



**T.C. SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
ŞİŞLİ HAMİDİYE ETFAL EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
DERİ VE ZÜHREVİ HASTALIKLARI ANABİLİM DALI**

**PSÖRIAZİS HASTALARINDA KRONİK YORGUNLUK VARLIĞININ
ARAŞTIRILIP BUNUNLA İLİŞKİLİ ETKENLERİN GÖSTERİLMESİ**

Dr. Burak Yalçın

(TIPTA UZMANLIK TEZİ)

İSTANBUL-2020



**T.C. SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
ŞİŞLİ HAMİDİYE ETFAL EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
DERİ VE ZÜHREVİ HASTALIKLARI ANABİLİM DALI**

**PSÖRİAZİS HASTALARINDA KRONİK YORGUNLUK VARLIĞININ
ARAŞTIRILIP BUNUNLA İLİŞKİLİ ETKENLERİN GÖSTERİLMESİ**

Dr. Burak Yalçın

TEZ DANIŞMANI: Prof. Dr. İlknur Kıvanç Altınay

(TIPTA UZMANLIK TEZİ)

İSTANBUL-2020

TEZ SINAVI SONUÇ FORMU

Tez Adı	Psöriazis Hastalarında Kronik Yorgunluk Varlığının Araştırılıp Bununla İlişkili Etkenlerin Gösterilmesi	
Uzmanlık Öğrencisi Adı Soyadı	Burak YALÇIN	
Eğitim Kurumu	S.B.Ü Şişli Hamidiye Etfal Sağlık Uygulamaları ve Araştırma Merkezi	
Tez Savunması Tarihi	06/01/2020	
1.Jüri üyesi değerlendirmesi	(.....) YETERLİ eklenecek (.....) YETERSİZ	Tez değerlendirme formu
2.Jüri üyesi değerlendirmesi	(.....) YETERLİ eklenecek (.....) YETERSİZ	Tez değerlendirme formu
3.Jüri üyesi değerlendirmesi	(.....) YETERLİ eklenecek (.....) YETERSİZ	Tez değerlendirme formu
Tez Savunmasının Sınav Sonucu	(.....) YETERLİ (.....) YETERSİZ	

1.JÜRI ÜYESİ

Aslı German
Doç. Dr. Aslı
Alcan German

2.JÜRI ÜYESİ

Bilal Döğru
Prof. Dr. Bilal Döğru

3.JÜRI ÜYESİ

Burcu Ceylan
Doç. Dr. Burcu Ceylan

İÇİNDEKİLER

ÖNSÖZ	II
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	III
1. ÖZET	IV-VII
2. GİRİŞ	1-3
2.1. Psöriazisin Tarihçesi ve Epidemiyolojisi	1
2.2. Psöriazis Etiyopatogenezi.....	1-2
2.3. Psöriazis Tanısı, Klinik Bulguları, Tedavi Yönetimi	2
2.4. Psöriazis ve Yaratdığı Psikolojik Etkiler	2-4
2.4.1. Psöriazis ve Yorgunluk	2-4
2.4.2. Psöriazis ve Uyku.....	3-4
3. MATERYAL VE METOT	5-13
3.1. Araştırmanın Tipi	5
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	5
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örnekleme	5-6
3.4. Araştırmanın Değişkenleri	5
3.5. Araştırmanın Amacı ve Hipotezler.....	6
3.6. Pittsburgh Uyku Kalitesi Ölçeği	7-8
3.7. Piper Yorgunluk Ölçeği	9
3.8. Stop Anketi ve OSAS	10
3.9. Bireysel Özellikler Tanıtım Formu	11
3.10. Beck Depresyon Ölçeği	12
3.11. Beck Anksiyete Ölçeği	13
3.12. Verilerin İstatistiksel Metodu	14
4. BULGULAR	15-33
5. TARTIŞMA	34-37
6. SONUÇ.....	38
7. Kaynakça.....	39-42
EKLER	43-64
EK-1. ÖZGEÇMİŞ	43-44
EK-2. ETİK BİLDİRİM VE İNTİHAL BEYAN FORMU	45
EK-3. TEZ KONUSU ONAYI VE HAKEM DEĞERLENDİRME FORMU	46-49
EK-4. ETİK KURUL ONAY FORMU	50-53
EK- 5. BİREYSEL ÖZELLİKLER TANITIM FORMU	54
EK-6. BECK DEPRESYON ÖLÇEĞİ	55
EK-7. BECK ANKSİYETE ÖLÇEĞİ	56
EK-8. PİTTSBURGH UYKU KALİTESİ ÖLÇEĞİ	57-60
EK-9. PİPER YORGUNLUK ÖLÇEĞİ	61-63
EK-10 STOP ANKETİ.....	64

ÖNSÖZ

Uzmanlık eğitimim süresince değerli bilgi ve deneyimlerini benimle paylaşan, tez çalışmamda desteğini esirgemeyen hocam ve tez danışmanım sayın Prof. Dr. İlknur Kıvanç Altunay'a,

Birlikte çalışmaktan büyük keyif aldığım ve gurur duyduğum, beraber çalışma fırsatı bulmayı şans olarak gördüğüm sevgili asistan arkadaşlarıma ve aynı kliniği paylaştığım hemşire ve personel arkadaşlarıma;

Bir önceki kliniğimde birlikte çalıştığım, eğitimimde çok önemli yerleri olan sayın Prof. Dr. Nahide Onsun ve sayın Prof. Dr. Özlem Su Küçük hocalarıma ve orada birlikte görev yaptığım asistan arkadaşlarıma,

Tez sürecimde bana katlanan ve desteğini hiç esirgemeyen Dr. Gaye Güldiken'e,

Ve hayatım boyunca her zaman yanımda olan, arkamda duran canım anneme ve canım babama;

Saygı ve sonsuz şükranlarımı sunarım.

Dr. Burak Yalçın

Uzmanlığımı canım anneme armağan ediyorum...

KISALTMALAR

BAE: Beck Anksiyete Envanteri;

BDE: Beck Depresyon Envanteri;

ÇAG: çeyreklikler arası genişlik;

OSAS: Obstrüktif Uyku Apnesi Sendromu

PAŞİ: Psöriazis Alan ve Şiddet İndeksi;

PYÖ: Piper Yorgunluk Ölçeği;

PUKİ: Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi

PSÖRIAZİS HASTALARINDA KRONİK YORGUNLUK VARLIĞININ ARAŞTIRILIP BUNUNLA İLİŞKİLİ ETKENLERİN GÖSTERİLMESİ

ÖZET

Giriş: Psöriazis toplumda ortalama %1-3 sıklığında gözlenen, eritemli zeminde üzeri skuamlar ile karakterize kronik ve inflamatuvar bir deri hastalığıdır. Psöriazis hastalığı multifaktöryel bir hastalık olup, genetik ve çevresel faktörlere bağlı olarak değişiklikler gösterir. Gelişiminde enfeksiyonlar, stres ve travma gibi uyarıcı faktörlerin rol oynadığı psöriazisin etyopatogenezi tam olarak bilinmemektedir. Psöriazis bireylerin yaşamlarını fiziksel, sosyal ve emosyonel açıdan etkiler. Hastalığın şiddetine göre kişinin günlük ihtiyaçlarını gidermesi dahi zor olabilir. Yıllar boyu seyreden bu kronik hastalığın varlığı hastayı karamsarlığa, umutsuzluğa, yorgunluğa, uykusuzluğa ve depresyona sürükleyebilir. Bu çalışmada, psöriazis hastalarında kronik yorgunluk varlığının araştırılıp bununla ilişkili etkenlerin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Materyal ve Metot: Bu kesitsel çalışmaya, psöriazis yan dal polikliniğine başvuran, Türkçe okuma-yazma bilen, mental geriliği olmayan, soruları anlayabilen, yapılacak anketleri özgür iradeleriyle onaylamış, sadece topikal tedavi alan, 18-50 yaş arası, 66 tane plak psöriazisli hasta ve 60 sağlıklı kontrol grubu dahil edilmiştir. Psoriatik artriti olan hastalar; tanı almış psikiyatrik bir hastalığı olan hastalar; metabolik sendrom, kalp hastalığı, hipertansiyon, Diabetes Mellitus tanısı olan hastalar; tanı almış bir kanser hastalığı olan hastalar; psöriazis dışı kronik inflamatuvar veya romatolojik hastalık tanısı olan hastalar; tanımlanmış B12 veya demir eksikliği olan hastalar; tanımlanmış tiroid hastalığı olan hastalar ve kronik alkolizm varlığı olan hastalar bu çalışmadan hariç tutulmuştur. Tüm katılımcılara Piper Yorgunluk Ölçeği, Bireysel Özellikler Tanıtım Formu, Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi, Beck Depresyon ve Beck Anksiyete Testleri, STOP Risk Skalası testleri uygulanacak ve ayrıca psoriazis hastaları Psöriazis Alanı ve Şiddeti İndeksi (PAŞİ) ile değerlendirmeye alınacaktır. İstatistiksel analiz için Pearson Ki-Kare ve Fisher's Exact Test kullanılmıştır. Ölçekler arasındaki korelasyonların incelenmesi için Spearman Rho Korelasyon katsayısı kullanılmıştır. İstatistiksel alfa anlamlılık seviyesi $p<0,05$ olarak kabul edilmiştir.

Bulgular: Çalışmamızda psöriazis hastalarındaki yorgunluk düzeyi kontrol grubundaki deneklerden yüksek bulunmakla birlikte aradaki fark istatistiksel anlamlılık düzeyine ulaşmamıştır.(p=0,870) Obstrüktif uyku apnesi için yüksek risk altındaki hasta oranı psöriazisli hastalarla kontroller arasında istatistiksel olarak farklı bulunmamıştır.(p=0,995) Psöriazis ile uyku kalitesi arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki bulunamamıştır.(p=0,883) Psöriazisli hastalarla kontroller arasında depresyon(p=0,356) ve kaygı düzeyleri(p=0,103) açısından istatistiksel açıdan bir fark bulunmamıştır. Hastalarla kontroller arasında anlamlı farklar bulunmamakla birlikte hastaların kendi aralarında yapılan değerlendirmesinde hastalık şiddeti arttıkça yorgunluk(p=<0.001), depresyon(p=0,002) ve kaygının(p<0,001) arttığı ve uyku kalitesinin bozulduğu(p=0,014) tespit edilmiştir.

Sonuç: Hastalar ile kontrol grubu arasında anlamlı fark bulunmamıştır. Hastalar ile kontrol grubu arasında anlamlı fark olmamasının sebebi psöriazis hastalarının diğer komorbiditeler açısından görece sağlıklı ve PAŞİ skorlarının sistemik ve konvansiyonel tedavi almayacak şekilde düşük olması olabilir. Kontrol grubunun yorgunluk, uyku apnesi, uyku kalitesi, anksiyete ve depresyon gibi faktörlerinin görece yüksek çıkması; grubun yaşam standartlarından ve metropol koşullarından kaynaklanıyor olabilir. Sigara ile psöriazis arasındaki ilişki başta olmak üzere araştırılan bazı değişkenlerde muhtemelen örneklemin küçük olması sebebiyle anlamlı sonuçlara ulaşamamıştır. Hastalarla kontroller arasında anlamlı farklar bulunmamakla birlikte hastalık şiddeti arttıkça yorgunluk, depresyon ve kaygının arttığı ve uyku kalitesinin bozulduğu bulunmuştur. Bu sonuçlar özellikle şiddetli psöriazisi olan hastaların psikiyatrik değerlendirme için yönlendirilmesinin önemli olduğunu göstermektedir. Bu değişkenlerin ileride yapılacak çalışmalarda daha büyük örneklemeler kullanılarak araştırılması faydalı olacaktır.

Anahtar kelimeler: psöriazis, yorgunluk, depresyon, kaygı, uyku

INVESTIGATION OF CHRONIC FATIGUE AND RELATED FACTORS IN PSORIASIS PATIENTS

Summary

Introduction: Psoriasis is a chronic and inflammatory skin disease characterized by an erythema and desquamation and has incidence of 1-3% in the community. Psoriasis is a multifactorial disease and varies depending on genetic and environmental factors. The etiopathogenesis of psoriasis, which is caused by stimulating factors such as infections, stress and trauma, is not known. Psoriasis affects individuals physically, socially and emotionally. Depending on the severity of the disease, it can be difficult to meet the daily needs of the person. The presence of this chronic disease over the years can lead to pessimism, hopelessness, fatigue, insomnia and depression. The aim of this study was to investigate chronic fatigue in psoriasis patients and to evaluate related factors.

Materials and Methods: In this cross-sectional study, 66 psoriasis patients, aged between 18-50 years, who could read and write in Turkish, had no mental retardation, could understand the questions, approved the questionnaires with their free will, and received only topical treatment and 60 healthy control groups were included. Patients with psoriatic arthritis, a diagnosed psychiatric disease, metabolic syndrome, heart disease, hypertension, diabetes mellitus, cancer, non-psoriatic chronic inflammatory or rheumatologic disease, defined B12 or iron deficiency, defined thyroid disease and patients with chronic alcoholism were excluded from this study. Piper Fatigue Scale, Individual Characteristics Presentation Form, Pittsburgh Sleep Quality Index, Beck Depression and Beck Anxiety Tests, STOP Risk Scale tests were applied to all participants and psoriasis patients were evaluated with Psoriasis Area and Severity Index (PASI). Pearson Chi-Square and Fisher's Exact Test were used for statistical analysis. Spearman Rho Correlation Coefficient was used to examine the correlations between the scales. Statistical significance level was accepted as $p < 0.05$.

Results: In our study, although the level of fatigue in psoriasis patients was higher than the control group, the difference was not statistically significant ($p = 0.870$). There was no statistically significant relationship between sleep quality of the groups ($p = 0.883$). Although there were no significant differences between the patients and controls, it was found that as the severity of the disease increased fatigue ($p = <0.001$), depression ($p = 0.002$) and anxiety ($p <0.001$) and deteriorated the sleep quality ($p = 0.014$).

Conclusion: There was no significant difference between the patients and the control group. The reason for the absence of a significant difference between the patients and the control group may be that the psoriasis patients were relatively healthy in terms of other comorbidities, and their PASI scores were low so as not to receive systemic and conventional treatment. The factors such as fatigue, sleep apnea, sleep quality, anxiety and depression are relatively high in the control group can be due to the living standards and metropolitan conditions of the. Significant results could not be reached in some of the investigated variables, especially the relationship between smoking and psoriasis, probably due to the small sample size. Although there were no significant differences between the patients and controls; fatigue, depression and anxiety increased and sleep quality was deteriorated as the severity of the disease increased. These results indicate that it is important to direct patients with severe psoriasis for psychiatric evaluation. It will be useful to investigate these variables by using larger samples in future studies.

Key words: psoriasis, fatigue, depression, anxiety, sleep

GİRİŞ

Psöriazis toplumda ortalama %1-3 sıklığında gözlenen, eritemli zeminde üzeri skuamlar ile karakterize kronik ve inflamatuvar bir deri hastalığıdır (1). Skuamların sedef rengi gibi parlak olmasından ötürü halk dilinde sedef hastalığı olarak da bilinir.

Psöriazisin farklı etnik gruplarda sıklığı yapılan çalışmalara göre %0.2-4.8 arasında değişmektedir. İskandinav ülkelerinden Norveç %4 prevalans ile psöriazisin dünyada en sık görüldüğü ülkelerden biridir (2). Ülkemizde yapılan araştırmalarda psöriazisin dermatozlar arasında nispeten sık görülen bir hastalık olduğu ve görülme sıklığının yapılan çalışmalara göre %0.5-4 arasında olduğu tespit edilmiştir(3).

Psöriazis multifaktöryel bir hastalıktır, genetik ve çevresel faktörlere bağlı olarak değişiklikler gösterir. Gelişiminde enfeksiyonlar, stres ve travma gibi uyarıcı faktörlerin rol oynadığı psöriazisin etyopatogenezi tam olarak bilinmemektedir (4). Psöriazis bireylerin yaşamlarını fiziksel, sosyal ve emosyonel açıdan etkiler. İnatçıdır, nüks ve remisyonlarla seyreder. Atakların olduğu dönemlerde hastanın günlük ihtiyaçlarını gidermesi dahi zor olabilir. Yıllar boyu seyreden bu kronik hastalığın varlığı hastayı karamsarlığa, umutsuzluğa ve depresyona sürükleyebilir.

Psöriazis her yaş grubunda görülebilir, klinik spektrumu ve prezentasyonu ve hastalığın prognozu her hastada farklılık gösterir. Hastalık deri dışında tırnak, saç ve eklemleri de tutabilir. Psöriazis kronik inflamatuvar bir süreç sonucu gelişir ve hücresel zemininde inflamatuvar süreç mevcuttur ve bu sebepten sadece bir deri hastalığı değildir; tüm vücudu ilgilendirir, özellikle kardiovasküler komorbiditeler, obezite, diabetes mellitus, metabolik sendrom gibi hastalıklar için de birer risk faktörüdür. Hastalığın sadece bir deri hastalığı olmadığı sistemik tutulumunun oldukça önemli olduğu aşikar olup sistemik komorbiditeler tanıyı koyarken ve tedaviyi uygularken atlanmamalıdır(5).

Hastalığın patogenezinde kronik inflamasyona sekonder keratinosit turnover'ında kısalma suçlanmaktadır. Hastalığın tedavisinde kullanılan ilaçlar da bu keratinosit turnover'ını baskılamaya yönelik olup ayrıca yeni kullanılan biyolojik ajan tedavilerinde de inflamasyonu tetikleyen sitokinler hedef alınmaktadır(6).

Psöriazis hastasında tedaviyi şekillendirirken hastanın duygusal, ruhsal ve mental durumu da mutlaka değerlendirilmelidir. Hastanın günlük faaliyetlerini yerine getirememesi, hayat kalitesinin ve akışının bozulması, anksiyete, depresyon, uykusuzluk gibi durumların varlığı da tedavi seçimini etkilemelidir. Kişinin psikiyatrik durumuna göre psikiyatrik tedavilerin de verilmesi hatta gerekirse psikiyatri doktoruna danışılması gerektiği akılda tutulmalıdır.

Psöriazis hastalığı psikosomatik hastalıklardan biridir. Psöriazis hastalığının kişide oluşturabileceği psikolojik etkilerin en başında anksiyete ve depresyon gelmektedir. Ayrıca psöriazis hastalarında gece uykularının görece daha az ve kalitesiz olması, günlük yorgunluk düzeylerinin görece yüksek olması hayat kalitesini ve olağan akışını olumsuz etkileyebilir(7,8).

Kişinin bir işle meşgulken fiziksel veya psikolojik olarak gerekli ve yeterli enerjiyi bulamadığı durumlar, akşam erkenden yatmasına rağmen sabah yataktan kalktığı andan itibaren, öğlene doğru tüm enerjinin tüketilmesi yorgunluk olarak tarif edilir. Kişi kendisini sürekli yorgun ve halsiz hissediyorsa ve bu durum 6 ayı aşkın bir süredir devam ediyorsa buna kronik yorgunluk denir. Kronik yorgunluk kişiyi ayrıca psikolojik olarak da etkiler.

Yorgunluğun birçok sebebi olabilir, açıklaması ve yorumlaması oldukça zor olan bir durumdur. Yoğun tempolu bir günün ardından gelen yorgunluk normal olarak kabul edilir. Yorgunluk öznel bir yorumdur. Bireyin normal hayat akışına ve gündelik işine engel olan ve kişiyi fiziki ve ruhsal olarak etkileyen subjektif bir semptomdur. Yapılan araştırmalarda yorgunluk prevalansı toplumda % 6-% 50 arasında değişmektedir. Bu denli farklı sonuçların varlığı yorgunluk kavramının özneliğini yansıtmaktadır(9).

Uyku, gündüz hayat akışındaki işlerin tamamlanması için çok kıymetlidir ve hem psikolojik, hem mental hem de fizyolojik sağlık için çok önemlidir.

İnsanın fiziki, sosyal, mental ve ruhsal ihtiyaçları mevcuttur ve bunlar birbirini tamamlar. Tam bir sağlık hali için bu ihtiyaçların dengeli bir biçimde karşılanması gereklidir. Uyku, bu ihtiyaçların merkezinde olup tümünü doğrudan veya dolaylı olarak etkiler. Uyku bir bireyin yaşam kalitesini ve sağlık durumunu etkiler. Günümüzde uyku bozuklukları hakkında yapılan çalışmalar bir hayli artmıştır, bunun nedenleri; uykusuzluğun bireyde var olan hastalığı olumsuz etkilemesi, sağlıklı bireylerde bile uyku ile ilgili sorunların yaygınlığı, kalitesiz veya yetersiz uykunun birçok tıbbi veya psikolojik durumun belirtisi olabileceği olarak sıralanabilir (10). Toplumdan topluma ve yaştan yaşa değişmekle birlikte, uyku sorunlarının oranı

ortalama %5 - %45 arasında değişmektedir. Türkiye’de yapılan bir çalışmada sağlıklı toplumda bile %20’lere varan uyku kalitesi veya süresinde bozulma ve %30’ları aşan oranda uykuya dalmada güçlük gözlenmiştir. Uykusuzluk riski kadınlarda, yaşlılarda ve kronik hastalığı olanlarda ise daha yüksektir(11).

Yapılmış çalışmalar kronik uyku bozukluklarının, düşük yaşam kalitesi ve bazı kronik hastalıklar, örneğin: depresyon, kardiyovasküler hastalıklar, hipertansiyon, diyabet, metabolik sendrom ile ilişkili olduğunu göstermektedir.

Ayrıca yapılmış geniş ölçekli bir çalışmaya göre hem aşırı (> 8 saat) hem de yetersiz (<6 saat) uykunun, artmış mortalite ile ilişkili olduğunu ortaya koymuştur.

Uykusuzluk sağlıklı popülasyonlarda, anksiyete, karamsarlık ve stres gibi psikolojik faktörlere bağlı olabileceği gibi hasta popülasyonlarda ise ağrı gibi fiziksel semptomlara da bağlı olabilir(12).

Yapılan bir çalışmada psöriazis hastalarının %70 ten fazlasında uyku kalitesini bozan gece semptomları görülür. Psöriazis hastalarının %64’ünde haftada en az 3 kez kaşıntı veya artrite bağlı ağrı semptomları nedeniyle gece uykudan uyandıklarını bildirmişlerdir. Uykuyu sürdürmede zorluk ve gece uykularında bölünme yaşayan hastalarda, gündüz yorgunluk ve uyku hali, bireysel aktivitelerde azalma meydana geldiğinden dolayı performansta da azalma olduğu tespit edilmiştir.

Psöriazis hastalığındaki fiziksel belirtiler göz önüne alındığında, bu hasta grubunda daha yüksek bir uyku bozukluğu prevalansı beklenir(13).

Henry ve arkadaşları 186 psöriazis hastasının 142’sinin(% 76,3) uyku süresi ve kalitesinin düşük olduğunu ve hastaların 60’ının(%32.3) obstrüktif uyku apnesi olduğunu bildirmiştir. Bu çalışmada daha şiddetli psöriazisin, daha fazla uyku apnesi ve daha zayıf uyku riski ile korele olduğu tespit edilmiştir(14).

Birlikte ele alındığında, bilişsel uyarılma, kaşıntı, ağrı ve depresyon kötü uykunun en sağlam belirleyicileri olarak ortaya çıkmıştır.

Psöriazis, yaşam kalitesini ciddi düzeyde etkileyebilir. Uyku kişinin bir bilinçsizlik hali olarak tanımlanabilir, sadece dinlenmeyi sağlamaz ayrıca vücudu yeniler. Uyku bozuklukları kronik inflamasyonla ilişkili olabilir, uykunun bu kronik inflamatuvar hastalıklarla rolü tam olarak bilinmemektedir. Ancak uyku hastalıkları ve uyku bozuklukları kronik inflamasyonu

tetikleyen süreci kötüleştirir, ağrı durumunu arttırabilir, hastalık semptomlarını alevlendirebilir. Bu durum yaşam kalitesini bir hayli düşürür. Psöriazis gibi kronik inflamasyonla seyreden hastalıkların yönetiminde uyku bozukluklarının tedavisi atlanmamalıdır(15,16).

Biz de tezimizde psöriazis hastaları ile kontrol grubunu kanıt düzeyi yüksek uyku, anksiyete ve depresyon ölçekleri ile karşılaştırıp, yorgunluk ve uyku kalitesinin yaşam kalitelerini ne denli etkilediğini sunmak istedik.



Materyal-Metot

Araştırma kesitsel, anket bazlı, vaka kontrollü ve tanımlayıcı bir çalışmadır. Çalışma onayı Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi-Etik Kurulundan alınmıştır. Katılımcılar katılmak için bilgilendirilmiş onamlarını vermişlerdir.

Seçilecek psoriasis hastaları, Türkçe okuma-yazma bilen, mental geriliği olmayan, soruları anlayabilen, yapılacak anketleri özgür iradeleriyle onaylamış, sadece topikal tedavi alan, 18-50 yaş arası, 1 Eylül 2019-1 Ocak 2020 tarihleri arasında Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Dermatoloji Anabilim Dalı Polikliniği'ne başvuran, 60 tane plak psoriasisli hasta seçilecektir. Psoriatik artriti olan hastalar; tanı almış psikiyatrik bir hastalığı olan hastalar; metabolik sendrom, kalp hastalığı, hipertansiyon, Diabetes Mellitus tanısı olan hastalar; tanı almış bir kanser hastalığı olan hastalar; psöriazis dışı kronik inflamatuvar veya romatolojik hastalık tanısı olan hastalar; tanımlanmış B12 veya demir eksikliği olan hastalar; tanımlanmış tiroid hastalığı olan hastalar; kronik alkolizm varlığı olan hastalar bu çalışmadan hariç tutulacaktır.

Genel popülasyondan hasta grubuna göre yaşı, cinsiyeti uygun ve sayılan hastalıkların hiçbirinin olmadığı, Türkçe okuma-yazma bilen, mental geriliği olmayan, soruları anlayabilen, yapılacak anketleri özgür iradeleriyle onaylamış, 18-50 yaş arası kontrol grubu (n = 60) sağlanmıştır.

Hastaların yorgunluk düzeyi Piper Yorgunluk Ölçeği ile; hastaların demografik özellikleri Bireysel Özellikler Tanıtım Formu ile; hastaların uyku durumları Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi ile; hastaların depresyon, anksiyete ve stres durumları Beck Depresyon ve Beck Anksiyete Testleri ile; ayrıca hastaların obstrüktif uyku apne riskleri STOP Risk Skalası ile değerlendirmeye alınacaktır. Ayrıca Psöriazis hastalığı şiddeti, Psöriazis Alanı ve Şiddeti İndeksi (PAŞİ) ile değerlendirmeye alınacaktır.

Psöriazis hastalarında yorgunluğu daha fazla araştırmak için,

Biz:(i) bir dermatoloji polikliniğine başvuran psöriazisli hastalarda uyku bozukluğu durumunu ve şiddetini değerlendirerek ;(ii) sonuçları, genel popülasyondan gelen bir kontrol grubu sonuçları ile karşılaştırarak;(iii) uyku bozukluğunun yorgunluk ile olan ilişkilerini değerlendirmeyi;(iv) bozulmuş uykuda olası demografik ve hastalıkla ilgili durumları incelemeyi amaçladık.

Psoriasis kronik ve sistemik bir hastalıktır. Kronik inflamasyonla ilişkili birçok sistemik komorbidite eşlik eder. Psöriazisin kronik yorgunluğa neden olup olmadığı ve diğer değişkenlerle ilişkisinin detaylıca gösterildiği çalışmalardan biri olacaktır.

Bu çalışmayı yapma amacımız şu sonuçlara ulaşmaktır:

- 1) Psöriazis hastası bireylerin normal bireylere göre yorgunluk düzeyinin daha yüksek, uyku kalitelerinin daha düşük, anksiyete ve depresyon risklerinin daha fazla, uyku apnesi riskinin daha yüksek olabileceğini düşünüyoruz.
- 2) Psöriazis hastalarının kendi içinde PAŞİ skorları ile skor arttıkça yorgunluğun da artabileceğini, uyku kalitesinin düşebileceğini, uyku apnesi riskinin artabileceğini, anksiyete ve depresyon riskinin artabileceğini düşünüyoruz.
- 3) Psöriazis hastalarının uyku kaliteleri, uyku apnesi riskleri, anksiyete ve depresyon riskleri normal bile olsa kronik deri hastalığının bireyde kronik yorgunluk yaratabileceğini düşünüyoruz.
- 4) Yine yorgunluk düzeyi ve uyku kalitesinin birbiriyle korele olmasını bekliyoruz. Depresyon ve anksiyete puanları arttıkça uyku kalitesinin düşeceğini ve yorgunluk düzeylerinin de bununla korele olarak artmasını bekliyoruz.
- 5) Anksiyete ve depresyon riskleri yüksek olan bireylerde normal olan gruba göre daha fazla yorgunluk ve daha düşük uyku kalitesinin olabileceğini düşünüyoruz.

Pittsburgh Uyku Kalite İndeksi

Buyse ve arkadaşları tarafından geliştirilen ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Ağargün ve arkadaşları tarafından yapılmıştır.

Çalışmamızda uykusuzluk şiddeti, uyku kalitesi, Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi ile ölçülmüştür ve puan hesaplaması yapılarak sonuçlar değerlendirilmiştir.

PUKİ, geçmiş bir aylık sürede uyku kalitesini ve miktarını değerlendiren bir ölçektir. Testin her maddesi eşit olarak 0-3 arasında puanlanır. Ölçek son bir ay içerisindeki öznel uyku kalitesini, uyku süresini, uyku alışkanlıklarını, mevcut uyku bozukluklarını ve varsa uyku ilacı kullanımını ayrıca gündüz oluşan fonksiyon ve işlev kaybını da değerlendiren 7 tane alt ölçek ve 18 maddeden oluşan soru içerir. Alt ölçeklerin puanlarının toplanması ile 0-21 arasında değişen toplam bir PUKİ puanı elde edilir. Toplam PUKİ puanının >5 olması %89.6 duyarlılık ve %86.5 özgünlük ile bireyin uyku kalitesinin önemli miktarda yetersiz olduğunu gösterir.

PUKİ son bir ay içerisindeki uyku durumunu yansıtır ve klinik ve psikolojik uygulamalarda araştırma amacıyla yaygın olarak kullanılır. Ölçek 18 madde ve 7 alt bileşenden oluşmaktadır.

Ölçekteki her madde 0 (sıkıntının hiç olmaması)-3(ciddi sıkıntı olması) arasında puan alarak değerlendirilir. 7 alt bileşenin puan toplamı 0-21 arasında değişmekte ve bu puan toplam PUKİ puanını vermektedir.

Aşağıdaki Tabloda Pittsburgh Uyku Kalitesi Ölçeği'nin puan hesaplanması gösterilmiştir.

SORU VE SORUNUN PUAN KARŞILIĞI	
Bileşen 1 (Subjektif Uyku Kalitesi)	9. Soru Puanı (0-1-2-3)
Bileşen 2: Soru 2 ve 5a'nın toplanması ile elde edilir. (uyku latansı)	2. soru: <15 dk:0, 16-30dk:1, 31-60 dk:2, >60 dk:3 Toplam Puan Değerlendirme 0:0, 1-2:1, 3-4:2, 5-6: 3
Bileşen 3 (uyku süresi)	4. soru: >7 saat:0, 6-7 saat:1, 5-6 saat:2, <5 saat: 3
Bileşen 4 Soru 1, Soru 3 ve Soru ile hesaplanır. Yatma saati (soru 1) ile kalkma saati (soru 3) arasındaki süre hesaplanarak yatakta geçilen süre bulunur. Daha sonra soru 4 ile uyuma saatleri saptanır ve yandaki gibi bileşen 4'ün puanlanması hesaplanır. (uyku etkinliği)	(uykuda geçen süre/yatakta kalma süresi)x100 >%85: 0, %75-84: 1, %65-74:2, <%65: 3
Bileşen 5: Soru 5b,5c,5d,5e,5f,5g,5i ve 5j'nin toplamı (uyku bozukluğu)	0:0, 1-9: 1, 10-18: 2, 19-27: 3
Bileşen 6: (ilaç kullanımı)	6.soru puanı (0-1-2-3)
Bileşen 7: soru 7 puanı+soru 8 puanı (gündüz fonksiyonları)	0:0, 1-2: 1, 3-4: 2, 5-6: 3
Toplam skor	

Piper Yorgunluk Ölçeği (EK-8)

Piper ve ark. tarafından geliştirilen ölçek, yorgunluğun dört subjektif boyutunu ele alıp değerlendirmektedir. Türkçe güvenirlik testi yapılmıştır.

Piper yorgunluk ölçeği; davranışsal, duygulanım, duyusal ve bilişsel olmak üzere 4 alt boyuttan oluşmaktadır. Alt ölçek değerleri ve toplam yorgunluk değerleri toplam 23 madde üzerinden hesaplanır(18).

Yorgunluğun şiddetini ölçebilmek için, 23 maddeden oluşan tüm puanların aritmetik ortalaması hesaplanabilir. Puan ortalamaları sonucu

0 puan-Hiç yorgunluk yok

1-3 puan-Hafif derecede yorgunluk var

4-6 puan-Orta derecede yorgunluk var

7-10 puan-Çok şiddetli yorgunluk var

olduğunu göstermektedir.

1- Davranış/Şiddet Alt Boyutu Yorgunluğun günlük yaşam aktivitelerine etkisini ve şiddetini değerlendirmektedir. 6 sorudan oluşmaktadır. Soru 2, 3, 4, 5, 6, 7'yi içermektedir.

2- Duygulanım Alt Boyutu Yorgunluğa atfedilen duygusal anlamı değerlendirmektedir. 5 sorudan oluşmaktadır. Soru 8, 9, 10, 11, 12'yi içermektedir.

3- Duyusal Alt Boyutu Yorgunluğun fiziksel, mental, emosyonel semptomlarını değerlendirmektedir. 5 sorudan oluşmaktadır. Soru 13, 14, 15, 16, 17'yi içermektedir.

4- Bilişsel/Ruhsal Alt Boyutu Yorgunluğun bilişsel fonksiyonlar ve ruhsal durum üzerine etkisini değerlendirmektedir. 6 sorudan oluşmaktadır. Soru 18, 19, 20,21, 22, 23'ü içermektedir.

Obstrüktif Uyku Apnesi Sendromu ve STOP Anketi

Obstrüktif uyku apne sendromu (OSAS) dünyada prevalansı gitgide artan multisistemik bir hastalıktır. Önemli morbidite ve mortalite nedenleri arasındadır. Psoriazis hastalarında uyku kalitesinin bozulduğu ve OSAS riskinin yüksek olduğu bilinmektedir.

Psoriazis hastalarındaki OSAS riskini değerlendirebilmek için hastaların uyku ve süreci ile alakalı şikayetlerini sorgulayan STOP anketi önemli tarama yöntemidir. Yapılan çalışmalar STOP anketinin, OSAS erken tanısı için ucuz ve tanıyı destekleyici bir tarama yöntemi olarak kullanılabileceğini göstermiştir(19). Bu teste göre her bir soruya verilecek evet yanıtları 1 puan kabul edildi ve toplam 2 puan ve üzerinde olan denekler OSAS açısından yüksek riskli sınıfa dahil edildi.



Bireysel Özellikler Tanıtım Formu

Bireysel Özellikler Tanıtım Formu ile hastaların kişisel ve klinik özellikleri ile ilgili hastanın yaşı, cinsiyeti, medeni durumu, eğitim durumu, herhangi bir işte çalışıp çalışmadığı, sağlık güvencesi, herhangi bir sağlık sorununun varlığı, sürekli kullanılan bir ilacın var olup olmadığı, sigara ve alkol kullanımı, daha önce geçirdiği ameliyat olup olmadığı bilgilerinden oluşmaktadır. Bu bilgiler çalışmaya katılan hastaların gözlemlenmesi ve hasta ve kontrol grup arasında anlamlı fark olup olmamasının tespiti amacıyla toplanmıştır.



Beck Depresyon Envanteri

Beck tarafından geliştirilen envanter ile, katılımcıların depresyon riskleri ve depresif belirtilerinin düzeyleri tespit edilebilir. BDE, 21 maddeden oluşur. Ölçeğin amacı, depresyon tanısı koymak değil depresyon riskini değerlendirmektir(38). BDE'deki her madde, depresyona özgü davranışların 4 kademelik kendini değerlendirme cümlesini içerir. Bu maddeler depresyonun düzeyini gösterir, etiyojisi ile alakalı bilgiler sunmaz. Bu belirtiler; karamsarlık, depresif ruh hali, suçluluk duyguları, sosyal çekilme, kararsızlık, uyku bozukluğu, yorgunluk, iştah azalması, kilo kaybı, çalışamamazlık, başarısızlık hissi, doyuma ulaşamama, ağlama nöbetleri, tedirginlik, bedensel görünümün bozulması, somatik meşguliyetler ve libido kaybıdır. Kişiden son bir hafta içinde nasıl hissettiğini ifade eden, her soruda yer alan 4 maddeden birini işaretlemesi istenir. Her madde 0 ile 3 arasında puan alır ve 21 soru toplam puan 0-63 arasında değişir. Toplam puanın yükselmesi depresyon riskinin ve düzeyinin yüksekliğini gösterir. Genellikle; 1-10 puan arası normal, 11-16 puan arası hafif derecede duygudurum bozukluğu, 17-20 puan arası sınırda klinik depresyon; 21-30 puan arası orta düzey depresyon; 31-40 puan arası ciddi düzey depresyon; 41-63 puan arası ağır düzey depresyon biçiminde değerlendirilmektedir.(28,35,36,37)

Beck Anksiyete Envanteri

Beck ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş olup kendini değerlendirme testi olarak kabul görür. Bireylerin yaşadığı anksiyete belirtilerinin sıklığı ve düzeyinin belirlenmesi amacıyla kullanılır. 21 beliti ve her belirti için 4 derecelendirme mevcuttur. Her bir madde ise 0-3 arasında puan alır. Ölçekten alınan puan yükseldikçe kişinin yaşadığı anksiyete ve düzeyi de o ölçüde yükselir. Ülkemizde geçerlilik ve güvenirlik çalışması yapılmıştır. Beck anksiyete ölçeğinin değerlendirilmesinde 8-15 puan arası sonuçlar hafif düzey, 16-25 puan arası sonuçlar orta düzey, 26-63 puan arası sonuçlar ağır düzey anksiyete olarak değerlendirilir.(36,37,38)



Çalışmadan elde edilen verilerin özetlenmesinde tanımlayıcı istatistikler sürekli değişkenler için dağılıma bağlı olarak ortalama $\pm$ standart sapma veya medyan ile çeyreklikler arası genişlik olarak tablo halinde verildi. Kategorik değişkenler sayı ve yüzde olarak özetlendi. Sayısal değişkenlerin normallik testi Kolmogorov Smirnov testi ile kontrol edildi. Hasta-kontrol, cinsiyet ve STOP anketi karşılaştırmalarında, sayısal değişkenlerin normal dağılım gösterdiği durumlarda Independent Samples t test, normal dağılım göstermediği durumlarda ise Mann Whitney U testi kullanıldı. Hasta ile kontrol grupları arasındaki karşılaştırmada cinsiyetin etkisini kontrol etmek için R programında WRS2 paketi kullanıldı. Kategorik değişkenler arasındaki farklılık karşılaştırmalarında 2x2 tablolarda varsayımların sağlanması durumunda Pearson Ki-Kare, sağlanmadığı durumda ise Fisher's Exact Test kullanıldı. Ölçekler arasındaki korelasyonların incelenmesi için Spearman Rho Korelasyon katsayısı kullanıldı. İstatistiksel analizler, Jamovi project (version 1.0.7, 2019) ve JASP (version 0.11.1, 2019) programları ile yapıldı ve istatistik analizlerde anlamlılık düzeyi 0.05 (p-value) olarak dikkate alındı.

Bulgular

Çalışmaya 66 hasta ve 60 kontrol olmak üzere toplam 126 denek alındı. Hastaların yaş ortalaması (37.9 ± 9.6) kontrollerin yaş ortalamasından (30.0 ± 11.1) anlamlı olarak yüksekti ($p<0.001$). Hasta grubunda erkekler daha fazla iken (%59,4) kontrol grubunda kadınlar daha fazlaydı (%68,3) ve fark istatistiksel olarak anlamlıydı ($p=0.004$). Hasta grubunun daha büyük bir yüzdesi evliydi (%55,4'e karşılık %33,9; $p=0.026$). İki grubun eğitim durumları arasında anlamlı bir fark vardı ($p=0.018$). İlkokul mezunları hasta grubunda kontrollerden fazlayken (%28,1'e karşılık %10,5), üniversite mezunları kontrol grubunda hasta grubundan daha fazlaydı (%38,6'ya karşılık %31,2). Çalışma durumu bakımından ise gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmadı (%64,1'e karşılık %58,3; $p=0.638$) (Tablo 1).

Tablo 1. Hasta ve kontrol gruplarında bazı sosyodemografik özelliklerin karşılaştırılması

	Tüm Olgular (126)	Grup		p-değeri
		Hasta (n=66)	Kontrol (n=60)	
Yaş	34,1 $\pm$ 11,0	37,9 $\pm$ 9,6	30,0 $\pm$ 11,1	<0,001
Cinsiyet				
Kadın	67 (54,0)	26 (40,6)	41 (68,3)	0,004
Erkek	57 (46,0)	38 (59,4)	19 (31,7)	
Medeni Durum				
Bekar	68 (54,8)	29 (44,6)	39 (66,1)	0,026
Evli	56 (45,2)	36 (55,4)	20 (33,9)	
Eğitim Durumu				
İlkokul	24 (19,8)	18 (28,1)	6 (10,5)	0,018
Ortaokul	16 (13,2)	11 (17,2)	5 (8,8)	
Lise	39 (32,2)	15 (23,4)	24 (42,1)	

Üniversite	42 (34,7)	20 (31,2)	22 (38,6)	
Çalışma Durumu				
Evet	76 (61,3)	41 (64,1)	35 (58,3)	0,638
Hayır	48 (38,7)	23 (35,9)	25 (41,7)	

Kalın olarak belirtilen p değerleri istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi ($p < 0,05$).



Sağlık güvencesine sahip olma oranı hastalarda (%92,2) kontrollerden (%78) anlamlı olarak daha yüksekti ($p=0,048$). Bir sağlık sorununa sahip olma oranı da hastalarda (%53,1) kontrollerden (%30) daha yüksekti ($p=0.015$). Sürekli ilaç kullanımı, sigara kullanımı, sigara kullanımı süresi, kullanılan sigara adedi, alkol kullanımı, ameliyat öyküsü ve psöriazis hastalığı için eğitim alma durumu gruplar arasında farklı değildi (Tablo 2).

Tablo 2. Hasta ve Kontrol Grupları Arasında Sağlık Güvencesi, Sigara ve Alkol Kullanımı ve Psöriazis Hakkında Eğitim Alma Durumlarının Karşılaştırılması

		Grup		
	Tüm Olgular (126)	Hasta (n=66)	Kontrol (n=60)	p- değeri
Sağlık Güvencesi				
Var	105 (85,4)	59 (92,2)	46 (78,0)	0,048
Yok	18 (14,6)	5 (7,8)	13 (22,0)	
Sağlık Sorunu				
Evet	52 (41,9)	34 (53,1)	18 (30,0)	0,015
Hayır	72 (58,1)	30 (46,9)	42 (70,0)	
Sürekli Kullanılan İlaç				
Evet	31 (25,0)	17 (26,6)	14 (23,3)	0,836
Hayır	93 (75,0)	47 (73,4)	46 (76,7)	
Sigara Kullanımı				
Evet	60 (48,0)	36 (55,4)	24 (40,0)	0,123
Hayır	65 (52,0)	29 (44,6)	36 (60,0)	
Sigara Kullanım Zamanı (Yıl) (median [ÇAG])	11,0 [5,8- 20,0]	14,0 [6,0- 20,0]	9,0 [4,5- 15,0]	0,325

Sigara Kullanım Adedi (median [ÇAG])	10,0 [6,2- 20,0]	12,0 [5,0- 20,0]	10,0 [7,0- 20,0]	0,636
Alkol Kullanımı				
Evet	38 (30,4)	18 (27,7)	20 (33,3)	0,624
Hayır	87 (69,6)	47 (72,3)	40 (66,7)	
Ameliyat Öyküsü				
Evet	48 (38,7)	25 (38,5)	23 (39,0)	0,999
Hayır	76 (61,3)	40 (61,5)	36 (61,0)	
Psöriazis Hastalığı ile İlgili Eğitim Alma Durumu (%)				
Evet	3 (2,4)	3 (4,6)	0 (0,0)	0,246
Hayır	121 (97,6)	62 (95,4)	59 (100,0)	

ÇAG, çeyreklikler arası genişlik,

Kalın olarak belirtilen p değerleri istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi ($p < 0,05$).

STOP anketi sonuçlarına göre 2 puan ve üzerinde olan denekler yüksek riskli olarak kabul edildi. Buna göre yüksek riskli olanların oranı hasta grubuyla (%25) kontrol grubu (%23,3) arasında anlamlı olarak farklı değildi ($p=0.995$). Hasta grubunda Psöriazis Alan ve Şiddeti İndeksi (PAŞİ) ortalaması $5.6 (\pm 2,6)$ olarak bulundu. Beck Depresyon Envanteri (BDE) medyan skorları hasta grubu (8.0; 4.0-16.0) ile kontrol grubu (7.5; 3.0-12.0) arasında farklı değildi ($p=0.995$). Beck Anksiyete Envanteri (BAE) medyan skorları hasta grubu (9.5; 2.8-15.0) ile kontrol grubu (7.0; 3.0-12.0) arasında farklı değildi ($p=0.356$). Piper Yorgunluk Ölçeği (PYÖ) medyan puanı hasta grubunda (3.8; 1.1-5.2) kontrol grubundan (3.2; 1.4-5.4) farklı değildi ($p=0.870$). PYÖ alt ölçekleri olan Davranış/Şiddet, Duygulanım, Duygusal ve Bilişsel/Ruhsal ölçeklerde de hasta grubu ile kontrol grubu arasında anlamlı bir fark bulunmadı. Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ) toplam puanı ve alt ölçek puanları da hasta grubu ile kontrol grubu arasında farklı değildi. Cinsiyetin hasta ile kontrol grupları arasındaki karşılaştırmalardaki etkisi kontrol edildi ancak sonuçlarda bir değişiklik olmadığı verilmedi (Tablo 3).

Tablo 3. Hasta ve Kontrol Grupları Arasında STOP Anketi, PAŞİ, BDİ, BAİ, PYÖ Toplam ve Alt Ölçekleri, PUKİ Toplam ve Alt Ölçekleri Karşılaştırması

	Tüm Olgular (126)	Grup		p-değeri
		Hasta (n=66)	Kontrol (n=60)	
STOP Anketi (%)				
Yüksek riskli	30 (24,2)	16 (25,0)	14 (23,3)	0,995
Yüksek riskli değil	94 (75,8)	48 (75,0)	46 (76,7)	
PAŞİ	5,6 ± 2,6	5,6 ± 2,6	-	-
BDE (median [ÇAG])	8,0 [4,0- 13,0]	8,0 [4,0- 16,0]	7,5 [3,0- 12,0]	0,356
BAE (median [ÇAG])	8,0 [3,0- 14,8]	9,5 [2,8- 15,0]	7,0 [3,0- 12,0]	0,103
PYÖ				
Genel Toplam (median [ÇAG])	3,3 [1,1- 5,2]	3,8 [1,1- 5,2]	3,2 [1,4- 5,4]	0,870
Davranış/şiddet (median [ÇAG])	2,2 [0,6- 5,1]	2,2 [0,3- 4,8]	2,3 [0,7- 5,2]	0,440
Duygulanım (median [ÇAG])	3,0 [0,0- 6,0]	2,0 [0,0- 5,2]	3,3 [0,2- 6,2]	0,497
Duyusal (median [ÇAG])	4,0 [1,0- 5,8]	4,0 [1,0- 5,4]	4,2 [1,2- 6,0]	0,913

Bilişsel/ruhsal (median [ÇAG])	3,2 [0,8- 5,6]	3,7 [1,4- 6,3]	2,4 [0,5- 5,2]	0,117
PUKİ (median [ÇAG])	4,0 [3,0- 8,0]	5,0 [2,5- 7,5]	4,0 [3,0- 8,0]	0,883
Öznel uyku kalitesi (median [ÇAG])	0,0 [0,0- 1,0]	0,0 [0,0- 1,0]	0,0 [0,0- 1,0]	0,869
Uyku latansı (gecikmesi) (median [ÇAG])	1,0 [0,0- 2,0]	1,0 [0,2- 2,0]	1,0 [0,0- 2,0]	0,207
Uyku süresi (median [ÇAG])	0,0 [0,0- 1,0]	0,0 [0,0- 1,0]	0,0 [0,0- 1,0]	0,413
Uyku etkinliği (median [ÇAG])	0,0 [0,0- 1,0]	0,0 [0,0- 1,0]	0,0 [0,0- 0,5]	0,706
Uyku bozukluğu (median [ÇAG])	1,0 [1,0- 2,0]	1,0 [1,0- 2,0]	1,0 [1,0- 1,0]	0,069
Uyku ilacı kullanımı (median [ÇAG])	1,0 [0,0- 1,5]	1,0 [0,0- 1,0]	1,0 [0,0- 2,0]	0,372
Gündüz işlev bozukluğu (median [ÇAG])	0,0 [0,0- 1,0]	0,0 [0,0- 1,0]	0,5 [0,0- 1,0]	0,480

BAE, Beck Anksiyete Envanteri; BDE, Beck Depresyon Envanteri; ÇAG, çeyreklikler arası genişlik; PAŞİ, Psöriazis Alan ve Şiddet İndeksi; PYÖ, Piper Yorgunluk Ölçeği; PUKİ, Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi

STOP anketine göre yüksek riskli olan ve olmayan hastalar arasında PAŞİ puanları bakımından fark yoktu. Medyan BDE puanı yüksek riskli hastalarda (12.5; 7.8-19.2) yüksek riskli olmayan hastalardan (7.0; 4.0-14.5) anlamlı olarak yüksek bulundu ($p=0.016$). BAE ve PYÖ toplam ve alt ölçek puanları bakımından yüksek riskli olan ve olmayan hastalar arasında fark bulunmadı. PUKİ toplam puanı ve Gündüz İşlev Bozukluğu hariç alt ölçek puanları da yüksek riskli olan ve olmayan hastalarda arasında anlamlı düzeyde farklı değildi. Gündüz İşlev Bozukluğu medyan puanları yüksek riskli hasta grubunda (1.0; 0.5-1.0) düşük riskli gruptan (0.0; 0.0-1.0) anlamlı olarak daha yüksekti ($p=0.029$) (Tablo 4).



Tablo 4. STOP Anketine Göre Yüksek Riskli Olan ve Olmayan Hastalar Arasında PAŞİ, BDE, BAE, PYÖ ve PUKİ ölçek puanlarının karşılaştırılması

	Tüm Hastalar (n=66)	STOP Anketi		p
		Yüksek Riskli (n=18)	Yüksek Riskli Değil (n=48)	
PAŞİ	5.6 ± 2.6	6.8 ± 2.9	5.2 ± 2.5	0,075
BDE (median [ÇAG])	8,0 [4,0- 16,0]	12,5 [7,8- 19,2]	7,0 [4,0- 14,5]	0,016
BAE (median [ÇAG])	9,5 [2,8- 15,0]	13,0 [6,2- 17,0]	9,0 [2,0- 15,0]	0,205
PYÖ				
Genel Toplam (median [ÇAG])	3,8 [1,1- 5,2]	5,1 [1,9- 6,5]	3,3 [1,0- 4,6]	0,107
Davranış/şiddet (median [ÇAG])	2,2 [0,3- 4,8]	5,8 [1,0- 6,5]	1,9 [0,2- 3,8]	0,077
Duygulanım (median [ÇAG])	2,0 [0,0- 5,2]	5,0 [2,0- 7,0]	1,4 [0,0- 4,8]	0,06
Duyusal (median [ÇAG])	4,0 [1,0- 5,4]	4,4 [3,4- 6,8]	3,5 [1,0- 5,2]	0,304
Bilişsel/ruhsal (median [ÇAG])	3,7 [1,4- 6,3]	5,6 [0,6- 7,2]	3,2 [1,6- 5,6]	0,513
PUKİ (median [ÇAG])	5,0 [2,5- 7,5]	6,0 [4,0- 8,5]	4,0 [2,0- 7,0]	0,127

Öznel uyku kalitesi (median [ÇAG])	0,0 [0,0- 1,0]	0,0 [0,0- 2,0]	0,0 [0,0- 1,0]	0,622
Uyku latansı (gecikmesi) (median [ÇAG])	1,0 [0,2- 2,0]	1,0 [1,0- 2,0]	1,0 [0,0- 2,0]	0,422
Uyku süresi (median [ÇAG])	0,0 [0,0- 1,0]	0,0 [0,0- 1,0]	0,0 [0,0- 1,0]	0,415
Uyku etkinliği (median [ÇAG])	0,0 [0,0- 1,0]	0,0 [0,0- 0,0]	0,0 [0,0- 1,0]	0,215
Uyku bozukluğu (median [ÇAG])	1,0 [1,0- 2,0]	1,0 [1,0- 2,0]	1,0 [1,0- 2,0]	0,071
Uyku ilacı kullanımı (median [ÇAG])	1,0 [0,0- 1,0]	1,0 [0,5- 1,5]	1,0 [0,0- 1,0]	0,455
Gündüz işlev bozukluğu (median [ÇAG])	0,0 [0,0- 1,0]	1,0 [0,5- 1,0]	0,0 [0,0- 1,0]	0,029

BAE, Beck Anksiyete Envanteri; BDE, Beck Depresyon Envanteri; ÇAG, çeyreklikler arası genişlik; PAŞİ, Psöriazis Alan ve Şiddet İndeksi; PYÖ, Piper Yorgunluk Ölçeği; PUKİ, Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi
Kalın olarak belirtilen p değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi ($p<0,05$).

Psöriazis hastalarında ölçek puanları cinsiyete göre karşılaştırıldığında STOP anketine göre yüksek riskli olan hastaların oranı kadın ve erkekler arasında farklı değildi. PAŞİ, BDE, BAE, PYÖ Toplam ve Alt Ölçekleri de kadınlar ve erkekler arasında farklı bulunmadı. PUKİ toplam puanı medyan değeri kadın hastalarda (6.0; 4.0-8.0) erkek hastalardan (4.0; 2.0-6.2) anlamlı olarak yüksek bulundu (p=0.045). PUKİ Uyku Süresi medyan alt ölçek puanı da kadın hastalarda (1.0; 0.0-1.0) erkek hastalardan (0.0; 0.0-0.0) yüksek bulundu (p=0.013) (Tablo 5).

Tablo 5. STOP Anketi, PAŞİ, BDE, BAE, PYÖ Toplam ve Alt Ölçekleri ve PUKİ ve Alt Ölçeklerinin Cinsiyete Göre Karşılaştırılması

	Cinsiyet		p
	Kadın (n=26)	Erkek (n=38)	
STOP Anketi (%)			
Yüksek riskli	6 (23.1)	10 (27.0)	0,952
Yüksek riskli değil	20 (76.9)	27 (73.0)	
PAŞİ	5.0 ± 2.2	6.0 ± 2.9	0,121
BDE (median [ÇAG])	8,5 [6,2- 15,2]	7,0 [4,0- 16,0]	0,506
BAE (median [ÇAG])	11,5 [7,2- 15,0]	7,0 [2,0- 15,0]	0,093
PYÖ			
Genel Toplam (median [ÇAG])	3,8 [1,6- 5,2]	3,2 [1,0- 4,8]	0,444
<i>Davranış/şiddet (median [ÇAG])</i>	2,7 [0,8- 4,8]	1,5 [0,2- 4,0]	0,472
<i>Duygulanım (median [ÇAG])</i>	4,0 [0,9- 5,1]	1,2 [0,0- 5,0]	0,327
<i>Duyusal (median [ÇAG])</i>	4,0 [2,2- 5,2]	3,4 [0,8- 5,7]	0,648
<i>Bilişsel/ruhsal (median [ÇAG])</i>	4,0 [1,6- 6,8]	3,2 [1,1- 5,9]	0,429
PUKİ (median [ÇAG])	6,0 [4,0- 8,0]	4,0 [2,0- 6,2]	0,045
<i>Öznel uyku kalitesi (median [ÇAG])</i>	0,0 [0,0- 1,0]	0,0 [0,0- 1,0]	0,635

<i>Uyku latansı (gecikmesi) (median [ÇAG])</i>	1,0 [1,0- 1,8]	1,0 [0,0- 2,0]	0,908
<i>Uyku süresi (median [ÇAG])</i>	1,0 [0,0- 1,0]	0,0 [0,0- 0,0]	0,013
<i>Uyku etkinliği (median [ÇAG])</i>	0,0 [0,0- 1,0]	0,0 [0,0- 0,0]	0,056
<i>Uyku bozukluğu (median [ÇAG])</i>	1,0 [1,0- 2,0]	1,0 [1,0- 2,0]	0,275
<i>Uyku ilacı kullanımı (median [ÇAG])</i>	1,0 [0,2- 1,8]	1,0 [0,0- 1,0]	0,444
<i>Gündüz işlev bozukluğu (median [ÇAG])</i>	0,5 [0,0- 1,0]	0,0 [0,0- 1,0]	0,576

BAE, Beck Anksiyete Envanteri; BDE, Beck Depresyon Envanteri; ÇAG, çeyreklikler arası genişlik; PAŞİ, Psöriazis Alan ve Şiddet İndeksi; PYÖ, Piper Yorgunluk Ölçeği; PUKİ, Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi

Kalın olarak belirtilen p değerleri istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi ($p<0,05$).

Sosyodemografik değişkenlerden yaş ile çalışmada kullanılan ölçekler arasındaki korelasyonlar Spearman korelasyon analizi incelendi. Yaş ile incelenen ölçekler ve alt ölçeklerin hiçbiri arasında anlamlı bir korelasyon bulunmadı (her biri için $p>0,05$, Tablo 6).

Tablo 6. BDE, BAE, PY Toplam ve Alt lek Puanları ve PUKİ Toplam ve Alt lek Puanlarının Psöriazis Hastalarında Yaş ile Korelasyonları

			Spearman rho	p
Yaş	-	BDE	0,013	0,917
Yaş	-	BAE	-0,080	0,531
Yaş	-	PY Genel Toplam	-0,057	0,668
Yaş	-	Davranış/şiddet	-0,110	0,417
Yaş	-	Duygulanım	-0,131	0,332
Yaş	-	Duyusal	-0,053	0,692
Yaş	-	Bilişsel/ruhsal	-0,031	0,818
Yaş	-	PUKİ	-0,140	0,273
Yaş	-	znel uyku kalitesi	-0,060	0,643
Yaş	-	Uyku latansı (gecikmesi)	-0,147	0,253
Yaş	-	Uyku süresi	0,125	0,367
Yaş	-	Uyku etkinliği	-0,089	0,534
Yaş	-	Uyku bozukluğu	-0,078	0,545
Yaş	-	Uyku ilacı kullanımı	-0,231	0,069
Yaş	-	Gündüz işlev bozukluğu	0,002	0,985

BAE, Beck Anksiyete Envanteri; BDE, Beck Depresyon Envanteri; PY, Piper Yorgunluk leği; PUKİ, Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi

PAŞİ Puanı ile diğer ölçekler arasındaki korelasyonlar Spearman korelasyonu ile incelendi. Buna göre PAŞİ ile BDE arasında ($r=0.387$; $p=0.002$), PAŞİ ile BAE arasında ($r=0.428$; $p<0.001$), PAŞİ ile PYÖ toplam ($r=0.465$; $p<0.001$) ve Davranış/Şiddet ($r=0.429$; $p=0.001$), Duygulanım ($r=0.444$; $p<0.001$), Duyusal ($r=0.332$; $p=0.012$) ve Bilişsel/ruhsal ($r=0.426$; $p<0.001$) alt ölçekleri arasında ve PUKİ toplam ($r=0.313$; $p=0.014$) ve Öznel Uyku Kalitesi ($r=0.454$; $p<0.001$), Uyku Latansı ($r=0.031$; $p=0.031$), Uyku Bozukluğu ($r=0.356$; $p=0.005$) ve Uyku İlacı Kullanımı ($r=0.419$; $p<0.001$) alt ölçekleri arasında pozitif yönde ve anlamlı korelasyonlar tespit edildi (Tablo 7).

Tablo 7. PAŞİ Puanı ile BDE, BAE, PYÖ Toplam ve Alt Ölçek Puanları ve PUKİ Toplam ve Alt Ölçek Puanları Arasındaki Korelasyonlar

			Spearman's rho	p
PAŞİ	-	BDE	0,387	0,002
PAŞİ	-	BAE	0,428	<0,001
PAŞİ	-	PYÖ Genel Toplam	0,465	<0,001
PAŞİ	-	Davranış/şiddet	0,429	0,001
PAŞİ	-	Duygulanım	0,444	<0,001
PAŞİ	-	Duyusal	0,332	0,012
PAŞİ	-	Bilişsel/ruhsal	0,426	0,001
PAŞİ	-	PUKİ	0,313	0,014
PAŞİ	-	Öznel uyku kalitesi	0,454	<0,001
PAŞİ	-	Uyku latansı (gecikmesi)	0,279	0,031
PAŞİ	-	Uyku süresi	0,196	0,163
PAŞİ	-	Uyku etkinliği	-0,159	0,269
PAŞİ	-	Uyku bozukluğu	0,356	0,005
PAŞİ	-	Uyku ilacı kullanımı	0,419	<0,001

PAŞİ	-	Gündüz işlev bozukluğu	0,228	0,078
------	---	------------------------	-------	-------

BAE, Beck Anksiyete Envanteri; BDE, Beck Depresyon Envanteri; PYÖ, Piper Yorgunluk Ölçeği; PUKİ, Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi



Çalışmada kullanılan PYÖ ve PUKİ ölçekleri ve bunların alt ölçeklerinin BAE ve BDE ile korelasyonları Spearman korelasyon ölçeği ile incelendi. PYÖ ile hem BDE ($r=0.551$; $p<0.001$) hem de BAE ($r=0.377$; $p=0.004$) arasında pozitif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı korelasyon tespit edildi. PYÖ'nin dört alt ölçeği ile BDE ve BAE arasında da pozitif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı korelasyonlar tespit edildi. PUKİ toplam puanı ile hem BDE ($r=0.488$; $p<0.001$) hem de BAE ($r=0.396$; $p=0.001$) arasında pozitif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı korelasyon tespit edildi. PUKİ alt ölçeklerinden Uyku Bozukluğu, Uyku İlacı Kullanımı ve Gündüz İşlev Bozukluğu ile de hem BDE hem de BAE arasında pozitif yönlü ve anlamlı korelasyonlar tespit edildi. Uyku latansı alt ölçeği ise sadece BDE ($r=0.343$; $p=0.006$) ile pozitif yönde ve anlamlı korelasyonlar gösterdi (Tablo 8).



Tablo 8. PYÖ Toplam ve Alt Ölçekleri ve PUKİ Toplam ve Alt Ölçeklerinin BDE ve BAE ile Korelasyonları

	BDE		BAE	
	Spearman rho	p	Spearman rho	p
BAE	0,551	<0,001	-	-
PYÖ Genel Toplam	0,610	<0,001	0,449	<0,001
Davranış/şiddet	0,484	<0,001	0,377	0,004
Duygulanım	0,590	<0,001	0,535	<0,001
Duyusal	0,561	<0,001	0,349	0,007
Bilişsel/ruhsal	0,553	<0,001	0,440	<0,001
PUKİ	0,488	<0,001	0,396	0,001
Öznel uyku kalitesi	0,475	<0,001	0,328	0,009
Uyku latansı (gecikmesi)	0,343	0,006	0,196	0,126
Uyku süresi	0,142	0,306	0,084	0,544
Uyku etkinliği	0,100	0,486	0,003	0,985
Uyku bozukluğu	0,429	<0,001	0,489	<0,001
Uyku ilacı kullanımı	0,423	<0,001	0,410	<0,001
Gündüz işlev bozukluğu	0,432	<0,001	0,453	<0,001

BAE, Beck Anksiyete Envanteri; BDE, Beck Depresyon Envanteri; PYÖ, Piper Yorgunluk Ölçeği; PUKİ, Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi

PUKİ toplam ve alt ölçek puanları ile PYÖ toplam ve alt ölçek puanları arasındaki ilişkiyi incelemek için Spearman korelasyonu kullanıldı. Buna göre PUKİ toplam puanı ile PYÖ toplam puanı ($r=0.500$; $p<0.001$) ve davranış/şiddet ($r=0.548$; $p<0.001$), duygulanım ($r=0.553$; $p<0.001$), duygusal ($r=0.374$; $p=0.004$) ve bilişsel/ruhsal ($r=0.393$; $p=0.002$) alt ölçekleri arasında pozitif yönde ve anlamlı korelasyonlar tespit edildi. PUKİ alt ölçeklerinden Öznel Uyku Kalitesi, Uyku latansı, Uyku Bozukluğu, Uyku İlacı Kullanımı ve Gündüz İşlev Bozukluğu ile de hem PYÖ toplam hem de dört alt ölçek puanı arasında da pozitif yönde anlamlı korelasyonlar tespit edildi.



Tablo 9. PUKİ Toplam ve Alt Ölçekleri ile PYÖ Toplam ve Alt Ölçekleri Arasındaki Korelasyonlar

	PYÖ		Davranış/şidet		Duygulanı m		Duyusal		Bilişsel/ruhs al	
	r	p	R	p	r	p	r	p	r	p
PUKİ	0,50 0	<0,00 1	0,548	<0,00 1	0,55 3	<0,00 1	0,37 4	0,00 4	0,39 3	0,002
Öznel uyku kalitesi	0,45 6	<0,00 1	0,407	0,002	0,48 9	<0,00 1	0,37 3	0,00 4	0,42 6	<0,00 1
Uyku latansı (gecikmesi)	0,42 0	0,001	0,447	<0,00 1	0,41 2	0,002	0,31 7	0,01 7	0,34 3	0,010
Uyku süresi	- 0,07 2	- 0,623	- 0,013	0,928	0,03 0	0,839	- 0,08 1	0,57 9	- 0,12 4	0,395
Uyku etkinliği	0,10 7	0,480	0,150	0,326	0,19 6	0,192	0,08 1	0,59 2	0,02 4	0,874
Uyku bozukluğu	0,48 3	<0,00 1	0,464	<0,00 1	0,43 8	<0,00 1	0,37 5	0,00 4	0,39 9	0,002
Uyku ilacı kullanımı	0,54 3	<0,00 1	0,579	<0,00 1	0,53 6	<0,00 1	0,40 7	0,00 2	0,46 1	<0,00 1
Gündüz işlev bozukluğu	0,37 9	0,004	0,434	<0,00 1	0,39 7	0,002	0,33 1	0,01 2	0,27 6	0,038

PYÖ, Piper Yorgunluk Ölçeği; PUKİ, Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi.

Kalın olarak belirtilen p değerleri istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi ($p < 0,05$).

Tartışma

Bu çalışmada psöriazis hastalarındaki yorgunluk düzeyi kontrol grubundaki deneklerden yüksek bulunmakla birlikte aradaki fark istatistiksel anlamlılık düzeyine ulaşmamıştır. Literatürde çok fazla olmasa da psöriazisle yorgunluk arasındaki ilişkiyi araştıran çalışmalar bulunmaktadır. Verhoeven ve arkadaşları (2007) 112 psöriazis hastasında VAS-Yorgunluk ölçeği ile yorgunluk düzeyini değerlendirmiş ve hastaların %28'inde şiddetli yorgunluk olduğu bildirilmiştir(20). Jankovic ve arkadaşları (2010) 110 psöriazis hastasında SF-36 Vitalite alt ölçeğini değerlendirdiklerinde ortalama puan 48,9 $\pm$ 11,8 olarak bulunmuş ve bu değerin hem Hırvatistan hem de Hollanda için referans popülasyon ortalamalarından düşük olduğu bildirilmiştir(21). Psöriazis sistemik inflamasyonla giden kronik bir hastalık olduğundan yorgunlukla ilişkili olması beklenen bir bulgudur (22). Ayrıca psöriazis hastalarında %30'a varan oranda olduğu bildirilen psöriatik artrit ve tedavi için kullanılan çeşitli ilaçlar da yorgunluğa katkı yapıyor olabilirler(23). Bizim çalışmamızda önceki çalışmalardan farklı olarak Piper Yorgunluk Ölçeği kullanılmıştır. Yine psöriatik artritli hastaların çalışmaya alınmamış olması yorgunluk düzeyinin normal popülasyondan farklı bulunmamasına sebep olmuş olabilir. Çalışmamızda psöriazis şiddetinde artış ile yorgunluk düzeyinde artış arasında anlamlı bir korelasyon bulunması daha şiddetli psöriazisi olan hastalarda yorgunluğun değerlendirilmesinin özellikle önemli olduğunu düşündürmektedir.

Çalışmamızda obstrüktif uyku apnesi için yüksek risk altındaki hasta oranı psöriazisli hastalarla kontroller arasında farklı bulunmamıştır. Obstrüktif uyku apnesi için yüksek riskli olan hastalarda psöriazis şiddeti olmayanlardan fazla olsa da fark istatistiksel anlamlılığa ulaşmamıştır. Literatürde obstrüktif uyku apnesi ile psöriazis arasındaki ilişkinin araştırılmasının temel sebebi psöriazis hastalarında metabolik sendrom riskinin artmış olduğunun gösterilmiş olmasıdır. Psöriazis hastalarında metabolik sendrom prevalansının %20-50 arasında değiştiği ve kontrol grubuna göre iki kat kadar yüksek bulunduğu bildirilmiştir (24). Karaca ve arkadaşları (2012) 33 psöriazis hastasının 18'inde (%54,5) polisomnografi ile Obstrüktif Uyku Apnesi tespit etmiştir(25). Ancak bu çalışmada kontrol grubu olmadığından oranın bir artış lehine yorumlanması zordur. Yine aynı çalışmada çalışmamıza benzer şekilde psöriazis şiddeti obstrüktif uyku apnesi için yüksek risk altındaki grupta daha fazla bulunmuş ama fark istatistiksel anlamlılığa ulaşmamıştır. Ilbay ve arkadaşlarının (2019) çalışmasında ise psöriazis hastalarında Obstrüktif Uyku Apnesi riski için gruplandırma Berlin Anketi kullanılarak yapılmış ve hastaların %61,40'ının yüksek riskli olduğu ifade edilmiştir(26).

Yüksek riskli hastalarda psöriazis şiddeti düşük risklilerden daha fazla bulunmuştur. Bu çalışmada obstrüktif uyku apnesi riskini değerlendirmek için çalışmamızdan farklı bir anket kullanılmış olması oranların çalışmamızdan farklı bulunmasına sebep olmuş olabilir. Diğer yandan obstrüktif uyku apnesi olan hastalarda psöriazis riskini değerlendiren çalışmalar da yapılmıştır. Yang ve arkadaşları (2012) 2258 obstrüktif uyku apnesi sendromu hastası ve 11255 eşleştirilmiş kontrolle yapılan çalışmada 3 yıl içinde psöriazis geliştirme riskinin hastalarda 2,30 kat fazla olduğunu bulmuştur ($p=0.022$). Bu bulgu obstrüktif uyku apnesi ile psöriazis arasında karşılıklı bir ilişki olduğu yönünde değerlendirilmiştir(27). Çalışmamızda obstrüktif uyku apnesi için yüksek riskli hastalarda depresyon düzeyleri düşük riske sahip olan hastalardan yüksek bulunmuştur. Bu bulgu literatürde sıkça tekrarlanan obstrüktif uyku apnesi ile depresyon arasındaki ilişkiyi yansıtmaktadır. Harris ve arkadaşlarının (2009) gözden geçirmesinde hem toplumda hem de klinik topluluklarda yapılan çalışmalarda obstrüktif uyku apnesinin depresyon için riski artırdığı bildirilmiştir(28). Obstrüktif uyku apnesinin bazı depresyon belirtilerini taklit etmesi yanında uykuda bölünme ve hipoksinin etkisi, bazı ortak nörotransmitter mekanizmaları ve kronik hastalık yükü bu ilişkiden sorumlu olabilir.

Çalışmamızda psöriazis ile uyku kalitesi arasında istatistiki anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Uyku kalitesi ile psöriazis arasındaki ilişkiye dair literatürde çelişkili bulgular yer almaktadır. Stinco ve arkadaşları (2013) 202 psöriazis hastası ve 202 sağlıklı kontrolde PUKİ ile yaptıkları çalışmada hasta grubu (5.56 $\pm$ 3.93) ile kontroller (5.13 $\pm$ 4.16) arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır(29). Aynı ölçeği kullanarak yapılan başka iki çalışmada Gezer ve arkadaşları (2014) 41 psöriazis hastası ve 38 kontrolü karşılaştırmış ve hastalarda PUKİ puanlarını daha yüksek bulmuş (9.70 $\pm$ 3.90'a karşılık 4.05 $\pm$ 1.85)(30), Shutty ve arkadaşları (2013) ise 35 psöriazis hastası ve 44 kontrolü karşılaştırmış ve yine hastalarda PUKİ puanlarını daha yüksek bulmuştur (11.0 $\pm$ 7.0'a karşılık 6.3 $\pm$ 6.0)(31). Henry ve arkadaşlarının (2016) psöriaziste uyku bozuklukları hakkındaki gözden geçirmesine göre psöriazis hastalarında kaşıntı, depresyon, psöriatik artrit ve ağrı uyku bozukluğu ile ilişkili bulunmuştur(32). Çalışmamızda psöriatik artritli hastaların yer almaması ve hastaların depresyon ve kaygı düzeylerinin kontrollerle benzer bulunması uyku kalitesinin düşük olmamasını açıklayabilir. Psöriazis şiddetinde artış ile uyku kalitesinde bozulma arasında anlamlı korelasyon bulunmuş olması özellikle şiddetli psöriazis vakalarında uykunun sorgulanması gerektiğini düşündürmektedir.

Çalışmamızda psöriazisli hastalarla kontroller arasında depresyon ve kaygı düzeyleri açısından fark bulunmamıştır. Ancak psöriazis şiddeti arttıkça depresyon ve kaygı düzeyinin

arttığı tespit edilmiştir. Literatür bulguları genellikle psöriazis ile depresyon ve anksiyete gibi psikiyatrik rahatsızlıklar arasında bir ilişki olduğu yönündedir. ABD’de 50.750 kadın hemşire ile yapılan prospektif bir çalışmada potansiyel karıştırıcı değişkenler kontrol edildikten sonra bile psöriazis olanlarda depresyon riski yüksek bulunmuştur (Görece Risk: 1.29) (33). Dowlatshahi ve arkadaşlarının (2014) sistematik gözden geçirme ve meta-analiz çalışmasına psöriazis ile depresyon arasındaki ilişkiyi inceleyen 98 araştırma alınmıştır. Buna göre hastaların depresyon yaşama ihtimali normal popülasyondan 1,57 kat fazla bulunmuştur. Hastaların %28’inde depresyon belirtileri bulunurken klinik depresyon oranı Hastalıkların Uluslararası Sınıflandırılması tanı kriterleri ile %12 olmuştur(34). Psöriazisli hastalarda depresyon ve intihar girişimleri için en önemli risk faktörleri yaş, cinsiyet ve psöriazis şiddetidir (35). Remrod ve arkadaşları (2013) 20 yaşından önce başvuran psöriazis hastalarında depresyon insidansının 20 yaşından sonra başvuranlardan yüksek olduğunu bildirmiştir(36). Golpour ve arkadaşları (2012) kadın psöriazis hastalarında daha yüksek BDE puanları tespit etmiştir(37). Bizim çalışmamızda hastaların ortalama $37,9 \pm 9,6$ yaşında ve kontrollerden yaşlı olması ve hastaların büyük bir kısmının erkek kontrollerin büyük kısmının kadın olması depresyon ve anksiyete puanlarında hastalar ve kontroller arasında fark bulunamamış olmasının sebebi olabilir. Psöriazis şiddeti ile depresyon arasında ilişkiyi araştıran Kurd ve arkadaşları (2010) şiddetli psöriazisi olan hastalarda hafif psöriazisi olanlara kıyasla depresyon riskinin 1,72 kat arttığını bulmuştur(38). Egeberg ve arkadaşları (2016) psöriazis şiddeti ile intihar ve kendine zarar verme girişimi arasındaki ilişkiyi incelemiş ve hafif psöriazis hastalarında her iki sonlanım için de risk artışı bulmazken şiddetli psöriazis hastalarında kendine zarar verme ve ölümcül olmayan intihar girişimlerinin 1,6 kat fazla olduğunu bulmuştur(39). Çalışmamızda psöriazis şiddeti ile depresyon arasında korelasyonun bulunması bu sonuçlarla uyumludur.

Psöriazis hastalarında yorgunluk genellikle uykuda bozulmanın bir sonucudur (40). Bozukluk genellikle uyku süresiyle değil uykunun bölünmesiyle ilişkilidir (41). Çalışmamızda da benzer şekilde uyku kalitesiyle yorgunluk arasında güçlü bir korelasyon bulunurken uyku süresiyle yorgunluk arasında bir ilişki bulunmamıştır. Yorgunluk psöriazis hastalarında depresyon ve kaygı gibi psikiyatrik bozuklukların ortaya çıkmasında da önemli bir rol oynamaktadır. Evers ve arkadaşlarının (2005) 128 psöriazis hastası ve 120 atopik dermatit hastasıyla yaptıkları çalışmada her iki dermatolojik hastalıkta psikolojik belirtileri etkileyen en önemli faktörlerin yorgunluk, algılanan çaresizlik ve daha az sosyal destek olduğu bulunmuştur(42). Çalışmamızda yorgunluk düzeyleri ile hem depresyon hem de anksiyete arasında pozitif yönde ve anlamlı korelasyonlar bulunmuş olması yorgunluğun psikolojik sorunları tetiklediği görüşünü desteklemektedir.

Çalışmamızda psöriazis hastalarında sigara içme oranı, sigara kullanım yılı ve kullanılan sigara adedi değişkenlerinin tümü psöriazis hastalarında kontrollerden fazla bulunmuş ancak sonuçlar istatistiksel anlamlılık düzeyine ulaşmamıştır. Armstrong ve arkadaşlarının (2014) gözden geçirmesinde incelenen 25 prevalans çalışmasının 22'sinde psöriazis hastalarında sigara içme prevalansının kontrollerden yüksek olduğu bulunmuştur. Toplam 146.934 hasta ve 529.111 kontrolü içeren bu çalışmalarda psöriazis hastalarında sigara içme riski 1,78 kat yüksek bulunmuştur(43). Diğer yandan sigara içenlerde psöriazis insidansını araştıran çalışmalar da bulunmaktadır. Li ve arkadaşları (2011) halen sigara içenlerde psöriazis riskinin 1,94 kat, geçmişte içmiş olanlarda ise 1,39 kat artmış olduğunu bulmuştur. Aynı çalışmada içilen sigara adedi ve sigara kullanım yılı arttıkça da psöriazis riskinin arttığı ve sigara ile psöriazis arasında bir doz-yanıt ilişkisi olduğu tespit edilmiştir(44). Huerta ve arkadaşlarının (2007) Birleşik Krallık'ta Ocak 1996 ile Aralık 1997 yılları arasında ilk kez psöriazis tanısı alan 3994 vakada yaptığı araştırmada ise sigara içmenin psöriazis riskini 1.4 kat artırdığı tespit edilmiştir(45). Sigara içme oksidatif stresi ve serbest radikal hasarını uyararak, plazmada antioksidan konsantrasyonlarını azaltarak, vasküler endotel disfonksiyonunu artırarak ve plazma viskozitesini artırarak psöriazis için riski artırıyor olabilir (46). Çalışmamızda örneklem sayısı az olduğundan sigarayla ilişkili anlamlı sonuçlar elde edilememiş olabilir. ABD'de 82.869 kadın hemşireyi içeren prospektif bir çalışmada alkol alımı olan kadınlarda psöriazis riskinin 1,72 kat arttığı bulunmuştur (47). Çalışmamızda ise alkol alımı ile psöriazis arasında herhangi bir ilişki bulunmamıştır.

Sonuç

Çalışmamızda psöriazis hastalarında sosyodemografik değişkenler yanında hastalık şiddeti, yorgunluk, uyku apnesi, uyku kalitesi, anksiyete ve depresyon gibi birden fazla faktörün etkisini araştırıldı. Hastalarla kontroller arasında anlamlı farklar bulunmamakla birlikte hastalık şiddeti arttıkça yorgunluk, depresyon ve kaygının arttığı ve uyku kalitesinin bozulduğu bulundu. Hastalar ile kontrol grubu arasında anlamlı fark olmamasının sebebi psöriazis hastalarının diğer komorbiditeler açısından görece sağlıklı ve PAŞİ skorlarının sistemik ve konvansiyonel tedavi almayacak şekilde düşük olmasından kaynaklanıyor olabilir. Kontrol grubunun yorgunluk, uyku apnesi, uyku kalitesi, anksiyete ve depresyon gibi faktörlerinin görece yüksek çıkması; grubun yaşam standartlarından ve metropol koşullarından ötürü olabilir. Kontrol grubunun yorgunluk, uyku apnesi, uyku kalitesi, anksiyete ve depresyon ölçeklerinin ortalaması toplumun bazal duygu durumunu yansıtır olabilir. Bu sonuçlardan özellikle hastaların yaşadığı yorgunluk, depresyon, kaygı ve uyku bozulmalarının Psoriasis şiddeti ile korele olması, şiddetli psöriazisi olan hastaların psikiyatrik değerlendirme için yönlendirilmesinin önemini göstermektedir. Sigara ile psöriazis arasındaki ilişki başta olmak üzere araştırılan bazı değişkenlerde muhtemelen örneklemin küçük olması sebebiyle anlamlı sonuçlara ulaşamamıştır. Bu değişkenlerin ileride yapılacak çalışmalarda daha büyük örneklemeler kullanılarak araştırılması faydalı olacaktır.

Kaynaklar

1. [Michalek IM, Loring B, John SM. A systematic review of worldwide epidemiology of psoriasis. J Eur Acad Dermatol Venereol 2017; 31:205.](#)
2. [Danielsen K, Duveitorp A, Iversen L, Østergaard M, Seifert O, Steinar Tveit K, Skov L.](#) Prevalence of Psoriasis and Psoriatic Arthritis and Patient Perceptions of Severity in Sweden, Norway and Denmark: Results from the Nordic Patient Survey of Psoriasis and Psoriatic Arthritis. [Acta Derm Venereol.](#) 2019 Jan 1;99(1):18-25
3. Yaylı S, Topbaş M, Arıca DA, Tuğcugil S, Çapkin E, Bahadır S. The prevalence of psoriasis in Trabzon. [Turkderm - Arch Turk Dermatol Venerology](#) 2016;50:141-4
4. Ergun T. Etiopathogenesis of Psoriasis. [Turkderm - Arch Turk Dermatol Venerology](#) 2008;42(2):18-22
5. [López-Estebanz JL, Sánchez-Carazo JL, Sulleiro S.](#) Effect of a family history of psoriasis and age on comorbidities and quality of life in patients with moderate to severe psoriasis: Results from the ARIZONA study. [J Dermatol](#) 2016; 43:395.
6. [Boehncke WH.](#) Etiology and Pathogenesis of Psoriasis. [Rheum Dis Clin North Am.](#) 2015 Nov;41(4):665-75.
7. [Snast I, Reiter O, Atzmony L, et al.](#) Psychological stress and psoriasis: a systematic review and meta-analysis. [Br J Dermatol](#) 2018; 178:1044.
8. [Rosen J, Landriscina A, Friedman AJ.](#) Psoriasis-associated fatigue: pathogenesis, metrics, and treatment. . [Cutis.](#) 2016 Feb;97(2):125-32.
9. [Rollnik JD.](#) Chronic Fatigue Syndrome: A Critical Review. [Fortschr Neurol Psychiatr.](#) 2017 Feb;85(2):79-85.
10. [Keshavarz akhlaghi a.a., ghalehbandi m.f.](#) Sleep quality and its correlation with general health in pre-university students of karaj, iran. [iranian journal of psychiatry and behavioral sciences \(ijpbs\) spring-summer 2009 , volume 3 , number 1](#); page(s) 44 to 49.
11. Demir, A. U. (2010). Türkiye’de erişkin toplumda uyku epidemiyolojisi araştırması ilk sonuçları. Türk Uyku Tıbbı Derneği Yayını. Erişim: 02.01.2013.

12. [Sateia MJ](#). International classification of sleep disorders-third edition: highlights and modifications. [Chest](#) 2014; 146:1387.
13. [Krajewska-Włodarczyk M](#), [Owczarczyk-Saczonek A](#), [Placek W](#). Sleep disorders in patients with psoriatic arthritis and psoriasis. [Reumatologia](#). 2018;56(5):301-306.
14. A.L. Henry, S.D. Kyle, A. Chisholm, C.E.M. Griffiths, C. Bundy .A cross-sectional survey of the nature and correlates of sleep disturbance in people with psoriasis. [Br J Dermatol](#). 2017 Oct;177(4):1052-1059.
15. [Gupta MA](#), [Simpson FC](#), [Gupta AK](#). Psoriasis and sleep disorders: A systematic review. [Sleep Med Rev](#). 2016 Oct;29:63-75.
16. [Melikoglu M](#). Sleep Quality and its Association with Disease Severity in Psoriasis. [Eurasian J Med](#). 2017 Jun;49(2):124-127.
17. [Mollayeva T](#)¹, [Thurairajah P](#)², [Burton K](#)³, [Mollayeva S](#)⁴, [Shapiro CM](#)⁵, [Colantonio A](#)⁶.
The Pittsburgh sleep quality index as a screening tool for sleep dysfunction in clinical and non-clinical samples: A systematic review and meta-analysis. [Sleep Med Rev](#). 2016 Feb;25:52-73.
18. Piper, B.F., Dibble, S.L., Dodd, M.J. et al. The Revised Fatigue Scale: psychometric evaluation in women with breast cancer. [Oncol Nurs Forum](#). 1998; 25: 677–684
19. [Chung F](#)¹, [Abdullah HR](#)², [Liao P](#)³. STOP-Bang Questionnaire: A Practical Approach to Screen for Obstructive Sleep Apnea. [Chest](#). 2016 Mar;149(3):631-8.
20. [Verhoeven EW](#), [Kraaijaat FW](#), [van de Kerkhof PC](#), [van Weel C](#), [Duller P](#), [van der Valk PG](#), [van den Hoogen HJ](#), [Bor JH](#), [Schers HJ](#), [Evers AW](#). Prevalence of physical symptoms of itch, pain and fatigue in patients with skin diseases in general practice. [Br J Dermatol](#). 2007 Jun;156(6):1346-9.
21. [Jankovic S](#), [Raznatovic M](#), [Marinkovic J](#), [Jankovic J](#), [Kocev N](#), [Tomic-Spiric V](#), [Vasiljevic N](#). Health-related quality of life in patients with psoriasis. [J Cutan Med Surg](#). 2011 Jan-Feb;15(1):29-36.
22. Reich K. The concept of psoriasis as a systemic inflammation: implications for disease management. [J Eur Acad Dermatol Venereol](#). 2012. Mar;26 Suppl 2:3-11. doi: 10.1111/j.1468-3083.2011.04410.x.
23. Mease PJ, Gladman DD, Papp KA et al. Prevalence of rheumatologist-diagnosed psoriatic arthritis in patients with psoriasis in European/North American dermatology clinics. [J Am Acad Dermatol](#) 2013; 69: 729– 35.
24. [Gisondi P](#), [Fostini AC](#), [Fossà I](#), [Girolomoni G](#), [Targher G](#). Psoriasis and the metabolic syndrome. [Clin Dermatol](#). 2018 Jan - Feb;36(1):21-28. doi: 10.1016/j.clindermatol.2017.09.005. Epub 2017 Sep 8
25. [Karaca S](#), [Fidan F](#), [Erkan F](#), [Nural S](#), [Pinarci T](#), [Gunay E](#), [Unlu M](#). Might psoriasis be a risk factor for obstructive sleep apnea syndrome? [Sleep Breath](#). 2013 Mar;17(1):275-80. doi: 10.1007/s11325-012-0686-2. Epub 2012 Mar 15.

26. [Kabeloglu Ilbay V](#), [Tas B](#), [Altuntas M](#), [Atakli HD](#), [Soysal A](#). Risk of Obstructive Sleep Apnea Syndrome in Psoriasis Patients. [Arch Iran Med](#). 2019 Mar 1;22(3):137-143.
27. [Yang YW](#), [Kang JH](#), [Lin HC](#). Increased risk of psoriasis following obstructive sleep apnea: a longitudinal population-based study. [Sleep Med](#). 2012 Mar;13(3):285-9. doi: 10.1016/j.sleep.2011.07.018. Epub 2012 Jan 30.
28. Harris, M., Glozier, N., Ratnavadivel, R. & Grunstein, R. R., 2009. Obstructive sleep apnea and depression. *Sleep Medicine Reviews*, 13(6), 437-444. doi:10.1016/j.smr.2009.04.001
29. Stinco G, Trevisan G, Piccirillo F, Di Meo N, Nan K, Deroma L, et al. Psoriasis vulgaris does not adversely influence the quality of sleep. *G Ital Dermatol Venereol*. 2013;148(6):655–9
30. Gezer O, Batmaz I, Sariyildiz MA, Sula B, Ucmak D, Bozkurt M, et al. Sleep quality in patients with psoriatic arthritis. *International Journal of Rheum Dis*. 2014
31. Shutty BG, West C, Huang KE, Landis E, Dabade T, Browder B, et al. Sleep disturbances in psoriasis. *Dermatol Online J*. 2013;19(1).
32. [Henry AL](#), [Kyle SD](#), [Bhandari S](#), [Chisholm A](#), [Griffiths CE](#), [Bundy C](#). Measurement, Classification and Evaluation of Sleep Disturbance in Psoriasis: A Systematic Review. [PLoS One](#). 2016 Jun 21;11(6):e0157843. doi: 10.1371/journal.pone.0157843. eCollection 2016.
33. Dommasch ED, Li T, Okereke OI, et al. Risk of depression in women with psoriasis: a cohort study. *Br J Dermatol*. 2015 Oct;173(4):975-80.
34. Dowlatshahi EA, Wakkee M, Arends LR, et al. The prevalence and odds of depressive symptoms and clinical depression in psoriasis patients: a systematic review and meta-analysis. *J Invest Dermatol*. 2014 Jun;134(6):1542-51.
35. Nicholas MN, Gooderham M. [Psoriasis, Depression, and Suicidality](#). *Skin Therapy Lett*. 2017 May;22(3):1-4. Review.
36. Remrod C, Sjostrom K, Svensson A. Psychological differences between early- and late-onset psoriasis: a study of personality traits, anxiety and depression in psoriasis. *Br J Dermatol*. 2013 Aug;169(2):344-50.
37. Golpour M, Hosseini SH, Khademloo M, et al. Depression and anxiety disorders among patients with psoriasis: a hospital-based case-control study. *Dermatol Res Pract*. 2012;2012:381905.
38. Kurd SK, Troxel AB, Crits-Christoph P, et al. The risk of depression, anxiety, and suicidality in patients with psoriasis: a population-based cohort study. *Arch Dermatol*. 2010 Aug;146(8):891-5.
39. Egeberg A, Hansen PR, Gislason GH, et al. Risk of self-harm and nonfatal suicide attempts, and completed suicide in patients with psoriasis: a population-based cohort study. *Br J Dermatol*. 2016 Sep;175(3):493-500.

40. Gowda, S., Goldblum, O. M., McCall, W. V., & Feldman, S. R. (2010). Factors affecting sleep quality in patients with psoriasis. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 63(1), 114–123. doi:10.1016/j.jaad.2009.07.003
41. Lavidor M, Weller A, Babkoff H. How sleep is related to fatigue. *Br J Health Psychol* 2003;8:95-105
42. Evers AW, Lu Y, Duller P, van der Valk PG, Kraaimaat FW, van de Kerkhof PC. Common burden of chronic skin diseases? Contributors to psychological distress in adults with psoriasis and atopic dermatitis. *Br J Dermatol* 2005;152:1275-81.
43. 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. doi: 10.1111/bjd.12670
44. [Li W](#), [Han J](#), [Choi HK](#), [Qureshi AA](#). Smoking and risk of incident psoriasis among women and men in the United States: a combined analysis. [Am J Epidemiol](#). 2012 Mar 1;175(5):402-13. doi: 10.1093/aje/kwr325. Epub 2012 Jan 12.
45. Huerta C, Rivero E, Rodriguez LA. Incidence and risk factors for psoriasis in the general population. *Arch Dermatol* 2007; 143:1559– 65
46. Yanbaeva DG, Dentener MA, Creutzberg EC et al. Systemic effects of smoking. *Chest* 2007; 131:1557–66.
47. [Qureshi AA](#), [Dominguez PL](#), [Choi HK](#), [Han J](#), [Curhan G](#). Alcohol intake and risk of incident psoriasis in US women: a prospective study. [Arch Dermatol](#). 2010 Dec;146(12):1364-9. doi: 10.1001/archdermatol.2010.204. Epub 2010 Aug 16.

Dr. Burak Yalçın

SBÜ Şişli Hamidiye Etfal EAH Dermatoloji ve Veneroloji Anabilim Dalı

Doktorburakyalcin@gmail.com

Dermatologburakyalcin@gmail.com

Tel: +905433728725

Eğitim

Lise:

Ankara Atatürk Anadolu Lisesi'nde kimya ve matematik olimpiyat takımında görev aldım ve Kimya dalında uluslararası kış olimpiyat takımına seçildim, ulusal ve uluslararası yaz ve kış olimpiyat kamplarına katıldım. AAAL mezuniyet notum: 92.20/100'dir. 2008 ÖSS'de Türkiye'de ilk 100'e (SAY-2-Türkiye 56.'lığı) girdim ve Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi'ni tercih ettim. Ayrıca bu süre zarfında satranç ile ilgilendim ve Ankara 2.ligi ve Türkiye 13.'lüğü gibi dereceler elde ettim.

Üniversite ve Mezuniyet:

Hacettepe Üniversitesi'nde okurken 5 yıl boyunca "AIDS ile savaşım" öğrenci topluluğunda başkanlık yaptım. Ayrıca 2 senesi genel sekreterlik, 3 senesi başkan yardımcılığı olmak üzere Hacettepe Üniversitesi Atatürkçü Düşünce Topluluğu Sıhhiye Yerleşkesi yönetiminde aktif rol aldım. Ayrıca TürkMSIC adlı öğrenci komitesine (Türk tıp öğrencileri uluslararası komitesi) aktif olarak görev yapıyordum.

Üniversite eğitimimin 2. yılında toplamda 5-6 öğrenci kabul edilen MD-PhD programına başvurduğum ve kabul edildim. Tıp derslerinin yanı sıra her yarıyıl doktor dersleri de aldım. Üniversite eğitimimin 4. yılında Dahiliye stajından A1 olarak her sene ortalama 4-5 öğrencinin alabildiği Şeref Zileli Ödülü'nü aldım. Üniversite son sınıfta Wrocław/Polonya'da Erasmus yaptım. Oradan aldığım notlar 5(A) oldu. Tıp fakültesi mezuniyet ortalamam 3.22/4 olup Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden şeref öğrencisi olarak 27 Haziran 2016'da mezun oldum.

Asistan Doktorluk, Deneyimler, Kurslar, Kongre ve Doktora Eğitimi:

Tıp Fakültesi'nden mezun olduktan sonraki ilk Eylül TUS sınavında Türkiye 65.'si oldum, TUS puanım: 71,16'dır. Ve 25 Ocak 2016 tarihinde Bezmialem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde dermatoloji asistanı olarak göreve başladım. 29/03/2017 tarihinden beridir Şişli Hamidiye Etfal EAH hastanesi bünyesinde görev yapmaktayım.

-Hayvan Deneyleri sertifikam var. Bunun için 80 saatlik kursa gittim.

-Hacettepe Üniversitesi'nde eğitim görürken doktora programı için farmakoloji dersleri aldım.

Ayrıca yurtiçi ve yurtdışında çok sayıda kongrede sözlü bildiri ve poster sunumlarım mevcuttur.

Yayınlar:

Worsening of Psoriatic Arthritis Following Ustekinumab Treatment, American Journal of Therapeutics: May/June 2018 - Volume 25 - Issue 3 - p e381–e382

T.C.
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ ŞİŞLİ HAMİDİYE ETFAL EĞİTİM VE
ARAŞTIRMA HASTANESİ

ETİK BİLDİRİM VE İNTİHAL BEYAN FORMU

Tıpta Uzmanlık Tezi olarak Prof. Dr. İlknur Kıvanç Altınay danışmanlığında sunulan “Psöriazis Hastalarında Kronik Yorgunluk Varlığının Araştırılıp Bununla İlişkili Etkenlerin Gösterilmesi” başlıklı çalışmanın tarafımızdan bilimsel etik ilkelere uyularak yazıldığını, yararlanılan eserlerin kaynakçada gösterildiğini, Sağlık Bilimleri Üniversitesi tarafından belirlenmiş olan Turnitin Programı benzerlik oranlarının aşılmadığını ve aşağıdaki oranlarda olduğunu beyan ederiz.

Tez Bölümleri	Tezin Benzerlik Oranı (%)	Maksimum Oran (%)
Giriş	Tezdeki benzerlik oranın yazınız	15
Genel Bilgiler	Tezdeki benzerlik oranın yazınız	30
Materyal ve Metod	Tezdeki benzerlik oranın yazınız	35
Bulgular	Tezdeki benzerlik oranın yazınız	10
Tartışma	Tezdeki benzerlik oranın yazınız	15

Beyan edilen bilgilerin doğru olduğunu, aksi halde doğacak hukuki sorumlulukları kabul ve beyan ederiz. 02 /01/ 2020

Öğrenci Adı-Soyadı
İmza

Danışman Adı-Soyadı
İmza

* Tez ile ilgili YÖKTEZ’de yayınlamasına ilişkin bir engelleme var ise aşağıdaki alanı doldurunuz.

☐ Tezle ilgili patent başvurusu yapılması / patent alma sürecinin devam etmesi sebebiyle Enstitü Yönetim Kurulunun/...../.... tarih ve sayılı kararı ile teze erişim 2 (iki) yıl süreyle engellenmiştir.

☐ Enstitü Yönetim Kurulunun/...../.... tarih ve sayılı kararı ile teze erişim 6 (altı) ay süreyle engellenmiştir.



T.C.
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
İstanbul Şişli Hamidiye Etfal Sağlık Uygulama ve
Araştırma Merkezi Müdürlüğü



Sayı : 46418926-020
Konu : Dr. Burak YALÇIN Tez Konusu
Onayı Hk

TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞINA

Hastanemiz Deri ve Zührevi hastalıkları uzmanlık öğrencisi Dr. Burak YALÇIN' ın tez konusu belirlenmiş olup, söz konusu tezin değerlendirilebilmesi için Tez Konusu Değerlendirme Hakem Jüri üyesi belirlenmesi ve Hakem Tarafından Değerlendirilmesi hususunda;
Gereğini arz ederim

e-imzalıdır
Prof. Dr. Hacı Mustafa ÖZDEMİR
SUAM Müdürü

Ek:Tez Konusu Onay Formu

TEZ KONUSU ONAY FORMU

Uzmanlık Öğrencisinin Adı Soyadı: Telefon: E-Posta:	Burak Yalçın +905433728725 Drburakyalcin90@gmail.com
Uzmanlık Dalı:	Deri ve Zührevi Hastalıkları
Eğitim Kurumu:	Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Uzmanlık Eğitimine Başlama Tarihi:	25/01/2016
Uzmanlık Eğitimini Bitirme Tarihi:	25/01/2020
Tez Danışmanının Adı Soyadı: Telefon: E-Posta:	Prof. Dr. İlknur Kıvanç Altunay +905322629608 ialtunay@gmail.com

1-Tez Başlığı/Konusu: PSORİASIS HASTALIĞINDA KRONİK YORGUNLUK VARLIĞININ ARAŞTIRILIP BUNUNLA İLİŞKİLİ ETKENLERİN GÖSTERİLMESİ
2-Araştırma soruları: 1)Psoriasis hastalığı komorbiditelerden bağımsız olarak kronik yorgunluğa neden olabilir mi? 2)Psoriasis hastalarında kronik yorgunluğun sebebi uyku kalitesinin bozulması mıdır? 3)Komorbidite(OA,Depresyon,Anksiyete,Pruritus) varlığı kronik yorgunluk düzeyini anlamlı olarak değiştirir mi?
3-Araştırmanın amacı: Psoriasis hastalığının kronik yorgunluk üzerine etkisini incelemek.
4-Araştırma materyalleri, popülasyonu: Sistemik tedavi alacak olan 50 yaş altı Psoriasis hastaları Vaka Grubu:100 Kontrol Grubu:80
5-Dahil etme ve hariç tutma kriterleri: Dahil etme kriterleri: 18-50 Yaş arası hastalar, Türkçe okuma-yazma bilen, mental geriliği olmayan, soruları anlayabilen hastalar, yapılacak anketleri özgür iradeleriyle onaylamış hastalar, sadece topikal tedavi alan hastalar; Hariç tutulma kriterleri: Psoriatik Artritli olan hastalar, tanı almış psikiyatrik bir hastalığı olan hastalar.
6-Araştırmanın birincil sonuç değişkenleri: Psoriasis,Kronik Yorgunluk

7-Araştırmanın türü ve tasarımı: Vaka Kontrollü Kesitsel ve Tanımlayıcı Çalışma
8- Araştırma hipotezi: H1: Psoriasis hastalığı depresyondan, anksiyeteden, OSA'dan ve Pruritustan bağımsız, hastaların uyku kalitesi bozulmamış olsa dahi kronik yorgunluğa neden olabilir. H2:Hastalardaki kronik yorgunluk düzeyi Psoriasis şiddeti ve süresi ile ilişkilidir. H3: Komorbidite(Depresyon, Anksiyete, OSA, Pruritus) varlığı kronik yorgunluk düzeyini artırır.
9-Örneklem sayısı ve belirleme yöntemi: Vaka Grubu: 100, Kontrol Grubu: 80, Tabakalı Örneklem Yöntemi
10-Araştırmada kullanılacak istatistik yöntemler: Ki-Kare testi, iki eş arasındaki farkın önemlilik testi, bağımsız gruplarda t testi
11-Araştırmanın orijinalliği ve bilime katkısının açıklaması: Psoriasis kronik, sistemik bir hastalıktır. Kronik inflamasyonla ilişkili birçok sistemik komorbidite eşlik eder. Kronik yorgunluğun Psoriasis hastalarında var olup olmadığı bilinmemektedir. Psoriasisin komorbiditelerden bağımsız tek başına kronik yorgunluğa neden olup olmadığı ve kronik yorgunluğun diğer değişkenlerle ilişkisinin gösterildiği ilk çalışma olacaktır.
12-Açıklamak istediğiniz diğer konular: Araştırmada veriler; Piper Yorgunluk Ölçeği, Bireysel Özellikler Tanıtım Formu, Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi, Beck Depresyon ve Anksiyete Testi ile belirlenecek Depresyon ve Anksiyete durumları ve ayrıca OSA(Uyku Apnesi) risk skalası uygulanarak kronik yorgunluk düzeyini etkileyebilecek komorbid hastalık riskleri değerlendirmeye alınacaktır.

Tez danışmanı
Kontol edilmiştir ve geçerlidir.
İmza: Dr. İlknur K. Altınay
 Deri ve Zührevi Hastalıklar
 A.B.D. Eğitim / İdari Sorumlusu
 Dip. No: 28998 / 366

*Form bilgisayar ortamında doldurulmalıdır.

*Tez konusu onay formu tez danışmanı ve istatistik uzmanından danışmanlık alınarak uzmanlık öğrencisi tarafından doldurulduktan sonra eğitim kurumun yönetiminden uygunluk alınır. Daha sonra form anabilim dalı tez konusu değerlendirme editörüne gönderilir. Editör formu tez konusu değerlendirme hakemlerine gönderir. Hakemlerin ve editör düzeltme isteği durumunda uzmanlık öğrencisi ve tez danışmanına iade, olumlu görüşü durumunda onay için anabilim dalı başkanlığına gönderir. Anabilim dalı akademik kurulu görüşünü gerekçeleriyle beraber oluşturur ve Dekanlığa gönderir. Dekanlık sonucu uzmanlık öğrencisi ve tez danışmanına bildirir. (Kuruluş aşamasında form EBYS ile Dekanlığa gönderilmelidir.)

3. madde: Araştırmanın amacı ya da amaçları yazıldıktan sonra, amacın tanımlama, karşılaştırma, ilişkilendirme, uyum belirlemek gibi nitelermelerini belirtir.

4. madde: Araştırma materyalleri ve popülasyon tarif edilmelidir. Hastalığın tanımı, hastaların ve kontrollerin özellikleri, deney hayvanları kullanılacaksa nitelikleri tanımlanmalıdır. Bu maddede ayrıca araştırma materyallerinin nereden sağlanacağı (gönüllü hastalar veya sağlıklı insanlar, arşiv verileri, deney ortamı vb) yazılmalıdır.

6. madde: Sağ kalım, komplikasyon, laboratuvar bulgusu, hastanın geri bildirimleri veya bulguları gibi değişkenler yazılmalıdır.

7. madde: Araştırmanın türü belirtilip tasarımı yazılmalıdır. Örneğin deneysel hayvan çalışması, ilaç çalışması, deneysel ilaç dışı çalışma, randomizasyon olup olmadığı ve niteliği, kontrolü olup olmadığı, retrospektif veya prospektifliği, kesitsel, khort çalışma gibi tasarım olarak yazılmalıdır.

9. madde: Örneklem sayısının belirleme yöntemi ve nasıl belirlendiği yazılmalıdır.

TEZ KONUSU HAKEM DEĞERLENDİRME FORMU

Öğrenci Adı Soyadı	
Kurumu	
Uzmanlık Alanı	
	DEĞERLENDİRME
*Araştırma/Tez Konusu (Study Title)	Uygun
1-Araştırma Sorusu (Research problem)	1. soru uygun değil. Komorbiditelerden bağımsız olarak kronik yorgunluğun psoriasis üzerine etkinliğini değerlendirmek için sadece psikiyatrik hastalık ve psoriatik artrit değil tüm diğer komorbiditeleri olan hastaları da dışlama kriterlerine eklemek gerekir (kalp hastalığı, HT, diyabet, metabolik sendromu gibi) Komorbiditelerin tespiti için de öncesinde uzman görüşü ve ileri tetkik gerekebilir.
2-Arka Plan ve Gerekçe (Background/rationale)	Uygun, fakat literatüre bakıldığında psoriasis ve kronik yorgunluk ile ilgili çalışmalar var, bu ilk çalışma değil, bu çalışma literatürdekilerden farklı olarak ne gibi bir katkı sağlayacak, farklılığı ne olacak, açıkça belirtilirse daha uygun olur
3-Araştırma amacı (Objectives)	Psoriasisın kronik yorgunluk ile ilişkisi ve uyku kalitesinin, depresyon ve anksiyetinin bu duruma etkisi
4-Hipotez (Hypothesis)	Uygun
5-Araştırma türü/tasarım (Study Design)	Uygun
6- Araştırma yeri (Study Setting/ Location)	Uygun
7- Araştırmaya katılanlar/denekler (Study Population)	Dışlama kriterleri yetersiz; kanser öyküsü, kronik inflamatuvar hastalık, kalp hastalığı, hipotiroidi, hipertiroidisi, vitamin ve mineral eksikliği (B12, folat, D vitamini, demir, çinko gibi), kronik yorgunluğa neden olabilecek ilaç kullanımı gibi kronik yorgunluk nedenleri ayrıntılı anamnez ve tetkikler ile dışlanmalıdır. Hastalar ayrıca sigara ve alkol kullanımı açısından sorgulanmalıdır.
8- Araştırmanın birincil ve ikincil sonuç değişkenleri (Primary and Secondary Outcome)	Araştırmanın ikincil sonuç değişkenleri belirtilmemiş
9- Araştırma Süreçleri (Study procedures)	Çalışmanın güç analizi yapılmamış. Kronik yorgunluk birden fazla ölçek ile değerlendirilebilir; yorgunluk şiddet skalası ve visual analog skala gibi
10-Örnek büyüklüğü ve istatistiksel güç (Sample size and statistical power)	Hasta ve kontrol grubu sayısı nasıl belirlendi? Güç analizi yapılmasını öneririm. Kontrol grubu minimum hasta sayısı kadar olursa daha uygun olur.
11- İstatistiksel yöntemler (Statistical methods)	Uygun
12-Etik Öngörü (Ethical Considerations)	Uygun
13- Anahtar kelimeler (Key words)	Uygun
Hakemin kararı	(.....) Tez konusu uygundur. (.....X....) Tez konusu açıklanan eksiklikler giderilmesi şartı ile uygundur. Tekrar değerlendirmeye gerek yoktur. (.....) Açıklanan eksiklikler giderildikten sonra tez konusu tekrar değerlendirilmelidir. (.....) Tez konusu uygun değildir. Yeni tez konusu önerisi gönderilmelidir.
HAKEM ADI SOYADI: KURUMU: TARİH:	

T.C
İSTANBUL VALİLİĞİ
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
Sağlık Bilimleri Üniversitesi Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi(SUAM)
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

Sayı:2560
Konu: Onay Yazısı

Tarih: 15/10/2019

Prof.Dr.İlknur KIVANÇ ALTUNAY

“Psoriasis hastalığında kronik yorgunluk varlığının araştırılıp bununla ilişkili etkenlerin gösterilmesi” isimli çalışmanızın evrakları incelendi ve etik sakınca bulunmadığına oy çokluğu ile karar verilmiştir.

Prof. Dr.Yüksel Altuntaş
Etik Kurul Başkanı



KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Psoriasis hastalığında kronik yorgunluk varlığının araştırılıp bununla ilişkili etkenlerin gösterilmesi
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	

ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	Sağlık Bilimleri Üniversitesi Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi
	AÇIK ADRESİ:	Halaskargazi Cad. Etfal Sk. 34371 ŞİŞLİ / İSTANBUL
	TELEFON	0212 373 50 00 Dahili:6565
	FAKS	0212 224 07 72
	E-POSTA	Etfal.EtikKurul@sislietfal.gov.tr

BAŞVURU BİLGİLERİ	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Prof.Dr.İlknur KIVANÇ ALTUNAY			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Cildiye Kliniği			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Sağlık Bilimleri Üniversitesi Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi			
	VARSA İDARİ SORUMLU UNVANI/ADI/SOYADI				
	DESTEKLEYİCİ				
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ				
	ARAŞTIRMANIN FAZİ VE TÜRÜ	FAZ 1	☐		
		FAZ 2	☐		
		FAZ 3	☐		
		FAZ 4	☐		
		Gözlemsel ilaç çalışması	☐		
		Tıbbi cihaz klinik araştırması	☐		
		İn vitro tıbbi tanı cihazları ile yapılan performans değerlendirme çalışmaları	☐		
İlaç dışı klinik araştırma		X			
Diğer ise belirtiniz:					
ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ X	ÇOK MERKEZLİ ☐	ULUSAL X	ULUSLARARASI ☐	

Etik Kurul Başkanının

Unvanı/Adı/Soyadı:Prof.Dr.Yüksel ALTUNTAŞ

İmza:



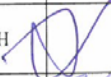
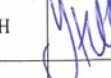
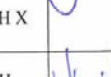
Not: Etik kurul başkanı, imzasının yer almadığı her sayfaya imza atmalıdır.

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Psoriasis hastalığında kronik yorgunluk varlığının araştırılıp bununla ilişkili etkenlerin gösterilmesi
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ	01.10.2019		Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	01.10.2019		Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe ☐ İngilizce ☐ Diğer ☐
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ			Türkçe ☐ İngilizce ☐ Diğer ☐
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı			Açıklama
	SIGORTA	☐		
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	X	Uygundur	
	BIYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	☐		
	İLAN	☐		
	YILLIK BİLDİRİM	☐		
	SONUÇ RAPORU	☐		
	GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	☐		
	DİĞER:	☐		
KARAR BİLGİLERİ	Karar No:1299	Tarih: 15/10/2019		
	Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın/çalışmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup araştırmanın/çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan etik kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir. İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik kapsamında yer alan araştırmalar/çalışmalar için Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu'ndan izin alınması gerekmektedir.			

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU	
ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI	İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:	Prof.Dr.Yüksel ALTUNTAŞ

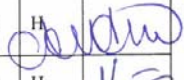
Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilişkisi		Katılım *		İmza
Prof.Dr.Yüksel Altuntaş	Endokrinoloji	SBÜ İstanbul Şişli Hamidiye Etfal SUAM İç Hastalıkları ABD	E X	K ☐	E ☐	H X	E X	H	
Yard.Doç.Nezaket Eren	Biyokimya	Yeni Yüzyıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Biyokimya ABD	E	K X	E ☐	H X	E X	H	
Prof.Dr.Z.Yıldız Yıldırım	Çocuk	SBÜ İstanbul Şişli Hamidiye Etfal SUAM Çocuk Hastalıkları ABD	E	K X	E ☐	H X	E X	H	
Prof.Dr.H.Kübra Elçioglu	Farmakoloji	Marmara Üniversitesi Eczacılık Fakültesi Farmakoloji ABD	E	K X	E	H X	E	H X	
Prof.Dr.M.Sarper Erdoğan	Halk Sağlığı	Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Halk Sağlığı	E X	K ☐	E ☐	H X	E X	H	
Doç.Dr.Hande Yapışlar	Fizyoloji	Acıbadem Üniv.Fizyoloji ABD	E ☐	K X	E ☐	H X	E X	H	
Uzm.Dr.Gülsüm Önal	Etik Deontoloji	SBÜ Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Has	E ☐	K X	E ☐	H X	E	H X	

Etik Kurul Başkanının
Unvanı/Adı/Soyadı:Prof.Dr.Yüksel ALTUNTAŞ
İmza:

Not: Etik kurul başkanı, imzasının yer almadığı her sayfaya imza atmalıdır.

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Psoriasis hastalığında kronik yorgunluk varlığının araştırılıp bununla ilişkili etkenlerin gösterilmesi
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	

Gönül Gül	Tekstil	Serbest Üye	E ☐	K X	E ☐	H X	E X	H	
Prof.Dr.F. Dilek Necioğlu Örken	Nöroloji	Bilim Üniv.Nöroloji ABD	E ☐	K X	E ☐	H X	E	H X	
Doç.Dr.Aslı Aksu Çerman	Dermatoloji	Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E ☐	K X	E ☐	H X	E X	H	
Av.Ülker Kuğu	Hukuk	İl Sağlık Müdürlüğü	E ☐	K X	E ☐	H X	E X	H	

Etik Kurul Başkanının
Unvanı/Adı/Soyadı:Prof.Dr.Yüksel ALTUNTAŞ
İmza:

Not: Etik kurul başkanı, imzasının yer almadığı her sayfaya imza atmalıdır.

Bireysel Özellikler Tanıtım Formu

- 1. Yaşınız:.....
- 2. Cinsiyet: 1. () Kadın 2. () Erkek
- 3. Medeni durumunuz : 1. () Bekâr 2. () Evli
- 4. Eğitim durumunuz: () Okuryazar değil () Okur-yazar () İlkokul mezunu () Ortaokul mezunu () Lise mezunu () Üniversite mezunu
- 5. Herhangi bir işte çalışıyor musunuz? 1. () Evet 2. () Hayır
- 6. Sağlık güvenceniz: 1. () Var 2. () Yok
- 7. Herhangi bir sağlık sorununuz var mı? 1. () Evet 2. () Hayır
- 8. Sürekli kullandığınız ilaçlarınız var mı? 1. () Evet 2. () Hayır
- 9. Cevabınız evet ise kullandığınız ilaçlarınız nelerdir? Lütfen belirtiniz.
.....
- 10. Sigara kullanıyor musunuz? 1. () Evet 2. () Hayır
- 11. Cevabınız evet ise kaç yıldır kullanıyorsunuz? Günlük miktarını lütfen belirtiniz. Yıl: Miktar:
..... adet
- 12. Alkol kullanıyor musunuz? 1. () Evet 2. () Hayır
- 13. Daha önce geçirdiğiniz ameliyat var mı? 1. () Evet 2. () Hayır
- 14. Psoriasis Hastalığı hakkında eğitim aldınız mı? 1. () Evet 2. () Hayır
- 15. Cevabınız evet ise kimden eğitim aldınız? 1. () Hemşire 2. () Doktor 3. ()

Beck Depresyon Ölçeği

Hastanın Soyadı, Adı:.....

Tarih:.....

Bu form son bir (1) hafta içerisinde kendinizi nasıl hissettiğinizi araştırmaya yönelik 21 maddeden oluşmaktadır. Her maddenin karşısındaki dört cevabı dikkatlice okuduktan sonra, size en çok uyan, yani sizin durumunuzu en iyi anlatanı işaretlemeniz gerekmektedir.

- 1 (0) Üzgün ve sıkıntılı değilim.
(1) Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum.
(2) Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum.
(3) O kadar üzgün ve sıkıntılıyım ki, artık dayanamıyorum.
- 2 (0) Gelecek hakkında umutsuz ve karamsar değilim.
(1) Gelecek için karamsarım.
(2) Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.
(3) Gelecek hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor.
- 3 (0) Kendimi başarısız biri olarak görmüyorum.
(1) Başkalarından daha başarısız olduğumu hissediyorum.
(2) Geçmişe baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğunu görüyorum.
(3) Kendimi tümüyle başarısız bir insan olarak görüyorum.
- 4 (0) Herşeyden eskisi kadar zevk alıyorum.
(1) Birçok şeyden eskiden olduğu gibi zevk alamıyorum.
(2) Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.
(3) Herşeyden sıkılıyorum.
- 5 (0) Kendimi herhangi bir biçimde suçlu hissetmiyorum.
(1) Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum.
(2) Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum.
(3) Kendimi her zaman suçlu hissediyorum.
- 6 (0) Kendimden memnunum.
(1) Kendimden pek memnun değilim.
(2) Kendime kızgıyım.
(3) Kendimden nefrete ediyorum.
- 7 (0) Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.
(1) Hatalarım ve zayıf taraflarım olduğumu düşünmüyorum.
(2) Hatalarımdan dolayı kendimden utanıyorum.
(3) Herşeyi yanlış yapıyor muyum gibi geliyor ve hep kendimi kabahat buluyorum.
- 8 (0) Kendimi öldürmek gibi düşüncülerim yok.
(1) Kimi zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm oluyor ama yapmıyorum.
(2) Kendimi öldürmek isterdim.
(3) Fırsatını bulsam kendimi öldürürüm.
- 9 (0) İçimden ağlamak geldiği pek olmuyor.
(1) Zaman zaman içimden ağlamak geliyor.
(2) Çoğu zaman ağlıyorum.
(3) Eskiden ağlayabiliirdim ama şimdi istesem de ağlayamıyorum.
- 10 (0) Her zaman olduğumdan daha canı sıkın ve sinirli değilim.
(1) Eskisine oranla daha kolay canım sıkılıyor ve kızıyorum.
(2) Herşey canımı sıkıyor ve kendimi hep sinirli hissediyorum.
(3) Canımı sıkın şeylere bile artık kızamıyorum.
- 11 (0) Başkalarıyla görüşme, konuşma isteğimi kaybetmedim.
(1) Eskisi kadar insanlarla birlikte olmak istemiyorum.
(2) Birileriyle görüşüp konuşmak hiç içimden gelmiyor.
(3) Artık çevremde hiçkimseyi istemiyorum.
- 12 (0) Karar verirken eskisinden fazla güçlük çekmiyorum.
(1) Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum.
(2) Eskiye kıyasla karar vermekte çok güçlük çekiyorum.
(3) Artık hiçbir konuda karar veremiyorum.
- 13 (0) Her zamankinden farklı göründüğümü sanmıyorum.
(1) Aynada kendime her zamankinden kötü görünüyorum.
(2) Aynaya baktığımda kendimi yaşlanmış ve çirkinleşmiş buluyorum.
(3) Kendimi çok çirkin buluyorum.
- 14 (0) Eskisi kadar iyi iş gücü yapabiliyorum.
(1) Her zaman yaptığım işler şimdi gözümde büyüyor.
(2) Ufak bir işi bile kendimi çok zorlayarak yapabiliyorum.
(3) Artık hiçbir iş yapamıyorum.
- 15 (0) Uykum her zamanki gibi.
(1) Eskisi gibi uyuyamıyorum.
(2) Her zamankinden 1-2 saat önce uyanıyorum ve kolay kolay tekrar uykuya dalamıyorum.
(3) Sabahları çok erken uyanıyorum ve bir daha uyuyamıyorum.
- 16 (0) Kendimi her zamankinden yorgun hissetmiyorum.
(1) Eskiye oranla daha çabuk yoruluyorum.
(2) Her şey beni yoruyor.
(3) Kendimi hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun ve bitkin hissediyorum.
- 17 (0) İştahım her zamanki gibi.
(1) Eskisinden daha iştahsızım.
(2) İştahım çok azaldı.
(3) Hiçbir şey yemiyorum.
- 18 (0) Son zamanlarda zayıflamadım.
(1) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 2 Kg verdim.
(2) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 4 Kg verdim.
(3) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 6 Kg verdim.
- 19 (0) Sağlığım ile ilgili kaygılarım yok.
(1) Ağrılar, mide sancıları, kabızlık gibi şikayetlerim oluyor ve bunlar beni tasalandırıyor.
(2) Sağlığımın bozulmasından çok kaygılanıyorum ve kafamı başka şeylere vermekte zorlanıyorum.
(3) Sağlık durumum kafama o kadar takılıyor ki, başka hiçbir şey düşünemiyorum.
- 20 (0) Sekse karşı ilgimde herhangi bir değişiklik yok.
(1) Eskisine oranla sekse ilgilim az.
(2) Cinsel isteğim çok azaldı.
(3) Hiç cinsel istek duymuyorum.
- 21 (0) Cezalandırılması gereken şeyler yapığımı sanmıyorum.
(1) Yaptıklarımın dolaylı cezalandırılabilceğini düşünüyorum.
(2) Cezamı çekmeyi bekliyorum.
(3) Sanki cezamı bulmuşum gibi geliyor.

Toplam BECK-D skoru:.....

Beck Anksiyete Ölçeği

Hastanın Soyadı, Adı:.....

Tarih:.....

Aşağıda insanların kaygılı ya da endişeli oldukları zamanlarda yaşadıkları bazı belirtiler verilmiştir. Lütfen her maddeyi dikkatle okuyunuz. Daha sonra, her maddedeki belirtinin BUGÜN DAHİL SON BİR (1) HAFTADIR sizi ne kadar rahatsız ettiğini yandakine uygun yere (x) işareti koyarak belirleyiniz.

	Hiç	Hafif düzeyde Beni pek et- kilemedi	Orta düzeyde Hoş değildi ama kat- lanabildim	Ciddi düzeyde Dayanmakta çok zor- landım
1. Bedeninizin herhangi bir yerinde uyuşma veya karın- calanma				
2. Sıcak/ ateş basmaları				
3. Bacaklarda halsizlik, titreme				
4. Gevşeyememe				
5. Çok kötü şeyler olacak korkusu				
6. Baş dönmesi veya sersemlik				
7. Kalp çarpıntısı				
8. Dengeyi kaybetme duygusu				
9. Dehşete kapılma				
10. Sinirlilik				
11. Boğuluyormuş gibi olma duygusu				
12. Ellerde titreme				
13. Titreklik				
14. Kontrolü kaybetme korkusu				
15. Nefes almada güçlük				
16. Ölüm korkusu				
17. Korkuya kapılma				
18. Midede hazımsızlık ya da rahatsızlık hissi				
19. Baygınlık				
20. Yüzün kızarması				
21. Terleme (sıcaklığa bağlı olmayan)				

Toplam BECK-A skoru:.....

designed by Emrah SONGUR M.D.

Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ)

Cinsiyet:

Tarih:

Yaş:

Açıklamalar:

Aşağıdaki sorular yalnızca geçen ayki alışkanlıklarınız ile ilgilidir. Cevaplarınız geçen ay içindeki gün ve gecelerin çoğuna uyan en doğru karşılığı belirtmelidir.

Lütfen tüm soruları cevaplayınız.

1. Geçen hafta geceleri genellikle ne zaman yattınız?

.....genel yatış saati

2. Geçen hafta geceleri uykuya dalmanız genellikle ne kadar zaman

(dakika) aldı?

.....dakika

3. Geçen hafta sabahları genellikle ne zaman kalktınız?

.....genel kalkış saati

4. Geçen hafta geceleri kaç saat uyudunuz (bu süre yatakta

geçirdiğiniz süreden farklı olabilir)

.....saat (bir gecede uyku süresi)

Aşağıdaki soruların her biri için uygun cevabı seçiniz.

5. Geçen hafta aşağıdaki durumlarda belirtilen uyku problemlerini ne sıklıkla yaşadınız?

5.1. 30 dakika içinde uykuya dalamadınız

- | | |
|----------------------------|---------------------|
| a. Geçen hafta boyunca hiç | b. Haftada 1'den ↓ |
| c. Haftada 1 veya 2 kez | d. Haftada 3 veya ↑ |

5.2. Gece yarısı veya sabah erkenden uyandınız

- | | |
|----------------------------|---------------------|
| a. Geçen hafta boyunca hiç | b. Haftada 1'den ↓ |
| c. Haftada 1 veya 2 kez | d. Haftada 3 veya ↑ |

5.3. Banyo yapmak üzere kalkmak zorunda kaldınız

- | | |
|----------------------------|---------------------|
| a. Geçen hafta boyunca hiç | b. Haftada 1'den ↓ |
| c. Haftada 1 veya 2 kez | d. Haftada 3 veya ↑ |

5.4. Rahat bir şekilde nefes alıp veremediniz

- | | |
|----------------------------|---------------------|
| a. Geçen hafta boyunca hiç | b. Haftada 1'den ↓ |
| c. Haftada 1 veya 2 kez | d. Haftada 3 veya ↑ |

5.5. Öksürdünüz veya gürültülü bir şekilde horladınız

- | | |
|----------------------------|---------------------|
| a. Geçen hafta boyunca hiç | b. Haftada 1'den ↓ |
| c. Haftada 1 veya 2 kez | d. Haftada 3 veya ↑ |

5.6. Aşırı derecede üşüdünüz

- | | |
|----------------------------|---------------------|
| a. Geçen hafta boyunca hiç | b. Haftada 1'den ↓ |
| c. Haftada 1 veya 2 kez | d. Haftada 3 veya ↑ |

5.7. Aşırı derecede sıcaklık hissettiniz

- | | |
|----------------------------|---------------------|
| a. Geçen hafta boyunca hiç | b. Haftada 1'den ↓ |
| c. Haftada 1 veya 2 kez | d. Haftada 3 veya ↑ |

5.8. Kötü rüyalar gördünüz

- | | |
|----------------------------|---------------------|
| a. Geçen hafta boyunca hiç | b. Haftada 1'den ↓ |
| c. Haftada 1 veya 2 kez | d. Haftada 3 veya ↑ |

5.9. Ağrı duydunuz

- | | |
|----------------------------|---------------------|
| a. Geçen hafta boyunca hiç | b. Haftada 1'den ↓ |
| c. Haftada 1 veya 2 kez | d. Haftada 3 veya ↑ |

5.10. Diğer nedenler lütfen belirtiniz.....

Geçen hafta diğer nedenlerden dolayı ne kadar sıklıkla uyku problemi yaşadınız

- | | |
|----------------------------|---------------------|
| a. Geçen hafta boyunca hiç | b. Haftada 1'den ↓ |
| c. Haftada 1 veya 2 kez | d. Haftada 3 veya ↑ |

6. Geçen hafta uyku kalitenizi bütünü ile nasıl değerlendirirsiniz.

- | | | | |
|------------|----------------|-----------------|-------------|
| a. Çok iyi | b. Oldukça iyi | c. Oldukça kötü | d. Çok kötü |
|------------|----------------|-----------------|-------------|

7. Geçen hafta uyumanıza yardımcı olması için ne kadar sıklıkla uyku ilacı (reçeteli veya reçetesiz) aldınız?

- a. Geçen hafta boyunca hiç
- b. Haftada 1'den ↓
- c. Haftada 1 veya 2 kez
- d. Haftada 3 veya ↑

8. Geçen hafta araba sürerken, yemek yerken veya sosyal bir aktivite esnasında ne kadar sıklıkla uyanık kalmak için zorlandınız?

- a. Geçen hafta boyunca hiç
- b. Haftada 1'den ↓
- c. Haftada 1 veya 2 kez
- d. Haftada 3 veya ↑

9. Geçen hafta bu durum işlerinizi yeteri kadar istekle yapmanızda ne derecede problem oluşturdu?

- a. Hiç problem oluşturmadi
- b. Yalnızca çok az bir problem oluşturdu
- c. Bir dereceye kadar problem oluşturdu
- d. Çok büyük bir problem oluşturdu

10. Bir yatak partneriniz var mı?

- a. Bir yatak partneri veya oda arkadaşı yok
- b. Diğer odada bir partneri veya oda arkadaşı var
- c. Partneri aynı odada fakat aynı yatakta değil
- d. Partner aynı yatakta

11. Eğer bir oda arkadaşı veya yatak partneriniz varsa ona aşağıdaki durumları ne kadar sıklıkta yaşadığınızı sorun.

11.1. Gürültülü horlama

- a. Geçen hafta boyunca hiç
- b. Haftada 1'den ↓
- c. Haftada 1 veya 2 kez
- d. Haftada 3 veya ↑

11.2. Uykuda iken nefes alıp verme arasında uzun aralıklar

- a. Geçen hafta boyunca hiç
- b. Haftada 1'den ↓
- c. Haftada 1 veya 2 kez
- d. Haftada 3 veya ↑

11.3. Uyumken bacaklarda seğirme veya sıçrama

- | | |
|----------------------------|---------------------|
| a. Geçen hafta boyunca hiç | b. Haftada 1'den ↓ |
| c. Haftada 1 veya 2 kez | d. Haftada 3 veya ↑ |

11.4. Uyku esnasında uyumsuzluk veya şaşkınlık

- | | |
|----------------------------|---------------------|
| a. Geçen hafta boyunca hiç | b. Haftada 1'den ↓ |
| c. Haftada 1 veya 2 kez | d. Haftada 3 veya ↑ |

11.5. Uyumken olan diğer huzursuzluklarınız; lütfen

belirtiniz.....

- | | |
|----------------------------|---------------------|
| a. Geçen hafta boyunca hiç | b. Haftada 1'den ↓ |
| c. Haftada 1 veya 2 kez | d. Haftada 3 veya ↑ |

PİPER YORGUNLUK ÖLÇEĞİ

1. Ne zamandan beri kendinizi yorgun hissediyorsunuz? (sadece birini işaretleyiniz)

1) Dakika

2) Saat

3) Gün

4) Hafta

5) Ay

6) Diğer (lütfen açıklayınız)

2. Şu an hissettiğiniz yorgunluk sizde ne derecede sıkıntıya sebep oluyor?

Sıkıntıya neden olmuyor

Pek çok sıkıntıya neden oluyor

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

3. Şu an hissettiğiniz yorgunluk okul veya iş faaliyetlerini sürdürmenizi ne derecede engelliyor?

Engellemez Çok engeller

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

4. Şu an hissettiğiniz yorgunluk arkadaşlarınızı görmeyi veya iletişim kurmanızı ne derecede engelliyor?

Engellemez Çok engeller

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

5. Şu an hissettiğiniz yorgunluk cinsel yaşamınızı sürdürmeyi ne derecede engelliyor?

Engellemez Çok engeller

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

6. Şu an hissettiğiniz yorgunluk yapmayı sevdiğiniz faaliyetlere katılmanızı ne derecede engelliyor?

Engellemez Çok engeller

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

7. Şu an hissettiğiniz yorgunluğun şiddetini veya derecesini nasıl tanımlarsınız?

Hafif Şiddetli

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

8. Şu an yaşadığınız yorgunluğun derecesini nasıl tanımlarsınız?

Hoş Hoş değil

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

9. Şu an yaşadığınız yorgunluğun derecesini nasıl tanımlarsınız?

Kabul edilebilir Kabul edilemez

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

10. Şu an yaşadığınız yorgunluğun derecesini nasıl tanımlarsınız?

Koruyucu Yıpratıcı

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

11. Şu an yaşadığınız yorgunluğun derecesini nasıl tanımlarsınız?

Olumlu Olumsuz

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

12. Şu an yaşadığınız yorgunluğun derecesini nasıl tanımlarsınız?

Normal Anormal

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

13. Kendinizi nasıl hissediyorsunuz?

Güçlü Zayıf

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

14. Kendinizi nasıl hissediyorsunuz?

Uyanık Uykulu

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

15. Kendinizi nasıl hissediyorsunuz?

Canlı Cansız

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

16. Kendinizi nasıl hissediyorsunuz?

Dinlenmiş Yorgun

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

17. Kendinizi nasıl hissediyorsunuz?

Kuvvetli Kuvvetsiz

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

18. Kendinizi nasıl hissediyorsunuz?

Tahammül edilebilir Tahammül edilemez

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

19. Kendinizi nasıl hissediyorsunuz?

Rahat Gergin

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

20. Kendinizi nasıl hissediyorsunuz?

Mutlu Mutsuz

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

21. Kendinizi nasıl hissediyorsunuz?

Konsantre olabiliyorum Konsantre olamıyorum

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

22. Kendinizi nasıl hissediyorsunuz?

Hatırlayabiliyorum Hatırlayamıyorum

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

23. Kendinizi nasıl hissediyorsunuz?

İyi düşünebiliyorum İyi düşünemiyorum

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

STOP Anketi soruları ve değerlendirilmesi

S-Snore: Yüksek sesle horlamanız var mı?

T-Tired: Gündüzleri yorgun ve uykulu musunuz?

O-Observed: Uykuda nefesinizin durduğunu söyleyen oldu mu?

P-Pressure: Kan basıncı yüksekliği nedeni ile ilaç kullandınız mı?