



T.C.

ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

PSİKİYATRİ HEMŞİRELİĞİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**TİROİD FONKSİYON BOZUKLUĞU OLAN  
HASTALARIN YAŞAM KALİTESİNİN İNCELENMESİ**

**FATMA TÜRKOĞLU**

**Tez Danışmanı**

**Dr. Öğr. Üyesi Elçin BABAĞLU**

**İSTANBUL- 2019**

T.C.  
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ  
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI  
PSİKIYATRİ HEMŞİRELİĞİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI  
YÜKSEK LİSANS TEZİ

**TİROİD FONKSİYON BOZUKLUĞU OLAN  
HASTALARIN YAŞAM KALİTESİNİN İNCELENMESİ**

**FATMA TÜRKOĞLU**

**Tez Danışmanı**

**Dr. Öğr. Üyesi Elçin BABAÖĞLU**

**İSTANBUL- 2019**

T.C.  
**ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ**  
**SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

Anabilim Dalı : Hemşirelik  
Program : Psikiyatri Hemşireliği  
Öğrenci No : 164204012  
Öğrenci Adı Soyadı : Fatma TÜRKOĞLU

TİROİD FONKSİYON BOZUKLUĞU OLAN HASTALARIN YAŞAM KALİTESİNİN İNCELENMESİ isimli çalışma aşağıdaki jüri tarafından 19.07.2019 tarihinde yapılan sınavda Yüksek Lisans Tezi olarak oybirliğiyle kabul edilmiştir.

Jüri Başkanı : Prof. Dr. Selma DOĞAN  
(Üsküdar Üniversitesi)

İmza



Danışman : Dr. Öğr. Üyesi Eçin BABABAOĞLU  
(Üsküdar Üniversitesi)

İmza



Üye : Doç. Dr. Semra KARACA  
(Marmara Üniversitesi)

İmza



**ONAY**

Bu tez, yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve Enstitü Yönetim Kurulu'nun ..... tarih ve ..... sayılı kararıyla kabul edilmiştir.

**Doç.Dr. Türker Tekin ERGÜZEL**  
**Enstitü Müdür V.**

## ÖZET

Bu çalışma, tiroid fonksiyon bozukluğu alan hastaların yaşam kalitesini incelenek amacıyla tanımlayıcı, kesitsel olarak yapılmıştır. Araştırma, İstanbul ilinde Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nin Endokrinoloji ve Metabolizma Hastalıkları polikliniğinde tedavi gören tiroid fonksiyon bozukluğu tanısı alan 150 hasta ile gerçekleştirilmiştir.

Araştırma verileri 'Bireylerin Bireysel ve Hastalıkla İlgili Özelliklerine Ait Bilgi Formu' ve 'SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği' kullanılarak, Ağustos-Aralık 2018 tarihleri arasında toplanmıştır. Verilerin analizinde Student's t testi, Mann-Whitney U testi, One-way ANOVA testi, Scheffe testi ve Dunn-Bonferroni post hoc testi ve Kruskal Wallis H testi kullanılmıştır.

Hastaların %30'unun 30-39 yaş aralığında, %6'sının ise 60 yaş ve üzeri aralığında olduğu, %85,3'ünün kadın, %14,7'sinin ise erkek olduğu, bireylerin büyük çoğunluğunun evli (%78) olduğu belirlenmiştir. Hastaların yarısından fazlasının hipertiroidi (%51,3), %46'sının hipotiroidi ve %2,7'sinin ise ötiroidi hastası olduğu saptanmıştır. Hastaların %30,7'sinin 6 ay-1 yıldır, %16'sının ise 10 yıldan daha fazla süredir tiroid hastası olduğu görülmüştür. Hastaların %37,3'ünün hastalığını genel kontrol esnasında öğrendiği, %11,3'ünün hastalığını gebelik esnasında öğrendiği, %10,6'sının hastaneye kilo alma, %8'inin saç dökülmesi, %7,3'ünün sinirlilik hali, %6'sının ise halsizlik şikâyeti ile hastaneye başvurduğu, bireylerin çok büyük bir çoğunluğunun ilaç kullandığı (%86,7) %13,3'ünün ise ilaç kullanmadığı belirlenmiştir. Çalışmaya katılan hastaların %47,3'ünde 0-10 arası semptom, %52,7'sinde 11 ve üzeri semptom görüldüğü saptanmıştır.

Araştırmaya katılan hastaların yaşam kalitesi ölçeği alt boyutlarından; 'fiziksel fonksiyonellik' puan ortalaması 64,67±20,75; 'sosyal fonksiyonellik' puan ortalaması 66,33±22,15; 'fiziksel rol' puan ortalaması 50,00±41,67; 'emosyonel rol' puan ortalaması 38,33±41,54; mental sağlık puan ortalaması 56,32±16,17; 'canlılık' puan ortalaması 47,50±19,91; 'ağrı' puan ortalaması 65,67±23,88; 'genel sağlık' puan ortalaması 49,93±15,66 olarak bulunmuştur. Hastaların cinsiyet, eğitim, meslek ve ilaç kullanma durumu gibi özellikleri ile yaşam kalitesi alt boyutları arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur (p<0.05). Bu çalışmada kadın hastaların 'fiziksel fonksiyonellik' alt boyutu; ilköğretim mezunu hastaların 'fiziksel fonksiyonellik' alt boyutu; çalışmayan hastaların 'fiziksel fonksiyonellik' ve çalışan

hastaların ‘genel sağlık’ alt boyutu; ilaç kullanan hastaların ‘emosyonel rol, mental sağlık ve canlılık’ alt boyutu puan ortalamaları anlamlı bir Őekilde dűŐük bulunmuŐtur. 0-10 semptom sayısı bulunan hastaların 11 ve izeri semptom sayısı bulunan hastalardan ‘fiziksel fonksiyonellik’ puan ortalaması anlamlı bir Őekilde yűksek bulunmuŐtur.

Çalışmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda hastalarda oluşabilecek semptom sayısının çokluğunda yaşam kalitesini etkileyen unsurlar belirlenerek farkındalıklarının arttırılması ve bireye izeri bakım planlanması izerilir.

**Anahtar Kelimeler:** Tiroid, Tiroid Fonksiyon Bozukluğu, Yaşam Kalitesi, KLP, Hemşirelik



## ABSTRACT

This study was conducted as a descriptive, cross-sectional study to investigate the quality of life of patients with thyroid dysfunction. The study was carried out with 150 patients diagnosed as thyroid dysfunction treated in Endocrinology and Metabolic Diseases outpatient clinic of Umraniye Training and Research Hospital of Health Sciences University in Istanbul.

The research data were obtained between August-December 2018 by using the Information Form of Individual and Disease-Related Characteristics of Individuals and SF-36 Quality of Life Scale. Student's t test, Mann-Whitney U test, One-way ANOVA test, Scheffe test, Dunn-Bonferroni post hoc test and KruskalWallis H test were used for data analysis.

30% of the patients were in the 30-39 age range, 6% were in the age range of 60 years and above, 85.3% were women, 14.7% were men, and the majority of individuals were married (78%). It has been identified that more than half of the patients had hyperthyroidism (51.3%), 46% had hypothyroidism and 2.7% had euthyroidism. It was observed that 30.7% of the patients had thyroid disease for 6 months-1 year, and 16% had more than 10 years. 37.3% of the patients learned about the disease during general control, 11.3% learned about the disease during pregnancy, 10.6% gained weight in the hospital, 8% lost hair, 7.3% became nervous. It was determined that 6% of the patients were admitted to hospital with complaints of fatigue, and the vast majority of the individuals were using drugs (86.7%) and 13.3% were not using drugs. It was found that 47.3% of the patients who participated in the study had 0-10 symptoms and 52.7% had 11 or more symptoms.

The subscales of the quality of life scale of the patients participating in the study were; The mean score of physical functionality was  $64.67 \pm 20.75$ ; The mean score of social functionality was  $66.33 \pm 22.15$ ; The mean score of physical role was  $50.00 \pm 41.67$ ; The mean emotional role score was  $38.33 \pm 41.54$ ; mean mental health score was  $56, 32 \pm 16.17$ ; The mean vitality score was  $47.50 \pm 19.91$ ; The mean pain score was  $65.67 \pm 23.88$ ; The mean 'general health' score was  $49.93 \pm 15.66$ . A statistically significant relationship was found between the characteristics of the patients such as gender, education, occupation and drug use status and quality of life sub-dimensions ( $p < 0.05$ ). In this study, physical functionality of female patients; 'physical functionality' of sub-dimension of

primary school graduates; 'physical functionality of non-working patients and ' general health 'sub-dimension of working patients; The mean subscalescores of the patients who use drug or have 'emotionalrole, mental health and vitality were significantly lower. The mean score of 'physical functionality was significantly higher in patients with 0-10 symptoms than in patients with 11 or more symptoms.

In line with the results obtained from the study, about increasing the number of symptoms that may occur in patients. It is recommended that that awarenessraising and individual-specific care is planned by the identified factors affecting the quality of life for each individual.

**Keywords:** Thyroid, Thyroid Function Disorder, Quality of Life, KLP, Nursing



## BEYAN FORMU

Bu çalışmanın kendi tez çalışmam olduğunu, planlanmasından yazımına kadar hiçbir aşamasında etik dışı davranışımın olmadığını, tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi beyan ederim.

Tarih

Fatma TÜRKOĞLU

İmza

X X X X X



# İÇİNDEKİLER

	<b>Sayfa</b>
<b>ÖZET</b> .....	i
<b>ABSTRACT</b> .....	iii
<b>BEYAN FORMU</b> .....	v
<b>İÇİNDEKİLER</b> .....	vi
<b>TABLolar DİZİNİ</b> .....	viii
<b>ŞEKİLLER DİZİNİ</b> .....	ix
<b>SİMGELER KISALTMALAR DİZİNİ</b> .....	x
<b>1. GİRİŞ</b> .....	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi.....	1
1.2. Araştırmanın Amacı.....	5
1.3. Araştırma Soruları.....	5
<b>2. GENEL BİLGİLER</b> .....	<b>6</b>
2.1. Tiroid Hormonları.....	6
2.2. Tiroid Fonksiyon Bozukluğu .....	8
2.2.1. Tiroid Fonksiyon Bozukluğu Çeşitleri .....	8
2.2.2. Tiroid Fonksiyon Bozuklukları Tedavisi .....	15
2.3. Yaşam Kalitesi.....	16
2.3.1. Yaşam Kalitesi Göstergeleri .....	17
2.3.2. Yaşam Kalitesinin Alt Boyutları.....	19
2.3.3. Tiroid Fonksiyon Bozukluğunda Yaşam Kalitesinin Yükseltilmesinde Hemşirenin Önemi.....	21
<b>3. GEREÇ ve YÖNTEM</b> .....	<b>26</b>
3.1. Araştırmanın Tipi.....	26
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yeri ve Zamanı .....	26
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	26

3.4.. Araştırmaya Dâhil Edilme Ve Dışlanma Kriterleri.....	27
3.5. Verilerin Toplanması.....	27
3.5.1. Veri toplama araçları .....	27
3.5.1.1. Bireylerin bireysel ve hastalıkla ilgili özellikler formu.....	27
3.5.1.2. Short form-36 (Kısa form-36, SF-36) .....	28
3.6. Verilerin Değerlendirilmesi .....	31
3.7. Araştırmanın Etik Yönü .....	32
<b>4.BULGULAR.....</b>	<b>33</b>
4.1. Bireylerin Bireysel ve Hastalıkla İlgili Özelliklerine Yönelik Bulgular.....	33
4.2. Tiroid Fonksiyon Bozukluğu Tanısı Alan Hastaların Yaşam Kalitesi Puan Ortalamalarına Yönelik Bulgular .....	37
4.3. Bireylerin Bireysel Ve Hastalıkla İlgili Özellikleri İle Araştırmanın Bağımlı Değişkenleri Arasındaki İlişkilere Yönelik Bulgular .....	39
<b>5. TARTIşMA .....</b>	<b>46</b>
<b>6- SONUÇ ve ÖNERİLER.....</b>	<b>53</b>
<b>7. KAYNAKLAR .....</b>	<b>57</b>
<b>8.EKLER .....</b>	<b>72</b>

## TABLolar DİZİNİ

<b>Tablo 1.</b> SF-36 yaşam kalitesi ölçeği boyutları.....	30
<b>Tablo 2.</b> Bireylerin bireysel ve hastalıkla ilgili özelliklerinin dağılımı (n=150) .....	344
<b>Tablo 3.</b> Bireylerin Hastalıkla İlgili Semptomlarının Dağılımı (n=146) .....	36
<b>Tablo 4.</b> Hastaların Sf-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Genel Ve Alt Grup Puan Ortalamaları (n=150).....	38
<b>Tablo 5.</b> Hastaların sf-36 yaşam kalitesi ölçeği alt grup puan ortalamalarının yaşa göre dağılımı (n=150) .....	39
<b>Tablo 6.</b> Hastaların sf-36 yaşam kalitesi ölçeği alt grup puan ortalamalarının cinsiyete göre dağılımı (n=150) .....	39
<b>Tablo 7.</b> Hastaların sf-36 yaşam kalitesi ölçeği alt grup puan ortalamalarının medeni duruma göre dağılımı (n=150) .....	40
<b>Tablo 8.</b> Hastaların sf-36 yaşam kalitesi ölçeği alt grup puan ortalamalarının eğitim düzeyine göre dağılımı (n=150) .....	41
<b>Tablo 9.</b> Hastaların sf-36 yaşam kalitesi ölçeği alt grup puan ortalamalarının mesleğe göre dağılımı (n=150) .....	42
<b>Tablo 10.</b> Hastaların sf-36 yaşam kalitesi ölçeği alt grup puan ortalamalarının tıbbi tanıya göre dağılımı (n=150) .....	43
<b>Tablo 11.</b> Hastaların sf-36 yaşam kalitesi ölçeği alt grup puan ortalamalarının tıbbi tanı süresine göre dağılımı (n=150) .....	43
<b>Tablo 12.</b> Hastaların sf-36 yaşam kalitesi ölçeği alt grup puan ortalamalarının tiroidle ilgili ilaç kullanmalarına göre dağılımı (n=150) .....	44
<b>Tablo 13.</b> Hastaların sf-36 yaşam kalitesi ölçeği alt grup puan ortalamalarının tiroidle ilgili semptom sayısına göre dağılımı (n=150).....	45

## ŞEKİLLER DİZİNİ

**Şekil 1.** Tiroid hormonları salınımı ve yapımı hiptalamus-hipofiz-tiroid ekseni... 7



## SİMGELER KISALTMALAR DİZİNİ

<b>AACE</b>	: American Association of Clinical Endocrinologists
<b>ATA</b>	: Amerikan Tiroid Birliği
<b>DIT</b>	: Diyodotirosin
<b>DSÖ</b>	: Dünya Sağlık Örgütü
<b>MIT</b>	: Monoiyodotirozin
<b>OECD</b>	: Ekonomik Kalkınma Ve İşbirliği Örgütü
<b>Postop</b>	: Postoperatif
<b>Preop</b>	: Preoperatif
<b>Quality of life (QOL)</b>	: Yaşam kalitesi
<b>sT3</b>	: Serbest triiyodo tironin
<b>sT4</b>	: Serbest tiroksin
<b>T3</b>	: Triiyodo tironin
<b>T4</b>	: Tiroksin
<b>TUİK</b>	: Türkiye İstatistik Kurumu
<b>TSH</b>	: Tiroid Stimulan Hormon

# 1. GİRİŞ

## 1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Tiroid Fonksiyon Bozukluğu Tiroid Stimulan Hormon (TSH) değerlerinin azalması veya artması olarak tanımlanmaktadır. Tiroid Fonksiyon Bozukluklarından hipotiroidi; tiroid bezinin az çalışması ve buna bağlı olarak TSH düzeyinin yükselmesiyle beraber T3 (Serum Triodotironin) ve T4 (Tiroksin) düzeylerinin normal değerde kalması veya normal değerlerin altına düşmesi olarak tanımlanmaktadır. Hipertiroidi ise, tiroid bezinin çok çalışması ve buna bağlı olarak TSH düzeyinin düşmesi ile beraber T3 ve T4 düzeylerinin normal değerlerin üzerine çıkması olarak tanımlanmaktadır (Larsen ve ark., 1998).

1988-1994 yılları arasında yapılan araştırmaların ele alındığı bir çalışmada hipotiroidi prevalansı % 4.6, hipertiroidi prevalansı %1.3 olarak belirlenmiştir (Hollowell ve ark., 2002). Yapılan bir çalışmada subklinik hipotiroidi prevalansının %3.5-%8.5 arasında olduğu saptanmıştır (Derhem, 2019). Abu-Helalah ve ark. (2019)'nın çalışmasında 7085 kişinin ele alınmış ve hipertiroidi prevalansı kadınlarda % 1.8, erkeklerde % 2.27 olarak belirlenmiştir (Abu-Helalah ve ark., 2019). Tiroid bezinden veya herhangi bir nedenden dolayı tiroid hormon salgısındaki artış tirostosikoza neden olmaktadır. Tirostosikoz tanısı alan bireylerin yaklaşık %'50'si Graves hastalığı ile karşı karşıya kalmaktadır (Şaşmaz, 2013).

Yapılan bir çalışmada tanı konulmamış tiroid fonksiyon bozukluğu ortalama prevalansı % 6.71 olarak saptanmıştır. Yapılan bu meta-analiz çalışmasında tiroid fonksiyon bozukluğu belirtilerinin farkındalık düzeylerinin yaklaşık %11 olması bu durumun göz ardı edildiğini kanıtlamaktadır (Madariaga ve ark., 2014).

Tiroid fonksiyon bozukluğu fizyolojik olayların hızını etkilemekte ve bu etkilenme sonucunda klinik belirti ve bulgularlar ortaya çıkmaktadır (Sağlam ve ark., 2012; Samuels, 2014; Yarpuz ve ark., 2009). Hipotiroidi tanısı alan kişilerde halsizlik, vücut ağırlığında artış, deri sorunları, saç kaybı, soğuk intoleransı, konstipasyon, seste kalınlaşma, düzensiz ve yoğun adet kanamaları, kardiyovasküler sorunlar gibi fiziksel semptomların yanı sıra dikkat ve konsantrasyon zorluğu, anksiyete, huzursuzluk, depresyon, mental yavaşlama ve demans gibi bilişsel ve psikolojik semptomlar da

görülebilmektedir (Sağlam ve ark., 2012; Sauels, 2014; Taylor ve ark., 2016; Udovic ve ark., 2017; Vargas ve ark., 2015; Yarpuz ve ark., 2009). Literatür bilgilerine göre, hipotiroidide nöropsikiyatrik bulgulara sık rastlanmaktadır. En sık rastlanan psikiyatrik bozukluk bilişsel işlevsellikte azalma ile birlikte bunu takiben depresyon, psikoz ve diğer afektif bozukluklardır (Verma ve ark., 2013). Dikkat, öğrenme, hafıza, görsel yapı oluşturma yeteneği, psikomotor hızı, dil gibi bilişsel işlevlerin değerlendirildiği çalışmada TSH değerinin yükselmesi ile bilişsel işlevlerde gerileme olduğu saptanmıştır. Aynı çalışmada özellikle kadınlarda bilişsel işlevlerden öğrenme, hafıza, görsel yapı oluşturma alanında bozulmanın dikkat çekici bir şekilde arttığı belirtilmektedir (Beydoun ve ark., 2015) .

Hipertiroidi tanısı alan bireylerde oluşan semptomlar sıcak- soğuk intoleransı, metabolik sendrom, terleme, solunum sayısında artış, deride vazodilatasyon, çarpıntı, kalp debisinde artış, istirahat durumunda kalp hızında artış, kaslarda zayıflık, el ve ayakta seğirmeler, hafif kas güçsüzlüğü, derin kas zayıflığı, atrofi, uyku problemleri gibi semptomlar görülebilmektedir (Bardak Dirikli, 2015; Coceanni, 2013; Kocabaş ve ark., 2016; Yalçın ve ark., 2016; Yalçın, 2017). Fiziksel semptomların yanı sıra en sık görülen psikolojik semptomlar ise huzursuzluk, motor ve algısal hiperaktivite, dürtüsellik ve duygu durum değişimleri, uyku bozukluğu, dikkat ve konsantrasyonda bozulma, hostile davranışlar, anksiyete, konsantrasyon eksikliği, zayıf hafıza, fobiler, paranoid ve psikotik davranışlardır (Krysiak ve ark., 2019; Li ve ark., 2017; Miao ve ark., 2011 ve Xia, 2013.) Yapılan bir çalışmada hipertiroidi tanısı alan bireylerin yaklaşık onda birinin psikiyatrik bir tanı aldığını saptamışlardır (Tetik ve ark., 2017).

Bardak Dirikli (2015), tiroid fonksiyon bozukluklarında tedavi ve takibin önemli bir yere sahip olduğunu; ötiroidi (referans aralıkta serum tiroid hormon düzeyi) olan hastaların TSH seviyelerinin belirli aralıklarda tutulması gerektiğini belirtmiştir (Bardak Dirikli, 2015). Konuyla ilgili literatür çalışmalarında ötiroidi de fizyolojik belirtilerin yanı sıra ruhsal bozuklukların da tabloya ekleneceği ve yaşam kalitesinde bozulmalara yol açacağı belirtilmiştir (Ağırşöl ve ark., 2013; Erman ve ark., 2015; Fırıncı, 2018; Mirella ve ark., 2011).

Tiroid fonksiyon bozukluğu tedavi sürecinde başka bir tiroid hastalığına yol açması, fiziksel ve psikolojik etkilenme olması nedeniyle bireylerin yaşam kalitelerinde azalmalara yol açmaktadır. Fiziksel semptomlarla ilgili birçok çalışma olmasına rağmen

psikososyal sorunlarla ilgili çalışmalara literatürde oldukça az rastlanılmaktadır. Bireylerin hastalıklarını tanımlayabilmek ve tedavi etkinliğine katılımı arttırmaya çalışmak için sağlık ile ilgili yaşam kalitesinin bu noktada değerlendirilmesine ihtiyaç duyulmaktadır (Watt ve ark., 2014).

Yaşam kalitesi, bireyin hastalık veya hastalık nedeni ile oluşan semptomlardan nasıl etkilenebileceğini tanımlar. Bu kavramda bireyin yaşam kalitesi fiziksel, psikolojik ve sosyal sorunları, bireyin yaşamdaki işlevselliğini ne derecede etkilediğini açıklar (şahin, 2014; şahin, 2019; WHO, 1997). Kronik hastalıklar kişilerin sağlıkla ilgili yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir (Megari, 2013). Yaşam kalitesinin hem ölçümü hem de geliştirilmesi řu anda bireye özgü bakımın giderek daha önemli bir unsuru haline gelmektedir (Cramon ve ark., 2015; Wong ve ark., 2016). Yaşam kalitesini etkileyen faktörler cinsiyet, yaş, medeni durum, sosyal destek, yaşanılan konut ve özellikleri, sağlık, eğitim, gelir, iş yaşamı, boş zaman aktiviteleri yaşam kalitesini etkileyen önemli unsurlardır (Akın, 2018).

Watt ve arkadaşlarının (2007) yaptıkları bir çalışmada tiroid fonksiyon bozukluğu tanısı alan hastaların yaşadıkları fiziksel semptomlar, yorgunluk ve duygusal duyarlılık nedeni ile günlük yaşam aktivitelerinde kısıtlılıklar yaşayabildiklerini belirlemişlerdir (Watt ve ark., 2007). Başka bir çalışmada yorgunluk, kilo problemleri, enerji düzeyinde azlık, anksiyete, ruh hali ve hafızaya ilişkin problemler yaşam kalitesinde azalmaya neden olduğu bildirilmiştir (Peterson ve ark., 2018). Okosieme ve arkadaşlarının (2017) yaptıkları bir çalışmada hipotiroidi tedavisi alan hastaların fiziksel ve sosyal işlevselliğinin etkilendiği ve yaşam kalitesinde değişimlere sebep olduğunu saptamışlardır (Okosieme ve ark., 2017).

Klaver ve arkadaşlarının (2013) yaptıkları bir çalışmada, TSH değerlerinin yüksek olduğu erkek bireylerin genel sağlık dışında bütün alanlarda kadınlara oranla yaşam kalitesinin yüksek olduğu; TSH değeri düşük olan kadınlarda ise fiziksel işlevselliği erkeklere oranla daha düşük olduğunu bulmuşlardır (Okosieme ve ark., 2017). Yapılan başka bir çalışmada hipotiroidi tanısı alan bireylerin konsantrasyon ve depresyon semptomlarının fazla olduğu; uygun tedavi almasına rağmen semptomlarda azalma olmadığı belirlenmiştir (Quinque ve ark., 2013). 2018 yılına kadar olan yaklaşık 1650 literatürün tarandığı bir araştırmada, subklinik hipotiroidi tedavisinin yaşam kalitesi üzerinde pozitif etki oluşturmadığı belirlenmiştir (Feller ve ark., 2018).



Literatür bilgilerine göre hastaların, yorgunluk ve hafızada zayıflama, uyku sorunları gibi sorunları hipotiroidi ile ilişkin sorunların nedeni olarak günlük yaşam aktivitelerinde zorluk yaşanmasına sebep olacağı belirtilmiştir. Bireylerde algılanan semptomların nedeninin belirsiz olması, semptomların takip edilmesini güçleştirmekte ve bireylerin anksiyete yaşamasına neden olmaktadır. Hastaların psikolojik ve fiziksel semptomlara yönelik tedavi uygulamalarında ilk olarak bireylerin konuyla ilgili farkındalık düzeylerinin ele alınması gerektiği üzerinde durulmuştur (Dew ve ark., 2017; Klaver ve ark., 2013).

Çiğ ve ark. (2018)'nin yaptıkları bir çalışmada hipotiroidi tedavisi alan hastalara uygulanan tiroid tedavisinde yaşa ve semptomlara bağlı bireye özgü bir yaklaşım uygulanmasının önemini üzerinde durmuşlardır (Çiğ ve ark., 2018). Aynı zamanda bireylerin hipotiroidide yaşam boyu replasman tedavisi almasının ve tedavi sonrası uyku, depresyon, yorgunluk, obezite ve kardiyak problemler yönünden birey takip edilerek bireye özgü bir beslenme düzeni ve yaşam tarzı yönetiminde destekleyici olabileceğini belirlemiştir (Parretti ve ark., 2016).

Hastaların tiroid fonksiyon bozukluğunun neden olduğu fiziksel, psikolojik değişimleri anlamlandırmaları bu semptomları yönetebilmede ilk adımdır. Birçok hastanın fiziksel ve psikolojik değişimin nedenini anlamlandıramamaktan dolayı anksiyetesi artmakta ve bu da hastanın yakın çevresi ve toplumla olan ilişkilerinde kaliteyi ve memnuniyetini olumsuz etkilemektedir. Yapılan çalışmalar hastalığa ilişkin verilecek olan doğru ve yerinde bilginin hastanın anksiyetesini azalttığını ve yaşam kalitesinin arttırdığını göstermektedir (Klaver ve ark., 2013; Ott ve ark., 2011 ve Singer ve ark., 2012).

Kronik hastalıklar içinde önemli bir yeri olan tiroid fonksiyon bozuklukları hastaların yaşadıkları anksiyete ve depresyon gibi ruhsal semptomların farkedilmeleri ve çözüm arayışına girebilmelerinin ilk adımdır (Ersoy ve ark., 2014; Dew ve ark., 2017; Öngel, 2018). Konsültasyon liyezon psikiyatri hemşireliği, bireyin tedavide aktif katılımını engelleyen patolojik fiziksel durumu ve psikolojik durumu belirlemek, tedavi etmek ve uygun baş etme teknikleri oluşturmasında destek olarak hastaya bütüncül bir yaklaşım sunmaktadır (Wand ve ark., 2016; Hamdieh ve ark., 2015).

Tiroid fonksiyon bozukluğu ruhsal sağlığı doğrudan etkilediğinden bireylerde bakım gereksinimlerini belirlemek, bireye özgü bütüncül bir bakım planlayıp uygulayabilmek öncelikli amaçlardan biridir. Bu noktada hastanın bakım

gereksinimlerinin belirlenebilmesi için yaşam kalitesinin hangi alanlarında sorunlar yaşadığını belirlemeye ihtiyaç duymaktadır.

Tiroid fonksiyon bozukluğunun fiziksel boyutu ile ilgili birçok çalışma olmasına rağmen hastaların yaşam kalitesini inceleyen çalışmalara literatürde sınırlı sayıda rastlanılmaktadır (Cevallos ve ark., 2017; Cooper ve ark., 2012; Watt ve ark., 2014; Yuvalı, 2018). Özellikle tiroid fonksiyon bozukluğunda ruhsal iyilik halinde önemli etkisinin olduğu göz önüne alındığında araştırmanın bu noktada hastaların yaşam kalitesi düzeylerini belirleyerek literatüre katkı sağlanacağı düşünülmektedir.

## **1.2.Araştırmanın Amacı**

Bu araştırma, tiroid fonksiyon bozukluğu tanısı alan hastaların yaşam kalitesinin incelenmesi amacıyla yapılmıştır.

## **1.3.Araştırma Soruları**

- Tiroid fonksiyon bozukluğu tanısı alan hastaların bireysel ve hastalıkla ilgili özellikleri nasıldır?
- Tiroid fonksiyon bozukluğu tanısı alan hastaların yaşam kalitesi genel puan ortalamaları ve alt grup puan ortalamaları ne düzeydedir?
- Tiroid fonksiyon bozukluğu olan hastaların bireysel ve hastalık özellikleri açısından yaşam kalitesi puan ortalamaları arasında anlamlı fark var mıdır?

## 2. GENEL BİLGİLER

Kronik hastalıklar, uzun zaman boyunca devam eden bazen ise ömür boyu süren, psikolojik olarak bireyleri olumsuz etkileyen ve bazı zamanlarda bakım ihtiyacı hissettiren durumlardır (Ünal ve ark., 2013). Kronik hastalıklardan olan hipotiroidi ve hipertiroidide tedavi yöntemleri, kullanılan ilaçların, fiziksel etmenlerin ve vücutta oluşan sızuların getirisi olan stres ile birlikte yaşam tarzında değişim, aile yaşamında dengenin bozulmasına ve kişiler arası iletişimde bozulmaya neden olmaktadır (Kırca ve ark., 2013; Özdemir ve ark., 2013).

### 2.1. Tiroid Hormonları

Endokrin bezlerden salgılanan hormonlar, kan yoluyla doku ve organlara giderek homeostaziyi sağlarlar. İnsan vücudunda yer alan en büyük endokrin organlardan biri olan tiroid bezi tiroid hormonlarının salgılanmasını sağlayarak vücut mekanizmasına katkı sağlamaktadır (Gürsu ve ark., 2017).

Tiroid bezinin iyodu konsantre etme yeteneği gebeliğin 10. haftasında başlasa bile gelişimi gebeliğin 3. haftasında ortaya çıkmaktadır. Fetal tiroid dokusu iyodu alıp konsantre etme yeteneği kazandıktan sonra tiroid uyarıcı hormonunun (TSH) kontrolü altında tiroid hormonlarının (tirosit) yapımı ve salınımından sorumludur (Gürsu ve ark., 2017). Tiroid bezinden tiroid hormonlarının yanı sıra kalsitonin hormonu da salgılanmaktadır. Kalsitonin vücutta kalsiyum dengesinin korunmasında görev yapar ve homeostatik mekanizmanın düzenlenmesinde rol oynamaktadır (Arıcı, 2017).

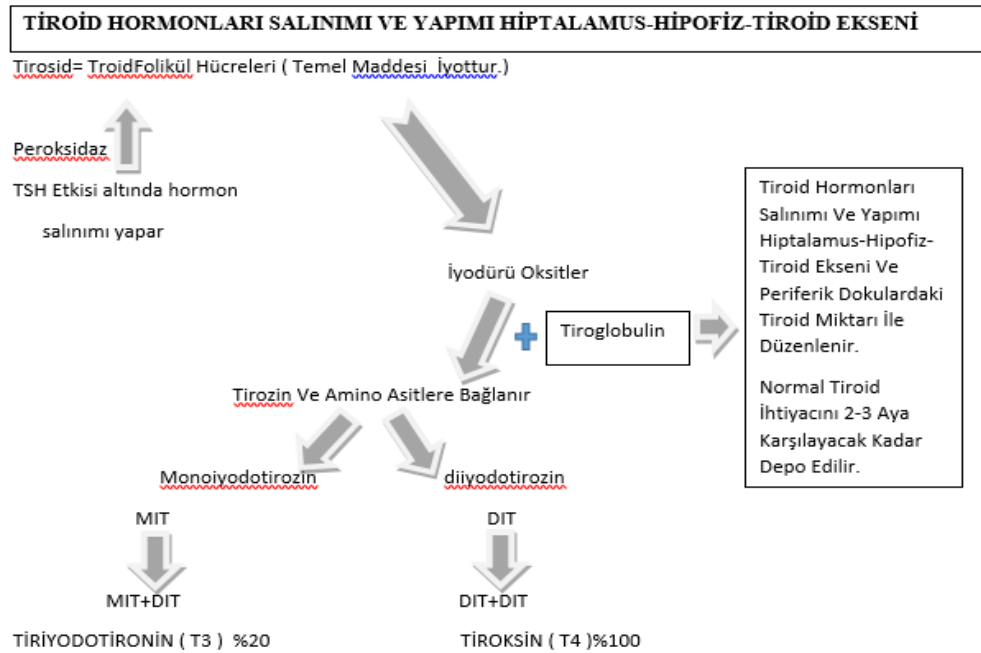
20-30 milyon folikülün birleşmesi ile oluşan tiroid bezi, trekeanın sağ ve sol lobuna yerleşmiş olan iki lob ve istismustan ( lopları bağlayan bölüm ) oluşan bir anatomik yapıya sahiptir. Tiroid bezi şekil olarak kelebeği çağrıştırılmaktadır (Karakoç, 2015). Normal ağırlığı 20 gramdır. Tiroid bezinin ağırlığı kişinin beden kitle indeksine ve iyot tüketim miktarına bağlı olarak değişmektedir. Strep kaslarının arkasında yer almakla beraber sert kıvamlıdır ve kahverengi renge sahiptir (Sarohan, 2014).

Tiroid bezlerinden salınımı ve üretimi sağlanan T4 hormonu, TSH tarafından katılımı sağlanmaktadır. Ön pitüiter bez ve hipotalamusta negatif kontrol mekanizması ile birlikte dokulara ulaştırılmaktadır. Dokulara ulaştırılan tiroid hormonu T4, T3 formuna dönüştürülerek homeostazi etkilemektedir (Bardak Dirikli, 2015). Periferik

dokulara katılımı sağlanan T3 ve T4 hormonları büyüme ve gelişmede büyük bir etkene sahiptir (Yıldırım ve ark., 2017).

Tiroksinde 4 adet iyot atomu, T4 ise belirli bir miktarda iyot atomu bulundurmaktadır. İyot, T4 ve T3 sentezlenmesi için gerekli olan temel bir maddedir (Keleşoğlu, 2017). İyot, peroksidaz etkeni ile oksitlenmesi sonucu tiroglobulin içindeki tirozin aminoasitlerine tutunmasını sağlamaktadır. İyodotiroizin moleküllerinin; monoiyodotirozin-MIT, diiyodotirozin-DIT ortaya çıkmasını sağlamaktadır. Coupling-eşlenme ile de birer molekül MIT ve DIT'in birbirine bağlanmasında T3, iki molekül DIT'in birbirine bağlanmasından ise tiroksin (T4) ortaya çıkmaktadır (Alkan, 2015 ve Şaşmaz, 2013). Tiroid bezi T4 %100'nü ve T3 %20'si üretmektedir (Şekil 1). T3, tiroksinden daha aktif olmakla beraber  $\frac{3}{4}$ 'den fazlası dokularda T4 deiyodinasyonla üretilir. Tiroid hormon üretimindeki bu denge beslenme düzeni, tiroid dışı hastalıklar, spor, gebelik, kullanılan ilaçlar gibi unsurlardan etkilenmektedir (Şahin, 2013 ve Taşkın, 2010).

**Şekil 1. Tiroid Hormonları Salınımı Ve Yapımı Hiptalamus-Hipofiz-İroid Ekseni\***



Tiroid bezinden salgılanan hormonlarının üretimi ve salınımı hipotalamus-hipofiz-tiroid eksenini ve dokularda bulunan tiroid miktarı ile sağlanmaktadır.  $\beta$  adrenerjik reseptör hormonlarından olan TSH reseptörü, foliküler stimule edici hormon (FSH), luteotropik hormonların etkisi ile birlikte hipotalamusta pozitif geri bildirim sonucunda tiroid bezinin büyümesine katkı sağlamaktadır (Aydın, 2017). Tiroid hormon

sentezinin devam etmemesi durumunda kanda bulunan hormon miktarı iki ya da üç aya kadar fark edilmemektedir. Tiroid hormon deposunun bazı seviyelerinde klinik bulgular kendini göstermeye başlamaktadır (Taşkın, 2010). Tiroid hormonlarındaki değişim sodyum pompasını daha fazla aktive eder ve ısı üretimini daha da artırır, vitamin ihtiyacı artar, bazal metabolizmayı etkiler, vücut ağırlığında etkisi büyüktür, kaslarda tremora ve kas işlevlerinde azalmaya neden olmaktadır. Kaslarda oluşan etki nedeni ile kronik yorgunluk belirtisi görülmekle birlikte sinapslara yaptığı etki nedeni ile de uykuya dalmada sorun oluşmaktadır. Bunun yanı sıra santral sistemde oluşturduğu etki nedeniyle aşırı sinirlilik, anksiyete, depresyon, ve paranoya gibi belirtiler ortaya çıkmaktadır (Guyton ve ark., 2006).

## **2.2 Tiroid Fonksiyon Bozukluğu**

Tiroid Fonksiyon Bozukluğu Tiroid Stimulan Hormon (TSH) değerlerinin azalması veya artması olarak tanımlanmaktadır (Larsen ve ark., 1998). Tiroid işlev bozukluğu tanısı konulabilmesi için sT3, sT4 ve TSH değerleri kullanılarak yapılan araştırmalarda öncelikli olarak TSH değeri ölçülerek karar verilmektedir (Kın Tekçe, 2013) .

T3 ve T4 hormonlarının temel bileşeni olan iyodun, metabolik hücrelerin düzenlenmesinde ve beyin gelişiminde önemli bir görevi bulunmaktadır. İyot alımı her yıl Kanada, Pakistan, İngiltere ve ABD gibi ülkelerde küresel anlamda pozitif yönde ilerlese bile Güneydoğu Asya, Afrika gibi ülkelerde yetersiz iyot alımı devam etmektedir. Vücüttaki iyot miktarına bağlı olarak tiroid hormonlarındaki değişim, birçok organda metabolik etkiye neden olmaktadır. Tiroid fonksiyonlarının oluşturduğu bu etkiler vücut genelinde birçok semptomu ve yaşam kalitesini etkilemektedir (Andersson ve ark, 2012 ve Zimmermann ve ark., 2008).

### **2.2.1. Tiroid Fonksiyon Bozukluğu Çeşitleri**

Tiroid Fonksiyon Bozuklukları tiroid bezinin az veya çok çalışması olarak ikiye ayrılır (Wang ve ark., 2017; Yuan ve ark., 2015).

#### ***Hipotiroidi***

Tiroid fonksiyon bozukluklarından hipotiroidi; tiroid bezinin az çalışması ve buna bağlı olarak TSH düzeyinin yükselmesiyle beraber T3 ve T4 düzeylerinin normal

değerde kalması veya normal değerlerin altına düşmesi olarak tanımlanmaktadır (Wang ve ark.,2017).

ABD’de bölgesel ve etnik dağılım dikkate alınarak yapılan Ulusal Sağlık ve Beslenme Muayene Anketi III (NHANES III)’ün uygulandığı bir araştırmada, ABD’de hipotiroidi popülasyonu % 4.6 olarak saptanmıştır (Hollowell ve ark., 2002).

Serum TSH düzeyleri 0.5–4 mIU/L arasındaki değerlerde normal kabul edilmektedir. TSH değeri 4 mIU/L’ in üzerinde ve T3,T4 değerleri normal aralıkta olduğu durumlarda subklinik hipotiroidi tanısı konulmaktadır (Altan, 2017). İyot bakımından yeterli olan bölgelerden biri olan Kore’de sağlık hizmetlerinin yaptığı bir çalışmada subklinik hipotiroidi prevalansının 1996’da %0.1 iken 2013 yılında %5.0 olarak belirlenmiştir (Madariaga ve ark., 2014).

Öz Gül ve ark. (2011), hipotiroidi tanısı alan bireylerin 65 yaş altında yayılışının 65 yaş üzerine oranla daha fazla olduğunu saptamışlardır (Öz Gül ve ark., 2011). Yapılan bazı çalışmalarda ise yaşa ve cinsiyete göre tiroid hormon değerlerinin üst sınırlarında farklılık olabileceği belirlenmiştir (Garber, 2012). Subklinik hipotiroidi tanısı alan bireylerin hangi aralıklarla kontrol yaptırması gerektiği konusunda net bir sonuca varılamamıştır. American Thyroid Association (ATA) 35 yaş üstü kadınların 5 yıl ara ile yaptırması gerektiğini, American Association of Clinical Endocrinologists (AACE) ise yaşlı kadınların (belirli yaş verilmemiş ) tiroid hormon kontrolü yaptırması gerektiğini saptamıştır. American Academy of Family Physicians 60 yaşın üzerindeki bireylere kontrolü önerirken, American College of Physicians tiroid belirti veya bulgu gösteren 50 yaş üzerindeki bireylere önermektedir (Öz Gül, 2018).

TSH değeri 10 mIU/L üzerinde olduğu ve T3, T4’ den herhangi birinin düşük değerlerde olması durumunda aşikar hipotiroidi tanısı konulmaktadır (Altan, 2017). Aşikar hipotiroidi tanısı alan bireylerde geriye dönük yapılan bir araştırmada prevalans %17.6 olarak saptanmıştır (Dilek ve ark., 2011). TSH değeri 10 mIU/L üzerinde olduğu ve her iki serum T3 ve T4 değerlerinin düşük olduğu durumlarda ise miksödem koma tanısı almaktadır (Altan, 2017).

Hipotiroidinin dünyada karşılaşılan en belirgin nedenlerinden biri haşimato tiroididir. %2’lik bir popülasyonu kapsamakla beraber otoimmün bir hastalıktır. Haşimato tiroidi otoimmün tiroid olarak da adlandırılmaktadır (Özer ve ark., 2015). Aşırı iyot alımının olduğu bölgelerde sık karşılaşılmaktadır. Hastaların TSH, serum T4

ve serum T3 değerlerine bakılarak karar verilmekte ve tanı anında %50-75 'i ötiroidi hormon düzeylerini göstermektedir (Çelik, 2013). Haşimato tiroidinde bireylerin yaklaşık %50'si guatr nedeni ile hastaneye başvurmaktadır. Aynı zamanda sinirlilik çarpıntı, konstipasyon da hastaneye başvurma nedenleri arasında yer almaktadır (Özsu ve ark., 2011).

Hipotiroidi fizyolojik olayların hızını etkilemektedir. Bu etkilenme sonucunda klinik belirti ve bulgularlar ortaya çıkmaktadır. Hipotiroidi tanısı alan kişilerde halsizlik, çabuk yorulmada artış, vücut ağırlığında artış, unutkanlık, konsantrasyon zorluğu, deri sorunları, saç kaybı, soğuk intoleransı, konstipasyon, seste kalınlaşma, düzensiz ve yoğun adet kanamaları, kas sertliği, kas ağrıları, karpal tünel sendromu semptomları görülmekte iken dikkat dağılması, heyecan, huzursuzluk, depresyon, soyut düşüncede bozulma, mental yavaşlama ve demans gibi semptomlarda görülebilmektedir (Sağlam ve ark, 2012; Samuels, 2014; Yarpuz ve ark, 2009;). Hipotiroidide küçük hormon değişikliklerinde bellekte zayıflama, algılamada sorun yaşama, olaylar karşısında tepkide ve dikkatini vermede azalma ortaya çıkabilmektedir (Dağçoban, 2014; Samuels, 2014).

Tiroid hormonu kardiyovasküler sistemi direkt ve dolaylı olarak etkileyerek kardiyak performansı da düzenlemektedir. Kardiyovasküler ve hemodinamik değişimler sonucunda ventriküler aritmi, bradikardi, ventriküler bloklar, artmış koroner arter hastalığı ve ölüm riski gibi belirtiler ve riskler ortaya çıkmaktadır (Vargas ve ark, 2015) . Hipotiroidi kadınlarda daha fazla görülmekle birlikte %18 oranında kardiyomegali, %17 oranında inme, %9 oranında miyokard infarktüsüne neden olmaktadır (Cevallos ve ark., 2017). Yapılan bir çalışmada hipotiroidi tanısı alan bireylerde yaşın ilerlemesi ile birlikte kalp yetmezliği riskinin arttığı belirlenmiştir (Nanchen ve ark., 2012).

Hipotiroidinin periferik sinir üzerine etkisi net değildir. Yapılan bazı araştırmalarda hipotiroidide nöropati prevalansı %10-70 arasında olduğu saptanmıştır. Hastalarda üşengeçlik, yorgunluk hissi, kaslarda spazm ve dayanıksızlık, kas-iskelet sisteminde deformite gibi belirtiler de ortaya çıkmaktadır (Arıkanoğlu ve ark., 2012). Tiroid hormonundaki değişiklikler iskelet defektlerine ve istirahat durumunda enerji harcanması gibi durumlara neden olabilmektedir (Brent, 2012).

TSH seviyesinde artışı olması durumunda metabolizmada yavaşlama ile seyreden klinik bir tablo ortaya çıkmaktadır. Bu klinik tabloda kadınlarda metabolik sendrom

prevelansı % 75.2' dir (Bardak Dirikli, 2015).Yapılan araştırmalarda tiroid hormonlarındaki değişim kilo ve beden kitle indeksi (BKİ) üzerinde önemli bir etkindir. Hipotiroidi de kilo alınımına bağlı olarak BKİ' de artış gözlenmektedir ve çocukluk çağında başlamaktadır (Taylor ve ark, 2016; Taylor ve ark, 2013). Haşimato tiroidinde BKİ'si yüksek birey sayısı yaklaşık %33 oranındadır (Karakoç Kumsar ve ark, 2018).Alkaç ve ark. (2014), yaptığı bir çalışmada ülkemizde genç kadın nüfusta hipotiroidi ile birlikte obezite görülme oranı yüksek olduğu saptanmış ve hastaların ötiroidi durumunda olsalar dahi takip edilmesi gerektiği belirlenmiştir.

Bazal metabolik hız vücut için gerekli olan minimum enerjinin sağlanması durumudur. Metabolik hızın artması ile enerji ve ısı üretimi artmaktadır. Hipotiroidide metabolizmada meydana gelen yavaşlama ile vücut ısısında dengesizlikler meydana gelebilmektedir. Soğuk intoleransına, kaslarda düzenli bir kasılma sonucu titreme meydana gelmesine sebep olmaktadır (Yalçın ve ark, 2016). Vücut ısısında meydana gelen dengesizlik sinir sistemi, bilişsel işlevler ve davranışlarla yakından ilişkili olan uyku düzenini etkilemektedir. Uyku süresi gibi unsurları negatif yönde etkileyerek yaşam kalitesinde azalmaya neden olmaktadır (Yalçın, 2017).

Yapılan bir çalışmada tiroid fonksiyon bozukluğu tanısı almış bireylerin %42'sinde dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğuna rastlandığı ve bu bireylerde unutkanlık, davranım bozukluklarına rastlanmaktadır. Haşimato tiroidi tanısı alan bireylerde nöropsikoloji alanında sorunlar ortaya çıkabilmektedir fakat altta yatan nedene ulaşılamamıştır (Kara ve ark, 2018).

Hipotiroidide nöropsikiyatrik bulgulara sık rastlanmaktadır. En fazla rastlanan psikiyatrik belirtilerin depresyon ve bilişsel işlev bozuklukları olmasının yanı sıra az prevelansa sahip olmasına rağmen psikoz ve afektif bozukluklar da görülebilmektedir (Verma ve ark., 2013). Hipotiroidi tanısı almış bireylerde aynı zamanda psikoz görülme oranı yaklaşık % 10'luk bir kitleyi göstermektedir. Bu bireyler tedavinin en uygun şekilde ve en kısa zamanda yapılması büyük önem taşımaktadır (Hyams ve ark., 2013).

Hipotiroidi tanısı alan bireylerde depresif belirtilere sık rastlanmaktadır. Depresif belirtilerin görüldüğü bireylerde yaklaşık %18 oranında karar vermede güçlük, %22 oranında uyku problemleri, %23 oranında yorgunluk saptanmıştır (Özen ve ark., 2018). Yapılan başka bir çalışmada subklinik hipotiroidide depresyon görülme oranı yaklaşık



%40,92, devalı bir mutsuzluk durumu %44, yorgunluk %62'dir (Chittawar ve ark., 2019).

Hipotiroidide T4 hormonunun azalması ile duygu durumun bozulmasına neden olmakta ve depresyon için risk oluşturmaktadır (Levenson, 2004). Subklinik hipotiroidi tanısı almış bireyler üzerinde Depresyon için Hamilton Derecelendirme Ölçeği ve Montgomery-Asberg Depresyon Değerlendirme Ölçeklerinin kullanıldığı bir çalışmada hipotiroidi tanısı konulmuş olan bireylerde sırası ile % 63.4 ve % 64.2 prevalansı ile depresif belirtiler saptanmıştır. Depresif belirtiler gözlemlenen hastaların % 17.9 'na depresif tanısı konulmuştur. Subklinik hipotiroidiz ve duygu durum bozuklukları arasında önemli bir ilişki olduğu saptanmıştır (Demartini ve ark., 2014).

70 yaş üstü popülasyonda hipotiroidi tanısı almış bireylerin bilişsel yönden etkilenme düzeylerinin araştırıldığı çalışmada, hastaların bilişsel yönden etkilenmediği tespit edilmiştir (Parsaik ve ark., 2014). Yapılan bir çalışmada ise tiroid hormon düzeylerinin özellikle serbest tiroksin hormonunun (sT4) bilişsel işlev üzerinde etkili olduğu bildirilmiştir. Serbest tiroksin hormon değerinin yükselmesi bilişsel işlevlerde artışa, demans riskinde azamaya neden olduğu belirlenmiştir (Çelikçeken, 2018).

ABD' de zihinsel durum, dikkat, öğrenme veya hafıza, yürütme işlevi, görsel veya görsel yapı oluşturma yeteneği, psikomotor hızı, dil gibi bilişsel işlevlerin değerlendirildiği bir çalışmada TSH değerinin yükselmesi ile bilişsel işlevlerde gerileme olduğu saptanmıştır. Özellikle kadınlarda bilişsel işlevlerden öğrenme veya hafıza, görsel veya görsel yapı oluşturma alanında bozulma dikkat çekici bir şekilde artmaktadır (Beydoun ve ark., 2015). Fernandes'in yaptığı bir çalışmada hipotiroidi tanısı alan bireylerin yaşadığı durumlar karşısında alternatif yolların farkında olmaması ve uyum sağlamada sorun yaşadıkları (bilişsel esneklik) saptanmıştır. Aynı zamanda belirli bir süre dikkatini verebilme konusunda da kötü bir performansa sahip oldukları belirlenmiştir (Fernandes ve ark., 2011). Aynı zamanda yapılan bir çalışmada hipotiroidi tanısı alan bireylerin alzheimer hastalığına yakalanma riskini arttırdığı saptanmıştır (Bavarsad ve ark., 2019).

### ***Hipertiroidi***

Hipertiroidi, tiroid bezinin çok çalışması ve buna bağlı olarak TSH düzeyinin düşmesi ile beraber T3 ve T4 düzeylerinin normal değerlerin üzerine çıkması olarak tanımlanmaktadır (Larsen ve ark., 1998).

Ulusal Sağlık ve Beslenme Muayene Anketi (NHANES III), 1988 ve 1994 yılları arasında ABD popülasyonunu ele alarak yaptığı bir çalışmada hipertiroidi oranını % 1.3 olarak belirlemiştir (Hollowell ve ark., 2002). Abu-Helalah ve arkadaşlarının bildirdiğine göre (219), 7085 kişinin ele alındığı bir çalışmada ise hipertiroidi prevalansı kadınlarda % 1.8 ve erkeklerde % 2.27 olarak belirlenmiştir.

Serum TSH düzeyi 0.5 mIU/L'in altında olduğunda subklinik hipertiroidi tanısı konulmaktadır. (Altan, 2017). Tiroid bezinden veya herhangi bir nedenden dolayı tiroid hormon (T3 ve T4) salgısındaki artış tirotoksikozu neden olmaktadır. Tirotoksikoz tanısı alan bireylerin yaklaşık %'50'si Graves hastalığı ile karşı karşıya kalmaktadır. Graves hastalığının ülkemizde görülme oranı %1-%2' dir (Şaşmaz, 2013).

Hipertiroidi tanısı almış bireyler üzerinde yapılan bir çalışmada hipertiroidin 65 yaş üzerinde yayılışının 65 yaş altında yayılışına oranla daha fazla olduğunu saptamıştır (Öz Gül ve ark, 2011). Hipertirodi tanısı almış kadınlarda üzerinde yapılan bir çalışmada metabolik sendrom prevalansı %15.8 olarak belirlenmiştir. Hipertiroidizmde TSH seviyesi ile kilo alımı ve BKİ arasında anlamlı bir korelasyon olduğu saptanmıştır (Bardak Dirikli, 2015).

Tiroid hormonu sayısız direkt ya da indirekt hemodinamik etkiye neden olmaktadır. Hipertiroidide oluşan kardiyovasküler etkileri arasında çarpıntı olarak adlandırılan taşikardi ortaya çıkmaktadır. Kalp debisini normalin üç katı üzerine çıkarmakta ve bazı durumlarda hipertiroid kardiyomiyopati meydana gelmesine neden olmaktadır (Cocceanni, 2013). Sistolik ve diastolik performansta artmaya neden olur. Kalp kası üzerinde oluşturduğu etki hipertiroidizmde sistemik vasküler direncin azalmasına ve istirahat durumunda kalp hızında artışa neden olmaktadır. Hipertiroidizm tanısı alan bireylerde arterial fibrilasyon görülme oranı %5-15 arasındayken, sinüs taşikardisi görülme oranı daha yüksektir ve aynı zamanda en sık karşılaşılan da sinüs taşikardisidir (Kocabaş ve ark., 2016). Yapılan kesitsel bir çalışmada dispne, yorgunluk ve kalp ile ilgili şikayetlerde ciddi derece bir yükseliş saptanmıştır (Schreckenberger ve ark., 2006).

Serebral metabolik değişiklikler dikkate alınarak yapılan kesitsel bir çalışmada hipertiroidizm tanısı alan bireylerde anksiyete ve depresyon arasında yüksek oranda ilişki olduğu saptanmıştır. Bireylerde orta şiddette anksiyete ve depresyon görülmüştür. Kendini algılama konusunda net bir sonuç elde edilememiş olmasına rağmen yapılan

görüntülemelerde kendini algılamada azalma görülebileceği üzerinde durulmuştur (Schreckenberger ve ark., 2006). Yaş oranı yüksek anksiyete tanısı almış bireyler üzerinde yapılan bir çalışmada bulaşıcı olmayan hastalıklardan hipertiroidinin en fazla görülen hastalık olduğu saptanmıştır (Zengin Eroğlu, 2012). Hipertiroidi üzerine yapılan diğer bir araştırmada ise psikiyatrik belirtilerin anksiyeteden açık psikoza kadar ilerleyebileceği saptanmıştır (Kravets, 2016 ). Krysiak ve ark, (2019), hipertiroidi tanısı almış erkek hastalar üzerinde yaptığı bir çalışmada depresyon görülme oranının artması ile birlikte bireylerde tansiyon yüksekliği, fiziksel aktivitede ve kendini algılamada azalma görülebileceği belirlenmiştir (Krysiak ve ark., 2019).

Tiroid hormonunun aşırı miktarda hormon salgılaması sonucunda genel anksiyete bozukluğu % 41.67, duygu durum bozukluğu % 16.67, obsesif kompulsif bozukluk % 16.67, uykusuzluk % 80, anksiyete % 62 ve psikomotor ajitasyon % 50 olarak belirlenmiştir (Chattopadhyay ve ark, 2012).

Tiroid fonksiyon bozukluğunda meydana gelen değişiklikler, bipolar afektif bozukluğun dokulardaki ve organlardaki yapısal ve işlevsel değişikliklerin tanınmasında yol gösterici olabilmektedir. Bipolar afektif bozukluk ve tiroid işlev bozukluğu arasındaki ilişki üzerine yapılan araştırmalar son yıllarda artmıştır (Chakrabarti, 2011). Yapılan bir çalışmada ise hipertiroidinin, bipolar bozuklukta görülme oranı % 2.1, şizofrenide ise bu oran % 0.8 olarak saptanmıştır (Cremaschia ve ark., 2017). Aynı zamanda hipertiroidi tanısı alan bireylerde demans görülme oranının ciddi derece arttığı saptanmıştır (Rachna ve ark., 2013). Hipertiroidi ile psikiyatrik morbidite arasındaki ilişkinin incelendiği bir çalışmada hastaların hipertiroidi tanısı aldıktan sonra psikiyatrik tanımlarla hastaneye yatma riskinde artış saptanmıştır (Brandt ve ark, 2014).

Hipertiroidide bildirilen psikolojik sorunlar huzursuzluk, motor ve algısal hiperaktivite, dürtüsellik ve duygu durum değişimleri , uyku bozukluğu, dikkat ve konsantrasyonda bozulma, hostile davranışlar, anksiyete, konsantrasyon eksikliği, zayıf hafıza, fobiler, paranoid ve psikotik davranışlar görülebilmektedir (Li ve ark., 2017; Miao ve ark., 2011 ve Xia, 2013). Yapılan bazı çalışmalarda ötiroidi durumundayken fizyolojik belirtilerin yanı sıra kalıtsal ruh bozukluğunun da uzun süre var olabileceği ve yaşam kalitesinde azalma şikayetinin devam edebileceğine dikkat çekilmektedir (Ağırşöl ve ark, 2013; Erman ve ark, 2015; Fahrenfort ve ark., 2000 ve Mirella ve ark., 2011). Hipertiroidide tanısı alan bireylerin yaklaşık onda birinin psikiyatrik hastalık tanısı (bipolar, depresyon vb.) aldığı saptanmıştır (Tetik ve ark., 2017). Bavarsad ve ark.

(2019), hipertiroidi tanısı alan bireylerde alzheimer hastalığına yakalanma riskinin arttığı saptanmıştır.

### **2.2.2. Tiroid Fonksiyon Bozuklukları Tedavisi**

Hipotiroidide, T4 hormonunun sentetik formu hastaya verilerek hastaların TSH seviyeleri uygun aralığa getirilmeye çalışılmaktadır. Hipotiroidi tedavisinde levotiroksin (T4) kullanılmaktadır (Yalçın, 2017). Levotiroksin 25–75 µg/gün gibi dozlarda başlanılmaktadır ve bu doz ayarlaması bireyin yaşına, hastalığın süresine ve önemine göre değişim göstermektedir. Günün ilk saatlerinde aç karnına sabah kahvaltısından 30-40 dakika önce, ezilmeden tek seferde alınması gerekmektedir(Ertörer, 2013).

Hipotiroidide bireylerin yaşı ve kronik hastalık durumu ilaç dozunun ayarlanmasında önemli bir yere sahiptir. 60 yaş üstü kadınlarda levotiroksin dozunun fazla verilmesi kardiyak belirtiler, titreme ve bazı psiyatrik bozuklukların ortaya çıkmasına neden olmaktadır (Bardak Dirikli, 2015).

Hipotiroidi de levotiroksin tedavisi ile dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğunda gerileme ve davranışsal sorunlarda azalma saptanmıştır (Kara ve ark., 2018). Aynı zamanda hipotiroidi ve psikozun birlikte görüldüğü durumlarda da hem tiroid taraması hem de tiroid tedavisi psikoz belirtilerinde azalmaya neden olduğu saptanmıştır (Hyams ve ark., 2013).

Depresif semptomların görüldüğü hipotiroidi hastalarında yapılan bir çalışmada levotiroksin tedavisinden sonra yaklaşık %75 oranında depresif semptomlarda azalma olduğu belirlenmiştir. Ancak levotiroksin ile uyku bozuklukları arasındaki ilişkinin aynı şekilde olmadığı belirlenmiştir (Özen ve ark., 2018).

Hipertiroidi tedavisinde ise istenilen hormon düzeyi (Tsh-T4-T3 birlikte değerlendirilir) için primer tedaviye uygun ve hızlı bir şekilde başlanılmalıdır (Ertörer, 2013). Hipertiroidide, antitiroid ilaçlar (Metimazol, Propiltiourasil) ilk uygulanan tedavi yöntemi olmakla birlikte radyoaktif iyot-131 ile tedavi, enjeksiyon tedavisi veya tiroidektomi (Subtotal/Total) operasyonu yer almaktadır (Yalçın, 2017). Antitiroid ilaçlardan metimazol 5–15 mg/gün, propiltiourasil 50–150 mg/gün ve beta blokerler hastalara uygun dozlarda başlanılmaktadır (Altan, 2017).

Tirotoksikoz, kemik mineral yoğunluğunda azalmaya neden olmaktadır. Antitiroid tedavisi ise kemik mineral yoğunluğunda artış sağlamakta ve osteoporoz

riskini azaltmaktadır (Kota ve ark, 2012). Aynı zamanda antitiroid tedavisinin bipolar hastaların manik döneminde alevlenmeleri azalttığı saptanmıştır (Tetik ve ark., 2017)

Hipertiroid tedavisinde kaşıntı, deride kuruluk ve sarılık gibi yan etkilerin yanında ateşin yükselmesi gibi durumlarda acilen doktora başvurulmalıdır. Ayrıca, antitiroid ilaçların kullanılmasının önemi hakkında hastalara mutlaka ön bilgi verilmelidir (Altan, 2017). Kişiye özel tedavi düzenlemesi de önemli kriterler arasında yer almaktadır (Darmowidjojo ve ark, 2018).

Tiroid Fonksiyon Bozukluklarında tedavi ve takip önemli bir yere sahiptir (Bardak Dirikli, 2015). Yapılan bazı çalışmalarda ötiroidi durumundayken bile fizyolojik belirtilerin yanı sıra kalıntı ruh bozukluğunun da uzun süre var olabileceğine ve yaşam kalitesinde azalma şikayetinin devam edebileceğine dikkat çekmektedir (Ağırgöl ve ark, 2013; Erman ve ark, 2015; Fırıncı, 2018; Mirella ve ark., 2011).

### **2.3. Yaşam Kalitesi**

DSÖ'nün 1997 'de yaptığı yaşam kalitesi (Quality of life, QOL) tanımı ise; bireyin içinde olduğu kültür ve değer düzenleri sınırlarında, planları, gayeleri, kriterleri ve ilgi alanlarına bağlı olarak hayattaki konumunu algılaması biçiminde açıklanmaktadır (WHO, 1996).

Yaşam kalitesi kişilerin maddi kazanç, sıhhat, ruh hali, inançları, eğitim, konaklama ve toplumsal ilişki durumlarına göre şekillenmektedir. Bireyin sıhhati bu etmenler içerisinde mühim yer kaplamaktadır. Bu sebeple yaşam kalitesinden ayrı bir şekilde sağlığa ilişkin yaşam kalitesi tanımı da yapılmıştır. Sağlığa ilişkin yaşam kalitesi, sağlığın bedensel, ruhsal ve sosyal taraflarını içine alan ve bireyin hayatını sağlıklı alâkalı beklentileri, kriterleri ve endişeleri yönünden nereye koyduğunu gösteren kriterlerdir (Şahin, 2014; Şahin,2019; WHO, 1996)

Nesnel ve öznel olarak iki kategoride incelenen yaşam kalitesi göstergelerinin birlikte kullanımı önerilmektedir. Yaşam kalitesinin nesnel göstergeleri; bedensel iyi olma durumu, hareket, bedensel etkinlik, öz bakım, selâmet ve hastalık inancı ve işlev etkinliğidir. Öznel göstergeler ise ruhsal açıdan iyi olma durumu, sosyal ve kişisel iyi olma ve maddi yönden iyi olma durumu olarak gösterilmektedir (Gökpınar, 2015).

### **2.3.1. Yaşam Kalitesi Göstergeleri**

Cinsiyet, yaş, medeni durum, sosyal destek, yaşanılan konut ve özellikleri, sağlık, eğitim, gelir, iş yaşamı, boş zaman aktiviteleri yaşam kalitesini etkileyen önemli göstergelerdir. Bunlardan yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim, sağlık ve iş yaşamı ele alacağım göstergeler arasında yer almaktadır (Akın, 2018).

#### ***Cinsiyet, Yaş ve Medeni Durum***

Kadın ve erkek, ulusun ana öğeleridir; doğumsal karakterleri farklıdır. Bu farklılıklara verilen isim cinsiyettir. Kadın ve erkek arasındaki çizgiler toplumun oluşturduğu rollerle birbirinden farklılaşır. Bu durum cinsiyetin yalnızca toplum içinde önemli olduğunu bize göstermektedir. Ancak bunlara bağlı olarak kadın ve erkekteki yaşam kalitesi algısı tamamen birbirinden ayrılmaktadır. Beklentiler, rol ve sorumluluklar, hayata bakış açıları, toplumsal kimlikler, toplum içindeki rol ve görevler, iş hayatı, ev hayatı, hayattaki felsefe, sosyal ve psikolojik durumlar kişinin cinsiyetinden önemli ölçüde etkilenmektedir. Bu doğrultuda cinsiyet, kişilerin doğumda kazandıkları bir özellik olarak tanımlanabilmektedir. Başka bir anlatımla, kişiler dişi veya erkek cinsiyeti ile doğarlar fakat büyürken toplumun cinsiyetlerine yönelik beklediği roller sınırında kız veya erkek olmayı öğrenerek yetiştirilmektedirler. Tüm bunlara bakılarak, cinsiyet tanımlaması, yoğunlukla genetik, fiziksel ve biyolojik özellikleri içine alacak şekilde tanımlanmaktadır (Özkan, 2019).

Cinsiyet ve yaşam kalitesi arasında güçlü bir bağ vardır. Bu bağ bilhassa öznel yaşam kalitesi ölçümlerinde farkına varılmaktadır. Örneğin, gelişmiş ülkelerin dışındaki ülkelerde kadının eğitimi, yaşı ve doğurganlığı ile emek piyasasına katılımı arasında doğru orantı bulunmaktadır. Bu eğitim ve piyasaya katılım oranı arttıkça kadınların yaşam kalitesi de bunlara bağlı olarak artmaktadır. (Günay ve ark., 2011). 2014-2015 'da yapılan çalışmada ev halkı ve aile bakımına ayrılan zaman çalışma durumuna ve cinsiyete göre incelendiğinde; kadınların günde ortalama 3 saat 31 dakika, çalışan erkeklerin ise 46 dakika ayırdığı tespit edilmiştir (TUİK, 2015). Başa bir araştırmaya göre ise; kadınların işten eve geldiklerinde de işlerinin devam etmekte olduğu, erkeklerin ise hane bakımına kadınlar kadar zaman ayırmadığı ve iş sonrası evdeki yorgunluğa bağlı olarak da kadınların yaşam kalitesinin düştüğü bulunmuştur(TBMM, 2018).

Yaşam kalitesinin önemli göstergelerinden biri de yaştır. Yaşam kalitesi ile ilgili olan çalışmalarda yetişkinliğe ilk adım olan ergenlik ve yaşlanma gibi çeşitli yaş grupları ele alınarak yapılan incelemelerde yaş faktörü önemli bir gösterge olarak yerini korumaktadır. Yaşın ilerlemesi ile birlikte yaşam kalitesi üzerine yapılan çalışmalarının sayısı doğru orantılı olarak artmaktadır (Sözen, 2014).

Medeni durum yaşam kalitesi göstergelerinden bir diğeridir. İnsanın en temel kurumlarından olan aile, bireylerin diğer insanlar ile kurdukları ilişkilerinde, ruh sağlıklarında ve duygusal doyumlarında önemli bir yere sahiptir. Bireylerin ailevi hayatında kopukluklar olması bireyi gerek psikolojik gerek maddi olmak üzere bir yönden etkilemektedir (Coşan, 2018). Medeni durumlardan yaşam kalitesini etkileyen diğer bir unsur evli olmaktır. Evli olma, benlik saygısının artmasına dolaylı olarak da yaşam kalitesinin yükselmesini sağlamaktadır (Yıldız ve ark., 2016).

### ***Eğitim, Sağlık ve İş yaşamı***

Yaşam kalitesinin odak noktalarından bir diğeri eğitimidir. Eğitim seviyesi bireylerin iş yaşamını direkt ya da indirekt yönden etkilemektedir (Yıldırım, 2017). Eğitim seviyesi yüksek olan bireylerin iş hayatında önemli bir statüde olması, iyi bir kazanç kapısı oluşturması, kendini geliştirmesi ve toplum tarafından kabullenilmesini sağlamaktadır. İş hayatında aktif olarak görev almak bireyin yaşam kalitesini arttırmaktadır (Başol, 2018). Eğitim seviyesi düşük olan bireylerin işsizlik veya iş koşullarında var olan olumsuz şartlar, düşük maddi kazanç, anksiyete ve iletişim kurmada, kendini gerçekleştirmede ve toplumsal kabulde zorluk yaşaması bireyin yaşam kalitesinde azalmaya neden olmaktadır (Aydın Boylu ve ark, 2016). Ekonomik Kalkınma Ve İşbirliği Örgütü (OECD), Daha İyi Yaşam Endeksi' de bulunan ölçülerden olan eğitim, yaşam kalitesini etkileyen 4 ölçüt arasına girmiştir (Başol, 2018). Eğitim seviyesi yüksek olan bireyler kronik hastalık gibi durumlarda tedaviye yanıtı pozitif yönde etkilemekte ve dolaylı olarak yaşam kalitesi ile sürekli bir iletişim halinde olmasını sağlamaktadır (Koruk, 2019).

Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi, bireylerin fiziksel, sosyal ve ruhsal yönden iyi oluş hali olarak tanımlanmaktadır (Çoban, 2018 ve Şahin ve ark., 2019). Bireylerin yaşam kalitesi üzerinde sosyal ve öznel algılayışında çeşitli kıstaslar vardır. Sosyal grubun içine girenler genellikle yaşanılan yerin özellikleri, gelir durumu ve aile ilişkileri gibi faktörlerdir (Dedeoğlu ve ark., 2016). Aynı zamanda sosyal kıstaslardan sağlık sigortası

olması yaşam kalitesini etkilemektedir (Koruk, 2013). Öznel faktörlerde ise bu kıstaslar hastalık-sağlık durumu, kişiler arası ilişkiler, bireyin fiziksel durumu, günlük hayatta algılanan duygular (mutluluk, üzüntü v.b. gibi) gibi faktörler yaşam kalitesini etkilemektedir (Dedeoğlu ve ark., 2016). Aynı zamanda bireylerde beslenme düzeninin sağlanması, fiziksel aktivitelerde artış olması ve kronik hastalık olmayışı durumunda yaşam kalitesi artmaktadır (Çakmak, 2013). Kronik hastalık durumunda bireylerin günlük hayattaki beklentiler karşılanamamakta veya yeterli düzeyde karşılanamamakta, anksiyeteleri artmakta, psikiyatrik hastalıklara yakalanma riski artmakta ve kişilerin yaşam kalitesi düşmektedir. Kronik hastalık ile geçirilen zamanın artması ve kalıcı değişimlere sebep olması nedeni ile yaşam kalitesini arttırmak önemli bir unsurdur (Yeşil ve ark, 2016).

İş yaşamı günlük hayatımızda mühim bir yere sahiptir (Köroğlu, 2012). İş yaşamında meydana gelen tatmin olma duygusu ile yaşam kalitesi arasında ilişki olduğu saptanmıştır. İş tatmini çalışma koşulları ve çalışma temposu, fiziksel ortam, ücret, kişiler arası ilişkiler, iş yerindeki pozisyon gibi durumlardan etkilenmektedir (Kırcı Çevik ve ark., 2014). İş tatmini bireyi psikolojik yönden etkilemekte ve iş tatminin olmadığı durumlarda kişilerde anksiyete, üzüntü gibi duyguların ve fiziksel sağlıkta problemlerin ortaya çıkmasına neden olmaktadır (Köroğlu, 2012). Bir diğer faktör işsizliktir. İşsizlik, maddi yetersizlik sonucu psikolojik ve sosyal yönden kişiyi etkileyen toplumsal bir sorundur. İşsizlik, gelecekte iş bulma endişesi gibi durumların sonucunda bireylerde yaşam doyumu azalmaktadır (Turaç ve ark., 2017). Yaşam doyumu ve iş yaşamı hakkında çok fazla çalışma yapılmıştır. Yaşam doyumunun artması sonucu yaşam kalitesinde artma gözlemlenmektedir (Kırcı Çevik ve ark., 2014; Köroğlu, 2012).

### **2.3.2. Yaşam Kalitesinin Alt Boyutları**

Bireyin yaşantısındaki memnunluğu ve tatmin olma durumunu, fonksiyonelliğini gösteren, kısaca hastalık yaşantısı olarak anlaşılandırılan kavrama yaşam kalitesi denir (Kula ve ark., 2015).

Günümüzde yaşam kalitesini arttırmak dünya çapındaki önemli hedefler arasında yer almaktadır. Yaşam kalitesi biyolojik( yeme-içme, güvenlik, dinlenme vb.) ve psikososyal (benlik saygısı, kendilik gelişimi, kişiler arası iletişim vb.) ihtiyaçlardan etkilendiği ve tüm alanları etkilediği için hem bireyler hem de toplumlar tarafından daha önemli bir faktör haline gelmektedir (Aydın Boylu, 2016).



Bireylerin hayatındaki evrelerde algılama düzeylerine bağlı yaşam doyumun çeşitlilik göstermesi, bireylerin hayatlarında farklı alanlarda kısıtlamalara ya da yaşam kalitesinde azalmaya neden olmaktadır. Yaşam kalitesinin içinde yer alan fiziksel fonksiyonellik, sosyal fonksiyonellik, emosyonel rol kısıtlılığı, fiziksel rol kısıtlılığı, bedensel ağrı, canlılık, mental sağlık ve genel sağlık önemli bir yere sahiptir (Kutlu ve ark., 2015).

Fiziksel fonksiyonellik; hastalık-sağlık durumunun getirisi olarak ağrı, iş verimliliğinde ve günlük yaşam aktivitelerinde düşüş yaşam kalitesinde azalmaya neden olmaktadır (Çavdar ve ark., 2017). Sosyal fonksiyonellik kişilerin hastalık-sağlık durumu, üzüntü, sinirlilik, umutsuzluk, anksiyete gibi durumlar sonucunda kişiler arası ilişkilerde bozulma izole olma, kendini gerçekleştirmede azalma vb.hallerde işlevsellikte kısıtlamalar gözlenmektedir (Özdemir ve ark., 2013).

Bireyin yaşam kalitesinin alt boyutlarından bir diğeri rol kısıtlılığıdır. Rol kısıtlılığı; hayatındaki normal rolünün gerektirdiği (iş-okul-ev) sorumlulukları yapip-yapmaması olarak tanımlanabilir. Sosyal ilişkilerde dengesizlik, sinirlilik, duyguların ifade edilmesinde zorluk ve değişkenlik gibi durumlar gibi durumlar temel oluşturmaktadır. Eğitim düzeyi, maddi gelir, hastalık-sağlık (ağrı) durumu rol kısıtlılığında yaşam kalitesi üzerinde belirleyicidir (rol kısıtlaması (Bilgin, 2015). Yapılan diğeri bir çalışmada bireylerin beden kitle indeksinin istenilen düzeyin üstünde olması durumunda bireylerde sosyal işlevsellikte azalmaya ve ruhsal problemlere neden olarak bireylerde rol kısıtlılığına yol açtığı saptanmıştır (Yılmaz, 2014).

Kronik ağrı ve bedensel sağlık arasında ilişki yaşam kalitesi üzerinde önemli bir etkindir. Ağrının şiddeti ve sıklığı bireylerin günlük yaşam aktivitelerini, kişiler arası ilişkilerini, sosyal işlevselliklerini, algılama düzeylerini etkileyerek yaşam kalitesinde ciddi bir düşüşe neden olmaktadır. Kronik ağrının azalması durumunda fiziksel sağlığın artmasına, dolaylı olarak anksiyete ve depresyonda anlamlı azalma görülmektedir (Fırıncı, 2018; Yuvalı, 2018).

Bazı hastalıkların yanı sıra özellikle mental sağlıkta etkisinin fazla olduğu canlılık (vitalite) , yaşam kalitesinde önemli bir yere sahiptir (Kutlu ve ark., 2015).

Kronik hastalık tanısı alan bireylerde depresyon ve anksiyete yaşam kalitesini etkilemektedir. hastalık durumunda oluşan sinirlilik, mutsuzluk, rol kısıtlılıkları, gelecek kaygısı gibi sorunlar yaşam kalitesinde mental sağlığı etkileyen psikolojik ve sosyal

sorunlardır. Fiziksel aktivitelerdeki artış kişiler arası ilişkilerin, öz yeterlilik ve saygının artmasına, anksiyetenin azalmasına dolayısıyla mental sağlığın gelişimine katkı sağlamaktadır (Fırıncı, 2018 ve Kılınç ve ark, 2016).

Genel sağlık algısı, bireyin sağlığını evrensel olarak değerlendirmesidir. Vücut denetimini ele alan vücut farkındalığı duyuşal, fizyolojik ve fiziksel uyarılarını algılama, kontrol etme ve günlük yaşamda fonksiyonlarını gerçekleştirmesidir. Ağrı, fonksiyonel yetersizlik, obezite, stres, canlılık gibi durumlar vücut farkındalığı ile genel sağlığı etkileyerek yaşam kalitesinde belirleyici unsurlar arasında bulunmaktadır (Erden ve ark., 2013). Aynı zamanda yapılan diğerk bir çalışmada diyet polikliniğine başvuran beden kitle indeksi yüksek kadınların genel sağlık düzeylerinde anlamlı bir azalma gözlemlenmiştir (Yılmaz, 2014).

### **2.3.3. Tiroid Fonksiyon Bozukluğunda Yaşam Kalitesinin Yükseltilmesinde Hemşirenin Önemi**

Kronik hastalıklar, uzun zaman boyunca devam eden bazen ise ömür boyu süren, psikolojik olarak bireyleri olumsuz etkileyen ve bazı zamanlarda bakım ihtiyacı hissettiren durumlardır. Hemşirelerin uygun sağlık davranışı kazandırması önemli bir yere sahiptir (Ünal ve ark., 2013). Kronik hastalıklarda (tiroid, hipertansiyon ...) tedavi yöntemleri, kullanılan ilaçlar, fiziksel etmenlerin ve vücutta oluşan sızuların getirisi olan stres ile birlikte yaşam tarzında değışim, aile yaşamında dengenin bozulması, kişiler arası iletişimde bozulma vücutta bazı yönetim mekanizmalarını devreye sokmaktadır. Bedensel, sosyal ve psikolojik sorunların yönetiminde kişiye bazı görevler yüklemektedir. Hemşirelere öz bakım yeterliliğini arttırmak için önemli görevler düşmektedir (Kırca ve ark., 2013; Özdemir ve ark., 2013).

Tiroid fonksiyon bozuklukları, patolojik bir nedene bağlıdır ve bireyde beklenilmeyen sonuçlara sebep olmakta ve uzun süre boyunca bakım, tedavi ve denetim gerektiren durumları oluşturmaktadır. Bu nedenle hastaların yaşam kalitesini etkilemektedir. Tiroid fonksiyon bozukluklarında tedavinin amacı yaşamı tehdit eden bir hastalığın semptomlarının tamamen iyileştirilmesinden ziyade yaşam kalitesini yükseltmektir (Cooper ve ark., 2012; Watt ve ark., 2014). Tiroid fonksiyon bozuklarında semptomatoloji sıklığının dağınik olması ve bireyin algılayışına bağlı değışim göstermesi bireye özgü bakımda yaşam kalitesinin gelişmesine katkı sağlamaktadır (Cramon ve ark., 2015; Wong ve ark., 2016).

Kişinin sağlık durumundaki bedensel ve ruhsal sıkıntılar, karşılaşılan güçlükler, bireyin tedaviye aktif katılımını engelleyerek yaşam kalitesinde azalmaya ve mental sağlıkta bozulmalara temel oluşturmaktadır (Yuvalı, 2018).

Sağlık çalışanlarından hemşirelerin içinde bulunduğu hipotiroidi tedavisine karşı tutum ve algılarının incelendiği bir araştırmada tiroid tedavisi için klinik yöntemleri ve davranışsal faktörleri belirlenmeye çalışılmıştır. Hemşirelerin tiroid tedavisi için yaşa ve semptomlara bağlı bireye özgü bir yaklaşım uygulamaları gerektiğini bildirmiştir (Çiğ ve ark., 2018). Parretti ve ark. (2016), yaptığı bir çalışmada hipotiroidi tanısı alan bireylerin hayatı boyunca replasman tedavisi alması ve tedavi sonrası uyku, depresyon, yorgunluk, obezite ve kardiyak semptomlarla karşı karşıya kalması bireye özgü bir tedavi, beslenme düzeni ve yaşam tarzı yöntemi desteği oluşturulmasının önemini ortaya çıkarmıştır.

Tiroid fonksiyon bozukluklarında serviste yatan hastalarda dikkat çekici semptomlardan biri konstipasyondur (Rotman Pikielny ve ark., 2013). Tiroid fonksiyon bozukluğu tanısı alan bireylerde konstipasyon semptomu gözlemlenmektedir (Şahin, 2013 ve Turan ve ark., 2017). Konstipasyon bireyleri fiziksel ve ruhsal yönden etkilediği için hemşirelik bakımını da etkilemektedir (Turan ve ark., 2017).

Cevallos ve arkadaşları iyot eksikliğine bağlı tiroid fonksiyon bozukluğu oluşma riskini yaklaşık %22 olarak belirlemiştir. Aynı zamanda tiroid fonksiyon bozukluğunda tiroid ilaçlar ile etkileşime giren ilaçların alınmaması da önemli bir unsurdur (Cevallos ve ark., 2017; Serin ve ark., 2016). Serin ve ark. (2016), yaptıkları bir çalışmada bireylerin tiroid ile etkileşime giren ilaçları aldıkları ve iyot tüketimi hakkında yeterli düzeyde bilgiye sahip olmadıkları belirlenmiştir. Hemşirelerin bilgilendirme broşürlerini az sayıda kullandıkları belirlenmiştir (Çiğ ve ark., 2018).

Tiroid fonksiyon bozukluklarında bireyde bazal metabolizma hızının değişmesinin sonucunda yeme isteğinde artış, beden kitle indeksinde istenilmeyen sonuç, metabolik sendrom görülebilmektedir (Bardak Dirikli, 2015 ve İlaslan, 2011). Beden imajında meydana gelen değişim vücut farkındalığını etkilemektedir. Beden imajının istenilen şekilde olmaması (obezite) bireylerde stres, anksiyete, fiziksel kısıtlılıklara, vitalitede azalmaya, ruhsal bozukluklarda artışa neden olmaktadır. Bu durumun getirisi olarak yaşam kalitesi düşmektedir (Erden ve ark., 2013).

Haşimato tiroidi de beden kitle indeksinde artışa neden olmaktadır. BKİ'nin yüksek olduğu bireylerde yaşam kalitesinin yaklaşık olarak tüm boyutları etkilenmektedir. En çok etkilenen boyutlar ise bedensel işlevsellikte ve sosyal işlevsellikteki maddelerdir (Karakoç Kumsar ve ark, 2018).

Ekvador devleti üzerinde yapılan bir çalışmada hipotiroidinin vücut fonksiyonlarında meydana getirdiği belirtiler saptanmıştır. En çok kardiyovasküler semptomların ele alındığı bu çalışmada, oluşan fizyolojik sorunlara dikkat edilmesinin gerekliliği üzerinde durulmuştur. Yaşam kalitesinin artırılabilmesi ve hastalığın gidişatının iyileştirilebilmesi için hipotiroidinin nedeninin araştırılmasını, gerekli önlemlerin alınmasını ve konuda daha fazla gayretin gösterilmesinin önemi üzerinde durulmuştur (Cevallos ve ark., 2017).

Tiroid fonksiyon bozuklukları ilk olarak her zaman fiziksel belirti göstermez. Dikkat eksikliği, hiperaktivite, kognitif fonksiyonlarda ve algısal fonksiyonlarda bozulma ile kendini gösterebilmektedir. Bu durum kişilerde eğitim alanında düşüşe, kişiler arası ilişkilerde azalmaya, ruhsal sorunlara ve odaklanma problemlerine neden olabilmektedir (Kara ve ark., 2018). 2000 ve 2012 yılları arasındaki dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu yüksek lisans tezlerinin araştırdığı bir çalışmada sosyal işlevselliğin etkilendiği ve yaşam kalitesi ile arasında pozitif bir korelasyon olduğu saptanmıştır (Küçük Doğaroğlu, 2013).

Yapılan bazı nörobiyolojik çalışmalarda ise hipertiroidizm ile fonksiyonel beyin değişiklikleri arasında ilişki olduğu üzerinde durulmuştur (Li ve ark., 2017; Miao ve ark., 2011). Hipertiroidi de bildirilen psikolojik sorunlar huzursuzluk, motor ve algısal hiperaktivite, dürtüsellik ve duygu durum değişimleri, uyku bozukluğu, dikkat ve konsantrasyonda bozulma, hostile davranışlar, anksiyete, zayıf hafıza, fobiler, paranoid ve psikotik davranışlar görülebilmektedir (Hu ve ark., 2013; Li ve ark., 2017 ve Yuan ve ark., 2015). Yapılan bir çalışmada ötiroidi (referans aralıkta serum tiroid hormone düzeyi) olması durumundayken bile kalıntı ruh bozukluğunun uzun süre var olabileceği ve yaşam kalitesinde azalma şikayetinin devam edebileceğine dikkat çekmektedir (Fahrenfort ve ark., 2000; Kelderman Bolk ve ark., 2015).

Ülkemizin de içinde bulunduğu tüm evrende tiroid fonksiyon bozukluğu 200 milyon bireyde görülmektedir (Yazar ve ark., 2018). Bulunduğu bölge ve fonksiyonel işlev açısından önemli bir yere sahip olması hemşirelikte, yeterli bilgi düzeyine sahip

olmak ve komplikasyon durumunda hızlı uygulamalar yapabilme becerisi gerektirmektedir (Rosato ve ark., 2016) . Preop dönemde endişe, anksiyete, stres gibi duygu durumunu etkileyen unsurlar tiroid krizini tetiklemektedir. Bu sebeple hemşireler uygun terapotik ortamda kişiler ile iletişime geçerek ruhsal dengeyi stabil tutmalıdırlar (Engin ve ark., 2011). Postop dönemde geçici veya kalıcı hipokalsemi, kort paralizi, ödem, seste kısılma, boğaz ağrısı, yutma güçlüğü, hematoma ve hipotiroidi gibi ciddi komplikasyonlar görülebilmektedir. Hemşirelerin bu konuda uygun takip ve yöntemleri, anında müdahale ve taburculuk sonrası eğitim verme görevleri bulunmaktadır (Atasayar, 2014; Ulusoy ve ark., 2013).

Khowaja bildirdiğine göre (2016), Uluslararası Tiroid Bozuklukları ve Tedavisi Konferansı'nda hipertiroidili erişkin hastaların kanıt temelli hemşirelik bakımı alabilmeleri için yapılan bir araştırmada hemşirelerin hastaların vital bulgularını izlemeleri önerilmektedir (Krysiak ve ark., 2019). Aynı zamanda hemşirenin hastalardaki yorgunluk, konstipasyon, sağuğa tahammülsüzlük, uyuşukluk ve depresyon gibi hipotiroidi ile ilgili semptomlarındaki değişiklikleri takip etmesi gerektiği üzerinde durulmuştur. Hemşirelik müdahalesinde hipertiroidizm belirtisi ve ilacın toksik düzeyde olduğunu gösteren taşikardi, sinirlilik, ısı intoleransı, diyare ve göğüs ağrısı yönünden takip etmesi gerekmektedir. Kanıta dayalı hemşirelik bakımında T3, T4 ve TSH seviyelerinin takip edilmesi, düzenli kilo takibi yapılmasında hastanın iyileşmesi ve uyumunu arttırmak açısından önemli bir yere sahip olduğu üzerinde durulmuştur.

Fiziksel hastalıklar nedeni ile hastaneye başvuran hastaların sadece fiziksel belirtece bağlı alanlara başvurdukları ve ruhsal durumlarının tanımlanmasını yada tedavisini daha sonraki zamanlara ertelediğini belirlemiştir. Fiziksel hastalık tanısı alan bireylerin ekip çalışması ile ruhsal yönden de takip edilmesi gerektiğini vurgulamıştır (Kahyacı Kılıç ve ark., 2016). Kumlu ve ark. (2017), yatarak tedavi gören hastalar üzerine yaptığı bir çalışmada psikiyatrik konsültasyon isteme oranının %8.2 ile endokrin hastalıklar olduğu saptanmıştır (Kumlu ve ark., 2017). Kronik hastalıklardan birisi olan tiroid fonksiyon bozukluklarında hastaların yaşadıkları anksiyete ve depresyon gibi ruhsal problemlerini ifade etmeleri için psikiyatri hemşireleri konsültasyon ve liyezon hemşireliği adı altında ele alınmalıdır (Ersoy ve ark., 2014; Dew ve ark., 2017; Öngel, 2018).

Konsültasyon liyezon psikiyatrisi (KLP), fiziksel belirtiler yada organik patolojilerin yokluğunda dış fonksiyonu olan hastalara psikiyatrik tedavi hizmeti alması

sağlanarak bütüncül bir yaklaşımı gerçekleştirmektir (Durmaz ve ark., 2016). Konsültasyon liyezon psikiyatri hemşiresi, bireyin tedavide aktif katılımını engelleyen patolojik fiziksel durumu ve psikolojik durumu belirlemek, tedavi etmek ve uygun baş etme teknikleri oluşturmasında destek olarak hastaya bütüncül bir yaklaşım sunmaktır (Wand ve ark., 2016; Hamdieh ve ark., 2015). Konsültasyon liyezon psikiyatri hemşiresinin birinci amacı, bireylerin semptomlara ilişkin genel sağlığını yükseltmek, psikososyal uyumda destek olmak, psikiyatrik komorbiditeyi engellemek veya azaltmak, uygun baş etme teknikleri oluşturmada yardımcı olmak ve hastalık yaşantısı algılayışında olumlu bir ilerleme göstermesinde yardımcı olmaktadır (Kocaman, 2005; Özsoy, 2018). Diğer amacı ise psikolojik ve sosyal yönden bireyleri değerlendirmek ve bakım becerilerinin geliştirmek, fiziksel durum, ruhsal durum ve psikososyal durumları bütüncül ele almak ve klinik uygulamalarda ruhsal durumu da dahil ederek bütüncül bir yaklaşım ile bakım verilmesine katkı sağlamaktadır (Kocaman, 2005; Uyar ve ark., 2015).

### **3. GEREÇ ve YÖNTEM**

#### **3.1. Araştırmanın Tipi**

Bu araştırma, tiroid fonksiyon bozukluğu alan hastaların yaşam kalitesinin incelenmesi amacıyla tanımlayıcı ve kesitsel olarak yapılmıştır.

#### **3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zamanı**

Araştırma İstanbul ilindeki Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nin Endokrinoloji ve Metabolizma Hastalıkları polikliniğinde tedavi gören tiroid fonksiyon bozukluğu tanısı alan hastalar üzerinde gerçekleştirilmiştir.

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi 836 yatak ile hizmet vermektedir. Hastanenin yatan hasta bakımının verildiği klinikler; yoğun bakımı(yeni doğan, çocuk, erişkin), cerrahi (Genel cerrahi, beyin ve sinir cerrahisi, ortopedi ve travmatoloji kliniği, beyin ve sinir cerrahi kliniği, kalp damar cerrahi kliniği, kulak burun boğaz, üroloji...), dahili (Endokrinoloji ve metabolizma hastalıkları, diyaliz kliniği, çocuk kliniği, enfeksiyon-göz kliniği...) klinikleridir.

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi Endokrinoloji ve Metabolizma Hastalıkları yatan hasta bakımı verilen klinik 14 yataklıdır. Endokrinoloji ve Metabolizma Hastalıkları Bilim Dalı iç salgı bezlerini, bu bezlerin fonksiyonlarını, salgıladıkları hormonları ve metabolizma hastalıklarını inceler. Endokrinoloji ve Metabolizma Hastalıkları Bilim Dalı; diabetesmellitus, tiroid bezi hastalıkları (guatr), lipit bozuklukları (kolesterol), osteoporoz (kemik erimesi), obezite (şişmanlık), hipofiz ve hipotalamus hastalıkları, böbrek üstü bezi (adrenal) hastalıkları, metabolik sendrom, hipertansiyon, boy kısalığı, büyüme ve gelişme geriliği polikistik over hastalığı, hirsutizm (kılınma artışı), erektil disfonksiyon, hipogonadizm gibi hastalıkların tanı ve tedavisi başarılı bir şekilde gerçekleştirilmektedir.

Araştırma, kesitsel olarak planlandığından çalışma Ağustos-Aralık 2018 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir.

#### **3.3. Araştırmanın Evreni ve Örnekleme**

Araştırmanın evreni Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesinde, Endokrinoloji ve Metabolizma polikliniğinde tedavi gören tiroid fonksiyon bozukluğu tanısı alan hastalar oluşturmaktadır. Son yıl içinde gelen hasta

sayısına ulaşamadığından çalışma kesitsel olarak planlanmıştır. Ağustos-Aralık 2018 tarihleri arasında polikliniğine başvuran toplam 150 çalışmaya dahil edilmiştir.

### **3.4. Araştırmaya Dahil Edilme Ve Dışlanma Kriterleri**

*Çalışmaya dahil edilme kriterleri:*

- Trioid fonksiyon bozukluğu tanısı alan bireylerin gönüllü olarak araştırmaya katılımı kabul etmesi.

- Okuryazar olması.

*Dışlanma kriterleri:*

- Tiroid fonksiyon bozukluğunun malign etiolojisinin olması

### **3.5. Verilerin Toplanması**

Araştırmanın verileri araştırmacı tarafından literatür taranarak geliştirilen “Bireylerin Bireysel Ve Hastalıkla İlgili Özellikler Formu” ve “SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği” kullanılarak toplanmıştır (Bardak Dirikli, 2015; Beydoun ve ark., 2015; Coceanni, 2013; Krysiak ve ark., 2019; Kocabaş ve ark., 2016; Koçyiğit ve ark., 1999; Li ve ark., 2017; Miao ve ark., 2011; Sağlam ve ark., 2012; Sauels, 2014; Taylor ve ark., 2016; Udovicic ve ark., 2017; Vargas ve ark., 2015; Verma ve ark., 2013; Xia, 2013; Yalçın ve ark., 2016; Yalçın, 2017; Yarpuz ve ark., 2009).. Araştırmaya katılım gönüllülerden bir onam formu imzalatıldıktan sonra araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme yöntemi ile formlar doldurulmuştur. Onam alınan kişiler görüşmenin yapılabileceği uygun alanlara alınarak yaklaşık olarak on beş dakikalık sürelerle veri toplama araçları araştırmacı tarafından yüz yüze uygulanmıştır.

#### **3.5.1 Veri toplama araçları**

Araştırmanın yapılabilmesi için gerekli verilerin toplanması amacı ile aşağıdaki veri toplama gereçleri kullanılmıştır:

1. Bireylerin bireysel ve hastalıkla ilgili özellikler formu (EK-2)
2. Short Form-36 (Kısa Form-36, SF-36) (EK-3)

##### **3.5.1.1. Bireylerin bireysel ve hastalıkla ilgili özellikler formu**

Hastaların tanıttıcı özellikleri yaş, cinsiyet, kilo, boy, yaşadığı yer, medeni durumu, gebelik, eğitim durumu, mesleği, tanısı, ne kadar süredir tiroid hastası olduğu,



hangi belirtiler ile sağlık kuruluşuna başvurduğu, tiroidi için ilaç kullanıp kullanmadığı gibi bilgileri sorgulayan oluşan 12 adet açık ve kapalı uçlu soru bulunmaktadır.

Araştırıcı tarafından konuyla ilgili literatür bilgileri incelenerek ‘Bireylerin bireysel ve hastalıkla ilgili özellikler formu’ oluşturulmuştur (Bardak Dirikli, 2015; Beydoun ve ark., 2015; Coceanni, 2013; Krysiak ve ark., 2019; Kocabaş ve ark., 2016; Li ve ark., 2017; Miao ve ark., 2011; Sağlam ve ark., 2012; Sauels, 2014; Taylor ve ark., 2016; Udovicic ve ark., 2017; Vargas ve ark., 2015; Verma ve ark., 2013; Xia, 2013; Yalçın ve ark., 2016; Yalçın, 2017; Yarpuz ve ark., 2009).. Bu form ile ilgili olarak uzman gürüşü alınmiş olup formun maddelerinin hangi semptomu ölçtüğüne dair tutarlılığa bakılmıştır. Gerekli düzeyde uygulama yapıldıktan sonra form uygulanmaya başlanılmıştır. Formda 17 madde vardır. Maddeler hastaların fiziksek ve ruhsal semptomlarını belirlemektedir. Hastada formdaki semptomlar yaşanıyorsa var yaşanmıyorsa yok değerlendirmesi yapılmıştır. Formu doldurmadan önce hastalara tıbbi tanı konulduktan sonraki semptomları dikkate almaları belirtilmiştir. Tiroid Fonksiyon Bozukluğu tanısı alan bireylerde hipertiroidi veya hipertiroidi hastalarında oluşan semptomları: sıcağa veya soğuğa tahammülsüzlük, konstipasyon (Kabızlık), saç dökülmesi, deri sorunları, çabuk yorulma, hareketlerde yavaşlama, kilo alımı, zayıflama, kas güçsüzlüğu, terlemede artış, ses kısıklığı, kas ağrısı, çarpıntı, sinirlilik, konsantrasyon eksikliği, zayıf hafıza, uyku ile ilgili problemler içermektedir.

### **3.5.1.2. Short form-36 (Kısa form-36, SF-36)**

Ware ve ark. (1992) tarafından geliştirilmiş olan Kısa Form-36 Ölçeği’nin ülkemizdeki geçerlilik ve güvenilirliği Koçyiğit ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (Koçyiğit ve ark., 1999; Jenkinson ve ark., 1993; Rubin ve ark., 1999). Kısa Form-36 Ölçeği yaşam kalitesini ölçmek için yaygın olarak kullanılan ölçeklerden biridir. Ölçek tiroid fonksiyon bozukluğu tanısı alan hasta veya hasta aracılığıyla araştırmacı tarafından doldurulmaktadır.

Yaşam Kalitesi Ölçeği (SF-36)’ nin içeriği, 36 çoktan seçmeli sorudan oluşmaktadır ve sağlığa ilişkin yaşam kalitesinin 8 boyutu incelenmektedir. Değerlendirme dördüncü ve beşinci maddeler dışında Likert tipi (üçlü-altılı) yapılmaktadır (Tablo 3.1) (Ülkü, 2009). Her bir alt boyut 0 ile 100 arasında değer alır. Yüksek puanlar genel sağlık durumuyla ilişkili yaşam kalitesinin iyi olduğunu, düşük puan ise yaşam kalitesinin kötü olduğunu göstermektedir(Moore ve ark., 2001).

Yaşam Kalitesi Ölçeği (SF-36)' nin sekiz alt boyutu bulunmaktadır. Ölçeğin sekiz alt boyutu:

1. *Fiziksel Fonksiyonellik*; Hastalık-Sağlık durumunun getirisi nedeniyle fiziksel aktivitede kısıtlanmaları ölçmektedir (Çavdar ve ark., 2017). Ölçeğin 3'üncü sorunun bütün alt sorularını içine almaktadır.

2. *Sosyal Fonksiyonellik*; Hastalık-Sağlık durumu, üzüntü, sinirlilik, umutsuzluk, anksiyete gibi durumlar sonucunda kişiler arası ilişkilerde bozulma izole olma, kendini gerçekleştirmede azalma vb. hallerde işlevsellikte kısıtlamaları ölçmektedir (Özdemir ve ark., 2013). Ölçeğin 2 maddesini (6 ve 10) içine almaktadır.

3. *Emosyonel Rol Kısıtlılığı*; Sağlık sorunları nedeniyle günlük yaşam aktivitelerinde kısıtlanma sonucu emosyonel rolde meydana gelen kısıtlamaları ölçmektedir (Bilgin, 2015; Yılmaz, 2014). Ölçeğin 5'inci sorunun bütün alt sorularını içine almaktadır.

4. *Fiziksel Rol Kısıtlılığı*; Bireyin hayatında normal rolünün gerektirdiği (iş- okul-ev) sorumlulukları yapıp-yapmaması sonucu oluşan kısıtlılığı ölçmektedir (Bilgin, 2015; Yılmaz, 2014). Ölçeğin 4'üncü sorunun bütün alt sorularını içine almaktadır.

5. *Bedensel Ağrı*; Ağrının şiddeti ve sıklığı bireylerin günlük yaşam aktivitelerini, kişiler arası ilişkilerini, sosyal işlevselliklerini, algılama düzeylerini etkileyerek yaşam kalitesinde ciddi bir düşüşe neden olmaktadır (Fırıncı, 2018; Yuvalı, 2018). Yaşam kalitesi ölçeği ağrının günlük yaşam aktivitesinde meydana getirdiği kısıtlılığı ölçmektedir. Ölçeğin 2 maddesini (7 ve 8) içine almaktadır.

6. *Mental Sağlık*; Kronik hastalık tanısı alan bireylerde depresyon ve anksiyete yaşam kalitesini etkilemektedir. Hastalık durumunda oluşan sinirlilik, mutsuzluk, rol kısıtlılıkları, gelecek kaygısı gibi sorunlar yaşam kalitesinde mental sağlığı etkileyen psikolojik ve sosyal sorunların oluşmasına ve yaşam kalitesinde azalmaya neden olmaktadır (Fırıncı, 2018 ve Kılınç ve ark., 2016). Ölçeğin 9'uncu sorunun b-c-d-f-h alt sorularını içine almaktadır.

7. *Canlılık (Vitalite)*; Özellikle mental sağlıkta etkisinin fazla olduğu canlılık (vitalite), yaşam kalitesinde önemli bir yere sahiptir (Kutlu ve ark., 2015). Canlılığın yaşam kalitesine üzerine etkisini 9'uncu sorunun a-e-g-i alt soruları ile ölçmektedir.

8. *Genel Sağlık*; Genel sağlık algısı, bireyin sağlığını evrensel olarak değerlendirmesidir. Vücut denetimini ele alan vücut farkındalığı duyuşal, fizyolojik ve fiziksel uyarılarını algılama, kontrol etme ve günlük yaşamda fonksiyonlarını gerçekleştirmesidir (Erden ve ark., 2013). Yaşam kalitesi ölçeğinin 1'inci soru ve 11'inci sorusunun bütün alt soruları ile ölçmektedir.

**Tablo 1. SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Boyutları**

Boyut	Soru Sayısı	Cronbach's Alpha
Fiziksel Fonksiyonellik	10 (3a+3b+3c+3d+3e+3f+3g+3h+3i+3j)	0,753; 0,830
Sosyal Fonksiyonellik	2 (6+10)	0,753; 0,643
Fiziksel Rol	4 (4a+4b+4c+4d)	0,758; 0,852
Emosyonel Rol	3 (5a+5b+5c)	0,761; 0,621
Mental Sağlık	5 (9b+9c+9d+9f+9h)	0,761; 0,656
Canlılık	4 (9a+9e+9g+9i)	0,732; 0,721
Ağrı	2 (7+8)	0,760; 0,803
Genel Sağlık	5 (1+11a+11b+11c+11d)	0,759; 0,778

Bu çalışmada (bütün hasta sayısına ulaşamadığından) yalnızca hastalar tarafından doldurulan form hesaba alınmıştır. Alt ölçeklerden alınan puanların yüksek olması işlevsellikte olumluya doğru gidişin olduğunu göstermektedir. Short Form-36 (Kısa Form-36, SF-36) Ölçeği Ware ve arkadaşları tarafından 1988 yılında geliştirilmiştir. Boğaziçi Üniversitesi Psikoloji Bölümü öğretim üyesi Prof. Dr. Güler Fişek'in katılımıyla başlamış, Koçyiğit ve arkadaşları tarafından Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması tamamlanmış olan ölçek, 36 çoktan seçmeli sorudan oluşmaktadır ve sağlığa ilişkin yaşam kalitesinin 8 boyutu incelenmektedir (Koçyiğit ve ark; 1999). Koçyiğit ve arkadaşları tarafından Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması neticesinde; Fiziksel Fonksiyonellik alt boyutuna ait iç tutarlılık kat sayısı 0,753 iken yapılan bu çalışmada 0,830, Sosyal Fonksiyonellik alt boyutuna ait iç tutarlılık katsayısı 0,753 iken yapılan bu çalışmada 0,643, Fiziksel Rol alt boyutuna ait iç tutarlılık

katsayısı 0,758 iken yapılan bu çalışmada 0,852, Emosyonel Rol alt boyutuna ait iç tutarlılık katsayısı 0,761 iken yapılan bu çalışmada 0,621, Mental Sağlık alt boyutuna ait iç tutarlılık katsayısı 0,761 iken yapılan bu çalışmada 0,656, Canlılık alt boyutuna ait iç tutarlılık katsayısı 0,732 iken yapılan bu çalışmada 0,721, Ağrı alt boyutuna ait iç tutarlılık katsayısı 0,760 iken yapılan bu çalışmada 0,803, Genel Sağlık alt boyutuna ait iç tutarlılık katsayısı ise 0,759 iken yapılan bu çalışmada 0,778 olarak belirlenmiştir (Koçyiğit ve ark; 1999).

### **3.6. Verilerin Değerlendirilmesi**

Yapılan bu çalışmada hastalardan elde edilen veriler SPSS (Statistical Package for the Social Sciences versiyon 24.0.0; SPSS Inc., Chicago, IL, ABD) programı aracılığı ile analiz edilmiştir.

Bireylerden toplanan bireylerin bireysel ve hastalıkla ilgili özellikleri ve ölçeklere verilen cevapların tespiti için tanımlayıcı istatistiklerden olan frekans (n), yüzde (%), ortalama, standart sapma, minimum ve maksimum değerler hesaplanarak yorumlanmıştır. Ölçeğin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov-Smirnov normalite testi ile kontrol edilmiştir. Normal dağılım gösteren değişkenlerin iki grup karşılaştırmalarında Student's t test kullanıldı, normal dağılım göstermeyen değişkenlerin iki grup karşılaştırmalarında ise Mann-Whitney U testi kullanıldı. Normal dağılım gösteren üç ve üzeri grupların karşılaştırmalarında One-way ANOVA test ve farklılığa neden olan grubun tespitinde Scheffe test kullanıldı. Normal dağılım göstermeyen üç ve üzeri grupların karşılaştırmalarında ise Kruskal Wallis H testi ve farklılığa neden olan grubun tespitinde Dunn-Bonferroni post hoc testi kullanıldı. İstatistiksel anlamlılık için tip 1 hata değeri 0,05'in altında olan ( $p < 0,05$ ) durumlar anlamlı kabul edildi. Korelasyon analizlerinde normal dağılım gösteren sayısal verilerin karşılaştırılmasında Pearson Product-Moment Korelasyon testi ile incelenmiştir. İstatistiksel anlamlılık  $p < 0,01$  ve  $p < 0,05$  düzeylerinde değerlendirildi.

Yapılacak analizde öncelikle tiroid fonksiyon bozukluğu tanısı olan bireylerin bireysel ve hastalıkla ilgili bulgular verilecek daha sonrasında tiroid fonksiyon bozukluğu tanısı olan bireylerin fiziksel fonksiyonellik, fiziksel rol, bedensel ağrı, genel sağlık, canlılık, mental sağlık, sosyal fonksiyonellik ve emosyonel rol skalalarına ilişkin toplam puanlar verilecektir. Son olarak, katılımcıların bireylerin bireysel ve hastalıkla ilgili özellikleri ile araştırmanın bağımlı değişkenleri arasındaki farklılaşmalara Student's t test, Mann-Whitney U testi, One-way ANOVA test ve Kruskal Wallis H testi ile değerlendirildi.

### **3.7. Araştırmanın Etik Yönu**

Araştırma yapılmaya başlanmadan önce, Üsküdar Üniversitesi Girişimsel Olmayan Etik Kurul onayı (EK-4 ) alınmıştır. Araştırmanın uygulanacağı Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nin bağlı olduğu İstanbul İl Sağlık Müdürlüğu'nden izin alınarak başlanılmıştır (EK-5). Ayrıca araştırmayı kabul eden tiroid fonksiyon bozukluğu tanısı alan hastalara araştırmanın amacı açıklanarak onam alınmıştır (EK-1 ).



## **4. BULGULAR**

Bu bölümde, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nin Endokrinoloji ve Metabolizma Hastalıkları polikliniğinde tedavi gören tiroid fonksiyon bozukluğu tanısı alan hastaların, bireysel ve hastalıkla ilgili özelliklerinin ve yaşam kalitesi ölçeğine verdikleri cevapların alt boyutlarında aldıkları puan ortalamalarının dağılımlarının incelenmesine ilişkin bulgular yer almaktadır.

### **4.1. Bireylerin Bireysel ve Hastalıkla İlgili Özelliklerine Yönelik Bulgular**

Araştırmanın bu kısmında tiroid fonksiyon bozukluğu tanısı alan bireylerin bireysel ve hastalıkla ilgili özelliklerine ilişkin bilgilerine ait frekans değerleri ve ortalama değerleri gösterilecektir.



**Tablo 2. Bireylerin Bireysel Ve Hastalıkla İlgili Özelliklerinin Dağılımı (N=150)**

<b>Bireysel ve hastalıkla ilgili özellikler</b>	<b>N</b>	<b>%</b>		
<b>Yaş</b>				
20-29	42	28,0		
30-39	45	30,0		
40-49	28	18,7		
50-59	26	17,3		
60 yaş ve üzeri	9	6,0		
<b>Cinsiyet</b>				
Kadın	128	85,3		
Erkek	22	14,7		
<b>Medeni durum</b>				
Evli	117	78,0		
Bekâr	33	22,0		
<b>Eğitim düzeyi</b>				
İlköğretim	75	50,0		
Lise	40	26,7		
Üniversite	35	23,3		
<b>Meslek</b>				
Çalışıyor	46	30,7		
Öğrenci	9	6,0		
Çalışmıyor	87	58,0		
Emekli	8	5,3		
<b>Tıbbi tanı</b>				
Hipertiroidi	77	51,3		
Hipotiroidi	69	46,0		
Ötiroidi	4	2,7		
<b>Tıbbi tanı süresi</b>				
6 ay-1 yıl	46	30,7		
2-5 yıl	45	30,0		
6-10 yıl	35	23,3		
10 yıl üzeri	24	16,0		
<b>Başvuruya neden olan durumlar</b>				
Genel Kontrol Esnasında	56	37,3		
Gebelik Esnasında	17	11,3		
Kilo Alma	16	10,6		
Saç Dökülmesi	12	8,0		
Sinirlilik	11	7,3		
Halsizlik	10	6,0		
<b>Tiroidle ilgili ilaç kullanma</b>				
Kullanıyor	130	86,7		
Kullanmıyor	20	13,3		
<b>Tiroidle ilgili semptom sayısı</b>				
0-10 semptom arası	71	47,3		
11 ve üzeri semptom	79	52,7		
<b>Vücut kitle indeksi</b>	<b>N</b>	<b>Ortalama</b>	<b>Standart Sapma</b>	
Hipertiroidi	77	24,39	4,76	
Hipotiroidi	69	31,09	7,63	
Ötiroidi	4	28,13	4,43	

Tablo 2’de yer alan bireylerin bireysel ve hastalıkla ilgili özelliklerinin dağılımı incelendiğinde; tiroid fonksiyon bozukluğu tanısı alan hastaların %30’unun 30-39 yaş aralığında, %6’sının ise 60 yaş ve üzeri aralığında olduğu görülmektedir. Hastaların %85,3’ü kadın, %14,7’si ise erkektir.

Tiroid fonksiyon bozukluğu tanısı alan hastaların büyük çoğunluğunun evli (%78), %22’inin ise bekar olduğu, yarısının ilköğretim mezunu (%50), %23,3’ünün ise üniversite mezunu olduğu görülmektedir. Hastaların %58’nin herhangi bir işte çalışmıyor olduğu, %5,3’ünün ise emekli olduğu görülmektedir.

Tiroid fonksiyon bozukluğu tanısı alan hastaların yarısından fazlası hipertiroidi (%51,3), %46’sı hipotiroidi, %2,7’si ise ötiroididir. Hastaların %30,7’si 6 ay-1 yıldır, %16’sı ise 10 yıldan daha fazla süredir tiroid hastasıdır.

Çalışmaya katılan hastaların %37,3’ünün hastalığını genel kontrol esnasında öğrendiği, %11,3’ünün hastalığını gebelik esnasında öğrendiği, %10,6’sının hastaneye kilo alma, %8’inin saç dökülmesi, %7,3’ünün sinirlilik hali, %6’sının ise halsizlik şikâyeti ile hastaneye başvurduğu görülmektedir.

Tiroid fonksiyon bozukluğu tanısı alan hastaların çok büyük bir çoğunluğunun ilaç kullandığı (%86,7), %13,3’ünün ise ilaç kullanmadığı belirlenmiştir. Çalışmaya katılan hastaların %47,3’ünde 0-10 arası semptom varken %52,7’sinde 11 ve üzeri semptom vardır.



**Tablo 3. Bireylerin Hastalıkla İlgili Semptomlarının Dağılımı (n=146)**

Semptom		Hipertiroidi		Hipotiroidi	
		N	%	N	%
Sıcağa veya Soğuğa Tahammülsüzlük	Var	58	75,3	56	81,2
	Yok	19	24,7	13	18,8
Konstipasyon	Var	30	39,0	39	56,5
	Yok	47	61,0	30	43,5
Saç Dökülmesi	Var	49	63,6	57	82,6
	Yok	28	36,4	12	17,4
Deri Sorunları	Var	31	40,3	38	55,1
	Yok	46	59,7	31	44,9
Çabuk Yorulma	Var	51	66,2	53	76,8
	Yok	26	33,8	16	23,2
Hareketlerde Yavaşlama	Var	36	46,8	44	63,8
	Yok	41	53,2	25	36,2
Kilo Alımı	Var	22	28,6	47	68,1
	Yok	55	71,4	22	31,9
Zayıflama	Var	29	37,7	10	14,5
	Yok	48	62,3	59	85,5
Kas Güçsüzlüğü	Var	38	49,4	45	65,2
	Yok	39	50,6	24	34,8
Terlemede Artış	Var	46	59,7	50	72,5
	Yok	31	40,3	19	27,5
Ses Kısıklığı	Var	27	35,1	18	26,1
	Yok	50	64,9	51	73,9
Kas Ağrısı	Var	39	50,6	54	78,3
	Yok	38	49,4	15	21,7
Çarpıntı	Var	48	62,3	47	68,1
	Yok	29	37,7	22	31,9
Sinirlilik	Var	60	77,9	58	84,1
	Yok	17	22,1	11	15,9
Konsantrasyon Eksikliği	Var	45	58,4	44	63,8
	Yok	32	41,6	25	36,2
Zayıf Hafıza	Var	55	71,4	43	62,3
	Yok	22	28,6	26	37,7
Uyku Problemleri	Var	45	58,4	46	66,7
	Yok	32	41,6	23	33,3

Tablo 3'te yer alan bireylerin hastalıkla ilgili semptomlarının dağılımı incelendiğinde; hipertoridi tanısı olan hastaların %75,3'ünde, hipotiroidi tanısı olan hastaların ise %81,2'sinde sıcağa veya soğuğa tahammülsüzlük semptomu olduğu, hipertoridi tanısı olan hastaların %39'unda, hipotiroidi tanısı olan hastaların ise %56,5'inde konstipasyon semptomu olduğu saptanmıştır. Hipertoridi tanısı olan hastaların %63,6'sında, hipotiroidi tanısı olan hastaların ise %82,6'sında saç dökülmesi semptomu olduğu,

hipertoridi tanısı olan hastaların %40,3'ünde, hipotiroidi tanısı olan hastaların ise %55,1'inde deri sorunları semptomu olduğu belirlenmiştir. Yapılan bu çalışmada hipertoridi tanısı olan hastaların %66,2'sinde, hipotiroidi tanısı olan hastaların ise %76,8'inde çabuk yorulma semptomu olduğu, hipertiroidi tanısı olan hastaların %46,8'inde, hipotiroidi tanısı olan hastaların ise %63,8'inde hareketlerde yavaşlama semptomu vardır. Hipertoridi tanısı olan hastaların %28,6'sında, hipotiroidi tanısı olan hastaların ise %68,1'inde kilo alımı semptomu olduğu, hipertoridi tanısı olan hastaların %37,7'sinde, hipotiroidi tanısı olan hastaların ise %14,5'inde zayıflama semptomu olduğu saptanmıştır. Çalışmamızda hipertoridi tanısı olan hastaların %49,4'ünde, hipotiroidi tanısı olan hastaların ise %65,2'sinde kas güçsüzlüğü semptomu olduğu, hipertoridi tanısı olan hastaların %59,7'sinde, hipotiroidi tanısı olan hastaların ise %72,5'inde terlemede artış semptomu olduğu belirlenmiştir. Hipertoridi tanısı olan hastaların %35,1'inde, hipotiroidi tanısı olan hastaların ise %26,1'inde ses kısıklığı semptomu olduğu, hipertoridi tanısı olan hastaların %50,6'sında, hipotiroidi tanısı olan hastaların ise %78,3'ünde kas ağrısı semptomu vardır. Yapılan bu çalışmada hipertoridi tanısı olan hastaların %62,3'ünde, hipotiroidi tanısı olan hastaların ise %68,1'inde çarpıntı semptomu olduğu, hipertoridi tanısı olan hastaların %77,9'unda, hipotiroidi tanısı olan hastaların ise %84,1'inde sinirlilik semptomu vardır. Hipertoridi tanısı olan hastaların %58,4'ünde, hipotiroidi tanısı olan hastaların ise %63,8'inde konsantrasyon eksikliği semptomu olduğu, hipertoridi tanısı olan hastaların %71,4'ünde, hipotiroidi tanısı olan hastaların ise %62,3'ünde zayıf hafıza semptomu olduğu belirlenmiştir. Hipertoridi tanısı olan hastaların %58,4'ünde, hipotiroidi tanısı olan hastaların ise %66,7'sinde uyku problemleri semptomu olduğu saptanmıştır.

#### **4.2. Tiroid Fonksiyon Bozukluğu Tanısı Alan Hastaların Yaşam Kalitesi Puan Ortalamalarına Yönelik Bulgular**

Tablo 3'de tiroid fonksiyon bozukluğu tanısı alan bireylerin yaşam kalitesi ölçeğindeki (Sf-36 YKÖ) fiziksel fonksiyonellik, fiziksel rol, bedensel ağrı, genel sağlık, canlılık, mental sağlık, sosyal fonksiyonellik ve emosyonel rol alt boyutlarında ortaya çıkan puan ortalamaları sunulmaktadır.

**Tablo 4. Hastaların Sf-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Genel Ve Alt Grup Puan Ortalamaları (N=150)**

<b>Sf-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği</b>	<b>Min.</b>	<b>Maks.</b>	<b>Ortalama</b>	<b>Standart Sapma</b>
Fiziksel Fonksiyonellik	5,0	100,0	64,67	20,75
Sosyal Fonksiyonellik	12,5	100,0	66,33	22,15
Fiziksel Rol	0,0	100,0	50,00	41,67
Emosyonel Rol	0,0	100,0	38,33	41,54
Mental Sağlık	20,0	96,0	56,32	16,17
Canlılık	0,0	95,0	47,50	19,91
Ağrı	12,5	100,0	65,67	23,88
Genel Sağlık	15,0	85,0	49,93	15,66

Tablo 4’te tiroid fonksiyon bozukluğu tanısı alan hastaların yaşam kalitesi ölçeği (Sf- 36 YKÖ) alt boyut toplam puan ortalamaları sunulmaktadır.

Tablo 4’e göre; tiroid fonksiyon bozukluğu tanısı alan hastaların yaşam kalitesi ölçeği (Sf- 36 YKÖ) alt boyut toplam puan ortalamaları; ‘fiziksel fonksiyonellik’ alt boyutu için  $64,67 \pm 20,75$ ; ‘sosyal fonksiyonellik’ alt boyutu için  $66,33 \pm 22,15$ , ‘fiziksel rol’ alt boyutunun toplam puan ortalaması  $50,00 \pm 41,67$ , ‘emosyonel rol’ alt boyutunun toplam puan ortalaması  $38,33 \pm 41,54$ , ‘mental sağlık’ alt boyutunun toplam puan ortalaması  $56,32 \pm 16,17$ , ‘canlılık’ alt boyutunun toplam puan ortalaması  $47,50 \pm 19,91$ , ‘ağrı’ alt boyutunun toplam puan ortalaması  $65,67 \pm 23,88$  iken ‘genel sağlık’ alt boyutunun toplam puan ortalaması  $49,93 \pm 15,66$  olarak saptanmıştır.

### 4.3. Bireylerin Bireysel Ve Hastalıkla İlgili Özellikleri İle Araştırmanın Bağımlı Değişkenleri Arasındaki İlişkilere Yönelik Bulgular

Bu bölümde bireylerin bireysel ve hastalıkla ilgili özelliklerine ilişkin bilgilerin fiziksel fonksiyonellik, fiziksel rol, bedensel ağrı, genel sağlık, canlılık, mental sağlık, sosyal fonksiyonellik ve emosyonel rol puanları dağılımı yer almaktadır.

**Tablo 5. Hastaların Sf-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Grup Puan Ortalamalarının Yaşa Göre Dağılımı (N=150)**

Sf-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Grupları	Yaş					p <sup>a</sup>
	20-29 yaş (n=42) Med;ÇAG	30-39 yaş (n=45) Med;ÇAG	40-49 yaş (n=28) Med;ÇAG	50-59 yaş (n=26) Med;ÇAG	60 yaş+ (n=9) Med;ÇAG	
Fiziksel Fonksiyonellik	67,50 26,25	70,00 25,00	65,00 28,75	62,50 27,50	60,00 37,50	0.811
Sosyal Fonksiyonellik	75,00 25,00	75,00 25,00	75,00 34,38	75,00 50,00	75,00 43,75	0.404
Fiziksel Rol	62,50 81,25	25,00 87,50	75,00 100,0	50,00 100,0	25,00 62,50	0.520
Emosyonel Rol	50,00 100,0	35,00 75,00	40,00 50,00	30,77 40,19	16,00 25,00	0.177
Mental Sağlık	56,00 20,00	56,00 18,00	54,00 25,00	52,00 29,00	60,00 34,00	0.989
Canlılık	47,50 25,00	50,00 35,00	50,00 18,75	42,50 41,25	45,00 32,50	0.775
Ağrı	68,75 37,50	60,00 32,50	66,25 31,88	67,50 35,00	55,00 55,00	0.133
Genel Sağlık	50,00 30,00	45,00 22,50	50,00 20,00	47,50 22,50	60,00 20,00	0.436

<sup>a</sup> Kruskal Wallis H testi, **Not:** Med; medyanı, ÇAG ise çeyreklikler arası genişliği ifade etmektedir.

Tablo 5'e göre; tiroid fonksiyon bozukluğu tanısı alan hastaların yaşı ile yaşam kalitesi ölçeği alt boyutları toplam puan ortalamalarına bakıldığında; tiroid fonksiyon bozukluğu tanısı alan hastaların yaşı; fiziksel fonksiyonellik, sosyal fonksiyonellik, fiziksel rol, emosyonel rol, mental sağlık, canlılık, ağrı ve genel sağlık puan ortalamasını etkilememektedir.

**Tablo 6. Hastaların Sf-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Grup Puan Ortalamalarının Cinsiyete Göre Dağılımı (N=150)**

Sf-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Grupları	Cinsiyet		p <sup>a</sup>
	Kadın (n=128) Med;ÇAG	Erkek (n=22) Med;ÇAG	
Fiziksel Fonksiyonellik	65,00 30,00	75,00 25,00	<b>0.016</b>
Sosyal Fonksiyonellik	75,00 25,00	75,00 37,50	0.488
Fiziksel Rol	50,00 100,0	37,500 81,25	0.427
Emosyonel Rol	50,00 100,0	30,00 50,00	0.190
Mental Sağlık	56,00 20,00	54,00 22,00	0.189
Canlılık	47,50 25,00	50,00 20,00	0.658
Ağrı	67,50 45,00	60,00 32,50	0.374
Genel Sağlık	50,00 20,00	55,00 22,50	0.149

<sup>a</sup> Mann-Whitney U testi, **Not:** Med; medyanı, ÇAG ise çeyreklikler arası genişliği ifade etmektedir.

Tablo 6'ya göre; hastaların cinsiyeti ile yaşam kalitesi ölçeği alt boyutları toplam puan ortalamaları incelendiğinde; tiroid fonksiyon bozukluğu tanısı alan hastaların cinsiyeti, sosyal fonksiyonellik, fiziksel rol, emosyonel rol, mental sağlık, canlılık, ağrı ve genel sağlık puan ortalamasını etkilememektedir. Bununla birlikte tiroid fonksiyon bozukluğu tanısı alan erkek hastaların fiziksel fonksiyonellik puan ortalamasının (Medyan: 75,00), kadın hastaların fiziksel fonksiyonellik puan ortalamasından (Medyan: 65,00) daha fazla olduğu ve bu durumun da anlamlı olduğu saptanmıştır ( $z=-2,437$ ,  $p=0.016$ ; Tablo 6). Diğer bir ifade ile tiroid fonksiyon bozukluğu tanısı alan bireylerin cinsiyetine göre, hastaların fiziksel fonksiyonellik puan ortalamaları farklılık göstermektedir.

**Tablo 7. Hastaların Sf-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Grup Puan Ortalamalarının Medeni Duruma Göre Dağılımı (N=150)**

Sf-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Grupları	Medeni Durum		Bekâr (n=33) Ort±SS	$p^a$
	Evli (n=117) Ort±SS			
Fiziksel Fonksiyonellik	63,21 20,60		69,85 20,75	0.104
Sosyal Fonksiyonellik	66,45 22,72		65,91 20,32	0.901
Fiziksel Rol	49,79 41,46		50,76 43,07	0.906
Emosyonel Rol	38,46 42,24		37,88 39,59	0.944
Mental Sağlık	57,06 16,23		53,70 15,91	0.293
Canlılık	47,18 20,57		49,64 17,60	0.712
Ağrı	64,85 25,45		68,56 17,20	0.432
Genel Sağlık	49,74 15,28		50,61 17,17	0.779

<sup>a</sup> Student's T testi, **Not:** Ort; ortalamayı, SS ise standart sapmayı ifade etmektedir.

Tablo 7'ye göre; tiroid fonksiyon bozukluğu tanısı alan hastaların medeni durumu ile yaşam kalitesi ölçeği alt boyutları toplam puan ortalamaları incelendiğinde, tiroid fonksiyon bozukluğu tanısı alan hastaların medeni durumu; fiziksel fonksiyonellik, sosyal fonksiyonellik, fiziksel rol, emosyonel rol, mental sağlık, canlılık, ağrı ve genel sağlık puan ortalamasını etkilememektedir.

**Tablo 8. Hastaların Sf-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Grup Puan Ortalamalarının Eğitim Düzeyine Göre Dağılımı (N=150)**

Sf-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Grupları	Eğitim Düzeyi			p <sup>a</sup>
	İlköğretim (n=75) Ort±SS	Lise (n=40) Ort±SS	Üniversite (n=35) Ort±SS	
Fiziksel Fonksiyonellik	60,27 19,38	66,38 21,87	72,14 20,41	<b>0.016</b>
Sosyal Fonksiyonellik	65,33 25,05	66,88 18,25	67,86 19,95	0.844
Fiziksel Rol	46,67 39,92	56,88 42,74	49,29 44,34	0.457
Emosyonel Rol	38,67 40,75	37,50 43,49	38,57 42,16	0.989
Mental Sağlık	57,07 17,11	56,07 16,18	54,29 14,23	0.695
Canlılık	46,53 21,92	51,25 17,42	45,29 17,86	0.365
Ağrı	63,30 26,68	66,88 21,04	69,36 20,31	0.435
Genel Sağlık	48,39 16,34	54,13 14,18	48,43 15,33	0.141

<sup>a</sup> Anova testi, **Not:** Ort; ortalamayı, SS ise standart sapmayı ifade etmektedir.

Tablo 8'e göre; çalışmaya katılan hastaların eğitimi düzeyine göre yaşam kalitesi ölçeği alt boyutları toplam puan ortalamaları incelendiğinde, tiroid fonksiyon bozukluğu tanısı alan hastaların eğitim düzeyi; sosyal fonksiyonellik, fiziksel rol, emosyonel rol, mental sağlık, canlılık, ağrı ve genel sağlık puan ortalamasını etkilememektedir. Hastaların eğitimi düzeyi, tiroid fonksiyon bozukluğu tanısı olan bireylerin fiziksel fonksiyonellik puan ortalamasını etkilediği ve bu durumun da anlamlı olduğu saptanmıştır ( $F=4,275$ ,  $p=0,016$ ; Tablo 8). Ayrıca bu anlamlı farkın hangi gruplar arasında olduğunu belirlemek için yapılan Scheffe post hoc testleri sonucunda; üniversite mezunu tiroid fonksiyon bozukluğu tanısı olan bireylerin fiziksel fonksiyonellik puan ortalamasının (Ort±SS: 72,14±20,41), ilköğretim mezunu tiroid fonksiyon bozukluğu tanısı olan bireylerin fiziksel fonksiyonellik puan ortalamasından (Ort±SS: 60,27±19,38) daha fazla olduğu ve bu durumun da anlamlı olduğu saptanmıştır ( $p=0,019$ ).

**Tablo 9. Hastaların Sf-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Grup Puan Ortalamalarının Mesleğe Göre Dağılımı (N=150)**

Sf-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Grupları	Meslek								p <sup>a</sup>
	Çalışıyor (n=46)		Öğrenci (n=9)		Çalışmıyor (n=87)		Emekli (n=8)		
	Med;	ÇAG	Med;	ÇAG	Med;	ÇAG	Med;	ÇAG	
Fiziksel Fonksiyonellik	70,00	20,00	90,00	30,00	60,00	30,00	70,00	23,75	<b>0.002</b>
Sosyal Fonksiyonellik	68,75	25,00	75,00	6,25	75,00	37,50	87,50	40,63	0.119
Fiziksel Rol	75,00	100,0	100,0	100,0	25,00	100,0	75,00	62,50	0.372
Emosyonel Rol	50,00	62,50	50,00	100,0	35,00	50,00	25,00	100,0	0.699
Mental Sağlık	56,00	17,00	56,00	24,00	56,00	20,00	68,00	35,00	0.484
Canlılık	45,00	21,25	60,00	25,00	50,00	30,00	50,00	20,00	0.495
Ağrı	67,50	25,00	57,50	40,00	60,00	42,50	83,75	56,23	0.570
Genel Sağlık	45,00	15,00	70,00	20,00	50,00	30,00	60,00	8,75	<b>0.007</b>

<sup>a</sup> Kruskal Wallis H testi, **Not:** Med; medyanı, ÇAG ise çeyreklikler arası genişliği ifade etmektedir.

Tablo 9'a göre; hastaların meslekleri ile yaşam kalitesi ölçeği alt boyutları toplam puan ortalamaları incelendiğinde, tiroid fonksiyon bozukluğu tanısı alan hastaların meslekleri; sosyal fonksiyonellik, fiziksel rol, emosyonel rol, mental sağlık, canlılık ve ağrı etkilememektedir. Bununla birlikte tiroid fonksiyon bozukluğu tanısı olan bireylerin mesleklerinin, fiziksel fonksiyonellik puan ortalamasını etkilediği ve bu durumun da anlamlı olduğu saptanmıştır ( $X^2=15,017$ ,  $p=0,002$ ; Tablo 9). Hangi gruplar arasında farklılığın olduğunu belirlemek için yapılan Dunn-Bonferroni post hoc testleri sonucunda; öğrenci olupta tiroid fonksiyon bozukluğu tanısı alan hastaların fiziksel fonksiyonellik puan ortalaması (Medyan: 90,00), çalışmayan hastaların fiziksel fonksiyonellik puan ortalamasından (Medyan: 60,00) daha fazla olduğu ve bu durumun da anlamlı olduğu belirlenmiştir ( $p=0,021$ ). Çalışıyor olan hastaların fiziksel fonksiyonellik puan ortalamasının (Medyan:70,00), çalışmayan hastaların fiziksel fonksiyonellik puan ortalamasından (Medyan: 60,00) daha fazla olduğu ve bu durumun da anlamlı olduğu saptanmıştır ( $p=0,018$ ). Tiroid fonksiyon bozukluğu tanısı olan bireylerin mesleklerinin, hastaların genel sağlık puan ortalamasını etkilediği ve bu durumun da anlamlı olduğu saptanmıştır ( $X^2=11,978$ ,  $p=0,007$ ; Tablo 9). Ayrıca bu anlamlı farkın hangi gruplar arasında olduğunu belirlemek için yapılan Dunn-Bonferroni post hoc testleri sonucunda; öğrenci olupta tiroid fonksiyon bozukluğu tanısı alan hastaların genel sağlıkpuan ortalamasının (Medyan: 70,00), çalışıyor olan hastaların genel sağlıkpuan ortalamasından (Medyan: 45,00) daha fazla olduğu ve bu durumun da anlamlı olduğu saptanmıştır ( $p=0,027$ ).

**Tablo 10. Hastaların Sf-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Grup Puan Ortalamalarının Tıbbi Tanıya Göre Dağılımı (N=146)**

Sf-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Grupları	Hipertiroidi (n=77)		Hipotiroidi (n=69)		p <sup>a</sup>
	Ort	±SS	Ort	±SS	
Fiziksel Fonksiyonellik	65,06	21,45	64,20	20,30	0.804
Sosyal Fonksiyonellik	67,37	23,83	65,22	20,10	0.559
Fiziksel Rol	55,19	41,03	45,65	41,56	0.165
Emosyonel Rol	44,16	42,90	32,61	39,14	0.093
Mental Sağlık	58,03	17,08	54,09	15,16	0.145
Canlılık	47,79	21,34	46,81	17,99	0.766
Ağrı	66,30	25,84	64,57	20,95	0.659
Genel Sağlık	51,83	16,48	48,33	14,54	0.178

<sup>a</sup> Student's T testi, **Not:** Ort; ortalamayı, SS ise standart sapmayı ifade etmektedir.

Tablo 10'a göre; tiroid fonksiyon bozukluğu tanısı olan bireylerin tıbbi tanıları ile yaşam kalitesi ölçeği alt boyutları toplam puan ortalamaları incelendiğinde, tiroid fonksiyon bozukluğu tanısı alan hastaların tıbbi tanıları; fiziksel fonksiyonellik, sosyal fonksiyonellik, fiziksel rol, emosyonel rol, mental sağlık, canlılık, ağrı ve genel sağlık puan ortalamasını etkilememektedir.

**Tablo 11. Hastaların Sf-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Grup Puan Ortalamalarının Tıbbi Tanı Süresine Göre Dağılımı (N=150)**

Sf-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Grupları	Tıbbi Tanı Süresi								p <sup>a</sup>
	6 ay-1 yıl (n=46)		2-5 yıl (n=45)		6-10 yıl (n=35)		10 yıl üzeri (n=24)		
	Ort	±SS	Ort	±SS	Ort	±SS	Ort	±SS	
Fiziksel Fonksiyonellik	64,35	22,40	66,00	19,90	66,29	22,01	60,42	17,50	0.706
Sosyal Fonksiyonellik	66,58	26,09	65,83	18,73	67,14	18,71	65,63	25,60	0.992
Fiziksel Rol	51,09	41,15	53,33	39,74	50,00	43,30	41,67	45,25	0.738
Emosyonel Rol	39,13	42,05	38,89	41,13	38,57	42,16	35,42	42,93	0.986
Mental Sağlık	56,96	16,61	56,71	15,94	54,06	14,17	57,67	18,98	0.817
Canlılık	48,37	20,68	47,11	16,43	46,14	19,33	48,54	25,60	0.955
Ağrı	66,36	24,28	65,56	24,31	68,43	18,32	60,52	29,54	0.658
Genel Sağlık	50,57	17,07	52,29	15,88	49,29	13,18	45,21	15,64	0.345

<sup>a</sup> Anova testi, **Not:** Ort; ortalamayı, SS ise standart sapmayı ifade etmektedir.

Tablo 11'e göre; çalışmaya katılan hastaların tıbbi tanı alma süreleri ile yaşam kalitesi ölçeği alt boyutları toplam puan ortalamaları incelendiğinde, tiroid fonksiyon bozukluğu tanısı alan hastaların tıbbi tanı süreleri; fiziksel fonksiyonellik, sosyal



fonksiyonellik, fiziksel rol, emosyonel rol, mental sağlık, canlılık, ağrı ve genel sağlık puan ortalamasını etkilememektedir.

**Tablo 12. Hastaların Sf-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Grup Puan Ortalamalarının Tiroidle İlgili İlaç Kullanmalarına Göre Dağılımı (N=150)**

Sf-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Grupları	Tiroidle İlgili İlaç Kullanma		p <sup>a</sup>
	Evet (n=130) Medyan;ÇAG	Hayır (n=20) Medyan;ÇAG	
Fiziksel Fonksiyonellik	65,00 30,00	70,00 27,50	0.136
Sosyal Fonksiyonellik	75,00 25,00	68,75 34,38	0.805
Fiziksel Rol	50,00 100,0	75,00 75,00	0.159
Emosyonel Rol	33,00 50,00	67,00 50,00	<b>0.001</b>
Mental Sağlık	56,00 21,00	68,00 15,00	<b>0.000</b>
Canlılık	45,00 30,00	55,00 23,75	<b>0.037</b>
Ağrı	65,00 42,50	73,75 29,38	0.426
Genel Sağlık	50,00 20,00	55,00 23,75	0.206

<sup>a</sup> Mann-Whitney U testi, **Not:** ÇAG; çeyreklikler arası genişliği ifade etmektedir.

Tablo 12'ye göre; hastaların ilaç kullanma durumu ile yaşam kalitesi ölçeği alt boyutları toplam puan ortalamaları incelendiğinde, tiroid fonksiyon bozukluğu tanısı alan hastaların ilaç kullanma durumu; hastaların fiziksel fonksiyonellik, sosyal fonksiyonellik, fiziksel rol, ağrı ve genel sağlık puan ortalamasını etkilememektedir. Bununla birlikte ilaç kullanmayan tiroid fonksiyon bozukluğu tanısı alan hastaların emosyonel rol (Medyan: 67,00), mental sağlık (Medyan: 68,00) ve canlılık puan ortalamasının (Medyan: 55,00), ilaç kullanan hastaların emosyonel rol (Medyan: 33,00), mental sağlık (Medyan: 56,00) ve canlılık puan ortalamasından (Medyan: 45,00) daha fazla olduğu ve bu durumun da anlamlı olduğu saptanmıştır (sırasıyla;  $z=-3,293$ ,  $p=0,001$ ;  $z=-3,616$ ,  $p<0,001$ ;  $z=-2,083$ ,  $p=0,037$ ; Tablo 12). Tiroid fonksiyon bozukluğu tanısı alan hastaların ilaç kullanma durumu, emosyonel rol puan ortalamasını, mental sağlık puan ortalamasını ve canlılık puan ortalamasını etkilemektedir.

**Tablo 13. Hastaların Sf-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Grup Puan Ortalamalarının Tiroidle İlgili Semptom Sayısına Göre Dağılımı (N=150)**

Sf-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Grupları	Tiroidle İlgili Semptom Sayısı		p <sup>a</sup>
	0-10 semptom arası (n=71) Ort±SS	11 ve üzeri semptom (n=79) Ort±SS	
Fiziksel Fonksiyonellik	68,16 18,64	60,77 22,36	<b>0.029</b>
Sosyal Fonksiyonellik	64,26 22,19	68,20 22,09	0.279
Fiziksel Rol	49,65 41,08	50,32 42,46	0.922
Emosyonel Rol	39,44 41,33	37,34 41,96	0.759
Mental Sağlık	56,79 16,91	55,90 15,57	0.738
Canlılık	46,69 20,60	48,23 19,37	0.638
Ağrı	62,08 24,32	68,89 23,15	0.081
Genel Sağlık	48,03 13,85	51,63 17,04	0.160

<sup>a</sup>Student's T testi, **Not:** Ort; ortalamayı, SS ise standart sapmayı ifade etmektedir.

Tablo 13'e göre; tiroid fonksiyon bozukluğu tanısı alan hastaların ortaya çıkan semptom sayıları ile yaşam kalitesi ölçeği alt boyutları toplam puan ortalamaları incelendiğinde, hastalarda ortaya çıkan semptom sayıları; tiroid fonksiyon bozukluğu tanısı olan bireylerin sosyal fonksiyonellik, fiziksel rol, emosyonel rol, mental sağlık, canlılık, ağrı ve genel sağlık puan ortalamasını etkilememektedir (Tablo 13). Bununla birlikte tiroid fonksiyon bozukluğu tanısı alan hastalardan 10 ve altı semptomu olanların fiziksel fonksiyonellik puan ortalamasının (Ort±SS: 68,16±18,64), 11 ve üzeri semptomu olanların fiziksel fonksiyonellik puan ortalamasından (Ort±SS: 60,77±22,36) daha fazla olduğu ve bu durumun da anlamlı olduğu saptanmıştır ( $t=-2,206$ ,  $p=0,029$ ; Tablo 13). Tiroid fonksiyon bozukluğu tanısı alan hastaların ortaya çıkan semptom sayıları, fiziksel fonksiyonellik puan ortalamasını etkilemektedir.

## 5. TARTIŞMA

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nin Endokrinoloji ve Metabolizma Hastalıkları polikliniğinde tedavi gören tiroid fonksiyon bozukluğu tanısı alan hastaların yaşam kalite düzeylerinin incelendiği çalışmada hastaların yaşam kalite düzeyleri ve bireylerin bireysel ve hastalıkla ilgili özelliklerinin dağılımına ilişkin elde edilen bulgular literatür eşliğinde tartışılmıştır.

Bireylerin bireysel ve hastalıkla ilgili özelliklerinin dağılımı incelendiğinde, hastaların çoğunluğunun (%85,3) kadın olduğu, %14,7'sinin erkek olduğu, %30'unun 30-39 yaş aralığında, %6'sının ise 60 yaş ve üzeri aralığında olduğu tespit edilmiştir (Tablo2).

Çalışmada yer alan hastaların çoğunluğunun (%78) evli olduğu, %50'sinin ilköğretim mezunu olduğu, %58'nin herhangi bir işte çalışmıyor olduğu belirlenmiştir. Çalışmaya katılan hastaların %51,3'ü hipertiroidi, %46'sı hipotiroidi ve %2,7'si ötiroidi tanısı aldığı saptanmıştır. Tiroid fonksiyon bozukluğu tanısı alan hastaların %30,7'sinin 6 ay-1 yıldır, %16'sının ise 10 yıldan daha fazla süredir tiroid hastası olduğu görülmüştür. Hastaların tiroid fonksiyon bozukluğu tanısını öğrenme zamanlarının ise %37,3'lük bir oranla genel kontrol esnasında olduğu belirlenmiştir (Tablo 2). Yapılan geniş kapsamlı bir çalışmada tiroid fonksiyon bozukluğu belirtilerinin farkındalık düzeylerinin %11 olduğunu ve bu durumun göz ardı edildiğini belirlenmiştir (Madariaga ve ark., 2014). Bu çalışmada tiroid fonksiyon bozukluğu olan hastaların hastalıklarını öğrenme zamanlarının genel kontrol esnasında olması bireylerin hastalıkları hakkında farkındalık düzeylerinin düşük olduğunun bir göstergesidir.

Bireylerin bireysel ve hastalıkla ilgili özelliklerinin dağılımı incelendiğinde, hastalarda oluşabilecek sıcağa veya soğuğa tahammülsüzlük, konstipasyon, saç dökülmesi, deri sorunları, çabuk yorulma, hareketlerde yavaşlama, kilo alımı, zayıflama, kas güçsüzlüğü, terlemede artış, ses kısıklığı, kas ağrısı, çarpıntı, sinirlilik, konsantrasyon eksikliği, zayıf hafıza ve uyku ile ilgili problemlerin kaç tanesinin bireyi etkilediğine bakılmıştır. Hastaların %40,4'ünde 0-10 arasında semptomu bulunurken, %47,3'ünde 11 ve üzerinde semptomla rastlanmıştır. Literatür incelendiğinde tiroid fonksiyon bozukluklarında meydana gelen semptomların sayısına bağlı çalışmaya rastlanmamıştır.

Çalışmaya katılan hastaların yaşam kalitesi ölçeği alt boyutlarının puan ortalamaları; fiziksel fonksiyonellikte  $64,67 \pm 20,75$ , sosyal fonksiyonellikte  $66,33 \pm 22,15$ , fiziksel rolde  $50,00 \pm 41,67$ , emosyonel rolde  $38,33 \pm 41,54$ , mental sağlıkta  $56,32 \pm 16,17$ , canlılıkta  $47,50 \pm 19,91$ , ağrıda  $65,67 \pm 23,88$  ve genel sağlıkta  $49,93 \pm 15,66$ 'dır. Hastaların yaşam kalitesi alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde; hastaların fiziksel rol, emosyonel rol, mental sağlık ve canlılık puan ortalamalarının düşük olduğu saptanmıştır. Etkilenen alt boyutların bireyleri ruhsal yönden etkilemesi genel sağlıklarını azaltmaktadır (Tablo 4).

Yapılan bir çalışmada hipertansiyonu olan hastaların yaşam kalitesi alt boyutlarından mental sağlık puan ortalaması  $62,68 \pm 17,42$ , KOAH tanısı alan hastaların  $57,98 \pm 16,94$  ve kronik hastalık sayısı 3'ün üzerinde olan hastalarda ise  $60,77 \pm 18,87$  olarak belirlenmiştir (Yuvalının, 2018). Aynı çalışmada kronik hastalık tanısı alan bireylerin yaşam kalitesi alt boyutlarından mental sağlık puan ortalamalarının tiroid fonksiyon bozukluğu tanısı alan hastalardan daha yüksek olduğu saptanmıştır. Tiroid fonksiyon bozukluğu tanısı alan bireylerde; kişiler arası ilişkilerde bozulma, beden imajında istenilmeyen değişiklikler, ağrı ve sinirlilik gibi durumların oluşması bireylerde aile, iş ve okul gibi alanlarda rol kısıtlılıklarının oluşmasına neden olabilir (Bilgin, 2015; Yılmaz, 2014). Hastaların ruhsal durumunun etkilendiği ve bu durumun getirisi olarak yaşam kalitesi alt boyutlarından genel sağlığı etkileyerek yaşam kalitesinde azalmaya neden olduğu saptanmıştır. Çalışmamıza katılan tiroid fonksiyon bozukluğu tanısı alan hastaların alt boyut puan ortalamalarının emosyonel rolde  $38,33 \pm 41,54$ , mental sağlıkta  $56,32 \pm 16,17$  ve canlılıkta  $47,50 \pm 19,91$  olması genel sağlıklarını etkilediğinin göstergesidir.

Çalışmanın sonucuna göre yaşam kalitesi ölçeğinde cinsiyet, eğitim, meslek ve ilaç kullanma durumu incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlılık saptanırken yaş, medeni durum ve tıbbi tanı süresinde istatistiksel olarak anlamlılık saptanmamıştır.

Tiroid fonksiyon bozukluğu tanısı olan hastaların yaşı; tiroid fonksiyon bozukluğu tanısı olan hastaların fiziksel fonksiyonellik, sosyal fonksiyonellik, fiziksel rol, emosyonel rol, mental sağlık, canlılık, ağrı durumu ve genel sağlık puan ortalamasını etkilememektedir (Tablo 5). TSH düzeyindeki artışın yaş ile ilgili bir artış mı yoksa yaşlılarda tanı konulmamış tiroid hastalığının artma oranından mı kaynaklandığı tartışmalıdır (Garber, 2012; Öz Gül, 2018). TSH düzeyinin yaşla doğru orantıda arttığını, hipotiroidi prevalansındaki artıştan kaynaklanmadığını saptanmıştır (Surks ve

ark., 2007; Boucai ve ark., 2009). Yapılan literatür çalışmalarında tiroid fonksiyon bozukluğu tanısı alan hastaların yaşlarının artması durumunda yaşam kalitesinde azalmalar meydana geleceği saptanmıştır (Yılmaz, 2014; Yuvalı, 2018). Bu araştırma sonucuna diğer literatür sonuçları uyumluluk göstermekte ve hastaların yaşları arttıkça yaşam kalitesi alt boyutlarında aldıkları puan ortalamaları azalmaktadır.

Tiroid fonksiyon bozukluğu tanısı olan erkek hastaların fiziksel fonksiyonellik puan ortalaması, kadın hastaların fiziksel fonksiyonellik puan ortalamasından daha fazla olduğu ve bu durumun da anlamlı olduğu saptanmıştır (Tablo 6). Yapılan bir çalışmada cinsiyet faktörünün fiziksel sağlığı etkilediği ve kadınların yaşam kalitesinin erkeklere oranla daha düşük olduğunu belirlenmiştir (Yuvalı (2018). Klaver ve ark. (2013)'nın yaptığı bir çalışmada TSH değerinin baskılanmış olduğu kadınlarda fiziksel fonksiyonelliği etkilediği bildirmişlerdir. Tiroid fonksiyon bozukluğu tanısı alan kadınların erkeklere oranla yaşam kalitesinin daha düşük olduğu literatür çalışmalarıyla desteklenmiştir (Doğan, 2018; Garber, 2012; Işıklar, 2012; Özkan, 2019; Sezer, 2018 ve Soylu, 2018). Yine başka bir çalışmada TSH değeri yüksek olan kadınlarda bilişsel işlevlerden öğrenme veya hafıza, görsel veya görsel yapı oluşturma alanında bozulmaların, tiroid fonksiyon bozukluğu olan erkek hastalara oranla anlamlı olarak daha yüksek olduğu belirtilmiştir (Beydoun ve ark., 2015).

Bu araştırma sonucuna göre tiroid fonksiyon bozukluğu tanısı alan kadın hastaların fiziksel fonksiyonellik puan ortalamasının düşük olmasının sebebi kilo problemi daha çok yaşamaları, bilişsel işlevlerinin daha düşük olması, saç dökülmesi ve ses kısıklığı gibi hastalığa ait semptomları erkeklere oranla daha fazla önemsemeleri yaşam kalitelerini etkiliyor olabilir (Klaver ve ark., 2013; Beydoun ve ark., 2015).

Yapılan literatür araştırmalarında medeni durumun yaşam kalitesini etkilediği saptanmış olsa da (Akın, 2018; Yıldız ve ark, 2016) bu çalışmanın sonucuna göre yaşam kalitesi ölçeğinde, medeni durum yaşam kalitesini etkilemediği belirlenmiştir (Tablo 7). Yapılan başka bir çalışmada medeni durumun mental sağlığı etkilememesi çalışmamız ile uyumluluk gösterirken, fiziksel sağlığı etkilemesi açısından çalışmamız ile uyumluluk göstermemektedir (Yuvalı, 2018). Çalışmaya katılan hastaların büyük bir çoğunluğunun çalışmıyor olması ve eğitim düzeyinin düşük olması dolayısıyla hastaların stresli ortamlardan izole olmaları, ruhsal ya da fiziksel belirtileri algılamamalarının nedeni olabileceği düşünülmektedir.

Tiroid fonksiyon bozukluğu olan hastaların eğitim düzeyi ile fiziksel fonksiyonellik puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ( $p=0,016$ ). Üniversite mezunu olan hastaların fiziksel fonksiyonellik puan ortalaması, ilköğretim mezunu olan hastaların fiziksel fonksiyonellik puan ortalamasından daha fazla olduğu tespit edilmiştir. Fiziksel fonksiyonellik hastaların günlük hayatlarında kas ve eklemlerlerini kullanarak yerine getirdikleri aktivitelerini herhangi bir kısıtlılık olmadan tamamlamaktır. Eğitim seviyesi yüksek olan hastalar tiroid fonksiyon bozukluğu gibi kronik hastalık durumlarında da tedaviye yanıtı pozitif yönde etkilemektedir. Bu bulgu literatür araştırmaları ile uyumluluk göstermektedir (Koruk, 2019; Ocak Serin ve ark, 2016). Literatür çalışmalarıyla uyumlu olarak bu araştırma sonucunda da eğitim düzeyi yüksek olan hastaların farkındalıklarının olması, dolayısıyla tedavi ve takiplerini düzenli yaptırılmaları fiziksel fonksiyonelliklerini olumlu yönde etkilemiş olabilir.

Tiroid fonksiyon bozukluğu tanısı olan hastaların mesleklerinin, fiziksel fonksiyonelliği etkilediği ve bu durumun da anlamlı olduğu saptanmıştır ( $p=0,003$ ). Tiroid fonksiyon bozukluğu tanısı olan ve  ğrenci olan hastaların fiziksel fonksiyonelliği, çalışmayan tiroid fonksiyon bozukluğu tanısı olan hastaların fiziksel fonksiyonellik puan ortalamasından daha fazla olduğu belirlenmiştir.

Araştırma sonucuna göre öğrencilerin fiziksel fonksiyonellik puanlarının daha yüksek olmasının sebebi; hastalığa ait bilgi düzeylerinin daha iyi olması ve tedavilerini erken dönemde başlanılması, fiziksel fonksiyonelliklerini etkilemiş olabilir.

Aynı zamanda tiroid fonksiyon bozukluğu tanısı olan hastaların mesleklerinin, genel sağlığı etkilediği ve bu durumun da istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ( $p=0,008$ ). Çalışmıyor olup da tiroid fonksiyon bozukluğu tanısı olan hastaların genel sağlık puan ortalamaları, çalışan hastaların genel sağlık puan ortalamasından daha fazla olduğu belirlenmiştir. Stres durumunda tiroid hormonlarının dönüşümünü sağlayan Deiodinaz tip II'nin uyarıldığı ve beyin tiroid hormon dengesini etkileyebileceği üzerinde durulmuştur (Baumgartner ve ark., 1998 ve Taşkın, 2010). Yapılan araştırmalarda tiroid fonksiyon bozukluğu tanısı alan hastaların stres durumunda beyinde hormon değişikliklerine neden olduğu saptanmasına rağmen stresin meslek ve yaşam kalitesi üzerine herhangi bir çalışmaya rastlanılmamıştır. Bu çalışmada diğer çalışmalardan farklı olarak çalışan hastaların yaşadıkları stres, sinirlilik, iş yerinde baskı

veya kendine zaman ayıramamalarından dolayı hastaların genel sađlıklarının etkilendiđi ve yařam kalitesinde dűřüşe neden olabileceđi dűřünülmektedir.

Tiroid fonksiyon bozukluğu tanısı olan ve ilaç kullanmayan hastaların emosyonel rol, mental sağlık ve canlılık puan ortalamasının, ilaç kullanan hastaların emosyonel rol, mental sağlık puan ve canlılık puan ortalamasından daha fazla olduğu ve bu durumun da istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (Tablo 12). Depresif semptomların görűldűđü hipotiroidi hastaları üzerinde yapılan bir çalışmada levotiroksin tedavisinden sonra uyku problemlerinin ve depresif semptomların %25 oranında devam ettiği saptanmıştır (Özen ve ark., 2018). Hipotiroidi tedavisi alan hastalar üzerinde yapılan başka bir çalışmada levotiroksinin kemik mineral yoğunluğunu azalttığı ve bireylerde kas iskelet sisteminde ağrı oluşmasına sebep olduğu ve yaşam kalitesinde azalmalara neden olduğu saptanmıştır (Fırıncı ve ark (2018); Kota ve ark., 2012). Hipertiroidi tedavisi alan hastalarda ise kaşıntı, ateşin yükselmesi, boğazda meydana gelen değişiklikler, deride kuruluk ve sarılık gibi yan etkileri görűlebilmektedir. Aynı çalışmada antitiroid ilaçların kullanımının önemi hakkında hastalara mutlaka ön bilgi verilmesi gerektiği üzerinde durulmuştur (Altan, 2017). Yapılan bir araştırmada tiroid fonksiyon bozukluklarında kişiye özel tedavi düzenlemesinin çok önemli belirlenmiştir (Darmowidjojo ve ark., 2018). Tiroid fonksiyon bozukluğu tanısı alan hastalar üzerinde kendi hastalıkları ve tedavileri ile ilgili bilgi düzeylerinin incelendiği bir çalışmada, hastalarda % 72,9 oranında hastalık hakkında yanlış ya da eksik bilgilerinin olduğu ve farkındalık düzeylerinin düşük olduğu belirlenmiştir (Ocak Serin ve ark, 2016). Hastalar ötiroidi durumunda olsalar bile bazı semptomların (depresyon v.b.) devamlılık gösterebileceği belirlenmiştir. Ayrıca yapılan bazı literatür çalışmalarında hastaların ötiroidi olması durumundayken bile kalıntı ruh bozukluğunun uzun süre var olabileceğine ve yaşam kalitesinde azalma şikayetinin devam edebileceğine dikkat çekilmektedir (Fahrenfort ve ark., 2000 ve Visser ve ark., 2015). Yapılan bir araştırmada hipotiroidi tedavisi alan hastaların fiziksel ve sosyal fonksiyonelliklerinin etkilendiği ve bu durumun yaşam kalitesinde azalmaya neden olduğu belirlenmiştir (Okosieme ve ark., (2017).

Emosyonel rol kısıtlılığı hastaların hastalık nedeni ile oluşan semptomların hayatındaki rollerinin getirisi olarak ev ve iş gibi alanlarda işlevselliklerini sürdürememesi olarak tanımlanabilir (Bilgin, 2015; Yılmaz, 2014). Bu çalışmada

hastaların büyük çoğunluğunun ilaç kullanıyor olmasına rağmen emosyonel rolleri, mental sağlıkları ve canlılık durumları etkilenmektedir (Tablo 12).

Tiroid fonksiyon bozukluğu tanısı olan hastaların ortaya çıkan semptom sayıları ile yaşam kalitesi puan ortalamaları arasında anlamlı fark olmadığı bulunmuştur (Tablo 13). Bununla birlikte tiroid fonksiyon bozukluğu tanısı olan hastaların 10 ve altı semptom sayısının fiziksel fonksiyonellik puan ortalaması arasında anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur (Tablo 13). 11 ve üzeri semptom sayısı olan hastaların fiziksel fonksiyonellik puan ortalamalarının diğer gruplara oranla daha düşük olduğu saptanmıştır. Tiroid fonksiyon bozukluğu tanısı alan hastalarının ele alındığı bir çalışmada hastaların üşengeçlik, yorgunluk hissi, kaslarda spazm ve dayanıksızlık, kas-iskelet sisteminde deformite bağlı duygusal duyarlılığın olduğu durumda günlük yaşam aktivitelerinde kısıtlılığa neden olduğu belirlenmiştir (Arıkanoglu ve ark., 2012; Watt ve ark., 2007). Aynı zamanda vücut ağırlığında artış yada azalış, deri sorunları, saç kaybı, soğuk intoleransı, seste kalınlaşma, enerji düzeyinde azlık, ruh hali ve hafızaya ilişkin endişeler hastalarda memnuniyetsizliğe ve yaşam kalitesinde düşüşe neden olduğu belirlenmiştir (Peterson ve ark., 2018). Kişiler arası ilişkilerde en önemli unsurlardan biri olan ses, bazı nedenlerden bozulabilir. Tiroid fonksiyon bozuklukları seste istenilmeyen bazı durumlar meydana getirir. Ses bozuklukları hastaların günlük hayatlarını psikososyal yönden etkileyerek fonksiyonellikte, kişiler arası iletişimde ve yaşam kalitesinde düşüşe neden olmaktadır (Tezcaner, 2015). Yapılan bir çalışmada tiroid fonksiyon bozukluğu tanısı alan hastaların yaşam kalitesi ölçeğinde özellikle fiziksel alanda iyileşme olduğunda emosyonel alanda da pozitif bir ilerleyişin olduğu, anksiyete ve depresyon düzeylerinde düzelme olduğu bulunmuştur (Yuvalı, 2018)

Bu çalışmada tiroid fonksiyon bozukluğu tanısı olan hastaların semptom sayısına bağlı yaşam kalitesi ölçeğinin alt boyutları incelendiğinde sosyal fonksiyonelliği etkilemediği görülmektedir (Tablo 13). Tiroid fonksiyon bozukluğu; dikkat eksikliği, hiperaktivitede, kognitif ve algısal fonksiyonlarda bozulma ile kendini gösterebilmektedir ve bu durum kişilerde eğitim alanında düşüşe, kişiler arası ilişkilerde azalmaya, ruhsal sorunlara ve odaklanma problemlerine neden olabilmektedir (Kara ve ark., 2018). Yapılan bir çalışmada hipotiroidi tanısı alan hastaların belirli bir süre dikkatini verebilme konusunda düşük bir performansa sahip oldukları belirlenmiştir (Fernandes ve ark., 2011).



Hipotiroidi tanısı alan hastalarda depresif belirtilere sık rastlanmaktadır (Özen ve ark., 2018). Depresif belirtilerin görüldüğü hastalarda yaklaşık %18 oranında karar vermede güçlük, %22 oranında uyku problemleri, %23 oranında yorgunluk saptanmıştır (Özen ve ark., 2018). Yapılan başka bir çalışmada subklinik hipotiroidide depresyon görülme oranı yaklaşık %40,92, mutsuzluk %44, yorgunluk %62 olarak bulunmuştur (Chittawar ve ark., 2019).

Tiroid hormonunun aşırı miktarda hormon salgılaması sonucunda uykusuzluk % 80, anksiyete % 62 ve psikomotor ajitasyon % 50 olarak belirlenmiştir (Chattopadhyay ve ark., 2012). Aynı zamanda nöroendokrin etkide görev alan stresin tiroid fonksiyon bozukluklarında etkisi olduğu belirtilmiştir (Zhang ve ark., 2018). 2014'te yapılan bir çalışmada tiroid fonksiyon bozukluklarından hipotiroidi tanısı alan hastaların fiziksel ağrı, duygusal problemler, bellekte azalma, anksiyete, depresyon ve sosyal fonksiyonellikte azalma gibi problemler yaşadıkları saptanmış ve hastaların genel sağlık puanlarında azalmaya ve rol kısıtlılığı oluşmasına neden olarak yaşam kalitesini düşürdüğü belirlenmiştir (Yılmaz, 2014).

Çalışmamızın sonucuna göre, çoklu semptomlardan karar vermede güçlük, sinirlilik, uyku problemleri, yorgunluk ve mutsuzluk, hastaların yaşam kalitesini etkileyen unsurlar arasında yer alabileceği ve bu durumun diğer çalışmalarla desteklendiği belirlenmiştir.

## 6- SONUÇ ve ÖNERİLER

Tiroid fonksiyon bozukluğu olan hastaların yaşam kalitesinin düzeyinin değerlendirilmesi amacıyla yapılan bu çalışmada aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir.

- Çalışmaya katılan hastaların %85,3' ü kadın, %14,7' si erkektir. Hastaların %30'u 30-39 yaş aralığında olduğu ve çoğunun evli (%78) olduğu görülmüştür. Eğitim durumuna bakıldığında yarısının (%50) ilköğretim mezunu olduğu, %23,3'ünün ise üniversite mezunu olduğu, yarısından daha fazlasının herhangi bir işte çalışmıyor olduğu (%58),

- Tiroid fonksiyon bozukluğu tanısı alan hastaların yarısından fazlasının hipertiroidi (%51,3), %46'sının hipotiroidi hastası olduğu,

- Hastaların %30,7'sinin 6 ay-1 yıldır, %16'sının ise 10 yıldan daha fazla süredir tiroid hastası olduğu, %86,7' sinin ilaç kullandığı, %13,3'ünün ise ilaç kullanmadığı,

- Çalışmaya katılan hastaların %37,3'ünün hastalığını genel kontrol esnasında öğrendiği, %11,3'ünün hastalığını gebelik esnasında öğrendiği, %10,6'sının hastaneye kilo alma, %8'inin saç dökülmesi, %7,3'ünün sinirlilik hali, %6'sının ise halsizlik şikâyeti ile hastaneye başvurduğu,

- Tiroid fonksiyon bozukluğu tanısı alan hastaların hastalıkla ilgili semptomlarının dağılımı incelendiğinde; hipertoridi tanısı olan hastaların %75,3'ünde, hipotiroidi tanısı olan hastaların ise %81,2'sinde sıcağa veya soğuğa tahammülsüzlük semptomu olduğu, hipertoridi tanısı olan hastaların %39'unda, hipotiroidi tanısı olan hastaların ise %56,5'inde konstipasyon semptomu olduğu,

- Hipertoridi tanısı olan hastaların %63,6'sında, hipotiroidi tanısı olan hastaların ise %82,6'sında saç dökülmesi semptomu olduğu, hipertoridi tanısı olan hastaların %40,3'ünde, hipotiroidi tanısı olan hastaların ise %55,1'inde deri sorunları semptomu olduğu,

- Yapılan bu çalışmada hipertoridi tanısı olan hastaların %66,2'sinde, hipotiroidi tanısı olan hastaların ise %76,8'inde çabuk yorulma semptomu olduğu, hipertoridi tanısı olan hastaların %46,8'inde, hipotiroidi tanısı olan hastaların ise %63,8'inde hareketlerde yavaşlama semptomu olduğu,

• Hipertoridi tanısı olan hastaların %28,6'sında, hipotiroidi tanısı olan hastaların ise %68,1'inde kilo alımı semptomu olduğu, hipertoridi tanısı olan hastaların %37,7'sinde, hipotiroidi tanısı olan hastaların ise %14,5'inde zayıflama semptomu olduğu,

• Çalışmamızda hipertoridi tanısı olan hastaların %49,4'ünde, hipotiroidi tanısı olan hastaların ise %65,2'sinde kas güçsüzlüğü semptomu olduğu, hipertoridi tanısı olan hastaların %59,7'sinde, hipotiroidi tanısı olan hastaların ise %72,5'inde terlemede artış semptomu olduğu,

• Hipertoridi tanısı olan hastaların %35,1'inde, hipotiroidi tanısı olan hastaların ise %26,1'inde ses kısıklığı semptomu olduğu, hipertoridi tanısı olan hastaların %50,6'sında, hipotiroidi tanısı olan hastaların ise %78,3'ünde kas ağrısı semptomu olduğu,

• Yapılan bu çalışmada hipertoridi tanısı olan hastaların %62,3'ünde, hipotiroidi tanısı olan hastaların ise %68,1'inde çarpıntı semptomu olduğu, hipertoridi tanısı olan hastaların %77,9'unda, hipotiroidi tanısı olan hastaların ise %84,1'inde sinirlilik semptomu olduğu

• Hipertoridi tanısı olan hastaların %58,4'ünde, hipotiroidi tanısı olan hastaların ise %63,8'inde konsantrasyon eksikliği semptomu olduğu, hipertoridi tanısı olan hastaların %71,4'ünde, hipotiroidi tanısı olan hastaların ise %62,3'ünde zayıf hafıza semptomu olduğu ve hipertoridi tanısı olan hastaların %58,4'ünde, hipotiroidi tanısı olan hastaların ise %66,7'sinde uyku problemleri semptomu olduğu,

• Tiroid fonksiyon bozukluğu tanısı olan bireylerin %47,3'ünde 0-10 semptom arası semptom varken %52,7'sinde 11 ve üzeri semptom olduğu,

• Hastaların yaş, medeni durum, tıbbi tanı ve tıbbi tanı süresi SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği alt boyutlarına göre incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı,

• Çalışmaya katılan hastaların cinsiyetin yaşam kalitesi ölçeği alt boyutları puan ortalamalarına bakıldığında fiziksel fonksiyonellik puan ortalamasının erkeklere oranla kadınlarda daha düşük olduğu ve durumun anlamlı olduğu,

• Eğitim durumu yaşam kalitesi ölçeği alt boyutları puan ortalamalarına bakıldığında üniversite mezunu tiroid fonksiyon bozukluğu tanısı olan bireylerin

fiziksel fonksiyonellik puan ortalamasının, ilköğretim mezunu tiroid fonksiyon bozukluğu tanısı olan bireylerin fiziksel fonksiyonellik puan ortalamasından daha yüksek olduğu ve bu durumun anlamlı olduğu,

- Tiroid fonksiyon bozukluğu tanısı olan bireylerin meslekleri ile yaşam kalitesi ölçeği alt boyutları toplam puan ortalamalarına bakıldığında öğrencilerin fiziksel fonksiyonellik puan ortalaması ile çalışan bireyleri fiziksel fonksiyonellik puan ortalaması çalışmayan bireylerin fiziksel fonksiyonellik puan ortalamasından daha fazla olduğu,

- Tiroid fonksiyon bozukluğu tanısı olan bireylerin meslekleri ile yaşam kalitesi ölçeği alt boyutları toplam puan ortalamalarına bakıldığında ortaya çıkan diğer bir sonuç ise öğrenci olup da tiroid fonksiyon bozukluğu tanısı olan bireylerin genel sağlık puan ortalamasının, çalışıyor olan tiroid fonksiyon bozukluğu tanısı olan bireylerin genel sağlık puan ortalamasından daha fazla olduğu da ve bu durumun anlamlı olduğu,

- Çalışmaya katılan hastaların ilaç kullanma durumları yaşam kalitesi ölçeği alt boyutlarına bakıldığında ilaç kullanmayan tiroid fonksiyon bozukluğu tanısı olan bireylerin emosyonel rol, mental sağlık ve canlılık puan ortalamalarının, ilaç kullanan tiroid fonksiyon bozukluğu tanısı olan bireylerin emosyonel rol, mental sağlık ve canlılık puan ortalamasından daha fazla olduğu,

- Tiroid fonksiyon bozukluğu tanısı alan hastalarda ortaya çıkan semptom sayıları ile yaşam kalitesi alt boyutları toplam puan ortalamalarına bakıldığında 10 ve altı semptomu olanların fiziksel fonksiyonellik puan ortalaması, 11 ve üzeri semptomu olanların fiziksel fonksiyonellik puan ortalamasından daha fazla olduğu ve bu durumun da anlamlı olduğu saptanmıştır.

Araştırmada elde edilen sonuçlar doğrultusunda;

- Tiroid fonksiyon bozukluğu olan kadınların, eğitim düzeyi düşük olanların ve ilaç kullanımı düzensiz olanların yaşam kalitesi açısından risk grubu olarak değerlendirilmeleri,
- Risk gruplarında özellikle fiziksel ve mental sağlık boyutlarında günlük yaşam faaliyetlerinin düzenlenmesi konusunda bakım gereksinimlerinin belirlenmesi,

- Hastaların eğitim düzeyi, meslekleri ve ilaç kullanma durumları yaşam kalitesini etkilediği için günlük yaşam aktivitelerinde; özellikle mental sağlık ve fiziksel fonksiyonelliği arttırmaya yönelik aktivitelerin göz önünde bulundurulması,
- Tiroid fonksiyon bozukluğu tanısı alan bireylerin fiziksel fonksiyonellik ve emosyonel rol başta olmak üzere tüm alanlarda yaşam kalite düzeylerinin hemşireler tarafından izlenmesi ve uygun programların oluşturulması,
- Hastalarda oluşabilecek semptomların çokluğunda bireylerin fiziksel fonksiyonellikleri başta olmak üzere yaşam kalitesini etkileyen unsurlar belirlenerek bireye özgü bakım planlanması önerilir.

## 7. KAYNAKLAR

- ABU-HELALAH M, ALSHRAİDEH HA, AL-SARAYREH SA, HASSAN AL SHAWABKEH A, NESHEİWAT A, YOUNES N, AL-HADER A. A cross sectional study to assess the prevalence of adult thyroid dysfunction disorders in Jordan. *Thyroid. Der* 2019; 31146635.
- AĞIRGÖL Ş, BAŞ Y, AZAKLI H. N, GEYİK N, KARAOĞLU A, DERVİŞ E, CAN G. Alopesi Areatada Klinik Özellikler ve Tiroid Otoimmünitesi Sıklığı. *Türkiye Klinikleri J Dermatol*, 2013; 23 (1).
- ALKAN AÇ. Tiroid Disfonksiyonu Olan Hastalarda Tedavi Öncesi Ve Sonrası Kan İrisin Düzeylerinin Araştırılması. Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi, Elazığ, 2015.
- ALKAÇ Ç, AKBAŞ F, ALKAÇ B, ATMACA H. U. Obezitede Tiroid Fonksiyonları. İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, İstanbul, Türkiye. *JAREM*, 2014; 2: 74: 6.
- AKIN G. Sağlıklı Ve Kaliteli Yaşamda Sürdürülebilir Dünya Görüşü. *Hitit Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 2018;11: 2.
- ALTAN V. İyot İçeren Kontrast Madde Alımı İle Hipertiroidizm Ve Hipotiroidizm İlişkisi. Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ankara Numune Eğitim Ve Araştırma Hastanesi İç Hastalıkları Kliniği Uzmanlık Tezi, Ankara, 2017.
- ANDERSSON M, KARUMBUNATHAN V, ZİMMERMANN MB. Global Iodine Status in 2011 and Trends over the Past Decade. *The Journal of Nutrition*, 2012 Apr;142 (4): 744-50.
- ARICI H, AKAĞAÇ E.A, ÖZDEMİR A. V. Tiroid Fonksiyon Bozukluğunun Serum Sistatin C ve Kreatinin Düzeylerine Etkileri. *Türk Klinik Biyokimya Derg.*, 2017; 15 (3): 99-106.
- ARIKANOĞLU A, ALTUN Y, UZAR E, ACAR A, CEVİK MU, DEMİRCAN F, İNAL A, TAŞDEMİR N. Klinik ve Subklinik Hipotiroidili Hastalarda Median ve Ulnar Sinirin Elektrofizyolojik İncelemeleri: Olgu Kontrol Çalışması. *Nöropsikiyatri Arşivi*; 2012: 49: 304-7.
- ATASAYAR S. Tiroidektomi Ameliyatı Sonrası Hastaların Yaşadıkları Sorunların Belirlenmesi. Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Ankara, Ağustos 2016.
- AYDIN A, GÜRSOY A. Yoğun Bakımda Bir Ses: “Burdayım.”. *G.O.P. Taksim E.A.H. Jaren*, 2017; 3(2):97-100.
- AYDINER BOYLU A, PAÇACIOĞLU B. Yaşam Kalitesi Ve Göstergeleri. *Akademik Araştırmalar ve Çalışmalar Dergisi*, 2016; 8: 15;137150.

- BARDAK DİRİKLİ N. Hipertiroidili Ve Hipotiroidili Kadınlarda Metabolik Sendrom Belirteçleri Üzerine Tıbbi Beslenme Tedavisinin Etkilerinin Değerlendirilmesi. Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Doktora Tezi Ankara; 2015.
- BAŞOL O. OECD Ülkelerinde Yaşam Tatmini Üzerine Bir Değerlendirme. "İş, Güç" *Endüstri İlişkileri ve İnsan Kaynakları Dergisi*, 2018; 20:3: 67-86.
- BAUMGARTNER A, HİEDRA L, PINNA G, ERAVCİ M, PRENGEL H, MEINHOLD H. Rat brain type II 5'-iodothyronine deiodinase activity is extremely sensitive to stress. *J Neurochem*, 1998; 71: 817-826.
- BAVARSAD K, HOSSEİNİ M, HADJZADEH MAR, SAHEBKAR A. The Effects Of Thyroid Hormones On Memory Impairment And Alzheimer's Disease. *Iran. J Cell Physiol.*, 2019;1-8.
- BEYDOUN MA, BEYDOUN HA, KİTNER-TRİOLO MH, KAUFMAN JS, EVANS MK , ZONDERMAN AB. Tiroid hormonları bilişsel işlevlerle ilişkilidir: cinsiyet, ırk ve depresif belirtilere göre ölçülme. *J Clin Endocrinol Metab*. 2013; 98 : 3470-3481.
- BEYDOUN MA, BEYDOUN HA, ROSTANT OS, DORE GA, FANELLİ-KUCZMARSKİ MT, EVANS MK, ZONDERMAN AB. Thyroid Hormones Are Associated With Longitudinal Cognitive Change in an Urban Adult Population. *Neurobiology of Aging*; 2015 Nov;36 (11): 3056-3066.
- BİLGİN TH. Erişkin Dikkat Eksikliği Ve Hiperaktivite Bozukluğu Hastalarında Emosyonel Disregülasyon Ve İmpulsivite İlişkisi. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı Ve Hastalıkları Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi, İzmir, 2015.
- BOUCAİ L, SURKS Mİ. Kentsel ayakta tedavi gören tıbbi uygulamada serum TSH ve serbest T4'ün referans limitleri ırk ve yaştan önemli ölçüde etkilenir. *Clin Endocrinol (Oxf)*, 2009; 70: 788-793.
- BRENT GA. Mechanisms of thyroid hormone action. *J Clin Invest*, 2012; 122(9): 3035-3043.
- BRANDT F, THVİLUM M, ALMİND D, CHRİSTENSEN K, GREEN A, HEGEDU LAND, BRİX TH. Hyperthyroidism and psychiatric morbidity: evidence from a Danish nationwide register study. *European Journal of Endocrinology*, 2014; 170, 341-348.
- CEVALLOS ÖL, BEREGUÍAİM MAG, CARLOS MAB. Health Problems Accompanying Hypothyroidism in Patients in Ecuador. *Turk J Endocrinol Metab*, 2017; 21: 104-107.
- CHAKERA AJ, PEARCE SH, VAİDYA B. (2012) Treatment for primary hypothyroidism: current approaches and future possibilities. *Drug Des Devel Ther*, 2012; 6: 1-11.

- CHAKRABARTI S. Thyroid Functions and Bipolar Affective Disorder. *SAGE-Hindawi Access to Research Journal of Thyroid Research*, 2011; 306367.
- CHATTOPADHYAY C, CHAKRABARTI N, GHOSH S. An Assessment Of Psychiatric Disturbances in Graves Disease in A Medical College in Eastern India. *Nigerian Journal Of Clinical Practice*, 2012 Jul-Sep;15(3): 276-9.
- CHİTTAWAR S, NAQDEOTE A, NAIR A, KAWRE KK, DUTTA D. Spectrum of Clinical Symptomatology and its Resolution Following Levothyroxine Supplementation in Primary and Subclinical Hypothyroidism: An Indian Perspective. *Thyroid Research and Practice*; Vol 15; Issue 1; January-April 2018; 15: 29- 33.
- COCEANNI M. Heart diseases in patients with thyroid dysfunction. Hyperthyroidism, hyperthyroidism and beyond. *Anadolu Kardiyoloji Dergisi*, 2013; 13: 62- 6.
- COOPER DS, BİONDİ B. Subclinical thyroid disease. *The Lancet* 2012; 379 (9821): 1142-54.
- COŞAN B. Dünyada Ve Türkiye’de Sosyoekonomik Bir Problem Olarak Tek Ebeveynli Aile Olgusunun Çok Boyutlu Değerlendirilmesi. *Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi*, 2018; 2148-9424.
- CRAMON P, BONNEMA SJ, BJORNER JB, EKHOLM O, FELDTRASMUSSEN U, FREN DL DM, GROENVOLD M, HEGEDUS L, RASMUSSEN AK, WATT T. Quality of life in patients with benign nontoxic goiter: impact of disease and treatment response, and comparison with the general population. *Thyroid* 25: 284–291; 2015.
- CREMASCHIA L, KARDELLA M, JOHANSSON V, ISGRENA A, SELLGREND C. M, ALTAMURAB A. C, HULTMAN C. M, LANDÉNA M. Prevalences of autoimmune diseases in schizophrenia, bipolar I and II disorder, and controls. *Psychiatry Research*, 2017; 258; 9–14.
- ÇAKMAK A. Ankara’da Yaşayan 19-65 Yaş Arası Çölyak Hastalarının Beslenme Durumlarının Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2013.
- ÇAVDAR İ, ÖZHANLI Y. (2017) Özel Durumlarda Cerrahi Hastasının Bakımında Güncel Yaklaşımlar Tiroid Cerrahisinde Bakımı. Uluslararası 10. Ulusal Türk Ameliyathane ve Cerrahi Hemşireliği Kongresi. 2-5 Kasım 2017.
- ÇELİK A. Hashimoto Tiroidli Hastalarda Serum D Vitamini Düzeyi Ve Levotiroksin Tedavisi Sonrası D Vitamini Düzeyi Değişikliğinin Değerlendirilmesi. Gaziantep Üniversitesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi, Gaziantep, 2013.



- ÇELİKÇEKEN AD. Tiroid Hormon Profili Ve Kognitif Fonksiyonlar Arasındaki İlişki Yüksek Lisans. Balıkesir Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tıbbi Biyokimya Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi; Balıkesir, 2018.
- ÇİĞ R, KRAL K, OKOSİEME OE, PEARCE SH, DONOVAN G, TAYLOR PN, HİCKEY J, DAYAN CM, LEESE G, RAZVÍ S, WÍLKES S. Attitudes and perceptions of health professionals towards management of hypothyroidism in general practice: a qualitative interview study. *BMJ Open* 2018; 8: e019970.
- ÇOBAN N. Çocuğu Kalp Ameliyatı Geçiren Ebeveynlerin Yaşam Kalitesi İle Çocuklarının Evde Bakım Gereksinimlerinin Belirlenmesi. Çocuğu Kalp Ameliyatı Geçiren Ebeveynlerin Yaşam Kalitesi İle Çocuklarının Evde Bakım Gereksinimlerinin Belirlenmesi, İstanbul, 2018.
- DAĞÇOBAN H. Subklinik Hipotiroid Çocuklarda Levotiroksin Tedavisinin Kardiyak Fonksiyonlar Üzerine Etkisinin Değerlendirilmesi. Uzmanlık Tezi; Antalya, 2014.
- DARMOWÍDOJO B, ANTİKA LD. Subclinical Thyroid Dysfunction: Diagnosis And Management. *Turkish Journal Of Endocrinology And Metabolism, Published By Galenos Publishing Eđki*, Agustus 2018;6: 2.
- DEW R, KİNG KATHRYN, OKOSİEME OE, PEARCE S, DONOVAN G, TAYLOR P, LEESE G, HİCKEY J, RAZVÍ S, DAYAN C, WÍLKES S. Patients' attitudes and perceptions towards treatment of hypothyroidism in general practice: an in-depth qualitative interview study. *Br J Gen Pract Open* 2017; 1 (2).
- DEDEOĞLU T, ÖZDEVECİOĞLU M, OFLAZER S. Örgütlerde İşe Gömülmüşlüğün (Job Embeddedness) Çalışanların İş Ve Yaşam Kalitesi Üzerindeki Etkisi: İyimserliğin Rolü. *Erciyes Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakóltesi Dergisi*, Ocak-Haziran 2016; 47: 135-146.
- DEERHEM B. Birinci Basamakta Tiroid Disfonksiyonuna Yaklaşım Ve Tarama. *Anadolu Güncel Tıp Derg* 2019; 1(3): 72-76.
- DİLEK E, İŞCAN B, EKUKLU GALİP, TÜTÜNCÜLER F. Hashimoto Tiroiditi Tanısı Alan Vakaların Geriye Dönük Değerlendirilmesi. *Çocuk Dergisi*, 2011; 11(2):73-77.
- DOĞAN İ. Eşi Vefat Etmiş Kadınlar Ve Çocuklarının Psikososyal Durumlarının Değerlendirilmesi Ve Çözüm Önerileri. Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakóltesi Sosyal Hizmet Bölümü, Ankara 2018; 2587-1587.
- DURMAZ H, ORAK OS. Konsültasyon liyezon psikiyatrisi hemşireliği (KLPH). Gürhan N (Editör). Ruh sağlığı ve psikiyatri hemşireliği'de. Ankara: Nobel Tıp Kitabevleri; 2016; 791-814.

- ENGİN Ö, KAÇAR F, KALENDERER Ö, METE G, DOĞAN ÖZBEK Z, ALDAŞ D, KALENDERER Ö, TURAN D, ÖZEL A, KARAOĞLAN M. Cerrahi Gerektiren Hastalıklar Hemşirelik Bakım Rehberi 2011.
- ERDEN A, ALTUĞ F, CAVLAK U. Sağlıklı Kişilerde Vücut Farkındalık Durumu ile Ağrı, Emosyonel Durum ve Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. *J Kartal TR*, 2013; 24(3) 145-150.
- ERMAN H, TOPRAK AE, DÜRÜYEN S, ORHUN A, OCAKOGLU İ, CENGİZ M, DURAN İ, İŞMAN FK. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim Ve Araştırma Hastanesinde Vitiligo Hastalarında Tiroid Fonksiyonları ve Otoantikörleri. *Int J Basic Clin Med*, 2015; 3(3): 106-11.
- ERSOY S, ENGİN VS. Depresif semptomatoloji için bağımsız risk faktörü olarak hipotiroidi. *Smyrna Tıp Dergisi* 2014; 4(2): 22-9.
- ERTÖRER E. Birinci Basamakta Hipotiroidi Hastasının Tanı ve Takibi. *Klinik Gelişim*, 2013; 26:1: 5-7.
- FAHRENFORTJJ, WİLTERDİNK AM, VAN DER VEEN EA. Long-term residual complaints and psychosocial sequelae after remission of hyperthyroidism. *Psychoneuroendocrinology* 2000; 25:201-211; 2000.
- FELLER M, SNEL M, MOUTZOURİ E, BAUER DC, DE MONTMOLLİN M, AUJESKY D, FORD I, GUSSEKLOO J, KEARNEY PM, MOOİJAART S, QUINN T, STOTT D, WESTENDORP R, RODONDİ N, RODONDİ OM. Association of Thyroid Hormone Therapy With Quality of Life and Thyroid-Related Symptoms in Patients With Subclinical Hypothyroidism A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA*. 2018; 320(13): 1349-1359.
- FERNANDES RSM, ALVARENGA NB, SİLVA I, ROCHA FF. Cognitive dysfunction in patients with subclinical hypothyroidism. *Arq Bras Endocrinol Metab.*, 2011; 55: 3.
- FIRINCI B, PEHLİVAN E, DURMUŞ GN, ÖZER A. Hasta Bakıcılarında Bel Ağrısı Ve Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi, Turgut Özal Tıp Merkezi Örneği. *Sakarya Tıp Dergisi*, 2018; 8(2): 292-302.
- GARBER JR, COBİN RH, GHARİB H, HENNESSEY J.V, KLEİN I, MECHANİCK J.I, PESSAH-POLLACK R, SİNGER P.A, WOEBER K.A. Clinical practice guidelines for hypothyroidism in adults: cosponsored by the American Association of Clinical Endocrinologists and the American Thyroid Association. *EndocrPract*. 2012; 18: 988 –1028.
- GÖKPINAR E. (2015) Tip 2 Diyabetli Bireylerde Uyku Ve Yaşam Kalitesi. Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı İç Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Programı Edirne, 2015.
- GUYTON C. ARTHUR, HALL JOHN E. Textbook of Medical Physiology, 11.baskı, 2006.

- GÜNAY G, BENER Ö. Kadınların Toplumsal Cinsiyet Rollerini Çerçevesinde Aile İçi Yaşamı Algılamaya Bıçimleri. *DergiPark, Türkiye Sosyal Araştırmalar Dergisi*; Yıl 2011; 153: 153.
- GÜRSU B. Tiroid Hastalıklarında TSHR (D727e) ve İnterlökin 1 Reseptör Antagonisti (Il1rnvnr) Polimorfizmlerinin Belirlenmesi. Namık Kemal Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü. Biyoloji Ana Bilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Edirne, 2017.
- HAMDİEH M, BANİHASHEM S, BEYRAGHİ N, ABBASİNEJAD M, HAGH-RANJBAR F. Physicians' attitudes toward integrating consultation-liaison psychiatric services in four major general hospitals in Tehran. *General Hospital Psychiatry* 2015; 37(5): 456-8.
- HOLLOWELL JG, STAEHLİNG NW, FLANDERS WD. Serum TSH, T(4), andthyroidantibodies in the United Statespopulation (1988 to 1994): National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES III) *ClinEndocrinolMetab*: 2002; 87: 489-99.
- HU LY, SHEN CC, HU YW, CHEN MH, TSAİ CF, CHİANG HL, YEH CM, WANG W.Ş, CHEN PM, HU TM, CHEN TJ, SU TP, LİU CJ. Hyperthyroidism and Risk for Bipolar Disorders: A Nationwide Population-Based Study Published: 2013; 8 (8): e73057.
- HYAMS C, JOSHI P, FOSTER P, KATZ J. Acute psychosis caused by hypothyroidism following radioactive iodine treatment of Graves' disease. *R Soc Med Sh Rep*, 2013; 4: 26.
- IŞIKLAR A. Ergenlerde Yaşam Kalitesi Ve Benlik Saygısı Düzeyinin Cinsiyet Ve Obezite Değişkenleri Açısından İncelenmesi. *Fırat University Journal of Social Science*, 2012; 22: 2: 84-92.
- İLASLAN E. Subklinik ve Klinik Hiper- ve Hipotiroidili Hastalarda Homosistein, Vitamin B12 ve Folik Asit Düzeylerinin Değerlendirilmesi. Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Biyokimya (Tıp) Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi. Afyonkarahisar, 2011.
- JOURNY NMY, BERNİER MO, DOODY MM, ALEXANDER BH, LİNET MS, KİTAHARA CM. Hyperthyroidism, Hypothyroidism, and Cause-Specific Mortality in a Large Cohort of Women. *Tiroid* 7 (8): 1001 – 1010; 2017.
- LARSEN PR, DAVİES TF, HAY ID. The thyroid. In: Williams RH, Wilson JD, Foster DW, Kronenberg HM, eds. *Williams textbook of endocrinology*. 9th ed. Philadelphia: Saunders; 1998: 389-416.
- KAHYACI KILIÇ E, KÖSE ÇINAR R, BÜLENT SÖNMEZ M, GÖRGÜLÜ Y. Bir Üniversite Hastanesinde Yatan Hastalardan İstenen Psikiyatrik Konsültasyonların Değerlendirilmesi. *Klinik Psikiyatri* 2016; 19: 194-201.
- KARA MZ, ÖRÜM MH. Dikkat Sorunlarında Artış ile Prezente Olan Bir Hashimoto Tiroiditi Olgusu. *Adıyaman Üni. Sağlık Bilimleri Derg*, 2018; 4(0): 45-50.

- KARAKOÇ A. Hipertiroidili Sıçanların Kalp Dokusundaki Oksidatif Stres Parametreleri Üzerine Egzersizin Etkisinin Araştırılması. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tıbbi Biyokimya Anabilim Dalı Tıbbi Biyokimya Anabilim Dalı Doktora Tezi, 2015.
- KARAKOÇ KUMSAR A, DEMİREL G, TAŞKIN YILMAZ F. Hashimoto Tiroiditi Kadın Hastalarda Obezite Sıklığı Ve Yaşam Kalitesi. I.Uluslar Arası İç Hastalıkları Hemşireliği Kongresi. İzmir Katip Çelebi Üniversitesi 25-27 Kasım 2018.
- KELDERMAN-BOLK N, VISSER TJ, TIJSSEN JP, BERGHOUT A. Quality of life in patients with primary hypothyroidism related to BMI. *Printed in Great Britain European Journal of Endocrinology*, 2015 173, 507–515.
- KELEŞOĞLU Y. Tiroidde Nodül Nedeniyle Opere Olan Hastalarda Mcgill Tiroid Nodül Skoru'nun (Mtns) Uygulanabilirliğinin Papiller Tiroid Kanseri Olan Ve Olmayan Hastalar Arasında Karşılaştırılarak Araştırılması. Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi, Ankara, 2017.
- KHOWAJA N. International Conference on Thyroid Disorders and Treatment February 29-March 01, 2016 Philadelphia, Pennsylvania, USA. The Aga Khan University Hospital Karachi, Pakistan.
- KIN TEKÇE B, DİKBAŞ O, TEKÇE H, TOSUN M. Tiroid Fonksiyon Testi İstemlerinin Algoritmaya Uygunluk ve Fiyat Etkinlik Açısından Değerlendirilmesi. *Abant Med J*, 2013; 2(2); 114-118.
- KIRCA N, PASİNLİOĞLU T. İnfertilite Tedavisinde Karşılaşılan Psikososyal Sorunlar. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry*, 2013; 5(2): 162-178.
- KIRCI ÇEVİK N, KORKMAZ O. Türkiye’de Yaşam Doyumu Ve İş Doyumu Arasındaki İlişkinin İki Değişkenli Sıralı Probit Model Analiz. *Niğde Üniversitesi İİBF Dergisi*, 2014; 7: 1: 126-145.
- KLAVER EI, VAN LOON HANNAH CM, STIENSTRA R, LİNKİS TP, KEERS JC, KEMA IP, KOBOLD AC, VAN DER KLAUW MM, WOLFFENBUTTEL BH. Thyroid Hormone Status and Health-Related Quality of Life in the LifeLines Cohort Study. *Thyroid*, 2013; 23: 9: 1066-1073.
- KILINÇ H, BAYRAKDAR A, ÇELİK B, MOLLAOĞULLARI H, GENCER YG. (2016) Üniversite öğrencilerinde fiziksel aktivite düzeyi ve yaşam kalitesi. *Journal of Human Sciences*, 2016 13(3), 3794-3806.
- KOCABAŞ GÜ, KOCABAŞ U, GÜLTEKİN N. Tiroid Hastalıkları, Reversibl Kardiyomiyopati ve Amiodaron. *Türkiye Klinikleri J Cardiol-Special Topics*, 2016; 9(5).
- KOCAMAN N. Genel Hastane Uygulamasında Psikososyal Bakım Ve Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi Hemşireliği. *C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2005, 9(1).

- KOÇYİĞİT H, AYDEMİR Ö, ÖLMEZ N, FİŞEK G, MEMİŞ AK. (1999) SF36'nın Türkçe için güvenilirliği ve geçerliliği. *Ilaç ve tedavi dergisi* 12 (2), 102-6.
- KORUK E. Esansiyel Hipertansiyonlu Hastaların Tedaviye Uyumu Ve Yaşam Doyumu Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Programı. Yüksek Lisans Tezi, Aydın, 2019.
- KOTA KK, JAMMULA S, KOTA SK, KRİŞNA SVS, MODİ DK. (2012) Effect of Thyroid Disorders on Skeletal Health. *Turk Jem*, 2012; 16: 19-25.
- KÖROĞLU Ö. (2012) İçsel Ve Dışsal İş Doyum Düzeyleri İle Genel İş Doyum Düzeyi Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi: Turist Rehberleri Üzerinde Bir Araştırma. *Doğuş Üniversitesi Dergisi*, 2012; 13 (2), 275 – 289.
- KRAVETS I. Hyperthyroidism: Diagnosis and Treatment. *Am Fam Physician*. 2016; 93(5): 363-370.
- KRYSIAK R, Marek B, Okopień B. Sexual function and depressive symptoms in men with overt hyperthyroidism. *Endokrynologia Polska*, 2019; 70 (1).
- KULA S, ÇAKAR B. Maslow İhtiyaçlar Hiyerarşisi Bağlamında Toplumda Bireylerin Güvenlik Algısı ve Yaşam Doyumu Arasındaki İlişki. *Bartın Üniversitesi İ.İ.B.F. Dergisi*, 2015; 6: 12.
- KUMLU İ, KURT S, AYIDAĞA T, DUMAN B, KUMBASAR H. Bir Üniversite Hastanesi'nde Yatarak Tedavi Alan Hastalardan İstenen Psikiyatri Konsültasyonlarının Değerlendirilmesi. *DergiPark, Kriz Dergisi*, 2018; 26: 1.
- KUTLU R, DEMİRBAŞ N, ÇİVİ S, CAN A. Evaluation of depression and quality of life with short form 36 of inpatients at the thoracic surgery service. *Tgkdc .dergisi*, 2015: 9025.
- KÜÇÜK DOĞAROĞLU T. Türkiye'de Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu ile İlgili Çalışmaların Yürütüldüğü Lisansüstü Tezlerin İncelenmesi. *Bilgisayar ve Eğitim Araştırmaları Dergisi*, 2013; 1: 2: 90-112.
- LEVENSON JL. *The American Psychiatric Publishing Textbook of Psychosomatic Medicine*. Wise, The American. (2004).
- Lİ L, ZHİ M, HOU Z, ZHANG Y, YUE Y, YUANY. Abnormal brain functional connectivity leads to impaired mood and cognition in hyperthyroidism: a resting-state functional MRI study. *Oncotarget*, 2017; 8: 4: 6283-6294.
- MADARIAGA AG, PALACIOS SS, GUILLÉN-GRİMA F, GALOFRÉ JC. (2014) The Incidence and Prevalence of Thyroid Dysfunction in Europe: A Meta-Analysis. *J Clin Endocrinol Metab*, March 2014; 99(3): 923–931.

- MEGARİ K. Quality of life in chronic disease patients. *Health Psychology Research* 2013; 1: e27.
- MİAO Q, ZHANG S, GUAN YH, YE HY, ZHANG ZY, ZHANG QY, XUE RD, ZENG MF, ZUO CT, Lİ YM. Reversible changes in brain glucose metabolism following thyroid function normalization in hyperthyroidism. *AJNR Am J Neuroradiol.*, 2011; 32: 1034–104.
- MİRELLA P. HAGE AND SAMİ T. (2011) Aza/ The Link between Thyroid Function and Depression / Hindawi Publishing Corporation Journal of Thyroid Research Accepted 26 September 2011; 590648, 8.
- MOOREP, WAYNEA, SONIA A. Association between polysomnographic sleep measures and health-related quality of life in obstructive sleep apnea. *J. Sleep Res.* (2001) 10, 303±308.
- NANCHEN D, GUSSEKLOO J, WESTENDORP RGJ, STOTT DJ, JUKEMA JW, TROMPET S, FORD I, WELSH P, SATTAR N, MACFARLANE PW, MOOÏJAART SP, RODONDİ N, ANTON J. M. DE CRAEN. Subclinical Thyroid Dysfunction and the Risk of Heart Failure in Older Persons at High Cardiovascular Risk. *Clin Endocrinol Metab.*, March 2012; 9 7(3): 852–861.
- OCAK SERİN S, İLHAN M, AHCI S, OKUTURLAR Y, KOÇ G, EYÜPGİLLER T, SİVRİTEPE R, UÇAK BASAT S. Tiroid Hastalıklarında Bilinç Düzeyi. *Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni*, 2016; 50; 3.
- OKOSİEME O, DEW R, DAYAN C, ELİGAR V, KHAN I, RAZVİ S, PEARCE S, WİLKES S. Clinical, behavioural and pharmacogenomic factors influencing the response to levothyroxine therapy in patients with primary hypothyroidism—protocol for a systematic review. *Dew et al. Systematic Reviews*, 2017; 6:60.
- OTT J, PROMBERGER R, KOBER F, NEUHOLD N, TEA M, HUBER JC, HERMANN M. Hashimoto's Thyroiditis Affects Symptom Load and Quality of Life Unrelated to Hypothyroidism: A Prospective Case–Control Study in Women Undergoing Thyroidectomy for Benign Goiter. 2011; 21 (2): 161-7.
- ÖNGEL K. Konsultasyon-Liyazon Psikiyatrisi. *Türkiye Klinikleri J Fam Med-Special Topics* 2018; 9(3): 2248.
- ÖZDEMİR Ü, TAŞCI S. Kronik Hastalıklarda Psikososyal Sorunlar ve Bakım. *Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 2013; 1: 1.
- ÖZEN ME, ÖRÜM MH, ÖNER Rİ, KALENDEROĞLU A, ATMACA M. Hipotiroidizmin Levotiroksin ile Tedavisine Rağmen Devam Eden Uyku Bozukluğu Depresyon için Bir Belirteç Olabilir mi?. *Adıyaman Üni. Sağlık Bilimleri Derg.*, 2018; 4(3): 1019-27.

- ÖZER S, SÖNMEZGÖZ E, YILMAZ R, HENDEKÇİ A, AKTAŞ F, BÜTÜN İ, DEMİR O. Hashimoto Tiroiditli Olgularımızın Klinik ve Laboratuvar Bulgularının Değerlendirilmesi. Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 2015; 7 (1): 23-29.
- ÖZ GÜL Ö, CANDER S, ERSOY C. Subklinik Hipotiroidi Nedir? Tedavi Edilmeli midir? Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 2018; 44 (2) 129-134.
- ÖZ GÜL Ö, ŞAHİN S, CANDER S, GÜL B, ÜNAL O. K, AKÇALI Ü, CANGÜR Ş, ALKIŞ N, BAYINDIR A, ERSOY C, İMAMOĞLU Ş. Endokrinoloji Polikliniğine Başvuran Hastalarda Tiroid Fonksiyonlarının Yaş ile Olan İlişkisinin İncelenmesi. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 2011; 37 (2) 67-70.
- ÖZKAN G. Üniversite Öğrencisi Kadın Futbolcuların Toplumsal Cinsiyet Algıları İle Sporcu Öz Yeterlilik Algıları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Beden Eğitimi Ve Spor Eğitimi Yüksek Lisans Programı. Yüksek Lisans Tezi, Denizli, 2019.
- ÖZSOY F. Ruh sağlığı ve Hastalıkları Bölümünden İstenen Konsültasyonların geriye Dönük İncelenmesi. Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 2018; 10(2): 46-56.
- ÖZSU E, YEŞİLTEPE MUTLU RG, ÇİZMECİ F, HATUN Ş. Hashimoto tiroiditli hastalarımızın özellikleri. Türk Ped Arş, 2011; 46: 252-5.
- PARRETTİ H, OKOSİEME O, VANDERPUMP M. Hipotiroidizm yönetiminde güncel tavsiyeler: İngiliz Tiroid Derneği Yöneticisi tarafından yapılan bir açıklamadan geliştirilmiştir. Br J Gen Pract 2016; 66 (651): 538-540.
- Peterson SJ, Cappola AR, Castro MR, Dayan CM, Farwell AP, Hennessey JV, Kopp PA, Ross DS, Samuels MH, Sawka AM, Taylor PN, Jonklaas J, Bianco AC. An Online Survey of Hypothyroid Patients Demonstrates Prominent Dissatisfaction. Thyroid, 2018; 28: 6.
- RACHNA A, SUMAN K, NEELAM C, ALOK K, KUMAR DD, BHUSHAN TC. A cross-sectional study on thyroid status in North Indian elderly outpatients with dementia. Department of Neurochemistry, Annals of Indian Academy of Neurology, July-September 2013; 16: 3.
- ROSATO L, CREA CD, BELLANTONE R, BRANDİ ML, TOMA GD, FİLETTİ S, MİCCOLİ P, PACİNİ F, PELİZZO MR, PONTECORVİ A, AVENİA N, PASQUALE LD, CHİOFALO MG, GURRADO A, INNARO N, VALLE GL, LOMBARDİ CP, MARİNİ PL, MONDİNİ G, MULLİNERİS B, PEZZULLO L, RAFFAELLİ M, TESTİNİ M, PALMA MD. Diagnostic, therapeutic and health-care management protocol in thyroid surgery: a position statement of the Italian Association of Endocrine Surgery Units (U.E.C. CLUB). J Endocrinol Invest, Ağustos 2016; 39: 8: 939-953.

- ROTMAN PİKİELNY P, BORODİN O, ZİSSİN R, LEVY Y. Overt Hypothyroidism in Hospitalized Patients: Clinical Characteristics. *Open Journal of Endocrine and Metabolic Diseases*, 2013; 3, 128-131.
- SAĞLAM F, ÇAKIR B. Birinci basamakta tiroid hastalıklarına klinik yaklaşım. *Ankara Medical Journal*, 2012; 12(3).
- SAMUELS MH. Thyroid Disease and Cognition. *Endocrinology Metabolism Clinics of North America*. *Endocrinol Metab Clin N Am.*, 2014; 43: 529–543.
- SAROHAN G. Nüks Nodüler Guatr Nedeniyle Tamamlayıcı Tiroidektomilerde Klinik Deneyimimiz. Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı. Uzmanlık Tezi, Denizli, 2014.
- SCHRECKENBERGER MF, EGGLE UT, DRECKER S, BUCHHOLZ HG, WEBER MM, BARTENSTEİN P, KAHALY GJ. Positron Emission Tomography Reveals Correlations between Brain Metabolism and Mood Changes in Hyperthyroidism. *J Clin Endocrinol Metab*, December 2006; 91(12): 4786 – 4791.
- SERİN SO, İLHAN M, AHCI S, OKUTURLAR Y, KOÇ G, EYÜPGİLLER T, SIVRİTEPE R, BASAT SU. Tiroid Hastalıklarında Bilinç Düzeyi. *Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni*; 2016; 50: 3: 181-185.
- SEZER F, GÜRGAN U. Boşanmış Bireylerin Baş Etme Stratejilerinin Ve Yaşam Kalitelerinin Bazı Değişkenler Açısından İncelenmesi. *Balıkesir Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi* Aralık 2018; 21: 40: 209 – 222.
- SİNGER S, LİNCKE T, GAMPER E, BHASKARAN K, SCHREİBER S, HİNZ A, SCHULTE T. Quality of Life in Patients with Thyroid Cancer Compared with the General Population. *Thyroid*, February 2012; 22(2): 117-124.
- SOYLU Y. Boşanmış Kadınlarda Psikolojik Sağlamlığı Açıklamaya Yönelik Bir Model Geliştirme. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*, 2018; 1302-1370.
- SÖZEN F. Yaşlılarda Yaşam Kalitesi Ve Yaşlılık Algısı: Başkent Üniversitesi Ankara Hastanesi Örneği. Başkent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sağlık Kurumları İşletmeciliği Yüksek Lisans Programı. Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2014.
- SURKS Mİ, HOLLOWELL JG. ABD popülasyonunda yaşa özgü serum tirotropin ve antitiroid antikorlarının dağılımı: subklinik hipotiroidizm prevalansı. *J Clin Endocrinol Metab.*, 2007; 92: 4575-4582.
- ŞAHİN A. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tiroid Disfonksiyonunda Serum NO, ADMA ve Apelin düzeylerinin araştırılması / Fizyoloji Anabilim Dalı Doktora Tezi, Erzurum, 2013.



- ŞAHİN AZ. Tiroid Fonksiyon Bozukluğu Olan Hastalarda İnflamatuar Belirteçlerin Serum Düzeyleri Ve Tiroid Fonksiyonlarıyla İlişkisi. Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi, Gaziantep, 2013.
- ŞAHİN MA. T.C.Yetişkin Bireylerde Diyet Kalitesi İle Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Beslenme Bilimleri Programı Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2014.
- ŞAHİN Ş, ELBOĞA G. Toplum Ruh Sağlığı Merkezinden Yararlanan Hastaların Yaşam Kalitesi, Tıbbi Tedaviye Uyumu, İçgörü Ve İşlevsellikleri. Çukurova Medical Journal, 2019; 44: 2: 1.
- ŞAŞMAZ M. Hipertiroidi Olgularının Retrospektif Olarak Değerlendirilmesi. Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı. Uzmanlık Tezi, 2013
- TAŞKIN İ. Hipotiroidi, Subklinik Hipotiroidi, Hipertiroidi, Subklinik Hipertiroidi Hastalarında Anksiyete Ve Depresyon Sıklığı. Zonguldak Karaelmas Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Tıpta Uzmanlık Tezi, Zonguldak, 2010.
- TAŞ A. Bilinen tiroid hastalığı olmayan yoğun bakım hastalarında tiroid hormon düzeylerinden mortalite ve diğer prognostik belirteçlerle ilişkisi. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi, Adana, 2007.
- TAYLOR PN, RAZVÍ S, REARCE SH, DAYAN CM. Clinical review: a review of the clinical consequences of variation in thyroid function within the reference range. *J Clin Endocrinol Metab.*, 2013; 98: 3562–3571.
- TAYLOR PN, RICHMOND R, DAVIES N, SAYERS A, STEVENSON K, WOLTERS DORF W, TAYLOR A, GROOM A, NORTHSTONE K, RING S, OKOSIEME O, REES A, NITSCH D, WILLIAMS GR, SMITH GD, GREGORY JW, TIMPSON NJ, TOBIAS JH, DAYAN CM. Paradoxical Relationship Between Body Mass Index and Thyroid Hormone Levels: A Study Using Mendelian Randomization. *J Clin Endocrinol Metab.*, February 2016; 101(2): 730–738.
- TBMM. Pekin Deklarasyonu ve Eylem Platformu.  
<https://www.tbmm.gov.tr/komisyon/kefe/docs/pekin.pdf>. Erişim Tarihi: 15.06.2018
- TETİK DÇ, BÜYÜKASLAN A, YILANLI M. Bipolar Bozukluğu Olan Bir Hastada Hipertiroidi ile İndüklenen Manik Epizod: Bir Olgu Sunumu. 53. Ulusal Psikiyatri Kongresi 03-07 Ekim 2017 Bursa, Türkiye.
- TEZCANER ZÇ. Türkçe Sesle İlişkili Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin Geçerlik ve Güvenirliği. Odyoloji Ve Konuşma Bozuklukları Programı Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2015.
- TÜİK. 2014-2015 Zaman Kullanım Araştırması. Sayı: 18627, Türkiye İstatistik Kurumu Haber Bülteni (04 Aralık 2015). (Son erişim tarihi: 10.11.2018) .

- TURAÇ İS, BAYIN DONAR D. Sağlık Yönetimi Öğrencilerinin İşsizlik Kaygılarını ve Yaşam Doyumlarını Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi. *Siyaset, Ekonomi ve Yönetim Araştırmaları Dergisi*, Ekim 2017; 5: 4: 2147-7035.
- TURAN N, ATABEK AŞTI T, KAYA N. Nöroşirürji Yoğun Bakım Ünitesinde Yatan Hastalarda Konstipasyon ve Hemşirelik Bakımı. *Hemşirelikte Eğitim Ve Araştırma Dergisi*, 2017; 14: 1: 73-78.
- QUINQUE EM, VILLRINGER A, KRATZSCH J, KARGER S. Patient-reported outcomes in adequately treated hypothyroidism – insights from the German versions of ThyDQoL, ThySRQ and ThyTSQ. *Health Qual Life Outcomes*. 2013; 23: 11: 68.
- UDOVCIC M, PENA R, PATHAM B, TABATABAI L, KANSARA A. Hypothyroidism And The Heart. *Methodist DeBakey Cardiovascular Journal*, 2017; 13: 55-59
- UYAR B, GÜRGEN F. Bir Üniversite Hastanesinde Psikiyatri Konsültasyonlarının Değerlendirilmesi. *Klinik Psikiyatri* 2015; 18: 24-28.
- ÜLKÜ N. Obstrüktif Uyku Apne Sendromlu Hastalarda Tedavinin Hasta Yaşam Kalitesi üzerine Olan Etkisinin Değerlendirilmesi. Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Afyon 2009.
- ÜNAL B, ERGÖR G, ÜNAL B, ERGÖR G, DİNÇ HORASAN G, KALAÇA S, SÖZMEN K. Türkiye Kronik Hastalıklar Ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması. Ankara, 2013. ISBN : 978-975-590-461-0.
- VARGAS U, HERNANDO MSE. Role of Thyroid Hormones in Different Aspects of Cardiovascular System. *Endocrinol Metab Synd.*, 2015; 4: 166.
- VERMA R, SACHDEVA A, SINGH Y, BALHARA YP. Acute mania after thyroxin supplementation in hypothyroid state. *Indian J Endocrinol Metab*. 2013; 17: 922-3.
- VISSER TJ, TÛJSSEN JP, BERGHOUT A. Quality of life in patients with primary hypothyroidism related to BMI. *Eur J Endocrinol*. 2015; 173: 4: 507-15.
- WAND APF, WOOD R, MACFARLANE MD, HUNT GE. Comparison of consultation-liaison psychiatry services for inner-city, district or regional general hospitals using a common tool: Does one size fit all? *Journal of Psychosomatic Research* 2016; 84: 13-21.
- WATT T, CRAMON P, HEGEDÜS L, BJORNER JB, BONNEMA SJ, RASMUSSEN AK, FELDT-RASMUSSEN U, GROENVOLD M. The Thyroid-Related Quality of Life Measure ThyPRO Has Good Responsiveness and Ability to Detect Relevant Treatment Effects. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, J Clin Endocrinol Metab, October 2014; 99: 10: 3708 – 3717.

- WANG S, LÜ Y, ZHENG G. (2017) Hypothyroidism As a Risk Factor for Open Angle Glaucoma: A Systematic Review and Meta-Analysis. Published: October 25, 2017; 12: 10: e0186634.
- WATT T, GROENVOLD M, DENG N, GANDEK B, FELDT-RASMUSSEN U, RASMUSSEN AK, HEGEDÜS L, BONNEMA SJ, BJORNER JB. Confirmatory factor analysis of the thyroid-related quality of life questionnaire ThyPRO. *Health and Quality of Life Outcomes* (in press); 2014; 12: 126.
- WATT T, HEGEDUS L, RASMUSSEN AK, GROENVOLD M, BONNEMA S J, BJORNER JB, Feldt-Rasmussen U. Which domains of thyroid-related quality of life are most relevant? Patients and clinicians provide complementary perspectives. *Thyroid*, 2007; 17: 7: 647–654.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHOQOL-BREF introduction, administration, scoring and generic version of the assessment, Field Trial Version. Programme on Mental Health, 1996.
- WONG CK, LANG BH, LAM CL (2016) A systematic review of quality of thyroid-specific health-related quality-of-life instruments recommends ThyPRO for patients with benign thyroid diseases. *J Clin Epidemiol*, 2016; 78: 63-72.
- XIA L, CHEN G.H, LIZ. H, JIANG S, SHEN J. Alterations in Hypothalamus-Pituitary-Adrenal/Thyroid Axes and Gonadotropin-Releasing Hormone in the Patients with Primary Insomnia: A Clinical Research. *Los One*, 2013; 8: 8: e71065.
- YALÇIN T, BESLER HT. Tiroid fonksiyonları ile bazal ve dinlenme metabolik hızları arasındaki ilişki. *Bes Diy Derg.*, 2016; 44: 2: 154-159 1.
- YALÇIN M. Subklinik Tiroid Disfonksiyonu Olan Hastalarda Uyku Kalitesi. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi, Malatya, 2017.
- YARPUZ YM, AYDOĞAN Ü, SARI O, AYDOĞDU A, ÜÇKAYA G, FENERCİOĞLU A, AKSU A, YARPUZ DA, SAĞLAM K. Subklinik Hipotiroidili Hastalarda Tiroid Replasman Tedavisinin Anksiyete ve Depresyon Düzeylerine Etkisi. *Klinik Psikiyatri*, 2009; 12: 180-187.
- YAZAR H, OZ OE, KOSE EY, YAZAR EY. Zonguldak Endokrin Günleri Uluslararası ve Ulusal Katılımlı Multidisipliner Güncel Yaklaşım Sempozyumu Bildirileri. *Türk Diyab Obez*, 2018; 3: 129-198.
- YEŞİL T, ÇETİNKAYA ULUSOY E, KORKMAZ M. Kronik Hastalığı Olanlara Bakım Verenlerin Bakım Yükü ve Yaşam Kalitesinin İncelenmesi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri DergisiGÜSBD*, 2016; 5: 4: 54-66
- YILDIZ MA, BAYTEMİR KA. Mediation Role of Self-Esteem in the Relationship between Marital Satisfaction and Life Satisfaction in Married Individuals. *İnönü University Journal of the Faculty of Education*, 2016; 17: 1: 67-80.

- YILDIRIM B. The Relationship between Principals' Leadership Practices and Teachers' Work-Life Balance. *International Online Journal of Educational Sciences*, 2017; 1309-2707.
- YILDIRMAK YS, USTA M, EMECEN Ö, DİKBAŞ O. Giresun İli Merkez'de Tiroid Fonksiyon Test İstemlerinin Öngörülen Algoritmaya Uygunluğu. *Türk Klinik Biyokimya Derg*, 2017; 15: 3: 114-118.
- YILMAZ DA. Trabzon Özel İmperial Hastanesi Diyet Polikliniğine Başvuran 20-64 Yaş Kadınlarda Antropometrik Ölçümler, Kan Biyokimyasal Değerleri, Kronik Hastalık Durumu ve Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Beslenme ve Diyetetik Bölümü Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2014.
- YUAN L, TIAN Y, ZHANG F, MA F, CHEN X, DAIF, WANG K, PATTIJİ T. Decision-Making in Patients with Hyperthyroidism: A Neuropsychological Study. *Academic Editor Published online*, 2015; 10: 6: e0129773.
- YUVALI M. Kronik Hastalığı Olan Bireylere Verilen Bakımın Değerlendirilmesi, Sf-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Skorları Ve Had Depresyon-Anksiyete Ölçeği Skorları İle Karşılaştırılması. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Haydarpaşa Numune Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Aile Hekimliği Kliniği Tıpta Uzmanlık Tezi, 2018.
- ZENGİN EROĞLU M, ANNAGÜR BB, İÇBAY E. Yaşlılarda yaygın anksiyete bozukluğunun değerlendirilmesi. *Gaziantep Tıp Derg.*, 2012; 18: 3: 143-147.
- ZHANG J, HUANG J, AXİMUIJANG K, XU C, AHEMAİTİ A, WU G, ZHONG L, YUNUSİ K. Thyroid Dysfunction, Neurological Disorder and Immunosuppression as the Consequences of Long-term Combined Stress. *Scientifi Creports* 2018; 8: 4552.
- ZİMMERMANN MB, JOOSTE PL, PANDAV CS. Iodine-deficiency disorders. *Lancet*, 2008; 372: 1251-62.

## 8.EKLER

### EK.1. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

**ÇALIŞMANIN ADI:** Tiroid Fonksiyon Bozukluğu Olan Hastaların Yaşam Kalitesinin İncelenmesi

Aşağıda bilgileri yer almakta olan bir araştırma çalışmasına katılmanız istenmektedir. Çalışmaya katılıp katılmama kararı tamamen size aittir. Katılmak isteyip istemediğinize karar vermeden önce araştırmanın neden yapıldığını, bilgilerinizin nasıl kullanılacağını, çalışmanın neleri içerdiğini, olası yararları ve risklerini ya da rahatsızlık verebilecek yönlerini anlamanız önemlidir. Lütfen aşağıdaki bilgileri dikkatlice okumak için zaman ayırınız. Eğer çalışmaya katılma kararı verirseniz, **Çalışmaya Katılma Onayı** Formu'nu imzalayınız. Çalışmadan herhangi bir zamanda ayrılmakta özgürsünüz. Çalışmaya katıldığınız için size herhangi bir ödeme yapılmayacak ya da sizden herhangi bir maddi katkı/malzeme katkısı istenmeyecektir.

**ÇALIŞMANIN KONUSU VE AMACI:** Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi Endokrinoloji ve Metabolizma Hastalıkları Polikliniğine tiroid fonksiyon bozukluğu tanısı almış olan hastalarda yaşam kalitesinin incelenmesi amacıyla planlanmıştır.

**ÇALIŞMA İŞLEMLERİ:** Bireylerin bireysel ve hastalık özelliklerine yönelik 12 ve 17 sorudan oluşan form bulunmaktadır. Bireysel özelliklerinize ait 12 soru ve tiroid fonksiyon bozukluğu tanınıza bağlı olarak ortaya çıkan semptomların incelenmesine yönelik 17 maddeden oluşan bir form bulunmaktadır. Aynı zamanda bu semptomlara bağlı yaşam kalitenizi ölçen bir ölçek bulunmaktadır.

### **ÇALIŞMAYA KATILMAMIN OLASI YARARLARI NELERDİR?**

Çalışma sonucunda elde edilen veriler tiroid fonksiyon bozukluğu tanısı konulan bireylerin farkındalık düzeylerini arttıracığı düşünülmüştür. Aynı zamanda klinikte ve serviste bulunan hemşirelerin tiroid fonksiyon bozukluğu tanısı alan bireylerin yaşam kalitesini arttırmaya yönelik bilgi düzeylerine ışık tutacak ve hemşirelik girişimlerinde yol gösterici olacağı düşünülmüştür.

### **KİŞİSEL BİLGİLERİM NASIL KULLANILACAK?**

Çalışmaya katılan bireylerin kişisel bilgileri kesinlikle başka bir yerde kullanılmayacaktır.

### **SORU VE PROBLEMLER İÇİN BAŞVURULACAK KİŞİLER:**

Fatma TÜRKÖĞLU (GENEL CERRAHİ 2- ORTOPEDİ 2 SERVİSİ)

### **Çalışmaya Katılma Onayı**

Yukarıdaki bilgileri ilgili araştırmacı ile ayrıntılı olarak tartıştım ve kendisi bütün sorularımı cevapladı. Bu bilgilendirilmiş olur belgesini okudum ve anladım. Bu araştırmaya katılmayı kabul ediyor ve bu onay belgesini kendi hür irademle imzalıyorum. Bu onay, ilgili hiçbir kanun ve yönetmeliği geçersiz kılmaz. Araştırmacı, saklamam için bu belgenin bir kopyasını çalışma sırasında dikkat edeceğim noktaları da içerecek şekilde bana teslim etmiştir.

<i>Gönüllü Adı Soyadı:</i>		<i>Tarih ve İmza:</i>
<i>Telefon:</i>		
<i>Vasi (var ise ) Adı Soyadı:</i>		<i>Tarih ve İmza:</i>
<i>Telefon:</i>		
<i>Araştırmacı<sup>2</sup> Adı Soyadı:</i>		<i>Tarih ve İmza:</i>
<i>Adres ve Telefon:</i>		

## EK.2. Bireylerin Bireysel Ve Hastalık Özelliklerine Ait Bilgi Formu

Adı-soyadı:

Tarih:

1)Yaş=

2)Cinsiyet = A)Kadın B) Erkek

3) Kilo: Boy: Beden kitle indeksi:

4)Medeni durumunuz = A) Bekar B)Evli

5)Yaşadığınız yer=

6)Gebelik = A)Var B) Yok

7) Eğitim durumunuz = A)Okur-Yazar B)İlkokul mezunu C)Lise mezunu

D)Lisans mezunuE)Üniversite mezunu F)Yüksek Lisans G)Doktora

8)Mesleğiniz = A)Çalışıyor B)Öğrenci C)Çalışmıyor D)Emekli

9)Tanı = A)Hipertiroidi B)Hipotiroidi C) Ötiroidi

10)Ne kadar süredir tiroid hastasıınız = A)6ay- 1 yıl B)1-5 yıl C)5-10 yıl

D)10 ve fazlası

11)Hangi belirtiler ile sağlık kuruluşuna başvurduunuz =

.....

12)Tiroid hastalığınız için kullandığınız herhangi bir ilaç var mı ? A)Evet B) Hayır

Nedir?.....

Tiroid hastalığınız süresi boyunca aşağıda verilen belirtilerden hangileri ile karşılaştınız. Sorulara uygun olan cevabı işaretleyiniz.

	Hipertiroidi		Hipotiroidi	
	Evet	Hayır	Evet	Hayır
1)Sıcağa veya soğuğa tahammülsüzlük	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2)Konstipasyon (Kabızlık)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3)Saç dökülmesi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4)Deri sorunları	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5)Çabuk yorulma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6)Hareketlerde yavaşlama	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7)Kilo alımı	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8)Zayıflama	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9)Kas güçsüzlüğü	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10)Terlemede artış	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11)Ses kısıklığı	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12)Kas ağrısı	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13)Çarpıntı	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14)Sinirlilik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15)Konsantrasyon eksikliği	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16)Zayıf hafıza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17)Uyku ile ilgili problemler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



### EK.3. Short Form-36 (Kısa Form-36, Sf-36)

Adı-Soyadı:

Tarih:

1-Genel sağlık durumunuz hakkında aşağıdaki değerlendirmelerden size en uygun olan bir cevap kutucuğunu işaretleyiniz.

- A) Mükemmel
- B) Çok iyi
- C) İyi
- D) Orta (fena değil)
- E) Kötü

2-Geçtiğimiz yıl ile karşılaştığınızda genel sağlık durumunuzu nasıl değerlendirirsiniz? Lütfen tek bir kutucuğu işaretleyiniz.

- A) Bir yıl öncesinden çok daha iyi
- B) Bir yıl öncesinden biraz iyi
- C) Hemen hemen aynı
- D) Bir yıl öncesinden biraz daha kötü
- E) Bir yıl öncesinden çok daha kötü

3-Aşağıdaki sorular bir gün içinde yapabileceğiniz işlerle (aktivitelerle) ilgilidir. Sağlığınız bu aktiviteleri kısıtlıyor mu? Eğer kısıtlıyorsa, ne kadar? Bir tanesini yuvarlak içine alınız

	Evet, Çok Kısıtlı	Evet, Biraz Kısıtlı	Hayır, Hiç Kısıtlı Değil
a)Kuvvet gerektiren aktiviteler; örneğin koşma, ağır eşyaları kaldırma, zor sporlara katılma vb.	1	2	3
b)Orta derecede aktiviteler; örneğin bir masayı kaldırma, elektrikli süpürge ile süpürmek, hafif sporlara katılma vb	1	2	3
c)Ağır kaldırma ve yük (sebze) taşıma	1	2	3
d)Çok sayıda merdiven basamağını çıkma	1	2	3

e)Tek bir merdiven basamağını çıkma	1	2	3
f)Eğimek, çömelmek veya diz çökme	1	2	3
g)İki kilometreden çok yürüme	1	2	3
h)Yaklaşık bir kilometre yürüme	1	2	3
i)100 metre yürüme	1	2	3
j)Kendi başına banyo yapma ve giyinmek	1	2	3

4-Son bir ay içinde çalışma saatleriniz veya günlük aktiviteleriniz sırasında aşağıdaki problemlerden herhangi biri ile karşılaştınız mı? Bir tanesini yuvarlak içine alınız.

	Evet	Hayır
a)Çalışma yaşamınızda veya diğer aktivitelerinizde geçirdiğiniz zamanı azalttınız mı?	1	2
b)İstediğinizden daha az miktar işin tamamlanması ile karşı karşıya kaldınız mı?	1	2
c)İstediğinizden daha az miktar işin tamamlanması ile karşı karşıya kaldınız mı?	1	2
d)Çalışma yaşamınızda veya diğer aktivitelerinizi yapmakta zorlandınız mı?(aşırı efor gösterdiniz mi?)	1	2

5-Son bir ay içinde çalışma saatleriniz sırasında veya günlük aktiviteleriniz sırasında duygusal sorunlar nedeniyle ( sinirlilik veya sıkıntı hissetme ) aşağıdaki problemlerden herhangi birini yaşadınız mı? Bir tanesini yuvarlak içine alınız.

	Evet	Hayır
a)Çalışma yaşamınızda veya diğer aktivitelerinizde geçirdiğiniz zamanınızda azalma oldu mu?	1	2
b)Arzu ettiğinizden daha az şey mi gerçekleştirdiniz?	1	2
c)Çalışma veya diğer aktivitelerinizi her zamanki gibi dikkatiniz tam vererek yapabildiniz mi?	1	2

6-Geçen bir hafta içinde, fiziksel sağlık veya duygusal problemler, aileniz, arkadaşınız, komşularınız veya gruplar ile olan normal sosyal aktivitelere ne kadar engel oldu? Lütfen tek bir yanıt veriniz ve yuvarlak içine alınız.

- A) Hiç etkilemedi
- B) Çok az
- A) Orta derecede
- B) Epeyce
- C) Çok fazla

7-Son bir ay içinde ne kadar ağrı hissettiniz? Lütfen tek bir yanıt veriniz ve yuvarlak içine alınız.

- A) Hiç olmadı
- B) Çok az
- C) Az
- D) Orta derecede
- E) Çok
- F) Pek çok

8-Son bir ay içinde hem ev dışında, hem de ev işi olarak ağrınız sizin normal çalışmanızı ne kadar etkiledi? Lütfen tek bir yanıt veriniz ve yuvarlak içine alınız.

- A) Hiç
- B) Biraz
- C) Orta derecede
- D) Çok
- E) İleri derecede

9-Aşağıdaki sorular duygularınızı ve son bir ay içinde nasıl olduğunuzu anlamak için düzenlenmiştir. Lütfen tek bir yanıt veriniz ve yuvarlak içine alınız.

	Sürekli	Çoğu Zaman	Epey Zaman	Bazen	Ara Sıra	Hiç Bir Zaman
a)Kendinizi yaşam dolu,caıcanlı hissediyor musunuz?	1	2	3	4	5	6
b)Çok sınırlı biri mi oldunuz?	1	2	3	4	5	6
c)Kendinizihiç bir şey güldürmeyecek kadar çökmüş hissettiniz mi?	1	2	3	4	5	6
d)Kendinizi sakin, barışçı,huzurlu hissettiniz mi?	1	2	3	4	5	6
e)Çok enerjik oldunuz mu?	1	2	3	4	5	6
f)Kendinizi üzgün, karamsarhissettiniz mi?	1	2	3	4	5	6

g)Kendinizi yıpranmış hissettiniz mi?	1	2	3	4	5	6
h)Mutlu bir insan mıydınız?	1	2	3	4	5	6
i)Yorulmuş hissettiniz mi?	1	2	3	4	5	6

10-Geçen bir ay içinde, fiziksel sağlık veya duygusal problemler, sosyal aktivitelerinize (akrabaları ziyaret etmek gibi) ne kadar engel oldu? Lütfen tek bir yanıt veriniz ve yuvarlak içine alınız.

- A)Her zaman
- B)Çoğu zaman
- C)Bazı zamanlarda
- D)Çok az zaman
- E)Hiçbir zaman

11-Aşağıdaki cümlelerin sizin için ne kadar doğru veya yanlış olduğunu belirtiniz. Lütfen tek bir yanıt veriniz ve yuvarlak içine alınız.

	Kesinlikle Doğru	Çoğunlukla Doğru	Emin Değilim	Çoğunlukla Yanlış	Çoğunlukla Yanlış
a)Ben diğer insanlara oranla daha kolay hastalanıyorum	1	2	3	4	5
b)Tanıdığım kişiler kadar sağlıklıyım	1	2	3	4	5
c)Sağlığımın kötüleşmekte olduğunu düşünüyorum	1	2	3	4	5
d)Sağlığım mükemmel olduğunu düşünüyorum	1	2	3	4	5

## EK. 4. ETİK KURUL İZİNİ



www.uskudar.edu.tr

Altunizade Mahallesi Haluk Türksoy Sokak No:14 34662 Üsküdar/İSTANBUL  
T: 0216 400 22 22 F: 0216 474 12 56 bilgi@uskudar.edu.tr

**T.C.  
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ  
GİRİŞİMSSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR  
ETİK KURULU BAŞKANLIĞI**


SAYI: B.08.6.YÖK.2.ÜS.0.05.0.06 /2018/693

25/06/2018

**Dr.Öğr.Üyesi Elçin BABAOĞLU  
(Fatma TÜRKÖĞLU)**

Üsküdar Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulunun 23/06/2018 tarihinde yapılan 07 No.lu toplantısında “**Trioid Fonksiyon Bozukluğu Olan Hastaların Yaşam Kalitesinin İncelenmesi**” adlı araştırma projenizin etik açıdan uygun olduğuna karar verilmiştir.

Bilgilerinize rica ederim.

  
Doç. Dr. Cümbür TAŞ  
Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik  
Kurulu Başkanı

## Ek.5. İZİN FORMU



T.C.  
İSTANBUL VALİLİĞİ  
İl Sağlık Müdürlüğü  
Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI ÜMRANIYE EĞİTİM VE  
ARAŞTIRMA HASTANESİ - ÜMRANIYE EAH EĞİTİM VE  
AR-GE BİRİMİ  
19:09/2018/16.07-54132726-771-E.238



Sayı : 54132726-771  
Konu : Fatma TÜRKOĞLU'nun  
Tez Çalışma İzni Hk.

İSTANBUL İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜNE  
(İstanbul Sağlık Geliştirilmesi Birimi)

İlgi: 17/09/2018 tarihli ve 16867222-604.01.01-2803 sayılı yazı.

İlgi sayılı yazı ile Üsküdar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik ABD Psikiyatri Hemşireliği Tezli Yüksek Lisans Programı öğrencisi **Fatma TÜRKOĞLU'nun**, Dr. Öğr. Üyesi Elçin BABAĞLU'nun danışmanlığında yürütülen "**Tiroid Fonksiyon Bozukluğu Olan Hastaların Yaşam Kalitesinin İncelenmesi**" konulu tez çalışmasını, kurumumuzda yapması uygun görülmüştür.

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

e-İmzalıdır.  
Doç. Dr. Necdet SAĞLAM  
Başhekim

ÜMRANIYE E.A.H. AR-GE BİRİMİ

Faks No:

e-Posta:ilknur.celik1@saglik.gov.tr İnt.Adresi: ilknur.celik@ueh.gov.tr

Bilgi için:İlknur ÇELİK

Unvan:Eğitim Görevlisi

Telefon No:02166321818-1165

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 84a50b37-bd93-47c8-8073-7099384aacd0 kodu ile erişebilirsiniz.

Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

**EK 6. ÖZGEÇMİŞ**

**Adı Soyadı :** Fatma TÜRKOĞLU

**Doğum Yeri ve Tarihi:** 20.07. 1992 / Menemen

**Yabancı Dili :** İngilizce

**İletişim :** fato-77-@hotmail.com

**Eğitim Durumu:**

**Lise :** Menemen Düz Lisesi 2006-2010

**Lisans :** Balıkesir Üniversitesi SYO 2010-2014

**Yüksek Lisans:** Üsküdar Üniversitesi Psikiyatri Hemşireliği

**Çalıştığı Kurum/Kurumlar ve Yıl :**

Sada Hastanesi 2015

Ümraniye Eğitim Araştırma Hastanesi 2015