

T.C.

**AFYON KOCATEPE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**TİROİDEKTOMİ SONRASI KADINLARDA CİNSEL
FONKSİYON DEĞİŞİKLİKLERİ**

MÜJGAN ULUYOL

**CERRAHİ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**DANIŞMAN
Doç. Dr. EMRE TÜZEL**

Tez No: 2010-008

2010-AFYONKARAHİSAR

KABUL ve ONAY

Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı
çerçevesinde yürütülmüş olan bu çalışma, aşağıdaki jüri tarafından

Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.


Tez Savunma Tarihi: 26.03.2010

Doç. Dr. Sezgin YILMAZ
ÜYE

Yrd. Doç. Dr. Canan BALCI
ÜYE

Doç. Dr. Emre TÜZEL
ÜYE

Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans programı öğrencisi Müjgan ULUYOL'un "Tiroidektomi Sonrası Kadınlarda Cinsel Fonksiyon Değişiklikleri" başlıklı tezi 06/04/2010 günü saat 10:30'da Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliği'nin ilgili maddeleri uyarınca değerlendirilerek kabul edilmiştir.


Prof. Dr. Zehra BOZKURT
Enstitü Müdürü

ÖNSÖZ

Eğitimim süresince emeği geçen tez danışmanım üroloji uzmanı Doç. Dr. Emre TÜZEL'e, Fatih Üniversitesi Hastanesi Genel Cerrahi AD Öğretim Görevlisi Doç. Dr. Aydın İNAN'a saygı ve teşekkürlerimi sunarım.

Tezimin hazırlanmasında benden destek ve yardımlarını esirgemeyen Fatih Üniversitesi Hastanesi Hematoloji AD Başkanı Prof. Dr. Ali Koşar' a, beraber çalıştığım Genel Cerrahi Servisi hemşire arkadaşlarıma, asistanlarına ve sekreterine içten teşekkür ederim.

Eğitimim boyunca desteğini ve yardımını esirgemeyen anneme, babama, ablama, enişteme ve arkadaşlarıma sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Müjgan ULUYOL

AFYONKARAHİSAR 2010

İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfa No</u>
Önsöz.....	II
İçindekiler.....	III
Simgeler ve Kısaltmalar Dizini.....	IV
Grafikler Dizini.....	V
Tablolar Dizini.....	VI
ÖZET.....	1
SUMMARY.....	2
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	3
2. GENEL BİLGİLER.....	5
2.1. Cinsel İşlev ve Bozuklukları.....	5
2.1.1. Cinsel İşlev.....	5
2.1.2. Cinsel İşlev Bozuklukları.....	10
2.2. Kadınlarda Cinsel İşlev Bozuklukları.....	12
2.2.1. Cinsel İstek Bozuklukları.....	16
2.2.2. Cinsel Uyarılma Bozuklukları.....	18
2.2.3. Orgazm Bozuklukları.....	19
2.2.4. Cinsel Ağrı Bozuklukları.....	19
2.3. Tiroid Bezi Hastalıkları ve Tiroidektomi.....	22
2.3.1. Tarihçe.....	22
2.3.2. Anatomi Ve Histoloji.....	22
2.3.3. Tiroid Bezi Üzerine Etkili Olan Hormonlar.....	22
2.3.4. Tiroid Bezi Hastalıkları.....	24
2.3.5. Tiroid Cerrahisi.....	30
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	32
4. BULGULAR.....	34
5. TARTIŞMA.....	42
6.SONUÇLAR.....	50
7. KAYNAKÇA.....	51
8. EKLER.....	60

SİMGELER VE KISALTMALAR

DSM-IV: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-IV

AFUD: American Foundation for Urologic Disease

WHO: World Health Organization

ICD-10: International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems

KCİB: Kadın Cinsel İşlev Bozukluğu

FSFI: Female Sexual Function Index

DM: Diabetes Mellitus

TRH: Tirotropin Salgılatıcı Hormon

TSH: Tiroid Uyarıcı Hormon

T₃: Triiyodotironin

T₄: Tiroksin

sT₃: Serbest T₃

sT₄: Serbest T₄

MNG: Multinodüler Guatr

USG: Ultrasonografi

ABD: Amerika Birleşik Devletleri

SPSS: Statistical Package for Social Sciences

Preop. : Ameliyat öncesi (Preoperatif)

Postop. : Ameliyat sonrası (Postoperatif)

GRAFİKLER DİZİNİ

Sayfa No

Grafik 1. Kadında Cinsel Yanıt Döngüsü.....	6
--	----------

TABLolar DİZİNİ

	<u>Sayfa No</u>
Tablo 1. Hormonların Cinsel İşlevler Üzerine Etkisi.....	7
Tablo 2. AFUD Cinsel İşlev Bozuklukları Sınıflandırması.....	9
Tablo 3. Cinsel İşlev Bozukluklarında Hazırlayıcı, Başlatıcı ve Sürdürücü Etkenler.....	12
Tablo 4. Cinsel Uyarılma Bozukluğu Sınıflandırılması.....	16
Tablo 5. Tiroidektomi Endikasyonları.....	28
Tablo 6. Sosyodemografik Bilgiler ve Ortalama FSFI Skorlarının Karşılaştırılması.....	36
Tablo 7. Çalışmaya Dahil Edilen Hastaların Preop. Hormon Durumları.....	37
Tablo 8. Çalışmaya Dahil Edilen Hastaların Preop. FSFI Skorları ile Kontrol Grubunun Skorlarının Karşılaştırılması.....	37
Tablo 9. Çalışmaya Dahil Edilen Hastaların Postop. FSFI Skorları ile Kontrol Grubunun Skorlarının Karşılaştırılması.....	38
Tablo 10. Çalışmaya Dahil Edilen Hastaların Preop. FSFI Skorları ile Postop. FSFI Skorlarının Karşılaştırılması.....	38
Tablo 11. FSFI'nin Alt Boyutlarının Preop. ve Kontrol Gruplarındaki Skorları ve Karşılaştırılması.....	39
Tablo 12. FSFI'nin Alt Boyutlarının Postop. ve Kontrol Gruplarındaki Skorları ve Karşılaştırılması.....	40
Tablo 13. FSFI'nin Alt Boyutlarının Preop. ve Postop. Gruplarındaki Skorları ve Karşılaştırılması.....	41

ÖZET

Bu çalışmaya; tiroidektomi operasyonu olacak evli, cinsel yönden aktif, 20-50 yaş arasında ve gönüllü olarak katılan 30 bayan hasta alınmıştır. Uygulanacak Kadın Cinsel İşlev Ölçeği ile operasyon öncesi ve sonrası cinsel işlevlerde farklılık olup olmadığı tespit edilmek amacıyla bu çalışma yapılmıştır.

Çalışmaya hasta grubuyla benzer özelliklere sahip 20 kadın kontrol grubu olarak alınmış ve aynı anket uygulanmıştır. Operasyon öncesi hastalara anket verilmiş ve uygun şekilde doldurulması istenmiştir. Operasyondan dört hafta sonra aynı anket hastalara uygulanmıştır. Elde edilen sonuçlar istatistiksel olarak test edilmiştir.

KCiÖ ile yapılan ölçüm sonucunda operasyon sonrası ortalama skor operasyon öncesi ortalama skordan anlamlı ($p<0.05$) bir şekilde yüksek çıkmıştır. Ölçeğin alt boyut skorları değerlendirildiğinde; istek düzeyinde operasyon sonrası ortalama skorlarının operasyon öncesi skorlara göre anlamlı ($p<0.05$) olarak yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Yapılan çalışma sonucunda hastaların operasyon sonrası cinsel istek düzeylerinde değişiklik saptanmıştır. Cinsel uyarılma, kayganlaşma, orgazm, tatmin ve ağrı durumlarında operasyon öncesi ve sonrası bir değişiklik tespit edilmemiştir.

Anahtar Kelimeler: Tiroidektomi, cinsel fonksiyon, kadın.

SUMMARY

Thirty female patients who will be operated as thyroidectomy between 20-50 years, sexual active, married were added voluntarily to this study. This study was applied to determine the differences between sexual activities before and after the operation. We used The Female Sexual Function Index for this measurement.

To work with patients groups with similar characteristics as the control group 20 women received the same questionnaire was administered. The patients were given questionnaire and wanted to fill appropriately before the operation. The same questionnaire was administered to patients four weeks after the operation. The results obtained were statistically tested.

As a result of the measurement with the average post-operative FSFI scores from preoperative mean scores significantly ($p < 0.05$) were higher in a way. Subscale scores of the scale were evaluated at the level of demand after the operation the average scores significantly compared to preoperative scores ($p < 0.05$) were found to be high.

We found that there were some changes at the level of sexual desire. But there was no change in sexual arousal, lubrication, orgasm, satisfaction and pain before and after the operation.

Keywords: Thyroidectomy, sexual function, women.

GİRİŞ VE AMAÇ

Cinsellik, cinsel doyumunu ve iki insanın bir armony içerisinde beraberliklerini içeren; sosyal kurallar, değer yargıları ve tabularla belirlenmiş, biyolojik, psikolojik, sosyal yönleri olan özel bir yaşantıdır. Biyolojik boyut temel olarak üremeyi içerir. Hayvan türlerinde neslin devamlılığına hizmet eden cinsel dürtülenmenin kuvveti dikkate alındığında, biyolojik boyutun anlamı ortaya çıkar. Sosyal boyut ise bir yandan iki insanın birlikte oluşu, diğer yandan toplumsal değer yargılarıyla kendini göstermektedir. Cinsellik, bireyin seçtiği, tasarladığı ve zaman zaman erteleyerek de olsa yaşadığı bir boyuttur. Yakınlaşma, bütünleşme, bir olma gereksinim ve isteği belirgindir (1,2).

Cinsel yaşantının yaşam kalitesini arttırma kapasitesi olduğundan, cinsel kaygıların, işlev bozukluklarının algılanarak önlenmesi ve tedavisi tüm insanlığa fayda açısından çok önemlidir. Kadınlarda cinsel problemler; kadının ruhsal durumu, özgüveni, yaşam kalitesi ve diğer kişilerle arasındaki ilişkilerde derin etkilere sahip olan ve sık rastlanan bir durumdur (1,3).

Kadın cinsel işlevleri üzerine araştırmalar ve teorilerde sürekli ilerlemeler vardır. Ancak konu üzerinde yanıtı netleşmemiş birçok sorular mevcuttur. Kadın cinsel işlev bozuklukları üzerine artan ilgi ve ilerlemelere rağmen tanımlamalarda, işlev bozukluklarının sınıflandırılmasında ve tedavilerde hala anlaşmazlıklar mevcuttur (1,3).

Cinsel işlev bozuklukları, insandaki cinsel yanıt evreleri olan cinsel istek, uyarılma ve orgazm aşamalarındaki aksamalardan kaynaklanır (4).

Hastalıklı tiroidin kısmen veya tamamen çıkarılması anlamına gelen tiroidektomi, genel cerrahi ve endokrin cerrahisi kliniklerinde halen en sık olarak gerçekleştirilen cerrahi girişimler arasında yer almaktadır. Tiroidin fonksiyonel bozukluğu popülasyonda %5 sıklıkta görülmektedir ve yaş ilerledikçe sıklığı artmaktadır (5).

Bu çalışmada, kadınlarda tiroidektomi sonrası cinsel fonksiyonlarda değişiklik meydana gelip gelmediğinin araştırılması planlanmıştır.

GENEL BİLGİLER

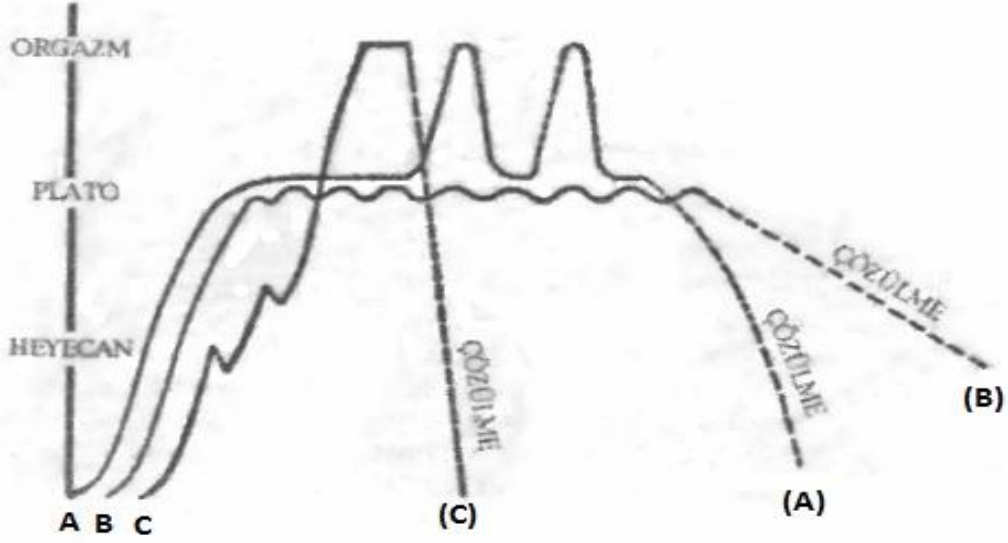
2.1. CİNSEL İŞLEV VE BOZUKLUKLARI

2.1.1. CİNSEL İŞLEV

Cinsellik, bireyin emosyonel, mental ve fiziksel olarak erkeklik ya da dişiliği deneyimleme, gösterme becerisi olup, sahip olduğu cinsel organlarının fonksiyonlarını, cinselliği algılama düzeyini ve ifade etme tarzını içermektedir (2,6).

İnsanda cinsel uyarana gösteren fizyolojik tepkiyi, Masters ve Johnson, dört ayrı evreye ayırmıştır: 1) Uyarılma evresi 2) Plato evresi 3) Orgazm evresi 4) Çözülme evresi. Erkekteki cinsel yanıt döngüsü genellikle birbirine benzerdir. Ancak kadınlarda durum farklıdır. Kadındaki cinsel yanıt döngüsü, tepkinin hem yoğunluğu hem de süresiyle ilişkili olup, sayısız çeşitlilikte olabilir. Masters ve Johnson'a göre cinsel yanıt döngüsü Grafik I'de gösterilmiştir (1,7-9).

- 1) Uyarılma Evresi:** İlk evredir. Temel olarak erotik duydu ve düşüncelerin belirmesi, erkekte ereksiyon, kadında yaygın olarak vazokonjesyon ve myotoni ile karakterizedir (7,9). Sürecin ilerlemesi için gerekli olan cinsel gerilimin yeterli oranda artması uyarıcı etkiye bağlıdır. Uyarı, bireysel gereksinimi karşılayacak düzeyde ise yanıtın yoğunluğu genellikle kısa sürede artış gösterir. Uyarılma süresini bu şartlar belirler. Uyarı yaklaşımı fiziksel ya da psikolojik olarak uygunsuz ise ya da ara verilmişse, uyarılma evresi uzayabilir hatta kaybolabilir (1,8).

Grafik I: Kadında Cinsel Yanıt Döngüsü

A: Orgazmlı cinsel yanıt. Dört evre de görülmektedir.

B: Orgazmsız uyarılma.

C: Mastürbasyonda hızlı yanıt döngüsü

2) Plato Evresi: Aslında uyarılma evresinin bir parçası ve devamı niteliğindedir. Bu evrede, haz duygusu ve cinsel gerilim giderek yükselir ve kişinin orgazma geçebileceği noktaya kadar sürer (1,7-9). Plato evresinin süresi büyük oranda uyarının etkinliğine ve cinsel gerilim artışının bireysel dürtü ile desteklenmesine bağlıdır. Uyarı ya da dürtü yetersizse ya da uyarı tümüyle sona erdiyse, kişi orgazmik rahatlamaya ulaşamayacak ve yavaş plato evresindeki gerilimin yerini çözülme evresi alacaktır. Günümüzde kadın cinsel işlev bozukluklarının sınıflandırılmasına uygun olarak plato evresi kullanılmamaktadır. Bu evre uyarılma fazı içinde yer almaktadır (1,8).

3) Orgazm Evresi: Evreler arasında süre açısından en kısa ancak duyumsanan cinsel haz açısından en yoğun evredir. Bu evre, erkekte ejakülasyon, kadında

ise perine ve vajina etrafındaki kaslar ile vazokonjesyon sonucu büyüyen dokuların ritmik refleks kasılmaları ile karakterizedir (1,7-9). Schiavi ve Segraves ise, orgazmı perinede ve üreme organlarında ritmik kasılmalar, kardiyovasküler ve solunum değişiklikleri, cinsel gerilimin düşmesi ile cinsel hazzın doruk yapması olarak tanımlamışlardır. Bu istem dışı doruğa, her olguda en yüksek gerilim artışı sağlandığı düzeyde ulaşılır. Kişi, orgazmı öznel olarak pelviste odaklanmış biçimde algılar. Orgazm hissi özellikle klitoral bölge ve vajinada yoğunluk kazanır. Süresi ve yoğunluğu konusunda bireysel farklılıklar çok fazladır (1).

- 4) Çözülme Evresi:** Son evredir. Kadın ya da erkekte, orgazm ya da orgazmın gerçekleşmediği durumlarda platoyu takiben genital bölgelerde ve bedenin bütününde önceki aşamalarda oluşmuş olan fizyolojik değişikliklerin dakikalar içerisinde aynı sırayı takip ederek kaybolması ile karakterizedir (7-9). Bu evrenin süresi cinsiyete, orgazmın yaşanıp yaşanmadığına ya da hangi yoğunlukta yaşandığına ve cinsel uyarının sürüp sürmediğine göre değişir. Bu dört evre bugünkü bilgilerimiz ışığında da geçerli kabul edilmektedir. Ancak, cinsel işlev bozukluklarının sınıflandırılması ile ayırıcı tanı ve tedavi açısından asıl önemli olan evreler ise “uyarılma” ve “orgazm” evreleridir. “Plato” evresi, esas olarak fizyolojik açıdan “uyarılma” evresinin bir bölümü olarak kabul edilmektedir (8,9).

Çözülme döneminden sonra kişiye göre değişen sürelerde refraktör dönem bulunmaktadır. Refraktör dönem, erkekte birkaç dakikadan birkaç saate kadar sürebilir ve bu dönemde yeniden ereksiyon ve orgazm yaşayamazlar. Kadında refraktör dönem olmadığı, çoklu ve ard arda orgazm kapasitesi olduğu öne sürülmektedir (2).

Seks terapisinin kurucularından biri olan Helen Singer Kaplan 1979'yılında bu fazları değiştirmiştir ve 'arzu' kelimesini ekleyerek;

- a) Arzu
- b) Uyarılma
- c) Orgazm

olmak üzere 3 faza ayrılmıştır. Bu sınıflama DSM-IV de yer alan cinsel fonksiyon bozukluğu tanımına temel oluşturmuştur (9). Ancak 2000'de Amerikan Ürolojik Hastalıklar Kuruluşu (AFUD-American Foundation for Urologic Disease) tarafından;

- a) Cinsel istek (sexual desire)
- b) Uyarılma (sexual arousal)
- c) Orgasm (orgazm)
- d) Çözülme (resolution) olarak yeniden sınıflandırılmıştır (1,9).

Cinsel İşlevlerin Nöroendokrin Temelleri: Cinselliğin kuşkusuz merkezi beyindir. Sanıldığının aksine en önemli cinsel organ penis ya da vajina değil, beyindir. Merkezi sinir sisteminin çok sayıda bölgesi için içinde olmakla birlikte, cinsel işlevlerden sorumlu beyin alanları esas olarak limbik sistem ve hipotalamustur. Özellikle anterior hipotalamik medyal preoptik çekirdeğin erkek, posterior hipotalamik ventromedyal çekirdeğin ise kadın cinsel davranışlarını yöneten merkezler olduğu düşünölmektedir (7,10).

Çok sayıda hormon, nörotransmitter sistemi ve peptid cinsel işlevlerin düzenlenmesinde rol oynamaktadır. Genel olarak hormonların cinsel işlevler üzerindeki etkisi Tablo 1'de özetlenmiştir (7,10).

Tablo 1. Hormonların Cinsel İşlevler Üzerine Etkisi

Hormonlar	Düzyey ya da etkinlikteki değişiklik	Cinsel işleve etkisi
Dehidroepiandresteron	↑	↑
Testesteron	↑	↑
Östrojen (Kadında)	↑	↑
Büyüme Hormonu	↑	↑
LHRH	↑	↑
Oksitosin	↑	↑
Östrojen (Erkekke)	↑	↓
Progesteron	↑	↓
Prolaktin	↑	↓
Tiroid Hormonları	↑↓	↓
Kortizol	↑	↓
Melatonin	↑	↓

Cinsel istekten sorumlu bir hormon varsa bu da testesterondur. Testesteronun, her iki cinsin de cinsel isteğinden sorumlu olduğu düşünölmektedir (7,10). Prolaktin ise, laktasyon dönemindeki kadınlarda cinsel isteği olumsuz etkilemektedir (7).

Genel olarak kadın cinsel fonksiyon fizyolojisini düzenleyen temel hormonlar olan östrojen ve androjenlerin kan seviyelerinin azaldığı durumlarda cinsel fonksiyon bozukluğu meydana gelir bunların dışında cinsel fonksiyonu etkileyen endokrin hastalıklar mevcuttur (9).

2.1.2. CİNSEL İŞLEV BOZUKLUKLARI

Endokrinolojik, nörolojik ve vasküler sistemin düzgün işleyişiyle sağlıklı cinsel işlevlerden söz edilebilir. Bu sistemlerin herhangi birindeki bozukluk cinsel sağlığı etkiler. Bu nedenler dışında sosyal nedenler (örneğin evde bir yaşlının bakımı), hastalık durumları (örneğin Diabetes Mellitus) ve uyku bozuklukları (ateş basmalarına bağlı) da cinsel sağlığı etkiler. Bütün bunlara ek olarak aile yapısı, sosyal çevre, dinsel inançlar, geçmişteki cinsel deneyimler, yaşanılmış ya da halen yaşanan cinsel istismar, aile içi şiddet gibi kadın cinsel işlev bozukluğuna neden olabilen durumlar mevcuttur (1,3).

Cinsel işlev bozuklukları, insandaki cinsel yanıt evreleri olan cinsel istek, uyarılma ve orgazm aşamalarındaki aksamalardan kaynaklanır (4).

Cinsel işlev bozuklukları, kadınlarda, cinsel istek azlığı, cinsel tiksinti bozukluğu, uyarılma ve orgazm bozukluğu, vajinismus ve ağrılı cinsel birleşme sorunlarından; erkeklerde ise, cinsel istek azlığı, cinsel tiksinti bozukluğu, erektil disfonksiyon (sertleşme güçlüğü), erken boşalma ve diğer boşalma bozuklukları ile ağrılı cinsel birleşme sorunlarından oluşmaktadır (7).

Dünya Sağlık Örgütü'nün (WHO) yayımladığı International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems'da (ICD-10) cinsel işlev bozukluğu, bireyin umduğu cinsel ilişkiyi yaşayamaması durumu olarak tanımlanır (1,11).

Amerikan Psikiyatri Birliği'nin hazırladığı DSM-IV'te cinsel işlev bozukluğu kişilerarası ilişkileri zorlaştıran, belirgin sıkıntı yaratan, cinsel yanıt döngüsünü

karakterize eden psikofizyolojik değişiklikler ve cinsel istekte meydana gelen bozukluk olarak tarif edilir (1,12).

AFUD tarafından 1998 yılında, beş ülkeden cinsel işlev bozukluğu üzerine uzman 19 bilim adamı toplanarak DSM-IV'ün mevcut çerçevesi üzerinde çalışarak, özellikle tanımlamalarda bazı değişiklikler yaparak güncel kadın cinsel işlev bozuklukları sınıflandırması oluşturulmuştur. Bu çalışma 2000 yılında ortak bildiri şeklinde yayımlanmıştır (1,13,14). Bu sınıflandırma Tablo 2'de gösterilmiştir. Bu sınıflandırmanın yanında, ayrıca tüm tanılarının yaşam boyu veya edinsel, yaygın veya durumsal ve kaynağına göre organik, psikojenik, karışık veya bilinmeyen alt tipleri mevcuttur. Bu sınıflandırmada belirtilen her bozukluğa psikolojik, vasküler, musküler, nörojenik ve endokrin faktörler neden olabilmektedir (1,14).

Tablo 2. AFUD Cinsel İşlev Bozuklukları Sınıflandırması

1. *Cinsel istek bozukluğu*
 - a. Hipoaktif (azalmış) cinsel istek bozukluğu
 - b. Cinsel tiksinti bozukluğu
2. *Cinsel uyarılma bozukluğu*
3. *Orgazm bozukluğu*
4. *Cinsel ağrı bozuklukları*
 - a. Disparoni
 - b. Vajinismus
 - c. Diğer cinsel ağrı bozuklukları

Cinsel işlev bozuklukları çok sık rastlanan sorunlardır. Yapılan çalışmalar, kadın ya da erkek ayırımı olmaksızın, en az her üç kişiden birinin yaşamlarının

herhangi bir dönemlerinde en az bir cinsel işlev bozukluğu yaşadığını ortaya koymaktadır (4,7).

2.2. KADINLARDA CİNSEL İŞLEV BOZUKLUKLARI

Kadın cinsel işlev bozukluğu yaşa bağımlı, progressif ve kadınların %30-50'sini ilgilendiren, yaşam kalitesini olumsuz etkileyen multifaktöriyel bir sorundur. Kadın cinsel fonksiyon bozukluğunun temel çalışmaları Kinsey'in 1950'li yıllarda ve Masters ile Johnson'in 1960'lı yıllarda yaptıkları çalışmalardır. Cinsel fonksiyon bozukluğu ile ilgili oranlar ülkeler arası farklılıklar göstermektedir. Dünyadaki en büyük epidemiyolojik çalışmada kadın cinsel fonksiyon bozukluğunun %43 olduğu tespit edilmiş ve bu sorunun en sık 50–74 yaş aralığında olduğu görülmüştür (9).

Yapılan çok sayıda araştırmalar sonucu insanda cinsel fonksiyonun merkezi sinir sistemi ve endokrin sistem ile nörokimyasal, nörofizyolojik ve psikolojik süreçlerin karşılıklı etkileşimi ile karakterize karmaşık bir olay olduğu ortaya konmuştur. Her türlü psikiyatrik sorun, bedensel hastalık ya da ilaç, hormonlar, fiziksel etkenler cinsel yaşamı belirgin şekilde etkileyebilir (9).

KCİB'da etyolojik faktörler 5 grupta sınıflanabilir:

1. Nöröjenik Faktörler: Seksüel disfonksiyonu etkileyen özellikli patolojiler multipl skleroz, spinal kord travması, disk herni, lumbosakral pleksus patolojileri ve periferik nöropatiler olarak sayılabilir. Spinal kord hasarının cinsel fonksiyonlar üzerindeki etkisi travmanın seviyesine ve ağırlığına göre değişmektedir (9).

2. Vasküler Faktörler: Klitoral ve vajinal vasküler yetmezlik sendromu, iliohipogastrik, pudental arter yatağının aterosklerozuna bağlı genital kan akımının

azalması ile ortaya çıkan bir hastalıktır. Aorta-iliak veya aterosklerotik hastalığa sekonder pelvik kan akımının azalması, vajinal duvar ve klitoral düz kas dokusunda fibrozis oluşumuna neden olur (9,15).

3. Hormonal Faktörler: Genel olarak kadın cinsel işlev fizyolojisini düzenleyen temel hormonlar olan östrojen ve androjenlerin kan seviyelerinin azaldığı durumlarda cinsel fonksiyon bozukluğu meydana gelir. Bunların dışında cinsel fonksiyonu etkileyen endokrin hastalıklar mevcuttur. Bunlar:

Tiroid Hastalıkları: Hipertiroidi ve hipotiroidisi olan kadın hastalarda cinsel fonksiyonu araştırılan literatür son yıllara kadar yoktu. Son zamanlarda yapılan bir çalışmada tiroid hastalığı olan 48 kadın incelenmiş (30 hipotiroidi, 18 hipertiroidi) ve bu olguların seksüel fonksiyonu FSFI ile değerlendirilmiştir. Sonuçlara göre tiroid hastalığı olan kadınlarda lubrikasyon azlığı, orgazm bozukluğu, koitus dışında ve sırasında genital ağrının olduğu tespit edilirken depresyon prevalansı da yüksek bulunmuştur (9,16).

Hiperprolaktinemi: Hipotalamohipofizer aksın en sık rastlanan endokrin bozukluğudur ve kadınlarda sık görülür. Seksüel fonksiyonu ve motivasyonu, üreme fonksiyonunu etkiler (9,17).

Diabetes Mellitus: Hastalarda nöropati, vasküler bozukluklar, azalmış libido ve buna bağlı psikolojik sorunlar, uyarılma bozukluğu, vajinal lubrikasyonda azalma, orgazm patolojileri ve ağrılı cinsel ilişki sıkça rastlanan sorunlardır. En sık görülen cinsel sorun azalmış cinsel uyarı ve yetersiz vajinal lubrikasyondur. Patofizyolojisi henüz tam bilinmemekle birlikte tip II DM’li hastalarda cinsel fonksiyon bozukluğu daha sık görülmektedir (9,18).

4. Müskülojenik faktörler: Pelvik taban kasları, levator ani ve perineal membran, kadın seksüel fonksiyonuna ve seksüel cevaba doğrudan katılır. Levator ani kası orgazm ve vajinal penetrasyonda motor cevabı düzenler. Bu kasın hipertonisitesinde vajinismus gelişebilir ve dispareni veya diğer ağrı bozuklukları oluşabilir (9).

5. Psikojenik Faktörler: Kadınlarda depresyon insidansı çeşitli yaşlarda değişim göstermektedir. Premenstrüel dönemde, hamilelikte, doğum sonrası ve perimenopozal dönemde de depresyon olasılığı yüksektir. Kadın cinsel işlev bozukluklarının psikojenik ve psikososyal nedenleri yatkınlık yaratıcı-hazırlayıcı, başlatıcı ve devam ettirici-sürdürücü olmak üzere üç ana başlık altında incelenebilir (4,7,9,19-21).

Tablo 3. Cinsel İşlev Bozukluklarında Hazırlayıcı, Başlatıcı ve Sürdürücü Etkenler

Cinsel işlev bozukluklarında hazırlayıcı etkenler

Cinsel eğitimin yetersizliği

Cinsel mitler

Tutucu ortamda büyüme

Yetersiz cinsel deneyim

Yaşam biçimi

Bozuk aile ilişkileri

Kişilik özellikleri

Travmatik cinsel deneyimler

Psikoseksüel roldeki güvensizlik

İntrapşik dinamik nedenler

Cinsel işlev bozukluklarında başlatıcı etkenler

- Bedensel hastalıklar
- Depresyon ve diğer psikiyatrik bozukluklar
- İlaçların yan etkileri
- Alkol ve madde kullanımı
- Abartılı performans beklentileri
- Gebelik, doğum ve laktasyon
- İlişkide yaşanan sorunlar
- Yaşlanma
- Sadakatsizlik
- Eş kaybı
- Partnerdeki cinsel işlev bozukluğu

Cinsel işlev bozukluklarında sürdürücü etkenler

- Performans anksiyetesi
- İlişkide yaşanan sorunlar
- Cinsel mitler
- Psikiyatrik bozukluklar
- Bedensel hastalıklar
- İlaçların yan etkisi
- Alkol ve madde kullanımı
- Suçluluk ve günahkarlık duyguları
- Partnerler arasındaki çekicilik kaybı

Hazırlayıcı etkenler, bireyin herhangi bir cinsel işlev bozukluğu geliştirmesine yatkınlık sağlayıcı unsurlardır. Başlatıcı etkenler, bir cinsel işlev bozukluğunun ortaya çıkmasında rol oynayan organik ve psikolojik çeşitli etkenleri

içerir. Cinsel işlev bozukluğu hangi nedenle başlamış olursa olsun, sürdürücü etkenlerin devreye girmesi sorunun süregelen hale gelmesine neden olabilir (4,7).

Pelvik Cerrahi: Cinsel fonksiyonlar sinir koruyucu olmayan pelvik cerrahilerde bozulmaktadır. Radikal sistektomi sonrası seksüel disfonksiyon görülmesi siktir. Histerektomi sonrası seksüel fonksiyon kaybı %13-37 oranında rapor edilmiştir. Histerektomi sonrası kadınlarda testosteronun fizyolojik seviyesinin azalması ile hayat kalitesi, libido, cinsel zevk de azalmaktadır (9).

2.2.1. CİNSEL İSTEK BOZUKLUKLARI

2.2.1.1. Cinsel İstekte Azalma (Hipoaktif Cinsel İstek) Bozukluğu

Genel olarak, kadınlarda erkeklere oranla daha sık görülmektedir. Kadınlarda en sık yaşanan cinsel işlev bozukluğudur (%32) (4,7,22).

Cinsel istekte azalma bozukluğu, DSM-IV'e göre sürekli olarak ya da yineleyici bir biçimde, cinsel düşünce ve fantezilerin, cinsel etkinlikte bulunma isteğinin az olması (ya da hiç olmaması), cinsel birleşme ve orgazma ulaşma sıklığının azlığı ya da yokluğu olarak tanımlanmaktadır. Nedeni çoğunlukla psikolojiktir. Değerlendirme; kişinin yaşı, yaşam koşulları, genel sağlığı ve sorun oluşmadan önceki cinsel isteği gibi etkenler göz önüne alınarak yapılmalıdır (7,22).

Cinsel istek bozukluğunun birincil olanı, ergenlik döneminden başlayarak yaşamın tamamı boyunca sürer. Çok yüksek oranda intrapsişik süreçlerle ilgilidir. Cinselliğin yasaklandığı, tutucu toplum ve kültürlerde sık görülür. Küçük yaşlardan başlayarak uygulanan cinsel yasak ve baskıların doğal sonucu olarak cinsellikle ilgili

suçluluk ve günahkârlık duyguları, cinsel güdülerin bastırılması, giderek bireyin cinselliğe ve hatta kendi bedenine yabancılaşması olarak da algılanabilir. İkincil olanı ise, sonradan ortaya çıkan cinsel istek azlığıdır. Genellikle başka nedenlere bağlıdır. Bunlar arasında en sık olanları, stres, eşle olan uyumsuzluk ve çatışmalar, depresyon, anksiyete ve diğer psikiyatrik bozukluklar, çeşitli kronik hastalıklar, hiperprolaktinemi yapan durumlar, kullanılan ilaçlar, alkol ve uyuşturucu madde kullanımı, menopoza, gebelik ve laktasyon dönemleri, cinsel şiddet ve cinsel travma, eşinde ya da kendisinde var olan başka cinsel işlev bozuklukları sayılabilir (7,22).

Cinsel istek azlığının kadındaki değerlendirilmesi sırasında dikkat edilmesi gereken diğer bir nokta da cinsel isteksizliğin olduğu ortamdır. Sorunu yaşayan kadının cinsel içerikli hayal ve düşüncelerinin, karşı cinse olan ilgisinin, masturbasyon yapma sıklığının cinsel partnerle yaşadığı ilişki sıklığından bağımsız olarak araştırılması gerekir (22,23).

2.2.1.2. Cinsel Tiksinti Bozukluğu

Cinsel ilişki kurmaktan sürekli ve aşırı biçimde tiksinti duyma ve bu nedenle cinsellikten tümüyle kaçınmaktır. Cinsel istek azlığına ve diğer cinsel işlev bozukluklarına göre daha nadir olarak görülür. Bozukluğun ağırlığına göre, cinsel tiksinti, cinsel yaşamın genital salgılar ya da cinsel birleşme gibi belirli yönüne odaklanabilir ya da öpme ve dokunma da dahil tüm cinsel uyarılara karşı yaygın bir iğrenme olarak da ortaya çıkabilir. Cinsel eylem söz konusu olduğunda kişide yoğun korku, bulantı, çarpıntı, bayılma hissi gibi belirtiler görülür. Etiyolojide daha çok travmatik cinsel yaşantıların, çocukluk çağı istismarlarının, tekrarlayan ağırlı cinsel birleşmelerin ve çeşitli bilinç dışı çatışmaların rol oynadığı düşünülmektedir (7,24).

2.2.2. CİNSEL UYARILMA BOZUKLUKLARI

Kadında cinsel uyarılma bozukluğu, DSM-IV'teki tanımına göre "sürekli olarak ya da tekrarlayıcı bir biçimde cinsel uyarılmanın yeterli bir ıslanma-kabarma tepkisini sağlayamama ya da cinsel etkinlik bitene dek bunu sürdürememe"dir. Psikolojik ya da organik nedenlerden kaynaklanabilir. En önemli psikolojik nedenleri arasında tutucu değer yargıları, suçluluk duyguları, cinsel travmalar, yetersiz cinsel bilgi ve deneyim, duygusal hazırlığın ya da eşle olan genel ilişkisindeki bozukluk, yetersiz iletişim, yetersiz ön sevişme ve uyarının azlığı, eşteki erken boşalma ya da ereksiyon güclüğü nedeniyle yetersiz cinsel birleşme süresi kadınlarda cinsel uyarılma bozukluğuna neden olmaktadır. Bunun yanı sıra, kadınlardaki hormonal değişim (hiperprolaktinemi, laktasyon ve menapoz), diabetes mellitus, yaşlanma, çeşitli ilaç ve psikoaktif madde kullanımı organik cinsel uyarılma bozukluğunun kaynağı olabilmektedir. Geçmişteki cinsel taciz öyküsünün varlığı, tacizin şekline göre cinsel uyarılma bozukluğu yaratabilmektedir. (4,22).

Tablo 4. Cinsel Uyarılma Bozukluğu Sınıflandırılması (9)

- a. Genital cinsel uyarılma bozukluğu – herhangi bir uyarıya bağlı vulval şişkinlik veya ıslaklık azalması veya olmaması.
 - b. Subjektif cinsel uyarılma bozukluğu – herhangi bir uyarıya bağlı cinsel heyecanlanma ve cinsel hazın olmaması.
 - c. Subjektif ve genital uyarılma bozukluğu – hem cinsel uyarılma duygusu hem de genital cinsel uyarılmanın olmaması.
-

2.2.3. ORGAZM BOZUKLUKLARI

Kadında orgazm bozukluğu, DSM-IV psikiyatrik bozukluklar sınıflandırmasında şöyle tanımlanmaktadır: "Olağan bir cinsel uyarılma evresinden sonra orgazmın sürekli olarak ya da yineleyici bir biçimde gecikmesi ya da hiç olmaması"dır (22).

Kadınların yaklaşık üçte biri çeşitli derecelerde orgazm sorunları yaşamaktadırlar. En önemli psikolojik nedenleri arasında tutucu değer yargıları, suçluluk duyguları, cinsel travmalar, yetersiz cinsel bilgi ve deneyim, duygusal hazırlığın ya da eşle olan duygusal iletişimin yetersizliği, yetersiz ön sevişme ve cinsel uyarı, eşteki erken boşalma ya da ereksiyon güclüğü nedeniyle yetersiz cinsel birleşme süresi sayılabilir (4,7).

Kadındaki orgazm bozukluğu, yaşamın önceki dönemlerinde yokken sonradan da ortaya çıkabilir. En sık rastlanan nedenleri arasında, eşler arası uyumsuzluk, evlilik içi çatışma, cinsel travma, çeşitli jinekolojik ve sistemik hastalıklar, kullanılan ilaçlar, alkol ya da uyuşturucu madde kullanımı, depresyon ve diğer psikiyatrik hastalıklar, menopoz, yaşlılık ve başka cinsel işlev bozukluklarının varlığı sayılabilir (4,7).

2.2.4. CİNSEL AĞRI BOZUKLUKLARI

2.2.4.1. Vajinismus

Vajinismus, ülkemizde tedavisi için en çok başvuru alan kadın cinsel işlev bozukluğudur. DSM-IV'teki tanımına göre "Vajinanın dış üçte birindeki kaslarda koitusu engelleyecek bir biçimde, yineleyici bir biçimde ya da sürekli olarak istem

dışı spazmın olması"dır (9,22). Kasılma istemsiz, yani kadının bilinçli kontrolü dışında gerçekleşen bir kasılmadır. Bu kasılmaya tüm bedendeki kasılmalar, bacakların kapanması, adeta bir kitlenme, korku, cinsel birleşmeden kaçınma, girişin olmayacağı inancı eşlik eder. Nadiren, cinsel birleşme olmaktadır ancak kasılma sürdüğünden, cinsel birleşme ağırlı ya da sıkıntılıdır (4,7).

Cinsel birleşmeye yönelik ilk denemede ortaya çıktığı için primer bir cinsel sorundur. İlk denemesinde vajinismus sorunu ile karşılaşan kadın normalde tüm cinsel aktivitelere katılabilmesine rağmen cinsel birleşme aşamasına geldiğinde oluşan kasılmalar birleşmeyi engellemektedir. Genellikle "ilk gece korkusu", cinsel alandaki bilgisizlik, cinsellikle ilgili tutucu değer yargıları, cinsel mitlerin yaygınlığı, kadının cinsel organları hakkındaki olumsuz ve yanlış düşüncelerinin varlığı, bekâret kavramına verilen abartılı önem, toplumumuzda kadınlarda cinsel deneyimin aşamalı gelişmeyip doğrudan cinsel birleşme ile başlaması, genel cinsellik anlayışındaki tabular bu sorunun ortaya çıkmasındaki önemli faktörlerdendir. Bu sorunu olan kadınlar menstruasyon döneminde tampon kullanamamakta, doğum yapmaktan korkmakta ve jinekolojik muayeneye izin vermemektedirler (4,7,22,24).

Nadiren sekonder oluşan vajinismus, özellikle cinsel travmalar, eşe karşı olumsuz duygular, vajinal enfeksiyonlar ve genital bölgeye yönelik cerrahi müdahaleler sonucunda görülmektedir. Vajinal penetrasyonun acıya veya ağrıya neden olacağı düşüncesiyle kasılmaların oluşması sonucu cinsel birleşme engellenmektedir (22).

2.2.4.2. Disparoni

Erkeklere göre kadınlarda daha fazla karşılaşılan disparoni DSM-IV'e göre cinsel ilişkiye, yineleyici bir biçimde ya da sürekli olarak genital ağrının eşlik etmesi şeklinde tanımlanır (22). Ağrı birleşme sırasında, hemen öncesinde ya da sonrasında olabilmektedir (24).

İki tip disparoni vardır (9):

- a. İnsersiyonel disparoni, ağrı eksternal genitaler ve vajinayla sınırlı
- b. Derin disparoni, birleşme esnasındaki hareketler ve postkoital pelvis içinde ağrı.

Vajinal girişteki rahatsızlık genelde Bartholini kisti, yetersiz uyarılma ve lubrikasyon eksikliğinden olurken, hormondaki değişimin sonucu da lubrikasyon azlığıdır. Yetersiz lubrikasyona rağmen cinsel birleşmenin olması vajina duvarlarında irritasyona ve enfeksiyona neden olmaktadır (22-24).

Cinsel birleşme sırasında daha derinlerde yaşanan ağrı yumurtalık ve rahimden kaynaklanır, aynı zamanda kadının menstrüasyon döneminde de ağrı hissedilebilir. Derinlerdeki ağrı vajinal ve pelvik enfeksiyon veya endometriozis, jinekolojik operasyonlar ve kanser tedavisi nedeniyle olmakta, cinsel birleşmenin devam etmesi sonucu ağrının şiddeti artmaktadır (22-24).

2.3. TİROİD BEZİ HASTALIKLARI VE TİROİDEKTOMİ

2.3.1. TARİHÇE

Tiroid terimi Grekçe'deki kalkın şekilli anlamına gelen thyreoides kelimesinden köken alır. İlk olarak bu bezi Galen (Galenos M.S.129-198) tarif etmiştir (5,25,26). İlk cerrahi girişimi 1170 yılında Roger Frugardi tanımladı (5,25,27). Kocher, 1909 yılında tiroid bezinin fizyolojisi, patoloji ve cerrahisine yaptığı katkılar nedeniyle Nobel Tıp Ödülü almaya hak kazanmıştır (5,25).

2.3.2. ANATOMİ VE HİSTOLOJİ

Tiroid, boynun önünde, at nalı şeklinde iki yan lobu ve bunları birleştiren bir istmusu bulunan bir iç salgı bezidir. İstmus, krikoid kıkırdağının altında, tiroid kıkırdağı üstü ile jugulum ortasındadır; loblar ise tiroid kıkırdağının alt bölümüne yapışmıştır (28,29). Histolojik olarak, tiroid bezi, etrafı bir tabaka kübik tiroid epiteli ile çevrili, lümeni kolloid ile dolu, folliküllerden (acinus) oluşmuştur (28-30).

2.3.3. TİROİD BEZİ ÜZERİNE ETKİLİ OLAN HORMONLAR

2.3.3.1. Tirotropin Salgılatıcı Hormon (TRH)

TRH, hipotalamusun paraventricüler nükleuslarında bulunan parvosellüler nöronal sistemde yapılır (5,25,31). TRH, tirotroplardaki TRH reseptörlerine bağlanarak; TSH geninde transkripsiyon ve translasyon yaparak TSH'nin sentezlenmesini sağlar. Sentezlenen TSH'nin salınması da TRH'nin kontrolü altındadır. TRH'nin yarı ömrü çok kısadır. Bu süre, hipertiroidili hayvanlarda 3 dakika, hipotiroidili hayvanlarda 6 dakika civarındadır (5,31).

2.3.3.2. Tiroid Uyarıcı Hormon (TSH)

TSH, glikoprotein yapısında bir hormon olup; anterior hipofizdeki tirotroplarda yapılır ve salgılanır (5,31,32). Sağlıklı bir insanda; uykudan birkaç saat önce serum TSH düzeyi yükselmeye başlar, gece maksimum düzeye ulaşır ve sabaha doğru azalarak öğleye doğru minimum düzeye düşer. Buna TSH'nin sirkadiyen ritmi denir (5,31).

TSH, tiroidin morfolojisini ve fonksiyonunu etkileyen bir hormondur. Bir yandan tiroisitlerin gelişmesini kontrol ederken; diğer yandan tiroisitlerde tiroid peroksidaz ve tiroglobulin yapımını, tiroglobulin proteolizisini, iyodun tutulmasını ve organifikasyonunu, iyodotirozinlerin yapımını, T₃-T₄ hormonlarının yapım ve salınmasını kontrol eder. Tüm bu fonksiyonlar; TSH'nin tiroisit membranındaki TSH reseptörüne bağlanması sonucu ortaya çıkar (5,31-33).

2.3.3.3. T₃ ve T₄

Tiroidin folliküler hücrelerinden tiroksin (T₄) ve triiyodotironin (T₃) hormonları salgılanır. T₃ ve T₄ genel anlamda bazal metabolizmayı düzenleyen hormonlardır. Hücre içinde bulunan nükleus reseptörlerine bağlanarak protein yapımını regüle ederler. Ayrıca mitokondrilerde oksidasyon olaylarını hızlandırır, membran yapısında yer alan enzimlerin aktivitesini kontrol etmek gibi diğer fonksiyonları da vardır (5,34).

Tiroidden T₃ ve T₄ sekresyonu anterior hipofizden salgılanan tiroid stimulan hormonun (TSH) kontrolü altındadır. TSH uyarısı T₃ ve T₄ salınımını uyarırken,

kandaki T_3 ve T_4 artışı hipofizden TSH salınımını suprese eder (negatif feed-back) ve salınımı ise hipotalamustan salgılanan TRH'nin (tirotropin releasing hormon, tiotrop serbestleştirici hormon) kontrolü altındadır. Tiroksin ve triiyodotironin sekresyonunun artmasıyla metabolizma hızı %60-100 oranında artabilir. Salgının ortadan kalkması ise metabolizma hızını normalin %40 altına düşürür (5,31).

Tiroid bezinden salgılanan hormonun %90'ı T_4 , %10'u ise T_3 'tür. Bununla birlikte tiroksinin önemli bir bölümü (%75-85) kanda triiyodotironine çevrilir (T_4 'ün T_3 'e deiyodinasyonu). Bu çevrilme çok önemlidir çünkü T_3 plazmada 10-20 kat daha az miktarda bulunsa da T_4 'ten dört kat daha aktiftir. T_3 'ün yarılanma ömrü bir gün iken T_4 'ün yedi gündür (5,31).

2.3.4. TİROİD BEZİ HASTALIKLARI

2.3.4.1. HİPOTİROİDİ

Hipotiroidi, tiroid hormonlarının eksikliği veya nadiren etkisizliği sonucu ortaya çıkan bir sendromdur ve metabolik olayların genel yavaşlamasına yol açar (35). Yeni doğanlarda ve çocuklarda hipotiroidizm büyüme ve gelişmenin belirgin yavaşlamasına yol açar, infant dönemde olduğunda zeka geriliğini de içeren kalıcı hasara sebebiyet verir. Hipotiroidizmin yetişkin dönemde başlaması, metabolizmada genel bir yavaşlamaya, oksijen tüketiminde azalmaya, özellikle ciltte ve kasta intrasellüler boşlukta glikozaminoglikanların depolanmasına, en ileri ve ciddi formunda miksödem tablosuna yol açar (36).

Nedenleri; hashimato tiroiditi, radyo aktif iyot tedavisi, tiroidektomi sonrası, subakut tiroidit, iyot eksikliği, tiroid sentezinin doğuştan bozukluğu ve ilaçlardır. Hashimato tiroiditi en sık hipotiroidi nedenidir (36).

Genellikle tiroid hormon eksikliği yavaş geliştiğinden hipotiroidi sinisi ve yavaş bir başlangıç gösterir. Yorgunluk, soğuk intoleransı, konstipasyon sık karşılaşılan bulgulardır. Kilo alma (4-9 kg den az), menstruasyon bozuklukları (özellikle menoraji) ve kas krampları diğer en sık rastlanan belirtilerdir (35,36).

Düşük serum sT₄ ve artmış serum TSH kombinasyonu primer hipotiroidizm için tanısaldır. Serum T₃ seviyeleri çok değişkendir ve normal sınırlar içinde olabilir (26). Hipotiroidi tedavisinde genellikle L-Thyroxin (T₄) kullanılmaktadır (35).

2.3.4.2. MULTİNODÜLER GUATR

Multinodüler guatr (MNG) ise; tiroidin birçok alanında olan nodüllerle büyümesine verilen bir isimdir (5,37). Populasyonun %1-12'sinde oluşur. MNG kadınlarda erkeklerden daha fazla görülür ve prevalansı yaş ile artar. İyot eksikliği olan bölgelerde daha siktir ancak iyotun yeterli olduğu bölgelerde de oluşabilmesi patogeneizde multiple genetik, otoimmün ve çevresel faktörlerin etkilerine işaret etmektedir (38).

MNG'li çoğu hasta asemptomatiktir ve tanım olarak ötiroidtir. MNG tipik olarak birkaç yılda gelişir ve rutin fizik muayene ile veya hastanın kendi boynundaki büyümeyle fark etmesiyle saptanır. Guatr yeterince büyükse yutma güçlüğü, solunum sıkıntısı gibi bası semptomlarına neden olabilir; fakat bu semptomlar sık değildir

(38). Tiroid nodülleri; toksik ya da nontoksik, diffüz ya da nodüler ve soliter ya da multipl şeklinde sınıflandırılabilir (5,37).

Multinodüler guatlarda, kötü kozmetik görünüm, hava yolu tıkanıklığı, malignite şüphesi varsa cerrahi tedavi önerilmektedir. Baş ve boyuna radyasyon almış veya ailede tiroid kanseri öyküsü olan multinodüler guatrlı hastalarda, kanser riski %40'tır. Ayrıca; bu hastaların yarısında kanser, dominant nodül dışındaki bir bölgede yerleşmiştir. Bu hastalarda da cerrahi tedavi endikedir. Küçük asemptomatik MNG'de, ultrasonografi ile izlem yapılabilir. Büyüyen nodüller, ince iğne aspirasyon biyopsisi ile malignite gelişimi açısından takip edilirler (5,39).

2.3.4.3. HİPERTİROİDİ VE TİROTOKSİKOZ

Tirotoksikoz, kanda tiroid hormonlarının (T_4 ve T_3) artması ve periferik dokularda artmış tiroid hormon etkilerinin görülmesi halidir. Çeşitli nedenler tirotoksikoza yol açabilir. Bu nedenler arasında en önemli bölümü, tiroid hormon yapımının artmasına bağlı olan hastalıklar oluşturur. Tiroid hormon yapımının artışına bağlı olarak ortaya çıkan tirotoksikoza hipertiroidi denir. Graves hastalığı, toksik adenom ve multinodüler toksik guatr en sık rastlanan hipertiroidi nedenleridir (40).

2.3.4.3.1. Toksik Diffüz Guatr (Graves Hastalığı)

Graves hastalığı ya da toksik diffüz guatr, en sık rastlanan tirotoksikoz tipidir. Tiroid folikül hücrelerindeki TSH reseptörlerine karşı, tiroidi uyaran antikor ve immünglobülinlerin olduğu bir otoimmün hastalıktır (5,41,42). Güçlü bir ailesel yatkınlık vardır (36).

Graves hastalığının klasik triadı guatr, tirotoksikoz ve oftalmopati (egzoftalmus). Bu bulgular, tek başına veya birlikte olabilir. Guatr, genelde diffüz, büyük ve düzgündür. Onikoliz (tırnakların yataklarından ayrılması) veya tiroid akropatisi, saç dökülmesi, pretibial miksödem (%3-5) ve jinekomasti görülebilir. Egzoftalmi, tirotoksikozla birlikte ya da tirotoksikoz olmaksızın tek başına (ötiroid veya oftalmik Graves hastalığı) görülebilir (5,25).

Graves hastalığında üç tedavi vardır. Antitiroid ilaçlarla medikal tedavi, radyoaktif İ-131 tedavisi ve subtotal ya da total tiroidektomi. Tedavi seçimi hastanın yaşına, hastalığın şiddetine, egzoftalmi varlığına, organ büyüklüğüne eşlik eden patolojilere ve hastanın seçimi veya gebelik gibi faktörlere bağlıdır (5,25,41,42).

2.3.4.3.2. Toksik Multinodüler Guatr

Toksik nodüler guatr, diğer adıyla “Plummer” hastalığı; bir veya daha fazla tiroid nodülünün TSH’den bağımsız olarak fazla miktarda iyot tutması, tiroid hormonu sentezlemesi ve salgılamasıdır. Toksik nodüler guatr olguları daha çok endemik guatr bölgelerinde görülür (5,25,37,39,41).

Hastalık sıklıkla yaşlı hastalarda uzun süreli ötiroid multinodüler guatr zemininde gelişir. Taşikardi, aritmi, kilo kaybı (bazen), sinirlilik, zayıflık ve terleme hastalığın belirtileri arasındadır (36).

Tercih edilen tedavi şekli; tiroidektomidir. Soliter nodüllerde, nodülektomi veya lobektomi yapılabilir. Toksik multinodüler guatrda; çoğu hastada bir tarafa

lobektomi karşı tarafa subtotal lobektomi önerilir. Bu yöntem; nüks olan olgularda tekrar bilateral girişim yapılmasını engeller (5,25,41).

2.3.4.4. TİROİD NEOPLAZİLERİ

2.3.4.4.1. Benign Tiroid Neoplazileri

Tiroid adenomları kapsülle çevrili, nodüler bir gelişim gösteren, benign tiroid hiperplazisi olarak tanımlanabilirler. Oluşumlarında hereditenin rolü yoktur. Kadınlarda erkeklerden 4 kat daha sık görülür. Radyasyon, kronik TSH stimülasyonu ve onkojenlerin gelişimlerinde etkin olduğuna inanılmaktadır (43). Tiroid adenomlarının büyük bölümü foliküler adenomlardır. Yavaş büyür ve semptom vermezler. Adenomların tedavisinde genellikle T₄ supresyonu uygulanmaktadır. Bası semptomları veren adenomların cerrahi girişimle tedavi edilmeleri gerekir (43).

2.3.4.4.2. Malign Tiroid Neoplazileri

2.3.4.4.2.1. Tiroid Papiller Karsinom

Tiroid bezinin papiller karsinomu sıklıkla sert, soliter, izotop görüntülemeye “soğuk”, USG’de tiroidin diğer kısımlarından belirgin olarak farklı solid bir nodül şeklindedir (36). En sık görülen tiroid kanseri olup, iyi diferansiye tiroid malignensilerinin %70-90’ında görülür. Papiller tiroid karsinomu multifokal olmaya ve hem tiroid bezi içinde hem de tiroid kapsülü ve boyundaki komşu yapılara lokal olarak invaze olmaya eğilimlidir. Lenfatik sistem yoluyla yayılmaya eğilimlidir, ancak özellikle kemik ve akciğere olmak üzere metastaz yapabilir. Tedavisi cerrahidir (38).

2.3.4.4.2.2. Folliküler Karsinom

Folliküler karsinom, histolojik olarak kolloid açıdan fakir, kk folliküler varlığı ile karakterizedir. Tümör, papiller karsinoma göre daha agresiftir ve lenf nodlarına lokal invazyon veya kan damarlarına invazyon sonrası kemik veya akciğere metastaz yaparak yayılırlar. Tiroid kanserlerinin %10'u folliküler karsinomdur. Tedavide cerrahi büyük önem taşır (36).

2.3.4.4.2.3. Medüller Karsinom

Medüller kanser sporadik (%80) veya ailesel olabilir ve tiroid kanserlerinin yaklaşık %5-10'unu oluşturur (38). Karsinom, papiller ve folliküler kanserlerden daha agresiftir fakat diferansiye olmamış tiroid kanserleri kadar agresif değildir. Tümör lokal lenf nodlarına, evre kas ve trakeaya yayılım gösterir. Lenfatiklere ve kan damarlarına invazyon yaparak akciğer veya visseral dokulara uzak metastaz yapabilir (36).

Tedavisi esas olarak cerrahidir. Tiroid folliküler hücrelerinden gelişen tümörlerden farklı olarak, bu tümörler radyoaktif iyot tutmaz. İlerlemif hastalığı olanlarda eksternal radyasyon ve kemoterapi palyasyon sağlayabilir (38).

2.3.4.4.2.4. Diferansiye Olmamış (Anaplastik) Karsinom

Diferansiye olmamış tiroid bezi tümörleri kk hücreli, dev hücreli ve iğsi hücreli karsinomları içerir. Bu tümörler sıklıkla uzun süreli guatr hikayesi ve haftalar veya aylar içerisinde ani büyüme sonrası disfaji veya lokal kord paralizisi gibi bası

semptomları olan yaşlı hastalarda görülür. Agresif lokal yayılıma bağlı ölüm 6-36 ay içerisinde görülür. Bu tümörler tedaviye dirençlidir (36).

2.3.5. TİROİD CERRAHİSİ

Tiroid hastalıklarında; bazı semptomlarının varlığı, kötü kozmetik görünüm, hipertiroidizm ve malignite şüphesi cerrahi tedavi endikasyonlarını oluşturur (5,25). Tiroid bezinin cerrahi girişimle çıkarılmasına tiroidektomi denir (44). Tiroidektomi ile tedavi edilebilecek tiroid hastalıkları, tablo 5’te gösterilmiştir (5,25).

Tablo 5. Tiroidektomi Endikasyonları

Hipertiroidizm	Non-toksik nodüler guatr
• Toksik soliter nodüler guatr	-Soliter nodüler guatr
• Toksik multinodüler guatr	-Multinodüler guatr
• Graves hastalığı	-Tiroid kanseri
	-Tiroiditler

2.3.5.1. Lobektomi

Tiroid bezinin bir bölümünün tam olarak çıkarılmasıdır. Tek taraflı tiroid nodüllerinin tedavisinde kullanılır (44).

2.3.5.2. Subtotal Tiroidektomi

Subtotal tiroidektomi; her iki tiroid lobunun posterior kısmı yerinde bırakılarak gerçekleştirilen cerrahi yöntemdir. Graves hastalığının tedavisi için geliştirilmiştir (44).

2.3.5.3. Total Tiroidektomi

Tiroid bezinin tümünün çıkarılmasıdır. Tiroid bezi kanserlerinde ya da tekrarlayabileceği düşünölen benign durumlarda uygulanabilir (44).

2.3.5.4. Totale Yakın Tiroidektomi

Tiroid bezinin bir lobu tümöyle çıkarılır ve diğer loba ise subtotal rezeksiyon yapılır (44).

GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırma, tiroidektomi olacak kadın hastalarda ameliyat öncesi ve sonrası cinsel fonksiyonları belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

Araştırma Şubat-Eylül 2009 tarihleri arasında Fatih Üniversitesi Hastanesi, Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi ve Afyon Kocatepe Üniversitesi Genel Cerrahi Servisleri'nde gerçekleştirilmiştir. Çalışmaya; tiroidektomi olacak, 20-50 yaş arasında cinsel yönden aktif, evli, eşinde cinsel fonksiyon bozukluğu olmayan, araştırmayı kabul eden 30 bayan alındı. Çalışmanın kontrol grubuna, tiroid hastalığı bulunmayan, çalışma grubu ile benzer özelliklere sahip 15 kadın alındı.

Araştırmada veriler hasta ve kontrollerin bireysel özelliklerini (yaş, meslek, eğitim düzeyi, evlilik süresi, menapoz durumu, vd) ve kadın cinsel işlev bozukluklarını belirlemeye yönelik hazırlanan iki form kullanılarak toplanmıştır. Bunlar; kişisel bilgiler formu ve Kadın Cinsel İşlev Ölçeği'dir (Ek 1).

Kadın cinsel işlev ölçeği (FSFI; Female Sexual Function Index), Rosen ve arkadaşları tarafından ABD'nde 2000 yılında, kadın cinsel işlevinin değerlendirilmesi amacıyla, altı bölümden 19 maddeden oluşan çok boyutlu bir ölçek olarak geliştirilmiştir. Ölçeğin yapısında; istek (2 madde), uyarılma (4 madde), kayganlaşma (lubrikasyon, yağlanma, ıslanma) (4 madde), orgazm (3 madde), doyum (3 madde) ve ağrı (3 madde) olmak üzere altı alt boyut bulunmaktadır. Ölçekten alınabilecek en yüksek puan 36.0 en düşük puan ise 2.0'dir (45,46,47,48). Bu ölçekte her bir başlık 0 veya 6 arasında puanlanmıştır. Yüksek puan, daha iyi fonksiyona işaret eder. Yapılan bir çalışmada fonksiyonel durum; FSFI skoru >30 ise iyi, 23-29 arası ise orta, <23 ise kötü olarak sınıflandırılmıştır (47).

Araştırmanın uygulanabilmesi için çalışma yapılacak hastanelerden gerekli izin yazıları (Ek 2) ve araştırmanın uygulanmasında etik açıdan herhangi bir sakınca olmadığına ilişkin Etik Kurul onayı (Ek 3) alındıktan sonra veri toplama işlemine başlanmıştır. Araştırma kriterine uyan ve araştırmaya katılmaya kabul eden kadınlarla yalnız görüşülerek isimlerinin kayda geçmeyeceği, kişisel bilgilerinin ve yanıtlarının bilimsel amaçlar dışında kullanılmayacağı, araştırmanın amacı, içeriği, anket formunun nasıl doldurulacağı açıklandı ve Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu (Ek 4) imzalatıldı. Katılımcılara anket formları kapalı zarf içerisinde verilmiştir. Hasta grubunda olanlara iki adet zarf verilmiştir. İlki ameliyattan önce doldurtularak teslim alınmış, diğer zarfı ise ameliyattan dört hafta geçtikten sonra doldurmaları ve teslim etmeleri istenmiştir.

Araştırmanın sınırlılıkları; kadın hastalara uygulanması, yakın zamanda operasyon geçirilmiş olması, sınırlı sayıda merkezde uygulanması, son bir aylık cinsel hayatı değerlendirmesi ve gönüllülük esasına dayanmasıdır.

Çalışma kapsamına alınan hasta ve kontrol verilerinin istatistiksel analizi SPSS 11.5 programı kullanılarak yapılmıştır. Bireysel özelliklere ilişkin bulgular, bireysel özelliklere göre FSFI'in toplam puanları ve FSFI'nin alt boyut puanları karşılaştırılmak için; tanımlayıcı istatistik yöntemler (ortalama, X^2), Student T testi, Paired Simple T testi, Tek Yönlü Varyans Analizi uygulanmıştır.

BULGULAR

Çalışma ve kontrol grubundaki kadınların sosyodemografik özelliklerine göre FSFI skorları değerlendirilmiştir (Tablo 6). Çalışma ve kontrol grubunu oluşturan 45 kadının yaş ortalamaları 39.51 ± 8.43 olup, 20-50 arasında değişmektedir.

Çalışma grubunda bulunan kadınların %46.7'si 40 yaş altında, %53.3'ü 40 yaş üzerinde olduğu tespit edilmiştir. Kadınların %80'inin ev hanımı olduğu, %50'sinin ilkokul mezunu olduğu, %63.3'ünün 15 yıldan fazla süredir evli olduğu belirlenmiştir. Kadınların %23.3'ü menopoza girmiş, %76.7'si menopoza girmemiştir.

Kontrol grubundaki kadınların %53.3'ü <40 yaş, %46.7'si >40 yaş olduğu tespit edilmiştir. Gruptaki kadınların %73.3'ünün ev hanımı olduğu, %40'nın ilkokul mezunu olduğu, %53.3'ünün 15 yıldan fazla süredir evli olduğu, %6.7'sinin menapoza girmiş, %93.3'ünün menapoza girmemiş olduğu belirlenmiştir.

Çalışma ve kontrol grubundaki kadınların yaş, meslek, öğrenim durumu, evlilik süresi ve menapoz durumları ortalama FSFI skorları ile karşılaştırılarak hesaplanmıştır.

Çalışmaya katılan tüm kadınların yaş durumlarına göre ortalama FSFI skorları karşılaştırılmış aralarında anlamlı fark tespit edilmiştir ($p=0.03$). 40 yaş altında olanlarda ortalama FSFI skoru 40 yaş üstünde olanlara göre yüksek bulunmuştur.

Çalışmaya katılan hasta ve kontrollerin meslek durumlarına göre ortalama FSFI skorları karşılaştırılmış olup, hasta ve kontrol grubunda anlamlı fark (hasta $p=0.40$, kontrol $p=0.08$) yoktur.

Öğrenim durumuna göre ortalama FSFI skorları karşılaştırıldığında hasta grubunda anlamlı fark ($p=0.89$) tespit edilmemiştir. Kontrol grubunda ise $p=0.01$ olup anlamlı fark tespit edilmiştir.

Çalışmaya katılan hasta ve kontrollerin evlilik sürelerine göre ortalama FSFI skorları karşılaştırılmış aralarında anlamlı fark tespit edilmiştir ($p=0.02$). 15 yıl ve üzeri evli kadınlarda ortalama FSFI skoru 15 yıldan az süreli evli olanlara göre düşük çıkmıştır.

Çalışmaya katılan hasta ve kontrollerin menapoz durumlarına göre ortalama FSFI skorları karşılaştırılmış olup aralarında anlamlı fark tespit edilmiştir ($p=0.01$). Menapoz öncesi dönemde olan kadınlarda ortalama FSFI skoru menapoz döneminde olan kadınlardan yüksek çıkmıştır.

Tablo 6. Sosyodemografik Bilgiler ve Ortalama FSFI Skorlarının Karşılaştırılması

	Hasta Grubu		Kontrol Grubu		p
	n (%)	skor	n (%)	skor	
Yaş grupları					
<40	14 (46.7)	26.40	8 (53.3)	26.48	0.03
>41	16 (53.3)	21.35	7 (46.7)	25.30	
Meslek					
Ev hanımı	24 (80)	22.82	11 (73.3)	24.4	Hasta p
Öğretmen/öğretimci	1 (3.3)	30.2	2 (13.3)	31.75	0.40
Sağlık personeli	2 (6.7)	29.75	1 (6.7)	31.70	Kontrol p
Diğer	3 (10)	24.6	1 (6.7)	25.4	0.08
Öğrenim durumu					
İlkokul	15 (50)	23.18	6 (40)	26.63	Hasta p
Ortaokul	4 (13.3)	25.12	2 (13.3)	22	0.89
Lise	6 (20)	22.76	4 (26.7)	22.5	Kontrol p
Üniversite	5 (16.7)	25.28	3 (20)	31.73	0.01
Evlilik süresi					
<15 yıl	11 (36.7)	26.62	7 (46.7)	27.22	0.02
>15 yıl	19 (63.3)	22.02	8 (53.3)	24.8	
Menapoz durumu					
Menapoz girmemiş	23 (76.7)	25.68	14 (93.3)	26.55	0.01
Menapoz girmiş	7 (23.3)	17.21	1 (6.7)	17.3	

Çalışmaya katılan kadınların %7.1'i ameliyat öncesi hipotiroid, %21.4'ü hipertiroid, %71.4'ü ötiroidtir. Operasyon öncesi hipotiroid olan kadınların ortalama FSFI skoru 21.45 ± 1.34 , hipertiroid olan kadınların 23.45 ± 5.62 ve ötiroid olanların 24.59 ± 7.31 olarak bulunmuş olup aralarında anlamlı fark tespit edilmemiştir ($p=0.79$) (Tablo 7). Tiroid hormon değerlerinin skorlar üzerine etkisinin olmadığı görülmektedir.

Tablo 7. Çalışmaya Dahil Edilen Hastaların Preop. Hormon Durumları

	n (%)	skor	p
Hipotiroid	2 (7.1)	21.45 ± 1.34	0.79
Hipertiroid	6 (21.4)	23.45 ± 5.62	
Ötiroid	20 (71.4)	24.59 ± 7.31	

Çalışma grubunun preop ortalama FSFI skoru ile kontrol grubunun ortalama skoru karşılaştırılmıştır. Preop ortalama FSFI skor 23.71 ± 6.71 , kontrol ortalama FSFI skor 25.93 ± 4.54 olarak bulunmuş ve aralarında anlamlı fark tespit edilmemiştir ($p=0.25$) (Tablo 8).

Tablo 8. Çalışmaya Dahil Edilen Hastaların Preop. FSFI Skorları ile Kontrol Grubunun FSFI Skorlarının Karşılaştırılması

	n	FSFI Skor	p
Preop.	30	23.71 ± 6.71	0.25
Kontrol	15	25.93 ± 4.54	

Çalışma grubunun postop ortalama FSFI skoru ile kontrol grubunun ortalama FSFI skoru karşılaştırılmıştır. Postop ortalama FSFI skor 24.81 ± 7.40 , kontrol ortalama FSFI skor 25.93 ± 4.54 olarak bulunmuş ve aralarında anlamlı fark tespit edilmemiştir ($p=0.59$) (Tablo 9).

Tablo 9. Çalışmaya Dahil Edilen Hastaların Postop. FSFI Skorları ile Kontrol Grubunun FSFI Skorlarının Karşılaştırılması

	n	FSFI Skor	p
Postop.	30	24.81 ± 7.40	0.59
Kontrol	15	25.93 ± 4.54	

Çalışma grubunun ortalama preop ve postop FSFI skorları karşılaştırılmıştır. Preop ortalama FSFI skor 23.71 ± 6.71 , postop ortalama FSFI skor 24.81 ± 7.40 olarak bulunmuş ve aralarında anlamlı fark ($p=0.01$) tespit edilmiştir. Postop ortalama FSFI skoru preop ortalama FSFI skorundan yüksek çıkmıştır (Tablo 10).

Tablo 10. Çalışmaya Dahil Edilen Hastaların Preop. FSFI Skorları ile Postop. FSFI Skorlarının Karşılaştırılması

	n	FSFI Skor	p
Preop.	30	23.71 ± 6.71	0.01
Postop.	30	24.81 ± 7.40	

Çalışmada FSFI'in alt gruplarının (istek, uyarılma, kayganlaşma, orgazm, doyum ve ağrı) ortalama skorları incelenmiştir. Preop hastalar ve kontrol grubun ortalama FSFI alt skorları karşılaştırıldığında uyarılma, kayganlaşma, orgazm ve ağrı düzeylerinde anlamlı fark tespit edilmemiştir. Ancak istek ($p=0.04$) ve doyum ($p=0.04$) düzeylerinde anlamlı farklılık tespit edilmiş olup kontrol grubunun ortalama FSFI alt skoru preop skora göre yüksek bulunmuştur (Tablo 11).

Tablo 11. FSFI'nin Alt Boyutlarının Preop. ve Kontrol Gruplarındaki Skorları ve Karşılaştırılması

	Preop. Grubu	Kontrol Grubu	p
İstek	2.98±1.09	3.60±0.87	0.04
Uyarılma	3.34±1.33	3.62±1.21	0.49
Kayganlaşma	4.17±1.37	4.50±0.94	0.41
Orgazm	4.14±1.46	4.34±1.23	0.65
Doyum	4.18±1.52	5.04±0.65	0.04
Ağrı	4.90±1.51	4.82±1.48	0.86

Postop ve kontrol grubunun ortalama FSFI alt skorları karşılaştırıldığında istek, uyarılma, kayganlaşma, orgazm ve ağrı düzeylerinde anlamlı fark tespit edilmemiş olup doyum düzeyinde ($p=0.02$) anlamlı fark tespit edilmiştir. Kontrol grubunun ortalama doyum FSFI alt skoru postop skordan yüksek bulunmuştur (Tablo 12).

Tablo 12. FSFI'nin Alt Boyutlarının Postop. ve Kontrol Gruplarındaki Skorları ve Karşılaştırılması

	Postop. Grubu	Kontrol Grubu	p
İstek	3.72±1.28	3.60±0.87	0.74
Uyarılma	3.50±1.50	3.62±1.21	0.79
Kayganlaşma	4.28±1.27	4.50±0.94	0.55
Orgazm	4.10±1.62	4.34±1.23	0.61
Doyum	4.22±1.58	5.04±0.65	0.02
Ağrı	4.97±1.53	4.82±1.48	0.76

Preop ve postop ortalama FSFI alt skorları karşılaştırıldığında uyarılma, kayganlaşma, orgazm, doyum ve ağrı düzeylerinde anlamlı fark tespit edilmemiştir. İstek düzeyinde anlamlı farklılık tespit edilmiş ($p=0.001$) olup postop ortalama FSFI alt skoru preop skora göre yüksek bulunmuştur (Tablo 13).

Tablo 13. FSFI'nin Alt Boyutlarının Preop. ve Postop. Gruplarındaki Skorları ve Karşılaştırılması

	Preop. Grubu	Postop. Grubu	p
İstek	2.98±1.09	3.72±1.28	0.001
Uyarılma	3.34±1.33	3.50±1.50	0.15
Kayganlaşma	4.17±1.37	4.28±1.27	0.19
Orgazm	4.14±1.46	4.10±1.62	0.67
Doyum	4.18±1.52	4.22±1.58	0.54
Ağrı	4.90±1.51	4.97±1.53	0.25

TARTIŞMA

Cinsellik ve cinsel işlevler yıllardır tabu olarak görülen ve sağlık profesyonelleri de dahil konunun gündeme getirilmesinde çekince yaşanan bir konudur. Oysa bu sorunun kadınların %43'ü erkeklerin ise %31'i tarafından deneyimlendiği bilinmektedir (46,49,50). Sonuçlardan anlaşıldığı gibi cinsel sorunlar kadınlarda daha yaygındır. Bunun nedenleri arasında son yıllara kadar konuya ilişkin araştırmaların erkek cinselliğine odaklanmış olmasının yanı sıra kadın cinselliğinin daha karmaşık olması ve kadınlarda cinsel işleve yönelik sınırlı sayıda araştırma yapılması sonucunda kadın cinsel işlev patofizyolojisi, psikolojisi ve tedavisi tam olarak aydınlatılamamıştır (46,49).

Tiroid bezinin iyi huylu büyümesi (Guatr) sık rastlanan bir endokrin hastalıktır. Dünya Sağlık Örgütü (WHO), dünya nüfusunun %5'inin guatrdan etkilendiğini ve bunların da %75'inin iyot eksikliği olan bölgelerde olduğunu bildirmektedir. İyot eksikliği olan bölgelerde guatr sıklığı erkeklerde %23'e, kadınlarda %46'ya ulaşabildiği bildirilmektedir. Türkiye'de populasyonun yaklaşık %30'unda guatr olduğu tahmin edilmektedir (51).

Tiroid hastalıklarında kullanılan tedavi seçenekleri; cerrahi, medikal ve Radyoaktif I-131 tedavisidir. Bu hastalıklarda tiroidektomi endikasyonunu oluşturan durumlar; malignite kuşkusu, bası belirtileri, hipertiroidizm, retrosternal guatr ve kozmetik nedenlerdir. Bunlar arasında klinik pratikte en sık uygulanan endikasyon; malignite kuşkusudur (5,25,39,41).

Ülkemizde cinsellik hala konuşulmaması gereken, konuşulurken utanç duyulan ya da gizli olarak konuşulan konular arasındadır. Özellikle kadınların cinsel

ilgi ve isteklerini dile getirmesi ayıp ve günah olarak nitelendirilmektedir. Cinsel yaşamlarında kendilerini eşlerine karşı isteksiz olarak göstermeye çalışmaktadırlar. Cinsel sorunlarını eşleriyle bile paylaşamamaktadır. Cinselliğin doğal olduğu, buna özgü hastalıkların olabileceği toplumumuz tarafından kabul edilmemekte hatta bilinmemektedir. Bu konuların da başkalarıyla konuşulması buna sağlık personeli de dahil olmak üzere utanç verici olarak algılanmaktadır.

Bu araştırma tiroidektomi sonrası kadınlarda cinsel fonksiyon değişikliği olup olmadığını belirlemek amaçlı yapılmıştır. Cinsel fonksiyonları değerlendirmek için de Kadın Cinsel İşlev Ölçeği (FSFI) operasyon öncesi ve sonrası hastalara uygulanmış, sonuçlar kendi içinde ve kontrol grubu sonuçlarıyla karşılaştırılmıştır.

Kadın cinsel işlev bozukluklarını değerlendirmede birçok anket bulunmasına karşın bugün dünyada en yaygın kullanılan Female Sexual Function Index (FSFI)'dir. FSFI kullanımı kolay olması, göreceli olarak kısa olması, çok boyutlu olması ve uyarılma, orgazm, cinsel istek bozuklukları için DSM-IV temelli geçerliliği olması nedeniyle konuyla ilgili çalışmalarda en çok kullanılan skaladır (47,52).

Kadın Cinsel İşlev Ölçeği, Rosen ve arkadaşları tarafından ABD'de 2000 yılında, kadın cinsel işlevinin değerlendirilmesi amacıyla, 19 maddelik çok boyutlu bir ölçek olarak geliştirilmiştir. Bu ölçek son 4 haftadaki cinsel sorunları veya işlevleri değerlendirmektedir (46,47).

Ölçeğin yapısında; istek, uyarılma, kayganlaşma (yağlanma, ıslanma), orgazm, doyum ve ağrı olmak üzere 6 alt boyut bulunmaktadır. Her bir madde sıfırdan 5'e kadar puanlanmaktadır. Cinsel istek veya ilgi sıklığı seviyesi 1. ve 2.

sorularda (puan aralığı 1-5); uyarılma sıklığı, seviyesi, emin olma durumu ve doyumunu 3-6. sorularda (puan aralığı 0-5); lubrikasyon (kayganlaşma) sıklığı, zorluğu, cinsel ilişkide koruyabilme sıklığı ve zorluğu 7-10. sorularda (puan aralığı 0-5); orgazm sıklığı, zorluğu ve doyumunu 11-13. sorularda (puan aralığı 0-5); doyum, eşiyle yakınlık oranı, cinsel ilişkide ve tüm cinsel yaşamında doyum seviyesi 14-16. sorularda (puan aralığı 0-1 ile 5); ağrı veya rahatsızlık, vajinaya giriş sırasında ağrı varlığı, vajinaya girişi takiben, girişte ve takiben ağrı seviyesi 17-19. sorularda (puan aralığı 0-5) ele alınıp değerlendirilmektedir. Buna göre, ölçekten alınabilecek en yüksek ham puan 95.0, en düşük ham puan ise 4.0'tür. Basit matematiksel algoritma hesaplaması alt boyutların ve bileşik tüm ölçeğin puanlamasını belirlemek için düzenlenmiş ve faktör yükleri; istek için 0.6; uyarılma ve kayganlaşma için 0.3; orgazm, doyum ve ağrı için 0.4 olarak belirlenmiştir. Alt boyut ortalamaları faktör yükleriyle çarpıldıktan sonra ölçekten alınabilecek en yüksek puan 36.0 en düşük puan ise 2.0'dır (46).

FSFI'in Türk toplumu için uygunluğu araştırılmış, geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları Aygün ve arkadaşları (2005) tarafından yapılmıştır (46).

Çayan ve arkadaşları (2004), Türk kadınlarında cinsel işlev bozukluğu görülme sıklığı ile cinsel işlevleri bozabilecek potansiyel risk faktörlerini araştırdıkları çalışmalarında KCIÖ'ni kullanmışlar. Cinsel işlev bozukluğu olduğunu söyleyebilmek için, toplam ölçek puanı ve alt boyutların toplam puanı için kesme değerlerini (cut-of) hesaplamışlardır. Bu araştırmacılar, toplam puan >22.7 ise normal cinsel işlev, ≤ 22.7 ise cinsel işlev bozukluğu olduğunu ve istek puanı ≤ 3.6 (puan aralığı 1.2-6), uyarılma puanı ≤ 3.9 (puan aralığı 0-6), kayganlaşma puanı ≤ 3.6 (puan aralığı 0-6), orgazm puanı ≤ 3.6 (puan aralığı 0-6), doyum puanı ≤ 3.6 (puan

aralığı 0-6) ve ağrı puanı ≤ 4.4 (puan aralığı 0-6) olduğunda ise alt boyutlara ilişkin cinsel işlev bozuklukları olduğunu kabul etmişlerdir (52).

Ülkemizde FSFI kullanılarak yapılmış çalışmalar sınırlı sayıda bulunmaktadır. Bunlardan bazıları; Taş ve ark. (2006) spinal kord yaralanmalı hastalarda cinsel fonksiyon bozuklukları ve nörolojik düzey ile ilişkileri, Can ve ark. (2003) sistemik tedavi alan meme kanserli kadınlarda cinsel fonksiyonların değerlendirilmesi, Kadioğlu ve ark. (2005) hiperprolaktinematik kadınlarda cinsel fonksiyon bozukluğu, Çiftçi ve ark. (2008) kadında orgazmik işlev bozukluğu kronik pelvik ağrı nedeni midir?, Aygün ve ark. (2008) meme kanserli kadınlarda cinsel işlev bozukluklarının incelenmesi ve Çayan ve ark. (2004) Türk kadınlarında cinsel işlev bozukluğu görülme sıklığı ile cinsel işlevleri bozabilecek potansiyel risk faktörleri'dir.

Aygün ve ark. (2008) çalışmalarının sonucunda meme kanserli kadınlarda cinsel işlev bozukluklarının yüksek oranda olduğunu bulmuşlardır (45). Çiftçi ve ark. (2008) kronik pelvik ağrı ile başvuran kadınların ağrı etiyojisini araştırma aşamasında, orgazmik fonksiyon bozukluğunun da etyolojik nedenler arasında olması gerektiğini düşünmüşlerdir (53).

Aygün ve ark. çalışmalarına katılan kadın grubunun %15.3'ü 30-40 yaş grubunda, %36.3'ünün 41-50 yaş grubunda, %29.5'inin 51-60 yaş grubunda, %18.9'unun da 61-70 yaş grubundadır (45). Çiftçi ve ark. yaptığı çalışmada %35 hastanın 30-40 yaş grubunda olduğunu tespit etmiştir (53). Yeni ve ark. cinsel fonksiyon sorgulamasına yönelik yaptığı çalışmada yaş dağılımı 28-49 yıl olarak tespit edilmiştir (54). Can ve ark. yaptığı çalışmada ise 30-39 yaş grubunda olan hasta yüzdesinin %22.5, 40-49 yaş grubunda ise %42.5 olduğunu bulmuşlardır (55).

Bu dört çalışma yaş dağılımı bakımından bizim çalışmamızla benzer özellikler göstermektedir.

Özerdoğan ve ark. (56) yapmış oldukları çalışmaya alınan kadınların %67.3'ü 40-50 yaş arası arasında olup bizim çalışmamıza yakın değerdedir.

Can ve ark. yaptığı çalışmada hastaların %47.5'i ilkokul, %10'u ortaokul, %17.5'i lise mezunu olup eğitim durumu bakımından bizim çalışmamıza yakın benzerlik göstermektedir (55). Aygün ve ark. (45) yaptığı çalışmada lise mezunu olan kadınların oranı %40 olarak bulunmuştur. Bizim çalışmamızda bu oranın düşük olmasının nedeni; araştırmaya katılan grubun sosyo-kültürel düzeylerinin düşük olmasından kaynaklandığı düşünülmüştür. Güvel ve ark. (57) ile Çiftçi ve ark. (53) yapmış oldukları çalışmalardan aldıkları sonuçlar çalışma sonuçlarımızla benzer özelliklere sahiptir.

Aygün ve ark. çalışmasında %66.3 hasta menapozda, %33.7 hasta ise menapozda değildir (45). Bizim çalışmamızın sonuçlarıyla farklı olmasının nedeni; Aygün ve ark. çalışmasına katılan kadınların %29.5'inin 51-60 yaş, %18.9'unun 61-70 yaş arasında olmasıdır (45). Güvel ve ark. yapmış oldukları evli kadınlarda cinsel fonksiyonlara etkin faktörler isimli çalışmada menapoz, düzensiz menstruasyon ve histerektomi öyküsü varlığında cinsel fonksiyonlarda bozukluk oluştuğunu tespit etmişlerdir (57).

Aygün ve ark. meme kanserli kadınlarda yaptıkları çalışma sonucunda meme kanserinin, geçirilmiş operasyonun ve ilaç tedavisinin kadınların cinsel yaşamlarını olumsuz yönde etkilediğini tespit etmişlerdir (45). Bizim çalışmamızda da tüm hastalarımız operasyon geçirmişlerdir, fakat çalışmamız sonucunda cinsel istek ve

ilgi düzeyleri dışında diğer cinsel fonksiyonlarda herhangi bir değişiklik saptanmamıştır. Bu iki çalışmanın farklı olmasının nedeni ise; tiroid dokusunun cinsellik yönünden bir etkisi yok iken meme kadın ve erkekler için cinsel obje olarak algılanmaktadır. Her iki çalışmada da hastalar ameliyat olmuşlardır; bu nedenle operasyonun cinsel hayatı olumsuz etkilemediğini söyleyebiliriz.

Tohei ve ark. yaptıkları çalışmada hipotiroidinin cinsel davranışları baskıladığını bildirmişlerdir (58). Bu sonuç pek çok literatür bilgisiyle örtüşmektedir (7,10).

Rişvanlı ve ark. ratlar üzerinde yapmış oldukları çalışmada; tiroidektomi sonrası ratları hipotiroidi olarak bıraktıkları, bunun sonucunda östrüs sayısının azaldığı, seksüel siklus süresinin uzadığı ve gebe kalma oranlarının da düştüğü bildirilmektedir (59). Bu çalışmada ratlara total tiroidektomi uygulanmış sonrasında da tiroid hormonları verilmemiş ve oluşan hipotiroidinin etkileri incelenmiştir. Bizim çalışmamızda hastalara uygulanan cerrahi tekniğe göre tiroid ilaçları verilmiştir. Bu nedenle iki çalışmada farklı sonuçlar elde edilmiştir.

Osorio ve ark. yaptığı çalışmada hipotiroidizimli dişilerde seksüel siklusların olumsuz etkilendiği ve bunun da östradiol konsantrasyonunun düşmesi ile ilişkili olduğu bildirilmektedir (60).

Mattheij ve ark. tiroidektomi uygulanmış dişi ratlarda östrüs siklusunun uzadığını ve ovulasyon oranlarının azaldığını bildirmektedirler. Aynı çalışmada tiroid hormonları uygulandıktan 2 hafta sonra da bu düzensizliklerin ortadan kalktığı tespit edilmiştir (61). Bu iki çalışmada hipotiroidi sonrası oluşanlar Rişvanlı ve ark. çalışmasını desteklemektedir.

Ülkemizde FSFI çeşitli hastalıklarda cinsel fonksiyonların değerlendirilmesinde ya da cinsel fonksiyon bozukluğunu tespit etmek üzere kullanılmıştır. Ancak tiroid cerrahisine yönelik bir çalışma yapılmamıştır.

Çalışmamız neticesinde 40 yaş üstü kadınlarda FSFI skorlarında azalma olduğunu, mesleklerin skorlara etki etmediğini, eğitim durumu yüksek olanlarda FSFI skorlarının yüksek olduğunu, 15 yıldan fazla olan evliliklerde FSFI skorlarının azaldığını, menapozda olan kadınlarda da FSFI skorlarının düşük olduğunu tespit ettik. Çalışmamızın sonuçlarını destekleyen literatür bilgileri mevcuttur (45,52,56,57).

Çalışmamıza katılan 30 hasta ve 15 kontrol grubunun FSFI'nin toplam skorları karşılaştırılmıştır. Preop ortalama FSFI skorları ile kontrol ortalama FSFI skorlarına bakıldığında Tiroid Hastalığı tanısı almak FSFI skorlarını etkilememektedir. Tiroid Hastalığı cinsel fonksiyon bozukluğu yaratmamaktadır. Ancak FSFI'in alt boyut skorları değerlendirildiğinde; kontrol istek ve doyum düzeyinde preop skorlara oranla artma görülmüştür. Tiroid hastalığı tanısı almak toplam skorlara bakıldığında cinsel fonksiyon bozukluğu yaratmasa da alt boyut değerlendirilmesine bakıldığında; Tiroid hastalığında cinsel istek ve doyum düzeyleri yetersiz kalmaktadır. Bu sebeple Tiroid hastalığı cinsel istekte ve tatmin de azalmaya neden olmaktadır.

Postop ortalama FSFI skorları ile kontrol skorları arasında fark yoktur. Tiroid cerrahisi geçirmek cinsel fonksiyonlarda değişiklik ya da bozukluk meydana getirmemiştir. Fakat postop FSFI alt skorları ile kontrol skorları karşılaştırıldığında doyum düzeyinde farklılık görülmüştür. Cerrahi öncesi istek ve doyum düzeyinde

düşüklük mevcut iken Tiroid cerrahisi sonrasında istek düzeyinde düzelme ve artma olmuş ancak doyum düzeyine değişme olmamıştır. Tiroid cerrahisi cinsel tatmin bozukluğunu düzeltmemektedir.

Postop ortalama FSFI skoru preop skordan yüksek bulunmuştur. Tiroidektomi sonrası cinsel fonksiyonlarda cerrahi öncesine göre artma meydana gelmiştir. Tiroid hastalığının olması cinsel fonksiyon bozukluğu yaratmasa da cinsel fonksiyonlarda azalma meydana getirmektedir. Cerrahi sonrası cinsel fonksiyonlardaki azalma düzelmektedir. Cerrahi öncesi ve sonrası ortalama FSFI alt boyutları karşılaştırıldığında; operasyon sonrası cinsel istekte artma meydana gelmiştir. Tiroid cerrahisi cinsel istekte düzelmeye yol açmıştır. Tiroid hastalığında cinsel istekte azalma vardır ve cerrahi sonrası cinsel istekte artma olmaktadır.

SONUÇLAR

Tiroidektomi sonrası kadınlarda cinsel fonksiyon değişikliği olup olmadığını belirlemek amaçlı yaptığımız çalışmanın sonucunda;

- Tiroid hastalığı cinsel fonksiyon bozukluğu yaratmamakta, cinsel fonksiyonda azalmaya neden olmaktadır.
- Tiroid hastalığında cinsel istek ve doyumda azalma mevcuttur.
- Cerrahi sonrası cinsel fonksiyonlarda artma olmaktadır. Özellikle cerrahi öncesine göre cinsel istekte artma meydana gelmektedir.
- Tiroid hastalığında cinsel tatminde azalma mevcuttur.
- Cerrahi sonrası cinsel fonksiyonlarda artma olmasına rağmen cinsel doyum düzeyi değişmemektedir.

KAYNAKÇA

1. Kızıltepe A. (2006) Total Histerektomili Kadınların Benzer Yaş Grubundaki Histerektomi Olmayan Kadınlarla Cinsel İşlev Açısından Karşılaştırılması, Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, İstanbul.
2. Aydın H. Cinsellik ve Cinsel İşlev. Psikiyatri Temel Kitabı, Güleç C, Köroğlu E (ed), Cilt, HYB Basın Yayın, Ankara, 1998; s: 605-615.
3. Goldstein I, Meston CM, Davis SR, Traish AM. Women's Sexual Function and Dysfunction. Florida: Taylor & Francis, 2006.
4. İncesu C. Cinsel İşlev Bozuklukları. Psikiyatri Temel Kitabı, Köroğlu E, Güleç C (ed), HYB Basın Yayın, Ankara, 2007; s: 422-432.
5. Sultanoğlu B. (2007) Benign Tiroid Hastalıkları Nedeniyle Opere Edilen Hastaların Retrospektif Analizi ve Yaşam Kalitesi, Bezm-İ Alem Valide Sultan Vakıf Gureba Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, İstanbul.
6. Kütmeç C. Kadınlarda Cinsel Fonksiyon Bozukluğu ve Hemşirelik Bakımı. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, 2009; Cilt 4, Sayı 12, s: 111-136.
7. İncesu C. Cinsel İşlevler ve Cinsel İşlev Bozuklukları. Klinik Psikiyatri, 2004; Ek 3:3-13.

8. Masters WB, Johnson VE. Human Sexual Behavior. İnsan Cinsel Davranış. Sayın Ü. (çev. ed.), Bilimsel ve Teknik Yayınları Çeviri Vakfı, İstanbul, 1994.
9. Tashbulatova D. (2007) İnfertil Kadınlarda Cinsel Fonksiyonlara Etki Eden Faktörler, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Adana.
10. Crenshaw TL, Goldberg JP. Sexual Aspects of Neurochemistry. Crenshaw TL, Goldberg JP (ed), Sexual Pharmacology, WW Norton & Company, New York, 1996.
11. World Health Organization. ICD-10: International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems. Geneva: World Health Organization, 1992.
12. American Psychiatric Association. DSM-IV: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edn. Washington, DC: American Psychiatric Pres, 1994.
13. Basson R, Berman J, Burnett A, et al. Report of the International Consensus Development Conference on Female Sexual Dysfunction: Definitions and Classifications. J Urol 2000; 163(3): 888-893.
14. Berman JR, Goldstein I. Female Sexual Dysfunction. Urol Clin North Am 2001; 28(2): 404-416.

15. Park K, Goldstein I, Andry C, Siroky MB, Krae RJ, Azadzo KM. Vasculogenic Female Sexual Dysfunction: the Hemodynamic Basis for Vaginal Engorgement Insufficiency and Clitoral Erectile Insufficiency. *Int J Impot Res*, 1997; 9: 27-37.
16. Goldstein I, Gıraldı A, Kadioğlu A, Van Lusen HW, Marson L, Nappi R, Peaus J, Salonia A, Traish AM, Vardı Y. Kadın Cinsel Fonksiyon Fizyolojisi ve Kadın Cinsel Disfonksiyonunun Fizyopatolojisi. Çev. Çulha M, Eryılmaz HY, Önem K, Seksüel Tıp, 2. Uluslararası Seksüel Disfonksiyon Toplantısı, Paris, 2004, s: 723.
17. Hulter B, Lundberg PO, Sexual Function in Women with Hypothalamo–Pituitary Disorders. *Arch Sex Behav*, 1994; 23: 171-183.
18. Enzlin P, Mathieu C, Van Den Bruel A, Bosteels J, Vanderschueren D, Demyttenaere K. Sexual Dysfunction in Women with Type 1 Diabetes. *Diabetes Care*, 2002; 25: 672–677.
19. Hawton K. *Sex Therapy: A Practical Guide*. Oxford University Press, London, 1985.
20. Dünya Sağlık Örgütü. Ruhsal ve Davranışsal Bozuklukların Sınıflandırılması. Çev. Ed. Öztürk Ö, Ufuk B. Türkiye Sinir ve Ruh Sağlığı Hastalıkları Derneği Yayını, Ankara, 1993.

21. Şahin D. Sık Görülen İki Cinsel İşlev Bozukluğu: Vajinismus ve Erken Boşalmada Değerlendirme, Tanı ve Tedaviler. Cinsel İşlev Bozukluklarının Psikolojik Nedenleri. Şahin D, Kayır A (ed), Roche Yayınları, İstanbul, s: 30.
22. Kavuncu NV. Kadınlarda Cinsel İşlev Bozuklukları. Türkiye Klinikleri Psikiyatri Dergisi 5, Nisan, 2004.
23. Sungur M. Cinsel İşlev Bozuklukları. Psikiyatri Temel Kitabı, Güleç C, Köroğlu E (ed), 2. Cilt, HYB Basın Yayın, Ankara, 1998; s: 617-637.
24. Çeri Ö, Yılmaz A, Soykan A. Cinsel İşlev Bozuklukları. Türkiye Klinikleri Psikiyatri Dergisi-Özel Sayı 2008, Cilt 1, Sayı 2, s: 71-78.
25. Sadler GP, Clark OH. Thyroid and Parathyroid. Schwartz SI, Shires Spencer FC: Principles of Surgery, 7th ed. McGraw-Hill, New York. 1999; p: 1661-1687.
26. Ureles AL. Thyroidology-Reflections on Twentieth Century History. Falk S (ed) Thyroid Disease, Raven Pres, New York, 1990; 1:1-14.
27. Basedow CA. Exophtalmos Durch Hypertrophie des Zelgewebes in der Augenhohle. Wochenschr Heilkd, 1840; p: 197-220. Kologlu S, Erdogan G. Tiroid: Genel Görüş ve Bilgiler. Endokrinoloji-Temel ve Klinik. Erdoğan G (ed), MN Medikal ve Nobel Ltd Şti, 2. Baskı, Ankara, 2005; s: 155-172.

28. Kologlu S, Erdogan G. Tiroid: Genel Görüş ve Bilgiler. Endokrinoloji-Temel ve Klinik. Erdoğan G (ed), MN Medikal ve Nobel Ltd Şti, 2. Baskı, Ankara, 2005; s: 155-172.
29. Abbaspur V. (2007) Tiroid Polikliniğine İlk Kez Başvuran ve Hashimoto Tiroiditi Tanısı Alan Hastalarda Semptom Dağılımının Tiroid Fonksiyon Testleri İle İlişkisi, Atatürk Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Uzmanlık Tezi, Ankara.
30. Arkun R. Yüzeysel Organlar ve Periferik Yumuşak Doku Ultrasonografisi. İzmir Matbaacılık, İstanbul, 1991; s: 2-11.
31. Kaynaroğlu ZV. Tiroid Fizyolojisi ve Fonksiyon Testleri. Sayek İ (ed). Temel Cerrahi, 2. baskı, Ankara, Güneş Kitabevi, 1996; s: 1523-1524.
32. Gökhan N, Çavuşoğlu H. Tiroid Bezi ve Metabolik Hormonlar. Gökhan N, Çavuşoğlu H (çev. Ed). Tıbbi Fizyoloji, 3. baskı, İstanbul, Nobel Tıp Kitapevi, 1989; s: 1293-1309.
33. Bouknight AL. Thyroid Physiology and Thyroid Function Testing. Otolaryng Cli N Am, 2003; 36: 9-15.
34. Tezelman ST, Siperstein AE. Signal Transduction in Thyroid Neoplasms. Clarck OH, Duh QY (ed), Textbook of Endocrine Surgery, WB Saunders, Philadelphia, 1997; 28: 214-227.

35. Uzunalimoğlu A. Tiroid: Hipotiroidi. Endokrinoloji-Temel ve Klinik, Erdoğan G (ed), MN Medikal ve Nobel Ltd Şti, 2. Baskı, Ankara, 2005; s: 211-228.
36. Gardner D, Shoback D. Tiroid Bezi. Greenspan's Temel ve Klinik Endokrinoloji, Arslan M (çev. ed). Güneş Tıp Kitabevleri, 8. Baskı, Ankara, 2009; s: 209-280.
37. Day AT, Chu A, Hoang HG. Multinoduler Goiter. Otolaryng Cli N Am 2003; 36: 35-54.
38. Jameson JL, Weetman AP. Tiroid Bezi Hastalıkları. Harrison İç Hastalıkları Prensipleri. Braunwald E, Fauci AS (ed), Sağlıker Y (çev. ed), 2. Cilt, Nobel Tıp Kitabevleri, 15. Baskı, İstanbul, 2004; s: 2060-2084.
39. İŐgör A. Multinoduler Guatr. İŐgör A (ed), Tiroid Hastalıkları ve Cerrahisi, Avrupa Tıp Kitapçılık, İstanbul, 2000; s: 233-238.
40. Alagöl MF. Tiroid: Tirotoksikoz. Endokrinoloji-Temel ve Klinik, Erdoğan G (ed), MN Medikal ve Nobel Ltd Şti, 2. Baskı, Ankara, 2005; s: 229-241.
41. Hanks JB. Thyroid. Textbook of Surgery, Sabiston DC (ed), 16th ed, WB Saunders Comp, Philadelphia, 2008; p: 603-628.
42. O'Donnell AL. Hyperthyroidism: Systemic Effects and Differential Diagnosis. Falk SE (ed), Thyroid Disease, 2nd ed, Lippincott-Raven, Philadelphia, 1997; p: 241-252.

43. Erdoğan G. Tiroid: Nodüler Guatr ve Tiroid Neoplazileri. Endokrinoloji-Temel ve Klinik, Erdoğan G (ed), MN Medikal ve Nobel Ltd Şti, 2. Baskı, Ankara, 2005; s: 242- 258.
44. Erdil F, Elbaş NÖ. Endokrin Sistem Cerrahisi ve Hemşirelik Bakımı. Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği, Ünite XII, Aydoğdu Ofset, 4. Baskı, Ankara, 2001; s: 715-755.
45. Aygın D, Aslan FE. Meme Kanseri Kadınlarında Cinsel İşlev Bozukluklarının İncelenmesi. Meme Sağlığı Dergisi, 2008; cilt 4, sayı 2, s: 105-114.
46. Aygın D, Aslan FE. Kadın Cinsel İşlev Ölçeği'nin Türkçeye Uyarlanması. Türkiye Klinikleri J Med Sci, 2005, 25: 393-399.
47. Rosen R, Brown C, Heiman J, Leiblum S, Meston C, Shabsigh R, Ferguson D, D'agostino R. The Female Sexual Function Index (FSFI): A Multidimensional Self-Report Instrument for the Assessment of Female Sexual Function. Journal of Sex & Marital Therapy, 2000; 26: 191-208.
48. Meston C. Validation of the Female Sexual Function Index (FSFI) in Women with Female Orgasmic Disorder and in Women with Hypoactive Sexual Desire Disorder. Journal of Sex & Marital Therapy, 2003; 29: 39-46.
49. Güvel S. Kadın Cinsel Fonksiyon Bozuklukları Epidemiyolojisi. Avicena Dergisi, 2002; 1: 36-8.

50. Rosen RC. Prevalence and Risk Factors of Sexual Dysfunction in Men and Women. *Curr Psychiatry Rep*, 2000; 2: 189-95.
51. Yorgancılar E. Benign Nodüler Guatrda Cerrahi Yaklaşım; 72 Olgunun Analizi. *Dicle Tıp Dergisi*, 2009; cilt 36, sayı 1, s: 35-38.
52. Çayan S, Akbay E, Bozlu M, Canpolat B, Acar D, Ulusoy E. The Prevalence of Female Dysfunction and Potential Risk Factors That May Impair Sexual Function in Turkish Women. *Urol Int*. 2004; 72(1): 52-57.
53. Çiftçi H, Yeni E, Savaş M, Verit A. Kadında Orgazmik İşlev Bozukluğu Kronik Pelvik Ağrı Nedeni midir?. *Türk Üroloji Dergisi*, 2008; 34 (3): 335-339.
54. Yeni E, Ünal D, Verit A, Coşkun A, Karataş ÖF, Ünal EK. Meme Kanserli Kadınlarda Cinsel Fonksiyonlar Sorgulanmalı mı?. *Türk Üroloji Dergisi*, 2003; 29 (2): 175-179.
55. Can G, Durna Z, Aydiner A, Saip P, Kadioğlu A. Sistemik Tedavi Alan Meme Kanserli Kadınlarda Cinsel Fonksiyonların Değerlendirilmesi. *Kadın Cinsel Sağlığı Dergisi*, 2003; 22: 268-271.
56. Özerdoğan N, Sayiner FD, Köşgeroğlu N, Ünsal A. 40-65 Yaş Grubu Kadınlarda Cinsel Fonksiyon Bozukluğu Prevalansı, Depresyon ve Diğer İlişkili Faktörler. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanat Dergisi*, 2009; cilt 2, sayı 2, s: 46-59.

57. Güvel S, Yaycıoğlu Ö, Bağış T, Savaş N, Bulgan E, Özkardeş H. Evli Kadınlarda Cinsel Fonksiyonlara Etkin Faktörler. Türk Üroloji Dergisi, 2003; 29 (1): 43-48.
58. Tohei A, Watanabe G, Taya K. Effects of Thyroidectomy or Thiouracil Treatment on Copulatory Behavior in Adult Male Rats. J Vet Med Sci, 1998; 60 (3): 281-285.
59. Rişvanlı A, Aydın M, Kaygusuzoğlu E, Timurkan H. Ratlarda Tiroidektominin Seksüel Siklus ve Gebe Kalma Oranları Üzerine Etkisi. Turk J Vet Anim Sci, 2003; 27: 873-877.
60. Osorio A, Ruiz E, Ortega E. Possible Role of GH/IGF-1 in the Ovarian Function of Adult Hypothyroid Rats. Mol Cell Biochem, 1998; 179: 7-11.
61. Mattheij JA, Swarts JJ, Lokerse P, Van Kampen JT, Van Der Heide D. Effect of Hypothyroidism on the Pituitary-Gonadal Axis in the Adult Female Rat. J Endocrinol, 1995; 146: 87-94.

EKLER

EK 1. Anket formu (ameliyat öncesi ve sonrası aynı)

EK 2. Ankara Eğitim Araştırma Hastanesi, Fatih Üniversitesi Hastanesi ve Afyonkarahisar Kocatepe Üniversitesi izin yazıları

EK 3. Etik Kurul onay yazısı

EK 4. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

EK 1.**AFYON KOCATEPE ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ
ENSTİTÜSÜ**

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.

Teşekkür ederiz.

* Cinsel aktivite: Cinsel birleşme, sevişme ve kendini tatmin dahil 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.

**AKÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi
Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Öğrencisi
Müjgan ULUYOL**

KİŞİSEL BİLGİLER:**1- Yaşınız?**

.....

2- Mesleğiniz nedir?

.....

3- Eğitim durumunuz?

a) Okur- yazar değil b) İlkokul c) Ortaokul d) Lise e) Yüksekokul/
Üniversite

4- Çocuğunuz var mı?

a) Evet b) Hayır

5- Kaç çocuğunuz var?

a) 0-1 b) 2-3 c) 3-4 d) 5 ve daha fazla

6- Eşinizin mesleği nedir?

.....

7- Gelir düzeyinizi nasıl tanımlarsınız?

a) Gelir giderden az b) Gelir gidere denk c) Gelir giderden fazla

8- Sosyal güvenceniz var mı?

a) Evet b) Hayır

9- Yaşadığınız yer?

a) Köy b) Kasaba c) İlçe d) İl

10- Evlilik süreniz?

a) 0-1 yıl b) 1-5 yıl c) 5-10 yıl d) 10-15 yıl e) 15 yıl ve üzeri

AMELİYAT ÖNCESİ

ANKET NO:

KADIN CİNSEL İŞLEV ÖLÇEĞİ

Yaş:	<input type="text"/>
Boy:	<input type="text"/> cm
Kilo:	<input type="text"/> kg
Şikayet:	<input type="checkbox"/> Kadın cinsel fonksiyon bozukluğu <input type="checkbox"/> Çocuk sahibi olamama (infertilite)
Hastalıklar:	<input type="checkbox"/> Kolesterol yüksekliği <input type="checkbox"/> Şeker hastalığı <input type="checkbox"/> Kalp hastalığı <input type="checkbox"/> Diğer <input type="text"/>
Çocuk sayısı:	<input type="text"/>
Doğum Şekli:	Normal doğum <input type="checkbox"/> Sezaryen <input type="checkbox"/>
Menapoza giriş tarihi:	<input type="text"/>
Geçirdiği ameliyatlara:	<input type="text"/>
Kullandığı İlaçlar:	<input type="text"/>

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

- Hemen hemen her zaman
- Çoğu zaman (15 günden fazla)
- Bazen (15 günde)
- Birkaç kez (15 günden az)
- Hemen hemen hiç / hiçbir zaman

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

- Çok yüksek
- Yüksek
- Orta
- Düşük
- Çok düşük veya hiç

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

- Hiç cinsel aktivitede bulunmadım
- Hemen hemen her zaman
- Çoğu zaman (15 günden fazla)
- Bazen (15 günde)
- Birkaç kez (15 günden az)
- Hemen hemen hiç / hiçbir zaman

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

- Hiç cinsel aktivitede bulunmadım
- Çok yüksek
- Yüksek
- Orta
- Düşük
- Çok düşük veya hiç

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

- Hiç cinsel aktivitede bulunmadım
- Çok emindim
- Emindim
- Oldukça emindim
- Az emindim
- Çok az / hiç emin değildim

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

- Hiç cinsel aktivitede bulunmadım
- Hemen hemen her zaman
- Çoğu zaman (15 günden fazla)
- Bazen (15 günde)
- Birkaç kez (15 günden az)
- Hemen hemen hiç / hiçbir zaman

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

- Hiç cinsel aktivitede bulunmadım
- Hemen hemen her zaman
- Çoğu zaman (15 günden fazla)
- Bazen (15 günde)
- Birkaç kez (15 günden az)
- Hemen hemen hiç / hiçbir zaman

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

- Hiç cinsel aktivitede bulunmadım
- Çok çok zor veya imkansızdı
- Çok zordu
- Zordu
- Biraz zordu
- Hiç zorluk çekmedim

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

- Hiç cinsel aktivitede bulunmadım
- Hemen hemen her zaman
- Çoğu zaman (15 günden fazla)
- Bazen (15 günde)
- Birkaç kez (15 günden az)
- Hemen hemen hiç / hiçbir zaman

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

- Hiç cinsel aktivitede bulunmadım
- Hemen hemen her zaman
- Çoğu zaman (15 günden fazla)
- Bazen (15 günde)
- Birkaç kez (15 günden az)
- Hemen hemen hiç / hiçbir zaman

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

- Hiç cinsel aktivitede bulunmadım
- Hemen hemen her zaman
- Çoğu zaman (15 günden fazla)
- Bazen (15 günde)
- Birkaç kez (15 günden az)
- Hemen hemen hiç / hiçbir zaman

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

- Hiç cinsel aktivitede bulunmadım
- Çok çok zordu / imkansızdı
- Çok zordu
- Zordu
- Biraz zordu
- Hiç zorluk çekmedim

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

- Hiç cinsel aktivitede bulunmadım
- Çok tatminkardı
- Genellikle tatminkardı
- Yarısında tatminkardı, yarısında tatminkar değildi
- Genellikle tatminkar değildi
- Hiç tatminkar değildi

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

- Hiç cinsel aktivitede bulunmadım
- Çok tatminkardı
- Genellikle tatminkardı
- Yarısında tatminkardı, yarısında tatminkar değildi
- Genellikle tatminkar değildi
- Hiç tatminkar değildi

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

- Hiç cinsel aktivitede bulunmadım
- Çok tatminkardı
- Genellikle tatminkardı
- Yarısında tatminkardı, yarısında tatminkar değildi
- Genellikle tatminkar değildi
- Hiç tatminkar değildi

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

- Hiç cinsel aktivitede bulunmadım
- Çok tatminkardı
- Genellikle tatminkardı
- Yarısında tatminkardı, yarısında tatminkar değildi
- Genellikle tatminkar değildi
- Hiç tatminkar değildi

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

- Hiç cinsel aktivitede bulunmadım
- Hemen hemen her zaman
- Çoğu zaman (15 günden fazla)
- Bazen (15 günde)
- Birkaç kez (15 günden az)
- Hemen hemen hiç / hiçbir zaman

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

- Hiç cinsel aktivitede bulunmadım
- Hemen hemen her zaman
- Çoğu zaman (15 günden fazla)
- Bazen (15 günde)
- Birkaç kez (15 günden az)
- Hemen hemen hiç / hiçbir zaman

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

- Hiç cinsel aktivitede bulunmadım
- Çok yüksek
- Yüksek
- Orta
- Düşük
- Çok düşük veya hiç

EK 2. İZİN YAZILARI



Sayı : B.10.4.İSM.4.06.00.09./773-99/8072
Konu: Araştırma İzni

035473 02.04.2009

**AFYON KOCATEPE ÜNİVERSİTESİNE
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ**

Enstitünüz Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı yüksek lisans programı öğrencisi Müjgan ULUYOL' un "Troidektomi sonrası kadınlarda cinsel fonksiyon değişiklikleri" konulu tez çalışmasının anket uygulamasını Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesinde yapması hususunda Bakanlığımız Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğünün görüş yazıları ve Valilik Makamının 01.04.2009 tarih ve 34320 sayılı oluru yazımız ekinde gönderilmiştir.

Bilgilerinizi rica ederim.

Dr. S.Rahmi ACAR
Mali
Sağlık Müdür Yardımcısı

Ek: Valilik Oluru (1 sayfa)
Yazı Örneği (1 sayfa)
Anket Örneği (6 sayfa)

DAĞITIM:
Gereği
Ankara EAH

Bilgi
Afyon Kocatepe Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü

Sayı : B.10.0.THG.0.10.00.02.251-19 / 10212
Konu : Araştırma İzni

13.03.2009

ANKARA VALİLİĞİNE
(İl Sağlık Müdürlüğü)

İlgi: 20.02.2009 tarih ve 16051 sayılı yazınız.

Afyonkarahisar Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim dalı yüksek lisans programı öğrencisi Müjgan ULUYOL'un "Tiroidektomi sonrası kadınlarda cinsel fonksiyon değişiklikleri" konulu tez çalışmasının Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesinde anket uygulaması konusunda görüş talep edilen ilgede kayıtlı yazınız incelenmiştir.

Yapılacak çalışmanın sonucundan bir suretinin Bakanlığımıza gönderilmesi ve Bakanlığımızın bilgisi dışında ilan edilmemesi kaydıyla Genel Müdürlüğümüzce uygun görülmüştür.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Doç. Dr. İrfan SENCAN
Bakan a.
Genel Müdür V.

37280

23.03.2009 035608

2615/24.03.09

1077

24.03.09

Mithatpaşa Cad. No:3 (B1 Blok 2.Kat Sıhhiye/ANKARA)
Tel: (0312) 585 15 86 Faks: 0 312 585-15 65 / 0 312 585 15 66 Not : Cevabi yazılarda yazımın tarih ve sayısı ile dosya numaralarını belirtiniz.

T.C.
ANKARA VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

034320 01.04.2009

Sayı : B.10.4.İSM.4.06.00.09/773-99
Konu : Tez Çalışması

VALİLİK MAKAMINA

Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı yüksek lisans programı öğrencisi Mütgan ULUYOL'un "Troidektomi sonrası kadınlarda cinsel fonksiyon değişiklikleri" konulu tez çalışmasını Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesinde uygulamak istemektedir.

Söz konusu çalışma ile ilgili anket formu yazımız ekinde olup, çalışma sonucunun bir suretinin Bakanlığımız Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğüne gönderilmesi ve Bakanlığımız Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nün bilgisi dışında ilan edilmemesi koşulu ile belirtilen kurumlarda yapabilmesi hususunu;

Tensiplerinize arz ederim.

Uz.Dr. Mustafa AKSOY
İl Sağlık Müdürü

OLUR
30.04.2009

Dr.Celal DİNÇER
Vali a.
Vali Yardımcısı

EK: Anket Formu (6 sayfa)



T.C.
AFYON KOCATEPE ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
CERRAHİ TIP BİLİMLERİ BÖLÜMÜ

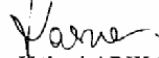
Sayı : Genel Cerrahi AD / 19 / 7975
Konu : Müjgan ULUYOL


12.03.2009

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı 063303010 numaralı yüksek lisans öğrencisi Müjgan ULUYOL'un " Tiroidektomi Sonrası Kadınlarda Cinsel Fonksiyon Değişikliği" isimli tez çalışmasının anketlerini Anabilim Dalımız Genel Cerrahi Servisinde yapması uygundur.

Gereğini bilgilerinize arz ederim.


Prof.Dr. Yüksel ARIKAN
Başkan


Adres : Ali Çetinkaya Kampüsü Afyon-İzmir yolu 8.km / AFYONKARAHİSAR
Telefon : 0.272.2463304 - 2463301 Fax : 0. 272 2463300
e-posta : ctb@aku.edu.tr
Ayrıntılı bilgi için irtibat : Feride AKSARAY

Fatih Üniversitesi Hastanesi Başhekimliğine
ANKARA

Afyon Kocatepe Üniversitesi Cerrahi Hastalıkları Uzmanı Dr. Abdullah Dali, yasadışı lisans programı kapsamında "Tiroidektomi Sonrası Kadınlarda Cinsel Fonksiyon Değişiklikleri" konulu der. çalışmasını hastanemiz Genel Cerrahi Servisinde yapmış istiyorum. Çalışmasını yapılıncaya kadar bilginize arz ederim.

Adres:
Ersin M. 18. c. 5. katlı ofis,
14. k. No: 5. Etiler mahallesi ANKARA

24.02.2008
Majon ULUJOL
M.ULUJOL

Uğurhan

FATİH ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİ	
EVRAK KAYIT	
Tarih :	24.2.2008
Sayı :	251
Eki :	
Destek No:	-

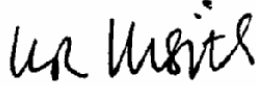
EK 3.

FATİH ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
Etik Kurul Karar Örneği

Toplantı Tarihi : 23.06.2009

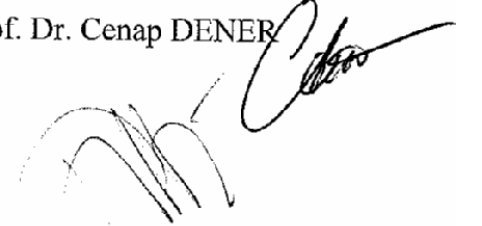
Toplantı Sayısı : 17

Fakültemiz Genel Cerrahi Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Doç. Dr. Aydın İNAN Doç. Dr. Emre TÜZEL tarafından sunulan **“Troidektomi sonrası kadınlarda cinsel fonksiyon değişiklikleri”** başlıklı araştırma önerisi etik kurulumuzca incelenmiş ve etik ilkelere uygun olduğuna oybirliğiyle karar verilmiştir.

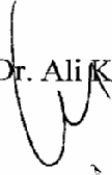


Prof. Dr. M. Ramazan YİĞİTOĞLU
Dekan

Prof. Dr. Cenap DENER



Prof. Dr. Ali KOŞAR



Prof. Dr. Doğan ÜNAL



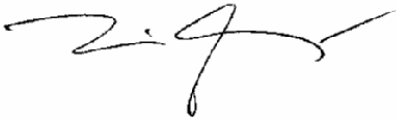
Prof. Dr. Yüksel TOTAN



Doç. Dr. M. Mansur TATLI



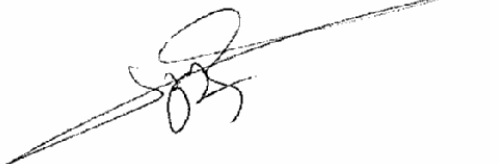
Yrd. Doç. Dr. Sibel YENİDÜNYA



Farmakolog Dr. Ayşe GÜREL



Eczacı Turabi Turgay DELİBAŞI



EK 4.**BİLGİLENDİRİLMİŞ OLUR FORMU (Araştırmacının Açıklaması)**

Tiroid hastalıklarında görülen cinsel fonksiyon değişikliklerini bulmak üzere bir araştırma yapmaktayız. Araştırmanın ismi "Tiroidektomi Sonrası Kadınlarda Cinsel Fonksiyon Değişiklikleri"dir.

Sizin de bu araştırmaya katılmanızı öneriyoruz. Bu araştırmaya katılıp katılmamakta serbestsiniz. Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Kararınızdan önce araştırma hakkında sizi bilgilendirmek istiyoruz. Bu bilgileri okuyup anladıktan sonra araştırmaya katılmak isterseniz lütfen formu imzalayınız.

Araştırmaya davet edilmenizin nedeni sizde bu hastalığın bulunması ve henüz bir tedavi almamış olmanızdır. Size gerekli ameliyattan önce bir anket uygulayacağız. Operasyon sonrası meydana gelmiş olan değişiklikleri ortaya koymak için 4 hafta sonra aynı anketi tekrarlayacağız.

Eğer araştırmaya katılmayı kabul ederseniz Hemşire Müjgan ULUYOL tarafından size kapalı zarf içinde iki anket verilecektir. İlk anketi ameliyattan hemen önce ameliyat öncesi fonksiyonlarınızı değerlendirmemiz için doldurmanızı isteyeceğiz. Diğer anketi ameliyatın üzerinden 4 hafta geçtikten sonra bu süreçteki fonksiyonlarınızı değerlendirmek amaçlı doldurmanızı ve kontrole geldiğinizde de teslim etmenizi isteyeceğiz.

Bu çalışmaya katılmanız için sizden herhangi bir ücret istenmeyecektir. Çalışmaya katıldığınız için size ek bir ödeme de yapılmayacaktır.

Bu araştırma sırasında ve sonucunda herhangi bir şekilde risk oluşmamaktadır. Size ait bilgilerin saklı kalacağı ve araştırmacı dışında kimse tarafından okunmayacağını garanti ediyoruz. Değerlendirmeler Hemşire MÜJGAN ULUYOL tarafından yapılacaktır.

Yapılacak araştırmanın getireceği muhtemel yararlar bakıldığında, böyle bir analiz hastalığınızın cinsel fonksiyonlarda değişiklik meydana getirip getirmediğinin öğrenilmesinde yararlı olacaktır. řu anda bu çalışmanın hemen size bir fayda olarak dönüp dönmeyeceğini bilmiyoruz. Ancak ilgili hastalığın cinsel fonksiyonlarda değişiklik meydana getirip getirmediğinin öğrenilmesi tedavide yeni yaklaşımlara ve ileride ilgili hastalıktan etkilenmiş bireylere fayda sağlayacaktır.

Bu çalışmaya katılmayı reddedebilirsiniz. Bu araştırmaya katılmak tamamen isteğe bağlıdır ve reddettiğiniz takdirde size uygulanan tedavide ya da bundan sonra kliniğimizde size karşı davranışlarımızda herhangi bir değişiklik olmayacaktır. Yine çalışmanın herhangi bir aşamasında onayınızı çekmek hakkına da sahipsiniz.

TARİH:

Doktor: Doç. Dr. Aydın İNAN

Adres: Fatih Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı

Tel.

İmza:

BİLGİLENDİRİLMİŞ OLUR FORMU (Katılımcının/Hastanın Beyanı)

Sayın Doç. Dr. Aydın İNAN ve Hemşire Müjgan ULUYOL tarafından Fatih Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı'nda tıbbi bir araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya "katılımcı" (denek) olarak davet edildim.

Eğer bu araştırmaya katılırsam hekim ile aramda kalması gereken bana ait bilgilerin gizliliğine, bu araştırma sırasında da büyük özen ve saygı ile yaklaşılacağına inanıyorum. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanılması sırasında kişisel bilgilerimin ihtimamla korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi.

Projenin yürütülmesi sırasında herhangi bir sebep göstermeden araştırmadan çekilebilirim. (Ancak araştırmacıları zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmemim uygun olacağına bilincindeyim). Ayrıca tıbbi durumuma herhangi bir zarar verilmemesi şartıyla araştırmacı tarafından araştırma dışı da tutulabilirim.

Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır.

İster doğrudan, ister dolaylı olsun araştırma uygulamasından kaynaklanan nedenlerle meydana gelebilecek herhangi bir sağlık sorununun ortaya çıkması halinde, her türlü tıbbi müdahalenin sağlanacağı konusunda gerekli güvence verildi (Bu tıbbi müdahalelerle ilgili olarak da parasal bir yük altına girmeyeceğim).

Araştırma sırasında bir sağlık sorunu ile karşılaştığımda; herhangi bir saatte, hangi araştırmacıyı, hangi telefon ve adresten arayabileceğimi biliyorum.

Bu araştırmaya katılmak zorunda değilim ve katılmayabilirim. Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim. Eğer katılmayı reddedersem, bu durumun tıbbi bakımına ve hekim ile olan ilişkiye herhangi bir zarar getirmeyeceğini de biliyorum.

Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Kendi başıma belli bir düşünme süresi sonunda adı geçen bu araştırma projesinde “katılımcı” (denek) olarak yer alma kararını aldım. Bu konuda yapılan daveti memnunlukla ve gönüllü olarak kabul ediyorum.

İmzalı bu form kâğıdının bir kopyası bana verilecektir.

TARİH:

Katılımcı	Görüşme tanığı
Adı, soyadı:	Adı, soyadı:
Adres:	Adres:
Tel.	Tel.
İmza:	İmza:
Katılımcı ile görüşen araştırmacı	
Adı soyadı, unvanı:	
Adres:	
Tel.	
İmza:	