

T.C.
EGE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

HİPERTİROİDİ - HİPOTİROİDİ TANILAMASINDA
EKİP ÇALIŞMASI YAKLAŞIMI
VE
HEMŞİRENİN
ETKİNLİĞİNİN İNCELENMESİ

124271

Hemşirelik Programı
YÜKSEK LİSANS TEZİ
T.C. YÜKSEK ÖĞRETİM KURULU
BOKÜ MANTASYON MERKEZİ

Hazırlayan
YÜK. HEM. Esra TEZER

124271

DANIŞMAN ÖĞRETİM ÜYESİ

PROF. DR. Aynur ESEN
İZMİR NOASVİN MANTASYON MERKEZİ
T.C. YÜKSEK ÖĞRETİM KURULU

İZMİR/2003

TUTANAK

İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek lisans öğrencisi Esra Tezer'in "Hipertiroidi-Hipotiroidi Tanılamasında Ekip Çalışması, Yaklaşımı ve Hemşirenin Etkinliğinin İncelenmesi" konulu yüksek lisans tezi 23.09:2003 tarihinde saat 10.00 da yapılan tez savunma sınavında jüri tarafından oy birliği ile başarılı bulunmuştur.

JÜRİ ÜYELERİ:

Prof.Dr.Aynur ESEN (Danışman)

Prof.Dr.Candeğer YILMAZ

Prof.Dr.Çiçek FADİLOĞLU

[Handwritten signatures of the jury members]

ÖNSÖZ

Sağlık sorunlarında erken tanı ve tedavi çok önemliyse sağlık hizmetlerinde de ekip çalışması çok gereklidir. Bu düşünceden yola çıkılarak yapılan bu araştırma sonuçlarının tiroit hastalıklarının erken tanı ve tedavisinde ekip yaklaşımının önemi ve hemşirenin görev yetki ve sorumlulukları kapsamında ekipteki etkinliğini vurgulaması açısından topluma, sağlık ekibine ve hemşireye yararlı olacağını umuyorum.

Yüksek Lisans eğitimim süresince benimle akademik deneyimlerini ve bilgi birikimini paylaşan, tezimin tüm aşamalarında da katkıları olan, hep yanımda hissettiğim değerli danışmanım sayın Prof. Aynur ESEN'e, eğitimimde emeği geçen başta Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu İç Hastalıkları Anabilimdalı başkanı sayın Prof. Dr. Çiçek FADİLOĞLU olmak üzere anabilimdalımız öğretim üyelerine, tezimin oluşturulmasını sağlayan Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi; Endokrinoloji Bilimdalı öğretim üyeleri sayın Prof. Dr. Taylan KABALAK'a, sayın Prof. Dr. Candeğer YILMAZ'a ve, Uzm. Dr. Erdal DUMAN'a, Nükleer Tıp Anabilimdalı başkanı sayın Prof. Dr. Kamil KUMANLIOĞLU'na, tezimin analizlerinin yapılmasının her aşamasında bilgi ve deneyimlerini paylaşan sayın Uzm. Psikolog Arkun TATAR'a, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Nükleer Tıp ve Endokrinoloji laboratuvar çalışanlarına, desteklerini esirgemeyen başta Sorm. Hem. Günnur ÇANKA olmak üzere hastanemiz Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilimdalı ameliyathanesinden çalışma arkadaşlarıma, araştırmaya katılan bireylere, tezimin her aşamasında desteklerini esirgemeyen tüm arkadaşlarıma ve gerek maddi gerekse manevi olarak her zaman yanımda olan aileme teşekkürlerimi sunarım.

İÇİNDEKİLER

Önsöz	i
İçindekiler	ii
Tablolar Dizini	vii

BÖLÜM I

1.GİRİŞ	1
1.1. Problemin Tanımı	1
1.2. Araştırmanın Amacı.....	3
1.3. Hipotezler.....	4
1.4. Araştırmanın Önemi	4
1.5. Sınırlamalar.....	5
1.6. Tanımlar.....	5
1.7. Araştırma İle İlgili Genel Bilgiler	6
1.7.1. Tiroit Bezi ve Fonksiyonları İle İlgili Genel Bilgiler.....	6
1.7.1.1. Tiroit Bezinin Anatomisi	6
1.7.1.2. Tiroit Bezinin Histolojisi	7
1.7.1.3. Tiroit Bezinin Fizyolojisi.....	7
1.7.1.3.1. Tiroit Hormonlarının Fizyolojik Etkileri	8
1.7.2. Tiroit Hormonları.....	9
1.7.2.1. Tiroit Hormonlarının Yapımı.....	9
1.7.2.2. Tiroit Hormonlarının Salınımı	10
1.7.3. Tiroit Fonksiyon Testleri	10
1.7.4. Tiroit Hastalıkları.....	13
1.7.4.1. Tiroit Hormonunun Yapımındaki Bozukluklar	13
1.7.4.1.1. Hipertiroidizm.....	13
1.7.4.1.1.1. Hipertiroidizm Etiyolojisi	14
1.7.4.1.1.2. Hipertiroidizmin Belirti ve Bulguları.....	15
1.7.4.1.1.3. Hipertiroidizm Tanısı.....	16
1.7.4.1.1.4. Hipertiroidizme İlişkin Hemşirelik Tanıları	16

1.7.4.1.1.5.	Hipertiroidizm Komplikasyonları.....	17
1.7.4.1.1.6.	Hipertiroidizm Tedavisi.....	20
1.7.4.1.2.	Hipotiroidizm.....	20
1.7.4.1.2.1.	Hipotiroidizm Etiyolojisi	21
1.7.4.1.2.2.	Hipotiroidizmin Belirti ve Bulguları.....	22
1.7.4.1.2.3.	Hipotiroidizm Tanısı.....	23
1.7.4.1.2.4.	Hipotiroidizmde Hemşirelik Tanıları.....	24
1.7.4.1.2.5.	Hipotiroidizm Komplikasyonları	25
1.7.4.1.2.6.	Hipotiroidizm Tedavisi	26
1.7.4.2.	Tiroit Büyümleri.....	27
1.7.4.2.1.	Guatr	27
1.7.4.2.2.	Tiroditler	28
1.7.4.2.3.	Tiroit Kanserleri.....	29
1.7.5.	Hastalıklardan Korunma ve Tedavide Erken Tanı ve Hemşirelik	29
1.7.5.1.	Sağlık Ekibi.....	29
1.7.5.2.	Sağlık Ekibinde Hemşirenin Rolü	30
1.7.5.3.	Erken Tanı.....	30
1.7.5.4.	Erken Tanı ve Hemşirelik	31

BÖLÜM II

2.GEREÇ VE YÖNTEM.....	33
2.1. Araştırmanın Tipi.....	33
2.2. Araştırmanın Yeri	33
2.3. Araştırmanın Evreni ve Örnekleme.....	33
2.3.1. Araştırmanın Evreni.....	33
2.3.2. Araştırmanın Örnekleme	33
2.4. Bağımlı Bağımsız Değişkenler	34
2.4.1. Bağımlı Değişkenler	34
2.4.2. Bağımsız Değişkenler	34
2.5. Veri Toplama Tekniği.....	34
2.5.1. Veri Toplama Araçları	35
2.5.1.1. Bireysel Tanıtım Formu.....	35

2.5.1.2. Hipertiroidi Semptom Ölçeği.....	35
2.5.1.3. Hipotiroidi Semptom ve Bulgu Ölçeği	36
2.5.1.4. Diğer Hipertiroidi ve Hipotiroidi Bulguları	36
2.5.2. Veri Toplama Araçlarının Uygulanması.....	36
2.6. Verilerin Değerlendirilmesi	37
2.7. Süre ve olanaklar.....	39

BÖLÜM III

3.BULGULAR.....	40
3.1. Bireylerin Bireysel ve Sosyo-Demografik Özellikleri ile İlgili Bulgular.....	40
3.2. Hipertiroid-Hipotiroid Tanılama Ölçekleri ile İlgili Geçerlilik ve Güvenilirlik Bulguları	50
3.2.1. Kesin Tanı ve Olası Tanı Sonuçlarının Karşılaştırılması	62
3.3. Bireylerin Sosyo-Demografik Özellikleri ile Tanı Ölçek Toplam Puanlarının Karşılaştırılması	64
3.4. Bireylerin Sosyo-Demografik Özellikleri ile Kesin Tanı Sonuçlarının Karşılaştırılması	90

BÖLÜM IV

4.TARTIŞMA	112
4.1. Bireylerin Bireysel ve Sosyo-Demografik Özellikleri	112
4.2. Hipertiroid-Hipotiroid Tanılama Ölçeklerinin Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışmaları	115
4.3. Kesin Tanı ve olası Tanı Sonuçlarının Karşılaştırılması	116
4.4. Bireylerin Sosyo-Demografik Özellikleri ile Tanı Ölçek Toplam Puanlarının Karşılaştırılması	117
4.5. Bireylerin Sosyo-Demografik Özellikleri ile Kesin Tanı Sonuçlarının Karşılaştırılması	120

BÖLÜM V

5. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	122
5.1. Sonuç	122
5.1.1. Bireylerin Sosyo-Demografik ve Bireysel Özellikleri	122

5.1.2. Hipertiroidi ve Hipotiroidi Ölçeklerinin Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışmaları Sonuçları.....	123
5.1.3. Kesin Tanı ve Olası Tanı Sonuçlarının Karşılaştırılması.....	123
5.1.4. Bireylerin Sosyo-Demografik Özellikleri ile Tanı Ölçek Toplam Puanlarının Karşılaştırılması.....	124
5.1.5. Bireylerin Sosyo-Demografik Özellikleri ile Kesin Tanı Sonuçlarının Karşılaştırılması.....	126
5.2. Öneriler.....	126

BÖLÜM VI

6. ÖZET	128
ABSTRACT	131
KAYNAKLAR	134

EKLER

Ek 1. Bireysel Tanıtım Formu	138
Ek 2. Hipertiroidi Semptom Ölçeği.....	141
Ek 3. Hipotiroidi Semptom ve Bulgu Ölçeği	114
Ek 4. Diğer Hipertiroidi ve Hipotiroidi Bulguları	145
Ek 5. Özgeçmiş.....	147

TABLO DİZİNİ

<u>Tablo No:</u>	<u>Sayfa No:</u>
Tablo 1. Sosyo-Demografik Özelliklerinin Dağılımı.....	41
Tablo 2. Bireylerin Yaş, Boy ve Kilolarına İlişkin İstatistiksel Dağılımları	43
Tablo 3. Bireylerin Eğitim, Gelir Durumu, Meslek Özellikleri ve Bireye Göre Stres Yoğunluğunun Dağılımı	44
Tablo 4. Bireylerin Sağlık Öyküsü İle İlgili Değişkenlerin Dağılımı	46
Tablo 5. Bireylerin Sigara Kullanımına Yönelik Dağılımı	47
Tablo 6. Bireylerin Çay ve Kahve Tüketimine Yönelik Yanıtlarının Dağılımı	49
Tablo 7. Hipertiroidi Semptom Ölçeği Maddelerinin Yanıtlarına Göre Dağılımı	51
Tablo 8. Hipertiroidi Bulgularının Görülme Düzeyi Açısından Sayı ve Yüzde Dağılımı	52
Tablo 9. Hipotiroidinin Semptom ve Bulguları Ölçeği Maddelerinin Yanıtlarına Göre Dağılımı	54
Tablo 10. Bireylerin Hipotiroidini Bulgularının Görülme Düzeyi Açısından Sayı ve Yüzde Dağılımı.....	55
Tablo 11. Tanı Ölçeklerinin Toplam Puan Ortalamaları Dağılımı	57
Tablo 12. Hipertiroidi Semptom Ölçeği Madde Analizi Sonuçları	58
Tablo 13. Hipertiroidi Semptom Ölçeği İçin İki-Yarım Test Güvenirlilik Analizi Sonuçları	59
Tablo 14. Hipotiroidin Semptom ve Bulguları Ölçeği Madde Analizi Değerlendirilmesi.....	60
Tablo 15. Hipotiroidinin Semptom ve Bulgularının Ölçeği İçin İki-Yarım Test Güvenirlilik Analizi Değerlendirilmesi.....	61
Tablo 16. Hipertiroidi Semptom Ölçeği Ve Hipotiroidinin Semptom Ve Bulgularının Ölçeği Toplam Puanları Arası Pearson Korelasyon Analizi	62
Tablo 17. Kesin Tanı Ve Olası Tanı Sonuçlarının Karşılaştırılması	63
Tablo 18. Hipertiroidi ve Hipotiroidinin Semptom Ölçekleri Toplam Puanlarının Cinsiyete Göre Karşılaştırılması	65

Tablo 19. Hipertiroidi ve Hipotiroidinin Semptom Ölçekleri	
Toplam Puanlarının Yaşa Göre Karşılaştırılması	67
Tablo 20. Hipertiroidi ve Hipotiroidinin Semptom Ölçekleri	
Toplam Puanlarının Beden Kitle İndeksine Göre Karşılaştırılması.....	68
Tablo 21. Hipertiroidi ve Hipotiroidinin Semptom Ölçekleri	
Toplam Puanlarının Kişilerin Doğum Yerinin Bağlı Olduğu	
Coğrafi Bölge Değişkenine Göre Karşılaştırılması.	70
Tablo 22. Hipertiroidi ve Hipotiroidinin Semptom Ölçekleri	
Toplam Puanlarının Mesleğin Stres Düzeyine Göre Karşılaştırılması	72
Tablo 23. Hipertiroidi ve Hipotiroidinin Semptom Ölçekleri	
Toplam Puanlarının Kişilerin Tiroit Dışındaki Tanılanmış	
Hastalıklarına Göre Karşılaştırılması.....	74
Tablo 24. Hipertiroidi ve Hipotiroidinin Semptom Ölçekleri	
Toplam Puanlarının Ailede Başka Tiroitli Hasta	
Olması Değişkenine Göre Karşılaştırılması.....	76
Tablo 25. Hipertiroidi ve Hipotiroidinin Semptom Ölçekleri	
Toplam Puanlarının Ailedeki Diğer Tiroitli Kişilerin	
Yakınlık Düzeyine Göre Karşılaştırılması.....	78
Tablo 26. Hipertiroidi ve Hipotiroidinin Semptom Ölçekleri	
Toplam Puanlarının Sigara Kullanma Durumuna Göre Karşılaştırılması	80
Tablo 27. Hipertiroidi ve Hipotiroidinin Semptom Ölçekleri	
Toplam Puanlarının Sigara Kullanım Sürelerine Göre Karşılaştırılması	82
Tablo 28. Hipertiroidi ve Hipotiroidinin Semptom Ölçekleri	
Toplam Puanlarının Sigara Kullanım Miktarına Göre Karşılaştırılması	84
Tablo 29. Hipertiroidi ve Hipotiroidinin Semptom Ölçekleri	
Toplam Puanlarının Sigarayı Bırakanların	
Sigarayı Bırakma Süresine Göre Karşılaştırılması	86
Tablo 30. Hipertiroidi ve Hipotiroidinin Semptom Ölçekleri	
Toplam Puanlarının Çay İçme Miktarına Göre Karşılaştırılması	88
Tablo 31. Hipertiroidi ve Hipotiroidinin Semptom Ölçekleri	
Toplam Puanlarının Kahve İçme Miktarına Göre Karşılaştırılması	89
Tablo 32. Kesin Tanı Bulgularının Cinsiyet ile Karşılaştırılması	91

Tablo 33. Kesin Tanı Bulgularının Yaş ile Karşılaştırılması	92
Tablo 34. Kesin Tanı Bulgularının Beden Kitle İndeksi ile Karşılaştırılması	93
Tablo 35. Kesin Tanı Bulgularının Kişilerin Doğum Yerinin Bağlı Olduğu Coğrafi Bölge ile Karşılaştırılması	95
Tablo 36. Kesin Tanı Bulgularının Mesleğin Stres Düzeyi İle Karşılaştırılması.....	97
Tablo 37. Kesin Tanı Bulgularının Kişilerin Tiroit Dışındaki Diğer Hastalıkları ile Karşılaştırılması	99
Tablo 38. Kesin Tanı Bulgularının Ailede Başka Tiroitli Hasta Olması Durumu ile Karşılaştırılması	101
Tablo 39. Kesin Tanı Bulgularının Ailedeki Diğer Tiroitli Kişilerin Yakınlık Düzeyi ile Karşılaştırılması.....	102
Tablo 40. Kesin Tanı Bulgularının Sigara Kullanma Durumu ile Karşılaştırılması	103
Tablo 41. Kesin Tanı Bulgularının Sigara Kullanım Sürelerine Göre Karşılaştırılması	104
Tablo 42. Kesin Tanı Bulgularının Sigara Kullananların Kullanım Miktarı ile Karşılaştırılması.....	106
Tablo 43. Kesin Tanı Bulgularının Sigarayı Bırakanların Sigarayı Bırakma Süresi ile Karşılaştırılması	108
Tablo 44. Kesin Tanı Bulgularının Çay İçme Miktarı ile Karşılaştırılması	109
Tablo 45. Kesin Tanı Bulgularının Kahve İçme Miktarı ile Karşılaştırılması	110

BÖLÜM I

GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı

Tiroit hastalıkları gerek dünyada gerek ülkemizde sık görülen hastalıklar arasındadır. Özellikle Türkiye tiroit hastalıklarının yaygın görüldüğü ülkelerden biridir. Yapılan çalışmalara göre ülke nüfusunun %8-9'unda tiroit hastalıkları görülmektedir (3). Bir yandan ülkemizin tıbbi coğrafyasında oldukça fazla sayıda endemik guatr yörelerine rastlanması, diğer yandan günümüzde bile süregelen akraba evlilikleri dolayısı ile de genetik geçişin devamlılığı ülkemizdeki tiroit hastalıklarının insidans ve prevelans artışına neden gösterilebilir (3,31).

Tiroit hormonları bilindiği gibi etkilerini genel olarak bütün sistemlerde gösterdikleri için, tiroit hormon bozukluklarında vücuttaki hemen hemen bütün hücreler dolayısıyla da bütün sistemler olumsuz olarak etkilenir. Bu nedenle; tiroit hastalıkları bulaşıcı hastalıklar grubuna girmemesine ve prognoz açısından ciddi sorunlara yol açmamasına karşın; genellikle vücudun bütün sistemlerini etkileyen hastalıklar olduğu için bireyi ve bireyin içinde bulunduğu toplumu önemli boyutta etkileyen hastalıklardır. Tiroit hastalıklarının bu geniş anlamdaki olumsuz etkilerinden dolayı erken tanınması ve tedavisine erken başlanması daha da önem kazanmaktadır. Oysa bilindiği gibi guatr dışı (gerek hipertiroit gerekse hipotiroit) tiroit hastalıklarında genellikle tiroitteki bozukluk başlar başlamaz hemen tanı konulamaz; çünkü guatrda tiroit bezinin hipertrofik olması nedeniyle görüntüdeki değişiklik genellikle tanı için hastayı doktora hemen yönlendirirken tiroit bezinin işlevi ile ilgili bozukluklar olan hipertiroidi ve

hipotiroidilerde belirgin klinik sorunlar ortaya çıkıncaya kadar hasta olayın semptomlarına yönelik tedavi arayışlarında olduğu için tanı gecikebilir. Bu durum gözlemlere göre; toplumun tiroit hastalıkları ile ilgili yeterince doğru ve gerekli bilgiye sahip olmamasından da kaynaklanıyor gibi görünmektedir. Kanıtlanmamış olmakla birlikte tiroit hastalıkları toplumda yalnızca 'guatr' ile özdeşleştirilmekte, dolayısı ile tiroit bezinde büyüme olmadığında tiroit ile ilgili bozukluk yok gibi değerlendirilmektedir; hatta bu yanlış bilgilenme ya da bilgi eksikliği çoğu kez bireye hipertiroit veya hipotiroit tanısı konulduğunda bile sürdürülmekte ve hastalık 'gizli guatr', 'zehirli guatr', 'iç guatr' olarak adlandırılmaktadır. Tiroit hastalıkları ile ilgili bu yanlış bilgi ve inanışlar sadece toplumun bu konu ile ilgili sağlık eğitimi gereksinimini ortaya koymakla kalmayıp ve aynı zamanda tiroit hastalıklarının tanı ve tedavisinde gecikmelere de neden olmaktadır. Bu bağlamda; hem toplumun tiroit hastalıkları konusunda bilgilendirilmesi, hem de sağlık ekibinin tiroit hastalıkları ile ilgili semptomlar konusunda bilgi birikimini kullanarak erken tanılama daha etkili olması gerekmektedir (2,3,22,26,29,37).

Bilindiği gibi hastalıkların tanı ve tedavisi tıp doktorlarının sorumluluğu ve yetkisinde olduğu halde, gerek tanı gerek tedavi işlemlerini içeren sağlık hizmetleri sürecinin tümü ekip çalışmasını gerektirir. Başka bir deyişle tanıda ve tedavide yönü belirleyen ve son kararı veren doktor olsa da sürecin doğru ve düzgün işleyişi sağlık ekibi ve ekibin bilinçli, aktif ve uyumlu çalışması ile gerçekleşir. Bu multidisipliner ekip çalışmasında ise sağlık ekibinde etkin bir rolü olan hemşirenin önemli bir sorumluluğu vardır (1,6,7).

Hemşirelik mesleği; hasta bireylere sağlığı yeniden kazandırmak, günlük yaşam aktivitelerini normale döndürmek ve yaşam kalitesini arttırmak; sağlıklı bireyde ise

sağlığı korumak ve yükseltmek için hem sahip olduğu mesleki bilimsel içerikle hem de hemşirelik girişimleri yolu ile bireylerde olumlu sağlık davranışı geliştirme amacı olan profesyonel bir sağlık disiplini. Bu tanımdan da anlaşılacağı gibi; bu güne kadar değişik nedenlerle daha çok hasta bakımına odaklanmış olan hemşirelik mesleği aslında; sağlık hastalık tanınması, sağlık eğitimi ve uygulamaları, sağlığın yükseltilmesi, hastalıklardan korunma ve rehabilitasyon alanlarında da etkin olabilecek bilgi birikimine sahiptir ve bu alanlarda da önemli sorumluluklar üstlenebilecek güçtedir. Bu bağlamda hemşirelik; bir yandan sağlıklı bireylerin sağlığını sürdürmesi ve hastalıklardan korunması yani sağlığın yükseltilmesi ve hastalıkların önlenmesi, diğer yandan hasta bireylerin hastalıklarının tedavisi ve gerektiğinde rehabilitasyon çalışmalarında aktif görev üstlenecek nitelikte bir sağlık disiplini. Başka deyişle hemşire; sağlık ekibinin görevli olduğu yer ve konuma göre birincil, ikincil ve üçüncül sağlık hizmetlerinde görev alan bir sağlık elemanıdır ve sağlık hizmetlerinin her üç boyutunda da etkin görev almak durumundadır. Bu boyuttan bakıldığında tiroit hastalıklarının erken tanınmasında hemşirenin etkin görev alması; tiroit ile ilgili bozuklukları olduğu halde henüz daha belirgin olmayan semptom ve sorunları olan bireyleri belirleyip ekipteki endokrin uzmanına ileterek ya da hastayı ilgili endokrinoloğa yönlendirerek hastalığın tanınmasını kolaylaştırabilir (1,6,7,18 ,38).

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu araştırmanın temel amacı; henüz tanınmamış hipertiroit ve hipotiroit olgularını saptamasında ve tanılamada hemşirenin etkinliğinin incelenmesidir.

Bu genel amaç doğrultusunda araştırmanın alt amacı ise; toplumda tanınmamış tiroit hastalıkları (hipertiroidi-hipotiroidi) insidansının saptanmasıdır.

1.3. Hipotezler

H0 : Hemşirenin hipertiroidizm ve hipotiroidizm tanılmasında etkin bir rolü vardır.

H1 : Hemşirenin hipertiroidizm ve hipotiroidizm tanılmasında etkin bir rolü yoktur.

1.4. Araştırmanın Önemi

Tiroit hastalıkları bilindiği gibi ülkemizde yaygın olarak görülen hastalık gruplarından olmasına karşın bulaşıcı olmadığı ve çok ciddi prognozla yaşamı tehdit etmediği için toplum sağlığı açısından önemi ancak son yıllarda anlaşılan hastalıklardan biridir. Oysa hipertiroit ve hipotiroit olguları tanı konuluncaya değin genellikle uzun süre çok belirgin olmayan ya da diğer sistem hastalıklarını da düşündüreren semptomlarla çoğu kez gizli kalmakta ve tiroit hastalığı ilerleme göstermektedir. Diğer yandan genellikle eutiroidi ile seyreden ve tiroit fonksiyonlarında belirgin artma yada azalma yapmadığı için daha zararsız gibi görünen guatr olgularında da hastaların bir kısmında tiroit tümörleri gelişebilmekte, bir kısmında hipotiroidi görülebilmekte ya da bilinçsiz olarak kullanılan iyotlu ilaçların yol açtığı hipertiroidi tablosu ortaya çıkabilmektedir. Bunların yanı sıra iyot eksikliğinin yol açtığı kreten çocuk doğumları ve bu çocukların beden ve zeka olarak gelişme geriliği de toplum sağlığı açısından önemli bir sorun oluşturmaktadır. Bütün bunlar bir arada düşünülünce tiroit hastalıkları gerçekten de toplum sağlığı yönünden önemli hastalıklar grubuna girmektedir. Bu bağlamda; tiroit hastalıklarının toplumsal sağlık sorunu olmasını engellemek için tiroit bozukluklarının erken tanılanması önem kazanmaktadır. Çünkü tiroit hastalıkları korunulabilir

hastalıklar olmadığından hastalığın oluşumunu önlemeye yönelik sağlık hizmetleri yapılamayacağı için erken tanılanarak sorun olmasının önlenmesi gerekmektedir. Bu durumda toplumda subjektif olarak sağlam, sağlıklı gibi görünen herkesin tiroit hastalıkları için olası riskler ve gizli kalmış semptomlar açısından incelenmesi, gözlenmesi ve tiroit ipuçları görülen kişilerin belirlenmesi gerekmektedir. Burada sağlık hizmetlerinde görev yapan tüm sağlık ekibine özellikle de hemşireye önemli görevler düşmektedir. Bu düşüncelerle planlanan bu araştırmanın, tiroit hastalıklarının erken tanılanması, komplikasyonların önlenmesi açısından önemli ve bu hizmetlerin sürdürülmesi ekip yaklaşımı ve hemşirenin etkinliğinin incelenmesi yönünde de yararlı ve gerekli olacağı düşünülmüştür (1,3,6,18).

1.5. Sınırlılıklar

- Araştırmaya hipertiroit veya hipotiroit tanısı almamış subjektif olarak sağlıklı bireyler alınmıştır.
- Araştırmanın örneklemini 20-45 yaş arası yetişkin bireyler oluşturmuştur.
- Araştırma 1 Mayıs- 31 Temmuz 2003 tarihleri süresince sınırlandırılmıştır.

1.6. Tanımlar

HİPERTİROİDİZM: Kanda dolaşan tiroit hormonlarının fazlalığına bağlı olarak gelişen ve hemen hemen bütün sistemlerin aşırı tiroit hormonu yükü altında etkilendiği bir hastalık tablosunu belirtmek üzere kullanılan bir terimdir (2).

HİPOTİROİDİZM: Bütün metabolizmayı etkileyen tiroit hormonlarının eksikliğine bağlı olarak gelişen hipometabolik ve hipoaktif bir tabloyu belirtmek üzere kullanılan bir terimdir (2).

ERKEN TANI: Herhangi bir hastalığa asemptomatik dönemde tanı konmasıdır.

EKİP: Aynı amaç doğrultusunda çalışan takım, grup, kol (45).

ETKİN ROL: Bir işte bir kimse veya şeyin üzerine düşen, aktif çalışma gerektiren görev (45).

1.7. Genel Bilgiler

1.7.1. Tiroit Bezi Fonksiyonları İle İlgili Genel Bilgiler

1.7.1.1. Tiroit Bezinin Anatomisi

Tiroit endokrin bezlerinin en büyüğüdür ve ağırlığı 20-30 gr arasındadır. Boyunda trakeanın üst, larenxin alt bölgesi ve krikoid kıkırdağın üstünde yer alır ve iki lobdan oluşur. Lobların çapı 2-2,5 cm'dir ve bu iki lob istmus adı verilen oluşumla birleşir (3,6,13).

Tiroit bezi, dolaşımını inferior ve superior tiroit arterlerinden alır ve vena tiroidainferior-superior media'ya boşaltır. Tiroid bezinde kan akımı, bezin kitlesinin her gr'ı başına 4 ile 6 ml/dl'dir. Bu akım, şiddetli hiperplazi gösteren diffüz toksik guatrda 1 lt/dak/gr olur. Tiroid bezinde kan akımının artışı, tiroit bezi üzerinde thrill veya işitilebilen "bruit" klinik bulgusu olarak kendini gösterir (6,22,31).

Tiroit bezinde sinirler, trunkus sempatikus boyun bölgesinden ve parasempatik sinirlerden ve vagustan gelir. Nörojenik stimuluslar, tiroid bezinin kan akımını düzenlerler, ancak kan akımının akut değişimleri, hormon salınım hızını değiştirmez. Adrenerjik sinir sistemi ise folikül hücresi fonksiyonuna direkt etki ile tiroit fonksiyonlarını etkileyebilir (11).

Tiroit bezi, bağ dokusundan oluşmuş ince bir kapsül içindedir. Bu bağ dokusu, tiroit bezinin içine uzanır ve lobülleri oluşturur (22,29).

1.7.1.2. Tiroit Bezinin Histolojisi

Histolojik olarak tiroit bezi, duvarları bağ doku üzerinde küboid veya yassı epitel hücrelerinden oluşan, kan ve lenf kapilleri ile birbirine bağlı olan bir çok follikülden oluşur. Folliküllerin içinde kolloid madde bulunur. Folliküllerin çapı 200 mikron'dur, derinliği ise bezin fonksiyonel durumuna göre değişir. Hücre içinde yapılan kolloid, follikül boşluğuna salgılanır ve orada yoğunlaşır. Üzerinde epitel hücrelerini taşıyan bazal membran, folliküler hücresi çevresindeki kapillerlerden ayrılır. 20 ile 40 follikül, bağ doku septumları ile sınırlanarak bir arterden beslenen lobül oluşturur. Bireysel lobülün fonksiyonu, çevresindekilerden değişik olabilir. Bu da tiroit bezinin fonksiyonel heterojenitesini gösterir (3,29,31).

Folliküller arasında, gümüşnitrat ile boyanan büyük hücreler görülür. Bunlara parafolliküler hücreler denir. Bu hücreler mitokondria'dan zengindir ve calcitonin hormonu yaparlar (3,29,31).

1.7.1.3. Tiroit Bezinin Fizyolojisi

Fizyolojik açıdan tiroit bezi vücudun en sensitif organlarından biridir. Pek çok stimulusa cevap verir ve adaptasyon olayında önemlidir. Puberte, gebelik ve başka herhangi bir nedene bağlı fizyolojik stres durumunda bezin büyüklüğü artar ve daha aktif hal alır. Aktivite ve büyüklük değişiklikleri normal menstrüel siklusta bile gözlenir. Bu aşırı fizyolojik dengesizlik tiroit epitelinde değişikliklerle kendini gösterir. Bu dönemde tiroglobulin rezorbe edilir ve folliküler hücreleri yüksek silindirik ve kolumnar hal alır. Bazen tomurcuk veya küçük papilla oluşur. Stres geçtiği zaman involüsyon gelişir, yani epitelin yüksekliği azalır, kolloid birikir ve follikül hücreleri

normal büyüklük ve yapısına döner. Hiperplazi ve gerileme arasındaki bu normal dengenin yetmezliği karakteristik histolojik manzarada minör veya majör değişimlere yol açabilir (6,16,33).

1.7.1.3.1. Tiroit Hormonlarının Fizyolojik Etkileri:

Vücutta oksijen tüketimini, ısı üretimini, dolayısı ile bazal metabolik hızı arttıran tiroit hormonları metabolik etki yaparlar. Aynı zamanda bazı organ sistemleri üzerinde de tiroit hormonlarının özgün etkileri vardır. Tiroit hormonlarının bu fizyolojik etkileri hipertiroidizmde abartılı olarak artarken, hipotiroidizmde azalır veya ortadan kalkar. Bunun sonucunda da bu iki hastalığın belirti ve bulguları ortaya çıkar (5,6,15).

Tiroit Hormonunun Fizyolojik Etkileri

Kardiyovasküler Etkileri.....	Kalp hızı ve kalp debisinde artma
Gastrointestinal Etkileri.....	Barsak hareketlerinde artma
İskelet Etkileri.....	Kemik dönüşümü ve tekrar emiliminde artma
Pulmoner Etkileri.....	Solunum merkezinde normal hipoksik hiperkapnik dürtünün korunması
Nöromusküler Etkileri.....	Kas protein dönüşümü ve kas kasılması ve gevşeme hızında artma
Lipit ve Karbonhidrat Metabolizmasına Etkileri.....	Hepatik glikoogenesis ve barsaktan glikoz emilmesinde artma, artan kolesterol sentezi ve degradasyonu; artan lipolizis

Sempatik Sinir Sistemine Etkileri.....	Kalp, iskelet kası, lenfosit ve adipoz hücrelerde beta adrenerjik reseptör sayısında artma, azalan kardiyak alfa adrenerjik reseptörlerde azalma
Hemopoetik Etkileri.....	Hemoglobinden oksijenin kolay ayrılmasını ve dokulara daha fazla oksijen verilmesini sağlayan eritrosit 2,3 difosfoglisenatında artma

1.7.2. Tiroit Hormonları

1.7.2.1 Tiroit Hormonlarının Yapımı

Tiroit bezinden salgılanan başlıca hormonlar tiroksin ve triiyodotironindir. Her ikisi de iyot içeren aminoasitlerdir. Tiroit bezinden hormonların salınabilmesi için iyoda gereksinimi vardır. Bu gereksinim ise diyetle karşılanır. İyot dengesinin sağlanabilmesi için vücudun en az yüzde 20 mgr iyoda gereksinimi vardır. Bazı kaynaklarda ise bu oran 200 mgr'a kadar çıkmaktadır. Diyetlerle alınan iyot plazmaya geçince hızla organik iyota (I₂) dönüşür. Organik iyot ise hemen tiroglobüline bağlanır. Organik iyotlu tiroglobülin molekülleri, daha sonra monoiyodotirosin veya diiyodotirosin haline döner. İki diiyodotirosin molekül birleşerek tetradiyodotironin (T₄), bir diiyodotirosin ve bir monoiyodotirosin molekülünün birleşmesi ile triiyodotironin (T₃) meydana gelir. Bu sırada T₃ ve T₄ hala tiroglobuline bağlıdır ve inaktiftir. Vücudun tiroit hormonuna gereksinimi varsa tiroglobulin, proteinaz enzimi aracılığı ile parçalanır ve plazmaya serbest halde T₃ ve T₄ verilir. Serumda T₄/T₃ oranı 20/1'dir. T₄'ün büyük bir kısmı tiroit bağlayıcı globüline döner. Kandaki plazma proteinlerine bağlı halde dolaşan

tiroit hormonlarının hepsine birden proteine bağlı iyot (PBI) denir. BEI ise sadece plazmadaki tiroksin iyodunu gösterir ve özel bir işlemle ölçülür (6,13,29).

1.7.2.2. Tiroit Hormonlarının Salınımı

Tiroit bezinin hormon salgılaması ön hipofizden salgılanan TSH (Tiroit Stimulan Hormon) ile kontrol edilir. Kandaki T3 ve T4 düzeyi düştüğünde, önce hipotalamustan tireotropin releasing hormon (TRH) salgılanır. TRH ön hipofizi uyararak oradan TSH salınmasına neden olur. TSH ise işlemin daha hızlı gerçekleştirilmesini sağlar. Kan T3 ve T4 düzeyi normale döndüğünde, negatif feed-back yolu ile TRH salgısı durur. Bu geribildirim mekanizması, kandaki T3 ve T4 hormonlarının düzeyini normal sınırlar içinde tutar. Bu duruma ötiroidi denir. Tiroksin ve T3 serumda taşıyıcı proteine sıkıca bağlanmışlardır. Bağlanmamış veya serbest fonksiyonlar, biyolojik olarak aktif kısımlardır ve total T4'ün sadece %0,4'ünü ve total T3'ün /0,4'ünü içerirler. Tiroit hormonlarını taşıyan üç önemli protein tiroksin bağlayan globülin (TBG), tiroksin bağlayan prealbümin (TBPA) ve albümindir (6,11,13).

1.7.3. Tiroit Fonksiyon Testleri

Serum Tiroksin (T4) Düzeyi: Çok yaygın olarak kullanılan bu test radyoimmüno assey metodu ile ölçülür. Ölçüm için hastadan periferik venöz kan alınması yeterlidir. Normal değeri 4+4 mm/dlt'dir. Genellikle hipertiroidi, hipotiroidi ve ötiroid durumlarını ayırmakta kullanılır. Hipertiroidizmde değer yüksek, hipotiroidizmde ise düşüktür (5,11,36).

Hipertiroidi dışında gebelikte, östrojen alımı halinde heredite TBG yüksekliğinde ve bazı ilaçların alımı halinde (salisilatlar, tiroksin...vb) yükselir. Androjen,

kortikosteroid antikonvülsiyon ilaç alanlarda ve herediter TBG eksikliğinde, kronik karaciğer ve kronik böbrek hastalıklarında ise düşebilir (5,13,36).

Serum Tiroksin (T3) Düzeyi: Özellikle hipertiroidi düşünülen vakalarda önemli bir testtir. Periferik venöz kanda bakılır. 110-130 mg/dlt'dir. Hipertiroidide yüksek, hipotiroidide ise düşüktür. Yaşlı ve yıpranmış hastalarda ötiroid durumunda bile T3 düzeyi düşüktür (6,13).

Serbest Tiroksin İndeksi (FTI): Serbest T4'ü saptamak için dolaylı bir yöntemdir. Total T4'ü, T3 resin tutulumu ile çarparak elde edilir ve TBG bağlama yerleri ile ters orantılıdır (5,26).

Serbest T4: Doğrudan diyaliz ile ölçülebilir. Bu yöntem aralarındaki dengeyi bozmadan serbestleri, bağlı hormonlardan ayırır. Bunu direkt olarak denge diyalizi ya da seyreltilmemiş serum ultra filtrasyonu ve serbest T4 assay'ı ile yapar. T4'ün doğrudan ölçülmesi en doğru ve FTI için tercih edilen bir yöntemdir (5,26).

Serum TSH: Radyoimmuno-assayteknigi ile yapılan bu test özellikle hipotiroidinin tanı ve tedavisinde kullanılır. Normal düzeyi 1-4 mg/dlt'dir. Pirimer (tiroidal) hipotiroidizmde serum TSH normalin üzerindedir. Sekonder (hipofiz) veya tersiyer (hipotalamik) hipotiroidizmde, TSH genelde düşüktür. Fakat bazen normal olduğu da görülmektedir (5,36,37).

Serum Tiroglobulin Ölçümleri: Papiller veya foliküler karsinom hastalarının izlenmesinde yararlıdır. Tiroidektomi ve iyot 131 tedavisinden sonra, tiroglobulin düzeyleri <10 mg/lt olmalıdır. Bu değerin üzerindeki değerler metastatik bir hastalığın varlığını gösterir (5,26).

Kalsitonin Ölçümleri: Medüller tiroit karsinomunu saptamada ve bu hastalığın tedaviye yanıtını izlemede çok önemli bir testtir (5).

Radyoaktif İyot Tutulması (I 131): Tiroit bezinin iyot tutma düzeyi ölçülür. İzotop verildikten 24 saat sonra tiroitte tutulma oranı hipertiroidide artar, hipotiroidide azalır. Test özellikle artmış tiroit hormonunun tiroit bezi tarafından sentez edilemediği tirotoksikenlerde önemlidir. Radyoaktif iyodun alınımından;

2 saat sonra.....%4-12'sinin

6 saat sonra.....%6-15'inin

24 saat sonra.....%8-30'unun tiroit bezi tarafından tutulması beklenir (6,9,24).

Tiroit Sintigrafisi: Tiroit bezinin fonksiyonel aktivitesini saptamak için kullanılır. Hastaya I 131 verildikten sonra elektronik bir alet yardımıyla bezin şeklinin saptanması işlemidir. Tiroitte büyüme olup olmadığı bu yöntemle teşhis edilir (5,6,11).

Tiroit Ultrasonografisi: Solid nodülleri, kistik nodüllerden ayırmada kullanılır (6).

Bazal Metabolizma Hızı: Normal değerleri %-20 ile %+5'dir. Vücudun ısı oluşturması ile ilgili O₂ kullanımını ölçer. Hasta fazla sıcak olmayan bir odada 8 saat uyuduktan sonra, hastaya sigara ve kahvaltı verilmeden önce sipirometre aracılığı ile hastanın kullandığı O₂'nin % olarak ifadesidir (6,11,31).

Proteine Bağlı İyot: Normal değeri 3,5-8,5 mg/dlt'dir. Tiroit hormonlarının %90'ı proteine bağlı olarak taşındıkları için de Testin yapılması kanda dolaşan tiroit hormonunun normal değerini verir (26).

Serum Kolesterol Düzeyi: Tiroit hormonu kolesterol yapımını biraz hızlandırmakla birlikte, kolesterol yıkımını ve atılımını daha fazla artırır. Hipotiroidizmde kolesterol düzeyi düşük, hipertiroidizmde ise yüksektir (6,37).

Aşıl Tendon Reflexi: Spesifik olmayan bir testtir. Aşın tendonunun yarı relaksasyon zamanını ölçerek yapılır (6,37).

Tiroksin Bağlayıcı Globülin: Kanda serbest halde dolaşan veya proteine bağlı T3 ve T4 arasındaki fark olup olmadığının tespitini sağlayan bir testtir (24,26).

Tiroit Releasing Hormon: İntra venöz olarak TRH enjeksiyonundan sonra serum TSH düzeyine bakılır. Bu test hipofizer hipotiroidiyi hipotalemik hipotiroididen ayırmakta kullanılır (5,31).

Tiroit Antikorları: Tiroit bezi içerisindeki farklı antijenik unsurlara karşı oluşan antikorlar ölçülür. Hastalığın otoimmün olup olmadığı belirlenir (5,31).

Tiroit Biyopsisi: Bening hastalığı maling hastalıktan ayırmak için yapılan sitolojik incelemedir (31,37).

1.7.4. Tiroit Hastalıkları

Tiroit hastalıkları ya tiroit bezinin büyümesinden ya da hormon yapımındaki bozukluktan kaynaklanmaktadır (6).

1.7.4.1. Tiroit Hormonunun Yapımındaki Bozukluklar

1.7.4.1.1. Hipertiroidizm (Tirotoksikoz)

Tiroit hormonlarının dolaşımında aşırı artmasından kaynaklanan klinik bir sendromdur. Sık rastlanan bir hastalıktır ve kadınlarda erkeklere oranla daha siktir. En çok görüldüğü yaşlar ise 20-40'dır (2,5,6).

1.7.4.1.1.1. Hipertiroidizmin Etiyolojisi

Hipertiroidi belirtileri yani metabolik aktivitenin artışı çok değişik durumlarda görülür. Hipertiroidiler fizyopatolojik mekanizmalarına göre şöyle sıralanabilirler (5,6,36 ,37).

I- Tiroit dışı Uyaranların Neden Olduğu Durumlar

A)Graves- Basedow hastalığı

B)Aşırı miktarda hipofizer TSH uyarısı

1-Neoplazik

2-Neoplazik olmayan

C)TSH'a benzer aktivite gösteren, TSH yapısında olmayan maddeler

1-Choriocarsinoma

2-Embriyonel karsinoma

3-Molhidatiform

4-Metastatik tiroit kanseri

II- Tiroit Otonomisi Sonucu Oluşanlar

A)Toksik multinodüler guatr

B)Toksik adenom nodüller, soliter veya multipl

III- Ekstra servikal Menşeyli Tiroit Hormonu Salgılaması

A)Massif metastatik tiroit kanseri

B)Toksik struma overi

IV- İltihabi Tiroit Hastalıklarındaki Spontan Reversible Tirotoksikozis

A)Subakut granulometoz tiroit

B)Subakut lenfositler tiroit

V- İatrojenik Hipertiroidium

VI- Factitious Tirotoksikozu

VII- İyot Basedow'u

1.7.4.1.1.2. Hipertiroidizmin Belirti ve Bulguları

Hipertiroidideki belirtiler yalnızca metabolik aktivitenin artışına bağlı olarak değil, sempatik aktivitenin artışı sonunda oluşur. Yani tirotoksikozda T3 ve T4'ün aşırı miktarda oluşumuna ve salgılanmasına ait bütün belirtiler yanında katekolaminin etkisine ait belirtiler görülür. Tirotoksikozda en sık görülen üç belirti kilo kaybı, tremor ve taşikardidir. Genel tirotoksikoz semptom ve bulgularının yaygınlığı şöyle sınıflandırılmıştır (2,5,6,39).

Tirotoksikozlu Hastalarda Semptom ve Bulguların Yaygınlığı

<u>Semptom</u>	<u>Yaygınlık (%)</u>
Sinirlilik.....	%99
Artan terleme.....	%91
Isıya aşırı hassasiyet.....	%89
Çarpıntı.....	%89
Yorgunluk.....	%88
Kilo kaybı.....	%89
Taşikardi.....	%82
Dispne.....	%75
Güçsüzlük.....	%70
Artan iştah.....	%65
Göz şikayetleri.....	%54
Bacakta şişme.....	%35
İshal.....	%23

Bulgu

Taşıkardi.....	%100
Guatr.....	%100
Deride değişiklikler.....	%97
Titreme.....	%97
Tiroit.....	%77
Göz belirtileri.....	%71
Atrial Fibrilasyon.....	%10
Splenomegali.....	%10
Jinekomasti.....	%10
Karaciğer.....	%8

1.7.4.1.1.3. Hipertiroidizm Tanısı

Hipertiroidi'de görülen semptom ve bulguların varlığı, ailede tiroit hastalığı öyküsü, fizik muayene (sıcak nemli deri, ince yumuşak saçlar ve kıllar, ellerde ince tremor, hiperkinetik bir yapı, göz muayenesi, tiroit bezi muayenesi, kardiyak belirtiler, derin tendon reflexinde gevşeme fazı kısalığı.....vb), serum total T4 veya FT4, total T3 veya FT3 ve T3 resin uptake yükselmesi ve TSH düşmesi tanı koydurur (2,26).

1.7.4.1.1.4. Hipertiroidizme İlişkin Hemşirelik Tanıları

- Metabolik hızın aşırı artmasına sekonder, metabolik gereksinimlerden daha az gıda alımına bağlı beslenmede değişim; YETERSİZ BESLENME
- Metabolik hızın aşırı artmasına sekonder, yorgunluk ve bitkin düşmeye bağlı; AKTİVİTE İNTOLERANSI
- Metabolik hızın aşırı artmasına sekonder, peristaltizmin artmasına bağlı; DİYARE
- Çok fazla terlemeye ve ısı toleransına bağlı; KONFORDA DEĞİŞİM

- Egzoftalmusa sekonder, göz kapaklarını kapayamamaya bağlı; KORNEAL DOKU BÜTÜNLÜĞÜNDE BOZULMA RİSKİ
- Tremorlara bağlı; TRAVMA RİSKİ
- Hipertiroidizme sekonder olarak, metabolik kompensatuar mekanizmaların eksikliğine bağlı; HİPERTERMİ RİSKİ
- Duruma, tedavi rejimine, farmakolojik tedaviye, göz bakımına, diyet düzenlemelerine, komplikasyonların belirti ve bulgularına ilişkin bilgi eksikliğine bağlı; TERAPÖTİK REJİMİ İNEFEKTİF YÖNETME RİSKİ (14).

1.7.4.1.1.5. Hipertiroidi Komplikasyonları

Hipertiroidi komplikasyonları kalp yetmezliği ve tiroit krizidir (11,12).

Tiroit krizi; bazen fatal olabilen ve acil müdahale gerektiren bir komplikasyondur. Tiroit krizinin gerçek nedeni tam olarak bilinmemekle birlikte depolanmış T4 ve T3'ün kana birden salınması sorumlu tutulmaktadır. Fakat, tiroit krizli hastaların tiroit hormon düzeyleri diğer hipertiroit hastalarından farklı değildir (15,16).

Tiroit krizini kolaylaştırıcı nedenler ise şöyle sıralanabilir;

- Tiroit ameliyatı sonrası; kriz ameliyattan 4-16 saat sonra ortaya çıkabilir,
- Radyoaktif iyot tedavisi sonrası; tedaviden 10-14 gün sonra ortaya çıkabilir,
- İlaç tedavisinin kesilmesi; özellikle sadece iyot verilerek tedavi edilen hipertiroit hastalarda tedavinin kesilmesinden sonra görülmektedir,
- Hipertiroit tedavisi altındaki hastalar; böyle kişilerde tiroit dışı ameliyatlara, anestezi, enfeksiyon, emosyonel stres, ishal, miyokard infarktüsü, gebelik, doğum, travma, dehidratasyon, pulmoner emboli, diabetik ketoasidoz, serebrovasküler olaylar, iyotlu madde verilerek yapılan radyolojik incelemeler, aşırı tiroit hormonu verilmesi, iyot

(amiodorone) alınması, periyodik paraliziatakları ve hipoglisemi gibi olaylar tiroit krizini başlatabilir,

- Tanı konmamış hastalar; bazı hastalarda hipertiroit tablosu tiroit krizi ile başlayabilir. Kriz spontan olarak gelişebilir veya yukarıda bahsedilen kolaylaştırıcı nedenlerden birisi bulunabilir (15,16).

Tiroit krizinde klinik bulgular ;

Ateş: Genellikle 38 'C üzerindedir ve enfeksiyon nedeniyle oluşan ateşten farklı olarak salisilat ve diğeer non-steroit ilaçlara iyi cevap vermez (15,16,26).

Kardiyovasküler Sistem Bulguları: Nabız 130'un üzerine çıkabilir, ayrıca atrial fibrilasyon, çeşitli aritmiler, konjestif kalp yetmezliği, akut akciğer ödemi ve hatta şok görülebilir (15,16,25).

Sindirim Sistemi Bulguları: İştahsızlık, karın ağrısı, bulantı, kusma, ishal, hassas hepatomegali ve ikter bulunabilir. Bazı bulgularda tablo akut batın sendromu ile karışabilir (15,16,25).

Merkezi Sinir Sistemi Bulguları: Ajitasyon, tremor, mani, delirium, akut psikoz, stupor ve yaşlı hastalarda koma görülebilir, bununla birlikte yaşlı hastalarda ajitasyon yerine apati bulunabileceği akılda tutulmalıdır (15,16,25).

Sempatik Aktivasyon Artışı Bulguları: Taşikardi, tremor, bol terleme ve flushing görülebilir (15,16,25).

Diğer Bulgular: Bazı hastalarda kolaylaştırıcı nedenlere bağlı bulgular görülebilir. Bazı hastalarda ise tiroit fırtınası hafif seyredebilir ve uygun hazırlanmayan hastalarda yapılan tiroit ameliyatlarından sonra kendini sadece izah edilemeyen bir febril reaksiyon olarak gösterir (15,16,25).

Tiroit krizinin tedavisi;

Tiroit Hormon Sentezinin İnhibe Edilmesi: Antitiroit ilaçlar kullanılır, bu tür ilaçlar hormon sentezini bloke ederler. Fakat yapılmış olan hormonun perifere salınmasını önleyemezler, bu nedenle etkileri geç başlar (7,16).

Tiroit Hormon Salınımının İnhibe Edilmesi: İyot tiroit hormon ve sentezini iki şekilde etkiler; birincisi, tiroit içine alınan iyodun tiroglobüline bağlanmasını bloke eder. Bu etki geçicidir ve tedavide bir önemi yoktur. İkincisi, iyot, tiroit hormonlarının serbest kalmasını engeller, tiroit krizi sırasında asıl bu etkiden yararlanır (7,15).

Tiroit Hormonlarının Dolaşımdan Temizlenmesi: Tiroit hormonları proteinlere bağlı dolaştığından, periton diyalizi ve plazmaferez yöntemleri ile kandan temizlenebilir (7,15).

Hipertiroidinin Periferik Bulgularının Engellenmesi: Bu amaç için beta blokerler, anti-adrenerjik ilaçlar, kortikosteroidler ve iyotlu bileşikler gibi çeşitli ilaçlar kullanılmaktadır (7,15).

Genel Durumun Düzeltilmesi: Adrenal yetmezlik için kortikosteroid verilir, yüksek ateş hipotermi ile düşürülür, dehidratasyon için sıvı verilir ve beslenme desteklenir (7,15).

Kolaylaştırıcı Nedenin Tedavisi: Neden araştırılıp uygun şekilde tedavi edilmesi gereklidir (7,15).

Konjestif Kalp Yetmezliğinin Tedavisi: Kardiyotonik ve diüretiklerle tedavi edilmelidir (7,16).

1.7.4.1.1.6. Hipertiroidizm Tedavisi

Beta Adrenerjik Blokerler: Beta blokerlerle hipertiroidinin adrenerjik belirtilerini (terleme, taşikardi, tremor) kısa sürede gidermek mümkündür. Bu ilaçlar tiroit fonksiyonunu etkilemezler, tiroit hormonu seviyesini normale düşürünceye kadar semptomatik bir iyilik sağlar. Hipertiroidizm tedavisinde en sık kullanılan beta bloker propranolol'dür. Günlük dozu 80-240 mgr, doz hastanın vücut ağırlığına ve hipertiroidizmin şiddetine göre değişir (2,5,26).

Antitiroit İlaçlar: Thiocarbomide ilaçları; propylthiouracil, methimazole ve carbimazol tiroit peroksidazı engelleyerek tiroit hormon sentezini bloke ederler. Piyasada iki thionamide grubu ilaç vardır; Propycil (propylthiouracil) ve Thyromozol (Methimazole)'dir (2,5).

Radyoaktif İyot: Tek doz halinde içirilen I131, 6-12 hafta içinde tiroiti küçültür ve fonksiyonu azaltır. Radyoaktif İyot uygulamasından önce hastalar antitiroit ilaç uygulanarak ö tiroit durumuna getirilmelidir. Fiyat, etkinlik, kolaylık ve kısa süren yan etkiler yönünden radyoaktif iyotun hem ameliyat hem de antitiroit ilaçlardan ileri bir etkisi vardır (2,5,26,31).

Cerrahi Tedavi: Subtotal tiroidektomi çok büyük, bezi tıkaçıcı semptomları, multinodüler bezi olan veya bir yıl içinde gebe kalmak isteyen hastalarda uygulanacak tedavidir. Ameliyattan önce hasta antitiroit ilaç tedavisi ile ö tiroit durumuna gelmelidir. Hastaların %10'unda cerrahi müdahale sonrası tekrarlayan tirotoksikoz gelişir (5,31).

1.7.4.1.2. Hipotiroidizm

Hipotiroidizm tiroit hormonu eksikliğine bağlı klinik bir sendromdur. Oldukça sık görülen ve kolayca gözden kaçabilen bir olgudur. Tiroit hormonu yetersizliği değişik

derecelerde olabilir ve buna göre zor tanınabilen hipotiroididen ağır hipotiroidiye kadar değişik klinik şekiller meydana gelir (5,6,22,26).

Tiroit hormonu, başta beyin olmak üzere bütün vücut hormonlarını etkilediğinden tiroit hormonu yetersizliğinin başladığı yaş çok önemlidir. Buna göre hipotiroidi konjenital olabilir ve kretenezim tablosu ortaya çıkar. Küçük yaşta kazanılmış olabilir ve juvenil hipotiroidizm adını alır. Konjenital tipte ya tiroit hiç yoktur veya ya rudimenterdir ya da hormon yapımını etkileyen endojen veya ekzojen nedenler vardır. Bebeklerde ve çocuklarda hipotiroidizm çok önemlidir. Çünkü büyüme ve gelişmede geriliğe yol açar; kalıcı motor ve zihinsel geriliğe neden olabilir. Yetişkinlerde görülen hipotiroidizmin büyük bir çoğunluğunu primer hipotiroidizm oluşturur ve metabolik işlerin yavaşlamasına neden olur. Tedavi ile düzeltilebilir (5,6,25).

1.7.4.1.2.1. Hipotiroidizm Etiyolojisi

Hipotiroidizm genellikle primerdir (tiroit bozukluğu) fakat sekonder (hipotalamik veya hipofiz yetersizliği) veya tiroit hormon reseptörlerindeki dirençten kaynaklanabilir (5,2,6,36,37).

Hipotiroidizm Nedenleri

Primer Hipotiroidizm	Sekonder Hipotiroidizm
Otoimmün	Hipotalamik fonksiyon bozukluğu
Hashimoto tiroiditi	Neoplazm
Poliglandüler yetersizlik sendromunun bir kısmı, Tip II	Tüberküloz
İatrojenik	Sarkoidozis
İyot 131 tedavisi	Langerhans hücresi histiositoz
Tiroidektomi	Hemokromatozis
	Radyasyon tedavisi

İlacı bağlı	Hipofiz fonksiyon bozukluğu
İyot eksikliği	Neoplazm
İyot fazlalığı	Hipofiz ameliyatı
Lityum	Post partum hipofiz nekrozu
Amiodorone	İdiopatik hipopituitarizm
Antitiroit ilaçlar	Glukokortikoid fazlalığı (cushing sendromu)
	Radyasyon tedavisi
Doğumsal	
Tiroit agenezi	
Tiroit disgenezi	
Hipoplastik tiroit	
Biyosentetik yetersizlik	

1.7.4.1.2.2. Hipotiroidizm Belirti ve Bulguları

Hipotiroidizmin klinik belirtileri ortaya çıkış yaşına ve tiroit yetersizliğinin ciddiyetine bağlıdır. Doğumsal hipotiroidizm yani kretenizmde çocuklarda beslenme problemleri, hipotoni, hareketsizlik, açık ön fontanel ve/veya yüz ve el dokularında şişme görülebilir. Eğer tedavi gecikirse; zeke geriliği, kısa boy ve geciken ergenlik oluşur. Erişkinde hipotiroidi gizlice gelişir, tanı konmadan önce hastalarda yıllarca bitkinlik, letarji ve yavaş kilo alımı görülür. Özgün semptomlar arasında yorgunluk, bitkinlik, halsizlik, soğuğa dayanıksızlık, kuru deri, gür saç veya saç kaybı, kilo alımı, kabızlık, miyalji, atralji ve menstural anormallikler yer alır. Derinin tendon reflekslerinin geciken gevşeme süreci de ciddi hipotiroidizmin en önemli klinik belirtileridir (2,3,5,36,37,40).

Hipotiroidizmin Klinik Özellikleri			
Erişkinlerde		Çocuklarda	
Belirtiler	Bulgular	Belirtiler	Bulgular
Bitkinlik	Kuru, kaba, soğuk deri	Öğrenme yetersizliği	Zeka geriliği
Soğuğa tahammülsüzlük	Kaba ince saç	Kısa boy	Geciken kemik yaşı
Halsizlik	Boğuk ses		Geciken ergenlik
Letarji	Çabuk kırılan tırnaklar		
Kilo alımı	Periorbital periferik ödem		
Kabızlık	Geciken refleksler		
Miyalji	Yavaş tepki süresi		
Atralji	Turuncu deri rengi		
Adet bozukluğu	Bradikardi		
Saç dökülmesi	Plevra ve perikard efüzyonları		

1.7.4.1.2.3. Hipotiroidizm Tanısı

Ağır olgularda karakteristik semptom ve bulgular hastalığı kolayca düşündürecektir. Bununla beraber laboratuvar testler olmaksızın, hafif olgular gözden kaçabilir. Yeni doğanlarda ve nonspesifik semptomlar gösteren yaşlılarda laboratuvar tetkikleri rutin olarak istenmelidir (2,5,26,31).

Anormal laboratuvar bulguları;

Düşük serum total T4

Düşük serum total T3

Düşük T3 resin uptake

Düşük serbest T4 indeksi

Yüksek serum TSH (Primer hipotiroidide en erken ve hassas göstergedir.)

Düşük radyoiod uptake

1.7.4.1.2.4. Hipotiroidizmde Hemşirelik Tanıları

- Metabolik hızın yavaşlamasına sekonder olarak, metabolik gereksinimleri aşan miktarda alıma bağlı beslenmede değişim; AŞIRI BESLENME.
- Metabolik hızın yavaşlamasına sekonder, oksijen yetersizliğine bağlı AKTİVİTE İNTOLERANSI
- Metabolik hızın ve fiziksel aktivitenin yavaşlamasına sekonder, peristaltizmin yavaşlamasına bağlı KOLONİK KONSTİPASYON
- Metabolik hızın yavaşlamasına ve intertisyel sıvı infiltrasyonuna sekonder, ödem ve kuruluğa bağlı DERİ BÜTÜNLÜĞÜNDE BOZULMA.
- Metabolik hızın yavaşlamasına sekonder soğuk intoleransına bağlı KONFORDA DEĞİŞİM.
- Neşesizlik, kayıtsızlık ve depresyona bağlı SOSYAL ETKİLEŞİMLERDE BOZULMA RİSKİ
- Duruma, kendi rejimine, diyet düzenlemelerine, komplikasyonların belirti ve bulgularına farmakolojik tedaviye ve kontrendikasyonlara ilişkin bilgi eksikliğine bağlı TERAPÖTİK REJİMİ ETKİSİZ YÖNETME RİSKİ (14).

1.7.4.1.2.5. Hipotiroidizm Komplikasyonları

Arteriosklerotik kalp hastalığı

Akut organik psikozlar özellikle paronaya ve delüzyonlar ortaya çıkabilir.

Miksödem koması görülebilir. Kanda tiroit hormonlarının azalması olarak tanımlanan miksödem krizi hipotiroidinin en ciddi komplikasyonudur ve mortalitesi yüksektir (6,15,16).

Miksödem komasını kolaylaştırıcı nedenler;

- Hipotiroit hastalarda tiroit hormonu yerine koyma tedavisinin kesilmesi veya ilaç alımının unutulması krizin başlıca nedenidir.
- Tedavi altındaki hastalarda en sık görülen kolaylaştırıcı neden soğuğa maruz kalmadır. Bu nedenle özellikle kış aylarında iyi ısıtılmamış evlerde yalnız yaşayan kişilerde daha sık görülmektedir.
- Yukarıda sayılan nedenlerin yanı sıra enfeksiyon (özellikle pnomoni, kronik obstrüktif akciğer hastalığı, alevlenmesi) başta olmak üzere miyokard enfarktüsü, konjestif kalp yetmezliği, serebrovasküler olaylar, plevra ve periton epanşmanları, anemi, ileus, obesite, immobilizasyon, zayıf göğüs kasları, travma ve merkezi sinir sistemi depresyonu yapan ilaçların alınması miksödem komasını kolaylaştırır (15,16).

Miksödemde klinik bulgular; hipotermi, bradikardi, hipotansiyon, refleks yavaşlaması, konvülsiyonlar, hipoventilasyon, prekardiyal veya plevral epanşmanlar, halsizlik, kanama diyatezi, hipokalsemi veya hiperkalsemi bulguları, stupor, şok, uzun süreli amnezigibi hipotiroidi bulguları ağırlaşmış olarak görülür (15,16).

Miksödem tedavisi;

Genel Durumun Düzeltilmesi: Uygun ventilasyon sağlanır, hiponatremi için hidrasyonu iyi olan hastalarda sıvı kısıtlanması, ağır durumlarda ise hipertonic sodyum

klorür solüsyonu verilir, hipoglisemi mevcutsa intravenöz glikoz verilir(15,16).

Tiroit Hormon Tedavisi: Metabolizmayı hızlandıracağı için tiroit hormonları uygun solunum ve dolaşım şartları sağlanınca verilmelidir (16).

Kortikosteroidler: Miksödem komasındaki hastalarda stres dozunda kortikosteroid kullanılmalıdır. Hasta iyileştikçe doz azaltılır (16).

Hipoterminin Düzeltilmesi: Hipotermi dışarıdan ısıtma ile tedavi edilmelidir (16).

Hipotansiyonun Düzeltilmesi: Anemi varsa kan transfüzyonu yapılmalıdır. Sıvı tedavisinde hipertonic sodyum klorür solüsyonları veya plazma volümünü genişletici maddeler kullanılmalıdır (15,16).

Merkezi Sinir Sistemi: Sinir sistemini deprese edecek hertürlü ilacı vermekten kaçınılmalıdır (15).

Kolaylaştırıcı Nedenlerin Tedavisi: Altta yatan neden aranmalı ve nedene yönelik tedavi uygulanmalıdır (15,16).

1.7.4.1.2.6. Hipotiroidizm Tedavisi

Tiroid hormon preparasyonları; hayvan kaynaklarından elde edilen veya sentetik üretilen T3 ve T4 preparatları geçmişten bugüne kullanılmaktadır. Bununla beraber sentetik üretilen L-Thyroxine Sodyum kullanılan en seçkin ilaçtır (5,26). Kalıcı hipotiroidi tanısı konduktan sonra hasta ömür boyu levotiroksin yani T4 tedavisine alınır (substitüsyon).

Hipotiroidi çok defa çok yavaş ve sinsi olarak gelişir. Aynı şekilde, hastanın tedaviye cevap vermesi de tedrici olur. Hastanın ötiroid (tiroit hormonlarının kanda normal düzeye çıkması) hale gelmesi yaklaşık bir buçuk ayı veya daha uzun bir zamanı alabilir. Bu nedenle, hasta ötiroid oluncaya kadar 2 veya 3 aylık aralıklarla doktor

tarafından doz ayarlanması için görülmesi gerekir. Ötiroid olduğu zaman, bu aralıklar 6-12 aya çıkar (27).

Yaşlılarda ve koroner hastası olanlarda tedavi daha dikkatli yapılır. Levotiroksin oksijen ihtiyacını artıracığından koroner arter belirtilerininin çoğalmasını sağlar. Bu nedenle öncelikle koroner arter hastalığının düzeltilmesi gerekir. Unutkanlık nedeni ile birçok yaşlı hasta tedaviyi aksatabilir. Bunun için ailenin yardımı gerekebilir (27).

1.7.4.2.Tiroit Büyümeleri

1.7.4.2.1. Guatr

Tiroit bezinin büyümesine guatr adı verilir. Guatrı olan hastalar ötiroid (basit guatr), hipertiroit (toksik guatr veya graves hastalığı) veya hipotiroit (nontoksik guatr veya hashimoto titoiditi) olabilirler. ICIDD/WHO'nun 1993 guatr sınıflaması aşağıda verilmiştir (6,13,12,24)

DERECE	TANIMLAMA
0	Guatr yok
1A	Muayenede tiroit lobları başparmaktan daha büyük ele geliyor
1B	Tiroit büyümüş, sadece baş ekstansiyondayken görülebiliyor
2	Tiroit büyümüş, baş normal pozisyondayken görülebiliyor
3	Tiroit büyümüş, 10 m. mesafeden kolaylıkla görülebiliyor.

Guatrların Ortaya Çıkış Nedenlerine Göre Sınıflandırılması

- Basit guatr
- Endemik guatr
- Otoimmün tiroidit (hashimoto hastalığı, basedow-graves hastalığı)
- Dishormonogenesis sonucu oluşan guatr
- Guatrojenlerin meydana getirdiği guatr

- Subakut tiroidit (De quervain tiroiditi ve sessis tiroidit)
- Akut (süpüratif) tiroidit
- Tiroit nodülleri

Guatrlar çok büyüyebilir ve sternumun altına doğru uzayabilirler. Disfaji, solunum güçlüğü ve sesin kalınlaşmasına neden olabilirler (5,6).

Ultrason veya radyoiyot incelemesi tiroit bezini belirler, tiroit tutulması ve sintigrafisi guatrın fonksiyon olarak aktivitesini belirler (2,5,37).

Neoplazm veya otonom nodüller dışındaki guatrlar TSH'ı baskılayan dozlarda tiroit hormonu ile tedavi edilir. Hipotiroidizmi düzeltmeye ve guatrın küçülmesini sağlayan bu tedaviye yaşam boyu devam edilmelidir. Uzun zamandır var olan guatrlar küçülmeyebilir fakat L-Tiroksin tedavisi sırasında büyümezler. Cerrahi tedavi sadece obstrüktif belirtiler veya ciddi sternum altı uzantı görüldüğünde non-toksik guatr için önerilir (2,5).

1.7.4.2.2. Tiroiditler

Tiroidin enflamasyonu demektir ve akut, subakut ve kronik olarak sınıflandırılabilir.

Akut süpüratif tiroidit: Tiroit bezinin bakteriyel iltihabıdır. Uygun antibiyotik ve cerrahi drenaj ile düzeltilebilir.

Subakut granülomatöz tiroidit: Etkenin virüsler olduğuna inanılmaktadır. Viral ve streptokokal bir enfeksiyonun ardından oluşur. Belirti ve bulguları; ateş, boyun ağrısı, halsizlik, iştahsızlıktır. Tiroit fonksiyonları genellikle normaldir. Bazen geçici hipo ya da hipertiroidi olabilir.

Kronik Tiroidit: En sık görülen şeklidir. Kadın/erkek oranı 30/1'dir. Otoimmün olduğuna inanılır, hastaların çoğunda antitiroit antikoru saptanır. Kliniğinde; tiroit glandı büyümesi temel belirtidir, hastaların %20'sinde hipotiroidi bulunur, zaman zaman tiroitte ağrı ve gerginlik görülebilir. Hasta ötiroid olsa da tedavide L-Tiroksin Sodyum kullanılmalıdır, hipotiroidide kullanmak zorunludur (2,5,6,13,24,26).

1.7.4.2.3. Tiroit Kanserleri

Oldukça sık görülür. Etiyolojisinde radyasyona maruz kalma, genetik faktörler ve TSH rol oynar. Tiroit kanserleri, tek nodül veya daha az sıklıkta multiple nodüller veya boyunda kitlr şeklinde kendini gösterebilir. Bu tümörler bazen ses kısıklığına, trakea ve özefagusa bası belirtilerine yol açabilir (5,6,26).

Papiller, foliküler ve medüller kanserler cerrahi tedavi + radyoyot tedavisi + TSH süpresyon kombinasyonu ile tedavi edilirken anaplastik kanserlerde tedavi genelde palliatiftir. Obstrüksiyonları azaltmak için cerrahi, ölümü geciktirmek için de kemoterapi uygulanır (26).

1.7.5. Hastalıklardan Korunma ve Tedavide Erken Tanı ve Hemşirelik

1.7.5.1. Sağlık Ekibi

Sağlık hizmetleri ekip hizmetidir. Sağlık ekibinde hekim, ebe, eczacı, psikolog, fizyoterapist, sağlık memuru, sosyal çalışman, diyetisyen, hemşire bulunur ve bütün sağlık ekibi üyeleri hasta/sağlıklı birey için çalışır. Hemşirenin hem ekipte önemli bir rolü hem de görev yaptığı ekip üyeleri arasında koordinasyonu sağlamak gibi önemli bir görevi vardır (7,18).

1.7.5.2. Sağlık Ekibinde Hemşirenin Rolü

Hemşirelik toplumun her kesiminde kişinin bedensel, duygusal, akılsal ve toplumsal sağlık gereksinimlerinin ışığında hemşirelik bakım planını yapan, bu planı uygulamaya koyan ve uyguladığı bakım planının sistematik bir biçimde değerlendiren dinamik bir süreçtir (7,18,38).

Hemşirelik, bireyin, ailenin ve toplumun sağlığının ve esenliğini koruma, geliştirme ve hastalık halinde iyileştirme amacına yönelik ,hemşirelik hizmetlerinin planlanması, örgütlenmesi, uygulanması, değerlendirilmesinden ve bu hizmetleri yerine getirecek kişilerin eğitiminden sorumlu bilim ve sanattan oluşan bir sağlık disiplindir (7,38).

Hemşirenin temel işlevi; sağlıklı ya da hasta bireye yardım etmektir. Bu yardım, sağlamlığın sağlığını sürdürmesi, hastanın yeniden sağlığına kavuşması için gerekli olan bilgi, istek ve güce kavuşmasına yönelik etkinlikleri içerir. Ancak bütün bunlar yapılırken, bireyin kendi kendine yeterli olmasını en kısa zamanda sağlamaya yardımcı olur (7,38).

Diğer bir deyişle; hemşireliğin amacı; sağlıklı/hasta bireyin gereksinimlerinin karşılanması için ona gereksindiği yardımı sağlama eylemidir. Bu eylemin özünde insan, çevre, toplum ve sağlık gibi temel kavramlar vardır (7).

1.7.5.3. Erken Tanı

Erken tanı, herhangi bir hastalığın, o hastalığa ait belirtilerin henüz tam olarak ortaya çıkmadığı, kişiye sıkıntı ve acı vermediği ve onu çalışmaktan alı koymadığı dönemde tanınmasıdır. Erken tanı ikincil koruma olarak da tanımlanabilir. Preseptomatik ya da preklinik dönem adı verilen aşamada, kişi hasta olduğunun

ayırında değildir. Zaten bireyin ne zaman hasta ve ne zaman sağlam olduğunu kesin bir saptama olanağı yoktur. Sağlıklı dönem hastalığın ayırında varıldığı ya da ortaya çıktığı zamana kadar süren bir yaşan dönemi değildir (1,18).

Tanının gecikmesi hastalığın ağırlaşmasına ve hatta tedavi olanağının ortadan kalkmasına yol açabilir. Süreğen hastalıklara ne kadar erken dönemde tanı konulursa, hem tedavileri kolaylaşır hemde tedavi süreleri ve harcamaları azalır. Tüm bunlardan önemlisi hastanın iyileşme şansı artar (1,18).

1.7.5.4. Erken Tanı Ve Hemşirelik

Hemşire görev alanı ne olursa olsun hastalıkların erken tanısına yönelik çalışmalarda doğrudan ya da dolaylı olarak yeralmalıdır. Hemşirenin bu konudaki görevleri üç başlık altında toplanabilir;

a-Erken tanıya yönelik eğitim ve danışmanlık; hemşire sağlıklı bireylere erken tanının önemi, hastalıkların erken belirtileri, kendi kendilerine yapacakları muayene teknikleri bireyin kendini sağlıklı hissetse bile düzenli aralıklarla sağlık kontrolüne gitmesinin gerekliliği ve sıklığı konularında sağlık eğitimi vermelidir. Ayrıca gerek sağlık kontrolleri ve gerekse erken hastalık belirtilerini farkettiğinde başvurabileceği sağlık kuruluşlarına ilişkin danışmanlık hizmeti sağlamalıdır. Hemşire bireyleri bilgisizlik, ilgisizlik, ihmal, korku ve ekonomi gibi nedenlerle erken tanı olanaklarını kullanmama durumlarını çözümlmek için kapsamlı eğitim ve danışmanlık girişimlerini planlamalıdır.

b-Sağlığın değerlendirilmesi ve sevk; Hemşire bireylere özelliklerine göre rutin izlemleri planlamalı, izlemeli ve sağlık düzeylerini değerlendirerek, gerektiğinde erken

hastalık belirtilerini saptayarak bireyi gereken sağlık kurumuna ve ilgili hekime yönlendirmeli ve sevk etmelidir.

c-Tarama çalışmalarına katılma; Hemşire mesleki bilgi ve becerileri ile kendi gözlem ve deneyimlerinden edindiği verileri kullanarak toplumda hangi hastalıklar için taramaların gerekli olduğuna ilişkin karar verme, taramaları planlama, organize etme, yürütme ve sonuçlarının değerlendirilmesinde aktif rol almalıdır (1,7,18,38).



BÖLÜM II

GEREÇ VE YÖNTEM

2.1. Araştırmanın Tipi

Hipertiroit, hipotiroit tanısında hemşirenin etkinliğini belirlemek amacıyla planlanan bu araştırma; tanımlayıcı, kesitsel ve yarı analitik bir araştırmadır (28,35).

2.2. Araştırmanın Yeri

Araştırmanın Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi İç Hastalıkları Endokrinoloji Bilimdalı ve Nükleer Tıp Bilimdalında yapılmıştır.

2.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

2.3.1. Araştırmanın Evreni

Araştırmanın evrenini araştırmanın yapıldığı sürelerde İç Hastalıkları ve Nükleer Tıp kliniklerine başvuran ve klinik muayene ile hipertiroit ön tanısı veya hipotiroit ön tanısı konulan ancak henüz objektif verilerle (TSH, FT4, FT3 gibi laboratuvar sonuçları) tanı almamış hastalar oluşturmuştur.

2.3.2. Araştırmanın Örneklemi

Araştırmanın örneklemini araştırma evreninden olasılıksız örneklem seçim tekniği ile araştırmacının ulaşabildiği ve araştırmaya katılmayı kabul eden kişiler oluşturmuştur (n=311).

2.4. Bağımlı- Bağımsız Değişkenler

2.4.1. Bağımlı Değişkenler

Bu araştırmada; hemşirenin, tiroit hastalıklarının belirlenmesine yönelik yapacağı değerlendirme sonucunda verdiği tanı kararının yapılacak tıbbi inceleme sonuçları ile örtüşmesi doğrultusunda tanılamadaki rolünün etkin olup olmadığı bağımlı değişken olarak kabul edilmiştir.

2.4.2. Bağımsız Değişkenler

Araştırmanın temel amacına yönelik bağımsız değişkeni tıbbi inceleme sonunda verilen kesin tanı kararı olarak kabul edilmiştir. Araştırmanın alt amacına yönelik bağımsız değişkenler ise araştırmaya alınan bireylerin yaş, cinsiyet, eğitim durumu, ailesel tiroit oluşumu ve tiroit hastalıkları risk faktörlerinin varlığı gibi bireysel özellikler olarak kabul edilmiştir.

2.5. Veri Toplama Tekniği

Veri toplama araçları araştırmanın örneklemini oluşturacak bireylere araştırmacı tarafından bire bir görüşme yöntemi ile uygulanmış ve yine araştırmacı tarafından ölçek puan değerlendirmeleri yapılarak ön tanı belirlenmiştir. Daha sonra araştırmacının ön tanısı ilgili uzman doktor ve laboratuvar sonuçlarından elde edilen kesin tanı sonuçları ile karşılaştırılmıştır.

2.5.1. Veri Toplama Araçları

Araştırmada veri toplama aracı olarak dört form kullanılmıştır.

1. Bireysel Tanıtım Formu
2. Hipertiroidi Semptom Ölçeği
3. Hipotiroidi Semptom ve Bulgu Ölçeği
4. Diğer Hipertiroidi ve Hipotiroidi Bulguları

2.5.1.1. Bireysel Tanıtım Formu

Verilerin toplanmasında araştırmacı tarafından ilgili literatür ışığında geliştirilen ve araştırmaya katılan bireylerin bazı özelliklerini tanıtıcı nitelikte sorulardan oluşan bu form; bireyin sosyo-demografik özelliklerini (cinsiyet, yaş, doğum yeri, medeni durumu, çocuk sayısı, eğitim durumu, meslek), tiroit hastalıklarında risk faktörü olabilecek koşulları (stres yoğunluğu, tiroit harici var olan diğer hastalıklar, sigara kullanımı, çay-kahve tüketimi, genetik yatkınlık) içermekte ve 14 sorudan oluşmaktadır (Ek 1) (5,7,13,16).

2.5.1.2. Hipertiroidi Semptom Ölçeği

Araştırmada 'hipertiroit semptom ölçeği' olarak kullanılan olan ölçek 1987 yılında Klein ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş olup, hipertiroidin; **sinirlilik, terleme, ısıya tahammül, hiperaktivite, tremor, güçsüzlük, hiperdinamik prekordium, diyare, iştah ve günlük fonksiyonların değerlendirilmesi** başlıkları altında 10 temel belirtisini içermektedir. Her bir belirti kendi özelliğine göre 0-4 puan arası derecelendirilmiştir. Ölçekte en düşük puan '0', en yüksek puan ise '40' tır.

Puanlama sonucu; 20 ve üzeri puan alan hipertiroidili olarak değerlendirilmektedir (Ek 2) (23).

2.5.1.3. Hipotiroidi Semptom ve Bulgu Ölçeği

Araştırmada 'hipotiroidi semptom ölçeği' olarak kullanılacak ölçek ise; 1996 yılında Zulewski ve arkadaşları tarafından oluşturulmuştur. Hipotiroidi Semptom ve Bulgu Ölçeği; hipotiroidinin 12 değişik belirti ve bulgusunu içermektedir. Her semptom ve bulgu var=1 puan, yok=0 puan şeklinde değerlendirilmektedir. En düşük puan '0', en yüksek puan '12' dir. Puanlama sonucu; 5 puan ve üzeri hipotiroit olarak değerlendirilmiştir (Ek 3) (47).

2.5.1.4. Diğer Hipertiroidi ve Hipotiroidi Bulguları

Verilerin toplanmasında araştırmacı tarafından ilgili literatür ve uzman görüşü ışığında geliştirilen ve araştırmaya katılan bireylerde ölçeklerin içeriği dışındaki diğer hipertiroidi ve hipotiroidi bulgularını saptamak amacıyla oluşturulmuş olan bu form; hipertiroidide, göz bulguları, deri ve saç bulguları gibi hipertiroidide görülebilen bulgular oluşturmuştur. Hipotiroidide ise yine cilt ve saç bulguları , eklem ve kas bulguları gibi diğer hipotiroidide görülebilen bulgular oluşturmuştur (Ek 4) (2,5,15,16,30,32).

2.5.2. Veri Toplama Araçlarının Uygulanması

Araştırma verileri iki aşamada toplanmıştır.

Araştırmanın birinci aşamasında veriler; hastaların TSH, FT4, FT3 için laboratuara başvurmaları sırasında toplanmıştır. Bu aşamada ilgili literatür ışığında

araştırmacı tarafından hazırlanan soru formu ve literatürden Türkçe'ye çevrilip uzman denetiminden geçirilmiş tiroit tanılama ölçekleri kullanılmıştır. Bu aşamada kişilerin sosyo-demografik özelliklerine yönelik anket formu ve hemşirenin hipertiroit-hipotiroit tanılmasında kullandığı tanılama ölçeklerinin uygulanması ile gerekli değerlendirmeler yapılarak ön tanı belirlenmiştir. Uygulama, doğrudan araştırmacı tarafından bire bir görüşme yöntemi ile yürütülmüş ve yine araştırmacı tarafından ölçek puan değerlendirmeleri yapılarak ön tanı belirlenmiştir.

İkinci aşamada ise; araştırmanın örneklemini oluşturan bütün bireylerin birinci aşamada araştırmacı tarafından konulan ön tanıları ile laboratuvar sonuçları (TSH, FT4, FT3) ve endokrinolog tarafından konulan kesin tanıları alınarak verilere eklenmiştir.

2.6.Verilerin Değerlendirilmesi

Bu araştırmada elde edilen verilerin analizinde SPSS (Statistical Package for Social Science) for Windows paket programı 10.0 versiyon kullanılmış ve araştırmanın bağımlı bağımsız değişkenleri arasındaki ilişki dört aşamada istatistiksel olarak incelenip değerlendirilmiştir.

1. Bu aşamada, araştırmanın bireysel tanıtıcı soru formundan elde edilen verileri doğrultusunda kişilerin sosyo demografik değişkenlere göre dağılımını gösteren sayı ve yüzde dağılımları saptanmış ve tek yönlü tablolar oluşturulmuştur.

2. İkinci aşamada hipertiroit ve hipotiroit tanılmasına yönelik olarak kullanılan iki ölçekten elde edilen verilerden ise aşağıdaki istatistik incelemeleri yapılmıştır;

- Her iki ölçeğin her bir maddesinin cevaplanma durumuna göre sayı ve yüzde dağılımları çıkarılmıştır.

- Her iki ölçek toplam puanları için ortalama, standart sapma vb. betimleyici istatistiksel değerleri elde edilmiştir.
- Ölçeklerin iç tutarlılığını inceleyebilmek için madde analizi yapılmış maddelerin madde-toplam korelasyon değerleri için Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon Katsayısı hesaplanmıştır.
- Hipertiroidi Semptom Ölçeği güvenilirlik düzeylerini tespit etmek için Cronbach Alpha, iki yarım test güvenilirlikleri için Guttman Split-half güvenilirlik katsayısı ve Spearman-Brown güvenilirlik katsayısı değerleri hesaplanmıştır.
- Hipotiroidinin Semptom ve Bulguları Ölçeğinin güvenilirlik düzeyini tespit etmek için KR-20 güvenilirlik katsayısı, iki yarım test güvenilirlikleri için Guttman Split-half güvenilirlik katsayısı ve Spearman-Brown güvenilirlik katsayısı değerleri hesaplanmıştır.
- İki ölçekten elde edilen toplam puanları arasındaki ilişki “Pearson momentler çarpımı korelasyon analizi” ile incelenmiştir.

3. Daha sonra tanılama ölçeklerinden elde edilen olası tanı sonuçları

laboratuvar sonuçlarından alınan kesin tanı sonuçları ile ne kadar örtüştüğü başka bir deyişle olası tanının ne kadar isabetli olduğunu belirlemek için Ki-kare (Chi-square) analizi ile karşılaştırılmıştır.

4. Araştırma verileri ile ilgili istatistiksel incelemelerin son aşamasında ise farklı sosyo-demografik grupların olası tanı elde edilmesini sağlayan tanılama ölçeklerinden aldıkları puan ortalamaları ve kesin tanı sonuçları karşılaştırılması için Tek Yönlü Varyans Analizi (Tek Yönlü ANOVA) yapılmıştır. Bu analizleri, puan ortalamalarının birlikte ele alınarak değerlendirilmesi sonucu elde edilen istatistiksel farklılıkların

kaynağının hangi gruplar arasın olduğunun belirlenmesi işleminin "Tukey" Post Hoc testi ile yapılması izlemiştir.

2.7. Süre ve Olanaklar

Eylül- Aralık 2002: Tez probleminin belirlenmesi için, klinik gözlem, inceleme ve literatür taramalarını içeren ön hazırlık aşaması,

Ocak- Şubat 2003: Tez önerisinin hazırlanması, sunumu ve tezin yapılabilirlik onayının kabulü,

Mart- Nisan 2003: Tezin yapılabilmesi için gerekli ölçekler ile ilgili izin, dil geçerliliği, kapsam geçerliliği için uzman görüşü incelemeleri,

Mayıs- Temmuz 2003: Tez verilerinin toplanması,

Ağustos 2003: Tez verilerinin analizi, istatistik çalışmaları ve tezin yazımı,

Eylül 2003: Tez teslimi vetez savunma sınavı.

BÖLÜM III

BULGULAR

Bu bölümde araştırmadan elde edilen verilerin sayı ve yüzde dağılımlarını gösteren ile birbirini etkileyeceği düşünölen bağımlı-bağımsız değişkenler arası ilişkiyi inceleyen istatistiksel sonuçların karşılaştırma tabloları verilmiştir.

3.1. Bireylerin Bireysel ve Sosyo Demografik Özellikleri ile İlgili Bulgular

Aşağıda bireylerin bireysel ve sosyo-demografik özelliklerini belirlemeye yönelik anket sorularına verilen yanıtların sayı ve yüzde dağılımları tek yönlü tablolar halinde sunulmuştur.

Tablo 1. Sosyo-Demografik Özelliklerinin Dağılımı

Bağımsız Değişkenler		Sayı (N)	Yüzde (%)
Cinsiyet	Kadın	230	74,0
	Erkek	81	26,0
	Toplam	311	100,0
Yaş	24 ve altı	102	32,8
	24-34	74	23,8
	35 ve üstü	135	43,4
	Toplam	311	100,0
Beden Kitle İndeksi (BMI)	0-20 düşük kilolu	98	31,5
	21-25 normal kilolu	132	42,4
	26-30 aşırı kilolu	61	19,6
	31-40 obes	19	6,1
	40 ve üstü aşırı obes	1	,3
	Toplam	311	100,0
Doğum yerinin bağlı olduğu coğrafi bölge	Ege Bölgesi	183	58,8
	Akdeniz Bölgesi	5	1,6
	Marmara Bölgesi	25	8,0
	İç Anadolu Bölgesi	35	11,3
	Karadeniz Bölgesi	17	5,5
	Doğu Anadolu Bölgesi	33	10,6
	Güneydoğu Anadolu Bölgesi	7	2,3
	Türkiye dışı/diğer ülkeler	6	1,9
	Toplam	311	100,0
Medeni Durum	Evli	168	54,0
	Bekar	127	40,8
	Dul	16	5,1
	Toplam	311	100,0
Çocuk sahibi olma durumu	Çocuk sahibi olanlar	162	52,1
	Çocuğu olmayanlar	149	47,9
	Toplam	311	100,0

Tablo 1’de görüldüğü gibi örneklemin %74’ü kadınlardan, %26’sı da erkeklerden oluşmaktadır. Örneklemin yaş gruplarına göre dağılımı ise şu şekilde olmuştur. 24 ve altında bulunan kişilerin tüm grubun %32.8’ini, 24-34 arası yaş grubunda olanların tüm grubun %23.8’ini, 35 yaş ve üstünde olanların ise tüm grubun % 43.4’ünü oluşturdukları görülmektedir. Beden kitle indeksi (BMI) açısından bakıldığında ise tüm örneklemin %31.5 inin düşük kilolu, tüm örneklemin % 42.4 ünün normal kilolu, tüm örneklemin %19.6 sının aşırı kilolu, tüm örneklemin %6.1 inin obes, tüm örneklemin %0.3 ünün de aşırı obes oldukları görülmüştür. Örneklemi oluşturan kişilerin doğum yeri açısından incelenmesi sonucunda tüm örneklemin %58.8 inin Ege bölgesi, tüm örneklemin %1.6 sını Akdeniz bölgesi, tüm örneklemin %8 inin Marmara bölgesi, tüm örneklemin %11.3 ünün İç Anadolu bölgesi, tüm örneklemin %5.5 inin Karadeniz bölgesi, tüm örneklemin %10.6 sının Doğu Anadolu bölgesi, tüm örneklemin %2.3 ünün Güneydoğu Anadolu bölgesi ve son olarak da tüm örneklemin % 1.9 unun Türkiye dışı ülke doğumlu oldukları bulunmuştur. Örneklemi oluşturan kişilerin medeni durumları açısından bakıldığında ise tüm örneklemin % 54 ü evli, tüm örneklemin %40.8 i bekar, tüm örneklemin % 5.1 i ise dul kişilerden oluşmaktadır. Evli ve çocuk sahibi olan kişilerin tüm örneklem içerisindeki oranı ise %52.1 dir. Bu durumda sadece tüm örneklemin % 1.9 unun evli olduğu halde çocukları olmadığı anlaşılmaktadır. Bekar kişiler dahil olacak şekilde çocuğu olmayan kişilerin ise tüm örneklemin % 47.9 unu oluşturdukları görülmektedir.

Tablo 2. Bireylerin Yaş, Boy ve Kilolarına İlişkin İstatistiksel Dağılımları

Değişken	Ortalama	Standart Sapma	En Küçük Değer	En Büyük Değer	N
Yaş (yıl)	32,00	9,54	20	46	311
Boy (cm)	166,11	8,39	150	195	311
Kilo (kg)	64,65	13,04	40	110	311

Örneklemdaki kişilerin 20 ile 45 arasında değişen ve ortalama yaşlarının 32 ± 9.54 olduğu gözlenmiştir. Kişilerin önceki tabloda verilen beden kitle indekslerinin hesaplanmasına temel teşkil eden boy ve kilo değerleri de şu şekildedir. Örneklemin boy değerleri 150 ile 195 cm arasında değişmekte ve ortalama boy değeri 166.11 ± 8.39 dur. Örneklemin kilo değerleri ise 40 ile 110 kg arasında değişmektedir ve örneklem ortalaması 64.65 ± 13.04 kg dır.

Tablo 3. Bireylerin Eğitim, Gelir Durumu, Meslek Özellikleri ve Bireye Göre Stres Yoğunluğunun Dağılımı

Bağımsız Değişkenler		Sayı (N)	Yüzde (%)
Eğitim düzeyi	Okur-yazar değil	8	2,6
	Okur-yazar/ilkokul	65	20,9
	Ortaöğretim	98	31,5
	Yükseköğretim	140	45,0
	Toplam	311	100,0
Gelir durumu	Gelir gidere denk	263	84,6
	Gelir giderden az	27	8,7
	Gelir giderden fazla	21	6,8
	Toplam	311	100,0
Meslek	Küçük esnaf,kuaför,terzi,bakkal	27	8,7
	Doktor,avukat	10	3,2
	İşçi	5	1,6
	Memur	105	33,8
	Ev hanımı	79	25,4
	Emekli	12	3,9
	Öğrenci	73	23,5
	Toplam	311	100,0
Mesleğin stres yoğunluğu	Çok stresli	76	24,4
	Az stresli	50	16,1
	Stresli	148	47,6
	Stressiz	37	11,9
	Toplam	311	100,0

Tablo 3'te kişilerin diğer sosyo-demografik değişkenleri görülmektedir. Bu tablodaki sonuçlara göre, tüm örneklemin %2.6 okur-yazar değildir. Bu doğrultuda tüm örneklemin %20.9 u okur yazar veya ilkokul mezunudur. Tüm örneklemin %31.5 i orta öğretim, tüm örneklemin %45 i de yüksek öğrenim mezunudur. Tüm örneklemin % 84.6 sının gelir-giderinin denk, tüm örneklemin % 8.7 sinin gelirinin giderinden az, tüm örneklemin %6.8 inin de gelirinin giderinden fazla olduğu görülmektedir. Tüm örneklemin %8.7 si kuaför, bakkal, terzi ve benzeri küçük esnaftan, tüm örneklemin % 3.2 si avukat, doktor gibi eğitilmiş serbest çalışanlardan, tüm örneklemin %1.6 işçiden, tüm örneklemin %33.8 memurlardan, tüm örneklemin %25.4 ü ev hanımlarından, tüm örneklemin %3.9 emeklilerden, tüm örneklemin %23.5 i de öğrencilerden oluşmaktadır. Yukarıdaki meslekler doğrultusunda kişilerin kendi algılarına göre mesleklerini tüm örneklemin %24.4 ü mesleğini çok stresli, tüm örneklemin % 16.1 az stresli, tüm örneklemin %47.6 sı stresli, tüm örneklemin %11.9 u da stressiz buldukları görülmüştür.

Tablo 4. Bireylerin Sağlık Öyküsü İle İlgili Değişkenlerin Dağılımı

Bağımsız Değişkenler		Sayı (N)	Yüzde (%)
Tiroit dışında tanı konulmuş hastalıklar	Diğer endokrin sistem has.	7	2,3
	Diyabet	13	4,2
	Kardiyovasküler sistem has.	18	5,8
	Ruh ve sinir has.	14	4,5
	Sindirim sis has.	6	1,9
	Böbrek hastalıkları	7	2,3
	Kas ve iskelet hastalıkları	16	5,1
	Solunum yolları has.	5	1,6
	Cilt hastalıkları	7	2,3
	Kadın hastalıkları	3	1,0
	Sinir sistemi has.	6	1,9
	Tiroit dışında tanı konulmuş başka has. olmayanlar	209	67,2
Toplam	311	100,0	
Ailesel tiroit öyküsü	Ailede tiroitli has. var	118	37,9
	Ailede tiroitli has. yok	193	62,1
	Toplam	311	100,0
Ailedeki tiroitli kişilerin yakınlık düzeyi	1.derece akraba/anne,baba,kardeş	88	28,3
	2.derece akrabalar	30	9,6
	Ailede başka tiroitli has. yok	193	62,1
	Toplam	311	100,0

Araştırmanın örneklemindeki bireylerin sağlık öyküleri Tablo 4'te görüldüğü gibi tüm örneklemin % 2.3 ünde diğer endokrin sistem hastalıkları, tüm örneklemin %5.8 inde kardiyovasküler sistem hastalıkları, tüm örneklemin %4.2 sinde diyabet, tüm örneklemin %4.5 inde ruh ve sinir hastalıkları, tüm örneklemin %1.9 unda sindirim sistemi hastalıkları, tüm örneklemin %2.3 ünde böbrek hastalıkları, tüm örneklemin

%5.1 inde kas ve iskelet hastalıkları, tüm örneklemin %1.6 sında solunum yolları hastalıkları, tüm örneklemin %2.3 ünde cilt hastalıkları, tüm örneklemin % 1 inde kadın hastalıkları, tüm örneklemin %1.9 unda sinir sistemi hastalıkları olduğu görülmüştür. Ayrıca tüm örneklemin %67.2 sinde de Tiroit dışında tanı konulmuş başka bir hastalık bulunmamaktadır. Örneklemin ailesel tiroit öyküsü incelendiğinde tüm örneklemin % 37.9 unun ailesinde kendinden başka tiroitli başka bir hasta bulunmaktadır. Tüm örneklemin %62.1 inin ailesinde ise başka tiroitli hasta bulunmamaktadır. Aile içinde kendisi dışında başka tiroitli hasta bulunan kişilerin anne, baba, kardeş gibi 1. derece akraba olanların oranı tüm örneklemin %28.3 ünü oluşturmaktadır. Ailedeki diğer tiroitli hastaların 2. dereceden akraba olanlarının tüm örneklemin deki oranı ise % 9.6.

Tablo 5. Bireylerin Sigara Kullanımına Yönelik Dağılımı

Bağımsız Değişkenler		Sayı (N)	Yüzde (%)
Sigara kullanımı	Sigara kullananlar	81	26,0
	Sigara kullanmayanlar	230	74,0
	Toplam	311	100,0
Sigara kullanım zamanı	0-5 yıl	28	9,0
	6-10 yıl	21	6,8
	11-15 yıl	19	6,1
	16 yıl ve üstü	13	4,2
	Sigara kullanmayanlar	230	74,0
	Toplam	311	100,0
Sigara kullanım miktarı	0-5 adet sigara	22	7,1
	6-10 adet sigara	26	8,4
	11-20 adet sigara	3	1,0
	21-40 adet sigara	30	9,6
	Sigara kullanmayanlar	230	74,0
	Toplam	311	100,0

Araştırmaya katılan bireylerin sigara kullanım durumuna ilişkin sonuçlar ise Tablo 5'te verilmiştir. Buna göre tüm örneklemin % 26 sı sigara kullanmaktadır. Sigara kullanmayanlar ise tüm örneklemin % 74 ünü oluşturmaktadır. Beş yıldan daha kısa süredir sigara kullananlar tüm örneklemin %9 unu, 6-10 yıl süreyle kullananlar tüm örneklemin %6.8 ini, 11-15 yıl süreyle kullananlar tüm örneklemin % 6.1 ini, 16 yıl ve daha uzun süredir kullananlar ise tüm örneklemin % 4.2 sini oluşturmaktadırlar. Sigara kullananların tüm örneklemin %7.1 i günde beş taneden az sigara içmektedirler. Tüm örneklemin %8.4 ü günde 6-10 arası adette, tüm örneklemin % 1 11-20 adet arasında, tüm örneklemin %9.6 sı da günde 21-40 adet (bir veya 2 paket) sigara içmektedirler. Hiçbir şekilde sigara kullanmamış kişilerin oranı ise tüm örneklemin % 65.6 sını oluşturmaktadır. Bu durumda halen kullanan veya bir dönem kullanmış ve sonra bırakmış kişilerin oranı tüm örneklemin %34.4 üdür. Sigarayı bırakanların oranları ise şu şekildedir. Tüm örneklemin %7.4 ü beş yıldan daha kısa süre önce sigarayı bırakmışlardır. Tüm örneklemin %0.6 sı 6-10 yıl arası süredir, tüm örneklemin %0.3 ü ise 11-15 yıl arasında bir süre önce sigarayı bırakmışlardır.

Tablo 6. Bireylerin Çay ve Kahve Tüketimine Yönelik Yanıtlarının Dağılımı

Bağımsız Değişkenler		Sayı (N)	Yüzde (%)
Günlük çay tüketim miktarı	1 bardak	56	18,0
	2 bardak	113	36,3
	3 bardak	67	21,5
	4 bardak	75	24,1
	Toplam	311	100,0
Günlük kahve tüketim miktarı	1 fincan	192	61,7
	2 fincan	109	35,0
	3 fincan	9	2,9
	4 fincan	1	,3
	Toplam	311	100,0

Tablo 6'da ise örneklemdaki kişilerin günlük çay ve kahve tüketim düzeyleri gösterilmiştir. Elde edilen sonuçlara göre tüm örneklemin %18 i günde bir bardak, tüm örneklemin %36.3 ü günde iki bardak, tüm örneklemin %21.5 i günde üç bardak, tüm örneklemin %24.1 i de günde en az dört bardak çay içmektedirler. Aynı şekilde örneklemdaki kişilerin kahve içme oranları da şu şekildedir. Tüm örneklemin % 61.7 si günde bir fincan, tüm örneklemin % 35 i günde iki fincan , tüm örneklemin %2.9 u günde üç fincan, tüm örneklemin %0.3 ü de günde en az dört fincan kahve tüketmektedirler.

3.2. Hipertiroid-Hipotiroid Tanılama Ölçekleri ile İlgili Geçerlilik ve Güvenilirlik Bulguları

Bu bölümde araştırmada veri toplama aracı olarak kullanılan iki ölçeğe ilişkin bulgular yer almaktadır. Sırasıyla önce “Hipertiroidi Semptom Ölçeği” bulguları sonrada “Hipotiroidinin Semptom ve Bulguları Ölçeği” bulgularına yer verilmiştir.

Her iki ölçeğin her bir maddesinin cevaplanma durumuna göre sayı ve yüzde dağılımları sırayla tablolar halinde çıkarılmıştır. Daha sonra her iki ölçek dışında yer alan Hipertiroidi ve Hipotiroidinin bulgularının görülme düzeyleri açısından sayı ve yüzde dağılımlarına tablo halinde yer verilmiştir. Bunu her iki ölçek toplam puanları için ortalama, standart sapma vb. betimleyici istatistiksel değerlerinin verilmesi izlemiştir.

Ölçeklerin iç tutarlılığını inceleyebilmek için madde analizi yapılmış maddelerin madde-toplam korelasyon değerleri için Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon Katsayısı hesaplanmıştır. Daha sonra Hipertiroidi Semptom Ölçeği güvenilirlik düzeylerini tespit etmek için Cronbach Alpha, iki yarım test güvenilirlikleri için Guttman Split-half güvenilirlik katsayısı ve Spearman-Brown güvenilirlik katsayısı değerleri hesaplanmıştır. Hipotiroidinin Semptom ve Bulguları Ölçeğinin güvenilirlik düzeyini tespit etmek için ise ölçek ikili cevaplanma yapısına sahip olduğu için KR-20 güvenilirlik katsayısı, iki yarım test güvenilirlikleri için Guttman Split-half güvenilirlik katsayısı ve Spearman-Brown güvenilirlik katsayısı değerleri hesaplanmıştır. İki ölçekten elde edilen toplam puanları arasındaki ilişki “Pearson momentler çarpımı korelasyon analizi” ile incelenmiştir. Bütün bu sonuçlar yukarıda belirtilen sıra ile aşağıda tablolar halinde sunulmuştur.

Tablo 7. Hipertiroidi Semptom Ölçeği Maddelerinin Yanıtlarına Göre Dağılımı

Maddeler		0 Puan	1 Puan	2 Puan	3 Puan	4 Puan	Toplam
Sinirlilik	Sayı (N)	63	148	41	21	38	311
	Yüzde (%)	20	48	13	7	12	100
Terleme	Sayı (N)	132	81	30	9	59	311
	Yüzde (%)	42	26	10	3	19	100
Isıya Dayanıklılık	Sayı (N)	144	76	35	12	44	311
	Yüzde (%)	46	24	11	4	14	100
Aktivite	Sayı (N)	250	46	10	4	1	311
	Yüzde (%)	80	15	3	1	0	100
Titreme	Sayı (N)	185	94	28	3	1	311
	Yüzde (%)	60	30	9	1	0	100
Güçsüzlük	Sayı (N)	84	106	14	81	26	311
	Yüzde (%)	27	34	5	26	8	100
Hiperdinamik Prekordiyum	Sayı (N)	235	27	23	24	2	311
	Yüzde (%)	76	9	7	8	1	100
Diyare	Sayı (N)	243	60	4	,	4	311
	Yüzde (%)	78	19	1	,	1	100
İştah	Sayı (N)	201	17	37	3	53	311
	Yüzde (%)	65	6	12	1	17	100
Günlük Fonksiyonların Değerlendirilmesi	Sayı (N)	108	126	43	25	9	311
	Yüzde (%)	35	41	14	8	3	100

Hipertiroidi Semptom Ölçeği maddelerinin cevaplanma sayı ve yüzde dağılımları yukarıdaki Tablo 7’de her bir madde için ayrı ayrı olarak verilmiştir.

Tablo 8. Hipertiroidi Bulgularının Görülme Düzeyi Açısından Sayı ve Yüzde Dağılımı

Maddeler	Bulgu	Sayı (N)	Yüzde (%)
Çift Görme	Yok	299	96,1
	Var	12	3,9
Gözde Devamlı Batma,Kanlanma	Yok	257	82,6
	Var	54	17,4
Gözde İtilme Hissi	Yok	279	89,7
	Var	32	10,3
Aşırı Göz Yaşarması	Yok	242	77,8
	Var	69	22,2
Işıқта Gözde Batma,Kamaşma	Yok	292	93,9
	Var	19	6,1
Görme Kapasitesinde Değişiklik	Yok	245	78,8
	Var	66	21,2
Gözde Egzoftalmi	Yok	305	98,1
	Var	6	1,9
Şaşılık	Yok	308	99,0
	Var	3	1,0
Parlaklık	Yok	300	96,5
	Var	11	3,5
Göz Açıklığının Artması	Yok	310	99,7
	Var	1	,3
Göz Kapağının Spazmı	Yok	311	100,0
Göz Kapağında Düşüklük	Yok	311	100,0
Göz Çevresinde Yaygın Ödem	Yok	300	96,5
	Var	11	3,5

(tablo devam)

Yağlı Saç	Yok	200	64,3
	Var	111	35,7
İnce Saç	Yok	192	61,7
	Var	119	38,3
Yağlı Cilt	Yok	198	63,7
	Var	113	36,3
Palpitasyon	Yok	292	93,9
	Var	19	6,1
Bacaklarda Şişme	Yok	234	75,2
	Var	77	24,8
Görünülür Guatr	Yok	271	87,1
	Var	40	12,9
Yüksek Tansiyon	Yok	285	91,6
	Var	26	8,4
İstirahatte Dispne	Yok	261	83,9
	Var	50	16,1
Eforda Dispne	Yok	143	46,0
	Var	168	54,0
Kadında Polimenore	Yok	298	95,8
	Var	13	4,2
Erkeklerde Jinekomasti	Yok	310	99,7
	Var	1	,3
	Toplam	311	100

Araştırmada Hipertiroidi Semptom Ölçeği maddelerinin dışında da hipertiroit bulguları belirlenmeye çalışılmış ve bu doğrultuda yukarıdaki tabloda gösterilmiş olan bulguların örneklem içerisinde görülme sıklığı ve bu doğrultudaki sayı ve yüzde dağılımları her bir bulgu için ayrı ayrı olarak verilmiştir. Göz kapağının spazmı ve göz

kapağında düşüklük bulgularının örneklem içerisindeki hiçbir kişide görülmediği, diğer bulguların ise en az bir kişi düzeyinde bile olsa görüldüğü saptanmıştır.

Tablo 9. Hipotiroidinin Semptom ve Bulguları Ölçeği Maddelerinin Yanıtlarına Göre Dağılımı

Maddeler	Bulgu	Sayı (N)	Yüzde (%)
Terlemede Azalma	Yok	295	94,9
	Var	16	5,1
Sesin Kabalaşması	Yok	213	68,5
	Var	98	31,5
Duyu Kusuru	Yok	257	82,6
	Var	54	17,4
Kuru Cilt	Yok	220	70,7
	Var	91	29,3
Kabızlık	Yok	222	71,4
	Var	89	28,6
İşitmede Bozukluk	Yok	245	78,8
	Var	66	21,2
Kilo Artışı	Yok	235	75,6
	Var	76	24,4
Hareketlerde Yavaşlama/Uyuşukluk	Yok	153	49,2
	Var	158	50,8
Reflekslerde Yavaşlama	Yok	283	91,0
	Var	28	9,0
Derinin Kalınlaşması	Yok	301	96,8
	Var	10	3,2
Göz Çevresinde Şişlik/Yaygın Ödem	Yok	290	93,2
	Var	21	6,8
Soğuk Cilt	Yok	226	72,7
	Var	85	27,3
	Toplam	311	100

Hipotiroidinin Semptom ve Bulguları Ölçeği maddelerinin cevaplanma sayı ve yüzde dağılımları yukarıdaki tabloda her bir madde için ayrı ayrı olarak verilmiştir.

Tablo 10. Bireylerin Hipotiroidi Bulgularının Görülme Düzeyi Açısından Sayı ve Yüzde Dağılımı

Maddeler	Bulgu	Sayı (N)	Yüzde (%)
Soluk, Donuk Renkli Deri	Yok	244	78,5
	Var	67	21,5
Deride Pullanma	Yok	231	74,3
	Var	80	25,7
Çabuk Kırılan Tırnaklar	Yok	192	61,7
	Var	119	38,3
Kaba İnce Saç	Yok	303	97,4
	Var	8	2,6
Saç Dökülmesi	Yok	119	38,3
	Var	192	61,7
Saçta Kepeklenme	Yok	210	67,5
	Var	101	32,5
Bradikardi	Yok	307	98,7
	Var	4	1,3
Bitkinlik	Yok	96	30,9
	Var	215	69,1
Soğuğa Tahammülsüzlük	Yok	213	68,5
	Var	98	31,5
Efora Dayanıksızlık	Yok	247	79,4
	Var	64	20,6
Kas Ağrısı	Yok	159	51,1
	Var	152	48,9
Eklemler Ağrısı	Yok	158	50,8
	Var	153	49,2
Tepkilerde, Algılamada Yavaşlama	Yok	219	70,4
	Var	92	29,6

(tablo devam)

Horlama	Yok	219	70,4
	Var	92	29,6
Uyku Eğilimi	Yok	157	50,5
	Var	154	49,5
Devamlı Şişlik	Yok	294	94,5
	Var	17	5,5
İdiyopatik Ödem/Günler İçinde Değişen Şişlik	Yok	274	88,1
	Var	37	11,9
Kadında Adet Bozukluğu	Yok	287	92,3
	Var	24	7,7
Erkete Empotans	Yok	311	100,0
	Toplam	311	100

Araştırmada Hipotiroidinin Semptom ve Bulguları Ölçeği maddelerinin dışında da hipotiroid bulguları belirlenmeye çalışılmış ve bu doğrultuda yukarıdaki tabloda gösterilmiş olan bulguların örneklem içerisinde görülme sıklığı ve bu doğrultudaki sayı ve yüzde dağılımları her bir bulgu için ayrı ayrı olarak verilmiştir. Yukarıdaki bulgular içerisinde erkekte empotans bulgusunun örneklemdeki hiçbir erkekte görülmediği, buna karşılık diğer bulguların en az bir kişide bile olsa görüldüğü tespit edilmiştir.

Ölçeklerin iç tutarlılığını inceleyebilmek için madde analizi yapılmış maddelerin madde-toplam korelasyon değerleri için Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon Katsayısı hesaplanmıştır. Daha sonra Hipertiroidi Semptom Ölçeği güvenilirlik düzeylerini tespit etmek için Cronbach Alpha, iki yarım test güvenilirlikleri için Guttman Split-half güvenilirlik katsayısı ve Spearman-Brown güvenilirlik katsayısı değerleri hesaplanmıştır. Hipotiroidinin Semptom ve Bulguları Ölçeğinin güvenilirlik düzeyini tespit etmek için ise ölçek ikili cevaplanma yapısına sahip olduğu için KR-20 güvenilirlik katsayısı, iki yarım test güvenilirlikleri için Guttman Split-half güvenilirlik katsayısı ve Spearman-Brown güvenilirlik katsayısı değerleri hesaplanmıştır. İki ölçekten elde edilen toplam puanları arasındaki ilişki “Pearson momentler çarpımı korelasyon analizi” ile incelenmiştir. Bütün bu sonuçlar yukarıda belirtilen sıra ile aşağıda tablolar halinde sunulmuştur.

Tablo 11. Tanı Ölçeklerinin Toplam Puan Ortalamaları Dağılımı

Ölçek	Ortalama	Standart Sapma	En Küçük Değer	En Büyük Değer	N
Hipertiroidi Semptom Ölçeği Toplam Puanı	8,90	5,68	0	28	311
Hipotiroidinin Semptom ve Bulgularının Ölçeklenmesi Toplam Puanı	2,53	1,52	0	7	311

0 ile 40 puan arasında puan alınması mümkün olan Hipertiroidi Semptom Ölçeğinin, bu araştırma örneğinde 0 ile 28 arasında puan alınması şeklinde

gerçekleştiği görülmüştür. Ölçeğin 311 kişilik örneklem için ortalaması 8.90 ± 5.68 olarak gerçekleşmiştir.

0 ile 12 puan arasında puan alınması mümkün olan Hipotiroidinin Semptom ve Bulgularının Ölçeğinin, bu araştırma örnekleminde 0 ile 7 arasında puan alınması şeklinde gerçekleştiği görülmüştür. Ölçeğin 311 kişilik örneklem için ortalaması 2.53 ± 1.52 olarak gerçekleşmiştir.

Tablo 12. Hipertiroidi Semptom Ölçeği Madde Analizi Sonuçları.

Maddeler	Madde Çıktığında Ölçek Ortalaması	Madde Çıktığında Ölçek Varyansı	Madde-Toplam Korelasyonu	Madde Çıktığında Ölçek Alfa'sı
Sinirlilik	7,5884	25,4107	,4159	,6069
Terleme	7,7203	25,0925	,3156	,6334
Isiya Dayanıklılık	7,8682	24,2697	,4214	,6040
Aktivite	8,7556	31,3853	,0508	,6644
Titreme	8,4952	28,9218	,3405	,6311
Güçsüzlük	7,4727	25,0694	,3870	,6130
Hiperdinamik Prekordiyum	8,5273	27,2694	,3848	,6182
Diyare	8,7492	31,4337	,0431	,6652
İştah	8,0161	26,7578	,1898	,6675
Günlük Fonksiyonların Değerlendirilmesi	7,9807	24,4899	,6399	,5666

Tablo 13.Hipertiroidi Semptom Ölçeği İçin İki-Yarım Test Güvenirlik Analizi Sonuçları.

N	311
Madde sayısı	10
İki yarı arasındaki korelasyon	0,40
Guttman Split-half güvenirlilik katsayısı	0,58
Eşit iki yarı Spearman-Brown katsayısı	0,58
5 maddelik 1. Yarı Alpha değeri	0,52
5 maddelik 2. Yarı Alpha değeri	0,53
Alpha	0,65

Yukarıdaki iki tabloda Hipertiroidi Semptom Ölçeği için madde analizi ve iki yarım test güvenirlilik analizi sonuçları verilmiştir. Bu sonuçlar göre ölçeğin Alpha'sı 0.65 olarak gerçekleşmiştir. 10 maddeden oluşan bir ölçek için Alpha yeterli düzeyde yüksek görünmektedir. Ölçeğin Guttman Split-half güvenirlilik katsayısı ve Eşit iki yarı Spearman-Brown katsayısı da aynı olacak şekilde 0.58 çıkmıştır. Bu katsayılar da yüksek görünmektedir. Ölçeğin tek ve çift numaralı maddelerden iki yarıya bölünmesi durumunda elde edilen iki yarı Alpha değerleri de .52 ve .53 olarak oldukça yüksek görünmektedir.

Tablo 14. Hipotiroidi Semptom ve Bulgu Ölçeği Madde Analizi Değerlendirilmesi.

Maddeler	Madde Çıktığında Ölçek Ortalaması	Madde Çıktığında Ölçek Varyansı	Madde-Toplam Korelasyonu	Madde Çıktığında Ölçek KR-20 katsayısı
Terlemede Azalma	2,4952	2,2379	,0690	,2385
Sesin Kabalaşması	2,2315	2,0301	,0648	,2412
Duyu Kusuru	2,3730	2,0798	,0994	,2233
Kuru Cilt	2,2540	2,0417	,0638	,2413
Kabızlık	2,2605	1,8900	,1908	,1708
İşitmede Bozukluk	2,3344	1,9717	,1679	,1885
Kilo Artışı	2,3023	2,0696	,0627	,2409
Hareketlerde Yavaşlama/Uyuşukluk	2,0386	1,8759	,1501	,1906
Reflekslerde Yavaşlama	2,4566	2,0941	,1883	,1968
Derinin Kalınlaşması	2,5145	2,3216	-,0377	,2612
Göz Çevresinde Şişlik/Yaygın Ödem	2,4791	2,2504	,0251	,2503
Soğuk Cilt	2,2733	2,2638	-,0972	,3214

Tablo 15. Hipotiroidinin Semptom ve Bulgularının Ölçeği İçin İki-Yarım Test Güvenirlik Analizi Değerlendirilmesi.

N	311
Madde sayısı	12
İki yarı arasındaki korelasyon	0,10
Guttman Split-half güvenirlilik katsayısı	0,17
Eşit iki yarı Spearman-Brown katsayısı	0,17
6 maddelik 1. Yarı KR-20 katsayısı	0,26
6 maddelik 2. Yarı KR-20 katsayısı	0,08
Ölçek bütünü için KR-20 katsayısı	0,25

Yukarıdaki iki tabloda Hipotiroidi Semptom ve Bulguları Ölçeği için madde analizi ve iki yarım test güvenirlilik analizi sonuçları verilmiştir. Ölçeğin cevaplanma yapısı ikili olduğu için bu ölçek güvenirliliği Kuder Richardson 20 Katsayısı (KR-20) ile yapılmıştır. Bu sonuçlar göre ölçeğin KR-20 katsayısı 0.25 olarak gerçekleşmiştir. 12 maddeden oluşan bir ölçek için KR-20 yeterli düzeyde yüksek görünmemektedir. Bunun birçok nedeni olabilir ancak burada ölçek maddelerinin birbirleriyle homojenlik göstermedikleri bu nedenle de ölçeğin güvenirlilik katsayısını düşürdükleri gözlenmektedir. Bu sonucu elde etmede birkaç ipucu bulunmaktadır. Birincisi ölçeğin iki yarısı arasındaki korelasyon düşük görünmektedir. Buna göre ölçeğin tek ve çift maddelerden oluşan iki yarısı birbirleriyle uyumlu görünmemektedir. Diğer bir ipucu ise ölçeğin birinci ve ikinci yarı KR-20 katsayıları arasında belirgin bir farklılığın oluşudur. Birinci yarı için KR-20 katsayısı .26 iken ikinci yarı için bu katsayı .08 dir. Ölçeğin Guttman Split-half güvenirlilik katsayısı ve Eşit iki yarı Spearman-Brown katsayısı da aynı olacak şekilde 0.17 çıkmıştır. Bu katsayılar da KR-20 katsayısı gibi yeterli düzeyde yüksek görünmemektedir. Bütün bu bulgular doğrultusunda ölçeğin çok

güvenilir olmadığı bu nedenle de üzerinde daha fazla çalışılmaya ihtiyacı olduğu söylenebilir.

Tablo 16. Hipertiroidi Semptom Ölçeği Ve Hipotiroidinin Semptom Ve Bulgularının Ölçeği Toplam Puanları Arası Pearson Korelasyon Analizi

	Hipotiroidinin Semptom Ve Bulgularının Ölçeklenmesi Toplam Puanı
Hipertiroidi Semptom Ölçeği Toplam Puanı	,1591*

* $p < 0.001$

Yukarıdaki tabloda Hipertiroidi Semptom Ölçeği ve Hipotiroidinin Semptom ve Bulgularının Ölçeği toplam puanları arasında Pearson Korelasyon Analizi yöntemi ile korelasyon analizi sonuçları verilmiştir. Elde edilen Pearson Korelasyon analizi katsayısına göre iki ölçek arasında 0.16 düzeyinde ve istatistiksel olarak anlamlı ve doğrusal bir ilişki vardır.

3.3. Kesin Tanı ve Olası Tanı Sonuçlarının Karşılaştırılması

Araştırmada tanılama amacıyla iki ölçek kullanılmış ve bu ölçeklerden elde edilen bulgular doğrultusunda da araştırmaya alınan kişilere olası tanı konulmuştur. Bu doğrultuda örneklemdaki her kişi için bir olası tanı konulmuş ve daha sonra bu kişilerin laboratuvar sonuçlarından elde edilen bir de kesin tanıları olmuştur. Bu başlık altında bu iki tanının karşılaştırılması ve laboratuvar sonuçlarına başvurulmadan ölçeklerle ve diğer bulgularla tanılama yöntemine başvurulduğunda ne kadar isabetli ve doğru sonuçlar elde edilebileceği anlatılmaya ve gösterilmeye çalışılmıştır. Bu nedenle olası tanı ve kesin tanı bulguları arasında ki-kare (Chi-Square) analizi yapılmıştır.

Tablo 17. Kesin Tanı Ve Olası Tanı Sonuçlarının Karşılaştırılması

Sayı Satır Yüzdesi % Kolon Yüzdesi % Toplam Yüzde %		Olası Tanı			Satır Toplamı
		Hipertiroidi	Hipotiroidi	Eutiroidi	
Kesin Tanı	Hipertiroidi	7		5	12
		58,3		41,7	3,9
		58,3		1,8	
		2,3		1,6	
	Hipotiroidi		22	5	27
			81,5	18,5	8,7
			84,6	1,8	
			7,1	1,6	
	Eutiroidi	5	4	263	272
		1,8	1,5	96,7	87,5
		41,7	15,4	96,3	
		1,6	1,3	84,6	
Kolon Toplamı		12	26	273	311
		3,9	8,4	87,8	100,0

$X^2(4)=305,45639$; $p<0.001$

Tablo 17’de olası tanı ve kesin tanı bulguları arasında Ki-kare (Chi-Square) analizi sonuçları verilmiştir. Buna göre iki değişken açısından bakıldığında örneklemin yukarıda görülen olası seçenekler arasında dağılışı istatistiksel olarak anlamlıdır; $X^2(4)=305,45639$; $p<0.001$. Elde edilen sonuçlara göre tüm örneklemin % 2.3 üne hem olası tanı hem de kesin tanı sonucunda hipertiroidi tanısı konulmuştur. Aynı şekilde tüm örneklemin %7.1 ine de hem olası hem de kesin tanı ile hipotiroidi tanısı konulmuştur. Tüm örneklemin %84.6 sı ise hem olası hem de kesin tanı sonucunda eutiroidi tanısı almıştır. Bu belirtilen oranlar üç farklı tanı grubu olsa da hem olası tanı hem de kesin tanıyla aynı tanı konulmuş olmasından dolayı, olası tanının kesin tanı ile

örtüşen kısmını ifade etmektedir. Başka bir ifadeyle kesin tanıyı olası tanının doğru olarak bildiği veya saptayabildiği oranlardır. Bu üç farklı teşhisin doğru olarak olası tanı yöntemiyle saptanmasını göstermektedir. Teşhisin yada hastalık türün ne olursa olsun olası tanı yöntemiyle doğru olarak tespit edilme oranı toplandığında böylece tüm örneklemin %94.0 ünü oluşturmaktadır. Yada olası tanı yöntemiyle yanlış tanı koyulan kişilerin oranı 311 kişilik örneklem içerisinde %6 dır. Yani daha açık bir ifadeyle ölçek ve tanı bulguları kullanarak yapılan olası tanı yöntemiyle 311 kişilik örneklemde bu örneklemin %94 ünün doğru olarak hipertiroidi mi hipotiroidi mi yoksa eutiroidi mi olduğu belirlenebilmiştir. Bu rakamın büyüklüğü olası tanı yönteminin kullanılmasına ilişkin güveni artırırken, yine bu yöntemin laboratuvar bulgularının elde edilmesine oranla kolay, zamandan ve maliyetten tasarruflu bir yöntem olması düşünüldüğünde sonuçların aşırı umut verici olduğu görülmektedir.

3.4. Bireylerin Sosyo Demografik Özellikleri ile Tanı Ölçek Toplam Puanlarının Karşılaştırılması

Bu başlık altında araştırma kapsamında ve araştırmanın anket kısmında yer alan sosyo-demografik değişkenleri tespit etmeye yönelik sorular iki ölçek ile karşılaştırılmışlardır. Sonuçlar tablolar halinde aşağıda verilmiştir. Her bir sosyo-demografik değişken ile ölçek puanlarının karşılaştırılması sonuçları iki parça tablo olarak sunulmuştur. Tablolardan birincisi sosyo-demografik değişkenlere ilişkin grupların iki ölçekten aldıkları toplam puan ortalamalarını ve diğer tanımlayıcı istatistiklerini, ikincisi ise varyans analizi sonuç kısımlarını içermektedir.

Bütün bu karşılaştırmalarda "Tek Yönlü Varyans Analizi (Tek Yönlü ANOVA)" istatistiksel analiz yöntemi kullanılmıştır. Bu analizle yapılan bir karşılaştırma, bir

bağımsız değişken ile iki ölçeğin toplam puanının karşılaştırması şeklinde olmuştur. Yani her bir sosyo-demografik değişkene ilişkin "Tek Yönlü Çok Değişkenli Varyans Analizi (Tek Yönlü ANOVA)" sonuçları iki parça tablo halindedir ve bu iki parça tablonun her birinde iki ölçek toplam puan karşılaştırmaları da yer almaktadır.

Bu karşılaştırmalardan birinci ölçek olanı "Hipertiroidi Semptom Ölçeği" toplam puanı ile sosyo-demografik değişkenler arasında yapılan karşılaştırmadır. Karşılaştırmalardaki ikinci ölçek ise "Hipotiroidinin Semptom ve Bulguları Ölçeği" toplam puanı ile sosyo-demografik değişkenler arasında yapılan karşılaştırmalardır.

Sonuçlar içerisinde sosyo-demografik değişkenlerin içerdiği gruplara ait puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık elde edildiğinde ise Tukey Post-Hoc ileri analiz istatistiksel testi uygulanarak hangi grubun hangi gruptan farklı olduğu belirlenmeye çalışılmıştır.

Aşağıda yer alan karşılaştırmalarda tanılamak amacıyla kullanılan ölçeklerin toplam puanları sosyo-demografik değişkenler açısından farklılık yaratıp yaratmadıkları araştırılmaya çalışılmıştır.

Tablo 18. Hipertiroidi ve Hipotiroidinin Semptom Ölçekleri Toplam Puanlarının Cinsiyete Göre Karşılaştırılması.

Ölçek	Gruplar	Sayı (N)	Ortalama	Standart Sapma
Hipertiroidi Semptom Ölçeği Toplam Puanı	Kadın	230	9,69	5,90
	Erkek	81	6,64	4,31
	Toplam	311	8,90	5,68
Hipotiroidinin Semptom ve Bulguları Ölçeği Toplam Puanı	Kadın	230	2,85	1,46
	Erkek	81	1,60	1,30
	Toplam	311	2,53	1,52

Ölçek		Kareler Toplamı	Serbestlik Derecesi	Ortalama Kareler	F	p
Hipertiroidi Semptom Ölçeği Toplam Puanı	Gruplar Arası	557,008	1	557,008	18,210	,000
	Gruplar İçi	9451,700	309	30,588		
	Toplam	10008,707	310			
Hipotiroidinin Semptom ve Bulguları Ölçeği Toplam Puanı	Gruplar Arası	93,186	1	93,186	45,973	,000
	Gruplar İçi	626,332	309	2,027		
	Toplam	719,518	310			

Kadınlara erkeklerin Hipertiroidi Semptom Ölçeği Toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır; $F(1,309)=18210$; $p<0.05$.

Kadınlara erkeklerin Hipotiroidinin Semptom ve Bulguları Ölçeği Toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır; $F(1,309)=45.973$; $p<0.05$.

Elde edilen sonuçlara göre kadınların puan ortalamaları hem hipertiroidi hem de hipotiroidi ölçeğinde erkeklerin ortalamalarından daha yüksektir.

Tablo 19. Hipertiroidi ve Hipotiroidinin Semptom Ölçekleri Toplam Puanlarının Yaşa Göre Karşılaştırılması.

Ölçek	Gruplar	Sayı (N)	Ortalama	Standart Sapma
Hipertiroidi Semptom Ölçeği Toplam Puanı	24 ve altı	102	8,38	5,85
	24-34	74	8,99	5,75
	35 ve üstü	135	9,24	5,53
	Toplam	311	8,90	5,68
Hipotiroidinin Semptom ve Bulguları Ölçeği Toplam Puanı	24 ve altı	102	2,00	1,44
	24-34	74	2,42	1,35
	35 ve üstü	135	2,99	1,54
	Toplam	311	2,53	1,52

Ölçek		Kareler Toplamı	Serbestlik Derecesi	Ortalama Kareler	F	p
Hipertiroidi Semptom Ölçeği Toplam Puanı	Gruplar Arası	43,218	2	21,609	,668	,514
	Gruplar İçi	9965,490	308	32,355		
	Toplam	10008,707	310			
Hipotiroidinin Semptom ve Bulguları Ölçeği Toplam Puanı	Gruplar Arası	57,534	2	28,767	13,384	,000
	Gruplar İçi	661,984	308	2,149		
	Toplam	719,518	310			

Farklı yaş gruplarının Hipertiroidi Semptom Ölçeği Toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur; $F(2,308)=0.668$; $p>0.05$.

Farklı yaş gruplarının Hipotiroidinin Semptom ve Bulguları Ölçeği Toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır; $F(2,308)=13.384$; $p<0.05$.

Elde edilen sonuca göre 35 yaş ve üstü grup hipotiroit ölçek puan ortalaması hem 24-34 arası yaş grubu hem de 24 yaş ve altı grup puan ortalamasından daha yüksektir.

Tablo 20. Hipertiroidi ve Hipotiroidinin Semptom Ölçekleri Toplam Puanlarının Beden Kitle İndeksine Göre Karşılaştırılması.

Ölçek	Gruplar	Sayı (N)	Ortalama	Standart Sapma
Hipertiroidi Semptom Ölçeği Toplam Puanı	0-20 düşük kilolu	98	9,82	5,74
	21-25 normal kilolu	132	7,95	5,69
	26-30 aşırı kilolu	61	8,90	5,39
	31-40 obes	19	10,63	5,62
	40 ve üstü aşırı obes	1	11,00	,
	Toplam	311	8,90	5,68
Hipotiroidini n Semptom ve Bulguları Ölçeği Toplam Puanı	0-20 düşük kilolu	98	2,20	1,32
	21-25 normal kilolu	132	2,54	1,63
	26-30 aşırı kilolu	61	2,93	1,53
	31-40 obes	19	2,84	1,50
	40 ve üstü aşırı obes	1	2,00	,
	Toplam	311	2,53	1,52

Ölçek		Kareler Toplamı	Serbestlik Derecesi	Ortalama Kareler	F	p
Hipertiroidi Semptom Ölçeği Toplam Puanı	Gruplar Arası	263,554	4	65,888	2,06 9	,085
	Gruplar İçi	9745,154	306	31,847		
	Toplam	10008,707	310			
Hipotiroidinin Semptom ve Bulguları Ölçeği Toplam Puanı	Gruplar Arası	22,525	4	5,631	2,47 2	,044
	Gruplar İçi	696,993	306	2,278		
	Toplam	719,518	310			

Beden kitle indeksine göre oluşturulan grupların Hipertiroidi Semptom Ölçeği Toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur; $F(4,306)=2.069$; $p>0.05$.

Beden kitle indksine göre oluşturulan grupların Hiportiroidinin Semptom ve Bulguları Ölçeği Toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır; $F(4,306)=2.472$; $p<0.05$.

Elde edilen bu sonuca göre 26-30 aşırı kilolu grubun hipotiroit ölçek puan ortalaması 0-20 düşük kilolu grubun puan ortalamasından anlamlı düzeyde daha yüksektir.

Tablo 21. Hipertiroidi ve Hipotiroidinin Semptom Ölçekleri Toplam Puanlarının Kişilerin Doğum Yerinin Bağlı Olduğu Coğrafi Bölge Değişkenine Göre Karşılaştırılması.

Ölçek	Gruplar	Sayı (N)	Ortalama	Standart Sapma		
Hipertiroidi Semptom Ölçeği Toplam Puanı	Ege Bölgesi	183	8,87	5,72		
	Akdeniz Bölgesi	5	10,60	4,88		
	Marmara Bölgesi	25	9,32	5,60		
	İç Anadolu Bölgesi	35	8,86	5,41		
	Karadeniz Bölgesi	17	8,76	5,66		
	Doğu Anadolu Bölgesi	33	8,91	5,93		
	Güneydoğu Anadolu Bölgesi	7	8,86	7,78		
	Türkiye dışı/diğer ülkeler	6	7,00	5,87		
	Toplam	311	8,90	5,68		
Hipotiroidinin Semptom ve Bulguları Ölçeği Toplam Puanı	Ege Bölgesi	183	2,46	1,54		
	Akdeniz Bölgesi	5	2,80	,84		
	Marmara Bölgesi	25	2,40	1,35		
	İç Anadolu Bölgesi	35	2,57	1,65		
	Karadeniz Bölgesi	17	3,29	1,61		
	Doğu Anadolu Bölgesi	33	2,48	1,54		
	Güneydoğu Anadolu Bölgesi	7	2,71	1,38		
	Türkiye dışı/diğer ülkeler	6	2,33	1,21		
	Toplam	311	2,53	1,52		
Ölçek		Kareler Toplamı	Serbestlik Derecesi	Ortalama Kareler	F	p
Hipertiroidi Semptom Ölçeği Toplam Puanı	Gruplar Arası	41,029	7	5,861	,178	,990
	Gruplar İçi	9967,678	303	32,897		
	Toplam	10008,707	310			
Hipotiroidinin Semptom ve Bulguları Ölçeği Toplam Puanı	Gruplar Arası	12,093	7	1,728	,740	,638
	Gruplar İçi	707,424	303	2,335		
	Toplam	719,518	310			

Kişilerin doğdukları yerin içinde olduğu coğrafi bölgelere göre oluşturulan grupların Hipertiroidi Semptom leği Toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur; $F(7,303)=0.178$; $p>0.05$.

Kişilerin doğdukları yerin içinde olduğu coğrafi bölgelere göre oluşturulan grupların Hipertiroidinin Semptom ve Bulguları leği Toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur; $F(7,303)=0.740$; $p>0.05$.



Tablo 22. Hipertiroidi ve Hipotiroidinin Semptom Ölçekleri Toplam Puanlarının Mesleğin Stres Düzeyine Göre Karşılaştırılması.

Ölçek	Gruplar	Sayı (N)	Ortalama	Standart Sapma
Hipertiroidi Semptom Ölçeği Toplam Puanı	Çok stresli	76	11,07	6,35
	Az stresli	50	6,04	3,64
	Stresli	148	8,34	5,34
	Stressiz	37	10,54	5,87
	Toplam	311	8,90	5,68
Hipotiroidinin Semptom ve Bulguları Ölçeği Toplam Puanı	Çok stresli	76	2,55	1,52
	Az stresli	50	2,76	1,49
	Stresli	148	2,45	1,57
	Stressiz	37	2,49	1,41
	Toplam	311	2,53	1,52

Ölçek		Kareler Toplamı	Serbestlik Derecesi	Ortalama Kareler	F	p
Hipertiroidi Semptom Ölçeği Toplam Puanı	Gruplar Arası	911,819	3	303,940	10,257	,000
	Gruplar İçi	9096,888	307	29,632		
	Toplam	10008,707	310			
Hipotiroidinin Semptom ve Bulguları Ölçeği Toplam Puanı	Gruplar Arası	3,797	3	1,266	,543	,653
	Gruplar İçi	715,720	307	2,331		
	Toplam	719,518	310			

Kişilerin mesleklerinin stresli algılama düzeylerine göre oluşturulan grupların Hipertiroidi Semptom Ölçeği Toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır; $F(3,307)=10,257$; $p<0.05$.

Elde edilen sonuca göre mesleğini çok stresli algılayan kişilerin hipertiroit puan ortalamaları mesleğini az stresli ve stresli olarak görenlerden daha yüksektir. Ayrıca bir

başka sonuç olarak da mesleğini stressiz görenlerin hipertiroit puan ortalamaları mesleğini az stresli olarak görenlerden daha yüksek elde edilmiştir.

Kişilerin mesleklerinin stresli algılama düzeylerine göre oluşturulan grupların Hipotiroidinin Semptom ve Bulguları leği Toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur; $F(3,307)=0.543$; $p>0.05$.



Tablo 23. Hipertiroidi ve Hipotiroidinin Semptom Ölçekleri Toplam Puanlarının Kişilerin Tiroit Dışındaki Tanılanmış Hastalıklarına Göre Karşılaştırılması.

Ölçek	Gruplar	Sayı (N)	Ortalama	Standart Sapma
Hipertiroidi Semptom Ölçeği Toplam Puanı	Diğer endokrin sistem has.	7	6,14	3,76
	Diyabet	13	10,00	5,96
	Kardiyovasküler sistem has.	18	10,06	5,99
	Ruh ve sinir has.	14	9,00	5,60
	Sindirim sis has.	6	11,00	6,23
	Böbrek hastalıkları	7	7,57	4,16
	Kas ve iskelet hastalıkları	16	7,75	4,46
	Solunum yolları has.	5	15,40	6,66
	Cilt hastalıkları	7	6,00	4,69
	Kadın hastalıkları	3	10,33	10,41
	Sinir sistemi has.	6	6,83	,75
	Tiroit dışında has. olmayanlar	209	8,87	5,76
	Toplam	311	8,90	5,68
	Hipotiroidinin Semptom ve Bulguları Ölçeği Toplam Puanı	Diğer endokrin sistem has.	7	2,29
Diyabet		13	3,54	1,20
Kardiyovasküler sistem has.		18	2,72	1,07
Ruh ve sinir has.		14	3,57	1,70
Sindirim sis has.		6	2,50	1,38
Böbrek hastalıkları		7	3,57	1,81
Kas ve iskelet hastalıkları		16	2,69	1,45
Solunum yolları has.		5	3,80	1,10
Cilt hastalıkları		7	1,00	,82
Kadın hastalıkları		3	1,33	1,15
Sinir sistemi has.		6	2,00	1,41
Tiroit dışında has. olmayanlar		209	2,39	1,51
Toplam		311	2,53	1,52

Ölçek		Kareler Toplamı	Serbestlik Derecesi	Ortalama Kareler	F	p
Hipertiroidi Semptom Ölçeği Toplam Puanı	Gruplar Arası	455,243	11	41,386	1,295	,226
	Gruplar İçi	9553,465	299	31,951		
	Toplam	10008,707	310			
Hipotiroidinin Semptom ve Bulguları Ölçeği Toplam Puanı	Gruplar Arası	71,872	11	6,534	3,017	,001
	Gruplar İçi	647,645	299	2,166		
	Toplam	719,518	310			

Kişilerin tiroit dışında tanı aldıkları diğer hastalıklarına göre oluşturulan gruplar arasında Hipertiroidi Semptom Ölçeği Toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur; $F(11,299)=1.295$; $p>0.05$.

Kişilerin tiroit dışında tanı aldıkları diğer hastalıklarına göre oluşturulan gruplar arasında Hipotiroidinin Semptom ve Bulguları Ölçeği Toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır; $F(11,299)=3.017$; $p<0.05$.

Elde edilen sonuca göre elde edilen farklılığın kaynağını cilt hastalıkları olan grubun diyabet, ruh ve sinir hastalıkları, böbrek hastalıkları ve solunum yolu hastalıkları olan gruplardan olan farkları oluşturmaktadır. Buna göre cilt hastalıkları olan grubun diğer belirtilen hastalık gruplarından daha düşük hipotiroit ölçek puan ortalamaları vardır.

Tablo 24. Hipertiroidi ve Hipotiroidinin Semptom Ölçekleri Toplam Puanlarının Ailede Başka Tiroitli Hasta Olması Değişkenine Göre Karşılaştırılması.

Ölçek	Gruplar	Sayı (N)	Ortalama	Standart Sapma
Hipertiroidi Semptom Ölçeği Toplam Puanı	Ailede başka tiroitli has. var	118	9,36	6,22
	Ailede başka tiroitli has. yok	193	8,61	5,32
	Toplam	311	8,90	5,68
Hipotiroidinin Semptom ve Bulguları Ölçeği Toplam Puanı	Ailede başka tiroitli has. var	118	2,58	1,49
	Ailede başka tiroitli has. yok	193	2,49	1,54
	Toplam	311	2,53	1,52

Ölçek		Kareler Toplamı	Serbestlik Derecesi	Ortalama Kareler	F	p
Hipertiroidi Semptom Ölçeği Toplam Puanı	Gruplar Arası	41,522	1	41,522	1,287	,257
	Gruplar İçi	9967,185	309	32,256		
	Toplam	10008,707	310			
Hipotiroidinin Semptom ve Bulguları Ölçeği Toplam Puanı	Gruplar Arası	,627	1	,627	,269	,604
	Gruplar İçi	718,891	309	2,327		
	Toplam	719,518	310			

Ailede başka tiroitli hasta olup olmamasına göre oluşturulan gruplandırmada oluşan grupların Hipertiroidi Semptom Ölçeği Toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur; $F(1,309)=1.287$; $p>0.05$.

Ailede başka tiroitli hasta olup olmamasına göre oluşturulan gruplandırmada oluşan grupların Hipotiroidinin Semptom ve Bulguları Ölçeği Toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur; $F(1,309)=0.269$; $p>0.05$.



Tablo 25. Hipertiroidi ve Hipotiroidinin Semptom Ölçekleri Toplam Puanlarının Ailedeki Diğer Tiroitli Kişilerin Yakınlık Düzeyine Göre Karşılaştırılması.

Ölçek	Gruplar	Sayı (N)	Ortalama	Standart Sapma
Hipertiroidi Semptom Ölçeği Toplam Puanı	1.derece akraba/anne, baba, kardeş	88	9,14	6,13
	2.derece akrabalar	30	10,03	6,54
	Toplam	118	9,36	6,22
Hipotiroidinin Semptom ve Bulguları Ölçeği Toplam Puanı	1.derece akraba/anne, baba, kardeş	88	2,67	1,53
	2.derece akrabalar	30	2,33	1,37
	Toplam	118	2,58	1,49

Ölçek		Kareler Toplamı	Serbestlik Derecesi	Ortalama Kareler	F	p
Hipertiroidi Semptom Ölçeği Toplam Puanı	Gruplar Arası	18,000	1	18,000	,463	,497
	Gruplar İçi	4507,330	116	38,856		
	Toplam	4525,331	117			
Hipotiroidinin Semptom ve Bulguları Ölçeği Toplam Puanı	Gruplar Arası	2,543	1	2,543	1,143	,287
	Gruplar İçi	258,110	116	2,225		
	Toplam	260,653	117			

Ailedeki diğer tiroitli kişilerin yakınlık dőzeyine göre oluşturulan grupların Hipertiroidi Semptom ˆlçeđi Toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur; $F(1,116)=0.463$; $p>0.05$.

Ailedeki diğer tiroitli kişilerin yakınlık dőzeyine göre oluşturulan grupların Hipotiroidinin Semptom ve Bulguları ˆlçeđi Toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur; $F(1,116)=1.143$; $p>0.05$.



Tablo 26. Hipertiroidi ve Hipotiroidinin Semptom Ölçekleri Toplam Puanlarının Sigara Kullanma Durumuna Göre Karşılaştırılması.

Ölçek	Gruplar	Sayı (N)	Ortalama	Standart Sapma
Hipertiroidi Semptom Ölçeği Toplam Puanı	Sigara kullananlar	81	9,84	5,69
	Sigara kullanmayanlar	230	8,57	5,65
	Toplam	311	8,90	5,68
Hipotiroidinin Semptom ve Bulguları Ölçeği Toplam Puanı	Sigara kullananlar	81	2,38	1,45
	Sigara kullanmayanlar	230	2,58	1,55
	Toplam	311	2,53	1,52

Ölçek		Kareler Toplamı	Serbestlik Derecesi	Ortalama Kareler	F	p
Hipertiroidi Semptom Ölçeği Toplam Puanı	Gruplar Arası	97,272	1	97,272	3,033	,083
	Gruplar İçi	9911,435	309	32,076		
	Toplam	10008,707	310			
Hipotiroidinin Semptom ve Bulguları Ölçeği Toplam Puanı	Gruplar Arası	2,291	1	2,291	,987	,321
	Gruplar İçi	717,227	309	2,321		
	Toplam	719,518	310			

Sigara kullananlar ile sigara kullanmayanların Hipertiroidi Semptom Ölçeği Toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur; $F(1,309)=3.033$; $p>0.05$.

Sigara kullananlar ile sigara kullanmayanların Hipotiroidinin Semptom ve Bulguları Ölçeği Toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur; $F(1,309)=0.987$; $p>0.05$.



Tablo 27. Hipertiroidi ve Hipotiroidinin Semptom Ölçekleri Toplam Puanlarının Sigara Kullanım Sürelerine Göre Karşılaştırılması.

Ölçek	Gruplar	Sayı (N)	Ortalama	Standart Sapma
Hipertiroidi Semptom Ölçeği Toplam Puanı	Sigara kullanmayanlar	230	8,57	5,65
	0-5 yıl	28	10,82	6,42
	6-10 yıl	21	9,67	4,99
	11-15 yıl	19	8,89	5,28
	16 yıl ve üstü	13	9,38	5,99
	Toplam	311	8,90	5,68
Hipotiroidinin Semptom ve Bulguları Ölçeği Toplam Puanı	Sigara kullanmayanlar	230	2,58	1,55
	0-5 yıl	28	1,89	1,20
	6-10 yıl	21	2,67	1,15
	11-15 yıl	19	2,53	1,68
	16 yıl ve üstü	13	2,77	1,88
	Toplam	311	2,53	1,52

Ölçek		Kareler Toplamı	Serbestlik Derecesi	Ortalama Kareler	F	p
Hipertiroidi Semptom Ölçeği Toplam Puanı	Gruplar Arası	144,545	4	36,136	1,121	,347
	Gruplar İçi	9864,162	306	32,236		
	Toplam	10008,707	310			
Hipotiroidinin Semptom ve Bulguları Ölçeği Toplam Puanı	Gruplar Arası	13,037	4	3,259	1,412	,230
	Gruplar İçi	706,481	306	2,309		
	Toplam	719,518	310			

Sigara kullananların sigarayı kullanma sürelerine göre oluşturulan grupların Hipertiroidi Semptom Ölçeği Toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur; $F(4,306)=1,121$; $p>0.05$.

Sigara kullananların sigarayı kullanma sürelerine göre oluşturulan grupların Hipertiroidinin Semptom ve Bulguları Ölçeği Toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur; $F(4,306)=1.412$; $p>0.05$.



Tablo 28. Hipertiroidi ve Hipotiroidinin Semptom Ölçekleri Toplam Puanlarının Sigara Kullanım Miktarına Göre Karşılaştırılması.

Ölçek	Gruplar	Sayı (N)	Ortalama	Standart Sapma
Hipertiroidi Semptom Ölçeği Toplam Puanı	Sigara kullanmayanlar	230	8,57	5,65
	0-5 adet sigara	22	10,36	6,18
	6-10 adet sigara	26	10,35	5,91
	11-20 adet sigara	3	12,00	4,00
	21-40 adet sigara	30	8,80	5,34
	Toplam	311	8,90	5,68
Hipotiroidinin Semptom ve Bulguları Ölçeği Toplam Puanı	Sigara kullanmayanlar	230	2,58	1,55
	0-5 adet sigara	22	2,55	1,60
	6-10 adet sigara	26	2,27	1,40
	11-20 adet sigara	3	2,67	1,15
	21-40 adet sigara	30	2,33	1,47
	Toplam	311	2,53	1,52

Ölçek		Kareler Toplamı	Serbestlik Derecesi	Ortalama Kareler	F	p
Hipertiroidi Semptom Ölçeği Toplam Puanı	Gruplar Arası	156,410	4	39,103	1,214	,305
	Gruplar İçi	9852,297	306	32,197		
	Toplam	10008,707	310			
Hipotiroidinin Semptom ve Bulguları Ölçeği Toplam Puanı	Gruplar Arası	3,523	4	,881	,376	,825
	Gruplar İçi	715,995	306	2,340		
	Toplam	719,518	310			

Sigara kullananların sigara kullanım düzeylerine göre oluşturulan grupların Hipertiroidi Semptom Ölçeği Toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur; $F(4,306)=1.214$; $p>0.05$.

Sigara kullananların sigara kullanım düzeylerine göre oluşturulan grupların Hipotiroidinin Semptom ve Bulguları Ölçeği Toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur; $F(4,306)=0.376$; $p>0.05$.



Tablo 29. Hipertiroidi ve Hipotiroidinin Semptom Ölçekleri Toplam Puanlarının Sigarayı Bırakanların Sigarayı Bırakma Süresine Göre Karşılaştırılması.

Ölçek	Gruplar	Sayı (N)	Ortalama	Standart Sapma
Hipertiroidi Semptom Ölçeği Toplam Puanı	Halen sigara kullananlar ve hiç sigara kullanmayanlar	285	8,80	5,69
	0-5 yıl	23	9,52	5,60
	6-10 yıl	2	16,00	4,24
	11-15 yıl	1	7,00	,
	Toplam	311	8,90	5,68
Hipotiroidinin Semptom ve Bulguları Ölçeği Toplam Puanı	Halen sigara kullananlar ve hiç sigara kullanmayanlar	285	2,51	1,53
	0-5 yıl	23	2,61	1,50
	6-10 yıl	2	3,50	,71
	11-15 yıl	1	4,00	,
	Toplam	311	2,53	1,52

Ölçek		Kareler Toplamı	Serbestlik Derecesi	Ortalama Kareler	F	p
Hipertiroidi Semptom Ölçeği Toplam Puanı	Gruplar Arası	115,972	3	38,657	1,200	,310
	Gruplar İçi	9892,736	307	32,224		
	Toplam	10008,707	310			
Hipotiroidinin Semptom ve Bulguları Ölçeği Toplam Puanı	Gruplar Arası	4,311	3	1,437	,617	,605
	Gruplar İçi	715,206	307	2,330		
	Toplam	719,518	310			

Sigarayı bırakanların sigarayı bırakma sürelerine göre oluşturulan grupların Hipertiroidi Semptom Ölçeği Toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur; $F(3,307)=1.200$; $p>0.05$.

Sigarayı bırakanların sigarayı bırakma sürelerine göre oluşturulan grupların Hipotiroidinin Semptom ve Bulguları Ölçeği Toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur; $F(3,307)=0.617$; $p>0.05$.



Tablo 30. Hipertiroidi ve Hipotiroidinin Semptom Ölçekleri Toplam Puanlarının Çay İçme Miktarına Göre Karşılaştırılması.

Ölçek	Gruplar	Sayı (N)	Ortalama	Standart Sapma
Hipertiroidi Semptom Ölçeği Toplam Puanı	1 bardak	56	9,41	6,07
	2 bardak	113	8,74	5,98
	3 bardak	67	8,70	5,41
	4 bardak	75	8,92	5,23
	Toplam	311	8,90	5,68
Hipotiroidinin Semptom ve Bulguları Ölçeği Toplam Puanı	1 bardak	56	2,38	1,24
	2 bardak	113	2,41	1,74
	3 bardak	67	2,76	1,28
	4 bardak	75	2,61	1,57
	Toplam	311	2,53	1,52

Ölçek		Kareler Toplamı	Serbestlik Derecesi	Ortalama Kareler	F	p
Hipertiroidi Semptom Ölçeği Toplam Puanı	Gruplar Arası	20,046	3	6,682	,205	,893
	Gruplar İçi	9988,661	307	32,536		
	Toplam	10008,707	310			
Hipotiroidinin Semptom ve Bulguları Ölçeği Toplam Puanı	Gruplar Arası	7,153	3	2,384	1,027	,381
	Gruplar İçi	712,365	307	2,320		
	Toplam	719,518	310			

Kişilerin çay tüketim düzeylerine göre oluşturulan grupların Hipertiroidi Semptom Ölçeği Toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur; $F(3,307)=0.205$; $p>0.05$.

Kişilerin çay tüketim düzeylerine göre oluşturulan grupların Hipotiroidinin Semptom ve Bulguları Ölçeği Toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur; $F(3,307)=1.027$; $p<0.05$.

31. Hipertiroidi ve Hipotiroidinin Semptom Ölçekleri Toplam Puanlarının Kahve İçme Miktarına Göre Karşılaştırılması.

Ölçek	Gruplar	Sayı (N)	Ortalama	Standart Sapma
Hipertiroidi Semptom Ölçeği Toplam Puanı	1 fincan	192	9,02	5,63
	2 fincan	109	8,41	5,82
	3 fincan	9	11,11	4,23
	4 fincan	1	18,00	,
	Toplam	311	8,90	5,68
Hipotiroidinin Semptom ve Bulguları Ölçeği Toplam Puanı	1 fincan	192	2,35	1,52
	2 fincan	109	2,82	1,52
	3 fincan	9	2,78	1,20
	4 fincan	1	3,00	,
	Toplam	311	2,53	1,52

Ölçek		Kareler Toplamı	Serbestlik Derecesi	Ortalama Kareler	F	p
Hipertiroidi Semptom Ölçeği Toplam Puanı	Gruplar Arası	155,480	3	51,827	1,615	,186
	Gruplar İçi	9853,228	307	32,095		
	Toplam	10008,707	310			
Hipotiroidinin Semptom ve Bulguları Ölçeği Toplam Puanı	Gruplar Arası	16,012	3	5,337	2,329	,074
	Gruplar İçi	703,506	307	2,292		
	Toplam	719,518	310			

Kişilerin kahve tüketim düzeylerine göre oluşturulan grupların Hipertiroidi Semptom Ölçeği Toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur; $F(3,307)=1.615$; $p>0.05$.

Kişilerin kahve tüketim düzeylerine göre oluşturulan grupların Hipotiroidinin Semptom ve Bulguları Ölçeği Toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur; $F(3,307)=2.329$; $p>0.05$.

3.5. Bireylerin Sosyo-Demografik Özellikleri ile Kesin Tanı Sonuçlarının

Karşılaştırılması

Bu başlık altında araştırma kapsamında ve araştırmanın anket kısmında yer alan sosyo-demografik değişkenleri tespit etmeye yönelik sorular, araştırma kapsamında her bir denek için laboratuvar sonuçlarından elde edilen kesin tanı sonuçları ile karşılaştırılmışlardır.. Her bir sosyo-demografik değişken ile kesin tanı sonuçları Pearson Ki-kare (Pearson Chi-square) analizi ile karşılaştırılmış ve sonuçlar tablolar halinde aşağıda verilmiştir. Tabloların altlarında ki-kare analizi istatistiksel sonuçları da verilmiştir.

Yapılan analizlerde kesin tanı bulgusu ile Hipertiroidi, Hipotiroidi, Eutiroidi olarak tespit edilen üç tiroit türünün karşılaştırılan sosyo-demografik grupların hangisinde daha yüksek oranda görüldüğü tespit edilmeye çalışılmıştır.

Tablo 32. Kesin Tanı Bulgularının Cinsiyet ile Karşılaştırılması.

Sayı		Kesin Tanı			Satır Toplamı
		Hipertiroidi	Hipotiroidi	Eutiroidi	
Satır Yüzdesi (%)					
Kolon Yüzdesi (%)					
Toplam Yüzde (%)					
Cinsiyet	Kadın	12	26	192	230
		5,2	11,3	83,5	100,0
		100,0	96,3	70,6	74,0
		3,9	8,4	61,7	74,0
	Erkek		1	80	81
			1,2	98,8	100,0
			3,7	29,4	26,0
			,3	25,7	26,0
Kolon Toplamı		12	27	272	311
		3,9	8,7	87,5	100,0
		100,0	100,0	100,0	100,0
		3,9	8,7	87,5	100,0

$$X^2(2)=12,823 ; p<0.05$$

Kadınlara erkeklerin kesin tanı bulguları açısından karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı şekilde dağılım farklılığı vardır; $X^2(2)=12,823 ; p<0.05$.

Elde edilen sonuçlara göre kadınların içerisinde hipertiroitli ve hipotiroitli tanı almış kişiler varken ve bu kişilerin oranı tüm kadınlar içerisinde %16,5 i bulurken erkeklerde sadece bir kişi hipotiroit tanısı almıştır.

Tablo 33. Kesin Tanı Bulgularının Yaş ile Karşılaştırılması.

Sayı		Kesin Tanı			Satır
Satır Yüzdesi (%)					Toplamı
Kolon Yüzdesi (%)					
Toplam Yüzde (%)		Hipertiroidi	Hipotiroidi	Eutiroidi	
Yaş	20-24		5	97	102
			4,9	95,1	100,0
			18,5	35,7	32,8
			1,6	31,2	32,8
	24-34	1	1	72	74
		1,4	1,4	97,3	100,0
		8,3	3,7	26,5	23,8
		,3	,3	23,2	23,8
	35-45	11	21	103	135
		8,1	15,6	76,3	100,0
		91,7	77,8	37,9	43,4
		3,5	6,8	33,1	43,4
Kolon Toplamı	12	27	272	311	
	3,9	8,7	87,5	100,0	
	100,0	100,0	100,0	100,0	
	3,9	8,7	87,5	100,0	

$X^2 (4)=28,608 ; p<0.05$

Farklı yaş gruplarının kesin tanı bulguları açısından karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı şekilde dağılım farklılığı vardır; $X^2 (4)=28,608 ; p<0.05$.

Elde edilen sonuca göre 35 yaş ve üstü grupta hipertiroitli ve hipotiroitli tanısı almış kişilerin oranı tüm 35 yaş ve üstü grubun %23,7 sini oluşturmaktadır. Oysa bu oran 24-34 yaş grubunda %2,8, 24 ve altı grubunda ise %4,9 dur.

Tablo 34. Kesin Tanı Bulgularının Beden Kitle İndeksi ile Karşılaştırılması.

Sayı		Kesin Tanı			Satır Toplamı
		Hipertiroidi	Hipotiroidi	Eutiroidi	
Satır Yüzdesi (%)					
Kolon Yüzdesi (%)					
Toplam Yüzde (%)					
Beden Kitle İndeksi (BMI)	0-20	1	3	94	98
	düşük	1,0	3,1	95,9	100,0
	kilolu	8,3	11,1	34,6	31,5
		,3	1,0	30,2	31,5
	21-25	8	12	112	132
	normal	6,1	9,1	84,8	100,0
	kilolu	66,7	44,4	41,2	42,4
		2,6	3,9	36,0	42,4
	26-30 aşırı	2	9	50	61
	kilolu	3,3	14,8	82,0	100,0
		16,7	33,3	18,4	19,6
		,6	2,9	16,1	19,6
	31-40 obes	1	3	15	19
		5,3	15,8	78,9	100,0
		8,3	11,1	5,5	6,1
		,3	1,0	4,8	6,1
	40 ve üstü			1	1
	aşırı obes			100,0	100,0
			,4	,3	
			,3	,3	
Kolon Toplamı		12	27	272	311
		3,9	8,7	87,5	100,0
		100,0	100,0	100,0	100,0
		3,9	8,7	87,5	100,0

 $X^2(8)=12,559 ; p>0.05$

Beden kitle indeksine göre oluşturulan grupların kesin tanı bulguları açısından karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı şekilde dağılım farklılığı yoktur; $X^2(8)=12,559$; $p>0.05$.



Tablo 35. Kesin Tanı Bulgularının Kişilerin Doğum Yerinin Bağlı Olduğu Coğrafi Bölge ile Karşılaştırılması.

Sayı	Kesin Tanı	Kesin Tanı			Satır Toplamı
Satır Yüzdesi (%)	Kolon Yüzdesi (%)				
Toplam Yüzde (%)					
Doğum yerinin bağlı olduğu coğrafi bölge	Ege Bölgesi	2	15	166	183
		1,1	8,2	90,7	100,0
		16,7	55,6	61,0	58,8
		,6	4,8	53,4	58,8
	Akdeniz Bölgesi			5	5
				100,0	100,0
				1,8	1,6
				1,6	1,6
	Marmara Bölgesi	5	1	19	25
		20,0	4,0	76,0	100,0
		41,7	3,7	7,0	8,0
		1,6	,3	6,1	8,0
	İç Anadolu Bölgesi	1	6	28	35
		2,9	17,1	80,0	100,0
		8,3	22,2	10,3	11,3
		,3	1,9	9,0	11,3
	Karadeniz Bölgesi	1	3	13	17
		5,9	17,6	76,5	100,0
		8,3	11,1	4,8	5,5
		,3	1,0	4,2	5,5
	Doğu Anadolu Bölgesi	3	2	28	33
		9,1	6,1	84,8	100,0
		25,0	7,4	10,3	10,6
		1,0	,6	9,0	10,6

(tablonun devamı)

	Güneydoğu Anadolu Bölgesi			7	7
				100,0	100,0
				2,6	2,3
				2,3	2,3
	Türkiye dışı/diğer ülkeler			6	6
				100,0	100,0
				2,2	1,9
				1,9	1,9
Kolon Toplamı		12	27	272	311
		3,9	8,7	87,5	100,0
		100,0	100,0	100,0	100,0
		3,9	8,7	87,5	100,0

 $X^2 (14)=32,184 ; p<0.05$

Kişilerin doğdukları yerin içinde olduğu coğrafi bölgelere göre oluşturulan grupların kesin tanı bulguları açısından karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı şekilde dağılım farklılığı vardır; $X^2 (14)=32,184 ; p<0.05$.

Elde edilen sonuçlara göre Akdeniz bölgesi, Güneydoğu Anadolu bölgesi ve Türkiye dışında doğanların bulunduğu gruplarda hipertiroitli ve hipotiroitli tanısı almış kişiler bulunmamaktadır. Ayrıca Marmara bölgesi doğumluların %20 si hipertiroit tanısı almış kişilerdir ve bu diğer bölge doğumluların oranlarından oldukça yüksektir.

Tablo 36. Kesin Tanı Bulgularının Mesleğin Stres Düzeyi İle Karşılaştırılması.

Sayı Satır Yüzdesi (%) Kolon Yüzdesi (%) Toplam Yüzde (%)		Kesin Tanı			Satır Toplamı
		Hipertiroidi	Hipotiroidi	Eutiroidi	
Mesleğin stres yoğunluğu	Çok stresli	5	8	63	76
		6,6	10,5	82,9	100,0
		41,7	29,6	23,2	24,4
		1,6	2,6	20,3	24,4
	Az stresli	1	5	44	50
		2,0	10,0	88,0	100,0
		8,3	18,5	16,2	16,1
		,3	1,6	14,1	16,1
	Stresli	5	11	132	148
		3,4	7,4	89,2	100,0
		41,7	40,7	48,5	47,6
		1,6	3,5	42,4	47,6
	Stressiz	1	3	33	37
		2,7	8,1	89,2	100,0
		8,3	11,1	12,1	11,9
		,3	1,0	10,6	11,9
Kolon Toplamı		12	27	272	311
		3,9	8,7	87,5	100,0
		100,0	100,0	100,0	100,0
		3,9	8,7	87,5	100,0

$X^2 (6)=3,046 ; p>0.05$

Kişilerin mesleklerinin stresli algılama düzeylerine göre oluşturulan grupların kesin tanı bulguları açısından karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı şekilde dağılım farklılığı yoktur; $X^2 (6)=3,046$; $p>0.05$.



Tablo 37. Kesin Tanı Bulgularının Kişilerin Tiroit Dışındaki Diğer Hastalıkları ile Karşılaştırılması.

Sayı	Kesin Tanı	Kesin Tanı			Satır Toplamı
		Hipertiroidi	Hipotiroidi	Eutiroidi	
Satır Yüzdesi (%)					
Kolon Yüzdesi (%)					
Toplam Yüzde (%)					
Tiroid dışında tanı konulmuş hastalıklar	Tiroid dışında tanı konulmuş başka has. olmayanlar	9	14	186	209
		4,3	6,7	89,0	100,0
		75,0	51,9	68,4	67,2
		2,9	4,5	59,8	67,2
	Diğer endokrin sistem has.		1	6	7
			14,3	85,7	100,0
			3,7	2,2	2,3
			,3	1,9	2,3
	Diabet	1	2	10	13
		7,7	15,4	76,9	100,0
		8,3	7,4	3,7	4,2
		,3	,6	3,2	4,2
	Kardiyovasküler sistem has.		1	17	18
			5,6	94,4	100,0
			3,7	6,3	5,8
			,3	5,5	5,8
	Ruh ve sinir has.		3	11	14
			21,4	78,6	100,0
		11,1	4,0	4,5	
		1,0	3,5	4,5	
Sindirim sis has.			6	6	
			100,0	100,0	
			2,2	1,9	
			1,9	1,9	

(Tablonun devamı)

Böbrek hastalıkları		2	5	7
		28,6	71,4	100,0
		7,4	1,8	2,3
		,6	1,6	2,3
Kas ve iskelet hastalıkları		2	14	16
		12,5	87,5	100,0
		7,4	5,1	5,1
		,6	4,5	5,1
Solunum yolları has.		1	4	5
		20,0	80,0	100,0
		3,7	1,5	1,6
		,3	1,3	1,6
Cilt hastalıkları		1	6	7
		14,3	85,7	100,0
		3,7	2,2	2,3
		,3	1,9	2,3
Kadın hastalıkları	1		2	3
	33,3		66,7	100,0
	8,3		,7	1,0
	,3		,6	1,0
Sinir sistemi has.	1		5	6
	16,7		83,3	100,0
	8,3		1,8	1,9
	,3		1,6	1,9
Kolon Toplamı	12	27	272	311
	3,9	8,7	87,5	100,0
	100,0	100,0	100,0	100,0
	3,9	8,7	87,5	100,0

$X^2 (22)=24,402 ; p>0.05$

Kişilerin tiroit dışında tanı aldıkları diğer hastalıklarına göre oluşturulan gruplar arasında kesin tanı bulguları açısından karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı şekilde dağılım farklılığı yoktur; $X^2 (22)=24,402$; $p>0.05$.

Tablo 38. Kesin Tanı Bulgularının Ailede Başka Tiroitli Hasta Olması Durumu ile Karşılaştırılması.

Sayı Satır Yüzdesi (%) Kolon Yüzdesi (%) Toplam Yüzde (%)		Kesin Tanı			Satır Toplamı
		Hipertiroidi	Hipotiroidi	Eutiroidi	
Ailesel tiroit öyküsü	Ailede başka tiroitli has. var	6	7	105	118
		5,1	5,9	89,0	100,0
		50,0	25,9	38,6	37,9
		1,9	2,3	33,8	37,9
	Ailede başka tiroitli has. yok	6	20	167	193
		3,1	10,4	86,5	100,0
		50,0	74,1	61,4	62,1
		1,9	6,4	53,7	62,1
Kolon Toplamı		12	27	272	311
		3,9	8,7	87,5	100,0
		100,0	100,0	100,0	100,0
		3,9	8,7	87,5	100,0

$X^2 (2)=2,447$; $p>0.05$

Ailede başka tiroitli hasta olup olmamasına göre oluşturulan grupta oluşmuş grupların kesin tanı bulguları açısından karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı şekilde dağılım farklılığı yoktur; $X^2 (2)=2,447$; $p>0.05$.

Tablo 39. Kesin Tanı Bulgularının Ailedeki Diğer Tiroitli Kişilerin Yakınlık Düzeyi ile Karşılaştırılması.

Sayı Satır Yüzdesi (%) Kolon Yüzdesi (%) Toplam Yüzde (%)		Kesin Tanı			Satır Toplamı
		Hipertiroidi	Hipotiroidi	Eutiroidi	
Ailedeki tiroitli kişilerin yakınlık düzeyi	1.derece akrabalar/anne, baba, kardeş	4	6	78	88
		4,5	6,8	88,6	100,0
		66,7	85,7	74,3	74,6
		3,4	5,1	66,1	74,6
	2.derece akrabalar	2	1	27	30
		6,7	3,3	90,0	100,0
		33,3	14,3	25,7	25,4
		1,7	,8	22,9	25,4
Kolon Toplamı	6	7	105	118	
	5,1	5,9	89,0	100,0	
	100,0	100,0	100,0	100,0	
	5,1	5,9	89,0	100,0	

$$X^2 (2)=0,661 ; p>0.05$$

Ailedeki diğer tiroitli kişilerin yakınlık düzeyine göre oluşturulan grupların kesin tanı bulguları açısından karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı şekilde dağılım farklılığı yoktur; $X^2 (2)=0,661 ; p>0.05$.

Tablo 40. Kesin Tanı Bulgularının Sigara Kullanma Durumu ile Karşılaştırılması.

Sayı Satır Yüzdesi (%) Kolon Yüzdesi (%) Toplam Yüzde (%)		Kesin Tanı			Satır Toplamı
		Hipertiroidi	Hipotiroidi	Eutiroidi	
Sigara kullanımı	Sigara kullananlar	2	7	72	81
		2,5	8,6	88,9	100,0
		16,7	25,9	26,5	26,0
		,6	2,3	23,2	26,0
	Sigara kullanmayanlar	10	20	200	230
		4,3	8,7	87,0	100,0
		83,3	74,1	73,5	74,0
		3,2	6,4	64,3	74,0
Kolon Toplamı		12	27	272	311
		3,9	8,7	87,5	100,0
		100,0	100,0	100,0	100,0
		3,9	8,7	87,5	100,0

$$X^2 (2)=0,574 ; p>0.05$$

Sigara kullananlar ile sigara kullanmayanların Kesin tanı bulguları açısından karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı şekilde dağılım farklılığı yoktur; $X^2 (2)=0,574 ; p>0.05$.

Tablo 41. Kesin Tanı Bulgularının Sigara Kullanım Sürelerine Göre Karşılaştırılması.

Sayı Satır Yüzdesi (%) Kolon Yüzdesi (%) Toplam Yüzde (%)		Kesin Tanı			Satır Toplamı
		Hipertiroidi	Hipotiroidi	Eutiroidi	
Sigara kullananların ne zamandır kullandıkları	Sigara kullanmayanlar	10 4,3 83,3 3,2	20 8,7 74,1 6,4	200 87,0 73,5 64,3	230 100,0 74,0 74,0
	0-5 yıl			28 100,0 10,3 9,0	28 100,0 9,0 9,0
	6-10 yıl		2 9,5 7,4 ,6	19 90,5 7,0 6,1	21 100,0 6,8 6,8
	11-15 yıl	1 5,3 8,3 ,3	3 15,8 11,1 1,0	15 78,9 5,5 4,8	19 100,0 6,1 6,1
	16 yıl ve üstü	1 7,7 8,3 ,3	2 15,4 7,4 ,6	10 76,9 3,7 3,2	13 100,0 4,2 4,2
	Kolon Toplamı	12 3,9 100,0 3,9	27 8,7 100,0 8,7	272 87,5 100,0 87,5	311 100,0 100,0 100,0

$X^2 (8)=7,707 ; p>0.05$

Sigara kullananların sigarayı kullanma sürelerine göre oluşturulan grupların kesin tanı bulguları açısından karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı şekilde dağılım farklılığı yoktur; $X^2 (8)=7,707$; $p>0.05$.



Tablo 42. Kesin Tanı Bulgularının Sigara Kullananların Kullanım Miktarı ile Karşılaştırılması.

Sayı Satır Yüzdesi (%) Kolon Yüzdesi (%) Toplam Yüzde (%)		Kesin Tanı			Satır Toplamı	
		Hipertiroidi	Hipotiroidi	Eutiroidi		
Sigara kullanım miktarı	Sigara kullanmayanlar	10	20	200	230	
		4,3	8,7	87,0	100,0	
		83,3	74,1	73,5	74,0	
		3,2	6,4	64,3	74,0	
	0-5 adet sigara			3	19	22
				13,6	86,4	100,0
				11,1	7,0	7,1
				1,0	6,1	7,1
	6-10 adet sigara	1	2	23	26	
		3,8	7,7	88,5	100,0	
		8,3	7,4	8,5	8,4	
		,3	,6	7,4	8,4	
	11-20 adet sigara			3	3	
				100,0	100,0	
				1,1	1,0	
				1,0	1,0	
21-40 adet sigara	1	2	27	30		
	3,3	6,7	90,0	100,0		
	8,3	7,4	9,9	9,6		
	,3	,6	8,7	9,6		
Kolon Toplamı		12	27	272	311	
		3,9	8,7	87,5	100,0	
		100,0	100,0	100,0	100,0	
		3,9	8,7	87,5	100,0	

$X^2 (8)=2,270 ; p>0.05.$

Sigara kullananların sigara kullanım düzeylerine göre oluşturulan grupların kesin tanı bulguları açısından karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı şekilde dağılım farklılığı yoktur; $X^2 (8)=2,270$; $p>0.05$.



Tablo 43. Kesin Tanı Bulgularının Sigarayı Bırakanların Sigarayı Bırakma Süresi ile Karşılaştırılması.

Sayı Satır Yüzdesi (%) Kolon Yüzdesi (%) Toplam Yüzde (%)		Kesin Tanı			Satır Toplamı
		Hipertiroidi	Hipotiroidi	Eutiroidi	
Sigarayı bırakanların ne zaman bıraktıkları	Halen sigara kullananlar ve hiç sigara kullanmayanlar	11 3,9	25 8,8	249 87,4	285 100,0
		91,7	92,6	91,5	91,6
		3,5	8,0	80,1	91,6
	0-5 yıl	1 4,3	1 4,3	21 91,3	23 100,0
		8,3	3,7	7,7	7,4
		,3	,3	6,8	7,4
	6-10 yıl		1 50,0	1 50,0	2 100,0
			3,7	,4	,6
			,3	,3	,6
	11-15 yıl			1 100,0	1 100,0
				,4	,3
				,3	,3
Kolon Toplamı		12 3,9 100,0 3,9	27 8,7 100,0 8,7	272 87,5 100,0 87,5	311 100,0 100,0 100,0

$X^2 (6)=5,028 ; p>0.05$

Sigarayı bırakanların sigarayı bırakma sürelerine göre oluşturulan grupların kesin tanı bulguları açısından karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı şekilde dağılım farklılığı yoktur; $X^2 (6)=5,028 ; p>0.05$.

Tablo 44. Kesin Tanı Bulgularının Çay İçme Miktarı ile Karşılaştırılması.

Sayı Satır Yüzdesi (%) Kolon Yüzdesi (%) Toplam Yüzde (%)		Kesin Tanı			Satır Toplamı
		Hipertiroidi	Hipotiroidi	Eutiroidi	
Günlük çay tüketim miktarı	1 bardak		1	55	56
			1,8	98,2	100,0
			3,7	20,2	18,0
			,3	17,7	18,0
	2 bardak	5	12	96	113
		4,4	10,6	85,0	100,0
		41,7	44,4	35,3	36,3
		1,6	3,9	30,9	36,3
	3 bardak	5	4	58	67
		7,5	6,0	86,6	100,0
		41,7	14,8	21,3	21,5
		1,6	1,3	18,6	21,5
4 bardak	2	10	63	75	
	2,7	13,3	84,0	100,0	
	16,7	37,0	23,2	24,1	
	,6	3,2	20,3	24,1	
Kolon Toplamı		12	27	272	311
		3,9	8,7	87,5	100,0
		100,0	100,0	100,0	100,0
		3,9	8,7	87,5	100,0

$X^2 (6)=11,710 ; p>0.05$

Kişilerin çay tüketim düzeylerine göre oluşturulan grupların kesin tanı bulguları açısından karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı şekilde dağılım farklılığı yoktur; $X^2 (6)=11,710 ; p>0.05$.

Tablo 45. Kesin Tanı Bulgularının Kahve İçme Miktarı ile Karşılaştırılması.

Sayı Satır Yüzdesi (%) Kolon Yüzdesi (%) Toplam Yüzde (%)		Kesin Tanı			Satır Toplamı
		Hipertiroidi	Hipotiroidi	Eutiroidi	
Günlük kahve tüketim miktarı	1 fincan	8	15	169	192
		4,2	7,8	88,0	100,0
		66,7	55,6	62,1	61,7
		2,6	4,8	54,3	61,7
	2 fincan	4	11	94	109
		3,7	10,1	86,2	100,0
		33,3	40,7	34,6	35,0
		1,3	3,5	30,2	35,0
	3 fincan			9	9
				100,0	100,0
				3,3	2,9
				2,9	2,9
4 fincan		1		1	
		100,0		100,0	
		3,7		,3	
		,3		,3	
Kolon Toplamı		12	27	272	311
		3,9	8,7	87,5	100,0
		100,0	100,0	100,0	100,0
		3,9	8,7	87,5	100,0

 $X^2 (6)=12,308 ; p<0.05$

Kişilerin kahve tüketim düzeylerine göre oluşturulan grupların kesin tanı bulguları açısından karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı şekilde dağılım farklılığı vardır; $X^2(6)=12,308$; $p<0.05$

Elde edilen sonuca göre dört fincan kahve tüketen grupta 1 kişi bulunmaktadır ve bu kişi hipotiroit tanısı almış kişidir. Buna karşılık üç fincan kahve tüketen grupta hipertiroitli ve hipotiroitli tanısı almış kişi bulunmamaktadır. Bir ve iki fincan kahve tüketen gruplarda her üç tanı gruplarına dağılım benzerlik göstermektedir.



BÖLÜM IV

TARTIŞMA

Bu bölümde araştırmadan elde edilen tüm bulgular ilgili literatür bilgileri ışığında tartışılıp yorumlanmıştır.

4.1. Bireylerin Bireysel ve Sosyo-Demografik Özellikleri

Araştırma kapsamında 311 birey bulunmakta ve örneklemin %74'ü kadınlardan, %26'sı da erkeklerden oluşmaktadır. Birçok literatürde tiroit hastalıkları görülme sıklığının kadınlarda daha fazla olduğu belirtilmektedir ().

Bireylerin yaş gruplarına göre dağılımı ise; 20-24 arası yaş grubunda bulunan kişilerin tüm grubun %32.8'ini, 24-34 arası yaş grubunda olanların tüm grubun %23.8'ini, 35-45 yaş ve üstünde olanların ise tüm grubun % 43.4'ünü oluşturdukları görülmektedir.

Beden kitle indeksi (BMI) açısından bakıldığında ise tüm örneklemin %31.5 inin düşük kilolu, % 42.4 ünün normal kilolu, %19.6 sının aşırı kilolu, %6.1 inin obes, tüm örneklemin %0.3 ünün de aşırı obes oldukları görülmüştür.

Araştırmaya katılan bireylerin doğum yeri açısından incelenmesi sonucunda tüm örneklemin %58.8'inin Ege bölgesinde doğduğu bulunmuştur. Bu sonuç çalışmanın İzmir'de yapılmış olması ile bağıntılı olarak açıklanabilir.

Araştırmaya katılan bireylerin medeni durumlarına bakıldığında ise tüm bireylerin % 54 ü evli, %40.8 i bekar, % 5.1 i ise dul olduğu görülmüştür.

Evli ve çocuk sahibi olan kişilerin tüm bireyler içerisindeki oranı ise %52.1 dir. Bu durumdan sadece tüm bireylerin %1.9 unun evli olduğu halde çocukları olmadığı anlaşılmaktadır. Bekar kişiler dahil olacak şekilde çocuğu olmayan kişilerin ise tüm grubun % 47.9 unu oluşturdukları görülmektedir.

Araştırma kapsamına katılan bireylerin %2.6'sı okur-yazar değildir. Bu doğrultuda tüm bireylerin %20.9'u okur yazar veya ilkökul mezunudur. Bireylerin %31.5 i orta öğretim, %45 i de yüksek öğrenim mezunudur.

Tüm bireylerin % 84.6 sının gelir-giderinin denk, % 8.7 sinin gelirinin giderinden az, %6.8 inin de gelirinin giderinden fazla olduğu görülmektedir.

Araştırmaya katılan bireylerin %33.8'i memurlardan, %25.4'ü ev hanımlarından, %3.9 emeklilerden, %23.5'i de öğrencilerden oluşmaktadır.

Bireylerin kendi algılarına göre mesleklerini %24.4'ünün mesleğini çok stresli, % 16.1'inin az stresli, %47.6'sının stresli, %11.9'unun da stressiz buldukları görülmüştür.

Araştırmanın örneklemindeki bireylerin sağlık öyküleri tüm örneklemin %2.3'ünde diğer endokrin sistem hastalıkları, %5.8'inde kardiyovasküler sistem hastalıkları, %4.2'sinde diyabet %4.5'inde ruh ve sinir hastalıkları, %1.9'unda sindirim sistemi hastalıkları, %2.3'ünde böbrek hastalıkları, %5.1'inde kas ve iskelet hastalıkları, %1.6'sında solunum yolları hastalıkları, %2.3'ünde cilt hastalıkları, % 1'inde kadın hastalıkları, %1.9'unda sinir sistemi hastalıkları olduğu görülmüştür. Ayrıca tüm örneklemin %67.2'sinde de tiroit dışında tanı konulmuş başka bir hastalık bulunmamaktadır.

Örneklemin ailesel tiroit öyküsü incelendiğinde tüm örneklemin % 37.9 unun ailesinde kendinden başka tiroitli başka bir hasta bulunmaktadır. Tüm örneklemin %62.1 inin ailesinde ise başka tiroitli hasta bulunmamaktadır.

Aile içinde kendisi dışında başka tiroitli hasta bulunan kişilerin anne, baba, kardeş gibi 1. derece akraba olanların oranı tüm örneklemin %28.3 ünü oluşturmaktadır. Ailedeki diğer tiroitli hastaların 2. dereceden akraba olanlarının tüm örneklemdeki oranı ise % 9.6 olarak saptanmıştır.

Örnekleme alınan kişilerin sigara kullanım durumuna ilişkin sonuçlara göre tüm bireylerin %26'sı sigara kullanmaktadır. Sigara kullanmayanlar ise tüm örneklemin %74'ünü oluşturmaktadır. Yapılan bir çok araştırmada sigara kullanımının yaygın ve sigaraya başlama yaşının küçüldüğü belirtilmektedir. 35-69 yaşları arasında kalp hastalıkları, kanser ve beyin damarları hastalığı nedeniyle ölen kişilerin yaklaşık yarısı sigara nedeniyle ölmektedir. Bu araştırma için %74'lük sigara kullanmama sonucu sevindiricidir.

Bireylerin günlük çay ve kahve tüketim düzeyleri sonuçlarına göre tüm bireylerin %18'i günde bir bardak, %36.3 ü günde iki bardak, %21.5 i günde üç bardak, tüm örneklemin %24.1 i de günde en az dört bardak çay içmektedirler.

Aynı şekilde örneklemdaki kişilerin kahve içme oranları da şu şekildedir. Tüm örneklemin % 61.7 si günde bir fincan, tüm örneklemin % 35 i günde iki fincan , tüm örneklemin %2.9 u günde üç fincan, tüm örneklemin %0.3 ü de günde en az dört fincan kahve tüketmektedirler.

4.2. Hipertiroidi ve Hipotiroidi Ölçeklerinin Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışmaları Sonuçları

Hipertiroidi Semptom Ölçeği için madde analizi ve iki yarım test güvenilirlik analizi sonuçlarına göre ölçeğin Alpha'sı 0.65 olarak bulunmuştur. 10 maddeden oluşan bir ölçek için Alpha yeterli düzeyde yüksek görünmektedir. Ölçeğin Guttman Split-half güvenilirlik katsayısı ve eşit iki yarı Spearman-Brown katsayısı da aynı olacak şekilde 0.58 çıkmıştır. Bu katsayılar da yüksek görünmektedir. Ölçeğin tek ve çift numaralı maddelerden iki yarıya bölünmesi durumunda elde edilen iki yarı Alpha değerleri de .52 ve .53 olarak oldukça yüksek görünmektedir.

Hipotiroidi Semptom ve Bulguları Ölçeği için madde analizi ve iki yarım test güvenilirlik analizi sonuçlarına göre ölçeğin KR-20 katsayısı 0.25 olarak bulunmuştur. 12 maddeden oluşan bir ölçek için KR-20 yeterli düzeyde yüksek görünmemektedir. Bunun birçok nedeni olabilir ancak burada ölçek maddelerinin birbirleriyle homojenlik göstermedikleri bu nedenle de ölçeğin güvenilirlik katsayısını düşürdükleri gözlenmektedir. Bu sonucu elde etmede bir kaç ipucu bulunmaktadır. Birincisi ölçeğin iki yarısı arasındaki korelasyon düşük görünmektedir. Buna göre ölçeğin tek ve çift maddelerden oluşan iki yarısı birbirleriyle uyumlu görünmemektedir. Diğer bir ipucu ise ölçeğin birinci ve ikinci yarı KR-20 katsayıları arasında belirgin bir farklılığın oluşudur. Birinci yarı için KR-20 katsayısı .26 iken ikinci yarı için bu katsayı .08 dir. Ölçeğin Guttman Split-half güvenilirlik katsayısı ve Eşit iki yarı Spearman-Brown katsayısı da aynı olacak şekilde 0.17 çıkmıştır. Bu katsayılar da KR-20 katsayısı gibi yeterli düzeyde yüksek görünmemektedir. Bütün bu bulgular doğrultusunda ölçeğin çok güvenilir olmadığı bu nedenle de üzerinde daha fazla çalışılmaya ihtiyacı olduğu söylenebilir.

4.3. Kesin Tanı ve Olası Tanı Sonuçlarının Karşılaştırılması

Araştırmada olası tanı ve kesin tanı bulguları arasında Ki-kare (Chi-Square) analizi sonuçları verilmiştir. Buna göre iki değişken açısından bakıldığında örneklemin yukarıda görülen olası seçenekler arasında dağılışı istatistiksel olarak anlamlıdır; $X^2(4)=305,45639$; $p<0.001$. Elde edilen sonuçlara göre tüm örneklemin % 2.3 üne hem olası tanı hem de kesin tanı sonucunda hipertiroidi tanısı konulmuştur. Aynı şekilde tüm örneklemin %7.1 ine de hem olası hem de kesin tanı ile hipotiroidi tanısı konulmuştur. Tüm örneklemin %84.6 sı ise hem olası hem de kesin tanı sonucunda eutiroidi tanısı almıştır. Bu belirtilen oranlar üç farklı tanı grubu olsa da hem olası tanı hem de kesin tanıyla aynı tanı konulmuş olmasından dolayı, olası tanının kesin tanı ile örtüşen kısmını ifade etmektedir. Başka bir ifadeyle kesin tanıyı olası tanının doğru olarak bildiği veya saptayabildiği oranlardır. Bu üç farklı teşhisin doğru olarak olası tanı yöntemiyle saptanmasını göstermektedir. Teşhisin yada hastalık türün ne olursa olsun olası tanı yöntemiyle doğru olarak tespit edilme oranı toplandığında böylece tüm örneklemin %94.0 ünü oluşturmaktadır. Yada olası tanı yöntemiyle yanlış tanı koyulan kişilerin oranı 311 kişilik örneklem içerisinde %6 dır. Yani daha açık bir ifadeyle ölçek ve tanı bulguları kullanarak yapılan olası tanı yöntemiyle 311 kişilik örnekleme bu örneklemin %94 ünün doğru olarak hipertiroidi mi hipotiroidi mi yoksa eutiroidi mi olduğu belirlenebilmiştir. Bu rakamın büyüklüğü olası tanı yönteminin kullanılmasına ilişkin güveni artırırken, yine bu yöntemin laboratuvar bulgularının elde edilmesine oranla kolay, zamandan ve maliyetten tasarruflu bir yöntem olması düşünüldüğünde sonuçların aşırı umut verici olduğu görülmektedir.

4.4. Bireylerin Sosyo Demografik Özellikleri ile Tanı Ölçek Toplam Puanlarının Karşılaştırılması

Cinsiyete göre, Hipertiroidi Semptom Ölçeği Toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır; $F(1,309)=18210$; $p<0.05$, Hipotiroidinin Semptom ve Bulguları Ölçeği Toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır; $F(1,309)=45.973$; $p<0.05$. Bu sonuçlara göre kadınların puan ortalamaları hem hipertiroidi hem de hipotiroidi ölçeğinde erkeklerin ortalamalarından daha yüksektir.

Yaş gruplarının Hipertiroidi Semptom Ölçeği Toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur; $F(2,308)=0.668$; $p>0.05$. Farklı yaş gruplarının Hipotiroidinin Semptom ve Bulguları Ölçeği Toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır; $F(2,308)=13.384$; $p<0.05$. Elde edilen sonuca göre 35 yaş ve üstü grup hipotiroid ölçek puan ortalaması hem 24-34 arası yaş grubu hem de 24 yaş ve altı grup puan ortalamasından daha yüksektir.

Beden kitle indeksine göre oluşturulan grupların Hipertiroidi Semptom Ölçeği Toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur; $F(4,306)=2.069$; $p>0.05$. Beden kitle indeksine göre oluşturulan grupların Hipotiroidinin Semptom ve Bulguları Ölçeği Toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır; $F(4,306)=2.472$; $p<0.05$. Elde edilen bu sonuca göre 26-30 aşırı kilolu grubun hipotiroid ölçek puan ortalaması 0-20 düşük kilolu grubun puan ortalamasından anlamlı düzeyde daha yüksektir.

Bireylerin doğdukları yerin içinde olduğu coğrafi bölgelere göre oluşturulan grupların Hipertiroidi Semptom Ölçeği Toplam puan ortalamaları $F(7,303)=0.178$;

$p>0.05$) ve Hipotiroidinin Semptom ve Bulguları Ölçeği Toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur; $F(7,303)=0.740$; $p>0.05$).

Kişilerin mesleklerinin stresli algılama düzeylerine göre oluşturulan grupların Hipertiroidi Semptom Ölçeği Toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır; $F(3,307)=10,257$; $p<0.05$. Elde edilen sonuca göre mesleğini çok stresli algılayan kişilerin hipertiroit puan ortalamaları mesleğini az stresli ve stresli olarak görenlerden daha yüksektir. Ayrıca bir başka sonuç olarak da mesleğini stressiz görenlerin hipertiroit puan ortalamaları mesleğini az stresli olarak görenlerden daha yüksek elde edilmiştir.

Araştırmaya katılan bireylerin tiroit dışında tanı aldıkları diğer hastalıklarına göre oluşturulan gruplar arasında Hipertiroidi Semptom Ölçeği Toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur; $F(11,299)=1.295$; $p>0.05$. Kişilerin tiroit dışında tanı aldıkları diğer hastalıklarına göre oluşturulan gruplar arasında Hipotiroidinin Semptom ve Bulguları Ölçeği Toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır; $F(11,299)=3.017$; $p<0.05$. Bu sonuca göre elde edilen farklılığın kaynağını cilt hastalıkları olan grubun diyabet, ruh ve sinir hastalıkları, böbrek hastalıkları ve solunum yolu hastalıkları olan gruplardan olan farkları oluşturmaktadır. Buna göre cilt hastalıkları olan grubun diğer belirtilen hastalık gruplarından daha düşük hipotiroit ölçek puan ortalamaları vardır.

Ailede başka tiroitli hasta olup olmamasına göre oluşturulan gruplandırmada oluşan grupların Hipertiroidi Semptom Ölçeği Toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur; $F(1,309)=1.287$; $p>0.05$.

Ailede başka tiroitli hasta olup olmamasına göre oluşturulan gruplandırmada oluşan grupların Hipotiroidinin Semptom ve Bulguları Ölçeği Toplam puan

ortalamları ($F(1,309)=0.269$; $p>0.05$) ve Hipertiroidi Semptom Ölçeği Toplam puan ortalamları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur; ($F(1,116)=0.463$; $p>0.05$).

Ailedeki diğer tiroitli kişilerin yakınlık düzeyine göre oluşturulan grupların Hipertiroidinin Semptom ve Bulguları Ölçeği Toplam puan ortalamları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur; $F(1,116)=1.143$; $p>0.05$.

Sigara kullananlar ile sigara kullanmayanların Hipertiroidi Semptom Ölçeği Toplam puan ortalamları ($F(1,309)=3.033$; $p>0.05$), Hipertiroidinin Semptom ve Bulguları Ölçeği Toplam puan ortalamları arasında ($F(1,309)=0.987$; $p>0.05$); sigara kullananların sigarayı kullanma sürelerine göre oluşturulan grupların Hipertiroidi Semptom Ölçeği Toplam puan ortalamları arasında ($F(4,306)=1.121$; $p>0.05$), Hipertiroidinin Semptom ve Bulguları Ölçeği Toplam puan ortalamları arasında ($F(4,306)=1.412$; $p>0.05$); sigara kullanım düzeylerine göre oluşturulan grupların Hipertiroidi Semptom Ölçeği Toplam puan ortalamları arasında ($F(4,306)=1.214$; $p>0.05$), Hipertiroidinin Semptom ve Bulguları Ölçeği Toplam puan ortalamları arasında ($F(4,306)=0.376$; $p>0.05$); sigarayı bırakanların sigarayı bırakma sürelerine göre oluşturulan grupların Hipertiroidi Semptom Ölçeği Toplam puan ortalamları arasında ($F(3,307)=1.200$; $p>0.05$), Hipertiroidinin Semptom ve Bulguları Ölçeği Toplam puan ortalamları arasında ($F(3,307)=0.617$; $p>0.05$); çay tüketim düzeylerine göre oluşturulan grupların Hipertiroidi Semptom Ölçeği Toplam puan ortalamları arasında ($F(3,307)=0.205$; $p>0.05$), Hipertiroidinin Semptom ve Bulguları Ölçeği Toplam puan ortalamları arasında ($F(3,307)=1.027$; $p<0.05$); kahve tüketim düzeylerine göre oluşturulan grupların Hipertiroidi Semptom Ölçeği Toplam puan ortalamları arasında ($F(3,307)=1.615$; $p>0.05$), Hipertiroidinin Semptom ve Bulguları

Ölçeği Toplam puan ortalamaları arasında ($F(3,307)=2.329$; $p>0.05$) istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır.

4.5. Bireylerin Sosyo-Demografik Özellikleriyle Kesin Tanı Sonuçlarının

Karşılaştırılması

Cinsiyetin kesin tanı bulguları açısından karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı şekilde dağılım farklılığı vardır; $X^2(2)=12,823$; $p<0.05$. Elde edilen sonuçlara göre kadınların içerisinde hipertiroitli ve hipotiroitli tanı almış kişiler varken ve bu kişilerin oranı tüm kadınlar içerisinde %16,5 i bulurken erkeklerde sadece bir kişi hipotiroit tanısı almıştır. Bir çok literatürde tiroit hastalıklarının görülme sıklığının kadınlarda erkeklere oranla daha fazla olduğu belirtilmiştir (2,5,6,25).

Farklı yaş gruplarının kesin tanı bulguları açısından karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı şekilde dağılım farklılığı vardır; $X^2(4)=28,608$; $p<0.05$. Araştırma sonuçlarına göre 35 yaş ve üstü grupta hipertiroitli ve hipotiroitli tanısı almış kişilerin oranı tüm 35 yaş ve üstü grubun %23,7 sini oluşturmaktadır. Oysa bu oran 24-34 yaş grubunda %2,8, 24 ve altı grubunda ise %4,9 dur.

Beden kitle indeksine göre oluşturulan grupların kesin tanı bulguları açısından karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı şekilde dağılım farklılığı yoktur; $X^2(8)=12,559$; $p>0.05$.

Bireylerin doğdukları yerin içinde olduğu coğrafi bölgelere göre oluşturulan grupların kesin tanı bulguları açısından karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı şekilde dağılım farklılığı vardır; $X^2(14)=32,184$; $p<0.05$. Elde edilen sonuçlara göre Akdeniz bölgesi, Güneydoğu Anadolu bölgesi ve Türkiye dışında doğanların bulunduğu gruplarda hipertiroitli ve hipotiroitli tanısı almış kişiler

bulunmamaktadır. Ayrıca Marmara bölgesi doğumluların %20 si hipertiroit tanısı almış kişilerdir ve bu diğer bölge doğumluların oranlarından oldukça yüksektir. Dünyada ve memleketimizde çok sayıda endemik guatr bölgesi mevcuttur (mesela Alpler ve Karadeniz bölgesi) (27). Araştırma sonuçlarındaki bu farklılığın nedeni ise araştırmaya katılan bireylerin %5.5'inin Karadeniz Bölgesinden olması olarak gösterilebilir.

Bireylerin mesleklerinin stresli algılama düzeylerine, tiroit dışında tanı aldıkları diğer hastalıklara, ailede başka tiroitli hasta olup olmasına, ailedeki diğer tiroitli kişilerin yakınlık düzeyine, sigara kullanım durumu, miktarı ve süresi, çay tüketim düzeylerine göre oluşturulan grupların kesin tanı bulguları açısından karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı şekilde dağılım farklılığı saptanmamıştır. Stres, genetik faktörler ve sigara içme literatürde birçok hastalığa neden gösterilmektedir, özellikle endokrin hastalıklarda bu faktörlerin önemli etken olduğu bilinmektedir (2,5,6,44). Araştırma sonucunda ise bu faktörler çok etkili çıkmamıştır, bu da araştırma sonucunda kesin tanısı hipertiroit ve hipotiroit olarak belirlenen bireylerin sayıca azlığına bağlanabilir.

Kişilerin kahve tüketim düzeylerine göre oluşturulan grupların kesin tanı bulguları açısından karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı şekilde dağılım farklılığı vardır; $X^2 (6)=12,308$; $p<0.05$. Elde edilen sonuca göre dört fincan kahve tüketen grupta 1 kişi bulunmaktadır ve bu kişi hipotiroit tanısı almış kişidir. Buna karşılık üç fincan kahve tüketen grupta hipertiroitli ve hipotiroitli tanısı almış kişi bulunmamaktadır. Bir ve iki fincan kahve tüketen gruplarda her üç tanı gruplarına dağılım benzerlik göstermektedir.

BÖLÜM V

SONUÇ VE ÖNERİLER

5.1. Sonuç

Henüz tanılanmamış hipertiroit ve hipotiroit olgularını saptamasında ve tanılamad sürecinde ekip çalışması yaklaşımı ve hemşirenin etkinliğinin incelenmesi ve bu genel amaç doğrultusunda ise; toplumda tanılanmamış tiroit hastalıkları (hipertiroidi-hipotiroidi) insidansının saptanması amacı ile yapılan bu araştırmadan elde edilen veriler genel olarak incelendiğinde; olası tanı sonuçlarının laboratuvar sonuçlarından elde edilen kesin tanı sonuçları ile %94.0 oranında örtüşmekte ve olası tanıyı belirlemekte kullanılan Hipertiroidi Semptom Ölçeğinin Alpha'sı 0.65 ve Hipotiroidi Semptom ve Bulgu Ölçeğinin KR-20 katsayısı 0.25 olarak geçerlilik ve güvenilirlikleri saptanmıştır.

5.1.1. Bireylerin Bireysel ve Sosyo-Demografik Özellikleri

Araştırmaya katılanların %74'ü kadınlardan, %26'sı da erkeklerden oluşmaktadır. Bireylerin büyük bir çoğunluğunun 35 yaş ve üstünde (% 43.4) olduğu, beden kitle indeksi (BMI) açısından bakıldığında tüm örneklemin % 42.4 ünün normal kilolu olduğu, çoğunluğun Ege bölgesi (%58.8) doğumlu olduğu, % 54'ünün evli olduğu, %52.1'inin çocuk sahibi olduğu,%45'inin yüksek öğrenim mezunu olduğu, % 84.6' sının gelir-giderinin denk olduğu, %33.8'inin memurlardan, %25.4'ünün ev hanımlarından olduğu, %47.6'sının mesleklerini stresli olarak algıladığı saptanmıştır.

Araştırmaya katılanların 20 ile 45 arasında değişen ve ortalama yaşlarının 32 ± 9.54 olduğu gözlenmiştir. Bireylerin beden kitle indekslerinin hesaplanmasına temel

teşkil eden boy ve kilo değerleri ise; boy değerleri 150 ile 195 cm arasında değişmekte ve ortalama boy değeri 166.11 ± 8.39 , kilo değerleri ise 40 ile 110 kg arasında değişmektedir ve örneklem ortalaması 64.65 ± 13.04 kg olarak bulunmuştur.

5.1.2. Hipertiroidi ve Hipotiroidi Ölçeklerinin Geçerlilik ve Güvenilirlik

Çalışmaları

Hipertiroidi Semptom Ölçeğinin 311 kişilik örneklem için ortalaması 8.90 ± 5.68 , ölçeğin Alpha'sı 0.65, Guttman Split-half güvenirlilik katsayısı ve eşit iki yarı Spearman-Brown katsayısı da aynı olacak şekilde 0.58 bulunmuştur.

Hipotiroidi Semptom ve Bulguları Ölçeğinin 311 kişilik örneklem için ortalaması 2.53 ± 1.52 , ölçeğin cevaplanma yapısı ikili olduğu için bu ölçek güvenilirliği Kuder Richardson 20 Katsayısı (KR-20) ile yapılmış ve KR-20 katsayısı 0.25 olarak bulunmuştur.

5.1.3. Kesin Tanı ve Olası Tanı Sonuçlarının Karşılaştırılması

Araştırmada olası tanı ve kesin tanı sonuçları karşılaştırıldığında, kesin tanının doğru olarak tespit edilme oranının %94.0 olduğu saptanmıştır. Yani daha açık bir ifadeyle ölçek ve tanı bulguları kullanarak yapılan olası tanı yöntemiyle 311 kişilik örnekleme %94 ünün tiroit hastalıkları açısından doğru olarak hipertiroidi mi hipotiroidi mi yoksa eutiroidi mi olduğu saptanmıştır.

5.1.4. Bireylerin Sosyo Demografik Özellikleri ile Tanı Ölçek Toplam Puanlarının Karşılaştırılması

Araştırma sonuçlarına göre kadınların puan ortalamaları hem hipertiroidi ($F(1,309)=18210$; $p<0.05$), hem de hipotiroidi ölçeğinde ($F(1,309)=45.973$; $p<0.05$) erkeklerin ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık vardır. Kadınların ölçek puan ortalamaları erkeklerinkinden daha yüksektir.

Yaş gruplarının, Hipertiroidi Semptom Ölçeği Toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur; ($F(2,308)=0.668$; $p>0.05$), Hipotiroidin Semptom ve Bulguları Ölçeği Toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır; $F(2,308)=13.384$; $p<0.05$. Bu sonuca göre 35 yaş ve üstü grup hipotiroit ölçek puan ortalaması hem 24-34 arası yaş grubu hem de 24 yaş ve altı grup puan ortalamasından daha yüksektir.

Beden kitle indeksine göre oluşturulan grupların Hipertiroidi Semptom Ölçeği Toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur ($F(4,306)=2.069$; $p>0.05$). Hipotiroidin Semptom ve Bulguları Ölçeği Toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır ($F(4,306)=2.472$; $p<0.05$). Elde edilen bu sonuca göre 26-30 aşırı kilolu grubun hipotiroit ölçek puan ortalaması 0-20 düşük kilolu grubun puan ortalamasından anlamlı düzeyde daha yüksektir.

Araştırmaya katılan bireylerin, doğdukları yerin içinde olduğu coğrafi bölgelere göre oluşturulan grupların Kişilerin doğdukları yerin içinde olduğu coğrafi bölgelere göre oluşturulan grupların Hipotiroidin Semptom ve Bulguları Ölçeği Toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur; $F(7,303)=0.740$; $p>0.05$.

Bireylerin mesleklerinin stresli algılama düzeylerine göre oluşturulan grupların Hipertiroidi Semptom Ölçeği Toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır; $F(3,307)=10,257$; $p<0.05$. Elde edilen sonuca göre mesleğini çok stresli algılayan kişilerin hipertiroit puan ortalamaları mesleğini az stresli ve stresli olarak görenlerden daha yüksektir. Ayrıca bir başka sonuç olarak da mesleğini stressiz görenlerin hipertiroit puan ortalamaları mesleğini az stresli olarak görenlerden daha yüksek elde edilmiştir.

Kişilerin tiroit dışında tanı aldıkları diğer hastalıklarına göre oluşturulan gruplar arasında Hipertiroidi Semptom Ölçeği Toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur; $F(11,299)=1.295$; $p>0.05$).Kişilerin tiroit dışında tanı aldıkları diğer hastalıklarına göre oluşturulan gruplar arasında Hipertiroidinin Semptom ve Bulguları Ölçeği Toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır; $F(11,299)=3.017$; $p<0.05$). Elde edilen sonuca göre elde edilen farklılığın kaynağını cilt hastalıkları olan grubun diyabet, ruh ve sinir hastalıkları, böbrek hastalıkları ve solunum yolu hastalıkları olan gruplardan olan farkları oluşturmaktadır. Buna göre cilt hastalıkları olan grubun diğer belirtilen hastalık gruplarından daha düşük hipertiroit ölçek puan ortalamaları vardır.

Araştırmaya katılan bireylerin ailede başka tiroitli hasta olup olmamasına, ailedeki diğer tiroitli kişilerin yakınlık düzeyine, ailedeki diğer tiroitli kişilerin yakınlık düzeyine, sigara kullanım durumu, miktarı, süresi, çay ve kahve tüketim düzeylerine göre oluşturulan gruplandırmalarda oluşan grupların Hipertiroidi Semptom Ölçeği Toplam puan ortalamaları ve Hipertiroidinin Semptom ve Bulguları Ölçeği Toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur.

5.1.5. Bireylerin Sosyo-Demografik Özellikleriyle Kesin Tanı Sonuçlarının

Karşılaştırılması

Cinsiyet ($X^2(2)=12,823$; $p<0.05$), farklı yaş grupları ($X^2 (4)=28,608$; $p<0.05$), bireylerin doğdukları bölgeler ($X^2 (14)=32,184$; $p<0.05$), bireylerin kahve tüketim düzeyleri ($X^2(6)=12,308$; $p<0.05$) kesin tanı bulguları açısından karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı şekilde dağılım farklılığı saptanmış, diğer değişkenler arasında ise anlamlı bir farklılık saptanamamıştır.

5.2.Öneriler

1987 yılında Klein ve arkadaşları tarafından geliştirilen ‘Hipertiroidi Semptom Ölçeği’ ve 1996 yılında Zulewski ve arkadaşları tarafından geliştirilen ‘Hipotiroidi Semptom ve Bulgu Ölçeği’ ile yapılan ve geçerlilik ve güvenilirlik çalışması sonuçları hipertiroidi ölçeği Alpha'sı 0.65 ve hipotiroidi ölçeği KR-20 katsayısı 0.25 olarak saptanan ve olası tanı-kesin tanı karşılaştırmasında %94.0 tanı başarısı sağlanmıştır. Yani daha açık bir ifadeyle ölçek ve tanı bulguları kullanılarak konulan olası tanı ile 311 kişilik örneklemin %94’ünün doğru olarak tanılandığı saptanmıştır.

Araştırma sonuçlarından elde edilen bu bulgular ışığında ayrıntılı laboratuvar incelemeleri yapılamayan koruyucu primer sağlık hizmeti verilen sağlık kuruluşlarında tiroit tanılarını için geliştirilmiş ve geçerliliği güvenilirliği saptanmış bu ölçeklerin genelde ekip çalışmasının özelde ekipte etkin rol oynayan hemşirenin bireyi ön incelemelerden sonra doğru ve bilinçli olarak uzman doktora yönlendirilmesi gerek primer sağlık hizmetlerinin daha hızlı ekip anlayışıyla etkin biçimde sürdürülmesi gerekse de tiroit hastalıklarının erken tanınması dolayısıyla toplum sağlığı açısından yararlı olacağı düşünülmüş ve önerilmiştir.

Bu öneriler doğrultusunda;

- Primer sağlık hizmeti verilen ve laboratuvar değerlendirilmesi yapılamayan sağlık kuruluşlarında hipertiroidi ve hipotiroidi değerlendirmesine yönelik bu iki ölçeğin bireylerin ön tanınması için kullanılmasını,
- Hipertiroidi ve hipotiroidi tanısı almış bireylerin tedavi sürelerince izlenmesi ve tedaviye uyum ve yanıt değerlendirmelerinin yapılmasında kullanılmasını,
- Genelde tüm hastalıklarda özelde de tiroit hastalıklarında, erken tanılama çalışmalarında ekip anlayışı ve hizmetinin işlevinin işlerlik kazanmasını,
- Sağlık ekibinde etkin rolü olan hemşirenin tedavi ve rehabilite edici mesleki sorumluluklarının yanı sıra sağlık hizmetlerine ilişkin sorumluluklarının da geliştirilmesine ve bu bağlamda; birincil bakımda dolayısıyla da tıbbi girişim içermeyen erken tanılama ve uzman doktora yönlendirmede etkili olmasını,
- Hemşirenin bu görevini optimal düzeyde gerçekleştirebilmesi için bilimsel bilgi birikiminin, kritik düşünme, sentezleme ve doğru zamanda doğru karar verebilme becerilerini geliştirmesi için ilgili literatürle kendini sürekli yenilemesinin ,

yaralı olacağı düşünülmüştür.

BÖLÜM VI

ÖZET

Bu araştırma; henüz tanılanmamış hipertiroit ve hipotiroit olgularını saptamasında ve tanılamada hemşirenin etkinliğinin incelenmesi ve bu genel amaç doğrultusunda ise; toplumda tanılanmamış tiroit hastalıkları (hipertiroidi-hipotiroidi) insidansının saptanması amacı ile 1987 yılında Klein ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş olan 'Hipertiroidi Semptom Ölçeği', 1996 yılında Zulewski ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş olan 'Hipotiroidi Semptom ve Bulgu Ölçeği' ve araştırmacı tarafından ilgili literatür ve uzman görüşü alınarak oluşturulan bireysel tanımlayıcı sorular ve diğer hipertiroidi ve hipotiroidi bulguları esas alınarak yapılmıştır.

Araştırma 1 Mayıs- 31 Temmuz tarihleri arasında Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi İç Hastalıkları Endokrinoloji Bilimdalı ve Nükleer Tıp Bilimdalı laboratuvarlarına baş vuran ve klinik muayene ile hipertiroit ön tanısı veya hipotiroit ön tanısı konulan ancak henüz objektif verilerle (TSH, FT4, FT3 gibi laboratuvar sonuçları) tanı almamış ve araştırmanın önceden belirlenen sınırlılıklarına uyan 311 kişi ile yapılmıştır.

Araştırmada veri toplama aracı olarak; bireysel özellikleri içeren 'Bireysel Tanıtım Formu' (Ek1), 'Hipertiroidi Semptom Ölçeği' (Ek 2), 'Hipotiroidi Semptom ve Bulgu Ölçeği' (Ek 3) ve diğer hipertiroidi ve hipotiroidi bulgularını içeren ek bir form (Ek 4) kullanılmıştır. Veriler araştırmacı tarafından bireyler ile bire bir görüşülerek toplanmıştır.

Araştırma verilerinin analizi; araştırmanın bağımlı bağımsız değişkenleri arasındaki ilişki; sayı ve yüzde dağılımlar, ortalama ve standart sapma vb. betimleyici istatistiksel değerler, ölçeklerin iç tutarlılığını inceleyebilmek için madde analizi, maddelerin madde-toplam korelasyon değerleri için Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon Katsayısı, Hipertiroidi Semptom Ölçeği güvenilirlik düzeylerini tespit etmek için Cronbach Alpha, iki yarım test güvenilirlikleri için Guttman Split-half güvenilirlik katsayısı ve Spearman-Brown güvenilirlik katsayısı değerleri, Hipotiroidinin Semptom ve Bulguları Ölçeğinin güvenilirlik düzeyini tespit etmek için KR-20 güvenilirlik katsayısı, iki yarım test güvenilirlikleri için Guttman Split-half güvenilirlik katsayısı ve Spearman-Brown güvenilirlik katsayısı değerleri, iki ölçekten elde edilen toplam puanları arasındaki ilişki “Pearson momentler çarpımı korelasyon analizi”, tanılama ölçeklerinden elde edilen olası tanı sonuçları ile laboratuvar sonuçlarından alınan kesin tanı sonuçları ile Ki-kare (Chi-square) analizi, sosyo-demografik grupların olası tanı elde edilmesini sağlayan tanılama ölçeklerinden aldıkları puan ortalamaları ve kesin tanı sonuçları karşılaştırılması için Tek Yönlü Varyans Analizi (Tek Yönlü ANOVA) ile yapılmıştır.

Araştırmaya katılanların %74'ü kadınlardan, %26'sı da erkeklerden oluşmaktadır. Bireylerin büyük bir çoğunluğunun 35 yaş ve üstünde (% 43.4) olduğu, beden kitle indeksi (BMI) açısından bakıldığında tüm örneklemin % 42.4 ünün normal kilolu olduğu, çoğunluğun Ege bölgesi (%58.8) doğumlu olduğu, % 54'ünün evli olduğu, %52.1'inin çocuk sahibi olduğu,%45'inin yüksek öğrenim mezunu olduğu, % 84.6' sının gelir-giderinin denk olduğu, %33.8'inin memurlardan, %25.4'ünün ev hanımlarından olduğu, %47.6'sının mesleklerini stresli olarak algıladığı saptanmıştır.

Hipertiroidi Semptom Ölçeğinin 311 kişilik örneklem için ortalaması 8.90 ± 5.68 , ölçeğin Alpha'sı 0.65, Guttman Split-half güvenilirlik katsayısı ve eşit iki yarı Spearman-Brown katsayısı da aynı olacak şekilde 0.58 bulunmuştur.

Hipotiroidi Semptom ve Bulguları Ölçeğinin 311 kişilik örneklem için ortalaması 2.53 ± 1.52 , ölçeğin cevaplanma yapısı ikili olduğu için bu ölçek güvenilirliği Kuder Richardson 20 Katsayısı (KR-20) ile yapılmış ve KR-20 katsayısı 0.25 olarak bulunmuştur.

Olası tanı ve kesin tanı sonuçlarının karşılaştırılmasında tanı tutarlılığının %94.0 olduğu saptanmıştır ($X^2(4)=305,45639$; $p<0.001$).

Kadınlarla erkekler ($X^2(2)=12,823$; $p<0.05$), farklı yaş grupları ($X^2(4)=28,608$; $p<0.05$), bireylerin doğdukları bölgeler ($X^2(14)=32,184$; $p<0.05$), bireylerin kahve tüketim düzeyleri ($X^2(6)=12,308$; $p<0.05$) kesin tanı bulguları açısından karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı şekilde dağılım farklılığı saptanmış, diğer değişkenler arasında ise anlamlı bir farklılık saptanamamıştır.

Sonuç olarak elde edilen bulgular ışığında ayrıntılı laboratuvar incelemeleri yapılamayan koruyucu primer sağlık hizmeti verilen sağlık kuruluşlarında tiroit tanılamaları için geliştirilmiş ve geçerliliği güvenilirliği saptanmış bu ölçeklerin genelde ekip çalışmasının özelde ekipte etkin rol oynayan hemşirenin bireyi tıbbi girişim içermeyen ön incelemelerden sonra doğru ve bilinçli olarak uzman doktora yönlendirilmesi gerek primer sağlık hizmetlerinin daha hızlı ekip anlayışıyla etkin biçimde sürdürülmesi gerekse de tiroit hastalıklarının erken tanınması dolayısıyla toplum sağlığı açısından yararlı olacağı düşünülmüş ve önerilmiştir.

ABSTRACT

This study has been aimed identifying hyperthyroid patients that are not still diagnosed and those with hyperthyroid, and examining the efficiency of nurses in diagnosis and in parallel with these purposes this study has been performed based on “Hyperthyroid Symptom Scale” which was developed by Klein et al. in 1987 in order to determine thyroid diseases (hyperthyroid-hypothyroid) that are not diagnosed in society and “Hypothyroid Symptom and finding Scale” which was developed by Zulewski et al. in 1996 and individual definitive questions that are formed from related literature by researcher and by taking views of an expert, and other findings of hyperthyroid and hypothyroid.

This study included 311 subjects who enrolled to Aegean University Medical Faculty Research and Implementation Hospital Internal Diseases Endocrinology Department and Nuclear Medical Department between 1 May and 31 July and were put prediagnosis of hyperthyroid or prediagnosis of hypothyroid through clinical examination but not still diagnosed with objective data (laboratory results such as TSH, FT4, FT3) and complying with pre-determined limitations of the research.

In the study, as data collecting tools “Individual Presentation Form” (Attachment 1), “Hyperthyroid Symptom Scale” (Attachment 2), “Hyperthyroid Symptom and Finding Scale” (Attachment 3) and an additional form comprising other findings related to hyperthyroid and hypothyroid (Attachment 4) were used. Data were collected by researcher making face to face interviews with individuals.

Data collected through the study were analyzed by correlation between dependent and independent variables of the study; definitive statistical values such as figure and percentage distributions, mean and standard deviation, material analysis in order to examine internal consistency of the scale, Pearson Moments Multiplication Correlation Coefficient for values of material-total correlation values of materials, Cronbach Alpha in order to determine reliability levels of Hyperthyroid Symptom Scale, values of Guttman Split-half reliability coefficient and Spearman-Brown reliability coefficient for two half test reliabilities, KR-20 reliability coefficient in order to determine reliability level of

Symptoms and Findings of Hyperthyroid, Chi-square analysis with possible outcomes of diagnosis obtained from diagnosis scales and definite laboratory results, mean scores taken from diagnosis scales providing possible diagnosis for socio-demographic groups and One Way Variance Analysis (One Way ANOVA) for comparing definite outcomes of diagnosis.

74% of the Participants were females while 26% were males. It was determined that most of the participants were aged 35 and over (43.4%), that 42.4% of the sample group had normal weight with regard to body mass index (BMI), that majority was born in Aegean Region (58.8%), that 54% was married, that 52.1% had a child, that 45% were graduated from higher education institutions, that 84.6% had an equal budget for income-expenditure, that 33.8% were officers, that 25.4% were housewife, and that 47.6% were experiencing occupational stress.

For Hyperthyroid Symptom Scale average of the sample group including 311 subjects was 8.90 ± 5.68 , Alpha of the scale was 0.65, reliability coefficient for Guttman Split-half and two equal half Spearman-Brown coefficient was found to be 0.58.

For Hyperthyroid Symptom and Finding Scale, average was 2.53 ± 1.52 for the sample group of 311 subjects, the reliability of scale was measured by Kuder Richardson 20 Coefficient (KR-20) because responding structure of the scale was double and KR-20 coefficient was found to be 0.25.

When comparing outcomes of possible diagnosis and definite diagnosis, consistency of diagnosis was determined as %94.0 ($X^2(4)=305,45639$; $p<0.001$).

When comparisons were made between females and males ($X^2(2)=12,823$; $p<0.05$), various age groups ($X^2(4)=28,608$; $p<0.05$), birth places of individuals ($X^2(14)=32,184$; $p<0.05$), coffee consumption level of individuals ($X^2(6)=12,308$; $p<0.05$) with regard to definite diagnosis findings, significant distribution difference was observed among groups, however, no significant difference was observed among other variables.

Under light of findings it was concluded and suggested that in health institutions where protective primary health service is provided and detailed laboratory studies can not be performed, following pre-examinations which do not include medical interference, channeling above mentioned scales, which were developed for thyroid diagnosis and

proved to be reliable, to expert doctor consciously and correctly by team work in general or in specific way by nurses who play active role in a team are useful both for giving efficiently primary health services in more rapid way and for early diagnosis of thyroid diseases, thus for public health.



KAYNAKLAR

1. Aksayan, S.; Bahar. Z. ve diğeri, Halk sağlığı Hemşireliği El Kitabı, Vehbi Koç Yayınları Vakfi No:14, İstanbul, 1988, s:62-63.
2. Aleksanyan, V.; Teşhisten Tedaviye, 9. Baskı, Filiz Kitabevi, İstanbul, 1991, s: 939-956.
3. Alp, H. ve diğeri, Endokrin Hastalıklar, Bayrak Matbaacılık, İstanbul,1988.
4. Alpaugh, V.; Ambrose, M. Ve diğeri; Nurses Pocket Companion, Springhouse Corporation, Pennsylvania, 1993, s:64,237.
5. Andreoli, T.E.; (Çeviri Editörü: Muzaffer Tuzcu), Cecil Essentials of Medicine, Çevik Matbaası, Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul, 2000, s:487-496.
6. Birol, L.; Akdemir, N.; Bedük, T.; İç Hastalıkları Hemşireliği, 5. Baskı, Vehbi Koç Vakfi Yayınları No:6, Ankara, 1995, s:496-504.
7. Birol, L.; Hemşirelik Süreci, 5. Baskı, Etki Matbaacılık, İzmir, Ekim 2002, S:21-26.
8. Bishnoi, A.; Carlson, H.E.; Effects of commonly Prescribed Nonsteroidal Anti-Inflammatory Drugs on Thyroid Hormone Measurements, The American Journal of Medicine, Vol:96, March 1994, s:235-238.
9. Black J. M.; Matassaria E.; Medical Surgical Nursing, Phidelphia, Fourth Edition, W.B. Saunders Company, 1993. p: 1950-2000.
10. Black, J. M.; Jacobs, E.M.; Medical Surgical Nursing, Phidelphia, Fifth Edition, W.B. Saunders Company, 1997, p:1955-2000.
11. Bostancı, N.; Tiroit ve Paratiroit Hastalıkları, İstanbul Üniv. Yayınları, İstanbul, 1979 .

12. Brunner, Suddarth; Text Book of Medical Surgical Nursing, 6. Edition, J.B. Lippcot, Philadelphia, 1988.
13. Büyüköztürk, K.; İç Hastalıkları, 3. Basım, Cilt:1, Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul, 1992.
14. Carpentino, L.J.; (Çeviri: Firdevs Özdemir) Hemşirelik Tanıları El Kitabı, 7. Bsm, Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul, 1999.
15. Çalangu, S.; Acil Dahiliye,3. Baskı, Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul, 1988.
16. Çalangu, S.; Güler, K.; Acil Dahiliye, 4. Baskı, Güzel Sanatlar Matbaası, İstanbul, 1995.
17. Danese, M.; Powe, N.R.; Screening for Mild Thyroid Failure at the Periodic Health Examination, JAMA, July 24/31, 1996- Vol: 276, No:4, s:285-292.
18. Dirican, R.; Bilgel, N.; Halk Sağlığı, Uludağ Üniv. Basımevi, Bursa, 1993, s:293-304.
19. Eckman, M.; Emmet, A. et al; Nurse's Drug Guide 97, Springhouse Corporation, Pennsylvania, 1997.
20. Figge, J.; Leinung, M. et al; The Clinical Evaluation of Patients with Subclinical Hyperthyroidism and Free Triiodothyronine (Free T3) Toxicosis, The American Journale of Medicine, Vol:96, March 1994, s:229-234.
21. Helfand, M.; Redfern, C.C. et al; Screening for Thyroid Disease: An Update, Annals of Internal Medicine, Vol:129, No:2, July 1998, s:144-158.
22. Kınıkoğlu, M.; Koloğlu S.; Temel Tedavi, Fidan Kitabevi, Ankara, 1983, s:52-67.
23. Klein, K.; et al; Symptom Rating Scale for Assesing Hyperthyroidism, Archives Internal Medicine, Vol:148, Feb. 1988, s:387-389.

24. Long, C.B.; Phipps, J.V.; Essentials of Medical Surgical Nursing, The C.B. Mosby Comphany, 1985.
25. Maletzki, W.; Stegmayer, A.; (Çeviri: Ertuğrul Göksay) Klinik Klavuzu: Hasta Bakımı, Yüce Yayınları, İstanbul,1995, s:366-372.
26. Myers, Allen R.; (Çeviri Editörü: Candeğer Yılmaz) ; NMS: İç Hastalıkları, Saray Tıp Kitabevi,İzmir, 1995, s:408-418.
27. Önsel, Ç.; Sorularla Tiroit Hastalıkları, www.tiroit.com.tr,
28. Özçelik, D.A.; Araştırma Teknikleri, ÜSYM Eğitim Yayınları, No:41, Ankara, 1981.
29. Patiroğlu, T.E.; Endokrin Sistem Patolojisi, Erciyes Üniv. Yayınları, No:87, Kayseri, 1996.
30. Scatter, A.; Braun, J.; Renz, U.; (Çeviri:Barbaros İrdelmen); Klinik Klavuzu:İç Hastalıkları, Yüce Yayınları, İstanbul, 1993, s:320-328.
31. Sencer, E.; Molovalılar, S.; Tiroit Hastalıkları, İstanbul Üniv. Rektörlük Yayınları,No:3536, İstanbul, 1998.
32. Shomon M.; 'Thyroid Disease', www.thyroidabout.com
33. Sodeman, H.; Fiziopatoloji, 2. Baskı, Türkiye Klinikleri Yayınevi, Cilt:2, Bölüm:34, Ankara, 1991.
34. Surks, M.; Ocampo, E.; Subclinical Thyroid Disease, The American Journal of Medicine, Vol:100, Feb. 1996, s:217-223.
35. Sümbüloğlu, K.; Biyoistatistik, Hatiboğlu Yayınevi, Ankara, 1995.
36. Urgancıoğlu, İ.; Öbek, A. ve diğerleri; İç Hastalıkları, Korkmaz Ofset, Bursa, 1986,s:10-35.

37. Urgancıoğlu, İ.; Kapıcıoğlu, T.; Endokrinoloji, 2. Baskı, Dergah Tıp Yayınları, İstanbul, 1983, s:84-140.
38. Velioğlu, P.; Hemşirelikte Kavram ve Kuramlar, Alas Ofset Matbaası, İstanbul, 1999.
39. Yürüğen, B.; 'Endokrin Sistem Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı', İç Hastalıkları Hemşireliği El Kitabı, Ed: Akdemir, N.;1. Baskı, İstanbul, 1998, s:160-198.
40. Wartofsky, L.; Disease of the Thyroid, www.synthyroid.com
41. Williams, R.H.; Thiouracil Treatment of Thyrotoxicosis, The Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism, Vol:129, No:2, July 1998, s:144-158.
42. www.komite.ulusal.cjb.net , Sigara ve Sağlık Ulusal Komitesi.
43. www.medal.org , 'Thyroid Disease'
44. www.meds.ktu.edu.tr , 'Sigaraya Bağlı Hastalıklar'
45. www.tdk.gov.tr ,Türk Dil Kurumu, Türkçe Sözlük
46. www.thyroidmanager.org , 'Thyroid Disease'
47. Zulewski, H.; Müller B. et al; Estimation of Tissue Hypothyroidism by a New Clinical Score: Evaluation of Patients with Various Grades of Hypothyroidism and Controls, The Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism, Vol:82, No:3, March 1997.

EKLER**EK 1****BİREYSEL TANITIM FORMU**

DENEK NO:

AD, SOYAD:

ADRES:

TEL:

I-TANITICI SORULAR

- 1- Cinsiyeti: 1-Kadın 2-Erkek
- 2- Yaşı:
- 3-Doğum Yeri: (il olarak)Bölge: 1 2 3 4 5 6 7
- 4-Medeni Durumu: 1-Evli 2-Bekar 3-Dul
- 5-Çocuk: 1-Var: Sayı: 2-Yok
- 6-Eğitim Durumu: 1-Okur-yazar değil
2-Okur-yazar / İlköğretim
3-Ortaöğretim
4-Yükseköğretim
- 7-Gelir Düzeyi: 1-Gelir gidere denk 2-Gelir giderden az
3-Gelir giderden fazla
- 8-Mesleği: 1-Serbest (küçük esnaf, kuaför,terzi, bakkal)
2-Serbest (doktor, avukat,....)
3-İşçi
4-Memur
5-Ev Hanımı
6-Emekli
7-Öğrenci
- 9-Mesleğin Stres Yoğunluğu: 1-Çok stresli
2-Az stresli
3-Stresli
4-Stressiz

10-Tiroit Dışında Tanı Konmuş Hastalıkları:

- 1-Diğer endokrin sistem hastalıkları
- 2-Diabet
- 3-Kardiyovasküler sistem hastalıkları
- 4-Ruh ve sinir hastalıkları
- 5-Sindirim sistemi hastalıkları
- 6-Böbrek hastalıkları
- 7-Kas ve iskelet sistemi hastalıkları
- 8-Solunum sistemi hastalıkları
- 9-Cilt hastalıkları
- 10-Kadın hastalıkları
- 11-Sinir sistemi hastalıkları

11-Ailesel Tiroit Öyküsü:

1-Evet: Kim:

2-Hayır

12-Sigara Kullanımı:

1-Evet:

1-Ne zamandır?

2-Günlük kullanım.....

2-Hayır:

1-Hiç kullanmadım.

2-Ne zaman bıraktınız?

13-Günlük çay tüketimi:

Bardak/miktar

14-Günlük kahve tüketimi:

Fincan/miktar

EK 2**HİPERTİROİDİ SEMPTOM ÖLÇEĞİ:**

ÖZELLİKLER	PUAN
SİNİRLİLİK: 0. Yok 1. Sadece stres anında huzursuz 2. Nadiren istirahat de huzursuz 3. Sık sık huzursuz, konsantrasyonda ve çalışmada güçlük var 4...Günün büyük bölümünde çok sinirli olduğunu rahatlıkla söyleyebiliyor	
TERLEME: 0. Sadece hareket ettiğinde 1. Sadece sıcak havalarda istirahat halindeyken de terleme 2. Ilık havalarda istirahat halindeyken terleme, özellikle eller ve kıvrım yerlerinde 3. İstirahat halindeyken vücudun bir çok bölgesinde 4. Sürekli çok fazla terleme	
ISIYA DAYANIKLILIK: 0. Normal ısı dayanıklılığı 1. Zaman zaman aynı odadakilerden daha fazla sıcaklık hissi 2. Isıya tahammülsüz, özellikle yaz aylarında klima gereksinimi 3. Orta derecede, ılık, ortamlarda bile ısıya tahammülsüzlük 4. Isıya aşırı tahammülsüzlük	
AŞIRI AKTİVİTE: 0. Normal aktivite düzeyi 1. Aktivite düzeyinde artma, üretkenlikte artma 2. Üretkenlikte artma, uyku zamanında azalma 3. Amaçsız aktiviteler yapma, yerinde oturamama 4. Sık amaçsız aktiviteler yapma, muayene sırasında bile hareketsiz oturamama	

<p>TİTREME:</p> <ol style="list-style-type: none"> 0. Yok 1. Zorlukla farkediliyor 2. Muayenede tremor kolaylıkla görülebiliyor 3. Belirgin tremor, ancak ince motor becerilerini yerine getirebiliyor 4. Eller aşırı derecede titriyor, ince motor becerilerini yapmada güçlük var 	
<p>GÜÇSÜZLÜK:</p> <ol style="list-style-type: none"> 0. Normal güçlü 1. Güçsüzlük tanılıyor ancak egzersize dayanıklılık normal 2. Artmış aktiviteye doğru azalmış egzersiz dayanıklılığı var 3. Merdiven çıkma veya sandalyeden kalkma sırasında güçte azalma 4. İleri güçsüzlük, objeleri güçlükle kaldırabiliyor veya merdiveni güçlükle çıkabiliyor 	
<p>HİPERDİNAMİK PREKORDİYUM:</p> <ol style="list-style-type: none"> 0. Normal prekardiyal aktivite ve apikal nabız 1. Taşikardi, 90 atım/dk, normal apikal vuru 2. Taşikardi, 90 atım/dk, artmış apikal vuru 3. Taşikardi, 110 atım/dk, artmış apikal vuru 4. Taşikardi, 110 atım/dk, apikal vuru artmış, karotis nabızı belirgin, sistolde üfürüm 	
<p>DİYARE:</p> <ol style="list-style-type: none"> 0. Günde bir kez dışkılama 1. Günde 2-4 kez şekilli dışkılama 2. Günde 1-4 kez şekilsiz (yumuşak) dışkılama 3. Günde 4 kez şekilli dışkılama 4. Günde 4 kez şekilsiz (yumuşak) dışkılama 	

<p>İŞTAH:</p> <p>0. Normal iştah, kilo kaybı yok</p> <p>1. Normal iştah, kilo kaybı var</p> <p>2. İştah artmış, kilo kaybı yok</p> <p>3. İştah artmış, kilo kaybı var</p> <p>4. İştah azalmış, kilo kaybı var</p>	<hr/>
<p>GÜNLÜK FONKSİYONLARIN DEĞERLENDİRİLMESİ: (KAPASİTE DERECELENDİRİLMESİ)</p> <p>0. Normal (yok)</p> <p>1. Minimal yetersizlik (%10)</p> <p>2. Hafif yetersizlik (%30)</p> <p>3. Orta yetersizlik (%60)</p> <p>4. Şiddetli yetersizlik (%90)</p>	<hr/>
<p>TOPLAM PUAN</p>	<hr/>

EK 3**HİPOTİROİDİNİN SEMPTOM VE BULGULARININ ÖLÇEKLENMESİ:**

	DAYANAK	VAR	YOK
SEMPTOMLAR			
Terlemede azalma	Sıcak yaz gününde ya da sıcak odada terleme	1	0
Sesin kabalaşması	Konuşma sesi, şarkı söyleme sesi	1	0
Duyu kusuru	Subjektif algılama	1	0
Kuru cilt	Deride kuruluk: Kendiliğinden ortaya çıkan, tedavi gerektiren	1	0
Kabızlık	Laksatif kullanarak dışkılama	1	0
İşitmede bozukluk	İlerleyici işitme bozukluğu	1	0
Kilo artışı	Kilo artışının ortaya çıkması, giysilerin dar gelmesi	1	0
FİZİK BULGULAR		1	0
Hareketlerde yavaşlama	Hastayı soyunurken izleyin	1	0
Gecikmiş topuk refleksi	Refleksin gevşemesini izleyin	1	0
Derinin kalınlaşması	Elleri, ön kolu, dirsekleri kaba ve kalın bir cilt yönünden muayene edin	1	0
Göz çevresinde şişlik	Şişlik yanak kemiğini örtmeli	1	0
Soğuk cilt	Ellerinizin sıcaklığını hasta ile kıyaslayın	1	0
VAR OLAN BÜTÜN BELİRTİ VE BULGULARIN TOPLAMI		12	0

EK 4

DİĞER HİPERTİROİDİ VE HİPOTİROİDİ BULGULARI

DİĞER HİPERTİROİDİ BULGULARI:	VAR	YOK
Göz Bulguları:		
Çift görme.....		
Gözde devamlı batma, kanlanma.....		
Gözde itilme hissi.....		
Aşırı göz yaşarması.....		
Gözde (ışıkta) batma, kamaşma.....		
Görme kalitesinde değişiklik.....		
Gözde egzozfalmi.....		
Şaşılık.....		
Parlak bakışlar.....		
Göz açıklığının artması.....		
Göz kapağı spazmı.....		
Göz kapağında düşüklük.....		
Göz çevresinde yaygın ödem.....		
Deri Bulguları:		
Yağlı saç		
İnce saç.....		
Yağlı cilt.....		
Diğer Bulgular:		
Palpitasyon.....		
Bacaklarda şişme.....		
Görünülür guatr.....		
Yüksek tansiyon.....		
Dispne: İstirahatte.....		
Eforda.....		
Kadında: Polimenore.....		
Multiparite.....		
Erkeklerde: Jinekomasti.....		

DİĞER HİPOTİROİDİ BULGULARI:	VAR	YOK
Deri Bulguları:		
Soluk, donuk renkli deri.....		
Deride pullanma.....		
Çabuk kırılan tırnaklar.....		
Kaba ince saç.....		
Saç dökülmesi.....		
Saçta kepeklenme.....		
Diğer Bulgular:		
Bradikardi.....		
Bitkinlik.....		
Soğuğa tahammülsüzlük.....		
Efora dayanıksızlık.....		
Kas ağrısı.....		
Eklemler ağrısı.....		
Tepkilerde, algılamada yavaşlama.....		
Horlama.....		
Uykuya eğilim.....		
Devamlı şişlik.....		
İdiyopatik ödem(günler içinde değişen şişlik- 2 kg yaşam farkı).....		
Kadında: Adet bozukluğu (Hipermenore, menstürel siklusta uzama).....		
Erkeklerde: Empotans.....		

ÖZGEÇMİŞ

Yüksek Hemşire Esra TEZER 23.12.1977 tarihinde İzmit'te doğdu. İlk ve orta öğrenimini İzmit'te tamamladı. 1995 yılında girdiği Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu'ndan 1999 yılında mezun oldu. Yine aynı yıl Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü'nün açtığı sınavla Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilimdalında Yüksek Lisansına başladı. 1999-2000 öğretim yılında Ege Üniversitesi Yabancı Diller Bölümü İngilizce hazırlık programını bitirdi. Temmuz 2000'de Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma ve Uygulama Hastanesine atanarak Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilimdalında göreve başladı. Esra Tezer halen aynı görevde çalışmakta ve İngilizce bilmektedir.

TEZER YÜKSEK ÖĞRETİM KURULU
DOKÜMANTASYON MERKEZİ