



**TİROİD FONKSİYON BOZUKLUĞU OLAN  
KADINLARIN YAŞAM KALİTESİ VE CİNSEL  
İŞLEVLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

**Sevgi DEMİR**

**İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı**

**Tez Danışmanı**

**Doç. Dr. Emine KIYAK**

**Yüksek Lisans Tezi - 2017**

T.C  
ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**TİROİD FONKSİYON BOZUKLUĞU OLAN  
KADINLARIN YAŞAM KALİTESİ VE CİNSEL  
İŞLEVLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

Sevgi DEMİR

İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı  
Yüksek Lisans Tezi

Tez Danışmanı  
Doç. Dr. Emine KIYAK

**ERZURUM**  
2017

T.C.  
ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ  
İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI

**TİROİD FONKSİYON BOZUKLUĞU OLAN KADINLARIN  
YAŞAM KALİTESİ VE CİNSEL İŞLEVLERİNİN  
DEĞERLENDİRİLMESİ**

**Sevgi DEMİR**

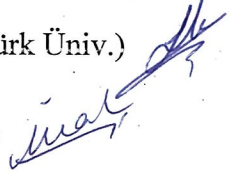
**Tez Savunma Tarihi** : 07.07.2017

**Tez Danışmanı** : Doç. Dr. Emine KIYAK (Atatürk Üniv.)



**Jüri Üyesi** : Doç. Dr. Elanur YILMAZ KARABULUTLU (Atatürk Üniv.)

**Jüri Üyesi** : Yrd. Doç. Dr. İmatullah AKYAR (Hacettepe Üniv.)



**Onay**

Bu çalışma yukarıdaki jüri tarafından **Yüksek Lisans Tezi** olarak kabul edilmiştir.

**Prof. Dr. Mehtap TAN**

Enstitü Müdürü



**Yüksek Lisans Tezi**

**ERZURUM - 2017**

# İÇİNDEKİLER

<b>TEŞEKKÜR</b> .....	<b>IV</b>
<b>ÖZET</b> .....	<b>V</b>
<b>ABSTRACT</b> .....	<b>VI</b>
<b>SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ</b> .....	<b>VII</b>
<b>TABLolar DİZİNİ</b> .....	<b>VIII</b>
<b>1. GİRİŞ</b> .....	<b>1</b>
<b>2. GENEL BİLGİLER</b> .....	<b>4</b>
2.1. Tiroid Bezi Embriyolojisi .....	4
2.2. Anatomisi.....	4
2.3. Fizyolojisi .....	5
2.4. Tiroid Hormonlarının Etki Mekanizması .....	8
2.5. Hipotiroidizm.....	9
2.5.1. Hipotiroidizm Nedenleri .....	9
2.5.2. Hipotiroidizm Belirti ve Bulguları.....	10
2.5.4. Hipotiroidizm Tedavisi .....	10
2.6. Hipertiroidizm.....	11
2.6.1. Hipertiroidizm Nedenleri .....	11
2.6.2. Hipertiroidizm Belirti ve Bulguları.....	11
2.6.4. Hipertiroidizm Tedavisi .....	12
2.7. Tiroid Hastalıklarında Yaşam Kalitesi .....	12
2.8. Cinsel Yaşam .....	13
2.8.1. Cinsel İşlev .....	14
2.8.2. Cinsel İşlevlerin Nöroendokrin Temelleri .....	14
2.8.3. Tiroid Hastalıklarında Cinsel İşlev .....	15

2.9. Troid Hastalıklarında Hemşirelik Bakımı.....	16
<b>3. MATERYAL VE METOT.....</b>	<b>20</b>
3.1. Araştırmanın Şekli .....	20
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zamanı .....	20
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	20
3.4. Veri Toplama Araçları .....	21
3.4.1. Anket Formu .....	21
3.4.2. Yaşam Kalitesi (SF-36) Ölçeği.....	21
3.4.3. Kadın Cinsel İşlev Ölçeği .....	22
3.5. Araştırma Verilerinin Toplanması .....	23
3.6. Araştırma Verilerinin Değerlendirilmesi .....	23
3.7. Araştırmanın Etik Yönü.....	25
3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	26
<b>4. BULGULAR.....</b>	<b>27</b>
<b>5. TARTIŞMA.....</b>	<b>37</b>
<b>6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....</b>	<b>46</b>
<b>KAYNAKLAR .....</b>	<b>48</b>
<b>EKLER .....</b>	<b>66</b>
<b>EK-1. ÖZGEÇMİŞ .....</b>	<b>66</b>
<b>EK-2. ETİK KURUL ONAY FORMU .....</b>	<b>67</b>
<b>EK-3. BİLGİLENDİRİLMİŞ OLUR FORMU .....</b>	<b>68</b>
<b>EK-4. ANKET FORMU .....</b>	<b>69</b>
<b>EK-5. YAŞAM KALİTESİ (SF 36) ÖLÇEĞİ .....</b>	<b>70</b>
<b>EK-6. KADIN CİNSEL İŞLEV ÖLÇEĞİ.....</b>	<b>72</b>
<b>EK-7. HASTANE İZİN YAZISI.....</b>	<b>74</b>

**EK-8. KISA FORM 36(SHORT FORM 36-SF36) ÖLÇEĞİ İZİNİ..... 75**

**EK-9. KADIN CİNSEL İŞLEV ÖLÇEĞİ İZİNİ ..... 76**



## TEŞEKKÜR

Yüksek lisans tezimin her aşamasında bana yol gösteren, bilgi veren ve katkılarını esirgemeyen çok değerli hocam ve danışmanım Sayın Doç. Dr. Emine KIYAK' a en derin saygı ve şükranlarımı sunarım.

Veri toplama aşamasında destek ve yardımlarını esirgemeyen Artvin Devlet Hastanesi Genel Cerrahi Polikliniğindeki tüm personele, araştırmayı kabul eden bütün hastalara, istatistiksel analizlerde bilgi ve yardımlarını esirgemeyen Sayın Doç. Dr. Cantürk ÇAPIK' a ve hayatımın her aşamasında her zaman yanımda olduklarını hissettiğim aileme teşekkür ederim.

**Sevgi DEMİR**

## ÖZET

### **Tiroid Fonksiyon Bozukluğu Olan Kadınların Yaşam Kalitesi ve Cinsel İşlevlerinin Değerlendirilmesi**

**Amaç:** Bu araştırma tiroid fonksiyon bozukluğu olan kadınların yaşam kalitesi ve cinsel işlevlerinin değerlendirilmesi amacıyla yapıldı.

**Materyal ve Metot:** Tanımlayıcı özellikteki araştırmanın verileri Artvin Devlet Hastanesinde genel cerrahi polikliniğine 10 Ekim 2016- 10 Şubat 2017 tarihleri arasında gelen ve tiroid fonksiyon bozukluğu olan 166 kadın hastadan toplandı. Verilerin toplanmasında; anket formu, yaşam kalitesi (SF-36) ve kadın cinsel işlev ölçeği kullanıldı.

**Bulgular:** Hastaların yaşam kalitesi ve cinsel işlev puan ortalamalarının önemli bir şekilde düşük olduğu bulundu. Eğitim seviyesi düşük, ev hanımı, köyde yaşayan, sigara içmeyen, görücü usulü ile evlenen ve cinselliğin önemli olmadığını düşünen hastaların yaşam kalitesi puan ortalamasının önemli bir şekilde düşük olduğu bulundu. Yaş, evlilik süresi, beden kitle indeksi, bel çevresi, hastalık süresi ile yaşam kalitesi ortalamaları arasında negatif, cinsel işlevle yaşam kalitesi puan ortalamaları arasında pozitif yönde önemli bir ilişki olduğu tespit edildi. Evlenme yaşı ile cinsel işlev puanı arasında pozitif, bel çevresi ve hastalık süresi arasında ise negatif yönde önemli bir ilişki olduğu tespit edildi. Eğitim seviyesi düşük, ev hanımı, köyde yaşayan, obez olan, sigara içmeyen, görücü usulü ile evlenen, cinselliğin önemli olmadığını düşünen ve cinsellikle ilgili eğitim almayanların cinsel işlev puan ortalamalarının önemli bir şekilde düşük olduğu bulundu.

**Sonuç:** Hastaların yaşam kalitesi ve cinsel işlev puan ortalamalarının kötü olduğu tespit edildi. Eğitim seviyesi düşük, köyde yaşayan, obez olan ve cinselliğin önemli olmadığını düşünenlerin yaşam kalitesi ve cinsel işlevlerinin daha kötü olduğu tespit edildi. Hastaların cinsel işlevleri iyileştikçe yaşam kalitesinin arttığı tespit edildi. Hemşirelere eğitim ve danışmanlık rollerini kullanarak tiroid fonksiyon bozukluğu olan kadınların yaşam kalitesinin artırılmasına ve cinsel işlevlerinin iyileştirilmesine yönelik girişimlerde bulunmaları önerilmektedir.

**Anahtar kelimeler:** Cinsel işlev, fiziksel sağlık, hipotiroid, hipertiroid, mental sağlık



## ABSTRACT

### **Evaluation of the Quality of Life and Sexual Functions of Women With Thyroid Dysfunction**

**Aim:** This study was conducted to evaluate the quality of life and sexual function of women with thyroid dysfunction.

**Material and Method:** Data of the descriptive study were collected from 166 women patients with thyroid dysfunction admitted to the General Surgery Policlinic at Artvin State Hospital between October 10, 2016 and February 10, 2017. In collecting the data; Questionnaire form, quality of life (SF-36) and female sexual function scale were used.

**Results:** The mean level of quality of life and sexual function of the patients was found to be significantly lower. It was found that the mean quality of life scores of patients with low education level, housewife, living in village, non-smoking, arranged married and thinking sexuality is not important were significantly lower. There was a negative correlation between age, marriage age, body mass index, waist circumference, duration of illness and quality of life, and positively significant correlation between sexual function and quality of life scores. It was found that there was positively significant relationship between age of marriage and sexual function score and negative correlation between waist circumference and duration of illness. It was found that the mean sexual function scores of patients with low education level, housewife, living in village, non-smoking, arranged married and thinking sexuality is not important were significantly lower.

**Conclusion:** Patients' quality of life and sexual functioning scores were found to be lower. It was found that the quality of life and sexual function of the patients with low education level, live in the village, obese and thinking the sexuality is not important are found to be worse. It was found that with the improvement of sexual functions the quality of life increases. It is suggested that nurses should initiate attempts to improve the quality of life of women with thyroid dysfunction and to improve their sexual function by using their training and counseling roles to.

**Keywords:** Sexual function, physical health, hypothyroid, hyperthyroid, mental health

## SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

<b>ATP</b>	: Adenozin trifosfat
<b>BKI</b>	: Beden kitle indeksi
<b>FSFI</b>	: Female sexual function index
<b>İİAB</b>	: İnce iğne aspirasyon biyopsisi
<b>USG</b>	: Ultrasonografi
<b>RNA</b>	: Ribonükleik asit
<b>SF-36</b>	: Short form-36
<b>TSH</b>	: Tiroid stimüle edici hormon
<b>T3</b>	: Triiyodotironin
<b>T4</b>	: Tiroksin

## TABLolar DİZİNİ

<b><u>Tablo No</u></b>	<b><u>Sayfa No</u></b>
<b>Tablo 3.1.</b> Verilerin Normallik Dağılım Analizleri .....	25
<b>Tablo 4.1.</b> Hastaların Demografik ve Klinik Özelliklerine Göre Dağılımları (n=166).....	27
<b>Tablo 4.2.</b> Hastaların Kadın Cinsel İşlev ve Yaşam Kalitesi Ölçek Puan Ortalamaları (n=166) .....	29
<b>Tablo 4.4.</b> Hastaların Bazı Klinik ve Demografik Özellikleri ile Cinsel İşlev ve Yaşam Kalitesi Ölçek Puanı Arasındaki İlişkinin İncelenmesi .....	34

# 1. GİRİŞ

Tiroid hormonları insan hücre ve dokularının fonksiyonlarını düzenlemekte hayati öneme sahiptir<sup>1, 2</sup>. Tiroid fonksiyon bozuklukları en yaygın endokrin bozukluk olup morbidite ve mortaliteyi etkilemektedir<sup>2, 3</sup>. Tiroid hastalıklarında görülen kas krampları, davranış bozuklukları, uyku bozuklukları, depresyon, anksiyete ve panik bozuklukları yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir<sup>4</sup>. Genel olarak tiroid hormonlarındaki dengesizlikler hastalarının yaşam kalitesini azalmakta<sup>5, 6</sup> ve cinsel fonksiyon bozukluğuna neden olmaktadır<sup>7</sup>.

Tiroid fonksiyon bozukluğu hipo ve hipertiroidi şeklinde görülmektedir<sup>8, 9</sup>. Hipotiroidizm, yaygın olarak görülen bir tiroid hormonu eksikliğidir.<sup>10</sup> Tedavi edilmezse sağlık üzerinde ciddi olumsuz etkilere ve ölüme neden olmaktadır. Hipotiroidizm görülme sıklığı ABD'de %0.3-%3.7 ve Avrupa'da %0.2-%5.3 arasında değişmektedir.<sup>11, 12</sup> Ülkemizde ise aşikar hipotiroidi %3.75, subklinik hipotiroidi %6.18 arasında görülmektedir.<sup>13</sup> Hipotiroidizmin en yaygın belirtileri yorgunluk, menstürasyon bozuklukları, aşırı adet kanamaları, hafıza kayıpları, depresif duygu durum bozuklukları, kas krampları, kilo alma, kabızlık, kuru cilt ve ses değişiklikleri şeklinde sıralanmaktadır<sup>14-16</sup>. Otoimmün reaksiyonlar, tirodektomi, radyoaktif iyot tedavisi ve ilaçlar primer hipotiroidinin ortaya çıkmasında rol oynamaktadır. Hipotiroidizm fiziksel, zihinsel, davranışsal ve sosyal bozukluklara yol açmaktadır.<sup>17, 18</sup> Stres, gerginlik, hafıza kaybı ve fiziksel işlev bozuklukları hipotiroidizmde yaşam kalitesinin bozulmasına yol açan önemli faktörlerdir<sup>19</sup>. Hipotiroidizm kadın cinsel fonksiyonlarını ve cinsel isteği olumsuz yönde etkilemektedir<sup>20</sup>. Hipotiroidizmdeki hormonal değişiklikler, cinsel yanıtı ve genital duyarlılığı azaltarak anorgazmiye yol açmaktadır. Cinsel işlev bozukluğuna neden olan hipotiroidizm özellikle kadınlarda cinsel ilginin azalmasına ve orgazm olamamaya neden olmaktadır.<sup>21, 22</sup> Yapılan bir çalışmada hipotiroidizm kadınlarda cinsel

işlev bozukluğunun düşük cinsel istekle ilişkili olduğu belirtilmektedir.<sup>23</sup>

Hipertiroidizm diğer bir fonksiyon bozukluğu olup, tiroid hormonlarının aşırı sentezlendiği ve salgılandığı patolojik bir bozukluktur.<sup>24</sup> Hipertiroidizmin sıklığı ABD'de %1-3<sup>12</sup> Avrupa'da %0.8<sup>25</sup> ve İngiltere'de kadınlarda görülme sıklığı %2, erkeklerde ise %0.2'dir.<sup>26</sup> Marmara bölgesinde yapılan çalışmada hipertiroid sıklığı 65 yaş altında %37.9 iken 65 yaş üstünde %46 olduğu belirtilmektedir.<sup>27</sup> Hipertiroidizmin en yaygın nedenleri Graves hastalığı, toksik multinodüler guatr ve toksik adenomdur.<sup>28</sup> Hipertiroidide menstürasyon düzensizliği, sinirlilik, uykusuzluk, yorgunluk, kilo kaybı, çarpıntı, huzursuzluk, anksiyete ve konsantrasyon bozukluğu en sık görülen belirtiler arasındadır.<sup>30,31</sup> Yapılan çeşitli araştırmalarda hipertiroidizmin yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediği belirtilmektedir.<sup>32-34</sup> Hipertiroidizm kadınlarda, menstrasyon sorunlarına, infertiliteye<sup>35</sup> ve cinsel işlev bozukluğuna neden olmaktadır.<sup>35</sup> Başka bir çalışmada kadın hipertiroid hastalarında önemli cinsel işlev bozukluklarının olduğu tespit edilmiştir.<sup>36</sup>

Kadınlarda cinsel problemler; kadının ruhsal durumunu, kendine olan güvenini, yaşam kalitesini ve diğer insanlarla ilişkisini etkileyen önemli bir faktördür. Cinsel yaşantı yaşam kalitesini etkilediği için cinsel kaygıların, cinsel işlev bozukluklarının önlenmesi ve tedavi edilmesi yaşam kalitesini artırmak için önemlidir.<sup>37</sup> Cinsel işlev bozukluklarında tedavinin tek başına yeterli olmadığı, psikososyal faktörlerinde ele alınması gerektiği belirtilmektedir.<sup>38</sup> Çözülmemiş olan cinsel problemler bireyin yaşam kalitesini, kişiler arası ilişkilerini ve tedaviye uyumunu etkilemektedir. Cinsellik gereksiniminin karşılanmaması yaşam kalitesinin düşmesine ve kişiler arası ilişkilerin bozulmasına neden olmaktadır.<sup>39</sup> Bireyin var olan cinsel işlev bozukluğunu belirttiği takdirde tedavinin mümkün olabileceği belirtilmektedir.<sup>40</sup> Hastaların hastalıkları ve tedavi sürecinin cinsel sağlıklarını nasıl etkileyeceği konusunda hemşirelerden bilgi

bekledikleri belirtilmektedir.<sup>41</sup>

Hemşirelerin bilgi verme, danışmanlık sunma ve rehabilite etme becerilerini kullanmalarının yaşam kalitesinin önemli bir parçası olduğu belirtilmektedir.<sup>42</sup> Amerikan Hemşireler Birliği (ANA) tarafından cinselliğin hemşirelik bakımının önemli bir ögesi olduğu ve Kuzey Amerika Hemşirelik Tanıları Birliği (NANDA) tarafından cinsel fonksiyon bozukluklarının hemşirelik tanıları arasında yer aldığı belirtilmektedir.<sup>43</sup> Bütüncül hemşirelik yaklaşımı çerçevesinde, cinsel işlevlerin değerlendirilmesi, hasta bakımında ele alınması ve hasta eğitimlerinde cinsel sağlığın iyileştirilmesine yönelik konulara önem verilmesi gerektiği belirtilmektedir.<sup>44</sup> Hemşirelerin tiroid fonksiyon bozukluğu olan hastaların cinsel sorunlarını saptayarak ve mevcut sorunlarda danışmanlık rolünü kullanarak tedaviye önemli katkı sağlayacağı ve yaşam kalitesini arttıracacağı düşünülmektedir. Yapılan literatür incelemelerinde ülkemizde hemşirelik alanında tiroid fonksiyon bozukluğu olan kadınların yaşam kalitesi ve cinsel işlevlerinin değerlendirildiği herhangi bir araştırmaya rastlanamamıştır.

Bu çalışma tiroid fonksiyon bozukluğu olan kadınlarda yaşam kalitesi ve cinsel işlevlerini değerlendirilmesi amacıyla yapılmıştır.

#### **Araştırma soruları;**

1. Tirod fonksiyon bozukluğu olan kadınların yaşam kalitesi ve cinsel işlevleri nasıldır?
2. Tirod fonksiyon bozukluğu olan kadınların sosyodemografik ve klinik özellikleri yaşam kalitesi ve cinsel işlevlerini etkiler mi?
3. Tirod fonksiyon bozukluğu olan kadınların yaşam kalitesi ve cinsel işlevleri arasında ilişki var mıdır?

## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. Tiroid Bezi Embriyolojisi

Tiroid bezi embriyoda gelişen ilk endokrin bez olup döllenmeden yaklaşık 24 gün sonra endoderm kalınlaşmasıyla oluşmaya başlamaktadır. Belirtilen kalınlaşmadan kısa bir süre sonra tiroid divertikulum meydana gelmektedir. Daha sonra embriyonun büyümesi sırasında oluşan tiroid bezi taslağı, gelişen hyoid ve larenks kıkırdaklarına yakın bir bölgeden geçerek aşağı doğru inmektedir. Gelişmekte olan tiroid geçici süreliğine tiroglossal kanal olarak adlandırılan bir kanal vasıtasıyla dile bağlanmaktadır. Başlangıçta tiroid divertikülünün içi boş olup zaman içerisinde gelişmekte olan ikinci ve üçüncü trakea halkalarının önünde, istmus ile birbirine bağlı olan sağ-sol loblara ayrılmış sert bir yapı haline gelir. Bu sert yapının yaklaşık olarak 7. haftada, tiroid bezinin tam şeklini aldığı ve erişkin boynundaki konumuna ulaştığı ifade edilmektedir. Belirtilen süreçte tiroglossal kanal da dejenere olup ortadan kaybolmaktadır. Tiroglossal kanalın proksimal açıklığı dilin çekumu olarak devam etmektedir. Popülasyonun yaklaşık 1/2'sinde istmusta superior olarak uzanmakta olan primidal bir lob bulunmakta olup bu lob tiroglossal kanalın distan son parçasının bir kalıntısıdır, fibröz veya bazen düz kas ile hyoid kemiğe yapışabilir.<sup>45</sup>

### 2.2. Anatomisi

Tiroid bezi 15-25 gram ağırlığa sahip, yoğun damarlı ve yumuşak kıvamlı endokrin bir organdır. Gestasyonun üçüncü haftası boyunca primitif farenksin tabanında birinci ve ikinci farengeal cepler arasından gelişmektedir. Tiroid bezi dil tabanının foramen çekumdan, tiroglossal kanal boyunca boyundaki son yerleşim yerine göç etmektedir. Tiroid bezi larenks ve trakeanın ön ve yan kısımlarına fibröz doku ile tutunmuş olan iki lob ile bunları birbirine bağlayan trakeanın önünde ve krikoid kıkırdağın hemen altında uzanan istmustan meydana gelmektedir.<sup>46, 47</sup>

Tiroid bezinin temel arteriyel kanlanması iki çift damar ile sağlanmakta olup bunlardan ilki eksternal karotid arterden kökenlenen "superior tiroid arter" iken diğeri de subklavian arterin yan dalı olan trunkus tiroservikalisten kökenlenen "inferior tiroid arterdir. Tiroid bezi sempatik ve parasempatik sinir lifleri tarafından uyarılmaktadır.

### **2.3. Fizyolojisi**

Tiroid bezi insanlarda metabolizma hızını büyük ölçüde etkilemekte olan tiroksin (T4) ve Triiyodotironin (T3) olmak üzere iki hormon salgılamaktadır. Bu iki hormonun yanı sıra kalsiyum metabolizması için önem arz eden kalsitonin hormonu da tiroid bezinin parafolikül c hücreleri tarafından salgılanmaktadır. Tiroid sekresyonu başlıca hipofiz ön lobundan salgılanmakta olan TSH tarafından kontrol edilmektedir. Tiroksinin normal oluşumu için iyodürler halinde yıllık yaklaşık 50mg (haftalık 1 mg) iyot alımı gerekmektedir. İyot yetersizliğinin önüne geçmek için sofraya tuzu yaklaşık 1/100.000 oranında sodyum iyodür katılmak suretiyle iyotlanır. Ağız vasıtasıyla alınmakta olan bu iyodürler sindirim kanalından kana geçmekte iken büyük bir bölümü ise hızlı bir şekilde böbreklerden atılmaktadır ve 1/5'lik kısmı tiroid bezi hücrelerince kandan alınarak tiroid hormonlarının sentezinde kullanılmaktadır.<sup>48</sup>

Tiroid bazal membranında çok sayıda sodyum-iyot simporter reseptörü bulunmakta olup bunlar aktif bir şekilde dolaşımdan iyot taşınımını gerçekleştirirler. Tiroid hormon yapımından dolaşımda yer alan iyodun bir bölümü kullanılmakta iken geriye kalanı ise ekstrasellüler foliküler havuzda depolanır. Depolanan iyot yaklaşık olarak 8-10mg olup günlük alımda azalma söz konusu olduğunda gerekli iyot buradan sağlanır.<sup>49</sup>

Tiroid hormonlarının oluşumu için gereken ilk aşama iyodür iyonlarının oksidasyonudur. İyot oksitasyonu hidrojen peroksitin yanı sıra peroksidaz enzimi yardımıyla gerçekleşmekte olup bu şekilde aktif iyot meydana gelir. Tiroid



hormonlarının oluşumundaki diğer önemli aşama tiroglobulinin iyot ile birleşimidir. Okside olan iyot yavaş yavaş tirozin aminoasidine bağlanmakta olup bu bağlanma iyodidaz enzimiyle hızlandırılmakta, TSH uyarısıyla kontrol edilmektedir. Tirozin ilk olarak monoyodotirozine, daha sonra ise diiyodotirozine iyotlanmaktadır. İyodun tiroglobulinin molekülüne peptid bağıyla bağlı olan tirozinin benzen halkasındaki 3 numaralı karbon atomuna bağlanmasıyla monoyodotirozin oluşmaktadır. Daha sonra 5 numaralı karbon atomuna bir iyot daha bağlanarak diiyodotirozin oluşur. Daha sonra diiyodotirozin molekülleri birbirine kenetlenmektedir. Monoyodotirozin ve diiyodotirozin birleşmesi ise triiyodotironin (T3) meydana getirmekte olup T3 periferik dokuda T4'ün 5 numaralı karbon atomundaki iyodun deiyodinasyonu ile oluşmaktadır. Oluşan T4 ve T3 tiroglobulinde depolanmakta olup bu depo vücudun 1-3 aylık hormon ihtiyacını karşılayabilmektedir. Tiroid bezinden salgılanmakta olan hormonların yaklaşık %90'ı T4 iken %10'u ise T3 hormonudur. Günlük yaklaşık 90 mikrogram T4, 40 mikrogram T3 dokulara salınmaktadır. T3 ve T4'ün tiroglobulinden ayrılması proteaz enzimleri vasıtasıyla gerçekleşir. Tiroid hücrelerinin apikal yüzeyi kolloidin küçük bir bölümünü içermekte olan yalancı ayaklar göndermekte olup bunlar tiroid hücrelerinin apeksinden içeri giren pinositik vezikülleri meydana getirir. Daha sonra bu veziküller ile lizozomlar birleşip sindirim veziküllerini meydana getirirler. Bu enzim grubu içerisinde yer alan proteinazlar tiroglobulin molekülünü sindirmekte olup bu sayede hormon salınımı meydana gelir. Tiroglobulindeki iyotlanmış olan tirozinin  $\frac{3}{4}$ 'ü tiroid hormonuna dönüşmemekte, hidroliz esnasında tiroglobulinden serbest hale gelmekte fakat kana salınmamaktadır. Bunun yerine bunların deiyodidaz enzimiyle iyodu koparılarak yeniden kullanılmak için bez içerisinde salınmaktadır ki bu durum "iyodür akması" olarak adlandırılır.<sup>48</sup> Tiroid hormonları 3 protein ile kanda taşınmakta olup bunlar; Tiroid hormonu bağlayıcı globulin; kandaki tiroksinin %60'ını, tiroksin

bağlayıcı prealbumin; kandaki tiroksinin %30'unu, tiroksin bağlayıcı albumin; kandaki tiroksinin %10'unu bağlamaktadır.

Yukarıda belirtilen proteinler karaciğerde sentezlenmekte olup bu sebepten ötürü de karaciğer hastalıklarında hormon düzey değişikliği tespit edilebilir.

Tiroid hormonunun fizyolojik fonksiyonları aşağıdaki gibi sıralanabilir:

- Pek çok genin transkripsiyonunu artırmaktadır. Tiroid hormon reseptörler DNA (deoksiribonükleik asit) ipliklerine bitişik ya da yakın olup tiroid hormonu bağlandığında reseptör aktifleşmekte ve transkripsiyon artmaktadır. mRNA'lar meydana gelir, protein oluşturmak için RNA translasyonu gerçekleşir. Oluşan proteinler vücudun işlevsel aktivitesini artırır.
- Hüresel metabolik aktiviteyi artırmaktadır.
- Fetal ve çocukluk döneminde büyüme ve gelişmeye katkı sağlar.
- Yağ metabolizmasını uyarır.
- Karbonhidrat metabolizmasını artırır.
- Vitamin gereksinimini artırır.
- Bazal metabolizma hızını artırır.
- Gastrointestinal motiliteyi artırır.
- Kan akımı, kalp debisi ve hızını artırır. Bu şekilde sistolik kan basıncı artmakta iken diastolik kan basıncı ise düşer.
- Solunum sayısını artırır.
- Merkezi sinir sistemi üzerinde eksitatör etkilere sahiptir.
- Kas fonksiyonları üzerinde etkilidir. Hormon düzeylerinde küçük bir artış kasların cevabını kuvvetlendirmekle birlikte hormon düzeyi ciddi oranda arttığında ise protein metabolizmasından ötürü kaslar güçsüzleşmektedir.
- Diğer endokrin bez salgılarını artırmaktadır.

- Cinsel fonksiyonları etkilemektedir. Erkek bireylerde tiroid hormon eksikliği libido kaybına, fazlalığı ise impotansa neden olurken kadınlarda ise tiroid hormon eksikliği menoraji ve polimenoreye hatta amenoreye neden olabilir, libidoyu azaltır, fazlalığı ise oligomenoreye neden olabilir.<sup>48</sup>

#### **2.4. Tiroid Hormonlarının Etki Mekanizması**

Tiroid hormonları hedef hücrelere pasif difüzyonla ya da ATP gerektiren aktif taşımayla geçmektedir. Hücre çekirdeğinde yer alan reseptörlere bağlanıp protein sentezini ve mRNA oluşumunu etkilemekte olup bu sayede protein yapımını düzenler. Aynı zamanda mitokondride meydana gelen oksidasyon olaylarını hızlandırmakta ve hücre membran yapısındaki enzimlerin aktivitesini de kontrol etmektedir.<sup>50</sup> Tiroid hormonlarının en önemli fonksiyonu büyüme, gelişme ve metabolizma üzerindedir. Tiroid hormonları beyin, ön hipofiz, dalak, akciğer, retina, ön hipofiz, lenf nodları testisler ve uterus gibi organların dışındaki hemen hemen tüm dokuların metabolik hızını ve oksijen tüketimini artırmakta, bazal metabolizma hızını düzenlemektedir.<sup>51</sup> Belirtilen bu fonksiyonları sitozolde yer alan kendilerine has proteinler ile mitokondri iç zarında yer alan reseptörlere bağlanmak suretiyle gerçekleştirir. Troid hormonları oksijen tüketimini, ATP oluşumunu, mitokondrilerin sayısını, etkinliğini artırır ve ergenlik öncesi büyümeyi uyarır.<sup>50</sup> Tiroid hormonlarının diğer bir önemli etkisi ise fetal yaşamda ve doğumdan sonraki ilk yıllarda beynin büyümesi ve gelişimiyle ilgilidir. Tiroid hormonları düşük seviyede olduğu zaman zihinsel aktivite yavaşlamakta olup bu duruma bağlı olarak mental retardasyon ortaya çıkabilmektedir. Tedavi edilmemesi halinde hipotiroid bir yenidoğan ilk 6 ayda ortalama 5 IQ puanı kaybetmektedir.<sup>50</sup> Erişkin bireylerde tiroid hormonları kan-beyin bariyerinden fazla geçemediği için beyindeki oksijen ve glikoz kullanımını etkilemez. Fakat fetal beyin gelişiminde kan-beyin bariyeri yeteri kadar gelişmediği için tiroid hormonları beyin gelişiminde son

derece önem arz etmektedir. Hipertiroidi de zihinsel aktivitede duyarlılık ve huzursuzluk gibi durumlar ortaya çıkabilir.<sup>52</sup>

Tiroid hormonları beta-adrenerjik reseptör sayısını düzenlemek suretiyle katekolaminlere duyarlılığın artmasını sağlar. Adrenalin ve noradrenalin de metabolik etkilerini tiroid hormonları vasıtasıyla göstermektedir. Hipertiroidizmde anksiyete bozukluklarındaki oksijen tüketimi, nabız sayısı ve kalp debisinde meydana gelen artış bu mekanizma ile ortaya çıkmakta olan semptomlar arasında yer alır.

Tiroid hormonu diğer dokularda olduğu gibi beyinde de difüzyon ya da aktif taşınmayla hücre içerisine geçmektedir.<sup>44</sup> Tiroid hormonlarının sinir sistemi üzerinde kompleks hücresel fonksiyonları söz konusudur. Nöronal organizasyon, dallanma ve sinaps oluşumunu sağlayan tiromonoaminerjik nörotransmitterlerin etkilerini artırır. Bu sebepten ötürü de tiroid hormonları tiromonoaminerjik modülatör olarak da bilinmektedir. Düşük tiroid hormon düzeylerinin limbik sistemde monoamin seviyelerinin azalmasına yol açabileceği, bu durumun da duygu durum üzerinde etkili olabileceği ifade edilmektedir.<sup>53</sup>

## **2.5. Hipotiroidizm**

Hipotiroidizm, yaygın olarak görülen bir tiroid hormonu eksikliğidir.<sup>10</sup> Ülkemizde ise aşikar hipotiroidi %3.75, subklinik hipotiroidi %6.18 arasında görülmektedir.<sup>13</sup>

### **2.5.1. Hipotiroidizm Nedenleri**

Hashimoto tiroiditi, radyoaktif iyot tedavisi, tiroid bezi ameliyatı sonrası, subakut tiroidit, iyot eksikliği veya fazlalığı, tiroid sentezinin doğuştan bozukluğu ve ilaçlar (tiyonamidler, lityum, amiodaron, interferon alfa, interlökin-2, perklorat) hipotiroidizm nedenleri arasındadır.<sup>54</sup>

### **2.5.2. Hipotiroidizm Belirti ve Bulguları**

Hipotiroidinin en yaygın belirtileri arasında yorgunluk, uyuşukluk, soğuk intoleransı, kilo alma, kabızlık, ses kalınlaşması, tırnaklarda kırılma, saç dökülmesi, kolesterol düzeyinde artış, miksödem, kretenizm, ciltte kuruluk görülmektedir.<sup>10, 55</sup> Primer hipotiroidi hastalarının büyük bölümünde TSH artışıyla paralellik arz eden serum prolaktin artışı görülür. Yüksek prolaktin konsantrasyonu hipotiroidi kadınlarında menstrüel bozukluklara, galaktoreye ve cinsel işlevlerde azalmaya neden olmaktadır.<sup>56</sup> Tiroid hormonları her iki eşyede de cinsel gelişim ve üreme fonksiyonu üzerinde etkilidir. Bebeklik döneminde başlayan hipotiroidi tedavi edilmemiş ise cinsel gelişme gerçekleşmez. Uzun süreli hipotiroidide sekonder hipofizer yetmezlik gelişebilmekte olup bu durum da ovaryumda atrofi ve amenoreye neden olur<sup>57</sup>. Histolojik incelemeler neticesinde hem overlerde hem de testislerde dejeneratif değişiklikler olduğu göstermiştir.<sup>58</sup>

### **2.5.3. Hipotiroidizm Tanısı**

Hipotiroidizmin tanısında TSH, T3 ve T4 düzeyleri kullanılmaktadır. Primer hipotiroidi, referans aralığın üstünde TSH (referans aralığı:0.27-4.20 uIU/L) konsantrasyonları ve referans aralığın altında serbest tiroksin (referans aralığı 0.932-1.710 ng/dL) konsantrasyonları olarak tanımlanır.<sup>10</sup> Laboratuvar testlerinin yanı sıra ultrasonografi, sintigrafi, manyetik rezonans, tomografi, immünolojik testler ve ince iğne aspirasyon biyopsisi de tanı da kullanılan diğer yöntemlerdir. Ayrıca hipotiroidi olan hastalarda tiroid otoantikörler de (anti-TPO ve anti-TG) kontrol edilir. Tiroid otoantikörlerin yüksek konsantrasyon da olması otoimmün tiroidit olduğunun göstergesidir ve Hashimoto tiroidi olarak adlandırılır.<sup>10</sup>

### **2.5.4. Hipotiroidizm Tedavisi**

Hipotiroidi tedavi edilmezse ciddi hastalığa ve ileri dönemde miksödem, ölüme

yol açabilir. Tedavide tiroit hormonu replasmanı yapılır ve ilaç olarak sentetik tiroksin T<sub>4</sub> verilir. Türkiye’de bulunan T4 preparatları Euthrox T4 ve Levotiroksin T4’dur. Hastaların çoğunda tedavi ömür boyu sürmelidir. Hipotiroid tedavisinde Levotiroksin tercih edilen tedavi yöntemidir.<sup>59</sup> Hipotiroidide optimal günlük doz kg vücut ağırlığı başına 1.5-1.8 µg’ dur<sup>60</sup>. Hastalarda, aşırı doz uygulamasını önlemek için tam doz başlangıçta yeterli izlem ile verilebilir.

## **2.6. Hipertiroidizm**

Hipertiroidizm, tiroid hormonlarının aşırı sentezlendiği ve salgılandığı patolojik bir bozukluktur.<sup>24</sup>

### **2.6.1. Hipertiroidizm Nedenleri**

Dolaşımda yer alan yüksek seviyedeki tiroid hormonlarına bağlı olarak ortaya çıkan sendrom "Tirotoksikoz" olarak adlandırılmakta olup çoğunlukla hipertiroidizme bağlıdır. Tirotoksikozu en fazla yol açan neden Graves hastalığı olup bu hastalık tüm yaş gruplarında ve her iki eşyede de görülebilmektedir. İyot yeterli olan alanlarda hipertiroidinin en sık nedeni Graves hastalığıdır.<sup>24</sup> Tirotoksikoz, tiroid hormon fazlalığıdır ve aşırı tiroit hormon üretimi söz konusudur.<sup>61</sup> Graves hastalığı, toksik multinodüler guatr, toksik adenom, trofoblastik hastalıklar, tiroit stimulan hormon üreten adenomlar sık nedenler arasındadır.<sup>62</sup>

### **2.6.2. Hipertiroidizm Belirti ve Bulguları**

Hipertiroidide menstrüasyon düzensizliği, sinirlilik, uykusuzluk, yorgunluk, kilo kaybı, çarpıntı, huzursuzluk, anksiyete ve konsantrasyon bozukluğu en sık görülen belirtilerdir.<sup>30, 31</sup> Hipertiroidi kadınlarda oligomenoreye, ender olarak da amenoreye neden olarak adet düzensizlikleri ve doğurganlık durumlarını etkilemektedir.<sup>63</sup>

### **2.6.3. Hipertiroidizm Tanısı**

Hipertiroidizm teşhisinde TSH (referans aralığı 0.27-4.20 uIU/mL), serbest T4

(referans aralığı 0.932-1.710 ng/dL), serbest T3 (referans aralığı 2.4-6.03 pq/mL) kullanılmaktadır. Hipertiroidi hastalarda TSH düzeyi saptanamayacak kadar düşük veya baskılanmış, sT4 ve sT3 düzeyinde ise artış söz konusudur. Tiroglobulin seviyesi yüksektir. Aşırı T4 alınmasına bağlı olarak ortaya çıkan hipertiroidi de tiroglobulin seviyesi düşük bulunmaktadır.<sup>64, 65</sup> Tiroid nodüllerinin değerlendirilmesinde kullanılan en güvenilir tanı yöntemi ince iğne aspirasyon biyopsisidir. İnce iğne aspirasyon biyopsisi tanı değeri oldukça yüksek, ucuz, uygulaması kolay ve tekrarlanabilir bir yöntemdir.<sup>66</sup> Laboratuvar testlerinin yanı sıra ultrasonografi, sintigrafi, manyetik rezonans, tomografi, immünolojik testler ve ince iğne aspirasyon biyopsisi de tanı da kullanılan diğer yöntemlerdir. Tiroid sintigrafisi hipertiroidinin tanısında önemlidir ancak TSH değeri normal veya yüksek ise yapılmamalıdır.<sup>67</sup> Subklinik hipertiroidi ve aşikâr hipertiroidi arasında ayırım yapmak için serum serbest T4 ve serbest T3 konsantrasyonları ölçülmelidir.<sup>68</sup>

#### **2.6.4. Hipertiroidizm Tedavisi**

Hipertiroidi olan hastaların tedavisinde antitiroid ilaçlar (propiltiyourasil), radyoaktif ilaç tedavisi ve cerrahi tedavi uygulanır. Graves hastalığının tedavisinde üç tedavide etkili olurken toksik adenomlu ve toksik multinodüler guatrli hastalarda radyoaktif iyot tedavisi ve ameliyat tercih edilmektedir.<sup>24</sup>

#### **2.7. Tiroid Hastalıklarında Yaşam Kalitesi**

Dünya sağlık örgütüne göre yaşam kalitesi, bireyin bulunduğu kültür ve değerler sistemi çerçevesinde amacı, beklentisi, standartı ve ilgi alanı doğrultusunda yaşamda kendi durumunu algılama şekli olarak tanımlanmaktadır. Yapılan çalışmalarda tiroid hastalıklarında yaşam kalitesinin önemi giderek artmaktadır.<sup>4, 69</sup> Yaşam kalitesi tiroid hastalıkları gibi yaşamı tehdit eden hastalıkların tedavisinde önemli bir sonuç göstergesidir. Tiroid hastalıklarındaki hormonal bozukluklar merkezi sinir sistemini,

birden fazla organ sistemini ve mental sağlığı da etkiler.<sup>69, 70</sup> Troid hastalıklarında kas krampları, davranış bozuklukları, uyku bozuklukları, depresyon, anksiyete ve panik bozuklukları yaşam kalitesini etkilemektedir.<sup>4</sup> Tiroid işlev bozukluklarının kolayca fark edilememesi yaşam kalitesini azaltmaktadır.<sup>71-74</sup> Tiroid hormonları sinir sistemi ve beyin fonksiyonlarının gelişimi için önemlidir,<sup>75</sup> tiroid hormonundaki değişiklikler ruh hali ve bilişsel bozukluklar gibi merkezi sinir sistemi bozukluklarına neden olmaktadır<sup>76</sup>. Tiroid disfonksiyonu çeşitli psikiyatrik belirtilere ve rahatsızlıklara neden olabilir. Aynı zamanda troid hastalıklarında artan depresyon riski ile yaşam kalitesi arasında ilişki bulunmuştur<sup>77</sup>. Tiroid işlev bozukluğunun tedavisinin genel olarak psikiyatrik semptomları azalttığı bildirilmektedir.<sup>78, 79</sup> Yapılan bir araştırmada tiroid fonksiyon bozukluklarının tedavi edilmesinin yaşam kalitesini etkilemediği belirtilmektedir.<sup>77, 80</sup> Yaşam kalitesinin, tiroid işlev bozukluklarında azaldığı ve tiroid işlev bozukluğunun tedavisi ile yaşam kalitesinin artırılabilereği belirtilmektedir.<sup>81</sup> Bolk ve ark. hipotiroidi hastalarının yaşam kalitelerinin genel popülasyona göre daha düşük olduğunu belirtmektedirler.<sup>82</sup> Hipotiroid olan hastalarda psikolojik belirtiler kaygı, hafıza kaybı ve depresif durumdur.<sup>74, 83</sup> Hipotiroidide psikiyatrik sorunların, depresyon ve paronoid bozuklukların fazla olması<sup>84, 85</sup> yaşam kalitesi ile arasındaki ilişkiyi desteklemektedir.<sup>4, 86</sup> Yapılan diğer çalışmalarda hipotiroid hastalarının yaşam kalitesinin önemli bir şekilde düşük olduğu gösterilmiştir.<sup>71, 87</sup> Subklinik hipotiroid hastalarında bilişsel bozuklukların görölmesi yaşam kalitesinin bozulmasına neden olmaktadır.<sup>6</sup> Hipertiroidi olan hastalarda yapılan çalışmada tedavi ile yaşam kalitesinin arttığı belirlenmiştir.<sup>88</sup> Yapılan çalışmada hipertiroid olan hastalarda fiziksel ve mental sağlıklarının düşük olduğu bulunmuştur.<sup>89, 90</sup>

## **2.8. Cinsel Yaşam**

Cinsellik doğum ile başlayıp ölene dek devam eden, kişiliğin ayrılmaz



parçalarından ve temel insan gereksinimlerinden birisidir. Cinsel doyum, iki kişinin uyumlu beraberliklerini içeren; sosyal kurallar, değer yargıları ve tabular ile belirlenen, psikolojik, sosyal ve biyolojik boyutları olan yaşantıyı ifade eder.<sup>44</sup> Biyolojik olarak temel fonksiyonu üremenin sağlanması, dolayısıyla da insan neslinin devamlılığıdır. Psikolojik olarak cinsellik cinsel ilişkiden haz duyma, sevme, sevgi gibi kişinin temel ihtiyaçlarının doyurulmasını amaçlamakta olup bunlarla ilişkili olarak bazı kişisel davranışları ve insan ilişkilerini içine almaktadır.<sup>91</sup> Toplumsal anlamda cinsellik, toplumun özelliği, işleyişi, değer yargıları, kanunları, sanatı, tarihi, cinsiyete verilen rolleri, eş seçimi ve evlenme tercihleri ile ilişkilidir.<sup>92</sup>

Dünya sağlık örgütüne göre cinsel sağlık, bireylerin fiziksel, duygusal ve sosyal yönlerinin etkileşiminden meydana gelmektedir. Buna göre cinsel sağlık; insanı cinsel bir varlık olarak sadece bedensel olarak değil aynı zamanda duygusal, düşünsel ve toplumsal bütünlüğünü sağlayan, kişilik gelişimini, iletişimini ve sevginin paylaşımını olumlu yönde arttıran sağlıklı olma durumu olarak tanımlamıştır.<sup>93</sup>

### **2.8.1. Cinsel İşlev**

Cinsellik kişinin duygusal, mental ve fiziki olarak erkeklik veya dişiliği deneyimleme, gösterme becerisi olup sahip olduğu cinsel organlarının fonksiyonlarını, cinselliği algılama seviyesini ve ifade etme tarzını içine almaktadır.<sup>94</sup> İnsanlarda cinsel uyarana gösterilen fizyolojik tepki uyarılma evresi, plato evresi, orgazm evresi, çözülme evresi şeklinde dört evreye ayrılmaktadır. Erkek bireylerde cinsel yanıt döngüsü genel olarak birbirine benzerlik arz etmekte iken kadınlarda ise farklılık söz konusudur. Kadınlardaki cinsel yanıt döngüsü tepkinin yoğunluğu ve süresiyle ilişkili olmakla birlikte sayısız çeşitlilikte olabilmektedir.<sup>37, 95, 96</sup>

### **2.8.2. Cinsel İşlevlerin Nöroendokrin Temelleri**

Cinselliğin merkezi beyindir. Diğer bir ifadeyle en önemli cinsel organ esas

itibariyle beyindir denilebilir. Merkezi sinir sistemindeki birçok bölgenin cinselliğin içerisinde olmakla beraber cinsel işlevlerden sorumlu olan beyin bölgeleri esas itibariyle limbik sistem ve hipotalamustur. Bilhassa anterior hipotalamik medial preoptik çekirdeğin erkek, posterior hipotalamik ventromedial çekirdeğin de kadın cinsel davranışlarına yön veren merkezler olduğu ifade edilmektedir Cinsel işlevlerin düzenlenmesinde pek çok hormon, nörotransmitter sistemi ve peptid etkili olmaktadır.<sup>96</sup>

### **2.8.3. Tiroid Hastalıklarında Cinsel İşlev**

Tiroid hastalıkları cinsel fonksiyon bozukluğu için bir risk faktörüdür<sup>7</sup>. Cinsel işlev için diğer risk faktörleri biyolojik, psikolojik ve kültürel değerler arasındaki dengenin değişmesi ve obezitedir.<sup>97,98</sup>

Hipotiroidi olan hastalarda cinsel işlev bozukluğu görülmektedir.<sup>20, 99</sup> Tiroid stimüle edici hormon gibi hormonal değişiklikler cinsel tepkiyi de inhibe edebilir. Hipotiroidizm kadınlarda beyindeki merkezi 5-hidroksitiramin (5-HT) aktivitesini düşürür, libidoyu azaltır ve depresyon riskini artırır. TSH düzeylerinin yükselmesi prolaktin düzeylerini düşürür ve cinsel hormonları etkileyerek cinsel işlev bozukluğunun ortaya çıkmasına neden olur.<sup>100, 101</sup> Hipotiroidizmde hiperprolaktin insidansı % 0-40 arasında değişir.<sup>102</sup> Primer hipotiroidizmde, prolaktin sekresyonunda artmış hipotalamik tirotropin salınım hormonu uyarımı, yüksek prolaktin düzeylerinin önde gelen nedenidir.<sup>103</sup> Yüksek prolaktin konsantrasyonu hipotiroidi olan kadınlarda menstrüel bozukluklara, galaktoreye ve cinsel işlevlerde azalmaya neden olabilir.<sup>56</sup> Corona ve ark. hiperprolaktinemide azalmış cinsel isteğin, yüksek TSH ile ilişkili olduğunu göstermişlerdir.<sup>104</sup> Hipotiroidi ve hipertiroidi olan kadınlarda yaygın olarak cinsel işlev bozukluğuna neden olmaktadır.<sup>20, 36</sup> Hipotiroid kadınlarda menstrüel rahatsızlıkların prevalansı %25-70'tir ve ovülasyon fonksiyonunu etkilenmektedir.<sup>7</sup>

Kadınlarda hipertiroidizm, menstrual düzensizlikler ve infertiliteye neden

olmaktadır.<sup>105</sup> Çalışmalarda hipertiroidi olan hastaların cinsel işlev bozukluklarının yaygın olarak görüldüğü belirtilmektedir.<sup>23, 36</sup> Hipertiroidi olan hastalarda, adet düzensizlikleri, infertilite, yorgunluk, sinirlilik, anksiyete, depresyon ve çarpıntı belirtileri cinsel işlev bozukluklarına neden olmaktadır.<sup>35</sup> 48(30 hipotiroidi, 18 hipertiroidi) kadın tiroid hastasında yapılan çalışmada lubrikasyon azlığı, orgazm bozukluğu, koitus dışında ve esnasında genital ağrının olduğu saptanmış olup aynı zamanda depresyon prevalansının da yüksek olduğu bildirilmiştir.<sup>95,106</sup>

Hemşirelerin hastaların, cinsellikle ilgili sorunlarını tespit etme ve cinsellikle ilgili danışmanlık yapma rolü vardır.<sup>107</sup> Amerikan Hemşireler Birliği (ANA) cinselliğin hemşirelik bakımının ayrılmaz bir parçası olduğunu belirtmiş ve Kuzey Amerika Hemşirelik Tanıları Birliği (NANDA) cinsel fonksiyon bozukluklarını hemşirelik tanıları arasına eklemiştir.<sup>43</sup> Hemşirelerin bilgi verme, danışmanlık sunma ve rehabilite etme becerileri yaşam kalitesinin önemli bir parçası olduğu belirtilmektedir.<sup>42</sup>

## **2.9. Troid Hastalıklarında Hemşirelik Bakımı**

Troid hastalıklarında hemşirenin hastaların ilaçların düzenli kullanması, ilaç yan etkilerinin izlenmesi, hormon düzeylerinin takibi, hastaya bilgi ve eğitim vermek gibi önemli fonksiyonları vardır.

### **Hipotiroidizmde Hemşirelik Bakımı**

Hipotiroid olan hastalarda hemostatik dengenin korunması için hemşirelik değerlendirilmelerinin dikkatli bir şekilde yapılması gerekir.<sup>108</sup> Hastalardan geniş bir sağlık öyküsü alınmalı, reçetesiz kullanılan ilaçlar, bitki ve besin takviyeleri sorgulanmalıdır. Kardiyovasküler, nörolojik, pulmoner ve böbrek fonksiyonları dâhil olmak üzere tüm fizyolojik durumların düzenli olarak dikkatli bir şekilde izlemi yapılmalıdır. Beslenme durumunun belirlenmesine yardımcı olabilmek için hastaların vermiş oldukları kilo durumu sorgulanmalıdır. Serum tiroid hormon seviyesinin, kan

üre ve kreatin seviyesinin izlemi yapılmalıdır. Levotiroksin kullanımı antikoagülanların etkinliğini artırır bunun için pıhtılaşma faktörlerinin izlemi, kanamanın belirtileri ve semptomları değerlendirilmelidir. Ayrıca levotiroksin alan hastalarda özellikle diyabetli kişilerde insülin veya oral antidiyabetik ilaç kullananlarda hiperglisemi belirtileri izlenmelidir. Çünkü levotiroksin, vücuttaki insülinin etkilerine karşıdır ve hiperglisemi riskini artırır.<sup>109</sup> Hasta güvenliği için uygun önlemler alınmalı ve günlük yaşam aktivitelerinde ihtiyaç duyulduğunda yardımcı olunmalıdır. Tiroid hastalarına ömür boyu tiroid replasman tedavisinin devam edeceği, sağlık personeline danışmadan ilaçlarını bırakmaması ve ilacın dozunu, saatini değiştirmemeleri gerektiği konusunda bilgi verilmelidir. Tiroid ilaçları gece alınırsa uykusuzluğa neden olabileceği bu yüzden sabah aç karnına alınması gerektiği konusunda hastalara eğitim verilmelidir. Levotiroksin sabahları aç karnına alınmalı çünkü demir, kalsiyum takviyeleri ve antiasitlerin emilimi azaltabilir. Bunun için levotiroksin kullandıktan sonra 4 saat bu ilave takviyeler ve antiasitler alınmamalıdır. Hastalar serum tiroid seviyelerinin değerlendirilmesi de olmak üzere düzenli olarak sağlık uzmanı ile görüşmelidir. Hastalarda taşikardi, çarpıntı, sinirlilik, ısıya tahammülsüzlük, ishal, terleme, hızlı kilo kaybı ve irrabilite gibi yüksek doz tiroid replasmanı ile ilişkili olabilecek semptomlar hemen sağlık kuruluşuna bildirilmelidir.<sup>110</sup> Hamile, emziren ve gebe kalmayı planlayan kadınlar doktora bu konuda bilgi vermelidir. Hastalara çilek, şeftali, armut, lahana, ıspanak, şalgam, bezelye, karnıbahar ve turp gibi tiroid hormon salgısını önleyebilen besinleri tüketmemesi konusunda bilgi verilmelidir.<sup>109</sup> Hastalar hipotiroid tanısı olduğunu gösteren bir kart bulundurulması konusunda teşvik edilmelidir.<sup>111</sup>

### **Hipertiroidizmde Hemşirelik Bakımı**

Hastanın yaşam bulguları yakından takip edilmelidir. Hastanın tüm vücut sistemleri değerlendirilmesi yapılmalı, besin alımı ve iştah durumu açısından

değerlendirilmelidir. Tirotoksikoz belirtileri için kas gücü, titreme, ısı intoleransı, duygusal değişiklikler ve sinirlilik durumları değerlendirilmelidir. Antitiroid ilaçların etkinliğini belirlemek ve oluşabilecek semptomları önlemek için hastanın tiroid hormon seviyeleri izlenmelidir. Bazı antitiroid ilaçlar lokoponi ve hepatotoksik etkiye neden olabilir bu yüzden bilirubin ve transamin olmak üzere kan hücre sayısı ve karaciğer hastalıkları belirtileri yönünden takibi yapılmalıdır. Serum glukoz ve elektrolit seviyelerinin takibi özellikle tirotoksikoz kriz belirtileri gösteren hastalarda daha dikkatli yapılmalıdır.<sup>109</sup> Hasta çok fazla iyot alıyor ve dozu çok yüksek ise iyot toksikitesi meydana gelebilir. İyot toksikitesinin belirtileri; ağızda ve boğazda yanma hissi, metalik tat, burun akıntısı, gastrointestinal rahatsızlıklar ve göz kapaklarında şişmedir. Hastalara bu belirtiler öğretilir ve herhangi bir belirti tespit edildiğinde hemen sağlık elemanlarına iletilmesi konusunda eğitim verilir. Antitiroid ilaçlar tiroid fonksiyonunu azaltmaya çalışır ve hipotiroidizmin belirtilerine sebep olabilir.<sup>109</sup> Graves hastalığı olan hastalar graves oftalmopatisi için risklidir. Graves oftalmopati, iltihaplanmanın ekstraküler kasların ve retroorbital dokuların hacmini arttırdığı bir otoimmün hastalıktır. Periorbital ödem gelişirse göz tahrişi, bulanık görme, rüzgâr ve parlak ışıklara maruz kalındığında kötüleşme meydana gelirse hemen sağlık kuruluşuna başvurmaları konusunda bilgilendirilmelidir.<sup>112</sup> Hipotiroidizm ve hipertiroidizm belirti ve semptomlarının devam ettiği gözlemler, ilacın dozajının artırılmasına veya azaltılmasına ihtiyaç duyulduğunu göstermektedir bunun için hasta takibi oldukça önemlidir.<sup>109</sup> Tiroid hastalarına ömür boyu tiroid replasman tedavisinin devam edeceği, sağlık personeline danışmadan ilaçlarını bırakmaması ve ilacın dozunu, saatini değiştirmemeleri gerektiği konusunda bilgi verilmelidir.<sup>111</sup> Çünkü tiroid ilaçları gece alınırsa uykusuzluğa neden olabilir. Bu yüzden sabah aç karnına alınması gerektiği konusunda hastalara eğitim verilmelidir.<sup>111</sup> Tiroid ilaçlarının her gün aç karna aynı

saatte, diğer ilaçlardan en az 1 saat 6nce alınması gerekir. Tiroid ilaçları kalsiyum, demir, vitamin, bazı antasitler, kolestiyol veya lif takviyelerine bağlanan diğer ilaçlarla alındığında etkileşime girerek emilimi etkilemektedir.<sup>110</sup> Hastalar taşikardi, titreme ve hızla kilo kaybı durumlarında hemen sağlık kuruluşuna başvurmalıdır, bu durum yüksek dozda tiroid replesmanı ile ilişkili olabilir.<sup>70</sup> Hastalara mayonez, soya ve deniz ürünleri gibi iyot içeriği yüksek besinlerden uzak durması konusunda bilgi verilir. Hastaya yanında hipertiroid tanısı olduğunu gösteren bir kart bulundurulması konusunda bilgi verilmelidir.<sup>111</sup>



### 3. MATERYAL VE METOT

#### 3.1. Araştırmanın Şekli

Araştırma tiroid fonksiyon bozukluğu olan kadınların yaşam kalitesi ve cinsel işlevlerinin değerlendirilmesi amacıyla tanımlayıcı ve ilişkisel olarak yapıldı.

#### 3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zamanı

Bu araştırmanın verileri 10 Ekim 2016 – 10 Şubat 2017 tarihleri arasında Artvin Devlet Hastanesi Genel Cerrahi Polikliniğinde toplandı.

#### 3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Artvin Devlet Hastanesi Genel Cerrahi Polikliniğine 10 Ekim 2016-10 Şubat 2017 tarihleri arasında haftanın dört günü (pazartesi, salı, perşembe, cuma) gelen ve araştırmaya alınma kriterlerini sağlayan 171 hipo/hipertiroidili kadın hastalar oluşturdu. 171 hastadan 5'i araştırmaya katılmayı kabul etmediği için araştırma dışı bırakıldı. Araştırmanın örneklemini 57'si hipotiroidi ve 109'u hipertiroidi tanısı olmak üzere toplam 166 hasta oluşturdu.

#### **Araştırmaya alınma kriterleri:**

Araştırmaya:

- 18 yaşından büyük
- Cinsel yönden aktif olan
- İletişim kurabilen
- Araştırmaya katılmayı kabul eden kadın hastalar alındı.

Örneklemin yeterliliğini belirlemek için yapılan güç analizinde kadın cinsel işlev ve mental sağlık ölçeği puanı arasındaki korelasyon analizi için (saptanan korelasyon katsayısı: 0.445, n=166) çalışmanın post hoc gücü; 0.05 anlamlılık düzeyinde, %95 güven aralığında 0.99 olarak bulundu. Bu sonuçlar bize örneklemin yeterli olduğunu göstermektedir.<sup>113</sup>

### **3.4. Veri Toplama Araçları**

Araştırma verilerinin toplanması için;

- Anket formu (EK-4)
- Yaşam Kalitesi Ölçeği (SF 36) (EK-5)
- Kadın Cinsel İşlev Ölçeği (EK-6) kullanıldı.

#### **3.4.1. Anket Formu**

Anket formu araştırmacı tarafından literatür bilgileri doğrultusunda<sup>114, 115</sup> hazırlanan, hastaların sosyo-demografik ve klinik özelliklerini belirleyen 20 sorudan oluşmuştur.

#### **3.4.2. Yaşam Kalitesi (SF-36) Ölçeği**

Yaşam kalitesi ölçeği (SF-36), sağlıkla ilgili yaşam kalitesinin değerlendirilmesinde yaygın olarak kullanılan ve Ware tarafından geliştirilen bir ölçektir.<sup>116</sup> Toplam 36 sorudan oluşan ölçek son dört haftayı değerlendirmektedir. Ölçeğin sekiz alt boyutu (emosyonel rol, fiziksel fonksiyon, ağrı, enerji, fiziksel rol, sosyal fonksiyon, genel sağlık, mental sağlık) ve fiziksel sağlık ve mental sağlık olmak üzere iki özet boyutu vardır.<sup>116, 117</sup> Ölçekte alt boyut puanlarından alınan ağırlıklı puanların toplanmasıyla fiziksel ve mental sağlık özet puanı elde edilmektedir. Ölçek 100 puan üzerinden her bölüm için 0-100 puan arasında puanlama yapılarak değerlendirilir. Ölçekteki fiziksel ve mental sağlık toplam puanları 0 ile 100 arasında değişmekte olup puanlar yükseldikçe yaşam kalitesi artmaktadır.<sup>116, 118</sup> Ölçeğinin Türkçe geçerlilik-güvenirlilik çalışması Koçyiğit ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. Koçyiğit ve arkadaşlarının 1999 yılında romatizmal hastalarla yapmış olduğu geçerlik güvenirlilik çalışmasında her bir alt ölçeğin Cronbach alfa katsayıları 0.73 ile 0.76 arasında değiştiği bulunmuştur.<sup>117</sup> Bu çalışmada fiziksel sağlık özet boyutunun Cronbach  $\alpha$  değeri 0.83 ve mental sağlık özet boyutunun Cronbach  $\alpha$  değeri 0.75 olarak



bulundu.

### 3.4.3. Kadın Cinsel İşlev Ölçeği

Kadın cinsel işlev ölçeği cinsel fonksiyonlarının değerlendirilmesi amacıyla Rosen ve ark. tarafından 2000 yılında geliştirilmiştir.<sup>119</sup> Ölçek kadınların son 4 haftadaki cinsel fonksiyonlarını değerlendirir. Toplam 19 sorudan oluşan ölçeğin uyarılma, orgazm, doyum, istek, ağrı ve lubrikasyon olmak üzere 6 alt boyutu vardır. Her soru için puanlama sıfır ve beş puan aralığında değişmektedir. Cinsel istek 1-2. sorularda (puan aralığı 1-5); uyarılma 3-6.sorularda (0-5); kayganlaşma 7-10.sorularda (0-5); orgazm 11-13.sorularda (0-5); doyum 14. soru da (0-5), 15-16. sorularda(1-5); ağrı 17-19.sorularda (0-5) olarak ele alınarak değerlendirilmektedir.<sup>120</sup> Faktör yükleri istek için 0.6; uyarılma ve kayganlaşma için 0.3; orgazm, doyum ve ağrı için 0.4 olarak belirlenmiştir. Ölçeğin alt boyutlarının minimum ve maksimum puan aralıkları; arzu 1.2-6.0, uyarılma, kayganlaşma ve orgazm alt boyutlarının 0-6.0, doyum 0.8-6.0, ağrı 0-6.0 arasında değişmektedir. Ölçeğin puanın hesaplanmasında alt boyut puanları, alt boyutta yer alan madde puanları toplandıktan sonra elde edilen puan ilgili alt grup katsayı ile çarpılmasıyla hesaplanır. Toplam ölçek puanı 2-36 arasında değişmekte olup ölçeğin kesme puanı 26.55'tir. Toplam ölçek puanı 26.55'ten küçük veya eşitse cinsel işlevde olumsuz yönde değişim olduğu kabul edilmektedir.<sup>121</sup> Çayan ve arkadaşları kadın cinsel işlev ölçeği alt boyut puanları uyarılmada 3.9'a, ağrıda 4.4'e, istekte, doyumda, kayganlaşmada ve orgazmda 3.6'ya eşit veya küçükse bu alt boyutlarda cinsel işlev bozukluğu olduğunu belirtmektedirler.<sup>122</sup> Ölçeğin Türkçe güvenilirlik geçerliliği Aygin ve arkadaşları tarafından 2005 yılında yapılmıştır. Güvenirlilik çalışmasında toplam kadın cinsel işlev ölçeği Cronbach Alfa katsayısı 0.98, alt boyutlarının ise Cronbach alfa katsayıları; istek için 0.89, uyarılma için 0.95, kayganlaşma için 0.95, orgazm için 0.96, doyum için 0.96 ve ağrı için 0.98 olduğu

tespit edilmiştir. Ölçeğin Türk kadınlarının cinsel işlevini ölçmede güvenilir ve uygun olduğu belirtilmektedir.<sup>123</sup> Bu çalışmada toplam kadın cinsel işlev ölçeğinin Cronbach  $\alpha$  katsayısı 0.91 olarak tespit edildi. İstek alt boyutunda Cronbach  $\alpha$  katsayısı 0.94, uyarılmada 0.95, kayganlaşmada 0.91, orgazmda 0.94, doyumda 0.97 ve ağrıda 0.97 olduğu bulundu.

### **3.5. Araştırma Verilerinin Toplanması**

Artvin Devlet Hastanesi Genel Cerrahi Polikliniğinde araştırmaya alınma kriterlerini sağlayan hastalar belirlendi, hastalara araştırma hakkında bilgi verildi ve sözlü onamları alındı. Poliklinikteki boş bir odada hastalarla yüz yüze görüşülerek anket formu, yaşam kalitesi ölçeği ve kadın cinsel işlev ölçeği uygulandı. Hastaların boy, kilo, bel çevreleri poliklinikte mezura ve tartı kullanılarak araştırmacı tarafından ölçülerek kaydedildi. Hastaların beden kitle indeksleri kilo (kg)/ boy<sup>2</sup> (cm<sup>2</sup>) formülü kullanılarak hesaplanıp kaydedildi. Hastaya ait TSH, serbestT4 ve serbest T3 değerleri hastanenin elektronik hasta kayıtlarında bulunan hastaya ait en son değerler araştırmacı tarafından alınarak kaydedildi.

### **3.6. Araştırma Verilerinin Değerlendirilmesi**

Veriler, SPSS 17 paket programı kullanılarak değerlendirildi. Dağılımların normal olup olmadığına Shapiro Wilk testi ile bakıldı. Normal dağılan verilerde parametrik testler normal dağılmayanlarda ise non-parametrik testler kullanıldı. Verilerin analizinde sayı-yüzde, ortalama ve standart sapma değerleri hesaplandı. Hasta özellikleri ile cinsel işlev ve mental sağlık puanlarının karşılaştırılmasında varyans analizi ve bağımsız gruplarda t testi kullanıldı. Hastaların özellikleri ile fiziksel sağlık puanlarının karşılaştırılmasında; Mann Whitney-U testi ve Kruskall Wallis analizi testleri kullanıldı. Hastaların yaşı, çocuk sayısı, evlilik süresi, evlenme yaşı, BKİ, bel çevresi, hastalık süresi, TSH, FT3, FT4 değerleri, cinsel işlev, fiziksel ve mental sağlık

puanları arasındaki ilişkiyi değerlendirmek için pearson ve Spearman' s korelasyon analizi kullanıldı. İleri analizlerde ise Dunnet C, LSD, kikare ve Mann Whitney – U testi kullanıldı.



**Tablo 3.1.** Verilerin Normallik Dağılım Analizleri

	Shapiro-Wilk		
	İstatistik	DF	p
Yaş (yıl)	0.966	73	0.045
Çocuk sayısı	0.917	73	0.000
Evlilik süresi (yıl)	0.955	73	0.012
Evlenme yaşı (yıl)	0.840	73	0.000
BKI ( kg/ cm <sup>2</sup> )	0.934	73	0.001
Bel çevresi (cm)	0.950	73	0.006
Hastalık süresi (yıl)	0.703	73	0.000
TSH (uIU / mL )	0.500	73	0.000
FT3 (pq/ mL )	0.956	73	0.013
FT4 (ng/ dL )	0.939	73	0.002
İstek	0.927	73	0.000
Uyarılma	0.954	73	0.009
Kayganlaşma	0.935	73	0.001
Orgazm	0.942	73	0.002
Doyum	0.901	73	0.000
Ağrı	0.935	73	0.001
Toplam Kadınlarda Cinsel İşlev	0.990	73	<b>0.870</b>
Fiziksel sağlık	0.918	73	0.000
Mental sağlık	0.989	73	<b>0.790</b>

Tablo 3.1’de görüldüğü gibi. Shapiro Wilk testine göre toplam cinsel işlev bozukluğu ve mental sağlık puanları normal dağılmaktadır ( $p>0.05$ ). Diğer tüm değişkenler normal dağılmamaktadır. Cinsel işlev ve mental sağlık puanları normal dağılım gösterdiği için pearson korelasyon analizi, diğerlerinde ise Spearman’ s korelasyon analizi kullanıldı.

### 3.7. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmaya katılan tüm hastalara araştırma hakkında bilgi verildi ve sözlü onam alındı. Araştırma için Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesin’ den etik kurul izni (Sayı:2016.05.10) (EK-2) ve Artvin Devlet Hastanesinden çalışma izni (EK-7) alındı.

### **3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları**

Bu araştırma Artvin Devlet Hastanesi Genel Cerrahi Polikliniğine gelen 57 hipotiroidi ve 109 hipertiroidi olan toplam 166 kadın hasta ile sınırlıdır.

Cinselliğin toplumumuzda tabu olarak grlmesi, hastaların bir kısmının cinsel yaşamlarını mahrem olarak görmeleri ve bu konuda paylaşımda bulunmak istememelerinden dolayı araştırmanın veri toplama aşamasında sorunlar yaşanmıştır.

Araştırmaya hastaların cerrahi girişimin olup olmadığı sonuçlarının ele alınmamış olması ve sadece bayan hastaların alınması diğer bir sınırlılığımızdır.



## 4. BULGULAR

Hastaların demografik ve klinik özelliklerine göre dağılımları Tablo 4.1’de sunulmuştur.

**Tablo 4.1.** Hastaların Demografik ve Klinik Özelliklerine Göre Dağılımları (n=166)

	n	%	
<b>Eğitim düzeyi</b>	Okuryazar değil	30	18.1
	Okuryazar	23	13.9
	İlköğretim	76	45.8
	Lise	25	15.1
	Üniversite	12	7.1
<b>Çalışma durumu</b>	Çalışıyor	24	14.5
	Çalışmıyor	142	85.5
<b>Meslek</b>	Ev hanımı	142	85.5
	İşçi memur	24	14.5
<b>Medeni durum</b>	Evli	166	100
<b>Aile tipi</b>	Çekirdek aile	125	75.3
	Geniş aile	41	24.7
<b>Yaşanılan yer</b>	İl Merkezi	89	53.6
	İlçe	47	28.3
	Köy	30	18.1
<b>BKI sınıflandırılması</b>	Normal kilolu	33	19.9
	Fazla kilolu	48	28.9
	1 Derece obez	58	34.9
	2 Derece obez	20	12.1
	3 Derece obez	7	4.2
<b>Sigara kullanma</b>	Evet	60	36.1
	Hayır	106	63.9
<b>Stres yaşama durumu</b>	Var	149	89.8
	Yok	17	10.2
<b>Tanı</b>	Hipotiroid	57	34.3
	Hipertiroid	109	65.7
<b>İlaçlarını düzenli kullanma durumu</b>	Hayır	38	22.9
	Evet	128	77.1
<b>Evlilik şekli</b>	Görücü usulü	93	56
	Anlaşarak	73	44
<b>Cinselliğe verilen önem</b>	Oldukça önemli	14	8.4
	Kısmen önemli	55	33.2
	Önemli değil	97	58.4
<b>Cinsellikle ilgili eğitim alma</b>	Evet	13	7.8
	Hayır	153	92.2

**Tablo 4.1. (Devamı)**

	<b>n</b>	<b>Min-Max</b>	<b>Ort.</b>	<b>SS.</b>
Yaş (yıl)	166	21-75	44.20	11.95
Çocuk sayısı	166	0-8	2.22	1.44
Evlilik süresi (yıl)	166	1-55	22.92	13.13
Evlenme yaşı	166	14-44	20.71	4.17
BKI (kg/cm <sup>2</sup> )	166	17.19-55.20	30.02	5.72
Bel çevresi (cm)	166	52-172	111.72	24.87
Hastalık süresi (yıl)	166	1-40	7.89	8.39
TSH (uIU / mL )	162	0-55.72	3.09	7.15
FT3 (pq/ mL )	141	0.94-4.44	3.04	0.57
FT4 (ng/ dL )	144	0.23-2.97	1.30	0.37

Tablo 4.1’de görüldüğü gibi, hastaların %45.8’inin eğitim seviyesi ilköğretim düzeyinde, %85.5’ü çalışmamakta ve %85.5’inin mesleği ev hanımıdır. Hastaların tamamı evlidir, %75.3’ü çekirdek ailede yaşamaktadır, %53.6’sı il merkezinde yaşamakta ve %56’sı görüclük usulü ile evlenmiştir. Hastaların %63.9’u sigara içmemekte ve %89.8’i son zamanlarda stresli zaman geçirmektedir. Hastaların yaşları 21 ile 75 yaş arasında değişmekte olup yaş ortalaması 44.20±11.95, hastalık süreleri ise 1 ile 40 yıl arasında değişmekte olup ortalama hastalık süresi 7.89±8.39 ve evlilik süre ortalamaları 22.92±13.13’dür. Hastaların çocuk sayısı ortalama 2.22±1.44 ve evlenme yaşı ortalaması 20.71±4.17 olarak bulunmuştur. Hastaların ortalama beden kitle indeksi 30.02±5.72, ortalama bel çevresi 111.72±24.87 olup hastaların %34.9’u 1. derece obezdir. Hastaların %34.3’ü hipotiroid, %65.7’si hipertiroid tanılı ve %77.1’i ilaçlarını düzenli olarak kullanmaktadır. Hastaların %58.4’ü için cinselliğin önemli olmadığı ve % 92.2’sinin cinselle ilgili herhangi bir eğitim almadığı bulunmuştur. Hastaların ortalama TSH değeri 3.09±7.15 uIU / mL , FT3 değeri 3.04±0.57 pq/ mL ve FT4 değeri 1.30±0.37’ng/ dL dir.

**Tablo 4.2.** Hastaların Kadın Cinsel İşlev ve Yaşam Kalitesi Ölçek Puan Ortalamaları(n=166)

	n	Min-Max	Ort.	SS.	Cinsel işlev bozukluğu olan	
					n	%
Yaşam Kalitesi Alt Boyutları						
Fiziksel sağlık	166	0.00-69.43	23.40	17.52		
Mental sağlık	166	0.83-55.00	25.13	10.57		
Kadın Cinsel İşlev Ölçeği Toplam Puanı	166	2.00-30.80	11.48	9.44	160	96.4
Kadın Cinsel İşlev Alt Boyutları						
İstek	166	1.20-6.00	2.19	1.25	150	90.4
Uyarılma	166	0.00-4.80	1.69	1.55	150	90.4
Kayganlaşma	166	0.00-4.80	1.79	1.75	145	87.3
Orgazm	166	0.00-5.60	1.75	1.88	134	80.7
Doyum	166	0.80-6.00	2.13	1.62	133	80.1
Ağrı	166	0.00-6.00	1.94	2.15	142	85.5

Hastaların kadın cinsel işlev ve yaşam kalitesi ölçek puan ortalamaları Tablo 4.2’de sunulmuştur

Tablo 4.2’de görüldüğü gibi, hastaların fiziksel sağlık puan ortalaması 23.40±17.52 ve mental sağlık puan ortalaması 25.13±10.57’dir. Kadın cinsel işlev ölçeği toplam puanı 11.48±9.44, istek alt boyut puanı 2.19±1.25, uyarılma alt boyut puanı 1.69±1.55, kayganlaşma alt boyut puanı 1.79±1.75’dir. Orgazm alt boyut puanı 1.75±1.88, doyum alt boyut puanı 2.13±1.62, ağrı alt boyut puanı 1.94±2.15 olup, kadın cinsel işlev ölçeği kesme noktasına göre hastaların %96.4’ünde cinsel işlev bozukluğu bulunmakta ve %90.4’ü istek, %90.4’ü uyarılma, %87.3’ü kayganlaşma, %80.7’si orgazm, %80.1’i doyum ve %85.5’i ağrı sorunu yaşamaktadır.



**Tablo 4.3.** Hastaların Özelliklerine Göre Cinsel İşlev ve Yaşam Kalitesi Ölçek Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması(n=166)

		n	Fiziksel sağlık		Mental sağlık		Cinsel İşlev	
			Ort.	SS.	Ort.	SS.	Ort.	SS.
Eğitim düzeyi	Okuryazar değil	30	13.15	8.64	18.72	8.48	3.78	3.78
	Okuryazar	23	17.61	12.79	22.79	10.12	6.87	6.83
	İlköğretim	76	21.69	15.93	25.78	10.34	12.55	9.21
	Lise	25	37.38	19.90	29.59	10.73	17.47	9.31
	Üniversite	12	41.83	17.19	32.27	8.60	20.38	7.51
	<b>Önemlilik</b>			$\chi^2_{KW}=37.982$ <b>p=0.000</b>		F=6.312 <b>p=0.000</b>		F=16.109 <b>p=0.000</b>
Çalışma durumu	Çalışıyor	24	30.63	19.70	28.29	11.50	14.27	9.77
	Çalışmıyor	142	22.06	16.82	24.55	10.33	10.97	9.32
	<b>Önemlilik</b>		U=1372.500 <b>p=0.047</b>		t=1.668 <b>p=0.097</b>		t=1.648 <b>p=0.101</b>	
Meslek	Ev hanımı	142	21.61	16.70	24.11	10.47	10.65	9.25
	İşçi/Memur	24	33.99	18.87	31.18	9.22	16.41	9.20
	<b>Önemlilik</b>		U=1060.500 <b>p=0.003</b>		t=-3.108 <b>p=0.002</b>		t=-2.822 <b>p=0.005</b>	
Aile tipi	Çekirdek Aile	125	23.70	18.16	26.04	10.78	12.02	9.55
	Geniş Aile	41	22.49	15.60	22.38	9.51	9.85	9.00
	<b>Önemlilik</b>		U=2539.500 <b>p=0.931</b>		t=1.936 <b>p=0.055</b>		t=1.278 <b>p=0.203</b>	
Yaşanılan yer	İl Merkezi	89	28.41	17.83	26.44	9.65	13.48	9.55
	İlçe	47	18.48	16.02	26.80	11.44	10.05	9.04
	Köy	30	16.25	14.37	18.65	9.61	7.78	8.42
	<b>Önemlilik</b>		$\chi^2_{KW}=21.899$ <b>p=0.000</b>		F=7.455 <b>p=0.001</b>		F=5.084 <b>p=0.007</b>	
BKI Sınıfı	Normal kilolu	33	32.60	19.90	26.29	10.28	17.60	8.18
	Fazla kilolu	48	25.00	17.89	26.84	11.11	11.78	10.14
	1 Derece obez	58	18.78	13.51	23.39	9.97	9.22	8.53
	2 Derece obez	20	19.85	18.94	25.56	12.42	7.90	8.75
	3 Derece obez	7	17.51	13.34	21.25	5.80	9.59	7.21
	<b>Önemlilik</b>		$\chi^2_{KW}=12.544$ <b>p=0.014</b>		F=1.049 <b>p=0.384</b>		F=5.671 <b>p=0.000</b>	
Sigara kullanma	Evet	60	28.91	20.53	27.57	10.27	13.73	9.93
	Hayır	106	20.28	14.78	23.76	10.54	10.21	8.95
	<b>Önemlilik</b>		U=2467.500 <b>p=0.017</b>		t=2.257 <b>p=0.025</b>		t=2.335 <b>p=0.021</b>	
Stres yaşama	Evet	149	23.52	17.35	24.69	10.48	11.53	9.38
	Hayır	17	22.32	19.53	29.01	10.90	11.04	10.25
	<b>Önemlilik</b>		U=1176.000 <b>p=0.630</b>		t=-1.602 <b>p=0.111</b>		t=0.203 <b>p=0.839</b>	

**Tablo 4.3.** (Devamı)

		n	Fiziksel sağlık		Mental sağlık		Cinsel İşlev	
			Ort.	SS.	Ort.	SS.	Ort.	SS.
<b>Tanı</b>	Hipotiroid	57	24.62	15.89	26.84	9.65	12.29	9.01
	Hipertiroid	109	22.76	18.35	24.24	10.96	11.06	9.67
	<b>Önemlilik</b>		U=27.02 p=0.169		t=1.511 p=0.133		t=0.794 p=0.428	
<b>İlacımı Düzenli kullanma</b>	Evet	128	22.21	16.45	24.33	10.41	10.86	9.19
	Hayır	38	27.42	20.45	27.83	10.81	13.57	10.08
	<b>Önemlilik</b>		U=2114.500 p=0.222		t=-1.805 p=0.073		t=-1.556 p=0.122	
<b>Evlilik şekli</b>	Görücü usulü	93	18.35	14.93	23.12	10.60	7.07	8.03
	Anlaşarak	73	29.97	18.49	27.87	9.92	17.10	8.04
	<b>Önemlilik</b>		U=2054.500 <b>P=0.000</b>		t=-3.030 <b>p=0.003</b>		t=-7.980 <b>p=0.000</b>	
<b>Cinselliğe verilen önem</b>	Oldukça önemli	14	43.39	21.69	28.94	13.42	23.90	6.92
	Kısmen önemli	55	29.88	16.36	29.93	8.48	17.79	7.29
	Önemli değil	97	16.84	13.70	21.86	10.06	6.12	6.51
<b>Önemlilik</b>		$\chi^2_{KW}=39.126$ <b>p=0.000</b>		F=12.818 <b>p=0.000</b>		F=76.893 <b>p=0.000</b>		
<b>Cinsellikle ilgili eğitim alma</b>	Evet	13	30.41	21.53	24.92	7.85	18.08	8.98
	Hayır	153	22.80	17.09	25.15	10.79	10.92	9.29
	<b>Önemlilik</b>		U=805.000 p=0.255		t=0.076 p=0.940		t=-2.675 <b>p=0.008</b>	

Hastaların özelliklerine göre cinsel işlev ve yaşam kalitesi ölçek puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 4.3’de sunulmuştur.

Tablo 4.3’de görüldüğü gibi, **Fiziksel sağlık için;**

Eğitim düzeyi, çalışma durumu, meslek, yaşanılan yer, beden kitle indeksi sınıfı ve sigara kullanma durumu, evlilik şekli, cinselliğe verilen öneme göre fiziksel sağlık puan ortalaması istatistiksel olarak farklıdır ( $p < 0.05$ ). Çalışmayanların, sigara kullanmayanların, görücü usulü ile evlenenlerin ve ev hanımlarının puan ortalamasının daha düşük olduğu belirlendi.

Eğitim düzeyine göre farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde (U), okuryazar olmayanların; ilköğretim, lise ve üniversite mezunlarından düşük puana sahip oldukları belirlendi.

Yaşanılan yere göre farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere

yapılan ileri analizde (U), ilçe ve köyde yaşayanların il merkezinde yaşayanlara göre daha düşük puana sahip olduğu belirlendi.

Beden kitle indeksi sınıfına göre farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde (U), obez olanların normal kilolulara göre puanı daha düşük olduğu belirlendi.

Cinselliğe verilen öneme göre farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde (U), cinselliğin önemli olmadığını düşünenlerin puanının; kısmen önemli ve oldukça önemli diyenlerden daha düşük puana sahip olduğu belirlendi.

Aile tipi, stres, hipotiroidi/hipertiroidi, ilacını düzenli kullanma ve cinsellikle ilgili eğitimi alma durumuna göre fiziksel sağlık puan ortalaması istatistiksel olarak anlamlı değildir ( $p>0.05$ ).

Tablo 4.3' de görüldüğü gibi, **Mental sağlık için;**

Eğitim düzeyi, meslek, yaşanılan yer, sigara kullanma durumu, evlilik şekli ve cinselliğe verilen öneme göre mental sağlık puan ortalaması istatistiksel olarak farklıdır ( $p<0.05$ ). Ev hanımlarının, sigara kullanmayanların ve görücü usulü ile evlenenlerin puan ortalaması daha düşüktür.

Eğitim düzeyine göre farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde (Dunnet C), okuryazar olmayanların; ilköğretim, lise ve üniversite mezunlarından düşük puana sahip oldukları belirlendi.

Yaşanılan yere göre farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde (LSD), köy ve ilçede yaşayanların puanının; ilde yaşayanlardan daha düşük puanı olduğu belirlendi.

Cinselliğe verilen öneme göre farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde (Dunnet C), cinselliğin önemli olmadığını düşünenlerin

puanının; kısmen önemli ve oldukça önemli diyenlerden düşük olduğu belirlendi.

Çalışma durumu, aile tipi, beden kitle indeksi sınıfı, stres, hipotiroidi/hipertiroidi, ilacını düzenli kullanma ve cinsellik eğitimi alma durumuna göre mental sağlık puan ortalaması istatistiksel olarak anlamlı değildir ( $p>0.05$ ).

Tablo 4.3’de görüldüğü gibi, **Kadın Cinsel İşlev Ölçeği için;**

Eğitim düzeyi, meslek, yaşanan yer, beden kitle indeksi sınıfı, sigara kullanma durumu, evlilik şekli, cinselliğe verilen önem ve cinsellikle ilgili eğitim alma durumuna göre kadın cinsel işlev ölçek puan ortalaması istatistiksel olarak farklıdır ( $p<0.05$ ). Ev hanımlarının, sigara içmeyenlerin, görücü usulü ile evlenenlerin ve cinsellikle ilgili eğitim almayanların puan ortalamaları daha düşüktür.

Eğitim düzeyine göre farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde (Dunnet C), okuryazar olmayanların puanlarının ilköğretim, lise ve üniversite mezunlarından ve okuryazar olanların ilköğretim, lise ve üniversite mezunlarından daha düşük olduğu belirlendi.

Yaşanılan yere göre farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde (LSD), ilçe ve köyde yaşayanların puan ortalaması il merkezinde yaşayanlardan daha düşük olduğu belirlendi.

Beden kitle indeksi sınıfına göre farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde (Dunnet C), obez olanların puan ortalamasının normal kilolu olanlardan daha düşük puana sahip olduğu belirlendi.

Cinselliğe verilen öneme göre farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde (LSD), cinselliğin kısmen önemli olduğunu düşünenlerin ve önemli olmadığını düşünenlerin puanının oldukça önemli olduğunu düşünenlerden daha düşük puana sahip olduğu belirlendi.

Çalışma durumu, aile tipi, stres, hipotiroidi/hipertiroidi ve ilacını düzenli kullanma durumuna göre kadın cinsel işlev ölçek puan ortalaması istatistiksel olarak

anlamli değildir ( $p>0.05$ ).

**Tablo 4.4.** Hastaların Bazı Klinik ve Demografik Özellikleri ile Cinsel İşlev ve Yaşam Kalitesi Ölçek Puanı Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

		<b>Fiziksel</b>	<b>Mental</b>	<b>Cinsel</b>
		<b>sağlık</b>	<b>sağlık</b>	<b>İşlev</b>
<b>Yaş (yıl)</b>	r	-0.469	-0.390	-0.188
	p	<b>0.000</b>	<b>0.000</b>	0.825
<b>Çocuk sayısı</b>	r	-0.279	-0.196	0.081
	p	<b>0.000</b>	<b>0.011</b>	0.507
<b>Evlilik süresi (yıl)</b>	r	-0.513	-0.443	-0.177
	p	<b>0.000</b>	<b>0.000</b>	0.146
<b>Evlenme yaşı</b>	r	0.452	0.394	0.285
	p	<b>0.000</b>	<b>0.000</b>	<b>0.000</b>
<b>BKI sınıfı (kg/cm<sup>2</sup>)</b>	r	-0.271	-0.156	-0.204
	p	<b>0.000</b>	<b>0.045</b>	0.092
<b>Bel çevresi (cm)</b>	r	-0.274	-0.207	-0.245
	p	<b>0.000</b>	<b>0.008</b>	<b>0.043</b>
<b>Hastalık süresi ( yıl)</b>	r	-0.251	-0.208	-0.331
	p	<b>0.001</b>	<b>0.007</b>	<b>0.005</b>
<b>TSH (uIU / mL )</b>	r	0.117	-0.143	0.012
	p	0.140	0.070	0.920
<b>FT3 (pq/ mL )</b>	r	-0.000	0.157	-0.006
	p	0.998	0.063	0.943
<b>FT4 (ng/ dL )</b>	r	-0.005	0.167	-0.099
	p	0.952	<b>0.045</b>	0.240
<b>Cinsel işlev</b>	r	0.355	0.445	-
	p	<b>0.003</b>	<b>0.000</b>	-

Hastaların bazı klinik ve demografik özellikleri ile cinsel işlev ve yaşam kalitesi ölçek puan arasındaki ilişkinin incelenmesi Tablo 4.4’de sunulmuştur.

Tablo 4.4’de görüldüğü gibi, yaş ile fiziksel sağlık ve mental sağlık puanı arasında istatistiksel olarak negatif yönde zayıf düzeyli anlamlı ilişki vardır ( $p<0.05$ ). Yaş arttıkça fiziksel ve mental sağlık puanı azalmaktadır. Yaş ile cinsel işlev ölçek puanı arasında ise anlamlı bir ilişki yoktur ( $p>0.05$ ).

Tablo 4.4’de görüldüğü gibi, çocuk sayısı ile fiziksel sağlık ve mental sağlık

puanı arasında ise istatistiksel olarak negatif yönde zayıf düzeyli anlamlı ilişki vardır ( $p<0.05$ ). Çocuk sayısı arttıkça fiziksel ve mental sağlık puanı azalmaktadır. Çocuk sayısı ile cinsel işlev ölçek puanı arasında ise anlamlı bir ilişki yoktur ( $p>0.05$ ).

Tablo 4.4'de görüldüğü gibi, evlilik süresi ile fiziksel sağlık puanı arasında istatistiksel olarak negatif yönde orta düzeyli anlamlı, mental sağlık puanı arasında ise istatistiksel olarak negatif yönde zayıf düzeyli anlamlı ilişki vardır ( $p<0.05$ ). Evlilik süresi arttıkça fiziksel ve mental sağlık puanı azalmaktadır. Evlilik süresi ile cinsel işlev ölçek puanı arasında ise anlamlı bir ilişki yoktur( $p>0.05$ ).

Tablo 4.4'de görüldüğü gibi, evlenme yaşı ile fiziksel sağlık, mental sağlık ve cinsel işlev puanı arasında ise istatistiksel olarak pozitif yönde zayıf düzeyli anlamlı ilişki vardır ( $p<0.05$ ). Evlenme yaşı arttıkça cinsel işlev, fiziksel ve mental sağlık puanı da artmaktadır.

Tablo 4.4'de görüldüğü gibi, beden kitle indeksi düzeyi ile fiziksel sağlık ve mental sağlık puanı arasında ise istatistiksel olarak negatif yönde zayıf düzeyli anlamlı ilişki vardır ( $p<0.05$ ). Beden kitle indeksi sınıflandırılması arttıkça fiziksel ve mental sağlık puanı azalmaktadır. Beden kitle indeksi ile cinsel işlev ölçek puanı arasında ise anlamlı bir ilişki yoktur ( $p>0.05$ ).

Tablo 4.4'de görüldüğü gibi, bel çevresi ile fiziksel, mental sağlık ve cinsel işlev puanı arasında ise istatistiksel olarak negatif yönde zayıf düzeyli anlamlı ilişki vardır ( $p<0.05$ ). Bel çevresi arttıkça fiziksel, mental sağlık ve cinsel işlev puanı azalmaktadır.

Tablo 4.4'de görüldüğü gibi, hastalık süresi ile fiziksel, mental sağlık ve cinsel işlev ölçek puanı arasında ise istatistiksel olarak negatif yönde zayıf düzeyli anlamlı ilişki vardır ( $p<0.05$ ). Hastalık süresi arttıkça fiziksel, mental sağlık ve cinsel işlev puanı azalmaktadır.

Tablo 4.4'de görüldüğü gibi, TSH ve FT3 ile fiziksel, mental sağlık ve cinsel

işlev puanı arasında anlamlı bir ilişki yoktur ( $p>0.05$ ). Tablo 4.4’de görüldüğü gibi, FT4 ile mental sağlık puanı arasında ise istatistiksel olarak pozitif yönde zayıf düzeyli anlamlı ilişki vardır ( $p<0.05$ ). FT4 arttıkça mental sağlık puanı da artmaktadır. FT4 ile fiziksel sağlık ve cinsel işlev puanı arasında anlamlı bir ilişki yoktur ( $p>0.05$ ).

Tablo 4.4’de görüldüğü gibi, cinsel işlev ölçek puanı ile fiziksel ve mental sağlık puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönde ve düşük düzeyli ilişki vardır ( $p<0.05$ ). Cinsel işlev ölçek puanı arttıkça mental ve fiziksel sağlık puanı da artmaktadır.



## 5. TARTIŞMA

Tiroid fonksiyon bozukluğu olan kadınların yaşam kalitesi, cinsel işlevler ve etkileyen faktörler ilgili literatür ışığında tartışılmıştır.

### **Hipo ve Hipertiroidi Hastalarının Yaşam Kalitelerini Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi:**

SF-36 yaşam kalitesi fiziksel ve mental sağlık puanları 0 ve 100 arasında değişmekte olup puanların artması yaşam kalitesinin iyi olduğunu göstermektedir.<sup>117, 124</sup> Çalışmamızda hastaların yaşam kalitesi oldukça düşük olduğu belirlenmiştir. Çalışmaya katılan hipo ve hipertiroidi hastalarının fiziksel ve mental sağlıklarının genel olarak düşük olduğunu söyleyebiliriz (Tablo 4.3). Yapılan araştırmalarda hipotiroidi ve hipertiroidi olan hastaların yaşam kalitesinin önemli bir şekilde düşük olduğu bulunmuştur.<sup>71, 87, 125</sup> Hipertiroidi hastalarının fiziksel ve mental sağlık puan ortalamalarının hipotiroidi hastalarına göre daha düşük olduğu ancak aralarındaki farkın önemli olmadığı tespit edildi. Hipertiroidi hastalarının fiziksel ve mental sağlıklarının önemli bir şekilde düşük olduğu belirtilmektedir.<sup>89, 90</sup> Bolk ve ark. hipotiroidi hastalarının yaşam kalitelerinin genel popülasyona göre daha düşük olduğunu belirtmektedirler.<sup>82</sup> Çalışmada hastalık süresi arttıkça fiziksel ve mental sağlığın önemli bir şekilde kötü olduğu bulundu (Tablo 4.4). Graves hastalarında yapılan bir çalışmada tedavi ve hastalık süresinin uzamasının yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediği bulunmuştur.<sup>88</sup>

Çalışmada hastaların FT4 değerleri arttıkça mental sağlıklarının arttığı ancak TSH ve FT3 değerleri ile fiziksel ve mental sağlık arasında önemli bir ilişki olmadığı tespit edildi (Tablo 4.4). Hashimoto tiroidi olan hastalarda yapılan çalışmada TSH ve FT4 değeri ile yaşam kalitesi arasında önemli bir ilişki olmadığı bulunmuştur.<sup>125</sup> Tiroid işlevlerindeki bozuklukların hastanın fiziksel ve mental sağlığını olumsuz yönde



etkilediği belirtilmektedir.<sup>71</sup> Tiroid kanserli hastalarda hormonlardaki azalmanın yaşam kalitesinde azalmaya neden olduğu bulunmuştur.<sup>126</sup> Hipotiroidili hastalarda yapılan bir çalışmada tiroid fonksiyon testleriyle yaşam kalitesi arasında önemli bir ilişki olmadığı tespit edilmiştir.<sup>82</sup>

Çalışmamızda ilacını düzenli kullanan hastaların fiziksel ve mental sağlıklarının kullanmayanlara göre daha kötü olduğu ancak aralarındaki farkın önemli olmadığı tespit edildi(Tablo 4.3). Yapılan bir araştırmada tiroid fonksiyon bozukluklarının tedavi edilmesinin yaşam kalitesini etkilemediği belirtilmektedir.<sup>77</sup>

Çalışmada üniversite mezunlarının; okuryazar olmayan, ilköğretim ve lise mezunlarına göre fiziksel ve mental sağlıklarının önemli bir şekilde yüksek olduğu bulundu (Tablo 4.3). Hipotiroid olan hastalarda yapılan bir çalışmada bizim çalışmamızla benzer şekilde eğitim seviyesi yüksek olanların fiziksel ve mental sağlıklarının daha iyi olduğu bulunmuştur.<sup>19</sup> Hipotiroidili hastalarda yapılan başka bir çalışmada eğitim düzeyi ile fiziksel ve mental sağlık arasında pozitif ve önemli bir ilişki olduğu bulunmuştur.<sup>17</sup> Eğitim düzeyi yüksek olan hastaların daha iyi fiziksel ve mental sağlıklara sahip oldukları söylenebilir.

Çalışmada ev hanımlarının işçi ve memurlara göre fiziksel ve mental sağlıklarının daha kötü olduğu bulundu (Tablo 4.3). Literatür de çalışıyor olmanın yaşam kalitesi üzerinde olumlu etkisi olduğu bildirilmektedir.<sup>127</sup> Çalışma yaşamının, hastalık ve tedaviden kaynaklanan kayıpların giderilmesinde ve kadının öz saygısının artmasında önemli rol oynayarak yaşam kalitesini arttıracakı düşünülebilir.

Çalışmada köy ve ilçelerde yaşayanların il merkezinde yaşayanlara göre fiziksel ve mental sağlıklarının önemli bir şekilde kötü olduğu belirlendi (Tablo 4.3). Bu durum çalışmanın yapıldığı bölgedeki köy ve ilçe gibi kırsal alanlarda yaşayan bireylerin sosyoekonomik durumlarının daha düşük olmasından kaynaklanmış olabilir.

Çalışmada obez hastaların fiziksel sağlıklarının, bel çevresi fazla olan hastaların ise hem fiziksel ve hem mental sağlıklarının önemli bir şekilde kötü olduğu bulundu (Tablo 4.3). Abdominal obezitenin yaşam kalitesinin kötüleşmesine neden olduğu belirtilmiştir.<sup>128</sup> Yapılan bir çalışmada benzer şekilde hipotiroidi hastalarının artmış vücut ağırlıklarının fiziksel sağlığı olumsuz yönde etkilediği bulunmuştur.<sup>82</sup> Obezitenin genel olarak sağlıkla ilişkili yaşam kalitesini azalttığı<sup>129</sup> ve hipotiroidi olan hastalarda miksödem tablosunun görülmesi vücut ağırlığının da artmaya<sup>130</sup> neden olduğu belirtilmektedir.

Çalışmada cinselliğin önemli olmadığını düşünen hastaların fiziksel ve mental sağlıklarının önemli bir şekilde düşük olduğu belirlendi (Tablo 4.3). Cinselliğin yaşam kalitesini önemli ölçüde etkilediği belirtilmiştir.<sup>131, 132</sup> Cinsel isteğin az olması kadınlarda fiziksel ve mental sağlık düzeylerinin düşmesine neden olduğu belirtilmektedir.<sup>133</sup>

Çalışmada stresin fiziksel ve mental sağlığı etkilemediği tespit edildi (Tablo 4.3). Stresin tiroid hormonlarındaki anomalilere neden olduğu belirtilmektedir.<sup>134</sup> Tiroid hastalıklarında görülen anksiyetenin ve davranış bozukluklarının yaşam kalitesini etkilediği belirtilmektedir.<sup>4</sup>

Çalışmada yaş arttıkça fiziksel ve mental sağlığın önemli bir şekilde kötüleştiği belirlendi (Tablo 4.4). Hipotiroidili yaşlı hastalarda yapılan çalışmada depresyon belirtilerinin fiziksel ve mental sağlığın bozulmasına neden olduğu belirtilmektedir.<sup>19</sup> Yaşlı kadın hastalarda hipotiroidizm ve duyu durum bozuklukları daha fazla görülmekte ve yaşam kalitesini olumsuz etkilediği belirtilmektedir.<sup>6, 84, 135</sup> Graves hastaları ile yapılan çalışmada 35 yaştan küçük olanların mental sağlıklarının olumsuz yönde etkilendiği bulunmuştur.<sup>88</sup>

Çalışmada evlenme yaşı azaldıkça, çocuk sayısı ve evlilik süresi arttıkça fiziksel

ve mental sağlığın önemli bir şekilde azaldığı bulundu (Tablo 4.4). Görücü usulü ile evlenenlerin anlaşarak evlenenlere göre fiziksel ve mental sağlıklarının önemli bir şekilde kötü olduğu bulundu (Tablo 4.3). Evliliğin yaşam kalitesini ve yaşam doyumunu olumlu yönde etkilediği belirtilmektedir.<sup>136, 137</sup> Ülkemizde erken yaşta evliliklerin olması evlilik sorumluluklarının erken yaşta üstlenilmesi fiziksel ve mental sağlığı olumsuz yönde etkilemiş olabileceği düşünölmektedir. Çocuk sayısının artmasının annenin sorumluluğunu arttırarak yaşam kalitesinin azalmasına neden olabileceği düşünölmektedir. Özellikle sorunlu evliliklerde evlenme süresinin artması sorunların daha fazla artmasına ve yaşam kalitesinin olumsuz etkilenmesine yol açabilir.

#### **Hipo ve Hipertiroidi Hastalarının Cinsel İşlevleri ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi:**

Kadın cinsel işlev ölçeğinde kesme puanı 26.55 olup, ölçek puanı  $\leq 26.55$  olanlarda cinsel işlevin olumsuz yönde etkilendiği belirtilmektedir.<sup>119, 121</sup> Çalışmada hastaların cinsel işlevleri oldukça düşük bulunmuştur (Tablo 4.2). Troid hastalıkları ile cinsel işlev bozukluğu arasında önemli bir ilişki olduğu belirtilmektedir.<sup>20, 99</sup> Hipertiroidi hastalarında hipotiroidi olan hastalara göre cinsel işlev bozukluğunun daha fazla olduğu ancak aralarındaki farkın önemli olmadığı bulundu. Hipotiroidi olan kadın hastalarda yapılan bir çalışmada cinsel işlev bozukluğunun daha yaygın olduğu bulunmuştur.<sup>99</sup> Yapılan çalışmada troid hastalıklarının kadınların cinsel sağlığı için bir risk faktörü olduğu belirtilmiştir.<sup>35</sup> Hipo ve hipertiroidi olan hastalarda yapılan araştırmalar hastaların cinsel işlev bozukluğuna sahip olduğunu göstermiştir.<sup>20, 23, 36, 99</sup> Hipertiroidili kadın hastalarda %60'nda cinsel işlev bozukluğu olduğu belirtilmiştir.<sup>36</sup> Tohei ve arkadaşlarının çalışmasında hipotiroidinin cinsel davranışları baskıladığı tespit edilmiştir.<sup>138</sup>

Çalışmada hastaların %90.4'ünün istek, %90.4'ünün uyarılma, %87.3'ünün

kayganlaşma, %80.7'sinin orgazm, %80.1'inin doyum ve %85.5'inin ağrı sorunu yaşadığı tespit edildi (Tablo 4.2). Troid fonksiyonlarındaki bozuklukların cinsel isteği azalttığı belirtilmiştir.<sup>139</sup> Hipo ve hipertiroidi olan hastalarda yapılan çalışmada uyarılma, kayganlaşma, ağrı, istek, doyum ve orgazmın önemli bir şekilde bozulduğu belirlenmiştir.<sup>140</sup> Troid hastalarında yapılan diğer bir çalışmada lubrikasyon azlığı, orgazm bozukluğu, koitus dışında ve esnasında genital ağrının olduğu saptanmış olup aynı zamanda depresyon prevalansının da yüksek olduğu bildirilmiştir.<sup>95, 106</sup> Hipertiroidi olan hastalarda yapılan çalışmada cinsel istek, uyarılma, kayganlaşma ve orgazm bozukluklarının daha fazla olduğu belirlenmiştir.<sup>139</sup> Cinsel işlev bozukluğuna neden olan hipotiroidizm özellikle kadınlarda cinsel ilginin azalmasına ve orgazm alamamaya yol açmaktadır.<sup>21, 22</sup> Cinsel işlev bozukluğunun yaygınlığını incelemek için yapılan çalışmada kadınların %63'nün orgazm ve uyarılma problemi yaşadığı görülmektedir.<sup>141</sup> Hipertiroidi östrojen düzeylerini arttırarak libido azalmasına daha az sıklıkta yol açmaktadır.<sup>49</sup> Yapılan çalışmada hipotiroidi tedavisinin orgazm ve uyarılma üzerine etkisinin olmadığı, istek doyum ve ağrı bozukluklarının normale dönmesi konusunda başarılı olduğunu göstermiştir.<sup>140</sup>

Çalışmada ilacını düzenli kullanan hastalarda cinsel işlev bozukluğunun kullanmayanlara göre daha fazla olduğu ancak aralarındaki farkın önemli olmadığı bulundu (Tablo 4.3). Yapılan bir çalışmada tedavi edilen hipotiroidi hastalarında cinsel işlevin alt boyutları olan ağrı, istek ve arzu da iyileşme gözlemlenirken uyarı ve orgazm da iyileşme gözlenmemiştir.<sup>140</sup>

Çalışmada TSH ve FT3 değerleri ile kadın cinsel işlev bozukluğu arasında ilişki bulunmadı (Tablo 4.4). Ancak tiroid hastaları ile yapılan bir çalışmada TSH değerinin 10mU/L'den fazla olmasının hipotiroid hastalarda daha fazla cinsel işlev bozukluğuna neden olduğu tespit edilmiştir.<sup>20</sup> Tiroid hastaları ile yapılan başka bir araştırmada TSH

ve kadın cinsel işlev ölçeği puanı arasında anlamlı ters bir ilişki bulunmuştur.<sup>139</sup> Bizim çalışmamızda ortalama TSH değeri düşük olduğu için cinsel işlevlerinin etkilenmemiş olabileceği düşünülmektedir.

Çalışmada okuryazar olmayanlarda daha fazla cinsel işlev bozukluğu olduğu tespit edildi (Tablo 4.3). Hipertiroidi olan kadın hastaların eğitim seviyesinin cinsel işlevi etkilemediği bulunmuştur.<sup>36</sup> Eğitim seviyesi düşük inmeli ve diyabetli kadın hastalarda cinsel işlev bozukluğunun daha fazla olduğu belirtilmektedir.<sup>142</sup> Toplumumuzda cinselliğin tabu olarak görülmesi, cinsel sorunların ifade edilmesinde zorlukların yaşanması, uygun ortamların sağlanmaması ve eğitim seviyesi düşük olan kişilerde bilgiye ulaşmanın daha zor olması gibi nedenlerin cinsel sorunların artmasında etkili olduğunu söyleyebiliriz.

Çalışmada ev hanımı olan, ilçe ve köyde yaşayan hastalarda cinsel işlev bozukluğunun önemli bir şekilde fazla olduğu bulundu (Tablo 4.3). Tip 1 diyabetli ve köyde yaşayan kadın hastalarda vajinismusun daha fazla olduğu bulunmuştur.<sup>143</sup> Ülkemizin köy ve ilçe gibi kırsal bölgelerde cinsel konuların daha fazla mahrem görülmesi, tabuların olması ve çevreden tepki alma korkusu yaygın olarak görülmektedir. Bu nedenle özellikle kadınların kendilerini ve sorunlarını tam olarak ifade edemedikleri ve cinsel sorunlarına çözüm bulamadıkları için cinsel işlev bozukluğunun daha fazla görülmesi ile açıklanabilir.

Obezite beden sağlığını olumsuz yönde etkileyecek kadar yağ oranının artması olarak tanımlanmaktadır.<sup>144</sup> Obezite kadınlarda menstrüel bozukluklara, cinsel işlev bozukluklarına ve istenmeyen gebeliklerin artmasına neden olmaktadır.<sup>145</sup> Obez bireylerin daha fazla cinsel işlev güçlüğü çektiği, isteksizlik ve memnuniyetsizlik yaşadıkları belirtilmiştir<sup>146</sup> Obezlerde uyarılma, kayganlaşma, orgazm ve memnuniyet arasında negatif bir ilişki olduğu belirtilmiştir.<sup>97</sup> Obezitenin cinsel işlev bozukluğuna

yol açan önemli bir risk faktörü olduğu ve cinselliğin evrelerini olumsuz yönde etkilediği belirtilmektedir.<sup>147</sup> Çalışmamızda obez hastalarda cinsel işlev bozukluğunun daha fazla olduğu (Tablo 4.3), bel çevresi ve BKİ arttıkça cinsel işlev bozukluğunun arttığı tespit edildi (Tablo 4.4). Hem tiroid hastalıklarının<sup>7</sup> hem de obezitenin cinsel işlev bozukluğu için bir risk faktörü olduğu belirtilmiştir.<sup>97</sup> Abdominal obezitenin cinsel işlev bozukluğuna neden olduğu belirtilmiştir.<sup>128</sup> Diyabetli kadın hastalarda yapılan çalışmada obez hastaların daha fazla cinsel işlev bozukluğu yaşadıkları belirtilmiştir.<sup>148</sup>

Çalışmamızda hastalık süresi arttıkça cinsel işlev bozukluğunun arttığı tespit edildi (Tablo 4.4). Multiple sklerozlu hastalarda hastalık süresi arttıkça cinsel işlev bozukluğunun arttığı belirlenmiştir.<sup>149</sup> Diyabetli hastalarda hastalık süresi ile cinsel işlev bozukluğu arasında ilişki olmadığı belirtilmiştir.<sup>150</sup>

Çalışmamızda çalışma durumunun, aile tipinin ve stresin cinsel işlevi etkilemediği tespit edildi (Tablo 4.3). Stres etmenlerinin fazla olması bireylerde cinsel isteği ve memnuniyeti azaltırken, cinsel işlev bozukluğunu arttırdığı belirtilmektedir.<sup>151</sup><sup>152</sup> Menopozlu kadınlarla yapılan çalışmada stresli olanların daha fazla cinsel işlev bozukluğu yaşadıkları bulunmuştur.<sup>153</sup> Sağlıklı ve çalışan kadınlarda çalışanların cinsel işlevinin daha iyi olduğu tespit edilmiştir.<sup>154</sup> Diyabetli ve çalışmayan hastalarda cinsel işlev bozukluğunun daha fazla olduğu belirtilmiştir.<sup>150</sup>

Çalışmamızdaki kadınların %58.4'nün cinselliğin önemli olmadığını düşündüğü ve %92.2'sinin cinsellikle ilgili herhangi bir eğitim almadığı bulundu (Tablo 4.1). Cinselliğin önemli olmadığını düşünen ve cinsellikle ilgili eğitim almayan hastalarda daha fazla cinsel işlev bozukluğu olduğu tespit edildi. Kadınlarda cinsel isteğin az olmasının daha fazla cinsel işlev bozukluğuna neden olduğu belirtilmektedir.<sup>133</sup>

Çalışmada çocuk sayısı ile kadın cinsel işlev bozukluğu arasında ilişki olmadığı belirlendi (Tablo 4.4). Yapılan bir çalışmada çocuk sayısı arttıkça kadın cinsel işlevinin

azaldığı belirtilmektedir.<sup>142</sup> Ülkemizde yapılan çalışmada çocuk sayısının cinsel işlev bozukluğu için risk faktörü olduğu<sup>122</sup> sağlıklı kadınlarda çocuk sayısının artmasının cinsel işlevi olumsuz etkilediği bulunmuştur.<sup>154</sup> Menopozlu kadınlarda çocuk sayısı ile cinsel işlev arasında bir ilişki olmadığı bulunmuştur.<sup>155</sup>

Çalışmada yaş ile cinsel işlev bozukluğu arasında önemli bir ilişki olmadığı tespit edildi (Tablo 4.4). Aynı bölgede yapılan başka bir araştırmada 31-40 yaş grubundaki sağlıklı kadınların cinsel isteği, uyarılma, kayganlaşma ve memnuniyetin daha iyi olduğu, 41-50 yaş grubundakilerin ise cinsel işlevlerinin önemli derecede düşük olduğu belirtilmiştir.<sup>154</sup>

Çalışmaya katılan hastalarının yarısından fazlasının görücü usulüyle evlendiği ve görücü usulü ile evlenenlerde önemli bir şekilde cinsel işlev bozukluğu olduğu belirlendi (Tablo 4.3). Türkiye istatistik kurumu 2016 verilerine göre kadınların % 28.2 sinin evlilik yaşınının 18 den küçük olduğu ve % 50.9'unun görücü usulü ile evlendiği belirtilmiştir. Toplumsal anlamda cinselliğin toplumun özelliği, işleyişi, değer yargıları eş seçimi ve evlenme tercihleri ile ilişkili olduğu belirtilmektedir.<sup>92</sup> Görücü usulü ile evlenmenin cinsel fonksiyon bozukluğu için bir risk faktörü olduğu belirtilmektedir.<sup>156</sup> Yapılan çalışmada görücü usulü evlenen hastalarda daha fazla cinsel işlev bozukluğu, istek ve uyarılmada daha fazla sıkıntı olduğu belirtilmiştir.<sup>157</sup>

Çalışmada evlenme yaş ortalaması  $20.71 \pm 4.17$  olduğu ve evlenme yaşının artması ile cinsel işlevleri azalttığı bulundu (Tablo 4.4). Evlilik süresi ile cinsel işlev arasında ilişki olmadığı tespit edilmiştir. Aynı bölgede ve sağlıklı kadınlarda yapılan bir çalışmada evlilik süresinin uzamasının cinsel işlevini olumsuz etkilediği tespit edilmiştir.<sup>154</sup> Yapılan başka bir çalışmada evlilik süresi arttıkça cinsel işlev bozukluğunun arttığı<sup>158</sup> ve 11 yıldan uzun süren evliliklerde cinsel sorunların daha çok olduğu belirtilmiştir.<sup>159</sup>

Çalışmada cinsel işlev bozukluğu azaldıkça mental ve fiziksel sağlık durumlarının iyileştiği belirlendi (Tablo 4.4). Kadın cinsel işlev bozukluğu fizyolojik ve psikolojik temeller ile bağlantılıdır.<sup>139</sup> Kadın cinsel işlev sorunlarının tedavi edilmesinin kadınlarda fiziksel ve mental sağlığın iyileşmesine katkı sağlayacağı dūřünülmektedir.





## 6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Tiroid fonksiyon bozukluğu olan kadınların yaşam kalitesi ve cinsel işlevlerinin değerlendirilmesi amacıyla yapılan bu araştırmanın sonuçları aşağıda verilmiştir.

Hastaların fiziksel ve mental sağlıklarının daha kötü bulunmuştur. Bu çalışmanın sonucunda okuryazar olmayanların ve köyde yaşayanların önemli bir şekilde fiziksel ve mental sağlıklarının daha kötü olduğu tespit edildi. Obez olan hastaların ve çalışmayanların fiziksel sağlıklarının önemli bir şekilde daha kötü olduğu tespit edildi. Ev hanımı, sigara içmeyen, görücü usulü ile evlenen ve cinselliğin önemli olmadığını düşünenlerin fiziksel ve mental sağlıklarının daha kötü olduğu tespit edildi. Aile tipinin, stresin, hipotiroid/hipertiroidinin, ilacını düzenli kullanmanın ve cinsellik eğitimi almanın fiziksel ve mental sağlığı etkilemediği tespit edildi. Çalışma durumu ve beden kitle indeksinin mental sağlığı etkilemediği bulundu. Evlenme yaşı azaldıkça fiziksel ve mental sağlığın azaldığı tespit edildi. Yaş, çocuk sayısı, evlilik süresi, beden kitle indeksi, bel çevresi ve hastalık süresi arttıkça fiziksel ve mental sağlığın azaldığı tespit edildi. Hastaların FT4 değeri ile mental sağlıkları arasında pozitif ilişki olduğu tespit edildi. FT4 değeri ile fiziksel sağlık arasında ilişki olmadığı tespit edildi. TSH ve FT3 değeri ile fiziksel ve mental sağlık arasında ilişki olmadığı tespit edildi.

Hastaların tamamına yakının cinsel işlev bozukluğu yaşadığı bulunmuştur. Hastaların %90.4'ü istek, %90.4'ü uyarılma, %87.3'ü kayganlaşma,%80.7'si orgazm, %80.1'i doyum ve %85.5'i ağrı sorunu olduğu tespit edildi. Çalışmamızda eğitim seviyesi düşük, ev hanımı, köyde yaşayan, obez olan, sigara içmeyen, görücü usulü ile evlenen, cinselliğin önemli olmadığını düşünen ve cinsellikle ilgili eğitim almayan hastaların cinsel işlevinin daha kötü olduğu tespit edildi. Evlenme yaşı ile cinsel işlev arasında pozitif, bel çevresi ve hastalık süresi ile negatif ve önemli bir ilişki olduğu belirlendi. Cinsel işlev ile mental ve fiziksel sağlık arasında pozitif ve önemli bir ilişki

olduğu belirlendi. Çalışma durumunun, aile tipinin, stresin, hipotiroid/hipertiroidinin, ilacı düzenli kullanmanın cinsel işlevi etkilemediği tespit edildi. Yaş, çocuk sayısı, evlilik süresi, beden kitle indeksi, TSH, FT3 ve FT4 değerleri ile cinsel işlev arasında ilişki olmadığı bulundu.

**Bu sonuçlar doğrultusunda;**

Eğitim seviyesi düşük, ev hanımı, obez, köyde yaşıyan, sigara kullanmayan, cinselliğin önemli olmadığını düşünene, çocuk sayısı, bel çevresi ve evlilik süresi fazla olan, evlenme yaşı küçük olan, hastalık süresi uzun olan kadınların yaşam kalitesinin artırılması için öncelikli olarak ele alınarak, eğitim programlarının hazırlanması ve uygulanması,

Eğitim seviyesi düşük, ev hanımı, ilçe ve köyde yaşıyan, obez, sigara içmeyen, görücü usulü ile evlenen, cinselliğin önemli olmadığını düşünene, cinsellikle ilgili eğitim almayan, evlenme yaşı küçük, bel çevresi fazla ve hastalık süresi uzun olan hastaların cinsel işlevlerinin iyileştirilmesi için öncelikli olarak ele alınarak, eğitim programları hazırlanması ve uygulanması,

Araştırma sonuçlarının tiroid hastaları ile ilgili alanlarda çalışan hemşirelerle paylaşılması,

Erkek ve cerrahi girişim geçiren hastalarda da aynı araştırmanın yapılması önerilmektedir.

## KAYNAKLAR

1. Eminsoy MG, Sözen F. Tiroid Fonksiyon Testleri. *Turkiye Klinikleri J Fam Med Special Topics*, 2015, 6: 1-10.
2. Batool N, Elahi S, Saleem N, Ashraf A. Thyroid Dysfunction in Non-Interferon Treated Hepatitis C Patients Residing in Hepatitis Endemic Area. *BioMed Research International*, 2017, 2017.
3. Gregerman R. Selected endocrine problems: disorders of pituitary, adrenal, and parathyroid glands; pharmacologic use of steroids; hypocalcemia and hypercalcemia; water metabolism; hypoglycemia; and hormone use of unproven value. *Principles of ambulatory medicine. 5th ed. Baltimore: Williams & Wilkins*, 1999: 1096-1121.
4. Bianchi G, Zaccheroni V, Solaroli E, Vescini F, Cerutti R, Zoli M, Marchesini G. Health-related quality of life in patients with thyroid disorders. *Qua Life Res*, 2004, 13: 45-54.
5. Çalışkan S, Koca O, Öztürk M, Akyüz M, Karaman Mİ. Hormonal evaluation in erectile dysfunction. *Turkish Journal of Urology*, 2012, 38: 19-22.
6. Tognini S, Pasqualetti G, Calsolaro V, Polini A, Monzani F. Cognitive function and quality of life in mild thyroid hormone deficiency. *Recent patents on endocrine, metabolic & immune drug discovery*, 2014, 8: 124-134.
7. Bhasin S, Enzlin P, Coviello A, Basson R. Sexual dysfunction in men and women with endocrine disorders. *The Lancet*, 2007, 369: 597-611.
8. Medici M, Visser TJ, Peeters RP. Genetics of thyroid function. *Best Practice & Research Clinical Endocrinology & Metabolism*, 2017.
9. Johnson JL, Felicetta JV. Hypothyroidism: a comprehensive review. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*, 1992, 4: 131-138.

10. Chaker L, Bianco AC, Jonklaas J, Peeters RP. Hypothyroidism. *The Lancet*, 2017.
11. Asvold BO, Vatten LJ, Bjoro T. Changes in the prevalence of hypothyroidism: the Hunt Study in Norway. *Eur J Endocrinol*, 2013, 169: 613-620.
12. Hollowell JG, Staehling NW, Flanders WD, Hannon WH, Gunter EW, Spencer CA, Braverman LE. Serum TSH, T4, and thyroid antibodies in the United States population (1988 to 1994): National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES III). *J Clin Endocrinol Metabol*, 2002, 87: 489-499.
13. Erdoğan MF, Atlı T, Ekinci C, Genç Y, Gökmen H, Erdoğan G. Orta derecede iyot eksikliği olan bir bölgede yaşayan yaşlılardaki tiroid hastalıkları spektrumu ve prevalansı. *Geriatrics*, 2002, 5: 49-53.
14. Carle A, Bülow Pedersen I, Knudsen N, Perrild H, Ovesen L, Laurberg P. Gender differences in symptoms of hypothyroidism: a population-based DanThyr study. *Clin Endocrinol*, 2015, 83: 717-725.
15. Carle A, Pedersen IB, Knudsen N, Perrild H, Ovesen L, Andersen S, Laurberg P. Hypothyroid symptoms fail to predict thyroid insufficiency in old people: a population-based case-control study. *The American Journal of Medicine*, 2016, 129: 1082-1092.
16. Ladenson PW. Psychological wellbeing in patients. *Clin Endocrinol*, 2002, 57: 575-576.
17. Eustatia-Rutten C, Corssmit E, Pereira A, Frölich M, Bax J, Romijn J, Smit J. Quality of life in longterm exogenous subclinical hyperthyroidism and the effects of restoration of euthyroidism, a randomized controlled trial. *Clin Endocrinol*, 2006, 64: 284-291.
18. Lapčević M. Autoimmune thyroid disease and associated diseases. *Srp Arh Celok Lek*, 2005, 133: 84-87.

19. Rakhshan M, Ghanbari A, Rahimi A, Mostafavi I. A Comparison between the Quality of Life and Mental Health of Patients with Hypothyroidism and Normal People Referred to Motahari Clinic of Shiraz University of Medical Sciences. *Int J Community Based Nurs Midwifery*, 2017, 5: 30.
20. Atis G, Dalkilinc A, Altuntas Y, Atis A, Caskurlu T, Ergenekon E. Sexual dysfunction in women with clinical hypothyroidism and subclinical hypothyroidism. *J Sex Med*, 2010, 7: 2583-2590.
21. Berman JR, Berman L, Goldstein I. Female sexual dysfunction: incidence, pathophysiology, evaluation, and treatment options. *Urology*, 1999, 54: 385-391.
22. Vanderpump M, Tunbridge W, French J, Appleton D, Bates D, Clark F, Evans JG, Hasan D, Rodgers H, Tunbridge F. The incidence of thyroid disorders in the community: a twenty-year follow-up of the Whickham Survey. *Clin Endocrinol*, 1995, 43: 55-68.
23. Carani C, Isidori AM, Granata A, Carosa E, Maggi M, Lenzi A, Jannini EA. Multicenter study on the prevalence of sexual symptoms in male hypo-and hyperthyroid patients. *J Clin Endocrinol Metab*, 2005, 90: 6472-6479.
24. De Leo S, Lee SY, Braverman LE. Hyperthyroidism. *Lancet*, 2016, 388: 906.
25. Garmendia Madariaga A, Santos Palacios S, Guillén-Grima F, Galofre JC. The incidence and prevalence of thyroid dysfunction in Europe: a meta-analysis. *J Clin Endocrinol Metab*, 2014, 99: 923-931.
26. Tunbridge W, Evered D, Hall R, Appleton D, Brewis M, Clark F, Evans JG, Young E, Bird T, Smith P. The spectrum of thyroid disease in a community: the Whickham survey. *Clin Endocrinol*, 1977, 7: 481-493.
27. Gül Ö, Şahin S, Cander S, Gül B, Ünal OK, Akçalı Ü, Cangür Ş, Alkış N, Bayındır A, Ersoy C. Endokrinoloji polikliniğine başvuran hastalarda tiroid

- fonksiyonlarının yaş ile olan ilişkisinin incelenmesi. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 2011, 37: 67-70.
28. Laurberg P, Cerqueira C, Ovesen L, Rasmussen LB, Perrild H, Andersen S, Pedersen IB, Carle A. Iodine intake as a determinant of thyroid disorders in populations. *Best Practice & Research Clinical Endocrinology & Metabolism*, 2010, 24: 13-27.
  29. Nyström HF, Jansson S, Berg G. Incidence rate and clinical features of hyperthyroidism in a long-term iodine sufficient area of Sweden (Gothenburg) 2003–2005. *Clin Endocrinol*, 2013, 78: 768-776.
  30. Goichot B, Caron P, Landron F, Bouée S. Clinical presentation of hyperthyroidism in a large representative sample of outpatients in France: relationships with age, aetiology and hormonal parameters. *Clin Endocrinol*, 2016, 84: 445-451.
  31. Boelaert K, Torlinska B, Holder R, Franklyn J. Older subjects with hyperthyroidism present with a paucity of symptoms and signs: a large cross-sectional study. *J Clin Endocrinol Metab*, 2010, 95: 2715-2726.
  32. Bukvic B, Zivaljevic V, Sipetic S, Diklic A, Tausanovic K, Stojanovic D, Stevanovic D, Paunovic I. Improved quality of life in hyperthyroidism patients after surgery. *journal of surgical research*, 2015, 193: 724-730.
  33. Bell RJ, Rivera-Woll L, Davison SL, Topliss DJ, Donath S, Davis SR. Well-being, health-related quality of life and cardiovascular disease risk profile in women with subclinical thyroid disease—a community-based study. *Clin Endocrinol*, 2007, 66: 548-556.
  34. Klaver EI, van Loon HC, Stienstra R, Links TP, Keers JC, Kema IP, Kobold ACM, van der Klauw MM, Wolffenbuttel BH. Thyroid hormone status and

- health-related quality of life in the LifeLines Cohort Study. *Thyroid*, 2013, 23: 1066-1073.
35. Krassas GE. Thyroid disease and female reproduction. *Fertil Steril*, 2000, 74: 1063-1070.
36. Atis G, Dalkilinc A, Altuntas Y, Atis A, Gurbuz C, Ofluoglu Y, Cil E, Caskurlu T. Hyperthyroidism: a risk factor for female sexual dysfunction. *J Sex Med*, 2011, 8: 2327-2333.
37. Kızıltepe A, Tüfekçi EC, Öcal A, Batur O, Kızıltepe HFU. Comparison of sexual functioning in women who have history of total hysterectomy with women of similar age without history of hysterectomy. *Bakırköy Tıp Dergisi*, 2007, 3: 23-28.
38. Traa M, De Vries J, Roukema J, Den Oudsten B. Sexual (dys) function and the quality of sexual life in patients with colorectal cancer: a systematic review. *Ann Oncol*, 2012, 23: 19-27.
39. Karakoyunlu FB, Öncel S. Cinsel fonksiyon bozukluklarında kadına ait hemşirelik bakım süreci örneği. *Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences*, 2009, 12.
40. Lamont J, Bajzak K, Bouchard C, Burnett M, Byers S, Cohen T, Fisher W, Holzapfel S, Senikas V. Female sexual health consensus clinical guidelines. *Journal of obstetrics and gynaecology Canada*, 2012, 34: 769-775.
41. Bal MD. Hemşirelerin cinsel bakıma ilişkin tutum ve inançları. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 2014, 11: 38-42.
42. Kömürcü N, Demirci N, Yıldız H, Gün Ç. Türkiye'deki hemşirelik dergilerinden cinselliğe bakış: Bir literatür incelemesi. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 2014, 11: 9-17.

43. Volpe E, Wertheimer J. Exploring sexuality attitudes and knowledge in nursing: An education program. *Dissertation submitted to the faculty of the American Academy of Clinical Sexologists at Maimonides University*, 2004.
44. Kütmeç C. Kadınlarda cinsel fonksiyon bozukluğu ve hemşirelik bakımı. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 2009, 4: 111-136.
45. Moore K, TVN P. İnsan embriyolojisi. *Blastosist Oluşumu. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri*, 2002: 40-42.
46. Ultrasonografisi OOB. İzmir. *EÜ Basımevi*, 2000, 64.
47. Nyström E, Berg GE, Jansson SK, Topping O, Valdemarsson SV. *Thyroid disease in adults*. Baskı. Springer Science & Business Media, 2010.
48. Guyton A, Hall J. Tıbbi Fizyoloji, Türkçe. *Baskı, Yüce Yayınları & Nobel Tıp Kitap Evi, İstanbul, Türkiye*, 2001: 691-693.
49. Engin K, Atmaca H. Tirotoksikoz. *J Exp Clin Med*, 2010 2 (6): 274-281..
50. Clement K, Viguerie N, Diehn M, Alizadeh A, Barbe P, Thalamas C, Storey JD, Brown PO, Barsh GS, Langin D. In vivo regulation of human skeletal muscle gene expression by thyroid hormone. *Genome Res*, 2002, 12: 281-291.
51. Zahedi Asl S, Farahani H, Ghasemi A, Faraji Shahrivar F. The effect of maternal hypothyroidism during pregnancy on carbohydrate metabolism in adulthood in rats. *Physiol Pharmacol*, 2009, 12: 261-267.
52. Fisher DA. Management of congenital hypothyroidism. *J Clin Endocrinol Metab*, 1991, 72: 523-529.
53. Albayrak EÖ, Ceylan ME. Depresyon Etiyolojisinde Nörobiyolojik Etkenler. *Düşünen Adam Dergisi* 2004, 17(1):27-33.
54. Ross D, Cooper D, Mulder J. Diagnosis of and screening for hypothyroidism in nonpregnant adults. *Up To Date, Waltham, MA*, 2015, 30-28.



55. Schmid C, Zwimpfer C, Brändle M, Krayenbühl PA, Zapf J, Wiesli P. Effect of thyroxine replacement on serum IGF-I, IGFBP-3 and the acid-labile subunit in patients with hypothyroidism and hypopituitarism. *Clin Endocrinol*, 2006, 65: 706-711.
56. Davies T, Hay I. The thyroid gland. *Williams Textbook of Endocrinology*. Wilson JD, Foster DW, Kronenberg HM. Philadelphia, WB Saunders Co, 1998: 389-515.
57. Leenhardt L, Hejblum G, Franc B, Du Pasquier Fediaevsky L, Delbot T, Le Guillouzic D, Ménégau F, Guillausseau C, Hoang C, Turpin G. Indications and limits of ultrasound-guided cytology in the management of nonpalpable thyroid nodules. *J Clin Endocrinol Metabol*, 1999, 84: 24-28.
58. Perez JJ, del Castillo Alemany M, Alos IG. A propósito de un caso de hipotiroidismo. *Aten Primaria*, 2005, 35: 492-493.
59. Okosieme O, Gilbert J, Abraham P, Boelaert K, Dayan C, Gurnell M, Leese G, McCabe C, Perros P, Smith V. Management of primary hypothyroidism: statement by the British Thyroid Association Executive Committee. *Clin Endocrinol*, 2016,84:799-808.
60. Jonklaas J, Bianco A, Bauer A, Burman K, Cappola A, Celi F, Cooper D, Kim B, Peeters R, Rosenthal M. American Thyroid Association Task Force on Thyroid Hormone Replacement. Guidelines for the treatment of hypothyroidism: prepared by the American Thyroid Association task force on thyroid hormone replacement. *Thyroid*, 2014, 24: 1670-1751.
61. Çorapçioğlu D. Hipertiroidizm. *Turkiye Klinikleri J Endocrin*, 2004, 2: 30-39.
62. Melmed S, Polonsky K, Larsen P, Kronenberg H. Williams textbook of endocrinology, Philadelphia: Saunders. 2011.

63. Krassas G, Poppe K, Glinoeer D. Thyroid function and human reproductive health. *Endocrin Rev*, 2010, 31: 702-755.
64. Fonksiyonel GSTH, Yöntemler MTF. Koloğlu Endokrinoloji Temel ve Klinik. *Erdoğan G*, 2005, 2: 173-199.
65. Kaplan MM. Clinical perspectives in the diagnosis of thyroid disease. *Clinical Chemistry*, 1999, 45: 1377-1383.
66. Layfield L, Cibas E, Baloch Z. Thyroid fine needle aspiration cytology: a review of the National Cancer Institute state of the science symposium. *Cytopathology*, 2010, 21: 75-85.
67. ifili SS, Ünalán P. Akılđa Tutulması Gereken Bir Tanı; Subklinik Hipertiroidi. *Sted*, 2013, 2: 65.
68. Pearce EN. Diagnosis and management of thyrotoxicosis. *BMJ* 2006, 332: 1369.
69. Watt T, Cramon P, Frenđl DM, Ware JE, Group T. Assessing health-related quality of life in patients with benign non-toxic goitre. *Best Practice & Research Clin Endocrinol Metab*, 2014, 28: 559-575.
70. Gharib H, Papini E, Paschke R, Duick D, Valcavi R, Hegedüs L, Vitti P. American Association of Clinical Endocrinologists, Associazione Medici Endocrinologi, and European Thyroid Association medical guidelines for clinical practice for the diagnosis and management of thyroid nodules. *Endocrine Practice*, 2010.
71. Gulseren S, Gulseren L, Hekimsoy Z, Cetinay P, Ozen C, Tokatlioglu B. Depression, anxiety, health-related quality of life, and disability in patients with overt and subclinical thyroid dysfunction. *Archives of medical research*, 2006, 37: 133-139.

72. Watt T, Feldt-Rasmussen U, Rasmussen A, Hegedüs L, Bonnema S, Gronvold M, Bjorner J. Measurement of health-related quality of life in thyroid patients. *Ugeskrift for laeger*, 2008, 170: 850-852.
73. Adler JT, Sippel RS, Schaefer S, Chen H. Preserving function and quality of life after thyroid and parathyroid surgery. *Lancet Oncol*, 2008, 9: 1069-1075.
74. Ross DS. Subclinical hypothyroidism. *Werner and Ingbar's The Thyroid: A fundamental and clinical text. 8th ed. Philadelphia: Lippincott, Williams and Wilkins*, 2000: 1001-1006.
75. Burmeister LA, Ganguli M, Dodge HH, Toczek T, Dekosky ST, Nebes RD. Hypothyroidism and cognition: preliminary evidence for a specific defect in memory. *Thyroid*, 2001, 11: 1177-1185.
76. Delitala AP, Terracciano A, Fiorillo E, Orrù V, Schlessinger D, Cucca F. Depressive symptoms, thyroid hormone and autoimmunity in a population-based cohort from Sardinia. *Journal of affective disorders*, 2016, 191: 82-87.
77. Helfand M. Screening for subclinical thyroid dysfunction in nonpregnant adults: a summary of the evidence for the US Preventive Services Task Force. *Ann Internal Med*, 2004, 140: 128-141.
78. Geffken GR, Ward HE, Staab JP, Carmichael SL, Evans DL. Psychiatric morbidity in endocrine disorders. *Psychiatr Clin North Am*, 1998, 21: 473-489.
79. Gur E, Lerer B, Newman ME. Chronic clomipramine and triiodothyronine increase serotonin levels in rat frontal cortex in vivo: relationship to serotonin autoreceptor activity. *Painted in U.S.A*, 1999, 288: 81-87.
80. Surks MI, Ortiz E, Daniels GH, Sawin CT, Col NF, Cobin RH, Franklyn JA, Hershman JM, Burman KD, Denke MA. Subclinical thyroid disease: scientific review and guidelines for diagnosis and management. *Jama*, 2004, 291: 228-238.

81. Meier C, Staub J-J, Roth C-B, Guglielmetti M, Kunz M, Miserez AR, Drewe Jr, Huber P, Herzog R, Müller B. TSH-controlled L-thyroxine therapy reduces cholesterol levels and clinical symptoms in subclinical hypothyroidism: a double blind, placebo-controlled trial (Basel Thyroid Study). *J Clin Endocrinol Metabol*, 2001, 86: 4860-4866.
82. Kelderman-Bolk N, Visser TJ, Tijssen JP, Berghout A. Quality of life in patients with primary hypothyroidism related to BMI. *Eur J Endocrinol*, 2015, 173: 507-515.
83. Monzanil F, Del Guerra P, Caracciol N, Pruneti C, Puccil E, Luisit M, Baschieri L. Subclinical hypothyroidism: neurobehavioral features and beneficial effect of L-thyroxine treatment. *Clin Investig*, 1993, 71: 367-371.
84. Chueire VB, Romaldini JH, Ward LS. Subclinical hypothyroidism increases the risk for depression in the elderly. *Archives of gerontology and geriatrics*, 2007, 44: 21-28.
85. Wu E-L, Chien I-C, Lin C-H, Chou Y-J, Chou P. Increased risk of hypothyroidism and hyperthyroidism in patients with major depressive disorder: a population-based study. *J Psychosomatic Research*, 2013, 74: 233-237.
86. McMillan C, Bradley C, Razvi S, Weaver J. Evaluation of new measures of the impact of hypothyroidism on quality of life and symptoms: the ThyDQoL and ThySRQ. *Value in Health*, 2008, 11: 285-294.
87. Vigarío P, Teixeira P, Reuters V, Almeida C, Maia M, Silva M, Vaisman M. Perceived health status of women with overt and subclinical hypothyroidism. *Med Prin Practic*, 2009, 18: 317-322.
88. Abraham-Nordling M, Törring O, Hamberger B, Lundell G, Tallstedt L, Calissendorff J, Wallin G. Graves' disease: a long-term quality-of-life follow up

- of patients randomized to treatment with antithyroid drugs, radioiodine, or surgery. *Thyroid*, 2005, 15: 1279-1286.
89. Watt T, Cramon P, Hegedüs L, Bjorner JB, Bonnema SJ, Rasmussen ÅK, Feldt-Rasmussen U, Groenvold M. The thyroid-related quality of life measure ThyPRO has good responsiveness and ability to detect relevant treatment effects. *J Clin Endocrinol Metab*, 2014, 99: 3708-3717.
90. Biondi B, Palmieri EA, Fazio S, Cosco C, Nocera M, Saccà L, Filetti S, Lombardi G, Perticone F. Endogenous subclinical hyperthyroidism affects quality of life and cardiac morphology and function in young and middle-aged patients. *J Clin Endocrinol Metabol*, 2000, 85: 4701-4705.
91. Gürsoy E, Gençalp NS. Cinsel sağlık eğitiminin önemi. *Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi*, 2010, 23.
92. İncedere A, Küçük L. Sexual Life and Associated Factors in Psychiatric Patients. *Sex Disabil*, 2017, 35: 89-106.
93. Organization WH. *The world health report 2000: health systems: improving performance*. Baskı. World Health Organization, 2000.
94. Uluçol M. Tiroidektomi Sonrası Kadınlarda Cinsel Fonksiyon Değişiklikleri. Afyon Kocatepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2010.
95. Tashbulatova D. İnfertil kadınlarda cinsel fonksiyonlara etki eden faktörler. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı, Uzmanlık tezi, Adana:Çukurova Üniversitesi, 2007.
96. İncesu C. Cinsel işlevler ve cinsel işlev bozuklukları. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 2004, 7: 3-13.
97. Esposito K, Ciotola M, Giugliano F, Bisogni C, Schisano B, Autorino R, Cobellis L, De Sio M, Colacurci N, Giugliano D. Association of body weight with sexual

- function in women. *International Journal of Impotence Research*, 2007, 19: 353-357.
98. Esposito K, Giugliano F, Ciotola M, De Sio M, D'armiento M, Giugliano D. Obesity and sexual dysfunction, male and female. *International Journal of Impotence Research*, 2008, 20: 358-365.
99. Veronelli A, Mauri C, Zecchini B, Peca MG, Turri O, Valitutti MT, Dall'Asta C, Pontiroli AE. Sexual dysfunction is frequent in premenopausal women with diabetes, obesity, and hypothyroidism, and correlates with markers of increased cardiovascular risk. A preliminary report. *J Sex Med*, 2009, 6: 1561-1568.
100. Brenta G, Schnitman M, Gurfinkiel M, Damilano S, Pierini A, Sinay I, Pisarev MA. Variations of sex hormone-binding globulin in thyroid dysfunction. *Thyroid*, 1999, 9: 273-277.
101. Sowers M, Luborsky J, Perdue C, Araujo KL, Goldman MB, Harlow SD. Thyroid stimulating hormone (TSH) concentrations and menopausal status in women at the mid-life: SWAN. *Clin Endocrinol*, 2003, 58: 340-347.
102. Raber W, Gessl A, Nowotny P, Vierhapper H. Hyperprolactinaemia in hypothyroidism: clinical significance and impact of TSH normalization. *Clin Endocrinol*, 2003, 58: 185-191.
103. Demssie YN, Davis JR. Hyperprolactinaemia. *Clin Med*, 2008, 8: 216-219.
104. Corona G, Mannucci E, Fisher AD, Lotti F, Ricca V, Balercia G, Petrone L, Forti G, Maggi M. Effect of hyperprolactinemia in male patients consulting for sexual dysfunction. *J Sex Med*, 2007, 4: 1485-1493.
105. Hatzimouratidis K, Hatzichristou D. Sexual dysfunctions: Classifications and definitions. *J Sex Med*, 2007, 4: 241-250.

106. Salonia A, Munarriz R, Naspro R, Nappi R, Briganti A, Chionna R, Federghini F, Mirone V, Rigatti P, Goldstein I. Women's sexual dysfunction: a pathophysiological review. *BJU international*, 2004, 93: 1156-1164.
107. Bomar PJ. *Promoting health in families: applying family research and theory to nursing practice*. Baskı. Elsevier Health Sciences, 2004,9-10.
108. Clancy J, McVicar A. Homeostasis 3: nurses as external agents of control in hypothyroidism. *British Journal of Nursing*, 2011, 20.
109. Adams M, Koch RW. *Pharmacology: Connections to nursing practice*. Baskı. Pearson Prentice Hall Upper Saddle River, 2010.
110. Kapustin JF. Hypothyroidism: an evidence-based approach to a complex disorder. *The Nurse Practitioner*, 2010, 35: 44-53.
111. Crawford A, Harris H. Thyroid imbalances: Dealing with disorderly conduct. *Nursing 2016*, 2012, 42: 44-50.
112. Davies T. Pathogenesis and clinical features of Grave's ophthalmopathy (orbitopathy). May 2012. UpToDate.
113. Çapık C. İstatistiksel güç analizi ve hemşirelik araştırmalarında kullanımı: temel bilgiler. *Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences*, 2014, 17.
114. Eftekhari T, Dashti M, Shariat M, Haghollahi F, Raisi F, Ghahghaei-Nezamabadi A. Female Sexual Function During the Menopausal Transition in a Group of Iranian Women. *J Family Reprod Health*, 2016, 10: 52.
115. Serin SO, İlhan M, Ahci S, Okuturlar Y, Koç G, Eyüpgiller T, Sivritepe R, Basat SU. Tiroid Hastalıklarında Bilinç Düzeyi/The level of awareness on thyroid disorders. *Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni*, 2016, 50: 181.
116. Ware Jr JE, Sherbourne CD. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36): I. Conceptual framework and item selection. *Medical care*, 1992: 473-483.

117. Koçyiğit H, Aydemir Ö, Ölmez N, Memiş A. SF-36 Yaşam kalitesi ölçeğinin Türk popülasyonunda geçerlik ve güvenilirliği. *Ege Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Dergisi*, 1999.
118. Sarıgöl Y. Karaciğer transplantasyonu sonrası destek grup girişiminin hastaların bilgi, semptom ve yaşam kalitesi düzeyine etkisinin incelenmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği, Doktora Tezi, İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi, 2013.
119. Rosen CB, J. Heiman, S. Leiblum, C. Meston, R. Shabsigh, D. Ferguson, R. D'Agostino, R. The Female Sexual Function Index (FSFI): a multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. *J Sex Marital Ther*, 2000, 26: 191-208.
120. Aygin D. Meme kanserli kadınlarda cinsel yaşam durumunun incelenmesi. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora tezi, İstanbul:Marmara Üniversitesi,2005.
121. Wiegel M, Meston C, Rosen R. The female sexual function index (FSFI): cross-validation and development of clinical cutoff scores. *J Sex Marital Ther*, 2005, 31: 1-20.
122. Cayan S, Akbay E, Bozlu M, Canpolat B, lent u, Acar D, Ulusoy E, ment u. The prevalence of female sexual dysfunction and potential risk factors that may impair sexual function in Turkish women. *Urol Int*, 2004, 72: 52-57.
123. Aygin D, Aslan FE. Kadın Cinsel İşlev Ölçeği'nin Türkçeye Uyarlaması. *Turkiye Klinikleri J Med*, 2005, 25: 393-399.
124. Ware Jr JE. SF-36 health survey update. *Spine*, 2000, 25: 3130-3139.
125. Uysal HB, Ayhan M. Autoimmunity affects health-related quality of life in patients with Hashimoto's thyroiditis. *Kaohsiung J Med Sci*, 2016, 32: 427-433.



126. Rubic M, Kuna SK, Tesic V, Samardzic T, Despot M, Huic D. The most common factors influencing on quality of life of thyroid cancer patients after thyroid hormone withdrawal. *Psychiatr Danub*, 2014, 26: 520-527.
127. Anderson B, Lutgendorf S. Quality of life as an outcome measure in gynecologic malignancies. *Current opinion in Obstetrics and Gynecology*, 2000, 12: 21-26.
128. Davis S, Castelo-Branco C, Chedraui P, Lumsden M, Nappi R, Shah D, Villaseca P. Understanding weight gain at menopause. *Climacteric*, 2012, 15: 419-429.
129. Katz DA, McHorney CA, Atkinson RL. Impact of Obesity on Health-related Quality of Life in Patients with Chronic Illness. *J Gen Inter Med*, 2000, 15: 789-796.
130. Jonklaas J, Nsouli-Maktabi H. Weight changes in euthyroid patients undergoing thyroidectomy. *Thyroid*, 2011, 21: 1343-1351.
131. Wallwiener S, Müller M, Doster A, Kuon RJ, Plewniok K, Feller S, Wallwiener M, Reck C, Matthies LM, Wallwiener C. Sexual activity and sexual dysfunction of women in the perinatal period: a longitudinal study. *Arch Gynecol Obstet*, 2017, 295: 873-883.
132. Reis N, Beji NK, Coskun A. Quality of life and sexual functioning in gynecological cancer patients: results from quantitative and qualitative data. *European Journal of Oncology Nursing*, 2010, 14: 137-146.
133. Valadares ALR, Pinto-Neto AM, de Souza MH, Osis MJD, da Costa Paiva LHS. The prevalence of the components of low sexual function and associated factors in middle-aged women. *J Sex Med*, 2011, 8: 2851-2858.
134. Pantos C, Mourouzis I. Translating thyroid hormone effects into clinical practice: the relevance of thyroid hormone receptor  $\alpha 1$  in cardiac repair. *Heart failure reviews*, 2015, 20: 273-282.

135. Esposito S, Haggerty J, Stern R In *Geropsychiatric effects of subclinical hypothyroidism*, 147th annual meeting of the American Psychiatric Association, 1994.
136. Scheidler JA. Effects of perceived stress and perceived social support on marital satisfaction in doctoral students. Walden University, 2008.
137. Williams K. Has the future of marriage arrived? A contemporary examination of gender, marriage, and psychological well-being. *J Health Soc Behav*, 2003, 44: 470.
138. Tohei A, Watanabe G, Kazuyoshi T. Effects of thyroidectomy or thiouracil treatment on copulatory behavior in adult male rats. *Journal of veterinary medical science*, 1998, 60: 281-285.
139. Pasquali D, Maiorino M, Renzullo A, Bellastella G, Accardo G, Esposito D, Barbato F, Esposito K. Female sexual dysfunction in women with thyroid disorders. *J Endocrinol Invest*, 2013, 36: 729-733.
140. Oppo A, Franceschi E, Atzeni F, Taberlet A, Mariotti S. Effects of hyperthyroidism, hypothyroidism, and thyroid autoimmunity on female sexual function. *J Endocrinol Invest*, 2011, 34: 449-453.
141. Frank E, Anderson C, Rubinstein D. Frequency of sexual dysfunction in normal couples. *N Engl J Med*, 1978, 1978: 111-115.
142. Yilmaz H, Gumus H, Yilmaz SD, Akkurt HE, Odabas FO. The evaluation of sexual function in women with stroke. *Neurology India*, 2017, 65: 271.
143. Doğan S, Saraçoğlu GV. Yaşam boyu vajinismus olan kadınlarda cinsel bilgi, evlilik özellikleri, cinsel işlev ve doyumun değerlendirilmesi. *Trakya Univ Tıp Fak Derg*, 2009, 26: 151-158.

144. Köse O, Çanakçı V, Arabacı T, Sağlam E. Obezite ve periodontitis. *Clinical and Experimental Health Sciences*, 2012, 2: 89-100.
145. Erenel AŞ, Aksu SP. Obezite ve Kadın Cinselliği. *Turkiye Klinikleri Journal of Obstetric-Women's Health and Diseases Nursing-Special Topics*, 2016, 2: 65-69.
146. Kolotkin R, Binks M, Crosby R, Østbye T, Mitchell J, Hartley G. Improvements in sexual quality of life after moderate weight loss. *International Journal of Impotence Research*, 2008, 20: 487-492.
147. Kadioglu P, Yetkin DO, Sanli O, Yalin AS, Onem K, Kadioglu A. Obesity might not be a risk factor for female sexual dysfunction. *BJU international*, 2010, 106: 1357-1361.
148. Maiorino M, Bellastella G, Castaldo F, Petrizzo M, Giugliano D, Esposito K. Sexual function in young women with type 1 diabetes: the METRO study. *Journal of Endocrinological Investigation*, 2016: 1-9.
149. Zorzon M, Zivadinov R, Bragadin LM, Moretti R, De Masi R, Nasuelli D, Cazzato G. Sexual dysfunction in multiple sclerosis: a 2-year follow-up study. *Journal of the neurological sciences*, 2001, 187: 1-5.
150. Sivrikaya SK, Ünsal A, Karabulutlu EY. Sexual dysfunction and depression in Turkish women with type 2 diabetes mellitus. *Sex Disabil*, 2014, 32: 3-13.
151. McCabe M, Althof SE, Assalian P, Chevret-Measson M, Leiblum SR, Simonelli C, Wylie K. Psychological and interpersonal dimensions of sexual function and dysfunction. *J Sex Med*, 2010, 7: 327-336.
152. Yaşar H, Özkan L, Tepeler A. Kadınlarda cinsel fonksiyon bozukluklarına güncel yaklaşım. *Journal of Clinical and Experimental Investigations*, 2010, 1.
153. Mishra G, Kuh D. Sexual functioning throughout menopause: the perceptions of women in a British cohort. *Menopause*, 2006, 13: 880-890.

154. Tekin YB, Ural ÜM, Üstüner I, Balık G, Güven ESG. Evaluation of female sexual function index and associated factors among married women in North Eastern Black Sea region of Turkey. *Obstet Gynecol*, 2014, 3: 153-158.
155. Aslan E, Poçan G, Dolapçioğlu K, Savaş N, Bağış T. Menopoz sonrasındaki cinsel disfonksiyonun hormonal durum ve sosyokültürel faktörlerle etkileşimi. *TJOD Derg*, 2008, 5: 263-268.
156. Özerdoğan N, Sayiner F, Köşgeroğlu N, Ünsal A. 40–65 yaş grubu kadınlarda cinsel fonksiyon bozukluğu prevalansı, depresyon ve diğer ilişkili faktörler. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 2009, 2: 46-59.
157. Mert DG, Özen NE. Genel psikiyatri polikliniğine başvuran kadın hastalarda cinsel işlev bozukluğu ve ilişkili sosyokültürel parametrelerin değerlendirilmesi. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 2011, 14.
158. Güvel S, Yaycioğlu Ö, Bağış T, Savaş N, Bulgan E, Özkardeş H. Evli kadınlarda cinsel fonksiyonlara etkin faktörler. *Turkish J Urology*, 2003, 29: 43-48.
159. Oniz A, Keskinoglu P, Bezircioglu I. The prevalence and causes of sexual problems among premenopausal Turkish women. *J Sex Med*, 2007, 4: 1575-1581.

## EKLER

### EK-1. ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler
<b>Adı Soyadı:</b> Sevgi DEMİR
<b>Doğum Tarihi:</b> 20.08.1991
<b>Doğum Yeri:</b> Aksaray
<b>Medeni Hali:</b> Bekâr
<b>Uyruğu:</b> T.C.
<b>Adres:</b> Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, 25240 ERZURUM
<b>Tel:</b> 0442 215 10 85
<b>Faks:</b>
<b>E-mail:</b> Sevgidemir91@hotmail.com
Eğitim
<b>Lise:</b> Kanber Demir Lisesi (2009)
<b>Lisans:</b> Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi( 2009-2013)
<b>Yüksek Lisans:</b> Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı (2014-)
<b>Doktora:</b>
Yabancı Dil Bilgisi
İngilizce:
Almanca:
Rusça:
Üye Olunan Mesleki Kuruluşlar
Türkiye Endokronoloji Metabolizma Derneği
İlgi Alanları ve Hobiler
Tenis Oynamak

## EK-2. ETİK KURUL ONAY FORMU



Sağlık Bilimleri Fakültesi  
ETİK KURUL SONUÇ FORMU



Sayı:2016/05/10

Tarih :23.05.2016

Araştırmanın Adı: "Hipotroidi ve Hipertiroidi Olan Kadın Hastaların Yaşam Kalitesi ve Cinsel Yaşantılarının Değerlendirilmesi "

Araştırmanın Yürütülmesi Uygundur ( X )  
Düzenlemeler Yapıldıktan Sonra Yürütülmesi Uygundur ( )  
Araştırmanın Yürütülmesi Uygun Değildir ( )

Açıklamalar (Uygun değil ya da düzeltme gerekiyorsa): Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Etik Kurulu'nun 23.05.2016 tarihinde yapılan toplantısında "Hipotroidi ve Hipertiroidi Olan Kadın Hastaların Yaşam Kalitesi ve Cinsel Yaşantılarının Değerlendirilmesi " konulu Doç.Dr.Emine KIYAK ve Yüksek Lisans Öğrencisi Sevgi DEMİR'in çalışması etik açıdan uygun bulunmuştur.

Prof.Dr. Mehtap TAN

Başkan

Prof. Dr. Duygu ARIKAN

Üye

Prof. Dr. Gülşen ERYILMAZ

Üye

Doç. Dr. Naciye ÖZER

Üye

Doç. Dr. Serap ALTUNTAŞ

Raportör/Sekreter

### **EK-3. BİLGİLENDİRİLMİŞ OLUR FORMU**

## **GÖNÜLLÜLERİN BİLGİLENDİRİLMESİ VE RIZASININ ALINMASI PROTOKOLÜ**

### **BİLGİLENDİRİLMİŞ OLUR FORMU**

Tarih:.....

Yukarıda gönüllüye araştırmadan önce verilmesi gereken metni okudum. Bunlar hakkında bana yazılı ve sözlü açıklamalar yapıldı. Bu koşullarla söz konusu klinik araştırmaya kendi rızamla, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Gönüllünün Adı- Soyadı:

İmzası:

Adresi (varsa telefon no, faks no):

***Velayet veya vesayet altında bulunanlar için***

***Veli Adı – Soyadı:***

***İmzası:***

***Adresi (varsa telefon no, faks no):***

Açıklamaları yapan araştırmacının

Adı: Sevgi DEMİR

İmzası:

Rıza alma işlemine başından sonuna kadar tanıklık eden kuruluş görevlisinin

Adı- Soyadı:

İmzası:

Görevi:

## EK-4. ANKET FORMU

**1. Yaşınız**

**2. Eğitim Durumunuz?**

A)Okur – Yazar değil

B)Okur - Yazar

C)İlköğretim

D)Lise

E)Üniversite

**3. Çalışma durumunuz nedir?**

A)Çalışıyor

B)Çalışmıyor

**4.Mesleğiniz nedir?**

A)Ev hanımı

B)İşçi/memur

**5. Medeni durumunuz nedir?**

A)Evli

B)Bekâr

**6. Aile tipiniz nedir?**

A)Çekirdek

B)Geniş

**7.Yaşadığınız yer neresidir?**

A)İl Merkezi

B)İlçe

C)Köy

**8. Sigara kullanıyor musunuz?**

A)Evet

B)Hayır

**9. Son zamanlarda stresli zamanlar geçiriyor musunuz?**

A)Evet

B)Hayır

**10. Mevcut tanı nedir?**

A)Hipotiroidi

B)Hipertiroidi

**11. İlaçlarınızı düzenli olarak kullanıyor musunuz?**

A)Evet B) Hayır

**12. Evlilik şekliniz nedir?**

A)Görücü usulü

B)Anlaşarak

**13. Cinsellik sizin için ne derece önemli?**

A)Oldukça önemli

B)Kısmen önemli

C)Önemli değil

**14. Daha önce cinsellikle ilgili herhangi bir eğitim aldınız mı?**

A)Hayır

B)Evet...

**15. Kaç çocuğunuz var?.....**

**16. Kaç yıldır evlisiniz?.....**

**17.Evlenme yaşınız nedir?.....**

**18.Hastalığınız süresi nedir?(yıl)...**

**19. Boy(cm):**

**Kilo(kg):**

**Bel çevresi(cm):**

**20. Tiroid fonksiyon testleri:**

**TSH:**

**T<sub>3</sub>:**

**T<sub>4</sub>**



## EK-5. YAŞAM KALİTESİ (SF 36) ÖLÇEĞİ

1) Genel olarak sağlığını nasıl değerlendirirsiniz?

- a) Mükemmel (5)    b) Çok iyi (4)    c- İyi (3)    d) orta (2)    e- Kötü (1)

2) Geçen seneyle karşılaştırıldığında şimdi sağlığını nasıl değerlendirirsiniz?

- a. Bir yıl önceye göre çok daha iyi (5)  
b. Bir yıl önceye göre daha iyi (4)  
c. Hemen hemen aynı (3)  
d. Bir yıl önceye göre daha kötü (2)  
e. Bir yıl önceye göre çok daha kötü (1)

3) Aşağıdaki seçenekler bir gün içerisinde yapıyor olabileceğiniz bazı aktivitelerdir. Sağlığınız bu aktiviteleri kısıtlıyor mu? Eğer kısıtlıyorsa, ne kadar?

AKTİVİTELER	Evet, oldukça kısıtlıyor	Evet, biraz kısıtlıyor	Hayır, hiç kısıtlamıyor
a) Zorlu aktiviteler, örneğin; koşmak, ağır eşyalar kaldırmak, futbol oynamak vb.	1	2	3
b) Orta zorlukta aktiviteler, örneğin; masa kaldırmak yürüyüş yapmak, elektrikli süpürgeyi itmek vb.	1	2	3
c) Çarşı-Pazar torbalarını taşıma	1	2	3
d) Birkaç kat merdiven çıkmak	1	2	3
e) Bir kat merdiven çıkmak	1	2	3
f) Öne eğilmek, diz çökmek, yerden bir şey almak	1	2	3
g) İki kilometreden fazla yürümek	1	2	3
h) Bir kilometre yürümek	1	2	3
i) Yüz metre yürümek	1	2	3
j) Banyo yapmak ya da giyinmek	1	2	3

4) Son bir ay (4 hafta) içerisinde işinizde veya diğer günlük etkinliklerinizde **bedensel sağlığınız nedeniyle** aşağıdaki sorunların herhangi biriyle karşılaştınız mı?

	EVET	HAYIR
a) İş veya diğer etkinlikler için harcadığınız zamanı azalttınız mı?	1	2
b) Yapmak istediğinizden daha azını mı yaptınız? (bitmeyen projeler, temizlenmeyen ev gibi)	1	2
c) İş veya diğer etkinliklerinizin çeşidinde kısıtlanma oldu mu?	1	2
d) İş veya diğer etkinlikleri yaparken güçlük çektiniz mi?	1	2

5) Son bir ay (4 hafta) içerisinde işinizde veya diğer günlük etkinliklerinizde **duygusal problemleriniz nedeniyle** aşağıdaki sorunların herhangi biriyle karşılaştınız mı?

	EVET	HAYIR
a) İş veya diğer etkinlikler için harcadığınız zamanı Azalttınız mı?	1	2
b) Yapmak istediğinizden daha azını mı yaptınız? (bitmeyen projeler, temizlenmeyen ev gibi)	1	2
c) İş veya diğer etkinliklerinizi her zamanki kadar dikkatli yapamıyor muydunuz?	1	2

6) Son bir ay (4 hafta) içerisinde bedensel sağlığınız ya da duygusal problemlerinizi aileniz, arkadaşlarınız ve komşularınızla olan **sosyal etkinliklerinizi** ne kadar etkiledi?

- a) Hiç etkilemedi ( 5)
- b) Biraz etkiledi ( 4)
- c) Orta derecede etkiledi ( 3)
- d) Oldukça etkiledi( 2)
- e) Aşırı etkiledi( 1)

7) Son bir ay (4 hafta ) içerisinde ne kadar bedensel ağrılarınız oldu?

a-Hiç (6) b-Çok hafif (5) c-Hafif(4) d-Orta (3) e-Şiddetli(2) f)Çok şiddetli(1)

8) Son bir ay (4 hafta) içerisinde ağırı, **normal işinizi (ev dışında ve ev işi)** ne kadar etkiledi?

- a) Hiç etkilemedi (5)
- b) Biraz etkiledi (4)
- c) Orta derece etkiledi(3)
- d) Oldukça etkiledi (2)
- e) Çok fazla etkiledi (1)

9) Aşağıdaki sorular son bir ay (4 hafta) içerisinde kendinizi nasıl hissettiğinizle ve işlerin sizin için nasıl gittiğiyle ilgilidir. Lütfen her soru için nasıl hissettiğinize en yakın cevabı verin.

	Her zaman	Çoğu zaman	Epeyce	Bazen	Nadiren	Hiçbir zaman
a. Kendinizi <b>hayat dolu</b> hissettiniz mi?	6	5	4	3	2	1
b. <b>Çok sınırlı</b> bir insan oldunuz mu?	1	2	3	4	5	6
c)Hiçbir şeyin sizi neşelendiremeyeceği kadar kendinizi üzgün hissettiniz mi?	1	2	3	4	5	6
d) <b>Sakin ve huzurlu</b> hissettiniz mi?	6	5	4	3	2	1
e) Çok <b>enerjik</b> hissettiniz mi?	6	5	4	3	2	1
f) <b>Mutsuz ve kederli</b> hissettiniz mi?	1	2	3	4	5	6
g) Kendinizi <b>tükenmiş</b> hissettiniz mi?	1	2	3	4	5	6
h) <b>Mutlu ve sevinçli</b> hissettiniz mi?	6	5	4	3	2	1
l) <b>Yorgun</b> hissettiniz mi?	1	2	3	4	5	6

10) Son bir ay (4 hafta) içerisinde, bedensel sağlığınız ya da duygusal problemlerinizi, **sosyal etkinliklerinizi** ne sıklıkta etkiledi? (arkadaş, akraba ziyareti gibi)

- a) Her zaman(1)
- b) Çoğu zaman(2)
- c) Bazen(3)
- d) Nadiren(4)
- e) Hiçbir zaman(5)

11) Aşağıdaki her bir ifade sizin için ne kadar doğru veya yanlıştır?

	Kesinlikle doğru	Çoğunlukla doğru	Bilmiyorum	Çok kere yanlış	Kesinlikle yanlış
a) Başkalarından biraz daha kolay hasta olduğumu düşünüyorum	1	2	3	4	5
b) Bende tanıdığım herkes kadar sağlıklıyım	1	2	3	4	5
c) Sağlığımın kötü gideceğini düşünüyorum	1	2	3	4	5
d) Sağlığım mükemmeldir	1	2	3	4	5

## EK-6. KADIN CİNSEL İŞLEV ÖLÇEĞİ

(FSFI; Female Sexual Function Index)

Sayın katılımcı; son dört haftada süregelen cinsel işlevlerinizi belirlemeye yönelik olarak hazırlanan bu ölçekte 19 madde bulunmaktadır. Sizden istenen her bir maddede size uyan tek bir seçeneği işaretlemenizdir. Lütfen tüm sorulara cevap veriniz.

**Cinsel aktivite:** Cinsel birleşme, sevişme ve kendini tatmin dâhil olmak üzere tüm cinsel faaliyetler.

**Cinsel ilişki:** Kadın ile erkeğin cinsel birleşmesi (sertleşmiş kamışın/erkeklik organının kadının haznesine girmesi)

**Cinsel uyarılma:** Sevişme, şehvet duygu ve düşüncelerin belirmesi ile vajinanın ıslanması ve benzeri durumlar

**Orgazm:** Bızır, hazne, rahim, makat ve alt karın ve tüm vücudu saran kuvvetli ritmik kasılmalar olması. Tüm sorularda yalnız bir kutuyu işaretleyiniz.

**1. Son 4 hafta içinde, ne sıklıkta cinsel istek duydunuz?**

- A. Hemen hemen her zaman
- B. Çoğu zaman (15 günden fazla)
- C. Bazen (15 günde)
- D. Birkaç kez (15 günden az)
- E. Hemen hemen hiç / hiçbir zaman

**2. Son 4 hafta içinde, cinsel istek veya ilgi düzeyinizi (derecenizi) nasıl değerlendirirsiniz?**

- A. Çok yüksek
- B. Yüksek
- C. Orta
- D. Düşük
- E. Çok düşük veya hiç

**3. Son 4 hafta içinde, cinsel aktivite veya cinsel ilişki sırasında ne sıklıkta uyarıldığınızı hissettiniz?**

- A. Hiç cinsel aktivitede bulunmadım.
- B. Hemen hemen her zaman
- C. Çoğu zaman (15 günden fazla)
- D. Bazen (15 günde)
- E. Birkaç kez (15 günden az)
- F. Hemen hemen hiç / hiçbir zaman

**4. Son 4 hafta içinde, cinsel aktivite veya cinsel ilişki sırasındaki uyarılma düzeyinizi nasıl derecelendirirsiniz?**

- A. Hiç cinsel aktivitede bulunmadım.
- B. Çok yüksek
- C. Yüksek
- D. Orta
- E. Düşük
- F. Çok düşük veya hiç

**5. Son 4 hafta içinde, cinsel aktivite veya cinsel ilişki sırasında cinsel bakımdan uyarılacağımızdan ne derecede emindiniz?**

- A. Hiç cinsel aktivitede bulunmadım
- B. Çok emindim
- C. Emindim
- D. Oldukça emindim
- E. Az emindim
- F. Çok az / hiç emin değildim

**6. Son 4 hafta içinde, cinsel aktivite veya cinsel ilişki sırasında uyarılma durumunuz sizin için ne sıklıkta tatminkârdı?**

- A. Hiç cinsel aktivitede bulunmadım.
- B. Hemen hemen her zaman
- C. Çoğu zaman (15 günden fazla)
- D. Bazen (15 günde)
- E. Birkaç kez (15 günden az)
- F. Hemen hemen hiç / hiçbir zaman

**7. Son 4 hafta içinde, cinsel aktivite veya cinsel ilişki sırasında hazneniz ne sıklıkla ıslandı / kayganlaştı?**

- A. Hiç cinsel aktivitede bulunmadım.
- B. Hemen hemen her zaman
- C. Çoğu zaman (15 günden fazla)
- D. Bazen (15 günde)
- E. Birkaç kez (15 günden az)
- F. Hemen hemen hiç / hiçbir zaman

**8. Son 4 hafta içinde, cinsel aktivite veya cinsel ilişki sırasında haznenizin ıslanması / Kayganlaşmasındaki zorluk derecesi nasıldı?**

- A. Hiç cinsel aktivitede bulunmadım
- B. Çok çok zor veya imkânsızdı
- C. Çok zordu
- D. Zordu
- E. Biraz zordu
- F. Hiç zorluk çekmedim

**9. Son 4 hafta içinde, cinsel aktivite veya cinsel ilişkiniz bitene kadar cinsel organınızın ıslaklığını / kayganlığını ne sıklıkta koruyabildiniz?**

- A. Hiç cinsel aktivitede bulunmadım.
- B. Hemen hemen her zaman
- C. Çoğu zaman (15 günden fazla)
- D. Bazen (15 günde)
- E. Birkaç kez (15 günden az)
- F. Hemen hemen hiç / hiçbir zaman

**10. Son 4 hafta içinde, cinsel aktivite veya cinsel ilişkiniz bitene kadar haznenizin ıslaklığını / kayganlığını koruyabilme zorluğunuzun sıklığı neydi?**

- A. Hiç cinsel aktivitede bulunmadım.
- B. Hemen hemen her zaman
- C. Çoğu zaman (15 günden fazla)
- D. Bazen (15 günde)
- E. Birkaç kez (15 günden az)
- F. Hemen hemen hiç / hiçbir zaman

**11. Son 4 hafta içinde, cinsel uyarılma veya cinsel ilişkide ne sıklıkta orgazm oldunuz?**

- A. Hiç cinsel aktivitede bulunmadım.
- B. Hemen hemen her zaman
- C. Çoğu zaman (15 günden fazla)
- D. Bazen (15 günde)
- E. Birkaç kez (15 günden az)
- F. Hemen hemen hiç / hiçbir zaman

**12. Son 4 hafta içinde, cinsel uyarılma veya cinsel ilişki sırasında orgazma ulaşmak sizin için ne kadar zordu?**

- A. Hiç cinsel aktivitede bulunmadım.
- B. Çok çok zordu / imkânsızdı
- C. Çok zordu
- D. Zordu
- E. Biraz zordu
- F. Hiç zorluk çekmedim

**13. Son 4 hafta içinde, cinsel uyarılma veya cinsel ilişki sırasında orgazma ulaşmanız ne kadar tatminkârdı?**

- A. Hiç cinsel aktivitede bulunmadım
- B. Çok tatminkârdı
- C. Genellikle tatminkârdı
- D. Yarısında tatminkârdı, yarısında tatminkâr değildi
- E. Genellikle tatminkâr değildi
- F. Hiç tatminkâr değildi

**14. Son 4 hafta içinde, cinsel aktivite veya cinsel ilişkiniz sırasında siz ve eşiniz arasındaki duygusal yakınlık ne kadar tatminkârdı?**

- A. Hiç cinsel aktivitede bulunmadım
- B. Çok tatminkârdı
- C. Genellikle tatminkârdı
- D. Yarısında tatminkârdı, yarısında tatminkâr değildi
- E. Genellikle tatminkâr değildi
- F. Hiç tatminkâr değildi

**15. Son 4 hafta içinde, eşinizle cinsel ilişkiniz sizin için ne kadar tatminkârdı?**

- A. Çok tatminkârdı
- B. Genellikle tatminkârdı
- C. Yarısında tatminkârdı, yarısında tatminkâr değildi
- D. Genellikle tatminkâr değildi
- E. Hiç tatminkâr değildi

**16. Son 4 hafta içinde, genel olarak cinsel hayatınız sizin için ne kadar tatminkârdı?**

- A. Çok tatminkârdı
- B. Genellikle tatminkârdı
- C. Yarısında tatminkârdı, yarısında tatminkâr değildi
- D. Genellikle tatminkâr değildi
- E. Hiç tatminkâr değildi

**17. Son 4 hafta içindeki, cinsel ilişkinizde haznenize giriş sırasında ne sıklıkta ağrı veya rahatsızlık duydunuz?**

- A. Hiç cinsel aktivitede bulunmadım.
- B. Hemen hemen her zaman
- C. Çoğu zaman (15 günden fazla)
- D. Bazen (15 günde)
- E. Birkaç kez (15 günden az)
- F. Hemen hemen hiç / hiçbir zaman

**18. Son 4 hafta içindeki, cinsel ilişkinizde haznenize girişten sonra ne sıklıkta ağrı veya rahatsızlık duydunuz?**

- A. Hiç cinsel aktivitede bulunmadım.
- B. Hemen hemen her zaman
- C. Çoğu zaman (15 günden fazla)
- D. Bazen (15 günde)
- E. Birkaç kez (15 günden az)
- F. Hemen hemen hiç / hiçbir zaman

**19. Son 4 hafta içindeki, hazneye giriş sırasında veya sonrasında duyduğunuz ağrı / rahatsızlığın derecesini nasıl değerlendirirsiniz?**

- A. Hiç cinsel aktivitede bulunmadım.
- B. Çok yüksek
- C. Yüksek
- D. Orta
- E. Düşük
- F. Çok düşük veya hiç

## EK-7. HASTANE İZİN YAZISI

ARTVİN İLİ KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ GENEL SEKRETERLİĞİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN BİLİMSEL ARAŞTIRMA TALEPLERİ DEĞERLENDİRME FORMU	
ARAŞTIRMA SAHİBİNİN	
Adı Soyadı	SEVGİ DEMİR
Kurumu / Üniversitesi	ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ
Araştırma Yapılacak İller	ARTVİN
Araştırma Yapılacak Sağlık Tesisleri	ARTVİN DEVLET HASTANESİ
Araştırmanın Konusu	Hipotroidi ve hipertiroidi olan Kadın Hastaların Yaşam Kalitesi ve cinsel Yaşantılarının Değerlendirilmesi
Araştırmanın Statüsü	(Aşağıdaki kutucuklardan uygun olanı/olanları işaretleyiniz) <input type="checkbox"/> Tezsiz Yüksek Lisans Projesi <input type="checkbox"/> Doktora Tezi <input type="checkbox"/> Lisans Bitirme Projesi <input type="checkbox"/> Yüksek Lisans Tezi <input type="checkbox"/> Yüksek Lisans Tezi <input type="checkbox"/> Resmiyel Araştırma Projesi <input type="checkbox"/> Diğer ise, belirtiniz.
Sağlık Tesisi Ön İzin Formu	( ) Var / ( ) Yok
Başvuru Belgeleri	Dilekçe ( x ) Var / ( ) Yok Etik Kurul Kararı ( x ) Var / ( ) Yok Üniversite / Kurum Talebi ( x ) Var / ( ) Yok Araştırma Yöntemi Örneği ( x ) Var / ( ) Yok Araştırma Detay Formu ( x ) Var / ( ) Yok Kurumsal Kimlik Belgesi ( ) Var / ( ) Yok Bütçe Formu ( ) Var / ( x ) Yok
Veri Toplama Araçları	Anket formu
Araştırmanın Yapılacağı Tarih Aralığı	10 Ekim 2016-10 Şubat 2017
Görüş İstenilecek Birimler	
KOMİSYON GÖRÜŞÜ	
Hysundur.	
Komisyon Kararı	Oybirliği / Oyçokluğu ile alınmıştır
Muhafif Üyenin Adı ve Soyadı:	Gereğesi

...../20..

KOMİSYON

Başkan

Üye

Üye

ARTVİN AYRINDI

Recep YILMAZ  
Artvin Kamu Hastaneleri Birliği  
Genel Sekreteri  
Uzm. Dr. (İdari Hizmetler)

11/11/2016

## EK-8. KISA FORM 36(SHORT FORM 36-SF36) ÖLÇEĞİ İZİNİ

06.03.2017

Re: TEZ ÇALIŞMAM İÇİN ÖLÇEK KULLANIM İZİNİ - sevgi demir

Re: TEZ ÇALIŞMAM İÇİN ÖLÇEK KULLANIM İZİNİ

Omer Aydemir <soaydemir@yahoo.com>

6.3.2017 (Pzt) 10:19

Gelen Kutusu

Kime:sevgi demir <sevgidemir91@hotmail.com>;

Sayın Sevgi Demir,

Tez araştırmanızda SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeğini kullanmanızdan memnuniyet duyuyorum. Çalışmanızda başarılar dilerim.

Prof. Dr. Ömer Aydemir

On Monday, March 6, 2017, 9:55:29 AM GMT+3, sevgi demir <sevgidemir91@hotmail.com> wrote:  
Merhaba Ömer Hocam, ben Sevgi Demir Atatürk üniversitesi sağlık bilimleri fakültesi yüksek lisans öğrencisiyim. Hipotiroidi ve hipertiroidi olan kadın hastaların yaşam kalitesi ve cinsel yaşantılarının değerlendirilmesi konu başlıklı tez çalışmamda sizin emek vererek Türkçe'ye uyarlayıp geçerlilik ve güvenilirliğini kanıtladığınız SF-36 Yaşam Kalitesi ölçeğini sizin izniniz doğrultusunda kullanmak istiyorum,şimdiden teşekkürler, iyi günler.

## EK-9. KADIN CİNSEL İŞLEV ÖLÇEĞİ İZİNİ

06.03.2017

Re: tez için ölçek kullanım izni - sevgi demir

Re: tez için ölçek kullanım izni

Dilek Aygin <daygin@sakarya.edu.tr>

6.6.2016 (Pzt) 18:45

Kime:sevgi demir <sevgidemir91@hotmail.com>;

Merhabalar Sevgi Demir, ölçeği tezimi ve makalelerimi kaynak göstererek kullanabilirsiniz. Sevgilerimle

6 Haz 2016 11:00 tarihinde "sevgi demir" <sevgidemir91@hotmail.com> yazdı:

Merhaba sayın Doç. Dr. Dilek Aygin hocam ben Atatürk Üniversitesi sağlık bilimleri enstitüsü iç hastalıkları hemşireliğinin de yüksek lisans yapmaktayım . Hipotiroidi ve hipertiroidi olan kadın hastaların yaşam kalitesi ve cinsel yaşantılarının değerlendirilmesi konu başlıklı tez çalışmamda Türkçe uyarlamasını yapmış olduğunuz Kadın Cinsel İşlev Ölçeğini kullanmak istiyorum izniniz doğrultusunda şimdiden teşekkürlerimi sunuyorum iyi günler.