



T.C.
BURSA ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

VİTİLİGO TANILI HASTALARDA BEDEN ALGISI YAŞAM KALİTESİ
VE CİNSEL FONKSİYONLARIN DEĞERLENDİRİLMESİ
VE SAĞLIKLI KONTROL GRUBU İLE KARŞILAŞTIRILMASI

Dr. Şeyda TÜRK

UZMANLIK TEZİ

BURSA-2020



**T.C.
BURSA ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI**

**VİTİLİGO TANILI HASTALARDA BEDEN ALGISI YAŞAM KALİTESİ
VE CİNSEL FONKSİYONLARIN DEĞERLENDİRİLMESİ
VE SAĞLIKLI KONTROL GRUBU İLE KARŞILAŞTIRILMASI**

Dr. Şeyda TÜRK

UZMANLIK TEZİ

Danışman: Prof. Dr. Selçuk KIRLI

BURSA-2020

İÇİNDEKİLER

Türkçe Özet.....	ii
İngilizce Özet.....	iv
Giriş ve Amaç.....	1
Genel Bilgiler.....	3
Cilt Hastalıkları ve Psikiyatri.....	10
Vitiligonun Psikiyatrik Yönleri.....	13
Cinsellikle İlgili Temel Kavramlar.....	14
Gereç ve Yöntem	24
Bulgular.....	28
Tartışma ve Sonuç	32
Kaynaklar.....	43
Ekler.....	56
Teşekkür.....	70
Özgeçmiş.....	71

ÖZET

Bu çalışmanın amacı; vitiligo hastalığına sahip hastaların beden algısı, yaşam kalitesi, cinsel fonksiyonlar, anksiyete ve depresyon düzeyleri açısından incelenmesi ve elde edilen bulguların sağlıklı kontrol grubu ile karşılaştırılmasıdır.

Çalışmamıza 18-65 yaş arasında, ölçeklerin uygulanmasına engel teşkil edebilecek psikiyatrik hastalığı, işitme veya görme engeli bulunmayan, okur yazar olan, cinsel olarak aktif olan, rutin muayene olmak için Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Dermatoloji Polikliniğine veya Psikiyatri Polikliniğine başvuran, çalışmaya katılmaya gönüllü olan 52 kişilik vitiligo tanılı hasta grubu ile 51 sağlıklı kontrol dahil edilmiştir. Katılımcılar bir defa kesitsel olarak değerlendirilmiştir. Katılımcılar psikiyatrik açıdan muayene edilmiş, Hamilton Depresyon Ölçeği (HAM-D), Hamilton Anksiyete Ölçeği (HAM-A), Beden Algısı Ölçeği (BAÖ), Vitiligo Yaşam Kalitesi Ölçeği (VYKÖ), Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği (ACYÖ), Golombok Rust Cinsel Doyum Ölçeği (GRCDÖ) ve Sosyodemografik Veri Formu uygulanmıştır.

Çalışmamızda, hasta grubunda kontrol grubuna kıyasla beden algısının daha bozuk olduğu ($p: 0.030$) ve cinsel fonksiyonlar açısından GRCDÖ'ye göre kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı derecede bozukluk olduğu ($p: 0.019$) saptanmış, ACYÖ'ye göre ise anlamlı bir farklılık bulunamamıştır. Hasta grubunun depresyon ve anksiyete düzeylerinin kontrol grubuna kıyasla anlamlı derecede yüksek olduğu tespit edilmiştir. Kronik seyri ve yarattığı kozmetik problemlerden ötürü damgalayıcı bir hastalık olan vitiligoda psikiyatrik belirtilerin göz ardı edilmemesi gerektiği, gerektiğinde de psikiyatri bölümüne yönlendirmenin hastanın tedavi uyumu ve yaşam kalitesine katkıda bulunabileceği düşünülmüştür.

Anahtar Kelimeler: Vitiligo, Cinsellik, Yaşam Kalitesi, Depresyon, Anksiyete

ABSTRACT

Assesment of Body Image, Quality of Life and Sexual Functions of Vitiligo Patients and Comparison with the Control Group

The aim of this study is; examination of patients with vitiligo disease in terms of body image, quality of life, sexual functions, anxiety and depression levels to comparison of the findings with the healthy control group.

52 patients and 51 controls, who were aged between 18 and 65, willing to participate in the study, had no psychiatric illnesses or visual/hearing, lettered, sexually active, enrolled in this study. The patient group consists of patients diagnosed as vitiligo disease who consult Uludağ University Medical Faculty Mental Diseases Polyclinic and/or being followed-up by Uludağ University Medical Faculty Dermatology Polyclinic. Participants were evaluated cross section once. All participants had an psychiatric examination before being assessed on Hamilton Depression Rating Scale (HAM-D), Hamilton Anxiety Rating Scale (HAM-A), Body Image Scale (BIS), Vitiligo Quality of Life Scale (VitiQol), Arizona Sexual Experiences Scale (ASES), Golombok-Rust Inventory of Sexual Satisfaction (GRIOSS) and Sociodemographic Data Form.

In our study, statistically significant disturbance in body image ($p:0.030$), and also statistically significant disturbance in sexual functioning ($p:0.019$) was stated by GRIOSS, in the patient group compared to the control group. However difference stated by ASES was not statistically significant. Anxiety and depression levels of patient group was stated significantly higher than the control group. In conclusion, psychiatric symptoms should not be ignored by clinicians in vitiligo patients. Vitiligo is a

chronic and stigmatizing disease with cosmetic problems so consulting patients to Psychiatry Department if necessary; may contribute to the patient's treatment compliance and quality of life.

Keywords: Vitiligo, Sexuality, Quality of life, Depression, Anxiety

GİRİŞ VE AMAÇ

Deri, emosyonel uyarılara yanıt verebilirliği ve öfke, korku, utanma gibi duyguları ifade etme özelliği ile psikiyatride özel bir konuma sahiptir. Benlik saygısının ve ego bütünlüğünün gelişmesinde önemli bir rol üstlenmektedir (1). Deri ve beyin arasındaki ilişki, aynı ektodermal yapıdan köken almalarının yanı sıra benzer hormon ve nörotransmitterlerden de etkilenmelerine dayanmaktadır (2). Deri tüm yaşam boyunca gelişim ve toplumsallaşma üzerinde önemli bir rol oynamakta, dokusal uyarıların yanı sıra, duygusal uyarılara da yanıt vermektedir. En büyük ve gözle görülebilir organımız olan derideki herhangi bir istenmeyen durum kişiyi ve karşısındakini olumsuz şekilde etkileyebilmektedir (3, 4). Cilt duyuşal ve cinsel fonksiyonları olan bir organ olduğundan, cilt hastalıkları cinsel yaşamı da olumsuz olarak etkiler (5). Deri lezyonları, özellikle yüz ve eller gibi görünür bölgelerde olduğunda kişilerde utanma, düşük benlik saygısı, özgüven kaybı, sosyal çekingenlik gibi duygular yaratarak hastaların diğer insanlarla olan ilişkilerini ve yaşam kalitelerini olumsuz yönde etkilemektedir (6, 7).

Bir cilt hastalığı olan Vitiligo; herhangi bir yaşta ortaya çıkabilen, melanosit yıkımı ile karakterize, değişik büyüklük ve sayıda, iyi sınırlı, süt beyazı rengindeki yamalar şeklinde görülen kazanılmış bir deri hastalığıdır. Nadiren konjenital de olabilir (8). Vitiligo, yaşam kalitesini önemli ölçüde etkileyip, çoğu hastanın kendisini üzgün ve damgalanmış hissetmesine yol açan bir hastalıktır (9). Emosyonel stres, hastalığın tetikleyici faktörleri arasında sayılmaktadır (10). Çoğu cilt hastalığına ağrı ve rahatsızlık duygusu eşlik eder. Bu nedenle cilt hastalığının kişinin yaşam kalitesi ve benlik saygısı üzerindeki etkilerini değerlendirmek zordur. Bu etkilerin hangilerinin fizyolojik değişikliklerin, hangilerinin ise bozuk görüntünün sonucu olduğunun ayırımı yapmak zor olabilir. Vitiligo bu açıdan bakıldığında, hastanın yaşamında sadece bozuk görüntünün etkisinin olduğu tek cilt hastalığıdır (11). Vitiligo vücuttaki tutulum bölgesine göre hastalarda emosyonel strese neden olabilir.

Vitiligo hastalarında anksiyete bozukluğu, sosyal fobi, cinsel fonksiyon bozuklukları ve obsesif kompulsif sık görülebilmektedir (5,6,12). Literatürde vitiligonun her iki cinste eşit oranda görüldüğü, fakat kozmetik kaygılardan dolayı kadınların daha çok hastaneye başvurmaları nedeniyle kadınların daha fazla tanı aldığından bahsedilmektedir (9,10, 13-21).

Vitiligonun psikolojik etkileri kişiden kişiye değişmekle beraber, koyu derili kişiler ile görünür deri bölgelerinde lezyonu olan kişilerde ciddi özgüven kaybı ve sosyal kaygıya kadar varan sorunlar daha fazla olabilmektedir (22,23). Günümüze kadar vitiligolu hastalarda altta yatan psikopatolojiler ile ilgili birçok araştırma yapılmıştır ve bu konuda literatürde bir çok bilgi mevcuttur. Dermatoloji kliniklerinde yapılan çalışmalarda yatan hastaların %60'ında, ayaktan izlenen hastaların da %30'unda ruhsal sorunlar bulunduğu belirlenmiştir (24). Picardi ve ark. vitiligoda psikiyatrik hastalık görülme sıklığını %25 olarak bulmuşlardır (25). Ahmed ve ark. vitiligolu hastalarda %42 oranında psikopatoloji saptamışlardır (26). Matto ve ark. başka bir çalışmada vitiligo hastalarının %37.5'inde major depresyon, %23.8'inde anksiyete bozukluğu, %11.9'unda anksiyete ve depresyon birlikteliği, %19'unda sosyal fobi, %4.7'sinde agorofobi, %4.7'sinde de cinsel disfonksiyon saptamışlardır (27).

Arizona cinsel yaşam ölçeği ile vitiligo ve kronik ürtiker hastalarının cinsel fonksiyonlarını değerlendiren kontrollü bir çalışmada hasta grubunun orgazm skorlarının kontrol grubuna göre daha düşük olduğu görülmüştür (6). Yapılan başka bir çalışmada ise vitiligo hastalarının büyük çoğunluğunda seksüel hayatın olumsuz etkilendiği, hastaların vücutlarını gösterirken utangaçlık yaşadıkları ve cinsel aktivite sırasında mahcubiyet hissettikleri bildirilmiştir (11). Hastalığın kronik doğası, tedavi süresinin uzunluğu, etkili bir tedavi yönteminin henüz bulunamaması, öngörülemez seyir genellikle moral bozucudur. Bütün bunlardan dolayı bu hastalığın psikolojik belirtilerini tanımak ve bununla mücadele etmek, yaşam kalitesini arttırmak ve daha iyi tedavi yanıtı almak açısından önemli olabilir (9).

Biz çalışmamızda dermatoloji ve psikiyatri polikliniklerinde yapılan klinik gözlemler ve ilgili literatürü göz önünde bulundurduk. Vitiligolu hasta

grubuna beden algısında bozulmayla beraber bir çok psikiyatrik bozukluğun eşlik ettiğini düşündük. Bu çalışmada amacımız; vitiligo hastalarında beden algısının, yaşam kalitesinin, cinsel fonksiyonların, depresyon ve anksiyete düzeylerinin kontrol grubundan anlamlı derecede daha bozuk olduğunu göstermekti.

GENEL BİLGİLER

1.Tanım ve Tarihçe

Vitiligo, nedeni henüz tam olarak belirlenememiş, herhangi bir yaşta görülebilen, melanosit kaybına yol açan, yaygınlığı ve büyüklükleri değişken, keskin sınıra sahip, depigmente süt beyazı renginde alanlar oluşturan kazanılmış bir deri hastalığıdır (28). Antik çağlardan beri vitiligo hastaları, lepralılara benzer şekilde toplum tarafından kötü muameleye maruz kalmıştır. Sweta Kustha'nın dediği gibi vitiligo, "beyaz lepra" olarak tanımlanmıştır. Vitiligo bütün ırklarda şekil bozukluğu yaratmakla birlikte, güçlü kontrast oluşturduğundan koyu renkli kişilerde daha çok göze çarpmaktadır (22).

Hastalık dikkat çeken görünümünden dolayı eski çağlardan beri bilinmektedir. Vitiligo ilk kez M.Ö. 1500 yılında tanımlanmış ve adı küçük kusur, hata anlamındaki 'vitilum' kelimesinden türetilmiştir (29). M.Ö. 1500 ile 1000 yıllarında Hint literatürlerinde, "kilas" ("kil" beyaz, "as" atmak, yayılmak) ve "palita" ("pal" gri, eski ve yaşlı) derinin beyaz makülleri için kullanılan kelimelerdir (17). On dokuzuncu yüzyılın sonlarında Louis Brocq, vitiliginöz lezyonları pigment kaybı olarak tarif ederken, Moritz Kaposi vitiligonun ilk histopatolojik bulgularını tanımlamıştır (29). Halk arasındaki adı "ala hastalığı"dır (30).

2. Epidemiyoloji

Vitiligo, fonksiyonel melanositlerin ilerleyici kaybı sonucunda oluşan, deri ve muköz membranları tutan, edinsel bir pigmentasyon hastalığıdır (31-33). Sıklığı tüm dünyada %1-2 arasındadır (34). Sıklıkla da 10 ile 30'lu yaşlar arasında başlar. Hastaların yarısının bulguları 20 yaşından önce başlamaktadır (33). Deride ve saçta en sık görülen depigmentasyon hastalığıdır (35).

Hastalığın sıklığının ülkemizde %0.15- 0.32 olduğu bildirilmektedir (20). Danimarka'da 47033 kişinin tarandığı bir epidemiyolojik çalışmada vitiligo sıklığı %0.38 olarak saptanmıştır (36). Hindistan'da yapılan büyük ölçekli bir çalışmada çocuklarda vitiligo sıklığı araştırılmış ve %2.5 olarak bulunmuştur (37). Amerika Birleşik Devletleri'ndeki tahmini insidansı %1'dir (13).

Siyah ırktaki insanlarda daha belirgin bir renk değişikliğine neden olup daha yüksek oranda hastaneye başvurmalarına yol açsa da birçok çalışmada tüm etnik gruplar arasındaki etkilenmenin eşit olduğu belirtilmektedir. Her iki cinste eşit sıklıkta görülmektedir. Fakat kozmetik kaygılarla kadınların daha çok hastaneye başvurmaları nedeniyle kadınların daha fazla tanı aldığı bilinmektedir (13,21,38). Vitiligoya yakalanma yatkınlığı kalıtımsaldır. Vakaların % 25 ila 30'unda ailede vitiligo öyküsü mevcuttur (39).

3. Etyopatogenez

Vitiligonun etyolojisi kesin olarak bilinmemesine rağmen etyopatogenezinde birçok neden suçlanmaktadır. Otoümminite, nöral hipotez, genetik, otositotoksik teori önemli sebeplerindendir (33). Vitiligo etyolojisindeki tüm hipotezlerin üzerinde fikir birliğine vardığı konu hastalıklı deride fonksiyonel melanositlerin bulunmamasıdır (40).

3.1. Genetik

Vitiligo sporadik hastalık olmasına rağmen ailesel geçiş bildirilmiştir (41,42). Epidemiyolojik alışmalar, vitiligolu hastaların akrabalarının dörtte biri ile üçte birinde hastalığın olduğunu bildirmektedir. Yapılan alışmalar daha çok multifaktoriyel genetik geçişi desteklemektedir (17,43). Türkiye’de yapılan bir çalışmada birinci derece akrabalar arasında vitiligo görülme sıklığı %11.5 olarak bulunmuştur (44). Belirli etnisitelerde gerçekleştirilen araştırmalara dayanılarak vitiligo farklı insan lökosit antijenleri (HLA) ile ilişkili bulunmuştur. En sık ilişki kurulanlar A2, DR4, DR7, CW6’dır (28,45).

3.2. Otoimmun Teori

Vitiligonun otoimmun hastalıklarla birlikte görülmesi ve derideki inflamatuvar değişiklikler otoimmun teorinin temelini oluşturmaktadır. Vitiligolu olgularda hem hücresel hem de humoral anormallikler tanımlanmıştır (14). Bu teoride, vitiligolularda lezyonların yaygınlığı ile antikor yapımı arasında bir korelasyon olduğu düşünülmektedir (46). Vitiligolu olguların serumlarında melanositlere karşı otoantikorların varlığı gösterilmiştir (47). Vitiligoda addison hastalığı, alopesi areata, diabetes mellitus, hipertiroidizm, hipotiroidizm, hipoparatiroidizm ve pernisiyöz anemi gibi hastalıkların sıklığında artış gözlenmiştir (29).

3.3. Ototoksik Teori

Melanin sentezi sırasında ortaya çıkan tirozin analogları ve ara ürünler melanositler için oldukça toksiktir (17). Bu ara ürünlerden indol ve serbest radikaller melanositlerde birikerek hücre hasarına neden olur (48). Normal melanositler bu ara ürünleri kendi koruma mekanizmalarıyla uzaklaştırır. Bu teori vitiligolulardaki melanositlerin melanogenezis yolundaki toksik ara ürünleri veya metabolitleri elimine eden intrinsik koruyucu bir mekanizmalarını kaybettiklerini ileri sürmüştür (14).

3.4. Nöral Teori

Melanositlerin ve nöral hücrelerin aynı embriyonik kresten gelmesi bu teoriyi desteklemektedir. Nöral hipotez sinir uçlarından salgılanan nörokimyasal mediatörlerin pigment hücrelerini tahrip ettiği görüşü savunmaktadır (49). Bu hipotezi destekleyen biyokimyasal bulgulardan bazıları asetilkolinin depigmentasyona neden olması ve lezyon kenarındaki melanositlerde dopa oksidaz aktivitesinin baskılanmasıdır (50). Bazı hastalarda epinefrin ve norepinefrin metabolizma ürünleri olan homovalinilik asit ve vanilmandelik asit idrar seviyelerinde artış saptanmıştır (50,51).

4. Histopatoloji

Tamamıyla yerleşmiş depigmente vitiligo maküllerinde elektron mikroskobu ya da ileri lekeleme teknikleriyle bile melanositlere rastlanmamıştır. Aktif gelişmekte olan lezyonlarda, klinik olarak hiperpigmentasyonun gözlendiği bölgelerde, lezyonun çevresinde anormal büyüklükte melanositler görülürken, merkezde melanositlerin yoğunluğu azalmaktadır. Melanositlere ilaveten, vitiligo lezyonlarının sınırlarındaki keratinositler, ultrastruktürel dejenerasyona kanıt olarak gösterilmiştir (39).

5. Klinik Görünüm ve Sınıflandırma

Vitiligo en sık normal deri ile çevrelenmiş, amelanotik makül veya yamalar şeklinde izlenmektedir. Lezyonlar genellikle süt beyazı veya tebeşir beyazı renktedir. Bu maküller karakteristik olarak iyi sınırlı ve yuvarlak, oval veya lineer şekillidirler ve hiperpigmente bir halka ile çevrelenebilirler. Lezyonlar zamanla merkezden çevreye doğru genişlerler fakat bu genişleme uzun ya da kısa bir sürede gerçekleşebilir. Maküllerin genişlikleri milimetreden santimetreye kadar değişmekle birlikte tutulan bölgeye göre değişik büyüklükte lezyonlara rastlanır. Vitiliginöz alanlardaki saçlar da genellikle beyaz renktedir. En sık etkilenen yerler yüz, gövdenin üst kısımları, ellerin dorsal yüzü, aksilla ve inguinal bölgelerdir. Açık tenli kişilerde lezyonlar

belirgin değildir ama Wood ışığı muayenesi ile veya bronzlaştıktan sonra kolayca ayırt edilebilir. Koyu tenli kişilerde ise normal deri ile vitiginöz deri arasındaki renk farkı güneş görmeyen bölgelerde bile belirgindir. Vitiligo genellikle asemptomatik olmakla birlikte etkilenen deri bazen kaşıntılı olabilir (21,31).

Vitiligo sıklıkla pigmente nevüslerin yuvarlak forma dönüşmesiyle başlar. Merkezi nevüs sıklıkla zaman içinde bütünüyle ortadan kaybolur. Diğer birçok cilt bozukluğunda olduğu gibi hastalar vitiligo başlangıcının öncesinde ciddi fiziksel ya da emosyonel stres bildirmektedir. Vitiligolu bölgelerin kendiliğinden repigmente oluşu, daha çok genç hastaların erken lezyonlarında görülmektedir (52). Vitiligo, lezyonların dağılım paterni temel alınarak birçok tipe ayrılabilir fakat evrensel olarak kabul görmüş bir sınıflama bulunmamaktadır (53).

Vitiligo hastalarının çoğunluğu sağlıklı olmakla birlikte, melanin yokluğuna bağlı olarak diğer enfeksiyonlara yatkınlık gösterebilirler (52). Otoimmün özelliklerin birlikte olduğu olgular nadir değildir. Göz tutulumu sıklıkla görülür. Bir çalışmada, vitiligolu hastaların %40'ında retinanın koroid tabakası ya da pigment epitelinde melanositlerin yıkımı saptanmıştır. Vitiligo ilerleyici bir hastalık olmasına karşın, bazen sessiz dönemlerle seyredebilir, hastaların küçük bir kısmında kendi kendine düzelme görülebilir (31,52).

6. Tedavi

Vitiligo tedavisi, lezyonların yaygınlığına, lokalizasyonuna, yaşa ve önceki tedavilere verilen yanıtı göre değişmektedir. Tedavide amaç repigmentasyonu sağlamak ve depigmentasyon sürecini yavaşlatmaktır. Halen vitiligo lezyonlarını tam anlamıyla tedavi edecek tek bir yöntem olmamasına karşın birçok hastada memnuniyet verici tedavi yaklaşımları bulunmaktadır (54).

6.1. Geleneksel Tedavi Yöntemleri

6.1.a. Fototerapi

Fototerapide, dar bant ultraviyole B (UVB) (311-313nm) ve geniş bant UVB (290-320nm) tedavileri uygulanmaktadır. Dar bant UVB, sitokinlerin sekresyonunu ve indüksiyonunu inhibe ederek inaktif durumdaki melanositlerin proliferasyonunu ve vitiligo lezyonlarına göçünü sağlar (54).

6.1.b Fotokemoterapi

Fotoduyarlandırıcılar ile UVA'nın kombine kullanımındır.

6.1.c. Kortikosteroidler

Kortikosteroidler melanositlere karşı kompleman aracılı sitotoksosite ile oluşan otoantikorları ve melanosit yüzey antijenine karşı oluşan antikorları azaltırlar (54). Genellikle düşük potensli topikal steroidler tercih edilir (55).

6.1.d. Depigmentasyon

Repigmentasyon tedavilerine cevap alınamayan ve çok yaygın lezyonu olan hastalarda tercih edilebilir. %20 monobenzil eter içeren hidrokinonlu merhem ile depigmentasyon sağlanabilir. Sağlanan depigmentasyon geri dönüşsüzdür (56).

6.2. Yeni Tedavi Yöntemleri

Topikal immunmodülatörler; pimekrolimus ve takrolimus son yıllarda vitiligo tedavisinde kullanılmaktadır (57). Cerrahi tedavi; segmental veya fokal vitiligosu olan genç hastalarda daha başarılıdır (58). Diğer kullanılan yöntemler; Vitamin D3 analogları, *excimer* lazerdar bant UVB mikrofototerapi, fenilalanin, khellin, oral alfa lipoik asit içeren antioksidanlar, seks steroidleri ve tiroid hormonudur.

6.3. Yardımcı Yöntemler

6.3.a. Psikiyatrik Destek

Vitiligo yaşamı tehdit eden bir hastalık olmamasına rağmen kendine güveni ve yaşam kalitesini etkiler. Sosyal izolasyon ve depresyona yol açar (59). Kadınlarda ve görünür alanların tutulduğu hastalarda etkiler daha fazladır. Psikolojik yaklaşımlar baş etme mekanizmalarını geliştirir. Grup ve bireysel tedaviler başarılı bulunmuştur. Çocukların ailelerine de psikiyatri konsültasyonu gerekebilir. Psikoterapi ve davranış tedavileri standart tedavilerle birlikte uygulandığında tedavinin başarı oranında artma, hastaların sosyal yaşamlarında rahatlama, özgüvenlerinde artma olacaktır (60).

6.3.b. Güneş Koruyucular

Güneş koruyucularının vitiligoda birkaç yararı vardır. Depigmente alanda güneş yanığını riskini azaltırlar. Fotohasar ve buna bağlı Köbner etkisiyle izomorfik yanıtı önlerler. Ek olarak çevre derinin koyulaşmasını ve buna bağlı vitiligo lezyonları ile oluşacak kontrast görünümü engellerler (59).

6.3.c. Kozmetikler

Özellikle yüz, boyun ve eller gibi görünür alanlarda büyük katkı sağlarlar. Bu amaçla kapatıcılar ya da bronzlaştırıcılar kullanılabilir. Ucuz olmaları, kolay uygulanmaları ve yan etkilerinin çok az oluşu avantajlarıdır. Bazı hastalar tedavi yöntemleri yerine kozmetik kullanımını tercih etmektedirler (61). Holme ve ark., kozmetik kamuflejin cinsel yaşam ve yaşam kalitesi puanlarını vitiligo dahil yaygın cilt bozukluklarında %85 azaltabileceğini bildirmiştir. Bu bağlamda kozmetik kamuflejin cinsel yaşamdaki vitiligore olmuş rahatsızlıkları azaltmak için iyi bir seçenek olabilir (62).

CİLT HASTALIKLARI VE PSİKİYATRİ

Derinin, rahatlıkla görülebilen ve dokunulabilen bir organ olarak psikiyatride özel bir yeri vardır. Deri; öfke, korku, utanç ve kızgınlık gibi duyguları açıkça ifade etme, emosyonel uyarılara yanıt verme, kişinin kendilik imajı ve özgüvenini sağlama ile bebeklikten yetişkinliğe doğru seyreden sosyalleşme sürecinde önemli rol oynar (1,2). Fenichel, Winnicott ve Anzieu gibi bazı analistler, deri ve bilinç dışı arasındaki etkileşime dikkat çekmişler ve bazı deri hastalıkları ile bilinç dışı çatışmalar arasındaki etkileşimi analitik olarak açıklamaya çalışmışlardır.

Fenichel'e göre organizma ve dış dünya arasındaki sınırı belirten derinin, organizmanın bir dış örtüsü olarak dört özelliği önemlidir :

- I. Deri, örtücü bir tabaka olması yanında iç ve dış uyarılara karşı koruyucudur.
- II. Deri önemli bir erojen bölgedir ve dokunma, ısı ve ağrı da erojen haz kaynaklarıdır.
- III. Deri, organizmanın yüzeyi olarak dışarıdan görünür ve teşhircilik çatışmalarında yer alır.
- IV. Anksiyete belirtileri de deri belirtileri şeklinde lokalize olabilir (63).

Anzieu'ya göre bebek ve anne arasında dokunma yoluyla kurulan ilişki diğer tüm duyu organlarının algıladığı ve kaydettiği duyumların ilk formlarını içerir. Bu iki taraflı iletişim ağı , egonun ilk kez uyarılmasını ifade eder ve "deri ego" kavramını oluşturur (64).

Psikodermatoloji ya da psikokutanöz tıp, psikiyatri ve dermatoloji arasındaki sınıra odaklanır. Deri hastalıklarının psikososyal içeriğinin anlaşılmasında psikodermatolojik bozuklukların uygun bir şekilde ele alınması büyük önem taşımaktadır. Etiyoloji, tanı süreci ve tedavi düşünüldüğünde oldukça karmaşık bir ilişkiden söz edilebilir (65).

Psikodermatolojik bozukluklar kabaca üç kategoride sınıflandırılabilir:

1. Psikosomatik (Psikofizyolojik) Bozukluklar

Cilt hastalığına sahip hastaların önemli bir bölümünde bu lezyonlar, sıklıkla emosyonel stresle ortaya çıkabilir ya da alevlenebilir. Akne vulgaris, alopesi areata, atopik dermatit, ürtiker, psöriazis, psikojenik purpura, rosea, seboreik dermatit bu grubun örneklerindedir.

2. Birincil Psikiyatrik Bozukluklar

Patoloji öncelikle ruhsal kökenlidir. Kişinin kendisi tarafından oluşumu kolaylaştırılan cilt belirtileri ile sonuçlanan psikiyatrik bozuklukları kapsar. Normal cilt, hastanın psikiyatrik bozukluğunun hedefi ve odağı haline gelir ve genellikle gerçek bir cilt hastalığı bulunmaz ya da olsa bile çok hafiftir. Parazitoz sanrıları, dismorfofobi, yapay dermatit, nörotik ekskoriyasyon, trikotilomani bu gruba örnektir.

3. İkincil Psikiyatrik Bozukluklar

Şekil bozukluğu ya da estetik sorunlar ile seyreden cilt bozukluklarına ruhsal tepki olarak ortaya çıkan psikiyatrik bozuklukları içerir. Depresyon, sosyal fobi, panik bozukluğu, agorafobiyi de kapsayan kaygı bozuklukları, bazı somatik tip sanrılı bozukluklar bu grup içinde yer almaktadır. Alopesi areata, kistik akne, hemanjiyom, iktiyosis, kaposi sarkomu, psöriazis ve vitiligo bu gruptaki cilt bozukluklarına örnektir (65).

Bir çok çalışma deri ve ruhsal durum arasındaki karşılıklı, kompleks ilişkiye işaret etmektedir. Duygusal stres ve deri hastalıkları arasındaki ilişkiye dair geniş bir literatür bulunmaktadır. Bunun da ötesinde dermatologlar genellikle hastalarında psikiyatrik bozuklukların sık görüldüğünü düşünmektedirler. Almanya'da dermatoloji klinikleri ile yapılan bir çalışmada, hekimlerin %85'i tedavide hastalıkların psikosomatik yönlerini de dikkate aldıklarını belirtmişlerdir (66,67). Son zamanlarda deri ve zihin alanındaki araştırmalar stres ve deri hastalıkları arasındaki ilişkiyi ortaya

koymaktadır. Çeşitli deri hastalıklarının ortaya çıkışında, seyrinde ve alevlenmesinde emosyonel stresin, özellikle de stres yaratan yaşam olaylarının rolü vardır (66,68-71).

Deri lezyonlarının alevlenmesinde bazen psikolojik faktörler, biyolojik faktörler kadar önemli rol üstlenebilmektedirler (72). Dermatoloji hastalarındaki psikiyatrik rahatsızlık oranı oldukça fazladır. Dermatoloji polikliğine başvuran hastaların en az üçte birinde etkili tedavi için emosyonel faktörlerin de göz önünde bulundurulması gerekmektedir (73). Woodruff ve ark., dermatoloji kliniğinde psikiyatrist tarafından değerlendirilen hastaların %5' inin psikiyatrik tanı aldığını bildirmişlerdir. En sık eşlik eden psikiyatrik rahatsızlıklar depresyon, anksiyete, obsesif bozukluklar, delüzyonel bozukluklar olarak sıralanmaktadır. Daha az olarak sosyal fobi, somatizasyon bozukluğu, alkol bağımlılığı, obsesif kompulsif bozukluk, travma sonrası stres bozukluğu, anoreksiya nervoza ve şizofreni gibi psikiyatrik bozukluklar bildirilmiştir (74-78). Alopesi areata, vitiligo, akne vulgaris, seboreik dermatit, atopik dermatit, psoriasis ve ürtiker klinik seyirlerinde stresin önemli rol oynadığı hastalıkların başında gelmektedir (78,79).

Cilt hastalıklarının bir çoğunun kişide benlik imajı, benlik saygısı ve yaşam kalitesinde bozulmaya yol açtığı bir çok çalışmada gösterilmiştir. Ayrıca cinsel çekicilik, kendini iyi hissetme duygusu ve özgüven açısından cildin önemi büyüktür. Ciltte görülebilen herhangi bir lekenin, kişiyi ve karşısındakini derinden etkileyebileceği bildirilmiştir (9). Cilt hastalığı olanlarla sağlıklı bireyler arasında cinsel haz alma deneyimleri ve emosyonel davranışların ifadesinde farklılık olduğu var sayılmaktadır. Bu varsayım, haz alma biçiminin psikosomatik patolojinin başlangıcını tetikleyebileceği gerçeğine dayanmaktadır. Cildin etkinlikleri arasında, erojen işlev çok önemlidir (80).

VİTİLİGO' NUN PSİKİYATRİK YÖNLERİ

Vitiligo doğrudan fiziksel bozulmaya neden olmamakla birlikte, günlük yaşamda ciddi psikolojik sorunlara, kozmetik bozukluklara ve yaşam kalitesinde azalmaya neden olabilmektedir (81,82). Birçok hastalığın aksine deri hastalıkları hastanın etrafındaki kişiler tarafından görülebilmektedir (83). Görünümü bozan bu hastalık genellikle sosyal ve cinsel utanca neden olabilmekte bunun dışında ayrımcılık ya da reddedilmeye yol açabilmektedir (27). Vitiligolu yetişkinlerin bir çoğu damgalanma, benlik saygısında azalma ve sosyal izolasyon yaşamaktadırlar (84). Vitiligo hastalarının %30'unun hastalığın bir sonucu olarak psikolojik problemlerden muzdarip olduğu bildirilmektedir. Porter ve ark. vitiligolu hastaların duygusal olarak zorluk yaşadığını ve hastaların 2/3'ünün görünümünden utandığını rapor etmiştir (85). Vitiligonun psikososyal etkileri ve yaşam kalitesi üzerine etkileri hakkındaki çalışmaların çoğu batı ülkeleri, Hindistan ve İran'da yapılmıştır. Vitiligo ile ilişkili psikiyatrik hastalık prevalansı İtalya ve Birleşik Krallık'ta %25-30 arasında, Hindistan'da %56-75 arasında bulunmuştur. Bu çalışmaların sonucunda vitiligolu hastaların düşük benlik saygısına sahip oldukları, kendilerine olan güvenlerinin azaldığı ve duydukları utanç nedeniyle sosyal olarak izole oldukları saptanmıştır (81).

Psikiyatrik morbidite yaygınlığı açısından en sık olarak uyum bozuklukları görülmektedir ve klinik örneklerin üçte birini oluşturmaktadır (82). Vitiligo hastalarında anksiyete bozuklukları, cinsel fonksiyon bozuklukları ve obsesif kompulsif bozukluk sık olarak görülebilmektedir (5,12,26). Vitiligo olan 150 hastayı kapsayan kesitsel bir çalışmada yüksek depresyon prevalansı %34 ve anksiyete %60 bildirilmiştir (86). Psikiyatrik tedavi ile vitiligo hastalarında depresyon semptomlarının düzeldiği ve benlik saygısının giderek arttığı ve yaşam kalitesinin düzeldiği belirtilmiştir (12). Manolache ve ark., stresin Alopesi Areta ve vitiligo üzerindeki etkisini araştırmak amacı ile yaptıkları çalışma sonunda Alopesi Areta'da %68, vitiligoda %65 oranında istatistiksel olarak da anlamlı bulunan stres öyküsü saptamıştır (87). Türkiye'de yapılan, vitiligo ve ürtiker

hastalarının kontrol grubu ile karşılaştırıldığı bir çalışmada, her iki hasta grubunun benlik saygıları, kontrol grubuna göre anlamlı derecede daha düşük bulunmuştur (88). Özellikle çocukluk çağında başlayan vitiligo, benlik saygısında olumsuzluklar ile sonuçlanan önemli psikososyal travma ile ilişkili bulunmuştur (89).

Birçok araştırma, vücut imajının kadınların cinsel refahı için önemli bir psikolojik faktör olduğu sonucuna varmıştır (90). Kadın genital benlik imajı da kadın cinsel işlevi ve cinsel davranışıyla önemli ölçüde ilişkilidir (81,91-94). Cinsel yaşam yaşam kalitesinin önemli bir ögesidir ve birkaç çalışma vitiligo hastalarının cinsel yaşamda zorluk çektiğini bildirmiştir (6,11). Shin ve arkadaşlarının yapmış olduğu 167 vitiligo hastasının dahil edildiği ve hastaların cinsel işlevler açısından değerlendirildiği bir çalışmada çalışmaya dahil edilen hastaların %21.6'sı cinsel hayatlarının vitiligodan olumsuz etkilendiğini bildirmiştir (95). Genital tutulumu olan vitiligo hastalarının cinsel işlevler açısından araştırıldığı başka bir çalışmada, genital tutulumu olan hastaların %82'sinde cinsel işlev bozukluğu saptanmış. Genital benlik imajı cinsel işlevsellikle pozitif ilişkili olarak bulunmuş ayrıca Genital benlik imajı daha koyu cilt tipi olanlarda daha da düşük bulunmuş (96).

CİNSELLİKLE İLGİLİ TEMEL KAVRAMLAR

1. Cinselliğin Tanımı

Cinsellik, bir kişinin diğerine çekici gelmesini de içerecek şekilde, cinsel haz alma ve üremeye ilgili bütün düşünce, duygu ve davranışları kapsar (97). Cinselliğin yalnızca neslin devamı için yapılan biyolojik bir işlev olmadığı, bireyler arası duyguların iletişimine yarayan, zevk veren, başta merkezi ve periferik sinir sistemi, endokrin sistem, beş duyu ve genital organlar olmak üzere tüm bedenin katıldığı, nörokimyasal, nörofizyolojik ve psikolojik süreçlerin karşılıklı etkileşimi ile yürütülen kompleks bir davranış paterni olduğu ortaya konulmuştur (98). Sağlıklı ve doyumlu bir cinsel yaşam bu süreçlerin tümünün tam olarak işlev görmesiyle mümkündür. Bireyin kişilik

özellikleri, biyolojik yapısı, genel kendilik algısı, duygular, bilişsel işlevler, geçmiş yaşantılar, travmalar, öğrenilmiş davranış modelleri, dini inanç ve ahlaki tutumlar cinselliğe yaklaşımı ve seçimleri belirler (97,99).

2. Cinsel İşlevlerin Fizyolojisi

Masters ve Johnson, laboratuvar ortamında yüzlerce gönüllü kadın ve erkek denek üzerinde sürdürdükleri çalışmalarında, evrensel bir cinsel yanıt döngüsü tanımlamışlardır (100). Bu tanıma göre cinsel yanıt döngüsü; 1) Uyarılma evresi 2) Plato evresi 3) Orgazm evresi 4) Çözülme evresi'nden meydana gelir (101). Cinsel terapilerin en önemli kurucularından biri olan Helen Singer Kaplan ise cinsel yanıtın birbirlerinden görece bağımsız iki ayrı bölümden oluştuğunu söylemektedir: 1) Erkeklerde ereksiyonu, kadında ise vajinal lubrikasyonu ve kabarmayı sağlayan genital vazokonjeksiyon yanıtı, 2) Her iki cinsde de orgazmı sağlayan refleks klonik kas kontraksiyonları (102).

2.1. Cinsel Yanıt Döngüsü

2.1.a. Uyarılma Evresi

Uyarılma öncesinde cinsel fanteziler ve cinsel aktiviteye karşı duyulan arzu ya da cinsel işlev için gerekli motivasyon ve eğilim şeklinde tanımlanabilir. Cinsel isteğin varlığı çeşitli etkenlere bağlıdır; biyolojik dürtü, yeterli kendilik saygısı, cinsellikle ilgili daha önceki olumlu deneyimler, uygun bir cinsel eşin varlığı, cinsel olmayan alanlarda da cinsel eşle iyi bir ilişkinin olması. Bu etkenlerden herhangi birinde sorun olması isteği azaltabilir (97). Diğer evrelerden farklı olarak doğrudan fiziksel uyarılmaya ihtiyaç duymayan psikolojik durum, geçmiş cinsel yaşantılar, sosyal ve kültürel etkenler tarafından etkilenen istek evresi diğer evreleri doğrudan ya da dolaylı olarak etkileyebilmektedir (103).

2.1.b. Plato Evresi

Bireyin uyarılmaya hazır ya da açık olması durumunda psikolojik uyaran (fantezi ya da aşk nesnesinin varlığı), fizyolojik uyaran (okşama ya da öpme) veya her ikisiyle başlayan tetiklenmedir. Temel olarak öznel bir haz

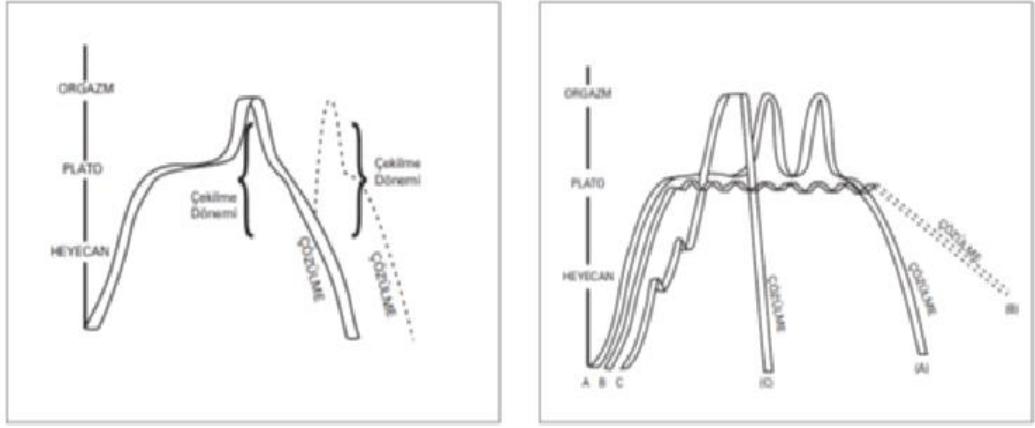
duygusunun hissedildiği ve cinsel uyarılmanın nesnel bulgularının gözlemlendiği evredir (97). Uyarılma evresinin bir parçası olarak kabul edilen plato evresi; uyarılmanın ve cinsel heyecanın kişinin orgazma geçmesini sağlayacak noktaya kadar ilerlemesi, cinsel organlardaki yerel kanlanma artışının yanında genel kan dolaşımının hızlanması ve vazokonjesyonun zirveye ulaşması ile karakterize olan orgazm öncesi dönemdir (99). Bu evrenin süresi kişiler arasında hatta aynı kişide değişik zamanlarda oldukça değişkendir (97).

2.1.c. Orgazm Evresi

Cinsel gerilimin rahatlamasıyla ve perineal kaslar ile pelvik üreme organlarının ritmik kasılmalarıyla cinsel hazzın doruğa çıktığı evredir (97). Bireysel farklılıklar nedeniyle ortak bir tanımlama yapılamamakla birlikte yaklaşık 3-25 saniye süren, hafif bir bilinç bulanıklığının da gözlemlenebildiği orgazm evresi, öznel olarak pelviste duyumsanır ama esasen tüm bedenin yanıtıdır (104). Plato evresinin sonlarına doğru belirginleşen kaslardaki gerilim, hiperventilasyon, taşikardi, kan basıncında artma orgazm boyunca da sürerek en yüksek seviyeye ulaşır (105). Kadında orgazm sırasında uterusun serviksine doğru inen güçlü ve devamlı kasılmalar ile vajinanın dış 1/3'lük kısmındaki kaslarında ritmik kasılmalar meydana gelir. Bu kasılmaların şiddeti ve sayısı kişiden kişiye oldukça değişkendir (99,106). Erkeklerde bu evrede ejakülasyon gerçekleşir (105).

2.1.d. Çözülme Evresi

Orgazm evresini ya da orgazmın gerçekleşmediği durumlarda plato evresini takiben tüm bedende önceki evrelerde oluşmuş olan fizyolojik değişikliklerin dakikalar içinde aynı sırayı takip ederek uyarı öncesi istirahat durumuna döndüğü gevşeme dönemidir (97). Bu evrenin süresi cinsiyete, orgazmın yaşanıp yaşanmadığına ya da hangi yoğunlukta yaşandığına ve cinsel uyarının sürüp sürmediğine göre değişir (107). Kadınlar ve erkeklerde orgazm paternleri farklılık göstermekte, erkeklerde refrakter dönemde yeniden uyarılma olmamaktadır (97).



Şekil-1 Kadın ve Erkeklerde Cinsel Yanıt Döngüsü

2.2. Cinsel İşlevlerin Nöroendokrin Özellikleri

İnsan cinsel fizyolojisi sinir sistemi, endokrin sistem ve vasküler sistemlerin karşılıklı etkileşimlerini içerir. Çok sayıda hormon, nörotransmitter sistemi ve peptid cinsel işlevlerin düzenlenmesinde rol oynamaktadır (104). Merkezi sinir sisteminin cinsel yaşamla ilişkili olduğu düşünülen bölgeleri; serebral korteks, frontal korteks, limbik sistem, bazal gangliyonlar, hipotalamus ve hipofiz bezi olarak sayılabilir. En önemlileri ise limbik sistem ve hipotalamustur (97,108). Korteks cinsel impulsları denetleme ve işlemede rol alır. Limbik sistemin tüm memelilerde kendinin ve türün devamlılığını koruma davranışı ile ilişkili olduğu bilinmektedir. İnsanda cinsel motivasyon ve ödülle ilişkilidir (97, 109). Hipotalamusta anterior mediyal preoptik çekirdek, testosteron ve dopaminin rol oynadığı aktif cinsel davranışın ve maskülen cinsel davranışın şekillenmesinde rol oynar. Posterior ventromediyal çekirdek ise östrojen ve serotoninin aktivasyonu ile işlev gören pasif, feminen cinsel davranıştan sorumludur (110, 111). Cinsel yanıt oluşumunda HPA'ya ek olarak kadınlarda over, erkeklerde testis, hormonal düzenlemede temel rol oynar (112). Her iki cins için de cinsel istekten sorumlu bir hormon varsa bu da testesterondur. Prolaktinin ise cinsel isteği azalttığı bilinmektedir (113). Östrojenin kadınlarda cinsel isteğin düzenlenmesinde minimal bir rol oynadığı, erkeklerde ise cinsel dürtülerde inhibisyona neden olduğu gösterilmiştir (114).

Bir çok nörotransmitter cinsel yanıtta rol oynamaktadır. Dopamin cinsel istek, dürtü, fantezi ve motivasyonun oluşmasında bilinen en önemli nörotransmitterdir. Cinsel istek esas olarak mezolimbik dopaminerjik yolağın aracılık ettiği dopaminerjik bir fenomendir (115). Serotonin mezolimbik dopaminerjik aktiviteyi düşürdüğü ve prolaktin seviyesini artırarak cinsel istekte azalmaya neden olduğu düşünülmektedir (98). Beyin ve penis dokularında sentezlenen NO'nun genital bölgedeki vasküler dokularda ve düz kaslarda relaksasyon yaptığı, böylece genital bölgeye kan akımını artırarak ereksiyonu/lubrikasyonu kolaylaştırdığı bilinmektedir (115). Serotonin, muhtemelen NO'nun düz kas aktivitesini düzenleyici etkisini bozarak ereksiyonun oluşması ve sürdürülmesinde güçlükler yol açmaktadır. Ayrıca serotoninin, orgazm sırasındaki yoğun presinaptik adrenerjik transmisyonu engelleyerek genital bölgedeki ritmik kasılmaları inhibe ettiği, orgazmı geciktirdiği ve zorlaştırdığı düşünülmektedir (115,116). Histamin H2 ve H3 reseptörlerinin penil ereksiyonda görev aldığı saptanmıştır (117).

CİNSEL İŞLEV BOZUKLUKLARI

DSÖ'nün yayınladığı ICD-10'da CİB, bireyin umduğu cinsel ilişkiyi yaşayamaması durumu olarak tanımlanmaktadır (118). DSM 5'te önemli bir değişiklik yapılarak kadın ve erkek cinselliğinin aşamalarının benzer olmayabileceği vurgulanmış ve kadın ile erkek cinsel işlev bozuklukları ayrı ayrı ele alınmıştır. Kadın cinsel istek bozukluğu ile uyarılma bozukluğu tanımları birleştirilerek 'kadın cinsel ilgi/uyarılma bozukluğu' biçiminde tanımlanmıştır (119).

CİB'de bozukluklar cinsel yanıt döngüsünün herhangi bir döneminde veya birkaç döneminde olabilir. Cinsel yanıt evreleri dışında cinsel ağrı bozuklukları da cinsel işlev bozuklukları arasında yer almaktadır (120). Bozukluklar psikolojik ve fizyolojik nitelik taşıyabilir. İşlev bozukluğu, performansın bozulması kadar cinsel haz duygusunda değişme olarak da algılanabilir. CİB'nin çoğu mesleki işlevi etkilemez. Ancak bireyin yakın ilişkiler oluşturmasını zorlaştırır, yaşam niteliğini bozar, üretkenliği azaltabilir. Eşle ilişkilerde önemli derecede bozulur (121, 122).

CİB'lerin, toplumda sanılandan daha yaygın bir ruhsal bozukluk olduğuna inanılmaktadır (123). Farklı kültürlerde yapılan CİB'in görülme sıklığına ilişkin araştırmalara göre, kadınların %30-%60'ı, erkeklerin ise %40'ı yaşamları boyunca en az bir CİB yaşamaktadır. Kadınlarda en sık görülen CİB'ler 'cinsel istek bozukluğu ve uyarılma bozuklukları' iken erkeklerde en sık görülen CİB ise 'erken boşalma'dır. Gelişmiş batı ülkelerinde tedaviye başvuran kadınlar daha çok ileri yaşlardaki kadınlar olurken ülkemiz gibi gelişmekte olan ülkelerde genellikle genç-orta yaşlardaki kadınlar tedavi arayışında bulunmaktadır. Ülkemizde en çok başvuru nedenini kadınlarda vajinismus oluşturmaktadır (107).

1. Kadında Cinsel İşlev Bozuklukları

1.1. Kadında cinsel ilgi/uyarılma bozukluğu

Kadınlarda istekten uyarılmaya kademeli bir geçiş olmayıp çoğunlukla ikisinin eş zamanlı başlaması sebebiyle DSM 5'te bu iki kavram birleştirilerek kadınlarda ilgi/uyarılma bozukluğu olarak tanımlanmıştır (124). Yaşı ve yaşam koşulları dikkate alınarak kadının sürekli olarak ya da tekrarlayıcı bir biçimde cinsel hayaller kurmak, cinsel konularda konuşmak, cinselliği hatırlatan hemen her şeye karşı istekte bir azalma ya da hiç istek olmaması durumudur. Uyarılma bozukluğunda tüm cinsel uyarma ve uyarılma çabalarına karşın beklenen fizyolojik değişiklikler oluşmamakta ve kadın uyarılma ile ilgili duyuları alamamaktadır. Herhangi bir cinsel sorun nedeniyle hastaneye başvuranlarda yapılan sınırlı sayıdaki araştırmalarda batı toplumlarında tüm hastaneye başvuran kadınların %30- 49'unda cinsel isteksizlik olduğu, ülkemizde ise bu oranın %8-15 arasında değiştiği saptanmıştır. Bu farkın hekime başvurunun azlığından kaynaklandığı düşünülmektedir (113). Cinsel istek azlığına yönelik günümüze dek yapılan birçok çalışmada, bu işlev bozukluğunun kadınlarda en sık rastlanan cinsel işlev bozukluğu olduğu bulunmuştur. Çeşitli çalışmalarda sıklığı %27 ile %70 arasında bildirilmektedir (125-128).

Kadınlarda düşük cinsel istek sorununa yol açan sebepler arasında düşük benlik algısı, beden algısıyla ilgili sorunlar, depresyon ve anksiyete bozuklukları, obsesif kompulsif bozukluk gibi ruhsal hastalıklar, cinsel istismar ve cinsel travma öyküsü, stres, yorgunluk, dikkat dağınıklığı, partnerdeki cinsel işlev bozukluğu, partnerler arasında duygusal paylaşım ve cinsel iletişimin yetersiz oluşu gibi sebeplerin yer aldığı birçok araştırmacı tarafından belirtilmektedir (129-133).

1.2. Kadında Orgazm Bozukluğu

Kadınlarda orgazm bozukluğu tanısı, sürekli ve tekrarlayan bir biçimde cinsel birleşme ile orgazm olamaması ya da çok nadiren olmasıdır. Bazı kadınlar hayatları boyunca hiç orgazm olmamışlarken, bazıları da çok nadiren olabilmıştır. Bazı kadınlar mastürbasyonla orgazm olabilir ama cinsel birleşme sırasında orgazm olamazlar, bazı kadınlar ise hiç mastürbasyon yapmamışlardır (107). Çeşitli araştırmalarda kadınlarda orgazm sorununun sıklığı %18-%61 arasında belirtilmektedir (125,126,134). Cinsel eğitim ve deneyimin yetersizliği, cinsel mitlerin yaygınlığı, kültürel faktörler ve yetiştirilme biçimi sebebiyle ülkemizde batılı ülkelere oranla orgazm bozukluğunun daha sık olduğu tahmin edilmektedir (107).

Kişilik özellikleri, sosyokültürel durum, dini inançlar, eşlerin birbiriyle olan uyumu gibi faktörlerin de orgazm olma kapasitesi ve tatmin ile ilişkili olduğu bulunmuştur. Çalışmalarda kadınların cinsellikten erkekler kadar zevk almasının normal karşılanmadığı kültürlerde kadınların orgazma ulaşmakta zorlandığı tespit edilmiştir (135).

1.3. Cinsel Organlarda- Pelviste Ağrı/ İçerme Bozukluğu

Önceden dispareni ve vajinismus olarak ayrı ayrı tanımlanan cinsel işlev bozuklukları DSM 5'te cinsel organlarda-pelviste ağrı/içerme girme bozukluğu olarak tek başlık altında toplanmıştır (124). Vajinismus cinsel birleşme denendiğinde vajinanın dış üçte birini çevreleyen kaslarda yineleyici ya da sürekli bir biçimde oluşan kasılmalar ve cinsel birleşmenin gerçekleşmemesi ya da ağrılı/sıkıntılı olarak gerçekleşmesidir. Bu kasılma

istemsiz, yani kadının bilinçli kontrolü dışında gerçekleşen bir kasılmadır. Bu kasılmalara bedenin çeşitli bölgelerinde veya tüm bedende kasılmalar, bacakların istemsiz kapanması, korku, bazen titreme, çarpıntı, terleme, bulantı, hatta kusma, fenalık hissi ve ağlama gibi belirtiler eşlik edebilir. Primer veya sekonder olabilir (104). Vajinismuslu kadınların cinsellik hakkında yeterli bilgisinin olmadığı, cinsellikle ilgili negatif tutumları bulunduğu, özellikle evlilik öncesi cinsellik hakkında olumsuz yargıları olduğu birçok çalışmada belirtilmektedir (136,137).

2. Erkeklerde Cinsel İşlev Bozuklukları

2.1. Erkeklerde Düşük Cinsel İstek Bozukluğu

DSM 5'e göre erkeklerde düşük cinsel istek, cinsel içerikli düşünce ve fantezilerin, cinsel isteğin sürekli ya da yineleyici olarak az olması ya da hiç olmaması durumudur. Klinisyen kişinin yaşı, yaşamındaki genel ve toplumsal kültürel durum gibi cinsel işlevselliğini etkileyebilecek etkenleri göz önünde bulundurarak böyle bir yargıya varır. Belirtiler en az 6 aydır sürmektedir ve klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya neden olmaktadır (120). Cinsel istek düşünce, fantezi ve duygular ile nörofizyolojik mekanizmaların etkileşimi, benlik saygısı, kendine uygun bir eşin bulunması, eşle duygusal bağın ve iletişimin iyi olmasıyla ortaya çıkmaktadır (138, 139).

2.2. Sertleşme bozukluğu

Herhangi bir cinsel etkinlik için yeterli ereksiyonu tekrarlayıcı ya da kalıcı biçimde sağlayamama ya da sürdürememe durumudur. Cinsel ilgi ya da istek azlığının sonucu olarak ortaya çıkabilir. Toplumda yaygın olarak rastlanır. Erkek cinsel işlev bozuklukları içinde en sık doktora başvurma sebebidir. Yaşla, sigara ve alkol kullanımı, diabetes mellitus ve hipertansiyon gibi sistematik hastalıklar ile birlikte rastlanma sıklığı artar. 60 yaş üzerindeki erkeklerin yaklaşık %50'sinde sertleşme sorunu hafif, orta ve ağır derecelerde mevcuttur (104, 119). Türk Androloji Derneği tarafından 40 yaş üzeri 1982 erkekle yapılan çalışmada, sertleşme bozukluğu prevalansı %65

düzeyinde saptanmış, yaşla birlikte sertleşme bozukluğu oranının arttığı bildirilmiştir. Günümüze dek yapılan çalışmalara göre sertleşme bozukluğunun %20-50'nin organik kökenli olduğu belirtilmektedir (140). Cinsel ilişki planlanmadığında kendiliğinden olan sertleşmeler, sabah sertleşmelerinin olması veya mastürbasyonla ya da her zamanki eş dışında biriyle olan ilişkideki sertleşmeler daha çok psikolojik sebeplere işaret eder (141). Sertleşme bozukluğu olan erkeklerde beceriksizlik, yetersizlik, başarısızlık gibi erken maladaptif şemaların daha sık bulunduğu, üzüntü, hayal kırıklığı, endişe, korku hislerinin daha yoğun olduğu, cinsel haz ve doyumun daha az olduğu belirtilmektedir (142,143).

2.3. Erken Boşalma

Erken boşalma; inatçı ve tekrarlayıcı biçimde, cinsel birleşme öncesinde ya da birleşmeden hemen sonra çok az cinsel uyarılma ile kişinin istemesinden daha önce boşalması, diğer bir deyişle boşalmasını denetleyememesi ya da istediği kadar erteleyememesidir. Erken boşalmada önemli olan boşalma refleksi üzerinde istemli denetimin olmamasıdır (104,119). Erken boşalma erkeklerde en sık görülen cinsel işlev bozukluğu olup Laumann ve Read gibi araştırmacılar tarafından prevalansı %30 olarak belirtilmektedir (145). Performans kaygısı, sempatik deşarji artırarak erken boşalmaya neden olabilmektedir. Kaygı kişinin cinsel uyarılmaya odaklanmasını, uyarılma düzeyini fark etmesini zorlaştırarak boşalma üzerindeki denetimin azalmasına, kaybedilmesine yol açmaktadır (146,147).

2.4. Geç Boşalma

Boşalmanın hiç olmaması kısmen oluşması ya da oldukça uzun süren bir uyarılma sonunda oluşan boşalma biçiminde tanımlanabilir (104,119). Gecikmenin sınırları belirlenmiş değildir ancak genelde belli bir sürenin ardından eşler genital rahatsızlık ya da yorgunluk nedeniyle cinsel aktiviteyi sonlandırmaktadır (120). Geç boşalma diğer cinsel işlev bozukluklarına göre daha nadir olmakla birlikte çalışmalarda, son on yılda bu bozukluğun giderek arttığı saptanmıştır. Bu artışın, geç boşalmaya sebep olan antidepresan

ilaçların kullanımında artış ve internetteki görsel materyallere ulaşım kolaylığı ve bunların kullanım sıklığı ile ilişkili olduğu düşünülmüştür (148). Görülme sıklığı yaşa ve eşlik eden faktörlere göre %1-10 arasında değişmektedir (149). Bilinçdışı ödipal çatışmalar, kastrasyon korkusu, kadınlara zarar verme korkusu, cinsel ilişkide eşinin tatminiyle ilgili aşırı zihinsel uğraşlar, kontrolünü yitirme endişesi, performans kaygıları nedeniyle kendini cinselliğe bırakmakta zorluk gibi sebepler boşalma üzerinde aşırı denetime neden olabilir (150). Süregiden bir ilişkide ortaya çıkan edinilmiş geç boşalma, erkeğin eşini artık çekici bulmaması, gebelik isteği konusunda kararsız oluşu, eşine karşı ifade edilmeyen agresyonun bulunması ile ilgili olabilir (151).

GEREÇ VE YÖNTEM

1. Örneklem Seçimi

Katılımcılar 01.10.2019- 01.06.2020 tarihleri arasında Uludağ Üniversitesi Dermatoloji veya Psikiyatri polikliniklerine rutin muayene olmak için başvuran 18-65 yaş arası, aktif cinsel yaşantısı olan, işlevselliğini bozacak tıbbi ya da ruhsal hastalığı ile madde veya alkol kötüye kullanımı olmayan ve araştırmaya katılmayı kabul eden 52 vitiligo hastası (35 kadın, 17 erkek) ve hastane çalışanları ve yakınlarından oluşan 51 (36 kadın, 15 erkek) gönüllüden oluşmuştur.

Çalışmaya katılmayı kabul eden her hasta ve gönüllü katılımcı araştırmacının amacı ile ilgili hem sözel olarak bilgilendirilmiş, hem de her katılımcıya yazılı materyal (Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu'nca onaylanmış olan "Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu) okutulmuştur. Çalışma ile ilgili etik kurul onayı 30 Ekim 2019 tarihinde 2019-18/ 9 nolu karar numarası ile alınmıştır.

2. Veri Toplama Araçları

Araştırmada, sosyodemografik bilgiler için Sosyodemografik Veri Formu, depresyon düzeyini ölçmek için Hamilton Depresyonu Derecelendirme Ölçeği, anksiyete düzeyini ölçmek için Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği, kadın cinsel işlevini değerlendirmek için Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği Kadın Formu ve Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği Kadın Formu, erkek cinsel işlevini ölçmek için Golombok- Rust Cinsel Doyum Ölçeği Erkek Formu ile Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği Erkek Formu kullanılmıştır, vitiligoda yaşam kalitesini ölçmek için Vitiligo Yaşam Kalite Ölçeği, beden algısını değerlendirmek için Beden Algısı Ölçeği kullanılmıştır. Katılımcılar bir defa kesitsel olarak görülmüş, bazı ölçekler araştırmacı tarafından uygulanırken bazı ölçekler hasta tarafından doldurulmuştur.

2.1. Sosyodemografik Veri Formu

Araştırma gruplarındaki bireylerin yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, sosyoekonomik düzeyi, sistemik hastalık, psikiyatrik hastalık, alışkanlık ve vitiligo hastalığının başlangıç yaşı, seyri, tutulum yaygınlığı ile kullandığı ilaçlara ilişkin bilgilerini elde etmek amacıyla araştırmacı tarafından hazırlanmıştır.

2.2. Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği(HAM-D)

Hamilton tarafından depresyon tanısı almış hastalarda, depresyonun şiddetini değerlendirmek amacıyla geliştirilmiş görüşmeci tarafından doldurulan bir ölçektir (152). Hamilton tarafından 17 maddeli olarak geliştirilen ölçeğe sonraki yıllarda bazı maddeler eklenerek 21 ve 24 maddeli ölçekler geliştirilmiştir. Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Akdemir ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (153).

2.3. Hamilton Anksiyete Derecelendirme Ölçeği (HAM-A)

Hamilton tarafından geliştirilen bu ölçek bireylerde anksiyete düzeyini ve belirti dağılımını belirlemek ve şiddet değişimini ölçmek amacıyla hazırlanmıştır. Hem ruhsal hem bedensel belirtileri sorgulayan 14 maddeden oluşur (154). Ölçekte maddelerin varlığı ve şiddeti görüşmeci tarafından değerlendirilir. Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Yazıcı ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (155).

2.4. Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği (GRCDÖ)

Cinsel sorunların varlığını ve şiddetini değerlendiren bir ölçektir. Erkekler ve kadınlar için her biri 28 maddeden oluşan iki ayrı formu bulunmaktadır. Verilen yanıtlar "0=her zaman", "5= hiçbir zaman" arasında değişen likert formatında ölçülür ve bir toplam skor ile yedi alt ölçek skoru elde edilmesini sağlar. Cinsel birliktelik sıklığı, iletişim, doyum, kaçınma ve

duygusallık alt ölçekleri kadınlar ve erkekler için ortaktır. Cinsiyetlere özgü iki alt ölçek daha vardır bunlar; kadınlar için anorgazmi ve vajinismus, erkekler içinse erektil disfonksiyon ve erken boşalmadır. Daha yüksek skorlar cinsel işlev bozukluğunun varlığını göstermektedir. Ölçeğin ülkemizdeki geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Tuğrul ve arkadaşları tarafından 1993 yılında yapılmıştır (156).

2.5. Arizona Cinsel Yaşam Ölçeği Kadın-Erkek Formu

McGahuey ve arkadaşları tarafından cinsel işlevlerde ortaya çıkan değişimler ve bozuklukların değerlendirilmesi için geliştirilmiştir. Likert tipi 5 maddeden oluşan ölçek kadın ve erkek formları olmak üzere geliştirilmiştir. Ölçek maddeleri 1 ile 6 puan arasında değerlendirilmekte olup, toplam puan 5-30 arasında değişmektedir. Düşük skorlar cinsel yaşantının güçlü, kolay ve tatminkâr olduğunu, yüksek skorlar cinsel işlev bozukluğunu göstermektedir (157). Ölçeğin erkek formunda cinsel istek, uyarılma, penis sertleşmesi, orgazma ulaşma kapasitesi ve orgazm sonrası tatmini değerlendirme soruları yer almaktadır (158).

2.6. Vitiligo Yaşam Kalite Ölçeği (VYKÖ)

Vitiligo Yaşam Kalite Ölçeği vitiligo hastalarına yönelik olarak daha spesifik veri elde etmek için geliştirilmiştir. 6 adet alt grup (Duygu, İnsan İlişkileri, Kaygı, İş/ Okul Hayatı, Boş Zaman, Belirti) bulunmaktadır . Güvenirliliği ve geçerliliği 183 hasta ile incelenmiştir. VYKÖ faktör analizi sonucuna göre, vitiligonun yol açtığı duygular ve kaygıları ifade etmekte, insan ilişkileri, iş ve okul hayatı ve boş zaman faaliyetleri ile ilgili vitiligonun yarattığı zorlukları tanımlamakta ve hastalığın belirtilerini dile getirmektedir. Ölçek, hastalarla derinlemesine görüşmeler sonucu ortaya çıkarıldığı için hastalar tarafından tercih edilmekte ve hastaların belirlediği hastalık şiddeti ile de korelasyon göstermektedir.

2.7. Beden Algısı Ölçeği (BAÖ)

Beden Algısı Ölçeği ise 1953 yılında Secord ve Jourand tarafından geliştirilmiştir. Ülkemizde ölçeğin geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları 1989 yılında Hovardaoğlu tarafından yapılmıştır. Ölçek 40 madde içermekte olup, her bir madde bir organ ya da bedenin bir bölümü (kol, bacak, yüz gibi) ya da bir işlevi (cinsel faaliyet düzeyi gibi) ile ilgilidir (159).

3. İstatistiksel Yöntem

Verilerin normal dağılıma uygunluğu Shapiro Wilks testi ile test edildi. Verilerin normal dağılım göstermesi durumunda t testi, verilerin normal dağılım göstermemesi durumunda ise Kruskal Wallis testi ve Mann Whitney U testi ile gruplar arası karşılaştırmalar yapıldı. Kategorik verilerin gruplar arası karşılaştırmaları ki-kare testi ve Fisher'in kesin ki-kare testi ile yapıldı. Değişkenler arasındaki ilişkiler Pearson ve Spearman sıra korelasyon katsayıları ile incelendi. Betimleyici değerler parametrik testler uygulanması durumunda ortalama±standart sapma, non-parametrik testler uygulanması durumunda ise medyan (min-max) olarak verildi. Kategorik verilere ait betimleyici değerler frekans ve yüzde olarak verildi. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $\alpha=0,05$ olarak kabul edildi. İstatistiksel analizlerde SPSS v.22 paket programı kullanıldı.

BULGULAR

Çalışmaya dahil edilen hasta ve sağlıklı kontrol grubu 1 defa kesitsel olarak değerlendirilmiştir. Çalışmaya dahil etmek üzere 55 hasta değerlendirilmiştir. 1 hasta vajinismus tanısı olması, 2 yıldır cinsel birliktelik yaşayamamasından ötürü çalışmadan çıkarılmış, cinsel terapiye yönlendirilmiştir. 2 hasta ise çalışmaya katılmaya gönüllü olmuş ancak cinsellikle ilgili ölçekleri doldurmayarak çalışma dışında kalmıştır. Çalışma katılımcıları 52 kişilik hasta grubu (17 erkek, 35 kadın) ve 51 kişilik kontrol grubundan (15 erkek, 36 kadın) yani toplam 103 kişiden oluşmaktadır.

Genel olarak değerlendirdiğimizde, BAÖ puanları bakımından iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır. Hasta grubunda BAÖ puanı daha düşüktür. GRDCÖ puanları bakımından iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır. Hasta grubunda GRDCÖ puanları daha yüksektir. ACYÖ puanları bakımında iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır. HAM-D ve HAM-A ya göre depresyon ve anksiyete düzeyleri hasta grubunda sağlıklı kontrol grubuna göre daha yüksek bulunmuştur.

Tablo-1: Hasta ve kontrol grubunun BAÖ , GRCDÖ, ACYÖ açısından karşılaştırılması

	Kontrol	Hasta	p
	n med(min- max)/ort.±st.sap.	n med(min- max)/ort.±st.sap.	
BAÖ	51 156(133-193)	52 151,5(84-195)	0,030
GRDCÖ_Total	51 31(8-83)	52 36,5(6-90)	0,019
ACYÖ-Toplam	51 14±4,48	52 14,77±4,96	0,411

Hasta grubunda BAÖ puanları bakımından cinsiyete göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır. Kadınlarda beden algısı istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük bulunmuştur.

Tablo-2: Hasta grubunda beden algısının cinsiyetler arasında karşılaştırılması

	Hasta Kadın n med(min-max)	Hasta Erkek n med(min-max)	p
BAÖ	35 147(84-194)	17 156(108-195)	0,029

Psikiyatriye başvuru oranları ve psikotrop ilaç kullanım oranları bakımından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır.

Tablo-3 : Psikotrop ilaç kullanımı ve psikiyatriye başvuru açısından hasta ve kontrol grubunun karşılaştırılması

	Kontrol % (n)	Hasta % (n)	p
Psikiyatrik ilaç kullanımı	11,8 (6/51)	13,5 (7/52)	1,000
Psikiyatriye başvuru	31,4 (16/51)	38,5 (20/52)	0,584

Hastalarda genital tutulum durumuna göre ACYÖ toplam ve alt ölçekler puanlarında ve GRDCÖ toplam ve alt ölçek puanlarında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar bulunmamaktadır.

Tablo-4: Hasta grubunda genital tutulumun cinsel fonksiyonlara etkisinin incelenmesi

	Genital Tutulum		p
	yok n med(min- max)/ort.±st.sap.	Var n med(min- max)/ort.±st.sap.	
ACYÖ-cinsel istek	21 3(1-5)	31 3(1-6)	0,634
ACYÖ-uyarılma	21 3(1-5)	31 3(1-6)	0,315
ACYÖ-lubrikasyon/sertleşme	21 3(1-5)	31 3(1-6)	0,923
ACYÖ-orgazm	21 3(2-4)	31 3(1-6)	0,952
ACYÖ-orgazm memnuniyeti	21 2(1-5)	31 3(1-6)	0,241
ACYÖ-Toplam	21 14,05±4,06	31 15,26±5,50	0,393
GRCDÖ-sıklık	21 4,43±1,89	31 4,61±1,87	0,730
GRCDÖ-iletişim	21 3(0-8)	31 4(0-8)	0,621
GRCDÖ-doyum	21 4(1-16)	31 4(1-15)	0,308
GRCDÖ-kaçınma	21 4(0-9)	31 3(0-13)	0,771
GRCDÖ-dokunma	21 6(0-12)	31 4(0-16)	0,505
GRDCD-total	21 37(6-73)	31 35(15-90)	0,780
GRCDÖ-vajinismus	14 4,07±2,23	20 5,05±3,95	0,366
GRCDÖ-anorgazmi	14 6,79±2,52	20 7,75±3,90	0,423
GRCDÖ-empotans	7 4,29±2,93	11 4,09±2,30	0,877
GRCDÖ-erken boş	7 4,43±2,76	11 6,09±2,74	0,228

Hastalarda psikiyatrik ilaç kullanan ve kullanmayanlara göre ACYÖ-cinsel istek, ACYÖ-uyarılma, ACYÖ-lubrikasyon/sertleşme, ACYÖ-orgazm memnuniyeti, ACYÖ-Toplam, GRCDÖ-sıklık, GRCDÖ-kaçınma, GRCDÖ-dokunma, GRCDÖ-anorgazmi ve GRDCD-total puanlarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır ve psikiyatrik ilaç kullananlarda puan daha yüksektir.

Tablo 5: Tüm katılımcılarda psikotrop ilaç kullanımı ile cinsel fonksiyonların ilişkisinin incelenmesi

	Psikiyatrik ilaç kullanımı		p
	yok n med(min-max)	Var n med(min-max)	
ACYÖ-cinsel istek	90 3(1-6)	13 4(1-6)	0,011
ACYÖ-uyarılma	90 3(1-6)	13 4(2-5)	0,036
ACYÖ-lubrikasyon/sertleşme	90 3(1-6)	13 4(2-6)	0,006
ACYÖ-orgazm	90 3(1-5)	13 3(2-6)	0,073
ACYÖ-orgazm memnuniyeti	90 3(1-5)	13 3(2-6)	0,001
ACYÖ-Toplam	90 14(5-24)	13 17(11-27)	0,004
GRCDÖ-sıklık	90 4(0-8)	13 6(2-8)	0,005
GRCDÖ-iletişim	90 3(0-8)	13 6(0-8)	0,109
GRCDÖ-doyum	90 4(1-16)	13 6(1-15)	0,126
GRCDÖ-kaçınma	90 3(0-12)	13 5(0-13)	0,010
GRCDÖ-dokunma	90 3(0-16)	13 6(3-14)	0,003
GRCDÖ-vajinismus	59 4(0-10)	10 4,5(0-15)	0,468
GRCDÖ-anorgazmi	59 6(1-12)	10 11(3-16)	0,002
GRCDÖ-empotans	31 3(0-9)	3 4(3-5)	0,414
GRCDÖ-erken boş	31 5(0-9)	3 3(3-9)	0,731
GRDCD-total	89 32(6-81)	13 48(20-90)	0,004

TARTIŞMA VE SONUÇ

Bu çalışmada değişik büyüklükte ve sayıda, iyi sınırlı, süt beyazı rengindeki yamalar şeklinde lezyonlar ile seyreden, dışardan kolaylıkla farkedilebilen lezyonlar nedeniyle kişide bir takım psikiyatrik eş tanılarının da eşlik edebildiği kazanılmış bir deri hastalığı olan vitiligo hastalarında beden algısı, yaşam kalitesi, cinsel fonksiyonlar , anksiyete ve depresyon düzeyleri açısından kontrol grubuna göre bir farklılık olup olmadığı araştırılmıştır. Çalışmamıza vitiligo tanısı bulunan 52 olgu ve sağlıklı kontrol 51 olgu dahil edilmiştir. Her iki grup sosyodemografik açıdan benzer olgulardan oluşmaktadır. Hasta grubunda GRCDÖ'ne göre cinsel işlev bozuklukları istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ancak ACYÖ'ne göre istatistiksel olarak anlamlı bir sonuç elde edilememiştir. Depresif duygu durumu ve anksiyeteyi gösteren ölçeklere bakıldığında, hasta grubunda kontrol grubuna göre depresif duygu durumunun ve anksiyete düzeylerinin istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu görülmüştür. Hasta grubunda beden algısının kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı derecede bozuk olduğu, hasta grubu içinde de kadınlarda daha düşük olduğu tespit edilmiştir.

Literatürde vitiligonun her iki cinsiyette eşit oranda görüldüğü, fakat kozmetik kaygılardan dolayı kadınların daha çok hastaneye başvurmaları nedeniyle, kadınlarda daha fazla tanı konulduğundan bahsedilmektedir (13, 21). Homan ve ark. yaptıkları bir çalışmada 245 vitiligo hastası ele alınmış ve bunların 135'inin (%55,1) kadın, 110'unun (%44,9) erkek olduğu bildirilmiştir. Handa ve ark. ise yaptıkları çalışmada 625 pediatrik vitiligo hastasını değerlendirilmiş ve kız-erkek oranını yaklaşık olarak 1,3/1 olarak bildirmişlerdir (37). Arıcan ve ark. Ülkemizde yapılan ve 113 vitiligolu hastayı kapsayan bir çalışmada ise kadınların sayısı 60 (%53,1), erkeklerin sayısı ise 53 (%46,9) olarak bildirilmiştir (44). Bizim çalışmamıza dahil edilen hastalar içinde %67,3 ile kadın hasta sayısı daha fazla bulunmuştur. Bizim çalışmamızda olduğu gibi bazı çalışmalarda kadınların erkeklere göre daha

fazla oranda olması kadın vitiligo hastalarının kozmetik kaygılarının daha fazla olması sebebiyle hastaneye daha sık başvuruyor olmalarından kaynaklanıyor olabilir.

Vitiligo konjenital de olmak üzere her yaşta ortaya çıkabilir. Konjenital vitiligo oldukça nadirdir. Olguların %50'si 10 ile 30 yaşlar arasında başlar (8) . 124 hastayı kapsayan, 88 kadın ve 36 erkekten oluşan bir çalışmada vitiligonun ortalama başlangıç yaşı 27,8 olarak bildirilmiştir (160). Arıcan ve ark. yaptıkları çalışmada vitiligonun ortalama başlangıç yaşını erkeklerde 23, kadınlarda 26 olarak saptanmışlardır (44). Çalışmamıza dahil edilen hastaların vitiligo başlangıç yaşları 4 ile 55 arasında değişmekteyken , ortalama başlangıç yaşı 34,3 yaş olarak bulundu. Çalışmaya alınanlar arasında konjenital vitiligolu hastaya rastlanmadı. vitiligo başlangıç yaşı 10 ile 30 yaş aralığında olan hasta oranı %28,8 olarak bulundu. Vitiligo başlangıç yaşının literatüre kıyasla daha geç yaşlarda olduğu görüldü, bunun sebeplerinin hastalığa bakış açısının, tedavisi olmayan bir hastalık olarak görülmesinin, hastalığın psikososyal etkilerinin gözardı edilmesinin, fizyolojik olarak işlevselliği bozan bir hastalık olmamasının ve sosyokültürel etkenlerin olabileceği düşünülmüştür.

Vitiligo birçok otoimmün hastalıkla ilişkili olabilmektedir. Bunlar arasında; otoimmün tiroid hastalıkları, pernisiyöz anemi, addison hastalığı, diyabet, hipoparatiroidizm, miyastenia gravis, alopesi arreta, atopik dermatit, liken planus, psöriasis, romatoid artrit sık ilişkili olduğu hastalıklardır (33, 161). Otoimmün hastalıklar ve zihinsel bozukluklar arasında bir bağlantı olduğunu düşündüren çalışmalar bulunmaktadır (162). Depresyonun eşlik ettiği bazı vitiligo hastalarında IL-1 , IL-6, TNF-a ve C-reaktif proteinin artmış seviyeleri, ve enflamatuar kaskad nükleer sinyal faktörlerinin aktivasyonu da bildirilmiştir (163-166). Şizofrenide IL-1, IL-6 veya TNF-b 'nin şizofreninin akut alevlenmesi sırasında artan ve antipsikotik tedavi altında normalleşen bir durum markeri olarak işlev gördüğü öne sürülmüştür (167). Bir çok psikiyatrik bozukluğa eşlik edebilen, bazı hastalarda tedaviye direç ile ilişkilendirilebilen hipotroidi ve B12 eksikliği açısından hastalardan bilgi alınmıştır. Hasta

grubunda hipotroidi ve B12 eksikliği istatistiksel olarak anlamlı şekilde fazla bulunmuştur. B12 eksikliği ve hipotroidi varlığının hastaların HAM-D ve HAM-A puanlarında anlamlı bir istatistik değişiklik yapmadığı görülmüştür. Ancak hipotroidi ve B12 eksikliği verileri hastanın verdiği bilgi dikkate alınarak edinilmiştir. Tetkikler ile doğrulanmasıyla ve daha geniş kapsamlı çalışmalar ile farklı sonuçlar elde edilebileceği düşünülmüştür. Bahsedildiği gibi otoimmün değişiklikler vitiligoda olduğu gibi bir çok psikiyatrik hastalıkta rol oynamaktadır patogeneze ve nedensel ilişki açıklığa kavuşmamıştır.

Vitiligo belirgin fiziksel kusur oluşturmaktan ziyade , lezyonların görülürbilirliği ile ilişkili damgalanma, yaşam kalitesinde bozulma, duygudurum ve anksiyete bozuklukları , cinsel işlevlerde ve bazen işlevsellikte bozulmaya yol açabilmektedir. Günümüze kadar vitiligolu hastalarda altta yatan psikopatolojiler ile ilgili birçok araştırma yapılmıştır ve bu konuda literatürde değişik veriler mevcuttur. Dermatoloji kliniklerinde yapılan çalışmalarda yatan hastaların %60'ında, ayaktan izlenen hastaların da %30'unda ruhsal sorunlar bulunduğu belirlenmiştir (24). Weiss ve ark. Hindistan'da yaptıkları çalışmada vitiligo hastaları ile lepra hastalarının yaşadığı zorlukları karşılaştırmış ve ayaktan tedavi edilen vitiligo hastalarında %37 oranında psikiyatrik bozukluk saptamışlardır (168). Picardi ve ark. vitiligoda psikiyatrik hastalık görülme sıklığını %25 olarak bulmuşlardır (25). Ahmed ve ark. %42 oranında vitiligolu hastalarda psikopatoloji saptamışlardır (26). Mattoo ve ark. ise yaptıkları çalışmada psikiyatrik morbidite oranını %33 olarak bildirmişlerdir (22).

Bizim çalışmamızda kontrol grubu ile karşılaştırıldığında psikiyatriye başvuru ve psikotrop ilaç kullanımı arasında istatistiksel anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır . En az bir kez psikiyatriye başvuru oranı hasta grubunda %38,5, kontrol grubunda %31,4 olarak bulunmuştur. Daha fazla katılımcı ile yapılacak çalışmalarla desteklenmeye ihtiyacı olan bir veri olduğu düşünülmüştür. Hastalarla yapılan görüşmelerde psikiyatriye başvuruların sıklıkla yeni tanı alınan yıllarda olduğu, genellikle depresif mizaçla uyumlu uyum bozukluğu şikayetleri ile başvurular yaptıkları dikkat çekti. Genellikle

hastalığın yayılmasından endişe duydukları ve genelde hafif düzeyde anksiyete bulgularının eşlik ettiği tespit edildi. Zamanla hastalığa uyum sağlayan bir çok hasta psikiyatrik kontrollerine devam etmediklerini belirtti. Dini ve kültürel farklılıklar da hastaların durumu kabullenip hayatlarına devam etmelerini sağlamış, bir çok hasta psikiyatrik destek almamıştır.

Türkiye’de yapılan bir çalışmada 113 vitiligo hastası değerlendirilmiş, bunların %32.7’sinde major depresyon, %15,9’unda anksiyete ve %19.4’ünde hastada da nörotik semptomlar, obsesyon ve kişilik bozukluğu gibi psikiyatrik bozukluklar saptanmıştır (44). Ahmed ve ark. vitiligolu hastalarda psikiyatrik muayene paternleri ve sıklığını araştırdıkları bir çalışmada 100 vitiligolu hasta değerlendirilmiş ve bunların %42’sinde psikopatoloji saptanmıştır. Bu hastalardan %35,7’sinde major depresyon, %23.8’inde jeneralize anksiyete, %11,9’unda anksiyete ve depresyon birlikteliği, %19’unda sosyal fobi, %4,7’sinde agorofobi, %4,7’sinde de seksüel disfonksiyon saptamışlardır (26) . Mattoo ve ark. vitiligolu hastalar ile psoriasisli hastalar psikiyatrik morbidite açısından karşılaştırılmış, çalışmaya alınan 113 vitiligo hastasına genel sağlık anketi uygulanmış ve psikiyatrik morbidite oranı %33,63 olarak bulunmuştur. Psikiyatrik hastalık saptanan 20 hasta arasında; hastaların %65’inde uyum bozukluğu, %25’inde depresyon, %10’unda da distimik bozukluk tanılarına ulaşılmıştır (27).

Bizim çalışmamızda HAM-D ile yapılan değerlendirmeye göre vitiligo grubunda depresyon oranı %21,1, kontrol grubunda %5,8 oranlarında istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Hasta grubunda HAM-A ya göre toplam anksiyete puanları ile somatik ve psişik anksiyete düzeyleri ayrı ayrı istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha fazla bulunmuştur. Hasta grubunda orta düzeyde anksiyete oranı %5.7 saptanırken, kontrol grubunda anksiyete puanlarının tamamı hafif düzey anksiyete ile uyumludur ve kontrol grubundaki katılımcılar hasta grubuna kıyasla daha düşük puanlar almıştır, her iki grupta da ciddi düzeyde anksiyete saptanmamıştır. Beden algısının düşük olduğu katılımcılarda HAM-A somatik, psişik alt grupları , HAM-D arasında anlamlı ters yönde ilişkiler tespit edilmiştir.

Çalışmamızda hasta grubunda psikotrop ilaç kullanma oranı %13,4 , kontrol grubunda ise %11,7 ile benzer orandadır. Kronik bir hastalığa uzun yıllar maruz kalmanın depresyon ve anksiyete üzerine etkisi bilinmektedir, ancak bizim çalışmamızda hastalığa daha uzun süredir maruz kalmakla depresyon ve anksiyete düzeyi arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Bu durum yine sosyokültürel etkiler ve dini inançların etkisi ile ortaya çıkmış olabilir. Çalışmamıza dahil edilen hasta grubunda şizofreni hastalığına sahip hasta bulunmamaktadır, 1 hasta bipolar affektif bozukluk tanısı ile takip edilmektedir, 1 hasta ise obsesif kompulsif bozukluk tanı kriterlerini karşılamaktadır. Literatür gözden geçirildiğinde bulgular literatürle uyumlu görünmektedir, anksiyete ve depresyon skorlarının yüksek olduğunu bildiren çalışmaların sonucunu desteklemektedir. Sonuç olarak, dermatolojik hastalığı olan kişilerin psikiyatrik açıdan risk altında oldukları düşünülebilir. Literatürde yer aldığı gibi kronik seyirli ve damgalayıcı dermatolojik hastalıklarda hastaların yaşam kalitesi ciddi olarak bozulabildiğinden vitiligolu hastalarda da psikiyatrik semptom veya komorbiditelerin görülmesi şaşırtıcı olmamıştır.

Bir çok kronik hastalıkta olduğu gibi vitiligoda da hastalık seyrinde artış dönemleri, azalma dönemleri, sabit seyreden dönemler görülebilmektedir. Yeni lezyonun nerede çıkacağı, nasıl yayılacağı gibi belirsizlikler hastaların anksiyetesini tetikleyebilmekte, stres yükü oluşturabilmekte, psikopatoloji ihtimalini arttırabilmektedir. Literatürde bunu destekleyen veriler olduğu gibi aksini düşündüren veriler de bulunmaktadır. Osman ve ark. vitiligoda hastalık aktivitesinin psikopatoloji ile ilişkisini incelemek için yaptıkları çalışmada, hastaların tümüne genel sağlık anketi uygulamışlar, sonuç olarak da hastalık aktivitesi ile psikopatoloji arasında herhangi bir fark saptayamadıklarını bildirmişlerdir (169) . Bizim çalışmamızdaki vitiligolu hastalarda progresyon ve psikopatoloji ilişkisi incelendiğinde ise; hastalık aktivitesi ile psikopatoloji arasında anlamlı bir ilişki saptanmadı. Hastaların bir kısmı düzenli olarak PUVA tedavisi almakta idi ve bu vesileyle düzenli dermatoloji kontrolüne gelmekteydiler, düzenli tedaviye gelen grupta psikiyatrik komorbidite açısından anlamlı bir fark saptanmadı. Sistemik steroid kullanan hasta yoktu,

hastaların bir kısmı topikal immunsupresyon ajanları ve topikal steroidler kullanmaktaydılar.

Cinsellik çoğunlukla hastaların anlatmaya çekindikleri, doktorların da sormaya çekindikleri bir konu olduğundan rutin muayenelerde atlanabilmektedir. Yapılan görüşmelerde diğer ölçekleri yanıtlamakta zorlanmayan hastaların cinsel ölçekleri doldurmakta zorlandıkları, bir kısmının anketleri yarım bıraktığı ve çalışmaya dahil edilemediği görülmüştür. Hastalarla yapılan görüşmelerde cinsellik konusunda çalışmaya dahil edilen katılımcıların yeterince bilgiye sahip olmadığı görülmüştür. Özellikle mastürbasyon yapmanın hastalar tarafından olağandışı bir durum olarak algılandığı görülmüştür. Yaşanan bu zorlukların geleneksel toplum yapısına sahip olmamız, yetiştiğimiz kültürde cinselliği konuşmanın ayıp sayılması sebebiyle utanma, çekinme, gizleme davranışlarının yerleşik olması, cinsel eğitimin yetersiz olması gibi sebeplere bağlı olduğu düşünülmüştür.

Çalışmamızda hasta grubunun %88,4'ü evli, 11.6'ü bekârlardan oluşmaktadır. Sağlıklı kontrol grubunun %92'si evli, %8'i bekâr olup hasta grubu ile benzer bulunmuştur. Gönüllü olmayı kabul edenlerin çoğunun eğitim ve ekonomik düzeyinin yüksek olduğu, evli oldukları dikkat çekmiştir. Bekâr olup aktif cinsel yaşantısı olan kişiler gönüllü olmaktan kaçındığı için, hasta ve sağlıklı grubunda örneklemin büyük kısmı evli gönüllülerden oluşmaktadır.

Cildin etkinlikleri arasında, erojen işlev çok önemlidir (80). Cinsel yaşam, yaşam kalitesinin önemli bir ögesidir. Cilt hastalıklarının cinsel yaşamı olumsuz etkilediği bir çok çalışmada gösterilmiştir (6,11,170). Vitiligo benlik saygısı ve beden algısını etkileyen şekil bozukluğu lezyonları nedeniyle cinsel sağlık üzerinde de büyük bir etkiye sahiptir. Birçok araştırma beden algısının cinsel işlevlerle ilgili önemli bir psikolojik faktör olduğu sonucuna varmıştır (31). Yapılan 158 kişilik bir çalışmada vitiligonun hastaların büyük çoğunluğunda cinsel yaşamı olumsuz etkilediği ve hastaların vücutlarını gösterdiklerinde utanç hissettiklerini, cinsel aktivite sırasında mahcubiyet hissettiklerini belirtmişlerdir (11). Vitiligonun cinsel

yaşam ve evlilik ilişkileri üzerinde olumsuz bir etkisi olabileceği düşünülmüştür. Koshevenko ve ark. tarafından yapılan çalışmalar vitiligo hastalarının yarısından fazlasında karşı cins ile ilişki problemi olduğunu göstermiştir. Çoğu hasta yeni bir partner ile cinsel ya da duygusal ilişkiye başlarken utanç hissettiğini ya da cinsel yaşamlarının doğrudan etkilendiğini bildirmiştir. Kadınlarda cinsel işlev bozukluğu oranlarının daha yüksek olması deri lezyonlarının cinsel yaşamdaki olumsuz etkisi nedeniyle ya da kültürel olarak kadınların görünüşleri hakkında daha fazla baskı altında olması nedeniyle ilişkili olabilir. Vitiligolu bayanların evlenme şansı normal kişilere göre daha düşük olabilir, ayrıca evlilik sonrasında vitiligo gelişen bayanların evliliklerinde sorunlar ortaya çıkabilir hatta evlilikleri boşanma ile sonlanabilir (82). Bizim çalışmamızda kadınlarda beden algısının daha bozuk olduğu yönünde veriler olmakla beraber, cinsel fonksiyon bozukluğunun buna paralel seyretmediği görülmüştür. Ancak çalışmaya dahil edilen erkek hasta sayısının az olması bu verileri etkilemiş olabilir.

ACYÖ ile vitiligo ve kronik ürtiker hastalarının cinsel fonksiyonlar açısından değerlendirildiği bir kontrollü çalışmada kadın vitiligo hastalarının bütün alt ölçek ve toplam skorları kontrol grubundan düşük bulunurken, erkek hastaların ejakulasyon alt ölçeğinde düşük skor bulunurken diğer alt ölçeklerde kontrol grubuna göre anlamlı bir farklılık gözlenmemiştir (6). 40 vitiligo hastası ve 40 sağlıklı kontrol ile yapılan bir başka çalışmada kadın vitiligo hastalarının cinsel yaşantıları ACYÖ ölçeğine göre kontrollerle karşılaştırıldığında; vitiligolu kadınların cinsel açıdan daha zor uyarıldıkları, cinsel ilişki sırasında daha zor ıslanma yaşadıkları , zor orgazm oldukları ve orgazm memnuniyetlerinin daha düşük olduğu, erkek vitiligo hastalarının ACYÖ ölçeğine göre kontrollerle karşılaştırıldığında; vitiligolu erkeklerin cinsel isteklerinin daha az olduğu, zor uyarıldıkları, cinsel ilişki sırasında daha sıklıkla ereksiyon problemi yaşadıkları ve orgazm memnuniyetinin daha az olduğu bulunmuştur. Psikiyatrik tedavi alıyor olmanın cinsel yaşama olumsuz etkisi olabileceğine dair veriler elde edilmiştir (171). Shin ve arkadaşlarının yapmış olduğu 167 vitiligo hastasının dahil edildiği ve hastaların cinsel işlevler açısından değerlendirildiği bir çalışmada çalışmaya dahil edilen

hastaların %21,6'sı cinsel hayatlarının vitiligidan olumsuz etkilendiğini bildirmiştir. Cinsel yaşamları bozuk olan hastalarda genel vitiligo tipinin ve bölgesel olarak da genital tutulumun daha fazla olduğu bulunmuştur (95). Bir çalışmada genital bölgede depigmentasyonun 30 yaşından önce %8,8 oranında görüldüğü tespit edilmiştir. Aynı çalışmada genital tutulumun hastanın cinsel yaşamını olumsuz etkilediği bulunmuştur (172). Genital tutulumu olan vitiligo hastalarının cinsel işlevler açısından araştırıldığı başka bir çalışmada, genital tutulumu olan hastaların %82'sinde cinsel işlev bozukluğu saptanmış. Genital benlik imajı cinsel işlevsellikle pozitif ilişkili olarak bulunmuş ayrıca genital benlik imajı daha koyu cilt tipi olanlarda daha düşük bulunmuştur (96). Kadın genital benlik imajı, kadın cinsel işlevi ve cinsel davranışıyla önemli ölçüde ilişkili bulunmuştur (91,92).

Bizim çalışmamızda cinsel fonksiyonları değerlendirmek için GRCDÖ ve ACYÖ olmak üzere 2 ayrı ölçek uygulanmıştır. GRCDÖ puanları bakımından iki grup arasından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır. Hasta grubunda GRCDÖ'ye göre cinsel fonksiyonlardaki bozulma oranı daha yüksek bulunmuştur. ACYÖ puanları bakımından iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır. Daha geniş kapsamlı araştırmalara gerek duyulduğu düşünülmüştür. GRCDÖ'de cinsel fonksiyonlar haricinde eşler arasındaki iletişim alt ölçeklerinin de bulunduğu göz önünde bulundurulmalıdır.

Çalışmamızda genital tutulum durumuna göre ACYÖ toplam ve alt ölçekler puanlarında ve GRDCÖ toplam ve alt ölçek puanlarında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar bulunmamaktadır, bu veriler literatür ile uyumsuz görünmektedir. Bu sonuç bu konuda daha fazla çalışma yapılması gerektiğini göstermektedir. Genital bölgedeki tutulum haricinde, cinsellik açısından birey için anlamlı olabilecek meme bölgesi vb. gibi tutulumların çalışmada irdelenmemiş olması verilerde eksikliğe neden olmuş olabilir. Genital tutulumun olmasının cinsel fonksiyonlar açısından anlamlı bir etkinin gözlenmemesi dışında, veriler genel olarak literatürle uyumlu bulunmuştur.

Cinsel yaşamı etkileyen bir çok faktör olduğu göz önüne alındığında, çalışmalarda farklı sonuçlar bulunmuş olması şaşırtıcı değildir.

GRCDÖ ve ACYÖ ile BAÖ, VYKÖ arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Depresyon ve anksiyete düzeyleri ile cinsel istek, uyarılma, lubrikasyon, sertleşme, orgazm arasında anlamlı aynı yönde ilişkiler tespit edilmiştir. Bunlar literatürdeki bilgileri destekler nitelikte ve beklenen sonuçlardır.

Depresif belirtileri yoğun olan ancak henüz psikiyatrik başvurusu olmayan 4 hastaya, uygulanan ölçeklerden sonra psikiyatrik tedavi başlanmış ve hastalar psikiyatri poliklinik takibine alınmıştır. Farmakolojik ajanlardan özellikle SSGİ'lerinin cinsel ilgi/uyarılmayı azaltabildiği gibi orgazmı da ketleyebildikleri, geç boşalmaya yol açabildikleri bilinmektedir (173). Elde ettiğimiz veriler katılımcılardan psikiyatrik ilaç kullananlarda kullanmayanlara göre cinsel fonksiyonlarda bozulma oranının istatistiksel olarak anlamlı derecede daha fazla olduğunu göstermektedir. Bu veriler literatürle uyumlu olarak kullanılan psikotrop ilaçların cinsel yaşamı olumsuz yönde etkilediğini düşündürmektedir.

Dermatolojik hastalıklarda hastalığın yaptığı fiziksel etkinin yanında, oluşturduğu kozmetik etkilerden ötürü kişinin kendi bedenini nasıl algıladığı da önemlidir. Çoğu vitiligo hastası, düşük benlik saygısına sahiptir ve bu zaman zaman sosyal izolasyona katkıda bulunur (27). Psikiyatrik eşşanların tedavisinin beden algısı ve benlik saygısına katkıda bulunduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur. 60 vitiligo ve 60 kontrol hastası ile yapılan bir çalışmada depresyon ve anksiyete şiddeti vitiligo hastalarında yüksek bulunmuş, yaşam kalite indeksi ile depresyon şiddeti ve anksiyete şiddeti arasında pozitif korelasyon saptanmıştır (174). Vitiligo tanılı 145 hastada yapılan başka bir çalışmada düzenli psikiyatrik kontrollerle vitiligo hastalarında depresyon semptomlarının düzeldiği, benlik saygısının giderek arttığı ve yaşam kalitesinin düzeldiği belirtilmiştir(12). Radtke aynı zamanda lezyonların görünürlüğünü yaşam kalitesindeki etkilenmeyle de

ilişkilendirmiştir. Ancak Onganaea çalışmasında görünen yerlerin tutulumu ile yaşam kalitesini ilişkilendirememiştir (175).

Bizim çalışmamızda beden algısı vitiligo hasta grubunda kontrol grubuna göre anlamlı derecede düşük bulunmuştur ve literatürdeki veriler genellikle bu yöndedir. Hastalarda BAÖ puanları bakımından cinsiyete göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır. Kadın hasta grubunda beden imajı daha düşük bulunmuştur. Beden algısı düşük olmasına rağmen hastaların kozmetik kullanımından kaçındığı gözlenmiştir. Güneş kremi kullanımı konusunda çoğu hastanın bilinçli olduğu görülmüştür. Litetarürde bu veri ile ilgili çelişkili bilgiler de bulunmaktadır. Daha fazla araştırılması gereken bir konu olduğu düşünülmüştür.

Vitiligonun süresi uzadıkça yaşam kalitesinin daha çok bozulduğunu gösteren çalışmalar olduğu gibi (176,177), hastalık süresiyle yaşam kalitesi arasında ilişki saptamayan çalışmalar da vardır (81,175). Bizim çalışmamızda daha uzun süredir hastalığa sahip olanlarda yaşam kalitesi daha düşük olarak bulunmuştur. Bir çok kronik hastalıkta olduğu gibi, uzun süre hastaneye gelmek, uzun süre çeşitli ilaçlar kullanmak hastalarda zamanla yılgınlık oluşturabilmektedir.

Çalışmamızın birkaç kısıtlılığı bulunmaktadır. Örneklem sayısının küçük olması, verilerin hastaların kendi bildirimlerinden elde edilmesi, çalışmanın kesitsel olması bunlardan bazılarıdır. Değişkenler arasındaki neden sonuç ilişkisine daha iyi değerlendirmek için boylamsal çalışmalar gerekmektedir. Cinsel fonksiyonlar açısından literatürle uyumlu veriler elde edilmiştir ancak kimi veriler literatüre ters düşmektedir, örneğin genital lezyonu olan hasta grubunda cinsel fonksiyonların istitikel olarak anlamlı olarak düşük çıkmaması şaşırtıcıdır ve bu konuda daha fazla çalışma yapmanın gerektiğine işaret etmektedir. Çalışmamızın sonuçları vitiligolu hastalarda psikiyatrik morbiditenin daha yüksek, yaşam kalitesinin ve beden algısının daha düşük olduğu, cinsel fonksiyonlar açısından hasta grubunda daha fazla bozukluk saptandığı şeklindeki önceki bulguları desteklemektedir.

Çalışmamıza dahil olan hasta grubunda vitiligo hastalığı dermatolog yardımıyla sınıflandırılmamış, hastalığın yayıldığı bölgeler hastadan alınan bilgiler esas alınarak sınıflandırılmıştır. Bu konuda veri eksikliği oluşması olasıdır. Benzer şekilde hipotroidi ve B12 eksikliği verilerinin kan tahlili sonuçları ile desteklenmesi gerekmektedir. Psikiyatrik komorbidite prevalansının yüksek olması üzerine bazı yazarlar, kronik ve damgalayıcı dermatolojik hastalıklarda psikiyatrik değerlendirmenin gerekli olduğunu ifade etmektedirler. Doktorların, hastalığın bu psikolojik boyutunu göz ardı etmemeleri gerekir. Destekleyici, motive eden bir doktor hasta ilişkisi hastanın tedaviye uyumunu arttırmakta ve hastaların vitiligoyla başa çıkmasına yardımcı olmaktadır (69). Hatta kognitif ve davranış terapilerinin uygulanması hastaların vitiligo ile yaşamlarını kolaylaştırmaktadır. Hastanın, birey olarak sadece fiziksel değil psikolojik olarak da hastalıktan ne kadar etkilendiğini göz önünde bulundurarak tedaviyi sürdürmek tedavi uyumunu arttıracaktır (61).

KAYNAKLAR

1. Domonkos AN. Pruritus, Cutaneous neuroses and Neurocutaneous dermatoses: In Anrews GC, Domonkos AN (eds). Andrew's Disease of the skin: clinical dermatology. 6th ed. Philadelphia: WB Saunders Co., 1971, 61-76.
2. Koblenzer CS. Psychosomatic concepts in dermatology. Arch Dermatol 1983; 119:501-12.
3. Beltraminelli H, Itin P: Skin and psyche-from the surface to the dept of inner world. J Dtsch Dermatol Ges 2008; 6:8-14.
4. Basavaraj KH, Navya MA, Rashmi R. Relevance of psychiatry in dermatology: Present concepts. Indian J Psychiatry 2010; 52:270–75.
5. Moretti S, Arunachalam M, Colucci R et al. Autoimmune markers in vitiligo patients appear correlated with obsession and phobia. J Eur Acad Dermatol Venereol 2012; 26: 861-86.
6. Sukan M, Maner F. The problems in sexual functions of vitiligo and chronic urticaria patients. J Sex Marital Ther 2007; 33: 55–64.
7. Yıldırım M, Akkaya VB, Tenekeci HÖ. Yüzeyel mantar hastalıklarında yaşam Kalitesi, Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 2004; 11: 15-17.
8. Denli Y, Acar MA, Maraklı SS, Yücel A. Vitiligo. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi; 2008. s.1465-90.
9. Parsad D, Dogra S, Kanwar AJ. Quality of life in patients with vitiligo. Health Qual Life Outcomes 2003; 23;1:58.
10. Ramrath K, Stolz W. Disorders of melanin pigmentation. In: Burgdorf WHC, Plewig G, Wolf HH, Lanthaler M (Eds.). Braun-Falco's Dermatology. 3rd ed. Heidelberg: Springer Medizin Verlag; 2009. p.957-82.
- 11 .Porter JR, Beuf AH, Lerner AB, Nordlund JJ. The effect of vitiligo on sexual relationships. J Am Acad Dermatol 1990, 22:221-22
12. Chua TL, Goh BK, Aw CW, et.al. Investigating factors associated with depression of vitiligo patients in Singapore. J Clin Nurs. 2012; 21: 1614-21

13. Halder RM, Taliaferro SJ. Vitiligo. In: Wolff K, Goldsmith LA, Katz SI, Gilchrest BA, Paller AS, Leffell DJ (Eds.). Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine. 7th ed. New York: Mc Graw Hill Co; 2008. p.616-22.
14. Borlu M. Vitiligo etyopatogenezi. *Turkiye Klinikleri J Dermatol-Special Topics* 2009;2(1):8-13.
15. Görpelioğlu C. Vitiligoda psikolojik faktörler. *Turkiye Klinikleri J Dermatol-Special Topics* 2009;2(4):66-70.
16. Yaghoobi R, Omidian M, Bagherani N. Vitiligo: a review of the published work. *J Dermatol* 2011;38(5):419-31.
17. Kovacs SO. Vitiligo. *J Am Acad Dermatol* 1998;38(5 Pt 1):647-66.
18. Millington GW, Levell NJ. Vitiligo: the historical curse of depigmentation. *Int J Dermatol* 2007;46(9):990-5.
19. Sun X, Xu A, Wei X, et al. Genetic epidemiology of vitiligo: a study of 815 probands and their families from south China. *Int J Dermatol* 2006;45(10):1176-81.
20. Arıcan Ö, Koç K, Kutluk R, Ersoy L. Vitiligolu hastalarda serum vitamin B12 ve folik asit düzeyleri. *T Klin Dermatoloji* 2003;13:4-10.
21. James WD, Berger TG, Elston DM. *Andrews' Diseases of the Skin*. 10th ed. Philadelphia: Saunders Elsevier Company 2006:857-68.
22. Mattoo SK, Handa S, Kaur I, Gupta N, Malhotra R. Psychiatric morbidity in vitiligo: prevalence and correlates in India. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2002; 16:573-78.
23. Locala JA. Current concepts in psychodermatology. *Curr Psychiatry Rep* 2009; 11:211-18.
24. Kumbasar H, Yılmaz A. Psychoneuroimmunologic mechanisms in pathogenesis of psoriasis and effects of disease at quality of life. *Turkiye Klinikleri J Int Med Sci* 2005;1(13):50-55.
25. Picardi A, Abeni D, Melchi CF et.al. Psychiatric morbidity in dermatological outpatients: an issue to be recognized. *Br J Dermatol* 2000;143(5):983-91.)
26. Ahmed I, Ahmed S, Nasreen S. Frequency and pattern of psychiatric disorders in patients with vitiligo. *J Ayub Med Coll Abbottabad* 2007;19(3):19-21.
27. Mattoo SK, Handa S, Kaur I, Gupta N, Malhotra R. Psychiatric morbidity in vitiligo and psoriasis: a comparative study from India. *J Dermatol* 2001;28(8):424-32.

28. Rebat M, Sumayah J. Vitiligo. In: Fitzpatrick, ed: Fitzpatrick TB, Wolff K, eds. Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine, 7th ed. New York: McGraw Hill, 2008:616-22.
29. Arıcan Ö. Vitiligoda etyoloji, patogenez ve klinik. Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıp Dergisi 2004; 15: 55-60.
30. Pişkin S. Derinin pigmentasyonu. Turkderm Dergisi, 2011; 12: 1-5.
31. Ortonne JP, Passeron T. Vitiligo and other disorders of hypopigmentation. Ed:Bologna JL, Jorizzo JL, Schaffer JV, Dermatology. 3rd Edition, Elsevier Saunders, New York, 2012;1023-49.
32. Taieb A, Alomar A, Böhm M et al. Guidelines for the management of vitiligo: the European Dermatology Forum consensus. Br J Dermatol. 2013;168:5-19.
33. Alikhan A, Felsten LM, Daly M, Petronic-Bosic V. Vitiligo: A comprehensive overview. J Am Acad Dermatol. 2011;65:473-91.
34. Mosher DB, Fitzpatrick TB, Ortonne JP, Hori Y. Hypomelanosis and hypermelanosis. In: Fitzpatrick TB, Freedburg IM, Eisen AZ, Wolff K, Austen KF, Goldsmith LA, Katz SI, editors. Dermatology in General Medicine. 5th ed. New York: McGraw-Hill:1999: 945-60
35. Liu JB, Li M, Yang S et al. Clinical profiles of vitiligo in China: an analysis of 3742 patients. Clin Exp Dermatol 2005;30(4):327-31.
36. Howitz J, Brodthagen H, Schwartz M, Thomsen K. Prevalence of vitiligo. Epidemiological survey on the Isle of Bornholm, Denmark. Arch Dermatol 1977, 113(1):47-52.
37. Handa S, Dogra S. Epidemiology of childhood vitiligo: A study of 625 patients from North India. Pediatric Dermatology 2003; 3: 207-10.
38. Boisseau-Garsaud AM, Garsaud P, Calès-Quist D, Hélénon R et al. Epidemiology of vitiligo in the French West Indies (Isle of Martinique). Int J Dermatol 2000;39(1):18-20.
39. Moschella SL, Hurley HJ. Dermatology. W.B. Saunders Company, third edition volume two, Philadelphia:1992, 1442-74.
40. Aktaş E. Türkiye Klinikleri Dermatol- Special Topics. 2009; 2;1-19.
41. Alkhateeb A, Fain PR, Thody A et al. Epidemiology of vitiligo and associated autoimmune diseases in Caucasian probands and their families. Pigment Cell Res. 2003; 16:208-14.

42. Nath SK, Majumder PP, Nordlund JJ. Genetic epidemiology of vitiligo: multilocus recessivity crossvalidated. *Am J Hum Genet.* 1994; 55:981-90.
43. Majumder PP, Nordlund JJ, Nath SK. Pattern of familial aggregation of vitiligo. *Arch Dermatol* 1993; 129:994-8
44. Arican O, Koç K, Ersoy L. Clinical characteristics in 113 Turkish vitiligo patients. *Acta Dermatovenerol Alp Panonica Adriat* 2008; 17(3):129-32
45. Virendra N, Sehgal MD, Srivastava G. Vitiligo: auto-immunity and immune responses. *Int Journal Dermatol.* 2006; 45:583-90
46. Ortonne JP, Bose SK. Vitiligo: where do we stand? *Pigment Cell Res* 1993; 6(2):61-72.
47. Naughton GK, Eisinger M, Bystryk JC. Detection of antibodies to melanocytes in vitiligo by specific immunoprecipitation. *J Invest Dermatol* 1983; 81(6):540-2.
48. Westerhof W, Wand M. The Authors, Journal Compilation; 2007 Blackwell Munksgaard *Pigment Cell Res* 2007; 20: 345- 59.
49. Orecchia GE. Neural pathogenesis. In: Hann S, Nordlund J, editors. *Vitiligo.* Oxford: Blackwell Science Ltd; 2000.
50. Karıncaoğlu Y, Doğan G. Vitiligo etiopathogenesis, clinic and treatment, *T Klin J Med Sci* 2001; 21:2001-209.
51. Namazi MR. Phenytoin as a novel anti-vitiligo weapon; *Journal of Autoimmune Diseases* 2005, 2:11-15.
52. Gupta G, Gupta N, Singh V. Efficacy of homoeopathic drugs in cases of leucoderma: A clinical study. *The Homoeopathic Heritage*, 2002.
53. Zaima H, Koga M. Clinical course of 44 cases of localized type vitiligo. *J Dermatol* 2002;29(1):15-9.
54. Mahmoud BH, Hexsel CL, Hamzavi IH. An update on new and emerging options for the treatment of vitiligo. *Skin Therapy Lett* 2008;13:1-6.
55. Mandel AS, Haberman HF, Pawlowski D, Goldstein E. Non PUVA nonsurgical therapies for vitiligo. *Clin Dermatol* 1997;15:907-19.
56. Mosher DB, Parrish JA, Fitzpatrick TB. Monobenzylether of hydroquinone. A retrospective study of treatment of 18 vitiligo patients and a review of the literature. *Br J Dermatol* 1977;97:669-79.
57. Falabella R, Barona MI. Update on skin repigmentation therapies in vitiligo. *Pigment Cell Melanoma Res* 2009;22:42-65.

58. Chen YF, Yang PY, Hu DN et al. Treatment of vitiligo by transplantation of cultured pure melanocyte suspension: analysis of 120 cases. *J Am Acad Dermatol* 2004;51:68-74.
59. Halder R, Chappell JL. Vitiligo. *Semin Cutan Med Surg* 2009;28(2):86-92
60. Porter J. Helping the patient with vitiligo to adjust. In Hann SK, Nordlund J (eds). *Vitiligo*. Oxford, Blackwell Science Ltd, 2000; 214–17.
61. Gawkrödger DJ, Ormerod AD, Shaw L. et al. Guideline for the diagnosis and management of vitiligo. *Br J Dermatol* 2008;159 (5):1051-76.
62. Holme SA, Beattie PE, Fleming CJ. Cosmetic camouflage advice improves quality of life. *Br J Dermatol* 2002; 147: 946–49.
63. Fenichel O. Nevrozların psikoanalitik teorisi (cev) Tuncer S, Ege Un matbaası, Bornova, İzmir, 1974; 234-36.
64. Anzieu D. *A Skin for Thought: Interviews with Gilbert Tarrab on Psychology and Psychoanalysis*. London, Karnac Books 1990; 167-68.
65. Koo J, Lebwohl A. *Psychodermatology: The Mind and Skin Connection*. *Am Family Phys* 2001;11:1873-8.
66. Picardi A, Abeni D. Stressful life events and skin diseases: disentangling evidence from myth. *Psychother Psychosom* 2001;70:118–36.
67. Gieler U, Niemeier V, Kupfer J et al. Psychosomatics dermatology in Germany: a survey of 69 dermatologic clinics [in German, abstract in English]. *Hautarzt* 2001;52:104–10.
68. Katsarou-Katsari A, Singh LK, Theoharides TC: Alopecia areata and affected skin CRH receptor upregulation induced by acute emotional stress. *Dermatology* 2001;203:157-161.
69. Ongenaë K, Beelaert L, Geel N, Naeyaert J.M: Psychosocial effects of vitiligo. *J Eur Acad Venereol* 2006;20:1–8.
70. Al'Abadie MS, Kent GG, Gawkrödger DJ: The relationship between stress and the onset and exacerbation of psoriasis and other skin conditions. *Br J Dermatol* 1994;130:199-203.
71. Liu PY, Bondesson L, Lontz W, Johansson O. The occurrence of cutaneous nerve endings and neuropeptides in vitiligo vulgaris: a case-control study. *Arch Dermatol Res*. 1996; 288(11): 670-75.
72. Kieæ-Swierczyńska M, Dudek B, Krecisz B, et al. The role of psychological factors and psychiatric disorders in skin diseases. *Med Pr* 2006;57:551-55.

73. Buljan D, Buljan M, Zivković MV, Situm M: Basic aspects of psychodermatology. *Psychiatr Danub* 2008;20:415-18.
74. Woodruff PW, Higgins EM, du Vivier AW, Wessely S: Psychiatric illness in patients referred to a dermatology-psychiatry clinic. *Gen Hosp Psychiatry* 1997;19:29-35.
75. Korabel H, Dudek D, Jaworek A, Wojas-Pelc A: Psychodermatology: psychological and psychiatric aspects of dermatology. *Przegl Lek* 2008;65:244-48.
76. Hughes JE, Barraclough BM, Hamblin LG, White JE: Psychiatric symptoms in dermatology patients. *Br J Psychiatry* 1983;143:51-54.
77. Reiss S, Peterson RA, Gursky DM: Anxiety sensitivity, anxiety frequency and the prediction of fearfulness. *Behav Res Ther* 1986;24:1–8.
78. Gupta MA, Gupta AK: Depression and suicidal ideation in dermatology patients with acne, alopecia areata, atopic dermatitis and psoriasis. *Br J Dermatol* 1998;139:846-50
79. Dubreuil A: Dermatological diseases in psychiatry *Soins Psychiatr* 2010;268: 26-29.
80. Ruggieri V, Milizia M, Angeli F: Reaction to cutaneous (tickle) and sexual pleasure by normal and dermapathic subjects. 1985; 903-10.
81. Kostopoulou P, Jouary T, Quintard B et al. Objective vs. subjective factors in the psychological impact of vitiligo: The experience from a French referral centre. *Br J Dermatol*. 2009;161(1):128-33.
82. Wang KY, Wang KH, Zhang ZP. Health-related quality of life and marital quality of vitiligo patients in China. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2011;25(4):429-35.
83. Güler Ö, Emül M, Özbulut Ö ve ark. A temperament and character profile in patients with psoriasis, vitiligo and neurodermatitis. *Nöropsikiyatri Arşivi* 2007;44(4):139-144.
84. Choi S, Kim DY, Whang SH et al. Quality of life and psychological adaptation of Korean adolescents with vitiligo. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2010;24(5):524-29.
85. Porter J, Beuf AH, Nordlund JJ, Lerner AB. Psychological reaction to chronic skin disorders: a study of patients with vitiligo. *Gen Hosp Psychiatry* 1979;1(1):73-77.
86. Morales-Sanchez MA, Vargas-Salinas M, Peralta-Pedrero ML et al. Impact of vitiligo on quality of life. *Actas Dermosifiliogr* 2017; 108: 637–42.
87. Manolache L, Benea V. Stress in patients with alopecia areata and vitiligo. *J Eur Acad Venereol* 2007;21:921–28.

88. Sukan M, Maner F. Vitiligo ve kronik ürtiker hastalarında kendilik saygısı. *Türkiye’de Psikiyatri* 2006; 8:93-7.
89. Hill-Beuf A ,Porter JDR. Children coping with impaired appearance. Social and psychologic influences. *Gen Hosp Psychiatry* 1984; 6:294-300
90. Ortonne, J. P., Bahodoran P., Fitzpatrick T. B. et al. Hypomelanoses and hypermelanoses, *Fitzpatrick’s dermatology in general medicine* 2003;6: 839-47.
91. Herbenick, D., Schick, V., Reece, M et al. The Female Genital Self-Image Scale (FGSIS): Results from a nationally representative probability sample of women in the United States. *Journal of Sexual Medicine* 2011; 8: 158–66.
92. Yamamiya Y., Cash, T. F., & Thompson, J. K. Sexual experiences among college women: The differential effects of general vs. contextual body images on sexuality. *Sex Roles* 2006;55: 421–427.
93. Karelson, M., Silm, H., & Kingo, K. Quality of life and emotional state in vitiligo in an Estonian sample: Comparison with psoriasis and healthy controls. *Acta Dermato-Venereologica* 2003;93: 446–50.
94. Smith,W. J., Beadle, K., & Shuster, E. J. The impact of a group psycho-educational appointment on women with sexual dysfunction. *American Journal of Obstetrics & Gynecology* 2008; 7: 198.
95. Yee Jin Shin, M.D., Ph.D. Impact of genital involvement on the sexual lives of vitiligo Patients 2013 Japanese Dermatological Association 2013;1065.
96. Deena Sarhan, Ghada F. A. Mohammed et al. Female Genital Dialogues: Female Genital Self-Image, Sexual Dysfunction, and Quality of Life in Patients With Vitiligo With and Without Genital Affection *Journal of Sex & Marital Therapy*. 2016;42: 267-76.
97. Sadock VA. Sadock VA, Sadock BJ, (eds) Kaplan & Sadock’s Comprehensive Textbook of Psychiatry. 8th edition. Ankara; 2007:1902-36.
98. Rosen RC. Prevalence and risk factors of sexual dysfunction in men and women. *Curr Psychiatry Rep* 2000; 2: 189-95.
99. Yüksel Ş, Cindoğlu D , Cinsel Eğitim Tedavi ve Araştırma Derneği. Bilgilendirme Dosyası 5-Kadın Cinselliği 2006; 7.
100. Masters WH, Johnson VE. Human Sexual Behaviour. Sayın Ü, çev. Editörü. İstanbul: Bilimsel ve Teknik Yayınları Çeviri Vakfı, 1994.
101. Öztürk O, Uluşahin A. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları, 11.baskı, 2004.

102. Kaplan HS. The anatomy and physiology of the sexual response. Kaplan HS. (ed). The new sex therapy. New York: Brunner/ Mazel, 1974, 27-56.
103. Kaplan H.: Disorders of Sexual Desire. New York: Brunner/ Mazel, 1979, 97- 99.
104. İncesu C. Cinsel işlevler ve cinsel işlev bozuklukları. Klinik Psikiyatri Dergisi 2004; Vol 7, 3-13.
105. Schiavi RC, Segraves RT. The biology of sexual function. Psychiatr Clin North Am. 1995;18: 7-23.
106. Munarriz R, Kim NN, Goldstein I, Traish AM. Biology of female sexual function. Urol Clin North Am. 2002 ; 29(3): 685-93.
107. Şahin D, Şimşek F, Seyisoğlu H .Cinsel Eğitim Tedavi ve Araştırma Derneği. Bilgilendirme Dosyası 1-Cinsel Yaşam ve Sorunları 2006; 63-77.
108. İncesu C. Cinsel işlevin fizyolojisi. Cinsel İşlev Bozuklukları Monograf Serisi 1998; 1: 3-11.
109. Balfour ME, Brown JL, Yu L et al. Potential contributions of efferents from medial prefrontal cortex to neural activation following sexual behavior in the male rat. Neuroscience 2006; 137:1259-76.
110. Rochira V, Zirilli L, Madeo B, Balestrieri A, Granata AR, Carani C. Sex steroids and sexual desire mechanism. J Endocrinol Invest 2003; 26: 29-36.
111. Argiolas A, Melis MR. The role of oxytocin and the paraventricular nucleus in the sexual behaviour of male mammals. Physiol Behav 2004; 83: 309-17.
112. Crenshaw TL, Goldberg JP. Sexual pharmacology: Drugs that effect sexual functioning. London: Norton, 1996; 37-61.
113. İncesu C. Cinsel işlev bozukluklarında ilk basamak değerlendirme ve ayırıcı tanı. Psikiyatri Dünyası 1999; 2: 39-48.
114. Dennerstein L, Gotts G, Brown JB, Morse CA, Farley TM, Pinol A. The relationship between the menstrual cycle and female sexual interest in women with PMS complaints and volunteers. Psychoneuroendocrinolog. 1994; 19: 293- 304.
115. Stahl SM. Çev ed. Taneli B, Taneli Y. Temel psikofarmakoloji. İstanbul: Yelkovan Yayınevi, 2003.

116. Zajecka J, Fawcett J, Schaff M et al. The role of serotonin in sexual dysfunction: fluoxetine-associated orgasm dysfunction. *J Clin Psychiatry*. 1991 Feb; 52: 66-8.
117. Cara AM, Lopes-Martins RA, Antunes E et al. The role of histamine in human penile erection. *Br J Urol*. 1995 Feb; 75: 220-4.
118. Basson R, Berman J, Burnett A et al. Report of the international consensus development conference on female sexual dysfunction: definitions and classifications. *Journal of Urology*. 2000; 163(3): 888- 93.
119. Sungur MZ, Gündüz A. A comparison of DSM-IV-TR and DSM-5 definitions for sexual dysfunctions: Critiques and challenges. *The journal of sexual medicine*. 2014; 11(2):364-73.
120. Amerikan Psikiyatri Birliği. Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El kitabı, Yeniden Gözden Geçirilmiş Dördüncü Baskı (DSM-IV-TR), Amerikan Psikiyatri Birliği, Washington DC. Köroğlu E, çev.editörü. Ankara: Hekimler Yayın Birliği. 2000.
121. Yüksel N. Ruhsal Hastalıklar. İkinci baskı. Ankara: Çizgi Tıp Yayınevi; 2001; 560-71.
122. Heiman JR. Sexual dysfunction: Overview of prevalence, etiological factors and treatments. *The Journal of Sex Research*. 2002; 39(1): 73-78. 24.
123. Spector IP, Carey MP. Incidence and prevalence of the sexual dysfunctions: A critical review of the empirical literature. *Arch. Sex. Behav*. 1990; 19(4) :389–408.
124. İncesu C. DSM-5 ve cinsel işlev bozuklukları. *Archives of Neuropsychiatry* 2011;48 (1):1-6.
125. İshak I, Low W, Othman S. Prevalence, risk factors, and predictors of female sexual dysfunction in a primary care settings: A survey finding. *Journal of Sexual Medicine* 2010; 7:3080-7.
126. Oksuz E, Malhan S. Prevalence and risk factors for female sexual dysfunction in Turkish women. *Journal of Urology* 2006; 175:654-8.
127. Ayan C, Akbay S, Bozlu E et al. The prevalence of female sexual dysfunction and potential risk factors that may impair sexual function in Turkish Women. *Urologia Internationalis* 2004; 72:52-7.
128. Bancroft J, Loftus J, Long JS. Distress about sex: A national survey of women in heterosexual relationships. *Archives of sexual behavior* 2003; 32(3):193-208.

129. Maserejian NN, Shifren JL, Parish SJ et al. The presentation of hypoactive sexual desire disorder in premenopausal women. *The journal of sexual medicine* 2010; 7(10):3439-48.
130. L Dove, Michael W. Wiederman N. Cognitive distraction and women's sexual functioning. *Journal of Sex & Marital Therapy* 2000; 26(1):67-78.
131. Seal BN, Bradford A, Meston CM. The association between body esteem and sexual desire among college women. *Archives of Sexual Behavior* 2009; 38(5):866-72.
132. Dean J, Rubio-Aurioles E, McCabe M et al. Integrating partners into erectile dysfunction treatment: improving the sexual experience for the couple. *International journal of clinical practice* 2008; 62(1):127-33.
133. Brotto LA, Chik HM, Ryder AG et al. Acculturation and sexual function in Asian women. *Archives of Sexual Behavior* 2005; 34(6):613-26.
134. Peixoto MM, Nobre P. Prevalence and sociodemographic predictors of sexual problems in Portugal: A population based study with women aged 18-79 years. *Journal of Sex and Marital Therapy* 2015; 41(2):169-80.
135. Meston CM, Levin RJ, Sipski ML et al. Women's orgasm. *Annual review of sex research* 2004; 15(1):173-257.
136. Silverstein JL. Origins of psychogenic vaginismus. *Psychotherapy and psychosomatics* 1989; 52(4):197-204.
137. Konkan R, Bayrak M, Gönüllü OG et al. Sexual function and satisfaction of women with vaginismus. *Dusunen Adam* 2012; 25(4):305.
138. Corona G, Rastrelli G, Ricca V et al. Risk factors associated with primary and secondary reduced libido in male patients with sexual dysfunction. *The journal of sexual medicine* 2013; 10(4):1074-89.
139. Prause N, Janssen E, Hetrick WP. Attention and emotional responses to sexual stimuli and their relationship to sexual desire. *Archives of sexual behavior* 2008; 37(6):934-49.
140. İncesu C. Cinsel İşlev Bozukluklarında Ayırıcı Tanı Süreci. In: Yetkin N, İncesu C (eds). *Cinsel İşlev Bozuklukları*. İstanbul; 2001. 52-60.
141. Erol H, Erdoğan T, Kadioğlu A. Erektile Disfonksiyonlu Hastaya Yaklaşım. In: Yetkin N, İncesu C (eds). *Cinsel İşlev Bozuklukları*. İstanbul; 2001. 107-13.
142. Gomes ALQ, Nobre P. Early maladaptive schemas and sexual dysfunction in men. *Archives of sexual behavior* 2012; 41(1):311-20.

143. Nobre PJ, Pinto-Gouveia J. Emotions during sexual activity: Differences between sexually functional and dysfunctional men and women. *Archives of Sexual Behavior* 2006; 35(4):491-9.
145. Laumann EO, Paik A, Rosen RC. Sexual dysfunction in the United States: prevalence and predictors. *Jama* 1999; 281(6):537-44
146. Althof SE, Symonds T. Patient reported outcomes used in the assessment of premature ejaculation. *Urologic clinics of north america*, 2007; 34(4):581-9.
147. Althof SE, Abdo CH, Dean J, Hackett G, McCabe M, McMahon CG, Broderick GA. International Society for Sexual Medicine's guidelines for the diagnosis and treatment of premature ejaculation. *The journal of sexual medicine* 2010; 7(9):2947-69.
148. Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. İnsanda Cinsellik ve Cinsel İşlev Bozuklukları. Bozkurt A (çeviri ed). Güneş Tıp Kitabevleri; 2015. 564-93.
149. Xia JD, Han YF, Pan F et al. Clinical characteristics and penile afferent neuronal function in patients with primary delayed ejaculation. *Andrology* 2013; 1:787-92.
150. Kaplan HS. Cinsel Terapi El Kitabı. Ck Yayınları, Ankara; 2010.
151. Hartman U, Waldinger MD. Geç Boşalmanın Tedavisi. Leiblum SR(ed). Cinsel Terapi İlkeleri ve Uygulamaları. Bolat F, Gül AH Kısa CCK yayınları; 2013. 262-96.
152. Akdemir A, Örsel S, Dağ İ. et al. Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği'nin geçerliği, güvenilirliği ve klinikte kullanımı. *Psikiyatri Psikoloji Psikiyatri Dergisi* 1990; 4(4), 251-59.
153. Hamilton, M. .A Rating Scale for Depression. *J. Neurol. Neurosurg. Psychiat*, 1960; 23-25.
154. Yazıcı MK, Demir B, Tanrıverdi N ve ark. Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği, değerlendiriciler arası güvenilirlik ve geçerlilik çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi* 1998; 9:114-17.
155. Hamilton M. The assessment of anxiety states by rating. *Br J Med Psychol*, 1959; 32:50-55.
156. Tuğrul C, Öztan N, Kabakçı E. Golombok Rust Cinsel Doyum ölçeğinin standardizasyon çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi* 1993;4(2):84-8.
157. McGahuey CA, Gelenberg AJ, Laukes C et al. The Arizona Sexual Experience Scale (ASEX): reliability and validity. *J Sex Marital Ther* 2000; 26:25-40.

158. Soykan A. The reliability and validity of Arizona sexual experiences scale in Turkish ESRD patients undergoing hemodialysis. *Int J Impot Res* 2004; 16:531-4.
159. Hovardaoğlu S. Vücut Algısı Ölçeği. *Psikiyatri, Psikoloji, Psikofarmakoloji Dergisi* 1992; 26-27.
160. Philips MA, Kingo K, Karelson M, et al. Promoter polymorphism - 119C/G in MYG1 (C12orf10) gene is related to vitiligo susceptibility and Arg4Gln affects mitochondrial entrance of Myg1. *BMC Med Genet* 2010 8;11:56.
161. Jaswal R, Mehta SD, Bedi GK. Coincidence of vitiligo and lichen planus. *Indian J Dermatol Venereol Leprol* 1997;63(4):248-9.
162. Perez-Vigil A, Fernandez de la Cruz L, Brander G, Isomura K, Gromark C, Mataix-Cols D. The link between autoimmune diseases and obsessive-compulsive and tic disorders: a systematic review. *Neurosci Biobehav Rev* 2016; 71: 542–62.
163. Anisman H, Ravindran AV, Griffiths J. Endocrine and cytokine correlates of major depression and dysthymia with typical or atypical features. *Mol Psychiatry* 1999; 4: 182–88.
164. Zorrilla EP, Luborsky L, McKay JR et al. The relationship of depression and stressors to immunological assays: a meta-analytic review. *Brain Behav Immun* 2001; 15: 199–226.
165. Howren MB, Lamkin DM, Suls J. Associations of depression with C-reactive protein, IL-1, and IL-6: a meta-analysis. *Psychosom Med* 2009; 71: 171–186.
166. Pace TW, Mletzko TC, Alagbe O et al. Increased stress-induced inflammatory responses in male patients with major depression and increased early life stress. *Am J Psychiatry* 2006; 163: 1630–33.
167. Miller BJ, Buckley P, Seabolt W et al. Meta-analysis of cytokine alterations in schizophrenia: clinical status and antipsychotic effects. *Biol Psychiatry* 2011; 70: 663–71.
168. Weiss MG, Doongaji DR, Siddhartha S et al. The Explanatory Model Interview Catalogue. Contribution to cross-cultural research methods from a study of leprosy and mental health. *Br J Psychiatry* 1992;160:819-30.
169. Osman AM, Elkordufani Y, Abdullah MA. The psychological impact of vitiligo in adult Sudanese patients. *Afr J Psychiatry (Johannesbg)* 2009;12(4):284-6.
170. Ongenaes K, Dierckxsens L, Brochez L et al. Quality of life and stigmatization profile in a cohort of vitiligo patients and effect of the use of camouflage. *Dermatology* 2005; 210: 279–85.

171. Sabuncuoğlu M, Sabuncuoğlu Y, Vitiligo hastalarında yaşam kalitesi ve psikojenik faktörlerin değerlendirilmesi, SDÜ Sağlık Bilimleri Dergisi Cilt 5 / Sayı 1 / 2014.
172. Handa S, Kaur I. Vitiligo: clinical findings in 1436 patients. J Dermatol. 1999;26:653–7.
173. Clayton AH, Pradk JF, Croft HA et al. Prevalence of sexual dysfunction among newer antidepressants. The Journal of clinical psychiatry 2002; 4(1):12-20.
174. Mechri A, Amri M, Douarika AA et al. Psychiatric morbidity and quality of life in Vitiligo: a case controlled study. Tunis Med. 2006; 84: 632- 35 .
175. Ongenae K, Van Geel N, De Schepper S. Effect of vitiligo on selfreported health-related quality of life. Br J Dermatol 2005;152(6):1165-72.
176. Radtke MA, Schäfer I, Gajur A et al. Willingness-topay and quality of life in patients with vitiligo. Br J Dermatol 2009;161(1):134-9.
177. Parsad D, Pandhi R, Dogra S et al. Dermatology Life Quality Index score in vitiligo and its impact on the treatment outcome. Br J Dermatol 2003;148(2):373-4.

EKLER

Ek-1. Sosyodemografik Ve Klinik Özellikler Veri Formu

SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU

Bedensel Cinsiyet:	K <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/>
Yaş:	
Medeni Durum:	Evli <input type="checkbox"/> Bekar <input type="checkbox"/> Boşanmış-Dul <input type="checkbox"/>
Varsa Kardeş Sayısı:	
Varsa Çocuk Sayısı:	
Eğitim Düzeyi:	Okur-yazar <input type="checkbox"/> İlkokul <input type="checkbox"/> Ortaokul <input type="checkbox"/> Lise <input type="checkbox"/> Üniversite <input type="checkbox"/> Yüksek Lisans ve Üstü <input type="checkbox"/>
Meslek:	Ev Hanımı <input type="checkbox"/> Memur <input type="checkbox"/> İşçi <input type="checkbox"/> Çiftçi <input type="checkbox"/> Serbest <input type="checkbox"/> Öğrenci <input type="checkbox"/> Emekli <input type="checkbox"/> İşsiz <input type="checkbox"/>
Gelir Seviyesi:	1.523 TL'den az <input type="checkbox"/> 1.523-4.960 TL arası <input type="checkbox"/> 4960 TL' den fazla <input type="checkbox"/>
Hastalık Başlangıç Yaşı:	
Hastalık Başlangıç Bölgesi:	Baş <input type="checkbox"/> Boyun <input type="checkbox"/> Gövde <input type="checkbox"/> Üst Ekstremité <input type="checkbox"/> Alt Ekstremité <input type="checkbox"/> Perine <input type="checkbox"/>
Hastalık Yayılım Bölgesi:	Baş <input type="checkbox"/> Boyun <input type="checkbox"/> Gövde <input type="checkbox"/> Üst Ekstremité <input type="checkbox"/> Alt Ekstremité <input type="checkbox"/> Perine <input type="checkbox"/>
Hastalığın Aktivasyon Durumu:	Stabil <input type="checkbox"/> Artma <input type="checkbox"/> Azalma <input type="checkbox"/>
Psikiyatrik Hastalık Tanısı :	
Kullanmakta olduğu psikotrop ilaçlar:	
Aile öyküsü:	Şizofreni <input type="checkbox"/> Mizaç Bozukluğu <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>



Uludağ Üniversitesi
Tıp Fakültesi
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
Taraftından onaylanmıştır.
Tarih : 18.09.2019
Karar No : 2019-15/12

VITİLİGO YAŞAM KALİTE ÖLÇEĞİ (VYKO)

Aşağıdaki soruları geçen haftayı dikkate alarak cevaplandırınız.

1	Vitiligonuz nedeniyle acı, batma veya kaşıntı hissettiniz mi?	Hiç	Biraz	Çok	Çok fazla
2	Vitiligonuz yüzünden ne kadar utandınız ya da derinizin görünüşünden rahatsız olduğunuzu fark ettiniz?	Hiç	Biraz	Çok	Çok fazla
3	Vitiligonuz nedeniyle başkalarının size bakmasından rahatsızlık duyduunuz mu?	Hiç	Biraz	Çok	Çok fazla
4	Vitiligonuz nedeniyle kapatıcı makyaj kullanmak zorunda kaldınız mı?	Hiç	Biraz	Çok	Çok fazla
5	Vitiligonuz nedeniyle kapatma amaçlı kıyafet giymek zorunda kaldınız mı?	Hiç	Biraz	Çok	Çok fazla
6	Vitiligonuz nedeniyle kendinize güveninizde azalma oldu mu?	Hiç	Biraz	Çok	Çok fazla
7	Vitiligonuz nedeniyle başkasının vücudunuza qörmesini istemediğiniz oldu mu?	Çok fazla	Çok	Biraz	Hiç
8	Vitiligonuzun vücudunuzun başka yerine yayılmasından endişe duyduunuz mu?	Hiç	Biraz	Çok	Çok fazla
9	Vitiligonuz nedeniyle deri kanserine yakalanma endişesi duyduunuz mu?	Hiç	Biraz	Çok	Çok fazla
10	Vitiligonuzun hiç geçmeyeceğini düşünüp endişe duyduğunuz oldu mu?	Hiç	Biraz	Çok	Çok fazla
11	Vitiligonuzun ilerde kalıtım yoluyla çocuğunuzda çıkabileceğinden dolayı endişe duyduunuz mu?	Çok fazla	Çok	Biraz	Hiç
12	Vitiligonuz nedeniyle aynaya bakmaktan rahatsızlık duyduğunuz oldu mu?	Hiç	Biraz	Çok	Çok fazla
13	Vitiligonuz nedeniyle sokağa çıkmaktan veya kalabalık ortamlara (toplu taşıma araçları, alışveriş merkezleri vb.) girmekten kaçındığınız oldu mu?	Hiç	Biraz	Çok	Çok fazla
14	Vitiligonuz nedeniyle güneşe çıkmama/ güneşten korunma konusunda zorluk yaşadığınız oldu mu?	Hiç	Biraz	Çok	Çok fazla



Uludağ Üniversitesi
Tıp Fakültesi
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
tarafından onaylanmıştır.
Tarih : 13.09.2019
Karar No : 2019-15/12

15	Vitiligonuzun tatil planlarınızı etkilediği oldu mu?	Çok fazla	Çok	Biraz	Hiç
16	Vitiligonuzun uğraşlarınızı, boş zaman faaliyetlerinizi, spor yapmanızı etkilediği oldu mu?	Hiç	Biraz	Çok	Çok fazla
17	Vitiligonuz nedeniyle iş veya okulda zorluk yaşadınız mı?	Hiç	Biraz	Çok	Çok fazla
18	Vitiligonuz nedeniyle başkalarının size soru sormasından veya başkalarına açıklama yapmaktan rahatsızlık duyduunuz mu?	Hiç	Biraz	Çok	Çok fazla
19	Vitiligonuz nedeniyle dışlanmış hissettiniz mi veya aileyi konuştunuz mu?	Hiç	Biraz	Çok	Çok fazla
20	Vitiligonuz nedeniyle eş veya kız/erkek arkadaşınızla ilişkinizde zorluk yaşadınız mı?	Hiç	Biraz	Çok	Çok fazla
21	Vitiligonuz nedeniyle başkasıyla fiziksel temas kurmakları (el sıkışmak, sarılamak, öpüşmek...) kaçındığınız oldu mu?	Çok fazla	Çok	Biraz	Hiç
22	Vitiligonuz nedeniyle aile ilişkilerinde zorluk yaşadınız mı?	Hiç	Biraz	Çok	Çok fazla
23	Vitiligonuz nedeniyle kişisel bakım eşyalarınızı diğer ev halkıyla paylaşmaktan sıkıntı duyduğunuz oldu mu?	Hiç	Biraz	Çok	Çok fazla
24	Vitiligo tedavisinden dolayı sıkıntı yaşadığınız oldu mu? (Örneğin fazla zaman veya para harcayarak, ilaçları sürmekte zorlanarak...)?	Hiç	Biraz	Çok	Çok fazla
25	Vitiligonuz nedeniyle dinsel ilişkide sorun yaşadınız mı?	Hiç	Biraz	Çok	Çok fazla



Uludağ Üniversitesi
Tıp Fakültesi
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
tarafından onaylanmıştır.
Tarih : 13.09.2019
Karar No : 2019-15/12 //

Ek-3.

Beden

Algısı

Ölçeği

Beden Algısı Ölçeği

	Çok Beğeniyorum	Orduka Beğeniyorum	Kararsızım	Pek Beğenmiyorum	Hiç Beğenmiyorum
1. Saçlarım					
2. Yüzümün rengi					
3. İştahım					
4. Ellerim					
5. Vücutumdaki Kıl Dağılımı					
6. Burnum					
7. Fiziksel Gücüm					
8. İdrar-Dışkı Düzenim					
9. Kas Kuvvetim					
10. Belim					
11. Enerji /Aktivite Düzeyim					
12. Sırtım					
13. Kulaklarım					
14. Yaşım					
15. Çenem					
16. Vücut Yapım					
17. Profilim					
18. Boyum					
19. Duyularımın Keskinliği					
20. Ağrıya Dayanıklılığım					
21. Omuzlarımın Genişliği					
22. Kollarım					
23. Göğüslerim					
24. Gözlerimin Şekli					
25. Sindirim Sistemim					
26. Kalçalarım					
27. Hastalığa Direncim					
28. Bacaklarım					
29. Dişlerimin Şekli					
30. Cinsel Gücüm					
31. Ayaklarım					
32. Uyku Düzenim					
33. Sesim					
34. Sağlığım					
35. Cinsel Faaliyetlerim					
36. Dizlerim					
37. Vücutumun Duruş Şekli					
38. Yüzümün Şekli					
39. Ağırliğim					
40. Cinsel Organlarım					

Uludağ Üniversitesi

Tıp Fakültesi

Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

tarafından onaylanmıştır.

Tarih : 18.09.2015

Karar No : 2015-15/12

Ek-4. Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği Erkek Formu

ARIZONA CİNSEL YAŞANTILAR ÖLÇEĞİ (ACYÖ)

ERKEK FORMU

Ad-Soyad:.....

Tarih:.....

Lütfen her madde için BUGÜN de dahil GEÇEN HAFTAKİ durumunuzu işaretleyin

Cinsel açıdan ne derece isteklisiniz ?

1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
Oldukça istekli	Çok istekli	Biraz istekli	Biraz isteksiz	Çok isteksiz	Tamamen isteksiz

Cinsel açıdan ne kadar kolay uyarılırsınız (tahrik olursunuz) ?

1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
Oldukça kolay	Çok kolay	Biraz kolay	Biraz zor	Çok zor	Oldukça zor

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

1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
Oldukça kolay	Çok kolay	Biraz kolay	Biraz zor	Çok zor	Asla olmaz

Ne kadar kolay boşalabilirsiniz ?

1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
Oldukça kolay	Çok kolay	Biraz kolay	Biraz zor	Çok zor	Asla boşalamam

Boşalmanız tatmin edici midir ?

1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
Oldukça tatmin edici	Çok tatmin edici	Biraz tatmin edici	Pek tatmin etmiyor	Çok tatmin etmiyor	Hiç boşalamam

Uludağ Üniversitesi
Tıp Fakültesi
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
tarafından onaylanmıştır.
Tarih : 18.09.2019
Karar No : 2019-15/12

Ek-5. Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği Kadın Formu

ARIZONA CİNSEL YAŞANTILAR ÖLÇEĞİ (ACYÖ)

KADIN FORMU

Ad-Soyad:.....

Tarih:.....

Lütfen her madde için BUGÜN de dahil GEÇEN HAFTAKİ durumunuzu işaretleyin

Cinsel açıdan ne derece isteklisiniz ?

1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
Oldukça istekli	Çok istekli	Biraz istekli	Biraz isteksiz	Çok isteksiz	Tamamen isteksiz

Cinsel açıdan ne kadar kolay uyarılırsınız (tahrik olursunuz) ?

1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
Oldukça kolay	Çok kolay	Biraz kolay	Biraz zor	Çok zor	Oldukça zor

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

1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
Oldukça kolay	Çok kolay	Biraz kolay	Biraz zor	Çok zor	Asla olmaz

Ne kadar kolay orgazm olursunuz (doyuma ulaşırsınız)?

1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
Oldukça kolay	Çok kolay	Biraz kolay	Biraz zor	Çok zor	Asla boşalamam

Orgazminiz tatmin edici midir ?

1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
Oldukça tatmin edici	Çok tatmin edici	Biraz tatmin edici	Pek tatmin etmiyor	Çok tatmin etmiyor	Orgazma ulaşamam

Uludağ Üniversitesi
Tıp Fakültesi
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
tarafından onaylanmıştır.
Tarih : 18.09.2019
Karar No : 2019.15/12

Ek-6. Golombok Rust Cinsel Doyum Ölçeği Erkek Formu

Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği

Erkek Formu

Aşağıda cinsel yaşamla ilgili sorular yer almaktadır. Her soru için "hiçbir zaman", "nadiren", "bazen", "çoğu zaman", "her zaman" şeklinde beş cevap şıkkı yer almaktadır. Sizden istenen kendi cinsel yaşamınızı göz önüne alarak soruları cevaplandırmanızdır.

Cevaplandırırken:

1. Her soruyu dikkatle okuyunuz.
2. Sorulan durumun **son zamanlarda** ne kadar sıklıkta ortaya çıktığını düşününüz.
3. Söz konusu durumun ne kadar sıklıkta ortaya çıktığına karar verdikten sonra, o seçeneğin altındaki parantezin içine [X] işareti koyarak cevabınızı belirtiniz.
4. Hiçbir soruyu cevapsız bırakmayınız.

Lütfen soruları içtenlikle ve dürüstçe cevaplandırmaya özen gösteriniz. Cevaplandırırken, başkalarının görüşlerini dikkate almadan, sadece kendi görüşünüzü belirtiniz.

	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Çoğu zaman	Her zaman
1. Haftada 2 defadan fazla cinsel birleşimde bulunur musunuz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Eşinize, cinsel ilişkinizle ilgili olarak, nelerden hoşlanıp nelerden hoşlanmadığınızı söyleyebilir misiniz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Cinsel yönden kolay uyarılır mısınız?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Cinsel ilişki sırasında boşalmak için henüz erken olduğunu düşünüyorsanız, boşalmayı geciktirebilir misiniz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Eşinizle olan cinsel yaşamınızı tekdüze (monoton) buluyor musunuz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Eşinizin cinsel organına dokunup, okşamaktan rahatsız olur musunuz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Eşiniz sizinle sevişmek istediğinde, tedirgin ve endişeli olur musunuz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Cinsel organınızın, eşinizin cinsel organına girmesinden zevk alır mısınız?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Eşinize cinsel ilişkinizle ilgili olarak nelerden hoşlanıp, nelerden hoşlanmadığınızı sormadınız mı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Uludağ Üniversitesi
Tıp Fakültesi
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
tarafından onaylanmıştır.
Tarih : 18.09.2019
Karar No : 2019-15/12

	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Çoğu zaman	Her zaman
10. İlişki sırasında cinsel organınızın sertleşmediği olur mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Eşinizle olan cinsel ilişkinizde sevgi ve şefkatin eksik olduğunu hisseder misiniz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Eşinizin, cinsel organınıza dokunup okşamasından zevk alar mısınız?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Cinsel birleşme sırasında erken boşalmayı engelleyebilir misiniz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Eşinizle sevişmekten kaçınır mısınız?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Eşinizle olan cinsel ilişkinizi tatminkar buluyor musunuz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Öncevişme (örne, okşama gibi) sırasında cinsel organınızın sertleştiği olur mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Bir hafta boyunca cinsel ilişkide bulunmadığınız olur mu? (hastalık gibi nedenler dışında)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Eşinizle karşılıklı masturbasyon yapmaktan (kendinizi tatmin etmekten) zevk alar mısınız?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Eşinizle sevişmek istediğinizde, ilişkiyi siz başlatır mısınız?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Eşinizin sizi sevip okşamasından hoşlanır mısınız?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. İsteddiğiniz kadar sık cinsel ilişkide bulunur musunuz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Eşinizle sevişmeyi reddettiğiniz olur mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Cinsel birleşme sırasında, cinsel organınızın sertliğini kaybettiği olur mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Cinsel organınız, eşinizin cinsel organına girer girmez istemeden boşaldığınız olur mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Eşinizle sarılıp, vücudunu okşamaktan zevk almırsınız?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Cinsel yaşınıza karşı ilgi/bizlik duyarsınız?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Cinsel organınıza eşinizin cinsel organına girer girmez istemeden boşaldığınız olur mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Birleşme sırasında yaptıklarınızdan tiksinti duyar mısınız?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Uludağ Üniversitesi
Tıp Fakültesi
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
tarafından onaylanmıştır.
Tarih : 18.09.2019
Karar No : 2019-15/12

Ek-7. Golombok Rust Cinsel Doyum Ölçeği Kadın Formu

GOLOMBOK-RUST CİNSEL DOYUM ÖLÇEĞİ

Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği

	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Çoğu zaman	Her zaman
1. Cinsel yaşama karşı ilgisizlik duyar mısınız?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Eşinize, cinsel ilişkinizle ilgili olarak nelerden hoşlanıp, nelerden hoşlanmadığınızı sorar mısınız?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Bir hafta boyunca cinsel ilişkide bulunmadığınız olur mu? (adet günleri, hastalık gibi nedenler dışında)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Cinsel yönden kolaylıkla uyarılır mısınız?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Sizce, sizin ve eşinizin önsevişmeye (öpme, okşama gibi) ayırdığınız zaman yeterli mi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Kendi cinsel organınızın, eşinizin cinsel organının giremeyeceği kadar dar olduğunu düşünür müsünüz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Eşinizle sevişmekten kaçınırsınız?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Cinsel ilişki sırasında doyuma (orgazma) ulaşabilir mısınız?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Eşinize sarılıp, vücudunu okşamaktan zevk alırsınız?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Eşinizle olan cinsel ilişkinizi tatminkâr bulur musunuz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Gerekirse rahatsızlık ve acı duymaksızın, parmağınızı cinsel organınızın içine sokabilir misiniz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Eşinizin cinsel organına dokunup, okşamaktan rahatsız olur musunuz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Eşiniz sizinle sevişmek istediğinde, rahatsız olur musunuz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Uludağ Üniversitesi
Tıp Fakültesi
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
tarafından onaylanmıştır.
Tarih : 18.09.2019
Karar No : 2019-15/12

	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Çoğu zaman	Her zaman
14. Sizin için doyumâ (orgazma) ulaşmanın mümkün olmadığını düşünür müsünüz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Haftada 2 defadan fazla cinsel birleşmede bulunur musunuz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Eşinize, cinsel ilişkinizle ilgili olarak, nelerden hoşlanıp, nelerden hoşlanmadığınızı söyleyebilir misiniz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Eşinizin cinsel organı, sizin cinsel organınıza rahatsızlık vermeden girebilir mi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Eşinizle olan cinsel ilişkinizde sevgi ve şefkatin eksik olduğunu hisseder misiniz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Eşinizin cinsel organınıza dokunup okşamasından zevk alır mısınız?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Eşinizle sevişmeyi reddettiğiniz olur mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Önsevişme sırasında eşiniz bızırınızı (kitoris) uyardığında doyuma (orgazm) ulaşabilir misiniz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Sevişme boyunca, sadece cinsel birleşme için ayrılan süre sizin için yeterli mi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Sevişme sırasında yaptıklarınızdan tiksinti duyar mısınız?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Kendi cinsel organınızın, eşinizin cinsel organının derine girmesini engelleyecek kadar dar olduğunu düşünür müsünüz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Eşinizin sizi sevip okşamasından hoşlanır mısınız?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Sevişme sırasında cinsel organınızda ıslaklık olur mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Cinsel birleşme anından hoşlanır mısınız?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Cinsel birleşme anında doyumâ (orgazma) ulaşır mısınız?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Handwritten signature

Uludağ Üniversitesi
Tıp Fakültesi
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
tarafından onaylanmıştır.
Tarih : 18.09.2019
Karar No : 2019-15/12

	UÜ-SK RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI		
	HAMILTON ANKSİYETE DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ		
	Dok.Kodu : FR-HAD-03-429-18	İlk Yay.Tarihi : 02 Mart 2011	Sayfa 1 / 2
Rev. No : 00	Rev.Tarihi :		

Hasta Adı/Soyadı:
 Doğum Tarihi (gün/ay/yıl): / /
 Protokol No:

0. Yok

1. Hafif (düzensiz ve kısa sürelerle ortaya çıkar)
2. Orta (daha sürekli ve daha uzun süreli olarak ortaya çıkar, hastanın bunlarla başa çıkması önemli çabaları gerektirir)
3. Şiddetli (sürekli, hastanın yaşamına egemen)
4. Çok şiddetli (kişiyi inkapasite durumuna getirici)


BİRİNİ İŞARETLEYİN

- | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. ANKSİYETELİ MİZAC: Endişeler, kötü bir şey olacağı beklentisi, korkulu bekleyiş, irritabilite. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2. GERİLİM: Gerilim duyguları, bitkinlik, irkilme tepkileri, kolayca ağlamaya başlama, ürperme, yerinde duramama, gevşeyememe. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3. KORKULAR: Karanlıktan, yabancılardan, yalnız bırakılmaktan, hayvanlardan, trafik ve kalabalıktan. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4. UYKUSUZLUK: Uykuya dalmada güçlük, bölünmüş uyku, doyurucu olmayan uyku, uyanıldığında bitkinlik, düşler, karabasanlar, gece korkuları. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5. ENTELLEKTÜEL (kognitif): Konsantrasyon güçlüğü, bellek zayıflaması. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6. DEPRESİF MİZAC: İLgi yitimi, hobilerden zevk alamama, depresyon, erken uyanma, gün içinde dalgalanmalar. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7. SOMATİK (Musküler): Ağrılar, seğirmeler, kas gerginliği, miyoklonik sızramalar, diş gıcırdatma, titre k konuşma, artmış kas tonusu. (Duyusal): Kulak çınlaması, görme bulanıklığı, sıcak ve soğuk basmaları, güçsüzlük duyguları, karıncalanma duyumu. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 8. KARDİYOVASKÜLER SEMPTOMLAR: Taşikardi, çarpıntı, göğüste ağrılar, damarların titreşmesi, baygınlık duygusu, ekstrasistoller. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |



Bu doküman Uludağ Üniversitesi Rektörlüğü'ne aittir. Başkaları tarafından kullanılamaz ve çoğaltılamaz.



	UÜ-SK RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI		
	HAMILTON ANKSİYETE DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ		
	Dok.Kodu : FR-HAD-03-429-18	İlk Yay.Tarihi : 02 Mart 2011	Sayfa 2 / 2
Rev. No : 00	Rev.Tarihi :		

- | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|
| 9. SOLUNUM SEMPTOMLARI: Göğüste baskı veya sıkışma, boğulma duygusu, iç çekme, dispne. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 10. GASTROİNTESTİNAL SEMPTOMLAR: Yutma güçlüğü, bağırsaklarda gaz, karın ağrısı, yanma duyuları, karında dolgunluk, bulantı, kusma, gurultu, ishal, kilo kaybı, konstipasyon. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 11. GENİTOÜRİNER SEMPTOMLAR: Sık işeme, amenore, menoraji, frijidite gelişimi, erken boşalma, libido kaybı, empotans. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 12. OTONOMİK SEMPTOMLAR: Ağız kuruluğu, yüz kızarması, solgunluk, terleme eğilimi, baş dönmesi, gerilim baş ağrısı, saçların diken diken olması. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 13. GÖRÜŞME SIRASINDAKİ DAVRANIŞ: Yerinde duramama, huzursuzluk veya gezinme, ellerde titremeler, alında kırışma, gergin yüz, iç çekme veya hızlı soluma, yüz solgunluğu, yutkunma, geğirme, canlı tendon sıçramaları, dilate pupiller, egzoftalmus. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

TOPLAM:

PSİŞİK:

SOMATİK:

(1,2,3,5,6)

(4,7 ,8,9, 10,11, 12,13)


Değerlendiren Dr. :



Bu doküman Uludağ Üniversitesi Rektörlüğü'ne aittir. Başkaları tarafından kullanılamaz ve çoğaltılamaz.



Ek-9. Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği

	UÜ-SK RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKALRI ANABİLİM DALI HAMILTON DEPRESYONU DERECELENDİRME ÖLÇEĞİ		
	Dok.Kodu : FR-HAD-03-429-19	İlk Yay.Tarihi : 02 Mart 2011	Sayfa 1 / 2
	Rev. No : 00	Rev.Tarihi :	


Hasta Adı/Soyadı:
Doğum Tarihi (gün/ay/yıl): / /
Protokol No:

1. Depresif ruh hali (keder, ümitsizlik, çaresizlik, değersizlik)
 0. Yok
 1. Yalnızca soruların cevaplarırken anlaşılıyor.
 2. Hasta bu durumları kendiliğinden söylüyor.
 3. Hastada bunların bulunduğu, yüz ifadesinden, postüründen, sesinden ve ağlamasından anlaşılıyor.
 4. Hasta bu durumlardan birinin kendisinde bulunduğunu, konuşma sırasında sözlü veya sözsüz olarak belirtiyor.
2. Suçluluk duyguları
 0. Yok
 1. Kendi kendini kınıyor, insanları üzdüğünü sanıyor.
 2. Eski yaptıklarından dolayı suçluluk hissediyor.
 3. Şimdiki hastalığı bir cezalandırma. Suçluluk hezeyanları.
 4. Kendisini ihbar ya da itham eden sesler işliyor ve/veya kendisini tehdit eden görsel hallüsinasyonlar görüyor.
3. İntihar
 0. Yok
 1. Hayatı yaşamaya değer bulmuyor.
 2. Keşke ölmüş olsaydım diye düşünüyor veya benzer düşünceler besliyor.
 3. İntihar düşünüyor ya da bu düşüncesini belli eden jestler yapıyor.
 4. İntihar girişiminde bulunmuş (herhangi bir ciddi girişim 4 puanla değerlendirilir).
4. Uykuya dalamamak
 0. Bu konuda zorluk çekmiyor.
 1. Bazen gece yattığında yarım saat kadar uyuyamadığından şikâyetçi.
 2. Gece boyunca gözünü bile kırpmadığından şikâyet ediyor.
5. Geceyanısı uyanmak
 0. Herhangi bir sorunu yok.
 1. Gece boyunca huzursuz ve rahatsız olduğundan şikâyetçi.
 2. Gece yanısı uyanıyor. Yataktan kalkmak 2 puanla değerlendirilir (herhangi bir neden olmaksızın).
6. Sabah erken uyanmak
 0. Herhangi bir sorunu yok.
 1. Sabah erkenden uyanıyor ama sonra tekrar uykuya d alıyor.
 2. Sabah erkenden uyanıp tekrar uyuyamıyor ve yataktan kalkıyor.
7. Çalışma ve aktiviteler
 0. Herhangi bir sorunu yok.
 1. Aktiviteleriyle, işiyle ya da boş zamanlardaki meşguliyetleriyle ilgili olarak kendini yetersiz hissediyor.
 2. Aktivitelerine, işine ya da boş zamanlardaki meşguliyetlerine karşı olan ilgisini kaybetmiş; bu durum ya hastanın bizzat kendisi tarafından bildiriliyor ya da başkaları onun kayıtsız, kararsız, mütereddit olduğunu belirtiyor (işinden ve aktivitelerinden çekilmesi gerektiğini düşünüyor).
 3. Aktivitelerinde harcadığı süre veya üretim azalıyor. Hastanede yatarken her gün en az 3 saat, servisteki işlerinin dışında aktivite göstermeyenlere 3 puan verilir.



Bu doküman Uludağ Üniversitesi Rektörlüğü'ne aittir.
Başkaları tarafından kullanılamaz ve çoğaltılamaz.



	UÜ-SK RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKALRI ANABİLİM DALI HAMILTON DEPRESYONU DERECELENDİRME ÖLÇEĞİ		Sayfa 2 / 2		
	Dok.Kodu	: FR-HAD-03-429-19		İlk Yay.Tarihi	: 02 Mart 2011
	Rev. No	: 00		Rev.Tarihi	:

4. Hastalığından dolayı çalışmayı tamamen bırakmış. Yatan hastalarda servisteki işlerin dışında hiçbir aktivite göstermeyenlere ya da servis işlerini bile yarımsız yapamayanlara 4 puan verilir.
0. Düşünceleri ve konuşması normal.
1. Görüşme sırasında hafif retardasyon hissediliyor.
2. Görüşme sırasında açıkça retardasyon hissediliyor.
3. Görüşmeyi yapabilmek çok zor
4. Tam stuporda.
0. Yok
1. Ellerle oynuyor, saçlarını çekiştiriyor.
2. Elini ovuşturuyor, tırnak yiyor, dudaklarını ısırıyor
0. Herhangi bir sorun yok.
1. Subjektif gerilim ve irritabilite.
2. Küçük şeylere üzülüyor.
3. Yüzünden veya konuşmasından endişeli olduğu anlaşılıyor.
4. Korkularını daha sorulmadan anlatıyor
0. Yok
1. Hafif
2. İlimli
3. Şiddetli
4. Çok şiddetli
0. Yok
1. İştahsız, ancak personelin ısrarıyla yiyor. Karnının şiş olduğunu söylüyor.
2. Personel zorlamasa yemek yemiyor. Barsakları ya da gastrointestinal semptomları için ilaç istiyor ya da ilaca ihtiyaç duyuyor.
0. Yok
1. Ekstremitelerde, sırtında ya da başında ağırlık hissi. Sırt ağrıları, baş ağrısı, kaslarda sızlama, Enerji kaybı, kolayca yorulma
2. Herhangi bir kesin şikayet 2 puanla değerlendirilir.
0. Yok
1. Hafif.
2. Şiddetli.
3. Anlaşılamadı.
0. Yok
1. Kuruntulu
2. Aklını sağlık konularına takmış durumda.
3. Sık sık şikayet ediyor, yardım istiyor
4. Hipokondriyaklık delüzyonları.
- A. Tedavi öncesinde (anamnez bulguları)
0. Kilo kaybı yok.
1. Önceki hastalığına bağlı olması zayıflama.
2. Kesin (hastaya göre) kilo kaybı.
- B. Psikiyatrist tarafından haftada bir yapılan hastanın tartıldığı kontrollerde
0. Haftada 0.5 kg'dan daha az zayıflama.
1. Haftada 0.5 kg'dan daha fazla zayıflama.
0. Hasta ve depresyonda olduğunun bilincinde.
1. Hastalığını biliyor ama bunu iklime, kötü yiyeceklere, virüslere, istirahate ihtiyacı olduğuna bağlıyor.
2. Hasta olduğunu kabul etmiyor.



Bu doküman Uludağ Üniversitesi Rektörlüğü'ne aittir.
Başkaları tarafından kullanılamaz ve çoğaltılamaz.



TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim süresince bilgi ve deneyimlerini benimle paylaşan Prof. Dr. Selçuk Kırılı, Prof. Dr. Aslı Sarandöl, Doç. Dr. E. Yusuf Sivrioğlu, Prof. Dr. Cengiz Akkaya ve Prof. Dr. Saygın Eker'e, rotasyonlarım süresince eğitimime katkısı bulunan öğretim üyelerine ve hekim arkadaşlarıma, tezime desteği için Deri Ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı öğretim üyesi Prof. Dr. Kenan Aydoğan'a ve bölümde çalışan asistan hekimler ve hemşirelere, tezimin verilerini titizlikle değerlendiren Biyoistatistik Anabilim Dalı öğretim üyesi Prof. Dr. İlker Ercan'a, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı'ndaki tüm hekim arkadaşlarıma, hemşire ve personelimize, beni yetiştiren ve daima destek olan aileme ve her zaman desteği ile yanımda olan değerli eşime teşekkür ederim.

ÖZGEÇMİŞ

1991 yılında Mersin'de doğdum. İlkokulu Dr. Hakan Kundak İlk Öğretim Okulu ve Viranşehir Develi İlköğretim Okulu'nda tamamladım. Lise eğitimimi Mersin Yusuf Kalkavan Anadolu Lisesi'nde tamamladım. Üniversite eğitimimi Çanakkale 18 Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde bitirdim. İstanbul Beyoğlu Toplum Sağlığı Merkezi'nde 10 ay süreyle zorunlu hizmet görevi yaptım. Görev yaptığım sırada Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Bölümü'nü kazanmam üzerine, görevimi bırakarak, 15.08.2016 tarihinde asistanlık eğitimime başladım. Asistanlık sürecimde Türkiye Psikiyatri Derneğinin vermiş olduğu bilişsel davranışçı terapi eğitimine başladım, Teorik kısmını tamamladım. Halen Bilişsel Davranışçı Psikoterapiler Derneği'nde bilişsel davranışçı terapiye yönelik eğitim almaktayım. Temmuz 2018 tarihinden itibaren evliyim. Orta düzeyde İngilizce bilmekteyim.