



T.C.
RİZE VALİLİĞİ
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI RECEP TAYYİP
ERDOĞAN ÜNİVERSİTESİ
EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ



RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM
DALI

KRONİK SUBJEKTİF TİNNİTUSLU HASTALARDA TİNNİTUS ŞİDDETİNİN CİNSELLİK, İNTİHAR DÜŞÜNCESİ VE YAŞAM DOYUMU İLE İLİŞKİSİ

Dr. Koray SOYTÜRK

TIPTA UZMANLIK TEZİ

RİZE/2024



T.C.
RİZE VALİLİĞİ
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI RECEP TAYYİP
ERDOĞAN ÜNİVERSİTESİ
EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ



RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM
DALI

KRONİK SUBJEKTİF TİNNİTUSLU HASTALARDA TİNNİTUS ŞİDDETİNİN CİNSELLİK, İNTİHAR DÜŞÜNCESİ VE YAŞAM DOYUMU İLE İLİŞKİSİ

Dr. Koray SOYTÜRK

Tez Danışmanı: Doç. Dr. Meltem PUŞUROĞLU

TIPTA UZMANLIK TEZİ

RİZE/2024

BEYAN

Tezimin kendi emeklerimle yapıldığı, etik kurallara aykırı davranışlarda bulunulmadığı, etik ilkeler doğrultusunda alıntılar yapıldığı gerekli kaynakların hepsinin gösterildiği, klinik örneklem grubunun oluşturulmasından, yazım kuralları dikkate alınarak tezin yazım sürecine değ in telif hakkına aykırı herhangi bir eylemde bulunulmadığını beyan ederim.

Araş. Gör. Dr. Koray SOYTÜRK

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR	vii
TABLolar DİZİNİ	ix
ŞEKİLLER DİZİNİ	x
KISALTMALAR	x
ÖZ	xi
SUMMARY	xii
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
1.1 TİNNİTUSUN TANIMI	2
1.2 TİNNİTUSUN TARİHÇESİ	2
1.3 TİNNİTUSUN EPİDEMİYOLOJİSİ	3
1.4 TİNNİTUS ETYOLOJİSİ VE SINIFLANDIRILMASI	4
1.5 TİNNİTUS PATOFİZYOLOJİSİ	6
1.6 TİNNİTUSUN PSİKİYATRİK HASTALIKLARLA İLİŞKİSİ	7
1.6.1 Tinnitus ile Depresyon ve İntiharın İlişkisi	8
1.6.2 Tinnitus ile Anksiyetenin İlişkisi	9
1.6.3 Tinnitus ile Uyku Bozukluklarının İlişkisi	10
1.6.4 Tinnitus ile Diğer Ruhsal Bozuklukların İlişkisi	10
1.6.5 Tinnitus ve Cinsel Yaşam	11
2. GEREÇ VE YÖNTEM	12
2.1 ARAŞTIRMA TİPİ VE NİTELİĞİ	12
2.2 ARAŞTIRMANIN ANA HİPOTEZİ	12
2.3 ARAŞTIRMANIN ALT HİPOTEZLERİ	12
2.4 ÖRNEKLEM	13
2.5 ÇALIŞMAYA ALINMA ÖLÇÜTLERİ	13
2.6 DIŞLAMA ÖLÇÜTLERİ	13
2.7 YÖNTEM	13
2.8 KULLANILAN GEREÇLER	14
2.8.1 Sosyodemografik Veri Formu	14
2.8.2 Tinnitus Engellilik Anketi	14
2.8.3 Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği	15
2.8.4 Yaşam Doyumu Ölçeği	16
2.8.5 İntihar Olasılığı Ölçeği	16
2.9 ÇALIŞMANIN KISITLILIKLARI	17
2.10 İSTATİSTİKSEL ANALİZ	18
3. BULGULAR	19
4. TARTIŞMA	43
5. SONUÇ	51

6.	KAYNAKLAR	52
7.	EKLER	56
8.	ÖZGEÇMİŞ	66



TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim boyunca bana her zaman destek olan, nezaketi, zarifliği ve her şeyden önce gelen sabrıyla muayene şeklimi biçimlendiren, kişiliği ismiyle müsemma rol modelim Sayın Prof. Dr. Çiçek HOCAOĞLU'na,

Eğitimim boyunca sürecin, sadece psikiyatri eğitimi olmadığını gösteren, hayata dair öğretileriyle tam bir yol gösterici olan, sıkıntılarımız konusunda her zaman dinleyip çözüm odaklı yaklaşan Sayın Prof. Dr. Bülent BAHÇECİ'ye

Anlayışı, eğitim için gösterdiği çabası, hızlı ve pratik çözümler bulması yönüyle beni çokça etkileyen, cesaretlendiren, çok değerli tez danışmanım Sayın Doç. Dr. Meltem PUŞUROĞLU'na

Sonsuz güler yüzü, anlayışı, alçakgönüllülüğü ile gönlümüze taht kurmuş, güven veren, yol gösteren çok değerli Sayın Dr. Öğr. Üyesi Mehmet BALTACIOĞLU'na

Kliniğimizde beraber çalışma fırsatı bulduğum Doç. Dr. Kader Semra KARATAŞ'a

Tezim için sonsuz emek ve katkı sağlayan Kulak Burun Boğaz Anabilim Dalı Öğretim Üyeleri Sayın Prof.Dr. Özlem ÇELEBİ ERDİVANLI, Prof Dr. Metin ÇELİKER, Doç. Dr. Zerrin ÖZERGİN COŞKUN, Dr. Öğr. Üyesi Mehmet BİRİNCİ, Dr. Öğr. Üyesi Tuğba YEMİŞ ve tüm KBB asistan hekimlerine,

Rotasyon eğitimim sırasında tanıştığım, bilgi ve tecrübeleri ile multidisipliner bakış açısı kazanmamda büyük payları olan Sağlık Bilimleri Üniversitesi Çocuk Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları ve KTÜ Nöroloji A.D.'da çalışmakta olan değerli hocalarım Doç.Dr. İbrahim Selçuk ESİN, Prof. Dr. Zekeriya ALİOĞLU, Prof. Dr. Sibel VELİOĞLU, Prof. Dr. Cavit BOZ, Prof.Dr. Sibel GAZİOĞLU, Doç.Dr. Vildan A. ÇAKMAK'a,

Uzmanlık eğitimim boyunca çalışmaktan çokça keyif aldığım, eğitimime katkı veren ve her güne ait güzel anılarımdan oluşan bu 4 yıllık armağanı bana sunan Dr. Öğr Üyesi **Fatih ÖZDEMİR**, neşesi ve alışma sürecimde çokça destek olan Uzm. Dr. Burak **OKUMUŞ**, Uzm. Dr. Aslı Enzel **KOÇ**, Uzm. Dr. Ayşegül **BARAK ÖZER**, Uzm. Dr. Pınar **SİVRİKAYA**, kadim dostum Uzm. Dr. İbrahim Sefa **GÜLEÇ**, Uzm. Dr. Doğançan **SÖNMEZ**, her daim neşemiz Uzm. Dr. Şule **GÜL**, desteğini ve sonsuz iyi niyetini hep hissettiğim Uzm. Dr. Sefanur Köse, Araş. Gör. Dr. Begüm **AYDIN TASLI**, Araş. Gör. Dr. Nagihan Aslı **KESGİN**, Araş. Gör. Dr. Merve **ÇETİN SAYER**, Araş. Gör. Dr. Ömer Naim **SAYER**, Araş. Gör. Dr. Gizem **TUNÇAY**, Araş. Gör. Dr. Gamze **ÖNAL**, Araş. Gör. Dr. Merve **IŞIKLI**, Araş. Gör. Dr. Çağrı **YENİGÜN**, Araş. Gör. Dr. İbrahim **TAŞDEMİR**, Araş. Gör. Dr. Sema **YEŞİLKAYA**, Araş. Gör. Dr. Ali Akın **DANIŞAN**, Araş. Gör. Dr. Eda **OKUTUCU**'ya,

Bir tıbbi sekreterden çok daha fazlası olan, tüm işlerde yardımımıza koşan çok değerli **Kevser ALTUN ŞİMŞEK**, **Murat ÇAVUŞOĞLU** ve **Aybüke ÇİFTÇİ**'ye, tüm psikiyatri hemşirelerimiz ve tüm mesai arkadaşlarımıza,

Bugünlere gelmemi sağlayan, büyüten, bu yolda sonsuz emek sahibi, hatalarıma karşı bitmek tükenmek bilmeyen anlayış ve sabırla beni defalarca doğru yola koyan **Selma&Tamer SOYTÜRK**'e

Bana erken yaşta okuma-yazma öğreten, özgüvenimde büyük pay sahibi, her daim destekçim abim **İsmail SOYTÜRK**'e

Ve son olarak tüm zorlukları kolayca aşmamı sağlayan, başarılarımın arkasındaki gölgem, kıymetim, yol arkadaşım **Zeynep SOYTÜRK**'e

Sonsuz teşekkürler...

TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo 1: Araştırmada Değerlendirilen Vakaların Demografik Özellikleri	19
Tablo 2: Araştırmada Değerlendirilen Vakaların Klinik Özellikleri	20
Tablo 3: Hasta ve Kontrol Grubunun Sosyodemografik Verilerinin Karşılaştırılması	21
Tablo 4: Araştırmada Değerlendirilen Vakaların Psikometrik Ölçümleri	22
Tablo 5: Cinsiyete Göre TEA, YDÖ, İÖÖ ve ACYÖ Skorlarının Karşılaştırılması.....	23
Tablo 6: Çalışma Durumu ile TEA, YDÖ, İÖÖ ve ACYÖ Skorlarının Karşılaştırılması.....	24
Tablo 7: Hastalık Süresine Göre TEA, YDÖ, İÖÖ ve ACYÖ Skorlarının Karşılaştırılması.....	25
Tablo 8: Tetikleyici Durumuna Göre TEA, YDÖ, İÖÖ ve ACYÖ Skorlarının Karşılaştırılması	26
Tablo 9: Medeni Duruma Göre TEA, YDÖ, İÖÖ ve ACYÖ Skorlarının Karşılaştırılması.....	27
Tablo 10: Aile Öyküsüne Göre TEA, YDÖ, İÖÖ ve ACYÖ Skorlarının Karşılaştırılması	27
Tablo 11: Eğitim Durumuna Göre TEA, YDÖ, İÖÖ ve ACYÖ Skorlarının Karşılaştırılması	28
Tablo 12: Gelir Durumuna Göre TEA, YDÖ, İÖÖ ve ACYÖ Skorlarının Karşılaştırılması	29
Tablo 13: Kulak Çınlaması Durumuna Göre TEA, YDÖ, İÖÖ ve ACYÖ Skorlarının Karşılaştırması	30
Tablo 14: TEA Ölçeğine Göre Hastalık Şiddetine Göre YDÖ, İÖÖ ve ACYÖ Skorlarının Karşılaştırması.....	30
Tablo 15: Cinsel Bozukluğa Göre TEA, YDÖ, İÖÖ ve ACYÖ Skorlarının Karşılaştırması	31
Tablo 16: Yaş, Çocuk Sayısı ve Çınlama Süresi ile TEA, YDÖ, İÖÖ ve ACYÖ Skorları Arasındaki İlişki	32
Tablo 17: TEA, YDÖ, İÖÖ ve ACYÖ Skorları Arasındaki İlişki	33
Tablo 18: Umutsuzluk Alt Ölçeği Skorlarını Açıklamada Etkili Olan Faktörler	34
Tablo 19: Düşmanlık Alt Ölçeği Skorlarını Açıklamada Etkili Olan Faktörler	35
Tablo 20: Olumsuz Kendilik Alt Ölçeği Skorlarını Açıklamada Etkili Olan Faktörler.....	36
Tablo 21: İntihar Düşüncesi Alt Ölçeği Skorlarını Açıklamada Etkili Olan Faktörler	37
Tablo 22: İÖÖ Toplam Skorlarını Açıklamada Etkili Olan Faktörler.....	38
Tablo 23: YDÖ Skorlarını Açıklamada Etkili Olan Faktörler	39
Tablo 24: ACYÖ Skorlarını Açıklamada Etkili Olan Faktörler.....	40
Tablo 25: Cinsel Bozukluk Riskini Artırmada Etkili Olan Faktörler.....	41
Tablo 26: Hasta ve Kontrol Grubunun Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması.....	42

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1: TEA Ölçeğine Göre Hastalık Şiddeti	23
Şekil 2: ACYÖ'ye Göre Cinsel Sorun Varlığı Bildiren Vakaların Oranları.....	23

KISALTMALAR

ACYÖ: Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği
AÖ: Alt Ölçek
İÖÖ: İntihar Olasılığı Ölçeği
KBB: Kulak Burun Boğaz Hastalıkları Anabilim Dalı
RSH: Ruh Sağlığı ve Hastalıkları
SCL90-R: Symptom Check List-90 (Revised)
TAÖ: Toronto Aleksitimi Ölçeği
TCI: The Temperament and Character Inventory
TEA: Tinnitus Engellilik Anketi
THI: Tinnitus Handicap Inventory
VRS: Stresle İlgili Hassasiyet Ölçeği
YDÖ: Yaşam Doyum Ölçeği

ÖZ

Amaç: Tinnitus, herhangi uyaran olmaksızın kulakta duyulan çınlama, uğultu gibi seslerin duyulmasıdır. Yapılan çalışmalar erişkinlerde %14 oranında tinnitus olduğunu, dünya üzerinde de ortalama 740 milyon kadar insanın tinnitustan yakındığını ortaya koymaktadır. Tinnitus, organik nedenlere bağlı olduğunda, sebebine yönelik tedavisi sağlanabilir. Ancak çoğu zaman yaşa bağlı dejenerasyon, yüksek sese maruziyet ve genetik gibi nedenlerle ortaya çıkmakta ve sağaltımı sağlanamamaktadır. Tinnitus şikayet edilen süreye, sesin uygun gereçlerle hekim tarafından duyulup duyulmamasına ve kaynaklandığı yere göre sınıflandırılabilir. Kronik subjektif tinnitus tanımı, tinnitusun 6 aydan uzun süreli olduğunu ve mevcut tinnitusun hasta dışında kimse tarafından duyulmadığını ifade eden bir tanımlamadır. 6 ayı aşkın süredir şikayeti olan, bununla ilgili birçok bransa başvurmuş ve yanıt alamamış olan hastalar üzerinde yapılan geçmiş çalışmalarda depresyon, anksiyete bozuklukları, uyku bozuklukları, somatizasyon ve aleksitimi değerlerinin anlamlı derecede yüksek olduğu ortaya konmuştur. Bu çalışmanın amacı, bu kronik ve yorucu semptomun şiddet artışının yaşam doyumu, cinsel doyum üzerine etkisini ve nihayetinde intihar düşüncesinde artışa neden olup olmadığının incelenmesidir. Çalışmada ayrıca kontrol grubu alınarak tinnitus şikayeti olan ve olmayan bireylerin kıyaslanması sağlanmıştır.

Yöntem: KBB (Kulak Burun Boğaz Hastalıkları) polikliniğinden yönlendirilen, 6 aydan uzun süredir tek veya çift taraflı kulak çınlamasından yakınan, 18-65 yaş aralığında bulunan ve KBB polikliniği tarafından muayenesi sağlanarak organik nedenlerin dışlandığı hastalar tarafımızca görüşmeye alınmıştır. Hastalara çalışma hakkında bilgi verilmiş ve dahil olmayı kabul edenlerden ayrıntılı aydınlatılmış onam formu imzaları alınmıştır. Çalışmaya katılmak istemeyenler, alkol- madde kullanım bozukluğu olanlar, son iki yıl içerisinde psikotrop ajan kullananlar, geçmişte bipolar bozukluk veya psikotik bozukluk öyküsü bulunanlar, kişilik bozukluğu olanlar ve mental retardasyonu bulunanlar çalışmaya alınmamıştır. Toplamda 91 hasta ve 92 kişilik sağlıklı kontrol grubu kullanılarak çalışma tamamlanmıştır. Hastalara ve kontrol grubuna Sosyodemografik Veri Formu ile birlikte Tinnitus Engellilik Anketi, Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği, Yaşam Doyumu Ölçeği, İntihar Olasılığı Ölçeği uygulanmıştır. Analizlerin uygulamasında IBM SPSS 22.0 programı kullanılmıştır.

Bulgular: Çalışmamızda tinnitus şiddet artışı ile birçok parametrede korelasyon izlense de yapılan regresyon çalışmalarında sadece Umutsuzluk alt ölçeği ve Düşmanlık (öfke) alt ölçeğinde anlamlı ilişki saptanmıştır. Tinnitusu olan bireylerde, olmayanlara kıyasla İntihar Düşüncesi alt ölçeğinde anlamlı ilişki bulunmuştur. Ayrıca cinsel bozukluk varlığının, Tinnitus Engellilik Anketi ile anlamlı ilişkisi izlenmiştir.

Sonuç: Tinnitus şiddet artışının hastalarda umutsuzluk ve düşmanlık (öfke) duygularını ortaya çıkardığı, ayrıca tinnitus varlığının intihar düşüncesinde artışa neden olabileceği ortaya konmuştur. Bu çalışma tinnitusu olan bireylerde, tinnitus şiddetinin değerlendirilmesi ve gereği halinde psikiyatrik muayenelerinin ve kontrollerinin sağlanması gerekliliğini vurgulamaktadır.

Anahtar kelimeler: tinnitus, psikopatoloji, intihar, yaşam doyumu, cinsel doyum

SUMMARY

Aim: Tinnitus refers to the perception of ringing, buzzing, or other sounds in the ears without any external stimulus. Studies have indicated a prevalence of approximately 14% in adults and an estimated 740 million individuals worldwide suffering from tinnitus. While tinnitus with organic causes can be treated by addressing its underlying etiology, it often arises from factors such as age-related degeneration, exposure to loud noises, and genetic predisposition, making treatment challenging. Tinnitus can be classified based on factors such as the duration of symptoms, whether the sound is perceptible to others, and its origin. Chronic subjective tinnitus is defined by symptoms lasting over 6 months, in which the sound is only audible to the patient. Previous research on patients experiencing symptoms for over 6 months, who have sought assistance from various medical specialties without relief, has revealed significantly elevated levels of depression, anxiety disorders, sleep disturbances, somatization, and alexithymia. This study aims to investigate the impact of the worsening severity of this chronic and distressing symptom on life satisfaction, sexual satisfaction, and ultimately, whether it contributes to increased suicidal ideation. A control group was included for comparison between individuals with and without tinnitus complaints.

Methods: Patients referred from the ENT clinic, reporting unilateral or bilateral ear ringing persisting for more than 6 months, aged between 18 and 65 years, and who underwent examination to rule out organic causes, were included in the study. Detailed informed consent was obtained from participants who agreed to participate after being informed about the study. Those unwilling to participate, individuals with substance use disorders, those who had used psychotropic agents in the past two years, those with a history of bipolar or psychotic disorders, and individuals with mental retardation were excluded from the study. A total of 91 patients and 92 individuals in the control group were included in the study. Participants completed a Socio-Demographic Data Form along with the Tinnitus Handicap Inventory, Arizona Sexual Experiences Scale, Satisfaction with Life Scale, and Suicide Probability Scale. IBM SPSS 22.0 was used for data analysis.

Results: Although correlations were observed between increased tinnitus severity and several parameters, regression analyses revealed significant associations only with the Despair subscale and the Hostility (Anger) subscale. Significant associations were found in the Suicidal Ideation subscale among individuals with tinnitus compared to those without. Furthermore, the presence of sexual dysfunction was significantly associated with the Tinnitus Handicap Inventory.

Conclusion: The study demonstrates that increased tinnitus severity is associated with feelings of despair and hostility (anger) in patients, and the presence of tinnitus may contribute to an increase in suicidal ideation. This underscores the importance of evaluating tinnitus severity in individuals with tinnitus and emphasizes the need for psychiatric assessments and follow-ups as necessary.

Keywords: tinnitus, psychopathology, suicide, life satisfaction, sexual satisfaction



1. GİRİŞ VE AMAÇ

Tinnitus akustik, elektriksel ve dış uyaran olmaksızın duyulan ses olarak tanımlanmıştır[1]. Bu ses uğuldama, çınlama, tıkırtı gibi birçok şekilde tanımlanabilmektedir. Yakın zamanlı yapılan bir meta analizde erişkinde sıklığı %14 olup, şiddetli olanların oranı ise %2 olarak izlenmiştir. Aynı çalışma küresel olarak 740 milyon insanın tinnitus yakınmasına sahip olduğuna ve dünya üzerinde 120 milyondan fazla insanın şiddetli kulak çınlaması yaşadığının tahmin edilebileceğine değinmektedir[2].

Tinnitus birçok şekilde (akut/kronik, pulsatil/pulsatil olmayan, subjektif/objektif, santral/periferik gibi) sınıflandırılmaktadır. Objektif tinnitusta muayene eden hekim belirli gereçlerle şikayet edilen sesi duyabilmekte iken, subjektif tinnitusta yakınma öznel ve dışarıdan duyulamaz.

6 aydan uzun süreli olan tinnitus, kronik tinnitus olarak tanımlanmakta olup hasta açısından oldukça konforsuzdur ve sıklıkla yaşam kalitesini bozar.

Kronik subjektif tinnitus, bazı hastalarda tolere edilebilir ve işlevselliği etkilemezken, bazı hasta gruplarında ise “oldukça yorucu ve çaresiz bırakan” bir durum olarak tanımlanmaktadır. Bu nedenle yaşam kalitesini düşürebilmekte; depresyon, anksiyete, uyku bozuklukları, bilişsel aktivitede bozulma gibi birçok duruma neden olabilmektedir[3].

Tinnitusun olup olmamasının psikiyatrik hastalıklarla ilişkisi üzerine kısıtlı sayıda çalışma mevcut olsa da, tinnitus şiddet artışının ruh sağlığı üzerine etkisini araştıran çalışma sayısı çok daha azdır. Bizim çalışmamızda kronik subjektif tinnitus şiddetinin yaşam doyumu, intihar düşüncesi ve cinsel yaşam üzerindeki etkisinin araştırılması planlanmıştır.

1.1 TİNNİTUSUN TANIMI

Tinnitus akustik, elektriksel ve dış uyaran olmaksızın duyulan ses olarak tanımlanmıştır[1]. Latince bir sözcük olan ‘tinnire’ kelimesinden türemiş olup çınlama anlamına gelse de, hastalar tarafından uğultu, vızıltı, su sesi, rüzgar sesi gibi birçok şekilde tarif edilebilmektedir[4]. Mekanizması henüz tam manasıyla anlaşılmamış olan tinnitus, birçok sınıflandırılma ile tanımlanabilmektedir. Bu sınıflandırmalar etyolojisine, subjektif veya objektif oluşuna, süresine (akut/kronik), kaynaklandığı yere (santral/periferik) göre yapılabilmektedir.

Duyulan ses kafanın içinden geliyormuş gibi duyulabileceği gibi, kulağın kendisinde olan bir ses olarak da algılanabilir. Tek taraflı(unilateral) yada çift taraflı(bilateral) olabilmektedir. Bu bilgiler muayenede hekime etyoloji açısından fikir vermektedir.

Tinnitus bir hastalıktan çok semptomdur. Kafa/kulak travması, akustik travma, ototoksik ilaçlar gibi organik nedenlerin yanında ruhsal hastalıkların da neden olabileceği unutulmamalıdır.

1.2 TİNNİTUSUN TARİHÇESİ

Tarihte tinnitusa ait en eski kaynak ‘Ebers Papirüsü’ olarak da bilinen ve M.Ö. 1650-1532 tarihlerinde Mısır 17. Hanedanlığı dönemine ait belgelerdir[5]. Yine yakın zamanlı bilgilere göre M.Ö. 16. Yüzyılda Mısır ve Mezopotamya bölgesindeki belgelerde rastlanmaktadır. Kulağın büyülenmesi nedeniyle olduğu düşünülmüş ve tedavisinde belirli yağ ve sıvılar kullanılmıştır. Yine Asurlular ve Mezopotamyalılar tarafından M.Ö. 6 ila 2.yüzyıllar arası yazılmış olduğu tahmin edilen altı yüzü aşkın tablet keşfedilmiştir. Bu tabletlerde, tedavide dış kulak yoluna belirli karışımlar içeren kamış sapı sokulmasına ait deneyimler aktarılmıştır.

Tinnitus'un daha kesin erken dönem tedavileri, M.S. 30 dolaylarında Roma'da Celsus tarafından yayınlanan 'De Medicina' adlı derlemede bulunabilir. Bu derlemede tinnitusun tedavisinin, nedeninin ne olduğuna bakılarak belirlenmesi önerilmiştir. Soğuk algınlığına bağlı ise kulak temizlenmesi ve ağızdan köpük gelene kadar nefes tutulması gerektiği, beyin kaynaklı ise de ovma, gargara, diyet yapılması, şarabın bırakılması ve dış kulak yoluna gül yağı, turp suyu gibi bazı karışımlar dökülmesi önerilmektedir. Bu derleme aynı zamanda tinnitus hastalarında alkol azaltımının ilk kez önerilmesi açısından önem arz etmektedir[6].

Önde gelen İslam hekimlerinden İbn-i Sina(980-1036), kulak çınlamasına ait çalışmalarını sentezleyerek “Tıbbın Kanunu” isimli kitabında bu bilgilere yer vermiş ve kulak çınlamasını 5 farklı nedene bağlı olarak açıklamıştır. Yine eserinde bu beş tür kulak çınlamasının tedavilerine ait bilgiler vermiştir.

16. yüzyıla gelindiğinde kulak hastalıkları üzerine dönemin seçkin yazarlarından du Verney, “Traite de l'organ de Touie” adlı eserinde tinnitusa on sayfa ayırmış ve altta yatan nedenin (kulak ve beyin hastalığı) tedavisine dikkat çekmiştir. Bu dönemdeki diğer yaklaşımlar yüksek sesle tedavi, pozitif veya negatif basınç uygulama ve cerrahi girişim olarak izlenmektedir. Cerrahi yaklaşımın temel gerekçesi ise Yunan yazarlara kadar dayanan rüzgarın kulağa hapsolması fikri olarak düşünülmektedir.

İsviçreli doktor Johan Jakob Webfer, 17. Yüzyılda parmak veya bir bardak yardımıyla dış kulak yolu measını kapatma yoluyla subjektif ve objektif tinnitus kavramlarını tanımlamıştır.

18. yüzyılda elektriğin keşfi ile elektrik tüm alanlarda denenmeye başlanmıştır. 1768’de Georg Daniel Wibel tarafından detay verilmeksizin elektrik uygulaması ile işitme kaybı ve tinnitus tedavisinde başarıya ulaşıldığı anlatılmıştır[7].

19. yüzyılda kısmi gelişmeler izlenmiş olsa da günümüz temellerini oluşturan ve tedavi protokollerini belirleyen yaklaşımların çoğu 20. Yüzyıl sonrasında gerçekleşmiştir.

1.3 TİNNİTUSUN EPİDEMİYOLOJİSİ

Epidemiyolojik çalışmaların çoğu Amerika ve Batı Avrupa’da yapılmıştır. Küresel olarak homojen dağılım beklenmediğinden tinnitus sıklığının kestirilmesi oldukça güçtür. Bu konuda yapılan en geniş kapsamlı ve güvenilir çalışma Ulusal İşitme Çalışması’nın bir parçası olarak İngiltere’de yapılmıştır(n=48.303)[8]. Çalışmanın sonucunda %10.1 oranında tinnitus varlığı saptanmış olan erişkinler arasında; %2.8’inde orta şiddette, %1.6’sında ‘‘ciddi şekilde can sıkıcı’’ ve %0.5’inde ‘‘normal yaşam sürmeyi mümkün kılmayan’’ tinnitus varlığı bildirilmiştir.

Farklı bir çalışmada ilk kez tinnitus tanısı alan 109.973 kişinin 16 yıllık izleminin sağlandığı çalışmada (2000-2016), insidansa bakılmış ve 10.000 kişi-yıl başına 25.0 yeni vaka tespit edilmiştir[9]. Yıllar içerisinde sürekli bir artış olması dikkat çekicidir. Aynı çalışmada

vakaların %80'ine 40 yaş üstünde tanı konulduğu ve en yüksek insidans oranını 60-69 yaş aralığında gördükleri (10.000 kişi-yılda 41.2) belirtilmiştir.

Farklı yaş grupları farklı prevalanslara sahiptir ve tinnitus sıklığı yaşla birlikte artıyor görünmektedir. 40 yaşından sonra tinnitus sıklığının belirgin arttığı ve geriatrik popülasyonda oldukça yüksek oranlara ulaştığı tahmin edilmektedir. Coğrafi bölgelere göre değişmekle birlikte Amerika'da 60-69 yaşları arasındaki bireylerdeki oran %14.3 olarak izlenmiş iken, Tayvan'da bu oran %32.0 olarak izlenmiştir[10,11].

Cinsiyet anlamında farklılık olmadığına yönelik çalışmalar izlense de, işitme kaybı ile tinnitus sıklığının arttığı bilinmektedir. Erkeklerde ise işitme kaybı oranı, kadınlara kıyasla oldukça fazla görülmektedir[12]. Bu durumla uyumlu şekilde birçok çalışma erkeklerde tinnitus sıklığını daha yüksek olarak tespit etmektedir[12,13,14].

İşitme kaybı bilinen en belirgin risk faktörlerindendir[15]. Ayrıca uyku bozukluğu, sigara içme, hipertansiyon ve diyabet, ototoksik ilaç kullanımı, ateşli silah kullanımı, mesleki gürültüye maruziyet gibi birçok risk faktörü de tinnitus riskini artırmaktadır[11,16].

Eğitim ve sosyokültürel düzey ile tinnitus arasındaki ilişki hakkında birbiriyle zıt sonuçlara sahip birçok çalışma bulunmaktadır.[17,18,19].

1.4 TİNNİTUS ETYOLOJİSİ VE SINIFLANDIRILMASI

Tinnitus etyolojisinde pek çok etken rol oynamaktadır. Bilinen başlıca risk faktörleri içerisinde ileri yaş, bazı farmakolojik ajanlar, hiperlipidemi, baş ve kulak travması, Meniere hastalığı ve kalp hastalıkları bulunmaktadır.

Ayrıca her zaman olmamakla birlikte ses maruziyeti ve presbiakuziden sonra gelişen işitme kaybı beraberinde tinnitusu getirmektedir[20]. Kulak çınlaması olan bireyler içerisinde ses maruziyeti bildiren hasta grubu hiç de az değildir. Bu konuyla ilgili Mazurek ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada tinnitus hastalarının %83'ünün gürültü kaynaklı işitme kaybına karşılık gelen, yüksek frekanslı işitme kaybına sahip oldukları bulunmuştur[21]. İşitme kaybının kulak çınlaması ile olan birlikteliği düşünüldüğünde, yaşa bağlı işitme kaybının(presbiakuzi), beraberinde tinnitusu getirmesi de şaşırtıcı değildir.

Tinnitus ilk olarak Shulman tarafından 1980'lerin başında otolojik ve norotolojik olarak sınıflandırılmış ve günümüze kadar birçok farklı sınıflandırma yapılmıştır[22].

Sıklıkla kullanılan sınıflandırma, tinnitusu objektif ve subjektif olarak sınıflar. Bu sınıflandırmada şikayet edilen sesin hasta dışında da duyulup duyulamaması esastır. Hekim tarafından uygun gereçlerle ses duyulabiliyorsa objektif tinnitus, ses yalnızca hasta tarafından duyulabiliyorsa subjektif tinnitus olarak tanımlanır.

Objektif tinnitus, subjektif tinnitusa göre daha nadir görülür. Genellikle eklemler, kaslar, türbılan kan akımından kaynaklanan ve internal olarak üretilen seslerdir. Büyük kısmı vasküler ve nöromusküler kaynaklı olup, pulsatil karakter taşıyabilir[23].

Arteriyel üfürüm, venöz hum, arteriovenöz malformasyonlar, vasküler tümörler gibi damarsal patolojilerde; ayrıca palatomyoklonus, idiopatik stapedia kas spazmı gibi patolojilerde objektif tinnitus izlenmektedir.

Subjektif tinnitus en sık olarak sensörinöral işitme kaybı, presbiakuzi ve akustik travma ile ilişkilendirilmiştir. Ek olarak Meniere hastalığı, akustik nörinom, ototoksik ilaçlar, multipl skleroz, tiroid hastalıkları, depresyon, anksiyete, fibromiyalji gibi hastalıklarda da ses, öznel (subjektif tinnitus) olarak algılanmaktadır ve ses bir başkası tarafından duyulamamaktadır[24].

Süresine göre yapılan sınıflandırmada kesme sınırı olarak 6 ay belirlenmiş ve 6 aydan uzun süreli olanlar kronik tinnitus, kısa süreli olanlarsa akut tinnitus olarak tanımlanmıştır[25].

Kaynaklandığı yere göre yapılan sınıflandırmada ise santral ve periferik olacak şekilde sınıflandırılmaktadır. Santral tinnitus beyin sapı ve korteks kaynaklıdır. Bu tinnitus tipinde hastalar sesin geldiği yer olarak genellikle kafatasının içini tariflemektedirler. Sebep olarak sıklıkla vasküler anomaliler, inflamasyon, yer kaplayan lezyonlar gibi patolojiler izlenmektedir. Periferik tinnitusta ise ses sıklıkla kulağın kendisinden geliyormuş gibi hissedilir. Mevcut patoloji iç, orta ve dış kulak yolundadır. Tek veya çift taraflı olabilmektedir[26].

1.5 TİNNİTUS PATOFİZYOLOJİSİ

Günümüzde halen kulak çınlamasının patofizyolojisi net olarak ortaya konulabilmiş değilse de, rol oynayan etkenler ve etkisi bulunan durumlar bilinmektedir. Direkt olarak kulak kaynaklı olduğu düşüncesi zaman içerisinde, dış kulak yolundan santral işitsel ağlara kadar uzanan yolda herhangi bir patolojiye bağlı olabileceği şeklinde değişmiştir.

Tinnitus gelişiminde birçok model olmasına karşın, psikosomatik etkilenimler ve stresin rolü Jastreboff ve Hazell tarafından ortaya konan nörofizyolojik modelle desteklenmiştir[27]. Bu modelde tinnitus algısının artışı, depresif/anksiyöz duygudurum, dikkatin kulağa odaklanması gibi durumlar nöral ağ etkilemektedir. Tinnitus limbik, prefrontal, somatosensör ve oditör korteks alanları gibi karmaşık nöral ağ örüntülerinin çalışmasındaki düzensizlik sonucunda kronikleşmekte ve dekompanse olmaktadır[28].

Kulak çınlaması normalde ‘‘alışkanlık mekanizması’’ ile kısa sürede sönümlenir. Üst beyin merkezleri kulak çınlamasına neden olan temel işlev bozukluğunu çözmekten de öte, sinyali kapatmak adına talamik filtreleri etkinleştirir. Bu durum da kulak çınlamasının sönmesini sağlar. Diğer yandan başta amigdala olmak üzere limbik sistem, endişe ve korku gibi emosyonel pekiştireçlerin varlığında, devam eden kulak çınlaması algısını desteklemektedir. Bu durumsa sinyalin amplifikasyonuna (artan uyarılabilirlik) ve kronifikasyonuna (nöronal plastisite mekanizmaları aracılığıyla) yol açan bir kısır döngü oluşturmaktadır[28].

Kulak çınlamasının ruh sağlığı ile ilişkisi oldukça tartışmalıdır. Büyük oranda, tinnitusun ruhsal patolojilere neden olduğu fikri hakim olsa da, ruhsal patolojilerin ve psikolojik stresin de tinnitusa sebep olabileceği düşünülmektedir. Stresin nörolojik ve odituar etkilerinin olduğuna dair birçok çalışma ortaya konmuştur. Örneğin Dagnino ve arkadaşlarının yaptığı Sprague-Dewley sıçan çalışmasında, sıçanlar 10 gün boyunca günlük 2 saat izolasyona maruz bırakılmıştır. Sürecin sonunda inferior kollikulusta belirgin derecede atrofi izlenmiş ve caydırıcı bir akustik uyararla karşılaşıldığında kaçınma koşullanmasında bozulma olduğu sonucuna varılmıştır[29]. Yine Maruzek ve arkadaşları yaptığı çalışma sonucunda Wistar farelerinin psikososyal strese maruz kalmasının, geçici bir işitsel aşırı duyarlılığa yol açtığı gösterilmiştir[30]. Psikolojik stresin tinnitus üzerine direkt etkisi konusunda ise literatür kısıtlı olup, bu alanda çok sayıda çalışmaya ihtiyaç duyulmaktadır.

1.6 TİNNİTUSUN PSİKİYATRİK HASTALIKLARLA İLİŞKİSİ

Tinnitusun karakteri, süresi, şiddeti gibi birçok değişken, kişiden kişiye oldukça değişebilmektedir. Tinnitus algısı, başa çıkma becerileri ve yüksek stres seviyeleri ile önemli ölçüde değişebilir[31]. Hastanın bu durumu ne kadar tolere edebildiğiyle ilgili olarak, hafif düzey uyku bozukluğundan majör depresyon ve anksiyeteye kadar uzanan geniş bir yelpazede psikiyatrik bozukluklara ve davranışlara neden olabilmektedir.

2014 yılında yayınlanan bir çalışmada Tinnitus Handikap Envanteri (THI), Semptom Kontrol Listesi-Revize (SCL90-R), Mizaç ve Karakter Envanteri (TCI) ve Stresle İlgili Hassasiyet Ölçeği (VRS) dahil olmak üzere psikometrik testler uygulanmıştır. Çalışma sonucunda toplam örneklemin %48'inde psikiyatrik komorbiditeye rastlanmıştır[32]. Bu durum, tinnitus hastalarında ruhsal patolojiler açısından iyi bir değerlendirme sağlanması gerektiğini gözler önüne sermektedir.

Kulak çınlaması, kısa süreli yaşandığında sıklıkla tolere edilebilmektedir. Ancak uzun süreli tinnitus varlığı, hastalar tarafından oldukça yorucu bir durum olarak tanımlanmaktadır. Kişi mutluysa, üzgünken, uyumaya çalışırken, yaptığı herhangi bir işe odaklanmaya çalışırken bu ses sürekli olarak devam etmektedir. Haliyle bir süre sonra duygudurumu olumsuz etkilemekte, kronik olarak duyulan bu sesin geçmeyeceği fikri, kişiyi çaresiz hissettirebilmektedir. Bu durum başta uyku bozukluğu olmak üzere günlük hayattaki konsantrasyonu, bilişsel işlevleri ve dikkati etkileyebilmekte ve işlevselliği bozabilmektedir. Kimi hastalar bu yorucu sürecin sonunda depresyon ve anksiyete gibi ruhsal sorunlar yaşayabilmekte, hatta intihar vakalarına da rastlanabilmektedir[33].

Tinnitus şikayeti olan bireylerde mevcut çınlama sesi kişide tahammülsüzlüğe neden olabilir. Bunun yanında hastaların çoğu, gürültünün kulak çınlamasını şiddetlendirdiğini ifade etmektedir. Tinnitus şiddeti ile hiperakuzi arasında anlamlı ilişki saptayan birçok çalışma bulunmaktadır ve tinnitus şiddeti ne kadar yüksekse hiperakuzinin de o kadar yüksek olduğu araştırmalarda bulunmuştur[34]. Bu döngü tinnituslu bireylerde sese olan tahammülsüzlüğü derinleştirmektedir. Bu derinleşmenin sonucu olarak kişide irritabilite, endişe, emosyonel değişiklikler ve duygudurumda bozulma izlenebilmektedir.

1.6.1 Tinnitus ile Depresyon ve İntiharın İlişkisi

Kulak çınlamasının depresyon ve anksiyete ile komorbidite oranı oldukça yüksektir. Öyle ki literatüre bakıldığında; Bartels ve arkadaşları kulak çınlamasına sahip 265 kişiye Hastane Depresyon ve Anksiyete Ölçeği uygulayarak yaptığı çalışmada hastaların %59'unun depresyon ya da anksiyete açısından anlamlı bulunduğu izlenmiştir. Bu oranın dağılımına bakıldığında, hastaların %10.2'sinin sadece anksiyeteye, %9.8'inin sadece depresyona ve %39.2'sinin eş zamanlı depresyon ve anksiyeteye sahip oldukları sonucu ortaya çıkmıştır[35]. Bhatt ve arkadaşlarının yaptığı çalışmaya göre kulak çınlamasından yakınan hastaların %26.1'i kaygı sorunu belirtirken, kulak çınlamasından yakınmayanlarda ise bu oran yalnızca %9.2 olarak göze çarpmaktadır. Ayrıca tinnitus semptomlarını "şiddetli" ve "çok şiddetli" olarak belirten hastaların, aynı anda depresyon ve anksiyete bildirme oranları da yüksek bulunmuştur[36]. Zöger ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada tinnituslu bireylerde herhangi bir düzeydeki anksiyete bozukluğu oranı %45 olarak izlenmektedir[37].

Tinnitus hastalarında semptomun uzun süreli mevcudiyeti, duygudurumu olumsuz etkileyebilmektedir. Yapılan çalışmalarda kontrol grubuna kıyasla daha yüksek oranda majör depresyon insidansı ve prevalansı izlenmiştir[38]. Griffiths ve arkadaşları da yaptığı çalışmada tinnitus hastalarında kontrol grubuna göre önemli ölçüde daha yüksek yaşam boyu majör depresyon ve mevcut majör depresyon prevalansı saptamıştır[39].

Tinnitus ile majör depresyon ilişkisini ortaya koyan pek çok çalışma bulunmasına karşın, intihar ile ilişkisini direkt olarak ortaya koymak güç olduğundan, tinnitus-intihar ilişkisi oldukça tartışmalıdır. Bu konuda yapılan kısıtlı sayıda çalışma da, tinnitus ile intiharın tek etken olarak ilişkili olmadığı veya direkt bir bağlantı olduğu sonucuna varılamayacağını işaret etmektedir. Örneğin 2001 yılında farklı veritabanlarından, 1966-2001 ve 1975-2001 yılları arasının taranarak yapıldığı bir çalışmada tinnitus ile intiharın neden-sonuç ilişkisine sahip olmadığı ortaya konmuştur[40]. Szibor ve arkadaşları 2019 yılında yaptığı geriye dönük tarama çalışmasında da, kulak çınlaması ve intiharın birlikte görülmesi konusunda "tek anlamlı" bir sonuca varmanın mümkün olmadığını ifade etmişlerdir. Nedeni olarak da metodolojik farklılıkları, kulak çınlaması ile psikiyatrik komorbiditeler arasındaki karmaşık ilişkileri ve travma sonrası stres bozukluğu vakalarının çalışmalara dahil edilmesi gibi nedenleri göstermişlerdir[41].

Bir intihar vakasının direkt olarak kulak çınlamasına bağılı gerçekleştiğini iddia etmek güçtür. Ancak intihara giden yolda belli ‘‘çökelticilerin’’ rolünü, bazı kısıtlayıcı ve engelleyici durumların varlığını anlayabilmek bu tip vakalar için oldukça değerlidir. Birçok çalışma, bu tip çökeltici ve kısıtlayıcı faktörlerin taranması ve tespitinin önemini vurgulamakta ve bununla ilgili çalışma sayısının artma gerekliliğine dikkat çekmektedir[42].

1.6.2 Tinnitus ile Anksiyetenin İlişkisi

Diğer yandan, yapılan çalışmalarda kulak çınlamasından yakınan bireylerde daha çok kaygı oranı bildirildiği ve belirgin anksiyete oranlarına sahip oldukları izlenmektedir[36,37]. Bu durum stresin kulak çınlamasına neden olup olmadığı sorusunu akıllara getirmektedir. Bu ilişkiyi incelemek adına yapılan bir çalışma, temel stres hormonu olarak tanımlanan kortizol düzeylerini değerlendirmiş ve 5.5 yıldır rahatsız edici düzeyde tinnitus bildiren kişilerin tükürük bezlerinde, bazal düzeyin çok üstünde kortizol seviyeleri gözlemlenmiştir[43]. Ayrıca Hebert ve Lupien’in yaptığı bir diğer çalışma, uzun süreli tinnitustan yakınan bireylerde psikososyal strese uygun olmayan HPA (hipofiz-pituiter-adrenal) cevabı izlendiği ortaya koymuştur[44].

Anksiyete ve tinnitusun ilişkili olduğu fikri Antik Yunan kadar eskiye dayanmaktadır. Bu ön kabulün temel sebebinin, sıkça birlikte görülmelerinden ileri geldiği düşünülmektedir. O tarihlerden bugüne birçok hekim, tinnitus ve anksiyetenin ilişkili olduğunu ifade etmişlerdir. Birlikteliklerinin sık görülmesi, kaygının tinnitusa neden olduğu fikrini doğurmuştur. Psikolojik stresin odituar ve nörolojik etkilerinin olduğuna dair literatürde çalışmalar olsa da tinnitusa direkt neden olduğuna dair net bulgular edinilememiştir. Tinnitus ile anksiyete arasındaki ilişki açık olmasına karşın hangisinin sebep hangisinin ise sonuç olduğu da tartışmalıdır.

Şikayet edilen kulak çınlaması kişilik özelliklerine, semptomun şiddetine, kişinin toleransına göre hastayı farklı derecelerde etkileyebilmektedir. Etkilenme düzeyini, kişinin semptomu felaketleştirme belirleyebilmektedir. Yapılan çalışmalar felaketleştirme ile korku ve felaketleştirme ile kulak çınlamasına yönelik artan dikkat arasındaki ilişkiyi ortaya koymuştur. Hem kulak çınlamasını felaketleştirme hem de korku, yaşam kalitesini belirgin derecede azaltmaktadır[45].

1.6.3 Tinnitus ile Uyku Bozukluklarının İlişkisi

Uyku bozukluğu kulak çınlaması olan hastalarda oldukça yaygın görülen bir durumdur. Sesli ortamlarda daha kolay tolere edilebilen tinnitus, sessiz ortamlarda daha belirgin hissedilmektedir. Bu da uykuya dalma başta olmak üzere, uykuyu sürdürmeyi ve uyku kalitesinin sağlanmasını zorlaştırabilmektedir.

Kulak çınlamasının uykunun evrelerine etkileri üzerine yapılan birçok çalışma mevcuttur. Teixeira ve arkadaşlarının 2018 yılında yaptığı çalışmada hastalara polisomnografi yapılmış, ayrıca Epworth Uykululuk Skalası ve Tinnitus Handikap Envanteri uygulanmıştır. Çalışma sonucunda tinnitüslü grupta uykunun 1. ve 2. evrelerinde daha yüksek; 3. evre ve REM (hızlı göz hareketleri) evresinde daha düşük ortalama değerler gözlenmiştir. Diğer bir deyişle tinnitus hastalarının yüzeysel uykuda daha fazla süre geçirdikleri, derin uyku (evre 3) ve REM uykusunda daha az kaldıkları ortaya konmuştur[46].

Japonya’da yapılan bir çalışma, 45 ile 79 yaşları arasında olan 14.027 katılımcıyı dahil etmiş ve kulak çınlaması olan ve olmayan bireyler arasındaki uyku farklılıkları incelenmiştir. Uykusuzluk yüzdeleri erkeklerde tinnitüsü olan ve olmayan bireylerde sırasıyla %28.1 ve %18.8, kadınlarda ise sırasıyla %36.1 ve %26.5 olarak bulunmuştur. Tinnitüsü olmayan bireylere kıyasla uykusuzluk erkek ve kadınlarda sırasıyla 1.7 ve 1.8 kat yüksek olarak sonuçlanmıştır. Tinnitüsün uykuya dalmada güçlük, uykuyu sürdürmede güçlük ve kötü uyku kalitesi ile ilişkili olduğu görülmüştür[47]. Ayrıca tinnitüsün, daha az uyku saati ve daha fazla kaçırılan ortalama çalışma günü ile ilişkili olduğunu ortaya koyan çalışmalar da mevcuttur[36,37].

1.6.4 Tinnitus ile Diğer Ruhsal Bozuklukların İlişkisi

Salviati ve arkadaşları 2014 yılında yayınladığı çalışmada 239 tinnitus hastasına THI, SCL90-R, TCI ve VRS dahil olmak üzere bir dizi test uygulamıştır. Tinnitüsle komorbidite gösteren ruhsal hastalıklar arasında depresyon ve anksiyetenin yanında, somatizasyon ve obsesyon prevalansının da yüksek olduğu bulunmuştur. Ayrıca dekompanse tinnitüstan yakınan hastaların %41’i ailede psikiyatrik hastalık öyküsü bildirmiştir[32].

Belli ve arkadaşları, yaptığı çalışmada depresyon ve anksiyetenin yanında tinnitus hastalarında kişilik özellikleri ve somatoform bozukluklar yönüyle de değerlendirmişlerdir. Tinnitus hastalarında depresyon, anksiyete ve somatizasyon görülme oranı bu çalışmada da

anlamli derecede yu'ksek bulunmuştur. Buna ek olarak SCL-90-R uygulanmış ve tinnitus ile sadece paranoid d'uşun'ce, psikotizm ve d'uşmanlık alt o'le'ceklerinde istatistiksel anlamlılığa rastlanmıştır[48].

Yapılan 'alışmalarda kulak 'ınlaması olan bireylerde aleksitimi oranı da anlamlı derecede yu'ksek olduğu g'o'ze 'arpmaktadır. Salonen ve arkadaşlarının yaptığı 'alışmada aleksitimi d'u'zeyleri Toronto Aleksitimi O'le'ęi (TAO) ile o'le'çu'muş ve kulak 'ınlaması olan hastalarda anlamlı derecede yu'ksek olarak izlenmiştir. Beklenenin aksine TAO skoru ile tinnitus şiddeti arasında ilişki saptanamamıştır. Aslında en yu'ksek TAO puanları, tinnitusu olan ancak subjektif olarak bunu rahatsız edici olarak değerlendirmeyen hastalarda bulunmuştur[49].

Yine literat'u're bakıldığında tinnitusa sahip bireylerde sosyal geri 'ekilme, d'uşu'k dışa d'o'n'u'klu'k ve duygusal izolasyonun normal pop'u'lasyona g'o're yu'ksek olduğunu g'o'stiren 'alışmalar mevcuttur[50,51,52].

1.6.5 Tinnitus ve Cinsel Yaşam

Cinsel yaşam bir'çok fakt'o'rd'en etkilenmekle birlikte, bunlardan birinin de tinnitus olduğu konusu tartışmalıdır. Bu konuda olduğca kısıtlı sayıda 'alışma olmasına karşın Mulluk ve arkadaşlarının yaptığı 'alışmada hafif ve orta d'u'zey tinnitustan yakınan bireylerde, kontrol grubuna kıyasla cinsel bozuklukların daha 'ok g'o'r'u'duğu ortaya konmuştur. Zamanla kişinin duruma alıştığı ve bu rahatsızlığın ortadan kalkabildiği veya azalabildiği vurgulanmıştır[53]. Bir diğer 'alışmada tinnitus şikayeti olan ve olmayan toplam 80 erkek karşılaştırılmış ve tinnitus grubunun erekt'il fonksiyon, orgazm fonksiyonu, cinsel istek, ilişkiden memnuniyet ve genel memnuniyet puan ortalamalarının kontrol grubuna g'o're anlamlı derecede d'uşu'k olduğu bulunmuştur[54].

2. GEREÇ VE YÖNTEM

2.1 ARAŞTIRMA TİPİ VE NİTELİĞİ

Bu çalışma tek merkezli olarak yürütülecek olan bir çalışma olup tanımlayıcı kesitsel ve gözlemsel bir çalışma dizaynına sahiptir. Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 15.09.2022 toplantı tarihi ve 2023/153 karar numarası ile izin alınmıştır.

2.2 ARAŞTIRMANIN ANA HİPOTEZİ

Tinnitus şiddeti arttıkça hastalarda yaşam doyumu ve cinsel doyumda azalma olur, intihar düşüncesinde ise artış meydana gelir. Tinnitusu olan bireylerde, olmayanlara kıyasla yaşam doyumu ve cinsel doyumda azalma olur, intihar düşüncesinde ise artış meydana gelir.

2.3 ARAŞTIRMANIN ALT HİPOTEZLERİ

1. Tinnitus şiddeti artışı ile yaşam doyumu arasında anlamlı ilişki vardır.
2. Tinnitus şiddeti artışı ile cinsel doyum arasında anlamlı ilişki vardır.
3. Tinnitus şiddeti artışı ile intihar olasılığı arasında anlamlı ilişki vardır.
4. Tinnitus şiddeti artışı ile umutsuzluk arasında anlamlı ilişki vardır.
5. Tinnitus şiddeti artışı ile düşmanlık arasında anlamlı ilişki vardır.
6. Tinnitus şiddeti artışı ile intihar düşüncesi arasında anlamlı ilişki vardır.
7. Tinnitus şiddeti artışı ile olumsuz kendilik arasında anlamlı ilişki vardır.
8. Tinnitusu olan ve olmayan bireyler arasında yaşam doyumu açısından anlamlı ilişki vardır.
9. Tinnitusu olan ve olmayan bireyler arasında cinsel doyum açısından anlamlı ilişki vardır.
10. Tinnitusu olan ve olmayan bireyler arasında intihar olasılığı açısından anlamlı ilişki vardır.
11. Tinnitusu olan ve olmayan bireyler arasında umutsuzluk açısından anlamlı ilişki vardır.
12. Tinnitusu olan ve olmayan bireyler arasında düşmanlık açısından anlamlı ilişki vardır.
13. Tinnitusu olan ve olmayan bireyler arasında intihar düşüncesi açısından anlamlı ilişki vardır.
14. Tinnitusu olan ve olmayan bireyler arasında olumsuz kendilik açısından anlamlı ilişki vardır.

2.4 ÖRNEKLEM

Çalışmamızda 15/03/2022- 15/03/2023 tarihleri arasında Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kulak Burun ve Boğaz Hastalıkları (KBB) polikliniğine en az 6 aydır kulak çınlama yakınması sürmekte olan, tek yada çift taraflı, 18-65 yaş arası olgular alınmıştır. KBB polikliniğine başvuran hastaların otoskopik muayeneleri yapılmış, odyometrik ölçümleri sağlanmış ve gerek görülen vakalarda kranial görüntüleme sağlanmıştır. Hastalarla görüşmeler yapıp, anamnezleri alınmıştır. Kronik subjektif tinnitus olarak değerlendirilen ardışık 99 hasta, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları (RSH) polikliniğine yönlendirilmiş ve çalışmamıza uygun olmayan 8 hasta cinsel yaşamla ilgili soruları yanıtlamak istememeleri, psikoaktif madde veya psikotrop ilaç kullanmaları dolayısıyla çalışmadan çıkarılmıştır. Polikliniğimize yönlendirilen hastalara Sosyodemografik Veri Ölçeği, Tinnitus Engellilik Anketi (TEA), Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği (ACYÖ), Yaşam Doyumu Ölçeği (YDÖ), İntihar Olasılığı Ölçeği (İÖÖ) uygulanarak hastalar çalışmaya dahil edilmiştir. Ayrıca sağlıklı kontrol grubu olarak da 92 kişi çalışmamıza dahil edilerek psikometrik ölçümleri sağlanmıştır.

2.5 ÇALIŞMAYA ALINMA ÖLÇÜTLERİ

6 aydan uzun süredir tinnitus yakınması olan, 18-65 yaş arası, KBB muayenesinde tinnitusa neden olabilecek organisite saptanmayan, KBB tarafından yapılan muayene ve uygulanan tetkikler neticesinde kronik subjektif tinnitus olarak değerlendirilen ve çalışmaya katılmayı kabul eden gönüllüler çalışmaya dahil edildi.

2.6 DIŞLAMA ÖLÇÜTLERİ

Mental retardasyonu olan, son iki yıl içerisinde psikiyatrik ilaç kullanımı olan, mevcut ruhsal bozukluğu olan, geçmişte psikotik ya da bipolar bozukluk tanısı alan, alkol/madde kullanım bozukluğu olan, kişilik bozukluğu olan, kronik dahili hastalığı bulunan, ölçeklere uyum sağlayabilecek akademik başarıya sahip olamayan, okur-yazarlığı olmayan ve tinnitusa neden olabilecek organik bir patoloji saptanan hastalar dışlandı.

2.7 YÖNTEM

Hastanemiz KBB polikliniğinden yönlendirilen, 6 aydan uzun süredir tek veya çift taraflı kulak çınlamasından yakınan, 18-65 yaş aralığında bulunan, KBB polikliniği tarafından muayenesi sağlanarak organik nedenlerin dışlanan ve kronik subjektif tinnitus tanısı alan hastalar tarafımızca görüşmeye alındı. Görüşme sırasında çalışmaya alınma ölçütlerine

uygunluğu ve dışlama kriterlerine dahil olup olmadığı detaylıca değerdendirildi. Hastalara alışma hakkında bilgi verildi ve dahil olmayı kabul edenlerden ayrıntılı aydınlatılmış onam formu imzaları alındı.

Çalışmaya dahil edilen olgulardan 6'sı cinsel yaşantısıyla ilgili bilgileri vermek istemediği/eksik verdiği gerekçesi ile, 2'si de halen psikoaktif madde kullanımının olması gerekçesi ile çalışmadan dışlandı. Toplamda 91 hasta çalışmaya dahil edildi. Kontrol grubuna ise 92 kişi dahil edilerek çalışma tamamlandı.

Hastalara ve kontrol grubuna Sosyodemografik Veri Formu ile birlikte Tinnitus Engellilik Anketi, Arizona Cinsel Yaşantılar öleği, Yaşam Doyumu öleği, İntihar Olasılığı öleği uygulandı.

2.8 KULLANILAN GEREÇLER

2.8.1 Sosyodemografik Veri Formu
Hastalara öncelikle yaşı, cinsiyeti, medeni hali, ocuk sayısı, mesleği, gelir düzeyi, eğitim durumu, ne kadar süredir çınlama şikayeti olduğu, çınlama durumunun hangi durumlarda arttığı, hangi kulakta olduğu ve aile öyküsü olup olmadığını sorgulayan, tarafımızca oluşturulmuş bir formdur.

2.8.2 Tinnitus Engellilik Anketi
Tinnitus Engellilik Anketi (TEA), tinnitusun değerdendirilmesinde en sık kullanılan ankettir. Kolay uygulanabilirliği, cinsiyet ve işitme kaybından etkilenmeyişi, açık sonuçlar verişi ve psikometrik açıdan net bir değerdendirme yapışi nedeniyle TEA tercih edilmiştir. 1996 yılında Craih W. Newman ve iki araştırmacı tarafından geliştirilmiş 25 soruluk bir ankettir[55].

Standardizasyonu 1998 yılında ayaktan hasta popölasyonunda gerçekleştirilmiş ve geçerliliği yüksek bir iç tutarlılık göstermiştir. Tekrar test yönteminin uygulandığı bir çalışmada da yüksek güvenilirliğe sahip olduğu bulunmuştur[56].

Türkçeye evrilmesi, geçerlik ve güvenilirlik alışmaları Aksoy ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. Türkçe uyarlamasında yüksek iç tutarlılık ve güvenilirlik elde edilmiştir[57].

TEA, kişilerin duygusal ve fiziksel olarak ne kadar etkilendikleri, hayattaki işlevselliklerini ne derece bozduğu, tinnitusla başa çıkma becerilerini, stres altındayken etkilenme durumlarını, sosyal hayatlarını ne kadar etkilendiği gibi birçok faktörü değerlendirmektedir. Ayrıca hastaları Fonksiyonel, Emosyonel ve Katastrofik olarak 3 ayrı alt ölçekle de ayırmaktadır.

25 sorudan oluşan ankette sorulara ‘Evet’, ‘Hayır’ ve ‘Bazen’ olmak üzere 3 farklı yanıt verilebilmektedir. ‘Evet’ yanıtı 4 puan, ‘Hayır’ yanıtı 0 puan, ‘Bazen’ yanıtı ise 2 puan olarak değerlendirilmektedir. Alınabilecek en düşük puan 0, en yüksek puansa 100 olarak sonuçlanabilmektedir.

Grade 1 (0-16 puan): Zayıf (Sadece sessiz ortamda duyulur)

Grade 2 (18-36 puan): Orta (Çevredeki gürültü ile kolayca maskelenebilir ve aktivite ile kolayca unutulabilir)

Grade 3 (38-56 puan): Ilımlı (Arkadan gelen gürültüde fark edilmesine rağmen günlük aktiviteler hala yapılabilir)

Grade 4 (58-76 puan): Şiddetli (Hemen hemen her zaman duyulur, uykuyu böler ve günlük aktivitelere engel olabilir)

Grade 5 (78-100 puan): Felaket (Her zaman duyulur, uykuyu böler ve günlük aktivitelerde güçlük yaratır)

Çalışmamızda TEA’nın Cronbach alfa değeri hesaplanmış olup 0.92 olarak hesaplanmıştır.

2.8.3 Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği
Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği (ACYÖ) 5 maddeden oluşmaktadır. Cinsel işlevin temel bileşenleri olan cinsel istek, vajinal lubrikasyon/penis sertleşmesi, orgazma ulaşma kapasitesi ve orgazmdan alınan tatmin, cinsel istek ve uyarılmayı değerlendirmektedir. Kadın ve erkek olarak ayrı şekilde düzenlenmiştir. Her soru 6 puanlı Likert tipi sorulardan oluşan 5 madde yer almaktadır. Her bir cinsel işlev, 1 puan; cinsel işlev bozukluğu yok ve 6 puan; tam işlev bozukluğu olacak şekilde puanlandırılır. En düşük puan 5, en yüksek puan ise 30 olarak sonuçlanabilmektedir. Düşük skorlar gelişmiş cinsel işlevi, yüksek skorlarsa cinsel işlev bozukluğunu yansıtmaktadır.

Toplam ACYÖ puanının ≥ 19 , tek bir madde puanının ≥ 5 veya üç maddenin puanının ≥ 4 olması cinsel işlev bozukluğu olduğunu gösterir. Soykan tarafından ölçek Türkçe’ye çevrilmiş,

geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları yapılmıştır. Yapılan çalışmada cinsel işlev bozukluğu için kesme puanı 11 olarak belirlenmiştir[58].

ACYÖ'nin Cronbach's Alpha değeri 0.89 ve 0.90'dır. Bu araştırmadaki örneklem grubunda ise Cronbach's Alpha değeri 0.93 olarak hesaplanmıştır.

2.8.4 Yaşam Doyumu Ölçeği

Yaşam Doyum Ölçeği (YDÖ), Deiner ve arkadaşları tarafından 1985 yılında geliştirilmiş olan 5 maddeden oluşan bir ölçektir. Deiner ve arkadaşlarının yaptığı çalışmaya göre iç tutarlılık katsayısı .87 ve güvenilirlik katsayısı .82 olarak bulunmuştur. 1 puan; hiç katılmıyorum ve 7 puan; tamamen katılıyorum anlamına gelen bir aralıkta katılımcılardan puanlaması istenmektedir. Düşük puanlar yaşam doyumunun düşüklüğünü, yüksek puanlarsa yaşam doyumunun gelişkin olmasını yansıtmaktadır.

Ölçeğin Türkçe'ye uyarlaması Baysal ve Dağlı tarafından 2016 yılında yapılmıştır[59].

Ölçeğin orijinal halinde olan 7 basamaklı yanıt seçenekleri Türk kültürüne uygun olmadığı gerekçesiyle 5'e indirilmiş ve yeniden İngilizce'den Türkçe'ye uyarlanmıştır. Yeni formda "1 puan; hiç katılmıyorum, 2 puan; çok az katılıyorum, 3 puan; orta düzeyde katılıyorum, 4 puan; büyük oranda katılıyorum, 5 puan; tamamen katılıyorum" şeklinde düzenlenmiştir[59]. Cronbach Alpha iç tutarlılık katsayısı .88 ve test- tekrar test güvenilirlik katsayısı .97 olarak hesaplanmıştır.

Bu çalışmada ise YDÖ'nün Cronbach Alpha katsayısı 0.87 olarak hesaplanmıştır. Bu değer, ölçeğin çalışmamız için uygun bir özellik taşıdığını göstermektedir.

2.8.5 İntihar Olasılığı Ölçeği

Katılımcılar, intihar olasılıklarının değerlendirilmesi için İntihar Olasılığı Ölçeği (İÖÖ) doldurmuşlardır. Ölçek 1988 yılında Cull ve Gill tarafından oluşturulmuş olup, ergen ve yetişkinlerde intihar olasılığını değerlendirme amacıyla geliştirilmiştir. Ölçek 4 puanlı likert tipinde olup 36 maddeden oluşmaktadır. Ölçekte sorulara verilebilen yanıtlar "hiçbir zaman veya nadiren" (1), "bazen" (2), "sık sık" (3), "çoğu zaman veya her zaman" (4) şeklindedir. Katılımcıların alabileceği en düşük puan 36 iken, en yüksek puan ise 144'tür. Puanların artması, artmış bir intihar olasılığını göstermektedir. Ölçeğin özgün formunun Cronbach alfa iç tutarlık katsayısı .93, test tekrar test güvenilirlik katsayısı .92 olarak belirlenmiştir[60].

Ölçekte bazı maddeler (2,6,7,10,11,18,20,21,22,24,25,26,27,30,32,35 ve 36) ters olarak puanlanmıştır. Ayrıca ölçek 4 farklı alt grubu da ayrıca değerlendirmektedir. Bu değerlendirmeye göre 12 madde (5,12,14,15,17,19,23,28,29,31,33,36) umutsuzluk alt boyutunu, 7 madde (1,3,8,9,13,16,34) düşmanlık alt boyutunu, 9 madde (2,6,10,11,18,22,26,27,35) olumsuz kendilik değerlendirmesi boyutunu, 8 madde de (4,7,20,21,24,25,30,32) intihar düşüncesi alt boyutunu skorlamaktadır. Ölçekten alınan puanlar dört gruba ayrılmıştır (0-24 normal, 25-49 hafif düzeyde risk, 50-74 orta düzeyde risk, 75-100 yüksek risk)[61].

İlk olarak Türkçe'ye çevirisi, geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları 1993 yılında Eskin tarafından yapılmıştır[62]. Şahin ve Durak'ın 2000 yılında yaptığı çalışma ile de bir miktar değişikliğe uğramıştır. Ölçekteki bazı maddelerin doğrudan intiharı düşündürücü yönünün rahatsız edici olması ve kişileri olumsuz etkileyebileceği yönündeki kaygılar nedeniyle düzenlenmiştir. Örneğin; "intihar etmeyi düşünüyorum" ifadesi yerine "intihar etmeyi hiç düşünmedim" ifadesi, diğer bir örnekte ise "kendimi öldürmeyi düşündüm" ifadesi yerine "kendimi öldürmeyi hiç düşünmedim" ifadesi tercih edilmiştir. İntihar girişiminde bulunanlar, depresyon hastaları ve normal popülasyonun kabul edildiği bu çalışmada yanıtlar "%0 uygun", "%30 uygun", "%70 uygun" ve "%100 uygun" şeklinde alınmış olup[63], çalışmamızda da yanıtlar bu şekilde kullanılmıştır. Çalışmamız sonucunda ölçeğin Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı 0.81 olarak saptanmıştır.

2.9 ÇALIŞMANIN KISITLILIKLARI

Çalışmamız tek merkezlidir. Aynı yöredeki insanlar arasında yapılmış olup genellenemez. Cinsel işlev, intihar düşüncesi ve yaşam doyumunu etkileyebilecek diğer karıştırıcı faktörler ele alınmamıştır. Özellikle cinsel yaşam üzerine sorulan sorularda olduğundan farklı ya da iyi gösterme amacı güdülerek yanıtlanma durumu söz konusu olabilir. Ayrıca yapılan testler olan Tinnitus Engellilik Anketi, Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği, Yaşam Doyumu Ölçeği, İntihar Olasılığı Ölçeği testleri öz bildirim testleri olduğundan sorular öznel olarak yorumlanmış olabilir. Ancak özel bir popülasyonu ele alması ve hastalarla yüzyüze görüşme yapılarak değerlendirme sağlanması araştırmayı kıymetli kılmaktadır.

2.10 İSTATİSTİKSEL ANALİZ

Araştırmada değerlendirilen vakaların demografik ve klinik özellikleri betimleyici istatistiksel analizlerle (sayı, yüzde, ortalama, standart sapma vb.) incelenmiştir. Cinsiyete, çalışma durumuna, hastalık süresine, tetikleyici durumuna, medeni duruma, aile öyküsüne, eğitim durumuna, gelir durumuna, kulak çınlaması durumuna, cinsel bozukluğa göre TEA, YDÖ, İÖÖ ve ACYÖ skorlarının karşılaştırması ve TEA ölçeğine göre hastalık şiddetine göre YDÖ, İÖÖ ve ACYÖ skorlarının karşılaştırılması ikili gruplar arasında Bağımsız Gruplar t testi ve Mann Whitney U testi üç ve üzeri gruplarda ise Kruskal Wallis H testi kullanılmıştır. Yaş, çocuk sayısı ve çınlama süresi ile TEA, YDÖ, İÖÖ ve ACYÖ skorları arasındaki ilişki ve TEA, YDÖ, İÖÖ ve ACYÖ skorları arasındaki ilişki Pearson Korelasyon Analizi kullanılarak incelenmiştir. Umutsuzluk Alt Ölçeği (Umutsuzluk AÖ), Düşmanlık Alt Ölçeği (Düşmanlık AÖ), Olumsuz Kendilik Alt Ölçeği (Olumsuz Kendilik AÖ), İntihar Düşüncesi Alt Ölçeği (İntihar Düşüncesi AÖ) skorlarını ve İÖÖ toplam, YDÖ, ACYÖ skorlarını açıklamada etkili olan faktörler Hiyerarşik Regresyon Analizi, cinsel bozukluk riskini artırmada etkili olan faktörler ise Çok Değişkenli Binary Lojistik Regresyon Analizi ile incelenmiştir. Tüm analizler için anlamlılık seviyesi $p<0,05$ olarak belirlenmiştir. Verilerin normal dağılıma uygunluğu basıklık ve çarpıklık değerleriyle ($\pm 1,5$) kontrol edilmiştir. Analizlerin uygulamasında IBM SPSS 22.0 programı kullanılmıştır.

3. BULGULAR

Tablo 1: Araştırmada Değerlendirilen Vakaların Demografik Özellikleri

		n	%
Cinsiyet	Kadın	53	58,2
	Erkek	38	41,8
Medeni hal	Evli	69	75,8
	Bekar	15	16,5
	Boşanmış	3	3,3
	Dul	4	4,4
Çocuk sayısı	0	8	8,8
	1	25	27,5
	2	29	31,9
	3	19	20,9
	4	5	5,5
	5	4	4,4
	6	1	1,1
Meslek	Çalışmıyor	41	45,1
	İşçi	11	12,1
	Memur	12	13,2
	Emekli	18	19,8
	Çiftçi	3	3,3
	Öğrenci	6	6,6
Gelir	1	16	17,6
	2	14	15,4
	3	23	25,3
	4	12	13,2
	5	26	28,6
Eğitim düzeyi	İlköğretim	41	45,1
	Ortaöğretim	15	16,5
	Lise	23	25,3
	Üniversite	12	13,2

	Ort.±SS.	Min.-Maks
Yaş	47,31±13,55	18,00-65,00

Ort.=Ortalama, SS.=Standart Sapma

Araştırmada değerlendirilen vakaların 53 'ünün (%58,2) kadın, 69'unun (%75,8) evli, 15'inin (%16,5) bekar, 3'ünün (%3,3) boşanmış, 4'ünün (%4,4) dul, 25'inin (%27,5) 1, 29'unun (%31,9) 2, 19'unun (%20,9) 3, 5'inin (%5,5) 4, 4'ünün (%4,4) 5, 1'inin (%1,1) 6 çocuğu olduğu, 41'inin (%45,1) çalışmadığı, 11'inin (%12,1) işçi, 12'sinin (%13,2) memur, 18'inin (%19,8) emekli, 3'ünün (%3,3) çiftçi, 6'sının (%6,6) öğrenci olduğu, 41'inin (%45,1) ilköğretim, 15'inin (%16,5) ortaöğretim, 23'ünün (%25,3) lise, 12'sinin (%13,2) üniversite eğitim düzeyine sahip olduğu bulundu.

Araştırmada değerlendirilen vakaların yaş ortalamalarının 47,31±13,55 (Min.=18,00-Maks.=65,00) olduğu bulundu.

Tablo 2: Araştırmada Değerlendirilen Vakaların Klinik Özellikleri

		n	%
Çınlama tetikleyicisi	Kaygı	9	9,9
	Mutsuzluk	4	4,4
	Stresli	32	35,2
	Durumdan etkilenmiyor	46	50,5
Hangi kulakta olduğu	Her ikisi	42	46,2
	Sağ	22	24,2
	Sol	27	29,7
Aile öyküsü	Evet	19	20,9
	Hayır	72	79,1
Hastalık süresi	6 ay-1 yıl	51	56,0
	1 yıldan fazla	40	44,0
		Ort.±SS.	Min.-Maks
Hastalık süresi		2,80±3,60	0,50-20,00

Ort.=Ortalama, SS.=Standart Sapma

Araştırmada değerlendirilen vakaların 9'unun (%9,9) çınlama tetikleyicisinin kaygı, 4'ünün (%4,4) mutsuzluk, 32'sinin (%35,2) stres olduğu, 46'sının (%50,5) ise durumdan etkilenmediği, 42'sinin (%46,2) her iki kulakta çınlama olduğu, 22'sinin (%24,2) sağ, 27'sinin (%29,7) sol kulakta çınlamanın olduğu, 19'unun (%20,9) aile öyküsünün olduğu, 51'inin (%56)

hastalık süresinin 6 ay ile 1 yıl arası, 40'ının (%44) ise 1 yıldan fazla hastalık süresi olduğu bulundu.

Araştırmada değerlendirilen vakaların hastalık süresi ortalamalarının $2,80 \pm 3,60$ (Min.=0,50 - Maks.=20,00) olduğu bulundu.

Tablo 3: Hasta ve Kontrol Grubunun Sosyodemografik Verilerinin Karşılaştırılması

		Hasta		Kontrol		
		n	%	n	%	p
Cinsiyet	Kadın	53	58,2	42	45,7	0,08
	Erkek	38	41,8	50	54,3	
Medeni hal	Evli	69	75,8	63	68,5	0,07
	Bekar	15	16,5	24	26,1	
	Boşanmış	3	3,3	5	5,4	
	Dul	4	4,4			
Meslek	Çalışmıyor	41	45,1	49	53,3	0,56
	İşçi	11	12,1	12	13,0	
	Memur	12	13,2	9	9,8	
	Emekli	18	19,8	12	13,0	
	Çiftçi	3	3,3	4	4,3	
	Öğrenci	6	6,6	6	6,5	
Eğitim düzeyi	İlköğretim	41	45,1	49	53,3	0,307
	Ortaöğretim	15	16,5	13	14,1	
	Lise	23	25,3	14	15,2	
	Üniversite	12	13,2	16	17,4	
		Ort.±SS.	Min.-Maks	Ort.±SS.	Min.-Maks	
Yaş		47,31±13,55	18,00-70,00	44,11±8,255	22-64	0,056

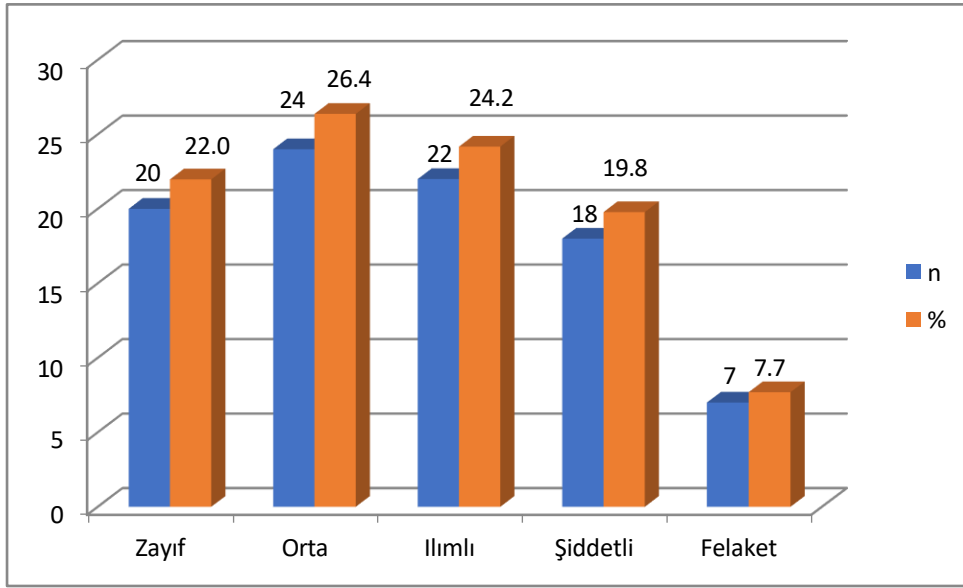
Bağımsız gruplar t testine göre hasta ve kontrol grubunun yaş ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmadı ($p=0,056$). Ki kare ve fisher exact testine göre hasta ve kontrol grubunun sırasıyla cinsiyet, medeni hal, meslek ve eğitim düzeyleri arasında fark bulunmadı (sırasıyla $p=0,08$; $p=0,07$; $p=0,56$, $p=0,307$).

Tablo 4: Araştırmada Değerlendirilen Vakaların Psikometrik Ölçümleri

	Ort.	SS.	Minimum	Maximum
TEA	40,91	24,26	0,00	98,00
YDÖ	15,54	4,82	5,00	25,00
UMUTSUZLUK AÖ	25,42	5,40	14,00	40,00
DÜşMANLIK AÖ	10,81	3,68	7,00	22,00
OLUMSUZ KENDİLİK AÖ	18,96	4,85	9,00	31,00
İNTİHAR DÜşÜNCESİ AÖ	17,74	5,72	8,00	31,00
İÖÖ	72,92	13,14	51,00	102,00
ACYÖ	17,67	5,80	6,00	30,00

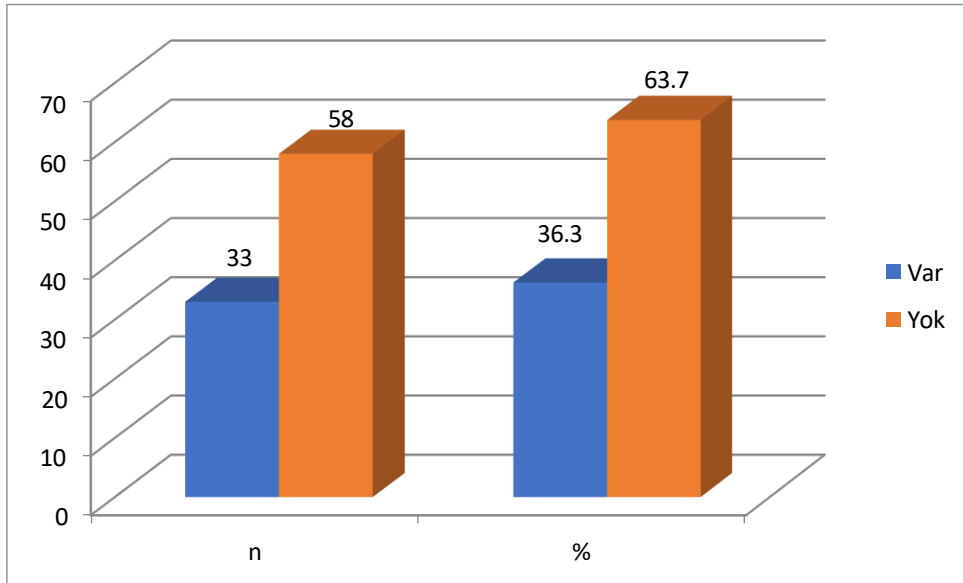
Ort.=Ortalama, SS.=Standart Sapma

Araştırmada değerlendirilen vakaların TEA ortalamalarının $40,91 \pm 24,26$ (Min.=0,00 - Maks.=98,00), YDÖ ortalamalarının $15,54 \pm 4,82$ (Min.=5,00 -Maks.=25,00), Umutsuzluk AÖ ortalamalarının $25,42 \pm 5,40$ (Min.=14,00 -Maks.=40,00), Düşmanlık AÖ ortalamalarının $10,81 \pm 3,68$ (Min.=7,00 -Maks.=22,00), Olumsuz Kendilik AÖ ortalamalarının $18,96 \pm 4,85$ (Min.=9,00 -Maks.=31,00), İntihar Düşüncesi AÖ ortalamalarının $17,74 \pm 5,72$ (Min.=8,00 - Maks.=31,00), İÖÖ ortalamalarının $72,92 \pm 13,14$ (Min.=51,00 -Maks.=102,00), ACYÖ ortalamalarının $17,67 \pm 5,80$ (Min.=6,00 -Maks.=30,00) olduğu bulundu.



Şekil 1: TEA Ölçeğine Göre Hastalık Şiddeti

Araştırmada değerlendirilen vakaların TEA ölçeğine göre 20'sinin (%22) zayıf, 24'ünün (%26,4) orta, 22'sinin (%24,2) ılımlı, 18'inin (%19,8) şiddetli, 7'sinin (%7,7) felaket hastalık şiddetinin olduğu bulundu.



Şekil 2: ACYÖ'ye Göre Cinsel Sorun Varlığı Bildiren Vakaların Oranları

Tablo 5: Cinsiyete Göre TEA, YDÖ, İÖÖ ve ACYÖ Skorlarının Karşılaştırması

	Kadın		Erkek		t	p
	Ort.	SS.	Ort.	SS.		
TEA	43,30	24,73	37,58	23,52	1,111	0,270
YDÖ	15,57	5,32	15,50	4,09	0,064	0,949
UMUTSUZLUK AÖ	26,51	5,66	23,89	4,67	2,334	0,022
DÜŞMANLIK AÖ	11,02	4,10	10,53	3,02	0,628	0,532
OLUMSUZ KENDİLİK	18,91	5,45	19,03	3,93	-0,116	0,908
İNTİHAR DÜŞÜNCESİ AÖ	18,45	5,28	16,74	6,22	1,419	0,159
İÖÖ	74,89	13,46	70,18	12,32	1,701	0,092
ACYÖ	19,72	6,37	14,82	3,23	4,354	<0,001

Ort.=Ortalama, SS.=Standart Sapma, t=Bağımsız Gruplar t testi.

Bağımsız Gruplar t testine göre kadın vakaların Umutsuzluk AÖ ve ACYÖ ortalamalarının erkek vakaların Umutsuzluk AÖ (t=2,334, p=0,022) ve ACYÖ (t=4,354, p<0,001) ortalamalarından istatistiksel açıdan anlamlı seviyede daha yüksek olduğu bulundu.

Tablo 6: Çalışma Durumu ile TEA, YDÖ, İÖÖ ve ACYÖ Skorlarının Karşılaştırması

	Çalışmıyor		Diğer		t	p
	Ort.	SS.	Ort.	SS.		
TEA	44,37	24,15	38,08	24,23	1,233	0,221
YDÖ	16,05	4,91	15,12	4,75	0,914	0,363
UMUTSUZLUK AÖ	26,07	6,04	24,88	4,80	1,049	0,297
DÜŞMANLIK AÖ	10,66	4,05	10,94	3,38	-0,361	0,719
OLUMSUZ KENDİLİK	18,80	5,41	19,08	4,38	-0,268	0,789
İNTİHAR DÜŞÜNCESİ AÖ	18,66	5,66	16,98	5,71	1,400	0,165
İÖÖ	74,20	13,47	71,88	12,90	0,835	0,406
ACYÖ	19,88	6,63	15,86	4,30	3,486	0,001

Ort.=Ortalama, SS.=Standart Sapma, t=Bağımsız Gruplar t testi.

Bağımsız Gruplar t testine göre çalışmayan vakaların ACYÖ ortalamalarının diğer vakaların ACYÖ ortalamalarından istatistiksel açıdan anlamlı seviyede daha yüksek olduğu ($t=3,486$, $p=0,001$) bulundu.

Tablo 7: Hastalık Süresine Göre TEA, YDÖ, İÖÖ ve ACYÖ Skorlarının Karşılaştırması

	1 yıl ve altı		1 yıl üstü		t	p
	Ort.	SS.	Ort.	SS.		
TEA	37,73	24,94	44,97	23,05	-1,423	0,158
YDÖ	15,10	5,68	16,10	3,42	-0,985	0,327
UMUTSUZLUK AÖ	25,88	5,77	24,82	4,89	0,926	0,357
DÜŞMANLIK AÖ	10,78	3,86	10,85	3,48	-0,084	0,933
OLUMSUZ KENDİLİK	19,39	5,35	18,40	4,12	0,969	0,335
İNTİHAR DÜŞÜNCESİ AÖ	18,25	5,84	17,08	5,56	0,976	0,332
İÖÖ	74,31	13,31	71,15	12,86	1,142	0,257
ACYÖ	18,94	6,33	16,05	4,64	2,423	0,017

Ort.=Ortalama, SS.=Standart Sapma, t=Bağımsız Gruplar t testi.

Bağımsız Gruplar t testine göre 1 yıl ve altı hastalık süresi olan vakaların ACYÖ ortalamalarının 1 yıl üstü hastalık süresi olan vakaların ACYÖ ortalamalarından istatistiksel açıdan anlamlı seviyede daha yüksek olduğu ($t=2,423$, $p=0,017$) bulundu.

Tablo 8: Tetikleyici Durumuna Göre TEA, YDÖ, İÖÖ ve ACYÖ Skorlarının Karşılaştırması

	Mutsuzluk/Kaygı/Stres		Durumdan etkilenmiyor		t	p
	Ort.	SS.	Ort.	SS.		
TEA	49,22	22,40	32,78	23,45	3,418	0,001
YDÖ	14,60	5,22	16,46	4,25	-1,863	0,066
UMUTSUZLUK AÖ	26,58	5,77	24,28	4,80	2,064	0,042
DÜŞMANLIK AÖ	12,07	4,36	9,59	2,32	3,398	0,001
OLUMSUZ KENDİLİK	19,22	5,05	18,70	4,68	0,516	0,607
İNTİHAR DÜŞ. AÖ.	18,60	5,97	16,89	5,40	1,433	0,155
İÖÖ	76,47	13,75	69,46	11,65	2,627	0,010
ACYÖ	18,93	5,78	16,43	5,61	2,093	0,039

Ort.=Ortalama, SS.=Standart Sapma, t=Bağımsız Gruplar t testi.

Bağımsız Gruplar t testine göre tetikleyici durumu mutsuzluk/kaygı/stres olan vakaların TEA, Umutsuzluk AÖ, Düşmanlık AÖ, İÖÖ, ACYÖ ortalamalarının, durumdan etkilenmeyen vakaların TEA (t=3,418, p=0,001), Umutsuzluk AÖ (t=2,064, p=0,042), Düşmanlık AÖ (t=3,398, p=0,001), İÖÖ (t=2,627, p=0,010), ACYÖ (t=4,354, p<0,001) ortalamalarından istatistiksel açıdan anlamlı seviyede daha yüksek olduğu bulundu.

Tablo 9: Medeni Duruma Göre TEA, YDÖ, İÖÖ ve ACYÖ Skorlarının Karşılaştırması

	Evli			Bekar			Z	p
	Med.	% 25	% 75	Med.	% 25	% 75		
TEA	36,00	24,00	58,00	47,00	14,00	60,00	-0,666	0,505
YDÖ	17,00	13,00	19,00	14,00	9,00	17,00	-2,741	0,006
UMUTSUZLUK AÖ	25,00	22,00	29,00	25,50	23,00	28,00	-0,614	0,539
DÜŞMANLIK AÖ	9,00	8,00	12,00	11,00	8,00	13,00	-1,396	0,163
OLUMSUZ KENDİLİK	18,00	15,00	21,00	20,50	15,00	25,00	-1,587	0,113
İNTİHAR DÜŞ. AÖ.	18,00	13,00	23,00	16,00	14,00	22,00	-0,708	0,479
İÖÖ	72,00	63,00	83,00	74,00	61,00	87,00	-0,900	0,368
ACYÖ	16,00	14,00	21,00	16,00	15,00	20,00	-1,189	0,234

Med.=Medyan, Z=Mann Whitney U testi

Mann Whitney U testine göre evli vakaların YDÖ medyan değerlerinin bekar vakaların YDÖ medyan değerlerinden istatistiksel açıdan anlamlı seviyede daha yüksek olduğu (Z=-2,741, p=0,006) bulundu.

Tablo 10: Aile Öyküsüne Göre TEA, YDÖ, İÖÖ ve ACYÖ Skorlarının Karşılaştırması

	Var			Yok			Z	p
	Med.	% 25	% 75	Med.	% 25	% 75		
TEA	38,00	26,00	66,00	38,00	22,00	58,00	-0,630	0,529
YDÖ	14,00	12,00	17,00	17,00	13,00	19,00	-1,337	0,181
UMUTSUZLUK AÖ	27,00	20,00	32,00	25,00	22,00	28,50	-0,396	0,692
DÜŞMANLIK AÖ	9,00	8,00	13,00	10,00	8,00	13,00	-0,163	0,871
OLUMSUZ KENDİLİK	22,00	17,00	25,00	18,00	15,00	21,00	-2,394	0,017
İNTİHAR DÜŞÜNCESİ AÖ	18,00	14,00	22,00	17,00	12,50	23,00	-0,328	0,743
İÖÖ	74,00	61,00	87,00	71,00	62,50	83,00	-1,128	0,259
ACYÖ	15,00	11,00	20,00	16,50	14,00	21,00	-0,964	0,335

Med.=Medyan, Z=Mann Whitney U testi

Mann Whitney U testine göre aile öyküsü olan vakaların olumsuz kendilik medyan değerlerinin aile öyküsü olmayan vakaların olumsuz kendilik medyan değerlerinden istatistiksel açıdan anlamlı seviyede daha yüksek olduğu ($Z=-2,394$, $p=0,017$) bulundu.

Tablo 11: Eğitim Durumuna Göre TEA, YDÖ, İÖÖ ve ACYÖ Skorlarının Karşılaştırması

	İlköğretim			Ortaöğretim			Lise			Üniversite			X2	p
	Med.	%25	%75	Med.	%25	%75	Med.	%25	%75	Med.	%25	%75		
TEA	36,00	18,00	60,00	56,00	28,00	64,00	44,00	22,00	50,00	37,00	25,00	61,00	2,076	0,557
YDÖ	15,00	13,00	19,00	14,00	11,00	20,00	15,00	9,00	19,00	17,00	14,00	19,00	1,478	0,687
UMUTSUZLUK	25,00	23,00	28,00	26,00	19,00	32,00	25,00	21,00	29,00	23,00	21,50	26,00	1,378	0,711
DÜŞMANLIK	11,00	8,00	14,00	9,00	7,00	16,00	9,00	8,00	12,00	9,50	7,50	10,50	1,268	0,737
OLUMSUZ KENDİLİK	19,00	15,00	22,00	21,00	16,00	25,00	19,00	15,00	24,00	16,50	14,50	19,50	4,756	0,191
İNTİHAR DÜŞ.	19,00	14,00	23,00	22,00	17,00	24,00	16,00	11,00	22,00	14,50	11,00	16,50	9,234	0,026
İÖÖ	73,00	63,00	85,00	78,00	66,00	90,00	70,00	61,00	82,00	63,50	55,00	75,50	7,426	0,059
ACYÖ	18,00	15,00	21,00	17,00	13,00	26,00	16,00	13,00	20,00	14,00	12,50	17,50	3,485	0,323

Med.=Medyan, X2= Kruskal Wallis-H Testi

Kruskal Wallis-H Testine göre ilköğretim, ortaöğretim, lise ve üniversite eğitim durumları arasında intihar düşünceleri medyan değerlerinin istatistiksel açıdan anlamlı seviyede farklılık gösterdiği ($X2=9,234$, $p=0,026$) bulundu.

Tablo 12: Gelir Durumuna Göre TEA, YDÖ, İÖÖ ve ACYÖ Skorlarının Karşılaştırması

	1			2			3			4			5				
	Med.	%25	%75	Med.	%25	%75	Med.	%25	%75	Med.	%25	%75	Med.	%25	%75	X2	p
TEA	53,00	44,00	63,00	42,00	16,00	52,00	34,00	22,00	58,00	31,00	19,00	48,00	30,00	18,00	60,00	4,723	0,317
YDÖ	12,00	8,00	16,50	15,00	14,00	21,00	14,00	11,00	17,00	19,00	13,50	22,00	18,00	14,00	19,00	15,141	0,004
UMUTSUZLUK	28,00	25,00	32,50	23,50	19,00	26,00	24,00	21,00	29,00	24,00	21,00	29,50	25,00	22,00	26,00	5,838	0,212
DÜŞMANLIK	11,50	8,50	15,00	9,50	9,00	12,00	9,00	8,00	15,00	10,50	7,50	12,50	8,50	7,00	11,00	5,001	0,287
OLUMSUZ KENDİLİK	21,50	15,00	25,00	21,00	16,00	23,00	20,00	16,00	21,00	15,00	12,00	19,50	18,00	15,00	22,00	7,196	0,126
İNTİHAR DÜŞ.	16,00	13,00	22,00	20,00	15,00	24,00	19,00	14,00	22,00	17,50	11,00	21,00	16,00	11,00	23,00	2,552	0,635
İÖÖ	80,00	66,00	90,50	73,00	65,00	80,00	74,00	63,00	86,00	63,50	58,00	77,00	70,00	61,00	81,00	4,732	0,316
ACYÖ	16,00	15,00	20,50	14,50	12,00	20,00	18,00	15,00	21,00	16,00	15,00	20,50	15,00	13,00	20,00	4,360	0,359

Med.=Medyan, X2= Kruskal Wallis-H Testi

Kruskal Wallis-H Testine göre gelir durumları arasında YDÖ medyan değerlerinin istatistiksel açıdan anlamlı seviyede farklılık gösterdiği (X2=15,141, p=0,004) bulundu.

Tablo 13: Kulak Çınlaması Durumuna Göre TEA, YDÖ, İÖÖ ve ACYÖ Skorlarının Karşılaştırması

	İkisi			Sağ			Sol			X2	p
	Med.	%25	%75	Med.	%25	%75	Med.	%25	%75		
TEA	34,00	22,00	58,00	44,00	12,00	58,00	36,00	26,00	60,00	0,474	0,789
YDÖ	15,00	12,00	19,00	14,50	12,00	18,00	17,00	14,00	20,00	2,818	0,244
UMUTSUZLUK	25,00	21,00	28,00	25,00	22,00	29,00	25,00	22,00	29,00	0,012	0,994
DÜŞMANLIK	9,50	8,00	13,00	10,00	7,00	14,00	10,00	8,00	13,00	0,147	0,929
OLUMSUZ KENDİLİK	18,00	14,00	21,00	20,50	16,00	25,00	18,00	15,00	22,00	4,670	0,097
İNTİHAR DÜŞ.	16,00	11,00	22,00	20,50	16,00	23,00	18,00	12,00	23,00	3,420	0,181
İÖÖ	71,00	60,00	82,00	77,00	70,00	89,00	70,00	62,00	86,00	3,398	0,183
ACYÖ	16,00	14,00	21,00	17,00	13,00	21,00	17,00	14,00	20,00	0,081	0,960

Med.=Medyan, X2= Kruskal Wallis-H Testi

Kruskal Wallis-H Testine göre kulak çınlaması durumları arasında TEA, YDÖ, İÖÖ ve ACYÖ skor medyan değerlerinin istatistiksel açıdan anlamlı seviyede farklılık göstermediği bulundu.

Tablo 14: TEA Ölçeğine Göre Hastalık Şiddetine Göre YDÖ, İÖÖ ve ACYÖ Skorlarının Karşılaştırması

	Zayıf			Orta			İlımlı			Şiddetli			Felaket			X2	p
	Median	%25	%75	Median	%25	%75	Median	%25	%75	Median	%25	%75	Median	%25	%75		
YDÖ	18,00	14,00	19,50	18,50	15,00	19,00	14,50	11,00	17,00	13,50	10,00	17,00	15,00	14,00	17,00	12,336	0,015
UMUTSUZLUK	24,00	19,50	26,00	24,00	21,00	25,50	25,00	20,00	29,00	28,50	24,00	32,00	31,00	27,00	32,00	20,202	<0,00
DÜŞMANLIK	9,50	7,50	12,00	9,00	7,50	11,00	9,00	8,00	14,00	12,00	7,00	15,00	16,00	12,00	17,00	11,493	0,022
OLUMSUZ KENDİLİK	18,50	15,00	23,00	16,00	15,00	19,50	19,50	14,00	21,00	21,50	17,00	25,00	22,00	20,00	23,00	9,459	0,051
İNTİHAR DÜŞ.	22,00	13,50	24,00	16,00	11,00	20,00	17,00	12,00	22,00	17,00	13,00	22,00	18,00	15,00	24,00	2,263	0,687
İÖÖ	72,50	62,50	80,50	66,00	58,00	72,50	71,00	58,00	84,00	86,00	66,00	90,00	85,00	79,00	87,00	15,101	0,004
ACYÖ	13,50	11,50	18,00	17,00	15,00	19,00	15,50	13,00	20,00	20,50	15,00	28,00	21,00	14,00	25,00	10,341	0,035

Med.=Medyan, X2= Kruskal Wallis-H Testi

Kruskal Wallis-H Testine göre TEA ölçeği hastalık şiddeti durumları arasında YDO (X2=12,336, p=0,015), Umutsuzluk AÖ (X2=20,202, p<0,001), Düşmanlık AÖ (X2=11,493, p=0,022), İÖÖ (X2=15,101, p=0,004), ACYÖ (X2=10,341, p=0,035) medyan değerlerinin istatistiksel açıdan anlamlı seviyede farklılık gösterdiği bulundu.

Tablo 15: Cinsel Bozukluğa Göre TEA, YDÖ, İÖÖ ve ACYÖ Skorlarının Karşılaştırması

	Var		Yok		t	p
	Ort.	SS.	Ort.	SS.		
TEA	48,82	23,36	36,41	23,80	2,406	0,018
YDÖ	14,52	5,36	16,12	4,42	-1,540	0,127
UMUTSUZLUK	26,97	6,10	24,53	4,79	2,107	0,038
DÜŞMANLIK	11,06	4,45	10,67	3,19	0,482	0,631
OLUMSUZ KENDİLİK	18,91	5,19	18,98	4,69	-0,069	0,945
İNTİHAR DÜŞ.	18,67	5,94	17,21	5,58	1,173	0,244
İÖÖ	75,61	14,93	71,40	11,87	1,479	0,143

Ort.=Ortalama, SS.=Standart Sapma, t=Bağımsız Gruplar t testi.

Bağımsız Gruplar t testine göre cinsel bozukluğu olan vakaların TEA ve Umutsuzluk AÖ ortalamalarının, cinsel bozukluğu olmayan vakaların TEA (t=2,406, p=0,018) ve Umutsuzluk AÖ (t=2,107, p=0,038) ortalamalarından istatistiksel açıdan anlamlı seviyede daha yüksek olduğu bulundu.

Tablo 16: Yaş, Çocuk Sayısı ve Çınlama Süresi ile TEA, YDÖ, İOÖ ve ACYÖ Skorları Arasındaki İlişki

		Yaş	Çocuk Sayısı	Çınlama Süresi
TEA ÖLÇEK SKORU	r	-0,164	-0,011	0,162
	p	0,121	0,921	0,126
YDÖ ÖLÇEK SKORU	r	0,300	0,106	0,082
	p	0,004	0,318	0,440
UMUTSUZLUK AÖ	r	-0,168	-0,077	-0,041
	p	0,112	0,471	0,702
DÜŞMANLIK AÖ	r	-0,196	-0,076	-0,058
	p	0,063	0,474	0,583
OLUMSUZ KENDİLİK	r	-0,187	-0,098	-0,090
	p	0,076	0,355	0,398
İNTİHAR DÜŞ. AÖ.	r	0,097	0,088	0,000
	p	0,361	0,407	0,999
İOÖ TOPLAM SKORU	r	-0,150	-0,051	-0,066
	p	0,155	0,634	0,533
ARIZONA ÖLÇEK SKOR	r	0,207	0,228	-0,086
	p	0,049	0,030	0,418

r=Pearson Korelasyon Analizi

Pearson Korelasyon Analizine göre vakaların yaş değerleri ile YDÖ skoru ($r=0,300$, $p=0,004$), ACYÖ skoru ($r=0,207$, $p=0,049$) değerleri arasında anlamlı seviyede pozitif korelasyon olduğu bulundu. Buna ek olarak vakaların çocuk sayıları ile ACYÖ değerleri arasında anlamlı seviyede pozitif korelasyon olduğu ($r=0,228$, $p=0,030$) bulundu.



Tablo 17: TEA, YDÖ, İÖÖ ve ACYÖ Skorları Arasındaki İlişki

		1	2	3	4	5	6	7
1-TEA ÖLÇEK SKORU	r							
	p							
2-YDÖ ÖLÇEK SKORU	r	-0,247						
	p	0,018						
3-UMUTSUZLUK AÖ	r	0,389	-0,533					
	p	<0,001	<0,001					
4-DÜŞMANLIK AÖ	r	0,322	-0,391	0,637				
	p	0,002	<0,001	<0,001				
	r	0,148	-0,537	0,376	0,258			

5-OLUMSUZ KENDİLİK	p	0,162	<0,001	<0,001	0,014			
6-İNTİHAR DÜŞ. AÖ.	r	-0,015	-0,106	0,023	-0,028	0,347		
	p	0,886	0,315	0,828	0,794	0,001		
7-İÖÖ TOPLAM SKORU	r	0,298	-0,573	0,738	0,625	0,747	0,565	
	p	0,004	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	
8-ARIZONA ÖLÇEK SKOR	r	0,250	-0,208	0,382	0,178	0,060	0,101	0,273
	p	0,017	0,048	<0,001	0,091	0,573	0,338	0,009

r=Pearson Korelasyon Analizi

Pearson Korelasyon Analizine göre vakaların TEA ölçek skorları ile Umutsuzluk AÖ (r=0,389, p<0,001), Düşmanlık AÖ (r=0,322, p=0,002), İÖÖ toplam skoru (r=0,298, p=0,004), ACYÖ skoru (r=0,250, p=0,017) değerleri arasında anlamlı seviyede pozitif korelasyon olduğu bulundu. Buna ek olarak vakaların TEA ölçek skorları ile YDÖ ölçek skorları arasında anlamlı seviyede negatif korelasyon olduğu (r=-0,247, p=0,018) bulundu.

Pearson Korelasyon Analizine göre vakaların YDÖ ölçek skorları ile Umutsuzluk AÖ (r=-0,533, p<0,001), Düşmanlık AÖ (r=-0,391, p<0,001), Olumsuz Kendilik AÖ(r=-0,537, p<0,001), İÖÖ toplam skoru (r=-0,573, p<0,001), ACYÖ (r=-0,208, p=0,048) skorları arasında anlamlı seviyede negatif korelasyon olduğu bulundu

Pearson Korelasyon Analizine göre vakaların Umutsuzluk AÖ skorları ile İÖÖ toplam skoru (r=0,738, p<0,001), ACYÖ (r=0,382, p<0,001) skorları arasında anlamlı seviyede pozitif korelasyon olduğu bulundu.

Pearson Korelasyon Analizine göre vakaların İÖÖ toplam skorları ile Düşmanlık AÖ (r=0,625, p<0,001), Olumsuz Kendilik AÖ (r=0,747, p<0,001), İntihar Düşünceleri AÖ. (r=0,565, p<0,001) ve ACYÖ (r=0,273, p=0,009) skorları arasında anlamlı seviyede pozitif korelasyon olduğu bulundu.

Tablo 18: Umutsuzluk Alt Ölçeği Skorlarını Açıklamada Etkili Olan Faktörler

Model	Standartlanmamış Katsayılar		Standartlaştırılmış Katsayılar	t	p	95,0% GA	
	B	sh	Beta			AL	ÜL

1	(Sabit)	34,706	1,634		21,236	,000	31,458	37,953
	YDÖ ÖLÇEK SKORU	-,598	,101	-,533	-5,947	,000	-,797	-,398
2	(Sabit)	29,026	2,338		12,415	,000	24,380	33,672
	YDÖ ÖLÇEK SKORU	-,532	,098	-,475	-5,448	,000	-,726	-,338
	ARIZONA ÖLÇEK SKOR	,264	,081	,283	3,250	,002	,102	,425
3	(Sabit)	26,954	2,406		11,203	,000	22,172	31,736
	YDÖ ÖLÇEK SKORU	-,481	,097	-,429	-4,968	,000	-,673	-,288
	ARIZONA ÖLÇEK SKOR	,220	,080	,237	2,740	,007	,060	,380
	TEA ÖLÇEK SKORU	,050	,019	,224	2,570	,012	,011	,088

Sh=Standart hata, GA=Güven Aralığı, AL=Alt Limit, ÜL=Üst Limit. Model 1: R²=0,28, F=35,37, p<0,001.

Model 2: R²=0,36, F=24,87, p<0,001 Model 3: R²=0,41 F=19,84, p<0,001.

Araştırmada değerlendirilen vakaların umutsuzluk alt ölçeği skorlarının %28'inin istatistiksel açıdan anlamlı seviyede (F=35,37, p<0,001) YDÖ skorları tarafından açıklandığı bulundu. Model 1'e ACYÖ skorlarının eklenmesiyle Umutsuzluk AÖ skorlarının %36'sının istatistiksel açıdan anlamlı seviyede (F=24,87, p<0,001) açıklandığı bulundu.

Model 2'ye TEA ölçek skorlarının eklenmesiyle Umutsuzluk AÖ skorlarının %41'inin istatistiksel açıdan anlamlı seviyede (F=19,84, p<0,001) açıklandığı bulundu.

Model 3 incelendiğinde Umutsuzluk AÖ skorlarını açıklamada YDÖ (p=0,000, GA:-0,673--0,288), ACYÖ (p=0,007, GA:0,60-0,380) ve TEA (p=0,012, GA:0,011-0,088) ölçek skorlarının istatistiksel açıdan anlamlı seviyede etkili olduğu bulundu.

Tablo 19: Düşmanlık Alt Ölçeği Skorlarını Açıklamada Etkili Olan Faktörler

Model		Standartlanmamış Katsayılar		Standartlaştırılmış Katsayılar	t	p	95,0% GA	
		B	sh	Beta			AL	ÜL
1	(Sabit)	15,454	1,211		12,759	,000	13,048	17,861
	YDÖ ÖLÇEK SKORU	-,299	,074	-,391	-4,010	,000	-,447	-,151
2	(Sabit)	14,067	1,823		7,716	,000	10,444	17,690
	YDÖ ÖLÇEK SKORU	-,283	,076	-,370	-3,712	,000	-,434	-,131
	ARIZONA ÖLÇEK SKOR	,064	,063	,102	1,018	,311	-,061	,190
3	(Sabit)	12,628	1,891		6,679	,000	8,870	16,386

	YDÖ ÖLÇEK SKORU	-,247	,076	-,324	-3,249	,002	-,398	-,096
	ARIZONA ÖLÇEK SKOR	,034	,063	,054	,543	,588	-,091	,160
	TEA ÖLÇEK SKORU	,035	,015	,228	2,271	,026	,004	,065

Sh=Standart hata, GA=Güven Aralığı, AL=Alt Limit, ÜL=Üst Limit. Model 1: R²=0,15, F=16,08, p<0,001.

Model 2: R²=0,16, F=8,56, p<0,001 Model 3: R²=0,21 F=7,70, p<0,001.

Araştırmada değerlendirilen vakaların düşmanlık alt ölçeği skorlarının %15'inin istatistiksel açıdan anlamlı seviyede (F=16,08, p<0,001) YDÖ ölçek skorları tarafından açıklandığı bulundu. Model 1'e ACYÖ skorlarının eklenmesiyle düşmanlık alt ölçeği skorlarının %16'sının istatistiksel açıdan anlamlı seviyede (F=8,56, p<0,001) açıklandığı bulundu.

Model 2'ye TEA ölçek skorlarının eklenmesiyle Düşmanlık AÖ skorlarının %21'inin istatistiksel açıdan anlamlı seviyede (F=7,70, p<0,001) açıklandığı bulundu.

Model 3 incelendiğinde Düşmanlık AÖ skorlarını açıklamada TEA (p=0,026, GA:0,004-0,065) ölçek skorlarının istatistiksel açıdan anlamlı seviyede etkili olduğu bulundu.

Tablo 20: Olumsuz Kendilik Alt Ölçeği Skorlarını Açıklamada Etkili Olan Faktörler

Model		Standartlanmamış Katsayılar		Standartlaştırılmış Katsayılar	t	p	95,0% GA	
		B	sh	Beta			AL	ÜL
1	(Sabit)	27,362	1,463		18,704	,000	24,455	30,268
	YDÖ ÖLÇEK SKORU	-,541	,090	-,537	-6,013	,000	-,720	-,362
2	(Sabit)	28,333	2,210		12,818	,000	23,940	32,726
	YDÖ ÖLÇEK SKORU	-,552	,092	-,549	-5,982	,000	-,736	-,369
	ARIZONA ÖLÇEK SKOR	-,045	,077	-,054	-,588	,558	-,197	,107
3	(Sabit)	28,096	2,358		11,914	,000	23,409	32,784
	YDÖ ÖLÇEK SKORU	-,546	,095	-,543	-5,762	,000	-,735	-,358
	ARIZONA ÖLÇEK SKOR	-,050	,079	-,060	-,635	,527	-,207	,107
	TEA ÖLÇEK SKORU	,006	,019	,029	,300	,765	-,032	,044

Sh=Standart hata, GA=Güven Aralığı, AL=Alt Limit, ÜL=Üst Limit. Model 1: R²=0,29, F=36,15, p<0,001. Model 2: R²=0,29, F=18,12, p<0,001 Model 3: R²=0,29 F=11,98, p<0,001.

Araştırmada değerlendirilen vakaların Olumsuz Kendilik AÖ skorlarının %29'unun istatistiksel açıdan anlamlı seviyede (F=36,15, p<0,001) YDÖ ölçek skorları tarafından açıklandığı

bulundu. Model 1'e ACYÖ skorlarının eklenmesiyle Olumsuz Kendilik AÖ skorlarının %29'unun istatistiksel açıdan anlamlı seviyede ($F=18,12$, $p<0,001$) açıklandığı bulundu.

Model 2'ye TEA ölçek skorlarının eklenmesiyle Olumsuz Kendilik AÖ skorlarının %29'unun istatistiksel açıdan anlamlı seviyede ($F=11,98$, $p<0,001$) açıklandığı bulundu.

Model 3 incelendiğinde Olumsuz Kendilik AÖ skorlarını açıklamada YDÖ ($p=0,000$, GA:-0,735 - -0,358) ölçek skorlarının istatistiksel açıdan anlamlı seviyede etkili olduğu bulundu.

Tablo 21: İntihar Düşüncesi Alt Ölçeği Skorlarını Açıklamada Etkili Olan Faktörler

Model		Standartlanmamış Katsayılar		Standartlaştırılmış Katsayılar	t	p	95,0% GA	
		B	sh	Beta			AL	ÜL
1	(Sabit)	19,701	2,035		9,680	,000	15,657	23,745
	YDÖ ÖLÇEK SKORU	-,126	,125	-,106	-1,010	,315	-,375	,122
2	(Sabit)	17,937	3,071		5,841	,000	11,834	24,040
	YDÖ ÖLÇEK SKORU	-,106	,128	-,089	-,826	,411	-,361	,149
	ARIZONA ÖLÇEK SKOR	,082	,107	,083	,768	,444	-,130	,293
3	(Sabit)	18,570	3,272		5,676	,000	12,067	25,073
	YDÖ ÖLÇEK SKORU	-,122	,132	-,102	-,925	,358	-,383	,140
	ARIZONA ÖLÇEK SKOR	,095	,109	,096	,869	,387	-,122	,312
	TEA ÖLÇEK SKORU	-,015	,026	-,065	-,577	,565	-,068	,037

Sh=Standart hata, GA=Güven Aralığı, AL=Alt Limit, ÜL=Üst Limit. Model 1: $R^2=0,01$, $F=1,02$, $p=0,315$. Model 2: $R^2=0,02$, $F=0,80$, $p=0,451$ Model 3: $R^2=0,02$ $F=0,64$, $p=0,590$.

Araştırmada değerlendirilen vakaların İntihar Düşüncesi AÖ skorlarını açıklamada YDÖ ölçek skorlarının istatistiksel açıdan anlamlı seviyede etkili olmadığı ($F=1,02$, $p=0,315$) bulundu.

Model 1'e ACYÖ skorlarının eklenmesiyle İntihar Düşüncesi AÖ skorlarının istatistiksel açıdan anlamlı seviyede ($F=0,80$, $p=0,451$) açıklanmadığı bulundu.

Model 2'ye TEA ölçek skorlarının eklenmesiyle İntihar Düşüncesi AÖ skorlarının istatistiksel açıdan anlamlı seviyede ($F=0,64$, $p=0,590$) açıklanmadığı bulundu.

Tablo 22: İÖÖ Toplam Skorlarını Açıklamada Etkili Olan Faktörler

Model		Standartlanmamış Katsayılar		Standartlaştırılmış Katsayılar	t	p	95,0% GA	
		B	sh	Beta			AL	ÜL
1	(Sabit)	97,223	3,851		25,244	,000	89,570	104,875
	YDÖ ÖLÇEK SKORU	-1,564	,237	-,573	-6,602	,000	-2,034	-1,093
2	(Sabit)	89,364	5,722		15,617	,000	77,992	100,735
	YDÖ ÖLÇEK SKORU	-1,473	,239	-,540	-6,163	,000	-1,948	-,998
	ARIZONA ÖLÇEK SKOR	,365	,198	,161	1,837	,070	-,030	,759
3	(Sabit)	86,248	6,026		14,312	,000	74,270	98,226
	YDÖ ÖLÇEK SKORU	-1,396	,242	-,512	-5,760	,000	-1,877	-,914
	ARIZONA ÖLÇEK SKOR	,300	,201	,132	1,488	,140	-,101	,700
	TEA ÖLÇEK SKORU	,075	,049	,138	1,543	,127	-,022	,172

Sh=Standart hata, GA=Güven Aralığı, AL=Alt Limit, ÜL=Üst Limit. Model 1: $R^2=0,33$, $F=43,59$, $p<0,001$. Model 2: $R^2=0,35$, $F=24,07$, $p<0,001$. Model 3: $R^2=0,37$, $F=17,09$, $p<0,001$.

Araştırmada değerlendirilen vakaların İÖÖ Toplam skorlarının %33'ünün istatistiksel açıdan anlamlı seviyede ($F=43,59$, $p<0,001$) YDÖ ölçek skorları tarafından açıklandığı bulundu. Model 1'e ARİZONA ölçek skorlarının eklenmesiyle İÖÖ Toplam skorlarının %35'inin istatistiksel açıdan anlamlı seviyede ($F=24,07$, $p<0,001$) açıklandığı bulundu.

Model 2'ye TEA ölçek skorlarının eklenmesiyle İÖÖ Toplam skorlarının %37'sinin istatistiksel açıdan anlamlı seviyede ($F=17,09$, $p<0,001$) açıklandığı bulundu.

Model 3 incelendiğinde İÖÖ toplam skorlarını açıklamada YDÖ ($p=0,000$, GA:-1,877 - -0,914) skorlarının istatistiksel açıdan anlamlı seviyede etkili olduğu bulundu.

Tablo 23: YDÖ Skorlarını Açıklamada Etkili Olan Faktörler

Model		Standartlanmamış Katsayılar		Standartlaştırılmış Katsayılar	t	p	95,0% GA	
		B	sh	Beta			AL	ÜL
1	(Sabit)	31,222	2,298		13,589	,000	26,654	35,789
	UMUTSUZLUK AÖ	-,300	,099	-,336	-3,024	,003	-,497	-,103
	DÜŞMANLIK AÖ	-,093	,140	-,071	-,667	,507	-,371	,185
	OLUMSUZ KENDİLİK	-,404	,095	-,407	-4,274	,000	-,592	-,216
	İNTİHAR DÜŞ. AÖ.	,034	,074	,041	,460	,647	-,114	,182
2	(Sabit)	31,534	2,360		13,362	,000	26,842	36,226
	UMUTSUZLUK AÖ	-,275	,107	-,308	-2,563	,012	-,488	-,062
	DÜŞMANLIK AÖ	-,100	,141	-,076	-,712	,479	-,380	,180
	OLUMSUZ KENDİLİK	-,413	,096	-,415	-4,304	,000	-,603	-,222
	İNTİHAR DÜŞ. AÖ.	,041	,075	,048	,541	,590	-,109	,191
	ACYÖ	-,047	,075	-,056	-,621	,536	-,197	,103
3	(Sabit)	31,496	2,375		13,263	,000	26,773	36,218
	UMUTSUZLUK AÖ	-,268	,110	-,300	-2,446	,017	-,486	-,050
	DÜŞMANLIK AÖ	-,094	,142	-,072	-,663	,509	-,377	,189

	OLUMSUZ KENDİLİK	-,412	,096	-,415	-4,271	,000	-,604	-,220
	İNTİHAR DÜŞ. AÖ.	,040	,076	,047	,524	,602	-,111	,191
	ACYÖ	-,043	,076	-,052	-,565	,574	-,195	,109
	TEA	-,006	,018	-,032	-,351	,726	-,042	,030

Sh=Standart hata, GA=Güven Aralığı, AL=Alt Limit, ÜL=Üst Limit. Model 1: R²=0,42, F=15,65, p<0,001. Model 2: R²=0,42, F=12,51, p<0,001. Model 3: R²=0,43 F=10,34, p<0,001.

Araştırmada değerlendirilen vakaların YDÖ skorlarının %42'sinin istatistiksel açıdan anlamlı seviyede (F=15,65, p<0,001) İÖÖ ölçek skorları tarafından açıklandığı bulundu. Model 1'e ACYÖ skorlarının eklenmesiyle YDÖ skorlarının %42'sinin istatistiksel açıdan anlamlı seviyede (F=12,51, p<0,001) açıklandığı bulundu.

Model 2'ye TEA ölçek skorlarının eklenmesiyle YDÖ skorlarının %43'ünün istatistiksel açıdan anlamlı seviyede (F=10,34, p<0,001) açıklandığı bulundu.

Model 3 incelendiğinde YDÖ skorlarını açıklamada Umutsuzluk AÖ (p=0,017, GA:-0,486 - -0,050) ve Olumsuz Kendilik (p=0,000, GA:-0,604 - -0,220) ölçek skorlarının istatistiksel açıdan anlamlı seviyede etkili olduğu bulundu.

Tablo 24: ACYÖ Skorlarını Açıklamada Etkili Olan Faktörler

Model		Standartlanmamış Katsayılar		Standartlaştırılmış Katsayılar	t	p	95,0% GA	
		B	sh	Beta			AL	ÜL
1	(Sabit)	6,663	3,299		2,020	,047	,105	13,221
	UMUTSUZLUK AÖ	,531	,142	,495	3,733	,000	,248	,814
	DÜŞMANLIK AÖ	-,148	,201	-,094	-,739	,462	-,547	,251
	OLUMSUZ KENDİLİK	-,180	,136	-,150	-1,323	,189	-,450	,090
	İNTİHAR DÜŞ. AÖ.	,142	,107	,140	1,325	,189	-,071	,354
2	(Sabit)	9,676	5,874		1,647	,103	-2,003	21,354
	UMUTSUZLUK AÖ	,502	,150	,468	3,344	,001	,204	,801
	DÜŞMANLIK AÖ	-,157	,202	-,100	-,779	,438	-,558	,244
	OLUMSUZ KENDİLİK	-,219	,150	-,183	-1,457	,149	-,517	,080
	İNTİHAR DÜŞ. AÖ.	,145	,107	,143	1,350	,181	-,069	,358
	YDÖ	-,096	,155	-,080	-,621	,536	-,405	,212
3	(Sabit)	9,467	5,860		1,616	,110	-2,186	21,119
	UMUTSUZLUK AÖ	,462	,153	,430	3,009	,003	,157	,767
	DÜŞMANLIK AÖ	-,182	,202	-,115	-,898	,372	-,584	,221

	OLUMSUZ KENDİLİK	-,216	,150	-,181	-1,445	,152	-,514	,081
	İNTİHAR DÜŞ. AÖ.	,147	,107	,145	1,377	,172	-,065	,360
	YDÖ	-,088	,155	-,073	-,565	,574	-,396	,221
	TEA	,031	,026	,130	1,218	,226	-,020	,082

Sh=Standart hata, GA=Güven Aralığı, AL=Alt Limit, ÜL=Üst Limit. Model 1: R²=0,18, F=4,63, p=0,002. Model 2: R²=0,18, F=3,75, p=0,004. Model 3: R²=0,20, F=3,39, p=0,005. Hiyerarşik Regresyon Analizi.

Araştırmada değerlendirilen vakaların ACYÖ skorlarının %18'inin istatistiksel açıdan anlamlı seviyede (F=4,63, p=0,002) İÖÖ ölçek skorları tarafından açıklandığı bulundu. Model 1'e YDÖ skorlarının eklenmesiyle ACYÖ skorlarının %18'inin istatistiksel açıdan anlamlı seviyede (F=3,75, p=0,004) açıklandığı bulundu.

Model 2'ye TEA ölçek skorlarının eklenmesiyle ACYÖ skorlarının %20'sinin istatistiksel açıdan anlamlı seviyede (F=3,39, p=0,005) açıklandığı bulundu.

Model 3 incelendiğinde ACYÖ skorlarını açıklamada Umutsuzluk AÖ (p=0,003, GA:0,157 - 0,767) ölçek skorlarının istatistiksel açıdan anlamlı seviyede etkili olduğu bulundu.

Tablo 25: Cinsel Bozukluk Riskini Artırmada Etkili Olan Faktörler

	B	sh	Wald	df	p	Odds Ratio	95% GA	
							AL	ÜL
Yaş	,113	,036	10,077	1	,002	1,120	1,044	1,201
Cinsiyet (kadın)	3,234	1,071	9,121	1	,003	25,383	3,112	207,032
Medeni (evli)	-1,435	,921	2,426	1	,119	,238	,039	1,449
Çalışma durumu (çalışmıyor)	-,681	,920	,548	1	,459	,506	,083	3,069
Çocuk sayısı	,501	,274	3,340	1	,068	1,651	,964	2,826
Eğitim düzeyi			4,793	3	,188			
Eğitim düzeyi (Ortaokul)	,888	1,239	,514	1	,473	2,430	,214	27,541
Eğitim düzeyi (Lise)	2,264	1,441	2,468	1	,116	9,619	,571	162,112
Eğitim düzeyi (Üniversite)	2,144	1,265	2,873	1	,090	8,537	,715	101,912
Hangi kulakta olduğu (İkisi)			1,389	2	,499			
Hangi kulakta olduğu(sağ)	-,640	,736	,756	1	,385	,527	,125	2,231
Hangi kulakta olduğu(sol)	-1,017	,885	1,321	1	,250	,362	,064	2,049
Çınlama süresi	,019	,076	,065	1	,798	1,020	,879	1,183
TEA	,031	,014	4,874	1	,027	1,031	1,003	1,060

YDÖ	-,177	,090	3,914	1	,048	,838	,703	,998
İÖÖ	-,024	,035	,460	1	,498	,977	,912	1,046

Sh=Standart hata, GA=Güven Aralığı, AL=Alt Limit, ÜL=Üst Limit Nagelkerke R²=0,50,

X²=41,77, p<0,001, Overall Percentage=79,1. Çok Değişkenli Binary Lojistik Regresyon Analizi.

Araştırmada değerlendirilen vakalarda cinsel bozukluk riskini arttırmada yaşın istatistiksel açıdan anlamlı seviyede etkili olduğu (OR=1,120, p=0,002, GA;1,044-1,201) bulundu.

Çok Değişkenli Binary Lojistik Regresyon Analizine göre cinsiyetin (kadın) istatistiksel açıdan anlamlı seviyede cinsel bozukluk riskini 25,383 kat (p=0,003, GA;3,112 – 207,032) arttırdığı bulundu. Buna ek olarak TEA skorlarının istatistiksel açıdan anlamlı seviyede cinsel bozukluk riskini 1,031 kat (p=0,027, GA;1,003 – 1,060) arttırdığı bulundu.

Çok Değişkenli Binary Lojistik Regresyon Analizine göre YDÖ skorlarının (OR=0,838, p=0,048, GA;0,703-0,998) istatistiksel açıdan anlamlı seviyede cinsel bozukluk riskini azalttığı bulundu.

Tablo 26: Hasta ve Kontrol Grubunun Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

	Hasta		Kontrol		t	p
	Ort	SS	Ort	SS		
YDÖ ÖLÇEK SKORU	15,54	4,817	14,37	4,817	1,643	0,102
UMUTSUZLUK AÖ	25,42	5,400	26,76	5,379	-1,686	0,094
DÜŞMANLIK AÖ	10,81	3,679	11,62	2,950	-1,637	0,103
OLUMSUZ KENDİLİK	18,96	4,849	18,60	4,217	0,533	0,594
İNTİHAR DÜŞ. AÖ.	17,74	5,721	14,57	4,761	4,077	<0,001
İÖÖ TOPLAM SKORU	72,92	13,139	71,54	13,692	0,695	0,488
ARIZONA ÖLÇEK SKOR	17,67	5,800	16,97	8,293	0,664	0,508

Bağımsız gruplar t testine göre hasta ve kontrol grubunun İntihar Düşüncesi AÖ (t=4,077 p<0,001) arasında anlamlı fark bulundu. Diğer ölçek skorları arasında anlamlı fark bulunmadı

4. TARTIŞMA

Tinnitus, herhangi uyaran olmaksızın kulakta duyulan ve hastalar tarafından farklı şekillerde tanımlanabilen ses duyulmasıdır. Bu ses çınlama, uğuldama, tıkırtı şeklinde ifade edilebilmektedir. Birçok farklı şekilde sınıflandırması bulunsu da sıklıkla objektif ve subjektif tinnitus olarak sınıflandırılır. Objektif tinnitusun etyolojisi çoğu zaman bulunabilirken, subjektif tinnitusun nedeni çoğu zaman bulunamamakta ve tedavilere yanıt vermeyebilmektedir. 6 aydan uzun süreli olan tinnitus kronik tinnitus olarak tanımlanmaktadır. Kronik subjektif tinnituslu bireylerde başta depresyon, anksiyete olmak üzere psikiyatrik hastalıkların daha fazla olduğunu, ayrıca bellek ve dikkat gibi bilişsel özelliklerin olumsuz etkilendiğini ortaya koyan çalışmalar bulunmaktadır. Biz de süreklilik arzeden, bireylerin günlük hayatlarını olumsuz yönde etkileyen ve psikiyatrik komorbiditelere neden olabilen bu durumun hastalar için oldukça yorucu olabileceğinden yola çıkarak yaşam doyumu, cinsel doyum ve intihar düşüncesi üzerine etkilerini araştırmayı amaçladık.

Çalışmamıza kronik subjektif tinnitus şikayeti ile başvuran ardışık hastalar kabul edildi. Son 2 yıldır psikiyatrik tanı ve tedavisi bulunmayan hastalar içerisinde ardışık başvuran 99 kişi çalışmaya dahil edildi. Hastalardan 8'i dışlama kriterlerine uygun olarak çalışmadan çıkarıldı. Kontrol grubu olarak son 2 yıldır psikiyatrik tedavi öyküsü bulunmayan, işitme kaybı veya tinnitusu olmayan 92 kişi çalışmaya dahil edildi.

Sosyodemografik olarak hastaların verileri karşılaştırılmıştır. Cinsiyet açısından değerlendirildiğinde hastaların %58.2'sinin kadın, %41.8'inin erkeklerden oluştuğu görülmektedir. Literatüre bakıldığında karşıt sonuçlar da görülmekle birlikte erkek cinsiyette tinnitus oranının daha yüksek olduğu, bunun temel nedeninin erkeklerde işitme kaybının daha fazla oluşuyla ilişkilendirildiği çalışmalar mevcuttur[12,13,14]. Çalışmamızda genel literatürün aksine kadın cinsiyet başvurusu çoğunlukta görünmektedir. Araştırmamızda kullanılan ölçeklerin cinsiyet ile ilişkisi incelendiğinde kadın cinsiyette erkeklere kıyasla İÖÖ alt ölçeği olan Umutsuzluk AÖ puanlarının ve ACYÖ puanlarının anlamlı derecede yüksek olduğu izlenmiştir. Bu sonuçlar kadınların, tinnitus ortaya çıktığında daha kolay umutsuzluğa

kapıldıklarını ve cinsel odaklanma konusunda erkeklere kıyasla daha kolay etkilendiklerini düşündürmektedir.

Çalışma durumu ve medeni durumun, kullanılan ölçekler ile anlamlı ilişkisi izlenememiştir. Ancak gelir durumundaki artış ile YDÖ puanları arasında anlamlı ilişki saptanmıştır. Bu durum alım gücünün artışı, sosyal ve ekonomik olanakların artması, yetersizlik hissinde azalma ve yüksek özgüven düzeyi ile açıklanabilir.

Sosyodemografik veriler incelendiğinde dikkat çeken bir başka nokta, eğitim durumu ile intihar düşüncesi arasındaki anlamlı ilişkidir. Çalışmamızdaki verilere göre eğitim durumu arttıkça intihar düşüncesinde azalma meydana gelmektedir. Yazına bakıldığında da benzer verilere rastlanmaktadır. Şevik ve arkadaşlarının yaptığı 192 kişilik intihar girişiminin sosyodemografik verilerine bakıldığında %49'unun ilköğretim ve altı, %43'ünün lise mezunu, %8'inin ise üniversite veya yüksekokul mezunu olduğu izlenmiştir[64]. Aksine sonuçlar izlenebilse de Türkiye'de yapılan çalışmalarda eğitim düzeyi düştükçe intihar girişimleri artıyor gibi görünmektedir[65]. Bu durum sosyokültürel seviye ve problem çözme becerisinin düşüklüğü ile ilişkilendirilebilir.

İlerleyen yaş gruplarında tinnitus şikayeti görülme oranının arttığı ve en sık 50-70 yaş aralığında görüldüğü bilinmektedir[10,11]. Çalışmamızda hastaların yaş ortalama değerinin $47,31 \pm 13,55$ olup, yaş aralığı 18-65 arasındadır. Bulgular literatür ile örtüşmektedir. Yaş ile tinnitus korelasyon nedeninin; yaşa bağlı dejenerasyon, uzun süre sesli ortamda çalışma ve işitme kaybı ile ilişkili olabileceği vurgulanmaktadır.

Çalışmamızda hastaların çoğu çınlamanın iki kulakta da olduğunu belirtmişlerdir. Hastalar %46.2 oranında bilateral, %24.2 oranında sağ ve %29.7 oranında sol kulakta tinnitustan yakınmaktadırlar. Literatürdeki çalışmalarda da benzer oranlar görülmüş ve tinnitusun solda sağ tarafa kıyasla daha sık olarak izlendiği bildirilmiştir. Alman katılımcıların bulunduğu başka bir çalışmada da sesin %39 orta hatta, %38 sol tarafta ve %22 sağ tarafta olduğu; Sinhusake ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada da iki taraflı kulak çınlamasını %48.2, kafanın içinde %16.7, sol taraflı %15.5 ve sağ taraflı %12.0 olarak izlemiştir[66]. Tinnitusun bulunduğu tarafın organik anlamda karşılıkları bulunsa da psikiyatrik anlamda neye yorulabileceğine dair bugün için yeterli kanıt düzeyinde veri yoktur. Ancak buna işaret edebilecek bilgilere yazında

rastlanmaktadır. Örneğin Hallberg ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada birleşik kulak çınlama sesleri (tonal ve uğultu ses birlikteliği) ve dalgalanmayan kulak çınlamasının psikolojik sorunların belirleyicisi olabileceği sonucu ortaya konmuştur[67]. Bu alanda yeni çalışmalar, literatüre katkı sağlayacaktır.

Tinnitus, bazı kimselerde mutsuzluk, kaygı, stres gibi durumlarla tetiklenirken, bazı kimselerde durumdan etkilenmediği belirtilmektedir. Çalışmamızda tinnitustan yakınan hastaların %54 gibi ciddi bir oranı tetikleyicilerden etkilendiğini dile getirmişlerdir. Bu durum tinnitusun sadece organik bir dejenerasyon veya yaşlanmayla açıklanamayacağını düşündürmektedir. Çalışmamızda herhangi tetikleyicisi olan kimselerin, olmayanlara kıyasla TEA, İÖÖ, Umutsuzluk AÖ, Düşmanlık AÖ ve ACYÖ değerlerinin anlamlı olarak yüksek bulunduğu izlenmiştir. Bu durum tetikleyicilerin, tinnitus şiddeti veya farkındalığını artırması ile ilişkilendirilebilir. Diğer yandan psikolojik dayanıklılık ile de ilişkilendirmek mümkündür.

Psikolojik dayanıklılık (resilience), çeşitli olumsuz duygudurum uyarısıyla karşılaşıldığında bununla yüzleşebilmek, uygun tepkiler verebilmek ve durumdan en az şekilde etkilenmekle ilişkilendirilen bir tanımlamadır. Psikolojik dayanıklılığı düşük olan kimseler stresörlere karşı daha savunmasız, tetikleyicilere karşı daha duyarlı olabilmekte ve bu nedenle depresyon, anksiyete başta olmak üzere birçok ruhsal hastalığa yatkınlık oluşturmaktadır [68]. Bu tür kimselerin belirli tetikleyicilerle karşılaştığında görece daha fazla etkilenebilmelerinden yola çıkılırsa psikolojik dayanıklılığın düşük olması, bu tür psikometrik ölçümlerin anlamlı çıkmasını açıklayabilir.

Yaptığımız çalışmada tinnitus şiddetinin artışı ile yaşam doyumu arasında anlamlı negatif korelasyon izlense de, regresyon analizinde anlamlı ilişki saptanmamıştır. Tinnitusu bulunan hastalar hayatlarının hemen her anında rahatsızlık veren bir ses ile yaşamak durumundadırlar. En hüzünlü, en öfkeli anlarının yanında, en mutlu anlarına da bu ses eşlik etmektedir. Bu durumun da ‘‘an’’dan alınan hazzı azaltabileceği ve yaşam doyumunu düşürebileceği fikrini vermektedir. Literatüre bakıldığında tinnituslu bireylerin depresyon ve anksiyete bozukluğu geliştirme oranlarının daha yüksek olduğu, uyku problemleri açısından risk grubunda olduklarına dair birçok kanıt vardır[35,36,37]. Ayrıca mevcut tinnitusu felaketleştirmenin ve geçmeyeceğine dair inanç ve korkunun da yaşam doyumunu belirgin derecede azalttığını ortaya koyan çalışmalar mevcuttur[45].

Depresyon, anksiyete, uyku bozuklukları gibi komorbiditelere yatkınlık oluşturan bir patolojinin yaşam doyumunu düşürüyor olması akla uygun görünse de çalışmamızda anlamlı ilişki saptanamamıştır. Tinnitusun yaşamdan alınan doyumu ve hayat kalitesini olumsuz etkilediğine dair literatür bilgisi bulunmakta olup[69], çalışmamızda ise tinnitus şiddet artışı ile yaşam doyumu arasında bu ilişki saptanamamıştır. Tinnitus sıklıkla psikiyatrik komorbiditelere neden olmakta olup, bu alanda yapılacak daha büyük örneklemli yeni çalışmalarla bu ilişki üzerine daha net bilgilere sahip olmak mümkün olabilecektir.

Çalışmamızda tinnitus şiddet artışı ile ACYÖ arasında anlamlı korelasyon saptansa da, yapılan regresyon analizinde herhangi ilişki saptanamamıştır. Buna karşın, kesme puanına göre (ACYÖ) cinsel bozukluk olup olmadığı değerlendirildiğinde TEA ile cinsel bozukluk arasında anlamlı ilişki izlenmiştir. Cinsel yaşam kendi içinde, dış uyaranlardan uzaklaşma ve odaklanma gibi gerek şartları içerir. Bu odaklanmayı bozan durumlar ortaya çıktığında ereksiyonun kaybı, orgazma ulaşmada zorlanma, lubrikasyonda bozulma gibi cinsel işlev bozuklukları ortaya çıkabilmektedir. Örneğin, kas-iskelet sistemi kökenli ve kanser dışı kronik ağrısı olan kişilerde yapılan bir çalışmada, hastalarda yaygın şekilde seksüel disfonksiyon izlendiği ortaya konmuştur[70]. Benzer şekilde bir dış uyaran olan tinnitus da cinsel odaklanmayı bozarak cinsel işlev bozukluklarına neden olabilir.

Çalışmamızdaki bir diğer bulgu yaş ve çocuk sayısının ACYÖ skorları ile pozitif anlamda korele olmasıdır. Bunun temelinde yaşa bağlı cinsel fonksiyonda bozulmalar olması olduğunu düşünmekteyiz. Ayrıca çocuk sayısı arttıkça ACYÖ skorlarının artmasının temelinde, çocuğun bir bakım yükü getirmesinin ve sosyal ve ekonomik anlamda dolaylı bir etkinin olabileceği kanaatindeyiz.

Umutsuzluk AÖ ile cinsel bozukluk varlığı arasında da çalışmamızda anlamlı ilişki saptanmıştır. Umutsuzluk durumunda kişilerin cinsel istek düzeylerinde azalma ve seksüel konsantrasyon durumlarındaki bozulmanın, bu ilişkiyi açıklayabileceği düşüncesindeyiz. Bu alanda alanyazınında çalışmaya rastlanmamış olup, yapılacak çalışmaların literatürü zenginleştirebileceği kanısındayız.

Tinnitus sürelerinin cinsel yaşam üzerine etkisine bakıldığında, tinnitus süresi 1 yıldan kısa olan grubun, diğer gruba kıyasla ACYÖ puanlarının anlamlı derecede yüksek olduğu

görülmüştür. Bu durum, tinnitus süresinin artmasının midcingulo-insular ağın (ventral dikkat ağı/salience network) zamansal değişimi ile ilgili olduğunu düşünmekteyiz. Süreç içerisinde tinnitus şikayetinin dikkat ağında daha az seçilir olması cinsel yaşamda ortaya çıkan şikayetlerin zamanla azalmasına sebep olmuş olabilir. Sonuçlarımızla uyumlu şekilde, Muluk ve arkadaşları da yaptıkları çalışma sonucunda hafif ve orta şiddetteki tinnitusta erken dönemde cinsel bozuklukların izlendiğini, zamanla tinnitusla yaşamaya alışmaya bağlı olarak belirtilerde iyileşmeler olduğunu ortaya koymuşlardır[53]. Diğer yandan süreç içerisinde tinnituslu kimselerin problem çözme becerisinde artış olması da muhtemeldir. Çalışmamızda tinnitus ve tinnitus şiddet artışının cinsel doyumla ilişkisiz bulunması, süreç içerisinde bu durumla yaşamaya alışma, durum hakkındaki farkındalığın azalması ve buna bağlı konforsuz tablonun daha az rahatsız etmeye başlaması ile ilişkili olabileceği kanısındayız. Gelecekte tinnituslu bireylerin erken ve geç dönemlerindeki problem çözme becerilerinin değerlendirilmesinin literatüre katkı sağlayabileceği düşüncesindeyiz.

Çalışmamız TEA skor artışının dışında, yaş artışı ve kadın cinsiyetin de cinsel bozukluk riskini artırdığını ortaya koymuştur. Yaş artışına bağlı olarak orgazma ulaşmada zorluk, lubrikasyonda azalma ve sertleşme başta olmak üzere belli fizyolojik kaynaklı cinsel sorunlar ortaya çıkması gayet anlaşılabilir olmakla birlikte, kadın cinsiyetin de cinsel bozukluklar açısından risk faktörü olarak görülmesi önemli bir bulgudur.

Ayrıca Çok Değişkenli Binary Lojistik Regresyon Analizi'ne göre artan YDÖ skorlarının, istatistiksek açıdan anlamlı seviyede cinsel bozukluk riskini azalttığı bulunmuştur. Öyle görünmektedir ki, kişilerin yaşamdan duydukları haz ve doyum arttıkça, diğer haz araçlarından da aldıkları doyum artmaktadır. Yaşam doyumunun artması, cinsel patolojilerden koruyor gibi görünmektedir. Bu konuda alanyazına bakıldığında veriye rastlanamamıştır. Bu alanda yapılacak çalışmalar literatüre katkı sağlayabilir.

Yaptığımız çalışmada tinnitus şiddet artışı ile İÖÖ toplam skoru arasında anlamlı korelasyon saptansa da, yapılan regresyon analizinde bu ilişki anlamsız olarak değerlendirilmiştir. Ayrıca kontrol grubu ve tinnitus hastaları arasındaki ilişki de anlamsız sonuçlanmıştır. Literatürde de tinnitus ve intihar arasında yapılan kısıtlı sayıdaki çalışmada nedensellik açısından doğrudan bir ilişki bulunamamıştır. Ancak çalışılan grupta depresyon yaygınlığını yüksek olarak raporlamışlardır[41,71].

İntihar Olasılığı Ölçeği'nin 4 alt ölçeği bulunmaktadır. Bunlar sırasıyla İntihar Düşüncesi alt ölçeği, Olumsuz Kendilik alt ölçeği, Umutsuzluk alt ölçeği ve Düşmanlık alt ölçeğidir. İntihar Düşüncesi AÖ ile tinnitus şiddeti arasında ilişki saptanamamıştır. Tinnitusun birçok psikiyatrik patolojiye neden olduğuna ve hayat kalitesini azalttığına dair çok sayıda çalışma bulunduğu değinmiştik. Ancak bu komorbiditelerin mi, tek başına tinnitusun mu intihar düşüncesine neden olabildiği konusu tartışmalıdır. Çalışmamızda psikiyatrik komorbiditelerden uzak hastalar tercih edilmeye çalışılmış olup, bu hastalarda direkt olarak intihar olasılığı ile ilişki bulunamamıştır. Çalışmamızdaki bulgular literatür bilgisi ile uyumlu olmakla birlikte bu sonuç, komorbid psikiyatrik hastalıklardan uzak kimselerin çalışmaya alınmasıyla ilişkili olabilir. Tinnitus ve tinnitusun neden olduğu komorbid psikiyatrik hastalıkları bulunan kimselerde intihar olasılığını değerlendiren yeni çalışmaların yapılmasına ihtiyaç olup, bu çalışmalar sonrası literatüre önemli katkılar sunulabileceği kanaatindeyiz.

Çalışmamızda İntihar Düşüncesi AÖ ile tinnitus şiddet artışı arasında anlamlı korelasyon izlenirse de, korelasyon negatif olarak görülmektedir ($r:0.015$). Bu duruma neden olabilecek sebep, tinnitus semptom süresinin homojen dağılmaması olabilir. Çalışmalar, semptom süresi uzadıkça hastaların semptom ile yaşamaya alıştığı ve hayatlarını artık daha az etkilemeye başladığını ortaya koymaktadırlar[72].

Diğer bir alt ölçek olan Olumsuz Kendilik AÖ'nün de tinnitus şiddet artışı ile anlamlı korelasyon ve regresyon saptanamamıştır. Ayrıca kontrol grubu ile tinnitus hastaları arasında da fark izlenmemiştir. Kendilik algısı eski çağlardan beri filozoflar ve sosyal bilimciler tarafından üzerine düşünülen bir kavramdır. Kendilik kavramı kendi yaşam deneyimlerimizin algısını sağlamakta ve organizasyonunda büyük önem teşkil etmektedir. Ayrıca başkalarının duygu, düşünce ve davranışlarını anlamamızda temel oluşturan kavramlardan biridir[73]. Genellikle kronik bir hastalığa sahip olan bireylerde daha olumsuz kendilik algısı olduğu bildirilmektedir. Kişiler, diğer insanlara kıyasla kendini daha yorgun, olduğundan daha hasta, daha korkmuş ve daha zayıf olarak bildirmişlerdir. Özellikle fiziksel olarak dışarıdan belli olabilecek hastalıklar ve sakatlıklar, tik bozuklukları, kronik olarak ağrıya neden olan hastalıklar gibi pek çok durumda belirgin olarak kendilik algısında farklılık olduğu ortaya konmuştur[74,75]. Çalışmamızda tinnitusun; dışarıdan belli olmaması, başka insanların bu durumu farketmiyor olması, fiziksel bir yetersizliğe neden olmaması ve kronik ağrı kadar kişinin işlevselliğini bozmaması nedeniyle olumsuz kendilik algısı oluşumuna neden olmadığı kanaatindeyiz.

Bir diğerk alt ölçek olan Umutsuzluk AÖ ile tinnitus şiddet artışı ilişkisine yönelik regresyon analizinde anlamlı düzeyde ilişki bulunmuştur. Hastalar sıklıkla ses ortaya çıktıktan birkaç gün ya da hafta sonra hastane başvurularında bulunmaya başlamakta ve tedavi arayışına girmektedirler. Sıklıkla ilk başvuruda KBB polikliniklerine başvurulsa da, Nöroloji ve RSH polikliniklerine de başvurular olabilmektedir. Çoğu zaman da çözüm bulabilmek adına birden fazla branş başvurusuna rastlanmaktadır. Organik nedenlere yönelik çeşitli değerlendirmeler, odyometri ve gerekli görülürse görüntülemeler sağlanmakta ve organik bir neden bulunabilirse buna yönelik tedaviler uygulanabilmektedir. Ancak birçoğu yaşa bağlı dejenerasyon, yüksek ses maruziyeti, işitme kaybı, genetik gibi durumlara dayandığından ve bu alanda medikal anlamda net bir tedavi bulunmadığından, hastalar süreç içerisinde bu sesin hiç geçmeyeceği düşüncesine ve umutsuzluğa kapılmaktadırlar.

Süreç içerisinde izlediğimiz depresif ve anksiyöz bulguların ve hatta öfkenin temelinde olan komponentlerden birinin de bu umutsuzluk duygusu olduğunu düşünmekteyiz. Her ne kadar ölümcül olmayan ve ağrı vermeyen bir tablo olsa da, çaresiz kalma ve hayatın artık bu sesle birlikte olacağı düşüncesinin sadece tinnitusla ilgili düşüncelerde değil, hayatın tüm alanında umutsuzluğa neden olduğunu göstermesi, çalışmamızın önemli bulgularından biridir. Diğer yandan çalışmamızda kontrol grubuna kıyasla tinnitus hastalarının İntihar Düşüncesi AÖ skorları da anlamlı olarak sonuçlanmıştır. Bu veriler bizleri, tinnitusun intihar düşüncesinde artışa neden olabileceği ve tinnitus şiddeti arttıkça umutsuzluğun anlamlı olarak arttığı sonuçlarına ulaştırmaktadır. Belki de bu bulguları destekleyecek ek çalışmalar ortaya konması halinde, yakın gelecekte tinnitus hastalarının semptom şiddetleri değerlendirilerek rutin psikiyatrik muayenelerinin sağlanmasının ve ruh sağlığı açısından kontroller düzenlenmesinin önünü açabileceği düşüncesindeyiz.

İntihar olasılığı alt ölçeklerinden bir diğeri olan Düşmanlık (Öfke) AÖ de tinnitus şiddet artışı ile korelasyon ve regresyon analizlerinde anlamlı ilişki göstermiştir. Tinnitusu olan bireylerde stres düzeyinin ölçülmesi amacıyla yapılan çalışmalarda tükürükte bulunan kortizol seviyeleri, şiddetli tinnitusu olan bireylerde, hafif şiddette olanlara ve kontrol grubuna göre anlamlı derecede yüksek olarak izlenmiştir. Ayrıca yüksek tinnitus grubunun diğer gruplara kıyasla hem iç seslere (çınlama) hem de dış seslere karşı belirgin derecede tahammülsüz olduğu izlenmiştir[76]. Bu kapsamda kişilerde ikili ilişkilerde bozulma, sorun çözme becerisinde azalma ve işlevsellikte kayıp gibi durumların ortaya çıkmasına sebep olabileceği

kanaatindeyiz. Çalışmamızdaki bu düşmanlık/öfke parametresinin yüksek olarak sonuçlanmasını, kişinin süregelen olan bu sese uzun süreli maruziyetinin süreç içerisinde umutsuzluk ve tahammülsüzlüğe neden olması ile ilişkilendirmekteyiz. Bu tahammülsüzlük hali, ani öfkelenmelere ve düşmanca davranışlara neden olabildiği düşüncesindeyiz.

Çalışmamızda tinnitus şiddet artışı ile İntihar Düşüncesi AÖ arasında anlamlı ilişki saptanamamıştır. Umutsuzluğu artıran bir durumun intihar düşüncesinde artışa neden olmaması düşündürücüdür. Bunun temelde belli nedenleri olabilir. Bunun nedenlerinden biri örneklemin küçüklüğü olabilir. Daha büyük popülasyonlarda yapılan başka çalışmalar intihar düşüncesinde artış olduğunu ortaya koyabilir. Diğer yandan tek merkezli yapmış olduğumuz çalışma da sonucu etkilemiş olabilir. Bu sonuçlar, genel popülasyonu yansıtmamaktadır. Çok merkezli olacak şekilde yapılan ve daha büyük örneklem gruplarını içeren çalışmalar, alanyazınına katkı sağlayacaktır.

Benzer sosyokültürel özellikleri içeren örneklemimizde kültürün ve dini inançların bir getirisi olarak, ciddi umutsuzluk düşünceleri olsa da intihar düşüncesine dönüşmemiş olabilir. İntiharın dini inançtaki sonuçları oldukça katastrofik olduğundan bireyler, suicidal düşüncelere sahip olsa dahi bunu dile getirmek konusunda gönülsüz olabilirler. Toplum ya da hekim tarafından yargılanacağı veya ayıplanacağı düşüncesi, hastaların soruları yanıtlaması sırasında ilgili sonuçları etkilemiş olabilir.

5. SONUÇ

Kronik subjektif tinnitus, uzun süredir var olan, oldukça yorucu, ciddi tahammülsüzlüğe neden olabilen bir durumdur. Kişiler, birçok branşta şifa arayabilmekte ve bu branşlara tekrarlayan başvurular izlenebilmektedir. Tedavi anlamında çözüm sunan net bir ajanın olmaması, buna bağlı olarak bu durumun hiç geçmeyeceği düşüncesi hastalarda umutsuzluğa neden olabilmektedir. Kişinin en mutlu, en özel, en üzgün anlarında dahi çınlama sesini duyması karamsarlık ve mutsuzluğa neden olabilmekte, bazı kimseler uykuya dalabilmek için bu sesi bastıran televizyon gibi ek seslere ihtiyaç duyabilmektedir.

Kronik subjektif tinnitus hastalarıyla yaptığımız çalışmamızın sonucunda tinnitus şiddet artışının umutsuzluk ve düşmanlık (öfke) puanlarıyla anlamlı ilişkisi olduğunu, ayrıca tinnitusu olan bireylerde, olmayanlara kıyasla intihar düşüncesinde artış olduğunu saptadık. Tinnitus şiddeti arttıkça hastaların, çınlamanın geçmeyeceğine dair düşüncelerinin de yanında hayata bakışının da daha umutsuz olduğunu ve düşmanlık (öfke) geliştirme açısından yatkınlıkları olduğunu ortaya koyduk.

Çalışmamızda regresyon analizlerinde, tinnitus şiddet artışının veya tinnitus varlığının ACYÖ skorları ile anlamlı ilişkisi saptanamamıştır. Ancak kesme puanına göre değerlendirildiğinde cinsel sorun varlığı ile TEA skorları arasındaki ilişki anlamlıdır.

Diğer yandan tinnitus varlığında, olmayan bireylere göre intihar düşüncelerinde artış olduğunu tespit ettik. Ancak tinnitus şiddet artışı ile İÖÖ arasında anlamlı ilişki saptanamadı. Bu durum, tinnitus varlığının intihar düşüncesinde artışa neden olabileceğini ancak şiddet artışının ek bir risk artışına neden olmadığını göstermektedir. Bu açıdan bakıldığında hastalar tinnitus şikayetiyle başvurduğunda, ruhsal sorunları olabileceğini ve gereğinde psikiyatri branşına yönlendirilmelerinin önemli olduğunu vurgulamak önemlidir. Belki yakın gelecekte alanyazınına bu alanda yeni katkılar sağlanmasıyla, tinnitus ile başvuran hastaların ruhsal muayene ve kontrollerinin önünün açılabilceğini düşünmekteyiz.

6. KAYNAKLAR

1. McRackan T, Brackmann D. Otolology, Neurotology, and Skull Base Surgery: Clinical Reference Guide. 2015;
2. Jarach CM, Lugo A, Scala M *et al.* Global Prevalence and Incidence of Tinnitus: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Neurol* 2022; 79: 888–900.
3. Tunkel DE, Bauer CA, Sun GH *et al.* Clinical practice guideline: Tinnitus. *Otolaryngology - Head and Neck Surgery (United States)* 2014; 151: S1–S40.
4. Langguth B, Kreuzer PM, Kleinjung T, De Ridder D. Tinnitus: causes and clinical management. *Lancet Neurol* 2013; 12: 920–930.
5. Dietrich S. Earliest historic reference of 'tinnitus' is controversial. *J Laryngol Otol* 2004; 118: 487–488.
6. Stephens GSD. The treatment of tinnitus—a historical perspective*. *J Laryngol Otol* 1984; 98: 963–972.
7. Stephens GSD. The treatment of tinnitus—a historical perspective*. *J Laryngol Otol* 1984; 98: 963–972.
8. Davis A, El Rafaie A. Epidemiology of tinnitus. In: Tyler RS *Tinnitus Handbook*. 2000.
9. Stohler NA, Reinau D, Jick SS, Bodmer D, Meier CR. A study on the epidemiology of tinnitus in the United Kingdom. *Clin Epidemiol* 2019; 11: 855–871.
10. Chang NC, Dai CY, Lin WY *et al.* Prevalence of Persistent Tinnitus and Dizziness in an Elderly Population in Southern Taiwan. *J Int Adv Otol* 2019; 15: 99.
11. Shargorodsky J, Curhan GC, Farwell WR. Prevalence and Characteristics of Tinnitus among US Adults. *Am J Med* 2010; 123: 711–718.
12. Stouffer JL, Tyler RS. Characterization of tinnitus by tinnitus patients. *J Speech Hear Disord* 1990; 55: 439–453.
13. Baigi A, Oden A, Almlid-Larsen V, Barrenäs ML, Holgers KM. Tinnitus in the general population with a focus on noise and stress: a public health study. *Ear Hear* 2011; 32: 787–789.
14. Thirunavukkarasu K, Geetha C. One-year prevalence and risk factors of tinnitus in older individuals with otological problems. *Int Tinnitus J* 2013; 18: 175–181.
15. Baran H. Comparison of Tinnitus Handicap Inventory and Beck Depression-Anxiety Inventories. *Praxis of Otorhinolaryngology* 2016; 4: 7–11.
16. Kim HJ, Lee HJ, An SY *et al.* Analysis of the Prevalence and Associated Risk Factors of Tinnitus in Adults. *PLoS One* 2015; 10: e0127578.
17. Nondahl DM, Cruickshanks KJ, Huang GH *et al.* Generational Differences in the Reporting of Tinnitus. *Ear Hear* 2012; 33: 640.
18. Negrila-Mezei A, Enache R, Sarafoleanu C. Tinnitus in elderly population: clinic correlations and impact upon QoL. *J Med Life* 2011; 4: 412.
19. Noell CA, Meyerhoff WL. Tinnitus. Diagnosis and treatment of this elusive symptom. *Geriatrics (Basel)* 2003; 58: 28–34.
20. Møller AR. Tinnitus: presence and future. *Prog Brain Res* 2007; 166: 3–16.
21. Mazurek B, Olze H, Haupt H, Szczepek AJ. The More the Worse: the Grade of Noise-Induced Hearing Loss Associates with the Severity of Tinnitus. *International Journal of*

- Environmental Research and Public Health 2010, Vol 7, Pages 3071-3079 2010; 7: 3071–3079.
22. A Shulman. Clinical classification of subjective idiopathic tinnitus. *J Laryngol Otol* 1981; 4: 102–106.
 23. Sismanis A. Pulsatile tinnitus. *Otolaryngol Clin North Am* 2003; 36: 389–402.
 24. Crummer RW, Hassan GA. Diagnostic Approach to Tinnitus. *Am Fam Physician* 2004; 69: 120–126.
 25. Tunkel DE, Bauer CA, Sun GH *et al*. Clinical practice guideline: Tinnitus. *Otolaryngology - Head and Neck Surgery (United States)* 2014; 151: S1–S40.
 26. Tutan A. Kronik Tinnitus Hastalarında Anksiyete, Aleksitimi, Travma ve Nörobilişsel İşlevlerin Değerlendirilmesi. 2019.
 27. Hazell JWP, Jastreboff PJ. Tinnitus. I: Auditory mechanisms: a model for tinnitus and hearing impairment. *J Otolaryngol* 1990; 19: 1–5.
 28. Georgiewa P, Klapp BF, Fischer F *et al*. An integrative model of developing tinnitus based on recent neurobiological findings. *Med Hypotheses* 2006; 66: 592–600.
 29. Dagnino-Subiabre A, Terreros G, Carmona-Fontaine C *et al*. Chronic stress impairs acoustic conditioning more than visual conditioning in rats: Morphological and behavioural evidence. *Neuroscience* 2005; 135: 1067–1074.
 30. Mazurek B, Haupt H, Joachim R, Klapp BF, Stöver T, Szczepek AJ. Stress induces transient auditory hypersensitivity in rats. *Hear Res* 2010; 259: 55–63.
 31. Schneider WR, Hilk A, Franzen U. Social support, disability, coping with stress and personality markers in patients with subjective chronic aural tinnitus and a clinical control group. *HNO* 1994; 42: 22–27.
 32. Salviati M, Saverio Bersani F, Terlizzi S *et al*. Tinnitus: Clinical experience of the psychosomatic connection. *Neuropsychiatr Dis Treat* 2014; 10: 267–275.
 33. Pridmore S, Walter G, Friedland P. Tinnitus and suicide: recent cases on the public record give cause for reconsideration. *Otolaryngology--Head and Neck Surgery* 2012; 147: 193–195.
 34. Raj-Koziak D, Gos E, Kutyba J, Skarzynski H, Skarzynski PH. Decreased Sound Tolerance in Tinnitus Patients. *Life* 2021, Vol 11, Page 87 2021; 11: 87.
 35. Bartels H, Middel BL, Van Der Laan BFAM, Staal MJ, Albers FWJ. The additive effect of co-occurring anxiety and depression on health status, quality of life and coping strategies in help-seeking tinnitus sufferers. *Ear Hear* 2008; 29: 947–956.
 36. Bhatt JM, Bhattacharyya N, Lin HW. Relationships between tinnitus and the prevalence of anxiety and depression. *Laryngoscope* 2017; 127: 466–469.
 37. Zöger S, Svedlund J, Holgers KM. Relationship Between Tinnitus Severity and Psychiatric Disorders. *Psychosomatics* 2006; 47: 282–288.
 38. Sullivan MD, Katon W, Dobie R, Sakai C, Russo J, Harrop-Griffiths J. Disabling tinnitus: Association with affective disorder. *Gen Hosp Psychiatry* 1988; 10: 285–291.
 39. Harrop-Griffiths J, Katon W, Dobie R, Sakai C, Russo J. Chronic tinnitus: Association with psychiatric diagnoses. *J Psychosom Res* 1987; 31: 613–621.
 40. Jacobson GP, McCaslin DL. A search for evidence of a direct relationship between tinnitus and suicide. *J Am Acad Audiol* 2001; 12: 493–496.
 41. Szibor A, Mäkitie A, Aarnisalo AA. Tinnitus and suicide: An unresolved relation. *Audiology Research* 2019, Vol 9, Page 222 2019; 9: 222.

42. Pridmore S, Walter G, Friedland P. Tinnitus and Suicide: Recent Cases on the Public Record Give Cause for Reconsideration. *Otolaryngology-Head and Neck Surgery* 2012; 147: 193–195.
43. Hébert S, Paiement P, Lupien SJ. A physiological correlate for the intolerance to both internal and external sounds. *Hear Res* 2004; 190: 1–9.
44. Hébert S, Lupien SJ. The sound of stress: Blunted cortisol reactivity to psychosocial stress in tinnitus sufferers. *Neurosci Lett* 2007; 411: 138–142.
45. Cima RFF, Crombez G, Vlaeyen JWS. Catastrophizing and fear of tinnitus predict quality of life in patients with chronic tinnitus. *Ear Hear* 2011; 32: 634–641.
46. Teixeira LS, Oliveira CAC, Granjeiro RC, Petry C, Travaglia ABL, Bahmad F. Polysomnographic Findings in Patients With Chronic Tinnitus. *Annals of Otology, Rhinology & Laryngology* 2018; 127: 953–961.
47. Izuhara K, Wada K, Nakamura K *et al.* Association between Tinnitus and Sleep Disorders in the General Japanese Population. *Annals of Otology, Rhinology & Laryngology* 2013; 122: 701–706.
48. Belli S, Belli H, Bahcebasi T, Ozcetin A, Alpay E, Ertem U. Assessment of psychopathological aspects and psychiatric comorbidities in patients affected by tinnitus. *European Archives of Oto-Rhino-Laryngology* 2008; 265: 279–285.
49. Salonen J, Johansson R, Joukamaa M. Alexithymia, depression and tinnitus in elderly people. *Gen Hosp Psychiatry* 2007; 29: 431–435.
50. Rizzardo R, Savastano M, Maron MB, Mangialaio M, Salvadori L. Psychological distress in patients with tinnitus. *Journal of Otolaryngology-Head & Neck Surgery* 1998 27 (20 July 2023, date last accessed).
51. Zachariae R, Mirz F, Johansen LV, Andersen SE, Bjerring P, Pedersen CB. Reliability and validity of a Danish adaptation of the Tinnitus Handicap Inventory. *Scand Audiol* 2009; 29: 37–43.
52. Bayar N, Oğuztürk Ö, Koç C. Minnesota Multiphasic Personality Inventory Profile of Patients with Subjective Tinnitus. Article in *The Journal of otolaryngology* 2002;
53. Muluk NB, Basar MM, Oğuztürk O, Dikici O. Does Subjective Tinnitus Cause Sexual Disturbance? *J Otolaryngol* 2007;
54. Özler G, Özler S. Relationship between tinnitus and sexual dysfunction. *J Exp Clin Med* 2014; 31: 67–69.
55. Newman CW, Jacobson GP, Spitzer JB. Development of the Tinnitus Handicap Inventory. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 1996; 122: 143–148.
56. Newman CW, Sandridge SA, Jacobson GP. Psychometric Adequacy of the Tinnitus Handicap Inventory (THI) for Evaluating Treatment Outcome. *Journal of the American Academy of Audiology* 1998 (26 July 2023, date last accessed).
57. Aksoy S, Firat Y, Alpar R. The Tinnitus Handicap Inventory: A Study of Validity and Reliability. *International Tinnitus Journal* 2007; 13: 94–98.
58. Soykan A. The reliability and validity of Arizona sexual experiences scale in Turkish ESRD patients undergoing hemodialysis. *International Journal of Impotence Research* 2004 16:6 2004; 16: 531–534.
59. Dağlı A, Baysal N. Yaşam Doyumu Ölçeğinin Türkçe’ye Uyarlanması: Geçerlik ve Güvenilirlik Çalışması. *Electronic Journal of Social Sciences* 2016; 15.
60. Cull JG, Gill WS. Suicide probability scale. *J Consult Clin Psychol* 1988;
61. Mesude Şahin. Depresyon ve Anksiyete Bozukluğu Olan Hastaların Manevi Yönelimleri ile İntihar Eğilimleri ve Tedavi Uyumluları Arasındaki İlişki. 2022.

62. Eskin M. Reliability of the Turkish Version of the Perceived Social Support From Friends and Family Scales, Scale For Interpersonal Behavior and Suicide Probability Scale. *J Clin Psychol* 1993; 49: 515–522.
63. Merih Demirkol. İntihar Olasılığı: Kişilik Özellikleri, Kontrol Odağı ve Ölüm Algısı Açısından Bir Değerlendirme . 2013.
64. Şevik AE, Uysal E, Özcan H. İntihar girişimlerinin incelenmesi: risk faktörleri ve takip. *Klinik Psikiyatri* 2012; 15: 218–25.
65. HARMANCI P. Dünya’daki ve Türkiye’deki İntihar Vakalarının Sosyodemografik Özellikler Açısından İncelenmesi. *Hacettepe University Faculty of Health Sciences Journal* 2015; 375–422.
66. Sindhusake D, Mitchell P, Newall P, Golding M, Rochtchina E, Rubin G. Prevalence and characteristics of tinnitus in older adults: the Blue Mountains Hearing Study: Prevalencia y características del acúfeno en adultos mayores: el Estudio de Audición Blue Mountains. *Int J Audiol* 2003; 42: 289–294.
67. Hallberg LRM, Erlandsson SI. Tinnitus characteristics in tinnitus complainers and noncomplainers. *Br J Audiol* 1993; 27: 19–27.
68. Fletcher D, Sarkar M. Psychological Resilience. *Eur Psychol* 2013; 18: 12–23.
69. Langenbach M, Olderog M, Michel O, Albus C, Köhle K. Psychosocial and personality predictors of tinnitus-related distress. *Gen Hosp Psychiatry* 2005; 27: 73–77.
70. Kwan KSH, Roberts LJ, Swalm DM. Sexual dysfunction and chronic pain: the role of psychological variables and impact on quality of life. *European Journal of Pain* 2005; 9: 643–643.
71. Lewis JE, Stephens SDG, McKenna L. Tinnitus and Suicide. *Clin Otolaryngol Allied Sci* 1994; 19: 50–54.
72. Muluk N, Basar M. Does subjective tinnitus cause sexual disturbance? *Journal of otolaryngology* 2007;
73. Markus H, Smith J, Moreland RL. Role of the Self-Concept in the Perception of Others. *J Pers Soc Psychol* 1985; 49: 1494–1512.
74. Armentrout DP. The impact of chronic pain on the self-concept. *J Clin Psychol* 1979; 35: 517–521.
75. Silvestri PR, Baglioni V, Cardona F, Cavanna AE. Self-concept and self-esteem in patients with chronic tic disorders: A systematic literature review. *European Journal of Paediatric Neurology* 2018; 22: 749–756.
76. Hébert S, Paiement P, Lupien SJ. A physiological correlate for the intolerance to both internal and external sounds. *Hear Res* 2004; 190: 1–9.

7. EKLER

SOSYO DEMOGRAFİK VERİ FORMU

1. ADINIZIN BAŞHARFLERİ:
2. YAŞINIZ
3. CİNSİYETİNİZ
 - ☐ KADIN
 - ☐ ERKEK
4. MEDENİ DURUMUNUZ
 - ☐ EVLİ
 - ☐ BEKAR
 - ☐ EŞİNDEN AYRILMIŞ
 - ☐ EŞİ VEFAT ETMİŞ
5. ÇOCUK VAR MI VARSA SAYISI
 - ☐ VAR.....
 - ☐ YOK
6. MESLEĞİNİN
 - ☐ ÇALIŞMIYOR
 - ☐ İŞÇİ
 - ☐ MEMUR
 - ☐ EMEKLİ
 - ☐ ÇİFTÇİ
 - ☐ ÖĞRENCİ
7. GELİR DÜZEYİNİZ
 - ☐ GELİR YOK
 - ☐ 0-4000 TL
 - ☐ 4000-6000 TL
 - ☐ 6000-8000 TL

- ☐ 8000 TL VE ÜZERİ

8. EĞİTİM DÜZEYİNİZ

- ☐ İLKÖĞRETİM
- ☐ ORTAOKUL
- ☐ LİSE
- ☐ ÜNİVERSİTE

9. NE KADAR SÜREDİR ÇINLAMA ŞİKAYETİNİZ MEVCUT?

- ☐

10. HANGİ DURUMLARDA ÇINLAMA ŞİKAYETİNİZ ARTIYOR?

- ☐ KAYGILI OLDUĞUMDA
- ☐ MUTSUZ OLDUĞUMDA
- ☐ STRESLİ OLDUĞUMDA
- ☐ DURUMUMDAN ETKİLENMİYOR

11. HANGİ KULAĞINIZDA ÇINLAMA OLUYOR?

- ☐ HER İKİ KULAKTA
- ☐ SADECE SAĞDA
- ☐ SADECE SOLDA

12. AİLENİZDE ÇINLAMA ŞİKAYETİ OLAN VAR MI?

- ☐ EVET
- ☐ HAYIR

ARIZONA CİNSEL YAŞANTILAR ÖLÇEĞİ (ACYÖ)

KADIN FORMU

Ad-Soyad:.....

Tarih:.....

Lütfen her madde için BUGÜN de dahil GEÇEN HAFTAKİ durumunuzu işaretleyin

Cinsel açıdan ne derece isteklisiniz ?

1 □	2 □	3 □	4 □	5 □	6 □
Oldukça istekli	Çok istekli	Biraz istekli	Biraz isteksiz	Çok isteksiz	Tamamen isteksiz

Cinsel açıdan ne kadar kolay uyarılırsınız (tahrik olursunuz) ?

1 □	2 □	3 □	4 □	5 □	6 □
Oldukça kolay	Çok kolay	Biraz kolay	Biraz zor	Çok zor	Oldukça zor

Vajinanız/cinsel organınız ilişki sırasında ne kadar kolay ıslanır veya nemlenir ?

1 □	2 □	3 □	4 □	5 □	6 □
Oldukça kolay	Çok kolay	Biraz kolay	Biraz zor	Çok zor	Asla olmaz

Ne kadar kolay orgazm olursunuz (doyuma ulaşırsınız)?

1 □	2 □	3 □	4 □	5 □	6 □
Oldukça kolay	Çok kolay	Biraz kolay	Biraz zor	Çok zor	Asla boşalamam

Orgazmınız tatmin edici midir ?

1 □	2 □	3 □	4 □	5 □	6 □
Oldukça tatmin edici	Çok tatmin edici	Biraz tatmin edici	Pek tatmin etmiyor	Çok tatmin etmiyor	Orgazma ulaşamam

ARIZONA CİNSEL YAŞANTILAR ÖLÇEĞİ (ACYÖ)

ERKEK FORMU

Ad-Soyad:.....

Tarih:.....

Lütfen her madde için BUGÜN de dahil GEÇEN HAFTAKİ durumunuzu işaretleyin

Cinsel açıdan ne derece isteklisiniz ?

1 □	2 □	3 □	4 □	5 □	6 □
Oldukça istekli	Çok istekli	Biraz istekli	Biraz isteksiz	Çok isteksiz	Tamamen isteksiz

Cinsel açıdan ne kadar kolay uyarılırsınız (tahrik olursunuz) ?

1 □	2 □	3 □	4 □	5 □	6 □
Oldukça kolay	Çok kolay	Biraz kolay	Biraz zor	Çok zor	Oldukça zor

Penisiniz/cinsel organınız kolayca sertleşir ve bu sertliğini sürdürür mü ?

1 □	2 □	3 □	4 □	5 □	6 □
Oldukça kolay	Çok kolay	Biraz kolay	Biraz zor	Çok zor	Asla olmaz

Ne kadar kolay boşalırsınız ?

1 □	2 □	3 □	4 □	5 □	6 □
Oldukça kolay	Çok kolay	Biraz kolay	Biraz zor	Çok zor	Asla boşalamam

Boşalmanız tatmin edici midir ?

1 □	2 □	3 □	4 □	5 □	6 □
Oldukça tatmin edici	Çok tatmin edici	Biraz tatmin edici	Pek tatmin etmiyor	Çok tatmin etmiyor	Hiç boşalamam

ÇINLAMA (TİNNİTUS) ENGELLİLİK ANKETİ

- 1- (F) Çınlamanız nedeniyle dikkatinizi toplamada güçlük çekiyor musunuz?
EVET BAZEN HAYIR
- 2- (F) Çınlamanın sesinin yüksekliği nedeniyle insanları duymada güçlük çekiyor musunuz?
EVET BAZEN HAYIR
- 3- (E) Çınlamanız sizi sinirlendiriyor mu?
EVET BAZEN HAYIR
- 4- (F) Çınlamanız kafanızın karışması hissi uyandırıyor mu?
EVET BAZEN HAYIR
- 5- (C) Çınlama nedeniyle umutsuzluk hissediyor musunuz?
EVET BAZEN HAYIR
- 6- (E) Çınlamanızdan büyük oranda şikayetçi misiniz?
EVET BAZEN HAYIR
- 7- (F) Çınlamanız nedeniyle gece uykuya dalmakta güçlük çekiyor musunuz?
EVET BAZEN HAYIR
- 8- (C) Çınlamanızdan kurtulamayacağınız hissine kapılı yomusunuz?
EVET BAZEN HAYIR
- 9- (F) Çınlamanız sosyal aktivitelerden keyif almanızı engelliyor mu?
EVET BAZEN HAYIR
- 10- (E) Çınlamanız nedeniyle kendinizi engellenmiş hissediyor musunuz?
EVET BAZEN HAYIR
- 11- (C) Çınlamanız nedeniyle felaket bir hastalığa yakalanmış hissine kapılıyor musunuz?
EVET BAZEN HAYIR
- 12- (F) Çınlamanız hayattan zevk almanızı güçleştiriyor mu?
EVET BAZEN HAYIR
- 13- (F) Çınlamanız işinizle veya evinizle ilgili sorumlulukları yerine getirmenizi engelliyor mu?
EVET BAZEN HAYIR
- 14- (E) Çınlamanız nedeniyle kendinizi sıklıkla alıngan bulduğunuz oluyor mu?
EVET BAZEN HAYIR
- 15- (F) Çınlamanız nedeniyle sizin için okumak güç oluyor mu?

- | | | | |
|--|------|-------|-------|
| | EVET | BAZEN | HAYIR |
|--|------|-------|-------|
- 16- (E) Çınlamanız sizi üzüyor mu?
- | | | | |
|--|------|-------|-------|
| | EVET | BAZEN | HAYIR |
|--|------|-------|-------|
- 17- (E) Çınlama probleminizin, ailenizdeki bireylerle ve arkadaşlarınızla olan ilişkinizde baskıya yol açıyor mu?
- | | | | |
|--|------|-------|-------|
| | EVET | BAZEN | HAYIR |
|--|------|-------|-------|
- 18- (F) Dikkatinizi çınlamanızdan uzaklaştırmayı ve diğer şeylere odaklanmayı güç buluyor musunuz?
- | | | | |
|--|------|-------|-------|
| | EVET | BAZEN | HAYIR |
|--|------|-------|-------|
- 19- (C) Çınlamanız üzerinde hiçbir kontrolünüzün olmadığını hissediyor musunuz?
- | | | | |
|--|------|-------|-------|
| | EVET | BAZEN | HAYIR |
|--|------|-------|-------|
- 20- (F) Çınlamanız nedeniyle sık sık kendinizi yorgun hissediyor musunuz?
- | | | | |
|--|------|-------|-------|
| | EVET | BAZEN | HAYIR |
|--|------|-------|-------|
- 21- (E) Çınlamanız nedeniyle kendinizi çökkün hissediyor musunuz?
- | | | | |
|--|------|-------|-------|
| | EVET | BAZEN | HAYIR |
|--|------|-------|-------|
- 22- (E) Çınlamanız sizi sinirli hissettiriyor mu?
- | | | | |
|--|------|-------|-------|
| | EVET | BAZEN | HAYIR |
|--|------|-------|-------|
- 23- (C) Çınlamanızla artık başa çıkamadığınızı düşünüyor musunuz?
- | | | | |
|--|------|-------|-------|
| | EVET | BAZEN | HAYIR |
|--|------|-------|-------|
- 24- (F) Çınlamanız sıkıntılıyken daha kötü oluyor mu?
- | | | | |
|--|------|-------|-------|
| | EVET | BAZEN | HAYIR |
|--|------|-------|-------|
- 25- (E) Çınlamanız sizde güvensizlik hissi uyandırıyor mu?
- | | | | |
|--|------|-------|-------|
| | EVET | BAZEN | HAYIR |
|--|------|-------|-------|

YAŞAM DOYUM ÖLÇEĞİ

	Maddeler	Hiç katılmıyorum (1)	Çok az katılıyorum (2)	Orta düzeyde katılıyorum (3)	Büyük oranda katılıyorum (4)	Tamamen katılıyorum (5)
1	İdeallerime yakın bir yaşantım vardır.					
2	Yaşam koşullarım mükemmeldir.					
3	Yaşamımdan memnunum.					
4	Şimdiye kadar yaşamdan istediğim önemli şeylere sahip oldum.					
5	Tekrar dünyaya gelsem hayatımdaki hemen hemen hiçbir şeyi değiştirmezdim					

İNTİHAR OLASILIĞI ÖLÇEĞİ

Sizi Tanımlama Derecesi

% 0 %30 %70 %100

1. Kızınca bir şeyler fırlatırım.				
2. Beni gerçekten seven pek çok kişi var.				
3. Ani kararlar vermeye ya da düşünmeden bazı davranışlarda bulunmaya eğilimliyim.				
4. Başkalarına anlatılamayacak kadar kötü şeyler düşünüyorum.				
5. Çok fazla sorumluluğum var.				
6. Yapabileceğim pek çok faydalı şey olduğuna inanıyorum.				
7. İntiharın başkalarını cezalandırmak için iyi bir yol olmadığına inanıyorum.				
8. Başkalarına karşı düşmanca duygular içindeyim.				
9. Kendimi insanlardan soyutlanmış hissediyorum.				
10. İnsanların bana olduğum gibi değer verdiklerine inanıyorum.				
11. Ölürssem pek çok insanın üzüleceğine inanıyorum.				
12. Kendimi dayanılmayacak kadar yalnız hissediyorum.				
13. İnsanların bana karşı düşmanca duygular içinde olduğunu sanıyorum.				
14. Yeni baştan başlayabilsem, hayatımda pek çok değişiklikler yapabileceğimi düşünüyorum.				
15. Pek çok şeyi iyi yapamadığımı düşünüyorum.				
16. Sevdiğim kişilerle arkadaşlığımı sürdürmekte güçlük çekiyorum.				
17. Ölürssem hiç kimsenin beni özlemeyeceğini sanıyorum.				
18. İşlerimin yolunda gittiğini düşünüyorum.				

19. İnsanların benden çok şey beklediklerini hissediyorum.				
20. Yaptıklarım ve düşündüklerim için kendimi cezalandırmayı düşünmüyorum.				
21. Dünyanın yaşamaya değer bir yer olduğunu düşünüyorum.				
22. Geleceğim hakkında çok dikkatli bir şekilde plan yaptığımı sanıyorum.				
23. Güvenebileceğim pek fazla arkadaşımın olmadığını düşünüyorum.				
24. Ölümün insanları mutlu edeceğini sanmıyorum.				
25. Yaşananlar ne kadar kötü olursa olsun, ölümü düşündürecek kadar kötü olamayacağını düşünüyorum.				
26. Kendimi anneme yakın hissediyorum / hissediyordum.				
27. Kendimi arkadaşlarıma yakın hissediyorum.				
28. Hiç bir şeyin düzeleceğini sanmıyorum.				
29. İnsanların beni ve yaptıklarımı doğru bulmadıklarını düşünüyorum.				
30. Kendimi nasıl öldüreceğimi düşünmedim.				
31. Para konusu beni endişelendiriyor.				
32. İntihar etmeyi hiç düşünmedim.				
33. Kendimi yorgun hissediyorum ve hiçbir şeye ilgim kalmadığını düşünüyorum.				
34. Kızınca bir şeyler kırarım.				
35. Kendimi babama yakın hissediyorum/ hissediyordum.				
36. Nerede olursam olayım mutlu olabileceğimi sanıyorum.				



T.C.
RECEP TAYYİP ERDOĞAN ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanlığı



Sayı : E-40465587-050.01.04-475
Konu : Etik Kurul

20.09.2022

Sayın Dr. Öğr. Üyesi Meltem PUŞUROĞLU

Üniversitemiz Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kuruluna yapmış olduğunuz “**Kronik Subjektif Tinnituslu Hastalarda Tinnitus Şiddetinin Cinsellik, İntihar Düşüncesi ve Yaşam Doyumu ile İlişkisi**” isimli başvurunuz etik kurulumuz yönergesine göre 15.09.2022 tarihinde yapmış olduğu toplantıda incelenmiş olup, 2022/153 karar numarası ile bilimsel ve etik yönden uygun bulunmuştur.

Bilgilerinizi ve gereğini saygılarımla rica ederim.

Dr. Öğr. Üyesi Tahsin Gökhan TELATAR
Başkan

Bu belge güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu : aa1fe5af9033

Belge Takip Adresi: <http://ebys.erdogan.edu.tr/EBYS/eimzadogrulama>

Fener Mah. Zihni Derin Yerleşkesi 53100 Rize / TÜRKİYE
Telefon No :+90 (464) 223 61 26 Faks No :+90 (464) 223 53 76
e-Posta : [Internet Adresi:http://www.erdogan.edu.tr/](http://www.erdogan.edu.tr/)
Kep Adresi:

Bilgi için : BURAK HANKAYA
Bilgisayar İşletmeni



8. ÖZGEÇMİŞ

I- Bireysel Bilgiler

Adı-Soyadı: Koray SOYTÜRK

Doğum yeri ve tarihi: Afyonkarahisar

Uyruğu: T.C.

İletişim adresi:

Yabancı dili: İngilizce

II- Eğitimi (tarih sırasına göre yeniden eskiye doğru)

RTEÜ Tıp Fakültesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri A.D.

Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi

Afyon Süleyman Demirel Fen Lisesi

Maden İlköğretim Okulu

III- Ünvanları (tarih sırasına göre eskiden yeniye doğru)

Hekim

IV- Mesleki Deneyimi

RTEÜ Tıp Fakültesi Psikiyatri A.D., Asistan Hekim

Erzurum Karayazı Türk Eczacılar Birliği Devlet Hastanesi, Pratisyen Hekim

V- Üye Olduğu Bilimsel Kuruluşlar

Türkiye Psikiyatri Derneği

VI- Bilimsel İlgi Alanları ve Etkinlikleri

Soytürk, K., & HOCAOĞLU, C. (2021). Lityum kullanımına bağlı gelişen akneiform ilaç erüpsiyonu. *Pamukkale Medical Journal*, 14(2), 500-504.

Examining the Attitudes of Patients who Apply to a Training and Research Hospital Psychiatry Outpatient Clinic towards Physicians' Attire and Gender

Anorexia nervosa with psychotic symptoms: A case report. March 2022.Conference: İPEK 2022, Antalya, Türkiye.

Postpartum psychosis in the COVID-19 outbreak: a case report. October 2020.Conference: 5. Psikiyatri Zirvesi ve 12. Anksiyete Kongresi 28 – 31 Ekim 2020

'A Neglected Subject "Adult Separation Anxiety Disorder": A Case Report " 5. Psikiyatri Zirvesi ve 12. Anksiyete Kongresi 28 – 31 Ekim 2020

Virchow-Robin Spaces in Patients with Borderline Personality Disorder: A Case Report. October 2020. Conference: 5. Psikiyatri Zirvesi ve 12. Anksiyete Kongresi 28 – 31 Ekim 2020

Very Late-Onset Schizophrenia-Like Psychotic Disorder: A Case Report. 15th International Congress on Psychopharmacology & Child and Adolescent Psychopharmacology / Psychotherapy (ICP 2024)

Traumatic Grief Presenting with Psychotic Symptoms: A Case Report. 15th International Congress on Psychopharmacology & Child and Adolescent Psychopharmacology / Psychotherapy (ICP 2024)

VIII- Diğer Bilgiler

Nöropsikolojik test eğitimi (Dikkat, Görsel Mekansal Biliş, Yönetici İşlev, Öğrenme ve Bellek Testleri)

