



T.C.

İSTANBUL AREL ÜNİVERSİTESİ

SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

PSİKOLOJİ ANA BİLİM DALI

**ANDROPOZ DÖNEMİNDEKİ KİŞİLERİN DEPRESYON  
VE KAYGI DÜZEYLERİ İLE BEDEN ALGISININ  
İNCELENMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**AYŞEGÜL ÖZ CÖRÜT**

## **YEMİN METNİ**

Yüksek lisans tezi olarak sunduğum “Andropoz dönemindeki kişilerin depresyon, kaygı düzeyleri ve beden algısının incelenmesi” başlıklı bu çalışmanın, bilimsel ahlak ve geleneklere uygun şekilde tarafımdan yazıldığını, yararlandığım eserlerin tamamının kaynaklarda gösterildiğini ve çalışmanın içinde kullanıldıkları her yerde bunlara atıf yapıldığını belirtir ve bunu onurumla doğrularım.

**Ayşegül Öz Cörüt**

11.02.2014

## ONAY

Tezimin kağıt ve elektronik kopyalarının istanbul Arel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü arşivlerinde aşağıda belirttiğim koşullarda saklanmasına izin verdiğimi onaylarım.

Tezimin tamamı her yerden erişime açılabilir.

12.03.2014

Ayşegül Öz Cörüt

## ÖZET

Dünya nüfusunun hızla yaşlanmasına bağlı olarak andropoz olgusu önemli bir sağlık sorunu haline gelmiş ve bu dönem erkeklerin yaşam kalitesinde hızlı bir düşüşe neden olmaktadır. Kadınların menopoz dönemine ait çalışmaların sıklığının yanı sıra erkeklerin bu dönemine ait çalışmalar oldukça sınırlıdır. Araştırmamızın temel amacı; yaşlanmakta olan erkeklerde testosteron düzeyinin de azalacağı beklentisine dayanarak bedenden duyulan memnuniyetsizlik (beden memnuniyetsizliği), andropoz yaşantısı, depresyon ve anksiyete arasındaki ilişkileri incelemektir. Bunun yanı sıra depresyon ve anksiyetenin önemli yordayıcıları arasında medeni durum ve eğitim düzeyi gibi psikososyal değişkenlerin de yer aldığı göz ardı edilmemiştir. Bu bağlamda araştırmamızda kronik hastalık durumu, eğitim düzeyi, medeni durum, gelir düzeyi ve yaş aralıklarının da bedenden duyulan memnuniyetsizlik, andropoz yaşantısı, anksiyete ve depresyon üzerindeki etkilerinin kontrol edilmesi ayrıca amaçlanmıştır. Çalışmanın verilerinin toplanmasında, Yaşlanan Erkek Semptom Sorgulama Formu, Beck Depresyon Ölçeği, Beck Anksiyete Ölçeği, Vücut Algısı Ölçeği ve Kişisel Bilgi Formu kullanılmıştır. Veriler, SPSS 15.0 paket programından analiz edilmiş ve araştırma verilerinin analizinde iki kategorili durumlar için Mann-Whitney U testi, ikiden fazla kategorili durumlar için ise Kruskal-Wallis testi uygulanmıştır. Tüm korelasyon analizleri Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon Değişmezlik katsayıları hesaplanarak yürütülmüştür. Bu araştırmada kullanılan ölçeklerin iç tutarlılıkları Cronbach Alpha değerleri hesaplanarak sınanmıştır. Bulgular arasında tüm ölçek puanları yaş aralıklarına ve kronik hastalık durumu kategorilerine göre değişim göstermektedir. Yaş arttıkça beden memnuniyetsizliği, depresyon, anksiyete, ve andropozun genel, somatik, psikolojik ve cinsel belirtileri de artmaktadır. kronik hastalığı olanların tüm ölçeklerden almış oldukları puanların kronik hastalığı olmayanlardan anlamlı derecede yüksek olduğu gözlenmiştir

**Anahtar Kelimeler:** Andropoz, Hipogonadizm, Testosteron ve Erkek Sağlığı.

## ABSTRACT

The case of andropause has become a serious health issue due to the rapid aging of the world population, and this period causes the life quality of men to decrease. Contrary to the commonness of the studies on menopause period of females, studies on this period of males are limited. The main purpose of our research is to analyze the relation among dissatisfaction with the body image (body dissatisfaction), the experience of andropause, depression and anxiety, based on the expectation that the testosterone levels of aging males are decreased. Besides, the fact that psychosocial variables like marital status and educational level are among the important predictors of depression and anxiety, was not ruled out. In this sense, we also aimed to monitor the effects of the state of chronic disease, level of education, marital status, level of income and age range on body dissatisfaction, experience of andropause, depression and anxiety. Aging Male Symptoms Questionnaire, Beck Depression Inventory, Beck Anxiety Inventory, Body Perception Scale and Personal Information Form were used in order to collect data for the study. The data was analyzed with SPSS 15.0 packaged program, and Mann-Whitney U test was applied for cases with two categories, while Kruskal-Wallis test was applied for cases with more than two categories. All of the correlation analysis was conducted by calculating Pearson product-moment correlation coefficient invariance. The internal consistency of the scales used in this study was tested by calculating Cronbach Alpha values. All of the scale points among findings vary according to age ranges and chronic disease categories. As the age gets older, the symptoms of body dissatisfaction, depression, anxiety, and the general, somatic, psychological and sexual effects of andropause increase. It was observed that the ones with chronic diseases got meaningfully higher scores from all the scales than the ones without chronic diseases .

**Key Words:** Andropause, Hypogonadism, Testosterone and Male Health.

## ÖNSÖZ

Yüksek Lisans döneminde bana yol gösterici olan, tezimin her aşamasında bana sabırla destek olan, değerli hocam Doç. Dr. H. Özlem Sertel Berk'e,

Tezimin veri toplama aşamasında bana her türlü imkanı sağlayıp, sabırla destek olan sevgili babam İ. Kenan Öz'e, desteğiyle yanımda olan sevgili annem H. Şenay Öz'e

Tüm hayatım boyunca olduğu gibi tez süresince benden desteklerini esirgemeyen aileme ve sevgili eşim Can Cörüt'e teşekkürlerimi sunarım.

Ayşegül Öz Cörüt

Şubat,2014

## İÇİNDEKİLER

<b>YEMİN METNİ</b> .....	<b>i</b>
<b>ONAY</b> .....	<b>ii</b>
<b>ÖZET</b> .....	<b>iii</b>
<b>ÖNSÖZ</b> .....	<b>iv</b>
<b>İÇİNDEKİLER</b> .....	<b>v</b>
<b>TABLolar LİSTESİ</b> .....	<b>ix</b>
<b>BİRİNCİ BÖLÜM</b> .....	<b>1</b>
<b>GİRİŞ</b> .....	<b>4</b>
Literatür .....	9
Biyolojik Açıdan Andropoz .....	12
Psikososyal Açıdan Andropoz .....	17
Yurtdışında Andropoz Olgusu Üzerine Yapılmış Olan Psikososyal Çalışmalar .....	27
Türkiye’de Andropoz Olgusu Üzerine Yapılmış Olan Psikososyal Çalışmalar .....	30
<b>İKİNCİ BÖLÜM</b>	
<b>AMAÇ ve HİPOTEZLER</b> .....	<b>32</b>
<b>ÜÇÜNCÜ BÖLÜM</b>	
<b>YÖNTEM</b>	
Katılımcılar .....	33

Verilerin Toplanması ..... 34

## **VERİ TOPLAMA MATERYELLERİ**

Yaşlanan Erkek Semptom Sorgulama Formu ..... 37

Vücut Aalgısı Ölçeği ..... 38

Beck Depresyon Ölçeği ..... 39

Beck Anksiyete Ölçeği ..... 40

Kişisel Bilgi Formu ..... 40

## **DÖRDÜNCÜ BÖLÜM**

Veri Analizi .....42

**BULGULAR ..... 50**

## **BEŞİNCİ BÖLÜM**

**TARTIŞMA ..... 58**

**İLERİDE YAPILACAK ÇALIŞMALAR İÇİN ÖNERİLER.....58**

**SONUÇ.....58**

**KAYNAKLAR ..... 71**

**EKLER ..... 82**

**ÖZGEÇMİŞ.....83**



## TABLÖLAR LİSTESİ

**Tablo 1:** Yaş ve Kronik Hastalık durumu kategorilerine göre katılımcıların Vücut Algısı Ölçeği (VAÖ), Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ), Beck Ankisyete Ölçeği (BAÖ), Andropoz Ölçeği Toplam (AÖT), Andropoz Ölçeği Somatik alt testi (AÖS), Andropoz Ölçeği Psikolojik alt testi (AÖP) ve Andropoz Ölçeği Cinsel alt testi (AÖC) puanlarına ait ortalama, standart sapma, test istatistiği ve p değerleri.....**43**

**Tablo.2:** Eğitim düzeyi, medeni durum ve gelir düzeyi kategorilerine göre katılımcıların Vücut Algısı Ölçeği (VAÖ), Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ), Beck Ankisyete Ölçeği (BAÖ), Andropoz Ölçeği Toplam (AÖT), Andropoz Ölçeği Somatik alt testi (AÖS), Andropoz Ölçeği Psikolojik alt testi (AÖP) ve Andropoz Ölçeği Cinsel alt testi (AÖC) puanlarına ait ortalama, standart sapma, test istatistiği ve p değerleri.....**44**

**Tablo.3:** Araştırmada kullanılan tüm ölçek puanlarının birbirleri ile ve psikosozyal kontrol değişkenlerinin yordanan değişkenler olan Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) ve Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ) puanları ile ilişkilerine dair Pearson Korelasyon katsayıları.....**46**

**Tablo.4:** VAÖ ile BDÖ arasındaki ilişkide AÖT, AÖS, AÖP ve AÖC'ün aracı etkisine dair Doğrusal Hiyerarşik Aracı Regresyon analiz bulguları..... **48**

**Tablo.5:** VAÖ ile BAÖ arasındaki ilişkide AÖT, AÖS, AÖP ve AÖC'ün aracı etkisine dair Doğrusal Hiyerarşik Aracı Regresyon analiz bulguları..... **50**

## 1.BÖLÜM

### 1. GİRİŞ

Günümüzde dünya nüfusu hızla artmaktadır. Yapılan araştırmalar son yüzyılda 1 milyar artan dünya nüfusunun gelecek 25 yılda yaklaşık olarak 2 milyar daha artacağını ileri sürmektedir (Ergen, 2009). Buna bağlı olarak önümüzdeki çeyrek yüzyılda yaşlı popülasyonunun 3 katına çıkması beklenmektedir. İlerleyen yaşla birlikte bir dizi akut ve kronik biyolojik değişimler de meydana gelmektedir.

İnsanlar bu değişim sürecinde; fizyolojik, sosyal ve psikolojik olarak etkilenmektedir. Var olan bu değişimler kadın ve erkek olarak farklılıklar gösterse de yapılan araştırmalar daha çok kadınlar üzerinde yoğunlaşmaktadır. Menopoz, iyi bilinen ve kabul edilen bir durum olmasına karşın andropoz, erkeklerde nispeten tartışmalıdır (Brien, Lazarou, Deane, Jarvi, Zini ve Urol, 1932). Özellikle kadınlarda menopoz süreci ile başlayan bu değişimler ve bunların psikososyal öncül ve sonuçları pek çok araştırmanın da konusunu teşkil etmiştir (Avcı, Bedir ve Özgök, 2001). Sigmund Freud 1932’de ‘kadınlık’ üzerine verdiği bir konferansta, kadınlığın gizemli noktalarına vurgu yaparak bu konudan aslında pek emin duygular içerisinde olmadığını belirtmiştir. Psikanalizin daha da geliştiği ve zenginleştiği dönemlerde bile kadınlık kavramı hala ‘karanlık’ olarak adlandırılmıştır (Güldal, 2001). Bu gizemlilik olgusu araştırmaların kadınlar üzerinde yoğunlaşmasını hızlandıran bir nitelik haline getirmiştir.

Kayıp olgusu açısından ele alabileceğimiz bir konu olan kadın infertilesi için Atak yazmış olduğu bir makalede, kısırılık tanısı almış olan kadınların duygusal olarak şok, depresyon, yas, yetersizlik duyguları ve anksiyete gibi duygular geliştirdiğini ifade etmektedir (Atak, 2011). Anne kavramına imgesel olarak baktığımızda güçlü ve üreme kapasitesine sahip kişi olarak algılanmaktadır (Tunaboşlu, 2001). Peki bu durumda yaşla gelen biyolojik değişimlere maruz kalan erkek için ‘kayıp’ neyi teşkil etmektedir?

Yüzyıllar boyunca soyunu devam ettirme görevini üstlenmiş olan erkeklerin andropoz döneminde karşılaştığı bu biyolojik değişimlerin, erkeklerin kişiliği üzerinde tıpkı kadınlarda olduğu gibi yetersizlik hissi oluşturduğu yapılan araştırmalar sonucunda bulunmuştur (Tunaboşlu, 2001).

Erkeklik ya da erkek olma sadece biyolojik olarak erkek doğma halinden ibaret değildir. Bu durum, davranış ve tavırların içsel bir süreçle simgeleştirilmiş olarak bütünleştirilmesidir. Erkeklik; güç, üreme buna bağılı olarak soy zinciri oluşturma ve iktidar olarak adlandırılan söylemlerin bütününe kapsamaktadır. Bunun yanında babalık kavramı olmadan erkeklik kavramı da tanımlanamamaktadır. Çocuksuz bir baba 'silik' bir erk niteliği taşımaktan öte gidemeyecektir. Çünkü o döllememiş yani iz bırakmamış olacaktır (Parman, 2002).

Kadınlarda travmatik bir durum olgusu taşıyan anne olamama, üreyememe kavramı; erkeklerde de benzer sıkıntılara yol açmaktadır. Fakat bu durumun oluşturduğu olumsuz duygulanımları konu alan araştırmalar da yine oldukça kısırır. Oysa andropoz dönemiyle gelen biyolojik değişimler, erkeklerde de psikososyal açıdan sancılı bir dönemi temsil etmektedir.

Öte yandan kadınlarda üretkenliğin sonunu teşkil etme açısından önemli bir model oluşturan menopoş dönemine ait sayısız biyolojik, sosyal veya psikolojik araştırma yapılmıştır. Kadınlarda menopoşla ilgili yapılan akut ve kronik belirtiler ve bu belirtilerin kişiler üzerinde oluşturduğu olumsuz duygulanımlar literatürde oldukça sık karşılaşılan araştırma konuları arasındadır. Kadınların, doğal ya da cerrahi yöntemlerle girmiş oldukları menopoş dönemiyle birlikte depresyon, anksiyete ve cinsel doyum sorunları yaşadıkları ortaya konulmuştur (Varma, Oğuzhanoğlu, Karadağ, Özdel ve Amuk, 2005). Bazı araştırmacılar, kişilerin menopoş dönemini; kadınsılığın ve yaratıcılığın kaybı, değersizlik ve boşluk duygusu olarak nitelendirdiğini belirtmiştir (Nothorst-Boos ve ark,1993; Bellerose ve Binik, 1993; Shifren ve ark, 2000; Kılıçoğlu ve ark, 2002). Menopoş dönemiyle görülmeye başlayan depresyon, kaygı ve yaşam kalitesindeki düşüş, kişilerin ruh sağlığını olumsuz yönde etkilemektedir (Tokuç, Kaplan, Balık ve Gül, 2006). Öte yandan yapılan başka bir araştırmada, testosteron seviyesini düşüren durumlar, (hiperproloktinemi, menopoş gibi) beden imgesinde

bozulmayı da beraberinde getirdiği düşüncesi savunulmuştur (Vural ve Gönenç, 2011). Karlıdere ve Özşahin'in (2008) yapmış olduğu bir araştırmaya göre ise, menopoz dönemiyle birlikte beden imajındaki değişim ve/veya değişim inançlarının kişilerin ruh sağlığını olumsuz yönde etkilediği ve kişilerin depresyon düzeylerini arttırdığı saptanmıştır.

Isabel Usobiaga'ya göre, kadın menapoz süreciyle beraber biyolojik anlamda bir hadım edilme gerçeğiyle karşı karşıya kalmaktadır (Kandemir, 2010). Üreme işlevini yerine getirememeye artık kadın için biyolojik bir gerçekliği temsil etmektedir. Helene Deutsch' a göre ise menapoz kadın için psikocinsel bir travma niteliği taşımaktadır. Bu deneyim tedavi edilmesi güç narsisistik bir yaradır (Kandemir, 2010). Bu düzlemde menapoz bir 'kayıp' özelliği taşımaktadır. Kadınlar için bir 'kayıp' olgusu içeren bu durum, erkekler açısından bu kadar kolay atlatılabilecek bir olgu mudur?

Bu bağlamda erkeklerde yaşla kendini gösteren androjen düşüşünün, kadınlarda görülen menopozla eş değerlilik gösterip göstermediği konusu tartışmalara neden olsa da bu iki durum birçok açıdan birbirinden oldukça farklılık barındırmaktadır. Kadınlarda değişikliklere neden olan menopoz mekanizması östrojen seviyesinin aniden azalması ile karakterize olan bir olgudur. Bu durumda kadında var olan üretkenlik ortadan kalkarken erkekte böyle bir durum söz konusu değildir. 40-70 yaş aralığındaki erkeklerdeki androjen seviyesi yavaş yavaş azalmakla birlikte bu oran %30-40 aralığındadır. Bu durum kadınlarda bir sonla noktalanırken erkeklerde böyle bir son olmamaktadır (Avcı ve ark, 2001).

Son yıllarda önem kazanmış bir konu olan andropoz dönemine ait bulguların çoğu tanımsal ve biyolojik kökenli çalışmalar doğrultusunda olup erkeklerdeki yaşlanmanın dönemsel olarak bu denli kapsamlı incelendiği çalışmalar daha kısıtlıdır. Buna eşlik eden psikososyal çalışmalar yok denilecek kadar azdır. İlgili alanda bu yönde yapılmış olan araştırmaların azlığı neticesinde bu araştırmanın erkeklerin andropoz döneminde yaşadığı psikososyal zorlukları anlamak adına lüteratüre katkı koyacağı beklenmektedir. Özetle, bu soru ve yargılardan yola çıkarak bu döneme ait depresyon, anksiyete ve beden memnuniyetsizliği ile sosyodemografik değişkenler arasındaki ilişki özellikleri üzerinde bilgi verilmeye çalışılacaktır.

Bu tez çalışması 5 bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde, andropozun etiyolojisi ve epidemiyolojisi hakkında bilgi verilip konuyla ilgili yapılmış olan yurt içi ve yurt dışı çalışmalar literatür bölümünde özetlenmiştir. İkinci bölümde, kısaca araştırmanın problemi ortaya konulmaktadır. Üçüncü bölümde araştırmanın yöntemi yer almaktadır. Dördüncü bölümde, araştırmanın bulguları; beşinci bölümde ise tartışma kısmı, araştırmanın sınırlılıkları ve gelecekte yapılabilecek araştırmalar için öneriler bulunmaktadır.

## **1.1. LİTERATÜR**

Yaşlanma insanın doğumundan ölümüne kadar devam eden bir süreçtir. Kişilerin yaşları çok büyük olmasa bile kendilerini yaşlı olarak hissedebilirler ki bu durum duygusal olarak yaşlanmadır (Özlen ve Çiftçi, 2008). Yaşlılık ise, bireyler için fiziksel ve ruhsal yönden eski günlerdeki gibi olamayacağı, üretkenliğin yavaş yavaş azaldığı ve buna bağlı olarak sosyal açıdan izolasyon yaşadığı bir dönemi teşkil etmektedir (Kılıçoğlu ve Yenilmez, 2005). Yaşlanma olgusu her iki cinsiyette de kendini benzer açılardan fark ettirmektedir. Kadınlarda var olan yaşlanmanın en önemli noktasını şüphesiz ki menopoza olgusu oluşturmaktadır. Menopoz orta yaş döneminde kadın bireylerin yaşadıkları doğal bir durumdur (Wilk ve Kirk, 1995). Bu dönem, hormon düzen ve dengesinin değişmesi sonucu karakterize olan bir durumdur. Bu duruma bağlı olarak menopoz sürecine girmiş veya girmekte olan kadınlarda birtakım psikolojik, fizyolojik ve davranışsal değişimler meydana gelmektedir (Kilciler, 1992). Baş gösteren bu değişimlerden en sık yakınma psikolojik süreç doğrultusunda olduğu yapılan araştırmalar sonucunda bulunmuştur (Ersoy, 1998). Menopoz döneminde görülen duygudurum değişiklikleri arasında en sık karşılaşılanlar; sinirlilik, kolay ağlama, isteksizlik, uyku düzeni bozulmaları, irritabilite, iştah değişimleri, unutkanlık, konsantrasyon güçlüğü ve sosyal izolasyon olarak sıralanmaktadır (Görgel ve Çakıroğlu, 2007). Bunun yanı sıra menopoz süreciyle birlikte beden memnuniyetsizliği arasında bir bağ kurulmaya çalışılmış ve menopoz öncesi dönemde beden algısında sıkıntı yaşayan

bireylerin, menopoz dönemine girdiklerinde bu durumun şiddetini artacağı savunulmuş olsa da sonuçlarda anlamlı bir ilişki elde edilememiştir (Dökmen, 2009).

Menopoz sürecine ait yapılan başka bir çalışma ise Yurdakul ve arkadaşları (2007) tarafından yürütülmüştür. Yapılan bu çalışmada menopoz dönemine giren kadınların yaşam kaliteleri irdelenmeye çalışılmıştır. Araştırma bulgularına göre, menopoz olgusunun kadın bireylerin yaşam kalitelerini olumsuz yönde etkilediği saptanırken özellikle çalışmayan (ev hanımı) kadınların bu süreçten daha fazla etkilendiği ve çalışan bayanlara oranla yaşam kalitelerinin daha belirgin düzeyde düşüş gösterdiği saptanmıştır (Yurdakul, Eker ve Kaya, 2007).

Konuyla ilgili araştırmaların yoğunlaştığı alan ise menopoz ve depresyon arasındaki ilişkidir. Fakat şaşırtıcı bir biçimde yapılan son araştırmalar göstermektedir ki kadın bireylerin menopoz döneminde geçirdikleri depresyon sıklığı erkeklerden anlamlı düzeyde farklılık göstermemektedir (Benazzi, 2000). Yapılan bazı çalışmalarda Beck Depresyon Envanteri (BDI) kullanılarak menopoz öncesi ve sonrası kişilerde baş gösteren depresyon durumu karşılaştırılmaya çalışılmıştır. Kadınlarda menopoz öncesi dönemde BDI skorları menopoz sonrası dönemdeki kadınlara oranla anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (İçmeli ve Yılmaz, 1992). Benzer bir çalışmada ise hormon tedavisi ile eğitim düzeyi arasındaki ilişki araştırılmıştır. Kişilere hormon tedavisinden önce ve sonra BDI uygulanmış ve skorlar karşılaştırılmıştır. Araştırma bulguları arasında, kişilerin eğitim düzeyi arttıkça depresyon skorlarında azalma saptanırken, hormon tedavisi alan bireylerin tedavi öncesi ve sonrasında alınan puanlar arasında fark saptanmıştır. Hormon tedavisi sonrasında depresif belirtilerin oldukça azaldığı hatta bazı kişilerde ortadan kalktığı gözlemlenmiştir (Bayraktar ve Şen, 1993).

Yapılan birçok araştırma menopoz süreciyle duygudurum arasındaki ilişkiyi inceler niteliktedir. Dolayısıyla hem yurt içi hem de yurt dışı yapılan tüm bu araştırmalar göstermektedir ki menopoz olgusu sadece biyolojik varsayımları kapsayan bir olgu niteliği taşımamakla birlikte bu dönemin yadsınamaz bir şekilde psikososyal yönü de bulunmaktadır. Fakat semptomları menopoza oldukça benzer olan andropoz olgusu genelde biyolojik kökenli tartışmalara konu olmuş, bu sürecin psikososyal yönü neredeyse yok denilecek kadar az ele alınmıştır. Kadınlık ve kadınsal süreçler hep merak

uyandırırken erkeklik olgusu ve erkeklerin yaşla beraber maruz kaldığı süreçler üzerinde pek durulmamıştır. Yukarıda bahsedilmiş olan yaşlanma süreci her iki cinsiyeti de fiziksel ve psikolojik anlamda etkiliyorsa erkek olgusu neden bu kadar kapalı kalmıştır? Bu süreci ilk olarak kısaca erkeklik olgusu çerçevesinde ele alınacaktır.

Gilmore ve arkadaşlarına göre (1990), erkek kimliğinin üç temel unsuru bulunmaktadır. Bunlar, “dölleyici”, “koruyucu” ve “geçindirici” olmaktadır (Gilmore, Brettell ve Sargent, 1990) Bu ölçütler beraberinde mücadeleyi de getirmektedir. Bu durum hem kişi hem de hemcinsleri için sürekli bir ‘erkeklik ispatı’ nı barındıran bir olgudur. Kişi bu ispatı hem kendisi hem de çevresi için yapmak durumundadır. Bunu yapmayan erkek aksi taktirde ‘erkeklğini’ kanıtlayamamış olacak ve toplum içinde sembolik olarak ‘hadım edilmiş’ olacaktır (Selek, 2008; Demren, 2003). Var olan bu süreç erkek yaşlanana kadar devam etmekte, kişi yaşlanana kadar kendini sürekli ve sürekli bir biçimde kanıtlamak ve topluma ispat etmek durumunda kalmaktadır. Fakat yaşın ilerlemesi ve erkeğin eski performansına sahip olamaması bu beklentileri azaltmakta ve yavaş yavaş yok etmektedir (Gilmore ve ark., 1990). Dolayısıyla bu açıklamalara bakıldığında yaşlanma kadın ve erkekte hem toplumsal hem psikolojik hem de fizyolojik değişimlere neden olmaktadır.

Tüm bu olgular ele alındığında, erkek ve kadınlarda yaşın ilerlemesine ve gonodal (cinsiyet bezleri) fonksiyonların azalmasına bağlı olarak bazı klinik belirtiler yaşanmaktadır. Erkeklerde yaşın ilerlemesine bağlı olarak ortaya çıkan birtakım belirtiler, kadınlardaki menopoz olgusuna benzer nitelikler barındırmaktadır (Braverman, 1999; Vermeulen, 2000). Kadınlardaki menopoz öncesi ve sonrası dönemine ait emosyonel değişimler dikkatle incelenmiş olmasına rağmen ne yazık ki andropoz dönemine girmiş olan erkeklerde durum bunun tam tersi şeklindedir. Sosyal ve psikolojik alanda yapılmış olan araştırmalar oldukça kısıtlıdır. Kadınların üreme yeteneğinin sona erdiği yıllar olarak kabul edilmiş olan menopoz dönemi hemen hemen herkesin bilgisi dahilinde olan bir olgu iken, erkeklerin bir geçiş dönemi olarak yaşadığı andropoz durumu kişiler tarafından pek bilinmemektedir (internet 1). Bu durumun olası nedenleri arasında yer alan kadınlarda aniden düşüş gösteren östrojen hormonuna nispeten testosteron seviyesinin yavaş yavaş düşüş göstermesi, erkeklerin var olan

semptomları kolay kolay konuşamaması, kültürel değerler ve değişimler, andropozun fark edilmesini ve tanı koyulma sürecini olumsuz yönde etkilemektedir (Mulligan, 2012).

Testosteron seviyesindeki düşüş biyolojik açıdan erkekler üzerinde olumsuz etkileri olduğu kadar, psikolojik ve sosyal açıdan da kişiler üzerinde yine olumsuz bir rol oynamaktadır. Bulunan bu etki ve bilgiler bu duruma eşlik eden emosyonel değişimler (depresyon, anksiyete, irritabilite, sinirlilik vb.) üzerinde pek fazla durulmamış, bunlar sadece birer semptom olarak okuyucuya sunulmuştur.

Ancak andropoz olgusunun tanımı ve varlığı uzun yıllar boyunca tartışmalı bir konu olmuştur. Son yıllarda yapılan andropoz tanımı, hormon eksikliğine bağlı olarak meydana gelen gerçek bir fizyolojik durum olarak kabul görse de hala daha tanım açısından tam bir karara varılmış değildir. Erkek hipogonadizmi olarak da isimlendirilen bu süreç 1930 yılından bu yana literatüre girmiş bir kavramdır (Sun ve Liu, 2007). Bazı araştırmacılar, andropoz olgusunu penil ereksiyon yetersizliği olarak tanımlarken diğer bazı araştırmacılar ise, hormon düzeyindeki düşüşün varlığı şeklinde ortaya koymuşlardır. Fakat araştırmacıların çoğu, andropozu, yaşa bağlı testosteron ve diğer hormonlardaki düşüşün etkilediği noktasında aynı görüşü paylaşmaktadır (Novak, Brod ve Elbers, 2002; Charlton, 2004). Birçok seviyede bozulma sonucu ile testisin fizyolojik olarak testosteron sentezleyememesi ve buna bağlı olarak sperm sayısında azalma ile karakterize olan duruma erkek hipogonadizmi denmektedir. Erkeklik hormonlarında düşüşe bağlı olarak meydana gelen fizyolojik ve emosyonel değişimler bir sendrom olarak tanımlanmıştır. 2003 yılında Paris'te düzenlenen Yaşlanan Erkek Kongresi'nde, uzmanlar erkek menopozu teriminin yanı sıra kullanılabilir iki farklı terim ileri sürmüşlerdir. Bunlar Yaşlanan Erkek Sendromu (AMS) ve Geç Başlayan Hipogonadiz'dir (Novak, Brod ve Elbers, 2002). Bunun dışında erkek hipogonadizmine bugüne kadar birçok isim verilmiştir. Bunlar; ADAM (Androgen Deficiency in the Aging Male), androjen eksikliği sendromu, PADAM (Partial Androgen Decline in the Aging Male), PEDAM (Partial Endocrine Deficiency of the Aging Male/Yaşlanan Erkek Kısımlı Endokrin Eksikliği) veya testosteron eksikliği sendromu gibi kavramlar olarak karşımıza çıkmaktadır (Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği, 2011).



Bu terimlerin en yaygın olarak kullanılanı ADAM terimidir. Bu tez kapsamında da bu sürecin tıbbi boyutunu tanımlamak için hipogonadizm terimi ve psikososyal yönü betimlerken ise andropoz terimi kullanılacaktır.

ADAM'ın ortalama olarak prevalansı tam olarak bilinmemektedir. Fakat günümüzde artan yaşlı popülasyonu ile klinik ortamda da bu durumda artış olması beklenilmektedir (Bilen ve Özen, 2001). ADAM sendromuna ait semptomlar 3 grup halinde sıralanabilir: psikolojik belirtiler, somata-vegetatif belirtiler ve seksüel belirtiler (Aydos, 2013). Testosteron düşüklüğünün psikolojik etkileri arasında uyku düzenin bozulması, depresif ruh hali, depresyon, sinirlilik, yorgunluk, ölme isteği, motivasyon düşüklüğü gibi semptomlar sıralanabilmektedir (Aydos, 2013; Bilen ve Özen, 2001). Testosteron ve somato-vegetatif sistem arasındaki ilişki ise; kas kitlesinde azalma, kas gücünde düşme, sıcak basmaları, terleme, hafıza ve konsantrasyon bozuklukları, hafif aktivitelerde bile çabuk yorulma ve fiziksel bitkinlik ile karakterize edilmektedir (Ergen, 2009; Aydos, 2013). Testosteron seviyesindeki düşüş ile birlikte cinsel istekte azalma sıklıkla görülmektedir. Buna eşlik eden diğer belirtiler ise özellikle gece ereksiyonlarda azalma, ereksiyon kalitesinde düşme, sabah ereksiyonlarının sıklığında azalma veya cinsel yönden haz alamama şeklinde karakterize edilebilir (Heinemann, Zimmermann, Vermeulen, Thiel ve Hummel, 1999). ADAM 'dan etkilenen bireylerde; cinsel istek, gece ereksiyonlarında ve vücut kıllarında azalma, uyku bozuklukları, yağ dokusunda artma, emosyonel değişimler (depresyon, anksiyete, sinirlilik vb.), vücut kas kitlesinde azalma, terleme, kas gücünde azalma ve ölme isteği gibi semptomlar gözlenen klinik bulgular arasındadır. Fakat bireyin klinik tanı alabilmesi için bu semptomların hepsinin kişide bulunması beklenilmemektedir (Ergen, 2009).

Literatürde Yaşlanan Erkek Semptom Sorgulama Formu ile yapılan araştırmalar oldukça sınırlıdır. Yine bu alanda andropoz dönemindeki kişilerin ruhsal durum ve işleyişleri hakkında yazılan makale sayısı neredeyse yok denilecek kadar azdır. Bu sebeple ölçeğin içinde barındırdığı 3 alt ölçeğin belkide en kısır ve araştırmaya açık olan kısmı somatik ve en önemlisi psikolojik alt boyutlar olarak sıralanabilir. Bu alanla ilgili iki psikolojik kökenli araştırma bulunmaktadır. İlk araştırma (Çetin, 1995)

andropoz dönemindeki cinsel doyum ve yaşama bakış açısını incelemiştir. Bununla birlikte Cinsel Doyum Ölçeği' ni kullanmıştır. İkinci araştırma ise (Uzun ve ark 1998) tarafında yapılmıştır. Bu araştırmada da hipogonad erkeklerin benlik saygıları araştırılmaya çalışılmıştır. Yine bu araştırmada Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği kullanılmıştır. Görüldüğü üzere AMS-SF ölçeğiyle ilgili bir çalışma bulunmamaktadır. Bu konu çalışılmaya, araştırılmaya açık bir konu özelliği taşımaktadır.

Bu bağlamda öncelikle andropoz dönemi tanımlanarak epidemiyolojisi ve etiyolojisinden bahsedilecek; biyolojik ve psikososyal etkileri ele alındıktan sonra yurtdışında ve Türkiye'de bu konuda yürütülmüş psikososyal araştırma bulguları derlenecektir. Fakat şunu vurgulamak gerekir ki andropoz son yıllarda oldukça önem kazanmış bir konu olmasına rağmen, bu konuya ait bilgi ve araştırmaların büyük bir kısmı biyokimyasal kökenli olup tıp alanında yoğunlaşmaktadır. Ayrıca, andropoz dönemine ait çalışmaların çoğu tanımsal özelliklidir. Oysaki andropoz aslında çok yönlü bir yaşantıdır. Biyolojik bileşenin yanı sıra psikososyal bileşenleri de ele alınmalıdır.

## **1.2. BİYOLOJİK AÇIDAN ANDROPOZ**

Testosteron steroidal (erkeklik hormonu testosteronun sentetik biçimleridir) bir hormon olup vücudun en önemli androjenidir. Testosteronun %95'lik bir bölümü testis Leyding (testisler arasında bulunan testosteron hormonu sağlayan hücre) hücrelerinden, geriye kalan %5'lik bölümü ise sürrenal (böbrek üstünde bulunan, hormon salgılayan bez) bezlerden, beyinden ve diğer bazı spesifik hücrelerden salgılanmaktadır. Bu salgılama gün ve yıl içerisinde sirkadiyen ritme (vücudun saatlere göre kalp ritmindeki ve vücut fonksiyonlarındaki değişimin genel adı) göre bazı farklılıklar gösterebilmektedir (Gürkan, Çakan ve Kadioğlu, 2005). Testisler tarafından üretilen testosteron hormonu günlük olarak yaklaşık 7 mg'dır (Zarrouf, Artz, Griffith, Sirbu ve Kommor, 2009). Genç erkek bireylerde bu salınım düzenli iken yaşla birlikte düşüş göstermektedir (Seidman, 2003). Bu durum kadınlar için de geçerlidir. Yaşla birlikte kadınlardaki testosteron seviyesi de genç yaştaki bireylere nazaran yarı yarıya düşüş göstermektedir (Morley, 2003). Testosteronun biyolojik aktiviteleri arasında, karaciğer protein formülasyonunu düzenleme, kas metabolizması ve kütleini korumak adına

vücutta nitrojeni tutma, kognitif kapasiteyi arttırma, kendine güveni arttırıp buna bağlı olarak depresyonu azaltma, libidoyu arttırma ve ereksiyon sıklığını devam ettirme gibi nitelikler sayılabilir (Gürkan, Çakan ve Kadioğlu, 2005 ).

Andropoz, menopoza zıt bir biçimde klinik olarak yavaş ve sinsi gelişen bir durumdur (Avcı, Bedir, Özgök, 2012). Hormonlar ve buna bağlı diğer organlar yaşla birlikte bazı değişikliklere uğrar (Heaton, 2003). En sık rastlanılan hipogonadizm semptomları pubik kıllanmada azalma, testislerde yumuşama ve küçülmedir (Ergen, 2009). Bununla beraber, klinik ortamda hipogonadizm tanısı koymak oldukça zordur. Cinsel istekte azalma ile birlikte erektil disfonksiyonu olan bireylerde hormonal bir problem olduğu savı oldukça yaygındır. Fakat diğer bir açıdan bakıldığında hipogonadizm tanısı olup cinsel aktiviteleri yerinde olan hastalar olduğu gibi, replasman tedavisiyle testosteron düzeyleri normal sınıra ulaşmış halen daha cinsel disfonksiyonlar yaşayan bireyler de bulunmaktadır (Moreles, Jhonston, Heaton ve Lundie, 1997). Bu sebeple hasta bireylerden kesin ve sağlam bir şekilde şikayet öykülerinin alınması oldukça önem teşkil etmektedir. Semptom skalasıyla ölçüm ve değerlendirilmelerin yapılması şarttır (Heinemann ve ark, 1999).

Yapılan bazı çalışmalarda, 39-70 yaş aralığındaki bireylerde serum serbest testosteron seviyelerinin yılda yaklaşık olarak %1,2 oranında düşüş gösterdiği saptanmıştır. 65 yaş üstü erkek bireylerde ise bu oran %25-50 düzeyinde düşüş gösterebilmektedir. Bu tabloya bağlı olarak bu erkeklerde androjen replasman tedavisini gerektirebilecek durumlar ortaya çıkabilmektedir (Şenel, 2005; Vance, 2003). Diğer bir araştırmaya göre ise 50 yaşından sonra vücuttaki serum testosteron seviyesi yaklaşık olarak %1 oranında düşüş göstermektedir (Kaufman ve Vermeulen, 2005). Yaşlanan erkekte testosteron üretimini sağlayan Leyding hücrelerinde azalma meydana gelmektedir (Ergen, 2009). Yaşla birlikte düşüş gösteren androjen seviyesi kabul görmüş bir durum olmakla birlikte, andropoz tablosunun oluşmasında tek başına sorumlu değildir (Tan ve Culberson, 2003; Sun ve Liu, 2007). Yaştan bağımsız olarak kronik rahatsızlıklar, obezite, genetik bozukluklar, alkol tüketimi, stres, hormonal düzensizlikler, testis travmaları, kullanılan çeşitli ilaçlar ve malnutrisyon (vitamin, mineral ve protein gibi maddelerin yetersiz alınmasından kaynaklanan hastalıkları tanımlayan genel terim) kan testosteron seviyesindeki düşüşe neden olabilmektedir

(Ergen, 2009; Sun ve Liu, 2007; Vance, 2003). Sigara tüketen bireylerde, kullanmayanlara oranla testosteron düzeyleribeklenmedik bir şekilde %5-15 daha yüksek bulunmuşken, alkol ve ilaç kullanan bireylerde testosteron seviyesi daha düşük bulunmuştur (Ergen, 2009). Bunun yanı sıra yaşlanmayla düşüş gösteren testosteron miktarı asıl odak noktası olmasına rağmen, diğer hormon seviyelerinde de farklılaşmalar meydana gelmektedir. Testosteron hormonunun değişimine neden olan diğer hormonlar ise; dehidroepiandrosteron (bir steroiddir), büyüme hormonu, melatonin, prolaktin (iç salgı hormonu), estradiol (endojen östrojen) ve leptindir (açlık hormonu). Dolayısıyla değişen bu hormonların miktarı hipogonadal tabloyu etkilemektedir. Tek başına testosteron salınımını arttırmak hipogonadal olguyu değiştirmeye fayda sağlayamayacaktır (Mann, 1998). Testosteron hormon seviyesinin düşüş gösterdiği periyotta östrojen hormonunda %50 artış görünmesi erkek hormon dengesinin bozulmasında etkili bir rol oynamaktadır (Novak, Brod ve Elbers, 2002). Androjen seviyesindeki bu düşüğe eşlik eden bazı faktörleri Koh ve arkadaşları (2003) sigara ve alkol tüketimi, depresyon, kendine olan güvenin azalması ve/veya sarsılması, obezite ya da performans anksiyetesi olarak sıralamıştır (Koh ve Rajasoorya, 2003).

Testosteronun yaşa bağlı olarak düşüş gösterdiği ilk olarak Hollander tarafından ortaya konulmuştur (Hollender, 1958). Wishart ve arkadaşlarının yapmış olduğu bir araştırmada ise testosterondaki düşüşün 31 yaşından sonra başladığı ve daha sonra da devam ettiği saptanmıştır (Wishart, Need, Horowitz, Morris ve Nordin, 1995). Yaşla kendisini belli eden testosteron düzeyindeki azalmaya kişisel farklılıklar da katkı koymaktadır. Örneğin 75 yaşın üstü erkek bireylerin yaklaşık olarak %25'inde var olan testosteron düzeyi hipogonadal düzeye inmekten yine aynı yaş grubu içerisinde olan bireylerin %20'sinde ise bu düzey normalin üst sınırına yakın olabilmektedir (Ergen, 2009). Bunun yanı sıra genç bireylerdeki testosteron seviyesi sabahları daha yüksek bir düzeydeyken öğleden sonraları düşüş göstermeye başlamaktadır. Fakat yaşlanmayla birlikte bu ritim gittikçe bozulmakta buna bağlı olarak azalma ve en sonunda da kaybolmaya başlamaktadır (Bilen ve Özen, 2001).

Androjen konsantrasyonlarının düşmesinin kısmı olarak LHRH (hipotalamus tarafından salgılanan bir hormon) azalmasına bağlı olduğu bilinmektedir. Testosteron

erkek için en önemli seks hormonu olmasının yanı sıra hücre metabolizmasında ve bu hücrelerin çoğalmasında önemli bir rol oynamaktadır. Bundan dolayı testosteron eksikliği tüm vücut sistemlerini ilgilendiren bir durumdur. Yapılan araştırmalarda, düşüş gösteren testosteron miktarının (90ng/dl) erkeklerde kalp krizi riskini arttırdığı saptanmıştır (Şenel, 2005). Testosteron hormonunun kalp üzerinde olumlu ve koruyucu etkiler bıraktığı başka araştırmacılar tarafından da belirtilmiştir (Bain, 2001).

Ortalama yaşam sürelerinin uzamasıyla birlikte, andropoza ilişkin sorunlar da artmaktadır. Türkiye’de 40-70 yaş aralığında olan erkeklerin yaklaşık %52’sinde cinsel aktivitelerinde ve bu duruma olan ilgilerinde azalma olduğu tespit edilmiş olmasına karşın, klinik olarak başvuru sayısının azlığından dolayı rakamlar gerçeği temsil etmediği belirtilmiştir (Ergen, 2009; Bilen ve Özen, 2001). Yaşa bağlı olarak androjen seviyesindeki bu düşüş fiziksel ve zihinsel değişimleri de beraberinde getirmektedir (Çalım ve Şirin, 2013).

### **1.3. PSİKOSOSYAL AÇIDAN ANDROPOZ**

Kişilerin andropoz döneminde biyolojik olarak birtakım değişimlere maruz kaldığı yadsınamaz bir gerçek iken bu dönemin içinde barındırdığı psikososyal yön hep tartışmalı bir konu olarak kalmıştır. Fakat kişiler andropoz döneminde yaşıyor oldukları biyolojik değişimlerin yanı sıra buna eşlik eden psikososyal öncül süreçlerde karşı karşıya kalmaktadır. Bu duruma bir kanıt olarak, ISSAM (The International Society for the Study of the Aging Male) yaşla beraber düşüş gösteren androjen düzeyinin, kişilerin sadece biyolojik olarak değil, aynı zamanda hayat kalitesi ve yaşam doyumu açısından da olumsuz yönde etkilendiği noktasına vurgu yapmıştır (Moreles ve Lunenfeld, 2002).

Yine 1849 yılında ilk olarak Arnold Berthold, kastrasyon sonrasında oluşan psikolojik ve davranışsal değişimlerin testislerden salınan bir madde ile bağlantılı olabileceğini ileri sürmüştür (akt. Freemann, Bloom ve McGuire, 2001). Endokrin sistemlerin ve buna bağlı olarak salınım gösteren hormonların, insan fizyolojisi ve davranışları üzerinde oldukça önemli olduğu bilinmektedir. Dolayısıyla bu düzlemde olan bozulmalar ya da hormonal değişimler, psikiyatrik hastalıkların gelişimi anlamında

önem teşkil etmektedir. Bu psikiyatrik hastalıkların en belirginini ise depresif bozukluktur. Her iki cinsiyette de hormonal düzeylerin değişiklik gösterdiği dönemlerde duygudurum bozukluklarının olduğunu görmekteyiz. Örneğin, kadınların menopoza döneminde yaşadığı duygudurum bozukluğunun östrojen seviyesindeki azalmaya bağlı olduğu varsayımları bulunmaktadır. Bu durumun kadınlarda depresyon, anksiyete gibi olgulara neden olduğu tartışılmaktadır (Bezircioğlu, Gülseren, Öniz ve Kındiroğlu, 2004). Bu bulgulara baktığımızda andropoz dönemi, kadınların menopoza dönemine ait psikolojik birtakım belirtilerle eş değeri göstermektedir. Bu sebeplerden yola çıkarak gonadal eksen ve depresyon arasında bir bağ olduğu düşünülmektedir (Kartalıcı, 2010). Bu duruma bağlı olarak erkeklerde testosteron seviyesi ile depresyon olgusu arasında ciddi bir ilişki olduğu düşünülmektedir. Kişilerde var olan düşük testosteron seviyesi ile depresyon tablosuna benzer birtakım değişiklikler meydana gelmektedir (Zitzmann, 2006). Yesavage ve arkadaşları (1985) hipogonadizm ile depresyon olgusunun tanı aşamasında birbirlerine oldukça benzediğini ileri sürmüşlerdir. Düşük testosteron seviyesine eşlik eden depresif ruh hali erkeklerde kendisini halsiz ve yorgun hissetme durumunu tetiklediğini belirtmişlerdir ve bu durum andropoz sürecini yalnızca biyolojik süreçlerle kendini gösteren bir nitelik algısından sıyrarak işin psikososyal yönüne de vurgu yapmaktadır (Yesavage, Davidson, Widrow ve Berger, 1985). Depresyon olgusu yaşayan bireylere uygulanan testosteron yerine koyma tedavisinin, erkeğin kendisini daha iyi hissetmesi doğrultusunda olumlu yönde katkı sağladığı gözlemlenmiştir (Schweiger, Deuschle, Weber, Korner, Lammers ve Schmider, 1999).

Androjen seviyesindeki düşüşle paralel bir düzlemde seyreden yaşam doyumu ve depresif ruh hali olgusunun yanı sıra cinsellik de bu iki durumu tetikleyen önemli bir etmendir. Kişinin var olan cinsel birleşme sayısında ve kalitesindeki düşüş, yaşam doyumunu ve ruh halini olumsuz yönde etkilemektedir. Cinsel anlamda kendini yetersiz bulan birey performans kaygısı duymakta ve bu durum kişinin cesaretini olumsuz yönde etkilemektedir (Ergen, 2009). Cinsel istek ve doyumda azalma veya cinsel birliktelik sayısında düşüş cesarete azalmayı güçlendirmektedir. Cinsellik yalnızca biyolojik kökenli bir olgu niteliği taşımamaktadır. Bununla beraber cinselliğin psikolojik ve kültürel alt katmanları da vardır. Bu sebeple cinsellik olgusu tek başına değerlendirilebilecek bir durum değildir (Bolin ve Whelehan, 2009). Dolayısıyla

cinsellik, türün devamı için yapılandırılmış bir güdü olarak varken yaşattığı zevk unsuru nedeniyle zaman içinde sosyalleşmenin bir ifadesi hatta gereği halini almıştır. Bu yüzden bu alandaki bir aksaklık, üreme çağı bitse dahi sadece bireysel anlamda yaşama zevklerinden yoksun olmaya değil, aynı zamanda bu sürecin dahilinde olan partnerle yaşanan birlikteliğin de aksamasına yol açmaktadır. Sonuç olarak, yaşam kalitesi ve buna bağlı olarak yaşamdan alınan doyum etkilenmektedir (Morales, Carson ve Heaton, 2001) Cinsel ilgi ve doyumda azalma depresyonu da beraberinde getirmektedir. Kişi cinsel çekiciliğinde azalma olduğu düşüncesiyle benlik saygısında da azalma yaşayabilmektedir (Doğan ve Ertekin, 2009).

Peki, benlik saygısı neden önemlidir? Bu konuda C. Shilling 1980’li yıllarla birlikte bedene atfedilen önemin arttığını belirtmektedir ve bu durumu, kadın ve erkeklerin fiziksel yeteneklerinin farkına varmaları ve bu duruma ilgilerinin artması, nüfusun gittikçe yaşlanması ve bu duruma çarelerin aranması ve tüketim kültürüyle gelen kimliğin bedenin bir parçası haline gelmesi durumuna bağlamaktadır (Shilling, 2003).

Bu düşünceyi doğrulayan günümüz insanları da dış görünüşlerinin daha güzel veya daha kaslı olması doğrultusunda birçok çaba sarf etmektedirler. Bedene atfedilen bu yük kişinin sadece kişilik yapısı için değil toplumsal düzlemde yer edinmek için de oldukça önemlidir. (Öksüz, 2012). Beden algısı kavramı bireylerin kendi vücutlarıyla ilgili algı ve tutumlarının bütününe kapsamaktadır (Helman, 2001). Kişinin ideal olarak adlandırdığı vücut yapılanması karşısında içinde bulunduğu beden yapısı birbirinden ayrı düştüğü noktada beden memnuniyetsizliği oluşmaktadır (Anafarta, 2000). Bu alanda yapılan araştırmalarla yukarıda verilen bilgiler birbirini tamamlar niteliktedir. Yakın bir zamana kadar beden imajı ve sahip olduğu bedenden memnun olmama durumu sadece kadınların yeme bozukluğu etiolojisinde kendine yer edinmiş bir durum iken ve erkeklerin beden kaygısı ya da memnuniyetsizliği yaşamadığı düşünülüyorken durumun bu yönde olmadığına dair bulgular saptanmıştır. Erkeklerin de tıpkı kadınlarda olduğu gibi beden imajları hakkında olumsuz yönde inanç barındırdığı bulunmuştur (Drewnowski ve Yee, 1987). Yapılan bir başka çalışmada ise, 46 kadın ve erkek bireylerin kilo durumu ve vücut algısı arasındaki ilişki incelenmiştir. Kadınlarda, mevcut

kilo durumu ile vücut şekli memnuniyetsizliği arasında bir ilişki saptanmıştır ki bunun anlamı kilo arttıkça vücut memnuniyetsizliği de aynı düzlemde artmaktadır. Erkek bireylerde ise durum kadınlarda olduğundan biraz daha farklılıklar göstermektedir. Erkekler kilodan ziyade ideal kas kütlesi yelpazesinde yoğunlaşmaktadır (Philips, Natalie, Man ve Antan, 2010). Frederick ve arkadaşlarının yapmış oldukları benzer bir çalışmaya göre ise, erkekler ideal kas yüzdesine ulaştıklarında beden memnuniyeti gösterdiklerini saptamışlardır (Frederick, Buchanan, Azar, Peplau, Haselton ve Berezovskaya, 2007). Yapılan başka bir araştırmada ise beden disformik bozukluğunun kadın ve erkeklerde hemen hemen eşit olduğu saptanmıştır (Philips ve Diaz, 1997). Bu durumda bireyin kendini daha iyi hissedebilmesi için bedeninden de hoşnut olması gerektiği anlaşılmaktadır (Öksüz, 2012).

Fakat ilerleyen yaş kendisini en çok beden üzerinde göstermektedir. Kimlik algısının bir göstergesi olan bedenin eski görünümünde olmaması, demografik özelliklerin değişmesi noktasında birey kendinden birçok özelliğin gidip yittiğini düşünebilmektedir (Turner, 1996). Görülüyor ki yaşın ilerlemesiyle birlikte olarak eski beden standartlarına sahip olamama buna bağlı olarak eski performansın yitip gitmesi kadınlar kadar erkekleri de olumsuz yönde etkilemektedir (Chrzanowski, 1981; Özkan, 1994). Sonuç olarak kişinin kendi beden imgesinden memnun olmama durumu, benlik saygısının düşmesinde ve kişinin kendini değersiz olarak görmesinde oldukça önemli bir tabudur ve kişi bu nedenle kendisine duyduğu saygı ve güveni kaybeder ve sosyal olarak çevresinden kendini yavaş yavaş izole etmeye başlar (Çuhadaroğlu, 1986; Pfefer, 1985).

Kişinin kendini toplumdan izole etmeye başlamasıyla birlikte başta anksiyete bozuklukları, depresyon ve reddedilme korkuları baş göstermeye başlayacaktır (Çuhadaroğlu, 1986). Bireylerin yaşadığı reddedilme korkusu onları bu durumdan sıyrılmak adına farklı narsisistik doyumlar aramaya yönlendirmektedir. (Weiner, 1985). Yaşanan reddedilme korkusu bu durumla ilişkili olan farklı narsisistik doyum arayışı ve depresyon olgusunun yanı sıra, Bozkurt ve arkadaşları hipogonad bireylerin %13.3 oranında sosyal fobi geliştirdiklerini saptamışlardır (Bozkurt, Gülçat ve Aygın, 1996).

Düşük testosteron seviyesinin bireyler üzerinde neden olduğu duygudurum bozukluklarının yanı sıra oluşan birtakım bilişsel düzlemde aksaklıklar da



bulunmaktadır. Bazı deneysel çalışmalarda testosteron düzeyinin hafıza üzerinde olumlu yönde etkiler bıraktığı bilinmektedir (Flood, Morley ve Roberts, 1992). Örneğin, fareler üzerinde yapılan Alzheimer hastalığı araştırmalarında, testosteron düşüşünün farelerde bazı hafıza defektlerine yol açarken testosteron replasmanı ile bu durumun düzeldiği görülmektedir (Flood, Farr ve Kaiser, 1995).

Tüm bunların yanı sıra yaşlanan erkek bireylerdeki testosteron seviyesindeki düşüşe eşlik eden bazı sosyodemografik özellikler de erkeklerin ruh durumunu olumsuz yönde etkilemektedir. Literatüre bakıldığında psikolojik durumun yaş ve var olan gelir düzeyiyle ilişkili olduğu saptanmıştır (Deggers-White ve Myers, 2006). Kişilerin eğitim seviyeleri depresif belirtilerin şiddetini etkilemekte olup (Bezircioğlu, Gülseren, Öniz ve Kındıroğlu, 2004) yaşam kalitesini de olumlu ya da olumsuz düzlemde etkilemektedir (Özkan, Alataş ve Zencir, 2005). Kişinin bir işte çalışıyor olma durumu, bu işten alınan tatmin ve ailevi gelir ile psikopatolojik belirtiler arasında anlamlı düzeyde ilişki saptanmışken uzmanlık gerektiren bir işte çalışıyor olma durumu kişinin ruh sağlığını etkileyen bir diğer faktördür (Carr, 1997; Gezici ve Güvenç, 2003; Ross, Mirowsky ve Ulbrich, 1983). Sosyoekonomik durum ruh sağlığını etkileyen önemli başka bir unsurdur (Uçman, 1990). Yine yapılan araştırmalar gösteriyor ki kişilerin medeni durumu ile duygudurum bozukluğu arasında da bir bağ saptanmıştır. Bekar olan bireylerin bu açıdan daha büyük risk taşıdığı belirtilmektedir (Önen, Kaptanoğlu ve Seber, 1995). Sosyodemografik özelliklerin yanı sıra kronik hastalıklar da kişilerin duygudurumunu olumsuz yönde etkileyen bir durumdur. Buna bağlı olarak kronik rahatsızlıkların çoğunun depresyon döneminde kendini belli etmekte olduğu belirtilmektedir. Yapılan bir dizi araştırma, koroner kalp rahatsızlığı olan ve kalp krizi geçirmiş olan hastaların çoğuna depresyon olgusunun eşlik ettiği saptanan bilgiler arasındadır. Depresyon ve diğer duygudurum bozuklukları kronik bir rahatsızlığın gidişatını kötüleştirebildiği gibi, kronik bir rahatsızlıkta duygudurum bozukluğuna neden olabileceği belirtilmektedir. Buna ek olarak, diyabet, hipertansiyon gibi kronik hastalıklarda özellikle depresyon olgusu sıklıkla gözlenmektedir (Mete, 2008).

Tüm bu bilgiler ışığında testosteron replasman tedavisinin androjen eksikliği olan kişilerde sadece biyolojik anlamda değil aynı zamanda duygudurumu düzenleme

açısından da önem teşkil ettiğini görmekteyiz. Bu tedavi kişinin içinde bulunduğu zor ve sancılı dönemden sıyrılmasına bununla beraber hayat kalitesindeki artışı da sağlamaktadır (Cangüven, Gürkan, Horuz, Albayrak ve Kadioğlu, 2005). Bu bilgilerden yola çıkarak, 1999 yılında erkeğin geç dönemde gelişen hipogonadizm belirtilerini ölçmek amacı ile geliştirilmiş olan AMS (Aging Male Symptoms/ Yaşlanan Erkek Semptom Sorgulama Formu)'nin alt boyut ölçeklerinde yer alan psikolojik kökenli sorular, bireyin yalnızca biyolojik olarak değil, psikolojik semptomlar da gösterdiğini kanıtlar niteliktedir. Bu konuda yapılmış olan yurtdışı çalışmalar ile Türkiye 'deki çalışmalar birbirinden farklılık göstermemektedir. Elimizde var olan bilgiler doğrultusunda yurt içi ve yurt dışı çalışmalar hakkında bilgi verilmeye çalışılacaktır.

#### **1.4. YURT DIŞINDA ANDROPOZ ÜZERİNE YAPILMIŞ OLAN**

##### **PSİKOSOSYAL ÇALIŞMALAR**

Zitzmann ve Nieschag'ın (2001) ele aldığı bir makalede, düşük veya yüksek testosteron seviyesinin kişilerde bazı davranışsal ve fiziksel özellikler açısından değişimler meydana getirdiği belirtilmiştir (Zitzmann ve Nieschlag, 2001).

Sullivan (2000), testosteron hormonunun erkeklik için bir metafor niteliği taşıdığını belirtmektedir. Bu durumun kişinin toplumsal hayatını derinden etkilediğini belirten Sullivan, yüksek boşanma oranlarını bu durumla bağdaştırmaktadır (Sullivan, 2000).

Koh ve arkadaşlarının (2003) ele aldıkları makalelerinde ise andropozun tıpkı kadınlarda var olan menopozla benzerlikler gösterdiğine vurgu yapılmıştır. Testosteronun erkekler için hayati önem taşıdığını belirten Koh ve arkadaşları, bu hormonun erkekler üzerinde fiziksel ve psikolojik anlamda ne kadar önemli olduğunu belirtmişlerdir. Yazarlar, ilerleyen yaşla birlikte serbest ve total testosteron düzeylerinin düşüş gösterdiğini belirtirken bu düşüşün kişi yaşamının 3. on yılına tekabül ettiğini söylemişlerdir. Buna ek olarak literatürde genç erkeklerin de hipogonadizme benzer özellikler gösterdiğini belirtmişlerdir. Bu duruma örnek olarak, sinirlilik, huzursuzluk,

depresyon ve enerji seviyesindeki düşüş, kilo alma, kas kütlelerinde azalma ve erektil sorunlar olarak özetlenmiştir. Farklı bir açıklamada bulunan Koh ve arkadaşları testosteron seviyesinin yaşla ilgili olup olmadığı noktasında emin olamadıklarını belirtmişlerdir (Koh, Clin ve Rajasoorya, 2003).

Tüm bunların yanında testosteron seviyesindeki düşüş şüphesiz ki kendini en çok cinsel hayatta hissettirmektedir. Bansal'ın (2013) ele aldığı makaleye göre, yaşla birlikte düşüş gösteren testosteron seviyesi (200 ng/dl) %80 oranında seksüel hayatın azalmasına neden olmaktadır. Böyle bir durumda kişi kendi ailesine yakın olma eğilimine girmektedir. Aile iç meselelerine dâhil olma durumu gençliğinden daha fazla olmaktadır. Testosteron kaybının kişiyi daha çok 'kadınsı' olma yoluna ittiği belirtilmektedir. Yemek yapma, çocuk bakımı, temizlik ev işlerine yönelme gibi rol değişimlerinin görüldüğü belirtilmiştir. (Bansal, 2013).

Bielecka ve Pawlaczyk'ın (2012) yapmış oldukları bir çalışmada ise yaş ve seksüel aktivite arasındaki ilişkiyi ele alınmıştır. Yaşla beraber hem kadınlarda hem de erkeklerde seksüel ilişkilerde azalma meydana geldiğini belirten yazarlar, bu durumun kadınlar için östrojen seviyesindeki düşüş ile kendini gösterirken erkeklerde ise testosteron seviyesindeki düşüş ile karakterize edilen bir olgu olduğunu belirtmişlerdir (Bielecka ve Pawlaczyk,2012).

Yaşlanmayla birlikte kadın ve erkeklerde bazı fizyolojik ve psikolojik değişimlerin cinsel performans üzerinde etkili olduğu savunulmaktadır (Park, Kang, Seo ve ark, 2001). Kadınlarda cinsel davranışların geliştirilmesi adına yapılmış olan deneysel çalışmalarda testosteron hormonuyla ilişki bulunmuştur. Buna bağlı olarak her iki cinsiyette de testosteronun cinsel uyarıma neden olduğu saptanmıştır (Christiansen, 2011). Bu bağlamda yaşla birlikte düşen androjen seviyesi cinsel isteksizliği de beraberinde getirmektedir. Gece ve sabah ereksiyonlarındaki azalma bu durumu destekler niteliktedir. Buna bağlı olarak kişi cinsel ilişkiye girmekte zorlanır ve bu durum olumsuz duygulanımları da beraberinde getirmektedir (Bielecka ve Pawlaczyk, 2012). Androjen eksikliği erkeklerin seksüel ilgi ve etkilerinin azalmasına neden olan bir olgudur (Pfeilschifter, Scheidt-Nave, Leiding-Bruckner ve ark., 1996).

Bu alanda yapılmış bir araştırmada, cinsel performans ile duygulanım arasındaki ilişki ölçülmeye çalışılmıştır. Araştırmaya toplam 227 kişi katılmıştır. Bu kişilerin bir kısmına 180 gün boyunca testosteron jel verilirken kontrol grubuna herhangi bir müdahale yapılmamıştır. Cinsel fonksiyon ve ruhsal durum anketleri kişiler tarafından günlük olarak yanıtlanmıştır. Başlangıçta cinsel motivasyon ve performans durumları her iki grupta da benzer olmasına karşın, bu durum gün geçtikçe anlamlı düzeyde farklılık göstermeye başlamıştır. 6. haftada testosteron jel alan kişilerde vücut kompozisyonlarında, kas kütlelerinde ve seksüel performansta artış saptanırken, testosteron jel almayan grupta böyle bir yükselişe rastlanmamıştır. Bu duruma paralel olarak testosteron jel alan kişilerin duygulanımlarında da olumlu yönde artış saptanmıştır (Wang, Swerdloff, Iranmanesh, Dobs ve Synder, 2000).

Bain (2006) ele aldığı bir makalesinde, testosteron hormonunun sadece libidoyu harekete geçirmekle görevli olmadığını, beynin başka merkezi görevlerini yerine getirmek anlamında da önemli olduğunu belirtmiştir. Yaşa bağlı olarak artış gösteren depresyon skorlarına gönderme yapan Bain, testosteron seviyesindeki düşüşü tam anlamıyla paralel olarak depresyon sonucuna bağlamazken kısmi olarak bu görüşü savunduğunu belirtmiştir. Androjen seviyeleri düşük olan kişilere yapılmış olan Beck Depresyon Envanteri skorların bu durumu destekler nitelikte olduğunu söylemiştir. Fakat düşük testosteron seviyesinin mi depresyona neden olduğu ya da depresyon olgusunun yaşa bağlı olarak mı arttığı noktasının tartışmalı bir durum olduğunu belirtmiştir. Ayrıca Bain, hipogonadal erkeklerin görsel-uzamsal ve hafıza gibi nitelikleri kapsayan testlerde düşük puan aldıklarını belirtirken testosteronun beynin farklı merkezleri açısından da önemini bir kez daha vurgulamış olmaktadır (Bain, 2006).

Yaffe ve arkadaşları ise (2002) yapmış oldukları araştırmada testosteron düzeyinin kognitif kapasiteyle ilişkisinin olduğunu ileri sürmüşlerdir. 310 erkekle yapılan araştırma bulgularında total testosteron miktarının düşüşü ile bilişsel kapasite arasındaki ilişkiyi paralel düzlemde bulduklarını belirtmişlerdir (Yaffe, Lui, Zmuda ve Cauley, 2002).

Bir başka araştırmada da Chen ve arkadaşları (2013) yaşlanma, anksiyete, depresyon ve cinsel aktivite arasındaki ilişkiyi saptamaya çalışmışlardır. Çalışmaya 176

erkek katılmış olup bu kişilere Hastane anksiyete ve depresyon ölçeği uygulanmıştır. Bu ölçekle anksiyete ve depresyon olgusunun, yaşlanma ve cinsel semptomlarla birleşince artış gösterdiği belirtilmiştir. Eretil disfonksiyonla duygudurum arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Araştırmacılar, psikiyatri polikliniğine başvuran orta yaş ve üzeri erkek bireylerde yükselen anksiyete ve depresyon seviyelerini kontrol ederken özellikle kişilerde androjen eksikliğinin olup olmadığına da bakılması gerektiğini önermişlerdir (Chen, Ching, Lee, Jiang, Chu ve Chen, 2013).

Christiansen (2011) duygudurum ve testosteron seviyeleri arasındaki ilişkinin oldukça açık olduğunu belirtmiştir (Christiansen, 2011). Beutel ve arkadaşları (2010) yapmış oldukları çalışmada ise erkeklerdeki yaşlanma ile yaşam doyumu, anksiyete ve depresyon arasındaki ilişkiye, kişisel ve toplumsal kaynakların ne kadar etkisi olduğunu ölçmeye çalışmışlardır. Çalışmaya 51-60 yaş aralığında toplam 2144 kişi katılmıştır. Kişilere depresyon, anksiyete, esneklik ve öz saygı ölçekleri uygulanmıştır. Yaşa bağlı olarak yaşam doyumu, depresyon ve anksiyete yükselirken benlik saygısı ve esneklik skorları düşük çıkmıştır. Kişisel ve sosyal kaynak eksikliğinin anksiyete ve depresyon düzeylerini anlamlı oranda etkilediği saptanmıştır (Beutel, Glaesmer, Wiltink, Marian ve Brahler, 2010).

Connor ve arkadaşları (1999) biyoyararlanılabilir (bioavailable) testosteron ile depresif ruh hali arasındaki ilişkiye bakmıştır. Bu çalışmada 50-89 yaş aralığında toplam 856 kişiye uygulama yapılmıştır. Katılımcılara Beck Depresyon Envanteri ile yaşam kalitelerini ölçen (düzenli egzersiz yapıp/yapmama, alkol ve sigara kullanımı vb.) bazı sorular sorulmuştur. Kişilerin testosteron seviyeleri ölçülmüş fakat replasman tedavisi uygulanmamıştır. Araştırmaların bulguları arasında kişilerin BDI 'de en yüksek puan aldıkları sorular 18. (kilo ile ilgili endişeler) ve 21. sorular (suçluluk duyguları) olmuştur. Kişiler kendini suçlu hissetme, cezalandırılmayı isteme ve kendinden nefret etme gibi sorularda da yüksek puan almışlardır. Total testosteron ve dihidrotestosteron (erkek vücudunda bulunan tetosteron hormonunun aktif versiyonu olan güçlü metabolitine verilen ad) seviyeleri düşük çıkan bireylerin depresyon seviyelerinin de buna paralel olarak yüksek çıktığı bulunmuştur. Buna ek olarak yaş arttıkça depresyon yükseldiği belirtilmiştir. Fakat düşük testosteron seviyesinin depresyon düzeyini

yükselttiğine dair kesin bir bilgi verilmemiştir. Ayrıca beden kayıpları, egzersiz yapmama ve kilo ile depresyon seviyesi arasındaki ilişki de anlamlı düzeyde bulunmuştur (Conner, Mühlen, Denise ve Silverstein, 1999).

Margolese'in (2000) yapmış olduğu bir başka araştırmada ise "Hormon değişiklikleri yaşlanan erkekte neleri meydana getirmektedir?" sorusuna yanıt aranmıştır. Hormonal değişimlerde neler rol oynamaktadır? Düşen testosteron seviyesi ile depresyon arasında nasıl bir ilişki vardır? Replasman tedavisi depresyon üzerinde nasıl etkiler meydana getirmektedir? sorularına yanıt aranmıştır ve düşük testosteron seviyesinin, yüksek depresyon tablosunu da beraberinde getirdiği saptanmıştır. Yapılmış olan bu araştırmada biyoyararlanılabilir testosteron seviyesi yaşa bağlı olarak düşüş gösterirken kişilerin duygulanımlarının da aynı düzlemde etki gördüğü saptanan diğer bir bulgudur. Testosteron yerine koyma tedavisinin kişilerde var olan depresyon seviyesini azalttığı bulunmuştur (Margolese, 2000).

Mason ve arkadaşları (1988) 7 depresif hasta üzerinde yaptığı bir araştırmada, düşük testosteron seviyesi bulgularına rastlarken (Mason, Giller ve Kosten, 1988), öte yandan Unden ve arkadaşları (1988) ise yüksek testosteron seviyesine sahip bireylerin depresyona ait bulgularının minimal düzeyde olduğunu belirtmişlerdir (Unden, Unggren, Beck-Friss ve ark, 1988).

Hipogonadların cinsel işlev bozukluğu nedeniyle yaşadığı depresyon olgusuyla HPG (hipotalamus-hipofiz-gonad) ve HPA (hiptalamus-hipofiz-adrenalin) etkileşimleri arasında bir değerlendirme yapan Schweiger ve arkadaşları ise (1999), 22-72 yaş aralığında olan 15 majör depresyon tanısı almış kişi ile aynı yaş aralığına benzer kontrol grubu oluşturmuştur. Majör depresyon tanısı alan kişilerin hormon analizinde düşük testosteron düzeyi bulunurken kontrol grubunda depresyon düzeyi normal bulunmuştur (Schweiger, Deuschle, Weber, Korner, Lammers ve Schmider, 1999).

Booth ve Dabbs (1993) yapmış oldukları araştırmada, yüksek ve düşük testosteron düzeylerinin depresif bozukluklara neden olabileceğini ortaya koymuşlardır. Araştırmaya 4393 kişi katılmıştır. Kişilerin yaş, antisosyalite, iş ve evlilik gibi değişkenler göz önüne alınarak testosteron ve depresyon düzeyleri değerlendirilmeye

çalışılmıştır. Çalışmada çok yüksek ya da çok düşük testosteron düzeyine sahip olan kişilerin risk faktörleri varsa depresyon semptomlarını daha fazla gösterdikleri saptanmıştır. Buna bağlı olarak, hem düşük hem de yüksek testosteron düzeyinin depresyonla bağlantılı olduğu ileri sürülmüştür. Ortalama testosteron düzeyine sahip olan erkeklerin ise depresif belirtileri, minimal düzeyde gösterdikleri ileri sürülmüştür (Booth ve Dabbs, 1993).

Yine benzer bir araştırma Seidmann ve arkadaşları (2002) tarafından yapılmıştır. Araştırmada 3 grup yaşlı erkeğin total testosteron seviyeleri karşılaştırılmıştır. Depresyon tanısı almış 13 kişi, distimik bozukluk tanısı almış 32 kişi ve karşılaştırma grubunda ise toplam 175 kişi bulunmaktadır. Genel olarak yaşlı erkeklerde HHP (hipotalamus-hipofiz-gonadal) ekseninde bozulmalar meydana geldiği saptanırken bu bozulmaların kişilerde distimik belirtileri de meydana getirdiği bulunmuştur. Bu belirtiler; disfori, yorgunluk ve düşük libido olarak karakterize edilmektedir. 3 grup da yaş ve ağırlık olarak birbirine benzemektedir. Majör depresif bozukluğu olanlar ve mevcut durumda depresif atak başlama yaşı ile distimik bozukluk arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır. Normal değerlerin 350 ng/dl-700ng/dl aralığında olmasına rağmen, grupların testosteron düzeyleri depresif bozukluğu olanlarda 423ng/dl, distimik bozukluğu olanlarda 295ng/dl ve tanı almamış olanlarda ise bu oran 425ng/dl olarak bulunmuştur. Depresif bozukluk tanısı alan ve herhangi bir tanı almamış bireylerin testosteron seviyeleri arasında anlamlı bir fark bulunmazken distimik bozukluk tanısı almış kişilerde bu düzey oldukça düşük bulunmuştur (Seidman ve ark, 2002).

Hipogonadal ve öngonadal kişilerle yapılan bir başka araştırma ise, Delhez ve arkadaşları (2003) tarafından yürütülmüştür. Uygulama 50-70 yaş aralığında toplam 153 kişiye uygulanmıştır. Kişilerin depresif belirtilerini ölçmek adına Carroll Değerlendirme Ölçeği, anksiyete belirtilerini ölçmek için Genel Sağlık Anketi uygulanmış olup ve 4 alt boyutu olan Dünya Sağlık ve Hayat Organizasyon Kalitesi Ölçeği ile de semptom, psikolojik belirtiler, sosyal ilişkiler ve çevre faktörü değerlendirilmeye çalışılmıştır. Bulgular arasında, hipogonadal ve öngonadal kişiler arasında, yaşam kalitesi ve anksiyete arasında bir fark saptanmamıştır. Her 2 grupta da depresif durumu yansıtacak

düzlemde ortalama puanlar bulunamamıştır. Hipogonadal bireylerde somatik belirtiler daha yüksek olmasına karşın anlamlı bir fark saptanamamakla beraber ( $p=0.08$ ) yaş ile somatik belirtiler arasında negatif bir korelasyon bulunmuştur. Sosyal ilişkiler ile testosteron düzeyi arasında da bir ilişki bulunamamıştır (Delhez, Hansenne ve Legros, 2003).

Mishra (2010) yazmış olduğu bir makalede ise düşük testosteron seviyesinin kişilerde psikolojik olarak huzursuzluk hissi, agresyon, sinir ve saldırgan davranışlara sürüklediğini belirtmiştir. Kişinin kendine olan güveninin düşmesiyle birlikte depresyon seviyesinin yükselmesi ilintili bulunmaktadır. Libido kaybının kişiler üzerinde olumsuz etkiler bıraktığı eklediği notlar arasındadır (Mishra, 2010).

Agresyon, andropoz döneminde diğer önemli bir olgudur. Yapılan hayvan deneylerinde, maymunlara enjekte edilen testosteron hormonunun agresyon seviyesini düşürdüğü ve maymunları rahatlattığı gözlemlenmiştir (Rejeski, Brubaker, Herb, Kaplan ve Koritnik, 1988). Erkek hapishanelerinde baş gösteren şiddetin yazarlara göre testosteron seviyeleri ve değişen yönleriyle bağlantılı olduğu düşünülmüştür (Brooks ve Reddon, 1999).

Bu konuda Adler ve arkadaşları (1999) kişilerin geçmiş yaşantıları, sosyoekonomik düzeyleri, yaşadıkları çevresel etkileşimler, deneyimler ve duygusal anlamda yaşadıkları istikrarsızlıklar düşük testosteron düzeyi ile agresyon arasında güçlü bir bağ oluşturduğunu belirtmişlerdir (Adler, Wedeking, Pilz, Weniger ve Huether, 1997).

Bir başka görüş ise testosteron düzeyi ve sosyal statü arasında da bağ olduğu düşüncesidir. Yüksek testosteron düzeyine sahip, eğitim ve iş yaşantısında düşük seviyede olan bireylerde agresyon ve antisosyal davranışlar görülmektedir (Dabbs, 1992).

Düşüş gösteren androjen seviyesinin kendini gösterdiği bir başka alan ise fiziksel güçtür. Fiziksel aktivitelerde dayanıklılık oldukça önem teşkil etmektedir. Fakat androjen seviyeleri düşük olan bireyler bu konuda sıkıntı çekebilmektedir. Var olan bu durumun ise, kişileri fiziksel strese soktuğu belirtilmektedir (Berchtold ve ark, 1978).



Kişilerin zihinsel, psikolojik veya fiziksel anlamda stres yaşamalarına HPA'nın da rolü olduğu bilinmektedir. Zihinsel stres de testosteron salınımını olumsuz yönde etkileyen bir durumdur. Zihinsel veya fiziksel stres durumu testosteron salınımını durma noktasına getirerek kişiyi hipogonadal tabloya sokabilmektedir (Opstad, 1992; Bernton, Hoover, Galloway ve Popp, 1995).

Christiansen (2011) davranış ve testosteron seviyesinin iki yönlü bir etkileşim halinde olduğunu belirtmiştir. Davranışlar testosteron seviyesini etkileyebilirken testosteron düzeyinin de davranışları etkilediğini belirtmektedir. Stresli durumlarda kadınlarda testosteron seviyesi artarken erkeklerde durum bunun tam tersi özelliği göstermektedir (Christiansen, 2011).

Bir başka araştırmada ise testosteron seviyesindeki düşüşlerin, sözel becerileri de olumsuz yönde etkilediği bulunmuştur (Janawski, Oviat ve Orwoll, 1994). Sözel akıcılık testosteron seviyesinin düşmesiyle paralellik göstermektedir (Slabbekoorn, Goozen, Megens, Gooren ve Cohen-Kettenis, 1999). Müziksel becerilerde de seks hormonları arasında ilişki olduğu saptanmış bir diğer olgudur (Hassler, 1992). Diğer bilişsel sıkıntılar ise, görsel-mekansal algı ve özellikle matematiksel becerilerde bozulma şeklinde olmaktadır (Yaffle, Lui, Zmuda ve Cauley, 2002).

Araştırmaların bir diğer kolu ise resplasman tedavisidir. Hipogonadizm medikal olarak müdahale edilip düzeltilebilir bir durumdur. Bu tedavinin amacı olarak kişinin cinsel hayatını düzene sokmak, libidoyu yeniden yapılandırmak ve buna bağlı olarak kişinin kendisini daha iyi hissetmesine yardımcı olmak gibi faktörler sıralanabilmektedir. Bu tedaviyle birlikte kişinin büyüme hormonu düzeyi normal seyrine döner, kemik yoğunluğu ile kas gücü artar ve mental aktiviteler belirgin düzeyde artış gösterir (Finkelstein ve ark, 1989; Kleinberg ve Melamed, 1998; Vance, 2003). Fakat andropoz tedavisinde kişilere uygulanan hormon takviyesi yine de tartışmalı bir konudur. Bu tedavinin güvenilirliği ve etkinliği noktasında uzmanlarca kesin bir olguya ulaşılamamıştır (Tan ve Culberson, 2003; Dickinson, 2003; Handelsman ve Liu, 2005). Tenover ve Morley ilk olarak yaşlı erkek bireylere modern testosteron replasmanı uygulamış ve bu uygulamanın sonucunda bireylerin kendilerini daha iyi hissettiğini, kendilerini daha genç hissettiklerini gözlemlemişlerdir. 1930'lu yılların sonu ile 1980'li

yılların ortalarına kadar çoğu psikiyatrist, bazı psikoz türlerinde, melankoli ve depresyon olgularında anabolik steroidler (testosteron hormonu içeren ilaçlar) kullanmıştır (Handelsmann ve Liu, 2005). Replasman tedavisi ile duygudurum arasındaki ilişki hakkında da yapılmış araştırmalar mevcuttur. Genel olarak yapılan çalışmalarda, düşük testosteron seviyelerine sahip olan bireylerin depresif duygulanım sergilediği bulunmuştur. Yapılan bu çalışmalar sonucunda, kontrollü olmasalar da, depresyon olgusu bulunan hipogonadal erkeklere verilen testosteron takviyesinin olumlu sonuçlar doğurduğu saptanmıştır (Rinieris, Malliaras, Batrinos ve Stefanis, 1979; Ehrenreich, Halaris, Ruether, Hüfner, Funke ve Kunert, 1999). Koh ve arkadaşları (2000) hipogonadal erkeklerde androjen takviyesi ile ruh hali değişimi, enerji düzelmesi/iyileşmesi olduğunu saptamışlardır (Koh, Clin ve Rajasoorya, 2003). Minimal düzeyde var olan testosteron düzeyinin kişilerin ruh halinde herhangi bir değişikliğe yol açmadığı belirtilmiştir. Kadınlarda olan östrojen tedavilerinin kesin sonuçları varken erkeklerdeki replasman tedavi kanıtları kesin ve net sonuçlar verememektedir (Wang ve ark, 2000).

Bu yönde bir araştırmada 163 hipogonad kişiye 42 ay boyunca testosteron jel uygulanmış ve etkileri gözlemlenmiştir. Bunun sonucunda kişilerin seksüel yaşantılarında, enerji düzeylerinde artışa, keyif alma ve buna bağlı olarak duygudurumlarında düzelmeye rastlanmıştır. Seks yaşamlarındaki düzelmeye ve seks yapma sıklığındaki artış bireylerde kendilerine duydukları güven duygularını arttırmıştır. Cinsel aktiviteler haftalık olarak değerlendirilip skor olarak hesaplanmıştır. Ruhsal öğeler 7'li likert şeklinde değerlendirilmiştir. Girişken, samimi, iyi, enerjik olma olumlu ruh hali parametreleri iken; öfkeli, sinirli, üzgün, yorgun olma ise negatif ruh hali parametrelerine dahil edilmiştir. Bu öğelerin haftalık ortalamaları değerleri alınmıştır. Seksüel artışa bağlı olarak olumlu ruh parametrelerinde de artış saptanmıştır (Wang ve ark, 2004).

Varma ve arkadaşları (2006) testosteron yerine koyma tedavisi (TRT) hakkındaki makalelerinde bu tedavinin hem riskli hem de yararlı faktörlerini ele almışlardır. TRT'nin genelde risk faktörlerini gösteren makale sayısı oldukça azdır. Bu tedavide fiziksel olarak; kas kütlesindeki artış, kemiklerdeki mineral artış ve vücut yağı artışı,

zihinsel olarak; mekânsal-görsel algı artışı, yaşam kalitesindeki düzeliş, seksüel olarak; cinsel karakteristiği geliştirme, cinsel fonksiyonu ve libidoyu iyileştirme yararlar arasındayken; jinekomasti, akne, yağlı cilt, polisitemia, hiperviskozite sendromu, HDL ve kolesterol seviyesindeki artış, prostat hastalığını hızlandırma ve uyku apnesi risk faktörleri arasındadır (Varma, Mahajan ve Mittal, 2006; Skouby, 2004).

Testosteron jel alan ve plasebo olarak verildiğini zanneden kişilerle yapılan bir diğer araştırma ise, Harrison ve arkadaşları (2003) tarafından gerçekleştirilmiştir. Araştırmaya katılan erkeklerin yaş ortalaması 46.9 ng/dl'dir. Bu kişilerin ortalama serum testosteron seviyeleri 403 ng/dl'dir ki araştırmaya katılan bireylerin yaşları göz önüne alındığında bu seviye oldukça düşük bir değer taşımaktadır. Grup random olarak ikiye bölünmüş ve bir gruba testosteron jel verilirken diğer gruba verilmemiştir. Biyolojik olarak testosteron jel alan bireylerin testosteron seviyelerinde 70 ng/dl artış saptanırken diğer grupta herhangi bir değişim görülmemiştir. Testosteron jel alan kişilerde almayanlara oranla Hamilton Derecelendirme Ölçeği'nde aldığı ortalama skorlarda iyileşme saptanırken diğer grupta iyileşme görülmemiştir. Özellikle duygusal alt boyutu ölçen sorularda bu durum daha da belirginleşmiştir (Pope, Cohane, Kanayama, Siegel ve Hudson, 2003). Sih ve arkadaşlarının (1997) benzer düzlemde yapmış oldukları bir araştırmada ise, gerçek anlamda testosteron takviyesi verilen bireylerle takviye aldıklarını zanneden kişilerle yürüttüğü çalışmalarında, 1 yılın sonunda testosteron takviyesi alan kişilerin kas kuvvet ve kütlelerinde artış saptarken diğer grupta böyle bir olguya rastlamamıştır (Sih ve ark,1997).

Testosteron replasman tedavisiyle ilgili yazılan diğer makalelerde ise yaşa bağlı olarak gelişen osteoporoz kaynaklı kırıklar ele alınmıştır. Erkeklerin önemli bir bölümünde yaşa bağlı olarak osteoporoz gelişmektedir (Bilezikian, 1999). Kesin olarak sıklığı bilinmemekle beraber bu oranın yaklaşık olarak %6-10 aralığında olduğu düşünülmektedir (Bain, 2001). Erkeklerde sıklıkla karşılaşılan bu olgunun sıklıkla nedeni hipogonadizmdir (Jackson ve Spiekerman, 1989). Hipogonadizm olgusunun kemik mineralleri üzerindeki olumsuz etkileri bilinmektedir. Testosteron miktarındaki düşüş ile kırılmalar ilişkilendirilmiştir (Jackson, Riggs ve Spiekerman, 1992). Hipogonadizm olgusunun kemikler üzerindeki etkisinin en güzel örneği, kastrasyon

yapılan erkek bireylerin 5 yıl içerisinde ani bir şekilde kemik kaybı geliştirmesidir (Stepan, Lachman, Zverina, Pacousky ve Baylink, 1989). Yapılan araştırmalar hipogonadal bireylere yapılan testosteron replasman tedavilerinin kemik mineral olgusunu arttırdığını saptamıştır (Synder ve ark, 1999).

Yapılan diğer araştırma bulgusuna göre ise, depresif belirtilerin kaybolmadığı dirençli olgularda antidepresanların yeterli olmadığı durumlarda, kişiye eklenen testosteronun (TRT) ilaçlardan daha yararlı olduğu ileri sürülmüştür (Seidman, Rabkin, 1998). Bununla beraber yapılan bazı çalışmalarda ise depresyon tablosu sergileyen bireylerin belirtilerini azaltmak adına verilen testosteron takviyesinin kısmen etkili olduğu ve plasebodan istatistiksel anlamda anlamlı bir fark elde edilemediği belirtilmiştir. (Seidman, Spatz, Rizzo ve Roose, 2001; Orengo, Fullerton ve Kunik, 2005).

Yapılan bir araştırmada ise HIV enfeksiyonu olan hipogonadal erkeklere verilen testosteron takviyesinin ve takviye verilmeyen (plasebo) kişiler üzerinde azalmış libido olgusuna, depresif ruh haline ve tükenmişlik hissi gibi durumlara nasıl etki ettiği bulunmaya çalışılmıştır. Araştırmaya dahil edilen 74 hastanın bir kısmına 12 hafta boyunca replasman tedavisi uygulanırken diğer gruba bu tedavi uygulanmamıştır. Kişilerin erektil fonksiyonları üzerinde testosteronun yararları kaçınılmaz düzeyde önemlidir. Replasman tedavisinin diğer faydaları arasında yağ yakma, anksiyeteyi azaltma adına vücut ağrı kesici olarak doğal kimyasallar üretme, kas ve kemiklerin güçlenmesini sağlama, bağışıklık sistemini güçlendirme ve cinsiyet yaşlanmasını geciktirme sıralanmaktadır (Bielecka ve Pawlaczyk, 2012). Hipogonadal erkeklerde TRT cinsel davranış geliştirme adına etki gösterirken öngonadal bireylerde sınırlı etkisi bulunduğu bilgiler arasındadır (Christiansen, 2011).

Şimdi de andropozun psikososyal yönüne vurgu yapan araştırmalar kısaca özetlenecektir.

## 1.5. TÜRKİYE'DE ANDROPOZ ÜZERİNE YAPILMIŞ OLAN PSİKOSOSYAL ÇALIŞMALAR

Andropoz dönemi kişilere sadece biyolojik bir semptom olarak verilmiş olduğundan bu dönemin içinde barındırdığı psikolojik boyut ne yazık ki araştırmaların temel yapısını oluşturmamaktadır.

Bu alanda yapılmış olan bir araştırma, hipogonotropik ve hipergonotropik hipogonadlarda benlik saygısını ölçmeyi amaçlamıştır. Bu araştırmanın amacı, hipogonotropik ve hipergonotropik bireylerin benlik saygılarını karşılaştırmaktır. Toplamda 31 kişiye yarı yapılandırılmış sosyodemografik form (yaş, medeni durum, öğrenim durumu) ve Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği uygulanmıştır. Çalışmada hipogonad bireylerin sıklıkla benlik saygılarında ve buna bağlı olarak anksiyete ve duygudurum bozukluklarının olduğu saptanmıştır.

Çalışmaya katılan katılımcıların 18 yaş üstü olması, herhangi bir majör psikiyatrik tanı almamış olması, entelektüel kapasitelerinin soruları algılayabilecekleri düzeyde olması ve hipogonadizm tanısının puberte öncesinde konulması gibi özellikler aranmıştır. Yapılan bu çalışmada hipergonotropik hipogonad bireylerde daha fazla olmak üzere her iki grupta da benlik saygısında düşüş saptanmıştır. Ayrıca olguların anksiyete düzeylerini belirten psikosomatik belirtiler alt skalasından da yüksek puan aldıkları veriler arasındadır. Yine olguların yüksek depresyon puanları aldıkları bulunmuştur (Uzun, Özgen, Önde ve Battal, 1998).

Alanda yapılan bir diğer çalışmada ise farklı yaş ve eğitim düzeyine sahip erkeklerde andropozun cinsel doyum ve yaşama bakış açısı üzerindeki etkisi incelenmiştir. Farklı sosyodemografik özellikler ve yaşama bakış açısı andropoza ilişkin belirtilerle yordanıp cinsel doyum üzerindeki etkisi incelenmiştir.

Araştırmaya 29-64 yaş aralığında toplam 200 kişi katılmıştır. Araştırmada Cinsel Doyum Ölçeği, Belirti Tarama Testi ve Yaşam Yönelim Testi kullanılmıştır.

Bu çalışmada yaş ve eğitim düzeyleri ile andropoza ait semptomlar arasında anlamlı bir ilişki elde edilememiştir. Bunun yanı sıra, cinsel doyum ile yaş ve eğitim

düzeýi arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Yapılan bu araştırmada ilerleyen yaşla birlikte erkeklerin cinsel doyumlarında azalma meydana geldiği bulunan bilgiler arasındadır. Yine katılımcıların eğitim düzeýi arttıka cinsel doyumun da arttığı belirtilmiştir (Çetin, 1995).

Gülçat, Bozkurt ve ark.'nın (1996) yapmış oldukları araştırma da ise; farklı yař ve eğitim düzeýine sahip olan erkek bireylerde andropoza ilişkin belirtiler, cinsel doyum ve yaşama bakış açısı düzleminde değerlendirilmeye çalışılmıştır. Ayrıca bireylerin medeni durumu, yaşama bakış açısı ve cinsel doyum açısından andropoz belirtileri üzerindeki ilişki yordanmaya çalışılmıştır. Araştırmaya 29-64 yař aralığında olan 4 farklı yař grubuna ayrılmış toplam 200 kiři katılmıştır. Çalışmada, Belirti Tarama Testi, Cinsel Doyum Ölçeđi ve Yařam Yönelim Testi uygulanmıştır. Araştırmaya katılan bireylerin Cinsel Doyum Ölçeđi alt ölçeklerinden almış oldukları puanlar ile Cinsel Doyum Ölçeđi toplam puan ve toplam belirti puanları arasındaki ilişki incelenmiştir. Andropoza ilişkin bulgulara bakıldığında, yař grupları ve eğitim düzeýleri arasında anlamlı bir fark bulunamamakla beraber cinsel doyum bulgularına bakıldığında, yař grupları ve eğitim düzeýleri arasında anlamlı bir farklılık olduğu gözlemlenmiştir. Bu durum ilerleyen yaşla birlikte erkeklerin daha az cinsel doyuma sahip olduklarını belirtmektedir. Yüksek okul mezunu olan erkek bireylerin, orta dereceli okullardan mezun olan erkek bireylerden daha fazla cinsel doyuma sahip olduğu, bulunan diğer bilgiler arasındadır. Yařama bakış açısıyla andropoza ilişkin belirtilerin ilişkili olduğu veriler arasındadır (Gülçat, Bozkurt, Aydın ve Özgen, 1996).

Bir diğer araştırma ise Özcan ve Banoğlu (1999) tarafından yapılmıştır. Çalışmada şizofrenili ve nevrotik bozukluğu olan hastaların serum testosteron seviyeleri karşılaştırmaya çalışılmıştır. Ayrıca, şizofren tanısı almış olan hastaların kullanıyor oldukları antipsikotik ilaçların var olan serum testosteron seviyesini hangi yönde etkilediği bulunmaya çalışılmıştır.

Çalışma iki kısımdan oluşmaktadır. Birinci kısımda Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinin psikiyatri bölümünde yatan toplam 30 şizofren tanısı almış erkek hasta ile ayakta izlenen 30 anksiyete ve somatik bozukluğu olan hastalar uygulamaya dahil edilmiştir. Kiřilerin hormon düzeýleri ölçülmüştür. İkinci kısımda ise, şizofren

hastalara tedavi amacıyla antipsikotik ilaçlar verilmiş ve haftalık hormon ölçümleri yapılmaya devam edilmiştir. Hastalara kısa psikiyatrik derecelendirme ölçeği (KPDÖ) uygulanmıştır ve alınan sonuçlar arasında ilişki bulunmaya çalışılmıştır. Şizofren tanısı almış ve nevrotik bozukluğu olan bireylerin hormonal değerleri arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Şizofren tanısı almış bireylerin 4. haftada kısa psikiyatrik değerlendirme ölçeğinde anlamlı düzeyde düşüş olduğu belirtilmiş olup testosteron seviyesindeki düşme ile arttırılan antipsikotik ilaçların dozunu birbirine paralellik gösterdiği saptanmıştır.

Ayrıca kişilerin hormon düzeyleri kısa psikiyatrik değerlendirme ölçeği skorları ve nöroleptik dozlar arasında yine anlamlı bir fark bulunamamıştır.

## 2.BÖLÜM

### 2. AMAÇ VE HİPOTEZLER

Literatürde de ele alındığı üzere kadınlarda menopoz döneminin psikosozal bileşenlerine ilişkin çok sayıda araştırma bulunmasına rağmen yaşanan erkekte özellikle andropozun psikosozal bileşenlerine ilişkin çalışmalar görece az olup bu çalışmaların önemli bir kısmı da yurt dışında yapılmıştır. Menopoz dönemine ilişkin yürütülen bu araştırmalar değerlendirildiğinde büyük çoğunluğunun bedenden duyulan memnuniyetsizlik, depresyon ve anksiyete düzeylerine yoğunlaştığı gözlenmektedir. Özellikle beden memnuniyetsizliği ile anksiyete ve depresyon düzeyleri arasında doğru orantılı ilişkilerin varlığına dair çok sayıda bulguya rastlanmaktadır. Dolayısı ile bu araştırmanın temel hedefi yaşlanmakta olan erkeklerde testosteron düzeyinin de azalacağı beklentisine dayanarak bedenden duyulan memnuniyetsizlik (beden memnuniyetsizliği), andropoz yaşantısı, depresyon ve anksiyete arasındaki ilişkileri incelemektir. Ancak yaşla birlikte kronik hastalıkların sıklığında da artışlar olduğu bilinmektedir. Bunun yanı sıra depresyon ve anksiyetenin önemli yordayıcıları arasında medeni durum ve eğitim düzeyi gibi psikosozal değişkenlerin de yer aldığı göz ardı edilmemelidir. Bu bağlamda araştırmamızda kronik hastalık durumu, eğitim düzeyi, medeni durum, gelir düzeyi ve yaş aralıklarının da bedenden duyulan memnuniyetsizlik, andropoz yaşantısı, anksiyete ve depresyon üzerindeki etkilerinin kontrol edilmesi ayrıca amaçlanmıştır.

Bu doğrultuda araştırmada ilk önce dünya sağlık örgütünün tanımladığı yaş aralıklarına göre yaşlanmakta olan bir grup erkek katılımcıda beden memnuniyetsizliği, andropoz yaşantısı, anksiyete ve depresyon düzeylerinin katılımcıların içinde buldukları yaş aralıklarına, medeni durumlarına, eğitim ve gelir düzeylerine ve kronik hastalıklarının olup olmadığına göre nasıl farklılaştığı değerlendirilecektir. Ardından beden memnuniyetsizliği ile anksiyete ve depresyon düzeyleri arasındaki ilişkilerde andropoz yaşantısının rolü incelenecektir.



Buna göre araştırmanın hipotezleri şu şekildedir:

**Hipotez 1.** Beden memnuniyetsizliği, andropoz yaşantısı, anksiyete düzeyi ve depresyon düzeyi yaş aralıklarına, medeni duruma, eğitim düzeyine, gelir düzeyine ve kronik hastalık durumuna göre farklılaşacaktır.

**Hipotez 2.** Beden memnuniyetsizliği, andropoz yaşantısı, anksiyete düzeyi ve depresyon düzeyi arasında doğru orantılı anlamlı ilişkiler olacaktır.

**Hipotez 3.** Yaş, medeni durum, eğitim düzeyi, gelir düzeyi ve kronik hastalık durumu kontrol

edildiğinde beden memnuniyetsizliği ile depresyon arasındaki ilişkide andropoz yaşantısı aracı etkiye sahip olacaktır.

**Hipotez 4.** Yaş, medeni durum, eğitim düzeyi, gelir düzeyi ve kronik hastalık durumu kontrol edildiğinde beden memnuniyetsizliği ile anksiyete arasındaki ilişkide andropoz yaşantısı aracı etkiye sahip olacaktır.

### 3. BÖLÜM

### 3. YÖNTEM

#### 3.1. Katılımcılar

Araştırmanın profilini Dünya Sağlık Örgütü' nün de belirttiği gibi 40 – 70 yaş aralığındaki erkeklerden oluşmaktadır (Cangüven ve ark., 2005). Bu araştırmaya toplam 100 erkek katılmıştır. Katılımcıların ortalama yaşları 55.65 'dir. Araştırmaya katılan bireyler İstanbul şehri ile Muğla/Marmaris ilçesinden rastgele olarak seçilmiştir. Katılımcıların %68'i evli iken en az yüzdeyi %5 ile bekar olanlar oluşturmaktadır. Çalışmaya katılanların %35'i üniversite mezunu iken, ilkökul mezunları örneklemin %8'ni kapsamaktadır. Kişilerin meslek dağılımlarına baktığımızda %33'lük bir yüzde emekli iken geriye kalan %67'lik kesim çalışmaktadır. Katılımcıların gelir dağılımlarına bakıldığında ise en yüksek yüzdeyi %25'ini 1501-2000 T.L. aralığında olurken, en düşük kısmı %6 ile 1000 T.L. ve altılık bölüm oluşturmaktadır. Kişilerin kronik rahatsızlıkları yüzdesi ise birbirine oldukça yakın olmakla birlikte %51'inin kronik rahatsızlığı bulunurken, %49'unun herhangi bir rahatsızlığı bulunmamaktadır.

**Kişileri bu gruba katma kriterleri aşağıdaki gibidir:**

#### **İçleme Kriterleri;**

- \* Herhangi bir akıl hastalığının bulunmayan
- \* 40-70 yaş arası
- \* Verilen formu okuyup doldurma yetisine sahip

#### **Dışlama Kriterleri:**

- \* Mental anlamda sorun yaşayan kişiler bu gruba dahil edilmemiştir.

### **3.2.Verilerin Toplanması**

Katılımcılara ilk önce bilgilendirilmiş onam formu okutulmuş ve çalışmanın nasıl yürütüleceği hakkında bilgi verilmiştir. Bunun sonucunda gönüllü olan ve işleme kriterlerine uymayan kişiler çalışmaya dahil edilmemiştir. Kişilerin kimliklerini belli edecek herhangi bir isim veya soy isim yazmamaları istenmiştir. Verilerin karıştırılmaması adına numaralandırılma sistemi kullanılmıştır. Ölçekler üç farklı batarya şeklinde katılımcılara sunulmuştur. Test sorularının dürüst cevaplanması adına, katılımcının dikkati dağıtmayacak biçimde yanında durulmuş ve yalnız olması sağlanmıştır.

### **3.3.Veri Toplama Araçları**

Araştırmada, katılımcıların andropoz yaşantısını ölçmek için Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması bulunan AMS- SF (Aging Male Symptoms / Yaşlanan Erkek Semptom Sorgulama Formu), depresyon düzeylerini ölçmek için Beck Depresyon Ölçeği, anksiyete düzeylerini ölçmek için Beck Anksiyete Ölçeği ve beden memnuniyetlerini ölçmek için Vücut Algısı Ölçeği kullanılmıştır.

### **3.4. Materyaller**

#### **3.4.1. Yaşlanan Erkek Semptom Sorgulama Formu (AMS-SF)**

Yaşlanan erkeklerle ilgili klinik araştırmalar son yıllarda oldukça artmış ve kaliteli yaşam ve buna bağlı olan doyum oldukça önem kazanmıştır. Yaşlanan erkek semptomları tıpkı kadınların yaşadıkları menopoz gibi bir ‘ geçiş ‘ i temsil etmektedir; fakat erkekler bu durumun farkında değildirler. Bu duruma örnek vermek gerekirse terleme hem kadınlarda hemde erkeklerde yaşlanma belirtileri arasına girer (Daig ve ark., 2003). AMS ilk olarak 1999 yılında Almanya da geliştirilmiş bir ölçektir. Ölçek yaşlanma semptomlarını belirlemek için sürecin kendini yönetmesi ve standarda

bağlaması için tasarlanmıştır. Farklı konumlardaki erkek grupları arasında zaman içinde belirtilerin şiddetini değerlendirmek ve yedek androjen terapisinin önceki ve sonraki değişimlerini ölçmek amaçlanmıştır. Bu ölçeğin yaygın bir kullanım alanı vardır. A- farklı erkek grupları arasında belirtileri değerlendirmek B- zaman içinde belirtilerin şiddetini değerlendirmek C- androjen tedavisinden önce ve sonraki değişimleri ölçmek.

AMS özellikle erkeklerde olan yaşlanma ve etkilerin şiddetini ölçmek için yetersiz ve eksik kalan diğer ölçeklere karşı geliştirilmiştir. AMS uluslararası alanda kabul görmüş bir ölçek olup yaklaşık olarak 14 dile çevrilmiştir. AMS uygulaması oldukça kolay olup tekrarlanabilen ve karşılaştırılabilen normları bulunmaktadır Toplam puan ve 3 alt boyut ölçek skorları şimdiye kadar sadece Almanya için yayınlanmıştır. AMS bir diğer amacı ise, metodolojik özellikleri tartışmak ve bu konuyla ilgili psikometrik ve klinik veri sunmaya çalışmaktır.

Almanya, İspanya, Portekiz, İtalya, İsveç, Tayland ülkelerinde örnek çalışma grupları yapılmıştır (Heinemann ve ark., 1999).

AMS iyi psikometrik özelliklere sahip standart bir HRQol ölçeğidir. Güvenirlilik ölçümünde elde edilen veriler tüm ülkelerde iyi olduğu test edilmiştir. Birçok ülkede sağlıklı iç yapıya sahip androjen eksikliği olan erkeklerin sonuç benzerliği ölçeğin neredeyse aynı fenomen ölçümüne yakın sonuçlar çıkardığını göstermektedir.

Diğer erkekler ile androjen eksikliği olan erkekler ile karşılaştırmalar yapıldığında da yüksek korelasyon kat sayılarına ulaşılmıştır. AMS, tedavi öncesi şikayetlerin şiddeti ne olursa olsun tedavi etkisini tespit etme yeteneğinin yüksek olduğu saptanmıştır. Böylece mevcut metodolojik kanıt puanları yaşlanan erkeklerin zaman içinde ya da müdehaleyle HRQol (sağlıkla ilgili yaşam kalitesi) karşılaştırılması ve ölçülmesi için yüksek geçerlilik ve güvenirlilik göstermektedir (Heinemann ve ark., 1999).

AMS'nin Türkçe adaptasyonu Yaşlanan Erkek Semptom Sorgulama Formu (AMS-SF) 2005 yılında Uz. Dr. Levent Gürkan ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. Araştırmacılar, hastalıkla ortaya çıkan ve yaşa bağlı olarak beliren semptomların ağırlığını daha net görebilmek, zamana yayılan bu sürecin içinde belirtilerin

ciddiyetlerinin daha net gözlemlenip değerlendirilmesi ve androjen replasmanı tedavisine verilen cevapların değerlendirilmesi orijinal formu geliştirme amaçları arasında vermişlerdir (Cangüven ve ark., 2005).

AMS-SF anadili Türkçe olan ve iyi İngilizce bilen 5 farklı kişi tarafından ilk önce Türkçe'ye çevrilmiştir. Daha sonra iki kişi tarafından bu form tek form haline getirilmiş ve tek kişi tarafından yeniden İngilizce'ye çevirisi yapılmıştır. Yaşlanan Erkek Semptom Sorgulama Formununda toplam 17 madde bulunmaktadır. Araştırmacılar ilk olarak yaşları 40-70 arasında toplam 15 kişiye bu formu vermiştir. Aynı kişilere 15 günün sonunda bu formu tekrar verip uygulamaları istenmiştir. Çalışmaya katılan kişilerin yaş ortalamaları  $53,5 \pm 8,61$ 'dir. Testin iç uyumunu gösteren Chronbach alfa değeri 0.097 olarak bulunmuştur. Chronbach alfa katsayısı her soru için toplam olarak hesaplanmıştır. Sınır değer olarak % 70 kullanılmıştır. Bugüne kadar uygulanan ufak çaptaki ölçekler, geç dönemde gelişen hipogonadizmle ilgili belirtileri saptama konusunda kesin bilgi ve karşılaştırmalara varma aşamasında bir çok sayıda engel teşkil etmekteydi. Morley'in Öne sürdüğü ADAM skalası ve Smith'in kullandığı Screener gibi formlar sadece testosteron eksikliğine bağlı bir takım belirtilerin değerlendirilmesi noktasından öteye geçemiyordu (Morley ve ark. 2000).

Sıklıkla yapılan araştırmalar androjen eksikliğinin yanı sıra ortaya çıkan hayat kalitesinde düşme ve ortaya çıkan bazı ruhsal problemler 'International Society for the Study of the Aging Male' (ISSAM) grubunun önerdiği AMS-SF formunu türçe çalışmalarını yapmaya teşvik etmiştir (Cangüven ve ark, 2005).

Ölçekte toplam 3 grupta bulunmaktadır. Psikolojik, somatik ve seksüel alt boyut. Bu alt boyutlar için Chronbach's alfa değerleri sırasıyla; 0,95, 0,93 ve 0,87 olarak hesaplanmıştır. Her sorunun toplam puan ve korelasyonuna bakıldığında en yüksek 17'nci ( $r=0,93$ ) ve en düşüğünün ise 12'nci ( $r = 0,39$ ) soru olduğu bulunmuştur.

Orijinal AMS-SF 'da alt boyutlar şu şekilde sıralanmaktadır:

Somatik Sorular: 1, 2, 3, 4, 5, 8, 9, 10. maddeler

Psikolojik Sorular: 6, 7, 8, 11, 13. maddeler

Seksüel Sorular: 12, 14, 15, 16, 17. maddeler

Testi alanlardan 1. “çok yok” ile 5. “şiddetli” arasında değişen 5 seçenektan kendilerinin iyi tafif eden maddeyi işaretlemesi istenmiştir. Puanlar her madde için 1 ile 5 arasında değişmektedir. Skor ve şikayet derecesi arasındaki ilişki puanlaması ise:

17-26 = Yok

27-36 = Az

37-49 = Orta

> 49 = Şiddetli

olarak tanımlanmaktadır.

Ölçeğin güvenilirlik çalışmasında iç tutarlılık Cronbach Alpha katsayısı ile ölçülmüş ve bu katsayı Psikolojik alt boyut testi için 0.95 ve Somatik alt boyut testi için de 0.93 ve Seksüel atl boyut için 0.87 olarak bulunmuştur (Ek 1).

### **3.4.2. Vücut Algısı Ölçeği (VAÖ)**

Ölçeğin orijinal adı Body-Cathexis Scale (BCS) dir. 1953 yılında Secard ve Jurard tarafından geliştirilmiş. Kişinin 40 ayrı vücut bölümünden ya da işlevinden memnuniyetini ölçen bir ölçektir. Secard ve Jourard, kişinin bedeniyle ilgili doyumunun benlik kavramı ile ilişkili olabileceği düşüncesinden hareketle geliştirdikleri hipotezlerin test edilmesi sonucunda, ölçek iki bölümden oluşmaktadır. Orijinal ölçeğin ilk bölümü beden bölümleri ve işlevlerini içeren 46 maddeden meydana gelmektedir (Kundakçı, 2005). Ölçeğin ikinci bölümü benlik imgesini kapsar ve benliğin çeşitli yönlerini (kişilik, kendine güven, ahlak vb.) içeren 55 maddeden oluşmaktadır (Uğur, 1996). Şuanda ülkemizde kullanılan bu ölçek formu, 40 maddeden oluşan beş dereceli Likert tipi bir ölçme aracıdır (1= Oldukça beğeniyorum, 2= Oldukça beğeniyorum, 3= Kararsızım, 4= Pek beğenmiyorum, 5= Hiç beğenmiyorum). En olumlu ifade 1 puan, en

olumsuz ifade ise 5 puan almaktadır. Buna göre, alınabilecek en düşük toplam puan 40, en yüksek toplam puan 200'dür. Ölçekten alınan toplam puanın artması, kişinin vücut bölümlerinden ya da işlevinden memnuniyetin azalmasını, puanın azalması ise memnuniyetin artmasını belirtmektedir. 25 Ölçeğin geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları, 56 kız ve 70 erkek üniversite öğrencisi ile yapılmıştır. Güvenirlik çalışmasında; beden bölümleri ve işlevlerini ile benliğe ilişkin bölümlerden elde edilen puanlar arasındaki inter korelasyon kızlar için  $r=.66$ , erkekler için  $r=.58$  olarak bulunmuştur. Testin iki yarım güvenirliliği beden doyumu için  $r=.81$ , benlik için  $r=.90$  olarak elde edilmiştir. Geçerlik çalışması sonucunda; Maslow Psikolojik Güvenlik – Güvensizlik Testi ile beden doyumu korelasyonu  $r=-.32$ , benlik puanları ile korelasyonu  $r=.52$  olarak belirlenmiştir. Böylece, düşük doyum puanlarının güvensizlikle birleştiği belirlenmiştir (Uğur, 1996). Ölçek, 1986 yılında Hovardaoğlu tarafından Türkçe'ye çevrilmiş ve üniversite öğrencileri üzerinde yapılan çalışmada iki yarım güvenirliliği  $.75$ , madde test korelasyonları  $r=.45$  ile  $r=.89$  arasında ve Cronbach Alfa katsayısı  $r=.91$  olarak belirlenmiştir (Hovardaoğlu, 1992).

### **3.4.3. Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ)**

Beck depresyon envanteri (BDE), Beck ve ark. tarafından adolesan ve erişkinlerde depresyonun davranışsal bulgularını ölçmek amacıyla 1961 yılında geliştirilmiştir (Beck, 1961). Depresyonun şiddetini ölçmek, tedavi ile olan değişimleri izleyebilmek ve hastalığı tanımlayabilmek amacıyla tasarlanmıştır. BDE'deki maddeler asıl olarak depresyonlu hastaların psikoanalitik tedavileri sonucunda yapılan gözlemlere dayanmaktadır. Her bir cümleye sayı olarak 0-3 arasında puan verilmiştir. Yirmi bir maddeden oluşmaktadır ve maddeler hafif düzeyden başlayıp şiddetli olarak sıralanmıştır. Hastalardan içinde buldukları durumu en iyi tanımlayan ifadeyi işaretlemeleri istenilmektedir. 1978 yılında ölçeğin tümü revize edilerek şiddeti tanımlayan duplikasyonlar ayıklanmış ve hastaların bugünü de kapsayacak biçimde son bir haftalık durumlarını işaretlemeleri istenmiştir (19). Ölçeğin orijinali klinisyenin yüksek sesle hastaya okuması şeklinde tasarlanmış iken, ölçek daha sonra kendini değerlendirme ölçeği olarak uygulanmaya başlanmıştır. Şiddet olarak; 0-9= Minimal,

10-16= Hafif, 17-29= Orta, 30-63= Şiddetli, şeklinde yorumlanmaktadır. Alt ölçek skorları kognitif afektif faktör ve somatik performans faktör ile hesaplanmaktadır (Guy, 1976). Ölçeği doldurmak yaklaşık 15 dakika sürmektedir. Ancak bu süre hastanın eğitim düzeyine göre değişebilir. Ayrıca, ciddi obsesyonu olan hastalarda uygulama daha da uzun sürebilir. Ölçek Türkçe'ye BDE ve Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) adıyla iki ayrı form olarak çevrilmiş, geçerlik ve güvenirlik çalışması yapılmıştır ( Hisli N.1989, Tegin B.,1980 ).

### **3.4.5. Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ)**

Beck Anksiyete Envanteri (BAI) Beck ve arkadaşları (1988) tarafından geliştirilmiş bir ölçektir (Beck, Epstein, Brown ve Steer, 1988). Kişilerin son bir ayını kapsayan duygulanımlarını ölçen toplam 21 sorudan oluşan bir ölçektir. Bu ölçek 17-80 yaş aralığı için tasarlanmıştır. Ölçekte her bir soru için dört cevap seçeneği belirlenmiştir. Bunlar: Önemli değil (0 puan), fazla rahatsız etmedi (1puan), orta derecede (2 puan) ve ağır (3 puan) olmak üzere tasarlanmıştır. Anksiyete ölçeğinde alınacak maksimum puan 63' tür. 0-7 düşük seviyede anksiyete, 8-15 orta seviyede, anksiyete, 16-25 ağır seviyede aksiyete, 26-65 şiddetli seviyede anksiyete olarak tanımlanmaktadır. Ölçek 1086 hastadan elde edilen verilerle geliştirilmiştir. Ölçeğin Cronbach katsayısı 94' ten 92' ye kadar değişkenlik göstermektedir.

Anksiyete için iki faktör yaklaşımı bulunmaktadır. Anksiyetenin davranışsal bileşenlerinin yanı sıra duygusal, somatik ve bilişsel katmanları da olduğu söylenebilmektedir. BAI sadece iki bileşene sahiptir: Bilişsel ve somatik katmanlar. Korku ve bilişsel işlevler bilişsel alt boyutu oluştururken, somatik kısım ise psikolojik uyarılmayı kapsamaktadır (Beck ve Steer, 1993).

BAI anksiyete envanteri olarak depresyon ve anksiyete alt ölçeği arasındaki örtüşmeyi en aza indirmek için tasarlanmıştır. BAI sadece kişilerin son bir ay içindeki semptomlarını sorgular. Bu anksiyetenin tedavisiyle ilgili bir ölçüm değildir. BAI klinik ortamda uzun süreli devam eden endişe halini ölçmek için kullanılan bir değerlendirilmez. BAI 'nın 1999 yorumu anksiyete ölçümü için bulunan en kullanışlı



araştırma niteliği taşımaktadır. BAI ergenler dahil çeşitli hasta gruplarında da kullanılmıştır. BAI' nin bazı sınırlamaları bulunmaktadır. Yapılan araştırmalarda BAI farklı anksiyete bozukluklarını içeren birinci basamak hastalarda depresyonun şiddetini ölçmekteydi. Yine yaşlılarla yapılmış başka bir araştırmada ise BAI ve depresyon ölçümleri arasında ayırt edici bir özellik bulunamamıştır. Bunun sebebini araştırmacılar yaşlanma süreci ile artan kaygının doğdurduğu depresyonun ayırımı yapmadaki zorluğa dayandırmışlardır. BAI 'nin ortalama güvenirlik tahminleri düşük olma eğilimi göstermektedir (Beck, Epstein, Brown ve Steer, 1988).

Beck Anksiyete Envanteri (BAE), Ulusoy ve arkadaşları (1996) tarafından Türkçe uyarlaması yapılmıştır (Ulusoy, Şahin ve Erkmen, 1996). Ölçeğin iç tutarlılığı için toplamda 177 psikiyatrik hastadan meydana gelen bir örnekleme uygulanmıştır. Cronbach Alfa iç tutarlılık katsayısı 93 olarak bulunmuştur. Madde-toplam korelasyon katsayıları ise 45 ile 72 aralığında saptanmıştır. BAE test-tekrar test katsayısı ise  $r=57$  olarak bildirilmektedir. Yapılan bazı analizler sonucunda BAE'nin anksiyete grubuna dahil olan bireylerin, diğer tanı gruplarından anlamlı bir biçimde ayredilebildiği verilen bilgiler arasındadır (Savaşır ve Şahin, 1997).

#### **3.4.6. Kişisel Bilgi Formu**

Yarıyapılandırılmış bu formda kişilerin yaş, eğitim ve gelir düzeyleri, medeni durumları, çocuk sayıları, kronik bir rahatsızlıklarının olup olmadığı ve psikolojik herhangi bir tanı alıp almadıkları noktasında bilgi edinilmeye çalışılmıştır.

## 4. BÖLÜM

### 4. BULGULAR

#### 4.1. Veri Analizi

Araştırmada kullanılan ölçek puanlarının psikososyal değişkenlerin kategorilerine göre anlamlı farklılık gösterip göstermediğini test edebilmek amacı ile önce verilerin parametrik test koşullarını karşılayıp karşılamadığı sınıanmıştır. Bu koşullar karşılanmadığı için iki kategorili durumlar için Mann-Whitney U testi, ikiden fazla kategorili durumlar için ise Kruskal-Wallis testi uygulanmıştır. Tüm korelasyon analizleri Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon Değişmezlik katsayıları hesaplanarak yürütülmüştür.

Bu araştırmada kullanılan ölçeklerin iç tutarlılıkları Cronbach Alpha değerleri hesaplanarak sınıanmıştır.

Andropoz yaşantısının aracı (medyatör) etkisini test etmek üzere, Baron ve Kenny (1986) önerdiği yöntemler dikkate alınarak Hiyerarşik Doğrusal Aracı (Medyatör) Regresyon Analizi uygulanmıştır. Aracı regresyon analizi için Baron ve Kenny'nin (1986) öngörülerini doğrultusunda, bağımsız değişken ile bağımlı değişken, bağımsız değişken ile aracı değişken ve aracı değişken ile bağımlı değişken arasındaki korelasyon anlamlı olmalıdır. Bu koşullar sağlanmadığı takdirde söz konusu ilişkiler için aracı regresyon analizleri yürütülemez.

Her bir aracı regresyon analizi için, regresyon denklemine birinci adımda Bağımlı değişken ile anlamlı korelasyon gösteren psikososyal değişkenler kontrol değişkenleri olarak, ikinci adımda bağımsız değişken, üçüncü adımda ise tek bir aracı değişken denkleme girilmiştir. Hiyerarşik Doğrusal Aracı (Medyatör) Regresyon Analizi sonucunda, son adımda aracı değişkenin modele olan anlamlı katkısı devam ettiği halde, bağımsız değişkenin modele olan anlamlı katkısı ortadan kalkarsa, bu tam aracılık etkisine işaret etmektedir. Öte yandan, son adımda aracı değişkenin etkisi anlamlı iken bağımsız değişkenin etkisi anlamlı olmaya devam etmekle birlikte bir önceki adıma

kıyasla düşüş göstermiş ise bu durum kısmi aracı etkinin varlığını düşündürür. Bağımsız değişkenin modele olan katkısının anlamlılığındaki bu düşüşün anlamlı olup olmadığının tespiti için ise söz konusu durumlar için Sobel'in Z testi uygulanmıştır. Sobel'in Z testi anlamlı ise bu kısmi aracılık etkisini göstermektedir.

Araştırmanın temel amaçları kapsamında oluşturulan Hipotez 1 bağlamında katılımcıların Vücut Algısı Ölçeği (VAÖ) ile ölçülen beden memnuniyetsizliği, Andropoz Ölçeği ve Somatik, Psikolojik ve Cinsel Yaşantılar alt ölçekleri ile ölçülen toplam andropoz yaşantısı (AÖT), somatik (AÖS), psikolojik (AÖP) ve cinsel (AÖC) andropoz yaşantısı, Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) ile ölçülen depresyon düzeyi ve Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ) ile ölçülen anksiyete düzeylerinin yaş aralıkları, eğitim düzeyi, medeni durum, gelir düzeyi ve kronik hastalık varlığına göre farklılaşp farklılaşmadığı incelenmiştir. Analiz sonuçlarına göre ölçeklerden alınan puanlar medeni duruma ve gelir düzeyine göre farklılaşmazken, BDÖ, AÖT ve AÖC puanlarının da eğitim kategorilerine göre değişmediği gözlenmiştir. Öte yandan tüm ölçek puanları yaş aralıklarına ve kronik hastalık durumu kategorilerine göre değişim göstermektedir. Yaş arttıkça beden memnuniyetsizliği, depresyon, anksiyete, ve andropozun genel, somatik, psikolojik ve cinsel belirtileri de artmaktadır (sırasıyla,  $X^2_{(5)}= 12,077$ ,  $p<.05$ ;  $X^2_{(5)}= 27,938$ ,  $p<.001$ ;  $X^2_{(5)}= 12,375$ ,  $p<.05$ ;  $X^2_{(5)}= 21,425$ ,  $p<.001$ ;  $X^2_{(5)}= 14,479$ ,  $p<.05$ ;  $X^2_{(5)}= 18,926$ ,  $p<.01$ ;  $X^2_{(5)}= 27,745$ ,  $p<.001$ ) (Tablo 1). Yine kronik hastalığı olanların tüm ölçeklerden almış oldukları puanların kronik hastalığı olmayanlardan anlamlı derecede yüksek olduğu gözlenmiştir (sırasıyla,  $z=-2,566$ ,  $p<.01$ ;  $z=-3,008$ ,  $p<.01$ ;  $z=-3,951$ ,  $p<.001$ ;  $z=-3,502$ ,  $p<.001$ ;  $z=-3,232$ ,  $p<.001$ ;  $z=-3,097$ ,  $p<.01$ ;  $z=-3,807$ ,  $p<.001$ ) (Tablo 1). Eğitim düzeyi arttıkça ise yalnızca VAÖ, BAÖ ve AÖS puanları artış göstermektedir (sırasıyla,  $X^2_{(2)}= 7,237$ ,  $p<.05$ ;  $X^2_{(2)}= 8,257$ ,  $p<.05$ ;  $X^2_{(2)}= 6,868$ ,  $p<.05$ ) (Tablo 2). Söz konusu psikososyal değişkenlerin farklı kategorilerinde yer alan katılımcıların ilgili ölçeklerden almış oldukları puan ortalamaları ve standart sapmaları ile ilgili test istatistiği değerleri ve anlamlılık düzeyleri Tablo 1 ve Tablo 2'de görülebilir.

**Tablo 1.** Yaş ve Kronik Hastalık durumu kategorilerine göre katılımcıların Vücut Algısı Ölçeği (VAÖ), Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ), Beck Ankisyete Ölçeği (BAÖ), Andropoz Ölçeği Toplam (AÖT), Andropoz Ölçeği Somatik alt testi (AÖS), Andropoz Ölçeği Psikolojik alt testi (AÖP) ve Andropoz Ölçeği Cinsel alt testi (AÖC) puanlarına ait ortalama, standart sapma, test istatistiği ve p değerleri.

	<b>BiÖ</b>	<b>BDÖ</b>	<b>BAÖ</b>	<b>AÖT</b>	<b>AÖS</b>	<b>AÖP</b>	<b>AÖC</b>
	Ort.±SS	Ort.±SS	Ort.±SS	Ort.±SS	Ort.±SS	Ort.±SS	Ort.±SS
<b>Yaş</b>							
40-45(n=15)	84.1±29.2	9.0±6.4	9.9±9.4	28.7±11.3	14.6±6.8	9.1±4.3	6.8±2.0
46-50(n=26)	94, ±33.4	16.0±10.6	12.6±14.4	33.9±15.3	16.4±7.5	10.8±5.3	8.4±4.1
51-55(n=9)	98.1±32.8	16.8±11.2	12.6±7.9	31.4±12.6	16.0±6.8	9.6±4.2	7.6±2.9
56-60(n=13)	88.8±30.4	11.8±7.4	14.9±10.5	34.1±14.9	16.3±7.2	10.8±5.3	9.0±3.8
61-65 (n=15)	104.6±35.8	16.9±10.0	18.3±10.5	40.4±14.8	19.1±7.0	12.9±5.6	10.6±4.1
66-70 (n=22)	117.3±32.4	26.4±10.0	21.7±12.9	50.7±16.2	22.8±7.3	16.8±6.2	14.3±4.7
Kruskal-Wallis	<b><math>\chi^2_{(5)}=12</math></b>	<b><math>\chi^2_{(5)}= 28</math></b>	<b><math>\chi^2_{(5)}= 12</math></b>	<b><math>\chi^2_{(5)}= 21</math></b>	<b><math>\chi^2_{(5)}= 14</math></b>	<b><math>\chi^2_{(5)}= 18</math></b>	<b><math>\chi^2_{(5)}= 27</math></b>
p değeri	<b>0.034</b>	<b>0.000</b>	<b>0.030</b>	<b>0.001</b>	<b>0.013</b>	<b>0.002</b>	<b>0.000</b>
<b>Kronik Hastalık</b>							
Yok (n=49)	90.1±33.8	14.0±11.0	11.0±12.3	31.8±14.4	15.5±7.3	10.1±5.0	7.9±3.6
Var (n=51)	107.6±31.7	19.7±10.2	19.5±11.0	43.2±16.1	20.2±7.2	14.0±6.1	11.6±4.8
Mann-Whitney U	<b>z=-2.566</b>	<b>z=-3.008</b>	<b>Z=-3.951</b>	<b>Z=-3.502</b>	<b>z=-3.232</b>	<b>z=-3.097</b>	<b>z=-3.07</b>
p değeri	<b>0.01</b>	<b>0.003</b>	<b>0.000</b>	<b>0.000</b>	<b>0.001</b>	<b>0.002</b>	<b>0.000</b>

**Tablo 2.** Eğitim düzeyi, medeni durum ve gelir düzeyi kategorilerine göre katılımcıların Vücut Algısı Ölçeği (VAÖ), Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ), Beck Ankisyete Ölçeği (BAÖ), Andropoz Ölçeği Toplam (AÖT), Andropoz Ölçeği Somatik alt testi (AÖS), Andropoz Ölçeği Psikolojik alt testi (AÖP) ve Andropoz Ölçeği Cinsel alt testi (AÖC) puanlarına ait ortalama, standart sapma, test istatistiği ve p değerleri.

	<b>BIÖ</b>	<b>BDÖ</b>	<b>BAÖ</b>	<b>AÖT</b>	<b>AÖS</b>	<b>AÖP</b>	<b>AÖC</b>
	Ort.±SS	Ort.±SS	Ort.±SS	Ort.±SS	Ort.±SS	Ort.±SS	Ort.±SS
<b>Eğitim</b>							
İlk-orta(n=26)	84.6±37.0	15.6±12.0	10.5±10.9	32.0±15.6	15.2±7.6	10.1±5.6	8.5±4.0
Lise (n=30)	96.8±32.9	17.0±9.9	15.7±13.6	37.3±14.7	17.9±7.4	11.7±5.4	9.6±4.2
Ünv. (n=44)	109.1±29.3	17.6±11.2	18.0±11.6	41.1±17.0	19.5±7.4	13.5±6.1	10.7±5.1
Kruskal-Wallis	$\chi^2_{(2)}= 7$	$\chi^2_{(2)}= 1$	$\chi^2_{(2)}= 8$	$\chi^2_{(2)}= 6$	$\chi^2_{(2)}= 7$	$\chi^2_{(2)}= 5$	$\chi^2_{(2)}= 3$
p değeri	<b>0.027</b>	0.654	<b>0.016</b>	0.057	<b>0.032</b>	0.066	0.215
<b>Medeni Durum</b>							
Evli (n=68)	95.3±33.9	15.8±10.9	13.5±11.5	35.7±15.6	16.9±7.4	11.4±5.6	9.4±4.4
Boşan. (n=21)	104.8±32.0	17.1±9.3	17.0±10.2	37.8±14.5	18.4±7.0	12.2±5.4	9.2±4.0
Bekar (n=5)	106.6±32.2	16.8±7.7	27.8±23.7	44.2±19.4	22.0±8.6	14.2±7.7	10.8±5.7
Dul (n=6)	115.3±38.2	29.0±13.8	19.7±12.4	53.2±20.0	23.7±9.2	17.5±7.4	15.2±5.4
Kruskal-Wallis	$\chi^2_{(3)}= 3$	$\chi^2_{(3)}= 6$	$\chi^2_{(3)}= 4$	$\chi^2_{(3)}= 5$	$\chi^2_{(3)}= 5$	$\chi^2_{(3)}= 5$	$\chi^2_{(3)}= 5$
p değeri	0.358	0.115	0.199	0.164	0.172	0.207	0.165
<b>Gelir</b>							
2000 altı (n=45)	99.4±35.4	17.5±10.0	16.1±12.8	38.1±15.2	18.1±7.3	12.2±5.7	10.0±4.3
Üstü (n=55)	98.8±32.6	16.4±11.7	14.7±12.0	37.2±17.1	17.7±7.9	12.0±6.1	9.6±4.9
Mann-Whit.U	z=-0.308	z=-0.856	z=-0.274	z=-0.496	z=-0.423	z=-0.229	z=-0.797
p değeri	0.758	0.392	0.784	0.620	0.672	0.819	0.426

Araştırmanın ikinci hipotezi kapsamında ise VAÖ, BDÖ, BAÖ, AÖT, AÖS, AÖP ve AÖC arasındaki ilişkilerin doğru orantılı ve anlamlı olacağı öngörülmüştür. Tablo 3’de de görüldüğü üzere söz konusu tüm değişkenler arasında pozitif yönde ve yüksek düzeyde anlamlı korelasyonlar saptanmıştır.

Araştırmanın üçüncü ve dördüncü hipotezleri ise tüm psikososyal değişkenler kontrol edildiğinde AÖT, AÖS, AÖP ve AÖC ile ölçülen andropoz yaşantısının sırasıyla VAÖ ile BDÖ ve VAÖ ile BAÖ puanları arasındaki ilişkide aracı etkisinin olacağı yönündedir. Ancak her şeyden önce herhangi bir değişkenin kontrol değişkeni olabilmesi için yordanan değişken ile anlamlı ilişki göstermesi gerekmektedir. Bu bağlamda tüm psikososyal değişkenlerin yordanan değişkenler olan BDÖ ve BAÖ ile gösterdikleri korelasyonlar da Tablo 3’de özetlenmiştir. Buna göre yalnızca yüksek yaş kategorisi ile kronik hastalık varlığının BDÖ ve BAÖ ile olan ilişkilerinin anlamlı olduğu görülmüştür. Bu sebeple aracı etki analizlerinde yalnızca bu iki değişken kontrol değişkeni olarak analize dahil edilmiştir.

**Tablo 3.** Araştırmada kullanılan tüm ölçek puanlarının birbirleri ile ve psikososyal kontrol değişkenlerinin yordanan değişkenler olan Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) ve Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ) puanları ile ilişkilerine dair Pearson Korelasyon katsayıları.

	AÖT	AÖS	AÖP	AÖC	BDÖ	BAÖ
<b>BiÖ</b>	<b>,767**</b>	<b>,757**</b>	<b>,748**</b>	<b>,671**</b>	<b>,666**</b>	<b>,697**</b>
<b>AÖT</b>	-	<b>,971**</b>	<b>,958**</b>	<b>,921**</b>	<b>,776**</b>	<b>,858**</b>
<b>AÖS</b>	-	-	<b>,912**</b>	<b>,836**</b>	<b>,718**</b>	<b>,861**</b>
<b>AÖP</b>	-	-	-	<b>827**</b>	<b>,753**</b>	<b>,818**</b>
<b>AÖC</b>	-	-	-	-	<b>,758**</b>	<b>,762**</b>
<b>BDÖ</b>	-	-	-	-	-	<b>,623**</b>
<b>Yaş1<sup>a</sup></b>	-	-	-	-	<b>,464**</b>	<b>,275*</b>
<b>Yaş2</b>	-	-	-	-	-,001	,102
<b>Yaş3</b>	-	-	-	-	-,182	-,013
<b>Yaş4</b>	-	-	-	-	-,004	-,071
<b>Yaş5</b>	-	-	-	-	-,047	-,133
<b>Eğitim1<sup>b</sup></b>	-	-	-	-	,056	,191
<b>Eğitim2</b>	-	-	-	-	,004	,019
<b>Gelir Düzeyi</b>	-	-	-	-	-,049	-,055
<b>Kronik Hastalık Durumu</b>	-	-	-	-	<b>,265**</b>	<b>,343**</b>

\* $p < .05$ ; \*\* $p < .001$

<sup>a</sup> 6 kategorili yaş değişkeni dummy değişkene dönüştürülmüştür. 40-45 yaş kategorisi referans kategorisidir.

<sup>b</sup> 3 kategorili eğitim düzeyi değişkeni dummy değişkene dönüştürülmüştür. İlk-orta okul kategorisi referans kategorisidir.

Araştırmanın 3. hipotezinde yaş, medeni durum, eğitim düzeyi, gelir düzeyi ve kronik hastalık durumu kontrol edildiğinde beden memnuniyetsizliği ile depresyon arasındaki ilişkide andropoz yaşantısının aracı etkiye sahip olacağı öngörülmüştür. Ancak söz konusu psikososyal değişkenlerden yalnızca yüksek yaş durumu ile kronik hastalık durumu yordanan değişken olan Beck Depresyon Ölçeği puanları ile anlamlı

ilişki gösterdiğinden analizlere yalnızca bu iki değişken kontrol değişkeni olarak dahil edilmiştir. Bunun yanı sıra Baron ve Kenny'nin (1986) aracı etki analiz koşulları tüm durumlar için karşılanmıştır. Bu doğrultuda 3. Hipotezin testi kapsamında yordayıcı değişkenin VAÖ puanları, yordanan değişkenin BDÖ puanları ve aracı değişkenin de AÖT puanları ile aynı ölçeğin alt testleri olan AÖS, AÖP ve AÖC puanları olarak analize dahil edildiği toplam 4 farklı Doğrusal Hiyerarşik Aracı Regresyon Analizi yürütülmüştür.

Analiz sonuçlarına göre her şeyden önce yaş ve kronik hastalık durumunun tek başına Beck Depresyon Ölçeği puanlarındaki değişimin yaklaşık % 22'sini anlamlı düzeyde açıkladığı görülmüştür ( $F_{(2,97)}= 13.52, p<0.001$ ). Yaş ve kronik hastalık durumu kontrol edildiğinde ise VAÖ puanları BDÖ puanlarının yaklaşık % 31'ini yordamaktadır ( $F_{(1,96)}= 62.09, p<0.001$ ). AÖT, AÖS, AÖP ve AÖC ise BDÖ puanlarındaki değişimin sırasıyla yaklaşık % 12'sini ( $F_{(1,95)}= 31.22, p<0.001$ ), % 8'ini ( $F_{(1,95)}= 18.72, p<0.001$ ), % 10'unu ( $F_{(1,95)}= 24.06, p<0.001$ ) ve % 11'ini ( $F_{(1,95)}= 28.85, p<0.001$ ) açıklamıştır. Modele son adımda AÖT eklendiğinde, VAÖ'nin modele olan anlamlı katkısı ortadan kaybolmuştur ( $t=1.98, p>.05$ ). Bu durumda AÖT'ün VAÖ ile BDÖ arasındaki ilişkide tam aracı etkiye sahip olduğu söylenebilir.

Öte yandan son adımda modele AÖS, AÖP ve AÖC puanları eklendiğinde ise, VAÖ'nün modele olan anlamlı katkısı devam etmiş olmakla birlikte bu katkının anlamlılık düzeyinde düşüş olduğu gözlenmiştir. Bu düşüşün anlamlı olup olmadığını tespit etmek amacı ile yürütülen Sobel'in Z testi her üç aracı değişken için de anlamlı çıktığından (sırasıyla,  $Z=3.99, Z=4.40, Z=4.38; p<.001$ ), VAÖ ile BDÖ arasındaki ilişkide AÖS, AÖP ve AÖC'ün kısmi aracı etki gösterdiği görülmektedir.

VAÖ ile BDÖ arasındaki ilişkide AÖT, AÖS, AÖP ve AÖC'ün aracı etkilerine dair Doğrusal Hiyerarşik Aracı Regresyon analiz bulguları Tablo 4'te özetlenmiştir.



**Tablo 4.** VAÖ ile BDÖ arasındaki ilişkide AÖT, AÖS, AÖP ve AÖC'ün aracı etkisine dair Doğrusal Hiyerarşik Aracı Regresyon analiz bulguları

MODEL	$\Delta R^2$	B	Std.Error	Beta	t	P
1.Adım	.218**					
Yaş		11.461	2.677	.436**	4.282	.000
Kr.Hast.		1.281	2.218	.059	.578	.535
2.Adım	.307**					
BiÖ		.190	.024	.585**	7.880	.000
3.Adım	.117**					
BiÖ		.062	.031	.190	1.985	.050
AÖT		.386	.069	.572**	5.587	.000
3.Adım	.078**					
BiÖ		.089	.032	.275*	2.772	.007
AÖS		.634	.147	.439**	4.326	.000
3.Adım	.096**					
BiÖ		.081	.031	.251*	2.626	.010
AÖP		.924	.188	.498**	4.905	.000
3.Adım	.111**					
BiÖ		.098	.027	.302**	3.596	.001
AÖC		1.212	.226	.512**	5.371	.000

\* $p < 0.01$ , \*\* $p < 0.001$

Araştırmanın 4. Hipotezi kapsamında ise yaş ve kronik hastalık durumu kontrol edildiğinde beden memnuniyetsizliği ile bu defa anksiyete düzeyi arasındaki ilişkide andropoz yaşantısının aracı etkiye sahip olacağı öngörülmüştür. Baron ve Kenny'nin

(1986) aracı etki analiz koşulları tüm durumlar için karşılanmıştır. Bu doğrultuda 4. Hipotezin testi kapsamında da yordayıcı değişkenin BİÖ puanları, yordanan değişkenin BAÖ puanları ve aracı değişkenin de AÖT puanları ile aynı ölçeğin alt testleri olan AÖS, AÖP ve AÖC puanları olarak analize dahil edildiği yine toplam 4 farklı Doğrusal Hiyerarşik Aracı Regresyon Analizi yürütülmüştür.

Analiz sonuçlarına göre her şeyden önce yaş ve kronik hastalık durumunun tek başına Beck Anksiyete Ölçeği puanlarındaki değişimin yaklaşık % 12'sini anlamlı düzeyde açıkladığı görülmüştür ( $F_{(2,97)} = 7.52, p < 0.001$ ). Yaş ve kronik hastalık durumu kontrol edildiğinde ise VAÖ puanları BAÖ puanlarının yaklaşık % 38'ini yordamaktadır ( $F_{(1,96)} = 75.14, p < 0.001$ ). AÖT, AÖS, AÖP ve AÖC ise BAÖ puanlarındaki değişimin sırasıyla yaklaşık % 24'ünü ( $F_{(1,95)} = 95.77, p < 0.001$ ), % 24.2'sini ( $F_{(1,95)} = 94.16, p < 0.001$ ), % 19'unu ( $F_{(1,95)} = 60.79, p < 0.001$ ) ve % 15'ini ( $F_{(1,95)} = 43.87, p < 0.001$ ) açıklamıştır. Modele son adımda AÖT ve AÖS eklendiğinde, BİÖ'nün modele olan anlamlı katkısı tamamen ortadan kaybolmuştur (sırasıyla,  $t = 1.04, p > .05$ ;  $t = 1.35, p > .05$ ). Bu durumda AÖT ve AÖS, VAÖ ile BAÖ arasındaki ilişkide tam aracılık etkisi göstermektedir.

Öte yandan son adımda modele AÖP ve AÖC puanları eklendiğinde ise, VAÖ'nün modele olan anlamlı katkısı devam etmiş olmakla birlikte bu katkının anlamlılık düzeyinde düşüş olduğu gözlenmiştir. Bu düşüşün anlamlı olup olmadığını tespit etmek amacı ile yürütülen Sobel'in Z testinin her iki durum için de anlamlı olduğu gözlenmiştir (sırasıyla,  $Z = 4.29, Z = 6.10; p < 0.001$ ). Bu durumda AÖP ile AÖC'ün VAÖ ile BAÖ arasındaki ilişkide kısmi aracılık etkisi gösterdiği söylenebilir.

VAÖ ile BAÖ arasındaki ilişkide AÖT, AÖS, AÖP ve AÖC'ün aracı etkisine dair Doğrusal Hiyerarşik Aracı Regresyon analiz bulguları da Tablo 5'te özetlenmiştir.

**Tablo 5.** VAÖ ile BAÖ arasındaki ilişkide AÖT, AÖS, AÖP ve AÖC'ün aracı etkisine dair Doğrusal Hiyerarşik Aracı Regresyon analiz bulguları

MODEL	$\Delta R^2$	B	Std.Error	Beta	t	Sig.
1.Adım	.134***					
Yaş		4.281	3.175	.145	1.348	.181
Kr.Hast.		6.754	2.631	.275	2.567	.012
2.Adım	.380***					
VAÖ		.238	.027	.651	8.668	.000
3.Adım	.244***					
VAÖ		.030	.029	.082	1.040	.301
AÖT		.627	.064	.825	9.786	.000
3.Adım	.242***					
VAÖ		.038	.028	.105	1.349	.181
AÖS		1.257	.130	.773	9.703	.000
3.Adım	.190***					
BİÖ		.066	.031	.181	2.143	.035
AÖP		1.464	.188	.699	7.797	.000
3.Adım	.153***					
VAÖ		.116	.029	.318	3.959	.000
AÖC		1.610	.243	.602	6.623	.000

\* $p < 0.05$ , \*\* $p < 0.01$ , \*\*\* $p < 0.001$

## 5.BÖLÜM

### 5. TARTIŞMA

Bu araştırma, 40-70 yaş aralığını kapsayan toplam 100 erkek bireyle yürütülmüştür. Kişilerin yaşlarının ortalaması 55.65 iken standart sapması 1,82272'dir. Kişilerin andropoz yaşantılarını ölçmek için Yaşlanan Erkek Semptom Sorgulama Formu (AMS-SF), depresyon düzeylerini ölçmek adına Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ), anksiyete düzeylerini belirlemek adına Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ) ve beden memnuniyetsizliklerini belirlemek adına Vücut Algısı Ölçeği (VAÖ) verilmiştir.

Yapılan araştırmanın temel unsuru kapsamında oluşturulmuş olan ilk hipotezde, beden memnuniyetsizliği, andropoz yaşantısı, anksiyete, depresyon düzeyi ve gelir düzeyi ve kronik hastalık durumuna göre farklılaşması düşüncesi irdelenmiştir. Bulgular göstermektedir ki, Vücut Algısı Ölçeği (VAÖ), Andropoz Ölçeği Somatik (AÖS), Andropoz Ölçeği Psikolojik (AÖP), ve Andropoz Ölçeği Cinsel (AÖC) ile Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ)'den alınan puanlar medeni durum ve kişilerin gelir düzeyine göre farklılaşmazken, BDÖ, Andropoz Ölçeği Toplam (AÖT) ve AÖC kişilerin eğitim seviye kategorilerine göre de değişmediği saptamıştır. Elde edilen bulgularla literatür kaynakları karşılaştırıldığında, medeni durum ile beden algısı arasında bir ilişki bulunamamıştır. Friedman ve arkadaşlarının (1999) evli çiftler üzerinde yaptığı araştırma bulgularına göre, beden memnuniyetsizliği ile çiftlerin yaşları, vücut kitle endeksleri ve benlik saygısı ile evlilik doyumu arasında ilişki saptamıştır (Friedman, Dixon, Brownell, Whisman ve Wilfley, 1999). Buna ek olarak yapılmış olan araştırmada ölçek puanları ile yaş ve beden memnuniyetsizliği arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Literatür bulguları araştırma bulgusu ile paralellik göstermektedir.

Beden algısı ve gelir düzeyi arasındaki ilişki literatürde oldukça az rastlanan bir olgu niteliği taşımaktadır. Bu konuyla ilgili Paeratakul ve arkadaşlarının (2002) yapmış oldukları bir araştırmada kişilerin içinde buldukları kültür, sahip oldukları ırk ve sosyoekonomik farklılıklar ile beden memnuniyetsizliği arasındaki ilişki incelenmeye çalışılmıştır. Kişilerin algıladıkları beden imajları yukarıda verilen değişkenlere göre

olumlu ya da olumsuz yönde farklılaştığı saptanmıştır (Paeratakul, White, Williamson, Ryan ve Bray, 2002).

Araştırma bulguları içerisinde yer alan eğitim düzeyi ile cinsel hayat arasında bir ilişki bulunmamıştır. Bu bulgu literatürle karşılaştırıldığında Çetin'nin (1995) yapmış olduğu araştırmasında farklı yaş ve eğitim düzeylerine sahip erkeklerin andropoz dönemi cinsel doyum ve yaşama bakış açısı üzerindeki etkisi incelenmeye çalışılmıştır. Araştırma bulgularına göre, eğitim düzeyi ile cinsel doyum arasında ilişki bulunmuştur. Buna ek olarak, kişilerin eğitim düzeti arttıkça cinsel doyumunda arttığı saptanmıştır (Çetin, 1995). Kişilerin eğitim düzeylerine bakıldığında %35'i üniversite mezunu iken, ilkokul mezunları örneklemin %8'ni oluşturmaktadır. Bu durumun nedeni olarak cisellik hakkında verilen bilgilerin sansür içerdiği ve buna bağlı olarak kişilerin yanlış cevap verebileceği düşünülmektedir.

Medeni durum, gelir ve eğitim düzeylerine göre farklılaşmayan bir diğer durum ise depresyon olgusudur. Yapılan yurtiçi ve yurtdışı çalışmalara bakıldığında medeni durum ve duygudurum arasında bir bağ olduğu saptanmıştır (Önen, Kaptanoğlu ve Seber, 1995). Gelir düzeyi ile duygudurum arasında da benzer bulgular saptanmıştır (Carr, 1997; Gezici ve Güvenç, 2003; Ross, Mirowsky ve Ulbrich, 1983). Bu duruma ek olarak, İnanç ve arkadaşlarının (2004) yapmış oldukları bir çalışmada da benzer sonuçlara ulaşılmıştır (İnanç, Savaş, Tutkun, Herken ve Savaş, 2004). Özdel ve arkadaşları (2002) tarafından yapılan bir diğer çalışmada ise gelir düzeyi ve depresyon arasında bir ilişki olduğu yönündedir (Özdel, Bostancı, Özdel ve Oğuzhanoglu, 2002). Eğitim düzeyi ile depresyon arasında bir ilişki olduğuna dair bir literatür bilgisine rastlanmamakla birlikte, yalnızca yapılan iş ve işin manevi olarak doyum sağlaması ile duygudurum arasında bir ilişki olduğu verilen bilgiler arasındadır (Carr, 1997; Gezici ve Güvenç, 2003; Ross, Mirowsky ve Ulbrich, 1983).

Araştırmaya katılan bireylerin %68'i evli iken kişilerin gelir dağılımlarına bakıldığında ise en yüksek yüzdeyi %25'ini 1501-2000 T.L. aralığındayken, en düşük kısmı %6 ile 1000 T.L. ve altılık bölüm oluşturmaktadır. Araştırmada böyle bir bulguya rastlanılmamasının nedenleri arasında kişilerin var olan depresyon tanılarını kendilerine göre biçimlendirmeleri ve buna göre sınırlamalar yaptığı söylenebilir. Kişilerin büyük

bir bölümünün emekli olması, gelir düzeylerinin ek bir iş yapmadıkları için sabit kalması yine depresyon olgusunda tetikleyici bir yön oluşturmamakta olduğu düşünülebilir. Literatürde belirtildiği gibi yapılan işin manevi boyutu ile depresyon arasındaki ilişkiye nazaran emekli kişilerde işin manevi boyutunun kalkmasıyla birlikte yine bu olguya rastlanılmamasıyla ilişkili olarak düşünülmektedir.

Öte yandan tüm ölçek puanları, kişilerin yaş aralıklarına ve kronik rahatsızlıklarının olma durumlarına göre farklılaştığı saptanmıştır. Kişilerin yaşlarının artmasıyla birlikte beden memnuniyetsizliği, depresyon, anksiyete ve andropozun genel, somatik, psikolojik ve cinsel belirtilerinin de arttığı bulunan veriler arasındadır. Kişilerin eğitim düzeyinin artması sadece VAÖ, BAÖ ve AÖS puanlarında artışla kendini göstermektedir. Elde edilen bu bulgular literatürle paralellik göstermektedir. Bahar ve arkadaşları (2005) yapmış oldukları bir araştırmada yaşlı bireylerin kronik hastalıklarının olup olmama durumuna göre depresyon skorlarının değiştiğini belirtmişlerdir (Bahar, Tutkun ve Sertbaş, 2005). Kronik rahatsızlıkların çoğunun kendini depresyon döneminde belli edip ortaya çıktığı literatürde verilen bilgiler arasındadır (Mete, 2008).

İlerleyen yaşla birlikte biyolojik değişimlerin yanı sıra kişilerin ruh durumlarında da birtakım değişimler meydana gelmektedir ki bu durum literatürde sıklıkla tartışılan bir konudur. Cangöz ve Uluç'un (2005) yazmış oldukları bir makalede yaşın artmasıyla birlikte kişilerde görülen depresyon olgusunun da paralel olarak artış gösterdiğini belirtmişlerdir (Cangöz ve Uluç, 2005). Verilen diğer bilgiler arasında özellikle yaşın ilerlemesiyle birlikte depresyonun distimi gibi kronik seyirli sıklıkla rastlanılmakta olduğu belirtilmektedir (Özmenler, 2001). Araştırmayla paralellik gösteren bir diğer olgu ise yaşın ilerlemesiyle beden memnuniyetsizliği arasındaki ilişkidir. Tunner'in (1996) ele aldığı bir makalesinde bireylerin ilerleyen yaşa bağlı olarak beden algılarının olumsuz yönde etkilendiğini belirtmiştir (Tunner, 1996). Araştırma bulguları bu doğrultuda literatürle uyumlu bulunmuştur.

Yine yaşla beraber artış gösteren anksiyete ve somatik belirtiler de literatürle uyumlu bulunmuştur. Kişilerin kronik hastalık durumları, anksiyete ve depresyon olguları birbirleriyle ilişkili olarak saptanmıştır (Bahar ve ark., 2005).

Araştırmanın ikinci hipotezi kapsamında olan, VAÖ, BDÖ, BAÖ, AÖT, AÖS, AÖP ve AÖC aralarındaki ilişkinin doğru orantılı ve anlamlı olacağı öngörülmüştür. Tüm değişkenler arasında yüksek ve anlamlı düzeyde ilişki sapanmıştır. Literatür kaynaklarına göre kişilerin beden algıları ile içinde buldukları duygudurum olguları birbirini etkilemektedir. Algılanan beden imajı kişilerin içinde buldukları ruh durumunu olumlu ya da olumsuz yönde etkilemektedir (Chrzanowski, 1981; Özkan, 1994). Bu bilgiye ek olarak kişilerin cinsel hayatlarında var olan bazı aksaklıklar, ya da günlük yaşantılarında karşılaştıkları stres ve buna bağlı olarak cinsel doyum veya performans yetersizlikleri birbirlerini paralel olarak etkilemektedir (Morales ve ark., 2001).

Araştırmanın üçüncü ve dördüncü hipotezleri kapsamında ise tüm psikososyal değişkenler kontrol edildiğinde AÖT, AÖS, AÖP ve AÖC ile ölçülen andropoz yaşantısının sırasıyla VAÖ ile BDÖ ve VAÖ ile BAÖ puanları arasındaki ilişkide aracı etkisinin olacağı yönünde temellendirilmiştir. Fakat sadece yüksek yaş kategorisi ile kronik hastalık varlığının BDÖ ve BAÖ ile olan ilişkilerinin anlamlı olduğu görülmüştür. Bu duruma paralellik gösteren Mete'nin (2008) ele aldığı makalesinde kişilerin depresyon düzeylerinin artışıyla somatik birtakım belirtiler ortaya koyduğu, bunun yanı sıra var olan kronik rahatsızlıklarının (tansiyon, şeker vb.) gidişatını olumsuz yönde etkilediğini belirtmiştir. Bu duruma ek olarak, depresyon olgusu, kronik rahatsızlıkların gidişatını olumsuz yönde etkileyebileceği gibi, kronik hastalıkların başlangıcını da oluşturabilmektedir (Mete, 2008). Ülkemizde yapılan bir araştırmada bedensel hastalığı olan 92 hastanın %20'sinde depresyon olgusu saptanmıştır. Yaşla beraber artış gösteren duygudurum olgusu, depresyon belirtilerinin yanı sıra, somatik yakınmalar ve anksiyete düzeyinde belirgin bir artışın da olduğu verilen bilgiler arasındadır (Sağduyu, 1997). Örnek ve arkadaşlarının (1992) yapmış olduğu benzer bir çalışmada da bulgular aynı doğrultudadır. Yaşlanmayla birlikte kişilerin beden algılarında ve/veya işlevlerinde bozulmalar olduğu ve hatta bu duruma bedensel sanrıların da eşlik edebildiği verilen bilgiler arasındadır (Örnek, Bayraktar ve Özmen, 1992).

Araştırmanın 4. hipotezi kapsamında ise yaş ve kronik hastalık durumu kontrol edildiğinde beden memnuniyetsizliği ile bu defa anksiyete düzeyi arasındaki ilişkide andropoz yaşantısının aracı etkiye sahip olacağı öngörülmüştür. Analiz sonuçlarına bakıldığında her şeyden önce yaş ve kronik hastalık durumunun tek başına Beck Anksiyete Ölçeği puanlarındaki değişimin yaklaşık % 12'sini anlamlı düzeyde açıkladığı saptanmıştır. Yaş ve kronik hastalık durumu kontrol edildiğinde ise VAÖ puanları BAÖ puanlarının yaklaşık % 38'ini yordadığı bulunmuştur. Yaş ile birlikte artış gösteren beden memnuniyetsizliği yapılan literatür araştırmalarıyla paralellik göstermektedir (Turner, 1996). Bu duruma ek olarak, kronik rahatsızlıkların kendisini beden (somatik) sıkıntılarıyla göstermesi de yine bulgularla eş değerlilik göstermektedir (Örnek, Bayraktar ve Özmen, 1992; Sağduyu, 1997).

Bu bilgilerin yanı sıra yapılan araştırmanın bazı sınırlılıkları mevcuttur. Kişilerin testosteron seviyelerinin ölçülmemesi, kişilerin bu noktada herhangi bir tanı veya tedavi almamış olması ilk sınırlılık olarak belirtilebilir. Kişilerin yaşıyor oldukları birtakım kronik rahatsızlıklarından dolayı kullanıyor oldukları ilaç isimleri ankette sorulmamış ve dolayısıyla kişiler tarafından belirtilmemiştir. Bununla beraber kullanılan ilaçların testosteron düzeyini olumlu ya da olumsuz bir biçimde etkilediği bilinmektedir. Bu açıdan kişilerin ankette hangi ilaçları kullanıyor olduklarını belirtmemiş olmaları ve ankette böyle bir kısmın olmaması yine sınırlılıklar içinde sıralanabilmektedir. İçinde bulunulan kültür ve seksüaliteye atfedilen önem kişilerin cinsellik içeren sorulara vermiş oldukları cevapları etkileyebileceği düşünülmektedir. Buna bağlı olarak cinsellik toplum içinde oldukça mahrem ve gizlenilmesi gereken bir durum niteliği teşkil ettiği için katılımcıların sorulara subjektif cevaplar vermesine neden olabileceği sanılmaktadır. Testi veren kişinin bayan olması bu durumu tetikler nitelikte olabileceği noktasında bazı şüpheler uyandırmaktadır. Ölçeklerin içinde barındırdığı psikopatolojiyi ölçmek adına olan bazı sorulara verilen cevapların, kişilerce tanımlanıp cevap verildiği, katılımcıların kendi kendilerine psikolojik duygudurumlarını yorumlamaları ve bu konuda uzmanlarca herhangi bir tanı almadıkları halde sorulara yanıt vermiş oldukları sınırlılıklar arasındadır. Bu durumun tersi niteliği taşıyan bir diğer nokta ise katılımcıların bayan testör karşısında kendilerini özellikle cinsel içerikli sorular karşısında kendilerini



olduğundan daha iyi gösterme çabası içine girme dürtüsü yine araştırmanın sınırlılıkları arasında özetlenebilir.

Araştırmanın sınırlılıklarının yanı sıra güçlü tarafları da bulunmaktadır. 1999 yılında Cangüven ve arkadaşlarının geçerlilik ve güvenilirliğini yapmış oldukları Yaşlanan Erkek Semptom Sorgulama Formu'nun (AMS-SF) kullanılması, kişilerin içinde buldukları psikolojik, somatik ve cinsel alt boyutlarının ölçülmesi araştırmanın psikososyal yönüne büyük katkı sağlamıştır (Cangüven ve ark., 2005). AMS-SF kullanılarak yapılmış herhangi psikososyal kökenli bir araştırmanın bulunmaması araştırmanın güçlü tarafı olarak söylenebilir. Buna ek olarak literatürde, kadınların menopoz dönemiyle ilgili sayısız biyolojik ve psikolojik kökenli araştırma sayısı oldukça fazla olduğu bilinmektedir. Kadınların premenopoz ve postmenopoz dönemlerine ait içinde buldukları ruh durumunu niteleyen araştırmalar oldukça fazladır. Fakat andropoz dönemini betimleyen, erkeklerin bu dönemde içinde buldukları psikososyal yönü araştıran makale ya da araştırmalar hemen hemen yok denilecek kadar azdır. Andropoz dönemi bulguları çoğunlukla biyolojik kökenli araştırmalardan oluşmaktadır. Ayrıca literatürde sadece erkekleri konu alan araştırmalarda oldukça kısırdır. Bu bakımdan yapılan bu araştırma erkeklerin içinde bulunduğu psikososyal yönü anlamak adına oldukça önemli olduğu düşünülmektedir.

Tüm bu bilgiler ışığında, andropoz olgusu biyolojik bir altyapının yanı sıra psikolojik bir örgütlenmeyi de içinde barındıran bir süreç niteliği taşımaktadır. Fakat literatür kaynakları araştırıldığında andropoz olgusunu cinsellikte, cinsel doyumda ve/veya cinsel performansta meydana gelen değişimlere sıklıkla atıfta bulunduğu gözlemlenmiştir. Kaynaklara göre durumun tersi niteliği taşıyan bu araştırma da ise bulgular var olan inancı desteklememektedir. Andropoz dönemindeki kişilerin tıpkı menopoz sürecini yaşayan bireyler gibi sadece cinsel açıdan sorunsallar yaşamadığı bunun yanı sıra birtakım duygudurum sorunları da yaşadığı yapılan bu araştırmada saptanmıştır.

Öne sürülen birçok sav hormonal düzeneğin sarsılması ya da değişikliğe uğraması sonucu ile kişilerin testosteron seviyelerinde ve içinde buldukları ruh durumlarının değiştiğini ileri sürmektedir. Fakat Ergen'nin (2009) ele aldığı bir

makalesinde yaşa bağlı olarak testosteron miktarındaki düşüş kanıtlanmış olmasına rağmen, 75 yaş ve üstü erkek bireylerin ortalama %25'inde testosteron miktarları hipogonadal düzeyde iken, %20'sinde ise bu durum normal sınırın üstünde seyretmekte olduğunu belirtmiştir (Ergen, 2009). Öte yandan genç erkek bireylerin hipogonadal düzlemde seyreden bir tabloyla nasıl karşı karşıya gelebilmektedir? Böyle bir durumda hormonal değişimler neyi nasıl etkilemektedir? Hormonal eksendeki bozulmalar testosteron miktarını düşürerek kişilerin duygudurumlarını olumsuz yönde mi etkilemektedir yoksa olumsuz duygudurum olgusu mu kişilerin testosteron miktarını etkileyerek hormonal düzeneğe yön vermektedir? Yapılan birçok araştırma hormonal düzeneğin kişilerin duygudurumları ve buna bağlı olarak bazı fonksiyonların değiştiğini ileri sürmüştür fakat, kişilerin geçmiş yaşantılarından bugüne getirdikleri, deneyimleri, içinde bulunduğu kültür ve psikososyal yön gibi olgular hormonlar üzerinde nasıl bir güce sahip olduğu sorusu düşünmeye ve irdelemeye değer bir konu olduğu düşünülmektedir.

Hormonal düzeneğin yanı sıra erkeklik olgusu ve bu olguya küçüklükten itibaren atfedilen güç ve kudret kişilerde ne gibi yıkımlara neden olduğu düşünülmeğe değer başka bir konudur. Küçüklükten itibaren erkeklerin ağlaması ayıp sayılırken, cinsel organın akrabalar arasında gurur niteliği taşıması erkeklere atfedilen bu ağır yükün belkide başlangıç noktasını oluşturan bir kilit niteliği taşıyabileceği düşünülmektedir. Bu noktadan yola çıkarak cinsellik ve cinselliğe atfedilen değer erkek hayatı boyunca bir tabu niteliği taşımaktadır. Kadınların menopoz döneminde doktora başvurma sıklığı ile erkeklerin andropoz döneminde yardım alma oranının azlığı bu durumu kanıtlar niteliktedir (Mulligan, 2012).

Literatürde andropoz dönemine ait bilgiler sıklıkla cinselliğe atıfta bulunmaktadır. Fakat yapılan bu çalışmada literatür kaynaklarında olduğu gibi aynı sonuca varılmamıştır. Bulgular kişilerin cinsellik sorunsallarından daha çok bedensel öğere ve duygudurum nitelikleri açısından daha fazla sıkıntı yaşadıklarını ortaya çıkarmaktadır. Yaşlanma süreciyle birlikte bedende olan değişimler tıpkı kadınlarda olduğu gibi erkekler üzerinde de izler barındırmaktadır ki bulgular bu durumu destekler niteliktedir. Beden memnuniyetsizliği yaşayan erkek bireylerin anksiyete ve depresyon

düzeylei anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Andropoz yaşantısının içinde barındırdığı bu süreçler hormonal dengeyi sarsmakta olduğu değerlendirilmeye açık bir olgu niteliği taşımaktadır.

## **İLERİDE YAPILACAK ÇALIŞMALAR İÇİN ÖNERİLER**

Andropoz yaşantısı üzerinde beden imgesi anlamlı bir olgu olarak görülmektedir. Bu durumun yanı sıra andropoz olgusunun anlaşılabilmesi için bu durumun psikolojik, somatik ve cinsel alt boyutlarını da anlamak oldukça önemlidir. Bu duruma k olarak kişilerin evlilik uyumları, mesleki tatminleri, kişilerin bu süreçte emekli olması ve bu duruma bağlı olarak sosyal izolasyon yaşamaları, değişen roller gibi etmenlerde ilerleyen çalışmalarda kontrol edilmesi gereken önemli değişkenler arasındadır.

## **SONUÇ**

Araştırmanın ana hedefi olan yaşlanan erkek bireylerin testosteron seviyelerinin düşeceği beklentisine dayanarak beden algısından duyulan memnuniyetsizlik, andropoz yaşantısı, depresyon ve anksiyete düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesidir. Bu duruma ek olarak depresyon ve anksiyete olgusunun önemli yordayıcıları olarak düşünülen medeni durum, eğitim düzeyi ve psikososyal değişkenler gibi bazı sosyodemografik öğeler de bu kapsamda değerlendirilmiştir. Bu doğrultuda yapılan bu çalışmada yaşla beraber kendini gösteren kronik rahatsızlıklar, eğitim ve gelir düzeyi, medeni durum ve yaş aralıklarına bağlı olarak bedende kendini gösteren memnuniyetsizlik, andropoz yaşantısı, anksiyete ve depresyon üzerindeki etkisi kontrol edilmeye çalışılmıştır. Bu bağlamda yapılan bu araştırma, andropozun psikososyal yönüne vurgu yaptığı ve erkeklerle ilgili araştırma sayısının azlığı neticesinde literatüre katkıda bulunacağı düşünülmektedir.

## KAYNAKLAR

- Adler, L., Wedeking, D., Pilz, J., Weniger, G. (1997). Endocrine correlates of personality traits: a comparison between emotionally stable and emotionally labile healthy young men. *Neuropsychobiology* 35(4): 205-210.
- Anafarta, K. (2000). Seminal Emisyon, Ejakülasyon, *Orgazm. Klinik Androloji*, 329-36.
- Atak, İ. (2011). Anne Olamayan Kadının Depresyonu. Yetişkin Depresyonu. *Yansıtma Dergisi* 15: 49-60.
- Avcı, A., Bedir, S., Özgök, Y.İ. (2001). Yaşlanan Adam Sendromu. 4-17.
- Aydos, K. (2013). Yaşlanan Erkek ve Andropoz. Androjenlerde yaşa bağlı değişiklikler.
- Aydos, K. (2013). Yaşlanan Erkekte Androjen Düşüklüğünün Klinik Önemi ve Andropoz.
- Bahar, A., Tutkun, H., Sertbaş, G. (2005). Huzurevinde Yaşayan Yaşlıların Anksiyete ve Depresyon Düzeylerinin Belirlenmesi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 6: 227-239.
- Bain, J., CertEndo B.A. (2006). Loss of Testosterone: Is Andropause Inevitable?. *Canadian Journal* 71.
- Bain, J. (2001). Andropause. Testosterone Replacement Therapy for Aging Men. *Canadian Family Physician* 47.1: 91-97.
- Bansal, V.P. (2013). Andropause A Clinical Entity. *Journal of Universal College Of Medical Sciences* 1.2 54-68.
- Baron, R.M., Kenny, D.A. (1986). The Moderator-Mediator Variable Distinction in Social Psychological Research: Conceptual, Strategic, and Statistical Considerations. *Journal of Personality and Social Psychology* 51(6): 1173-1182.
- Bayraktar, R., Şen, B. (1993). The Relationship of Educational Level and Socio-economic Factors to Menopausal Complaints in a Turkish Sample. *7th International Congress on Menopause*.
- Beck, A.T. (1961). An Inventory for Measuring Depression. *Arch Gen Psychiatry*, 4(6): 561-571.
- Beck, A.T., Steer, R.A. (1993). Beck Anxiety Inventory Manual.
- Beck, A.T., Epstein, N., Brown, G., Steer, R.A. (1988). An Inventory Clinical Anxiety: Psychometric Properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56: 893-897.

- Bellerose, S.B., Binik, Y.M. (1993). Body Image and Sexuality in Oophorectomized Women. *Archives of Sexual Behavior* 22.5 435-459.
- Benazzi, F. (2000). Female Depression Before and After Menopause. *Psychotherapy and Psychosomatics* 69.5: 280-283.
- Berchtold, P., Berger, M., Cuppers, HJ., Hermann, J., Nieschlag, E., Rudorff K. ve ark. (1978). Non-glucoregulatory Hormones (T4, T3, rT3, TSH, testosterone) During Physical Exercise in Juvenile-type Diabetics. *Hormone and Metabolic Research* 10.04: 269-273.
- Bernton, E., Hoover, D., Galloway, R., Popp, K. (1995). Adaptation to Chronic Stress in Military Trainees. Adrenal Androgens, Testosterone, Glucocorticoids, IGF-1 and Immune Function. *Annals of the New York Academy of Sciences* 774.1: 217-231.
- Beutel, M.E., Glaesmer, H., Wiltink, J., Marian, H., Brahler, E. (2010). Life Satisfaction, Anxiety, Depression and Resilience Across the Life Span of Men. *The Aging Male* 13.1: 32-39.
- Bezircioğlu, İ., Gülseren, L., Öñiz, A., Kıñdırođlu, N. (2004). Menopoz Öñcesi ve Sonrası Döñemde Depresyon, Anksiyete ve Yetiyitimi. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 15: 199-207.
- Bielecka, G.J., Pawlaczyk, M. (2012). Aging and Sexuality After Menopause and Andropause. *Archives of Medicine*, 4: (5): 206-209.
- Bilen, C.Y., Özen, H. (2001). Yaşlı Erkeklerde İzlenen Androjen Düşüklüğü (PADAM). 4(4): 167-173.
- Bilezikian, J.P. (1999). Osteoporosis in Men. *J Clin Endocrinol Metab.* 84: 3431-3434.
- Bolin, A., Whelehan, P. (2009). eds. Human Sexuality: Biological, Psychological, and Cultural Perspectives. Taylor & Francis.
- Booth, A., Dabbs, J.M. (1993). Testosterone and Men's Marriages. *Social Forces* 72.2: 463-477.
- Bozkurt, A., Gülçat, Z., Aydın, H., Özgen, F. (1996). Hipogonadların Cinsel Yaşantılarının ve Psikiyatrik Durumlarının Değerlendirilmesi. I. *Ulusal Biyolojik Psikiyatri Kongresi Bildiri Özel Kitapçığı*.
- Böös, J.N., B. Von Schoultz, Carlström, K. (1993). Elective Ovarian Removal and Estrogen Replacement Therapy-effects on Sexual Life, Psychological Well-being and Androgen Status. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology* 14.4 : 283-293.

- Braverman, E.R. (1999). *Male Sexual Fitness, Cause and Solitions for Andropause. Published by Keats Publishing.*
- Brooks, J.H., Reddon, J.R. (1996). Serum Testosterone in Violent and Nonviolent Young Offenders. *Journal of Clinical Psychology* 52.4: 475-483.
- Canguven, O., Gurkan, L., Horuz, R., Albayrak, S., Kadioğlı, A. (2005). Yaşlanan Erkek Semptom Sorgulama Formu: Türkçe Geçerlilik Çalışması. *Androloji Bülteni* 21.6 : 93-98.
- Carr, D. (1997). The Fulfillment of Career Dreams at Midlife: Does it Matter for Women's Mental Health?. *Journal of Health and Social Behavior.* 331-344.
- Charlton, R. (2004). Ageing Male Syndrome, Andropause, Androgen Decline or Mid-Life Crisis? *Journal of Men 's Health and Gender.* 1(1): 55-59.
- Chen, Ching-Yen. ve ark. (2013). The Correlation Between Emotional Distress and Aging Males' Symptoms at a Psychiatric Outpatient Clinic: Sexual Dysfunction as a Distinguishing Characteristic Between Andropause and Anxiety/Depression in Aging Men. *Clinical Interventions in Aging.* 8: 635.
- Christiansen, K. (1998). Behavioural Correlates of Testosterone. *Testosterone.* Springer Berlin Heidelberg, 107-142.
- Chrzanowski, G. (1981). The genesis and nature of self-esteem. *American Journal of Psychotherapy.*
- Connor-Barrett, Elizabeth, Denise G. von Mühlen, Kritz-Silverstein, D. (1999). Bioavailable testosterone and depressed mood in older men: the Rancho Bernardo Study. *Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism* 84.2 : 573-577.
- Çalım, S., Şirin, A.(2013). Andropause: Male Menopause?. *TAF Preventive Medicine Bulletin* 12.4 : 471-476.
- Çetin, S. (1995). Andropoz Döneminde Ortaya Çıktığı Öne Sürülen Belirtiler, Cinsel Doyum ve Yaşama Bakış Açısının İncelenmesi. Hacettepe Üniversitesi Yüksek Lisans Tezi.
- Çuhadaroğlu, F. (1986). Adolesanlarda Benlik Saygısı. *Uzmanlık Tezi. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ankara.*
- Dabbs, J.M. (1992). Testosterone and Occupational Achievement. *Social Forces*70.3: 813-824.

Daig, I., Heinemann, L.A.J., Kim, S., Leungwattanakji, S., Badia, X., Myon, E., Moore, C., Saad, F., Potthoff, P., Thai, M. (2003). The Aging Males' Symptoms (AMS) Scale: Reivew of Its Methodological Characteristic. *Health and Quality of Life Outcomes*, 1: 77.

Degges-White, Suzanne, Jane E. Myers. (2006). Transitions, Wellness, and Life Satisfaction: Implications for Counseling Midlife Women. *Journal of Mental Health Counseling* 28.2: 133-150.

Delhez, M., Hansenne, M., Legros, J.J. (2003). Andropause and Psychopathology: Minor Symptoms Rather Than Pathological Ones. *Psychoneuroendocrinology* 28.7: 863-874.

Demren, Ç. (2003) "Erkeklik Ataerkillik ve İktidar İlişkileri." *Toplumsal Cinsiyet, Sağlık ve Kadın. Hacettepe Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Antropoloji Bölümü*.

Dickinson, W.P. (2003). Male Equivalent of Female Menopause? *Medscape Female Medicine* 5(1). <http://www.medscape.com/viewarticle/447187>.

Dökmen, Z.Y. (2009). Menopoz, Beden İmgesi ve Ruh Sağlığı. *Türk Psikoloji Yazuları*. 121(24): 41-55.

Drewnowski, A., Doris K. Yee. (1987). Men and body image: Are males satisfied with their body weight?. *Psychosomatic Medicine* 49.6 : 626-634.

Ehrenreich, H., Halaris, A., Ruether, E., Hüfner, M., Funke, M., Kunert, H.J., Hannelore. (1999). Psychoendocrine Sequelae of Chronic Testosterone Deficiency. *Journal of Psychiatric Research* 33.5 : 379-387.

Ergen, A. (2009). Yaşlanan Erkekte Androjen Düşüklüğü ve Andropoz. 31-39.

Ersoy, T. (1998). Menopoz ve Kültür, Araştırma ve İnceleme. *Öteki Yayınevi, Ankara*.

Finkelstein, J.S., Kilbanski, A., Neer, R.M., Doppelt, S.H., Rosenthal, D.İ., Segre, G.V., Crowley, W,F. (1989). Increases in Bone Density During Treatment of Men with Idiopathic Hypogonadotropic Hypogonadism. *Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism* 69.4 : 776-783.

Flood, J. F., Farr, S.A., Kaiser, F.E. (1995). Age-related Decrease of Plasma Testosterone in SAMP 8 Mice: Replacement Improves Age-related Impairment of Learning and Memory. *Physiology & Behavior* 57.4 : 669-673.

- Flood, J.F., Morley, J.E., Roberts, E. (1992). Memory-enhancing Effects in Male Mice of Pregnenolone and Steroids Metabolically Derived From It. *Proceedings of the National Academy of Sciences* 89.5 : 1567-1571.
- Freeman, E.R., Bloom, D.A., McGUIRE, E.J. (2001). A Brief History of Testosterone. *The Journal of Urology* 165.2 : 371-373.
- Frederick, D.A., Buchanan, G.M., Azar, L., Peplau, L.A., Haselton, M.G., Berezovskaya, A. (2007). Desiring the Muscular Ideal. Men's Body Satisfaction in the US, Ukraine and China. *Psychology of Men & Masculinity*. 2: 103-117.
- Friedman, M.A., Dixon, E.A., Brownell, K.D., Whisman, M.A., Wilfley, D.E. (1999). Marital Status Marital Satisfaction, and Body Image Dissatisfaction. *International Journal of Eating Disorder*, 26: 81-85.
- Gezici, M., Güvenç, G. (2003). Çalışan Kadınların ve Ev Kadınlarının Benlik Algısı ve Benlik Kurgusu Açısından Karşılaştırılması. *Türk Psikoloji Dergisi* 18 : 1-17.
- Gilmore, D.D., Brettell, C.B., Sargent, C.F. (1990). Manhood Puzzle. Gender in Cross-Cultural Perspective. *New Jersey: Prentice Hall*. 185-197.
- Görgel, B.E., Çakıroğlu, F.P., Bayraktar, E. (2007). Menopoz Döneminde Kadın. Ankara.
- Guy, W. (1976). Clinical Global Impressions: ECDEU Assessment Manual for Pharmacology, Revised Edition. National Institute of Mental Health, Dept. of Health, Education and Welfare Publication (ADM), 218-222.
- Gürdal, A. (2001). Psikanalizde Kadınlık Üzerine İlk Görüşler. *Psikanaliz Yazıları* 2. *Psikanaliz ve Kadınlık*, 11-15.
- Gürkan, L., Çakan, M., Kadioğlu, A. (2005). Yaşlanan Erkeklerde Geç Başlayan Hipogonadizm. *Tanı, Tedavi Ve Takip Kılavuzu. Türk Üroloji Dergisi*, 31(3):349-355.
- Handelsman, D.J., Liu, P.Y. (2005). Andropause: Invention, Prevention, Rejuvenation. *Trends in Endocrinology & Metabolism* 16.2 : 39-45.
- Hassler, M. (1992). Creative Musical Behavior and Sex Hormones: Musical Talent and Spatial Ability in The Two Sexes. *Psychoneuroendocrinology* 17.1 : 55-70.
- Heaton, J.P.W. (2003). Hormone Treatments and Preventive Strategies in the Aging Male: Whom and When to Treat? *Reviews in Urology* 5.Suppl 1: S16.
- Heinemann, L.A.J., Zimmermann, T., Vermeulen, A., Thiel, C., Hummel, W. (1999) A New 'aging Males' Symptoms' Rating Scale. *The Aging Male* 2.2 : 105-114.



- Helman, C.G. (2001). Culture, Health and Illness. *Hodder Headline Group*.
- Hisli, N. (1989). Beck Depresyon Envanteri'nin Üniversite Öğrencileri İçin Geçerliliği, Güvenirliği. *Psikoloji Dergisi*, 23: 3-13.
- Hollander, N., V.P. Hollander. (1958). The Microdetermination of Testosterone in Human Spermatic Vein Blood. *Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism* 18.9 : 966-971.
- Hovardaoğlu, S. (1992). Vücut Algısı Ölçeği. *Psikiyatri, Psikoloji, Psikofarmakoloji Dergisi. Testler Özel Eki*.
- İçmeli, Ç., Yılmaz, T. (1992). Premenopozal ve Postmenopozal Dönemdeki Kadınlarda Depresyon Sıklığının Saptanmasında Beck Depresyon Envanteri. *VII. Ulusal Psikoloji Kongresi Bilimsel Çalışmaları*.
- İnanç, N., Savaş, H.A., Tutkun, H., Herken, H., Savaş, E. (2004). Gaziantep Üniversitesi Mediko-Sosyal Merkezi'nde Psikiyatrik Açından İncelenen Öğrencilerin Klinik ve Sosyodemografik Özellikleri. *Anatolian Journal of Psychiatry*, 5: 222-230.
- İkiz, T. (2001). İmkansız Annelik. *Psikanaliz Yazıları 2. Psikanaliz ve Kadınlık*, 89-93.
- Jackson J.A., Riggs, M.W., Spiekerman, A.M. (1992). Testosterone Deficiency as a Risk Factor for Hip Fractures in Men: A Case-Control Study. *The American Journal of the Medical Sciences* 304.1 : 4-8.
- Jackson, J.A., Spiekerman, A.M. (1989). Testosterone Deficiency Is Common in Men With Hip-Fractures After Simple Falls. *Clinical Research*. Vol. 37. No. 1. 6900 Grove RD, Thorofare, NJ 08086: Slack Inc.
- Janowsky, J.S., Oviatt, S.K., Orwoll, E.S. (1994). Testosterone Influences Spatial Cognition in Older Men. *Behavioral Neuroscience* 108.2 : 325.
- Kandemir, F. (2010). Premenopoz ve Rorschach Testi. Bir Vaka Çalışması. *Yansıtma 14. I. Ulusal Rorschach ve Projektif Testler Kongresi Özel Sayı 2*, 103-114.
- Karlıdere, T., Özşahin, A. (2008). Menopozda Semptom Örüntüsünün Anksiyete, Depresyon Düzeyleri ve Sosyal Destek ile İlişkisinin İncelenmesi. *Klinik Psikiyatri* 11: 159-166.
- Kartalıcı, Ş. (2010). Testosteron ve depresyon. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*. 2(4): 457-472.
- Kaufman, J.M., Vermeulen, A. (2005). The Decline of Androgen Levels in Elderly Men and Its Clinical and Therapeutic Implications. *Endocrine Reviews* 26 (6): 833-876.

- Kılıçdağ, E.B., Bağış, T., Tarım, E. ve ark. (2002). Histerektomi veya Oofrerektomi Menopozal Kadında Cinsel Fonksiyonu Etkiler Mi? *Türk Fertilite Dergisi*, 10: 288-292.
- Kılıçoğlu, A., Yenilmez, Ç. (2005). Huzurevindeki Yaşlı Bireylerde Yaşam Kalitesi ve Bireye Özgü Etkenler ile İlişkisi. *Düşünen Adam: Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*, 18(4): 187-195.
- Kilciler, Z. (1992). Menopozun Kadınların Fizyolojik ve Psikolojik Fonksiyonları ve Beslenme Alışkanlıkları Üzerine Etkisi. *Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Selçuk Üniversitesi, Konya.*
- Kleinberg, D.L., Melmed, S. (1998). The Adult Growth Hormone Deficiency Syndrome: Signs, Symptoms, and Diagnosis. *The Endocrinologist* 8.6 (1998): 15S.
- Koh, A., Clin, A., Rajasoorya, C. (2003). Andropause-Does it Exist? *Alexandra Hospital Department of Medicine.*
- Kundakçı, A.H. (2005). Üniversite Öğrencilerinin Yeme Tutumları, Benlik Algısı, Vücut Algısı ve Stres Belirtileri Açısından Karşılaştırılması. *Ankara Üniversitesi Yüksek Lisans Tezi.*
- Mann, P. (1998). Effects of Androgens in Men With the Metabolic Syndrome. *Aging Male*, 1: 129.
- Margolese, H.C. (2000). The Male Menopause and Mood: Testosterone Decline and Depression in the Aging Male. *Geriatr Psychiatry.*
- Mason, J.W., Giller, E.L., Kosten, T.R. (1988). Serum Testosterone Differences Between Patients ans Schizophrenia and Those With Affective Disorder. 23.4: 357-366.
- Mete, E.H. (2008). Kronik Hastalık ve Depresyon. *Klinik Psikiyatri*, 11(3): 3-18.
- Mishra, V.N., Mishra, N. (2010). Andropause How Relevant?
- Morales, A., Carson, C.C., Heaton, J.P.W. (2001). The Aging Male. *AUA, Course 30.*
- Morales, A., Lunenfeld, B. (2002). Investigation, Treatment and Monitoring of Late Onset Hypogonadism in Males. 1(5): 74-86.
- Morales, A., Johnston, B., Heaton, J.W.P., Lundie, M. (1997). Testosterone Supplementation for Hypogonadal Impotence: Assessment of Biochemical Measures and Therapeutic Outcomes. *The Journal of Urology* 157.3 : 849-854.
- Morley, J.E. (2003). Testosterone and Behavior. *Clinics in Geriatric Medicine* 19.3: 605-616.

Morley, J.E., Charlton, E., Patrick, P., Kaiser, F.E., Cadeau, P., McCready, D., Perry, H.M. (2000). Validation of a Screening Questionnaire for Androgen Deficiency in Aging Males. *Metabolism- Clinical and Experimental* 49 (9): 1239-1242.

Mulligan, T. (2012) Andropause: Pathophysiology, Problems, and Practice Guidelines. <http://www.virginiageriatriss.org/faculty/andropause>

Novák, A., Brod, M., Elbers, J. (2002). Andropause and Quality of Life: Findings From Patient Focus Groups and Clinical Experts. *Maturitas* 43.4 : 231-237.

O'Brien, J.H., Lozarous, S., Deane, L., Javri, K., Zini, A., Urol, J. (1932). İnfertil Erkeklerde Erektıl Disfonksiyon ve Andropoz Semptomları.

Opstad, P.K. (1992). The Hypothalamo-pituitary Regulation of Androgen Secretion in Young Men After Prolonged Physical Stress Combined With Energy and Sleep Deprivation. *Acta Endocrinologica* 127.3 : 231-236.

Orengo, C.A., Fullerton, L., Kunik, M.E. (2005). Safety and Efficiency of Testosterone Gel 1% Augmentation in Depressed Men With Partial Response to Antidepressant Therapy. *J Geriatr Psychiatry Neurol*, 18:20-24.

Öksüz, Y. (2012). Üniversite Öğrencilerinin Özerklik Düzeyleri İle Vücut Algıları Arasındaki İlişki. *Gazi Üniversitesi Endüstriyel Sanatlar Eğitim Fakültesi Dergisi*, 28: 69-77.

Önen, F., Kaptanoğlu, C., Seber, G. (1995). Kadınlarda Depresyonun Yaygınlığı ve Risk Faktörlerle İlişkisi. *Kriz Dergisi* 3.1-2 : 88-103.

Örnek, T., Bayraktar, E., Özmen, E. (1992). Geriatrik Psikiyatri. *İzmir, Saray Tıp Kitapevleri*, 63-85.

Özcan, E. M., Banoğlu, R. (1999). Şizofreni ve Nevrotik Bozukluklarda Testosteron Düzeyleri ve Testosteron Düzeylerinin Antipsikotiklere Cevabı. *Klinik Farmakoloji Bülteni*. 9: 189-196.

Özdel, L., Bostancı, M., Özdel, O., Oğuzhanoglu, N.K. (2002). Üniversite Öğrencilerinde Depresif Belirtiler ve Sosyodemografik Özelliklerle İlişkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 3: 155-161.

Özkan, İ. (1994). Benlik Saygısını Etkileyen Etkenler. *Düşünen Adam* 7.3 : 4-9.

Özkan, S., Alataş, E.S., Zencir, M. (2005). Women's Quality of Life in the Premenopausal and Postmenopausal Periods. *Quality of Life Research* 14.8 : 1795-1801.

Özlen, T., Çiftçi, C.A. (2008). Yaşlılık Nedir? TC Sağlık Bakanlığı İzmir Sağlık Müdürlüğü İl Eğitim Ekibi.

Özmenler, K.N. (2001). Yaşlılık Çağı Depresyonları. *Duygudurum Dizisi*, 3: 109-115.

Paeratakul, S., White, M.A., Williamson, D.A., Ryan, D.H., Bray, G.A. (2002). Sex, Race/Entity, Socioeconomic Status, and BMI in Relation to Self Perception of Overweight. *North American Association for the Study of Obesity*.

Park, K., Kang, K.H., Seo, J.J. ve ark. (2001). Blood-oxygenation Level Dependent Functional Magnetic Resonance Imaging for Evaluating Cerebral Regions of Female Sexual Arousal Response. *Urology*, 1189-1194.

Parman, T. (2002). Erkek Olmak ya da Üçün Üçü Olmak. *Psikanaliz Yazıları* 5, *Erkeksilik*, 27-38.

Pfeffer, C.R. (1985). Children's Reaction to Illness, Hospitalization and Surgery. *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, 1836-1842.

Pfeilschifter, J., Scheidt-Nave, C., Leiding-Bruckner, G. ve ark. (1996). Relationship Between Circulating Insulin-like Growth Factor Components and Sex Hormones in a Population-based Sample of 50-to 80-year-old Men and Women. *Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism* 81.7 : 2534-2540.

Phillips, K.A., Diaz, S. (1997). Gender Differences in Body Dysmorphic Disorder. *The Journal of Nervous and Mental Disease* 185.9 : 570-577.

Phillips, Natalie, Anton F. de Man. (2010). Weight Status and Body Image Satisfaction in Adult Men and Women. *North American Journal of Psychology* 12.1.

Pope, G.H., Cohane, G.H., Kanayama, G., Siegel, A.J., Hudson, J.I. (2003). Testosterone Gel Supplementation for Men With Refractory Depression: a Randomized, Placebo-controlled Trial. *American Journal of Psychiatry* 160.1 : 105-111.

Rejeski, J.U.J., Brubaker, P.H., Herb, R.A., Kaplan, J.R., Koritnik, D.J. (1988). Anabolic Steroids and Aggressive Behavior in Cynomolgus Monkeys. *Journal of Behavioral Medicine* 11.1 : 95-105.

Rinieris, P.M., Malliaras, D.E., Batrinos, M.L., Stefanis, C.N. (1979). Testosterone Treatment of Depression in Two Patients with Klinefelter's Syndrome. *The American Journal of Psychiatry*, 136: 986-988.

Ross, C.E., Mirowsky, J., Ulbrich, P. (1983). Distress and the Traditional Female Role: A Comparison of Mexicans and Anglos. *American Journal of Sociology* : 670-682.

Sağduyu, A. (1997). Yaşlılar İçin Depresyon Ölçeği; Hamilton Depresyon Ölçeği İle Karşılaştırmalı Güvenilirlik ve Geçerlilik Çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 8: 3-9.

Savaşır, I., Şahin, N.H. (1997). Bilişsel-Davranışçı Terapilerde Değerlendirme: Sık Kullanılan Ölçekler. *Türk Psikologlar Derneği*, 69.

Schweiger, V., Deuschle, M., Weber, B., Korner, A., Lammers, C.H., Schmider, J. (1999). Testosterone, Gonadotropin, and Cortisol Secretion in Male Patients With Major Depression. *Psychosomatic Medicine* 61.3 : 292-296.

Seidman, S.N. (2003). Testosterone Deficiency and Mood in Aging Men: Pathogenic and Therapeutic Interactions. *World Journal of Biological Psychiatry* 4.1 : 14-20.

Seidman, S.N., Araujo, A.B., Roose, S.P., Devanand, D.P., Xie, S., Cooper, T.B., Mckinlay, J.B. (2002). Low Testosterone Levels in Elderly Men With Dysthymic Disorder. *AM J Psychiatry*, 456-459.

Seidman, S.N., Rabkin, J.G. (1998). Testosterone Replacement Therapy for Hypogonadal Men With SSRI-Refractory Depression. *J Affect Disord*, 48: 157-161.

Seidman, S.N., Spatz, E., Rizzo, C., Roose, S.P. (2001). Testosterone Replacement Therapy for Hypogonadal Men With Major Depressive Disorder: A Randomized, Placebo-controlled Trial. *J Clin Psychiatry*, 62: 406-412.

Shilling, C. (2003). The Body and Social Theory. *Second Edition, Sage Publications*, London.

Snyder, P.J., Peachey, H., Hannous, P. ve ark. (1999). Effect of Testosterone Treatment on Bone Mineral Density in Men Over 65 Years of Age. *J Clin Endocr Metab*, 84: 1966-1972.

Sih, R., Morley, J.E., Kaiser, F.E. ve ark. (1997). Testosterone Replacement in Older Hypogonadal Men: A 12 Month Randomized Controlled Trial. *J Clin Endocrinol Metab*, 82: 1661-1667.

Skouby, S.O. (2004). Climacteric Medicine: European Menopause and Andropause Society (EMAS) Statements on Postmenopausal Hormonal Therapy. 48: 19-25.

Slabbekoorn, D., van Goozen S.H., Megens, J., Gooren, L.J, Cohen-Kettenis, P.T. (1999). Activating Effects of Cross-sex Hormones on Cognitive Functioning: Study of Short-term and Long-term Hormone Effects in Transsexuals. *Psychoneuroendocrinology*, 423-447.

Stepan, J.J., Lachman, M., Zverina, J., Pacousky, V., Baylink, D.J. (1989). Castrated Men Exhibit Bone Loss: Effect of Calcitonin Treatment on Biochemical Indices of Bone Remodelling. *J Clinical Endocrinol Metab*, 69: 523-527.

Sullivan, A. (2000). The He Hormone. *The New York Times Magazine*.

Sun, Y., Liu, Z. (2007). Men's Health in China, *JMHG Journal of Men's Health and Gender*, 4(1): 13-17.

Sun, Y., Liu, Z. Andropause: Pathophysiology, Problems and Practice Guidelines. <http://www.virginiageriatrics.org/faculty/andropaus>

Şahin, D., Ertekin, E. (2009). Fiziksel Hastalıklar ve Cinsel İşlev Bozukluğu. 4(22): 75-79.

Şenel, F. (2005). Erkek Sağlığı. *Bilim ve Teknik Dergisi. Ekim Sayısının Eki, TÜBİTAK Yayınları*, 2-5.

Tan, R.S., Culberson, J.W. (2003). An Integrative on Current Evidence of Testosterone Replacement Therapy for the Andropause. *Maturitas*, 45: 15-27.

Tegin, B. (1980). Depresyonda Bilişsel Bozukluklar: Beck Modeline Göre Bir İnceleme. *Hacettepe Üniversitesi Yayınlanmamış Doktora Tezi*.

Tokuç, B., Kaplan, P.B., Balık, G.Ö., Gül, H. (2006). Trakya Üniversitesi Hastanesi Menopoz Polikliniğine Başvuran Kadınlarda Yaşam Kalitesi.

Turner, B.S. (1996). *The Body&Society*, Second Edition, Sage Publications, London.

Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği, 2011, Ankara.

Uçman, P. (1990). Ülkemizde Çalışan Kadında Stresle Başa Çıkma ve Psikolojik Rahatsızlıklar. *Psikoloji Dergisi*, 7(24): 58-75.

Uğur, G. (1996). Üniversite Öğrencilerinde Atılganlık ve Beden Algısı İlişkisi. *Ege Üniversitesi Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi*.

Ulusoy, M., Şahin, N., Erkmen, H. (1996). Turkish Version of The Beck Anxiety Inventory: Psychometric Properties. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*.

Unden, F., Unggren, L.J., Beck-Friss J. ve ark. (1998). Hypothalamic-pituitary Gonadal Axis in Major Depressive Disorder.

Uzun, Ö., Özgen, F., Önde, E.M., Battal, S. (1998). Hipogonadlarda Benlik Saygısı. *Düşünen Adam*, 11 (1): 13-15.

Varma, S.G., Oğuzhanoglu, N.K., Karadağ, F., Özdel, O., Amuk, T. (2005). Doğal ve Cerrahi Menopozda Depresyon ve Anksiyete Düzeyleri ile Cinsel Doyum Arasındaki İlişki. 8: 109-115.

Vance, M.L. (2003). Andropause. *Growth Hormone & IGF Research*, 13: 90-92.

Verma, P., Majahan, K.K., Mittal, S. (2006). Andropause-A Debatable Psysiological Process.

Vermeulen, A, (2000). Andropause- Maturitas (*The European Menopause Journal*), 34: 5-15.

Vural, Z.E., Gönenç, I. (2011). Kontraseptif Yöntemler ve Cinsellik.

Wang, C., Cunningham, G., Dobs, A., Iranmanesh, A., Matsumoto, M.A., Snyder, P.J., Weber, T., Berman, N., Hull, L., Swerdloff, R.S. (2004). Long-term Testosterone Gel (AndroGel) Treatment Maintains Beneficial Effects on Sexual Function and Mood, Lean and Fat Mass, and Bone Mineral Density in Hypogonadal Men. *The Journal of Clinical Endocrinology&Metabolism*, 2085-2098.

Wang, C., Swerdloff R.S., Iranmanesh, A., Dobs, A., Snyder, P.J., Cunningham, G., Matsumoto, A.M., Weber, T., Berman, N. (2000). Testosterone Gel Study Group. Transdermal Testosterone Gel Improves Sexual Function, Mood, Muscle Strength, and Body Composition Parameters in Hypogonadal Men. *The Journal of Clinical Endocrinology&Metabolism*.

Weiner, M.F. (1985). Other Psychodynamic Schools: *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, 4: 51-58.

What You Should Know About...Andropause (Male Menopause).2003. Women's Health Connection. [www.womenshealthconnection.com](http://www.womenshealthconnection.com) (internet1).

Wilk, C.A., Kirk, M.A. (1995). Menopause: A Developmental Stage, not a Deficiency Disease. *Psychotherapy*, 32(2): 233-241.

Wishart, J.M., Need, A.G., Horowitz, M., Morris, H.A., Nordin, B.E. (1995). Effect of Age on Bone Density and Bone Turnover in Men. 42: 141-146.

Yaffe, K., Lui, L.Y., Zmuda, J., Cauley, J. (2002). Sex Hormones and Cognitive Function in Older Man. *American Geriatrics Society*, 707-712.

Yesavage, J.A., Davidson, J., Widrow, L., Berger, P.A. (1985). Plasma Testosterone Levels, Depression, Sexuality and the Age. *Biol Psychiatry*, 20: 222-225.

Yurdakul, M., Eker, A., Kaya, D. (2007). Menopozal Dönemdeki Kadınların Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. *Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 21(5): 187-193.

Zarrouf, F.A., Artz, S., Griffith, J., Sirbu, J., Kommor, M. (2009). Testosterone and Depression: Systematic Review and Meta-analysis. *J Psychiatr Pract*, 15: 105-107.

Zitzmann, M. (2006). Testosterone and the Brain. *Aging Male*, 9: 195-199.

Zitzmann, M., Nieschlag, E. (2001). Testosterone Levels in Healthy Men and the Relation to Behavioural and Physical Characteristics: Facts and Constructs. *European Journal of Endocrinology*, 183-197.



## **EKLER**

## **EK 1.**

### **DEMOGRAFİK BİLGİLER VE BİLGİLENDİRİMİŞ ONAM FORMU**

T.C. Arel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikolojik Bölümü, tezli yüksek lisans yapan Ayşegül Öz Cörüt'ün yürütmekte olduğu 'Andropoz Dönemindeki Kişilerin Depresyon ve Kaygı Düzeyleri İle Beden Memnuniyetsizliğinin İncelenmesi' konulu araştırma projesi hakkında bilgilendirildim. Çalışmada verilen ölçeklerin yanıtların tez çalışmasında kullanılmasını kabul ediyorum.

İmza

Yaş

Meslek

Medeni Durum

Kiminle yaşadığı

Eğitim Durumu

Gelir Düzeyi

Herhangi bir psikolojik tanı veya tedavi geçmişi

Kronik bir rahatsızlık yaşıyor olma durumu

**Ek-4**  
**BEDEN ALGISI ÖLÇEĞİ**

Aşağıda çeşitli vücut özellikleri ve beğenip beğenmeme ifadeleri bulunmaktadır. Yapmanız gereken, bir vücut özelliğiniz hakkındaki duygularınızı bu ifadelere göre değerlendirmektir. Örneğin bir vücut özelliğinizi çok beğeniyorsanız, bu özellik için “çok beğeniyorum” ifadesinin bulunduğu kutuya “X” işreti koyunuz. Herhangi bir vücut özelliğinizi genel olarak beğenip beğenmediğinize göre duygularınızı değerlendiriniz.

	Çok beğeniyorum	Oldukça beğeniyorum	Kararsızım	Pek beğenmiyorum	Hiç beğenmiyorum
1. Saçlarım					
2. Yüzümün rengi					
3. İştahım					
4. Ellerim					
5. Vücudumdaki kıl dağılımı					
6. Burnum					
7. Fiziksel gücüm					
8. İdrar – dışkı düzenim					
9. Kas kuvvetim					
10. Belim					
11. Enerji düzeyim					
12. Sırtım					
13. Kulaklarım					
14. Yaşım					
15. Çenem					
16. Vücut yapım					
17. Profilim					
18. Boyum					

	Çok beğeniyorum	Oldukça beğeniyorum	Kararsızım	Pek beğenmiyorum	Hiç beğenmiyorum
19. Duyularımın keskinliği					
20. Ağrıya dayanıklılığım					
21. Omuzlarımın genişliği					
22. Kollarım					
23. Göğüslerim					
24. Gözlerimin şekli					
25. Sindirim sistemim					
26. Kalçalarım					
27. Hastalığa direncim					
28. Bacaklarım					
29. Dişlerimin şekli					
30. Cinsel gücüm					
31. Ayaklarım					
32. Uyku düzenim					
33. Sesim					
34. Sağlığım					
35. Cinsel faaliyetlerim					
36. Dizlerim					
37. Vücudumun duruş şekli					
38. Yüzümün şekli					
39. Kilom					
40. Cinsel organlarım					

### **EK 3.BECK DEPRESYON ÖLÇEĞİ (BDÖ)**

#### **1.0. Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissetmiyorum.**

- 1.1.Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum.
- 1.2.Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum.
- 1.3.O kadar üzüntülü ve sıkıntılıyım ki artık dayanamıyorum.

#### **2.0. Gelecek hakkında mutsuz ve karamsar değilim.**

- 2.1.Gelecek hakkında karamsarım.
- 2.2.Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.
- 2.3.Geleceğim hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor.

#### **3.0. Kendimi başarısız bir insan olarak görmüyorum.**

- 3.1.Çevremdeki birçok kişiden daha çok başarısızlıklarım olmuş gibi hissediyorum.
- 3.2.Geçmişe baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğunu görüyorum.
- 3.3.Kendimi tümüyle başarısız biri olarak görüyorum.

#### **4.0. Birçok şeyden eskisi kadar zevk alıyorum.**

- 4.1.Eskiden olduğu gibi her şeyden hoşlanmıyorum.
- 4.2.Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.
- 4.3.Her şeyden sıkılıyorum.

#### **5.0. Kendimi herhangi bir şekilde suçlu hissetmiyorum.**

- 5.1.Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum.
- 5.2.Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum.
- 5.3.Kendimi her zaman suçlu hissediyorum.

#### **6.0. Bana cezalandırılmışım gibi geliyor.**

- 6.1.Cezalandırılabileceğimi hissediyorum.
- 6.2.Cezalandırılmayı bekliyorum.
- 6.3.Cezalandırıldığımı hissediyorum.

#### **7.0. Kendimden memnunum.**

- 7.1.Kendi kendimden pek memnun değilim.
- 7.2.Kendime çok kızıyorum.
- 7.3.Kendimden nefret ediyorum.

#### **8.0. Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.**

8.1.zayıf yanların veya hatalarım için kendi kendimi eleştiririm.

8.2.Hatalarımdan dolayı ve her zaman kendimi kabahatli bulurum.

8.3.Her aksilik karşısında kendimi hatalı bulurum.

**9.0. Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok.**

9.1.Zaman zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm olur. Fakat yapmıyorum.

9.2.Kendimi öldürmek isterdim.

9.3.Fırsatını bulsam kendimi öldürürdüm.

**10.0. Her zamankinden fazla içimden ağlamak gelmiyor.**

10.1.Zaman zaman içindem ağlamak geliyor.

10.2.Çoğu zaman ağlıyorum.

10.3.Eskiden ağlayabilirdim şimdi istesem de ağlayamıyorum.

**11.0. Şimdi her zaman olduğumdan daha sinirli değilim.**

11.1.eskisine kıyasla daha kolay kızıyor ya da sinirleniyorum.

11.2.Şimdi hep sinirliyim.

11.3.Bir zamanlar beni sinirlendiren şeyler şimdi hiç sinirlendirmiyor.

**12.0. Başkaları ile görüşmek, konuşmak isteğimi kaybetmedim.**

12.1.Başkaları ile eskiden daha az konuşmak, görüşmek istiyorum.

12.2.Başkaları ile konuşma ve görüşme isteğimi kaybetmedim.

12.3.Hiç kimseyle konuşmak görüşmek istemiyorum.

**13.0. Eskiden olduğu gibi kolay karar verebiliyorum.**

13.1.Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum.

13.2.Karar verirken eskisine kıyasla çok güçlük çekiyorum.

13.3.Artık hiç karar veremiyorum.

**14.0. Aynada kendime baktığımda değişiklik görmüyorum.**

14.1.Daha yaşlanmış ve çirkinleşmişim gibi geliyor.

14.2.Görünüşümün çok değiştiğini ve çirkinleştiğimi hissediyorum.

14.3.Kendimi çok çirkin buluyorum.

**15.0. Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum.**

15.1.Bir şeyler yapabilmek için gayret göstermem gerekiyor.

15.2.Herhangi bir şeyi yapabilmek için kendimi çok zorlamam gerekiyor.

15.3.Hiçbir şey yapamıyorum.

**16.0. Her zamanki gibi iyi uyuyabiliyorum.**

16.1.Eskiden olduğu gibi iyi uyuyamıyorum.

16.2.Her zamankinden 1-2 saat daha erken uyanıyorum ve tekrar uyuyamıyorum.

16.3.Her zamankinden çok daha erken uyanıyor ve tekrar uyuyamıyorum.

**17.0. Her zamankinden daha çabuk yorulmuyorum.**

16.1.Her zamankinden daha çabuk yoruluyorum.

17.2.Yaptığım her şey beni yoruyor.

17.3.Kendimi hemen hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun hissediyorum.

**18.0. İştahım her zamanki gibi.**

18.1.İştahım her zamanki kadar iyi değil.

18.2.İştahım çok azaldı.

18.3.Artık hiç iştahım yok.

**19.0. Son zamanlarda kilo vermedim.**

19.1.İki kilodan fazla kilo verdim.

19.2.Dört kilodan fazla kilo verdim.

19.3.Altı kilodan fazla kilo vermeye çalışıyorum

**20.0. Sağlığım beni fazla endişelendirmiyor.**

20.1.Ağrı, sancı, mide bozukluğu veya kabızlık gibi rahatsızlıklar beni endişelendirmiyor.

20.2.Sağlığım beni endişelendirdiği için başka şeyleri düşünmek zorlaşıyor.

20.3.Sağlığım hakkında o kadar endişeliyim ki başka hiçbir şey düşünmüyorum.

**21.0. Son zamanlarda cinsel konulara olan ilgimde bir değişme fark etmedim.**

21.1.Cinsel konularla eskisinden daha az ilgiliyim.

21..2.Cinsel konularla şimdi çok daha az ilgiliyim.

21.3.Cinsel konular olan ilgimi tamamen kaybettim.

## EK 4. BECK ANKSİYETE ÖLÇEĞİ

### ÖLÇEK 3

	Hiç	Hafif düzeyde beni pek etkilemedi	Orta düzeyde hoş değildi ama katlanabilirim	Ciddi düzeyde dayanmakta çok zorlandım
1. Bedeninizin herhangi bir yerinde uyuşma veya karıncalanma				
2. Sıcak/ ateş basmaları				
3. Bacaklarda halsizlik, titreme				
4. Gevşeyememe				
5. Çok kötü şeyler olacak korkusu				
6. Baş dönmesi veya sersemlik				
7. Kalp çarpıntısı				
8. Dengeyi kaybetme duygusu				
9. Dehşete kapılma				
10. Sinirlilik				
11. Boğuluyormuş gibi olma duygusu				



12. Ellerde titreme				
13. Titreklik				
14. Kontrolü kaybetme korkusu				
15. Nefes almada güçlük				
16. Ölüm korkusu				
17. Korkuya kapılma				
18. Midede hazımsızlık ya da rahatsızlık hissi				
19. Baygınlık				
20. Yüzün kızarması				
21. Terleme (sıcaklığa bağlı olmayan)				

**EK 5. YAŞLANAN ERKEK SEMPTOM SORGULAMA FORMU (AMS-SF)**

	<b>Çok yok</b>	<b>Hafif</b>	<b>Orta</b>	<b>Şiddetli</b>	<b>Çok şiddetli</b>
1. Genel iyilik hissinde azalma (genel sağlık durumu,kendine dair hisler)					
2. Eklem ve kas ağrısı (Bel ağrısı, eklem ağrısı, kol ve bacaklarda ağrı ve yaygın sırt ağrısı)					
3. Aşırı terleme (beklenmedik/ani terleme atakları,zorlanmadan bağımsız olarak sıcak basması)					
4. Uyku problemleri (uykuya dalmada zorluk, derin uyumada zorluk, erken uyanma ve yorgunluk hissi, yetersiz uyku, uykusuzluk)					
5. Uyku ihtiyacında artma, sık sık yorgun hissetme					
6. Alınganlık (Saldırganlık hali, küçük şeylerde kolay etkilenme,karamsarlık)					
7. Sinirlilik (Gerginlik, huzursuzluk, yerinde duramama)					
8. Endişe(Panik hissi)					
9. Bedensel bitkinlik/Canlılığın kaybolması (Genel performans düşüşü, aktivite azalması, boş					

zamanlarında Yaptığı aktivitelere ilginin azalması, daha az iş bitirme ve daha az şey elde etme hissi, faaliyet üstlenmek içinkendini zorlamak zorunda kalma)					
10. Kas gücünde azalma (Güçsüz hissetme)					
11. Depresif ruh hali (Çökkünlük, üzgün olma, her an gözleri dolacak gibi olma, motivasyon eksikliği, değişken ruh hali, her şeyin boş olduğunu hissetme)					
12. En iyi zamanlarının geride kaldığı hissi					
13. Kendini tükenmiş ve dibe vurmuş hissetmek					
14. Sakal büyümesinde azalma					
15. Seks yapma gücü ve sıklığında azalma					
16. Sabah sertliği sayısında azalma					
17. Cinsel istekte/şehvette azalma (seksten alınan zevkte azalma, cinsel birleşime için isteğin azalması)					

Başka ciddi bir şikayetiniz var mı?

Evet.....

Hayır.....

## **ÖZGEÇMİŞ**

### **Kişisel Bilgiler**

Ad Soyad: Ayşegül Öz Cörüt

Doğum Tarihi ve Yeri: Samsun 1986

Medeni Durum: Evli

E-Mail Adresi: ayseguloz\_@hotmail.com

### **Eğitim Durumu**

Lise: 2000-2004 Marmaris Halıcı Ahmet Urkay Anadolu Lisesi

Üniversite: 2005-2010 Kıbrıs Yakın Doğu Üniversitesi Psikoloji Bölümü

Yüksek Lisans: 2012-2014 İstanbul Arel Üniversitesi Psikoloji Bölümü



