



T.C.
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
GÜLHANE TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI BAŐKANLIĐI

PSÖRİYAZİS HASTALARINDA KARDİYOMETABOLİK RİSK
FAKTÖRLERİNİN HASTALIK ŞİDDETİ VE YAŞAM KALİTESİ
İLE İLİŞKİSİ

Dr. Fatih SOYTÜRK

TIPTA UZMANLIK TEZİ

ANKARA

2023



T.C.
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
GÜLHANE TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI BAŐKANLIĐI

PSÖRİYAZİS HASTALARINDA KARDİYOMETABOLİK RİSK
FAKTÖRLERİNİN HASTALIK ŞİDDETİ VE YAŞAM KALİTESİ
İLE İLİŞKİSİ

Dr. Fatih SOYTÜRK

TEZ DANIŞMANI
Doç. Dr. Yusuf etin DOĞANER

TIPTA UZMANLIK TEZİ

ANKARA
2023

ONAY YAZISI

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Tıp Fakóltesi Dekanlığına;

"Psöriyazis hastalarında kardiyometabolik risk faktörlerinin hastalık şiddeti ve yaşam kalitesi ile ilişkisi" konulu çalışma jürimiz tarafından Aile Hekimliği Anabilim Dalı'nda uzmanlık tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Danışmanı : Doç. Dr. Yusuf Çetin DOĞANER

Asil Üye (Başkan) : Prof. Dr. Cenk AYPAK

Asil Üye : Doç. Dr. Ümit AYDOĞAN

Asil Üye : Doç. Dr. Yusuf Çetin DOĞANER

Yedek Üye : Dr. Öğr. Üyesi Ayşe Gülsen CEYHUN PEKER

Yedek Üye : Prof. Dr. Oktay SARI

ONAY:

Dr. Fatih SOYTÜRK'ün 06.02.2023 tarihinde savunduğu bu tez Gülhane Tıp Fakóltesi Yönetim Kurulunca belirlenen yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Mehmet Ali GÜLÇELİK
Gülhane Tıp Fakóltesi Dekanı

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim süresince gerek tez ve diğer akademik çalışmalarında, gerekse mesleki bilgi ve deneyim kazanmamda, bilgi ve tecrübelerini daima yanımda hissettiğim tez danışmanı hocam Sayın Doç. Dr. Yusuf Çetin DOĞANER'e gönülden teşekkürlerimi sunarım.

Bilgisi ve motive edici sözleri ile mesleki gelişimime ışık tutan ve büyük katkıları olan, destek ve anlayışını esirgemeyen Anabilim Dalı Başkanımız Sayın Doç. Dr. Ümit AYDOĞAN'a;

Asistanlık eğitimim boyunca bilgi ve desteğini esirgemeyerek yardımcı olan Sayın Prof. Dr. Oktay SARI'ya;

3 yılı aşan uzmanlık eğitimim boyunca beraber çalıştığım Aile Hekimliği Anabilim Dalı'nda ve eğitim süresince bulunduğum kliniklerde görevli değerli hekim arkadaşlarıma;

Tezin hazırlanması ve hastalara uygulanması sürecinde desteklerini esirgemeyen Uzman Dr. Pelin EŞME'ye ve Deri ve Zührevi Hastalıkları kliniği personeline;

Gülhane Aile Hekimliğine Anabilim Dalı'na bağlı birimlerde birlikte çalıştığım tüm personele;

Uzun soluklu ve emek gerektiren bu eğitim sürecinde fedakarlıkla bana destek veren manevi desteklerini hiç eksik etmeyen sevgili eşime, anne ve babama teşekkürlerimi, saygılarımı ve şükranlarımı sunarım.

Dr. Fatih SOYTÜRK

Ankara- 2023

ÖZET

Dr. Fatih Soytürk “Psöriyazis Hastalarında Kardiyometabolik Risk Faktörlerinin Hastalık Şiddeti ve Yaşam Kalitesi ile İlişkisi” Gülhane Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Tıpta Uzmanlık Tezi, Ankara, 2023

Amaç: Psöriyazis, en çok araştırılan dermatolojik hastalıklardandır. Dermatolojik hastalıklar ve kardiyometabolik risk faktörleri arasındaki ilişki uzun zamandır araştırılmaktadır. Psöriyazis patogenezindeki inflamatuvar sürece bağlı olarak geliştiği düşünülen hastalıklar da son yıllarda pek çok araştırmanın konusu olmuştur. Psöriyazis hastalarında kozmetik kaygının ötesinde, hastalık şiddeti ve yaşam kalitesinin gelişebilecek komorbid hastalıklarla ilişkili olabildiği ve bunda cinsiyet, yaş, lezyon yerleşim yeri gibi hasta ve hastalığa ait birçok faktörün rol oynadığı tespit edilmiştir. Çalışmadaki amacımız; psöriyazis hastalarındaki sosyodemografik ve kardiyometabolik ve psöriyazis öyküsüne yönelik risk faktörlerini incelemek ve bu durumun hastalığın şiddeti ve hastaların yaşam kalitesi ile ilişkisini gözlemlemektir. Hastaların takip ve tedavisinde yalnızca deri bulgularına odaklanmayıp önlenebilir sağlık hizmetleri bakımından yüksek öneme sahip komorbid durumlar hakkında farkındalık oluşturmayı amaçlıyoruz.

Gereç ve Yöntem: 01 Haziran 2021-31 Mayıs 2022 tarihleri arasında, Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi Deri ve Zührevi Hastalıkları polikliniğine başvuran psöriyazis tanılı hastalardan çalışmaya katılmayı kabul edenlere uygulanmıştır. Sosyodemografik özelliklerin yanı sıra, psöriyazis öyküsüne yönelik sorular, ek hastalık varlığı, yaşam kalite ölçeğine yönelik sorular içeren yapılandırılmış anket formu uygulanmıştır. Muayene sırasında ilgili ölçümler ve hastalık şiddet skorlaması yapılmış, gerekli laboratuvar parametreleri de hastane bilgi sisteminden elde edilmiştir. Veriler SPSS programından uygun testler kullanılarak analiz edilmiştir.

Bulgular: Çalışmaya katılan 315 psöriyazis hastasının yaş ortalaması $44,21 \pm 15,17$ ve %51,4’ü erkekti. Hastaların ek kronik hastalık varlığı %44,7 iken; Metabolik Sendrom (MetS) varlığının %32 olduğu tespit edilmiştir. MetS tanısı almada yaş ($p < 0,001$), eğitim durumu ($p < 0,001$) ve çalışma durumunun ($p < 0,05$) istatistiksel olarak anlamlı ilişkisi olduğu belirlenmiştir. Aile öyküsü varlığının

hastaların tanı alma yaşında negatif yönlü etkisi olduğu görülmüştür. Aile öyküsü olan hastaların ortalama tanı yaşı 28,6 iken; aile öyküsü olmayan hastaların ortalama tanı alma yaşının 33,7 olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Hastaların TAT (Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavi) yöntemi kullanımının %39 olduğu ve bu durumu hastanın yaşı, aile öyküsü, hastalık süresi ve öncesinde kullandığı tedavilerden etkilediği görülmüştür ($p<0,05$). MetS tanısı olan hastalarda yapılan spearman korelasyon analizinde PAŞİ (Psöriyazis Alan Şiddet İndeksi) skoru ile DYKİ (Dermatolojik Yaşam Kalite İndeksi) skorları arasında olumsuz etkileyecek şekilde anlamlı ilişki olduğu tespit edilmiştir ($p<0,001$). Yapılan çok değişkenli regresyon analizinde yaş, tanı alınan yaş, tedavi alınan süre, ek kronik hastalık varlığı, MetS tanısı varlığı ve şu an alınan tedavi durumlarının DYKİ toplam skorundaki varyansın %4,4'ünü açıkladığı ve modelin istatistiksel açıdan anlamlı olduğu ($F=3,074$; $p=0,004$) belirlenmiştir.

Sonuç: Psöriyazis hastalarında komorbid hastalıkların varlığı ve bunların kontrol altında olması, hastaların yaşam kalitesi ve hastalık şiddetinin azaltılmasında önemli yere sahiptir. Birinci basamak sağlık hizmeti veren aile hekimleri; psöriyazis tanılı hastalarının muayenesinde komorbidite varlığı ve MetS parametreleri açısından değerlendirilmesi sürecin yönetiminde kritik önem arz etmektedir. Kardiyometabolik risk faktörleri yüksek olan hastaların komorbid durumlarının sağaltımı noktasında yaşam tarzı değişiklikleri ve kilo kontrolünün gerekliliğini vurgulayarak hastaların farkındalığını artırmaları son derece önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Psöriyazis, Metabolik Sendrom, yaşam kalitesi, hastalık şiddeti

ABSTRACT

Dr. Fatih SOYTÜRK “The Relationship of Cardiometabolic Risk Factors with Disease Severity and Quality of Life in Psoriasis Patients” Gulhane School of Medicine, Department of Family Medicine, Medical Specialization Thesis, Ankara, 2023

Objective: Psoriasis is one of the most researched dermatological diseases. The relationship between dermatological diseases and cardiometabolic risk factors has been studied for a long time. Diseases that are thought to develop due to the inflammatory process in the pathogenesis of psoriasis have also been the subject of many researches in recent years. Beyond cosmetic concern in psoriasis patients, it has been determined that disease severity and quality of life may be related to comorbid diseases that may develop and that many factors related to the patient and the disease, such as gender, age, lesion location have played a role in this. Our aim in this study; to examine the sociodemographic and cardiometabolic risk factors for the history of psoriasis in psoriasis patients and to observe the relationship between this situation and the severity of the disease and the quality of life of the patients. In the follow-up and treatment of patients, we do not focus only on skin manifestations but also aim to raise awareness about comorbid conditions that are of high importance in terms of preventable health services.

Materials and Methods: Between 01 June 2021 and 31 May 2022, it was applied to those who accepted to participate in the study from patients with psoriasis who applied to Gülhane Training and Research Hospital Skin and Venereal Diseases outpatient clinic. In addition to sociodemographic characteristics, a structured questionnaire form including questions about psoriasis history, presence of additional diseases, questions about quality of life scale was applied. During the examination, relevant measurements and disease severity scoring were made and the necessary laboratory parameters were obtained from the hospital information system. The data were analyzed using appropriate tests from the SPSS program.

Results: The mean age of 315 psoriasis patients who participated in the study was 44.21 ± 15.17 and 51.4% were male. While the presence of additional chronic diseases in the patients was 44.7%; Metabolic Syndrome (MetS) presence was found to be 32%. It was determined that age ($p < 0.001$), education status ($p < 0.001$) and working status ($p < 0.05$) had a statistically significant relationship in the diagnosis of MetS. The presence of a family history has been shown to have a negative effect on the age of diagnosis. The mean age of diagnosis of patients with a family history was 28.6 years; the mean age of diagnosis of patients without a family history was 33.7 years ($p < 0.05$). It was observed that the use of the CAM (Complementary and Alternative Medicine) method was 39% of the patients and this situation was affected by the patient's age, family history, duration of the disease and the treatments used before ($p < 0.05$). In the spearman correlation analysis performed in patients with MetS diagnosis, it was found that there was a significant relationship between PASI (Psoriasis Area Severity Index) score and DLQI (Dermatology Life Quality Index) scores in a way that adversely affected ($p < 0.001$). In the multivariate regression analysis, it was determined that age, age diagnosed, time treated, presence of additional chronic disease, presence of MetS diagnosis and current treatment status explained 4.4% of the variance in the total score of DLQI and that the model was statistically significant ($F=3.074$; $p=0.004$).

Conclusion: The presence and control of comorbid diseases in psoriasis patients has an important place in reducing the quality of life and disease severity of the patients. Family physicians who provide primary health care; the presence of comorbidities in the examination of patients with psoriasis and their evaluation in terms of MetS parameters are of critical importance in the management of the process. It is extremely important for patients with high cardiometabolic risk factors to increase the awareness of patients by emphasizing the need for lifestyle changes and weight control at the point of treatment of their comorbid conditions.

Key words: Psoriasis, Metabolic Syndrome, quality of life, disease severity

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
ONAY.....	i
TEŞEKKÜR.....	ii
ÖZET.....	iii
ABSTRACT.....	v
İÇİNDEKİLER.....	vii
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ.....	ix
TABLolar DİZİNİ.....	x
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	xii
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. Psöriyazis.....	3
2.1.1. Tanımı.....	3
2.1.2. Epidemiyoloji.....	3
2.1.3. Etyopatogenez.....	4
2.1.3.1. Kalıtsal.....	4
2.1.3.2. Edinsel.....	5
2.1.3.3. İmmünolojik.....	7
2.1.4. Tanı.....	7
2.1.4.1. Tıbbi Öykü ve Fizik Muayene.....	7
2.1.4.2. Laboratuar Bulguları.....	8
2.1.4.3. Histopatoloji.....	8
2.1.5. Klinik.....	8
2.1.6. Klinik Skorlama.....	10
2.1.7. Tedavi.....	11
2.1.8. Psöriyazise Eşlik Eden Hastalıklar.....	13
2.1.8.1. Metabolik Sendrom.....	14
2.1.8.2. Diğer Hastalıklar.....	14
2.1.9. Psöriyazis ve Yaşam Kalitesi.....	15
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	16
3.1. Araştırmanın Amacı ve Şekli.....	16

3.2. Araştırmanın Yeri ve Tarihi.....	16
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	17
3.4. Araştırma Verilerinin Toplanması.....	19
3.4.1. Hastalara Ait Özellikler.....	19
3.4.2. MetS Parametreleri.....	19
3.4.3. Dermatolojik Yaşam Kalite İndeksi (DYKİ).....	19
3.4.4. Psöriyazis Alan Şiddet İndeksi (PAŞİ).....	20
3.5. Verilerin Değerlendirilmesi.....	21
3.6. Araştırma Etik İlkeleri.....	21
4. BULGULAR.....	23
5. TARTIŞMA.....	54
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	65
7. KAYNAKLAR.....	67
8. ÖZGEÇMİŞ.....	78
9. EKLER.....	79
9.1. PSÖRİYAZİS HASTALARINDA KARDİYOMETABOLİK RİSK FAKTÖRLERİNİN HASTALIK ŞİDDETİ VE YAŞAM KALİTESİ İLE İLİŞKİSİ ANKET FORMU.....	79
9.2. BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU.....	83
9.3. ETİK KURUL ONAY FORMU.....	86
9.4. TIPTA UZMANLIK EğİTİM KURULU (TUEK) ONAY FORMU.....	87

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

BKİ	: Beden Kitle İndeksi
CRP	: C-reaktif protein
DNA	: Deoksi Ribonükleik Asit
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
DYKİ	: Dermatolojik Yaşam Kalite İndeksi
ESR	: Eritrosit Sedimentasyon Hızı
HCV	: Hepatit C Virüs
HDL	: High Dansite Lipoprotein
HLA	: Human Lökosit Antijen
HPV	: Human Papilloma Virüs
IBM	: International Business Machines Corporation
LDL	: Düşük Dansite Lipoprotein
MacOS.	: Macintosh Operating System
MetS	: Metabolik Sendrom
NCEP ATP III	: National Cholesterol Education Program Adult Treatment Panel
Ortc.	: Ortanca
OR	: Odds Ratio
PAŞİ	: Psöriyazis Alan Şiddet İndeksi
PUVA	: Psöralen ve Ultraviyole A
S.O.	: Sıralar Ortalaması
SPSS	: Statistical Package for Social Sciences
SS	: Standart Sapma
TAT	: Tamamlayıcı Alternatif Tedavi
UVB	: Ultraviyole B

TABLolar DİZİNİ

Tablo 1. Psöriyazis-ilaç ilişkisi.....	6
Tablo 2. Psöriyazis klinik tipleri.....	9
Tablo 3. Psöriyazis Alan Şiddet İndeks Skorunun Hesaplanması.....	21
Tablo 4. Demografik Özelliklerin Dağılımı.....	24
Tablo 5. Hastaların Psöriyazis Öyküsüne İlişkin Bulgular.....	25
Tablo 6. Çalışma Öncesinde Hiç Tedavi Almayanların Hastalık Sürelerine İlişkin Bulgular.....	26
Tablo 7. Hastaların Met S Kriterlerine İlişkin Bulgular.....	27
Tablo 8. DYKİ Skorlarına İlişkin Bulgular.....	30
Tablo 9. PAŞİ Skoruna İlişkin Bulgular.....	31
Tablo 10. TAT Tedavi Yöntemi Kullanımına Göre PAŞİ Skoruna İlişkin Farklılık Analiz Bulguları.....	31
Tablo 11. MetS Tanısı ile Cinsiyete İlişkin Ki Kare Analiz Bulguları.....	31
Tablo 12. MetS Tanısı Olan Hastalarda PAŞİ Skoru ile DYKİ Arasındaki Korelasyon Analiz Bulguları.....	32
Tablo 13. Yaşa Göre MetS Tanısına İlişkin Farklılık Analiz Bulguları.....	32
Tablo 14. MetS Tanısı ile Tutulum Yerine İlişkin Analiz Bulguları.....	33
Tablo 15. Cinsiyete Göre DYKİ ve PAŞİ Skorlarına İlişkin Farklılık Analiz Bulguları.....	33
Tablo 16. Birinci Derece Akrabalarda Psöriyazis Varlığı Göre DYKİ Skorlarına İlişkin Farklılık Analiz Bulguları.....	34
Tablo 17. Çalışma Öncesinde Psöriyazis Tedavisi İçin Kullanılan Tedaviler ile Psöriyazis Tedavisi İçin TAT Yöntem Kullanımına İlişkin Analiz Bulguları.....	35
Tablo 18. Şu An Kullanılan Tedaviye Göre Hastalık Süresine İlişkin Farklılık Analiz Bulguları.....	36
Tablo 19. Eğitim Durumu ile MetS Tanısına İlişkin Ki Kare Analiz Bulguları.....	36
Tablo 20. Psöriyazis Tedavisi İçin TAT Yöntem Kullanımı ile MetS Tanısına İlişkin Analiz Bulguları.....	37
Tablo 21. Birinci Derece Akrabalarında Psöriyazis Öyküsü Olan Hastalarda PAŞİ Skoru ile DYKİ Arasındaki Korelasyon Analiz Bulguları.....	37

Tablo 22. MetS Tanısı ile Sigara Kullanımına İlişkin Analiz Bulguları.....	38
Tablo 23. Gelire Göre DYKİ ve PAŞİ Skorlarına İlişkin Farklılık Analiz Bulguları.....	39
Tablo 24. Birinci Derece Akrabalarında Psöriyazis Varlığına Göre Psöriyazis Hastalığı Tanısını Aldığı Yaşa İlişkin Farklılık Analiz Bulguları.....	40
Tablo 25. Şu An Kullanılan Tedaviye Göre Tedavi Süresine İlişkin Farklılık Analiz Bulguları.....	40
Tablo 26. Şu An Kullanılan Tedavi ile PAŞİ Gruplarına İlişkin Analiz Bulguları.....	41
Tablo 27. PAŞİ Gruplarına Göre Hastalık Süresine İlişkin Farklılık Analizi.....	41
Tablo 28. Tutulum Kliniğine Göre PAŞİ Skoruna İlişkin Farklılık Analiz.....	41
Tablo 29. DYKİ Grupları ile Çalışma Durumuna İlişkin Ki Kare Analiz Bulguları.....	42
Tablo 30. Çalışma Durumu ile MetS Tanısına İlişkin Analiz Bulguları.....	42
Tablo 31. Yaş ile DYKİ Arasındaki Korelasyon Analiz Bulguları.....	43
Tablo 32. Tutulum Kliniği ile Tutulum Yerine İlişkin Analiz Bulguları.....	43
Tablo 33. DYKİ Grupları ile Şu An Kullanılan Tedaviye İlişkin Analiz.....	44
Tablo 34. DYKİ Grupları ile Cinsiyete İlişkin Analiz Bulguları.....	44
Tablo 35. DKYİ Gruplarına Göre Tedavi Süresine İlişkin Farklılık Analiz.....	45
Tablo 36. MetS Tanısına Göre DYKİ ve PAŞİ Skorlarına İlişkin Farklılık Analiz Bulguları.....	45
Tablo 37. Kan Basıncı Değerlerine Göre DYKİ ve PAŞİ Skorlarına İlişkin Farklılık Analiz Bulguları.....	46
Tablo 38. Açlık Kan Şekeri Değerlerine Göre DYKİ ve PAŞİ Skorlarına İlişkin Farklılık Analiz Bulguları.....	47
Tablo 39. HDL Değerlerine Göre DYKİ ve PAŞİ Skorlarına İlişkin Farklılık Analiz Bulguları.....	48
Tablo 40. Tutulum Kliniğine Göre DYKİ Skorlarına İlişkin Farklılık Analiz.....	49
Tablo 41. Tutulum Yerine Göre DYKİ Skorlarına İlişkin Farklılık Analiz	50
Tablo 42. DYKİ Skoruna İlişkin Regresyon Analiz Bulguları.....	52
Tablo 43. PAŞİ Skoruna İlişkin Regresyon Analiz Bulguları.....	53

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1. Çalışma örneklem seçim şeması.....	18
Şekil 2. Hastaların cinsiyetlere göre dağılımı.....	23
Şekil 3. Hastaların Çalışma Öncesinde Psöriyazis İçin Kullandığı Tedavilere Göre Dağılımı.....	26
Şekil 4. Hastalardaki MetS Parametrelerinin Varlığına İlişkin Bulgular.....	28
Şekil 5. Hastaların Psöriyazis Tutulum Kliniğine Göre Dağılımı.....	29
Şekil 6. Hastaların DYKİ Toplam Skoruna Göre Dağılımı.....	30



1. GİRİŞ VE AMAÇ

Psöriyazis, dermatolojik hastalıklar arasında üzerinde en çok araştırma yapılan kronik, immün aracılı cilt hastalıklarından biridir (1). Gelişen tanı yöntemleri ülkemizde Psöriyazis hastalığının görülme sıklığının giderek arttığını göstermektedir (2). Patogenezinde rol alan kronik inflamasyon nedeniyle Metabolik Sendrom (MetS) başta olmak üzere birçok komorbidite riskinin arttığı bir hastalıktır.

Psöriyazis tedavisi bir ömür boyu sürer ve tedavideki hedef uzun süreli remisyonun sağlanmasıdır. Bugüne kadar psöriyazisi tümüyle tedavi edecek bir tedavi yöntemi bulunmamıştır. Hastalığın tedavisinde yalnızca ciltte tutulumun olduğu lezyonların veya eklem tutulumu tedavisi değil, eş zamanlı gelişebilecek kardiyovasküler olaylar, metabolik hastalıklar ve psikolojik durumlar da dahil var olan veya oluşabilecek komorbid durumları da değerlendirmek gerekir.

Psöriyazis hastalarında ilerleyen süreçte abdominal obezite, hipertansiyon, dislipidemi, insülin direncinin birlikte yer aldığı kardiyak ve metabolik risk faktörlerini içeren MetS varlığının arttığı bilinmektedir. Bu risk faktörlerinin sağaltımı amacıyla ilaç tedavisi, tedavi uyumu ve yaşam tarzı değişikliklerinin düzenlenip hastaların yaşam kalitesini artırmak önemli hedeflerdendir. Aksi takdirde, hastalığa eklenen komorbid durumlar ile tedavi başarısının ve bireyin yaşam kalitesinin kötüleşme riski mevcuttur (3,4).

Psöriyazis, kronik seyirli ve yaşam kalitesi üzerine olumsuz etkileri olduğu bilinen bir hastalıktır. Literatürde Psöriyazis ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi inceleyen birçok çalışma mevcuttur. Ayrıca yapılan araştırmalarda, Psöriyazis tanılı ve MetS bileşenlerini içeren hastaların yaşam kalitelerinin de olumsuz etkilendiği saptanmıştır (5,6).

Bu çalışmadaki amacımız; Psöriyazis hastalarında değişen oranlarda görülmekte olan kardiyometabolik risk faktörlerinin hastanemize başvuran psöriyazis hastalarındaki sıklığını değerlendirmek, bu risk faktörlerinin hastalık şiddeti ve yaşam kalitesine olan etkilerini incelemektir.

Elde edeceğimiz veriler ile birinci basamak sağlık hizmeti sunumunda; psöriyazis tanılı hastaların uzun dönemdeki risklerini gözlemlemek, hastalara erken dönemde değiştirilebilir risk faktörleri hakkında bilgi vermek ve hekim olarak psöriyazisteki inflamatuvar sürece bağlı gelişen komorbiditelere karşı hastaların takip ve tedavilerini sürdürme gerekliliğini vurgulamayı hedefliyoruz.



2. GENEL BİLGİLER

2.1. Psöriyazis

2.1.1. Tanımı

Psöriyazis; remisyon ve relapslarla seyreden, kalıtsal ve edinsel nedenlerin etiolojide önemli ölçüde rol oynadığı kronik ve multifaktöriyel bir deri hastalığıdır. Başka bir ifadeyle psöriyazis; sistemik ve immünolojik aracılı gelişen poligenik bir hastalıktır (7).

Toplumda sedef hastalığı olarak da bilinen psöriyazis hastalığında ciltteki lezyonlar; keskin sınırlı, plak veya papüller yerleşimli, eritemli, sedefi ve parlak beyaz renkli skuamalar ile karakterizedir (8).

Psöriyazis hastalığının lezyonları, cildin herhangi bir bölgesini tutabilse de en sık dirsek, diz, kafa derisi ve gövde tutulumu ile karşılaşılan eritemli, skuamlı plaklardan oluşur. Günümüzde psöriyazis yalnızca bir cilt hastalığı olarak kabul edilmeyip psikolojik, metabolik, artritik ve kardiyovasküler komorbiditelerle ilişkili olduğu bilinmektedir (9).

Psöriyazis hastalığı bireylerin yaşam kalitelerini önemli ölçüde etkileyip hastalarda etiketlenme korkusuna sebep olabilmektedir (10). 2014 Yılında Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) psöriyazis hastalığını bulaşıcı olmayan ciddi hastalık kategorisinde kabul etmiştir. Ardından 2016 yılında yayımlanan DSÖ raporunda, hastalığın küresel yükünü daha iyi anlama gereğini vurgulamıştır. Bu ihtiyacı gidermek amacıyla psöriyazis hastalığının global düzeydeki prevalansı ve insidansı hakkında daha fazla araştırma yapmak, böylece hastalığı olan kişilerin bakımına daha iyi erişimin sağlanmasına yardımcı olmak için Global Psöriyazis Hastalığı Atlası (www.globalpsoriasisatlas.org) platformu kurulmuştur (11).

2.1.2. Epidemiyoloji

Tüm dünyada ve çeşitli ırklarda görülebilen psöriyazisin sıklığı edinsel ve coğrafi faktörlerden etkilendiği için değişebilmektedir. Hastalığın prevalansı farklı toplumlarda %1-12 aralığında olmakla birlikte, oranlar ülkeler ve ırklar arasında değişmektedir (12).

Ülkemizde yapılan bir çalışmada, psöriazis sıklığı %1,3 olduğu tespit edilmiştir (13). Psöriyazis hastalığı, çevresel faktörlerden olan iklim şartlarından etkilenebildiği için ekvatora yakın yerleşimli bölgelerde daha seyrek karşılaşılrken kutuplara doğru gidildikçe sıklığının arttığı bildirilmiştir. Genellikle tropikal bölgelerde, soğuk kuzey ülkelerine göre daha az görülür (14). Karşılaşılan bu sonucun, ultraviyole ışınlarının psöriazis lezyonlarındaki olumlu ve tedavi edici etkisi ile ilişkili olduğu muhtemeldir.

ABD’de yapılan ve 2021 yılında yayımlanan bir çalışmaya göre psöriyazis ABD'deki yetişkinleri etkileyen en yaygın immünolojik hastalıklardan biri olmaya devam ettiği görülmüştür. 2020 yılında ABD’deki verilere göre psöriyazis hastalığı 20 yaş veya üstü yaklaşık 7,55 milyon ABD'li yetişkini etkilemektedir (15).

Psöriyazis hastalığı, bebeklikten yaşamın sonuna kadar her yaşta gelişebilir. İki farklı pik dönemi bildirilmiştir. İlki 20-30 yaşlarında ve ikincisi 50-60 yaşlarında görülmektedir (16). Kadın ve erkeklerde görülme sıklığı eşit olmasına rağmen; başlangıç yaşı kadınlarda erkeklerden daha erken görülmüştür. Hastaların yaklaşık %70’inde başlama yaşı 40 yaş öncesidir. Hastalığın belirtileri çoğunlukla üçüncü dekatta izlenmeye başlar (17). Aile öyküsü pozitif olan hastalarda ise psöriyazis daha erken yaşlarda görülebilir (18). Yapılan araştırmaların çoğunda kadın erkek görülme sıklığı eşit olduğu belirtilse de ülkemizde yapılan bir başka araştırmada kadın olgularda psöriyazisin erkeklerden 1,5 kat daha sık görüldüğü bildirilmiştir (19).

2.1.3 Etyopatogenezi

Psöriyazis hastalığının gelişiminde kalıtsal, edinsel ve immünolojik faktörlerin rol oynadığı görülmüştür (20).

2.1.3.1 Kalıtsal

Psöriyazisin genetik aktarımlı hastalık olduğuna ilişkin veriler demografik, epidemiyolojik, genetik, ikiz kardeşler arası çalışmalar ve serolojik çalışmalar ile elde edilmiştir. Araştırmalardan elde edilen verilerdeki; olguların üçte birinde ailede psöriyazis hastalığı öyküsünün pozitifliği, erken başlangıçlı psöriyaziste bazı class I veya II HLA ile anlamlı ilişkilerinin görülmesi (HLA-B13, -B17, -B27, -B38, -B39, -DR4, -DR7, -B57, -Cw6, -Cw7), birinci derece yakınlarında psöriyazis hastalığının

daha sık varlığı, monozigot ikiz kardeşlerde konkordansın %65-72, dizigot ikiz kardeşlerde ise %15-30 olması kalıtsal geçişi desteklemektedir (21).

2.1.3.2 Edinsel

Psöriyazisin etyopatogenezinde sorumlu tutulan çeşitli faktörler vardır. Sadece hastalığın varlığından değil; relapslar, mevcut kliniğin seyrinden veya uygulanan tedavinin başarısızlığına kadar birçok süreç edinsel faktörlerden etkilenebilmektedir.

Enfeksiyon: Streptokoklara bağlı gelişen enfeksiyonlar özellikle pediatrik hasta popülasyonunda guttat psöriyazisin gelişmesine neden olabileceği düşünülmektedir (22,23). Psöriyazis hastalığının gelişim sürecinde viral enfeksiyonların da rolü olduğunu gösteren araştırmalar bulunmaktadır (23). Yapılan çalışmalarda psöriyazisin HPV'nin bazı alt tipleri ve HCV virüsü etkenleri ile de ilişkisi olabileceğini göstermektedir (24,25).

Sigara ve alkol kullanımı: Psöriyatik hastalarda sigara içme, alkol kullanımı ile hastalık şiddeti ve yaşam kalitesindeki bozulma arasında zayıf da olsa istatistiksel olarak anlamlı bulunan bir korelasyon saptanmıştır (26). Sigara ve alkol maruziyeti gibi yaşam tarzıyla değiştirilebilen faktörler psöriyazis için muhtemel risk faktörleri arasında gösterilmektedir (27,28).

Alkol tüketiminin artması inflamasyonu artırarak hastalığın seyrinin daha şiddetli olmasına neden olur. Alkol tüketiminin fazlalığı psöriyatik hastalarda vücutta stres yanıtına neden olarak, psöriyazis lezyonlarının da tedavi yanıtını cevabını geciktirerek dirence yol açar (8,29).

Yapılan birçok çalışmada psöriyazis hastalarının sigara kullanım prevalansının yüksekliği göze çarpmaktadır. Sigara kullanan psöriyatik hastaların %78'i hastalıkları başlamadan önce sigaraya kullanımı olduğu saptanmıştır. Sigara kullanımı süregelen ya da öncesinde belli bir süre sigara içen hastaların psöriyazis risklerinin daha yüksek olduğu bulunmuştur. Sigara kullanım süresi ve yoğunluğu kadın cinsiyette psöriyazis riski ile yakından ilişkili olduğu görülmüştür. Yoğun sigara kullanıcı olan hastalarda klinik olarak şiddetli psöriyazis riskinin de iki kata kadar daha fazla olduğu saptanmıştır (30).

Beslenme ve obezite: Psöriyazis hastalığına beslenmenin etkisine ilişkin çok fazla çalışma olmasa da obezitenin psöriyazisin gelişim ve alevlenme sürecinde rol oynadığı bilinmektedir. İsveç'te yapılan bir çalışmada fazla kilolu psöriyazis tanısı ile izlenen hastalar üzerinde yapılan bir çalışmada diyetle kalori kısıtlamasına gidilmesi ile psöriyazis lezyonların gerilediği gösterilmiştir (31).

Psöriyatik hastaların obezite prevalansının genel popülasyona kıyasla daha yüksek görüldüğünü belirten çalışmalar mevcuttur (32). 10 yıldan uzun süre psöriyazis tanılı 169 hastayı takip ederek yapılan bir araştırmada beden kitle indeksinin (BKİ) 25'i geçmesinin psöriyazis hastalığının kötü prognozu ile alakalı olabileceği gösterilmiştir (33).

İlaçlar: Yapılan literatür araştırmalarında günümüze dek psöriyazis ile ilişkilendirilen birçok ilaç bildirilmiştir (34). Bu ilaçlar Tablo 1'de özetlenmiştir.

Tablo 1. Psöriyazis-ilaç ilişkisi

Kuvvetli İlişkili Olanlar	Orta Derece İlişkili Olanlar	Zayıf Derece İlişkili Olanlar
<ul style="list-style-type: none">✓ β blokerler✓ Non-Steroid Anti-inflamatuar İlaçlar (NSAİİ)✓ Tetrasiklin✓ Lityum✓ Antimalaryaller	<ul style="list-style-type: none">✓ ACE inhibitörleri✓ İnterferon	<ul style="list-style-type: none">✓ Kalsiyum antagonistleri,✓ Ampisilin, penisilin,✓ Fluoksetin,✓ Progesteron,✓ Amiadaron,✓ Kinidin, digoksin, klonidin,✓ Gemfibrozil,✓ Asetozolamid,✓ Karbamazepin, valproik asit,✓ Morfin,✓ Altın, civa

Travma: Lezyonun olmadığı deri bölgelerinin travmatize edildikten bir miktar zaman geçtikten sonra lezyonların gözlenmesine Köebner fenomeni/izomorfik yanıt adı verilir. Psöriyatik hastalarda çeşitli faktörler Köebner fenomenine sebep olabilmektedir. Fiziksel nedenlerden; sıkı bandaj, manikür, abrazyon, akupunktur,

termal, kimyasal ve elektrik yanıkları, tüberkülin deri testi, enjeksiyonlar, cerrahi işlemler, dövme, fotosensitivite, iritan ve allerjik kontakt dermatitler, herpes zoster ve fronkül gibi enfeksiyöz olaylar da psöriyazis hastalarında lezyon oluşumuna yol açabilir (8,35).

Stres: Psikolojik faktörlerden stresin psöriyazis hastalığı ile ilişkisini sorgulayan bir araştırmada olguların %80'inde stres ile psöriyazis alevlenmesinin geliştiği belirtilmiştir (36).

İklim: Hava şartları ile psöriyazisin ilişkisininin sorgulandığı çalışmalar incelendiğinde hastalar çoğunlukla sıcak hava, deniz suyu ve güneşli günlerde lezyonlarının azaldığını belirtirken; kapalı havalarda, sisli ve soğuk günlerde lezyonların artış gösterdiğini ifade etmişlerdir (37).

Endokrin: D vitamini analoglarının psöriyazisli olgularda olumlu yönde iyileştirici etkisi göstermesiyle birlikte, vitamin D3 düzeyinin düşük veya yüksek seyretmesinin psöriyazise yol açtığı gösterilememiştir. Ayrıca gebelik sürecinde psöriyazis tanılı olguların aktif lezyonlarında iyileşme izlenmesi, gebelik sürecinde artan progesteron, östrojen ve kortikosteroid seviyeleriyle alakalı olduğunu düşündürmektedir (38).

2.1.3.3 İmmünopatogenez

Psöriyazis hastalığı patolojik açıdan spesifik özellikleri; epidermal yapılardaki proliferasyon, dermovasküler yapılardaki pleksusta süperfisyel yönlü uzama, keratinositlerin diferansiasyonu, epidermis ve dermiste inflamatuvar T hücre infiltrasyonudur. Psöriyazisli olgularda kalıtsal eğilimin varlığı kabul görmekte birlikte, keratinositlerdeki anormal proliferasyon/diferensiasyonunun ve vasküler yapılardaki değişimlerin, dermal yapılardaki inflamasyona sekonder geliştiği kabul edilmektedir (21,39).

2.1.4 Tanı

Psöriyazis ilişkili literatürde bugüne dek kabul edilmiş belli bir tanı kriteri yoktur. Tanı, hekimin fizik muayene sırasındaki inspeksiyonla değerlendirmesi ve lezyonun morfolojisini incelemesi ile konulabilir. Atipik lezyonlarda ayırıcı tanıya gidilmesi gerektiğinde ise histopatolojik değerlendirme tanıya ışık tutabilir.

2.1.4.1 Tıbbi Öykü ve Fizik Muayene: Hastanın fizik muayene bulgularından aile öyküsüne, ilk bakıda edineceğimiz bilgiler hastalığa tanı koymada çok önemlidir. Fizik muayenede tanıyı destekleyecek bulguların olması ve tutulumların yerleşimi önemlidir. Psöriyazis alt tipleri Tablo 2’de belirtilen yerleşim yerlerine göre değerlendirilebilir. En sık görülen kronik plak psöriyazis formu için; psöriyazisin en çok görüldüğü bölgelerden saçlı deri, kulaklar, diz ve dirsekler ile tırnak tutulumunun varlığı, belirgin sınırlı plakların ve kaba skuamaların bulunması önemlidir.

2.1.4.2 Laboratuvar Bulguları: Psöriyazis hastalığının tanısı için spesifik bir laboratuvar tetkiki olmasa da yaşanan inflamasyon nedeniyle bazı değerler etkilenebilmektedir. Hastalığın aktivite ve yayılımına bağlı Eritrosit Sedimentasyon Hızı (ESR) ve C-reaktif protein (CRP) düzeylerinde artış gözlenebilir. Dissemine lezyonlara sahip hastalarda epitel proliferasyonun artmasına ve nükleik asit yıkımının artışına bağlı hiperürisemi ve anemi görülebilir (40). Ayrıca psöriyatik hastalarda lipid profilinde bozukluklar görülebilir. Trigliserid, lipoprotein(a), düşük dansite lipoprotein(LDL), apolipoprotein C, apolipoprotein A1 düzeylerinde yükseklik ile birlikte yüksek dansite lipoprotein (HDL) seviyelerinde düşüklük görülebilir.

2.1.4.3 Histopatoloji: Psöriyazis hastalığını mikroskopik düzeyde incelendiğinde karşımıza öncelikle papiller dermiste damarlardaki konjesyon ve genişleme çıkar. Sonrasında stratum korneum tabakasında parakeratoz gelişmeye başlar ve nötrofiller bu bölgeye göç etmeye başlar (41). Hastalığın gelişimindeki bu erken dönemde akantoz belirginleşmemiştir. Sürecin ilerlediği kronik dönemde ise lezyonlarda psoriasiform akantoz görülür. Yine bu dönemde bazal tabakalardaki mitotik aktivitenin artışı dikkati çeker.

Stratum korneum tabakasında parakeratoz alanların içinde nötrofillerin yerleşmesiyle oluşan görüntüye Munro mikroabsesi denir. Bu süreçte granüler tabakada incelerek kaybolmaya başlamıştır. Dermisin papiller hattında konjesyon, dilatasyon belirgindir. Ayrıca papiller ve retiküler tabakalarında lenfositik infiltrasyonlar mevcuttur (41,42).

2.1.5 Klinik

Psöriyazis hastalığının teşhisi genellikle karakteristik klinik özelliklerle konur. Ancak histolojik doğrulamayla kesin tanı konur. Vücudun herhangi bir yerinde keskin

bir şekilde ayrılmış, eritemli, pul pul plakların varlığı psöriyazis hastalığı şüphesini artırmalıdır. Çekirdeksiz tırnaklar, subungual hiperkeratoz veya diğer tırnak değişiklikleri, diğer karakteristik klinik özellikler olmadığında tanıya yardımcı olabilir (43).

En sık görülen psöriyazis hastalığı klinik türü, vakaların %80'inden fazlasında görülen plak tipidir. Guttat psöriyazis ise hastaların yaklaşık %10'unda görülür ve eritrodermik ve püstüler psöriyazis hastalığının her biri hastaların %3'ünden daha azında görülür. Psöriyazis hastalığı, kutanöz bulgulara ek olarak önemli fiziksel ve davranışsal komorbiditelerle ilişkilidir. Psöriyazis hastalığı olan kişiler, olmayanlara kıyasla tüm yaş gruplarında daha fazla farklı komorbidite prevalansına sahiptir (16).

Psöriyazis spesifik görünüm olarak; eritemli, keskin sınırlı, üzerinde gümüş beyazı skuam olan lezyonlarla karakterize olsa da çeşitli klinik görünümleri vardır (44–48). Psöriyazis 'in klinik tipleri ve özellikleri Tablo 2'de özetlenmiştir.

Tablo 2. Psöriyazis klinik tipleri

Klinik Tip	Özellikleri
Kronik Plak Tip Psöriyazis	<ul style="list-style-type: none">✓ Üst kısımları beyaz, gümüş renginde. Kalın kabalaşmış skuamla çevrili, eritemli, keskin sınırlı plaklar vardır.✓ Görüldüğü bölgeler; saçlı deri, ekstremitte ekstensörlerinde, dirsek, lumbosakral ve intergluteal bölge ve diz.✓ En sık görülen tip (%70-80)
Guttat Psöriyazis	<ul style="list-style-type: none">✓ Akut seyirle belirgin hale gelip zamanla sınırlanır. Gövde, ekstremitelerde skuam ve eritematöz yuvarlak papüller (0,5-1,5 cm)✓ Pediatrik popülasyonda ve genç erişkin dönemde en sık gözlenir.✓ Zamanla kronik plak psöriyazis formuna dönüşebilir. Ailede psöriyazis öyküsü olan çocuk ya da genç erişkin olgularda, streptokok enfeksiyonları sonrası gelişebilir.

Eritrodermik Psöriyazis	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Karşılaşılan olgularda vücudun %90'ından daha fazlasını tutulum izlenebilir. ✓ Tetikleyici unsurlar nedeniyle psöriyatik hastalar eritrodermiye girebilir veya doğrudan başlangıç formu olarak eritrodermik psöriyazis olarak da başlayabilir. ✓ Yaygın eritem, kaşıntı ve deskuamasyon olur. Hastaların kliniğinde; ateş, taşikardi, lökositoz, lökopeni, anemi, sedimentasyon hızında artış, lenfadenopati, periferik ödem, hipoalbuminemi, hipotermi, karaciğer fonksiyon testlerinde yükselme, kalsiyum dengesinde bozulma, ürik asit yüksekliği görülebilir. 	
Püstüler Psöriyazis	Yaygın	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Eritematöz zemin üzerinde steril püstüller bulunur. ✓ Ateş, halsizlik, bulantı, lökositoz, artmış sedimentasyon hızı ve anoreksi görülebilir.
	Lokalize	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Palmoplantar formunda diffüz eritematöz zeminde 2-5 mm'lik steril püstül görülebilir. ✓ Yeni gelişen lezyonlar sarı, önceki lezyonlar kahverengi görülebilir.

Psöriyaziste tırnak yapıları epiderminin uzantısı gibi düşünülür. Çünkü tırnak yapıları da hastalıktan yaygın olarak etkilenmektedir. Bu nedenle psöriyazisli hastalarda %80 civarında tırnak yapılarında da psöriyazis lezyonu gelişebilmektedir. Psöriyatik hastalarda majör derecede tırnak yapılarında değişim yaklaşık %20 civarında görülmektedir. Tırnak tutulumu hastalık şiddetinin arttığı durumlarda kozmetik ve işlev kaybı gibi sorunlara neden olabilir (45,49).

Psöriyatik Artrit; önemli fonksiyonel kayıplara neden olabilen, fiziksel ve psikososyal açıdan ciddi etkileri olan ve hastaların yaşam kalitelerini etkileyen kronik inflamatuvar hastalıklardandır (50). Toplum prevalansı %0,04-0,2 düzeylerinde iken psöriyazis hastalarında %5-42 seviyelerine çıkabilmektedir (51).

Psöriyazis hastalığının ayırıcı tanısında karıştırılabilecek hastalıklar; seboreik dermatit, liken simpleks, liken planus, tinea corporis ve subakut kutanöz lupus eritematözdür (43).

2.1.6 Klinik Skorlama

Psöriyatik hastalarda, hastalığın şiddetinin değerlendirilmesinde en sık kullanılan evreleme ve skorlama yöntemlerinden biri Psöriyazis Alan Şiddet İndeksi (PAŞİ)'dir. PAŞİ skorlamasında hastalığın bulgularından olan eritem, kepek,

infiltrasyon ve endurasyon şeklindeki klinik belirtilerle birlikte lezyonların anatomik yerleşimi de değerlendirilir (52).

PAŞİ skorlaması, plak tipi psöriyaziste uygulanan bilinirliği yüksek olan eski bir skorlama yöntemidir. PAŞİ skorlaması ile lezyonun bulunduğu alanı (A) ve şiddeti birlikte değerlendirilir. Lezyonların eritem (E), deskuamasyon (D) ve infiltrasyonu (İ) da değerlendirilir. Hastalık şiddetinin değerlendirilmesinde 4 kademe derecelenir. (0=semptom yok, 1=hafif semptom, 2=belirgin semptom, 4= yüksek derecede belirgin semptom varlığı). Lezyonların tutulumunun alanını değerlendirirken ise tutulumun olduğu alanların yüzdeleri izlenir (0: %0, 1: %10'dan aşağı, 2: %10-29, 3: %30-49, 4: %50-69, 5: %70-89 ve 6: %90-100). Skorlamanın hesaplanmasında internet üzerinden ulaşılabilecek çeşitli algoritmalarından yararlanılabilmektedir.

2.1.7 Tedavi

Psöriyazis tedavisinde kullanılan ajanları kullanım yöntemleri ve amaçlarına göre topikal tedaviler, fototerapi, sistemik tedaviler ve biyolojik ajanlar olarak 4 farklı grupta incelenebilir.

2.1.7.1 Topikal Tedaviler

Kortikosteroid, kalsipotriol, antralin ve katran, tazaroten, kalsinörin inhibitörleri, emolientler topikal tedavi için kullanılan ajanlardır.

Kortikosteroidler: Psöriyazis tedavisinde kortikosteroid grubu ilaçlar; immonolojik yanıtı baskılama özelliği, antiinflamatuvar ve antiproliferatif etkileri ile faydalı olmaktadır.

Kalsipotriol: Plak tip psöriyazis lezyonlarında kullanılan vitamin D3 analogu olan kalsipotriol grubu ajanlar kortikosteroidlerden sonra en sık uygulanan topikal tedavi ajanlarından biridir.

Antralin ve katran: Günümüzde çeşitli yan etkileri nedeniyle pek tercih edilmese de alternatifler arasındadır. İrritan etkisi yüksek olduğundan düşük konsantrasyonlarda başlanıp, tedavi dozu yavaş yavaş artırılır. Kötü kokuludur ve kıyafetleri boyar.

Tazaroten: Epitelyal diferansiyasyonunu düzenleyerek keratinositlerin proliferasyonunu azaltarak etki eden retinoid grubu topikal tedavi ajanıdır. İrritan

etkisi nedeniyle lokal uygulamayla vücut yüzey alanının %10'undan daha azının etkilendiği vakalarda kullanılabilir.

Kalsinörin inhibitörleri: Kalsinörin adlı enzimi inhibe ederek IL-2 sitokin üretimini, T hücre aktivasyonu önleyerek etki eden takrolimus ve pimekrolimus adındaki ajanların olduğu non-steroidal immün modülatör ilaçlardır.

Emoliyentler: Nemlendiriciler ile birlikte hafif psöriyazis lezyonuna sahip hastaların olduğu vakalarda etkin şekilde kullanılabilir. Nemlendirici ajanların tedaviye ara verilen süreçte kullanılması cildin kurumasını önleyerek psöriyazis lezyonlarının relapsını geciktirir.

2.1.7.2 Fototerapi

Darband Ultraviyole B (UVB): Deoksiribo Nükleik Asit (DNA) molekülünün sentezlenmesini inhibe eder ve epiderm tabakasındaki keratinosit hücrelerinin hiperproliferasyonunu engeller. Topikal tedaviye yanıt vermeyen ve hafif, orta psöriyazis vakalarında tolere edilmesi kolay olan, etkin bir tedavi yöntemidir.

Psoralen ve Ultraviyole A (PUVA): Yüksek etkili foto duyarlandırıcı ajan olan 8-metoksipsoralen (8-MOP)'un oral ya da topikal uygulanmasını takiben 2 saat içerisinde ultraviyole A (UVA) ışını yayan özel hazırlanmış kabinde işlem gerçekleşir. PUVA tedavi uygulaması DNA molekülünün sentezini ve mitoz sürecini inhibe eder ve bu şekilde keratinosit hücrelerinin proliferasyonunu ve inflamasyonu baskılar.

2.1.7.3 Sistemik Tedavi

Retinoik Asit: Bir vitamin A türevi olan retinoik asitin psöriyazis tedavisinde genellikle asitretin adı verilen formu kullanılır. Retinoid gurub ajanlar keratinosit hücrelerinin büyümesini kontrol eder ve diferansiyasyonunu sağlar. Bu sayede psöriyazis lezyonlarında görülen anormal proliferasyonu da azaltır.

Metotreksat: Dihidrofolat redüktaz enzim inhibisyonu ile DNA molekül sentezini baskılayan Metotreksat ajanı aynı zamanda folik asit molekülünün antagonistidir. Epidermis tabakasında immün modülasyon, antimitotik ve antiinflamatuvar etki eder. Nötrofil hücrelerinin kemotaksisini ve epiderm tabakasındaki hücrelerin proliferasyonunu baskılar.

Siklosporin: İmmüsupresif etkili tedavi ajanı olup, T hücre ve IL-2 başta olmak üzere çeşitli sitokinlerin çoğalmasını baskılar (53). Yaygın tutulumlu ve şiddetli eritrodermik tip psöriyazis lezyonlarında tercih edilebilir. Kutanoz psöriyazis ve tırnak psöriyazis lezyonlarında etkisi yüksektir.

2.1.7.4 Biyolojik Ajan Tedavileri

Biyolojik ajan tedavisi olarak kullanılan birçok tedavi ajanı vardır. Bunlardan bazıları; infliximab, etanercept, adalimumab, ustekinumab, ixekizumab (2). Biyolojik ajanlar; topikal, sistemik veya fotokemoterapi yöntemlerine yanıt vermeyen, tedavi yöntemlerini tolere edemeyen, diğer tedavilerin kontrendike olduğu psöriyazis vakalarında; unstabil psöriyazis veya Psöriyatik Artriti olan vakaların tedavisinde kullanılabilir (54,55).

2.1.7.5 Pediatrik ve Gebe Hastalar İçin Psöriyazis Tedavisi

Çocukluk yaş gurubu için birçok tedavinin kullanımı mümkün değildir. Bu yüzden üre içerikli nemlendirici topikal tedaviler en iyi seçeneklerdendir. Kortikosteroidler grubu ajanlar ve D vitamini analogları yalnız ya da kombine tedavi şeklinde uygulanabilen diğer seçeneklerdendir. Retinoid grubu olan asitretin, püstüler psöriyaziste kullanılmalıdır. Siklosporin ve metotreksat ise uzun dönem olarak kullanılmamalı, daha kısa süreli tedavilerde tercih edilmelidir.

Gebe hastalarda mümkünse prekonsepsiyonel süreçte hastalığın remisyonda olması ya da optimal şartlarda kontrolünün sağlanması tavsiye edilir. Bu süreçte kullanılacak ajanlar; nemlendiriciler, antralin ve topikal steroidlerdir. Topikal tedavi dışında en güvenilir tedavi ajanları ise siklosporin ve UVB'dir.

Laktasyonda ise nemlendiriciler, antralin, hafif veya orta etkili steroidler, UVB en güvenli tedavi seçenekleridir (56).

2.1.8 Psöriyazise Eşlik Eden Hastalıklar

Psöriyazis hastalığı, değişken fenotip görünümüne sahip olan ve sınırlı sakatlıkla bile hastanın yaşam kalitesi üzerinde önemli bir etkisi olan kronik, bulaşıcı olmayan bir cilt ve/veya eklem hastalığıdır. Psöriyazis patogenezinine yönelik araştırmalardan edinilen bilgiler gösteriyor ki; psöriyazis hastalığı günümüzde multisistemik etkileri

olan kronik inflamatuvar vasıflı bir hastalıktır. Araştırmalarda psöriyazisin; insülin rezistansı, tip 2 diyabet, ateroskleroz, kalp yetmezliği, obezite, MetS ve crohn gibi ortak mekanizmaların etkili olduğu patolojik durumla birliktelik gösterdiği bildirilmiştir (57,58). Nitekim, orta ve şiddetli lezyonu olan psöriyazis hastalarında, MetS ve ateroskleroz için göreceli risk artışı vardır (16). Ayrıca psöriyazis hastalarında gastrointestinal ve psikiyatrik olayların birlikte görülmesi de dikkat çekmektedir.

2.1.8.1 Metabolik Sendrom

Metabolik yollardaki lipit yapılı ve lipit dışı kardiyovasküler risk etkenlerinin birleşmesiyle gelişen olaylar bütününe verilen addır. Farklı çalışma grupları MetS tanımlanmasında farklı kriterleri kullanmıştır. Ancak dünya genelinde en yaygın kabul gören National Cholesterol Education Program Adult Treatment Panel III (NCEP ATP III) kriterlerine göre, bir hastaya MetS tanısı koyabilmek için aşağıda belirtilen 5 kriterden en azından 3 tanesinin olması gerekir; (59)

- Abdominal obezite (erkeklerde bel çevresi ≥ 102 cm; kadınlarda bel çevresi ≥ 88 cm),
- Serumdaki trigliserid seviyesinin yüksek olması (≥ 150 mg/ dL ya da ilaç tedavisi altında olmak),
- HDL kolesterol düzeylerinde düşüklük (erkek hastalarda < 40 mg / dL, kadın hastalarda < 50 mg / dL),
- Kan basıncında yükseklik ($\geq 130/85$ milimetre civa (mmHg) veya hipertansiyon tedavisi için ilaç kullanmak),
- Açlık kan glikozunda yükseklik (≥ 100 mg / dL veya kan şekeri yükseliği için tedavi alıyor olmak)

Psöriyazis tanılı hastaların MetS kriterleri açısından prevalansı incelendiğinde diğer dermatolojik hastalıklara sahip vakalardan daha yüksek olduğu görülmüştür. Üstelik psöriyazisin şiddeti artınca, bu ilişkinin de yükseldiği görülmektedir (60).

2.1.8.2 Diğer Hastalıklar

Kardiyovasküler hastalıklar: Psöriyazis tanılı hastalarda kardiyak morbidite ve mortalite riskinin normal popülasyona kıyasla daha yüksek olduğu saptanmıştır. Psöriyazis patogeneğinde görülen kronik inflamasyonun hastalardaki

kardiyometabolik bozuklukları arttırmasının altında yatan sebep olduğunu düşündürmektedir. Ateroskleroz olayı için risk faktörleri olan hipertansiyon, hiperlipidemi, obezite ve diyabetin psöriyazisi olan hastalarda daha sık karşılaştığı yapılan çalışmalarda da görülmüştür. Ancak kardiyak risk; hastalığın başladığı yaş, hastalık seyri, hastalık şiddeti ve kullanılan tedavi yöntemine bağlı olarak değişebilir (61,62).

Diyabet: 2013 senesinde Danimarka'da yapılan geniş ölçekli bir çalışmada yetişkin ve psöriyazis tanılı 10 yaş ve üzeri hastalar incelenmiş; hastalarda topluma oranla daha yüksek seviyede tip 2 diyabet riski olduğu bulunmuştur. Psöriyazis hastalığının şiddeti arttıkça diyabet hastalığının gelişme riskinin yükseldiği görülmüştür (63).

Karaciğer hastalıkları: Psöriyazis vakalarının yaklaşık yarısında non alkolik karaciğer hastalığı görülen en sık izlenen patolojidir. Çoğunlukla psöriyazis hastalık şiddeti yüksek olan ve obez, MetS'lu hastalarda daha fazla görülmektedir (64).

Psikiyatrik hastalıklar: Psöriyazis hastalığı, kişinin yaşam kalitesini olumsuz etkileyen bir hastalıktır. Psöriyazis hastalarında anksiyete, depresyon gibi psikiyatrik hastalıkların yanı sıra sigara ve alkol bağımlılığının karşılaşıma sıklığı da psöriyazisi olmayan sağlıklı insanlara kıyasla daha fazla olduğu görülmektedir (65,66).

2.1.9 Psöriyazis ve Yaşam Kalitesi

Psöriyazis hastalığı, dermatolojik hastalıklar içerisinde yaşam kalitesi kavramının en çok incelendiği, araştırıldığı hastalıktır. Görsel yönden yaşanabilen kozmetik sorunlar hastanın bireysel ve sosyal alanlardaki işlevselliğini önemli ölçüde etkiler. Tüm bu nedenlerden dolayı psöriyazis hastalarında, sürece bağlı kronik stresin yol açtığı psikolojik baskı, utanma, sıkılma, depresyon ve günlük hayatta fiziksel ve sosyal aktivitelerde yaşanan kısıtlanma gibi birçok psikososyal problemle karşılaşmaktadır (67–72). Ruhsal ve fiziksel fonksiyonlardaki bu bozuklukların kardiyak hastalıklar, kanser benzeri hayati tehdit oluşturabilecek önemli hastalıklarla bile kıyaslanabilir seviyede olduğunu destekleyen çalışmalar mevcuttur (73). Bu nedenle, hastalığın klinik şiddetinin tespitinde lezyonlardaki bulgularla beraber hastanın psikososyal özelliklerinin, yaşam kalitesinin de göz önünde bulundurulması önerilmektedir (5,74).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Amacı ve Şekli

Araştırmamız, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi Deri ve Zührevi Hastalıklar Kliniği'ne bağlı polikliniklerde psöriyazis tanısıyla takip ve tedavi edilmekte olup çalışmaya katılmayı kabul eden hastalara araştırmacılar tarafından hazırlanan sosyodemografik özellikler, ilişkili tıbbi öykülerini araştıran klinik soruların bulunduğu anket formu, hastaların çalışmanın yapıldığı güne kadar ki TAT yöntemi kullanım öyküsü, MetS parametrelerinde bulunan veriler sorgulanmış ve muayene bulgularıyla birlikte anketler tüm hastalara tek tek uygulanmıştır. Katılımcıların hastalık şiddeti ve hastalığın yaygınlığı Psöriyazis Alan Şiddet İndeksi (PAŞİ) ile, yaşam kaliteleri ise Dermatolojik Yaşam Kalite İndeksi (DYKİ) ile sorgulanmıştır.

Kesitsel tipte yapılan çalışmamızın amacı psöriyazis tanısıyla takip edilen hastaların sosyodemografik özellikleri, psöriyazis tedavi geçmişi, lezyonların tutulum özellikleri, hastalık öyküleri, hastaların çalışmanın yapıldığı güne kadar olan TAT yöntemi kullanımının sorgulaması, MetS kriterlerinin varlığı, mevcut kullanılan tedavi yöntemleri, psöriyazis hastalığına bağlı son 7 gün içindeki yaşam kalitesini ve hastalığın şiddetini araştırmaktır. Çalışmanın sonucunda ise psöriyazis hastalarındaki MetS kriterlerinin varlığı ve bu durumun hastaların yaşam kaliteleri ve hastalık şiddeti ile ilişkisini inceleyip, bu konuda farkındalık oluşturmaktır. Ek olarak, birinci basamakta inflamatuvar kökenli cilt hastalıklarında da benzer sonuçlarla karşılaşılabilmesi için, olası komorbiditelerin önlenmesi ve kontrol altına alınmasının önemi ile ilgili psöriyazis ve diğer inflamatuvar kökenli cilt hastalıklarının takip eden sağlık profesyonellerin de dikkatinin çekilmesi hedeflenmiştir.

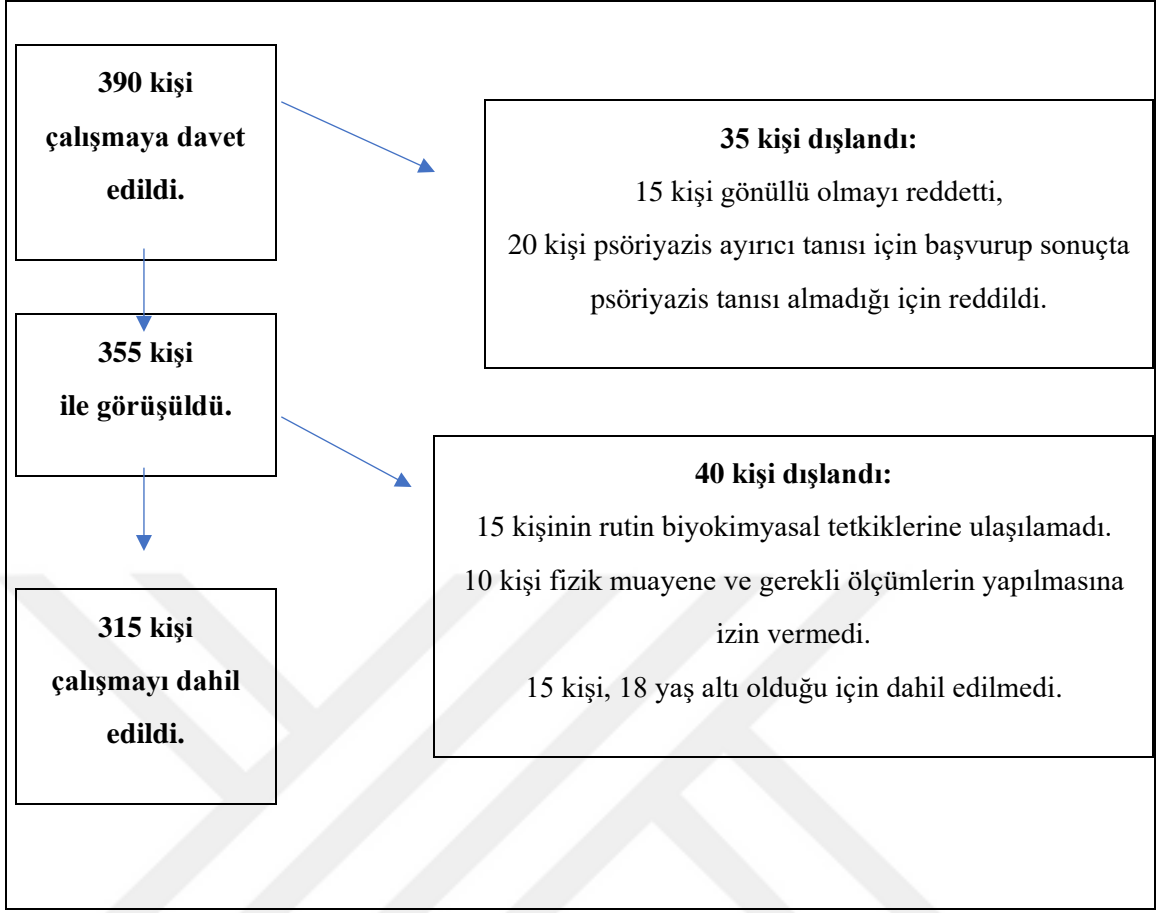
3.2. Araştırmanın Yeri ve Tarihi

Araştırmanın verileri 01.06.2021-31.05.2022 tarihleri arasında, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi Deri ve Zührevi Hastalıkları Kliniği'ne bağlı polikliniklere başvuran hastalardan çalışmaya katılmaya gönüllü psöriyazis tanılı 18 yaş üzeri hastalara yüz yüze anket yöntemi kullanılarak ve hastaların fizik muayenesi yapılarak elde edilmiştir.

3.3. Araştırmanın Evreni ve rneklemi

Araştırma evrenini; Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi Deri ve Zührevi Hastalıklar Kliniği'ne bağlı polikliniklere başvuran 18 yaş üzeri psöriyazis tanılı hastalar oluşturmuştur. Araştırmanın rneklemine ise Deri ve Zührevi Hastalıkları polikliniklerine başvuran, psöriyazis tanılı hastalardan çalışmaya katılmayı gönüllü olarak kabul eden 315 kişi oluşturmuştur.

Çalışmanın rneklem büyüklüğü literatür taraması sonucunda, uluslararası yapılan benzer çalışmalar referans alınarak hesaplanmıştır. Örneklem büyüklüğü, kesitsel tipte bir çalışma olduğu ve bu sürede başvuru yapacak hasta sayısı dikkate alınarak Epi-Info 7 programı ile hesaplandığıında 384 hastanın çalışmaya dahil edilmesi planlanmıştı. Ancak tüm dünyayı etkileyen COVID-19 pandemisi sonrası ilgili polikliniklere başvuru sayılarındaki ve ankete gönüllük isteğindeki azalma nedeniyle, bizim çalışmamızdaki örneklem sayısı da bu durumdan etkilenmiştir. Çalışmamız için 370 hasta çalışmaya davet edildi ancak çalışmaya dahil olma şartlarını karşılayan ve çalışma kriterlerine uygun olup katılmaya gönüllü olan 315 hasta çalışmaya dahil edilmiştir.



Şekil 1. Çalışma örneklem seçim şeması

Çalışmaya dâhil olma kriterleri;

1. 18 yaş ve üzeri olmak,
2. Psöriyazis tanılı olmak,
3. Fizik muayenesi, kan basıncı ve bel çevresi ölçümlerinin yapılmış olması,
4. Rutin biyokimyasal labaratuvar testlerinin yapılmış olması,
5. Anket formunu ve ölçekleri eksiksiz doldurmak.

Çalışmaya dâhil olmama kriterleri;

1. 18 yaşından küçük olmak,
2. Psöriyazis tanı ve tedavisi almamış olmak,
3. Fizik muayene, kan basıncı ve bel çevresi ölçümlerinin yapılmasına izin vermemek,
4. Rutin biyokimyasal labaratuvar testlerinin olmaması,
5. Anket formunu eksik doldurmak.

3.4. Araştırma Verilerinin Toplanması

Çalışmaya dahil edilme kriterlerini barındıran hastalara, konu ile ilgili literatür bilgileri değerlendirilerek hazırlanan, sosyodemografik verilerin ve hastalık geçmişi sorgulayan 21 sorudan oluşan anket formu, MetS parametreleri ve DYKİ ile PAŞİ skorlamasına ait bilgiler alınarak uygulanmıştır.

3.4.1. Hastaya Ait Özellikler:

Ad-soyad, doğum tarihi, cinsiyeti, ikamet yeri, medeni durumu, eğitim durumu, aylık gelir düzeyi, çalışma durumu ve çalışma ortamının fiziksel özellikleri, sigara ve alkol kullanımı, psöriyazis tanısı aldığı yaş, kaç yıldır tedavi gördüğü birinci derece yakınlarında psöriyazis varlığı, tıp dışı tedavi yöntemlerine başvurup başvurmadığı, bugüne kadar psöriyazis tedavisi için aldığı tedaviler, kronik hastalıkları, lezyonların tutulum yeri, klinik formu, diğer dermatolojik hastalıkları, şuan kullanılan tedavi yöntemleri gibi sorulardan oluşmaktadır.

3.4.2. MetS Parametreleri:

Hastanın rutin biyokimyasal tetkiklerine hastane bilgi sistemi ya da e-nabız üzerinden erişilerek Kan şekeri, HDL kolesterol, Trigliserid değerlerine bakılmıştır. Ayrıca hastaların kan basıncı ve bel çevresi değerleri görüşme sırasında ölçülmüştür.

3.4.3. Dermatolojik Yaşam Kalite İndeksi (DYKİ)

DYKİ (Dermatology Life Quality Index-DLQI) cilt hastalıklarının, bireydeki yaşam kalitesini değerlendirmek amacıyla ilk olarak geliştirilmiş olan ve son yıllarda sıklıkla uygulanan bir ölçektir (75). DYKİ, psöriyazis hastalığına özgü olmasa da psöriyazis hastalarındaki yaşam kalitesinin değerlendirilmesinde geçerli ve uygun bir yöntem olduğu yapılan çeşitli çalışmalarda desteklenmiştir. DYKİ ölçeği, kısa sürede yapılabilecek, mesai şartlarının yoğun olduğu ortamlarda bile pratik uygulanabilir, tedavinin işlevselliğini ve hastalık sürecinin gidişatını görmede etkin kullanılabilir. Ölçeğe özgü olarak hafif seyirli gibi öngörülen fakat klinik yönden anlamı olan değişimlerin bile değerlendirilmesine olanak sağlar. Bu olumlu yönleri sayesinde diğer yaşam kalite ölçeklerine göre daha duyarlıdır (76).

DYKİ 6 farklı kategoriden 10 soru içerir. İlk 2 soru semptom ve duygular, 3 ve 4. sorular günlük aktiviteler, 5 ve 6. sorular boş zaman aktiviteleri, 7. soru iş ve okul hayatı, 8 ve 9. sorular kişiler arası ilişkiler ve son soru olan 10. soru da tedavi ile ilgilidir . Ankette verilen cevaplara göre; hiç: 0 puan, biraz: 1 puan, çok: 2 puan, çok fazla:3 puan; evet:3, hayır:0 puan olacak şekilde puan değerlendirmesi yapılır. Toplamda elde edilen puanın fazla gelmesi hastalığın, bireyin yaşam kalitesi üzerinde kötü etkisi olduğu anlamına gelir. Toplamda 0-30 puan arasında skor hesaplanan bir ölçektir. Bu ölçekten elde edilen puanlara göre 0-1 puan, hastalığın bireyin yaşam kalitesine herhangi bir tesiri olmadığını ifade ederken; 2-5 puan arası hastalığın az etkisinin olduğunu; 6-10 puan arası ise hastalığın orta düzeyde etkisi olduğunu; 11-20 puan arası çok etkili ve 20 ve üzeri alınan puanlar ise hastalığın bireyin yaşamına çok fazla etkisi olduğunu göstermektedir. Dermatolojik Yaşam Kalite İndeksi' nin, Türkçe geçerliliği ve güvenilirliği yapılmıştır (77).

3.4.4. Psöriyazis Alan Şiddet İndeks (PAŞİ)

PAŞİ (Psoriasis Area Severity Index-PASI); hastalığın şiddetinin belirlenmesi ve tedavi izleminde yaklaşık 30 yıldır uygulanan ve halen dahi altın standart ölçekleme yöntemi olarak kabul edilen bir skorlama sistemidir. PAŞİ skoru; baş, üst ekstremiteler, alt ekstremiteler ve gövde olmak üzere dört ana vücut bölgesinde eritem (E), infiltrasyon (I), deskuamasyon (S) varlığının ve derecesinin hesaplanması yoluyla belirlenir. PAŞİ skoru 0-72 arasında değişir. PAŞİ skorunun hesaplanması Tablo 3'te gösterilmiştir. Bizim çalışmamızda $PAŞİ \leq 10$ hafif, $PAŞİ > 10$ olan hastaların hastalık şiddetinin orta ve şiddetli olduğu kabul edilmiştir.

Tablo 3. Psöriyazis Alan Şiddet İndeks Skorunun Hesaplanması.

Baş	0.1 [E(0-4)+I(0-4)+S(0-4)]xA(1-6)
Gövde	0.3 [E(0-4)+I(0-4)+S(0-4)]xA(1-6)
Üst ekstremiteler	0.2 [E(0-4)+I(0-4)+S(0-4)]xA(1-6)
Alt ekstremiteler	0.4 [E(0-4)+I(0-4)+S(0-4)]xA(1-6)
	+.....PAŞİ skoru
A:Tutulan vücut alanının değeri (1:<% 10, 2:% 10-30, 3:% 30-50, 4:% 50-70, 5: % 70-90, 6:% 90-100)	
Eritem (E), infiltrasyon (I) ve deskuamasyon (S) durumuna göre derecelendirme yapılır. Yok:0 Hafif:1 Orta:2 Belirgin:3 Şiddetli:4	

3.5. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırma verilerinin analizleri IBM SPSS Statistics 26 for MacOS (Chicago, IL, ABD) programında yapılmıştır. Tanımlayıcı bulgular sayı, yüzde, ortalama, standart sapma, minimum/maksimum ve medyan değerleri ile verilmiştir. Değişkenlere ilişkin verilerinin normal dağılım gösterip göstermediği Kolmogorov Smirnov testi ile değerlendirilmiştir. İki bağımlı grubun kıyaslanmasında Mann Whitney-U, ikiden fazla bağımsız grubun kıyaslanmasında Kruskal Wallis testi uygulanmıştır. Kruskal Wallis testinin analizinde anlamlı farklılık bulunduğu çoklu karşılaştırma testleri yapılmış ve bulgularda Bonferroni düzeltmeli anlamlılık değerleri dikkate alınmıştır. Sürekli değişkenler arasındaki ilişkilerin belirlenmesinde Spearman korelasyon testi kullanılmıştır. DYKİ’de 20 puan ve üzeri yaşam kalitesinin kötü etkilendiğini; PAŞİ’de ise 10 puan ve üzeri alan hastaların hastalık şiddetinin orta ve yüksek olduğu kabul edilmiştir. Kategorik değişkenler arasındaki ilişkiler Ki-Kare testleri ile incelenmiştir. Analizlerde p<0,05 değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

3.6. Araştırmanın Etik İlkeleri

Araştırmanın planlanması ve uygulanması süresince bilimsel etik ilkelere uyulmuştur. Araştırmaya katılmak isteyen gönüllü hastalara; araştırmaya dahil olma veya olmama noktasında özgür oldukları belirtilmiş, araştırmaya dahil olsalar da istedikleri zaman araştırmadan çıkabilecekleri açıklanmış, çalışmaya özel hiçbir

invaziv işlemin uygulanmayacağı, kişisel bilgilerinin paylaşılmayacağı, elde edilen bulguların yalnızca bilimsel amaçlı değerlendirileceği noktasında aydınlatılmış ve bilgilendirilmiş gönüllü olur formu ile yazılı onamları toplanmıştır.

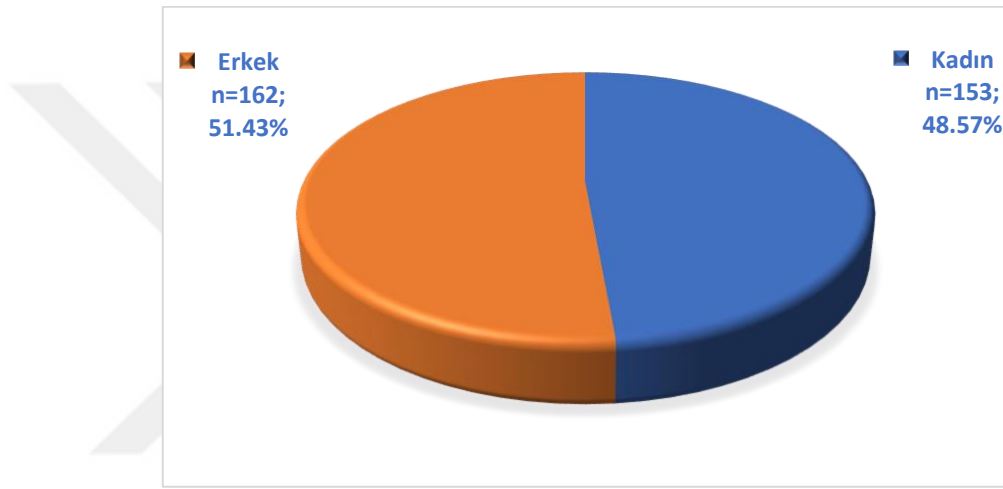
Çalışma protokolü amacıyla; Sağlık Bilimleri Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu'nun 11 Mart 2021 tarihli, 2021/05 toplantı numaraları kurul toplantısında 2021/99 karar numarası ile onay alınmıştır.

Ayrıca Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Tıpta Uzmanlık Eğitim Kurulu (TUEK)'nun 27 Mayıs 2021 tarih ve 8 no'lu toplantısında görüşülerek kabul edilmiş ve E-50687469-799 sayılı yazısı ile bildirilmiştir.

4. BULGULAR

01 Haziran 2021-31 Mayıs 2022 tarihleri arasında Ankara İli Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi Deri ve Zührevi Hastalıklar Kliniği'ne bağlı polikliniklere psöriyazis tanısıyla başvuran 315 gönüllü çalışmaya dâhil edilmiştir.

Hastaların yaş ortalamasının $44,21 \pm 15,17$ (18-82) olduğu belirlenmiştir. Çalışmaya katılan 315 hastanın %51,3'ü (n=162) erkekti (Şekil 2).



Şekil 2. Hastaların cinsiyetlere göre dağılımı

Hastaların demografik verilerine ilişkin bulgular Tablo 4'te sunulmuştur. 315 hastanın katıldığı çalışmamızda, hastaların yaş aralığı 18-82 aralığında olup yaş ortalaması $44,21$ 'dir. Hastaların %85'i (n=269) şehir merkezinde ikamet ettiğini belirtmiştir. Hastaların %75,24'ü (n=237) evli olduğunu belirtmiştir. Hastaların %33,65'inin (n=106) üniversite mezunu olduğu görülmüştür. Bununla birlikte çalışmaya dahil edilen hastaların %46,98'inin (n=148) aktif çalışma hayatında olduğu görülmüştür. Hastaların %57,14'ü (n=180) hayatında hiç sigara kullanmamışken aktif sigara kullananların oranı %37,14 (n=117); alkol kullananların oranı ise %8,25 (n=26) olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 4. Demografik Özelliklerin Dağılımı

Parametreler		n (%)
Cinsiyet	Erkek	162 (51,43)
	Kadın	153 (48,57)
Yaş (yıl)	Min	18
	Max	82
	Ort	44,21
İkamet Yeri	Kırsal	46 (14,6)
	Şehir Merkezi	269 (85,4)
Medeni Durum	Bekar	78 (24,76)
	Evli	237 (75,24)
Eğitim durumu	Ortaokul ve daha alt sınıflar	89 (28,25)
	Lise	120 (38,10)
	Üniversite ve üzeri	106 (33,65)
Meslek	Aktif çalışma hayatında değil	167 (53,02)
	Çalışıyor	148 (46,98)
Aile aylık gelir düzeyi (₺)	Gelir giderden az	137 (43,49)
	Gelir gidere denk ya da fazla	178 (56,51)
Sigara kullanımı	Kullanmıyor	180 (57,14)
	Kullanıyor	117 (37,14)
	Bırakmış	18 (5,71)
Alkol kullanımı	Kullanmıyor	289 (91,75)
	Kullanıyor	26 (8,25)

Hastaların psöriyazis öyküsüne ilişkin tanımlayıcı bulgular Tablo 5’te sunulmuştur. Bu bulgulara göre; hastaların psöriyazis tanısı aldığı yaş ortalama 32,11 iken; hastaların ortalama 12,09 yıldır hastalık tanısı olduğu görülmüştür. Hastalar ortalama 8,44 yıldır psöriyazis tedavisi almaktadır.

Hastaların birinci derece akrabalarında psöriyazis varlığına ilişkin bulgulara göre; hastaların %67,62’sinde (n=213) birinci derece akrabalarında psöriyazis bulunmamakta ve %32,38’inde (n=102) birinci derece akrabalarında psöriyazis bulunmaktadır.

Hastaların psöriyazis tedavisi için Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp (TAT) yöntemi kullanımına ilişkin tanımlayıcı bulgulara göre; hastaların %60,63’ü (n=191)

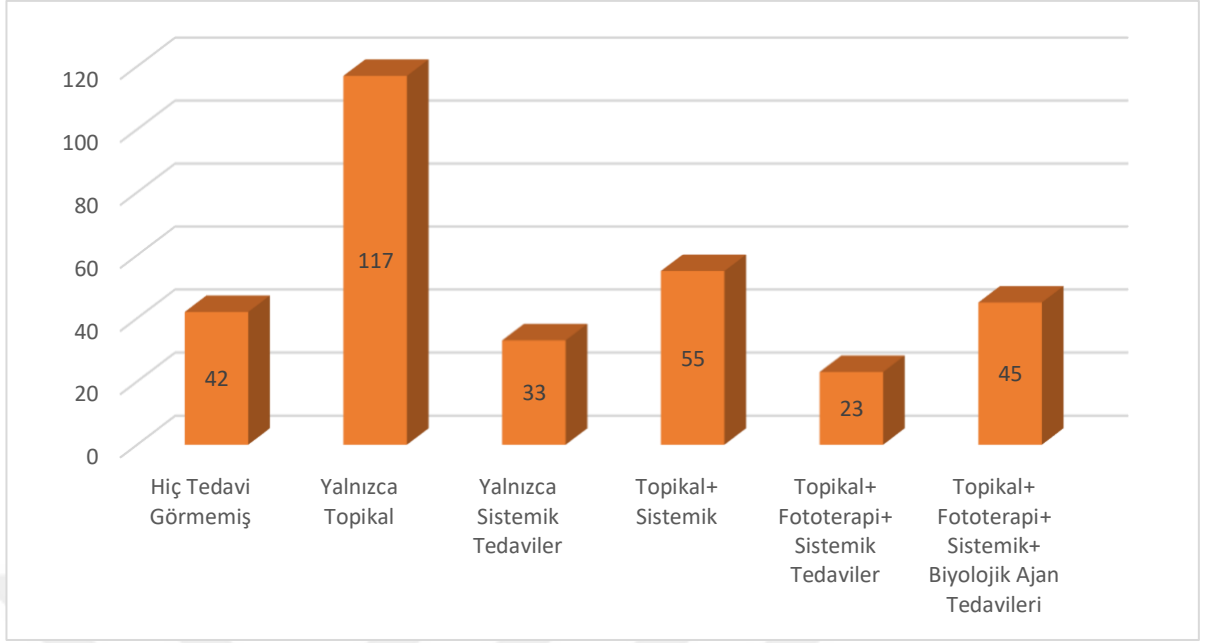
psöriyazis tedavisi için TAT yöntemi kullanmamakta ve %39,37'si (n=124) psöriyazis tedavisi için TAT yöntemi kullanmaktadır.

Tablo 5. Hastaların Psöriyazis Öyküsüne İlişkin Bulgular

Parametreler		n (%)
Psöriyazis Tanısı Aldığı Yaş	Min	3
	Max	78
	Ort	32,11
Kaç Yıldır Psöriyazis Tanısı Var?	Min	0
	Max	70
	Ort	12,09
Kaç yıldır Psöriyazis Tedavisi Alıyor?	Min	1
	Max	70
	Ort	8,44
Birinci derece yakınlarında psöriyazis varlığı	Var	102 (32,38)
	Yok	213(67,62)
TAT* Yöntemleri Kullanım Öyküsü	Var	124 (39,37)
	Yok	191 (60,63)

*TAT: Tamamlayıcı Alternatif Tıp

Hastaların çalışma öncesinde psöriyazis tedavisi için kullandığı tedavilere ilişkin tanımlayıcı bulgular Şekil 3'te sunulmuştur. Bu bulgulara göre hastaların %13,33'ü (n=42) çalışmaya katılmadan önce hiç tedavi görmemiş ve yeni tedavi görmeye başlamıştır, %37,14'ü (n=117) topikal tedavi görmüş, %10,48'i (n=33) sistemik tedavi görmüş, %17,46'sı (n=55) topikal+sistemik tedavi görmüş, %7,30'u (n=23) fototerapi+sistemik+topikal tedavi görmüş, %14,29'u (n=45) topikal+fototerapi+sistemik+biyolojik tedavi görmüştür.



Şekil 3. Hastaların Çalışma Öncesinde Psöriyazis İçin Kullandığı Tedavilere Göre Dağılımı

Hiç tedavi almayan hastaların hastalık süresine ilişkin tanımlayıcı bulgular Tablo 6’da sunulmuştur. Bu bulgulara göre hastaların hastalık süresinin ortalamasının 10,73 olduğu belirlenmiştir.

Tablo 6. Çalışma Öncesinde Hiç Tedavi Almayanların Hastalık Sürelerine İlişkin Bulgular

Parametre	Min-Max	Ort	SS	Medyan
Kaç Yıldır Psöriyazis Tanısı Var?	1-20	10,73	11,68	7,5

Hastaların ek kronik hastalık varlığına ilişkin tanımlayıcı bulgulara göre hastaların %55,24’ünde (n=174) ek kronik hastalık bulunmamakta ve %44,76’sında (n=141) ek kronik hastalık bulunmaktadır.

Hastaların ek kronik hastalıklarına ilişkin tanımlayıcı bulgulara göre hastaların %15,2’sinde (n=48) DM, %25,1’inde (n=79) HT, %5,7’sinde (n=18) HL, %4,8’inde (n=15) Psöriyatik Artrit, %1,6’sında (n=5) Crohn ve %26,7’sinde (n=84) diğer kronik hastalıklar bulunmaktadır.

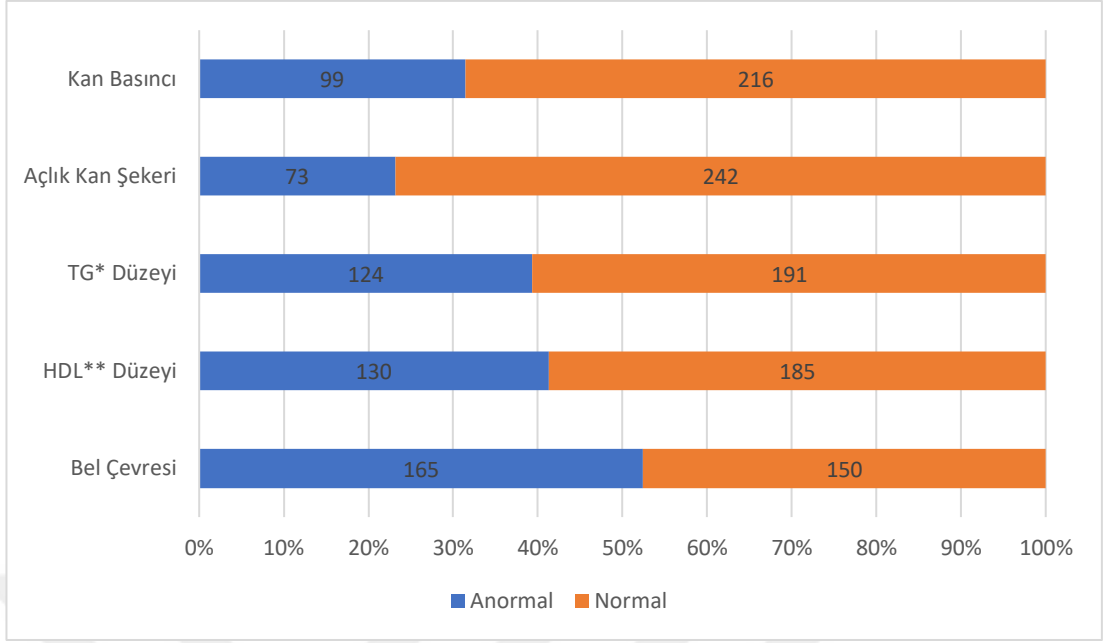
Hastaların MetS kriterlerine ilişkin tanımlayıcı bulgular Tablo 7’de sunulmuştur. Bu bulgulara göre hastaların sistolik basınç ortalamasının 124,13±15,26, diastolik basınç ortalamasının 82,45±9,49, kan şekeri ortalamasının 93,45±29,12, TG düzeyi ortalamasının 154,90±106,54, HDL düzeyi ortalamasının 47,12±11,93 ve bel çevresi ortalamasının 97,80±12,80 olduğu belirlenmiştir.

Tablo 7. Hastaların MetS Kriterlerine İlişkin Bulgular

Parametreler	Min-Max	Ort	SS	Medyan
Sistolik KB* (mmHg)	92-180	124,13	15,26	120
Diastolik KB* (mmHg)	50-110	82,45	9,49	81
Kan Şekeri (mg/dl)	53-297	93,45	29,12	87
TG** Düzeyi (mg/dl)	28-1200	154,90	106,54	130
HDL*** Düzeyi (mg/dl)	19-90	47,12	11,93	45
Bel Çevresi (cm)	70-140	97,80	12,80	97

*KB: Kan Basıncı, **TG: Trigliserid, ***HDL: High Dansiteli Lipoprotein

Hastaların MetS tanısına ilişkin bulgulara göre hastaların %67,62’sinde (n=213) MetS tanısı bulunmamakta ve %32,38’inde (n=102) MetS tanısı bulunmaktadır. Hastaların MetS parametrelerine ilişkin tanımlayıcı bulgular Şekil 4’te sunulmuştur. Bu bulgulara göre; kan basıncı değerleri, hastaların %68,57’sinde (n=216) normal kan basıncı ve %31,43’ünde (n=99) yüksek kan basıncı bulunmaktadır. Açlık kan şekeri değerleri, hastaların %76,83’ünde (n=242) açlık kan şekeri normal ve %23,17’sinde (n=73) açlık kan şekeri yüksektir. TG değerleri, hastaların %60,63’ünde (n=191) TG düzeyi normal ve %39,37’sinde (n=124) TG düzeyi yüksektir. HDL değerleri, hastaların %58,73’ünde (n=185) HDL düzeyi normal ve %41,27’sinde (n=130) HDL düzeyi düşüktür. Bel çevresi, hastaların %52,38’inde (n=165) bel çevresi yüksek ve %47,62’sinde (n=150) bel çevresi normaldir.

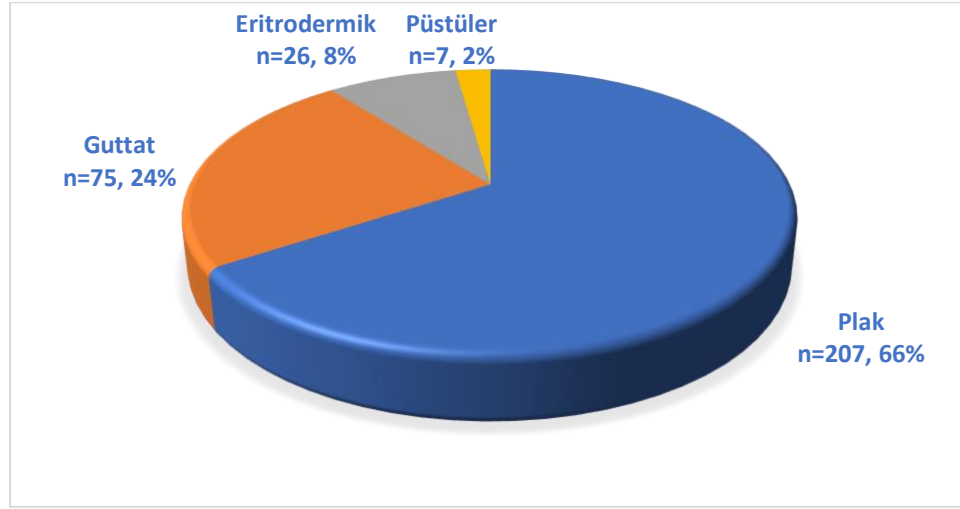


*TG: Trigliserid, **HDL: High Dansiteli Lipoprotein

Şekil 4. Hastalardaki MetS Parametrelerinin Varlığına İlişkin Bulgular

MetS parametrelerinden bel çevresinin cinsiyete göre değişimine ilişkin tanımlayıcı bulgulara göre erkek hastaların %35,80'ninin (n=58) bel çevresi 94 cm'nin altında, %31,48'inin (n=51) bel çevresi 94-102 cm arasında ve %32,72'sinin (n=53) bel çevresi 102 cm ve üzerindedir. Erkek hastaların bel çevresi ortalamasının $97,81 \pm 11,50$ cm olduğu belirlenmiştir. Kadın hastaların bel çevresine ilişkin tanımlayıcı bulgulara göre kadın hastaların %3,92'sinin (n=6) bel çevresi 80 cm'nin altında, %23,53'ünün (n=36) bel çevresi 80-88 cm arasında ve %72,55'inin (n=111) bel çevresi 88 cm ve üzerindedir. Kadın hastaların bel çevresi ortalamasının $97,79 \pm 14,08$ cm olduğu belirlenmiştir.

Hastaların psöriyazis tutulum kliniğine ilişkin tanımlayıcı bulgular Şekil 5'te sunulmuştur. Bu bulgulara göre hastaların %66'sında (n=207) plak, %24'ünde (n=75) guttat, %8'inde (n=26) eritrodermik ve %2'sinde (n=7) püstüler psöriyazis formu bulunmaktadır.



Şekil 5. Hastaların Psöriyazis Tutulum Kliniğine Göre Dağılımı

Hastaların psöriyazis tutulum yerine ilişkin tanımlayıcı bulgulara göre psöriyazis, hastaların %47,62'sinde (n=150) deride, %5,08'inde (n=16) deri ve tırnakta, %20,95'inde (n=66) deri ve eklemdede, %3,81'inde (n=12) deri ve genital bölgede ve %22,54'ünde (n=71) tüm vücutta bulunmaktadır.

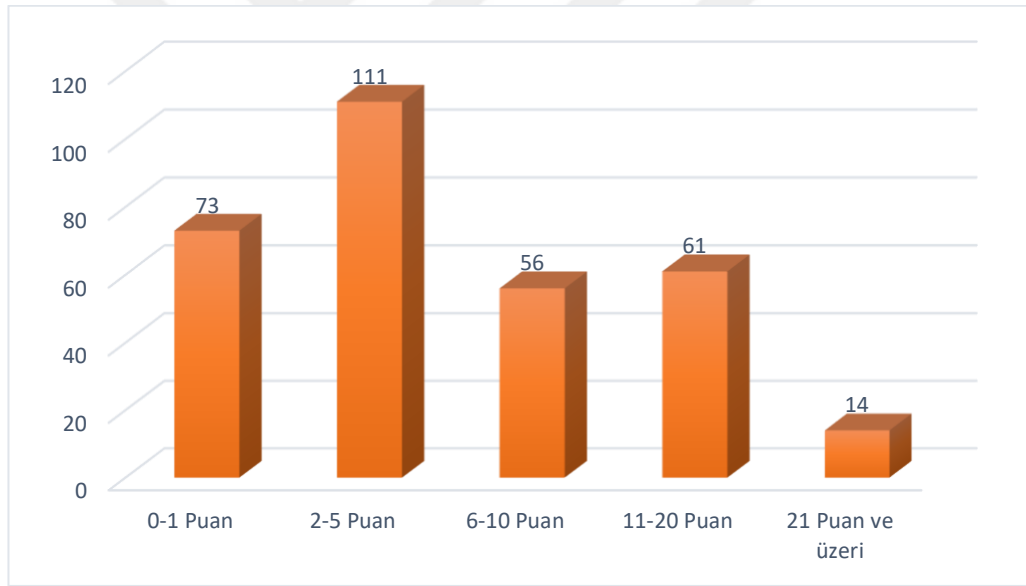
Hastaların şu an kullandığı tedaviye ilişkin tanımlayıcı bulgulara göre hastaların %25,08'i (n=79) topikal tedavi, %48,25'i (n=152) sistemik tedavi ve %26,67'si (n=84) biyolojik ajan tedavisi almaktadır.

Hastaların DYKİ skorlarına ilişkin tanımlayıcı bulgular Tablo 8'de sunulmuştur. Bu bulgulara göre semptom ve duygular boyutunun ortalamasının $2,27 \pm 1,70$, günlük aktiviteler boyutunun ortalamasının $1,52 \pm 1,62$, boş zamanı değerlendirme boyutunun ortalamasının $1,16 \pm 1,63$, okul/iş hayatı boyutunun ortalamasının $0,86 \pm 1,36$, kişisel ilişkiler boyutunun ortalamasının $0,47 \pm 1,05$, tedavi boyutunun ortalamasının $0,19 \pm 0,54$ ve DYKİ toplam skorunun ortalamasının $6,49 \pm 6,45$ olduğu belirlenmiştir.

Tablo 8. DYKİ Skorlarına İlişkin Bulgular

Parametreler	Min-Max	Ort	SS	Medyan
Semptom ve Duygular	0-6	2,27	1,70	2
Günlük Aktiviteler	0-6	1,52	1,62	1
Boş Zamanı Değerlendirme	0-6	1,16	1,63	0
Okul/İş Hayatı	0-3	0,86	1,36	0
Kişisel İlişkiler	0-6	0,47	1,05	0
Tedavi	0-3	0,19	0,54	0
DYKİ Toplam Skor	0-30	6,49	6,45	4

Hastaların DYKİ toplam skoruna ilişkin tanımlayıcı bulgular Şekil 6'da sunulmuştur. Bu bulgulara göre hastaların %23,17'si (n=73) 0-1 puan aralığında, 35,24'ü (n=111) 2-5 puan aralığında, %17,78'i (n=56) 6-10 puan aralığında, %19,37'si (n=61) 11-20 puan aralığında ve %4,44'ü (n=14) 21 puan ve üzerindedir.



Şekil 6. Hastaların DYKİ Toplam Skoruna Göre Dağılımı

Hastaların PAŞİ skorlarına ilişkin tanımlayıcı bulgular Tablo 9'da sunulmuştur. Bu bulgulara göre PAŞİ skorunun ortalamasının $6,49 \pm 8,58$ olduğu belirlenmiştir.

Tablo 9. PAŞİ Skoruna İlişkin Bulgular

Parametre	Min-Max	Ort	SS	Medyan
PAŞİ Skoru	0-72	6,49	8,58	4

Hastaların PAŞİ skoruna ilişkin tanımlayıcı bulgulara göre hastaların %80,00'i (n=252) 10 puan ve altında ve %20,00'si (n=63) 10 puan üzerindedir.

Hastaların TAT yöntemi kullanımına göre PAŞİ skorunda farklılık olup olmadığını belirlemek için yapılan Mann Whitney U testine ilişkin analiz bulguları Tablo 10'da sunulmuştur. Bu bulgulara göre PAŞİ skorunda TAT yöntemi kullanımına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 10. TAT Tedavi Yöntemi Kullanımına Göre PAŞİ Skoruna İlişkin Farklılık Analiz Bulguları

Parametre	TAT Yöntem Kullanımı	N	Ort	SS	Z	p*
PAŞİ Skoru	Yok	191	6,26	8,42	-0,479	0,632
	Evet	124	6,86	8,84		

(*) Mann Whitney U testi

Hastaların MetS tanısı ile cinsiyetleri arasında ilişki olup olmadığını belirlemek için yapılan Ki Kare testine ilişkin analiz sonuçları Tablo 11'de sunulmuştur. Bu bulgulara göre MetS tanısı ile cinsiyet arasında anlamlı ilişkinin olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$).

Tablo 11. MetS Tanısı ile Cinsiyete İlişkin Ki Kare Analiz Bulguları

Parametre			Cinsiyet		X²= 2,420 p*= 0,148
MetS Tanısı	Yok	n(%)	Erkek	Kadın	
	Evet	n(%)	116(54,5)	97(45,5)	

(*) Ki kare testi

MetS tanısı olan hastaların PAŞİ skoru ile DYKİ skorları arasındaki ilişkilerin belirlenmesi için yapılmış olan Spearman korelasyon analiz bulguları Tablo 12'de

sunulmuştur. Bu bulgulara göre, PAŞİ skoru ile DYKİ skorları arasında olumsuz etkileyecek şekilde anlamlı ilişkiler olduğu saptanmıştır ($p<0,05$).

Tablo 12. MetS Tanısı Olan Hastalarda PAŞİ Skoru ile DYKİ Arasındaki Korelasyon Analiz Bulguları

Parametre		PAŞİ Skoru
Semptom ve Duygular	r	0,776
	p	<0,001
Günlük Aktiviteler	r	0,713
	p	<0,001
Boş Zamanı Değerlendirme	r	0,691
	p	<0,001
Okul/İş Hayatı	r	0,598
	p	<0,001
Kişisel İlişkiler	r	0,561
	p	<0,001
Tedavi	r	0,250
	p	0,011
DYKİ Toplam Skor	r	0,813
	p	<0,001

(*) Spearman korelasyon analizi

Hastaların MetS tanısına göre yaşlarında farklılık varlığını değerlendirmek için uygulanan Mann Whitney U testine ilişkin analiz verileri Tablo 13'te gösterilmiştir. Bu veriler değerlendirildiğinde hastaların yaşlarında MetS tanısına göre istatistiksel yönden anlamlı farklılık olduğu tespit edilmiştir ($p<0,001$). Analiz bulguları izlendiğinde; MetS tanısı olan hastaların yaş ortalamalarının MetS tanısı olmayan hastaların yaş ortalamasından daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Tablo 13. Yaşa Göre MetS Tanısına İlişkin Farklılık Analiz Bulguları

Parametre	MetS Tanısı	N	Ort	SS	Z	p*
Yaş	Yok	213	39,76	14,293	-7,585	<0,001
	Evet	102	53,50	12,563		

(*) Mann Whitney U testi

Hastaların MetS tanısı ile psöriyazis tutulum yeri arasında ilişki varlığını değerlendirmek için uygulanan Ki Kare testine ilişkin analiz bulguları Tablo 14'te

sunulmuştur. Bu bulgulara göre MetS tanısı ile psöriyazis tutulum yeri arasında anlamlı ilişkinin olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$).

Tablo 14. MetS Tanısı ile Tutulum Yeri İlişkin Analiz Bulguları

Parametre			MetS Tanısı		X ² = 5,194 p*= 0,270
			Yok	Evet	
Psöriyazis Tutulum Yeri	Deri	n(%)	108(72,0)	42(28,0)	
	Deri ve Tırnak	n(%)	11(68,8)	5(31,3)	
	Deri ve Eklem	n(%)	40(60,6)	26(39,4)	
	Deri ve Genital	n(%)	10(83,3)	2(16,7)	
	Tüm Vücut	n(%)	44(62,0)	27(38,0)	

(*) Ki kare testi

Hastaların cinsiyetine göre DYKİ ve PAŞİ skorlarına farklılık varlığını değerlendirmek için uygulanan Mann Whitney U testine ilişkin analiz verileri Tablo 15'te sunulmuştur. Bu bulgulara göre hastaların DYKİ ve PAŞİ skorlarında cinsiyetlerine göre istatistiksel açıdan anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 15. Cinsiyete Göre DYKİ ve PAŞİ Skorlarına İlişkin Farklılık Analiz Bulguları

Parametreler	Cinsiyet	N	Ort	SS	Z	p*
Semptom ve Duygular	Erkek	162	2,08	1,57	-1,087	0,071
	Kadın	153	2,47	1,82		
Günlük Aktiviteler	Erkek	162	1,38	1,58	-1,686	0,092
	Kadın	153	1,67	1,64		
Boş Zamanı Değerlendirme	Erkek	162	1,03	1,54	-1,392	0,164
	Kadın	153	1,29	1,71		
Okul/İş Hayatı	Erkek	162	0,81	1,33	-0,695	0,487
	Kadın	153	0,92	1,38		
Kişisel İlişkiler	Erkek	162	0,46	1,05	-0,764	0,445
	Kadın	153	0,49	1,05		
Tedavi	Erkek	161	0,13	0,44	-1,453	0,146
	Kadın	153	0,24	0,63		
DYKİ Toplam Skor	Erkek	162	5,91	6,19	-1,523	0,128
	Kadın	153	7,10	6,69		
PAŞİ Skor	Erkek	162	5,80	6,46	-0,722	0,470
	Kadın	153	7,23	10,34		

(*) Mann Whitney U testi

Hastaların birinci derece akrabalarında psöriyazis varlığına göre DYKİ skorlarında farklılık varlığını değerlendirmek amacıyla yapılan Mann Whitney U testine ilişkin analiz verileri Tablo 16’da sunulmuştur. Bu verilere göre hastaların DYKİ skorlarında birinci derece akrabalarında psöriyazis varlığına göre kişisel ilişkiler boyutunda istatistiksel yönden anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0,05$). Analiz verileri incelendiğinde kişisel ilişkiler açısından birinci derece akrabalarında psöriyazis olan hastaların ortalamasının birinci derece akrabalarında psöriyazis olmayan hastaların ortalamasından daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Tablo 16. Birinci Derece Akrabalarda Psöriyazis Varlığı Göre DYKİ Skorlarına İlişkin Farklılık Analiz Bulguları

Parametreler	Birinci Derece Akrabalarda Psöriyazis Varlığı	N	Ort	SS	Z	p*
Semptom ve Duygular	Yok	213	2,15	1,65	-1,683	0,092
	Evet	102	2,50	1,81		
Günlük Aktiviteler	Yok	213	1,45	1,59	-1,138	0,255
	Evet	102	1,68	1,69		
Boş Zamanı Değerlendirme	Yok	213	1,06	1,58	-1,700	0,089
	Evet	102	1,37	1,72		
Okul/İş Hayatı	Yok	213	0,77	1,32	-1,733	0,083
	Evet	102	1,06	1,44		
Kişisel İlişkiler	Yok	213	0,43	1,04	-2,043	0,041
	Evet	102	0,59	1,07		
Tedavi	Yok	212	0,15	0,45	-1,132	0,258
	Evet	102	0,27	0,69		
DYKİ Toplam Skor	Yok	213	6,02	6,30	-1,899	0,058
	Evet	102	7,48	6,70		

(*) Mann Whitney U testi

Hastaların psöriyazis tedavisi için TAT yöntem kullanımı ile çalışma öncesinde psöriyazis tedavisi için kullanılan tedaviler arasında ilişki olup olmadığını belirlemek için yapılan Ki Kare testine ilişkin analiz sonuçları Tablo 17’de sunulmuştur. Bu bulgulara göre psöriyazis tedavisi için TAT yöntem kullanımı ile çalışma öncesinde psöriyazis tedavisi için kullanılan tedaviler arasında anlamlı ilişkinin olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$). Analiz bulgularına göre önceden tedavi

görmemiş, yeni tedavi görmeye başlamış hastaların %71,4'ü, topikal tedavi alan hastaların %56,4'ü, sistemik tedavi alan hastaların %66,7'si, topikal+sistemik tedavi alan hastaların %67,3'ü, fototerapi+sistemik+topikal tedavi alan hastaların %73,9'u TAT yöntem kullanmamışken topikal+fototerapi+sistemik+biyolojik tedavi alanların %57,8'i TAT yöntem kullanmıştır.

Tablo 17. Çalışma Öncesinde Psöriyazis Tedavisi İçin Kullanılan Tedaviler ile Psöriyazis Tedavisi İçin TAT Yöntem Kullanımına İlişkin Analiz Bulguları

Parametre			Psöriyazis Tedavisi İçin TAT Yöntem Kullanımı		
			Yok	Evet	
Psöriyazis Tedavisi İçin Geçmişte Kullanılan Tedaviler	Önceden tedavi görmemiş, yeni tedavi görmeye başlamış	n(%)	30(71,4)	12(28,6)	X²= 12,534 p*= 0,027
	Topikal tedaviler	n(%)	66(56,4)	51(43,6)	
	Sistemik tedavi	n(%)	22(66,7)	11(33,3)	
	Topikal tedaviler+Sistemik tedavi	n(%)	37(67,3)	18(32,7)	
	Fototerapi+Sistemik tedavi+Topikal tedaviler	n(%)	17(73,9)	6(26,1)	
	Topikal tedaviler+Fototerapi+Sistemik tedavi+Biyolojik Ajan	n(%)	19(42,2)	26(57,8)	

(*) Ki kare testi

Hastaların psöriyazis tedavisi için TAT yöntem kullanımı ile birinci derece akrabalarında psöriyazis varlığı arasında ilişki olup olmadığını belirlemek için yapılan Ki Kare testine ilişkin bulgulara göre psöriyazis tedavisi için TAT yöntem kullanımı ile birinci derece akrabalarında psöriyazis varlığı arasında anlamlı ilişkinin olduğu belirlenmiştir (p<0,05). Analiz bulgularına göre birinci derece akrabalarında psöriyazis olmayan hastaların %34,7'si psöriyazis tedavisi için TAT yöntem kullanırken birinci derece akrabalarında psöriyazis olan hastaların %49,0'u psöriyazis tedavisi için TAT yöntem kullanmıştır.

Hastaların şu an kullandıkları tedaviye göre hastalık süresinde farklılık olup olmadığını belirlemek için yapılan Kruskal Wallis testine ilişkin analiz sonuçları Tablo 18’de sunulmuştur. Bu bulgulara göre hastalık süresinde hastaların şu an kullandıkları tedaviye göre anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0,05$). Analiz bulguları incelendiğinde biyolojik ajan tedavisi alan hastaların ortalamasının topikal tedavi ve sistemik tedavi alan hastaların ortalamalarından daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Tablo 18. Şu An Kullanılan Tedaviye Göre Hastalık Süresine İlişkin Farklılık Analiz Bulguları

Parametre	Şu An Kullanılan Tedavi	N	Ort	SS	X ²	p*	Anlamlı Fark
Hastalık Yılı	Topikal Tedaviler ¹	79	11,11	9,93	24,160	<0,001	1-3 2-3
	Sistemik Tedavi ²	152	10,19	10,60			
	Biyolojik Ajan ³	84	16,46	11,94			

(*) Kruskal Wallis testi

Hastaların MetS tanısı ile eğitim durumu arasında ilişki olup olmadığını belirlemek için yapılan Ki Kare testine ilişkin analiz sonuçları Tablo 19’da sunulmuştur. Bu bulgulara göre MetS tanısı ile eğitim durumu arasında anlamlı ilişkinin olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$). Analiz bulgularına göre ilk-ortaokul mezunu hastaların %56,2’si MetS tanısı alırken lise mezunu hastaların %70,0’i ve üniversite ve üstü mezunu hastaların %84,9’u MetS tanısı almamıştır.

Tablo 19. Eğitim Durumu ile MetS Tanısına İlişkin Ki Kare Analiz Bulguları

Parametre		MetS Tanısı		X ² = 37,799 p* <0,001
		Yok	Evet	
Eğitim Durumu	İlk-Ortaokul	n(%)	39(43,8) 50(56,2)	
	Lise	n(%)	84(70,0) 36(30,0)	
	Üniversite ve Üstü	n(%)	90(84,9) 16(15,1)	

(*) Ki kare testi

Hastaların MetS tanısı ile psöriyazis tedavisi için TAT yöntem kullanımı arasında ilişki olup olmadığını belirlemek için yapılan Ki Kare testine ilişkin analiz

sonuçları Tablo 20’de sunulmuştur. Bu bulgulara göre MetS tanısı ile psöriyazis tedavisi için TAT yöntem kullanımı arasında anlamlı ilişkinin olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$).

Tablo 20. Psöriyazis Tedavisi İçin TAT Yöntem Kullanımı ile MetS Tanısına İlişkin Analiz Bulguları

Parametre			MetS Tanısı		
			Yok	Evet	
Psöriyazis Tedavisi İçin TAT Yöntem Kullanımı	Yok	n(%)	122(63,9)	69(36,1)	X²= 3,107 p*= 0,078
	Evet	n(%)	91(73,4)	33(26,6)	

(*) Ki kare testi

Birinci derece akrabalarında psöriyazis öyküsü olan hastaların PAŞİ skoru ile DYKİ skorları arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi amacıyla yapılan Spearman korelasyon analiz verileri Tablo 21’de sunulmuştur. Bu bulgulara göre, PAŞİ skoru ile DYKİ skorları arasında olumsuz etkileyecek şekilde anlamlı ilişkiler olduğu saptanmıştır ($p<0,05$).

Tablo 21. Birinci Derece Akrabalarında Psöriyazis Öyküsü Olan Hastalarda PAŞİ Skoru ile DYKİ Arasındaki Korelasyon Analiz Bulguları

Parametreler		PAŞİ Skoru
Semptom ve Duygular	r	0,680
	p	<0,001
Günlük Aktiviteler	r	0,676
	p	<0,001
Boş Zamanı Değerlendirme	r	0,660
	p	<0,001
Okul/İş Hayatı	r	0,533
	p	<0,001
Kişisel İlişkiler	r	0,477
	p	<0,001
Tedavi	r	0,335
	p	0,001
DYKİ Toplam Skor	r	0,761
	p	<0,001

(*) Spearman korelasyon analizi

Hastaların MetS tanısı ile sigara kullanım durumları arasında ilişki olup olmadığını belirlemek için yapılan Ki Kare testine ilişkin analiz sonuçları Tablo 22’de sunulmuştur. Bu bulgulara göre hastaların MetS tanısı ile sigara kullanım durumları arasında anlamlı ilişkinin olduğu belirlenmiştir ($p < 0,05$). Analiz bulgularına göre sigara kullanmayan hastaların %62,8’inin, sigara kullanan hastaların %78,6’sının MetS tanısının olmadığı, sigarayı bırakmış hastaların %55,6’sının MetS tanısının olduğu görülmüştür.

Tablo 22. MetS Tanısı ile Sigara Kullanımına İlişkin Analiz Bulguları

Parametre			MetS Tanısı		X²= 12,823 p*= 0,002
			Yok	Evet	
Sigara Kullanımı	Yok	n(%)	113(62,8)	67(37,2)	
	Kullanıyor	n(%)	92(78,6)	25(21,4)	
	Bırakmış	n(%)	8(44,4)	10(55,6)	

(*) Ki kare testi

Hastaların psöriyazis tutulum yeri ile sigara kullanım durumları arasında ilişki olup olmadığını belirlemek için yapılan Ki Kare testine ilişkin analiz sonuçlarına göre hastaların psöriyazis tutulum yeri ile sigara kullanım durumları arasında anlamlı ilişkinin olmadığı belirlenmiştir ($p > 0,05$).

Hastaların psöriyazis tutulum kliniği ile sigara kullanım durumları arasında ilişki olup olmadığını belirlemek için yapılan Ki Kare testine ilişkin analiz sonuçlarına göre hastaların psöriyazis tutulum kliniği ile sigara kullanım durumları arasında anlamlı ilişkinin olmadığı belirlenmiştir ($p > 0,05$).

Hastaların gelirlerine göre DYKİ ve PAŞİ skorlarında farklılık varlığını değerlendirmek amacıyla uygulanan Mann Whitney U testine yönelik analiz verileri Tablo 23’te sunulmuştur. Bu veriler incelendiğinde; hastaların DYKİ ve PAŞİ skorlarında gelire göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p > 0,05$).

Tablo 23. Gelire Göre DYKİ ve PAŞİ Skorlarına İlişkin Farklılık Analiz Bulguları

Parametre	Gelir	N	Ort	SS	Z	p*
Semptom ve Duygular	Gelir Giderden Az	137	2,37	1,74	-0,876	0,381
	Gelir Gidere Eşit veya Fazla	178	2,20	1,68		
Günlük Aktiviteler	Gelir Giderden Az	137	1,53	1,55	-0,440	0,660
	Gelir Gidere Eşit veya Fazla	178	1,52	1,68		
Boş Zamanı Değerlendirme	Gelir Giderden Az	137	1,16	1,60	-0,089	0,929
	Gelir Gidere Eşit veya Fazla	178	1,16	1,66		
Okul/İş Hayatı	Gelir Giderden Az	137	0,90	1,38	-0,356	0,722
	Gelir Gidere Eşit veya Fazla	178	0,84	1,35		
Kişisel İlişkiler	Gelir Giderden Az	137	0,43	0,94	-0,117	0,907
	Gelir Gidere Eşit veya Fazla	178	0,52	1,13		
Tedavi	Gelir Giderden Az	137	0,17	0,49	-0,370	0,712
	Gelir Gidere Eşit veya Fazla	177	0,21	0,58		
DYKİ Toplam Skor	Gelir Giderden Az	137	6,56	6,30	-0,332	0,740
	Gelir Gidere Eşit veya Fazla	178	6,44	6,59		
PAŞİ Skor	Gelir Giderden Az	137	6,47	8,74	-0,259	0,796
	Gelir Gidere Eşit veya Fazla	178	6,53	8,49		

(*) Mann Whitney U testi

Hastaların alkol kullanımıyla DYKİ ve PAŞİ skorlarında farklılık varlığını değerlendirmek amacıyla uygulanan Mann Whitney U testine ilişkin analiz bulgularına göre hastaların DYKİ ve PAŞİ skorlarında alkol kullanımına göre istatistiksel açıdan anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$).

Hastaların birinci derece akrabalarında psöriyazis varlığına göre psöriyazis hastalığı tanısını aldığı yaşta farklılık varlığını değerlendirmek amacıyla uygulanan Mann Whitney U testine yönelik analiz verileri Tablo 24’te gösterilmiştir. Bu verilere göre hastaların psöriyazis hastalığı tanısını aldığı yaşta birinci derece akrabalarında psöriyazis varlığına göre istatistiksel yönden anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0,05$). Analiz verileri değerlendirildiğinde; birinci derece akrabalarında psöriyazis olmayan hastaların ortalamasının birinci derece akrabalarında psöriyazis olan hastaların ortalamasından daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Tablo 24. Birinci Derece Akrabalarında Psöriyazis Varlığına Göre Psöriyazis Hastalığı Tanısını Aldığı Yaşa İlişkin Farklılık Analiz Bulguları

Parametre	Birinci Derece Akrabalarında Psöriyazis Varlığı	N	Ort	SS	Z	p*
Psöriyazis Hastalığı Tanısını Aldığı Yaş	Yok	213	33,75	16,46	-2,739	0,006
	Evet	102	28,69	15,61		

(*) Mann Whitney U testi

Hastaların şu an kullandıkları tedaviye göre tedavi süresinde farklılık varlığını belirlemek amacıyla uygulanan Kruskal Wallis testine ilişkin analiz verileri Tablo 25’te gösterilmiştir. Bu verilere göre tedavi süresinde hastaların şu an kullandıkları tedaviye göre anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0,05$). Analiz verileri değerlendirildiğinde biyolojik ajan tedavisi alan hastaların ortalamasının topikal tedavi ve sistemik tedavi alan hastaların ortalamalarından daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Tablo 25. Şu An Kullanılan Tedaviye Göre Tedavi Süresine İlişkin Farklılık Analiz Bulguları

Parametre	Şu An Kullanılan Tedavi	N	Ort	SS	X ²	p*	Anlamlı Fark
Tedavi Süresi	Topikal Tedaviler ¹	79	6,94	6,39	30,465	<0,001	1-3 2-3
	Sistemik Tedavi ²	152	6,93	7,49			
	Biyolojik Ajan ³	84	12,61	10,82			

(*) Kruskal Wallis testi

Hastaların şu an kullanılan tedavi ile PAŞİ grupları arasında ilişki olup olmadığını belirlemek için yapılan Ki Kare testine ilişkin analiz sonuçları Tablo 26’da sunulmuştur. Bu bulgulara göre hastaların şu an kullanılan tedavi ile PAŞİ grupları arasında anlamlı ilişkinin olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$).

Tablo 26. Şu An Kullanılan Tedavi ile PAŞİ Gruplarına İlişkin Analiz Bulguları

Parametre			PAŞİ		X²= 0,631 p*= 0,730
			PAŞİ ≤ 10	PAŞİ > 10	
Şu An Kullanılan Tedavi	Topikal Tedaviler	n(%)	61(77,2)	18(22,8)	
	Sistemik Tedavi	n(%)	122(80,3)	30(19,7)	
	Biyolojik Ajan	n(%)	69(82,1)	15(17,9)	

(*) Ki kare testi

Hastaların PAŞİ gruplarına göre hastalık süresinde farklılık olup olmadığını belirlemek için yapılan Mann Whitney U testine ilişkin analiz bulguları Tablo 27’de sunulmuştur. Bu bulgulara göre hastalık süresinde PAŞİ gruplarına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır (p>0,05).

Tablo 27. PAŞİ Gruplarına Göre Hastalık Süresine İlişkin Farklılık Analiz Bulguları

Parametre	PAŞİ	N	Ort	SS	Z	p*
Hastalık Süresi	PAŞİ ≤ 10	252	11,87	10,93	-0,270	0,787
	PAŞİ > 10	63	12,98	11,83		

(*) Mann Whitney U testi

Hastaların tutulum kliniğine göre PAŞİ skorlarında farklılık olup olmadığını belirlemek için yapılan Kruskal Wallis testine ilişkin analiz sonuçları Tablo 28’de sunulmuştur. Bu bulgulara göre PAŞİ skorlarında hastaların tutulum kliniğine göre anlamlı farklılık bulunmamıştır (p>0,05).

Tablo 28. Tutulum Kliniğine Göre PAŞİ Skoruna İlişkin Farklılık Analiz Bulguları

Parametre	Tutulum Kliniği	N	Ort	SS	X ²	p*
PAŞİ	Plak ¹	207	6,13	8,80	7,688	0,053
	Eritrodermik ²	26	6,29	5,45		
	Guttat ³	75	6,40	6,91		
	Püstüler ⁴	7	19,17	17,11		

(*) Kruskal Wallis testi

Hastaların DYKİ grupları ile çalışma durumu arasında ilişki olup olmadığını belirlemek için yapılan Ki Kare testine ilişkin analiz sonuçları Tablo 29’de

sunulmuştur. Bu bulgulara göre hastaların DYKİ grupları ile çalışma durumu arasında anlamlı ilişkinin olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$).

Tablo 29. DYKİ Grupları ile Çalışma Durumuna İlişkin Ki Kare Analiz Bulguları

Parametre			Çalışma Durumu		X²= 2,920 p*= 0,571
			Çalışmıyor	Çalışıyor	
DYKİ	0-1 puan	n(%)	40(54,8)	33(45,2)	
	2-5 puan	n(%)	55(49,5)	56(50,5)	
	6-10 puan	n(%)	28(50,0)	28(50,0)	
	11-20 puan	n(%)	34(55,7)	27(44,3)	
	≥21 puan	n(%)	10(71,4)	4(28,6)	

(*) Kruskal Wallis testi

Hastaların MetS tanısı ile çalışma durumları arasında ilişki olup olmadığını belirlemek için yapılan Ki Kare testine ilişkin analiz sonuçları Tablo 30'da sunulmuştur. Bu bulgulara göre hastaların MetS tanısı ile çalışma durumları arasında anlamlı ilişkinin olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$). Analiz bulgularına göre çalışmayan hastaların %41,9'unun, çalışan hastaların %21,6'sının MetS tanısının olduğu görülmüştür.

Tablo 30. Çalışma Durumu ile MetS Tanısına İlişkin Analiz Bulguları

Parametre			MetS Tanısı		X²= 14,759 p* < 0,001
			Yok	Evet	
Çalışma Durumu	Çalışmıyor	n(%)	97(58,1)	70(41,9)	
	Çalışıyor	n(%)	116(78,4)	32(21,6)	

(*) Ki kare testi

Hastaların yaşı ile DYKİ skorları arasındaki ilişkilerin değerlendirilmesi amacıyla uygulanan Spearman korelasyon analiz verileri Tablo 31'de gösterilmiştir. Bu verilere göre, hastaların yaşı ile semptom ve duygular, günlük aktiviteler, boş zamanı değerlendirme, okul/iş hayatı boyutları ve DYKİ toplam skoru arasında yaşam

kalitesini olumlu yönde etkileyecek şekilde anlamlı ilişkiler olduğu görülmüştür (p<0,05).

Tablo 31. Yaş ile DYKİ Arasındaki Korelasyon Analiz(*) Bulguları

Parametre		Yaş
Semptom ve Duygular	r	<0,001
	p	0,003
Günlük Aktiviteler	r	<0,001
	p	<0,001
Boş Zamanı Değerlendirme	r	<0,001
	p	0,001
Okul/İş Hayatı	r	<0,001
	p	0,002
Kişisel İlişkiler	r	<0,001
	p	0,071
Tedavi	r	0,033
	p	0,557
DYKİ Toplam Skor	r	<0,001
	p	0,000

(*) Spearman korelasyon analizi

Hastaların tutulum kliniği ile tutulum yeri arasında ilişki olup olmadığını belirlemek için yapılan Ki Kare testine ilişkin analiz sonuçları Tablo 32’de sunulmuştur. Bu bulgulara göre hastaların tutulum kliniği ile tutulum yeri arasında anlamlı ilişkinin olduğu belirlenmiştir (p<0,05). Analiz bulgularına göre plakların %52,7’sinin, eritrodermiklerin %38,5’inin, guttatların %40,0’ının deride yer aldığı, püstüllerlerin %71,4’ünün tüm vücutta yer aldığı görülmüştür.

Tablo 32. Tutulum Kliniği ile Tutulum Yerine İlişkin Analiz Bulguları

Parametre			Tutulum Kliniği				
			Plak	Eritrodermik	Guttat	Püstüller	
Psöriyazis Tutulum Yeri	Deri	n(%)	109(72,7)	10(6,7)	30(20,0)	1(0,7)	X²= 24,034 p*= 0,020
	Deri ve Tırnak	n(%)	9(56,3)	1(6,3)	5(31,3)	1(6,3)	
	Deri ve Eklem	n(%)	45(68,2)	8(12,1)	13(19,7)	0(0,0)	
	Deri ve Genital	n(%)	9(75,0)	1(8,3)	2(16,7)	0(0,0)	
	Tüm Vücut	n(%)	35(49,3)	6(8,5)	25(35,2)	5(7,0)	

(*) Ki kare testi

Hastaların DYKİ grupları ile şu an kullanılan tedavi arasında ilişki varlığını değerlendirmek amacıyla uygulanan Ki Kare testine ilişkin analiz sonuçları Tablo 33'te gösterilmiştir. Bu verilere göre DYKİ grupları ile şu an kullanılan tedavi arasında anlamlı ilişkinin olduğu belirlenmiştir ($p < 0,05$). Analiz bulgularına göre topikal tedavi alan hastaların %31,6'sının, sistemik tedavi alan hastaların %42,1'inin DYKİ skorlarının 2-5 aralığında olduğu, biyolojik ajan tedavisi alan hastaların %40,5'inin DYKİ skorlarının 0-1 aralığında olduğu görülmüştür.

Tablo 33. DYKİ Grupları ile Şu An Kullanılan Tedaviye İlişkin Analiz Bulguları

Parametre			Kullanılan Tedavi			
			Topikal Tedaviler	Sistemik Tedavi	Biyolojik Ajan	
DYKİ	0-1 puan	n(%)	15(20,5)	24(32,9)	34(46,6)	X²= 25,396 p*= 0,001
	2-5 puan	n(%)	25(22,5)	64(57,7)	22(19,8)	
	6-10 puan	n(%)	17(30,4)	30(53,6)	9(16,1)	
	11-20 puan	n(%)	16(26,2)	28(45,9)	17(27,9)	
	≥21 puan	n(%)	6(42,9)	6(42,9)	2(14,3)	

(*) Ki kare testi

Hastaların DYKİ grupları ile cinsiyetleri arasında ilişki varlığını değerlendirmek amacıyla uygulanan Ki Kare testine ilişkin analiz sonuçları Tablo 34'te sunulmuştur. Bu verilere göre DYKİ grupları ile hastaların cinsiyetleri arasında anlamlı ilişkinin olmadığı belirlenmiştir ($p > 0,05$).

Tablo 34. DYKİ Grupları ile Cinsiyete İlişkin Analiz Bulguları

Parametre			Cinsiyet		
			Erkek	Kadın	
DYKİ	0-1 puan	n(%)	40(54,8)	33(45,2)	X²= 4,281 p*= 0,373
	2-5 puan	n(%)	62(55,9)	49(44,1)	
	6-10 puan	n(%)	29(51,8)	27(48,2)	
	11-20 puan	n(%)	25(41,0)	36(59,0)	
	≥21 puan	n(%)	6(42,9)	8(57,1)	

(*) Ki kare testi

Hastaların DYKİ gruplarına göre tedavi sürelerinde farklılık varlığını değerlendirmek amacıyla uygulanan Kruskal Wallis testine ilişkin analiz sonuçları Tablo 35'te gösterilmiştir. Bu verilere göre tedavi sürelerinde hastaların DYKİ gruplarına göre anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 35. DKYİ Gruplarına Göre Tedavi Süresine İlişkin Farklılık Analiz Bulguları

Parametreler	DKYİ	N	Ort	SS	X ²	p*
Tedavi Süresi	0-1 puan	73	8,82	7,571	9,235	0,055
	2-5 puan	111	8,62	9,217		
	6-10 puan	56	10,29	10,334		
	11-20 puan	61	6,52	7,192		
	≥21 puan	14	6,07	5,731		

(*) Kruskal Wallis testi

Hastaların MetS tanısına göre DYKİ ve PAŞİ skorlarında farklılık olup olmadığını belirlemek için yapılan Mann Whitney U testine ilişkin analiz bulguları Tablo 36'da sunulmuştur. Bu bulgulara göre DYKİ ve PAŞİ skorlarında MetS tanısına göre istatistiksel açıdan anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 36. MetS Tanısına Göre DYKİ ve PAŞİ Skorlarına İlişkin Farklılık Analiz Bulguları

Parametreler	MetS Tanısı	N	Ort	SS	Z	p*
Semptom ve Duygular	Yok	213	2,29	1,67	<0,001	0,746
	Evet	102	2,24	1,79		
Günlük Aktiviteler	Yok	213	1,49	1,53	<0,001	0,893
	Evet	102	1,59	1,81		
Boş Zamanı Değerlendirme	Yok	213	1,14	1,54	<0,001	0,767
	Evet	102	1,22	1,82		
Okul/İş Hayatı	Yok	213	0,92	1,38	<0,001	0,358
	Evet	102	0,76	1,31		
Kişisel İlişkiler	Yok	213	0,47	0,96	<0,001	0,588
	Evet	102	0,50	1,22		
Tedavi	Yok	212	0,17	0,49	<0,001	0,522
	Evet	102	0,24	0,65		
DYKİ Toplam Skor	Yok	213	6,47	6,03	<0,001	0,437
	Evet	102	6,54	7,30		
PAŞİ Skor	Yok	213	6,16	7,65	<0,001	0,899
	Evet	102	7,21	10,28		

(*) Mann Whitney U testi

Hastaların kan basıncı değerlerine göre DYKİ ve PAŞİ skorlarında farklılık olup olmadığını belirlemek için yapılan Mann Whitney U testine ilişkin analiz bulguları Tablo 37’de sunulmuştur. Bu bulgulara göre hastaların DYKİ ve PAŞİ skorlarında kan basıncı değerlerine göre günlük aktiviteler boyutunda ve DYKİ toplam skorunda istatistiksel yönden anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0,05$). Analiz verileri değerlendirildiğinde; günlük aktiviteler boyutunda ve DYKİ toplam skorunda normal kan basıncı olan hastaların ortalamasının yüksek kan basıncı olan hastaların ortalamasından daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Tablo 37. Kan Basıncı Değerlerine Göre DYKİ ve PAŞİ Skorlarına İlişkin Farklılık Analiz Bulguları

Parametreler	Kan Basıncı	N	Ort	SS	Z	p*
Semptom ve Duygular	Normal Kan Basıncı	216	2,35	1,69	<0,001	0,164
	Yüksek Kan Basıncı	99	2,10	1,74		
Günlük Aktiviteler	Normal Kan Basıncı	216	1,65	1,64	<0,001	0,018
	Yüksek Kan Basıncı	99	1,24	1,57		
Boş Zamanı Değerlendirme	Normal Kan Basıncı	216	1,25	1,65	<0,001	0,098
	Yüksek Kan Basıncı	99	0,98	1,59		
Okul/İş Hayatı	Normal Kan Basıncı	216	0,96	1,40	<0,001	0,078
	Yüksek Kan Basıncı	99	0,67	1,25		
Kişisel İlişkiler	Normal Kan Basıncı	216	0,51	1,05	<0,001	0,304
	Yüksek Kan Basıncı	99	0,41	1,05		
Tedavi	Normal Kan Basıncı	215	0,21	0,58	<0,001	0,431
	Yüksek Kan Basıncı	99	0,14	0,45		
DYKİ Toplam Skor	Normal Kan Basıncı	216	6,93	6,38	<0,001	0,019
	Yüksek Kan Basıncı	99	5,55	6,56		
PAŞİ Skor	Normal Kan Basıncı	216	6,53	8,02	<0,001	0,296
	Yüksek Kan Basıncı	99	6,42	9,75		

(*) Mann Whitney U testi

Hastaların kan şekeri değerlerine göre DYKİ ve PAŞİ skorlarında farklılık olup olmadığını belirlemek için yapılan Mann Whitney U testine ilişkin analiz bulguları Tablo 38’de sunulmuştur. Bu bulgulara göre hastaların DYKİ ve PAŞİ skorlarında kan şekeri değerlerine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 38. Açlık Kan Şekeri Değerlerine Göre DYKİ ve PAŞİ Skorlarına İlişkin Farklılık Analiz Bulguları

Parametreler	Kan Şekeri	N	Ort	SS	Z	p*
Semptom ve Duygular	Normal Açlık Kan Şekeri	242	2,31	1,72	<0,001	0,511
	Yüksek Açlık Kan Şekeri	73	2,14	1,69		
Günlük Aktiviteler	Normal Açlık Kan Şekeri	242	1,57	1,62	<0,001	0,197
	Yüksek Açlık Kan Şekeri	73	1,36	1,64		
Boş Zamanı Değerlendirme	Normal Açlık Kan Şekeri	242	1,18	1,63	<0,001	0,575
	Yüksek Açlık Kan Şekeri	73	1,10	1,66		
Okul/İş Hayatı	Normal Açlık Kan Şekeri	242	0,91	1,38	<0,001	0,364
	Yüksek Açlık Kan Şekeri	73	0,74	1,30		
Kişisel İlişkiler	Normal Açlık Kan Şekeri	242	0,53	1,13	<0,001	0,239
	Yüksek Açlık Kan Şekeri	73	0,32	0,72		
Tedavi	Normal Açlık Kan Şekeri	241	0,21	0,58	<0,001	0,731
	Yüksek Açlık Kan Şekeri	73	0,14	0,38		
DYKİ Toplam Skor	Normal Açlık Kan Şekeri	242	6,71	6,48	<0,001	0,163
	Yüksek Açlık Kan Şekeri	73	5,78	6,36		
PAŞİ Skor	Normal Açlık Kan Şekeri	242	6,69	9,12	<0,001	0,579
	Yüksek Açlık Kan Şekeri	73	5,85	6,54		

(*) Mann Whitney U testi

Hastaların HDL değerlerine göre DYKİ ve PAŞİ skorlarında farklılık olup olmadığını belirlemek için yapılan Mann Whitney U testine ilişkin analiz bulguları Tablo 39’da sunulmuştur. Bu bulgulara göre hastaların DYKİ ve PAŞİ skorlarında HDL değerlerine göre günlük aktiviteler boyutunda, boş zamanı değerlendirme

boyutunda ve DYKİ toplam skorunda istatistiksel yönden anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0,05$). Analiz verileri değerlendirildiğinde; günlük aktiviteler boyutunda, boş zamanı değerlendirme boyutunda ve DYKİ toplam skorunda düşük HDL kolesterolü olan hastaların ortalamasının normal HDL kolesterolü olan hastaların ortalamasından daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Tablo 39. HDL Değerlerine Göre DYKİ ve PAŞİ Skorlarına İlişkin Farklılık Analiz Bulguları

Parametreler	HDL	N	Ort	SS	Z	p*
Semptom ve Duygular	Normal HDL Kolesterol	185	2,17	1,70	<0,001	0,184
	Düşük HDL Kolesterol	130	2,42	1,72		
Günlük Aktiviteler	Normal HDL Kolesterol	185	1,34	1,53	<0,001	0,013
	Düşük HDL Kolesterol	130	1,79	1,71		
Boş Zamanı Değerlendirme	Normal HDL Kolesterol	185	1,02	1,55	<0,001	0,048
	Düşük HDL Kolesterol	130	1,36	1,73		
Okul/İş Hayatı	Normal HDL Kolesterol	185	0,78	1,32	<0,001	0,170
	Düşük HDL Kolesterol	130	0,99	1,42		
Kişisel İlişkiler	Normal HDL Kolesterol	185	0,42	0,93	<0,001	0,383
	Düşük HDL Kolesterol	130	0,56	1,20		
Tedavi	Normal HDL Kolesterol	184	0,18	0,51	<0,001	0,990
	Düşük HDL Kolesterol	130	0,20	0,59		
DYKİ Toplam Skor	Normal HDL Kolesterol	185	5,91	6,10	<0,001	0,039
	Düşük HDL Kolesterol	130	7,32	6,87		
PAŞİ Skor	Normal HDL Kolesterol	185	6,00	7,95	<0,001	0,127
	Düşük HDL Kolesterol	130	7,21	9,40		

(*) Mann Whitney U testi

Hastaların tutulum kliniğine göre DYKİ skorlarında farklılık varlığını değerlendirmek amacıyla uygulanan Kruskal Wallis testine ilişkin analiz sonuçları

Tablo 40'ta gösterilmiştir. Bu bulgulara göre DYKİ skorlarında hastaların tutulum kliniğine göre anlamlı farklılık bulunmuştur ($p < 0,05$). Analiz verileri incelendiğinde,

- ✓ Semptom ve duygular, günlük aktiviteler, boş zamanı değerlendirme, kişisel ilişkiler boyutları ve DYKİ toplam skorunda püstüler grubunun ortalamasının plak grubunun ortalama değerinden daha fazla olduğu,
- ✓ Tedavi boyutunda Guttat grubunun ortalama değerinin plak grubunun ortalama değerinden daha yüksek olduğu,
- ✓ Okul/iş hayatı boyutunda püstüler grubunun ortalamasının plak ve Guttat gruplarının ortalamalarından daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Tablo 40. Tutulum Kliniğine Göre DYKİ Skorlarına İlişkin Farklılık Analiz Bulguları

Parametreler	Tutulum Kliniği	N	Ort	SS	X ²	p*	Anlamlı Fark
Semptom ve Duygular	Plak ¹	207	2,0821	1,68892	13,025	0,005	1-4
	Eritrodermik ²	26	2,5000	1,60624			
	Guttat ³	75	2,5200	1,62214			
	Püstüler ⁴	7	4,4286	1,98806			
Günlük Aktiviteler	Plak ¹	207	1,3865	1,48305	8,069	0,045	1-4
	Eritrodermik ²	26	1,5769	1,62906			
	Guttat ³	75	1,6533	1,72026			
	Püstüler ⁴	7	4,0000	2,58199			
Boş Zamanı Değerlendirme	Plak ¹	207	1,0145	1,48611	10,435	0,015	1-4
	Eritrodermik ²	26	1,1538	1,61722			
	Guttat ³	75	1,3600	1,80570			
	Püstüler ⁴	7	3,4286	2,29907			
Okul/İş Hayatı	Plak ¹	207	0,7681	1,31250	14,353	0,002	1-4 3-4
	Eritrodermik ²	26	1,2692	1,51149			
	Guttat ³	75	0,8400	1,35607			
	Püstüler ⁴	7	2,5714	1,13389			
Kişisel İlişkiler	Plak ¹	207	0,3333	0,83025	13,184	0,004	1-4
	Eritrodermik ²	26	0,6538	1,19808			
	Guttat ³	75	0,6933	1,26249			
	Püstüler ⁴	7	1,8571	2,19306			
Tedavi	Plak ¹	207	0,1353	0,48378	10,162	0,017	1-3
	Eritrodermik ²	26	0,2308	0,42967			
	Guttat ³	75	0,3108	0,68097			
	Püstüler ⁴	7	0,4286	0,78680			
DYKİ Toplam Skor	Plak ¹	207	5,7198	5,83168	13,394	0,004	1-4
	Eritrodermik ²	26	7,3846	6,46267			
	Guttat ³	75	7,3733	6,92581			
	Püstüler ⁴	7	16,7143	9,63871			

(*) Kruskal Wallis testi

Hastaların tutulum yerine göre DYKİ skorlarında farklılık olup olmadığını belirlemek için yapılan Kruskal Wallis testine ilişkin analiz sonuçları Tablo 41’de sunulmuştur. Bu bulgulara göre DYKİ skorlarında hastaların tutulum yerine göre anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0,05$). Analiz bulgularına bakıldığında; semptom ve duygular, günlük aktiviteler, boş zamanı değerlendirme, kişisel ilişkiler, tedavi boyutları ve DYKİ toplam skorunda tüm vücut grubunun ortalamasının deri grubunun ortalamasından daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Tablo 41. Tutulum Yerine Göre DYKİ Skorlarına İlişkin Farklılık Analiz Bulguları

Parametreler	Tutulum Yeri	N	Ort	SS	X ²	p*	Anlamlı Fark
Semptom ve Duygular	Deri ¹	150	1,7867	1,35897	25,751	<0,001	1-5
	Deri ve Tırnak ²	16	2,1875	1,16726			
	Deri ve Eklem ³	66	2,4394	1,93055			
	Deri ve Genital ⁴	12	2,9167	1,83196			
	Tüm Vücut ⁵	71	3,0563	1,91152			
Günlük Aktiviteler	Deri ¹	150	1,2200	1,37996	14,250	0,007	1-5
	Deri ve Tırnak ²	16	1,1875	1,55858			
	Deri ve Eklem ³	66	1,5758	1,72814			
	Deri ve Genital ⁴	12	2,0000	1,59545			
	Tüm Vücut ⁵	71	2,1127	1,85587			
Boş Zamanı Değerlendirme	Deri ¹	150	0,8800	1,40908	12,423	0,014	1-5
	Deri ve Tırnak ²	16	0,9375	1,34009			
	Deri ve Eklem ³	66	1,1212	1,56417			
	Deri ve Genital ⁴	12	1,5000	1,38170			
	Tüm Vücut ⁵	71	1,7887	2,04182			
Okul/İş Hayatı	Deri ¹	150	0,7600	1,30913	6,769	0,149	-
	Deri ve Tırnak ²	16	0,7500	1,34164			
	Deri ve Eklem ³	66	0,7273	1,29550			
	Deri ve Genital ⁴	12	1,0000	1,47710			
	Tüm Vücut ⁵	71	1,2254	1,48514			
Kişisel İlişkiler	Deri ¹	150	0,2667	0,78293	22,370	<0,001	1-5
	Deri ve Tırnak ²	16	0,3750	0,61914			
	Deri ve Eklem ³	66	0,3939	0,85717			
	Deri ve Genital ⁴	12	0,6667	1,23091			
	Tüm Vücut ⁵	71	1,0000	1,50238			
Tedavi	Deri ¹	150	0,1000	0,39714	14,723	0,005	1-5
	Deri ve Tırnak ²	16	0,1875	0,54391			
	Deri ve Eklem ³	66	0,1846	0,49662			
	Deri ve Genital ⁴	12	0,0833	0,28868			
	Tüm Vücut ⁵	71	0,4085	0,78517			
DYKİ Toplam Skor	Deri ¹	150	5,0133	5,59600	23,627	<0,001	1-5
	Deri ve Tırnak ²	16	5,6250	5,51211			
	Deri ve Eklem ³	66	6,4394	6,13221			
	Deri ve Genital ⁴	12	8,1667	5,58949			
	Tüm Vücut ⁵	71	9,5915	7,67664			

(*) Kruskal Wallis testi

Hastaların şu an kullandığı tedavilere göre hastalık süresinde farklılık varlığını değerlendirmek amacıyla uygulanan Kruskal Wallis testine ilişkin analiz sonuçlarına göre hastalık süresinde hastaların şu an kullandığı tedavilere göre anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$).

Hastalara ilişkin yaş, psöriyazis hastalığı tanısını aldığı yaş, psöriyazis tedavisi aldığı yıl, ek kronik hastalık varlığı, MetS tanısı varlığı ve şu an aldığı tedavi durumlarının DYKİ ve PAŞİ skoru üzerindeki etkisini belirlemek amacıyla regresyon analizleri yapılmıştır. şu an alınan tedavi değişkeninin nominal değişken olmasından dolayı analiz öncesinde bu değişkene ilişkin kukla (dummy) değişkenler oluşturulmuştur. Bu aşamada “topikal tedavi alma” referans grup olarak kullanılmış ve “sistemik tedavi alma” ve “biyolojik ajan tedavisi” kukla değişkenleri oluşturulmuştur.

Hastalara ilişkin yaş, psöriyazis hastalığı tanısını aldığı yaş, psöriyazis tedavisi aldığı yıl, ek kronik hastalık varlığı, MetS tanısı varlığı ve şu an aldığı tedavi durumlarının DYKİ toplam skorundaki etkisini belirlemek için uygulanan regresyon analizine ilişkin veriler Tablo 42’ da gösterilmiştir. Yapılan regresyon analizinde yaş, psöriyazis hastalığı tanısı alınan yaş, psöriyazis tedavisi alınan yıl, ek kronik hastalık varlığı, MetS tanısı varlığı ve şu an alınan tedavi durumları bağımsız değişkenler, DYKİ toplam skoru ise bağımlı değişken olarak modele dahil edilmiştir. Analiz neticesinde edinilen verilere göre:

- ✓ Yaş, psöriyazis hastalığı tanısı alınan yaş, psöriyazis tedavisi alınan yıl, ek kronik hastalık varlığı, MetS tanısı varlığı ve şu an alınan tedavi durumlarının DYKİ toplam skorundaki varyansın %4,4’ünü açıkladığı ve modelin istatistiksel açıdan anlamlı olduğu ($F=3,074$; $p=0,004$),
- ✓ Topikal tedavi alan hastalar referans alındığında biyolojik ajan tedavisi alınanın DYKİ toplam skoru üzerinde negatif yönde anlamlı etkisinin olduğu ($\beta =-0,181$; $p=0,010$) belirlenmiştir.

Tablo 42. DYKİ Skoruna İlişkin Regresyon Analiz Bulguları

Model	B	Standart Hata	β	t	p
Yaş	-0,062	0,051	-0,145	-1,211	0,227
Psöriyazis Hastalığı Tanısını Aldığı Yaş	-0,026	0,047	-0,066	-0,553	0,580
Psöriyazis Tedavisi Aldığı Yıl	-0,049	0,061	-0,065	-0,802	0,423
Ek Kronik Hastalık Varlığı	-0,299	0,860	-0,023	-0,348	0,728
MetS Tanısı	1,332	0,863	0,097	1,544	0,124
Sistemik Tedavi Alma (Referans=Topikal Tedavi)	-1,100	0,877	-0,085	-1,254	0,211
Biyolojik Ajan Tedavisi (Referans=Topikal Tedavi)	-2,635	1,020	-0,181	-2,583	0,010
R=0,256 R²=0,065 Düzeltilmiş R²=0,044 F=3,074 p=0,004					

Bağımlı Değişken: DYKİ Toplam Skoru

Hastalara ilişkin yaş, psöriyazis hastalığı tanısını aldığı yaş, psöriyazis tedavisi aldığı yıl, ek kronik hastalık varlığı, MetS tanısı varlığı ve şu an aldığı tedavi durumlarının PAŞİ skorundaki etkisini değerlendirmek amacıyla uygulanan regresyon analizine ilişkin veriler Tablo 43'te gösterilmiştir. Yapılan regresyon analizinde yaş, psöriyazis hastalığı tanısı alınan yaş, psöriyazis tedavisi alınan yıl, ek kronik hastalık varlığı, MetS tanısı varlığı ve şu an alınan tedavi durumları bağımsız değişkenler, PAŞİ skoru ise bağımlı değişken olarak modele dahil edilmiştir. Analiz neticesinde edinilen verilere göre:

- ✓ Yaş, psöriyazis hastalığı tanısı alınan yaş, psöriyazis tedavisi alınan yıl, ek kronik hastalık varlığı, MetS tanısı varlığı ve şu an alınan tedavi durumlarının PAŞİ skorundaki varyansın %0,8'ini açıkladığı ve modelin istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı (F=1,352; p=0,225) belirlenmiştir.

Tablo 43. PAŞİ Skoruna İlişkin Regresyon Analiz Bulguları

Model	B	Standart Hata	β	t	p
Yaş	0,116	0,069	0,204	1,673	0,095
Psöriyazis Hastalığı Tanısını Aldığı Yaş	-0,140	0,064	-0,266	-2,191	0,029
Psöriyazis Tedavisi Aldığı Yıl	-0,204	0,082	-0,205	-2,474	0,014
Ek Kronik Hastalık Varlığı	-0,615	1,165	-0,036	-0,528	0,598
MetS Tanısı	1,508	1,169	0,082	1,290	0,198
Sistemik Tedavi Alma (Referans=Topikal Tedavi)	-0,468	1,189	-0,027	-0,394	0,694
Biyolojik Ajan Tedavisi (Referans=Topikal Tedavi)	-1,132	1,382	-0,058	-0,819	0,414
R=0,173 R²=0,030 Düzeltilmiş R²=0,008 F=1,352 p=0,225					

Bağımlı Değişken: PAŞİ Skoru

5. TARTIŞMA

Çalışmamızda psöriyazis hastalarının sosyodemografik özellikleri, psöriyazis hastalığına ilişkin özellikleri ve kardiyometabolik risk sebebi olabilecek etkenler ve bunların psöriyazis hastalarının yaşam kalitesi ve hastalık şiddeti ile ilişkisi incelenmiştir. Çalışmamıza katılan hastaların yaşam kalite skorlarıyla; hastanın yaşı, tanı aldığı yaş, tedavi alınan süre, ek kronik hastalık varlığı, MetS varlığı ve hastanın mevcut kullandığı tedaviyle anlamlı ilişkisi olduğu görülmüştür. Hastalık şiddeti ile yaşam kalitesinin olumsuz etkilenmesi arasında anlamlı bir ilişki bulunmuş olsa da hastaların PAŞİ skorlamasında; hastalık süresinin, tutulum kliniğinin, kullanılan tedavi ile anlamlı ilişki olmadığı görülmüştür. Çalışmaya katılan hastalarda MetS varlığının %32 olduğu ve MetS varlığında; yaş, eğitim durumu, sigara kullanım öyküsü ve çalışma durumunun anlamlı etkisi olduğu saptanmıştır. Ayrıca hastaların TAT kullanımının; yaş, aile öyküsü, hastalık süresi ile ilişkili olduğu tespit edilmiştir.

Çalışmamızda hastaların %52'si erkek, ortalama yaşı 44 ve hastaların tanı aldığı yaş ortalamasının 32 olduğu görülmektedir. Ülkemizde yapılan çok merkezli TUR-PSO adlı çalışmada dahil edilen 3.971 hastanın bizim çalışmamıza benzer olarak; %52'si erkek, hastaların ortalama yaşı 42, hastalığın başlangıç yaşının ise 30 olduğu görülmüştür (78). Nitekim literatürde, hastaların %70'inden fazlasının 40 yaş öncesi tanı aldığı bildirilmektedir (79).

Aile öyküsü varlığının çalışmamızda %32 olduğu görülmüştür. Literatürde ise psöriyazis hastalarında aile öyküsü sıklığının %24-35 arasında olduğu bildirilmiştir (78). Ülkemizde yapılan benzer çalışmalarda en yüksek oran 2002 yılında Kundakci ve ark. tarafından yapılan çalışmada %30 olarak görülmüş iken; 2019 yılında Aksoy ve ark. %27 olarak; 2016 yılında Atakan ve ark. ise %23 olarak görülmüştür (13,78,80). Çalışmamıza katılan hastalardaki aile öyküsünün son yıllarda yapılan ülkemizde yapılan araştırmalar arasında en yüksek oranlardan birinin olduğu görülmüştür.

Hastaların birinci derece akrabalarında psöriyazis öyküsü varlığının hastanın tanı alma yaşında önemli etkisi olduğu ve daha erken yaşlarda tanı aldıkları görülmüştür. Literatürde Rifaioğlu ve ark. ve Kalaycıyan ve ark. yaptıkları çalışmalarda bizim çalışmamıza benzer olarak aile öyküsü olan psöriyazis hastalarının daha erken yaşlarda tanı aldıkları tespit ettiklerini bildirmiştir (81,82). Çalışmamızda birinci derece yakınlarında psöriyazis tanısı olanlar ort. 28 yaşında tanı alırken; aile öyküsü olmayan hastaların ort. 33 yaşında tanı aldıkları tespit edilmiştir. Bu bulgular gösteriyor ki literatürdeki çalışmalara benzer olarak çalışmamızda da aile öyküsü olan hastaların tanı aldıkları yaşın daha erken olduğu görülmüştür.

Literatürde dermatolojik hastalıklar arasında en sık TAT yöntem kullanımının olduğu hastalıklardan birinin psöriyazis olduğunu; birçok çalışmada da en sık kullanılan hastalığın psöriyazis olduğu bildirilmiştir (83). Hastalarımızın %39'u çalışmaya katıldıkları güne kadar herhangi bir TAT yöntemine müracaat ettiklerini bildirmişlerdir. Ülkemizde Göker ve ark.'nın 2013 yılında Deri ve Zührevi hastalıkları polikliniğine başvuran hastalar üzerinde yaptıkları çalışmada 60 psöriyazis hastasında TAT yöntem kullanımını %43 olarak bulurken; 2018 yılında İslamoğlu ve ark.'nın 111 psöriyazis hastasında yaptıkları çalışmada TAT yöntemi kullanım oranının %46 olduğu görülmüştür (83-86). 315 hasta üzerinde yapılan çalışmamızın literatür taramalarında ülkemizdeki TAT kullanımının sorgulandığı en yüksek hasta sayısına sahip çalışmalardan biri olduğu ve ülkemizde yapılan diğer çalışmalara benzer oranlarda TAT kullanımı tespit edilmiştir.

Çalışmamıza dahil edilen hastaların TAT yöntem kullanımının PAŞİ skoruna etkisi incelendiğinde anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Literatüre bakıldığında ise Fleisher ve ark.'nın çalışmasında TAT yöntem kullananların PAŞİ skorlarının olumsuz etkilendiği görülmektedir (87). 2018 yılında yayımlanan sistematik derlemede yapılan geniş çaplı literatür taramasından elde edilen bulgular incelendiğinde; psöriyazis hastalarının TAT tedavilerine giderek artan ilgisinden bahsedilirken diğer taraftan bu konuda yapılan çalışmaların yetersizliğinden ve hekimlerin hastalarını TAT tedavileri konusunda yeterince sorgulaması gerektiğinden bahsedilmektedir (87,88).

TAT yöntem kullanımı ile çalışma öncesi çoklu tedavi uygulanması, hastalık süresi uzaması ve aile öyküsü varlığında daha yüksek oranda TAT yöntemi ile ilişkili olduğu görülmüştür. Ayrıca çalışmamızda birinci derece akrabalarında psöriyazis tanısı olanların daha yüksek oranlarda TAT yöntemi kullanımı olduğu görülmüştür. Dermatolojik hastalıklarda TAT yöntemi kullanımına yönelik yapılan çalışmalarda aile öyküsü olanlarda hastalık süresi ile TAT yöntemi kullanımının arttığı ve bu durumun istatistiksel olarak anlamlı olduğu bildirilmiştir (84,89,90). Bu durum aile öyküsü olan psöriyazis hastalarında ilerleyen hastalık sürecinde TAT yöntemi kullanımının arttığı görülmüştür. Bu bulgular aile öyküsü olan hastaların TAT yöntemi kullanımında, ailesindeki olguların ve çevresel yönelimlerin etkili olabileceğini göstermektedir.

Çalışmaya katılan hastaların yaklaşık yarısında ek hastalık bulunmaktadır. Ek hastalıklar arasında Psöriyatik Artrit ve Crohn hastalığı olduğu dikkat çekmektedir. Psöriyazis komorbiditelerinin iki ana grupta incelenmesi gerektiğine dair çalışmalar mevcuttur. Bu grubun ilki, aynı patogenetik mekanizmalarla geliştiği kabul edilen Psöriyatik Artrit ve Crohn hastalığı iken diğer hastalıkların inflamasyona sekonder ya da psöriyazisten bağımsız olarak gelişebilen hastalıklar olduğu belirtilmiştir (91). Psöriyatik Artrit ve Crohn hastalıklarının psöriyazis hastalığıyla ilişkilendirildiği birçok literatür çalışmasında desteklenmektedir. Psöriyazis hastalarında %15 (%5-33) kadar subklinik PsA olduğu ve yıllık %2-3 kadar yeni PsA geliştiği gösterilmiştir (92). Ayrıca psöriyazis ile inflamatuvar barsak hastalıklarının birlikteliği gösterilmiştir. Yapılan çalışmalarda psöriyazis hastalarında inflamatuvar barsak hastalıklarından Crohn riskinin 1,6 kat; ülseratif kolit riskinin ise 3,8 kat arttığı görülmüştür (93,94).

Psöriyazis hastalarındaki kardiyometabolik risk faktörlerinin yaşam kalitesi ve hastalık şiddeti ile ilişkisini inceleyen araştırmamızdan elde ettiğimiz sonuçlara göre; hastanın yaşı, eğitim durumu, sigara kullanım öyküsü ve çalışma durumunun MetS varlığı ile anlamlı ilişkisi olduğu görülmüştür.

MetS kardiyovasküler risk faktörleri ile yakından ilişkili bir hastalıktır. Son yıllarda yapılan çalışmalarda MetS'un kronik inflamatuvar hastalıklarla ilişkili olabildiği bulunmuştur. Toplumdaki MetS prevalansı farklı çalışmalarda yaklaşık %30-40'tır. Ülkemizde 2005 yılında yedi coğrafi bölgeden hem kentsel hem de kırsal nüfustan rastgele oluşturulan örneklemdeki 4259 hasta üzerinde 87 farklı merkezin katılımıyla yapılan kapsamlı bir çalışmada MetS prevalansının %33,9 olduğu tespit edilmiştir. Psöriyatik hastalarda ise MetS prevalansının %20-50 arasında değişmekle birlikte oldukça yüksek olduğu meta-analizlerde özellikle vurgulanmıştır (95). Bizim çalışmamıza dahil edilen hastalardaki MetS sıklığı ise literatürdeki çalışmalara benzer olarak %32 bulunmuştur.

Literatüre bakıldığında, MetS prevalansının psöriyazisli kadınlarda erkeklerden daha yüksek olduğu bildirilmektedir (96,97). Çalışmamızda kadın hastalarda erkek hastalardan daha yüksek (%36/%28) oranlarda MetS tanısı görülmüştür. Ancak çalışmamızda, bu farklılık olsa da MetS tanısı varlığında cinsiyetin belirleyici faktör olmadığı saptanmıştır. Hasta grubumuzdaki MetS insidansı değerlendirildiğinde; MetS varlığının genel sağlıklı toplumdaki orana benzer olduğu görülmüştür.

NCEP ATP III kriterlerine göre taranan hastalar üzerinde yapılmış ve çalışmamızla benzer hasta sayısı üzerinden yapılmış MetS prevalans çalışmalarında çalışmamıza benzer sonuçların olduğu görülmektedir. 315 hasta üzerinden yaptığımız çalışmada %32 oranında MetS varlığı bulunmuştur. Bununla birlikte NCEP ATP III kriterleri kullanılarak yapılmış çalışmalardan 2014 yılında Akcali ve ark.'nın Türkiye'de bir üniversite hastanesinin Deri ve Zührevi Hastalıklar kliniğinde 50 psöriyazis hastasında yaptığı çalışmada MetS oranı %50 iken; Norveç'te Danielsen ve ark.'nın 2015 yılında 1137 psöriyazis hastası üzerinde yaptıkları çalışmada %33; Parodi ve ark.'nın 2014 yılında İtalya'da bir üniversite hastanesinde 390 psöriyazis hastası üzerinde yaptıkları çalışmada %27; 2010 yılında Bongiorno ve ark.'nın İtalya'daki bir Deri ve Zührevi Hastalıklar kliniğinde 400 psöriyazis hastası üzerinde yaptıkları çalışmada ise bu oran %25,8 olarak bulunmuştur (98-101).

Çalışmamızda MetS tanı kriteri olarak NCEP ATP III kriterlerine göre hastalarımızı değerlendirdik. Ancak literatürde yapılan çalışmalarda NCEP ATP III kriterlerinin dışında; *IDF*, International Diabetes Federation; *NHLBI*, National Heart, Lung, and Blood Institute; *SAM-NCEP-ATP III*, South Asian Modified National Cholesterol Education Program Adult Treatment Panel III; *THIN*, The Health Improvement Network; *IDF*, International Diabetes Foundation; *NHANES*, National Health and Nutrition Examination Survey; *NHES*, Thailand National Health Examination Survey; *GESUS*, Danish General Suburban Population Study; klinik değerlendirme gibi farklı kriterlerin kullanıldığı görülmektedir (102). Kullanılan kriterin değişimine göre tanı alan hasta sayısının önemli oranda etkilendiği de görülmektedir. Yapılan çalışmalarda kullanılan kriterlerin standardizasyonun olmaması yapılan çalışmaların değerlendirilmesinde farklılıklara neden olabildiği görülmektedir.

Çalışmamızdaki MetS tanısı alan hastalarda; MetS tanı kriterlerinden olan 5 parametre içinden; bel çevresi yüksekliği %52 oranla en yüksek seviyede anormallik gözlenen parametredir. Bel çevresi yüksekliğini; %41 ile HDL düşüklüğü, %40 ile TG yüksekliği takip etmektedir. Bel çevresi yüksekliği kadınlarda erkeklere oranla daha yüksek görülmektedir. Erkeklerin %33'ünün bel çevresi yüksek seviyede iken; kadınların %73'ünün bel çevresi yüksek olduğu görülmüştür. Ülkemizde 2011 yılında Günaydın ve ark. tarafından yapılan bir çalışmada psöriyazis hastalarında MetS ve parametreleri olan diabetes mellitus, obezite, hipertansiyon, dislipideminin kontrol grubuna kıyasla daha yüksek oranda saptandığı bildirilmiştir (103). Bizim çalışmamızda kontrol grubu olmadığı için MetS oranlarının karşılaştırılması ve parametrelerin görülme sıklığı konusunda bir bulgumuz olmamıştır.

MetS ve psöriyazis ilişkisinin araştırıldığı çok sayıda çalışma mevcut olup bu çalışmalarda özellikle orta ve şiddetli psöriyazis hastalarında MetS prevalansında anlamlı bir artış olduğu saptanmıştır (104). Armstrong ve ark.'nın yaptıkları meta-analizde hafif ve şiddetli psöriyaziste artmış miyokard enfarktüs riski ve inme riski saptanmış ve şiddetli psöriyaziste buna ek olarak artmış kardiyovasküler mortalite hızı tespit edildiği bildirilmiştir (105). Hastalık şiddeti ile MetS prevalansı arasında da

ilişki olduğu, hastalık şiddeti arttıkça MetS prevalansının arttığı belirtilmektedir (96,106,107). Bizim çalışmamızda ise hastalık şiddeti skorlaması olan PAŞİ skoru ile korelasyon olmasa da DYKİ ile MetS varlığı arasında bir korelasyon görülmüştür.

Psöriyazis hastalarının yaşam kalitesi belirgin ölçüde bozulabilmektedir. DYKİ; hastaların semptom ve duygularını, günlük aktivitelerini, boş zaman değerlendirme, okul/iş hayatı, kişisel ilişkiler ve tedavi başlıklarında olmak üzere hastalık sürecinin yaşamı ne kadar etkileyebildiğini değerlendirmeye yönelik bir ölçektir (108). Çalışmamızda hastaların semptom ve duyguları en çok olmakla birlikte; daha sonrasında günlük aktiviteler, en az ise tedavi ve kişisel ilişkiler etkilenmiştir. Valenzuela ve ark.'nın çalışmalarında ise çalışmamıza benzer şekilde en çok semptom ve duygular sonrasında günlük aktiviteler etkilenmiştir. Mabuchi ve ark.'nın; Lin ve ark.'nın çalışmalarında çalışmamıza benzer olarak en çok semptom ve duygular etkilenmiştir (109–111).

Yaş, psöriyaziste yaşam kalitesini etkileyebilen önemli bir faktördür. Literatüre bakıldığında; yaşın, yaşam kalitesini olumlu ve olumsuz etkilediğini destekleyen çalışmalar mevcuttur. Bizim çalışmamızda hastanın yaşı ilerledikçe DYKİ skorunun azaldığı ve yaşam kalitesinin anlamlı olarak arttığı görülmüştür. He ve ark.'nın 851 olguda, Zachariae ve ark.'nın 6497 olguda ve Kaçar ve ark.'nın 124 olguda yaptıkları çalışmalarda yaş ilerledikçe hastaların yaşam kalitelerinin daha az bozulduğu görülmüştür (112–114). Sampogna ve ark.'nın 936 hasta üzerinde yaptıkları çalışmada ise yaş ilerledikçe yaşam kalitesinin daha fazla bozulduğu görülmüştür (115). Literatürdeki çalışmaların çoğunda yaşam kalitesi genç hastalarda ileri yaşa göre daha olumsuz etkilense de bu farklılık araştırmaların farklı ülke popülasyonlarında yapılması, farklı sosyokültürel ve demografik özelliklere sahip hasta gruplarında yapılmasından kaynaklı olabilir (116). Genç olguların yaşam kalitelerinin daha fazla etkilenmesi dış görünüşleri ile daha çok ilgi göstermeleri ve sosyal hayatta ve arkadaşlık ilişkilerinde daha aktif yer almaları nedeniyle olabileceğini düşündürmektedir.

Birinci derece akrabalarında psöriyazis öyküsü varlığı DYKİ’de kişisel ilişkiler boyutunda anlamlı etkisi olduğu görülmüştür. Kişisel ilişkiler boyutunda birinci derece akrabalarında psöriyazis olan hastaların ortalamasının birinci derece akrabalarında psöriyazis olmayan hastaların ortalamasından daha yüksek olduğu görülmüştür. Birinci derece yakınlarında hastalık olanların daha erken yaşlarda tanı aldığı ve hastalık hakkında yakınlarının karşılaştığı olası zorlukların hastaları çeşitli yönlerden etkileyebildiğini düşündürmektedir.

Cinsiyet ve yaşam kalitesine etkisi incelendiğinde çalışmamızda istatistiksel açıdan anlamlı ilişki bulunmasa da DYKİ skorlamasında tüm alt başlıklarda kadın hastaların yaşam kalitelerinin erkeklerden daha kötü etkilendiği görülmektedir. Literatürde yapılan araştırmalarda kadın hastaların yaşam kalitelerinin erkek hastalardan daha fazla etkilendiği görülmektedir (110). Bu durumun kadınların dış görünüşe daha fazla önem vermeleri ve kozmetik kaygılarının erkeklerden daha fazla olmasına bağlanmaktadır (113).

Psöriyazis hastalığı kronik bir hastalık olduğu için literatürdeki çalışmalarda hastalık süresinin uzun olmasının yaşam kalitesini etkileyebildiği gösterilmişken bizim çalışmamızda hastalık süresi ve tedavi alınan süre ile DYKİ arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Ayrıca çalışmamızda hastaların ikamet yeri, çalışma durumu, eğitim durumuna göre DYKİ skorlarında anlamlı bir farklılık olmadığı görülmüştür. Literatürde hastaların çalışma durumu ve eğitim durumunu yaşam kalitesi ile ilişkisini inceleyen çalışmalar vardır. Üniversite mezunlarında yaşam kalitesinin olumlu etkilendiğini bildiren çalışmalar vardır (117). Zacharieae ve ark.’nın çalışmasında ilkokul mezunu hastaların yaşam kalitesinin daha olumsuz etkilendiği gösterilmiştir. Bizim çalışmamızda ise böyle bir ilişki elde edilmemiştir (113). Çalışmamızda aylık gelir düzeyinin değişmesi ile hastanın yaşam kalitesi arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır. Literatürdeki benzer çalışmalarda da anlamlı ilişkinin bulunmadığı görülmektedir (118).

Çalışmamızda sigara ve alkol kullanımının hastalık şiddeti ve yaşam kalitesi ile ilişkisi bulunmamıştır. Literatürdeki çalışmalarda psöriyatik hastalarda sigara içme, alkol kullanımı ile hastalık şiddeti ve yaşam kalitesindeki bozulma arasında zayıf da olsa istatistiksel olarak anlamlı bulunan bir korelasyon olduğu bildirilmektedir (26). Çeşitli çalışmalarda da sigara kullanımı ile hastalık şiddeti ve yaşam kalitesi arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (111,118). Alkol kullanımı da psöriyazis seyrini ve tedavilerini etkileyerek mortalite riskini arttırdığı bildirilse de bizim çalışmamızda böyle ilişki saptanmamıştır (113,119). Alkol kullanımı konusunda toplumsal etkenler nedeniyle hastaların cevaplarında çeşitli tutarsızlıkların olmasının çalışmamızın bu konudaki bulgularını etkilemiş olabileceği düşünülmektedir.

Çalışmamızda DYKİ'ye psöriyazis lezyonunun tutulum yerinin de etkili olabildiği görülmüştür. Tutulum yerinin DYKİ'ye etkisinin olduğu, hastalığın kronik sürecinde ve lezyonların gözle görünür yerleşimde olması durumunda önemli olabilmektedir (120). Tutulum yerinin yaşam kalitesine etkisi açısından çalışmamıza katılan hastalarda tırnak tutulumu % 5 görülmüştür. Ancak tırnak tutulumu ile hastanın yaşam kalitesi arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Literatüre bakıldığında Lin ve ark. %5,8; Nyunth ve ark. ise %7,6 tırnak tutulumunu tespit edilse de tırnak tutulumu ile hastanın yaşam kalitesi arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır (111,118).

Araştırmamızda DYKİ ile tutulum yerinin ilişkileri incelendiğinde; tüm vücut tutulumu olan hastaların oranı %22; yalnızca deri tutulumu olanların ise %47,6 saptanmıştır. Tüm vücut tutulumu olan hastaların sadece deri tutulumu olanlara göre semptom ve duygular, günlük aktiviteler, boş zamanı değerlendirme, kişisel ilişkiler, tedavi boyutları ve DYKİ toplam skorunda daha yüksek olduğu ve yaşam kalitesini olumsuz etkilediği görülmektedir. Bunun sebebinin; lezyonun görünür alanlarda, çoklu alanlarda tutulumun varlığının yaşam kalitesini oldukça zorlaması ve PAŞİ skorlamasında yaygın vücut tutulumunun önemli bir parametre olduğunu düşündürmektedir. Çalışmamızda genital bölge tutulumu ve tırnak tutulumunda hastaların yaşam kalite skorları daha yüksek olsa da anlamlı bir ilişki gösterilememiştir. Literatürdeki çalışmalardan Valenzuela ve ark. da genital bölge tutulumu ile el tutulumunun yaşam kalite skorları yüksek olsa da bu tutulum bölgeleri

ile yaşam kalitesi arasında anlamlı bir ilişki bulmadığını bildirmiştir (109). İnandır ve ark. ise bölge belirtmeksizin lezyonların görünür lokalizasyonda olmasının yaşam kalitesini daha fazla etkilediğini bildirmiştir (121).

Çalışmamızda yaşam kalitesi ile hastalık şiddeti arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($p<0,001$). Literatürde yaşam kalitesi ve hastalık şiddeti araştırıldığı çalışmalarda yaşam kalitesinin hastalık şiddetinden etkilendiği; aynı zamanda hastaların demografik ve sosyoekonomik değişkenlerine de bağlı olabildiği belirtilmiştir (111,112,118). Birçok çalışmada PAŞİ ile yaşam kalitesinin bozulması arasında anlamlı bir ilişki gösterilmiştir . Bizim çalışmamızda da hastalık şiddeti skorlaması olan PAŞİ ile yaşam kalitesinin olumsuz etkilenmesi arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur (67,110,111,114,118). Çalışmamızda hastaların PAŞİ skorlamasında; hastalık süresinin, tutulum kliniğinin, kullanılan tedavi ile anlamlı ilişki olmadığı görülmüştür.

Çalışmamızda hastaların yaşı, tanı aldıkları yaş, alınan tedavi süresi, ek kronik hastalık varlığı, MetS varlığı, hastaların mevcut kullandıkları tedavilerinin DYKİ skorlamasında istatistiksel açıdan anlamlı etkileri olduğu görülmüştür. PAŞİ skorlaması ile DYKİ arasında anlamlı ilişki olsa da PAŞİ skorlaması ile bu değişkenler arasında doğrudan anlamlı ilişkilerin olmadığı görülmüştür.

Psöriyazis hastalarında komorbid hastalık varlığı arttıkça yaşam kalitesinin etkilenebildiği görülmektedir (122,123). Ancak çalışmamızda hastaların komorbiditeleri %44,7 olsa da komorbid hastalık varlığının yaşam kalitesi ile anlamlı ilişkisi bulunmamıştır. Benzer şekilde Nyunth ve ark.'nın çalışmasında komorbid hastalık varlığı %62 iken da komorbid hastalık varlığının yaşam kalitesi ile anlamlı bir ilişkisi olmadığı görülmüştür (118).

Çalışmamızda MetS varlığı ile hastaların DYKİ ve PAŞİ skorları arasında da anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Ancak MetS parametrelerinden kan basıncı değerlerinin normal değerlerde olmasının hastaların DYKİ skorlamasında günlük ilişkiler düzeyinde ve DYKİ toplam skorunda anlamlı artışa neden olduğu ve

hastaların yaşam kalitesini olumsuz etkilediği görülmüştür. MetS parametrelerinden HDL kolesterol düzeylerinin düşük olmasının hastaların DYKİ skorlamasında günlük aktiviteler, boş zamanı değerlendirme ve DYKİ toplam skorlamasında artışa neden olduğu ve hastaların yaşam kalitesini olumsuz etkilediği görülmüştür. MetS parametrelerinden AKŞ, TG düzeyi ve bel çevresinin hastaların DYKİ ve PAŞİ skorlarıyla anlamlı ilişkisi olmadığı görülmüştür.

Literatürde hastaların kullandığı tedavi ajanları ile hastalık şiddeti ve yaşam kaliteleri arasındaki etkiyi inceleyen birçok araştırma mevcuttur. Bizim yaptığımız çalışma kesitsel nitelikte olduğu için hastaların tedavi süreçlerini ve etkinliğini değerlendirmedik. Ancak hastaların kullanılan tedavilere göre TAT yöntemlerine müracaat etme durumu ve kullanılan tedavi grubuna göre hastalık ve tedavi gördüğü süreye olan ilişkisi ve kullanılan tedavi grubu ile mevcut yaşam kalitesi ve hastalık şiddeti ile olan ilişkisi incelenmiştir. Biyolojik ajan tedavisi uygulanan hastaların diğer tedavi ajanları kullananlardan daha çok TAT yöntemi kullanımı olduğu ve hastalık ve tedavi sürelerinin daha uzun olduğu görülmüştür. Biyolojik ajan tedavisi alan hastaların yaşam kalitelerinin daha olumlu etkilendiği ancak bu durumun hastalık şiddeti ile (hafif/şiddetli) olması ile ilişkisi olmadığı görülmüştür.

Çalışmamızda kullandığımız ve literatürdeki benzer birçok çalışmada kullanılan hastalık şiddet skorlaması olan PAŞİ skorlaması hakkında genel olarak belirtecek olursak; PAŞİ skorlaması hastanın o anki hastalık şiddetinin bir ifadesi olduğu ve kolay etkilenebildiği anlaşılmaktadır. Özellikle hastalık şiddetinin, hastanın mevcut kullandığı tedavi ile hızla etkilenebildiği; bu yüzden skorlamanın kıyaslandığı MetS parametrelerine nispetle hızla değişebilen bir yöntem olduğu görülmektedir. MetS parametrelerinin ise değişkenlere daha yavaş yanıt verdiği bilinmektedir. Bu yüzden yapılan karşılaştırmalarda hızlı ve önemli ölçüde değişebilen PAŞİ skorlamasının; nispeten daha yavaş etkilenen ve stabil seyirli olan MetS parametreleri ile karşılaştırılmasının yanlış yorumlara sebep olabileceğini düşündürmektedir.

Çalışmanın Kısıtlılıkları

1. Araştırma Ankara'daki üçüncü basamak sağlık hizmeti veren bir kurumda ve Psöriyazis hastaları için düzenli takibin yapıldığı bir klinikte yapıldığı için düzenli takipli ve psöriyazis lezyonları çoğunlukla kontrol altında olan hastalardır ve tüm psöriyazis hastaları için genelleme yapılamaz.
2. Çalışmamız kesitsel tipte ve sadece hasta grubu üzerinden planlandığı için süreçle değişen tedavi özellikleri, hastalık seyri ve yaşam kalitesi arasında nedensellik gibi karşılaştırmaları değişkenler için yetersizdir.
3. Çalışmamızdaki hastalardan MetS açısından incelenmiş olup BKİ ölçümleri yapılamadığı için obezite üzerinden doğrudan değerlendirme yapılamaması.
4. Çalışmamızın COVID-19 pandemisi sürecinde (Haziran 2021-Mayıs 2022) yapılması nedeniyle hastaların yaşam şartlarındaki mecburi değişimler ve hastaların COVID-19 pandemisi nedeniyle kontrol muayenelerini aksattığı için tedavi süreci olumsuz etkilenmiş olabileceği düşünülmelidir.

Çalışmanın Güçlü Yönleri

1. Çalışmamızı 3. basamak sağlık hizmeti veren ve psöriyazis hastalarına özellikli poliklinik hizmeti veren (takipli psöriyazis hasta sayısı 500'den fazla olan) bir sağlık kurumunda yaptığımız için hasta sayısı ve çeşitliliğinin geniş olması.
2. Birinci basamak hekimlerine yönelik psöriyazis hastaları hakkında çeşitli hedefler sunan demografik veriler ve kardiyovasküler risk faktörlerinin yaşam kalitesi ile ilişkisini inceleyen yüksek sayıda katılımcısı olan bir çalışma olması.
3. Anketlerimizin birebir görüşülerek ve hastaların gerekli ölçümlerinin doğrudan hekim tarafından yapılması,
4. Çalışmamız için belirlediğimiz ve literatürdeki benzer çalışmalara kıyasla yüksek sayılabilecek hasta sayısına ulaşabilmemiz.

6. SONUÇ ve ÖNERİLER

Araştırmamız psöriyazis hastalarında demografik ve sosyoekonomik risk faktörlerin hastalığa etkilerini, hastaların TAT yöntem kullanımı ve bunu etkileyen faktörleri, hastalardaki komorbidite varlığı, MetS sıklığı, MetS parametrelerinin ve diğer risk faktörlerinin hastaların yaşam kalitesi ve PAŞİ skorlaması ile ilişkisini incelemiştir.

Psöriyazis hastalığı, fiziksel ve psikolojik etkileri olan önemli bir hastalıktır. Psöriyazis hastaları, hastalık takip ve tedavileri için Deri ve Zührevi Hastalıkları uzmanlarına muayene olsalar da birinci basamak sağlık hizmeti verilen merkezlerde de dikkat edilmesi gereken önemli noktalar vardır. Aile hekimlerinin temel görevlerinden biri olan koruyucu hekimlik ve biyopsikososyal yaklaşım gereği psöriyazis hastalarına, sürece bağlı gelişebilecek komorbiditeler hakkında bilgi vererek hastaları aydınlatmak ve farkındalığını artırmaktır. Yaşam tarzı değişiklikleri sayesinde bireylerin hastalık takibi, kilo kontrolü, fiziksel aktivitenin artırılması gibi koruyucu önlemler almalarını sağlama ve destekleme yönünden birinci basamak hekimlerine çok iş düşmektedir.

Hekimlerin psöriyazis tanılı hastalarında ve aile öyküsü olan tanı konulmamış sedefi, skuam renkli cilt lezyonu olan hastalarda komorbid hastalık varlığı konusunda dikkatli olmaları ve hastalara kardiyometabolik risk faktörleri, komorbid hastalıkların seyri ve kontrol altında tutulması konularında gerekli yönlendirmeyi yapmalıdır. Literatürdeki bilgiler; psöriyazis şiddetinin azalması ve iyi bir tedavi cevabı için yaşam tarzı değişikliklerinin önemini vurgulamaktadır. Bununla birlikte yaşam tarzı değişiklikleri, MetS'un iyileştirilmesinde ve kardiyovasküler morbidite ve mortalitenin azaltılmasında en az ilaçlar kadar önemli bir yere sahiptir. Branş fark etmeksizin psöriyazis hastasını muayene eden her hekimin hastaların şikayetlerinin yanında değiştirilebilir risk faktörlerinin sağaltımı ve hastaların yaşam tarzı değişiklikleri üzerinde daha çok durmaları gerekmektedir.

Psöriyazis hastalarındaki kardiyometabolik risk faktörlerinin yaşam kalitesi ve hastalık şiddetiyle ilişkisini inceleyen araştırmamızdan elde ettiğimiz sonuçları özetleyecek olursak; hastaların MetS varlığı %32 olarak bulunmuştur. MetS varlığında; hastanın yaşının, eğitim durumunun, sigara kullanım durumunun, çalışma durumunun anlamlı etkisi olduğu görülmüştür. Çalışmamızda elde ettiğimiz verilerde; hastalardaki TAT kullanımının %39 olduğu ve bu durumu hastanın yaşı, aile öyküsü, hastalık süresi ve öncesinde kullandıkları tedavilerin etkilediği görülmüştür. Çalışmamızda hastaların yaşı, tanı aldıkları yaş, alınan tedavi süresi, ek kronik hastalık varlığı, MetS varlığı, hastaların mevcut kullandıkları tedavilerinin DYKİ skorlamasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişkileri olduğu görülmüştür. PAŞİ skorlaması ile DYKİ arasında anlamlı ilişki olsa da PAŞİ skorlaması ile bu değişkenler arasında doğrudan anlamlı ilişkilerin olmadığı görülmüştür. Hastalık şiddeti ile yaşam kalitesinin olumsuz etkilenmesi açısından anlamlı bir ilişki bulunmuş olup hastaların PAŞİ skorlamasında; hastalık süresinin, tutulum kliniğinin, kullanılan tedavi ile anlamlı ilişki olmadığı görülmüştür.

Psöriyazis tanılı hastalarda komorbid hastalıkların kontrol altında tutulması, komorbiditelerin araştırılması ve tedavi edilmesi, hastaların kilo kontrolünün hem hastalık şiddeti hem de tedavi yanıtlarındaki pozitif etkileri günümüzde çeşitli araştırmalarla gösterilmiştir. Literatürde fiziksel aktivitenin artmasının hastalık şiddeti ile negatif ilişkili olduğuna dair bilgiler mevcuttur. Hastalarda MetS'un iyileştirilmesi, kardiyovasküler morbidite ve mortalitenin azaltılmasında ve hastaların yaşam kaliteleri ile hastalık şiddetinin kontrol altına alınmasında tüm bu etkenler dikkate alınmalıdır.

Sonraki çalışmalara ışık tutmak adına; psöriyazis hastalarında yaşam kalitelerinin çeşitli risk faktörleri ile ilişkisini bugüne dek araştırmış birçok çalışma bulunmaktadır. Ancak MetS hastaların yaşam kalitelerine olan etkisi ve bu durumun sağaltımı açısından faydalı olabilecek yaşam tarzı değişiklikleri, fiziksel aktivitenin artırılması, kilo kontrolünün sağlanması ve hastaların komorbid hastalıklarının takip ve tedavisinin hastalık sürecine etkisini incelemenin bu konuda önemli katkıları olabileceğini düşünmekteyiz.

7. KAYNAKLAR

1. Aksentijevich M, Lateef SS, Anzenberg P, Dey AK, Mehta NN. Chronic inflammation, cardiometabolic diseases and effects of treatment: Psoriasis as a human model. *Trends Cardiovasc Med.* 2020 Kas;30(8):472-8.
2. Akyol M, Alper S, Atakan N, Bülbül Başkan E, Gürer MA, Koç E, vd. Türkiye psoriasis tedavi kılavuzu-2016. 2016.
3. McCracken E, Monaghan M, Sreenivasan S. Pathophysiology of the metabolic syndrome. *Clin Dermatol.* 2018;36(1):14-20.
4. Gisondi P, Fostini AC, Fossà I, Girolomoni G, Targher G. Psoriasis and the metabolic syndrome. *Clin Dermatol.* 2018 Oca 1;36(1):21-8.
5. de Arruda LH, de Moraes AP. The impact of psoriasis on quality of life. *Br J Dermatol.* 2001 Nis;144 Suppl 58:33-6.
6. le Cleach L, Chassany O, Levy A, Wolkenstein P, Chosidow O. Poor reporting of quality of life outcomes in dermatology randomized controlled clinical trials. *Dermatology.* 2008;216(1):46-55.
7. Neimann AL, Porter SB, Gelfand JM. The epidemiology of psoriasis. *Expert Rev Dermatol.* 2006 Şub 1;1(1):63-75.
8. Griffiths CE, Barker JNWN. Psoriasis. In: Burns T, Breathnach S, eds. *Rook's Textbook of Dermatology.* Burns T, Breathnach S, Cox N, Griffiths C, editörler. Wiley; 2010.
9. D.A. Springate, R. Parisi, E. Kontopantelis, D. Reeves, C.E.M. Griffiths, D.M. Ashcroft, Incidence, prevalence and mortality of patients with psoriasis: a U.K. population-based cohort study, *British Journal of Dermatology*, Volume 176, Issue 3, 1 March 2017, Pages 650–658,
10. Stern RS, Nijsten T, Feldman SR, Margolis DJ, Rolstad T. Psoriasis is common, carries a substantial burden even when not extensive, and is associated with widespread treatment dissatisfaction. *J Investig Dermatol Symp Proc.* 2004;9(2):136-9.

11. Parisi R, Iskandar IYK, Kontopantelis E, Augustin M, Griffiths CEM, Ashcroft DM. National, regional, and worldwide epidemiology of psoriasis: Systematic analysis and modelling study. *The BMJ*. 2020 May 28;369.
12. Chandra A, Ray A, Senapati S, Chatterjee R. Genetic and epigenetic basis of psoriasis pathogenesis. *Mol Immunol*. 2015 Apr;64(2):313-23.
13. Kundakci N, Türsen U, Babiker MOA, Gürgey E. The evaluation of the sociodemographic and clinical features of Turkish psoriasis patients. *Int J Dermatol*. 2002 Nis;41(4):220-4.
14. Gudjonsson JE, Elder JT. Psoriasis: epidemiology. *Clin Dermatol*. 2007;25(6):535-46.
15. Armstrong AW, Mehta MD, Schupp CW, Gondo GC, Bell SJ, Griffiths CEM. Psoriasis Prevalence in Adults in the United States. *JAMA Dermatol*. 2021 Ağu 1;157(8):940-6.
16. Višak-Čagalj, Zrinka. Metabolic Syndrome In Hospitalised Psoriatic Patients. University of Split, School of Medicine. Master's Thesis. 2017.
17. Bowcock AM, Barker JN. Genetics of psoriasis: the potential impact on new therapies. *J Am Acad Dermatol*. 2003 Aug;49(2 Suppl):S51-6.
18. Christophers E, Mrowietz U., Fredberg IM, Eisen AZ, Wolff K, Austen KF, vd. Psoriasis. İçinde: Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine. 6th edition. 2004. s. 407-27.
19. Kundakci N, Türsen U, Babiker MO, Gürgey E. The evaluation of the sociodemographic and clinical features of Turkish psoriasis patients. *Int J Dermatol*. 2002 Apr;41(4):220-4.
20. Lima Ede A, Lima Mde A. Reviewing concepts in the immunopathogenesis of psoriasis. *An Bras Dermatol*. 2011 Nov-Dec;86(6):1151-8. English, Portuguese.
21. Erkek E. Psoriazis etyopatogenezi. *Turkiye Klinikleri J Dermatol-Special Topics* 2008;1:1-14.
22. Naldi L, Peli L, Parazzini F, Carrel CF; Psoriasis Study Group of the Italian Group for Epidemiological Research in Dermatology. Family history of psoriasis, stressful life

events, and recent infectious disease are risk factors for a first episode of acute guttate psoriasis: results of a case control study. *J Am Acad Dermatol* 2001;44:433-8.

23. Mallon E, Bunce M, Savoie H, et al. HLA-C and guttate psoriasis. *Br J Dermatol* 2000;143:1177-82.
24. Yamamoto T, Katayama I, Nishioka K. Psoriasis and hepatitis C virus. *Acta Derm Venereol* 1995;75:482-3.
25. Majewski S, Jablonska S. Do epidermodysplasia verruciformis human papillomaviruses contribute to malignant and benign epidermal proliferations? *Arch Dermatol* 2002;138:649-54.
26. Zachariae R, Zachariae H, Blomqvist K, et al. Quality of life in 6497 Nordic patients with psoriasis. *Br J Dermatol* 2002;146:1006-16.
27. Higgins E. Alcohol, smoking and psoriasis. *Clin Exp Dermatol* 2000;25: 107–10.
28. Smith KE, Fenske NA. Cutaneous manifestations of alcohol abuse. *J Am Acad Dermatol* 2000;43:1–16.
29. Grob JJ. Epidemiology. In: Van Der Kerkhof P, ed. *Textbook of Psoriasis*. 2nd ed. USA: Blackwell Publishing Ltd; 2003.p.57-69.
30. Kim N, Thrash B, Menter A. Comorbidities in psoriasis patients. *Semin Cutan Med Surg* 2010;29:10-5.
31. Camisa C. Conditions associated with Psoriasis. In: Camisa C, ed. *Handbook of Psoriasis*. 2nd ed. USA: Blackwell Publishing Ltd; 2004.p.61-79.
32. Sterry W, Strober BE, Menter A. Obesity in psoriasis: the metabolic, clinical and therapeutic implications. Report of an interdisciplinary conference and review. *Br J Dermatol* 2007;157:649-55.
33. Sakai R, Matsui S, Fukushima M, et al. Prognostic factor analysis for plaque psoriasis. *Dermatology* 2005;211:103-6.
34. Basavaraj KH, Ashok NM, Rashmi R, Praveen TK. The role of drugs in the induction and/or exacerbation of psoriasis. *Int J Dermatol*. 2010 Dec;49(12):1351-61.
35. Dika E, Bardazzi F, Balestri R, Maibach HI. Environmental factors and psoriasis. *Curr Probl Dermatol*. 2007;35:118-35.

36. Fortune DG, Richards HL, Griffiths CEM. Psychologic factors in psoriasis: consequences, mechanisms, and interventions. *Dermatol Clin.* 2005 Eki;23(4):681-94.
37. Dikaa E, Bardazzia F, Balestria R, Maibachb HI. Environmental Factors and Psoriasis. In: Tur E, ed. *Environmental Factors in Skin Diseases.* 1st ed. Switzerland: S. Karger AG; 2007.p.118-35.
38. Azfar RS, Gelfand JM. Psoriasis and metabolic disease: epidemiology and pathophysiology. *Curr Opin Rheumatol.* 2008 Jul;20(4):416-22.
39. Şentürk N. Psoriyazis etyopatogenezi: son görüşler. *Türkiye Klinikleri J Dermatol-Special Topics,* 2012;5:8-20.
40. Sezer E. Psöriazis ve Psöriaziform Dermatitler. *Türkiye Klinikleri J Dermatol-Special Topics.* 2012;5(1):5-9
41. Erkin G. Psoriasteste tanı koydurucu dermatopatolojik bulgular. *Türkiye Klinikleri J Dermatol* 2008;1:21-3.
42. Braun-Falco, Plewig G, Wollf HH, Landthaler M. *Dermatology.* Third ed. Springer Medizin Verlag. 2009. 506-526 s.
43. Lebwohl M. Psoriasis. *Lancet.* 2003 Nis 5;361(9364):1197-204.
44. Meier M, Sheth PB. Clinical spectrum and severity of psoriasis. *Curr Probl Dermatol* 2009;38:1-20.
45. Naldi L, Gambini D. The Clinical Spectrum of Psoriasis. *Clin Dermatol* 2007;25:510-8.
46. Griffiths CE, Christophers E, Barker JN, et al. A classification of psoriasis vulgaris according to phenotype. *Br J Dermatol* 2007;156:258-62.
47. 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. New York: McGrawhill; 2008.p.169-207.
48. Peter CM and Joost S. Psoriasis: In Bologna JL, Jorizzo JL, Rapini RP *Dermatology* 2nd edition, 2008.p.115-33.
49. Schons KR, Knob CF, Murussi N, et al. Nail psoriasis: a review of the literature. *An Bras Dermatol.* 2014;89:312-7.

50. Salaffi F, Carotti M, Gasparini S, Intorcchia M, Grassi W. The health-related quality of life in rheumatoid arthritis, ankylosing spondylitis, and psoriatic arthritis: a comparison with a selected sample of healthy people. *Health Qual Life Outcomes*. 2009 Mar 18;7:25.
51. Kleinert S, Feuchtenberger M, Kneitz C, Tony HP. Psoriatic arthritis: clinical spectrum and diagnostic procedures. *Clinics in Dermatology* 2007; 25:519-23.
52. Langley RG, Ellis CN. Evaluating psoriasis with Psoriasis Area and Severity Index, Psoriasis Global Assessment, and Lattice System Physician's Global Assessment. *J Am Acad Dermatol*. 2004 Oct;51(4):563-9.
53. Griffiths CE, Dubertret L, Ellis CN, Finlay AY, Finzi AF, Ho VC, Johnston A, Katsambas A, Lison AE, Naeyaert JM, Nakagawa H, Paul C, Vanaclocha F. Ciclosporin in psoriasis clinical practice: an international consensus statement. *Br J Dermatol*. 2004 May;150 Suppl 67:11-23.
54. Özyurt K, Ertaş R, Ertaş ŞK, Adresi Y, Bilimleri S, Kayseri Ü, vd. Psoriatik Artrit Tedavisi ve Türkiye Psoriasis Tedavi Kılavuzu-2016. *Journal of Anatolian Medical Research [Internet]*. 2018 Ara 6
55. Nast A, Boehncke WH, Mrowietz U, Ockenfels HM, Philipp S, Reich K, Rosenbach T, Sammain A, Schlaeger M, Sebastian M, Sterry W, Streit V, Augustin M, Erdmann R, Klaus J, Koza J, Müller S, Orzechowski HD, Rosumeck S, Schmid-Ott G, Weberschock T, Rzany B; Deutsche Dermatologische Gesellschaft; Berufsverband Deutscher Dermatologen. German S3-guidelines on the treatment of psoriasis vulgaris (short version). *Arch Dermatol Res*. 2012 Mar;304(2):87-113.
56. van de Kerkhof PCM, Nestle FO: Psoriasis. In: Bologna JL, Jorizzo JL, Schaffer JV, editors: *Dermatology*. 3rd ed. Philadelphia, Elsevier Saunders; 2012. p.135-56.
57. Williams JP, Meyers JA. Immune-mediated inflammatory disorders (I.M.I.D.s): the economic and clinical costs. *Am J Manag Care*. 2002 Ara;8(21 Suppl):S664-81; quiz S682-5.
58. Scarpa R, Ayala F, Caporaso N, Olivieri I. Psoriasis, psoriatic arthritis, or psoriatic disease? *J Rheumatol*. 2006 Şub;33(2):210-2.

59. Tong PC, Kong AP, So WY, Yang X, Ho CS, Ma RC, Ozaki R, Chow CC, Lam CW, Chan JC, Cockram CS. The usefulness of the International Diabetes Federation and the National Cholesterol Education Program's Adult Treatment Panel III definitions of the metabolic syndrome in predicting coronary heart disease in subjects with type 2 diabetes. *Diabetes Care*. 2007 May;30(5):1206-11.
60. Gürer MA, Gökalp H. Psöriazis ve Obezite. *Turkderm* 46(1). 2012;3-6.
61. Henseler T, Christophers E. Disease concomitance in psoriasis. *J Am Acad Dermatol*. 1995 Haz;32(6):982-6.
62. Hu SC, Lan CE. Psoriasis and Cardiovascular Comorbidities: Focusing on Severe Vascular Events, Cardiovascular Risk Factors and Implications for Treatment. *Int J Mol Sci*. 2017 Oct 21;18(10):2211.
63. Dogra S, Mahajan R. Psoriasis: Epidemiology, clinical features, co-morbidities, and clinical scoring. *Indian Dermatol Online J*. 2016;7(6):471-80.
64. Miele L, Vallone S, Cefalo C, la Torre G, di Stasi C, Vecchio FM, vd. Prevalence, characteristics and severity of non-alcoholic fatty liver disease in patients with chronic plaque psoriasis. *J Hepatol*. 2009 Eki;51(4):778-86.
65. Naldi L. Psoriasis and smoking: links and risks. *Psoriasis (Auckl)*. 2016;6:65-71.
66. Salihbegovic EM, Kurtalic N, Omerkic E. Smoking Cigarettes and Consuming Alcohol in Patients with Psoriasis. *Mater Sociomed*. 2021 Mar;33(1):30-3.
67. İnanır I, Aydemir Ö, Gündüz K, Esen Danacı A, Türel Mertcan A. Psoriasisli hastalarda yaşam kalite ölçeği geliştirilmesi. *Türkderm* 37. 2003;189-95.
68. Kirby B, Richards HL, Woo P, Hindle E, Main CJ, Griffiths CE. Physical and psychologic measures are necessary to assess overall psoriasis severity. *J Am Acad Dermatol*. 2001 Tem;45(1):72-6.
69. Ginsburg IH, Link BG. Psychosocial consequences of rejection and stigma feelings in psoriasis patients. *Int J Dermatol*. 1993 Ağu;32(8):587-91.
70. de Korte J, Sprangers MA, Mombers FM, Bos JD. Quality of life in patients with psoriasis: a systematic literature review. *J Investig Dermatol Symp Proc*. 2004 Mar;9(2):140-7.

71. Nijsten T, Whalley D, Gelfand J, Margolis D, McKenna SP, Stern RS. The psychometric properties of the psoriasis disability index in United States patients. *J Invest Dermatol.* 2005 Eki;125(4):665-72.
72. Fortune DG, Richards HL, Main CJ, Griffiths CEM. Patients' strategies for coping with psoriasis. *Clin Exp Dermatol.* 2002 May;27(3):177-84.
73. Rapp SR, Feldman SR, Exum ML, Fleischer AB, Reboussin DM. Psoriasis causes as much disability as other major medical diseases. *J Am Acad Dermatol.* 1999 Eyl;41(3 Pt 1):401-7.
74. Fortune DG, Main CJ, O'Sullivan TM, Griffiths CE. Quality of life in patients with psoriasis: the contribution of clinical variables and psoriasis-specific stress. *Br J Dermatol.* 1997 Kas;137(5):755-60.
75. Basra MKA, Fenech R, Gatt RM, Salek MS, Finlay AY. The Dermatology Life Quality Index 1994-2007: a comprehensive review of validation data and clinical results. *Br J Dermatol.* 2008 Kas;159(5):997-1035.
76. Shikiar R, Willian MK, Okun MM, Thompson CS, Revicki DA. The validity and responsiveness of three quality of life measures in the assessment of psoriasis patients: results of a phase II study. *Health Qual Life Outcomes.* 2006 Eyl 27;4:71.
77. Oztürkcan S, Ermertcan AT, Eser E, Sahin MT. Cross validation of the Turkish version of dermatology life quality index. *Int J Dermatol.* 2006 Kas;45(11):1300-7.
78. Atakan N, Yazici AC, Özarmağan G, İnalÖz HS, Gürer MA, Sabuncu İ, vd. TUR-PSO: A cross-sectional, study investigating quality of life and treatment status of psoriasis patients in Turkey. *J Dermatol.* 2016 Mar;43(3):298-304.
79. van de Kerkhof PC. An update on topical therapies for mild-moderate psoriasis. *Dermatol Clin* 2015;33:73-7.
80. Aksoy M. , An İ. Psöriazis tanılı 298 hastanın klinik ve demografik özelliklerinin incelenmesi. *Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi.* 2019; 16(2): 385-388.
81. Rifaioglu EN, Ozarmagan G. Clinical and demographic characteristics of 626 patients with moderate and severe psoriasis. *J Clin Anal Med* 2014;5(suppl 1):9-14.

82. Kalayciyan A, Tüzün Y. Psoriasisite klinik özellikler. Türkiye Klinikleri Dermatoloji Dergisi [Internet]. 2003
83. Göker K, Yıldız H, Karabacak E, Doğan B. The knowledge and attitudes towards complementary and alternative medicine among patients admitted dermatology outpatient clinic. TURKDERM. 2015 Ara 5;49(4):285-90.
84. Kutlu S, Ekmekçi TR, Köşlü A, Purisa S. Complementary and alternative medicine among patients attending to dermatology outpatient clinic. Türkiye Klinikleri J Med Sci . 2009;29(1496):502.
85. Gönül M, Gül U, Cakmak SK, Kiliç S. Unconventional medicine in dermatology outpatients in Turkey. Int J Dermatol. 2009 Haz;48(6):639-44.
86. Mullaaziz D, Akkaya VB, Erturan İ. Evaluation of the use of complementary and alternative therapy in patients with psoriasis and acne vulgaris. TURKDERM. 2019 Tem 11;53(2):60-4.
87. Fleischer AB, Feldman SR, Rapp SR, Reboussin DM, Exum ML, Clark AR, vd. Disease Severity Measures in a Population of Psoriasis Patients: The Symptoms of Psoriasis Correlate With Self-Administered Psoriasis Area Severity Index Scores. Journal of Investigative Dermatology. 1996 Tem 1;107(1):26-9.
88. Gamret AC, Price A, Fertig RM, Lev-Tov H, Nichols AJ. Complementary and Alternative Medicine Therapies for Psoriasis. JAMA Dermatol. 2018 Kas 1;154(11):1330.
89. See A, Teo B, Kwan R, Lim R, Lee J, Tang MBY, vd. Use of complementary and alternative medicine among dermatology outpatients in Singapore. Australas J Dermatol. 2011 Şub;52(1):7-13.
90. Baron SE, Goodwin RG, Nicolau N, Blackford S, Goulden V. Use of complementary medicine among outpatients with dermatologic conditions within Yorkshire and South Wales, United Kingdom. J Am Acad Dermatol. 2005 Nis;52(4):589-94.
91. Al-Mutairi N, Al-Farag S, Al-Mutairi A, Al-Shiltawy M. Comorbidities associated with psoriasis: an experience from the Middle East. J Dermatol. 2010 Şub;37(2):146-55.

92. Solmaz D, Eder L, Aydin SZ. Update on the epidemiology, risk factors, and disease outcomes of psoriatic arthritis. *Best Pract Res Clin Rheumatol*. 2018 Nis;32(2):295-311.
93. M.Yates V, Watkinson G, Kelman A. Further evidence for an association between psoriasis, Crohn's disease and ulcerative colitis. *British Journal of Dermatology*. 1982 Mar;106(3):323-30.
94. Fu Y, Lee CH, Chi CC. Association of Psoriasis With Inflammatory Bowel Disease: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Dermatol*. 2018 Ara 1;154(12):1417-23.
95. Kozan O, Oguz A, Abaci A, Erol C, Ongen Z, Temizhan A, vd. Prevalence of the metabolic syndrome among Turkish adults. *Eur J Clin Nutr*. 2007 Nis;61(4):548-53.
96. Gisondi P, Fostini AC, Fossà I, Girolomoni G, Targher G. Psoriasis and the metabolic syndrome. *Clin Dermatol*. 2018;36(1):21-8.
97. Aurangabadkar SJ. Comorbidities in psoriasis. *Indian J Dermatol Venereol Leprol*. 2013 Tem;79 Suppl 7:S10-7.
98. Akcali C, Buyukcelik B, Kirtak N, Inaloz S. Clinical and laboratory parameters associated with metabolic syndrome in Turkish patients with psoriasis. *Journal of International Medical Research*. 2014;42(2):386-94.
99. Danielsen K, Wilsgaard T, Olsen AO, Eggen AE, Olsen K, Cassano PA, vd. Elevated odds of metabolic syndrome in psoriasis: a population-based study of age and sex differences. *Br J Dermatol*. 2015 Şub;172(2):419-27.
100. Parodi A, Aste N, Calvieri C, Cantoresi F, Carlesimo M, Fabbri P, vd. Metabolic syndrome prevalence in psoriasis: a cross-sectional study in the Italian population. *Am J Clin Dermatol*. 2014 Ağu;15(4):371-7.
101. Bongiorno MR, Doukaki S, Rizzo D, Aricò M. The prevalence of the obesity in patients with moderate to severe psoriasis in Sicily populations. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2010 Oca;24(1):92-3.
102. Singh S, Young P, Armstrong AW. An update on psoriasis and metabolic syndrome: A meta-analysis of observational studies. *PLoS One*. 2017 Jul 18;12(7):e0181039.

103. Günaydın A, Aytimur D, Özdemir F. Psoriasis ve metabolik sendrom. *TURKDERM*. 2014 Haz 5;95-9.
104. Kalkan G. Comorbidities in psoriasis: The recognition of psoriasis as a systemic disease and current management. *TURKDERM*. 2017 Eyl 13;71-7.
105. Armstrong AW, Harskamp CT, Dhillon JS, Armstrong EJ. Psoriasis and smoking: a systematic review and meta-analysis. *Br J Dermatol*. 2014 Feb;170(2):304-14.
106. Armstrong AW, Harskamp CT, Armstrong EJ. Psoriasis and metabolic syndrome: a systematic review and meta-analysis of observational studies. *J Am Acad Dermatol*. 2013 Nis;68(4):654-62.
107. Owen JG, Reisin E. Anti-hypertensive drug treatment of patients with and the metabolic syndrome and obesity: a review of evidence, meta-analysis, post hoc and guidelines publications. *Curr Hypertens Rep*. 2015 Haz;17(6):558.
108. Basra MKA, Fenech R, Gatt RM, Salek MS, Finlay AY. The Dermatology Life Quality Index 1994-2007: a comprehensive review of validation data and clinical results. *Br J Dermatol*. 2008 Kas;159(5):997-1035.
109. Valenzuela F, Silva P, Valdés MP, Papp K. Epidemiology and quality of life of patients with psoriasis in Chile. *Actas Dermosifiliogr*. 2011 Ara;102(10):810-6.
110. Mabuchi T, Yamaoka H, Kojima T, Ikoma N, Akasaka E, Ozawa A. Psoriasis affects patient's quality of life more seriously in female than in male in Japan. *Tokai J Exp Clin Med*. 2012 Eyl 20;37(3):84-8.
111. Lin TY, See LC, Shen YM, Liang CY, Chang HN, Lin YK. Quality of life in patients with psoriasis in northern Taiwan. *Chang Gung Med J*. 2011;34(2):186-96.
112. He Z, Lu C, Basra MKA, Ou A, Yan Y, Li L. Psychometric properties of the Chinese version of Dermatology Life Quality Index (DLQI) in 851 Chinese patients with psoriasis. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2013 Oca;27(1):109-15.
113. Zachariae R, Zachariae H, Blomqvist K, Davidsson S, Molin L, Mørk C, vd. Quality of life in 6497 Nordic patients with psoriasis. *Br J Dermatol*. 2002 Haz;146(6):1006-16.

114. Kaçar N, Ergin Ş, Şanlı Erdoğan B. Psoriazisli hastalarda yaşam kalitesi. *Turkderm*. 2007;4(20):117.
115. Sampogna F, Chren MM, Melchi CF, Pasquini P, Tabolli S, Abeni D, vd. Age, gender, quality of life and psychological distress in patients hospitalized with psoriasis. *Br J Dermatol*. 2006 Şub;154(2):325-31.
116. Aydın Y, Başkan Bülbül E. Psoriazis Hastalarında Klinik ve Demografik Özelliklere Göre Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. [Bursa]: Uludağ Üniversitesi; 2014.
117. Gelfand JM, Feldman SR, Stern RS, Thomas J, Rolstad T, Margolis DJ. Determinants of quality of life in patients with psoriasis: a study from the US population. *J Am Acad Dermatol*. 2004 Kas;51(5):704-8.
118. Nyunt WWT, Low WY, Ismail R, Sockalingam S, Min AKK. Determinants of health-related quality of life in psoriasis patients in Malaysia. *Asia Pac J Public Health*. 2015 Mar;27(2):NP662-73.
119. Fortes C, Mastroeni S, Leffondré K, Sampogna F, Melchi F, Mazzotti E, vd. Relationship between smoking and the clinical severity of psoriasis. *Arch Dermatol*. 2005 Ara;141(12):1580-4.
120. Ortonne JP, Baran R, Corvest M, Schmitt C, Voisard JJ, Taieb C. Development and validation of nail psoriasis quality of life scale (NPQ10). *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2010 Oca;24(1):22-7.
121. İnanır I, Aydemir Ö, Gündüz K, Esen Danacı A, Türel Mertcan A. Psoriazisli hastalarda yaşam kalite ölçeği geliştirilmesi. . *Türkderm*. 2003;189(95):37.
122. Gülekon A, Adışen E. Psoriazis ve komorbiditeler. *Turkderm*. 2008;23(5):42.
123. Finlay AY, Coles EC. The effect of severe psoriasis on the quality of life of 369 patients. *Br J Dermatol*. 1995 Şub;132(2):236-44.

8. ÖZGEÇMİŞ

I- Bireysel Bilgiler

Adı-Soyadı: Fatih SOYTÜRK

Doğum yeri ve tarihi: : ri

Uyruğu: Türkiye Cumhuriyeti Vatandaşı

Medeni durumu:

Yabancı dili: İngilizce

II- Eğitimi (tarih sırasına göre yeniden eskiye doğru):

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Sami Yangın Anadolu Lisesi, Hoca Yusuf Erdem İlköğretim Okulu

III- Unvanları (tarih sırasına göre eskiden yeniye doğru):

Tıp Doktoru, Aile Hekimliği Uzmanlık Öğrencisi

IV- Mesleki Deneyimi

SBÜ Gülhane Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Kliniği/ Ankara; Uzmanlık Öğrencisi

V- Üye Olduğu Bilimsel Kuruluşlar

-

VI- Bilimsel İlgi Alanları

-

VII- Bilimsel Etkinlikleri

Aldığı burslar:-

Ödüller:-

Projeleri:-

Verdiği konferans ya da seminerler:-

Katıldığı paneller (panelist olarak):-

VIII- Diğer Bilgiler

Eğitim programı haricinde aldığı kurslar ve katıldığı eğitim seminerleri:

1. İş Yeri Hekimliği Kursu

2. RIA Kursu

3. Ankara Aile Hekimliği Günleri 2019-Birinci Basamakta Çocuk Sağlığına Yaklaşım

4. 15. Aile Hekimliği Araştırma Günleri

5. 14. Aile Hekimliği Güz Okulu

9. EKLER

9.1. Psöriyazis Hastalarında Kardiyometabolik Risk Faktörlerinin Hastalık Şiddeti ve Yaşam Kalitesi ile İlişkisi Anket Formu

Değerli Katılımcı,

Psöriyazis hastalığı, dermatolojik hastalıklar arasında üzerinde en çok araştırma yapılan kronik ve bağışıklık sistemi aracılı cilt hastalıklarındandır. Hastalığın gelişimi incelendiğinde beraberinde gelişen çeşitli hastalıklar nedeniyle kalp damar hastalıkları riskinin arttığı son yıllarda yapılan birçok çalışmada gösterilmiştir. Bu yüzden psöriyazis hastalığının tedavisinde sadece ciltte gelişen lezyonların tutulumunun tedavisi değil, eş zamanlı gelişebilecek kalp damar hastalıkları, çeşitli metabolik hastalıklar ve psikolojik durumların da dahil olduğu birçok ek hastalıkları değerlendirmek gereklidir.

Aşağıdaki ankette yer alan sorular, psöriyazis tanısını öncesinde almış olan hastalara yöneliktir. Bu anket akademik amaçlı bir çalışma için yapılmaktadır. Bu çalışmaya katılmak gönüllülük esasına dayanır. Eğer çalışmaya katılmayı kabul ediyorsanız anket formundaki soruları size Uzmanlık Öğrencisi Dr. Fatih SOYTÜRK tarafından sorularak kaydedilecektir. Çalışmada sorulara verdiğiniz yanıtlar ve tıbbi parametre sonuçlarınız kayıt altına alınacak ve bu bilgiler bilimsel amaçlı kullanılacaktır. Kayıtlı bilgiler tıp etiği gizlilik kurallarına uygun saklanacak ve 3.kişilerle paylaşılmayacaktır. Bu çalışmaya katılımınız için sizden ücret talep edilmeyecek ve katılım sonucu size ödeme yapılmayacaktır. Bu çalışmaya katılmayı ve eğer katıldıysanız sürdürmeyi çalışmanın herhangi bir basamağında reddetme hakkına sahipsiniz. Bu çalışmanın hastalığınızın tanı ve tedavi sürecinizde size zararı olmayacak ve tedavi sürecinizi değiştirmeyecektir.

Bu konuda duyarlı davranarak doğru yanıtlar vereceğinize inanıyoruz. İlginiz ve katkınız için teşekkür ederiz.

**Psöriasis Hastalarında Kardiyometabolik Risk Faktörlerinin Hastalık Şiddeti
ve Yaşam Kalitesi İle İlişkisi**

Anket nu:

VERİ TOPLAMA FORMU	
1.Cinsiyetiniz: <input type="checkbox"/> Kadın / <input type="checkbox"/> Erkek	2.Doğum Yılıınız (Yaş):
3. Uzun süre ikamet ettiğiniz yer: <input type="checkbox"/> Köy / <input type="checkbox"/> İlçe / <input type="checkbox"/> İl	4.Medeni durumunuz: <input type="checkbox"/> Evli / <input type="checkbox"/> Bekar
5.Eğitim durumunuz: <input type="checkbox"/> Okuryazar değil <input type="checkbox"/> İlköğretim <input type="checkbox"/> Lise <input type="checkbox"/> Üniversite <input type="checkbox"/> Yüksek lisans-Doktora	6. Aylık geliriniz: <input type="checkbox"/> Düzenli geliri yok <input type="checkbox"/> Geliri giderinden az <input type="checkbox"/> Geliri giderine eşit <input type="checkbox"/> Geliri giderinden fazla
7. Çalışma durumunuz: <input type="checkbox"/> Çalışmıyor <input type="checkbox"/> Ev hanımı <input type="checkbox"/> Masa başı işte çalışıyor <input type="checkbox"/> Fiziksel aktivite gerektiren işte çalışıyor	8. Çalışma ortamınız: <input type="checkbox"/> Tamamen kapalı mekân dışında bir ortam <input type="checkbox"/> Kapalı ortamda, fakat güneş gören bir ortam <input type="checkbox"/> Tamamen kapalı, gün ışığı olmayan ortam
9. Sigara Kullanımınız: <input type="checkbox"/> Kullanmıyorum <input type="checkbox"/> Kullanıyorumadet/gün.....yıl <input type="checkbox"/> Bıraktımadet/gün.....yıl	10. Alkol Kullanımınız: <input type="checkbox"/> Kullanmıyorum <input type="checkbox"/> Kullanıyorumkadeh / ayda gün <input type="checkbox"/> Bıraktım
11. Psöriasis (sedef) tanısını kaç yaşında aldınız?yaşında	12. Psöriasis (sedef) için ne kadar süre tedavi aldınız?yıl/.....ay
13. Birinci derece akrabalarınızda Psöriasis hastalığı olan var mı? <input type="checkbox"/> Evetyakınlığı (anne, baba, kardeş, çocuk vb.) <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Bilmiyorum	14. Psöriasis (sedef) için doktor tavsiyesi dışında geleneksel ve tamamlayıcı tıp kapsamında bir tedavi yöntemi kullandınız mı? <input type="checkbox"/> Kullanmadım <input type="checkbox"/> Bitkisel tedavi kullandım (lütfen belirtiniz):..... <input type="checkbox"/> Diğer :
15. Psöriasis (sedef) için kullandığınız tedavi şekli nedir? <input type="checkbox"/> Hiç tedavi görmedim <input type="checkbox"/> Krem (merhem, pomad) <input type="checkbox"/> Hap (ilaç) <input type="checkbox"/> Diğer:	16. Var ise diğer kronik hastalıklarınızı işaretleyiniz. <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus (şeker hastalığı) <input type="checkbox"/> Hipertansiyon (tansiyon yüksekliği) <input type="checkbox"/> Hiperlipidemi (kan yağları yüksekliği) <input type="checkbox"/> Kardiyovasküler hastalıklar (kalp-damar hst.) <input type="checkbox"/> Renal hastalıklar (böbrek hastalıkları) <input type="checkbox"/> Nörolojik Hastalıklar (sinir sistemi hst.- migren vb.) <input type="checkbox"/> Gastrointestinal hastalıklar (mide-barsak hst.) <input type="checkbox"/> Romatolojik hastalıklar <input type="checkbox"/> Psikiyatrik hastalıklar

Arka sayfaya geçiniz...

17. Metabolik Sendrom Parametreleri: <input type="checkbox"/> Yüksek Kan Basıncı (KB)* (KB:..... /..... mmHg) <input type="checkbox"/> Yüksek Açlık Kan Şekeri* (AKŞ:.....mg/dL) <input type="checkbox"/> Trigliserid (TG) Yüksekliği* (TG:.....mg/dL) <input type="checkbox"/> Düşük HDL* (HDL:.....mg/dL) <input type="checkbox"/> Artmış Bel Çevresi (BÇ:.....cm) *İlaç kullanıyor olmak		18. Tutulum Varlığı: <input type="checkbox"/> Tırnak <input type="checkbox"/> Deri <input type="checkbox"/> Genital <input type="checkbox"/> Eklem			
19. Psöriasis Klinik Tipi: <input type="checkbox"/> Plak Formu <input type="checkbox"/> Guttat Psöriasis <input type="checkbox"/> Püstüler Psöriasis <input type="checkbox"/> Eritrodermik Tip					
20. Var ise diğer dermatolojik hastalıklarınız (lütfen belirtiniz):					
21. Şu an kullandığı tedavi (lütfen belirtiniz):					
<i>Dermatoloji Yaşam Kalitesi Ölçeği</i>					
		Çok Fazla	Fazla	Az	Hiç
1.	Geçen hafta boyunca derininizde ne kadar kaşıntı, acıma, ağrı veya batma oluştu?				
2.	Geçen hafta boyunca, deriniz nedeniyle ne kadar sıkıldınız veya mahcup oldunuz?				
3.	Geçen hafta boyunca, deriniz alışveriş yapmanıza veya eviniz ya da bahçenizle ilgilenmenize ne kadar engel oldu?				
4.	Geçen hafta boyunca, deriniz elbise giyiminize (seçiminize) ne kadar etkili oldu?				
5.	Geçen hafta boyunca, deriniz sosyal veya boş vakit etkinliklerini ne kadar etkiledi?				
6.	Geçen hafta boyunca, deriniz herhangi bir spor yapmanızda size ne kadar güçlük oluşturdu?				
7.	Geçen hafta boyunca, deriniz iş yapmanızı ve ders çalışmanızı engelledi mi?				
	Eğer yanıtınız "Hayır" ise, geçen hafta boyunca deriniz, iş yapmanız ya da ders çalışmanızda ne kadar sorun yarattı?				
8.	Geçen hafta boyunca, deriniz eşiniz veya yakın arkadaşlarınız ya da akrabalarınızla ne kadar sorun yarattı?				
9.	Geçen hafta boyunca, deriniz cinsel zorluklara ne kadar neden oldu?				
10.	Geçen hafta boyunca, derinizin tedavisi yüzünden ne kadar problem oluştu? (Örn. Evinizin kirlenmesi veya zaman kaybı gibi)				
Lütfen tüm sorulara verdiğiniz cevapları kontrol ediniz.					
<i>Katılımınız için teşekkür ederiz.</i>					
<i>Anketin bu bölümü doktorunuz tarafından doldurulacaktır. Lütfen boş bırakınız. Formu ilgili doktorunuza teslim ediniz.</i>					

PASI (Psoriasis Area Severity Index) Skorlaması

➤ **Hastanın vücudunda hangi bölgelerde ve ne kadar yoğunlukta Sedef Hastalığı lezyonları mevcut?**

Baş:

Üst Ekstremiteler:

Gövde:

Alt Ekstremiteler:

➤ **Hangi tipte lezyonlar hâkim?**

Eritem:

Endurasyon:

Deskuamasyon:

Beden Yüzey Alanı Skorlaması:

9.2. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

	SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ GÜLHANE BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU	FORM 04
---	--	---------

Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

Araştırma Projesinin Adı: Psöriasis Hastalarında Kardiyometabolik Risk Faktörlerinin Hastalık Şiddeti ve Yaşam Kalitesi İle İlişkisi

Sorumlu Araştırmacının Adı: Yusuf Çetin DOĞANER

Diğer Araştırmacıların Adı: Fatih SOYTÜRK, Ümit AYDOĞAN, Pelin EŞME

“Psöriasis Hastalarında Kardiyometabolik Risk Faktörlerinin Hastalık Şiddeti ve Yaşam Kalitesi İle İlişkisi” isimli bir çalışmada yer almak üzere davet edilmiş bulunmaktasınız. Bu çalışmaya davet edilmenizin nedeni sizde Psöriasis hastalığının görülmüş olmasıdır. Bu çalışma, araştırma amaçlı olarak yapılmaktadır ve katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Çalışmaya katılma konusunda karar vermeden önce araştırma hakkında sizi bilgilendirmek istiyoruz. Çalışma hakkında tam olarak bilgi sahibi olduktan sonra ve sorularınız cevaplandıktan sonra eğer katılmak isterseniz sizden bu formu imzalamanız istenecektir. Bu araştırma, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı görevli Doç. Dr. Yusuf Çetin DOĞANER ve uzmanlık öğrencisi Dr. Fatih SOYTÜRK’ün sorumluluğu altındadır.

1. Araştırmanın amacı nedir?

Bu çalışmada Psöriasis tanısı ile tedavi gören hastaların kardiyometabolik risk faktörlerini sorgulamak ve bu faktörlerin hastalık şiddetine etkisini inceleyerek hastaların yaşam kaliteleri üzerindeki etkisinin incelenmesi amaçlanmıştır.

2. Gönüllünün sorumlulukları nedir?

Çalışmaya katılmayı kabul eden Psöriasis tanılı hastalara araştırmacılar tarafından hazırlanmış 31 soruluk anket uygulanmaktadır.

3. Gönüllülere yapılacak ulaşım, yemek gibi masraflara ilişkin ödemeler hakkındaki bilgiler nedir?

Çalışmaya katılmakla parasal yük altına girmeyeceksiniz ve size de herhangi bir ödeme yapılmayacaktır.

4. Çalışmaya katılan gönüllülerin bilgilerinin gizliliği ve hakları nelerdir?

Bu çalışmada yer alıp almamak tamamen size bağlıdır. Şu anda bu formu imzalarsanız bile istediğiniz herhangi bir zamanda bir neden göstermeksizin çalışmayı bırakmakta özgürsünüz. Eğer katılmak istemez iseniz veya çalışmadan ayrılırsanız, doktorunuz tarafından sizin için en uygun tedavi planı uygulanacaktır. Aynı şekilde çalışmayı yürüten doktor çalışmaya devam etmenizin sizin için yararlı olmayacağına karar verebilir ve sizi çalışma dışı bırakabilir, bu durumda da sizin için en uygun tedavi seçilecektir.

Çalışma doktorunuz kişisel bilgilerinizi, araştırmayı ve istatistiksel analizleri yürütmek için kullanacaktır, ancak kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır. Yalnızca gereği halinde, sizinle ilgili bilgileri etik kurullar ya da resmi makamlar inceleyebilir. Çalışmanın sonunda, kendi sonuçlarınızla ilgili bilgi istemeye hakkınız vardır. Çalışma sonuçları çalışma bitiminde tıbbi literatürde yayımlanabilecektir, ancak kimliğiniz açıklanmayacaktır

5. Gönüllünün araştırmaya devam etmesi için öngörülen süre ne kadar?

Araştırma, Etik Kurul onayı işlemleri sonrasında, Tıpta Uzmanlık Eğitim Kurulu (TUEK)'ndan alınacak izini müteakiben SBÜ Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi Deri ve Zührevi Hastalıkları Kliniği polikliniklerinde 12 (On iki) ay süre ile gerçekleştirilecektir.

6. Araştırmaya katılması beklenen tahmini gönüllü sayısı?

Çalışmaya tek merkezde en az 200 kişinin katılması planlanmaktadır.

(Katılımcının/Hastanın Beyanı)

Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim dalında, uzmanlık öğrencisi Dr. Fatih SOYTÜRK tarafından tıbbi bir araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı ve ilgili metni okudum. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya “katılımcı” olarak davet edildim.

Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim. Eğer katılmayı reddedersem, bu durumun tıbbi bakıma ve hekim ile olan ilişkiye herhangi bir zarar getirmeyeceğini de biliyorum. Projenin yürütülmesi sırasında herhangi bir neden göstermeden araştırmadan çekilebilirim (*Ancak araştırmacıları zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmemim uygun olacağına bilincindeyim*). Ayrıca tıbbi durumuma herhangi bir zarar verilmemesi koşuluyla araştırmacı tarafından araştırma dışı da tutulabilirim.

Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır.

Araştırmadan elde edilen benimle ilgili kişisel bilgilerin gizliliğinin korunacağını biliyorum.

Araştırma uygulamasından kaynaklanan nedenlerle meydana gelebilecek herhangi bir sağlık sorununun ortaya çıkması halinde, her türlü tıbbi müdahalenin sağlanacağı konusunda gerekli güvence verildi (Bu tıbbi müdahalelerle ilgili olarak da parasal bir yük altına girmeyeceğim).

Araştırma sırasında bir sağlık sorunu ile karşılaştığımda; herhangi bir saatte, Doç. 'den veya Araştırma Görevlisi ileceğimi biliyorum.

Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Bu koşullarla söz konusu klinik araştırmaya kendi rızamla, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın, gönüllülük içerisinde katılmayı kabul ediyorum.

İmzalı bu form kâğıdının bir kopyası bana verilecektir.

Katılımcı

Adı, soyadı:

Adres:

Tel:

İmza:

Tarih:

Görüşme tanığı

Adı, soyadı:

Adres:

Tel:

İmza:

Tarih:

Katılımcı ile Görüşen Hekim

Adı soyadı, unvanı: Fatih SOYTÜRK, Araştırma Görevlisi

Adres: Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Tıp Fakültesi

Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Tel:

İmza:

Tarih:

9.3. Etik Kurul Onay Formu



T.C.
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
Gülhane Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu

Sayı : 46418926

11.03.2021

Konu : Gülhane Bilimsel Araştırmalar Etik Kurul Kararları

ARAşTIRMA PROJESİ DEĞERLENDİRME RAPORU


TOPLANTI TARİHİ : 11 MART 2021 PERŞEMBE
TOPLANTI SAATI : 13:30 (Covid-19 tedbirleri kapsamında toplantı online yapılmıştır.)
TOPLANTI NO : 2021/05
PROJE/ KARAR NO : 2021/99 (Değerlendirilme Tarihi: 11.03.2021)

Üniversitemiz Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalında görevli Doç. Dr. Yusuf etin DOĞANER'in sorumlu araştırmacı olduğu, Doç. Dr. Ümit AYDOĞAN, Uzm. Dr. Pelin EŞME ve Arş. Gör. Dr. Fatih SOYTÜRK'n yardımcı araştırmacı oldukları, 2021/99 kayıt numaralı, "**Psöriasis Hastalarında Kardiyometabolik Risk Faktörlerinin Hastalık Şiddeti ve Yaşam Kalitesi İle İlişkisi**" başlıklı uzmanlık tezi proje nerisi, araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş olup, etik açıdan uygun bulunmuştur. Rica ederim.

S.NO	AD SOYAD VE UZMANLIK ALANI	İMZA
1	Prof. Dr. Ahmet COŐAR (Anestezi AD Bşk.lığı) Etik Kurul Başkanı	
2	Prof. Dr. Alper GÖZÜBÜYÜK (Göğüs Cerr. AD Bşk.lığı) Etik Kurul Başkanı Yardımcısı	
3	Prof. Dr. Selahattin BEDİR(roloji AD Bşk.lığı)	
4	Prof. Dr. Levent KENAR(KBRN, Enstitü)	
5	Prof. Dr. Yusuf İZCİ (Beyin ve Sinir Cerr. AD.Bşk.lığı)	
6	Prof. Dr. Ali Kağan COŐKUN(Genel Cerr. AD Bşk.lığı)	
7	Prof. Dr. Suat DOĞANCI(Kalp Damar Cerr. AD Bşk.lığı)	
8	Prof. Dr. Fulya TOKSOY TOPÇU (Diş Hekimliği Fakültesi Restoratif Diş Tedavisi AD.Bşk.lığı)	
9	Prof. Dr. Ayten TRKKANI(Histoloji AD.Bşk.lığı)	
10	Prof. Dr. Gülten GÜVENÇ(Hemşirelik Fakültesi)	
11	Prof. Dr. Dilek YILDIZ (Hemşirelik Fakültesi) Sekreter	
12	Prof. Dr. Cantürk TAŐÇI(Göğüs Hast. AD Bşk.lığı)	
13	Dr.r.vesi Mustafa GÜNEY(Mikrobiyoloji AD Bşk.lığı)	


ırmalar Etik Kurulu

9.4. Tıpta Uzmanlık Eğitim Kurulu (TUEK) Onayı



T.C.
ANKARA VALİLİĞİ
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI GÜLHANE EĞİTİM VE
ARAŞTIRMA HASTANESİ - GÜLHANE EAH TIPTA
UZMANLIK EĞİTİM KURULU (TUEK)
03/06/2021 17:32 - E-50687469 - 799 - 163


00141218431

Sayı : E-50687469-799
Konu : Araştırma İzni (Dr. Fatih
SOYTÜRK)

Sayın : Dr. Fatih SOYTÜRK
(Aile Hekimliği Kliniği Birimi)

“Psöriasis Hastalarında Kardiyometabolik Risk Faktörlerinin Hastalık Şiddeti ve Yaşam Kalitesi İle İlişkisi” başlıklı tez çalışmanızı hastanemizde uygulama talebiniz Sağlık Uygulama Araştırma Merkezi Tıpta Uzmanlık Eğitimi Kurulunun 27.05.2021 tarih ve 8 no’lu toplantısında görüşülerek kabul edilmiştir.

Klinik Araştırmalar Yönetmeliğinin 23. maddesine istinaden TUEK başvurusu esnasında etik kurul onayı olmayan araştırmalar için ancak etik kurul onayı alındıktan sonra araştırmaya başlanabilir. Aynı Yönetmeliğin 1. Bendi uyarınca araştırmacının bütçesinin karşılanmasından araştırmacılar sorumludur.

Gereğini rica ederim.

e-imzalıdır.
Prof. Dr. Cevdet Serkan GÖKKAYA
Başhekim

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

<http://www.gumuhane.saglik.gov.tr>