



**TC.**

**BOLU ABANT İZZET BAYSAL ÜNİVERSİTESİ**

**TIP FAKÜLTESİ**

**AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI**

**TİROİD FONKSİYON BOZUKLUĞU OLAN HASTALARDA  
ALGILANAN STRES VE PSİKOLOJİK DAYANIKLILIK  
ARASINDAKİ İLİŞKİ**

**Dr. Duygu ÇELİK**

**TIPTA UZMANLIK TEZİ**

**2023**

**BOLU**



**TC.**

**BOLU ABANT İZZET BAYSAL ÜNİVERSİTESİ**

**TIP FAKÜLTESİ**

**AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI**

**TİROİD FONKSİYON BOZUKLUĞU OLAN HASTALARDA  
ALGILANAN STRES VE PSİKOLOJİK DAYANIKLILIK  
ARASINDAKİ İLİŞKİ**

**Dr. Duygu ÇELİK**

**TIPTA UZMANLIK TEZİ**

**TEZ DANIŞMANI**

**Doç. Dr. Nurcan AKBAŞ GÜNEŞ**

**2023**

**BOLU**

## ETİK BEYAN

Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Tez Yazım Kurallarına uygun olarak hazırladığım bu tez çalışmada;

- Tez içinde sunduğum verileri, bilgileri ve dokümanları akademik ve etik kurallara uyarak elde ettiğimi,
- Tez çalışmada yararlandığım eserlerin tümüne uygun atıfta bulunarak kaynak gösterdiğimi,
- Kullanılan verilerde herhangi bir değişiklik yapmadığımı,
- Bu tezde sunduğum çalışmanın özgün olduğunu bildirir, bu tezin hiçbir kısmının başka bir yerde tez çalışması olarak sunulmadığını beyan ederim.

**DUYGU ÇELİK**

## KABUL VE ONAY SAYFASI

**DUYGU ÇELİK** tarafından hazırlanan “**TİROİD FONKSİYON BOZUKLUĞU OLAN HASTALARDA ALGILANAN STRES VE PSİKOLOJİK DAYANIKLILIK ARASINDAKİ İLİŞKİ**” adlı tez çalışması 03/03/2023 tarihinde aşağıdaki jüri tarafından Aile Hekimliği Anabilim Dalı’nda Tıpta Uzmanlık Tezi olarak oy birliği/ oy çokluğuyla kabul edilmiştir.

### Jüri Üyeleri

### İmza

Danışman

Doç. Dr. Nurcan AKBAŞ GÜNEŞ

.....

Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi

Üye

Doç. Dr. Sebahat GÜCÜK

.....

Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi

Üye

Doç. Dr. Zerrin GAMSIZKAN

.....

Düzce Üniversitesi

## TEŞEKKÜR

Asistanlık eğitimimde, hekimlikle ilgili, sosyal konularda ve kişisel gelişim adına her konuda bana yol gösteren, destek olan; mesleki ve insani yönüyle, duruşuyla, hoşgörüsüyle örnek aldığım, her konuda yeni bakış açısı sunan, tez sürecinde ve tez öncesi süreçte hep yardımcı olan tez danışman hocam Doç. Dr. Nurcan AKBAŞ GÜNEŞ'e;

Asistanlık sürecimde kendisinden çok şey öğrendiğim, bilgi ve deneyimlerinden faydalandığım, anabilim dalı başkanı Doç. Dr. Sebahat GÜCÜK' e, ve Dr. Öğr. Üyesi Süleyman ÖZSARI' ya;

Bu süreçte birbirimize kolayca alışıp kaynaştığımız, deneyimlerimizi birbirimize aktardığımız sevgili asistan arkadaşlarıma;

Her zaman desteğiyle, sevgisiyle her ihtiyaç duyduğumda yanımda olan canım annem, babam ve kardeşime;

Desteğini hep yanımda hissettiğim, sevgisiyle, varlığıyla, bana olan güveniyle mesleki ve kişisel konularda cesaretimi arttıran Dr. Atilla ESEN' e

Sonsuz saygı ve teşekkürlerimi sunarım.

**Dr. Duygu ÇELİK**

# İÇİNDEKİLER

|                                                         | Sayfa no    |
|---------------------------------------------------------|-------------|
| <b>TABLO LİSTESİ.....</b>                               | <b>viii</b> |
| <b>KISALTMALAR.....</b>                                 | <b>x</b>    |
| <b>ÖZET.....</b>                                        | <b>xi</b>   |
| <b>ABSTRACT.....</b>                                    | <b>xiii</b> |
| <b>1.GİRİŞ ve AMAÇ.....</b>                             | <b>1</b>    |
| <b>2.GENEL BİLGİLER.....</b>                            | <b>4</b>    |
| 2.1 TİROİD... ..                                        | 4           |
| 2.1.1 Tarihçe.....                                      | 4           |
| 2.1.2 Tiroid Bezi Embriyolojisi.....                    | 4           |
| 2.1.3 Tiroid Bezi Histolojisi.....                      | 4           |
| 2.1.4 Tiroid Bezi Anatomisi.....                        | 5           |
| 2.1.5 Tiroid Bezi Fizyolojisi.....                      | 6           |
| 2.1.6 Tiroid Hastalıkları İçin Tanısal Testler... ..    | 7           |
| 2.1.7 Tiroid Fonksiyon Bozukluklarına Genel Bakış... .. | 11          |
| 2.1.7.1 Subklinik Hipotiroidizm .....                   | 11          |
| 2.1.7.2 Aşıkır Hipotiroidizm .....                      | 12          |
| 2.1.7.3 Subklinik Hipertiroidizm .....                  | 15          |
| 2.1.7.4 Aşıkır Hipertiroidizm .....                     | 17          |
| 2.2 STRES .....                                         | 19          |
| 2.2.1 Stres Tanımı... ..                                | 19          |
| 2.2.2 Stresin Evreleri.....                             | 20          |
| 2.2.3 Stres Belirtileri... ..                           | 22          |
| 2.2.4 Algılanan Stres.....                              | 23          |
| 2.2.5 Tiroid Hastalıkları ve Stres... ..                | 23          |
| 2.3 PSİKOLOJİK DAYANIKLILIK .....                       | 24          |
| 2.3.1 Psikolojik Dayanıklılık Tanımı... ..              | 24          |
| 2.3.2 Psikolojik Dayanıklılık Boyutları... ..           | 27          |
| 2.3.3 Psikolojik Dayanıklılık Etkileyen Faktörler ..... | 29          |
| 2.3.4 Psikolojik Dayanıklılık ve Stres.....             | 34          |
| <b>3.GEREÇ ve YÖNTEM .....</b>                          | <b>35</b>   |
| 3.1 Araştırmanın Tipi.....                              | 35          |
| 3.2 Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman.....            | 35          |
| 3.3 Araştırmanın Evreni ve Örneklemi... ..              | 35          |

|                                                                            |           |
|----------------------------------------------------------------------------|-----------|
| 3.4 Araştırmaya Dahil Edilme Ve Dışlanma Kriterleri.....                   | 35        |
| 3.5 Biyokimyasal Ölçüm Yöntemleri ve Katılımcıların Gruplandırılması... .. | 36        |
| 3.6 Verilerin Toplanması ve Veri Toplama Araçları... ..                    | 37        |
| 3.7 İstatistiksel Analiz.....                                              | 38        |
| <b>4.BULGULAR.....</b>                                                     | <b>40</b> |
| <b>5.TARTIŞMA .....</b>                                                    | <b>68</b> |
| <b>6.SONUÇ ve ÖNERİLER .....</b>                                           | <b>76</b> |
| <b>7.KAYNAKÇA .....</b>                                                    | <b>78</b> |
| <b>8.EKLER .....</b>                                                       | <b>89</b> |
| 8.1 Ek 1: Bolu İl Sağlık Müdürlüğü Araştırma İzni... ..                    | 89        |
| 8.2 Ek 2: Anket Formu... ..                                                | 90        |



## TABLO LİSTESİ

### Sayfa No

|                                                                                                 |    |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| <b>Tablo 2.1:</b> Tek başına TSH ölçümünün yanıltacağı durumlar .....                           | 8  |
| <b>Tablo 2.2:</b> Hipotiroidi nedenleri .....                                                   | 13 |
| <b>Tablo 2.3:</b> Tirotoksikoz nedenleri... ..                                                  | 18 |
| <b>Tablo 2.4:</b> Psikolojik dayanıklılık ile ilgili risk faktörleri .....                      | 31 |
| <b>Tablo 2.5:</b> Psikolojik dayanıklılık ile ilgili koruyucu faktörler.....                    | 33 |
| <b>Tablo 4.1:</b> Grupların demografik değişkenlere göre dağılımı.....                          | 42 |
| <b>Tablo 4.2:</b> Grupların yaş, TSH ve sT4 değişkenlerine yönelik betimsel istatistikler ..... | 43 |
| <b>Tablo 4.3:</b> Gruplara yönelik betimsel istatistikler .....                                 | 45 |
| <b>Tablo 4.4:</b> Kontrol grubuna yönelik korelasyon analizi .....                              | 47 |
| <b>Tablo 4.5:</b> Subklinik hipotiroidi grubuna yönelik korelasyon analizi .....                | 49 |
| <b>Tablo 4.6:</b> Aşıkâr hipotiroidi grubuna yönelik korelasyon analizi.....                    | 51 |
| <b>Tablo 4.7:</b> Subklinik hipertiroidi grubuna yönelik korelasyon analizi.....                | 53 |
| <b>Tablo 4.8:</b> Aşıkâr hipertiroidi grubuna yönelik korelasyon analizi.....                   | 55 |
| <b>Tablo 4.9:</b> Ölçeklerin, gruplar bakımından farklılık gösterme analizi .....               | 57 |
| <b>Tablo 4.10:</b> Ölçeklerin, tanı türleri bakımından farklılık gösterme analizi .....         | 59 |
| <b>Tablo 4.11:</b> Puan türlerinin, cinsiyet bakımından farklılık gösterme analizi.....         | 60 |
| <b>Tablo 4.12:</b> Puan türlerinin, medeni durum bakımından farklılık gösterme analizi .....    | 61 |
| <b>Tablo 4.13:</b> Puan türlerinin, eğitim durumu bakımından farklılık gösterme analizi .....   | 62 |

|                                                                                                                                   |    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| <b>Tablo 4.14:</b> Puan türlerinin, meslek bakımından farklılık gösterme analizi.....                                             | 63 |
| <b>Tablo 4.15:</b> Puan türlerinin, herhangi bir ilaç kullanma durumu bakımından farklılık gösterme analizi.....                  | 64 |
| <b>Tablo 4.16:</b> Puan türlerinin kontrollere gelme sıklığı bakımından farklılık gösterme analizi.....                           | 65 |
| <b>Tablo 4.17:</b> Puan türlerinin, ailesinde tiroid hastalığı olan birisi olma durumu bakımından farklılık gösterme analizi..... | 66 |
| <b>Tablo 4.18:</b> Puan türlerinin, otoantikör bakımından farklılık gösterme analizi.....                                         | 67 |

## KISALTMALAR

**Anti-TG:** Anti-tiroglobulin

**Anti-TPO:** Anti-tiroid peroksidaz antikoru

**ASÖ-14:** Algılanan Stres Ölçeği-14

**ATPaz:** Adenozin trifosfataz

**CD-RISC:** Connor Davidson Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği

**COVID-19:** 2019 Coronavirüs Hastalığı

**CRP:** C-reaktif protein

**DIT:** Diiyodotirozin

**DSÖ:** Dünya Sağlık Örgütü

**EKG:** Elektrokardiyografi

**LDL:** Düşük yoğunluklu lipoprotein

**LT4:** Levotiroksin

**MIT:** Monoiyodotirozin

**MTK:** Medüller tiroid kanser

**sT3:** Serbest triiyodotironin

**sT4:** Serbest tetraiyodotironin

**T3:** Triiyodotironin

**T4:** Tetraiyodotironin

**TBG:** Tiroksin bağlayan globulin

**Tg:** Tiroglobulin

**TİİAB:** Tiroid ince iğne aspirasyon biyopsisi

**TRH:** Tirotropin salgılatıcı hormon

**TSH:** Tiroid stimulan hormon

**TSI:** Tiroid stimule edici immünglobulin

## ÖZET

**Amaç:** Bu çalışmanın amacı; tiroid fonksiyon bozukluğu saptanan hastaların algılanan stres ve psikolojik dayanıklılık düzeyini ve aralarındaki ilişkiyi saptamak, bunları etkileyen faktörleri belirlemek ve buna yönelik öneriler geliştirmektir.

**Gereç ve Yöntem:** Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi'ne 01.09.2022-30.11.2022 tarihleri arasında Endokrin ve Metabolizma Hastalıkları Polikliniği'ne, İç Hastalıkları Polikliniği'ne ve Aile Hekimliği Polikliniği'ne başvuran tiroid fonksiyon bozukluğu olan ve olmayan bireylerden oluşmaktadır. Çalışmada katılımcılara; sosyodemografik form, Connor-Davidson Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği (CD-RISC) ve Algılanan Stres Ölçeği (ASÖ-14) uygulanmıştır.

**Bulgular:** Araştırmaya 25 aşikâr hipotiroidi, 38 subklinik hipotiroidi, 29 aşikâr hipertiroidi ve 38 subklinik hipertiroidi olmak üzere dört vaka grubu, 43 kontrol grubu olmak üzere toplamda 173 katılımcı dahil edilmiştir. Aşikâr hipotiroidili hastalarda ASÖ-14 puan ortalamaları daha yüksekti ve CD-RISC ölçeği puan ortalamaları daha düşüktü ( $p<0,05$ ). Aşikâr hipertiroidili hastalarda ise ASÖ-14 puan ortalamaları daha düşüktü ve CD-RISC ölçeği puan ortalamaları daha yüksekti ( $p<0,05$ ). Aşikâr hipotiroidili hastalarda algıladıkları stres ve psikolojik dayanıklılık düzeyleri arasında fark yoktu ( $p>0,05$ ). Diğer gruplar ile arasında negatif bir ilişki saptandı ( $p<0,05$ ). Tüm katılımcılarda algılanan stres ölçeği puan ortalamaları kadınlarda daha yüksekti ( $p<0,05$ ). Tüm katılımcılarda CD-RISC ölçeği puan ortalamaları erkeklerde daha yüksekti ( $p<0,05$ ). Ailesinde tiroid hastalığı olan katılımcıların algılanan stres düzeyi daha yüksekti ( $p<0,05$ ). Tiroid otoantikoru olan katılımcıların algılanan stres düzeyi daha yüksekti ( $p<0,05$ ). Tiroid otoantikoru olan katılımcılar ile psikolojik dayanıklılık düzeyleri arasında fark yoktu ( $p>0,05$ ).

**Sonuç:** Otoantikor pozitifliği saptanan hipotiroidi tanılı hastaların algılanan stres düzeyi daha yüksekti. Bu hastalara yönelik stresi azaltmaya yönelik destek programlarının geliştirilmesi

önemlidir. Aynı zamanda hipotiroidi tanılı hastaların psikolojik dayanıklılık düzeyi daha düşüktü. Bu nedenle bu hastalara yönelik verilecek olan psikolojik dayanıklılığı arttırıcı eğitim programları önem arz eder.

**Anahtar kelimeler:** Algılanan Stres, Psikolojik Dayanıklılık, Tiroid Fonksiyon Bozukluğu



## ABSTRACT

**Objective:** To determine the perceived stress and psychological resilience level of patients with thyroid dysfunction and the relationship between them, to determine the factors affecting them and to develop recommendations for this.

**Materials and Methods:** It consists of individuals with and without thyroid dysfunction, who applied to Bolu Abant İzzet Baysal University Training and Research Hospital between 01.09.2022 and 30.11.2022, Endocrine and Metabolic Diseases outpatient clinic, Internal Medicine outpatient clinic and Family Medicine outpatient clinic. A sociodemographic form, Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC) and Perceived Stress Scale (PSS-14) were applied to the participants in the study.

**Results:** A total of 173 participants, including 25 overt hypothyroidism, 38 subclinical hypothyroidism, 29 overt hyperthyroidism and 38 subclinical hyperthyroidism, and 43 control groups, were included in the study. In patients with overt hypothyroidism, the mean PSS-14 scale scores were higher and the mean CD-RISC scale scores were lower ( $p<0.05$ ). On the other hand, patients with overt hyperthyroidism had lower mean PSS-14 scores and higher CD-RISC scale mean scores ( $p<0.05$ ). There was no difference between perceived stress and psychological resilience levels in patients with overt hypothyroidism ( $p>0.05$ ). A negative correlation was found between the other groups ( $p<0.05$ ). Perceived stress scale mean scores in all participants were higher in women ( $p<0.05$ ). The mean CD-RISC scale scores in all participants were higher in males ( $p<0.05$ ). Participants with a family history of thyroid disease had a higher perceived stress level ( $p<0.05$ ). Participants with thyroid autoantibodies had higher perceived stress levels ( $p<0.05$ ). There was no difference between the participants with thyroid autoantibodies and their resilience levels ( $p>0.05$ ).

**Conclusion:** Patients with hypothyroidism who were found to be positive for autoantibodies had a higher perceived stress level. It is important to develop support programs to reduce stress

for these patients. At the same time, the psychological resilience level of patients with hypothyroidism was lower. For this reason, it is important to provide these patients with training programs to increase psychological resilience.

**Keywords:** Perceived Stress, Psychological Resilience, Thyroid Dysfunction



## 1. GİRİŞ ve AMAÇ

Tiroid fonksiyon bozukluğu; serum tiroid stimulan hormon (TSH) değerin referans aralığından yüksekliği ya da düşüklüğü olarak tanımlanmaktadır. Toplumda oldukça sık görülmekte bu nedenle çoğu tıp alanında tiroid hastalığı için tetkik yapmayı zorunlu kılmıştır. Çoğunlukla TSH ve serbest tiroid hormon düzeylerine bakarak hastanın tiroid fonksiyon durumunu belirlemek mümkündür (1).

Tiroid fonksiyon bozukluklarından hipotiroidi; tiroid bezinin az çalışması ve buna bağlı olarak dolaşımdaki TSH seviyesinin yükselmesi sonucunda dolaşımdaki serbest triiodotironin (T3) ve tiroksin (T4) seviyelerinin referans aralığında kalması veya referans aralığının altına düşmesi olarak tanımlanmaktadır. Hipertiroidi ise, tiroid bezinin fazla çalışması ve buna bağlı olarak dolaşımdaki TSH seviyesinin düşmesi sonucunda dolaşımdaki serbest T3 ve T4 düzeylerinin referans aralığında kalması veya referans aralığının üzerine çıkması olarak tanımlanmaktadır (2).

Tiroid fonksiyon bozukluğu fizyolojik olayları etkilemesi sonucunda klinik bazı belirti ve bulgular görülebilmektedir (3). Hipotiroidili bireylerde; halsizlik, kilo artışı, cilt problemleri, saç dökülmesi, soğuk intoleransı, konstipasyon, düzensiz âdet kanamaları gibi fiziksel semptomlarla birlikte dikkat ve konsantrasyonda azalma, anksiyete, huzursuzluk, depresyon, mental yavaşlama ve demans gibi psikolojik ve bilişsel semptomlar da görülebilmektedir (1–3).

Hipertiroidili bireylerde oluşan semptomlar sıcak intoleransı, terleme, solunum sayısında artış, deride vazodilatasyon, çarpıntı, kalp debisinde artış, istirahat haldeki kalp hızında artış, kaslarda zayıflık, el ve ayakta seğirmeler, hafif kas güçsüzlüğü gibi semptomlar görülebilmektedir (1,2,4). Fiziksel semptomlar dışında sık görülen psikolojik semptomlar ise huzursuzluk, motor ve algısal hiperaktivite, anksiyete, duygu durum değişimleri, uyku bozukluğu, dürtüsellik ve konsantrasyon eksikliğidir (5).

Stres, dünyadaki en yaygın ölüme yol açan hastalıklar listesinde yer alan ilk 10 nedenden birçoğuyla ilgili olup, insanların yaşam içinde her dönemde karşısına çıkabilen bir sorundur (6). Bireyin çevresi ile arasındaki var olan dengeyi bozan ve bu dengeyi tekrar sağlamak için daha çok uğraşmasına neden olan içsel veya dışsal ögeler olarak tanımlanır. Son yıllarda yapılan çalışmalar, stresli yaşamın birçok kronik rahatsızlık için tehdit oluşturabileceğini göstermektedir (7).

Psikolojik dayanıklılık, son zamanlarda üzerinde çokça durulan bir kavramdır. Psikolojik dayanıklılık kavramı İngilizce ‘‘resilience’’ kelimesine karşılık olarak ‘‘sağlamlık’’, ‘‘yılmazlık’’, ‘‘esneklik’’, ‘‘direnç’’, ‘‘kendini toplama gücü’’, ‘‘psikolojik sağlamlık’’ gibi adlandırılan kavramdır. Psikolojik dayanıklılık, olumsuz koşullara karşı kişinin bu koşulların üstesinden gelme ve uyum sağlayabilme yeteneği anlamına gelmektedir (8).

Psikolojik dayanıklılığın stresle ilişkili olarak; travma, ölüm, kayıp gibi stresli yaşam olaylarının yoğun yüküne rağmen hayatta kalma yetisi veya stresli durumların olumsuz etkilerini azaltan ve başarılı bir uyum sürecini sağlayan bir kavram şeklinde birçok tanımı mevcuttur. Bireyler strese aynı şekilde maruz kalsalar bile kimileri için stresli yaşama uyum oldukça zordur. Kişilerin stresle başa çıkabilmelerinde altta yatan unsurlardan biri de kendilerine ve dünyaya karşı farklı bir bakış açısına sahip olmalarıdır (9,10).

Tiroid fonksiyon bozukluğu olanlarda algılanan stres düzeyiyle ilgili yapılmış çalışmalarda farklı tiroid fonksiyon bozukluğu gruplarına yönelik çalışmalar literatürde mevcut olup çalışmalarda serum TSH düzeyiyle algılanan stres arasında pozitif ilişki bulunmuştur (11,12). Tiroid fonksiyon bozukluğu ile psikolojik dayanıklılık arasında ilişkiye yönelik bir çalışma literatür incelendiği kadarıyla saptanmamıştır. Bu bağlamda, bu konuda yapılan ilk çalışma olarak tiroid fonksiyon bozukluğu alt gruplarından aşikar hipotiroidi, subklinik hipotiroidi, aşikar hipertiroidi ve subklinik hipertiroidi tespit edilen hastalarda algılanan stres düzeyini

tespit etmek, stresle başa çıkmada önemli bir etken olan psikolojik dayanıklılık düzeylerini ve aralarındaki ilişkiyi incelemeyi amaçladık.



## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1 TİROİD

#### 2.1.1 Tarihçe

Tiroid bezi, Antik Yunan dilinde ‘thyr’ (kalkan) ve ‘eidos’ (şekil) sözcüklerinden oluşan, kalkan şekilli kıkırdak anlamına gelmektedir. Tiroid bezinin varlığı ilk kez Andreas Vesalius tarafından 16. yüzyılda tanımlandı ancak daha erken tarihlerde Leonardo da Vinci tarafından anatomik olarak çizildiği bilinmektedir. 1656’da Thomas Wharton, ‘glandula thyreoidea’ olarak isimlendirdi. Bezin hormon salgıladığı ise ilk kez King tarafından dile getirilmiştir (13,14).

#### 2.1.2 Tiroid Bezi Embriyolojisi

Tiroid bezi, primitif barsağın uzantısı olarak gestasyonun 3. haftasında gelişmeye başlar. Başlangıçta endodermal kalınlaşma oluşmasının ardından kaudale doğru uzayarak divertikül oluşturur ve tiroid divertikülü olarak adlandırılır. Dil kökünde bulunan foramen caecum tiroid divertikülünün ağzıdır. Divertikül hem öne hem de yana doğru büyür ve iki loblu tiroid oluşur boyun orta hattında aşağıya doğru inmeye başlar. Bu esnada dördüncü faringeal cebin ultimobrankial cisimlerinden parafoliküler hücrelerini oluşturacak olan yan komponentler katılır. Tiroid aşağı doğru inerken oluşturduğu kanal tiroglossal kanal adını alır. Daha sonra dejenerasyona uğrar. Trakeanın önünde yer alan son hali embriyolojik gelişimin 7. haftasında tamamlanır (15).

#### 2.1.3 Tiroid Bezi Histolojisi

Tiroidin temel birimi follikül yapılarıdır. Tiroid bezi yaklaşık 20-30 milyon follikül içerir. Foliküller bazal membran üzerine yerleşen tek katlı follikül epitel hücrelerinden oluşur. Bezin fonksiyonuna göre yassılaşmış hücrelerden prizmatik hücrelere kadar farklı morfoloji gösterir.

Folikül hücrelerinin çevrelediği lümene kolloid adı verilir. İçerisinde tiroglobulin ve hormonlar bulunur. Tiroid bezinde tiroid follikül hücresi (tirosit) dışında 2 tip hücre daha vardır. Bunlar; oksifilik (Askanazy, Hürthle, onkosit) hücreler ve parafoliküler hücrelerdir. Follikül hücreleri tiroid hormon sentez ve salınımından sorumludur. Oksifilik hücreler fonksiyonu tam olarak bilinmese de serotonin depolayarak tiroglobulin sentezinde rol oynar. Parafoliküler hücreler de kalsitonin sentez ve salınımından sorumludur. Tirosit ve oksifilik hücreler lümen ve bazal membranla bağlantısı olan hücrelerdir. Parafoliküler hücreler ise sadece bazal membranla bağlantılıdır (16).

#### **2.1.4 Tiroid Bezi Anatomisi**

Boyun bölgesinde cartilage thyroidea'nın ön kısmında bulunur. Lobus dexter ve lobus sinister olmak üzere 2 lobu bulunur. Isthmus glandula thyroidea 2 lobu birbirine bağlayan parçanın adıdır. Lobus dexter ve Lobus sinister cartilage thyroidea'nın 5-6.trachea halkaları hizasında, isthmus glandula thyroidea ise 2-3.trachea halkaları hizasında bulunur. Tiroid bezinin ön yüzünde lamina pretrachealis ve hyoid altı kaslar; arka yüzde trachea ve larynx bulunur. Yan yüzlerinde ise, N. laryngeus recurrens, A. carotis communis, V. jugularis interna ve N. vagus adlı yapılar bulunur. Tiroid bezi, bağ dokudan oluşan capsula fibrosa ile sarılıdır. Kapsülün parankime doğru uzantıları ile bezde lobüller oluşur. Glandula thyroidea os hyoideuma özel bantlar sayesinde tutunmuştur. Bu sebeple yutkunma sırasında trakea ile beraber hareket eder.

Bez; A.thyroidea superior , a.thyroidea inferior'dan nadiren a.thyroidea ima'dan beslenir. Venöz kanı bezden v. thyroidea superior, v. thyroidea media ve v. thyroidea inferior toplar. V. thyroidea superior ve media v.jugularis interna'ya; v. thyroidea inferior ise v. brachiocephalica'ya açılır.

Bezin sempatik sinir liflerini; ganglion cervicale superius, ganglion cervicale medium ve ganglion cervicale inferius oluşturur. Parasempatik sinir lifleride n. vagus'dan gelir. Lenf damarları bezin arterleri çevresinde bulunur. Bunlar; nodi lymphatici pretrachealis, paratrachealis, parasternalis, prelaryngealis ve servikal lenf nodlarına dökölürler (17).

### **2.1.5 Tiroid Bezinin Fizyolojisi**

Tiroid hormonlarının sentezinin ilk basamağını iyodürlerin dolaşımdan tiroid hücrelerine ve sonrasında folliküllere aktarılması oluşturur. Tiroid hücre bazal membranında bulunan sodyum-iyodür birlikte taşıyıcısı aktivitesi ile iyodürü hücre içine aktif taşıma olayı gerçekleşir. Aktif taşıma için gereken enerjiyi, sodyum-potasyum ATPaz pompası sağlar. Bu sayede iyodür kandaki düzeyinin yaklaşık 30 katı kadar tiroid hücresinde tutulur. İyodür, tiroid epitel hücresinin apikalinde bulunan pendrin taşıyıcı proteini tarafından follikül içine taşınır. Bu hücreler tiroglobulini de follikül içine salgılar. İyodür iyonları hücrenin apikal zarında bulunan peroksidaz enzimi ile iyota oksitlenir. Tiroglobülin iyotla birleşerek tiroid hormonlarını oluşturan tirozin amino asidi içirir. İyodun tiroglobulin molekülündeki tirozin amino asidine bağlanması, tiroglobulinin organikleşmesi olarak adlandırılır. Tirozin iyodinasyonu ile önce monoiyodotirozin (MIT) daha sonra diiyodotirozin (DIT) oluşur. İki DIT molekülünün birleşmesiyle oluşan T4 molekülü asıl hormondur. Bunun dışında bir molekül MIT, bir molekül DIT ile birleşerek T3 oluşur.

Tiroid bezinin hormon depolama yeteneği oldukça fazladır. Hormon sentezi tamamlanan bir tiroglobulin yaklaşık 30 tane T4, az sayıda T3 bulundurur. 2-3 ay boyunca vücudun hormon ihtiyacını sağlayacak kadar hormon depolanmış olur. Tiroid hücrelerinin apikalinden uzanan yalancı ayaklar kolloidin bir bölümünü içine alarak pinositik vezikülleri oluşturur. Lizozomla birleşen vezikül içeriği sindirilmeye başlar. Lizozom içindeki proteaz enzimleri tiroglobulini sindirir. Böylece T4 ve T3 serbestleşir. Hücre içindeki bu hormonlar diffüzyon ile kapillerlere

geçerek kana serbestleşir. Tiroid hormonlarının çoğu tiroksin-bağlayıcı globulin (TBG) ile dokulara taşınır. Az miktarda tiroksin-bağlayıcı prealbümin ve albümine bağlı olarak da taşınır (18).

Tiroid fonksiyonu; hipotalamus, hipofiz ve tiroid bezi arasındaki nispeten basit bir ilişki tarafından düzenlenir. Hipotalamustan tiotropin salgılatıcı hormon (TRH), hipofiz bezinden TSH salınımını uyarır. TSH, iyot alımından tiroid hormonlarının üretimine kadar çeşitli adımları düzenler. Tiroid bezi tarafından salınan tiroid hormonunun çoğunluğu T4, daha küçük bir oranı T3'tür. Bezden kana salınan tiroid hormonları yüksek oranda proteine bağlıdır. Sadece dolaşımda serbest haldeki T3 ve T4 kendi reseptörlerine bağlanma yeteneğine sahiptir. Aktif tiroid hormonu serbest T3 (sT3)'tür. Böylece periferik dokularda bir dizi deiyodinaz enzimi tarafından T4'ün T3'e dönüşümü gerçekleşir. Hipotalamus ve hipofiz düzeyinde dolaşımdaki tiroid hormonlarının olumsuz geri bildirimi sayesinde TSH ve TRH baskılanır. Bu sistem kana daha fazla sT3 ve serbest T4 (sT4) geçişini önler (19).

### **2.1.6 Tiroid Hastalıkları İçin Tanısal Testler**

Tiroid fonksiyon bozukluğu toplumda sık gözlemlenir. Tiroid tanı testlerinde son 40 yıldır süregelen gelişmeler daha doğru tanı ve tedavi yaklaşımına olanak sağlamıştır (1).

**TSH:** Tiroid hastalıkları kılavuzlarında tanı için bahsi geçen ilk basamak tanı testi serum TSH düzeyidir. Tiroid hormonları ve TSH arasındaki ilişki log lineerdir, yani serbest T3 veya serbest T4'teki çok küçük değişiklikler TSH'de çok büyük değişikliklere neden olacaktır. Bu nedenle TSH, tiroid fonksiyon bozukluğu için tarama testi olarak önerilmiştir. TSH'nin değerlendirilmesi, hastaların büyük çoğunluğunda tiroid fonksiyonunun tek ve en yararlı testidir. Bununla birlikte, yalnızca TSH ile tarama yapmak bazı durumlarda yanıltıcı olabilmektedir. Bu durumlar tabloda belirtilmiştir.

**Tablo 2.1: Tek başına TSH ölçümünün yanıltacağı durumlar (20)**

- Hipertiroidi tedavisi altında baskılı olabilen TSH
- Santral hipotiroidi
- TSH salgılayan adenom
- Tiroid hormon direnci
- Ötiroid hasta sendromu

Günümüzde kullanılmakta olan 3. jenerasyon immünometrik yöntemlerle TSH 0.01-0.02 mIU/l değerlerine kadar ölçülebilir (1). TSH için normal aralık genellikle 0,35 mIU/mL ile 4,50 mIU/mL arasındadır. TSH üst sınırı yaşa göre değişkenlik gösterir. TSH üst sınırı için belirlenen değerler; genç popülasyonda 4 mIU/L, gebelik planlayanlarda ve gebelerde 2,5 mIU/L, 70-79 yaş arası 6 mIU/L, 80 yaş üzeri 7,5 mIU/L'dir. En yüksek seviyeleri sabahın erken saatlerinde ve en düşük seviye ise öğleden sonra ile akşam ortasıdır (19–21).

**Total T3 ve Total T4:** Tiroid hormon sentezinin çoğu, önceden toplam tiroid hormon düzeylerine bakarak değerlendiriliyordu. Bununla birlikte; tiroid hormonları çoğunlukla TBG'ye bağlı olduğundan bu taşıyıcı proteinlerin düzeylerini etkileyen koşullar veya ilaçlar, anormal toplam tiroid hormon düzeyleri ile sonuçlanacaktır. Bu nedenle biyolojik olarak aktif hormonlar olarak serbest tiroid hormonlarının test edilmesi, toplam tiroid hormonu testinin yerini almıştır.

**sT3 ve sT4:** sT4, kan dolaşımında sT3'ünkinden iki ila üç kat daha yüksek seviyelerde dolaştığından özellikle klinik pratikte immünometrik yöntemlerle yapılan sT4 ölçümleri daha sık kullanılmaktadır (22). Serum T3 ölçümü; T3 tirotoksikozu olarak bilinen serum T4 düzeyinin normal olup serum T3 seviyesinin arttığı durumda, hipertiroidinin şiddeti ve tedaviye yanıtını irdeleme ve serum T3/T4 oranının kullanıldığı hipertiroidi ayırıcı tanısında faydalıdır.

**Tiroid otoantikorları:** Otoimmün tiroid hastalıklarının teşhisinde ve tedavi etkinliğinin değerlendirilmesinde önemlidir. Serumda tespit edilen yüksek tiroid peroksidaz antikoru (anti-

TPO) veya tiroglobulin antikoru (anti-TG) düzeyleri ile kronik otoimmün tiroidit tanısı konur. Anti-TPO pozitifliği bulunan çoğu kronik otoimmün tiroidit hastasında anti-TG de yüksek bulunur. Bu nedenle bu antikorun tanı için pek katkısı olmadığı düşünülmektedir. Anti-TPO pozitifliği kronik otoimmün tiroidit hastalarında %90-100, anti-TG pozitifliği ise %60-70 oranında saptanmaktadır. Serum anti-TPO ve anti-TG düzeyleri subklinik hipotiroidide öngördürücü olması nedeniyle, postpartum tiroiditte, in vitro fertilizasyon yanıtısızlığında risk faktörü olması gibi nedenlerle de sık kullanılmaktadır (23). TSH reseptör antikorları; uyarıcı, bloke edici ve nötr olmak üzere 3 farklı aktiviteye sahiptir. Tiroid stimule edici immünglobulin (TSI); Graves hastalığı olan hastaların çoğunda ve Hashimoto tiroiditi olan hastaların %15'inde bulunur. Antikor seviyesi, hastalığın ciddiyeti ve oftalmik patoloji derecesi ile ilişkilidir. Sağlıklı bireylerin serumlarında hiçbir TSH reseptör antikoru bulunamadığı için, bunların varlığı otoimmün tiroid hastalığının ayırt edici özelliği olarak görülür (24).

**TBG:** Dolaşıma salınan tiroid hormonlarının çoğu TBG'e bağlı olduğundan TBG düzeyinde meydana gelen farklılık total hormon düzeylerini de etkileyecektir. TBG düzeyindeki değişikliklerde serbest tiroid hormon seviyesi normal ancak total tiroid hormon seviyeleri artmış ya da azalmış olarak tespit edilir (21).

**Tiroglobulin (Tg):** Yalnızca tiroid foliküler hücreleri tarafından üretilen bir proteindir. Serumdaki Tg düzeylerinin ölçümü, özellikle diferansiye tiroid kanserinin postoperatif takibinde tıbbi uygulamada büyük klinik öneme sahiptir (25).

**Radyoaktif iyot yakalama:** Tirotoksikozların ayırıcı tanısında en önemli kullanım alanıdır. Hastaya iyot-123 ya da iyot-131 verilir. Daha sonra yapılan ölçümde tiroid bezinin hastaya verilen iyodu yakalama oranı belirlenir. Bu oran bezin fonksiyonuyla orantılı kabul edilir (21).

**Kalsitonin:** Parafoliküler C hücrelerinden üretilen osteoklastları inhibe ederek kalsiyum homeostazını etkileyen bir hormondur. Medüller tiroid karsinom (MTK) parafoliküler C hücrelerinden köken alan bir neoplazmdır bu açıdan klinikte kalsitonin ölçümü MTK için tanı ve prognoz değerlendirmesi bağlamında önemlidir (26).

**Tiroid ultrasonografisi:** Tiroid bezinin parankim yapısı ve büyüklüğünün saptanması; nodül varlığı, nodülün yapısı, ekojenitesi, boyutu, yerleşim yeri, biçimi, kalsifikasyon içeriği, halo varlığı, vaskülarizasyon özelliği gibi birçok özelliklerin saptanması ve tedaviye yanıtın değerlendirilmesinde yararlıdır (2,21).

**Bilgisayarlı tomografi ve manyetik rezonans görüntüleme:** Tiroid ve etrafındaki dokuların görüntülenmesinde faydalıdır. Özellikle büyük guatrların trakeaya yaptığı bası, retrosternal guatr ve tiroid malignitelerinde hem lokal hem de mediastinal yayılımların tespit edilmesinde kullanılırlar (21).

**Tiroid sintigrafisi:** Teknesyum 99m perteknetat, iyot-123 veya iyot-131 radyonüklidleri kullanılarak tiroid bezinin görüntülenmesinde, fonksiyonel olan ve olmayan alanların tespit edilmesinde yararlıdır. Aynı şekilde tiroid nodüllerinin fonksiyonunun tespitinde ve tirotoksikoz ayırıcı tanısında faydalıdır (21).

**Tiroid ince iğne aspirasyon biyopsisi (TİİAB):** Tiroid bezinde saptanan nodülün benign ya da malign özelliğini ortaya koyabilecek en uygun ve güvenilir yöntemdir. Sensitivite ve spesifitesi yaklaşık %95 olup benign-malign neoplazi ayırımında altın standart testtir. İnce iğne biyopsilerinin çoğu tiroid ustrasonografisi ile yapılmaktadır bu sayede yetersiz ya da yanlış tanı oranı azalmaktadır. Yapılan ultrasonografik değerlendirmede malignite şüphesi olan nodüllere TİİAB yapılması gerekir (2).

## 2.1.7. Tiroid Fonksiyon Bozukluklarına Genel Bakış

### 2.1.7.1 Subklinik Hipotiroidizm

Subklinik hipotiroidizm, dolaşımdaki tiroid hormon düzeylerinin normal, TSH düzeyi ise yüksek olarak saptanan tiroid fonksiyon bozukluğudur (1). Tiroid fonksiyon bozuklukları arasında en sık görülenidir (27).

Yaşlanma süreci tiroid anatomisi ve fizyolojisinde önemli bir rol oynar. Yaşlanmayla birlikte bezde anatomik değişiklikler, bezin ağırlığında ve foliküllerin boyutunda azalma, fibrotik doku artışı, lenfositik infiltrasyon oluşur. Tiroid hormonunun yarılanma ömrü yaşla birlikte artar. Anti-TPO pozitifliği, tiroid hastalığı olmayan sağlıklı popülasyonda yaşla birlikte artar. Bu nedenle yaş arttıkça görülme sıklığı artar (28).

Subklinik prevalansı kadınlarda erkeklerden daha yüksektir. Bunun nedeni kısmen kadınlarda kronik otoimmün tiroidit prevalansının daha yüksek olması ve daha yüksek östrojen seviyeleridir (28).

Genel popülasyondaki görülme sıklığı %4-10 arasındadır. 60 yaşın üstündeki kadınlarda ise bu oran %20'lerdedir (29). Yaşlı popülasyonda ortaya çıkan belirtiler yaşlanmanın etkisi olarak göz ardı edilebileceğinden, subklinik hipotiroidi tanınmayabilir (28).

Aşikâr hipotiroidiye ilerleyişi antikor (-) olarak saptanan olgularda yılda %2,1 oranında iken; antikor (+) olarak saptananlarda ise yılda %4,3'tür (30). Görülme sıklığında rol alan etmenler arasında yaş, cinsiyet, ırk, iyot eksikliği veya fazlalığı yer alır. Subklinik hipotiroidinin genel popülasyonda en sık nedeni iyot eksikliğidir. İyot eksikliğinin olmadığı durumlarda ise kronik otoimmün tiroiditi, tiroid ablasyon tedavisi, tiroid cerrahisi, boyun bölgesine verilen radyoterapi ve ilaçlar (amiodaron ve lityum gibi) subklinik hipotiroidiye neden olabilirler (31).

Subklinik hipotiroidi genellikle asemptomatik seyreder ancak hastaların yaklaşık %30'unda halsizlik, kas krampları, cilt kuruması, düşünce yavaşlaması, hafızada zayıflama, kabızlık, seste kabalaşma gibi tiroid hormon yetersizliğini akla getirecek semptomlar olabilir (27,30). Subklinik hipotiroidinin aşikâr hipotiroidiye gidişatını öngören bazı risk faktörleri vardır. Bu risk faktörleri (32):

- Kadın cinsiyet,
- 60 yaş üstü,
- TSH > 10 µIU/L olması,
- Tiroid antikor pozitifliği.

İzole TSH yüksekliğine neden olabilen; aşikâr hipotiroidinin düzensiz tedavisi, tiroid dışı hastalıkların iyileşme dönemi, TSH salgılayan hipofizer adenom, tiroid hormon direnci, heterofilik antikorlar, TSH enjeksiyonları, kronik böbrek yetmezliği, primer adrenal yetmezlik, subakut granülamatoz tiroidit ve postpartum tiroidit ayırıcı tanıda önemlidir (30).

#### **2.1.7.2 Aşikâr Hipotiroidi**

Aşikâr veya klinik hipotiroidizm, biyokimyasal olarak referans aralığının üzerinde TSH düzeyi ve referans aralığının altında sT4 olarak tanımlanır. Genel popülasyonda aşikâr hipotiroidizm prevalansı, kullanılan tanıma bağlı olarak değişmekle birlikte ABD'de yapılan NHANES III çalışmasına göre sıklığı %0,3'tür. İyot durumundaki farklılıklar, hipotiroidizm prevalansını etkiler. Hipotiroidizm erkeklere oranla kadınlarda 8-10 kat daha sık görülür. Prevalansı yaşla artan bir hastalıktır. Hipotiroidizm, tip 1 diyabet, çölyak hastalığı ve otoimmün gastrik atrofi gibi otoimmün hastalıklarla birlikteliği yaygındır ve çoklu otoimmün endokrinopatilerin bir parçası olarak ortaya çıkabilir (33,34).

Hipotiroidizm tiroid hormon eksikliği sonucu primer hipotiroidi, TSH eksikliği sonucu sekonder hipotiroidi, TRH eksikliğine sonucu tersiyer hipotiroidi ve ekstratiroidal olarak

periferik hipotiroidi şeklinde sınıflandırılabilir. Sekonder hipotiroidi, tersiyer hipotiroidi ve periferik hipotiroidi nadirdir ve vakaların %1'inden azını oluşturur (35). Hipotiroidi nedenleri aşağıdaki tabloda belirtilmiştir.

| <b>Tablo 2.2: Hipotiroidi nedenleri (36)</b>              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|-----------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Primer hipotiroidi</b>                                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>• İyot eksikliği- fazlalığı</li> <li>• Kronik otoimmün tiroidit</li> <li>• Subakut tiroidit</li> <li>• Sessiz tiroidit</li> <li>• Postpartum tiroidit</li> <li>• Riedel tiroidit</li> <li>• Cerrahi, RAI veya boyun bölgesine radyasyon alma</li> <li>• İnfiltratif ve infeksiyöz hastalıklar,</li> <li>• İlaçlar: antitiroid ajanlar, amiodaron, lityum, guatrojenik kimyasallar</li> <li>• Tiroid bezinin agenezisi, disgenezisi ve hormon üretim kusurları</li> </ul> |
| <b>Santral hipotiroidi</b><br><b>(sekonder, tersiyer)</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hipotalamus ya da hipofize ait tümörler, cerrahi, ısınlama, travma</li> <li>• İnflamatuvar -infiltratif hastalıklar</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Periferal hipotiroidi</b>                              | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tiroid hormon direnci</li> <li>• Masif infantil hemanjiyom (Tüketim hipotiroidizmi)</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |

Hipotiroidide gözlenen semptom ve klinik bulgular, tiroid hormonunun eksikliği sonucu meydana gelen metabolik işlevlerde yavaşlama ve dokularda oluşan glikozaminoglikanların intertisiyel alanda birikimi ile oluşur. Hastada oluşan semptomlar gelişen hipotiroidizmin ciddiyeti, süresi, gelişme hızı ve hastanın psikolojik durumuna göre ortaya çıkar. Hipotiroidide görülen semptom ve bulgular farklı hastalıklarda da görülebilmektedir. Hipotiroidizmde görülen semptom ve bulguların hastalığa spesifik olmaması ve çoğu hastanın da asemptomatik olması gibi nedenlerle tanı konması gecikebilmektedir (37).

Hipotiroidinin semptomları olarak; halsizlik, yorgunluk, yavaş konuşma, kalp hızının azalması, terlemenin azalması, kilo artışı saçlarda ve kaşlarda dökülme, kabızlık, soğuk intoleransı, ses kısıklığı, adet düzensizlikleri, cilt kuruluğu, kas ve eklem ağrısı, mental fonksiyonlarda azalma, depresyon gibi birçok semptom sayılabilir. Bunlardan en sık görüleni yorgunluktur (38). Kız çocuklarında menoraji, amenore, puberte prekoks, galaktore ve adet düzensizlikleri görülebilmektedir. Hipotiroidi hastaların duygudurum düzeyini de etkileyebilmektedir. Depresif durum, sinirlilik, bilişsel fonksiyonların etkilenmesi, hafızada hafif azalmalardan deliryum, demans ve komaya kadar gidebilmektedir (37).

Hipotiroidizmde saptanan fizik muayene bulguları hastalığın şiddeti ve başlangıç yaşıyla ilgilidir. Yetişkinlerde bakılan vital değerlerinde; hipotermi, bradikardi ve diyastolik hipertansiyon görülebilir. Baş ve boyun muayenesinde kaba yüz, periorbital ödem, makroglossi; tiroid bezi muayenesinde guatr veya nodül saptanabilir. Kardiyovasküler sistem muayenesinde kalp hızında azalmanın yanı sıra kalp seslerinin derinden gelmesi, kan basıncında artış veya azalış saptanabilir. Ekstremitelerde ödem saptanabilir. Nörolojik muayenede dizartrik konuşma ve derin tendon reflekslerinde gevşeme fazında gecikme, bilişsel bozukluk gelişebilir. Cilt kuru ve soğuk; saç dökülmesi ve kaş uçlarında seyrelme görülebilir. Hastanın laboratuvar değerlendirmesinde normositik anemi, CRP artışı, hiperprolaktinemi, LDL artışı, trigliserit artışı, kreatin kinaz artışı, hiponatremi, proteinüri saptanabilir. Düşük voltajlı EKG ve plevral-perikardiyal efüzyon saptanabilir.

Hipotiroidi semptomları veya bulguları olan tüm olgulara tiroid fonksiyon bozukluğu açısından değerlendirme yapılmalıdır. Asemptomatik olan hastalarda hipotiroidi için risk faktörleri olan; guatr, ailede tiroid hastalığı öyküsü, otoimmün hastalık öyküsü, baş veya boyun ışınlaması öyküsü, önceki radyoaktif iyot tedavisi veya tiroid fonksiyonunu etkilediği bilinen ilaçlarla tedavi varsa tiroid fonksiyon bozukluğu için tarama düşünülebilir (38). Bunun dışında

tarama amaçlı tiroid fonksiyon bozukluklarının erken saptanması için 35 yaşın üzerindeki bütün erişkinlere beş yıldı bir tekrarlamak üzere TSH bakılması önerilir (2,39).

### 2.1.7.3 Subklinik Hipertiroidizm

Subklinik hipertiroidizm referans aralığında saptanan serum tiroid hormonu seviyeleri ve düşük ya da saptanamayan TSH seviyeleri ile karakterize biyokimyasal bir terimdir (40). Subklinik hipertiroidizm, serum TSH seviyelerine göre hafif ve şiddetli olmak üzere iki gruba ayrılır. Hafif tipte serum TSH seviyeleri 0,1–0,4 mIU/L iken, şiddetli tipte 0,1 mIU/L'den düşüktür. Hafif tip çözülebileceğinden, subklinik hipertiroidi tanısını doğrulamadan önce serum TSH ve sT4 düzeylerinin 3-6 ay içinde tekrarlanması önerilir. Öte yandan, şiddetli tipin aşıkâr hipertiroidizme ilerlemesi muhtemeldir (41).

Subklinik hipertiroidi hipertiroidinin hafif formu olup klinik seyri değişkenlik göstermektedir. Yıllık takip altında bu hastaların % 0,5-7 'si aşıkâr hipertiroidiye dönüşürken %5-12 'si ise normal TSH düzeyine döner (2).

Genel popölasyonda subklinik hipertiroidi prevalansı %0,7-12,4 aralığında bir oran bildirilmiştir. Popölasyonun yaşı ve cinsiyeti, TSH referans aralığı tanımlamasındaki değişkenlik, bölgenin iyot durumu gibi nedenler çalışmalardaki prevalans değişikliğine neden olmuştur. Kadınlarda, yaşlılarda, iyot eksikliği olan bölgelerde yaşayanlarda ve sigara içenlerde daha sık saptanmıştır (1).

Subklinik hipertiroidisi tespit edilen hastaların çoğu aşıkâr hipertiroidiye ilerlemez. Ancak ilerleyişi etkileyen bazı durumlar vardır. Altta yatan neden ve TSH baskılanma derecesi, nodül boyutu, antikor pozitifliği bu durumlardan bazılarıdır (41).

Subklinik hipertiroidi, hem endojen veya eksojen kökenli olarak hem de geçici ve kalıcı tipler olarak sınıflandırılır. Ekzojen kökenlere örnek olarak; tiroid malignitesini kontrol etmek için serum TSH seviyelerini baskılamak üzere LT4'ün dışardan verildiği, LT4'ün kilo vermek

için uygun olmayan şekilde uygulandığı ve hipotiroidizmde LT4 tedavisinin fazla doz uygulanması verilebilir. Graves hastalığı, genellikle genç poplasyonda bulunan endojen kökenli olanlar arasında en sık görülen durumdur. Ayrıca fonksiyonel tiroid nodülleri ve toksik multinodüler guatr genellikle yağlı poplasyonda bulunan endojen kaynaklı subklinik hipertiroidi nedenlerindendir (41).

Geçici subklinik hipertiroidi hali kaynağına bağlı olarak 3-6 ay uzayabilir. Örneğin radyoiyot tedavisi veya Graves hastalığı tedavisi sonrasında ortaya çıkabilir. Subakut, sessiz ve postpartum tiroidit de geçici subklinik hipertiroidiye dönüşebilir. Ayrıca, lityum, amiodaron, interferon, tirozin kinaz inhibitörleri, dopamin, somatostatin analogları ve glukokortikoidler gibi ilaçların uygulanması sırasında geçici subklinik hipertiroidi gözlenebilir. Bu nedenle, subklinik hipertiroidi mutlaka tedaviyi gerektirmez (41).

İnsan koryonik gonadotropin yapı olarak TSH' ye benzer ve TSH reseptörlerini uyarır, böylece tiroid hormonlarının üretimini arttırır. Bu nedenle gestasyonel geçici hipertiroidizmde subklinik hipertiroidinin ayırıcı tanılarından biridir ve kendiliğinden düzelir, tedaviye gerek kalmaz. Dğk T3 sendromu, bazı malignitelerin son evrelerinde görülebilir. Subklinik hipertiroidi ayırıcı tanılarından biridir, ancak genellikle tedaviye gerek yoktur. Son zamanlarda, COVID-19' un yıkıcı tiroidit olarak tanı alan subklinik hipertiroidiye dönüşebilen vakaları bildirilmiğtir (41).

Genellikle asemptomatik seyreder ancak; çarpıntı, sinirlilik, titreme, ısı intoleransı ve terleme gibi nonspesifik, hafif dereceli semptomlar görülebilir. Subklinik hipertiroidi; kalp yetmezliği, atrial fibrilasyon riskinde artığ, koroner kalp hastalığı, hipertansiyon ve artmığ kırık riski ile iliğkilendirilmiğtir. Subklinik hipertiroidideki yukardaki hastalık için geliğen riskler hastanın yağı, subklinik hipertiroidinin süresi, TSH baskılanma derecesi ve baskılanma nedeni ile iliğkilidir (42,43).

TSH <0,1 mIU/L olan 65 yaş ve üzeri tüm bireyler; 65 yaşından küçük olup kalp hastalığı olanlar, osteoporoz varlığı, hipertiroidizm semptomları eşlik etmesi durumu ya da östrojen veya bifosfanat tedavisi almayan postmenopoz kadınlar tedavi edilmelidir. 65 yaşından küçük asemptomatik bireylerde tedavi etmek düşünülebilir.

TSH düzeyi 0,1-0,4 mIU/L olan 65 yaş ve üstü tüm hastalar için tedavi düşünülmesini önerir. 65 yaşından küçük olup kalp hastalığı olanlar, osteoporoz varlığı, hipertiroidizm semptomları eşlik etmesi durumu ya da östrojen veya bifosfanat tedavisi almayan postmenopoz kadınlar tedavi düşünülebilir. 65 yaş altı asemptomatik hastalar tedavi yerine gözlemlenebilir (42).

#### **2.1.7.3 Aşikâr Hipertiroidizm**

Aşikâr hipertiroidizm, düşük serum TSH konsantrasyonları ve yüksek serum tiroid hormon konsantrasyonları ile karakterize biyokimyasal tanımlamadır. Tirotoksikoz, dolaşımda tiroid hormon fazlalığını ifade eder. Hipertiroidizm, tiroid bezi tarafından tiroid hormonunun aşırı sentezlenip salgılandığı durumdur. Hipertiroidizm olmaksızın tirotoksikoz ise ekstratiroidal dokulardan dolaşıma tiroid hormon salınmasıyla oluşur (44).

Hipertiroidi prevalansı erkeklerde yaklaşık % 0.2 iken kadınlarda ise % 2'dir. Hipertiroidi görülme sıklığı 60 yaş üstü popülasyonda 60 yaş altı popülasyona göre yedi kat artmıştır. Hipertiroidi hastalarının % 15'lik kısmını 60 yaş ve üzeri kişiler oluşturmaktadır (44).

Genç bireylerde primer hipertiroidinin en sık sebebi Graves hastalığıdır. İleri yaşlarda ve iyot eksikliği bulunan bölgelerde yaşayan hastalarda ise en sık sebep toksik multinodüler guatrdir. Fazla miktarda LT4 kullanımı veya tiroidit varlığı da tirotoksikoza neden olabilmektedir (44).

Guatr, tip 1 diyabet, diğer otoimmün hastalıklar ve ailede tiroid hastalığı öyküsü olanlar tirotoksikoz için yüksek risk altındadır. Tirotoksikoz riski artıran ilaçlar arasında lityum, amiodaron, interferon- $\alpha$ , interlökin-2, iyodür, iyotlu kontrast maddeler bulunur (45).

Genel popülasyonda tarama, tirotoksikoz prevalansının düşük olması nedeniyle maliyet etkin değildir. Ancak komorbid durumlar, aile öyküsü veya ilaç kullanımı nedeniyle yüksek risk altında olan kişilerde tarama önerilebilir. Tirotoksikozun neden olabileceği veya ağırlaştırabileceği tıbbi durumları (osteoporoz, atriyal fibrilasyon, supraventriküler taşikardi veya kalp yetmezliği) olan hastalarda da test yapılması düşünülmelidir (45).

Tirotoksikoz nedenleri hipertiroidi ile ilişkili olup olmamasına göre ikiye ayrılır. Tirotoksikoz nedenleri tabloda verilmiştir.

**TABLO 2.3: Tirotoksikoz nedenleri (46)**

| <b>HİPERTİROİDİ İLİŞKİLİ<br/>TİROTOKSİKOZ</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <b>HİPERTİROİDİ İLİŞKİSİZ<br/>TİROTOKSİKOZ</b>                                                                                                                                                                                                                                                            |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Soliter toksik adenom</li><li>• Graves hastalığı</li><li>• Toksik multinodüler guatr</li><li>• Tiroid uyarıcı hormonların üretimi</li><li>• TSH salgılayan hipofiz adenomu</li><li>• Koryokarsinom</li><li>• Hiperemezis gravidarum</li><li>• Konjenital hipotiroidizm</li><li>• Struma ovarii</li><li>• Metastatik foliküler tiroid kanseri</li><li>• İyot ve iyot içeren ilaçlar</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>• Sessiz tiroidit</li><li>• Postpartum Tiroidit</li><li>• Subakut tiroidit</li><li>• Eksojen alınan tiroid hormonu</li><li>• İlaça bağlı tiroidit</li><li>• Akut enfeksiyöz tiroidit</li><li>• Radyasyon tiroiditi</li><li>• Tiroid adenomunun enfarktüsü</li></ul> |

Tirotoksikoz düşündürülen semptomlar arasında sinirlilik, artan terleme, ısı intoleransı, çarpıntı, yorgunluk, kilo kaybı, taşikardi, nefes darlığı, halsizlik, bacak ödemi, göz semptomları, duygusal değişkenlik ve sık dışkılama yer alır. Hastalarda dikkat ve konsantrasyon eksikliği, belleğin zayıflaması gibi şikayetler sıklıkla görülebilmektedir.

Bununla birlikte bu hastalarda çoğunlukla anksiyete, deliryum, manik durum, iritabilite, insomnia ve psikomotor huzursuzluk görülebilir. Yaşlı hastalar genellikle yorgunluk, depresyon, kilo kaybı ve atriyal fibrilasyonun hâkim olduğu daha hafif ve daha belirsiz semptomlara sahip olma eğilimindedir (45).

Genel olarak tirotoksikozla tanımlanan fiziksel belirtiler arasında taşikardi ve/veya düzensiz kalp hızı, guatr varlığı, sıcak ve nemli cilt, el titremesi, adrenerjik göz işaretleri bulunur. Diğer özellikler belirli nedeni gösterebilir. Graves hastalığı yaygın guatr, tiroid üfürüm, enflamatuvar/konjestif göz bulguları (proptoz, periorbital ödem, kemozis, ekstraoküler kas disfonksiyonu), pretibial miksödem ve tiroid akropaşisi (yumuşak doku büyümesi ve parmaklarda çomaklaşma) ile karakterizedir. Gözde ağrı, şişlik ve çift görme Graves hastalığına işaret eder. Ön boyun ağrısı, halsizlik, ateş ve boğaz ağrısı subakut tiroiditin karakteristiğidir. Toksik multinodüler guatr veya toksik adenom tanısı, çoklu tiroid nodüllerinin veya soliter bir nodülün palpe edilmesiyle desteklenir (45).

## **2.2 STRES**

### **2.2.1 Stres Tanımı**

Günümüzde hemen herkesin sıkça kullandığı bir terim olan stres modern günlük yaşamın kaçınılmaz gerçeğidir. Halk arasında olumsuz olaylar karşısındaki hoşla gitmeyen duygu ve düşünceleri, daha çok endişe durumlarını ifade etmek için kullanılmaktadır (47).

Stres, Latince ‘estricia’ sözcüğünden türemiştir. 17.yüzyılda musibet, bela, felaket, keder, dert anlamlarında kullanılmıştır. Sonraki birkaç yüzyılda ise bir kişi ya da nesnenin bir tür kuvvetin etkisine karşı oluşturduğu direnç şeklinde de kullanılmıştır (48). Günümüzde ise DSÖ tarafından "21. Yüzyılın Sağlık Salgını" olarak adlandırılmıştır (49).

Stres tanımları bilim adamlarının stresin belirtilerine, stresin kaynağına ve stresin sonuçlarına olan yaklaşım şekillerine göre farklılaştırmaktadır. Stres kelimesi ilk kez 17. yüzyılda Robert Hook, elastikiyeti olan nesne ve dışardan bu nesneye uygulanan güç arasındaki ilişkiyi açıklamak amacıyla kullanmıştır (50).

Stres konusunda uzun yıllar çalışmış olan modern stres araştırmalarının kurucusu endokrinolog Hans Selye, stres ve stresör kavramlarını içeren bir tanımlama yapmıştır. Kişide birçok tepkiye sebep olan çevresel uyarıları stresör, kişinin bu uyarılara gösterdiği tepkiyi ise stres olarak tanımlamıştır. Diğer bir tanım ise, bireyin çevresi ile arasındaki var olan dengeyi bozan ve bu dengeyi tekrar sağlamak için daha çok uğraşmasına neden olan içsel veya dışsal ögeler şeklindedir (51,52).

### **2.2.2 Stresin Evreleri**

1930'larda Selye, Genel Adaptasyon Sendromu kavramını geliştirdi. Selye, çeşitli stresörlere uzun süreli maruz kalmanın çoğunda fizyolojik tepkilerin benzer tutarlı üç aşamalı bir model izlediğini gözlemledi (53):

1. Alarm reaksiyonu
2. Direnç aşaması
3. Tükenme aşaması

Bu aşamalar, vücutta meydana gelen sinirsel ve hormonal süreçlere dayandığı için Selye tarafından daha da detaylandırıldı. Bu nedenle, hızlı alarm reaksiyonu aşaması, otonom sempatik sinir sisteminin nöral tepkisini içerir bu da adrenalinin hızlı salgılanmasına ve ardından vücut metabolizmasını değiştiren kortikosteroid seviyelerinin artmasına neden olan daha yavaş bir direnç aşamasına yol açar. Tükenme aşamasına uzun süre maruz kalmak, sindirim, bağışıklık veya böbrek sistemleri gibi vücut sistemlerinde hasara neden olur.

Selye tarafından toplamda iki önemli fikir öne sürülmüştür. Birincisi stres temel olarak fizyolojik bir tepkidir. Diğeri ise stres, vücudun karşılaştığı herhangi bir ihtiyaç veya tehdide spesifik olmayan bir tepkisidir (53).

Selye'nin fikirleri stres alanında çalışan psikologlar tarafından olumlu karşılanmamıştır. J.W. Mason, psikolojik stres alanında, herhangi bir psikolojik uyarana verilen tepkilerin kişiler arasında veya aynı kişide farklı zamanlarda büyük ölçüde değişebileceğini savunmuştur (53).

Sonuçta stres alanında geçerli olan çeşitli tanımlar, kavramlar ve fikirler mevcuttur. Bu nedenle, bu alanda var olan fikirlerin çoğunu, stresin hem fizyolojik hem de psikolojik bileşenlerini birleştirecek ve stres kavramının kapsamlı bir tanımını sağlayacak birleşik bir modele entegre etmeye çalışmak için stres döngüsü kavramı ortaya atılmıştır. Döngü, yaşamda dört aşamadan oluşan dairesel bir olaydır (53,54):

1. Dinlenme yeri fazı
2. Gerilim fazı
3. Yanıt fazı
4. Rahatlama fazı

Her aşamada hem fizyolojik hem de psikolojik bileşenler değerlendirilebilir. Bu bileşenler, her aşamanın uygun şekilde ele alınmasının temelidir ve strese psikobiyolojik yanıt için birleşik bir model sağlar. Özetle stres döngüsü fikri, stres tepkisini döngünün her aşamasında fizyolojik ve psikolojik bir tepki olarak tanımlamaya çalışması ve bunları stres tepkisinin tanımına entegre etmesidir (55).

### 2.2.3 Stres Belirtileri

Stresörlere karşı verilen tepkiler çeşitlilik gösterir. Çünkü durumu algılama şekli, kişilik özellikleri, cinsiyet, yaş, sosyoekonomik faktörler, kültürel özellikler, aile yaşantısı, önceki deneyimler gibi faktörlere bağlı olarak verilen tepkilerde çeşitlilik görülebilmektedir. Streste gözlemlenen belirti ve bulgular, hafif belirtiden ciddi bulgulara geniş bir spektrumda yer alır. Bireyin strese karşı gösterdiği tepki; fizyolojik, psikolojik ve davranışsal belirtiler olarak ele alınabilir (52,56).

- Fizyolojik belirtiler: Vücuttaki fiziksel değişiklikler, bireyin yaşadığı stresle birlikte ortaya çıkabilir. Yaşanılan strese bağlı fizyolojik semptomlar; aşırı yeme veya iştahsızlık, kilo alma veya kilo kaybı, uykusuzluk veya aşırı uyku, halsizlik, yorgunluk, baş ağrısı, kas ve eklem ağrısı, aşırı hassasiyet ve duygusallık, aşırı ağrı ve acı hissi, terleme, titreme, enerji kaybı, alerji, gastrointestinal şikayetler, sıcak ya da soğuk basması, şeklinde ortaya çıkabilir (52). Stres kronik hastalıklara da sebep olabilir. Böylece kişilerde yüksek tansiyon, çarpıntı ve nefes darlığı gibi semptomlar gözlemlenebilmektedir (53).
- Psikolojik belirtiler: Fizyolojik belirtiler kadar net olmayan psikolojik belirtiler görünüşte de fark edilmesi zor olabilmektedir. Belirtiler genellikle yaşanılan stresin bireyin düşünme sürecinin nasıl etkilendiğine bağlıdır. Birey düşüncelerini başkalarına aktardığı sürece bu belirtiler fark edilebilir. Sık karşılaşılan psikolojik semptomlar; endişe, korku, aşırı tedirginlik, gerginlik, alınganlık, çabuk öfkelenme, geçimsizlik, yaşamdan zevk almama, hasta olmaktan çekinme ya da sürekli hasta olduğunu hissetme, kişileri ve olayları hatırlayamama, odaklanamama, karar vermede zorluk yaşama, bir işi başlatabilmekte zorlanma, benlik saygısında azalma, çökkünlük hissi, kötümser olma olumsuzluklara odaklanma şeklindedir.

- Davranışsal belirtiler: Bu belirtilere örnek olarak aşırı hareketlilik veya aşırı durağanlık, konsantrasyon bozukluğu, huzursuzluk, tartışmaya yatkınlık, dinleme yeteneğinde bozulma ve ağlama nöbetleri verilebilir (52,56).

#### **2.2.4 Algılanan Stres**

Algılanan stres; karşılaşılan durumlarla ilgili bireylerin hissettiği stres seviyeleridir. Bireyler stres yaşama riskleri ve stresin olumsuz etkilerine karşı savunmasızlıkları bakımından farklılık gösterir. Bireylerin psikolojik kaynakları ve maddi kaynakları yoksa stres yaşama olasılığı daha yüksektir ve eğer bir şeye duygusal olarak tepki verme eğilimindeyseler, bu stresten zarar görme olasılığı daha yüksektir. Bireyin verdiği stres tepkisi, ortamda ne olduğundan ziyade duruma nasıl tepki verdiğiyle ilişkilidir. Bu sebeple stres, birey ve olumsuz olayların birbiriyle etkileşimlerinden kaynaklanmaktadır (54).

#### **2.2.5 Tiroid Hastalıkları ve Stres**

Stres, homeostatik dengeyi bozan veya tehdit eden herhangi bir uyarandır. Stres tepkisi; hipotalamo-pitüiter-aks, merkezi ve periferik otonom sinir sistemleri ve bağışıklık sistemleri arasındaki karmaşık bir etkileşim yoluyla homeostatik süreçleri eski haline getirebilen ve kendini korumayı teşvik edebilen bir mekanizmadır (57).

Kronik hastalıklar, bir kişinin günlük yaşamında derin değişikliklere neden olma potansiyeline sahip, uzun süre devam eden bozukluklardır. Tipik olarak, kronik hastalık teşhisi, bireyleri potansiyel olarak zayıf uyum riski altında olan bir gruba yerleştirir. Literatürün gözden geçirilmesi, kronik hastalığı olmayan yetişkinlerle karşılaştırıldığında, kronik hastalığı olan bireylerin anksiyete ve depresif belirtiler gibi psikolojik bozukluklara sahip olma olasılığının daha yüksek olduğunu göstermiştir. Ayrıca, birçok kronik hastalığın yaşlı yetişkinleri orantısız bir şekilde etkilediği bilinmektedir. Kronik hastalık ve yaşlanmanın bir arada bulunmasının yaşlı yetişkinlerin yaşam kalitesi ve refahı için benzersiz zorluklar yarattığı gösterilmiştir (58).

Stres ve otoimmün hastalık arasında bir bağlantı olduğu gösterilse de otoimmün hastalığın başlangıcına ve seyrine katkıda bulunan stres kanıtlarının çoğu koşulludur ve stresin otoimmün hastalığı etkilediği mekanizmalar tam olarak anlaşılmamıştır. Otoimmün tiroid hastalığı üzerindeki stresin etkisinin en iyi kanıtı, Graves hipertiroidizminin başlangıcı ile majör stres arasındaki iyi bilinen ilişkidir. Vaka kontrol çalışmalarının çoğu, Graves hastalığının başlangıcını ve klinik seyrini etkileyen bir faktör olarak stresi desteklemiştir. Stres ile Graves hastalığının başlangıcı arasındaki ilişkiyi ele alan çalışmaların aksine, stres ile Graves hastalığının başlangıcından sonraki klinik seyri arasındaki ilişki hakkında daha az çalışma yapılmıştır. Öte yandan, stres ile Hashimoto tiroiditi arasındaki olası ilişki hakkında çok az rapor bulunmaktadır. Stres, bağışıklık sistemini sinir ve endokrin sistemler yoluyla doğrudan veya dolaylı olarak etkiler. Bu immün modülasyonlar, genetik olarak önceden belirlenmiş bireylerde otoimmünitenin gelişmesine ve otoimmün hastalığa duyarlılığa katkıda bulunabilir. Stres, tiroid otoimmünitesinin çevresel faktörlerinden biri olabilir (59).

## **2.3. PSİKOLOJİK DAYANIKLILIK**

### **2.3.1 Psikolojik Dayanıklılık Tanımı**

Pozitif psikoloji, pozitif kişilik özelliklerinin incelenmesini kapsayan gelişen bir psikoloji alanıdır. Bu pozitif kişilik özelliklerden biri de psikolojik dayanıklılıktır. Psikolojik dayanıklılık; travma veya şoktan sonra toparlanma ve orijinal şeklini yeniden kazanma yeteneği ayrıca stres altında pozitif adaptasyonun teşviki olarak tanımlanmaktadır (60).

Psikolojik dayanıklılık kavramı, Latince ‘resilire’ fiilinden türeyen ve ‘esnek, eski yapısına dönebilen’ anlamlarında gelen ‘resilience’ kelimesini ifade eder (61). Bu kavram ile ilgili hem birçok adlandırma hem de birçok tanımlama bulunmaktadır. Ülkemizde ‘resilience’ kelimesinin karşılığı olarak kendini toplama gücü, yılmazlık ve psikolojik sağlamlık gibi

ifadeler kullanılmıştır (62–64). Daha sonra en uygun karşılığın psikolojik dayanıklılık olduğu yönünde uzlaşma sağlanmıştır (65).

Psikolojik dayanıklılık kavramını ilk kez Kobasa 1975-1986 yılları arasında yaptığı bir araştırma sonucu ortaya koymuştur. Kobasa, yaptığı bu çalışmada psikolojik dayanıklılık kavramını, stresli olaylarla olumlu bilişsel değerlendirmeler yolu ile başa çıkmaya yarayan bir kişilik özelliği olarak tanımlamıştır (66). Psikolojik dayanıklılık kavramı içerisinde iki öge barındırmaktadır. Bunlar; her türlü olumsuz şartları, stresli olayları içeren “zorluk” ve davranışsal, sosyal yetenekleri içeren “pozitif uyum”dur (67,68).

Psikolojik dayanıklılık; yaşamsal sıkıntılar, travmatik olaylar, önemli sağlık problemleri gibi stresli durumlara uyum sağlama süreci olarak tanımlanmıştır (69). Genel olarak sıkıntıların üstesinden gelme yeteneği, olumsuz koşullara başarılı şekilde uyum sağlama, zorlayıcı veya tehdit edici olaylara rağmen başarılı adaptasyon süreci, stres ile karşılaşmaya rağmen etkili bir şekilde başa çıkma ve duruma uyum sağlama gibi farklı birçok tanımı bulunmaktadır (70–72).

Masten, psikolojik dayanıklılığı, ağır riskli şartlara maruziyet ve gelişime yönelik ciddi tehdit unsurlarının varlığına rağmen düzelme yeteneği olarak nitelendirmiştir (73). Fraser, Richman ve Galinsky de dayanıklılığı kişinin olağanüstü ve zor koşullara rağmen beklenmedik bir şekilde başarı ve uyum elde edebilmeleri olarak ifade etmiştir (74). Garnezy ise psikolojik dayanıklılığı kişinin stresli bir durumla karşılaştıktan sonra bu durumun üstesinden gelip eskiye dönebilme gücü olarak tanımlamıştır (75). Diğer bir tanımlama ise, stresli bir duruma karşı uyumu arttıran ve bireyi bu stres faktörlerine karşı koruyan bir özelliktir (76). Tusaie ve Dyer’e göre psikolojik dayanıklılık ise; travma, tehdit, trajedi, ailesel ve ilişkisel problemler, maddi problemler, sağlık problemleri gibi stresli durumlara karşı kişinin uyum sağlama sürecidir (77).

Bu tanımlamalarda görülen psikolojik dayanıklılığın tüm dünyada kabul edilmiş tek bir tanımı yoktur. Ancak bütün psikolojik dayanıklılık tanımlarında görülen, psikolojik dayanıklılık için ortak olan önemli noktalar vardır.

Araştırmacılar, psikolojik dayanıklılığı ifade ederken bazı önemli detaylara vurgu yapmaktadırlar. Örneğin; Norman psikolojik dayanıklılık ile ilgili üç önemli noktaya dikkat çeker;

- Psikolojik dayanıklılık, kişisel ve çevresel şartların etkisi ile gelişen bir süreçtir ve kişi için değişmez bir özellik değildir.
- Olumsuz olayları çeşitli faktörlerin etkisi sonucu yıkıcı olmakla birlikte kişi için güçlendirici de olabilir ve kişinin kendisini toparlamasını sağlayabilir.
- Psikolojik dayanıklılık yönünden güçlü kişiler, davranış ve duygusal açıdan kötü durumda olabilirler. Bu kavram duygusal yönden denge durumunda olmakla açıklanmaz (78).

Stewart, Reid ve Mangham, psikolojik dayanıklılık kavramını literatürdeki tanımlamaları değerlendirerek ortak temalarla özetlemişlerdir. Bunlar;

- Psikolojik dayanıklılık dinamik süreçlerle belirlenen bir özelliktir.
- Çevresel ve kişisel özelliklerin sürekli etkileşiminden oluşur.
- Psikolojik dayanıklılık gelişebilir ve başarı elde etme psikolojik dayanıklılığı olumlu yönde etkiler.
- Psikolojik dayanıklılık olumsuz yaşam koşullarına uyumu arttırır.
- Psikolojik dayanıklılık yaşam geçişlerinde en önemli faktördür.
- Psikoloji dayanıklılık, kişinin başa çıkma yeteneği ile stres arasındaki bir dengeden oluşur (79).

Psikolojik dayanıklılık tanımını literatürde üç temel olguyu ifade etmektedir:

- Risk altındaki bireylerin zorluklar karşısında beklenenden daha iyi gelişim göstermesi nedeniyle bu başarılı sonuçları kazanmayı sağlayan etkenleri belirlemeyi amaçlamaktadır.
- Stresli olaylar karşısında bireyin hızla uyum sağlama kabiliyetidir. Bu çalışmaların odaklandığı yer ise yakın zamanda birden çok stres faktörünün incelenmesi olabilmektedir.
- Üçüncü grup çalışmalar ise, psikolojik travmanın etkilerinden kurtulma konusunda önemli rol alan ortak özellikleri ve farklılıkları inceleyen çalışmalardır (63,64).

### **2.3.2. Psikolojik Dayanıklılık Boyutları**

İnsanların yoğun stresle karşılaştıkları durumlarda kendilerini müdafaa edebileceklerini varsayan psikolojik dayanıklılık kavramı üç tutumdan oluşmaktadır. Bunlar; kendini adama (commitment), kontrol/denetim (control), mücadele/meydan okuma (challenge) olarak ifade edilir ve kısaca “3C” ile gösterilmektedir (68,80–82).

- Kendini Adama (yaşama bağlılık): Kendisini iş, spor, akademi, din veya hobi gibi faaliyetlere adanmış kişi olarak tanımlanır. Kendini adama, karşılaşılan durumun ne kadar olumsuz algılandığına bakılmaksızın kişinin yabancılaşma, yalnızlaşma veya hayattan kopma tutumu göstermeden çevresindeki olaylara karışma çabasını ve insanlarla iletişimde bulunma durumunu gösterir. Bu kişiler çevrelerine ve ilişkide oldukları nesnelere bağlanırlar. Her aktivite onun için anlamlı ve ilgi çekicidir (80,82–84). Kişi, faaliyetlerle birebir ilgilenerek hayattan zevk almayı başarır (85). Bağlılık tutumuyla kişi, değerleri ve önceliklerini bilerek bir amaç oluşturur ve iç dengesini bu şekilde dengeler. Bu tutum aynı zamanda kişinin diğer insanlara ve olaylara olan ilgisi açısından da motivasyon sağlayıcıdır. Kişinin bu ilişkiler içinde pasif kalmayıp aktif rol

aldığı görülür (68,86,87). Kendini adama, kişinin sorun karşında başa çıkabilme gücünün, sosyal etkileşimlerin ve kişisel becerilerinin gelişmesine katkı sağlar (80).

- Kontrol: Yaşamı karmaşık hale getiren olayın gerilimiyle başa çıkma ve olumsuz durumları istenilen şekilde sonuçlandırabilme yeteneğidir. Bir diğer tanımlama ise bireyin yaşamdaki çeşitli durumları etkileyebileceğine olan inancı ve bunun sonucunda eylemlerini ifade eder (88,89). Bu sebeple, kontrol yeteneği güçlü kişiler olayların karmaşıklığına aldırmandan sonuçları denetim altında tutabilme iradesine sahiptir (80). Kontrol tutumu, kişinin anlamlılık duygusunu ve planlarını davranışa dönüştürebilmeyi sağlar. Böylece strese yönelik gelişen direnci artırır ve olumsuz olayları uygun davranışlara dönüştürerek bu durumun üstesinden gelmeyi başarır (90). Kontrol becerisi dezavantajlı olayları avantaja dönüştürmenin dışında kişinin etraftaki kimselerle etkileşiminde olmasını sağlar. Kontrol; karşılaşılan zorlu yaşam olaylarına pasif kalma, bu olaylar karşısında kendini güçsüz görme yerine olayları olumlu şekillere yönlendirmeyi sağlar. Bu yönlendirme beklentilerin ötesinde; bazı bilişsel becerilerle beraber kişinin bu stresli durumu tersine çevirebileceği görülür. Böylece oluşan strese rağmen kişinin direnci artar (68,80,87,90).
- Meydan okuma: Kişinin deneyimlediği zorlukların yaratıcılık ve yeni başarılarla ulaşmak için fırsat olarak görülmesidir. Zorlu hayat tecrübelerinin uygun stratejiler ile değerlendirilerek ve olumlu bir sürece dönüşmesi sonucu ruhsal yapıda gelişme olanağı olarak değerlendirilmesidir. Bir başka ifadeyle stresin oluşturduğu risk ve krizin bireye sunduğu yeni fırsatlardır (82). Kişi olumsuzluklara rağmen güçlü ise stresli durumları hayatın rutin akışının bir sonucu şeklinde karşılar. Stresli koşullar sonucunda meydana gelen değişiklikleri olumlu yöne çevirmeye çalışır ve edindiği tecrübeler ile öğrendiklerini fırsat olarak görür (86). Kişi meydan okuma sayesinde beklenmedik olaylara tepki vermede dayanıklılık oluşturur. Böylelikle meydan okuma tutumunu gösteren kişilerin

hayata verdikleri değerle birlikte stresle başa çıkmalarını sağlayan durumları nasıl yneteceğinin farkına vardıkları görülür. Bilişsel açıdan esnekliği sayesinde olayların sonucunda gelişen tehditleri değerlendirirler. Meydan okuma bu anlamda oluşan strese cevap vermede destekleyicidir (68). Bu tutumun temelinde olumsuz şartların etkin bir mücadele ile üstesinden gelineceği düşüncesi yer alır. Stresli olaylara maruz kalan kişilerin algıladıkları şeylerde farklılık gözlenebilmektedir. Örneğin kimisi olaylar karşısında daha edilgen ve içeriye dönük bir hal alırken kimisi de durumu bir fırsat olarak kabul edecektir. Böyle bir durumda esnek olmayı ve uyum sağlamayı kolaylaştıran etmen meydan okumadır (86). Meydan okuma yetisi güçlü kişiler çevrelerinde problem çözme yeteneği üstün olarak algılanırlar. Değişen koşulları etkin bir şekilde değerlendirme ve yorumlama özelliğine sahiptirler (68,91). Meydan okuma, stresi tehdit unsuru olarak görmek yerine kendini geliştirme için fark edilen güç olarak görme şeklinde değerlendirilir. Böylece kişinin kendini geliştirme adına farklı girişimlerde bulunmasına yardımcı olacaktır (66,68,87,90).

Birbirinden bağımsız gibi görünen bu üç boyut aslında tamamen etkileşim halindedir. Bu nedenle  tutuma da sahip kişi gerçek anlamda psikolojik dayanıklılığa sahip kişilerdir. Çünkü i boyutun herhangi birisinin düşük olması baş edebilme stratejileri açısından yeterli olmayacaktır (81).

### **2.3.3 Psikolojik Dayanıklılığı Etkileyen Faktörler**

Sağlıklı kişilerde psikolojik dayanıklılık; travmatik ve stresli durumlarda dahi dengeli bir şekilde kalmayı, fiziksel ve psikolojik açıdan kararlı olmayı yansıtır (92). Psikolojik dayanıklılık, olumsuz durumların üstesinden gelmeyi başardıka artan, sürekli gelişen bir kavramdır (93). Aynı zamanda çevresel ve kişisel özelliklerin arasındaki var olan etkileşimin bir ürünüdür. Kişinin farklı birçok risk faktörleriyle karşı karşıya kalması ve sonrasında kendisinde barındırdığı koruyucu faktörler sayesinde sıkıntılı durumlarla başa çıktığından

bahsedildiği görülmektedir (94). Psikolojik dayanıklılığın birçok tanımında da yer alan konu, bu kavramın etkilendiği ön görülen faktörlerin bulunmasıdır. Bu faktörler üç başlıkta toplanmıştır. Bunlardan ilki risk faktörleri, ikincisi koruyucu faktörler ve sonuncusu da olumlu sonuçlardır. Psikolojik dayanıklılık ile ilgili yapılan çalışmalarda risk faktörleri veya koruyucu faktörlerin neler olduğu, yatkınlık yaratacak olaylar ve bu olayların sonuçları araştırılmıştır (95,96).

Psikolojik dayanıklılık için, ilk koşul kişinin risk faktörleriyle karşılaşmasıdır. Risk faktörlerinin meydana getirdiği olumsuz etkileri yok etmek veya azaltmak için koruyucu faktörlerin varlığı şarttır. Bu faktörlerin etkileşimleri ile psikolojik dayanıklılık meydana gelmektedir (97).

Risk; sıkıntı, zorluk, başa kötü bir olay gelecek beklentisinde olmak anlamına gelen bir terimdir. Risk olmadan psikolojik dayanıklılığı tanımlamak mümkün değildir. Psikolojik stresör şeklinde tanımlanan risk faktörleri, kötü olayların meydana gelme olasılığını arttıran ve sürecin devam etmesine neden olan birçok faktörlerdir (93).

Risk, muhtemel olumsuz sonuçları ön gören bir değişken olarak, kötü hayat koşullarını ifade eder (98). Başka bir ifade ile kötü bir olayın oluşması, devam etmesi veya daha kötü seyretmesi ihtimalini artırır. Risk faktörleri olarak görülen olumsuz tecrübeler ve felaketler kişinin psikolojik dayanıklılık göstermesinde önemli etkenlerdir. Araştırmacılar; tek risk faktörünün haricinde birden fazla risk faktörlerinin varlığı, bu faktörlere maruziyet süresinin uzunluğu, risk faktörlerinin biriken etkisinin oldukça fazla önemli olduğunu vurgulamaktadırlar (99,100). Bu risk faktörleri bireysel, ailesel ve çevresel risk faktörleri olarak 3 farklı şekilde gruplandırılmaktadır. Psikolojik dayanıklılık ile ilişkili olan risk faktörleri tabloda gösterilmiştir.

**Tablo2.4: Psikolojik dayanıklılık ile ilgili risk faktörleri (101–104).**

|                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|-----------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Bireysel</b> | <ul style="list-style-type: none"><li>• Erkek cinsiyet</li><li>• Prematüre doğum</li><li>• Ciddi tıbbi sorunlar ve kronik hastalıkların varlığı</li><li>• Annenin gebelikte alkol, ilaç kullanımı</li><li>• Madde kullanımı</li><li>• Uyumsuz mizaç</li><li>• Düşük IQ seviyesi</li><li>• Asosyal davranışlar</li><li>• Düşük özgüven</li><li>• Utangaçlık</li><li>• Asosyal yaşantı</li><li>• Olumsuz hayat olayları</li><li>• Akademik başarısızlık</li><li>• Etnik açıdan azınlık gruba aitlik</li></ul>                              |
| <b>Ailesel</b>  | <ul style="list-style-type: none"><li>• Aile bireylerinde alkol veya madde kullanımı</li><li>• Ailede kronik hastalıklar veya depresyon varlığı</li><li>• Aile içi şiddet, ihmal veya istismar yaşanması</li><li>• Anne ve babanın ayrı yaşaması, boşanması veya vefatı</li><li>• Evlatlık olma</li><li>• Tecrübesiz anne</li><li>• Aile bireylerinin düşük eğitim düzeyine sahip olması</li><li>• En az dört çocuklu aileye sahip olma</li><li>• Ailenin baskıcı etkileri</li><li>• Aile bireylerinin fazla otoriter anlayışı</li></ul> |
| <b>Çevresel</b> | <ul style="list-style-type: none"><li>• Düşük kültürel ve sosyoekonomik düzey</li><li>• Çevrede yüksek şiddet eğilim varlığı</li><li>• Arkadaş gruplarının sapkınlığı</li><li>• Savaş, göç ve doğal afet gibi olumsuz olaylara veya toplumsal şiddete maruz kalma</li><li>• Yaşlılardan olumsuz destek</li><li>• İşsizlik, evsizlik, toplumsal damgalanma</li></ul>                                                                                                                                                                      |

Yatkınlık oluşturan faktörler, negatif durumun veya riskli faktörlerin felaketleştirme düşüncesiyle abartılı biçimde yaşanmasına neden olan etmendir (105). Duygusal yabancılaşma, dış odaklı kontrol varlığı, bilişsel çarpıtma, geçirilmiş depresyon varlığı, uzun süreli kötü hayat şartları yatkınlık yaratan etkenlere örnek olarak verilebilir. Yapılan araştırmaların bir kısmında risk faktörlerinin çevresel faktörler olduğu, yatkınlığın ise bireysel ve ailesel faktörlerden kaynaklandığı belirtilmektedir (73).

Koruyucu faktörler, olumsuz durumları olumlu şekilde etkileyen faktörlerdir (67,106). Başka bir deyişle; yaşanan kötü olayları ve maruz kalınan risk faktörlerini azaltan aynı zamanda kişinin kontrolünü ve benlik saygısını arttırarak yeniliklere açık hale gelmesini sağlayan tüm faktörler olarak tanımlamıştır (107). Koruyucu faktörler her koşulda kişinin olaylara uyumunu sağlamayabilirler; kişiler farklı dönemlerde koruyucu faktörlere farklı şekillerde cevap verebilirler. Bazı koruyucu faktörler çeşitli koşullarda risk faktörü olarak dahi görülebilirler (108). Koruyucu faktörleri ve risk faktörlerini birbirleri ile ilişkili oluklarını göz ardı etmeden, kişinin hangi gelişimsel dönemde bulunduğuna da dikkat ederek aynı zamanda bu faktörlerin birikimli etkilerini ihmal etmeden, bütüncül olarak psikolojik dayanıklılık kavramını incelemek daha doğrudur. Koruyucu faktörler de tıpkı risk faktörleri gibi bireysel, ailesel ve çevresel olmak üzere üçe ayrılır. Psikolojik dayanıklılık ile ilişkili olan koruyucu faktörler tabloda gösterilmiştir.

**Tablo2.5: Psikolojik dayanıklılık ile ilgili koruyucu faktörler (101–103)**

|                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|-----------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Bireysel</b> | <ul style="list-style-type: none"><li>• Uyumlu olma</li><li>• Umut ve iyimserlik ve yardımseverlik</li><li>• Duyarlılık</li><li>• Mizah anlayışı gelişmiş olma</li><li>• İç kontrol sağlayabilme</li><li>• Empati ve duygulara hakim olabilme</li><li>• Dışadönük olma</li><li>• Problem çözme yeteneğine sahip</li><li>• Yüksek zeka</li><li>• Eleştirel düşünme yeteneği</li><li>• Değişim ve gelişime açık olma ve esneklik</li><li>• Sorumluluk</li><li>• Özgüven</li><li>• Değerli hissetme</li><li>• Suçlularla temas kurmama</li><li>• Akademik yeterliliğe pozitif bakış</li></ul> |
| <b>Ailesel</b>  | <ul style="list-style-type: none"><li>• Aileyle birlikte yaşama</li><li>• Ebeveyn-çocuk ilişkisinin iyi olması</li><li>• Uyumlu aile bireyleri</li><li>• Eğitimli ebeveynler</li><li>• Aile bireyleri arasında duygusal destek, sadakat</li><li>• Aile bireylerinin problemlere yönelik önlem alması</li><li>• Aile bireylerinin çocukları için olumlu gelecek beklentisi</li><li>• Aile bireylerinin dürüst ve samimi iletişim tarzı</li></ul>                                                                                                                                            |
| <b>Çevresel</b> | <ul style="list-style-type: none"><li>• Olumlu okul deneyimleri</li><li>• Yaşıtlarla iyi iletişim</li><li>• Etrafta örnek rol model varlığı</li><li>• Aile bireyleri haricinde sosyal destek sağlayan bireylerin olması</li><li>• Toplumsal desteğin iyi olması</li><li>• Sosyal ortamlarda bulunma</li><li>• Kültürel, spor gibi etkinliklere katılabilme olanağı</li></ul>                                                                                                                                                                                                               |

Koruyucu faktörler kişide risk faktörlerinin kötü etkilerine engel olabilmektedir. Bu durumda elde edilen yeterlikler olumlu sonuçlar olarak adlandırılır. Yeterlik kavramının, kişinin olumsuz şartlara rağmen sağlıklı bir gelişim süreci geçirmesi için uyum gösterme gibi birçok tanımı bulunmaktadır. Psikolojik dayanıklılık araştırmalarında yeterliği tanımlamak için bazı ölçütler kullanılmıştır (98). Araştırmalarda en çok konu alınan olumlu sonuç ölçütleri şunlardır(109):

- Akademik başarı
- Olumlu davranış örnekleri sergilemek
- İyi arkadaşlık ilişkilerine sahip olmak
- Psikolojik açıdan iyilik hali
- Etkinliklerin içinde yer almak

#### **2.3.4 Psikolojik Dayanıklılık ve Stres**

Sürekli strese maruziyet psikolojik sağlığa zarar verebilir. Psikolojik dayanıklılık kişinin stres oluşturan durumlardan toparlanma ve iyileşme yeteneği şeklinde tanımlanır. Psikolojik dayanıklılığın stresin kötü etkilerine karşı koyduğuna, böylece kişinin refah düzeyini artırdığına inanılır (110).

### **3. GEREÇ ve YÖNTEM**

Bu araştırma için Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurul'undan 23/08/2022 tarihinde 2022/225 karar numaralı etik kurul onayı alınmıştır.

#### **3.1. Araştırmanın Tipi**

Bu araştırma, tiroid fonksiyon bozukluğu olan hastalarda algılanan stres ve psikolojik dayanıklılık arasındaki ilişkiyi tespit etmek amacıyla yapılan bir vaka- kontrol çalışmasıdır.

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

Bu araştırma Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi İzzet Baysal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Endokrinoloji ve Metabolizma Hastalıkları Polikliniği, İç Hastalıkları Polikliniği ve Aile Hekimliği Polikliniği' ne 01.09.2022 - 30.11.2022 tarihleri arasında başvuran hastalar ile yapılmıştır.

#### **3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi**

Bu araştırma, Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi İzzet Baysal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Endokrinoloji ve Metabolizma Hastalıkları Polikliniği, İç Hastalıkları Polikliniği ve Aile Hekimliği Polikliniğine 01.09.2022 - 30.11.2022 tarihleri arasında başvuran hastalardan tiroid fonksiyon bozukluğu tanısı alan hastalar vaka gruplarına, tiroid fonksiyon bozukluğu olmayan hastalar kontrol grubuna dahil edilmiştir.

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

Araştırmaya dahil edilme kriterleri:

- 18-65 yaş aralığında olma
- Tiroid fonksiyon bozukluğu tanısı almış olma (kontrol grubu hariç)
- Araştırmaya katılmayı kabul etme şeklinde belirlenmiştir.

Dışlanma kriterleri:

- 18 yaş altında veya 65 yaş üstünde olma
- Ek hastalık varlığı
- Tiroid kanseri varlığı
- Psikiyatrik hastalık varlığı
- Tiroid tedavisi dışında tedavi alma
- Gebelik durumu
- Yabancı uyruklu olma
- Araştırmaya katılmayı kabul etmeme şeklinde belirlenmiştir.

### 3.5. Biyokimyasal Ölçüm Yöntemleri ve Katılımcıların Gruplandırılması

Serumdan TSH, sT4 ve tiroid otoantikörleri ölçülmüştür. Bu tetkikler için bir kaynak ayrılmamış olup hastalar ilgili polikliniklerden istenen kan tetkiki sonucuna göre tespit edilmiştir. Hormon değerlendirmeleri için venöz kan örnekleri sabah 8-10 saat açlık sonrası alınmıştır. Tiroid fonksiyon testleri ve tiroid otoantikörleri Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi biyokimya laboratuvarında Architect i2000SR (Abbott, Chicago, IL, ABD) otoanalizöründe kemilüminesan mikropartikül immünoassay (CMIA) yöntemiyle ölçüldü. Testlerin referans aralıkları ise TSH: 0,27 – 4,2 µIU/mL; sT4: 0.70 - 1.48 ng/dL; Anti-TPO: 0 - 5,61 kIU/L; Anti-Tg: 0 – 4,11 kIU/L; TSI: 0 – 0,10 IU/L şeklindedir.

Aşikâr hipotiroidi, serum TSH değerinin kabul edilen referans değerinin üzerinde, serum sT4 değerinin ise kabul edilen referans aralığının altında olduğu durumlar kabul edilmiştir. Aşikâr hipertiroidi ise serum TSH değerinin kabul edilen referans değerinin altında, serum sT4 değerinin ise kabul edilen referans aralığının üzerinde olduğu durumlar kabul edilmiştir. Subklinik hipotiroidi ise serum sT4 düzeyi normal aralıkta ve TSH düzeyi yüksekliği; subklinik hipertiroidi ise serum sT4 düzeyi normal aralıkta ve serum TSH düzeyi düşüklüğü olarak kabul edilmiştir. Bu çalışmada aşikâr hipotiroidi, subklinik hipotiroidi, aşikâr hipertiroidi ve subklinik hipertiroidi olmak üzere dört vaka grubu bulunmaktadır. TSH ve sT4 değerleri referans

aralığında olan ötiroid katılımcılar ise kontrol grubunu oluşturmaktadır. Referans aralığındaki anti-TPO, Anti-Tg ve TSI varlığı otoantikor negatif; referans değerinin üzerindeki değerler ise otoantikor pozitif olarak kabul edilmiştir.

Bu araştırma belirlenen kriterler doğrultusunda aşikâr hipotiroidi, subklinik hipotiroidi, aşikâr hipertiroidi ve subklinik hipertiroidi olmak üzere dört vaka grubu ve bir kontrol grubundan oluşmaktadır.

### 3.6. Verilerin Toplanması ve Veri Toplama Araçları

Araştırmaya katılan gönüllülerden bir onam formu imzalatıldıktan sonra araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme yöntemi ile veri toplama araçları doldurulmuştur. Onam alınan kişiler görüşmenin yapılabileceği uygun alanlara alınarak yaklaşık olarak on beş dakikalık sürelerle veri toplama araçları araştırmacı tarafından uygulanmıştır.

Araştırmanın verilerinin toplanmasında Tanımlayıcı Sosyodemografik Form, Algılanan Stres Ölçeği ve Connor Davidson Psikolojik Sağlamlık Ölçeği kullanılmıştır.

**Tanımlayıcı Sosyodemografik Form;** yaş, cinsiyet, medeni durumu, eğitim durumu, meslek, ek hastalık öyküsü, ilaç kullanım öyküsü ve poliklinik kontrol sıklığı ve ailede tiroid hastalığı varlığı sorulardan oluşmaktadır.

**Algılanan Stres Ölçeği (ASÖ-14):** Algılanan stres düzeyini ölçmek için kullanılan ölçek; Cohen, Kamarck ve Mermelstein tarafından geliştirilmiştir. Algılanan stres ölçümü için literatürde oldukça fazla kullanılmaktadır. Eskin ve arkadaşları tarafından 2013 yılında Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır. Kişinin stres algısını ölçmek için tasarlanan bu ölçek toplam 14 maddeden oluşan 5’li Likert tipi bir ölçektir. Her madde “Hiçbir zaman (0)” ile “Çok sık (4)” arasında puanlanarak değerlendirilmektedir. Olumlu ifade içeren 7 madde ters kodlanmıştır. Cronbach alfa katsayısı 0.84 olan ölçek, kişinin hayatındaki birtakım olayların ne

derece stresli algılandığını ölçmek için tasarlanmıştır. Ölçeğin puanlaması 0-56 puan arasında değerlendirilmekte olup yüksek puan yüksek stres algısı anlamına gelmektedir. Ölçeğin yetersiz öz yeterlik algısı ve stres algısını ölçen 2 alt ölçeği bulunmaktadır (111,112).

**Connor Davidson Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği (CD-RISC):** Bireylerin psikolojik dayanıklılık seviyelerini belirlemek için Connor ve Davidson tarafından 2003 yılında geçerlilik-güvenirlilik çalışması yapılan ölçek; olumsuz olaylarla baş etme ve uyum sağlamayı temel alır. Ölçek, 25 maddeden oluşan 5'li likert yapısıdır. Ölçeğin Cronbach alfa katsayısı 0,89; test-tekrar test güvenirlik katsayısı ise 0,87 olarak belirlenmiştir (113).

Kararımak tarafından 2010 yılında Türkçe geçerlik-güvenirlilik çalışmasını gerçekleştirdiği çalışmada elde edilen Cronbach alfa katsayısı 0,92 bulunmuştur. Ölçeğin puanlaması; Hiç doğru değil (0) ve Her zaman doğru (4) ifadeleri arasında gerçekleştirilmektedir. Ölkekten alınabilecek en yüksek puan 100; en düşük puan ise 0'dır. Ölkekten alınan puan arttıkça psikolojik dayanıklılığın arttığı öngörülür. Ölçek, son şekliyle; azim ve kişisel yetkinlik (en yüksek alınabilecek puan 60), negatif olgulara tolerans (en yüksek alınabilecek puan 24), manevi eğilim (en yüksek alınabilecek puan 16) olmak üzere üç alt ölkekten oluşmaktadır (114).

### 3.7. İstatistiksel Analiz

Verilerin analizi SPSS 26.0 ile yapılmıştır. Çalışmada vaka ve kontrol gruplarına yönelik ölçek puanları hesaplanmış ve puanların normal dağılıma uygunluğunun belirlenmesi için basıklık ve çarpıklık katsayıları incelenmiştir. Ölkelerden elde edilen basıklık ve çarpıklık değerlerinin +3 ile -3 arasında olması normal dağılım için yeterli görülmektedir (115–117). Puanların normal dağılım göstermesi nedeni ile çalışmada parametrik test teknikleri kullanılmıştır. Ölçek puanının demografik özelliklere göre farklılık gösterme durumunun analiz edilmesi için t testi ve ANOVA testi kullanılmıştır. T testi, 2 gruplu demografik değişkenlerin analizinde kullanılırken ANOVA testi k ( $k > 2$ ) gruplu değişkenlerin analizinde kullanılmıştır.

Bunlarla birlikte vaka ve kontrol gruplarına yönelik ölçek puanları arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla Pearson korelasyon analizi sonuçları incelenmiştir. Sonuçlar % 95 güven aralığında istatistiksel anlamlılık  $p<0,05$  olarak değerlendirildi.



#### 4. BULGULAR

Bu çalışmaya 173 katılımcı dahil edilmiştir. Vaka grupları; 25 katılımcı aşikâr hipotiroidi, 38 katılımcı subklinik hipotiroidi, 29 katılımcı aşikâr hipertiroidi ve 38 katılımcı subklinik hipertiroididen oluşmaktadır. Kontrol grubu ise 43 katılımcıdan oluşmaktadır.

Subklinik hipotiroidi tanısı alan bireylerin demografik özelliklerine yönelik dağılımı incelendiğinde; %94,7'sinin kadınlardan oluştuğu, %68,4'ünün evli olduğu, %57,9'unun ilkokul düzeyinde eğitime sahip olduğu, %52,6'sının çalıştığı, %63,2'sinin herhangi bir ilaç kullanmadığı, %52,6'sının 3 ayda bir kontrollere geldiği, %68,4'ünün ailesinde tiroid hastalığı olan birisi olduğu ve %55,3'ünün otoantikorunun pozitif olduğu sonucuna varılmıştır.

Aşikâr hipotiroidi tanısı alan bireylerin demografik özelliklerine yönelik dağılımı incelendiğinde; %84'ünün kadınlardan oluştuğu, %72'sinin evli olduğu, %56'sının ilkokul düzeyinde eğitime sahip olduğu, %60'ının çalışmadığı, %72'sinin kullandığı bir ilaç olduğu, %56'sının 3 ayda bir kontrollere geldiği, %60'ının ailesinde tiroid hastalığı olan birisi olduğu ve %72'sinin otoantikorunun pozitif olduğu sonucuna varılmıştır.

Subklinik hipertiroidi tanısı alan bireylerin demografik özelliklerine yönelik dağılımı incelendiğinde; %57,9'unun kadınlardan oluştuğu, %86,8'inin evli olduğu, %60,5'inin ilkokul düzeyinde eğitime sahip olduğu, %50'sinin çalışmadığı, %63,2'sinin herhangi bir ilaç kullanmadığı, %57,9'unun 3 ayda bir kontrollere geldiği, %65,8'inin ailesinde tiroid hastalığı olan birisi olmadığı ve %68,4'ünün otoantikorunun negatif olduğu sonucuna varılmıştır.

Aşikâr hipertiroidi tanısı alan bireylerin demografik özelliklerine yönelik dağılımı incelendiğinde; %62,1'inin kadınlardan oluştuğu, %75,9'unun evli olduğu, %51,7'sinin ilkokul düzeyinde eğitime sahip olduğu, %65,5'inin çalıştığı, %58,6'sının kullandığı bir ilaç olduğu, %65,5'inin 3 ayda bir kontrollere geldiği, %55,2'sinin ailesinde tiroid hastalığı olan birisi olmadığı ve %51,7'sinin otoantikorunun pozitif olduğu sonucuna varılmıştır.

Kontrol grubunun demografik özelliklerine yönelik dağılımı incelendiğinde; %55,8'inin kadınlardan oluştuğu, %65,1'inin bekar olduğu, %72,1'inin üniversite düzeyinde eğitime sahip olduğu, %86'sının çalıştığı, %100'ünün herhangi bir ilaç kullanmadığı, %44,2'sinin kontrollere gelmediği, %90,7'sinin ailesinde tiroid hastalığı olan kimse olmadığı ve %100'ünün otoantikorunun negatif olduğu sonucuna varılmıştır (**Tablo 4.1**).



**Tablo 4.1: Grupların Demografik Değişkenlere Göre Dağılımı**

|                                |            | Gruplar |              |                       |             |                    |             |                        |             |                     |             |
|--------------------------------|------------|---------|--------------|-----------------------|-------------|--------------------|-------------|------------------------|-------------|---------------------|-------------|
|                                |            | Kontrol |              | Subklinik hipotiroidi |             | Aşikâr hipotiroidi |             | Subklinik hipertiroidi |             | Aşikâr hipertiroidi |             |
|                                |            | n       | %            | n                     | %           | n                  | %           | n                      | %           | n                   | %           |
| Cinsiyet                       | Kadın      | 24      | <b>55,8</b>  | 36                    | <b>94,7</b> | 21                 | <b>84,0</b> | 22                     | <b>57,9</b> | 18                  | <b>62,1</b> |
|                                | Erkek      | 19      | 44,2         | 2                     | 5,3         | 4                  | 16,0        | 16                     | 42,1        | 11                  | 37,9        |
| Medeni durum                   | Bekar      | 28      | <b>65,1</b>  | 12                    | 31,6        | 7                  | 28,0        | 5                      | 13,2        | 7                   | 24,1        |
|                                | Evli       | 15      | 34,9         | 26                    | <b>68,4</b> | 18                 | <b>72,0</b> | 33                     | <b>86,8</b> | 22                  | <b>75,9</b> |
| Eğitim durumu                  | İlkokul    | 6       | 14,0         | 22                    | <b>57,9</b> | 14                 | <b>56,0</b> | 23                     | <b>60,5</b> | 15                  | <b>51,7</b> |
|                                | Lise       | 6       | 14,0         | 4                     | 10,5        | 4                  | 16,0        | 8                      | 21,1        | 6                   | 20,7        |
|                                | Üniversite | 31      | <b>72,1</b>  | 12                    | 31,6        | 7                  | 28,0        | 7                      | 18,4        | 8                   | 27,6        |
| Meslek sahibi olma durumu      | Çalışmıyor | 6       | 14,0         | 18                    | 47,4        | 15                 | <b>60,0</b> | 19                     | 50,0        | 10                  | 34,5        |
|                                | Çalışıyor  | 37      | <b>86,0</b>  | 20                    | <b>52,6</b> | 10                 | 40,0        | 19                     | 50,0        | 19                  | <b>65,5</b> |
| İlaç kullanma durumu           | Hayır      | 43      | <b>100,0</b> | 24                    | <b>63,2</b> | 7                  | 28,0        | 24                     | <b>63,2</b> | 12                  | 41,4        |
|                                | Evet       | 0       | 0,0          | 14                    | 36,8        | 18                 | <b>72,0</b> | 14                     | 36,8        | 17                  | <b>58,6</b> |
| Kontrollere gelme sıklığı      | Gelmiyor   | 19      | <b>44,2</b>  | 6                     | 15,8        | 1                  | 4,0         | 6                      | 15,8        | 1                   | 3,4         |
|                                | 3 ay       | 4       | 9,3          | 20                    | <b>52,6</b> | 14                 | <b>56,0</b> | 22                     | <b>57,9</b> | 19                  | <b>65,5</b> |
|                                | 6 ay       | 12      | 27,9         | 9                     | 23,7        | 5                  | 20,0        | 9                      | 23,7        | 8                   | 27,6        |
|                                | 12 ay      | 8       | 18,6         | 3                     | 7,9         | 5                  | 20,0        | 1                      | 2,6         | 1                   | 3,4         |
| Ailede tiroid hastalık varlığı | Hayır      | 39      | <b>90,7</b>  | 12                    | 31,6        | 10                 | 40,0        | 25                     | <b>65,8</b> | 16                  | <b>55,2</b> |
|                                | Evet       | 4       | 9,3          | 26                    | <b>68,4</b> | 15                 | <b>60,0</b> | 13                     | 34,2        | 13                  | 44,8        |
| Otoantikör durumu              | Negatif    | 43      | <b>100,0</b> | 17                    | 44,7        | 7                  | 28,0        | 26                     | <b>68,4</b> | 14                  | 48,3        |
|                                | Pozitif    | 0       | 0,0          | 21                    | <b>55,3</b> | 18                 | <b>72,0</b> | 12                     | 31,6        | 15                  | <b>51,7</b> |

Grupların yaş, TSH ve sT4 değişkenlerine yönelik betimsel istatistikleri incelendiğinde; kontrol grubunun yaş ortalaması 29,49; subklinik hipotiroidi grubunun yaş ortalaması 38,45; aşikâr hipotiroidi grubunun yaş ortalaması 40,52; subklinik hipertiroidi grubunun yaş ortalaması 45,37; aşikâr hipertiroidi grubunun yaş ortalaması 39,97 olarak elde edilmiştir. Kontrol grubunun TSH ortalaması 1,23; subklinik hipotiroidi grubunun TSH ortalaması 7,18; aşikâr hipotiroidi grubunun TSH ortalaması 8,47; subklinik hipertiroidi grubunun TSH ortalaması 0,30; aşikâr hipertiroidi grubunun TSH ortalaması 0,01 olarak elde edilmiştir. Kontrol grubunun sT4 ortalaması 1,04; subklinik hipotiroidi grubunun sT4 ortalaması 0,95;

aşikâr hipotiroidi grubunun sT4 ortalaması 0,57; subklinik hipertiroidi grubunun sT4 ortalaması 1,09 ve aşikâr hipertiroidi grubunun sT4 ortalaması 2,37 olarak elde edilmiştir (**Tablo 4.2**).

**Tablo 4.2: Grupların Yaş, TSH ve sT4 Değişkenlerine Yönelik Betimsel İstatistikler**

|       |                        | n  | Ortalama | ss    | Medyan | Minimum | Maximum |
|-------|------------------------|----|----------|-------|--------|---------|---------|
| Yaş   | Kontrol                | 43 | 29,49    | 10,97 | 27,00  | 18,00   | 59,00   |
|       | Subklinik hipotiroidi  | 38 | 38,45    | 13,88 | 38,50  | 18,00   | 63,00   |
|       | Aşikâr hipotiroidi     | 25 | 40,52    | 13,77 | 41,00  | 20,00   | 63,00   |
|       | Subklinik hipertiroidi | 38 | 45,37    | 11,43 | 48,00  | 20,00   | 65,00   |
|       | Aşikâr hipertiroidi    | 29 | 39,97    | 13,44 | 40,00  | 19,00   | 63,00   |
| TSH*  | Kontrol                | 43 | 1,23     | 0,65  | 1,11   | 0,30    | 3,10    |
|       | Subklinik hipotiroidi  | 38 | 7,18     | 3,15  | 5,72   | 4,44    | 18,00   |
|       | Aşikâr hipotiroidi     | 25 | 8,47     | 3,45  | 7,52   | 4,31    | 17,00   |
|       | Subklinik hipertiroidi | 38 | 0,30     | 1,23  | 0,07   | 0,00    | 7,66    |
|       | Aşikâr hipertiroidi    | 29 | 0,01     | 0,03  | 0,00   | 0,00    | 0,17    |
| sT4** | Kontrol                | 43 | 1,04     | 0,17  | 1,00   | 0,78    | 1,60    |
|       | Subklinik hipotiroidi  | 38 | 0,95     | 0,15  | 0,97   | 0,71    | 1,21    |
|       | Aşikâr hipotiroidi     | 25 | 0,57     | 0,21  | 0,59   | 0,00    | 0,98    |
|       | Subklinik hipertiroidi | 38 | 1,09     | 0,24  | 1,05   | 0,40    | 1,65    |
|       | Aşikâr hipertiroidi    | 29 | 2,37     | 1,50  | 1,75   | 1,17    | 8,87    |

\*TSH: Tiroid Stimulan Hormon, \*\*sT4: Serbest Tiroksin Hormonu

Kontrol grubunun ASÖ-14 ölçek toplamı puan ortalaması 27,58; yetersiz öz yeterlik algısı puan ortalaması 11,51; stres algısı puan ortalaması 16,07; CD-RISC ölçek toplamı puan ortalaması 64,74; azim ve kişisel yetkinlik puan ortalaması 41,95; negatif olgulara tolerans puan ortalaması 13,47; maneviyata eğilim puan ortalaması 9,33; olarak sonuçlanmıştır. Subklinik hipotiroidi grubunun ASÖ-14 ölçek toplamı puan ortalaması 28,53; yetersiz öz yeterlik algısı puan ortalaması 13,37; stres algısı puan ortalaması 15,18; CD-RISC ölçek toplamı puan ortalaması 64,21; azim ve kişisel yetkinlik puan ortalaması 43,53; negatif olgulara tolerans puan ortalaması 11,13; maneviyata eğilim puan ortalaması 9,29 olarak sonuçlanmıştır. Aşikâr hipotiroidi grubunun ASÖ-14 ölçek toplamı puan ortalaması 34,28; yetersiz öz yeterlik algısı puan ortalaması 14,32; stres algısı puan ortalaması 19,96; CD-RISC ölçek toplamı puan

ortalaması 54,84; azim ve kişisel yetkinlik puan ortalaması 34,84; negatif olgulara tolerans puan ortalaması 10,16; maneviyata eğilim puan ortalaması 9,84 olarak sonuçlanmıştır. Subklinik hipertiroidi grubunun ASÖ-14 ölçek toplamı puan ortalaması 23,39; yetersiz öz yeterlik algısı puan ortalaması 8,47; stres algısı puan ortalaması 14,66; CD-RISC ölçek toplamı puan ortalaması 77,66; azim ve kişisel yetkinlik puan ortalaması 50,05; negatif olgulara tolerans puan ortalaması 15,84; maneviyata eğilim puan ortalaması 11,92 olarak sonuçlanmıştır. Aşıkâr hipertiroidi grubunun ASÖ-14 ölçek toplamı puan ortalaması 22,38; yetersiz öz yeterlik algısı puan ortalaması 8,52; stres algısı puan ortalaması 13,86; CD-RISC ölçek toplamı puan ortalaması 83,24; azim ve kişisel yetkinlik puan ortalaması 52,59; negatif olgulara tolerans puan ortalaması 17,45 ve maneviyata eğilim puan ortalaması 13,21 olarak elde edilmiştir (**Tablo 4.3**).

**Tablo 4.3: Gruplara Yönelik Betimsel İstatistikler**

|                        |                             | n  | Minimum | Maximum | Ortalama | ss    |
|------------------------|-----------------------------|----|---------|---------|----------|-------|
| Kontrol                | ASÖ-14* Ölçek Toplamı       | 43 | 9       | 43      | 27,58    | 8,17  |
|                        | Yetersiz Öz Yeterlik Algısı | 43 | 2       | 24      | 11,51    | 4,48  |
|                        | Stres Algısı                | 43 | 5       | 28      | 16,07    | 5,55  |
|                        | CD-RISC** Ölçek Toplamı     | 43 | 44      | 97      | 64,74    | 14,59 |
|                        | Azim ve Kişisel Yetkinlik   | 43 | 26      | 60      | 41,95    | 9,33  |
|                        | Negatif Olgulara Tolerans   | 43 | 6       | 24      | 13,47    | 4,19  |
|                        | Maneviyata Eğilim           | 43 | 3       | 15      | 9,33     | 3,01  |
| Subklinik Hipotiroidi  | ASÖ-14* Ölçek Toplamı       | 38 | 11      | 43      | 28,53    | 8,53  |
|                        | Yetersiz Öz Yeterlik Algısı | 38 | 2       | 22      | 13,37    | 4,79  |
|                        | Stres Algısı                | 38 | 5       | 27      | 15,18    | 5,25  |
|                        | CD-RISC** Ölçek Toplamı     | 38 | 27      | 83      | 64,21    | 12,29 |
|                        | Azim ve Kişisel Yetkinlik   | 38 | 19      | 59      | 43,53    | 8,77  |
|                        | Negatif Olgulara Tolerans   | 38 | 5       | 19      | 11,13    | 3,71  |
|                        | Maneviyata Eğilim           | 38 | 3       | 15      | 9,29     | 3,73  |
| Aşıkâr Hipotiroidi     | ASÖ-14* Ölçek Toplamı       | 25 | 24      | 43      | 34,28    | 5,78  |
|                        | Yetersiz Öz Yeterlik Algısı | 25 | 6       | 21      | 14,32    | 3,96  |
|                        | Stres Algısı                | 25 | 14      | 27      | 19,96    | 3,49  |
|                        | CD-RISC** Ölçek Toplamı     | 25 | 35      | 76      | 54,84    | 12,70 |
|                        | Azim ve Kişisel Yetkinlik   | 25 | 18      | 53      | 34,84    | 9,17  |
|                        | Negatif Olgulara Tolerans   | 25 | 4       | 18      | 10,16    | 3,86  |
|                        | Maneviyata Eğilim           | 25 | 4       | 16      | 9,84     | 3,34  |
| Subklinik Hipertiroidi | ASÖ-14* Ölçek Toplamı       | 38 | 9       | 43      | 23,39    | 9,29  |
|                        | Yetersiz Öz Yeterlik Algısı | 38 | 0       | 20      | 8,47     | 4,93  |
|                        | Stres Algısı                | 38 | 5       | 25      | 14,66    | 5,49  |
|                        | CD-RISC** Ölçek Toplamı     | 38 | 56      | 97      | 77,66    | 11,25 |
|                        | Azim ve Kişisel Yetkinlik   | 38 | 31      | 66      | 50,05    | 7,34  |
|                        | Negatif Olgulara Tolerans   | 38 | 9       | 24      | 15,84    | 4,34  |
|                        | Maneviyata Eğilim           | 38 | 7       | 16      | 11,92    | 2,10  |

|                             | n  | Minimum | Maksimum | Ortalama | ss    |
|-----------------------------|----|---------|----------|----------|-------|
| ASÖ-14* Ölçek Toplamı       | 29 | 3       | 40       | 22,38    | 10,39 |
| Yetersiz Öz Yeterlik Algısı | 29 | 0       | 18       | 8,52     | 6,40  |
| Stres Algısı                | 29 | 3       | 25       | 13,86    | 5,57  |
| Aşıkâr Hipertiroidi         |    |         |          |          |       |
| CD-RISC** Ölçek Toplamı     | 29 | 61      | 97       | 83,24    | 11,62 |
| Azim ve Kişisel Yetkinlik   | 29 | 36      | 60       | 52,59    | 7,32  |
| Negatif Olgulara Tolerans   | 29 | 11      | 24       | 17,45    | 4,08  |
| Maneviyata Eğilim           | 29 | 10      | 16       | 13,21    | 1,78  |

\*ASÖ-14: Algılanan Stres Ölçeği-14, \*\*CD-RISC: Connor Davidson Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği

Kontrol grubunun ölçek puan türleri arasındaki ilişkinin yönünü ve şiddeti incelediğinde: ASÖ-14 ölçek toplamı ile negatif olgulara tolerans ( $r=-0,403$ ), maneviyata eğilim ( $r=-0,311$ ) arasında zayıf düzeyde negatif yönlü bir ilişki olduğu; CD-RISC ölçek toplam ( $r=-0,508$ ), azim ve kişisel yetkinlik ( $r=-0,513$ ) arasında orta düzeyde negatif yönlü bir ilişki olduğu; yetersiz öz yeterlik algısı ( $r=0,765$ ), stres algısı ( $r=0,854$ ) arasında güçlü düzeyde pozitif yönlü bir ilişki olduğu sonucuna varılmıştır.

Yetersiz öz yeterlik algısı ile negatif olgulara tolerans ( $r=-0,458$ ) arasında zayıf düzeyde negatif yönlü bir ilişki olduğu; stres algısı ( $r=0,319$ ) arasında zayıf düzeyde pozitif yönlü bir ilişki olduğu; CD-RISC ölçek toplam ( $r=-0,639$ ), azim ve kişisel yetkinlik ( $r=-0,612$ ), maneviyata eğilim ( $r=-0,559$ ) arasında orta düzeyde negatif yönlü bir ilişki olduğu sonucuna varılmıştır.

CD-RISC ölçek toplam ile negatif olgulara tolerans ( $r=0,822$ ), maneviyata eğilim ( $r=0,729$ ) arasında güçlü düzeyde pozitif yönlü bir ilişki olduğu; azim ve kişisel yetkinlik ( $r=0,958$ ) arasında çok güçlü düzeyde pozitif yönlü bir ilişki olduğu sonucuna varılmıştır.

Azim ve kişisel yetkinlik ile negatif olgulara tolerans ( $r=0,679$ ), maneviyata eğilim ( $r=0,598$ ) arasında orta düzeyde pozitif yönlü bir ilişki olduğu sonucuna varılmıştır.

Negatif olgulara tolerans ile maneviyata eğilim ( $r=0,486$ ) arasında zayıf düzeyde pozitif yönlü bir ilişki olduğu sonucuna varılmıştır (Tablo 4.4).

**Tablo 4.4: Kontrol Grubuna Yönelik Korelasyon Analizi**

|                                |   | ASÖ-14*<br>Ölçek<br>Toplamı | Yetersiz Öz<br>Yeterlik<br>Algısı | Stres<br>Algısı | CD-<br>RISC**<br>Ölçek<br>Toplamı | Azim ve<br>Kişisel<br>Yetkinlik | Negatif<br>Olgulara<br>Tolerans | Maneviyata<br>Eğilim |
|--------------------------------|---|-----------------------------|-----------------------------------|-----------------|-----------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|----------------------|
| ASÖ-14* Ölçek<br>Toplamı       | r | 1                           |                                   |                 |                                   |                                 |                                 |                      |
|                                | p |                             |                                   |                 |                                   |                                 |                                 |                      |
|                                | n | 43                          |                                   |                 |                                   |                                 |                                 |                      |
| Yetersiz Öz<br>Yeterlik Algısı | r | <b>.765****</b>             | 1                                 |                 |                                   |                                 |                                 |                      |
|                                | p | 0,000                       |                                   |                 |                                   |                                 |                                 |                      |
|                                | n | 43                          | 43                                |                 |                                   |                                 |                                 |                      |
| Stres Algısı                   | r | <b>.854****</b>             | <b>.319***</b>                    | 1               |                                   |                                 |                                 |                      |
|                                | p | 0,000                       | 0,037                             |                 |                                   |                                 |                                 |                      |
|                                | n | 43                          | 43                                | 43              |                                   |                                 |                                 |                      |
| CD-RISC** Ölçek<br>Toplamı     | r | <b>-.508****</b>            | <b>-.639****</b>                  | -0,232          | 1                                 |                                 |                                 |                      |
|                                | p | 0,001                       | 0,000                             | 0,135           |                                   |                                 |                                 |                      |
|                                | n | 43                          | 43                                | 43              | 43                                |                                 |                                 |                      |
| Azim ve Kişisel<br>Yetkinlik   | r | <b>-.513****</b>            | <b>-.612****</b>                  | -0,260          | <b>.958****</b>                   | 1                               |                                 |                      |
|                                | p | 0,000                       | 0,000                             | 0,092           | 0,000                             |                                 |                                 |                      |
|                                | n | 43                          | 43                                | 43              | 43                                | 43                              |                                 |                      |
| Negatif Olgulara<br>Tolerans   | r | <b>-.403****</b>            | <b>-.458****</b>                  | -0,223          | <b>.822****</b>                   | <b>.679****</b>                 | 1                               |                      |
|                                | p | 0,007                       | 0,002                             | 0,150           | 0,000                             | 0,000                           |                                 |                      |
|                                | n | 43                          | 43                                | 43              | 43                                | 43                              | 43                              |                      |
| Maneviyata<br>Eğilim           | r | <b>-.311***</b>             | <b>-.559****</b>                  | -0,006          | <b>.729****</b>                   | <b>.598****</b>                 | <b>.486****</b>                 | 1                    |
|                                | p | 0,043                       | 0,000                             | 0,971           | 0,000                             | 0,000                           | 0,001                           |                      |
|                                | n | 43                          | 43                                | 43              | 43                                | 43                              | 43                              | 43                   |

\*ASÖ-14: Algılanan Stres Ölçeği-14; \*\*CD-RISC: Connor Davidson Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği; \*\*\* $p<0,05$ ; \*\*\*\* $p<0,01$ ;

Subklinik hipotiroidi grubunun ölçek puan türleri arasındaki ilişkinin yönünü ve şiddet incelendiğinde: ASÖ-14 ölçek toplamı ile negatif olgulara tolerans ( $r=-0,471$ ) arasında zayıf düzeyde negatif yönlü bir ilişki olduğu; CD-RISC ölçek toplam ( $r=-0,584$ ), azim ve kişisel yetkinlik ( $r=-0,562$ ) arasında orta düzeyde negatif yönlü bir ilişki olduğu; yetersiz öz yeterlik algısı ( $r=0,832$ ), stres algısı ( $r=0,861$ ) arasında güçlü düzeyde pozitif yönlü bir ilişki olduğu sonucuna varılmıştır.

Yetersiz öz yeterlik algısı ile negatif olgulara tolerans ( $r=-0,412$ ) arasında zayıf düzeyde negatif yönlü bir ilişki olduğu; stres algısı ( $r=0,435$ ) arasında zayıf düzeyde pozitif yönlü bir ilişki olduğu; CD-RISC ölçek toplam ( $r=-0,546$ ), azim ve kişisel yetkinlik ( $r=-0,534$ ) arasında orta düzeyde negatif yönlü bir ilişki olduğu sonucuna varılmıştır.

Stres algısı ile CD-RISC ölçek toplam ( $r=-0,450$ ), azim ve kişisel yetkinlik ( $r=-0,424$ ), negatif olgulara tolerans ( $r=-0,395$ ) arasında zayıf düzeyde negatif yönlü bir ilişki olduğu sonucuna varılmıştır.

CD-RISC ölçek toplam ile maneviyata eğilim ( $r=0,427$ ) arasında zayıf düzeyde pozitif yönlü bir ilişki olduğu; negatif olgulara tolerans ( $r=0,608$ ) arasında orta düzeyde pozitif yönlü bir ilişki olduğu; azim ve kişisel yetkinlik ( $r=0,939$ ) arasında çok güçlü düzeyde pozitif yönlü bir ilişki olduğu sonucuna varılmıştır.

Azim ve kişisel yetkinlik ile negatif olgulara tolerans ( $r=0,460$ ) arasında zayıf düzeyde pozitif yönlü bir ilişki olduğu sonucuna varılmıştır (**Tablo 4.5**).

**Tablo 4.5: Subklinik Hipotiroidi Grubuna Yönelik Korelasyon Analizi**

|                                |   | ASÖ-14*<br>Ölçek<br>Toplamı | Yetersiz Öz<br>Yeterlik<br>Algısı | Stres<br>Algısı  | CD-<br>RISC**<br>Ölçek<br>Toplamı | Azim ve<br>Kişisel<br>Yetkinlik | Negatif<br>Olgulara<br>Tolerans | Maneviyata<br>Eğilim |
|--------------------------------|---|-----------------------------|-----------------------------------|------------------|-----------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|----------------------|
| ASÖ-14* Ölçek<br>Toplamı       | r | 1                           |                                   |                  |                                   |                                 |                                 |                      |
|                                | p |                             |                                   |                  |                                   |                                 |                                 |                      |
|                                | n | 38                          |                                   |                  |                                   |                                 |                                 |                      |
| Yetersiz Öz<br>Yeterlik Algısı | r | <b>.832****</b>             | 1                                 |                  |                                   |                                 |                                 |                      |
|                                | p | 0,000                       |                                   |                  |                                   |                                 |                                 |                      |
|                                | n | 38                          | 38                                |                  |                                   |                                 |                                 |                      |
| Stres Algısı                   | r | <b>.861****</b>             | <b>.435****</b>                   | 1                |                                   |                                 |                                 |                      |
|                                | p | 0,000                       | 0,006                             |                  |                                   |                                 |                                 |                      |
|                                | n | 38                          | 38                                | 38               |                                   |                                 |                                 |                      |
| CD-RISC**<br>Ölçek Toplamı     | r | <b>-.584****</b>            | <b>-.546****</b>                  | <b>-.450****</b> | 1                                 |                                 |                                 |                      |
|                                | p | 0,000                       | 0,000                             | 0,005            |                                   |                                 |                                 |                      |
|                                | n | 38                          | 38                                | 38               | 38                                |                                 |                                 |                      |
| Azim ve Kişisel<br>Yetkinlik   | r | <b>-.562****</b>            | <b>-.534****</b>                  | <b>-.424****</b> | <b>.939****</b>                   | 1                               |                                 |                      |
|                                | p | 0,000                       | 0,001                             | 0,008            | 0,000                             |                                 |                                 |                      |
|                                | n | 38                          | 38                                | 38               | 38                                | 38                              |                                 |                      |
| Negatif Olgulara<br>Tolerans   | r | <b>-.471****</b>            | <b>-.412***</b>                   | <b>-.395***</b>  | <b>.608****</b>                   | <b>.460****</b>                 | 1                               |                      |
|                                | p | 0,003                       | 0,010                             | 0,014            | 0,000                             | 0,004                           |                                 |                      |
|                                | n | 38                          | 38                                | 38               | 38                                | 38                              | 38                              |                      |
| Maneviyata<br>Eğilim           | r | -0,119                      | -0,127                            | -0,076           | <b>.427****</b>                   | 0,206                           | 0,024                           | 1                    |
|                                | p | 0,478                       | 0,447                             | 0,651            | 0,008                             | 0,216                           | 0,884                           |                      |
|                                | n | 38                          | 38                                | 38               | 38                                | 38                              | 38                              | 38                   |

\*ASÖ-14: Algılanan Stres Ölçeği-14; \*\*CD-RISC: Connor Davidson Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği; \*\*\*p<0,05; \*\*\*\*p<0,01

Aşikâr hipotiroidi grubunun ölçek puan türleri arasındaki ilişkinin yönünü ve şiddeti incelendiğinde: ASÖ-14 ölçek toplamı ile azim ve kişisel yetkinlik (r=-0,470) arasında zayıf düzeyde negatif yönlü bir ilişki olduğu; yetersiz öz yeterlik algısı (r=0,806), stres algısı (r=0,743) arasında güçlü düzeyde pozitif yönlü bir ilişki olduğu sonucuna varılmıştır.

Yetersiz öz yeterlik algısı ile CD-RISC ölçek toplam ( $r=-0,426$ ) arasında zayıf düzeyde negatif yönlü bir ilişki olduğu sonucuna varılmıştır.

CD-RISC ölçek toplam ile maneviyata eğilim ( $r=0,485$ ) arasında zayıf düzeyde pozitif yönlü bir ilişki olduğu; negatif olgulara tolerans ( $r=0,668$ ) arasında orta düzeyde pozitif yönlü bir ilişki olduğu; azim ve kişisel yetkinlik ( $r=0,927$ ) arasında çok güçlü düzeyde pozitif yönlü bir ilişki olduğu sonucuna varılmıştır.

Azim ve kişisel yetkinlik ile negatif olgulara tolerans ( $r=0,455$ ) arasında zayıf düzeyde pozitif yönlü bir ilişki olduğu sonucuna varılmıştır (**Tablo 4.6**).



**Tablo 4.6: Aşıkâr Hipotiroidi Grubuna Yönelik Korelasyon Analizi**

|                                |   | ASÖ-14*<br>Ölçek<br>Toplamı | Yetersiz Öz<br>Yeterlik<br>Algısı | Stres<br>Algısı | CD-<br>RISC**<br>Ölçek<br>Toplamı | Azim ve<br>Kişisel<br>Yetkinlik | Negatif<br>Olgulara<br>Tolerans | Maneviyata<br>Eğilim |
|--------------------------------|---|-----------------------------|-----------------------------------|-----------------|-----------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|----------------------|
| ASÖ-14* Ölçek<br>Toplamı       | r | 1                           |                                   |                 |                                   |                                 |                                 |                      |
|                                | p |                             |                                   |                 |                                   |                                 |                                 |                      |
|                                | n | 25                          |                                   |                 |                                   |                                 |                                 |                      |
| Yetersiz Öz<br>Yeterlik Algısı | r | <b>.806****</b>             | 1                                 |                 |                                   |                                 |                                 |                      |
|                                | p | 0,000                       |                                   |                 |                                   |                                 |                                 |                      |
|                                | n | 25                          | 25                                |                 |                                   |                                 |                                 |                      |
| Stres Algısı                   | r | <b>.743****</b>             | 0,203                             | 1               |                                   |                                 |                                 |                      |
|                                | p | 0,000                       | 0,330                             |                 |                                   |                                 |                                 |                      |
|                                | n | 25                          | 25                                | 25              |                                   |                                 |                                 |                      |
| CD-RISC**<br>Ölçek Toplamı     | r | -0,386                      | <b>-.426***</b>                   | -0,156          | 1                                 |                                 |                                 |                      |
|                                | p | 0,057                       | 0,034                             | 0,456           |                                   |                                 |                                 |                      |
|                                | n | 25                          | 25                                | 25              | 25                                |                                 |                                 |                      |
| Azim ve Kişisel<br>Yetkinlik   | r | <b>-.470***</b>             | <b>-.422***</b>                   | -0,301          | <b>.927****</b>                   | 1                               |                                 |                      |
|                                | p | 0,018                       | 0,035                             | 0,144           | 0,000                             |                                 |                                 |                      |
|                                | n | 25                          | 25                                | 25              | 25                                | 25                              |                                 |                      |
| Negatif Olgulara<br>Tolerans   | r | -0,192                      | -0,249                            | -0,037          | <b>.668****</b>                   | <b>.455***</b>                  | 1                               |                      |
|                                | p | 0,357                       | 0,230                             | 0,862           | 0,000                             | 0,022                           |                                 |                      |
|                                | n | 25                          | 25                                | 25              | 25                                | 25                              | 25                              |                      |
| Maneviyata<br>Eğilim           | r | 0,048                       | -0,173                            | 0,275           | <b>.485***</b>                    | 0,251                           | 0,135                           | 1                    |
|                                | p | 0,821                       | 0,409                             | 0,184           | 0,014                             | 0,226                           | 0,521                           |                      |
|                                | n | 25                          | 25                                | 25              | 25                                | 25                              | 25                              | 25                   |

\*ASÖ-14: Algılanan Stres Ölçeği-14, \*\*CD-RISC: Connor Davidson Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği, \*\*\*p<0,05; \*\*\*\*p<0,01

Subklinik hipertiroidi grubunun ölçek puan türleri arasındaki ilişkinin yönünü ve şiddeti incelendiğinde: ASÖ-14 ölçek toplamı ile CD-RISC ölçek toplam (r=-0,479), azim ve kişisel yetkinlik (r=-0,382) arasında zayıf düzeyde negatif yönlü bir ilişki olduğu; negatif olgulara tolerans (r=-0,550) arasında orta düzeyde negatif yönlü bir ilişki olduğu; yetersiz öz yeterlik

algısı ( $r=0,842$ ), stres algısı ( $r=0,864$ ) arasında güçlü düzeyde pozitif yönlü bir ilişki olduğu sonucuna varılmıştır.

Yetersiz öz yeterlik algısı ile CD-RISC ölçek toplam ( $r=-0,426$ ), azim ve kişisel yetkinlik ( $r=-0,346$ ), negatif olgulara tolerans ( $r=-0,452$ ) arasında zayıf düzeyde negatif yönlü bir ilişki olduğu; stres algısı ( $r=0,502$ ) arasında orta düzeyde pozitif yönlü bir ilişki olduğu sonucuna varılmıştır.

Stres algısı ile CD-RISC ölçek toplam ( $r=-0,499$ ), azim ve kişisel yetkinlik ( $r=-0,383$ ) arasında zayıf düzeyde negatif yönlü bir ilişki olduğu; negatif olgulara tolerans ( $r=-0,582$ ) arasında orta düzeyde negatif yönlü bir ilişki olduğu sonucuna varılmıştır.

CD-RISC ölçek toplam ile maneviyata eğilim ( $r=0,525$ ) arasında orta düzeyde pozitif yönlü bir ilişki olduğu; negatif olgulara tolerans ( $r=0,825$ ) arasında güçlü düzeyde pozitif yönlü bir ilişki olduğu; azim ve kişisel yetkinlik ( $r=0,927$ ) arasında çok güçlü düzeyde pozitif yönlü bir ilişki olduğu sonucuna varılmıştır.

Azim ve kişisel yetkinlik ile maneviyata eğilim ( $r=0,352$ ) arasında zayıf düzeyde pozitif yönlü bir ilişki olduğu; negatif olgulara tolerans ( $r=0,624$ ) arasında orta düzeyde pozitif yönlü bir ilişki olduğu sonucuna varılmıştır (**Tablo 4.7**).

**Tablo 4.7: Subklinik Hipertiroidi Grubuna Yönelik Korelasyon Analizi**

|                                |   | ASÖ-14*<br>Ölçek<br>Toplamı | Yetersiz Öz<br>Yeterlik<br>Algısı | Stres<br>Algısı  | CD-<br>RISC**<br>Ölçek<br>Toplamı | Azim ve<br>Kişisel<br>Yetkinlik | Negatif<br>Olgulara<br>Tolerans | Maneviyata<br>Eğilim |
|--------------------------------|---|-----------------------------|-----------------------------------|------------------|-----------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|----------------------|
| ASÖ-14* Ölçek<br>Toplamı       | r | 1                           |                                   |                  |                                   |                                 |                                 |                      |
|                                | p |                             |                                   |                  |                                   |                                 |                                 |                      |
|                                | n | 38                          |                                   |                  |                                   |                                 |                                 |                      |
| Yetersiz Öz<br>Yeterlik Algısı | r | <b>.842****</b>             | 1                                 |                  |                                   |                                 |                                 |                      |
|                                | p | 0,000                       |                                   |                  |                                   |                                 |                                 |                      |
|                                | n | 38                          | 38                                |                  |                                   |                                 |                                 |                      |
| Stres Algısı                   | r | <b>.864****</b>             | <b>.501****</b>                   | 1                |                                   |                                 |                                 |                      |
|                                | p | 0,000                       | 0,001                             |                  |                                   |                                 |                                 |                      |
|                                | n | 38                          | 38                                | 38               |                                   |                                 |                                 |                      |
| CD-RISC**<br>Ölçek Toplamı     | r | <b>-.479****</b>            | <b>-.426****</b>                  | <b>-.499****</b> | 1                                 |                                 |                                 |                      |
|                                | p | 0,002                       | 0,008                             | 0,001            |                                   |                                 |                                 |                      |
|                                | n | 38                          | 38                                | 38               | 38                                |                                 |                                 |                      |
| Azim ve Kişisel<br>Yetkinlik   | r | <b>-.382***</b>             | <b>-.346***</b>                   | <b>-.383***</b>  | <b>.927****</b>                   | 1                               |                                 |                      |
|                                | p | 0,018                       | 0,033                             | 0,018            | 0,000                             |                                 |                                 |                      |
|                                | n | 38                          | 38                                | 38               | 38                                | 38                              |                                 |                      |
| Negatif Olgulara<br>Tolerans   | r | <b>-.550****</b>            | <b>-.452****</b>                  | <b>-.582****</b> | <b>.825****</b>                   | <b>.624****</b>                 | 1                               |                      |
|                                | p | 0,000                       | 0,004                             | 0,000            | 0,000                             | 0,000                           |                                 |                      |
|                                | n | 38                          | 38                                | 38               | 38                                | 38                              | 38                              |                      |
| Maneviyata<br>Eğilim           | r | -0,197                      | -0,239                            | -0,214           | <b>.525****</b>                   | <b>.352***</b>                  | 0,284                           | 1                    |
|                                | p | 0,236                       | 0,148                             | 0,198            | 0,001                             | 0,030                           | 0,084                           |                      |
|                                | n | 38                          | 38                                | 38               | 38                                | 38                              | 38                              | 38                   |

\*ASÖ-14: Algılanan Stres Ölçeği-14, \*\*CD-RISC: Connor Davidson Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği, \*\*\*p<0,05; \*\*\*\*p<0,01

Aşikâr hipertiroidi grubunun ölçek puan türleri arasındaki ilişkinin yönünü ve şiddeti incelendiğinde: ASÖ-14 ölçek toplamı ile maneviyata eğilim ( $r=-0,419$ ) arasında zayıf düzeyde negatif yönlü bir ilişki olduğu; azim ve kişisel yetkinlik ( $r=-0,666$ ), negatif olgulara tolerans ( $r=-0,692$ ) arasında orta düzeyde negatif yönlü bir ilişki olduğu; CD-RISC ölçek toplamı ( $r=-$

0,727) arasında güçlü düzeyde negatif yönlü bir ilişki olduğu; yetersiz öz yeterlik algısı ( $r=0,887$ ), stres algısı ( $r=0,847$ ) arasında güçlü düzeyde pozitif yönlü bir ilişki olduğu sonucuna varılmıştır.

Yetersiz öz yeterlik algısı ile maneviyata eğilim ( $r=-0,571$ ) arasında orta düzeyde negatif yönlü bir ilişki olduğu; stres algısı ( $r=0,505$ ) arasında orta düzeyde pozitif yönlü bir ilişki olduğu; CD-RISC ölçek toplamı ( $r=-0,861$ ), azim ve kişisel yetkinlik ( $r=-0,802$ ), negatif olgulara tolerans ( $r=-0,762$ ) arasında güçlü düzeyde negatif yönlü bir ilişki olduğu sonucuna varılmıştır.

Stres algısı ile negatif olgulara tolerans ( $r=-0,415$ ) arasında zayıf düzeyde negatif yönlü bir ilişki olduğu sonucuna varılmıştır.

CD-RISC ölçek toplamı ile maneviyata eğilim ( $r=0,695$ ) arasında orta düzeyde pozitif yönlü bir ilişki olduğu; negatif olgulara tolerans ( $r=0,842$ ) arasında güçlü düzeyde pozitif yönlü bir ilişki olduğu; azim ve kişisel yetkinlik ( $r=0,949$ ) arasında çok güçlü düzeyde pozitif yönlü bir ilişki olduğu sonucuna varılmıştır.

Azim ve kişisel yetkinlik ile negatif olgulara tolerans ( $r=0,655$ ), maneviyata eğilim ( $r=0,577$ ) arasında orta düzeyde pozitif yönlü bir ilişki olduğu sonucuna varılmıştır.

Negatif olgulara tolerans ile maneviyata eğilim ( $r=0,507$ ) arasında orta düzeyde pozitif yönlü bir ilişki olduğu sonucuna varılmıştır (**Tablo 4.8**).

**Tablo 4.8: Aşikâr Hipertiroidi Grubuna Yönelik Korelasyon Analizi**

|                                |   | ASÖ-14*<br>Ölçek<br>Toplamı | Yetersiz Öz<br>Yeterlik<br>Algısı | Stres<br>Algısı | CD-<br>RISC**<br>Ölçek<br>Toplamı | Azim ve<br>Kişisel<br>Yetkinlik | Negatif<br>Olgulara<br>Tolerans | Maneviyata<br>Eğilim |
|--------------------------------|---|-----------------------------|-----------------------------------|-----------------|-----------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|----------------------|
| ASÖ-14* Ölçek<br>Toplamı       | r | 1                           |                                   |                 |                                   |                                 |                                 |                      |
|                                | p |                             |                                   |                 |                                   |                                 |                                 |                      |
|                                | n | 29                          |                                   |                 |                                   |                                 |                                 |                      |
| Yetersiz Öz<br>Yeterlik Algısı | r | <b>.887****</b>             | 1                                 |                 |                                   |                                 |                                 |                      |
|                                | p | 0,000                       |                                   |                 |                                   |                                 |                                 |                      |
|                                | n | 29                          | 29                                |                 |                                   |                                 |                                 |                      |
| Stres Algısı                   | r | <b>.847****</b>             | <b>.505****</b>                   | 1               |                                   |                                 |                                 |                      |
|                                | p | 0,000                       | 0,005                             |                 |                                   |                                 |                                 |                      |
|                                | n | 29                          | 29                                | 29              |                                   |                                 |                                 |                      |
| CD-RISC**<br>Ölçek Toplamı     | r | <b>-.727**</b>              | <b>-.861****</b>                  | -0,367          | 1                                 |                                 |                                 |                      |
|                                | p | 0,000                       | 0,000                             | 0,050           |                                   |                                 |                                 |                      |
|                                | n | 29                          | 29                                | 29              | 29                                |                                 |                                 |                      |
| Azim ve Kişisel<br>Yetkinlik   | r | <b>-.666****</b>            | <b>-.802****</b>                  | -0,320          | <b>.949****</b>                   | 1                               |                                 |                      |
|                                | p | 0,000                       | 0,000                             | 0,090           | 0,000                             |                                 |                                 |                      |
|                                | n | 29                          | 29                                | 29              | 29                                | 29                              |                                 |                      |
| Negatif Olgulara<br>Tolerans   | r | <b>-.692****</b>            | <b>-.762****</b>                  | <b>-.415***</b> | <b>.842****</b>                   | <b>.655****</b>                 | 1                               |                      |
|                                | p | 0,000                       | 0,000                             | 0,025           | 0,000                             | 0,000                           |                                 |                      |
|                                | n | 29                          | 29                                | 29              | 29                                | 29                              | 29                              |                      |
| Maneviyata<br>Eğilim           | r | <b>-.419***</b>             | <b>-.571****</b>                  | -0,127          | <b>.695****</b>                   | <b>.577****</b>                 | <b>.507****</b>                 | 1                    |
|                                | p | 0,024                       | 0,001                             | 0,512           | 0,000                             | 0,001                           | 0,005                           |                      |
|                                | n | 29                          | 29                                | 29              | 29                                | 29                              | 29                              | 29                   |

\*ASÖ-14: Algılanan Stres Ölçeği-14, \*\*CD-RISC: Connor Davidson Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği, \*\*\*p<0,05; \*\*\*\*p<0,01

Ölçek türlerinin gruplar bakımından farklılık gösterme durumunun analiz edildiğinde: ASÖ-14 ölçek toplamı ve stres algısı tanı türleri bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ( $p<0,05$ ). Ortalama puanlara göre aşikâr hipotiroidi grubunun, aşikâr hipertiroidi grubuna göre daha yüksek puana sahip olduğu gözlemlenmektedir.

Yetersiz öz yeterlik algısı tanı türleri bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ( $p<0,05$ ). Ortalama puanlara göre aşikâr hipotiroidi grubunun, subklinik hipertiroidi grubuna göre daha yüksek puana sahip olduğu gözlemlenmektedir.

CD-RISC ölçek toplamı, azim ve kişisel yetkinlik, negatif olgulara tolerans tanı türleri bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ( $p<0,05$ ). Ortalama puanlara göre aşikâr hipertiroidi grubunun, aşikâr hipotiroidi grubuna göre daha yüksek puana sahip olduğu gözlemlenmektedir.

Maneviyata eğilim tanı türleri bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ( $p<0,05$ ). Ortalama puanlara göre aşikâr hipertiroidi grubunun, subklinik hipotiroidi grubuna göre daha yüksek puana sahip olduğu gözlemlenmektedir (**Tablo 4.9**).

**Tablo 4.9: Ölçeklerin, Gruplar Bakımından Farklılık Gösterme Analizi**

|                                |                        | n  | Ort.  | ss    | p               |
|--------------------------------|------------------------|----|-------|-------|-----------------|
| ASÖ-14* Ölçek<br>Toplamı       | Kontrol                | 43 | 27,58 | 8,17  | <b>0,000***</b> |
|                                | Subklinik hipotiroidi  | 38 | 28,53 | 8,53  |                 |
|                                | Aşikâr hipotiroidi     | 25 | 34,28 | 5,78  |                 |
|                                | Subklinik hipertiroidi | 38 | 23,39 | 9,29  |                 |
|                                | Aşikâr hipertiroidi    | 29 | 22,38 | 10,39 |                 |
| Yetersiz Öz Yeterlik<br>Algısı | Kontrol                | 43 | 11,51 | 4,48  | <b>0,000***</b> |
|                                | Subklinik hipotiroidi  | 38 | 13,37 | 4,79  |                 |
|                                | Aşikâr hipotiroidi     | 25 | 14,32 | 3,96  |                 |
|                                | Subklinik hipertiroidi | 38 | 8,47  | 4,93  |                 |
|                                | Aşikâr hipertiroidi    | 29 | 8,52  | 6,40  |                 |
| Stres Algısı                   | Kontrol                | 43 | 16,07 | 5,55  | <b>0,000***</b> |
|                                | Subklinik hipotiroidi  | 38 | 15,18 | 5,25  |                 |
|                                | Aşikâr hipotiroidi     | 25 | 19,96 | 3,49  |                 |
|                                | Subklinik hipertiroidi | 38 | 14,66 | 5,49  |                 |
|                                | Aşikâr hipertiroidi    | 29 | 13,86 | 5,57  |                 |
| CD-RISC** Ölçek<br>Toplamı     | Kontrol                | 43 | 64,74 | 14,59 | <b>0,000***</b> |
|                                | Subklinik hipotiroidi  | 38 | 64,21 | 12,29 |                 |
|                                | Aşikâr hipotiroidi     | 25 | 54,84 | 12,70 |                 |
|                                | Subklinik hipertiroidi | 38 | 77,66 | 11,25 |                 |
|                                | Aşikâr hipertiroidi    | 29 | 83,24 | 11,62 |                 |
| Azim ve Kişisel<br>Yetkinlik   | Kontrol                | 43 | 41,95 | 9,33  | <b>0,000***</b> |
|                                | Subklinik hipotiroidi  | 38 | 43,53 | 8,77  |                 |
|                                | Aşikâr hipotiroidi     | 25 | 34,84 | 9,17  |                 |
|                                | Subklinik hipertiroidi | 38 | 50,05 | 7,34  |                 |
|                                | Aşikâr hipertiroidi    | 29 | 52,59 | 7,32  |                 |
| Negatif Olgulara<br>Tolerans   | Kontrol                | 43 | 13,47 | 4,19  | <b>0,000***</b> |
|                                | Subklinik hipotiroidi  | 38 | 11,13 | 3,71  |                 |
|                                | Aşikâr hipotiroidi     | 25 | 10,16 | 3,86  |                 |
|                                | Subklinik hipertiroidi | 38 | 15,84 | 4,34  |                 |
|                                | Aşikâr hipertiroidi    | 29 | 17,45 | 4,08  |                 |

|                   |                        | n  | Ort.  | ss   | p               |
|-------------------|------------------------|----|-------|------|-----------------|
| Maneviyata Eğilim | Kontrol                | 43 | 9,33  | 3,01 | <b>0,000***</b> |
|                   | Subklinik hipotiroidi  | 38 | 9,29  | 3,73 |                 |
|                   | Aşikâr hipotiroidi     | 25 | 9,84  | 3,34 |                 |
|                   | Subklinik hipertiroidi | 38 | 11,92 | 2,10 |                 |
|                   | Aşikâr hipertiroidi    | 29 | 13,21 | 1,78 |                 |

\*ASÖ-14: Algılanan Stres Ölçeği-14, \*\*CD-RISC: Connor Davidson Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği, \*\*\*p<0,05

Ölçeklerin hipotiroidi ve hipertiroidi ve kontrol grupları bakımından farklılık gösterme durumunun analiz edildiğinde: ASÖ-14 ölçek toplamı, yetersiz öz yeterlik algısı, stres algısı tanı türleri bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir (p<0,05). Ortalama puanlara göre hipotiroidi tanılı bireylerin, hipertiroidi tanılı bireylere göre daha yüksek puana sahip olduğu gözlemlenmektedir.

CD-RISC ölçek toplamı, azim ve kişisel yetkinlik, negatif olgulara tolerans tanı türleri bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir (p<0,05). Ortalama puanlara göre hipertiroidi tanılı, hipotiroidi tanısı konan bireylere göre daha yüksek puana sahip olduğu gözlemlenmektedir.

Maneviyata eğilim tanı türleri bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir (p<0,05). Ortalama puanlara göre hipertiroidi tanısı konan bireylerin, kontrol grubuna göre daha yüksek puana sahip olduğu gözlemlenmektedir (**Tablo 4.10**).

**Tablo 4.10: Ölçeklerin, Tanı Türleri Bakımından Farklılık Gösterme Analizi**

|                             |                                  | n  | Ort.  | ss    | p               |
|-----------------------------|----------------------------------|----|-------|-------|-----------------|
| ASÖ-14* Ölçek Toplamı       | Kontrol                          | 43 | 27,58 | 8,17  | <b>0,000***</b> |
|                             | Hipotiroidi (Subklinik+ Aşikâr)  | 63 | 30,81 | 8,03  |                 |
|                             | Hipertiroidi (Subklinik+ Aşikâr) | 67 | 22,96 | 9,72  |                 |
| Yetersiz Öz Yeterlik Algısı | Kontrol                          | 43 | 11,51 | 4,48  | <b>0,000***</b> |
|                             | Hipotiroidi (Subklinik+ Aşikâr)  | 63 | 13,75 | 4,47  |                 |
|                             | Hipertiroidi (Subklinik+ Aşikâr) | 67 | 8,49  | 5,57  |                 |
| Stres Algısı                | Kontrol                          | 43 | 16,07 | 5,55  | <b>0,014***</b> |
|                             | Hipotiroidi (Subklinik+ Aşikâr)  | 63 | 17,08 | 5,17  |                 |
|                             | Hipertiroidi (Subklinik+ Aşikâr) | 67 | 14,31 | 5,49  |                 |
| CD-RISC** Ölçek Toplamı     | Kontrol                          | 43 | 64,74 | 14,59 | <b>0,000***</b> |
|                             | Hipotiroidi (Subklinik+ Aşikâr)  | 63 | 60,49 | 13,18 |                 |
|                             | Hipertiroidi (Subklinik+ Aşikâr) | 67 | 80,07 | 11,66 |                 |
| Azim ve Kişisel Yetkinlik   | Kontrol                          | 43 | 41,95 | 9,33  | <b>0,000***</b> |
|                             | Hipotiroidi (Subklinik+ Aşikâr)  | 63 | 40,08 | 9,84  |                 |
|                             | Hipertiroidi (Subklinik+ Aşikâr) | 67 | 51,15 | 7,38  |                 |
| Negatif Olgulara Tolerans   | Kontrol                          | 43 | 13,47 | 4,19  | <b>0,000***</b> |
|                             | Hipotiroidi (Subklinik+ Aşikâr)  | 63 | 10,75 | 3,77  |                 |
|                             | Hipertiroidi (Subklinik+ Aşikâr) | 67 | 16,54 | 4,28  |                 |
| Maneviyata Eğilim           | Kontrol                          | 43 | 9,33  | 3,01  | <b>0,000***</b> |
|                             | Hipotiroidi (Subklinik+ Aşikâr)  | 63 | 9,51  | 3,56  |                 |
|                             | Hipertiroidi (Subklinik+ Aşikâr) | 67 | 12,48 | 2,05  |                 |

\*ASÖ-14: Algılanan Stres Ölçeği-14, \*\*CD-RISC: Connor Davidson Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği, \*\*\*p<0,05

Ölçek türlerinin cinsiyet bakımından farklılık gösterme durumunun analiz edildiğinde; ASÖ-14 ölçek toplamı, yetersiz öz yeterlik algısı cinsiyet bakımından istatistiksel olarak

anlamli farklılık göstermektedir ( $p<0,05$ ). Ortalama puanlara göre kadınların, erkeklere göre daha yüksek puana sahip olduğu gözlemlenmektedir.

CD-RISC ölçek toplamı, azim ve kişisel yetkinlik, negatif olgulara tolerans, maneviyata eğilim cinsiyet bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ( $p<0,05$ ). Ortalama puanlara göre erkeklerin, kadınlara göre daha yüksek puana sahip olduğu gözlemlenmektedir (**Tablo 4.11**).

**Tablo 4.11: Puan Türlerinin, Cinsiyet Bakımından Farklılık Gösterme Analizi**

|                             | Cinsiyet | n   | Ort.  | ss    | p               |
|-----------------------------|----------|-----|-------|-------|-----------------|
| ASO-14* Ölçek Toplamı       | Kadın    | 121 | 27,96 | 9,59  | <b>0,033***</b> |
|                             | Erkek    | 52  | 24,65 | 8,43  |                 |
| Yetersiz Öz Yeterlik Algısı | Kadın    | 121 | 11,84 | 5,51  | <b>0,010***</b> |
|                             | Erkek    | 52  | 9,56  | 4,84  |                 |
| Stres Algısı                | Kadın    | 121 | 16,04 | 5,55  | 0,301           |
|                             | Erkek    | 52  | 15,10 | 5,37  |                 |
| CD-RISC** Ölçek Toplamı     | Kadın    | 121 | 66,74 | 15,32 | <b>0,002***</b> |
|                             | Erkek    | 52  | 74,69 | 15,21 |                 |
| Azim ve Kişisel Yetkinlik   | Kadın    | 121 | 43,40 | 10,14 | <b>0,004***</b> |
|                             | Erkek    | 52  | 48,15 | 9,44  |                 |
| Negatif Olgulara Tolerans   | Kadın    | 121 | 13,00 | 4,66  | <b>0,005***</b> |
|                             | Erkek    | 52  | 15,21 | 4,72  |                 |
| Maneviyata Eğilim           | Kadın    | 121 | 10,39 | 3,28  | 0,168           |
|                             | Erkek    | 52  | 11,13 | 3,17  |                 |

\*ASÖ-14: Algılanan Stres Ölçeği-14, \*\*CD-RISC: Connor Davidson Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği, \*\*\* $p<0,05$

Ölçek türlerinin medeni durum bakımından farklılık gösterme durumunun analiz edildiğinde; puan türlerinin medeni durum bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği ( $p>0,05$ ) sonucuna varılmıştır (**Tablo 4.12**).

**Tablo 4.12: Puan Türlerinin, Medeni Durum Bakımından Farklılık Gösterme Analizi**

|                                | Medeni hal | n   | Ort.  | ss    | p     |
|--------------------------------|------------|-----|-------|-------|-------|
| ASÖ-14* Ölçek<br>Toplamı       | Bekar      | 59  | 26,07 | 9,02  | 0,365 |
|                                | Evli       | 114 | 27,43 | 9,53  |       |
| Yetersiz Öz Yeterlik<br>Algısı | Bekar      | 59  | 10,29 | 4,34  | 0,096 |
|                                | Evli       | 114 | 11,61 | 5,85  |       |
| Stres Algısı                   | Bekar      | 59  | 15,80 | 5,55  | 0,946 |
|                                | Evli       | 114 | 15,74 | 5,49  |       |
| CD-RISC** Ölçek<br>Toplamı     | Bekar      | 59  | 68,95 | 14,07 | 0,912 |
|                                | Evli       | 114 | 69,23 | 16,50 |       |
| Azim ve Kişisel<br>Yetkinlik   | Bekar      | 59  | 45,07 | 9,22  | 0,827 |
|                                | Evli       | 114 | 44,71 | 10,63 |       |
| Negatif Olgulara<br>Tolerans   | Bekar      | 59  | 13,32 | 4,47  | 0,498 |
|                                | Evli       | 114 | 13,84 | 4,93  |       |
| Maneviyata Eğilim              | Bekar      | 59  | 10,56 | 2,55  | 0,864 |
|                                | Evli       | 114 | 10,64 | 3,58  |       |

(\*ASÖ-14: Algılanan Stres Ölçeği-14, \*\*CD-RISC: Connor Davidson Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği, \*\*\*p<0,05)

Puan türlerinin eğitim durumu bakımından farklılık gösterme durumunun analiz edildiğinde; negatif olgulara tolerans eğitim durumu bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ( $p<0,05$ ). Ortalama puanlara göre lise düzeyinde eğitime sahip olanların, üniversite düzeyinde eğitime sahip olanlara göre daha yüksek puana sahip olduğu gözlemlenmektedir (**Tablo 4.13**).

**Tablo 4.13: Puan Türlerinin, Eğitim Durumu Bakımından Farklılık Gösterme Analizi**

|                                | Eğitim durumu | n  | Ort.  | ss    | p               |
|--------------------------------|---------------|----|-------|-------|-----------------|
| ASÖ-14* Ölçek<br>Toplamı       | İlkokul       | 80 | 27,20 | 10,02 | 0,235           |
|                                | Lise          | 28 | 24,29 | 8,84  |                 |
|                                | Üniversite    | 65 | 27,83 | 8,63  |                 |
| Yetersiz Öz Yeterlik<br>Algısı | İlkokul       | 80 | 11,89 | 6,22  | 0,157           |
|                                | Lise          | 28 | 9,68  | 4,39  |                 |
|                                | Üniversite    | 65 | 10,89 | 4,59  |                 |
| Stres Algısı                   | İlkokul       | 80 | 15,19 | 5,69  | 0,075           |
|                                | Lise          | 28 | 14,61 | 5,42  |                 |
|                                | Üniversite    | 65 | 16,95 | 5,14  |                 |
| CD-RISC** Ölçek<br>Toplamı     | İlkokul       | 80 | 68,79 | 17,46 | 0,067           |
|                                | Lise          | 28 | 75,14 | 14,07 |                 |
|                                | Üniversite    | 65 | 66,97 | 13,39 |                 |
| Azim ve Kişisel<br>Yetkinlik   | İlkokul       | 80 | 44,64 | 11,37 | 0,077           |
|                                | Lise          | 28 | 48,61 | 8,65  |                 |
|                                | Üniversite    | 65 | 43,45 | 8,80  |                 |
| Negatif Olgulara<br>Tolerans   | İlkokul       | 80 | 13,56 | 5,23  | <b>0,019***</b> |
|                                | Lise          | 28 | 15,86 | 4,65  |                 |
|                                | Üniversite    | 65 | 12,85 | 3,94  |                 |
| Maneviyata Eğilim              | İlkokul       | 80 | 10,54 | 3,86  | 0,962           |
|                                | Lise          | 28 | 10,68 | 2,82  |                 |
|                                | Üniversite    | 65 | 10,68 | 2,60  |                 |

\*ASÖ-14: Algılanan Stres Ölçeği-14, \*\*CD-RISC: Connor Davidson Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği, \*\*\*p<0,05

Puan türlerinin çalışma bakımından farklılık gösterme durumunun analiz edildiğinde; puan türlerinin meslek bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği ( $p>0,05$ ) sonucuna varılmıştır (**Tablo 4.14**).

**Tablo 4.14: Puan Türlerinin, Meslek Bakımından Farklılık Gösterme Analizi**

| Herhangi bir meslekte çalışma durumu |            | n   | Ort.  | ss    | p     |
|--------------------------------------|------------|-----|-------|-------|-------|
| ASÖ-14* Ölçek Toplamı                | Çalışmıyor | 68  | 27,79 | 9,86  | 0,350 |
|                                      | Çalışıyor  | 105 | 26,43 | 9,02  |       |
| Yetersiz Öz Yeterlik Algısı          | Çalışmıyor | 68  | 11,97 | 5,94  | 0,125 |
|                                      | Çalışıyor  | 105 | 10,63 | 4,99  |       |
| Stres Algısı                         | Çalışmıyor | 68  | 15,68 | 5,50  | 0,877 |
|                                      | Çalışıyor  | 105 | 15,81 | 5,52  |       |
| CD-RISC** Ölçek Toplamı              | Çalışmıyor | 68  | 67,56 | 16,68 | 0,289 |
|                                      | Çalışıyor  | 105 | 70,15 | 14,98 |       |
| Azim ve Kişisel Yetkinlik            | Çalışmıyor | 68  | 43,35 | 10,68 | 0,123 |
|                                      | Çalışıyor  | 105 | 45,79 | 9,72  |       |
| Negatif Olgulara Tolerans            | Çalışmıyor | 68  | 13,26 | 5,44  | 0,401 |
|                                      | Çalışıyor  | 105 | 13,92 | 4,30  |       |
| Maneviyata Eğilim                    | Çalışmıyor | 68  | 10,94 | 3,29  | 0,287 |
|                                      | Çalışıyor  | 105 | 10,40 | 3,24  |       |

\*ASÖ-14: Algılanan Stres Ölçeği-14, \*\*CD-RISC: Connor Davidson Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği, \*\*\*p<0,05

Puan türlerinin herhangi bir ilaç kullanma durumu bakımından farklılık gösterme durumunun analiz edildiğinde; puan türlerinin herhangi bir ilaç kullanma durumu bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği ( $p>0,05$ ) sonucuna varılmıştır (**Tablo 4.15**).

**Tablo 4.15: Puan Türlerinin, Herhangi bir İlaç Kullanma Durumu Bakımından Farklılık Gösterme Analizi**

| İlaç kullanma durumu           |       | n   | Ortalama | ss    | p     |
|--------------------------------|-------|-----|----------|-------|-------|
| ASÖ-14* Ölçek<br>Toplamı       | Hayır | 110 | 26,25    | 8,72  | 0,182 |
|                                | Evet  | 63  | 28,22    | 10,32 |       |
| Yetersiz Öz Yeterlik<br>Algısı | Hayır | 110 | 10,82    | 5,11  | 0,279 |
|                                | Evet  | 63  | 11,75    | 5,89  |       |
| Stres Algısı                   | Hayır | 110 | 15,43    | 5,33  | 0,298 |
|                                | Evet  | 63  | 16,33    | 5,78  |       |
| CD-RISC** Ölçek<br>Toplamı     | Hayır | 110 | 68,20    | 15,88 | 0,302 |
|                                | Evet  | 63  | 70,76    | 15,29 |       |
| Azim ve Kişisel<br>Yetkinlik   | Hayır | 110 | 44,25    | 10,40 | 0,316 |
|                                | Evet  | 63  | 45,86    | 9,69  |       |
| Negatif Olgulara<br>Tolerans   | Hayır | 110 | 13,69    | 4,53  | 0,924 |
|                                | Evet  | 63  | 13,62    | 5,20  |       |
| Maneviyata Eğilim              | Hayır | 110 | 10,26    | 3,20  | 0,062 |
|                                | Evet  | 63  | 11,22    | 3,30  |       |

\*ASÖ-14: Algılanan Stres Ölçeği-14, \*\*CD-RISC: Connor Davidson Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği, \*\*\*p<0,05

Puan türlerinin kontrollere gelme sıklığı bakımından farklılık gösterme durumunun analiz edildiğinde, puan türlerinin kontrollere gelme sıklığı bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği ( $p>0,05$ ) sonucuna varılmıştır (**Tablo 4.16**).

**Tablo 4.16: Puan Türlerinin, Kontrollere Gelme Sıklığı Bakımından Farklılık Gösterme Analizi**

|                                | Kontrollere gelme sıklığı | n  | Ortalama | ss    | p     |
|--------------------------------|---------------------------|----|----------|-------|-------|
| ASÖ-14* Ölçek<br>Toplamı       | Gelmiyor                  | 33 | 26,24    | 8,62  | 0,811 |
|                                | 3 ay                      | 79 | 26,91    | 9,89  |       |
|                                | 6 ay                      | 43 | 26,81    | 9,65  |       |
|                                | 12 ay                     | 18 | 28,89    | 7,87  |       |
| Yetersiz Öz Yeterlik<br>Algısı | Gelmiyor                  | 33 | 11,06    | 4,79  | 0,952 |
|                                | 3 ay                      | 79 | 10,95    | 5,79  |       |
|                                | 6 ay                      | 43 | 11,44    | 5,79  |       |
|                                | 12 ay                     | 18 | 11,56    | 3,97  |       |
| Stres Algısı                   | Gelmiyor                  | 33 | 15,18    | 6,21  | 0,561 |
|                                | 3 ay                      | 79 | 15,85    | 5,59  |       |
|                                | 6 ay                      | 43 | 15,37    | 5,09  |       |
|                                | 12 ay                     | 18 | 17,33    | 4,69  |       |
| CD-RISC** Ölçek<br>Toplamı     | Gelmiyor                  | 33 | 69,55    | 16,12 | 0,191 |
|                                | 3 ay                      | 79 | 70,28    | 16,60 |       |
|                                | 6 ay                      | 43 | 69,88    | 13,55 |       |
|                                | 12 ay                     | 18 | 61,56    | 14,44 |       |
| Azim ve Kişisel<br>Yetkinlik   | Gelmiyor                  | 33 | 44,97    | 10,33 | 0,179 |
|                                | 3 ay                      | 79 | 45,68    | 10,70 |       |
|                                | 6 ay                      | 43 | 45,23    | 9,10  |       |
|                                | 12 ay                     | 18 | 39,89    | 9,04  |       |
| Negatif Olgulara<br>Tolerans   | Gelmiyor                  | 33 | 14,42    | 4,21  | 0,152 |
|                                | 3 ay                      | 79 | 13,63    | 5,21  |       |
|                                | 6 ay                      | 43 | 14,09    | 4,34  |       |
|                                | 12 ay                     | 18 | 11,39    | 4,38  |       |
| Maneviyata Eğilim              | Gelmiyor                  | 33 | 10,15    | 3,28  | 0,609 |
|                                | 3 ay                      | 79 | 10,96    | 3,26  |       |
|                                | 6 ay                      | 43 | 10,47    | 3,56  |       |
|                                | 12 ay                     | 18 | 10,28    | 2,47  |       |

\*ASÖ-14: Algılanan Stres Ölçeği-14, \*\*CD-RISC: Connor Davidson Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği, \*\*\*p<0,05

Puan türlerinin ailesinde tiroid hastalığı olan birisi olma durumu bakımından farklılık gösterme durumunun analiz edildiğinde, ASÖ-14 ölçek toplamı ve stres algısı ailesinde tiroid hastalığı olan birisi olma durumu bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ( $p<0,05$ ). Ortalama puanlara göre ailesinde tiroid hastalığı olan birisi olanların, olmayanlara göre daha yüksek puana sahip olduğu gözlemlenmektedir.

Negatif olgulara tolerans ailesinde tiroid hastalığı olan birisi olma durumu bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ( $p<0,05$ ). Ortalama puanlara göre ailesinde tiroid hastalığı olan birisi olmayanların, olanlara göre daha yüksek puana sahip olduğu gözlemlenmektedir (Tablo 4.17).

**Tablo 4.17: Puan Türlerinin, Ailede Tiroid Hastalığı Olan Birisi Olma Durumu Bakımından Farklılık Gösterme Analizi**

| Ailede tiroid hastalık varlığı |       | n   | Ortalama | ss    | p               |
|--------------------------------|-------|-----|----------|-------|-----------------|
| ASÖ-14* Ölçek Toplamı          | Hayır | 102 | 25,77    | 8,97  | <b>0,044***</b> |
|                                | Evet  | 71  | 28,68    | 9,70  |                 |
| Yetersiz Öz Yeterlik Algısı    | Hayır | 102 | 10,73    | 5,40  | 0,210           |
|                                | Evet  | 71  | 11,77    | 5,40  |                 |
| Stres Algısı                   | Hayır | 102 | 15,05    | 5,49  | <b>0,042***</b> |
|                                | Evet  | 71  | 16,77    | 5,38  |                 |
| CD-RISC** Ölçek Toplamı        | Hayır | 102 | 69,33    | 15,12 | 0,841           |
|                                | Evet  | 71  | 68,85    | 16,54 |                 |
| Azim ve Kişisel Yetkinlik      | Hayır | 102 | 44,58    | 9,87  | 0,694           |
|                                | Evet  | 71  | 45,20    | 10,60 |                 |
| Negatif Olgulara Tolerans      | Hayır | 102 | 14,31    | 4,57  | <b>0,032***</b> |
|                                | Evet  | 71  | 12,73    | 4,93  |                 |
| Maneviyata Eğilim              | Hayır | 102 | 10,50    | 3,18  | 0,587           |
|                                | Evet  | 71  | 10,77    | 3,39  |                 |

\*ASÖ-14: Algılanan Stres Ölçeği-14, \*\*CD-RISC: Connor Davidson Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği, \*\*\* $p<0,05$

Puan türlerinin otoantikör bakımından farklılık gösterme durumunun analiz edildiğinde, ASÖ-14 ölçek toplamı ve yetersiz öz yeterlik algısı otoantikör bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ( $p < 0,05$ ). Ortalama puanlara göre pozitif otoantikörü olanların, negatif otoantikörü olanlara göre daha yüksek puana sahip olduğu gözlemlenmektedir (**Tablo 4.18**).

**Tablo 4.18: Puan Türlerinin, Otoantikör Bakımından Farklılık Gösterme Analizi**

| varlığı                     | Otoantikör | n   | Ortalama | ss    | p               |
|-----------------------------|------------|-----|----------|-------|-----------------|
| ASÖ-14* Ölçek Toplamı       | Negatif    | 107 | 25,73    | 9,01  | <b>0,026***</b> |
|                             | Pozitif    | 66  | 28,97    | 9,62  |                 |
| Yetersiz Öz Yeterlik Algısı | Negatif    | 107 | 10,22    | 4,98  | <b>0,004***</b> |
|                             | Pozitif    | 66  | 12,67    | 5,76  |                 |
| Stres Algısı                | Negatif    | 107 | 15,41    | 5,62  | 0,293           |
|                             | Pozitif    | 66  | 16,32    | 5,29  |                 |
| CD-RISC** Ölçek Toplamı     | Negatif    | 107 | 69,44    | 15,08 | 0,744           |
|                             | Pozitif    | 66  | 68,64    | 16,69 |                 |
| Azim ve Kişisel Yetkinlik   | Negatif    | 107 | 44,79    | 9,67  | 0,938           |
|                             | Pozitif    | 66  | 44,91    | 10,95 |                 |
| Negatif Olgulara Tolerans   | Negatif    | 107 | 14,09    | 4,45  | 0,133           |
|                             | Pozitif    | 66  | 12,97    | 5,22  |                 |
| Maneviyata Eğilim           | Negatif    | 107 | 10,56    | 3,32  | 0,790           |
|                             | Pozitif    | 66  | 10,70    | 3,19  |                 |

\*ASÖ-14: Algılanan Stres Ölçeği-14, \*\*CD-RISC: Connor Davidson Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği, \*\*\* $p < 0,05$

## 5. TARTIŞMA

Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nin Endokrinoloji ve Metabolizma Hastalıkları polikliniği, İç Hastalıkları polikliniğini ve Aile Hekimliği polikliniğine başvuran tiroid fonksiyon bozukluğu olan ve olmayan bireylerin algılanan stres ve psikolojik dayanıklılık düzeylerinin incelendiği bu çalışmada hastaların algılanan stres ve psikolojik dayanıklılık düzeyleri ve bireylerin bireysel ve hastalıkla ilgili özelliklerinin dağılımına ilişkin elde edilen bulgular literatür eşliğinde tartışılmıştır.

Bu çalışma tiroid fonksiyon bozukluklarını içeren 4 vaka grubu ve tiroid fonksiyon bozukluğu olmayan kontrol grubundan oluşmaktadır. Vaka gruplarından subklinik hipotiroidi katılımcılarının 36'sı kadın (%94,7) ve yaş ortalaması  $38,45 \pm 13,88$  idi. Aşikâr hipotiroidi katılımcılarının 21'i kadın (%84) ve yaş ortalaması  $40,52 \pm 13,77$  idi. Subklinik hipertiroidi katılımcılarının 22'si kadın (%57,9) ve yaş ortalaması  $45,37 \pm 11,43$  idi. Aşikâr hipertiroidi katılımcılarının 18'i kadın (%62,1) ve yaş ortalaması  $39,97 \pm 13,44$  idi. Kontrol grubu katılımcılarının 36'sı kadın (%94,7) ve yaş ortalaması  $29,49 \pm 10,97$  idi. Yapılan geniş çaplı prevalans çalışmalarında tiroid fonksiyon bozukluğunun kadın cinsiyette fazla olduğu ve vurgulanmıştır (34,118). Çalışmamızda da benzer sonuç ortaya çıkmıştır.

Bu çalışmaya katılan bireylere yönlendirilen 'Ailenizde tiroid hastalığı olan birisi var mı?' sorusunu kontrol, subklinik hipertiroidi ve aşikâr hipertiroidi grupları sırasıyla % 90,7; %65,8 ve %55,2 'Hayır' olarak yanıtlamışlardır. Subklinik hipotiroidi ve aşikâr hipotiroidi grupları ise sırasıyla %68,4 ve % 60 'Evet' olarak yanıtlamışlardır. Hipotiroidi tanılı hastalarda kontrol ve hipertiroidi gruplarına göre daha sık ailede tiroid hastalığı öyküsü olduğu görülmüştür. Kocelak ve arkadaşları (2022), tiroid hastalığı olmadığını beyan eden 366 genç kadınla yaptığı çalışmada %40,4 oranında ailede tiroid hastalık öyküsü varlığı tespit etmiştir(119). Yapılan bir diğer çalışmada Hashimoto tiroiditi tespit edilen hastaların birinci derece akrabalarında ilerleyen süreçte Hashimoto tiroiditi tespit edilme ihtimali genel popülasyona göre 9 kat artmıştır (120).

Dittmar ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise otoimmün tiroid hastalıklarının ailesel prevalansı incelenmiştir. Hashimoto tiroiditi tespit edilen kişilerin çocuklarında ve kardeşlerinde Hashimoto tiroiditi gelişme ihtimali genel popülasyona göre sırasıyla 32 ve 21 kat artmıştır. Aynı şekilde Graves hastalığına sahip bireylerin çocuklarında ve kardeşlerinde Graves gelişme ihtimali genel popülasyona göre 7 kat artmıştır (121). Bu çalışmada da benzer şekilde tiroid fonksiyon bozukluğu olan hastalarda aile öyküsü görülme oranlarının yüksek olduğu tespit edilmiştir. Çalışmamızda otoantikor pozitifliği ve negatifliği üzerine bir karşılaştırma yapılmamıştır.

Bu çalışmada otoantikor pozitifliği oranı subklinik hipotiroidide %55,3; aşikâr hipotiroidide %72; subklinik hipertiroide %31,6; aşikâr hipertiroide %51,7 ve ötiroid sağlıklı bireylerde ise %0 olarak sonuçlanmıştır. NHANES III çalışmasında, sağlıklı popülasyonun %12' sinde saptanabilir otoantikor vardı (122). Diğer bir çalışmada ise ötiroid bireylerde saptanan otoantikor sayısı %10.3' tür (123). Bu durum bu çalışmadaki ötiroid grubuna dahil edilen bireylerin az sayıda ve yaş ortalamasının daha genç oluşundan kaynaklanabilir. Çünkü NHANES III çalışmasında yaş arttıkça otoantikor oluşumu arttığı saptanmıştır(34). Ganie ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada aşikâr ve subklinik hipotiroidi olgularında otoantikor pozitifliği oranını aşikâr ve subklinik hipertiroide kıyasla daha fazla olduğunu saptamıştır (124). Bu çalışmada da benzer bir şekilde hipotiroidi gruplarında hipertiroide göre daha fazla oranda otoantikor pozitifliği saptanmıştır.

Algılanan stres ve tiroid hastalıkları ile ilgili literatürdeki çalışmalara bakıldığında çalışmaların çoğunluğu stresin otoimmün tiroid hastalıkları başlangıcında etkili bir faktör olup olmadığını incelemek üzerine yapılmıştır. Graves hastalığı tespit edilmeden önce son 1 yılda stresli yaşam olaylarını inceleyen çalışmalar literatürde mevcuttur (125–132). Çalışmaların çoğu stresin Graves hastalığı etyopatogenezinde etkili olduğu sonucuna varmıştır (125–128,131,132). Yapılan başka bir çalışmada stresin Hashimoto tiroiditi başlangıcındaki rolünün

değerlendirilmesi, hastalığın yavaş başlaması ve hastalar genellikle yalnızca aşikâr hipotiroidizm geliştirdiklerinde keşfedilmesi nedeniyle tam olarak değerlendirilemediği sonucuna ulaşılmıştır (133). Bu çalışmada ise stresin hastalık başlangıcındaki rolünden ziyade farklı tiroid fonksiyon bozukluğu tanısı koyulmuş hastaların hastalık sürecindeki stres düzeyi değerlendirildi. Vaka grupları ve kontrol grubunun ASÖ-14 ölçeğinden aldıkları puan ortalaması düşükten yükseğe doğru aşikâr hipertiroidi, subklinik hipertiroidi, ötiroidi, subklinik hipotiroidi ve aşikâr hipotiroidi olarak sıralanmaktadır. Ortalama puanlara göre aşikâr hipotiroidi tanısı alan katılımcıların aşikâr hipertiroidi tanısı alan katılımcılara göre daha yüksek stres algısına sahiptir ( $p<0,05$ ). Bu çalışmada aynı zamanda total hipotiroidi (aşikâr ve subklinik hipotiroidi), total hipertiroidi (aşikâr ve subklinik hipertiroidi) ve kontrol olmak üzere 3 grubun algılanan stres düzeyini karşılaştırıldı. Aynı şekilde bu karşılaştırma sonucunda da algılanan stres düzeyini hipotiroidi grubundaki katılımcılarda hipertiroidi grubuna göre daha fazla saptandı ( $p<0,05$ ). Tatar (2010), Hashimoto tiroidit tanılı bireyler ve sağlıklı bireyleri strese yatkınlık durumu açısından karşılaştırdığı çalışmasında Hashimoto tiroidit tanısı alan bireylerin sağlıklı bireylere göre strese daha yatkın olduğu sonucuna ulaşmıştır(134). Chaudhuri ve arkadaşlarının (2018) yaptığı çalışmada ise serum TSH konsantrasyonu ve algılanan stres ölçeği puanları arasında pozitif korelasyon varlığını, yani TSH değeri arttıkça algılanan stres düzeyinin arttığını saptamışlardır(12). Seo ve ark. (2020); hipotiroidi, hipertiroidi ve sağlıklı bireyler arasında yaptığı algılanan stres düzeyi karşılaştırmasında da benzer şekilde serum TSH konsantrasyonu ile stres ölçek puanı pozitif korelasyon gösterdiğini saptamıştır (11). Koçak (1997), hipertiroidizm ya da hipotiroidizm tanıları almış olan hastaları psikiyatrik belirtileri ve tanıları yönünden değerlendirdiği çalışma sonucunda, stres veren yaşam olaylarının hipotiroidizmde, hipertiroidizme göre daha fazla görüldüğü saptanmıştır (135).Sonuçlar yapılan bu çalışma ile uyumludur. Literatüre bakıldığında bu çalışmanın tersine sonuçlar içeren çalışmalar da mevcuttur. Akkati ve arkadaşları (2019), diyabet hastalarını tiroid fonksiyonuna

göre hipertiroidi, hipotiroidi ve ötiroidi olmak üzere 3 gruba ayırmıştır. Algılanan stres düzeyini hipertiroidili hastalarda hipotiroidiye göre daha fazla bulmuş ancak istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (136). Ellegard ve arkadaşları (2021) tarafından yapılan hipotiroidizmde yaşam kalitesini ölçen çalışmada ise hipotiroidi ve kontrol grubu arasında stres açısından anlamlı bir fark saptanmamıştır (137). Yapılan bir diğer çalışmada ise öğrencilerin metabolik sendrom riski için serum TSH değeri ile algılanan stres ilişkisine bakılmıştır. Psikolojik stres, öğrencilerde düşük serum TSH ile ilişkili olduğunu ancak istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır (138).

Bilindiği kadarıyla bu çalışma, tiroid fonksiyon bozukluklarının psikolojik dayanıklılık düzeylerini karşılaştıran ilk çalışmadır. Vaka grupları ve kontrol grubunun CD-RISC ölçeğinden aldıkları puan ortalaması düşükten yükseğe doğru aşikâr hipotiroidi, subklinik hipotiroidi, ötiroidi, subklinik hipertiroidi ve aşikâr hipertiroidi olarak sıralanmaktadır. Ortalama puanlara göre aşikâr hipertiroidi tanısı alan katılımcıların aşikâr hipotiroidi tanısı alan katılımcılara göre daha yüksek psikolojik dayanıklılığa sahiptir. Bu çalışmada aynı zamanda total hipotiroidi (aşikâr ve subklinik hipotiroidi), total hipertiroidi (aşikâr ve subklinik hipertiroidi) ve kontrol olmak üzere 3 grubun psikolojik dayanıklılık düzeyi karşılaştırılmıştır. Aynı şekilde bu karşılaştırma sonucunda da psikolojik dayanıklılığı hipertiroidi grubundaki katılımcılarda hipotiroidi grubuna göre daha fazla olduğu saptanmıştır. Tiroid fonksiyon bozukluğunda psikolojik dayanıklılığa yönelik bir çalışmaya literatür incelendiği kadarıyla saptanmamıştır. Tiroid fonksiyon bozukluklarına psikiyatrik semptomların eşlik edebileceğinden yola çıkarak psikolojik dayanıklılık ile ilgili yapılan çalışmalar incelendi. Bunevicius ve arkadaşlarının (2006) yaptığı çalışmada, depresif semptomların hipertiroididen çok hipotiroidide saptandığı sonucuna varmışlardır (139). Yapılan bir diğer çalışmada ise tiroid fonksiyon bozukluklarında anksiyete sıklığı izlenmiş ve hipertiroidide daha fazla görüldüğü saptanmıştır (140). Hipotiroidide depresyon sıklığı ve hipertiroidide anksiyete sıklığından yola

çıkarak depresyon ve anksiyeteye ilgili psikolojik dayanıklılık çalışmaları incelenmiştir. Yapılan çalışmalarda düşük düzey psikolojik dayanıklılığın depresif ruh hali ile ilişkili olduğu bulunmuştur (141–144). Yüksek düzey psikolojik dayanıklılığın ise düşük kaygı derecesiyle ilgili olduğu gözlemlenmiştir (141,145). Anksiyete ve depresyona sahip bireylerin psikolojik dayanıklılığının karşılaştırılmasında ise COVID-19 salgınından etkilenen birinci basamak hekimlerinde yapılan çalışmada anksiyete sahip hekimlerin psikolojik dayanıklılığı depresif semptomlu hekimlere göre daha fazla olduğu tespit edilmiştir (146). COVID-19 salgınından etkilenen hemşirelerde yapılan bir diğer çalışmada ise aynı sonuç elde edilmiştir (147). Diyaliz öncesi kronik böbrek hastalığı olan çocuk ve ergenlerde anksiyete, depresyon, dayanıklılık ve yaşam kalitesini araştıran çalışmada bulunan sonuç psikolojik dayanıklılık her iki grupta da benzerdi, ancak belirgin depresif semptomları olan hastalarda belirgin kaygı semptomları olan hasta grubuna göre daha düşüktü (148). Depresyon ve/veya anksiyete bozuklukları olan hastalarda düşük dayanıklılık ile ilişkili özellikleri inceleyen çalışmada ise istatistiksel olarak anlamlı olmasa da depresif bozukluğu olan hastalar, anksiyete bozukluğu olanlara göre daha düşük psikolojik dayanıklılığa sahip olma eğilimindeydi (149). Çalışmalardaki anksiyete semptomlarının depresif semptomlara göre psikolojik dayanıklılığının daha yüksek oluşu bu çalışmada hipertiroidilerin hipotiroidilere göre yüksek psikolojik dayanıklılığa sahip olduğu nedenini açıkladığını düşündürmektedir.

Tiroid fonksiyon bozukluklarında algılanan stres ve dayanıklılık arasında etkileşimi inceleyen bu çalışmada aşikâr hipotiroidi grubu hariç tüm gruplarda anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Ancak aralarındaki ilişki sağlıklı ve subklinik hipotiroidi gruplarında orta düzeyde, subklinik hipertiroidi için zayıf düzeyde ve aşikâr hipertiroidide güçlü düzeydedir. Bu bağlamda yüksek psikolojik dayanıklılığın algılanan stresi azalttığı saptanmıştır. Ancak aşikâr hipotiroidi grubunda algılanan stres ve psikolojik dayanıklılık arasında bu yorum yapılamamaktadır. Literatür incelendiği kısmıyla tiroid hastalıklarıyla ilgili algılanan stres ve

psikolojik dayanıklılık ile ilgili yapılan bir çalışmaya rastlanılmamıştır. Algılanan stres, psikolojik dayanıklılık, saç kortizol konsantrasyonu ile metabolik sendrom şiddetinin incelendiği çalışmada psikolojik dayanıklılık hem algılanan stres düzeyi ile hem de metabolik sendrom ciddiyeti ile doğrudan orta derecede negatif bir ilişki sergilemiştir (150). Hemodiyalize giren kronik böbrek hastalığına sahip bireylerde yapılan çalışmada da aynı şekilde stres ve psikolojik dayanıklılık arasında anlamlı bir negatif ilişki saptanmıştır (151). Bu çalışmadaki vaka gruplarıyla benzer bir tutum sergilemiştir. Çin’de sağlıklı kişilerde yapılan bir çalışmada algılanan kronik stres psikolojik dayanıklılık ile negatif ilişkiliydi. Yani, daha düşük dayanıklılık düzeyine sahip katılımcılar, daha yüksek düzeyde algılanan stres göstermiştir (152). Bu çalışmadaki sağlıklı bireylerle benzer bir tutum sergilemiştir.

Bu çalışmada hem algılanan streste hem de psikolojik dayanıklılıkta önemli cinsiyet farklılıkları bulunmuştur. Kadınların erkeklere göre daha yüksek psikolojik stres algıladıkları tespit edilmiştir. Literatürde bu çalışma ile benzer sonuçlar içeren çalışmalar mevcuttur. COVID-19 pandemi sonrasında diyabetli hastalara yapılmış çalışmada benzer şekilde kadın hastaların stres algısı erkeklere göre daha yüksek bulunmuştur (153). Akut miyokard enfarktüsü geçiren kadın ve erkek hastalarda psikolojik stresin düzeylerini karşılaştıran bir diğer çalışmada 12 aylık süre boyunca kadınlar erkeklerden daha yüksek algılanan stres seviyelerine sahip olduğu saptanmıştır (154). Hemodiyalize giren kronik böbrek hastalığı olan hastalarda yapılan çalışmada da benzer sonuç bulunmuştur (151). Kadınların ev dışında çalışma ve ev içi sorumlulukları gibi aynı anda birden fazla rolü üstlenmesi ile stres gelişimi genellikle kaçınılmaz bir sonuç olarak kabul edilir. Stresin tiroid hastalıklarının ortaya çıkışını tetiklediğinden yola çıkarak algılanan stres düzeyinin kadınlarda daha fazla olması tiroid hastalığının kadınlarda daha fazla gözükmesinin nedenlerinden biri olabileceğini düşündürmektedir.

Psikolojik dayanıklılık ile ilgili cinsiyet farklılığı saptanan bu çalışmada erkeklerin psikolojik dayanıklılık düzeyinin kadınlardan daha fazla olduğu saptanmıştır. Kardiyovasküler hastalığı olan bireylerde kaygı, depresyon, dayanıklılık ve benlik saygısını inceleyen bir çalışmada bu çalışmaya benzer şekilde erkeklerin psikolojik dayanıklılık düzeyinin kadınlardan daha fazla olduğunu saptamıştır (155). COVID-19 pandemi sonrasında diyabetli hastalara yapılmış çalışmada da erkeklerin psikolojik dayanıklılık düzeyinin kadınlardan fazla olduğu saptanmıştır (153). Bu çalışmanın aksine, yaşlı yetişkinlerde yapılmış çalışmada kadın cinsiyeti psikolojik açıdan daha dayanıklı olarak tespit edilmiştir (156). Japonya’da COVID-19 salgını esnasında sağlık çalışanlarına yapılan çalışmada ise cinsiyetler arasında psikolojik dayanıklılığa dair anlamlı bir fark görülmemiştir (157). Kadınlarda algılanan stres düzeyinin yüksekliği psikolojik dayanıklılığı azalttığı düşünülebilir. Bu konuda yapılacak farklı metodda çalışmalara ihtiyaç vardır.

Ailede tiroid hastalığı öyküsü olanların olmayanlara göre algılanan stres ve psikolojik dayanıklılık düzeyi değerlendirildiği bu çalışmada ailede tiroid hastalığı olanların olmayanlara göre stres algısının daha fazla olduğu saptanmıştır. Literatür tarandığı kadarıyla tiroid aile öyküsü ile algılanan stres düzeyi ile ilgili çalışma bulunamamıştır. Wright ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ailede kardiyovasküler hastalık riski öyküsünün stres duyarlılığını etkilediği bulunmuştur (158). Erken ergenlik çağındaki çocuklarda yapılan çalışmada algılanan stres ve ailede hipertansiyon öyküsü arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (159). Bu çalışmada ailede tiroid hastalık öyküsü olan bireylerde algılanan stresin daha yüksek olduğu görülmüştür. Aile öyküsünün olması, algılanan stresi artırıcı bir faktör olarak düşünebiliriz.

Bu çalışmada ailede tiroid hastalığı ve psikolojik dayanıklılık arasında anlamlı bir ilişki bulunmamasına rağmen ailede tiroid hastalığı olmayanların olanlara göre negatif olgulara toleransının daha fazla olduğu saptanmıştır. Literatür tarandığı kadarıyla ailede tiroid öyküsü ve psikolojik dayanıklılık düzeyi ile ilgili herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır.

Bu çalışmada tiroid otoantikor pozitifliği bulunan hastaların bulunmayanlara göre algılanan stres düzeylerinin daha fazla olduğu bulunmuştur. Bu çalışmadan farklı olarak ötiroid kadınlarda yapılan bir çalışmada anti-TPO pozitifliği olan ve olmayan kadınlarda stres algısı açısından anlamlı fark bulunmamıştır (160). Gebelerde yapılmış bir diğer çalışmada algılanan stres düzeyleri arasında anti-TPO pozitiflik ve negatiflik durumuna göre hiçbir fark bulunmamıştır (161). Aynı zamanda çalışmada antitiroid antikorları ile psikolojik dayanıklılık düzeyleri de incelenmiş ancak anlamlı bir fark bulunamamıştır.

Bu çalışmanın kısıtlılıklarından bazıları;

- Sadece üçüncü basamak hastaneye başvuran hastaları içermesi,
- Anketin hastane ortamında poliklinik şartlarında doldurulmasıdır.

Bu çalışmanın güçlü yanlarına baktığımızda;

- Araştırmanın verilerinin yüz yüze görüşme yöntemiyle toplanmış olması,
- İlgili literatür tarandığında tiroid fonksiyon bozukluğu olan hastalarda algılanan stres ve psikolojik dayanıklılığın irdelendiği çalışmaya ulaşılamamıştır. Bu bağlamda yapılan bu tez araştırmasının ilk çalışma olması,
- Araştırmada kullanılan ölçeğin ülkemizde güvenilirlik ve geçerlilik çalışması yapılmış olan, algılanan stresi ölçmede evrensel olarak kullanılan ‘Algılanan Stres Ölçeği’ ve psikolojik dayanıklılığı ölçmede evrensel olarak kullanılan ‘Connor-Davidson Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği’ olması sebebiyle çalışmamızın verilerinin diğer çalışmalarla da karşılaştırılabilir olması çalışmamızın güçlü yanlarına örnektir.

## 6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Tiroid fonksiyon bozukluğu olan hastaların algılanan stres ve psikolojik dayanıklılık arasındaki ilişkiyi değerlendirmek amacıyla yapılan, vaka grupları ve kontrol grubundan oluşan bu çalışmada aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir.

- Tiroid fonksiyon bozukluğu olan hastaların %29,2'si subklinik hipotiroidi, %19,2' si aşikâr hipotiroidi, %29,2 'si subklinik hipertiroidi ve %22,4' ü aşikâr hipertiroidi (%51,3) tanısı almıştır.
- Çalışmadaki katılımcıların %69,9' u kadın, sağlıklı bireylerin %34,9'u, hasta bireylerin ise %76 sının evli olduğu, eğitim durumuna bakıldığında sağlıklı bireylerin çoğunluğunun (%72,1) üniversite mezunu, hasta bireylerin %56,5'inin ilköğretim mezunu olduğu, sağlıklı bireylerin %86 'sı ve hasta bireylerin %52' sinin herhangi bir işte çalışmadığı, hastaların %58'inin 3 ayda bir kontrole geldiği, %50,6' sının ilaç kullandığı, %51,8' inin ailesinde tiroid hastalığı olan birey olduğu, %52,6'sında ise otoantikor pozitifliği olduğu saptanmıştır.
- Aşikâr hipotiroidili hastalarda Algılanan Stres Ölçeği puan ortalamaları daha yüksekti. CD-RISC ölçeği puan ortalamaları ise daha düşüktü.
- Aşikâr hipertiroidili hastalarda Algılanan Stres Ölçeği puan ortalamaları daha düşüktü. CD-RISC ölçeği puan ortalamaları ise daha yüksekti.
- Aşikâr hipotiroidili hastalarda algıladıkları stres ve psikolojik dayanıklılık düzeyleri arasında fark yoktu. Diğer gruplar ile arasında negatif bir ilişki saptandı.
- Algılanan stres ölçeği puan ortalamaları kadınlarda daha yüksekti.
- CD-RISC ölçeği puan ortalamaları kadınlarda daha düşüktü.
- Meslekte çalışma, ilaç kullanma ve kontrollere gelme sıklığı ile algılanan stres ölçeği ve CD-RISC ölçeği puan ortalamaları arasında fark yoktu.

- Lise mezunu olanların psikolojik dayanıklılık alt boyutu olan negatif olgulara toleransı daha yüksekti.
- Ailesinde tiroid hastalığı olanların algılanan stres düzeyi daha yüksekti.
- Ailesinde tiroid hastalığı olmayanların negatif olgulara toleransı daha fazla idi.
- Tiroid otoantikoru olanların algılanan stres düzeyi daha yüksekti.
- Tiroid otoantikoru olanlar ile psikolojik dayanıklılık düzeyleri arasında fark yoktu.

Araştırmada elde edilen sonuçlar doğrultusunda; tiroid fonksiyon bozukluğu tespit edilen hastaların stres algısı açısından risk grubu olarak değerlendirilmeleri ve otoantikor pozitifliği saptanan hipotiroidi tanılı hastaların stres etkenlerinin değerlendirilmesi ve stres hakkında hasta ve ailelerine danışmanlık sağlaması, stresi azaltmaya yönelik destek programlarının geliştirilmesi ve multidisipliner bir sağlık hizmetinin sunulması önerilir.

Hipotiroidi tanılı hastaların, psikolojik dayanıklılığın artırılmasına yönelik verilecek eğitimler ile psikiyatrik semptomlarının da olumsuz sonuçları azaltılabilir. Bu nedenle, hipotiroidi tanılı hastalara ve ailelerine yönelik verilecek olan psikolojik dayanıklılığı artırıcı eğitim programları önem arz eder.

Çalışmamız tiroid fonksiyon bozukluklarında algılanan stres ve psikolojik dayanıklılık arasındaki ilişkiyi araştıran ilk çalışma olduğundan bu konuda yapılacak çalışmalara ihtiyaç vardır. Çalışmamız bu konuda yapılacak çalışmalara öncülük edebilir.

## 7. KAYNAKÇA

Bu tez çalışmasında Vancouver atıf sistemi kullanılmıştır.

1. Gürsoy Alptekin, Erdoğan Murat Faik. A dan Z ye Klinik Tiroidoloji. 2.baskı. Ankara: Pelikan Kitabevi; 2015.
2. Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği. Tiroid Hastalıkları Tanı ve Tedavi Kılavuzu [Internet]. Ankara: Türkiye Klinikleri; 2020
3. Sağlam F, Çakır B. Birinci basamakta tiroid hastalıklarına klinik yaklaşım. Ankara Medical Journal [Internet]. 2012 <https://dergipark.org.tr/en/pub/amj/issue/1743/21460>
4. Coceani M. Heart disease in patients with thyroid dysfunction: hyperthyroidism, hypothyroidism and beyond. Journal of Cardiology/Anadolu Kardiyoloji Dergisi [https://jag.journalagent.com/anatoljcardiol/pdfs/AnatolJCardiol\\_13\\_1\\_62\\_66.pdf](https://jag.journalagent.com/anatoljcardiol/pdfs/AnatolJCardiol_13_1_62_66.pdf)
5. Li L, Zhi M, Hou Z, Zhang Y, Yue Y, Yuan Y. Abnormal brain functional connectivity leads to impaired mood and cognition in hyperthyroidism: a resting-state functional MRI study. Oncotarget, 2017 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5351631/>
6. Quick J, Henderson D. Occupational Stress: Preventing Suffering, Enhancing Wellbeing. Int J Environ Res Public Health. 2016 Apr 29;13(5):459.
7. Dimsdale JE. Psychological Stress and Cardiovascular Disease. J Am Coll Cardiol. 2008 Apr;51(13):1237–46.
8. Öz F, Yılmaz E. Ruh sağlığının korunmasında önemli bir kavram: Psikolojik sağlık. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi [Internet]. 2009. <https://dergipark.org.tr/en/pub/hunhemsire/issue/7841/103278>
9. Agaibi CE, Wilson JP. Trauma, PTSD, and Resilience. Trauma Violence Abuse. 2005 Jul 29;6(3):195–216.
10. Wagnild GM, Young HM. Development and psychometric evaluation of the Resilience Scale. J Nurs Meas. 1993;1(2):165–78.
11. Seo M, Hyun S, Statistics SPJ of HI and, 2020 undefined. Relationships between Thyroid Function and Depression and Stress in Adult Females. e-jhis.org [Internet]. 2020;45(4):410–7. Available from: <https://e-jhis.org/upload/pdf/jhis-45-4-410.pdf>
12. Chaudhuri A, Koner S. A Study of Correlation of Perceived Stress with Serum Prolactin Levels in Newly Diagnosed Cases of Hypothyroidism in Females in an Urban Population of a. academia.edu; Available from: <https://www.academia.edu/download/63704437/IJRR002120200622-111426-1pcxjpa.pdf>
13. Giddings AEB. The history of thyroidectomy. J R Soc Med. 1998 Dec 30;91(33\_suppl):3–6.
14. Niazi A, Kalra S, Irfan A, Islam A. Thyroidology over the ages. Indian J Endocrinol Metab. 2011;15(6):121.
15. Fauci A. Harrison's principles of internal medicine. 2015.

16. Junqueira LCU, Carneiro J. Temel histoloji: text & atlas. Aytekin Y, Solakoğlu S, editors. Nobel Tıp Kitabevleri; 2009.
17. Kavak V, Haspolat Y, Tekin R, Aktar F. TİROİD ANATOMİSİ. In: ÇOCUK VE ERGENLERDE TİROİD HASTALIKLARI, 2019. p. 1–7. Available from: [https://www.researchgate.net/profile/Yusuf-Haspolat/publication/351415408\\_Cocuk\\_Ve\\_Ergenlerde\\_Tiroid\\_Hastaliklari/links/60a8a9b045851522bc0a6c15/Cocuk-Ve-Ergenlerde-Tiroid-Hastaliklari.pdf#page=11](https://www.researchgate.net/profile/Yusuf-Haspolat/publication/351415408_Cocuk_Ve_Ergenlerde_Tiroid_Hastaliklari/links/60a8a9b045851522bc0a6c15/Cocuk-Ve-Ergenlerde-Tiroid-Hastaliklari.pdf#page=11)
18. Hall J, Hall M. Guyton and Hall textbook of medical physiology. 14.baskı. Hall J, Hall M, editors. Vol. 1. elsevier; 2020. 941–948 p.
19. Sheehan MT. Biochemical Testing of the Thyroid: TSH is the Best and, Oftentimes, Only Test Needed – A Review for Primary Care. Clin Med Res. 2016 Jun;14(2):83–92.
20. Koulouri O, Moran C, Halsall D, Chatterjee K, Gurnell M. Pitfalls in the measurement and interpretation of thyroid function tests. Best Pract Res Clin Endocrinol Metab. 2013 Dec;27(6):745–62.
21. İliçin G, Biberoğlu K, Süleymanlar G, Ünal S. İç Hastalıkları. 3. Baskı. Vol. 2.Cilt. Ankara: Güneş Kitabevi; 2012.
22. Soh SB, Aw TC. Laboratory Testing in Thyroid Conditions - Pitfalls and Clinical Utility. Ann Lab Med. 2019 Jan 28;39(1):3–14.
23. Vural E, Gönenç I, Physician MA... F, 2016 undefined. Positivity rates of thyroid antibodies (anti-TPO and anti-TG) in patients with thyroid disorders. [turkishfamilyphysician.com](http://turkishfamilyphysician.com/articles/research-article/positivity-rates-of-thyroid-antibodies-anti-tpo-and-anti-tg-in-patients-with-thyroid-disorders/); Available from: <http://turkishfamilyphysician.com/articles/research-article/positivity-rates-of-thyroid-antibodies-anti-tpo-and-anti-tg-in-patients-with-thyroid-disorders/>
24. Michalek K, Morshed SA, Latif R, Davies TF. TSH receptor autoantibodies. Autoimmun Rev. 2009 Dec;9(2):113–6.
25. Xavier ACW, Maciel RMB, Vieira JGH, Dias-da-Silva MR, Martins JRM. Insights into the posttranslational structural heterogeneity of thyroglobulin and its role in the development, diagnosis, and management of benign and malignant thyroid diseases. Arch Endocrinol Metab. 2016 Feb;60(1):66–75.
26. Kaliszewski K, Ludwig M, Ludwig B, Mikula A, Greniuk M, Rudnicki J. Update on the Diagnosis and Management of Medullary Thyroid Cancer: What Has Changed in Recent Years? Cancers (Basel). 2022 Jul 27;14(15):3643.
27. Canaris GJ, Manowitz NR, Mayor G, Ridgway EC. The Colorado Thyroid Disease Prevalence Study. Arch Intern Med. 2000 Feb 28;160(4):526.
28. Yoo WS, Chung HK. Subclinical Hypothyroidism: Prevalence, Health Impact, and Treatment Landscape. Endocrinology and Metabolism. 2021 Jun 30;36(3):500–13.
29. Cooper DS. Subclinical Hypothyroidism. New England Journal of Medicine. 2001 Jul 26;345(4):260–5.
30. Surks MI, Ortiz E, Daniels GH, Sawin CT, Col NF, Cobin RH, et al. Subclinical Thyroid Disease. JAMA. 2004 Jan 14;291(2):228.

31. Vanderpump MPJ, Tunbridge WMG. Epidemiology and Prevention of Clinical and Subclinical Hypothyroidism. *Thyroid*. 2002 Oct;12(10):839–47.
32. Fade J v., Franklyn JA, Cross KW, Jones SC, Sheppard MC. Prevalence and follow-up of abnormal thyrotrophin (TSH) concentrations in the elderly in the United Kingdom. *Clin Endocrinol (Oxf)*. 1991 Jan;34(1):77–84.
33. Chaker L, Bianco AC, Jonklaas J, Peeters RP. Hypothyroidism. *The Lancet*. 2017 Sep;390(10101):1550–62.
34. Hollowell JG, Staehling NW, Dana Flanders W, Hannon W, Gunter EW, Spencer CA, et al. Serum TSH, T4, and Thyroid Antibodies in the United States Population (1988 to 1994): National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES III). *J Clin Endocrinol Metab* 2002://academic.oup.com/jcem/article/87/2/489/2846568
35. Persani L. Central Hypothyroidism: Pathogenic, Diagnostic, and Therapeutic Challenges. *J Clin Endocrinol Metab*. 2012 Sep 1;97(9):3068–78.
36. Wiersinga WM. Adult Hypothyroidism. 2000.
37. Wilson SA, Stem LA, Bruehlman RD. Hypothyroidism: Diagnosis and Treatment. *Am Fam Physician*. 2021 May 15;103(10):605–13.
38. Gaitonde DY, Rowley KD, Sweeney LB. Hypothyroidism: an update. *Am Fam Physician*. 2012 Aug 1;86(3):244–51.
39. Ladenson PW, Singer PA, Ain KB, Bagchi N, Bigos ST, Levy EG, et al. American Thyroid Association Guidelines for Detection of Thyroid Dysfunction. *Arch Intern Med*. 2000 Jun 12;160(11):1573.
40. Subclinical Hyperthyroidism. *Am Fam Physician*. 2017 Jun 1;95(11):Online.
41. Hashimoto K. Update on subclinical thyroid dysfunction. *Endocr J*. 2022;69(7):EJ22-0182.
42. Donangelo I, Suh SY. Subclinical Hyperthyroidism: When to Consider Treatment. *Am Fam Physician*. 2017 Jun 1;95(11):710–6.
43. Vidili G, Delitala A, Manetti R. Subclinical hyperthyroidism: the cardiovascular point of view. *Eur Rev Med Pharmacol Sci*. 2021 Apr;25(8):3264–71.
44. Cooper DS. Hyperthyroidism. *The Lancet*. 2003 Aug;362(9382):459–68.
45. McDermott MT. Hyperthyroidism. *Ann Intern Med*. 2020 Apr 7;172(7):ITC49.
46. Franklyn JA, Boelaert K. Thyrotoxicosis. *The Lancet*. 2012 Mar;379(9821):1155–66.
47. Veach T, Rahe R, Tolles T. Effectiveness of an intensive stress intervention workshop for senior managers. *Wiley Online Library [Internet]*. 2003 Dec [cited 2023 Jan 25];19(5):257–64. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/smi.980>
48. Aslan Z, Cengiz E. AKADEMİSYENLERİN İŞ STRESİ İLE İŞ MOTİVASYONU İLİŞKİSİ. *Gümüşhane University Electronic Journal of the Institute of Social Science/Gümüşhane Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Elektronik Dergisi*. 2015;6(12).

49. Fink G. Stress: definition and history. In: Fink G, editor. Stress science: neuroendocrinology. 1.BASKI. Academic Press; 2010.
50. Sevindik E. Stresin Günlük Hayattaki Avantajları: Stres Üzerine Genel Bir Bakış. International Academic Social Resources Journal [Internet]. 2022 [cited 2023 Jan 26];7:1420–6. Available from: <https://asrjournal.org/files/asrjournal/a956f605-6703-4160-9b9f-03134bc1d82f.pdf>
51. Selye H. The stress of life. Hill Book Company. Graw M, editor. New York; 1956.
52. İlker K. STRES, RUH SAĞLIĞI VE STRES YÖNETİMİ: GÜNCEL BİR GÖZDEN GEÇİRME. Akademik Bakış Uluslararası Hakemli Sosyal Bilimler Dergisi. 2019;(73):63–81.
53. Ebadi H. Bütünleşik anksiyete stres ölçeği ölçek geliştirme çalışması. Balkan and Near Eastern Journal of Social Sciences, 2020 <http://www.ibaness.org/bnejss-archive/2020-06-01>
54. Michie S. CAUSES AND MANAGEMENT OF STRESS AT WORK. Occup Environ Med. 2002 Jan 1;59(1):67–72.
55. Rom O, Reznick AZ. The stress reaction: A historical perspective. Adv Exp Med Biol. 2015 Dec 1;905:1–4.
56. Yasemin Ö, KARABULUT ABAY. Günlük yaşam ve stres yönetimi. Türkiye Sağlık Bilimleri ve Araştırmaları Dergisi. 2018;1(1):48–56.
57. Agorastos A, Chrousos GP. The neuroendocrinology of stress: the stress-related continuum of chronic disease development. Mol Psychiatry. 2022 Jan 21;27(1):502–13.
58. Shao J, Yang H, Zhang Q, Du W, Lei H. Commonalities and Differences in Psychological Adjustment to Chronic Illnesses Among Older Adults: a Comparative Study Based on the Stress and Coping Paradigm. Int J Behav Med. 2019 Apr 14;26(2):143–53.
59. Mizokami T, Wu Li A, El-Kaissi S, Wall JR. Stress and Thyroid Autoimmunity. Thyroid. 2004 Dec;14(12):1047–55.
60. Singh K, Yu X nan. Psychometric Evaluation of the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC) in a Sample of Indian Students. Journal of Psychology. 2010 Jul;1(1):23–30.
61. Fletcher D, Sarkar M. Psychological Resilience. Eur Psychol. 2013 Jan;18(1):12–23.
62. Terzi Ş. Kendini Toparlama Gücü Ölçeğinin Uyarlanması: Geçerlilik ve Güvenirlilik Çalışmaları. Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi. 2006;3(26). Available from: <http://dergipark.ulakbim.gov.tr/tpdrd/article/view/1058000148>
63. Gürkan U. Resiliency scale (RS): scale development, reliability and validity study. Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi. 2006 ;39(2):45–74. Available from: <https://dergipark.org.tr/en/pub/auebfd/article/445332>
64. Gizir C. Psikolojik sağlamlık, risk faktörleri ve koruyucu faktörler üzerine bir derleme çalışması. Turkish Psychological Counseling and Guidance Journal. 2007;3(28). Available from: <https://dergipark.org.tr/en/pub/tpdrd/issue/21448/229850>
65. BASIM H, Çetin F. Yetişkinler için psikolojik dayanıklılık ölçeği'nin güvenilirlik ve geçerlilik çalışması. Türk Psikiyatri Dergisi. 2011;22(2):104–18.

66. Maddi SR, Harvey RH, Khoshaba DM, Lu JL, Persico M, Brow M. The Personality Construct of Hardiness, III: Relationships With Repression, Innovativeness, Authoritarianism, and Performance. *J Pers.* 2006 Apr;74(2):575–98.
67. Luthar SS, Zigler E. Vulnerability and competence: A review of research on resilience in childhood. *American Journal of Orthopsychiatry.* 1991;61(1):6–22.
68. Kobasa SC. Stressful life events, personality, and health: An inquiry into hardiness. *J Pers Soc Psychol.* 1979;37(1):1–11.
69. Klag S, Bradley G. The role of hardiness in stress and illness: An exploration of the effect of negative affectivity and gender. *Br J Health Psychol.* 2004 May;9(2):137–61.
70. Tugade MM, Fredrickson BL. Resilient Individuals Use Positive Emotions to Bounce Back From Negative Emotional Experiences. *J Pers Soc Psychol.* 2004;86(2):320–33.
71. Mccubbin L. Challenges to the Definition of Resilience. 2001 Aug 24 [cited 2023 Jan 26]; Available from: <https://eric.ed.gov/?id=ED458498>
72. Lee I, Lee EO, Kim HS, Park YS, Song M, Park YH. Concept development of family resilience: a study of Korean families with a chronically ill child. *J Clin Nurs.* 2004 Jul;13(5):636–45.
73. Masten AS. Ordinary magic: Resilience processes in development. *American Psychologist.* 2001;56(3):227–38.
74. Fraser M, Galinsky M, Richman J. Risk, protection, and resilience: Toward a conceptual framework for social work practice. *Soc Work Res.* 1999;23(3):131–43. Available from: <https://doi.org/10.1093/swr/23.3.131>
75. Garmezy N. Children in Poverty: Resilience Despite Risk. *Psychiatry.* 1993 Feb 3;56(1):127–36.
76. Jacelon CS. The trait and process of resilience. *J Adv Nurs.* 1997 Jan 28;25(1):123–9.
77. Tusaie K, Dyer J. Resilience. *Holist Nurs Pract.* 2004 Jan;18(1):3–10.
78. Sisto A, Vicinanza F, Campanozzi LL, Ricci G, Tartaglini D, Tambone V. Towards a Transversal Definition of Psychological Resilience: A Literature Review. *Medicina (B Aires).* 2019 Nov 16;55(11):745.
79. Stewart M, Reid G, Mangham C. Fostering children’s resilience. *J Pediatr Nurs.* 1997 Feb;12(1):21–31.
80. Maddi SR. Hardiness as the Existential Courage to Grow Through Searching for Meaning. In: *The Experience of Meaning in Life.* Dordrecht: Springer Netherlands; 2013. p. 227–39.
81. Maddi S. The story of hardiness: Twenty years of theorizing, research, and practice. *Consulting psychology journal: practice and research.* 2002 ;54(3):173–85. Available from: <https://doi.org/10.1037/1061-4087.54.3.173>
82. P Mund. Hardiness and culture: a study with reference to 3 Cs of Kobasa. *International Research Journal of Management, IT and Social Sciences.* 2017;4(2):152–9.

83. Abdollahi A, Abu Talib M, Yaacob SN, Ismail Z. Hardiness as a mediator between perceived stress and happiness in nurses. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2014 Nov;21(9):789–96.
84. Syed M. Personality hardiness, job involvement and job burnout among teachers. *International journal of vocational and technical education*. 2010;2(3):36–40.
85. Stein S, Bartone P. *Hardiness: Making Stress Work for You to Achieve Your Life Goals*. 2020.
86. Eschleman K, Bowling N. A meta-analytic examination of hardiness. *International Journal of Stress Management*. 2010;17(4):277. Available from: <https://doi.org/10.1037/a0020476>
87. Terzi Ş. Üniversite öğrencilerinde kendini toparlama gücü'nün içsel koruyucu faktörlerle ilişkisi. *Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*. 2008;35(35):297–306. Available from: <https://dergipark.org.tr/en/pub/hunefd/issue/7803/102295>
88. Holt P, Fine M, Tollefson N. Mediating stress: Survival of the hardy. *Psychol Sch* [Internet]. 1987;24(1):51–8. Available from: [https://doi.org/10.1002/1520-6807\(198701\)24:1<51::AID-PITS2310240110>3.0.CO;2-8](https://doi.org/10.1002/1520-6807(198701)24:1<51::AID-PITS2310240110>3.0.CO;2-8)
89. Maddi S. The personality construct of hardiness: I. Effects on experiencing, coping, and strain. *Consulting psychology journal: practice and research* [Internet]. 1999 [cited 2023 Jan 25];51(2):83–94. Available from: <https://doi.org/10.1037/1061-4087.51.2.83>
90. Kobasa SC, Maddi SR, Kahn S. Hardiness and health: A prospective study. *J Pers Soc Psychol*. 1982;42(1):168–77.
91. Kobasa SC, Puccetti MC. Personality and social resources in stress resistance. *J Pers Soc Psychol*. 1983;45(4):839–50.
92. Miettunen J, Veijola J, Lauronen E, Kantojärvi L, Joukamaa M. Sex differences in Cloninger's temperament dimensions—a meta-analysis. *Compr Psychiatry*. 2007 Mar;48(2):161–9.
93. Jessen HM, Auger AP. Sex differences in epigenetic mechanisms may underlie risk and resilience for mental health disorders. *Epigenetics*. 2011 Jul 27;6(7):857–61.
94. Ferreira N. Hardiness in relation to organisational commitment in the human resources management field: An exploratory study. *SA Journal of Human Resource Management* [Internet]. 2012;10(2):1–10. Available from: <https://hdl.handle.net/10520/EJC129117>
95. Luthar S, Cicchetti D, Becker B. Research on resilience: Response to commentaries. *Child Dev* [Internet]. 2000 ;71(3):573–5. Available from: <https://srcd.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/1467-8624.00168>
96. Masten AS. Resilience in developing systems: Progress and promise as the fourth wave rises. *Dev Psychopathol*. 2007 Jun 20;19(3):921–30.
97. Çam O, Büyükbayram A. Hemşirelerde psikolojik dayanıklılık ve etkileyen faktörler. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*. 2017;8(2):118–26.
98. Tümlü GÜ, Recepoğlu E. Üniversite akademik personelinin psikolojik dayanıklılık ve yaşam doyumu arasındaki ilişki. *Journal of Higher Education and Science*. 2013;3:205–13. Available from: <https://dergipark.org.tr/en/pub/higheredusci/issue/61482/918033>

99. Wright MO, Masten AS. Resilience Processes in Development. In: Goldstein S, Brooks R, editors. *Handbook of Resilience in Children*. 1.BASKI. Springer US; 2006. p. 17–37.
100. Rutter M. Resilience concepts and findings: Implications for family therapy. *J Fam Ther* [Internet]. 1999 Dec 16 [cited 2023 Jan 25];21(2):119–44. Available from: <https://doi.org/10.1111/1467-6427.00108>
101. Rutter M. Implications of resilience concepts for scientific understanding. *Ann N Y Acad Sci* [Internet]. 2006 [cited 2023 Jan 25];1094(1):1–12. Available from: <https://doi.org/10.1196/annals.1376.002>
102. Walsh F. *Strengthening family resilience*. 3.baskı. NewYork: The Guilford Press; 2015.
103. Coleman J, Hagell A. The nature of risk and resilience in adolescence. 1.baskı. Coleman J, Hagell A, editors. *books.google.com*. England: Wiley; 2008. 1–16 p.
104. Kararımak Ö. Psikolojik sağlamlık, risk faktörleri ve koruyucu faktörler. *Turkish Psychological Counseling and Guidance Journal*. 2006 ;3(26):129–42. Available from: <https://dergipark.org.tr/en/pub/tpdrd/issue/21446/229856>
105. Masten A. Resilience in individual development: Successful adaptation despite risk and adversity. In: Wang M, Gordon E, editors. *Educational Resilience in inner-city America*. 1.Baskı. NewYork; 1994. p. 23. Available from: <https://doi.org/10.4324/9780203052723>
106. Yates T, Egeland B, Sroufe L. Rethinking resilience: A developmental process perspective. In: Luthar S, editor. *Resilience and Vulnerability Adaptation in the Context of Childhood Adversities* [Internet]. Cambridge University Press; 2012 [cited 2023 Jan 25]. Available from: <https://doi.org/10.1017/CBO9780511615788>
107. Rutter M. Psychosocial resilience and protective mechanisms. *American journal of orthopsychiatry* [Internet]. 1987 Jul [cited 2023 Jan 25];57(3):316–31. Available from: <https://doi.org/10.1111/j.1939-0025.1987.tb03541.x>
108. Masten AS, Coatsworth JD. The development of competence in favorable and unfavorable environments: Lessons from research on successful children. *American Psychologist*. 1998 Feb;53(2):205–20.
109. Masten A, Reed M. Resilience in development. In: *The Oxford Handbook of Positive Psychology*. 2.baskı. Oxford University Press; 2009. p. 117–31.
110. Labrague LJ. Resilience as a mediator in the relationship between stress-associated with the Covid-19 pandemic, life satisfaction, and psychological well-being in student nurses: A cross-sectional study. *Nurse Educ Pract*. 2021 Oct;56:103182.
111. Sheldon C, Kamarck T, Mermelstein R. A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior* [Internet]. 1983 [cited 2023 Jan 25];24(4):385–96. Available from: <https://doi.org/10.2307/2136404>
112. Eskin M, Harlak H, Demirkıran F. Algılanan stres ölçeğinin Türkçeye uyarlanması: güvenirlik ve geçerlik analizi. *New/Yeni Symposium Journal* [Internet]. 2013 [cited 2023 Jan 25];51(3):132–40. Available from: <https://toad.halileksi.net/olcek/algılanan-stres-olcegi-4/>

113. Connor KM, Davidson JRT. Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depress Anxiety*. 2003 Sep;18(2):76–82.
114. Karairmak Ö. Establishing the psychometric qualities of the Connor–Davidson Resilience Scale (CD-RISC) using exploratory and confirmatory factor analysis in a trauma survivor sample. *Psychiatry Res*. 2010 Oct;179(3):350–6.
115. Groeneveld R, Meeden G. Measuring skewness and kurtosis. *Journal of the Royal Statistical Society: Series D (The Statistician)*. 1984 Dec;33(4):391–9.
116. Moors JJA. The meaning of kurtosis: Darlington reexamined. *Am Stat*. 1986;40(4):283–4.
117. Hopkins KD, Weeks DL. Tests for Normality and Measures of Skewness and Kurtosis: Their Place in Research Reporting. *Educ Psychol Meas*. 1990 Dec;50(4):717–29.
118. Ross DS, Burch HB, Cooper DS, Carol Greenlee M, Laurberg P, Luiza Maia A, et al. 2016 American Thyroid Association Guidelines for Diagnosis and Management of Hyperthyroidism and Other Causes of Thyrotoxicosis. [cited 2023 Feb 6]; Available from: [www.liebertpub.com/thy](http://www.liebertpub.com/thy)
119. Kocełak P, Owczarek AJ, Wikarek A, Ogarek N, Oboza P, Sieja M, et al. Anti-thyroid antibodies in the relation to TSH levels and family history of thyroid diseases in young Caucasian women. *Front Endocrinol (Lausanne)*. 2022 Dec 20;13:3325.
120. Bothra N, Shah N, Goroshi M, Jadhav S, Padalkar S, Thakkar H, et al. Hashimoto’s thyroiditis: relative recurrence risk ratio and implications for screening of first-degree relatives. *Clin Endocrinol (Oxf)* [Internet]. 2017 Aug 1 [cited 2023 Jan 30];87(2):201–6. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/cen.13323>
121. Dittmar M, Libich C, Brenzel T, Kahaly GJ. Increased familial clustering of autoimmune thyroid diseases. *Horm Metab Res* [Internet]. 2011 [cited 2023 Jan 30];43(3):200–4. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21287436/>
122. Hollowell JG, Staehling NW, Flanders WD, Hannon WH, Gunter EW, Spencer CA, et al. Serum TSH, T<sub>4</sub>, and Thyroid Antibodies in the United States Population (1988 to 1994): National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES III). *J Clin Endocrinol Metab*. 2002 Feb;87(2):489–99.
123. Ajlouni KM, Khawaja N, El-Khateeb M, Batieha A, Farahid O. Circulating levels of FAM19A5 are inversely associated with subclinical atherosclerosis in non-alcoholic fatty liver disease. *BMC Endocr Disord* [Internet]. 2021 [cited 2023 Feb 1]; Available from: <https://doi.org/10.1186/s12902-022-01166-5>
124. Leung A, Lee SY, Ganie MA, Ashraf Ganie M, Charoo BA, Sahar T, et al. Thyroid Function, Urinary Iodine, and Thyroid Antibody Status Among the Tribal Population of Kashmir Valley: Data From Endemic Zone of a Sub-Himalayan Region. *Frontiers in Public Health* | [www.frontiersin.org](http://www.frontiersin.org) [Internet]. 2020 [cited 2023 Feb 1];8:555840. Available from: [www.frontiersin.org](http://www.frontiersin.org)
125. Matos-Santos A, Lacerda Nobre E, Garcia E Costa J, Nogueira PJ, Macedo A, Galvão-Teles A, et al. Relationship between the number and impact of stressful life events and the onset of

- Graves' disease and toxic nodular goitre. Clin Endocrinol (Oxf) [Internet]. 2001 [cited 2023 Feb 6];55(1):15–9. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11453947/>
126. Tsatsoulis A, Johnson EO, Kalogera CH, Seferiadis K, Tsolas O. The effect of thyrotoxicosis on adrenocortical reserve. Eur J Endocrinol [Internet]. 2000 [cited 2023 Feb 6];142(3):231–5. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10700716/>
127. Fukao A, Takamatsu J, Murakami Y, Sakane S, Miyauchi A, Kuma K, et al. The relationship of psychological factors to the prognosis of hyperthyroidism in antithyroid drug-treated patients with Graves' disease. Clin Endocrinol (Oxf) [Internet]. 2003 May 1 [cited 2023 Feb 6];58(5):550–5. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12699435/>
128. Fukao A, Takamatsu J, Kubota S, Miyauchi A, Hanafusa T. The thyroid function of Graves' disease patients is aggravated by depressive personality during antithyroid drug treatment. Biopsychosoc Med [Internet]. 2011 Aug 9 [cited 2023 Feb 6];5. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21827669/>
129. Vos XG, Smit N, Endert E, Brosschot JF, Tijssen JGP, Wiersinga WM. Age and stress as determinants of the severity of hyperthyroidism caused by Graves' disease in newly diagnosed patients. Eur J Endocrinol [Internet]. 2009 [cited 2023 Feb 6];160(2):193–9. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18974230/>
130. Effraimidis G, Wiersinga WM. Mechanisms in endocrinology: autoimmune thyroid disease: old and new players. Eur J Endocrinol [Internet]. 2014 [cited 2023 Feb 6];170(6). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24609834/>
131. Agbaht K, Gullu S. Adrenocortical reserves in hyperthyroidism. Endocrine [Internet]. 2014 [cited 2023 Feb 6];45(1):136–43. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23532634/>
132. Vita R, Lapa D, Trimarchi F, Benvenga S. Stress triggers the onset and the recurrences of hyperthyroidism in patients with Graves' disease. Endocrine [Internet]. 2015 Feb 1 [cited 2023 Feb 6];48(1):254–63. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24853882/>
133. Sharif K, Watad A, Krosser A, Coplan L, ... HAM of, 2019 undefined. Psychological stress and the kaleidoscope of autoimmune diseases. Elsevier [Internet]. [cited 2023 Feb 6]; Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/B9780128143070000335>
134. Tatar E. Hashimoto tiroiditi hastalarında stres semptomları, strese yatkınlık, öfke ve stresle baş etme yöntemleri. 2010 [cited 2023 Feb 8]; Available from: <https://dergiler.ankara.edu.tr/xmlui/handle/20.500.12575/80246>
135. Koçak P. Tiroid işlev bozukluklarında stres veren yaşam olaylarının önemi ve birlikte görülen psikiatrik bozuklukların tedavisinde endokrinolojik tedaviyle birlikte verilen psikiatrik tedavinin yer. [İstanbul]: İstanbul Üniversitesi; 1997.
136. Akkati R, Med SBJCRD, 2019 undefined. Assessment of Psychological Manifestations and Prevalence of Diabetes Mellitus in Patients with Thyroid Dysfunction. innovationinfo.org [Internet]. 2019 [cited 2023 Feb 8];1(1):1. Available from: <http://innovationinfo.org/articles/JCRDM/JCRDM-101.pdf>

137. Ellegård L, Krantz E, Trimpou P, Landin-Wilhelmsen K. Health-related quality of life in hypothyroidism—A population-based study, the WHO MONICA Project. *Clin Endocrinol (Oxf)*. 2021 Jul 24;95(1):197–208.
138. Gopal N, Pune AS, Takhelmayum R, Ahirwar AK. Does serum TSH level act as a surrogate marker for psychological stress and cardio-metabolic risk among adolescent and young people? *Horm Mol Biol Clin Investig*. 2021 Sep 16;43(1):41–6.
139. Bunevicius R, Prange AJ. Psychiatric manifestations of Graves' hyperthyroidism: pathophysiology and treatment options. *CNS Drugs*. 2006;20(11):897–909.
140. Gulseren S, Gulseren L, Hekimsoy Z, Cetinay P, Ozen C, Tokatlioglu B. Depression, Anxiety, Health-Related Quality of Life, and Disability in Patients with Overt and Subclinical Thyroid Dysfunction. *Arch Med Res*. 2006 Jan 1;37(1):133–9.
141. Shin YC, Kim SM, Kim H, Min KJ, Yoo SK, Kim EJ, et al. Resilience as a Protective Factor for Depressive Mood and Anxiety among Korean Employees. *J Korean Med Sci [Internet]*. 2019 Jul 7 [cited 2023 Feb 9];34(27). Available from: [/pmc/articles/PMC6624414/](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34662441/)
142. Ozawa C, Suzuki T, Mizuno Y, Tarumi R, Yoshida K, Fujii K, et al. Resilience and spirituality in patients with depression and their family members: A cross-sectional study. *Compr Psychiatry*. 2017 Aug;77:53–9.
143. Laird KT, Lavretsky H, Paholpak P, Vlasova RM, Roman M, St Cyr N, et al. Clinical correlates of resilience factors in geriatric depression. *Int Psychogeriatr*. 2019 Feb;31(2):193–202.
144. Sharpley CF, Bitsika V, Jesulola E, Fitzpatrick K, Agnew LL. The association between aspects of psychological resilience and subtypes of depression: implications for focussed clinical treatment models. *Int J Psychiatry Clin Pract*. 2016 Sep;20(3):151–6.
145. Philippou A, Sehgal P, Ungaro RC, Wang K, Bagiella E, Dubinsky MC, et al. High Levels of Psychological Resilience Are Associated With Decreased Anxiety in Inflammatory Bowel Disease. *Inflamm Bowel Dis*. 2022 Jun 3;28(6):888–94.
146. Maestre Maroto MA. [Resilience as a predictor of the negative impact (depression, anxiety and stress) of COVID-19 in primary care physicians]. *Semergen*. 2022 Oct;48(7):101813.
147. Zhang Y, Xiong Y, Zhang L, Jiang X, Zhuang X, Meng L, et al. Sociodemographic and Psychological Predictors of Resilience Among Frontline Nurses Fighting the COVID-19 Pandemic. *Disaster Med Public Health Prep*. 2022 Jun 8;17:e171.
148. Moreira JM, Bouissou Morais Soares CM, Teixeira AL, Simões E Silva AC, Kummer AM. Anxiety, depression, resilience and quality of life in children and adolescents with pre-dialysis chronic kidney disease. *Pediatr Nephrol*. 2015 Dec;30(12):2153–62.
149. Min JA, Jung YE, Kim DJ, Yim HW, Kim JJ, Kim TS, et al. Characteristics associated with low resilience in patients with depression and/or anxiety disorders. *Qual Life Res*. 2013 Mar;22(2):231–41.
150. Lehrer HM, Steinhardt MA, Dubois SK, Laudenslager ML. Perceived stress, psychological resilience, hair cortisol concentration, and metabolic syndrome severity: A moderated mediation model. *Psychoneuroendocrinology*. 2020 Mar;113:104510.

151. García-Martínez P, Ballester-Arnal R, Gandhi-Morar K, Castro-Calvo J, Gea-Caballero V, Juárez-Vela R, et al. Perceived Stress in Relation to Quality of Life and Resilience in Patients with Advanced Chronic Kidney Disease Undergoing Hemodialysis. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2021 Jan 2 [cited 2023 Feb 14];18(2):1–10. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33440671/>
152. Shi X, Wu J. Chronic stress and anticipatory event-related potentials: the moderating role of resilience. *Stress* [Internet]. 2020 Sep 2 [cited 2023 Feb 13];23(5):607–13. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32401112/>
153. Myers BA, Klingensmith R, Groot M de. Emotional Correlates of the COVID-19 Pandemic in Individuals With and Without Diabetes. *Diabetes Care* [Internet]. 2022 Jan 5 [cited 2023 Feb 14];45(1):42–58. Available from: <https://diabetesjournals.org/care/article/45/1/42/139006/Emotional-Correlates-of-the-COVID-19-Pandemic-in>
154. Xu X, Bao H, Strait KM, Edmondson DE, Davidson KW, Beltrame JF, et al. Perceived Stress After Acute Myocardial Infarction: A Comparison Between Young and Middle-Aged Women Versus Men. *Psychosom Med*. 2017 Jan;79(1):50–8.
155. Carvalho IG, Bertolli EDS, Paiva L, Rossi LA, Dantas RAS, Pompeo DA. Anxiety, depression, resilience and self-esteem in individuals with cardiovascular diseases. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2016 Nov 28;24:e2836.
156. Moore RC, Martin AS, Kaup AR, Thompson WK, Peters ME, Jeste DV, et al. From suffering to caring: a model of differences among older adults in levels of compassion. *Int J Geriatr Psychiatry* [Internet]. 2015 Feb 1 [cited 2023 Feb 14];30(2):185–91. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24733732/>
157. Awano N, Oyama N, Akiyama K, Inomata M, Kuse N, Tone M, et al. Anxiety, Depression, and Resilience of Healthcare Workers in Japan During the Coronavirus Disease 2019 Outbreak. *Intern Med* [Internet]. 2020 Nov 1 [cited 2023 Feb 14];59(21):2693–9. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33132305/>
158. Wright CE, O'Donnell K, Brydon L, Wardle J, Steptoe A. Family history of cardiovascular disease is associated with cardiovascular responses to stress in healthy young men and women. *Int J Psychophysiol*. 2007 Mar;63(3):275–82.
159. Caputo JL, Gill DL, Tseh W, Jamurtas AZ, Morgan DW. Perceived stress and blood pressure in early adolescent children. *Ann Behav Med*. 2000;22(1):65–70.
160. Strieder TGA, Prummel MF, Tijssen JGP, Brosschot JF, Wiersinga WM. Stress is not associated with thyroid peroxidase autoantibodies in euthyroid women. *Brain Behav Immun* [Internet]. 2005 [cited 2023 Feb 15];19(3):203–6. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15797308/>
161. Groer MW, Vaughan JH. Positive Thyroid Peroxidase Antibody Titer is Associated with Dysphoric Moods during Pregnancy and Postpartum. *Journal of obstetric, gynecologic, and neonatal nursing : JOGNN / NAACOG* [Internet]. 2013 Jan [cited 2023 Feb 15];42(1):E26. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23546200/>

## 8.EKLER

### EK 1: Bolu İl Sağlık Müdürlüğü araştırma izni



T.C.  
BOLU VALİLİĞİ  
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ  
A.İ.B.Ü. İzzet Baysal Eğitim Ve Araştırma Hastanesi

BOLU İZZET BAYSAL EĞİTİM VE ARAŞTIRMA  
HASTANESİ - BOLU İZZET BAYSAL EĞİTİM VE  
ARAŞTIRMA HASTANESİ  
27/07/2022 10:30 - E-33443051 - 903.99 - 2134  
00170126067

Sayı : E-33443051-903.99  
Konu : Etik Kurul Onayı- (Doç.Dr.Nurcan  
AKBAŞ GÜNEŞ)

Sayın Nurcan AKBAŞ GÜNEŞ  
Aile Hekimliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi

İlgi : 26/07/2022 tarih 170059088 barkod sayılı dilekçeniz.

İlgili, tarihli ve sayılı dilekçeniz incelenmiş olup, " Tiroid Fonksiyon Bozukluğu olan Hastalarda Algılanan Stres ve Psikolojik Dayanıklılık arasındaki ilişki." adlı çalışma ile ilgili, Hastanemiz verilerini kullanmanız Etik Kurul Onayı sonrası Başhekimliğimizce uygundur. Gereğini bilgilerinize rica ederim.

Doç. Dr. Muhammed Nur ÖGÜN  
Başhekim

Ek: 1 Dilekçe

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.  
Belge Doğrulama Kodu: 87282605-5-08-414-0-075-cc8d6c68bad2 Belge Doğrulama Adresi: <https://www.turkiye.gov.tr/saglik-bakanligi-cbys>  
Sağlık Mah. Şehitler Cad.No:20-Bolu A.İ.B.Ü. İzzet Baysal Eğitim Ve Araştırma Hastanesi  
Hastanesi TEL:0(374)2704575 FAX-0(374)2704585 Bilgi için: GÜLCAN AKAYOĞLU  
Telefon: 0374 270 45 75 Faks No: 03742704585 Veri Hazırlama ve Kontrol İşlt. Telefon No: (0 374) 270 45 75  
e-Posta: gulcan.akayoglu@saglik.gov.tr İnternet Adresi: G.AKAYOĞLU-DAHİLİ 1119



## EK 2: Anket Formu

### TİROİD FONKSİYON BOZUKLUĞU OLAN HASTALARDA ALGILANAN STRES VE PSİKOLOJİK DAYANIKLILIK ARASINDAKİ İLİŞKİ DEĞERLENDİRME FORMU

**1. Yaşınız:**

**2. Cinsiyetiniz:**

a) Kadın b) Erkek

**3. Medeni durumunuz:**

a) Evli b) Bekâr

**4. Eğitim durumunuz nedir?**

a) Okur-yazar değil b) Okur-yazar c) İlköğretim d) Lise e) Üniversite ve üzeri

**5. Mesleğiniz nedir?**

Çalışıyor ( ) Mesleği:.....

Çalışmıyor ( )

**6. Herhangi bir ek hastalığınız var mı?**

a) Evet (.....) b) Hayır

**7. Herhangi bir ilaç kullanıyor musunuz?**

a) Evet (.....) b) Hayır

**8. Ne kadar sıklıkla kontrollerinize geliyorsunuz?**

a) 3 ayda 1 kez b) 6 ayda 1 kez c) Yılda 1 kez d) Kontrole gelmiyorum

**9. Ailenizde tiroid hastalığı olan birisi var mı?**

a) Evet (.....) b) Hayır

**TSH:**

**sT4:**

**TSI:**

**anti-TG:**

**anti-TPO:**

## ALGILANAN STRES ÖLÇEĞİ

|                                                                                                                                     | Hiç | Neredeyse hiç | Bazen | Sık | Çok sık |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|---------------|-------|-----|---------|
| 1. Son bir ay içinde, beklenmedik şekilde gerçekleşen olaylardan dolayı ne sıklıkta üzüldünüz?                                      |     |               |       |     |         |
| 2. Son bir ay içinde ne sıklıkta, yaşamınızdaki önemli şeyleri kontrol edemediğinizi hissettiniz?                                   |     |               |       |     |         |
| 3. Son bir ay içinde kendinizi ne sıklıkta, gergin ve stresli hissettiniz?                                                          |     |               |       |     |         |
| 4. Son bir ay içinde, yaşamınızdaki can sıkıcı durumlarla ne sıklıkta başarılı bir biçimde baş ettiniz?                             |     |               |       |     |         |
| 5. Son bir ay içinde ne sıklıkta, yaşamınızda meydana gelen önemli değişikliklerle etkili bir biçimde başa çıktığınızı hissettiniz? |     |               |       |     |         |
| 6. Son bir ay içinde ne sıklıkta, kişisel sorunlarınızla baş etme yeteneğinizden emin oldunuz?                                      |     |               |       |     |         |
| 7. Son bir ay içinde ne sıklıkta, işlerin istediğiniz gibi gittiğini hissettiniz?                                                   |     |               |       |     |         |
| 8. Son bir ay içinde ne sıklıkta, yapmak zorunda olduğunuz her şeyin üstesinden gelemeyeceğinizi düşündünüz?                        |     |               |       |     |         |
| 9. Son bir ay içinde yaşamınızdaki rahatsız edici olayları ne sıklıkta kontrol edebildiniz?                                         |     |               |       |     |         |
| 10. Son bir ay içinde ne sıklıkta, yaşamınızdaki olaylara hakim olduğunuzu hissettiniz?                                             |     |               |       |     |         |
| 11. Son bir ay içinde, kontrolünüz dışında gerçekleşen şeylerden dolayı ne sıklıkta öfkelenediniz?                                  |     |               |       |     |         |
| 12. Son bir ay içinde ne sıklıkta, üstesinden gelmek zorunda olduğunuz şeyler üzerinde düşündünüz?                                  |     |               |       |     |         |
| 13. Zamanınızı nasıl geçirdiğinizi son bir ay içinde ne sıklıkta kontrol edebildiniz?                                               |     |               |       |     |         |
| 14. Son bir ay içinde ne sıklıkta, güçlüklerin, üstesinden gelemeyeceğiniz kadar çoğaldığını hissettiniz?                           |     |               |       |     |         |

## CONNOR-DAVIDSON PSİKOLOJİK SAĞLAMLIK ÖLÇEĞİ

|                                                                                                                       | Hiç doğru değil | Nadiren doğru | Bazen doğru | Sıklıkla doğru | Neredeyse her zaman doğru |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|---------------|-------------|----------------|---------------------------|
| 1. Değişiklikler karşısında uyum sağlayabilirim                                                                       |                 |               |             |                |                           |
| 2. Stres olduğunda beni rahatlatacak en az bir tane yakın ve güvенеbileceğim ilişkim var                              |                 |               |             |                |                           |
| 3. Sorunlarıma açık bir çözüm bulunmadığında, bazen Tanrı ya da kader yardım edebilir                                 |                 |               |             |                |                           |
| 4. Önüme çıkan her şeyle başa çıkabilirim                                                                             |                 |               |             |                |                           |
| 5. Geçmiş başarılarım, yeni zorluklarla mücadele etmemde bana güven veriyor                                           |                 |               |             |                |                           |
| 6. Sorunlarla karşılaştığım zaman, olayların komik yönlerini görmeye çalışırım                                        |                 |               |             |                |                           |
| 7. Stresle mücadele etmek durumunda kalmak, beni daha da güçlendirebilir                                              |                 |               |             |                |                           |
| 8. Hastalık, yaralanma ya da benzeri güçlüklerden sonra çabuk normale dönerim                                         |                 |               |             |                |                           |
| 9. İyi ya da kötü, her şeyin olmasında belli bir sebep olduğunu düşünürüm                                             |                 |               |             |                |                           |
| 10. Sonuç ne olacak olursa olsun, elimden gelenin en iyisini yaparım                                                  |                 |               |             |                |                           |
| 11. Engeller olsa da, hedeflerime ulaşacağıma inanırım                                                                |                 |               |             |                |                           |
| 12. Umutsuz durumlarda bile vazgeçmem                                                                                 |                 |               |             |                |                           |
| 13. Kriz ya da stres durumlarında yardım için nereye gideceğimi bilirim                                               |                 |               |             |                |                           |
| 14. Stres altında dikkatim dağılmaz ve açık bir şekilde düşünebilirim                                                 |                 |               |             |                |                           |
| 15. Sorunları çözerken bütün kararları başkasının almasına izin vermektense, kendim için başına geçmeyi tercih ederim |                 |               |             |                |                           |
| 16. Başarısızlıklar karşısında kolay pes etmem                                                                        |                 |               |             |                |                           |
| 17. Yaşamdaki zorluklarla uğraşmada kendimi güçlü bir insan olarak görürüm                                            |                 |               |             |                |                           |

|                                                                                                                   | Hiç doğru değil | Nadiren doğru | Bazen doğru | Sıklıkla doğru | Neredeyse her zaman doğru |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|---------------|-------------|----------------|---------------------------|
| 18.Gerektiğinde başkalarını etkileyecek zor ya da kimsenin vermek istemediği kararları alabilirim                 |                 |               |             |                |                           |
| 19.Üzüntü, korku ve öfke gibi hoş olmayan ve acı verici duygularla baş edebilirim                                 |                 |               |             |                |                           |
| 20.Yaşamdaki sorunlarla baş ederken, bazen olayların nedenini bilmeden, varsayımlar üzerine hareket etmek gerekir |                 |               |             |                |                           |
| 21.Yaşamdaki amacıma dair güçlü bir duyguya sahibim                                                               |                 |               |             |                |                           |
| 22.Hayatımın kontrolüne sahip olduğumu hissediyorum                                                               |                 |               |             |                |                           |
| 23.Zoru severim                                                                                                   |                 |               |             |                |                           |
| 24.Önüme ne engel çıkarsa çıksın, hedeflerime ulaşmaya çalışırım                                                  |                 |               |             |                |                           |
| 25.Başarılarımla gurur duyarım                                                                                    |                 |               |             |                |                           |