

Dermatolojide Cinsel Fonksiyon Bozuklukları

Sexual Dysfunction in Dermatology: Review

Dr. Aylin TÜREL ERMERTCAN^a

^aDermatoloji AD,
Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi,
Manisa

Geliş Tarihi/Received: 11.03.2010
Kabul Tarihi/Accepted: 25.05.2010

Yazışma Adresi/Correspondence:
Dr. Aylin TÜREL ERMERTCAN
Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi,
Dermatoloji AD, Manisa,
TÜRKİYE/TURKEY
draylinturel@hotmail.com

ÖZET Bilimsel gelişmeler dermatoloji ve psikiyatri bölümleri açısından uzun süreli hastalıkların anlaşılması ve tedavisine ışık tutmaktadır. Derimiz, dünyayı algılamamızda ve dünyanın bizi algılamasında iki yönlü olarak önem taşımaktadır. Deri, primer bir dermatolojik durumdan etkilendiği zaman, benlik saygısı, güven ve yaşam kalitesini önemli ölçüde etkileyen psikolojik sekeller sıklıkla bunu takip etmektedir. Özellikle kronik ve kaşıntılı seyreden deri hastalıkları demoralizasyon, düşük benlik saygısı, stres, sosyal fobi, anksiyete, depresyon, uyku bozuklukları ve obsesif kompulsif bozukluk gibi çeşitli psikolojik problemlere yol açabilmektedir. Hastaların yaşam kalitesini bozdukları gibi eş ve yakınlarının da yaşam kalitesini etkilemektedirler. Bu etkilerin ölçülebilmesi klinik, terapötik ve sağlık araştırmaları açısından önem taşımaktadır. Seksüel sağlık genel sağlığın bir bölümü olup farklı hastalıklarda seksüel fonksiyon bozukluklarının değerlendirilmesi son yıllarda dermatoloji alanında oldukça yeni bir konudur. Deri ve akıl seksüel davranışın iki ana komponentini oluşturmaktadır. Derimiz seksüel aktivitenin seksüel uyarılma fazından orgazmik fazına kadar önemli rol oynamaktadır. Deri hastalıkları, seksüel bozuklukları direkt ve indirekt olarak etkileyebilir. Bu makalede, erkek ve kadın seksüel fonksiyonları ve deri hastalıklarında seksüel fonksiyon bozuklukları gözden geçirilmiştir. Sırasıyla, kadın seksüel fonksiyon ölçekleri, erkek seksüel fonksiyon ölçekleri, hem kadın, hem de erkekler için kullanılan ölçekler, sistemik hastalıklarda ve deri hastalıklarında seksüel fonksiyon bozuklukları tartışılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Cinsel fonksiyon bozuklukları, dermatoloji

ABSTRACT Scientific advances are shedding new light on the understanding and treatment of long-recognized conditions located at the interface of dermatology and psychiatry. The skin is one of the major avenues by which we perceive the world, and, in turn are perceived by it. When the skin itself is markedly affected by a primary dermatologic condition, psychological sequelae often follow, greatly impacting the patient's self-esteem, confidence, and overall quality of life. Skin diseases, especially chronic and pruritic ones, may cause a variety of psychological problems, including demoralization, poor self esteem, distress, social phobia, anxiety, depression, sleep disturbances and obsessive-compulsive disorder. Besides they can diminish the patients' quality of lives, they can affect also the quality of lives of relatives and partners of patients with the disease. It is important to be able to measure these effects for clinical, therapeutic and health service research. Sexual health is also perceived as an integral part of general health and sexual dysfunction in different diseases in dermatology arena became a new subject in recent years. Skin and mind are two major components of sexual act. Skin plays major role from sexual arousal to orgasmic phases of sexual activity. Diseases of skin can affect directly and indirectly of sexual disorders. In this report, male and female sexual functions and sexual dysfunction in skin diseases have been reviewed. Female sexual functioning scales, male sexual functioning scales, scales using for both females and males, sexual dysfunction in systemic diseases and skin diseases have been discussed respectively.

Key Words: Sexual dysfunction, dermatology

Türkiye Klinikleri J Dermatol 2010;20(2):81-7

Dermatoloji ve psikiyatri alanındaki bilimsel gelişmeler kronik hastalıkların anlaşılması ve tedavisine ışık tutmaktadır. Derimiz dünyayı ve çevremizi algılamamızda önemli role sahiptir. Benlik

saygısı, güven ve yaşam kalitesini önemli ölçüde etkileyen deri hastalıklarını sıklıkla psikolojik sekel-ler izleyebilmektedir.¹

Seksüel yaşam genel sağlığın önemli bir parçası olup son yıllarda çeşitli hastalıklardaki seksüel fonksiyon bozuklukları, özellikle de kadın seksüel disfonksiyonu önemli bir sağlık sorunu olarak algılanmaya başlamıştır.^{2,3} Dermatolojide bu konu oldukça yeni olup deri hastalıkları ve seksüel fonksiyon bozuklukları alanında oldukça az sayıda yayın bulunmaktadır.

Kadın ve erkek seksüel fonksiyonu ayrı fizyolojik antiteler olduğundan bu derlemede kadın ve erkek seksüel fonksiyonlarının değerlendirilmesinden ayrı ayrı bahsedilmiş, sistemik hastalıklar ve deri hastalıklarında seksüel disfonksiyon gözden geçirilmiştir.

KADIN SEKSÜEL FONKSİYONLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Seksüel yaşam medyada, internette, toplumun her alanında karşımıza çıkan bir konudur. Kadın sağlığıyla spesifik ilgilenenler de dahil klinisyenler kadın hastalarının seksüel yaşamını nadiren sorgulamaktadır.³ Erkek seksüel fonksiyon bozukluklarından farklı olarak kadınların seksüel problemlerine bugüne kadar pek değinilmemiş olup, bu nedenle de sıklıkla tedavi edilmemektedir.⁴ Son yıllarda kadın seksüel fonksiyon bozuklukları tıbbi ve psikososyal faktörlerden etkilenen, yaygın ve önemli bir sağlık sorunu olarak kabul edilmeye başlamıştır.⁵⁻⁸ Tanı ve tedavideki bu gelişme hekimlerin kadın hastalarıyla onların seksüel yaşamları konusunda iletişim kurmalarına bağlanmaktadır.³ Kadın seksüel fonksiyon bozuklukları biyolojik ve psikososyal açıdan heterojen bir etiyojolojiye sahiptir.^{9,10} Kadın sağlığı ve yaşam kalitesi açısından sağlıklı kadın seksüel yaşamı gittikçe önem kazanmakta ve daha iyi tanımlanabilmektedir.¹¹

Ulusal Sağlık ve Sosyal Yaşam Araştırması (NHLS) bulgularına göre 18-59 yaş arası kadınların %43'ünde, erkeklerin ise %31'inde seksüel fonksiyon bozukluğu görülmektedir. Bu inceleme sonuçlarına göre kadınların aslında erkeklere kıyasla daha fazla seksüel problemlere sahip olduğu kanısına varılmıştır. Uygulanan anketi cevaplayan-

ların %36'sı kadınların dörtte bir veya daha azında, %48'i 1/4-1/2'sinde, %12'si 1/2-3/4'ünde ve %4'ü 3/4'ünden daha fazlasında seksüel fonksiyon bozukluğu görüldüğünü bildirmişlerdir. Klinik pratikte seksüel istekte azalmanın (hipoaktif seksüel istek) en sık görülen seksüel fonksiyon bozukluğu olduğu belirlenmiştir.¹² Dünya çapında yapılan diğer toplum tabanlı araştırmalar da kadınlarda seksüel hastalıkların oldukça sık görüldüğünü desteklemektedir.^{5,13-15} Kadın seksüel fonksiyon bozuklukları seksüel ilgi/istek/libido, uyarılma, orgazm ve ağrı/rahatsızlık alanlarındaki problemleri kapsamaktadır. Bu konudaki kısıtlı epidemiyolojik verilere rağmen %43 kadının en az bir seksüel problemden yakındığı belirtilmektedir. Klinik çalışmalarda istek ve uyarılma fazındaki sorunlar en sık görülen bozukluklardır. Toplum araştırmalarında orgazm ve uyarılma problemleri eşit sıklıkta bulunmuştur.^{7,16}

Kadın seksüel fonksiyon indeksi (FSFI) kadın seksüel fonksiyonunun tüm alanlarını içeren güvenilir ve geçerli bir ölçektir. Kişinin kendisinin doldurduğu, istek, uyarılma, lubrikasyon, orgazm, memnuniyet ve ağrıyı içeren 6 alt gruptan oluşan 19 soruluk bir ankettir. Her soru 0 (veya 1) ile 5 (soru 1,2,15 ve 16=1-5) arasında skorlanmaktadır. Toplam puanın yüksek olması seksüel fonksiyonun iyi olduğunu ifade etmekte, 0 puan ise son 1 ay içinde seksüel aktivite olmadığı anlamına gelmektedir.¹⁶ Türk toplumuna geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Öksüz ve Malhan tarafından gerçekleştirilmiştir.¹⁷ Bu ölçeğin avantajı seksüel stimülasyona hem periferik (örn. lubrikasyon), hem de santral (istek ve uyarılma) yanıtları değerlendirebilmesidir.¹⁶

Seksüel ilgi ve istek envanteri-kadın (SIDI-F) hipoaktif seksüel istekli (HSDD) kadınlarda semptomların şiddetini ölçmede kullanılan, klinisyenin uyguladığı 13 soruluk bir ölçektir. Clayton ve ark. geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasını yayınlamışlardır.¹⁸

Kadın seksüel fonksiyon bozukluklarını değerlendirmede kullanılan, geçerliliği gösterilmiş diğer ölçekler: Kadınlar için kısa seksüel fonksiyon indeksi (BISF-W; Taylor, Rosen, & Leiblum, 1994), seksüel fonksiyonda değişiklikler ölçeği (CSFQ;

Clayton, McGarvy, & Clavet, 1997), Derogatis seksüel fonksiyon görüşmesi (DISF/DISF-SR; Derogatis, 1997), Golombok Rust seksüel memnuniyet envanteri (GRISS; Rust & Golombok, 1986), kadın seksüel stres ölçeği (FSDS; Derogatis, Rosen, Leiblum, Burnett, & Heiman, 2002), seksüel yaşam indeksi ve seksüel fonksiyon ölçeği (SFQ)'dir.¹⁹⁻²²

ERKEK SEKSÜEL FONKSİYONLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Seksüel aktivite tüm yaşamları boyunca erkeklerin çoğu için önemini sürdürmektedir. Eretil disfonksiyon (ED) genellikle seksüel yaşamlarının kötüleşmesine yol açmakta ve her yaşta kişisel ve kişilerarası ilişkilerinde strese neden olmaktadır.²³ Bu problem genellikle yaşla ilişkili olup, 40-70 yaşlarda orta-şiddetli ED prevalansı yaklaşık 2-3 kat artış göstermektedir. ED etiolojisinden tıbbi, psikolojik ve yaşam tarzıyla ilişkili çeşitli faktörler sorumlu tutulmaktadır. Bu durum benlik saygısı, yaşam kalitesi ve kişilerarası ilişkileri olumsuz yönde etkilemektedir.²⁴

Erkeklerde seksüel memnuniyeti değerlendiren çeşitli ölçekler geliştirilmiştir. Seksüel davranış profili (SEP), uluslararası erektile fonksiyon indeksi (IIEF) erkekler için seksüel sağlık envanteri (SHIM) (IIEF-5) erektile fonksiyonu değerlendirmede en sık kullanılan ölçeklerdir. Araştırmalarda temel olarak IIEF kullanılırken klinik pratikte IIEF-5 (SHIM) tercih edilmektedir.^{23,24}

IIEF kişinin kendisinin doldurduğu 15 sorudan oluşan bir ölçektir. On dilde geçerliliği yapılmıştır.²⁵ Türkçe validasyonu Turunç ve ark tarafından gerçekleştirilmiştir.²⁶ Eretil fonksiyon, orgazmik fonksiyon, seksüel istek, ilişki başarısı ve genel memnuniyetle ilgili sorular içeren 5 alt gruptan oluşmaktadır.^{25,27} Her soru 0 (veya 1) ile 5 (soru 11, 12, 13, 14 ve 15=1-5) arasında skorlanmaktadır. Puanın yüksek olması seksüel fonksiyonun daha iyi olduğunu ifade etmektedir. 0 puan ise son bir ay içinde seksüel aktivite olmadığını göstermektedir.²⁵

SHIM (IIEF-5) ölçeği IIEF'den alınan bazı sorulardan oluşturulmuştur. Bu sorular IIEF'nin 2, 4, 5, 7 ve 15. sorularıdır. ED çoğunlukla IIEF-5 ile sorulanmaktadır.²⁸

Çalışmalarda ve klinik pratikte kullanılan diğer ölçekler şunlardır: IIEF-6, seksüel davranış profili (SEP), ereksiyon sertleşme skoru (EHS), ereksiyon kalite ölçeği (QEQ), erektile disfonksiyon tarama ölçeği (SQUED), Avrupa yaşlılık çalışması-seksüel fonksiyon ölçeği (EMAS-SFQ), prematür ejakülasyon indeksi, benlik saygısı ve ilişki kalite incelemesi ve kısa erkek seksüel fonksiyon envanteri (BMSFI).^{19,29-33}

ERKEK VE KADINLAR İÇİN ORTAK KULLANILAN ÖLÇEKLER

Seksüel uyarılma ve istek envanteri (SADI), Tolodano ve ark tarafından geliştirilen, erkek ve kadınlarda uyarılma ve istek alanlarını subjektif olarak değerlendiren, çok yönlü ve tanımlayıcı bir ölçektir. Kadın ve erkeklerde seksüel istek ve uyarılmanın fizyolojik, kognitif-emosyonel ve inhibitör komponentlerini ölçen geçerli ve güvenilir bu ölçek 54 sorudan oluşmaktadır. Sorular değerlendirici, fizyolojik, motivasyonel ve negatif olmak üzere dört alt grupta toplanmıştır. Hastalar bu ölçeğin sorularını 5 puanlık Likert skalası üzerinden yanıtlamaktadırlar (0=hiç - 5=her zaman).³⁴

Arizona seksüel deneyim ölçeği (ASEX) hem kadın, hem de erkeklerde seksüel fonksiyonu değerlendirmede kullanılan diğer bir ölçektir. McGahuey ve ark.nın geliştirdiği, seksüel fonksiyonun temel kısımlarını (istek, uyarılma, penil ereksiyon/vajinal lubrikasyon, orgazm ve memnuniyet) değerlendirmek için kullanılan basit bir ölçektir. Muhtemel toplam puan 5-30 arasında değişmektedir. Bu ölçekte diğerlerinden farklı olarak toplam puanın yüksek olması daha fazla seksüel fonksiyon bozukluğu olduğunu ifade etmektedir. Her soru 6 puanlık Likert sistemi ile değerlendirilir, toplam ASEX skoru ≥ 19 , herhangi bir soru puanı ≥ 5 veya en az üç soruya 4 puan verilmesi seksüel fonksiyon bozukluğu olduğunu gösterir.³⁵ Bu ölçeğin Türkçeye uyarlamasını Soykan gerçekleştirmiştir.³⁶

Medex seksüel disfonksiyon ölçeği, ilişki ve seksüalite ölçeği (RSS) ve seksüel bilinç ölçeği (SSCS) istek, uyarılma, isteğin sürdürülmesi, orgazm ve memnuniyetin değerlendirilmesinde ortak olarak kullanılabilen diğer ölçeklerdir.³⁷⁻³⁹

DERİ HASTALIKLARI VE SEKSÜEL DİSFONKSİYON

Deri hastalıkları, özellikle de kronik ve kaşıntılı seyredenler demoralizasyon, düşük benlik saygısı, stres, sosyal fobi, anksiyete, depresyon, uyku bozuklukları ve obsesif kompulsif bozukluk gibi çeşitli psikolojik problemlere neden olabilmektedir.⁴⁰ Hastaların yanı sıra eşlerinin ve yakınlarının da yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir.⁴⁰⁻⁴⁵ Bu etkilerin ölçülmesi ve değerlendirilmesi klinik, terapötik, sağlık araştırmaları, politik nedenler ve klinik kararlar açısından oldukça önemlidir.⁴⁶

Dermatoloji açısından bakıldığında deri hastalıkları ve seksüel fonksiyon ilişkisi oldukça yeni bir konudur. Literatürde metotreksat ve retinoik asit tedavileri nedeniyle gelişen seksüel impotans ve ED olguları mevcuttur.^{47,48} Genital bölge lokalizasyonlu dermatozların seksüel fonksiyon bozukluklarına neden olabileceği aşikârdır.^{49,50} Ancak bu bölge yerleşimi dışında da deri hastalıkları seksüel fonksiyon bozukluklarına neden olmaktadır.

Gupta ve ark., 1997 yılında psoriasis ve seks konusunda 57 kadın ve 63 erkek hastayı içeren bir çalışma yayınlamışlardır. Çalışmalarında Carroll depresyon derecelendirme ölçeği (CRSD), Rosenberg benlik saygısı ölçeği, kişilerarası bağımlılık envanteri (IDS), kişinin kendisinin uyguladığı alkol tarama testi (SAAST) ve psoriasis ilişkili mücadele ölçeklerini kullanmışlardır. Bu çalışmada seksüel fonksiyonlarla ilgili sorular değerlendirilmiştir. Kırk dokuz (%40.8) psoriasis hastası hastalığıyla birlikte seksüel aktivitelerinde azalma olduğunu belirtmiştir. Seksüel yönden etkilenen ve etkilenmeyen grup arasında evlilik durumu, cinsiyet, yaş, psoriasis başlangıç yaşı, süresi, hastalık şiddeti açısından anlamlı farklılık bulunmamıştır.⁵¹ Sampogna ve ark., dermatolojiye spesifik skindex-29 ve dermatoloji yaşam kalitesi ölçeği (DLQI)'nin ve psoriyazise spesifik psoriasis yetersizlik indeksi ve psoriyazisin yaşam kalitesi üzerine etkisi anketinin seksüel fonksiyonla ilgili sorularını 936 psoriyazisli hastaya uyguladılar. Hastaların %35.5-71.3'ü psoriyazis nedeniyle seksüel sorunlar yaşadıklarını ifade etmişlerdir. Bu çalışmada seksüel fonksiyonlarda bozulma psoriyazisin şiddeti ve psikolojik problemlerin varlığı ile ilişkili bulunmuştur.⁵²

Sukan ve Maner vitiligolu ve kronik ürtikerli hastalarda seksüel problemleri araştırmışlardır. Elli vitiligolu, 50 kronik ürtikerli hastaya ve 50 kişiden oluşan kontrol grubuna ASEX'i uygulamışlardır. Kadınlara bakıldığında vitiligo ve kronik ürtikerli gruplarda kontrol grubuna kıyasla seksüel istek puanları düşük bulunmuştur. Seksüel uyarılma, lubrikasyondan seksüel aktivite tamamlanmasına kadar olan süreçte vitiligo ve ürtiker hastalarının daha fazla sıkıntı yaşadığı belirlenmiştir. ASEX toplam puanı da kadın hasta gruplarında kontrol grubuna kıyasla anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Erkek hasta grubunda orgazm memnuniyeti kontrol grubundan daha düşük saptanmış olup, ASEX'in diğer alt grup soruları açısından anlamlı farklılık görülmemiştir.⁵³

Nörodermatit ve psoriasisli hastalarda seksüel fonksiyonlar Mercan ve ark. tarafından araştırılmıştır. Otuz bir nörodermatitli, 24 psoriasisli ve 33 kişiden oluşan sağlıklı kişiye ASEX uygulamışlar ve nörodermatitli hastalarda psoriasis ve kontrol grubuna kıyasla daha fazla seksüel problem olduğunu belirtmişlerdir.⁵⁴

Kimata, atopik dermatitli erkek hastalarda ED konusunda bir çalışma yayınlamıştır. Komedi filmlerinin IIEF puanları üzerine etkisini ölçmek amacıyla ED olan 36 atopik dermatitli erkek hasta ve sağlıklı eşlerini çalışmaya dahil etmişlerdir. On sekiz hasta ve eşine üç gün üst üste komedi filmi, iki hafta sonra hastalara ve eşlerine üç gün üst üste hava durumu hakkında komedi özelliği olmayan filmler (kontrol olarak) izletilmiş. Diğer 18 hasta ve eşine üç gün üst üste kontrol filmleri izletilmiş, iki hafta sonra da yine üç gün üst üste komedi filmleri seyrettirilmiş. ED şiddeti, film izlemeden 1 gün önce ve seyrettikten 1-4 gün sonra serum testosteron ve östradiol düzeyleri değerlendirilmiş. Komedi filmleri seyretmek artmış serum testosteron ve azalmış östradiol düzeyleri ile birlikte IIEF'de anlamlı düzelmeye sağlarken kontrol filmleri ise bu konuda etkisiz olarak değerlendirilmiş, ancak bu etki kısa süreli bulunmuş.⁵⁵

Bu konuda psoriasisli ve kronik el egzemalı hasta gruplarında yayınlanmış bizim iki çalışmamız literatürde mevcuttur.^{56,57} İlk çalışmamızda 66 kadın (39 psoriasis, 27 kontrol) ve 70 erkek (39 psoriasis)

riazis ve 31 kontrol) olguda seksüel fonksiyon bozuklukları araştırıldı. Psoriasis şiddeti PASI ile değerlendirildi. Seksüel fonksiyonlar kadınlarda FSFI, erkeklerde IIEF ile değerlendirildi. Yaşam kalitesi ölçümü içinse DLQI kullanıldı. Depresyon değerlendirmesi ise DSM-IV (SCID-I)'e göre yapıldı ve depresyon derecelendirmesi için Hamilton depresyon ölçeği (HDRS) kullanıldı. Otuz dokuz psoriazisli erkek hastanın 16 (%41.03)'sında, 39 psoriazisli kadın hastanın ise 20 (%51.28)'sinde depresyon saptandı. Depresyonu olan ve olmayan erkek hastalarda kontrol grubuna kıyasla IIEF toplam puanı anlamlı olarak düşük bulundu. Depresyon saptanan ve saptanmayan erkek psoriazisli arasında IIEF skoru anlamlı bir farklılık göstermedi. Alt grup puanlarına bakıldığında psoriazisli erkeklerde ilişki başarısı skoru anlamlı olarak azalmıştı. Erektile fonksiyon, orgazmik fonksiyon, seksüel istek ve memnuniyet puanları yine psoriazisli hastalarda kontrol grubuna kıyasla düşüktü, depresyonu olanlar ve olmayanlar arasında anlamlı fark saptanmadı. FSFI toplam puanı depresyonu olan ve olmayan kadın psoriazisli hastalarda kontrol grubuna göre anlamlı olarak düşük bulundu. Depresyonu olan ve olmayan psoriazisli arasında FSFI puanı açısından anlamlı bir farklılık gözlenmedi. Alt grup değerlendirilmelerinde lubrikasyon ve ağrı dışında diğer alt grup puanları depresyonu olan ve olmayan tüm psoriazislilerde anlamlı olarak azalmıştı. Lubrikasyon ve ağrı açısından üç grup arasında anlamlı bir farklılık saptanmadı. Kadın psoriazislilerde FSFI ve DLQI skorları arasında negatif korelasyon gözlemlendi, ancak FSFI skoru PASI ve HDRS puanları ile korele değildi. Erkek psoriazislilerde ise IIEF puanı PASI, DLQI ve HDRS puanları ile korelasyon göstermedi. Sonuç olarak psoriazisli hastalarda, özellikle de kadın hastalarda belirgin seksüel disfonksiyon saptandı, depresyon olmasının hastalardaki seksüel disfonksiyona ek bir negatif etkisi gözlenmedi.⁵⁶

İkinci çalışmamızda kronik el egzeması olan kadın ve erkeklerde seksüel fonksiyon bozuklukları incelendi. 91 kadın (43 hasta, 48 kontrol) ve 79 erkek (45 hasta, 34 kontrol) çalışmaya dahil edildi. El egzema şiddet indeksi (HECSI) ile hastalık şiddeti değerlendirildi, yine aynı şekilde FSFI, IIEF,

DLQI ve HDRS puanları hesaplandı. Depresyonlu kadın el egzemalı hastalarda FSFI toplam puanı kontrol grubuna kıyasla azalmıştı. Depresyonlu hastalarda depresyonu olmayanlara kıyasla FSFI puanı anlamlı olarak düşük bulundu. Alt grup puanlarına bakıldığında ağrı dışında hepsi depresyonlu ve depresyonsuz hasta gruplarında anlamlı olarak azalmıştı. Ağrı açısından üç grup arasında anlamlı bir fark gözlenmedi. Erkek hastalara baktığımızda IIEF toplam puanı depresyonu olsun ya da olmasın kontrol grubuna kıyasla anlamlı olarak azalmıştı. Alt grup puanlarına göre ise el egzemalı erkeklerde ilişki başarısı anlamlı olarak düşük bulundu. İlişki başarısı puanı depresyonu olan hastalarda depresyonu olmayan gruba göre anlamlı düzeyde azalmıştı. Erektile fonksiyon, orgazmik fonksiyon, seksüel istek ve memnuniyet alt grup puanları açısından üç grup arasında anlamlı farklılık gözlenmedi. Korelasyon analizlerine baktığımızda depresyonu olmayan kadın egzemalı hasta grubunda FSFI ve HDRS skoru arasında negatif bir korelasyon saptandı. FSFI skoru HECSI ve DLQI puanı ile korele değildi. Depresyonu olan kadın hasta grubunda ise FSFI puanı ile HECSI, DLQI ve HDRS arasında korelasyon saptanmadı. Erkeklerde ise toplam IIEF puanı HECSI, DLQI ve HDRS ile korele bulunmadı. Sonuçta, el egzemalı kadın ve erkek hastalarda seksüel fonksiyon bozukluğu görüldüğü ve eşlik eden depresyonun da buna ilave negatif etkisinin olduğu kararına varıldı.⁵⁷

Koçak ve ark. premenapozal Behçet hastalığı olan kadınlarda seksüel fonksiyon bozukluklarını araştırmışlardır. Yetmiş bir hasta ve 63 kişiden oluşan, yaşları 18-44 arasında değişen kadın olguda FSFI ve Beck depresyon envanteri (BDI) doldurulmuştur. Bu çalışma sonuçlarına göre ortalama BDI puanı hasta grubunda kontrol grubuna kıyasla anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Otuz dört (%47.9) Behçetli hasta ve 11 (%17.5) sağlıklı gönüllüde (%17.5) seksüel disfonksiyon saptanmış olup, iki grup arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Behçet hastalığında en sık problem uyarılma safhasında bozulma olarak değerlendirilmiş, istek ve lubrikasyon alt gruplarının da etkilendiği belirtilmiştir. Behçet hastalarında BDI ve

FSFI skoru arasında negatif bir korelasyon bulunmuştur. FSFI puanı ve genital ülser varlığı arasında bir ilişki saptanmamıştır. Behçet hastalarında BDI puanına göre depresyon varlığı seksüel durum ile korele bulunmuştur.⁵⁸

Kaşıntı, yanma, ağrı, hassasiyet, irritasyon ve kanama gibi semptomlar deri hastalıklarına eşlik etmektedir. Hastalığın kendisi kadar bu semptomlar da psikiyatrik bozukluklara neden olmakta ve hastaların yaşam kalitesini de etkilemektedir. Uyarılmadan orgazmik faza kadar seksüel aktivitede derimizin majör rolü olduğundan deri hastalıkları

direkt ya da indirekt yolla seksüel fonksiyon bozukluklarına yol açabilmektedir.

Seksüel hayat, yaşamın ve yaşam kalitesinin önemli bir parçası olduğundan deri hastalıklarında seksüel disfonksiyon araştırılmalı ve tedavi edilmelidir. Genel sağlık ölçekleri ve dermatolojiye spesifik ölçekler seksüel yaşam hakkında sorular içermekle birlikte seksüel problemleri tam anlamıyla değerlendirememektedir. Kadın ve erkek seksüel fonksiyonu ayrı antiteler olduğundan araştırmalarda ve klinik pratikte FSFI ve IIEF gibi cinsiyete spesifik seksüel fonksiyon ölçekleri tercih edilmelidir.

KAYNAKLAR

- Sandoz A, Koenig T, Kusnir D, Tausk FA. Psychocutaneous diseases. In: Burgdorf WHC, Plewig G, Wolff HH, Landthaler M, eds. Braun-Falco's Dermatology. 3rd ed. Berlin: Springer; 2009. p.912-26.
- Nicolosi A, Laumann EO, Glasser DB, Moreira ED, Paik A, Gingell C. Sexual behavior and sexual dysfunctions after age 40: The global study of sexual attitudes and behaviors. *Urology* 2004;64(5):991-7.
- Bachmann G. Female sexuality and sexual dysfunction: Are we stuck on the learning curve? *J Sex Med* 2006;3(4):639-45.
- Anastasiadis AG, Davis AR, Ghafar MA, Shabsigh R. The epidemiology and definition of female sexual disorders. *World J Urol* 2002;20(2):74-8.
- Laumann EO, Niclasi A, Glasser DB, Paik Gingell C, Moreira E, Wang T. Sexual problems among women and men aged 40-80 y: Prevalence and correlates identified in the global study of sexual attitudes and behaviors. *Int J Impot Res* 2005;17(1):39-57.
- Cayan S, Akbay E, Bozlu M, Canpolat B, Acar D, Ulusoy E. The prevalence of female sexual dysfunction and potential risk factors that may impair sexual function in Turkish women. *Urol Int* 2004;72(1):52-7.
- Hayes RD, Bennett CM, Fairley CK, Dennerstein L. What can prevalence studies tell us about female sexual difficulty and dysfunction? *J Sex Med* 2006;3(4):589-95.
- Segraves R, Woodard T. Female hypoactive sexual desire disorder: History and current status. *J Sex Med* 2006;3(3):408-18.
- Bachmann GA, Leiblum SR. The impact of hormones on menopausal sexuality: A literature review. *Menopause* 2004;11(1):120-30.
- Dalpiazo O, Kerschbaumer A, Mitterberger M, Pinggera GM, Colleselli D, Bartsch G, et al. Female sexual dysfunction: a new urogynaecological research field. *BJU Int* 2008;101(6):717-21.
- Dunn KM, Croft PR, Hackett GI. Association of sexual problems with social, psychological, and physical problems in men and women: A cross sectional population survey. *J Epidemiol Community Health* 1999;53(3):144-8.
- Laumann EO, Paik A, Rosen RC. Sexual dysfunction in the United States: Prevalence and predictors. *JAMA* 1999;281(6):537-44.
- Dennerstein L, Alexander JL, Kotz K. The menopause and sexual functioning: A review of the population-based studies. *Annu Rev Sex Res* 2003;14:64-82.
- Oberg K, Fugl-Meyer AR, Fugl-Meyer KS. On categorization and quantification of women's sexual dysfunctions: An epidemiological approach. *Int J Impot Res* 2004;16(3):261-9.
- Korda JB. [Female sexual dysfunction]. *Urologe A* 2008;47(1):77-91.
- Rosen R, Brown C, Heiman J, Leiblum S, Meston C, Shabsigh R, et al. The Female Sexual Function Index (FSFI): A multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. *J Sex Marital Ther* 2000;26(2):191-208.
- Oksuz E, Malhan S. [Reliability and validity of the Female Sexual Function Index in Turkish population]. *Sendrom* 2005;17(1): 54-8.
- Clayton AH, Segraves RT, Leiblum S, Basson R, Pyke R, Cotton D, et al. Reliability and validity of the Sexual Interest and Desire Inventory-Female (SIDI-F), a scale designed to measure severity of female hypoactive sexual desire disorder. *J Sex Marital Ther* 2006;32(2): 115-35.
- Shindel AW, Ferguson GG, Nelson CJ, Brandes SB. The sexual lives of medical students: a single institution survey. *J Sex Med* 2008; 5(4):796-803.
- American Psychiatric Association. DSM-IV: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; 1997. p. 493-518.
- ter Kuile MM, Brauer M, Laan E. The Female Sexual Function Index (FSFI) and the Female Sexual Distress Scale (FSDS): psychometric properties within a Dutch population. *J Sex Marital Ther* 2006;32(4):289-304.
- Khademi A, Alleyassini A, Amini M, Ghaemi M. Evaluation of sexual dysfunction prevalence in infertile couples. *J Sex Med* 2008;5(6):1402-10.
- Dean J, de Boer BJ, Graziottin A, Hatzichristou D, Heaton J, Taylor A. Effective erectile dysfunction (ED) treatment enables men to enjoy better sex: The importance of erection hardness, psychological well-being, and partner satisfaction. *Eur Urol Suppl* 2006;5(13): 761-6.
- Dean J, de Boer BJ, Graziottin A, Hatzichristou D, Heaton J, Taylor A. Erectile dysfunction and sexual satisfaction: New perspectives. *Eur Urol* 2006;5(13):759-60.
- Rosen RC, Riley A, Wagner G, Osterloh IH, Kirkpatrick J, Misura A. The International Index of Erectile Function (IIEF): a multidimensional scale for assessment of erectile dysfunction. *Urology* 1997;49(6):822-30.
- Turunc T, Deveci S, Güvel S, Peskircioglu L. [The assessment of Turkish validation with 5 question version of International Index of Erectile Function (IIEF-5)]. *Turkish Journal of Urology* 2007;33(1): 45-9.
- Dean J, de Boer BJ, Graziottin A, Hatzichristou D, Heaton J, Taylor A. The role of erection hardness in determining erectile dysfunction (ED) treatment outcome. *Eur Urol Suppl* 2006;5(13):767-72.

28. Rosen RC, Cappelleri JC, Smith MD, Lipsky J, Bena BM. Development and evaluation of an abridged, 5-item version of the International Index of Erectile Function (IIEF-5) as a diagnostic tool for erectile dysfunction. *Int J Impot Res* 1999;11(6):319-26.
29. Popovic S, Nale D, Dabetic M, Matanovic D, Dimitrijevic-Sreckovic V, Milic G, et al. Effect of tadalafil on erectile dysfunction in male patients with diabetes mellitus. *Vojnosanit Pregl* 2007;64(6):399-404.
30. Mulhall JP, Goldstein I, Bushmakin AG, Cappelleri JC, Hvidsten K. Validation of the erection hardness score. *J Sex Med* 2007;4(6):1626-34.
31. Martin-Morales A, Mejjide Rico F, Garcia Gonzalez JI, Manero Font M, Garcia-Losa M, Artes Ferragud M, et al. [Development and psychometric validation of a new screening questionnaire for erectile dysfunction (SQUED) questionnaire]. *Actas Urol Esp* 2007;31(2):106-12.
32. O'Connor DB, Corona G, Forti G, Tajar A, Lee DM, Finn JD, et al. Assessment of sexual health in aging men in Europe: Development and validation of the European Male Ageing Study Sexual Function Questionnaire. *J Sex Med* 2008;5(6):1374-85.
33. Hanak V, Jacobson DJ, McGree ME, Sauver JS, Lieber MM, Olson EJ, et al. Snoring as a risk factor for sexual dysfunction in community men. *J Sex Med* 2008;5(4):898-908.
34. Toledano R, Pflaus J. The Sexual Arousal and Desire Inventory (SADI): A multidimensional scale to assess subjective sexual arousal and desire. *J Sex Med* 2006;3(5):853-77.
35. McGahuey CA, Gelenberg AJ, Laukes CA, Moreno FA, Delgado PL, McKnight KM, et al. The Arizona Sexual Experiences Scale: Reliability and validity. *J Sex Marital Ther* 2000;26(1):25-40.
36. Soykan A. The reliability and validity of Arizona Sexual Experiences Scale Turkish ESRD patients undergoing hemodialysis. *Int J Impot Res* 2004;16(6):531-4.
37. Clayton AH, Campbell BJ, Favit A, Yang Y, Moonsammy G, Piontek CM, et al. Symptoms of sexual dysfunction in patients treated for major depressive disorder: a meta-analysis comparing selegiline transdermal system and placebo using a patient-rated scale. *J Clin Psychiatry* 2007;68(12):1860-6.
38. Kazemi-Saleh D, Pishgoo B, Farrokhi F, Fotros A, Assari S. Sexual function and psychological status among males and females with ischemic heart disease. *J Sex Med* 2008;5(10):2330-7.
39. van Lankveld JJ, Geijen WE, Sykora H. The sexual self-consciousness scale: psychometric properties. *Arch Sex Behav* 2008;37(6):925-33.
40. Burgin S. Nummular eczema and lichen simplex chronicus/Prurigo nodularis. In: Wolff K, Goldsmith LA, Katz SI, Gilchrist BA, Paller AS, Leffell DJ, eds. *Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine*. 7th ed. New York: McGraw-Hill; 2008. p.158-62.
41. de Korte J, Sprangers MA, Mommers FM, Bos JD. Quality of life in patients with psoriasis: a systematic literature review. *J Investig Dermatol Symp Proc* 2004;9(2):140-7.
42. Choi J, Koo JY. Quality of life issues in psoriasis. *J Am Acad Dermatol* 2003;49(2 Suppl):57-61.
43. Ginsburg IH. The psychosocial impact of skin disease. *Dermatol Clin* 1996;14(3):473-84.
44. Niemeier V, Nippesen M, Kupfer W, Schill B, Gieler U. Psychological factors associated with hand dermatoses: which subgroup needs additional psychological care. *Br J Dermatol* 2002;146(6):1031-3.
45. Basra MK, Finlay AY. The family impact of skin disease: the Greater Patient concept. *Br J Dermatol* 2007;156(5):929-37.
46. Finlay AY. Quality of life indices. *Indian J Dermatol Venereol Leprol* 2004;70(3):143-8.
47. Reynolds OD. Erectile dysfunction in etretinate treatment. *Arch Dermatol* 1991;127(3):425-6.
48. Aguirre MA, Velez A, Romero M, Collantes E. Gynecomastia and sexual impotence associated with methotrexate treatment. *J Rheumatol* 2002;29(8):1793-4.
49. İsen K, Utku V. [A rare cause of sexual dysfunction: Bilateral giant hydrocele: case report]. *Turkiye Klinikleri J Med Sci* 2009;29(6):1767-9.
50. Akhan SE. [The effects of pelvic floor dysfunction on female sexuality]. *Turkiye Klinikleri J Gynecol Obst-Special Topics* 2009;2(2):77-85.
51. Gupta MA, Gupta AK. Psoriasis and sex: a study of moderately to severely affected patients. *Int J Dermatol* 1997;36(4):259-62.
52. Sampogna F, Gisondi P, Tabolli S, Abeni D and the IDI Multipurpose Psoriasis Research on Vital Experiences investigators. Impairment of sexual life in patients with psoriasis. *Dermatology* 2007;214(2):144-50.
53. Sukan M, Maner F. The problems in sexual functions of vitiligo and chronic urticaria patients. *J Sex Marital Ther* 2007;33(1):55-64.
54. Mercan S, Altunay IK, Demir B, Akpınar A, Kayaoğlu S. Sexual dysfunctions in patients with neurodermatitis and psoriasis. *J Sex Marital Ther* 2008;34(2):160-8.
55. Kimata H. Short-term improvement of erectile dysfunction by viewing humorous films in patients with atopic dermatitis. *J Sex Med* 2008;5(9):2107-10.
56. Turel Ermertcan A, Temeltas G, Devenci A, Dinc G, Güler HB, Ozturkcan S. Sexual dysfunction in patients with psoriasis. *J Dermatol* 2006;33(11):772-8.
57. Ergun M, Turel Ermertcan A, Ozturkcan S, Temeltas G, Devenci A, Dinc G. Sexual dysfunction in patients with chronic hand eczema in the Turkish population. *J Sex Med* 2007;4(6):1684-90.
58. Koçak M, Başar MM, Vahapoğlu G, Mert HC, Güngör S. The effect of Behçet's disease on sexual function and psychiatric status of premenopausal women. *J Sex Med* 2009;6(5):1341-8.