

**T.C.
TRAKYA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
DERİ VE ZÜHREVÎ HASTALIKLAR
ANABİLİM DALI**

Tez Yöneticisi
Prof. Dr. Süleyman PİŞKİN

**PSORİASİSTE HASTALIK ŞİDDETİ
VE HASTALIK ALGISI ARASINDAKİ İLİŞKİNİN
DEĞERLENDİRİLMESİ**

(Uzmanlık Tezi)

Dr. Özlem KAPLAN

EDİRNE-2016

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim süresince bilgi ve becerilerimin gelişmesinde büyük katkıları bulunan, tez çalışmamda her türlü yardım ve desteği sağlayan kıymetli hocam Sayın Prof. Dr. Süleyman PİŞKİN'e teşekkür ve saygılarımı sunarım.

Bu süre içerisinde tecrübe ve bilgileri ile yetişmemde emeği geçen hocalarım Sayın Yrd.Doç. Dr. Selma KORKMAZ'a ve Sayın Öğr. Gör. Uzm. Dr. Sezin FİŐİCİOęLU'na ve Anabilim Dalımızın emekli öğretim üyesi Sayın Prof. Dr. Özer ARICAN'a, tezimin istatistiksel analizlerini yapan Sayın Prof. Dr. Necdet SÜT'e ve sevgili asistan arkadaşlarıma desteklerinden dolayı teşekkürü borç bilirim.

Manevî destekleriyle yanımda olan sevgili ailem ve eşim Emre KAPLAN'a teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
GENEL BİLGİLER.....	3
PSORİASİS.....	3
PSORİASİS VE KOMORBİDİTELER.....	10
HASTALIK ALGISI.....	12
PSORİASİS VE DEPRESYON	13
PSORİASİS VE ANKSİYETE BOZUKLUĞU	14
GEREÇ VE YÖNTEMLER.....	15
BULGULAR	18
TARTIŞMA	27
SONUÇLAR	32
ÖZET.....	33
SUMMARY.....	34
KAYNAKLAR.....	36
EKLER	

SİMGE VE KISALTMALAR

B-IPQ	: Brief Illness Perceptions Questionnaire (Kısa hastalık algı ölçeği)
BUVB	: Broad Band Ultraviolet B (Geniş band ultraviyole B)
CD	: Cyclin D (Hücre yüzey glikoproteini)
CRP	: C-Reaktif Protein
DNA	:Deoksiribonükleik Asit
DSM	: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders(Ruhsal bozuklukların tanısal ve istatistiksel el kitabı)
HADS	:Hospital Anxiety and Depression Scale (Hastane anksiyete ve depresyon ölçeği)
HDL	: High Density Lipoprotein (Yüksek dansiteli lipoprotein)
HIV	: Human Immunodeficiency Virus (İnsan immün yetmezlik virüsü)
HLA	:Human Leukocyte Antigen (İnsan lökosit uyum antijeni)
ICAM	:Intercellular Adhesion Molecule (İnterselüler adezyon molekülü)
IFN	: İnterferon
IL	:İnterlökin
IMID	: Immune Mediated Inflammatory Disease (İmmün aracılı inflamatuvar hastalık)
KHAÖ	: Kısa Hastalık Algı Ölçeği
MHC	:Major Histocompatibility Complex (Majör doku uygunluk kompleksi)
NBUV	:Narrow Band Ultraviolet B (Dar band ultraviyole B)
PASI	:Psoriasis Area Severity Index (Psoriasis alan şiddet indeksi)

- PSORS** :Psoriasis Susceptibility Gene (Psoriasis yatkınlık geni)
PUVA :Psoralen + Ultraviyole A
VCAM : Vascular Cell Adhesion Molecule (Vasküler hücre adezyon molekülü)
VKİ : Vücut kitle indeksi
TNF : Tumor Necrosis Factor (Tümör nekroz faktörü)



GİRİŞ VE AMAÇ

Psoriasis; keskin sınırlı, üzeri sedefi beyaz skuamlarla kaplı, eritemli plak veya papüllerle karakterize, epidermal proliferasyon artışı ile seyreden, tırnak ve eklemlerin de tutulduğu, kronik, inflamatuvar bir deri hastalığıdır. Sıklıkla saçlı deri, diz, dirsek, sakral bölge ve eklemlerin ekstansör yüzlerinde simetrik olarak yerleşen lezyonlarla seyretmektedir (1-6).

Toplumun yaklaşık %1-2'sinde görülen hastalığın nedeni kesin olarak bilinmemekte, multifaktöriyel orijinli olduğu düşünülmektedir (7).

Atak ve iyileşme dönemleriyle hayat boyu devam edebilen bir hastalık olan psoriasis, yaşam kalitesini ciddi düzeyde etkiler. Psoriasis, ömür boyu tedavi gerektirmesi ve eşlik eden komorbiditeler nedeniyle deriye sınırlı bir hastalıktan ziyade, bir hastalık spektrumu veya sistemik hastalık olarak tanımlanmaya başlamıştır (8-11).

Hastalık, görünür bölgeleri etkileyerek kozmetik kaygılara, kaşıntı gibi yakınmalara yol açmakta ve hastaların yaşamlarını olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Psoriasisli hastalarda depresyon ve anksiyete bozukluğu, organik hastalıkların hemen hepsinden fazla bulunmuştur. Bu durumun özellikle suçluluk ve damgalanma hisleriyle ilgili olduğu düşünülmektedir(12-15).Psoriasisde depresyonun sıklıkla eşlik etmesinde, hastaların stigmatizasyona sık maruz kalmaları, kaşıntı, sosyal yoksunluk ve hastalığın şiddeti önemli rol oynar. Psoriasis şiddetinin artışı ile depresyon ve intihar görülme oranı artmaktadır (16-19).

Depresyonun genel toplumda görülme oranı %3-5, birinci basamak sağlık hizmetlerine başvuranlarda %6-8, dermatoloji hastalarında ise %25-40 olarak bildirilmiştir (20-25).

Psoriasislilerde anksiyete bozukluğu görülme sıklığı %48'dir ve bu oran diğerdermatolojik hastalıklara göre daha yüksektir (26).Psikodermatolojik hastalıklar

sınıflamasında; seyirleri psikolojik etkilere açık olan, multifaktöryel kaynaklı dermatozlar arasında yer alan psoriasis; hastalarda sağlıkla ilgili yaşam kalitesi üzerine belirgin negatif etkiye ve belirgin psikososyal morbiditeye neden olmaktadır (27,28).

Çalışmamızda psoriasis hastalarında, hastalığın şiddeti ile hastalık algısı arasındaki ilişkinin, hastaların anksiyete ve depresyon düzeyleriyle birlikte değerlendirilmesi amaçlandı. Çalışmaya Nisan 2014-Kasım 2015 tarihleri arasında, Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Deri ve Zührevî Hastalıklar Polikliniği'ne başvuran ve psoriasis tanısı alan hastalar alındı.



GENEL BİLGİLER

PSORİASİS

Psoriasis; keskin sınırlı, eritemli plak veya papüller üzerinde yerleşmiş parlak, sedefî beyaz skuamlarla karakterize, kronik seyirli, inflamatuvar bir deri hastalığıdır. Skuamların renginden dolayı halk arasında "sedef hastalığı" olarak da bilinir. Hastalık sıklıkla saçlı deri, diz, dirsek, sakral bölge ve eklemlerin ekstansör yüzlerinde simetrik olarak yerleşen karakteristik lezyonlarla seyretmektedir (1-5).

Tarihçe

Psoriasis ile ilgili ilk bilgiler Hippocrates'e (MÖ 416-377) aittir. Celsus (MÖ 25-MS 45), psoriasisin kliniğini ve Auspitzfenomenini tanımlamıştır. Psoriasis terimini ilk kez Ferdinand Von Hebra (1816-1880) kullanmıştır. Hastalık, adını Yunanca'da kaşıntılı ve kepekli hastalıklar anlamında kullanılan "psora" kelimesinden almıştır (1).

Hastalığın tipik özelliklerini tanımlayan Robert Willian, 1798'de hastalığın lepradan farklı ve özel bir hastalık olduğunu belirtmiştir. 1871'de Koebner, 1890'da ise Kaposi, hastalığa ait fenomenleri tanımlamışlardır (5).

Epidemiyoloji

Dünyanın her yerinde görülebilen bir hastalık olan psoriasisin sıklığı etnik, coğrafik ve çevresel faktörlere bağlı olarak değişmektedir (5). Psoriasis prevalansı, epidemiyolojik çalışmalarda %0,2-4,8 arasında, ortalama %2 oranında bildirilmektedir (5). Dermatoloji polikliniklerine başvuran hastaların %6-8'ini psoriasisli hastalar oluşturmaktadır (3).

Psoriasis her iki cinsi de eşit sıklıkta etkiler, ancak kadınlarda genellikle daha erken yaşta başlar (5);erkeklerde ve kadınlarda morfolojik olarak farklılık saptanmaz (7).

Başlangıç yaşı iki dönemde pik yapar;en sık 20-30 yaş, daha az sıklıkta ise 50-60 yaş arasında başlar (7). Çocukluk dönemi psoriasis, %10 oranda 10 yaşından önce, %2 oranda ise iki yaşından önce ortaya çıkar (5).

Etyoloji

Psoriasis etyopatogenezi tam olarak açıklığa kavuşturulamayan, multifaktöriyel ve multigenik bir hastalıktır.

İkiz ve aile çalışmaları,psoriasisin genetik temelli ve olguların tümünde olmasa da multifaktöriyel olduğunu göstermiştir. Psoriasisvulgaris hastalarının %30'unun birinci derece akrabalarında da hastalık saptanmıştır. Çocukluk çağı psoriasis hastalarının %71'inde aile öyküsü bulunmaktadır.

Popülasyon çalışmalarında çocuklarda psoriasis riski; anne ve babanın ikisinde de psoriasis varsa %41, birinde varsa %14, bir kardeşte varsa %6, hiçbir kardeş veya ebeveynde yoksa %2'dir. Bu sonuçlar psoriasisin multifaktöriyel kalıtım modelini desteklemektedir (7,8).

Genetik ilişki ve klinik seyir açısından psoriasisin iki tipinin olduğu bilinmektedir.Erken başlangıçlı olanı (tip I), güçlü aile öyküsü bulunan, insan lökosit antijeni (HLA) ile ilişkili olduğu düşünülen, şiddetli seyretmeye eğilimli; geç başlangıçlıolanı (tip II), HLA birlikteliği olmayan, sporadik ve daha hafif seyretmeye eğilimli olan tiptir (29).

Genellikle ikinci dekada başlayan tip I psoriasis; HLA-Cw*0602, HLA-DR4, HLA-B13 ve HLA-B17 ile ilişkilidir (30). Özellikle HLA-Cw6 önemli olup bu doku grubunu taşımak, bireyin psoriasis riskini 10 kat arttırmaktadır. Tip II psoriasisde ise genetik ilişki zayıftır ve belirli bir majör histokompatibilite kompleks (MHC) grubuyla ilişkisi yoktur (30,31).

Psoriasisin ortaya çıkmasında bazı tetikleyici faktörler üzerinde durulmuştur. Bunlar; travma, infeksiyon, iklim ve mevsimsel değişiklikler, hormonal bozukluklar, ilaçlar, metabolik dengesizlikler, beslenme ve sigara kullanımı olarak sayılabilir. Mekanik, fiziksel ve kimyasal travmalar, inflamatuvar olaylar da hastalığın ortaya çıkmasında veya ataklarda etkili olabilir; bu duruma Koebner fenomeni (izomorfik yanıt) denir (8,32).

Ultraviyole (UV), X ışınları, dermabrazyon, cerrahi girişimler, intradermal ve subkutan enjeksiyonlar, dövme, aşı, böcek ısırıkları, yanıklar, kronik irritan dermatitler ve

psoriasis sağaltımında kullanılan bazı topikal ajanlar, psoriasisı başlatabilir veya alevlendirebilir (33).

Streptokokkal boğaz infeksiyonlarının psoriasisı tetiklediği bilinmektedir ve bu daha çok çocuklarda gözlenmiştir(34).İnsan immün yetmezlik virüs (HIV) infeksiyonu psoriasisın ortaya çıkışında rol oynayabilir (35).

Psoriasisı en sık indükleyen veya arttıran ilaçlar; lityum, beta adrenerjik blokerler ve antimalaryallerdir. Sistemik ve potent topikal kortikosteroid tedavilerinin aniden kesilmesi gibi yatrojenik faktörler de psoriasis lezyonlarının alevlenmesine yol açabilir (3).Psoriasisıte, genel olarak güneş ışığının faydalı etkisi olmasına karşın, hastaların çok az bir kısmında, güçlü güneş ışığı ile hastalık ağreve olabilmektedir (36).Sigara içimi,palmoplantar psoriasis için bir risk faktörüdür. Alkol bağımlısı hastalarda psoriasis, normalpopülasyondan üç kat daha sık görölmektedir (37,38).

Psikolojik stres; psoriasisın tetiklenmesine, alevlenmesine ve daha erken yaşta ortaya çıkmasına neden olabilmektedir. Epidemiyolojik çalışmalarda psoriasis hastalarında depresyon, anksiyete, obsesyon, sosyal izolasyon ve öfke gibi psikolojik bozukluklar saptanmıştır (6).

Patogenez

Psoriasis patogenezini açıklamak amacıyla yıllar boyu değişik mekanizmalar öne sürölmüştür. Patogeneze yönelik güncel görüş; psoriasisın tek bir hücre grubu tarafından oluşturulmadığı; T lenfositler, dendritik hücreler, makrofajlar, mast hücreleri, nötrofiller ve keratinositler arasındaki karmaşık ilişkiler sonucu ortaya çıktığıdır (31,39).

Psoriasisıte hem T helper hücreleri (CD4+) hem de T sitotoksik/süpresör hücreler (CD8+) önemli rol oynar (33). Langerhans hücreleri ve dermal dendritik hücreler,antijeni T hücrelerine sunarak T hücre matürasyonu, aktivasyonu ve proliferasyonuna yol açarlar. Aktif T hücreleri interferongama (IFN- γ) veya tümör nekrozis faktör alfa (TNF- α) gibi sitokinler salarak, nötrofilleri de içeren immün efektör hücrelerin, inflamasyon alanına toplanmasını sağlarlar. TNF- α , keratinositlerden vasküler endotel hücre büyüme faktörü (VEGF) üretimini stimüle eder (40-42).VEGF, endotel hücre proliferasyonunu, intersellüler adezyon molekülünün (ICAM) ve vasküler adezyon molekülünün (VCAM) ekspresyonunu uyarır ve sonuçta aktif T hücrelerinin toplanmasına neden olur (41,42).

T hücre aktivasyonu oluştuktan sonra iki diferansiyasyon yolu mümkündür. IL-12 veya IFN- γ uyarısı altında CD4+ T hücreleri Th1 fenotipine, CD8+ T hücreleri Ts1 fenotipine farklılaşarak TNF α , IL-2 ve IFN- γ salgırlar. Bu cevap hücrel immünite ve psoriasisle

ilişkilidir. IL-4 ve IL-10 uyarımı altında CD4+ T hücreleri Th2 fenotipine, CD8 hücreler ise Ts2 fenotipe farklılaşarak IL-4, IL-6, IL-10 ve IL-11 salgırlar. Bu cevap ise antikor üretimi ve allerjik hastalıklarla ilişkilidir. Tercih edilen diferansiyasyon yolu hem T hücre aktivasyon yolu, hem de antijen sunan hücre tarafından salınan sitokin profiline belirlenir. Psoriasisde tip 1/tip 2 sitokin dengesi tip 1 lehine değişmiştir. Th1 sitokinler olan IL-12, IFN- γ ve TNF- α psoriatik lezyonlarda baskındır(40,42-44).

Normal deride bazal tabakadan stratum korneuma kadar epidermin devir süresi 28 gün iken psoriatik deride 4 gündür (45).

Klinik

Psoriasis, psoriasis vulgaris ve atipik psoriasisler olmak üzere iki ana klinik formda ortaya çıkar.

Psoriasis vulgaris: Psoriasisin en sık görülen ve tipik belirtilerle ortaya çıkan formudur. Eritemli, keskin sınırlı, üzeri sedefi beyaz renkli skuamlarla kaplı plaklarla karakterizedir. Lezyonlar çoğunlukla saçlı deri, dirsek, diz, umblikus ve lumbosakral bölgeye yerleşir;palmoplantar alanlar da tutulabilir. Skuamların üzeri çizilecek olursa adeta bir mum lekesinin üzeri çizilmiş gibi ince, beyaz bir toz halinde kalktığı görülür, buna mum lekesi fenomeni denir. Kazıma işlemine devam edilirse noktacıklar halinde kanama odakları görülür ki, bu Auspitz belirtisi adını alır. Lezyonsuz deride, travma sonucu 2-7 gün içinde yeni lezyonların oluşması ise Koebner fenomeni olarak isimlendirilir. Mum lekesi ve Auspitz fenomenleri tanıda, Koebner fenomeni ise hastalığın aktivasyonunu belirlemede önemlidir (1).

Lezyonların şekil ve büyüklükleri farklılık gösterebilir. Çapları 2 mm'ye kadar olanlara psoriasis punktata, 1 cm'ye kadar olanlara psoriasis guttata, 3 cm'ye kadar olanlara psoriasis nummularis, daha büyük olanlara plak psoriasis denir. Ortadan iyileşip halka şekli oluşursa psoriasis annularis, düzensiz kenarlı olanlar psoriasis serpiginosa, harita şekilleri ortaya çıkarsa psoriasis geografika ismini alır (1).

Psoriasis vulgaris, lokalizasyona göre değişik klinik tablolar oluşturabilir:

Saçlı deri psoriasis: Genellikle saçlı deri çizgisinde sonlanan keskin sınırlı plaklar ile seyreder, bazen komşu deriye de yayılabilir. Eritemli zeminde, altındaki dokuya sıkıca yapışık kalın skuamlardan, ince kepeklenmeye kadar değişen şiddette olabilir. Psoriasisli olguların yaklaşık %50-80'inde tek başına veya diğer bölge psoriasis ile birlikte bulunabilir.

Guttat psoriasisde saçlı deri tutulumu çok ender iken, jeneralize plak tip, eritrodermik ve püstüler psoriasisde ise oldukça sıktır (1,46).

Palmoplantar psoriasis: El içi ve ayak tabanında simetrik yerleşimli, eritemli, skuamli lezyonlarla karakterizedir. Eritem çok belirgin olmayıp, skuamli hiperkeratozik karakterdedir ve hâkim belirtidir. Şiddetli seyrettiği durumlarda el hareketlerini kısıtlayabilir (1).

İnvers psoriasis: Psoriasisın aksiller bölge, inguinal bölge, popliteal ve antekubital fossa ve meme altları gibi kıvrım yerlerine yerleşen tipi, fleksural veya invers psoriasis olarak isimlendirilir. Kıvrım bölgelerinde sürtünme ve nemden dolayı skuamli oluşamaz. Lezyonlar canlı kırmızı, keskin sınırlı, simetrik yerleşimli, infiltratif plaklar şeklindedir (1).

Tırnak psoriasis: Psoriasis hastalarının %20'sinde tırnak tutulumu görülür. Bu tutulum bazı serilerde %40-50 oranında bildirilmiştir (47-50).Tırnak tutulumu; yüksük tırnak, tırnak üzerinde sarı-kırmızı yağlı görünümlü lekeler olan Salmon lekeleri, onkolizis, subungual hiperkeratoz, yüzey bozukluğu ve splinter hemoraji şeklinde görülür (1).

Atipik psoriasis tipleri: Klinik belirtiler, yerleşim yerleri ve prognoz açısından psoriasis vulgaristen farklı tablolardır.

Püstüler psoriasis: Psoriasisın steril püstüllerle seyreden formudur. Psoriasisli olguların %3'ünü oluşturur. Gebelik, diyabet, stres, hipokalsemi, infeksiyonlar, kontakt dermatit, yerel iritan tedaviler, güneş, kortikosteroid tedavisinin aniden kesilmesi, progesteron, iyodürler, salisilatlar, lityum, fenilbutazon, penisilin, nistatin, terbinafin, hidrosiklorokin, minosiklin gibi ilaçlarpsoriasis vulgarisin püstüler forma dönmesine veya doğrudan püstüler psoriasis başlamasına neden olabilir (2,4,51).

Püstüler psoriasisın lokalize ve generalize olmak üzere iki formu vardır. Generalize püstüler psoriasis; yüksek ateş, halsizlik ve artralji gibi prodromal semptomları takiben ortaya çıkan, eritemli zeminde püstüllerle karakterizedir,nadir görülür. Lokalize püstüler psoriasisde, el içi ve ayak tabanında veya parmaklarda eritemli zeminde püstüller vardır (1).

Eritrodermik psoriasis: Psoriasis vulgaris üzerinden gelişebileceği gibi, doğrudan eritrodermik psoriasis olarak başlayabilir. Hastanın genel durumu kötüdür, ateş,

lenfadenopati, derideki aşırı vazodilatasyon nedeniyle artmış kalp yükü, protein kaybı, sıvı-elektrolit dengesi bozukluğu eşlik edebilir (1-3). Sistemik steroid, metotreksat, siklosporin gibi ilaçların kesilmesi, fototoksik reaksiyon, katran gibi iritan topikal tedaviler, sistemik hastalıklar ve infeksiyonlar eritroderminin oluşumunda rol oynayabilirler (52).

Artropatik psoriasis: Psoriasis seyrinde gelişen seronegatif inflamatuvar artrit (1-3). Psoriasisli hastalarda %5-8 oranında artrit geliştiği kabul edilmektedir (3). Artrit %75 olguda deri tutulumundan sonra görülür; %10 olguda ilk belirtidir, %15 olguda ise deri tutulumu ile birlikte; kadınlarda biraz daha sıktır (1). Asimetrik oligoartrit (en sık; %70), asimetrik distal interfalangeal eklem (DİF) tutulumu, simetrik poliartrit, spinal tutulum ve artrit mütillans olmak üzere beş farklı klinik tabloda görülebilir (1-3).

Histopatoloji: Psoriasis histopatolojisi klinik tipe, lokalizasyona, lezyonun erken veya tam gelişmiş olmasına göre farklı özellikler gösterir. İlk değişiklik, dermiste hafif yüzeysel lenfositik hücre infiltrasyonu ve dermal papillalarda kapiller dilatasyondur. Daha sonrasında, epidermin bazal tabakasında ve hemen üstünde fokal spongiöz ile birlikte lenfositik ekzositoz gelişir. Vasküler permeabilite artışı nedeni ile nötrofiller de damar dışına çıkarlar ve hızla epidermise doğru çekilirler. Epidermis içinde, Kogoj'un spongiiform mikropüstülleri adı verilen, spongiotik vakuollerle çevrili tek tek nötrofiller izlenir. Stratum korneumda parakeratoz kubbeleri ile birlikte piknotik nötrofillerin debrisisi şeklinde izlenen Munro mikroabseleri ortaya çıkar. Mitoz artmıştır; tam gelişmiş lezyonlarda parakeratoz, akantoz ve epidermal hiperplazi belirgindir. Epidermal rete çıkıntıları inceliyor uzamıştır ve yer yer birleşmiştir (1,53).

Laboratuvar: Psoriasis tanısında özel bir laboratuvar yöntemi olmayıp, geniş lezyonlu hastalarda, hızlanmış epidermal proliferasyon sonucu, nükleik asidin fazla yıkımına bağlı olarak serum ürik asit düzeylerinde artış ve hafif anemi görülebilir. Hastalığın yaygınlığına bağlı olarak sedimentasyonda ve C reaktif protein (CRP) düzeylerinde artış olabilir (54).

Tanı: Tipik bir psoriasis olgusunda tanı kolaydır. Ancak atipik olgular ve bazı özel lokalizasyonlar, tanıda karışıklık yaratabilir. Psoriasis tanısında, klinik bulgular, hastalığa ait fenomenlerle histopatolojik incelemeden yararlanılır (54).

Ayırıcı tanı: Lezyonların lokalizasyonupsoriasis diğer hastalıklardan ayırt etmede önemlidir. Saçlı deri lezyonlarında seboreik dermatit, kontakt dermatit, çocuklarda tinea kapitis süperfisyalis düşünölmelidir.Gövde ve ekstremitte yerleşimlerinde; liken planus, seboreik dermatit, nummuler dermatit, mikozis fungoides, pitriyazis rozea, sifiliz, parapsoriasis, pitriyazis rubra pilaris ile ayırıcı tanı yapılmalıdır.Tırnak tutulumu olan olgularda; tırnağın mantar infeksiyonları, kontakt dermatit, sifiliz ikinci dönemin psoriasiform papülleri, keratodermalar ve Reiter hastalığı da akla gelmelidir (1,54).

Klinik seyir ve prognoz: Hastalığın başlangıç yaşı, lezyonların yaygınlığı, psoriasisin tipi prognozu etkileyen faktörlerdir. Erken başlangıçlı, aile öyküsü olan olgular, generalize püstöler ve eritrodermik psoriasis gibi şiddetli formlar tedaviye dirençlidir (1).

Psoriasis alan şiddet indeksi:Psoriasis hastalık şiddetinin bir ölçümüdür ve vücut yüzey alanı, eritem, indurasyon ve skuam değerlendirilir (Şekil 1)(55). Psoriasis tedavisiyle ilgili klinik çalışmalarda sıklıkla kullanılmakla birlikte, pratikte nadiren kullanılır. PASI skorunda %75'lik düzelme PASI-75 olarak bilinir ve klinik çalışmalarda tedavinin etkinliğini saptamak için kullanılır. Vücut yüzey alanı tutulumu %10'dan az olan hastalarda sensitivitesi düşük kabul edilmektedir(56).

Şekil 1. PASI parametreleri ve şiddet değerleri (55)

Şiddet skoru	Eritem	Endürasyon	Deskuamasyon
0	Yok	Yok	Yok
1	Açık kırmızı	Hafif, fakat dokunmakla var	İnce kepek, bazı lezyonlar kısmen örtölü
2	Kırmızı, fakat koyu değil	Kenarları kolaylıkla palpe edilebilir	Kaba, ince kepekler, lezyonların çoğu örtölü
3	Koyu kırmızı	Sert, keskin kenarları ile kesinlikle kabarık	Kaba, kalın kepekler, neredeyse tüm lezyonlar örtölü
4	Çok kırmızı	Çok sert, keskin kenarları ile daha kabarık	Çok kalın kepek, tüm lezyonlar örtölü

PSORİASİS VE KOMORBİDİTELER

Psoriasisimmün aracılı inflamatuvar hastalıklar olarak tanımlanan kronik inflamatuvar hastalıklardan biridir. Bu gruptaki diğer hastalıklar arasında ülseratif kolit, Crohn hastalığı, psoriatik artrit, romatoid artrit ve ankilozan spondilit yer almaktadır. Psoriasisimmün aracılı inflamatuvar hastalıklar içinde en sık görülendir ve bu gruptaki diğer hastalıklar gibi psoriasisde de komorbiditeler ortaya çıkmaktadır (11,57).

Crohn hastalığı ve ülseratif kolit

İnflamatuvar barsak hastalığı olan 204 hasta ve 204 sağlıklı gönüllüyle yapılan bir çalışmada; Crohn hastalığı ve ülseratif kolitte psoriasis prevalansı, kontrol grubuna oranla daha yüksek saptanmıştır (58). Bir çalışmada ise Crohn hastalarında psoriasis, kontrol grubundan yedi kat fazla bulunmuştur (57).

Metabolik sendrom

Metabolik sendrom; obezite, hipertansiyon, insülin direnci, hipertrigliseridemi ve yüksek dansiteli lipoprotein (HDL) düşüklüğünün birlikte olduğu klinik ve metabolik bir bozukluktur.

Henseler ve Christopher (59), psoriasisle eşlik eden deri hastalıklarının sıklığını araştırdıkları çalışmalarında, psoriasis olmayan kontrol grubuna göre psoriasisli hastalarda obezite, diyabetes mellitus, hipertansiyon ve kardiyovasküler hastalıklar daha sık bulunduğunu göstermişlerdir.

Obezite

Obezite, psoriasisle ilişkili morbiditenin önemli komponentlerinden biridir. Vücut kitle indeksi (VKİ), psoriasisli hastalarda özellikle de kadınlarda normal popülasyondan daha yüksektir (60,61). Sakai ve ark. (62), yaptıkları çalışmada vücut kitle indeksinin 25'in üzerinde olmasının, psoriasisde kötü prognozla ilişkili olduğunu göstermişlerdir.

Genel kardiyovasküler riskler

Psoriasisde okluziv vasküler hastalıkların sıklığı konusunda yapılan çalışmalarda, depresyon, obeziteye yatkınlık, sigara, alkol kullanımı gibi davranış bozuklukları ve eşlik eden diğer riskler nedeniyle, koroner arter hastalığı ve miyokard enfarktüsü gibi mortalitesi yüksek

hastalıkların söz konusu olabileceği belirtilmektedir. Psoriasisın özellikle şiddetli olduğu durumlarda, risk faktörleri olmaksızın da kardiyovasküler riskin arttığı gösterilmiştir (63,64).

Maligniteler

İmmünolojik bir hastalık olması nedeniyle, psoriasisli hastalarda lenfomaya yatkınlık olabileceği fikrinden yola çıkılarak çalışmalar yapılmıştır. Psoriasis hastalarında Hodgkin dışı lenfoma ve kutanöz T hücreli lenfoma gelişme riski daha yüksek bulunmuştur(63,65).

Akciğer hastalıkları

Psoriasisli kronik obstrüktif akciğer hastalığı riskinin arttığı gösterilmiştir (66).

İnfeksiyonlar

Psoriasisli viral infeksiyonlar ve pnömoni sıklığında artış belirlenmiştir (67).

Yaşam kalitesine etki ve depresyon

Psoriasis; kronik seyri, kür sağlanamaması, kaşıntı, ağrı, lezyonlarda kanama, atakların beklenmedik zamanlarda olması, tedavi altında atak gelişebilmesi nedeniyle yaşam kalitesini olumsuz etkiler. Bu nedenle psoriasisli hastalarda depresyon gibi psikiyatrik bozukluklar, normal popülasyona oranla daha sık ortaya çıkmaktadır (68,69).

Tedavi

Psoriasisli hastalarda, belirgin olarak artmış yaşam kalite bozukluğu ve fizikososyal eksiklik nedeniyle, uzun süreli tedaviye ve kontrole ihtiyaç vardır. Hastaların %25'i kendisine uygulanan tedavilerden memnun iken; %50'den fazlası tedaviyi orta derecede yeterli ve %20'si az yeterli bulmaktadırlar. Hafif şiddetli psoriasis olgularında topikal tedaviler yeterlidir; orta ve şiddetli olgularda artmış inflamatuvar etkiye bağlı komorbiditeleri ve artriti engellemek için gecikmeden sistemik tedaviye başlanmalıdır (70-72).

Tedavi yöntemleri; topikal tedaviler, foto(kemo)terapi ve sistemik tedaviler olarak üç başlıkta incelenebilir (1).

Topikal tedavi

Psoriasis hastalarının %80'i sınırlı/lokalize hastalığa sahiptir(73). Deri lezyonları vücut yüzey alanının %5'inden azında yerleşen hastalar; doğrudan lezyonu hedefleyen, etkili ve güvenli topikal ilaçlarla tedavi edilebilir.Uygulamanın zaman alıcılığı ve zahmetli oluşu,

uzun idame tedavi gereksinimi, kısmî tedavi yanıtı, tedavi etkinliğine duyulan güvensizlik ve yan etki korkusuna bağlı uyum problemleri, topikal tedavinin temel dezavantajlarını oluşturur (74,75).

Psoriasisın topikal tedavisinde ilk seçenek ilaçlar; kortikosteroidler, D vitamini analogları, kortikosteroid ve D vitamini kombinasyonu, tazaroten, takrolimus ve pimekrolimustur (75).

Foto(kemo)terapi

Fototerapi, ultraviyole(UV)'nin tedavi amacıyla kullanılmasıdır. Fotokemoterapi ise, UV'nin yararlı bir etki oluşturacak fotosensitizan bir kimyasal ile kombine edilmesidir (76).

Topikal tedaviyle kontrol altına alınamayan, vücut yüzey alanı %5'den fazla tutulan psoriasis vakalarında, sistemik tedaviden önce, fototerapinin kullanılması kabul görmektedir. Psoriasis tedavisinde, UVB (290-320 nm), dar bant UVB (311 nm) ve UVA (320-400 nm) kullanılır. Psoralen ve UVA'nın bir arada kullanıldığı psoralen+UVA (PUVA) tedavisi de diğer bir seçenektir (77). UVB, epidermal ve dermal T hücrelerinde apoptoza neden olur, bu hücrelerin çoğalma ve aktivasyonunu baskılar. PUVA tedavisinde kullanılan psoralenler, ortamda UVA olmadığı zaman çift sarmal yapıdaki DNA temel dimerleri arasına girer; UVA maruziyeti sonrasında DNA'da oluşan mono ve bifonksiyonel ürünler, DNA sentezini hızlı ve geri dönüşümsüz olarak inhibe eder (1,38).

Sistemik tedaviler

Topikal tedavilere ve fototerapiye yanıtızsız/uyumsuz, fototerapinin kontrendike olduğu orta şiddetli ve şiddetli psoriasis vulgaris, eritrodermik psoriasis, generalize püstüler psoriasis ile psoriatik artrit, sistemik tedavinin endike olduğu durumlardır (1).

Psoriasisite kullanılan sistemik tedaviler; asitretin, metotreksat, siklosporin gibi geleneksel ajanlar ve etanersept, infliksimab, efalizumab gibi biyolojik ajanlardır. Sistemik kortikosteroidlerin, yalnızca şiddetli artropatik psoriasis ve eritrodermik psoriasisite yeri vardır (78,79).

HASTALIK ALGISI

İnsanın ruhsal yaşamında bilişsel ve duygusal süreçler birbirinden ayrılamaz. Bilişsel süreçler; algılamak, tanımak, değerlendirmek, zamana ve mekana oturtmak, neden-sonuç

bağlantıları kurmak, belleğe yerleştirmek gibi zihinsel yetilerdir. Duygusal süreçler ise neşe, üzüntü, öfke, kin, nefret, korku, bunaltı, kaygı gibi tepkilerdir (80).

Hastalık algısı, bireylerin bir hastalık veya semptomla ilgili inanç ve beklentilerinin yansımasıdır (81). Bu kavram, Leventhal'in "öz düzenleme modeli"ni temel alır(82).Bu modele göre bireyler, kendilerine somut ve soyut kaynaklardan sunulan bilgiler çerçevesinde, zihinlerinde hastalık ve yaşamı tehdit eden diğer durumlarla ilgili şemalar oluştururlar. Hastaların oluşturdukları bu bilişsel modeller, aynı zamanda tedavi ve durumun kontrolü ile ilgili inançları da içerir. Her bireyin bir diğerinden farklı olarak ortaya koyduğu inanç, yorum, duygusal ve davranışsal tepkilerden oluşan bu bilişsel model; kişinin hastalığı anlamasını, baş etme biçimini, psikiyatrik bozukluk gelişimini ve yaşam kalitesini belirleyen unsurdur (83).

Hastalık algısı; kişilerin hastalık dönemleri boyunca yaşadıkları deneyimler, hastalık süreci, baş etme mekanizmaları ve psikopatoloji üzerinde doğrudan etkisi olan bir kavramdır. Kişinin olayları nasıl algıladığının sadece psikolojik, fizyolojik ya da psikososyal iyilik haline değil, yaşam kalitesine hatta fiziksel hastalığın gidişine de etkisi vardır. Hastalıkla ilgili bireysel algıların yanı sıra, bu aşamada kültürel yatkınlıklar da önemlidir. Tüm bunlar göz önüne alındığında, fiziksel hastalıkları olan kişilerde oluşan ve oluşabilecek psikiyatrik zorlanma ve bozuklukları daha iyi anlamak, kontrol etmek ve tedavi etmek açısından hastalık algısının belirlenmesi gereklidir (84).

PSORİASİSVEDEPRESYON

Depresyon; dürtü kontrolündeki, bilişsel, davranışsal ve bedensel alandakisemptom kümelerinden oluşan bir sendromdur. Depresyon tanısını koymak için ruhsal bozuklukların tanısal ve istatistiksel el kitabı DSM IV'de tanımlanan kriterler şöyledir:

Kişide en az iki haftadır devam eden depresif duygudurum ya da ilgi ve istek azlığı belirtilerinden en az birinin ve aşağıdaki bedensel belirtilerden en az dördünün var olması:

1. Perhizde değilken önemli derecede kilo kaybı ya da kilo alımının olması,
2. Uykusuzluk ya da aşırı uyku olması,
3. Değersizlik ya da suçluluk düşüncelerinin olması,
4. Yorgunluk, halsizlik ve enerji kaybı olması,
5. Düşüncelerini belli bir konu üzerinde yoğunlaştırma yetisinde azalma,
6. Psikomotor hızlanma ya da yavaşlama olması,
7. Tekrarlayan ölüm ve intihar düşünceleri (85).

Dermatolojide depresyonun sıklıkla eşlik ettiği hastalıklar; psoriasis, atopik dermatit, ürtiker ve angioödemdir. Psoriasisde depresyon, hastalıktan bağımsız eştanı olarak görülebildiği gibi hastalığa ikincil depresyon gelişme olasılığı fazladır. Özellikle sosyal yoksunluğa giren psoriasislilerde depresyon görülme oranı daha da artmaktadır (86).

Dermatolojik hastalıklara ikincil gelişen depresyon, DSM IV'de genel tıbbî duruma bağlı depresyon olarak adlandırılmaktadır (85).

PSORİASİS VE ANKSİYETE BOZUKLUĞU

Anksiyete; endişe, kaygı, korku, kötü beklenti, bunaltı olarak ifade edilebilecek bir duygudur. Anksiyete, yaşam olaylarına normal bir tepki olarak ortaya çıkar. Örneğin, yaşamı tehdit eden olaylarda; bedensel hasarın oluştuğu, ağrının şiddetlendiği, sosyal ya da bireysel isteklerin karşılanamadığı, hayal kırıklığı yaratan, cezalandırılma korkusu, bütünlük duygusunun kaybolması gibi durumlarda anksiyete görülebilir (87).

Anksiyete bozuklukları grubunda yer alan başlıca hastalıklar şunlardır:

- Obsesif kompulsif bozukluklar,
- Travma sonrası stres bozukluğu,
- Sosyal fobi, diğer fobiler,
- Panik bozukluğu,
- Yaygın anksiyete bozukluğu (85).

Dermatoloji hastalarında depresyon, anksiyete ve aleksitimik özellikler sağlıklı kişilere göre sık görülmektedir (88). Psoriasisde anksiyete bozukluğu oranı, diğer dermatolojik hastalıklara göre daha yüksektir (26).

Hastaların gerçek yada algıladıkları kusurlarının yerleşim yerleride anksiyete yada depresyona yatkınlık sağlar.Örneğin yüz, saçlı deri, eller ve genital bölge bu açıdan önemli tutulum yerleridir(89,90).

GEREÇ VE YÖNTEMLER

Çalışmamız, Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı'nda Nisan 2014-Kasım 2015 tarihleri arasında gerçekleştirildi. Çalışma, psoriasis hastalarının hastalık şiddeti ile hastalık algısı arasındaki ilişkiyi değerlendirmek amacıyla kesitsel tanımlayıcı desende tasarlandı. Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Etik Kurulu'ndan onay alındı (02.04.2014/07.04)(Ek I). Katılımcılardan imzalı bilgilendirilmiş gönüllü onay formu alındı(Ek II).

Çalışmamıza, Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Deri ve Zührevi Hastalıklar Polikliniği'ne başvuran, psoriasis tanılı 18-67 yaş aralığında 86 hasta alındı. Psoriasis tanısı, anamnez ve klinik muayene bulgularına dayanılarak tezi yürüten hekim tarafından konuldu. Kişisel beyanların doğruluğunu güvence almak amacıyla, 18 yaş altındaki ve anket sorularını yanıtlayamayan hastalar çalışma dışı bırakıldı.

Hastalar, hekim gözetiminde 37 soruluk anket sorularını, kendileri yanıtladılar. Anket, hastaların sosyodemografik özelliklerini, hastalık algısını ve anksiyete ve depresyon risk düzeylerini sorgulayan sorulardan oluşmaktaydı. 14 sorudan oluşan sosyodemografik bölümde hastanın adı, soyadı, yaşı, cinsiyeti, hastalık süresi, ailede psoriasis öyküsü, hastalığın başlama yaşı, uygulanan tedaviler, ek hastalık varlığı, psikiyatrik hastalık öyküsü, daha önce psikiyatrik tedavi alma durumu, başka bir hastalık nedeniyle ilaç kullanımı, alkol ve sigara kullanım bilgileri kaydedildi. Ek olarak tırnak ve eklem tutulumu da değerlendirildi.

Çalışmamızda hastalık algısı, Kısa Hastalık Algı Ölçeği (KHAÖ, B-IPQ) ile; hastalık şiddeti, Psoriasis Alan Şiddet İndeksi (PASI) ile; anksiyete ve depresyon durumları Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HADS) ile ölçüldü (EK III). PASI değeri 10'dan büyük ve

eşit hastalar orta-şiddetli psoriasis, 10'dan küçük hastalar hafif şiddetli psoriasis olarak değerlendirildi (91,92).

KHAÖ'de dokuz madde vardır; her madde hastalık algısına ilişkin bir bileşeni sorgulamaktadır. Katılımcılar, her maddeye sıfır ile on arasında bir değer vermektedir. Ölçeğin ilk sekiz maddesi; hastalıktan etkilenme, hastalık süresi, hastalık üzerinde kontrol, tedaviye inanç, şikâyetlerin derecesi, hastalıktan duyulan endişe, hastalığı anlama, hastalıktan duygusal olarak etkilenme şeklindeki algıları belirler. Bu sekiz maddeye verilen değerler hesaplanarak hastalık algısı skoru elde edilir. Hastalık algı skoru arttıkça kişinin farklı parametrelere göre hastalıktan etkilenme düzeyi ve hastalığı endişe verici olarak algılama düzeyi artmaktadır. KHAÖ'nün dokuzuncu maddesinde, hastalara hastalıklarının nedeni olarak inandıkları faktörlerin ne olduğu sorulur (83).

HADS, Zigmond ve Snaith (93), tarafınca hazırlanan, hastada anksiyete ve depresyon riskini belirlemek, düzeyini ve şiddet değişimini ölçmek amacıyla geliştirilmiş bir öz bildirim ölçeğidir. Anksiyete ve depresyonu ayrı değerlendiren iki alt ölçeği vardır. Yapılan geçerlilik ve güvenilirlik çalışması sonucunda kesme puanı, anksiyete alt ölçeği için 10, depresyon alt ölçeği için 7 olarak bulunmuştur (94).

123 psoriasis hastası hedeflenmekle birlikte, mevcut süre içerisinde başvuran 86 psoriasis hastası ile çalışılması; depresyon ve anksiyete bozukluklarıyla ilgili psikiyatrik tanı koydurucu görüşme yapılmamış olması çalışmamızın kısıtlılıklarıdır.

İSTATİSTİKSEL ANALİZ

Araştırma sonucunda elde edilen verilerin istatistiksel değerlendirilmesi, Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Biyoistatistik ve Tıbbi Bilişim Anabilim Dalı'nda SPSS 20.0 (Lisans No: 10240642) paket programı kullanılarak yapıldı. Sonuçlar, Ortalama \pm Standart sapma (Ort \pm SD) olarak gösterildi. Niceliksel verilerin normal dağılıma uygunluğu, Kolmogorov-Smirnov tek örneklem testi ile incelendi.

Hasta sayısı, yapılan güç analizi sonucunda kabul edilebilir hata payı %5, güç aralığı %80 olarak alındığında örneklem boyutu 123 kişi olarak tespit edildi. Bununla birlikte mevcut süre içerisinde 86 hasta çalışmaya alındı. Bulgularda hasta sayısı "n" ile gösterildi.

PASI skorlamasına göre hafif ile orta-şiddetli grupları arasında normal dağılım gösteren nicel değişkenlerin karşılaştırılmasında Student t testi; normal dağılım göstermeyen nicel değişken değerlerinin karşılaştırılmasında Mann-Whitney U testi; kategorik verilerin karşılaştırılmasında Pearson, Yates (Continuity Correction) ve Fisher ki-kare testleri kullanıldı.

PASI skorları ile yaş, hastalıktan etkilenme, hastalık süresi, hastalık üzerinde kontrol, tedaviye inanç, şikâyetlerin derecesi, hastalıktan duyulan endişe, hastalığı anlama, hastalıktan duygusal olarak etkilenme arasındaki ilişkinin incelenmesinde Spearman's Rho testi (Spearman korelasyon testi) kullanıldı ve sıralama korelasyon katsayısı (r) belirlendi. $p < 0.05$ değeri istatistiksel anlamlılık sınır değeri olarak kabul edildi.



BULGULAR

Çalışmaya katılan 86 kişinin 47 (%54,65)'si erkek, 39 (%45,34)'u kadındı; hastaların yaş ortalaması 40,31±13,27 yıl olarak saptandı.

Psoriasis şiddeti hastaların 68'inde hafif, 17'sinde orta-şiddetliydi. Hafif şiddetli psoriasis hastalarının yaş ortalaması 40,76±13,30; orta-şiddetlilerin 38,47±13,37 bulundu.

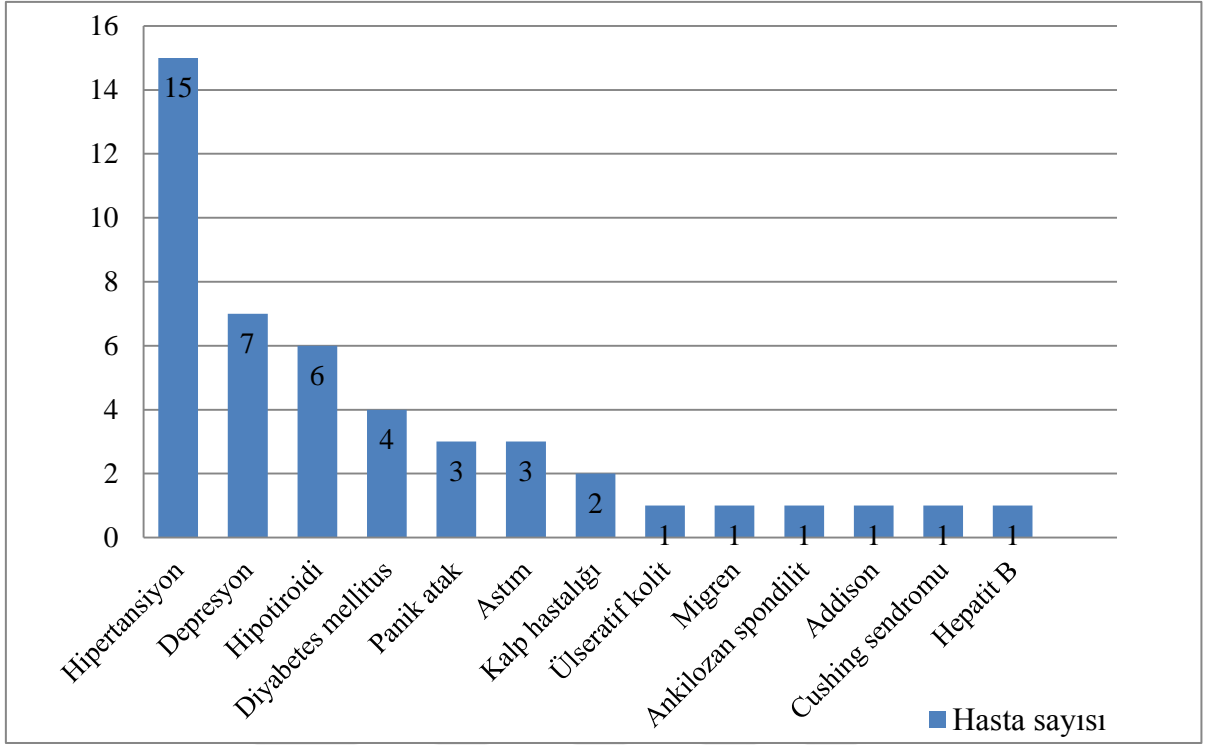
Hafif ve orta-şiddetli psoriasis hasta gruplarında cinsiyete göre yapılan karşılaştırmada istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edildi ($p < 0,05$). Hastalığın erkeklerde daha şiddetli olduğu bulundu. Erkeklerin %36,2'sinin, kadınların %5,3'ünün orta-şiddetli psoriasis vardı PASI skoru, erkek hastalarda kadın hastalardan anlamlı olarak daha yüksek saptandı ($p = 0,001$) (Tablo 1).

Tablo 1. Hastalık şiddeti ve cinsiyet arasındaki ilişki

		Hastalık şiddeti		p [*]
		Hafif n (%)	Orta-şiddetli n (%)	
Cinsiyet	Erkek	30 (%63,8)	17 (%36,2)	0,001
	Kadın	38 (%94,7)	1 (%5,3)	
Toplam		68 (%79,1)	18 (%20,9)	86 (%100)

Yates ki-kare testi, * $p < 0,05$

Çalışmaya katılan 86 kişinin 32'sinde psoriasis dışında ek bir sistemik hastalık bulunduğu, 54'ünde ise bulunmadığı görüldü. En sık görülen ek hastalık, %17 ile hipertansiyondu. Psikiyatrik hastalıklardan ise yedi hastada depresyon, üç hastada panik bozukluk, bir hastada depresyon ve panik bozukluk vardı (Şekil 2).



Şekil 2. Psoriasis hastalarında görülen ek hastalıklar

Hafif ve orta-şiddetli psoriasis hasta grupları arasında, aile öyküsü varlığı açısından yapılan karşılaştırmada istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmedi ($p>0,05$) (Tablo 2).

Tablo 2. Hastalık şiddeti ve aile öyküsü arasındaki ilişki

		Hastalık şiddeti		p [*]
		Hafif n (%)	Orta-şiddetli n (%)	
Aile öyküsü	Yok	52 (%81,3)	12 (%18,8)	0,383
	Var	16 (%72,7)	6 (%27,3)	
Toplam		68 (%79,1)	18 (%20,9)	86 (%100)

Fisher ki-kare testi, * $p>0,05$

Hafif ve orta-şiddetli psoriasis hasta grupları arasında, sigara ve alkol kullanımı açısından yapılan karşılaştırmada istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmedi ($p>0,05$) (Tablo 3,4).

Tablo 3. Hastalık şiddeti ve sigara kullanımı arasındaki ilişki

		Hastalık şiddeti		p*
		Hafif n (%)	Orta-şiddetli n (%)	
Sigara kullanımı	Yok	45 (%78,9)	12 (%21,1)	1,0
	Var	23 (%79,3)	6 (%20,7)	
Toplam		68 (%79,1)	18 (%20,9)	86 (%100)

Yates ki-kare testi, * p>0,05

Tablo 4. Hastalık şiddeti ve alkol kullanımı arasındaki ilişki

		Hastalık şiddeti		p*
		Hafif n (%)	Orta-şiddetli n (%)	
Alkol kullanımı	Yok	55 (%79,7)	14 (%20,3)	0,747
	Var	13 (%76,5)	4 (%23,5)	
Toplam		68 (%79,1)	18 (%20,9)	86 (%100)

Fisher ki-kare testi, * p>0,05

Hafif ve orta-şiddetli psoriasis hasta grupları arasında, tırnak tutulumu açısından yapılan karşılaştırmada istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmedi (p>0,05)(Tablo 5).

Tablo 5. Hastalık şiddeti ve tırnak tutulumu arasındaki ilişki

		Hastalık şiddeti		p*
		Hafif n (%)	Orta-şiddetli n (%)	
Tırnak tutulumu	Yok	33 (%86,8)	5 (%13,2)	0,190
	Var	35 (%72,9)	13 (%27,1)	
Toplam		68 (%79,1)	18 (%20,9)	86 (%100)

Yates ki-kare testi, * p>0,05

Hafif ve orta-şiddetli psoriasis hasta grupları arasında, saçlı deri tutulumu açısından yapılan karşılaştırmada istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edildi (p<0,05). Saçlı deri tutulumu olmayan hastaların tümünde hastalık şiddeti hafif, saçlı deri tutulumu olan hastaların yaklaşık %27'sinde orta-şiddetliydi (Tablo 6).

Tablo 6. Hastalık şiddeti ve saçlı deri tutulumu arasındaki ilişki

		Hastalık şiddeti		p [*]
		Hafif n (%)	Orta-şiddetli n (%)	
Saçlı deri tutulumu	Yok	19 (%100)	0 (%0)	0,009
	Var	49 (%73,1)	18 (%26,9)	
Toplam		68 (%79,1)	18 (%20,9)	86 (%100)

Fisher ki-kare testi, * p<0,05

Hafif ve orta-şiddetli psoriasis hasta grupları arasında, artralji/artrit açısından yapılan karşılaştırmada istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmedi (p>0,05)(Tablo 7).

Tablo 7. Hastalık şiddeti ve artrit/artralji varlığı arasındaki ilişki

		Hastalık şiddeti		p [*]
		Hafif n (%)	Orta-şiddetli n (%)	
Artralji	Yok	44 (%81,5)	10 (%18,5)	0,660
	Var	24 (%75)	8 (%25)	
Toplam		68 (%79,1)	18 (%20,9)	86 (%100)

Yates ki-kare testi, * p>0,05

Hafif ve orta-şiddetli psoriasis hasta grupları arasında, ek hastalık varlığı açısından yapılan karşılaştırmada istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmedi (p>0,05)(Tablo 8).

Tablo8. Hastalık şiddeti ve ek hastalık arasındaki ilişki

		Hastalık şiddeti		p [*]
		Hafif n (%)	Orta-şiddetli n (%)	
Ek hastalık	Yok	44 (%81,5)	10 (%18,5)	0,660
	Var	24 (%75)	8 (%25)	
Toplam		68 (%79,1)	18 (%20,9)	86 (%100)

Yates ki-kare testi, * p>0,05

Hafif ve orta-şiddetli psoriasis hasta grupları arasında, alınan tedavi açısından yapılan karşılaştırmada istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edildi (p<0,05)(Tablo 9).

Tablo 9. Hastalık şiddeti ve psoriasis için kullanılan tedavi arasındaki ilişki

		Hastalık şiddeti		p*
		Hafif n (%)	Orta-şiddetli n (%)	
Aldığı tedavi	Topikal tedavi	48 (%88,9)	6 (%11,1)	0,014
	Sistemik tedavi	14 (%60,9)	9 (%39,1)	
	Fototerapi	6 (%66,7)	3 (%33,3)	
Toplam		68 (%79,1)	18 (%20,9)	86 (%100)

Pearson ki-kare testi, * p<0,05

Hafif ve orta-şiddetli psoriasis hasta grupları arasında, psikiyatrik tedavi alma açısından yapılan karşılaştırmada istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmedi (p>0,05)(Tablo 10).

Tablo 10. Hastalık şiddeti ve alınan psikiyatrik tedavi arasındaki ilişki

		Hastalık şiddeti		p*
		Hafif n (%)	Orta-şiddetli n (%)	
Psikiyatrik tedavi	Yok	51 (%82,3)	11 (%17,7)	0,383
	Var	17 (%70,8)	7 (%29,2)	
Toplam		68 (%79,1)	18 (%20,9)	86 (%100)

Yates ki-kare testi, * p>0,05

Çalışmaya katılan 86 olgunun 74 (%86)'ü plak, 5 (%5,8)'i guttat, 5 (%5,8)'i palmoplantar, 2 (%2)'si eritrodermik psoriasisti. Hastalık şiddeti, eritrodermik tipte olan hastaların tamamında orta ve şiddetli, guttat ve palmoplantar tipteki hastaların tamamında hafif, plak tip psoriasislilerin 58'inde hafif, 16'sında orta-şiddetli idi. Hafif ve orta-şiddetli gruplar arasında, psoriasis klinik tipi açısından yapılan karşılaştırmada, istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edildi(p<0,05)(Tablo 11).

Tablo 11. Hastalık şiddeti ve psoriasis klinik tipi arasındaki ilişki

Psoriasis klinik tipi	Hastalık şiddeti		p*
	Hafif n (%)	Orta-şiddetli n (%)	
Eritrodermik	0 (%0)	2 (%100)	0,01
Guttat	5 (%100)	0 (%0)	
Palmoplantar	5 (%100)	0 (%0)	
Plak	58 (%78,4)	16 (%21,6)	
Toplam	68 (%79,1)	18 (%20,9)	86 (%100)

Pearson ki-kare testi, *p<0,05

Hastalık şiddetini gösteren PASI ve hastalık algısı ile yaş, hastalık süresi, anksiyete puanı ve depresyon puanı arasındaki korelasyon incelendiğinde; PASI ile hastalık süresi arasında korelasyon saptandı. Hastalık algısı ile anksiyete puanı arasında pozitif yönde korelasyon olduğu belirlendi. Hem PASI hemde hastalık algısı ile depresyon puanı arasında pozitif yönde zayıfda olsa korelasyon vardı. Yani PASI ile gösterilen hastalık şiddeti arttıkça, hastalık süresi ve depresyon puanının arttığı bulundu. Hastalık algı skoru arttıkça anksiyete ve depresyon puanının arttığı saptandı (Tablo 12).

Tablo 12. Hastalık şiddeti ile hastalıkla ilişkili parametreler arasındaki Spearman korelasyon katsayıları

		PASI	Hastalık algısı
Yaş	r*	0,138	0,032
	p	0,207	0,769
Hastalık süresi	r*	0,384	0,168
	p	<0,001	0,124
Anksiyete puanı	r*	-0,056	0,392
	p	0,606	<0,001
Depresyon puanı	r*	0,216	0,270
	p	0,046	0,012
Hastalık algı skoru	r*	0,093	-
	p	0,395	-

Spearman korelasyon analizi (r*)

PASI ile hastalık algı skoru karşılaştırıldığında aralarında korelasyon olmadığı, hastalık algısının hastalık şiddetine bağlı değişiklik göstermediği tespit edildi (Tablo 12).

Hastalardaki hastalık şiddeti ile anksiyete düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadı. (p>0,05)(Tablo 13).

Tablo 13. Hastalık şiddeti ve anksiyete düzeyi arasındaki ilişki

		Hastalık şiddeti		p*
		Hafif n (%)	Orta-şiddetli n (%)	
Anksiyete grubu	<8	31 (%81,6)	7 (%18,4)	0,809
	8+	37 (%77,1)	11 (%22,9)	
Toplam		68 (%79,1)	18 (%20,9)	86 (%100)

Mann-Whitney U testi, *p>0,05

Hastalardaki hastalık şiddeti ile depresyon düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadı. (p>0,05)(Tablo 14).

Tablo 14. Hastalık şiddeti ve depresyon düzeyi arasındaki ilişki

		Hastalık şiddeti		p*
		Hafif n (%)	Orta-şiddetli n (%)	
Depresyon grubu	<8	38 (%82,6)	8 (%17,4)	0,549
	8+	30 (%75)	10 (%25)	
Toplam		68 (%79,1)	18 (%20,9)	86 (%100)

Mann-Whitney U testi, *p>0,05

Hastalardaki anksiyete düzeyi ile algı ölçeği puan ortalaması karşılaştırıldığında, aralarında istatistiksel anlamlı farklılık vardı (p<0,05). Anksiyete ölçeği 8'den yüksek olanların algı ölçeğinde yüksek bulundu (Tablo15).

Tablo 15. Hastalık algısı ve anksiyete arasındaki ilişki

		Algı ölçeği puanı (Ort±SD)	p*
Anksiyete grubu	<8	39,55 ± 11,65	0,005
	8+	46,88 ± 12,96	

Mann-Whitney U testi, *p<0,05.

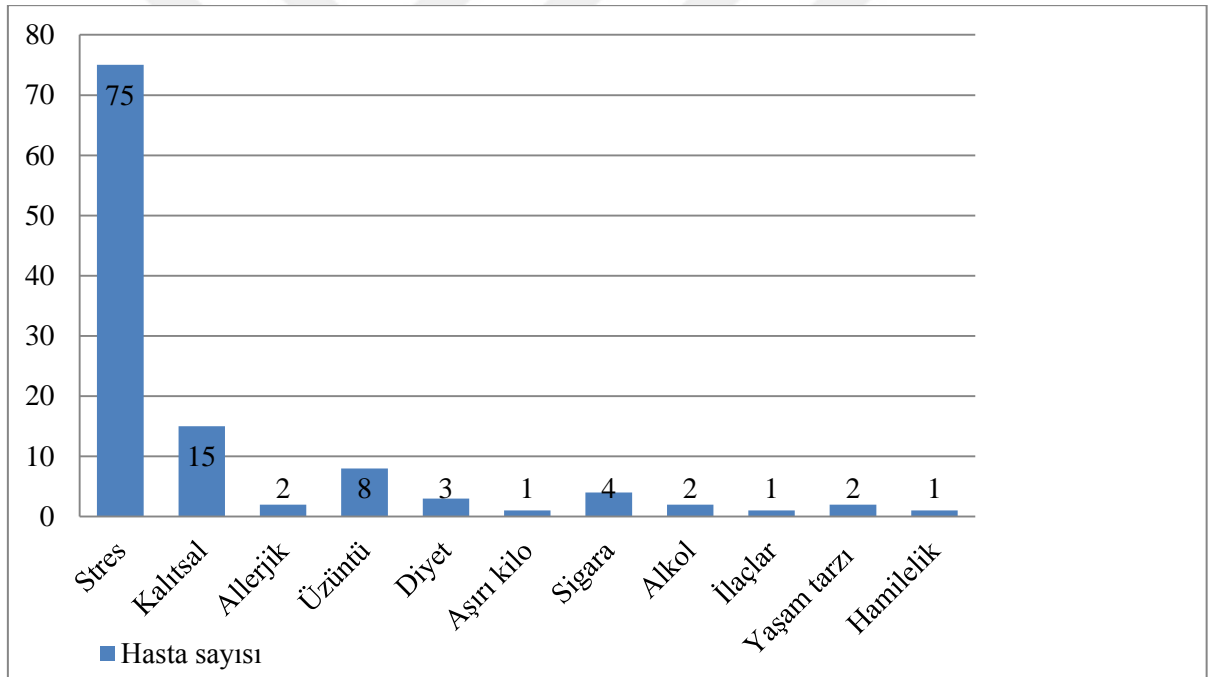
Hastalardaki depresyon düzeyi ile algı ölçeği puan ortalaması karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel anlamlı farklılık tespit edilmedi (p>0,05)(Tablo 16).

Tablo 16. Hastalık algısı ve depresyon arasındaki ilişki

		Algı ölçeği puanı (Ort±SD)	p*
Depresyon grubu	<8	42,48 ± 11,90	0,267
	8+	44,98 ± 13,90	

Mann-Whitney U testi, * p>0,05

Şekil 3'de olguların KHAÖ'deki "Sizce hastalığınızın nedeni nedir?" sorusuna verdikleri cevapların dağılımı sıralandı. Olguların çoğunluğu, stresi en sık (%87), genetik faktörleri ise ikinci (%17) neden olarak belirttiler.



Şekil 3. Hastaların psoriasis başlamasına neden olarak belirtilen durumlar

Hafif ve orta-şiddetli psoriasis hasta grupları arasında hastalık algı ölçeği alt ölçütleri ile hastalık şiddeti karşılaştırıldığında, istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı (p>0,05)(Tablo 17).

Tablo 17. Hastalık şiddeti ve hastalık algısı alt ölçekleri arasındaki ilişki

	PASI sınıflaması		Toplam (n=86) (Ort±SD)	p*
	Hafif (n=68) (Ort±SD)	Orta-şiddetli (n=18) (Ort±SD)		
Hastalık süresi	7,74±3,08	9,17±1,68	8,03±2,90	0,066
Hastalık sonuçları	6,13±3,02	7,11±3,08	6,34±3,04	0,182
Kişisel kontrol	5,41±3,10	6,39±3,27	5,62±3,14	0,218
Tedavi kontrolü	2,96±2,93	3,83±2,43	3,14±2,85	0,131
Hastalık tipi-kimlik	6,43±3,06	7,00±3,16	6,55±3,07	0,455
Hastalık tutarlılığı	6,09±3,42	5,78±3,13	6,02±3,34	0,757
Duygusal temsiller	2,21±2,87	1,11±2,02	1,98±2,74	0,152
Hastalık endişesi	5,68±3,80	7,06±3,53	5,97±3,77	0,194
Hastalık algı skoru	42,63±12,66	47,44±13,26	43,64±12,86	0,152

*Mann-Whitney U testi

Çalışmaya katılan hastalarımıza ait demografik özellikler ve anketlere ait sonuçlar CD'de sunulmuştur (Ek-IV).

TARTIŞMA

Psoriasis keskin sınırlı, eritemli papül ve plaklar üzerinde yerleşmiş parlak, sedefi-beyaz skuamlarla karakterize, kronik seyirli inflamatuvar bir deri hastalığı olarak tanımlanmıştır. Etyolojisi tam olarak açıklık kazanmamış olmakla beraber, kalıtsal yatkınlığı olanlarda fiziksel travma, infeksiyon, stres, çeşitli ilaçlar gibi tetikleyici faktörlerle ortaya çıktığı düşünülmektedir (1).

Psoriasisprevalansı, epidemiyolojik çalışmalarda %0,2-4,8 arasında, ortalama %2 oranında bildirilmektedir (5). Başlangıç yaşı iki dönemde pik yapar;en sık 20-30 yaş, daha az sıklıkta ise 50-60 yaş arasında başlar (7).

Bireylerin bir deri hastalığına uyum evresinin, karmaşık, çok yönlü, sadece bireyle değil, toplumla ilgili yönleri de olan biyopsikososyal bir süreç olduğu düşünülmektedir. Beyinle aynı embriyolojik kökeni paylaştığı bilinen deri, insanın dış dünya ve başkaları ile ilk temas noktasıdır. Deride meydana gelen değişiklikler; korku, kaygı ve utanç gibi duygulara yol açabilir. Derinin uyarılara verdiği yanıtların, hem fizyolojik hem de psikolojik boyutunun olduğu bilinmektedir(95).

Başlamasında ve alevlenmesinde stresin, psikososyal faktörlerin belirgin etkisi olması nedeni ilepsikosomatik bir hastalık olarak kabul edilen psoriasiste;depresyon, obsesif kompulsif bozukluk ve anksiyete bozukluğu gibi psikiyatrik hastalıkların normal popülasyona oranla daha sık ortaya çıktığı bildirilmiştir (96-98).

Gupta ve Gupta (99), psoriasisın yaşam kalitesine etkisini araştırdıkları çalışmalarında, psoriasis şiddeti ile yaş ve cinsiyet arasında ilişki bulamamışlardır. Richards ve ark. (100), psoriasisli erkek hastalarda hastalık şiddetini daha yüksek saptamışlardır. Bizim

çalışmamızda, benzer şekilde, hastalığın erkeklerde daha şiddetli olduğu bulundu. Erkeklerin %36,2'sinde, kadınların %5,3'ünde orta-şiddetli hastalık tespit edildi.

Psoriasisle aile öyküsüvarlığının, kötü prognoz göstergesi olduğu bildirilmiştir (2-4,101).Bizim çalışmamızda, hafif ve orta-şiddetli psoriasis hasta grupları arasında aile öyküsü açısından anlamlı farklılık tespit edilmedi.

Eritrodermik ve generalize püstüler psoriasis kötü prognoza sahiptir (3,6,29,36,102-110). Hastalık şiddeti eritrodermik tip psoriasislilerin tamamında orta ve şiddetli; guttat ve palmoplantar tip psoriasislilerin tamamında hafifti;bulgularımızliteratürle uyumluydu.

Epidemiyolojik çalışmalarda, psoriasislilerde sigara alışkanlığının normal popülasyondan fazla olduğu tespit edilmiştir (111-113).Neimann ve ark. (114), yaptıkları çalışmada hafif şiddetli psoriasisli olgularda sigara içiciliğini kontrol grubuna oranla yüksek saptamışlardır. Yeni tanı alan psoriasis hastaları üzerinde yapılan bir değerlendirmede, sigara kullanımının hastalık şiddeti ile ilişkisi gösterilememiştir (115).Bir çalışmada sigara içmeyen, geçmişte içmiş ancak bırakmış ve içmekte olanlar karşılaştırılmış ve bu üç grup arasında psoriasis şiddeti açısından fark bulunamamıştır(116).Çalışmamızdaki hastaların %33'ü sigara kullanmaktaydı, ancak hafif ve orta-şiddetli psoriasis hastaları arasında sigara kullanımı açısından anlamlı fark bulunamadı.

Psoriasisli hastalarda alkol kullanımının diğer birçok hastalığa göre fazla olduğu bildirilmiştir (96,117). Psoriasisle baş etme mekanizmaları geliştirmede başarılı olamayan hastalarda alkol kullanımına yatkınlık ortaya çıkabileceği belirtilmiştir. Alkol kullanımının psoriasis şiddetini ve kaşıntıyı arttırdığı, özellikle de tedavisini olumsuz etkilediği ve mortalite riskini yükselttiği düşünülmektedir (69,117,118). Bizim çalışmamızda 86 hastanın 17'si (%19,7) alkol kullanmaktaydı. Alkol kullanan ve kullanmayanlar arasında PASI skoru açısından bir fark saptanmadı; literatürden farklı olarak psoriasisle alkol kullanımının hastalık şiddetini etkilemediği tespit edildi.

Gupta ve ark.(119), 217 psoriasis hastasında intihar fikri ve depresyon oranlarını incelemişler ve psoriasis şiddeti ile depresyon skorları arasında korelasyon tespit etmişlerdir.Güleç ve ark.(120)'nın yaptıkları çalışmada, psoriasisle depresyonun kontrol grubuna göre daha fazla görüldüğü, anksiyete düzeylerinde anlamlı bir fark olmadığı belirtilmiştir. Bu durum, psoriasis hastalarının anksiyeteye tahammülsüzlük nedeniyle uyum mekanizması olarak depresyonu tercih etmiş olabilecekleri şeklinde yorumlanmıştır. Devrimci Özgüven ve ark.(121), psoriasis şiddeti ile depresyon şiddeti arasında bir bağlantı olduğunu saptamışlardır. Bizim çalışmamızda benzer şekilde, hastalık şiddeti ile depresyon düzeyi arasında korelasyon vardı.

Kronik hastalıklarda hastalık süresi uzadıkça depresyon düzeylerinin arttığı, hastalık algısının değiştiği bildirilmiştir (122-127). Psoriasis süresinin artmasıyla, hastalık şiddetinin arttığını gösteren çalışmalar vardır (128,129).Taner ve ark.(130), Behçet hastalığı ile psoriasisde depresyon ve anksiyete seviyelerini karşılaştırdıkları çalışmalarında, Behçet hastalığında hastalık süresiyle depresyon arasında pozitif yönde korelasyon saptarlarken, psoriasisde süre ile şiddet arasında ilişki bulunmamıştır. Çalışmamızda, hastalık süresi ile hastalık şiddeti arasında korelasyon olduğu belirlendi.

Psoriasis ve seboreik dermatit hastalarının yer aldığı, saçlı deri dermatozlarında yaşam kalitesini inceleyen 52 hastalık bir çalışmada, psoriasisli hastaların %52'sinde utanma duygusu, %73'ünde aşağılanma duygusu, %62'sinde depresif durum ortaya çıktığı bildirilmiştir (131).Yine benzer bir çalışmada, psoriasis hastalarının kontrol grubuna göre genel sağlık ve emosyonel durumlarının daha fazla etkilendiği, yaşam kalitelerinin daha düşük olduğu gösterilmiştir (132). Türkiye'de psoriasis ve yaşam kalitesi araştırılan bir çalışmada, saçlı deri ve tırnak tutulumu olan psoriasislilerde PASI değerleri daha yüksek bulunmuştur (129). Bizim çalışmamızda, saçlı deri tutulumu olmayan hastaların tümünde hastalık şiddeti hafif; saçlı deri tutulumu olan hastaların %27'sinde orta-şiddetliydi. Saçlı deri tutulumu olan psoriasislilerde hastalığın daha şiddetli olduğu ve buna bağlı olarak depresyonun daha fazla görüldüğü düşünülebilir.

Psoriasislilerde anksiyete bozukluğu oranının (%48) diğer dermatolojik hastalıklara göre daha yüksek olduğu belirtilmiştir (133).Devrimci Özgüven ve ark. (134), görünür yerlerinde lezyonları olan psoriasis hastalarında sosyal anksiyete düzeyini yüksek bulmuşlar ve sosyal anksiyete düzeyi ile hastalığın şiddeti arasında pozitif ilişki olduğunu tespit etmişlerdir.Bir çalışmada, psoriasis hastalarında anksiyete ve depresyon düzeyleri oldukça yüksek bulunmuş, ancak kontrol grubuyla karşılaştırıldığında anlamlı farklılık görülmemiştir (135).Çalışmamızda psoriasis şiddeti ile anksiyete düzeyi arasında ilişki saptanmadı ($p>0,05$)

Stresli yaşam olayları ve psikososyal etmenler, psoriasisin başlamasında ve alevlenmesinde rol oynar (126,136-139). Stresin, hastalığın ilk ortaya çıkışında %44, alevlenme dönemlerinde ise %80'e kadar etkili olabildiği gösterilmiş; 40 yaş öncesinde ortaya çıkan erken dönem psoriasislilerde strese duyarlılığın daha fazla, deri ve eklem tutulumlarının daha ciddi olduğu bildirilmiştir (137,138).Harvima ve ark. (140)psoriasis hastalarını düşük ve yüksek stresli olarak iki gruba ayırdıkları çalışmalarında, yüksek stresli grupta deri lezyonları ve eklem bulgularının daha yaygın olduğunu saptamışlardır. DevrimciÖzgüvenve ark.(121), psoriasis şiddetinde, stres faktörü yüksek ve düşük grup arasında fark olmadığını; bunun her iki grupta da PASI skorlarının düşük olmasıyla ilgili olabileceğini belirtmişlerdir. Bir

çalışmada, psoriasislilerin %60,1'i stresi, %55,5'i genetik faktörleri başlatıcı neden göstermişlerdir (141). Çalışmamızda psoriasisin başlamasında, stres en sık (%87), genetik faktörler ikinci (%17) neden olarak tespit edildi.

Wahl ve ark. (142), psoriasiste hastalık şiddeti, hastalık süresi gibi, hastalıkla ilişkili faktörleri hastalık algısıyla bağlantılı bulmuşlar; ayrıca kişinin, hastalığı hakkındaki bilgi seviyesinin, hastalık algısında önemli bir belirteç olduğunu tespit etmişlerdir. Bununla birlikte, psoriasis şiddetinin; hastalık nedeni, tedavisi, kontrolü, sonuçları, kronikleşmesi, nüksü ve algılanan semptomlar ile ilişkili olmadığını gösteren çalışmalar da vardır (126,141). Çalışmamızda, hastalık sonuçları, duygusal temsiller, kişisel kontrol ve tedavi kontrolü gibi parametrelerden oluşan hastalık algısı alt ölçeklerinde, hastalık şiddeti ile bir ilişki tespit edilmedi; bu duruma, hasta sayısının azlığı yol açmış olabilir.

Wahl ve ark. (142), şiddetli psoriasislilerin, hastalıklarının kronikliği, olumsuz sonuçları ve duygusal yönü hakkında çok güçlü inanca sahip olduklarını göstermişlerdir. Fortune ve ark. (143), psoriasisin klinik şiddetinin, hastalık algısı ya da patolojik endişe ile ilişki olmadığını tespit etmişlerdir. İran'da 200 psoriasisli ile yapılan çalışmada, PASI skoru ile hastalık algısı, başa çıkma stratejileri veya psikolojik savunmasızlık skorları arasında anlamlı bir ilişki olmadığı görülmüştür (144). Çalışmamızda, hastalık algı skoru ile psoriasis şiddeti arasında korelasyon saptanmadı.

Scharloo ve ark. (145), 69 psoriasisliyi bir yıl boyunca takip etmişler ve hastalık kimliği güçlü olanların; sosyal fonksiyon, mental durum, genel sağlık, sağlık algısı ve depresyon durumlarının daha kötü olduğunu ve doktora daha fazla başvurduklarını tespit etmişlerdir. Çalışmamızda, hastalık kimliği ile hastalık şiddeti arasında ilişki saptanmadı. Hastalardaki anksiyete ile algı düzeyi karşılaştırıldığında, istatistiksel anlamlı farklılık tespit edildi ($p < 0,05$). Ayrıca hastalık algısı ile anksiyete ve depresyon düzeyleri arasında ayrı ayrı pozitif yönde zayıf da olsa korelasyon saptandı. Hastalık algısının, anksiyete ve depresyon durumlarını etkilediği belirlendi.

Hastanın stresle başa çıkma mekanizmalarının yetersiz kalması ve psikiyatrik hastalık geçirmiş olması, kronik deri hastalığına eşlik eden psikiyatrik tabloların ortaya çıkışını yol açan faktörler arasında gösterilmiştir (146). Çalışmamızda, hafif ve orta-şiddetli psoriasis grupları arasında, psikiyatrik tedavi alma açısından yapılan karşılaştırmada anlamlı farklılık tespit edilmedi ($p > 0,05$).

Psoriasiste başarılı bir tedavi için, biyopsikososyal yaklaşımın bir bütün olarak uygulanması, dermatolojik ve psikiyatrik sorunların ortak olarak tanımlanması önemlidir (147). Bir çalışmada yaşam kalitesini en çok etkileyen faktörün, beklenilenin aksine, hastalık

şiddetinden çok, hastaların kendileri ile ilgili algıları ve duyguları olduğu düşüncesine varılmıştır (27).

Sonuç olarak; psoriasisde tedavi, yaşam kalitesi ve hastalık süresinin, anksiyete ve depresyon gibi psikiyatrik problemlerden etkilenebileceği düşüncesindeyiz. Psoriasis, sadece bir deri hastalığı olarak düşünülmemeli; hastalık algısı, anksiyete bozukluğu, depresyon ve eşlik edebilecek diğer psikiyatrik durumlar, psikiyatrik destek gerekliliği açısından dikkatle değerlendirilmelidir.



SONUÇLAR

Çalışmamızda psoriasislilerde hastalık şiddeti ile hastalık algısı arasındaki ilişkinin, anksiyete ve depresyon düzeyleri göz önünde bulundurularak değerlendirilmesi amaçlandı.

Çalışmamızın sonuçları şöyledir:

1. Hastalık şiddeti, erkeklerde kadınlardan daha fazlaydı.
2. Hastalık şiddeti ile aile öyküsü arasında ilişki yoktu.
3. Hastalık şiddeti ile sigara/alkol kullanımı arasındaki ilişki anlamlı değildi.
4. Saçlı deri tutulumu olan psoriasislilerde, hastalık daha şiddetliydi.
5. Psikiyatrik tedavi almanın, hastalık şiddetini etkilemediği saptandı.
6. Hastalık şiddeti ile hastalık algı düzeyi ve anksiyete düzeyi arasında korelasyon yoktu.
7. Hastalık süresi ile hastalık şiddeti arasında korelasyon saptandı.
8. Hastalık algısı ile anksiyete düzeyi ve depresyon düzeyi arasında korelasyon olduğu belirlendi.
9. Hastalık şiddeti ile depresyon düzeyi arasında pozitif yönde korelasyon tespit edildi.

ÖZET

Psoriasis;kozmetik kaygılara, kaşıntı gibi yakınmalara yol açmakta ve hastaların yaşamlarını olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Bu nedenle psoriasislilerde depresyon ve anksiyete bozukluğu, organik hastalıkların hemen hepsinden fazla bulunmuştur.

Çalışmamızda Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Deri ve Zührevi Hastalıklar Polikliniği'ne başvuran psoriasisli hastaların hastalık algısı, anksiyete ve depresyon düzeylerinin tespit edilmesi ve bunların psoriasis şiddeti ile ilişkisinin gösterilmesi amaçlandı. Çalışmaya, tanıları klinik olarak konulan ve yaşları 18-67 arasında değişen 47'si erkek, 39'u kadın 86 psoriasisli hasta dâhil edildi. Hastalara sosyodemografik anket, kısa hastalık algı ölçeği, hastane anksiyete ve depresyon ölçeğinden oluşan 37 soruluk bir anket uygulandı. Hastalık şiddeti,psoriasis alan ve şiddet indeksi ile değerlendirildi

Anket sonuçlarına göre, hastalık şiddeti, erkeklerde kadınlardan daha fazlaydı. Saçlı deri tutulumu olan psoriasislilerde, hastalık daha şiddetliydi. Hastalık şiddeti ile hastalık algı düzeyi ve anksiyete düzeyi arasında korelasyon yoktu. Hastalık süresi ile hastalık şiddeti arasında korelasyon saptandı. Hastalık algısı ile anksiyete düzeyi ve depresyon düzeyi arasında korelasyon olduğu belirlendi.Hastalık şiddeti ile depresyon düzeyi arasında pozitif yönde ilişki tespit edildi.

Sonuç olarak; psoriasisle tedavi, yaşam kalitesi ve hastalık süresinin, anksiyete ve depresyon gibi psikiyatrik problemlerden etkilenebileceği düşüncesindeyiz. Psoriasisle sadece deri lezyonları ele alınmamalı; hastalık algısı, anksiyete bozukluğu, depresyon ve eşlik edebilecek diğer psikiyatrik durumlar, psikiyatrik destek gerekliliği açısından dikkatle değerlendirmelidir.

Anahtar kelimeler: Psoriasis, algı, anksiyete, depresyon

THE ASSOCIATION BETWEEN ILLNESS PERCEPTION AND CLINICAL SEVERITY IN PATIENTS WITH PSORIASIS

SUMMARY

Psoriasis causes cosmetic concerns and complaints like itchininess and it may adversely affect the lives of patients. Therefore, among the psoriasis patients, depression and anxiety disorder have been found more than almost all of organic diseases.

In our study, it was aimed to determine the illness perception, anxiety and depression levels and to demonstrate the correlation of these levels with psoriasis severity among the psoriasis patients who admitted to Dermatology Department of Trakya University Medical Faculty. The study includes 86 clinically diagnosed psoriasis patients that 47 of them are male and ranging in age from 18 to 67. Questionnaires that consist of 37 questions from Brief Illness Perception Questionnaire, Hospital Anxiety and Depression Scale and sociodemographic questionnaire were applied to the patients and the disease severity was evaluated with Psoriasis Area Severity Index.

As a result of the questionnaires, disease severity was higher in males than females. In patients with scalp involvement, disease was more severe. There was no correlation between disease severity and illness perception or anxiety levels. We found that, duration and severity of disease were correlated. It was found that illness perception affects anxiety and depression levels in patients with psoriasis. Depression levels were higher in patients with severe psoriasis.

As a conclusion, we are of the opinion that treatment, recovery time and quality of life can be affected by psychiatric problems of patient such as anxiety and depression in psoriasis patients. As handling the chronic disease psoriasis, not only the skin lesions should be considered but also the illness perception, anxiety disorder, depression and related possible psychiatric conditions should be evaluated by clinicians in terms of necessity of psychiatric support.

Key words: Psoriasis, perception, anxiety, depression



KAYNAKLAR

1. Gülekon A. Psoriasis ve benzeri dermatozlar. Tüzün Y, Gürer MA, Serdaroğlu S, Oğuz O, Aksungur VL (Editörler). Dermatoloji'de. 3. baskı. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 2008:745-64.
2. Gudjonsson JE, Elder JT. Psoriasis. In: Wolff K, Goldsmith LA, Katz SI, Gilchrest BA, Paller AS, Leffell DJ (Eds.). Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine.7th ed. NewYork: Mc Graw Hill Co; 2008:169-93.
3. Christophers E, Mrowietz U. Psoriasis. In: Braun-Falco O, Plewig G, Wolff HH, Burgdorf WHC, Landthaler M (Eds.). Dermatology. 3rd ed. Italy: Springer-Verlag; 2009:506-26.
4. James WD, Berger TG, Elston DM. Andrews' Diseases of the Skin Clinical Dermatology. 10th ed. Canada: Elsevier Inc; 2006.
5. Gürer MA, Adışen E. Psoriasis, genel bilgiler, epidemiyoloji. Türkderm 2008;42:15-7.
6. Erkek E. Psoriasis etyopatogenezi. T Klin Dermatol 2008;1(3):1-14.
7. Şanlı B. Psoriasis epidemiyolojisi ve genetiği. T Klin J Dermatol 2012;5(3):1-7.
8. Gudjonsson JE, Elder JT. Psoriasis: epidemiology. Clin Dermatol 2007;25:535-46.
9. Langley RG, Krueger GG, Griffiths CE. Psoriasis: epidemiology, clinical features, and quality of life. Ann Rheum Dis 2005;64:18-23.
10. Naldi L. Epidemiology of psoriasis. Curr Drug Targets Inflamm Allergy 2004;3:121-8.
11. Giscondi P, Tessari G, Conti S, Piaserico S, Schianchi S, Peserico A et al. Prevalence of metabolic syndrome in patients with psoriasis: A hospital-based case-control study. Br J Dermatol 2007;157:68-73.
12. Ginsburg IH, Link BG. Feelings of stigmatization in patients with psoriasis. J Am Acad Dermatol 1989;20(1):53-63.

13. Matussek P, Agerer D, Seibt G. Aggression in depressives and psoriatics. *Psychother Psychosom* 1985;43:120-5.
14. Bennett P, Thomas B, Gawkrödger D. Anxiety and psoriasis. *The Practitioner* 1993;237:539-43.
15. Hardy EG, Cotterill JA. A study of depression and obsessionality in dismorphophobic and psoriatic patients. *Br J Psychiatry* 1982;140:19-22.
16. Gupta MA, Gupta AK, Wateel GN, Wateel GN. Perceived deprivation of social touch in psoriasis is associated with greater psychological morbidity: an index of the stigma experience in dermatological disorders. *Cutis* 1998;61:339-44.
17. Gupta MA, Gupta AK, Schork NJ, Ellis CN. Depression modulates pruritus perception: a study of pruritus in psoriasis, atopic dermatitis, and chronic idiopathic urticaria. *Psychosom Med* 1994;56:36-40.
18. Gupta MA, Gupta AK, Kirkby S, Weiner HK, Mace TM, Shork NJ et al. Pruritus in psoriasis: a prospective study of some psychiatric and dermatological correlates. *Arch Dermatol* 1988;124:1052-7.
19. Gupta MA, Gupta AK. Depression and social ideation in dermatology patients with acne, alopecia areata, atopic dermatitis and psoriasis. *Br J Dermatol* 1998;139:846-50.
20. Picardi A, Abeni D, Renzi C, Braga M, Melchi CF, Pasquini P. Treatment outcome and incidence of psychiatric disorders in dermatological out-patients. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2003;17:155-9.
21. Kessler RC, McGonagle KA, Zhao S, Nelson CB, Hughes M, Eshleman S et al. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. Results from the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry* 1994;51:8-19
22. Katon W, Schulberg H. Epidemiology of depression in primary care. *Gen Hosp Psychiatry* 1992;14:237-47.
23. Regier DA, Boyd JH, Burke JD Jr, Rae DS, Myers JK, Kramer M et al. One-month prevalence of mental disorders in the United States. Based on five Epidemiologic Catchment Area sites. *Arch Gen Psychiatry* 1988;45:977-86.
24. Picardi A, Abeni D, Mazzotti E, Fassone G, Lega I, Ramieri L et al. Screening for psychiatric disorders in patients with skin diseases: a performance study of the 12-item General Health Questionnaire. *J Psychosom Res* 2004;57:219-23.

25. Picardi A, Amerio P, Baliva G, Barbieri C, Teofoli P, Bolli S et al. Recognition of depressive and anxiety disorders in dermatological outpatients. *Acta Derm Venereol* 2004;84:213-7.
26. Vargas Laguna E, Peña Payero ML, Vargas Márquez A. Influence of anxiety in diverse cutaneous diseases. *Actas Dermosifiliogr* 2006;97:637-43.
27. Koryürek OM, Toğral AK, Koryurek MM, Ekşioğlu HM. Türk Psoriasis Hastalarında Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler. *Turk J Dermatol* 2015;9:123-7.
28. Altunay İK. Psikodermatoloji Tarihçesi ve Genel Bakış. *Türkderm* 2010;44(1):4-6
29. Bowcock AM, Barker JN. Genetics of psoriasis: the potential impact on new therapies. *J Am Acad Dermatol* 2003;49(Suppl 2):S51-6.
30. Henseler T, Christophers E. Psoriasis of early and late onset: characterization of two types of psoriasis vulgaris. *J Am Acad Dermatol* 1985;13:450-6.
31. Ergun T. Psoriasisin etyopatogenezi. *Türkderm* 2008;42(2):18-22.
32. Türsen Ü. Psoriasis tedavisinde neredeyiz? Alternatif ve Yenilikler: Psoriasis patogenezi. *Dermatolojide Gelişmeler 11'de*. Tüzün Y, Serdaroglu S, Engin B, Kutlubay Z (Editörler). Veritas Basım Merkezi Ltd. Sti, İstanbul, 2015;13-21.
33. Türsen Ü. Psoriasis etyolojisi. *Dermatose* 2007;6(4):195-214.
34. Ersoy Evans S. Çocukluk çağı psoriasis. *T Klin J Dermatol* 2008;1(3):38-44.
35. Özyurt S. İçimizdeki virüsler: insan endojen retrovirüsleri ve psoriasisle ilişkileri. *T Klin J Dermatol* 2009;19(2):99-103.
36. Camp RDR. Psoriasis. In: Champion RH, Burton JL, Burns DA, Breathach SM (Eds). *Textbook of Dermatology*. 4th ed. United Kingdom: Blackwell Scientific Publ; 1998:1589–649.
37. Higgins E. Alcohol, smoking and psoriasis. *Clin Exp Dermatol* 2000;155:876–82.
38. Güner MA. Psoriasis. Tüzün Y, Serdaroglu S, Erdem C, Özpoymaz M, Önder M, Öztürkcan S (Editörler). *Dermatolojide Tedavi'de*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 2010:703-10.
39. Lowes MA, Bowcock AM, Krueger JG. Pathogenesis and therapy of psoriasis. *Nature* 2007;445:866-873.
40. Ertuğrul E, Turgay M. Psoriasis immünopatogenezi. *TKlinJ Int Med Sci* 2005;1(13):13-5.
41. De Rie MA, Goedkoop AY, Bos JD. Overview of psoriasis. *Dermatol Ther* 2004;17:341-9.
42. Erdal E. Psoriasis etyopatogenezi. *T Klin Dermatol* 2004;14:11-4.

43. Lebwohl M. Psoriasis. *Lancet* 2003;361:1197-204.
44. Arican O, Aral M, Sasmaz S, Ciragil P. Serum levels of TNF- α , IFN- γ , IL-6, IL-8, IL-12, IL-17, and IL-18 in patients with active psoriasis and correlation with disease severity. *Mediators Inflamm* 2005;5:273-9.
45. Schon MP, Boehncke WH. Psoriasis. *N Engl J Med* 2005;352:1899-1912.
46. Şentürk N. Saçlı deri psoriasis. *T Klin J Dermatol* 2008;1(3):24-30.
47. Naldi L, Gambini D. The clinical spectrum of psoriasis. *Clin Dermatol* 2007;25(6):510-8.
48. Griffiths CEM, Barker NWN. Pathogenesis and clinical features of psoriasis. *Lancet* 2007;307:263-71.
49. Jiaravuthisan MM, Sasseville D, Vender RB, Murphy F, Muhn CY. Psoriasis of the nail: anatomy, pathology, clinical presentation, and a review of the literature on therapy. *J Am Acad Dermatol* 2007;57(1):1-27.
50. Edwards F, deBerker D. Nail Psoriasis: clinical presentation and best practice recommendations. *Drugs* 2009;69(17):2351-61.
51. Aktaş A. Püstüler psoriyazisi ve tedavisi. *T Klin Dermatol* 2005;1(13):27-31.
52. Gür G. Psoriyazisinde klinik spektrum. *T Klin J Dermatol* 2012;5(3):21-6.
53. Anadolu Brasie FR. Psoriasisde dermatopatolojik özellikler. *T Klin J Int Med Sci* 2005;1(13):16-21.
54. Akkaya VB, Ceyhan AM. Psoriasisde tanı ve ayırıcı tanı. *T Klin Dermatol* 2005;1(13):62-7.
55. Fredriksson T, Pettersson U. Severe psoriasis-oral therapy with a new retinoid. *Dermatologica* 1978;157:238-44.
56. Menter A, Gottlieb A, Feldman SR, Van Voorhees AS, Leonardi CL, Gordon KB et al. Guidelines of care for the management of psoriasis and psoriatic arthritis. Section 1. Overview of psoriasis and guidelines of care for the treatment of psoriasis with biologics. *J Am Acad Dermatol* 2008;58:826-50.
57. Christophers E. Comorbidities in psoriasis. *Clin Dermatol* 2007;25:529-34.
58. Yates VM, Watkinson G, Kelman A. Further evidence for an association between psoriasis, Crohn's disease and ulcerative colitis. *Br J Dermatol* 1982;106:323-330.
59. Henseler T, Christophers E. Disease concomitance in psoriasis. *J Am Acad Dermatol* 1995;32:982-6.

60. Herron MD, Hinckley M, Hoffman MS, Papenfuss J, Hansen CB, Callis KP et al. Impact of obesity and smoking on psoriasis presentation and management. *Arch Dermatol* 2005;141:1527-34.
61. Yosipovitch G, DeVore A, Dawn A. Obesity and the skin: skin physiology and skin manifestations of obesity. *J Am Acad Dermatol* 2007;56:901-16.
62. Sakai R, Matsui S, Fukushima M, Yasuda H, Miyauchi H, Miyachi Y et al. Prognostic factor analysis for plaque psoriasis. *Dermatology* 2005;211:103-6.
63. Kimball AB, Gladman D, Gelfand JM, Gordon K, Horn EJ, Korman NJ et al. National psoriasis foundation. Clinical consensus on psoriasis comorbidities and recommendations for screening. *J Am Acad Dermatol* 2008;58:1031-42.
64. Wakkee M, Thio HB, Prens EP, Sijbrands EJ, Neumann HA. Unfavorable cardiovascular risk profiles in untreated and treated psoriasis patients. *Atherosclerosis* 2007;190:1-9.
65. Gelfand JM, Troxel AB, Lewis JD, Kurd SK, Shin DB, Wang X et al. The risk of mortality in patients with psoriasis: results from a population-based study. *Arch Dermatol* 2007;143:1493-9.
66. Dreiherr J, Weitzman D, Shapiro J, Davidovici B, Cohen AD. Psoriasis and chronic obstructive pulmonary disease: a case-control study. *Br J Dermatol* 2008;159:956-60.
67. Lindegard B. Diseases associated with psoriasis in a general population of 159.200 middle-aged, urban, native Swedes. *Dermatologica* 1986;172:298-304.
68. Schmitt JM, Ford DE. Role of depression in quality of life for patients with psoriasis. *Dermatology* 2007;215:17-27.
69. Gülekon A, Adışen E. Psoriasis ve komorbiditeler. *Türkderm* 2008;(42)2:23-5.
70. Alper S, Atakan N, Gürer MA, Onsun N, Özarmağan G. Güncellenmiş Türkiye Psoriasis Biyolojik Ajan Kullanım Kılavuzu. *Türkderm* 2010;(44):105-12.
71. Pathirana D, Ormerod AD, Saiag P, Smith C, Spuls PI, Nast A et al. European S3-guidelines on the systemic treatment of psoriasis vulgaris. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2009;23(Suppl 2):1-70.
72. Nast A, Rosumeck S, Sammain A, Erdmann R, Sporbeck B, Rzany B et al. S3-guidelines for the treatment of psoriasis vulgaris-methods report. *J Dtsch Dermatol Ges* 2011;9(2):64-84.
73. Alper S, Akyol M, Atakan N, Başkan Bülbül E, Gürer MA, Koç E ve ark. Türkiye psoriasis tedavi kılavuzu 2012. *Türkderm* 2012;(46):1-36.

74. Pariser DM, Bagel J, Gelfand JM, Korman NJ, Ritchlin CT, Strober BE et al. National Psoriasis Foundation clinical consensus on disease severity. Arch Dermatol 2007;143:239-42.
75. Menter A, Korman NJ, Elmets CA, Feldman SR, Gelfand JM, Gordon KB ve ark. Guidelines of care for the management of psoriasis and psoriatic arthritis: section 6. Guidelines of care for the treatment of psoriasis and psoriatic arthritis: case-based presentations and evidence-based conclusions. J Am Acad Dermatol 2011;65:137-74.
76. Matz H. Phototherapy for psoriasis: what to choose and how to use: facts and controversies. Clin Dermatol 2010;28(1):73-80.
77. Cantürk T, Aydın F. Psoriasis tedavisinde fototerapi. T Klin J Int Med Sci 2005;1(13):80-3.
78. Aytekin S. Psoriasis tedavisinde sistemik ilaçlar ve tedavi rejimleri. T Klin J Int Med Sci 2005;1(13):74-9.
79. Özarmağan G, Babuna G. Psoriasisde klasik sistemik tedaviler ve hasta seçimi. T Klin J Dermatol 2008;1(3):68-76.
80. Öztürk MO, Uluşahin A. Duygudurum bozuklukları. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları Cilt I'de. 11.baskı. Ankara: Nova Danışmanlık Yayıncılık; 2008.
81. Diefenbach MA. Illness Representations. Health Behavior Constructs: Theory, Measurement and Research, Cancer Control and Population Sciences, US. National Cancer Institute. (ErişimTarihi:05.11.2011) Available from: <http://cancercontrol.cancer.gov/brp/constructs>.
82. Leventhal H, Nerenz DR, Steele DJ. Illness representations and coping with health threats. In: Baum A, Taylor SE, Singer JE (Eds.). Handbook of Psychology and Health, Volume IV: social psychological aspects of shealth. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates;1984:219-252.
83. Uysal Y, Akpınar E. Tip 2 diyabetli hastalarda hastalık algısı ve depresyon. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 2013;38(1):31-40.
84. Armay Z, Özkan M, Kocaman N, Özkan S. Hastalık algısı ölçeği'nin kanser hastalarında Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması. Klinik Psikiyatri 2007;10:192-200.
85. Nietzel MT, Wakefield JC. American Psychiatric Association Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Contemporary Psychology1996;41:642-651.

86. Gupta MA, Gupta AK, Wateel GN, Wateel GN. Perceived deprivation of social touch in psoriasis is associated with greater psychological morbidity: an index of the stigma experience in dermatological disorders. *Cutis* 1998;61:339-44.
87. Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry. 10th ed. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins; 2007.
88. Güz H, Ay M, Dilbaz N. Bir grup dermatolojik hastada aleksitimi, depresyon ve anksiyete. *J Psychiatry Neurol Sci* 2001;14:99-103.
89. Barankin B, De Koven J. Psychosocial effect of common skin disease. *Can Fam Psychian* 2002;48:712-16.
90. Başak PY. Sık görülen bazı deri hastalıklarının yaşam kalitesi üzerine etkilerinin karşılaştırılması. *T Klin J Dermatol* 2000;10:171-4.
91. Temelli BA. Tırnak Tutulumu Olan ve Olmayan Psoriasis Olgularında Alt Ekstremitte Venöz Sisteminin Doppler Ultrasonografik İncelenmesi (tez). Edirne: Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi; 2007.
92. Green C, Ganpule M, Harris D, Kavanagh G, Kennedy C, Mallett R et al. Comparative effects of calcipotriol (MC 903) solution and placebo (vehicle of MC 903) in the treatment of psoriasis of the scalp. *Br J Dermatol* 1994;130(4):483-7.
93. Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand* 1983;67(6):361-70.
94. Aydemir Ö, Güvenir T, Küey L, Kültür S. Hastane anksiyete ve depresyon ölçeği Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi* 1997;8(4):280-7.
95. Koblenzer CS. Psychosomatic concept in dermatology. *Arch Dermatol* 1983;119:501-12.
96. Boztaş MH, Polat MU. Psoriasis ve psikiyatrik bozukluklar. *Dermatose* 2010;1(1):39-45.
97. Aydemir EH, Sukan MY. Psoriasisste psikosomatik faktörler, psikolojik durum ve psoriasisli hastaya yaklaşım. *Türkderm* 2008;42(2):26-30.
98. Deveci A, Ermertcan AT, Deniz F, Madak BG, Öztürkcan S. Psoriasisli hastalarda alkol kullanımı ve intihar olasılığı. *Türkiye'de Psikiyatri* 2007;9(2):104-7.
99. Gupta MA, Gupta AK. Age and gender differences in the impact of psoriasis on quality of life. *Int J Dermatol* 1995;34(10):700-3.
100. Richards HL, Fortune DG, Griffiths CE, Main CJ. The contribution of perceptions of stigmatisation to disability in patients with psoriasis. *J Psychosom Res* 2001;50(1):11-15.

101. Van de Kerkhof PCM, Schalkwijk J. Psoriasis. In: Bologna JL, Jorizzo JL, Rapini RP (Eds.). *Dermatology*. 2nd ed. Spain: Mosby Elsevier; 2008;9:115-35.
102. Barker JNWN. Genetic aspects of psoriasis. *Clin Exp Dermatol* 2001;26:321-5.
103. Elder JT, Nair RP, Guo SW, Henseler T, Christophers E, Voorhees JJ. The genetics of psoriasis. *Arch Dermatol* 1994;130:216-24.
104. Kundakçı N, Türsen Ü, Babiker MO, Gürey E. The evaluation of the sociodemographic and clinical features of Turkish psoriasis patients. *Int J Dermatol* 2001;41:220-4.
105. Torti DC, Feldman SR. Interleukin-12, interleukin-23, and psoriasis: current prospects. *J Am Acad Dermatol* 2007;57:1059-68.
106. Gaspari AA. Innate and adaptive immunity and the pathophysiology of psoriasis. *J Am Acad Dermatol* 2006;54:67-80.
107. Singri P, West DP, Gordon KB. Biologic therapy for psoriasis. *Arch Dermatol* 2002;138:657-63.
108. Tüzün Y, Engin B. Psoriasis genetik. *Dermatose* 2002;2:16-9.
109. Bos JD, de Rie MA, Teunissen MB, Piskin G. Psoriasis: dysregulation of innate immunity. *Br J Dermatol* 2005, 152: 1098-107.
110. Ortonne JP. Recent developments in the understanding of the pathogenesis of psoriasis. *Br J Dermatol* 1999;140:1-7.
111. Herron MD, Hinckley M, Hoffman MS, Papenfuss J, Hansen CB, Callis KP et al. Impact of obesity and smoking on psoriasis presentation and management. *Arch Dermatol* 2005;141:1527-34.
112. Naldi L, Chatenoud L, Linder D, Fortina AB, Peserico A, Virgili AR et al. Cigarette smoking, body mass index, and stressful life events as risk factors for psoriasis: results from an Italian case-control study. *J Invest Dermatol* 2005;125:61-7.
113. Naldi L, Parazzini F, Brevi A, Peserico A, Veller Fornasa C, Grosso G et al. Family history, smoking habits, alcohol consumption and risk of psoriasis. *Br J Dermatol* 1992;127:212-7.
114. Neimann AL, Shin DB, Wang X, Margolis DJ, Troxel AB, Gelfand JM. Prevalence of cardiovascular risk factors in patients with psoriasis. *J Am Acad Dermatol* 2006;55:829-35.
115. Wolk K, Mallbris L, Larsson P, Rosenblad A, Vingard E, Ståhle M. Excessive body weight and smoking associates with a high risk of onset of plaque psoriasis. *Acta Derm Venereol* 2009;89:492-7.

116. Fortes C, Mastroeni S, Leffondre K, Sampogna F, Melchi F, Mazzotti E et al. Relationship between smoking and the clinical severity of psoriasis. *Arch Dermatol* 2005;141:1580-4.
117. Hayes J, Koo J. Psoriasis: depression, anxiety, smoking and drinking habits. *Dermatol Ther* 2010;23:174-80.
118. Behnam SM, Behnam SE, Koo JY. Alcohol as a risk factor for plaque type psoriasis. *Cutis* 2005;76:181-5.
119. Gupta MA, Schork NJ, Gupta AK, Kirkby S, Ellis CN. Suicidal ideation in psoriasis. *Int J Dermatol* 1993;32(3):188-90.
120. Güleç MY, Kılış A, Gül Ü, Güleç H. Psoriasis hastalarında aleksitimi ve öfke. *Nöropsikiyatri Arşivi* 2009;46:169-74.
121. Devrimci Ozgüven H, Kundakçı N, Kumbasar H, Boyvat A. The depression, anxiety, life satisfaction and affective expression levels in psoriasis patients. *JEADV* 2000;14(4):267-71.
122. Scharloo M, Kapteina AA, Weinmanb J, Hazesc JM, Willemsd LNA, Bergmane W et al. Illness perceptions, coping and functioning in patients with rheumatoid arthritis, chronic obstructive pulmonary disease and psoriasis. *J Psychosom Res* 1998;44:573-85.
123. Pearlman RA, Uhlmann RF. Quality of life in chronic diseases: Perceptions of elderly patients. *J Gerontol* 1988;43:25-30.
124. Moss-Morris R, Petrie KJ, Weinman J. Functioning in chronic fatigue syndrome: Do illness perceptions play a regulatory role? *British Journal of Health Psychology* 1996;1:15-25.
125. Weinman J, Petrie KJ, Moss-Morris R, Horne R. The illness perception questionnaire: a new method for assessing the cognitive representation of illness. *Psychology and Health* 1996;11:431-35.
126. Fortune DG, Richards HL, Griffiths EMC, Main CJ. Psychological stress, distress and disability in patients with psoriasis: Consensus and variation in the contribution of illness perceptions, coping and alexithymia. *Br J Clin Psychol* 2002;41:157-74.
127. Scharloo M, Kaptein AA, Schlösser M, Pouwels H, Bel EH, Rabe KF et al. Illness perceptions and quality of life in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *J Asthma* 2007;44:575-8.
128. Altunay İK. Psikonöroimmünoloji ve multifaktöryel psikodermatolojik hastalıklar. *Türkderm* 2010;44(1):10-5.

129. Çakmur H, Derviş E. The relationship between quality of life and the severity of psoriasis in Turkey. *Eur J Dermatol* 2015;25(2):169-76.
130. Taner E, Coşar B, Burhanoğlu S, Çalikoğlu E, Önder M, Arikan Z. Depression and anxiety in patients with Behçet's disease compared with that in patients with psoriasis. *Int J Dermatol* 2007;46:1118-24.
131. Chen SC, Yeung J, Chren M-M. Scalpdex: a quality-of-life instrument for scalp dermatitis. *Arch Dermatol* 2002;138:803-7.
132. Zampieron A, Buja A, Fusco M, Linder D, Bortune M, Piaserico S et al. Quality of life in patients with scalp psoriasis. *G Ital Dermatol Venereol* 2015;150(3):309-16.
133. Vargas Laguna E, Peña Payero ML, Vargas Márquez A. Influence of anxiety in diverse cutaneous diseases. *Actas Dermosifiliogr* 2006;97:637-43.
134. Devrimci Ozgüven H, Kundakçı N, Boyvat A. Psoriasis hastalarında ikincil sosyal anksiyete. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2000;11:121-6.
135. Korkoliakou P, Christodoulou C, Kouris A, Porichi E, Efstathiou V, Kaloudi E et al. Alexithymia, anxiety and depression in patients with psoriasis: a case-control study. *Ann Gen Psychiatry* 2014;10;13(1):38.
136. Rucoviç I, Barić Druko V, Vladimira D. Stressful life events as trigger among psoriatics. 12. Congress of the European Society for Dermatology and Psychiatry, Wrocław 2007. *Dermatology Cliniczna Suppl*: 45
137. Griffiths CE, Richards HL. Psychological influences in psoriasis. *Clin Exp Dermatol* 2001;26:338-42.
138. 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.
139. Farber EM, Nickoloff BJ, Recht B, Fraki JE. Stress, symmetry and psoriasis: a T cell disease? *Exp Dermatol* 2000;9:359-75.
140. Harvima RJ, Viinamaki H, Harvima IT, Naukkarinen A, Savolainen L, Aalto ML et al. Association of psychic stress with clinical severity and symptoms of psoriatic patients. *Acta Derm Venereol* 1996;76:467-71.
141. Fortune DG, Richards HL, Main CJ, Griffiths CE. What patients with psoriasis believe about their condition? *J Am Acad Dermatol* 1998;39:196-201.
142. Wahl AK, Robinson HS, Langeland E, Larsen MH, Krogstad AL, Moum T. Clinical characteristics associated with illness perception in psoriasis. *Acta Derm Venereol* 2014;94:271-275.

143. Fortune DG, Richards HL, Main CJ, Griffiths CEM. Pathological worrying, illness perceptions and disease severity in patients with psoriasis. *British Journal of Health Psychology* 2000;71-82.
144. Noormohammadpour P, Fakour Y, Nazemei MJ, Ehsani A, Gholamali F, Morteza A et al. Evaluation of some psychological factors in psoriatic patients. *Iran J Psychiatry* 2015;10(1):37-42.
145. Scharloo M, Kaptein AA, Weinman J, Bergman W, Vermeer BJ, Rooijmans H. Patients' illness perceptions and coping as predictors of functional status in psoriasis: a 1-year follow-up. *Br J Dermatol* 2000;142:899-907.
146. Harth W, Gieler U, Kusnir D, Tausk FA. *Clinical management in psychodermatology*. New York: Springer; 2009.
147. Mercan S, Altunay IK. Psikiyatri ve dermatolojinin ortak çalışma alanı: psikodermatoloji. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2006;17:305-13.



EKLER



EK-I ETİK KURUL ONAY FORMU

T.C. TRAKYA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU Edirne, Türkiye

ARAŞTIRMA BAŞVURUSU ONAYIBAŞVURU BİLGİLERİ	PROTOKOL KODU		TUTF-GOKAEK 2014/58	
	PROTOKOL ADI		Psoriasisde Hastalık Algısı ve Hastalık Şiddeti Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi	
	SORUMLU ARAŞTIRICI ÜNVANI / ADI		Prof. Dr. Süleyman PIŞKIN	
	ARAŞTIRMA MERKEZİ			
	DESTEKLEYİCİ			
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER		Tek Merkez Ulusal	Çok Merkez Uluslararası
KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 07/04		Tarih: 02.04.2014	
	Fakültemiz Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Prof. Dr. Süleyman PIŞKIN'ın sorumluluğunda yapılması planlanan ve yukarıda başvuru bilgileri verilen Araş. Gör. Dr. Özlem SARI'nın tez çalışmasının araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, araştırmaya ilişkin giderlerin gönüllüye ve/veya bağlı bulunduğu sosyal güvenlik kurumuna ödenmediği koşullarda gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel standartlar açısından sakınca bulunmadığına mevcudun oy birliği ile karar verilmiştir.			
ETİK KURUL BİLGİLERİ				
ÇALIŞMA ESASI		Helsinki Bildirgesi, İyi Klinik Uygulamalar Kılavuzu, TUTF-GOKAEK Yönergesi		

ÜYELER

Ünvan/Ad/ Soyadı	Uzmanlık Dalı	Kurumu	Cinsiyeti	İlişki(*)	Katılım (**)	İmza
Prof. Dr. Ülfet VATANSEVER ÖZBEK Başkan	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	T.Ü.T.F. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları A.D.	K	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Esin KARLIKAYA Başkan Yardımcısı	Tıp Tarihi ve Etik	T.Ü.T.F. Tıp Tarihi ve Etik A.D.	K	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Ç. Hakan KARADAG Üye	Tıbbi Farmakoloji	T.Ü.T.F. Tıbbi Farmakoloji A.D.	E	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. F. Nesrin TURAN Üye	Biyoistatistik	T.Ü.T.F. Biyoistatistik A.D.	K	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Hilmi TOZKIR Üye	Tıbbi Genetik	T.Ü.T.F. Tıbbi Genetik A.D.	E	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	İzinli
Doç. Dr. Hasan ÜMIT Üye	İç Hastalıkları	T.Ü.T.F. İç Hastalıkları A.D.	E	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	Mazeretli
Doç. Dr. Selma Arzu VARDAR Üye	Fizyoloji	T.Ü.T.F. Fizyoloji A.D.	K	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Sedat ÜSTUNDAĞ Üye	İç Hastalıkları	T.Ü.T.F. İç Hastalıkları A.D.	E	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	Mazeretli
Doç. Dr. Burcu TOKUÇ Üye	Halk Sağlığı	T.Ü.T.F. Halk Sağlığı A.D.	K	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	Mazeretli
Prof. Dr. Koray ELTER Üye	Kadın Hastalıkları ve Doğum	T.Ü.T.F. Kadın Hastalıkları ve Doğum A.D.	E	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Rugül KÖSE ÇINAR Üye	Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	T.Ü.T.F. Ruh Sağ ve Has A.D.	K	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Recep YAĞIZ Üye	Kulak, Burun ve Boğaz Hastalıkları	T.Ü.T.F. K.B.B. Hast. A.D.	E	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Atakan SEZER Üye	Genel Cerrahi	T.Ü.T.F. Genel Cerrahi A.D.	E	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Berkan DEMİRAL Üye		T.Ü. İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi	E	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Avukat Baki KURNAZ Üye		T.Ü. Rektörlüğü	E	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	

*Araştırma ile ilişki
**Toplantıda Bulunma

Prof. Dr. Recep YAĞIZ
Dekan
Dekan Yardımcısı

EK-II BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ ONAM FORMU

Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu
Versiyon No: I (Psoriasis Vulgaris):

Gönüllü Kodu:.....

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Bir araştırma projesine davet edilmektesiniz. Bu araştırmanın yürütülmesi, Trakya Üniversitesi Girişimsel olmayan klinik araştırmalar Etik Kurulu'nun tarih ve sayılı kararı ile onaylanmıştır.

Araştırmaya katılmaya karar vermeden önce araştırmanın neden ve nasıl yapılacağını anlamanız çok önemlidir.

Araştırmaya katılım tamamen gönüllülük ilkesine bağlı olup katılmayı reddetmeniz herhangi bir cezaya ya da elde edilecek herhangi bir yararın kaybedilmesine kesinlikle yol açmayacaktır.

Aynı şekilde araştırmaya katılmayı kabul ettikten sonra da araştırmanın herhangi bir yerinde hiçbir neden göstermeksizin herhangi bir zarar ya da elde edilmesi beklenen bir yarar kaybına yol açmadan araştırmadan çekilebilirsiniz.

Araştırma kapsamında yapılan işlemlerin mali giderleri araştırmacılar ya da destekleyici (Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Bilimsel Araştırma Projeleri, TÜBAP) tarafından karşılanacak olup size ya da sosyal güvenlik kurumunuza hiçbir mali yük getirmeyecektir.

Aşağıdaki bilgileri dikkatlice okuyun ve araştırmaya katılmak isteyip istemediğinize karar vermek için lütfen biraz düşünün. Açık olmayan bir bölüm varsa ya da daha ayrıntılı bilgiye ihtiyaç duyuyorsanız ya da araştırmaya katılmaya gönüllü oluktan sonra soracağınız sorular varsa 0 555 373 71 70 numaralı cep telefonundan Araş.Gör.Dr. Özlem Sarı'ya başvurabilirsiniz.

1. Araştırmayla İlgili Bilgiler:

a. Araştırmanın bilimsel adı:

Psoriasisde hastalık algısı ve hastalık şiddeti arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi

Araştırmanın anlaşılabilir basit adı: Psoriasis hastalarında hastalığın algılanma şeklinin, endişe ve depresyon durumlarının hastalığın şiddeti ile ilişkisinin değerlendirilmesi

b. Sorumlu Araştırmacının adı ve görev yeri:

Prof. Dr. Süleyman PİŞKİN

Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı, EDİRNE

d. Araştırmanın içeriği: Polikliniğimize başvuran hastalar arasından, **sedef hastası olduğunuz** için seçildiniz. Sizlere psoriasis hastalığı ile ilgili olarak hastalığı nasıl algıladığınızı ve bu hastalığın psikolojik olarak sizi nasıl etkilediği ile ilgili iki anket uygulanacak, sizlerden ve poliklinik dosyalarınızdan kişisel bilgileriniz ve tıbbi özgeçmişiniz ile ilgili bilgileriniz toplanacaktır.

e. Araştırmanın amacı: Psoriasis, psikolojik olaylarla ilgisi en çok olan ve bu yönü de en çok çalışılıp, en çok tartışılan, psikosomatik yönü ağır basan deri hastalıklarından biridir. Çalışmamızda kısa hastalık algı ölçeği ve hastane anksiyete ve depresyon ölçeği kullanılarak, psoriasis hastalarında, hastalığın şiddeti ile bağlantılı olarak, hastalığı algılama ve hasta üzerindeki psikolojik etkilerinin karşılaştırılması planlanmıştır.

f. Araştırmanın niteliği : Anket Çalışması

g. Araştırmanın başlama tarihi ve öngörülen süresi: Nisan 2014-Kasım 2015, 2yıl

h. Araştırmaya katılması beklenen gönüllü sayısı: 123 sedef hastası

i. Katılımcının araştırmaya dahil edilme nedeni: 18 yaş üstünde olmanız ve sedef hastalığı tanısı almış olmanız nedeniyle çalışmaya dahil edildiniz.

j. Araştırmada uygulanacak yöntemler: Anket

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

- 2. Uygulama Sırasında Karşılaşabileceğiniz Riskler ve Rahatsızlıklar:** Anket uygulanacağı için çalışmanın sizin açınızdan herhangi bir riski bulunmamaktadır.
- 3. Gönüllü İçin Araştırmadan Beklenen Yarar:** Her hastanın algısının ve hastalığa bağlı ortaya çıkan psikolojik sonuçların farklı olması nedeniyle, her bir hastaya uygulanacak psikolojik destek farklı olacaktır. Kısa hastalık algı ölçeği ve hastane anksiyete ve depresyon ölçeği kullanılarak elde edilecek yaklaşım , hastaların hastalıkla ilgili şikayetlerinin daha etkili bir şekilde azaltılmasını ve yaşam kalitesinin artmasını sağlayacaktır.
- 4. Araştırmaya Seçenek Olan Diğer Girişimler:** Yok
- 5. Zararların Tazmini ve Araştırma Konusundaki Diğer Soruların Cevaplandırılması:**
Araştırmanın yürütülmesi sırasında olası yan etkiler, riskler ve zararlar ile bir hasta olarak hakları konusunda bilgi almak için bağlantı kurulacak kişinin adı-soyadı, ünvanı, görev yeri ve telefon numarası:

Araş.Gör.Dr. Özlem Sarı, Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Bilim Dalı, Tel:0555 373 71 70)

6.Araştırma Giderleri ve Bütçesi: Tamamen araştırmacı tarafından karşılanacaktır.

7.Gönüllülük, Çalışmayı Reddetme ve Çalışmadan Çekilme Hakkı, Çalışmadan Çıkarılma:

Bu çalışmaya katılmak veya katılmamakta özgürsünüz. Çalışmaya katılmayı reddetseniz bile size uygulanacak tedavi ve göreceğiniz bakım hizmeti değişmeyecektir. Çalışmadan istediğiniz zaman, herhangi bir gerekçe göstermeden ayrılabilirsiniz. Çalışmadan ayrılmanız da size uygulanacak tedavi ve göreceğiniz bakım hizmetini değiştirmeyecektir. Sorumlu araştırmacı, gerekli gördüğü takdirde sizi çalışma dışında bırakabilir.

8.Kimlik bilgilerinin ve elde edilen verilerin gizliliği nasıl sağlanacak?

Kimliğiniz sadece araştırma ekibi tarafından bilinecek ve çalışma süresince ve sonrasında kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır. Çalışma süresince yapılan işlemler, size verilen bir kod numarası kullanılarak gizlilik sağlanacaktır. Kod numaralarının hangi gönüllüyü ifade ettiği bilgisi, sadece sorumlu araştırmacıda olacaktır. Kimliğiniz, bu çalışmadan ortaya çıkan hiçbir rapor, tez veya yayında açıklanmayacaktır.

9.Araştırma sonunda gönüllülere bilgi verilecek mi?

Talep ettiğiniz takdirde çalışma sonunda sizden elde ettiğimiz sonuçlar konusunda bilgilendirilme hakkına sahipsiniz.

- Çalışma sonuçlarından haberdar edilmek istiyorum,
- Çalışma sonuçlarından haberdar edilmek istemiyorum.

GÖNÜLLÜNÜN ÇALIŞMAYA KATILMA ONAYI

Yukarıda açıkça tanımlanan çalışmanın ne amaçla, kimler tarafından ve nasıl gerçekleştirileceği anlayabileceğim bir ifade ile bana anlatıldı.

Bu araştırmadan elde edilen bilgilerin bana ve başka insanlara sağlayacağı yararlar bana anlatıldı.

Araştırma sırasında meydana gelebilecek riskler ve rahatsızlıklar bana anlayabileceğim bir dille anlatıldı.

Araştırma sırasında oluşabilecek zarar durumunda gerçekleştirilecek işlemler bana anlatıldı.

Araştırmanın yürütülmesi sırasında olası yan etkiler, riskler ve zararlar ve haklarım konusunda 24 saat bilgi alabileceğim bir yetkilinin adı ve telefonu bana verildi.

Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

Versiyon No: 1 (Psoriasis Vulgaris):

Gönüllü Kodu:.....

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Araştırma kapsamındaki bütün muayene, tetkik ve testler ile tıbbi bakım hizmetleri için benden ya da bağılı bulunduğum sosyal güvenlik kuruluşundan hiçbir ücret istenmeyeceği bana anlatıldı.

Araştırmaya hiçbir baskı ve zorlama altında olmaksızın gönüllü olarak katılıyorum.

Araştırmaya katılmayı reddetme hakkına sahip olduğum bana bildirildi.

Sorumlu araştırmacı / hekime haber vermek kaydıyla, hiçbir gerekçe göstermeksizin istediğim anda bu çalışmadan çekilebileceğimin bilincindeyim.

Bu çalışmaya katılmayı reddetmem ya da sonradan çekilmem halinde hiçbir sorumluluk altına girmediğimi ve bu durumun şimdi ya da gelecekte gereksinim duyduğum tıbbi bakımı hiçbir biçimde etkilemeyeceğini biliyorum.

Çalışmanın yürütücüsü olan araştırmacı / hekim ya da destekleyen kuruluş, çalışma programının gereklerini yerine getirmedeki ihmali nedeniyle, benim onayımı almadan beni çalışma kapsamından çıkarabilir.

Çalışmanın sonuçları bilimsel toplantılar ya da yayınlarda sunulabilir. Ancak, bu tür durumlarda kimliğim kesin olarak gizli tutulacaktır.

Yukarıda yer alan ve araştırmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri gösteren Gönüllü Bilgilendirme Formu adlı metni kendi anadilimde okudum.

Bu bilgilerin içeriği ve anlamı, yazılı ve sözlü olarak açıklandı.

Aklıma gelen bütün soruları sorma olanağı tanındı ve sorularıma doyurucu cevaplar aldım.

Bu koşullarla, söz konusu araştırmaya hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın gönüllü olarak katılmayı kabul ediyorum.

Bu metnin imzalı bir kopyasını aldım.

Gönüllünün; (El yazısı ile)

Adı- Soyadı:

İmzası:

Adresi (varsa telefon ve/veya fax numarası):

.....
.....

Tarih:

Velayet ya da vesayet altında bulunanlar için; (El yazısı ile)

Veli ya da Vasinin Adı- Soyadı:

İmzası:

Adresi (varsa telefon ve/veya fax numarası):

.....
.....

Tarih:

Açıklamaları Yapan Araştırmacının Adı- Soyadı: (El yazısı ile)

İmzası:

Tarih:

EK-III
ANKETLER

1.AD:

2.SOYAD:

3.YAŞ:

4.CİNSİYET

K ()

E ()

5.NE ZAMANDIR SEDEF HASTALIĞINIZ VAR?

6.AİLENİZDE, YAKIN AKRABALARINIZDA SEDEF HASTALIĞI VAR MI?

EVET ()

HAYIR ()

7.SİGARA KULLANIYOR MUSUNUZ?

EVET ()

HAYIR ()

8.ALKOL KULLANIYOR MUSUNUZ?

EVET ()

HAYIR ()

9.EL VE AYAK TIRNAKLARINIZDA DEĞİŞİKLİK OLDU MU?

EVET ()

HAYIR ()

10.SAÇLI DERİNİZDE KIZARIKLİK , KABUKLANMA OLDU MU?

EVET ()

HAYIR ()

11.EKLEM AĞRINIZ VAR MI?

EVET ()

HAYIR ()

12.BAŞKA BİR HASTALIĞINIZ VAR MI? (DİABET, HİPERTANSİYON, ASTİM, KOAH, KALP YETMEZLİĞİ
EPİLEPSİ VB.)

EVET ()

HAYIR ()

13.SEDEF HASTALIĞI İÇİN HANGİ TEDAVİLERİ ALDINIZ?

14.BUGÜNE KADAR HİÇ PSİKİYATRİK TEDAVİ ALDINIZ MI?

EVET ()

HAYIR ()

Adı-Soyadı:

Protokol no:

KISA HASTALIK ALGI ÖLÇEĞİ

Aşağıdaki sorular için, sizin görüşlerinize en fazla uyan numarayı lütfen çember içine alın:

<p>Hastalığınız hayatınızı ne kadar etkilemekte?</p> <p>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p> <p>Hiç etkilemiyor Yaşamımı ciddi şekilde etkiliyor</p>
<p>Hastalığınızın ne kadar süreceğini düşünüyorsunuz?</p> <p>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p> <p>Çok kısa süre Büyük süre</p>
<p>Hastalığınız üzerinde ne kadar kontrolünüz olduğunu hissediyorsunuz?</p> <p>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p> <p>Kesinlikle hiçbir kontrolüm yok Tamamen kontrolüm altında</p>
<p>Tedavinizin hastalığınıza ne ölçüde yardımcı olabileceğini düşünüyorsunuz?</p> <p>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p> <p>Hiç yardımcı değil Oldukça yardımcı</p>
<p>Hastalığınıza bağlı şikayetleri hangi ölçüde yaşıyorsunuz?</p> <p>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p> <p>Hiçbir şikayetim olmuyor Çok ciddi şikayetlerim oluyor</p>
<p>Hastalığınız için ne kadar endişelisiniz?</p> <p>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p> <p>Hiç endişem değil Çok endişeliyim</p>
<p>Hastalığınızın ne olduğunu ne kadar iyi anladınız?</p> <p>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p> <p>Hiç anlamadım Çok net anladım</p>
<p>Hastalığınız duygular olarak sizi ne kadar etkilemekte? (ör: Sizi sınırlı, üzgün, üzgün, üzgün veya çok kötü yapıyor mu?)</p> <p>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p> <p>Duygular olarak etkilemiyor Duygular olarak çok etkili</p>
<p>Lütfen hastalığınıza sebep olduğuna inandığınız en önemli üç faktörü (olayı) düzenli bir şekilde listeleyin. Benim için en önemli sebepler :</p> <p>1.</p> <p>2.</p> <p>3.</p>

PSORIASIS ALAN VE ŞİDDET İNDEKSİ (PASI)

Skor	0	1	2	3	4	5	6
Eritem							
İnfiltrasyon	yok	hafif	orta	ağır	çok ağır	-	-
Deskuamasyon							
% Alan	0	<10	10<30	30<50	50<70	70<90	90-100

BAŞ	Skor
Eritem	()
İnfiltrasyon	()
Deskuamasyon	()
	<hr/>
Toplan	()
X Alan	()
	<hr/>
	= ()
X 0.1	= ()

GÖVDE	Skor
Eritem	()
İnfiltrasyon	()
Deskuamasyon	()
	<hr/>
Toplam	()
X Alan	()
	<hr/>
	= ()
X 0.3	= ()

ÜST EKSTREMİTE	Skor
Eritem	()
İnfiltrasyon	()
Deskuamasyon	()
	<hr/>
Toplan	()
X Alan	()
	<hr/>
	= ()
X 0.2	= ()

ALT EKSTREMİTE	Skor
Eritem	()
İnfiltrasyon	()
Deskuamasyon	()
	<hr/>
Toplan	()
X Alan	()
	<hr/>
	= ()
X 0.4	= ()

HADS

Hasta Adı, Soyadı:

Protokol no:

Tarih:

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

1) Kendimi gergin, 'patlayacak gibi' hissediyorum.

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

2) Eskiden zevk aldığım şeylerden hala zevk alıyorum.

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

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

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

4) Gülebilirim ve olayların komik tarafını görebiliyorum.

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

5) Akıldan endişe verici düşünceler geçiyor.

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

6) Kendimi neşeli hissediyorum.

- () Hiçbir zaman () Sık değil
() Bazen () Çoğu zaman

7) Rahat rahat oturabiliyorum ve kendimi gevşek hissediyorum.

- () Kesinlikle () Genellikle
() Sık değil () Hiçbir zaman

8) Kendimi sanki durgunlaşmış gibi hissediyorum.

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

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

- () Hiçbir zaman () Bazen
() Oldukça sık () Çok sık

10) Dış görünüşüme ilgimi kaybettim.

- () Kesinlikle () Gerektiği kadar özen göstermiyorum
() Pek o kadar özen gösteremeyebiliyorum () Her zamanki kadar özen gösteriyorum

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

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

12) Olacakları zevkle bekliyorum.

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

13) Aniden panik duygusuna kapılıyorum.

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

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

- () Sıklıkla () Bazen
() Pek sık değil () Çok seyrek