



**T.C.**

**MARMARA ÜNİVERSİTESİ**

**TIP FAKÜLTESİ PSİKİYATRİ ANABİLİM DALI**

**PSORİAZİS HASTALARINDA CİNSEL İŞLEV BOZUKLUKLARI,  
YAŞAM KALİTESİ VE CİNSEL İŞLEVLERLE BEDEN  
BÖLGELERİNDEN VE İŞLEVLERİNDEN MEMNUNİYETİN  
İLİŞKİLERİ**

**DR. ANIL GÜNDÜZ**

**UZMANLIK TEZİ**

**İSTANBUL 2015**





**T.C.**

**MARMARA ÜNİVERSİTESİ**

**TIP FAKÜLTESİ PSİKİYATRİ ANABİLİM DALI**

**PSORİAZİS HASTALARINDA CİNSEL İŞLEV BOZUKLUKLARI,  
YAŞAM KALİTESİ VE CİNSEL İŞLEVLERLE BEDEN  
BÖLGELERİNDEN VE İŞLEVLERİNDEN MEMNUNİYETİN  
İLİŞKİLERİ**

**DR. ANIL GÜNDÜZ**

**UZMANLIK TEZİ**

**Danışman: Prof. Dr. VOLKAN TOPÇUOĞLU**

**İSTANBUL 2015**



## TEŞEKKÜR

Psikiyatri eğitimim boyunca sundukları bilimsel, hoşgörülü, destekleyici ve öğretici ortam için öncelikle tüm saygıdeğer hocalarıma teşekkür ederim.

Tezimin hazırlanmasındaki tüm aşamalarda büyük emeği olan ve özverisi, bilgisi, sakinliği ve tecrübesi ile bana hep destek olan tez danışmanım, değerli hocam, Sayın Prof. Dr. Volkan Topçuoğlu'na;

Tezimin hazırlanışı sürecindeki desteğini esirgemeyen Anabilimdalı başkanımız, Sayın Prof. Dr. Kemal Sayar'a;

Hiçbir zaman yardımını esirgemeyen, her zaman daha iyi bir noktaya gelmemiz için çabalayan, Sayın Prof. Dr. Yıldız Akvardar'a;

Farklı bakış açıları, değişik fikirleriyle ve geniş bilgi birikimiyle ufkumu genişleten, Sayın Prof. Dr. M. Kemal Kuşçu'ya;

İstatistik ve psikofarmakoloji konusundaki bilgileriyle bana destek olan, sorunlara pratik çözümler bulan, her daim güleryüzlü ve sıcak, Sayın Doç. Dr. Yasin Bez'e;

Mizah anlayışı, sıcak tutumu, destekleyici tavrı, fikirleriyle ve bakış açısıyla asistanlık sürecimi zenginleştiren, Sayın Prof. Dr. Kaan Kora'ya;

Koşulsuz kabülü, cana yakınlığı ve metaforlarıyla bizi neşelendiren, Sayın Dr. Axel Würz'e;

Tezimin yapım sürecinde yardımlarını esirgemeyen Dermatoloji Anabilim Dalı'ndan Prof. Dr. Tülin Ergun, Doç. Dr. Dilek Seçkin ve Dr. Burak Tekin'e;

Psikiyatriye inanmamı sağlayan, yaptığı hasta görüşmeleriyle motivasyonumun devamı olan, bazı şeylerin farklı yapılabileceğini gösteren, desteğini her an yanımda hissettiğim, öğrencisi olmaktan gurur duyduğum, bana terapiyi öğreten, rol modelim, değerli hocam, Sayın Prof. Dr. Mehmet Z. Sungur'a;

Asistanlık sürecimi keyifli ve huzurlu geçirmemi sağlayan tüm asistan arkadaşlarıma;

Teşekkürlerimi sunarım.

## ÖZET

**Amaç:** Kronik bir deri hastalığı olan psoriazisin cinsel işlev bozuklukları ve cinsel doyum, yaşam kalitesi, vücut algısı ve memnuniyeti, depresyon ve anksiyete üzerine etkilerinin araştırılmasıdır.

**Yöntem:** Çalışmaya toplamda 216 kişi dahil edilmiştir. Bunların 112 tanesi MÜPEAH dermatoloji kliniğine başvuran veya takipte olan psoriazis hastalarıdır. 104 kişilik kontrol olguları ise MÜPEAH cerrahi servislerde yatan hastaların herhangi bir deri hastalığı olmayan hasta yakınlarıdır. Kişilerle yapılan görüşmede, sosyodemografik veri formu, Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği (GRCDÖ), Vücut Algısı Ölçeği, Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HADÖ), Dermatoloji Yaşam Kalite Ölçeği (Dermatology Life Quality Index, DLQI), Kadın Cinsel İşlev Ölçeği (FSFI; Female Sexual Function Index), Ereksiyon İşlevi Uluslararası Değerlendirme Formu (IIEF; International Index of Erectile Function) araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme methoduyla uygulanmıştır.

**Bulgular:** Sosyodemografik olarak her iki grup arasında anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır. Hem erkek hem de kadın psoriazis hastaları ve kontrol grubu arasında psoriazis hastalarının cinsel işlevlerinin niteliğinde kontrollere göre bozulmayı gösteren belirgin anlamlı farklılıklar mevcuttur. Hem kadın hem de erkek psoriazis hastalarının vücut algılarının kontrollere göre anlamlı olarak daha bozulmuş olduğu görülmektedir. Psoriazis hastalarının depresyon ve anksiyete düzeylerinin kontrollere göre daha şiddetli olduğu görülmektedir. Psoriazis hastaları içinde kadın hastaların dermatolojik yaşam kalitelerinin erkeklere oranla daha fazla bozulduğu bulunmuştur.

**Sonuç:** Psoriazis hastalarının cinsel işlevleri üzerine etki eden en önemli risk faktörünün objektif olarak belirlenen psoriazis hastalığının şiddetinden çok hastaların vücut algıları ve memnuniyetleri olduğu ve dermatolojik yaşam kalitesi değerlendirilirken hastalığın şiddetinin yanı sıra depresyon ve anksiyete şiddetinin de göz önünde bulundurulması gereken faktörler olduğu sonucuna varılmıştır.

**ANAHTAR SÖZCÜKLER,** PSORİAZİS, CİNSEL İŞLEV BOZUKLUKLARI, VÜCUT ALGISI, DEPRESYON, ANKSİYETE, DERMATOLOJİK YAŞAM KALİTESİ

## **ABSTRACT**

**Aim;** to assess the effects of psoriasis which is a chronic skin illness on body image and contentedness, depression and anxiety as well as sexual dysfunctions and satisfaction.

**Method;** 216 individuals were included in the study. 112 of them were psoriasis patients whom admitted to or being followed by MÜPEAH dermatology clinic. The control group of 104 were individuals without any kind of skin problems who visited their patients in MÜPEAH surgery wards. Golombok Rust Inventory Of Sexual Satisfaction (GRİSS), Body Image Scale (BIS), Hospital Anxiety And Depression Scale (HADS), Dermatology Life Quality Index (DLQI), Female Sexual Function Index (FSFI), International Index Of Erectile Function (IIEF) were applied to individuals with face to face method by the researcher.

**Results;** There were no meaningful differences between the psoriasis and the control group in the socio-demographic terms. Both men and women patients with psoriasis have been showing significant and meaningful signs of deterioration and differences in sexual functions and quality of sexual relations when compared to controls. It has been seen that patients with psoriasis had meaningfully more deteriorated body images when compared to controls. It has also been seen that depression and anxiety levels in women psoriasis group were more severe than controls. It has also been seen that the dermatological life quality of female psoriasis patients were more deteriorated when compared to men.

**Conclusions;** It has been concluded that the most important risk factor that affects sexual functions of psoriasis patients is rather than the objective measure of severity of the psoriasis (PASI), is the body image and satisfaction of the patients and to this respect when assessing the dermatological life quality, as well as the disease severity (PASI), depression and anxiety levels should also be considered by the clinician.

**KEYWORDS,** PSORIASIS, SEXUAL DYSFUNCTIONS, BODY IMAGE, DEPRESSION, ANXIETY, DERMATOLOGY LIFE QUALITY

## İçindekiler

TEŞEKKÜR .....	i
ÖZET .....	ii
ABSTRACT .....	iii
SEMBOLLER/KISALTMALAR .....	vii
1. GİRİŞ VE AMAÇ .....	1
2. GENEL BİLGİLER .....	2
2.1. Psoriasis.....	2
2.1.1. Epidemiyoloji .....	2
2.1.2. Klinik özellikler.....	2
2.1.3. Psoriazise eşlik eden hastalıklar .....	3
2.1.4. Etyoloji ve Patogenez .....	3
2.1.5. Tedavi.....	4
2.2. Kronik Hastalıklarda Cinsel İşlevler, Depresyon Ve Anksiyete .....	5
2.3. Cilt Hastalıklarında Cinsel İşlevler, Depresyon Ve Anksiyete .....	5
2.4. Psoriasis Ve Yaşam Kalitesi.....	6
2.5. Psoriasis, Cinsel İşlev Bozuklukları, Depresyon, Anksiyete .....	7
2.6. Cinsellik ve Cinsel İşlevler .....	10
2.6.1. Giriş.....	10
2.6.2. Cinsel Organların İnnervasyonu: .....	11
2.6.3. Cinsel işlevlerin nöroendokrin temelleri: .....	11
2.6.4. Kadın ve Erkek Cinselliği Arasındaki Motivasyonel Farklar .....	12
2.6.5. Cinsel Yanıtın Modelleri.....	13
2.7. Erkek Cinsel İşlev Bozuklukları.....	18
2.7.1. Erkekte Düşük Cinsel İstek Bozukluğu (Cinsel İstekte Azalma- Hipoaktif Cinsel İstek Bozukluğu).....	18
2.7.2. Sertleşme Bozukluğu.....	21
2.7.3. Erken Boşalma (EB).....	33
2.8. Kadın Cinsel İşlev Bozuklukları.....	38
2.8.1. Cinsel İstekte Azalma (Hipoaktif Cinsel İstek) Bozukluğu (HCİ) .....	38
2.8.2. Kadında Cinsel Uyarılma Bozukluğu (KCUB).....	41
2.8.3. Kadında Orgazm Bozukluğu (KOB).....	43



2.8.4.	Vajinismus.....	45
2.9.	Vücut Algısı.....	47
2.9.1.	Vücut algısı tanımı .....	47
2.9.2.	Vücut algısında kadın - erkek farklılıkları ve etki eden faktörler .....	47
2.9.3.	Vücut algısı ve ruhsal belirtiler .....	49
2.9.4.	Vücut algısı ve cinsellik .....	49
3.	GEREÇ VE YÖNTEM .....	51
3.1.	Örnekleme seçimi.....	51
3.1.1.	Psoriasis grubu: .....	51
3.1.2.	Kontrol Grubu: .....	53
3.2.	Veri Toplama Araçları.....	53
3.2.1.	Hasta onay formu. ....	54
3.2.2.	Sosyodemografik özellikler, psoriasis ve cinsel yaşamla ilgili kişisel bilgi formu 54	
3.2.3.	Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HADÖ).....	54
3.2.4.	Dermatoloji Yaşam Kalite Ölçeği (Dermatology Life Quality Index, DLQI):..	55
3.2.5.	Kadın Cinsel İşlev Ölçeği (FSFI; Female Sexual Function Index):.....	55
3.2.6.	Vücut Algısı Ölçeği (VAÖ): .....	56
3.2.7.	Ereksiyon İşlevi Uluslararası Değerlendirme Formu (IIEF; International Index of Erectile Function): .....	56
3.2.8.	Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği .....	57
3.3.	Araştırma değişkenleri ve istatistiksel yöntem.....	57
4.	BULGULAR.....	58
4.1.	Sosyodemografik Özellikler .....	58
4.2.	Psoriasis Hastalarında Psoriasisle İlgili Değişkenlerin Ölçeklerle Korelasyonları... 62	
4.2.1.	PASI Ölçümlerine İlişkin Değerlendirmeler .....	62
4.2.2.	Hastalık Sürelerine İlişkin Değerlendirmeler .....	63
4.2.3.	Hastalık Başlangıç Yaşına İlişkin Değerlendirmeler .....	64
4.2.4.	Cinsel Lezyon Varlığına Göre Değerlendirmeler .....	65
4.2.5.	Psoriasis hastalarında Dermatolojik Yaşam Kalitesine İlişkin Değerlendirmeler 66	
4.2.6.	Dermatolojik yaşam kalitesi üzerine etki eden risk faktörlerinin Lineer Backward Regresyon analizi (Kadın) .....	67
4.2.7.	Dermatolojik Yaşam kalitesi üzerine etki eden risk faktörlerinin Lineer Backward Regresyon analizi (Erkek) .....	68

4.3. Psoriasis Hastalarında Cinsellikle İlişkili Ölçeklerin Kontrol Grubuyla Karşılaştırılması.....	69
4.3.1. Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeğine İlişkin Değerlendirmeler .....	69
4.3.2. Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği üzerine etki eden risk faktörlerinin Lineer Backward Regresyon Analizi (kadın sedef hastaları).....	72
4.3.3. Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği üzerine etki eden risk faktörlerinin Lineer Backward Regresyon analizi (erkek sedef hastaları).....	73
4.3.4. FSFI Ölçeğine İlişkin Değerlendirmeler (n=109) .....	75
4.3.5. FSFI ölçeği üzerine etki eden risk faktörlerinin Lineer Backward Regresyon Analizi (sedef hastaları) .....	76
4.3.6. FSFI Ölçeği üzerine etki eden risk faktörlerinin Lineer Backward Regresyon analizi (tüm kadın olgularda) .....	77
4.3.7. IIEF Ölçeğine İlişkin Değerlendirmeler (n=107).....	78
4.3.8. IIEF ölçeği üzerine etki eden risk faktörlerinin Lineer Backward Regresyon Analizi (sedef hastaları) .....	80
4.3.9. IIEF Ölçeği Toplam Puan üzerine etki eden risk faktörlerinin Lineer Backward Regresyon analizi (tüm erkek olgular).....	81
4.4. Psoriasis Hastalarıyla Kontrol Grubunun Depresyon Ve Anksiyete Düzeylerinin Karşılaştırılması.....	82
4.4.1. HAD Ölçeğine İlişkin Değerlendirmeler (n=216) .....	82
4.5. Vücut Algısı Ölçeğine İlişkin Değerlendirmeler (n=216).....	86
4.5.1. Vücut Algısı Ölçeği İle Cinsel İşlevlerle İlgili Verilerin Korelasyonları .....	88
5. TARTIŞMA .....	91
6. SONUÇLAR.....	103
6.1. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	104
7. REFERANSLAR .....	105
8. EKLER.....	133

## **SEMBOLLER/KISALTMALAR**

DSM: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

FSFI: Female Sexual Function Index

IIEF: International Index of Erectile Function

GRİSS: Golombok Rust Inventory of Sexual Satisfaction

HAD: Hospital Anxiety and Depression Scale

VAÖ: Vücut Algısı Ölçeği

## 1. GİRİŞ VE AMAÇ

Psoriasis belirgin sınırlı eritemli plak veya papüller üzerinde yerleşmiş, sedefi-beyaz skuamlarla karakterize deri, saçlı deri ve tırnakların kronik, inflamatuvar bir hastalığıdır (Aydemir, 1994; Braun-Falco, Plewig, Wolff & Burgdorf, 2000; Christophers & Mrowietz, 2004; Bilen, 2005). Skuamların renginden dolayı halk arasında sedef hastalığı olarak da anılmaktadır (Aydemir, 1994).

Psoriasis prevalansı ülkeler ve ırklar arasında farklılık göstermektedir ve %0.5-4.6 arasındadır (Lebwohl, 2003; Güneş, 2005). Dermatoloji kliniklerine başvuranların %6-8'ini psoriasis hastaları oluşturmaktadır (Braun-Falco, Plewig, Wolff & Burgdorf, 2000; Güneş, 2005). Ülkemizde psoriasis prevalansı, Ankara'da yapılan bir araştırmada %1.3 (Kundakci, Türsen, Babiker & Gürgey, 2002), İstanbul merkezli bir araştırmada %2.3 ve %1.3 (Lav, 1969; Ekber, Aydemir & Tüzün, 1980 ) ve Trakya bölgesinde iki farklı araştırmada %1 ve %3.2 (Görgülü, 1982; Pişkin, Görgülü, Akgün, Öztürk, Şen & Gürkök, 1993) olarak bildirilmiştir.

Psoriasisın, düşük kendine güven, cinsel işlev bozukluğu, anksiyete, depresyon, sosyal fobi, iş hayatında zorluklar gibi birçok psikolojik problemle bağlantılı olduğu bulunmuştur (Aydemir, 1994). Etkilenen alanlar ve hastalığın klinik şiddetinden bağımsız olarak hastanın yaşam kalitesi üzerinde önemli etkileri olabileceği de gösterilmiştir (Aydemir, 1994; Braun-Falco, Plewig, Wolff & Burgdorf, 2000; Bilen, 2005).

Cinsel işlev bozukluklarıyla tıbbi hastalıkların ilişkisi üzerine birçok çalışma bulunurken, dermatolojik hastalıklarda bu alanda az sayıda veri olduğu görülmektedir. Kronik bir hastalık olan psoriasisın cinsel işlev bozuklukları, cinsel doyum, vücut algısı ve memnuniyeti ve yaşam kalitesi üzerine etkileri olabileceğinden yola çıkarak, psoriasis hastalarında cinsel işlevlerle ilgili sorunların ve cinsel doyum düzeyinin herhangi bir deri hastalığı olmayan sağlıklı kontrollerle karşılaştırılması; vücut imajının sağlıklı kontrollerle karşılaştırılması ve vücut imajının cinsel işlev bozukluğu ve cinsel doyum üzerine etkilerinin araştırılması; anksiyete ve depresyon düzeylerinin belirlenmesi ve yaşam kalitesini üzerine etki eden etmenlerin ortaya konması amaçlanmıştır.

## **2. GENEL BİLGİLER**

### **2.1. Psoriasis**

Psoriasis toplumda sık görülen, farklı yaşlarda bir çok sebepten dolayı ortaya çıkabilen, alevlenmelerle hayat boyu devam eden, etyolojisi tam olarak bulunamamış bir hastalıktır. Psoriazisin deriyi etkilemesi psoriazisi olan bireyin sadece derisinin etkilendiği anlamına gelmemektedir. Bu kişiler hem tıbbi hem de psikolojik rahatsızlıklar açısından risk altındadırlar. Ayrıca, toplum tarafından bulaşıcı bir hastalığı olan, uzak durulması gereken kişilermiş gibi bir tavırla karşı karşıya kalmaktadırlar. Psoriazisi olan kişiler topluma karışmakta zorlanmakta ve toplumdan uzak durdukça hastalıkla ilgili gelebilecek tepkilere daha da hassas hale gelmektedirler. Psoriaziste hastalığa verilen anlamın, kişinin yaşam kalitesini, ruhsal durumunu ve cinsel yaşamını, hastalığın kendisinden ve şiddetinden daha fazla bozabileceği düşünülmektedir.

#### **2.1.1. Epidemiyoloji**

Psoriasis, tanı kriterlerine ve ırklara göre değişmekle birlikte popülasyonun %1-5'ini etkilemektedir. Genellikle lezyonlar üçüncü dekatta ortaya çıkmaktadır. Psoriasis başlangıç yaşını araştıran 2400 vakalılık bir çalışmada, iki tane tepe insidansı belirlenmiştir; ilki ve sayıca daha fazla olanı 22.5 yaş ve diğeri ise 55 yaştır. Erken başlangıçlı psoriazisi olanların ebeveynlerinde %50 oranında psoriasis varlığı saptanırken, geç başlangıçlı psoriazisi olanlarda böyle bir bağlantı görülmemiştir. Erken başlangıçlı psoriazide genetik geçişin önemi vurgulanmış iken, geç başlangıçlı olanın sporadik olduğu belirtilmiştir (Christophers & Mrowietz, 2004)

#### **2.1.2. Klinik özellikler**

Psoriasis lezyonlarında 4 belirgin özellik mevcuttur; keskin sınırlı olması, yüzeyinde yapışık olmayan gümüşü renkte skuamaların olması, skuamaların altında parlak, homojen eritem varlığı ve son olarakta mekanik olarak skuamaları kaldırdıktan sonra saniyeler içinde küçük kan damlalarının parlak eritemli yüzeyde oluşmasıdır (Auspitz işareti). Koebner fenomeni ise nonspesifik irritasyondan sonra daha önceden bulunmayan yerde lezyon gelişmesi olarak tanımlanmaktadır ve psoriazide %20 oranında bulunmaktadır. Koebner cevabı psoriazisin alevlendiği veya stabil olmadığı dönemlerde daha sık olarak ortaya çıkmaktadır. Psoriasis

nonpüstüler ve püstüler olmak üzere klinik olarak iki şekilde sınıflandırılmaktadır. En sık görülen tip kronik plak tipi psoriasis vulgaristir. Bu tip en sık dirsekleri, dizleri, saçlı deriyi, retroaurikular bölgeyi, lomber bölgeyi ve umblikusu tutar (Christophers & Mrowietz, 2004).

#### 2.1.2.1. Tetikleyici faktörler

Soğuk havanın psoriazisi tetiklediği, sıcak hava ve güneşin psoriazide faydalı olduğu belirtilmektedir (Christophers & Mrowietz, 2004).

İnfeksiyonlar: Akut guttat psoriazisin öncesinde sıklıkla kişi streptokokal enfeksiyon geçirmiştir. HIV-1 enfeksiyonu da diğer bir tetikleyici faktördür.

Fiziksel travma: Fiziksel travma Koebner cevabını tetikleyerek psoriasis lezyonu gelişmesine sebep olabilir.

Stres: Psoriasis hastaların yaklaşık %30 ile %40'ında stres ile psoriasis kötüleşmektedir.

Kişilik:Psoriasis hastalığı ile sıklıkla birliktelik gösteren kişilik bozukluğu veya özelliği yoktur.

Anatomik bölgeler: Psoriasis bazı anatomik bölgelerde gelişmeye daha eğilimlidir. En sık olarak saçlı deri, daha sonra diz ve dirseklerde ortaya çıkmaktadır.

İlaçlar: Lityum, beta adrenerjik blokerler, antimalaryal ilaçlar ve bazı ACE inhibitörleri psoriazisi tetikleyebilmektedir.

#### 2.1.2.2. Genetik özellikler

Psoriasis etyolojisinde bir çok gen rol almaktadır. Bu genler tetikleyici faktörler ve birbirleriyle etkileşime girmektedirler. HLA B13, Bw57, Cw6 ve DR7 genleri erken başlangıçlı psoriasis ile ilişkili bulunmuştur. HLA-Cw6 geni olan hastaların%10'unda psoriasis ortaya çıkmaktadır. Dolayısıyla hastalığın gelişimi birden fazla gen ve çevresel faktörden etkilenmektedir (Christophers & Mrowietz, 2004).

#### 2.1.3. Psoriazise eşlik eden hastalıklar

Epidemiyolojik çalışmalarda psoriazisi olmayan kontrol grubuna göre psoriatik hastalarda,10-15 kat daha sık artrit; 4 kat daha sık Crohn hastalığı; 1,5 kat daha sık kardiyovasküler hastalık, hipertansiyon ve diyabet saptanmıştır (Christophers & Mrowietz, 2004).

#### 2.1.4. Etyoloji ve Patogenez

##### 2.1.4.1. Genetik faktörler

Psoriasis öyküsü, psoriasisli hastaların akrabalarının yaklaşık üçte birinde bulunmaktadır. Anne-babadan ikisinde de hastalık varsa çocukta %41; birinde hastalık varsa çocukta %8,1 psoriasis görüldüğü bildirilmiştir. Aynı zamanda monozigotik ikizlerde hastalığa yakalanma oranı dizigotlara göre daha fazla bulunmuştur. Bu da psoriasisin multifaktöryel genetik geçişli olduğunu göstermektedir. Psoriasis ile en sık bulunan HLA tipleri HLA-B13, HLA-Bw57, HLA-Cw6 ve HLA-DR7 olarak belirtilmektedir (Christophers & Mrowietz, 2004).

#### 2.1.4.2. İmmünopatogenez

Psoriasisin en önemli patolojik özellikleri epidermal proliferasyon, anormal keratinosit diferansiasyonu, süperfisyel dermal vasküler pleksusta uzama, dilatasyon ve sızdırma (permeabilite artışı), epidermis ve dermiste inflamatuvar T hücre infiltrasyonudur.

1980 öncesinde psoriasisde ana patojenik hadisenin anormal epidermal proliferasyonu ve diferansiasyonu olduğu düşünülmüştür. Son 25-30 yılda psoriasis patogenezi hakkında bilinenler tamamiyle değişmiştir. Günümüzde psoriasisde genetik yatkınlık zemini yadsınamazken, anormal keratinosit proliferasyon/diferansiasyonunun ve vasküler değişikliklerin, T (Th1 ve Th17) hücre aktivasyonuna, yani dermal inflamasyona ikincil olarak oluştuğu kanıta dayalı olarak gösterilebilmektedir (Erkek, 2008; Şentürk, 2012).

#### 2.1.5. Tedavi

Psoriasisin tam iyileşme şansının olmaması ve sık sık nüks etmesi, tetikleyici faktörlerin önlenmesi ve koruyucu önlemlere daha fazla dikkat edilmesi gerekliliğini beraberinde getirmektedir. Bireyin hastalığını tanıması, herhangi bir şekilde birine bulaşma ihtimali olmadığını ve öldürücü olmadığını anlaması ve hastalığı yavaş yavaş kabullenmesi ve onunla yaşamayı öğrenmesi sağlanmalıdır. Enfeksiyonlar, hastalığı alevlendirebilecek ilaçlar ve travmalardan kaçınılmalıdır. Derinin uzun süre kuru kalması önlenmelidir (Alper, Akyol & Atakan, 2012).

Topikal Tedaviler Kortikosteroidler: D vitamini analogları, tazaroten, antralin, kalsipotriol-betametazon propionat, katran, keratolitikler, topikal kalsinörin inhibitörleri, topikal antimetabolitler, nemlendiriciler

Foto(kemo)terapi: Dar band-UVB, Psoralen+UVA (PUVA) kemoterapisi, excimer lazer , klimaterapi, fotodinamik tedavi

Sistemik Tedaviler: Metotreksat, siklosporin, sistemik retinoidler

Biyolojik Ajanlar: İnfliximab, etanercept, adalimumab, ustekinumab

## **2.2.Kronik Hastalıklarda Cinsel İşlevler, Depresyon Ve Anksiyete**

Kronik sistemik hastalıklar psikolojik problemlere yol açabilirler ve aynı zamanda kişinin yaşam kalitesini ve de cinsel işlevlerini etkileyebilirler.

Kronik obstrüktif akciğer hastalığı olan 53 erkekle yapılan bir çalışmada cinsel istek dışındaki diğer IIEF alt boyutlarının, hastalığın şiddeti arttıkça azaldığı; hastaların %75.5'inin değişen şiddette erektil disfonksiyon yaşadıkları bulunmuştur (Koseoglu, Koseoglu, Ceylan, et al, 2005). Fibromyaljisi olan kadınlarda yapılan bir çalışmada, ortalama FSFI skorları fibromyaljisi ve fibromyaljiyle birlikte major depresyonu olan kadınlarda sağlıklı kontrollere göre daha düşük bulunmuştur. Bu çalışmada aynı zamanda major depresyonun, fibromyaljisi olan kişilerde cinsel işlev bozukluğunu daha kötüleştirmede göstermiştir (Tikiz, Muezzinoglu, Pirildar et al., 2005). Diyabetik erkeklerde erektil disfonksiyonu inceleyen bir çalışmada ise, hastaların %30.1'inin şiddetli erektil disfonksiyon olduğu ve erektil disfonksiyonun şiddetinin, yaş, diyabet süresi, kötü glisemik kontrol, mikrovasküler komplikasyonlar, diüretik tedavisi ve kardiyovasküler hastalıklarla arttığı görülmüştür (Kalter-Leibovici, Wainstein, Ziv et al., 2005). Kronik karaciğer hastalarında yapılan bir başka çalışmada ise, erektil disfonksiyon prevalansı %50.1 bulunmuştur (Simsek, Aslan, Akarsu, et al., 2005). Myokard enfarktüsü geçiren 102 hasta ile yapılan bir diğer çalışmada, kadınların %80'inde ve erkeklerin %37'sinde cinsel işlev bozukluğu belirlenmiştir (Yildiz & Pinar, 2004). Alerjik rinokonjuktivitinin kadında ve erkekte cinsel fonksiyonları etkileyebileceği düşünülmüştür (Kirmaz, Aydemir, Bayrak et al, 2005). Multipl skleroz, parkinson hastalığı, epilepsi, kronik böbrek yetmezliği gibi bir çok kronik rahatsızlık cinsel işlev bozukluğuna yol açabilmektedir (Balami & Robertson, 2007; Harden, 2008; Luef, 2008; Song, Yang & Song, 2008; Tzortzis, Skriapas & Hadjigeorgiou, 2008). Kronik ağrı hastalarında kontrollere göre daha yüksek oranda cinsel işlev bozukluğu mevcuttur (Ambler, Williams, Hill et al., 2001; Monga, Tan, Ostermann et al., 1998).

## **2.3.Cilt Hastalıklarında Cinsel İşlevler, Depresyon Ve Anksiyete**

Cilt rahatsızlıkları, klinik şiddetten bağımsız olarak, düşük benlik saygısına, anksiyete, depresyon, işyeri ve sosyal hayat sorunlarına, cinsel işlev bozukluklarına ve intihar düşüncesi gibi psikolojik problemlere yol açabilir; ayrıca psikolojik problemlerin yanı sıra kişinin yaşam



kalitesini olumsuz etkileyebilmektedir (Ginsburg , 1996; Gupta & Gupta, 1997; Niemeier, Nippesen, Kupfer, 2002; Choi, Koo, 2003; Russo, Ilchef & Cooper, 2004; de Korte, Sprangers, Momers, Bos, 2004).

Vitiligo, kronik ürtiker hastaları ve kontrol grubuyla yapılan bir çalışmada ASEX cinsel istek skorlarının hem vitiligo hem de ürtikeri olan gruplarda kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde daha düşük olduğu gösterilmiştir. Cilt hastalığı olan grupların kontrol grubuna göre, cinsel uyarılmaya yanıt olarak lubrikasyon ve genital konjesyonu sağlamada ve orgazma ulaşmada belirgin olarak daha fazla güçlük yaşadıkları gösterilmiştir. Erkeklerde orgazm tatmini kontrollere göre daha düşük bulunmuştur (Sukan & Maner, 2007).

Kronik el egzemasının değerlendirildiği bir başka çalışmada ise, el egzeması olan kadınların %60.46'sının ve erkeklerin %24.44'ünün depresyonu olduğu gösterilmiştir. El egzeması ve depresyonu olan kadınlar sağlıklı kontrollerle karşılaştırıldığında FSFI toplam skorlarının belirgin olarak daha düşük olduğu gösterilmiştir. Aynı zamanda depresyonu olan el egzamalı kadınların depresyonu olmayan el egzamalı kadınlara göre FSFI toplam skoru belirgin olarak daha düşüktür. Ayrıca, el egzeması olan kadınların depresyonu olsun ya da olmasın, bu ölçekte ağrı dışındaki alt boyut skorlarında belirgin azalmalar mevcuttur. Sağlıklı kontrollerle karşılaştırıldığında el egzeması olan erkeklerin IIEF toplam skorları kontrollere göre belirgin olarak daha düşük bulunmuştur. Alt boyutlara bakıldığında ilişki tatmini depresyondan bağımsız olarak hastalarda kontrollere göre daha düşüktür. Her üç grupta, erektil fonksiyon, orgazmik fonksiyon, cinsel istek ve genel tatmin açısından anlamlı bir farklılık bulunamamıştır. Sonuç olarak bu çalışma, depresyonun el egzeması olan hastalarda cinsel işlevler üzerine negatif etkisi olduğunu göstermiştir. Aynı zamanda el egzeması olan hastaların kontrollere göre belirgin olarak cinsel işlevlerinin bozulduğunu da göstermektedir (Ergun, Ermertcan, Ozturkcan, et al., 2007).

100 vitiligo hastasıyla yapılan bir çalışmada ise, en sık görülen psikiyatrik rahatsızlığın major depresyon olduğu; bunu yaygın anksiyetenin, karışık anksiyete ve depresyonun, sosyal fobinin, agorafobinin ve cinsel işlev bozukluklarının takip ettiği gösterilmiştir (Ahmed, Ahmed & Nasreen, 2007).

#### **2.4.Psoriazis Ve Yaşam Kalitesi**

Birçok deri hastalığının oldukça kronik seyirli ve dışarıdan görülebilir olması hastaların ruhsal ve sosyal durumunu, kişisel ilişkilerini ve günlük aktivitelerini önemli ölçüde etkilemektedir.

Bu durum, sağlıkla ilgili yaşam kalitesi üzerinde odaklanılmasına yol açmıştır (Panagiotakos & Yfantopoulos, 2011).

Sağlıkta yaşam kalitesi yaşamın fiziksel, ruhsal ve sosyal boyutu ile ilgilendir. Böylelikle belli bir hastalığın, sakatlığın ya da bozukluğun kişinin söz konusu alanlardaki işlevselliğini ve iyi olma durumunu nasıl etkilediğini ortaya koyar (Le Cleach, et al., 2008).

Psoriazisin deri tutulumu dışında eklem tutulumu olması, eşlik eden komorditelerin varlığı ve yaşam kalitesini olumsuz etkilemesi etkin bir şekilde tedavisini ve uzun süreli takibini gerektirir. Hastaların sadece %25'i kendilerine uygulanan tedavilerden memnun iken %50'den fazlası tedaviyi orta derecede yeterli ve %20'si ise az yeterli bulmaktadırlar.

Sedef hastalarında dermatolojik yaşam kalitesi ve cinsel sağlığı inceleyen bir çalışmada (Meeuwis, et al., 2011), sedefin cinsel işlevler ve hayat kalitesi üzerine belirgin olumsuz etkisi olduğunu göstermektedir. Genital lezyonu olan hastaların genital lezyonu olmayanlara göre yaşam kalitesi daha kötüye gitmektedir (P=0.0001). Cinsel sıkıntının genital lezyon varlığında daha artmış olarak ortaya çıktığı gösterilmiştir. Kadınlarda cinsel sıkıntı (%37) ve işlev bozukluğunun (%48) daha belirgin olduğu bulunmuştur (Meeuwis, et al., 2011).

## **2.5.Psoriazis, Cinsel İşlev Bozuklukları, Depresyon, Anksiyete**

Psoriaziste, görüntü ile ilgili sorunların bireysel ve sosyal alandaki işlevlerin önemli bir kısmını bozabileceği düşünülmektedir. Psoriaziste, hastalığa bağlı psikolojik sıkıntı, utanma, çekinme, depresyon, sosyal ve fiziksel aktivitelerde kısıtlanma gibi pek çok psikososyal sorunlarla karşılaşılmaktadır (Ginsburg & Link, 1993; Kirby, 2001; de Korte, et al., 2004)

Hastalığa bağlı etkiler her zaman hastalığın klinik şiddeti ile korele olmayabilir ve hafif şiddetteki deri bulguları bile ağır psikososyal bozukluklara yol açabilir (Fortune, Richards, Main & Griffiths, 1998; 2002). Bu nedenle, hastalık şiddetinin ortaya konmasında dermatolojik bulgularla birlikte psikososyal durumun ve yaşam kalitesinin değerlendirilmesi de önerilmektedir (de Arruda & De Moraes, 2001). Psoriaziste hastalık şiddetinin belirlenmesi uygun, güvenli, etkin ve memnuniyet verici tedavilerin algoritmik olarak uygulanabilmesinde rehber görevi görür. Psoriazis şiddetinin tanımlanmasında en çok kullanılan ltlerden biri Psoriazis Alan şiddet İndeksi (PAŞİ/PASI)'dir. Bu değer klinisyen tarafından dört vücut bölgesindeki eritem (E), infiltrasyon (I), kepek (S) derecesinin hesaplanması ile belirlenmektedir.

Sedef hastalarında en sık görülen psikiyatrik bozuklukların %44 ile depresyon ve %35 ile anksiyete bozuklukları olduğunu gösterilmiştir (Woodruff, Higgins, du Vivier, Wessely, 1997).

53 sedef hastasının, 24 nörodermatit hastasının ve 52 sağlıklı bireyin karşılaştırıldığı bir çalışmada cilt hastalığı olan kişilerin herhangi bir cilt problemi olmayan bireylere göre cinsel yaşamlarının daha bozuk olduğu ve sedef hastası olan bireylerin atopik egzeması olanlara göre cinselliklerinin daha fazla etkilendiği gösterilmiştir (Niemeier, et al. 1997)

Tayvan'da 12.300 yeni tanı almış erkek sedef hastasıyla, National Health Insurance Database in Taiwan'dan eşleştirilmiş 61.500 kontrolle yapılan çalışmada, bu kişilerin cinsel işlev bozukluklarına ilişkin kayıtları 7 yıl boyunca sağlık sistemi üzerinden takip edilmiştir. Yapılan gözlem sonucunda 73.800 kişiden 1.812 (%2,46)'sı cinsel işlev bozukluğu için başvuru yapmıştır. Bunların 373'ü (sedef hastalarının %3.03'ü) sedef hastalarından, 1,439'ü (sedef hastalığı olmayan grubun %2.34) ise sedef hastalığı olmayan kişilerden oluşmaktadır. Risk oranı sedef hastalarında 1.27 kat daha fazla bulunmuştur. Tabakalanmış analizde cinsel işlev bozukluğu için risk faktörü olarak, 60 yaşından yaşlı olmak ve psoriatik artriti olmak bulunmuştur. Cinsel işlev bozukluğu riskinin retionid, metotreksat ve siklosporin gibi sistematik tedavi alan hastalar için artmadığı gösterilmiştir (Chen, Chen, Lin, et al., 2012). Ancak literatürde metotreksat kullanımıyla oluşan cinsel problemler bildiren vaka bazlı çalışmalarda mevcuttur (Wylie, ve ark., 2009)

4606 erektil disfonksiyonu olan ve 13818 randomize seçilmiş vakaya erektil disfonksiyonu olma ve öncesinde sedef tanısına sahip olma arasındaki bağlantıyı görmek için durumsal lojistik regresyon analizi uygulanmıştır. Sonuç olarak, erektil disfonksiyonu olan hastaların daha sıklıkla sedef tanısı aldıkları gözlemlenmiştir (odds ratio = 3.85; 95% confidence interval = 2.72–5.44) (Chung, et al., 2011).

104 sedef hastasının incelendiği bir çalışma, hastaların %50'si sedefin cinsel ilişkilerini engellediğini hissettiğini ve bu vakaların %11'nin ise çocuklarında sedef olma ihtimali yüzünden çocuk yapmaktan kaçındıklarını göstermiştir (Ramsay & O'Reagan, 1988).

120 sedef hastasıyla yapılan bir çalışmada ise, hastaların %40.8'i sedef hastalığı başladıktan sonra cinsel aktivitelerinin azaldığını bildirmiştir. Cinsel yönden etkilenen ve etkilenmeyen grup arasında, evlilik durumu, cinsiyet, yaş, sedef başlangıç yaşı, sedef hastalığı süresi, sedef şiddeti açısından bir fark görülmemiştir (Gupta & Gupta, 1997).

Başka bir çalışmada, 936 sedef hastasının %35.5'inde sedef dolayısıyla bir cinsel problem yaşadığı belirtilmiştir. 1 aylık gözlemlerde hastalığın şiddetinin %75 azalması ile cinsel yaşamda iki kata kadar bir iyileşme görüldüğü bildirilmiştir (Sampogna, Gisondi & Tabolli, 2007).

78 sedef ve 56 kontrol grubunun olduğu bir çalışmada, kadın hastaların %51,28'inde ve erkek hastaların %41.03'ünde depresyon bulunmuştur. Hem depresyonda olan hem de olmayan kadın sedef hastalarının FSFI skorlarının sağlıklı kontrollerden belirgin olarak daha düşük olduğu görülmüştür. Sedef hastalarında depresyon varlığının FSFI skorları üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkisi olmadığı gözlemlenmiştir. Her üç grupta da, lubrikasyon ve ağrı açısından belirgin bir farklılık gözlemlenmemiştir. IIEF toplam skorları, depresyon eşlik etsin veya etmesin, sedef hastalarında sağlıklı kontrollere göre belirgin olarak azalmıştır. Depresyonu olan ve olmayan sedef hastalarında ise IIEF skorları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Erektile fonksiyon, orgazmik fonksiyon, cinsel istek ve genel tatmin alt boyutları sedef grubunda depresyon eşlik etsin veya etmesin kontrollere göre azalmıştır ancak bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Korelasyon analizlerinde kadın hastaların dermatolojik yaşam kalitesi ölçeği skorları ile FSFI skorları arasında negatif bir korelasyon bulunmuştur. FSFI skorları PASI ve Hamilton depresyon ölçeği skorları ile korele bulunmamıştır. IIEF skorları ise ne dermatolojik yaşam kalitesi ölçeği ne de PASI ve Hamilton depresyon ölçeğiyle korele bulunmuştur. Depresyon varlığının hem erkek sedef hem de kadın sedef hastaları için cinsel işlevleri kötüleştirmediği gösterilmiştir (Ermertcan, Temeltas & Deveci, et al., 2006)

52 kadın sedef hastası ve 30 herhangi bir cilt problemi olmayan kontrol grubuyla yapılan çalışmada, PASI skorlarıyla, FSFI skorları arasında negatif bir korelasyon mevcut olup, genital bölgede sedefi olan hastaların genital lezyonu olmayanlara göre cinsel işlevlerinin daha belirgin olarak bozulduğu gösterilmiştir. Sedef şiddeti arttıkça, istek, uyarılma ve tatmin belirgin olarak azalmaktadır. Lubrikasyon, orgazm ve ağrı puanlarında sedef şiddeti arttıkça istatistiksel olarak anlamlı olmayan bir azalma olmaktadır. Aynı zamanda FSFI ile yaş ve hastalığın süresi arasında anlamlı bir korelasyon mevcuttur (Maaty, et al., 2013). Başka bir çalışmada ise, sedef hastalarında genital bölgede sedef oluşuyla cinsel disfonksiyon arasında bir korelasyon bulunmadığı ortaya konmuştur (Van Dorssen, Boom & Hengeveld, 1992).

Prospektif olarak yapılan 92 sedef ve 130 kontrol hastasını içeren bir çalışmada, çok değişkenli lojistik regresyon sonucunda yaş ve hipertansiyonun erektil disfonksiyon için

bağımsız risk faktörleri olduğu ancak sedef tanısının bağımsız bir risk faktörü olmadığı bulunmuştur (Goulding, et al., 2011).

Dermatolojik hastalığın şiddetinde artışla birlikte cinsel disfonksiyonun şiddetinin arttığı belirlenmiştir (Van Dorssen, Boom & Hengeveld, 1992; Jowett & Ryan, 1995; Niemeier Winckelsesser & Gieler, 1997).

## **2.6.Cinsellik ve Cinsel İşlevler**

### **2.6.1. Giris**

Günümüzün küreselleşen dünyası, yoğun hareketliliğin ve aynı zamanda hızlı değişimlerin olduğu bir yer haline gelmiştir. Cinsel davranışlar bu değişimlerle birlikte şekillenmektedir.

Cinsel alandaki gelişmeler 20. Yüzyılla birlikte hızlanmıştır. 20. yüzyılın ilk yarısında Freud “Cinsellik Üzerine Üç Deneme” kitabında, ilk defa libido kavramından bahsetmektedir. Bunun yanında aynı dönemde cinsellik alanında katkıda bulunan Magnus Hirschfeld, Theodoor Hendrik van de Velde, Bernard Schapiro gibi isimler de bulunmaktadır. 20. Yüzyılın ikinci yarısı cinsellikle ilgili daha büyük adımların atıldığı bir süreç olmuştur. Alfred Charles Kinsey, William Howell Masters, Virginia Eshelman Johnson, Harry Benjamin, Helen Singer Kaplan gibi kişilerin cinsellik, cinsel işlevler ve seks terapileri alanına büyük katkıları olmuştur.

İnsan cinsel davranışıyla ilgili ilk kapsamlı çalışma 1953 yılında Kinsey ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. 1965 yılında cinsel yanıtla ilgili bilimsel yenilikleri içeren “İnsanda Cinsel Davranış” isimli ilk kitap Masters ve Johnson tarafından yazılmıştır. Masters ve Johnson, cinsel ilişkiye giren bir çifti laboratuvar ortamında izleyerek tepkilerini ölçen ve kaydeden ilk kişilerdir. Masters ve Johnson’ın kitabı bazı değişikliklerle birlikte halen geçerliliğini korumaktadır. Masters ve Johnson bu kitapta insanda seksüel uyarana karşı verilen cinsel yanıtı uyarılma, plato, orgazm ve çözülme evresi olarak 4 aşamada tanımlamışlardır. Kaplan ise 1979 yılında Masters ve Johnson’ın 4 evresine ek olarak cinsel isteği tanımlamıştır. Bu üç yazar da yazdıkları kitaplarla seks terapileri alanına büyük katkılarda bulunmuşlardır.

Diğer psikiyatrik rahatsızlıklarla karşılaştığımızda, bugüne kadar cinsellikle ilgili yapılan çalışmaların kısıtlı kalmasının sebebi, cinselliğin kültürel, zamansal, toplumsal ve bireysel

olarak tabu niteliği taşıması ve cinsellikle ilgili konuşmanın diğer problemlere göre daha zor kabul edilmesidir.

### **2.6.2. Cinsel Organların İnnervasyonu:**

Cinsel organlar primer olarak otonomik sinir sistemi tarafından innerve edilmektedir. Penisteki sertleşme nörofizyolojik iki yolakla gerçekleşmektedir. İlki refleks olarak oluşan ereksiyonlar parasempatik bileşenler olan pelvik splanknik sinirler (S2,S3,S4) yoluyla meydana gelmektedir. Psikolojik olan uyarımları ise sempatik torakolumbar yolaklar taşımaktadır. Parasempatik yolakların genitallere kan akışını arttırması ile klitoral büyüme ve vajinal ıslanma gerçekleşmektedir. Ejakülasyonun oluşumunda ise sempatik yolaklar önemli bir role sahiptir. Kadında, vajina, üretra ve uterusu düz kasların kasılmasına sempatik sinir sistemi neden olmaktadır.

### **2.6.3. Cinsel işlevlerin nöroendokrin temelleri:**

Cinsel işlevlerin düzenlenmesinde birçok nörotransmitter, hormon ve peptit rol oynamaktadır. Her iki cinste dopaminerjik sinir dizgeleri uyarılmayı ve orgazmı arttıran düzenleyici bir özellik sergilerken, serotoninergik sistem bu fonksiyonları engelleyici bir nitelik taşır. Kadın ve erkeklerde androjen varlığı cinsel isteğin oluşumunda önemli bir rol oynarken, östrojenin ve progestinlerin varlığı kadında cinsel işlevlerin sürmesi için önem taşır. Dopamin, cinsel istek, fantezi, dürtü ve motivasyonun oluşması konusunda bilinen en önemli transmitterlerden biridir (Crenshaw 1996). Kadında ve erkekte testosteron ve östrojen dengesi libidoyu etkilemektedir. Prolaktin ise cinsel isteği olumsuz yönde etkilemektedir. Kolinerjik sistem ve asetilkolinin merkezi uyarılmadan sorumlu olduğu düşünülmektedir. Periferik uyarılmada ise hem asetilkolinin hem de nitrik oksidin temel rol oynadığı bilinmektedir (Stahl 2003).

#### **2.6.3.1.Cinsel motivasyon**

Psikolojik ve kişilerarası faktörlerin, cinselliği neden ve nasıl yaşadığımız, cinsel problemlerin etyolojisine ve devam ettiricileri üzerinde önemli rolleri bulunmaktadır. Cinsel sağlık veya işlev bozukluğu için önemli olan belirleyiciler; kişinin ailesinde sevginin ve duyguların nasıl dışa vurulduğu; o kişinin büyürken cinsel bir travmaya maruz kalıp kalmadığı; cinsellikle ilgili dini, kültürel ve toplumsal mesajlar; medyanın, kişilerin inançları ve davranışları üzerindeki etkisi olarak sayılabilir. Cinsel problemlere yol açan sebepler; bireysel yatkınlık, kişilik, psikiyatrik ve tıbbi rahatsızlıklara karşı yapısal/biyolojik duyarlılık ve ayrıca yakın bir ilişki sürdürme ve sağlama becerisinden yoksun olmaktır (Althof,

Leiblum, Chevret-Measson, Hartmann, Levine, McCabe, et al, 2005; Althof, Abdo, Dean, Hackett, McCabe, McMahon, et al., 2010). Son yıllarda yapılan çalışmalarda, erkek ve kadının cinsel isteklerinin farklı olabileceği (Baumeister & Tice, 2000) ve tetiklenebilen veya yanıt veren cinsel isteğin kadınlarda daha yaygın olduğu gösterilmiştir (Basson, 2000). Kadınlardaki cinsel istek ve uyarılmanın farklı iki basamak olmasından ziyade birbiriyle örtüşen kavramlar olduğu hipotezi DSM 5’ te nozolojik kategorilerde değişim yapılması fikrini tetiklemiştir (APA, 2013). Böylece “Kadınlarda Cinsel İlgi/Uyarılma Bozukluğu” olarak tek bir kategori oluşturulmuştur. Ancak erkek cinsel işlev bozukluklarının sınıflandırmasında cinsel istek ve uyarılma ayrımı devam etmektedir. Aslında DSM 5 kadın ve erkek cinselliğinin farklı olabileceğini kabul ederek, kadın ve erkekte cinsel yanıt döngülerinin önceki varsayımlardaki gibi lineer ve analog olmayabileceğini kabul etmektedir. Yeni modellerde, zihin ve beden verdiği cinsel yanıtın, kompleks ve değişken olabileceği, subjektif uyarılmanın cinsel istekten önce gelebileceği belirtilmektedir (Basson, Leiblum, Brotto, Derogatis, Fourcroy, Fugl-Meyer, et al., 2004).

İnsan cinselliği komplekstir ve birçok farklı şekilde harekete geçirilebilir. İnsanların cinsellik yaşama sebeplerinin, üremek, zevk hissetmek ve cinsel gerilimi azaltmak olduğu varsayılmaktadır. Meston ve Buss’ un yaptığı bir araştırmada ise bu sebeplerin sayıca daha fazla ve psikolojik olarak daha kompleks olduğu belirlenmiştir (Meston & Buss, 2007). Cinsellik, prestij, statü ve saygınlığın da içinde olduğu geniş bir sosyal ve kültürel bağlamda yaşanmaktadır (Buss, 2003). Meston ve Buss, cinsel birliktelik yaşama sebepleriyle ilgili bu güne kadar yapılmış en kapsayıcı araştırmada 237 farklı motivasyon göstermişlerdir. Bu sebepler, dünyevi sebeplerden, altüstistik, intikamcı ve ruhsal sebeplere kadar değişmektedir. Bunların içinde en çok cazibe, zevk, duygusal yakınlık, aşk, romantizm, sevgi, uyarılma, mutlu etme isteği, macera, heyecan, deneyim, bağlantıda olma, kutlama, merak ve fırsat belirlenmiştir (Meston, Buss, 2007).

Bütün bu teorik bilgiler tek bir sonuca işaret etmektedir. İnsanların cinsellik yaşama nedenleri sınıflandırmacıların tanımladıklarından çok daha fazla sayıdadır ve psikolojik olarak daha karmaşıktır.

#### **2.6.4. Kadın ve Erkek Cinselliği Arasındaki Motivasyonel Farklar**

Evrime dayalı teorilere göre, erkeklerde cinsel çeşitlilik isteği (Symons, 1979), cinsel birleşme fırsatları (Buss, 2003), potansiyel eşin fiziksel görünüşü (Buss & Schmitt, 1993)

daha motive ediciyken; sevgiyi göstermek veya psikolojik bağlanmayı güçlendirmek gibi duygusal faktörler kadınlar için daha önemli sebeplerdir (Buss, 2003).

Basson, kadınların cinsel ilişkiye, duygusal yakınlık, bağlanma, sorumluluk, aşk, sevgi, kabul, tolerans ve yakınlık gibi yan sebeplerden de girebileceğini belirtmiştir (Basson, 2000). Kadınlar partnerleriyle yakınlığı artırmaya çalışmanın yanı sıra, kendi iyilik hallerini ve cinsel olarak arzuladıklarını hissetmek için de cinsellik yaşayabilmektedirler (Klusmann, 2002; Althof, Leiblum, Chevret-Measson, Hartmann, Levine, McCabe, et al., 2005). Carvalheira ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada, kolay bir şekilde uyarılan kadınların %15.5'i sadece cinsel istek duydukları zaman cinsellik yaşadıklarını belirtirken, %30.7'si ise tipik olarak veya çoğu zaman uyarılmaya başladıkları zaman istek duymaya başladıklarını belirtmektedirler (Carvalheira, Brotto & Leal, 2010). Uzun süreli ilişki içinde olan kadınlarda (%42), kısa süredir ilişki içinde olan kadınlara (%22.4) göre cinsellik, cinsel istek olmadan daha fazla yaşanmaktadır. Hamann yaptığı fMRI çalışmalarında, bu teoriye, erkeklerdeki görsel cinsel uyarıya karşı ortaya çıkan amigdala ve hipotalamus yanıtlarının kadınlara göre daha fazla olduğunu göstererek nörofizyolojik destek sağlamıştır (Hamann, Herman, Nolan, Wallen, 2004).

Erkeklerde cinsel istek ve biyopsikososyal belirleyicileri hakkında yapılan çalışmalarda, erkeklerdeki cinsel isteğin en iyi belirleyicisinin kognitif faktörler (kültürel değerlere bağlı cinsel inançlar ve cinsellik sırasındaki otomatik düşünceler) olduğu gösterilmiştir (Carvalho & Nobre 2011; Carvalho & Nobre, 2011). Özellikle, cinselliğe karşı kısıtlayıcı tutumlar şeklindeki inançların, ereksiyon ile ilgili endişelerin ve cinsel bağlamda erotik düşüncelerin yokluğunun azalmış cinsel istek üzerine belirgin bir etkisinin olduğu gösterilmiştir. Uzun ilişki süresi de aynı zamanda düşük cinsel istek için bir prediktördür. Yaşın cinsel istek açısından belirgin bir etkisi görülmemiştir; sadece indirekt olarak cinsel aktiviteye karşı kısıtlanmış tutumlarında rolü bulunmaktadır. Sanılanın aksine, tıbbi faktörlerin cinsel istek üzerine direkt bir etkisi gösterilememiştir ve tıbbi sorunların varlığıyla direkt bağlantısı olan ereksiyonun, kaygı yoluyla (cinsellik sırasındaki otomatik düşünceler) etki ettiği düşünülmektedir. Bütün belirleyicilerin göreceli katılımı kontrol edildikten sonra, psikopatoloji, evlilik uyumu ve duygusal değişkenlerin, hiçbirinin direkt veya indirekt olarak cinsel istek üzerine bir etkisi gösterilmemiştir (Carvalho & Nobre 2011; Carvalho & Nobre, 2011).

### **2.6.5. Cinsel Yanıtın Modelleri**



Cinsel fonksiyon; biyolojik, sosyokültürel ve psikolojik faktörlerin karmaşık etkileşimini içermektedir (APA, 2013). Cinsel yanıt döngüsü, kişinin birçok emosyonel ve fiziksel değişiklikten geçerek uyarılması ve cinsel birleşme ve mastürbasyon gibi cinsel olarak uyarıcı aktivitelere katılımdır.

#### 2.6.5.1. Lineer Model

Masters ve Johnson: 4 Basamaklı Modeli

Masters ve Johnson tarafından 1966 yılında ilk ortaya atılan cinsel işlev modelidir (Masters & Johnson, 1966). Yazarlar insan cinsel yanıtının fizyolojisini sistematik olarak çalışan ilk araştırmacılarıdır. 4 basamaklı lineer bir model önermişlerdir:

1-Uyarılma evresi

2-Plato evresi

3-Orgazm evresi

4-Çözülme evresi

Bu modele göre, cinsel yanıt, her iki cinste de kademeli olarak cinsel heyecanın (gerilim) artması, bir platoya ulaşması ve sonrasında orgazm ile serbest kalması şeklindedir. Bazı kadınların rezolüsyon öncesi çoklu orgazm yaşabilecekleri belirtilmiştir. Bu model büyük ölçüde kabul edilerek, kadın ve erkekteki cinsel yanıtın sonraki kavramsallaştırılmaları için de bir temel oluşturmuştur. Aynı zamanda bu model, erkekteki ve kadındaki cinsel işlev bozukluklarının anlaşılması için bir çerçeve oluşturmaktadır (Masters & Johnson, 1970).

1974 yılında Helen Kaplan, kısmen biraz daha farklı bir cinsel yanıt döngüsü önermiştir. Kaplan'ın önerisi Masters ve Johnson' nın fizyolojik araştırmaları yerine, seks terapisti olarak kendi klinik deneyimine dayanmaktadır (Kaplan, 1974). Kaplan'a göre cinsel yanıt üç ana bileşen içermektedir; bunlar, istek, uyarılma ve orgazmdır. Kaplan, önceki cinsel yanıt modeline, istek aşamasını ekleyerek önemli bir katkıda bulunmuştur. Önceki modelde, cinsel birleşme istemek veya cinsel istek dikkate alınmamıştır; her şey kişinin kendisini uyarılmış hissetmeye başlamasıyla ilerlemektedir. Kaplan'ın cinsel isteğe odaklanması, cinsel istek ile uyarılma arasındaki farklar hakkındaki bugün hala devam eden önemli bir tartışmayı başlatmıştır. Kaplan'ın sınıflandırması DSM III ve IV'ün cinsel işlev bozuklukları sınıflandırmasında kullanılmıştır (American Psychiatric Association, 1980; American Psychiatric Association, 2000). Bu modelde cinsel yanıt, spontan cinsel istekle başlayarak,

uyarılma ve onu takiben orgazm ve rezolüsyon ile sonlanmaktadır. Aynı zamanda bu modelde kadın ve erkek cinsel yanıtının aynı lineer tipte olduğu, bir basamağın diğerini izlediği varsayılmaktadır.

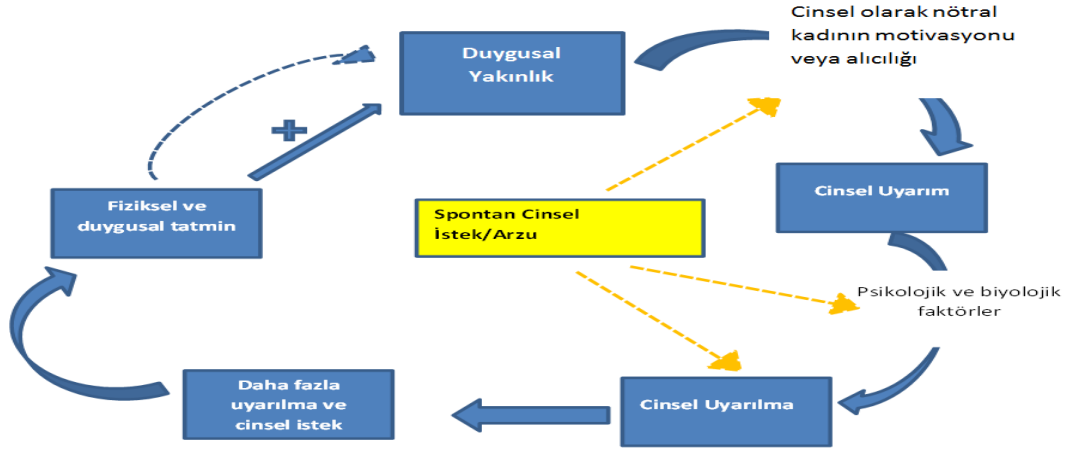
Bazı yazarlar bu iki lineer modelin bazı kısıtlılıkları olduğunu savunmaktadırlar (Basson, 2000; Bean, 2002; Rosen, 2006; Giles, McCabe, 2009; Hayes, 2011). Her iki modelde, kadın ve erkek cinsel yanıtının lineer oluşu ve değişmeyen bir şekilde ilerleyişi eleştirilmektedir. Lineer cinsel yanıtın erkekler için kadınlara göre daha uygun olduğu düşünülmektedir. Sonuç olarak, cinsel yanıtın keskin sınırları yoktur, zaman zaman örtüşse de kesin bir şekilde her basamak birbirini takip etmemektedir. Yeni modellerde, cinsel yanıtın kişiden kişiye ve duruma göre farklılık gösteren bir değişken olduğu ve kadınlarda bu döngünün lineer olmamasının normal bir özellik olduğu düşünülmektedir.

#### 2.6.5.2. Basson' un modeli

Basson' un modeline göre (Şekil 1) kadının normal cinsel fonksiyonları birbirini, değişken şekilde zamansal olarak takip eden ve örtüşen aşamalar içermektedir. Önceki modellerle karşılaştırıldığında Basson' un döngüsel modelinde, spontan cinsel isteğin yanı sıra cinsel uyarılmanın deneyimlenmesiyle oluşan yanıtısal tipte bir cinsel istek tanımlamıştır (Basson, 2000). Bu açıdan bakıldığında, cinsel ilişki sırasında da cinsel istek tetiklenebilmekte veya olan istek artabilmektedir. Araştırmalar, kadınların birçok farklı sebeple (duygusal yakınlık için istek artışı, sevgiyi belli etme isteği, fiziksel zevk almak ve paylaşmak, partnere karşı daha açık olmak) cinsellik yaşadıklarını doğrulamaktadır (Basson, 2005; Basson, Wierman, van Lankveld, Brotto, 2010).

Basson' un modeline göre, kadınlar isteğin nötral olduğu bir durumda cinselliğe başlar; eğer partnerinden yeteri kadar duygusal yakınlık alırsa, cinsel bir uyarıyı arayabilir veya cinsel uyarıya açık hale gelebilmektedir (Basson, 2000). Cinsel uyarıya açıklık, kadında cinsel nötrallikten uyarılmaya doğru bir geçiş sağlamaktadır. Eğer zihin, cinsel uyarıcıyı, uyarılma halinde işlemeye devam ederse cinsel istek kadını, cinsel tatmin ve orgazm yaşamak için cesaretlendirebilmektedir. Cinsel istek spontan ortaya çıkmaktan ziyade yanıtısal bir durumdur. Klasik spontan cinsel istek hissetmeyen birçok kadının cinselliği işlevsel ve tatminkardır. Bu kadınlar için, cinsel uyarım deneyimlemeye karar verildikten sonra cinsel uyarılma ve yanıtısal tipteki istek eş zamanlı olarak ortaya çıkmaktadır. İlerleyen uyarılma, potansiyel orgazma ulaşmak için bir odaklanma sağlamaktadır. Fiziksel iyilik hali orgazmik bir rahatlama olmasa dahi olabilmektedir. Duygusal yakınlaşmanın ödülleri, artmış bağlılık,

bağlanma ve ilişki içindeki kusurların toleransı ve partnerin iyilik hali, bir sonraki döngünün aktive edilmesini sağlayan motivasyonel faktörlerdir. Bu potansiyel ödüllerin hepsi tek başına veya bazen de fiziksel cinsel ihtiyaçla (eş ile ayrılık durumlarında veya tipik olarak birkaç gün ayrı kalmakla ortaya çıkabilir) birlikte etkili olabilir.



Basson'un Cinsel Yanıt Döngüsü (Basson,2001) (Şekil 1)

Basson'un modelinde, uyarılma, biyolojik ve psikolojik faktörlerden etkilenen bir safha olarak kavramsallaştırılmıştır. Bu modele göre, cinsel ilişki veya uyarım yaşayan kadının her zaman uyarılmış olması gerekmemektedir. Eğer kadının arzuladığı uyarım, yeterince uzun süre oradaysa ve kadın odaklanabiliyorsa, cinsel eksitasyonu ve zevki yoğunlaşmaktadır. Uyarımın tipi, uyarılmak için gerekli olan süre, uyarılmanın oluştuğu durum tamamen bireyseldir. Emosyonel ve fiziksel pozitif sonuçlar bir sonraki motivasyonu artırmaktadır (Basson, 2005). Geleneksel modellerle karşılaştırıldığında, kadın cinsel yanıt döngüsünün sirküler modeli orgazm ve rezolüsyonu esas olarak modele dahil etmemiştir. Orgazm olsun veya olmasın, uyarım yeterince uzun süre devam ettiğinde, kadın yeterince odaklanabildiğinde, cinsel uyarılma hissinden zevk alıyorsa ve ağrı gibi herhangi bir negatif etmen olmadığında cinsel tatmin yaşanmaktadır. Subjektif uyarılma hissi veya duygusal katılım her zaman genital konjesyonun fizyolojik ölçümleriyle korele değildir. Aslında duygular ve düşüncelerin subjektif cinsel uyarılma hissini deneyimlenmesi üzerine genital vazokonjesyonun geribildirimine göre çok daha güçlü bir etkisi vardır. Model aynı zamanda, biyolojik, psikolojik ve durumsal faktörlere daha bütüncül bir çerçevede bakmaktadır.

Sonuç olarak bu yeni model, kadındaki uyarılma ve istek arasında karşılıklı ilişkiyi göstermekte ve uyarılmadan önceki spontan istek önceliğine ve orgazm olma gerekliliğine son vermektedir (Rosen, Barsky, 2006). Bu modelin kısıtlılıkları ise, kadının cinsel istek için çoğu zaman bir alıcı veya doğası gereği her koşulda cinsel bir uyarıya yanıt verecek şekilde algılandığı takdirde, cinsel anlamda pasif ve güvensiz olduğu gibi kalıpları ortaya çıkarabilmesidir. Dahası bu model daha çok yakınlık üzerine kurulu olduğundan dolayı, cinsel istekleri ve uyarılmaları yakınlık ile bağlantılı olmayan kadınların hariç tutulmasını gerektirebilir. Basson'un modeli subjektif ve kişilerarası faktörleri kapsayarak ve de kadının cinsel deneyiminin lineer olmayan doğasını kabul ederek, kadında cinsel yanıtı yeni ve daha geniş bir bakış açısı katmaktadır.

Psikiyatrik tanımlar için kullanılan DSM (Ruhsal Hastalıkların Tanımsal ve İstatistiksel Başvuru Kitabı) ve ICD (Dünya Sağlık Örgütü Ruhsal ve Davranışsal Bozukluklar Sınıflandırması) gibi başvuru klavuzlarında ruhsal hastalıklar belirti kümelerine göre tanımlanmıştır.

Cinsel İşlev Bozuklukları'nın bugüne kadar yapılmış sınıflandırma ölçütleri yeterli klinik ve epidemiyolojik araştırma verileri ile desteklenememiştir. Tanı ölçütleri DSM 5' e kadar daha çok uzman görüşü üzerine temellenmiş; ampirik çalışmalardan gelen kanıtlarla yeterince desteklenmemiştir. DSM 5 CİB tanı ölçütlerinde belirsiz ifadelerden uzak durmaya çalışmış ve daha ölçülebilir ve somut tanımlamalar getirmeye gayret etmiştir. DSM 5 tanı ölçütleri, "homojen" gruplar belirlemek ve bu homojenite içine girmeyen kişileri "bozukluk" kapsamında değerlendirmemek amacıyla tanımlamada özgül süre ve şiddet ölçütleri kullanmıştır. Şu ana kadar yapılmış tüm DSM sınıflandırma sistemlerinde kadın ve erkek cinselliğinin aynı çizgisel (lineer) cinsel yanıt döngüsünden geçtiği varsayılmış ve sınıflandırma bu çizgisel döngü üzerinden yapılmıştır. DSM 5 önemli bir kavram değişikliği yaparak farklı cinsiyetlerin cinsel yanıtlarının mutlaka benzer olmayabileceğini vurgulamış ve böylelikle CİB'in tanısal sistemine yeni bir boyut getirerek kadın ve erkek cinsel işlev bozukluklarını ayrı ayrı ele almıştır. Ayrıca kadın cinsel istek bozukluğu ile kadın cinsel uyarılma bozukluğu tanımlarını birleştirmiş ve "kadın cinsel istek ve uyarılma bozukluğu" biçiminde tek bir kategori içinde tanımlanmıştır (Sungur & Gündüz, 2014).

DSM IV TR' de Cinsel Bozukluklar Cinsel İstekte Azalma (Hipoaktif Cinsel İstek Bozukluğu), Kadında Cinsel Uyarılma Bozukluğu, Erkeklerde Erektile Bozukluk, Kadında Orgazm Bozukluğu, Erkeklerde Orgazm Bozukluğu, Prematür Ejakülasyon, Disparoni,

Vajinismus, Madde Kullanımının Yol Açtığı Cinsel İşlev Bozukluğu şeklinde sınıflanırken, DSM 5'te Cinsel İşlev Bozuklukları Geç Boşalma, Sertleşme Bozukluğu, Erkeklerde Düşük Cinsel İstek Bozukluğu, Erken Boşalma, Kadında Orgazm Bozukluğu, Kadında Cinsel İlgi/Uyarılma Bozukluğu, Cinsel Organlarda-Pelviste Ağrı/İçeri Girme Bozukluğu, Maddenin/İlacın Yol Açtığı Cinsel İşlev Bozukluğu başlıkları altında sunulmaktadır.

## **2.7. Erkek Cinsel İşlev Bozuklukları**

### **2.7.1. Erkeklerde Düşük Cinsel İstek Bozukluğu (Cinsel İstekte Azalma- Hipoaktif Cinsel İstek Bozukluğu)**

#### **2.7.1.1. Sınıflandırma/Tanı**

Cinsel İstekte Azalma DSM-IV-TR tanı ölçütleri aşağıda sıralanmıştır (APA, 2000)

Sürekli olarak ya da yineleyici bir biçimde, cinsel fantezilerin ve cinsel etkinlikte bulunma isteğinin az olmasıdır (ya da hiç olmamasıdır). Klinisyen, kişinin yaşı ve yaşam koşulları gibi cinsel işlevselliğini etkileyen etkenleri göz önünde bulundurarak cinsel isteğin azaldığı ya da hiç olmadığı yargısına varır.

Bu bozukluk, belirgin bir sıkıntıya ya da kişilerarası ilişkilerde zorluklara neden olur.

Bu cinsel işlev bozukluğu, başka bir Eksen I bozukluğuyla daha iyi açıklanamaz (başka bir Cinsel İşlev Bozukluğu dışında) ve sadece bir maddenin ya da genel tıbbi bir durumun doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir.

DSM 5' ile birlikte hipoaktif cinsel istek kadın ve erkeklerde aynı olmaktan çıkartılarak Erkeklerde Düşük Cinsel İstek Bozukluğu olarak isimlendirilmiştir. Diğer cinsel işlev bozukluklarında da olduğu gibi tanı ölçütlerine 6 ay süresince var olması kriteri eklenmiş ve kişiler arasında bir probleme yol açması kriteri yerine de kişide bir sıkıntıya yol açması gibi daha net ve bir başka kişide ortaya çıkan sıkıntıyı bir tanı kriteri olmaktan çıkartan kriterler eklenmiştir. Ancak diğer cinsel işlev bozukluklarında olan her cinsel etkinlikte ya da neredeyse her cinsel etkinlikte (yaklaşık % 75-100' ünde) (belirli durumlarda ya da yaygın ise her durumda) olması kriteri bu bozukluğa eklenmemiştir (Sungur & Gündüz, 2014).

#### **2.7.1.2. Genel Bilgiler**

Cinsel istek, kişilerin cinsel aktiviteyi araması ve aktiviteyle meşgul olması için gerekli motivasyonu sağlamaktadır (Pfaus, 2009; Corona, Petrone, Mannuci, Ricca, Baleria, Giommi, et al., 2005).

Cinsel istek, içsel bilişsel işlemlerin (düşünceler, imajlar, fanteziler), nörofizyolojik mekanizmaların (merkezi uyarılabilirlik) ve affektif bileşenlerin pozitif etkileşimi sonucu olarak ortaya çıkmaktadır (Bancroft, 2005; Corona, Rastrelli, Ricca, Jannini, Vignozzi, Monami, et al., 2013; Prause, Janssen, Hetrick, 2008).

Cinsel istek, ilişki durumu, psikolojik adaptasyon, bilişsel faktörler ve biyolojik belirleyicilere bağlıken, DSM 5 tanımına göre işlev bozukluğu belirtilerinin olması ve bu belirtilere bunun bir problem olduğu algısının eşlik etmesi tanı koymak için yeterli görülmüştür.

Düşük cinsel istek, diğer cinsel işlev bozuklukları gibi düzgün tanımlanmamış veya yanlış tanı konulmuş ve çoğu zaman başka bir cinsel işlev bozukluğu gibi düşünülüp tedavi edilmiştir (Meuleman, Van Lankveld, 2005).

### 2.7.1.3.Prevalans

DSM 5' e göre 18-24 yaş arası erkeklerin %6'sının ve 66-74 yaş arası erkeklerin %41'i cinsel istek problemi yaşarken, 16-44 yaş arası erkeklerin sadece ufak bir grubunda (%1,8) altı ay veya daha fazla devam eden bir cinsel istek azlığı mevcuttur (APA, 2013).

2004 yılında Amerika'da yaşları 57-85 arasında 1455 erkeği içeren araştırmada, erkeklerin %28'i cinsel isteklerinin eksik olduğunu belirtirken, bu erkeklerin %65'i bu durumdan rahatsızdır (Lindau, Schumm, Laumann, Levinson, O'Muircheartaigh, Waite, 2007).

374 erkekle yapılan çok merkezli bir çalışmada DSM kriterlerine göre erkeklerin %30'u düşük cinsel istek bozukluğu tanı kriterlerini karşılamıştır. (Se graves, Se graves, 1991).

Bir başka çalışma ise DCİB'in erkeklerde %1 ile %20 arasında olduğunu ve bunun yaşa, ülkeye ve değerlendirme metoduna göre değiştiğini belirtmektedir (Brotto, 2010).

#### 2.7.1.4.Etiyoloji (Tablo 2.1)

<b>Düşük Cinsel İstek Nedenleri (Tablo 2.1)</b>		
<b>Organik</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Endokrin hastalıklar</li><li>• Sistemik hastalıklar</li></ul>	Hiperprolaktinemi Hipogonadizm Hipotroidizm  Kronik böbrek yetmezliği Kronik karaciğer hastalığı Hematolojik hastalıklar HIV
<b>Intrapsişik</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Psikiyatrik</li><li>• İşle alakalı problemler</li><li>• Çiftle alakalı problemler</li><li>• Uzamış aile problemleri</li></ul>	Depresyon Anksiyete Psikoz
<b>İlişkisel</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Eşte libido azalması</li><li>• Eşte orgazma ulaşmakta güçlük</li><li>• Eşte cinsel işlevleri bozan kronik hastalık</li><li>• Uzun ilişki süresi &gt;6 yıl</li></ul>	
<b>İlaçlar</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Serotonerjik aktivitesi</li></ul>	SSRI'lar

	olan antidepresanlar	Trisiklik antidepresanlar MAO inhibitörleri
	• Antipsikotikler	Tipikler Atipikler
	• Androjen üretimini veya etkisini önleyen ilaçlar	Streoid veya nonstreoid anti-androjenler Anabolik streoidler GnRh analogları 5-alfa reduktaz inhibitörleri Antiepileptikler
	• Diğer	Lityum Klonidin Rezerpin
Madde kötüye kullanımı	• Alkol • Opioidler • Amfetaminler • Kokain	

## 2.7.2. Sertleşme Bozukluğu

### 2.7.2.1. Sınıflandırma/Tanı

Eretil Bozukluk DSM-IV-TR tanı ölçütleri aşağıda sıralanmıştır (APA, 2000):

Sürekli olarak ya da yineleyici bir biçimde, yeterli bir ereksiyon sağlayamama ya da cinsel etkinlik bitene dek bunu sürdürememe.

Bu bozukluk, belirgin bir sıkıntıya ya da kişiler arası ilişkilerde zorluklara neden olur.

Bu cinsel işlev bozukluğu, başka bir Eksen I bozukluğuyla daha iyi açıklanamaz(başka bir Cinsel İşlev Bozukluğu dışında) ve sadece bir maddenin ya da genel tıbbi bir durumun doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir.



DSM 5'ile birlikte ismi erektil bozukluktan sertleşme bozukluğuna çevrilmiştir. Her cinsel etkinlikte ya da neredeyse her cinsel etkinlikte (yaklaşık %75-100'ünde) (belirli durumlarda ya da yaygın ise her durumda) yaşanıyor olması, en az 6 ay boyunca devam ediyor olması ve sertlik düzeyinde belirgin azalma kriterleri eklenmiştir. Sertlik düzeyinde azalma kriterinin ilaç endüstrisinin baskısıyla eklenmiş olabileceği düşünölmektedir. Çünkü, cinsel ilişkinin doğal seyrinde ereksiyon düzeylerinde artmalar ve azalmalar olabilmektedir. Bu kriterin eklenmesi, erkeklerin sertliklerini gözlemlemesine, deneyimsiz hekimlerin bu kriter üzerinden yola çıkarak hastaya ilaç başlamalarını ve ilaç endüstrisinin ereksiyonu kolaylaştıran ilaçların kullanımını teşvik etmesine yol açarak gereksiz ilaç kullanımını artırabileceği düşünölmektedir (Sungur & Gündüz, 2014)

#### 2.7.2.2.Prevalans

Bütün cinsel işlev bozuklukları içinde sertleşme bozukluğu hakkında en çok araştırma yapılmış olandır. Preklinik ve klinik çalışmaların sonucu olarak ereksiyonun fizyolojisi iyi düzeyde anlaşılmıştır. Buna bağlı olarak kanıta bağlı tedaviler de gelişmektedir. Sertleşme bozukluğu 50 yaş üstü erkeklerde daha sık görülse de, yakın zamanda yapılan bir çalışmada tedavi için yardım arayan her dört hastadan birinin 40 yaş altı olduğunu göstermektedir (Capogrosso, et al., 2013). Sertleşme Bozukluğu, erken boşalma ile birlikte en sık görölen erkek cinsel işlev bozukluğudur. Sertleşme bozukluğunun prevalansı net bir şekilde yaşla ilişkili olup 5. dekattan sonra hızlı bir artış göstermektedir.

### 2.7.2.3.Eretil disfonksiyon epidemiyolojisi

Tablo 2.2 (Porst, Sharlip, 2006)

Yazar	Ülke	N (Tüm)	Yaş aralığı				
			30-39	40-49	50-59	60-69	70-80
Braun 2000	Almanya	4,489	%2.3	%9.5	%15.7	%34.4	%53.4
Chew 2000	Avustralya	1,240	%8.4	%13.1	%33.5	%51.5	%69.2
Koskimaki 2000	Finlandiya	2,178	NA	NA	%67	%76	%83
Rosen 2004	Uluslararası	27,839	%11	%15	%22	%30	%37
De Boer 2004	Hollanda	2,117	%5.6	%13.7	%23.7	%40	%41.9
Ponholzer 2005	Avusturya	2,869	NA	%28.9	%37.5	NA	%71.2

### 2.7.2.4.Etiyoloji, Risk Faktörleri ve Devam Ettiren Faktörler

20. yüzyılın ikinci yarısından itibaren sertleşme bozukluğunun vasküler, nöral, hüresel ve endokrinolojik fizyolojisi ve patofizyolojisi hakkındaki bilgilerimizde büyük ilerlemeler kaydedilmiştir. Bu ilerlemeler sertleşme problemlerinin patofizyolojisinin daha iyi anlaşılmasına yardımcı olmuştur. Psikolojik faktörlerin ereksiyon üzerine önemli bir etkisi olduğu ancak bunun nöral ve organizasyonel seviyede nasıl olduğu hala bilinmemektedir. Bu yüzden ereksiyonu sağlayan santral mekanizmalar üzerine daha fazla çalışma yapılması gerektiği düşünülmektedir.

### 2.7.2.5.Biyomedikal faktörler

Hormonal sistemde (hipofiz bezi, testisler, tiroid), sinir sistemi (santral ve periferel), arteryal sistem ve vasküler endotel ve de yapısal bileşenlerde (tunika albuginea, düz kas hücreleri) herhangi bir soruna yol açacak bir durum potansiyel olarak ereksiyon sürecine etkisi olabilir.

Buna ek olarak iatrojenik invazif veya konservatif (ilaçlar) müdahaleler de bu süreçte probleme yol açabilirler (Eardley, 2002; Gratzke, et al., 2007).

#### 2.7.2.6. Eretil fonksiyon üzerine negatif etkisi olan ilaçlar

**Tablo 2.3 (Porst, 2012)**

<p><b>1. Nöroleptikler</b></p> <p><b>Butirofenonlar:</b> Haloperidol, benperidol, pimozid, fluspirilen, trifluperidol</p> <p><b>Fenotiazinler:</b> Klorpromazin, levopromazin, perazin, triflupromazin, perphenazin, thioridazine</p> <p><b>Tioksantenler:</b> Flupentiksol, Klopentiksol</p> <p><b>Atipik Nöroleptikler:</b> Klozapin, sulprid</p>
<p><b>2. Trisiklik Antidepresanlar</b></p> <p>İmipramin, desipramin, klomipramin, amitriptilin, nortriptilin</p>
<p><b>3. Opioidler/Opioid peptitler</b></p> <p>Morfin, pethidin, diamorfin (eroın), tilidin, piritramid, pentazosin, buprenorfin, tramadol, nalbuphin, meptazinol</p>
<p><b>4. Antiemetikler</b></p> <p>Metoklopramid, bromoprid, domperidon, sisaprid</p>
<p><b>5. Antihipertansifler</b></p> <p>Rezerpin, alfa-metildopa, propranol, tiazid diüretikleri, klonidin</p>
<p><b>6. Antihistaminikler</b></p> <p>Simetidin, ranitidin, famotidin, nizatidin, roksatidin</p>
<p><b>7. Hormonlar</b></p> <p>Estrojenler, TRH, antiandrojenler</p>

### 2.7.2.7. Sertleşme problemi için risk faktörleri ve hastalığa yol açan/artıran faktörler

(Tablo 2.4)

<b>Psikojenik Faktörler</b>
Çocukluk/adolesan dönemdeki psikoseksüel gelişim Cinsel yönelim problemleri Partner problemleri
<b>Hayat şekli ve bireysel sağlık durumları</b>
Devamlı stres faktörleri (özel/iş hayatı); artmış sempatik aktivite ve epinefrin/norepinefrin düzeyleri Sendanter hayat şekli Nikotin Alkol kötüye kullanımı Madde bağımlılığı
<b>Kardiyovasküler risk faktörleri</b>
Hipertansiyon Dislipidemi Koroner arter hastalığı Periferel arteryal okluzif hastalık Tip 1-2 diyabet
<b>Endokrin Faktörler</b>
Hipogonadizm (primer/sekonder) Hiperprolaktinoma Tiroid problemleri (hipo-hipertiroidizm) Diğer (adrenal problemler)
<b>İatrojenik</b>
İlaca bağlı Postoperatif Postradyasyonel
<b>Medikal Sorunlar</b>
Böbrek yetmezliği Hepatik yetmezlik Dislipidemi

Solunum hastalıkları (kronik obstruktif akciğer hastalığı, uyku apnesi) Nörolojik rahatsızlıklar
<b>Penil/Kavernözal faktörler</b>
Kavernözal myopati ve fibrozis (venöz kaçak) Peyroni hastalığı Penil fraktür Pelvic fraktür, perineal travma, spinal kord veya serebral travma

#### 2.7.2.8. Psikolojik faktörler

Psikolojik faktörler, sertleşme probleminin hazırlayıcısı, tetikleyicisi veya devam ettiricisi olabilir. Hazırlayıcı faktörler, kişinin sertleşme bozukluğunun başlamasına hassas hale gelmesine sebep olur ve birçok hazırlayıcı faktörün aynı zamanda rahatsızlığı devam ettirici rolü mevcuttur. Tetikleyici faktörler, hastalığın neden belirli bir durum veya zamanda ortaya çıktığını açıklar. Devam ettiren faktörler ise sorunun halen neden devam ettiğini gösterir. Devam ettirici faktörlerden bazıları performans anksiyetesi ve artmış sempatik aktivitedir.

#### 2.7.2.9. Kişilik özellikleri

Kişilik boyutu ve erkek cinsel işlevleri arasındaki bağlantı henüz sistematik olarak çalışılmamıştır. Yakın zamanda yapılan bir çalışmada, sertleşme bozukluğu olan ve olmayan bireyler karşılaştırıldığında, sertleşme problemi olan kişilerde diğerlerine göre artmış düzeyde “nörotisizm” bulunmuştur. Yapılan regresyon analizinde nörotisizm cinsel işlevi gösteren en iyi prediktör olarak gösterilmiştir. Kişilik özellikleri ve sertleşme bozukluğu arasında net bir bağlantı kurulamamakla birlikte, bu tip kişilik özelliklerinin kişiyi ereksiyon ile ilgili bir sorun yaşamasına yatkın hale getirdiği düşünülmektedir (Quinta Gones & Nobre, 2011). Bu kişilerin, negatif bir cinsel deneyimle karşılaştıklarında (sporadik ereksiyon kaybı), yetersizlikle ilgili daha yoğun negatif affekt ve kognisyon deneyimleyerek, dikkatlerinin erotik uyarandan uzaklaşması sonucu ereksiyon problemi yaşadıkları düşünülmektedir.

#### 2.7.2.10. Kognitif faktörler

Barlow’un yaptığı çalışmalar erektil disfonksiyonda kognitif faktörlerin etkisinin anlaşılması açısından önemli bir katkı sağlamıştır. Burada cinsel inançlar, cinsel şemalar, cinsellik

sırasındaki otomatik düşünceler ve dikkat odağının etkileşimi incelenmiştir. Bu faktörler erektil disfonksiyonun başlangıcı ve devamında önemli bir role sahiptir.

Cinsel inançlar/mitler: Cinsel mitler, cinsel olaylar değerlendirilirken cinsellikle ilgili kurallar koyan düşünceler ve inançlardır. Erektil disfonksiyona sahip erkeklerin cinsel mitlere cinsel olarak işlevsel olan bir erkeğe göre belirgin şekilde daha fazla inandığı gösterilmiştir.

Zilbergeld'e göre erektil disfonksiyona sahip erkeklerde "erkekler her zaman cinsellik ister ve her zaman hazır olmalıdırlar, "gerçek bir adam cinsel olarak hazır olmalıdır", "cinselliğin merkezinde sert bir penis ve onunla ne yapabileceğimiz vardır", "cinsellik eşittir birleşme" gibi mitler bulunmaktadır (Zilbergeld, 1999). Daha yeni bir çalışmada ise kontrol grubu ile erektil disfonksiyon grubunun cinsel inançları karşılaştırıldığında, erektil disfonksiyona sahip kişilerin "Latin Maço" tipindeki inançlarının ("erkekler kadınları tatmin edecek, yoğun cinsel aktiviteyi, hızlı ve yeterli bir ereksiyonu sağlayacak bir kapasitede olmalıdır") belirgin olarak daha fazla olduğu görülmüştür. Ayrıca bu erkeklerde, kadının cinsel tatminiyle ilgili olarak ("kadının birleşmeyle eşzamanlı orgazm olması gerekir, kadının cinsel isteklerinin tatmini zorunludur") ve cinsel başarısızlıkla ilgili katastrofize edici düşüncelerin belirgin olarak daha fazla olduğu görülmüştür (Nobre & Gouveia,2000).

Cinsel şemalar: Kişinin kendi cinsel durumuyla ilgili geçmiş deneyimlerinden getirdiği altta yatan değiştirilmesi güç inançlardır. Bu inançlar şu anki cinsel deneyimi etkilediği gibi, gelecekteki cinsel davranışlar için de bir yol gösterici olarak işlemektedir. Bu şemaların cinsel işlev bozukluğu aşamalarında önemli bir role sahip olduğu düşünülmektedir. Yakın zamanda yapılan bir çalışmada erektil disfonksiyonu olan erkeklerin bağımlılık/yetersizlik gibi erken maladaptif şemalara sahip oldukları ve hipotetik bir cinsel başarısızlık durumu sonrası daha sık olarak farklılık ("ben farklıyım"), yetersizlik ("ben yetersizim") ve özellikle beceriksizlik ("ben beceriksizim") şemalarının daha sık ortaya çıktığı gösterilmiştir (Quinta Gomes & Nobre, 2012).

Cinsellik sırasındaki otomatik düşünceler: Şemalar sonucunda, cinsellikle ilgili durumlarda ortaya çıktıkları şekilde kavramsallaştırılmıştır. Genelde, erektil disfonksiyonu olan erkeklerin cinsellik sırasında negatif otomatik düşünceleri olduğu gösterilmiştir. Carey' in 1993 yılında yaptığı bir çalışmada, erektil disfonksiyonu olan erkeklerin cinsellik sırasında ereksiyonun devamıyla ilgili olarak "ereksiyona ulaşamıyorum", "ereksiyonumu devam ettiremeyeceğim" ve partnerin düşünceleri hakkında ise; "o bundan zevk almıyor", olası başarısızlık karşısında ise "benim hakkımda ne düşünecek" gibi otomatik düşünceleri

olduğunu gözlemiştir (Carey, Wincze, Meisler, 1993). Bir başka çalışmada ise erektil disfonksiyonu olan erkekler, erotik düşüncelerde belirgin olarak daha düşük skora sahip iken, performansla ilgili negatif düşünceler ve başarısızlık beklentisiyle ilgili düşüncelerde belirgin olarak daha yüksek skorlar göstermişlerdir (Nobre, Gouveia, 2000).

**Dikkat:** Çevredeki bir duruma özellikle odaklanırken, diğer kısımları göz ardı etmemizi sağlayan kognitif işlemdir. Dikkat aynı zamanda işlemsel kaynakların paylaşılması olarak da görülmektedir (Anderson, 2004). Araştırmalar, dikkat süreçlerinin cinsel uyarılma üzerine olan ilişkisini net bir şekilde göstermektedir (de Jong, 2009). Sağlıklı gönüllülerle yapılan çalışmalarda, cinsel uyarılar üzerine odaklanan dikkatin cinsel uyarılmayı artırdığı, dikkatin başka yöne çekilmesinin ise (içsel veya dışsal bir uyarılmayla olabilir) uyarılmayı azalttığı görülmüştür. Ancak, sağlıklı ve seksüel disfonksiyonu olan bireylerde dikkatin başka yöne çelimesinin farklı etkilerini inceleyen çalışmalar ilginç sonuçlar göstermektedir. Devamlı olarak erotik olmayan uyarı ile dikkati çelinen bireylerden sadece herhangi bir cinsel işlev sorunu olmayan bireyler azalmış eretil yanıt göstermiştir. Hatta bazı disfonksiyonel erkeklerde erektil yanıtta bir artış gözlemlenmiştir. Bunun sebebi paradoksal olarak, zaten dikkati dağınıklığı deneyimleyen bir kişiye, deneysel olarak bir dikkat dağıtıcı eklemenin belirgin ek bir engel teşkil etmemesi olarak yorumlanmıştır (Abrahamson, et al, 1985). Daha güncel bir çalışmada ise, nötral dikkat çelicilerin (rastgele sayılara uğraşması yönünde komut verilmesi) genital uyarılma üzerine negatif bir etkisi olduğu, subjektif uyarılma üzerine ise, disfonksiyonel ve fonksiyonel erkeklerde etkisi olmadığı gösterilmemiştir (van Lankveld & van den Hout, 2004). Seks ile bağlantısız bir dikkat çelicinin cinsel uyarılma sırasında bulunmasının cinsel olarak sağlıklı bireyler ve erektil disfonksiyonu olan erkekler arasında farklı bir yanıt oluşturmadığının görülmesi, nötral uyarıların cinsel olarak disfonksiyonel olma süreci üzerinde önemli bir etkisi olmadığını düşündürmektedir. Bununla birlikte, cinsellikle ilgili (nötral olmayan) dikkat çelicilerin, normal cinsel işlevleri olan ve cinsel işlev bozukluğu olan erkeklerin, genital ve subjektif yanıtlarında farklı sonuçlara yol açtığı da gösterilmiştir (van Lankveld & van den Hout, 2004).

Sonuç olarak cinsel işlev sorununu devam ettirenin işlevsiz bir şekilde dikkatin odaklanması olduğu düşünülmektedir.

#### 2.7.2.11. Afektif faktörler

Bir çok çalışma, erektil disfonksiyonu olan erkeklerin cinsel durumlara daha fazla negatif ve daha az pozitif afektif yanıt verdiklerini göstermektedir. Yakın zamanlı bir çalışmada, cinsel

olarak işlevsel olan ve işlev bozukluğu olan erkeklerin partnerleriyle yaşadıkları cinsellik sırasındaki afektif yanıtları karşılaştırılmıştır. Bireyler, partnerli cinsel aktiviteye yanıt tanımlayan 28 ayrı afektif tanımlama üzerinden seçimler yapmışlardır. Neredeyse 28 afektif yanıt ölçütünün hepsinde farklılık bulunmuştur. Çalışmaya katılan tüm erkeklerin bir ürolojik rahatsızlığı olmasına rağmen, cinsel işlev bozukluğu olan erkeklerin daha çok negatif duyguları seçerken, cinsel işlev sorunu olmayan bireyler pozitif duyguları seçmiştir (Rowland, et al., 2011). Bir başka çalışmaya göre ise erektil disfonksiyonu olan erkekler olmayanlarla karşılaştırıldığında, belirgin olarak daha fazla üzüntü, hayal kırıklığı ve korku hissederken daha az zevk ve tatmin hissetmektedirler (Nobre & Pinto-Gouveia, 2006). Aynı zamanda ,erektil disfonksiyonu olan erkekler partnerli cinsellik durumlarına daha fazla negatif duygu ile yanıt vermektedirler. Bu negatif yanıt cinsellikle ilgili talepkar düşünceler ve başarısızlık beklentisiyle bağlantılı bulunmuştur. Yine bu çalışmada problemi olan erkeklerin erotik düşüncelere verdiği duygusal yanıt, cinsel problemi olmayan erkeklerinki kadar pozitif olduğu görülmüştür (Nobre, Gouveia,2000). Ayrıca, erektil disfonksiyonu olan erkeklerde cinsellik sırasında ortaya çıkan negatif duyguların oluşumuna, o erkek için cinselliğin ne kadar önemli olduğu ve de partnerinin cinselliğe verdiği önem algısının güçlü bir şekilde etki ettiği görülmüştür (Rowland, et al., 2012).

Performans anksiyetesi,erektil disfonksiyonu tetikleyen veya devam ettiren faktörlerdendir. Klinik uygulamalarda, performans anksiyetesinin hem durumun tanımlanmasında hem de tedavide erektil disfonksiyonu olan bireyde önemli bir rolü vardır. Performans anksiyetesi, cinsellik sırasında kognitif, afektif, davranışsal ve fizyolojik yanıtları içeren süreçlerin etkileşiminden oluşmaktadır. Aynı zamanda performans kaygısı, kişinin ereksiyon kapasitesi veya yetersizliğiyle asosiyel olmuş herhangi bir cinsel uyarıcı (cinselliğe davet edilme, cinsel bir görüntü görme, çok seksi bulunan bir eş, ilişki sırasında ereksiyonun azalması gibi) ile tetiklenebilir. Eğer cinsellik içeren durum performans beklentisini ve başarısızlık beklentisiyle ilgili negatif otomatik düşünceleri tetiklese, negatif duygular hissedilecektir (Nobre & Gouveia, 2000). Bu negatif duygular, dikkati cinsel zevk veren uyarıcıdan çekilerek ve aşırı sempatik uyarılma yaratarak, penil düz kas hücrelerinin kasılmasına yol açarak ereksiyonun oluşmasını engeller (Krane, Goldstein, Tejada, 1989; Maggi, et al.,2000; Brien,2002). Ereksiyon temel olarak parasempatik sinir sisteminin uyarılmasıyla ortaya çıkmaktadır; performans anksiyetesiyle sempatik sinir sistemini aşırı uyarılmaktadır ve cinsellik için gerekli olan ereksiyonun oluşmasına imkan tanımamaktadır. Ayrıca devamlı olarak



ereksiyonu oluşturmakta başarısız olan kişilerde cinsel uyarı “de-erotize” olabilmekte ve bu durumda cinsel uyarılmanın azalmasıyla sonuçlanmaktadır (Hale & Strassberg, 1990).

#### 2.7.2.12. Psikopatoloji

Depresyon, erektil disfonksiyon ve psikolojik faktörleri araştıran bir çok çalışmada değerlendirilmiştir. Ampirik çalışmalar, artmış depresif belirtilerin düzeyi ile erektil disfonksiyon arasında bağlantı göstermektedir (Araujo, et al., 1998; Shabsigh, et al., 1998). Buna ek olarak, daha önce belirtildiği üzere antidepresan kullanımı da erektil disfonksiyona yol açmaktadır. Henüz erektil disfonksiyonun mu depresyona yol açtığı, yoksa erektil disfonksiyonun depresyonun sadece bir semptomu mu olduğu net değildir. 8 yıl süren bir çalışmada başlangıçtaki depresif semptomların sonra ortaya çıkacak olan erektil disfonksiyonu tahmin edemediği görülmüştür. Bu doğrultuda, depresyonun erektil fonksiyonun nedeninden ziyade sonucu olabileceği düşünülmüştür (Araujo, et al., 2000).

Anksiyete bozuklukları'nın da erektil disfonksiyon ile bağlantısı mevcuttur. Klinik uygulamada erektil disfonksiyonu olan bazı hastalarda komorbid olarak anksiyete bozukluğu da bulunmaktadır. Bir çok vakada hangisinin primer rahatsızlık olduğu net değildir.

Diğer taraftan, psikiyatrik rahatsızlığı olan bir çok vakada erektil disfonksiyon kalıcı bir rahatsızlık olarak görülebilir. Bazı çalışmalar erektil disfonksiyonu olan erkeklerde anksiyete bozukluğu prevalansının %2.5 ile %37 arasında olduğunu göstermiştir (Lee, et al., 2000; Farre, et al., 2004; Mallis, et al., 2005). Ancak bu çalışmalar tek tip bir anksiyete bozukluğuyla erektil disfonksiyonun arasındaki bağlantıyı gösterememişlerdir. Başka bir çalışmada ise, iş ve ilişki problemleriyle ilgili anksiyeteye erektil disfonksiyon arasındaki bağlantı vurgulanmıştır (Corona, et al., 2004) . Bunlara ek olarak, uyarılma bozukluğu olan kişilerde anksiyete belirtilerinin varlığı tedaviye düşük yanıtla bağlantılı bulunmuştur (Sugimori, et al., 2005).

#### 2.7.2.13. Partner ve ilişki durumu

İlişki kalitesi, erektil disfonksiyonun başlangıcını ve devamını etkileyen en önemli faktörlerden biridir. Erektil disfonksiyon yaşayan erkekler aynı zamanda ilişkilerinde tatmin olmadıklarını da belirtmektedirler (Fugl-Meyer, et al., 1997). İlişki dinamikleri aynı zamanda cinsel kaçınmanın, uyarılma güçlüklerinin (güç savaşı, güven problemleri, rol anlaşmazlıkları, yakınlık problemleri) oluşmasını kolaylaştırarak, cinsel işlevde bozukluğa yol açmaktadır (Leiblum & Rosen, 1991). Aynı zamanda ilişkinin yarattığı distres de cinsel işlev

bozukluğunun en sık görülen sekellerinden biridir. Cinsel yetersizlikle baş etme şekli, güven kaybına, ilişkideki yakınlığın azalmasına ve eşlerden birinin veya her ikisinin de cinsel tatmini evlilik dışında aramasına yol açabilir. Klinik gözlemlere göre, güçlü, birbirlerine bağlı ve destekleyici ilişkisi olan çiftler çoğu zaman, çok ağır bir sorunla karşılaşsalar dahi etkin bir baş etme stratejisi geliştirmektedirler. Buna karşın, çözülmemiş evlilik anlaşmazlarına sahip, birbirine daha az bağlı olan çiftler ise en iyi medikal, cerrahi veya psikolojik müdahaleden bile çok az yarar sağlamakta veya hiç yarar sağlayamamaktadır. Seks terapisinin bilinen gerçeklerinden biri, daha iyi bir ereksiyonun nadir olarak çökmekte olan bir ilişki için çözüm olmasıdır (Leiblum & Rosen, 1991). Bazı çiftler için erektil disfonksiyon, konuşulamayan ancak her iki partner tarafından da ortaklaşa kabul edilen ve cinselliğe denge getiren bir durum olabilir. Bu durum, erektil disfonksiyonun yakınlığı düzenleyerek veya evlilikteki problemler için bir suçlama yapabilmeyi kolaylaştırarak ilişki içindeki bir fonksiyonu olduğunu göstermektedir (Tiefer & Schuetz-Mueller, 1995). Aynı zamanda çiftin cinsel ilişkinin mekanik veya sıkıcı hale gelmesi gibi cinsellikleriyle ilgili tatminsizlikleriyle de yüzleşmekten kaçınmalarına yardımcı olmaktadır. Bu tip bir dinamik için içinde olduğu zaman, çift tedaviyi sabote etmek için her zaman bir yol bulacak veya tedavi başarısını minimize edeceklerdir (Riley, 2002; McCabe, et al., 2010).

Fiziksel mesafelenme, çoğu zaman erektil disfonksiyonun bir sonucu olarak ortaya çıkmaktadır, ve bir diğer önemli devam ettirici faktördür. Bir çok çift aşamalı bir şekilde ereksiyon veya birleştirme gerektirmese bile her türlü cinsel aktiviteden uzaklaşmaya başlamaktadır. Riley' nin yaptığı bir çalışmada, erektil disfonksiyon için tedavi arayan erkeklerin son 30 ayda eşli bir cinsel aktivitede (öpüşme, okşama, oral seks yapma veya alma, el ile uyarma) bulunmadıklarını göstermiştir (Riley & Riley, 2000). Duygusal yakınlığın bu şekilde yok olması, cinsel isteğin her iki eş içinde azalmasına ve ilişkideki mevcut mesafeyi veya anlaşmazlığı artırmaktadır.

Partnerde cinsel işlev bozukluğu varlığı, ise erektil disfonksiyonu için risk faktörüdür. Bazı vakalarda bu durum erektil disfonksiyondan önce olup, erektil disfonksiyonun oluşumunu tetikleyebilmektedir. Eretil disfonksiyonu olan erkeklerin eşleriyle ilgili bir çalışmada, organik sebepli olmayan erektil disfonksiyonun başlangıcına bakıldığında, bu erkeklerin eşlerinde organik nedenli erektil disfonksiyona sahip erkeklerin eşlerine göre daha sık vajinismus ve disparenü görülmektedir. Bu çalışma aynı zamanda organik sebepli olmayan erektil disfonksiyona olan erkeklerle organik sebepli erektil disfonksiyonu olan erkeklere göre daha yüksek düzeyde ilişki problemleri olduğunu göstermektedir (Speckens, et al, 1995).

Diğer vakalarda ise eşteki cinsel disfonksiyon erektil disfonksiyonun başlangıcından sonra ortaya çıkmış olup, erektil disfonksiyonun devamına sebep olabilmekte ve tedaviyi güçleştirmektedir. Yapılan ilk çalışmaların birinde, erektil disfonksiyonu olan erkeklerin eşlerinin %62'si bir cinsel zorluk belirtmiştir. Ancak, sadece %8 vakada kadındaki cinsel işlev bozukluğu erektil disfonksiyonun başlangıcından öncedir. Bunlardan yola çıkarak, bu durum erektil disfonksiyona sebep olmaksızın devam etmesine daha fazla yol açmaktadır denebilir (Renshaw, 1995). Daha yakın zamanlı bir başka çalışma ise, erektil disfonksiyonun, kadın partnerlerde düşük cinsel istek ve düşük cinsel tatmin gibi negatif etkileri olduğunu göstermektedir (Chevret, et al., 2004). Partnerdeki düşük cinsel ilgi, partnerin yeteri kadar penil uyararan vermemesinden dolayı, erektil disfonksiyona sebep olabilir. Başka bir çalışmada ise, menapozal durum, partnerin cinselliği engelleyici tıbbi hastalıkları ve azalmış cinsel istek ve orgazm gibi eş özelliklerinin belirgin ve de bağımsız olarak erkekteki erektil disfonksiyonun düzeyiyle ilişkili bulunmuştur (Corona, et al, 2006).

Partnerin kişilik özellikleri, hem sebep, hem de devam ettirici faktör olabilir. Kadının, kendine güveni ve arzulandığını hissetmesi erkeğin ereksiyonuna yüklediği anlama bağımlı ise bu durum da erektil disfonksiyonun devamı için negatif bir faktördür. Kendilik değerlerini, erkeklerin cinsel olarak verdiği yanıtla ölçen kadınlar, erkeğin cinsel işlev sorununa, korku, öfke ve kıskançlıkla yanıt vermektedirler, bu durumda problemin devamına yol açan faktörlerden biridir (LoPiccolo, 1999).

Partnerin tedavi stratejilerini onaylamaması, erektil disfonksiyonu devam ettiren önemli faktörlerden biridir. Bir çok çalışma eşin tedaviye katılımının çok önemli bir role sahip olduğunu göstermektedir (Giannitsas, et al, 2008). Bazı çalışmalar, erektil disfonksiyon için kullanılan ilaçların bırakılmasındaki sebeplerin eş kaynaklı olduğunu göstermektedir. Yüksek bırakma oranlarının sebepleri, uzun aradan sonra cinselliğin eski haline dönmesine partnerin duygusal olarak hazır olmaması, olası yan etki korkusu, planlı cinsel aktivitenin kabul edilemeyişi ve cinsel istek azlığı olarak sıralanabilir (Son, Park & Kim, 2004). Yapılan prospektif bir çalışmada, etkili oral tedaviyi bırakma sebepleri içinde, %45 oranla cinsellik için zamanın olmaması veya isteğin olmaması, %23 vakada ise partnerin cinsel isteğini kaybetmesi bulunmaktadır (Klotz, et al, 2005). Klinik gözlemlerde ise kadınların erkeklerdeki erektil disfonksiyonu kendi cinsel çekiciliklerine bir saldırı ve eşlerinin kendilerini arzulamadıklarına bir işaret olarak yorumladıkları gözlemlenmektedir. Bu sebepten dolayı bazı kadınlar ilaç almaya karşı olabilmektedirler.

#### 2.7.2.14. Yaşam şartlarıyla ilgili faktörler

Finansal problemler, işsizlik, çocuk bakımından oluşan yorgunluk, hasta anne babaya, eş veya çocuğa bakım verme gibi günlük stresörleri kapsamaktadır. Aynı zamanda eşin farklı bir günlük vardiyada çalışması veya yeterince mahremiyete sahip olmamak gibi çevresel faktörleri de içermektedir (McCabe, et al., 2010). Ancak erkekler, bu sorunları erektil fonksiyon için ne kadar önemli olduklarının farkında olmamaktadırlar; ne olursa olsun, iyi bir ereksiyona sahip olmaları gerektiğine inanmaktadırlar.

### **2.7.3. Erken Boşalma (EB)**

#### 2.7.3.1. Sınıflandırma/Tanı

Prematür Ejakülasyon (Erken Boşalma) Bozukluğu DSM-IV-TR tanı ölçütleri aşağıda sıralanmıştır (APA, 2000):

Sürekli olarak ya da yineleyici bir biçimde, çok az bir cinsel uyarılma ile ve kişinin istemesinden önce, vajinaya girme öncesi, girer girmez ya da hemen sonra ejakülasyonun olması. Klinisyen, yaş, cinsel eş ya da durumun yeni olması ve son zamanlardaki cinsel etkinliğin sıklığı gibi uyarılma evresinin süresini etkileyen etkenleri göz önünde bulundurmalıdır.

Bu bozukluk, belirgin bir sıkıntıya ya da kişilerarası ilişkilerde zorluklara neden olur.

Prematür ejakülasyon sadece bir maddenin (örn. Opiyatların bırakılması) doğrudan etkilerine bağlı değildir.

DSM IV TR' deki sürekli, yineleyici, girer girmez, hemen önce, gibi belirsiz, yoruma açık, ölçümü zor kriterler yerine DSM 5' ile Prematür Ejakülasyon (Erken Boşalma) ölçütlerine 6 ay süresince var olması; kişiler arasında bir probleme yol açması kriteri yerine ise kişide bir sıkıntıya yol açması, her cinsel etkinlikte ya da neredeyse her cinsel etkinlikte (yaklaşık %75-100'ünde) (belirli durumlarda ya da yaygın ise her durumda) olması, eşli cinsel etkinlik sırasında, sürekli ya da yineleyici olarak, vajinaya girdikten sonra yaklaşık bir dakika içinde ve kişinin isteğinden önce boşalma örüntüsü gibi daha net kriterler eklenmiştir (Sungur & Gündüz, 2014).

### 2.7.3.2.Prevalans

60 yaş altı erkeklerde %15-25 arası değişen prevelansı ile erken boşalma en sık görülen cinsel işlev bozukluğudur. Bazı erkekler ejakülasyon süreleri 5-10 dakika sürse dahi, erken boşalmadan şikayet edebilmektedirler; bazıları ise boşalma süreleri 1-2 dakika dahi olsa bunu normal kabul edebilmektedirler. Bu tip durumları göz önünde bulundurarak, operasyonel bir bakış açısıyla daha net tanımlar ve özellikler kullanarak psödoerken boşalma ile gerçek erken boşalmayı birbirinden ayırmak için daha net bir tanım gerekmektedir. DSM 5 ile birlikte çok kısa, hemen, devamlı, minimal gibi belirsiz tanımlamalardan daha operasyonel ve kanıta dayalı tanımlara geçilmiştir. Geçmişte erken boşalmanın net bir tanımı olmadığı için, yapılan çalışmalarda farklı süreler erken boşalma olarak kabul edilmiş ve bu sebeple de geniş bir erken boşalma prevelansı ortaya çıkmıştır (Sungur & Gündüz, 2014).

EB üzerine olan epidemiyolojik çalışmalar, tamamıyla EB için anketlerde yapılan tanıma bağlıdır. Bazı çalışmalar direk DSM tanımlarını sorgularken, bazıları ise, kontrol duygusunun yokluğunu ve de sıkıntıya yol açıp açmadığını sorgulamaktadır.

İntravajinal ejakülasyon latens süresi (IELS) bir kronometre ile ölçülmektedir, yapılan çalışmalar sonucunda, kanıta dayalı, boşalma süresi için ölçülebilen bir tanım kullanılmaya başlanmıştır. DSM- 5' te tanı ölçütlerine bu operasyonel tanım katılmıştır ve bu tanım "eşli cinsel etkinlik sırasında, sürekli ya da yineleyici olarak, vajinaya girdikten sonra yaklaşık bir dakika içinde ve kişinin isteğinden önce boşalma örüntüsü" şeklindedir.

**(Tablo 2.5) Cinsel Fonksiyonları normal 491 erkeğin IELS dağılımları (Waldinger MD, et al., 2005)**

Ülke	N	Ortalama IELS	Minimum IELS	Maksimum IELS
Hollanda	90	5.1 dakika	0.5 dakika	33 dakika
İspanya	82	5.8 dakika	2.3 dakika	15.3 dakika
Türkiye	130	3.7 dakika	0.9 dakika	30.4 dakika
İngiltere	119	7.6 dakika	1.7 dakika	42.3 dakika
Amerika	70	7.0 dakika	0.7 dakika	44.1 dakika
18-30yaş	152	6.5 dakika	0.9 dakika	33.9 dakika
31-50yaş	225	5.4 dakika	1.1 dakika	42.2 dakika
>51yaş	114	4.3 dakika	0.5 dakika	44.1 dakika

IELS, erken boşalmanın ana klinik özelliğiyle yakından ilişkilidir. Ejakülasyon üzerine kontrol hissi, EB için anahtar bir özelliktir ve IELS ile yakından ilişkilidir ve de erken boşalmanın diğer belirtilerini ve sonuçlarını tetikleyebilmektedir (Patrick, Rowland, Rothman, 2007).

#### 2.7.3.3. Erken Boşalmanın etiyojisi:

Uzun yıllar boyunca erken boşalma psiko-seksüel kaynaklı olarak düşünülmüştür ve hayat boyu ile sonradan ortaya çıkan EB arasında bir fark olmadığı belirtilmiştir. Son 20 yıldaki klinik çalışmalar, EB için risk faktörleri ve etiyojisi hakkındaki bilgilerimizi artırmıştır.

#### Hayatboyu EB

Önceki tanımlamalarda primer EB olarak isimlendirilmekteydi; ilk cinsel aktiviteden bu yana yaşam boyunca olması hayatboyu EB denilmektedir. Hayatboyu EB her türlü cinsel aktivitede ortaya çıkmaktadır. 1943 yılın Schapiro, EB olan 1130 erkeğin yakın akrabalarını incelediğinde ailesel kümelenme gözlemlemiştir (Schapiro, 1943). 1998 yılında Waldinger ve araştırma grubu, hayatboyu EB olan ve IELT zamanı 1 dakikanın altında olan kişilerin birinci dereceden akrabalarında prevalans oranlarının yüksek olduğunu göstermiştir; bu da hayatboyu EB üzerindeki genetik etkiyi göstermektedir. Bu sonuçlar, hayatboyu EB' nin psikolojiktan ziyade daha çok nörobiyolojik sebepli olabileceği tartışmasını başlatmıştır (Waldinger, et al, 1998; Waldinger, 1998) . Yapılan başka bir çalışmada ise orta düzeyde (%28) genetik etki gösterilmiştir (Jern, et al, 2007). Bütün veriler göz önünde bulundurulduğunda, EB' ya belirli bir düzeye kadar genetiğin etkisi olduğu reddedilemez; bununla birlikte performans kaygısının bu cinsel işlev bozukluğunda payı bulunabilmektedir.

#### Edinsel EB

Daha öncesinde ejakülasyonla ilgili normal bir cinsel yaşantısı olan kişinin, yaşantısının ilerleyen zamanlarında EB'nin ortaya çıkmasıdır.

Hipertroidizm gibi hormonal risk faktörlerinin EB insidani %50-60 arasındadır (Carani, et al., 2005; Cihan, et al., 2009). Bir başka çalışma ise düşük prolaktin ve tiroid stimule edici hormon (TSH) düzeyleriyle erken boşalmayla, düşük testosteron ve yüksek prolaktin düzeylerini ise geç boşalmayla bağlantılı bulmuştur (Corona, et al, 2011). Türkiye'de yapılan üç çalışma ise, EB olan kişilerde kontrollere göre belirgin olarak daha yüksek leptin konsantrasyonları olduğunu göstermiştir. EB olan ve olmayan erkeklerde leptin seviyeleri IELS ile ters ilişkilidir (Atmaca, et al., 2002; Atmaca, et al., 2003; Nikoobakht, et al., 2008).

#### 2.7.3.4.Risk Faktörleri

Eretil Disfonksiyon: Literatüre bakıldığında, edinsel EB olan kişilerde sertleşme sorunununda görülmesine sık rastlanmaktadır, 755 vakalık bir çalışmada erken boşalması olan kişilerin (%28,4'ü) %9.3'nün ağır ve %21.4 orta düzey eretil disfonksiyonu vardır (Corona, et al., 2004). 4997 kişiyle yapılan Asya-Pasifik çalışmasında ise yaşları 16-65 arası değişen 814 EB olan kişinin %34'nün aynı zamanda eretil disfonksiyonu vardır (McMahon, et al., 2012). Cinsel birleşme sırasında sertleşmelerinin güçsüzlüşmeye başladığını fark eden birçok erkek, ereksiyon kaybolmadan ejakülasyonu sağlayama çalışmaktadırlar, bu da birleşmenin erken sonlanmasına yol açmaktadır. Hafif veya Orta-Ağır düzeyde eretil disfonksiyonu ortaya çıkmaya başlayan erkekler, birleşmeyi tamamlamak için ejakülasyonu daha erken sağlamaya çalışmaktadırlar. Böylelikle eretil disfonksiyonun yanısıra EB'ile de yüz yüze gelmektedirler.

Penil anomaliler: Hayatboyu EB olan 137 erkek'in dahil olduğu bir çalışmada bu erkeklerin %43'nün frenulumları kısa bulunmuştur ve lokal anestezi eşliğinde frenulotomi yapıldığında, IELS 1,65 dakikadan 4.11 dakikaya yükseldiği gözlemlenmiştir (Gallo, Perdona, Gallo, 2010). Uluslararası bir çalışmada ise sünnetli veya sünnetsiz olmanın IELS üzerine bir etkisi olmadığı gösterilmiştir (Waldinger, et al., 2005)

Prostat hastalıkları: Bazı çalışmalar, kronik prostatit veya kronik pelvik ağrı sendromu olanlarda prevalans oranları %26 ile %77 arasında değişmektedir (Screponi, et al.,2001).

Psikolojik faktörler: EB hakkında bir çok psikolojik açıklama yapılmıştır ancak bu açıklamaların bir çoğu kanıta dayalı olmayıp sadece teori düzeyinde kalmaktadır. 20. yüzyılın ilk 20 yılında psikoanalitik teoride EB içsel çatışmalara bağlı bir nöroz olarak görülmekteydi. 1943 yılında ise Bernhard Schapiro, EB'nin bir psikosomatik bozukluk olduğunu savunmuştur (Schapiro, 1943). Daha sonra 1970'lerde Masters ve Johnson EB'nin etyolojisini öğrenilmiş bir davranış olarak belirtmişlerdir (Masters & Johnson, 1970). Kaplan ise duyumsal farklılığın düşük olmasının EB'nin etyolosinde rol oynadığını belirtmiştir (Kaplan, 1989).

Kişilik Özellikleri: EB erkeklerin daha şevkatli, toleranslı, diğerlerine karşı daha yardımsever ve aynı zamanda genel popülasyona göre daha materyalistik olduğunu göstermiştir (Kempeneers, et al.,2013). Bir başka çalışmada ise EB'si olan erkeklerde kontrollere göre daha fazla aleksitimiye rastlanmıştır (Michetti, 2007).

Kognitif ve Afektif Faktörler: Disfonksiyonel düşünceler ve inançlar cinsel işlev bozukluklarıyla yakından ilgilidir, ancak bu alanda çok fazla çalışma mevcut değildir (Nobre, Pinto-Gouveia, 2006). EB'si olan erkeklerle kontrol grubunun cinsel ilişki sırasındaki düşünceleri karşılaştırıldığında belirgin bazı farklar bulunmuştur (Hartmann, Schedlowski, Kruger, 2005). EB erkeklerin, boşalmayı kontrol etmekle ilgili, başarısızlık beklentisi, ereksiyonu koruma ve partner tatminiyle ilgili düşüncelerle meşgul olduğu görülmüştür. Yine bu çalışmada erkekler %17'den daha azının dikkatinin kendi cinsel tatmini üzerinde olduğu görülmüştür. Buna karşın cinsel işlevleri normal olan bireyler, daha çok kendi cinsel uyarılma ve tatminleriyle, partner tatminleri veya cinsel fantezilerle ilgili pozitif düşüncelerle meşguldür. Bir başka çalışma ise EB'ya erkeklerin gösterdiği duygusal yanıtlar normal popülasyonla karşılaştırıldığında, utanç/suçluluk ve gerginlik gibi yüksek düzeyde negatif affektle karakterize olduğunu göstermiştir (Rowland, Tai, Slob, 2003).

Anksiyete: Daha sık olarak tetikleyici olmaktansa EB'nin etiyolojisinde devam ettirici bir faktör olarak yer almaktadır ve hayatboyu EB'den ziyade edinilmiş EB için daha fazla önem taşımaktadır. Cinsel performansa dayalı anksiyete sempatik tonusu artırarak, erektil disfonksiyon ve erken boşalmaya sebep olabilmektedir (Meuleman, et al., 1992; Francomano, et al.,2013). Anksiyeteye ilgili diğer bir mekanizma ise kişinin dikkatini dağıtarak uyarılma düzeyini fark etmesini güçleştirerek, uyarılmayı ve ejakülasyonu kontrol etmesini zorlaştırmaktadır (Althof, 2007). Literatürdeki bazı çalışmalar, yaygın anksiyete bozukluğunun (Corona, et al., 2004), sosyal anksiyetenin (Corretti, et al, 2006) ve cinsel anksiyetenin (Hartmann, Schedlowski, Kruger, 2005) EB ile ilişkili olduğunu göstermektedir.

İlişkisel Faktörler: Erken boşalma hem kişisel hem de ilişkisel tatmini etkilemektedir (McCabe, Connaughton, 2013). Bu durum, EB'yi artıran veya devam ettiren bir faktör olarak tedavide göz önünde bulundurulmalıdır. Bazı çalışmalar EB'si olan erkeklerin normal kontrollere göre daha az yakınlık hissettiklerini göstermiştir (Rowland, et al., 2004; Revicki, et al, 2008). Bir başka çalışmada ise erkeğin tatminsizliği ve sıkıntısı kadının tatminsizliğine ve sıkıntısına verdiği anlamla güçlü bir şekilde bağlantılı bulunmuştur (Kempeneers, et al.,2013). Ancak araştırma aynı zamanda erkeklerin, eşlerinin tatminsizlik ve sıkıntı durumunu gözlerinde fazla büyüttüklerini göstermiştir. Eşin tatminsizliği veya sıkıntısının ilişki süresiyle ve erkeğin ejakülasyon üzerindeki kontrolüyle bağlantılı olmadığı gösterilmiştir. Eşin tatminsizliği ve sıkıntısı erkeğin tatminsizliği ve sıkıntısıyla bağlantılı olduğu belirtilmiştir. Çiftlerin bu konudaki tatminsizliğinin önemli bir bölümü erkeğin durumun etkisiyle ilgili yanlış tahminlerden ortaya çıkmaktadır (Kempeneers, et al.,2013).



## **2.8.Kadın Cinsel İşlev Bozuklukları**

### **2.8.1. Cinsel İstekte Azalma (Hipoaktif Cinsel İstek) Bozukluğu (HCI)**

#### **2.8.1.1.Sınıflandırma/Tanı**

Cinsel İstekte Azalma (Hipoaktif Cinsel İstek) Bozukluğu DSM-IV-TR tanı ölçütleri aşağıda sıralanmıştır (APA, 2000)

Sürekli olarak ya da yineleyici bir biçimde, cinsel fantezilerin ve cinsel etkinlikte bulunma isteğinin az olması (ya da hiç olmaması). Klinisyen, kişinin yaşı ve yaşam koşulları gibi cinsel işlevselliğini etkileyen etkenleri göz önünde bulundurarak cinsel isteğin azaldığı ya da hiç olmadığı yargısına varır.

Bu bozukluk, belirgin bir sıkıntıya ya da kişilerarası ilişkilerde zorluklara neden olur.

Bu cinsel işlev bozukluğu, başka bir Eksen I bozukluğuyla daha iyi açıklanamaz(başka bir Cinsel İşlev Bozukluğu dışında) ve sadece bir maddenin ya da genel tıbbi bir durumun doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir.

DSM 5' ile birlikte yapılan en büyük değişikliklerden biri kadındaki hipoaktif cinsel istek ile uyarılma bozukluğunun birleştirilmesi olmuştur. Bu birleşmenin en büyük sebeplerinden biri, yapılan çalışmalardan ve yeni kavramsallaştırmalardan çıkan kadın cinsel isteğiyle, uyarılmanın her zaman lineer olmadığı görüşüdür. Bu süreç cinsel uyarılmanın ve cinsellik dışı sebeplerin de kadında cinsel isteğini tetikleyebileceği şeklinde kavramsallaştırılmıştır. Çoğu zaman cinsel istek ve uyarılmanın birbiriyle örtüşen ve birbirini tetikleyebilen süreçler olduğu gösterilmektedir. Ayrıca 6 ay süresince var olması ve kişiler arasında bir probleme yol açması kriteri yerine ise kişide bir sıkıntıya yol açması, her cinsel etkinlikte ya da neredeyse her cinsel etkinlikte (yaklaşık %75-100'ünde) (belirli durumlarda ya da yaygın ise her durumda) olması gibi daha net tanı kriterleri getirilmiş olması bu bozukluk için de geçerlidir (Sungur & Gündüz, 2014).

#### **2.8.1.2.Genel Bilgiler**

Kaplan'ın modeli DSM 5'e kadar cinsel istek azlığının tanımlanması ve tanı konulması için kullanılmıştır ancak bazı çalışmalar bu modelin bazı özelliklerini tartışmaktadır (Basson, Leiblum, Brotto, Derogatis, Fourcroy, Fugl-Meyer, et al., 2004).

Kadında cinselliği kabul etmenin veya başlatmanın en sık sebebi cinsel isteğin sponta şekilde farkında olmak değildir. Cinsel olarak sağlıklı kadınlar, çoğu zaman spontan cinsel düşüncelerinin farkında değildirler. Kadınlar için cinsel fanteziler, cinsel istektense çoğu zaman cinsel uyarana odaklanmak anlamına gelmektedir. Bu gelişmeler kadınlar için yeni bir cinsel yanıt modelinin oluşmasına yol açmıştır. Basson, önceki modellere göre kadının cinsel isteğinin daha farklı bir rolünün olduğu dinamik bir cinsel yanıt döngüsü önermiştir (Basson, 2000). Basson'un modeline göre, cinsel istek, cinsel yanıtın oluşması için bir ön koşul değildir. Kadın zevk veren bir cinsel uyarım aldıktan sonra cinsel istek duymaya başlayabilir. Aynı zamanda bu model kadının cinsel uyarım alma gönüllülüğüne bir gönderme yapmıştır.

### 2.8.1.3. Prevalans

Yapılan prevalans çalışmalarında 20-29 yaş arası Avrupalı kadınların %11'inin cinsel isteği azalmışken, bu oran 60-70 yaş grubunda %53'e çıkmaktadır (Dennerstein, Koochaki, Barton, Graziottin, 2006). Yaşla birlikte ise yaşanan sıkıntı düzeyi azalmaktadır, 20-29 yaş arası kadınların %65'i sıkıntı yaşarken bu oran 60-70 yaş arası kadınlarda %22'ye düşmektedir. HCİ'nin genel popülasyondaki prevalansı Avrupa için %6-13 iken Amerika için %12-19'dur (Leiblum, Koochaki, Rodenberg, Barton, Rosen, 2006).

Menapozun etkileri göz önünde bulundurulacak olursa, Avrupa'da yapılan bir çalışmada, ameliyat ile menapoza giren kadınlarda, menopoz öncesi veya doğal yollarla menapoza giren kadınlara göre neredeyse iki kat daha fazla HCİ görülmektedir (West, D'Aloisio, Agans, Kalsbeek, Borisov, Thorp, 2008).

Yapılan birkaç çalışma ise HCİ'nin yaşam kalitesi ve cinsel ilişki üzerine negatif etkisi olduğunu göstermektedir. Avrupa temelli bir çalışmada, HCİ'si olan kadınlar cinsel ilişkileri ve partneriyle ilgili daha sıklıkla negatif duygulanım ve düşük tatmin bildirmektedirler (Leiblum, Koochaki, Rodenberg, Barton, Rosen, 2006). Yaşla birlikte cinsel isteğin azalma ihtimali artsa da yarattığı sıkıntı azalmaktadır. Yapılan bir başka çalışma HCİ'si olan kadınlarda belirgin bir biçimde kognitif fonksiyonlarda, canlılıkta ve sosyal işlevsellikte azalma olduğu gösterilmiştir. Ayrıca HCİ'si olan kadınların diyabet, kronik sırt ağrısı gibi kronik hastalığı olan kişilerin yaşam kalitesine benzer yaşam kaliteleri olduğu gösterilmiştir (Biddle, West, D'Aloisio, Wheeler, Borisov, Thorp, 2009).

#### 2.8.1.4.Etiyoloji

##### Medikal

Bir çok kronik hastalık azalmış cinsel istekle bağlantılıdır. Bu durumun oluşum mekanizması hastalığın kendi biyolojik etmenlerine bağlı yada kronik hastalığın psikolojik sonuçlarından dolayı olabilir. Hipotalamo-hipofizer- gonadal aksa zarar veren, hipofiz tümörü, travmatik beyin hasarı, over kanseri, inme, böbrek yetmezlikleri HCl ile bağlantılıdır. Ayrıca bir çok ilaç HSI'ye yol açabilmektedir (Jones, Kingsberg, Whipple, 2005). (Tablo 2.6)

Tablo 2.6. Düşük Cinsel İsteğe Yol açan İlaçlar

Psikotropolar	Antipsikotikler, barbituratlar, benzodiazepinler, lityum, SSRI'lar, TCA, MaO inhibitörleri
Kardiyovasküler ve antihipertansif ilaçlar	Antilipid ilaçları, beta blokerler, klonidin, digoksin, spironolakton, metildopa
Hormonlara etki eden ilaçlar	Danazol, GnRh agonistleri, antiandrojenler, tamoksifen, aromataz inhibitörleri, GnRh analogları
Antikolinerjikler	
Diğer	H2 reseptör blokerleri, indometazin, ketokanazol, fenitoin sodyum, kemateropatik ilaçlar
Kombine oral kontraseptifler	

##### Psikolojik faktörler

- Cinsel kötüye kullanım ve travma veya aşağılayıcı bir deneyim yaşamak (Elmersti, Wijma, Swahnberg, 2009)
- Stres ve yorgunluk (Maserejian, Shifren, Parish, Braunstein, Gerstenberger, Rosen, 2010)
- Cinsel ipuçlarına dikkati odaklamakta güçlük, dikkatin kolay dağılması (Dove, Wiederman, 2000)

- Panik bozukluk, obsesif kompulsif bozukluk gibi anksiyete bozuklukları (Trudel, Landry, Larose, 1997)
- Depresyon (Bartlik, Kocsis, Legere, Villaluz, Kossoy, Gelenberg, 1999)
- Kişilik özellikleri: düşük/kırılgan benlik saygısı, histrionik kişilik özellikleri (Apt, 1994)
- Beden algısıyla ilgili problemler (Seal, Bradford, Meston, 2009)

### İlişki özellikleri

İlişki özellikleri kadının cinsel ilişki içine girme motivasyonu üzerine etkilidir. Eşin cinsel işlev bozukluğu (Dean, Rubio-Aurioles, McCabe, Eardley, Speakman, Buvat, et al., 2008), ilişkiyle ilgili genel tatminsizlik (Trudel, Boulos, 1993), kötü cinsel iletişim becerileri; yani cinsel ihtiyaçları, korkuları ve istekleri söylemekte güçlüğü (Brotto, Chik, Ryder, Gorzalka, Seal, 2005) kadının cinsel isteği üzerine etkisi bulunduğu gösterilmiştir.

### Kültürel

Cinselliğin, mevcut kültürle artan şekilde etkileşime girmesi, daha yüksek cinsel istek düzeyleriyle bağlantılıdır. Doğu Asya'daki kadınların cinsel isteği Avrupa veya Amerika'dakilerle karşılaştırıldığında daha düşüktür. (Brotto, Chik, Ryder, Gorzalka, Seal, 2005).

## **2.8.2. Kadında Cinsel Uyarılma Bozukluğu (KCUB)**

### 2.8.2.1. Sınıflandırma/Tanı

Kadında Cinsel Uyarılma Bozukluğu DSM-IV-TR tanı ölçütleri aşağıda sıralanmıştır (APA, 2000)

Sürekli olarak ya da yineleyici bir biçimde, cinsel uyarılmanın yeterli bir ıslanma-kabarma tepkisini sağlayamama ya da cinsel etkinlik bitene dek bunu sürdürememe.

Bu bozukluk, belirgin bir sıkıntıya ya da kişilerarası ilişkilerde zorluklara neden olur.

Bu cinsel işlev bozukluğu, başka bir Eksen I bozukluğuyla daha iyi açıklanamaz (başka bir Cinsel İşlev Bozukluğu dışında) ve sadece bir maddenin (örn. kötüye kullanılabilen bir ilaç, tedavi için kullanılan bir ilaç) ya da genel tıbbi bir durumun doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir.

DSM 5'te kadında hipoaktif cinsel istek ile birleştirilmiştir, detaylar bir önceki bölümde mevcuttur.

#### 2.8.2.2. Genel bilgi

Kadında primer problemin istek mi uyarılma mı olduğunu ayırmak bir takım güçlükler içermektedir, çoğu zaman bu iki bozukluk bir arada bulunmaktadır veya birbirinin özelliklerini kapsamaktadır. Kadınların bir çoğu istek ve subjektif uyarılmayı birbirinden ayırt etmekte güçlük çekmektedirler (Graham, Sanders, Milhausen, McBride, Turning, 2004; Brotto, Heiman, Tolman, 2009). Bazı kadınlarda istek uyarılmaya öncülük ederken, diğerlerinde istek uyarılmadan sonra ortaya çıkmaktadır (Graham, Sanders, Milhausen, McBride, Turning, 2004). Şu ana kadar geçerli olan uyarılma tanımları, çoğunlukla genital uyarılmanın fizyolojik tarafına odaklanmaktadır (genital vazokonjesyon, lubrikasyon, karıncalanma gibi), ancak çoğunlukla klinik ortamda uyarılma, kadınlar tarafından fizyolojik bir yanıtın ziyade subjektif bir tahrik olma hissi olarak belirtilmektedir. Klinik ortamda azalmış lubrikasyon kadınlar tarafından çoğunlukla vajinal kuruluk veya ilişki sırasında rahatsızlık hissi olarak tanımlanırken, uyarılmanın eksik olduğu durumlar ise, zihninde subjektif heyecan, tahrik hissinin olmaması olarak tanımlamaktadırlar (Laan, Everaerd, Velde, Geer, 1995).

#### 2.8.2.3. Prevalans

Bancroft'un 2003 yılında yaptığı çalışmada uyarılma bozukluğu yaşayanların oranı %12.2 iken lubrikasyon sorunu olan kadınların oranı %31.2'dir (Bancroft, Loftus, Long, 2003). Dunn 1998'de yaptığı çalışmada ise uyarılmaları bozulmuş kadınların oranı %17'iken, lubrikasyonları bozulmuş kadınların oranı %28 olarak bulunmuştur (Dunn, Croft, Hackett, 1998).

#### 2.8.2.4. Etiyoloji

KCUB aynı zaman bazı tıbbi hastalıklarda bağlantılı olarak ortaya çıkabilmektedir. Otonom sinir sistemini etkileyen nörolojik durumlar, diyabetik nöropati, damarsal komplikasyonlar, cerrahi müdahaleler, radyasyon, tekralayıcı üriner sistem enfeksiyonları, tekrarlayıcı vajinal enfeksiyonlar gibi sebepler KCUB'ye yol açabilmektedir (Dennerstein, Dudley, Burger, 2001; Guthrie, Dennerstein, Taffe, Leibert, 2004).

### İlaça bağı faktörler

Psikotropolar (barbitüratlar, benzodiazepinler, lityum, SSRI'lar ve TCA), antihipertansifler (klonidin), hormonal preparatlar (antiandrojenler, tamoksifen, GnRh analogları), antikolinerjikler, aromataz inhibitörleri, kemoterapötik ajanlar, antikolinerjik ve antihistaminikler, kombine oral kontraseptifler (Jones, Kingsberg, Whipple, 2005).

### Psikolojik faktörler

Akut stres hem genital hem de subjektif uyarılmayı etkilemektedir (Kuile, Vigeveno, Laan, 2007). Kronik stres genital uyarılmayı etkilerken subjektif uyarılmayı etkilememektedir (Kuile, Vigeveno, Laan, 2007). Cinsellik sırasında dikkatin dağılması cinsel uyarılmayı etkilemektedir (Dove, Wiederman, 2000). Artmış kendine odaklanma hem genital hem de subjektif uyarılmayı etkilemektedir (Lankveld, Bergh, 2008). Anksiyete üzerine yapılan çalışmalar net bir bilgi vermemektedir, anksiyetenin uyarılma üzerine etkisinin daha çok odaklanamamaktan dolayı cinsel ipuçlarını kaçırmayla ilişkili olduğu düşünülmektedir (Hout & Barlow, 2000). Depresyonun, kadınlardaki cinsel uyarılmayı bozduğu gözlemlenmiştir (Frohlich & Meston, 2002). Vücut ile ilgili negatif hislerin, hem cinsellikten alınan zevki hem de uyarılmayı negatif etkilediği görülmüştür (Sanchez & Kiefer, 2007).

### İlişkisel Faktörler

Uyarılmayı etkileyen ilişkisel faktörler olarak; eşteki bir cinsel disfonksiyon, ilişki süresi ve rutinlik, cinsel ihtiyaçları konuşma becerilerinin yetersizliği gösterilmiştir (Klusmann, 2002; Trudel & Boulos, 1993).

## **2.8.3. Kadında Orgazm Bozukluğu (KOB)**

### **2.8.3.1. Sınıflandırma/Tanı**

Kadınlarda Orgazm Bozukluğunun DSM-IV-TR tanı ölçütleri aşağıda sıralanmıştır (APA, 2000):

Olağan bir cinsel uyarılma evresinden sonra orgazmın sürekli olarak ya da yineleyici bir biçimde gecikmesi ya da hiç olmaması. Kadınlar, orgazmı tetikleyen uyarının türü ya da yoğunluğu açısından büyük bir değişkenlik gösterirler. Kadında orgazm bozukluğu tanısı, kadının yaşı, cinsel deneyimi ve aldığı cinsel uyarıların yeterliliği açısından baktığında

klinisyenin kadının orgazm olma yetisinin beklenenden daha az olduğu yargısına varması temeline dayanmalıdır.

Bu bozukluk, belirgin bir sıkıntıya ya da kişiler arası ilişkilerde zorluklara neden olur.

Bu cinsel işlev bozukluğu, başka bir Eksen I bozukluğuyla daha iyi açıklanamaz (başka bir Cinsel İşlev Bozukluğu dışında) ve sadece bir maddenin (örn. kötüye kullanılabilen bir ilaç, tedavi için kullanılan bir ilaç) ya da genel tıbbi bir durumun doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir.

DSM 5 ile birlikte daha net zaman ve sıklık kriterleri eklenmiştir, bunun yanı sıra DSM 5'in DSM IV TR'de olan "olağan bir cinsel uyarılma evresinden sonra" kısmı çıkartılmıştır; bunun sebebinin, orgazmdan önce bir uyarılmanın olmamasıyla orgazm olmanın güçlüğü ve normal cinsel uyarılmayı tanımlamaktaki problemlerden kaynaklanabileceği düşünülmektedir (Sungur & Gündüz, 2014).

#### 2.8.3.2. Prevalans

Kadının orgazm tanımının belirsiz olması, klinisyenler için bu tanıyı koymayı zorlaştırmaktadır. Halen, serebral mekanizma tam olarak anlaşılmış değildir ve çoğu tanım subjektif ve gözlemlenen fiziksel değişiklikler üzerinden yapılmaktadır.

Kadınlarda orgazm bozukluğunun biri baskın olan birçok sebepten kaynaklandığı düşünülmektedir. Etyolojisinde biyofizyolojik ve psikolojik faktörler etkilidir ve bunlar da çevresel faktörlerden etkilenmektedir. Amerika' da yapılan bir çalışmada orgazm problemlerinin ikinci en sık cinsel problem olduğu ve kadınların %24'ünün birkaç yıldan fazla süredir orgazm olmadıklarını göstermiştir (Laumann, Paik , Rosen, 1999). Yine Amerika' yapılan ve 30000 kadını içeren bir başka çalışmada ise orgazmın prevalansı %21 olarak gösterilmiştir (Shifren, Monz, Russo, Segreti , Johannes, 2008). Tahmini olarak görülme sıklığı tüm popülasyonda %16 ve %39 arasında değişirken, klinik örneklerde ise %16 ile 48 arasında değişmektedir (Nicolosi, Glasser, Kim, Marumo, Laumann, 2005; Hayes, Bennett, Fairley, Dennerstein, 2006).

#### 2.8.3.3. Komorbidite

Geçmiş çalışmalar KOB tanısı alan kadınların ayrıca uyarılma bozukluğu gibi diğer cinsel işlev bozuklukları tanısı da alma oranlarının yüksek olduğunu göstermektedir (Burri & Spector, 2011).

#### 2.8.3.4. Etyoloji

Psikolojik faktörler: Eğitim durumu, din, kişilik ve evlilik stresi gibi sebepler orgazm olma becerisini etkilemektedir (Meston, Hull, Levin, Sipski, 2004). Aynı zamanda psikolojik risk faktörleri oldukça geniştir ve duygusal zorlukları, anksiyete bozuklukları, depresyon, fiziksel veya cinsel kötüye kullanımı içermektedir (Burri & Spector, 2011).

Kişilerarası faktörler: Evlilik tatmini, uyumu, evlilik dengesizlikleri, yakınlık eksikliği, mutluluk ve stabilite gibi ilişki faktörleri orgazm ve tatminle bağlantılı bulunmuştur (Mah & Binik, 2001; Burri & Spector, 2011).

#### Sosyokültürel sebepler

Sosyal ve kültürel faktörlerin, cinselliği şekillendirme üzerine önemli bir etkisi olduğu düşünülmektedir. Çalışmalarda, kadının cinsellikten en az erkek kadar zevk almasını bekleyen kültürlerde orgazm sıklığı daha yüksek bulunmuştur; bunu engelleyen kültürlerde ise kadınların orgazma ulaşmakta zorlandıkları görülmüştür (Meston, Hull, Levin, Sipski, 2004).

### 2.8.4. Vajinismus

#### 2.8.4.1. Sınıflandırma/Tanı

Vajinismusun DSM-IV-TR tanı ölçütleri aşağıda sıralanmıştır (APA, 2000):

- A. Vajinanın dış 1/3'lük kısmındaki kaslarda koitusu engelleyecek biçimde tekrarlayan ya da sürekli istem dışı spazmın varlığı
- B. Bu bozukluk belgin bir sıkıntıya ya da kişilerarası ilişkilerde zorlanmaya sebep olur
- C. Bu bozukluk başka bir Eksen 1 bozukluğuyla daha iyi açıklanamaz (ör: somatizasyon bozukluğu) ve sadece genel tıbbi bir durumun doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir.

DSM IV TR'de disparenü ve vajinismus, cinsel ağrı bozuklukları altında sınıflandırılıp, ayrı bozukluklar oldukları kabul edilmekteydi. Ancak süperfişyal disparenü ile vajinismus ayırt eden ampirik ve klinik bir kanıt olmadığı için DSM 5 ile birlikte vajinismus, disparenü tanısıyla birleştirilerek, Cinsel Organlarda-Pelviste Ağrı/İç Girme Bozukluğu ismini almıştır. Aynı zamanda DSM IV TR' deki sadece kasılmaya atıfta bulunulan tanımdan vazgeçilerek,



ağrı ve ağrı korkusuna yer verilmiştir. Diğer bozukluklar için geçerli olan, süre kriteri mevcut iken ve sıklık kriteri bu bozuklukta mevcut değildir (Sungur & Gündüz, 2014).

#### 2.8.4.2. Prevalans

Vajinismusun prevalans verileri değişkendir. Bazı yazarlar, vajinismusun diğer cinsel işlev bozukluklarına göre nadir bir bozukluk olduğunu belirtse de (Masters & Johnson, 1970; Arentewicz, 1983) diğer yazarlar vajinismusun yaygın bir kadın cinsel işlev bozukluğu olduğunu söylemektedirler (McGuire & Hawton, 2001; Simons & Carey, 2001; Kabakci & Batur, 2003). Genel toplumdaki prevalansı tam olarak bilinmese de Batı ülkelerinde klinik prevalansının %5-17 arasında değiştiği bildirilmektedir (Spector & Carey, 1990)

Türkiye’ de ise vajinismusun klinik popülasyonda %43-73 arasında olduğu ve kadın cinsel CİB içinde ilk sırada yer aldığı bildirilmektedir (Sungur, 1994; Tuğrul & Kabakci, 1997). Türkiye’ de genel popülasyonda yapılan tek çalışmada sıklık %15.3 olarak bildirilmiştir (Yılmaz, 2007).

#### 2.8.4.3. Etyoloji

1970’li yıllarda davranışçı kuramların daha etkin hale gelmesiyle birlikte vajinismus etyolojisinde öğrenme ve ağırlı uyaran koşullanmasının önemli olduğu ileri sürülmüştür. Doksanlı yıllara gelindiğinde ise bozukluğun pelvik taban kas gruplarının işlevleriyle ilgili bir bozukluktan kaynaklanabileceği belirtilmiştir.

Cinsellikle ilgili negatif tutumlar, cinsellikle ilgili bilgi yetersizliği (Ellison, 1972), cinsel mitler ve vajinismus arasında ilişki olduğu vajinismus ile ilgili literatüre bakıldığında sıklıkla vurgulanmaktadır (Silverstein, 1989; Audibert, Kahn-Nathan, 1990; APA, 1994). Bir çok yazar vajinismuslu kadınların cinsellik ve özellikle de evlilik öncesi cinsellik hakkında olumsuz bakış açısına sahip olduklarını savunmuştur (Arentewicz, 1983; Silverstein, 1989; Basson, 1996). Bir doğum-kontrol kliniğinde yapılan kontrollü bir çalışmada vajinismus olan kadınlarla kontrol grubu arasında cinsel eğitim açısından anlamlı bir fark gösterilememiştir (Duddle, 1997). Öte yandan kadınlara vajinismusun sebebiyle ilgili kendi kişisel fikirlerini soran bir çalışmada kadınlar “cinselliğin yanlış bir şey olduğuna inandırılarak büyütülmeyi” vajinismusun gelişiminde ikinci en önemli neden olarak belirtmişlerdir (Ward & Ogden, 1994). 476 kadınla yapılan bir çalışmada kadınların büyük çoğunluğunun cinsellikten uzak durmalarındaki birincil nedenin ağrı korkusu olduğu tespit

edilmiştir (Blazer, 1964). Bir başka çalışma bu sonucu desteklemektedir; çalışmadaki kadınların %74'ü ağrı korkusunu vajinismusun gelişimindeki ana neden olarak göstermiştir (Ward, 1994).

Vajinismusun organik etyolojileri genellikle penis-vajina birleşme denemelerinde ağrıya yol açabilecek nedenlerdir. Bunlar, himen anomalileri, konjenital anomaliler, vajinal atrofi ve atrofiye bağlı adezyonlar, vajinal cerrahi veya intravajinal radyoterapi, uterus prolapsusu, VVS, endometriozis, enfeksiyonlar ve tümörler, cinsel yolla bulaşan hastalıklar ve pelvik konjesyon (Rey, 1977; Lamont, 1978; Shortle & Jewelewicz, 1986; Stuntz, 1986; Abramov, Wolman, & David, 1994) şeklinde sayılabilir. Yaygın bir görüşe göre disparoniye neden olan tıbbi durum sürekli devam ettiğinde büyük olasılıkla vajinismus gelişmektedir (Lamont, 1978; Shortle & Jewelewicz, 1986; Stuntz, 1986). Barnes ve arkadaşlarının 5 vaka ile yaptıkları bir çalışmada vajinismus olan kadınların vajinal kas tonusunu değerlendirmede zorlukları olduğunu ve bu nedenle gevşemiş durumla spazmı ayırt edemediklerini belirtmişlerdir (Barnes, Bowman & Cullen, 1984). 2003 yılında vajinismusun etyolojisini araştıran kontrollü bir çalışmada ise vajinismuslu kadınların kontrollere göre iki kat daha fazla çocukluk çağı istismarı öyküsü olduğu tespit edilmiştir (Reissing, et al., 2003). Bir başka teori ise korku-kaçınma modelidir ve kronik ağrının korku-kaçınma modelinden geliştirilmiştir (Vlaeyen & Linton, 2000).

## **2.9.Vücut Algısı**

### **2.9.1. Vücut algısı tanımı**

Dışarıdan nasıl görüldüğümüz yaşamımızı önemli düzeyde etkileyebilmektedir. Vücut imajı, vücutla ilgili özalgı (self perception), kendine yönelik tutumlar, görüntüler, düşünceler, duygular ve davranışları içermektedir. Günümüzde vücut algısıyla ilgili tatminsizliklerin sebebi ulaşılması imkansız olan sosyal ve kültürel ideallerdir. Tıbbi hastalık ve sorunlar da vücutta bir takım değişikliklere yol açarak, vücut ile ilgili endişeleri artırmaktadır. Vücut algısının sebepten bağımsız olarak, cinsellik ve cinsel olarak rahat hissetme üzerine etkisi vardır.

### **2.9.2. Vücut algısında kadın - erkek farklılıkları ve etki eden faktörler**

Vücut algısının cinsellikle ilgili kişinin kendine güvenini geliştirmesinde önemi vardır. Vücut algısı kadınlarda daha fazla araştırılmıştır. Bunun sebebi kadınların erkeklere göre vücutlarıyla ilgili daha fazla tatminsizlik bildirmeleridir (Conner, Johnson, & Grogan, 2004; Faith & Schare, 1993; Feingold & Mazzella, 1998; Muth & Cash, 1997). Kadın vücudu erkek vücuduna göre daha fazla değerlendirilmekte ve incelenmektedir (Oehlhof, Musher-Eizenman, Neufeld, & Hauser, 2009); bu da kadının diğer kişilere, özellikle partnerine nasıl görüldüğüyle ilgili farkındalığını artırmaktadır. Bunlara ek olarak, erkekler potansiyel partnerlerinin fiziksel çekiciliklerine kadınların yaptığından daha fazla önem verme eğilimindedirler (Legenbauer et al., 2009; Margolin & White, 1987; Townsend & Levy, 1998). Kadınlar ise kendi görünüşlerine erkeklerin onların görünüşlerine verdiği öneme göre daha fazla önem vermektedirler (Pliner, Chaiken, & Flett, 1990). Bu iki eğilim kadının daha ideal bir fiziğe ulaşmaya çabalaması için daha fazla zaman ve çaba harcamasına yol açmaktadır. Sonuçta kadınlar kognitif ve davranışsal olarak fiziksel görünüşlerine erkeklere göre daha fazla yatırım yaptıkları için (Cash & Hicks, 1990; Muth & Cash, 1997), ideal ve gerçek vücutları arasında daha fazla farklılık deneyimlemektedirler (Muth & Cash, 1997).

Kadınlara erkekler arasındaki bir diğer fark da, kadınların zayıf, erkeklerin kilolu olmayı daha çok istemeleridir. Kadınlar, kilolarından ve vücutlarından daha az hoşnutlardır. Ergenlik döneminde de bedeninden memnun olmama oranları kızlarda erkeklere göre daha fazladır (Jones, 2004), Üniversite yıllarında da benzer bir örüntü gözlenir (Striegel-Moore ve Franko, 2002). Üniversite öğrencilerinde yapılan bir çalışmada öğrencilerin yarısının kilo vermek için uğraştığı, bu oranın kadınlarda erkeklerden anlamlı olarak daha fazla olduğu gösterilmiştir (Wharton, Adams ve Hample, 2008). Bir başka çalışmada ise ellili yaşlardaki kadınların % 80'inin bedenlerini beğenmedikleri ve bu kadınların yarısının normal kiloda ve çoğunun da yüksek sosyoekonomik düzeyde oldukları, diğerlerine göre bedenlerini daha fazla beğenenlerin de mutlaka görünüşlerinin bir yönünü beğenmedikleri bulunmuştur (McLaren ve Kuh, 2004).

Önceki dekatlara göre Batı toplumları, erkek görünüşüne daha fazla önem vermeye başlamıştır (Leit, Pope, & Gray, 2001; Tiggemann, 2002). Erkekler de ideal bir fiziğe sahip olmak için kendilerini baskı altında hissetmektedirler. Yapılan bir çalışma erkeklerin daha kaslı bir vücuda sahip olmak için hevesli oldukları (Oehlhof et al., 2009) ve kadınların daha kaslı erkekleri arzuladıkları şeklinde algıları olduğu sonucunu ortaya koymuştur. Ancak gerçekte kadınların kaslı bir vücut beklentisi, erkeklerin algısıyla uyuşmayacak şekilde daha azdır. (Grieve, Newton, Kelley, Miller, & Kerr, 2005). Erkeklerin gelişimi ve özsaygıları için

önemli faktörler olan maskülenlik algısı, çekicilik, cinsel işlevler ve genital organlar, vücut algısıyla bağlantı etmenler olarak belirlenmiştir (Carpentier & Fortenberry, 2010).

Sonuç olarak, kadınların beden algıları erkeklerden genelde daha olumsuzdur şeklinde bir genelleme yanlış olmayacaktır (Aruguete, Yates ve Edman, 2006; Dökmen, 2004; Feingold ve Mazzella, 1998; Frederick, Peplau ve Lever, 2006; Hovardaoğlu, 1990; McCabe, Ricciardelli, Sitaram ve Mikhail, 2006; McCreary ve Sadava, 2001; Powell ve Hendricks, 1999).

### **2.9.3. Vücut algısı ve ruhsal belirtiler**

Araştırmalarda depresyon ve anksiyete bozulmuş vücut algısıyla ilişkili bulunmuştur (Kostanski & Gullone, 1998; Stice et al., 2000). Bir başka çalışma ise sonuç olarak, negatif beden algısının depresyona sebep olabileceği gibi depresyonun da beden algısını bozabileceğini söylemektedir. (McCabe ve ark., 2006). Ergenlikte kızlarda depresyonun erkeklerden daha yüksek oranda olmasıyla ilgili olarak, erken dönemlerden itibaren bedenini nesneleştirilmesi sürecinin bilişsel bir boyut olarak kızlardaki depresyona katkıda bulunduğu düşünülmektedir (Hyde, Mezulis ve Abramson, 2008).

Yapılan bir çalışmada depresyonun psikotik özellikli olsun olmasın kişinin vücut algısını bozduğu bildirilmiştir (Peto, 1972). Ayrıca, vücut algısı daha düşük olan kişilerde daha yoğun depresif belirtiler olduğu gösterilmiştir (Noles & Cash, 1985). Bir başka çalışmada ise depresyonda, kendilik imajını belirleyen fiziksel özellikleri değerlendirmede bir bozukluk olduğu ileri sürülmüştür (Bedrosian, 1981 ;Emergy 1981). Beck'in depresyonla ilgili bilişsel varsayımında "vücut algısının bozulması" depresyonun bilişsel belirtileri arasında sayılmaktadır (Beck, 1973).

Menapoz öncesi ve sonrası kadınların beden algısı ve ruhsal durumunun karşılaştırıldığı bir çalışmada, beden algısı, yaş, eğitim, ekonomik durum ve çalışma durumu değişkenlerinden en çok beden algısının kadınların ruh sağlığı puanlarını yordadığı görülmüştür. Araştırmada, orta yaş kadınlarda, menopozun ruh sağlığı sorunu yaratan bir durum olmadığı; eğitim, çalışma durumu ve ekonomik durumun ve beden algısının ruh sağlığı ile bağlantılı olduğu bulunmuştur. Kadının eğitimi, çalışma ve sosyoekonomik durumu gibi toplumdaki gücünü belirleyici özelliklerinin ve yine toplum içinde kadınlığıyla doğrudan ilişkilendirilen bedenini nasıl algıladığının ruh sağlığı için önemli olduğu bulunmuştur (Dökmen, 2009).

### **2.9.4. Vücut algısı ve cinsellik**

Kişinin bedeninin bir parçasının fonksiyonunu ya da beden görüntüsünü bozan, yüz, meme, genital organlar ve üreme organlarına yönelik yapılan ameliyatlara kadın beden algısını ve cinsel yaşamını negatif etkilemektedir (De Marquiegui & Huish, 1999).

Ostomi olmuş hastalarda yapılan bir çalışmada, açılan ostominin, kişinin beden algısının değişimine sebep olarak kişide işe yaramayacağı ve normal bir yaşantısı olamayacağını düşünmesine ve kendini yetersiz hissetmesine sebep olabileceği gösterilmiştir (Kuchenhoff, 1981). Türkiye’de ostomili hastalarla yapılan bir çalışmada ostomi grubunun beden algısının kontrol grubuna göre daha bozuk olduğu ve beden algısı daha iyi olan hastalarda cinsel işlevlerin daha iyi olduğu saptanmıştır (Kılıç, Taycan, Belli & Özmen, 2007).

Multipl skleroz hastalarında tutulum bölgesine bağlı olarak ortaya çıkan beden fonksiyon ve görünüm bozukluğunun beden algısını olumsuz etkilediği belirlenmiştir (Dupont, 1995).

Yapılan başka bir çalışmada, kadınların vücut algısı, kadının kendine meme muayenesi yapma ihtimalini predikte ettiği; kiloyla ilgili endişe seviyeleri düşük olan kadınların kendi bildirimlerine göre daha yüksek cinsel çekicilik hissettikleri ve bu kadınlarda gelecekte kendini muayene etme davranışının daha yüksek olduğunu göstermektedir (Brewer & Dewhurst, 2013).

Kanser geçiren kişilerin %50’den fazlası hayatlarının bir döneminde cinsel bir problemle karşılaşmaktadırlar; özellikle genital bölgeleri, perianal bölgeleri veya memeleri kanserden etkilenen veya ameliyat geçiren kişiler daha fazla etkilenmektedir (Carr, 2013).

362 olgu ile yapılan bir çalışmada, cinsellikten kaçınma davranışı ile vücut algısı arasında bir bağlantı bulunmuştur; daha olumsuz vücut algısı olan kişilerin, cinsellikten daha fazla kaçınmaya eğilimli oldukları görülmüştür (La Rocque & Cioe, 2011). Negatif vücut algısı aynı zamanda depresyon (Stice, Hayward, Cameron, Killen, & Taylor, 2000), anksiyete (Kostanski & Gullone, 1998) ve cinsel disfonksiyon (Wiederman, 2002) ile bağlantılı bulunmuştur.

Negatif vücut algısının, cinsellikten kaçınma davranışı üzerine etkisi olduğunu gösteren bir çok çalışma mevcuttur. 2000 yılında Wiederman’ın yaptığı çalışmada, vücut algısıyla ilişkili kendilik bilinci fazla olan kadınların korku ve anksiyete yüzünden daha fazla cinsel aktiviteden kaçındıklarını göstermiştir. Bir başka çalışmada vücutla ilgili negatif tutumlar, kadınlarda cinsel aversiyonun artışı ile bağlantılı bulunmuştur (Reissing, Laliberte & Davis, 2005). 1993 yılında Faith ve Schare, vücutlarını daha negatif algılayan erkek ve kadınların

cinsellikten uzak durmaya daha meğilli olduklarını bulmuşlardır. Vücut algısının, cinsel güven (Holmes, Chamberlin, & Young, 1994), cinsel tatmin (Hoyt & Kogan, 2001), ve cinsel istek üzerinede etkisi mevcuttur (Cash, Maikkula, & Yamamiya, 2004; Seal, Bradford, & Meston, 2009). Dahası bu etkilerin, gerçek vücut ölçülerinden bağımsız olduğu gösterilmiştir (Weaver & Byers, 2006; Wiederman & Hurst, 1997).

Sonuç olarak kişinin kendi vücut algısı, cinselliğin hem davranışsal (cinsellikten uzak durmak gibi), hem de kongnitif bileşenlerini etkilemektedir (cinsel güven, cinsel istek ve cinsel tatmin gibi). Negatif vücut algısı olan kişilerin cinsel bir aktiviteye rahat bir şekilde uyum sağlamaları pozitif vücut algısı olan kişilere göre çok daha zordur. Bu yakın ilişkideki sıkıntı, aynı zamanda cinsel deneyimle ilgili algıları da değiştirmekte, uyarılmayı dahi azaltabilmekte ve ilerdeki cinsel aktiviteler için isteği azaltabilmektedir. Kişinin vücuduyla ilgili negatif algılarının uyarılmayı azaltabileceğini gösteren çalışma mevcuttur. Bunun, aynı zamanda cinsel tatmini ve cinsellik sırasında yaşanan zevki de etkileyebileceği gösterilmiştir (Graham, Sanders, Milhausen, & McBride, 2004). Bununla birlikte negatif vücut algısının, bir sonraki cinsellik için kişiyi cesaretlendiren pozitif pekiştireçleri görmeyi engellemesi de olasıdır. Cinsel denemelerin çoğunluğunda ortaya çıkan düşük cinsel tatmin sonunda cinsellikten kaçınmaya kadar ilerleyebilmektedir.

Yapılan bir çok çalışmadan da anlaşılacağı üzere, çoğu zaman tıbbi sebepler ve hastalıklar vücutta bir takım değişikliklere yol açabilir ve bu da vücutla ilgili endişeleri artırabilmektedir. Vücut algısı, cinsiyet, cinsellik ve hastalıklardan etkilenmektedir. Vücut algısındaki bozulmaların cinsellik açısından, kişinin cinsel ilişkisini, ilişki istikrarını ve eşinin mutluluğunun üzerine negatif etkileri olabilmektedir.

### **3. GEREÇ VE YÖNTEM**

#### **3.1. Örneklem seçimi**

##### **3.1.1. Psoriasis grubu:**

Bu çalışmaya Temmuz 2014- Ocak 2015 tarihleri arasında Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Dermatoloji Psoriasis özel dal polikliniğinde takip ve tedavi gören, 18-65 yaş arası, major bir psikiyatrik rahatsızlığı bulunmayan (Şizofreni, Bipolar Bozukluk, Mental Retardasyon, Alkol-Madde Bağımlılığı) kadın ve erkek hastalar alındı.

Hastalar poliklinik kontrolüne geldiklerinde veya diğer polikliniklerden ilk başvuru için yönlendirildiklerinde yüz yüze görüşülerek araştırma hakkında sözel bilgi verildi.Çalışmaya katılmak isteyenlere aydınlatılmış onam formu verilerek, yazılı olarak onay veren hastalar araştırmaya alındı. Görüşmelerin tümü araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme tekniği ile poliklinik şartlarında, ortalama 45-60 dakikalık zaman içinde yapıldı. Hastalara önce sosyodemografik, sedef hastalığı ile ilgili ve psikiyatrik bilgilerin alındığı görüşme formu uygulandı. Ardından, hastalara, vücut algısını değerlendirmek için Vücut Algısı Ölçeği, cinsel doyumunu değerlendirmek için Golombok Rust Cinsel Doyum Envanteri, erkek hastaların cinsel işlevlerini değerlendirmek için Ereksiyon İşlevi Uluslararası Değerlendirme Formu, kadın hastaların cinsel işlevlerini değerlendirmek için Kadın Cinsel İşlev Ölçeği, depresyon ve anksiyete düzeylerini değerlendirmek için Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği, cilt problemlerinin yaşamlarına ne kadar etki ettiğini görmek için Dermatoloji Yaşam Kalite Ölçeği uygulandı.

#### 3.1.1.1.Psoriazis grubu için çalışmaya dahil edilme kriterleri şunlardır;

18- 65 yaş arası olmak

Çalışmaya katılmayı kabul etmek

Okuma yazma bilmek

Psoriazis tanısı almış olmak

Sorulan soruları anlayacak mental yeterliliğe sahip olmak

#### 3.1.1.2.Çalışmadan Çıkarılma Kriterleri

Anlamlı iletişim kuramayacak düzeyde kognitif yetersizlik

Demans, şizofreni, şizoaffektif bozukluk, bipolar bozukluk, alkol ve madde kullanım bozukluğu olanlar.

Araştırmaya katılmaya engel teşkil edebilecek ciddi tıbbi durumlar

### **3.1.2. Kontrol Grubu:**

Kontrol grubu, Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi cerrahi servislerinde yatan hastaların 1. dereceden olmayan yakınları ve herhangi bir cilt rahatsızlığı olmayan, 18-65 yaş arası, major bir psikiyatrik rahatsızlığı bulunmayan (Şizofreni, Bipolar Bozukluk, Mental Retardasyon, Alkol-Madde Bağımlılığı) kadın ve erkeklerdir. Herhangi bir cilt problemi olmayan kişilere çalışmayla ilgili bilgiler verildi ve katılmaya gönüllü olanlara araştırma hakkında daha detaylı sözel bilgi verildi. Çalışmaya katılmak isteyenlere aydınlatılmış onam formu verilerek, yazılı olarak onay veren kişiler araştırmaya alındı. Görüşmelerin tümü araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme tekniği ile poliklinik şartlarında, ortalama 45-60 dakikalık süreler içinde yapıldı. Sosyodemografik ve psikiyatrik bilgilerin alındığı görüşme formu uygulandı. Ardından, vücut algısını değerlendirmek için Vücut Algısı Ölçeği, cinsel doyumunu değerlendirmek için Golombok Rust Cinsel Doyum Envanteri, erkek hastaların cinsel işlevlerini değerlendirme için Ereksiyon İşlevi Uluslararası Değerlendirme Formu, kadın hastaların cinsel işlevlerini değerlendirme için Kadın Cinsel İşlev Ölçeği, depresyon ve anksiyete düzeylerini değerlendirme için Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği uygulandı.

#### **3.1.2.1. Kontrol grubu için çalışmaya dahil edilme kriterleri**

18- 65 yaş arası olmak

Çalışmaya katılmayı kabul etmek

Okuma yazma bilmek

Herhangi bir deri hastalığının olmaması

Sorulan soruları anlayacak mental yeterliliğe sahip olmak

Ciddi bir tıbbi hastalığın bulunmaması

### **3.2. Veri Toplama Araçları**

Araştırmada sosyodemografik, cinsel yaşam ve psoriasisle ilgili özellikleri değerlendirmek amacıyla araştırmacılar tarafından hazırlanmış yarı yapılandırılmış kişisel bilgi formu, cinsel



doyumunu değerlendirmek için Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği (GRCDÖ), vücut algısını değerlendirmek için Vücut Algısı Ölçeği, depresyon ve anksiyete düzeylerini değerlendirmek için Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği, psoriasis hastalarında cilt rahatsızlığının kişinin yaşantısının belirli alanlarına nasıl etki ettiğini değerlendirmek için Dermatoloji Yaşam Kalite Ölçeği (Dermatology Life Quality Index; DLQI), kadınların cinsel işlevlerini değerlendirmek için Kadın Cinsel İşlev Ölçeği (FSFI; Female Sexual Function Index), erkeklerin cinsel işlevlerini değerlendirmek için Ereksiyon İşlevi Uluslararası Değerlendirme Formu (IIEF; International Index of Erectile Function) yüzyüze görüşme methoduyla uygulanmıştır.

### **3.2.1. Hasta onay formu.**

Kişiler araştırmanın başında araştırma hakkında bilgilendirilmiş ve yazılı onayları hazırlanan form vasıtasıyla alınmıştır (Bkz Ek 2)

### **3.2.2. Sosyodemografik özellikler, psoriasis ve cinsel yaşamla ilgili kişisel bilgi formu**

Kişisel bilgi formu, katılımcıların sosyodemografik verilerinin yanısıra, ne kadar süredir psoriasis hastası oldukları, psoriasisin şiddeti, ciltlerindeki problemi cinsel olarak nasıl algıladıkları, daha önce psikiyatrik veya cinsel işlevlerle ilgili bir başvuruları olup olmadığı bilgilerini alabilmek için araştırmacılar tarafından geliştirilmiş bir formdur (Bkz Ek 3)

### **3.2.3. Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HADÖ)**

Orijinal adı Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) olarak Zigmond ve Snaith tarafından (1983) geliştirilmiştir (Zigmond & Snaith, 1983). Türkçe formu Hastane Anksiyete ve Depresyon ölçeği olarak Aydemir ve ark. Tarafından uyarlanmıştır (1997). Hastada anksiyete ve depresyon riski belirleyen, düzeyini ve şiddet değişimini ölçen bir kendini değerlendirme ölçeğidir (Aydemir, Güvenir & Küey, 1997). Bedensel hastalığı olanlar ve birinci basamak sağlık hizmetine başvuran kişilere uygulanabilir. Toplam 14 soru içermekte ve bunların yedisi ( tek sayılar) anksiyeteyi ve diğer yedisi ( çift sayılar ) depresyonu ölçmektedir. Dörtlü likert tipi ölçüm kullanılmaktadır. Kısa ve anlaşılabilir olması nedeniyle uygulanması kolaydır ve hastalar ölçeği kendileri doldururlar. Yönergesi ölçeğin başında vardır ve hastalar doldururken son birkaç gün içinde kendi durumlarına en çok uyan maddeyi işaretlemeleri belirtilir. Yorumlama: Türkiye' de yapılan çalışma sonucunda anksiyete alt ölçeği için kesme puanı 10/11, depresyon alt ölçeği için kesme puanı 7/8 bulunmuştur. Buna

göre bu puanların üzerinde alanlar riskli olarak değerlendirilirler ( Psikiyatride Kullanılan Klinik Ölçekler- 2012- 6. baskı; sayfa 206 ) (Bkz Ek 4).

#### **3.2.4. Dermatoloji Yaşam Kalite Ölçeği (Dermatology Life Quality Index, DLQI):**

Dermatolojiye özgü, sağlıkla ilişkili yayınlanmış ilk yaşam kalitesi ölçeğidir. Dermatolojiye özgü testler içerisinde en önemlisi ve yaygın olarak kullanılanı olup, uygulanması oldukça pratiktir. Basit, kısa, anlaşılır, hastalara yönelik bir anket formu olup, günlük rutin klinik çalışmalarda kullanılabilir. Dermatoloji Yaşam Kalitesi Ölçeği (DYKÖ), hastanın hissettikleri, günlük aktivite, boş zamanı değerlendirme, okul/iş hayatı, kişisel ilişkiler, tedavi alt gruplarından oluşacak şekilde son 1 haftayı değerlendirmeye yönelik olarak tasarlanmıştır. Anket 4 olası cevabın olduğu 10 sorudan oluşmaktadır (Lewis & Finlay, 2005). Başlangıçta normal popülasyonla kıyaslanarak geçerliliği sağlanmış, yüksek duyarlılık, tekrar edilebilirlik ve iç tutarlılık göstermiştir (Lewis & Finlay, 2005). Dermatoloji Yaşam Kalite Ölçeği, akne, psoriasis, atopik dermatit, el ekzeması, ürtiker, vitiligo, melazma, saç kaybı, iktiyoz, hiperhidroz, Behçet Hastalığı, hidradenitis suppurativa, epidermolizis bülloza, pemfigus vulgaris, Hailey-Hailey hastalığı, Darier hastalığı, pitriasis roze, leishmaniasis, filiarisise bağlı lenfödem, nonmelanom deri kanserleri, dermatoloji kliniğinde yatan hastalarda tedavi sonrası değişikliklere yönelik, renal transplantasyon sonrası görülen deri hastalıkları, oral retinoid tedavisi gören akne hastaları, lazer tedavisi alan hirsutizmli hastalar, pulsed dye lazer tedavisi uygulanan rozasea hastaları, bazal hücreli karsinom cerrahisi sonrası, intermittan siklosporin tedavisi alan psoriasis hastaları, alefacept tedavisi alan kronik plak tip psoriasis hastalarında yaşam kalitesinin ölçümünde kullanılmıştır (Bilaç & Öztürkcan, 2006). DYKÖ'nin, Öztürkcan ve ark.( Öztürkcan, Ermertcan, Eser & Sahin, 2006)'ları tarafından Türkçe'de geçerliliği ve güvenilirliği sağlanmıştır (Bkz Ek 8).

#### **3.2.5. Kadın Cinsel İşlev Ölçeği (FSFI; Female Sexual Function Index):**

Rosen ve arkadaşları (2000) tarafından ABD'nde 2000 yılında, kadın cinsel işlevinin değerlendirilmesi amacıyla, altı bölümden 19 maddeden oluşan çok boyutlu bir ölçek olarak geliştirilmiştir (Rosen, Brown & Heiman J et al.,2000). Ölçeğin yapısında, istek, uyarılma, kayganlaşma (lubrikasyon, yağlanma, ıslanma), orgazm, doyum ve ağrı olmak üzere altı alt boyut bulunmaktadır. Ölçekten alınabilecek en yüksek puan 36.0. en düşük puan ise 2.0'dir. 19 madde, altı alt boyuttan oluşan KCIÖ için sırasıyla dil geçerliliği, kapsam geçerliliği, madde anlaşılabilirliği, madde analizi, test-tekrar test güvenilirliği, iç tutarlılık ve yapı geçerliliği

sınanmıştır. Yapı geçerliliği için yapılan faktör analizinde KMO testi=0.96, iki faktörün birikimli varyansı=%86.82 bulunmuştur. Güvenilirlik çalışmasında, test tekrar test korelasyon katsayısı=0.75, iç tutarlılık analizi Cronbach Alfa katsayısı=0.98 olarak tespit edilmiştir. Toplam ölçeğin, ham puan ve faktör yükleri ile çarpıldıktan sonra ortalama ve standart sapmasının sırasıyla 43.85±30.01 ve 16.70 ± 11.14 olduğu görülmüştür. Bu veriler, KCIÖ'nin Ölçeğin Türkiye için güvenilirlik ve geçerlik çalışması 2005 yılında Aygün ve Aslan tarafından yapılmıştır. Örneklem kapsamına 30-70 yaşları arasında büyük yüzdelik dilimi ortaöğretim görmüş (%40) ev hanımları oluşturmuştur. Meme kanserli kadınlarda iç tutarlılık katsayısı oranı 0.70 ile 0.96 arasında, ortalama Cronbach Alfa değeri 0.98 ve 1 ay arayla test tekrar test güvenilirlik ölçümü  $r = 0.75$  40 bulunmuştur. Sonuç olarak elde edilen bulgular Kadın Cinsel Fonksiyon ölçeğinin Türk kadınları için cinsel işlev ölçümünde geçerli ve güvenilir olduğunu göstermiştir (Aygün ve Aslan, 2005). Ölçeğin kesme puanı 26.55'tir. 26.55 ve altında puana sahip olanlarda cinsel disfonksiyon olduğu kabul edilmektedir (Wiegel, Meston & Rosen, 2005) (Bkz Ek 6)

### **3.2.6. Vücut Algısı Ölçeği (VAÖ):**

Secord ve Jourard (1953) tarafından geliştirilmiş olan Vücut Algısı Ölçeği, kişilerin bedenlerindeki çeşitli kısımlardan ve çeşitli beden işlevlerinden ne kadar hoşnut olduklarını ölçmeyi amaçlamaktadır (Secord & Jourard, 1953). Ölçekte 40 madde yer almaktadır ve ölçekten alınabilecek en düşük puan 40, en yüksek puan 200 olup yüksek puanlar hoşnutluk derecesinin yüksekliğini yansıtmaktadır. Ölçeğin ülkemizdeki Türkçe formu uyarlaması ve geçerlilik çalışmaları Hovardaoğlu (1992) tarafından yapılmıştır (Hovardaoğlu, 1992). Üniversite öğrencileri arasında yapılan bir çalışmada testin Türkçe formunun yarıya bölme güvenilirliği .75, madde korelasyonları .45 ile .89 arasında ve Cronbach Alpha katsayısı .91 olarak belirlenmiştir (Hovardaoğlu, 1992) (Bkz Ek 5)

### **3.2.7. Ereksiyon İşlevi Uluslararası Değerlendirme Formu (IIEF; International Index of Erectile Function):**

1997 yılında Raymond Rosen ve ark. tarafından International Index of Erectile Function (IIEF) oluşturularak yayınlanmıştır (Rosen, et al., 1997). Geniş ölçekli, uluslararası, çok merkezli klinik çalışmalarda kullanım için geçerli olduğu gösterilmiştir. EİUDF ya da orijinal ismi ile IIEF'nin Türkçe'ye çevrilmesi, geçerliliği ve güvenilirliği Türk Androloji Derneği tarafından yapılmıştır. İndeksi cinsel işlev, orgazmik fonksiyon, cinsel istek, cinsel ilişki memnuniyeti ve genel memnuniyet olmak üzere 5 ana konuyu içermektedir. Erektile işlev 6,

orgazm işlevi 2, cinsel istek 2, cinsel ilişki tatmini 3 ve genel tatmin 2 soru ile sorgulanır. Bu form son 4 haftalık süreç içerisinde erektil fonksiyonun kalitesini sorgulamaktadır (Yıldız H., Pınar R., 2004) (Bkz Ek 7)

### **3.2.8. Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği**

Rust ve Golombok tarafından 1985’ de(Rust & Golombok, 1985) geliştirilen ölçek cinsel işlevleri ve cinsel işlev bozukluklarını değerlendirmek amacıyla oluşturulmuş likert tipi bir ölçektir. 28 maddeden oluşan kadın ve erkek formları vardır. Kadın ve erkek formunda sıklık, iletişim, doyum, kaçınma ve dokunma alt boyutları ortaktır. Ayrıca kadın formunda vajinismus ve anorgazmi, erkek formunda ise erken boşalma ve erektil disfonksiyon alt boyutları vardır. Alt boyutlardan elde edilen ham puanlar daha sonra 1 ila 9 arasında değişen standart puanlara dönüştürülebilmektedir. Ölçeğin sağlıklı/sağlıksız sınırını belirleyen klinik düzey puanı 5 olarak belirlenmiştir. Buna göre gerekli dönüşümlerden sonra 5 ve üzeri puanlar sağlıksız olarak yorumlanmakta ve o alt boyutta problem olduğuna işaret etmektedir. 5 puanın altındakiler ise sağlıklı sınırında yer almaktadır. Ölçeğin Türkçe’ye çevirisi ve standardizasyonu Tuğrul ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (Tuğrul, Öztan & Kabakçı, 1993) (Bkz Ek 9, Ek 10)

### **3.3. Araştırma değişkenleri ve istatistiksel yöntem**

Yaş, cinsiyet, BMI, eğitim, çalışma durumu, medeni durum, birliktelik süresi, çocuk sayısı, gelir düzeyi, tıbbi hastalık varlığı, menapoz, devam eden psikiyatrik hastalık varlığı, aktif psikiyatrik ilaç kullanımı, geçirilmiş psikiyatrik hastalık varlığı kontrol ve psoriasis grubu için bağımsız değişkenlerdir. Psoriasis grubu için ayrıca sedef süresi, hastalık başlangıç yaşı, PASI, hekimin global değerlendirmesi, cinsel lezyon varlığı bağımsız değişkenlerdir. İstatistiksel analizler için NCSS (Number Cruncher Statistical System) 2007 (Kaysville, Utah, USA) programı kullanıldı. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metodlar (ortalama, standart sapma, medyan, frekans, oran, minimum, maksimum) kullanıldı. Normal dağılım gösteren niceliksel verilerin iki grup karşılaştırmalarında Student t Test, normal dağılım göstermeyen parametrelerin iki grup karşılaştırmalarında ise Mann Whitney U testi kullanıldı. Normal dağılım göstermeyen üç ve üzeri grupların karşılaştırmalarında Kruskal Wallis testi kullanıldı. Parametreler arası ilişkilerin değerlendirilmesinde de Spearman’s Korelasyon Analizi kullanıldı. Multivariate analiz olarak, ölçekler üzerine diğer risk faktörlerinin etkileri Linear Backward regresyon analizi ile değerlendirildi. Anlamlılık  $p < 0.01$  ve  $p < 0.05$  düzeylerinde değerlendirildi.

## 4. BULGULAR

### 4.1.Sosyodemografik Özellikler

Bu araştırma çalışmaya uygunluk ölçütlerini karşılayan; 112 psoriasis hastası ve 104 herhangi bir cilt problemi olmayan kontrol grubu olmak üzere toplam 216 olgu ile yapılmıştır.

Çalışmaya alınan olguların yaşları 23 ile 65 arasında değişmekte olup ortalama yaş ortalaması 42.22±11.19 yıldır. Çalışmaya toplam 110 (%50.9) kadın; 106 (%49.1) erkek olgu alınmıştır.

**Tablo 4.1:Gruplara Göre Demografik Özelliklerin Değerlendirilmesi**

		<b>Toplam (n=216)</b>	<b>Sedef (n=112)</b>	<b>Kontrol (n=104)</b>	<b>p</b>
<b>Yaş (yıl)</b>	<i>Min-Mak</i>	23-65 (41)	25-64 (41.50)	23-65 (41)	<sup>a</sup> <b>0.571</b>
	<i>(medyan)</i>				
	<i>Ort±SD</i>	42.22±11.19	42.63±10.82	41.77±11.61	
<b>Cinsiyet; n</b>	<b>Kadın</b>	109 (50.5)	56 (50.0)	53 (51.0)	<sup>c</sup> <b>0.888</b>
	<b>Erkek</b>	107 (49.5)	56 (50.0)	51 (49.0)	
<b>BMI (kg/m<sup>2</sup>)</b>	<i>Min-Mak</i>	18.50-44.19	18.50-3.25	20.15-4.19	<sup>a</sup> <b>0.882</b>
	<i>(medyan)</i>	(27.53)	(27.75)	(27.30)	
	<i>Ort±SD</i>	27.87±4.68	27.91±5	27.82±4.33	
<b>Eğitim; n(%)</b>	<b>Okuryazar</b>	7 (3.2)	3 (2.7)	4 (3.8)	<sup>d</sup> <b>0.944</b>
	<b>İlkokul</b>	82 (38.0)	43 (38.4)	39 (37.5)	
	<b>Ortaokul</b>	28 (13.0)	16 (14.3)	12 (11.5)	
	<b>Lise</b>	61 (28.2)	32 (28.6)	29 (27.9)	
	<b>Üniversite</b>	33 (15.3)	15 (13.4)	18 (17.3)	
	<b>Y.Lisans</b>	5 (2.3)	3 (2.7)	2 (1.9)	
<b>Çalışma Durumu; n (%)</b>	<b>Çalışıyor</b>	116 (53.7)	54 (48.2)	62 (59.6)	<sup>d</sup> <b>0.247</b>
	<b>İşsiz</b>	6 (2.8)	3 (2.7)	3 (2.9)	
	<b>Emekli</b>	22 (10.2)	15 (13.4)	7 (6.7)	
	<b>Ev Hanımı</b>	72 (33.3)	40 (35.7)	32 (30.8)	
<b>Medeni durum; n (%)</b>	<b>Evli</b>	195 (90.3)	100 (89.3)	95 (91.3)	<sup>e</sup> <b>0.779</b>
	<b>Düzenli ilişki</b>	21 (9.7)	12 (10.7)	9 (8.7)	
<b>Birliktelik Süresi</b>	<i>Min-Mak</i>	1-48.0 (18.5)	1.0-45 (19)	1-48(18)	<sup>a</sup> <b>0.327</b>
	<i>(medyan)</i>				
	<i>Ort±SD</i>	18.99±11.97	19.76±11.50	18.16±12.45	
<b>Çocuk Sayısı</b>	<i>Min-Mak</i>	0-11 (2)	0-6 (2)	0-11(2)	<sup>b</sup> <b>0.345</b>
	<i>(medyan)</i>				
	<i>Ort±SD</i>	1.98±1.39	1.86±1.12	2.11±1.63	
<b>Gelir Düzeyi; n</b>	<b>&lt; 850 TL</b>	8 (3.7)	1 (0.9)	7 (6.7)	<sup>d</sup> <b>0.218</b>
	<b>850-1500 TL</b>	54 (25.0)	29 (25.9)	25 (24.0)	

(%)	<b>1500-2000 TL</b>	59 (27.3)	30 (26.8)	29 (27.9)
	<b>2000-3000 TL</b>	50 (23.1)	29 (25.9)	21 (20.2)
	<b>&gt;3000 TL</b>	45 (20.8)	23 (20.5)	22 (21.2)

<sup>a</sup>Student t test

<sup>b</sup>Mann Whitney U test

<sup>c</sup>Pearson Ki-kare test

<sup>d</sup>Fisher-Freeman-Halton test

<sup>e</sup>Yates' Continuity Correction Test

Sedef hastası olguların yaş ortalaması 42.63±10.82 yıl iken, Kontrol grubu olguların 41.77±11.61 yıldır. Gruplara göre olguların yaş ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (p>0.05).

Sedef hastası olguların ise %50.0'si (n=56) kadın, %50.0'si (n=56) erkektir. Kontrol grubunun ise %51.0'i (n=53) kadın, %49.0'u (n=51) erkektir. Gruplara göre olguların cinsiyet dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (p>0.05).

Gruplara göre olguların BMI düzeyleri, eğitim düzeyleri, çalışma durumları, medeni durumları, birliktelik süreleri, çocuk sayıları ve gelir düzeyleri istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir (p>0.05).

**Tablo 4.2: Gruplara Göre Hastalıklar ve Menopoza İlişkin Değerlendirmeler**

		<b>Toplam</b>	<b>Sedef</b>	<b>Kontrol</b>	<i>p</i>
		<b>(n=216)</b>	<b>(n=112)</b>	<b>(n=104)</b>	
		<b>n (%)</b>	<b>n (%)</b>	<b>n (%)</b>	
<b>Tıbbi Hastalık</b>	<b>Yok</b>	138 (63.9)	74 (66.1)	64 (61.5)	<sup>c</sup> <b>0.488</b>
	<b>Var</b>	78 (36.1)	38 (33.9)	40 (38.5)	
<b>Menopoz</b>	<b>Yok</b>	72 (66.1)	35 (62.5)	37 (69.8)	<sup>e</sup> <b>0.546</b>
	<b>Var</b>	37 (33.9)	21 (37.5)	16 (30.2)	

<sup>c</sup>Pearson Ki-kare test

<sup>e</sup>Yates' Continuity Correction Test

<sup>f</sup>Fisher's Exact Test

\*p<0.01

\*p<0.05

Gruplara göre olgularda tıbbi hastalık ve menopoz görülme oranları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir (p>0.05).

**Tablo 4.3: Gruplara Göre Psikiyatrik Hastalık Varlığına İlişkin Değerlendirmeler**

		<b>Toplam</b>	<b>Sedef</b>	<b>Kontrol</b>	<i>p</i>
		<b>(n=216)</b>	<b>(n=112)</b>	<b>(n=104)</b>	
		<b>n (%)</b>	<b>n (%)</b>	<b>n (%)</b>	
<b>Devam Eden Psikiyatrik Hastalık</b>	<b>Yok</b>	201 (93.1)	102 (91.1)	99 (95.2)	<i><sup>e</sup>0.356</i>
	<b>Var</b>	14 (6.9)	9 (8.9)	5 (4.8)	
<b>Depresyon</b>		8 (3.7)	3 (2.7)	5 (4.8)	
<b>Anksiyete Bozukluğu</b>		4 (1.9)	4 (3.6)	0 (0)	
<b>Uyum Bozukluğu</b>		2 (0.9)	2 (1.8)	0 (0)	
<b>Geçirilmiş Psikiyatrik Hastalık</b>	<b>Yok</b>	191 (88.4)	102 (91.1)	89 (85.6)	<i><sup>e</sup>0.294</i>
	<b>Var</b>	25 (11.6)	10 (8.9)	15 (14.4)	
<b>Depresyon</b>		18 (8.3)	4 (3.6)	14 (13.5)	
<b>Anksiyete Bozukluğu</b>		5 (2.3)	4 (3.6)	1 (1.0)	
<b>Uyum Bozukluğu</b>		2 (0.9)	2 (1.8)	0 (0)	
<b>Psikiyatrik İlaç Kullanımı</b>	<b>Yok</b>	200 (92.6)	102 (91.1)	98 (94.2)	<i><sup>e</sup>0.531</i>
	<b>Var</b>	16 (7.4)	10 (8.9)	6 (5.8)	
<b>SSRİ</b>		11 (5.1)	7 (6.3)	4 (3.8)	
<b>SNRİ</b>		3 (1.4)	2 (1.8)	1 (1.0)	
<b>Duygudurumu Dengeleyici</b>		2 (0.9)	1 (0.9)	1 (1.0)	

*<sup>e</sup>Yates' Continuity Correction Test*

Gruplara göre olgularda devam eden psikiyatrik hastalık, geçirilmiş psikiyatrik hastalık ve psikiyatrik ilaç kullanım oranları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ( $p>0.05$ ).

**Tablo 4.4: Psoriasis Hastalığı Görülen Olgularda Cinsiyete Göre Değerlendirmeler**

		<b>Toplam (n=112)</b>	<b>Kadın (n=56)</b>	<b>Erkek (n=56)</b>	<b>p</b>
<b>Sedef Süresi (yıl)</b>	<i>Min-Mak (medyan) Ort±SD</i>	1-46 (15) 15.82±9.78	1-46 (15) 16.42±10.10	1-41 (15) 15.21±9.51	<sup>b</sup> <b>0.505</b>
<b>Hastalık başlangıç yaşı (yıl)</b>	<i>Min-Mak (medyan) Ort±SD</i>	2-59 (25) 26.82±12.23	4-59 (25) 26.94±13.45	2-52 (25.7) 26.69±11.00	<sup>a</sup> <b>0.917</b>
<b>Hastalık başlangıç yaşı; n (%)</b>	<b>≤ 17 yaş</b> <b>18-35 yaş</b> <b>&gt;35 yaş</b>	29 (25.9) 57 (50.9) 26 (23.2)	17 (30.4) 24 (42.9) 15 (26.8)	12 (21.4) 33 (58.9) 11 (19.6)	<sup>c</sup> <b>0.235</b>
<b>PASI</b>	<i>Min-Mak (medyan) Ort±SD</i>	0-27.6 (3.2) 5.21±5.25	0-27.6 (3.5) 5.88±6.47	0-15.8 (3.0) 4.54±3.61	<sup>b</sup> <b>0.753</b>
<b>PASIn (%)</b>	<b>Hafif (≤ 10)</b> <b>Orta/ ağır (&gt;10)</b>	97 (86.6) 15 (13.4)	46 (82.1) 10 (17.9)	51 (91.1) 5 (8.9)	<sup>c</sup> <b>0.267</b>
<b>Hekimin Global Değerlendirmesi; n (%)</b>	<b>Hafif</b> <b>Orta</b> <b>Şiddetli/ Çok şiddetli</b>	51 (45.5) 39 (34.8) 22 (19.6)	20 (35.7) 23 (41.1) 13 (23.2)	31 (55.4) 16 (28.6) 9 (16.1)	<sup>c</sup> <b>0.113</b>
<b>Sedef Tipi; n (%)</b>	<b>Lokalize Plak</b> <b>Jenaralize Plak</b> <b>Eritrodermik</b> <b>Palmoplantar Plak</b> <b>Palmoplantar Pustulozis</b> <b>Jeneralize Püstüler</b>	9 (8.0) 92 (82.1) 1 (0.9) 7 (6.3) 2 (1.8) 1 (0.9)	5 (8.9) 45 (80.4) 0 (0) 5 (8.9) 1 (1.8) 0 (0)	4 (7.1) 47 (83.9) 1 (1.8) 2 (3.6) 1 (1.8) 1 (1.8)	<sup>d</sup> <b>0.761</b>
<b>Cinsel lezyon; n (%)</b>	<b>Var</b> <b>Yok</b>	25 (22.3) 87 (77.7)	8 (14.3) 48 (85.7)	17 (30.4) 39 (69.6)	<sup>c</sup> <b>0.041*</b>

<sup>a</sup>Student t test<sup>b</sup>Mann Whitney U test<sup>c</sup>Pearson Ki-kare test<sup>d</sup>Fisher-Freeman-Halton test<sup>e</sup>Yates' Continuity Correction Test

\*\*p&lt;0.01

Cinsiyetlere göre olguların hastalık süreleri, hastalık başlangıç yaşları, PASI değerleri, hekimin global değerlendirme skorları ve sedef tipleri istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir (p>0.05). Cinsiyetlere göre olgularda cinsel lezyon varlığı istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı farklılık göstermektedir (p=0.041; p<0.05). Erkek olgularda cinsel lezyon görülme oranı, kadın olgulardan anlamlı düzeyde yüksektir.



## 4.2.Psoriazis Hastalarında Psoriazisle İlgili Değişkenlerin Ölçeklerle Korelasyonları

### 4.2.1. PASI Ölçümlerine İlişkin Değerlendirmeler

Tablo 4.5 : Sedef Hastası Olgularda PASI ile Ölçek Puanlarının İlişkisi

	Sedef Hastası Olgularda PASI Ölçümleri			
	Kadın		Erkek	
	r	p	r	p
Vücut algısı ölçeği toplam puan	0.049	<b>0.718</b>	0.007	<b>0.962</b>
Dermatolojik yaşam kalitesi ölçeği toplam puan	0.386	<b>0.003**</b>	0.415	<b>0.001**</b>
FSFI toplam puan	0.032	<b>0.814</b>	-	-
IIEF toplam puan	-	-	0.026	<b>0.847</b>
GRISS toplam puan	0.034	<b>0.802</b>	0.178	<b>0.190</b>
HAD Anksiyete puanı	0.124	<b>0.363</b>	-0.166	<b>0.222</b>
HAD Depresyon puanı	0.133	<b>0.329</b>	-0.045	<b>0.743</b>

r: Spearman's Korelasyon Katsayısı      \*\*p<0.01      \*p<0.05

**Sedef hastası kadın olgularda;** Vücut algısı toplam puanı, FSFI toplam puanı, GRISS toplam puanı, HAD Anksiyete ve HAD Depresyon puanları ile PASI düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır (p>0.05). Dermatolojik yaşam kalitesi toplam puanı ile PASI arasında pozitif yönlü (PASI arttıkça dermatolojik yaşam kalitesi ölçeği toplam puanı da artan) istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır (r:0.386; p:0.003; p<0.01).

**Sedef hastası erkek olgularda;** Vücut algısı toplam puanı, IIEF toplam puanı, GRISS toplam puanı, HAD Anksiyete ve HAD Depresyon puanları ile PASI düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır (p>0.05). Dermatolojik yaşam kalitesi toplam puanı ile PASI arasında pozitif yönlü (PASI arttıkça dermatolojik yaşam kalitesi toplam puanı da artan) istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır (r:0.415; p:0.001; p<0.01).

#### 4.2.2. Hastalık Sürelerine İlişkin Değerlendirmeler

**Tablo 4.6 : Sedef Hastası Olgularda Hastalık Süresi ile Ölçek Puanlarının İlişkisi**

	Sedef Hastası Olgularda			
	Hastalık Süresi			
	Kadın		Erkek	
	r	p	r	p
<b>Vücut algısı ölçeği toplam puan</b>	-0.240	<b>0.075</b>	0.008	<b>0.954</b>
<b>Dermatolojik yaşam kalitesi ölçeği toplam puan</b>	0.109	<b>0.426</b>	-0.034	<b>0.806</b>
<b>FSFI toplam puan</b>	-0.215	<b>0.112</b>	-	-
<b>IIEF toplam puan</b>	-	-	0.112	<b>0.411</b>
<b>GRISS toplam puan</b>	0.265	<b>0.048*</b>	0.013	<b>0.924</b>
<b>HAD Anksiyete puanı</b>	0.096	<b>0.480</b>	-0.144	<b>0.291</b>
<b>HAD Depresyon puanı</b>	0.175	<b>0.198</b>	-0.123	<b>0.368</b>

r: Spearman's Korelasyon Katsayısı

\* $p < 0.05$

**Sedef hastası kadın olgularda;** Dermatolojik yaşam kalitesi toplam puanı, FSFI toplam puanı, HAD Anksiyete ve HAD Depresyon puanları ile hastalık süresi arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır ( $p > 0.05$ ).

GRISS toplam puanı ile hastalık süresi arasında pozitif yönlü (hastalık süresi arttıkça GRISS toplam puanı da artan) istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır ( $r: 0.265$ ;  $p: 0.048$   $p < 0.05$ ). Vücut algısı toplam puanı ile hastalık süresi arasında negatif yönlü %24.0 düzeyinde ilişki görülmekte olup, bu durum istatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte anlamlılığa yakın bulunmuştur ( $r: -0.240$ ;  $p: 0.075$ ;  $p > 0.05$ ).

**Sedef hastası erkek olgularda;** Vücut algısı toplam puanı, Dermatolojik yaşam kalitesi toplam puanı, IIEF toplam puanı, GRISS toplam puanı, HAD Anksiyete ve HAD Depresyon puanları ile hastalık süresi arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır ( $p > 0.05$ ).

#### 4.2.3. Hastalık Başlangıç Yaşına İlişkin Değerlendirmeler

**Tablo 4.7 : Sedef Hastası Olgularda Hastalık Başlangıç Yaşı ile Ölçek Puanlarının İlişkisi**

	Sedef Hastası Olgularda Hastalık Başlangıç Yaşı			
	Kadın		Erkek	
	r	p	r	p
<b>Vücut algısı ölçeği toplam puan</b>	0.155	<b>0.253</b>	-0.079	<b>0.562</b>
<b>Dermatolojik yaşam kalitesi ölçeği toplam puan</b>	-0.143	<b>0.293</b>	0.172	<b>0.204</b>
<b>FSFI toplam puan</b>	0.004	<b>0.976</b>	-	-
<b>IIEF toplam puan</b>	-	-	-0.105	<b>0.441</b>
<b>GRISS toplam puan</b>	-0.046	<b>0.737</b>	0.296	<b>0.027*</b>
<b>HAD Anksiyete puanı</b>	-0.046	<b>0.739</b>	-0.151	<b>0.266</b>
<b>HAD Depresyon puanı</b>	-0.215	<b>0.112</b>	-0.112	<b>0.411</b>

*r: Spearman's Korelasyon Katsayısı*

**Sedef hastası kadın olgularda;** Vücut algısı toplam puanı, Dermatolojik yaşam kalitesi toplam puanı, FSFI toplam puanı, GRISS toplam puanı, HAD Anksiyete ve HAD Depresyon puanları ile hastalık süresi arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır ( $p>0.05$ ).

**Sedef hastası erkek olgularda;** Vücut algısı toplam puanı, Dermatolojik yaşam kalitesi toplam puanı, IIEF toplam puanı, HAD Anksiyete ve HAD Depresyon puanları ile hastalık süresi arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır ( $p>0.05$ ).

Erkeklerde GRISS toplam puanı ile hastalık süresi arasında pozitif yönlü (hastalık başlangıç yaşı arttıkça GRISS toplam puanı da artan) istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır ( $r:0.296$ ;  $p:0.027$   $p<0.05$ ).

#### 4.2.4. Cinsel Lezyon Varlığına Göre Değerlendirmeler

Tablo 4.8: Cinsel Lezyon Varlığına Göre Değerlendirmeler

	Cinsel Lezyon		<sup>b</sup> p
	Var	Yok	
	Ort±SD (Medyan)	Ort±SD (Medyan)	
<b><i>Kadın olgularda</i></b>	<b>n=8</b>	<b>n=48</b>	
Vücut algısı ölçeği toplam puan	123.75±27.03(119.5)	132.81±25.98 (131)	<b>0.174</b>
Dermatolojik yaşam kalitesi ölçeği toplam puan	10.13±7.41 (7.5)	8.73±7.37 (7)	<b>0.279</b>
FSFI toplam puan	22.43±3.91 (22.1)	22.11±6.53 (21.9)	<b>0.991</b>
GRISS toplam puan	47.00±16.75 (46.5)	45.71±20.41 (48)	<b>0.916</b>
HAD Anksiyete puanı	11.75±3.99 (11)	10.15±4.73 (10)	<b>0.405</b>
HAD Depresyon puanı	7.88±3.60 (8.5)	7.88±4.43 (7)	<b>0.916</b>
<b><i>Erkek olgularda</i></b>	<b>n=17</b>	<b>n=39</b>	
Vücut algısı ölçeği toplam puan	150.65±20.50 (149)	152.08±22.96 (153)	<b><sup>a</sup>0.826</b>
Dermatolojik yaşam kalitesi ölçeği toplam puan	5.88±6.63 (4)	5.72±7.67 (2)	<b>0.820</b>
IIEF toplam puan	57.12±14.40 (60)	61.79±11.40 (66)	<b>0.273</b>
GRISS toplam puan	30.59±13.17 (32)	27.44±11.53 (27)	<b>0.322</b>
HAD Anksiyete puanı	8.24±3.21 (9)	7.36±4.51 (7)	<b>0.357</b>
HAD Depresyon puanı	6.00±4.51 (5)	5.87±3.98 (5)	<b>0.914</b>

<sup>a</sup>Student t Test

<sup>b</sup>Mann Whitney U Test

#### **Kadın olgularda;**

Cinsel lezyon varlığına göre olguların Vücut algısı toplam puanı, Dermatolojik yaşam kalitesi toplam puanı, SF Toplam Fiziksel Sağlık puanı, SF Toplam Mental Sağlık puanı, FSFI toplam puanı, GRISS toplam puanı, HAD anksiyete ve HAD depresyon düzeyleri istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir (p>0.05).

#### **Erkek olgularda;**

Cinsel lezyon varlığına göre olguların Vücut algısı toplam puanı, Dermatolojik yaşam kalitesi toplam puanı, SF Toplam Fiziksel Sağlık puanı, SF Toplam Mental Sağlık puanı, IIEF toplam puanı, GRISS toplam puanı, HAD anksiyete ve HAD depresyon düzeyleri istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir (p>0.05).

#### 4.2.5. Psoriasis hastalarında Dermatolojik Yaşam Kalitesine İlişkin Değerlendirmeler

Tablo 4.9 : Dermatolojik Yaşam Kalitesi Ölçeğine İlişkin Puanların Dağılımı

Dermatolojik Yaşam Kalitesi Ölçeği	Min-Mak	Medyan	Ort±SD
Semptom ve hisler	0-6	2	2.35±7.46
Günlük aktivite	0-6	0	1.31±1.79
Boş vakit	0-6	0	1.14±1.84
İş-okul	0-4	0	0.77±1.66
Kişisel ilişki	0-6	0	0.91±1.29
Tedavi	0-3	1	0.87±1.37
<b>Toplam Dermatolojik yaşam kalitesi</b>	<b>0-27</b>	<b>5</b>	<b>7.35±7.46</b>

Tablo 4.10: Cinsiyetlere Göre Dermatoloji Yaşam Kalitesi Ölçeğine İlişkin Değerlendirmeler

Dermatolojik Yaşam Kalitesi	Kadın (n=56)	Erkek (n=56)	<sup>b</sup> p
	Ort±SD (Medyan)	Ort±SD (Medyan)	
Semptom ve hisler	2.84±1.76 (2.5)	1.86±1.70 (1.5)	<b>0.003**</b>
Günlük aktivite	1.71±1.89 (1)	0.91±1.71 (0)	<b>0.005**</b>
Boş vakit	1.32±1.70 (1)	0.96±1.63 (0)	<b>0.125</b>
İş-okul	1.07±1.39 (0)	0.46±1.11 (0)	<b>0.006**</b>
Kişisel ilişki	0.98±1.41 (0)	0.84±1.35 (0)	<b>0.429</b>
Tedavi	1.00±0.89 (1)	0.73±0.98 (0)	<b>0.059</b>
<b>Toplam Dermatolojik yaşam kalitesi</b>	<b>8.93±7.33 (7)</b>	<b>5.77±7.31 (3)</b>	<b>0.004**</b>

<sup>b</sup>Mann Whitney U Test

\*\*p<0.01

Sedef hastası kadın olguların Semptom ve hisler puanları ortalama 2.84±1.76; Günlük aktivite puanları 1.71±1.89; Boş vakit puanları 1.32±1.70; İş-okul puanları 1.07±1.39, Kişisel ilişki puanları 0.98±1.41 ve Tedavi puanları 1.00±0.89'dir. Sedef hastası erkek olguların Semptom ve hisler puanları ortalama 1.86±1.70; Günlük aktivite puanları 0.91±1.71; Boş vakit puanları 0.96±1.63; İş-okul puanları 0.46±1.11, Kişisel ilişki puanları 0.84±1.35 ve Tedavi puanları 0.73±0.98'dir. Sedef hastası kadın olguların Semptom ve hisler (p=0.003), Günlük aktivite (p=0.005) ve İş-okul (p=0.006) puanlarının, erkek olgulardan yüksek olması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p<0.05). Cinsiyetlere göre olguların Boş vakit ve Kişisel ilişki puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir (p>0.05). Sedef hastası kadın

olguların Tedavi puanlarının, erkek olgulardan yüksek olması istatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte anlamlılığa yakın bulunmuştur ( $p=0.059$ ;  $p>0.05$ ).

Sedef hastası kadın olguların Dermatolojik yaşam kalitesi toplam puanları ortalama  $8.93\pm 7.33$  iken; erkek olguların ortalama  $5.77\pm 7.31$ 'dir. Kadın olguların Dermatolojik yaşam kalitesi toplam puanlarının erkek olgulardan yüksek olması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p=0.004$ ;  $p<0.01$ ).

#### **4.2.6. Dermatolojik yaşam kalitesi üzerine etki eden risk faktörlerinin Lineer Backward Regresyon analizi (Kadın)**

Dermatolojik yaşam kalitesi üzerine etki eden risk faktörlerinden; yaş, tıbbi hastalık varlığı, birliktelik süresi, menopoz varlığı, devam eden psikolojik hastalık varlığı, psikolojik ilaç kullanımı, hastalık süresi, hastalık başlangıç yaşı, PASI, cinsel lezyon varlığı, toplam vücut algısı puanı, Golombok Rust toplam puanı, toplam FSFI puanı, HAD anksiyete ve HAD depresyon puanlarının etkilerini incelediğimizde; modelin anlamlı bulunduğu ( $F=15.064$ ;  $p=0.001$ ), modelin açıklayıcılık katsayısının %43.4 (Adjusted R Square) olarak saptandığı görülmektedir. Backward stepwise yöntemi ile yapılan analizin 11 step sonrasında modelde; PASI ( $p=0.002$ ), HAD depresyon ( $p=0.034$ ) ve HAD anksiyete ( $p=0.014$ ) puanlarının etkileri anlamlı olarak saptanmış olup, bunların dermatolojik yaşam kalitesi üzerine bağımsız bir risk faktörü olduğu görülmektedir. Diğer değişkenlerin (yaş, tıbbi hastalık varlığı, birliktelik süresi, menopoz varlığı, devam eden psikolojik hastalık varlığı, psikolojik ilaç kullanımı, hastalık süresi, hastalık başlangıç yaşı, cinsel lezyon varlığı, toplam vücut algısı puanı, Golombok Rust toplam puanı ve toplam FSFI puanı) dermatolojik yaşam kalitesi üzerine etkileri istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ( $p>0.05$ ).

**Tablo 4.11 : Dermatolojik Yaşam kalitesi üzerine etki eden risk faktörlerinin Regresyon analizi sonucu (Kadın)**

Model	Unstandardized Coefficients		95,0% Confidence Interval for B	
	B	p	Lower Bound	Upper Bound
PASI	0.387	<b>0.002**</b>	0.153	0.620
HAD anksiyete	0.522	<b>0.014*</b>	0.108	0.936
HAD depresyon	0.481	<b>0.034*</b>	0.38	0.924

\*\* $p<0.01$

\* $p<0.05$

#### 4.2.7. Dermatolojik Yaşam kalitesi üzerine etki eden risk faktörlerinin Lineer Backward Regresyon analizi (Erkek)

Dermatolojik yaşam kalitesi üzerine etki eden risk faktörlerinden; yaş, tıbbi hastalık varlığı, birliktelik süresi, devam eden psikolojik hastalık varlığı, psikolojik ilaç kullanımı, hastalık süresi, hastalık başlangıç yaşı, PASI, cinsel lezyon varlığı, toplam vücut algısı puanı, Golombok Rust toplam puanı, HAD anksiyete ve HAD depresyon puanlarının etkilerini incelediğimizde; modelin anlamlı bulunduğu ( $F=14.193$ ;  $p=0.001$ ), modelin açıklayıcılık katsayısının %32.4 (Adjusted R Square) olarak saptandığı görülmektedir. Backward stepwise yöntemi ile yapılan analizin 10 step sonrasında modelde; PASI ( $p=0.011$ ) ve HAD depresyon ( $p=0.001$ ) puanlarının etkileri anlamlı olarak saptanmış olup, bunların dermatolojik yaşam kalitesi üzerine bağımsız bir risk faktörü olduğu görülmektedir. Diğer değişkenlerin (yaş, tıbbi hastalık varlığı, birliktelik süresi, devam eden psikolojik hastalık varlığı, psikolojik ilaç kullanımı, hastalık süresi, hastalık başlangıç yaşı, cinsel lezyon varlığı, toplam vücut algısı puanı, Golombok Rust toplam puanı ve HAD anksiyete puanı) dermatolojik yaşam kalitesi üzerine etkileri istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ( $p>0.05$ ).

**Tablo 4.12 : Dermatolojik Yaşam kalitesi üzerine etki eden risk faktörlerinin Regresyon analizi sonucu (erkek)**

Model	Unstandardized Coefficients	p	95,0% Confidence Interval for B	
	B		Lower Bound	Upper Bound
PASI	0.595	<b>0.011*</b>	0.144	1.045
HAD depresyon	0.906	<b>0.001**</b>	0.511	1.302

\*\* $p<0.01$       \* $p<0.05$

### 4.3.Psoriasis Hastalarında Cinsellikle İlişkili Ölçeklerin Kontrol Grubuyla Karşılaştırılması

#### 4.3.1. Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeğine İlişkin Değerlendirmeler

Tablo 4.13: Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeğine İlişkin Dağılımlar

Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği	Soru Sayısı	Min-Mak	Medya n	Ort±SD	Sorun Varlığı (≥ 5)	Cronbach' s Alpha
<b>KADIN (n=109)</b>						
Sıklık	2	1-9	5	5.41±2.01	%64.2	0.683
İletişim	2	1-9	6	5.42±2.42	%66.1	0.668
Doyum	4	1-9	4	3.95±1.81	%38.5	0.823
Kaçınma	4	1-7	3	3.15±1.76	%25.7	0.807
Dokunma	4	1-8	4	3.65±1.80	%30.3	0.776
Vajinismus	4	1-7	3	2.96±1.55	%16.5	0.648
Anorgazmi	4	1-9	5	4.68±1.99	%56.0	0.876
<b>Toplam Puan</b>	28	1-84	42	39.77±20.7	-	0.952
				3		
<b>ERKEK (n=107)</b>						
Sıklık	2	1-9	3	3.54±1.89	%29.9	0.768
İletişim	2	1-9	4	4.05±2.31	%43.0	0.739
Doyum	4	1-7	3	3.48±1.43	%23.4	0.575
Kaçınma	4	1-4	2	1.72±0.82	%0	0.304
Dokunma	4	1-7	2	2.24±1.16	%3.7	0.553
Empotans	4	1-8	2	2.57±1.49	%11.2	0.808
Erken boşalma	4	1-8	4	4.04±1.82	%40.2	0.789
<b>Toplam Puan</b>	28	18-68	25	25.98±11.7	-	0.841
				5		

Kadın olgularda:

Golombok-Rust Cinsel Doyum ölçeği Sıklık puanı 1 ile 9 arasında değişmekte olup, ortalama 5.41±2.01; İletişim puanı 1 ile 9 arasında değişmekte olup, ortalama 5.42±2.42; Doyum puanı 1 ile 9 arasında değişmekte olup, ortalama 3.95±1.81; Kaçınma puanı 1 ile 7 arasında



değişmekte olup, ortalama  $3.15 \pm 1.76$ ; Dokunma puanı 1 ile 8 arasında değişmekte olup, ortalama  $3.65 \pm 1.80$ ; Vajinismus puanı 1 ile 7 arasında değişmekte olup, ortalama  $2.96 \pm 1.55$ ; Anorgazmi puanı 1 ile 9 arasında değişmekte olup, ortalama  $4.68 \pm 1.99$  ve Toplam puan 1 ile 184 arasında değişmekte olup, ortalama  $39.77 \pm 20.73$ 'dür.

Kadın olguların %64.2'sinde (n=70) cinsel sıklık, %66.1'inde (n=72) iletişim, %38.5'inde (n=42) doyum, %25.7'sinde (n=28) kaçınma, %30.3'ünde (n=33) dokunma, %16.5'inde (n=18) vajinismus, %56.'sında (n=61) anorgazmi sorunları görülmektedir.

Golombok-Rust Cinsel Doyum ölçeği kadın formu alt boyutlarının Cronbach Alfa katsayıları 0.648 ile 0.876 arasında değişmekte olup, toplam Golombok-Rust Cinsel Doyum ölçeği Cronbach Alfa katsayısı ise 0.952'dir. Buna göre ölçeğimizin yüksek derecede güvenilir olduğunu söyleyebiliriz.

Erkek olgularda:

Golombok-Rust Cinsel Doyum ölçeği Sıklık puanı 1 ile 9 arasında değişmekte olup, ortalama  $3.54 \pm 1.89$ ; İletişim puanı 1 ile 9 arasında değişmekte olup, ortalama  $4.05 \pm 2.31$ ; Doyum puanı 1 ile 7 arasında değişmekte olup, ortalama  $3.48 \pm 1.43$ ; Kaçınma puanı 1 ile 4 arasında değişmekte olup, ortalama  $1.72 \pm 0.82$ ; Dokunma puanı 1 ile 7 arasında değişmekte olup, ortalama  $2.24 \pm 1.16$ ; Empotans puanı 1 ile 8 arasında değişmekte olup, ortalama  $2.57 \pm 1.49$ ; Erken boşalma puanı 1 ile 8 arasında değişmekte olup, ortalama  $4.04 \pm 1.82$  ve Toplam puan 18 ile 68 arasında değişmekte olup, ortalama  $25.98 \pm 11.75$ 'dir.

Erkek olguların %29.9'unda (n=32) cinsel sıklık, %43.0'ünde (n=46) iletişim, %23.4'ünde (n=25) doyum, %3.7'sinde (n=4) dokunma, %11.2'sinde (n=12) empotans, %40.2'sinde (n=43) erken boşalma sorunları görülürken kaçınma sorunu görülen olgu bulunmamaktadır

Golombok-Rust Cinsel Doyum ölçeği erkek formu alt boyutlarının Cronbach Alfa katsayıları 0.304 ile 0.808 arasında değişmektedir. Kaçınma puanı, doyum ve dokunma puanları düşük güvenilirlikte olup; sıklık, iletişim empotans, erken boşalma puanları ise oldukça güvenilirdir. Toplam Golombok-Rust Cinsel Doyum ölçeği Cronbach Alfa katsayısı ise 0.841'dir. Buna göre ölçeğimiz yüksek derecede güvenilirdir diyebiliriz.

**Tablo 4.14: Gruplara Göre Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeğine İlişkin Değerlendirmeler**

Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği	Sedef Hastası	Kontrol Grubu	<sup>b</sup> p
	Ort±SD (Medyan)	Ort±SD (Medyan)	
<b>KADIN</b>	<b>n=56</b>	<b>n=53</b>	
Sıklık	5.86±1.96 (6)	4.94±1.97 (5)	<b>0.017*</b>
İletişim	5.61±2.40 (6)	5.23±2.45 (5)	<b>0.488</b>
Doyum	4.46±1.89 (4)	3.42±1.57 (3)	<b>0.003**</b>
Kaçınma	3.86±1.72 (4)	2.40±1.49 (2)	<b>0.001**</b>
Dokunma	4.23±1.93 (4)	3.04±1.44 (3)	<b>0.001**</b>
Vajinismus	3.25±1.75 (3)	2.66±1.25 (2)	<b>0.098</b>
Anorgazmi	5.13±1.83 (5)	4.21±2.07 (4)	<b>0.014*</b>
<b>Toplam Puan</b>	<b>45.89±19.80 (48)</b>	<b>33.30±19.87 (31)</b>	<b>0.002**</b>
<b>ERKEK</b>	<b>n=56</b>	<b>n=51</b>	
Sıklık	3.95±1.90 (3.5)	3.10±1.79 (3)	<b>0.017*</b>
İletişim	3.82±2.44 (3)	4.29±2.16 (4)	<b>0.222</b>
Doyum	3.59±1.40 (3.5)	3.35±1.47 (3)	<b>0.280</b>
Kaçınma	2.02±0.88 (2)	1.39±0.60 (1)	<b>0.001**</b>
Dokunma	2.41±1.33 (2)	2.06±0.93 (2)	<b>0.225</b>
Empotans	2.88±1.54 (2)	2.24±1.37 (2)	<b>0.014*</b>
Erken boşalma	4.38±1.87 (4.5)	3.67±1.69 (3)	<b>0.051</b>
<b>Toplam Puan</b>	<b>28.39±12.02 (29.5)</b>	<b>23.33±10.95 (21)</b>	<b>0.018*</b>

<sup>b</sup>Mann Whitney U Test

\*\*p<0.01

\*p<0.05

Kadın olgularda:

Sedef hastası kadın olguların Sıklık puanları ortalama 5.86±1.96; İletişim puanları 5.61±2.40; Doyum puanları 4.46±1.89; Kaçınma puanları 3.86±1.72; Dokunma puanları 4.23±1.93; Vajinismus puanları 3.25±1.75 ve Anorgazmi puanları 5.13±1.83'dür. Kontrol grubu kadın olguların Sıklık puanları ortalama 4.94±1.97; İletişim puanları 5.23±2.45; Doyum puanları 3.42±1.57; Kaçınma puanları 2.40±1.49; Dokunma puanları 3.04±1.44; Vajinismus puanları 2.66±1.25 ve Anorgazmi puanları 4.21±2.07'dir. Sedef hastası olguların Sıklık (p=0.017), Doyum (p=0.003), Kaçınma (p=0.001), Dokunma (p=0.001) ve Anorgazmi (p=0.014) puanlarının, Kontrol grubu olgulardan yüksek olması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p<0.05). Sedef hastası olguların Vajinismus puanlarının Kontrol grubu olgulardan yüksek olması da istatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte, anlamlılığa yakın bulunmuştur

( $p=0.098$ ;  $p>0.05$ ). Gruplara göre olguların İletişim puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ( $p>0.05$ ).

Sedef hastası kadın olguların Golombok-Rust Cinsel Doyum ölçeği toplam puanlarının, Kontrol grubu olgulardan yüksek olması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p=0.002$ ;  $p<0.01$ ).

Erkek olgularda:

Sedef hastası erkek olguların Sıklık puanları ortalama  $3.95\pm1.90$ ; İletişim puanları  $3.82\pm2.44$ ; Doyum puanları  $3.59\pm1.40$ ; Kaçınma puanları  $2.02\pm0.88$ ; Dokunma puanları  $2.41\pm1.33$ ; Empotans puanları  $2.88\pm1.54$  ve Erken boşalma puanları  $4.38\pm1.87$ 'dir. Kontrol grubu erkek olguların Sıklık puanları ortalama  $3.10\pm1.79$ ; İletişim puanları  $4.29\pm2.16$ ; Doyum puanları  $3.35\pm1.47$ ; Kaçınma puanları  $1.39\pm0.60$ ; Dokunma puanları  $2.06\pm0.93$ ; Empotans puanları  $2.24\pm1.37$  ve Erken boşalma puanları  $3.67\pm1.69$ 'dur. Sedef hastası olguların Sıklık ( $p=0.017$ ), Kaçınma ( $p=0.001$ ) ve Empotans ( $p=0.014$ ) puanlarının, Kontrol grubu olgulardan yüksek olması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p<0.05$ ). Sedef hastası olguların Erken boşalma puanlarının Kontrol grubu olgulardan yüksek olması da istatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte, anlamlılığa yakın bulunmuştur ( $p=0.051$ ;  $p>0.05$ ). Gruplara göre olguların İletişim, Doyum ve Dokunma puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ( $p>0.05$ ).

Sedef hastası erkek olguların Golombok-Rust Cinsel Doyum ölçeği toplam puanlarının, Kontrol grubu olgulardan yüksek olması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p=0.018$ ;  $p<0.05$ ).

#### **4.3.2. Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği üzerine etki eden risk faktörlerinin Lineer Backward Regresyon Analizi (kadın sedef hastaları)**

Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği üzerine etki eden risk faktörlerinden; yaş, tıbbi hastalık varlığı, birliktelik süresi, menopoz varlığı, devam eden psikolojik hastalık varlığı, psikolojik ilaç kullanımı, hastalık süresi, hastalık başlangıç yaşı, PASI, cinsel lezyon varlığı, toplam vücut algısı puanı, HAD anksiyete ve HAD depresyon puanlarının etkilerini incelediğimizde; modelin anlamlı bulunduğu ( $F=27.754$ ;  $p=0.001$ ), modelin açıklayıcılık katsayısının %49.3 (Adjusted R Square) olarak saptandığı görülmektedir. Backward stepwise yöntemi ile yapılan

analizin 10 step sonrasında modelde; toplam Vücut Algısı Ölçeği puanı ( $p=0.001$ ) ve birliktelik süresi ( $p=0.014$ ) puanlarının etkileri anlamlı olarak saptanmış olup, bunların Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği üzerine bağımsız bir risk faktörü olduğu görülmektedir. Diğer değişkenlerin (yaş, tıbbi hastalık varlığı, menopoz varlığı, devam eden psikolojik hastalık varlığı, psikolojik ilaç kullanımı, hastalık süresi, hastalık başlangıç yaşı, PASI, cinsel lezyon varlığı, HAD anksiyete ve HAD depresyon puanları) Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği üzerine etkileri istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ( $p>0.05$ ).

**Tablo 4.15 : Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği üzerine etki eden risk faktörlerinin Regresyon analizi sonucu (sedef hastası kadın)**

Model	Unstandardized Coefficients	p	95,0% Confidence Interval for B	
	B		Lower Bound	Upper Bound
Toplam Vücut Algısı	-0,503	<b>0.001**</b>	-0,649	-0,357
Birliktelik süresi	0.437	<b>0.014*</b>	0.092	0.781

\*\* $p<0.01$

\* $p<0.05$

#### **4.3.3. Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği üzerine etki eden risk faktörlerinin Lineer Backward Regresyon analizi (erkek sedef hastaları)**

Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği üzerine etki eden risk faktörlerinden; yaş, tıbbi hastalık varlığı, birliktelik süresi, devam eden psikolojik hastalık varlığı, psikolojik ilaç kullanımı, hastalık süresi, hastalık başlangıç yaşı, PASI, cinsel lezyon varlığı, toplam vücut algısı puanı, HAD anksiyete ve HAD depresyon puanlarının etkilerini incelediğimizde; modelin anlamlı bulunduğu ( $F=23.678$ ;  $p=0.001$ ), modelin açıklayıcılık katsayısının %55.3 (Adjusted R Square) olarak saptandığı görülmektedir. Backward stepwise yöntemi ile yapılan analizin 8 step sonrasında modelde; toplam Vücut Algısı Ölçeği puanı ( $p=0.001$ ) ve birliktelik süresinin ( $p=0.001$ ) etkileri anlamlı olarak saptanmış olup, bunların Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği üzerine bağımsız bir risk faktörü olduğu görülmektedir. HAD depresyon puanı da

modelde bulunmakta olup, etkisi istatistiksel olarak olmakla birlikte, anlamlılığa yakın bulunmuştur ( $p=0.057$ ;  $p>0.05$ ).Diğer değişkenlerin (yaş, tıbbi hastalık varlığı, birliktelik süresi, devam eden psikolojik hastalık varlığı, psikolojik ilaç kullanımı, hastalık süresi, hastalık başlangıç yaşı, PASI, cinsel lezyon varlığı, toplam vücut algısı puanı, HAD anksiyete ve HAD depresyon puanları) Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği üzerine etkileri istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ( $p>0.05$ ).

**Tablo 4.16: Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği üzerine etki eden risk faktörlerinin Regresyon Analizi sonucu (sedef hastası erkek)**

Model	Unstandardized Coefficients	p	95,0% Confidence Interval for B	
	B		Lower Bound	Upper Bound
Toplam Vücut Algısı	-0,304	<b>0.001**</b>	-0,424	-0,183
HAD depresyon	0.631	<b>0.057</b>	-0.019	1.281
Birliktelik süresi	0.322	<b>0.001**</b>	0.133	0.512

**\*\* $p<0.01$**

**\* $p<0.05$**

#### 4.3.4. FSFI Ölçeğine İlişkin Değerlendirmeler (n=109)

Tablo 4.17 : FSFI Ölçeği Puanlarına İlişkin Dağılımı

FSFI	Soru Sayısı	Kat Sayı	Min-Mak	Medyan	Ort±SD	Cronbach's Alpha
İstek	2	0.6	1.2-6	3.6	3.34±1.09	0.835
Uyarılma	4	0.3	0-6	3.3	3.44±1.33	0.935
Lubrikasyon	4	0.3	0-6	4.2	4.21±1.40	0.932
Orgazm	3	0.4	0-6	3.6	3.63±1.54	0.952
Doyum	3	0.4	0.8-6	4.0	3.90±1.38	0.956
Ağrı	3	0.4	0-6	5.2	4.71±1.52	0.949
<b>Toplam</b>	19	-	2-36	23.1	23.22±7.43	0.977

FSFI ölçeği İstek puanı 1.2 ile 6 puan arasında değişmekte olup, ortalama 3.34±1.09; Uyarılma puanı 0 ile 6 puan arasında değişmekte olup, ortalama 3.44±1.33; Lubrikasyon puanı 0 ile 6 puan arasında değişmekte olup, ortalama 4.21±1.40; Orgazm puanı 0 ile 6 puan arasında değişmekte olup, ortalama 3.63±1.54; Doyum puanı 0.8 ile 6 puan arasında değişmekte olup, ortalama 3.90±1.38; Ağrı puanı 0 ile 6 puan arasında değişmekte olup, ortalama 4.71±1.52 ve Toplam FSFI puanı 2 ile 36 puan arasında değişmekte olup, ortalama 23.22±7.43'dür. FSFI ölçeği alt boyutlarının Cronbach Alfa katsayıları 0.835 ile 0.956 arasında değişmekte olup, toplam FSFI Cronbach Alfa katsayı ise 0.977'dir. Buna göre ölçeğimizin yüksek derecede güvenilir olduğunu söyleyebiliriz.

Tablo 4.18 : Gruplara Göre FSFI Ölçeğine İlişkin Değerlendirmeler

FSFI	Sedef Hastası (n=56)		Kontrol Grubu (n=53)	<sup>b</sup> p
	Ort±SD (Medyan)		Ort±SD (Medyan)	
İstek	3.17±0.91 (3.0)		3.51±1.25 (3.6)	<b>0.085</b>
Uyarılma	3.27±1.16 (3.3)		3.62±1.48 (3.6)	<b>0.106</b>
Lubrikasyon	4.06±1.27 (4.2)		4.38±1.53 (4.8)	<b>0.079</b>
Orgazm	3.32±1.32 (3.4)		3.95±1.71 (4.4)	<b>0.013*</b>
Doyum	3.82±1.29 (3.6)		3.98±1.47 (4.8)	<b>0.306</b>
Ağrı	4.51±1.45 (4.8)		4.91±1.57 (6.0)	<b>0.031*</b>
<b>Toplam</b>	22.16±6.20 (21.9)		24.35±8.45 (27)	<b>0.045*</b>
		n (%)	n (%)	<sup>e</sup> p
<b>Toplam</b>	≤ 26.5 (hasta)	45 (80.4)	25 (47.2)	
<b>FSFI</b>	> 26.5 (sağlıklı)	11 (19.6)	28 (52.8)	<b>0.001**</b>

<sup>b</sup>Mann Whitney U Test

<sup>e</sup>Yates' Continuity Correction Test

\*p<0.05

\*\*p<0.01

Sedef hastası olguların İstek puanları ortalama  $3.17 \pm 0.91$ ; Uyarılma puanları  $3.27 \pm 1.16$ ; Lubrikasyon puanları  $4.06 \pm 1.27$ ; Orgazm puanları  $3.32 \pm 1.32$ ; Doyum puanları  $3.82 \pm 1.29$  ve Ağrı puanları  $4.51 \pm 1.45$ 'dir. Kontrol grubu olguların İstek puanları ortalama  $3.51 \pm 1.25$ ; Uyarılma puanları  $3.62 \pm 1.48$ ; Lubrikasyon puanları  $4.38 \pm 1.53$ ; Orgazm puanları  $3.95 \pm 1.71$ ; Doyum puanları  $3.98 \pm 1.47$  ve Ağrı puanları  $4.91 \pm 1.57$ 'dir. Sedef hastası olguların Orgazm ( $p=0.013$ ) ve Ağrı ( $p=0.031$ ) puanlarının, Kontrol grubundan düşük olması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p<0.05$ ). Sedef hastası olguların İstek ( $p=0.085$ ) ve Lubrikasyon ( $p=0.079$ ) puanlarının, Kontrol grubundan düşük olması ise istatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte, anlamlılığa yakın bulunmuştur ( $p>0.05$ ). Gruplara göre olguların Uyarılma ve Doyum puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ( $p>0.05$ ).

Sedef hastası olguların Toplam FSFI puanları ortalama  $22.16 \pm 6.20$  iken, Kontrol grubu olguların ortalama  $24.35 \pm 8.45$ 'dir. Sedef hastası olguların Toplam FSFI puanlarının, Kontrol grubundan düşük olması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p=0.045$ ;  $p<0.05$ ). Toplam FSFI puanı 26.55 cut off olarak alındığında; olguların FSFI puanları gruplara göre farklılık göstermektedir ( $p=0.001$ ;  $p<0.01$ ). Sedef hastası olguların FSFI puanlarının 26.55 ve daha düşük olma oranı, Kontrol grubu olgulardan 4.58 kat daha fazla olduğunu söyleyebiliriz. FSFI için ODDS oranı  $4.582$  (%95CI:1.955-10.738)'dir.

#### **4.3.5. FSFI ölçeği üzerine etki eden risk faktörlerinin Lineer Backward Regresyon Analizi (sedef hastaları)**

FSFI Ölçeği üzerine etki eden risk faktörlerinden; yaş, tıbbi hastalık varlığı, birliktelik süresi, menopoz varlığı, devam eden psikolojik hastalık varlığı, psikolojik ilaç kullanımı, hastalık süresi, hastalık başlangıç yaşı, PASI, cinsel lezyon varlığı, toplam vücut algısı puanı, HAD anksiyete ve HAD depresyon puanlarının etkilerini incelediğimizde; modelin anlamlı bulunduğu ( $F=30.202$ ;  $p=0.001$ ), modelin açıklayıcılık katsayısının %51.5 (Adjusted R Square) olarak saptandığı görülmektedir. Backward stepwise yöntemi ile yapılan analizin 10 step sonrasında modelde; toplam Vücut Algısı Ölçeği puanı ( $p=0.001$ ) ve menopoz varlığının ( $p=0.018$ ) etkileri anlamlı olarak saptanmış olup, bunların FSFI Ölçeği üzerine bağımsız bir risk faktörü olduğu görülmektedir. Diğer değişkenlerin (yaş, tıbbi hastalık varlığı, birliktelik süresi, devam eden psikolojik hastalık varlığı, psikolojik ilaç kullanımı, hastalık süresi, hastalık başlangıç yaşı, PASI, cinsel lezyon varlığı, HAD anksiyete ve HAD depresyon puanları) FSFI Ölçeği üzerine etkileri istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ( $p>0.05$ ).

**Tablo 4.19 : FSFI Ölçeği üzerine etki eden risk faktörlerinin Regresyon Analizi sonucu (sedef hastaları)**

Model	Unstandardized Coefficients	p	95,0% Confidence Interval for B	
	B		Lower Bound	Upper Bound
Toplam Vücut Algısı	0.161	<b>0.001**</b>	0.116	0.206
Menopoz varlığı	-2.908	<b>0.018*</b>	-5.305	-0.512

\*\* $p < 0.01$

\* $p < 0.05$

#### **4.3.6. FSFI Ölçeği üzerine etki eden risk faktörlerinin Lineer Backward Regresyon analizi (tüm kadın olgularda)**

FSFI Ölçeği üzerine etki eden risk faktörlerinden; yaş, tıbbi hastalık varlığı, birliktelik süresi, menopoz varlığı, devam eden psikolojik hastalık varlığı, psikolojik ilaç kullanımı, toplam vücut algısı puanı, anksiyete ve depresyon ve sedef varlığı etkilerini incelendiğinde; modelin anlamlı bulunduğu ( $F=64.293$ ;  $p=0.001$ ), modelin açıklayıcılık katsayısının %54.0 (Adjusted R Square) olarak saptandığı görülmektedir. Backward stepwise yöntemi ile yapılan analizin 8 step sonrasında modelde; vücut algısı toplam puanı ( $p=0.001$ ) ve menopoz varlığı ( $p=0.001$ ) puanının etkisi anlamlı olarak saptanmış olup, FSFI Ölçeği üzerine bağımsız bir risk faktörü olduğu görülmektedir. Diğer değişkenlerin (yaş, tıbbi hastalık varlığı, birliktelik süresi, devam eden psikolojik hastalık varlığı, psikolojik ilaç kullanımı, anksiyete, depresyon ve sedefin varlığı) FSFI ölçeği üzerine etkileri istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ( $p > 0.05$ ).

**Tablo 4.20: FSFI Ölçeği üzerine etki eden risk faktörlerinin Regresyon analizi sonucu**

Model	Unstandardized Coefficients	p	95,0% Confidence Interval for B	
	B		Lower Bound	Upper Bound
<b>Vücut algısı puanı</b>	0,183	0,001**	0,144	0,223
<b>Menopoz varlığı</b>	-4,347	0,001**	-6,432	-2,261

\*\* $p < 0.01$

\* $p < 0.05$



#### 4.3.7. IIEF Ölçeğine İlişkin Değerlendirmeler (n=107)

**Tablo 4.21: IIEF Ölçeği Puanlarına İlişkin Dağılımı**

<b>IIEF</b>	<b>Soru Sayısı</b>	<b>Min-Mak</b>	<b>Medyan</b>	<b>Ort±SD</b>	<b>Cronbach's Alpha</b>
<b>Eretil Fonksiyon</b>	6	8-30	28	26.32±5.03	0.928
<b>Orgazmik Fonksiyon</b>	2	3-10	10	9.02±1.58	0.828
<b>Cinsel İstek</b>	2	3-10	8	7.96±1.60	0.791
<b>İlişki Tatmin</b>	3	4-15	13	11.91±2.68	0.722
<b>Genel Tatmin</b>	2	2-10	9	8.34±1.93	0.904
<b>Toplam İşlev Bozukluğu</b>	15	24-75	68	63.54±11.32	0.950

IIEF ölçeği alt boyutları incelendiğinde, Eretil Fonksiyon puanı 8 ile 30 puan arasında değişmekte olup, ortalama 26.32±5.03'dür. Olguların %2.8'inde (n=3) ağır düzeyde, %1.9'unda (n=2) orta düzeyde ve %24.3'ünde (n=26) hafif Eretil Fonksiyon Bozukluğu görülürken, %71.0'inde (n=76) Eretil Fonksiyon Bozukluğu görülmemektedir.

Orgazmik Fonksiyon puanı 3 ile 10 puan arasında değişmekte olup, ortalama 9.02±1.58; Cinsel İstek puanı 3 ile 10 puan arasında değişmekte olup, ortalama 7.96±1.60; İlişki Tatmin puanı 4 ile 15 puan arasında değişmekte olup, ortalama 11.91±2.68; Genel Tatmin puanı 2 ile 10 puan arasında değişmekte olup, ortalama 8.34±1.93'dür. IIEF ölçeği toplam işlev bozukluğu incelendiğinde ise; olguların puanları 24 ile 75 arasında değişmekte olup, ortalama 63.54±11.32'dir.

IIEF ölçeği alt boyutlarının Cronbach Alfa katsayıları 0.722 ile 0.928 arasında değişmekte olup, toplam işlev bozukluğunun Cronbach Alfa katsayı ise 0.950'dir. Buna göre ölçeğimizin yüksek derecede güvenilir olduğunu söyleyebiliriz.

**Tablo 4.22 : Gruplara Göre IIEF Ölçeğine İlişkin Değerlendirmeler**

IIEF	Sedef Hastası	Kontrol Grubu	<sup>a</sup> p
	(n=56)	(n=51)	
	Ort±SD	Ort±SD	
<b>Eretil Fonksiyon</b>	24.91±5.78	27.86±3.50	<b>0.002**</b>
<b>Orgazmik Fonksiyon</b>	8.66±1.79	9.41±1.22	<b>0.012*</b>
<b>Cinsel İstek</b>	7.64±1.72	8.31±1.39	<b>0.030*</b>
<b>İlişki Tatmin</b>	11.13±2.62	12.76±2.49	<b>0.001**</b>
<b>Genel Tatmin</b>	8.04±2.06	8.67±1.73	<b>0.091</b>
<b>Toplam İşlev Bozukluğu</b>	60.37±12.44	67.02±8.84	<b>0.002**</b>

<sup>a</sup>Student t Test

\*p&lt;0.05

\*\*p&lt;0.01

Sedef hastası olguların Eretil fonksiyon puanları ortalama 24.91±5.78; Orgazmik Fonksiyon puanları 8.66±1.79; Cinsel İstek puanları 7.64±1.72; İlişki Tatmin puanları 11.13±2.62 ve Genel Tatmin puanları 8.04±2.06'dir. Kontrol grubu olguların Eretil fonksiyon puanları ortalama 27.86±3.50; Orgazmik Fonksiyon puanları 9.41±1.22; Cinsel İstek puanları 8.31±1.39; İlişki Tatmin puanları 12.76±2.49 ve Genel Tatmin puanları 8.67±1.73'dür. Sedef hastası olguların Eretil Fonksiyon (p=0.002), Orgazmik Fonksiyon (p=0.012), Cinsel İstek (p=0.030) ve İlişki Tatmini (p=0.001) puanlarının; Kontrol grubundan düşük olması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p<0.05). Sedef hastası olguların Genel Tatmin puanlarının, Kontrol grubundan düşük olması da istatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte, anlamlılığa yakın bulunmuştur (p=0.091; p>0.05).

Sedef hastası olguların Toplam İşlev Bozukluğu puanları ortalama 60.37±12.44 iken; Kontrol grubunun ortalama 67.02±8.84'dir. Sedef hastası olguların Toplam İşlev Bozukluğu puanlarının, Kontrol grubundan düşük olması istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bulunmuştur (p=0.002; p<0.01).

**Tablo 4.23: Gruplar Arasında IIEF EF 5 Domainine Göre Eretil Disfonksiyon Varlığının Değerlendirilmesi**

		Sedef Hastası (n=56)	Kontrol Grubu (n=51)	<sup>e</sup> p
		n (%)	n (%)	
<b>Eretil</b>	<b>Yok</b>	34 (60.7)	42 (82.4)	
<b>Disfonksiyon</b>	<b>(IIEF5&gt;21)</b>			
	<b>Var</b>	22 (39.3)	9 (17.6)	<b>0.024*</b>
	<b>(IIEF5≤21)</b>			

<sup>e</sup>Yates' Continuity Correction Test

\*p<0.05

Gruplara göre erkek olgularda Eretil Disfonksiyon görülme oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır (p=0.024; p<0.05); Sedef hastası olgularda Eretil Disfonksiyon görülme oranı, kontrol grubundan anlamlı düzeyde yüksektir.

#### **4.3.8. IIEF ölçeği üzerine etki eden risk faktörlerinin Lineer Backward Regresyon Analizi (sedef hastaları)**

IIEF Ölçeği üzerine etki eden risk faktörlerinden, yaş, tıbbi hastalık varlığı, birliktelik süresi, devam eden psikolojik hastalık varlığı, psikolojik ilaç kullanımı, hastalık süresi, hastalık başlangıç yaşı, PASI, cinsel lezyon varlığı, toplam vücut algısı puanı, HAD anksiyete, HAD depresyon puanları, toplam dermatolojik yaşam kalitesi puanı, SF toplam fiziksel sağlık ve SF toplam mental sağlık puanı etkilerini incelediğimizde; modelin anlamlı bulunduğu (F=29.760; p=0.001), modelin açıklayıcılık katsayısının %61.1 (Adjusted R Square) olarak saptandığı görülmektedir. Backward stepwise yöntemi ile yapılan analizin 11 step sonrasında modelde; yaş (p=0.012), toplam Vücut Algısı Ölçeği puanı (p=0.001) ve HAD depresyon (p=0.036) puanlarının etkileri anlamlı olarak saptanmış olup, bunların IIEF Ölçeği üzerine bağımsız bir risk faktörü olduğu görülmektedir. Diğer değişkenlerin (tıbbi hastalık varlığı, birliktelik süresi, devam eden psikolojik hastalık varlığı, psikolojik ilaç kullanımı, hastalık süresi, hastalık başlangıç yaşı, PASI, cinsel lezyon varlığı, HAD anksiyete puanı, toplam dermatolojik yaşam kalitesi puanı, SF toplam fiziksel sağlık ve SF toplam mental sağlık puanı) IIEF Ölçeği üzerine etkileri istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (p>0.05).

**Tablo 4.24: IIEF ölçeği üzerine etki eden risk faktörlerinin Regresyon Analizi sonucu (sedef hastaları)**

Model	Unstandardized Coefficients	p	95,0% Confidence Interval for B	
	B		Lower Bound	Upper Bound
Yaş	-0.269	<b>0.012*</b>	-0.475	-0.062
Toplam Vücut Algısı	0.351	<b>0.001**</b>	0.233	0.468
HAD depresyon	-0.692	<b>0.036*</b>	-1.336	-0.047

**\*\*p<0.01**

**\*p<0.05**

#### **4.3.9. IIEF Ölçeği Toplam Puan üzerine etki eden risk faktörlerinin Lineer Backward Regresyon analizi (tüm erkek olgular)**

IIEF Ölçeği toplam puanı üzerine etki eden risk faktörlerinden; yaş, tıbbi hastalık varlığı, birliktelik süresi, devam eden psikolojik hastalık varlığı, psikolojik ilaç kullanımı, toplam vücut algısı puanı, HAD anksiyete, HAD depresyon ve sedef varlığı etkilerini incelediğimizde; modelin anlamlı bulunduğu (F=39.924; p=0.001), modelin açıklayıcılık katsayısının %59.5 (Adjusted R Square) olarak saptandığı görülmektedir. Backward stepwise yöntemi ile yapılan analizin 6 step sonrasında modelde; yaş (p=0.001), vücut algısı toplam puanı (p=0.001) ve HAD depresyon (p=0.036) puanının etkisi anlamlı olarak saptanmış olup, IIEF Ölçeği toplam puan üzerine bağımsız bir risk faktörü olduğu görülmektedir. Sedef varlığı da modelde bulunmakta olup, etkisi istatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte, anlamlılığa yakın bulunmuştur (p=0.052; p>0.05). Diğer değişkenlerin (tıbbi hastalık varlığı, birliktelik süresi, devam eden psikolojik hastalık varlığı, psikolojik ilaç kullanımı, HAD anksiyete) IIEF toplam puanı üzerine etkileri istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (p>0.05).

**Tablo 4.25: IIEF Ölçeği üzerine etki eden risk faktörlerinin Regresyon analizi sonucu**

Model	Unstandardized Coefficients	p	95,0% Confidence Interval for B	
	B		Lower Bound	Upper Bound
Yaş	-0,227	0,001**	-0,355	-0,099
Vücut algısı puanı	0,320	0,001**	0,247	0,393
HAD depresyon	-0,444	0,036*	-0,857	-0,031

\*\* $p < 0.01$

\* $p < 0.05$

#### 4.4.Psoriasis Hastalarıyla Kontrol Grubunun Depresyon Ve Anksiyete Düzeylerinin Karşılaştırılması

##### 4.4.1. HAD Ölçeğine İlişkin Değerlendirmeler (n=216)

**Tablo 4.26 : HAD Ölçeği Puanlarına İlişkin Dağılımı**

HAD	Soru Sayısı	Min-Mak	Medyan	Ort±SD	Cronbach's Alpha
Anksiyete	7	0-19	8	8.03±4.63	0.837
Depresyon	7	0-18	6	6.24±4.15	0.766
	Sayı	%			
Anksiyete ≤ 10 (normal)	154	71.3			
Anksiyete > 10 (Klinik)	62	28.7			
Depresyon ≤ 7 (normal)	137	63.4			
Depresyon > 7 (Klinik)	79	36.6			

Olguların HAD anksiyete düzeyleri 0 ile 19 arasında değişmekte olup, ortalama 8.03±4.63'dür. Olguların %71.3'ünün (n=154) anksiyete düzeyi normal iken, %28.7'si (n=62) klinik düzeydedir. Olguların HAD depresyon düzeyleri 0 ile 18 arasında değişmekte olup, ortalama 6.24±4.15'dir. Olguların %63.4'ünün (n=137) depresyon düzeyi normal iken, %36.6'sı (n=79) klinik düzeydedir.

HAD anksiyete ölçeğinin Cronbach Alfa katsayısı 0.837 olup, yüksek derecede güvenilir iken; HAD depresyon ölçeği Cronbach Alfa katsayısı 0.766 olup, oldukça güvenilir düzeydedir.

**Tablo 4.27: Sedef Hastası Olguların Cinsiyetlere Göre Anksiyete ve Depresyon Düzeylerinin Değerlendirilmesi**

HAD	Sedef		p
	Kadın (n=56)	Erkek (n=56)	
	Ort±SD	Ort±SD	
<b>Anksiyete</b>	10.37±4.63	7.62±4.15	<b><i>0.001**</i></b>
<b>Normal (<math>\leq 10</math>); n (%)</b>	28 (50.09)	42 (75.0)	
<b>Klinik (<math>&gt; 10</math>); n (%)</b>	28 (50.0)	14 (25.0)	
<b>Depresyon</b>	7.87±4.29	5.91±4.11	<b><i>0.015*</i></b>
<b>Normal (<math>\leq 7</math>); n (%)</b>	29 (51.8)	37 (66.1)	
<b>Klinik (<math>&gt; 7</math>); n (%)</b>	27 (48.2)	19 (33.9)	
<i><sup>a</sup>Student t Test</i>	<b><i>**p&lt;0.01</i></b>	<b><i>*p&lt;0.05</i></b>	

Kadın sedef hastası olguların HAD anksiyete düzeylerinin, erkek olgulardan yüksek olması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p=0.001$ ;  $p<0.01$ ). Kadın sedef hastası olguların HAD depresyon düzeylerinin de, erkek olgulardan yüksek olması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p=0.015$ ;  $p<0.05$ ).

**Tablo 4.28: Gruplara Göre HAD Ölçeğine İlişkin Değerlendirmeler**

HAD	Toplam			Kadın			Erkek		
	Sedef (n=112)	Kontrol (n=104)	<i>a</i> <i>p</i>	Sedef (n=56)	Kontrol (n=53)	<i>a</i> <i>p</i>	Sedef (n=56)	Kontrol (n=51)	<i>a</i> <i>p</i>
	Ort±SD (Medyan)	Ort±SD (Medyan)		Ort±SD (Medyan)	Ort±SD (Medyan)		Ort±SD (Medyan)	Ort±SD (Medyan)	
<b>Anksiyete</b>	9.00±4.59 (9)	6.99±4.47 (7)	<b>0.001**</b>	10.38±4.63 (10.5)	8.79±4.61 (9)	<b>0.077</b>	7.63±4.15 (8)	5.12±3.48 (5)	<b>0.001**</b>
<b>Depresyon</b>	6.89±4.30 (6)	5.53±3.89 (5)	<b>0.016*</b>	7.88±4.29 (7)	5.92±4.13 (6)	<b>0.017*</b>	5.91±4.11 (5)	5.12±3.63 (4)	<b>0.294</b>

*a*Student t Test      \*\**p*<0.01      \**p*<0.05

Tüm olgularda;

Sedef hastası olguların anksiyete düzeyleri ortalama  $9.00 \pm 4.59$  ve medyan 9 iken, Kontrol grubunun ortalama  $6.99 \pm 4.47$  ve medyan 7'dir. Sedef hastası olguların anksiyete düzeylerinin, Kontrol grubu olgulardan yüksek olması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p=0.001$ ;  $p<0.01$ ).

Sedef hastası olguların depresyon düzeyleri ortalama  $6.89 \pm 4.30$  ve medyan 6 iken, Kontrol grubunun ortalama  $5.53 \pm 3.89$  ve medyan 5'dir. Sedef hastası olguların depresyon düzeylerinin, Kontrol grubu olgulardan yüksek olması da istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p=0.016$ ;  $p<0.05$ ).

Kadın olgularda;

Sedef hastası kadın olguların anksiyete düzeyleri ortalama  $10.38 \pm 4.63$  ve medyan 10.5 iken, Kontrol grubunun ortalama  $8.79 \pm 4.61$  ve medyan 9'dur. Sedef hastası olguların anksiyete düzeylerinin, Kontrol grubu olgulardan yüksek olması istatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte anlamlılığa yakın bulunmuştur ( $p=0.077$ ;  $p>0.05$ ).

Sedef hastası kadın olguların depresyon düzeyleri ortalama  $7.88 \pm 4.29$  ve medyan 7 iken, Kontrol grubunun ortalama  $5.92 \pm 4.13$  ve medyan 6'dır. Sedef hastası olguların depresyon düzeylerinin, Kontrol grubu olgulardan yüksek olması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p=0.0175$ ;  $p<0.05$ ).

Erkek olgularda;

Sedef hastası erkek olguların anksiyete düzeyleri ortalama  $7.63 \pm 4.15$  ve medyan 8 iken, Kontrol grubunun ortalama  $5.12 \pm 3.48$  ve medyan 5'dir. Sedef hastası olguların anksiyete düzeylerinin, Kontrol grubu olgulardan yüksek olması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p=0.001$ ;  $p<0.01$ ).

Sedef hastası erkek olguların depresyon düzeyleri ortalama  $5.91 \pm 4.11$  ve medyan 5 iken, Kontrol grubunun ortalama  $5.12 \pm 3.63$  ve medyan 4'dür. Gruplara göre olguların depresyon düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ( $p>0.05$ ).



#### 4.5.Vücut Algısı Ölçeğine İlişkin Değerlendirmeler (n=216)

**Tablo 4.29 :Vücut Algısı Ölçeği Toplam Puan Dağılımı**

	Soru Sayısı	Min-Mak	Medyan	Ort±SD	Cronbach's Alpha
<b>Vücut Algısı Ölçeği Toplam Puan</b>	40	82-200	147	147.88±25.29	0.949

Vücut Algısı ölçeği toplam puanı 82 ile 200 arasında değişmekte olup, ortalama 147.88±25.29'dir. Vücut Algısı ölçeğinin Cronbach Alfa katsayısı 0.949 olup, ölçeğimizin yüksek derecede güvenilir olduğunu söyleyebiliriz.

**Tablo 4.30: Gruplara Göre Vücut Algısı Ölçeğine İlişkin Değerlendirmeler**

	Toplam		<i>p</i>	Kadın		<i>P</i>	Erkek		<i>p</i>
	Sedef (n=112)	Kontrol (n=104)		Sedef (n=56)	Kontrol (n=53)		Sedef (n=56)	Kontrol (n=51)	
	n (%)	n (%)		n (%)	n (%)		n (%)	n (%)	
<b>VAO_total</b>	141.58±26.08 (141)	154.67±22.63 (153.5)	0.001	131.52±26.07 (129)	147.51±21.50 (146)	0.001	151.64±22.07 (149.5)	162.12±21.53 (164)	0.013

<sup>b</sup>Mann Whitney U Test

\*\**p*<0.01

\**p*<0.05

Tüm olgularda;

Sedef hastası olguların vücut algısı ölçeği puanları ortalama  $141.58 \pm 26.08$  ve medyan 141 iken, Kontrol grubunun ortalama  $154.67 \pm 22.63$  ve medyan 153.5'tir. Sedef hastası olguların vücut memnuniyetinin, Kontrol grubu olgulardan daha düşük olması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p=0.001$ ;  $p<0.01$ ).

Kadın olgularda;

Sedef hastası olguların vücut algısı ölçeği puanları ortalama  $131.52 \pm 26.07$  ve medyan 129 iken, Kontrol grubunun ortalama  $147.51 \pm 21.50$  ve medyan 146'dır. Sedef hastası olguların vücut memnuniyetinin, Kontrol grubu olgulardan daha düşük olması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p=0.001$ ;  $p<0.01$ ).

Erkek olgularda;

Sedef hastası olguların vücut algısı ölçeği puanları ortalama  $151.64 \pm 22.07$  ve medyan 149.5 iken, Kontrol grubunun ortalama  $162.12 \pm 21.53$  ve medyan 164'tür. Sedef hastası olguların vücut memnuniyetinin, Kontrol grubu olgulardan daha düşük olması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p=0.013$ ;  $p<0.05$ ).

#### 4.5.1. Vücut Algısı Ölçeği İle Cinsel İşlevlerle İlgili Verilerin Korelasyonları

**Tablo 4.31: Sedef Hastası ve Kontrol Grubu Olgularında FSFI ve IIEF İle Vücut Algısı Ölçeği Toplam Puanına İlişkin Değerlendirmeler**

	Vücut Algısı Ölçeği Toplam Puanı			
	Sedef Hastası		Kontrol Grubu	
	r	p	r	p
<b>FSFI Ölçeği</b>				
İstek	0.544	<b>0.001**</b>	0.763	<b>0.001**</b>
Uyarılma	0.618	<b>0.001**</b>	0.763	<b>0.001**</b>
Lubrikasyon	0.524	<b>0.001**</b>	0.794	<b>0.001**</b>
Orgazm	0.495	<b>0.001**</b>	0.772	<b>0.001**</b>
Doyum	0.558	<b>0.001**</b>	0.708	<b>0.001**</b>
Ağrı	0.566	<b>0.001**</b>	0.512	<b>0.001**</b>
Toplam	0.683	<b>0.001**</b>	0.773	<b>0.001**</b>
<b>IIEF Ölçeği</b>				
Erektıl Fonksiyon	0.651	<b>0.001**</b>	0.634	<b>0.001**</b>
Orgazmik Fonksiyon	0.577	<b>0.001**</b>	0.416	<b>0.002**</b>
Cinsel İstek	0.654	<b>0.001**</b>	0.406	<b>0.003**</b>
İlişki Tatmin	0.716	<b>0.001**</b>	0.522	<b>0.001**</b>
Genel Tatmin	0.673	<b>0.001**</b>	0.392	<b>0.004**</b>
Toplam İşlev Bozukluğu	0.745	<b>0.001**</b>	0.604	<b>0.001**</b>

r: Spearman's Korelasyon Katsayısı      \*\*p<0.01

Sedef hastası kadın olgularda:

FSFI ölçeği İstek (r:0.544), Uyarılma (r:0.618), Lubrikasyon (r:0.524), Orgazm (r:0.495), Doyum (r:0.558), Ağrı (r:0.566) ve FSFI toplam puanı (0.683) ile Vücut Algısı Ölçek puanları arasında pozitif yönlü (FSFI puanları arttıkça, Vücut Algısı Ölçek puanı da artan) istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır (p<0.01).

Sedef hastası erkek olgularda:

IIEF ölçeği Erektel Fonksiyon (r:0.651), Orgazmik Fonksiyon (r:0.577), Cinsel İstek (r:0.654), İlişki Tatmin (r: 0.716), Genel Tatmin (r:0.673) ve Toplam IIEF puanı (r:0.745) ile Vücut algısı ölçek puanları arasında pozitif yönlü (IIEF puanları arttıkça, Vücut algısı ölçek puanı da artan) istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır (p<0.01).

**Tablo 4.32: Sedef Hastası ve Kontrol Grubu Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği İle Vücut Algısı Ölçeği Toplam Puanına İlişkin Değerlendirmeler**

Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği	Vücut Algısı Ölçeği Toplam Puanı			
	Sedef Hastası		Kontrol Grubu	
	r	p	r	p
<b>KADIN</b>				
Sıklık	-0.230	<b>0.088</b>	-0.750	<b>0.001**</b>
İletişim	-0.537	<b>0.001**</b>	-0.783	<b>0.001**</b>
Doyum	-0.615	<b>0.001**</b>	-0.707	<b>0.001**</b>
Kaçınma	-0.503	<b>0.001**</b>	-0.663	<b>0.001**</b>
Dokunma	-0.488	<b>0.001**</b>	-0.755	<b>0.001**</b>
Vajinismus	-0.493	<b>0.001**</b>	-0.545	<b>0.001**</b>
Anorgazmi	-0.563	<b>0.001**</b>	-0.782	<b>0.001**</b>
Toplam Puan	-0.616	<b>0.001**</b>	-0.837	<b>0.001**</b>
<b>ERKEK</b>				
Sıklık	-0.635	<b>0.001**</b>	-0.495	<b>0.001**</b>
İletişim	-0.223	<b>0.098</b>	-0.295	<b>0.036*</b>
Doyum	-0.552	<b>0.001**</b>	-0.605	<b>0.001**</b>
Kaçınma	-0.322	<b>0.016*</b>	-0.526	<b>0.001**</b>
Dokunma	-0.298	<b>0.025*</b>	-0.608	<b>0.001**</b>
Empotans	-0.546	<b>0.001**</b>	-0.514	<b>0.001**</b>
Erken boşalma	-0.392	<b>0.003**</b>	-0.159	<b>0.264</b>
Toplam Puan	-0.665	<b>0.001**</b>	-0.723	<b>0.001**</b>
<i>r</i> : Spearman's Korelasyon Katsayısı		<b>**p&lt;0.01</b>	<b>*p&lt;0.05</b>	

Sedef hastası kadın olgularda:

Golombok-Rust Cinsel Doyum ölçeği İletişim (r:-0.537), Doyum (r:-0.615), Kaçınma (r:-0.503), Dokunma (r:-0.488), Vajinismus (r:-0.493), Anorgazmi (r:-0.563) ve Toplam puanı (r:-0.616) ile Vücut Algısı Ölçeği puanları arasında negatif yönlü (Golombok-Rust Cinsel Doyum ölçek puanları arttıkça, Vücut Algısı Ölçeği puanı azalan) istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır (p<0.01).

Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği Sıklık puanı ile Vücut Algısı Ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır (p>0.05).

Sedef hastası erkek olgularda:

Golombok-Rust Cinsel Doyum ölçeği Sıklık (r:-0.635), Doyum (r:-0.552), Kaçınma (r:-0.322), Dokunma (r:-0.298), Empotans (r:-0.546), Erken boşalma (r:-0.392) ve Toplam puanı (r:-0.665) ile Vücut Algısı Ölçek puanları arasında negatif yönlü (Golombok-Rust Cinsel Doyum ölçek puanları arttıkça, Vücut Algısı Ölçek puanı azalan) istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır (p<0.05).

Golombok-Rust Cinsel Doyum ölçeği İletişim puanı ile Vücut Algısı Ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır (p>0.05).

## 5. TARTIŞMA

Çalışmamızda psoriasis hastaları ve kontrol grubu arasında, yaş, cinsiyet, BMI, eğitim durumu, çalışma durumu, medeni durum, birliktelik süresi, çocuk sayısı, gelir düzeyi, tıbbi hastalık varlığı, menopoz, psikiyatrik hastalık varlığı, psikiyatrik ilaç kullanımı açısından anlamlı bir farklılık mevcut değildir.

Birçok deri hastalığının oldukça kronik seyirli ve lezyonlarının dışarıdan görülebilir olması hastaların ruhsal ve sosyal durumunu, kişisel ilişkilerini ve günlük aktivitelerini önemli ölçüde etkilemektedir. Bu durum deri hastalıklarında sağlıkla ilgili yaşam kalitesi üzerine odaklanılmasına yol açmıştır (Panagiotakos & Yfantopoulos, 2011). Sağlıkta yaşam kalitesi yaşamın fiziksel, ruhsal ve sosyal boyutu ile ilgilendir. Böylelikle belli bir hastalığın, sakatlığın ya da bozukluğun kişinin sözcüğü alanlardaki işlevselliğini ve iyi olma durumunu nasıl etkilediğini ortaya konmaktadır (Le Cleach, et al., 2008). Günümüzde psoriasisın yaşam kalitesi üzerine etkisi belirlenirken, özellikle hasta tarafından doldurulan ölçeklere yer verilmektedir. Bu ölçeklerden biri Dermatolojik Yaşam Kalitesi Ölçeğidir. Çalışmamızda da Dermatolojik Yaşam Kalitesi Ölçeği kullanılmıştır.

Psoriasis şiddetinin tanımlanmasında ise en çok kullanılan ölçütlerden biri Psoriasis Alan Şiddet İndeksi (PAŞİ/PASI)'dir. Bu değer klinisyen tarafından hesaplanmaktadır. Çalışmamızda erkek psoriasis hastalarının ortalama PASI değeri  $4.54 \pm 3.61$ , kadın hastaların ise  $5.88 \pm 6.47$  olarak bulunmuştur. Çalışmamızda ayrıca PASI şiddetiyle hastaların vücut algısının, dermatoloji yaşam kalitesinin, cinsel işlevlerinin ve doyumunun, depresyon ve anksiyete şiddetinin korelasyonuna bakılmıştır. Hem kadın hem erkek sedef hastalarında sadece dermatolojik yaşam kalitesi ölçeği puanlarıyla PASI skorları arasında anlamlı bir korelasyon olduğu görülmektedir. Bir çok çalışmada (Kaçar, ve ark., 2007; İnanır, ve ark., 2003; Nyunt, ve ark., 2013; Lin, ve ark., 2011; Mabuchi, ve ark., 2012) bizim çalışmamızla benzer şekilde PASİ ile bozulmuş yaşam kalitesi arasında anlamlı bir ilişki gösterilmiştir. Bulgularımız arasında dikkat çekenlerden biri, kadınlarla erkekler arasında PASI skorları açısından anlamlı bir fark bulunmamasına rağmen kadınların yaşam kalitelerinin erkeklere göre daha kötü olduğudur. Bunun sebebinin kadınların anksiyete ve depresyon düzeylerinin erkeklere göre daha yüksek olması olabilir. Ayrıca, yapılan regresyon analizlerinde de ciltle ilgili yaşam kalitesini belirleyen en önemli faktörlerin kadınlarda psoriasis şiddeti (PASI), depresyon ve anksiyetenin şiddeti; erkek psoriasis hastalarında psoriasis şiddeti (PASI) ve depresyon olduğu bulunmuştur. Yani dermatolojik yaşam kalitesine tek etkisi olan parametre hastalığın şiddeti değildir. Sonuç olarak, yaşam kalitesi ile ilgili değerlendirmelerde dermatologlar PASİ'nin yanı sıra kişilerin depresyon ve anksiyete düzeylerini de göz önünde bulundurmalıdırlar. Literatürde psoriasis hastaları arasında cinsiyet ve yaşam kalitesinin araştırıldığı çalışmalarda kadınlarda yaşam kalitesinin daha fazla bozulduğu bildirilmektedir (Sampogna, ve ark., 2006; Mabuchi, ve ark., 2012). Bu sonuçlar çalışmamızla da uyumludur. Ayrıca dermatolojik yaşam kalitesi ölçeğinin alt boyutlarına baktığımızda ciltle ilgili semptom ve hislerin yaşamı etkilemesi, cilt ile ilgili problemlerin iş veya okulu ve günlük aktiviteleri etkilemesi kadınlarda erkeklere göre belirgin olarak daha fazla bulunmuştur. Bu durum kadınların erkeklere göre dış görünümüne daha fazla önem vermesi ve bu yüzden hastalıktan dolayı daha fazla kozmetik kaygı taşımalarına bağlanmıştır (Zachariae, ve ark., 2002; Augustin, ve ark., 2008). Bu görüşü destekleyecek şekilde, kadınlar ile erkeklerin vücut algıları arasında da bir fark mevcuttur. Literatürde psoriasis şiddetinin cinsellik üzerine etkisine baktığımızda çalışmamızdaki sonuçlarla paralel bulgular mevcuttur; bu çalışmalar psoriasis şiddeti ve cinsel işlevler arasında bağlantı olmadığını savunmaktadır (Ermertcan, ve ark., 2006; Al-Mazeedi, El-Shazly & Al-Ajmi, 2006). Bizim çalışmamızda da psoriasis şiddetinin cinsel işlevler üzerinde doğrudan bir etkisi olmadığı gösterilmiştir. Bu sonuçlar bize psoriastikte kişinin vücut algısının hastalığın şiddetinden bağımsız olarak, hastalığa ve bedendeki değişikliklere verilen anlamlardan dolayı bozulabileceğini düşündürmektedir.

Psoriasis hastalığının süresiyle ilgili yapılan değerlendirmede ise çalışmamızda hastalık süresiyle yaşam kalitesi ve diğer ölçekler arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. İnanır ve ark.'larının

(İnanır, ve ark., 2003) çalışmalarında da çalışmamızda olduğu gibi hastalık süresi ile yaşam kalitesi arasında anlamlı bir ilişkiye rastlamamıştır. Ancak kadın psoriasis hastalarında GRISS ölçeği toplam puanı ile sedef süresi arasında anlamlı bir ilişki mevcuttur; sedef süresi uzadıkça GRISS ölçeği puanları artmaktadır Bu sonuç kadınlarda cinsel ilişkinin niteliği ve cinsel işlevlerin sedef süresi uzadıkça kötüye gidebileceğini göstermektedir. Erkeklerde ise psoriasis başlangıç yaşı ileri yaşlarda oldukça, cinsel ilişkinin niteliği ve cinsel işlevlerin kötüye gittiği görülmektedir. Bunun sebebi, erkek hastaların artan yaşla birlikte cinsel işlevlerinin giderek bozulması ve daha geç ortaya çıkan kronik bir sorunda bu problemi kompanse etmek için genç yaştaki kadar yeterli işlevlerin olmaması olabilir. Kadınlarda ise ciltle ilgili rahatsızlık hangi yaşta başlarsa başlasın cinselliği etkilemektedir. Bunun sebebi de kadınların bedenlerindeki değişikliklere yaşamları boyunca erkeklere göre daha hassas olmaları olabilir. Ancak çalışmamızda yapılan regresyon analizlerinde ne kadınlarda ne de erkeklerde psoriasis hastalarında hastalık süresinin, başlangıç yaşı ve PASI'nin cinsellik üzerine bir etkisi gösterilememiştir. Bu sonuçlar, bu faktörlerin cinsel işlevler ve cinselliğin niteliği üzerine psoriaziste major bir etkisi olmadığı da düşündürmektedir.

Cinsel lezyon varlığına yönelik yapılan değerlendirmede ise, cinsel lezyonu olan psoriasis hastalarıyla olmayanlar arasında yaşam kaliteleri ve diğer değişkenler açısından anlamlı bir farklılık göze çarpmamaktadır. Literatürde psoriaziste cinsel bölge tutulumunun doğrudan cinsel yaşam üzerine etkisinin olduğunu gösteren çalışmalar (Seikowski, Gelbrich & Harth, 2008; Rieder & Tausk, 2012; Khoury, Danielsen & Skiveren, 2014) mevcut olmasına rağmen cinsel bölge tutulumunun cinsellik üzerine bir etkisi olmadığını gösteren çalışmalar da vardır (Van Dorssen, Boom & Hengeveld, 1992; Sampogna, Gisondi, Tabolli & Abeni, 2007; Ermertcan, ve ark., 2006; Goulding, ve ark., 2011). Bizim çalışmamızın, psoriasis hastalarında cinsel lezyonu olan psoriasis hastalarıyla olmayanlar arasında cinsel işlevler açısından anlamlı bir farklılık olmadığını göstermektedir. Bu sonuç bize cinsel lezyonun varlığından ziyade lezyonun hasta tarafından nasıl algılandığının cinsellik üzerine etkisinin olduğunu düşündürmektedir.

Psoriaziste, dış görünüş ile ilgili sorunların bireysel ve sosyal alandaki işlevlerin önemli bir kısmını bozabileceği düşünülmektedir. Psoriaziste, hastalığa bağlı psikolojik sıkıntı, utanma, çekinme, cinsel sorunlar, depresyon, sosyal ve fiziksel aktivitelerde kısıtlanma gibi pek çok psikososyal sorunla karşılaşmaktadır (Ginsburg & Link, 1993; Kirby, 2001; de Korte, et al., 2004). Literatürde psoriasis hastalarının depresyon ve anksiyete düzeyleriyle ilgili değişken sonuçlar mevcuttur. Bizim çalışmamızda psoriasis hastalarının hem depresyon düzeyleri hem de anksiyete düzeyleri kontrollere göre daha yüksektir. Ancak kadın ve erkek psoriasis hastaları kontrollerle ayrı ayrı karşılaştırıldığında bazı farklılıklarla karşılaşmıştır. Kadın psoriasis hastalarının depresyon düzeylerinin kontrol grubuna daha yüksek olduğu görülmüştür. Kadınlarda anksiyete düzeylerinin



sağlıklı kontrollerden farkı istatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte anlamlılığa yakındır. Erkek psoriazis hastalarının kontrollerle aralarında depresyon düzeyleri açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ancak anksiyete düzeyleri kontrollere göre daha yüksek bulunmuştur. Metodolojisi ve amacı bizim çalışmamıza benzer olan bir çalışmada, 108 psoriazis hastasının ve 100 kontrol grubunun aleksitimi, depresyon ve anksiyete düzeyleri karşılaştırılmış; psoriazis hastalarıyla kontrollerin Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeğine göre anksiyete ve depresyon düzeyleri arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (Korkoliakou, ve ark., 2014). Prospektif kontrollü çalışmaların eksikliğinden dolayı depresyon ve psoriazis arasındaki ilişki henüz çok net değildir. Klinik gözleme ve ufak ölçekli çalışmalara dayalı olan literatürde, anksiyete ve psoriazis arasında ilişki olduğu sıklıkla belirtilmiştir; ancak literatür birbiriyle çelişen sonuçlar içermektedir. 2005 yılı öncesindeki çalışmalar, psoriazis hastalarında patolojik kaygı ve sosyal anksiyete belirtilerinin belirgin olduğunu belirtmektedir (Magin, ve ark., 2009; Hayes & Koo, 2010). Richards ve ark.'larının HADÖ'yle yaptığı çalışmada, psoriazis hastalarının %43'ünün anksiyete kriterlerini karşıladığı belirlenmiştir. Ancak Beck Anksiyete Envanteri ve Süreklilik Kaygı Envanterini kullanan iki çalışma (Devrimci-Ozguven, Kundakci, Kumbasar & Boyvat, 2000; Kiliç, ve ark., 2008), psoriazis hastalarıyla kontroller arasında anksiyete düzeyleri açısından anlamlı bir farklılık bulamamıştır. Psoriazisin alevlenme döneminde olan 24 hastayla 24 sağlıklı kontrolü karşılaştıran ve Süreklilik Kaygı Envanterini kullanan bir çalışmada, anksiyetenin stresli yaşam olaylarıyla ortaya çıktığı ve geçici olduğu sonucuna varılmıştır (Karanikas, ve ark., 2009). Kurd ve ark.'larının yaptıkları geniş çaplı bir çalışmada psoriazis hastalarında anksiyete riskinin arttığı gösterilmiştir (Kurd, ve ark., 2010). Psoriazis ve anksiyete arasında bir bağlantı olduğunu gösteren çalışmaların yanında (Fortune, Richards & Griffiths, 2005), psoriaziste kontrollere göre artmış bir anksiyete düzeyi bulmayan çalışmalar da yayınlanmıştır (Kiliç, ve ark., 2008). Ayrıca, literatür hangi hastaların anksiyete bozukluğu yaşadığı, hangi hastaların ise stresör sonrasında anksiyetesinin arttığının ayrımını yapamamaktadır. Psoriazis hastalarının anksiyete düzeylerini stresör varlığında ve yokluğunda test edecek ve kontrollerle karşılaştıracak çalışmalara ihtiyaç vardır. Çalıştığımız klinik popülasyonda kadınların daha az çalıştığını göz önüne alarak iş kaybı tehdidini daha az yaşadıklarını varsaydığımızda, kadın psoriazis hastalarıyla kontrollerin anksiyete düzeyleri arasındaki farkın sınırlı kalmasının sebeplerinden birinin bu olabileceği düşünülmektedir. Çalışmamızda oluşan sonuçların ancak ilerleyen çalışmalarda tekrarlanmasıyla cinsiyetler arası bir farktan söz edilebilir. Cinsiyetler arası farkların daha iyi incelenebilmesi için hastalarla kontrolleri cinsiyete dayalı olarak ayrı ayrı karşılaştırmanın yararlı olacağı açıktır.

Psoriazis hastalarının cinsel işlevlerinin ve cinselliğin niteliğinin kontrollere göre farkını ortaya koyabilmek için IIEF, FSFI, GRİSS ölçekleri kullanılmıştır. IIEF ölçeğine göre erkek psoriazis hastaları toplam IIEF skorlarında, erektil fonksiyon, orgazmik fonksiyon, cinsel istek ve ilişki tatmini

alanlarında kontrol grubuna göre daha fazla işlev bozukluğu göstermektedir. Genel tatmin alanında ise gruplar arasındaki farklılık anlamlı düzeye ulaşmamıştır. Erkeklerde Golombok Rust Cinsel Doyum Ölçeği'nde, psoriasis hastaları toplam puanda, ilişki sıklığında, kaçınmada ve empotansta kontrol grubuna göre daha fazla disfonksiyon yaşamaktadır. Bu ölçekte iletişim, doyum ve dokunmada gruplar arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır; erken boşalmada anlamlılığa yakın bir farklılık mevcuttur. Erkek psoriasis hastalarıyla kontrol grubu arasında depresyon şiddeti açısından anlamlı bir farklılık yoktur; anksiyete düzeylerinin ise hastalarda daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Erkek psoriasis hastalarının vücut memnuniyetleri kontrol grubuna göre anlamlı ölçüde daha düşüktür.

Kadın psoriasis hastalarıyla kontrol grubunu cinsel işlevler bakımından karşılaştırdığımızda, psoriasis hastalarında 4.6 kat daha fazla cinsel işlev bozukluğu olduğu belirlenmiştir. Cinsel işlevlerin alt boyutlarına baktığımızda kadın psoriasis hastaları orgazm ve ağrı açısından kontrollere göre daha fazla sorun yaşamaktadırlar. Hastaların cinsel istek düzeyleri ve lubrikasyonları kontrollerden daha düşüktür; ancak bu bulgu istatistiksel olarak sınırda anlamlı bulunmuştur. Uyarılma ve doyum parametrelerinde ise hastalarla kontroller arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Golombok Rust Cinsel Doyum ölçeğine baktığımızda, psoriasis hastaları genel doyum, sıklık, doyum, kaçınma, dokunma ve anorgazmide kontrollere göre belirgin olarak daha fazla problem yaşamaktadırlar. Vajinismus ve iletişim bakımından ise gruplar arasında anlamlı bir farklılık mevcut değildir. Depresyon düzeyleri kadın psoriasis hastalarında kontrollere göre anlamlı ölçüde yüksek iken, anksiyete düzeyleri yüksek olmasına rağmen sınırda bir anlamlılıkta kalmaktadır. Kadın psoriasis hastalarının vücutlarından memnuniyetleri kontrollere göre anlamlı şekilde daha az bulunmuştur.

Özetle, hem kadın hem erkek psoriasis hastalarının herhangi bir cilt problemi olmayan kişilere göre cinsel işlevleri ve yaşam kaliteleri daha bozuk, cinsel doyumları ve vücut memnuniyetleri daha düşük, depresyon ve anksiyete düzeyleri daha yüksektir.

Psoriasis hastalarında cinselliğe etki eden faktörleri ortaya koyan çalışmaların sayısı sınırlıdır ve kesinlikle daha fazla çalışmaya ihtiyaç vardır. Bizim çalışmamızın vücut algısı, depresyon ve anksiyete düzeyleri, cinsel bölgede lezyon varlığı, sedefin süresi ve sedefin şiddeti gibi birçok faktörün göz önünde bulundurmuş olması güçlü yönleri olarak görülebilir.

Psoriasis hastalarında cinsel işlev bozukluklarındaki artışın sebebinin çeşitli faktörlere bağlı olabileceği düşünülmektedir. Hastalığın yol açtığı vücut algısındaki değişiklikler, kişinin özsaygısında ve kendine güveninde azalmaya ve stigmatizasyonda artışa yol açarak cinsel işlevlerde bozulmaya yol açabilir.

Literatürde psoriasis hastalarının cinsel işlevlerini araştıran ve bir kontrol grubunun dahil edildiği çok fazla sayıda çalışma bulunmamaktadır. Yapılan çalışmaların hemen hepsinde psoriasis hastalarının kontrollerle karşılaştırıldığında cinsel işlevlerinin daha bozuk olduğu gösterilmiştir (Niemeier, et al. 1997; Ermertcan, Temeltas & Deveci, et al., 2006; Mercan ve ark., 2008; Maaty, et al., 2013). 53 sedef hastasının, 24 nörodermatit hastasının ve 52 sağlıklı bireyin karşılaştırıldığı bir çalışmada cilt hastalığı olan kişilerin herhangi bir cilt problemi olmayan bireylere göre cinsel yaşamlarının daha bozuk olduğu gösterilmiştir (Niemeier, et al. 1997). Bu çalışmada kadın ve erkek psoriasis hastaları ayrı ayrı incelenmemiştir; ancak bu çalışmanın sonuçlarıyla bizim çalışmamızın kadın ve erkek hastalarından elde edilen bulgular uyumlu görünmektedir.

Erkeklerin cinsel istek düzeyleriyle ilgili olarak Nobre ve ark.'ları yaptığı çalışmalarda (Carvalho & Nobre 2011; Carvalho & Nobre, 2011) tıbbi faktörlerin cinsel istek üzerine direkt bir etkisi olmadığını ve tıbbi sorunların varlığıyla direkt bağlantısı olan ereksiyonun, kaygı yoluyla (cinsellik sırasındaki otomatik düşünceler) cinsel istek üzerine etki ettiğini belirtmektedirler. Ayrıca bütün belirleyicilerin göreceli katılımı kontrol edildikten sonra psikopatoloji, evlilik uyumu ve duygusal değişkenlerin, hiçbirinin direkt veya indirekt olarak cinsel istek üzerine bir etkisi gösterilmemiştir (Carvalho & Nobre 2011; Carvalho & Nobre, 2011). Bizim çalışmamızda IIEF ölçeğinin hem cinsel istek alt boyutu hem de erektil disfonksiyon alt boyutuna baktığımızda hastalarda kontrollere göre anlamlı düzeyde bir bozulma mevcuttur. Çalışmamızın bu sonuçlarıyla çelişen Ermertcan ve ark.'larının yaptığı çalışmada ise psoriasis hastalarının cinsel istek düzeylerinin azalması ve erektil disfonksiyon düzeylerindeki bozulma kontrollerle anlamlı bir farklılık düzeyine ulaşmamıştır. Bu sonuçlar, Nobre, ve ark.'larının belirttiği gibi erektil disfonksiyonun cinsel istek üzerine bir düzenleyici faktör olduğunu desteklemektedir. Sonuç olarak bizim çalışmamızda erektil disfonksiyon probleminin varlığının azalan vücut memnuniyeti ve değişen kognisyonlar yoluyla da cinsel isteği etkilediği düşünülmektedir. Bu görüşler, yapılan regresyon analizleriyle sonuçlarıyla desteklenmiştir.

Psoriasisde ereksiyon problemini araştıran büyük ölçekli çalışmalarda, psoriasisin erektil disfonksiyon açısından riski arttırdığını göstermektedir (Chen, Chen, Lin, et al., 2012). Bizim çalışmamızda hem GRİSS empotans alt boyutu hemde IIEF erektil fonksiyon alt boyutunda psoriasis hastalarında kontrollere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha fazla bozulma olduğu görülmektedir. Ermertcan ve ark.'larının yaptığı çalışmada erektil fonksiyon açısından psoriasis hastalarıyla kontroller arasında anlamlı bir farklılık gösterilememiştir. Ancak daha yeni tarihli iki çalışma, erektil disfonksiyonun şiddetinin psoriasis hastalarında kontrollere göre anlamlı düzeyde daha fazla olduğunu göstermektedir (Cabete, ve ark., 2014; Taşlıyurt, ve ark. 2014). Eretil disfonksiyonun hem psikolojik hem de organik faktörlerle tetiklenebileceği kabul edilmektedir

(Morse & Morse, 1982). Anksiyete varlığının da erektil disfonksiyona katkı sağlayabileceği bilinen bir durumdur (Hatzimouratidis, ve ark., 2010; Kurd, ve ark., 2010; Jern, ve ark., 2012). Performans anksiyetesinin varlığı erektil disfonksiyon üzerine devam ettirici bir rol oynamaktadır; erektil disfonksiyon varlığı da performans anksiyetesini artırmaktadır (Hatzimouratidis, ve ark., 2010). Psoriasis hastalarında anksiyetenin erektil disfonksiyona olan etkisini inceleyen bir çalışmaya literatürde rastlanmamıştır. Çalışmamızda erkek psoriasis hastalarının kontrol grubuna göre anksiyete düzeyleri daha yüksek bulunmuştur. Bu bulgu erektil disfonksiyonda belirlenmiş olan bozulmaya etkisi olabilecek faktörlerden biri olabilir ancak yapılan regresyon analizlerinde etki eden bir faktör olarak görülmemiştir. Ayrıca çalışmamızda erkek psoriasis hastaları ve kontrol grubu arasında depresyon şiddeti açısından anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Regresyon analizlerinde anksiyetenin cinsel işlevleri kötüleştiren bir faktör olarak etkisinin ortaya koyulamaması ve depresyon şiddetinin daha etkili bir faktör olarak ortaya çıkmasına rağmen, kontrol grubuyla psoriasis hastaları arasında depresyon şiddeti açısından anlamlı bir farklılık olmaması bize erkeklerde cinsel işlevlerin kontrollere göre daha bozuk olmasının başka bir nedenle açıklanması gerekliliğini göstermektedir. Bu noktada, tüm korelasyon analizlerine ve regresyon analizlerine baktığımızda hepsinin işaret ettiği nokta olan beden memnuniyetinin bozulması açıklayıcı olabilir.

Literatürde de psoriasis hastalarında depresyonun cinsellik üzerine etkisiyle ilgili çelişkili sonuçlar bulunmaktadır. Örneğin depresyon şiddetinin artmasının erkek ve kadın sedef hastalarında cinsel işlevleri kötüleştirmede gösteren çalışmalarla birlikte (Ermertcan, Temeltaş & Deveci, et al., 2006) depresyonun sedef hastalarında erektil disfonksiyon açısından riski arttırdığı ortaya koyan çalışmalar da (Taşliyurt, ve ark. 2014) mevcuttur. Araştırmamıza benzer özellikler taşıyan Ermertcan ve ark.'larının çalışmasında erkek psoriasis hastalarının IIEF ölçeğine göre orgazm fonksiyon bozukluğu, cinsel istek azlığı, genel tatmin azlığı ve erektil disfonksiyonu kontrollerden anlamlı şekilde bir farklılık göstermemiştir (Ermertcan, ve ark. 2006). Bizim çalışmamızda bu çalışmayla uyumlu olan iki bulgu mevcuttur: birincisi psoriasis hastalarında genel tatmin düzeyleri kontrollerle aynıdır ve ikincisi ise cinsel ilişki tatmini kontrollere göre daha düşüktür. IIEF ölçeğinin cinsel ilişki tatmini boyutu cinsel ilişkiden alınan zevke odaklanırken, genel cinsellik tatmini boyutu, cinsellikten duyulan genel tatmini göstermektedir. Sonuçta çalışmamızda psoriasis hastalarının genel cinsel tatminlerinin kontrollerden farksız, cinsel ilişki tatminleri kontrollerden anlamlı olarak düşük çıkmıştır. Belki de cinsel ilişkiden alınan zevk ile genel cinsel tatmin her zaman aynı olmamaktadır. Ancak bu bulgunun psoriasis hastalarının cinsel işlev bozuklukları ve cinsel hayatlarından aldıkları tatmin açısından ne anlama geldiği sorusu ileri çalışmalarla yanıtlanabilir.

Cinsel doyum, kişinin geçmiş cinsel deneyimleri, şimdiki beklentileri ve gelecekle ilgili arzularıyla yakından ilişkili öznel bir durum olarak tanımlanmaktadır (Davidson, Darling, & Norton, 1995).

Cinsel doyumun kişinin sosyal geçmişiyle ilgili etmenler kadar partnerin özellikleri ve davranışları, emosyonlar ve cinsel davranışlarla da ilişkili olduğu gösterilmiştir. Doyumla ilişkili faktörlerin başında bireyin cinsel işlevlerinin (istek, uyarılma, plato, orgazm) yerinde olması gelmektedir. Cinsel işlev bozukluklarında cinsel doyumun olumsuz etkilendiği güncel tedavi rehberlerinde bildirilmektedir (Basson, et al.,2004; Lue, et al. 2004). Daha önce yapılan çalışmalarda psoriasis hastalarında GRİSS ölçeği kullanılmamıştır ancak GRİSS ölçeğinin önemli bir tarafı ölçeğin dokunma alt boyutunu içermesidir; bu alanda hastaların partnerleri tarafından dokunulmasından ve partnerlerine dokunmaktan hoşlanma düzeylerine bakılmaktadır. Ciltleri bir hastalıktan dolayı etkilenen kişilerin bu konuda hassasiyetleri olması ihtimali mevcuttur. Daha önce psoriasis hastalarında kullanılan CİB ölçekleri bu alanı sorgulamamıştır. Çalışmamızda GRİSS'e göre erkek psoriasis hastalarıyla kontroller arasında, partnerlerinin cinsel organlarına ve vücutlarına dokunma ve dokunulmadan hoşnut olma arasında anlamlı bir fark gözlemlenmemiştir. Ancak eşle sevişmekten tedirgin olma, kaçınma, reddetme ve tiksinnmeyi içeren kaçınma alt ölçeğinde psoriasis hastaları daha şiddetli sorun yaşamaktadırlar. Vücut memnuniyeti azalmasıyla korele olarak cinsellikten kaçınmanın artabileceği de bazı çalışmalarda gösterilmiştir (La Rocque & Cioe, 2011). Bizim çalışmamızda da psoriasis hastalarının vücut memnuniyeti kontrollere göre anlamlı ölçüde daha azdır; bu da düşük vücut memnuniyetsizliğinin kaçınmaya etki ediyor olabileceğini düşündürmektedir.

Haftada 2 defadan fazla cinsel ilişkide bulunma ve 1 hafta boyunca cinsel ilişkide bulunmama sıklığı sorularını içeren GRİSS'nin sıklık alt ölçeğinde, psoriasis hastalarının cinsel ilişki sıklığı alanında yaşadığı problemin şiddeti kontrollere göre anlamlı ölçüde daha yüksektir. Psoriasis hastalarının cinsellikten kaçınmaları doğal olarak ilişki sıklığını düşürmüş olabilir. Psoriasis hastalarının GRİSS'te cinsel ilişki sıklığı açısından yaşadıkları sorunun düzeyi kontrollere göre anlamlı olarak daha yüksektir. Bu sonuç, İİEF'teki cinsel istek düzeylerinin psoriasis hastalarında kontrollere göre anlamlı düzeyde daha düşük olması ile koreledir. Bu bulgular hastalarda cinsel istek düzeyi düştükçe cinsel ilişki sıklığının da azaldığını da düşündürmektedir. Psoriasis hastalarıyla yapılan bir çalışmada, hastaların %40.8'i hastalık başladıktan sonra cinsel aktivitelerinin azaldığını bildirmiştir (Gupta & Gupta, 1997). Bu sonuç bizim çalışmamızın cinsel ilişki sıklığının kontrollere göre daha az olması bulgusuyla uyumlu bulunmuştur.

Cinsellikle ilgili iletişimin sorgulandığı GRİSS iletişim alt boyutunda ise kontrollerle psoriasis hastaları arasında anlamlı bir farklılık görülmemiştir.

Literatürde çalışmamız dışında psoriasisde erken boşalmayı araştıran başka bir çalışmaya rastlanmamıştır. GRİSS'in erken boşalma alt boyutunda, erken olduğunu düşünüldüğünde boşalmayı erteleyebilme, engelleme ve penetrasyon sırasında veya penetrasyon olmadan boşalmanın olup

olmadığını sorulmaktadır. Çalışmamızda erken boşalma açısından psoriasis hastaları ve kontroller arasında psoriasis hastaları aleyhine sınırda anlamlı bir farklılık bulunmuştur. Erkeklerin boşalma sıklığını ve boşalmalarıyla ilgili tatminini ölçen IIEF'in orgazmik fonksiyon alt boyutunda, psoriasis hastaları kontrollere göre anlamlı olarak daha düşük bir orgazm tatmini sergilemiştir. Psoriasis hastalarının kontrollere göre erken boşalma oranları daha yüksektir ancak istatistiksel bir anlamlılığa ulaşmamaktadır. Bununla birlikte yine hastalarda orgazm tatmini açısından kontrollere göre daha olumsuz bir sonuç belirgin şekilde ortaya konmuştur.

Sonuç olarak erkek psoriasis hastaları cinsel işlevler, cinsel doyum, cinsellikten kaçınma, orgazm fonksiyonu gibi alanlarda kontrollere göre anlamlı düzeyde problemler yaşamaktadırlar.

Kadın psoriasis hastalarında kontrollere göre cinsel işlevlerle ilişkili disfonksiyon oranının daha sık olduğunu görülmektedir. Toplam FSFI puanı 26.55 altında olanlarda kadınların cinsel işlevlerinde bir bozukluktan bahsedilebilir ve sedef hastası olguların FSFI puanlarının 26.55 ve daha düşük olma oranı, kontrol grubu olgulardan 4.58 kat daha fazla bulunmuştur.

Kadın ve erkek ayrımı yapılan çalışmaların birinde hem depresyonda olan hem de olmayan kadın sedef hastalarının FSFI skorlarının sağlıklı kontrollerden belirgin olarak daha düşük olduğu görülmüştür (Ermertcan, ve ark., 2006). Bu sonuçlar çalışmamızda da benzer doğrultuda desteklenmiştir. Ermertcan ve ark.'larının çalışmasında psoriasis hastaları ve kontroller arasında lubrikasyon ve ağrı açısından belirgin bir farklılık gözlemlenmemiştir. Bizim çalışmamızda ise lubrikasyon problemi psoriasis hastalarında ortalama olarak daha şiddetli olmakla birlikte istatistiksel bir anlamlılığa ulaşmamaktadır. Ancak cinsellik sırasında ağrı yaşantısı, çalışmamızdaki psoriasis hastalarında kontrollere göre anlamlı düzeyde daha fazladır. Cinsel uyarılma ve tatmin alanlarında Ermertcan ve arkadaşları kontrollerle göre anlamlı bir farklılık bulmuşken bizim çalışmamızda bu alanlarda kontrollerden anlamlı bir fark bulunmamıştır. Ermertcan ve ark.'larının çalışması ve bizim çalışmamızda orgazm alt alanında kontrollere göre daha şiddetli disfonksiyon olduğu gösterilmiştir. Bir başka çalışmada (Maaty, et al., 2013) ise, cinsel isteğin kontrollere göre daha az olduğu; ağrı ve orgazm düzeyleri açısından ortalamada bir azalma olmakla birlikte bunun anlamlılığa ulaşmadığı bildirilmiştir. Orgazm ile ilgili Maaty ve ark.'larının sonuçları hem bizim çalışmamızla hem de diğer bazı çalışmalarla çelişmektedir (Ermertcan, Temeltas & Deveci, et al., 2006; Gupta & Gupta, 1997; Mercan ve, ark., 2008). Psoriasisli olan olguların cinsel isteklerinin kontrol grubuna göre azalması ise bizim çalışmamızda istatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte, anlamlılığa yakın düzeyde bulunmuştur. Başka çalışmalarda ise cinsel isteğin kontrollerden daha düşük olduğu net bir şekilde gösterilmiştir (Ermertcan, Temeltas & Deveci, et al., 2006; Maaty, et al., 2013). Bununla birlikte, Mercan ve ark.'larının 2008 yılında yaptığı çalışmada ASEX'in cinsel istek alt boyutunda psoriasislerle kontrol grubu arasında anlamlı bir fark yoktur. Yine aynı çalışmada

araştırmacılar (Mercan ve ark, 2008), psoriazis hastalarının kontrollere göre sadece orgazm ve toplam skorlarında anlamlı bir farklılık tespit etmişlerdir; bu bizim çalışmamızdaki FSFİ ve GRİSS ölçekleriyle bulunan sonuçlara benzerdir.

Cinsel doyum ve işlevleri ölçen GRİSS, psoriazis hastalarında ilk defa çalışmamızda kullanılmıştır. GRİSS, diğer ölçeklerle karşılaştırdığımızda, içinde cinsel ilişki sıklığı, iletişim, kaçınma, dokunma ve vajinismus parametrelerini barındırmakta ve diğer çalışmalarda kullanılan FSFI ve ASEX ölçeklerinden farklılık göstermektedir. Çalışmamızda kadın psoriazis hastalarında diğer ölçeklerle belirlenemeyen, cinsel ilişki sıklığı, kaçınma ve dokunma alanlarında kontrollere göre anlamlı düzeyde problem mevcuttur. Psoriazis ve benzer hastalıklarda gelecekte yapılacak çalışmalarda GRİSS ölçeğinin ölçüm araçlarına eklenmesi cinsel işlevler ve cinsel işlevlerin niteliği ve de doyumla ilgili bilgilerde daha kapsamlı sonuçlara ulaşılmasına yardımcı olabilir. Psoriazis hastalarında cinsel ilişki sıklığındaki azalma kontrollere göre daha fazladır ve bu sonuç Gupta & Gupta'nın 1997' de yaptığı çalışmada bildirdiği kişilerin psoriazis başlangıcıyla birlikte cinsel ilişki sıklıklarının azaldığını sonucuyla uyumlu görünmektedir. Cinsel isteğin FSFI ölçeğine göre kontrollerle hemen hemen aynı olması ancak cinsel ilişki sıklığının daha az olması cinsellik sırasında yaşanan ağrının daha yüksek düzeyde olmasıyla da açıklanabilir. Ayrıca kadın psoriazis hastaları partnerlerine dokunma ve partnerleri tarafından dokunulma konusunda kontrollere göre anlamlı ölçüde daha fazla problem yaşadıklarını bildirmişlerdir. Cinsellikten kaçınma oranları ise yine daha fazladır. Kadınların kendilerine dokunma ve dokunulma konusunda erkeklere göre daha fazla hassasiyet yaşamaları, kadınların erkeklere göre vücutlarıyla ilgili daha fazla tatminsizlik bildirmeleri (Conner, Johnson, & Grogan, 2004; Faith & Schare, 1993; Feingold & Mazzella, 1998; Muth & Cash, 1997) ve vücutlarını erkeklere göre daha fazla değerlendirmeleri (Oehlhof, Musher-Eizenman, Neufeld, & Hauser, 2009) bu farka neden olan faktörlerden birkaçı olabilir. Yapılan başka bir çalışmada, kişilerin vücut memnuniyeti azaldıkça cinsellikten kaçındıklarını göstermektedir (La Rocque & Cioe, 2011). Psoriazis hastalarında gösterdiğimiz cinsellikten kaçınma şiddetinin kontrollere göre daha fazla olmasının bir açıklaması beden memnuniyetlerinin daha az olması olabilir. Psoriasis hastalarında bu ilişkiyi araştıran, karşılaştırma yapabileceğimiz başka bir çalışma henüz bulunmamaktadır. Psoriazis hastalarında vajinismus ve iletişim açısından kontrollere göre ise anlamlı bir bozulma olmadığı görülmektedir. Psoriazis hastalarının cinsellik sırasında yaşadıkları ağrının sekonder bir vajinismusu yol açmadığı sonucuna varılabilir. Ayrıca psoriazis olgularında, cinsellikle ilgili iletişimin kontrollerden farklı bulunmaması, iletişimin, kronik bir rahatsızlığın varlığıyla çok fazla etkilemediğini, belki de daha sıklıkla toplumsal ve kültürel bağlamda değiştiği sonucuna götürebilir (Greenberg, Bruess & Conklin, 2011).

Sonuç olarak psoriaziste cinselliğin birçok alanı kesinlikle etkilenmektedir ancak literatürde bu alt alanların bozulmasına ilişkin birbiriyle çelişen sonuçlar da mevcuttur. İleride daha geniş vaka sayısını içeren ve özgül cinsel işlevleri doyumu ve cinselliğin niteliğini değerlendirmeye duyarlı ölçeklerin kullanılması bu çelişkili sonuçların netleşmesine katkıda bulunacaktır. Ayrıca psoriaz hastalarında cinsellikten kaçınma ve cinsel dokunmayı inceleyen literatürde başka bir çalışma da bulunmamaktadır. Psoriasis hastalarında hastalığın özelliklerinden dolayı bu alanların da daha detaylı bir şekilde incelenmesinin önemli olduğu düşünülmektedir.

Çalışmamızda psoriasis hastalarının vücut memnuniyetleri herhangi bir cilt problemi olmayan bireylere göre daha kötü bulunmuştur. Kadın ve erkek psoriasis hastalarının kontrollere göre vücut memnuniyetleri her iki cinsiyet için de kendi cinsiyetlerindeki sağlıklı kontrollere göre anlamlı düzeyde daha düşüktür. Kadınlarla erkekleri karşılaştırdığımızda ise, hem kontrol hem de psoriasis hastalarında vücut memnuniyetleri erkeklerde kadınlara göre daha yüksektir. 8 ağır-orta düzeyde psoriasis hastasıyla yapılan bir araştırmada, vücut algısındaki negatif değişiklikleriyle bağlantılı 5 ana başlık tanımlanmıştır: vücutlarını daha fazla gizleme eğilimi, cinsel olarak inhibisyon, sosyal destek problemleri, azalmış egzersiz yapma ve negatif kendilik imajı (Khoury, ve ark., 2014). Psoriazisteki bozulmuş vücut algısının kişinin kendisini cinsel yönden çekici hissetmesini ve yakın ilişki kurmasını engellediğini gösteren başka çalışmalar da vardır (Walker & Papadopoulos, 2005). Psoriasis hastalarıyla yapılan ve vücut algısını, yaşam kalitesini, evlilik ilişkisini inceleyen bir diğer çalışma, vücut algısındaki değişikliklerin hastalığın şiddetinden bağımsız olduğunu göstermektedir (Pereira, Brito, & Smith, 2012). Bu sonuç, bizim çalışmamızın sonuçlarıyla da uyumludur. Çalışmamızda psoriasis hastası kadınların vücut memnuniyeti azaldıkça, kaçınmayı da kapsayacak şekilde, cinsel ilişkiyle ilgili tüm alanlardaki problemlerinin şiddetinin arttığı görülmektedir. Psoriazisi olan erkeklerde ise vücut memnuniyeti azaldıkça yine kaçınmayı da içine alacak şekilde iletişim dışındaki tüm cinsel işlev ve cinselliğin niteliğindeki bozulmaların şiddeti artmaktadır. Benzer bulgular kontrol grubu için de geçerlidir. Başka bir cilt hastalığı olan aknede vücut algısından memnuniyetsizliğin cinsel ilişkiyi ve partner ilişkisini etkileyebileceği gösterilmiştir (Halvorsen, ve ark., 2011). Ostomili hastalarla yapılan bir çalışmada hastaların beden algısının kontrol grubuna göre daha bozuk olduğu ve beden algısı daha iyi olan hastalarda cinsel işlevlerin daha iyi olduğu saptanmıştır (Kılıç, Taycan, Belli & Özmen, 2007). Vücut algısıyla ilgili problemlerin, cinsel yakınlıkla ilgili problemlere yol açtığı; bundan doğan kronik stresin, kişinin ve partnerin iyilik halini ve diğer kişilerle kurulan sosyal ve cinsel ilişkileri etkileyebileceği öne sürülmüştür (Rolland, 1984). 362 olgu ile yapılan bir çalışmada, cinsellikten kaçınma davranışı ile vücut algısı arasında bir bağlantı bulunmuştur; daha olumsuz vücut algısı olan kişilerin, cinsellikten daha fazla kaçınmaya eğilimli oldukları gösterilmiştir (La Rocque & Cioe, 2011).



FSFI ve IIEF ölçekleriyle vücut algısının korelasyonuna baktığımızda, vücut memnuniyetindeki artışın cinsel işlevleri anlamlı düzeyde pozitif etkilediği görülmektedir. Bu sonuç, olumsuz vücut algısıyla cinsel disfonksiyonu bağlantılı bulan bir başka çalışmanın sonucuyla benzerdir (Wiederman, 2002). Vücut algısının, cinsel tatmin (Hoyt & Kogan, 2001) ve cinsel istek üzerine etkili olduğu ortaya konmuştur (Cash, Maikkula, & Yamamiya, 2004; Seal, Bradford, & Meston, 2009). Çalışmamızda da benzer bulgulara ulaşılmıştır. Hem psoriasis hem de kontrol grubunda kişilerin vücut memnuniyetleri azaldıkça, cinsel işlevleri bozulmaktadır. Birçok çalışma (Ermertcan, ve ark., 2006; Al-Mazeedi, El-Shazly & Al-Ajmi, 2006), psoriazisteki cinsel işlevlerin hastalığın şiddetinden bağımsız olduğunu göstermektedir. Belki de cinsel işlevleri etkileyen ciltteki bozulmanın şiddeti değil kişilerin lezyonlarına verdiği anlam olabilir. Aynı şekilde sağlıklı kişilerde de vücut algısı bozuldukça cinsel işlevler bozulmaktadır. Psoriazisi olan bir kişide eğer, beden memnuniyeti yüksekse hastalığı şiddetli olsa cinselliğinin hastalığından daha az etkilenebileceği düşünülebilir.

Araştırmamızda kullandığımız cinsel niteliği ve cinsel işlevleri değerlendiren ölçeklerle yapılan regresyon analizlerinin tümünde vücut memnuniyetsizliği (ya da olumsuz vücut algısı) cinsel işlev bozukluğu, cinsel tatmin ve cinsel nitelik sorunları için açıklayıcı bağımsız risk faktörü olarak belirlenmiştir. Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği üzerine yapılan regresyon analizlerinin sonuçlarına göre, gruplar için ortak olan tek parametre vücut algısıdır. FSFI ölçeğinde hem psoriasis hastalarında hem de tüm popülasyonda vücut algısının ve menopozun cinsel işlevler için açıklayıcı olduğu görülmektedir. Menopoz, kadınlarda cinsel işlev bozukluklarını üzerine açıklayıcı bir etkisi bulunurken cinsel doyum ve cinsel ilişkinin niteliği üzerine etkisi anlamlı düzeye ulaşmamıştır. Ayrıca birliktelik süresinin de hem kadın hem de erkek psoriasis hastaların GRİSS ölçeğinin toplam puanı üzerinde açıklayıcılığı mevcuttur. Birliktelik süresi uzadıkça cinsel işlevlerde ve özellikle cinselliğin niteliğinde bozulmalar olabileceği sonucu çıkmaktadır. Yapılan bir çalışmada birliktelik süresi arttıkça cinsel tatminin azaldığını ve yaşın cinsel tatmini etkilenmediğini göstermektedir. Bu sonuç bizim çalışmamızla uyumludur (Liu, 2003). Yaşla birlikte ise erkeklerde cinsel işlevlerin bozulmaya başladığı görülmektedir (Araujo, ve ark., 2004). Çalışmamızda da hem psoriasis grubunda hem de tüm erkeklerde IIEF ölçeği üzerine yapılan regresyon analizinde erkek cinsel işlevlerini etkileyen parametreler vücut algısı, yaş ve depresyon şiddeti olarak göze çarpmaktadır. Sonuçlarımıza göre cinsel işlevlerin niteliğinde ve doyumdaki bozulmalar için vücut algısının yanında birliktelik süresi bir risk faktörü oluştururken, cinsel işlevlerde vücut algısına ek olarak erkeklerde yaşın, kadınlarda ise menopozun etkisi baskın şekilde ortaya çıkmaktadır. Tedavi görmüş testis kanseri hastalarıyla yapılan bir çalışmada, bu hastaların %17 sinde vücut algısında değişiklikler olduğu görülmüş ve bu değişikliklerin, cinsel isteğin azalması, cinsel aktivitenin azalması, cinsellikten alınan zevkin azalması, erektil disfonksiyon ve ejakulatuvar problemler ve artmış cinsel rahatsızlıkla bağlantılı olduğu gösterilmiştir. Aynı zamanda vücut algısındaki negatif değişikliklerin

cinsel işlev bozukluklarıyla bağlantılı en güçlü faktör olduğu görülmüştür (Rossen, ve ark., 2012). Sonuçlarımız, 92 sedef hastası ve 130 sağlıklı kontrolü içeren prospektif bir çalışmada, (Goulding, et al., 2011) çok değişkenli lojistik regresyon analizi sonucunda, yaş ve hipertansiyonun erektil disfonksiyon için bağımsız risk faktörleri olduğu ancak sedef tanısının bağımsız bir risk faktörü olmadığı sonucuyla da benzerlikler göstermektedir. Hem psoriasis hem de kontrol grubunun bir arada değerlendirildiği toplam IIEF puanı için yordayıcı faktörlerde psoriasis varlığı etkili bir bağımsız risk faktörü değilken, vücut algısı, yaş ve depresyon varlığı bağımsız birer risk faktörüdür. Benzer sonuçlar tüm kadın olgular için de geçerlidir, psoriasis varlığı FSFI puanlarındaki azalama yani cinsel işlevlerdeki kötüleşme için bir risk faktörü değilken, menopoz varlığı ve vücut memnuniyetindeki bozulmalar bağımsız risk faktörleri olarak bulunmuştur. Bu sonuçlarla, sedefin varlığında vücutta yol açtığı değişiklikler ve bu değişikliklere verilen psikolojik ve fizyolojik yanıtların cinsel işlevleri etkilediği düşünülebilir. 401 kadın üniversite öğrencisiyle internet üzerinden yapılan bir çalışmada, vücut algısı memnuniyetinin ve cinsellikle ilgili algıların cinsel davranışları belirlediği belirtilmiştir; çalışma artmış vücut memnuniyetinin cinsel aktivitede artışla korele olduğunu göstermiştir. Erişkin kadınlarda vücut memnuniyeti yüksek olanların, orgazma daha kolay ulaştıkları, daha sık cinselliği başlattıkları, cinsellik sırasında daha rahat oldukları ve daha fazla tatmin olduklarını görülmektedir (Ackard, Kearney-Cooke, & Peterson, 2000; Seal, Bradford, & Meston, 2009; Weaver & Byers, 2006). Bir başka çalışmada cinsel aktivite üzerine vücut memnuniyetinin ve cinsellikle ilgili kognisyonların birlikte etki edebileceğini belirtilmektedir (Lemer, ve ark., 2013). Vücut algısı yanında cinsel tutumların da bireyin cinsel aktivitesini etkilediği sonucuna varılabilir.

Sonuç olarak psoriasis hastalarında psoriasis süresi, şiddeti, cinsel lezyon varlığı, psikiyatrik ilaç kullanımı, psikiyatrik tanı, ek tıbbi hastalık varlığı, depresyon ve anksiyetenin varlığından bağımsız olarak cinsel işlevlerin bozulması, cinsel doyum ve cinselliğin niteliğini etkileyen ana faktör olarak vücut algısı bozulması olarak bulunmuştur. Kısacası cinsel işlevler ve cinselliğin niteliği sedefin varlığından, şiddetinden, süresinden bağımsız olarak değişmektedir. Psoriasis hastalarında cinsel işlevleri ve cinselliğin niteliğini belirleyen en önemli faktörlerden biri kişinin bedeninde oluşan değişikliklerin objektif şiddeti (PASI) değil, bu değişikliklere bağlı olarak bedenini subjektif olarak nasıl değerlendirdiği yani vücut memnuniyetidir.

## 6. SONUÇLAR

Bu çalışmada psoriasis hastalarının hastalığın şiddetinden bağımsız olarak yaşam kalitelerinin bozulduğu; dermatatolojik yaşam kalitesine PASI'nin yanı sıra depresyon ve anksiyete düzeylerinin

etki ettiği ve yordayıcı olduğu; psoriasis süresinin ve başlangıç yaşının yaşam kalitesi üzerine bir etkisi olmadığı sonucuna varılmıştır. Hastaların ciltleriyle bağlantılı yaşam kalitesine etkisi olan en önemli faktörler hastalığın o an ki şiddetine ek olarak depresyon ve anksiyete düzeylerdir.

Literatürde vücut algısının cinsellik ve cinsel davranış üzerine etkilerini inceleyen çalışmalar mevcuttur, ancak psoriasis hastalarında bunu inceleyen ilk çalışma bizim çalışmamızdır.

Çalışmamızda psoriasis hastalarının vücut memnuniyetleri kontrollere göre daha düşük bulunmuştur ve bu düşüklüğün psoriasis hastalarında hastalığın şiddeti, süresi, başlangıç yaşından bağımsız olduğu görülmektedir. Ayrıca hastalarda yapılan regresyon analizleri sonucunda cinselliğin niteliğinde ve işlevlerdeki bozulmayı yordayan en önemli faktörün vücut memnuniyeti olduğu ortaya konulmuştur. Aynı zamanda bu etkinin hastalığın şiddetinden bağımsız olduğu da görülmektedir. Hem psoriasis hem de kontrol grubunu içeren regresyon analizlerinde psoriasis varlığının cinsel işlevler üzerine bir etkisi olduğu gösterilememiştir, burada da en önemli yordayıcı faktörün yine vücut memnuniyeti olduğu sonucu ortaya konmaktadır. Sonuç olarak psoriasis hastalarında cinsel işlevleri ve doyumunu belirleyen en önemli faktör hastalığın kendisi değil, hastaların bedenlerini nasıl algıladıklarıdır.

### **6.1.Araştırmanın Sınırlılıkları**

Çalışmamızda kullanılan cinsel işlevlerle ilgili ölçekler DSM-IV-TR'ye göre geliştirilmiştir; henüz DSM 5'te yapılan değişikliklere yönelik bir ölçek kullanıma girmemiştir. Çalışmamızın bir diğer sınırlılığı, komorbid tıbbi ve hafif düzeydeki psikiyatrik rahatsızlıkları olan bireyleri de çalışmamıza dahil etmemizdir. Ancak, son yıllarda tamamen saf bir hasta popülasyonundansa gerçekte kliniğe gelen hastalara benzer hastalarla çalışma yapılması yönünde görüşler ağır basmaktadır.

Çalışmamızda bipolar duygudurum bozukluğu ve şizofreni varlığı klinisyen tarafından DSM ölçütlerine göre belirlenmiştir ve bu hastalar çalışmadan çıkartılmıştır, ancak bu tanıları koymak için standardize bir ölçek kullanılmamıştır. Sonuç olarak mevcut kısıtlılıkların giderildiği, daha büyük örneklemeler üzerinde yapılmış, cinsel işlevlerin alt parametrelerini daha detaylı inceleyen, kadın ve erkeğin cinselliğinin farklı olduğunu gözeten yeni çalışmaların katkıları olacağı kesindir.

## 7. REFERANSLAR

Abrahamson D, et al. The effects of attentional focus and partner responsiveness on sexual responding: replication and extension. *Archives of Sexual Behavior*-1985; 14(4): 361-71

Abramov, L., I. Wolman, and M.P. David, Vaginismus: an important factor in the evaluation and management of vulvar vestibulitis syndrome. *Gynecol Obstet Invest*, 1994. 38(3): p. 194-7.

Ackard, D. M., Kearney-Cooke, A., & Peterson, C. B. (2000). Effect of body image and self-image on women's sexual behaviors. *International Journal of Eating Disorders*, 28, 422–429.  
doi:10.1002/1098-108X(200012) 28:4<422::AID-EAT10>3.0.CO;2-1

Aguirre MA, Vélez A, Romero M, Collantes E. Gynecomastia and sexual impotence associated with methotrexate treatment. *J Rheumatol* 2002; 29(8):1793–4.

Ahmed I, Ahmed S, Nasreen S. Frequency and pattern of psychiatric disorders in patients with vitiligo. *J Ayub Med Coll Abbottabad* 2007; 19: 19–21.

Al Shaymaa H. Abul Maaty, MD, Amal H.A. Gomaa, MD, Ghada F.A. Mohammed, MD, Ismail M. Youssef, Proph., and Moustafa M.K. Eyada, Proph. Assessment of Female Sexual Function in Patients with Psoriasis. *J Sex Med* 2013;10:1545–1548

Al-Mazeedi K, El-Shazly M, Al-Ajmi HS. Impact of psoriasis on quality of life in Kuwait. *Int J Dermatol* 2006; 45(4):418–24.

Alper S, Akyol M, Atakan N, ve ark. Türkiye Psoriasis Klavuzu 2012 *Türkderm* 2012;46:1-36.

Althof S. Treatment of Rapid ejaculation. In: Leiblum S, editor. *Principles and Practice of Sex Therapy*. 4th ed. New York: The Guilford Press; 2007.

Althof SE, Abdo CH, Dean J, Hackett G, McCabe M, McMahon CG, et al. International Society for Sexual Medicine's guidelines for the diagnosis and treatment of premature ejaculation. *Journal of Sexual Medicine*-2010; 7: 2947-2969.

Althof SE, Leiblum SR, Chevret-Measson M, Hartmann U, Levine SB, McCabe M, et al. Psychological and interpersonal dimensions of sexual function and dysfunction. *Journal of Sexual Medicine*-2005; 2: 793-800.

Althof SE, Leiblum SR, Chevret-Measson M, Hartmann U, Levine SB, McCabe M, et al. Psychological and interpersonal dimensions of sexual function and dysfunction. *Journal of Sexual Medicine*-2005; 2: 793-800.

Ambler N, Williams ACC, Hill P et al. Sexual difficulties of chronic pain patients. *Clin J Pain* 2001; 17: 138–145.

American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 3rd Edition. Washington DC: American Psychiatric Association; 1980.

American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 4th Edition. Washington DC: American Psychiatric Association; 2000.

Andersen, B. L., & LeGrand, M. A. (1991). Body image for women: Conceptualization, assessment, and a test of its importance to sexual dysfunction and medical illness. *The Journal of Sex Research*, 28(3), 457–477. doi:10.1080/00224499109551619

Anderson J. *Cognitive psychology and its implications*. Worth Publishers; 2004.

Ansar, A., Jahangard, L., Pahlevani, P., Rasouli, B., Torabian, S., & Rasouli, S. (2013). Quality of life in patients with psoriasis vulgaris: A case-control study. *Dermatology and Cosmetic*, 4(3), 113-119.

APA. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 5th ed. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing; 2013.

Apt C. The sexual attitudes, behavior, and relationships of women with histrionic personality disorder. *Journal of Sex and Marital Therapy*-1994; 20: 125-33.

Araujo A, et al. The relationship between depressive symptoms and male erectile dysfunction: Cross-sectional results from the Massachusetts male aging study. *Psychosomatic Medicine*-1998; 60: 458-465

Araujo AB, et al. Relation between psychosocial risk factors and incident erectile dysfunction: prospective results from the Massachusetts Male Aging Study. *American Journal of Epidemiology*-2000; 152(6): 533-41.

Araujo AB, Mohr BA, McKinlay JB. Changes in sexual function in middle-aged and older men: Longitudinal data from the Massachusetts Male Aging Study. *Journal of the American Geriatrics Society*-2004; 52: 1502–9.

Arentewicz, G., *The treatment of sexual disorders: Concepts and techniques of couple therapy*. 1983: Basic Books (AZ).

Aruguete, M., Yates, A. ve Edman, J. (2006). Gender differences in attitudes about fat. *North American Journal of Psychology*, 8(1), 183-192.

- Atmaca M, et al. Serum leptin levels in patients with premature ejaculation. *Archives of Andrology*-2002; 48(5): 345-50.
- Atmaca M, et al. Serum leptin levels in patients with premature ejaculation before and after citalopram treatment. *BJU International*-2003; 91(3): 252-4.
- Audibert, C. and J. Kahn-Nathan, Le vaginisme. *Contracept Fertil Sex*, 1980. 8: p. 257-263
- Augustin M, Reich K, Reich C, et al. Quality of psoriasis care in Germany result of the national study PsoHealth 2007. *J Dtsch Dermatol Ges* 2008;6:640-45.
- Aydemir EH. Psoriasis ve benzeri dermatozlar. Tüzün Y, Kotoğyan A, Aydemir EH, Baransü O (Editörler). *Dermatoloji'de*. 2. baskı. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri, 1994.s.315-32.
- Aydemir Ö, Güvenir T, Küey L. Validity and realibility of Turkish version of Hospital Anxiety and Depression Scale. *Turkish Journal of Psychiatry* 1997; 8:280-287.
- Aygın, D., & Aslan, F.E. (2005). Kadın cinsel işlev ölçeğinin Türkçeye uyarlanması. *Türkiye Klinikleri J Med Sci*, 25(3), 393-399.
- Balami J, Robertson D. Parkinson's disease and sexuality. *Br J Hosp Med* 2007; 68: 644–647.
- Bancroft J, Loftus J, Long JS. Distress about sex: a national survey of women in heterosexual relationships. *Archives of Sexual Behavior*-2003; 32: 193-208.
- Bancroft J. The endocrinology of sexual arousal. *Journal of Endocrinology*- 2005; 186: 411-27
- Barlow, D. H. (1986). Causes of sexual dysfunction: The role of anxiety and cognitive interference. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, 140–148.
- Barnes, J., E.P. Bowman, and J. Cullen, Biofeedback as an adjunct to psychotherapy in the treatment of vaginismus. *Biofeedback Self Regul*, 1984. 9(3): p. 281-9.
- Bartlik B, Kocsis J, Legere R, Villaluz J, Kossoy A, Gelenberg A. Sexual dysfunction secondary to depressive disorders. *Journal of Gender Specific Medicine*-1999; 2(2): 52-60.
- Basson R, Leiblum S, Brotto L, Derogatis L, Fourcroy J, Fugl-Meyer K, et al. Revised definitions of women's sexual dysfunction. *Journal of Sexual Medicine*-2004; 1(1): 40-8.
- Basson R, Wierman ME, van Lankveld J, Brotto L. Summary of the Recommendations on Sexual Dysfunction in Women. *Journal of Sexual Medicine*-2010; 7: 314-326.

- Basson R. The female sexual response: A different model. *Journal of Sex and Marital Therapy*-2000; 26: 51-65.
- Basson R. Women's sexual dysfunction: revised and expanded definitions. *CMAJ*-2005; 172: 1327-1333.
- Basson, R., Lifelong vaginismus: A clinical study of 60 consecutive cases. *JOURNAL-SOGC*, 1996. 18: p. 551-562.
- Baumeister RF, Tice DM. *The social dimension of sex*. Boston: Allyn & Bacon; 2001.
- Bean JL. Expressions of female sexuality. *Journal of Sex and Marital Therapy*-2002; 28 (Suppl.1): 29-38.
- Beck AT: *The diagnosis and management of depression*. Philadelphia, University of Pennsylvania Press, 1973.
- Beck JG, Barlow DH, Sakheim DK. The effects of attentional focus and partner arousal on sexual responding in functional and dysfunctional men. *Behavior Research Therapy*-1983; 21(1): 1-8.
- Bedrosian RC: *The application of cognitive therapy techniques with adolescents*. In new directions in cognitive therapy. Emery G, Hollon SD, Bedrosian RC (eds.) New York, Guilford Press, 1981.
- Berman L, Berman J, Miles M, Pollets D, Powell JA. Genital self-image as a component of sexual health: Relationship between genital self-image, female sexual function, and quality of life measures. *Journal of Sex and Marital Therapy*-2003; 29: 11–21.
- Biddle A, West S, D'Aloisio A, Wheeler S, Borisov N, Thorp J. Hypoactive sexual desire disorder in postmenopausal women: quality of life and health burden. *Value Health*-2009; 12(5): 763- 72
- Bilaç C, Öztürkcan S. Dermatolojide yaşam kalitesi. *Sağlıkta birikim* 2006; 1: 48- 58.
- Bilen N. Non-püstüler psoriyazis. *T Klin Dermatol* 2005;13:22-6.
- Blazer, J.A., *Married Virgins. A Study of Unconsummated Marriages*. *Journal of Marriage and the Family*, 1964: p. 213-214.
- Bloch, A. (2002). Self-awareness during the menopause. *Maturitas*, 41(1), 61-68.
- Bowling A. "Measuring Health: A Review of Quality of Life Measurement Scales", II.En. Open Univesity Press, Philadelphia, 1997.

- Braun M, et al. Epidemiology of erectile dysfunction: results of the 'Cologne Male Survey'. *International Journal of Impotence Research*-2000; 12: 305-311.
- Braun-Falco O, Plewig G, Wolff HH, Burgdorf WHC. Psoriasis. *Dermatology*. 2nd ed. Berlin: Springer-Verlag, 2000.p.585-613.
- Brewer G, Dewhurst AM. Body Esteem and Self-examination in British Men and Women. *International Journal of Preventive Medicine*-2013 Jun; 4(6): 684-9.
- Brien S. Development of a rat model of sexual performance anxiety: effect of behavioural and pharmacological hyperadrenergic stimulation on APO- induced erections. *International Journal of Impotence Research*-2002; 14: 107-115.
- Brotto L, Chik H, Ryder A, Gorzalka B, Seal B. Acculturation and sexual function in Asian women. *Archives of Sexual Behavior*-2005; 34: 613-26.
- Brotto L, Heiman J, Tolman D. Narratives of desire in mid-age women with and without arousal difficulties. *Journal of Sexual Research*-2009; 46: 387-98.
- Brotto LA. The DSM diagnostic criteria for hypoactive sexual desire disorder in men. *Journal of Sexual Medicine*-2010; 7:2015-2030.
- Burri A, Spector T. Recent and lifelong sexual dysfunction in a female UK population sample: prevalence and risk factors. *Journal of Sexual Medicine*-2011 Sep; 8(9): 2420-30.
- Buss DM, Schmitt DP. Sexual strategies theory: An evolutionary perspective on human mating. *Psychology Review*-1993; 100: 204-232.
- Buss DM. *The evolution of desire: Strategies of human mating*. New York: Basic Books; 2003.
- Buvat J, et al. Testosterone deficiency in men: systematic review and standard operating procedures for diagnosis and treatment. *Journal of Sexual Medicine*-2013; 10(1): 245-84.
- Capogrosso P, et al. One patient out of four with newly diagnosed erectile dysfunction is a young man-worrisome picture from the everyday clinical practice. *Journal of Sexual Medicine*-2013; 10(7):1833-41.
- Carani C, et al. Multicenter study on the prevalence of sexual symptoms in male hypo- and hyperthyroid patients. *Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*-2005; 90(12): 6472-9.



- Carey M, Wincze J, Meisler A. Sexual dysfunction: male erectile disorders. In: Barlow, editor. *Clinical Handbook of Psychological Disorders: A Step by Step Treatment Manual*. New York: Guilford Press; 1993.
- Carpentier MY, Fortenberry JD. Romantic and sexual relationships, body image, and fertility in adolescent and young adult testicular cancer survivors: A review of the literature. *Journal of Adolescent Health*-2010; 47: 115–25.
- Carr AJ, Thompson PW, Kirwan JR. “Quality of Life Measures”, *Br J Rheumatol* 35, 1996.
- Carr S. The Impact of Cancer and Its Therapies on Body Image and Sexuality. In: Carr BI, Steele J, editors. *Psychological Aspects of Cancer*. New York: Springer; 2013.
- Carvalho AA, Brotto LA, Leal I. Women’s motivations for sex: exploring the diagnostic and statistical manual, fourth edition, text revision criteria for hypoactive sexual desire and female sexual arousal disorders. *Journal of Sexual Medicine*-2010; 7: 1454-1463.
- Carvalho J, Nobre P. Biopsychosocial determinants of men’s sexual desire: Testing an integrative model. *Journal of Sexual Medicine*-2011; 8: 754-763.
- Carvalho J, Nobre P. Predictors of men’s Sexual Desire: the role of psychological, cognitiveemotional, relational, and medical factors. *Journal of Sex Research*-2011; 48: 254-262.
- Cash TF, Maikkula CL, Yamamiya Y. Baring the body in the bedroom: Body image, sexual self-schemas, and sexual functioning among college women and men. *Electronic Journal of Human Sexuality*-2004; 7.
- Cash TF. The psychology of physical appearance: Aesthetics, attributes, and images. In: Cash TF, Pruzinsky T, editors. *Body images: Development, deviance, and change*. New York: Guilford Press; 1990. p.51-79.
- Cash, T. F., Theriault, J., & Annis, N. M. (2004). Body image in an interpersonal context: Adult attachment, fear of intimacy, and social anxiety. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 23, 89–103.
- Chait SR, Thompson JK, Jacobsen PB. Relationship of body image to breast and skin selfexamination intentions and behaviors. *Body Image*-2008; 6: 60–3.
- Chevret M, et al. Impact of erectile dysfunction (ED) on sexual life of female partners: assessment with the Index of Sexual Life (ISL) questionnaire. *Journal of Sex and Marital Therapy*-2004; 30(3): 157-72.

Choi J, Koo JY. Quality of life issues in psoriasis. *J Am Acad Dermatol* 2003; 49: 57–61.

Christophers E, Mrowietz U : Psoriasis. *Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine*. Ed. Freedberg IM, Eisen AZ, Wolff K, Austen KF, Goldsmith LA, Katz SI. 6th edition. New York, McGraw-Hill 2004; 407-427.

Christophers E, Mrowietz U : Psoriasis. *Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine*. Ed. Freedberg IM, Eisen AZ, Wolff K, Austen KF, Goldsmith LA, Katz SI. 6th edition. New York, McGraw-Hill 2004; 407-427.

Chung S-D, Keller JJ, Chu TW, and Lin H-C. Psoriasis and the risk of erectile dysfunction: A population-based case-control study. *J Sex Med* 2012;9:130–135.

Cihan A, et al. The relationship between premature ejaculation and hyperthyroidism. *Journal of Urology*-2009; 181(3): 1273-80.

Conner, M., Johnson, C., & Grogan, S. (2004). Gender, sexuality, body image, and eating behaviors. *Journal of Health Psychology*, 9, 505–515.

Corona G, et al. Assessment of the relational factor in male patients consulting for sexual dysfunction: the concept of couple sexual dysfunction. *Journal of Andrology*-2006; 27(6): 795-801.

Corona G, et al. Premature and delayed ejaculation: two ends of a single continuum influenced by hormonal milieu. *International Journal of Andrology*-2011; 34(1): 41-8.

Corona G, et al. Psycho-biological correlates of free-floating anxiety symptoms in male patients with sexual dysfunctions. *Journal of Andrology*-2006; 27(1): 86-93. *Urology*-1998; 52: 848-852.

Corona G, et al. Psycho-biological correlates of rapid ejaculation in patients attending an andrologic unit for sexual dysfunctions. *European Urology*-2004; 46(5): 615-22.

Corona G, Petrone L, Mannuci E, Ricca V, Balercia G, Giommi R, et al. The impotent couple: low desire. *International Journal of Andrology*-2005;28 (Suppl 2): 46-52

Corona G, Rastrelli G, Ricca V, Jannini EA, Vignozzi L, Monami M, et al. Risk factors associated with primary and secondary reduced libido in male patients with sexual dysfunction. *Journal of Sexual Medicine*-2013; 10: 1074-1089

Corretti G, et al. Comorbidity between social phobia and premature ejaculation: study on 242 males affected by sexual disorders. *Journal of Sex and Marital Therapy*-2006; 32(2); 183- 7.

- de Arruda LH, De Moraes AP. The impact of psoriasis on quality of life. *Br J Dermatol* 2001;144:33-6
- de Jong DC. The role of attention in sexual arousal: implications for treatment of sexual dysfunction. *Journal of Sex Research*-2009; 46(2-3): 237-48.
- De Jong EM. The course of psoriasis. *Clin Dermatol* 1997;15:687-92.
- de Korte J, Sprangers MA, Mombers FM, Bos JD. Quality of life in patients with psoriasis: a systematic literature review. *J Investig Dermatol Symp Proc* 2004; 9: 140–147.
- De Marquiegui A, Huish M (1999). A woman's sexual life after an operation. *BMJ*, 318:178-181
- Dean J, Rubio-Aurioles E, McCabe M, Eardley I, Speakman M, Buvat J, et al. Integrating partners into erectile dysfunction treatment: Improving the sexual experience for the couple. *International Journal of Clinical Practice*-2008; 62: 127-33.
- Dennerstein L, Dudley E, Burger H. Are changes in sexual functioning during midlife due to aging or menopause? *Fertil Steril*-2001; 76: 456-60.
- Dennerstein L, Koochaki P, Barton I, Graziottin A. Hypoactive sexual desire disorder in menopausal women: a survey of Western European women. *Journal of Sexual Medicine* 2006 Mar; 3(2): 212-22.
- Devrimci-Ozguven H, Kundakci N, Kumbasar H, Boyvat A: The depression, anxiety, life satisfaction and affective expression levels in psoriasis patients. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2000, 14:267–271.
- Dove N, Wiederman M. Cognitive distraction and women's sexual functioning. *Journal of Sex and Marital Therapy*-2000; 26: 67-78.
- Dökmen ZY. Menopoz, Beden İmgesi ve Ruh Sağlığı. *Türk Psikoloji Yazıları*, Aralık 2009, 12 (24), 41-55
- Dökmen, Z. Y. (2004). *Toplumsal cinsiyet: Sosyal psikolojik açıklamalar*. İstanbul: Sistem Yayıncılık.
- Duddle, M., Etiological factors in the unconsummated marriage. *Journal of psychosomatic research*, 1977. 21(2): p. 157-160.
- Dundon CM, Rellini AH. More than sexual function: predictors of sexual satisfaction in a sample of women age 40-70. *Journal of Sexual Medicine*-2010; 7: 896-904.

Dunn K, Croft P, Hackett G. Sexual problems: a study of the prevalence and need for health care in the general population. *Fam Pract* 1998;15:519-24.

Dunn, K. M., Croft, P. R., & Hackett, G. I. (1999). Association of sexual problems with social, psychological, and physical problems in men and women: A cross sectional population survey. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 53, 144–148.

Dupont S (1995) Multiple sclerosis and sexual functioning: A review. *Clinical Rehabilitation*, 9: 135-141.

Eardley I. Pathophysiology of erectile dysfunction. *British Journal of Diabetes & Vascular Disease*-2002; 2: 272-276.

Ekber E, Aydemir EH, Tüzün Y. Psoriasis sıklığı. *Deri Hast ve Frengi Arş* 1980;14:71-4.

Ellison, C., Vaginismus. *Medical Aspects of human sexuality*, 1972. 6(8): p. 34-54.

Elmerstig E, Wijma B, Swahnberg K. Young Swedish women's experience of pain and discomfort during sexual intercourse. *Acta Obstetrica Gynecologica Scandinavica*-2009; 88: 98-103.

Emergy G: *A new beginning: How can you change your life through cognitive therapy*. New York, Simon & Schuster, 1981.

Erbil, N. (2013). The relationships between sexual function, body image, and body mass index among women. *Sexuality and Disability*, 31(1), 63-70.

Ergun M, Turel Ermertcan A, Ozturkcan S et al. Sexual dysfunction in patients with chronic hand eczema in the Turkish population. *J Sex Med* 2007; 4: 1684–1690.

Erkek E. Psoriasis etyopatogenezi. *Turkiye Klinikleri J Dermatol-Special Topics* 2008;1:1-14.

Faith, M. S., & Schare, M. L. (1993). The role of body image in sexually avoidant behavior. *Archives of Sexual Behavior*, 22(4), 345–356. doi:10.1007/BF01542123

Faith, M. S., & Schare, M. L. (1993). The role of body image in sexually avoidant behavior. *Archives of Sexual Behavior*, 22, 345–356.

Farre JM, et al. Specific aspects of erectile dysfunction in psychiatry. *International Journal Impotence Research*-2004; 16 Suppl 2: S46-9. 631 27 - Erectile Dysfunction

Feingold, A. ve Mazzella, R. (1998). Gender differences in body image are increasing. *Psychological Sciences*, 9(3), 190-195.

Feldman H, et al. Impotence and its medical and psychosocial correlates: results of the Massachusetts Male Aging Study. *Journal of Urology*-1994; 151: 54-61.

Fortune DG, Richards HL, Griffiths C. Psychologic factors in psoriasis: consequences, mechanisms, and interventions. *Dermatol Clin* 2005; 23: 681–694

Fortune DG, Richards HL, Main CJ, Griffiths CE. Patients' strategies for coping with psoriasis. *Clin Exp Dermatol* 2002;27:177-84.

Fortune DG, Richards HL, Main CJ, Griffiths CE. What patients with psoriasis believe about their condition. *J Am Acad Dermatol* 1998;39:196- 201.

Francomano D, et al. Peripheral arterial tonometry to measure the effects of vardenafil on sympathetic tone in men with lifelong premature ejaculation. *International Journal of Endocrinology*-2013; 2013: p. 394 934.

Frederick, D. A., Peplau, L. A. ve Lever, J. (2006). Brief research report. The swimsuit issue: Corralates of body image in a sample of 52677 heterosexual adults. *Body Image*, 3, 413-419.

Frohlich P, Meston C. Sexual functioning and self-reported depressive symptoms among college women. *Journal of Sex Research*-2002; 39: 321-5.

Fugl-Meyer AR, et al. On life satisfaction in male erectile dysfunction. *International Journal of Impotence Research*-1997; 9(3): 141-8.

Gallo L, Perdona S, Gallo A. The role of short frenulum and the effects of frenulectomy on premature ejaculation. *Journal of Sexual Medicine*-2010; 7(3): 1269-76.

Giannitsas K, et al. Preference for and adherence to oral phosphodiesterase-5 inhibitors in the treatment of erectile dysfunction. *Patient Prefer Adherence*-2008; 2: 149-55.

Giles KR, McCabe MP. Conceptualizing women's sexual function: linear vs. circular models of sexual response. *Journal of Sexual Medicine*-2009; 6: 2761-2771.

Ginsburg IH, Link BG. Psychosocial consequences of rejection and stigma feelings in psoriasis patients. *Int J Dermatol* 1993;32:587-91.

Ginsburg IH. The psychosocial impact of skin disease. An overview. *Dermatol Clin* 1996; 14: 473–484.

- Goulding, C.L. Price, C.L. Defty, C.S. Hulangamuwa, E. Bader and I. Ahmed. Erectile dysfunction in patients with psoriasis: increased prevalence, an unmet need, and a chance to intervene. *British Association of Dermatologists* 2011 164, pp103–109
- Görgülü A. Trakya’da deri hastalıkları. *Deri Hast ve Frengi Arş* 1982;16:113-6.
- Graham, C. A., Sanders, S. A., Milhausen, R. R., & McBride, K. R. (2004). Turning on and turning off: A focus group study of the factors that affect women’s sexual arousal. *Archives of Sexual Behavior*, 33, 527–538.
- Gratzke C, et al. Anatomy, physiology, and pathophysiology of erectile dysfunction. *Journal of Sexual Medicine*-2010; 7(1 Pt 2): 445-75.
- Greenberg J, Bruess C, Conklin S. *Exploring the Dimensions of Human Sexuality*. 4th edition. Sudbury, MA: Jones and Bartlett LPublishers; 2011. P.68-95.
- Grieve, F. G., Newton, C. C., Kelley, L., Miller, R. C., & Kerr, N. A. (2005). The preferred male body shapes of college men and women. *Individual Differences Research*, 3, 188–192.
- Guenther L, Han C, Szapary P, Schenkel B, Poulin Y, Bourcier M et al. Impact of ustekinumab on health-related quality of life and sexual difficulties associated with psoriasis: results from phase III clinical trials. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2011; 25(7):851–7.
- Gupta MA, Gupta AK, Johnson AM. Cutaneous body image: empirical validation of a dermatologic construct. *J Invest Dermatol* 2004;123(4):405–6.
- Gupta MA, Gupta AK. Psoriasis and sex: a study of moderately to severely affected patients. *Int J Dermatol* 1997; 36: 259–262.
- Guthrie J, Dennerstein L, Taffe J, Leibert P, HG HB. The menopausal transition: a 9 yea prospective population-based study. The Melbourne women’s midlife health project. *Climateric*-2004; 7: 375-89.
- Güneş AT, Altiner D. Psoriyazisin tarihçesi ve epidemiyolojisi. *T Klin Dermatol*2005;13:1-4.
- Hale VE, Strassberg DS. The role of anxiety on sexual arousal. *Archives of Sexual Behavior*-1990; 19(6): 569-81.
- Halvorsen JA, Stern RS, Dalgard F, Thoresen M, Bjertness E, Lien L. Suicidal ideation, mental health problems, and social impairment are increased in adolescents with acne: a population based study. *J Invest Dermatol* 2011;131:363–70.

- Hamann S, Herman RA, Nolan CL, Wallen K. Men and women differ in amygdala response to visual sexual stimuli. *Nature Neuroscience*-2004; 7: 411-416.
- Harden CL. Sexual dysfunction in women with epilepsy. *Seizure* 2008; 17: 131–135.
- Hartmann U, Schedlowski M, Kruger TH. Cognitive and partner-related factors in rapid ejaculation: differences between dysfunctional and functional men. *World Journal of Urology*-2005; 23(2): 93-101.
- Hatzimouratidis K, Amar E, Eardley I et al. Guidelines on male sexual dysfunction: erectile dysfunction and premature ejaculation. *Eur Urol* 2010; 57: 804–814.
- Hayes J, Koo J. Psoriasis: depression, anxiety, smoking, and drinking habits. *Dermatol Ther* 2010; 23: 174– 180.
- Hayes RD, Bennett CM, Fairley CK, Dennerstein L. What can prevalence studies tell us about female sexual difficulty and dysfunction? *Journal of Sexual Medicine*-2006; 3: 589–95.
- Hayes RD. Circular and linear modeling of female sexual desire and arousal. *Journal of Sex Research*-2011; 48: 130-141.
- Higaki Y, Watanabe I, Masaki T, Kamo T, Kawashima M, Satoh T, et al. Japanese version of cutaneous body image scale: translation and validation. *J Dermatol* 2009;36:477–84.
- Hill CA, Preston LK. Individual differences in the experience of sexual motivation: Theory and measurement of dispositional sexual motives. *Journal of Sex Research*-1996; 33: 27-45.
- Holmes T, Chamberlin P, Young M. Relations of exercise to body image and sexual desirability among a sample of university students. *Psychological Reports*-1994; 74: 920–922.
- Hout MVD, Barlow D. Attention, arousal and expectancies in anxiety and sexual disorders. *Journal Affective Disorders*-2000; 61: 241-56.
- Hovardaoğlu, S. (1990). Üniversite öğrencilerinde depresyon düzeyinin kontrol inancı ve kendi vücudunu algılamayla ilişkisi. *A.Ü. Dil ve Tarih-Coğrafya Fakültesi Dergisi*, 34(1-2), 131-140.
- Hovardaoğlu, S. (1992). Vücut algısı ölçeği. *Psikiyatri, Psikoloji, Psikofarmakoloji (3P) Dergisi*, 1(2).
- Hoyt, W. D., & Kogan, L. R. (2001). Satisfaction with body image and peer relationships for males and females in a college environment. *Sex Roles*, 45, 199–215.

Hrehorow E, Salomon J, Matusiak L, Reich A, Szepletowski JC. Patients with psoriasis feel stigmatized. *Acta Derm Venereol* 2012; 92: 67–72.

Hyde, J. S. Mezulis, A. H. ve Abramson, L. Y. (2008). The ABCs of depression: Integrating affective, biological, and cognitive models to explain the emergence of the gender difference in depression. *Psychological Review*, 115(2), 291-313.

İnanır I, Aydemir Ö, Gündüz K, Esen Danacı A, Türel Ermertcan A. Psoriasisli hastalarda yaşam kalite ölçeği geliştirilmesi. *Türkderm* 2003;37:189-95.

Jern P, et al. Premature and delayed ejaculation: Genetic and environmental effects in a population-based sample of Finnish twins. *Journal of Sexual Medicine*-2007; 4: 1739-1749.

Jern P, Gunst A, Sandnabba K, Santtila P. Are early and current erectile problems associated with anxiety and depression in young men? A retrospective self-report study. *J Sex Marital Ther* 2012; 38: 349–364.

Johannes C, et al. Incidence of erectile dysfunction in men 40 to 69 years old: longitudinal results from the Massachusetts Male Aging Study. *Journal of Urology*-2000; 163: 460-463.

Johnson, S. D., Phelps, D. L., & Cottler, L. B. (2004). The association of sexual dysfunction and substance use among a community epidemiological sample. *Archives of Sexual Behavior*, 33, 55–63.

Jones K, Kingsberg S, Whipple B. Association of Reproductive Health in Midlife and Beyond Clinical Proceedings. *Women's sexual health in Midlife and Beyond*; 2005.

Jones K, Kingsberg S, Whipple B. Association of Reproductive Health in Midlife and Beyond Clinical Proceedings. *Women's sexual health in Midlife and Beyond*-2005.

Jones, D. C. (2004). Body image among adolescent girls and boys: A longitudinal study. *Developmental Psychology*, 40(5), 823-835.

Jowett S, Ryan T. Dermatology patients and their doctors. *Clin Exp Dermatol* 1985;10:511–7.

Kabakci, E. and S. Batur, Who benefits from cognitive behavioral therapy for vaginismus? *J Sex Marital Ther*, 2003. 29(4): p. 277-88.

Kaçar N, Ergin Ş, Şanlı Erdoğan B. Psoriasisli hastalarda yaşam kalitesi. *Türkderm* 2007;4:117-20.

Kalter-Leibovici O, Wainstein J, Ziv A et al. Clinical, socioeconomic, and lifestyle parameters associated with erectile dysfunction among diabetic men. *Diabetes Care* 2005; 28: 1739–1744.

Kaplan H. How to overcome premature ejaculation. New York: Brunner/Mazel; 1989.



Kaplan HS. *The New Sex Therapy*. New York: Bruner Mazel; 1974.

Karanikas E, Harsoulis F, Giouzevas I, et al. Neuroendocrine stimulatory tests of hypothalamus–pituitary-adrenal axis in psoriasis and correlative implications with psychopathological and immune parameters. *J Dermatol* 2009; 36: 35–44

Kempeneers P, et al. Functional and psychological characteristics of Belgian men with premature ejaculation and their partners. *Archives of Sexual Behavior*-2013; 42(1): 51-66.

Khoury LR, Danielsen PL, Skiveren J. Body image altered by psoriasis. A study based on individual interviews and a model for body image. *J Dermatolog Treat* 2014; 25: 2–7.

Khoury, L. R., Danielsen, P. L., & Skiveren, J. (2014). Body image altered by psoriasis. A study based on individual interviews and a model for body image. *Journal of Dermatological Treatment*, 25(1), 2-7.

Kılıç, E., Taycan, O., Belli, A. K. ve Özmen, M.(2007). Kalıcı Ostomi Ameliyatının Beden Algısı, Benlik Saygısı, Eş Uyumu ve Cinsel İşlevler Üzerine Etkisi. *Türk Psikiyatri Dergisi*; 18(4): 302-310.

Kiliç A, Güleç MY, Gül Ü, Güleç H. Temperament and character profile of patients with psoriasis. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2008; 22: 537–542.

Kirby B, Richards HL, Woo P, et al. Physical and psychologic measures are necessary to assess overall psoriasis severity. *J Am Acad Dermatol* 2001;45:72-6.

Kirmaz C, Aydemir O, Bayrak P et al. Sexual dysfunction in patients with allergic rhinoconjunctivitis. *Ann Allergy Asthma Immunol* 2005; 95: 525–529.

Klotz T, et al. Why do patients with erectile dysfunction abandon effective therapy with sildenafil (Viagra)? *International Journal of Impotence Research*-2005; 17: 2-4.

Klusmann D. Sexual motivation and the duration of partnership. *Archives of Sexual Behavior*-2002; 31: 275-87.

Koçyiğit H, Aydemir Ö, Fisek G ve ark. “Kısa Form-36’nın Türkçe Versiyonunun Güvenilirliği ve Geçerliliği”, *İlaç ve Tedavi Dergisi*, 1999.

Korkoliakou, P., Christodoulou, C., Kouris, A., Porichi, E., Efstathiou, V., Kaloudi, E., ... & Douzenis, A. (2014). Alexithymia, anxiety and depression in patients with psoriasis: a case–control study. *Annals of general psychiatry*, 13(1), 38.

Koseoglu N, Koseoglu H, Ceylan E et al. Erectile dysfunction prevalence and sexual function status in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *J Urol* 2005; 174: 249–252.

Kostanski, M., & Gullone, E. (1998). Adolescent body image dissatisfaction: Relationships with self-esteem, anxiety, and depression controlling for body mass. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 39, 255–262.

Köşger, F., Bilgili, M. E., Genek, M., Yıldız, B., Saraçoğlu, N., & Eşsizoğlu, A. (2014). Psoriasis Hastalarında Depresyon, Anksiyete ve Yaşam Kalitesinin Hastalığın Şiddeti ile İlişkisi. *Journal of Mood Disorders*, 4(4), 157-62.

Krane R, Goldstein I, Tejada ISD. Impotence. *NEJM*-1989; 14: 1648-1659.

Kuchenhoff J (1981) Coping with a stoma -a comparative study of patients with rectal carcinoma of inflammatory bowel diseases. *Psychother Psychosom*, 36:98-104

Kuile Mt, Vigeveno D, Laan E. Preliminary evidence that acute and chronic daily psychological stress affect sexual arousal in sexually functional women. *Behavior Research Therapy*-2007; 45: 2078-89.

Kundakci N, Türsen Ü, Babiker MO, Gürgey E. The evaluation of the sociodemographic and clinical features of Turkish psoriasis patients. *Int J Dermatol* 2002;41:220-4.

Kurd SK, Troxel AB, Crits-Christoph P, Gelfand JM. The risk of depression, anxiety, and suicidality in patients with psoriasis: a populationbased cohort study. *Arch Dermatol* 2010; 146: 891–895.

Laan E, Everaerd W, Velde Jvd, Geer J. Determinants of subjective experience of sexual arousal in women: feedback from genital arousal and erotic stimulus content. *Psychophysiology*-1995; 32(5): 444-51.

Lamont, J.A., Vaginismus. *Am J Obstet Gynecol*, 1978. 131(6): p. 633-6.

Lankveld JV, Bergh S. The interaction of state and trait aspects of self-focused attention affects genital, but not subjective, sexual arousal in sexually functional women. *Behavior Research and Therapy*-2008; 46: 514-28.

Laumann EO, Paik A, Rosen RC. Dysfunction in the United States. Prevalence and predictors. *JAMA*-1999; 281: 537–44.

Lav O. Hastalarda psoriasisli oranı. *Deri Hast ve Frengi Arş* 1969;16-17:967-9. 35

Le Cleach L, Chassany O, Levy A, Wolkenstein P, Chosidow O. Poor reporting of quality of outcomes in dermatology randomized controlled clinical trials. *Dermatology* 2008;216:46-55.

Lebwohl M. Psoriasis. *Lancet* 2003;361:1197-204

Lee IC, et al. The prevalence and influence of significant psychiatric abnormalities in men undergoing comprehensive management of organic erectile dysfunction. *International Journal of Impotence Research*-2000; 12(1): 47-51.

Legenbauer, T., Vocks, S., Schafer, C., Schütt-Stromel, S., Hiller, W., Wagner, C. et al. (2009). Preference for attractiveness and thinness in a partner: Influence of internalization of the thin ideal and shape=weight dissatisfaction in heterosexual women, heterosexual men, lesbians, and gay men. *Body Image*, 6, 228–234.

Leiblum S, Koochaki P, Rodenberg C, Barton I, Rosen R. Hypoactive sexual desire disorder in postmenopausal women: US results from the Women's International Study of Health and Sexuality (WISHeS). *Menopause*-2006; 13(1): 46-56.

Leiblum SR, Rosen RC. Couples therapy for erectile disorders: conceptual and clinical considerations. *Journal of Sex and Marital Therapy*-1991; 17(2): 147-59.

Leigh BC. Reasons for having and avoiding sex: Gender, sexual orientation, and relationship to sexual behavior. *Journal of Sex Research*-1989; 26: 199-209.

Leit, R. A., Pope, H. G., Jr., & Gray, J. J. (2001). Cultural expectations of muscularity in men: The evolution of Playgirl centerfolds. *International Journal of Eating Disorders*, 29, 90–93.

Lemer, J. L., Blodgett Salafia, E. H., & Benson, K. E. (2013). The relationship between college women's sexual attitudes and sexual activity: The mediating role of body image. *International Journal of Sexual Health*, 25(2), 104-114.

Lewis VJ, Finlay AY. A critical review of Quality-of-Life Scales for Psoriasis. *Dermatol Clin* 2005; 23(4): 707-16.

Lin TY, See LC, Shen YM, et al. Quality of life in patients with psoriasis in northern Taiwan. *Chang Gung Med J* 2011;34:186-96.

Lindau ST, Schumm LP, Laumann EO, Levinson W, O'Muirheartaigh CA, Waite LJ. A study of sexuality and health among older adults in the United States. *National England Journal of Medicine*-2007; 357:762-74.

- Liu C. Does quality of marital sex decline with duration? *Archives of Sexual Behavior*-2003; 32: 55–60.
- LoPiccolo J. Psychosocial assessment of erectile dysfunction. In: Carson C, Kirby R, Goldstein I, editors. *Textbook of erectile dysfunction*. Oxford: Isis Medical Media LTD; 1999. p.183-194.
- Lowenstein L, Gamble T, Sanses TV, van Raalte H, Carberry C, Jakus S, et al. Changes in sexual function after treatment for prolapse are related to the improvement in body image perception. *J Sexual Med*. 2010;7(2 Pt 2):1023–8.
- Luef GJ. Epilepsy and sexuality. *Seizure* 2008; 17: 127–130.
- Mabuchi T, Yamaoka H, Kojima T, et al. Psoriasis affects patient's quality of life more seriously in female than in male in Japan. *Tokai J Exp Clin Med* 2012;37:84-8.
- Maggi M, et al. Erectile dysfunction: from biochemical pharmacology to advances in medical therapy. *European Journal of Endocrinology*-2000; 143: 143-154.
- Magin P, Adams J, Heading G, et al. The psychological sequelae of psoriasis: results of a qualitative study. *Psychol Health Med* 2009; 14: 150–161.
- Mah K, Binik YM. The nature of human orgasm: a critical review of major trends. *Clinical Psychology Review*-2001; 21: 823-856.
- Mallis D, et al. Psychiatric morbidity is frequently undetected in patients with erectile dysfunction. *Journal of Urology*-2005; 174(5): 1913-6.
- Mandal MC, Mullick SI, Nahar JS et al. Prevalence of psychiatric ailments among patients with sexually transmitted disease. *Mymensingh Med J* 2007; 16: 23–27.
- Margolin, L., & White, L. (1987). The continuing role of physical attractiveness in marriage. *Journal of Marriage and the Family*, 49, 21–27.
- Marsella AJ, Shizuru L, Brennan J, et al: Depression and body image satisfaction. *Journal of Cross-Cultural Psychology* 12:360,71, 1981
- Maserejian N, Shifren J, Parish S, Braunstein G, Gerstenberger E, Rosen R. The presentation of hypoactive sexual desire disorder in premenopausal women. *Journal of Sexual Medicine*-2010; 7(10): 3439-48.
- Masters W, Johnson V. *Human Sexual Inadequacy*. Boston: Little, Brown and Co; 1970.
- Masters WH, Johnson VE. *Human sexual response*. Boston: Little Brown; 1966.

- McCabe M, et al. Psychological and interpersonal dimensions of sexual function and dysfunction. *Journal of Sexual Medicine*-2010; 7(1 Pt 2): 327-36.
- McCabe MP, Connaughton C. Psychosocial Factors Associated with Male Sexual Difficulties. *Journal of Sexual Research*-2013 (Jul 16).
- McCabe, M. P., Ricciardelli, L. A., Sitaram, G. ve Mikhail, K. (2006). Accuracy of body size estimation: Role of biopsychosocial variables. *Body Image*, 3, 163-171
- McCreary, D. R. ve Sadava, S. W. (2001). Gender differences in relationships among perceived attractiveness life satisfaction, and health in adults as a function of body mass index and perceived weight. *Psychology of Men and Masculinity*, 2(2), 108-116.
- McGuire, H. and K. Hawton, Interventions for vaginismus. *Cochrane Database Syst Rev*, 2001(2): p. CD001760.
- McKinley, N. M. (2006a). Longitudinal gender differences in objectified body consciousness and weight-related attitudes and behaviors: Cultural and developmental contexts in the transition from college. *Sex Roles*, 54(3/4), 159-173.
- McKinley, N. M. (2006b). The developmental and cultural contexts of objectified body consciousness: A longitudinal analysis of two cohorts women. *Developmental Psychology*, 42(4), 679-687.
- McLaren, L. ve Kuh, D. (2004). Body dissatisfaction in midlife women. *Journal of Women and Aging*, 16(1/2).
- McMahon CG, et al. Premature ejaculation and erectile dysfunction prevalence and attitudes in the Asia-Pacific region. *Journal of Sexual Medicine*-2012; 9(2): 454-65.
- Meeuwis, de Hullu, van de Nieuwenhof, Evers, Massuger van de Kerkhof, van Rossum. Quality of life and sexual health in patients with genital psoriasis. *British Association of Dermatologists 2011* 164, pp1247-1255
- Meston CM, Buss DM. Why humans have sex. *Archives of Sexual Behavior*-2007; 36: 477-507.
- Meston CM, Hamilton LD, Harte CB. Sexual motivation in women as a function of age. *Journal of Sexual Medicine*-2009; 6: 3305-3319.
- Meston CM, Hull E, Levin RJ, Sipski M. Disorders of orgasm in women. *Journal of Sexual Medicine*-2004 Jul; 1(1): 66-8.

- Meston CM, Hull E, Levin RJ, Sipski M. Women's orgasm. In: Lue TF, Basson R, Rosen R, Giuliano G, Khoury S, Montorsi F, editors. *Sexual Medicine: Sexual Dysfunctions In Men and Women*. Paris: Health Publications; 2004. p.783-850.
- Meuleman EJ, et al. Assessment of penile blood flow by duplex ultrasonography in 44 men with normal erectile potency in different phases of erection. *Journal of Urology*-1992; 147(1): 51-6.
- Meuleman EJ, Van Lankveld J. Hypoactive sexual desire disorder: An underestimated condition in men. *BJU International*- 2005; 95: 201-96.
- Michetti PM, et al. Dysregulation of emotions and premature ejaculation (PE): alexithymia in 100 outpatients. *Journal of Sexual Medicine*-2007; 4(5): 1462-7.
- Monga TN, Tan G, Ostermann HJ et al. Sexuality and sexual adjustment of patients with chronic pain. *Disabil Rehabil* 1998; 20: 317–329.
- Montemurro B, Gillen MM. Wrinkles and Sagging Flesh: Exploring Transformations in Women's Sexual Body Image. *Journal of women & aging*-2013; 25(1): 3-23.
- Morse WI, Morse JM. Erectile impotence precipitated by organic factors and perpetuated by performance anxiety. *Can Med Assoc J* 1982; 127: 599–601.
- Muth, J. L., & Cash, T. F. (1997). Body-image attitudes: What difference does gender make? *Journal of Applied Social Psychology*, 27, 1438–1452.
- Nicolosi A, Glasser DB, Kim SC, Marumo K, Laumann EO. Sexual behaviour and dysfunction and help-seeking patterns in adult age 40–80 years in the urban population of Asian countries. *BJU International*-2005; 95: 609–14.
- Nicolosi, A., Moreira, E. D., Jr., Villa, M., & Glasser, D. (2004). A population study of the association between sexual function, sexual satisfaction and depressive symptoms in men. *Journal of Affective Disorders*, 82, 235–243.
- Niemeier V, Nippesen M, Kupfer W et al. Psychological factors associated with hand dermatoses: which subgroup needs additional psychological care. *Br J Dermatol* 2002; 146: 1031–1033.
- Niemeier V, Winckelsesser T, Gieler U. Skin disease and sexuality. An empirical study of sex behavior on patients with psoriasis vulgaris and neurodermatitis in comparison with skin-healthy
- Nikoobakht MR, et al. Premature ejaculation and serum leptin level: a diagnostic casecontrol study. *Journal of Sexual Medicine*-2008; 5(12): 2942-6.

Nobre P, Gouveia J. Erectile dysfunction: An empirical approach on Beck's cognitive theory. *Sexual and Relationship Therapy*-2000; 15(4): 351-366.

Nobre PJ, Pinto-Gouveia J. Dysfunctional sexual beliefs as vulnerability factors to sexual dysfunction. *Journal of Sex Research*-2006; 43(1): 68-75.

Nobre PJ, Pinto-Gouveia J. Emotions during sexual activity: differences between sexually functional and dysfunctional men and women. *Archives of Sexual Behavior*-2006; 35(4): 491- 9

Noles SW, Cash TF, Winstead BA: Body image, physical attractiveness and depression. *J Consult Clin Psychol* 53:88-94 1985

Nyunt WW, Low WY, Ismail R, Sockalingam S, Min AK. Determinants of Health-Related Quality of Life in Psoriasis Patients in Malaysia. *Asia Pac J Public Health* 15 Jul 2013.doi: 10.1177/1010539513492561.

Oehlhof, M. E. W., Musher-Eizenman, D. R., Neufeld, J. M., & Hauser, J. C. (2009). Self-objectification and ideal body shape for men and women. *Body Image*, 6, 308–310.

Ortonne J. Recent developments in the understanding of the pathogenesis of psoriasis. *Br J Dermatol* 1999;140:1-7.

Oztürkcan S, Ermertcan AT, Eser E, Sahin MT. Cross validation of the Turkish version of dermatology life quality index. *Int J Dermatol* 2006; 45(11): 1300-7.

Palace, E. M., & Gorzalka, B. B. (1990). The enhancing effects of anxiety on arousal in sexually dysfunctional and functional women. *Journal of Abnormal Psychology*, 99, 403–411.

Panagiotakos DB, Yfantopoulos JN. Methodological issues in the quantitative assessment of quality of life. *Angiology* 2011;62:517-9.

Patrick DL, Rowland D, Rothman M. Interrelationships among measures of premature ejaculation: the central role of perceived control. *Journal of Sexual Medicine*-2007; 4(3): 780-8.

Pereira, M. G., Brito, L., & Smith, T. (2012). Dyadic adjustment, family coping, body image, quality of life and psychological morbidity in patients with psoriasis and their partners. *International journal of behavioral medicine*, 19(3), 260-269.

Peto A: Body image and depression. *International Journal of Psychoanalysis* 53:259-63, 1972.

Pfaus JG. Pathways of sexual desire. *Journal of Sexual Medicine*- 2009; 6: 1506-33

- Philippsohn S, Hartmann U. Determinants of sexual satisfaction in a sample of German women. *Journal of Sexual Medicine*-2009; 6: 1001-1010.
- Pişkin S, Görgülü A, Akgün N, Öztürk A, Şen Ö, Gürkök F. Edirne’de deri hastalıklarının durumu. *Trakya Üniv Tıp Fak Derg* 1991-1993 (Bileşik sayı);8.9.10:81-4.
- Pliner, P., Chaiken, S., & Flett, G. L. (1990). Gender differences in concern with body weight and physical appearance over the life span. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 16, 263–273
- Porst H, Sharlip I. History and Epidemiology of Male Sexual Dysfunction. In: Porst H, Buvat J, editors. *Standard Practice in Sexual Medicine*. Blackwell Publishing; 2006.
- Porst H. Erectile Dysfunction. In: Porst H, Reisman Y, editors. *ESSM Syllabus of Sexual Medicine*. Amsterdam: MEDIX Publishers; 2012.
- Powell, M. R. ve Hendricks, B. (1999). Body schema, gender, and other correlates in nonclinical populations. *Genetic, Social, and General Psychology Monographs*, 125(4), 333-412.
- Prause N, Janssen E, Hetrick WP. Attention and emotional responses to sexual stimuli and their relationship to sexual desire. *Archives of Sexual Behaviour*-2008; 37: 934-49.
- Pujols, Y., Meston, C. M., & Seal, B. N. (2010). The association between sexual satisfaction and body image in women. *The journal of sexual medicine*,7(2pt2), 905-916.
- Quinta Gomes AL, Nobre P. Early maladaptive schemas and sexual dysfunction in men. *Archives of Sexual Behavior*-2012; 41(1): 311-20.
- Quinta Gomes AL, Nobre P. Personality traits and psychopathology on male sexual dysfunction: an empirical study. *Journal of Sexual Medicine*-2011; 8(2): 461-9.
- Ramsay B, O’Reagan M. A survey of the social and psychological effects of psoriasis. *Br J Dermatol* 1988; 118(2):195–201.
- Ramsay B, O’Reagan M. A survey of the social and psychological effects of psoriasis. *Br J Dermatol* 1988; 118: 195–201.
- Reissing, E., Laliberte’, G. M., & Davis, H. J. (2005). Young women’s sexual adjustment: The role of sexual self-schema, sexual self-efficacy, sexual aversion and body attitudes. *Canadian Journal of Human Sexuality*, 14, 77–85.



- Reissing, E.D., et al., Etiological correlates of vaginismus: sexual and physical abuse, sexual knowledge, sexual self-schema, and relationship adjustment. *J Sex Marital Ther*, 2003. 29(1): p. 47-59.
- Renshaw D. Coping with an impotent husband. *Illinois Medicine Journal*-1981; 159: 29-33.
- Revicki D, et al. Characterizing the burden of premature ejaculation from a patient and partner perspective: a multi-country qualitative analysis. *Health Qual Life Outcomes*-2008; 6: 33.
- Rey, J., [Vaginismus and dyspareunia in menopause]. *Probl Actuels Endocrinol Nutr*, 1977(21): p. 125-32.
- Reynolds OD. Erectile dysfunction in etretinate treatment. *Arch Dermatol* 1991; 127(3):425–6.
- Richards HL, Fortune DG, Griffiths CE, Main CJ. The contribution of perceptions of stigmatisation to disability in patients with psoriasis. *J Psychosom Res* 2001; 50: 11–15.
- Rieder E, Tausk F. Psoriasis, a model of dermatologic psychosomatic disease: psychiatric implications and treatments. *Int J Dermatol* 2012; 51: 12–26.
- Riley A, Riley E. Behavioural and clinical findings in couples where the man presents with erectile disorder: a retrospective study. *International Journal of Clinical Practice*-2000; 54: 220-224.
- Riley A. The role of the partner in erectile dysfunction and its treatment. *International Journal of Impotence Research*-2002; 14 Suppl 1: S105-9.
- Rolland JS. Toward a psychosocial typology of chronic and life threatening illness. *Fam Syst Med*. 1984;2(3):245–62.
- Rosen R, Barsky JL. Normal sexual response in women. *Obstetrics and Gynecology Clinic North America*-2006; 33: 515-526.
- Rosen R, Brown C, Heiman J ve ark. (2000) The Female SexualFunction Index (FSFI): a multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. *J Sex Marital Ther*, 26: 191-208.
- Rosen RC, Riley A, Wagner G, Osterloh IH, Kirkpatrick J, Mishra A. The international index of erectile function (IIEF): a multidimensional scale for assessment of erectile dysfunction. *Urology*. 1997 Jun;49(6):822-30.
- Rossen, P., Pedersen, A. F., Zachariae, R., & Von Der Maase, H. (2012). Sexuality and body image in long-term survivors of testicular cancer. *European journal of cancer*, 48(4), 571-578.

- Rowland D, et al. Self-reported premature ejaculation and aspects of sexual functioning and satisfaction. *Journal of Sexual Medicine*-2004; 1(2): 225-32.
- Rowland DL, et al. Factors contributing to psychoaffective differences among men with sexual dysfunction in response to a partnered sexual experience. *Journal of Sex and Marital Therapy*-2012; 38(2): 115-27.
- Rowland DL, et al. Psychoaffective differences between sexually functional and dysfunctional men in response to a sexual experience. *Journal of Sexual Medicine*-2011; 8(1): 132-9.
- Rowland DL, Tai WL, Slob AK. An exploration of emotional response to erotic stimulation in men with premature ejaculation: effects of treatment with clomipramine. *Archives of Sexual Behavior*-2003; 32(2): 145-53.
- Russo PAJ, Ilchef R, Cooper AJ. Psychiatric morbidity in psoriasis: a review. *Australas J Dermatol* 2004; 45: 155–161.
- Rust, J. and S. Golombok, The Golombok-Rust inventory of sexual satisfaction (GRISS). *British Journal of Clinical Psychology*, 1985. 24(1): p. 63-64.
- Sampogna F, Chren MM, Melchi CF, et al. Age, gender, quality of life and psychological distress in patients hospitalized with psoriasis. *Br J Dermatol* 2006;154:325-31.
- Sampogna F, Gisondi P, Tabolli S et al. Impairment of sexual life in patients with psoriasis. *Dermatology* 2007; 214: 144–150.
- Sampogna F, Gisondi P, Tabolli S, Abeni D; IDI Multipurpose Psoriasis Research on Vital Experiences investigators. Impairment of sexual life in patients with psoriasis. *Dermatology* 2007; 214(2):144–50.
- Sanchez D, Kiefer A. Body concerns in and out of the bedroom: Implications for sexual pleasure and problems. *Archives of Sexual Behavior*-2007; 36: 808-20.
- Schapiro B. Premature ejaculation, a review of 1130 cases. *Journal of Urology*-1943; 50: 374-9.
- Screponi E, et al. Prevalence of chronic prostatitis in men with premature ejaculation. *Urology*, 2001-58(2): 198-202.
- Seal B, Bradford A, Meston C. The association between body esteem and sexual desire among college women. *Archives of Sexual Behavior*-2009; 38: 866-72.

Seal, B. N., Bradford, A., & Meston, C. M. (2009). The association between body esteem and sexual desire among college women. *Archives of Sexual Behavior*, 38, 866–872.

Secord, P. F. ve Jourard, S. M. (1953). The appraisal of body cathexis: Body cathexis and the self. *Journal of Consulting Psychology*, 15, 343-347

Segraves KB, Segraves KRT. Hypoactive sexual desire disorder: Prevalance and comorbidity in 906 subjects. *Journal of Sex and Marital Therapy*-1991; 17:55-8.

Seikowski K, Gelbrich M, Harth W. Sexual self-reflection in patients with atopic dermatitis and psoriasis. *Hautarzt* 2008; 59: 297–303.

Shabsigh R, et al. Increased incidence of depressive symptoms in men with erectile dysfunction. *Urology*-1998; 52: 848-852.

Shifren JL, Monz BU, Russo PA, Segreti A, Johannes CB. Sexual problems and distress in United States women: prevalence and correlates. *Obstetrics and Gynecology*-2008 Nov; 112(5): 970-8.

Shortle, B. and R. Jewelewicz, Psychogenic vaginismus. *Medical Aspects of Human Sexuality*, 1986.

Silverstein, J.L., Origins of psychogenic vaginismus. *Psychother Psychosom*, 1989. 52(4): p. 197-204.

Simons, J.S. and M.P. Carey, Prevalence of sexual dysfunctions: results from a decade of research. *Archives of Sexual Behavior*, 2001. 30(2): p. 177-219.

Simsek I, Aslan G, Akarsu M et al. Assessment of sexual functions in patients with chronic liver disease. *Int J Impot Res* 2005; 17: 343–345.

Solovan C, Marcu M, Chiticariu E. Life satisfaction and beliefs about self and the world in patients with psoriasis: a brief assessment. *Eur J Dermatol* 2014; 24: 242–247

Son H, Park K, Kim S. Reasons for discontinuation of sildenafil citrate after successful restoration of erectile function. *Asian Journal of Andrology*-2004; 6: 117-120.

Song YS, Yang HJ, Song ES et al. Sexual function and quality of life in Korean women with chronic renal failure on hemodialysis: case-control study. *Urology* 2008; 71: 243–246.

Speckens AE, et al. Psychosexual functioning of partners of men with presumed nonorganic erectile dysfunction: cause or consequence of the disorder? *Archives of Sexual Behavior*-1995; 24(2): 157-72.

- Spector, I.P. and M.P. Carey, Incidence and prevalence of the sexual dysfunctions: a critical review of the empirical literature. *Archives of Sexual Behavior*, 1990. 19(4): p. 389-408.
- Stice, E., Hayward, C., Cameron, R. P., Killen, J. D., & Taylor, C. B. (2000). Body-image and eating disturbances predict onset of depression among female adolescents: A longitudinal study. *Journal of Abnormal Psychology*, 109, 438–444.
- Stokes, R. ve Frederick-Recascino, C. (2003). Women's perceived body image: Relation with personal happiness. *Journal of Women and Aging*, 15(1).
- Striegel,-Moore, R. H. ve Franko, D. L. (2002). Body image issues among girl and women. T. F. Cash, (Ed.), *Body image: A handbook of theor, research, and clinical practice içinde* (183-191). NewYork: Guilford Publications.
- Stuntz, R.C., *Physical obstructions to coitus in women. Medical Aspects of Human Sexuality*, 1986. 128
- Sugimori H, et al. Relationships between erectile dysfunction, depression, and anxiety in Japanese subjects. *Journal of Sexual Medicine-2005*; 2(3): 390-6.
- Sukan M, Maner F. The problems in sexual functions of vitiligo and chronic urticaria patients. *J Sex Marital Ther* 2007; 33: 55–64.
- Sungur MZ, Gündüz A. A Comparison of DSM-IV-TR and DSM-5 Definitions for Sexual Dysfunctions: Critiques and Challenges. *J Sex Med*. 2014 Feb;11(2):364-73. doi: 10.1111/jsm.12379. Epub 2013 Nov 20.
- Sungur, M., Evaluation of couples referred to a sexual dysfunction unit and prognostic factors in sexual and marital therapy. *Sexual and marital therapy*, 1994. 9(3): p. 251-265.
- Symons D. *The evolution of human sexuality*. Oxford: Oxford University Press; 1979.
- Şentürk N. Psoriyazis etyopatogenezi: son görüşler. *Turkiye Klinikleri J Dermatol-Special Topics* 2012;5:8-20.
- Tiefer L, Schuetz-Mueller D. Psychological issues in diagnosis and treatment of erectile disorders. *Urology Clinical of North America-1995*; 22(4): 767-73.
- Tiggemann, M. (2002). Media influences on body image development. In T. F. Cash & T. Pruzinsky (Eds.), *Body image: A handbook of theory, research, and clinical practice* (pp. 91–98). New York, NY: Guilford

Tikiz C, Muezzinoglu T, Pirildar T et al. Sexual dysfunction in female subjects with fibromyalgia. *J Urol* 2005; 174: 620–623.

Townsend, J. M., & Levy, G. D. (1998). Effects of potential partners' costume and physical attractiveness on sexuality and partner selection. *Journal of Psychology*, 124, 371–389.

Trudel G, Boulos L. Dyadic adjustment in couples with hypoactive sexual desire. *Journal of Sexual Education Therapy*-1993; 19: 31-6.

Trudel G, Landry L, Larose L. Low sexual desire: the role of anxiety, depression and marital adjustment. *Journal of Sex and Marital Therapy*-1997; 12: 95-9.

Tuğrul, C. and E. Kabakci, Vaginismus and its correlates. *Sexual and Marital Therapy*, 1997. 12(1): p. 23-34.

Tuğrul, C., N. Öztan, and E. Kabakçı, Golombok-Rust cinsel doyum ölçeği'nin standardizasyon çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 1993. 4(2): p. 83-89.

Turel Ermertcan A, Temeltas G, Deveci A et al. Sexual dysfunction in patients with psoriasis. *J Dermatol* 2006; 33: 772–778.

Tzortzis V, Skriapas K, Hadjigeorgiou G et al. Sexual dysfunction in newly diagnosed multiple sclerosis women. *Mult Scler* 2008; 14: 561–563.

Van Dorssen IE, Boom BW, Hengeveld MW. Experience of sexuality in patients with psoriasis and constitutional eczema. *Ned Tijdschr Geneesk* 1992;31:2175–8.

Van Dorssen, I. E., Boom, B. W., & Hengeveld, M. W. (1992). [Experience of sexuality in patients with psoriasis and constitutional eczema]. *Nederlands tijdschrift voor geneeskunde*, 136(44), 2175-2178.

van Lankveld JJ, van den Hout MA, Schouten EG. The effects of self-focused attention, performance demand, and dispositional sexual self-consciousness on sexual arousal of sexually functional and dysfunctional men. *Behavior Research Therapy*-2004; 42(8): 915-35.

van Lankveld JJ, van den Hout MA. Increasing neutral distraction inhibits genital but not subjective sexual arousal of sexually functional and dysfunctional men. *Archives of Sexual Behavior*-2004; 33(6): 549-58.

Vlaeyen, J. W. S. & Linton, S. J. (2000). Fear-avoidance and its consequences in chronic musculoskeletal pain: A state of the art. *Pain*, 85, 317-332.

- Waldinger M, et al. An empirical operationalization study of DSM-IV diagnostic criteria for premature ejaculation. *International Journal of Psychiatry and Clinical Practice*-1998; 2: 287- 293.
- Waldinger M. The neurobiological approach to premature ejaculation. *Journal of Urology*-1998; 168: 2359-67.
- Waldinger MD, et al. A multinational population survey of intravaginal ejaculation latency time. *Journal of Sexual Medicine*-2005; 2(4): 492-7.
- Walker C, Papadopoulos L. *Psychodermatology: The psychological impact of skin disorders*. Cambridge: Cambridge University Press; 2005.
- Ward, E. and J. Ogden, Experiencing vaginismus—sufferers beliefs about causes and effects. *Sexual and Marital Therapy*, 1994. 9(1): p. 33-45.
- Ware JE, Sherbourne CD. “The MOS 36-item Short Form Health Survey”, I. Conceptual Framework and item Selection, *Med Care*, 1992.
- Ware JE, Snow KK, Kosinski M, Gandek B. “SF-36 Health Survey: Manual and Interpretation Guide”, New England Medical Center, Boston, 1993. 54
- Weaver, A. D., & Byers, E. S. (2006). The relationships among body image, body mass index, exercise, and sexual functioning in heterosexual women. *Psychology of Women Quarterly*, 30, 333–339.
- West SL, D’Aloisio AA, Agans RP, Kalsbeek WD, Borisov NN, Thorp JM. Prevalence of low sexual desire and hypoactive sexual desire disorder in a nationally representative sample of US women. *Archives of International Medicine*-2008 Jul 14; 168(13): 1441-9.
- Wharton, C. M., Adams, T. ve Hample, J. S. (2008). Weight loss practices and body weight perceptions among US college students. *Journal of American College Health*, 56(5), 579-584.
- Wiederman, M. W. (1996). Women, sex, and food: A review of research on eating disorders and sexuality. *Journal of Sex Research*, 33, 301–311.
- Wiederman, M. W. (2000). Women’s body image self-consciousness during physical intimacy with a partner. *Journal of Sex Research*, 37, 60–68.
- Wiederman, M. W., & Hurst, S. R. (1997). Physical attractiveness, body image, and women’s sexual self-schema. *Psychology of Women Quarterly*, 21, 567–580.

Woodruff PWR, Higgins EM, du Vivier AWP, Wessely S. Psychiatric illness in patients referred to a dermatology psychiatry clinic. *Gen. Hosp. Psychiatry* 1997; 19: 29-35.

Wylie G, Evans CD, Gupta G. Reduced libido and erectile dysfunction: rarely reported side-effects of methotrexate. *Clin Exp Dermatol* 2009; 34(7):e234.

Wylie, G., Evans, C. D., & Gupta, G. (2009). Reduced libido and erectile dysfunction: rarely reported side-effects of methotrexate. *Clinical and experimental dermatology*, 34(7), e234-e234.

Yıldız H., Pınar R. (2004). Miyokard İnfarktüsünde cinsel fonksiyon bozukluğunun irdelenmesi. *Anadolu Kardiyoloji Dergisi*, 4(4), 309-17.

Yılmaz, E. Cinsel sorunlar ve tutumlar üzerine bir epidemiyolojik araştırma. in *First National Congress of Association of Cognitive and Behavioral Therapy Abstract Book*. 2007

Yi-Ju Chen, Chih-Chiang Chen, Ming-Wei Lin, Tzeng-Ji Chen, Cheng-Yuan Li, Chian-Yaw Hwang, Szu-Ying Chu, Ding-Dar Lee, Yun-Ting Chang, Wen-Jen Wang, and Han-Nan Liu. Increased Risk of Sexual Dysfunction in Male Patients with Psoriasis: A Nationwide Population-Based Follow-Up Study. *J Sex Med* 2013;10:1212–1218

Yildiz H, Pinar R. [Sexual dysfunction in patients with myocardial infarction.] *Anadolu Kardiyol Derg* 2004; 4: 309–317 (in Turkish).

Zachariae R, Zachariae H, Blomqvist K, et al. Quality of life in 6497 Nordic patients with psoriasis. *Br J Dermatol* 2002;146:1006-16.

Zigmond AS, Snaith RP. The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatr Scand* 1983; 67:361-370.

Zilbergeld B. *The new male sexuality*. New York: Batam Books; 1999.

## **8. EKLER**

**EK-1. Araştırma Etik Kurul Onayı**





Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi  
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

BAŞVURU BİLGİLERİ	PROTOKOL KODU	09.2014.0141	70737436-050.06.04-1400148974
	PROJE ADI	Pseriazis hastalarında cinsel işlev bozukluklarının yaygınlığının belirlenmesi ve cinsel doyum düzeyi, cinsel doyum algularıyla beden bölgelerinden memnuniyet, anksiyete ve depresyon arasındaki ilişkilerin değerlendirilmesi	
	SORUMLU ARAŞTIRICI ÜNVANI/ADI	Prof. Dr. Volkan Topçuoğlu	

KARAR BİLGİLERİ	Tarih 04.07.2014
Yukarıda başvuru bilgileri verilen araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gereke, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve gerçekleştirilmesinde sakınca bulunmadığı için Kurulumuzca onaylanmasına oy birliği ile karar verilmiştir. Onay sonrasında yapılacak her türlü proje değişiklikleri (katılımcılar, başlık vb.) veya protokol değişikliklerinin Etik Kurula bildirilerek proje onayının yenilenmesi gerekmektedir.	

ÜYELER					
Unvanı / Adı / Soyadı	Enstitü/Dal	Kurum / EK Üyeliği	Onaylanan Proje ile ilişkisi	Toplantıya katılım	İmza
Prof.Dr. Haner DİRESKENELİ	Romatoloji	M.Ü Tıp Fakültesi/ Başkan	Var Yok	Evet Hayır	[İmza]
Prof.Dr. Tülin ERGÜN	Dermatoloji	M.Ü Tıp Fakültesi/Başkan Yrd.	Var Yok	Evet Hayır	[İmza]
Prof.Dr. Handan KAYA	Patoloji	M.Ü Tıp Fakültesi/Üye	Var Yok	Evet Hayır	[İmza]
Prof.Dr. M.Bahadır GÜLLÜOĞLU	Genel Cerrahi	M.Ü Tıp Fakültesi/Üye	Var Yok	Evet Hayır	[İmza]
Prof.Dr. Abla KARAYALP	Taramakoloji	M.Ü Tıp Fakültesi/Üye	Var Yok	Evet Hayır	[İmza]
Prof.Dr. Senra SARDAŞ	Beslenme	M.Ü Tıp Fakültesi/Üye	Var Yok	Evet Hayır	[İmza]
Prof.Dr. Başak DOĞAN	Diş Hekimi	M.Ü Diş Hekimliği Fak./Üye	Var Yok	Evet Hayır	[İmza]
Doç.Dr. Faysal DANE	Tıbbi Onkoloji	M.Ü Tıp Fakültesi/Üye	Var Yok	Evet Hayır	[İmza]
Doç.Dr. Beste Melek ATASOY	Radyasyon Onkolojisi	M.Ü Tıp Fakültesi/Üye	Var Yok	Evet Hayır	[İmza]
Doç.Dr. Meltem KORAY	Diş Hekimi	İstanbul Üniv. Diş Hekimliği Fak./Üye	Var Yok	Evet Hayır	[İmza]
Doç.Dr. Tolga GÜVEN	Tıp Tarihi ve Etik	M.Ü Tıp Fakültesi/Üye	Var Yok	Evet Hayır	[İmza]
Doç. Dr. Gürkan SERT	Hukukçu	M.Ü Tıp Fakültesi/Üye	Var Yok	Evet Hayır	[İmza]
Yrd.Doç.Dr. Figen DEMİR	İstatistik	Arşivizm Üniv. Tıp Fak.	Var Yok	Evet Hayır	[İmza]
Yrd.Doç.Dr. Pınar Mega TİBER	Enfeksiyon	M.Ü Tıp Fakültesi/Üye	Var Yok	Evet Hayır	[İmza]
Av.Ümit ERDEM	Sağlık Mensubu ul-mayaa bisi	Serbest	Var Yok	Evet Hayır	[İmza]

EK-2. Hasta Onay Formu

GÖNÜLLÜ ONAY FORMU

Sayın Dr. Anıl Gündüz tarafından Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri ve Dermatoloji Anabilim Dalı'nda bir araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler

bana aktarıldı. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya “katılımcı” (denek) olarak davet edildim. Eğer bu araştırmaya katılırsam hekim ile aramda kalması gereken bana ait bilgilerin gizliliğine bu araştırma sırasında da büyük özen ve saygı ile yaklaşılacağına inanıyorum. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin ihtimamla korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi.

Projenin yürütülmesi sırasında herhangi bir sebep göstermeden araştırmadan çekilebilirim. Ancak araştırmacıları zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmemim uygun olacağına bilincindeyim. Ayrıca tıbbi durumuma herhangi bir zarar verilmemesi amacıyla araştırmacı tarafından araştırmadan çıkartılabileceğimi de biliyorum. Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır. İster doğrudan, ister dolaylı olsun araştırma uygulamasından kaynaklanan nedenlerle meydana gelebilecek herhangi bir sağlık sorunumun ortaya çıkması halinde, her türlü tıbbi müdahalenin sağlanacağı konusunda gerekli güvence verildi. Bu tıbbi müdahalelerle ilgili olarak da parasal bir yük altına girmeyeceğimi biliyorum.

Araştırma sırasında bir sağlık sorunu ile karşılaştığımda; herhangi bir saatte, Dr. Anıl Gündüz, Marmara Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Anabilim Dalı'ndan,

0216 6570606 /6403 no'lu telefondan arayabileceğimi biliyorum. Bu araştırmaya katılmak zorunda değilim ve katılmayabilirim. Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim. Eğer katılmayı reddedersen, bu durumun tıbbi bakımına ve hekim ile olan ilişkime herhangi bir zarar getirmeyeceğini de biliyorum.

Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Kendi başıma belli bir düşünme süresi sonunda adı geçen bu araştırma projesinde “katılımcı” (denek) olarak yer alma kararımı aldım. Bu konuda yapılan daveti büyük bir memnuniyet ve gönüllülük içerisinde kabul ediyorum. İmzalamış bulunduğum bu form kâğınının bir kopyası bana verilecektir.

Yukarıda gönüllüye araştırmadan önce verilmesi gereken bilgileri gösteren metni okudum. Bunlar hakkında bana yazılı ve sözlü açıklamalar yapıldı. Bu koşullarla söz konusu klinik araştırmaya kendi rızamla hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Gönüllünün Adı-soyadı, İmzası, Adresi (varsa telefon no., faks no,...)

Velayet veya vesayet altında bulunanlar için veli veya vasinin adı-soyadı, imzası, adresi (varsa telefon no., faks no,...)

Açıklamaları yapan araştırmacının adı-soyadı, imzası

Rıza alma işlemine başından sonuna kadar tanıklık eden kuruluş görevlisinin adı-soyadı, imzası, görevi

### Ek 3. Sosyodemografik Veri Formu

Sosyodemografik Veri Formu

Telefon:

Başvuru tarihi:

1. Adı-soyadı :

2. Yaşı:

3. Cinsiyeti: 1) kadın 2) erkek

4. Medeni durumu: 1) bekar 2) evli 3) diğer

5. Evlilik (birliktelik) süresi:

6. Çocuk sayısı:

7. Eğitim durumu:

1. okuryazar 2) ilkokul 3) ortaokul 4) lise 5) üniversite 6) yüksek lisans-doktora

8. Mesleği:

9. Çalışma durumu:

1) çalışıyor 2) işsiz 3) emekli 4) ev hanımı

10. Gelir düzeyi ( aylık TL ) :

1)850' den az 2) 850-1500 3) 1500- 2000 4) 2000-3000 5) 3000 den fazla

11. BMI:

12. Tıbbi hastalığı:

1) var 2) yok

13. Tıbbi hastalığı varsa hangisi?

1) hipotiroidi 2) diyabetes mellitus 3) hipertansiyon 4) akciğer hastalıkları 5) kanser  
6) kalp damar hastalıkları 7) anemi 8) hiperlipidemi 9) diğer (.....)

14. Menapoz'a girdi mi?

1) evet 2) hayır

15. Sedef hastalığının süresi:

16. Sedef hastalığının şiddeti:

PASI:

HGD (Hekimin global değerlendirmesi): 1 (hafif), 2 (orta), 3 (şiddetli), 4 (çok şiddetli)

17. Sedef hastalığının tipi

Lokalize plak  
Jeneralize plak  
Eritrodermik

Palmoplantar plak  
Palmoplantar püstülozis  
Jeneralize püstüler

Artropatik  
Guttat

17. Cinsel bölgede lezyon varlığı:

1) var 2) yok

18. Sedef hastalığı nedeniyle gördüğü önceki tedaviler:

Topikal  
Fototerapi

Asitretin  
Metotreksat

Siklosporin  
Adalimumab

Etanersept  
İnfliksımab

Diğer

19. Sedef hastalığına yönelik şu anda kullanmakta olduğu tedavi

20. Vücudunuz hakkındaki düşünceleriniz veya hisleriniz cinsel yaşantınızı hiç etkiledi mi?

1) evet 2) hayır

21. Ne şekilde etkiledi?

1) Cinsel ilişki sıklığında azalma 2) cinsellikle ilgili isteklerinizi söylememe 3) partnerinize sınır veya limit koyma (ışıkları kapama, tamamen soyunmama) 4) cinsellik sırasında zevk almaya odaklanmamızda zorluk yaşama

22. Daha önce cinsellikle ilgili sorunu aşmak için bir başvurunuz oldu mu?

1) evet 2) hayır

23. Devam eden psikiyatrik hastalık:

1)var 2) yok 3) tanısı:

24. Geçirilmiş psikiyatrik hastalık:

1)var 2) yok 3) tanısı:

25. Varsa halen kullanılmakta olan psikiyatrik ilaç(lar):

## Ek 4. Hastane Depresyon Anksiyete Ölçeği

### HAD ÖLÇEĞİ

Hasta Adı Soyadı

Tarih

Bu anket sizi daha iyi anlamamıza yardımcı olacak. Her maddeyi okuyun ve son birkaç gününüzü göz önünde bulundurarak nasıl hissettiğinizi en iyi ifade eden yanıtın yanındaki kutuyu işaretleyin. Yanıtınız için çok düşünmeyin, aklınıza ilk gelen yanıt en doğrusu olacaktır.

**1) Kendimi gergin “patlayacak gibi” hissediyorum.**

- Çoğu zaman
- Birçok zaman
- Zaman zaman, bazen
- Hiçbir zaman

**2) Eskiden zevk aldığım şeylerden hala zevk alıyorum.**

- Aynı eskisi kadar
- Pek eskisi kadar değil
- Yalnızca biraz eskisi kadar
- Neredeyse hiç eskisi kadar değil

**3) Sanki kötü bir şey olacaktı gibi bir korkuya kapılıyorum.**

- Kesinlikle öyle ve oldukça da şiddetli
- Evet, ama çok da şiddetli değil
- Biraz, ama beni endişelendiriyor
- Hayır, hiç de öyle değil

**4) Gülebiliyorum ve olayların komik tarafını görebiliyorum.**

- Her zaman olduğu kadar
- Şimdi pek o kadar değil
- Şimdi kesinlikle o kadar değil
- Artık hiç değil

**5) Aklımdan endişe verici düşünceler geçiyor.**

- Çoğu zaman
- Birçok zaman
- Zaman zaman, ama çok sık değil
- Yalnızca bazen



6) Kendimi neşeli hissediyorum.

- Hiçbir zaman
- Sık değil
- Bazen
- Çoğu zaman

7) Rahat rahat oturabiliyorum ve kendimi gevşek hissediyorum.

- Kesinlikle
- Genellikle
- Sık değil
- Hiçbir zaman

8) Kendimi sanki durgunlaşmış gibi hissediyorum.

- Hemen hemen her zaman
- Çok sık
- Bazen
- Hiçbir zaman

9) Sanki içim pır pır ediyormuş gibi bir tedirginliğe kapılıyorum.

- Hiçbir zaman
- Bazen
- Oldukça sık
- Çok sık

10) Dış görünüşüme ilgimi kaybettim.

- Kesinlikle
- Gerekli kadar özen göstermiyorum
- Pek o kadar özen göstermeyebilirim
- Her zamanki kadar özen gösteriyorum

11) Kendimi sanki hep bir şey yapmak zorundaymışım gibi huzursuz hissediyorum.

- Gerçekten de çok fazla
- Oldukça fazla
- Çok fazla değil
- Hiç değil



12) Olacakları zevkle bekliyorum.

- Her zaman olduğu kadar
- Her zamankinden biraz daha az
- Her zamankinden kesinlikle daha az
- Hemen hemen hiç

13) Aniden panik duygusuna kapılıyorum.

- Gerçekten de çok sık
- Oldukça sık
- Çok sık değil
- Hiçbir zaman

14) İyi bir kitap, televizyon ya da radyo programından zevk alabiliyorum.

- Sıklıkla
- Bazen
- Pek sık değil
- Çok seyrek

## Ek 5. Vücut Algısı Ölçeği

### Vücut Algısı Ölçeği

<i>Aşağıda çeşitli vücut özellikleri ve beğenip beğenmeme ile ilgili ifadeler bulunmaktadır. Yapmanız gereken bir vücut özelliğiniz hakkındaki görüşünüzü 'Hiç Beğenmiyorum', 'Pek Beğenmiyorum', 'Kararsızım', 'Oldukça Beğeniyorum', 'Çok Beğeniyorum' seçeneklerinden uygun olanına "X" işareti koyarak belirtmenizdir. Tüm maddeleri eksiksiz olarak ve içtenlikle cevaplamanız önemlidir.</i>	Hiç Beğenmiyorum	Pek Beğenmiyorum	Kararsızım	Oldukça Beğeniyorum	Çok Beğeniyorum
Saçlarım					
Yüzümün rengi					
İştahım					
Ellerim					
Vücudumdaki kıl dağılımı					
Burnum					
Fiziksel gücüm					
İdrar – dışkı düzenim					
Kas kuvvetim					
Belim					
Enerji düzeyim					
Sırtım					
Kulaklarım					
Yaşım					
Çenem					
Vücut yapım					
Profilim					
Boyum					
Duyularımın keskinliği					
Ağrıya dayanıklılığım					
Omuzlarımın genişliği					
Kollarım					
Göğüslerim					
Gözlerimin şekli					
Sindirim sistemim					
Kalçalarım					

Bacaklarım					
Dişlerimin şekli					
Cinsel gücüm					
Ayaklarım					
Uyku düzenim					
Sesim					
Sağlığım					
Cinsel faaliyetlerim					
Dizlerim					
Vücudumun duruş şekli					
Yüzümün şekli					
Kilom					
Cinsel organlarım					
Hastalığa direncim					

## Ek 6. Female Sexual Function Index (Kadın Cinsel Fonksiyon Endeksi)

### FSFI (KADIN CİNSEL FONKSİYON ENDEKSİ)

1. Son 4 hafta içinde **ne sıklıkta** cinsel istek veya ilgi duydunuz?

- Hemen her zaman veya her zaman
- Çoğu zaman (geçen sürenin yarısından fazlasında)
- Bazen (geçen sürenin yarısında)
- Birkaç kez (geçen sürenin yarısından azında)
- Hemen hemen hiç veya hiçbir zaman

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

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

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

- Hiç cinsel aktivitede bulunmadım.
- Hemen her zaman veya her zaman
- Çoğu zaman (geçen sürenin yarısından fazlasında)
- Bazen (geçen sürenin yarısında)
- Bir kaç kez (geçen sürenin yarısından azında)
- Hemen hemen hiç veya hiçbir zaman

4. Son 4 hafta içinde cinsel aktivite veya cinsel ilişki sırasında **uyarılma düzeyinizi** nasıl değerlendirirsiniz?

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

5. Son 4 hafta içinde cinsel aktivite veya cinsel ilişki sırasında **uyarılacağıızdan ne kadar emindiniz?**

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

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

- Hiç cinsel aktivitede bulunmadım.
- Hemen her zaman veya her zaman
- Çoğu zaman (geçen sürenin yarısından fazlasında)
- Bazen (geçen sürenin yarısında)
- Bir kaç kez (geçen sürenin yarısından azında)
- Hemen hemen hiç veya hiçbir zaman

**7. Son 4 hafta içinde cinsel aktivite veya cinsel ilişki sırasında vagina ne sıklıkta ıslandı (kayganlaştı)?**

- Hiç cinsel aktivitede bulunmadım
- Hemen her zaman veya her zaman
- Çoğu zaman (geçen sürenin yarısından fazlasında)
- Bazen (geçen sürenin yarısında)
- Bir kaç kez (geçen sürenin yarısından azında)
- Hemen hemen hiç veya hiçbir zaman

**8. Son 4 hafta içinde cinsel aktivite veya cinsel ilişki sırasında vagina'nızın ıslanmasında (kayganlaşması) ne kadar zorlandınız?**

- Hiç cinsel aktivitede bulunmadım
- Çok zor veya imkansızdı
- Çok zor
- Zor
- Biraz zor
- Hiç zorluk çekmedim

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

- Hiç cinsel aktivitede bulunmadım
- Hemen her zaman veya her zaman
- Çoğu zaman (geçen sürenin yarısından fazlasında)
- Bazen (geçen sürenin yarısında)
- Bir kaç kez (geçen sürenin yarısından azında)
- Hemen hemen hiç veya hiçbir zaman

**10. Son 4 hafta içinde cinsel aktivite veya cinsel ilişkiniz bitene kadar vagina'nızın ıslaklığını (kayganlığını) korumada ne kadar zorlandınız?**

- Hiç cinsel aktivitede bulunmadım
- Çok zor veya imkansızdı
- Çok zor
- Zor
- Biraz zor
- Hiç zorluk çekmedim

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

- Hiç cinsel aktivitede bulunmadım
- Hemen her zaman veya her zaman
- Çoğu zaman (geçen sürenin yarısından fazlasında)
- Bazen (geçen sürenin yarısında)
- Bir kaç kez (geçen sürenin yarısından azında)
- Hemen hemen hiç veya hiçbir zaman

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

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

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

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

**14. Son 4 hafta içinde cinsel uyarılma veya cinsel ilişki sırasında siz veya eşiniz arasındaki duygusal yakınlık ne kadar tatminkardı?**

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

**15. Son 4 hafta içinde eşinizle (partnerinizle) cinsel ilişkiniz ne kadar tatminkardı?**

- Çok tatminkardı
- Genellikle tatminkardı
- Yarısında tatminkardı yarısında tatminkar değildi
- Genellikle tatminkar değildi
- Hiç tatminkar değildi



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

- Çok tatminkardı
- Genellikle tatminkardı
- Yarısında tatminkardı yarısında tatminkar değildi
- Genellikle tatminkar değildi
- Hiç tatminkar değildi

**17. Son 4 hafta içinde vaginal giriş (duhul) sırasında ne sıklıkta ağrı veya rahatsızlık duyduunuz?**

- Hiç cinsel aktivitede bulunmadım
- Hemen her zaman veya her zaman
- Çogu zaman (geçen sürenin yarısından fazlasında)
- Bazen (geçen sürenin yarısında)
- Bir kaç kez (geçen sürenin yarısından azında)
- Hemen hemen hiç veya hiçbir zaman

**18. Son 4 hafta içinde vaginal girişi (duhulu) takiben ne sıklıkta ağrı veya rahatsızlık duyduunuz?**

- Hiç cinsel aktivitede bulunmadım
- Hemen her zaman veya her zaman
- Çogu zaman (geçen sürenin yarısından fazlasında)
- Bazen (geçen sürenin yarısında)
- Bir kaç kez (geçen sürenin yarısından azında)
- Hemen hemen hiç veya hiçbir zaman

**19. Son 4 hafta içinde vaginal girişi (dihul) sırasında veya sonrasında duyduğunuz ağrı veya rahatsızlığın derecesini nasıl değerdendirirsiniz?**

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

## Ek 7. International Index of Erectile Function

### Ereksiyon İşlevi Uluslararası Değerlendirme Formu

(International Index of Erectile Function, IIEF)

Aşağıdaki sorular, ereksiyon (sertleşme) sorununuzun cinsel hayatınıza son 4 hafta içindeki etkilerini sorgulamaktadır. Sorulara, durumunuzu en net açıklayan şekilde cevap vermeniz, size yardım şansınızı artıracaktır. Her soruyu şıklardan birinin yanındaki kutuyu işaretleyerek cevaplayın. Hangi cevabı seçeceğiniz konusunda kararsız kalırsanız, size en uygun gelen cevabı işaretleyin. Bu ankete verilen cevaplar yalnızca doktorunuz tarafından değerlendirilecektir.

**Bu sorularda yer alan bazı terimler aşağıdaki anlamlarda kullanılmıştır:**

- \* **Cinsel ilişki:** Eşin haznesine (vajinasına) giriş (duhul)
- \*\* **Cinsel faaliyet:** Cinsel ilişki, sevişme ve kendini tatmin dahil olmak üzere tüm cinsel faaliyetler
- \*\*\* **Boşalma:** Meninin boşalması ya da boşalma hissi
- \*\*\*\* **Cinsel uyarılma:** Sevişme, erotik resimlere ve filmlere bakma ve benzeri durumlar

1. **Son 4 hafta içindeki cinsel faaliyetleriniz\*\* sırasında peniste sertleşme ne sıklıkla oldu? Yalnız bir kutuyu işaretleyiniz.**

Cinsel faaliyet olmadı	0 ġ
Hiç ya da hemen hemen hiç	1 ġ
Nadiren (yarısından çok daha azında)	2 ġ
Bazen (yaklaşık yarısında)	3 ġ
Çoğunlukla (yarısından çok daha fazlasında)	4 ġ
Hemen hemen hepsinde (her zaman)	5 ġ

2. **Son 4 hafta içindeki cinsel uyarılmayla\*\*\*\* oluşan sertleşmelerin ne kadarlık bir kısmı cinsel ilişkiyi sağlayacak düzeydeydi? Yalnız bir kutuyu işaretleyiniz.**

Cinsel uyarılma olmadı	0 ğ
Hiç ya da hemen hemen hiç	1 ğ
Nadiren (yarısından çok daha azında)	2 ğ
Bazen (yaklaşık yarısında)	3 ğ
Çoğunlukla (yarısından çok daha fazlasında)	4 ğ
Hemen hemen hepsinde (her zaman)	5 ğ

3, 4 ve 5. sorular cinsel ilişki\* esnasındaki sertleşmeyle ilgilidir.

3. **Son 4 hafta içindeki cinsel ilişki\* girişimlerinde hazneye giriş (duhul) ne sıklıkla mümkün oldu? Yalnız bir kutuyu işaretleyiniz.**

Cinsel ilişki girişiminde bulunmadım	0 ğ
Hiç ya da hemen hemen hiç	1 ğ
Nadiren (yarısından çok daha azında)	2 ğ
Bazen (yaklaşık yarısında)	3 ğ
Çoğunlukla (yarısından çok daha fazlasında)	4 ğ
Hemen hemen hepsinde (her zaman)	5 ğ

4. **Son 4 hafta içindeki cinsel ilişkiler\* sırasındaki sertliği ne sıklıkla devam ettirebildiniz? Yalnız bir kutuyu işaretleyiniz.**

Cinsel ilişki girişiminde bulunmadım	0 ğ
Hiç ya da hemen hemen hiç	1 ğ
Nadiren (yarısından çok daha azında)	2 ğ
Bazen (yaklaşık yarısında)	3 ğ
Çoğunlukla (yarısından çok daha fazlasında)	4 ğ
Hemen hemen hepsinde (her zaman)	5 ğ

5. **Son 4 hafta içindeki cinsel ilişkileri\* tamamlamak için sertleşmeyi sürdürmekte ne kadar zorlandınız? Yalnız bir kutuyu işaretleyiniz.**

Cinsel ilişki girişiminde bulunmadım	0 ġ
Aşırı zorlandım	1 ġ
Çok zorlandım	2 ġ
Zorlandım	3 ġ
Biraz zorlandım	4 ġ
Hiç zorlanmadım	5 ġ

6. **Son 4 hafta içinde kaç kez cinsel ilişki\* girişiminde bulundunuz? Yalnız bir kutuyu işaretleyiniz.**

Hiç girişimde bulunmadım	0 ġ
1-2	1 ġ
3-4	2 ġ
5-6	3 ġ
7-10	4 ġ
10'dan fazla	5 ġ

7. **Son 4 hafta içindeki cinsel ilişki\* girişimlerinizde ne sıklıkla memnun oldunuz? Yalnız bir kutuyu işaretleyiniz.**

Cinsel ilişki girişiminde bulunmadım	0
Hiç ya da hemen hemen hiç	1 ġ
Nadiren (yarısından çok daha azında)	2 ġ
Bazen (yaklaşık yarısında)	3 ġ
Çoğunlukla (yarısından çok daha fazlasında)	4 ġ
Hemen hemen hepsinde (her zaman)	5 ġ

8. **Son 4 hafta içindeki cinsel ilişkilerden\* ne kadar zevk aldınız? Yalnız bir kutuyu işaretleyiniz.**

Cinsel ilişki olmadı	0 ġ
Hiç zevk almadım	1 ġ
Pek zevk almadım	2 ġ
Az derecede zevk aldım	3 ġ
Çok zevk aldım	4 ġ
Son derece zevk aldım	5 ġ

9. **Son 4 hafta içindeki cinsel uyarılma\*\*\*\* veya cinsel ilişki\* sırasında ne sıklıkla boşaldınız\*\*\*\*? Yalnız bir kutuyu işaretleyiniz.**

Cinsel uyarılma ve cinsel ilişki olmadı	0 ġ
Hiç ya da hemen hemen hiç	1 ġ
Nadiren (yarısından çok daha azında)	2 ġ
Bazen (yaklaşık yarısında)	3 ġ
Çoğunlukla (yarısından çok daha fazlasında)	4 ġ
Hemen hemen hepsinde (her zaman)	5 ġ

10. **Son 4 hafta içinde cinsel uyarılma\*\*\*\* veya cinsel ilişki\* sırasında ne sıklıkla orgazm (doyum) hissi yaşadınız? Yalnız bir kutuyu işaretleyiniz.**

Cinsel uyarılma veya cinsel ilişki olmadı	0 ġ
Hiç ya da hemen hemen hiç	1 ġ
Nadiren (yarısından çok daha azında)	2 ġ
Bazen (yaklaşık yarısında)	3 ġ
Çoğunlukla (yarısından çok daha fazlasında)	4 ġ
Hemen hemen hepsinde (her zaman)	5 ġ

11 ve 12. sorular cinsel istekle ilgilidir. Cinsel istek, herhangi bir cinsel uyarılma karşısında veya bu olmaksızın cinsel ilişki veya elle doyum isteği uyanmasıdır.

11. Son 4 hafta içinde ne sıklıkla cinsel istek duydunuz? Yalnız bir kutuyu işaretleyiniz.

Hiç ya da hemen hemen hiç	1 ġ
Nadiren (yarısından çok daha azında)	2 ġ
Bazen (yaklaşık yarısında)	3 ġ
Çoğunlukla (yarısından çok daha fazlasında)	4 ġ
Her zaman	5 ġ

12. Son 4 hafta içinde cinsel isteğinizin düzeyini nasıl değerlendiriyorsunuz? Yalnız bir kutuyu işaretleyiniz.

Çok az veya hiç yok	1 ġ
Az	2 ġ
Orta	3 ġ
Fazla	4 ġ
Çok fazla	5 ġ

13. Son 4 hafta içindeki cinsel hayatınızın genel olarak ne kadar tatminkardı? Yalnız bir kutuyu işaretleyiniz.

Hiç tatminkar değildi	1 ġ
Pek tatminkar değildi	2 ġ
Ne tatminkardı ne de değildi	3 ġ
Orta derecede tatminkardı	4 ġ
Çok tatminkardı	5 ġ

14. Son 4 hafta içinde eşinizle cinsel ilişkiniz\* ne kadar tatminkardı? Yalnız bir kutuyu işaretleyiniz.

Hiç tatminkar değildi	1 ġ
Pek tatminkar değildi	2 ġ
Ne tatminkardı ne de değildi	3 ġ
Orta derecede tatminkardı	4 ġ
Çok tatminkardı	5 ġ

**15.Son 4 hafta içinde sertleşmeyi sağlama ve devam ettirme konusunda kendinize güveninizi nasıl değerlendiriyorsunuz? Yalnız bir kutuyu işaretleyiniz.**

Çok az	1
Az	2
Orta derecede	3
Tama yakın	4
Tam	5



## Ek 8. Dermatoloji Yaşam Kalitesi Ölçeği

*Tablo 6: Dermatoloji Yaşam Kalite Ölçeği*

1.	Geçen hafta boyunca derinizde ne kadar kaşıntı, acıma, ağrı veya batma oluştu ?	Çok fazla Fazla Az Hiç	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
2.	Geçen hafta boyunca, deriniz nedeniyle ne kadar sıkıldınız veya mahçup oldunuz ?	Çok fazla Fazla Az Hiç	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
3.	Geçen hafta boyunca, deriniz alışveriş yapmanıza veya eviniz ya da bahçenizle ilgilenmenize ne kadar engel oldu ?	Çok fazla Fazla Az Hiç	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	İlgili değil <input type="checkbox"/>
4.	Geçen hafta boyunca, deriniz elbise giyiminize (seçiminize) ne kadar etkili oldu ?	Çok fazla Fazla Az Hiç	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	İlgili değil <input type="checkbox"/>
5.	Geçen hafta boyunca, deriniz sosyal veya boş vakit etkinliklerini ne kadar etkiledi?	Çok fazla Fazla Az Hiç	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	İlgili değil <input type="checkbox"/>
6.	Geçen hafta boyunca, deriniz herhangi bir spor yapmanızda size ne kadar güçlük oluşturdu ?	Çok fazla Fazla Az Hiç	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	İlgili değil <input type="checkbox"/>
7.	Geçen hafta boyunca, deriniz iş yapmanızı ve ders çalışmanızı engelledi mi ?	Evet Hayır	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	İlgili değil <input type="checkbox"/>
	Eğer yanıtınız " Hayır" ise, geçen hafta boyunca deriniz, iş yapmanız ya da ders çalışmanızda ne kadar sorun yarattı ?	Fazla Az Hiç	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
8.	Geçen hafta boyunca, deriniz eşiniz veya yakın arkadaşlarınız ya da akrabalarınızla ne kadar sorun yarattı ?	Çok fazla Fazla Az Hiç	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	İlgili değil <input type="checkbox"/>
9.	Geçen hafta boyunca, deriniz cinsel zorluklara ne kadar neden oldu ?	Çok fazla Fazla Az Hiç	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	İlgili değil <input type="checkbox"/>
10.	Geçen hafta boyunca, derinizin tedavisi yüzünden ne kadar problem oluştu ? (Örn. Evinizin kirlenmesi veya zaman kaybı gibi)	Çok fazla Fazla Az Hiç	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	İlgili değil <input type="checkbox"/>

**Lütfen TÜM soruları cevaplayıp cevaplamadığımız kontrol ediniz. Teşekkürler.**

## Ek 9. Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği Erkek Formu (GRİSS)

### GOLOMBOK-RUST CİNSEL DOYUM ÖLÇEĞİ

Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği

#### Erkek Formu

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

Cevaplandırırken:

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

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

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

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

## Ek 10. Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği (GRİSS) Kadın Formu

### **Kadın Formu**

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

Cevaplandırırken:

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

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

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

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