



T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ-CERRAHPAŞA
CERRAHPAŞA TIP FAKÜLTESİ
RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI
ANA BİLİM DALI

PSORİASİS HASTALARINDA BEDEN ALGISI, BENLİK SAYGISI VE
LEZYON YERİNİN CİNSEL İŞLEVLER ÜZERİNE
ETKİSİNİN İNCELENMESİ

RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI UZMANLIK TEZİ

Dr. Kerem ZENGİN

TEZ DANIŞMANI

Prof. Dr. Şenol TURAN

İSTANBUL – 2024

T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ-CERRAHPAŞA
CERRAHPAŞA TIP FAKÜLTESİ
RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI
ANA BİLİM DALI

PSORİASİS HASTALARINDA BEDEN ALGISI, BENLİK SAYGISI VE
LEZYON YERİNİN CİNSEL İŞLEVLER ÜZERİNE
ETKİSİNİN İNCELENMESİ

RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI UZMANLIK TEZİ

Dr. Kerem ZENGİN

TEZ DANIŞMANI

Prof. Dr. Şenol TURAN

İSTANBUL – 2024

ÖN SÖZ

Farklı bakış açısıyla mesleki gelişimime katkı sağlayan, yaşam tecrübeleri ve tavsiyeleriyle yolumu aydınlatan, espri anlayışı ve samimiyetiyle iletişime geçmekten mutluluk duyduğum Ana Bilim Dalı Başkanımız Sayın Prof. Dr. B. Mert Savrun'a,

Titiz çalışma düzeniyle bana örnek olan, akademik anlamda ilerlememi teşvik eden, tezimin her aşamasında ilgi ve alakasını esirgemeyen ve bu süreçte yanımda olduğu için kendimi şanslı hissettiren tez hocam Prof. Dr. Şenol Turan'a,

Deneyimlerinden yararlanan son kıdem olmaktan gurur duyduğum, saygı uyandıran duruşunu hep örnek alacağım hocam Sayın Prof. Dr. Alaattin Duran'a, uzmanlık sürecime olan kıymetli katkıları için Sayın Prof. Dr. Neşe Kocabaşoğlu'na,

Hastaları merak ile dinlemeyi öğreten, bilgi birikimi ve çalışkanlığına imrendiğim, beraber çalışmaktan çok keyif aldığım hocam Prof. Dr. Cana Aksoy Poyraz'a, klinik pratiğimde kendisi gibi alanında yetkin biri olma isteği uyandıran, hekimliğin önemini gösteren hocam Doç. Dr. Burç Çağrı Poyraz'a, asistanlığımın başından beri desteğini her zaman hissettiğim, değerli klinik tecrübesini asistanlara her daim aktaran, üzerimde emeği büyük olan hocam Doç. Dr. Ömer Faruk Demirel'e

Farklı açılardan bakmayı sağlayan Doç. Dr. Alperen Kılıç'a, kendisiyle çalışabilme fırsatı bulduğum için çok şanslı hissettiğim, her sorunumu dinleyen ve destek olan abla ve uzmanım Dr. Öğr. Üyesi N. Gamze Usta Sağlam'a, paylaştığı deneyimleriyle bana yol gösteren, abi ve uzmanım Öğr. Gör. M. Murat Kırpınar'a,

Farklı bir kavrayış geliştirmemi sağlayan Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları kliniğinin Ana Bilim Dalı Başkanı Sayın Prof. Dr. Burak Doğangün ve kıymetli hocalarına, beni kendilerinden biri gibi hissettiren değerli asistanlarına,

Rotasyonum süresince bilgi ve birikimlerini benimle paylaşan, asistanlarıyla kurdukları samimi ilişkilerine ve öğretim isteklerine saygı duyduğum Nöroloji Ana Bilim Dalı'nın kıymetli hocalarına, yardımsever değerli asistanlarına,

Tez sürecimde tüm yoğunluklarına rağmen desteklerini esirgemeyen, beni kendi asistanları gibi kabul eden Dermatoloji Ana Bilim Dalı kliniğine, tezimde emeği büyük olan Prof. Dr. Burhan Engin ve Dr. Melikşah Taner'e,

Tezimin istatistiksel analizini üstlenen Dr. Abdulkerim Uygur'a,

Etiketler yerine anlamının önemini gösteren Dr. Serap Kaya'ya, kaygılı hallerimde kapsayan, üzerimde emeği olan tüm kıdemlilerime, asistanlık sürecimin her anında desteklerini hissettiğim, çalışma hayatımı renklendiren, bir sürü güzel anı biriktirdiğimiz dostlarım Dr. Mertcan Demirtaş ve Dr. Merve Yetişgin Yılmaz'a, iş yerine neşeyle gelmemi sağlayan, her biri ayrı renk olan, bu güzel çalışma ortamının parçaları sevgili asistan arkadaşlarıma,

Asistanlığım süresince, başım her sıkıştığında gösterdiği ilgi ve çözümleri için Sn. Mustafa Kaya'ya, Sn. Vildan Yiğit'e, binamıza girdiğimde evimdeymiş gibi hissettiren, beni her gün gülümsemeyle karşılayan tüm emektar psikologlarımız, hemşirelerimiz, sekreterlerimiz, güvenliklerimiz ve personellerimize,

Bugünlere gelmemi sağlayan vefakar annem Ecz. Nilgün Zengin'e, yaşasaydı benimle gurur duyacağına inandığım babam Dr. Fethi Zengin'e, hekim olmamdaki yeri büyük olan idolüm, iyi ki var dediğim ablam Dr. Dila Zengin'e, koşulsuz desteği ve sevgisini hep hissettiğim ablam Dr. Ela Zengin'e, azimli ve çalışkan abim Dr. Mustafa Zengin'e, sevgili eniştem Dr. Taner Kasapoğlu'na, varlığıyla ailemize neşe getiren yeğenim Can'a, özlemle andığım anneannem ve dedeme, tüm dostlarıma,

Sonsuz teşekkürlerimi sunarım...

Dr. Kerem Zengin

Ocak 2024, İstanbul

İÇİNDEKİLER

SİMGE VE KISALTMALAR.....	I
ŞEKİLLER DİZİNİ	II
TABLolar DİZİNİ	II
ETİK KURUL ONAYI	IV
ÖZET.....	V
ABSTRACT	VII
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	4
2.1. DERİ HASTALIKLARI VE PSİKİYATRİ	4
2.2. PSORİASİS	6
2.2.1. Tanım	6
2.2.2. Tarihçe	6
2.2.3. Epidemiyoloji.....	7
2.2.4. Etiyopatogenez.....	8
2.2.5. Psoriasis Klinik Tipleri	10
2.2.5.1. Plak Tipi Psoriasis.....	10
2.2.5.2. Guttat Psoriasis	10
2.2.5.3. Eritrodermik Psoriasis	10
2.2.5.4. Palmoplantar Psoriasis	11
2.2.5.5. Püstüler Psoriasis	11
2.2.5.6. İnvers Psoriasis	11
2.2.6. Psoriasisle Eşlik Eden Komorbiditeler	12
2.2.6.1 Psoriasis ve Psikiyatrik Komorbiditeler.....	12
2.2.7. Tedavi	13
2.3. CİNSELLİK VE CİNSEL İŞLEVLER	14

2.3.1. Cinsel İşlev Bozukluklarının Etiyolojisi.....	16
2.3.2. Kadınlarda Görülen Cinsel İşlev Bozuklukları.....	17
2.3.2.1. Kadında Cinsel İlgi / Uyarılma Bozukluğu (KCI/UB)	17
2.3.2.2. Kadında Orgazm Bozukluğu (KOB).....	18
2.3.2.3. Genito-Pelvik Ağrı / Penetrasyon Bozukluğu (GPA/PB)	18
2.3.3. Erkeklerde Görülen Cinsel İşlev Bozuklukları	20
2.3.3.1. Erkeklerde Hipoaktif Cinsel İstek Bozukluğu (EHCI).....	20
2.3.3.2. Sertleşme Bozukluğu (SB).....	21
2.3.3.3. Erken Boşalma (EB)	23
2.3.3.4. Geç Boşalma (GB).....	24
2.3.4. Psoriasis ve Cinsel İşlev Bozukluğu.....	25
2.4. BEDEN ALGISI.....	27
2.4.1. Beden Algısı ve Psoriasis	29
2.4.2. Beden Algısı ve Cinsel İşlevler	29
2.5. BENLİK SAYGISI.....	30
2.5.1. Benlik Saygısı ve Psoriasis	31
2.5.2. Benlik Saygısı ve Cinsel İşlevler	32
3. GEREÇ VE YÖNTEM	33
3.1 Araştırmanın Türü ve Etik Yönü.....	33
3.2 Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	33
3.3 Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	33
3.3.1 Araştırmaya Dahil Edilme Ölçütleri	33
3.3.2 Araştırmadan Dışlanma Ölçütleri	34
3.4 Araştırmanın Uygulaması.....	35
3.5. Araştırmada Kullanılan Veri Toplama Araçları	36
3.5.1 Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu.....	36
3.5.2 Sosyodemografik ve Klinik Veri Formu-1	36
3.5.3. Sosyodemografik ve Klinik Veri Formu-2	36
3.5.4. SCID-5-CV (DSM-5 Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme, Klinisyen Versiyonu).....	37
3.5.5 Psoriasis Alan Şiddet İndeksi (PAŞİ),	37

3.5.6. Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği (GRCDÖ)	38
3.5.7 Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HADÖ).....	38
3.5.8 Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği (RBSÖ)	39
3.5.9 Beden Algısı Ölçeği (BAÖ).....	39
3.5.10 İstatistiksel Analiz.....	40
4. BULGULAR.....	41
4.1. Araştırmanın Örneklemi.....	41
4.2. Psoriasis Tanılı Hastalar ve Sağlıklı Kontrol Grubunun Sosyodemografik Özellikleri.....	41
4.3. Psoriasis Hastalarının Klinik Özellikleri.....	44
4.4. Psoriasis Hastaları ve Kontrol Grubunun Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması	48
4.5. Psoriasis Hastalarının Ölçek Skorlarının Çeşitli Klinik Parametrelerle Karşılaştırılması ve İlişkisi.....	53
4.6. Psoriasis Hastalarının Lezyon Yerine Göre BAÖ Puanlarının Kıyaslanması. 56	
4.7. Psoriasis Hastalarının Lezyon Yerine Göre RBSÖ Puanlarının Kıyaslanması59	
4.8. Psoriasis Hastalarının Lezyon Yerine Göre GRCDÖ Puanlarının Kıyaslanması	62
4.9. Psoriasis Hastalarının Lezyon Yerine Göre HADÖ Puanlarının Kıyaslanması	65
4.10. Psoriasis Hastalarının PAŞİ'ye Göre Çeşitli Ölçek Puanlarının Kıyaslanması	68
4.11. Psoriasis Şiddeti ve Cinsel İşlev Bozuklukları Arasındaki İlişkide Paralel Aracı Etkilerin İncelenmesi.....	73
5. TARTIŞMA	76
5.1. Sosyodemografik ve Klinik Özelliklere Yönelik Verilerin İncelenmesi	76
5.2. Anksiyete ve Depresyon Belirtilerine Yönelik Verilerin İncelenmesi.....	80
5.3. Beden Algısı ile İlgili Verilerin İncelenmesi	82
5.4. Benlik Saygısı ile İlgili Verilerin İncelenmesi	83
5.5. Cinsel İşlev Bozukluklarına Yönelik Verilerin İncelenmesi.....	84
5.6. Psoriasis Şiddetinin Diğer Klinik Parametrelerle İlişkisinin İncelenmesi	87
5.7. Anksiyete ve Depresyon Belirtileri, Beden Algısı, Benlik Saygısı ve Cinsel İşlev Bozukluklarının İlişkisinin İncelenmesi	88
5.8. Çalışmanın Güçlü Tarafları ve Sınırlılıkları.....	91
6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER	93



SİMGE VE KISALTMALAR

5-HT2C	: 5-hidroksitriptamin 2C
BAÖ	: Beden Algısı Ölçeği
EB	: Erken Boşalma
EHCİB	: Erkeklerde Hipoaktif Cinsel İstek Bozukluğu
GB	: Geç Boşalma
GPA/PB	: Genito-Pelvik Ağrı / Penetrasyon Bozukluğu
GRCDÖ	: Golombok-Rust Cinsel Soyum Ölçeği
HADÖ	: Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği
HPA	: Hipotalamus Hipofiz Adrenal Aksı
HLA	: İnsan Lökosit Antijeni
ICD-10	: Uluslararası Hastalık Sınıflandırması - Versiyon 10
IL-17	: İnterlökin 17
IL-22	: İnterlökin 22
IL-23	: İnterlökin 23
KCI/UB	: Kadında Cinsel İlgi / Uyarılma Bozukluğu
KOB	: Kadında Orgazm Bozukluğu
M.Ö.	: Milattan Önce
MHC	: Majör Histokompatibilite Kompleksi
PAŞİ	: Psoriasis Alan Şiddeti İndeksi
PSORS	: Psoriasis Duyarlılık Genleri
RBSÖ	: Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği
DSM-5	: Ruhsal Hastalıkların Tanısal ve İstatistiksel Başvuru Kitabı-5
SCID-5-CV	: DSM-5 Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme, Klinisyen Versiyonu
SSGİ	: Seçici Serotonin Geri Alım İnhibitörü
SAM	: Sempatik Adrenal Medüller Sistem
SB	: Sertleşme Bozukluğu
Th17	: T Yardımcı Hücreleri 17
VKİ	: Vücut Kitle İndeksi

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1. Psoriasis şiddeti ve cinsel işlev bozuklukları arasındaki ilişkide anksiyete/depresyon, düşük benlik saygısı ve beden algısının paralel aracı etkileri

TABLolar DİZİNİ

Tablo 1. Cinsiyetlere göre psoriasis hastaları ve kontrol grubunun sosyodemografik özelliklerinin kıyaslanması-1

Tablo 2. Cinsiyetlere göre psoriasis hastaları ve kontrol grubunun sosyodemografik özelliklerinin kıyaslanması-2

Tablo 3. Hasta ve kontrol gruplarının kronik hastalıklarının kıyaslanması

Tablo 4. Cinsiyetlere göre psoriasis hastalarının klinik özellikleri

Tablo 5. Cinsiyetlere göre psoriasis hastalarında lezyonların bulunduğu bölgeler

Tablo 6. Cinsiyetlere göre psoriasis hastalarının ve kontrol grubunun HADÖ puanlarının kıyaslanması

Tablo 7. Cinsiyetlere göre psoriasis hastalarının ve kontrol grubunun BAÖ puanlarının kıyaslanması

Tablo 8. Cinsiyetlere göre psoriasis hastalarının ve kontrol grubunun RBSÖ puanlarının kıyaslanması

Tablo 9. Kadın psoriasis hastalarının ve kontrol grubunun GRCDÖ puanlarının kıyaslanması

Tablo 10. Erkek psoriasis hastalarının ve kontrol grubunun GRCDÖ puanlarının kıyaslanması

Tablo 11. Psoriasis tedavilerine göre GRCDÖ puanlarının karşılaştırılması

Tablo 12. Psoriasis hastalarının kronik hastalık varlığına göre GRCDÖ puanlarının karşılaştırılması

Tablo 13. Psoriasis hastalarının ölçek skorlarının çeşitli parametrelerle ilişkisi

Tablo 14. Psoriasis hastalarının ölçek skorlarının kendi aralarındaki ilişkisi

Tablo 15. Kadın psoriasis hastalarının lezyon yerine göre BAÖ puanlarının kıyaslanması

Tablo 16. Erkek psoriasis hastalarının lezyon yerine göre BAÖ puanlarının kıyaslanması

Tablo 17. Kadın psoriasis hastalarının lezyon yerine göre RBSÖ puanlarının kıyaslanması

Tablo 18. Erkek psoriasis hastalarının lezyon yerine göre RBSÖ puanlarının kıyaslanması

Tablo 19. Kadın psoriasis hastalarının lezyon yerine göre GRCDÖ puanlarının kıyaslanması

Tablo 20. Erkek psoriasis hastalarının lezyon yerine göre GRCDÖ puanlarının kıyaslanması

Tablo 21. Kadın psoriasis hastalarının lezyon yerine göre HADÖ puanlarının kıyaslanması

Tablo 22. Erkek psoriasis hastalarının lezyon yerine göre HADÖ puanlarının kıyaslanması

Tablo 23. Psoriasis hastalarının PAŞİ'ye göre HADÖ puanlarının kıyaslanması

Tablo 24. Psoriasis hastalarının PAŞİ'ye göre BAÖ ve RBSÖ puanlarının kıyaslanması

Tablo 25. Kadın psoriasis hastalarının PAŞİ'ye göre GRCDÖ puanlarının kıyaslanması

Tablo 26. Erkek psoriasis hastalarının PAŞİ'ye göre GRCDÖ puanlarının kıyaslanması

Tablo 27. Anksiyete/depresyon, benlik saygısı ve beden algısının psoriasis şiddeti ve cinsel işlev bozuklukları arasındaki ilişkide aracı (medyator) olarak test edilmesi

ÖZET

PSORİASİS HASTALARINDA BEDEN ALGISI, BENLİK SAYGISI VE LEZYON YERİNİN CİNSEL İŞLEVLER ÜZERİNE ETKİSİNİN İNCELENMESİ

Amaçlar: Bedenin herhangi bir bölgesini etkileyebilen, görünür ve dokunulabilir lezyonlarla karakterize olan psoriasis, cinsel işlev bozukluklarına sebep olabilmektedir. Bu çalışmada, psoriasis hastalarında görülebilen cinsel işlev bozukluklarının psikopatolojisini araştırmayı amaçladık. Psoriasis hastalarında beden algısı, benlik saygısı ve cinsel işlevlerin genel topluma kıyasla ne ölçüde etkilendiğini, lezyon yerinin beden algısı, benlik saygısı ve cinsel işlevler üzerine etkisini, beden algısı, benlik saygısı ve cinsel işlevlerin birbirleriyle ilişkisini araştırmayı hedefledik.

Gereç ve Yöntem: Bu çalışma kapsamında, 01.08.2023 – 01.11.2023 tarihleri arasında, psoriasis tanısı almış 71 kadın ve 89 erkek hasta ile, 93 kadın ve 90 erkek sağlıklı gönüllü bireyden oluşan kontrol grubu karşılaştırılmıştır. Katılımcılara, klinisyen eşliğinde Sosyodemografik ve Klinik Veri Formu doldurulmuştur. Dermatoloji uzmanı tarafından yapılan fizik muayene sonrası lezyonun yeri belirlenmiştir ve Psoriasis Alan Şiddeti İndeksi (PAŞİ) uygulanmıştır. SCID-5-CV'ye (DSM-5 Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme, Klinisyen Versiyonu) uygun yapılandırılmış klinik görüşme yapılmıştır. Hastaya kendisinin dolduracağı; Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği (GRCDÖ), Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HADÖ), Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği D-1 (RBSÖ-D1), Beden Algısı Ölçeği (BAÖ) verilmiştir. Uygun istatistiksel analizler yapılarak gruplar karşılaştırılmıştır.

Bulgular: Psoriasis hastalarının, genel toplumla kıyaslandığında daha fazla anksiyete ve depresyon belirtilerine sahip olduğu, beden algısı, benlik saygısı ve cinsel işlevlerinin daha olumsuz etkilendiği saptandı. Kadın hastalarda genital bölge, erkek hastalarda ise sırt ve genital bölge tutulumu, düşük beden algısı, düşük benlik saygısı

ve cinsel işlev bozukluğu ile ilişkili bulundu. Psoriasis şiddeti arttıkça, beden algısı, benlik saygısı ve cinsel işlevlerin olumsuz yönde etkilendiği görüldü. Ayrıca, beden algısının anlamlı olarak cinsel işlev bozuklukları üzerine etkisi olduğu, psoriasis şiddetinin cinsel işlev bozuklukları üzerine olan olumsuz etkisinin beden algısı üzerinden aracılık edildiği saptandı.

Sonuç: Bütüncül bir yaklaşım çerçevesinde, psoriasis hastalarının muayenelerine, cinsel işlevlerin değerlendirilmesi de eklenmelidir. Cinsel işlevleri önemli ölçüde etkileyebileceği için, beden algısı ve benlik saygısı ile ilgili kaygıların taranması ve iyileştirilmesine öncelik verilmelidir. Fiziksel muayene sırasında, psoriatik lezyonların bölgesel dağılımına dikkat edilmeli, cinsel işlev bozuklukları açısından riskli bölgelerde lezyonu olan hastalar değerlendirilip gerektiğinde psikiyatri polikliniğine yönlendirilmelidir.

Anahtar Sözcükler: Psoriasis, Beden Algısı, Benlik Saygısı, Cinsel İşlevler

ABSTRACT

INVESTIGATION INTO THE EFFECT OF BODY IMAGE, SELF-ESTEEM AND DISTRIBUTION PATTERN OF LESIONS ON SEXUAL FUNCTIONING IN PSORIASIS PATIENTS

Aim: Psoriasis, which is characterised by visible and touchable lesions that can affect any part of the body, may cause sexual dysfunctions. In this study, we aimed to investigate the psychopathology of sexual dysfunctions in psoriasis patients. We aimed to investigate the extent to how body image, self-esteem and sexual functions are affected in psoriasis patients compared to the general population, the effect of lesion pattern on body image, self-esteem and sexual functions, and the relationship between body image, self-esteem and sexual functions.

Material and Methods: In this study, 71 female and 89 male patients diagnosed with psoriasis and a control group consisting of 93 female and 90 male healthy volunteers were compared between 01.08.2023 and 01.11.2023. Participants completed the Sociodemographic and Clinical Data Form in the presence of a clinician. After physical examination by a dermatologist, the location of the lesion was determined and Psoriasis Area Severity Index was applied. A structured clinical interview in accordance with SCID-5-CV (Structured Clinical Interview for DSM-5 Disorders, Clinician Version) was conducted. The patient was given the Golombok-Rust Sexual Satisfaction Scale, Hospital Anxiety and Depression Scale, Rosenberg Self-Esteem Scale, and Body Image Scale to be completed by the patient. Appropriate statistical analyses were performed and the groups were compared.

Results: Psoriasis patients were found to have more anxiety and depression symptoms, and their body image, self-esteem and sexual functions were more negatively affected compared to the general population. Involvement of the genital area in female patients and back and genital area in male patients were found to be associated with low body image, low self-esteem and sexual dysfunction. As the severity of psoriasis increased, body image, self-esteem and sexual functions were negatively affected. It was also

found that body perception had a significant effect on sexual dysfunctions and the negative effect of psoriasis severity on sexual dysfunctions was mediated through body perception.

Conclusion: As part of a comprehensive approach, the examination of patients with psoriasis should include an assessment of sexual functioning. Screening and improvement of body image and self-esteem concerns should be prioritised, as they may significantly affect sexual functioning. During the physical examination, attention should be paid to the distribution pattern of psoriatic lesions, and patients with lesions in areas at risk for sexual dysfunctions should be evaluated and referred to the psychiatry outpatient clinic when necessary.

Keywords: Psoriasis, Body Image, Self-esteem, Sexual Functions

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Psoriasis, poligenik kalıtım gösteren, ilaçlar, enfeksiyon ve stres gibi çeşitli faktörlerin tetiklediği immun aracılı kronik bir inflamatuvar deri hastalığıdır [1]. Klinik olarak en sık vücudun ekstansör yüzeylerinde veya saçlı deride bulunan, sağlıklı deriden keskin sınırlarla ayrılan, kırmızı-somon pembesi renginde, beyaz-gümüşü pullarla kaplı, eritemli papüloskuamöz plaklardan tüm vücutta şiddetli tutulumu kadar değişen bir görünümde seyredebilir [2]. Yaygınlığının genel toplumda %2-3 arasında değiştiği bilinmektedir [3]. Sadece ciltle sınırlı bir hastalık olarak kalmayıp, hastaların fiziksel ve psikososyal işlevlerini de etkileyerek yaşam kalitesinde anlamlı bir azalmaya neden olmaktadır [4]. Yaşam kalitesindeki bu azalmaya psikiyatrik eştanıların da etkisi olmaktadır. Kumar ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada, psoriasis hastalarının %84'ünde psikiyatrik eştanıların mevcut olduğu bulunmuştur [5]. Psoriasis anksiyete, depresyon, intihar düşüncesi ve cinsel işlev bozuklukları gibi birçok psikiyatrik bozuklukla ilişkilendirilmiştir [6]. Psoriasis ve psikiyatrik bozukluklar arasındaki bu ilişkinin etiopatogenezi oldukça karmaşıktır ve bu konu hakkında ek araştırmalara gerek duyulmaktadır.

Deri, sıvı dengesini ve vücut ısını düzenleme, vücudu koruyan bir bariyer olma gibi temel görevleri dışında sosyal etkileşimi, cinsel işlevleri, beden algısını ve benlik saygısını da etkileyen bir organ olarak çalışır [7]. Bu yüzden bedeninin herhangi bir bölgesini etkileyebilen, görünür ve dokunulabilir lezyonlarla karakterize olan psoriasis gibi bir hastalık, kişinin benlik saygısında azalmaya, sosyal etkileşimlerinde zorluklara ve dolayısıyla da cinsel işlev bozukluklarına neden olabilir [8]. Örneğin, 2017 yılında yürütülen bir çalışmada, beden algısı ve benlik saygısının psoriasis hastalarında kontrol grubuna göre istatistiksel açıdan anlamlı olarak daha olumsuz etkilendiği gösterilmiştir [9].

Psoriasis ve cinsel işlev bozuklukları arasındaki ilişkinin incelendiği, 120 hastanın dahil edildiği öncü bir çalışmada, hastaların %40,8'inde cinsel işlev bozukluğu saptanmıştır [10]. Bir başka çalışmada ise hem erkek hem de kadın

psoriasis hastalarının dörtte birinin, tanı aldıktan sonra cinsel işlevlerinde bozulma olduğu bildirilmiş olsa da takip eden araştırmalarda psoriasisin cinsel işlevler üzerine etkisi tam olarak açıklığa kavuşturulamamıştır [11].

Elli yedi araştırmadan elde edilen verilerin incelendiği bir derlemede, beden algısı ile ilgili problemlerin cinsel işlevleri etkilediği saptanmıştır [12]. 2020 yılında yürütülen başka bir çalışmada ise, psoriasis hastalarının kontrol grubuna göre bedenlerinden daha az hoşnut oldukları ve cinsel işlev bozuklukları ile beden algısı arasında anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır [13].

Psoriasis lezyonlarının yerinin cinsel işlev bozuklukları ile ilişkisinin incelendiği 2014 yılında yapılan bir çalışmada, cinsel organlar, kalça, karın ve bel bölgesindeki lezyonların cinsel işlev bozukluğu ile istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkisinin olduğu ve fizik muayene sırasında daha yüksek cinsel işlev bozukluğu riskine neden olabilecek bu bölgelerin tutulumuna dikkat edilmesi gerektiği belirtilmiştir [14]. Görünür bölgeleri tutan lezyonların, yaşam kalitesinde azalma ve sosyal ilişkilerde belirgin bir bozulma ile ilişkili olduğu saptanmıştır [15].

Literatür incelendiğinde, psoriasis lezyonlarının yeri ve cinsel işlev bozuklukları arasındaki ilişki hakkında az sayıda çalışma yapıldığı görülmektedir. Bu çalışmada, psoriasis hastalarında beden algısı, benlik saygısı ve lezyon yerinin cinsel işlevler üzerine olan etkisinin incelenmesi ve psoriasis hastalarında görülebilen cinsel işlev bozukluklarının psikopatolojisinin araştırılması amaçlanmıştır.

Çalışmamızda aşağıdaki hipotezler sınanacaktır;

1. Cinsel işlev bozuklukları, psoriasis tanılı hastalarda genel popülasyona göre daha sıktır.
2. Psoriasis hastaları genel popülasyona göre daha düşük bir beden algısına sahiptir.
3. Psoriasis hastaları genel popülasyona göre daha düşük bir benlik saygısına sahiptir.
4. Cinsel organlar, kalça, meme, karın ve bel bölgesindeki lezyonlar, cinsel işlev bozukluğu ile önemli ölçüde bağlantılıdır.
5. Psoriasis lezyonlarının yeri, beden algısı ve benlik saygısı üzerine etkili bir faktördür.

Bu çalışma çerçevesinde, psoriasis hastalarında görülebilen cinsel işlev bozukluklarının gelişimine katkıda bulunan faktörlerin saptanarak tedavi amacıyla daha erken bir yönlendirmenin yapılabileceği düşünülmektedir. Hangi bölgedeki lezyonların beden algısını, benlik saygısını ve dolayısıyla da cinsel işlevleri daha olumsuz yönde etkilediğinin öğrenilmesi, yapılacak fizik muayenede bu bölgelerin tutulumuna klinisyenler tarafından daha fazla önem verilmesini sağlayabilir.



2. GENEL BİLGİLER

2.1. DERİ HASTALIKLARI VE PSİKİYATRİ

Avrupa düşünce geleneğinden, Freud’a kadar uzanan beden ve zihin ayrımı, psikanalizle birlikte ortadan kalkmıştır. Freud, dürtüyü beden ve zihin arasında bir sınır kavramı olarak konumlandırır ve bu ikisi arasında işlevsel bir devamlılık oluşturur. Böylece, zihinsel olanın beden üzerine inşa edildiğini vurgulayarak beden ve zihin fonksiyonlarının ayrılamayacağını vurgulamıştır [16]. Fenichel ve Anzieu gibi bazı analistler ise, bilinçdışı çatışmaların deri hastalıkları üzerindeki etkilerine dikkat çekmişlerdir. Bu düşüncelerden hareketle, psikosomatik kavramı geliştirilmiş ve somatik hastalıkların gelişme ortamı araştırılmıştır [17].

Psikosomatik tıba ilgi duyan psikanalist Didier Anzieu, derinin dış dünya ile bir sınır oluşturarak koruyucu bir bariyer görevi gördüğünü ve ötekilerle iletişimin, ilişkilerin kurulduğu bir alan olarak önemini vurgulamıştır [18]. Anne ve bebek arasındaki dokunma ile kurulan etkileşimin “deri benlik” kavramı üzerindeki etkilerini araştırmış olup, bu temasın eksikliği ile bazı deri hastalıkları arasındaki ilişkiyi açıklamıştır [19]. Fenichel, derinin hem iç hem de dış uyaranlara karşı koruyucu bir işlev gördüğünü, dokunma ve ağrı gibi duyumların sağlandığı önemli bir erojen bölge olarak kabul edildiğini ve bazı anksiyete belirtilerinin deri üzerine ortaya çıkabileceğini ifade etmiştir [20].

Modern psikosomatik tıp, bir hastalığın oluşum sürecine biyolojik, psikolojik ve sosyal faktörlerin çeşitli düzeylerde karmaşık etkileşimleri aracılığıyla katkıda bulunduğunu belirten “biyopsikososyal model”i benimsemektedir [21]. Bu modele dayanarak, dermatoloji alanında, psoriasis veya atopik dermatit gibi karmaşık psikonöroimmünolojik kökenli hastalıklar, “psikosomatik” hastalıklar başlığı altında tanımlanmıştır. Deri ve beyin, embriyonik kökenlerini ektoderm tabakasından almakta olup bu iki organ ve immün sistem arasında pek çok anatomik ve işlevsel bağlantı bulunduğu için bazı deri hastalıkları bu etkileşimdeki bozukluklardan kaynaklanmaktadır [22].

Psikodermatolojik hastalıklar beş ana kategoride incelenir:

- 1) Psikofizyolojik bozukluklar, atopik dermatit ve psoriasis gibi psikolojik stres ile tetiklenen veya belirtilerin şiddetinin arttığı deri hastalıklarını içerir;
- 2) Primer psikiyatrik bozukluklar, sanrısız parazitoz ve trikotillomani gibi deri hastalığı olmaksızın altta yatan psikiyatrik nedenleri vurgular;
- 3) Sekonder psikiyatrik bozukluklar, vitiligo ve alopesi areata gibi deri hastalıklarının genellikle şekil bozukluğuna bağlı psikolojik etkilenmelerle ilişkilendirildiği durumları kapsar;
- 4) Deri duyuşsal bozuklukları, altta yatan bir organik neden olmaksızın iğnenleme, batma ve kaşınma gibi hoş olmayan deri duyumlarını içerir;
- 5) Psikotrop ilaçların kullanıldığı psikiyatrik olmayan durumlar, dermatolojik tedavilerde psikiyatrik ilaçların rol aldığı durumları belirtir [23].

Deri hastalıkları, yalnızca hastaların değil, genellikle çevrelerindeki diğer kişilerin de fark edebildiği bir durum olduğu için hastalar damgalanma riskiyle karşı karşıyadırlar. Dermatolojik hastalıklar, hastaların iğrenme duygusu ve bulaştırma korkusu yaşamasına neden olabilir. Ayrıca hastaların hastalıkları ile ilgili utanç duymaları ve diğer insanların ifade ettiği tikslenme gibi duygular nedeniyle hastaların yaşamları derinden etkilenebilmektedir [21].

Dermatoloji hastaları üzerinde gerçekleştirilen bir çalışmada, yatan hasta grubunun %60'ında ve ayaktan tedavi gören hasta grubunun %30'unda psikiyatrik sorunların mevcut olduğu saptanmıştır [24]. 2015 yılında gerçekleştirilen çok merkezli bir araştırmaya göre, dermatolojik bir hastalığı olan 3635 hastanın %10,1'inde depresyon, %17,2'sinde anksiyete bozukluğu ve %12,7'sinde intihar düşüncesi saptanmıştır [25]. Aynı çalışmanın verilerine göre, psoriasis, intihar düşüncesiyle en sık ilişkilendirilen dermatolojik hastalık olurken, depresyon ve anksiyete bozukluğu ile en çok ilişkilendirilen hastalıklar arasında psoriasis ve atopik dermatit bulunmaktadır [25]. Ayrıca, kişinin iç ve dış çevresinden kaynaklanan etkenleri, zararlı veya tehdit edici olarak algılamasıyla ortaya çıkan, ruhsal ve fiziksel belirtilerle kendini gösteren aşırı uyarılma durumu olarak tanımlanan stresin, bazı dermatolojik hastalıkların ortaya çıkmasına veya mevcut belirtilerin şiddetinde artışa sebep olduğu bilinmektedir [26].

Birçok çalışma, deri hastalıklarının, kişiyi ve çevresini etkileyerek, beden algısı, benlik saygısı ve yaşam kalitesinde olumsuz etkilere neden olduğunu göstermiştir [22]. Bunun yanında, deri sağlığının cinsel cazibe, kişinin kendisini iyi hissetmesi ve özgüveni açısından hayati bir rol oynadığı vurgulanmıştır. Deri hastalığı olan bireylerle sağlıklı kişiler arasında cinsel işlevler ve cinsel doyumda farklılıklar olduğu düşünülmektedir [27].

Psikodermatolojik hastalıklarda, sadece dermatolojik tedavilerin uygulanması yeterli olmayabilir. Her hasta özelinde dermatolojik ve psikiyatrik patolojilerin ilişkisinin değerlendirilmesi, hastanın psikolojik durumu göz önüne alınarak tedavi planı yapılması ve dermatolog ile psikiyatristin iş birliği etkili bir tedavi için kritik öneme sahiptir [28]

2.2. PSORİASİS

2.2.1. Tanım

Psoriasis, poligenik kalıtım gösteren, ilaçlar, enfeksiyon ve stres gibi çeşitli faktörlerin tetiklediği kronik bir inflamatuvar deri ve tırnak hastalığıdır [1]. Klinik olarak en sık vücudun ekstansör yüzeylerinde veya saçlı deride bulunan, sağlıklı deriden keskin sınırlarla ayrılan, kırmızı-somon pembesi renginde, beyaz-gümüş pullarla kaplı, eritemli, papüloskuamöz plaklardan tüm vücutta şiddetli tutulumu kadar değişen bir görünümde seyreden otoimmün bir hastalıktır [2].

2.2.2. Tarihçe

İnsanlık tarihi kadar eski bir hastalık olduğu düşünülen psoriasis ile ilgili ilk tanımlamalar Hipokrat (M.Ö. 416-377) ve Celsus (M.Ö. 25 – M.S. 45) tarafından yapılmıştır. Hipokrat hastalığa “psora” adını vermiş, Celsus da bir çeşit impetigo olduğunu ifade etmiştir [29]. İlk çağlardan itibaren bilinen bir hastalık olmasına rağmen ayrı bir klinik antite olarak ifade edilmesi 19. yüzyıl başlarına dayanmaktadır. Dermatolog Ferdinand von Hebra, 1841 yılında hastalığın lepradan ayrımını yapmış ve “psoriasis” ismini kullanan ilk hekim olmuştur [30]. Daha sonrasında sınıflandırma ve hastalığın fizyopatolojisini açıklama çalışmaları devam etmiştir. Heinrich Köbner 1872 yılında Köbner fenomenini, Heinrich Auspitz de Auspitz fenomenini tanımlayarak bu bulguların psoriasis tanısı konmasına yardımcı olabilecek bulgular olduklarını ifade etmişlerdir. 20. yüzyıl ve son zamanlarda da hastalığın genetik, immünolojik yönlerini açıklamaya ve tedaviye dair araştırmalar hız kazanmıştır [29].

Tedavide, Galen'in kullandığı engerek suyundan 1940'lı yıllarda retinoidlere, günümüzde de bazı biyolojik ajanların keşfedilmesine kadar uzanan yolda büyük aşamalar kaydedilmiştir [31]. Psoriasis, tanı ve tedavi açısından en hızlı ilerlemelerin olduğu günümüzde bile, birçok bilinmeyen yönüyle gizemini koruyan bir hastalık olmaya devam etmektedir.

2.2.3. Epidemiyoloji

Psoriasis prevalansı, yakın zamanda yapılan bir meta-analizde, yetişkinlerde %0,51 ile %11,43 çocuklarda ise %0 ile %1,37 arasında bulunmuştur [32]. Yapılan diğer bir araştırmada ise, batı ülkelerindeki psoriasis prevalansının %2 ile %4 arasında olduğu belirtilmiştir [33]. Türkiye'de yapılan toplum tabanlı bir çalışmada da, Trabzon ilindeki psoriasis prevalansı incelenmiş ve erişkinlerde %1,1 olarak bildirilmiştir [34]. Bütün yaş gruplarında psoriasis insidansının araştırıldığı Hollanda'da yürütülen bir çalışmada, insidans 100.000'de 120-130 olarak saptanmıştır [35].

Psoriasisın her iki cinsiyette de benzer oranda görüldüğüne dair görüşler yaygın olmakla birlikte, ülkemizde yapılan bir araştırmada 3.971 hastanın %52,3'ü erkek, %47,7'sinin de kadın olduğu saptanmıştır. Hastalık herhangi bir yaşta başlayabilir ancak başlangıç yaşının pik yaptığı 20-30 ve 50-60 olmak üzere iki aralık bulunmaktadır [36]. Hastalığın sıklığı çocuklarda daha azdır ve hastaların yarısından fazlasında, hastalık 40 yaşının altında başlamaktadır [1].

Psoriasiste genetik bir yatkınlığın olduğu bilinmekle birlikte, yapılan bir çalışmada hastaların birinci derece akrabalarında hastalık gelişimi %40 olarak bulunmuştur [37].

Ülkemizde yapılan bir çalışmada, hastaların %79,7'sinin plak tipi psoriasis olduğu saptanmıştır ve bu veri, plak tipi psoriasisın en sık görülen klinik form olduğu hakkındaki diğer çalışmaların verileriyle uyumludur [36].

Psoriasisın en sık deri dışındaki tutulumunun kas iskelet sistemidir ve yapılan bir çalışmada hastaların %20'sinde psoriatik artrit saptanmıştır [38]. Kardiyovasküler hastalıklar, metabolik sendrom, diyabet ve depresyon en yaygın görülen komorbiditelerdir [39]

2.2.4. Etiyopatogenez

Psoriasis, etiyopatogenezinde genetik, immünolojik ve çevresel faktörlerin karmaşık bir etkileşiminin rol oynadığı kronik ve inflamatuvar bir deri hastalığıdır. Bu faktörlerin birbirleriyle etkileşimi sonucunda, deri ve immün sistem içinde bir dizi hücresel eleman ve mediat r n katıldığı ve çeşitli olayların tetiklendiği bir süreç hastalığa neden olmaktadır [40]. Özetle, genetik olarak yatkın bireylerde çevresel tetikleyicilere bağışıklık sisteminin düzensiz tepkisi, psoriasis gelişiminin ana nedeni olarak gözükmektedir [41].

 kizler üzerinde yapılan araştırmalarda, çift yumurta ikizlerinde psoriasis görülme olasılığının %15 ile %30, tek yumurta ikizlerinde ise %65 ile %72 arasında değiştiği belirtilmiştir. Bu sonuçlar, genetik yatkınlığın hastalık etiyolojisinde önemli bir yeri olduğunu göstermektedir [40]. Psoriasis hastalığına yatkınlık oluşturabilen genetik faktörler arasında önemli bir yere sahip olan majör histokompatibilite kompleksi (MHC) içinde bulunan insan lökosit antijeni (HLA) HLA-Cw*0602 varyantı, psoriasis hastalarının yaklaşık %30’unda saptanan bir genetik özelliktir [42]. Bu allelin mevcudiyeti, psoriasis geliştirme olasılığını 10 ile 20 kat arttırmaktadır [40]. Farklı bir araştırma ise “psoriasis duyarlılık genleri” olarak bilinen PSORS1-12’nin, hastalıktaki genetik riskin yaklaşık %35-40’ını oluşturduğunu ortaya koymaktadır [43]. Bu genlerin çoğu, bağışıklık yanıtını etkileyerek psoriasis gelişiminde rol oynarken, bazıları ise keratinositlerin farklılaşmasını ve çoğalmasını etkileyerek rol oynar. Her ne kadar psoriasis geliştirme riskini arttıran bir dizi genetik değişiklik tanımlanmış olsa da, hastalığın fenotipi ve şiddeti üzerine etkili ortak bir genetik patoloji saptanamamıştır [40].

Hastalığın gelişiminde deri ve immün sistemin hücresel elemanlarının etkileşiminin merkezi olduğu kabul edilir. Araştırmalar, psoriasisin etiyopatogenezinde doğal ve edinilmiş immün sistem hücrelerinin, özellikle de Th17/23 aksının disregülasyonunun etkili olduğunu göstermiştir [44]. Psoriasis hastalarında, T-lenfositlerin, özellikle de Th17’lerin, aktivasyonu sonucu salınan IL-17, IL-22 ve tümör nekroz faktör-a (TNF- ) gibi proinflamatuvar sitokinler, keratinosit hiperplazisi ve inflamasyona sebep olurlar [45]. Keratinositlerin ürettiği sitokinler ise Th17 hücrelerinin farklılaşmasına yol açan IL-23 üretimini uyarır ve psoriasisin önemli belirtilerinden biri olan anjiyogenezin başlamasına neden olan

mediatörleri üretir. Sonuç olarak psoriasis, kronik bir döngü içinde ilerleyen, immünolojik kökenli inflamasyon ve epidermal hiperplazi temelinde karakteristik plakların oluştuğu bir hastalıktır [46].

Çevresel faktörler, genetik ve immünolojik faktörlerle etkileşerek psoriasisin etiyopatogenezi üzerinde önemli bir rol oynamaktadır [41]. Enfeksiyonlar, özellikle de streptokok farenjiti, immün yanıtı uyarabilmesi nedeniyle psoriasisin başlamasıyla ilişkili bulunmuştur [47]. Belirli ilaçlar, özellikle lityum, beta-blokerler ve antimalaryal ajanlar, bazı kişilerde psoriasisin başlamasına veya belirtilerin şiddetlenmesine neden olabilir. Bununla birlikte, yaşam tarzı tercihleri arasında yer alan sigara içme ve obezite gibi etmenler, psoriasis geliştirme riski ile ilişkilendirilmektedir. Psikolojik stres ise immün yanıtları etkileyerek belirtilerin şiddetlenmesine katkıda bulunabilir [47]. Özetle, genetik yatkınlığı olan bireylerde, çevresel faktörlerin immün sistemi harekete geçirdiği ve bu bireylerin çevresel etkenlere karşı daha duyarlı oldukları düşünülmektedir [41].

Çevresel faktörler arasında psikolojik stres, psoriasisin başlama mekanizmasına katkıda bulunabilen veya mevcut belirtilerin şiddetini arttırabilen önemli bir tetikleyici olarak kabul edilmektedir. Stres faktörünün, hastalığın ilk başlangıcında %44'lük bir etkiye sahip olabileceği, alevlenme dönemlerinde ise bu etkinin %80'e kadar çıkabileceği gözlemlenmiştir [48]. Psoriasisin stresle tetiklenme mekanizmasının açıklamalarından biri, stresin dermal sinir uçlarından substans P, vazoaaktif intestinal peptid, sinir büyüme faktörü (NGF) gibi pek çok proinflamatuvar peptid salgılanmasını tetikleyerek nörojenik bir inflamasyon oluşturmaktadır [49]. Ayrıca, psikolojik stresin hipotalamus-hipofiz-adrenal aksı üzerinden kortizol düzeylerine (HPA) ve sempatik-adrenal-medüller sistem (SAM) üzerine etkileri olduğu bilinmektedir. HPA aksının aşırı aktivasyonu sonucu artan kortizol düzeyleri, immün sistem ve inflamasyon üzerine olumsuz etkileri sebebiyle, hastalığın şiddetini arttırmaktadır. Uzun süreli stres, bu sistemlerin aşırı uyarılmasına, proinflamatuvar sitokinlerin artışına ve dolayısıyla hastalığın şiddetinde artışa sebep olabileceğinden, stresin uygun bir şekilde yönetilmesi bu hastalarda önem kazanmaktadır [50].

2.2.5. Psoriasis Klinik Tipleri

2.2.5.1. Plak Tipi Psoriasis

Plak tipi psoriasis, diğer adıyla psoriasis vulgaris, olguların yaklaşık %90'ını oluşturan, en yaygın rastlanan psoriasis varyantıdır [41]. Eritemli plakların, gümüşü kolayca dökülebilen skuamlarla kaplandığı hiperkeratotik lezyonlarla karakterizedir. Genellikle sınırları belirgin ve oval şekilli olan plaklar, simetrik bir dağılım gösterirler [51]. Lezyonlar sıklıkla saçlı deride, diz ve dirsek gibi ekstremitelerin dış yüzeylerinde, bel ve genital bölge gibi alanlarda bulunur. Hastaların kaşıntı, irritasyon ve ağrı gibi yakınmaları olabilir [52]. Spesifik laboratuvar bulgusu yoktur ve tanı genellikle klinik görünümüne dayanır. Tanı koymaya yardımcı olabilecek bazı psoriasis fenomenleri şunlardır: “mum lekesi fenomeni” plakların kazınmasıyla skuamların parça parça dökülmesi; “Auspitz fenomeni” plakların kazınmasına daha da devam edilmesiyle noktasal kanama odaklarının oluşması; “Koebner fenomeni” ise ciltte meydana gelen bir hasar sonrası yeni psoriasis lezyonlarının oluşması olarak tanımlanmaktadır [53]. Hastalığın seyri bazı kişilerde epizodik nüksler ve remisyonlar şeklinde kendini gösterirken, diğerlerinde ise kronik bir seyir izlenebilir [54].

2.2.5.2. Guttat Psoriasis

Guttat psoriasis, özellikle çocuklar ve genç erişkinlerde ortaya çıkan, genellikle gövdeden başlayıp ekstremitelere yayılan, eritemli skuamlı damla şeklinde lezyonlarla karakterizedir [55]. Klinik muayene, tanı için genellikle yeterli olur ve öncesinde geçirilmiş streptokok enfeksiyonu öyküsü olması tanıya yardımcı olabilir [56]. Seyrinde kendiliğinden düzelme gösterebilen bir hastalıktır ve bazı durumlarda plak tip psoriasis ile ilerlediği gözlemlenmiştir [57].

2.2.5.3. Eritrodermik Psoriasis

Psoriasisin nadir rastlanan şiddetli bir formu olan eritrodermik psoriasis, derinin %90'ından fazlasını etkileyen, hızla yayılan eritem ve ardından gelişen skuamlarla karakterize bir hastalıktır. Lityum ve bupropion gibi psikiyatrik ilaçlar ve stresle tetiklendiğine dair çalışmalar mevcuttur [58]. Ateş, taşikardi, ödem ve dehidratasyon gibi sistemik belirtiler görülebilir. Tanıda hastanın ve ailesinin psoriasis öyküsü, psoriasis belirtileri, tetikleyici faktörler ve histopatolojik inceleme önemlidir

[59]. Bazı hastalarda yavaş ilerleyen daha stabil bir seyir gözlenirken, bazılarında hızlı gelişen bir eritem ve kötüleşen bir prognoz gözlemlenir [58].

2.2.5.4. Palmopantar Psoriasis

Vücudun diğer bölgeleriyle birlikte veya yalnızca avuç içi ve ayak tabanını etkileyen bir psoriasis formudur. Her yaşta görülebilir ve tüm vakaların %5'ini oluşturur [60]. Lezyonlar sıklıkla sınırları belirgin, diğer psoriasis türlerine göre daha hafif eriteme sahip ve daha belirgin hiperkeratoza eşlik eden ağrılı plaklar şeklindedir [61].

2.2.5.5. Püstüler Psoriasis

Ateş ve bitkinlik gibi sistemik belirtilere eşlik eden, genellikle gövde ve ekstremitelerin proksimal kısımlarında yoğunlaşan, yaygın eritem ve steril püstüllerle birlikte, yaşamı tehdit edebilecek düzeyde şiddetli olabilen bir psoriasis formudur. Diğer psoriasis tiplerine göre daha az sıklıkla ve genellikle yetişkinlerde görülür [62].

2.2.5.6. İnvers Psoriasis

İnvers psoriasis, psoriasisın tipik olarak yerleştiği vücudun ekstansör bölgelerinin aksine, kasık, koltuk altı, göbek kıvrımı, meme altı gibi nemli ve sürtünmeye açık bölgelerini etkileyen bir türdür [63]. Çoğunlukla erişkinlerde, özellikle de obez bireylerde daha sık görülür ve psoriasis vakalarının %3-7'sini oluşturmaktadır [64]. Lezyonlar, sınırları belirgin, eritemli ve diğer psoriasis türlerine göre daha az skuamlıdır. İnvers psoriasisli hastalarda, genital bölgenin tutulumu, olguların yaklaşık %79'unda gözlenir [65].

Genital psoriasis, tutulumun olduğu diğer vücut bölgelerine göre daha önemli psikososyal ve cinsel sorunlara yol açan ve yaşam kalitesinde azalmaya neden olan bir psoriasis türüdür [66]. Kadınlarda genellikle vulva, erkeklerde de penis bölgesi daha sık etkilenir. Hastaların büyük bir bölümünde kaşıntı, ağrılı cinsel ilişki ve yanma gibi yakınmalar gözlenir. Bir çalışmada, vakaların %34'lük bir bölümünde belirtilerin ilişki sonrası arttığı ve %80'e kadar olan bir oranda hastaların cinsel birliktelikten kaçındığı bulunmuştur [67].

2.2.6. Psoriasise Eşlik Eden Komorbiditeler

Psoriasis, kronik inflamatuvar bir deri hastalığı olarak tanımlanır ancak bu inflamatuvar süreç sadece deriyle sınırlı kalmaz ve bazı hastalıklar psoriasise sıklıkla eşlik eder. Örneğin, psoriasis hastalarında genel topluma göre, hipertansiyon, metabolik sendrom, obezite, tip 2 diyabet gibi kardiyovasküler risk faktörlerinin daha sık görüldüğü miyokard enfarktüsü, inme ve koroner arter hastalığı gibi hastalıkların sıklığının arttığı saptanmıştır [68,69]. Bununla birlikte, ülseratif kolit ve Crohn gibi immün sistem aracılı mekanizmalarla meydana gelen bazı hastalıkların, psoriasis ile sık birliktelik gösterdiğine dair giderek artan kanıtlar mevcuttur [70].

2.2.6.1 Psoriasis ve Psikiyatrik Komorbiditeler

Deri, vücudu sıvı kaybından ve enfeksiyonlardan korumanın da ötesinde, sosyal etkileşimi, beden algısını, benlik saygısını, cinselliği, kişinin başkaları tarafından algılanma biçimini ve diğer birçok faktörü etkileyen bir organdır. Psoriasis gibi, vücudun herhangi bir bölgesinde görülebilen ve dokunulabilir lezyonlarla karakterize bir patoloji, bu psikososyal faktörler üzerinde derin etkilere sahip olabilir ve bu nedenle psikiyatrik komorbiditeler bu tür hastalıklarda sıkça görülebilir [7].

Psoriasis hastalarının genel topluma oranla depresyon, anksiyete ve intihar riskinin arttığı belirtilmiştir [71]. Bir çalışmada, hastaların %44'ünde depresyon, %55'inde ise anksiyete bozuklukları saptanmıştır [7]. Sürekli kaşıntı, lezyonların fiziksel görünümü, damgalanma ve aleksitimi bu hastalardaki yüksek anksiyete oranlarına katkıda bulunmaktadır [72,73]. Anksiyetenin HPA aksı ve sempatik adrenal medüller sistem üzerine etkileri de psoriasisın şiddetini artırarak bu iki yönlü ilişkiyi oluşturur [50]. Bununla birlikte, yüksek Psoriasis Alan Şiddeti İndeksi skorları, yüz ve genital bölgede lezyonların olması, düşük benlik saygısı ve sosyal izolasyon gibi faktörler ise hastaların psoriasisın psikososyal etkileriyle mücadele etmesini zorlaştırabilir ve bu durum depresyona neden olabilir [74,75]. Bu bağlamda, psoriasis ve depresyon arasındaki ilişkiyi anlamamıza yardımcı olabilecek, her iki hastalığın etiyopatogenezinde önemli bir rol oynayan ortak proinflamatuvar sitokinler de göz önünde bulundurulmalıdır [76].

Psoriasis ve cinsel işlev bozuklukları arasındaki ilişkinin incelendiği, 120 hastanın dahil edildiği öncü bir çalışmada, hastaların %40,8'inde cinsel işlev bozukluğu

saptanmıştır [10]. Çalışmalardan birinde ise hem erkek hem de kadın psoriasis hastalarının dörtte birinin, tanı aldıktan sonra cinsel işlevlerinde bozulma olduğu bildirilmiştir [15]. 2014 yılında yapılan bir çalışmada ise, cinsel organlar, kalça, karın ve bel bölgesindeki lezyonların cinsel işlev bozukluğu ile istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkisinin olduğu belirtilmiştir [14].

Bir çalışmada, psoriasis hastaları ile yeme bozukluğu tanısı olan hastalar arasında ortak psikopatolojik özellikler olduğu saptanmıştır. Tikanırcasına yeme bozukluğunun ise, psoriasis hastalarında metabolik sendrom gelişmesine sebep olan psikopatolojik faktörlerden biri olduğu bulunmuştur [77].

Psoriasis hastalarının kullandığı maladaptif başa çıkma stratejileri ve savunma mekanizmaları, alkol ve madde kullanım bozukluğu sıklığı ile ilişkilendirilmiş olup, depresyon, damgalanma gibi faktörler de bu ilişkiyi arttırmaktadır [78,79].

Psoriasis hastalarında deri lezyonlarının sebep olduğu kaşıntı, ağrı ve sık görülen depresyon gibi çeşitli faktörler uyku bozukluklarına sebep olmaktadır [80]. Bu faktörler insomniaya, uykunun bölünmesine, uyku süresinin azalmasına ve artmış gündüz uykusuna neden olarak psoriasis hastalarında uyku kalitesinde azalmaya yol açabilir [81]. Bir araştırma, psoriasis hastalarının, insomnia tanısı alma olasılıklarının, genel popülasyona oranla 4,3 kat daha yüksek olduğunu göstermiştir [80].

2.2.7. Tedavi

Psoriasis tedavisinin temel amacı, belirtileri kontrol altına almak, derideki inflamasyonu hafifletmek ve anormal immün yanıtı düzenlemektir. Kronik ve sık nükseden bir hastalık olduğundan, tetikleyici faktörleri saptayarak bu faktörlere karşı koruyucu önlemleri almak, stres yönetimini geliştirmek, sigara ve alkol tüketiminden kaçınmak gibi yaşam tarzı değişiklikleri tedavide oldukça kritiktir [82].

Genellikle hafif ve orta şiddetteki psoriasis vakalarında salisilik asit, nemlendiriciler, katran, antralin, topikal kortikosteroidler, D vitamini analogları, takrolimus ve pimekrolimus, tazaroten gibi topikal tedaviler tercih edilir. Bazı vakalarda ise ultraviyole B (geniş ve dar bant), psoralen ve ultraviyole A (yerel ve sistemik), hedefe yönelik ekzimer lazer gibi foto (kemo) terapi seçenekleri kullanılır. Daha şiddetli vakalarda ise sistemik tedavi seçeneklerinden metotreksat, siklosporin,

asitretin, fumarik asit, apremilast gibi geleneksel tedaviler veya TNF- α inhibitörleri (etanersept, infliksimab, adalimumab), IL-17 inhibitörleri (sekukinumab, iksekizumab) ve IL-23 inhibitörleri (ustekinumab, guselkumab) gibi biyolojikler devreye girer [83].

Psoriasis hastalarında, eşlik eden psikiyatrik bozuklukların saptanıp tedavi edilmesi, hastaların tedaviye uyumlarının artması ve yaşam kalitelerinin iyileşmesi açısından son derece önemlidir. Başlangıçta, hastalığın kronik özelliğinin vurgulanarak, kesin bir tedavi seçeneğinin mevcut olmadığı ve dönemsel nükslerin mümkün olduğunun hasta eğitiminde öncelikli konular arasında olmasına, tedavi uyumunun sağlanması açısından dikkat edilmelidir [84].

Bazı psoriasis hastalarının kendilerini ve diğer insanlarla olan etkileşimlerini algılayış biçimlerinde çarpık bilişsel süreçler olduğu bilinmektedir. Bir araştırma, mevcut psoriasis tedavisi ile uygulanan bilişsel davranışçı terapinin hastalığın şiddetinde ve anksiyete ile depresyon semptomlarında azalma sağladığını göstermiştir [85]. Başka bir çalışmada ise, mevcut psoriasis tedavisine ek olarak gerçekleştirilen motivasyonel görüşmenin hastalık şiddetini azaltma üzerindeki olumlu etkisi saptanmış ve bu etkinin 6 aylık takip süresi boyunca devam ettiği gözlenmiştir [86].

2.3. CİNSELLİK VE CİNSEL İŞLEVLER

Cinsellik, bireylerin cinsiyeti, cinsiyet kimliği, cinsel yönelimi, cinsiyet rolü ve cinsel davranışlarıyla ilgili tüm yönleri içeren, biyolojik, psikolojik, sosyal, kültürel ve kişisel deneyimler tarafından şekillenen her birey için farklılık gösteren çok boyutlu bir kavramdır. Cinsel sağlık ise; sadece hastalık, işlev bozukluğu veya sakatlığın olmaması değil, duygusal, zihinsel ve sosyal olarak cinsellikle ilgili bir iyilik hali olarak tanımlanır. Cinsel sağlığın önemli bir parçası olan cinsel işlevler, cinsel aktivite sırasında gerçekleşen fizyolojik ve psikolojik süreçleri kapsamaktadır [87].

İnsanın cinsel uyarılma sürecini anlamak için, Masters ve Johnson tarafından uyarılma, plato, orgazm ve çözülme evresi olmak üzere dört farklı evreye ayrılan bir model geliştirilmiştir. İlk evre olan uyarılma evresinde, erkeklerde ereksiyon ve kadınlarda genellikle vazokonjesyonun arttığı gözlemlenir. Uyarılma evresinin devamındaki plato evresinde, cinsel heyecanın artmasıyla kişi orgazm noktasına ulaşabilecek bir seviyeye erişir. Sonrasında, pelvik bölgede yoğun bir hazzın

hissedildiği, erkeklerde ejakülasyonun gerçekleştiği, kadınlarda ise vajinal kaslarda ritmik kasılma hareketlerinin olduğu orgazm evresine geçilir. Son evre olan çözülme evresinde, orgazm sonrasında meydana gelen fizyolojik değişiklikler sırasıyla normale döner. Bu evre sonrasında kadınlar cinsel uyarılmaya tekrar yanıt verebilirler ancak refrakter bir döneme giren erkekler bu dönem süresince cinsel uyarılara yanıt veremezler [88].

Daha sonraki çalışmalarda Kaplan, ilk aşama olarak nitelendirdiği “cinsel istek” kavramını ortaya atmış ve cinsel yanıt evrelerinin üç temel aşaması olduğunu vurgulamıştır. İkinci aşama, uyarılma ve plato evrelerini içeren, parasempatik sistemin etkin olduğu, erkeklerde ereksiyon ve kadınlarda vajinal lubrikasyon yanıtını içerir. Üçüncü aşama ise, sempatik sistemin etkin olduğu, yoğun fizyolojik tepkilerin gözlemlendiği orgazm evresidir [89]. Çözülme evresinin klinik açıdan önemine dair yeterli kanıtların elde edilememesi sonrasında, cinsel işlevler bu üç temel aşama üzerinden değerlendirilmeye başlanmıştır [90].

Rosemary Basson ise, özellikle kadın cinselliğini daha iyi anlama konusunda önemli katkılarda bulunmuştur. Geleneksel ardışık sıralanan cinsel yanıt modellerinin (lineer model) aksine, cinsel tepkilerin karmaşık, birbirleriyle ilişki halinde ve çok yönlü olduğunu savunmuştur. Bu model, cinselliği duygusal ve ilişkisel faktörlerle birlikte ele alarak cinsel işlevlerin çeşitliliğini, kadınlardaki cinsel nötralite durumunu ve cinsellikte kişiselleştirilmiş deneyimlerin önemini ifade etmektedir [91]

Cinsel işlevlerin nöroendokrin temelleri incelendiğinde, genellikle limbik sistem ve hipotalamus içinde yer alan belirli çekirdekler tarafından düzenlendiği ve çok sayıda nörotransmitter ve hormonun cinsel işlevlerin düzenlenmesinde etkili olduğu gözlemlenmektedir [92]. Cinsel isteğin, dopaminerjik bir süreç olan mezolimbik yolla modüle edildiği, bu süreçte testosteronun da etkisinin olduğu ve prolaktinin cinsel isteği olumsuz yönde etkilediği bilinmektedir [93]. Kolinerjik sistem ve asetilkolinin uyarılma süreçlerinde aktif rol oynadığı, bu süreçlerde erkeklerde ereksiyon, kadınlarda ise lubrikasyonun sağlanmasında hem asetilkolinin hem de nitrik oksitin kilit bir fonksiyon üstlendiği gösterilmiştir [93]. Orgazmın kolaylaştırılmasında ise noradrenerjik lifler ve sempatik innervasyon önemli bir işlev üstlenirken, serotonerjik lifler ve serotonin, orgazmı güçleştirebilir veya inhibe edebilir [92].

Bu bilgiler ışığında, sağlıklı cinsel işlevler, cinsel aktivitenin ağrı ve rahatsızlık içermeyen bir deneyim olması, aynı zamanda cinsel istek, uyarılma ve orgazm evrelerinin herhangi psikolojik veya fizyolojik bir zorluk yaşanmadan sorunsuz bir şekilde gerçekleşmesi olarak ifade edilir [94].

2.3.1. Cinsel İşlev Bozukluklarının Etiyolojisi

Cinsel işlev bozuklukları, genellikle bedensel, psikolojik ve kişilerarası etkileşim gibi faktörlerin karmaşık ve çok yönlü bir birleşimi sonucu ortaya çıkar. Bedensel faktörler, çeşitli tıbbi hastalıkları, hormonal dengesizlikleri ve olağan cinsel tepkiyi engelleyebilecek nörobiyolojik patolojileri içerir [95]. Anksiyete, depresyon ve geçmiş travmatik deneyimler gibi psikolojik faktörler de cinsel işlev bozukluklarının oluşumunda önemli bir rol oynar [96]. Kurulan ilişkinin dinamikleri, iletişim sorunları ve sosyokültürel etkiler gibi faktörler ise kişilerarası etkileşim boyutu üzerine etkilidir. Bu boyutları entegre eden biyopsikososyal model, cinsel işlev bozukluğuna katkıda bulunan faktörlerin karmaşık etkileşimini anlamamıza yardımcı olur [97].

Cinsel işlev bozukluklarının ortaya çıkmasında hazırlayıcı, başlatıcı ve sürdürücü bazı etkenler mevcuttur. Cinsel eğitim eksikliği, yaygın cinsel mitler, cinsel deneyim eksikliği, kişilik özellikleri, psikoseksüel gelişim evrelerindeki saplanmalar cinsel işlev bozukluklarının gelişimine ve devamına katkıda bulunan önemli hazırlayıcı faktörlerdendir. Diyabet ve hipertansiyon gibi kronik hastalıklar, depresyon ve anksiyete gibi psikiyatrik bozukluklar, çeşitli ilaçların yan etkileri, alkol ve madde kullanımı, abartılı performans beklentileri, partnerdeki cinsel işlev bozukluğu, cinsel işlevleri olumsuz yönde etkileyen ve cinsel işlev bozukluklarına neden olan başlatıcı etkenler olarak sayılabilir. Başlatıcı faktörler, çözülmedikleri takdirde sorunu devam ettiren unsurlara dönüşebilirler. Cinsel performans kaygısı, cinsellikle ilişkilendirilen suçluluk duyguları, partnerler arasındaki iletişim problemleri sıkça karşılaşılan sürdürücü etkenler arasında yer almaktadır [98].

2.3.2. Kadınlarda Görülen Cinsel İşlev Bozuklukları

2.3.2.1. Kadında Cinsel İlgi / Uyarılma Bozukluğu (KCI/UB)

Ruhsal Hastalıkların Tanısal ve İstatistiksel Başvuru Kitabı-5'e (DSM-5) yeni eklenen KCI/UB, lineer cinsel yanıt döngüsüne yapılan eleştirilere dayanarak ortaya çıkmıştır ve istek ile uyarılmanın eş zamanlı oluşumunu vurgulayarak kadın cinsel deneyimlerini daha kapsamlı bir şekilde ele almaktadır. DSM-5'e göre, tanı konabilmesi için en az 6 ay boyunca çoğu cinsel etkinlikte ortaya çıkan ve klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya neden olan en az üç belirti gerekmektedir. Bu belirtiler arasında, cinsel etkinliğe yönelik ilginin azalması veya tamamen kaybolması, cinsel içerikli düşlemlerin azalması veya hiç olmaması, cinsel etkinlikleri başlatmada veya partnerinin başlatma girişimlerine yanıt vermede güçlük çekme, cinsel etkinliklerin çoğunda coşku ve zevkin azalması veya tamamen yokluğu, cinsel sembollere yönelik ilginin ve uyarılmanın eksikliği veya tamamen olmaması, cinsel etkinlik esnasında cinsel organlarda veya cinsel bölgeler dışındaki bölgelerde duyum olmaması veya azalması yer almaktadır [99].

DSM-5'te yeni bir bozukluk olan KCI/UB'nin yaygınlığı tam olarak bilinmemekle birlikte, 16-44 yaş arasındaki kadınlarda "cinsel ilgi azlığı" belirtisine odaklanan bir araştırma, bu bozukluğun %40,6 oranında bir yaygınlık gösterdiğini saptamıştır [100]. Başka bir araştırma ise, 29 ülkeden 40-80 yaş arasındaki kadınları incelemiş ve en sık rastlanan sorunların cinsel istek azlığı (%26-43), orgazm bozukluğu (%18-41) ve uyarılma bozukluğu (%16-38) olduğunu tespit etmiştir [101].

KCI/UB'nin etiyolojisi, biyolojik ve psikososyal faktörlerin birbirleriyle karmaşık etkileşimini içerir. Biyolojik olarak hormonal dengesizlikler, nörobiyolojik anormallikler, diyabet ve hipertansiyon gibi tıbbi durumlar bu bozukluğun ortaya çıkmasına katkıda bulunabilir [102]. Aynı zamanda, partnerdeki cinsel işlev bozuklukları, partnerle yaşanan iletişim sorunları ve uyumsuzluk, cinsel mitler ve cinsellikle ilgili suçluluk duyguları da bu bozukluğun oluşumuna etki edebilir. Depresyon ve anksiyete gibi psikiyatrik bozukluklar, düşük benlik saygısı, cinsel travma, serotonin geri alım inhibitörleri gibi bazı ilaçların kullanımı da yine bozuklukla ilişkilidir [98].

2.3.2.2. Kadında Orgazm Bozukluğu (KOB)

Orgazm, cinsel uyarılma sürecinin doruğa ulaştığı ve bu sırada bedenin ritmik kasılmalarla gerilimi serbest bıraktığı, karmaşık fizyolojik ve psikolojik süreçleri içeren yoğun haz veren bir deneyimdir [103]. KOB ise, DSM-5'e göre, yeterli cinsel uyarıya rağmen her cinsel etkinlikte veya cinsel etkinliklerin çoğunda orgazmın belirgin bir şekilde gecikmesi, seyrek olması veya hiç yaşanmaması ve orgazm duyumlarının yoğunluğunun çok düşük olması olarak tanımlanır. Bu durum en az 6 ay boyunca devam etmeli ve klinik açıdan anlamlı bir rahatsızlığa yol açmalıdır [99]. Eğer bu bozukluk, bireyin cinsel etkinliğe başladığı zamanlardan itibaren devam ediyorsa “yaşam boyu” olarak nitelendirilir; ancak cinsel işlevlerin sonradan etkilendiği bir süreç tarif ediliyorsa “edinsel” olarak tanımlanır [99].

Orgazm zorluklarının yaygınlığının kesin olarak belirlenmesi zor olsa da, klinik araştırmalar, kadınlarda en sık karşılaşılan ikinci cinsel işlev bozukluğunun KOB olduğunu göstermektedir [104]. Cinsel Tutum ve Davranışlar Küresel Araştırması'nda kadınların orgazma ulaşamama yaygınlığının %17,7 ile %41,2 arasında olduğu, bir derlemede ise, KOB yaygınlığının %3 ile %34 arasında değiştiği saptanmıştır [105,106].

Çeşitli psikolojik faktörler ve fiziksel hastalıklar, orgazm işlevini bozma potansiyeline sahiptir. Suçluluk hisleri, cinsel travmalar, partnerle olan iletişim bozuklukları, yetersiz cinsel deneyim ve bilgi, depresyon, anksiyete ve diğer psikiyatrik bozukluklar, orgazm sorunlarının temel psikolojik nedenleri arasında yer almaktadır [107]. Ayrıca, cinsel birleşme süresindeki yetersizlik, yetersiz ön sevişme ve cinsel uyarı, partnerdeki erken boşalma veya ereksiyon zorluğu gibi faktörler de orgazm bozukluğuna neden olabilir [98]. Multipl skleroz, romatoid artrit, tiroid bozuklukları, radikal histerektomi sonucu oluşan pelvik sinir hasarı gibi birçok hastalık KOB ile ilişkili bulunmuştur [108]. Ek olarak, seçici serotonin geri alım inhibitörü (SSGİ) kullanan kadınların %30 ile %60'ında, orgazm bozukluğu saptanmıştır [109].

2.3.2.3. Genito-Pelvik Ağrı / Penetrasyon Bozukluğu (GPA/PB)

DSM-5'in önceki sürümünde, vajinal penetrasyon sırasında ağrı yaşayan kadınlara genellikle disparoni veya vajinismus tanısı konulmaktaydı. Ancak,

vajinismusun disparoni kaynaklı olabilme olasılığı gibi, bu iki durum arasındaki sınırları belirsizleştiren nedenlerden dolayı, bu iki tanı “Genito-Pelvik Ağrı / Penetrasyon Bozukluğu” (GPA/PB) adı altında birleştirildi [110]. DSM-5’e göre, vajinal birleşme sırasında süregelen veya tekrarlayan güçlüklerle kendini gösteren, vajinaya girme veya girme girişimleri sırasında vulvovajinada veya pelvis bölgesinde belirgin ağrı yaşama, vajinaya girme süreciyle ilgili korku veya kaygı duyma ve pelvis tabanı kaslarını aşırı germe veya sıkma davranışı belirtilerinden birinin veya daha fazlasının olmasıyla tanımlanır [99]. ICD-11’de ise “Cinsel Sağlıkla İlgili Durumlar” başlığı altında “Cinsel Ağrı / Penetrasyon Bozukluğu” yer almaktadır ancak “disparoni” fiziksel etkenlerin neden olduğu bir belirti olarak başka bir kategoride sınıflandırılmıştır [111].

GPA/PB’nin, premenopozal dönemdeki kadınların yaklaşık %14 ile %34’ünü, postmenopozal dönemdeki kadınların ise %6,5 ile %45’ini etkilediği saptanmıştır [112]. Portekiz’de yapılan bir araştırmada ise, vajinismus ve disparoni prevalansı sırasıyla %25,5 ve %6,4 olarak bulunmuştur [113]. Ayrıca, GPA/PB’nin diğer cinsel işlev bozukluklarıyla da ilişkili olduğu ifade edilmektedir [112].

GPA/PB’nin etiyolojik faktörleri, biyolojik, psikolojik ve ilişkisel boyutları içermekte olup, bu faktörlerin birbirleriyle etkileşim içinde olarak bozukluğun oluşumuna katkıda bulunduğu düşünülmektedir [114].

Cinsel organlarda ve pelviste ağrının sebebi, cilt ve vulvar mukozanın iltihaplanmasına yol açan genital herpes gibi enfeksiyonlar ve psoriasis gibi dermatolojik hastalıkların neden olduğu doku lezyonları olabilir. Ayrıca hormonal değişikliklerin, özellikle de menopozun, vulvovajinal atrofiye neden olarak ağrı oluşturabileceği bilinmektedir [115]. Araştırmalar, GPA/PB olan kadınlarda pelvik taban kaslarının dinlenme tonusunda bir artış olduğunu ortaya koymuştur ve bu durum şikayetlerin başlamasına ve devam etmesine katkıda bulunabilmektedir [116].

Psikolojik etkenler de geniş bir perspektifte önem taşımaktadır; örneğin, GPA/PB tanısı konulan kadınların genellikle cinsel, fiziksel veya duygusal istismara maruz kaldıkları gözlemlenmiştir [112]. Ek olarak, ağrı şikayetlerinin, depresyon veya anksiyete bozukluğu öyküsüne sahip kadınlarda daha sık gözlemlendiği, bu durumun ise stresin merkezi sinir sistemi üzerindeki etkilerinden kaynaklandığı

düşünülmektedir [117]. Bir araştırmada, pelvik tabanın duygusal etmenlere duyarlı bir anatomik bölge olduğu ve anksiyete durumlarında pelvik kasların refleks kasılma tepkileri ürettiği elektromiyografi yöntemiyle gösterilmiştir [118].

Cinsel eğitim eksikliği, yaygın cinsel mitler, kadınların kendi cinsel organlarına yönelik bilgi eksikliği, bekaret kavramına aşırı vurgu, cinsellik anlayışındaki tabuların etkisi altında bulunan bir toplumsal ve kültürel yapı da GPA/PB oluşumunda rol oynamaktadır [98].

2.3.3. Erkeklerde Görülen Cinsel İşlev Bozuklukları

2.3.3.1. Erkeklerde Hipoaktif Cinsel İstek Bozukluğu (EHCİB)

DSM-5'e göre EHCİB tanısı koymak için, cinsel içerikli düşüncelerin veya hayallerin yanı sıra cinsel aktiviteye duyulan isteğin sürekli veya tekrarlayıcı biçimde düşük olması (veya hiç olmaması) gerekmektedir. Ayrıca, bu belirtiler, en az 6 ay boyunca devam etmeli ve bireyde klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya neden olmalıdır. Eğer bu bozukluk, bireyin cinsel etkinliğe başladığı zamanlardan itibaren devam ediyorsa “yaşam boyu” olarak nitelendirilir; ancak cinsel işlevlerin sonradan etkilendiği bir süreç tarif ediliyorsa “edinsel” olarak tanımlanır. Bozukluğun belirli uyarıcı türleri, durumlar veya partnerlerle sınırlı olması halinde “durumsal” terimi, aksi takdirde ise “yaygın” terimi kullanılır [99].

Farklı çalışmaların örneklem özellikleri ve metodolojik yaklaşımlarına bağlı olarak, EHCİB yaygınlığı %0 ile %40 aralığında değişiklik göstermektedir [119]. Ancak güncel değerlendirmeler, bu bozukluğun genel yaygınlığının %15 ile %25 arasında olduğunu belirtmektedir [120].

Etiyolojisinde birçok faktörün etkili olduğu EHCİB, erkeklerde genellikle hipogonadizm bağlamında ele alınmıştır ve düşük androjen seviyelerinin bir belirtisi olarak düşünülmüştür [121]. Yüksek prolaktin seviyelerinin ise erkeklerde cinsel istek üzerine olumsuz bir etkisi olduğu saptanmıştır [122]. Ayrıca yaşlı erkeklerde, EHCİB'nin ortaya çıkma riski belirgin bir şekilde daha yüksek düzeydedir [123]. Kronik böbrek yetmezliği ve kanser gibi hastalıklar, ya patofizyolojik mekanizmalar ya da ilişkili psikolojik etkilerin sonucunda cinsel isteği azaltmaktadır [123]. İlaçlardan, SSGİ'lerin, düşük cinsel istekle ilişkili olduğu bilinmektedir [124].

Erkeklerdeki cinsel isteğin azalması, sertleşme bozukluğu ve erken boşalma gibi diğer cinsel işlev bozukluklarına bir tepki olarak da ortaya çıkabilir [125]. Ayrıca, çiftler arasındaki ilişkinin dinamikleri, partnerin çekiciliğinin azalması, cinsel yaşamın rutinleşmesi gibi faktörlerin de bu bozukluk üzerine etkileri olmaktadır [126]. Bir araştırmada ise, daha önce psikiyatrik belirtilere sahip olan bireylerin %42,9'unun orta düzeyde veya ciddi derecede istek kaybı yaşadığı, bu tür bir geçmişi olmayan kişilerin yalnızca %15,9'unun benzer düzeyde cinsel istek kaybı olduğu gösterilmiştir [127].

2.3.3.2. Sertleşme Bozukluğu (SB)

SB, herhangi bir cinsel etkinlikte, cinsel tatmin için yeterli penil ereksiyonu sürekli ya da tekrarlayan biçimde elde edememe veya sürdürmemeye durumu olarak ifade edilmektedir [128]. Bu durum, bireyin benlik saygısı, yaşam kalitesi ve partneriyle ilişkisi üzerinde olumsuz etkiler yaratabilmektedir [123]. DSM-5'e göre ise, cinsel etkinliklerin büyük bir kısmında (%75-100) gözlemlenen, cinsel etkinlik esnasında sertleşme elde etmekte belirgin güçlük veya sertleşmeyi sürdürmekte zorluk veya sertliğin belirgin bir derecede azalma olması belirtilerinden birinin yaşanması ve bu belirtilerin en az 6 ay boyunca devam edip klinik olarak da belirgin sıkıntılara sebep olması olarak tanımlanmaktadır [99]. Eğer bu bozukluk, bireyin cinsel etkinliğe başladığı zamanlardan itibaren devam ediyorsa "yaşam boyu" olarak nitelendirilir; ancak cinsel işlevlerin sonradan etkilendiği bir süreç tarif ediliyorsa "edinsel" olarak tanımlanır. Bozukluğun belirli uyarıcı türleri, durumlar veya partnerlerle sınırlı olması halinde "durumsal" terimi, aksi takdirde ise "yaygın" terimi kullanılır [99]

SB, 35 yaş altındaki erkeklerin yaklaşık %10'unda görülürken, 60 yaş ve üzerindeki erkeklerin %50 veya daha fazlasında ortaya çıkan bir bozukluktur [129]. Türkiye'de yapılan bir çalışmada ise, SB yaygınlığı %69,2 olarak belirlenmiş ve yaş ilerledikçe sertleşme bozukluğunun şiddetinde de artış saptanmıştır [130].

Sertleşme işlevi, karmaşık bir vasküler ve nöral etkileşimin sonucudur. Bu bağlamda, sertleşmeye katkıda bulunan nöral veya vasküler yolları etkileyen herhangi bir patoloji, sertleşme bozukluğuna yol açabilir [131]. Dolayısıyla, SB sıklığının, koroner arter hastalığı, diyabet, serebrovasküler hastalıklar ve hipertansiyon gibi vasküler komorbiditeleri olan hastalarda arttığı gözlenmektedir [132]. Bunun dışında, yaşlanma, SB gelişimi için bağımsız bir risk faktörüdür ve tütün kullanımı, obezite,

sedanter yaşam tarzı ve kronik alkol kullanımı da diğer risk faktörleri arasında sayılabilir [133]. Ayrıca, antihipertansif ilaçlar, antidepresanlar ve antipsikotiklerin de sertleşme işlevini bozabilme potansiyeli vardır [134].

SB, organik, psikososyal veya mikst nedenlere bağlı olarak ortaya çıkabilmektedir [98]. Psikososyal etkiler incelenirken, hastanın bireysel özellikleri, partneriyle olan ilişkisi ve çevresel faktörlerin her biri değerlendirilmelidir [123].

Performans anksiyetesi, sertleşme bozukluğu olan bireylerin çoğunda bulunan temel bir psikolojik etken olup, cinsel aktivite sırasında ereksiyonla ilgili endişelere odaklanılan bir hali ifade etmektedir [123]. Bu tür endişeler, SB'nin ortaya çıkmasına, şiddetinin artmasına veya devam etmesine neden olabilir [135].

Depresyon, anksiyete, travma sonrası stres bozukluğu, alkol ve madde kullanım bozukluğu gibi major psikiyatrik bozukluklar, sadece sertleşme bozukluğu üzerine etkili olmayıp, aynı zamanda tedaviye yönelik girişimleri de olumsuz etkileyebilir [123]. Bir araştırmada, depresif belirtilerde artış ile SB arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır [136].

Cinsel veya cinsel olmayan bir travma öyküsü olan bireyler arasında cinsel performansla ilgili zorluklar görülmektedir [123]. Bir araştırmada, cinsel bir travmaya uğramış erkeklerde, SB'nin daha sık görüldüğü saptanmıştır [137].

Bir çalışmada, SB olan erkeklerin, cinsel açıdan sağlıklı erkeklerle karşılaştırıldığında, daha yüksek düzeyde “nörotizm” gösterdikleri saptanmıştır [138]. Freud'a göre, sevgiyi ve şevheti aynı kadınla yaşayamama halinin yarattığı bilinçdışı çatışma, bazı erkeklerde SB olarak kendini gösterebilir. Bu erkeklerde, bilinçdışı olarak annesel olana yaklaşan eşe duyulan şevhet, utanç ve suçluluk duyguları yaratır. Bu çatışma ise, SB belirtisini ortaya çıkarır [139].

SB vakalarının çoğunda, ilişkinin dinamikleri ve partnerle ilgili faktörler, bozukluğa önemli katkıda bulunabilir. Partnerler arasındaki iletişim bozuklukları, erkeğin partnerine yönelik cinsel çekimindeki eksiklik gibi faktörler SB gelişme riskini arttırabilir [123]. Bunun dışında, partnerin vajinismus gibi bir cinsel işlev bozukluğunun olması da sertleşme problemlerine yol açabilmektedir [140].

Ekonomik sıkıntılar, ebeveynlik ile ilgili stresörler, mahremiyet eksikliği ve uygun bir ortamın sağlanamaması gibi çevresel faktörler de SB gelişme riskini arttırabilir [141].

2.3.3.3. Erken Boşalma (EB)

Literatürde EB'nin tanımlanmasıyla ilgili tartışmalar devam etmekle birlikte, DSM-5'e göre EB, partnerli cinsel etkinlik esnasında gözlemlenen, vajinaya girişten sonraki bir dakika içinde gerçekleşen, istem dışı bir ejakülasyon paternini tanımlar. Bu durumun sürekli veya yineleyeci olması, en az 6 ay boyunca devam etmesi, bireyin cinsel etkinliklerinin yaklaşık %75-100'ünde ortaya çıkması ve kişide klinik olarak anlamlı bir sıkıntıya neden olması gerekmektedir. Hafif durumda, boşalma vajinaya girişten sonraki 30 saniye ile bir dakika arasında gerçekleşirken, orta derecede vakalarda bu süre 15-30 saniye arasında değişir. Ağır durumlarda ise boşalma, cinsel etkinliğin öncesinde, başlangıcında veya vajinaya girişten sonra 15 saniye içerisinde olur [99]. Uluslararası Hastalık Sınıflandırması- Versiyon 10'a (ICD-10) göre ise, cinsel ilişkinin başlangıcından önce veya en fazla 15 saniye içerisinde boşalmanın yaşanması olarak tanımlanmaktadır [142]. Bu gibi bir bozukluk, bireyin benlik saygısında azalmaya sebep olabilir ve cinsel ilişkinin kalitesini olumsuz etkileyebilmektedir [143].

EB, erkekler arasında en sık bildirilen cinsel sorundur ve genel nüfustaki yetişkin erkeklerin yaklaşık %25 ile %40'ında EB sorunları olduğu saptanmıştır [144]. Boşalmanın "normal" süresi, kültürler arası ve birey ile partnerinin öznel değerlendirmelerine bağlı olarak değişkenlik gösterse de, literatürdeki bir çalışma, dünya genelinde tüm yaş grupları arasında yaklaşık olarak %30 oranında EB yaygınlığına işaret etmektedir [145]. Bir bozukluk olarak ise, EB yaygınlığının daha düşük olduğu düşünülmektedir [146].

Ejakülasyon, emisyon ve ekspulsiyon olmak üzere iki aşamadan oluşan bir süreçtir. Emisyon aşamasında, seminal sıvının posterior üretraya taşınması ve retrograd ejakülasyonu önlemek amacıyla mesane boynunun kasılması, sempatik innervasyon tarafından düzenlenir. Ekspulsiyon aşamasında ise, kas kasılmaları, spermin anterior üretra boyunca taşınmasını sağlar ve bu süreçte somatik innervasyon önemli bir rol oynar. Ayrıca dopamin, serotonin ve norepinefrin gibi çeşitli nörotransmitterler ejakülasyon fizyolojisinin karmaşık süreçlerinde yer almaktadır [147].

EB'nin etiyolojisi, psikolojik, nörobiyolojik ve çevresel etmenlerin birbirleriyle etkileşiminden oluşur. Psikolojik faktörler içerisinde, hızlı ejakülasyonun temel tetikleyicilerinden biri olarak anksiyete öne çıkar [148]. Kaplan'ın tespitine göre, anksiyetenin artışı, ejakülasyonun emisyon aşamasından sorumlu olan sempatik sinir sistemini harekete geçirir ve EB tetiklenebilir [149]. Özellikle performans kaygısı, bozukluğun devam etmesine ve kaygı seviyesi arttıkça, kaçınma davranışlarının ortaya çıkmasına sebep olabilir [148]. Ek olarak, Masters ve Johnson tarafından ileri sürülen erken koşullanma kavramına göre, hızlı ve kaygılı bir şekilde yaşanan erken cinsel deneyimler, bireyleri hızlı ejakülasyona alıştıracaktır [88].

İkiz çalışmaları, EB'nin varyansının yaklaşık %30'unun genetik etkiler tarafından belirlendiğini göstermiştir [150]. 5-hidroksitriptamin 2C (5-HT2C) reseptörünün genetik olarak düşük duyarlılığa sahip olmasının, daha düşük bir ejakülasyon eşiğine yol açabileceği ve bu durumun minimal uyarı ile bile hızlı bir ejakülasyona neden olabileceği düşünülmektedir [151]. Ayrıca, hipertiroidi, ürolojik ve nörolojik bazı hastalıklar ve belirli ilaçlara bağlı iatrojenik faktörler de EB'nin kompleks etiyolojisine katkıda bulunabilir [152,153].

EB, cinsel işlev bozukluğu olan hastaların %30-50'sinde eş zamanlı olarak görülebilir [154]. Örneğin, bir kişi ejakülasyonu kontrol etmeye çalıştıkça uyarılma düzeyi azalabilir ve bu durum ereksiyon kaybına neden olabilir. Diğer taraftan, ereksiyon elde etmeye yönelik çabalar sırasında uyarılma düzeyini artırmaya çalışmak da EB riskini yükseltebilir [155].

2.3.3.4. Geç Boşalma (GB)

DSM-5'e göre GB, bireyin partnerli her cinsel etkinliği ya da cinsel etkinliklerinin %75-100'ünde, istemediği halde, boşalmanın belirgin bir gecikmeyle gerçekleşmesi ya da seyrek, hatta hiç olmaması ve bu belirtilerin en az 6 ay süresince devam edip bireyde belirgin bir sıkıntıya neden olması olarak tanımlanır. Eğer bu bozukluk, bireyin cinsel etkinliğe başladığı zamanlardan itibaren devam ediyorsa "yaşam boyu" olarak nitelendirilir; ancak cinsel işlevlerin sonradan etkilendiği bir süreç tarif ediliyorsa "edinsel" olarak tanımlanır. Bozukluğun belirli uyarıcı türleri, durumlar veya partnerlerle sınırlı olması halinde "durumsal" terimi, aksi takdirde ise "yaygın" terimi kullanılır [99]. Üçüncü Uluslararası Cinsel Tıp Konsültasyonu ise, geç

boşalmayı, vajinal penetrasyon sırasında boşalma süresinin 20-25 dakikayı aşması ve bu durumun bireyde sıkıntı veya rahatsızlık oluşturmaları olarak tanımlamıştır [156].

Erkek cinsel işlev bozuklukları arasında en düşük yaygınlığa sahip olan GB, cinsel aktif erkek popülasyonunda %1 ile %5 arasında değişen bir sıklıkta görülmektedir [157,158]. “Normal” ejakülasyon süresini tanımlayan evrensel olarak kabul edilmiş bir tanım ve verinin olmayışı, gerçek yaygınlığın saptanmasını güçleştirmektedir [147].

Etiyolojik faktörler, organik ve psikojenik bileşenleri içeren, birbirinden bağımsız olmayan, aksine bir etkileşim içerisinde patolojik sonuçlara yol açan unsurlar olarak düşünülmelidir [147].

Mental veya fiziksel olarak yetersiz cinsel uyarım, partnerin çekiciliğini yitirmesi, sıra dışı mastürbasyon alışkanlıkları ve fanteziler, cinsel yönelimle ilgili uyumsuzluklar, ödipal dönem ile ilgili çatışmalar, kastrasyon, kontrolü kaybetme ve partnere zarar verme gibi bilinçdışı korkular, obsesif kompulsif kişilik özellikleri ve depresyon gibi psikiyatrik bozukluklar etiyolojide önemli etkenlerdir [147,159–161].

Ejakülasyonun santral veya periferik kontrolünü etkileyen herhangi bir konjenital anomali, tıbbi hastalık veya cerrahi girişim GB’ye sebep olabilir [156]. Yaş, diyabet, multipl skleroz gibi nörolojik hastalıklar, ürogenital enfeksiyonlar, hipotiroidizm ve serotonin geri alım inhibitörleri, trisiklik antidepresanlar veya nöroleptikler gibi ilaçların kullanımı da GB’ye yol açabilmektedir [162–166].

2.3.4. Psoriasis ve Cinsel İşlev Bozukluğu

Deri, sıvı dengesini ve vücut ısını düzenleme, vücudu koruyan bir bariyer olma gibi temel görevleri dışında sosyal etkileşimi, cinsel işlevleri, beden algısını ve benlik saygısını da etkileyen bir organ olarak çalışır [7]. Bu yüzden bedenin herhangi bir bölgesini etkileyebilen, görünür ve dokunulabilir lezyonlarla karakterize olan psoriasis gibi bir hastalık, cinsel işlev bozukluklarına neden olabilir [8].

Psoriasis ve cinsel işlev bozuklukları arasındaki ilişkinin incelendiği, 120 hastanın dahil edildiği öncü bir çalışmada, hastaların %40,8’inde cinsel işlev bozukluğu saptanmıştır [10]. Kuveyt’te yürütülen bir çalışma, psoriasis hastalarının %31,6’sında

cinsel işlev bozukluğu olduğunu saptamıştır [167]. Başka bir araştırmada ise, her dört psoriasis hastasından birinde, cinsel işlevlerin etkilendiği gösterilmiştir [168].

Türkiye’de yapılan bir çalışmanın sonuçları, özellikle kadın psoriasis hastalarının, sağlıklı kontrollerle karşılaştırıldığında belirgin bir cinsel işlev bozukluğuna sahip olduğunu ve bu hastalara, daha iyi bir yaşam kalitesi sağlamak için cinsel işlevlerinin değerlendirilmesi gerektiğini vurgulamaktadır [169]. Psoriasis tanılı kadınların dahil edildiği bir çalışmada, cinsel işlev bozukluğu prevalansı %58,6 olarak saptanmış olup, bu prevalans, kontrol grubuna kıyasla istatistiksel açıdan belirgin bir fark göstermiştir [170]. İngiltere’de yürütülen bir çalışmada, psoriasis tanılı kadın hastaların %48,7’sinde cinsel işlev bozukluğu saptanmıştır ve genital bölgesinde lezyonu olan hastaların, bu tür lezyonlara sahip olmayanlara kıyasla belirgin derecede düşük bir yaşam kaliteleri olduğu bulunmuştur [171]. Farklı bir çalışmada ise, psoriasis tanılı kadın hastalarda, hastalığın şiddeti ile genel cinsel memnuniyet arasında olumsuz bir ilişki ortaya konmuş ve genital bölgede lezyonu olan kadınların, vücudun diğer bölgelerinde lezyonu olanlara göre cinsel işlevlerinin belirgin derecede etkilendiği bulunmuştur [172]. 2017 yılında yapılan bir araştırmada, psoriasis tanılı kadın hastalarda, en yaygın cinsel işlev bozukluğunun %20,3 oranında, KCI/UB olduğu belirlenmiştir [173].

2018 yılında gerçekleştirilen, 20-66 yaş arası toplam 76 psoriasis tanılı erkek hastanın dahil edildiği bir çalışmada, hastaların %42’si deri problemleri sebebiyle cinsel aktivitelerinin olumsuz yönde etkilendiğini, %54’ü görünür bölgede lezyonları olduğu zaman utandığını ifade etmiştir [174]. Bir araştırma, psoriasis tanılı erkek hastaların %56’sında SB olduğunu ortaya koymuştur [175]. Başka bir araştırma ise, psoriasis tanılı erkeklerin %58’inde SB bulunduğunu saptamıştır [176] Genel olarak, psoriasis hastalarında SB için temel risk faktörleri arasında, psoriasisın şiddeti, genital bölge tutulumu, hastalığın psikolojik etkileri, sigara gibi yaşam tarzı alışkanlıkları ve kardiyovasküler komorbiditeler yer almaktadır [177]. Bir araştırmada, psoriasisın genital bölgeyi etkilediği durumlarda, yaşam kalitesinde belirgin bir azalma ve cinsel işlevler üzerinde olumsuz etkilerin olduğu gösterilmiştir [11].

Psoriasis, kişinin beden algısını olumsuz yönde etkileyebilen bir hastalıktır. Bu durum benlik saygısında azalmaya, damgalanmaya ve öz güven kaybına neden olabilir. Özellikle de görünür ve genital bölgeler etkilendiğinde, bu duygusal tepkiler

cinsel işlev bozukluğunun gelişimine katkıda bulunabilir. Ayrıca, psoriasis hastalarında cinsel işlev bozukluğu ile ilişkilendirilen fiziksel ve psikolojik faktörlerin ortak etkisini değerlendirmek önemlidir. Diyabet, hipertansiyon, metabolik sendrom gibi hastalıklar, psoriasis ve cinsel işlev bozukluğu arasındaki karmaşık ilişkinin şekillenmesinde belirleyici bir rol oynayabilir [178].

2.4. BEDEN ALGISI

Beden algısı, bireyin kendi bedenine dair içselleştirilmiş bakışını kapsayan çok boyutlu bir yapı olarak tanımlanmaktadır [179]. Cash, bu yapının, bireyin bedenine dair düşüncelerini ve inançlarını kapsayan “bilişsel boyut”, bedeni hakkındaki duygusal deneyimleri içeren “affektif boyut”, beden ölçülerini ve şeklini algılama biçimini ifade eden “algısal boyut” ve beden çeşitli yönlerinin değiştirilmesi, gizlenmesi, bakımının yapılması gibi eylemleri içeren “davranışsal boyut”tan oluştuğunu belirtmektedir [180].

Beden algısı ile ilgili ilk araştırmalar, 1900’lerin başlarında, nörologların beyin hasarı geçirmiş ve ekstremitte kaybı yaşamış bireylerin beden algısı biçimlerini anlamak doğrultusunda başlamıştır [181]. Schilder, 1935 yılında, bireyin kendi bedenine yönelik bu öznel algısının, bedenin fiziksel gerçekliği dışındaki etmenlerle de şekillendiğini ifade etmiştir [182]. Krueger de, beden algısının iç ve dış beden deneyimlerinden türeyen kimliğin bir yansıması olduğunu öne sürmüştür [181].

Nörofizyolojik, sosyokültürel ve bilişsel faktörler arasındaki karmaşık etkileşim, beden algısının oluşumunda ve sürdürülmesinde önemli bir rol oynar [183]. Cinsiyet, akran ilişkileri, ailenin etkileri, sosyalleşme süreçleri, akne, meme gelişimi ve menstrüasyon gibi fiziksel değişimler beden algısının gelişimini etkileyebilmektedir [181].

Price, beden algısının hem prenatal hem de postnatal gelişim dönemlerinde yaşanan deneyimlerle şekillenen öğrenilmiş bir olgu olduğunu ve bu süreçte çapraz kortikal bağlantılar ve ayna nöronların etkin olduğunu belirtmektedir [184]. Yaşamın erken dönemlerinde başlayan sosyalleşme süreciyle birlikte, bireyin kendini tanıma duygusunun iki yaşına kadar geliştiği ve bu süreç içinde, üç yaşına kadar cinsiyet farkındalığının oluşmaya başladığı öngörülmektedir. Çocukların vücut görünümleriyle ilgili farkındalıkları geliştikçe, ebeveynlerinden beden görüntüleriyle

ilgili onay alma arzuları artar ve zaman içinde bu arzu, çevrelerine yönelir. Aynı zamanda, erkeklerin güçlü kollar ve kaslara sahip olması, kadınların güzel bir cilt ve saç olması gerektiği gibi bazı toplumsal ölçütler bu dönemlerde fark edilir. Bu süreçlerde yaşanan zorluklar, bireyin düşük bir beden algısı geliştirmesine sebep olabilir [185]. Preadölesan dönemdeki çocukların dahil edildiği bir çalışmada, kızların %50'si ve erkeklerin %30'u bedenleriyle ilgili memnuniyetsizlik ifade etmiştir [186].

Ergenlik, hem fiziksel hem de sosyal değişimlerle birlikte, beden algısı gelişimi için önemli bir evredir. Bu süreçte ebeveyn ve ergen arasındaki ilişkinin olumlu bir beden algısı oluşumu açısından taşıdığı önem vurgulanmaktadır [187]. Zamanla, ebeveyn etkisi azalırken akran etkisi önem kazanmaya başlar; bu dönemde beden görüntüsüyle ilgili alay edilme veya reddedilme, düşük bir beden algısı gelişiminde etkili bir faktör olabilmektedir [188].

Düşük beden algısı, bireylerin bedenlerini algılama süreçlerinin bir veya daha fazla bileşeninde ortaya çıkan ve genellikle görünümüleriyle ilgili memnuniyetsizlikle karakterize edilen bir durum olup sıklıkla kendini tartma, aynaya sık bakma ve kaçınma davranışlarıyla ifade edilir [189]. Beden algısındaki yanılsamaların vücut dismorfik bozukluğu, anoreksiya nervroza ve bulimiya nervroza gibi ciddi psikiyatrik bozuklukların temel bir bileşeni olduğu bilinmektedir [190]. Ayrıca, beden algısındaki bozulmaların düşük benlik saygısı, depresyon ve cinsel işlev bozukluklarıyla ilişkili olduğu düşünülmektedir [191–193].

Beden algısını etkileyen en önemli biyolojik faktörlerden biri, vücut kitle indeksi (VKİ) dir. Yüksek VKİ değerlerine sahip bireyler, genellikle bedenleriyle ilgili olumsuz duygusal tutumlar sergilemektedirler [185]. Ayrıca, normal kilolu bireylerle karşılaştırıldığında, aşırı kilolu bireyler sosyal etkileşimlerde bulunduklarında, olumsuz bir şekilde değerlendirilme kaygısını daha fazla hissetmektedirler [194].

Beden algısı, benlik saygısı ile sıkı bir şekilde bağlantılıdır. Örneğin, bireyin benlik saygısının yüksek olması, VKİ'nin yüksekliği sebebiyle oluşabilecek bedene dair olumsuz duygulara ve başkalarının olumsuz değerlendirmelerinden kaynaklanan endişeye karşı koruyucu bir etki sağlayabilir [195]. Kişinin bedeniyle ilgili hoşnutsuzluğu, benlik saygısı ile ters orantılıdır [196].

Kanserler ve bazı kronik hastalıklar, damgalanma ile bağlantılı olarak bireyin benlik saygısını ve beden algısını olumsuz yönde etkileyebilmektedir [197]. Ek olarak, depresyon da bireylerin bedenlerini nasıl algıladıklarını etkileyebilir; depresif bireyler, genellikle beden algılarını olumsuz bir yönde çarpıtmaya eğilimlidirler [198].

2.4.1. Beden Algısı ve Psoriasis

Fiziksel görünüm ve bireyin beden algısı, insanın ruhsal iyilik halinin temel unsurlarından biridir [199]. Derinin sağlıklı görünümü, beden algısının ve benlik saygısının gelişiminde ve başkalarıyla tatmin edici ilişkiler kurmada önemli bir rol oynar [200]. Dolayısıyla, psoriasis gibi görünür deri lezyonlarıyla karakterize olan bir hastalık, kişinin görünümünü değiştirir ve beden algısında bozulmalara yol açabilir [199].

Khoury ve arkadaşları, psoriasis hastalarının bedenlerini daha fazla örtme ve lezyonlarını gizleme gibi davranışlar sergilediklerini, düşük bir beden algısına sahip olduklarını tespit etmişlerdir [201]. 2017 yılında, 92 psoriasis tanılı hastanın dahil edildiği bir çalışmada, hastaların beden algılarının kontrol grubuna göre daha olumsuz olduğu saptanmıştır [202]. Başka bir araştırmada, psoriasis şiddetindeki artışın beden algısıyla ilgili kaygıları arttırdığı, şiddetli psoriasis hastalarının sıcak yaz günlerinde bile uzun etek ve eldiven giydiği belirtilmiştir [203]. Psoriasis hastaları arasında, beden algısı düşük olan bireylerin daha sık depresif belirtiler gösterdiği ve psoriasis şiddetinin artışının, görünüme yönelik kaygıları çoğaltarak depresif bozukluk geliştirme riskini arttırdığı ortaya konmuştur [204].

2.4.2. Beden Algısı ve Cinsel İşlevler

Karşılıklı olarak cinsel duyumların deneyimlenmesi beden aracılığıyla olduğu için, beden algısı ile ilgili kaygılar cinsel işlevleri önemli ölçüde etkileyebilmektedir. Beden algısı olumsuz olan bireyler, cinsel aktivitelerden kaçınma eğiliminde olabilirler. Cinsel aktivite sırasında beden algısıyla yoğun bir şekilde meşgul olan bireyler, cinsel işlev bozukluklarına karşı daha fazla risk altında olabilirler. Beden algısıyla ilgili kaygılar, cinsel etkinlik sırasında bireyin dikkatini dağıtabilir; bu durum erkeklerde sertleşme sorunlarına, cinsel isteğin azalmasına, kadınlarda ise orgazm, uyarılma ve istek ile ilgili sorunlara neden olabilir [205].

Olumlu bir beden algısına sahip olmanın, özellikle KOB riskini azalttığı ve genel olarak daha sağlıklı cinsel işlevlerle bağlantılı olduğu gözlemlenmiştir [206]. Düşük bir beden algısına sahip olmak ise, cinsel istek, uyarılma, ilgi ve orgazm sorunlarıyla ilişkili bulunmuştur [207]. Stoma hastalarında beden algısı ve cinsel işlevler arasındaki ilişki değerlendirildiğinde, daha olumlu bir beden algısına sahip hastaların cinsel işlev bozukluğu geliştirme riskinin daha düşük olduğu saptanmıştır [208]. Bir araştırmada, psoriasis hastalarının kontrol grubuna kıyasla bedenlerinden daha az hoşnut oldukları, düşük beden algısının psoriasis hastalarındaki cinsel işlev bozukluklarıyla anlamlı bir ilişkisinin olduğu ve bu nedenle psoriasis hastalarının cinsel işlevleri değerlendirilirken beden algısının önemli bir faktör olarak ele alınması gerektiği belirtilmiştir [13].

2.5. BENLİK SAYGISI

Benlik saygısı, bireyin kendi değeri, güçlü yanları, etkinliği ve başarısı gibi niteliklerini gerçekçi bir değerlendirmeye benimsemesi sonucu oluşan, kendi varlığına duyulan sevgi, saygı ve güvenin ifadesidir [209].

William James'e göre, bireyin başarıları, hedeflerine ne oranda ulaştığıyla bağlantılı olarak benlik saygısını belirler. Ayrıca, bireyin yaşadığı toplumun belirlediği başarı ve statü standartları da benlik saygısını etkiler. Kişinin bedeni, giyimi, ailesi ve sosyal konumu gibi unsurlar da benlik saygısıyla sıkı bir ilişki içindedir [210].

Charles Cooley (1902), sosyal benlik kavramını öne sürerek, bireyin başkalarına nasıl görüldüğünün algısının, başkalarının bireyin görünümüne yönelik değerlendirmelerinin ve bu yorumlar sonucunda kişinin nasıl hissettiğinin benlik saygısı oluşumunda önemli etkileri olduğunu vurgulamıştır.

Freud'un görüşüne göre, çocuklar birincil narsisistik bir konumda doğarlar ve libido başlangıçta tamamen benliğe yönelmiştir [211]. Çevresel etkileşimlerle birlikte libido, nesnelere yönelmeye başlar, ancak bir kısmı narsisistik libido olarak korunur. Sağlıklı bir benlik saygısı gelişimi için bir miktar narsisistik libido gerekli olup, çocuğun "iyi olma" duygusunun oluşumunda etkili rol oynar [212].

Rosenberg'e göre, bireyin kendini değerlendirirken olumlu bir tutum sergilediği durumlarda benlik saygısı yüksek, olumsuz bir tutum içinde olduğunda ise benlik saygısı düşük olmaktadır [213].

Düşük benlik saygısına sahip bireyler genellikle eleştirilere karşı duyarlı, başkalarının düşünceleri konusunda endişeli, öz saygılarını tehdit edebilecek kişilerden kaçınan, grup içerisinde düşüncelerini gizleyen ve sınırlı katkı sağlayan kişilerdir ve bu durum sosyal izolasyon, belirsizlik ve utangaçlık duygularını beraberinde getirebilir [214].

Benlik saygısının düşük olması, sadece rahatsızlık yaratan bir duygu olmanın ötesinde, anksiyete bozukluğundan psikoza kadar farklı psikopatolojilerin gelişiminde etkili bir faktör olarak ortaya çıkmaktadır [209]. Örneğin, bir araştırmanın bulguları, yüksek benlik saygısına sahip öğrencilerin daha düşük depresyon skorlarına sahip olduğunu ortaya koymuştur; bu da önceki verileri doğrulayarak depresyonun düşük benlik saygısı ile ilişkilendirildiğini göstermiştir [215].

2.5.1. Benlik Saygısı ve Psoriasis

Deri, sadece bireyin kendisini nasıl algıladığını etkilemekle kalmaz, aynı zamanda diğer insanların da bireyi algılama şeklini etkiler. Bu önemli organı etkileyen bir patoloji, hem kendimizle ilgili nasıl hissettiğimizi, başkalarının bize olan hissiyatlarını ve başkalarının bizle ilgili düşündüklerine verdiğimiz anlamı, dolayısıyla benlik saygısını derinden etkileyebilir [7].

Psoriasis hastalarının benlik saygısı, başa çıkma stratejilerindeki bozukluklar, kişinin kendisiyle ilgili olumsuz inançları ve damlaganma sebebiyle değişebilmektedir [216]. Araştırmalar, psoriasise bağlı damgalanmanın utanç ve mahcubiyetle ilişkilendirildiğini ve bu durumun hastanın benlik saygısını ve kendisini gerçekçi bir biçimde değerlendirmesini olumsuz etkileyebileceğini öne sürmektedir [217].

2018 yılında, 26-65 yaş arası 102 hastanın dahil edildiği bir araştırmada, düşük benlik saygısına sahip psoriasis hastalarının, yüksek benlik saygısına sahip olanlara göre anksiyete bozukluğu riskinin daha yüksek olduğu gösterilmiştir [217]. Farklı bir araştırma, psoriasis lezyonlarının toplum içinde yarattığı görsel etkinin yaşam kalitesini etkilediğini ve özellikle şiddetli psoriasis vakalarında,

hafif derecedeki psoriasis olgularına kıyasla daha düşük bir benlik saygısı seviyesi olduğunu vurgulamaktadır [218].

2.5.2. Benlik Saygısı ve Cinsel İşlevler

Bazı bedensel hastalıklarda ve beden algısında olumsuz değişikliklerin yaşandığı durumlarda, beden algısına yönelik kaygılar, toplumsal kabul ile ilgili endişeler, kişinin kendisini çekici ve arzulanan bir birey olarak algılamaması gibi karmaşık etkenler, benlik saygısının azalmasına neden olabilir. Bu durum, sonuç olarak cinsel işlevlerle ilgili sorunların ortaya çıkmasına zemin hazırlayabilir [219]. Örneğin, stoma hastalarının kontrol grubuna göre benlik saygılarında ve cinsel işlevlerinde belirgin bir bozulma yaşadığı gösterilmiştir [208]. Farklı bir çalışmada ise, kolostomili erkeklerde, benlik saygısı arttıkça cinsel işlev bozukluğu sıklığının azaldığı tespit edilmiştir [220]. Bir çalışmada, benlik saygısı düşük kadınlarda, cinsel işlev bozukluğu sıklığında belirgin bir artış gözlemlenmiştir [221].

Fiziksel görünüm, benlik saygısının önemli bileşenlerinden biridir ve kişilerarası ilişkilerde çok önemli bir rol oynar. Beden algısında olumsuz değişikliklere yol açabilen psoriasis, benlik saygısının azalmasına, damgalanmaya ve özgüvenin azalmasına yol açarak cinsel işlev bozukluklarının gelişimine neden olabilir [222]. Psoriatik deri lezyonları, cinsel ilişkilerin başlatılmasını engelleyebilir ve kişinin cinsel yaşamı üzerinde olumsuz etkilere neden olabilir. Bir çalışmada, erkek psoriasis hastalarının %90'ından fazlasının psoriasis alevlenmeleri sırasında çekici olmama ve utanç duyguları yaşadığını ortaya koymuştur [223].

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1 Araştırmanın Türü ve Etik Yönü

Bu araştırma İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Hastanesi'nde yürütülmüş olan kesitsel bir vaka kontrol çalışmasıdır. Araştırmaya başlamadan önce İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Rektörlüğü Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 01.08.2023 tarihli 743662 sayılı karar ile onam alınmıştır. Katılımcılara çalışmanın amacı ve yöntemi hakkında bilgi verilmiştir ve aydınlatılmış onam formu imzalatılmıştır.

3.2 Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Bu araştırma İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı ve Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Dermatoloji Ana Bilim Dalı tarafından 01.08.2023 – 01.11.2023 tarihleri arasında yürütülmüştür.

3.3 Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Dermatoloji Ana Bilim Dalı polikliniğine ardışık olarak başvuran, dermatoloji uzmanı tarafından klinik olarak psoriasis tanısı konmuş olan hastalar, dahil edilme ve dışlama ölçütleri açısından değerlendirilerek çalışmanın hasta grubu oluşturuldu. Genel popülasyondan hasta grubu ile benzer yaş, cinsiyet ve eğitim düzeyi dağılımı gösteren sağlıklı gönüllü bireyler dahil edilme ve dışlama ölçütleri açısından değerlendirildikten sonra kontrol grubuna alındı. Bu araştırma kapsamında psoriasis tanısı konmuş 135 kadın ve 135 erkek hasta değerlendirilmiştir.

3.3.1 Araştırmaya Dahil Edilme Ölçütleri

Hasta grubu için;

- Aydınlatılmış onam formu okunup anlaşıldıktan sonra çalışmaya katılmaya gönüllü ve istekli olmak
- Dermatoloji uzmanı tarafından klinik olarak Psoriasis tanısı almak

- 18-65 yaş arasında olmak
- En az 3 aydır heteroseksüel bir ilişkinin bulunması
- İyi bir genel sağlık durumuna sahip olmak

Sağlıklı kontrol grubu için;

- Aydınlatılmış onam formu okunup anlaşıldıktan sonra çalışmaya katılmaya gönüllü ve istekli olmak
- 18-65 yaş arasında ve en az 3 aydır cinsel olarak aktif olmak
- Kendini heteroseksüel olarak tanımlamak
- Genel sağlık durumunun iyi olması

3.3.2 Araştırmadan Dışlanma Ölçütleri

Hasta grubu için;

- SCID-5'e uygun yapılandırılmış klinik görüşme sonrası majör psikiyatrik bir bozukluk (şizofreni, bipolar bozukluk, majör depresif bozukluk, obsesif kompulsif bozukluk, alkol ve madde kullanım bozukluğu, entellektüel yetersizlik, demans gibi) saptanması
- Psoriasis dışında aktif başka bir major dermatolojik hastalığa sahip olunması
- Cinsel işlev bozukluğu yaptığı bilinen ilaçların kullanılması
- Son 3 ay içerisinde iş kaybı, boşanma, yakın çevreden birinin ölümü gibi bir majör stresör varlığı
- VKİ'nin 30 veya üzeri olması
- Gebe veya menopozda olunması

Sağlıklı kontrol grubu için;

- Herhangi bir psikiyatrik, dermatolojik hastalık tanısı almak
- Cinsel işlev bozukluğu yaptığı bilinen ilaçların kullanılması
- Son 3 ay içerisinde iş kaybı, boşanma, yakın çevreden birinin ölümü gibi bir majör stresör varlığı
- VKİ'nin 30 veya üzeri olması
- Gebe veya menopozda olunması

43 kadın ve 29 erkek hasta çalışma hakkında bilgilendirilmiş ancak çalışmanın cinsel işlevlerle ilgili ölçeğini doldurmak istemediklerini belirterek araştırmaya katılmayı kabul etmemişlerdir. 21 kadın ve 17 erkek hasta, dahil edilme ve dışlama ölçütleri açısından değerlendirilmiş ve araştırmaya dahil edilmeleri uygun bulunmamıştır. Kadın hastaların 11'inde majör depresif bozukluk, 4'ünde yaygın anksiyete bozukluğu, 4'ünde cinsel işlev bozukluğu yaptığı bilinen bir ilaç kullanımı ve 2'sinin VKİ 30 veya üzeri olduğu için çalışmaya dahil edilmemiştir. Erkek hastaların 8'inde majör depresif bozukluk, 3'ünde yaygın anksiyete bozukluğu, 2'sinde cinsel işlev bozukluğu yaptığı bilinen bir ilaç kullanımı, 4'ünün VKİ 30 veya üzeri olduğu için çalışmaya dahil edilmemiştir. Araştırmanın analizleri, 71 kadın ve 89 erkek olmak üzere 160 psoriasis tanısı almış hasta ile 93 kadın ve 90 erkek olmak üzere 183 sağlıklı gönüllü katılımcının verileriyle yapılmıştır. Hastalarla ve sağlıklı kontrol grubuyla araştırmanın gereçleri hakkında araştırmaya katılım öncesi bilgilendirme görüşmesi yapılmış ve aydınlatılmış onam formları alınmıştır.

3.4 Araştırmanın Uygulaması

Katılımcılara çalışmanın amacı ve yöntemi hakkında bilgi verildikten ve aydınlatılmış onam formu imzalatıldıktan sonra, SCID-5-CV'ye (DSM-5 Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme, Klinisyen Versiyonu) uygun yapılandırılmış klinik görüşme yapılmıştır. Görüşme sonrası şizofreni, bipolar bozukluk ve majör depresif bozukluk, obsesif kompulsif bozukluk, alkol ve madde kullanım bozukluğu, entelektüel yetersizlik, demans gibi bir psikiyatrik bozukluk tanısı konan katılımcılar çalışmaya dahil edilmemiştir. Çalışmaya dahil edilme ölçütlerini karşılayan hastalara, klinisyen eşliğinde Sosyodemografik ve Klinik Veri Formu-1, kontrol grubunda yer alan katılımcılara ise Sosyodemografik ve Klinik Veri Formu-2 doldurulmuştur. Dermatoloji uzmanı tarafından yapılan fizik muayene sonrası lezyonun yeri belirlenmiştir ve Psoriasis Alan Şiddeti İndeksi (PAŞİ) uygulanmıştır. Sonrasında hastaya kendisinin dolduracağı; Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği-Kadın Formu (GRCDÖ-KF) veya Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği-Erkek Formu (GRCDÖ-EF), Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HADÖ), Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği D-1 (RBSÖ-D1), Beden Algısı Ölçeği (BAÖ) kapalı bir zarf içerisinde verilmiştir. Hastalarla ölçekler hakkında doldurma öncesinde ve sonrasında bilgilendirme görüşmesi yapılmıştır.

3.5. Araştırmada Kullanılan Veri Toplama Araçları

3.5.1 Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu

Araştırmanın adı, araştırmanın amacı, gönüllüye uygulanacak yöntemler, gönüllünün araştırmaya katılımının isteğe bağlı olduğu ve gönüllünün kimliğini ortaya çıkarabilecek kayıtların gizli tutulacağı, verilerin imha edilme yöntemi, araştırmacıların isimleri ve iletişim numaraları gibi bilgileri içeren bir formdur. Gönüllülere sözel olarak bilgilendirme yapıldıktan sonra, form katılımcıya verilmiştir ve katılımcılardan formu özenle okumaları ve araştırmaya katılmaya karar vermeleri halinde formu imzalamaları istenmiştir.

3.5.2 Sosyodemografik ve Klinik Veri Formu-1

Bu form araştırmacılar tarafından ilgili yazın gözden geçirilerek bu çalışma için hazırlanmıştır ve klinisyen eşliğinde doldurulmaktadır. Çalışmaya dahil edilme ölçütlerini karşılayan hastalara uygulanacak olan bu formda, hastaların yaşı, cinsiyeti, boyu, kilosu, medeni durumu, kaç yıldır evli oldukları, evlenme şekilleri, evlilik öncesi cinsel deneyimleri, son üç aydır cinsel olarak aktif olup olmadıkları, eşlerinde veya partnerlerinde cinsel bir sorun olup olmadığı, yaşadığı yer ve kiminle yaşadığı, eğitimi, çalışma ve ekonomik gelir durumu, sigara-alkol-madde kullanımı, psikiyatrik özgeçmişi ve soygeçmişi, kronik hastalık öyküsü ve kullandığı ilaçlar gibi bireysel verileri değerlendiren sorularla; psoriasis hastalığının süresi, hastalığının klinik tipi, lezyonlarının lokalizasyonu, psoriatik artrit eşlik edip etmediği, psoriasis için kullanılan tedavileri, PAŞİ skoru gibi klinik özellikleri öğrenmeye yönelik soruları içeren bir formdur.

3.5.3. Sosyodemografik ve Klinik Veri Formu-2

Bu form araştırmacılar tarafından bu çalışma için hazırlanmıştır ve klinisyen eşliğinde doldurulmaktadır. Çalışmaya dahil edilme ölçütlerini karşılayan hastalara uygulanacak olan bu formda, hastaların yaşı, cinsiyeti, boyu, kilosu, medeni durumu, kaç yıldır evli oldukları, evlenme şekilleri, evlilik öncesi cinsel deneyimleri, eşlerinde veya partnerlerinde cinsel bir sorun olup olmadığı, yaşadığı yer ve kiminle yaşadığı, eğitimi, çalışma ve ekonomik gelir durumu, sigara-alkol-madde kullanımı, psikiyatrik özgeçmişi ve soygeçmişi, kronik hastalık öyküsü ve kullandığı ilaçlar gibi verileri değerlendiren soruları içeren bir formdur.

3.5.4. SCID-5-CV (DSM-5 Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme, Klinisyen Versiyonu)

SCID-5-CV, DSM-5 tanıları koymak için First ve arkadaşları tarafından oluşturulmuş, yarı yapılandırılmış bir klinik görüşme kılavuzudur [224]. Klinik uygulamalarda en sık karşılaşılan DSM-5 tanıları kapsamaktadır. DSM-5 sınıflandırılmasını ve tanı ölçütlerini bilen bir klinisyen veya ruh sağlığı ve hastalıkları uzmanı tarafından, 18 yaş ve üzerinde olan görüşmeyi sürdürebilecek bilişsel yeterliliğe sahip ağır psikotik belirtileri veya ajitasyonu olmayan kişilere uygulanabilir. Görüşmede yöneltilen tüm sorular, ilgili tanının DSM-5 kriterlerine göre hazırlanmış olup kriterlerin karşılanıp karşılanmadığının öğrenilmesini sağlar ve bu sayede tanı koyma sürecinde adım adım ilerlenir. Bu kılavuzun araştırmalarda kullanılması, DSM-5 tanı değerlendirmelerinin güvenilirliğini ve geçerliliğini arttırması ve çalışmalar arasında ortak bir dil oluşturması açısından önemlidir. Türkçeye uyarlanması Aydemir ve arkadaşları tarafından yapılan kılavuz duygudurum dönemleri, psikotik belirtiler, psikotik bozukluklar, duygudurum bozuklukları, madde kullanım bozuklukları, anksiyete bozuklukları, obsesif kompulsif bozukluk ve ilişkili bozukluklar ve travma sonrası stres bozukluğu, dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu, diğer bozukluklar için araştırmacı sorular ve uyum bozuklukları olmak üzere 10 modülden oluşur ve 32 tanısal kategoride ayrıntılı sorulara yer verir, 17 tanısal kategoride ise sadece araştırmacı sorular bulunur [225]. Cinsel işlev bozukluğuna sebep olabilecek majör psikiyatrik bozukluklara sahip psoriasis hastalarını çalışmaya dahil etmemek ve sağlıklı bir kontrol grubu oluşturmak amacıyla bu çalışmada kullanılmıştır.

3.5.5 Psoriasis Alan Şiddet İndeksi (PAŞİ)

1978 yılında Fredriksson ve Pettersson tarafından geliştirilen PAŞİ, psoriasis ile ilgili araştırmalarda yaygın bir şekilde kullanılmakta olup psoriatik lezyonların şiddetini derecelendirmeye ve hastanın uygulanan tedaviye yanıtını, hastalığın progresyonunu değerlendirmeye yarayan bir değerlendirme aracıdır. Klinik araştırmalarda altın standart olarak kullanılan PAŞİ hesaplanırken lezyonun bulunduğu 4 anatomik bölge için (baş-boyun, gövde, üst ve alt ekstremiteler) eritem, skuam ve endurasyonun şiddeti dikkate alınır. PAŞİ skoru 0-72 arasında değişebilir ve yüksek skorlar hastalığın daha şiddetli olduğuna işaret eder [226]. Bu çalışmada

hastalık şiddeti, PAŞİ skorlarına göre dermatoloji uzmanı tarafından 3 kategoride değerlendirilmiştir. Hastanın PAŞİ skoru, Schmitt ve Wozel (2005) tarafından yapılan çalışmada olduğu gibi <7 ise hafif şiddette, 7-12 arasında ise orta şiddette ve >12 ise yüksek şiddetli psoriasis olarak kabul edilmiştir [227].

3.5.6. Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği (GRCDÖ)

Golombok ve Rust (1983) tarafından geliştirilen Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği heteroseksüel kadın ve erkeklerde cinsel ilişkinin niteliğini, cinsel işlev bozukluğunun varlığını ve şiddetini değerlendirmeye yarayan bir öz bildirim ölçeğidir [228]. Kadın ve erkek için hazırlanmış iki ayrı formu olan bu ölçek 28 sorudan oluşur ve beşli likert tipindedir (0=Hiçbir Zaman, 1=Nadiren, 2=Bazen, 3=Çoğu Zaman, 4=Her Zaman). Her soru 0-4 arasında artan şekilde puanlanır. Kadın formundaki 2, 4, 5, 8, 9, 10, 11, 15, 16, 17, 19, 21, 22, 25, 26, 27 ve 28. sorular, erkek formundaki 1, 2, 3, 4, 8, 9, 12, 13, 15, 16, 19, 20, 21, ve 25. sorular ters yönde (4'ten 0'a doğru) puanlanmaktadır. 28 sorunun her birinden elde edilen puanların toplanması sonucunda toplam skor elde edilir. Yüksek ölçek puanları, cinsel doyumun düştüğü ve cinsel işlevlerde bozulmaların olduğu şeklinde yorumlanır. Kadın ve erkek formunda ortak olarak “kaçınma”, “doyum”, “iletişim”, “dokunma” ve “ilişki sıklığı” gibi toplam 5 alt ölçek bulunmaktadır. Buna ek olarak kadın formunda “vaginismus” ve “anorgazmi” alt ölçeği, erkek formunda da “erken boşalma” ve “empotans” alt ölçekleri bulunmaktadır. Bunun dışında, her iki formdaki sorularda yer alıp alt ölçeklerdeki sorularda yer almayan cinsel ilişkinin niteliğine dair 4 soru daha yer alır. Ölçeğin Türkçeye uyarlanması ve standardizasyon çalışması Tuğrul ve arkadaşları tarafından 1993 yılında yapılmış ve toplam puan açısından Cronbach alfa katsayısı erkeklerde 0,92 ve kadınlarda 0,91 olarak bulunmuştur [229].

3.5.7 Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HADÖ)

Zigmond ve arkadaşları tarafından 1983 yılında geliştirilen Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği, bedensel hastalığı olan kişilerde anksiyetenin ve depresyonun risk düzeyini belirlemek ve şiddetinin değişimini ölçmek amacıyla oluşturulmuş bir kendi kendini değerlendirme ölçeğidir [230]. Ölçekte yer alan maddelerde, anksiyete ve depresyonda da görülebilecek somatik belirtiler yerine (baş ağrısı, baş dönmesi gibi) duygudurum ile ilgili belirtilere ağırlık verilmiştir. Bu sayede bedensel hastalığı

olanlarda daha başarılı ölçümler yapılabildiği gösterilmiştir. Depresyon ve anksiyetenin değerlendirildiği 2 alt ölçeği bulunur ve 7'si depresyon, 7'si anksiyete belirtilerini sorgulayan toplam 14 sorudan oluşmaktadır. Cevaplar dörtlü likert tipinde olup 0-3 arasında puanlama yapılmaktadır. 1997 yılında Aydemir ve arkadaşları tarafından Türkçeye çevrilmiş, geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır. Anksiyete alt ölçeği için 10, depresyon alt ölçeği için 7 kesme puanı olarak belirtilmiştir. Depresyon ve anksiyete alt ölçeklerinin güvenilirlik çalışmalarında Cronbach alfa katsayısı sırasıyla 0,77 ve 0,85 olarak saptanmıştır [231].

3.5.8 Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği (RBSÖ)

Morris Rosenberg tarafından 1963 yılında geliştirilen Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği, 12 alt ölçekten oluşan ve 63 sorudan meydana gelen bir öz bildirim ölçeğidir [232]. Bu çalışmada ölçeğin 10 sorudan meydana gelen likert tipindeki benlik saygısı alt ölçeği kullanılmıştır (Ek 6). 1., 2., 4., 6. ve 7. sorular olumlu, 3., 5., 8., 9., 10., sorular olumsuz yüklü ifadeler içerir. İfadeler “Çok doğru”, “Doğru”, “Yanlış” veya “Çok yanlış” şeklinde cevaplanır. Gutmann derecelendirme yöntemine göre puanlama yapıldıktan sonra 0-1 puan alanların “yüksek”, 2-4 puan alanların “orta”, 5-6 puan alanların “düşük” bir benlik saygısına sahip oldukları düşünülür. Ölçeğin Türkçeye uyarlanması 1986 yılında Füsün Çuhadaroğlu tarafından yapılmıştır ve iç tutarlılık katsayısı 0,75 olarak bulunmuştur [233].

3.5.9 Beden Algısı Ölçeği (BAÖ)

Secord ve Jourard tarafından 1953 yılında geliştirilen Beden Algısı Ölçeği, bireyin 40 beden bölümünden ya da faaliyetinden (saç, kalça, burun ya da uyku düzeni, hastalığa direnç gibi) memnuniyetinin saptandığı beşli likert tipi bir ölçektir [234]. Hovardaoğlu, 1989 yılında ölçeğin Türkiye’deki geçerlik ve güvenilirlik çalışmasını yapmıştır ve Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısını 0,91 olarak hesaplamıştır [235]. Kırk ayrı beden bölümünü veya faaliyetini kapsayan 40 ayrı soru bulunmaktadır. Her soruda “Hiç beğenmiyorum”, “Beğenmiyorum”, “Kararsızım”, “Beğeniyorum”, “Çok beğeniyorum” şeklinde toplam 5 seçenek bulunmakta ve en olumlu seçenek 5 puan, en olumsuz seçenek 1 puan üzerinden değerlendirilmektedir. Toplam skor en az 40 ve en çok 200 olabilir. 135 ve üzeri skorlar, bireyin beden bölümlerinden ya da faaliyetlerinden hoşnut olduğunu; 135 altı skorlar hoşnutluğun azaldığını, düşük bir beden algısına sahip olduğunu göstermektedir.

3.5.10 İstatistiksel Analiz

İstatistik analizler R yazılımı (versiyon 4.2.0) ile yapıldı (R: A language and environment for statistical computing. R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria, Available online: <http://www.r-project.org/>). Genel istatistik analizlerde gsummary v1.6.0 ve rstatix v0.7.0 paketlerinden yararlanıldı [236]. Değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu Shapiro Wilk testi ile Q-Q plot ve histogram grafikleri ile denetlendi. Sürekli değişkenler ortanca ve ortalama $\pm$ standart sapma olarak belirtildi. Kategorik değişkenler frekans (yüzde) ile gösterildi. Sürekli verilerin analizi veriler normal dağılmadığında Mann Whitney U testi ve Kruskal Wallis testi ile, veriler normal dağıldığında bağımsız gruplarda t-testi ile yapıldı. Post-hoc ikili analizlerde Holm-Bonferroni düzeltmesi yapıldı. Kategorik veriler gözlem sayıları yeterli olduğunda Pearson Ki-kare testi ile, yetersiz olduğunda Fisher'in kesin testi ile değerlendirildi. Sürekli verilerin aralarındaki ilişki Spearman korelasyon testi ile değerlendirildi. Psoriasis şiddetinin cinsel işlev bozuklukları üzerindeki etkisine etki edebilecek olası araçlar mediasyon analizi ile model oluşturularak değerlendirildi. Olası karıştırıcı faktörler modele kovaryant olarak dahil edildi. Direkt ve dolaylı etkileri hesaplamak için 10.000 örneklemlili yanlılığı düzeltilmiş persantil yeniden örnekleme (bias-corrected percentile bootstrapping) yöntemi kullanılmıştır. Modelin dolaylı etkilerini belirlemek için, güven aralığının sıfırı içermemesi gerektiği kriterini kullandık; bu da anlamlı bir dolaylı etki olduğunu göstermektedir. Tüm mediasyon analizi PROCESS (Versiyon 4.3.1) Model 4 kullanılarak yapıldı [237]. Yapılan tüm analizler için $p < 0.05$ anlamlı olarak kabul edildi.

4. BULGULAR

4.1. Araştırmanın Örneklemi

Bu araştırma kapsamında, 01.08.2023 – 01.11.2023 tarihleri arasında İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Dermatoloji Ana Bilim Dalı polikliniğine ardışık olarak başvuran ve psoriasis tanısı almış 71 kadın ve 89 erkek hasta ile, benzer yaş, cinsiyet ve eğitim düzeyine sahip 93 kadın ve 90 erkek sağlıklı gönüllü bireyden oluşan kontrol grubu karşılaştırılmıştır.

4.2. Psoriasis Tanılı Hastalar ve Kontrol Grubunun Sosyodemografik Özellikleri

Psoriasis hastaları ve sağlıklı kontrol grubunun sosyodemografik özellikleri kıyaslanmıştır ve ilgili değerler Tablo 1 ve Tablo 2’de sunulmuştur. Kadın psoriasis hastalarının yaş ortancası 36 (30-41), kadın kontrol grubunun yaş ortancası ise 35 (30-40) olarak hesaplandı ve bu iki grup arasındaki fark anlamlı değildi ($p=0,584$). Erkek psoriasis hastalarının yaş ortancası 36 (32-46), erkek kontrol grubunun yaş ortancası ise 37 (33-44) olarak hesaplandı ve bu iki grup arasındaki fark da anlamlı değildi ($p=0,713$). Hastaların ve kontrol grubunun santimetre cinsinden boy uzunlukları arasında anlamlı bir fark saptanmadı. Kadın psoriasis hastalarının kilogram cinsinden kilosunun ortalaması ve standart sapması 69 ± 10 , kadın kontrol grubunun ise 63 ± 9 olarak hesaplandı ve bu iki grup arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlıydı ($p<0,001$). Erkek psoriasis hastalarının kilogram cinsinden kilosunun ortalaması ve standart sapması 86 ± 10 , erkek kontrol grubunun ise 82 ± 10 olarak hesaplandı ve bu iki grup arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlıydı ($p=0,004$). Kadın psoriasis hastalarının VKİ skoru ortancası 25,9 (23,0-29,4), kadın kontrol grubunun VKİ skoru ortancası ise 23,6 (21,3-25,7) olarak hesaplandı ve bu iki grup arasındaki fark anlamlı düzeydeydi ($p<0,001$). Erkek psoriasis hastalarının VKİ skoru ortancası 27,5 (25,1-29,4), erkek kontrol grubunun VKİ skoru ortancası ise 26,0 (23,7-28,4) olarak hesaplandı ve bu iki grup arasındaki fark da anlamlı düzeydeydi ($p=0,05$). Çalışmaya

dahil edilen kadın psoriasis hastaları arasında evlilerin oranı %89, bekarların oranı %7 iken 3 hastanın eşinden boşandığı öğrenildi. Erkek psoriasis hastaları arasında evlilerin oranı %78, bekarların oranı %21 iken 1 hastanın eşinden boşandığı öğrenildi. Psoriasis hastalarının hepsi şehir merkezinde yaşıyordu. Kadın psoriasis hastalarının %89'u çekirdek ailesiyle, %8,2'si yalnız, %2,8'i geniş ailesiyle, erkek psoriasis hastalarının %90'ı çekirdek ailesiyle, %9'u yalnız, %1'i arkadaşı veya partneri ile yaşamaktaydı. Psoriasis hastalarının ve kontrol grubunun tamamı, partnerlerinde herhangi bir cinsel sorun bulunmadığını ifade etti. Medeni durum ve yaşadığı yer ve kişiler bakımından psoriasis hastaları ve kontrol grubu arasında anlamlı bir fark saptanmadı (Tablo 1).

Tablo 1. Cinsiyetlere göre psoriasis hastaları ve kontrol grubunun sosyodemografik özelliklerinin kıyaslanması-1

	Kadın			Erkek		
	Psoriasis n = 71 ¹	Kontrol n = 93 ¹	p ²	Psoriasis n = 89 ¹	Kontrol n = 90 ¹	p ²
Yaş	36 (30-41)	35 (30-40)	0,584	36 (32-46)	37 (33-44)	0,713
Boy (cm)	164 (159-168)	163 (160-167)	0,626	180 (175-183)	177 (173-182)	0,113
Kilo (kg)	69 ± 10	63 ± 9	<0,001	86 ± 10	82 ± 10	0,004
VKİ	25,9 (23,0-29,4)	23,6 (21,3-25,7)	<0,001	27,5 (25,1-29,4)	26,0 (23,7-28,4)	0,005
Medeni durum			0,876			0,254
Evli	63 (89)	80 (86)		69 (78)	77 (86)	
Bekar	5 (7)	9 (9,7)		19 (21)	11 (12)	
Dul veya boşanmış	3 (4)	4 (4,3)		1 (1)	2 (2)	
Kimle yaşıyor			0,208			0,805
Yalnız	6 (8,2)	5 (5,6)		8 (9)	10 (11)	
Arkadaş veya partner	0 (0)	2 (2,4)		1 (1)	0 (0)	
Çekirdek aile	63 (89)	86 (92)		80 (90)	80 (89)	
Geniş aile	2 (2,8)	0 (0)		0 (0)	0 (0)	

¹Ortanca (25.-75. çeyrekler); Ortalama ± ss; n(%)

²Wilcoxon rank sum test; Two Sample t-test; Fisher's exact test; Pearson's Chi-squared test

VKİ: Vücut Kitle İndeksi

Psoriasis hastaları ve kontrol grubu arasında toplam eğitim süresi yönünden anlamlı bir fark bulunmadı. Kadın psoriasis hastalarında çalışmayanların oranı (%52), kadın kontrol grubuna (%23) oranla anlamlı olarak daha yüksek bulundu ($p<0,001$). Erkek psoriasis hastaları ve erkek kontrol grubu arasında çalışma durumu yönünden istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ($p=0,070$). Hasta ve sağlıklı kontrol grubunun aylık gelirleri ve karşılaştırılmaları Tablo 2’de gösterilmiştir. Kadın psoriasis hastalarının %54’ü, erkek psoriasis hastalarının ise %60’ı sigara kullanıyordu. Sigara kullanan kadın psoriasis hastalarının oranı kontrol grubuna göre anlamlı derecede daha yüksekti ($p=0,021$). Kadın psoriasis hastalarının %20’si, erkek psoriasis hastalarının ise %28’i alkol kullanıyordu. Psoriasis hastalarının hiçbiri madde kullanmadığını ifade etti. Kadın psoriasis hastalarının %38’i, erkek psoriasis hastalarının ise %26’sı daha önce bir psikiyatrik bozukluk öyküsü olduğunu belirtmiştir. Kadın psoriasis hastalarının %13’ü, erkek psoriasis hastalarının ise %9’u birinci derece akrabalarında psikiyatrik bir bozukluk öyküsü olduğunu ifade etmiştir. Psoriasis hastaları ve kontrol grubu arasında, geçmişte psikiyatrik bozukluk öyküsü olma oranı yönünden istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık mevcut değildi. Psoriasis hastaları ve kontrol grubu arasında, birinci derece akrabalarında psikiyatrik bozukluk öyküsü olma oranı açısından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık saptanmadı (Tablo 2).

Tablo 2. Cinsiyetlere göre psoriasis hastaları ve kontrol grubunun sosyodemografik özelliklerinin kıyaslanması-2

Özellikler	Kadın			Erkek		
	Psoriasis n = 71 ¹	Kontrol n = 93 ¹	p ²	Psoriasis n = 89 ¹	Kontrol n = 90 ¹	p ²
Toplam eğitim yılı	12 (12-16)	16 (12-16)	0,177	16 (12-16)	16 (12-16)	0,437
Çalışma durumu			0,001			0,070
Çalışmıyor	37 (52)	21 (23)		12 (13)	5 (6)	
Çalışıyor	34 (48)	72 (77)		77 (87)	85 (94)	
Aylık gelir			0,001			0,001
6000-12.999 TL	21 (30) ^a	5 (5) ^b		21 (24) ^a	2 (2) ^b	
13.000-17.999 TL	17 (24) ^a	26 (28) ^a		24 (27) ^a	19 (21) ^a	
18.000 TL ve üzeri	33 (46) ^a	62 (67) ^a		44 (49) ^a	69 (77) ^b	
Sigara kullanımı			0,021			0,152
Kullanıyor	38 (54)	33 (35)		53 (60)	44 (49)	
Kullanmıyor	33 (46)	60 (65)		36 (40)	46 (51)	
Alkol kullanımı			0,073			0,007
Kullanıyor	14 (20)	30 (32)		25 (28)	43 (48)	
Kullanmıyor	57 (80)	63 (68)		64 (72)	47 (52)	
Geçirilmiş psikiyatrik bozukluk öyküsü	27 (38)	37 (40)	0,819	23 (26)	18 (20)	0,352
Ailede psikiyatrik bozukluk öyküsü	9 (13)	9 (9,7)	0,543	8 (9,0)	6 (6,7)	0,563

¹Ortanca (25.-75. çeyrekler); Ortalama ± ss; n(%)

²Wilcoxon rank sum test; Two Sample t-test; Fisher's exact test; Pearson's Chi-squared test

Her bir farklı harf, birbirinden istatistiksel olarak belirgin derecede farklı satırları temsil etmektedir.

4.3. Psoriasis Hastalarının Klinik Özellikleri

Psoriasis hastaları ve kontrol grubunun kronik hastalıklar açısından kıyaslanması Tablo 3'te sunulmuştur. Psoriasis hastalarının %85'inin kronik bir hastalık öyküsü yoktu. Hastaların %4'ünün tip 2 diyabeti, %9'unun hipertansiyonu,

%2'sinin ise diğer bir kronik hastalığı vardı. Kronik bir hastalığa sahip olma açısından hasta grubu ve kontrol grubu arasında anlamlı bir farklılık saptanmadı.

Tablo 3. Hasta ve Kontrol Gruplarının Kronik Hastalıklarının Kıyaslanması

	Psoriasis, n=160 ¹	Kontrol, n=183 ¹	p ²
Kronik hastalıklar			0.301
Yok	136 (85)	166 (91)	
DM	6 (4)	4 (2)	
HT	14 (9)	8 (4)	
Diğer	4 (2)	5 (3)	

¹n(%)

²Fisher's exact testi

Cinsiyetlere göre psoriasis hastalarının klinik özellikleri bakımından karşılaştırılmaları Tablo 4'te sunulmuştur. Kadın psoriasis hastalarının, hastalık süresi ortancası 11 (8-20) yıl, erkek psoriasis hastalarının ise 10 (5-19) yıl olarak hesaplandı. Kadın psoriasis hastalarının %41'inde, erkek psoriasis hastalarının ise %18'inde hastalığın başlangıcında psikolojik bir travma öyküsü vardı. Psoriasis hastalığı başlamadan yakın zaman önce psikolojik bir travma yaşama öyküsüne sahip olma oranı, kadın hastalarda erkek hastalara göre anlamlı olarak daha yüksek bulundu (p=0,001). Kadın psoriasis hastalarının %48'i, erkek psoriasis hastalarının ise %27'si relaps dönemleri ve psikolojik stres arasında bir ilişki tariflemiştir. Psoriasis lezyonlarının relaps dönemlerinde psikolojik bir stres öyküsüne sahip olma oranı, kadın hastalarda erkek hastalara oranla anlamlı olarak daha yüksek bulundu (p=0,006).

Kadın psoriasis hastalarının %90'ı plak tipi psoriasis, %3'ü guttat psoriasis, %7'si palmoplantar psoriasis klinik tipindeydi. Erkek psoriasis hastalarının ise %99'u plak tipi psoriasis, %1'i generalize psoriasis klinik tipindeydi. Psoriasisin klinik tipi kadın ve erkek hastalar arasında anlamlı olarak farklı bir dağılım göstermiştir (p=0,003) ancak alt tiplerin karşılıklı kıyaslarında anlamlı farklılık gözlenmedi.

Kadın psoriasis hastalarının PAŞİ skorunun ortancası 6,0 (4,0-11,5), erkek psoriasis hastalarının PAŞİ skorunun ortancası ise 7,0 (2,0-12,0) olarak hesaplandı. PAŞİ skoruna göre, kadın psoriasis hastalarının %54'ü hafif şiddetli, %35'i orta şiddetli, %11'i yüksek şiddetli psoriasis olarak kabul edildi. Erkek psoriasis hastalarının ise %47'si hafif şiddetli, %36'sı orta şiddetli, %17'si yüksek şiddetli olarak kabul edildi. Kadın psoriasis hastalarının %14'ü, erkek psoriasis hastalarının ise %8'i herhangi bir medikal tedavi almıyordu. Kadın hastaların %27'si topikal

tedavi, %17'si metotreksat, %1,5'i asitretin, %1,5'i TNF- α inhibitörü, %15'i IL-17 inhibitörü, %24'ü IL-23 inhibitörü kullanıyordu. Erkek hastaların %20'si topikal tedavi, %22'si metotreksat, %4'ü asitretin, %26'sı IL-17 inhibitörü, %20'si IL-23 inhibitörü kullanıyordu. Kadın hastaların %42'sinin, erkek hastaların ise %29'unun birinci derece akrabalarında psoriasis öyküsü mevcuttu (Tablo 4).

Tablo 4. Cinsiyetlere göre psoriasis hastalarının klinik özellikleri

	Kadın n = 71 ¹	Erkek n= 89 ¹	p
Psoriasis hastalarının hastalık süresi (yıl)	11 (8-20)	10 (5-19)	0,200 ²
Psoriasis başlangıcından önce psikolojik travma öyküsü	29 (41)	16 (18)	0,001³
Psoriasis lezyonlarının relapsı ile psikolojik stresin korelasyonu	34 (48)	24 (27)	0,006³
Psoriasisin klinik tipi			0,003⁴
Plak	64 (90) ^a	88 (99) ^a	
Guttat	2(3) ^a	0 (0) ^a	
Palmoplantar	5 (7) ^a	0 (0) ^a	
Generalize	0 (0) ^a	1 (1) ^a	
PAŞİ skoru	6,0 (4,0-11,5)	7,0 (2,0-12,0)	0,911 ²
Psoriasis Alan Şiddeti			0,554 ³
Hafif şiddetli	38 (54)	42 (47)	
Orta şiddetli	25 (35)	32 (36)	
Yüksek şiddetli	8 (11)	15 (17)	
Hastanın kullanmakta olduğu psoriasis tedavisi			0,353 ⁴
Tedavi almıyor	10 (14)	7 (8)	
Topikal	19 (27)	18 (20)	
Metotreksat	12 (17)	19 (22)	
Asitretin	1 (1,5)	3 (4)	
TNF- α inhibitörleri	1 (1,5)	0 (0)	
IL-17 inhibitörleri	11 (15)	23 (26)	
IL-23 inhibitörleri	17 (24)	18 (20)	
Birinci derece akrabalarında Psoriasis öyküsü	30 (42)	26 (29)	0,086 ³
Psoriatik artrit öyküsü	8 (11)	6 (6,7)	0,314 ³

¹Ortanca (25-75. çeyrekler); n(%)

²Wilcoxon rank sum test

³Pearson's Chi-squared test

⁴Fisher's exact test

Psoriasis hastalarının lezyonlarının vücutta bulunduğu bölgelerle ilgili veriler Tablo 5'te sunulmuştur. Kadın psoriasis hastalarının %41'inin saçlı derisinde, %17'sinin yüzünde, %4,2'sinin boynunda, %21'inin memesinde, %14'ünün göğsünde, %17'sinin karnında, %25'inin üst kolunda, %61'inin dirseğinde, %30'unun alt kolunda, %15'inin elinin içinde, %15'inin elinin dışında, %14'ünün el tırnağında, %18'inin sırtında, %17'sinin belinde, %34'ünün üst bacağına, %41'inin dizinde, %41'inin alt bacağına, %18'inin ayağında, %8,5'inin ayak tırnağında, %24'ünün genitalinde, %14'ünün kalçasında lezyon bulunmaktaydı. Kadın psoriasis hastalarındaki en sık tutulum bölgesi %61 oranla dirsekti. Erkek psoriasis hastalarının %46'sının saçlı derisinde, %21'inin yüzünde, %1,1'inin boynunda, %7,9'unun memesinde, %15'inin göğsünde, %27'sinin karnında, %22'sinin üst kolunda, %42'sinin dirseğinde, %24'ünün alt kolunda, %6,7'sinin elinin içinde, %25'inin elinin dışında, %18'inin el tırnağında, %29'unun sırtında, %10'unun belinde, %21'inin üst bacağına, %30'unun dizinde, %43'ünün alt bacağına, %7,9'unun ayağında, %3,4'ünün ayak tırnağında, %42'sinin genitalinde, %12'sinin kalçasında lezyon bulunmaktaydı. Erkek psoriasis hastalarındaki en sık tutulum bölgesi %46 oranla saçlı deriydi. Meme, dirsek ve ayak bölgesinde lezyon varlığı kadın hastalarda anlamlı olarak daha yüksek oranda bulundu. Genital bölgede lezyon varlığı ise erkek hastalarda anlamlı olarak daha yüksekti (Tablo 5).

Tablo 5. Cinsiyetlere göre psoriasis hastalarında lezyonların bulunduğu bölgeler

Lezyonun bulunduğu bölge	Kadın, n = 71 ¹	Erkek n= 89 ¹	p
Saçlı deri	29 (41)	41 (46)	0,508 ²
Yüz	12 (17)	19 (21)	0,480 ²
Boyun	3 (4,2)	1 (1,1)	0,323 ²
Meme	15 (21)	7 (7,9)	0,016²
Göğüs	10 (14)	13 (15)	0,925 ²
Karın	12 (17)	24 (27)	0,130 ²
Üst kol	18 (25)	24 (27)	0,818 ²
Dirsek	43 (61)	37 (42)	0,017²
Alt kol	21 (30)	21 (24)	0,393 ²
Elin içi	11 (15)	6 (6,7)	0,074 ²
Elin dışı	11 (15)	22 (25)	0,152 ²
El tırnağı	10 (14)	16 (18)	0,507 ²
Sırt	13 (18)	26 (29)	0,110 ²
Bel	12 (17)	9 (10)	0,206 ²
Üst bacak	24 (34)	19 (21)	0,077 ²
Diz	29 (41)	27 (30)	0,166 ²
Alt bacak	29 (41)	38 (43)	0,814 ²
Ayak	13 (18)	7 (7,9)	0,047²
Ayak tırnağı	6 (8,5)	3 (3,4)	0,187 ²
Genital	17 (24)	37 (42)	0,019²
Kalça	10 (14)	11 (12)	0,748 ²

¹Ortanca (25-75. çeyrekler); n(%)²Pearson's Chi-squared test

4.4. Psoriasis Hastaları ve Kontrol Grubunun Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

Psoriasis hastaları ve kontrol grubunun Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HADÖ) skorlarının kıyaslanmasına ilişkin veriler Tablo 6'da sunulmuştur. HADÖ'nün kesme puanlarına göre, HADÖ'nün anksiyete alt ölçeğinde (HADÖ-A), kadın psoriasis hastalarının %41'i, sağlıklı kadın kontrol grubunun ise %8'i kesme puanının üzerinde değerlendirilmiştir ve bu iki grup arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0,001$). HADÖ-A alt ölçeğinde, erkek psoriasis hastalarının %29'u, sağlıklı erkek kontrol grubunun ise %6'sı kesme puanının üzerinde değerlendirilmiştir ve bu iki grup arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0,001$). Kadın psoriasis hastalarının HADÖ-A alt ölçeğinde puan ortancası 8 (4-11), kadın kontrol grubunun ise 5 (3-6) olarak bulundu ve gruplar arasındaki bu fark anlamlıdır ($p < 0,001$). Erkek psoriasis hastalarının HADÖ-A alt ölçeğinde puan ortancası 7 (3-11), erkek kontrol

grubunun ise 5 (3-6) olarak bulundu ve gruplar arasındaki bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p=0,03$). HADÖ'nün depresyon alt ölçeğinde (HADÖ-D), kadın psoriasis hastalarının %35'i, sağlıklı kadın kontrol grubunun ise %9'u kesme puanının üzerinde değerlendirilmiştir ve bu iki grup arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,001$). HADÖ-D alt ölçeğinde, erkek psoriasis hastalarının %30'u, sağlıklı erkek kontrol grubunun ise %13'ü kesme puanının üzerinde değerlendirilmiştir ve bu iki grup arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p=0,006$). Kadın psoriasis hastalarının HADÖ-D alt ölçeğinde puan ortancası 7 (3-9), kadın kontrol grubunun ise 4 (2-5) olarak bulundu ve gruplar arasındaki bu fark anlamlıdır ($p<0,001$). Erkek psoriasis hastalarının HADÖ-D alt ölçeğinde puan ortancası 6 (3-11), erkek kontrol grubunun ise 4,5 (3-6) olarak bulundu ve gruplar arasındaki bu fark anlamlı bulunmuştur ($p=0,002$). Kadın psoriasis hastalarının HADÖ toplam puanının ortancası 14 (7-20), kadın kontrol grubunun ise 8 (6-11) olarak bulunmuştur ve bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,001$). Erkek psoriasis hastalarının HADÖ toplam puanının ortancası 13 (7-18), erkek kontrol grubunun ise 9 (6-12) olarak bulunmuştur ve bu fark anlamlı bulunmuştur ($p=0,002$) (Tablo 6).

Tablo 6. Cinsiyetlere göre psoriasis hastalarının ve kontrol grubunun HADÖ puanlarının kıyaslanması

	Kadın			Erkek		
	Psoriasis, n = 71 ¹	Kontrol, n = 93 ¹	p ²	Psoriasis, n = 89 ¹	Kontrol, N = 90 ¹	p ²
HADÖ-A	8 (4-11)	5 (3-6)	<0,001	7 (3-11)	5 (3-6)	0,030
HADÖ-A			<0,001			<0,001
>10 puan	29 (41)	7 (8)		26 (29)	5 (6)	
≤10 puan	42 (59)	86 (92)		63 (71)	85 (94)	
HADÖ-D	7 (3-9)	4 (2-5)	<0,001	6.0 (3-11)	4.5 (3-6.0)	0,002
HADO-D			<0,001			0,006
>7	25 (35)	8 (9)		27 (30)	12 (13)	
≤7	46 (65)	85 (91)		62 (70)	78 (87)	
HADÖ toplam puan	14 (7-20)	8 (6-11)	<0,001	13 (7-18)	9 (6-12)	0,002

¹Ortanca (25.-75. çeyrekler); n(%)

²Wilcoxon rank sum test; Pearson's Chi-squared test

Psoriasis hastalarının BAÖ puanlarının kıyaslandığı veriler Tablo 7’de sunulmuştur. Kadın psoriasis hastalarının, BAÖ puanlarının ortalaması ve standart sapması 142 ± 25 iken, sağlıklı kadın kontrol grubunun BAÖ puanlarının ortalaması ve standart sapması 158 ± 21 olarak hesaplanmıştır. İki grup arasındaki bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0,001$). BAÖ’nün kesme puanına göre, kadın psoriasis hastalarının %44’ü, kontrol grubunun ise %15’i düşük beden algısına sahipti ve bu iki grup arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($p < 0,001$). Erkek psoriasis hastalarının, BAÖ puanlarının ortalaması ve standart sapması 144 ± 25 iken, sağlıklı erkek kontrol grubunun BAÖ puanlarının ortalaması ve standart sapması 162 ± 20 olarak hesaplanmıştır. İki grup arasındaki bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0,001$). Belirlenen kesme puanına göre, erkek psoriasis hastalarının %33’ü, kontrol grubunun ise %12’si düşük beden algısına sahipti ve bu iki grup arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulundu ($p = 0,001$) (Tablo 7).

Tablo 7. Cinsiyetlere göre psoriasis hastalarının ve kontrol grubunun BAÖ puanlarının kıyaslanması

	Kadın		p^2	Erkek		p^2
	Psoriasis n = 71 ¹	Kontrol n = 93 ¹		Psoriasis n = 89 ¹	Kontrol n = 90 ¹	
BAÖ puanı	142 ± 25	158 ± 21	<0,001	144 ± 25	162 ± 20	<0,001
BAÖ puanı			<0,001			0,001
<135	31 (44)	14 (15)		29 (33)	11 (12)	
≥135	40 (56)	79 (85)		60 (67)	79 (88)	

¹Ortalama $\pm$ ss; n(%)

²Two Sample t-test; Pearson's Chi-squared test

Psoriasis hastalarının Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği (RBSÖ) puanlarının kıyaslandığı veriler Tablo 8’de sunulmuştur. RBSÖ puanlarına göre, kadın psoriasis hastalarının benlik saygısı düzeyleri incelendiğinde, %9,9’unun düşük, %46’sının orta, %44’ünün yüksek derecede benlik saygısına sahip olduğu belirlenmiştir. Diğer taraftan, sağlıklı kadın kontrol grubunun %0’ının düşük, %9’unun orta, %90’ının yüksek bir benlik saygısı düzeyine sahip olduğu saptanmıştır ve iki grup arasındaki bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0,001$). Kadın psoriasis hastalarının RBSÖ puan ortancası 2 (0-3) olarak hesaplanmıştır ve kontrol grubuna oranla anlamlı bir şekilde yüksek bulunmuştur ($p < 0,001$). RBSÖ puanlarına göre, erkek psoriasis hastalarının

benlik saygısı düzeyleri incelendiğinde, %4,5'inin düşük, %38'inin orta, %57'sinin yüksek derecede benlik saygısına sahip olduğu belirlenmiştir. Buna karşılık, sağlıklı erkek kontrol grubunun %0'ının düşük, %13'ünün orta, %86'sının yüksek bir benlik saygısı düzeyine sahip oldu saptanmıştır ve ki grup arasındaki bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,001$). Erkek psoriasis hastalarının RBSÖ puan ortancası 1 (0-3) olarak hesaplanmıştır ve kontrol grubuna oranla anlamlı bir şekilde yüksek bulunmuştur ($p<0,001$) (Tablo 8).

Tablo 8. Cinsiyetlere göre psoriasis hastalarının ve kontrol grubunun RBSÖ puanlarının kıyaslanması

	Kadın		p^2	Erkek		p^2
	Psoriasis n= 71 ¹	Kontrol n = 93 ¹		Psoriasis n = 89 ¹	Kontrol n = 90 ¹	
RBSÖ puanı	2 (0-3)	0 (0-1)	<0,001	1 (0-3)	0 (0-1)	<0,001
RBSÖ			<0,001			<0,001
Düşük benlik saygısı	7 (9.9) ^a	0 (0) ^b		4 (4.5) ^a	0 (0) ^b	
Orta benlik saygısı	33 (46) ^a	9 (9.7) ^b		34 (38) ^a	13 (14) ^b	
Yüksek benlik saygısı	31 (44) ^a	84 (90) ^b		51 (57) ^a	77 (86) ^b	

¹Ortanca (25-75. çeyrekler); n(%)

²Wilcoxon rank sum test; Fisher's exact test

Her bir farklı harf, birbirinden istatistiksel olarak belirgin derecede farklı satırları temsil etmektedir.

Kadın psoriasis hastalarının GRCDÖ skorları Tablo 9'da sunulmuştur. GRCDÖ skorlarına göre, kadın psoriasis hastalarının sıklık ($p=0,005$), iletişim ($p=0,002$), doyum ($p<0,001$), kaçınma ($p<0,001$), dokunma ($p<0,001$), vajinusmus ($p=0,003$) alt ölçek skorları ve toplam GRCDÖ skoru ($p<0,001$), sağlıklı kadın kontrol grubuna kıyasla istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde yüksek bulunmuştur ($p<0,005$). Kadın psoriasis hastalarının sıklık alt ölçeği ortancası 5 (4-6) olarak belirlenmiş olup, en belirgin bozulmanın tespit edildiği alt ölçektir (Tablo 9).

Tablo 9. Kadın psoriasis hastalarının ve kontrol grubunun GRCDÖ puanlarının kıyaslanması

GRCDÖ-Kadın Formu	Psoriasis n = 71 ¹	Kontrol n = 93 ¹	p
Sıklık	5,00 (4,00-6,00)	4,00 (3,00-6,00)	0,005²
İletişim	3,00 (3,00-5,25)	3,00 (2,00-4,00)	0,002²
Doyum	3,00 (2,00-4,00)	2,00 (1,50-3,00)	<0,001²
Kaçınma	4,00 (2,00-5,50)	2,50 (2,00-3,50)	<0,001²
Dokunma	3,00 (1,50-4,50)	1,50 (1,00-3,00)	<0,001²
Vajinismus	3,00 (2,50-4,00)	2,50 (1,00-3,50)	0,003²
Anorgazmi	3,00 (2,50-4,00)	3,50 (2,50-5,00)	0,119 ²
Toplam puan	35 (22-46)	25 (18-33)	<0,001²

¹Ortanca (25-75. çeyrekler)

²Wilcoxon rank sum test

Erkek psoriasis hastalarının Golombok Rust Cinsel Doyum Ölçeği (GRCDÖ) skorları, “Wilcoxon Rank Sum Test” ile kıyaslanmıştır ve ilgili “p” değerleri Tablo 10’da sunulmuştur. GRCDÖ skorlarına göre, erkek psoriasis hastalarının doyum ($p<0,001$), kaçınma ($p=0,032$), dokunma ($p=0,025$), erken boşalma ($p<0,001$) alt ölçek skorları ve toplam GRCDÖ skoru ($p<0,001$), sağlıklı erkek kontrol grubuna kıyasla istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde yüksek bulunmuştur ($p<0,005$). Erkek psoriasis hastalarının sıklık alt ölçeği ortancası 4 (3-6) olarak belirlenmiş olup, en belirgin bozulmanın tespit edildiği alt ölçektir (Tablo 10).

Tablo 10. Erkek psoriasis hastalarının ve kontrol grubunun GRCDÖ puanlarının kıyaslanması

GRCDÖ-Erkek	Psoriasis n = 89 ¹	Kontrol n = 90 ¹	p
Sıklık	4,00 (3,00-6,00)	4,00 (3,00-5,00)	0,115 ²
İletişim	3,00 (2,00-5,00)	3,00 (2,00-4,00)	0,260 ²
Doyum	3,50 (2,00-4,50)	2,00 (1,50-3,00)	<0,001²
Kaçınma	2,00 (1,50-3,00)	1,50 (1,00-2,50)	0,032²
Dokunma	2,00 (1,00-3,00)	1,50 (1,00-2,50)	0,025²
Empotans	2,50 (1,50-3,50)	2,50 (2,00-3,25)	0,786 ²
Erken boşalma	3,50 (2,50-4,50)	2,50 (2,00-3,50)	<0,001²
Toplam puan	25 (17-37)	18 (14-23)	<0,001²

¹Ortanca (25-75. çeyrekler); n(%)

²Wilcoxon rank sum test

4.5. Psoriasis Hastalarının Ölçek Skorlarının Çeşitli Klinik Parametrelerle Karşılaştırılması ve İlişkisi

Psoriasis hastalarının GRCDÖ puanlarının, kullanmakta oldukları ilaç tedavilerine göre kıyaslanması Tablo 11’de sunulmuştur. Hastalar, herhangi bir ilaç tedavisi almayanlar, topikal, geleneksel tedavi (metotreksat, asitretin) veya biyolojik (TNF- α inhibitörleri, IL-17 inhibitörleri, IL-23 inhibitörleri) tedavi alanlar olmak üzere dört ana gruba ayrılmışlardır. Kadın psoriasis hastalarının GRCDÖ puanları, kullanmakta oldukları ilaç tedavilerine göre kıyaslandığında, gruplar arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır. Geleneksel ilaç tedavisi alan erkek psoriasis hastalarının GRCDÖ puanlarının ortancası, biyolojik ilaç tedavisi alan erkek psoriasis hastalarına oranla anlamlı olarak daha yüksektir ($p=0,001$) (Tablo 11).

Tablo 11. Psoriasis tedavilerine göre GRCDÖ puanlarının karşılaştırılması

	Kadın		Erkek	
	GRCDÖ Ortanca (25- 75. çeyrekler)	p^1	GRCDÖ Ortanca (25- 75. çeyrekler)	p^1
Psoriasis tedavisi		0,466		0,001
Tedavi almıyor	46 (23-49)		40 (24-46) ^{a,b}	
Topikal	40 (30-48)		26 (22-34) ^{a,b}	
Geleneksel	35 (18-46)		35 (25-50) ^a	
Biyolojik	30 (23-42)		21 (11-29) ^b	

¹Kruskal-Wallis testi

Her bir farklı harf, birbirinden istatistiksel olarak belirgin derecede farklı satırları temsil etmektedir.

Psoriasis hastalarının GRCDÖ puanlarının, ek kronik hastalık varlığına göre kıyaslanması Tablo 12’de sunulmuştur. Psoriasis dışında ek bir kronik hastalığı olan ve olmayan kadın ve erkek psoriasis hastalarının GRCDÖ puanları arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır (Tablo 12).

Tablo 12. Psoriasis hastalarının kronik hastalık varlığına göre GRCDÖ puanlarının karşılaştırılması

Psoriasis Hastaları	Kadın		Erkek	
	GRCDÖ Ortanca (25- 75. çeyrekler)	p ¹	GRCDÖ Ortanca (25- 75. çeyrekler)	p ¹
Kronik hastalık varlığı		0,530		0,932
Var	30 (22-37)		24 (18-38)	
Yok	35 (22-46)		26 (17-37)	

¹Mann-Whitney U testi

HADÖ, HADÖ-A, HADÖ-D, BAÖ, RBSÖ ve GRCDÖ ölçeklerinin yaş, vücut kitle indeksi, evli hastaların evlilik süresi, hastaların toplam eğitim yılı, hastaların hastalık süresi ve PAŞİ puanları arasındaki ilişki Tablo 13’te sunulmuştur. Yaş ile RBSÖ skoru arasında zayıf düzeyde negatif yönlü ilişki [(r=-0,16), p<0,005] ve hastalık süresi ile HADÖ-D arasında zayıf düzeyde negatif yönlü ilişki [(r=-0,23), p<0,005], HADÖ ile zayıf düzeyde negatif yönlü ilişki [(r=-0,17), p<0,005], GRCDÖ toplam skoru ile zayıf düzeyde negatif yönlü ilişki [(r=-0,16), p<0,005] saptanmıştır. PAŞİ skoru ile HADÖ-A arasında zayıf düzeyde pozitif yönlü ilişki [(r=0,37), p<0,001], HADÖ-D ile zayıf düzeyde pozitif yönlü ilişki [(r=-0,35), p<0,001], HADÖ ile zayıf düzeyde pozitif yönlü ilişki [(r=-0,39), p<0,001], BAÖ ile orta düzeyde negatif yönlü ilişki [(r=-0,46), p<0,001], RBSÖ ile orta düzeyde pozitif yönlü ilişki [(r= 0,47), p<0,001], GRCDÖ ile zayıf düzeyde pozitif yönlü ilişki [(r= 0,37), p<0,001] bulunmuştur (Tablo 13).

Tablo 13. Psoriasis hastalarının ölçek skorlarının çeşitli parametrelerle ilişkisi

	HADÖ-A	HADÖ-D	HADÖ	BAÖ	RBSÖ	GRCDÖ
Yaş	-0.11	-0.11	-0.12	0.073	-0.16*	-0.12
VKİ	-0.013	0.016	0.003	-0.09	-0.047	-0.06
Evlilik süresi	0.05	0.02	0.037	-0.002	-0.017	-0.058
Eğitim yılı	-0.073	-0.044	-0.06	-0.048	-0.14	-0.091
Psoriasis süresi	-0.1	-0.23*	-0.17*	0.11	-0.15	-0.16*
PAŞİ	0.37**	0.35**	0.39**	-0.46**	0.47**	0.37**

Spearman Korelasyon, * p<0,005 ** p<0,001

Psoriasis hastalarında, HADÖ, HADÖ-A, HADÖ-D, BAÖ, RBSÖ ve GRCDÖ ölçeklerinin kendi aralarındaki ilişkisi Tablo 14’te sunulmuştur. HADÖ-A skoru ile HADÖ-D skoru arasında yüksek düzeyde pozitif yönlü ilişki [(r=0,7), p<0,001], HADÖ ile yüksek düzeyde pozitif yönlü ilişki [(r=0,93), p<0,001], BAÖ ile orta düzeyde negatif yönlü ilişki [(r=-0,51), p<0,001], RBSÖ ile orta düzeyde pozitif yönlü ilişki [(r=0,58), p<0,001], GRCDÖ ile orta düzeyde pozitif yönlü ilişki [(r=0,42), p<0,005] saptanmıştır. HADÖ-D skoru ile HADÖ skoru arasında yüksek düzeyde pozitif yönlü ilişki [(r=0,91), p<0,001], BAÖ ile orta düzeyde negatif yönlü ilişki [(r=-0,53), p<0,001], RBSÖ ile orta düzeyde pozitif yönlü ilişki [(r=0,51), p<0,001], GRCDÖ ile orta düzeyde pozitif yönlü ilişki [(r=0,45), p<0,005] bulunmuştur. HADÖ skoru ile BAÖ skoru arasında orta düzeyde negatif yönlü ilişki [(r=-0,55), p<0,001], RBSÖ ile orta düzeyde pozitif yönlü ilişki [(r=0,59), p<0,001], GRCDÖ ile orta düzeyde pozitif yönlü ilişki [(r=0,47), p<0,001] saptanmıştır. BAÖ skoru ile RBSÖ skoru arasında yüksek düzeyde negatif yönlü ilişki [(r=-0,68), p<0,001], GRCDÖ ile orta düzeyde negatif yönlü ilişki [(r=-0,52), p<0,001] bulunmuştur. RBSÖ skoru ile GRCDÖ skoru arasında orta düzeyde pozitif yönlü ilişki [(r=0,51), p<0,001] ilişki saptanmıştır (Tablo 14).

Tablo 14. Psoriasis hastalarının ölçek skorlarının kendi aralarındaki ilişkisi

	1	2	3	4	5	6
1 HADÖ-A	1.00					
2 HADÖ-D	0.7**	1.00				
3 HADÖ	0.93**	0.91**	1.00			
4 BAÖ	-0.51**	-0.53**	-0.55**	1.00		
5 RBSÖ	0.58**	0.51**	0.59**	-0.68**	1.00	
6 GRCDÖ	0.42**	0.45**	0.47**	-0.52**	0.51**	1.00

Spearman Korelasyon, * p<0,005 ** p<0,001

4.6. Psoriasis Hastalarının Lezyon Yerine Göre BAÖ Puanlarının Kıyaslanması

Kadın psoriasis hastalarının lezyon yerine göre BAÖ puanlarının karşılaştırılması Tablo 15’te sunulmuştur. Meme, göğüs, karın, dirsek, el tırnağı, üst bacak, genital ve kalça bölgesinde lezyon bulunan kadın psoriasis hastalarının BAÖ puan ortancası, bu bölgede lezyonu olmayan hastaların BAÖ puan ortancasına göre anlamlı olarak daha düşük bulunmuştur (sırasıyla p<0,001; p=0,009; p=0,049; p=0,038; p=0,007; p=0,036; p<0,001; p=0,036). Saçlı deri, yüz, boyun, üst kol, alt kol, el içi, el dışı, sırt, bel, diz, alt bacak, ayak ve ayak tırnağı bölgesinde lezyon bulunan kadın psoriasis hastalarının BAÖ puan ortancaları ile bu bölgelerde lezyonu olmayan hastaların BAÖ puan ortancaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır.

Tablo 15. Kadın psoriasis hastalarının lezyon yerine göre BAÖ puanlarının kıyaslanması

	Kadın Psoriasis Hastaları		p ¹
	BAÖ Lezyon var Ortanca (25-75. çeyrekler)	BAÖ, Lezyon yok Ortanca (25-75. çeyrekler)	
Saçlı deri	134 (122-159)	146 (126-164)	0,254
Yüz	134 (122-148)	145 (126-164)	0,394
Boyun	131 (126-138)	145 (126-163)	0,375
Meme	120 (107-127)	148 (132-165)	<0,001
Göğüs	124 (110-132)	146 (126-164)	0,009
Karın	128 (114-140)	145 (126-164)	0,049
Üst kol	144 (126-164)	145 (124-159)	0,583
Dirsek	146 (132-164)	126 (121-156)	0,038
Alt kol	143 (126-159)	145 (124-162)	0,935
Elin içi	133 (129-151)	145 (124-164)	0,855
Elin dışı	131 (124-148)	145 (126-163)	0,324
El tırnağı	126 (120-130)	147 (126-165)	0,007
Sırt	133 (122-145)	146 (126-165)	0,288
Bel	132 (120-147)	145 (126-164)	0,160
Üst bacak	128 (123-154)	147 (128-168)	0,036
Diz	140 (124-163)	146 (126-159)	0,636
Alt bacak	134 (124-165)	146 (126-159)	0,640
Ayak	145 (125-156)	144 (126-162)	0,823
Ayak tırnağı	134 (126-144)	145 (126-163)	0,331
Genital	123 (107-145)	148 (130-166)	<0,001
Kalça	123 (122-134)	145 (126-165)	0,036

¹Wilcoxon rank sum test

Erkek psoriasis hastalarının lezyon yerine göre BAÖ puanlarının karşılaştırılması Tablo 16’da sunulmuştur. Saçlı deri, göğüs, karın, sırt, bel, alt bacak, genital ve kalça bölgesinde lezyon bulunan erkek psoriasis hastalarının BAÖ puan ortancası, bu bölgede lezyonu olmayan hastaların BAÖ puan ortancasına göre anlamlı olarak daha düşük bulunmuştur (sırasıyla p=0,020; p=0,026; p=0,047; p=0,002; p=0,035; p=0,020; p<0,001; p=0,006). Saçlı deri, yüz, boyun, meme, üst kol, dirsek,

alt kol, el içi, el dışı, el tırnağı, üst bacak, diz, ayak ve ayak tırnağı bölgesinde lezyon bulunan erkek psoriasis hastalarının BAÖ puan ortancaları ile bu bölgelerde lezyonu olmayan hastaların BAÖ puan ortancaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır.

Tablo 16. Erkek psoriasis hastalarının lezyon yerine göre BAÖ puanlarının kıyaslanması

	Erkek Psoriasis Hastaları		p¹
	BAÖ, Lezyon var Ortanca (25-75. çeyrekler)	BAÖ, Lezyon yok Ortanca (25-75. çeyrekler)	
Saçlı deri	142 (122-155)	149 (136-164)	0,020
Yüz	131 (119-154)	145 (133-160)	0,056
Boyun	158 (158-158)	145 (130-159)	0,471
Meme	130 (102-145)	145 (131-160)	0,054
Göğüs	132 (130-142)	148 (131-160)	0,026
Karın	138 (122-149)	149 (133-160)	0,047
Üst kol	136 (123-156)	148 (132-160)	0,111
Dirsek	144 (131-160)	145 (125-159)	0,947
Alt kol	144 (136-159)	145 (125-159)	0,809
Elin içi	144 (124-154)	145 (130-160)	0,664
Elin dışı	132 (120-158)	147 (134-160)	0,118
El tırnağı	134 (119-156)	145 (132-160)	0,180
Sırt	132 (120-148)	149 (142-162)	0,002
Bel	130 (101-140)	146 (132-160)	0,035
Üst bacak	135 (124-151)	147 (132-162)	0,081
Diz	140 (130-154)	148 (128-160)	0,264
Alt bacak	142 (119-156)	148 (134-164)	0,020
Ayak	122 (111-144)	145 (132-160)	0,103
Ayak tırnağı	146 (134-156)	145 (130-159)	0,838
Genital	132 (119-145)	155 (143-164)	<0,001
Kalça	121 (102-143)	146 (132-162)	0,006

¹Wilcoxon rank sum test

4.7. Psoriasis Hastalarının Lezyon Yerine Göre RBSÖ Puanlarının Kıyaslanması

Kadın psoriasis hastalarının lezyon yerine göre RBSÖ puanlarının karşılaştırılması Tablo 17’de sunulmuştur. Meme bölgesinde lezyon bulunan kadın psoriasis hastalarının RBSÖ puan ortancası 3 (3-4) iken, bu bölgede lezyonu olmayan hastaların RBSÖ puan ortancası 1 (0-3) olarak belirlenmiş ve bu aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,001$). Genital bölgede lezyon bulunan kadın psoriasis hastalarının RBSÖ puan ortancası 3 (2-5) iken, bu bölgede lezyonu olmayan hastaların RBSÖ puan ortancası 1 (0-3) olarak belirlenmiş ve bu aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,003$). Saçlı deri, yüz, boyun, göğüs, karın, üst kol, dirsek, alt kol, el içi, el dışı, el tırnağı, sırt, bel, üst bacak, diz, alt bacak, ayak, ayak tırnağı ve kalça bölgesinde lezyon bulunan erkek psoriasis hastalarının RBSÖ puan ortancaları ile bu bölgelerde lezyonu olmayan hastaların RBSÖ puan ortancaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır.

Tablo 17. Kadın psoriasis hastalarının lezyon yerine göre RBSÖ puanlarının kıyaslanması

	Kadın Psoriasis Hastaları		p ²
	RBSÖ, Lezyon var ¹	RBSÖ, Lezyon yok	
Saçlı deri	2,00 (1,00-3,00)	1,00 (0,00-3,00)	0,071
Yüz	3,00 (1,75-4,25)	2,00 (0,00-3,00)	0,026
Boyun	3,00 (2,00-3,00)	2,00 (0,00-3,00)	0,520
Meme	3,00 (3,00-4,00)	1,00 (0,00-3,00)	<0,001
Göğüs	3,00 (3,00-3,75)	2,00 (0,00-3,00)	0,019
Karın	3,00 (2,00-3,25)	2,00 (0,00-3,00)	0,061
Üst kol	2,00 (0,25-3,00)	2,00 (0,00-3,00)	0,570
Dirsek	1,00 (0,00-2,00)	3,00 (1,00-3,00)	0,020
Alt kol	2,00 (1,00-4,00)	2,00 (0,00-3,00)	0,350
Elin içi	2,00 (2,00-3,00)	2,00 (0,00-3,00)	0,272
Elin dışı	2,00 (1,00-3,00)	2,00 (0,00-3,00)	0,858
El tırnağı	3,00 (3,00-3,75)	2,00 (0,00-3,00)	0,006
Sırt	3,00 (2,00-3,00)	2,00 (0,00-3,00)	0,123
Bel	2,50 (2,00-3,00)	2,00 (0,00-3,00)	0,128
Üst bacak	3,00 (2,00-3,00)	1,00 (0,00-3,00)	0,017
Diz	2,00 (1,00-3,00)	1,50 (0,00-3,00)	0,379
Alt bacak	2,00 (1,00-3,00)	1,00 (0,00-3,00)	0,089
Ayak	2,00 (2,00-3,00)	1,50 (0,00-3,00)	0,433
Ayak tırnağı	2,50 (2,00-3,75)	2,00 (0,00-3,00)	0,160
Genital	3,00 (2,00-4,00)	1,00 (0,00-3,00)	0,003
Kalça	2,50 (2,00-3,00)	1,00 (0,00-3,00)	0,079

¹Ortanca (25-75. çeyrekler)

²Wilcoxon rank sum test

Erkek psoriasis hastalarının lezyon yerine RBSÖ puanlarının karşılaştırılması Tablo 18’de sunulmuştur. Saçlı deri bölgesinde lezyon bulunan erkek psoriasis hastalarının RBSÖ puan ortancası 2 (1-3) iken, bu bölgede lezyonu olmayan hastaların RBSÖ puan ortancası 1 (0-2) olarak belirlenmiş ve bu aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p=0,005). Yüz bölgesinde lezyon bulunan kadın psoriasis hastalarının RBSÖ puan ortancası 3 (1,5-4) iken, bu bölgede lezyonu olmayan

hastaların RBSÖ puan ortancası 1 (0-2) olarak belirlenmiş ve bu aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,002$). Sırt bölgesinde lezyon bulunan erkek psoriasis hastalarının RBSÖ puan ortancası 2,5 (1,25-3,75) iken, bu bölgede lezyonu olmayan hastaların RBSÖ puan ortancası 1 (0-2) olarak belirlenmiş ve bu aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,001$). Genital bölgede lezyon bulunan erkek psoriasis hastalarının RBSÖ puan ortancası 3 (1-4) iken, bu bölgede lezyonu olmayan hastaların RBSÖ puan ortancası 1 (0-1) olarak belirlenmiş ve bu aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,001$). Boyun, göğüs, meme, karın, üst kol, dirsek, alt kol, el içi, el dışı, el tırnağı, bel, üst bacak, diz, alt bacak, ayak, ayak tırnağı ve kalça bölgesinde lezyon bulunan erkek psoriasis hastalarının RBSÖ puan ortancaları ile bu bölgelerde lezyonu olmayan hastaların RBSÖ puan ortancaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır.

Tablo 18. Erkek psoriasis hastalarının lezyon yerine göre RBSÖ puanlarının kıyaslanması

Erkek Psoriasis Hastaları			
	RBSÖ	RBSÖ	p²
	Lezyon var¹	Lezyon yok	
Saçlı deri	2,00 (1,00-3,00)	1,00 (0,00-2,00)	0,005
Yüz	3,00 (1,50-4,00)	1,00 (0,00-2,00)	0,002
Boyun	3,00 (3,00-3,00)	1,00 (0,00-3,00)	0,317
Meme	3,00 (1,50-4,00)	1,00 (0,00-3,00)	0,038
Göğüs	2,00 (1,00-3,00)	1,00 (0,00-3,00)	0,171
Karın	1,00 (0,75-3,00)	1,00 (0,00-3,00)	0,618
Üst kol	2,00 (1,00-3,00)	1,00 (0,00-2,00)	0,132
Dirsek	1,00 (0,00-3,00)	1,00 (1,00-3,00)	0,814
Alt kol	1,00 (1,00-2,00)	1,00 (0,00-3,00)	0,554
Elin içi	0,50 (0,00-2,50)	1,00 (1,00-3,00)	0,511
Elin dışı	2,00 (0,00-3,00)	1,00 (1,00-2,00)	0,269
El tırnağı	2,50 (1,00-3,25)	1,00 (0,00-2,00)	0,044
Sırt	2,50 (1,25-3,75)	1,00 (0,00-2,00)	<0,001
Bel	3,00 (2,00-4,00)	1,00 (0,00-3,00)	0,043
Üst bacak	1,00 (1,00-3,00)	1,00 (0,00-3,00)	0,461
Diz	2,00 (1,00-3,00)	1,00 (0,00-2,00)	0,152
Alt bacak	2,00 (1,00-3,00)	1,00 (0,00-2,50)	0,051
Ayak	2,00 (1,00-3,50)	1,00 (0,25-3,00)	0,371
Ayak tırnağı	1,00 (0,50-2,00)	1,00 (0,25-3,00)	0,734
Genital	3,00 (1,00-4,00)	1,00 (0,00-1,00)	<0,001
Kalça	3,00 (1,00-3,00)	1,00 (0,00-2,75)	0,044

¹Ortanca (25-75. çeyrekler)

²Wilcoxon rank sum test

4.8. Psoriasis Hastalarının Lezyon Yerine Göre GRCDÖ Puanlarının Kıyaslanması

Kadın psoriasis hastalarının lezyon yerine göre GRCDÖ puanlarının karşılaştırılması Tablo 19’da sunulmuştur. Genital bölgede lezyon bulunan kadın psoriasis hastalarının GRCDÖ puan ortancası 49 (46-57) iken, bu bölgede lezyonu olmayan hastaların GRCDÖ puan ortancası 30 (21-39) olarak belirlenmiş ve bu

aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,001$). Saçlı deri, yüz, boyun, meme, göğüs, karın, üst kol, dirsek, alt kol, el içi, el dışı, el tırnağı, sırt, bel, üst bacak, diz, alt bacak, ayak, ayak tırnağı ve kalça bölgesinde lezyon bulunan kadın psoriasis hastalarının GRCDÖ puan ortancaları ile bu bölgelerde lezyonu olmayan hastaların GRCDÖ puan ortancaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır.

Tablo 19. Kadın psoriasis hastalarının lezyon yerine göre GRCDÖ puanlarının kıyaslanması

Kadın Psoriasis Hastaları			
	GRCDÖ, Lezyon var¹	GRCDÖ, Lezyon yok	p²
Saçlı deri	40 (29-46)	30 (22-48)	0,311
Yüz	46 (34-50)	32 (22-46)	0,067
Boyun	40 (35-40)	34 (22-46)	0,830
Meme	43 (30-48)	32 (22-46)	0,178
Göğüs	40 (31-45)	34 (22-47)	0,390
Karın	42 (32-48)	32 (22-46)	0,071
Üst kol	40 (18-48)	32 (23-46)	0,751
Dirsek	32 (22-42)	42 (26-50)	0,163
Alt kol	38 (21-49)	32 (23-45)	0,691
Elin içi	41 (32-47)	32 (22-46)	0,489
Elin dışı	32 (30-38)	36 (22-47)	0,930
El tırnağı	42 (36-50)	32 (22-46)	0,059
Sırt	38 (30-43)	33 (22-47)	0,923
Bel	42 (26-49)	32 (22-46)	0,412
Üst bacak	40 (28-49)	32 (22-46)	0,340
Diz	36 (23-43)	33 (22-48)	0,902
Alt bacak	35 (22-46)	34 (23-47)	0,801
Ayak	35 (31-45)	32 (22-47)	0,552
Ayak tırnağı	40 (24-50)	35 (23-46)	0,649
Genital	49 (46-57)	30 (21-39)	<0,001
Kalça	46 (41-48)	32 (22-46)	0,039

¹Ortanca (25-75. çeyrekler)

²Wilcoxon rank sum test

Erkek psoriasis hastalarının lezyon yerine GRCDÖ puanlarının karşılaştırılması Tablo 20’de sunulmuştur. Sırt bölgesinde lezyon bulunan erkek psoriasis hastalarının GRCDÖ puan ortancası 34 (25-46) iken, bu bölgede lezyonu olmayan hastaların GRCDÖ puan ortancası 24 (14-32) olarak belirlenmiş ve bu aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,001$). Genital bölgede lezyon bulunan erkek psoriasis hastalarının GRCDÖ puan ortancası 34 (25-48) iken, bu bölgede lezyonu olmayan hastaların GRCDÖ puan ortancası 22 (13-30) olarak belirlenmiş ve bu aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,001$). Saçlı deri, yüz, boyun, meme, göğüs, karın, üst kol, dirsek, alt kol, el içi, el dışı, el tırnağı, bel, üst bacak, diz, alt bacak, ayak, ayak tırnağı ve kalça bölgesinde lezyon bulunan erkek psoriasis hastalarının GRCDÖ puan ortancaları ile bu bölgelerde lezyonu olmayan hastaların GRCDÖ puan ortancaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır.

Tablo 20. Erkek psoriasis hastalarının lezyon yerine göre GRCDÖ puanlarının kıyaslanması

Erkek Psoriasis Hastaları			
	GRCDÖ, Lezyon var¹	GRCDÖ, Lezyon yok	p²
Saçlı deri	27 (23-37)	24 (13-42)	0,273
Yüz	32 (22-38)	25 (17-34)	0,193
Boyun	32 (32-32)	25 (17-38)	0,613
Meme	37 (26-40)	25 (17-36)	0,095
Göğüs	25 (25-34)	26 (17-38)	0,482
Karın	25 (23-32)	26 (17-39)	0,879
Üst kol	27 (19-41)	25 (17-37)	0,542
Dirsek	28 (21-42)	25 (16-34)	0,200
Alt kol	24 (20-27)	27 (17-39)	0,477
Elin içi	18 (12-30)	26 (18-38)	0,390
Elin dışı	25 (20-34)	26 (16-38)	0,936
El tırnağı	30 (24-37)	25 (17-39)	0,325
Sırt	34 (25-46)	24 (14-32)	<0,001
Bel	37 (23-41)	25 (17-36)	0,167
Üst bacak	32 (26-45)	24 (15-36)	0,010
Diz	32 (22-42)	25 (16-33)	0,156
Alt bacak	30 (23-43)	24 (14-32)	0,018
Ayak	33 (27-44)	25 (17-37)	0,163
Ayak tırnağı	23 (16-28)	26 (17-38)	0,495
Genital	34 (25-48)	22 (13-30)	<0,001
Kalça	32 (25-49)	25 (17-36)	0,091

¹Ortanca (25-75. çeyrekler)

²Wilcoxon rank sum test

4.9. Psoriasis Hastalarının Lezyon Yerine Göre HADÖ Puanlarının Kıyaslanması

Kadın psoriasis hastalarının lezyon yerine göre HADÖ puanlarının karşılaştırılması Tablo 21’de sunulmuştur. Yüz bölgesinde lezyon bulunan kadın psoriasis hastalarının HADÖ puan ortancası 20 (18-26) iken, bu bölgede lezyonu olmayan hastaların HADÖ puan ortancası 12 (7-18) olarak belirlenmiş ve bu aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p=0,004). Bel bölgesinde lezyon bulunan

kadın psoriasis hastalarının HADÖ puan ortancası 21 (18-28) iken, bu bölgede lezyonu olmayan hastaların HADÖ puan ortancası 12 (7-18) olarak belirlenmiş ve bu aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,003$). Saçlı deri, boyun, meme, göğüs, karın, üst kol, dirsek, alt kol, el içi, el dışı, el tırnağı, sırt, üst bacak, diz, alt bacak, ayak, ayak tırnağı, genital ve kalça bölgesinde lezyon bulunan kadın psoriasis hastalarının HADÖ puan ortancaları ile bu bölgelerde lezyonu olmayan hastaların HADÖ puan ortancaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır.

Tablo 21. Kadın psoriasis hastalarının lezyon yerine göre HADÖ puanlarının kıyaslanması

	Kadın Psoriasis Hastaları		p^2
	HADÖ, Lezyon var ¹	HADÖ, Lezyon yok	
Saçlı deri	19 (10-22)	12 (6-18)	0,028
Yüz	20 (18-26)	12 (7-18)	0,004
Boyun	15 (12-18)	14 (7-20)	0,731
Meme	19 (16-22)	12 (7-19)	0,007
Göğüs	18 (11-21)	14 (7-20)	0,254
Karın	16 (10-20)	14 (7-20)	0,353
Üst kol	18 (10-23)	13 (7-19)	0,118
Dirsek	12 (7-20)	16 (11-22)	0,256
Alt kol	18 (11-25)	12 (7-19)	0,028
Elin içi	16 (10-23)	14 (7-19)	0,474
Elin dışı	16 (8-19)	14 (7-20)	0,691
El tırnağı	20 (15-24)	13 (7-19)	0,065
Sırt	19 (14-22)	12 (7-19)	0,031
Bel	21 (18-28)	12 (7-18)	0,003
Üst bacak	18 (14-24)	11 (6-19)	0,010
Diz	17 (10-22)	13 (6-19)	0,074
Alt bacak	17 (10-23)	12 (6-18)	0,019
Ayak	16 (10-19)	14 (7-20)	0,829
Ayak tırnağı	20 (14-25)	14 (7-19)	0,301
Genital	19 (14-25)	12 (7-19)	0,011
Kalça	19 (15-21)	12 (7-20)	0,044

¹Ortanca (25-75. çeyrekler)

²Wilcoxon rank sum test

Erkek psoriasis hastalarının lezyon yerine göre HADÖ puanlarının karşılaştırılması Tablo 22’de sunulmuştur. Saçlı deri bölgesinde lezyon bulunan erkek psoriasis hastalarının HADÖ puan ortancası 15 (11-22) iken, bu bölgede lezyonu olmayan hastaların HADÖ puan ortancası 10 (6-15) olarak belirlenmiş ve bu aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,001$). Sırt bölgesinde lezyon bulunan erkek psoriasis hastalarının HADÖ puan ortancası 15 (11-22) iken, bu bölgede lezyonu olmayan hastaların HADÖ puan ortancası 11 (6-16) olarak belirlenmiş ve bu aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,004$). Genital bölgede lezyon bulunan erkek psoriasis hastalarının HADÖ puan ortancası 15 (11-22) iken, bu bölgede lezyonu olmayan hastaların HADÖ puan ortancası 10 (5-15) olarak belirlenmiş ve bu aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,001$). Yüz, boyun, meme, göğüs, karın, üst kol, dirsek, alt kol, el içi, el dışı, el tırnağı, üst bacak, diz, alt bacak, ayak, ayak tırnağı ve kalça bölgesinde lezyon bulunan erkek psoriasis hastalarının HADÖ puan ortancaları ile bu bölgelerde lezyonu olmayan hastaların HADÖ puan ortancaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır.

Tablo 22. Erkek psoriasis hastalarının lezyon yerine göre HADÖ puanlarının kıyaslanması

Erkek Psoriasis Hastaları			
	HADÖ, Lezyon var¹	HADÖ, Lezyon yok	p²
Saçlı deri	15 (11-22)	10 (6-15)	0,001
Yüz	16 (12-20)	11 (6-17)	0,038
Boyun	15 (15-15)	13 (7-18)	0,696
Meme	15 (8-21)	13 (7-18)	0,546
Göğüs	15 (10-23)	12 (7-17)	0,107
Karın	15 (6-18)	13 (7-18)	0,559
Üst kol	14 (5-17)	13 (7-18)	0,978
Dirsek	15 (8-19)	12 (6-17)	0,228
Alt kol	11 (6-15)	14 (7-18)	0,228
Elin içi	10 (6-20)	13 (7-18)	0,896
Elin dışı	16 (13-23)	11 (6-16)	0,015
El tırnağı	18 (12-22)	11 (6-16)	0,007
Sırt	15 (11-22)	11 (6-16)	0,004
Bel	19 (15-26)	12 (7-17)	0,015
Üst bacak	15 (6-18)	12 (7-18)	0,609
Diz	15 (11-18)	11 (6-18)	0,114
Alt bacak	14 (7-19)	11 (7-18)	0,501
Ayak	17 (6-22)	13 (7-18)	0,506
Ayak tırnağı	15 (10-18)	13 (7-18)	0,724
Genital	15 (11-22)	10 (5-15)	<0,001
Kalça	16 (15-22)	12 (7-18)	0,042

¹Ortanca (25-75. çeyrekler)

²Wilcoxon rank sum test

4.10. Psoriasis Hastalarının PAŞİ'ye Göre Çeşitli Ölçek Puanlarının Kıyaslanması

Psoriasis hastalarının HADÖ, HADÖ-A ve HADÖ-D puan ortancalarının PAŞİ'ye göre kıyaslanması, HADÖ-A ve HADÖ-D alt ölçekleri için belirlenen kesme puanının üzerinde değerlendirilen hasta sayılarının PAŞİ'ye göre kıyaslanması ise Tablo 23'te sunulmuştur. Yüksek şiddetli psoriasis hastalarının %52'si, orta şiddetli

psoriasis hastalarının %47'si, hafif şiddetli psoriasis hastalarının ise %20'si, HADÖ anksiyete alt ölçeğinde (HADÖ-A), kesme puanının üzerinde değerlendirilmiştir. HADÖ-A alt ölçeğinde belirlenen kesme puanının üzerinde değerlendirilen hasta sayısı, orta ve yüksek şiddetli psoriasis hastalarında hafif şiddetli psoriasis hastalarına kıyasla anlamlı bir şekilde artmıştır ($p<0,001$). Yüksek şiddetli psoriasis hastaları ile orta şiddetli psoriasis hastaları arasında, HADÖ-A alt ölçeğinde kesme puanının üzerinde değerlendirilme bakımından anlamlı bir fark saptanmamıştır. Orta ve yüksek şiddetli psoriasis hastalarının HADÖ-A puan ortancası, hafif şiddetli psoriasis hastalarına oranla anlamlı olarak daha yüksektir ($p<0,001$). Orta ve yüksek şiddetli psoriasis hastalarının HADÖ-A puan ortancaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. Yüksek şiddetli psoriasis hastalarının %35'i, orta şiddetli psoriasis hastalarının %44'ü, hafif şiddetli psoriasis hastalarının ise %24'ü, HADÖ depresyon alt ölçeğinde, kesme puanının üzerinde değerlendirilmiştir. HADÖ-D alt ölçeğinde belirlenen kesme puanının üzerinde değerlendirilen hasta sayısı, orta şiddetli psoriasis hastalarında hafif şiddetli psoriasis hastalarına kıyasla anlamlı bir şekilde artmıştır ($p=0,045$). Yüksek şiddetli psoriasis hastaları ile hafif ve orta şiddetli psoriasis hastaları arasında, HADÖ-D alt ölçeğinde kesme puanının üzerinde değerlendirilme bakımından anlamlı bir fark saptanmamıştır. Orta ve yüksek şiddetli psoriasis hastalarının HADÖ-D puan ortancası, hafif şiddetli psoriasis hastalarına oranla anlamlı olarak daha yüksektir ($p<0,001$). Orta ve yüksek şiddetli psoriasis hastalarının HADÖ-D puan ortancaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. Orta ve yüksek şiddetli psoriasis hastalarının toplam HADÖ puan ortancası, hafif şiddetli psoriasis hastalarına göre anlamlı derecede daha yüksektir ($p<0,001$). Orta ve yüksek şiddetli psoriasis hastalarının toplam HADÖ puan ortancaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır.

Tablo 23. Psoriasis hastalarının PAŞİ'ye göre HADÖ puanlarının kıyaslanması

	PAŞİ			p
	Hafif şiddetli, n = 80 ¹	Orta şiddetli, n = 57 ¹	Yüksek şiddetli, n = 23 ¹	
HADÖ-A	5,0 (3,0-8,0) ^a	8,0 (5,0-11,0) ^b	11,0 (8,0-11,5) ^b	<0,001²
HADÖ-A > 10 puan	16 (20) ^a	27 (47) ^b	12 (52) ^b	<0,001³
HADÖ-D	4,0 (2,0-7,0) ^a	7,0 (4,0-11,0) ^b	7,0 (5,5-11,0) ^b	<0,001²
HADÖ-D > 7 puan	19 (24) ^a	25 (44) ^b	8 (35) ^{a,b}	0,045³
HADÖ toplam puan	9 (6-15) ^a	16 (11-20) ^b	16 (14-22) ^b	<0,001²

¹Ortanca (25-75. çeyrekler); n(%)²Kruskal-Wallis rank sum test³Pearson's Chi-squared test

Her bir farklı harf, birbirinden istatistiksel olarak belirgin derecede farklı satırları temsil etmektedir.

BAÖ için belirlenen kesme puanının altında değerlendirilen hastaların PAŞİ'ye göre kıyaslanması, RBSÖ puan ortancalarının PAŞİ'ye göre kıyaslanması ve RBSÖ puanlarına göre düşük, orta ve yüksek benlik saygısına sahip olanların PAŞİ'ye göre kıyaslanması Tablo 24'te sunulmuştur. Yüksek şiddetli psoriasis hastalarının %74'ü, orta şiddetli psoriasis hastalarının %46'sı, hafif şiddetli psoriasis hastalarının ise %21'i, BAÖ'ye göre kesme puanının altında değerlendirilmiştir. Yüksek, orta ve hafif şiddetli psoriasis hastaları arasındaki bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,001$). Yüksek şiddetli psoriasis hastalarının RBSÖ puan ortancası 3 (2-4) iken, orta şiddetli psoriasis hastalarında bu değer 2 (1-3) ve hafif şiddetli psoriasis hastalarında ise 1 (0-2) olarak belirlenmiştir. Yüksek ve orta şiddetli psoriasis hastalarının RBSÖ puan ortancası, hafif şiddetli psoriasis hastalarına göre anlamlı olarak daha yüksektir ($p<0,001$). Yüksek şiddetli ve orta şiddetli psoriasis hastalarının RBSÖ puan ortancaları arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır. RBSÖ puanlarına göre yüksek şiddetli psoriasis hastalarının %8,7'si düşük, %74'ü orta ve %17'si yüksek benlik saygısına sahiptir. Orta şiddetli psoriasis hastalarının %11'i düşük, %53'ü orta ve %37'si yüksek benlik saygısına sahiptir. Hafif şiddetli psoriasis hastalarının ise %3,8'i düşük, %25'i orta ve %71'i yüksek benlik saygısına sahiptir. Orta düzeyde benlik saygısına sahip psoriasis hastaları arasında, psoriasis şiddeti yüksek ve orta olanların oranı, şiddeti hafif olanlara göre anlamlı derecede daha yüksektir ($p<0,001$). Yüksek düzeyde benlik saygısına sahip psoriasis hastaları

arasında, psoriasis şiddeti hafif olanların oranı, şiddeti yüksek ve orta olanlara göre anlamlı derecede daha yüksektir ($p<0,001$).

Tablo 24. Psoriasis hastalarının PAŞİ'ye göre BAÖ ve RBSÖ puanlarının kıyaslanması

	PAŞİ			p
	Hafif şiddetli n = 80 ¹	Orta şiddetli n = 57 ¹	Yüksek şiddetli n = 23 ¹	
BAÖ < 135 puan	17 (21) ^a	26 (46) ^b	17 (74) ^c	<0,001³
RBSÖ puanı	1 (0-2) ^a	2 (1-3) ^b	3 (2-4) ^b	<0,001²
RBSÖ				<0,001⁴
Düşük	3 (3,8) ^a	6 (11) ^a	2 (8,7) ^a	
Orta	20 (25) ^a	30 (53) ^b	17 (74) ^b	
Yüksek	57 (71) ^a	21 (37) ^b	4 (17) ^b	

¹Ortanca (25-75. çeyrekler); n(%)

²Kruskal-Wallis rank sum test

³Pearson's Chi-squared test

⁴Fisher's exact test

Her bir farklı harf, birbirinden istatistiksel olarak belirgin derecede farklı satırları temsil etmektedir.

Kadın psoriasis hastalarının PAŞİ'ye göre GRCDÖ puanlarının kıyaslanması Tablo 25'te sunulmuştur. Yüksek şiddetli psoriasis hastalarının GRCDÖ kaçınma ve dokunma alt ölçeği puan ortancası, orta ve hafif şiddetli psoriasis hastalarının puan ortancasına göre anlamlı derecede daha yüksektir (sırasıyla $p=0,003$; $p<0,001$). Yüksek, orta ve hafif şiddetli psoriasis hastalarının GRCDÖ sıklık, iletişim, doyum, vajinismus ve anorgazmi alt ölçeği puan ortancaları kıyaslandığında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark saptanmamıştır. Yüksek şiddetli psoriasis hastalarının toplam GRCDÖ puan ortancası, hafif şiddetli psoriasis hastalarının puan ortancasına kıyasla anlamlı derecede daha yüksektir ($p=0,005$). Orta şiddetli psoriasis hastaları ile yüksek ve hafif şiddetli psoriasis hastaları arasında toplam GRCDÖ puan ortancası açısından anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Tablo 25. Kadın psoriasis hastalarının PAŞİ'ye göre GRCDÖ puanlarının kıyaslanması

GRCDÖ-Kadın	PAŞİ			p
	Hafif şiddetli, n = 38 ¹	Orta şiddetli, n = 25 ¹	Yüksek şiddetli, n = 8 ¹	
Sıklık	4,50 (4,00-6,00)	6,00 (4,00-7,00)	5,00 (4,88-6,00)	0,320 ²
İletişim	3,00 (3,00-4,00)	4,00 (2,00-7,00)	4,00 (3,00-5,25)	0,159 ²
Doyum	2,50 (2,00-4,00)	3,00 (2,50-4,50)	3,00 (3,00-3,50)	0,387 ²
Kaçınma	3,25 (1,50-4,50) ^a	4,00 (3,00-5,00) ^a	6,25 (5,50-7,00) ^b	0,003²
Dokunma	2,00 (1,50-3,50) ^a	2,50 (2,00-4,50) ^a	6,25 (5,38-6,50) ^b	<0,001²
Vajinismus	3,00 (2,50-3,88)	3,50 (3,00-4,00)	2,75 (1,88-4,12)	0,230 ²
Anorgazmi	3,00 (2,00-3,88)	3,50 (2,50-4,00)	3,50 (2,50-4,00)	0,243 ²
Toplam puan	28 (22-39) ^a	40 (29-51) ^{a,b}	46 (42-49) ^b	0,005²

¹Ortanca (25-75. çeyrekler); n(%)

²Kruskal-Wallis rank sum test

Her bir farklı harf, birbirinden istatistiksel olarak belirgin derecede farklı satırları temsil etmektedir.

Erkek psoriasis hastalarının PAŞİ'ye göre GRCDÖ puanlarının kıyaslanması Tablo 26'da sunulmuştur. Orta şiddetli psoriasis hastalarının GRCDÖ sıklık alt ölçeği puan ortancası, hafif şiddetli psoriasis hastalarının puan ortancasına göre anlamlı derecede daha yüksektir (p=0,020). Hafif, orta ve yüksek şiddetli psoriasis hastalarının GRCDÖ dokunma alt ölçeği puan ortancaları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur (p=0,024). Yüksek, orta ve hafif şiddetli psoriasis hastalarının GRCDÖ iletişim, doyum, kaçınma, empotans ve erken boşalma alt ölçeği puan ortancaları kıyaslandığında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark saptanmamıştır. Yüksek ve orta şiddetli psoriasis hastalarının toplam GRCDÖ puan ortancası, hafif şiddetli psoriasis hastalarının puan ortancasına kıyasla anlamlı derecede daha yüksektir (p=0,005). Orta şiddetli psoriasis hastaları ile yüksek şiddetli psoriasis hastaları arasında toplam GRCDÖ puan ortancası açısından anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Tablo 26. Erkek psoriasis hastalarının PAŞİ'ye göre GRCDÖ puanlarının kıyaslanması

GRCDÖ-Erkek	PAŞİ			p
	Hafif şiddetli n = 42 ¹	Orta şiddetli n = 32 ¹	Yüksek şiddetli n = 15 ¹	
Sıklık	3,00 (2,00-5,00) ^a	5,50 (3,00-7,00) ^b	5,00 (4,00-5,00) ^{a,b}	0,020²
İletişim	3,00 (1,00-5,00)	4,00 (2,00-5,00)	3,00 (2,00-4,00)	0,492 ²
Doyum	3,00 (1,63-4,00)	3,50 (2,50-5,00)	4,00 (2,75-4,75)	0,084 ²
Kaçınma	1,75 (1,13-2,50)	2,00 (1,00-3,12)	2,50 (2,00-5,00)	0,136 ²
Dokunma	1,50 (1,00-2,50) ^a	2,25 (1,00-3,50) ^a	3,00 (1,50-3,00) ^a	0,024²
Empotans	2,50 (1,50-3,00)	2,75 (1,88-3,50)	3,00 (2,50-4,00)	0,108 ²
Erken boşalma	3,00 (2,00-4,00)	4,00 (3,00-5,00)	3,50 (3,00-4,25)	0,057 ²
Toplam puan	20 (11-30) ^a	30 (24-41) ^b	32 (24-40) ^b	0,005²

¹Ortanca (25-75. çeyrekler); n(%)

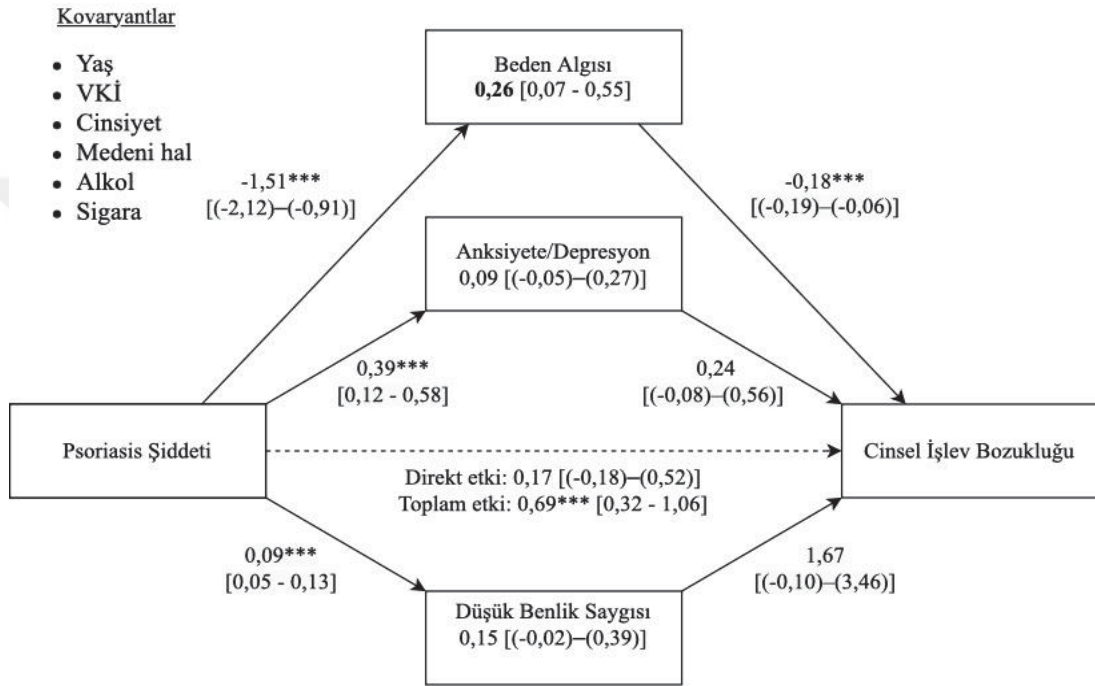
²Kruskal-Wallis rank sum test

Her bir farklı harf, birbirinden istatistiksel olarak belirgin derecede farklı satırları temsil etmektedir.

4.11. Psoriasis Şiddeti ve Cinsel İşlev Bozuklukları Arasındaki İlişkide Paralel Aracı Etkilerin İncelenmesi

Bu tez çalışmasında, teorik olarak, psoriasis şiddetinin cinsel işlev bozuklukları üzerindeki doğrudan etkisine anksiyete/depresyon, düşük benlik saygısı ve düşük beden algısının aracılık (medyator) ettiği varsayıldı. Yaş, cinsiyet, VKİ, medeni hal, alkol ve sigara kullanımını bu ilişkide karıştırıcı faktörler olarak kabul edildi. Paralel aracılık analizinin sonuçları, cinsel işlev bozukluklarının beden algısıyla anlamlı dolaylı ilişkide olduğunu gösterirken, anksiyete/depresyon ve düşük benlik saygısı ile anlamlı bir dolaylı ilişkide olmadığını göstermektedir. Şekil 1 ve Tablo 27'de görüldüğü gibi, daha şiddetli psoriasis, anksiyete/depresyon ($\beta = 0.392$, $t = 4.014$, $p < 0.001$), düşük benlik saygısı ($B = 0.094$, $t = 4.768$, $p < 0.001$) ve düşük beden algısı ($B = -1.516$, $t = -4.959$, $p < 0.001$) ile ilişkili bulundu. Psoriasis şiddetinin cinsel işlev bozuklukları üzerine direkt ve dolaylı ilişkiler toplamı ($B = 0.693$, $t = 3.719$, $p < 0.001$) anlamlı bulundu ancak ve cinsel işlev bozuklukları ($B = 0.170$, $t = 0.960$, $p = 0.338$) ile direkt anlamlı ilişkisi yoktu.

Beden algısı ($B = -0.177$, $t = -3.110$, $p=0.002$) cinsel işlev bozuklukları ile negatif ilişkili iken, anksiyete/depresyon ($B = 0.243$, $t = 1.479$, $p=0.141$) ve düşük benlik saygısı ($B = 1.679$, $t = 1.856$, $p=0.065$) aracılılarıyla düşük cinsel işlev bozuklukları arasında anlamlı bir ilişki bulunmadı. 10000 örneklem ile yapılan yeniden örnekleme (bootstrapping) analizinde, araçların toplam dolaylı etkileri ($B = 0.522$, %95 GA 0.303-0.867) anlamlı bulundu.



Şekil 1. Psoriasis şiddeti ve cinsel işlev bozuklukları arasındaki ilişkide anksiyete/depresyon, düşük benlik saygısı ve beden algısının paralel aracı etkileri

Tablo 27. Anksiyete/depresyon, benlik saygısı ve beden algısının psoriasis şiddeti ve cinsel işlev bozuklukları arasındaki ilişkide aracı (medyator) olarak test edilmesi

Model yolları	B	SH	%95 GA		p
			Alt sınır	Üst sınır	
Direkt etkiler					
Psoriasis şiddeti → anksiyete/depresyon	0,392	0,097	0,119	0,586	<0,001
Psoriasis şiddeti → benlik saygısı	0,094	0,019	0,055	0,133	<0,001
Psoriasis şiddeti → beden algısı	-1,516	0,305	-2,120	-0,912	<0,001
Psoriasis şiddeti → cinsel işlev bozuklukları	0,170	0,145	-0,180	0,520	0,338
Anksiyete/depresyon → cinsel işlev bozuklukları	0,243	0,164	-0,081	0,569	0,141
Benlik saygısı → cinsel işlev bozuklukları	1,679	0,904	-0,108	3,466	0,065
Beden algısı → cinsel işlev bozuklukları	-0,177	0,056	-0,289	-0,064	0,002
Dolaylı etkiler					
Anksiyete/depresyon üzerinden	0,095	0,082	-0,049	0,274	†
Benlik saygısı üzerinden	0,158	0,105	-0,024	0,397	†
Beden algısı üzerinden	0,268	0,122	0,076	0,554	†
Toplam	0,522	0,142	0,303	0,867	†
Toplam etki (Direkt+dolaylı)	0,693	0,186	0,325	1,061	<0,001

%95 GA = %95 güven aralığı, *B* = Standartize edilmemiş beta katsayısı, SH = Standart hata
†Katsayılar ve güven aralıkları yeniden örnekleme metodu ile hesaplandığından p değeri verilmemiştir. 0 değerini içermeyen güven aralıkları anlamlı kabul edilir.

5. TARTIŞMA

Bu tez çalışmasında, psoriasis tanılı 160 hasta ile benzer cinsiyet, yaş, medeni durum ve eğitim düzeyi dağılımına sahip olan 183 sağlıklı birey arasında sosyodemografik ve klinik özellikler, anksiyete ve depresyon düzeyi, beden algısı, benlik saygısı ve cinsel işlevler açısından bir karşılaştırma yapılmıştır. Psoriasis hastalarında beden algısı, benlik saygısı ve lezyon yerinin cinsel işlevler üzerine etkisinin incelenmesi, psoriasis hastalarında görülebilen cinsel işlev bozukluklarının psikopatolojisinin araştırılması ve cinsel işlev bozukluklarına sebep olabilecek bazı etkenlerin saptanması amaçlanmıştır.

5.1. Sosyodemografik ve Klinik Özelliklere Yönelik Verilerin İncelenmesi

Psoriasis hastalarının sosyodemografik ve klinik özellikleri incelendiğinde katılımcıların cinsiyetleri birbirlerine yakın oranlardadır ve örneklemin büyük çoğunluğu 30-46 yaş aralığında, evli ve çekirdek ailesiyle birlikte şehir merkezinde ikamet etmektedir. Bu çalışmada, mevcut alanyazınla uyumlu olarak cinsiyetler arasında psoriasis sıklığı açısından anlamlı bir fark saptanmamıştır [3].

Psoriasis hastaları, uzun süreli hastalık seyri boyunca genellikle artan işsizlik oranları ve mesleki işlevselliklerinde azalma yaşadıklarını bildirmektedirler [75]. Çalışmamızda, kadın psoriasis hastalarındaki çalışmama oranı (%52), sağlıklı kontrol grubuna kıyasla anlamlı olarak daha yüksek bulundu. Psoriasis hastalarının aylık maddi geliri, sağlıklı kontrol grubuna oranla anlamlı olarak daha düşüktü. Bu bulgular, alanyazını destekler niteliktedir.

Bugüne kadar yapılan pek çok çalışmada, psoriasis hastalarının genellikle normal vücut ağırlığının üzerinde olduğu belirtilmiştir. Yapılan bir çalışmada, psoriasis hastalarında aşırı kilo veya obezitenin daha sık görüldüğü tespit edilmiştir [238]. Yüksek VKİ değerleri, beden algısında bozukluklara sebep olabileceği için,

30 ve üzerindeki VKİ değerlerine sahip hastalar bu çalışmaya dahil edilmemiştir. Buna rağmen bu çalışmada, kadın ve erkek hasta grubunun VKİ değerlerinin ortancası, sağlıklı kontrol grubuna oranla anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Bu değerler, psoriasis hastalarının VKİ değerlerinin genel popülasyona oranla belirgin bir şekilde yüksek olduğunu bildiren çalışmalarla uyumludur [238]. Alanyazında, bazı psoriasis hastalarında aşırı yeme davranışının olduğu, bu davranışın bir başa çıkma mekanizması olarak kabul edilebileceği, aşırı kilo ve obezitenin altta yatan bir yeme bozukluğu ile ilişkili olabileceği belirtilmiştir [77].

Bir meta-analizde, psoriasis hastalarında artan sigara kullanımı ile sigara içen bireyler arasında artan psoriasis sıklığı arasında anlamlı bir ilişki olduğu belirtilmiştir [239]. Çalışmamızda, kadın psoriasis hastalarının %54'ünün, erkek psoriasis hastalarının ise %60'ının sigara kullandığı saptanmıştır. Alanyazınla uyumlu olarak, sigara kullanan kadın psoriasis hastaların oranı sağlıklı kontrol grubuna göre anlamlı derecede daha yüksekti. Bu ilişki, psikolojik stres gibi altta yatan, ölçülmemiş bir karıştırıcı faktörün etkisine bağlı olabilir [240].

Psoriasisın, alkol kullanım bozukluğuna kıyasla artmış miktarda alkol tüketimi ile ilişkili olduğu vurgulanmaktadır. Bir derlemede, psoriasis hastalarında alkol tüketiminin genel topluma kıyasla daha yüksek olduğu sonucuna varılmıştır [241]. Çalışmamızda kadın psoriasis hastalarının %20'sinin, erkek psoriasis hastalarının ise %28'inin alkol kullanımı olduğu saptanmış olsa da, alkol kullanım bozukluğu veya madde kullanımı olan hasta yoktur.

Psoriasis ve psikiyatrik bozuklukların eş zamanlı görülme sıklığını araştıran çalışmalarda, psikiyatrik komorbiditelerin yaygınlığının %10 ile %90 arasında değiştiği bildirilmektedir. Psoriasis hastalarında psikiyatrik bozuklukların komorbiditesinin incelendiği bir çalışmada, psikiyatrik bozuklukların %57 oranında psoriasisle eşlik ettiği tespit edilmiştir [242]. Bu çalışmada, cinsel işlev bozukluklarına sebep olabileceği için, SCID-5'e uygun yapılandırılmış klinik görüşme sonrası majör psikiyatrik bir bozukluk saptanan hastalar çalışmadan dışlanmıştır. Dolayısıyla psikiyatrik komorbiditelerin oranı araştırılmamıştır. Ancak, alanyazınla uyumlu olarak, kadın psoriasis hastalarının %38'inin, erkek psoriasis hastalarının ise %26'sının geçmişinde psikiyatrik bozukluk öyküsü olduğu öğrenilmiştir.

Psoriasis hastalarında genel topluma göre, hipertansiyon, metabolik sendrom, obezite, tip 2 diyabet gibi hastalıkların daha sık görüldüğü bilinmektedir [68]. Cinsel işlev bozuklukları, ek bedensel hastalıklardan kaynaklanabileceği için araştırmamıza dahil edilme ölçütleri arasında “iyi bir genel sağlık durumuna sahip olmak” koşulu bulunmaktadır. Dolayısıyla, çalışmamız yazındaki çoğu çalışmadan ayrılarak, psoriasis hastalarının %85’inde ek bir kronik hastalık öyküsü olmadığı sonucuna varmıştır. Psoriasise sıklıkla eşlik eden, metabolik sendrom, hipertansiyon, diyabet gibi hastalıkların, bu hastalıkların tedavisi için kullanılan bazı ilaçların ve kardiyovasküler risk faktörlerinin etkisinin cinsel işlev bozukluklarıyla, özellikle erkek psoriasis hastalarında sık görülen SB’yle, ilişkili olduğu bilinmektedir [243]. Bizim çalışmamızda ek bir kronik hastalık varlığının GRCDÖ skoru üzerine anlamlı bir etkisi olmadığı bulunmuştur. Bu sayede çalışmamızda, psoriasisin cinsel işlev bozuklukları üzerine olan direkt etkisi daha net incelenebilmiştir.

Stres, psoriasis gibi bazı dermatolojik hastalıkların ortaya çıkmasında veya mevcut belirtilerin şiddetinde artışa sebep olmaktadır [26]. Stres faktörünün, hastalığın ilk başlangıcında %44’lük bir etkiye sahip olabileceği, alevlenme dönemlerinde ise bu etkinin %80’e kadar çıkabileceği gözlemlenmiştir [48]. Bir çalışmada, psikolojik stres ile psoriasis şiddeti arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur [244]. Bu çalışmada, kadın psoriasis hastalarının %48’i, erkek psoriasis hastalarının ise %27’si alevlenme dönemleri ile stres arasında ilişki kurmuştur ve bu ilişki kadın hastalarda, erkek hastalara oranla anlamlı bir şekilde daha yüksek orandadır. Bu bulgu stres faktörünün kadınlarda daha belirgin olmak üzere psoriasiste çok önemli bir tetikleyici unsur olduğunu bir kez daha ortaya koyması açısından dikkat çekicidir.

Bir çalışmada, psoriasis hastalarında olumsuz travmatik deneyimlerin tüm gelişim evrelerinde belirgin bir şekilde daha sık görüldüğünü, hem çocukluk hem de yetişkinlik döneminde yaşanan olumsuz yaşam olaylarının psoriasis başlangıcına karşı duyarlılığı arttırabileceği gösterilmiştir [245]. Psoriasisin başlangıcı, belirtilerin artışı veya alevlenme dönemleri stresli yaşam olaylarından etkilenebilir. Bir çalışmada, psoriasis tanısı konulan hastaların %70’inden fazlası, hastalığın başlangıcından önceki 12 ay içerisinde stresli olaylar yaşadıklarını bildirmiştir [246]. Bu çalışmada, kadın psoriasis hastalarının %41’i, erkek psoriasis hastalarının ise %18’i psoriasis başlangıcından önce bir psikolojik travma yaşadığını ifade etmiştir ve bu oran kadın

hastalarda anlamlı olarak daha yüksektir. Bir çalışmada, tanı zamanının, hastaların psikolojik semptomlarıyla ilişkili olabileceği vurgulanmıştır [247]. Ancak, alanyazında olumsuz travmatik deneyimler ile psoriasis başlangıcı arasında doğrudan nedensel bir ilişki kurulamadığı, daha kapsamlı çalışmalara ihtiyaç duyulduğu belirtilmiştir [245].

Plak tipi, olguların yaklaşık %90'ını oluşturan en yaygın rastlanan psoriasis varyantıdır [41]. Bu çalışmada, alanyazınla uyumlu olarak, kadın psoriasis hastalarının %90'ı ile erkek psoriasis hastaların %99'u plak tipi psoriasis olgularından oluşmaktaydı. Yine başka bir çalışmada, plak tipi psoriasisın %93 oranla en sık rastlanan klinik tip olduğu bulunmuştur [248]. Çalışmamızda, hastalar PAŞİ'ye göre üç kategoride değerlendirildi. Kadın hastaların %54'ü hafif şiddetli, %35'i orta şiddetli, %11'i yüksek şiddetli; erkek hastaların %47'si hafif şiddetli, %36'sı orta şiddetli, %17'si yüksek şiddetli olarak saptandı. Genellikle hafif ve orta şiddetteki psoriasis vakalarında salisilik asit, topikal kortikosteroidler, takrolimus gibi topikal tedaviler tercih edilmektedir. Daha şiddetli vakalarda ise sistemik tedavi seçeneklerinden metotreksat gibi geleneksel tedaviler veya biyolojikler devreye girmektedir [83]. Bu çalışmada, geleneksel ve biyolojik tedavi uygulanan grubun daha yüksek oranda olmasında rağmen örneklemin çoğunluğunun düşük PAŞİ puanlarına sahip olmasının temel sebebi, daha öncesinde tedaviye başlanan ve takip edilen psoriasis hastalarının da hasta grubuna dahil edilmesi olabilir. Bu hastaların PAŞİ puanları, başlangıçta biyolojik veya geleneksel tedaviye gereksinim duyulan bir düzeyde yüksekken, tedavi süreciyle birlikte azalmıştır.

Psoriasis tedavisinde kullanılan ilaçların cinsel işlevler üzerine etkileri mevcuttur. Asitretin ve metotreksat gibi geleneksel ilaç tedavilerinin cinsel işlev bozukluklarıyla, özellikle de SB'yle, ilişkisi bilinmektedir. Buna karşılık, TNF- α , IL-17 ve IL-23 inhibitörleri gibi biyolojik ilaç tedavilerinin cinsel işlevler üzerine olumlu etkileri olduğu, bu etkinin muhtemelen hastalığın remisyona girmesiyle ilişkili olduğu saptanmıştır [243]. Çalışmamızda, geleneksel ilaç tedavisi alan erkek psoriasis hastalarının, biyolojik ilaç tedavisi alan erkek psoriasis hastalarına göre anlamlı derecede daha yüksek GRCDÖ skorlarına sahip olduğu bulunmuştur. Bu sonuçlar, literatürle tutarlı bir şekilde, geleneksel ilaç tedavisi alan erkek psoriasis hastalarında cinsel işlev bozukluklarının, biyolojik ilaç tedavisi alanlara kıyasla daha belirgin

olduğunu göstermektedir. Bir çalışmada, psoriasis tedavisi için kullanılan ilaçlar ile cinsel işlev bozuklukları arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır [249]. Bizim çalışmamızda, herhangi bir ilaç tedavisi alan ve almayan hasta grupları arasında GRCDÖ skorları açısından anlamlı bir fark tespit edilmemiştir. Bu sonuçlar, psoriasis hastalarında artan cinsel işlev bozuklukları sıklığı üzerinde, aynı zamanda başka faktörlerin de etkisi olabileceği düşüncesini desteklemektedir.

Birinci derece akrabalarında psoriasis hastalığı bulunan bireylerde, psoriasis olma riskinin yükseldiği bilinmektedir. Alanyazında, ebeveynlerinden birinde psoriasis bulunması durumunda bireyin psoriasis olma olasılığının yaklaşık %10 olduğu, her iki ebeveynde de psoriasis varsa bu riskin yaklaşık %50 olduğu ifade edilmektedir [43]. Bu çalışmada, birinci derece akrabalarında psoriasis hastalığı bulunan bireylerde, psoriasis geliştirme riski üzerine çalışılmamıştır ancak örneklemdaki kadın psoriasis hastalarının %42'sinin, erkek psoriasis hastalarının ise %29'unun birinci derece akrabalarında psoriasis bulunduğu saptanmıştır. Başka bir çalışmada ise, psoriasis hastalarının %36,8'inin birinci derece akrabalarında psoriasis tanısı olduğu belirtilmiştir [250].

Bir çalışmada, hastaların %93'ünde dirsek ve diz gibi ekstensör bölgelerin etkilendiği ve bunu %88 oranı ile saçlı derinin takip ettiği bulunmuştur. Yüz, avuç, ayak tabanı ve tırnakların ise olguların üçte birinde etkilendiği gözlemlenmiştir [248]. Kaur ve arkadaşlarının çalışmasına göre, saçlı deri (%25), bacaklar (%20,6) ve kollar (%11,7) sırasıyla en sık etkilenen bölgelerdi [251]. Başka bir çalışmada ise, en sık tutulum olan bölgelerin sırasıyla gövde, kollar ve bacaklar, saçlı deri, avuç ve ayak tabanı olduğu saptanmıştır [252]. Bizim çalışmamızda, kadın hastalarda alanyazınla uyumlu olarak en sık etkilenen bölgelerin dirsek (%61), saçlı deri (%41), diz (%41), alt bacak (%41) ve üst bacak (%34) olduğu, erkek hastalarda ise saçlı deri (%46), alt bacak (%43), dirsek (%42), genital (%42) ve diz (%30) olduğu saptanmıştır.

5.2. Anksiyete ve Depresyon Belirtilerine Yönelik Verilerin İncelenmesi

Psoriasis hastalarında genel topluma oranla depresyon ve anksiyete riskinin arttığı belirtilmiştir [71]. Bir çalışmada, psoriasis hastaların %44'ünde depresyon, %55'inde ise anksiyete bozukluğu saptanmıştır [7]. Başka bir çalışmada ise, psoriasis hastalarının %50'sinde anksiyete belirtileri, %32,5'inde ise depresyon belirtileri

olduğu bulunmuştur ve bu oranlar sağlıklı kontrol grubuna göre anlamlı olarak daha yüksektir [14]. Bu çalışmada, cinsel işlev bozukluklarına sebep olabileceği için, SCID-5'e uygun yapılandırılmış klinik görüşme sonrası majör depresif bozukluk ve anksiyete bozukluğu kriterlerini karşılayan hastalar çalışmadan dışlanmıştır. Psoriasis hastalarının anksiyete ve depresyon belirtileri, alanyazınla uyumlu olarak, sağlıklı kontrol grubuna göre anlamlı bir şekilde daha yüksek bulunmuştur. Pruritus, lezyonların fiziksel görünümü, damgalanma ve aleksitimik özellikler bu hastalardaki yüksek anksiyete oranlarına katkıda bulunuyor olabilir [72,73]. Bununla birlikte, yüksek PAŞİ skorları, yüz gibi görünür bölgelerde ve genital bölgede lezyonların olması, düşük benlik saygısı gibi faktörler ise hastaların psoriasisin psikososyal etkileriyle mücadele etmesini zorlaştırabilir ve bu durum depresyona neden olabilir [74] [75].

Alanyazın incelendiğinde, psoriatik lezyonların yeri ile psikiyatrik belirtiler arasındaki ilişkinin incelendiği sınırlı sayıda çalışma olduğu görülmüştür. Bir çalışmada, yüz ve el gibi görünür bir bölgede herhangi bir dermatolojik lezyon bulunan hastalarda, bu bölgelerde lezyonu bulunmayan hastalara göre psikiyatrik komorbidite oranı daha yüksek bulunmuştur [253]. Başka bir çalışmada, psoriasis hastalarında, vücudun görünür bölgelerinde yer alan deri lezyonları ile fiziksel ve ruhsal sağlık arasında yakın bir ilişki olduğuna dair sonuçlar bulunmuştur [254]. Lakuta ve arkadaşlarının çalışmasında, yüz, boyun, genital ve sırt bölgesinde psoriatik lezyon bulunması depresif belirtilerle, yüz, boyun ve göğüs bölgesinde lezyon bulunması sosyal anksiyete ile ilişkili bulunmuştur [255]. Bizim çalışmamızın sonuçlarına göre, saçlı deri, yüz, meme, alt kol, sırt, bel, üst bacak, alt bacak, genital ve kalça bölgesinde lezyon bulunan kadın psoriasis hastalarının depresyon ve anksiyete belirtileri, bu bölgelerde lezyonu bulunmayan kadın hastalara göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Saçlı deri, yüz, elin dışı, el tırnağı, sırt, bel, genital ve kalça bölgesinde lezyon bulunan erkek psoriasis hastalarının depresyon ve anksiyete belirtileri, bu bölgelerde lezyonu bulunmayan erkek hastalara göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. El tırnağı ve elin dışında lezyonların varlığının damgalanma ile ilişkilendirilmesi, bu bulguları destekler niteliktedir [255]. Ayrıca, el, saçlı deri, yüz ve genital bölge gibi duyarlı alanlarda lezyonların bulunduğu hastalarda, aleksitimi düzeylerinin arttığı gözlemlenmiştir. Bu bölgelerde lezyonu olan hastaların daha çok depresyon ve anksiyete belirtisi gösterme eğiliminde olabileceği söylenebilir [256].

5.3. Beden Algısı ile İlgili Verilerin İncelenmesi

Bir çalışmada, psoriatik lezyonların görünür bölgelerde ortaya çıkması, yaşam kalitesinde belirgin bir düşüş ve sosyal etkileşimlerde önemli sorunlarla bağlantılı bulunmuştur. Görünür bölgelerdeki lezyonlar, hastalığın şiddetini belirlemede önemli bir ölçüt görevi görmekte ve tedavi seçiminde rol oynamaktadır [83]. Daha görünür bir bölgede lezyonları olan bir bireyin, daha az görünür bir yerde aynı boyutta lezyonları olan bir hastaya kıyasla daha fazla sosyal ve psikolojik etki yaşaması beklenir [247]. Khoury ve arkadaşları, psoriasis hastalarının bedenlerini daha fazla örtme ve lezyonlarını gizleme gibi davranışlar sergilediklerini ve düşük bir beden algısına sahip olduklarını tespit etmişlerdir [201]. 2017 yılında, 92 psoriasis tanılı hastanın dahil edildiği bir çalışmada, psoriasis hastalarının beden algılarının kontrol grubuna göre daha olumsuz etkilendiği saptanmıştır [202]. Bu çalışmada, mevcut alanyazın ile uyumlu olarak, psoriasis hastalarının beden algılarının sağlıklı kontrol grubuna göre anlamlı bir şekilde daha düşük olduğu saptanmıştır. Psoriasis, bedeninin farklı bölgelerinde ortaya çıkabilen görünür ve dokunulabilir lezyonlarla karakterize olan bir hastalık olduğu için kişinin beden algısında belirgin değişimlere sebep olabilir [201].

Mevcut alanyazında, psoriasis hastalarında gözlemlenebilen düşük beden algısı ile psoriatik lezyonların bulunduğu beden bölgeleri arasındaki ilişkinin incelendiği bir çalışmaya rastlanmamıştır. Çalışmamızdan elde edilen verilere göre meme, göğüs, karın, el tırnağı, üst bacak, genital ve kalça bölgesinde lezyon bulunan kadın hastaların beden algıları, bu bölgelerde lezyon bulunmayan kadın hastalara göre anlamlı olarak daha düşüktür. Saçlı deri, göğüs, karın, sırt, bel, alt bacak, genital ve kalça bölgesinde lezyon bulunan erkek psoriasis hastalarının beden algıları, bu bölgelerde lezyon bulunmayan erkek hastalara göre anlamlı olarak daha düşük bulunmuştur. Cinsel açıdan çekicilikle ilişkilendirilen bölgeler arasında yer alan karın, meme, göğüs, kalça gibi bölgelerin tutulumunun beden algısı üzerine etkileri olabilir [199]. Yüz, saçlı deri, kollar ve bacaklar gibi görünür bölgelerde lezyonu olması psoriasis hastalarının beden algısını etkileyebilir. Bazı hastaların, bu bölgelerin görünürlüğü ile ilgili olumsuz duygu ve düşüncelere sahip olduğu ve yaz aylarında dahi uzun etekler veya uzun kollu giyisiler tercih ettikleri belirtilmiştir. [257]. Saklaması zor görünür bir alan olan el tırnaklarındaki bir lezyonun da kadınların beden algısını etkileyebileceği düşünülebilir [258]. Meme, hem kadınlığı hem de cinselliği

simgelemekte olup, bir çalışma kadınların memeleriyle ilgili memnuniyetsizliğinin genel beden memnuniyeti ile ilişkili olduğunu ortaya koymuştur [259]. Dolayısıyla, meme bölgesindeki bir lezyonun, hastaların beden algısını etkileyebileceği düşünülebilir.

5.4. Benlik Saygısı ile İlgili Verilerin İncelenmesi

Psoriasis gibi bir deri hastalığı, sadece bireyin kendisini nasıl algıladığını etkilemekle kalmaz, aynı zamanda diğer insanların da bireyi algılama şeklini etkiler. Bu bağlamda psoriasisle ilgili deri lezyonları, hem kendimizle ilgili nasıl hissettiğimizi hem başkalarının bize olan hissiyatlarını hem de başkalarının bizle ilgili düşündüklerine verdiğimiz anlamı, dolayısıyla benlik saygısını derinden etkileyebilir [7]. Bir çalışmada, psoriasis hastalarının sağlıklı kontrol grubuna göre anlamlı olarak benlik saygılarının daha düşük olduğu, hastaların %43,5'inin orta düzeyde, %56,5'inin ise yüksek düzeyde benlik saygısına sahip oldukları bulunmuştur [202]. Bizim çalışmamızda, psoriasis hastalarının RBSÖ puanları kontrol grubuna göre anlamlı olarak daha yüksektir. Bu sonuçlar, alanyazındaki diğer çalışmalarla uyumlu olarak, psoriasis hastalarının kontrol grubuna göre benlik saygısının daha düşük olduğunu destekler niteliktedir.

Alanyazında psoriasis hastalarında gözlemlenebilen düşük benlik saygısı ile psoriatik lezyonların bulunduğu beden bölgeleri arasındaki ilişkinin incelendiği bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu çalışmada, yüz, meme, göğüs, el tırnağı ve genital bölgesinde lezyon bulunan kadın hastaların, bu bölgelerde lezyonu olmayan kadın hastalara göre benlik saygısı düzeylerinin daha düşük olduğu saptanmıştır. Sosyal etkileşimlerde sıkça görünen bir bölge olan yüz ve ellerde lezyon bulunması, kişinin benlik saygısını derinden etkileyebilir [199]. Çalışmamızın bulgularına göre, kadın hastaların meme, göğüs, el tırnağı ve genital bölgesinde lezyon bulunması hem düşük beden algısı hem de düşük benlik saygısı ile ilişkilidir.

Bu çalışmada, saçlı deri, yüz, meme, el tırnağı, karın, sırt, bel, genital ve kalça bölgesinde psoriatik lezyon bulunan erkek hastaların, bu bölgelerde lezyonu olmayanlara göre anlamlı olarak benlik saygısı düzeylerinin daha düşük olduğu saptanmıştır. Erkek hastaların saçlı deri, karın, sırt, bel, genital ve kalça bölgesinde psoriatik lezyon bulunması hem düşük beden algısı hem de düşük benlik saygısı ile ilişkilidir. Gözlemlenebilir klinik belirtiler ve psoriasis hakkındaki sınırlı sosyal

farkındalık nedeniyle, psoriasis hastaları sıklıkla ayrımcılık ve damgalanma ile karşılaşır. Damgalanma, çevreden gelen olumsuz sözler ya da yorumlar, düşmanca tutumlar yoluyla ortaya çıkabilir. Bazı psoriasis hastaları, zamanla bu damgayı içselleştirebilir ve benlik saygıları olumsuz yönde etkilenebilir. Başkalarının da kendileriyle ilgili olumsuz algıları sıklıkla paylaştıklarına inanabilir [260] Yüz, saçlı deri ve el gibi görünür bölgelerde veya karın, bel, kalça ve genital gibi cinsellik üzerine etkisi olan bölgelerde lezyon olması damgalanma ile daha yakından ilişkilidir. Bazı bireyler, psoriasisin bulaşıcı bir hastalık olduğunu düşünmekte ve özellikle ellerinde lezyon bulunan hastalarla iletişimlerini kısıtlamaktadırlar [75,249]. Dolayısıyla bu bölgelerde lezyon bulunmasının düşük benlik saygısı ile ilişkili olduğu düşünülebilir.

5.5. Cinsel İşlev Bozukluklarına Yönelik Verilerin İncelenmesi

Psoriasis hastaları arasında cinsel işlev bozukluklarının görülme sıklığının artışı, hastalığın şiddeti, hastalığın kaşınma, pullanma, kanama gibi fiziksel semptomları, tedavi için kullanılan ilaçların yan etkileri, hastaların partnerlerinin endişeleri ve psikiyatrik komorbiditelere bağlanmaktadır [170]. Psoriasis hastalarında, cinsel işlev bozukluğu, cinsel yanıt evrelerinin her bileşeninde gözlenir ve bu durum, muhtemelen birkaç etkenin birleşiminden kaynaklanan bir sonuç olabilir [14]. Bir derlemede, psoriasis hastalarında cinsel işlev bozukluğu gelişme riskinin, sağlıklı kontrollere kıyasla 5,5 kat daha yüksek olduğu gösterilmiştir [178]. Psoriasis ve cinsel işlev bozuklukları arasındaki ilişkinin incelendiği, 120 hastanın dahil edildiği öncü bir çalışmada, hastaların %40,8'inde cinsel işlev bozukluğu saptanmıştır [10].

Türkiye'de yapılan bir çalışmanın sonuçları, kadın psoriasis hastalarının, sağlıklı kontrollerle karşılaştırıldığında belirgin bir cinsel işlev bozukluğuna sahip olduğunu, özellikle cinsel istek, orgazm ve doyum alanlarında bozukluklar yaşadığını göstermiştir [169]. Psoriasis tanılı kadınların dahil edildiği bir çalışmada, cinsel işlev bozukluğu yaygınlığı %58,6 olarak saptanmış olup, bu yaygınlık oranı, kontrol grubuna kıyasla istatistiksel açıdan belirgin bir fark göstermiştir [170]. 2017 yılında yapılan bir araştırmada, psoriasis tanılı kadın hastalarda, en yaygın cinsel işlev bozukluğunun %20,3 oranında, cinsel ilgi/uyarılma bozukluğu olduğu belirlenmiştir [173]. Bizim çalışmamızda, GRCDÖ'ye göre, kadın psoriasis hastalarının sağlıklı kontrol grubuna oranla, daha az sıklıkla cinsel ilişkiye girdiği, partneriyle iletişimde daha çok sorun yaşadığı, cinsel ilişkiden daha fazla kaçınma eğilimi gösterdiği,

dokunma ve okşamadan daha az zevk aldığı, daha az cinsel doyum yaşadığı ve vajinismusu daha yatkın olduğu görülmüştür. Veriler, alanyazınla uyumlu olarak, hasta grubunda, kontrol grubuna göre toplam GRCDÖ puanlarının daha yüksek olduğunu, cinsel doyumun azaldığını ve cinsel işlevlerde bozulmaların daha sık olduğunu göstermektedir. Türkiye’de yapılan bir çalışmada ise, GRCDÖ’ye göre, kadın psoriasis hastalarının sıklık, doyum, anorgazmi, dokunma ve kaçınma boyutlarında, sağlıklı kontrol grubuna göre daha sık sorunlar yaşadığı gösterilmiştir [13]. Bir çalışmada, psoriasis hastalarının cinsel ilişkiden kaçındığı ve partnerlerine karşı utanç duygusu hissettikleri belirtilmiştir [261]. Hastaların cinsel ilişki istendiğinde artan anksiyete, gerginlik ve cinsel ilişki sırasında iğrenme hissi gibi faktörlerin cinsel ilişkiyi reddetme ve kaçınma davranışlarına katkı sağladığı düşünülebilir. Psoriasisın kişilerarası ilişkiler üzerinde olumsuz etkileri olduğu bilinmektedir. Deri ve cinsellik arasındaki yakın bağ göz önüne alındığında, psoriasis hastaları sıklıkla yakın ilişkilerden kaçınma eğilimindedirler [262]. Bizim çalışmamızda da, kadın psoriasis hastalarının partnerleriyle iletişim sorunları yaşadığı saptanmıştır. Özellikle, hastalığın alevlenme dönemlerinde belirtilerin artışı, cinsel ilişki sıklığını azaltıyor olabilir. Hastalar kaşıntı ve kanama belirtileri ve rahat edebilecekleri bir cinsel pozisyon bulma ihtiyacı gibi nedenlerden ötürü cinsel ilişkiyi başlatmakta zorlandıklarını ifade etmektedirler [263]. Lezyonların görünebilir ve dokunulabilir doğası, hastaların dokunma ve okşamadan daha az zevk almasına ve kaçınma davranışlarına neden olabilir. Bu faktörlerin tamamının, cinsel doyum üzerine olumsuz etkilere yol açabileceği düşünülebilir. Bir çalışmada düşük beden algısına sahip kişilerin cinsel ilişki sırasında kaygı ve korku yaşadıkları belirtilmiştir. Dolayısıyla bu kişilerin, cinsel ilişkiden kaçınma eğilimlerinin arttığı, cinsel ilişki sıklıklarının azaldığı saptanmıştır. Başka bir çalışmada ise, düşük beden algısının cinsel isteksizlik ile anlamlı bir ilişkisi olduğu bulunmuştur. Bu sonuçlar, çalışmamızın bulgularını destekler niteliktedir.

Toplam 76 psoriasis tanılı erkek hastanın dahil edildiği bir çalışmada, hastaların %42’si deri problemleri sebebiyle cinsel aktivitelerinin olumsuz yönde etkilendiğini ifade etmiştir [174]. Bir araştırma, psoriasis tanılı erkek hastaların %56’sında sertleşme bozukluğu olduğunu ortaya koymuştur [175]. Bu çalışmada, GRCDÖ’ye göre, erkek psoriasis hastalarının sağlıklı kontrol grubuna oranla, daha az cinsel doyum yaşadığı, daha fazla kaçınma davranışı gösterdiği,

dokunma ve okşamadan daha az zevk aldığı ve daha sık erken boşalma yaşadıkları gösterilmiştir. Veriler, alanyazınla uyumlu olarak, hasta grubunda, kontrol grubuna göre toplam GRCDÖ puanlarının daha yüksek olduğunu, cinsel doyumun azaldığını ve cinsel işlevlerde bozulmaların daha sık olduğunu göstermektedir. Ülkemizde yapılan bir çalışmada ise, GRCDÖ'ye göre, erkek psoriasis hastalarının sıklık, kaçınma ve empotans boyutlarında, sağlıklı kontrol grubuna göre daha sık sorunlar yaşadığı gösterilmiştir [13]. Türel ve arkadaşlarının çalışmasında, psoriasis hastaları ve sağlıklı kontrol grubu arasında cinsel istek ve sertleşme bozukluğu açısından anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur [169]. Ancak psoriasis hastalarında, sağlıklı kontrol grubuna göre daha sık sertleşme bozukluğu görüldüğünü bildiren çalışmalar da mevcuttur [175,176]. Bir çalışmada anksiyete ve depresyon seviyesinin yüksekliği ve yaş artışı ile sertleşme bozukluğu arasında anlamlı bir ilişki kurulmuştur [264]. Çalışmamızda, sertleşme bozukluğu ile ilgili sorunların daha az sıklıkta görülmesinin nedeni, yüksek kardiyovasküler risk faktörlerine sahip olan ve anksiyete bozukluğu ile majör depresif bozukluk tanılı hastaların çalışmaya dahil edilmemiş olması olabilir.

Psoriasis hastalarında cinsel işlevlerin incelendiği bir çalışmada, karın, bel, genital ve kalça bölgeleri “kadınlarda cinsel etkilenme bölgeleri” olarak tanımlanmıştır ve bu bölgelerde psoriatik lezyonların varlığının, cinsel işlev bozuklukları ile anlamlı bir ilişkisinin olduğu gösterilmiştir. Aynı çalışmada, göğüs, genital ve kalça bölgeleri “erkeklerde cinsel etkilenme bölgeleri” olarak tanımlanmıştır ve bu bölgelerde psoriatik lezyonların varlığının, cinsel işlev bozuklukları ile anlamlı bir ilişkinin olduğu belirtilmiştir [14]. Benzer bir çalışmada, genital, kalça, karın ve bel bölgesi, cinsel işlev bozuklukları ile anlamlı olarak ilişkili bulunmuş ve bu bölgeler “cinsel etkilenme bölgeleri” tanımlanmıştır. Psoriasisın sıklıkla etkilediği ve damgalanma ile ilişkili bulunan cinsel etkilenme bölgelerinde lezyonu olan hastalarda cinsel işlev bozukluğu görülme olasılığının daha yüksek olduğu saptanmıştır [265]. Bir çalışmada, genital bölge tutulumu ile cinsel işlev bozukluğu arasında önemli bir ilişki olduğu bulunmuştur [249]. Bu çalışmada, kadın hastalarda, genital ve kalça bölgesinde psoriatik lezyon bulunması; erkek hastalarda ise, sırt, üst bacak, alt bacak ve genital bölgede psoriatik lezyon bulunması cinsel işlevlerde bozulma ile anlamlı olarak ilişkili bulunmuştur. Sırt, üst bacak ve alt bacak bölgesinde lezyon bulunan erkek hastalarda, cinsel işlev bozukluğunun sık görülmesinin sebebi, bu hastalarda aynı zamanda genital bölge tutulumunun

olmasından kaynaklanıyor olabilir. Bu bulgu, sırt, üst bacak, ve alt bacak bölgelerinin erkekler için cinsel açıdan önemli etkilenme bölgeleri olduğuna işaret etse de bu konuda uygun yöntemler kullanılarak araştırma yapılması gerektiği söylenebilir. Çalışmamızın verilerine göre kadın hastalarda genital bölge tutulumu, erkek hastalarda ise sırt ve genital bölge tutulumu, düşük beden algısı, düşük benlik saygısı ve cinsel işlev bozukluğu ile ilişkili bulunmuştur. Cinsel ilgi bölgelerinin etkilenmesinden sonra ortaya çıkan utanç, düşük benlik saygısı ve cinsel ilişki sırasında artan sıkıntı hissi cinsel işlev bozukluğu gelişme olasılığını arttırmaktadır. Bu duygular, özellikle cinsel ilişki sırasında lezyonların görünür hale gelmesiyle ortaya çıkabilir ve bu nedenle cinsel etkilenme bölgelerinin tutulumu ile ilişkili cinsel işlev bozukluğu, anksiyete ve depresyon gibi etmenlerden bağımsız olarak meydana gelebilmektedir [249]. Bir çalışmada, genital bölgesiyle ilgili olumlu algılara sahip kadınların cinsel doyumlarının daha yüksek olduğu, cinsel ilgi, uyarılma ve orgazm gibi cinsel işlevler ile ilgili alanlarda daha az sorun olduğu ve daha az ağırlı cinsel ilişkiler yaşadıkları saptanmıştır [266]. Bizim çalışmamızda, her iki cinsiyette de, genital bölgenin etkilenmesinin daha olumsuz bir beden algısı ve cinsel işlev bozukluklarıyla ilişkili olduğu görülmektedir.

5.6. Psoriasis Şiddetinin Diğer Klinik Parametrelerle İlişkisinin İncelenmesi

Psoriasisın şiddeti ile anksiyete ve depresyon varlığı arasındaki ilişki tartışmalı bir konudur. Bir çalışmada, yüksek şiddetli psoriasis hastalarında hafif şiddetli psoriasis hastalarına kıyasla depresif belirtilerin görülme riskinin arttığı bildirilmiştir [71]. Başka bir çalışmanın bulguları ise, psoriasisın şiddeti ile anksiyete ve depresyon oluşumu arasında anlamlı bir ilişki saptamamıştır [7]. Bizim çalışmamızda, yüksek şiddetli psoriasis hastalarının HADÖ, HADÖ-A ve HADÖ-D puanları, hafif şiddetli psoriasis hastalarına göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Bu sonuçlar, yüksek şiddetli psoriasis hastalarının, hafif şiddetli psoriasis hastalarına göre anksiyete ve depresyon seviyelerinin daha yüksek olduğunu göstermektedir.

Bir çalışmada, orta ve şiddetli psoriasis hastalarının beden algısı ve benlik saygısı, hafif şiddetli psoriasis hastalarına göre anlamlı olarak daha düşük bulunmuştur [202]. Başka bir çalışmada da şiddetli psoriasis hastalarının benlik saygısının, hafif şiddetli psoriasis hastalarına oranla daha düşük olduğu saptanmıştır [267]. Başka bir çalışma, psoriasis şiddetinin zaten düşük olan beden algısını daha da olumsuz yönde

etkilemediği sonucuna varmıştır [204]. Bizim çalışmamızda, yüksek, orta ve hafif şiddetli psoriasis hastalarının BAÖ puanları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur. Bu sonuçlar yüksek şiddetli psoriasis hastalarının beden algısının, hafif şiddetli psoriasis hastalarına göre daha düşük olduğunu göstermektedir. Orta ve yüksek şiddetli psoriasis hastalarının benlik saygısı, hafif şiddetli psoriasis hastalarına göre anlamlı olarak daha düşük saptanmıştır. Bir çalışmada, psoriasis şiddeti arttıkça, hastaların belirtilerden daha fazla rahatsızlık duyduğu saptanmıştır. Aynı çalışmada, psoriasis şiddetinin artışı ile hastaların yaşam kalitesindeki azalma ve damgalanma düzeylerindeki artış arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur [268]. Dolayısıyla psoriasis şiddetindeki artışın beden algısı ve benlik saygısı üzerine olumsuz etkileri olabilir.

Bir çalışmada, yüksek şiddetli psoriasis hastalarının cinsel işlevlerle ilgili daha sık sorun bildirdiği ifade edilmiştir [10]. Farklı bir çalışmada ise, psoriasis tanılı kadın hastalarda, hastalığın şiddeti ile genel cinsel memnuniyet arasında olumsuz bir ilişki ortaya konmuştur [172]. Psoriasis hastalarında sertleşme bozukluğu için temel risk faktörlerinin araştırıldığı bir çalışmada, psoriasis şiddetinin önemi vurgulanmıştır [177]. Psoriasis şiddeti ile cinsel işlev bozukluğu arasında anlamlı bir korelasyon olmadığını saptamayan bir çalışmada, derideki lezyonların, bireyin bedeniyle ilgili öznel algısını olumsuz yönde etkilemediği sürece, cinsel işlevleri ve cinsel doyumu etkilemeyeceği ifade edilmiştir [178]. Bu çalışmada, hem kadın hem de erkeklerde, yüksek şiddetli psoriasis hastalarının cinsel işlevlerinde, hafif şiddetli psoriasis hastalarına göre daha belirgin bir bozulma olduğu saptanmıştır.

5.7. Anksiyete ve Depresyon Belirtileri, Beden Algısı, Benlik Saygısı ve Cinsel İşlev Bozukluklarının İlişkisinin İncelenmesi

Cinsel işlev bozukluğu ve psoriasis ilişkisinin olası nedenleri üzerine sınırlı sayıda çalışma yapılmıştır. Psikolojik komorbiditelere odaklanan çoğu çalışma, depresyonu, psoriasis ile cinsel işlev bozukluğu arasındaki önemli bir bağlantı olarak öne sürmüştür [10] [169]. Bu çalışmada, BAÖ, RBSÖ, GRCDÖ skorları ile HADÖ, HADÖ-A ve HADÖ-D skorları arasında anlamlı düzeyde bir ilişki olduğu saptanmıştır. Bu sonuçlar, psoriasis hastalarında cinsel işlevlerde bozulma ile anksiyete ve depresyon belirtileri arasında yakın bir ilişki olabileceğini göstermektedir. Ayrıca, bir çalışmada,

anksiyete ve depresyon belirtileri kontrol edildikten sonra bile, psoriasis ve cinsel işlev bozuklukları arasındaki ilişkinin anlamlı olduğu gösterilmiştir [249].

Alanyazında, psoriasis hastalarında beden algısı ve cinsel işlevler arasındaki ilişkinin incelendiği çalışmaların az sayıda olduğu görülmektedir. Karşılıklı olarak cinsel duyumların deneyimlenmesi beden aracılığıyla olduğu için, beden algısı ile ilgili olumsuzluklar cinsel işlevleri önemli ölçüde etkileyebilmektedir [180]. Bireyin beden algısıyla ilgili hoşnutsuzlukları, kendisini cinsel olarak çekici bulmamasına sebep olabilir. Cinsel aktivite sırasında beden algısıyla yoğun bir şekilde meşgul olan bireyler, cinsel işlev bozukluklarına karşı daha fazla risk altında olabilirler [205]. Bir çalışmada, düşük bir beden algısına sahip olmak, cinsel istek, uyarılma, ilgi ve orgazm sorunlarıyla ilişkili bulunmuştur [207]. Başka bir çalışmada ise, olumlu bir beden algısına sahip kadınların, bedenlerinden daha az memnun olan kadınlara göre cinsel ilişki sıklığının daha fazla olduğu ve cinsel ilişki sırasında daha az gergin hissettikleri, bireyin kendisinin ve partnerinin genital bölgesiyle ilgili olumlu algılara sahip olmasının daha iyi bir cinsel doyum ile ilişkili olduğu bulunmuştur [269]. Beden algısı bazı hastalıklar ve ameliyatlar sonrasında etkilenmektedir. Örneğin, stoma hastalarının değerlendirildiği bir çalışmada, daha olumsuz bir beden algısına sahip hastaların cinsel işlev bozukluğu geliştirme riskinin daha yüksek olduğu saptanmıştır [208]. Bir araştırmada, psoriasis hastalarının kontrol grubuna kıyasla bedenlerinden daha az hoşnut oldukları, düşük beden algısının psoriasis hastalarındaki cinsel işlev bozukluklarıyla anlamlı bir ilişkisinin olduğu belirtilmiştir [13]. Çalışmamızda, HADÖ, RBSÖ, GRCDÖ skorları ile BAÖ skoru arasında anlamlı düzeyde bir ilişki olduğu saptanmıştır. Çalışmadaki hastaların beden algısı ile ilgili hoşnutsuzlukları arttıkça, cinsel doyumları düşmektedir ve cinsel işlevlerinde bozulmalar olmaktadır. Bu sonuçlar, psoriasis hastalarında cinsel işlevlerde bozulma ve düşük beden algısı arasında yakın bir ilişki olabileceğine işaret etmektedir.

Mevcut alanyazında, psoriasis hastalarında gözlemlenebilen düşük benlik saygısı ile cinsel işlev bozuklukları arasındaki ilişkiyi inceleyen az sayıda çalışma vardır. Benlik saygısının önemli bileşenlerinden biri olan fiziksel görünüm, kişiler arası ilişkilerde çok önemli bir rol oynar. Bir çalışmada, beden algısında olumsuz değişikliklere yol açabilen psoriasis, benlik saygısında azalmaya, damgalanmaya ve özgüvenin azalmasına yol açarak cinsel işlev bozukluklarının başlamasına neden

olabileceği belirtilmiştir [222]. Başka bir çalışmada, erkek psoriasis hastalarının %90'ından fazlasının psoriasis alevlenmeleri sırasında çekici olmama ve utanç duyguları yaşadığını, psoriatik deri lezyonlarının cinsel ilişkilerin başlamasını engelleyebileceği ve kişinin cinsel yaşamı üzerine olumsuz etkilere neden olabileceği gösterilmiştir [223]. Bu çalışmada, HADÖ, BAÖ ve GRCDÖ skorları ile RBSÖ skoru arasında anlamlı düzeyde bir ilişki olduğu saptanmıştır. Bireyin cinsel ilişki sırasında, performansı ve bedeninin görünümüyle ilgili kaygıları özellikle cinsel alandaki benlik saygısında düşüklükle ilişkilendirilmiştir. Benlik saygısında azalma ise, cinsel işlev bozuklukları ile bağlantılı bulunmuştur [270]. Çalışmamızın sonuçları, alanyazını destekler nitelikte, düşük benlik saygısı ile cinsel işlev bozuklukları ve düşük beden algısı arasında anlamlı bir ilişki olabileceğini göstermektedir.

Bu çalışmada, psoriasis şiddetinin etki edebileceği beden algısı, anksiyete ve depresyon, benlik saygısı gibi faktörlerin dolaylı olarak cinsel işlev bozuklukları üzerine etkisi olabileceğini varsayarak bir mediasyon analizi modeli kurulmuştur. Yaş, cinsiyet, VKİ, medeni hal, alkol ve sigara kullanımını bu ilişkide karıştırıcı faktörler olarak kabul edilerek kontrol edilmiştir. Bu modele göre, psoriasis şiddetinin cinsel işlev bozuklukları üzerine olan toplam etkisi anlamlı bulunmuştur ancak direkt anlamlı bir etkisinin olmadığı saptanmıştır. Bu sonuçlar, psoriasis şiddetinin cinsel işlev bozuklukları üzerine, anksiyete ve depresyon, beden algısı ve benlik saygısı gibi diğer faktörler aracılığıyla dolaylı bir etkisi olduğunu göstermiştir. Bu faktörlerden sadece beden algısının anlamlı olarak cinsel işlev bozuklukları üzerine etkisi olduğu, psoriasis şiddetinin cinsel işlev bozuklukları üzerine olan olumsuz etkisinin beden algısı üzerinden aracılık edildiği saptanmıştır. Bu çalışmada, literatürdeki bilgilere göre cinsel işlev bozukluklarına sebep olabileceği düşünülerek SCID-5'e uygun yapılandırılmış klinik görüşme sonrası majör depresif bozukluk ve anksiyete bozukluğu kriterlerini karşılayan hastalar çalışmadan dışlanmıştır. Subklinik düzeydeki anksiyete ve depresyon belirtilerinin de cinsel işlev bozuklukları üzerine etkisi araştırılmış ancak anlamlı bir etki saptanmamıştır. Literatürde, psoriasis ve cinsel işlev bozuklukları arasındaki ilişkide aracı faktörlerin incelendiği bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bir çalışmada, psoriasis şiddetinin depresyon üzerindeki etkisine beden algısındaki düşüklüğün aracılık ettiği ve psoriasis hastalarının beden algılarına yönelik olumsuz düşüncelerinin depresif semptomların ortaya çıkmasını etkilediğini vurgulanmıştır. Başka bir çalışmada ise, psoriasis şiddeti ve genital bölgede psoriatik

lezyon varlığının, beden algısı üzerinde belirgin bir olumsuz etkisi olmadığı sürece cinsel işlevleri olumsuz yönde etkilemeyebileceği belirtilmiştir [271]. Beden algısı ile ilgili kaygıların ele alınması ve kişinin dış görünüşüyle ilgili olumsuz duygularının azaltılmasının depresif semptomların önlenmesinde etkisi olabileceği düşünülmüştür [272]. Bizim çalışmamızın bulgularına göre, beden algısı ile ilgili bozuklukların ele alınıp iyileştirilmesinin, cinsel işlev bozukluklarının gelişiminin önlenmesi üzerine etkisinin olabileceği düşünülebilir.

5.8. Çalışmanın Güçlü Tarafları ve Sınırlılıkları

Alanyazında, psoriasis ile cinsel işlev bozuklukları arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalar mevcuttur, ancak yürüttüğümüz çalışmada ele aldığımız değişken çeşitliliğini içeren çalışma sayısı sınırlıdır.

Psoriasis hastalarındaki psikiyatrik komorbiditelerin lezyonun yerine göre incelenmesi, bu çalışmanın güçlü yanlarından biridir. Yapılan çalışmalar gözden geçirildiğinde psoriasis hastalarında gözlemlenebilen düşük benlik saygısı ve düşük beden algısı ile psoriatik lezyonların bulunduğu beden bölgeleri arasındaki ilişkinin incelendiği bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu açıdan bakıldığında, çalışmamız alanyazına önemli bir katkı sağlamaktadır.

Psoriasis şiddeti, beden algısı, anksiyete ve depresyon, benlik saygısı gibi faktörlerin cinsel işlev bozuklukları üzerine etkisinin mediasyon analizi ile incelenmesi, birden fazla değişkenin etkisini saptamamızı sağlayarak diğer çalışmalardan ayırmıştır.

Çalışmaya katılan tüm hastalara SCID-5 uygulanmasının, tüm hastaların dermatolojik ve psikiyatrik muayenesinin yapılmış olmasının bu çalışmanın önemini arttırdığı ifade edilebilir.

Cinsel işlev bozukluğuna sebep olabileceği bilinen bir psikiyatrik komorbiditesi, ilaç kullanımı veya ek bedensel hastalığı olan hastaların çalışmaya dahil edilmemesi psoriasisin cinsel işlev bozuklukları üzerine olan direkt etkisinin daha net bir şekilde araştırılmasını sağlamıştır.

Genel popölasyondan hasta grubu ile benzer yaş, cinsiyet ve eğitim düzeyi dağılımı gösteren sağlıklı gönüllü bireylerin kontrol grubuna dahil edilmesi çalışmanın güvenilirliği açısından önemlidir.

Çalışmamız, örneklem büyüklüğü bakımından benzer çalışmalarla paralellik gösterse de, katılımcı sayısının artırılması, daha sağlam istatistiksel sonuçlara ulaşmayı sağlayabilirdi.

Sistemik inflamasyonu gösteren biyolojik belirteçlerin veya penil renkli doppler ultrasonografi gibi görüntüleme yöntemlerini içeren tetkiklerin yapılmamış olması çalışmanın sınırlılıklarındandır.

Bir hastada aynı anda birden çok bölgede psoriatik lezyon bulunması, istatistiksel açıdan analiz yapmayı zorlaştıran bir faktör olmuştur.

6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

1) Psoriasis hastalarının anksiyete ve depresyon belirtilerinin, sağlıklı kontrol grubuna göre daha fazla olduğu bulunmuştur.

2) Psoriasis hastalarının beden algılarının sağlıklı kontrol grubuna göre daha düşük olduğu saptanmıştır.

3) Meme, göğüs, karın, el tırnağı, üst bacak, genital ve kalça bölgesinde lezyon bulunan kadın hastaların beden algılarının, bu bölgelerde lezyon bulunmayan kadın hastalara göre daha düşük olduğu görüldü. Saçlı deri, göğüs, karın, sırt, bel, alt bacak, genital ve kalça bölgesinde lezyon bulunan erkek psoriasis hastalarının beden algılarının, bu bölgelerde lezyon bulunmayan erkek hastalara göre daha düşük olduğu görüldü.

4) Psoriasis hastalarının kontrol grubuna göre benlik saygısının daha düşük olduğu saptanmıştır.

5) Yüz, meme, göğüs, el tırnağı ve genital bölgesinde lezyon bulunan kadın hastaların, bu bölgelerde lezyonu olmayan kadın hastalara göre benlik saygısı düzeylerinin daha düşük olduğu görülmüştür. Çalışmamızın bulgularına göre, kadın hastaların meme, göğüs, el tırnağı ve genital bölgesinde lezyon bulunması hem düşük beden algısı hem de düşük benlik saygısı ile ilişkili bulunmuştur.

6) Saçlı deri, yüz, meme, el tırnağı, karın, sırt, bel, genital ve kalça bölgesinde psoriatik lezyon bulunan erkek hastaların, bu bölgelerde lezyonu olmayanlara göre benlik saygısı düzeylerinin daha düşük olduğu görülmüştür. Erkek hastaların saçlı deri, karın, sırt, bel, genital ve kalça bölgesinde psoriatik lezyon bulunması hem düşük beden algısı hem de düşük benlik saygısı ile ilişkili bulunmuştur.

7) Kadın psoriasis hastalarının sağlıklı kontrol grubuna oranla, daha az sıklıkla cinsel ilişkiye girdiği, partneriyle iletişimde daha çok sorun yaşadığı, cinsel ilişkiden daha fazla kaçınma eğilimi gösterdiği, dokunma ve okşamadan daha az zevk aldığı, daha az

cinsel doyum yaşadığı ve vajinismusu daha yatkın olduğu görölmüştür. Veriler, hasta grubunda, kontrol grubuna göre cinsel doyumun azaldığını ve cinsel işlevlerde bozulmaların daha sık olduğunu göstermektedir.

8) Erkek psoriasis hastalarının sağlıklı kontrol grubuna oranla, daha az cinsel doyum yaşadığı, daha fazla kaçınma davranışı gösterdiği, dokunma ve okşamadan daha az zevk aldığı ve daha sık erken boşalma yaşadıkları gösterilmiştir. Veriler, hasta grubunda, kontrol grubuna göre cinsel doyumun azaldığını ve cinsel işlevlerde bozulmaların daha sık olduğunu göstermektedir.

9) Kadın hastalarda, genital ve kalça bölgesinde psoriatik lezyon bulunması; erkek hastalarda ise, sırt, üst bacak, alt bacak ve genital bölgede psoriatik lezyon bulunması cinsel işlevlerde bozulma ile anlamlı olarak ilişkili bulunmuştur.

10) Kadın hastalarda genital bölge tutulumu, erkek hastalarda ise sırt ve genital bölge tutulumu, düşük beden algısı, düşük benlik saygısı ve cinsel işlev bozukluğu ile ilişkili bulunmuştur.

11) Yüksek şiddetli psoriasis hastalarının, hafif şiddetli psoriasis hastalarına göre anksiyete ve depresyon seviyelerinin daha yüksek olduğunu gösterilmiştir.

12) Yüksek şiddetli psoriasis hastalarının beden algısının, hafif şiddetli psoriasis hastalarına göre daha düşük olduğu gösterilmiştir. Orta ve yüksek şiddetli psoriasis hastalarının benlik saygısı, hafif şiddetli psoriasis hastalarına göre daha düşük saptanmıştır.

13) Hem kadın hem de erkeklerde, yüksek şiddetli psoriasis hastalarının cinsel işlevlerinde, hafif şiddetli psoriasis hastalarına göre daha belirgin bir bozulma olduğu saptanmıştır.

14) Psoriasis hastalarında cinsel işlevlerde bozulma ile anksiyete ve depresyon belirtileri, düşük beden algısı ve düşük benlik saygısı arasında anlamlı bir ilişki olabileceğı gösterilmiştir.

15) Psoriasis şiddetinin cinsel işlev bozuklukları üzerine, anksiyete ve depresyon, beden algısı ve benlik saygısı gibi diğer faktörler aracılığıyla dolaylı bir etkisi olduğu, psoriasis şiddetinin cinsel işlev bozuklukları üzerine olan olumsuz etkisinin beden algısı üzerinden aracılık edildiği saptanmıştır.

Bütüncül bir yaklaşım çerçevesinde, psoriasis hastalarının muayenelerine, cinsel işlevlerin değerlendirilmesi de eklenmelidir. Cinsel işlevleri önemli ölçüde etkileyebileceği için, beden algısı ve benlik saygısı ile ilgili kaygıların taranması ve iyileştirilmesine öncelik verilmelidir. Fiziksel muayene sırasında, psoriatik lezyonların bölgesel dağılımına dikkat edilmeli, cinsel işlev bozuklukları açısından riskli bölgelerde lezyonu olan hastalar değerlendirilip gerektiğinde psikiyatri polikliniğine yönlendirilmelidir. Beden algısı, benlik saygısı ve cinsel işlev bozuklukları ile ilişkili bölgelerdeki lezyonların taranması, psoriasis şiddetine karar vermede ve tedavi yaklaşımını belirlemede fayda sağlayabilir.

7. KAYNAKLAR

1. Bologna JL, Schaffer J V., Duncan KO, Ko CJ. Dermatology Essentials. Clin Evid. 2014;252-60.
2. Griffiths CE, Barker JN. Pathogenesis and clinical features of psoriasis. Lancet. 2007;370(9583):263-71.
3. Schäfer T. Epidemiology of psoriasis: Review and the German perspective. Dermatology. 2006;212(4):327-37.
4. Bhosle MJ, Kulkarni A, Feldman SR, Balkrishnan R. Quality of life in patients with psoriasis. Health Qual Life Outcomes. Haziran 2006;4:35.
5. Kachhawha D, Gehlot S, Kumar S, Koolwal G, Awasthi A. Psychiatric morbidity in psoriasis patients: A pilot study. Indian J Dermatol Venereol Leprol [Internet]. 2011;77(5):625. Erişim adresi: <https://ijdv.com/psychiatric-morbidity-in-psoriasis-patients-a-pilot-study/>
6. Ferreira BIRC, Abreu JLPDC, Reis JPG Dos, Figueiredo AMDC. Psoriasis and Associated Psychiatric Disorders: A Systematic Review on Etiopathogenesis and Clinical Correlation. J Clin Aesthet Dermatol [Internet]. Haziran 2016;9(6):36-43. Erişim adresi: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27386050>
7. Russo PAJ, Ilchef R, Cooper A. Psychiatric morbidity in psoriasis: A review. Australasian Journal of Dermatology. 2004;45(3):155-61.
8. Kędra K, Janeczko K, Michalik I, Reich A. Sexual Dysfunction in Women and Men with Psoriasis: A Cross-Sectional Questionnaire-Based Study. Medicina (Lithuania). 2022;58(10).
9. Nazik H, Nazik S, Gul F. Body image, self-esteem, and quality of life in patients with psoriasis. Indian Dermatol Online J [Internet]. 2017;8(5):343. Erişim adresi: https://journals.lww.com/10.4103/idoj.IDOJ_503_15
10. Gupta MA, Gupta AK. Psoriasis and sex: A study of moderately to severely affected patients. Int J Dermatol. 1997;36(4):259-62.
11. Meeuwis KAP, de Hullu JA, van de Nieuwenhof HP, Evers AWM, Massuger LFAG, van de Kerkhof PCM, vd. Quality of life and sexual health in patients with genital psoriasis. British Journal of Dermatology [Internet]. Haziran 2011;164(6):1247-55. Erişim adresi: <https://academic.oup.com/bjd/article/164/6/1247/6644339>
12. Woertman L, Van Den Brink F. Body image and female sexual functioning and behavior: A review. J Sex Res. 2012;49(2-3):184-211.
13. Gündüz A, Topçuoğlu V, Usta Gündüz EB, Ergun T, Gencosmanoglu DS, Sungur MZ. Significant Effects of Body Image on Sexual Functions and Satisfaction in Psoriasis Patients. J Sex Marital Ther [Internet]. 17 Şubat 2020;46(2):160-9. Erişim adresi: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/0092623X.2019.1654582>
14. Molina-Leyva A, Almodovar-Real A, Ruiz-Carrascosa JC, Naranjo-Sintes R, Serrano-Ortega S, Jimenez-Moleon JJ. Distribution Pattern of Psoriasis Affects Sexual Function in Moderate to Severe Psoriasis: A Prospective Case Series Study. J Sex Med [Internet]. Aralık 2014;11(12):2882-9. Erişim adresi: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1743609515306287>
15. Meeuwis KAP, de Hullu JA, van de Nieuwenhof HP, Evers AWM, Massuger LFAG, van de Kerkhof PCM, vd. Quality of life and sexual health in patients with genital psoriasis. British Journal of Dermatology [Internet]. Haziran 2011;164(6):1247-55. Erişim adresi: <https://academic.oup.com/bjd/article/164/6/1247/6644339>
16. İkiz T. Psikosomatik. İçinde: Köşkdere AA, editör. Psikanalitik Psikoterapiler. 1. Baskı. Ankara: Türkiye Psikiyatri Derneği; 2011. s. 360-4.

17. Koblenzer CS. Psychosomatic concepts in dermatology. A dermatologist-psychoanalyst's viewpoint. Arch Dermatol [Internet]. Haziran 1983;119(6):501-12. Erişim adresi: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/6859891>
18. Didier A. A Skin for Thought: Interviews with Gilbert Tarrab on Psychology and Psychoanalysis. London: Karnac Books; 1990. 167-68 s.
19. Didier A. Deri-Ben. Çev. Nesr. İstanbul,2008: Metis Yayınları; 1995.
20. Fenichel O. Nevrozların Psikanalitik Teorisi (cev). Tuncer S, editör. Bornova,İzmir: Ege Un matbaası; 1974. 234-36 s.
21. Wise TN. Psychosomatics: Past, Present and Future. Psychother Psychosom [Internet]. 2014;83(2):65-9. Erişim adresi: <https://www.karger.com/Article/FullText/356518>
22. Gieler U, Gieler T, Peters EMJ, Linder D. Skin and Psychosomatics – Psychodermatology today. JDDG: Journal der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft [Internet]. 30 Kasım 2020;18(11):1280-98. Erişim adresi: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/ddg.14328>
23. Gupta MA, Gupta AK. Psychodermatology: An update. J Am Acad Dermatol [Internet]. Haziran 1996;34(6):1030-46. Erişim adresi: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0190962296902844>
24. Woodruff PWR, Higgins EM, du Vivier AWP, Wessely S. Psychiatric illness in patients referred to a dermatology-psychiatry clinic. Gen Hosp Psychiatry [Internet]. Ocak 1997;19(1):29-35. Erişim adresi: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0163834397001552>
25. Dalgard FJ, Gieler U, Tomas-Aragones L, Lien L, Poot F, Jemec GBE, vd. The Psychological Burden of Skin Diseases: A Cross-Sectional Multicenter Study among Dermatological Out-Patients in 13 European Countries. Journal of Investigative Dermatology [Internet]. Nisan 2015;135(4):984-91. Erişim adresi: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0022202X15371797>
26. Leon A, Levin E, Koo J. Psychodermatology: An Overview. Semin Cutan Med Surg [Internet]. Haziran 2013;32(2):64-7. Erişim adresi: http://scmsjournal.com/article/buy_now/?id=80
27. Parsad D, Dogra S, Kanwar AJ. Quality of life in patients with vitiligo. Health Qual Life Outcomes [Internet]. 23 Ekim 2003;1:58. Erişim adresi: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14613564>
28. Ozmen M, Turan S. Treatment Modalities for Psychodermatological Diseases. TURKDERM [Internet]. 13 Temmuz 2010;44(supp 1):46-51. Erişim adresi: http://www.journalagent.com/z4/download_fulltext.asp?pdır=turkderm&plng=tur&un=TURKDERM-39269
29. Stokar E, Goldenberg G. The History of Psoriasis. Psoriasis Forum [Internet]. 30 Aralık 2014;20a(4):152-6. Erişim adresi: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/247553031420a00407>
30. Güneş AT, Altın D. Psoriyazisin Tarihçesi ve Epidemiyolojisi. Türkiye Klinikleri Journal of Internal Medical Sciences. 2005;1(13):1-4.
31. Burg G, Geiges M. Lepra vulgaris. History of Psoriasis. Journal of the Turkish Academy of Dermatology [Internet]. 2014; Erişim adresi: http://cms.galenos.com.tr/Uploads/Article_32263/jtad-8-0-En.pdf
32. Michalek IM, Loring B, John SM. A systematic review of worldwide epidemiology of psoriasis. Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology [Internet]. 30 Şubat 2017;31(2):205-12. Erişim adresi: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jdv.13854>
33. Parisi R, Symmons DPM, Griffiths CEM, Ashcroft DM. Global Epidemiology of Psoriasis: A Systematic Review of Incidence and Prevalence. Journal of Investigative Dermatology [Internet]. Şubat 2013;133(2):377-85. Erişim adresi: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0022202X1536098X>
34. Yaylı S, Topbaş M, Aksu Arıca D, Tuğcigil S, Çapkın E, Bahadır S. The prevalence of psoriasis in Trabzon. TURKDERM [Internet]. 01 Aralık 2016;50(4):141-4.

35. Donker GA, Foets M, Spreeuwenberg P, van der Werf GT. [Management of psoriasis in family practice is now in closer agreement with the guidelines of the Netherlands Society of Family Physicians]. *Ned Tijdschr Geneesk* [Internet]. 13 Haziran 1998;142(24):1379-83. Erişim adresi: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9752025>
36. Atakan N, Yazici AC, Özarmağan G, İnalöz HS, Gürer MA, Sabuncu İ, vd. <scp>TUR</scp> - <scp>PSO</scp> : A cross-sectional, study investigating quality of life and treatment status of psoriasis patients in Turkey. *J Dermatol* [Internet]. 14 Mart 2016;43(3):298-304. Erişim adresi: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/1346-8138.13081>
37. Gladman DD, Anhorn KA, Schachter RK, Mervart H. HLA antigens in psoriatic arthritis. *J Rheumatol* [Internet]. Haziran 1986;13(3):586-92. Erişim adresi: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3735281>
38. Stern RS. The epidemiology of joint complaints in patients with psoriasis. *J Rheumatol* [Internet]. Nisan 1985;12(2):315-20. Erişim adresi: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/4032404>
39. Armstrong AW, Gordon KB, Wu JJ. Common and Not-So-Common Comorbidities of Psoriasis. *Semin Cutan Med Surg* [Internet]. 01 Şubat 2018;37(2S):S48-51. Erişim adresi: <https://www.globalacademycme.com/cme/dermatology-skin-disease-education-foundation/new-treatment-paradigms-psoriasis-understanding/common-and-not-so-common-comorbidities-psoriasis>
40. Bowcock AM. THE GENETICS OF PSORIASIS AND AUTOIMMUNITY. *Annu Rev Genomics Hum Genet* [Internet]. 01 Eylül 2005;6(1):93-122. Erişim adresi: <https://www.annualreviews.org/doi/10.1146/annurev.genom.6.080604.162324>
41. Nestle FO, Kaplan DH, Barker J. Psoriasis. *New England Journal of Medicine* [Internet]. 30 Temmuz 2009;361(5):496-509. Erişim adresi: <http://www.nejm.org/doi/abs/10.1056/NEJMra0804595>
42. Mallon E, Bunker CB, Newson R. HLA-Cw6 and the Genetic Predisposition to Psoriasis: a Meta-Analysis of Published Serologic Studies. *Journal of Investigative Dermatology* [Internet]. Ekim 1999;113(4):693-5. Erişim adresi: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0022202X15406372>
43. Mahil SK, Capon F, Barker JN. Genetics of Psoriasis. *Dermatol Clin* [Internet]. Ocak 2015;33(1):1-11. Erişim adresi: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0733863514001077>
44. Benhadou F, Mintoff D, del Marmol V. Psoriasis: Keratinocytes or Immune Cells – Which Is the Trigger? *Dermatology* [Internet]. 2019;235(2):91-100. Erişim adresi: <https://www.karger.com/Article/FullText/495291>
45. Chiricozzi A, Guttman-Yassky E, Suárez-Fariñas M, Nograles KE, Tian S, Cardinale I, vd. Integrative Responses to IL-17 and TNF- α in Human Keratinocytes Account for Key Inflammatory Pathogenic Circuits in Psoriasis. *Journal of Investigative Dermatology* [Internet]. Mart 2011;131(3):677-87. Erişim adresi: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0022202X15351757>
46. Chiricozzi A, Guttman-Yassky E, Suárez-Fariñas M, Nograles KE, Tian S, Cardinale I, vd. Integrative Responses to IL-17 and TNF- α in Human Keratinocytes Account for Key Inflammatory Pathogenic Circuits in Psoriasis. *Journal of Investigative Dermatology* [Internet]. Mart 2011;131(3):677-87. Erişim adresi: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0022202X15351757>
47. Raharja A, Mahil SK, Barker JN. Psoriasis: a brief overview. *Clinical Medicine* [Internet]. 17 Mayıs 2021;21(3):170-3. Erişim adresi: <https://www.rcpjournals.org/lookup/doi/10.7861/clinmed.2021-0257>
48. AL'ABADIE MS, KENT GG, GAWKRODGER DJ. The relationship between stress and the onset and exacerbation of psoriasis and other skin conditions. *British Journal of Dermatology* [Internet]. Şubat 1994;130(2):199-203. Erişim adresi: <https://academic.oup.com/bjd/article/130/2/199/6680626>
49. Saraceno R, Kleyn CE, Terenghi G, Griffiths CEM. The role of neuropeptides in psoriasis. *British Journal of Dermatology* [Internet]. Kasım 2006;155(5):876-82.

50. Hunter HJA, Griffiths CEM, Kleyn CE. Does psychosocial stress play a role in the exacerbation of psoriasis? *British Journal of Dermatology* [Internet]. Kasım 2013;169(5):965-74. Erişim adresi: <https://academic.oup.com/bjd/article/169/5/965/6615300>
51. Boehncke WH, Schön MP. Psoriasis. *The Lancet* [Internet]. Eylül 2015;386(9997):983-94. Erişim adresi: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0140673614619097>
52. Sampogna F, Gisondi P, Melchi CF, Amerio P, Girolomoni G, Abeni D. Prevalence of symptoms experienced by patients with different clinical types of psoriasis. *British Journal of Dermatology* [Internet]. Eylül 2004;151(3):594-9. Erişim adresi: <https://academic.oup.com/bjd/article/151/3/594/6637571>
53. Bahadır S. Dermatolojide Tanı Koydurucu Spesifik Klinik Bulgular. *Türkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences*. 2003;23(1):81-8.
54. Gulliver W. Long-term prognosis in patients with psoriasis. *British Journal of Dermatology* [Internet]. Eylül 2008;159:2-9. Erişim adresi: <https://academic.oup.com/bjd/article/159/s2/2/6640942>
55. Fotiadou C, Lazaridou E, Ioannides D. Management of psoriasis in adolescence. *Adolesc Health Med Ther* [Internet]. Mart 2014;25. Erişim adresi: <http://www.dovepress.com/management-of-psoriasis-in-adolescence-peer-reviewed-article-AHMT>
56. Relvas M, Torres T. Pediatric Psoriasis. *Am J Clin Dermatol* [Internet]. 24 Aralık 2017;18(6):797-811. Erişim adresi: <http://link.springer.com/10.1007/s40257-017-0294-9>
57. KO H, JWA S, SONG M, KIM M, KWON K. Clinical course of guttate psoriasis: Long-term follow-up study. *J Dermatol* [Internet]. Ekim 2010;37(10):894-9. Erişim adresi: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1346-8138.2010.00871.x>
58. Liao W, Singh R, Lee K, Ucmak D, Brodsky M, Atanelov Z, vd. Erythrodermic psoriasis: pathophysiology and current treatment perspectives. *Psoriasis: Targets and Therapy* [Internet]. Temmuz 2016;Volume 6:93-104. Erişim adresi: <https://www.dovepress.com/erythrodermic-psoriasis-pathophysiology-and-current-treatment-perspect-peer-reviewed-article-PTT>
59. Mistry N, Gupta A, Alavi A, Sibbald RG. A Review of the Diagnosis and Management of Erythroderma (Generalized Red Skin). *Adv Skin Wound Care* [Internet]. Mayıs 2015;28(5):228-36. Erişim adresi: <https://journals.lww.com/00129334-201505000-00009>
60. Chung J, Callis Duffin K, Takeshita J, Shin DB, Krueger GG, Robertson AD, vd. Palmoplantar psoriasis is associated with greater impairment of health-related quality of life compared with moderate to severe plaque psoriasis. *J Am Acad Dermatol* [Internet]. Ekim 2014;71(4):623-32. Erişim adresi: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0190962214014212>
61. Olazagasti JM, Ma JE, Wetter DA. Clinical Features, Etiologic Factors, Associated Disorders, and Treatment of Palmoplantar Pustulosis. *Mayo Clin Proc* [Internet]. Eylül 2017;92(9):1351-8. Erişim adresi: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0025619617304354>
62. Romiti R, Hirayama AL da S, Arnone M, Magalhães RF. Generalized pustular psoriasis (von Zumbusch). *An Bras Dermatol* [Internet]. Ocak 2022;97(1):63-74. Erişim adresi: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0365059621002750>
63. Ladizinski B, Lee KC, Wilmer E, Alavi A, Mistry N, Sibbald RG. A Review of the Clinical Variants and the Management of Psoriasis. *Adv Skin Wound Care* [Internet]. Haziran 2013;26(6):271-84. Erişim adresi: <https://journals.lww.com/00129334-201306000-00009>
64. Syed ZU, Khachemoune A. Inverse Psoriasis. *Am J Clin Dermatol* [Internet]. Nisan 2011;12(2):143-6. Erişim adresi: <http://link.springer.com/10.2165/11532060-000000000-00000>

65. Meeuwis KAP, Potts Bleakman A, van de Kerkhof PCM, Dutronc Y, Henneges C, Kornberg LJ, vd. Prevalence of genital psoriasis in patients with psoriasis. *Journal of Dermatological Treatment* [Internet]. 17 Kasım 2018;29(8):754-60. Erişim adresi: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/09546634.2018.1453125>
66. Ryan C, Sadlier M, De Vol E, Patel M, Lloyd AA, Day A, vd. Genital psoriasis is associated with significant impairment in quality of life and sexual functioning. *J Am Acad Dermatol* [Internet]. Haziran 2015;72(6):978-83. Erişim adresi: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0190962215013687>
67. Zamirska A, Reich A, Berny-Moreno J, Salomon J, Szepietowski J. Vulvar Pruritus and Burning Sensation in Women with Psoriasis. *Acta Derm Venereol* [Internet]. 2008;88(2):132-5. Erişim adresi: <https://medicaljournalssweden.se/actadv/article/view/8606>
68. Armstrong AW, Harskamp CT, Armstrong EJ. Psoriasis and metabolic syndrome: A systematic review and meta-analysis of observational studies. *J Am Acad Dermatol* [Internet]. Nisan 2013;68(4):654-62. Erişim adresi: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0190962212008985>
69. Armstrong EJ, Harskamp CT, Armstrong AW. Psoriasis and Major Adverse Cardiovascular Events: A Systematic Review and Meta-Analysis of Observational Studies. *J Am Heart Assoc* [Internet]. 12 Mart 2013;2(2). Erişim adresi: <https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/JAHA.113.000062>
70. Fu Y, Lee CH, Chi CC. Association of Psoriasis With Inflammatory Bowel Disease. *JAMA Dermatol* [Internet]. 01 Aralık 2018;154(12):1417. Erişim adresi: <http://archderm.jamanetwork.com/article.aspx?doi=10.1001/jamadermatol.2018.3631>
71. OLIVIER C, ROBERT PD, DAIHUNG D, URBÀ G, CATALIN MP, HYWEL W, vd. The Risk of Depression, Anxiety, and Suicidality in Patients With Psoriasis. *Arch Dermatol* [Internet]. 01 Ağustos 2010;146(8). Erişim adresi: <http://archderm.jamanetwork.com/article.aspx?doi=10.1001/archdermatol.2010.186>
72. Reich A, Hrehorow E, Szepietowski J. Pruritus is an Important Factor Negatively Influencing the Well-being of Psoriatic Patients. *Acta Dermato Venereologica* [Internet]. 2010;90(3):257-63. Erişim adresi: <https://medicaljournalssweden.se/actadv/article/view/7618>
73. Panasiti MS, Ponsi G, Violani C. Emotions, Alexithymia, and Emotion Regulation in Patients With Psoriasis. *Front Psychol* [Internet]. 19 Mayıs 2020;11. Erişim adresi: <https://www.frontiersin.org/article/10.3389/fpsyg.2020.00836/full>
74. Akay A, Pekcanlar A, Bozdog K, Altintas L, Karaman A. Assessment of depression in subjects with psoriasis vulgaris and lichen planus. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology* [Internet]. 28 Temmuz 2002;16(4):347-52. Erişim adresi: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1046/j.1468-3083.2002.00467.x>
75. Palijan TZ, Kovacević D, Koić E, Ruzić K, Dervinja F. The impact of psoriasis on the quality of life and psychological characteristics of persons suffering from psoriasis. *Coll Antropol* [Internet]. Eylül 2011;35 Suppl 2:81-5. Erişim adresi: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22220410>
76. Moynihan J, Rieder E, Tausk F. Psychoneuroimmunology: the example of psoriasis. *G Ital Dermatol Venereol* [Internet]. Nisan 2010;145(2):221-8. Erişim adresi: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20467396>
77. Crosta ML, Caldarola G, Fraietta S, Craba A, Benedetti C, Coco V, vd. Psychopathology and eating disorders in patients with psoriasis. *G Ital Dermatol Venereol* [Internet]. Haziran 2014;149(3):355-61. Erişim adresi: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24819764>
78. Poikolainen K, Reunala T, Karvonen J, Lauharanta J, Karkkainen P. Alcohol intake: a risk factor for psoriasis in young and middle aged men? *BMJ* [Internet]. 24 Mart 1990;300(6727):780-3. Erişim adresi: <https://www.bmj.com/lookup/doi/10.1136/bmj.300.6727.780>

79. Basavaraj KH, Navya MA, Rashmi R. Stress and quality of life in psoriasis: an update. *Int J Dermatol* [Internet]. 23 Temmuz 2011;50(7):783-92. Erişim adresi: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-4632.2010.04844.x>
80. Shutty BG, West C, Huang KE, Landis E, Dabade T, Browder B, vd. Sleep disturbances in psoriasis. *Dermatol Online J* [Internet]. 15 Ocak 2013;19(1):1. Erişim adresi: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23374943>
81. Gowda S, Goldblum OM, McCall WV, Feldman SR. Factors affecting sleep quality in patients with psoriasis. *J Am Acad Dermatol* [Internet]. Temmuz 2010;63(1):114-23. Erişim adresi: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S019096220900886X>
82. Saraç G, Koca TT, Demirdağ HG. Psöriazisin Yönetiminde Tedavi Seçenekleri. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi* [Internet]. 03 Eylül 2015;24(3):339. Erişim adresi: <http://dergipark.gov.tr/doi/10.17827/aktd.72019>
83. Rendon A, Schäkel K. Psoriasis Pathogenesis and Treatment. *Int J Mol Sci* [Internet]. 23 Mart 2019;20(6):1475. Erişim adresi: <https://www.mdpi.com/1422-0067/20/6/1475>
84. Blackstone B, Patel R, Bewley A. Assessing and Improving Psychological Well-Being in Psoriasis: Considerations for the Clinician. *Psoriasis: Targets and Therapy* [Internet]. Mart 2022;Volume 12:25-33. Erişim adresi: <https://www.dovepress.com/assessing-and-improving-psychological-well-being-in-psoriasis-consider-peer-reviewed-fulltext-article-PTT>
85. Qureshi AA, Awosika O, Baruffi F, Rengifo-Pardo M, Ehrlich A. Psychological Therapies in Management of Psoriatic Skin Disease: A Systematic Review. *Am J Clin Dermatol* [Internet]. 02 Ekim 2019;20(5):607-24. Erişim adresi: <http://link.springer.com/10.1007/s40257-019-00437-7>
86. Larsen MH, Krogstad AL, Aas E, Moum T, Wahl AK. A telephone-based motivational interviewing intervention has positive effects on psoriasis severity and self-management: a randomized controlled trial. *British Journal of Dermatology* [Internet]. Aralık 2014;171(6):1458-69. Erişim adresi: <https://academic.oup.com/bjd/article/171/6/1458/6616312>
87. Organization WH. Defining sexual health: report of a technical consultation on sexual health, 28-31 January 2002, Geneva. World Health Organization; 2006.
88. Masters WH, Johnson VE. Human sexual response. 1966.
89. Kaplan HS. The anatomy and physiology of the sexual response. İçinde: *The new sex therapy: Active treatment of sexual dysfunctions*. New York: Brunner/Mazel; 1974. s. 27-56.
90. Kaplan HS. Disorders of Sexual Desire. New York: Brunner/Mazel; 1979.
91. Basson R. The Female Sexual Response: A Different Model. *J Sex Marital Ther* [Internet]. Ocak 2000;26(1):51-65. Erişim adresi: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/009262300278641>
92. Crenshaw TL GJ. Sexual aspects of neuro-chemistry. İçinde: *Sexual Pharmacology*. New York: W.W.Norton & Company; 1996.
93. SM S. Temel Psikofarmakoloji. Taneli B TY, editör. İstanbul: Yelkovan Yayınevi; 2003.
94. Fielder R. Sexual Functioning. İçinde: *Encyclopedia of Behavioral Medicine* [Internet]. New York, NY: Springer New York; 2013. s. 1774-7. Erişim adresi: http://link.springer.com/10.1007/978-1-4419-1005-9_668
95. Basson R. Human Sex-Response Cycles. *J Sex Marital Ther* [Internet]. Ocak 2001;27(1):33-43. Erişim adresi: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/00926230152035831>
96. Davison TE, McCabe MP. Relationships Between Men's and Women's Body Image and Their Psychological, Social, and Sexual Functioning. *Sex Roles* [Internet]. Nisan 2005;52(7-8):463-75.
97. Levine SB. The nature of sexual desire: a clinician's perspective. *Arch Sex Behav* [Internet]. Haziran 2003;32(3):279-85.

98. İncesu C. Cinsel İşlevler ve Cinsel İşlev Bozuklukları. *Turk Psikiyatri Derg.* 2023;26(3):3-13.
99. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders [Internet]. American Psychiatric Association; 2013. Erişim adresi: <https://psychiatryonline.org/doi/book/10.1176/appi.books.9780890425596>
100. Mercer CH. Sexual function problems and help seeking behaviour in Britain: national probability sample survey. *BMJ* [Internet]. 23 Ağustos 2003;327(7412):426-7. Erişim adresi: <https://www.bmj.com/lookup/doi/10.1136/bmj.327.7412.426>
101. O'Sullivan LF, Brotto LA, Byers ES, Majerovich JA, Wuest JA. Prevalence and Characteristics of Sexual Functioning among Sexually Experienced Middle to Late Adolescents. *J Sex Med* [Internet]. Mart 2014;11(3):630-41. Erişim adresi: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1743609515307086>
102. Brotto LA, Bitzer J, Laan E, Leiblum S, Luria M. Women's Sexual Desire and Arousal Disorders. *J Sex Med* [Internet]. Ocak 2010;7(1):586-614. Erişim adresi: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1743609515328666>
103. Safron A. What is orgasm? A model of sexual trance and climax via rhythmic entrainment. *Socioaffect Neurosci Psychol* [Internet]. 2016;6:31763. Erişim adresi: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27799079>
104. Robinson B "Bean" E, Munns RA, Weber-Main AM, Lowe MA, Raymond NC. Application of the Sexual Health Model in the Long-Term Treatment of Hypoactive Sexual Desire and Female Orgasmic Disorder. *Arch Sex Behav* [Internet]. 28 Nisan 2011;40(2):469-78. Erişim adresi: <http://link.springer.com/10.1007/s10508-010-9673-5>
105. Laumann EO, Nicolosi A, Glasser DB, Paik A, Gingell C, Moreira E, vd. Sexual problems among women and men aged 40–80 y: prevalence and correlates identified in the Global Study of Sexual Attitudes and Behaviors. *Int J Impot Res* [Internet]. 01 Ocak 2005;17(1):39-57. Erişim adresi: <https://www.nature.com/articles/3901250>
106. Graham CA. The DSM Diagnostic Criteria for Female Orgasmic Disorder. *Arch Sex Behav* [Internet]. 26 Nisan 2010;39(2):256-70. Erişim adresi: <http://link.springer.com/10.1007/s10508-009-9542-2>
107. KELLY MP, STRASSBERG DS, TURNER CM. Communication and Associated Relationship Issues in Female Anorgasmia. *J Sex Marital Ther* [Internet]. Temmuz 2004;30(4):263-76. Erişim adresi: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/00926230490422403>
108. de Visser RO. Human Sexuality and its Problems. *Sex Transm Infect* [Internet]. 01 Ekim 2010;86(5):370-370. Erişim adresi: <https://sti.bmj.com/lookup/doi/10.1136/sti.2010.044818>
109. Montgomery S. Antidepressant medications: a review of the evidence for drug-induced sexual dysfunction. *J Affect Disord* [Internet]. Mayıs 2002;69(1-3):119-40. Erişim adresi: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0165032701003135>
110. ter Kuile MM, van Lankveld JJDM, Groot E de, Melles R, Neffs J, Zandbergen M. Cognitive-behavioral therapy for women with lifelong vaginismus: Process and prognostic factors. *Behaviour Research and Therapy* [Internet]. Şubat 2007;45(2):359-73. Erişim adresi: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0005796706000738>
111. Reed GM, Drescher J, Krueger RB, Atalla E, Cochran SD, First MB, vd. Disorders related to sexuality and gender identity in the ICD-11: revising the ICD-10 classification based on current scientific evidence, best clinical practices, and human rights considerations. *World Psychiatry* [Internet]. 22 Ekim 2016;15(3):205-21. Erişim adresi: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/wps.20354>
112. Meana M, Fertel E, Maykut C. Treating Genital Pain Associated with Sexual Intercourse. İçinde: *The Wiley Handbook of Sex Therapy* [Internet]. Wiley; 2017. s. 98-114. Erişim adresi: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/9781118510384.ch7>

113. Nobre PJ, Pinto-Gouveia J, Gomes FA. Prevalence and Comorbidity of Sexual Dysfunctions in a Portuguese Clinical Sample. *J Sex Marital Ther* [Internet]. Mart 2006;32(2):173-82. Erişim adresi: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/00926230500442334>
114. Dias-Amaral A, Marques-Pinto A. Female Genito-Pelvic Pain/Penetration Disorder: Review of the Related Factors and Overall Approach. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetşica / RBGO Gynecology and Obstetrics* [Internet]. 14 Aralık 2018;40(12):787-93. Erişim adresi: <http://www.thieme-connect.de/DOI/DOI?10.1055/s-0038-1675805>
115. Bornstein J, Goldstein AT, Stockdale CK, Bergeron S, Pukall C, Zolnoun D, vd. 2015 ISSVD, ISSWSH, and IPPS Consensus Terminology and Classification of Persistent Vulvar Pain and Vulvodynia. *J Sex Med* [Internet]. Nisan 2016;13(4):607-12. Erişim adresi: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1743609516003210>
116. Both S, van Lunsen R, Weijnenborg P, Laan E. A New Device for Simultaneous Measurement of Pelvic Floor Muscle Activity and Vaginal Blood Flow: A Test in a Nonclinical Sample. *J Sex Med* [Internet]. Kasım 2012;9(11):2888-902. Erişim adresi: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1743609515337887>
117. Bergeron S, Likes WM, Steben M. Psychosexual aspects of vulvovaginal pain. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* [Internet]. Ekim 2014;28(7):991-9. Erişim adresi: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S152169341400131X>
118. Both S, van Lunsen R, Weijnenborg P, Laan E. A New Device for Simultaneous Measurement of Pelvic Floor Muscle Activity and Vaginal Blood Flow: A Test in a Nonclinical Sample. *J Sex Med* [Internet]. Kasım 2012;9(11):2888-902. Erişim adresi: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1743609515337887>
119. Lewis RW, Fugl-Meyer KS, Corona G, Hayes RD, Laumann EO, Moreira ED, vd. Definitions/epidemiology/risk factors for sexual dysfunction. *J Sex Med* [Internet]. Nisan 2010;7(4 Pt 2):1598-607. Erişim adresi: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20388160>
120. Brotto LA. The DSM Diagnostic Criteria for Sexual Aversion Disorder. *Arch Sex Behav* [Internet]. 26 Nisan 2010;39(2):271-7. Erişim adresi: <http://link.springer.com/10.1007/s10508-009-9534-2>
121. Wang C, Nieschlag E, Swerdloff R, Behre HM, Hellstrom WJ, Gooren LJ, vd. Investigation, treatment and monitoring of late-onset hypogonadism in males. *Eur J Endocrinol* [Internet]. Kasım 2008;159(5):507-14. Erişim adresi: <https://academic.oup.com/ajendo/article/159/5/507/6676079>
122. Buvat J. Hyperprolactinemia and sexual function in men: a short review. *Int J Impot Res* [Internet]. 01 Ekim 2003;15(5):373-7. Erişim adresi: <https://www.nature.com/articles/3901043>
123. Hall YMBKSK. Principles and Practice of Sex Therapy. 5th bs. The Guilford Press.; 2014.
124. Clayton AH, Balon R. Continuing Medical Education: The Impact of Mental Illness and Psychotropic Medications on Sexual Functioning: The Evidence and Management (CME). *J Sex Med* [Internet]. Mayıs 2009;6(5):1200-11. Erişim adresi: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1743609515325042>
125. Metz, M., & McCarthy B. Ejaculatory problems. İçinde: In L. VanDeCreek, F. Peterson & JB, editör. *Innovations in clinical practice: Focus on sexual health*. Sarasota: Professional Resources Press; 2007. s. 135-55.
126. Corona G, Mannucci E, Petrone L, Fisher AD, Balercia G, De Scisciolo G, vd. Psychobiological Correlates of Delayed Ejaculation in Male Patients With Sexual Dysfunctions. *J Androl* [Internet]. 06 Mayıs 2006;27(3):453-8. Erişim adresi: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.2164/jandrol.05154>
127. Corona G, Mannucci E, Petrone L, Giommi R, Mansani R, Fei L, vd. Psychobiological correlates of hypoactive sexual desire in patients with erectile dysfunction. *Int J Impot Res* [Internet]. 01 Haziran 2004;16(3):275-81. Erişim adresi: <https://www.nature.com/articles/3901158>

128. McCabe MP, Sharlip ID, Atalla E, Balon R, Fisher AD, Laumann E, vd. Definitions of Sexual Dysfunctions in Women and Men: A Consensus Statement From the Fourth International Consultation on Sexual Medicine 2015. *J Sex Med* [Internet]. Şubat 2016;13(2):135-43. Erişim adresi: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1743609515000545>
129. Rosen RC, Fisher WA, Eardley I, Niederberger C, Nadel A, Sand M. The multinational Men's Attitudes to Life Events and Sexuality (MALES) study: I. Prevalence of erectile dysfunction and related health concerns in the general population. *Curr Med Res Opin* [Internet]. 08 Mayıs 2004;20(5):607-17. Erişim adresi: <http://www.tandfonline.com/doi/full/10.1185/030079904125003467>
130. Akkus E, Kadioglu A, Esen A, Doran S, Ergen A, Anafarta K, vd. Prevalence and Correlates of Erectile Dysfunction in Turkey: A Population-Based Study. *Eur Urol* [Internet]. Mart 2002;41(3):298-304. Erişim adresi: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0302283802000271>
131. Irwin GM. Erectile Dysfunction. Primary Care: Clinics in Office Practice [Internet]. Haziran 2019;46(2):249-55. Erişim adresi: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0095454319300090>
132. Montorsi P, Montorsi F, Schulman CC. Is Erectile Dysfunction the "Tip of the Iceberg" of a Systemic Vascular Disorder? *Eur Urol* [Internet]. Eylül 2003;44(3):352-4. Erişim adresi: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0302283803003075>
133. Grover SA, Lowensteyn I, Kaouache M, Marchand S, Coupal L, DeCarolis E, vd. The Prevalence of Erectile Dysfunction in the Primary Care Setting. *Arch Intern Med* [Internet]. 23 Ocak 2006;166(2):213. Erişim adresi: <http://archinte.jamanetwork.com/article.aspx?doi=10.1001/archinte.166.2.213>
134. Bacon CG, Mittleman MA, Kawachi I, Giovannucci E, Glasser DB, Rimm EB. A Prospective Study of Risk Factors for Erectile Dysfunction. *Journal of Urology* [Internet]. Temmuz 2006;176(1):217-21. Erişim adresi: <http://www.jurology.com/doi/10.1016/S0022-5347%2806%2900589-1>
135. Pyke RE. Sexual Performance Anxiety. *Sex Med Rev* [Internet]. Nisan 2020;8(2):183-90. Erişim adresi: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S2050052119300745>
136. Araujo AB, Durante R, Feldman HA, Goldstein I, McKinlay JB. The Relationship Between Depressive Symptoms and Male Erectile Dysfunction. *Psychosom Med* [Internet]. 1998;60(4):458-65. Erişim adresi: <http://journals.lww.com/00006842-199807000-00011>
137. Blais RK, Xu B, Hoyt T, Lorenz T, Monteith LL. Sexual compulsivity, erectile dysfunction, and suicidality among male survivors of military sexual violence. *J Trauma Stress* [Internet]. 05 Aralık 2022;35(6):1709-20. Erişim adresi: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/jts.22872>
138. Quinta Gomes AL, Nobre P. Personality Traits and Psychopathology on Male Sexual Dysfunction: An Empirical Study. *J Sex Med* [Internet]. Şubat 2011;8(2):461-9. Erişim adresi: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1743609515334032>
139. WL M. Erkek Cinsel İstek Bozuklukları. İçinde: SR L, editör. *Cinsel Terapi İlkeleri ve Uygulamaları*. Ck yayınları; 2013. s. 199-232.
140. CHEVRET M, JAUDINOT E, SULLIVAN K, MARREL A, GENDRE AS. Impact of Erectile Dysfunction (ED) on Sexual Life of Female Partners: Assessment with the Index of Sexual Life (ISL) Questionnaire. *J Sex Marital Ther* [Internet]. Mayıs 2004;30(3):157-72. Erişim adresi: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/00926230490262366>
141. McCabe M, Althof SE, Assalian P, Chevret-Measson M, Leiblum SR, Simonelli C, vd. Psychological and Interpersonal Dimensions of Sexual Function and Dysfunction. *J Sex Med* [Internet]. Ocak 2010;7(1):327-36. Erişim adresi: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1743609515328642>
142. World Health Organization(WHO). (1993). The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders. World Health Organization.

143. Metz ME, Pryor JL, Nesvacil LJ, Abuzzahab F, Koznar J. Premature Ejaculation: A psychophysiological review. *J Sex Marital Ther* [Internet]. Mart 1997;23(1):3-23. Erişim adresi: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/00926239708404413>
144. Rosen RC. Prevalence and risk factors of sexual dysfunction in men and women. *Curr Psychiatry Rep*. 2000;2(3):189-95.
145. Montorsi F. Prevalence of Premature Ejaculation: A Global and Regional Perspective. *J Sex Med* [Internet]. Mayıs 2005;2:96-102. Erişim adresi: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1743609515312649>
146. Waldinger MD. Premature Ejaculation: State of the Art. *Urologic Clinics of North America*. 2007;34(4):591-9.
147. Abdel-Hamid IA, Ali OI. Delayed Ejaculation: Pathophysiology, Diagnosis, and Treatment. *World J Mens Health* [Internet]. 2018;36(1):22. Erişim adresi: <https://wjmh.org/DOIx.php?id=10.5534/wjmh.17051>
148. Althof SE. Psychological approaches to the treatment of rapid ejaculation. *The Journal of Men's Health & Gender* [Internet]. Haziran 2006;3(2):180-6. Erişim adresi: <http://online.liebertpub.com/doi/pdfplus/10.1016/j.jmhg.2006.04.001>
149. Kaplan HS. *The new sex therapy*. New York: Brunner/Mazel; 1974. 544 s.
150. Jern P, Santtila P, Johansson A, Varjonen M, Witting K, von der Pahlen B, vd. Evidence for a genetic etiology to ejaculatory dysfunction. *Int J Impot Res* [Internet]. 11 Ocak 2009;21(1):62-7. Erişim adresi: <https://www.nature.com/articles/ijir200861>
151. Waldinger MD, Berendsen HHG, Blok BFM, Olivier B, Holstege G. Premature ejaculation and serotonergic antidepressants-induced delayed ejaculation: the involvement of the serotonergic system. *Behavioural Brain Research* [Internet]. Mayıs 1998;92(2):111-8. Erişim adresi: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0166432897001836>
152. Cihan A, Demir O, Demir T, Aslan G, Comlekci A, Esen A. The Relationship Between Premature Ejaculation and Hyperthyroidism. *Journal of Urology* [Internet]. Mart 2009;181(3):1273-80. Erişim adresi: <http://www.jurology.com/doi/10.1016/j.juro.2008.10.150>
153. Piediferro G, Colpi EM, Castiglioni F, Nerva F. Premature ejaculation. 1. Definition and etiology. *Arch Ital Urol Androl* [Internet]. Aralık 2004;76(4):181-7. Erişim adresi: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15693437>
154. Porst H, Montorsi F, Rosen RC, Gaynor L, Grupe S, Alexander J. The Premature Ejaculation Prevalence and Attitudes (PEPA) Survey: Prevalence, Comorbidities, and Professional Help-Seeking. *Eur Urol* [Internet]. Mart 2007;51(3):816-24. Erişim adresi: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0302283806008396>
155. Rowland D, McMahon CG, Abdo C, Chen J, Jannini E, Waldinger MD, vd. Disorders of Orgasm and Ejaculation in Men. *J Sex Med* [Internet]. Nisan 2010;7(4):1668-86. Erişim adresi: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1743609515329933>
156. Rowland D, McMahon CG, Abdo C, Chen J, Jannini E, Waldinger MD, vd. Disorders of Orgasm and Ejaculation in Men. *J Sex Med* [Internet]. Nisan 2010;7(4):1668-86. Erişim adresi: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1743609515329933>
157. Paduch DA, Polzer P, Morgentaler A, Althof S, Donatucci C, Ni X, vd. Clinical and Demographic Correlates of Ejaculatory Dysfunctions Other Than Premature Ejaculation: A Prospective, Observational Study. *J Sex Med* [Internet]. 01 Aralık 2015;12(12):2276-86. Erişim adresi: <https://academic.oup.com/jsm/article/12/12/2276/6966911>
158. Perelman MA, Rowland DL. Retarded ejaculation. *World J Urol* [Internet]. 03 Aralık 2006;24(6):645-52. Erişim adresi: <https://link.springer.com/10.1007/s00345-006-0127-6>
159. Rowland DL, Keeney C, Slob AK. Sexual response in men with inhibited or retarded ejaculation. *Int J Impot Res* [Internet]. 01 Haziran 2004;16(3):270-4. Erişim adresi: <https://www.nature.com/articles/3901156>

160. Perelman MA. 1254: Idiosyncratic Masturbation Patterns: A Key Unexplored Variable in the Treatment of Retarded Ejaculation by the Practicing Urologist. *Journal of Urology* [Internet]. Nisan 2005;173(4S):340-340. Erişim adresi: <http://www.jurology.com/doi/10.1016/S0022-5347%2818%2935399-0>
161. Althof SE. Psychological interventions for delayed ejaculation/orgasm. *Int J Impot Res* [Internet]. 01 Temmuz 2012;24(4):131-6. Erişim adresi: <https://www.nature.com/articles/ijir20122>
162. Edwards AE, Husted JB. Penile sensitivity, age, and sexual behavior. *J Clin Psychol* [Internet]. Temmuz 1976;32(3):697-700. Erişim adresi: [https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/1097-4679\(197607\)32:3%3C697::AID-JCLP2270320345%3E3.0.CO;2-O](https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/1097-4679(197607)32:3%3C697::AID-JCLP2270320345%3E3.0.CO;2-O)
163. Lindau ST, Tang H, Gomero A, Vable A, Huang ES, Drum ML, vd. Sexuality Among Middle-Aged and Older Adults With Diagnosed and Undiagnosed Diabetes. *Diabetes Care* [Internet]. 01 Ekim 2010;33(10):2202-10. Erişim adresi: <https://diabetesjournals.org/care/article/33/10/2202/27999/Sexuality-Among-Middle-Aged-and-Older-Adults-With>
164. Lew-Starowicz M, Rola R. Sexual Dysfunctions and Sexual Quality of Life in Men with Multiple Sclerosis. *J Sex Med* [Internet]. Mayıs 2014;11(5):1294-301. Erişim adresi: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1743609515307670>
165. Corona G, Jannini EA, Lotti F, Boddi V, De Vita G, Forti G, vd. Premature and delayed ejaculation: two ends of a single continuum influenced by hormonal milieu. *Int J Androl* [Internet]. Şubat 2011;34(1):41-8. Erişim adresi: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2605.2010.01059.x>
166. Montejo AL, Montejo L, Navarro-Cremades F. Sexual side-effects of antidepressant and antipsychotic drugs. *Curr Opin Psychiatry* [Internet]. Kasım 2015;28(6):418-23. Erişim adresi: <http://journals.lww.com/00001504-201511000-00004>
167. Al-Mazeedi K, El-Shazly M, Al-Ajmi HS. Impact of psoriasis on quality of life in Kuwait. *Int J Dermatol* [Internet]. 05 Nisan 2006;45(4):418-24. Erişim adresi: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-4632.2006.02502.x>
168. Meeuwis K, De Hullu J, De Jager M, Massuger L, Van De Kerkhof P, Van Rossum M. Genital psoriasis: a questionnaire-based survey on a concealed skin disease in the Netherlands. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology* [Internet]. 09 Aralık 2010;24(12):1425-30. Erişim adresi: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1468-3083.2010.03663.x>
169. TÜREL ERMERTCAN A, TEMELTAŞ G, DEVECİ A, DİNÇ G, GÜLER HB, ÖZTÜRKCAN S. Sexual dysfunction in patients with psoriasis. *J Dermatol* [Internet]. 27 Kasım 2006;33(11):772-8. Erişim adresi: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1346-8138.2006.00179.x>
170. Kurizky PS, Martins GA, Carneiro JN, Gomes CM, Mota LMH da. Evaluation of the occurrence of sexual dysfunction and general quality of life in female patients with psoriasis. *An Bras Dermatol* [Internet]. Aralık 2018;93(6):801-6. Erişim adresi: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0365-05962018000600801&lng=en&tlng=en
171. Meeuwis KAP, de Hullu JA, van de Nieuwenhof HP, Evers AWM, Massuger LFAG, van de Kerkhof PCM, vd. Quality of life and sexual health in patients with genital psoriasis. *British Journal of Dermatology* [Internet]. Haziran 2011;164(6):1247-55. Erişim adresi: <https://academic.oup.com/bjd/article/164/6/1247/6644339>
172. Abul Maaty ASH, Gomaa AHA, Mohammed GFA, Youssef IM, Eyada MMK. Assessment of Female Sexual Function in Patients with Psoriasis. *J Sex Med* [Internet]. Haziran 2013;10(6):1545-8. Erişim adresi: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1743609515303830>
173. J A, AAK M, S H, AM MR, BBY F, NJ NR, vd. The Risk and Associated Factors of Female Sexual Dysfunction (FSD) in Women with Psoriasis. *IJUM Medical Journal Malaysia* [Internet]. 01 Haziran 2017;16(1). Erişim adresi: <https://journals.iium.edu.my/kom/index.php/imjm/article/view/365>

174. Wojciechowska-Zdrojowy M, Reich A, Szepietowski JC, Wojciechowski A. Analysis of Sexual Problems in Men With Psoriasis. *J Sex Marital Ther* [Internet]. 17 Kasım 2018;44(8):737-45. Erişim adresi: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/0092623X.2018.1462276>
175. Bardazzi F, Odorici G, Ferrara F, Magnano M, Balestri R, Patrizi A. Sex and the PASI: patients affected by a mild form of psoriasis are more predisposed to have a more severe form of erectile dysfunction. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology* [Internet]. 16 Ağustos 2016;30(8):1342-8. Erişim adresi: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jdv.13625>
176. Goulding JMR, Price CL, Defty CL, Hulangamuwa CS, Bader E, Ahmed I. Erectile dysfunction in patients with psoriasis: increased prevalence, an unmet need, and a chance to intervene. *British Journal of Dermatology* [Internet]. Ocak 2011;164(1):103-9. Erişim adresi: <https://academic.oup.com/bjd/article/164/1/103/6642923>
177. Dauendorffer JN, Ly S, Beylot-Barry M. Psoriasis and male sexuality. *Ann Dermatol Venereol* [Internet]. Nisan 2019;146(4):273-8. Erişim adresi: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0151963819300857>
178. Molina-Leyva A, Jiménez-Moleón JJ, Naranjo-Sintes R, Ruiz-Carrascosa JC. Sexual dysfunction in psoriasis: a systematic review. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology* [Internet]. 26 Nisan 2015;29(4):649-55. Erişim adresi: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jdv.12845>
179. Thompson JK, Heinberg LJ, Altabe M, Tantleff-Dunn S. *Exacting beauty: Theory, assessment, and treatment of body image disturbance*. [Internet]. Washington: American Psychological Association; 1999. Erişim adresi: <http://content.apa.org/books/10312-000>
180. Hartley P. *Body images. Development, deviance and change*. Edited by Thomas Cash, Thomas Pruzinsky, Pat Hartley. The Guilford Press: New York. (1990) pp. 361. *European Eating Disorders Review* [Internet]. 13 Mayıs 1993;1(1):64-6. Erişim adresi: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/erv.2400010112>
181. King ICC. Body image in paediatric burns: a review. *Burns Trauma* [Internet]. 01 Aralık 2018;6. Erişim adresi: <https://academic.oup.com/burnstrauma/article/doi/10.1186/s41038-018-0114-3/5680433>
182. Schilder P. *The Image and Appearance of the Human Body* [Internet]. Routledge; 2013. Erişim adresi: <https://www.taylorfrancis.com/books/9781136338212>
183. Irvine KR, McCarty K, McKenzie KJ, Pollet T V., Cornelissen KK, Tovée MJ, vd. Distorted body image influences body schema in individuals with negative bodily attitudes. *Neuropsychologia* [Internet]. Ocak 2019;122:38-50. Erişim adresi: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0028393218307607>
184. Price EH. A critical review of congenital phantom limb cases and a developmental theory for the basis of body image. *Conscious Cogn* [Internet]. Haziran 2006;15(2):310-22. Erişim adresi: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1053810005000917>
185. Hosseini SA, Padhy RK. *Body Image Distortion* [Internet]. StatPearls Publishing, Treasure Island (FL); 2022. Erişim adresi: <http://europepmc.org/books/NBK546582>
186. Wood KC, Becker JA, Thompson JK. Body image dissatisfaction in preadolescent children. *J Appl Dev Psychol* [Internet]. Ocak 1996;17(1):85-100. Erişim adresi: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0193397396900076>
187. Bearman SK, Presnell K, Martinez E, Stice E. The Skinny on Body Dissatisfaction: A Longitudinal Study of Adolescent Girls and Boys. *J Youth Adolesc* [Internet]. 15 Nisan 2006;35(2):217-29. Erişim adresi: <http://link.springer.com/10.1007/s10964-005-9010-9>
188. Grilo CM, Wilfley DE, Brownell KD, Rodin J. Teasing, body image, and self-esteem in a clinical sample of obese women. *Addictive Behaviors* [Internet]. Temmuz 1994;19(4):443-50.

189. Menzel JE, Krawczyk R, Thompson JK. Attitudinal Assessment of Body Image. İçinde: Smolak TFC& L, editör. *Body Image: A Handbook of Science, Practice, and Prevention*. The Guilford Press.; 2011. s. 154-69.
190. Gaudio S, Brooks SJ, Riva G. Nonvisual Multisensory Impairment of Body Perception in Anorexia Nervosa: A Systematic Review of Neuropsychological Studies. Urgesi C, editör. *PLoS One* [Internet]. 10 Ekim 2014;9(10):e110087. Erişim adresi: <https://dx.plos.org/10.1371/journal.pone.0110087>
191. Cash TF, Fleming EC. The impact of body image experiences: development of the body image quality of life inventory. *Int J Eat Disord* [Internet]. Mayıs 2002;31(4):455-60. Erişim adresi: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11948650>
192. Paxton SJ, Neumark-Sztainer D, Hannan PJ, Eisenberg ME. Body Dissatisfaction Prospectively Predicts Depressive Mood and Low Self-Esteem in Adolescent Girls and Boys. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology* [Internet]. Aralık 2006;35(4):539-49. Erişim adresi: http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1207/s15374424jccp3504_5
193. Weaver AD, Byers ES. The Relationships Among Body Image, Body Mass Index, Exercise, and Sexual Functioning in Heterosexual Women. *Psychol Women Q* [Internet]. 25 Aralık 2006;30(4):333-9. Erişim adresi: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1111/j.1471-6402.2006.00308.x>
194. Ahadzadeh AS, Rafik-Galea S, Alavi M, Amini M. Relationship between body mass index, body image, and fear of negative evaluation: Moderating role of self-esteem. *Health Psychol Open* [Internet]. 10 Ocak 2018;5(1):205510291877425. Erişim adresi: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/2055102918774251>
195. Ahadzadeh AS, Rafik-Galea S, Alavi M, Amini M. Relationship between body mass index, body image, and fear of negative evaluation: Moderating role of self-esteem. *Health Psychol Open* [Internet]. 10 Ocak 2018;5(1):205510291877425. Erişim adresi: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/2055102918774251>
196. van den Berg PA, Mond J, Eisenberg M, Ackard D, Neumark-Sztainer D. The Link Between Body Dissatisfaction and Self-Esteem in Adolescents: Similarities Across Gender, Age, Weight Status, Race/Ethnicity, and Socioeconomic Status. *Journal of Adolescent Health* [Internet]. Eylül 2010;47(3):290-6. Erişim adresi: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1054139X10000923>
197. Bolton MA, Lobben I, Stern TA. The Impact of Body Image on Patient Care. *The Primary Care Companion to The Journal of Clinical Psychiatry* [Internet]. 22 Nisan 2010; Erişim adresi: <https://www.psychiatrist.com/pcc/impact-body-image-patient-care>
198. Silva D, Ferriani L, Viana MC. Depression, anthropometric parameters, and body image in adults: a systematic review. *Rev Assoc Med Bras* [Internet]. Mayıs 2019;65(5):731-8. Erişim adresi: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302019000500731&tlng=en
199. Cash TF PT. *Body image: a handbook of theory, research, and clinical practice*. 2nd editio. Guilford, editör. New York; 2002. 490 s.
200. Rodriguez-Cerdeira C. Psychodermatology: Past, Present and Future. *Open Dermatol J* [Internet]. 26 Ekim 2011;5(1):21-7. Erişim adresi: <http://benthamopen.com/ABSTRACT/TODJ-5-21>
201. Khoury LR, Danielsen PL, Skiveren J. Body image altered by psoriasis. A study based on individual interviews and a model for body image. *Journal of Dermatological Treatment* [Internet]. 01 Şubat 2014;25(1):2-7. Erişim adresi: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.3109/09546634.2012.739278>
202. Nazik H, Nazik S, Gul F. Body image, self-esteem, and quality of life in patients with psoriasis. *Indian Dermatol Online J* [Internet]. 2017;8(5):343. Erişim adresi: https://journals.lww.com/10.4103/idoj.IDOJ_503_15

203. Leichtman SR, Burnett JW, Robinson Jr. HM. Body Image Concerns of Psoriasis Patients As Reflected in Human Figure Drawings. *J Pers Assess* [Internet]. 10 Ekim 1981;45(5):478-84. Erişim adresi: http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1207/s15327752jpa4505_4
204. Rosińska M, Rzepa T, Szramka-Pawlak B, Źaba R. Body image and depressive symptoms in person suffering from psoriasis. *Psychiatr Pol* [Internet]. 30 Aralık 2017;51(6):1145-52. Eriřim adresi: <https://www.psychiatriapolska.pl/Obraz-wlasnego-ciala-oraz-objawy-depresyjne-u-osob-chorych-na-luszczyce,68948,0,2.html>
205. Cash ThomasF, Smolak L. Body Image and Sexual functioning. İçinde: *Body Image, Handbook of Science, Practice and Prevention*. second edi. New York: The Guilford Press; 2011. s. 271-8.
206. Wallwiener S, Strohmaier J, Wallwiener LM, Schönfisch B, Zipfel S, Brucker SY, vd. Sexual Function Is Correlated With Body Image and Partnership Quality in Female University Students. *J Sex Med* [Internet]. Ekim 2016;13(10):1530-8. Erişim adresi: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1743609516303629>
207. Hevesi K, Gergely Hevesi B, Kolba TN, Rowland DL. Self-reported reasons for having difficulty reaching orgasm during partnered sex: relation to orgasmic pleasure. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology* [Internet]. 02 Nisan 2020;41(2):106-15. Erişim adresi: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/0167482X.2019.1599857>
208. Kiliç E, Taycan O, Belli AK, Ozmen M. [The effect of permanent ostomy on body image, self-esteem, marital adjustment, and sexual functioning]. *Turk Psikiyatri Derg* [Internet]. 2007;18(4):302-10. Erişim adresi: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18066721>
209. Füsün uhadaroğlu. Adolesanlarda Benlik Saygısı [Uzmanlık Tezi]. [Ankara]: Hacettepe Üniversitesi, Tıp Fakültesi; 1986.
210. James W. The principles of psychology. [Internet]. Henry Holt and Company; 1913. Erişim adresi: <http://content.apa.org/books/11059-000>
211. Freud S. On Narcisizm. Standart E. London: Hogarth Press, 1958; 1911. 12:151-183.
212. Kural S. Narsisizm. İçinde: Köşkdere AA, editör. *Psikanalitik Psikoterapiler*. 1. Baskı. Ankara: Türkiye Psikiyatri Derneğı; 2011. s. 270-7.
213. Rosenberg M. *Society and the Adolescent Self-Image*. Princeton University Press; 1965.
214. Sowislo JF, Orth U. Does low self-esteem predict depression and anxiety? A meta-analysis of longitudinal studies. *Psychol Bull* [Internet]. Ocak 2013;139(1):213-40. Erişim adresi: <http://doi.apa.org/getdoi.cfm?doi=10.1037/a0028931>
215. Battle J. Relationship between Self-Esteem and Depression. *Psychol Rep* [Internet]. 01 Haziran 1978;42(3):745-6. Erişim adresi: <http://journals.sagepub.com/doi/10.2466/pr0.1978.42.3.745>
216. Magin P, Adams J, Heading G, Pond D, Smith W. The psychological sequelae of psoriasis: Results of a qualitative study. *Psychol Health Med* [Internet]. 21 Mart 2009;14(2):150-61. Erişim adresi: <http://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/13548500802512294>
217. Słomian A, Łakuta P, Bergler-Czop B, Brzezińska-Wcisło L. Self-esteem is related to anxiety in psoriasis patients: A case control study. *J Psychosom Res* [Internet]. Kasım 2018;114:45-9. Eriřim adresi: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0022399918304069>
218. Brihan I, Ianoři S, Boda D, Hălmăjan A, Zdrîncă M, Fekete L. Implications of self-esteem in the quality of life in patients with psoriasis. *Exp Ther Med* [Internet]. 14 Ekim 2020;20(6):1-1. Eriřim adresi: <http://www.spandidos-publications.com/10.3892/etm.2020.9332>
219. Sprunk E, Alteneder RR. The impact of an ostomy on sexuality. *Clin J Oncol Nurs* [Internet]. 2000;4(2):85-8. Erişim adresi: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11107381>

220. Ozturk O, Yalcin B, Unal M, Yildirim K, Ozlem N. Sexual Dysfunction among Patients having undergone Colostomy and its Relationship with Self-Esteem. *J Fam Med Community Health*. 01 Mart 2015;
221. Ramezani N, Dolatian M, Shams J, Alavi H. The relationship between self-esteem and sexual dysfunction and satisfaction in women. *Journal of Arak University of Medical Sciences*. 2012;14(6):57-65.
222. Molina-Leyva A, Jiménez-Moleón JJ, Naranjo-Sintes R, Ruiz-Carrascosa JC. Sexual dysfunction in psoriasis: A systematic review. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*. 2015;29(4):649-55.
223. Chen A, Beck KM, Tan E, Koo J. Stigmatization in Psoriasis. *J Psoriasis Psoriatic Arthritis* [Internet]. 18 Temmuz 2018;3(3):100-6. Erişim adresi: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/2475530318781339>
224. First MB, Williams JBW, Karg RS, Spitzer RL. SCID-5-CV: Structured clinical interview for DSM-5 disorders: Clinician version. American Psychiatric Association Publishing Arlington, VA; 2016.
225. Elbir M, Alp Topbaş Ö, Bayad S, Kocabaş T, Zülkif Topak O, Çetin Ş, vd. Adaptation and reliability of the structured clinical interview for DSM-5-disorders - clinician version (SCID-5/CV) to the Turkish language. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 2019;30(1):1-5.
226. Fredriksson T, Pettersson U. Severe Psoriasis – Oral Therapy with a New Retinoid. *Dermatology*. 1978;157(4):238-44.
227. Schmitt J, Wozel G. The psoriasis area and severity index is the adequate criterion to define severity in chronic plaque-type psoriasis. *Dermatology*. 2005;210(3):194-9.
228. Rust J, Golombok S. The Golombok-Rust Inventory of Sexual Satisfaction (GRISS). *British Journal of Clinical Psychology* [Internet]. Şubat 1985;24(1):63-4. Erişim adresi: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.2044-8260.1985.tb01314.x>
229. Tuğrul C, Öztan N, Kabakçı E. Golombok-Rust cinsel doyum ölçeği'nin standardizasyon çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 1993;4(2):83-8.
230. Zigmond AS, Snaith RP. The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scand* [Internet]. Haziran 1983;67(6):361-70. Erişim adresi: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x>
231. Aydemir O, Güvenir T, Küey L, Kültür S. Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği Türkçe Formunun Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması. Reliability and Validity of the Turkish version of Hospital Anxiety and Depression Scale. *Türk Psikiyatri Derg*. 01 Ocak 1997;8:280-7.
232. Rosenberg M. Rosenberg self-esteem scale (RSE). Acceptance and commitment therapy Measures package. 1965;61(52):18.
233. Füsün Çuhadaroğlu. Adolesanda Benlik Saygısı. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi; 1986.
234. Secord PF, Jourard SM. The appraisal of body-cathexis: body-cathexis and the self. *J Consult Psychol* [Internet]. 1953;17(5):343-7. Erişim adresi: <http://doi.apa.org/getdoi.cfm?doi=10.1037/h0060689>
235. Hovardaoğlu S OY. Vücut Algısı Ölçeği'nin güvenilirlik ve geçerlik çalışması/Şizofrenik ve major depresif hastaların beden imgelerinden doyum düzeyleri [[Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi]]. Ankara: Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü; 1990.
236. Sjoberg, Daniel D, Whiting K, Curry M, Lavery, Jessica A, Larmarange J. Reproducible Summary Tables with the gtsummary Package. *R J* [Internet]. 2021;13(1):570. Erişim adresi: <https://journal.r-project.org/archive/2021/RJ-2021-053/index.html>
237. Andrew F. Hayes. Introduction to mediation, moderation, and conditional process analysis: A regression-based approach. Guilford Press; 2013.

238. Naldi L, Chatenoud L, Linder D, Belloni Fortina A, Peserico A, Virgili AR, vd. Cigarette Smoking, Body Mass Index, and Stressful Life Events as Risk Factors for Psoriasis: Results from an Italian Case–Control Study. *Journal of Investigative Dermatology* [Internet]. Temmuz 2005;125(1):61-7. Erişim adresi: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0022202X15323642>
239. Armstrong AW, Harskamp CT, Dhillon JS, Armstrong EJ. Psoriasis and smoking: a systematic review and meta-analysis. *British Journal of Dermatology* [Internet]. 18 Şubat 2014;170(2):304-14. Erişim adresi: <https://academic.oup.com/bjd/article/170/2/304/6614825>
240. Naldi L, Peli L, Parazzini F. Association of Early-Stage Psoriasis With Smoking and Male Alcohol Consumption. *Arch Dermatol* [Internet]. 01 Aralık 1999;135(12). Erişim adresi: <http://archderm.jamanetwork.com/article.aspx?doi=10.1001/archderm.135.12.1479>
241. Brenaut E, Horreau C, Pouplard C, Barnetche T, Paul C, Richard M -A., vd. Alcohol consumption and psoriasis: a systematic literature review. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology* [Internet]. 11 Ağustos 2013;27(s3):30-5. Erişim adresi: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jdv.12164>
242. Deshmukh SB, Deshmukh PS, Saboo A V., G R M. STUDY ON PSYCHIATRIC CO - MORBIDITY IN PSORIASIS. *Journal of Evidence Based Medicine and Healthcare* [Internet]. 18 Haziran 2015;2(25):3688-95. Erişim adresi: http://www.jebmh.com/data_pdf/Parth S. Deshmukh.pdf
243. Duarte G, Calmon H, Radel G, Oliveira M de FP de. Psoriasis and sexual dysfunction: links, risks, and management challenges. *Psoriasis: Targets and Therapy*. 2018;Volume 8:93-9.
244. Sampogna F, Chren MM, Melchi CF, Pasquini P, Tabolli S, Abeni D. Age, gender, quality of life and psychological distress in patients hospitalized with psoriasis. *British Journal of Dermatology* [Internet]. Şubat 2006;154(2):325-31. Erişim adresi: <https://academic.oup.com/bjd/article/154/2/325/6636964>
245. SIMONIĆ E, KAŠTELAN M, PETERNEL S, PERNAR M, BRAJAC I, RONČEVIĆ-GRŽETA I, vd. Childhood and adulthood traumatic experiences in patients with psoriasis. *J Dermatol* [Internet]. 27 Eylül 2010;37(9):793-800. Erişim adresi: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1346-8138.2010.00870.x>
246. Singh S, Taylor C, Kornmehl H, Armstrong AW. Psoriasis and suicidality: A systematic review and meta-analysis. *J Am Acad Dermatol* [Internet]. Eylül 2017;77(3):425-440.e2. Erişim adresi: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0190962217317656>
247. Kouris A, Platsidaki E, Kouskoukis C, Christodoulou C. Psychological parameters of psoriasis. *Psychiatriki*. 2017;28(1):54-9.
248. OKHANDIAR RP, BANERJEE BN. PSORIASIS IN THE TROPICS: AN EPIDEMIOLOGICAL SURVEY. *J Indian Med Assoc* [Internet]. 01 Aralık 1963;41:550-6. Erişim adresi: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14088912>
249. Molina-Leyva A, Almodovar-Real A, Carrascosa JCR, Molina-Leyva I, Naranjo-Sintes R, Jimenez-Moleon JJ. Distribution pattern of psoriasis, anxiety and depression as possible causes of sexual dysfunction in patients with moderate to severe psoriasis. *An Bras Dermatol* [Internet]. Haziran 2015;90(3):338-45. Erişim adresi: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0365-05962015000300338&lng=en&tlng=en
250. Reich K, Krüger K, Mössner R, Augustin M. Epidemiology and clinical pattern of psoriatic arthritis in Germany: a prospective interdisciplinary epidemiological study of 1511 patients with plaque-type psoriasis. *British Journal of Dermatology* [Internet]. Mayıs 2009;160(5):1040-7. Erişim adresi: <https://academic.oup.com/bjd/article/160/5/1040/6641811>
251. Kaur I, Handa S, Kumar B. Natural History of Psoriasis: A Study from the Indian Subcontinent. *J Dermatol* [Internet]. 09 Nisan 1997;24(4):230-4. Erişim adresi: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1346-8138.1997.tb02779.x>

252. Bedi TR. Clinical profile of psoriasis in North India. *Indian J Dermatol Venereol Leprol* [Internet]. 1995;61(4):202-5. Erişim adresi: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20952954>
253. Picardi, Damiano Abeni, Cristina Re A. Increased Psychiatric Morbidity in Female Outpatients with Skin Lesions on Visible Parts of the Body. *Acta Derm Venereol* [Internet]. 01 Aralık 2001;81(6):410-4. Erişim adresi: <https://medicaljournalssweden.se/actadv/article/view/13950>
254. Fortune DG, Main CJ, O'Sullivan TM, Griffiths CE. Quality of life in patients with psoriasis: the contribution of clinical variables and psoriasis-specific stress. *Br J Dermatol* [Internet]. Kasım 1997;137(5):755-60. Erişim adresi: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9415236>
255. Łakuta P, Marcinkiewicz K, Bergler-Czop B, Brzezińska-Wcisło L, Słomian A. Associations between site of skin lesions and depression, social anxiety, body-related emotions and feelings of stigmatization in psoriasis patients. *Advances in Dermatology and Allergology* [Internet]. 2018;35(1):60-6. Eriřim adresi: <https://www.termedia.pl/doi/10.5114/pdia.2016.62287>
256. Sagar R, Talwar S, Desai G, Chaturvedi S. Relationship between alexithymia and depression: A narrative review. *Indian J Psychiatry* [Internet]. 2021;63(2):127. Erişim adresi: https://journals.lww.com/indianjpsychiatry/Fulltext/2021/63020/Relationship_between_alexithymia_and_depression_A.3.aspx
257. Leichtman SR, Burnett JW, Robinson Jr. HM. Body Image Concerns of Psoriasis Patients As Reflected in Human Figure Drawings. *J Pers Assess* [Internet]. 10 Ekim 1981;45(5):478-84. Erişim adresi: http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1207/s15327752jpa4505_4
258. Petrařkienė R, Valiukevičienė S, Macijauskienė J. Associations of the quality of life and psychoemotional state with sociodemographic factors in patients with psoriasis. *Medicina (B Aires)* [Internet]. 2016;52(4):238-43. Eriřim adresi: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1010660X16300362>
259. Frederick DA, Peplau A, Lever J. The Barbie Mystique: Satisfaction with Breast Size and Shape across the Lifespan. *International Journal of Sexual Health* [Internet]. 19 Ağustos 2008;20(3):200-11. Erişim adresi: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/19317610802240170>
260. Wahl AK, Gjengedal E, Hanestad BR. The Bodily Suffering of Living with Severe Psoriasis: In-Depth Interviews with 22 Hospitalized Patients with Psoriasis. *Qual Health Res* [Internet]. 01 Şubat 2002;12(2):250-61. Erişim adresi: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/104973202129119874>
261. Wojciechowska-Zdrojowy M, Reich A, Szepietowski JC, Wojciechowski A. Analysis of Sexual Problems in Men With Psoriasis. *J Sex Marital Ther* [Internet]. 17 Kasım 2018;44(8):737-45. Erişim adresi: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/0092623X.2018.1462276>
262. Guenther L, Han C, Szapary P, Schenkel B, Poulin Y, Bourcier M, vd. Impact of ustekinumab on health-related quality of life and sexual difficulties associated with psoriasis: results from two phase III clinical trials. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology* [Internet]. 27 Temmuz 2011;25(7):851-7. Erişim adresi: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1468-3083.2011.04082.x>
263. Feldman SR, Malakouti M, Koo JY. Social impact of the burden of psoriasis: effects on patients and practice. *Dermatol Online J* [Internet]. 2014;20(8). Erişim adresi: <https://escholarship.org/uc/item/48r4w8h2>
264. Molina-Leyva A, Salvador-Rodriguez L, Martinez-Lopez A, Ruiz-Carrascosa JC, Arias-Santiago S. Association Between Psoriasis and Sexual and Erectile Dysfunction in Epidemiologic Studies. *JAMA Dermatol* [Internet]. 01 Ocak 2019;155(1):98. Erişim adresi: <http://archderm.jamanetwork.com/article.aspx?doi=10.1001/jamadermatol.2018.3442>

265. Szepietowski J, Hrehorów E, Salomon J, Matusiak , Reich A. Patients with Psoriasis Feel Stigmatized. *Acta Dermato Venereologica* [Internet]. 2012;92(1):67-72. Erişim adresi: <https://medicaljournalssweden.se/actadv/article/view/8781>
266. Ålgars M, Santtila P, Jern P, Johansson A, Westerlund M, Sandnabba NK. Sexual Body Image and Its Correlates: A Population-Based Study of Finnish Women and Men. *International Journal of Sexual Health* [Internet]. Ocak 2011;23(1):26-34. Erişim adresi: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/19317611.2010.509692>
267. Brihan I, Ianoři S, Boda D, Hălmăjan A, Zdrîncă M, Fekete L. Implications of self-esteem in the quality of life in patients with psoriasis. *Exp Ther Med* [Internet]. 14 Ekim 2020;20(6):1-1. Eriřim adresi: <http://www.spandidos-publications.com/10.3892/etm.2020.9332>
268. Kowalewska B, Jankowiak B, Cybulski M, Krajewska-Kulak E, Khvorik DF. Effect of Disease Severity on the Quality of Life and Sense of Stigmatization in Psoriatics. *Clin Cosmet Invest Dermatol* [Internet]. şubat 2021;Volume 14:107-21. Erişim adresi: <https://www.dovepress.com/effect-of-disease-severity-on-the-quality-of-life-and-sense-of-stigmat-peer-reviewed-article-CCID>
269. Ackard DM, Kearney-Cooke A, Peterson CB. Effect of body image and self-image on women's sexual behaviors. *International Journal of Eating Disorders* [Internet]. Aralık 2000;28(4):422-9. Erişim adresi: [https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/1098-108X\(200012\)28:4%3C422::AID-EAT10%3E3.0.CO;2-1](https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/1098-108X(200012)28:4%3C422::AID-EAT10%3E3.0.CO;2-1)
270. L. Dove, Michael W. Wiederman N. Cognitive Distraction and Women's Sexual Functioning. *J Sex Marital Ther* [Internet]. Ocak 2000;26(1):67-78. Erişim adresi: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/009262300278650>
271. Gündüz A, Topçuoğlu V, Usta Gündüz EB, Ergun T, Gencosmanoglu DS, Sungur MZ. Significant Effects of Body Image on Sexual Functions and Satisfaction in Psoriasis Patients. *J Sex Marital Ther* [Internet]. 17 şubat 2020;46(2):160-9. Erişim adresi: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/0092623X.2019.1654582>
272. Łakuta P, Przybyła-Basista H. Toward a better understanding of social anxiety and depression in psoriasis patients: The role of determinants, mediators, and moderators. *J Psychosom Res* [Internet]. Mart 2017;94:32-8. Eriřim adresi: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0022399917300302>