



**T.C.
BURSA ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI**

**AKROMEGALİ TANILI HASTALARDA YAŞAM KALİTESİ, DEPRESYON,
ANKSİYETE, BEDEN ALGISI VE CİNSEL FONKSİYONLARIN
DEĞERLENDİRİLMESİ**

Dr. Rümeyza Ayşe GÜLLÜLÜ

UZMANLIK TEZİ

BURSA-2022



T.C.
BURSA ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

AKROMEGALİ TANILI HASTALARDA YAŞAM KALİTESİ, DEPRESYON,
ANKSİYETE, BEDEN ALGISI VE CİNSEL FONKSİYONLARIN
DEĞERLENDİRİLMESİ

Dr. Rümeyza Ayşe GÜLLÜLÜ

UZMANLIK TEZİ

Danışman: Prof. Dr. Selçuk KIRLI

BURSA-2022

İÇİNDEKİLER

Özet.....	iii
İngilizce Özet.....	v
Giriş	1
Akromegali.....	2
Tanım ve Tarihçe	2
Etiyoloji	3
Epidemiyoloji	3
Klinik	4
Tanı	6
Tedavi.....	7
Akromegalinin Yaşam Kalitesi ve Ruh Sağlığı Üzerine Etkileri	8
Anksiyete	10
Depresyon.....	11
Cinsellikle İlgili Temel Kavramlar	11
Cinselliğin Tanımı	11
Cinsel İşlev Fizyolojisi.....	12
Cinsel İşlevlerin Nöroendokrin Temelleri	13
Cinsel İşlev Bozuklukları	14
Kadında Cinsel İşlev Bozuklukları	15
Kadında Cinsel İlgi/Uyarılma Bozukluğu.....	15
Kadında Orgazm Bozukluğu.....	16
Cinsel Organlarda-Pelviste Ağrı/İçme Girme Bozukluğu.....	16
Erkeklerde Cinsel İşlev Bozuklukları.....	17
Erkeklerde Düşük Cinsel İstek Bozukluğu.....	17
Sertleşme Bozukluğu.....	17
Erken Boşalma.....	18
Geç Boşalma.....	18
Gereç ve Yöntem.....	19
Örneklem Seçimi.....	19

Çalışmaya Dahil Edilme Ölçütleri.....	19
Çalışmadan Dışlama Ölçütleri:.....	19
Veri Toplama Araçları	20
Sosyodemografik Veri Formu	20
Beck Depresyon Ölçeği	20
Beck Anksiyete Ölçeği	21
Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği	21
Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalite Ölçeği-Kısa Formu	21
Beden Algısı Ölçeği	22
Laboratuvar Tetkikleri	22
İstatistiksel Yöntem	23
Bulgular.....	24
Tartışma ve Sonuç	56
Kaynaklar	73
Ekler	83
Teşekkür	94
Özgeçmiş	95

ÖZET

Akromegali Tanılı Hastalarda Yaşam Kalitesi, Depresyon, Anksiyete, Beden Algısı Ve Cinsel Fonksiyonların Değerlendirilmesi

Akromegali birçok sistemi tutabilen, bedensel şekil bozukluğu ve hormonal değişikliklere neden olabilen kronik bir hastalıktır. Bu çalışmada, akromegali hastalarında depresyon ve anksiyete düzeyi, yaşam kalitesi, beden algısı ve cinsel işlev bozukluklarının incelenmesi ve sağlıklı kontrol grubu ile karşılaştırılması amaçlandı.

Çalışmamıza Bursa Uludağ Üniversitesi Endokrinoloji Polikliniği'nden takip edilen 52 akromegali hastası ile 51 sağlıklı kontrol dâhil edildi. Katılımcılar bir defa kesitsel olarak görüldü; Sosyodemografik Veri Formu, Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalite Ölçeği-Kısa Formu (WHOQoL-BREF-TR), Beck Depresyon Ölçeği (BECK-D), Beck Anksiyete Ölçeği (BECK-A), Beden Algısı Ölçeği (BAÖ) ve Golombok Rust Cinsel Doyum Ölçeği (GRCDÖ) ile değerlendirildi.

Akromegali hastalarının GRDCÖ toplam, sıklık, doyum, sertleşme bozukluğu ve erken boşalma alt boyut puanlarının, kontrollere göre anlamlı olarak yüksek olduğu görüldü. Cinsel işlev bozuklukları ileri yaş, kadın cinsiyet, çalışmama, menopoza girme ve eşlik eden diabetes mellitus varlığı ile ilişkiliydi. Hasta ve kontrol grubunun depresyon ve anksiyete düzeyleri arasında farklılık yoktu. Akromegali hastalarının beden algısının, kontrollere göre anlamlı derecede bozuk olduğu görüldü. Hastalardaki olumsuz beden algısı, depresyon ve anksiyete düzeyiyle ilişkiliydi. Hem hasta hem kontrol grubunda, beden algısı ile yaşam kalitesi arasında aynı yönde anlamlı bir ilişki olduğu; cinsel işlev bozuklukları, depresyon ve anksiyete düzeyleri ile yaşam kalitesi arasında ters yönde bir ilişki bulunduğu görüldü. Hastalık aktivitesine göre yaşam kalitesi, cinsel işlev bozuklukları, beden algısı, depresyon ve

anksiyete belirtileri arasında fark bulunmadı. IGF-1 ve T4 değerleri ile GRCDÖ toplam puanları arasında ters yönde anlamlı bir ilişki saptandı.

Akromegali hastalarının ruhsal bozukluklar ve cinsel işlev bozuklukları açısından riskli bir grup olduğu göz önüne alınarak, hastaların rutin takiplerinde psikopatoloji ve cinsel işlevlerin sorgulanması önerilmektedir.

Anahtar kelimeler: Akromegali, Yaşam Kalitesi, Depresyon, Anksiyete, Beden algısı, Cinsellik.

SUMMARY

Evaluation Of Quality Of Life, Depression, Anxiety, Body Perception And Sexual Functions In Patients Diagnosed With Acromegaly

Acromegaly is a chronic disease which can affect several systems and causes somatic disfigurement and hormonal changes. The aim of this study was to examine the depression and anxiety level, quality of life, body image and sexual dysfunctions in patients with acromegaly and to compare them with the healthy control group.

52 patients with acromegaly who were being followed-up by Bursa Uludağ University Endocrinology Polyclinic and 51 healthy individuals were included. Participants were seen cross-sectionally once and evaluated with World Health Organization Quality of Life Scale-Short Form (WHOQoL-BREF-TR), Beck Depression Scale (BECK-D), Beck Anxiety Inventory (BECK-A), Body Image Scale (BAI) and Golombok Rust Sexual Satisfaction Scale (GRISS).

In our study, it was seen that the GRDCS total, frequency, satisfaction, erectile dysfunction and premature ejaculation subdimension scores of the acromegaly patients were significantly higher than the controls. Sexual dysfunctions were associated with advanced age, female gender, being unemployed, menopausal, and the presence of concomitant diabetes mellitus. There was no difference between the depression and anxiety levels of the patient and control groups. Body image of patients with acromegaly was found to be significantly impaired compared to controls. Negative body image was associated with depression and anxiety levels. In both the patient and control groups, there was a significant positive correlation between body image and quality of life; there was a negative correlation between sexual dysfunctions, depression and anxiety levels and quality of life. There was no difference between quality of life, sexual dysfunctions, body image, depression and anxiety symptoms according to disease activity. A significant negative correlation was found between IGF-1 and T4 values and GRISS total scores.

In conclusion, considering that patients with acromegaly are a risky group in terms of mental disorders and sexual dysfunctions, it is recommended to question psychopathology and sexual functions in the routine follow-up of patients.

Keywords: Acromegaly, Quality of life, Depression, Anxiety, Self Image, Sexuality.

GİRİŞ

Akromegali, ağırlıklı olarak iyi huylu bir monoklonal hipofiz adenomundan aşırı büyüme hormonu (GH) salgılanmasına ikincil gelişen, kemik ve yumuşak dokuda şekil bozuklukları ile karakterize süregelen bir hastalıktır (1). Aşırı GH salgılanması, insülin benzeri büyüme faktörü 1'in (IGF-1) salgılanmasını da artırarak, büyümeyi teşvik edici etkilerinin çoğunu bu hormon aracılığıyla gösterir. Hem GH hem IGF-1'in uzun süreli artışı, kardiyovasküler komplikasyonlar, serebrovasküler olaylar, gonadal disfonksiyon, bozulmuş glukoz toleransı-diyabet, uyku apnesi, solunum disfonksiyonu, kolon neoplazmları, kemik ve eklem hastalıkları dahil olmak üzere birçok önemli ek hastalıktan sorumludur (2). Hastalığın seyri oldukça sinsi olup yavaş ilerler. Bu nedenle hastaların tanı alması 6-10 yıl kadar gecikebilir (3). Toplumda yaygınlığı 100.000 kişi başına 2,8 ile 13,7 olgu arasında değişmektedir (1). Ortalama tanı yaşı 40'tır; kadın ve erkeklerde eşit oranda görülmektedir (3).

Akromegali, neden olduğu fiziksel değişiklikler ve ek hastalıklar nedeniyle, hastaların yaşam kalitesini ve ruhsal durumlarını olumsuz etkileyebilmektedir. Çelik ve arkadaşlarının yapmış oldukları bir çalışmada, akromegali tanısı ile izlenen 57 kadın hastada, yaşam kalitesi ile depresyon düzeyi arasında güçlü bir negatif ilişki bulunmuştur (4). Akromegali hastalarında beden algısının sık olarak bozulduğu (5,6); duygudurum ve anksiyete bozuklukları (7,8), bilişsel işlev bozukluğu ve ağrı sendromları gibi nöropsikiyatrik hastalıkların yüksek oranda görüldüğü bildirilmiştir (9). Düşük yaşam kalitesi ve olumsuz beden algısının önemli yordayıcılarının, biyokimyasal kontrol veya remisyon süresinden ziyade depresyon, anksiyete gibi eş hastalıkların varlığı olduğu gösterilmiştir (9,10).

Hipofiz adenomu, kitle etkisi ile hipofizden seks hormonlarının salınımını bozarak hipogonadizme neden olabilmektedir. Aynı zamanda akromegali hastalarının %30'unda hiperprolaktinemi mevcuttur. Bunlar sonucunda plazma testosteron düzeyinde azalma, menstrüel bozukluklar

(bazı durumlarda amenore), östradiol düzeyinde düşüş, cinsel isteksizlik ve cinsel işlev bozuklukları ortaya çıkabilmektedir (1).

Akromegali hastalığının ruhsal belirtilerini tanımak ve bununla mücadele etmek, hastaların yaşam kalitesini ve tedavi yanıtını artırmak açısından önemlidir. Alanyazın gözden geçirildiğinde, akromegalide ruhsal bozukluk ve cinsel işlev bozukluğu açısından yeterince inceleme yapılmamış olduğu görülmüştür. Bu çalışmada, akromegali tanısı alan hastaların depresyon, anksiyete, yaşam kalitesi, beden algısı ve cinsel işlev bozukluğu açısından değerlendirilmesi ve sağlıklı kontrol gurubu ile karşılaştırılması amaçlanmıştır.

1. Akromegali

1.A. Tanım ve Tarihçe

Akromegali, erişkinde aşırı miktarda büyüme hormonu (GH) salgılanmasına bağlı ortaya çıkan, başlıca yüz ve ekstremiteleri etkileyen, sistemik tutulum da gösterebilen, ilerleyici bedensel şekil bozukluğu ile karakterize nadir bir hastalıktır. Çocukluk döneminde, epifiz büyüme plaklarının kaynaşmasından önce meydana gelmesi gigantizm olarak adlandırılmaktadır (1).

Tarihte ilk kez 1864 yılında İtalyan anatomist Verga, Yunanca “prosopon” (yüz) ve “ektasis” (genişleme) kelimelerinden türeyen prosopektasia, kardiyak aritmi ve osteoartropati birlikteliği bulunan bir hasta bildirmiştir. 1881 yılında, benzer belirtileri olan başka bir hastada büyümüş hipofiz bezi saptanmıştır (11). 1886 yılında Fransız nörolog Pierre Marie, bu iki olgu üzerinden akromegali kliniğini tanımlamış; Yunanca “akros” (ekstremit) ve “megas” (büyük) kelimelerinden türeyen akromegali terimini ilk kez kullanmıştır. 1909 yılında Harvey Cushing, parsiyel hipofizektomi sonrasında belirtilerin gerilediğini göstermiş ve hastalığın hipofiz bezi kaynaklı olduğu kabul edilmiştir (1). GH'nın periferik dokular üzerindeki etkisine, insülin benzeri büyüme faktörü-1 (IGF-1)'in aracılık ettiğinin tespit edilmesi ise somatomedin savının temelini oluşturmuştur (12,13).

1.B. Etiyoloji

Akromegali çoğunlukla, iyi huylu, monoklonal GH salgılayan (somatotrop) hipofiz adenomuna bağılı olarak gelişmektedir. Büyüklüğü bir santimetrenin altında olan adenomlar mikroadenom, bir santimetrenin üzerinde olanlar ise makroadenom olarak adlandırılır. Somatotrop adenomların %70'inden fazlası tanı anında makroadenomdur (14).

Hipofiz adenomları genellikle tek başına GH salgılayan hücrelerden veya GH ve prolaktin (PRL) salgılayan hücrelerin karışımından oluşur. Daha az sıklıkta hem GH hem PRL üreten mammosomatotrop hücrelerden veya kök hücrelerden oluşur (14). GH ve beraberinde diğere birçok ön hipofiz hormonunu (PRL, tirotropin, kortikotropin, folikül uyarıcı hormon (FSH) ve luteinize edici hormon (LH)) salgılayan adenomlar nadirdir. GH salgılayan hipofiz karsinomu ise oldukça enderdir (15). Aşırı GH salgılanması, hipofiz adenomu dışında nedenlere de bağılı olabilmektedir (Tablo 1).

1.C. Epidemiyoloji

Akromegali, yaygınlığı milyonda 40-70 olgu arasında seyreden ve yıllık sıklığı milyonda 3 ila 4 olgu olan nadir bir hastalıktır (15). Görülme sıklığı kadınlarda ve erkeklerde benzerdir. Akromegali her yaşta görülebilmekle beraber, ortalama tanı yaşı 40'tır ve genellikle 30-60 yaşları arasında ortaya çıkmaktadır (3).

Tablo-1: Akromegaliye yol açan klinik sendromlar.

Artmış GH sekresyonu	Hipofiz dışı artmış GH sekresyonu	Artmış GHRH sekresyonu
<u>Hipofizer GH artışı</u> 1.Yoğun veya seyrek granüllü GH adenomu 2.Karışık GH ya da PRL adenomu 3.Mammosomatotrop adenom 4.Plurihormonal adenom 5.GH hücre karsinomu, metastaz	1.Pankreas adacık hücreli tümör 2.Lenfoma 3.İyatrojenik	<u>Santral GHRH artışı</u> 1.Hipotalamik hamartom 2.Koristoma 3.Ganglionöroma
<u>Ailesel sendromlar</u> 1.MEN Tip 1 2.McCune-Albright Sendromu 3.Carney Kompleksi 4.Ailesel Akromegali		<u>Periferik GHRH artışı</u> 1.Bronşial karsinoid 2.Pankreatik adacık hücre tümörü 3.Küçük hücreli akciğer kanseri 4.Adrenal adenom 5.Medüller tiroid karsinomu

GH: Büyüme hormonu, **GHRH:** Büyüme hormonu salgılatıcı hormon, **PRL:** Prolaktin, **MEN:** Multipl endokrin neoplazi. (14).

1.D. Klinik

Akromegalinin klinik özellikleri, GH ve GH'ye bağımlı olan IGF-1'in yüksek serum konsantrasyonlarına bağlıdır. Aşırı GH ve IGF-1'in hem bedensel hem de metabolik etkileri vardır. Bedensel etkiler; cilt, bağ dokusu, kıkırdak, kemik, iç organlar ve epitel dokusu gibi birçok dokunun büyümesinin uyarılmasını içerir. Metabolik etkileri ise insülin antagonizması ve lipolizdir.

Hastalık eklem ağrıları, ellerde uyuşma, aşırı terleme gibi özgül olmayan belirtilerle başlamakta; el ve ayaklarda büyüme, yüzde kabalaşma, ayakkabı ve yüzük numarasında büyüme gibi tanımlayıcı belirtiler daha sonra belirgin hale gelmektedir. Klinik belirtilerin sinsi başlangıcı ve yavaş ilerleyişi nedeniyle, tablonun başlangıcı ile tanı arasında genellikle 6-10 yıl kadar gecikme yaşanmaktadır (3). Akromegali hastalarındaki klinik belirtiler, GH ve IGF-I düzeyleri, yaş, tümör boyutu ve muhtemel bası etkisi, diğer hipofiz hormonlarının yetmezliği veya aşırı salgılanması ve tanıdaki gecikmeye göre

değişkenlik gösterir (16). Vücutta GH ve IGF-1 reseptörlerinin geniş dağılımı sebebiyle hastalık sürecinde çok sayıda sistem etkilenebilmektedir (Tablo 2).

Akromegali hastalarındaki en sık işlevsel bozukluk ve morbidite nedeni iskelet bozukluklarıdır. Hastaların %70'inde eklem ve kas ağrısı görülür (17). Akromegali hastalarında mortalite %60 oranında kardiyovasküler tutulum, %25 oranında solunum sistemi hastalıkları ve %15 oranında malignite nedeniyle gerçekleşmektedir (11,14). Tedavi edilmemiş akromegalide yaşam süresi beklenenin altında olup, mortalite genel topluma göre iki ila üç kat daha yüksektir. GH düzeyi, ölüm nedenine bakılmaksızın sağlıklı kalmanın en güçlü öngördürücüsüdür. Aşırı GH salgılanması kontrol altına alındığında mortalite oranının sağlıklı topluma benzer olduğu gözlenmiştir (18). Yüksek GH seviyeleri, HT ve kalp hastalığı akromegalideki başlıca olumsuz belirleyiciler iken; semptom süresi, kontrolsüz DM, hiperlipidemi ve malignite mortalite üzerinde daha az etkilidir (19).

Akromegali hastalarında kanser gelişme riskinin genel nüfustan farklı olup olmadığı konusu ise tartışmalıdır (20). Artan IGF-1'in epitel hücrelerinin çoğalmasına yol açarak kanser riskini arttırdığı düşünülmektedir. Premalign kolon polipi hastaların %30-45'inde tespit edilmiştir (21).

Tablo-2: Akromegalide görülen klinik belirti ve bulgular.

<p><u>Tümör kitle etkisi</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Baş ağrısı• Görme alanı defekti• Kranial sinir paralizisi• Hiperprolaktinemi• Hipopitüitarizm• Hipotiroidizm• Hipogonadizm• Hipokortikolizm <p><u>Kas iskelet sistemi</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Akral büyüme• Deri kalınlığında artış• Yumuşak doku hiperplazisi• Gigantizm• Prognatizm• Çene maloklüzyonu• Dişlerde ayrılma• Artralji, artrit• Karpal tünel sendromu• Akroparestezi• Frontal kemik hipertrofisi <p><u>Kardiyovasküler sistem</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Biventriküler hipertrofi• Asimetrik septal hipertrofi• Kardiyomiyopati• Koroner arter hastalığı• Hipertansiyon (HT)• Konjestif kalp yetmezliği• Aritmi <p><u>Pulmoner sistem</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Uyku bozuklukları• Uyku apnesi (santral ve obstruktif)• Narkolepsi• Kifoskolyoz nedeniyle restriktif obstrüksiyon	<p><u>Endokrin ve metabolik sistem</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Menstruel bozukluklar• Galaktore• Azalmış libido, impotans• Hiperparatirodizim• Pankreas adacık hücre tümörü• Bozulmuş glukoz toleransı• İnsülin direnci ve hiperinsülinemi• Diabetes mellitus (DM)• Hipertrigliseridemi• Hiperkalsiüri• 25 hidroksi vitamin D3 düzeylerinde artış• Düşük renin düzeyi• Artmış aldosteron düzeyi• Nodüler guatr• Düşük tiroksin bağlayıcı globulin düzeyi <p><u>Cilt</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Aşırı terleme• Yağlanma• Yüz çizgilerinde belirginleşme• Skin tag <p><u>Gastrointestinal Sistem</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Kolonda polip <p><u>Organ Büyümesi</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Dil• Tiroid bezi• Tükrük bezleri• Karaciğer• Dalak• Böbrek• Prostat
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

1.E. Tanı

Akromegali hastalarının büyük bir bölümü, tipik biçimsel belirti ve bulguların varlığı ile hastalıktan şüphelenilmesi sonucu tanı alır. Kesin tanı, düzensiz ve artmış GH salgılanmasının ve periferik dokuların yüksek GH'ye maruz kaldığını gösteren artmış IGF-1 seviyelerinin gösterilmesi ile konur.

Akromegali tanısında tarama testi görevi gören serum IGF-1 değerinin ölçümü ilk basamaktır. Serum IGF-1 konsantrasyonları hemen hemen tüm akromegali hastalarında yüksektir ve tanıda oldukça özgüdür (22). Yarı ömrü uzun olan IGF-1'in serum düzeyi GH'ye göre nispeten karardır, uzun süreli GH salgısının biyobelirteci olarak kabul edilir ve akromegalinin klinik özellikleri ile bağıntı gösterir (23). Normal IGF-1 konsantrasyonu (yaş ve cinsiyete göre ayarlanmış) varlığında akromegali tanısı dışlanabilir (16).

Akromegali hastalarında bazal GH düzeyi %90'dan fazla hastada >10 ng/mL olarak saptanmaktadır (normal düzeyi: 1-5 ng/mL) (24). GH salınımının pulsatil olması, egzersiz, stres, uyku, açlık, kontrolsüz DM, malnütrisyon, karaciğer ve böbrek hastalığı gibi durumlardan etkilenmesi nedeniyle rastgele GH ölçümü akromegali tanısında anlamlı değildir. Ancak rastgele ölçülen bir GH değerinin 0.4 ng/ml'den düşük olması, akromegali tanısını dışlar (25).

GH>0,4 ng/ml ise ve/veya IGF-I yükselmişse, oral glukoz tolerans testi (OGTT) yapılmalıdır. OGTT akromegali tanısında ve tedaviye yanıtın değerlendirilmesinde kullanılan en özgül dinamik testtir. OGTT sırasında GH değerlerinin ölçülmesi, akromegali tanısı için standart olarak kabul edilmektedir. Bu test, 75 gram glukozun oral olarak verilmesi sonrasında GH değerlerinin 0., 30., 60., 90. ve 120. dakikalarda ölçülmesi ile yapılır. OGTT sırasında, serum GH düzeyinin 1 µg/L'nin altında olması ile akromegali tanısı dışlanır. Klinik bulguların varlığına ek olarak OGTT sırasında GH düzeylerinin 1 µg/L'nin üzerinde olması akromegali tanısını destekler (26).

1.F. Tedavi

Akromegali tedavisinde, GH ve IGF-1 değerlerinin normal aralığa gelmesi, hipofiz adenomunun ortadan kaldırılması veya kontrol altına alınması, hipofiz fonksiyonlarının korunması ve adenom basısına bağılı görülebilen endokrin yetersizliklerinin ortadan kaldırılması, eşlik eden diğer hastalıkların kontrol altına alınması ve hipofiz adenomunun tekrarlamasının önlenmesi hedeflenir (27). Akromegali tedavisinde cerrahi, farmakoterapi ve radyoterapi olmak üzere üç tedavi yöntemi mevcuttur. GH ve IGF-I düzeylerini azaltmanın en hızlı yolu olması nedeniyle hipofiz cerrahisi genellikle birinci basamak tedavidir (1). Mikroadenomlu hastalarda cerrahi ile remisyon oranı %50 iken,

makroadenomlu hastalarda bu oran %80'e çıkmaktadır. Ameliyat sonrası GH düzeyinin 2.5 µg /L'nin altında olması, OGTT sırasında en düşük GH düzeyinin 1 µg/L'nin altında olması ve IGF-1 düzeyinin normal sınırlarda olması kür olarak kabul edilir. Cerrahi sonrasında IGF-1 ve GH değerleri normal olsa da OGTT'de GH düzeyi 1 µg/L'nin altına düşmeyen hastalarda kür sağlanamadığı ancak hastalığın kontrol altında olduğu kabul edilir (27).

Medikal tedavi genellikle, cerrahi ile kontrol altına alınamayan, cerrahi yaklaşımın bir seçenek olmadığı hastalar için uygundur (26). Medikal tedavide somatostatin analogları (oktreotid, lanreotid), dopamin agonistleri (bromokriptin, kabergolin) ve GH reseptör antagonisti (pegvisomant) kullanılabilir. Somatostatin analogları, GH ve IGF-1'in aşırı salgılanmasının kontrolünde ve tümör hacminin küçülmesinde etkilidir. Bununla birlikte, hastaların yarısından fazlası somatostatin analoglarına ya kısmi biyokimyasal yanıt verir ya da hiç yanıt vermez (28). Bu nedenle ek veya alternatif tedavi olarak GH reseptör antagonisti veya dopamin agonisti tedavisi gerekebilir. Dopamin agonistlerinden kabergolin, bromokriptine göre akromegali tedavisinde daha etkili ve güvenilirdir (26). Pegvisomant, IGF-1 düzeylerini düşürmede etkilidir ve somatostatin analoglarını kullanamayan veya bunlara yetersiz yanıt veren hastalarda tercih edilmektedir (26).

Radyoterapi genellikle hem cerrahi hem de farmakoterapi ile biyokimyasal kontrol sağlanamayan hastalarda kullanılır (26). "Gamma Knife" ve "Cyberknife" gibi stereotaktik radyocerrahi teknikleri ise radyoterapiye kıyasla, daha iyi hedefleme, çevre dokuya daha az radyasyon maruziyeti ve biyokimyasal kontrolü daha kısa sürede sağlama gibi üstünlüklere sahiptir. Radyoterapi veya radyocerrahi ile tedavi uzun yıllar alabilir ve genellikle devamlı farmakoterapi gereklidir (29,30).

2. Akromegalinin Yaşam Kalitesi ve Ruh Sağlığı Üzerine Etkileri

Akromegalide eklem bozukluklarına bağlı komorbidite yaygınlığı yüksektir ve bu da hastaların algıladığı yaşam kalitesinde bozulmaya neden olmaktadır (31). Wassenaar ve arkadaşları, akromegali hastalarının %90'ının

kas-iskelet ağrısı bildirdiğini ve bunun da algılanan yaşam kalitesiyle negatif bir ilişki gösterdiğini bildirmiştir. Akromegali hastalarında hissedilen ağrının yüksek olması ve fiziksel becerilerinin kısıtlanması, ruhsal iyilik hallerinin ve yaşam kalitesi bozulması ile ilişkili bulunmuştur (32). Aynı zamanda hastaların beden algısının ve radyoterapi yan etkilerinin; hastaların ruhsal iyilik halini, stres düzeyini ve algılanan yaşam kalitesini etkilediği gösterilmiştir (33). Radyoterapi görmüş akromegali tanılı hastalar üzerinde yapılan başka bir araştırma; bu tedavi seçeneğinin sosyal tecriti artırdığını, aktivite ve güdülenmede azalmaya, depresyon ve anksiyete ölçeklerinde daha yüksek puanlara yol açtığını göstermiştir (34).

Alanyazında akromegali ve ruhsal bozukluklar arasındaki ilişkiyi inceleyen kısıtlı sayıda veri bulunmaktadır. Çalışmalar akromegali hastalarının DM ve kardiyovasküler hastalıklar gibi süreğen hastalıklara göre depresyon başta olmak üzere, afektif bozukluklar geliştirme riskinin daha yüksek olduğunu göstermektedir (8). Bununla birlikte, aşırı GH salgısının depresyon gelişimindeki rolü belirsizliğini korumaktadır. Akromegali hastalarında psikotik bozukluk gelişme riski ile ilgili veriler ise olgu bildirimlerine dayanmaktadır (35,36). Bromokriptin kesildikten kısa süre sonra psikotik belirtilerin gerilemesi nedeniyle, bu belirtilerin hastalıktan ziyade, tedavide kullanılan dopamin agonistlerine bağlı olabileceği düşünülmüştür (37). İki uçlu bozukluğun akromegali ile birlikteliğini açıklayan bir bildirim bulunmamaktadır. Bazı yayınlarda ise akromegali hastalığının tedavi sürecine; dikkat dağınıklığı, uyku bozuklukları, belleğin temel işlevlerinden olan geri çağırma kısıtlılık gibi belirtilerin de eşlik edebildiği bildirilmiştir (38,39). Sievers ve arkadaşları tarafından yürütülen, akromegali tanılı 70 hasta ve hormon salgılamayan hipofiz adenomlu 58 hastadan oluşan toplam 128 hasta ile 140 sağlıklı kişiyi karşılaştıran bir çalışmada; akromegali hastalarında sağlıklı kişilere kıyasla daha yüksek düzeyde beklenti anksiyetesi, karamsarlık, yorgunluk, güçsüzlük ve yeni deneyimler arama eğilimlerinde azalma gibi belirtiler sergilendiği gösterilmiştir (7).

Akromegali hastalığının bilişsel işlevler üzerindeki etkisi ile ilgili sınırlı sayıda araştırma mevcuttur (40,41). Tanrıverdi ve arkadaşları tarafından

yürütülen bir çalışmada, aşırı GH salgılanmasının bilişsel işlev bozukluğunu destekleyen elektrofizyolojik kanıtları olduğu gösterilmiştir (40). Akromegali tanısı konmuş 16 hasta ve 16 sağlıklı denek üzerinde yapılan bir çalışma ise, akromegali hastalarında kısa ve uzun süreli bellekte bozulma olduğunu bildirmiştir (41).

3. Anksiyete

Anksiyete içten gelen, sebebi bilinmeyen sürekli bir kaygı, sıkıntı hali, kötü bir şey olacakmış beklentisi olarak tanımlanmaktadır (42). Anksiyete kelimesini ilk kez kullanan Freud'a göre anksiyete, olası bir tehlike ve tehdit anında benliği uyaran ve savunma mekanizmalarına işlerlik kazandıran bir durumdur (43).

Anksiyete bozukluklarının yaşam boyu yaygınlığı %13.6 ila %28.8 arasındadır (44). En sık görülen anksiyete bozukluğu özgül fobiler olup, bunu sırasıyla panik bozukluğu, sosyal fobi ve yaygın anksiyete bozukluğu izlemektedir. Kadınlarda anksiyete bozukluğu yaygınlığı erkeklere göre 1,5-2 kat daha fazladır (45). Anksiyete bozuklukları genellikle çocukluk, ergenlik veya erken yetişkinlik döneminde başlamaktadır (46).

Anksiyete bozukluklarının gelişiminde hem genetik hem çevresel etmenlerin rolü bulunmaktadır. Genetik ve biyolojik etmenler dışında ihmal veya kötüye kullanım (duygusal ve/veya fiziksel), şiddet, süreğen hastalık, travmatik yaralar, olumsuz yaşam olayları, stres ve psikososyokültürel etmenler de anksiyete bozukluğu oluşumuna katkıda bulunmaktadır (47).

Anksiyete belirtileri; duyuşsal alanda (gerçek olmayan hisler, aşırı uyarılmışlık), düşünsel alanda (hatırlamada zorluk, neden-sonuç bağlantısı kurmakta zorlanma, dikkat dağınıklığı), kavramsal alanda (bilişsel çarpıtmalar, kontrolü kaybetme ve ölüm korkusu, kötü bir şey olacakmış hissi) ve duyuşsal alanda (sinirlilik, gerginlik, tetikte olma) olabilir (48). Ayrıca sempatik/parasempatik sinir sisteminin uyarılmasına bağlı kalp hızında artış, kan basıncında değişme, hızlı nefes alma, boğuluyormuş gibi hissetme,

ellerde titreme, kaslarda gerginlik ve aşırı terleme gibi fizyolojik belirtiler eşlik edebilir (48,49).

4. Depresyon

Majör depresyon, en az iki haftalık bir dönem sırasında kişinin işlevsellik düzeyinde azalma olması ile birlikte depresif duygudurum, ilgi ya da haz almada kayıp, kilo kaybı ya da alımı, uykusuzluk veya aşırı uyku, psikomotor ajitasyon ya da yavaşlama, yorgunluk, bitkinlik, enerji kaybı, değersizlik ya da uygun olmayan suçluluk duyguları; düşüncelerini belirli bir konu üzerinde yoğunlaştırma yetisinde azalma, kararsızlık; yineleyen ölüm ya da intihar düşünceleri belirtilerinin en az beşini içeren klinik bir tablodur (50).

Depresyon en yüksek yaşam boyu yaygınlığa sahip ruhsal bozukluk olup, yaşam boyu görülme sıklığı %5 ile %17 arasında değişmektedir. Depresyon her yaşta görülebilmekle birlikte, ortalama başlangıç yaşı 40' tır. Kadınlarda erkeklere göre iki kat daha sık görülmektedir (42). Unipolar depresyon, tüm dünyada yeti yitimine en fazla neden olan ruhsal bozukluktur (51).

Depresif bozukluk etiolojisinde genetik, biyokimyasal ve psikososyal etkenler rol oynamakta ve aralarında sıkı bir ilişki bulunmaktadır. Düşük eğitim düzeyi, düşük gelir düzeyi, işsizlik, stresli yaşam olayları, yeti yitimine neden olan ruhsal ve bedensel hastalıkların bulunması, kişilik bozukluğu ek tanısının bulunması ve sosyal desteğin yetersiz olmasının da depresyon için risk etmenleri olduğu bildirilmiştir (52,53).

5. Cinsellikle İlgili Temel Kavramlar

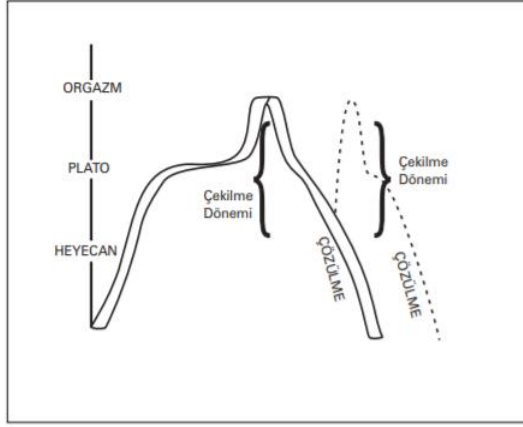
5.A. Cinselliğin Tanımı

Cinsellik; cinsel haz alma ve üremeye ilgili bireye özgü bütün duygu, düşünce, tutum ve davranışlardır. Cinsellik sadece neslin devamı için gerçekleştirilen biyolojik bir aktivite değil; bilişsel ve davranışsal bileşenler barındıran, öğrenilebilen, tek bir davranış kalıbına sığmayan biyopsikososyal bir süreçtir. Freud, insanın doğuşundan itibaren cinsel bir varlık olduğunu dile

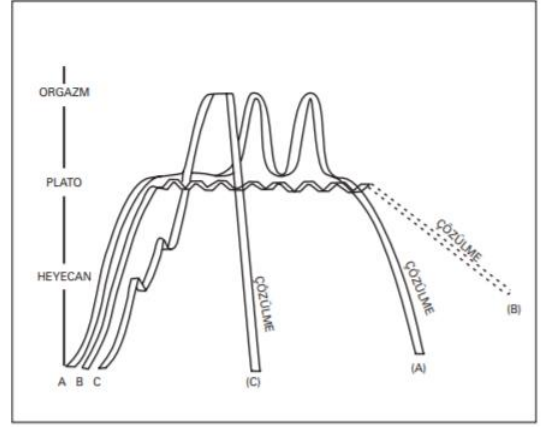
getirmiştir. Cinselliğin libido aracılığıyla kişiye haz veren ve doyum sağlayacak her türlü nesneye yatırıldığını, cinselliğin amacının cinsel doyum dışında sevgi, yakınlık, birlik ve bütünlük ihtiyacını da karşılamak olduğunu savunmuştur (54). Cinselliğe yaklaşım cinsiyet, yaş, kültürel etmenler, ahlaki ve cinsel mitler, dini inanç, toplumsal ilişkiler, travmalar, kendilik algısı ve yaşam deneyimlerine göre şekillenmektedir (55).

5.B. Cinsel İşlev Fizyolojisi

Master ve Johnson, insanda cinsel uyarana karşısında verilen fizyolojik tepkiyi uyarılma, plato, orgazm ve çözülme evresi olarak 4 evrede tanımlamıştır (56). Şekil 1 ve Şekil 2'de bu evreler, erkek ve kadın için ayrı grafiklerle gösterilmiştir. Uyarılma evresi, fiziksel veya ruhsal uyarana sonucunda erotik duygu ve düşüncelerin belirmesi ile erkekte sertleşme, kadında vazokonjesyon ve kaslarda kasılma oluşmasıyla karakterizedir. Plato evresi uyarılma evresinin devamı niteliğindedir. Cinsel uyarının sürdürülmesiyle seksüel gerilim ve erotik duygular yoğunlaşır. Orgazm evresi süre açısından en kısa ancak cinsel haz açısından en yoğun evredir. Bu evrede erkekte boşalma, kadında perine ve vajina çevresindeki kaslarda ve vazokonjesyon sonucu büyüyen dokularda ritmik kasılmalar meydana gelir. Orgazm kadında klitoral bölge ve vajinada; erkekte ise penis ve prostatta yoğun olarak hissedilir. Çözülme evresi son evredir. Platoyu takiben orgazm gerçekleşse de gerçekleşmese de genital bölgelerde ve tüm bedende meydana gelen fizyolojik değişikliklerin dakikalar içerisinde kaybolması ile karakterizedir. Kadınlar çözülme evresinde cinsel uyarana yeniden uyarılıp orgazm olabilme potansiyeline sahipken, erkekler süresi kişiye ve yaşa göre değişen zorunlu bir yanıtsız dönem yaşarlar. Yanıtsız dönemin sonuna kadar erkeklerin cinsel uyarana ile sertleşme veya orgazmaları mümkün değildir. Bu nedenle cinsel yanıt döngüsü erkeklerde tek tip iken kadınlarda değişkenlik gösterebilmektedir (57).



Şekil-1: Erkeklerde Cinsel Yanıt Döngüsü.



Şekil-2: Kadınlarda Cinsel Yanıt Döngüsü.

Cinsel terapilerin önemli kurucularından Kaplan ise, cinsel yanıt evrelerini yeniden sınıflandırmış ve bunlara cinsel isteği de eklemiştir. Kaplan'a göre cinsel yanıt istek, uyarılma ve orgazm olmak üzere üç bileşenden oluşmaktadır. Kaplan cinsel yanıtın iki bölümden oluştuğunu söylemiştir: 1) Erkeklerde sertleşmeyi, kadınlarda ise vajinal ıslanma ve kabarmayı sağlayan genital vazokonjesyon yanıtı, 2) Her iki cinsde de orgazmı sağlayan refleks klonik kas kasılmaları. Buna göre ilk bölüm uyarılma ve plato evrelerini içermekte ve parasempatik sistem tarafından innerve edilmekte; ikinci bölüm ise orgazm evresini içermekte ve sempatik sistem tarafından innerve edilmektedir (58). Kaplan'ın oluşturduğu 3 bileşenli model, günümüzde kullanılan cinsel yanıt modelidir ve cinsel işlev bozukluklarının sınıflandırılmasına temel oluşturur (59).

5.C. Cinsel İşlevlerin Nöroendokrin Temelleri

Cinsel işlev fizyolojisi sinir sistemi, endokrin sistem ve vasküler sistemlerin karşılıklı etkileşimlerini içerir. Cinsel işlevlerin düzenlenmesinde birçok nörotransmitter ve hormon rol oynamaktadır (57). Serebral korteks, frontal korteks, limbik sistem, bazal ganglionlar, hipotalamus ve hipofiz cinsel işlevlerde rol aldığı düşünülen merkezi sinir sistemi bölümleridir (60). Hipotalamustaki anterior mediyal preoptik çekirdek, testosteron ve dopaminin rol oynadığı aktif ve maskülen cinsel davranışın şekillenmesinde rol oynamaktadır. Posterior ventromediyal çekirdek ise östrojen ve serotoninin aktivasyonu ile işleyen pasif ve feminen cinsel davranıştan sorumludur

(61,62). Korteks cinsel impulsları denetleme ve işlemede rol alırken, limbik sistem insanda cinsel güdülenme ve ödülle ile ilişkilidir (63,64).

Cinsel yanıt oluşumunda hipotalamo–hipofizer–adrenal eksenine ek olarak kadınlarda over, erkeklerde testis hormonal düzenlemede temel rol oynar. Hem kadında hem erkekte testosteronun cinsel istekten sorumlu olduğu düşünülmektedir. Östrojen ve progesterinler kadında cinsel işlevlerin sürmesi için önemliken, erkeklerde cinsel dürtülerde inhibisyona neden oldukları gösterilmiştir. Prolaktin ise cinsel isteği olumsuz yönde etkilemektedir (65).

Cinsel istek, fantezi, dürtü ve motivasyonun oluşması konusunda bilinen en önemli nörotransmitter dopamindir (65). Serotoninerjik sistem ise bu fonksiyonları engelleyici bir nitelik taşır. Serotonin, mezolimbik dopaminerjik aktiviteyi düşürdüğü ve prolaktin seviyesini artırarak cinsel istekte azalmaya neden olduğu düşünülmektedir (66). Serotonin nitrik oksidin düz kas üzerindeki etkisini bozarak, sertleşmede güçlüklerle yol açmaktadır. Ayrıca serotoninin, orgazm sırasındaki yoğun presinaptik adrenerjik transmisyonu ve genital bölgedeki ritmik kasılmaları engelleyerek orgazmı zorlaştırdığı da düşünülmektedir. Kolinerjik sistem ve asetilkolinin merkezi uyarılmadan sorumlu olduğu ileri sürülmektedir. Periferik uyarılmada ise hem asetilkolin hem de nitrik oksit rol oynamaktadır (67).

6. Cinsel İşlev Bozuklukları

Cinsel işlev bozukluğu, kişinin arzu ettiği cinsel ilişkiyi yaşayamaması olarak tanımlanmaktadır (68). DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) 5'te kadın ve erkek cinselliğinin farklı aşamalara sahip olduğu göz önünde bulundurulmuş, kadın ile erkek cinsel işlev bozuklukları ayrı ayrı ele alınmıştır. DSM 5'e göre cinsel işlev bozuklukları erkekte düşük cinsel istek bozukluğu, sertleşme bozukluğu, erken boşalma, geç boşalma; kadında cinsel ilgi/uyarılma bozukluğu, orgazm bozukluğu, cinsel organlarda-pelviste ağrı/içerme bozukluğu şeklinde tanımlanmaktadır. Genel tıbbi durum, ilaç veya madde kullanımı nedeniyle ortaya çıkan cinsel işlev bozukluğu, genel tıbbi duruma bağlı ya da maddenin/ilacın yol açtığı cinsel işlev bozukluğu olarak sınıflandırılmaktadır (50).

Cinsel işlev bozukluğunun tipi, sıklığı, başlangıç yaşı ve başvuru yaşı sosyokültürel farklılıklar göstermektedir. Farklı kültürlerde yapılan araştırmalara göre, kadınların %30-%60'ı, erkeklerin %40'ı yaşamları boyunca en az bir cinsel işlev bozukluğu yaşamaktadır. Kadınlarda en sık cinsel istek bozukluğu ve uyarılma bozuklukları, erkeklerde ise en sık erken boşalma görülmektedir. Ülkemizde genel toplum üzerinde yapılan bir çalışmada kadınlarda vajinismus %15, anorgazmi %5; erkeklerde sertleşme bozukluğu %14, erken boşalma %29 oranlarında saptanmıştır (69).

Cinsel işlev bozukluklarının etiolojisinde psikososyal ve kültürel etkenler, fiziksel hastalıklar, ruhsal bozukluklar, ilaç kullanımı (diüretikler, antihipertansifler, antihistaminikler ve psikotrop ilaçlar), performans anksiyetesi, gebelik, emzirme, menopoz, yaşlılık, eşte cinsel işlev bozukluğu, eş kaybı, eş sadakatsizliği, kişide ya da eşte ruhsal bozukluk varlığı, alkol ve/veya madde kullanımı yer almaktadır (57,59). Kullanılan ilaç tedavilerinin (özellikle antidepresan ve antipsikotikler) yan etkileri ve etkilenen yaşam kalitesi de ruhsal bozukluğu olan kişilerde cinsel işlev bozukluğu görülmesinde rol oynamaktadır (70).

6.A. Kadında Cinsel İşlev Bozuklukları

6.A.1. Kadında Cinsel İlgil/Uyarılma Bozukluğu

Kadınlarda istek ve uyarılma arasında kademeli bir geçiş bulunmamakta ve ikisi eş zamanlı başlamaktadır. Bu bozukluk, yaş ve yaşam koşulları dikkate alınarak, kadının sürekli olarak ya da yineleyici bir biçimde cinsel hayaller kurma, cinsel konularda konuşma ve cinselliği hatırlatan hemen her şeye karşı isteğinde azalma ya da hiç istek duymaması durumudur. Uyarılma bozukluğunda tüm cinsel uyarma çabalarına karşın beklenen fizyolojik değişiklikler oluşmamakta ve kadın uyarılma ile ilgili duyuları alamamaktadır. Yapılan birçok çalışmada, cinsel istek azlığının kadınlarda en sık rastlanan cinsel işlev bozukluğu olduğu bulunmuştur. Çeşitli çalışmalarda sıklığı %27 ile %70 arasında bildirilmektedir (71-73).

Düşük benlik algısı, depresyon, anksiyete bozuklukları, obsesif kompulsif bozukluk gibi ruhsal hastalıklar, cinsel istismar ve cinsel travma öyküsü, stres, yorgunluk, dikkat dağınıklığı, eşteki cinsel işlev bozukluğu, eşler

arasında duyusal paylaşım ve cinsel iletişimin yetersiz oluşunun kadınlarda düşük cinsel istek sorununa yol açabildiği gösterilmiştir (74-76).

6.A.2. Kadında Orgazm Bozukluğu

Kadında orgazm bozukluğu, sürekli ve tekrarlayan bir biçimde cinsel birleşme ile orgazmın gerçekleşmemesi ya da çok nadiren gerçekleşmesidir. Bazı kadınlar özdoyumla orgazm olabilir ancak cinsel birleşme sırasında orgazm olamamaktadırlar (77). Çeşitli çalışmalarda kadınlarda orgazm bozukluğu sıklığının %18 ile %61 arasında olduğu belirtilmektedir (71,72,78). Cinsel eğitim ve deneyim yetersizliği, cinsel mitlerin yaygınlığı, kültürel etmenler ve yetiştirilme biçimi gibi sebeplerle orgazm bozukluğunun ülkemizde batılı ülkelere oranla daha sık olduğu tahmin edilmektedir (77). Kişilik özellikleri, sosyokültürel durum, dini inançlar, eşlerin birbiriyle olan uyumu, depresyon, anksiyete bozuklukları, fiziksel veya cinsel istismar gibi ruhsal etkenlerin de orgazm olma kapasitesini ve tatmini etkilediği gösterilmiştir (79,80).

6.A.3. Cinsel Organlarda-Pelviste Ağrı/İçe Girme Bozukluğu

Cinsel organlarda-pelviste ağrı/içe girme bozukluğu tanımı, önceden disparoni ve vajinismus olarak ayrı ayrı tanımlanan cinsel işlev bozukluklarının, DSM 5'te tek başlık altında toplanmasıyla oluşturulmuştur. Vajinismus, cinsel birleşme denendiğinde vajinanın dış üçte birini çevreleyen kaslarda yineleyici ya da sürekli bir biçimde oluşan kasılmalar ve cinsel birleşmenin gerçekleşmemesi ya da ağrılı/sıkıntılı olarak gerçekleşmesidir. Bu kasılma bilinçli kontrolün dışında gerçekleşen istemsiz bir kasılmadır. Aynı zamanda tüm bedende kasılmalar, bacakların istemsizce kapanması, korku, fenalık hissi, bulantı, kusma, ağlama, cinsel birleşmeden kaçınma ve girişin olmayacağı inancı eşlik edebilmektedir (81). Cinsellikle ilgili tutucu değer yargılarının hâkim olduğu bir toplum ve kültür yapısında yetişme, cinsellik hakkında yeterli bilgiye sahip olmama, cinsellikle ilgili olumsuz tutuma sahip olmanın vajinismus gelişiminde rol oynadığı belirtilmektedir. (82,83). Kadın cinsel işlev bozuklukları içinde en sık doktora başvurma sebebidir. (77).

6.B. Erkeklerde Cinsel İşlev Bozuklukları

6.B.1. Erkeklerde Düşük Cinsel İstek Bozukluğu

Erkeklerde düşük cinsel istek bozukluğu: cinsel içerikli düşünce ve fantezilerin, cinsel isteğin, cinsel birleşme ve orgazma ulaşma sıklığının, cinsel bir etkinliği başlatma, katılma ya da yanıt verebilme güdülenmesinin sürekli ya da yineleyici olarak az olması ya da hiç olmaması durumudur. DSM 5'e göre 18-24 yaş arası erkeklerin %6'sı; 66-74 yaş arası erkeklerin %41'i cinsel istek azlığı yaşamaktadır (84). Cinsel isteksizlik birincil cinsel işlev bozukluğu olabilirken, uyarılma veya orgazm bozukluğundan kaynaklanan duygusal bir sıkıntıya ikincil de gelişebilmektedir (85). Erkeklerde cinsel isteği belirleyen en önemli faktörlerin, kültürel değerlerle bağlantılı inançlar ve cinsellikle ilgili otomatik düşünceler yani bilişsel faktörler olduğu gösterilmiştir (86). Genel tıbbi durumlar ve depresyon gibi ruhsal bozukluklar güçsüzlük, ağrı, beden algısının bozulması ya da gelecek kaygısına neden olarak cinsel istek üzerine olumsuz etki gösterebilmektedir (85).

6.B.2. Sertleşme Bozukluğu

Herhangi bir cinsel etkinlik için yeterli sertleşmeyi tekrarlayıcı ya da kalıcı biçimde sağlayamama ya da sürdürmemeye durumudur. Erkek cinsel işlev bozuklukları içinde en sık doktora başvurma sebebidir. 60 yaş üzerindeki erkeklerin yaklaşık %50'sinde, değişik derecelerde sertleşme bozukluğu olduğu bildirilmektedir (57,87). Türk Androloji Derneği tarafından, 40 yaş üzeri 1982 erkekle yapılan bir çalışmada, sertleşme bozukluğu yaygınlığı %65 olarak saptanmıştır. Aynı çalışmada, ileri yaş, düşük eğitim düzeyi, işsizlik, depresyon, HT, DM, alt üriner sistem sorunlarının sertleşme bozukluğu ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (88). Hiperlipidemi, sigara kullanımı ve kardiyovasküler hastalık varlığında da sertleşme bozukluğu sıklığı artmaktadır (89). Sertleşme bozukluğu psikojenik, organik ya da karma nedenlerden kaynaklanabilmektedir. Hem ayırıcı tanıda hem de tedavide çok yönlü bir yaklaşım gerekmektedir. Yapılan çalışmalar, sertleşme bozukluğunun %20 ila %50' sinin organik etiyolojiye sahip olduğunu bildirmektedir (81). Sertleşme bozukluğu, azalmış cinsel istek bozukluğu veya erken boşalma gibi diğer cinsel işlev bozuklukları ile ilişkili olarak da ortaya çıkabilmektedir (85). Cinsel ilişki

planlanmadan kendiliğinden olan sertleşmeler, sabah sertleşmelerinin olması veya özdoyumla ya da her zamanki partner dışında biriyle ilişki sırasında sertleşme olması, daha çok ruhsal sebepleri düşündürmektedir (90). Aynı zamanda anksiyete, başarısız olma korkusu, performans anksiyetesi gibi ruhsal etmenler de sertleşme bozukluğu gelişimi ile ilişkili olabilmektedir (85).

6.B.3. Erken Boşalma

Kişinin inatçı ve tekrarlayıcı bir biçimde, cinsel birleşme öncesinde ya da birleşmeden hemen sonra, kişinin isteğinden önce boşalması, boşalmasını denetleyememesi ya da istediği kadar erteleyememesi durumudur. DSM 5'te boşalma süresi 'vajinaya girdikten sonra yaklaşık 1 dakika içinde' olarak net bir biçimde belirlenmiştir (87). Erken boşalma erkeklerde en sık görülen cinsel işlev bozukluğu olup, yaygınlığı %30 olarak bildirilmektedir (91). Erken boşalma tanısı koyarken erkeğin yaşı, cinsel deneyimi, cinsel ilişki sıklığı gibi etkenler dikkate alınmalıdır. Performans kaygısı kişinin cinsel uyarılmaya odaklanmasını, uyarılma düzeyini fark etmesini zorlaştırmakta ve boşalma üzerindeki denetimin azalmasına veya kaybedilmesine, dolayısıyla erken boşalmaya sebep olabilmektedir (92).

6.B.4. Geç Boşalma

Boşalmanın hiç olmaması, kısmen olması ya da oldukça uzun süren bir uyarılma sonucunda boşalma biçiminde tanımlanmaktadır (57). Görülme sıklığı yaşa ve eşlik eden faktörlere bağlı olarak %1 ila %10 arasında değişmektedir. Geç boşalma diğer cinsel işlev bozukluklarına göre daha az görülmekle birlikte, son yıllarda sıklığının arttığı bildirilmektedir (93). Geç boşalmaya sebebiyet verebilen antidepresanların daha sık kullanılmasının ve pornografik materyallere ulaşımın kolaylaşmasının bu artışta rol oynadığı düşünülmektedir (42). Bilinçdışı ödipal çatışmalar, kastrasyon korkusu, cinsel ilişkide eşinin tatminiyle ilgili aşırı zihinsel uğraşlar, kontrolünü kaybetme kaygısı, performans anksiyetesi gibi sebepler geç boşalmaya neden olabilmektedir (94). Süregiden bir ilişkide edinilmiş geç boşalmanın ortaya çıkması, erkeğin eşini artık çekici bulmaması, gebelik isteği konusunda kararsız olması ve eşine karşı olumsuz duygular beslemesi ile ilgili olabilir (95).

GEREÇ VE YÖNTEM

1. Örneklem Seçimi

Çalışma grubu, 21.06.2021-30.09.2021 tarihleri arasında Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Endokrinoloji veya Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Poliklinikleri'ne başvuran, akromegali tanısıyla takip edilen hastalar arasından seçilmiştir. Çalışmaya dâhil edilme ve dışlama ölçütlerini karşılayan 52 akromegali hastası çalışmaya alınmıştır. Kontrol grubu ise, 18-65 yaş arasında, aktif cinsel yaşantısı olan, işlevselliğini bozacak bir ruhsal hastalığı olmayan 51 sağlıklı gönüllüden oluşturulmuştur.

Çalışmaya katılmayı kabul eden tüm gönüllüler, araştırmanın amacı ve süreci ile ilgili hem sözel olarak hem de yazılı materyal (Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu'nca onaylanmış olan "Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu (Anket Araştırmaları İçin)" ile bilgilendirilmiş ve katılımcıların onamları alınmıştır. Çalışma ile ilgili etik kurul onayı 02 Haziran 2021 tarihinde 2021-7/19 nolu karar numarası ile alınmıştır.

2. Çalışmaya Dahil Edilme Ölçütleri

Çalışma grubu, 18-65 yaş arasında, akromegali tanısı olan, aktif cinsel yaşantısı olan, işlevselliğini bozacak ruhsal hastalığı ile madde veya alkol kötüye kullanımı olmayan ve çalışmaya katılmayı kabul eden kişiler arasından seçilmiştir.

3. Çalışmadan Dışlama Ölçütleri

Ölçeklerin uygulanmasına engel bir durumu bulunanlar (okuma-yazma bilmeyenler), organik beyin patolojisi olanlar, zekâ geriliği olanlar, işlevselliğini bozacak bir ruhsal hastalığı olanlar ve çalışmaya katılmak istemeyen kişiler çalışmaya dahil edilmemiştir.

4. Veri Toplama Araçları

Araştırmada, sosyodemografik bilgiler için Sosyodemografik Veri Formu (Ek 1), depresyon belirtilerini değerlendirmek amacıyla Beck Depresyon Ölçeği (Ek 2), anksiyete belirtilerini değerlendirmek amacıyla Beck Anksiyete Ölçeği (Ek 3), kadın cinsel işlevini değerlendirmek amacıyla Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği - Kadın Formu (Ek 4), erkek cinsel işlevini değerlendirmek amacıyla Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği - Erkek Formu (Ek 5) yaşam kalitesini ölçmek amacıyla Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalite Ölçeği - Kısa Formu (Ek 6), beden algısını değerlendirmek amacıyla Beden Algısı Ölçeği (Ek 7) kullanılmıştır. Katılımcılar bir defa kesitsel olarak görülmüş, ölçekler gönüllüler tarafından doldurulmuştur.

4.A. Sosyodemografik Veri Formu

Çalışmacılar tarafından hazırlanmış olan bu formla, araştırmaya katılan bireylerin yaş, cinsiyet, medeni durum, kimlerle yaşadığı, eğitim düzeyi, mesleği, çalışma durumu, bulunduğu çevreye göre ekonomik düzeyi hakkındaki düşüncesi, sigara kullanımı, alkol kullanımı, sistemik hastalık varlığı, psikiyatrik hastalık varlığı, halen devam eden psikiyatrik ilaç kullanımı ile ilgili bilgiler edinilmiştir.

4.B. Beck Depresyon Ölçeği (BECK-D)

Beck ve arkadaşları tarafından, depresyonda görülen bilişsel, duygusal, bedensel ve motivasyonel belirtilerin düzeyini ve şiddetini ölçmek amacıyla geliştirilen bir öz bildirim ölçeğidir (96). BECK-D'yi dolduran kişi, uygulama günü de dahil son bir hafta içinde kendini nasıl hissettiğini en iyi ifade eden cümleyi işaretler. BECK-D'de 21 belirti kategorisinin her biri 0-3 arasında puanlanır. Alınabilecek en yüksek puan 63'tür. Depresyonun şiddeti 4 derecede değerlendirilir; 5-9 puanlar arası normal, 10-18 puanlar arası hafif, 19-29 puanlar arası orta ve 30-63 puanlar arası şiddetli depresyonu göstermektedir. Türkçe'ye uyarlaması Hisli tarafından yapılmış, kesme puanı 17 olarak kabul edilmiştir (97).

4.C. Beck Anksiyete Ölçeği (BECK-A)

Beck ve arkadaşları tarafından geliştirilen likert tipi bir öz bildirim ölçeği olan BECK-A, anksiyete düzeyini, belirti dağılımını ve şiddetini belirlemek için kullanılmakta ve 21 maddeden oluşmaktadır (98). Türkçe'ye uyarlaması Ulusoy ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (99). Puanlama 0-63 arasındadır. 0-7 puan minimal, 8-15 puan hafif, 16-25 puan orta ve 26-63 puan şiddetli düzeyde anksiyete belirtileri olduğunu göstermektedir.

4.D. Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği (GRCDÖ)

Golombok ve Rust tarafından geliştirilen, cinsel sorunların varlığını ve şiddetini değerlendiren likert tipi bir ölçektir (100). Erkekler ve kadınlar için her biri 28 maddeden oluşan iki ayrı formu bulunmaktadır. Her bir soru 0 (her zaman) ile 5 (hiçbir zaman) arasında puanlanır ve bir toplam puan ile 7 alt ölçek puanı elde edilmektedir. Cinsel birliktelik sıklığı, iletişim, doyum, kaçınma ve duygusallık alt ölçekleri kadın ve erkek formları için ortaktır. Kadınlar için anorgazmi ve vajinismus, erkekler içinse sertleşme bozukluğu ve erken boşalma ölçekleri cinsiyetlere özgü alt ölçeklerdir. Yüksek puanlar cinsel işlev bozukluğunun varlığını göstermektedir. Ölçeğin ülkemizdeki geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Tuğrul ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (101).

4.E. Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalite Ölçeği - Kısa Formu (WHOQoL-BREF-TR)

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'ne göre yaşam kalitesi " bireylerin yaşamlarındaki durumlarını içinde yaşadıkları kültür ve değerler sistemi bağlamında ve amaçları, beklentileri, standartları ve kaygılarıyla ilişkilendirerek algılamaları" olarak tanımlanmaktadır (102,103). DSÖ kültürlerarası bir karşılaştırma yapabilmek, uluslararası geçerli ve güvenilir bir yaşam kalitesi değerlendirme aracı geliştirebilmek amacıyla kapsamlı olarak birçok ölçme aracı oluşturmuştur (104,102). WHOQoL-BREF, DSÖ tarafından geliştirilmiş ve 6 alt boyuttan oluşan WHOQoL-100'ün kısa formudur. 26 maddeden oluşan ve 5'li derecelendirme tipine sahip bir ölçektir. Türkiye adaptasyonunda çevre ile ilgili bir soru daha bulunmakta ve toplam 27 sorudan oluşmaktadır. Çalışmamızda kullanılan 27 maddelik WHOQoL-BREF-TR ölçeği yaşam kalitesini bedensel sağlık, psikolojik sağlık, sosyal ilişkiler ve

çevresel sağlık olmak üzere 4 temel boyutta değerlendirir (102,105). Alınan puanın yükselmesi, yaşam kalitesinin yükselmesine işaret etmektedir. Türkçe uyarlaması Eser ve arkadaşları (105) tarafından gerçekleştirilmiştir.

4.F. Beden Algısı Ölçeği (BAÖ)

Beden Algısı Ölçeği, Secord ve Jourand tarafından geliştirilmiş (106), Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları Hovardaoğlu tarafından yapılmıştır (107). Ölçek 40 madde içermekte olup, her biri bir organ ya da bedenin bir bölümü (el, ayak gibi) ya da bir işlevi (cinsel faaliyet düzeyi gibi) ile ilgili olan 40 maddeden oluşmaktadır. Ölçek 5 dereceli likert tipi bir ölçek olup, 40 ile 200 arasında puanlanmaktadır. Alınan puanın yükselmesi beden memnuniyetinin arttığını göstermektedir.

5. Laboratuvar Tetkikleri

Tüm akromegali hastalarının son 1 ay içinde tetkik edilen üre, kreatinin, aspartat aminotransferaz testi (AST), alanin aminotransferaz testi (ALT), serbest T4, tiroid uyarıcı hormon (TSH), hemoglobin A1c (HbA1c), GH, IGF-1, testosteron, estradiol, FSH, LH, boy-kilo değerleri, menopoz durumları, komorbid hastalıkları, remisyon durumları, radyoterapi ve cerrahi öyküsü varlığı, kullandıkları farmakolojik tedaviler ve endokrinoloji polikliniğimizden takip edilme süreleri not edilmiştir.

Erkek hastalarda FSH, LH, total testosteron, kadın hastalarda FSH, LH, estradiol seviyelerine bakılarak hipogonadizm varlığı değerlendirilmiş ve 9 hastada hipogonadizm tespit edilmiştir. AST, ALT değerlerine bakılarak karaciğer fonksiyon bozukluğu; üre, kreatinin değerlerine bakılarak böbrek fonksiyon bozukluğu tüm hastalarda dışlanmıştır. GH ve IGF-1 değerlerine bakılarak hastaların remisyon durumu değerlendirilmiştir. GH'nin normal değeri olarak fakültemiz laboratuvarının tanımladığı 0,06 ng/ml ile 5 ng/ml arası; IGF-1 için ise hasta bazında yaşa ve cinsiyete göre laboratuvar tarafından otomatik olarak hesaplanan aralıklar baz alınmıştır.

6. İstatistiksel Yöntem

Verinin normal dağılım gösterip göstermediği Shapiro-Wilk testi ile incelenmiştir. Tanımlayıcı istatistikler nicel veri için ortalama ve standart sapma veya medyan (minimum- maksimum) nitel veri için frekans ve yüzde olarak belirtilmiştir. Bağımsız iki grup karşılaştırmalarında normal dağılım gösteren veri için t-testi normal dağılmayan veri için Mann-Whitney U testi kullanılmıştır. Normal dağılım gösteren veri için ikiden fazla grup karşılaştırmasında tek yönlü varyans analizi normal dağılım göstermemesi durumunda Kruskal Wallis testi kullanılmıştır. Kategorik verinin analizinde Pearson Ki-kare, Fisher-Freeman-Halton ve Fisher'in Kesin Ki-kare testleri kullanılmıştır. Anlamlılık bulunması durumunda çoklu karşılaştırma testlerinden Bonferroni testi kullanılmıştır. Değişkenler arasındaki ilişkiler Pearson ve Spearman korelasyon katsayısı ile incelenmiştir. Anlamlılık düzeyi $\alpha=0.05$ olarak belirlenmiştir. Verinin istatistiksel analizi IBM SPSS23.0 (IBM Corp. Released 2015. IBM SPSS Statistics for Windows, Version 23.0. Armonk, NY: IBM Corp.) istatistik paket programında yapılmıştır.

BULGULAR

Çalışmaya akromegali tanısı alan 52 hasta (27 erkek, 25 kadın) ile 51 sağlıklı gönüllü (26 erkek, 25 kadın) olmak üzere toplam 103 kişi katılmıştır. Hasta grubunun %48,1'i kadın (n=25), %51,9'u (n=27) erkek; kontrol grubunun %49'u kadın (n=25), %51'i (n=26) erkektir. Hastaların yaş ortalaması $49,69 \pm 10,21$ iken, kontrol grubunun yaş ortalaması $48,50 \pm 10,33$ 'tür. Hasta ve kontrol grupları sosyodemografik özellikler bakımından karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır. Hasta ve kontrol gruplarının sosyodemografik özellikleri Tablo 3'te gösterilmiştir.

Değerlendirilen kesitte hasta grubunun %84,6'sının (n=44) psikotrop ilaç kullanımı yokken, %15,4'ünün (n=8) psikotrop ilaç kullanımı mevcuttur. Kontrol grubunun ise %90,2'si (n=46) herhangi bir psikotrop ilaç kullanmıyorken, %9,8'i (n=5) bir psikotrop ilaç kullanmaktadır. Hastaların %27'sinin (n=14), kontrol grubunun ise %15,7'sinin (n=8) bir psikiyatrik tanısı mevcuttur. Hasta ve kontrol grubunun, geçmişten günümüze dek psikiyatrik tanı almış olma ve değerlendirilen kesitte psikotrop ilaç kullanımı açısından karşılaştırılmasında anlamlı bir fark saptanmamış ve ayrıntılı bilgi Tablo 4'te verilmiştir.

Tablo-3: Hasta ve kontrol grubunun sosyodemografik özellikleri bakımından karşılaştırılması.

	Hasta Grubu (n=52)	Kontrol Grubu (n=51)	p
Yaş	51 (23-64) 49,69 ± 10,21	49 (25-64) 48,50 ± 10,33	0,546
Cinsiyet			
Kadın	25 (%48,1)	25 (%49)	0,924
Erkek	27 (%51,9)	26 (%51)	
Medeni Durum			
Bekar	1 (%1,9)	2 (%3,9)	-
Evli	49 (%94,2)	46 (90,2)	
Dul	2 (%3,8)	3 (%5,9)	
Kiminle Yaşadığı			
Eş/Eş ve çocuklar	49 (%94,2)	46 (%90,2)	-
Anne-baba	2 (%3,8)	3 (%5,9)	
Yalnız	1 (%1,9)	2 (%3,9)	
Eğitim Düzeyi			
Eğitimsiz	4 (%7,7)	3 (%5,9)	0,916
İlkokul	18 (%34,6)	14 (%27,5)	
Ortaokul	7 (%13,5)	7 (%13,7)	
Lise	13 (%25)	15 (%29,4)	
Üniversite	10 (%19,2)	12 (%23,5)	
Meslek			
Ev hanımı	13 (%25)	12 (%23,5)	0,981
İşçi	9 (%17,3)	10 (%19,6)	
Esnaf	7 (%13,5)	6 (%11,8)	
Memur	4 (%7,7)	6 (%11,8)	
Emekli	13 (%25)	11 (%21,6)	
Özel sektör	6 (%11,5)	6 (%11,8)	
Çalışma Durumu			
Çalışmıyor	26 (%50)	24 (%47,1)	0,765
Çalışıyor	26 (%50)	27 (%52,9)	
Aylık Gelir Algısı			
Kötü	6 (%11,5)	8 (%15,7)	0,709
Orta	40 (%76,9)	39 (%76,5)	
İyi	6 (%11,5)	4 (%7,8)	
Sigara			
Hiç kullanmamış	21 (%40,4)	26 (%51)	0,385
Kullanmış, bırakmış	16 (%30,8)	10 (%19,6)	
Hâlen kullanıyor	15 (%28,8)	15 (%29,4)	
Alkol			
Hiç kullanmamış	39 (%75)	31 (%60,8)	0,225
Kullanmış, bırakmış	4 (%7,7)	4 (%7,8)	
Hâlen kullanıyor	9 (%17,3)	16 (%31,4)	

Tablo-4: Psikiyatrik tanı almış olma ve psikotrop ilaç kullanımı açısından hasta ve kontrol grubunun karşılaştırılması.

	Hasta Grubu (n=52)	Kontrol Grubu (n=51)	p
Psikiyatrik Tanı			
Yok	38 (%73)	43 (%84,3)	0,164
Depresyon	11 (%21,2)	4 (%7,8)	
Anksiyete bozuklukları	3 (%5,8)	3 (%5,9)	
Obsesif kompulsif bozukluk	0 (%0)	1 (%2)	
Psikotrop İlaç Kullanımı			
Yok	44 (%84,6)	46 (%90,2)	0,394
Var	8 (%15,4)	5 (%9,8)	

Akromegali hastalarının %96,2'si (n=50) hipofiz cerrahisi geçirmiştir, %23,1'i (n=12) radyoterapi almıştır, %73,1'inin (n=38) akromegali hastalığı remisyondadır, %71,1'inin (n=37) tanı anındaki tümör boyutu makroademdur. Hastaların %48,1'i (n=25) somatostatin analogu, %9,6'sı (n=5) kabergolin, %15,4'ü (n=8) somatostatin analogu ve kabergolin (kombine) kullanıyorken, %26,9'u (n=14) ilaçsız takip edilmektedir. Hastaların akromegali tanısı alma yaşı ortalaması 38,9±10,35 yaş, endokrin polikliniğimizden takip edilme süresinin ortalaması 127,53±79,08 aydır. Hasta grubunun hastalık ve tedavi özelliklerinin analizi Tablo 5'te verilmiştir.

Tablo-5: Akromegali hastalarının hastalık ve tedavi özelliklerinin analizi.

	Hasta Grubu (n=52)
Cerrahi Öyküsü	
Yok	2 (%3,8)
Var	50 (%96,2)
Radyoterapi Öyküsü	
Yok	40 (%76,9)
Var	12 (%23,1)
Remisyon Durumu	
Remisyonunda değil	14 (%26,9)
Remisyonunda	38 (%73,1)
Farmakoterapi Tipi	
Somatostatin analogu	25 (%48,1)
Kabergolin	5 (%9,6)
Kombine tedavi	8 (%15,4)
İlaçsız takip	14 (%26,9)
Tanı Anındaki Tümör Boyutu	
Mikroadenom	5 (%9,6)
Makroadenom	37 (%71,1)
Bilinmiyor	10 (%19,1)
Tanı Alma Yaşı	39,5 (13-62) 38,9 ± 10,35
Poliklinik Takip Süresi (ay)	127 (12-372) 127,53 ± 79,08

Akromegali hastalarının %50'sinde (n=26) hiperlipidemi, %40,4'ünde (n=21) HT, %34,6'sında (n=18) DM, %25'inde (n=13) hipotiroidi, %21,2'sinde (n=11) hipogonadizm, %11,5'inde (n=6) adrenal yetmezlik, %5,8'inde (n=3) kardiyovasküler hastalık, %5,8'inde (n=3) malignite, %3,8'inde (n=2) hiperprolaktinemi, %1,9'inde (n=1) serebrovasküler olay öyküsü ve %1,9'inde (n=1) diabetes insipidus saptanmıştır.

Kontrol grubundaki katılımcıların %15,7'sinde (n=8) hiperlipidemi, %9,8'inde (n=5) HT, %7,8'sinde (n=4) akciğer hastalığı, %3,9'sunda (n=2) DM, %2'sinde (n=1) kardiyovasküler hastalık, %2'sinde (n=1) malignite eş tanısı bulunmaktadır.

Her iki grubun sahip olduğu ek hastalıklar incelendiğinde, hasta grubunda DM, HT, hiperlipidemi, hipotiroidi, hipogonadizm, adrenal yetmezlik tanılarının kontrol grubuna göre anlamlı olarak daha fazla bulunduğu saptanmıştır (sırasıyla $p<0,001$; $p<0,001$; $p<0,001$; $p<0,001$; $p=0,001$; $p=0,027$).

Hasta grubu ile kontrol grubunun VKİ açısından karşılaştırılmasında ise p değeri kritik değere ($p < 0,05$) çok yakın gelmiştir ($p = 0,055$). Her iki gruptaki kadın katılımcıların menopoz durumlarının karşılaştırılmasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Hasta ve kontrol grubunun VKİ ve menopoz durumu açısından analizi ve karşılaştırılması ise Tablo 6'da verilmiştir.

Tablo-6: Hasta ve kontrol grubunun VKİ ve menopoz durumu bakımından karşılaştırılması.

	Hasta Grubu (n=52)	Kontrol Grubu (n=51)	p
VKİ			
Zayıf	1 (%1,9)	1 (%2)	0,055
Normal	8 (%15,4)	19 (%37,3)	
Fazla kilolu	21 (%40,4)	20 (%39,2)	
Obez	16 (%30,8)	7 (%13,7)	
Morbid obez	6 (%11,5)	4 (%7,8)	
	Hasta Grubu Kadın (n=25)	Kontrol Grubu Kadın (n=25)	
Menopoz Durumu			
Yok	10 (%40)	11 (%44)	0,774
Var	15 (%60)	14 (%56)	

Akromegali hastalarının BECK-D puan ortalaması $11,86 \pm 8,72$; kontrol grubunun ise $10,21 \pm 8,59$ 'dur. Hastaların BECK-A puan ortalaması $11,76 \pm 12,15$; kontrol grubunun ise $9,13 \pm 9,89$ 'dur. Hasta grubunun BAÖ puan ortalaması $138,98 \pm 26,46$; kontrol grubunun ise $155 \pm 29,45$ 'tir. Hastaların ve sağlıklı kontrollerin hafif düzeyde depresyon ve anksiyete belirtilerine sahip oldukları görülmüştür. BECK-D, BECK-A, WHOQoL-BREF-TR'nin 1. soru, 2. soru, fiziksel, ruhsal ve çevresel alt boyut puanları bakımından hasta ve kontrol grubu arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Hasta grubunun BAÖ ve WHOQoL-BREF-TR'nin sosyal ilişkiler alt boyut puanları kontrol grubuna göre anlamlı olarak düşük bulunmuştur (sırasıyla $p = 0,002$; $p = 0,004$). Hasta ve kontrol grubuna uygulanan BECK-D, BECK-A, BAÖ ve WHOQoL-BREF-TR puanlarının karşılaştırılması Tablo 7'te gösterilmiştir.

Tablo-7: Hasta ve kontrol grubuna uygulanan BECK-D, BECK-A, BAÖ ve WHOQoL-BREF-TR puanlarının karşılaştırılması.

	Hasta Grubu (n=52)	Kontrol Grubu (n=51)	p
BECK-D	9,5 (0-38) 11,86 ± 8,72	8 (0-32) 10,21 ± 8,59	0,261
BECK-A	8 (0-62) 11,76 ± 12,15	5 (0-39) 9,13 ± 9,89	0,092
BAÖ	141 (70-197) 138,98 ± 26,46	157 (61-199) 155,01 ± 29,45	0,002
WHOQoL-BREF-TR			
1. soru	4 (1-5) 3,5 ± 0,85	3 (2-5) 3,31 ± 0,88	0,157
2. soru	4 (1-5) 3,36 ± 1,02	4 (1-5) 3,5 ± 1,12	0,353
Fiziksel alt boyut (0-100)	67,85 (32,14-100) 66,28 ± 16,28	75 (28,57-100) 72,40 ± 17,14	0,068
Ruhsal alt boyut (0-100)	66,6 (25-95,83) 65,14 ± 16	70,83 (25-100) 69,6 ± 18,71	0,135
Sosyal alt boyut (0-100)	58,33 (25-100) 60,89 ± 16,79	75 (25-100) 70,25 ± 20,83	0,004
Çevresel alt boyut (0-100)	65,62 (40,62-100) 66,22 ± 13,25	65,62 (40,62-100) 65,74 ± 14,59	0,746

Her iki grup GRCDÖ puanları açısından karşılaştırıldığında, hasta grubunun toplam puan ile sıklık, doyum, sertleşme bozukluğu ve erken boşalma alt boyut puanlarının kontrol grubuna göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu görülmüştür (sırasıyla p=0,01; p=0,008; p=0,031; p=0,001; p=0,028). Hasta ve kontrol grubuna uygulanan GRCDÖ toplam ve alt boyut puanlarının karşılaştırılması Tablo 8’de verilmiştir.

Tablo-8: Hasta ve kontrol grubuna uygulanan GRCDÖ puanlarının karşılaştırılması.

	Hasta Grubu (n=52)	Kontrol Grubu (n=51)	p
GRCDÖ - Toplam	37 (11-98) 37,84 ± 17,77	25 (7-69) 29,68 ± 17,47	0,010
GRCDÖ - Sıklık	5 (0-12) 4,71 ± 2,37	4 (0-7) 3,47 ± 1,85	0,008
GRCDÖ - İletişim	3 (0-8) 3,5 ± 2,28	3 (0-8) 3,25 ± 2,20	0,574
GRCDÖ - Doyum	5,5 (0-16) 5,71 ± 3,92	4 (0-16) 4,07 ± 3,27	0,031
GRCDÖ - Kaçınma	3 (0-15) 3,73 ± 3,77	2 (0-9) 2,56 ± 2,87	0,140
GRCDÖ - Dokunma	3 (0-14) 3,75 ± 3,49	2 (0-10) 2,74 ± 3,01	0,132
	Hasta Grubu Kadın (n=26)	Kontrol Grubu Kadın (n=25)	p
GRCDÖ - Vajinismus	5 (1-8) 4,5 ± 1,98	5 (0-11) 5,64 ± 2,58	0,156
GRCDÖ - Anorgazmi	5,5 (0-15) 6,53 ± 3,74	6 (0-16) 6,16 ± 3,67	0,805
	Hasta Grubu Erkek (n=27)	Kontrol Grubu Erkek (n=26)	p
GRCDÖ - Sertleşme bozukluğu	4,5 (0-13) 5,46 ± 3,66	1,5 (0-7) 2,38 ± 1,94	0,001
GRCDÖ - Erken boşalma	7 (0-14) 6,46 ± 3,56	4 (0-11) 4,38 ± 3,00	0,028

Ölçeklerin birbiri arasındaki ilişki incelendiğinde, hem hasta hem kontrol grubunda BAÖ puanları arttıkça, GRCDÖ'nün toplam ve doyum, kaçınma, dokunma, anorgazmi ve sertleşme bozukluğu alt boyut puanlarının anlamlı olarak azaldığı saptanmıştır (hasta grubu için sırasıyla $p < 0,001$; $p = 0,001$; $p = 0,017$; $p = 0,005$; $p = 0,012$; $p = 0,003$; kontrol grubu için sırasıyla $p < 0,001$; $p < 0,001$; $p = 0,005$; $p = 0,007$; $p = 0,005$; $p = 0,023$).

Kontrol grubunda, BAÖ puanları ile GRCDÖ'nün sıklık ve vajinismus alt boyut puanları arasında ters yönde anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir (sırasıyla $p = 0,001$; $p = 0,011$).

Hasta grubunda, BAÖ puanları ile GRCDÖ'nün iletişim alt boyutu puanları arasında ters yönde anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($p < 0,001$).

GRCDÖ toplam puanları BECK-D ve BECK-A puanları ile karşılaştırıldığında hasta grubunda anlamlı bir ilişki gözlenmezken; kontrol grubunda BECK-D ve BECK-A puanları puanları arttıkça GRCDÖ toplam puanının arttığı görülmüştür (sırasıyla $p<0,001$; $p=0,020$). Kontrol grubunda GRCDÖ'nün doyum, kaçınma, dokunma ve anorgazmi alt boyut puanları ile BECK-A puanları arasında aynı yönde anlamlı bir ilişki saptanmıştır (sırasıyla $p=0,010$; $p=0,006$; $p=0,047$; $p=0,036$).

Hem hasta hem kontrol grubunda BECK-D puanları ile GRCDÖ'nün doyum ve dokunma alt boyut puanları arasında aynı yönde anlamlı bir ilişki saptanmıştır (sırasıyla $p=0,016$; $p=0,027$; $p<0,001$; $p<0,001$). Hasta ve kontrol gruplarının GRCDÖ toplam ve alt boyut puanlarının BECK-D, BECK-A ve BAÖ ile ilişkisi Tablo 9'da gösterilmiştir.

Tablo-9: Hasta ve kontrol gruplarının GRCDÖ toplam ve alt boyut puanlarının BECK-D, BECK-A ve BAÖ ile ilişkisi.

		BECK-D	BECK-A	BAÖ
GRCDÖ - Toplam	Hasta Grubu	p=0,067 r=0,256	p=0,483 r=0,099	p<0,001 r=-0,525
	Kontrol Grubu	p<0,001 r=0,578	p=0,020 r=0,324	p<0,001 r=-0,552
GRCDÖ - Sıklık	Hasta Grubu	p=0,787 r=0,038	p=0,395 r=-0,121	p=0,304 r=-0,145
	Kontrol Grubu	p=0,069 r=0,257	p=0,711 r=0,053	p=0,001 r=-0,455
GRCDÖ - İletişim	Hasta Grubu	p=0,383 r=0,124	p=0,452 r=0,107	p<0,001 r=-0,504
	Kontrol Grubu	p=0,001 r=0,466	p=0,192 r=0,186	p=0,090 r=-0,240
GRCDÖ - Doyum	Hasta Grubu	p=0,016 r=0,333	p=0,266 r=0,157	p=0,001 r=-0,437
	Kontrol Grubu	p<0,001 r=0,632	p=0,010 r=0,359	p<0,001 r=-0,481
GRCDÖ - Kaçınma	Hasta Grubu	p=0,306 r=0,145	p=0,662 r=0,062	p=0,017 r=-0,330
	Kontrol Grubu	p=0,001 r=0,447	p=0,006 r=0,379	p=0,005 r=-0,389
GRCDÖ - Dokunma	Hasta Grubu	p=0,027 r=0,307	p=0,233 r=0,168	p=0,005 r=-0,384
	Kontrol Grubu	p<0,001 r=0,477	p=0,047 r=0,280	p=0,007 r=-0,372
GRCDÖ - Vajinismus	Hasta Grubu	p=0,146 r=0,294	p=0,509 r=0,136	p=0,346 r=-0,193
	Kontrol Grubu	p=0,018 r=0,469	p=0,213 r=0,258	p=0,011 r=-0,497
GRCDÖ - Anorgazmi	Hasta Grubu	p=0,115 r=0,316	p=0,452 r=0,154	p=0,012 r=-0,484
	Kontrol Grubu	p<0,001 r=0,727	p=0,036 r=0,422	p=0,005 r=-0,548
GRCDÖ - Sertleşme bozukluğu	Hasta Grubu	p=0,122 r=0,311	p=0,795 r=0,053	p=0,003 r=-0,552
	Kontrol Grubu	p=0,762 r=0,062	p=0,539 r=-0,126	p=0,023 r=-0,444
GRCDÖ - Erken boşalma	Hasta Grubu	p=0,461 r=-0,151	p=0,951 r=0,013	p=0,413 r=-0,168
	Kontrol Grubu	p=0,660 r=0,091	p=0,584 r=-0,113	p=0,941 r=-0,015

GRCDÖ ile WHOQoL-BREF'in alt boyutları arasındaki ilişki incelendiğinde, kontrol grubunda WHOQoL-BREF-TR'nin fiziksel alt boyut puanları ile GRCDÖ'nün toplam, doyum, kaçınma, dokunma ve anorgazmi alt

boyut puanları arasında ters yönde anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur (sırasıyla $p=0,001$; $p=0,002$; $p=0,007$; $p=0,001$; $p=0,002$). WHOQoL-BREF-TR'nin ruhsal alt boyut puanı ile GRCDÖ'nün toplam, sıklık, iletişim, doyum, kaçınma, dokunma, vajinismus, anorgazmi ve erken boşalma puanları arasında ters yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur (sırasıyla $p<0,001$; $p=0,040$; $p=0,010$; $p<0,001$; $p=0,010$; $p=0,002$; $p=0,02$ $p<0,001$; $p=0,036$). WHOQoL-BREF-TR'nin sosyal alt boyut puanı ile GRCDÖ'nün toplam, sıklık, iletişim, doyum, kaçınma, dokunma, anorgazmi, sertleşme bozukluğu ve erken boşalma alt boyut puanları arasında ters yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur (sırasıyla $p<0,001$; $p=0,011$; $p<0,001$; $p<0,001$; $p<0,001$; $p<0,001$; $p<0,001$; $p=0,004$; $p=0,007$). WHOQoL-BREF-TR'nin çevresel alt boyut puanı ile GRCDÖ'nün toplam, doyum, kaçınma, dokunma, anorgazmi alt boyut puanları arasında ters yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur (sırasıyla $p=0,004$; $p=0,018$; $p=0,037$; $p=0,002$; $p=0,001$).

Hasta grubunda, WHOQoL-BREF-TR'nin fiziksel alt boyut puanı ile GRCDÖ'nün toplam, iletişim, doyum, dokunma, anorgazmi alt boyut puanları arasında ters yönde anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir (sırasıyla $p=0,004$; $p=0,039$; $p=0,001$; $p=0,005$; $p=0,041$). WHOQoL-BREF-TR'nin ruhsal alt boyut puanı ile GRCDÖ'nün toplam, doyum ve dokunma alt boyut puanları arasında ters yönde anlamlı bir ilişki saptanmıştır (sırasıyla $p=0,036$; $p=0,022$; $p=0,005$). WHOQoL-BREF-TR'nin sosyal alt boyut puanı ile GRCDÖ'nün toplam, sıklık, doyum, kaçınma, dokunma, anorgazmi ve sertleşme bozukluğu alt boyut puanları arasında ters yönde anlamlı bir ilişki saptanmıştır (sırasıyla $p=0,004$; $p=0,036$; $p=0,001$; $p=0,021$; $p=0,001$; $p=0,022$; $p<0,001$; $p<0,001$). WHOQoL-BREF-TR'nin çevresel alt boyut puanı ile GRCDÖ'nün toplam, doyum, vajinismus alt boyut puanları arasında ters yönde anlamlı ilişki tespit edilmiştir (sırasıyla $p=0,021$; $p<0,001$; $p=0,031$). Hasta ve kontrol gruplarının GRCDÖ toplam ve alt boyut puanlarının WHOQoL-BREF-TR alt boyutları ile ilişkisi Tablo 10'da gösterilmiştir.

Tablo-10: Hasta ve kontrol gruplarının GRCDÖ toplam ve alt boyut puanlarının WHOQoL-BREF alt boyutları ile ilişkisi.

		WHOQoL Fiziksel	WHOQoL Ruhsal	WHOQoL Sosyal	WHOQoL Çevresel
GRCDÖ - Toplam	Hasta Grubu	p=0,004 r=-0,394	p=0,036 r=-0,291	p<0,001 r=-0,508	p=0,021 r=-0,319
	Kontrol Grubu	p=0,001 r=-0,457	p<0,001 r=-0,553	p<0,001 r=-0,740	p=0,004 r=-0,396
GRCDÖ - Sıklık	Hasta Grubu	p=0,126 r=-0,215	p=0,477 r=-0,101	p=0,002 r=-0,418	p=0,933 r=-0,012
	Kontrol Grubu	p=0,069 r=-0,257	p=0,040 r=-0,289	p=0,011 r=-0,354	p=0,177 r=-0,192
GRCDÖ - İletişim	Hasta Grubu	p=0,039 r=-0,288	p=0,164 r=-0,196	p=0,092 r=-0,236	p=0,111 r=-0,224
	Kontrol Grubu	p=0,057 r=-0,268	p=0,010 r=-0,356	p<0,001 r=-0,487	p=0,051 r=-0,274
GRCDÖ - Doyum	Hasta Grubu	p=0,001 r=-0,460	p=0,022 r=-0,317	p<0,001 r=-0,557	p<0,001 r=-0,467
	Kontrol Grubu	p=0,002 r=-0,424	p<0,001 r=-0,519	p<0,001 r=-0,578	p=0,018 r=-0,331
GRCDÖ - Kaçınma	Hasta Grubu	p=0,231 r=-0,169	p=0,227 r=-0,170	p=0,011 r=-0,351	p=0,225 r=-0,171
	Kontrol Grubu	p=0,007 r=-0,375	p=0,010 r=-0,358	p<0,001 r=-0,557	p=0,037 r=-0,293
GRCDÖ - Dokunma	Hasta Grubu	p=0,005 r=-0,385	p=0,005 r=-0,384	p=0,028 r=-0,305	p=0,055 r=-0,267
	Kontrol Grubu	p=0,001 r=-0,463	p=0,002 r=-0,425	p<0,001 r=-0,678	p=0,002 r=-0,430
GRCDÖ - Vajinismus	Hasta Grubu	p=0,095 r=-0,335	p=0,101 r=-0,329	p=0,184 r=-0,269	p=0,031 r=-0,425
	Kontrol Grubu	p=0,202 r=-0,264	p=0,020 r=-0,461	p=0,328 r=-0,204	p=0,065 r=-0,375
GRCDÖ - Anorgazmi	Hasta Grubu	p=0,041 r=-0,403	p=0,645 r=-0,095	p=0,010 r=-0,497	p=0,281 r=-0,220
	Kontrol Grubu	p=0,002 r=-0,578	p<0,001 r=-0,664	p<0,001 r=-0,714	p=0,001 r=-0,628
GRCDÖ - Sertleşme bozukluğu	Hasta Grubu	p=0,052 r=-0,385	p=0,126 r=-0,308	p=0,015 r=-0,474	p=0,082 r=-0,347
	Kontrol Grubu	p=0,184 r=-0,269	p=0,466 r=-0,149	p=0,004 r=-0,541	p=0,498 r=-0,139
GRCDÖ - Erken boşalma	Hasta Grubu	p=0,894 r=-0,027	p=0,835 r=-0,043	p=0,066 r=-0,089	p=0,679 r=-0,085
	Kontrol Grubu	p=0,212 r=-0,253	p=0,036 r=-0,413	p=0,007 r=-0,516	p=0,101 r=-0,329

Ölçek puanları her iki grubun kendi içinde sosyodemografik değişkenlere göre değerlendirildiğinde, hasta grubunda yaş ile GRCDÖ'nün

toplam ve sıklık alt boyut puanları arasında aynı yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p=0,050$; $p=0,013$).

Kontrol grubunda eğitim düzeyi ile GRCDÖ'nün sıklık alt boyutu puanları arasında ($p=0,029$); hasta grubunda ise eğitim düzeyi ile kaçınma alt boyutu puanları arasında ters yönde anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir ($p=0,007$).

Her iki grupta da VKİ ile ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Ölçek puanlarının yaş, eğitim düzeyi ve VKİ ile ilişkisi Tablo 11'de gösterilmiştir.

Tablo-11: Hasta ve kontrol gruplarının ölçek puanlarının yaş, eğitim düzeyi ve VKİ ile ilişkisi.

		Yaş		Eğitim Düzeyi		VKİ	
		p	r	p	r	p	r
BECK-D	Hasta	0,367	-0,128	0,870	0,023	0,673	0,060
	Kontrol	0,660	0,063	0,969	-0,006	0,890	-0,020
BECK-A	Hasta	0,409	-0,117	0,677	-0,059	0,102	0,229
	Kontrol	0,747	-0,046	0,243	0,166	0,778	0,040
BAÖ	Hasta	0,506	-0,094	0,491	0,098	0,058	-0,265
	Kontrol	0,949	0,009	0,725	0,050	0,459	-0,106
GRCDÖ - Toplam	Hasta	0,050	0,273	0,222	-0,172	0,681	0,058
	Kontrol	0,152	0,204	0,241	-0,167	0,369	-0,128
GRCDÖ - Sıklık	Hasta	0,013	0,344	0,688	-0,057	0,804	-0,035
	Kontrol	0,532	0,090	0,029	-0,306	0,246	-0,165
GRCDÖ - İletişim	Hasta	0,530	0,089	0,063	-0,260	0,071	0,252
	Kontrol	0,117	0,222	0,231	-0,171	0,287	-0,152
GRCDÖ - Doyum	Hasta	0,334	0,137	0,093	0,235	0,369	-0,127
	Kontrol	0,546	0,087	0,805	0,035	0,974	-0,005
GRCDÖ - Kaçınma	Hasta	0,297	0,147	0,007	-0,369	0,058	0,265
	Kontrol	0,454	0,107	0,460	-0,106	0,680	-0,059
GRCDÖ - Dokuma	Hasta	0,924	-0,014	0,141	0,207	0,973	0,005
	Kontrol	0,320	0,142	0,477	-0,102	0,259	-0,161
GRCDÖ - Vajinismus	Hasta	0,823	-0,046	0,766	0,061	0,473	-0,147
	Kontrol	0,053	0,392	0,905	0,025	0,812	-0,050
GRCDÖ - Anorgazmi	Hasta	0,177	0,273	0,518	-0,133	0,867	-0,035
	Kontrol	0,377	0,185	0,444	0,160	0,232	0,248
GRCDÖ - Sertleşme Bozukluğu	Hasta	0,406	0,170	0,486	0,143	0,925	0,019
	Kontrol	0,302	0,211	0,153	0,288	0,302	-0,210
GRCDÖ - Erken Boşalma	Hasta	0,256	0,231	0,653	-0,092	0,392	-0,175
	Kontrol	0,278	0,221	0,760	-0,063	0,741	-0,068
WHOQoL - Fiziksel	Hasta	0,246	-0,164	0,535	0,088	0,902	0,018
	Kontrol	0,688	0,058	0,337	-0,137	0,699	-0,056
WHOQoL - Ruhsal	Hasta	0,355	0,131	0,507	0,094	0,826	-0,031
	Kontrol	0,998	0,000	0,613	0,072	0,262	-0,160
WHOQoL - Sosyal	Hasta	0,453	-0,106	0,450	-0,107	0,313	-0,143
	Kontrol	0,769	-0,042	0,837	-0,030	0,268	0,158
WHOQoL - Çevresel	Hasta	0,179	0,189	0,886	-0,020	0,953	-0,008
	Kontrol	0,500	0,097	0,618	-0,072	0,828	0,031

Ölçek puanları cinsiyete göre değerlendirildiğinde, kontrol grubunda kadınlarda BAÖ puanları anlamlı olarak daha düşük ($p=0,016$); GRCDÖ'nün toplam ve sıklık, iletişim, kaçınma, dokunma alt boyut puanları ise anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur (sırasıyla $p<0,001$; $p=0,002$; $p=0,032$; $p=0,001$; $p=0,006$). Hasta grubunda ise, GRCDÖ'nün toplam ve iletişim, kaçınma, dokunma alt boyut puanları kadınlarda anlamlı olarak daha yüksek saptanmıştır (sırasıyla $p=0,036$; $p=0,002$; $p<0,001$; $p<0,001$).

Ölçek puanları çalışma durumuna göre değerlendirildiğinde, kontrol grubunda çalışmayan kişilerin GRCDÖ'nün toplam ve iletişim, kaçınma, dokunma alt boyut puanları anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur (sırasıyla $p=0,017$; $p=0,011$; $p=0,012$; $p=0,004$). Hasta grubunda yine çalışmayanların GRCDÖ'nün toplam ve iletişim, kaçınma, dokunma alt boyut puanları anlamlı olarak yüksek saptanmıştır (sırasıyla $p<0,001$; $p=0,011$; $p=0,012$; $p=0,004$).

Ölçek puanları aylık gelir algısına göre değerlendirildiğinde, kontrol grubunda GRCDÖ'nün toplam ve sıklık alt boyut puanları gelir düzeyini “orta” olarak değerlendirenlerde, vajinismus alt boyut puanları gelir düzeyini “kötü” olarak değerlendirilenlerde anlamlı olarak daha yüksek; WHOQoL-BREF-TR'nin çevresel alt boyut puanları ise gelir düzeyini “kötü” olarak değerlendirenlerde anlamlı olarak daha düşük bulunmuştur (sırasıyla $p=0,043$; $p=0,008$; $p=0,022$; $p=0,009$). Hasta grubunda ise BECK-D, BECK-A gelir düzeyini “kötü” olarak değerlendirilenlerde daha yüksek, GRCDÖ doyum alt boyut puanı gelir düzeyini “orta” görenlerde daha yüksek, WHOQoL-BREF-TR'nin fiziksel, ruhsal, sosyal ve çevresel alt boyut puanları gelir düzeyini “kötü” görenlerde anlamlı olarak daha düşük bulunmuştur (sırasıyla $p=0,016$; $p=0,043$; $p=0,036$; $p=0,013$; $p=0,003$; $p=0,010$; $p=0,023$).

Her iki grupta da sigara veya alkol kullanımına göre GRCDÖ toplam puanlarının karşılaştırılmasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır.

Katılımcıların “medeni durum” ve “kimlerle yaşadığı” değişkenlerinde veri sayısı yetersizliği nedeniyle istatistiksel karşılaştırma yapılamamıştır.

Hasta ve kontrol gruplarının GRCDÖ toplam puanlarının sosyodemografik özelliklere göre karşılaştırılması Tablo 12'da verilmiştir.

Tablo-12: Hasta ve kontrol gruplarının GRCDÖ toplam puanlarının sosyodemografik özelliklere göre karşılaştırılması.

		GRCDÖ Toplam			
		Hasta	p	Kontrol	p
Cinsiyet	Erkek	33 (12-69) 32,81 ± 14,96	0,036	20,5 (7-62) 21,19 ± 11,64	<0,001
	Kadın	39 (11-98) 43,28 ± 19,22		37 (7-69) 38,52 ± 18,31	
Çalışma Durumu	Çalışıyor	30 (11-69) 29,65 ± 12,90	0,017	22 (7-62) 24,11 ± 13,55	<0,001
	Çalışmıyor	43,5 (18-98) 46,03 ± 18,40		31,5 (7-69) 35,95 ± 19,45	
Gelir Algısı	Kötü	41 (12-69) 38,16 ± 22,39	0,093	13,5 (7-60) 23 ± 20,11	0,043
	Orta	37,5 (11-98) 39,87 ± 17,41		27 (8-69) 32,35 ± 16,96	
	İyi	23 (14-40) 24 ± 9,71		18 (7-25) 17 ± 8,48	
Sigara Kullanımı	Kullanmamış	41 (11-98) 42,61 ± 20,32	0,181	26 (7-69) 32,69 ± 20,84	0,677
	Kullanmış, Bırakmış	31 (12-63) 32,81 ± 15,79		24,5 (13-48) 26,4 ± 9,55	
	Kullanıyor	34 (13-69) 36,53 ± 15,12		22 (7-59) 26,66 ± 14,89	
Alkol Kullanımı	Kullanmamış	38 (11-98) 38,87 ± 19,89	0,789	25 (7-69) 31,03 ± 19,37	0,925
	Kullanmış, Bırakmış	31 (21-44) 31,75 ± 9,56		20,5 (13-48) 25,5 ± 16,58	
	Kullanıyor	36 (25-52) 36,11 ± 8,55		25 (11-62) 28,12 ± 14,18	

Ölçek puanlarının psikiyatrik tanı varlığına göre karşılaştırılmasında, her iki grupta da psikiyatrik tanısı bulunanlarda BECK-A ve WHOQoL-BREF-TR'nin ruhsal alt boyutu puanları anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Psikiyatrik tanısı olan akromegali hastalarında BECK-D puanı anlamlı olarak daha yüksek saptanmıştır. Kontrol grubunda ise psikiyatrik tanısı olanlarda WHOQoL-BREF-TR'nin fiziksel, sosyal ve çevresel alt boyut puanları daha yüksek saptanmıştır. Psikiyatrik tanı varlığına göre hasta ve kontrol gruplarının ölçek puanlarının karşılaştırılması Tablo 13'te gösterilmiştir. Hasta ve kontrol grubunda psikiyatrik tanı varlığına göre GRCDÖ alt boyut puanlarının karşılaştırılmasında anlamlı fark saptanmamış ve Tablo 14'te verilmiştir.

Tablo-13: Hasta ve kontrol gruplarının psikiyatrik tanı varlığına göre ölçek puanlarının karşılaştırılması.

		Psikiyatrik Tanı Varlığı		p
		Var	Yok	
GRCDÖ Toplam	Hasta Grubu	38 (18-72) 38,85 ± 17,50	36,5 (11-98) 37,47 ± 18,09	0,861
	Kontrol Grubu	36,5 (11-69) 41,37 ± 24,69	25 (7-62) 27,51 ± 15,19	0,146
BECK-D	Hasta Grubu	13,5 (5-38) 15,71 ± 9,34	8,5 (0-34) 10,44 ± 8,15	0,034
	Kontrol Grubu	13,5 (3-31) 16,75 ± 11,44	7 (0-32) 9 ± 7,51	0,067
BECK-A	Hasta Grubu	15 (4-52) 15,21 ± 12,09	8 (0-62) 10,5 ± 12,08	0,034
	Kontrol Grubu	19,5 (5-39) 22 ± 13,12	4 (0-23) 6,74 ± 7,11	0,001
BAÖ	Hasta Grubu	131,5 (70-174) 130,21 ± 30,19	141 (102-197) 142,21 ± 24,59	0,274
	Kontrol Grubu	136 (101-190) 140 ± 29,25	160 (61-199) 157,81 ± 28,96	0,132
WHOQoL - Fiziksel	Hasta Grubu	66,06 (46,42-89,28) 65,55 ± 12,73	69,63 (32,14-100) 66,54 ± 17,55	0,702
	Kontrol Grubu	50 (28,57-82,14) 52,22 ± 19,36	75 (46,42-100) 76,15 ± 13,97	0,002
WHOQoL - Ruhsal	Hasta Grubu	60,41 (25-87,5) 56,84 ± 16,14	70,83 (37,5-95,83) 68,19 ± 15,01	0,028
	Kontrol Grubu	50 (25-83,33) 47,39 ± 19,53	75 (29,16-100) 73,73 ± 15,55	0,001
WHOQoL - Sosyal	Hasta Grubu	54,16 (41,66-83,33) 58,33 ± 13,86	58,33 (25-100) 61,83 ± 17,82	0,517
	Kontrol Grubu	50 (25-83,33) 53,12 ± 22,24	75 (25-100) 73,44 ± 19,17	0,017
WHOQoL - Çevresel	Hasta Grubu	60,93 (46,87-93,75) 64,05 ± 12,42	68,75 (40,62-100) 67,02 ± 13,62	0,391
	Kontrol Grubu	53,12 (43,75-71,87) 56,63 ± 9,80	65,62 (40,62-100) 67,43 ± 14,78	0,046

Tablo-14: Hasta ve kontrol grubunda psikiyatrik tanı varlığına göre GRCDÖ alt boyut puanlarının karşılaştırılması.

		Psikiyatrik Tanı Varlığı		p
		Var	Yok	
GRCDÖ Sıklık	Hasta Grubu	4 (2-7) 4,64 ± 1,59	5 (0-12) 4,73 ± 2,61	0,843
	Kontrol Grubu	4 (2-7) 4,25 ± 1,75	3 (0-6) 3,32 ± 1,86	0,265
GRCDÖ İletişim	Hasta Grubu	3,5 (0-8) 4,07 ± 2,61	3 (0-8) 3,28 ± 2,15	0,360
	Kontrol Grubu	4 (0-8) 3,62 ± 2,44	3 (0-8) 3,18 ± 2,18	0,533
GRCDÖ Doyum	Hasta Grubu	5,5 (2-10) 5,85 ± 2,68	5,5 (0-16) 5,65 ± 4,32	0,590
	Kontrol Grubu	5,5 (1-10) 5,87 ± 3,60	4 (0-16) 3,74 ± 3,14	0,106
GRCDÖ Kaçınma	Hasta Grubu	3,5 (0-12) 4,14 ± 3,79	2,5 (0-15) 3,57 ± 3,80	0,552
	Kontrol Grubu	3 (0-9) 3,87 ± 4,08	2 (0-9) 2,32 ± 2,58	0,550
GRCDÖ Dokunma	Hasta Grubu	4 (0-11) 4,57 ± 3,15	2,5 (0-14) 3,44 ± 3,59	0,168
	Kontrol Grubu	3,5 (0-10) 4 ± 4,17	2 (0-9) 2,51 ± 2,75	0,516
GRCDÖ Vajinismus	Hasta Grubu	5 (1-7) 4,72 ± 1,95	4 (1-8) 4,33 ± 2,05	0,443
	Kontrol Grubu	5 (0-8) 4,5 ± 2,58	5 (2-11) 6 ± 2,53	0,366
GRCDÖ Anorgazmi	Hasta Grubu	5 (3-14) 6,36 ± 3,85	6 (0-15) 6,66 ± 3,79	0,540
	Kontrol Grubu	9 (4-16) 9,33 ± 5,31	5 (0-9) 5,15 ± 2,38	0,176
GRCDÖ Sertleşme Bozukluğu	Hasta Grubu	2 (2-7) 3,66 ± 2,88	5 (0-13) 5,69 ± 3,74	0,242
	Kontrol Grubu	2,5 (2-3) 2,5 ± 0,70	1 (0-7) 2,37 ± 2,01	0,745
GRCDÖ Erken Boşalma	Hasta Grubu	3 (0-7) 3,33 ± 3,51	7 (0-14) 6,86 ± 3,44	0,134
	Kontrol Grubu	5,5 (5-6) 5,50 ± 0,70	3,5 (0-11) 4,29 ± 3,11	0,394

Psikotrop ilaç kullanımına göre ölçek puanlarının karşılaştırılmasında, hasta grubunda psikotrop ilaç kullananlarda BECK-D, BECK-A puanları anlamlı olarak daha yüksek; BAÖ, WHOQoL-BREF-TR'nin ruhsal alt boyut ve

GRCDÖ'nün erken boşalma alt boyut puanları ise anlamlı olarak daha düşük bulunmuştur. Hasta ve kontrol gruplarının psikotrop ilaç kullanımına göre ölçek puanlarının karşılaştırılması Tablo 15'te, GRCDÖ alt boyut puanlarının karşılaştırılması ise Tablo 16'da verilmiştir.

Tablo-15: Hasta ve kontrol gruplarının psikotrop ilaç kullanımına göre ölçek puanlarının karşılaştırılması

		Psikotrop İlaç Kullanımı		
		Var	Yok	p
GRCDÖ Toplam	Hasta Grubu	38 (21-66) 37,75 ± 14,56	36,5 (11-98) 37,86 ± 18,44	0,931
	Kontrol Grubu	23 (11-46) 25 ± 13,17	25,5 (7-69) 30,19 ± 17,92	0,633
BECK-D	Hasta Grubu	14,5 (9-38) 18,50 ± 10,73	9 (0-34) 10,65 ± 7,86	0,026
	Kontrol Grubu	10 (3-16) 9 ± 5,14	8 (0-32) 10,34 ± 8,91	0,963
BECK-A	Hasta Grubu	16,5 (5-52) 18,75 ± 14,36	8 (0-62) 10,5 ± 11,43	0,018
	Kontrol Grubu	12 (5-23) 13,4 ± 6,65	4 (0-39) 8,67 ± 10,13	0,097
BAÖ	Hasta Grubu	121 (70-159) 118,75 ± 26,99	142 (92-197) 142,65 ± 24,94	0,028
	Kontrol Grubu	153 (106-190) 149,4 ± 31,60	157,5 (61-199) 155,63 ± 29,51	0,678
WHOQoL - Fiziksel	Hasta Grubu	66,06 (46,42-78,57) 64,28 ± 11,13	69,63 (32,14-100) 66,64 ± 17,12	0,592
	Kontrol Grubu	64,28 (28,57-82,14) 57,85 ± 21,78	75 (28,57-100) 73,98 ± 16,07	0,104
WHOQoL - Ruhsal	Hasta Grubu	54,16 (25-66,66) 49,99 ± 15,59	68,74 (37,5-95,83) 67,89 ± 14,61	0,007
	Kontrol Grubu	54,16 (33,33-83,33) 55,83 ± 18,06	70,83 (25-100) 71,10 ± 18,35	0,084
WHOQoL - Sosyal	Hasta Grubu	54,16 (41,66-83,33) 57,28 ± 14,39	58,33 (25-100) 61,55 ± 17,25	0,509
	Kontrol Grubu	55,33 (50-83,33) 64,99 ± 17,07	75 (25-100) 70,83 ± 21,28	0,413
WHOQoL - Çevresel	Hasta Grubu	62,49 (46,87-78,12) 63,66 ± 10,94	65,62 (40,62-100) 66,68 ± 13,69	0,645
	Kontrol Grubu	65,62 (43,75-71,87) 59,99 ± 11,35	64,06 (40,62-100) 66,36 ± 14,86	0,449

Tablo-16: Hasta ve kontrol grubunda psikotrop ilaç kullanımına göre GRCDÖ alt boyut puanlarının karşılaştırılması.

		Psikotrop İlaç Kullanımı		p
		Var	Yok	
GRCDÖ Sıklık	Hasta Grubu	5 (2-7) 4,75 ± 1,90	4,5 (0-12) 4,70 ± 2,46	0,931
	Kontrol Grubu	4 (2-6) 3,80 ± 1,78	4 (0-7) 3,43 ± 1,88	0,701
GRCDÖ İletişim	Hasta Grubu	3,5 (1-8) 4,25 ± 2,49	3 (0-8) 3,36 ± 2,25	0,389
	Kontrol Grubu	3 (0-5) 2,6 ± 2,07	3 (0-8) 3,32 ± 2,23	0,633
GRCDÖ Doyum	Hasta Grubu	5 (3-10) 6,12 ± 2,79	5,5 (0-16) 5,63 ± 4,12	0,558
	Kontrol Grubu	4 (1-10) 4,8 ± 3,70	4 (0-16) 4 ± 3,25	0,612
GRCDÖ Kaçınma	Hasta Grubu	3 (0-12) 3,87 ± 4,08	3 (0-15) 3,70 ± 3,76	0,891
	Kontrol Grubu	0 (0-5) 1,2 ± 2,16	2 (0-9) 2,71 ± 2,92	0,184
GRCDÖ Dokunma	Hasta Grubu	4 (0-8) 4,25 ± 2,54	3 (0-14) 3,65 ± 3,65	0,348
	Kontrol Grubu	0 (0-6) 1,4 ± 2,60	2 (0-10) 2,89 ± 3,04	0,218
GRCDÖ Vajinismus	Hasta Grubu	5 (2-7) 4,66 ± 1,86	5 (1-8) 4,45 ± 2,06	0,744
	Kontrol Grubu	5 (0-5) 3,33 ± 2,88	5 (2-11) 5,95 ± 2,43	0,273
GRCDÖ Anorgazmi	Hasta Grubu	5,5 (3-10) 5,83 ± 2,78	5,5 (0-15) 6,75 ± 4,02	0,700
	Kontrol Grubu	4 (4-6) 4,66 ± 1,15	6 (0-16) 6,36 ± 3,86	0,353
GRCDÖ Sertleşme Bozukluğu	Hasta Grubu	4,5 (2-7) 4,5 ± 3,53	4,5 (0-13) 5,54 ± 3,74	0,615
	Kontrol Grubu	2,5 (2-3) 2,5 ± 0,70	1 (0-7) 2,37 ± 2,01	0,745
GRCDÖ Erken Boşalma	Hasta Grubu	1,5 (0-3) 1,5 ± 2,12	7 (0-14) 6,87 ± 3,36	0,037
	Kontrol Grubu	5,5 (5-6) 5,5 ± 0,70	3,5 (0-11) 4,29 ± 3,11	0,394

Menopoz durumuna göre ölçek puanlarının karşılaştırılmasında, BECK-D, BECK-A, BAÖ, WHOQoL-BREF-TR alt boyutları ve GRCDÖ toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır.

Akromegali hastalarında menopoza girenlerde GRCDÖ sıklık, kaçınma ve vajinismus alt boyut puanları menopoza girmeyenlere göre anlamlı oranda daha yüksek bulunmuştur (sırasıyla p=0,036; p=0,036; p=0,033). Hasta ve kontrol gruplarında menopoz durumuna göre ölçek puanlarının karşılaştırılması Tablo 17’de, GRCDÖ alt boyut puanlarının karşılaştırılması ise Tablo 18’de gösterilmiştir.

Tablo-17: Hasta ve kontrol gruplarının ölçek puanlarının menopoz durumuna göre karşılaştırılması.

		Menopoz Durumu		
		Var	Yok	p
GRCDÖ Toplam	Hasta Grubu	41 (20-98) 47,53 ± 20,12	37 (11-66) 36,90 ± 16,74	0,129
	Kontrol Grubu	42,5 (22-69) 44,14 ± 16,82	27 (7-68) 31,36 ± 18,34	0,107
BECK-D	Hasta Grubu	10 (0-23) 11,86 ± 6,53	9,5 (2-34) 14,20 ± 11,56	1,000
	Kontrol Grubu	10,5 (0-31) 13,5 ± 9,53	7 (0-27) 8,72 ± 8,62	0,107
BECK-A	Hasta Grubu	9 (1-37) 11,80 ± 8,84	14,5 (4-35) 14,40 ± 10,15	0,567
	Kontrol Grubu	10,5 (1-39) 13,78 ± 12,55	4 (0-31) 7,81 ± 8,78	0,166
BAÖ	Hasta Grubu	131 (105-184) 134,40 ± 20,92	143,5 (70-170) 132,80 ± 32,63	0,723
	Kontrol Grubu	135 (61-185) 137,64 ± 31,06	153 (101-199) 155,45 ± 26,48	0,085
WHOQoL - Fiziksel	Hasta Grubu	67,85 (42,85-85,71) 65,23 ± 11,95	69,63 (46,62-96,42) 68,58 ± 16,40	0,605
	Kontrol Grubu	69,63 (50-96,42) 70,14 ± 14,59	78,57 (28,57-100) 74,67 ± 19,39	0,317
WHOQoL - Ruhsal	Hasta Grubu	62,5 (45,83-75) 62,49 ± 9,57	64,58 (29,16-83,33) 62,91 ± 16,01	0,723
	Kontrol Grubu	64,58 (25-87,50) 58,62 ± 20,37	79,16 (45,83-100) 72,72 ± 18,66	0,120
WHOQoL - Sosyal	Hasta Grubu	58,33 (41,66-91,66) 62,21 ± 12,93	58,33 (41,66-91,66) 61,66 ± 15,81	0,807
	Kontrol Grubu	70,83 (25-91,66) 62,49 ± 24,18	66,66 (25-100) 67,42 ± 21,23	0,767
WHOQoL - Çevresel	Hasta Grubu	68,75 (50-78,12) 66,03 ± 8,34	60,93 (40,62-81,25) 62,18 ± 14,16	0,531
	Kontrol Grubu	59,37 (50-81,25) 62,49 ± 10,75	65,62 (50-90,62) 69,59 ± 13,77	0,267

Tablo-18: Hasta ve kontrol grubunda menopoz durumuna göre GRCDÖ alt boyut puanlarının karşılaştırılması.

		Menopoz Durumu		p
		Var	Yok	
GRCDÖ Sıklık	Hasta Grubu	5 (2-7) 4,26 ± 1,70	4 (1-6) 3,6 ± 1,83	0,036
	Kontrol Grubu	4 (1-6) 4,35 ± 1,44	5 (0-7) 4,18 ± 2,08	0,979
GRCDÖ İletişim	Hasta Grubu	4 (1-8) 4,73 ± 2,15	4,5 (0-8) 4,2 ± 2,20	0,643
	Kontrol Grubu	4 (2-8) 4,21 ± 1,52	2 (0-8) 3,45 ± 2,73	0,373
GRCDÖ Doyum	Hasta Grubu	4 (1-16) 4,93 ± 3,80	4 (0-11) 5,3 ± 3,97	0,683
	Kontrol Grubu	5,5 (1-16) 6,07 ± 3,39	4 (0-10) 3,72 ± 2,86	0,095
GRCDÖ Kaçınma	Hasta Grubu	6 (1-15) 6,73 ± 3,82	3 (0-12) 3,7 ± 3,59	0,036
	Kontrol Grubu	5,5 (0-9) 4,92 ± 3,31	2 (0-7) 2,63 ± 2,41	0,095
GRCDÖ Dokunma	Hasta Grubu	7 (0-14) 6,13 ± 3,46	3 (0-11) 4,3 ± 3,33	0,177
	Kontrol Grubu	4 (0-10) 4,57 ± 3,03	2 (0-9) 3,09 ± 3,44	0,183
GRCDÖ Vajinismus	Hasta Grubu	5 (1-8) 4,46 ± 2,16	4,5 (2-7) 4,8 ± 1,68	0,807
	Kontrol Grubu	6 (2-11) 6,5 ± 2,47	4 (0-10) 4,54 ± 2,38	0,033
GRCDÖ Anorgazmi	Hasta Grubu	6 (3-15) 7,26 ± 4,02	5 (0-11) 5,8 ± 3,29	0,531
	Kontrol Grubu	6,5 (2-16) 7 ± 3,96	5 (0-12) 5,09 ± 3,11	0,166

Akromegali hastalarının poliklinikten takip süresi ile BECK-D, BECK-A, BAÖ, GRCDÖ toplam ve WHOQoL-BREF-TR alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Poliklinikten takip süresi arttıkça, GRCDÖ'nün dokunma ve anorgazmi alt boyut puanlarında istatistiksel olarak anlamlı azalma olduğu tespit edilmiştir. Hastalara uygulanan ölçek puanlarının takip süresi ile ilişkisi Tablo 19a, Tablo 19b ve Tablo 19c'de gösterilmiştir.

Tablo-19a: Hastalara uygulanan ölçek puanlarının takip süresi ile ilişkisi.

	GRCDÖ Toplam	BECK-D	BECK-A	BAÖ
Takip Süresi	p=0,156 r=-0,200	p=0,237 r=-0,167	p=0,157 r=-0,199	p=0,087 r=0,239

Tablo-19b: Hastalara uygulanan ölçek puanlarının takip süresi ile ilişkisi.

	WHOQoL Fiziksel	WHOQoL Ruhsal	WHOQoL Sosyal	WHOQoL Çevresel
Takip Süresi	p=0,867 r=0,024	p=0,087 r=0,239	p=0,789 r=0,038	p=0,121 r=0,218

Tablo-19c: Hastaların GRCDÖ alt boyut puanlarının poliklinikten takip süresi ile ilişkisi.

	Takip Süresi	
	r	p
GRCDÖ Sıklık	0,131	0,356
GRCDÖ İletişim	-0,229	0,102
GRCDÖ Doyum	0,008	0,956
GRCDÖ Kaçınma	-0,191	0,176
GRCDÖ Dokunma	-0,339	0,014
GRCDÖ Vajinismus	0,214	0,294
GRCDÖ Anorgazmi	-0,392	0,047
GRCDÖ Sertleşme Bozukluğu	-0,227	0,266
GRCDÖ Erken Boşalma	-0,117	0,568

Remisyon durumunun ölçek puanları üzerine olan etkisi incelendiğinde, istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır. Hastaların remisyon durumuna göre ölçek puanlarının karşılaştırılması Tablo 20’de, GRCDÖ alt boyut puanlarının karşılaştırılması ise Tablo 21’de gösterilmiştir.

Tablo-20: Hastaların remisyon durumuna göre ölçek puanlarının karşılaştırılması.

	Remisyon Durumu		P
	Var (n=38)	Yok (n=14)	
BECK-D	9,5 (0-38) 11,86 ± 9,01	11 (0-32) 11,85 ± 8,21	0,796
BECK-A	8 (0-62) 12,89 ± 13,46	6,5 (0-23) 8,71 ± 7,01	0,396
BAÖ	142 (92-192) 140,31 ± 24,68	128,5 (70-197) 135,35 ± 31,51	0,516
WHOQoL-BREF-TR			
Bedensel alt boyut (0-100)	67,85 (32,1-96,4) 64,66 ± 16,55	73,21 (46,4-100) 70,66 ± 15,22	0,296
Ruhsal alt boyut (0-100)	66,6 (25-95,8) 65,23 ± 16,15	62,5 (29,1-87,5) 64,87 ± 16,15	0,917
Sosyal alt boyut (0-100)	58,3 (25-100) 60,08 ± 17,23	58,3 (41,6-100) 63,09 ± 15,91	0,530
Çevresel alt boyut (0-100)	62,5 (40,6 – 93,7) 64,06 ± 12,45	70,3 (40,6-100) 72,09 ± 14,05	0,077
GRCDÖ Toplam	37,5 (11-98) 38,28 ± 18,01	32,5 (14-70) 36,64 ± 17,72	0,757

Tablo-21: Hastaların remisyon durumuna göre GRCDÖ alt boyut puanlarının karşılaştırılması.

	Remisyon Durumu		p
	Var (n=14)	Yok (n=38)	
GRCDÖ - Sıklık	4 (0-12) 4,55 ± 2,55	5,5 (2-7) 5,14 ± 1,79	0,307
GRCDÖ - İletişim	3,5 (0-8) 3,60 ± 2,30	3 (0-8) 3,21 ± 2,29	0,553
GRCDÖ - Doyum	6 (0-16) 6,31 ± 4,19	4 (0-9) 4,07 ± 2,55	0,084
GRCDÖ - Kaçınma	3,5 (0-15) 3,68 ± 3,61	2,5 (0-12) 3,85 ± 4,31	0,909
GRCDÖ - Dokunma	3 (0-14) 3,68 ± 3,48	3 (0-11) 3,92 ± 3,62	0,835
GRCDÖ - Vajinismus	5 (2-8) 4,94 ± 1,68	2 (1-7) 3,28 ± 2,36	0,107
GRCDÖ - Anorgazmi	5 (0-15) 6,10 ± 3,78	7 (3-14) 7,71 ± 3,63	0,254
GRCDÖ - Sertleşme bozukluğu	3 (0-10) 4,71 ± 3,63	5 (0-13) 5,73 ± 3,73	0,534
GRCDÖ - Erken boşalma	4 (0-10) 5,42 ± 3,90	7 (0-14) 6,84 ± 3,46	0,427

Hastaların %26,9'unun (n=14) akromegaliyle ilişkili aktif bir şikâyeti varken, %73,1'inin (n=38) herhangi bir şikâyeti bulunmamaktadır. Aktif şikâyeti olan hastaların %13,5'inde (n=7) terleme, %11,5'inde (n=6) elde ayakta büyüme, %11,5'inde (n=6) yüzde değişiklik, %11,5'inde (n=6) baş ağrısı, %9,6'sında (n=5) eklem ağrısı, %9,6'sında (n=5) halsizlik, %7,7'sinde (n=4) parestezi, %7,7'sinde (n=4) parestezi, %7,7'sinde (n=4) görme bozukluğu bulunmaktadır. Hastaların aktif şikâyet varlığına göre ölçek puanlarının karşılaştırılmasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Aktif şikâyet varlığına göre ölçek puanlarının karşılaştırılması Tablo 22'de, GRCDÖ alt boyut puanlarının karşılaştırılması Tablo 23'de verilmiştir.

Tablo-22: Hastaların aktif şikâyet varlığına göre ölçek puanlarının karşılaştırılması.

	Aktif Şikâyet Varlığı		p
	Var (n=14)	Yok (n=38)	
BECK-D	8,5 (2-34) 13,85 ± 11,46	10,5 (0-38) 11,13 ± 7,53	0,836
BECK-A	13 (0-62) 17,42 ± 17,12	8 (1-52) 9,68 ± 9,15	0,128
BAÖ	136 (70-189) 135,28 ± 31,77	141 (92-197) 140,34 ± 24,56	0,650
WHOQoL-BREF-TR			
1. Soru	4 (1-5) 3,5 ± 0,94	4 (1-5) 3,5 ± 0,83	0,840
2. Soru	3 (1-5) 3 ± 1,17	4 (1-5) 3,5 ± 0,95	0,120
Fiziksel alt boyut (0-100)	67,85 (35,7-85,7) 65,04 ± 17,33	67,85 (32,14-100) 66,73 ± 16,09	0,869
Ruhsal alt boyut (0-100)	66,6 (29,1-83,33) 63,38 ± 17,69	64,58 (25-95,83) 65,78 ± 15,53	0,828
Sosyal alt boyut (0-100)	54,16 (41,6-83,3) 59,52 ± 15,28	58,33 (25-100) 61,40 ± 17,48	0,699
Çevresel alt boyut (0-100)	65,62 (40,6-81,25) 63,83 ± 14,01	65,62 (46,8-100) 67,10 ± 13,05	0,649
GRCDÖ Toplam	38,5 (15-66) 38,21 ± 12,77	35 (11-98) 37,71 ± 19,44	0,536

Tablo-23: Hastaların aktif şikâyet varlığına göre GRCDÖ alt boyut puanlarının karşılaştırılması.

	Aktif Şikâyet Varlığı		p
	Var (n=14)	Yok (n=38)	
GRCDÖ Sıklık	5 (2-8) 4,85 ± 2,10	4,5 (0-12) 4,65 ± 2,48	0,723
GRCDÖ İletişim	4 (0-8) 3,35 ± 2,34	3 (0-8) 3,55 ± 2,98	0,843
GRCDÖ Doyum	4,5 (0-12) 5,57 ± 3,15	6 (0-16) 5,76 ± 4,21	0,950
GRCDÖ Kaçınma	4 (0-12) 4,14 ± 3,63	2,5 (0-15) 3,57 ± 3,85	0,471
GRCDÖ Dokunma	2,5 (0-8) 3,14 ± 2,41	3 (0-14) 3,97 ± 3,81	0,715
GRCDÖ Vajinismus	5 (2-7) 4,71 ± 1,60	5 (1-8) 4,42 ± 2,14	0,821
GRCDÖ Anorgazmi	6 (4-10) 6,42 ± 2,07	5 (0-15) 6,57 ± 4,24	0,651
GRCDÖ Sertleşme Bozukluğu	8 (3-10) 7,28 ± 3,54	3 (0-13) 4,78 ± 3,56	0,107
GRCDÖ Erken Boşalma	8 (3-10) 7,42 ± 2,93	6 (0-14) 6,10 ± 3,78	0,395

Ölçek puanlarının ek hastalık varlığına göre karşılaştırılmasında, akromegali hastalarında ek hastalığı olanlarla olmayanlar arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Kontrol grubunda ise ek hastalığı olanlarda BECK-A puanları anlamlı olarak daha yüksek saptanmıştır. Hasta ve kontrol gruplarının ölçek puanlarının ek hastalık varlığına göre karşılaştırılması Tablo 24'te, GRCDÖ alt boyut puanların ek hastalık varlığına göre karşılaştırılması ise Tablo 25'te gösterilmiştir.

Tablo-24: Hasta ve kontrol gruplarının ölçek puanlarının eş hastalık varlığına göre karşılaştırılması.

		Ek Hastalık Varlığı		
		Var	Yok	P
GRCDÖ Toplam	Hasta Grubu	38,5 (11-98) 38,95 ± 18,83	35,5 (15-40) 31,75 ± 8,53	0,311
	Kontrol Grubu	25 (7-69) 29,26 ± 17,44	25,5 (7-69) 29,86 ± 17,72	0,951
BECK-D	Hasta Grubu	9 (0-38) 11,38 ± 7,39	12,5 (1-34) 14,5 ± 12,56	0,737
	Kontrol Grubu	7 (0-31) 9,06 ± 9,35	10 (0-32) 10,69 ± 8,35	0,325
BECK-A	Hasta Grubu	8 (0-52) 10,70 ± 9,78	6,5 (3-62) 17,62 ± 20,98	0,718
	Kontrol Grubu	15 (1-39) 13,80 ± 11,40	4 (0-39) 7,19 ± 8,64	0,022
BAÖ	Hasta Grubu	136,5 (70-197) 137,86 ± 26,62	144,5 (102-189) 145,12 ± 26,40	0,432
	Kontrol Grubu	160 (103-199) 158,93 ± 30,61	156,5 (61-195) 153,38 ± 29,23	0,476
WHOQoL - Fiziksel	Hasta Grubu	67,85 (32,14-100) 65,99 ± 16,63	71,42 (46,42-85,71) 67,88 ± 15,06	0,681
	Kontrol Grubu	71,42 (42,85-100) 72,13 ± 19,70	75 (28,57-100) 72,51 ± 16,26	0,844
WHOQoL - Ruhsal	Hasta Grubu	66,66 (25-95,83) 65,33 ± 16,04	68,75 (37,5-83,33) 64,06 ± 16,80	0,891
	Kontrol Grubu	70,83 (25-100) 68,88 ± 22,48	70,83 (25-100) 69,90 ± 17,25	0,983
WHOQoL - Sosyal	Hasta Grubu	58,33 (33,33-100) 62,30 ± 16,02	45,83 (25-83,33) 53,12 ± 19,88	0,170
	Kontrol Grubu	75 (25-91,66) 69,44 ± 23,07	75 (25-100) 70,59 ± 20,16	0,933
WHOQoL - Çevresel	Hasta Grubu	65,762 (46,87-100) 66,97 ± 13,17	60,93 (40,62-81,25) 62,10 ± 13,82	0,493
	Kontrol Grubu	59,37 (43,75-90,62) 66,87 ± 14,06	65,62 (40,62-100) 65,27 ± 14,97	0,641

Tablo-25: Hasta ve kontrol gruplarının GRCDÖ alt boyut puanlarının ek hastalık varlığına göre karşılaştırılması.

		Ek Hastalık Varlığı		P
		Var	Yok	
GRCDÖ Sıklık	Hasta Grubu	5 (0-12) 4,84 ± 2,44	3,5 (2-7) 4 ± 1,85	0,311
	Kontrol Grubu	3 (0-5) 2,80 ± 1,52	4 (0-7) 3,75 ± 1,93	0,081
GRCDÖ İletişim	Hasta Grubu	4 (0-8) 3,77 ± 2,27	1,5 (0-5) 2 ± 1,85	0,045
	Kontrol Grubu	3 (0-8) 3,26 ± 1,94	3 (0-8) 3,25 ± 2,33	0,967
GRCDÖ Doyum	Hasta Grubu	4,5 (0-16) 5,50 ± 3,99	6,5 (0-11) 6,87 ± 3,56	0,195
	Kontrol Grubu	4 (0-16) 4,66 ± 4,32	4 (0-10) 3,83 ± 2,76	0,723
GRCDÖ Kaçınma	Hasta Grubu	3 (0-15) 4,11 ± 3,90	0,5 (0-4) 1,62 ± 1,99	0,082
	Kontrol Grubu	2 (0-9) 2,86 ± 2,61	1 (0-9) 2,44 ± 3,00	0,254
GRCDÖ Dokunma	Hasta Grubu	3 (0-14) 3,97 ± 3,70	2,5 (0-5) 2,50 ± 1,60	0,446
	Kontrol Grubu	2 (0-10) 2,46 ± 2,72	1 (0-9) 2,86 ± 3,16	1,000
GRCDÖ Vajinismus	Hasta Grubu	5 (1-8) 4,50 ± 2,02	4,5 (3-6) 4,50 ± 2,12	0,960
	Kontrol Grubu	5 (2-6) 4,62 ± 1,30	5 (0-11) 6,11 ± 2,91	0,262
GRCDÖ Anorgazmi	Hasta Grubu	5 (0-15) 6,45 ± 3,88	7,5 (7-8) 7,50 ± 0,70	0,394
	Kontrol Grubu	6 (0-14) 6 ± 4,34	6 (2-16) 6,23 ± 3,45	0,977
GRCDÖ Sertleşme Bozukluğu	Hasta Grubu	5,5 (0-13) 5,70 ± 4,01	3,5 (3-8) 4,66 ± 2,25	0,836
	Kontrol Grubu	2 (0-5) 2,57 ± 2,07	1 (0-7) 2,31 ± 1,94	0,735
GRCDÖ Erken Boşalma	Hasta Grubu	7 (0-14) 6,75 ± 3,79	5 (3-10) 5,50 ± 2,73	0,387
	Kontrol Grubu	3 (0-9) 3,57 ± 2,87	4 (0-11) 4,68 ± 3,07	0,461

Hasta grubuna uygulanan ölçek puanları RT öyküsü varlığına göre anlamlı farklılık göstermemiştir. GRCDÖ alt boyut puanlarında da RT öyküsüne göre anlamlı farklılık görülmemiştir (sıklık: p=0,104; iletişim:

p=0,457; doyum: p=0,678; kaçınma: p=0,524; dokunma: p=0,509, vajinismus: p=0,836; anorgazmi: p=0,196; sertleşme bozukluğu: p=0,656; erken boşalma: p=0,139). Hasta grubunun ölçek puanlarının RT öyküsü varlığına göre karşılaştırılması Tablo 26a ve Tablo 26b'de gösterilmiştir.

Hasta grubunda ilaç tedavisi tipinin ölçek puanları üzerine etkisi incelendiğinde GRDCÖ'nün toplam ve alt boyut, WHOQoL-BREF-TR'nin alt boyut puanlarında anlamlı farklılık olmadığı; ilaçsız takip edilen hastalarda BECK-A puanlarının anlamlı olarak daha yüksek (p=0,033), BAÖ puanlarının anlamlı olarak daha düşük olduğu görülmüştür (p=0,033). Sadece somatostatin analogu kullanan hastaların ise diğer hastalara göre BECK-A puanları anlamlı olarak daha düşük bulunmuştur (p=0,006). Hasta grubuna uygulanan ölçek puanlarının RT öyküsü ve ilaç tedavisi tipine göre karşılaştırılması Tablo 26a ve Tablo 26b'de verilmiştir.

		GRCDÖ Toplam	BECK-D	BECK-A	BAÖ
RT Öyküsü	Var	38,5 (13-69) 37,41 ± 16,22	11 (0-21) 10,66 ± 6,35	8,5 (0-22) 8,75 ± 7,27	144 (112-176) 142,25 ± 19,95
	Yok	37 (11-98) 37,97 ± 18,41	9,5 (0-38) 12,22 ± 9,35	8 (1-62) 12,67 ± 13,20	136,5 (70-197) 138 ± 28,27
	p	0,896	0,957	0,465	0,454
İlaçsız Takip	Var	38,5 (15-72) 40,78 ± 17,41	13 (1-38) 15,57 ± 11,67	12,5 (3-62) 19 ± 18,15	143 (70-197) 142,97 ± 25,04
	Yok	35 (11-98) 36,76 ± 18,01	9 (0-32) 10,50 ± 7,06	8 (0-37) 9,10 ± 7,78	120 (92-189) 128,14 ± 28,10
	p	0,439	0,183	0,033	0,033
Somatostatin Analoğu	Var	36 (12-98) 38,60 ± 18,12	9 (0-23) 10,24 ± 6,24	5 (0-37) 7,76 ± 8,01	141 (105-192) 142,84 ± 21,64
	Yok	37 (11-72) 37,14 ± 17,76	13 (0-38) 13,37 ± 10,41	13 (0-62) 15,48 ± 14,15	135 (70-197) 135,4 ± 30,23
	p	0,833	0,425	0,006	0,314
Kabergolin	Var	31 (13-63) 32,60 ± 20,88	13 (0-21) 11,20 ± 8,01	13 (2-22) 13,40 ± 7,36	147 (124-197) 154,8 ± 26,90
	Yok	37 (11-98) 38,40 ± 17,58	9 (0-38) 11,93 ± 8,87	8 (0-62) 11,59 ± 12,59	138 (70-92) 137,29 ± 26,14
	p	0,487	0,904	0,316	0,131
Kombine	Var	32,5 (11-66) 33,62 ± 17,43	8 (2-32) 10,87 ± 9,61	11 (0-19) 10,62 ± 6,84	134,5 (70-176) 136 ± 33,75
	Yok	37 (12-98) 38,61 ± 17,92	10,5 (0-38) 12,04 ± 8,66	8 (0-62) 11,97 ± 12,93	141 (92-197) 139,52 ± 25,36

	p	0,525	0,541	0,718	0,990
--	----------	-------	-------	-------	-------

Tablo-26a: Hasta grubunun ölçek puanlarının RT öyküsü, ilaç tedavisi tipi ile ilişkisi.

Tablo-26b: Hasta grubuna uygulanan WHOQoL-BREF-TR alt boyut puanlarının RT öyküsü ve ilaç tedavisi tipine göre karşılaştırılması.

		WHOQoL Fiziksel	WHOQoL Ruhsal	WHOQoL Sosyal	WHOQoL Çevresel
RT Öyküsü	Var	73,2 (32,1-85,7) 65,49 ± 16,86	64,5 (37,5-83,3) 65,97 ± 13,39	70,8(33,3-100) 66,66 ± 20,72	70,3 (46,8-78,1) 67,70 ± 10,43
	Yok	67,8 (35,7-100) 66,51 ± 16,31	66,6 (25-95,8) 64,89 ± 16,84	58,3 (25-100) 59,16 ± 15,30	62,5 (40,6-100) 65,77 ± 14,08
	p	0,957	0,870	0,218	0,396
İlaçsız Takip	Var	66,0 (32,1-89,2) 63,26 ± 18,44	62,5 (25-91,6) 62,49 ± 19,81	50 (33,3-83,3) 55,35 ± 14,47	57,8 (40,6-93,7) 60,93 ± 14,43
	Yok	69,63 (35,7-100) 67,39 ± 15,52	66,6 (29,1-95,8) 66,11 ± 14,53	58,3 (25-100) 62,93 ± 17,29	68,75 (46,8-100) 68,17 ± 12,43
	p	0,482	0,619	0,140	0,054
Somatostatin Analogu	Var	71,4 (35,7-85,7) 67,01 ± 13,58	66,6 (45,8-95,8) 67,16 ± 12,86	58,3 (25-83,3) 58,33 ± 13,60	68,7 (50-87,5) 66,74 ± 9,32
	Yok	64,2 (32,1-100) 65,60 ± 18,66	62,5 (25-91,6) 63,26 ± 18,49	58,3(33,3-100) 63,26 ± 19,23	59,3 (40,6-100) 65,73 ± 16,24
	p	0,734	0,526	0,571	0,532
Kabergolin	Var	50 (42,8-100) 62,85 ± 24,30	62,5 (50-87,5) 63,33 ± 15,42	91,6 (50-100) 78,33 ± 26,08	59,3 (50-100) 66,87 ± 21,14
	Yok	67,8 (32,1-96,4) 66,64 ± 15,52	66,6 (25-95,8) 65,33 ± 16,20	58,3 (25-91,6) 59,03 ± 14,72	65,6 (40,6-96,8) 66,15 ± 12,48
	p	0,468	0,673	0,116	0,763
Kombine	Var	71,4 (53,5-96,4) 71,42 ± 16,42	64,5 (29,1-87,5) 64,58 ± 20,04	70,8 (41,6-91) 67,70 ± 16,92	76,5 (46,8-96,8) 73,43 ± 14,94
	Yok	67,8 (32,1-100) 65,34 ± 16,26	66,6 (25-95,8) 65,24 ± 15,43	58,3 (25-100) 59,65 ± 16,66	64,06 (40,6-100) 64,91 ± 12,67
	p	0,323	0,931	0,214	0,082

Akromegali hastalarının ölçek puanları laboratuvar tetkiklerine göre karşılaştırıldığında, HbA1c ve GH değerleri ile ölçek puanları arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. IGF-1 ve serbest T4 değerleri ile GRCDÖ toplam puanları arasında ters yönde anlamlı bir ilişki saptanmıştır (sırasıyla p=0,045; p=0,047). Aynı zamanda serbest T4 değeri arttıkça GRCDÖ'nün kaçınma alt boyut puanının anlamlı olarak azaldığı görülmüştür (p=0,007). Hasta grubuna uygulanan ölçek puanlarının laboratuvar tetkikleri ile ilişkisi Tablo 27a ve Tablo 27b'de verilmiştir.

Tablo-27a: Hasta grubunun ölçek puanlarının laboratuvar tetkikleri ile ilişkisi.

	HbA1c	GH	IGF-1	T4
GRCDÖ Toplam	p=0,083 r=0,243	p=0,493 r=-0,097	p=0,045 r=-0,279	p=0,047 r=-0,277
BECK-D	p=0,663 r=0,062	p=0,436 r=-0,110	p=0,923 r=0,014	p=0,270 r=-0,156
BECK-A	p=0,586 r=-0,077	p=0,973 r=-0,005	p=0,650 r=0,064	p=0,399 r=-0,119
BAÖ	p=0,398 r=-0,120	p=0,575 r=0,080	p=0,636 r=0,067	p=0,568 r=0,081
WHOQoL - Fiziksel alt boyut	p=0,406 r=-0,118	p=0,400 r=0,119	p=0,677 r=0,059	p=0,384 r=0,123
WHOQoL - Ruhsal alt boyut	p=0,703 r=-0,054	p=0,974 r=0,005	p=0,493 r=-0,097	p=0,189 r=0,185
WHOQoL - Sosyal alt boyut	p=0,916 r=-0,015	p=0,069 r=0,254	p=0,419 r=0,115	p=0,460 r=0,105
WHOQoL - Çevresel alt boyut	p=0,495 r=0,097	p=0,793 r=0,037	p=0,675 r=-0,060	p=0,345 r=0,134

Tablo-27b: Hasta grubunun GRCDÖ alt boyut puanlarının laboratuvar tetkikleri ile ilişkisi

	HbA1c	GH	IGF-1	T4
GRCDÖ Sıklık	p=0,064 r=0,258	p=0,555 r=-0,084	p=0,150 r=-0,203	p=0,464 r=-0,104
GRCDÖ İletişim	p=0,227 r=0,170	p=0,505 r=-0,095	p=0,052 r=-0,287	p=0,108 r=-0,226
GRCDÖ Doyum	p=0,841 r=0,029	p=0,904 r=-0,017	p=0,340 r=-0,135	p=0,394 r=-0,121
GRCDÖ Kaçınma	p=0,200 r=0,181	p=0,143 r=-0,206	p=0,059 r=-0,264	p=0,007 r=-0,370
GRCDÖ Dokunma	p=0,975 r=-0,005	p=0,692 r=0,056	p=0,143 r=-0,206	p=0,057 r=-0,266
GRCDÖ Vajinismus	p=0,815 r=0,048	p=0,527 r=-0,130	p=0,633 r=-0,098	p=0,184 r=-0,269
GRCDÖ Anorgazmi	p=0,191 r=0,265	p=0,695 r=0,081	p=0,937 r=0,016	p=0,560 r=-0,120
GRCDÖ Sertleşme Bozukluğu	p=0,386 r=0,177	p=0,382 r=-0,179	p=0,141 r=-0,297	p=0,381 r=-0,179
GRCDÖ Erken Boşalma	p=0,428 r=0,162	p=0,413 r=-0,168	p=0,238 r=-0,240	p=0,635 r=-0,098

Hastalık özelinde bakıldığında, hasta grubunda hipogonadizm tanısı bulunanlar ile bulunmayanların GRCDÖ toplam puanı bakımından karşılaştırılmasında anlamlı bir fark saptanmamıştır. GRCDÖ'nün vajinismus alt boyut puanı ise hipogonadizmi olan hastalarda anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur ($p=0,019$).

DM tanısına sahip olan hastaların, DM tanısı olmayanlara göre GRCDÖ toplam puanı anlamlı olarak daha yüksek bulunmuş; GRCDÖ alt boyut puanlarının karşılaştırılmasında ise anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p=0,005$).

Hiperlipidemi tanısı olanlarda, hiperlipidemisi olmayanlara göre GRCDÖ'nün kaçınma alt boyut puanı anlamlı olarak daha yüksek, sertleşme bozukluğu alt boyut puanı ise anlamlı olarak daha düşük saptanmıştır (sırasıyla $p=0,024$; $p=0,018$).

Hipotiroidisi bulunan hastalarda, hipotiroidisi bulunmayanlara göre GRCDÖ toplam puanları açısından anlamlı bir farklılık bulunmazken; erken boşalma alt boyut puanları anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur ($p=0,039$).

Hasta grubunda hipogonadizm, DM, hiperlipidemi ve hipotiroidi varlığına göre GRCDÖ toplam puanlarının karşılaştırılması Tablo 28'de, GRCDÖ'nün alt boyut puanlarının karşılaştırılması Tablo 29'da gösterilmiştir.

Tablo-28: Hasta grubunda hipogonadizm, DM, hiperlipidemi ve hipotiroidi varlığına göre GRCDÖ toplam puanlarının karşılaştırılması.

	Hipogonadizm		p
	Var (n=11)	Yok (n=41)	
GRCDÖ Toplam	46 (18-98) 43,54 ± 24,57	37 (11-72) 36,31 ± 15,51	0,473
	Diabetes Mellitus		p
	Var (n=18)	Yok (n=34)	
GRCDÖ Toplam	43,5 (20-98) 47,11 ± 19,08	32 (11-69) 32,94 ± 15,13	0,005
	Hiperlipidemi		p
	Var (n=26)	Yok (n=26)	
GRCDÖ Toplam	38,5 (12-98) 39,46 ± 20,32	35,5 (11-70) 36,23 ± 15,04	0,577
Hipotiroidi			

	Var (n=13)	Yok (n=39)	p
GRCDÖ Toplam	40 (11-69) 39,61 ± 17,23	36 (12-98) 37,25 ± 18,13	0,505

Tablo-29: Hasta grubunda hipogonadizm, DM ve hiperlipidemi varlığına göre GRCDÖ alt boyut puanlarının karşılaştırılması.

	Hipogonadizm		p
	Var (n=11)	Yok (n=41)	
GRCDÖ Sıklık	5 (2-12) 6 ± 2,64	4 (0-8) 4,36 ± 2,19	0,079
GRCDÖ İletişim	4 (0-8) 4,45 ± 2,42	3 (0-8) 3,24 ± 2,21	0,130
GRCDÖ Doyum	8 (2-16) 7,09 ± 3,98	5 (0-15) 5,34 ± 3,87	0,173
GRCDÖ Kaçınma	5 (0-15) 5,27 ± 4,98	3 (0-12) 3,31 ± 3,33	0,257
GRCDÖ Dokunma	4 (0-14) 4,45 ± 5,10	3 (0-11) 3,56 ± 2,97	0,964
GRCDÖ Vajinismus	6 (5-8) 6,40 ± 1,51	4 (1-7) 4,04 ± 1,82	0,019
GRCDÖ Anorgazmi	4 (3-15) 6,40 ± 4,92	6 (0-14) 6,57 ± 3,55	0,569
GRCDÖ Sertleşme Bozukluğu	4,5 (2-12) 5,83 ± 4,30	4,5 (0-13) 5,35 ± 3,57	0,976
GRCDÖ Erken Boşalma	7 (0-10) 6,83 ± 3,82	6,5 (0-14) 6,5 ± 3,59	0,976
	Diabetes Mellitus		
	Var (n=18)	Yok (n=34)	p
GRCDÖ Sıklık	5 (2-8) 5,44 ± 1,88	4 (0-12) 4,32 ± 2,53	0,065
GRCDÖ İletişim	4 (0-8) 4,27 ± 2,21	3 (0-8) 3,08 ± 2,24	0,073
GRCDÖ Doyum	6 (1-16) 6,33 ± 4,47	5 (0-15) 5,38 ± 3,63	0,569
GRCDÖ Kaçınma	4,5 (0-15) 5,16 ± 4,46	2 (0-12) 2,97 ± 3,16	0,087
GRCDÖ Dokunma	3,5 (0-14) 4,83 ± 4,20	3 (0-12) 3,17 ± 2,95	0,209
GRCDÖ Vajinismus	5 (1-8) 5 ± 2,36	4 (2-7) 4,13 ± 1,64	0,281
GRCDÖ Anorgazmi	6 (3-15) 8,18 ± 4,62	5 (0-10) 5,33 ± 2,46	0,198
GRCDÖ Sertleşme Bozukluğu	8 (3-12) 7,71 ± 3,63	3 (0-13) 4,63 ± 3,40	0,063

GRCDÖ Erken Boşalma	8 (3-14) 7,85 ± 3,53	6 (0-11) 5,94 ± 3,53	0,306
	Hiperlipidemi		
	Var (n=26)	Yok (n=26)	p
GRCDÖ Sıklık	4 (0-8) 4,42 ± 2,24	5 (1-12) 5 ± 2,49	0,494
GRCDÖ İletişim	3 (0-7) 4 ± 2,43	3 (0-7) 3 ± 2,05	0,138
GRCDÖ Doyum	4,5 (0-16) 5,11 ± 3,60	6 (0-15) 6,30 ± 4,21	0,286
GRCDÖ Kaçınma	4 (0-15) 4,92 ± 4,08	1 (0-12) 2,53 ± 3,06	0,024
GRCDÖ Dokunma	3,5 (0-14) 3,92 ± 3,80	2,5 (0-12) 3,57 ± 3,21	0,795
GRCDÖ Vajinismus	5 (2-8) 5,20 ± 1,82	4 (1-6) 3,54 ± 1,86	0,054
GRCDÖ Anorgazmi	6 (3-15) 7,6 ± 4,08	5 (0-9) 5,09 ± 2,77	0,180
GRCDÖ Sertleşme Bozukluğu	3 (0-12) 3,72 ± 3,43	7 (3-13) 6,73 ± 3,39	0,018
GRCDÖ Erken Boşalma	7 (0-10) 5,63 ± 3,74	7 (3-14) 7,06 ± 3,43	0,384
	Hipotiroidi		
	Var (n=13)	Yok (n=39)	p
GRCDÖ Sıklık	5 (1-12) 5,23 ± 2,80	5 (0-8) 4,53 ± 2,22	0,579
GRCDÖ İletişim	5 (0-7) 4,53 ± 2,18	3 (0-8) 3,15 ± 2,24	0,051
GRCDÖ Doyum	5 (0-15) 5,84 ± 4,35	6 (0-16) 5,66 ± 3,83	0,983
GRCDÖ Kaçınma	4 (0-9) 4,07 ± 3,47	3 (0-15) 3,61 ± 3,90	0,521
GRCDÖ Dokunma	4 (0-12) 4,23 ± 3,65	3 (0-14) 3,58 ± 3,46	0,514
GRCDÖ Vajinismus	5 (2-8) 4,57 ± 2,14	5 (1-8) 4,47 ± 1,98	0,955
GRCDÖ Anorgazmi	4 (0-7) 4,14 ± 2,26	6 (3-15) 7,42 ± 3,83	0,063
GRCDÖ Sertleşme Bozukluğu	5,5 (2-13) 6,50 ± 4,23	3,5 (0-12) 5,15 ± 3,54	0,573
GRCDÖ Erken Boşalma	10 (5-11) 8,83 ± 2,31	5,5 (0-14) 5,75 ± 3,61	0,039

TARTIŞMA VE SONUÇ

Birçok organik hastalıkta olduğu gibi akromegali hastalığında da ruhsal yakınmaların ve cinsel işlevlerin sorgulanması, yaşam kalitesinin irdelenmesi ve bu alanlara yönelik desteğin sağlanması sıklıkla geri planda kalmaktadır. Akromegali tedavisinde biyokimyasal kontrolü sağlamak, hastalığa bağlı olarak meydana gelen bedensel değişiklikleri geri döndürmek ve komplikasyonlarla başa çıkmak kadar; akromegaliye eşlik eden ruhsal yakınmaları ve cinsel işlev bozukluklarını tedavi edip yaşam kalitesini artırmak da önemlidir.

Bu çalışmada birçok sistemi tutabilen, bedensel şekil bozukluğu ve hormonal değişikliklere neden olabilmesi sebebiyle ruhsal bozukluklar ve cinsel işlevler açısından da irdelenmesi gereken akromegali hastalığında, depresyon düzeyi, anksiyete düzeyi, yaşam kalitesi, beden algısı ve cinsel işlev bozuklukları ile ilişkili etmenleri incelemek amaçlanmış, veriler kontrol grubuyla karşılaştırılmıştır.

Çalışmamıza akromegali tanısı bulunan 52 hasta ve 51 sağlıklı gönüllü dahil edildi. Her iki grup sosyodemografik açıdan benzer olgulardan oluşmaktaydı. Hasta grubunda, cinsel işlev bozukluklarını değerlendiren GRDCÖ'nün toplam, sıklık, doyum, sertleşme bozukluğu ve erken boşalma alt boyut puanlarının, kontrol grubuna göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu görüldü. GRCDÖ toplam puanı ileri yaş, kadın cinsiyet ve herhangi bir işte çalışmama ile ilişkili bulundu. Hasta grubunun beden algısının kontrol grubuna göre anlamlı derecede bozuk olduğu tespit edildi. Olumsuz beden algısı, depresyon ve anksiyete düzeyiyle ilişkiliydi. WHOQoL-BREF-TR'nin sosyal ilişkiler alt boyut puanı hasta grubunda, kontrol grubuna göre anlamlı olarak düşük bulundu. BECK-D ve BECK-A ölçeklerine göre, hasta ve kontrol grubu arasında depresyon ve anksiyete düzeyleri açısından anlamlı farklılık yoktu. Remisyonda olan ve olmayan hastalar arasında yaşam kalitesi, cinsel işlev bozuklukları, beden algısı, depresyon ve anksiyete belirtileri arasında anlamlı farklılık bulunmadı.

Akromegalinin ek hastalık ve komplikasyon yelpazesinin geniş olması, uzun bir tedavi süreci gerektirmesi nedeniyle fiziksel, ruhsal ve toplumsal yükü ile yaşam kalitesi üzerindeki etkisi oldukça fazladır. Genellikle hastalığın biyokimyasal kontrolü ve morbiditelerin tedavi edilmesi hedeflenirken; son zamanlarda, biyokimyasal değişkenlerin yanı sıra akromegali tedavisinde sağlıklıyla ilgili yaşam kalitesine odaklanılmaya başlanmıştır (4).

Almanya'da Trepp ve arkadaşlarınınca yapılan bir çalışmada, akromegalili hastalarda (n=33), hastalığa özgü bir anketle yaşam kalitesi araştırılmıştır. Akromegali Yaşam Kalitesi Soru Anketi (AcroQoL)'nin kullanıldığı bu çalışmada, hastaların yaşam kalitesi fiziksel, ruhsal, kişisel ilişkiler ve görünüm olmak üzere dört alt boyutta değerlendirilmiştir. Aktif hastalığı olanlarda, remisyonda olanlara göre AcroQoL toplam puanı ile bedensel, ruhsal ve sosyal ilişkiler alt boyutları anlamlı olarak daha düşük bulunmuştur (sırasıyla AcroQoL toplam: %43±25; %68±17). Yaşam kalitesindeki bozulmada, sadece hastalığın şiddetinin değil; aynı zamanda premorbid kişilik, sosyal destek, eğitim düzeyi, toplumsal konum ve baş etme stratejilerinin de değerlendirilerek yaşam kalitesi üzerindeki etkilerinin belirlenmesi önerilmiştir (108).

Webb ve arkadaşları tarafından 106 hastanın (42'sinin hastalığı aktif, 64'ünün remisyonda) katılımıyla yapılan başka bir çalışmada, aktif akromegali hastalarının, remisyondakilere göre, AcroQoL'den daha düşük puan aldığı bildirilmiştir. En çok etkilenen boyut görünüm; en az etkilenen kişisel ilişkiler olmuştur (109). Diğer yandan, 291 hastanın AcroQoL ile değerlendirildiği başka bir çalışmada, GH veya IGF-I konsantrasyonları ile AcroQoL puanları arasında bir ilişki bulunmamış; aktif ve inaktif hastalığı olan hastalar arasında yaşam kalitesi sonuçları açısından bir fark görülmemiştir. Remisyonda olan hastalar AcroQoL ölçeğinde en yüksek puanı kişilerarası ilişkiler alt boyutundan; en düşük puanı ise görünüm alt boyutundan almışlardır. Aynı çalışmada kadınlar erkeklere göre, fiziksel alt boyutta anlamlı oranda daha düşük puan almışlardır (110). Biermasz ve arkadaşları, uzun süreli remisyonda olan (ortalama remiyon süresi 12±7,4 yıl) akromegali hastalarının (n=118) AcroQoL toplam skorunu %68,3±16,9 olarak bulmuş; sağlıklı kontrollerle

(n=83) karşılaştırıldığında AcroQoL puanları anlamlı olarak düşük bulunmuştur. Remisyondaki akromegali hastalarının sonuçları diğer çalışmalardaki aktif akromegali hastalarının sonuçları ile karşılaştırıldığında aralarında anlamlı farklılık çıkmamıştır (111).

Hastalığın kontrol altına alınması mortalite ve morbiditeyi azaltırken (112,113); hastalığa bağlı yaşam kalitesini iyileştirici etkileri o kadar net değildir ve çalışmalarda çelişkili sonuçlar bildirilmektedir. Bu durum, AcroQoL'nin hastalık aktivitesi ile değişen yaşam kalitesini tayinindeki yetersizliğinden kaynaklanabileceği gibi; akromegali hastalarının geç tanı almaları sebebiyle ortopedik ve kozmetik bozukluklarının oluşup gerilememesi ve ek hastalıklarının da bulunması ile ilişkili olabilir (114).

Çalışmamızda akromegali hastalarında WHOQoL-BREF-TR'nin sadece sosyal ilişkiler alt boyut puanı kontrollere göre anlamlı olarak düşük bulundu. Remisyonda olan ve olmayan hastaların yaşam kalitesi (bedensel sağlık, ruhsal sağlık, sosyal ilişkiler, çevresel sağlık alt boyutlarının hiçbirinde) sonuçları arasında anlamlı bir fark görülmedi. Hastaların büyük çoğunluğunun (%73,1) remisyonda olması bu sonuç üzerinde etkili olmuş olabilir. Çalışmamızda Türkçe geçerlik ve güvenilirliği yapılmamış olan AcroQoL kullanılmamış; bunun yerine genel yaşam kalitesini ölçmeye yarayan WHOQoL-BREF-TR kullanılmıştır. Bu durum, hastaların yaşam kaliteleri üzerinde hastalık dışında diğer çevresel, toplumsal ve kültürel etmenlerin de karıştırıcı olabilmesi nedeniyle, çalışmamızın bir kısıtlılığı olarak sayılabilir.

Remisyona giren akromegali hastalarının çoğu bedensel sağlıklarında bir iyileşme olduğunu ifade etmelerine rağmen (115); hastaların yüksek stres, anksiyete bozuklukları ve majör depresyon yaygınlığına sahip oldukları tespit edilmiştir (116,117). Çelik ve arkadaşları, akromegalili 57 kadın hastanın (21 remisyon, 36 aktif) yaşam kalitesi ve depresyon durumunu değerlendirdikleri bir çalışmada, aktivite ve remisyon durumlarında AcroQoL ve BECK-D puanlarında anlamlı farklılık saptamamışlardır. Bu sonucun, akromegalideki terapötik müdahalelerin, biyokimyasal hastalık kontrolü sağlama, mortalite ve morbiditeyi sağlıklı popülasyonun normallerine döndürmesine rağmen hastaların belirti ve bulgularını geri döndürmemesi ile ilişki olduğu

düşünülmüştür (4). Almanya’da 81 akromegali hastası ile yapılan başka bir kesitsel çalışmada, biyokimyasal kontrol ile ruhsal bozukluk yaygınlığı arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır (7). İngiltere’de Rowles ve arkadaşları, akromegali hastalarında biyokimyasal kontrol ile yaşam kalitesi arasında bir ilişki olmadığını; ancak AcroQoL puanları ile Psikolojik Genel İyi Hali Anketi arasında anlamlı bir ilişki olduğunu gözlemlemiştir (118). Kepçioğlu tarafında yapılan çalışmada, akromegali hastalarının yaşam kalitesi ile depresyon düzeyleri arasında ters yönde güçlü bir ilişki saptanmıştır (119). 80 akromegali hastası üzerinde yapılan bir çalışmada ise, yüksek derecede psikopatoloji ile düşük yaşam kalitesi arasında anlamlı bir ilişki bulunmuş; psikopatolojinin biyokimyasal kontrol, hastalık süresi, hormon düzeyleri gibi diğer hastalıkla ilgili etmenlere göre yaşam kalitesi üzerinde daha üstün bir belirleyici olduğu gösterilmiştir (10).

Çalışmamızda da alanyazın ile uyumlu şekilde, depresyon ve anksiyete belirtilerinin düzeyi ile yaşam kalitesi arasında ters yönde anlamlı bir ilişki bulundu. Öte yandan remisyon durumunun depresyon ve anksiyete belirtileri üzerinde anlamlı bir etkisinin olmadığı görüldü. Hastaların ortalama poliklinikten takip süresi 127,53±79,08 ay olup; takip süresi ile ölçek sonuçları arasında anlamlı bir ilişki bulunmadı. Ancak çalışmamızın kesitsel olması, hastaların remisyon sürelerinin bilinmemesi ve buna bağlı remisyonun kısa ve uzun süreli ruhsal etkileri hakkında yorum yapılamaması çalışmamızın kısıtlılıklarından biridir.

Çalışmamızda hastaların herhangi bir işte çalışmayan alt grubunun, WHOQoL-BREF-TR’nin bedensel sağlık alt boyutundan aldıkları puan anlamlı olarak daha düşüktü. Hastaların çalışmama nedeni ile hastalık şiddeti arasında bir ilişki yoktu. Çalışmayan hastaların yaşlarının ortanca değeri 56(34-64) olup, tümünün ek hastalığı vardı. Hastalığın şiddetinden ziyade ileri yaş, ek hastalık varlığı ve emekliliğe bağlı üretkenlikte azalma hissi gibi nedenlerin bedensel sağlık boyutunda bozulma etkenleri olabileceği düşünüldü.

Aylık gelirini kötü olarak değerlendiren hastaların, BECK-D ve BECK-A puanları anlamlı derecede daha yüksek; WHOQoL-BREF-TR’nin tüm alt ölçek puanları ise daha düşüktü. Diğer yandan aylık gelirini iyi olarak değerlendiren

hastaların GRCDÖ doyum puanları aylık gelirini kötü olarak değerlendiren hasta grubuna göre anlamlı olarak daha düşüktü. Aylık gelirini kötü olarak değerlendiren kontrollerin GRCDÖ vajinismus puanları, aylık gelirini iyi görenlere göre daha yüksekti. Ekonomik durumun bedensel ve ruhsal sağlığın önemli bir bileşeni olduğu düşünüldüğünde, bu sonuçlar şaşırtıcı görünmemektedir.

Akromegalinin ruhsal sağlık üzerindeki yansımaları hakkında az sayıda araştırma mevcuttur. Tiemensma ve arkadaşları, uzun süreli (13±1 yıl) remisyonda olan 68 akromegali hastası ile 68 sağlıklı kontrolü karşılaştırmış; akromegali hastalarının uyumsuz yönde kişilik değişiklikleri gösterdiğini ve apati, irritabilite, depresyon, anksiyete alanlarında anlamlı olarak daha yüksek puanlar aldıklarını bildirmiştir (120). Aktif akromegali hastalarında duygudurum bozuklukları, yorgunluk, irritabilite ve sabırsızlığa neden olan dürtü kontrol kaybı bildirilmiştir (121). Ancak başka bir çalışma, akromegali hastalarında sağlıklı kontrollere göre sadece duygudurum bozukluklarının yaygınlığının arttığı şeklinde sonuçlanmıştır (7). Bu çalışmaların kısıtlılıkları olgu sayılarının azlığı ve hastaların klinik özelliklerinin çeşitliliğidir. Ayrıca, akromegalinin uzun süreli tedavisinin etkileri ayrıntılı olarak çalışılmamıştır.

Çalışmamızda, geçmişten günümüze dek herhangi bir dönemde psikiyatrik tanı almış olma ve değerlendirilen kesitte psikotrop ilaç kullanımı açısından hasta ve kontrol grubu arasında anlamlı bir farklılık bulunmadı. Yapılan görüşmelerde hastaların bir kısmının geçmişte, özellikle de ilk tanı aldıkları dönemde depresif veya anksiyöz mizaçlı uyum bozukluğu şeklinde şikâyetlerinin bulunduğu; ancak zamanla hastalığa ve tedaviye uyum sağlamaları nedeniyle psikiyatrik desteğe ihtiyaç duymadıkları bilgisi edinildi. Aynı zamanda birçok hastanın dini inanış ve kültürel yatkınlıkları sebebiyle durumu kabullenip hayatlarına devam ettiği ve psikiyatrik destek almadıkları öğrenildi.

Hem sağlıklı hem kontrol grubunda psikiyatrik tanısı bulunanların bulunmayanlara göre BECK-A puanları anlamlı olarak daha yüksek, WHOQoL-BREF'in ruhsal sağlık alt boyut puanı anlamlı olarak daha düşüktü. BECK-D puanları ise sadece hasta grubunun psikiyatrik tanı alan alt grubunda

anlamli olarak daha yuaksekti. Bu veriler, psikiyatrik tanisi bulunan katilimcilarin ruhsal yakinmalarinin oлкеk sonuqlarina yansimasini gostermekte ve şaşirtici gorunmemektedir. Hasta grubunda psikiyatrik tanisi bulunan ve bulunmayanlar arasinda WHOQoL-BREF-TR'nin fiziksel, sosyal ve çevresel alt boyut puanlari acısından farklılık yok iken; kontrol grubunda psikiyatrik tanisi olanların olmayanlara göre bu oлкеk puanlari anlamli olarak düşüktü. Hasta grubunda bu farklılığın olmamasının, hastaların büyük bir bölümünün remisyonda olması, düzenli olarak poliklinik kontrollerine gelmeleri, hekimler tarafından yakından takip edilmeleri ve gerektiğinde ihtiyaqlarına göre diğer bölümlerle iş birliği halinde olunmasından kaynaklanıyor olabileceği düşünölmüştür.

Çalışmamızda psikotrop ilaç kullanımı olan hastaların depresyon ve anksiyete belirtilerinin şiddeti, psikotrop ilaç kullanımı olmayanlara göre anlamli oranda daha yüksek; WHOQoL-BREF-TR'nin ruhsal alt boyut puanı ise anlamli oranda daha düşük saptandı. Bu durum psikotrop ilaç kullanımına rağmen kişilerin ruhsal yakinmalarının devam ettiğini göstermektedir.

Beden algısının değerlendirilmesinde kültürel, sosyal, bilişsel yönlerin yanı sıra kilo ve vücut şekline yönelik bireysel tutumlar ile psikopatolojilerin varlığı dikkate alınmalıdır (122). Paans ve arkadaşları, 832 remisyonda depresyon hastası, 242 depresyon hastası ve 325 sağlıklı kontrolün kesitsel incelemesinde, major depresif bozukluk varlığı (halen veya remisyonda olan) ve depresif belirtilerin şiddetli olmasının, olumsuz beden algısı ile ilişkili olduğunu; depresif belirtilerin şiddetinin arttıkça vücudun daha büyük olarak algılandığını bildirmiştir. Aynı çalışmada depresyon ve beden algısı arasındaki ilişkinin VKİ'ye göre değerleşmediği de bildirilmiştir (123).

Dimopoulou ve arkadaşları, akromegali hastalarının (n=80) beden algısını, herhangi bir fiziksel değerikliği olmayan ve işlevsel olmayan hipofiz adenomlu hastalar (n=60) ile karşılaştırıp, akromegali hastalarının beden algısının anlamli derece daha olumsuz olduğunu bildirmiştir. Olumsuz beden algısının, hastalığın şiddeti, biyokimyasal kontrolü ve kontrol süresi ile ilişki olmadığı; ancak depresyonun şiddeti ile anlamli derecede ilişkili olduğu bildirilmiştir (9).

Çalışmamızda, daha önceki çalışmalarla uyumlu şekilde (5,6), akromegali hastalarının kontrol grubuna göre anlamlı derecede daha olumsuz bir beden algısına sahip olduğu bulundu. Hem hasta hem kontrol grubunda depresyon ve anksiyete belirtilerinin şiddeti arttıkça beden algısının da bozulduğu; psikotrop ilaç kullanımı olan hastaların daha olumsuz beden algısına sahip olduğu görüldü. Her iki grupta beden algısı iyileştikçe yaşam kalitesinin arttığı saptandı. Hastalık kontrolü ile beden algısı arasında ise anlamlı bir ilişki bulunmadı. Kontrol grubunda kadınlar daha olumsuz beden algısına sahip iken; akromegali hastalarında cinsiyete göre anlamlı bir farklılık yoktu.

Menopoz döneminde gerçekleşen hormonal değişikliklerin, fiziksel belirtilerin, beden algısındaki değişikliklerin, ruhsal ve toplumsal etmenlerin; depresyon, anksiyete, ani duygudurum değişimleri, yorgunluk ve irritabilite gibi psikiyatrik belirtilere neden olabildiği ileri sürülmüştür (124-130). Histerektomi ve bilateral ooferektomi yapılması sonucunda oluşan cerrahi menopozun, androjen üretiminin aniden kesilmesine ve kişinin uyum süreci yaşayamamasına yol açması sebebiyle, ruh sağlığı ve cinsellik üzerinde daha da olumsuz ve şiddetli etkilerinin olabileceği bildirilmiştir (131,132). Menopoz döneminde depresif belirtilerin gelişimi için risk faktörleri arasında erken menopoza girme, menopoz hakkında bilgi sahibi olmama, menopoz ve yaşlanmaya karşı olumsuz tutumlar, vazomotor semptomların varlığı, cerrahi menopoz varlığı, ruhsal hastalık öyküsü, eşlik eden süregelen hastalık öyküsü, yeti yitimi ve sosyal destek yer almaktadır (133-136). Aynı zamanda çalışmanın yapıldığı ülkenin genel durumu, zorlu yaşam olayları, aile içi sorunlar gibi ruhsal ve toplumsal etmenlerin de menopozun ruhsal etkilerini değerlendirirken göz önünde bulundurulması gerektiği önerilmiştir (137,138).

ABD'de yürütülen ve 16065 kadını kapsayan bir çalışmada, kadınlar menopoz öncesi, erken perimenopoz, geç perimenopoz ve menopoz sonrası olmak üzere dört gruba ayrılmıştır. Ruhsal belirtilerin, erken perimenopozal dönemdeki kadınlarda en şiddetli düzeyde olduğu; menopoz sonrasında ruhsal belirtilerin şiddetinde azalma görüldüğü saptanmıştır (125). 436 kişinin katıldığı, katılımcıların 8 yıl boyunca izlendiği boylamsal bir kohort

çalışmasında, hem menopoz öncesi hem de menopoz sonrası aşamalara kıyasla, depresif semptomların en yüksek perimenopozal dönem sırasında olduğu bulunmuştur (139). Menopoza geçiş döneminin (perimenopoz) hormonal açıdan dinamik doğası ve bu dönemde daha fazla ruhsal belirti olduğunu düşündüren epidemiyolojik veriler göz önüne alındığında, kadınların premenopoz veya postmenopoza kıyasla perimenopoz sırasında psikolojik sıkıntı bildirme olasılıklarının daha yüksek olduğu tahmin edilmektedir (125).

1057 Japon katılımcı ile yapılan bir araştırmada, pre-(n=346), peri-(n=331) ve postmenopozal (n=380) kadınların ruhsal yakınmalarının, menopoz durumuna göre anlamlı farklılık göstermediği saptanmıştır (140). Aydemir ve ark. tarafından yürütülen, 22 doğal ve 25 cerrahi menopoz tanısı konan gönüllünün anksiyete ve depresyon yönünden değerlendirildiğinde bir çalışmada, her iki grubun da anksiyete ve depresyon puanları kesme noktasının altında kalmış; iki grup arasında anksiyete ve depresyon puanları bakımından farklılık bulunmamıştır (141). Başka bir çalışmada Japon kadınlar arasında depresif belirtiler, sıcak basması veya terleme oranlarının Amerikalı ve Kanadalı hemcinslerine göre önemli ölçüde düşük olduğu bildirilmiştir (142). Sınırlı ve çelişkili veriler, belirtilerin kültürler arasında farklılık gösterebileceğini düşündürmektedir.

Çalışmamızda hem akromegali hastalarında hem de kontrol grubunda menopoza giren ve girmeyen kadınlar arasında depresyon ve anksiyete açısından anlamlı farklılık saptanmamıştır. Çalışmamızda, kadınlar “menopozda” veya “menopozda değil” olarak gruplandırılmıştır. Bahsedilen çalışmalardaki gibi bir sınıflandırma yapılmamış olması, menopoz durumunun katılımcıların bildirimine göre belirlenmiş olması, menopoza girmiş olan tüm katılımcıların doğal yoldan menopoza girmiş olması, örneklem sayısının küçük olması, diğer çalışmaların yapıldığı toplumlarla olan kültürel farklılıklar, ruhsal ve toplumsal karıştırıcı etmenlerin olması dönemler arasında anlamlı bir farklılık çıkmamasında rol oynamış olabilir. Menopoz süresinin, ruhsal belirtilerle ilişkili olduğu gösterilen vazomotor semptomların, menopoz ve yaşlılık ile ilgili tutumların ayrıca sorgulanmamış olması çalışmamızın kısıtlılıklarındadır.

Over işlevlerinin azalmasına bağlı dolaşımdaki östrojen, progesteron ve testosteronun azalması ile cinsel istek, uyarılabilirlik ve doyum kapasitesinde azalma görülebilmektedir (67,143). Aynı zamanda cinsel organlardaki atrofik değişiklikler ile yetersiz ıslanmaya ikincil olarak ağrı ve vajinismus gelişebilmektedir (144). Kömürcü ve arkadaşlarının menopozun cinsel işlevler üzerine etkilerini incelediği çalışmada, katılımcıların en düşük puanları cinsel uyarılma ve orgazm sıklığı sorularından aldıkları görülmüştür (145). Vulvovajinal atrofide cinsel istek, uyarılma ve orgazm gibi kadın cinsel fonksiyonları etkilenebilmekte; vajinal atrofi nedeniyle gelişen ağrı, kadının cinsel aktiviteyi başlatmasına, uyarıya cevap vermesine veya tamamlamasına engel olabilmektedir (146). Başka bir çalışmada, menopozdaki kadınların birçoğunda, istekte azalma, cinsel ilişki sıklığında azalma, ilişki sırasında ağrı, orgazm zorlukları ve genital uyarılmada güçlükler gibi değişiklikler bildirilmiştir (142,147).

Çalışmamızda hem hasta hem kontrol grubunda, menopoza giren kadınlarda GRCDÖ toplam puanları menopoza girmeyen kadınlara göre, istatistiksel olarak anlamlı olmasa da, daha yüksek bulundu. Kontrol grubunda menopoza giren kadınlarda vajinismus puanı; hasta grubunda ise menopoza giren kadınlarda kaçınma ve sıklık puanları anlamlı olarak daha yüksekti. Alanyazın ile uyumlu şekilde çalışmamızda da tespit edilen menopoza bağlı değişikliklerin cinsel ilişki sıklığında azalma, cinsel ilişkiden kaçınma gibi sonuçlar doğurması oldukça tahmin edilebilir bir durumdur.

Düzenli adet görmenin birçok kültürde doğurganlık ve dişiliğin göstergesi olması, kadınların yaşlılığı ve menopozu kadınsılığın kaybı olarak değerlendirmesine yol açabilmektedir. Özellikle düşük eğitim düzeyli kişilerde menopozun yaşlılık başlangıcı, cinsel hayatın azalması ve işe yaramazlık ile bağlantılı olduğu düşünceleri bildirilmiştir (148).

Düşük eğitim düzeyine sahip kadınların cinsel sorunlar yaşama riskinin daha yüksek olduğu gösterilmiş (91,149); Türkiye’de yapılan bir çalışmada da, kadınlarda düşük eğitim düzeyi ve işsizlik ile cinsel işlev bozuklukları arasında ilişki bulunduğu bildirilmiştir (73). Çalışmamızda da alanyazın ile uyumlu şekilde, eğitim düzeyi düştükçe cinsel ilişkiden kaçınma sıklığının arttığı;

herhangi bir işte çalışmayanların, çalışanlara göre daha yüksek oranda cinsel işlev bozukluğuna sahip oldukları görüldü.

Çelik ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, akromegalili kadın hastalarda yaş ile cinsel işlev bozuklukları arasında aynı yönde anlamlı bir ilişki saptanmıştır (4). Çalışmamızda her iki grupta da yaş arttıkça çalışmayan ve menopozda olan kişi sayısı artmasına rağmen; sadece hasta grubunda ileri yaş ile GRCDÖ'ye göre cinsel işlev bozuklukları (toplam ve sıklık alt boyutu) arasında anlamlı bir ilişki bulundu. Hasta grubunda yaş arttıkça GH ve IGF-1 değerlerinin azaldığı; IGF-1 ile cinsel işlev bozuklukları (GRCDÖ toplam ve iletişim alt boyutu) arasında ters yönde anlamlı bir ilişki bulunduğu görüldü. İleri yaşta artan cinsel işlev bozukluklarının IGF-1 değerindeki düşme ile ilgili olup olmadığının araştırılması için yapılacak başka çalışmalara ihtiyaç vardır.

Rowles ve arkadaşlarının çalışmasında radyoterapi öyküsü bozulmuş yaşam kalitesi ile ilişkilendirilmiştir (118). Yine akromegalili 57 kadın hastayı içeren bir çalışmada, hiç radyoterapi almayan hastaların yaşam kalitesinin, konvansiyonel radyoterapi alan hastalara kıyasla daha yüksek olduğu görülmüştür (119). Van der Klaauw, radyoterapinin yaşam kalitesindeki bozulmanın başlıca nedenlerinden biri olduğunu bildirmiştir (34). Hipofiz radyoterapisinin özellikle yorgunluk ve fiziksel performans ölçeklerinde yaşam kalitesini etkilediği iddia edilmiştir (111). Radyoterapinin yaşam kalitesi üzerindeki olumsuz etkisinin radyoterapinin doğrudan etkisi olabileceği gibi, bu tedaviyi takiben hipopitüitarizm gelişmesi nedeniyle olabileceği de belirtilmiştir (150). Çelik ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise AcroQoL puanları ile radyoterapi arasında ilişki bulunmamıştır (4).

Sievers ve arkadaşları, radyoterapinin artmış ruhsal bozukluk riski için bir öngörücü olduğunu; bu durumun cerrahi ile tedavi edilemeyen ve ek tedavi olarak radyoterapi gerektiren daha şiddetli hastalık öyküsü ile ilişkili olabileceğini belirtmiştir (8). Biz çalışmamızda radyoterapi öyküsü ile uygulanan ölçek sonuçları arasında anlamlı bir ilişki bulamadık. Örneklem ve radyoterapi alan hasta sayısının (n=12) az olmasının, radyoterapi sonrasında hipopitüitarizm gelişen hastaların hormon replasman tedavisi alıyor olmasının, bu sonuç üzerinde etkili olabileceğini düşünüyoruz.

Kepeçioğlu tarafında yapılan 133 akromegali hastasının katıldığı çalışmada, BECK-D puan ortalaması $13,48 \pm 8,54$ olarak bulunmuş; oktreotid (n=102), lanreotid (n=22) ve pegvisomant (n=29) kullanan hasta gruplarının BECK-D ve AcroQoL puanlarında anlamlı farklılık saptanmamıştır (119). 52 akromegali tanılı hastayı içeren başka bir kesitsel çalışmada, lanreotid kullanan kontrollü hastalar, ilaçsız takip edilenlere göre, AcroQoL'in ruhsal, görünüm ve kişilerarası ilişkiler alt boyutlarından anlamlı derecede daha düşük puan almışlardır (151). Hipofiz cerrahisi sonrasında uzun etkili somatostatin analogu (oktreotid-LAR) kullanımının genel sağlık üzerinde olumlu etkilerinin olduğu ve sağlıkla ilgili yaşam kalitesini artırdığı ne sürülmüştür (152). 58 Koreli akromegali hastasının katıldığı bir çalışmada, hastalara oktreotid-LAR başlanmış ve 24 haftalık gözlem yapılmıştır. Bu hastaların AcroQoL leğinin sadece ruhsal sağlık alt boyutunda anlamlı düzeyde iyileşme saptanmıştır (153). Başka bir çalışmada ise oktreotid-LAR tedavisinin şiddetli baş ağrısı olan hastalar dışında biyokimyasal belirteçlere paralel olarak yaşam kalitesini iyileştirdiği belirtilmiştir (154).

Çalışmamızda, ilaçsız takip edilen hastaların anksiyete belirtilerinin şiddeti anlamlı olarak daha düşük, beden algıları ise anlamlı olarak daha olumlu bulunmuştur. İlaçsız takip edilen hastaların poliklinik kontrollerine daha seyrek gelmelerinin, düzenli ilaç takibi yapmaları gerekmemesinin ve remisyonda olmalarının bu durumda etkili olabileceği dşnlmştr. İlaç kullanan hastalar içinde yalnızca somatostatin analogu kullananların anksiyete belirtilerinin şiddeti, diğer ilaç tedavisi şekillerine göre, anlamlı olarak daha düşük saptanmıştır. İlaç tedavisi tipi ile yaşam kalitesinin herhangi bir alt boyutu arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Çalışmamızda diğer bazı çalışmalardan farklı olarak oktreotid-LAR ayrı bir grup olarak tanımlanmamıştır. Bu verilerin daha büyük örneklemli çalışmalarla doğrulanmaya; akromegali hastalarında oktreotid-LAR'ın da ayrı bir sınıf olarak ele alındığı ve yaşam kalitesi dışında ruhsal belirtilerin ve cinsel işlevlerin de araştırıldığı çalışmalara ihtiyaç vardır.

Alanyazın incelendiğinde, akromegali hastalarının cinsel işlevlerini ve ilişkili etmenleri araştıran az sayıda çalışma olduğu ve yeterli veri bulunmadığı

görülmüştür. Akromegalide cinsel işlev bozukluklarının doğrudan GH etkisine mi yoksa akromegalinin sonuçlarına mı bağlı olduğu net değildir.

Daha önce yapılan çalışmalarda, akromegali hastalarında daha uzun süre sigara kullananlarda, HT ve kardiyovasküler hastalığı olanlarda sertleşme bozukluğu yaygınlığının yüksek olduğu bildirilmiştir. Aynı çalışmada psikiyatrik rahatsızlıklar, hipogonadizm, IGF-1 ve GH düzeyleri ile sertleşme bozukluğu arasında bir ilişki bulunmamıştır. Benzer şekilde, remisyonda veya aktif hastalığı olan kişilerde; tek başına somatostatin analogları ve/veya GH reseptör antagonistleri ile tedavi edilenlerde sertleşme bozukluğu yaygınlığı açısından bir fark bulunmamıştır. Akromegalide sertleşme bozukluğunun, hastaların hormonal durumundan ziyade, kardiyometabolik durumu ve penil vasküler bölgedeki değişiklikler ile ilişki olduğu bildirilmiştir (155).

Çelik ve arkadaşları tarafından yapılan, 57 kadın akromegali hastası ve 46 kadın sağlıklı gönüllünün katıldığı çalışmada, hastaların Kadın Cinsel İşlev Ölçeği (KCiÖ)'nin toplam istek, uyarılma, orgazm ve memnuniyet alan puanlarının sağlıklı kontrollere göre anlamlı derecede daha düşük olduğu gösterilmiştir. Bu durum hastaların BECK-D puanlarının daha yüksek, AcroQoL puanlarının daha düşük olması, yaş ve IGF-1 seviyesi ile ilişkilendirilmiştir. Aynı çalışmada, hastaların remisyon durumuna göre cinsel işlev bozukluklarının karşılaştırılmasında anlamlı bir fark bulunmamış olsa da; yapılan regresyon analizinde KCiÖ toplam puanının IGF-1 seviyesi ile ilişki olduğu bulunmuştur. Hastalar biyokimyasal olarak remisyonda olmalarına rağmen, tedavi ile tam olarak düzelmeyen bazı komorbiditelerin akromegali hastalarının cinsel işlevlerini etkileyebileceği ifade edilmiştir (4).

Çalışmamızda hasta grubunda, GRCDÖ'ye göre cinsel işlev bozuklukları istatistiksel olarak anlamlı oranda daha yüksek bulunmuştur. Hem hasta hem kontrol grubunda yaşam kalitesinde bozulma, olumsuz beden algısı ve depresif belirtilerin şiddeti ile cinsel işlev bozuklukları arasında anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür. Sadece kontrol grubunda anksiyete belirtilerinin şiddeti ile cinsel işlev bozuklukları arasında anlamlı bir ilişki saptanmış; hasta grubunda böyle bir ilişki bulunamamıştır.

GRCDÖ puanlarının cinsiyete göre karşılaştırılmasında hem hasta hem kontrol grubunda kadınlarda cinsel işlev bozuklukları anlamlı olarak daha fazla saptanmıştır (GRCDÖ'nün toplam, iletişim, kaçınma, dokunma alt boyutlarında). Cinsel istek duyma ve bunu belli etme, fantezi kurma, cinsel doyuma ulaşma, fizyolojik ve ruhsal faktörler dışında yetiştiğimiz kültürle de bağlantılıdır. Bizim gibi muhafazakâr toplumlarda resmi bir cinsel eğitimin olmaması, cinselliğin bir tabu olarak algılanması, cinsel mitlerin yaygınlığı, bilgisizlik ve deneyimsizlik gibi etkenler kadınlarda cinsel işlev bozukluklarının artmasında rol oynayabilmektedir. Toplumumuzda, cinselliği isteyen, başlatan, bundan haz alan, orgazm olan, sevişmeye aktif olarak katılan kadınlara iyi gözle bakılmayacağı inancı yaygındır. Küçük yaşlardan başlayarak uygulanan cinsel yasak ve baskılar, cinsellikle ilgili suçluluk ve günahkarlık duyma ile cinsel güdülerin bastırılmasına sebep olabilir (57). Bu çalışmada, her iki grupta da kadınlarda GRCDÖ'ye göre yüksek düzeyde cinsel işlev bozukluğu bulunmasının, özellikle cinsel istek ve iletişim kaçınma ve dokunma alt ölçek puanlarının düşük olmasının, toplumumuzdaki geleneksel yapı, kültürel faktörler ile ilgili olduğu düşünülmektedir.

Psikotrop ilaç kullanan hastaların [7 hasta serotonin geri alım inhibitörü (SSGÖ), 1 hasta serotonin-noradrenalin geri alım inhibitörü (SNGİ)] erken boşalma alt boyut puanları, kullanmayanlara göre anlamlı derecede düşük saptanmıştır. Serotonerjik etkili ilaçların yan etki olarak boşalmada gecikme yapabilmesinin bu farklılıkta etkili olduğu düşünülmektedir (85).

Akromegali hastalığı ilaçsız takip edilen hastaların, cinsel işlev bozuklukları açısından anlamlı olarak daha düşük puan aldıkları saptanmıştır. Bu durumun ilaçsız takip edilen hastaların anksiyete belirtilerinin şiddetinin daha az olması, beden algılarının daha olumlu olması ile ilişkili olduğu düşünülmektedir. Somatostatin analogları veya dopamin agonistleri kullanımının bu sonuç üzerinde herhangi bir rol oynayıp oynamadığı bilinmemektedir. Bildiğimiz kadarıyla akromegali tedavisinde kullanılan ilaçların cinsel işlevler üzerine etkileri ile ilgili bir çalışma yapılmamıştır. Bu konuda yapılacak araştırmalar hem hastalık yönetimi hem de tedavi başarısını artırmak açısından önemlidir.

Sigara kullanımının damar endotelinde hasara neden olarak vasküler sertleşme bozukluğu için risk etmeni olduğu saptanmış, sigara içenlerde içmeyenlere kıyasla sertleşme bozukluğunun daha fazla görüldüğü ve bu beraberliğin sigara tüketiminin miktarı ve süresi ile de ilişkili olduğu bulunmuştur (156,157). Bu çalışmada ise ne hasta ne de kontrol grubunda sigara kullananlar ile kullanmayanlar arasında cinsel işlev bozukluğu açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Bu durumun, sigara kullanım miktarının yıl veya günlük tüketilen sigara adedi ile standardize edilmemiş olması ve endotel hasarında sadece sigara kullanımının değil, aynı zamanda hiperlipidemi, DM, HT, kardiyovasküler hastalık varlığı gibi başka etmenlerin de rol oynaması ile ilişkili olduğu düşünüldü.

Alkol alımı, yatıştırıcı etkisi nedeniyle kaygı ve ketlenmeleri azaltarak cinsel aktivitenin başlamasını teşvik edebilse de, kronik alkol alımının cinsel işlev bozukluklarına yatkınlık oluşturduğu ileri sürülmüştür (63,158). Sınırlı sayıda veri olması nedeniyle alkole bağlı cinsel işlev bozukluğunun yaygınlığı tam olarak bilinmemektedir. Bildirilen en yaygın alkole ilişkili cinsel işlev bozuklukları cinsel istek eksikliği, erken boşalma ve sertleşme bozukluğudur (159-161). Bu çalışmada, her iki grupta da cinsel işlevlerde alkol kullanımı bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Hiçbir katılımcının alkol kullanım bozukluğu kriterlerini karşılamaması, katılımcıların çok büyük çoğunluğunun sosyal içici olması ve tüketilen alkol miktarının düşük olmasının bu durumda etkili olabileceği düşünüldü.

Cinsel fonksiyonları değerlendirirken psikolojik ve organik sebepleri ayrı ayrı araştırmak, bazı hastalarda hem organik hem psikolojik etkenlerin bir arada bulunabileceğini göz ardı etmemek gerekir. Örneğin, edinilmiş geç boşalma DM gibi endokrinolojik bozukluklarda (93); cinsel istekte azalma beden algısının bozulduğu kronik hastalıklarda ve ilaç kullanımında karşımıza çıkabilmektedir (162). Çalışmamızda, akromegali hastalarının ek hastalık varlığına göre ölçek puanlarının karşılaştırılmasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Detaylı değerlendirme amacıyla akromegaliye eşlik eden hastalıklar ayrı ayrı incelenmiştir. Kronik bir hastalık olan DM, uzun dönemde vasküler ve sinir sistemi komplikasyonları ile arteriyel kan akımının

bozulmasına neden olarak cinsel işlev bozukluklarının oluşumunda rol oynayabilir (163,164). Çalışmamızda da alanyazın ile uyumlu şekilde, DM tanısı olan hastaların olmayanlara göre GRCDÖ toplam puanlarının anlamlı olarak daha yüksek olduğu görülmüştür. Çalışmamızda DM tanısı olan hastaların ortalama HbA1c değeri $6,81 \pm 2,29$ olarak; tedavide hedef değer olan 6 'nın üzerinde bulunmuştur. Ayrıca DM tanısı olanlar, anlamlı fark olmasa da GRCDÖ'nün tüm alt boyutlarından daha yüksek puan almışlardır.

Hiperlipidemide aterosklerotik lezyonlara bağlı damar lümeni daralır ve arteriyel kan akımının azalır. Bu durumda, ereksiyon gerçekleşmemekte veya yetersiz olmaktadır (164). Çalışmamızda da, hiperlipidemi tanısı olan hastaların olmayanlara göre, GRCDÖ'nün sertleşme bozukluğu ve kaçınma alt boyut puanlarının anlamlı olarak daha yüksek olduğu bulunmuştur. Sertleşme bozukluğu yaşayan kişilerin performans anksiyetesi ve başarısız olma korkusu gibi sebeplerle cinsel ilişkiden kaçınmak istemesi beklenebilir bir durumdur.

Çalışmamızda hipotiroidi tanısı olan hastalarda, sadece GRCDÖ'nün erken boşalma alt boyut puanlarının anlamlı olarak yüksek olduğu görülmüştür. Yapılan çalışmalarda hipotiroidinin genellikle cinsel isteksizlik veya sertleşme bozukluğu ile ilişkili olduğu ve tedavi ile düzeldiği bildirilmiştir (165,166). Hastalarımızın tümünün, tiroid hormonu tedavisi ile ötiroid hale gelmeleri bu sonuçta etkili olabilir. Hipotiroidi tanısı bulunan erkek hastaların çoğunun ileri yaşta olmasının (ortanca değer: 56) erken boşalma puanlarında artış ile ilişkili olduğu düşünülmüştür.

Hipogonadizm tanısı bulunan hastaların sadece GRCDÖ'nün vajinismus alt boyut puanları anlamlı olarak yüksek bulundu. Bu çalışmaya alınan tüm hipogonadizm tanısı bulunan hastalar hormon yerine koyma tedavisi almaktadır. Hipogonadizm tanısı olan kadın hastaların ileri yaşta olması (ortanca değer: 55) ve hastaların hepsinin menopoza girmiş olmasının vajinismus puanlarının yüksek olmasına neden olduğu düşünülmektedir. Hormon replasman tedavisinin hipogonadal deneklerde cinsel işlevleri iyileştirdiği gösterilmiştir (167). Hipogonadizmde sık görülen cinsel isteğin azalması, sertleşme bozukluğu gibi cinsel işlev bozukluklarının, akromegali

hastalarında görülmemesinin nedeninin hormon tedavisi almaları olduğu ve hastaların tedaviden fayda gördüğü düşünülebilir. Çalışmanın kesitsel olması nedeniyle bu konuda sadece tahmin yapılabilmektedir; bu verinin prospektif çalışmalarla desteklenmesi gerekmektedir.

Akromegalide cinsel fonksiyon bozuklarını ele alırken, ek hastalıkların yönetimi mutlaka göz önünde bulundurulmalıdır. Hastaların uygun şekilde tedavi edilmeleri durumunda belirtilerin gerileyebileceği; hastaların cinsel yaşamlarının düzelebileceği göz önüne alındığında, komorbid hastalıkların ve bunların hastaların cinsel yaşamı üzerindeki etkilerin olağan takibin bir parçası olması gerektiği kanaatindeyiz.

T'Sjoen ve arkadaşlarının yürüttüğü çalışmada, 272 akromegali hastasının ortalama HbA1c değeri $5,9 \pm 0,9$ olarak bulunmuş; AcrQoL'nin fiziksel alt boyutu ile HbA1c arasında ters yönde anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir (110). Çalışmamızda eğitim düzeyi arttıkça HbA1c değerinin düştüğü görülmüş ve ortalama HbA1c değeri ise $5,99 \pm 1,48$ bulunmuştur. HbA1c ile ölçek puanları arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır.

Çalışmamızda serbest T4 ortalaması $0,99 \pm 0,17$ ng/dl olarak hesaplanmış; hastaların tümünün, çalışmanın yapıldığı merkezin laboratuvar değerlerine göre ötiroid olduğu görülmüştür (serbest T4 laboratuvar değer aralığı: 0,7-1,48 ng/dl). Normal aralık içerisinde T4 seviyesi üst sınıra doğru yaklaştıkça, GRCDÖ toplam ve kaçınma alt boyutunda anlamlı olarak düzelme olduğu saptanmıştır. Bu veri ümit vadedicidir ve daha büyük örneklemli çalışmalarla desteklenmelidir.

Çalışmamızda hastaların GH ve IGF-1 değerleri ile yaş ve takip süresi arasında ters yönde; GH ve eğitim düzeyi arasında aynı yönde anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Eğitim düzeyi ile GH seviyesi arasındaki ilişki ilginç bir sonuç olarak karşımıza çıkmaktadır ve bu konuda herhangi bir yorum yapılamamıştır. Çalışmaya katılan hastaların ortalama IGF-1 düzeyi $180,55 \pm 128,90$ µg/L olarak bulunmuş; IGF-1 düzeyi arttıkça GRCDÖ toplam puanında azalma olduğu saptanmıştır. Çelik ve arkadaşları, kadın hastalarda IGF-1 düzeyi arttıkça cinsel işlev bozukluklarının arttığını bildirmiştir (4). Yüksek IGF-1 seviyesi akromegali hastalığında yüksek hastalık aktivitesi ve hastalığın

kontrol altına alınamadığının göstergesi iken; çalışmamızda yüksek IGF-1 seviyesinin cinsel işlev bozukluklarında azalma ile ilişki bulunması şaşırtıcı bir sonuç olmuştur. Yapılacak başka çalışmalarla bu ilişkinin geçerliliği gözden geçirilmelidir.

Çalışmamızın kısıtlılıkları; tek merkezli olması, örneklemin küçük olması, örneklemin çoğunun evli kişilerden oluşması ve aktif cinsel yaşıntısı olan bekar bireylere yeterince ulaşılamamış olması, çalışmanın kesitsel olması nedeniyle hastaların sadece bir kez görülmesi ve çalışmada kullanılan ölçeklerin özbildirime dayalı olması sayılabilir.

Alanyazın incelendiğinde akromegali hastaları ile ilgili daha çok yaşam kalitesi üzerine çalışmalar yapıldığı, akromegali hastalarında eşlik eden ruhsal bozukluklar ve cinsel işlev bozuklukları ile ilgili çalışmaların bir hayli sınırlı olduğu dikkat çekmiştir. Akromegali hastalığının çeşitli organ ve sistemleri tutabilen, hormonal ve bedensel şekil değişikliklerine sebep olabilen süreğen bir hastalık olduğu, süreğen hastalıklarda yaşam kalitesinin, ruh sağlığının ve cinsel işlevlerin etkilenebildiği göz önünde bulundurularak; bunların ilişkili olduğu etmenlerin anlaşılabilmesi, hastaların bütüncül bir şekilde değerlendirilebilmesi ve önleyici müdahalelerde bulunulabilmesi amacıyla akromegali hastalarında birincil veya ikincil olarak gelişen ruhsal bozuklukların ve cinsel işlev bozukluklarının araştırıldığı daha yüksek katılımlı ve daha fazla çalışma gerekmektedir.

KAYNAKLAR

1. Chanson P, Salenave S. Acromegaly. *Orphanet J Rare Dis* 2008;3:17.
2. Adelman DT, Liebert KJ, Nachtigall LB, Lamerson M, Bakker B. Acromegaly: the disease, its impact on patients, and managing the burden of long-term treatment. *Int J Gen Med* 2013;6:31-8.
3. Chanson P, Salenave S, Kamenicky P, Cazabat L, Young J. Pituitary tumours: acromegaly. *Best Pract Res Clin Endocrinol Metab* 2009;23:555-74.
4. Celik O, Kadioglu P. Quality of life in female patients with acromegaly. *J Endocrinol Invest* 2013;36:412-6.
5. Ezzat S. Living with acromegaly. *Endocrinol Metab Clin North Am* 1992;21:753-60.
6. Pantanetti P, Sanino N, Arnaldi G, Boscaro M. Self image and quality of life in acromegaly. *Pituitary* 2002;5:17-9.
7. Sievers C, Ising M, Pfister H, et al. Personality in patients with pituitary adenomas is characterized by increased anxiety-related traits: comparison of 70 acromegalic patients with patients with non-functioning pituitary adenomas and age- and gender-matched controls. *Eur J Endocrinol* 2009;160:367-73.
8. Sievers C, Dimopoulou C, Pfister H, et al. Prevalence of mental disorders in acromegaly: a cross-sectional study in 81 acromegalic patients. *Clin Endocrinol (Oxf)* 2009;71:691-701.
9. Dimopoulou C, Leistner SM, Ising M, et al. Body Image Perception in Acromegaly Is Not Associated with Objective Acromegalic Changes but Depends on Depressive Symptoms. *Neuroendocrinology* 2017;105:115-22.
10. Geraedts VJ, Dimopoulou C, Auer M, et al. Health Outcomes in Acromegaly: Depression and Anxiety are Promising Targets for Improving Reduced Quality of Life. *Front Endocrinol (Lausanne)* 2015;5:229.
11. Colao A, Ferone D, Marzullo P, Lombardi G. Systemic Complications of Acromegaly: Epidemiology, Pathogenesis, and Management. *Endocr Rev* 2004;25:102-52.
12. Salmon W, Daughaday WH. A hormonally controlled serum factor which stimulates sulfate incorporation by cartilage in vitro. *J Lab Clin Med* 1957;49:825-36.
13. Le Roith D, Bondy C, Yakar S, Liu JL, Butler A. The somatomedin hypothesis. *Endocr Rev* 2001;22:53-74.
14. Melmed S. Medical progress: Acromegaly. *N Engl J Med* 2006;355:2558-73.
15. Anat BS, Shlomo M. Acromegaly. *Endocrinol Metab Clin N Am* 2008;37:101-viii.
16. Lugo G, Pena L, Cordido F. Clinical manifestations and diagnosis of acromegaly. *Int J Endocrinol* 2012;2012:540398.
17. Biermasz NR, Pereira AM, Smit JW, Romijn JA, Roelfsema F. Morbidity after long-term remission for acromegaly: persisting joint-related

- complaints cause reduced quality of life. *J Clin Endocrinol Metab* 2005;90:2731-9.
18. Orme SM, McNally RJ, Cartwright RA, Belchetz PE. Mortality and cancer incidence in acromegaly: a retrospective cohort study. *J Clin Endocrinol Metab* 1998;83:2730-4.
 19. Melmed S. Acromegaly and cancer: not a problem. *J Clin Endocrinol Metab* 2001;86:2929-34.
 20. Jenkins PJ, Besser M. Clinical perspective: acromegaly and cancer: a problem. *J Clin Endocrinol Metab* 2001;86:2935–41.
 21. Renehan AG, Shalet SM. Acromegaly and colorectal cancer: risk assesment should be based on population based studies. *J Clin Endocrinol Metab* 2002;69:1887-1909.
 22. Stoffel-Wagner B, Springer W, Bidlingmaier F, Klingmüller D. A comparison of different methods for diagnosing acromegaly. *Clin Endocrinol (Oxf)* 1997;46:531-7.
 23. Clemmons DR, Van Wyk JJ, Ridgway EC, et al. Evaluation of acromegaly by radioimmunoassay of somatomedin-c. *N Engl J Med* 1979;301:1138-42.
 24. Uçan B, Demirci T. Akromegali. *Journal of Health Sciences and Medicine* 2019;2:62-7.
 25. Melmed S. Acromegaly pathogenesis and treatment. *J Clin Invest* 2009;119:3189-202.
 26. Katznelson L, Atkinson JL, Cook DM, et al. American Association of Clinical Endocrinologists medical guidelines for clinical practice for the diagnosis and treatment of acromegaly-2011 update. *Endocr Pract* 2011;17 Suppl 4:1-44.
 27. Cook D. AACE medical guidelines for clinical practice fort the diagnosis and treatment of acromegaly. *Endoc Pract* 2004;10:213-24.
 28. Mercado M, Borges F, Bouterfa H, et al. A prospective, multicentre study to investigate the efficacy, safety and tolerability of octreotide LAR (long-acting repeatable octreotide) in the primary therapy of patients with acromegaly. *Clin Endocrinol (Oxf)* 2007;66:859-68.
 29. Loeffler JS, Shih HA. Radiation therapy in the management of pituitary adenomas. *J Clin Endocrinol Metab* 2011;96:1992-2003.
 30. Jagannathan J, Sheehan JP, Pouratian N, et al. Gamma knife radiosurgery for acromegaly: outcomes after failed transsphenoidal surgery. *Neurosurgery* 2008;62:1262-9.
 31. Miller A, Doll H, David J, Wass J. Impact of musculoskeletal disease on quality of life in long-standing acromegaly. *Eur J Endocrinol* 2008;158:587–93.
 32. Wassenaar MJ, Biermasz NR, Kloppenburg M, et al. Clinical osteoarthritis predicts physical and psychological QoL in acromegaly patients. *Growth Horm IGF Res* 2010;20:226-33.
 33. Melmed S, Casanueva FF, Klibanski A, et al. A consensus on the diagnosis and the treatment of acromegaly. *Pituitary* 2013;16:294-302.
 34. Van der Klaauw A, Biermasz NR, Hoftizjer C, Periera AM, Romijn JA. Previous radiotherapy negatively influences quality of life during 4 years of follow – up in patients cured from acromegaly. *Clin Endocrinol* 2008;69:123–8.

35. Hach B. An unusual psychopathologic case history in a patient with acromegaly. *Nervenarzt* 1976;47:456-9.
36. Le Feuvre CM, Isaacs AJ, Frank OS. Bromocriptine-induced psychosis in acromegaly. *Br Med J (Clin Res Ed)* 1982;285:1315.
37. Boyd A. Bromocriptine and psychosis: A literature review. *Psychiatr Q.* 1995;66:87–95.
38. Mattoo SK, Bhansali AK, Gupta N, Grover S, Malhotra R. Psychosocial morbidity in acromegaly: a study from India. *Endocrine* 2008;34:17–22.
39. Furman K, Ezzat S. Psychological features of acromegaly. *Psychoter Psychosom* 1998;67:147-53.
40. Tanriverdi F, Yapislar H, Karaca Z, et al. Evaluation of cognitive performance by using P300 auditory event related potentials (ERPs) in patients with growth hormone (GH) deficiency and acromegaly. *Growth Hormone & IGF Research* 2009;19:24–30.
41. Leon-Carrion J, Martin-Rodriguez JF, Madrazo-Atutxa A, et al. Evidence of cognitive and neurophysiological impairment in patients with untreated naive acromegaly. *J Clin Endocrinol Metab* 2010;95:4367-79.
42. Sadock BJ, Ruiz P, Sadock VA (eds). *Kaplan & Sadock's Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry*. 11th edition. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins; 2015.
43. Köknel Ö (ed). *Genel ve Klinik Psikiyatri*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi; 1989.
44. Horwath E, Gould F, Weissman MM. Epidemiology of anxiety disorders. In: Tsuang MT, Tohen M, Jones PB (eds). *Textbook of Psychiatric Epidemiology*. 3rd edition. Chichester: Wiley; 2011. 311-328.
45. Thibaut F. Anxiety disorders: A review of current literature. *Dialogues Clin Neurosci* 2017;19:87–8.
46. Beesdo K, Pine DS, Lieb R, Wittchen HU. Incidence and risk patterns of anxiety and depressive disorders and categorization of generalized anxiety disorder. *Arch Gen Psychiatry* 2010;67:47-57.
47. Klauke B, Deckert J, Reif A, Pauli P, Domschke K. Life events in panic disorder-an update on “candidate stressors”. *Depress Anxiety* 2010;27:716–30.
48. Beck AT, Emery G, Greenberg RL (eds). *Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective*. New York: Basic Books; 2005.
49. Uzbay İT. Anksiyetenin nörobiyolojisi. *Klinik Psikiyatri Dergisi* 2002;5:5-13.
50. American Psychiatric Association, DSM-5 Task Force. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 5th Edition. Arlington, VA: American Psychiatric Association; 2013.
51. Murray CJL, Lopez AD. Global mortality, disability, and the contribution of risk factors: global burden of disease study. *Lancet* 1997;349:1436–42.
52. Ralph W, Swindle J, Cronkite RC, Moos RH. Risk factors for sustained nonremission of depressive symptoms: a 4-year follow-up. *J Nerv Ment Dis* 1998;186:462-9.

53. Oltmans FT, Neale JM, Davison GC (eds). (çev. ed. Dağ İ). Anormal Davranışlar Psikolojisinde Vak'a Çalışmaları. 4th edition. Ankara: Türk Psikologlar Derneği Yayınları; 2003. 107-28.
54. Odağ C (ed). Nevrozlar-1. İzmir: Halime Odağ Psikanaliz ve Psikoterapi Vakfı Yayınları; 1999.
55. Kayır A. Cinsellik Kavramı ve Cinsel Mitler. In: Yetkin N, İncesu C (eds). Cinsel İşlev Bozuklukları. İstanbul: Roche Müstehzarları Sanayi A.Ş; 2001. 34-8.
56. Masters WH, Johnson VE (eds). Human sexual inadequacy. Boston: Little Brown; 1970.
57. İncesu C. Cinsel İşlevler ve Cinsel İşlev Bozuklukları. J Clin Psy 2004;7:3-13.
58. Kaplan HS. The anatomy and physiology of the sexual response. Kaplan HS (ed). The new sex therapy. New York: Brunner/Mazel; 1974. 27- 56.
59. Köroğlu E, Güleç C (eds). Psikiyatri Temel Kitabı. 2. Baskı. Ankara: Hekimler Yayın Birliği; 2007.
60. Bradford JM. The neurobiology, neuropharmacology and pharmacological treatment of the paraphilias and compulsive sexual behaviour. Can J Psychiatry 2001;46:26-34.
61. Rochira V, Zirilli L, Madeo B, et al. Sex steroids and sexual desire mechanism. J Endocrinol Invest 2003;26:29-36.
62. Argiolas A, Melis MR. The role of oxytocin and the paraventricular nucleus in the sexual behaviour of male mammals. Physiol Behav 2004;83:309-17.
63. Sadock, VA. Normal insan cinselliği ve cinsel işlev bozuklukları. In: Sadock VA, Sadock BJ (eds). (çev. ed. Aydın H, Bozkurt A.) Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry. 8th edition. Ankara: Güneş Kitabevi; 2007.
64. Balfour ME, Brown JL, Yu L, Coolen LM. Potential contributions of efferents from medial prefrontal cortex to neural activation following sexual behavior in the male rat. Neuroscience 2006;137:1259-76.
65. Crenshaw TL, Goldberg JP. Sexual pharmacology: Drugs that affect sexual functioning. 6th edition. New York: W.W. Norton & Co; 1996.
66. Rosen RC. Prevalence and risk factors of sexual dysfunction in men and women. Curr Psychiatry Rep 2000;2:189-95.
67. Stahl MS. Cinsiyete özgü ve cinsel işlevle ilişkili psikofarmakoloji. In: Temel Psikofarmakoloji. Stahl MS (ed). (çev. ed. Taneli B, Taneli Y), Bursa: Yelkovan Yayıncılık; 2003. 540-74.
68. 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;163:888-93.
69. Yılmaz E. Cinsel sorunlar ve tutumlar üzerine bir epidemiyolojik araştırma. In: First National Congress of Association of Cognitive and Behavioral Therapy Abstract Book. İstanbul; 2007. 80.
70. Hariri AG, Karadag F, Gurol DT, Aksoy UM, Tezcan AE. Sexual problems in a sample of the Turkish psychiatric population. Compr Psychiatry 2009;50:353-60.

71. Ishak IH, Low WY, Othman S. Prevalence, risk factors, and predictors of female sexual dysfunction in a primary care setting: a survey finding. *J Sex Med* 2010;7:3080-7.
72. Oksuz E, Malhan S. Prevalence and risk factors for female sexual dysfunction in Turkish women. *J Urol* 2006;175:654-8.
73. Cayan S, Akbay E, Bozlu M, et al. The prevalence of female sexual dysfunction and potential risk factors that may impair sexual dysfunction in Turkish woman. *Urol Int* 2004;72:52-7.
74. Maserejian NN, Shifren JL, Parish SJ, et al. The presentation of hypoactive sexual desire disorder in premenopausal women. *J Sex Med* 2010;7:3439-48.
75. Dove NL, Wiederman MW. Cognitive distraction and women's sexual functioning. *J Sex Marital Ther* 2000;26(1):67-78.
76. Seal BN, Bradford A, Meston CM. The association between body esteem and sexual desire among college women. *Arch Sex Behav* 2009;38:866-72.
77. Cinsel Eğitim Tedavi ve Araştırma Derneği. Cinsel Yaşam ve Sorunları. Şahin D, Şimşek F, Seyisoğlu H (eds). Bilgilendirme Dosyası; 2006. 63-77.
78. Peixoto MM, Nobre P. Prevalence and sociodemographic predictors of sexual problems in Portugal: A population based study with women aged 18- 79 years. *J Sex Marital Ther* 2015;41:169-80.
79. Meston CM, Levin RJ, Sipski ML, Hull EM, Heiman JR. Women's orgasm. *Annu Rev Sex Res* 2004;15:173-257.
80. Burri A, Spector T. Recent and lifelong sexual dysfunction in a female UK population sample: prevalence and risk factors. *J Sex Med* 2011;8:2420-30.
81. İncesu C. Cinsel İşlev Bozukluklarında Ayırıcı Tanı Süreci. In: Yetkin N, İncesu C(eds). Cinsel İşlev Bozuklukları. İstanbul; 2001. 52-60.
82. Silverstein JL. Origins of psychogenic vaginismus. *Psychother Psychosom* 1989;52:197-204.
83. Konkan R, Bayrak M, Gönüllü OG, Şenormancı Ö, Sungur MZ. Sexual function and satisfaction of women with vaginismus. *Dusunen Adam* 2012;25:305.
84. Brotto LA. The DSM Diagnostic Criteria for Hypoactive Sexual Desire Disorder in Men. *J Sex Med* 2010;7:2015-30.
85. Doğan S. Cinsel işlev bozuklukları, depresyon ve antidepresanlar. *J Mood Disord* 2011;1:81-6.
86. Carvalho J, Nobre P. Biopsychosocial determinants of men's sexual desire: Testing an integrative model. *J Sex Med* 2011;8:754-63.
87. Sungur MZ. Erkek Cinsel işlev Bozuklukları. *Psikiyatri Dünyası*. 1999;2:60-4.
88. Akkus E, Kadioglu A, Esen A, et al. Turkish Erectile Dysfunction Prevalence Study Group. Prevalence and correlates of erectile dysfunction in Turkey: a population-based study. *Eur Urol* 2002;41:298-304.
89. Araujo AB, Durante R, Feldman HA, Goldstein I, McKinlay JB. The relationship between depressive symptoms and male erectile dysfunction:

- cross-sectional results from the Massachusetts Male Aging Study. *Psychosom Med* 1998;60:458-65.
90. Erol H, Erdoğru T, Kadioglu A. Erektel Disfonksiyonlu Hastaya Yaklaşım. In: Yetkin N, İncesu C (eds). *Cinsel İşlev Bozuklukları*. İstanbul; 2001. 107-13.
 91. Laumann EO, Paik A, Rosen RC. Sexual dysfunction in the United States: Prevalance and predictors. *JAMA* 1999;281:537-44.
 92. Althof SE, Symonds T. Patient reported outcomes used in the assessment of premature ejaculation. *Urologic Clinics of North America* 2007;34:581-9.
 93. Xia JD, Han YF, Pan F et al. Clinical characteristics and penile afferent neuronal function in patients with primary delayed ejaculation. *Andrology* 2013;1:787-92.
 94. Kaplan HS. *Cinsel Terapi El Kitabı*. Ankara: Ck Yayınları; 2010.
 95. Hartman U, Waldinger MD. Geç Boşalmanın Tedavisi. In: Leiblum SR (ed). *Cinsel Terapi İlkeleri ve Uygulamaları*. Bolat F, Gül AH (çeviren). Kısa C (çev. ed). Ck Yayınları; 2013. 262-96.
 96. Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry* 1961;4:561-71.
 97. Hisli N. Beck Depresyon Ölçeği'nin bir Türk örnekleminde geçerlilik ve güvenilirliği. *Psikoloji Dergisi* 1988;6:118-22.
 98. Beck AT, Epstein N, Brown G, Ster RA. An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *J Consul Clin Psychol* 1988;56:893-7.
 99. Ulusoy M, Sahin NH, Erkmen H. Turkish version of the Beck Anxiety Inventory: Psychometric psoperties. *J Cognitive Psychother* 1998;12:163-72.
 100. Rust J, Golombok S. The GRISS: a psychometric instrument for the assessment of sexual dysfunction. *Arch Sex Behav* 1986;15:157-65.
 101. Tuğrul C, Öztan N, Kabakçı E. Golombok Rust Cinsel Doyum ölçeğinin standardizasyon çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi* 1993;4:84-8.
 102. Skevington SM, Lotfy M, O'Connell KA; WHOQOL Group. The World Health Organization's WHOQOL-BREF quality of life assessment: psychometric properties and results of the international field trial. A report from the WHOQOL group. *Qual Life Res* 2004;13:299-310.
 103. Study protocol for the World Health Organization project to develop a Quality of Life assessment instrument (WHOQOL). *Qual Life Res* 1993;2:153-9.
 104. Saxena S, Carlson D, Billington R, Orley J. The WHO quality of life assessment instrument (WHOQOL-BREF): the importance of its items for cross-cultural research. *Qual Life Res* 2001;10:711-21.
 105. Eser E, Fidaner H, Fidaner C, et al. WHOQOL-100 ve WHOQOL-BREF'in Psikometrik Özellikleri. *3P Dergisi* 1999;7:23-40.
 106. Secord PF, Jourard SM. The appraisal of body cathexis: Body cathexis and the self. *J Consult Psychol* 1953;17:343-7.
 107. Hovardaoğlu S. Vücut Algısı Ölçeği. *Psikiyatri, Psikoloji, Psikofarmakoloji Dergisi* 1992;26-7.
 108. Trepp R, Everts R, Stettler C, et al. Assessment of quality of life in patients with uncontrolled vs. controlled acromegaly using the Acromegaly Quality

- of Life Questionnaire (AcroQoL) [published correction appears in Clin Endocrinol (Oxf) 2005;63:103-110.
109. Webb SM, Badia X, Surinach NL; Spanish AcroQoL Study Group. Validity and clinical applicability of the acromegaly quality of life questionnaire, AcroQoL: a 6-month prospective study. *Eur J Endocrinol* 2006;155:269-77.
 110. T'Sjoen G, Bex M, Maiter D, Velkeniers B, Abs R. Health-related quality of life in acromegalic subjects: data from AcroBel, the Belgian registry on acromegaly. *Eur J Endocrinol* 2007;157:411-7.
 111. Biermasz NR, van Thiel SW, Pereira AM, et al. Decreased quality of life in patients with acromegaly despite long-term cure of growth hormone excess. *J Clin Endocrinol Metab* 2004;89:5369-76.
 112. Holdaway IM, Rajasoorya C. Epidemiology of acromegaly. *Pituitary* 1999;2:29-41.
 113. Holdaway IM, Bolland MJ, Gamble GD. A meta-analysis of the effect of lowering serum levels of GH and IGF-I on mortality in acromegaly. *Eur J Endocrinol* 2008;159:89-95.
 114. Ben-Shlomo A, Sheppard MC, Stephens JM, Pulgar S, Melmed S. Clinical, quality of life, and economic value of acromegaly disease control. *Pituitary* 2011;14:284-94.
 115. Flitsch J, Spitzner S, Lüdecke DK. Emotional disorders in patients with different types of pituitary adenomas and factors affecting the diagnostic process. *Exp Clin Endocrinol Diabetes* 2000;108:480-5.
 116. Sonino N, Navarrini C, Ruini C, et al. Persistent psychological distress in patients treated for endocrine disease. *Psychother Psychosom* 2004;73:78-83.
 117. Sonino N, Ruini C, Navarrini C, et al. Psychosocial impairment in patients treated for pituitary disease: a controlled study. *Clin Endocrinol (Oxf)* 2007;67:719-26.
 118. Rowles SV, Badia XP, Shalet SM, Webb SM, Trainer PJ. Quality of life (QoL) in patients with acromegaly is severely impaired: use of a novel measure of QoL: Acromegaly Quality of Life Questionnaire. *J Clin Endocrinol Metab* 2005;90:3337-41.
 119. Kepçioğlu H. Akromegali Tanılı Hastalarda Tedavi Şekli İle Hayat Kalitesinin Değişimi ve Tedavi Memnuniyeti (Uzmanlık Tezi). İstanbul: İstanbul Üniversitesi; 2013.
 120. Tiemensma J, Biermasz NR, van der Mast RC, et al. Increased psychopathology and maladaptive personality traits, but not cognitive functioning, in patients after long term cure of acromegaly. *J Clin Endocrinol Metab* 2010;95:392-402.
 121. Richert S, Strauss A, Lierheimer A, Eversmann T, Fahlbusch R. Psychopathology, mental functions and personality in patients with acromegaly. *Acta Endocrinol* 1983;Suppl 253:33.
 122. Slade PD. What is body image? *Behav Res Ther* 1994;32:497-502.
 123. Paans NPG, Bot M, Brouwer IA, Visser M, Penninx BWJH. Contributions of depression and body mass index to body image. *J Psychiatr Res* 2018;103:18-25.
 124. Tot ş. Menopozun Psikiyatrik Yönleri. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2004;5:114-9.

125. Bromberger JT, Meyer PM, Kravitz HM, et al. (2001) Psychologic distress and natural menopause: a multiethnic community study. *Am J Public Health* 2001;91:1435-42.
126. Hunter M, Battersby R, Whitehead M. Relationships between psychological symptoms, somatic complaints and menopausal status. *Maturitas* 1986;8:217–28.
127. Tangen T, Mykletun A. Depression and anxiety through the climacteric period: an epidemiological study (HUNT-II). *J Psychosom Obstet Gynaecol* 2008;29:125–31.
128. Chedraui P, Perez-Lopez FR, Morales B, Hidalgo L. Depressive symptoms in climacteric women are related to menopausal symptom intensity and partner factors. *Climacteric* 2009;12:395-403.
129. Hunter MS. Depression and menopause. *BMJ* 1996;313:1217-8.
130. Coleman PM. Depression During The Female Climacteric Period. *J Adv Nurs* 1993;18:1540-6.
131. Nathorst-Boss J, von Schoultz B, Carlstrom K. Elective ovarian removal and estrogen replacement therapy-effects on sexual life, psychological well-being and androgen status. *J Psychosom Obstet Gynecol* 1993;14:283-93.
132. Oldenhav A, Jaszmann LJ, Everaerd WT, Haspels AA. Hysterectomized women with ovarian conservation report more severe climacteric complaints than do normal climacteric women of similar age. *Am J Obstet Gynecol* 1993;168:765-71.
133. Bezircioğlu İ, Gülseren L, Öniz A, Kındıroğlu N. Menopoz öncesi ve sonrası dönemde depresyon-anksiyete ve yetiyitimi. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2004;15:199-207.
134. Bromberger JT, Matthews KA, Schott LL, et al. Depressive symptoms during the menopausal transition: the Study of Women's Health Across the Nation (SWAN). *J Affect Disord* 2007;103:267–72.
135. Freeman EW, Sammel MD, Liu L, et al. Hormones and menopausal status as predictors of depression in women in transition to menopause. *Arch Gen Psychiatry* 2004;61:62–70.
136. Parker WH. Bilateral oophorectomy versus ovarian conservation: effects on long-term women's health. *J Minim Invasive Gynecol* 2010;17:161–6.
137. Borissova AM, Kovatcheva R, Shinkov A, Vukov M. A study of the psychological status and sexuality in middle-aged Bulgarian women: significance of the hormone replacement therapy. *Maturitas* 2001;39:177-83.
138. Kuh D, Hardy R, Rodgers B, Wadsworth ME. Lifetime risk factors for women's psychological distress in midlife. *Soc Sci Med* 2002;55:1957-73.
139. Freeman EW, Sammel MD, Lin H, Nelson DB. Associations of hormones and menopausal status with depressed mood in women with no history of depression. *Arch Gen Psychiatry* 2006;63:375–82.
140. Lock M. Ambiguities of aging: Japanese experience and perceptions of menopause. *Cult Med Psychiatry* 1986;10:23-46.
141. Aydemir Ö, Yağcı E, Gülseren L, Kültür S. Menopoz döneminde anksiyete ve depresyon. *Türk Psikiyatri Dergisi* 1999;10:268-74.

142. Avis NE, Stellato R, Crawford S, Johannes C, Longcope C. Is there an association between menopause status and sexual functioning? *Menopause* 2000;7:297–309.
143. Palacios S, Tobar AC, Menendez C. Sexuality in the climacteric years. *Maturitas* 2002;43:69-77.
144. Ortaylı N. Jinekolojik sorunlardan etkilenen cinsel işlev bozuklukları. In: Yetkin N, İncesu C (eds). *Cinsel İşlev Bozuklukları*. İstanbul; 2001. 65-75.
145. Kömürcü N, İşbilen A. Postmenopozal Dönemde Kadınların Cinsel Yaşam Uyumunu. *Turkish Journal Of Urology* 2011;37:326-30.
146. Levine KB, Williams RE, Hartmann KE. Vulvovaginal atrophy is strongly associated with female sexual dysfunction among sexually active postmenopausal women. *Menopause* 2008;15:661-6.
147. Berman JR, Berman LA, Werbin TJ, et al. Clinical evaluation of female sexual function: effects of age and estrogen status on subjective and physiologic sexual responses. *Int J Impot Res* 1999;11 Suppl 1:31-8.
148. Peykerli G, Ekşi A, Ertem Vehit H. Bir grup Türk kadınının menopozla ilgili duygu ve düşünceleri. In: Atasü T (ed). *Menopoz Tedavisi ve Kanser*. Nobel Tıp Kitabevleri; 2001. 35-46.
149. Llana P, Fernandez-Inarrea JM, Arnott B, et al. Sexual function assessment in postmenopausal women with the 14-item changes in sexual functioning questionnaire. *J Sex Med* 2011;8:2144-51.
150. Kauppinen-Mäkelin R, Sane T, Sintonen H, et al. Quality of life in treated patients with acromegaly. *J Clin Endocrinol Metab* 2006;91:3891-6.
151. Hua SC, Yan YH, Chang TC. Associations of remission status and lanreotide treatment with quality of life in patients with treated acromegaly. *Eur J Endocrinol* 2006;155:831-7.
152. Lamberts SW, Krenning EP, Klijn JG, Reubi JC. The clinical use of somatostatin analogues in the treatment of cancer. *Baillieres Clin Endocrinol Metab* 1990;4:29-49.
153. Chin SO, Chung CH, Chung YS, et al. Change in quality of life in patients with acromegaly after treatment with octreotide LAR: first application of AcroQoL in Korea. *BMJ Open* 2015;5:e006898.
154. Mangupli R, Camperos P, Webb SM. Biochemical and quality of life responses to octreotide-LAR in acromegaly. *Pituitary* 2014;17:495-9.
155. Lotti F, Rochira V, Pivonello R, et al. Erectile Dysfunction is Common among Men with Acromegaly and is Associated with Morbidities Related to the Disease. *J Sex Med* 2015;12:1184-93.
156. Feldman HA, Goldstein I, Hatzichristou DG, Krane RJ, McKinlay JB. Impotence and its medical and psychosocial correlates: results of the Massachusetts Male Aging Study. *J Urol* 1994;151:54- 61.
157. McVary KT, Carrier S, Wessells H. Smoking and erectile dysfunction: evidence based analysis. *J Urol* 2001;166:1624-32.
158. Graham CA, Bancroft J. The sexual dysfunction. In: Gelder MG, Andreasen CN, Lopez-Ibor JJ, Geddes JR (eds). *New Oxford Textbook of Psychiatry*. 2nd edition. Oxford, UK: Oxford University Press; 2009. 821–32.
159. Vijayaseenan ME. Alcohol and sex. *N Z Med J* 1981;93:18-20.

160. Arackal BS, Benegal V. Prevalence of sexual dysfunction in male subjects with alcohol dependence. *Indian J Psychiatry* 2007;49:109-12.
161. Grover S, Mattoo SK, Pendharkar S, Kandappan V. Sexual dysfunction in patients with alcohol and opioid dependence. *Indian J Psychol Med* 2014;36:355-65.
162. Palmer BF. Sexual dysfunction in men and women with chronic kidney disease and end-stage kidney disease. *Advances in Renal Replacement Therapy* 2003;10:48-60.
163. Kaplan Serin E, Duman M, Yilmaz S. Sexual Life Quality and Marital Adjustment in Women With and Without Diabetes. *Sex Disabil* 2020;38:625-35.
164. Tüzün D. Hiperlipidemi ve Erektile Disfonksiyon. *Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* 2018;13:91-6 .
165. Carani C, Isidori AM, Granata A, et al. Multicenter Study on the Prevalence of Sexual Symptoms in Male Hypo- and Hyperthyroid Patients. *J Clin Endocrinol Metab* 2005;90:6472-9.
166. Oğuz A. Tiroid Hastalıkları ve Erektile Disfonksiyon. *Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* 2020;15:83-7.
167. Corona G, Isidori AM, Buvat J, et al. Testosterone supplementation and sexual function: A metaanalysis study. *J Sex Med* 2014;11:1577-92.

EKLER

Ek-1. Sosyodemografik Veri Formu

SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU

Yaşı:

Cinsiyeti:

1. Erkek () 2. Kadın ()

Medeni durum:

1. Bekar () 2. Evli () 3. Boşanmış/Ayrılmış () 4. Dul ()

Çocuk sayısı: (rakamla belirtiniz)

Aile şekli – kimlerle yaşadığı:

1. Eşi ve çocukları ile () 2. Eşi ile () 3. Anne ve/veya baba ile ()
4. Yakınları ile () 5. Yalnız () 6. Arkadaş ile ()

Eğitim durumu:

1. Eğitimsiz () 2. Okur-yazar () 3. İlkokul ()
4. Ortaokul () 5. Lise () 6. Yüksekokul ()
7. Üniversite () 8. Yüksek lisans/doktora ()

Mesleği:

1. Memur () 2. İşçi () 3. Esnaf ()
4. Emekli () 5. Ev hanımı () 6. Diğer

İş Durumu:

1. Çalışıyor () 2. Çalışmıyor ()

Aylık gelirinizi nasıl değerlendiriyorsunuz?

1. Kötü () 2. Orta () 3. İyi

Sigara kullanıyor musunuz?

1. Kullanıyorum () (miktar ve yıl belirtiniz)
2. Bir süre kullandım bıraktım () (miktar ve yıl belirtiniz)
3. Hiç kullanmadım ()

Alkol kullanıyor musunuz?

1. Kullanıyorum () (tür, miktar ve yıl belirtiniz)
2. Bir süre kullandım, bıraktım () (tür, miktar ve yıl belirtiniz)
3. Hiç kullanmadım ()

Teşhis edilmiş tıbbi ek hastalık:

1. Hipertansiyon () 2. Diyabet () 3. Kalp Hastalığı ()
4. Akciğer Hastalığı () 5. Diğer

Geçmişte veya halen hekim tarafından konmuş psikiyatrik hastalık tanısı:

1. Depresyon () 2. Kaygı bozukluğu () 3. OKB ()
4. Diğer 5. Yok ()

Psikiyatrik ilaç kullanımı:

1. Var () (belirtiniz) 2. Yok ()

Uludağ Üniversitesi
Tıp Fakültesi
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
tarafından onaylanmıştır.
Tarih : 02.06.2021
Karar No : 2021-7/13

Ek-2. Beck Depresyon Ölçeği

EK-2

Beck Depresyon Ölçeği

Hastanın Soyadı, Adı:.....

Tarih:.....

Bu form son bir (1) hafta içerisinde kendinizi nasıl hissettiğinizi araştırmaya yönelik 21 maddeden oluşmaktadır. Her maddenin karşısındaki dört cevabı dikkatlice okuduktan sonra, size en çok uyan, yani sizin durumunuzu en iyi anlatanı işaretlemeniz gerekmektedir.

- 1 (0) Üzgün ve sıkıntılı değilim.
(1) Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum.
(2) Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum.
(3) O kadar üzgün ve sıkıntılıyım ki, artık dayanamıyorum.
- 2 (0) Gelecek hakkında umutsuz ve karamsar değilim.
(1) Gelecek için karamsarım.
(2) Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.
(3) Gelecek hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyeceğim gibi geliyor.
- 3 (0) Kendimi başarısız biri olarak görmüyorum.
(1) Başkalarından daha başarısız olduğumu hissediyorum.
(2) Geçmişe baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğunu görüyorum.
(3) Kendimi tümüyle başarısız bir insan olarak görüyorum.
- 4 (0) Herşeyden eskisi kadar zevk alıyorum.
(1) Birçok şeyden eskiden olduğu gibi zevk alamıyorum.
(2) Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.
(3) Herşeyden sıkılıyorum.
- 5 (0) Kendimi herhangi bir biçimde suçlu hissetmiyorum.
(1) Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum.
(2) Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum.
(3) Kendimi her zaman suçlu hissediyorum.
- 6 (0) Kendimden memnunum.
(1) Kendimden pek memnun değilim.
(2) Kendime kızgınım.
(3) Kendimden nefrete ediyorum.
- 7 (0) Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.
(1) Hatalarım ve zayıf taraflarım olduğunu düşünmüyorum.
(2) Hatalarımdan dolayı kendimden utanıyorum.
(3) Herşeyi yanlış yapıyorum gibi geliyor ve hep kendimi kabahat buluyorum.
- 8 (0) Kendimi öldürmek gibi düşüncülerim yok.
(1) Kimi zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm oluyor ama yapmıyorum.
(2) Kendimi öldürmek isterdim.
(3) Fırsatını bulsam kendimi öldürürüm.
- 9 (0) İçimden ağlamak geldiği pek olmuyor.
(1) Zaman zaman içimden ağlamak geliyor.
(2) Çoğu zaman ağlıyorum.
(3) Eskiden ağlayabiliirdim ama şimdi istesem de ağlayamıyorum.
- 10 (0) Her zaman olduğumdan daha canı sıkın ve sinirli değilim.
(1) Eskisine oranla daha kolay canım sıkılıyor ve kızıyorum.
(2) Herşey canımı sıkıyor ve kendimi hep sinirli hissediyorum.
(3) Canımı sıkın şeylere bile artık kızmıyorum.
- 11 (0) Başkalarıyla görüşme, konuşma isteğimi kaybetmedim.
(1) Eskisi kadar insanlarla birlikte olmak istemiyorum.
(2) Birileriyle görüşüp konuşmak hiç içimden gelmiyor.
(3) Artık çevremde hiçkimseyi istemiyorum.
- 12 (0) Karar verirken eskisinden fazla güçlük çekmiyorum.
(1) Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum.
(2) Eskiyeye kıyasla karar vermekte çok güçlük çekiyorum.
(3) Artık hiçbir konuda karar veremiyorum.
- 13 (0) Her zamankinden farklı göründüğümü sanmıyorum.
(1) Aynada kendime her zamankinden kötü görünüyorum.
(2) Aynaya baktığımda kendimi yaşlanmış ve çirkinleşmiş buluyorum.
(3) Kendimi çok çirkin buluyorum.
- 14 (0) Eskisi kadar iyi iş güç yapabiliyorum.
(1) Her zaman yaptığım işler şimdi gözümde büyüyor.
(2) Ufacık bir işi bile kendimi çok zorlayarak yapabiliyorum.
(3) Artık hiçbir iş yapamıyorum.
- 15 (0) Uykum her zamanki gibi.
(1) Eskisi gibi uyuyamıyorum.
(2) Her zamankinden 1-2 saat önce uyanıyorum ve kolay kolay tekrar uykuya dalamıyorum.
(3) Sabahları çok erken uyanıyorum ve bir daha uyuyamıyorum.
- 16 (0) Kendimi her zamankinden yorgun hissetmiyorum.
(1) Eskiyeye oranla daha çabuk yoruluyorum.
(2) Her şey beni yoruyor.
(3) Kendimi hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun ve bitkin hissediyorum.
- 17 (0) İştahım her zamanki gibi.
(1) Eskisinden daha iştahsızım.
(2) İştahım çok azaldı.
(3) Hiçbir şey yiyemiyorum.
- 18 (0) Son zamanlarda zayıflamadım.
(1) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 2 Kg verdim.
(2) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 4 Kg verdim.
(3) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 6 Kg verdim.
- 19 (0) Sağlığım ile ilgili kaygılarım yok.
(1) Ağrılar, mide sancıları, kabızlık gibi şikayetlerim oluyor ve bunlar beni tasalandırıyor.
(2) Sağlığımın bozulmasından çok kaygılanıyorum ve kafamı başka şeylere vermekte zorlanıyorum.
(3) Sağlık durumum kafama o kadar takılıyor ki, başka hiçbir şey düşünmüyorum.
- 20 (0) Sekse karşı ilimde herhangi bir değişiklik yok.
(1) Eskisine oranla sekse ilim az.
(2) Cinsel isteğim çok azaldı.
(3) Hiç cinsel istek duymuyorum.
- 21 (0) Cezalandırılması gereken şeyler yaptığımı sanmıyorum.
(1) Yaptıklarımın dolayı cezalandırılabileceğimi düşünüyorum.
(2) Cezamı çekmeyi bekliyorum.
(3) Sanki cezamı bulmuşum gibi geliyor.

Toplam BECK-D skoru:.....

38

Uludağ Üniversitesi
Tıp Fakültesi
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
tarafından onaylanmıştır.
Tarih : 02.06.2021
Karar No : 2021-7/13

Ek-3. Beck Anksiyete Ölçeği

EK-3

Beck Anksiyete Ölçeği

Hastanın Soyadı, Adı:.....

Tarih:.....

Aşağıda insanların kaygılı ya da endişeli oldukları zamanlarda yaşadıkları bazı belirtiler verilmiştir. Lütfen her maddeyi dikkatle okuyunuz. Daha sonra, her maddedeki belirtinin BUGÜN DAHİL SON BİR (1) HAFTADIR sizi ne kadar rahatsız ettiğini yandakine uygun yere (x) işareti koyarak belirleyiniz.

	Hiç	Hafif düzeyde Beni pek et- kilemedi	Orta düzeyde Hoş değildi ama kat- lanabildim	Ciddi düzeyde Dayanmakta çok zor- landım
1. Bedeninizin herhangi bir yerinde uyuşma veya karın- calanma				
2. Sıcak/ ateş basmaları				
3. Bacaklarda halsizlik, titreme				
4. Gevşeyememe				
5. Çok kötü şeyler olacak korkusu				
6. Baş dönmesi veya sersemlik				
7. Kalp çarpıntısı				
8. Dengeyi kaybetme duygusu				
9. Dehşete kapılma				
10. Sinirlilik				
11. Boğuluyormuş gibi olma duygusu				
12. Ellerde titreme				
13. Titreklilik				
14. Kontrolü kaybetme korkusu				
15. Nefes almada güçlük				
16. Ölüm korkusu				
17. Korkuya kapılma				
18. Midede hazımsızlık ya da rahatsızlık hissi				
19. Baygınlık				
20. Yüzün kızarması				
21. Terleme (sıcaklığa bağlı olmayan)				

Toplam BECK-A skoru:.....

39

Uludağ Üniversitesi
Tıp Fakültesi
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
tarafından onaylanmıştır.
Tarih : 02.06.2021
Karar No : 2021-7/13

Ek-4. Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği - Kadın Formu

EK-4: GOLOMBOK-RUST CİNSEL DOYUM ÖLÇEĞİ

Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği

	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Çoğu zaman	Her zaman
1. Cinsel yaşama karşı ilgisizlik duyar mısınız?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Eşinize, cinsel ilişkinizle ilgili olarak nelerden hoşlanıp, nelerden hoşlanmadığınızı sorar mısınız?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Bir hafta boyunca cinsel ilişkide bulunmadığınız olur mu? (adet günleri, hastalık gibi nedenler dışında)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Cinsel yönden kolaylıkta uyarılır mısınız?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Sizce, sizin ve eşinizin önsevişmeye (öpme, okşama gibi) ayırdığınız zaman yeterli mi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Kendi cinsel organınızın, eşinizin cinsel organının giremeyeceği kadar dar olduğunu düşünür müsünüz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Eşinizle sevişmekten kaçınırmısınız?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Cinsel ilişki sırasında doyuma (orgazma) ulaşabilir mısınız?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Eşinize sarılıp, vücudunu okşamaktan zevk alırmısınız?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Eşinizle olan cinsel ilişkinizi tatminkâr bulur musunuz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Gerekirse rahatsızlık ve acı duymaksızın, parmağınızı cinsel organınızın içine sokabilir mısınız?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Eşinizin cinsel organına dokunup, okşamaktan rahatsız olur musunuz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Eşiniz sizinle sevişmek istediğinde, rahatsız olur musunuz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Çoğu zaman	Her zaman
14. Sizin için doyumâ (orgazma) ulaşmanın mümkün olmadığını düşünür müsünüz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Haftada 2 defadan fazla cinsel birleşmede bulunur musunuz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Eşinize, cinsel ilişkinizle ilgili olarak, nelerden hoşlanıp, nelerden hoşlanmadığınızı söyleyebilir misiniz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Eşinizin cinsel organı, sizin cinsel organınıza rahatsızlık vermeden girebilir mi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Eşinizle olan cinsel ilişkinizde sevgi ve şefkatin eksik olduğunu hisseder misiniz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Eşinizin cinsel organınıza dokunup okşamasından zevk alar mısınız?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Eşinizle sevişmeyi reddettiğiniz olur mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Önsevişme sırasında eşiniz bızırınızı (klitoris) uyardığında doyuma (orgazm) ulaşabilir misiniz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Sevişme boyunca, sadece cinsel birleşme için ayrılan süre sizin için yeterli mi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Sevişme sırasında yaptıklarınızdan tiksinti duyar mısınız?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Kendi cinsel organınızın, eşinizin cinsel organının derine girmesini engelleyecek kadar dar olduğunu düşünür müsünüz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Eşinizin sizi sevip okşamasından hoşlanır mısınız?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Sevişme sırasında cinsel organınızda ıslaklık olur mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Cinsel birleşme anından hoşlanır mısınız?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Cinsel birleşme anında doyuma (orgazma) ulaşır mısınız?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ek-5. Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği - Erkek Formu

GOLOMBOK-RUŞT CİNSEL DOYUM ÖLÇEĞİ

Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği

Erkek Formu

Aşağıda cinsel yaşamla ilgili sorular yer almaktadır. Her soru için "hiçbir zaman", "nadiren", "bazen", "çoğu zaman", "her zaman" şeklinde beş cevap şıkkı yer almaktadır. Sizden istenen kendi cinsel yaşamınızı göz önüne alarak soruları cevaplandırmanızdır.

Cevaplandırırken:

1. Her soruyu dikkatle okuyunuz.
2. Soruların durumun **son zamanlarda** ne kadar sıklıkta ortaya çıktığını düşününüz.
3. Söz konusu durumun ne kadar sıklıkta ortaya çıktığına karar verdikten sonra, o seçeneğin altındaki parantezin içine [X] işareti koyarak cevabınızı belirtiniz.
4. Hiçbir soruyu cevapsız bırakmayınız.

Lütfen soruları içtenlikle ve dürüşte cevaplandırmaya özen gösteriniz. Cevaplandırırken, başkalarının görüşlerini dikkate almadan, sadece kendi görüşünüzü belirtiniz.

	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Çoğu zaman	Her zaman
1: Haftada 2 defadan fazla cinsel birleşmede bulunur musunuz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2: Eşinize, cinsel ilişkinizle ilgili olarak, nelerden hoşlanıp nelerden hoşlanmadığınızı söyleyebilir misiniz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3: Cinsel yönden kolay uyarılır mısınız?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4: Cinsel ilişki sırasında boşalmak için henüz erken olduğunu düşünürseniz, boşalmayı geciktirebilir misiniz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5: Eşinizle olan cinsel yaşamınızı tekdüze (monoton) buluyor musunuz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6: Eşinizin cinsel organına dokunup, okşamaktan rahatsız olur musunuz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7: Eşiniz sizinle sevişmek istediğinde, tedirgin ve endişeli olur musunuz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8: Cinsel organınızın, eşinizin cinsel organına girmesinden zevk alır mısınız?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9: Eşinize, cinsel ilişkinizle ilgili olarak nelerden hoşlanıp, nelerden hoşlanmadığınızı sormusunuz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Uludağ Üniversitesi
Tıp Fakültesi
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
tarafından onaylanmıştır.
Tarih : 02.06.2021
Karar No : 2021-7/19

	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Çoğu zaman	Her zaman
10. İlişki sırasında cinsel organınızın sertleşmediği olur mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Eşinizle olan cinsel ilişkinizde sevgi ve şefkatin eksik olduğunu hisseder misiniz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Eşinizin, cinsel organınıza dokunup okşamasından zevk alır mısınız?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Cinsel birleşme sırasında erken boşalmayı engelleyebilir misiniz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Eşinizle sevişmekten kaçınır mısınız?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Eşinizle olan cinsel ilişkinizi tatminkar buluyor musunuz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Önsevişme (öpme, okşama gibi) sırasında cinsel organınızın sertleştiği olur mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Bir hafta boyunca cinsel ilişkide bulunmadığınız olur mu? (hastalık gibi nedenler dışında)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Eşinizle karşılıklı mastürbasyon yapmaktan (kendinizi tatmin etmekten) zevk alır mısınız?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Eşinizle sevişmek istediğinizde, ilişkiyi siz başlatır mısınız?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Eşinizin sizi sevip okşamasından hoşlanır mısınız?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. İsteddiğiniz kadar sık cinsel ilişkide bulunur musunuz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Eşinizle sevişmeyi reddettiğiniz olur mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Cinsel birleşme sırasında, cinsel organınızın sertliğini kaybettiği olur mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Cinsel organınız, eşinizin cinsel organına girer girmez istemeden boşaldığınız olur mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Eşinize sarılıp, vücudunu okşamaktan zevk alırmısınız?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Cinsel yaşama karşı ilgisizlik duyarmısınız?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Cinsel organınız eşinizin cinsel organına girmek üzereyken, istemeden boşaldığınız olur mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Sevişme sırasında yaptıklarınızdan tiksinti duyar mısınız?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Uludağ Üniversitesi
Tıp Fakültesi
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
tarafından onaylanmıştır
Tarih : 02.06.2023
Karar No : 2021-7/19

Ek-6. Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalite Ölçeği - Kısa Formu

WHOQOL-BREF

(Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalite Ölçeği-Kısa Formu)

Hastanın Adı Soyadı: _____ Tarih: ____/____/____

Başlamadan önce kendinizle ilgili genel bir kaç soruyu cevaplamanızı istiyoruz. Lütfen doğru yanıtlara işaret koyun ya da verilen boş yerleri doldurunuz.

Cinsiyetiniz nedir? Erkek Kadın Doğum tarihiniz nedir?

Gördüğünüz en yüksek eğitim derecesi nedir?

Medeni durumunuz nedir?

Hiç Eğitim Almadım

İlkokul-Ortaokul

Hiç Evlenmemiş

Evli Gibi Yaşıyor

Evli

Lise Veya Eşdeğeri

Üniversite

Boşanmış

Ayrılmış

Eşi Yaşamıyor

Şu anda bir hastalığınız var mı?

Evet

Hayır

Eğer şu anda sağlığınıza ilgili yolunda gitmeyen bir durum varsa;

Sizce bu nedir? _____

(hastalık/sorun)

Bu anket sizin yaşamınızın kalitesi, sağlığınıza ve yaşamınızın öteki yönleri hakkında neler düşündüğünüzü sorgulamaktadır.

Lütfen bütün soruları son 2 haftayı göz önünde bulundurarak ve size en uygun olanı seçerek cevaplayınız.

1	Yaşam kalitenizi nasıl buluyorsunuz?	Çok kötü	Biraz kötü	Ne iyi, ne kötü	Oldukça iyi	Çok iyi
G1		<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
2	Sağlığınıza ne kadar hoşnutsunuz?	Hiç hoşnut değil	Çok az hoşnut	Ne hoşnut, ne de değil	Epeyce hoşnut	Çok hoşnut
G4		<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
3	Ağrılarınızın yapmanız gerekenleri ne kadar engellediğini düşünüyorsunuz?	Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Aşırı derecede
F1.4		<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
4	Günlük uğraşlarınızı yürütebilmek için herhangi bir tıbbi tedaviye ne kadar ihtiyaç duyuyorsunuz?	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
F11.3						
5	Yaşamaktan ne kadar keyif alırsınız?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
F4.1						
6	Yaşamınızı ne ölçüde anlamlı buluyorsunuz?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
F24.2						
7	Dikkatinizi toplamada ne kadar başarılısınız?	Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Son derecede
F5.3		<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
8	Günlük yaşamınızda kendinizi ne kadar güvende hissediyorsunuz?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
F16.1						
9	Fiziksel çevreniz ne ölçüde sağlıklıdır?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
F22.1						
10	Günlük yaşamı sürdürmek için yeterli gücünüz kuvvetiniz var mı?	Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Tamamen
F2.1		<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
11	Bedensel görünüşünüzü kabullenir misiniz?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
F7.1						
12	İhtiyaçlarınızı karşılamaya yeterli paranız var mı?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
F18.1						
13	Günlük yaşamınızda size gerekli bilgi ve haberlere ne ölçüde ulaşabiliyorsunuz?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
F20.1						
14	Boş zamanları değerlendirme uğraşları için ne ölçüde fırsatınız olur?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
F21.1						

www.ftronline.com

Uludağ Üniversitesi
Tıp Fakültesi
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
tarafından onaylanmıştır.
Tarih : 02.06.2021
Karar No : 2021-7/18

WHOQOL-BREF Sayfa-2

15 F9.1	Bedensel hareketlilik (etrafta dolaşabilme, bir yerlere gidebilme) beceriniz nasıldır?	Çok kötü <input type="checkbox"/> ₁	Biraz kötü <input type="checkbox"/> ₂	Ne iyi, ne kötü <input type="checkbox"/> ₃	Oldukça iyi <input type="checkbox"/> ₄	Çok iyi <input type="checkbox"/> ₅
16 F13.3	Uykunuzdan ne kadar hoşnutsunuz?	Hiç hoşnut değil <input type="checkbox"/> ₁	Çok az hoşnut <input type="checkbox"/> ₂	Ne hoşnut, ne de değil <input type="checkbox"/> ₃	Epeyce hoşnut <input type="checkbox"/> ₄	Çok hoşnut <input type="checkbox"/> ₅
17 F10.3	Günlük uğraşlarınızı yürütebilme becerinizden ne kadar hoşnutsunuz?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
18 F12.4	İş görme kapasitenizden ne kadar hoşnutsunuz?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
19 F6.3	Kendinizden ne kadar hoşnutsunuz?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
20 F13.3	Aile dışı kişilerle ilişkilerinizden ne kadar hoşnutsunuz?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
21 F15.3	Cinsel yaşamınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
22 F14.4	Arkadaşlarınızın desteğinden ne kadar hoşnutsunuz?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
23 F17.3	Yaşadığınız evin koşullarından ne kadar hoşnutsunuz?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
24 F19.3	Sağlık hizmetlerine ulaşma koşullarınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
25 F23.3	Ulaşım olanaklarınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
26 F8.1	Ne sıklıkta hüznü, ümitsizlik, bunaltı, çökkünlük gibi duygulara kapılırsınız?	Hiçbir zaman <input type="checkbox"/> ₅	Nadiren <input type="checkbox"/> ₄	Ara sıra <input type="checkbox"/> ₃	Çoğunlukla <input type="checkbox"/> ₂	Her zaman <input type="checkbox"/> ₁
27 U	Yaşamınızda size yakın kişilerle (eş, iş arkadaşı, akraba) ilişkilerinizde baskı ve kontrolle ilgili zorluklarınız ne ölçüdedir?	Hiç <input type="checkbox"/> ₁	Çok az <input type="checkbox"/> ₂	Orta derecede <input type="checkbox"/> ₃	Çokça <input type="checkbox"/> ₄	Aşırı derecede <input type="checkbox"/> ₅

Bu formun doldurulmasında size yardım eden oldu mu? Evet Hayır Bu formun doldurulması ne kadar sürdü? _____

THE WHOQOL Group Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF Quality of Life Assessment (1998) Psychological Medicine, 1998, 28, 551-558

Skorlama Yönergesi		
Alt Parametre	Oluşturan sorular	Bu şekilde elde edilen skorlar "ham" skordur. Yüzelik sisteme değiştirmek için gerekli olan formül;
Genel sağlık durumu	1 ve 2. Soruların toplamı	
Fiziksel sağlık	3, 4, 10, 15, 16, 17, 18. Soruların toplamı	
Psikolojik	5, 6, 7, 11, 19, 26. Soruların toplamı	
Sosyal ilişkiler	20, 21, 22. Soruların toplamı	
Çevre	8, 9, 12, 13, 14, 23, 24, 25. Soruların toplamı	

$$\frac{(\text{Hastanın ham skoru}) - (\text{o alt parametreye ait olabilecek en düşük skor})}{\text{o alt parametrenin skor aralığı}} \times 100$$

Örnek: Fiziksel sağlık alt parametresini ele alalım; toplam 7 madde var. Hastanın skor toplamı 30 olsun

$$[(30-7) / (35-7)] \times 100 = (23/28) \times 100 = \%82,14$$

Ek-7. Beden Algısı Ölçeği

BEDEN ALGISI ÖLÇEĞİ

	Çok Beğeniyorum	Oldukça Beğeniyorum	Kararsızım	Pek Beğenmiyorum	Hiç Beğenmiyorum
1.Saçlarım					
2.Yüzümün Rengi					
3.iştahım					
4.Ellerim					
5.Vücudumdaki Kıl Dağılımı					
6.Burnum					
7.Fiziksel Gücüm					
8.idrar-Dışkı Düzenim					
9.Kas Kuvvetim					
10. Belim					
11.Enerji Düzeyim					
12.Sırtım					
13.Kulaklarım					
14.Yaşım					
15.Çenem					
16.VücutYapım					
17.Profilim					
18.Boyum					
19.Duyularımın Keskinliği					
20.Ağrıya Dayanıklılığım					
21.Omuzlarımın Genişliği					
22.Kollarım					
23.Göğüslerim					
24.Gözlerimin şekli					

Uludağ Üniversitesi
Tıp Fakültesi
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
tarafından onaylanmıştır.
Tarih : 02.06.2021
Karar No : 2021-7/13 ✓

BEDEN ALGISI ÖLÇEĞİ

25.Sindirim Sistemim					
26.Kalçalarım					
27.Hastalığa Direncim					
28.Bacaklarım					
29.Dişlerimin şekli					
30.Cinsel Gücüm					
31.Ayaklarım					
32.Uyku Düzenim					
33.Sesim					
34.Sağlığım					
35.Cinsel Faaliyetlerim					
36.Dizlerim					
37.Vücudumun Duruş şekli					
38.Yüzümün şekli					
39. Kilom					
40. Cinsel Organlarım					

Uludağ Üniversitesi
Tıp Fakültesi
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
İzlenimden onaylanmıştır.
Tarih : 02.06.2021
Karar No : 2021-2/15

TEŞEKKÜR

Tezimin hazırlanmasında ve uzmanlık eğitimim boyunca emeğini, desteğini ve bilgisini benden esirgemeyen çok değerli tez danışmanım Prof. Dr. Selçuk Kırılı'ya,

Uzmanlık eğitimim süresince bilgi ve deneyimlerini benimle paylaşan değerli hocalarım Prof. Dr. Aslı Sarandöl, Doç. Dr. E. Yusuf Sivrioğlu, Prof. Dr. Cengiz Akkaya ve Prof. Dr. Saygın Eker'e,

Tezimle ilgili her konuda yardımlarını esirgemeyen ve her zaman destek olan değerli Doç. Dr. Özen Öz Gül ve Uzm. Dr. Yasemin Ünsal Aydoğan'a,

Tez verilerinin istatistiksel olarak yorumlanmasında bana yol gösteren ve destek olan değerli Doç. Dr. Güven Özkaya'ya,

Berber çalışmaktan mutluluk duyduğum başta eş kıdemim Dr. Anıl Muştucu olmak üzere tüm araştırma görevlisi arkadaşlarıma; servis ve poliklinikteki hemşire, sekreter, personel olmak üzere tüm Uludağ Psikiyatri Ailesi'ne,

Rotasyonlarım süresince eğitimime katkısı bulunan değerli öğretim üyelerine ve hekim arkadaşlarıma,

Bana hekimlik mesleğini sevdiren, hekimlik ahlakını öğreten ve her anlamda destek olan kıymetli aileme çok teşekkür ederim.

ÖZGEÇMİŞ

■■■■■■■■■■ tarihinde ■■■■■■■■■■'da doğdum. İlkokulu Özel Bursa Tan Okulları'nda okudum. Lise eğitimimi Özel Tan Fen Lisesi'nde tamamladım. 2010 yılında başladığım Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden 2016 yılında mezun oldum. Eylül 2016 - Şubat 2017 tarihleri arasında İstanbul Kartal Toplum Sağlığı Merkezi'nde pratisyen hekim olarak zorunlu hizmet görevimi yaptım. Eylül 2017'de Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı'nda uzmanlık eğitimine başladım. Halen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı'nda araştırma görevlisi olarak çalışmaktayım. Kognitif ve Davranış Terapileri Derneği Tarafından verilen Kognitif ve Davranış Terapileri (KDT) eğitimine ve Prof. Dr. Cem Kaptanoğlu tarafından verilen Destekleyici Psikoterapi eğitimine, her ikisinde de süpervizyon sürecinde olmak üzere, devam etmekteyim.