve çalışmayan gruplar arasında fark anlamlı bulunmuştur ( $p=0,001$ ). Bireylerin infertilite şikayeti bulunma durumlarına göre SF 36 puanları karşılaştırıldığında; SF ve GS alt grupları açısından anlamlı fark bulunmuştur (sırasıyla,  $p=0,022$ ,  $p=0,034$ ). İnfertilite şikayeti olanlarda olmayanlara göre SF ve GS alt grupları SF 36 puanları daha düşük çıkmıştır.

Araştırmaya katılan kadınlar arasında BDE puanına göre depresif belirti sigara kullananlarda, temel besinlerden yeterince tüketmeyenlerde, kronik hastalığı olanlarda, psikiyatrik hastalığı olanlarda, intihar teşebbüsü olanlarda ve şiddete maruz kalanlarda anlamlı derecede fazla görülmektedir (sırasıyla,  $p=0,008$ ,  $p=0,001$ ,  $p=0,004$ ,  $p=0,001$ ,  $p=0,001$ ,  $p=0,003$ ,  $p=0,013$ ,  $p=0,001$ ) (Çizelge 7).

SF 36 alt ölçekleri; FF, FR, ER, V/E, MS, SF, A, GS, ile BDE genel puanı arasında istatistiksel olarak çok anlamlı negatif bir korelasyon bulunmuştur (sırasıyla,  $r=-0,307$ ,  $p<0,001$ ;  $r=-0,192$ ,  $p<0,001$ ;  $r=0,020$ ,  $p<0,001$ ;  $r=0,049$ ,  $p<0,001$ ;  $r=0,025$ ,  $p<0,001$ ;  $r=0,058$ ,  $p<0,001$ ;  $r=0,199$ ,  $p<0,001$ ;  $r=0,143$ ,  $p<0,001$ ;  $r=0,105$ ,  $p<0,001$ ) (Çizelge 8).

Yaşam kalitesini inceleyen önceki çalışmalarla (Kuş, 2008) uyumlu olacak şekilde bizim çalışmamızda da kadınların yaşları yükseldikçe yaşam kalitesinin genel olarak düştüğü, SF, A ve MS alt ölçeklerinin ise değişmediği belirlenmiştir.

Araştırmada çalışan kadınların genel sağlık alt boyutu ortalama puanlarının çalışmayanlara göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Kayseri'de yapılan bir çalışmada emeklilerde fiziksel fonksiyon dışındaki yaşam kalitesi alt boyutlarının düştüğü tespit edilmiştir (Soyuer ve ark., 2006). Eğicioğlu'nun 2008 üreme çağındaki kadınlarda yaptığı çalışmada kadınların çalışma durumu ile SF-36 yaşam kalitesi alt boyutları karşılaştırıldığında sonuçlar araştırmamızla uyumludur (Eğicioğlu, 2008).

**Çizelge 5.** Bireylerin yaş gruplarının SF 36 ile karşılaştırılması**Table 5.** Comparison of age groups of individuals with SF 36

Yaş	FF	FRG	ERG	V/E	MS	SF	A	SGOA
15-24 <sup>a</sup>	83,90±20,32	38,64±17,27	32,22±21,27	59,64±43,55	63,13±24,10	78,11±21,33	75,64±22,58	59,50±18,45
25-35 <sup>b</sup>	79,45±20,26	36,28±18,24	32,01±22,22	54,69±19,25	61,52±17,19	75,43±23,15	72,09±27,00	58,39±19,61
36-49 <sup>c</sup>	65,34±26,13	31,35±19,67	32,15±22,35	53,94±18,15	61,80±16,28	73,19±23,11	61,74±26,40	53,83±20,33
<b>p değeri</b>	0,001*	0,001*	>0,05	0,020*	>0,05	0,019*	0,001*	0,001*
<b>Anlamli fark</b>	a>b,c	a>b,c		a>b,c		a>b,c	a>b,c	a>b,c

**Çizelge 6.1** Katılımcıların yaşam kalitesini etkileyebilecek durumların SF 36 ile karşılaştırılması**Table 6.1** Comparison of the conditions that may affect the quality of life of the participants with SF 36

	Sigara		Alkol		Temel Besin		Spor		Kronik Hastalık	
	Evet	Hayır	Evet	Hayır	Evet	Hayır	Evet	Hayır	Evet	Hayır
	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
<b>SF</b>										
<b>FF</b>	75,1±24,7	76,5±23,3	76,9±25,9	76,2±23,4	76,6±23,3	75,4±24,1	78,2±23,2	74,5±23,7	65,2±27,5	79,7±21,0
<b>p</b>	>0,05		>0,05		>0,05		<b>0,003</b>		<b>0,001</b>	
<b>FR</b>	36,7±18,2	35,1±18,7	37,7±17,5	35,3±18,7	35,5±18,6	35,0±18,7	34,8±18,8	36,0±18,4	29,4±20,1	37,2±17,2
<b>p</b>	>0,05		>0,05		>0,05		>0,05		<b>0,001</b>	
<b>ER</b>	31,0±21,7	32,3±22,0	33,3±22,2	32,0±21,9	33,3±22,1	29,2±21,1	31,1±21,2	33,1±22,6	29,3±23,5	32,9±21,3
<b>p</b>	>0,05		>0,05		<b>0,005</b>		>0,05		<b>0,030</b>	
<b>E/Y</b>	55,4±19,1	56,0±30,1	58,6±18,3	55,8±28,9	57,8±31,6	51,3±18,8	54,3±35,4	57,6±18,3	51,5±17,7	57,3±31,1
<b>p</b>	>0,05		>0,05		<b>0,001</b>		>0,05		<b>0,005</b>	
<b>MS</b>	59,6±15,8	62,5±19,8	64,6±47,2	61,9±16,8	63,7±16,3	58,1±24,3	60,8±16,9	63,5±22,6	61,0±25,3	62,4±16,9
<b>P</b>	>0,05		>0,05		0,001		<b>0,022</b>		>0,05	
<b>SF</b>	75,2±23,6	75,5±22,4	75,5±24,4	75,5±22,6	76,9±22,1	72,0±23,4	75,4±22,7	75,5±27,0	69,9±23,1	77,2±22,2
<b>p</b>	>0,05		>0,05		<b>0,001</b>		>0,05		<b>0,001</b>	
<b>A</b>	67,3±27,7	70,3±26,4	77,0±21,8	69,5±26,3	70,2±26,6	9,0±25,0	69,5±25,3	70,2±19,1	56,1±26,5	74,1±24,5
<b>p</b>	>0,05		>0,05		>0,05		>0,05		0,001	
<b>GS</b>	56,7±18,9	57,3±19,7	60,5±19,3	57,1±19,6	58,5±19,5	54,2±19,5	56,3±20,0	58,3±19,1	48,1±21,0	60,1±18,2
<b>p</b>	>0,05		>0,05		<b>0,001</b>		>0,05		<b>0,001</b>	

**Çizelge 6.2** Katılımcıların yaşam kalitesini etkileyebilecek durumların SF 36 ile karşılaştırılması**Table 6.2** Comparison of the conditions that may affect the quality of life of the participants with SF 36

	Ruhsal Hastalık		İntihar Düşüncesi		Çalışma Durumu		İnfertilite Şikayeti	
	Evet	Hayır	Evet	Hayır	Evet	Hayır	Evet	Hayır
	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
<b>SF</b>								
<b>FF</b>	63,6±27,2	77,0±23,1	61,1±28,4	76,9±23,1	78,4±21,7	75,4±24,2	67,7±30,2	71,5±24,5
<b>p</b>	<b>0,001</b>		<b>0,001</b>		>0,05		>0,05	
<b>FR</b>	26,7±20,6	35,9±18,4	26,3±20,1	35,8±18,4	37,2±18,2	34,7±18,7	31,0±22,5	32,7±19,1
<b>p</b>	<b>0,001</b>		<b>0,001</b>		<b>0,043</b>		>0,05	
<b>ER</b>	19,5±22,0	32,8±21,7	21,7±22,7	32,5±21,8	34,1±20,6	31,3±22,4	29,7±22,7	31,8±21,7
<b>p</b>	<b>0,001</b>		<b>0,001</b>		>0,05		>0,05	
<b>E/Y</b>	42,7±18,6	56,6±28,8	46,3±18,7	56,3±28,9	54,9±19,4	56,3±31,3	53,6±17,7	55,0±18,5
<b>p</b>	<b>0,001</b>		<b>0,019</b>		>0,05		>0,05	
<b>MS</b>	58,6±45,1	62,2±16,6	59,5±48,6	62,1±16,8	63,6±16,9	61,5±20,0	58,1±17,0	62,5±16,6
<b>P</b>	>0,05		>0,05		>0,05		>0,05	
<b>SF</b>	65,1±26,1	76,0±22,3	64,9±27,0	75,9±22,3	75,9±23,3	75,3±22,4	65,1±20,6	74,6±23,0
<b>p</b>	<b>0,001</b>		<b>0,009</b>		>0,05		<b>0,022</b>	
<b>A</b>	52,8±28,7	70,8±25,7	49,3±29,4	70,7±25,6	70,6±23,7	69,5±27,0	57,1±29,4	66,3±27,2
<b>p</b>	<b>0,001</b>		<b>0,001</b>		>0,05		>0,05	
<b>GS</b>	43,5±21,5	58,0±19,2	45,6±25,6	57,7±19,1	59,6±18,9	56,3±19,8	48,7±20,7	56,3±19,7
<b>p</b>	<b>0,001</b>		<b>0,003</b>		<b>0,014</b>		<b>0,034</b>	

Araştırmamızdaki kadınların kronik hastalık varlığında MS haricinde tüm yaşam kalitesi alt boyutlarında puanların düştüğü saptanmıştır. Yaşam kalitesi ile ilgili yapılan diğer çalışmalara bakıldığında da kronik hastalık varlığının yaşam

kalitesini azalttığı bildirilmiştir (Aydın ve ark., 2012). Kronik hastalık varlığının kişinin yaşam standartlarını düşürdüğü söylenebilir.

Araştırma kapsamındaki kadınların ruhsal hastalık varlığı durumunda MS haricinde tüm yaşam kalitesi alt boyut puanlarının düştüğü saptanmıştır. Önceki araştırmaların sonuçları araştırmamızla uyumludur (Altıntaş, 2006). Ruhsal hastalıklar, kadınların olağan sosyal ve mesleki işlevlerinde bozulmaya neden olabilmektedir. Bu nedenle yaşam kalitesini etkileyen önemli faktörlerden biri olarak görünmektedir.

Araştırma kapsamındaki kadınlardan halen sigara kullananların, yaşam kalitesi alt boyutları puanları arasında anlamlı fark saptanamamıştır. Önceki araştırmalarda sigara içmenin yaşam kalitesini düşürdüğü bildirilmiştir (Koltarla, 2008). Kısa sürede bağımlılık yapabilen sigara; kullanan kişiye ekonomik bir yük getirmekte, içindeki maddelerle organizmayı olumsuz yönde etkilemekte ve sağlığa zarar vermektedir ve sigara içmenin fiziksel, ruhsal ve sosyal zararlı etkilerinden dolayı yaşam kalitesi düşmektedir.

Araştırmadaki kadınların alkol kullanımları incelendiğinde, alkol kullananlarda yaşam kalitesi alt boyutları puanları arasında anlamlı fark saptanamamıştır. Eskişehir’de yapılan çalışmada kadınların alkol kullanımının yaşam kalitesini etkilemediği bildirilmiştir (Ceylan, 2010). Alkol kullanma bildirimleri kişinin kendi ifadesine dayanan bildirimler olup, sosyal yapı farklılıkları ve bildirim çekincelerinden etkilenebilir. Alkol kullanımı bildirim eksikliği, kullanım birimi ve süresi yönleriyle değerlendirilmelidir.

En büyük üreme sağlığı sorunlarından biri de şüphesiz infertilitedir. Çalışmamızda, kadınların infertilite şikayeti ile SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği alt boyutları karşılaştırıldığında, SF ve GS alt boyutlarda fark saptandığı belirlenmiştir. İnfertilite üreme çağındaki kadınların %8-10’unu ilgilendiren, önemli kişisel ve aile içi sorunlara yol açan, bölgeden bölgeye sıklığı ve nedenleri değişen bir sorundur (Yıldırım, 1989). Son yirmi yılda infertilite bir üreme sağlığı sorunu olarak daha fazla ilgi görmektedir.

Araştırma kapsamındaki kadınların düzenli egzersiz yapma ile SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği alt boyutları karşılaştırıldığında, fiziksel fonksiyon ve mental sağlık hariç diğer alt boyutlarda ilişki saptanmadığı belirlenmiştir. Aydın’da ve Eskişehir’de yapılan çalışmalarda egzersiz yapan kadınların yaşam kalitelerinin olumlu yönde etkilendiği bildirilmiştir (Püllüm ve Alğun, 2012). Düzenli egzersiz yapmanın zihinsel ve fiziksel sağlığa olumlu etkileri olduğu sonucu görülmektedir.

Bu araştırmada hayatları boyunca 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. Sonuçlarımız konu ile ilgili çalışmalarla uyumludur (Altıparmak ve Eser, 2007). Şiddet milyonlarca Depresyonda yaşam boyu intihar girişimi oranı %15’tir. Bu oran normal nüfusa göre 30 kat daha fazladır Erkeklerde ölümle sonuçlanan girişimler daha fazladır. (Kadınlarda intihar girişimi daha fazla). Psikiyatrik rahatsızlıklar, intiharın en sık rastlanan etmenidir. Bu yüzden, psikiyatrik rahatsızlıkları olanlar arasında intihar davranışlarının görülme sıklığının yüksek olduğu konuyla ilgili yapılan

birçok araştırmanın ortak bulgularındandır (Eskin ve ark., 2006). Yapılan bir çalışmada daha sonra yapılan psikiyatrik değerlendirmede intihar girişimi grubunda hastaların %22,9’unun major depresyon tanısı aldığı görülmüştür (Özgüven ve ark., 2003). Bizim çalışmamızda daha önce depresif belirti olan kişilerde intihar girişiminde bulunma oranı anlamlı bir şekilde yüksek bulunmuştur.

**Çizelge 7.** Katılımcıların depresyona ilişkin faktörlerin BDE puanına göre karşılaştırılması

**Table 7.** Comparison of participants' depression-related factors according to BDI score

	BDE puanı	
	Ort ±ss	p
<b>Sigara kullanım durumu</b>		
<b>Evet</b>	12,3±10,5	0,008*
<b>Hayır</b>	10,2±9,3	
<b>Alkol kullanım durumu</b>		
<b>Evet</b>	10,8±11,5	p>0,05
<b>Hayır</b>	10,5±9,4	
<b>Temel besinlerden yeterince tüketme durumu</b>		
<b>Evet</b>	9,4±9,0	0,001*
<b>Hayır</b>	13,4±10,2	
<b>Spor yapma durumu</b>		
<b>Evet</b>	10,4±9,3	p>0,05
<b>Hayır</b>	10,7±9,8	
<b>Kronik hastalık</b>		
<b>Var</b>	12,1±9,6	0,004*
<b>Yok</b>	10,1±9,5	
<b>Psikiyatrik hastalık</b>		
<b>Var</b>	17,9±11,2	0,001*
<b>Yok</b>	10,1±9,3	
<b>İntihar teşebbüsü</b>		
<b>Var</b>	15,9±11,9	0,003*
<b>Yok</b>	10,3±9,4	
<b>İnfertilite şikayeti</b>		
<b>Var</b>	13,4±9,7	p>0,05
<b>Yok</b>	10,5±9,5	
<b>Şiddet</b>		
<b>Evet</b>	14,5±11,1	0,001*
<b>Hayır</b>	9,9±9,1	

\*p<0,05

**Çizelge 8.** Katılımcıların, BDE ve SF 36 alt ölçek puanları arasındaki ilişki

**Table 8.** The relationship between the participants' BDI and SF 36 subscale scores

SF 36 alt Ölçekleri	BDE Puanı	
	r	p
<b>Fiziksel fonksiyon</b>	0,307	<0,001
<b>Fiziksel rol</b>	0,192	<0,001
<b>Emosyonel rol</b>	0,020	<0,001
<b>Enerji/yorgunluk</b>	0,049	<0,001
<b>Mental sağlık</b>	0,058	<0,001
<b>Sosyal fonksiyon</b>	0,199	<0,001
<b>Ağrı</b>	0,143	<0,001
<b>Genel sağlık</b>	0,105	<0,001

Pearson korelasyon analizi

Depresif belirtiler üzerinde etkili olan tüm faktörler değerlendirildiğinde ise, depresif belirti görülmesinin sigara kullananlarda, temel besinlerden yeterince tüketmediğini düşünenlerde, kronik hastalığı olanlarda, psikiyatrik hastalığı olanlarda ve şiddete maruz kalanlarda ilişkili olduğu bulunmuştur.

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.

Araştırmaya katılan kadınların %16,7'si sigara kullanmaktayken, sadece % 4,5'i alkol kullanmaktadır. Depresyon ve alkol alışkanlığı arasındaki ilişki anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Depresif belirti öyküsü olan kadınlarda alkol alışkanlığı riski, depresif belirti öyküsü olmayan kadınlardakinden daha yüksek bulunmuştur. Bu çalışmada sigara kullanımı ile depresif belirti ve depresyon arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır.

Daha önceki çalışmalarda genç erişkinlik döneminde kadınların en az %37'sinin, anlamlı derecede şiddete maruz kaldığı, bazı uzmanlara göre bu oranın % 50'ye yakın olduğu belirtilmektedir. Cinsel ve fiziksel taciz kadınlarda görülen depresyon nedenleri arasında en önemli risk faktörlerindedir. Depresif belirtiler çoğu kadın için posttravmatik stres bozukluğunun uzun süreli etkisi olabilir. Kadınların üçte biri, cinsel istismara uğramaktadır (Eskin ve ark., 2006). Görülen kadınların %13,6' sı şiddete maruz kalmaktadır. Nitekim bizim çalışmamızda da şiddete maruz kalan kadınlarda depresif belirti görülme düzeyi yüksek bulunmuştur.

## Sonuç ve Öneriler

Sonuç olarak, Sivas kent merkezinde yaşayan üreme çağındaki kadınlarda yaşam kalitesini etkileyen faktörler ve depresif belirtilerin düzeyinin değerlendirildiği bu çalışmada, kadınların yaş ortalaması 31,23±9,33, yarısından fazlası evli, dörtte üçü lise ve üzeri mezunu olup dörtte biri gelir getirici bir işte çalışmaktadır. Kadınların, dörtte biri en az bir kronik hastalığa sahip olup, çoğunluğu ruhsal hastalığa sahip değildi. Kadınların çoğunluğu sigara ve alkol kullanmamaktaydı. Yarısı düzenli egzersiz yapmadığını, dörtte biri düzenli beslenmediğini belirtmiştir. Kadınların dörtte birinden daha azı herhangi bir şiddet türüne en az bir kez maruz kaldığını belirtmiştir. Çalışan kadınların genel sağlık puanlarının çalışmayanlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Kronik ve ruhsal hastalık varlığı yaşam kalitesi puanlarını düşürmektedir. Düzenli egzersiz yapmanın 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, düzenli

sağlık kontrolü yaptıрма, 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.

## Çıkar çatışması

Yazarların herhangi bir çıkarı dayalı ilişkisi bulunmamaktadır.

## Kaynaklar

- Akalın, A., & Arıkan, Ç. (2017). 15-49 yaş grubu kadınlarda aile içi şiddet sıklığı ve şiddetin depresyona etkisi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 6(2), 1–10.
- Altınel, T. (2008). Edirne Şehir Merkezindeki 15-49 Yaş Kadınlarda Ruhsal Durum ve Etkileyen Faktörler. *Tıpta uzmanlık tezi*, Trakya Üniversitesi, Edirne, Türkiye.
- Altıntaş, E. Y. (2006). Panik bozuklukta Yaşam Kalitesi: 3 Aylık İzlem Çalışması. *Tıpta uzmanlık tezi*, Çukurova Üniversitesi, Adana, Türkiye.
- Altıparmak, S., & Eser, E. (2007). 15-49 yaş grubu evli kadınlarda yaşam kalitesi. *Aile ve Toplum Dergisi*, 29–33.
- Aydemir, Ö. (2006). Sağlıkta yaşam kalitesinin klinik uygulamalarda kullanımı. *Sağlıkta Birikim Dergisi*, 1, 9–15.
- Aydın, P., Günay, T., Baydur, H., & Şimşek, H. (2012). İzmir'de yarı kentsel bir bölgede 45-59 yaş kadınlarda yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. *Tıp Araştırmaları Dergisi*, 10, 88–93.
- Bilgel, N., & Orhan, H. (2006). Aile İçi Şiddet. In N. Bilge (Ed.), *Aile Hekimliği'nde* (pp. 643–655). *Medikal Tıp Kitapevi*.
- Çalıştır, B., Dereli, F., Ayan, H., & Cantürk, A. (2006). Muğla İl Merkezinde Yaşayan Yaşlı Bireylerin Yaşam Kalitelerinin İncelenmesi. *Turkish Journal Of Geriatrics*, 9, 30–33.
- Ceylan, B. (2010). Eskişehir Tepebaşı İlçesinde Yaşayan 40-59 Yaş Grubu Kadınlarda Menopozal Semptomlar ve Yaşam Kalitesi. *Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü*.
- Eğicioğlu, H. (2008). Üreme Çağındaki Kadınlarda Premenstrual Sendromun Yaşam Kalitesine Etkisinin Araştırılması. *Afyonkarahisar: Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü*.
- Eskin, M., Akoğlu, A., & Uygur, B. (2006). Ayaktan tedavi edilen psikiyatri hastalarında travmatik yaşam olayları ve sorun çözme becerileri: intihar davranışıyla ilişkisi. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 17(4), 266–275.
- Hisli, N. (1988). Beck Depresyon Envanterinin geçerliliği üzerine bir çalışma. *Türk Psikoloji Dergisi*, 6, 118–126.
- Koltarla, S. (2008). Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi Sağlık Personelinin Yaşam Kalitesinin Araştırılması. *Sağlık Bakanlığı Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği*.
- Kösgeroğlu, N., Açıkgöz, A., & Ayrancı, Ü. (2004). Kadın sağlığı. *Sağlık ve Toplum Dergisi*, 14(3), 9–13.
- Kuş, C. (2008). İnfertilite Durumunda Kadınların Yaşam Kalitesi ve Algıladıkları Sosyal Desteğin Belirlenmesi. *Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü*.
- McHorney, C. A., Ware Jr, J. E., & Raczek, A. E. (1993). The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36). *Medical Care*, 31(3), 247–263. <https://doi.org/10.1097/00005650-199303000-00006>

Özğüven, H. D., Soykan, Ç., & Haran, S. (2003). İntihar girişimlerinde sorun alanları ve tetikleyiciler. *Kriz Dergisi*, 11(1), 13–24. [https://doi.org/10.1501/Kriz\\_0000000188](https://doi.org/10.1501/Kriz_0000000188)

Perim, A. (2007). Trakya üniversitesi Eğitim ve Uygulama Hastanesi'nde Çalışan Hemşirelerin Kaliteli Yaşam Algısının Belirlenmesi. Trakya Üniversitesi.

Püllüm, E., & Algun, Z. (2012). Kadın mahkumlarda yaşam kalitesi ve dengenin değerlendirilmesi. *Fizyoterapi Rehabilitasyon*, 23, 119–124.

Raosoft. (n.d.). Raosoft. <http://www.raosoft.com/sampleize.html>

Sadıkoglu, G. (2006). Aile Hekimliğinde kadınların ruh sağlığı. In N. Bilgel (Ed.), *Aile hekimliği'nde* (pp. 571–581). Medikal Tıp Kitapevi.

Soyuer, F., Ünalın, D., & Öztürk, A. (2006). Kronik beyin damar hastalıklarında yaşam kalitesi ve etkileyen faktörler. *İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 13, 157–163.

Türmen, T. (2003). Toplumsal cinsiyet ve kadın sağlığı. In A. Akın (Ed.), *Toplumsal cinsiyet, sağlık ve kadın'da*. (pp. 3–16). Hacettepe Üniversitesi Yayınları.

Veyisoğlu, D. (2002). Dinlenme ve Bakımevinde Kalan Yaşlılarda Yaşam Kalitesi. *Başkent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü*.

Yardım, N. (2001). Cinsiyet; sağlık ve yoksulluk. *Aktuel Tıp Dergisi*, 6(1), 78–82.

Yıldırım, M. (1989). *Klinik Jinekoloji*. Ankara.