



T.C.

MUSTAFA KEMAL ÜNİVERSİTESİ

TAYFUR ATA SÖKMEN TIP FAKÜLTESİ

**PSÖRİAZİSLİ HASTALARIN YAŞAM KALİTESİ,
ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMASI, ANKSİYETE VE
SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİNİN
ARAŞTIRILMASI**

UZMANLIK TEZİ

Dr. Cem SESLİOKUYUCU

RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

TEZ DANIŞMANI

Doç. Dr. Mustafa ARI

HATAY – 2016

T.C.
MUSTAFA KEMAL ÜNİVERSİTESİ
TAYFUR ATA SÖKMEN TIP FAKÜLTESİ

**PSÖRİAZİSLİ HASTALARIN YAŞAM KALİTESİ,
ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMASI, ANKSİYETE VE
SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİNİN
ARAŞTIRILMASI**

UZMANLIK TEZİ

Dr. Cem SESLİOKUYUCU

RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

TEZ DANIŞMANI

Doç. Dr. Mustafa ARI

TEZ ONAY SAYFASI

T.C.
MUSTAFA KEMAL ÜNİVERSİTESİ
TAYFUR ATA SÖKMEN TIP FAKÜLTESİ
RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

PSÖRİAZİSLİ HASTALARIN YAŞAM KALİTESİ, ÇOCUKLUK
ÇAĞI TRAVMASI, ANKSİYETE VE SOSYODEMOGRAFİK
ÖZELLİKLERİNİN ARAŞTIRILMASI

Dr. Cem SESLİOKUYUCU

Tıp Fakültesi Dekanlığı Onayı

(imza).....

Prof. Dr. Yusuf ÖNLEN

Tıp Fakültesi Dekanı

Bu tez çalışmasının “Tıpta Uzmanlık” derecesine uygun ve yeterli bir çalışma olduğunu onaylıyorum.

(imza).....

Doç. Dr. Mustafa ARI
Anabilim Dalı Başkanı

Bu tez tarafımdan okunmuş ve her yönü ile “Tıpta Uzmanlık” tezi olarak uygun ve yeterli bulunmuştur.

(imza).....

Doç. Dr. Mustafa ARI

Tez Danışmanı

TEZ JÜRİSİ

1. Doç. Dr. Mustafa ARI
2. Doç. Dr. Osman VIRIT
3. Yrd. Doç. Dr. Ümit Sertan ÇÖPOĞLU

I. İÇİNDEKİLER

I. İÇİNDEKİLER	I
II. TABLO LİSTESİ	III
III. KISALTMALAR VE SEMBOLLER LİSTESİ	IV
IV. İTHAF	V
V. TEŞEKKÜR	VI
VI. ÖZET	VII
VII. ABSTRACT	VIII
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Tanım	3
2.2. Epidemiyoloji	3
2.3. Etiyoloji ve Tetikleyici Faktörler	4
2.3.1. Fiziksel Travma	4
2.3.2. Enfeksiyonlar	4
2.3.3. Stres	5
2.3.4. İlaçlar	5
2.3.5. Sigara	5
2.3.6. Alkol	6
2.3.7. İklim	6
2.3.8. Endokrin Faktörler	6
2.3.9. Genetik Faktörler	6
2.3.10. Patogenez	7
2.4. Cilt ve Psikiyatrik Hastalıklar	8
2.4.1. Psoriasis ve Genel Psikopatoloji	10
2.4.2. Psoriasis ve Depresyon	12
2.4.3. Psoriasis ve Anksiyete	13
2.4.4. Psoriasis ve Çocukluk Çağı Ruhsal Travma	13
2.4.5. Psoriasis ve Yaşam Kalitesi	16
3. GEREÇ VE YÖNTEM	18
3.1. Hasta Seçimi	18
3.1.1. Araştırmanın Yeri	18
3.1.2. Araştırmanın Zamanı	18
3.1.3. Araştırmanın Evreni	18
3.2. Veri Toplama Aracı	19
3.2.1. Sosyodemografik Veri Formu	19
3.2.2. Psoriasis Alan Şiddet İndeksi	19
3.2.3. Psoriasis İşlev Kaybı İndeksi	19
3.2.4. Kısa Form 36 Yaşam kalitesi Ölçeği	20
3.2.5. Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği	21

3.2.6. Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği	22
3.2.7. Sheehan Yeti Yitimi Ölçeği	22
3.3.Yöntem	22
3.4. İstatistiksel Analiz	23
4. BULGULAR	24
4.1.PASİ Puanlarına İlişkin Değerlendirmeler	33
4.2. Psoriasis İşlev Kaybı Endeksine İlişkin Değerlendirmeler	33
4.3.HAD Anksiyete Puanlarına İlişkin Değerlendirmeler	36
4.3.1. Hasta Grubunda	36
4.3.2. Kontrol Grubunda	37
4.4.HAD Depresyon Puanlarına İlişkin Değerlendirmeler	38
4.4.1.Hasta Grubunda	38
4.4.2. Kontrol Grubunda	39
4.5.Çocukluk Çağı Travma Puanlarına İlişkin Değerlendirmeler	41
4.5.1. Hasta Grubunda	41
4.5.2. Kontrol Grubunda	41
4.6.Sheehan Yeti Yitimi Puanlarına İlişkin Değerlendirmeler	43
4.6.1. Hasta Grubunda	43
4.6.2. Kontrol Grubunda	44
4.7.HAD Anksiyete Puanlarına İlişkin Değerlendirmeler	45
4.8.HAD Depresyon Puanlarına İlişkin Değerlendirmeler	47
4.9.Çocukluk Çağı Travma Puanlarına İlişkin Değerlendirmeler	48
4.10.Sheehan Yeti Yitimi Puanlarına İlişkin Değerlendirmeler	49
5. TARTIŞMA	51
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	61
7. KAYNAKLAR	63
8.EKLER	76
9. ÖZGEÇMİŞ	89

II. TABLO LİSTESİ

Tablo 1: Demografik Özelliklerin Dağılımı.	24
Tablo 2: Tutulumla İlgili Özelliklerin Dağılımı.....	25
Tablo 3:PASI, Psoriasis İşlev Kaybı Endeksi, HAD Anksiyete, HAD Depresyon Çocukluk Çağı Travma ve Sheehan Yeti Yitimi Ölçeklerine İlişkin Dağılımlar.....	26
Tablo 4:SF-36 Alt Boyutlarına İlişkin Dağılımlar.....	27
Tablo 5:Gruplara Göre Demografik Özelliklerin Değerlendirilmesi.....	29
Tablo 6:Gruplara Göre SF-36 Yaşam kalitesi Ölçeği Alt Boyut Puanlarının Değerlendirilmesi.....	30
Tablo 7:Hasta Grubu Olgularda PASİ ve Psoriasis İşlev Kaybı Endeksinden Alınan Puanlar ile SF-36 Yaşam kalitesi Ölçeği Alt Boyutlarından, HAD Anksiyete ve Depresyon Ölçeklerinden, Çocukluk Çağı Travma ve Sheehane Yeti Yitimi Ölçeklerinden Aldıkları Puanlar Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi.....	32
Tablo 8:Hasta ve Kontrol Grubu Olgularda HAD Anksiyete ve Depresyon Ölçeklerinden Alınan Puanlar ile SF-36 Yaşam kalitesi Ölçeği Alt Boyutlarından, Çocukluk Çağı Travma ve Sheehane Yeti Yitimi Ölçeklerinden Aldıkları Puanlar Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi..	35
Tablo 9: Hasta ve Kontrol Grubu Olgularda Çocukluk Çağı Travma ve Sheehane Yeti Yitimi Ölçeklerinden Alınan Puanlar ile SF-36 Yaşam kalitesi Ölçeği Alt Boyutlarından Aldıkları Puanlar Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi.....	40
Tablo 10:Tüm Olgularda HAD Anksiyete ve Depresyon Ölçeklerinden Alınan Puanlar ile SF-36 Yaşam kalitesi Ölçeği Alt Boyutlarından, Çocukluk Çağı Travma ve Sheehane Yeti Yitimi Ölçeklerinden Aldıkları Puanlar Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi.....	45
Tablo 11:Tüm Olgularda Çocukluk Çağı Travma ve Sheehane Yeti Yitimi Ölçeklerinden Aldıkları Puanlar ile SF-36 Yaşam kalitesi Ölçeği Alt Boyutlarından Aldıkları Puanlar Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi..	48

III. KISALTMALAR VE SEMBOLLER LİSTESİ

HLA	: Human Leucocyte Antigen
HIV	: Human Immunodeficiency Virus
MHC	: Major Histocompatibility Complex
VEGF	: Vascular Endothelial Growth Factor
PAŞİ	: Psoriasis Alan Şiddet İndeksi
HAD	: Hastane Anksiyete ve Depresyon ölçeği
PİKİ	: Psoriasis İşlev Kaybı İndeksi
ÇÇTÖ	: Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği
SYÖ	: Sheehan Yeti Yitim Ölçeği
SF 36	: The Short Form (36) Health Survey
YK	: Yaşam Kalitesi
AA	: Alopesi Areata

IV. İTHAF

BUGÜNLERE ULAŞMAMA EMEK VEREN TÜM SEVENLERİME...



V. TEŞEKKÜR

Asistanlık dönemim boyunca değerli bilgi ve birikimlerini bizimle paylaşan, iyi bir hekim ve iyi bir insan olmanın ne demek olduğunu her fırsatta sergileyen Hocam Doç. Dr. Mustafa Arı'ya, becerilerimin gelişmesinde büyük katkıları olan Yrd. Doç. Dr. Mehmet Hanifi Kokaçya ve Yrd. Doç. Dr. Ümit Sertan Çöpoğlu'na;

Asistanlığım süresince benden yardımlarını esirgemeyen ve birlikte çalışmaktan büyük mutluluk duyduğum asistan arkadaşlarım Dr. Musa Şahpolat, Dr. Esra Girişken Velioğlu, Dr. Şahap Dede, Dr. Faruk Kurhan, Dr. Canan Demircan ve Dr. Süleyman Atar'a, poliklinik sekreterimiz Derya Karadurak'a

Teşekkürlerimi sunarım.

VI. ÖZET

PSÖRIAZİSLİ HASTALARIN YAŞAM KALİTESİ, ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMASI, ANKSİYETE VE SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİNİN ARAŞTIRILMASI

Amaç: Dermatolojik hastalılar içinde en sık görülen hastalıklardan biri olan psöriazis, sadece dermatolojik değil çeşitli psikososyal sorunları da beraberinde getirmektedir. Psöriazis hastalarında psikolojik değişkenler birçok çalışmada incelenmiştir. Çalışmamızda ise hastaların depresyon, anksiyete, yaşam kalitesi ve çocukluk çağı travma düzeylerini incelemeyi amaçladık.

Yöntem: Çalışmaya Mustafa Kemal Üniversitesi Tayfur Ata Sökmen Tıp Fakültesi Araştırma Hastanesi Dermatoloji Ana Bilim Dalı Polikliniklerine başvuran ve psöriazis tanısı almış olan 70 hasta alındı. Sağlıklı gönüllü 72 kişi kontrol grubunu oluşturdu. Bu kişilere Psöriazis Alan Şiddet İndeksi (PAŞİ), Psöriazis İşlev Kaybı Endeksi (PİKİ), Kısa Form 36 Yaşam Kalitesi Ölçeği (SF36), Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HAD), Çocukluk Çağı Travma Ölçeği (ÇÇTÖ), Sheehan Yetiyitimi Ölçeği (SYYÖ) uygulandı.

Bulgular: Çalışmamızda psöriazisli hasta grubunda sağlıklı kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı daha fazla depresyon olduğu, psöriazisli hasta grubunda sağlıklı kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı daha fazla anksiyete olduğu saptandı. Hastaların işlevselliğinde bozulma meydana geldiği ve hastaların kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı daha fazla işlevsellikte bozulma olduğu saptandı. Psöriazisli hasta grubunda sağlıklı kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı daha fazla çocukluk çağı travması olduğu saptandı. Hasta grubu olguların Sf-36 alt puanlarına bakıldığında enerji canlılık aktivite alt boyutu, canlılık alt boyutu ve sosyal işlevsellik alt boyutu puanları kontrol grubu olgulara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük saptanmıştır.

Sonuç: Bizim çalışma bulgularımıza göre psöriazisli hastaların anksiyete, depresyon, yaşam kalitesi ve çocukluk çağı ruhsal travma gibi psikiyatrik belirtilerle birlikteliği anlamlı bulunmuş olup farklı çalışmalarda bu bulgular değişiklik gösterse de hastaların psikiyatrik yardıma ihtiyacı olduğunu göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: Psöriazis, Anksiyete, Depresyon, Yaşam kalitesi, Çocukluk çağı travması

VII. ABSTRACT

THE QUALITY OF LIFE, CHILDHOOD TRAUMA, ANXIETY AND SOCIODEMOGRAPHIC FEATURE RESEARCH OF PSORIASIS THE PATIENTS

Aim: One of the most common dermatological disease psoriasis is not just a dermatological problem, it brings various psychosocial problems with it. Psychological variables in psoriasis patients examined in many studies. In our study we aimed to examine depression, anxiety, life quality and childhood trauma levels of patients.

Materials And Methods: 70 patients who had been diagnosed with psoriasis and applicanted to Mustafa Kemal University Tayfur Ata Sökmen Faculty of Medicine Research Hospital Dermatology Department received to the study. 72 healthy volunteers constituted the control group. Psoriasis Area Severity Index (PASI), Psoriasis Function Loss Index (PFLI), Short Form-36 Quality of Life Questionnaire (SF36), Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD), the Childhood Trauma Questionnaire (CTQ), the Sheehan Disability Scale (SDS) were performed to these people.

Results: In our study, more statistically significantly depression in psoriasis group than in the healthy control group, more statistically significantly anxiety in psoriasis group than in the healthy control group were detected. Deterioration occurred in the functioning of the patients and more statistically significantly functionality deterioration were found than in control group. More statistically significantly childhood trauma scale score in psoriasis group than in the healthy control group, When we look at the activity vitality energy subscale score, vitality subscale score, social functioning subscale scores in SF-36 subscale scores of the patient group were detected statistically significant lower than the control group.

Conclusion: According to our study findings psoriasis patients' anxiety, depression, quality of life and childhood psychological trauma has significant association with psychiatric symptoms although in different studies these findings also changes but indicates that patients needed psychiatric help.

Key Words: psoriasis, anxiety, depression, quality of life, childhood trauma

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Deri ve beyin embriyolojik olarak aynı tabakadan ektodermden köken alır (1). İngram derinin zihnin bir uzantısı olduğunu ifade eder (1). Deri dış dünyayla sınırlarımızı çizme, duyguları ifade etme, otonom yanıtlar vermede ve yakınlık kurmada çok önemli işlevlere sahiptir. Kişinin içerisinde yaşadığı psikolojik ortam bazı deri hastalıklarına yol açabilir. Bazı psikiyatrik hastalıklarda ve nörolojik hastalıklarda da deri hastalıkları oluşabilir (2). Dermatolojik hastalıklar birinci basamakta yaklaşık %15-20 sıklıkta bulunur (2,3). Dermatolojik hastalıkların en azından % 25-30 unda psikiyatrik yada psikososyal etmenlerin tanınması oldukça önemli olabilir (4).

Psikodermatoloji ruhsal ve sosyal etmenlerin deri hastalıklarına yol açtığı durumlarla ilgilenir (1,3,5). Psikofizyolojik bozukluklarda doğrudan mental durumla ilişkilendirilemeyen deri ile ilgili bozukluklar vardır ancak bu bozuklukların strese yanıt gibi psikiyatrik durumlarla ilişkili olabildiği düşünülmektedir. Trikotilomani yada parazit sanrısı gibi kendine zarar vermeye ortaya çıkan hastalıklar Primer psikiyatrik bozukluklar olarak belirtilmektedir. Sekonder psikiyatrik sorunlar ise deride oluşan şekil bozukluklarına ikincil gelişen psikiyatrik bozukluklardır (5).

Kozmetik sorunlar ve deri hastalıklarının oluşturduğu anksiyete, depresyon ve diğer psikososyal sorunlar, artitler ve diğer sakatlıklarla karşılaştırılabilecek düzeydedir (2). Hastaların gerçek yada algıladıkları kusurlarının yerleşim yerlerinde anksiyete yada depresyona yatkınlık sağlar. Örneğin yüz, saçlı deri, eller ve genital bölgelerdeki gerçek yada algılanan kusurlar önemlidir (2,6). Beden dismorfik bozukluğu, akne, psöriasis gibi bozukluklarda özellikle yüzde yerleşen durumlarda reaktif depresyon gelişimi ve suisid olasılığı yüksektir (2).

Deri erken yaşamda bağlanmanın temel organıdır temel güven duygusu gibi psikolojik yaşantımızdaki önemli gelişim aşamalarında belirgin bir rol oynar. Bu nedenle ruhsal açıdan sıkıntı yaşanan dönemlerde insan yaşamının ileri aşamalarında da daha sonra somatizasyon geliştirmeye yatkın bir organ olduğu ifade edilmiştir (1,7).

Psoriasis göreceli olarak yaygın, kronik, inflamatuvar ve hiperproliferatif nadiren sistemik tedavi gerektiren bir deri hastalığıdır (2). Uzun süredir epidermal keratonesitlerden köken aldığı düşünülürken son zamanlarda bağışıklık sistemiyle ilişkili olduğu belirtilmektedir (8).Psoriasis hastalığının hem başlamasında hemde alevlenmesinde stres ve psiksosyal nedenlerin belirgin etkisi vardır. Psoriasisin çok uzun zamandır bir psikosomatik hastalık olduğu ifade edilmiştir (9). Ingram ve arkadaşları hastalığın başlangıcında stresli olaylara vurgu yapmışlardır (9).

Psoriasis yaşamı tehdit etmemesine rağmen hastaların yaşamında önemli bir etkiye sahiptir. Psoriasisli hastalarda suicidal düşünceye diğer dermatolojik hastalıklara göre yatkınlıkta artış olabilir (2,8). Hastaların uğradığı stigma (damgalanma) belirgin olarak psikolojik rahatsızlıklara yatkınlıkları artırabilir (10). Hastaların uğradıkları yalıtım ve damgalanma yaşam kalitelerinde belirgin olarak düşmeye ve psiksosyal sorunlarda artışa neden olur (8).

Psoriasisli hastaların baş etme amaçlı belirgin davranış patterni kaçınmadır (8). Psoriasis hastaları hastalığın henüz tamamen kür edici tedavisinin bulunamamış olması ve tekrarlama olasılığı nedeniyle yoğun anksiyete yaşamalarına neden olabilmektedir (8). Psikolojik etmenlerin (depresyon ve stigma gibi) psoriasisli hastaların yaşamını etkilemede hastalığın ciddiyetinden, tutulum yerinden ve hastalık süresinden daha fazla belirleyici olduğu ifade edilmiştir (10).

Bu çalışmanın amacı, psoriasis hastalarındaanksiyete, depresyon, çocukluk çağı ruhsal travması ve yaşam kalitesi ile psoriasis hastalığının şiddeti ve sosyodemografik verilerle ilişkisini saptamaktır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Tanım

Psoriasis, toplumun yaklaşık %1-2'sinde görülen, kronik, inflamatuvar ve hiperproliferatif bir deri hastalığıdır (11,12). Etyopatogenezi tam olarak bilinmemekle birlikte olgularının yaklaşık %40'mının ailesel birikim göstermesi, ikizlerdeki yüksek konkordans oranları ve hastalığın bazı HLA antijenleri ile olan birlikteliği genetik bir zemini düşündürmektedir (13). Bununla birlikte genetik yatkınlığı olan bireylerde hastalığın ortaya çıkması için bazı endojen veya ekzojen (çevresel) faktörler gereklidir. Psoriasis mekanik, UV radyasyon, travma, stres, enfeksiyonlar, ilaçlar ve mevsim değişiklikleri gibi faktörlerle tetiklenebilmekte veya alevlenebilmektedir (14). Epidemiyolojik çalışmalarda; psoriasis Crohn hastalığı, ateroskleroz, kalp yetmezliği, obezite, insülin direnci, tip 2 diyabet ve metabolik sendrom gibi ortak patogenetik mekanizmaların rol aldığı çeşitli hastalıklarla birliktelik gösterdiği bildirilmiştir (15,16).

2.2. Epidemiyoloji

Psoriasis sıklığı, etnik gruplar arasında değişkenlik göstermekle birlikte yaygın bir hastalıktır. Toplum çalışmalarında bildirilen prevalans değerleri %0,2 ile 4,8 arasında değişmektedir (17). İskandinavya ve Kuzey Avrupa'da en sıktır, en yüksek prevalansı %3 olarak bildirilmiştir (18). Asya'da %0,1 veya daha az sıklıkta, Afrika'da ise oldukça nadir olduğu bildirilmektedir (19). Japonya'da prevalans yaklaşık %0,2'dir. Amerika Kızıl Derililerinde ise nadirdir. Bu değişik oranların nedenleri olasılıkla genetik ve çevresel faktörlerdir. Kadın ve erkeklerde görülme sıklığı eşittir. Doğumdan itibaren her yaşta görülebilir. Hastaların %70'inde başlangıç 40 yaşından öncedir. Hastalığın ilk belirtileri genellikle üçüncü dekada görülür. Başlangıç yaşı iki dönemde pik yapar: en sık başlangıç 20-30 yaşları arasında görülür. Daha az sıklıkta ise 50-60 yaş arasında başlar. Erken başlangıçlı tipi (Tip-I) güçlü aile öyküsü ve yaşam kalitesi olan, insan lökosit antijeni (HLA) ile ilişkili olduğu düşünülen tiptir ve daha şiddetli seyretmeye eğilimlidir. Geç başlangıçlı tipi

(Tip-II) HLABirlikteliği göstermez, sporadik ve daha hafif seyretmeye eğilimlidir (18).

2.3. Etiyoloji ve Tetikleyici Faktörler

Psoriazisin nedeni tam olarak bilinmemektedir. Genetik yatkınlığınpsoriazis oluşumunda etkili olduğu düşünülmekte; ancak çevresel faktörler, enfeksiyonlar, ilaçlar, psikojenik faktörler ve travmanın hastalığın çıkışınıtetiklediğine ve alevlenmesine neden olduğuna inanılmaktadır (19,20).

2.3.1 Fiziksel Travma (Koebner Fenomeni):

Travma psoriaziste en önemli tetikleyici faktörlerden biridir (20). 19.yüzyılda yaşamış Heinrich Koebner psoriazis tanılı bir hastasının ata binerken sürtünen lezyonsuz bölgelerinde yeni psöriatik lezyonların çıktığını, kısa bir süresonra da bunun tüm vücuda yayıldığını gözlemleyerek Koebner fenomenini tanımlayan kişi olmuştur (21,22). Çok değişik tipte hasarlar psoriaziste Koebnercevabına sebep olabilese de en iyi tanımlananlar çizikler, ısırık, yanık, enjeksiyon yerleri, güneş yanığı, tatuaj ve aşı yerleridir. Keobner fenomeni (izomorfikcevap olarak da bilinir) genellikle travmadan 7-14 gün sonra ortaya çıkar ve ciltlezyonlarının alevlenmesine neden olabilir (23).

2.3.2 Enfeksiyonlar :

Çeşitli mikroorganizmaların psoriazisin ortaya çıkmasında veya alevlenmesinde etkili olduğu uzun süredir bilinmektedir. Bu mikroorganizmalar; bakteriler (streptokokus pyogenes, stafilokokus aureus), mantarlar (malassezia, kandida albicans) ve virüsler (papilloma virus, retrovirus, endojenretrovirusler)'dir. Genellikle streptokokal boğaz enfeksiyonu esnasında veya sonrasında "guttat psoriazis" lezyonları ortaya çıkmaktadır. Yapılanimmünfloresan çalışmalarda psöriatik epidermiste streptokokkal ürünler veya bunlarla çapraz reaksiyon veren antijenlerin varlığı saptanmıştır (24). Humanimmunodeficiency virus I (HIV-I) psoriaziste ciddi alevlenmelere sebep

olabilir.HIV pozitif kişilerde psoriasis insidansı artmış olup HIV ilişkili psoriasis standart tedavilere daha dirençlidir (25).

2.3.3. Stres :

Akut stres psoriasisin ortaya çıkması veya alevlenmesiyle ilişkil bulunmuştur. Son zamanlarda yapılan 38 hastalık bir çalışmada düşük stresli ve yüksek stresli iki grup değerlendirilmiş ve yüksek stresli grupta psoriasis alan şiddet indeksi belirgin şekilde yüksek bulunmuştur (26,27).

2.3.4. İlaçlar :

Psoriasisin alevlenmesine en sık sebep olan ilaçlar, beta-blokerler, nonsteroid antiinflamatuar ilaçlar, antimalaryal ajanlar ve anjiyotensin konvertan enzim inhibitörleridir. Daha nadir olarak klonidin, olanzapin, amiodaron, digoksin, doksisisiklin, gemfibrozil, simetidin, imiquimod, α ve β interferon, penisilin, amoksisilin ve ampisilin gibi ilaçlar da psoriasisin tetiklenmesine sebep olabilir (25). Sistemik kortikosteroidler, psoriasisini hızla düzeltir, ancak tedavinin aniden kesilmesi, psoriasis lezyonlarının alevlenmesine, hatta püstüler forma dönüşmesine neden olabilir.

2.3.5. Sigara:

Sigara içmenin psoriasisin ortaya çıkmasında ve alevlenmesinde etkili olduğuna dair birçok çalışma vardır. Keratinositler nikotinik kolinerjik reseptörlere sahip olup, sigara içimiyle hücrelere kalsiyum girişi olmakta ve hücre döngüsü hızlanmaktadır. Buna ek olarak sigara hücrelerde oksidatif hasar yol açmaktadır (28). Fazla sigara içmenin hastalığa yakalanma riskini ve klinik ciddiyetini arttırdığı gösterilmiştir (29). Sigara ile psoriasis arasındaki en belirgin ilişki palmoplantar püstüloziste kurulmuştur (30).

2.3.6. Alkol:

Alkol önceden var olan psoriazisi tetikleyebilir ve hastalığı şiddetlendirebilir. Bunu hücrel immunitiyi baskılama, lenfositlerin proliferasyonunu artırma, proinflatuar sitokinleri artırma yoluyla yapmaktadır(30).

2.3.7. İklim:

Ultraviyole ışınlar, orta ve ciddi psoriaziste kullanılabilen bir tedavi yöntemidir. Ekvatora yakın ülkelerde psoriazisin daha az sıklıkta olması, doğal ultraviyolenin psoriazis üzerindeki pozitif etkisini gösterse de hastaların küçük bir kısmında şiddetli güneş ışığına maruz kalmak tetikleyici rol oynayabilmektedir. Bu hastalarda yaz aylarında lezyonlarda alevlenmeler görülebilir (31). Son zamanlarda yapılmış bir çalışmada şiddetli fotosensitivitenin eşlik ettiği psoriazisin ağırlıklı olarak kadınları etkilediği, HLA-Cw6 ile ilişkili olduğu ve aile öyküsü olanlarda ultraviyolenin daha fazla etkili olduğu görülmüştür (32).

2.3.8. Endokrin Faktörler:

Generalize püstüler psoriaziste hipokalseminin tetikleyici bir faktör olduğu gösterilmiştir. Gebelik hastalık aktivitesini değiştirebilir. Yapılan bir çalışmada 65 gebe kadın hasta değerlendirilmiş ve % 40' unda lezyonlarda iyileşme, % 14' ünde ise kötüleşme saptanmıştır. Genel olarak psoriazis seyrinde gebelik döneminde düzelmeye sonrasında ise kötüleşme oluyordenebilir (33,34).

2.3.9 Genetik Faktörler:

Psoriazis hastalarının 1. derece akrabalarında psoriazis sıklığı %7.8 venormal popülasyonda ise %3.14 olarak bulunmuştur (35). Hastaların sadece 1/3'ünde aile öyküsü bulunması kalıtsal faktörlerin her hastada farklı oranlarda etkili olduğunu, ek olarak hastalığı tetikleyen çevresel faktörlerin devarlığını düşündürmektedir (36). Yaşam boyu psoriazis olma riski, anne veya babada hastalık varlığında %14, her ikisi de etkilenmişse %41, bir kardeş etkilenmişse %6 olarak bulunmuştur. İkizler üzerinde

yapılan çalışmalarda tekyumurta ikizlerinde psoriasis görülme oranı %64, çift yumurta ikizlerinde ise %15 olarak bulunmuştur (35). Tek yumurta ikizlerinde hastalık aynı yaşlarda ortaya çıkmakta ve benzer şiddette seyretmektedir (36). Genetik çalışmalarda psoriasis için bazı özgün loküsler tanımlanmıştır. 6p21 kromozomu üzerinde major histokompatibilite kompleksi içindeki psoriasis'e yatkın (PSORS1) gen kümesi, psoriasis'in ana genetik kaynağı olarak düşünülmektedir (37,38). Psoriasisle ilişkili diğer MHC genleri arasından HLA-Cw6, erken psoriasis için önemli bir alleldir (39,40). HLA-B17 şiddetli fenotiple ilişkilidir (41). MHC ve HLA psoriasisde genetiği tek başına açıklayamaz. İL-12 ve İL-23 de psoriasis patogenezi dahil olurlar. İL-12 ve İL-23 reseptörlerindeki bir kaç tekli gen polimorfizmi (SNP) psoriasis ve bazı kronik hastalıklarla ilişkilendirilmiştir (42, 43). Bazı reseptör polimorfizimleri psoriasis'e yatkınlığı artırırken bazıları koruyucu özellikte olabilir (44). Ek olarak İL-12B geni (İL-12 ve İL23 p40 subunitini kodlar) ve İL-23A geni (İL-23 P19 subunitini kodlar) psoriasis ile yakın ilişkili bulunmuştur.

İmmün yanıtı düzenleyen diğer genler de psoriasis ile ilişkili bulunmuştur. NF- κ B sinyalini ve TNF- α üretimini kontrol eden TNIP1 ve TNFAIP3 genleri bunlara örnektir (43). Bu genler aynı zamanda doğal immünitede yer alan Th2 ve beta defensinleri kontrol eden İL-4 ve İL-13' ü kodlayan genleri içerir (43,45). Epidermal hücre farklılaşmasında önemli olan zar proteinleri kodlayan 1q21 kromozom üzerindeki LCE gen kümesi psoriasis için kabul edilen gen kümesidir (46).

2.3.10. Patogenez

Psoriasis T hücrelerinin rol aldığı immünite aracılı kompleks bir hastalıktır. İlaçlar ve enfeksiyonlar psoriasis'i başlatabilmesine rağmen hastalığı tetikleyici etken her zaman net değildir. Tipik bulgulardan eritem ve pullanma aşırı inflamatuvar hücre infiltrasyonu, vasküler değişiklikler, epidermisin anormal farklılaşması ve hiperproliferasyonun sonucudur. Bu hiperprolifaratif durum normal epidermisle karşılaştırıldığında aşağıdaki değişikliklerle karakterizedir:

- Artmış epidermal hücre sayısı

- Hücrelerde artmış DNA sentezi
- Keratinositlerde kısalmış hücre siklus süresi
- Epidermal değişim süresinin kısalması

Hastalığı tetikleyen faktör ne olursa olsun, keratinosit hiperproliferasyonu, epidermis ve dermiste inflamatuvar hücre infiltrasyonu ve vasküler değişiklikler meydana gelmekte, bu değişiklikler hem doğal hem de kazanılmış immün sistem aktivasyonu sonucu ortaya çıkmaktadır (47). Psöriatik deride hücre siklusunda G1 faz oldukça kısalmakta ve normal deride istirahat halindeki G0 ve G2 fazlarındaki hücreler de mitoz olayına katılmaktadırlar. Psoriasisde putserin, spermidin, spermin gibi poliaminlerin miktarı da artmıştır. Bu poliaminler hücresel proliferasyonda önemli role sahiptir. Proteaz antiproteaz sisteminde görev alan plazminojen aktivatörü, $\alpha 1$ antitripsin ve katepsin 1 de epidermal proliferasyon ve farklılaşmada etkilidir ve proteaz aktivitesi psoriasisde artar (48).

Psoriasisin immünolojik bir hastalık olduğunu birçok bulgu desteklemektedir. Patogenezinde T lenfositlerin önemini gösteren çok sayıda kanıt mevcuttur. Lezyonlu deride erken dönemde dermiste T hücre infiltrasyonu, MHC ve HLA-Cw6 ile kuvvetli birliktelik, anti T hücre tedavilerine pozitif cevap, psöriatik plaklarda antijen prezentasyonunun artması gibi bulgular patogenezde T hücrelerinin önemini göstermektedir (35,49-52). Kemik iliği nakli yapılmış hastalardaki gözlemler de psoriasisdeki immün regülasyonu desteklenmiştir. Bazı psoriasisli hastalarda kemik iliği naklini takiben bazen hayat boyu devam edebilen tam düzelme olurken, normal fenotipe sahip bireylerde de kemik iliği nakli sonrası psoriasisin başladığı görülmüştür (53, 54). Birkaç çalışmada vasküler endotelial büyüme faktörünün (VEGF) artışının psoriasis patogenezinde erken ve önemli bir basamak olduğu gösterilmiştir. VEGF, anjiogenezisi direkt olarak; endotelial hücrelerin proliferasyonunu ve endotel hücrelerinin permeabilitesini indirekt olarak artırır (55).

2.4.Cilt ve Psikiyatrik Hastalıklar

Deri dış dünyayla sınırlarımızı çizme, duyguları ifade etme,otonom yanıtlar vermede ve yakınlık kurmada çok önemli işlevlere sahiptir.Kişinin içerisinde

yaşadığı psikolojik ortam bazı deri hastalıklarına yol açabilir. Bazı psikiyatrik hastalıklarda ve nörolojik hastalıklarda da deri hastalıkları oluşabilir (56,57). Deri hastalıklarında anksiyete oldukça yaygındır (57). Dermatolojik hastalıklar birinci basamakta yaklaşık %15-20 sıklıkta bulunur (57,58). Dermatolojik hastalıkların en azından % 25-30 unda psikiyatrik yada psikososyal etmenlerin tanınması oldukça önemli olabilir (59).

Somatizasyon Amerikan psikiyatri birliği 2000 ve Kelner tarafından altta yatan psikiyatrik yada psikososyal bir nedene bağlı ortaya çıkan bedensel bulgu olarak ifade edilmiştir (60). Hastalar Engel in (2004) görüşüne göre somatizasyon yoluyla sıkıntı duydukları psikolojik çatışmalı bir konuyu daha kabul edilebilir ve daha az stigmatize bedensel bulguya çevirirler (60). Psikanalist Anziue ye göre dermatolojik hastalıklar kısmen benlik ve narsistik yapıdaki yetersizliklere bağlı olabilir (61). Yine Anziue nin aktardığına göre psikosomatik hastalıklara uygulanan Rorschach testi sonuçlarına bakıldığında bedenin yüzeyel bölgelerinde görülen semptomların koruyucu bir işlev görebildiğini ileri sürmüştür (61). Psikodermatoloji ruhsal, sosyal etmenlerin deri hastalıklarına yol açtığı durumlarla ilgilenir (56,58,62). Psikodermatolojik bozukluklar 3 grupta incelenebilir (62).

Psikofizyolojik bozukluklarda doğrudan mental durumla ilişkilendirilemeyen deri ile ilgili bozukluklar vardır ancak bu bozuklukların strese yanıt gibi psikiyatrik durumlarla ilişkili olabildiği düşünülmektedir. Trikotilomani yada parazit sanrısı gibi kendine zarar vermeyeyle ortaya çıkan hastalıklar Primer psikiyatrik bozukluklar olarak belirtilmektedir. Sekonder psikiyatrik sorunlar ise deride oluşan şekil bozukluklarına ikincil gelişen psikiyatrik bozukluklardır (62). Kozmetik sorunlar ve deri hastalıklarının oluşturduğu anksiyete, depresyon ve diğer psikososyal sorunlar artitler ve diğer sakatlıklarla karşılaştırılabilecek düzeydedir (57). Hastaların gerçek yada algıladıkları kusurlarının yerleşim yerleride anksiyete yada depresyona yatkınlık sağlar.Örneğin yüz, saçlı deri, eller ve genital bölgelerdeki gerçek yada algılanan kusurlar (57,63).

Psoriasis Severity Index (PASI) Psöriasis hastalık ciddiyetini değerlendiren en önemli ölçeklerden biri olmasına rağmen daha kapsamlı ölçeklerde araştırılmaktadır (64). Beden dismorfik bozukluğu, akne, psöriasis gibi

bozukluklarda özelliklede yüzde yerleşen durumlarda reaktif depresyon gelişimi ve suisid olasılığı yüksektir (57). Saxe ve arkadaşlarına göre disosiyatif süreçlerde dermatolojik kökenli somatik bulgularda önemli rol oynar (60). Bir çalışmada psikiyatride yatan hastaların deriyle ilgili disosiyatif semptomlar açısından kontrollere göre daha fazla etkilendikleri belirtilmiştir (60). Deri erken yaşamda bağlanmanın temel organıdır temel güven duygusu gibi psikolojik yaşantımızdaki önemli gelişim aşamalarında belirgin bir rol oynar. Bu nedenle ruhsal açıdan sıkıntı yaşanan dönemlerde insan yaşamının ileri aşamalarında da daha sonra somatizasyon geliştirmeye yatkın bir organ olduğu ifade edilmiştir (56,60).

2.4.1 Psoriasis ve Genel Psikopatoloji

Psoriasis göreceli olarak yaygın, kronik, inflamatuvar ve hiperproliferatif nadiren sistemik tedavi gerektiren bir deri hastalığıdır (57). Uzun süredir epidermal keratonesitlerden köken aldığı düşünülürken son zamanlarda bağışıklık sistemiyle ilişkili olduğu belirtilmektedir (65). Her iki cinstede eşit görülür ve herhangi bir yaşta başlayabilir (66). Toplumun yaklaşık % 1,4-%3 ünü etkileyebilir, birinci basamakta deriyle ilgili başvuruların % 2,6 sı psöriasisdir. Tüm birinci basamağa başvuran hastalarda psoriasis görülme oranı %0,3-%0,6 arasındadır (57,66). Amerika'da yıllık 250 000 yeni vaka olduğu bildirilmiştir. Genetik etmenlerinde hastalığın başlamasında etkili olduğu ifade edilmiştir (65).

Psoriasis hastalığının hem başlamasında hemde alevlenmesinde stres ve psikososyal nedenlerin belirgin etkisi vardır. Psöriasisin çok uzun zamandır bir psikosomatik hastalık olduğu ifade edilmiştir (68). Ingram ve arkadaşları hastalığın başlangıcında stresli olaylara vurgu yapmışlardır (68). Çoğu zaman hastalığın ciddiyetini gösteren PASI ile ciddi bir korelasyon gösterilmemiştir (68). Psöriasis yaşamı tehdit etmemesine rağmen hastaların yaşamında önemli bir etkiye sahiptir. Psöriasisli hastalarda suisidal düşünceye diğer dermatolojik hastalıklara göre yatkınlıkta artış olabilir (57,65). Hastaların uğradığı stigma (damgalanma) belirgin olarak psikolojik rahatsızlıklara yatkınlıkları artırabilir (66). Rapp ve arkadaşları yaptıkları bir çalışmada psoriasisli hastalarda hem fiziksel hemde mental işlevsellikteki azalmayı artrit kanser ve kalp hastalarıyla karşılaştırılabilir düzeyde

bulmuşlardır (57,66,69). Hastaların uğradıkları yalıtım ve damgalanma yaşam kalitelerinde belirgin olarak düşmeye ve psikososyal sorunlarda artışa neden olur (65). Hastaların %89 u kendi görünümüleriyle ilgili olarak utanç duyabilirler (70). Willan bu konudaki ilk yazılı materyallerden birinde lepra ve psoriaziste damgalanmanın belirgin olumsuz sonuçlarına ve psoriazisli hastalarda bunun yaygın olduğuna dikkati çekmiştir. Psoriazisli hastaların baş etme amaçlı belirgin davranış patterni kaçınmadır (65).

Psoriazis hastaları hastalığın henüz tamamen kür edici tedavisinin bulunamamış olması ve tekrarlama olasılığı nedeniyle yoğun anksiyete yaşamalarına neden olabilmektedir (65). Psoriazisli 369 hastalı bir çalışmada hastaların %35 i bu durumun kendi kariyerlerini olumsuz etkilediğini, %20 side işyerindeki performanslarını belirgin olarak azaldığını ifade etmişlerdir. Amerika Birleşik Devletlerinde (ABD) hasta başına yıllık maliyeti yaklaşık 650-800 Amerikan Doları maliyeti olduğu tahmin edilmektedir (57,71). Hastaların yaklaşık %44 ü iş yaşamında zorluklar yaşadıklarını belirtmiştir (70).

Psikolojik etmenlerin (depresyon ve stigma gibi) psoriazisli hastaların yaşamını etkilemede hastalığın ciddiyetinden, tutulum yerinden ve hastalık süresinden daha fazla belirleyici olduğu ifade edilmiştir (66). PASI skorlarının bazı çalışmalarda hastaların yaşam kalitesini etkilemede belirgin olmadığı ileri sürülmüştür (70). El tutulumu olan dermatozların yaklaşık %51 i bunun başlatan nedenin stresle ilişkili olduğunu ifade etmişlerdir (72). Psoriaziste alkol alımının birçok hastalıktan fazla olduğu bildirilmiştir (73-75). Madde kullanımı suisid oranlarında bağımsız bir belirleyici faktördür. Psoriaziste alkolizm oranı %18 le diğer dermatolojik durumlarda görülen %2 den kat kat fazladır. Günde 80 g ve üstü alkol kullanımı kaşıntıda artışa, yaşam kalitesi bozukluğuna ve daha kötü tedavi sonucuna yol açmaktadır (70). Psoriazisli hastaların kişilik özellikleri obsesif ve damgalanmaya uğrayacağını düşündüğü içinde agresif olabileceği bildirilmiştir (76).

3.2 Psoriasis ve Depresyon

Dermatolojik hastalıkların birçoğunda psikiyatrik sorunlar sık görülmektedir. Bir liazon merkezine gönderilen dermatolojik hastaların yaklaşık %95 ipsikiyatrik tanı almıştır. En sık görülen tanılar ise %44 ile depresyon ve % 55 ile anksiyete bozukluğudur (70). Psoriasisli hastalarda depresyon birçok çalışmada yüksek görülmektedir. 100 hastada yapılan bir çalışmada depresyon sıklığı % 51 olarak bulunmuştur (70). Kanayan psöriatik plakların bu çalışmada hastalarda suçluluk ve utanç duygularını güçlü bir şekilde yordadığı ortaya konmuştur. Psöriatik kaşıntı ile depresyon düzeyinin ilişkili olduğunu gösteren birçok çalışma vardır (70). Kaşıntının yaşam kalitesi bozukluklarına yol açarak depresyona dolaylı bir katkıda bulunduğu da ifade edilmiştir (68,70). Hastaların neredeyse yarısında görülen depresyon yaşam kalitesini de oldukça olumsuz etkileyebilmektedir (71,77). Psoriaziste depresyon birçok dermatolojik hastalıktan çok görülür. Tedaviden alınan doyurucu olmayan hastalığı tamamen ortadan kaldırmayan sonuçlarda bu olumsuz sonuca katkıda bulunmaktadır (71). Bazı çalışmalarda psoriaziste depresyon düzeyi ve psoriazis ciddiyeti arasında ilişki bulunmuştur (73).

Akneden sonra suicid oranlarında en sık artış görülen dermatolojik hastalıklardan biri psoriazistir. Depresyon ve suisidal düşünce dermatolojik hastalıklarda şekil bozukluğu ve beden algısında bozulmayla ilişkili olabileceği bulunmuştur (75). Psoriasisli hastalarda görülen suisidal düşünce genel toplumda görülen suisidal düşüncenin yaklaşık iki katıdır (70). Suisidal düşünce bazı çalışmalarda diğer kronik hastalıklarda görülen %2,5 luk orana yakın ve onlara benzer iken bazı çalışmalarda bundan daha fazla bulunmuştur (70). Gupta ve arkadaşları psoriasisli hastalarda ölüm düşüncesini %9,7 suisidal düşüncüyü ise % 5,5 olarak bulmuşlardır (78). Kadınlarda depresyon sıklığı daha fazladır (79). Psoriasis, depresyonun yanısıra yaşam kalitesi ve şeklini de etkilemesi nedeniyle kardiyovasküler hastalıklar, şişmanlık gibi ek sorunlara da yol açtığı görülmüştür (70,80). Psoriaziste normalde sık görülmeyen kaşıntı depresyon ve intihar düşüncelerinin varlığında artmakta ve antidepresan tedaviyle oldukça toparlamaktadır (56).

3.3 Psoriasis ve Anksiyete

Psoriasisli hastalarda anksiyete bozuklukları ve obsesif kompulsif bozukluklar oldukça sıktır (56). Hastaların yaklaşık %51- 58 i anksiyete yaşadıklarını belirtmişlerdir (70,81). Alkol bağımlılığı ve kullanımının sıklığındaki artış anksiyeteye karşı self medikasyon gereksinimiyle ilişkili olabileceği düşünülebilir. Alkol aynı zamanda kaşıntıyı ve hastalık şiddetini artırarak kısır döngüye neden olabilmektedir (56,74,75). Hastalığın dermatolojik tedavisinin henüz alevlenmeleri azaltıcı ve semptomatik nitelikte olması hastalardaki beklenti anksiyetesini artırabilmektedir. Hastalığın tekrarının beklenmesinin yanısıra sosyal yalıtım da hastalardaki istenmeme duygusunu etkilemektedir. Psoriasisli hastalarda anksiyolitik tedavinin yanısıra gevşeme egzersizleri ve anksiyeteyi azaltıcı tedavilerin oldukça faydalı olduğu ifade edilmiştir (62).

Hastaların yaklaşık %60 ı hastalıklarının başlangıcından yaşadıkları kaygı ve stresin sorumlu olduğuna inandıklarını belirtmişlerdir (70). Psöriazili hastalarda anksiyete ve depresyon Behçet hastalarıyla karşılaştırıldığında daha düşük bulunmuştur (82). Bu durum yazarlar tarafından hafif ve orta düzeyde psoriasisli hastaların çalışmaya alınmasıyla açıklanmaya çalışılmıştır (82). Ginsberg ve ark orta ve ciddi düzeyde psoriasisli hastaların yaklaşık %19 u spor salonu,berber ve yüzme havuzu gibi ortamlarda sosyal reddedilme yaşadıklarını belirtmişlerdir (81)

2.4.4. Psoriasis ve Çocukluk Çağı Ruhsal Travması

Çocukların kötüye kullanılması dünya çapında yaygın bir sorundur (83). Dünya Sağlık Örgütü, her yıl 0-14 yaşları arasındaki 40 milyon çocuğun, tıbbi ve sosyal yardımı gerektirecek düzeyde kötüye kullanım ve ihmale uğradığını tahmin etmektedir (84). UNICEF'in yayınladığı bir rapora göre, gelişmiş ülkelerde bile çocukların kötü muameleye maruz kalması bir sorun olarak devam etmektedir. Bu göre dünyanın en zengin 27 ülkesinde, her yıl 3500 çocuk kötü muameleye bağlı olarak ölmektedir (85). Çocukluk çağında kötüye kullanım ve ihmalin klinik ve yasal tanımları ülkelere, yasalara ve kültürlere göre farklılıklar gösterir. Çocukluk çağında kötüye kullanım ve ihmal tipik olarak; duygusal kötüye kullanım, fiziksel kötüye kullanım, cinsel kötüye kullanım, fiziksel ihmal, tıbbi ihmal ve duygusal ihmal gibi

sınıflara ayırılmaktadır. Fiziksel kötüye kullanım, çocuğa karşı, fiziksel hasar verecek veya verme potansiyeli yaratacak şekilde kasıtlı olarak fiziksel güç kullanılmasıdır (86).

Amerikan Pediatri Akademisi'nin Çocuk istismarı ve ihmali Komitesi, duygusal kötüye kullanımı; “artık ilişkinin tipik özelliği olacak şekilde, ebeveyn ve çocuk arasındaki, çocuğa zarar verici nitelikte tekrarlayan bir etkileşim örüntüsünden kaynaklanan psikolojik kötü muamele” olarak tanımlamaktadır (87). Duygusal kötüye kullanımın, fiziksel ve cinsel kötüye kullanım ve ihmal çeşitleri ile beraber görülebileceği gibi tek başına görülebileceği de göz önünde bulundurulmalıdır. Çocuğun cinsel kötüye kullanımı DSÖ tarafından “çocuğun tam olarak anlayamayacağı, bilgisi dahilinde onam veremeyeceği, veya gelişimsel olarak hazır olmadığı ve onam veremeyeceği, veya toplumun yasaları ve tabularına aykırı biçimde cinsel bir eyleme dahil edilmesi” olarak tanımlamıştır (88). Duygusal ihmal, çocuğun duygusal ihtiyaçlarının karşılanmaması bakımından duygusal kötüye kullanıma benzerdir. Duygusal ihmalde, şefkat, sevgi veya bakımın yokluğu çocuğun psikolojik yaşantısı ve ruh sağlığı üzerine yıkıcı etkilere yol açabilir. Bu durumun çocuklarda bağlanma bozukluğu, davranış sorunları, duygusal instabilite, düşük benlik saygısı ve sosyal becerilerde zayıflık gibi sonuçlara yol açtığı bilinmektedir. Fiziksel ihmal çocuğun ihtiyaçları için gereken yeterli ve güvenli fiziki çevrenin sağlanmaması olarak tanımlanabilir. Benzer biçimde tıbbi ihmal, çocuğun hastalığında veya başka bir tıbbi meselesinde tıbbi hizmeti almasını sağlamamak şeklinde tanımlanmaktadır (89).

Çocukluk çağında kötüye kullanıma maruz kalmanın erişkinlikte psikiyatrik sonuçları olduğu iyi bilinmektedir. 1987'de Bryer ve ark. tarafından, çeşitli psikiyatrik nedenlerle hastanede yatan 68 kadın hasta üzerinde yapılan çalışmada, çocukluk çağında kötüye kullanımın erişkinlikte psikiyatrik semptomların şiddeti ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (90). Harriet ve arkadaşları tarafından Ontario'da yaşayan 7016 kişi üzerinde yapılan bir çalışmada, çocuklukta fiziksel kötüye kullanıma maruz kalan kişilerde anksiyete bozuklukları, alkol kullanımı ve bağımlılığı ve antisosyal davranışların görülme sıklığının arttığını bildirilmiştir. Bu araştırmada özellikle kadınlarda, fiziksel kötüye kullanıma maruz kalma ile yaşam

boyu depresyon ve madde bağımlılığı sıklığı ilişkili bulunmuştur. Yine kadınlarda çocukluk çağında cinsel kötüye kullanımla, depresyon, anksiyete bozuklukları, alkol ve madde kötüye kullanımı ile antisosyal davranışlar arasında ilişki saptanmıştır (91). Springer ve arkadaşları tarafından Wisconsin'de yaşayan 2000'den fazla kişi üzerinde yapılan toplum temelli bir başka araştırmada, çocukluk çağı travmasının sadece depresyon ve anksiyeteye ilişkili olmakla kalmayıp, fiziksel sağlık sorunları ile de ilişkili olduğu saptanmıştır (92).

Çocukluk çağındaki travmatik olaylarla erişkinlikteki psikopatoloji arasındaki bu korelasyonun oluşmasında, kötüye kullanım dışındaki ortak faktörlerin oynadığı rolü belirlemek için, Dinwiddie ve ark. tarafından yapılan bir ikiz çalışmasında, çocukluk çağında cinsel kötüye kullanıma maruz kalmanın psikopatolojiyi artırdığı, ancak bunda paylaşılan ailesel faktörlerin de kısmen etkili olduğunu bulmuştur (93). Çocukluk çağı travmatik yaşantılarının erişkinlikte kendine zarar verme ve bunun eşdeğeri bazı davranışlarla ilişkisi de iyi araştırılmıştır. Favaro ve ark. tarafından 934 genç kadın üzerinde yapılan araştırmada kendine fiziksel olarak zarar verme ile çocukluk çağı cinsel kötüye kullanım öyküsü arasında ilişki bulunmuştur (94). Çocukluk çağında fiziksel kötüye kullanımın intihar düşünceleri ile ilişkili olduğu, 12 toplum temelli bir çalışmada McHolm ve ark. tarafından bildirilmiştir (95). Shanta ve arkadaşları tarafından 17.337 kişinin 3 yıl boyunca izlendiği bir kohort çalışmasında çocukluk çağında herhangi bir alanda ihmal veya kötüye kullanımın, intihar girişimi riskini 2 ila 5 kat arasında artırdığı bulunmuştur (96). Bu ilişki Türkiye'de yapılan bir araştırmayla da incelenmiştir. Zoroğlu ve ark. tarafından 862 lise öğrencisi üzerinde yapılan bu araştırmada, kötüye kullanım veya ihmal görmüş çocukların intihar girişimlerinde 7,6 kat, kendini kesme davranışlarında ise 2,7 kat artış olduğu bulunmuştur (97).

Çocukluk çağında kötüye kullanım, kişinin beden imgesi ve benlik saygısı üzerine de olumsuz etkilere yol açıyor gibi görünmektedir. Ancak bu konuda yapılan araştırmaların sonuçları arasında bir çelişki vardır. Schaaf ve McCanne tarafından 670 üniversite öğrencisi kadın üzerinde yapılan araştırmada ise beden imgesi ve yeme bozuklukları ile çocukluk çağı cinsel kötüye kullanımı arasında ilişki saptanmamıştır (98). Wenninger ve Heiman'ın yaptığı araştırmada ise

çocukluktacinsel kötüye kullanıma uğramış 57 kadınla kontrol grubundan 47 kişi karşılaştırılmış ve kötüye kullanıma maruz kalmış kadınların cinsel çekiciliklerini daha düşük algıladıklarını bulunmuştur (99). Fiziksel ve cinsel kötüye kullanımın yarattığı beden imgesi sorunları, daha çok yeme bozukluğu olanlarda araştırılmış ve yapılan birden fazla araştırmanın sonuçları genellikle kötüye kullanımın beden imgesi ve bedenden duyulan memnuniyeti olumsuz etkilediği yönünde olmuştur (100,101).

2.4.5.Psoriazis ve Yaşam kalitesi

Birçok deri hastalığının yaşamı tehdit etmemesine rağmen oldukça kronik seyirli ve görülebilir olması nedeniyle hastaların ruhsal ve sosyal durumunu, kişisel ilişkilerini, günlük aktivitelerini ve dış görünümünü önemli ölçüde etkileyerek ilginin daha ziyade sağlıkla ilgili yaşam kalitesi üzerinde odaklanmasına yol açmıştır (102,103). “Yaşam kalitesi” günlük yaşamın kültürel, dinsel, ruhsal, politik ve parasal konuları ile ilgili kişisel deneyimleri, algı ve inançları kapsayan bir genel kavram olarak sunulmuştur. Sağlıkta yaşam kalitesi ise birey yaşamının fiziksel, ruhsal ve sosyal boyutu ile ilgilenir ve böylece belli bir hastalığın, sakatlığın yada bozukluğun kişinin söz konusu alanlardaki işlevselliği ve iyi olma durumunu nasıl etkilediğini ortaya koyar (103,104).

Psoriazisyaşam kalitesinin en çok araştırıldığı dermatolojik hastalıktır. Toplumda sık görülen bu hastalık, görünür bölgeleri etkilemekte, kaşıntı gibi yakınmalara neden olmakta ve nükslerle giden kronik bir süreç izlemektedir. Tedavisinin giderek daha etkin olmasına rağmen tümünden iyileşme sıklıkla başarılmaz ve hastalığın nüksleriyle yaşam boyu var olması 10 iyileştirilemeyen hastalıklar başlığı altında anılmasına neden olur. Görüntü ile ilgili kozmetik sorunlar bireysel ve sosyal alandaki işlevlerin önemli bir kısmını bozar. Bu nedenle psoriazis hastalarında, hastalığa bağlı kronik stresin neden olduğu psikolojik sıkıntı, utanma, çekinme, depresyon, sosyal ve fiziksel aktivitelerde kısıtlanma gibi pek çok psikososyal sorunlarla karşılaşmaktadır (105-109). Bu etkiler her zaman hastalığın klinik şiddeti ile korele olmayabilir ve hafif şiddetteki deri bulguları bile ağır psikososyal bozukluklara yol açabilir (110,111). Fiziksel ve ruhsal işlevlerdeki bu

bozulmaların kalp hastalığı, kanser gibi yaşamı tehdit eden başka önemli hastalıklarla dahi kıyaslanabilir durumda olduğu bildirilmiştir (112). Bu nedenle, hastalık şiddetinin belirlenmesinde dermatolojik bulgularla birlikte psikososyal durumun ve yaşam kalitesinin değerlendirilmesi önerilmektedir (113,114).

Psoriasis hastalarında yaşam kalitesini değerlendirmek için çeşitli ölçekler kullanılmaktadır. Bu ölçekler psoriazise özgü, dermatolojiye özgü ve genel yaşam kalitesi ölçekleri şeklinde sınıflandırılabilir. Psoriazise özel ölçekler yaşam kalitesini değerlendirmede en duyarlı olmakla birlikte daha genel ölçümler hastalıklar arasındaki kıyaslamaları sağlamaktadır. Psoriasisli hastalarda yaşam kalitesinin ölçüldüğü çalışmalarda sıklıkla birden fazla ölçek kullanılır. Çeşitli ölçeklerin kullanımıyla, farklı klinik kontrollü çalışmalarda farklı farmakolojik tedavilerin psoriasisli hastaların yaşam kalitesi üzerindeki etkileri değerlendirilmiştir (115).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. HASTA SEÇİMİ

3.1.1. Araştırmanın Yeri

Araştırma Mustafa Kemal Üniversitesi Tayfur Ata Sökmen Tıp Fakültesi Araştırma Hastanesi Dermatoloji Polikliniği'nde yapılmıştır.

3.1.2. Araştırmanın Zamanı

Araştırma verileri Kasım 2013 ve Ekim 2014 tarihleri arasında toplanmıştır.

3.1.3. Araştırmanın Evreni

Çalışmaya Mustafa Kemal Üniversitesi Tayfur Ata Sökmen Tıp Fakültesi Araştırma Hastanesi Dermatoloji Bilim Dalı Polikliniklerine başvuran ve psoriasis tanısı almış olan 70 hasta alındı. Bu kişilere Psoriasis Alan Şiddet İndeksi (PASI), Psoriasis İşlev Kaybı Endeksi (PİKİ), Kısa Form 36 Yaşam kalitesi Ölçeği (SF36), Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HAD), Çocukluk Çağı Travma Ölçeği (ÇÇTÖ), Sheehan Yetiyitimi Ölçeği (SYYÖ) uygulandı. Görüşmelerin tümü araştırmacı tarafından yapıldı. Hastalar çalışmaya alınmadan önce çalışma hakkında bilgilendirildi ve kabul edenler "bilgilendirilmiş onam formu" nu imzaladı.

Çalışmaya alınma kriterleri:

- 18-80 yaş aralığında olup, Psoriasis tanısı almış olması,
- Hastanın çalışmaya katılmayı kabul etmesi,
- Hastanın klinik gözlem olarak normal zeka düzeyinde olması,
- Nörolojik hastalık olmaması

Çalışmadan dışlama kriterleri:

- Organik beyin sendromu olanlar,
- Mentalretarde olanlar,
- Nörolojik hastalığı olanlar,
- Gebeler,

3.2. Veri Toplama Aracı

3.2.1. Sosyodemografik Veri Formu

Olguların yaş, cinsiyet, medeni durumu, sağlık güvencesi, öğrenimi, çalışma durumu, çocuk sayısı, ailede ruhsal hastalık varlığı, tıbbi ve psikiyatrik öyaşam kalitesiü, alkol-sigara kullanımı, meme kanseri tanısının süresi, evresi ve alınan tedavileri belirlemek için bu çalışmada kullanılmak üzere geliştirilmiş 17 maddelik yarı yapılandırılmış soru formudur.

3.2.2. Psoriasis Alan Şiddet İndeksi (PAŞİ)

Dermatologlar tarafından psoriasis şiddetini değerlendirmek için kullanılan bir ölçektir. İlk olarak 1978 yılında Fredriksson ve ark. tarafından tanımlanan PAŞİ, sonraki yıllarda psoriasis şiddetinin hesaplanmasında ve tedaviye cevabın değerlendirilmesinde yaygın olarak kullanılmıştır (116). Bu yöntem, psöriatik plakların eritem, infiltrasyon ve deskuamasyon olmak üzere 3 tipik bulgusunun, artan şiddete göre 0-4 arası değişen skorlarla ölçülerek ve vücutta baş, üst ekstremitte, gövde ve alt ekstremitte olmak üzere hastalıktan etkilenen bölgelerin tutulum yüzdelerinin de derecelendirilerek kombine edildiği bir skalada kantitatif olarak değerlendirilmesine dayanır (117,118).

3.2.3. Psoriasis İşlev Kaybı İndeksi (PİKİ)

PİKİ, psoriazise özgü ilk spesifik ölçektir (119,120). Psoriazisinde hastalık aktivitesini değerlendirirken, tutulum alanı, lezyon sayısı veya plak kalınlığı gibi konvansiyonel tanımlamalar kullanılmaktaydı. Hastanın bakış açısından ise işlev kaybı derecesi, psoriasis aktivitesinde daha önemli bir ölçümdü. Klinik pratikte,

tedavi ile ilgili kararlar alınırken işlev kaybı göz önünde bulunduruluyor olsa da daha rasyonel bir yaklaşım için tekrar edilebilir bir ölçüm yöntemine ihtiyaç duyuldu. 1985’de Finlay ve ark.ları da, romatoid artrit için hazırlanan işlev kaybı anketinden yola çıkarak benzer metodolojiyle Psoriasis İşlev Kaybı İndeksi’ni geliştirmişlerdir (119).

PİKİ, günlük aktiviteler, iş ya da okul, kişisel ilişkiler, boş vakit ve tedaviyle ilişkili 15 sorudan oluşmaktadır. Soruların hepsi son dört hafta ile ilişkilidir. 1985 yılında geliştirilen 10 sorudan oluşan orijinal indekste her bir soru vizuel analog skalası (VAS) ile 1-7 arasında skorlanmakta olup, toplam skor 10-70 arasında değişmekteydi. İndeks 1990 yılında revize edilerek 15 soruluk şekil oluşturmuş ve yine VAS (toplam skor 15-105) ile skorlanmıştır (121,122). 1995 yılında yayınlanan 15 soruluk indeks için iki farklı skorlama seçeneği sunuldu. (vizuel analog skor/ kutu işaretleme) . Her iki sistemde de yüksek skor daha çok işlev kaybı demektir. Kutu işaretleme sisteminde her soru 0–3 arası puanlanmakta olup, toplam skor 0-45 arasındadır. Her bir soru için standart cevap seçenekleri, çok fazla (3), fazla (2), biraz (1), hiç (0) olmak üzere 4 tanedir. Kutu işaretleme daha az açıklamaya ihtiyaç duyulan, daha kolay uygulanan bir skorlama sistemidir (121,123).

3.2.4. Kısa Form 36 Yaşam kalitesi Ölçeği(SF-36)

Jenerik ölçütler arasında en yaygın olarak kullanılanıdır. Yaşam kalitesini değerlendirmek amacıyla Rand Corporation tarafından geliştirilmiş ve kullanıma sunulmuştur. 1999’ da Koçyiğit ve arkadaşları tarafından Türkçeye çevrilerek geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır (124). Herhangi bir yaş, hastalık veya tedavi grubuna özgü değildir. Genel sağlık kavramlarını içerir. SF-36’ nın özelliklerinin başında kendini değerlendirme ölçeği olması gelmektedir. Ölçek adından da anlaşılacağı gibi 36 maddeden oluşmaktadır ve bunlar 8 boyutun ölçümünü sağlamaktadır. Bunlar fiziksel fonksiyon (10 madde), sosyal fonksiyon (2 madde), fiziksel sorunlara bağlı rol kısıtlılıkları (4 madde), emosyonel sorunlara bağlı rol kısıtlılıkları (3 madde), mental sağlık (5 madde), enerji/vitalite (4 madde), ağrı (2 madde) ve sağlığın genel algılanması (5 madde)’ dir. Ayrıca son 12 ayda sağlıktaki değişim algısını içeren bir madde de bulunmaktadır ve bu şu an için

ölçümde kullanılmamaktadır. Adı geçen madde dışında ölçek son 4 haftayı göz önüne alarak değerlendirmektedir. Akut biçimini oluşturmak amacıyla son 1 haftayı değerlendiren bir formu da uygulanmıştır. Değerlendirme dördüncü ve beşinci maddeler dışında Likert tipi (üçlü-altılı) yapılmaktadır. Dördüncü ve beşinci maddeler evet/hayır biçiminde yanıtlanmaktadır. Alt ölçekler sağlığı 0 ile 100 arasında değerlendirmektedir ve 0 kötü sağlık durumunu gösterirken, 100 iyi sağlık durumuna işaret etmektedir. En belirgin üstünlüğü fiziksel fonksiyon ve bununla ilgili yetileri ölçmesi iken, sınırlılığı ise cinsel işlevlerideğerlendirmemesidir. En yaygın olarak romatizmal hastalıklar, kalça protez ameliyatlarında, kalp ve böbrek tranplantasyonlarında, kanserli hastalarda ve göğüs hastalıklarında kullanılmaktadır. (124- 129).

3.2.5.Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HAD)

Bedensel hastalığı olan hastalar ve birinci basamak sağlık hizmetine başvuranlarda anksiyete ve depresyon yönünden riski belirlemek, düzeyini ve şiddet değişimini ölçmek amacıyla geliştirilmiş kendini değerlendirme ölçeğidir. Türkçeye çevrilmiş, geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır (130). Anksiyete (HAD-A) ve depresyon (HAD-D) alt ölçekleri vardır. HAD, 14 maddeden oluşmaktadır. Tek sayılı maddeler anksiyete ve çift sayılı maddeler depresyonu araştırmaktadır. Ölçek dörtlü Likert tipi bir değerlendirme aracıdır ve maddelerinin puanları 0-3 arasındadır. Ancak her maddenin puanlaması değişik biçimdedir; 1, 3, 5, 6, 8, 10, 11 ve 13. maddeler giderek azalan şiddet gösterirler ve puanlama 3, 2, 1, 0 biçimindedir. Öte yandan, 2, 4, 7, 9, 12 ve 14. maddeler ise 0, 1, 2, 3 biçiminde puanlanırlar. Alt ölçeklerin toplam puanları bu madde puanlarının toplanması ile elde edilir. Anksiyete alt ölçeği için 1, 3, 5, 7, 9, 11 ve 13. maddeler toplanırken; depresyon alt ölçeği için 2, 4, 6, 8, 10, 12 ve 14. maddelerin puanları toplanır. HAD Türkçe formunun anksiyete alt ölçeğinin kesme noktası 10, depresyon alt ölçeğinin kesme noktası ise 7 olarak bulunmuştur. Bu puanların üzerinde puan elde edilen hastalar risk grubu olarak kabul edilebilir. Hastaların her iki alt ölçekten alabilecekleri en düşük puan 0 iken en yüksek puan 21' dir (131).

3.2.6.Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (ÇÇTÖ)

Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (ÇÇTÖ), Bernstein ve ark. Tarafından geliştirilmiş, duygusal istismar, fiziksel istismar, cinsel istismar, duygusal ihmal ve fiziksel ihmal olmak üzere beş alanda çocukluk çağında maruz kalınan kötü muameleyi değerlendiren bir öz-değerlendirme enstrümanıdır(132). İlk olarak 53 sorudan oluşan bu ölçeğin daha sonra yine Bernstein ve ark. tarafından 28 soruluk kısa bir versiyonu daha hazırlanmıştır (133). Bireyler çocuklukta (18 yaş öncesi) bazı yasantıları beş puanlık Likert tipi ölçek üzerinde işaretlemek suretiyle (“hiçbir zaman” veya “sık sık” gibi) kendilerine uygunluklarını bildirirler. 28 sorudan oluşan bu ölçekte, çocukluk çağı travmatik yasantılarını ölçen soruların yanı sıra, 3 adet de travmanın gerçekte olduğundan daha az bildirilip bildirilmediğini ölçen soru bulunmaktadır. Bu travma minimizasyonunu ölçen sorulardan herhangi birine tam puan veren bireylerin travma minimizasyonu yaptığı kabul edilmektedir. ÇÇTÖ'nin alt gruplarına ait skorlar ayrı ayrı hesaplanmakla beraber, toplam skor da hesaplanabilmektedir. Bazı popülasyonlar için kötüye kullanım ve ihmalin derecelerini belirleyen kesme değerleri de hesaplanmış olmakla beraber, Türkiye'de kullanılan versiyonu için bu değerler hesaplanmamıştır (134). ÇÇTÖ'nün geniş versiyonunun Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği Aslan ve ark. tarafından 1999 yılında yapılmıştır (135).

3.2.7.Sheehan Yeti Yitimi Ölçeği (SYYÖ)

“İş”, “sosyal yaşam/boş zaman uğraşları” ve “aile yaşamı/ evdeki sorumluluklar” alt ölçeklerini içeren, bu alanlarda görülen yeti yitimini belirlemek üzere kullanılan bir ölçektir. Puanlama, 0 ile 10 arasında değişen bir derecelendirmeye göre, kişinin kendisi tarafından yapılmaktadır. Bu ölçekte hiç (0), hafif (1, 2, 3), orta (4, 5, 6), belirgin (7, 8, 9) ve çok (10) olmak üzere değişik düzeydeki bozulmalar derecelendirilmektedir (136).

3.3. Yöntem

Çalışma, Helsinki Deklerasyonu kararlarına, Hasta Hakları Yönetmeliğine ve etik kurallara uygun olarak planlanarak Mustafa Kemal Üniversitesi Tayfur Ata

Sökmen Tıp Fakültesi Tıbbi Etik Kurulundan onay alındı. Görüşmeler hastanın yanında bir başkasının olmamasına özen gösterilerek, özel görüşme odasında yapıldı. Hastalara çalışmanın amacı ve kişisel bilgilerin mutlak gizliliği açıklandı, çalışmaya katılmayı isteyip istemedikleri soruldu ve yazılı izin belgesi alındı.

Yaş, cinsiyet, medeni durum, öğrenim, çalışma durumu, alkol-sigara kullanımını içeren yarı yapılandırılmış sosyodemografik veri formu hastalarla birebir görüşerek dolduruldu. Psoriasis Alan Şiddet İndeksi (PAŞİ), Psoriasis İşlev Kaybı Endeksi (PİKİ), Kısa Form 36 Yaşam kalitesi Ölçeği (SF-36), Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HAD), Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (ÇÇTÖ) ve Sheehan Yeti Yitimi (SYYÖ) Ölçeği'nden oluşan testler uygulandı.

3.4. İstatistiksel Analiz

İstatistiksel analizler için NCSS (Number Cruncher Statistical System) 2007 (Kaysville, Utah, USA) programı kullanıldı. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metodların (ortalama, standart sapma, medyan, frekans, oran, minimum, maksimum) yanı sıra nicel verilerin karşılaştırılmasında normal dağılım gösteren değişkenlerin iki grup karşılaştırmalarında Student's t test, normal dağılım göstermeyen değişkenlerin iki grup karşılaştırmalarında Mann Whitney U test kullanıldı. Nitel verilerin karşılaştırılmasında Pearson ki-kare test, Fisher's exact test ve Yates' continuity correction test (Yates düzeltmeli Ki-kare) kullanıldı. Değişkenler arası ilişkilerin değerlendirilmesinde Spearman korelasyon analizi kullanıldı. Anlamlılık $p < 0,01$ ve $p < 0,05$ düzeylerinde değerlendirildi.

4. BULGULAR

Çalışma Kasım 2013 ile Ekim 2014 tarihleri arasında Mustafa Kemal Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi'nde %40,8'i (n=58) erkek, %59,2'si (n=84) kadın toplam 142 olgu ile yapılmıştır. Çalışmaya katılan olguların yaşları 18 ile 73 yıl arasında değişmekte olup, ortalama $40,62 \pm 12,79$ yıl olarak saptanmıştır.

Tablo 1: Demografik Özelliklerin Dağılımı

		Min-Maks	Ort±Ss
Yaş		18-73	40,62±12,79
		n	%
Cinsiyet	Erkek	58	40,8
	Kadın	84	59,2
Medeni Durum	Bekar	33	23,2
	Evli	109	76,8
Meslek	Çalışmıyor	21	14,8
	Ev Hanımı	69	48,6
	Memur	12	8,5
	İşçi	40	28,2
Eğitim Düzeyi	Eğitimsiz	33	23,2
	İlkokul	57	40,1
	Ortaokul	24	16,9
	Lise	16	11,3
	Üniversite	12	8,5
Sigara	Var	48	33,8
	Yok	94	66,2
Alkol	Var	6	4,2
	Yok	136	95,8

Çalışmaya katılan olguların %23,2'sinin (n=33) medeni durumu bekar, %76,8'inin (n=109) evli olarak gözlenmektedir.

Olguların %14,8'inin (n=21) çalışmadığı gözlenirken, %48,6'sının (n=69) ev hanımı olduğu, %8,5'inin (n=12) memur ve %28,2'sinin (n=40) işçi olduğu gözlenmektedir.

Olguların %23,2'sinin (n=33) herhangi bir eğitimi bulunmazken, %40,1'inin (n=57) eğitimi ilkökul, %16,9'unun (n=24) ortaokul, %11,3'ünün (n=16) lise ve %8,5'inin (n=12) üniversite olduğu gözlenmektedir.

Olguların %33,8'inin (n=48) sigara, %4,2'sinin (n=6) alkol kullandığı gözlenmektedir.

Tablo 2: Tutulumla İlgili Özelliklerin Dağılımı

n=70		n	%
Eklem Tutulumu	Var	52	74,3
	Yok	18	25,7
Genital Tutulum	Var	29	41,4
	Yok	41	58,6
Yüz Tutulumu	Var	25	35,7
	Yok	45	64,3
Tırnak Tutulumu	Var	14	20,0
	Yok	56	80,0
Saçlı Deri Tutulumu	Var	52	74,3
	Yok	18	25,7
Ailede Psoriasis Öyaşam kalitesiüsü	Var	20	28,6
	Yok	50	71,4

Çalışmaya katılan olguların %74,3'ünde (n=52) eklem tutulumu, %41,4'ünde (n=29) genital tutulum, %35,7'sinde (n=25) yüz tutulumu, %20'sinde (n=14) tırnak tutulumu, %74,3'ünde (n=52) saçlı deri tutulumu ve %28,6'sında (n=20) ailede psoriasis öyaşam kalitesiüsü olduğu gözlenmektedir.

Tablo 3: PASI, Psoriasis İşlev Kaybı Endeksi, HAD Anksiyete, HAD Depresyon Çocukluk Çağı Travma ve Sheehan Yeti Yitimi Ölçeklerine İlişkin Dağılımlar

	Min-Maks	Ort±Ss
PASI	0-11	4,31±3,20
Hafif Düzeyde	52	74,3
Normal ve Şiddetli	18	25,7
Psoriasis İşlev Kaybı Endeksi	0-31	14,89±7,15
İşlev Kaybı Yok	20	28,6
İşlev Kaybı Var	50	71,4
HAD Anksiyete	2-18	8,11±4,26
Anksiyete Yok	104	73,2
Anksiyete Var	38	26,8
HAD Depresyon	0-22	8,55±4,55
Depresyon Yok	64	45,1
Depresyon Var	78	54,9
Çocukluk Çağı Travma Puanı	54-105	70,44±10,05
Sheehan Yeti Yitimi Puanı	0-28	9,54±7,18
Hiç	9	6,3
Hafif	21	14,8
Orta	42	29,6
Belirgin	16	11,3
Çok	54	38,0

Çalışmaya katılan olguların PASI puanları 0 ile 11 arasında değişmekte olup, ortalama 4,31±3,20 olarak saptanmıştır. Olguların %74,3'ünün (n=52) PASI değeri hafif düzeyde, %25,7'sinin (n=18) normal ve şiddetli düzeyde gözlenmektedir.

Çalışmaya katılan olguların psoriasis işlev kaybı endeksi 0 ile 31 arasında değişmekte olup, ortalama 14,89±7,15 olarak saptanmıştır. Olguların %28,6'sında

(n=20 işlev kaybı gözlenmezken, %71,4'ünde (n=50) işlev kaybı olduğu gözlenmektedir.

Çalışmaya katılan olguların HAD Anksiyete puanları 2 ile 18 arasında değişmekte olup, ortalama $8,11 \pm 4,26$ olarak saptanmıştır. Olguların %73,2'sinde (n=104) Anksiyete gözlenmezken, %26,8'inde (n=38) Anksiyete gözlenmektedir.

Çalışmaya katılan olguların HAD depresyon puanları 0 ile 22 arasında değişmekte olup, ortalama $8,55 \pm 4,55$ olarak saptanmıştır. Olguların %45,1'inde (n=64) depresyon gözlenmezken, %54,9'unda (n=78) depresyon gözlenmektedir.

Olguların çocukluk çağı travma puanı 54 ile 105 arasında değişmekte olup, ortalama $70,44 \pm 10,05$ olarak saptanmıştır.

Çalışmaya katılan olguların sheehan yeti yitimi puanı 0 ile 28 arasında değişmekte olup, ortalama $9,54 \pm 7,18$ olarak saptanmıştır. Olguların %6,3'ünde (n=9) sheehan yeti yitimi hiç gözlenmezken, %14,8'inde (n=21) hafif düzeyde, %29,6'sında (n=42) orta düzeyde, %11,3'ünde (n=16) belirgin düzeyde ve %38'inde (n=54) çok gözlenmektedir.

Tablo 4: SF-36 Alt Boyutlarına İlişkin Dağılımlar

	Min-Maks	Ort±Ss
Sf-36 Fiziksel Fonksiyon	50-100	91,48±15,03
Sağlıklı (≥82)	114	80,3
Yaşam kalitesinde Bozulma Var	28	19,7
Sf-36 Fiziksel Rol Güçlüğü	0-100	77,39±34,65
Sağlıklı (≥84)	84	59,2
Yaşam kalitesinde Bozulma Var	58	40,8
Sf-36 Emosyonel Rol Güçlüğü	0-100	77,56±34,90
Sağlıklı (≥91)	91	64,1
Yaşam kalitesinde Bozulma Var	51	35,9
Sf-36 Enerji Canlılık Aktivite	5-85	63,01±17,86
Sağlıklı (≥64)	93	65,5
Yaşam kalitesinde Bozulma Var	49	34,5
Sf-36 Ruhsal Canlılık	16-92	61,59±17,32
Sağlıklı (≥70)	54	38,0
Yaşam kalitesinde Bozulma Var	88	62,0
Sf-36 Sosyal İşlevsellik	13-100	72,75±23,77

Sağlıklı (≥90)	31	21,8
Yaşam kalitesinde Bozulma Var	111	78,2
Sf-36 Ağrı	23-100	79,34±21,09
Sağlıklı (≥82)	65	45,8
Yaşam kalitesinde Bozulma Var	77	54,2
Sf-36 Genel Sağlık Algısı	15-100	64,40±18,20
Sağlıklı (≥70)	69	48,6
Yaşam kalitesinde Bozulma Var	73	51,4

Çalışmaya katılan olguların Sf-36 fiziksel fonksiyon puanı 50 ile 100 arasında değişmekte olup, ortalama 91,48±15,03 olarak saptanmıştır. Olguların %19,7'sinin (n=28) yaşam kalitesinde bozulma olduğu gözlenmektedir.

Çalışmaya katılan olguların Sf-36 fiziksel rol güclüğü puanı 0 ile 100 arasında değişmekte olup, ortalama 77,39±34,65 olarak saptanmıştır. Olguların %40,8'inin (n=58) yaşam kalitesinde bozulma olduğu gözlenmektedir.

Çalışmaya katılan olguların Sf-36 emosyonel rol güclüğü puanı 0 ile 100 arasında değişmekte olup, ortalama 77,56±34,90 olarak saptanmıştır. Olguların %35,9'unun (n=51) yaşam kalitesinde bozulma olduğu gözlenmektedir.

Çalışmaya katılan olguların Sf-36 enerji canlılık aktivite puanı 5 ile 85 arasında değişmekte olup, ortalama 63,01±17,86 olarak saptanmıştır. Olguların %34,5'inin (n=49) yaşam kalitesinde bozulma olduğu gözlenmektedir.

Çalışmaya katılan olguların Sf-36 ruhsal canlılık puanı 16 ile 92 arasında değişmekte olup, ortalama 61,59±17,32 olarak saptanmıştır. Olguların %62'sinin (n=88) yaşam kalitesinde bozulma olduğu gözlenmektedir.

Çalışmaya katılan olguların Sf-36 sosyal işlevsellik puanı 13 ile 100 arasında değişmekte olup, ortalama 72,75±23,77 olarak saptanmıştır. Olguların %78,2'sinin (n=111) yaşam kalitesinde bozulma olduğu gözlenmektedir.

Çalışmaya katılan olguların Sf-36 ağrı puanı 23 ile 100 arasında değişmekte olup, ortalama 79,34±21,09 olarak saptanmıştır. Olguların %54,2'sinin (n=77) yaşam kalitesinde bozulma olduğu gözlenmektedir.

Çalışmaya katılan olguların Sf-36 genel sağlık algısı puanı 15 ile 100 arasında değişmekte olup, ortalama 64,40±18,20 olarak saptanmıştır. Olguların %51,4'ünün (n=73) yaşam kalitesinde bozulma olduğu gözlenmektedir.

Tablo 5: Gruplara Göre Demografik Özelliklerin Değerlendirilmesi

		Hasta (n=70)	Kontrol (n=72)	<i>p</i>
		Ort±Ss	Ort±Ss	
Yaş		40,94±13,11	40,31±12,55	^a 0,768
		n (%)	n (%)	
Cinsiyet	Erkek	29 (41,4)	29 (40,3)	^b 0,889
	Kadın	41 (58,6)	43 (59,7)	
Medeni Durum	Bekar	14 (20,0)	19 (26,4)	^c 0,482
	Evli	56 (80,0)	53 (73,6)	
Meslek	Çalışmıyor	10 (14,3)	11 (15,3)	^b 0,998
	Ev Hanımı	34 (48,6)	35 (48,6)	
	Memur	6 (8,6)	6 (8,3)	
	İşçi	20 (28,6)	20 (27,8)	
Eğitim Düzeyi	Eğitimsiz	16 (22,9)	17 (23,6)	^b 1,000
	İlkokul	28 (40,0)	29 (40,3)	
	Ortaokul	12 (17,1)	12 (16,7)	
	Lise	8 (11,4)	8 (11,1)	
Üniversite	Üniversite	6 (8,6)	6 (8,3)	
	Var	22 (31,4)	26 (36,1)	^c 0,680
Yok	48 (68,6)	46 (63,9)		
Alkol	Var	2 (2,9)	4 (5,6)	^d 0,681
	Yok	68 (97,1)	68 (94,4)	

^aStudent-t Test^bPearson Chi-Square^cYates Continuity Correction Test^dFisher's Exact Test

Gruplara göre olguların yaş dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

Gruplara göre olguların cinsiyet dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

Gruplara göre olguların medeni durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

Gruplara göre olguların meslek dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

Gruplara göre olguların eğitim düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

Gruplara göre olgularda sigara ve alkol kullanımları, istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

Tablo 6: Gruplara Göre SF-36 Yaşam kalitesi Ölçeği Alt Boyut Puanlarının Değerlendirilmesi

			Hasta (n=70)	Kontrol (n=72)	<i>p</i>
Sf-36 Fonksiyon	Fiziksel	Ort±Ss	90,89±16,38	92,06±13,69	0,885
		Min-Maks (Medyan)	50-100 (100)	50-100 (100)	
Sf-36 Güçlüğü	Fiziksel Rol	Ort±Ss	66,83±43,61	87,67±17,85	0,080
		Min-Maks (Medyan)	0-100 (100)	34-100 (100)	
Sf-36 Güçlüğü	Emesyonal Rol	Ort±Ss	62,01±41,78	92,67±15,88	0,001**
		Min-Maks (Medyan)	0-100 (67)	34-100 (100)	
Sf-36 Aktivite	Enerji Canlılık	Ort±Ss	54,33±19,4	71,46±11,01	0,001**
		Min-Maks (Medyan)	5-85 (60)	25-85 (72)	
Sf-36 Canlılık	Ruhsal Canlılık	Ort±Ss	55,09±18,74	67,92±13,11	0,001**
		Min-Maks (Medyan)	16-92 (60)	24-92 (72)	
Sf-36 İşlevsellik	Sosyal İşlevsellik	Ort±Ss	58,80±22,79	86,31±15,47	0,001**
		Min-Maks (Medyan)	13-100 (60)	25-100 (88)	
Sf-36 Ağrı	Ağrı	Ort±Ss	73,26±24,88	85,25±14,48	0,006**
		Min-Maks (Medyan)	23-100 (70)	45-100 (89)	

Sf-36 Genel Sağlık Algısı		Ort±Ss	57,70±20,57	70,92±12,62	0,001**
		Min-Maks (Medyan)	15-100 (65)	35-100 (70)	
HAD Anksiyete Puanı		Ort±Ss	9,57±4,41	6,69±3,62	0,001**
		Min-Maks (Medyan)	2-18 (10)	2-17 (6)	
HAD Depresyon Puanı		Ort±Ss	9,83±4,90	7,31±3,83	0,001**
		Min-Maks (Medyan)	0-22 (9)	2-19 (6)	
Çocukluk Travma Puanı	Çağı	Ort±Ss	74,07±10,58	66,9±8,13	0,001**
		Min-Maks (Medyan)	54-105 (74)	54-90 (65,5)	
Sheehane Yeti Yitimi Puanı		Ort±Ss	12,77±6,98	6,39±5,88	0,001**
		Min-Maks (Medyan)	0-28 (14)	0-23 (5)	

^eMann Whitney U Test

** $p < 0,01$

Gruplara göre olguların Sf-36 fiziksel fonksiyon alt boyutundan aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p > 0,05$).

Hasta grubu olguların Sf-36 fiziksel rol güclüğü alt boyutundan aldıkları puanlar, kontrol grubu olgulara göre istatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte dikkat çekici düzeyde düşük saptanmıştır ($p = 0,080$; $p > 0,05$).

Hasta grubu olguların Sf-36 emosyonel rol güclüğü alt boyutundan aldıkları puanlar, kontrol grubu olgulara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük saptanmıştır ($p = 0,001$; $p < 0,01$).

Hasta grubu olguların Sf-36 enerji canlılık aktivite alt boyutundan aldıkları puanlar, kontrol grubu olgulara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük saptanmıştır ($p = 0,001$; $p < 0,01$).

Hasta grubu olguların Sf-36 ruhsal canlılık alt boyutundan aldıkları puanlar, kontrol grubu olgulara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük saptanmıştır ($p = 0,001$; $p < 0,01$).

Hasta grubu olguların Sf-36 sosyal işlevsellik alt boyutundan aldıkları puanlar, kontrol grubu olgulara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük saptanmıştır ($p = 0,001$; $p < 0,01$).

Hasta grubu olguların Sf-36 ağrı alt boyutundan aldıkları puanlar, kontrol grubu olgulara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük saptanmıştır ($p = 0,006$; $p < 0,01$).

Hasta grubu olguların HAD anksiyete puanları, kontrol grubu olgulara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır (p=0,001; p<0,01).

Hasta grubu olguların HAD depresyon puanları, kontrol grubu olgulara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır (p=0,001; p<0,01).

Hasta grubu olguların çocukluk çağı travma puanları, kontrol grubu olgulara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır (p=0,001; p<0,01).

Hasta grubu olguların sheehane yeti yitimi puanları, kontrol grubu olgulara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır (p=0,001; p<0,01).

Tablo 7: Hasta Grubu Olgularda PASİ ve Psoriasis İşlev Kaybı Endeksinden Alınan Puanlar ile SF-36 Yaşam kalitesi Ölçeği Alt Boyutlarından, HAD Anksiyete ve Depresyon Ölçeklerinden, Çocukluk Çağı Travma ve Sheehane Yeti Yitimi Ölçeklerinden Aldıkları Puanlar Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi

Hasta Grubu	PASİ		Psoriasis	İşlev	Kayıbı
	r	p	Endeksi	r	p
Psoriasis İşlev Kaybı Endeksi	0,011	0,927	-	-	
Sf-36 Fiziksel Fonksiyon	0,204	0,090	-0,320		0,007**
Sf-36 Fiziksel Rol Güçlüğü	0,169	0,162	-0,547		0,001**
Sf-36 Emesyonal Rol Güçlüğü	0,159	0,188	-0,544		0,001**
Sf-36 Enerji Canlılık Aktivite	0,114	0,348	-0,078		0,523
Sf-36 Ruhsal Canlılık	0,066	0,588	-0,306		0,010*
Sf-36 Sosyal İşlevsellik	-0,009	0,942	-0,473		0,001**
Sf-36 Ağrı	0,022	0,854	-0,330		0,005**
Sf-36 Genel Sağlık Algısı	-0,076	0,534	-0,340		0,004**
HAD Anksiyete Puanı	-0,040	0,740	0,397		0,001**
HAD Depresyon Puanı	0,002	0,984	0,458		0,001**
Çocukluk Çağı Travma Puanı	-0,034	0,780	0,062		0,610
Sheehane Yeti Yitimi Puanı	-0,172	0,155	0,635		0,001**

r=Spearman's Korelasyon Katsayısı

*p<0,05

**p<0,01

4.1.PASİ Puanlarına İlişkin Değerlendirmeler

Olguların PASİ değerleri ile psoriasis işlev kaybı endeksi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$).

Olguların PASİ değerleri ile Sf-36 “Fiziksel Fonksiyon”, “Fiziksel Rol Güçlüğü”, “Emosyonel Rol Güçlüğü”, “Enerji Canlılık Aktivite”, “Ruhsal Canlılık”, “Sosyal İşlevsellik”, “Ağrı” ve “Genel Sağlık Algısı” alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$).

Olguların PASİ değerleri ile HAD Anksiyete ve HAD Depresyon puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$).

Olguların PASİ değerleri ile Çocukluk Çağı Travma puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$).

Olguların PASİ değerleri ile Sheehane Yeti Yitimi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$).

4.2.Psoriazis İşlev Kaybı Endeksine İlişkin Değerlendirmeler

Olguların Psoriasis İşlev Kaybı Endeksi puanları ile Sf-36 Fiziksel Fonksiyon alt boyut puanları arasında negatif yönlü (Psoriasis puanı azaldıkça Sf-36 Fiziksel fonksiyon puanı artan) %32’lik ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($r=-0,320$; $p=0,007$; $p<0,01$).

Olguların Psoriasis İşlev Kaybı Endeksi puanları ile Sf-36 Fiziksel Rol Güçlüğü alt boyut puanları arasında negatif yönlü (Psoriasis puanı azaldıkça Sf-36 Fiziksel rol güçlüğü puanı artan) %54,7’lik ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($r=-0,547$; $p=0,001$; $p<0,01$).

Olguların Psoriasis İşlev Kaybı Endeksi puanları ile Sf-36 Emosyonel Rol Güçlüğü alt boyut puanları arasında negatif yönlü (Psoriasis puanı azaldıkça Sf-36 Emosyonel rol güçlüğü puanı artan) %54,4’lük ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($r=-0,544$; $p=0,001$; $p<0,01$).

Olguların Psoriasis İşlev Kaybı Endeksi puanları ile Sf-36 Enerji canlılık aktivite alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$).

Olguların Psoriazis İşlev Kaybı Endeksi puanları ile Sf-36 Ruhsal Canlılık alt boyut puanları arasında negatif yönlü (Psoriazis puanı azaldıkça Sf-36 Ruhsal canlılık puanı artan) %30,6'lık ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($r=-0,306$; $p=0,010$; $p<0,05$).

Olguların Psoriazis İşlev Kaybı Endeksi puanları ile Sf-36 Sosyal İşlevsellik alt boyut puanları arasında negatif yönlü (Psoriazis puanı azaldıkça Sf-36 Sosyal işlevsellik puanı artan) %47,3'lük ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($r=-0,473$; $p=0,001$; $p<0,01$).

Olguların Psoriazis İşlev Kaybı Endeksi puanları ile Sf-36 Ağrı alt boyut puanları arasında negatif yönlü (Psoriazis puanı azaldıkça Sf-36 Ağrı puanı artan) %33'lük ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($r=-0,330$; $p=0,005$; $p<0,01$).

Olguların Psoriazis İşlev Kaybı Endeksi puanları ile Sf-36 Genel Sağlık Algısı alt boyut puanları arasında negatif yönlü (Psoriazis puanı azaldıkça Sf-36 Genel sağlık algısı puanı artan) %34'lük ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($r=-0,340$; $p=0,004$; $p<0,01$).

Olguların Psoriazis İşlev Kaybı Endeksi puanları ile HAD Anksiyete puanları arasında pozitif yönlü (Psoriazis puanı arttıkça HAD anksiyete puanı artan) %39,7'lik ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($r=0,397$; $p=0,001$; $p<0,01$).

Olguların Psoriazis İşlev Kaybı Endeksi puanları ile HAD Depresyon puanları arasında pozitif yönlü (Psoriazis puanı arttıkça HAD depresyon puanı artan) %45,8'lik ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($r=0,458$; $p=0,001$; $p<0,01$).

Olguların Psoriazis İşlev Kaybı Endeksi puanları ile Çocukluk Çağı Travma puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$).

Olguların Psoriazis İşlev Kaybı Endeksi puanları ile Sheehan Yeti Yitimi puanları arasında pozitif yönlü (Psoriazis puanı arttıkça Sheehan yeti yitimi puanı artan) %63,5'lik ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($r=0,635$; $p=0,001$; $p<0,01$).

Tablo 8:Hasta ve Kontrol Grubu Olgularda HAD Anksiyete ve Depresyon Ölçeklerinden Alınan Puanlar ile SF-36 Yaşam kalitesi Ölçeği Alt Boyutlarından, Çocukluk Çağı Travma ve Sheehane Yeti Yitimi Ölçeklerinden Aldıkları Puanlar Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi

	HAD Anksiyete Puanı				HAD Depresyon Puanı			
	Hasta		Kontrol		Hasta		Kontrol	
	r	p	r	p	r	p	r	p
HAD Depresyon Puanı	0,488	0,001**	0,252	0,032*	-	-	-	-
Sf-36 Fiziksel Fonksiyon	-0,304	0,011*	-0,269	0,022*	-0,165	0,172	-0,174	0,144
Sf-36 Fiziksel Rol Güçlüğü	-0,275	0,021*	-0,382	0,001**	-0,368	0,002**	-0,222	0,061
Sf-36 Emesyonel Rol Güçlüğü	-0,223	0,064	-0,275	0,019*	-0,324	0,006**	-0,140	0,239
Sf-36 Enerji Canlılık Aktivite	-0,413	0,001**	-0,344	0,003**	-0,365	0,002**	-0,031	0,796
Sf-36 Ruhsal Canlılık	-0,600	0,001**	-0,447	0,001**	-0,616	0,001**	-0,184	0,121
Sf-36 Sosyal İşlevsellik	-0,347	0,003**	-0,405	0,001**	-0,233	0,052	-0,135	0,259
Sf-36 Ağrı	-0,217	0,071	-0,350	0,003**	-0,163	0,176	-0,018	0,878
Sf-36 Genel Sağlık Algısı	-0,210	0,081	-0,261	0,027*	-0,490	0,001**	0,072	0,550
Çocukluk Travma Puanı	0,260	0,029*	0,315	0,007**	0,033	0,785	0,190	0,109
Sheehane Yeti Yitimi Puanı	0,518	0,001**	0,349	0,003**	0,631	0,001**	0,383	0,001**

r=Spearman's Korelasyon Katsayısı

**p*<0,05

***p*<0,01

4.3.HAD Anksiyete Puanlarına İlişkin Değerlendirmeler

4.3.1.Hasta Grubunda;

Olguların HAD Anksiyete puanları ile HAD Depresyon puanları arasında pozitif yönlü (Anksiyete puanı arttıkça Depresyon puanı artan) %48,8'lik ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($r=0,488$; $p=0,001$; $p<0,01$).

Olguların HAD Anksiyete puanları ile Sf-36 Fiziksel Fonksiyon alt boyut puanları arasında negatif yönlü (Anksiyete puanı arttıkça Fiziksel Fonksiyon puanı azalan) %30,4'lük ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($r=-0,304$; $p=0,011$; $p<0,05$).

Olguların HAD Anksiyete puanları ile Sf-36 Fiziksel Rol Güçlüğü alt boyut puanları arasında negatif yönlü (Anksiyete puanı arttıkça Fiziksel Rol Güçlüğü puanı azalan) %27,5'lik ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($r=-0,275$; $p=0,021$; $p<0,05$).

Olguların HAD Anksiyete puanları ile Sf-36 Emosyonel Rol Güçlüğü alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$).

Olguların HAD Anksiyete puanları ile Sf-36 Enerji Canlılık Aktivite alt boyut puanları arasında negatif yönlü (Anksiyete puanı arttıkça Enerji Canlılık Aktivite puanı azalan) %41,3'lük ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($r=-0,413$; $p=0,001$; $p<0,01$).

Olguların HAD Anksiyete puanları ile Sf-36 Ruhsal Canlılık alt boyut puanları arasında negatif yönlü (Anksiyete puanı arttıkça Ruhsal Canlılık puanı azalan) %60'luk ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($r=-0,600$; $p=0,001$; $p<0,01$).

Olguların HAD Anksiyete puanları ile Sf-36 Sosyal İşlevsellik alt boyut puanları arasında negatif yönlü (Anksiyete puanı arttıkça Sosyal İşlevsellik puanı azalan) %34,7'lik ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($r=-0,347$; $p=0,003$; $p<0,01$).

Olguların HAD Anksiyete puanları ile Sf-36 Ağrı alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$).

Olguların HAD Anksiyete puanları ile Sf-36 Genel Sağlık Algısı alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$).

Olguların HAD Anksiyete puanları ile Çocukluk Çağı Travma puanları arasında pozitif yönlü (Anksiyete puanı arttıkça Çocukluk Çağı Travma puanı artan) %26'luk ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($r=0,260$; $p=0,029$; $p<0,05$).

Olguların HAD Anksiyete puanları ile Sheehan Yeti Yitimi puanları arasında pozitif yönlü (Anksiyete puanı arttıkça Sheehan Yeti Yitimi puanı artan) %51,8'lik ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($r=0,518$; $p=0,001$; $p<0,01$).

4.3.2.Kontrol Grubunda;

Olguların HAD Anksiyete puanları ile HAD Depresyon puanları arasında pozitif yönlü (Anksiyete puanı arttıkça Depresyon puanı artan) %25,2'lik ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($r=0,252$; $p=0,032$; $p<0,05$).

Olguların HAD Anksiyete puanları ile Sf-36 Fiziksel Fonksiyon alt boyut puanları arasında negatif yönlü (Anksiyete puanı arttıkça Fiziksel Fonksiyon puanı azalan) %26,9'luk ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($r=-0,269$; $p=0,022$; $p<0,05$).

Olguların HAD Anksiyete puanları ile Sf-36 Fiziksel Rol Güçlüğü alt boyut puanları arasında negatif yönlü (Anksiyete puanı arttıkça Fiziksel Rol Güçlüğü puanı azalan) %38,2'lik ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($r=-0,382$; $p=0,001$; $p<0,01$).

Olguların HAD Anksiyete puanları ile Sf-36 Emosyonel Rol Güçlüğü alt boyut puanları arasında negatif yönlü (Anksiyete puanı arttıkça Emosyonel Rol Güçlüğü puanı azalan) %27,5'lik ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($r=-0,275$; $p=0,019$; $p<0,05$).

Olguların HAD Anksiyete puanları ile Sf-36 Enerji Canlılık Aktivite alt boyut puanları arasında negatif yönlü (Anksiyete puanı arttıkça Enerji Canlılık Aktivite puanı azalan) %34,4'lük ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($r=-0,344$; $p=0,003$; $p<0,01$).

Olguların HAD Anksiyete puanları ile Sf-36 Ruhsal Canlılık alt boyut puanları arasında negatif yönlü (Anksiyete puanı arttıkça Ruhsal Canlılık puanı azalan) %44,7'lik ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($r=-0,447$; $p=0,001$; $p<0,01$).

Olguların HAD Anksiyete puanları ile Sf-36 Sosyal İşlevsellik alt boyut puanları arasında negatif yönlü (Anksiyete puanı arttıkça Sosyal İşlevsellik puanı azalan) %40,5'lik ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($r=-0,405$; $p=0,001$; $p<0,01$).

Olguların HAD Anksiyete puanları ile Sf-36 Ağrı alt boyut puanları arasında negatif yönlü (Anksiyete puanı arttıkça Ağrı puanı azalan) %35'lik ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($r=-0,350$; $p=0,003$; $p<0,01$).

Olguların HAD Anksiyete puanları ile Sf-36 Genel Sağlık Algısı alt boyut puanları arasında negatif yönlü (Anksiyete puanı arttıkça Genel Sağlık Algısı puanı

azalan) %26,1'lik ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($r=-0,261$; $p=0,027$; $p<0,05$).

Olguların HAD Anksiyete puanları ile Çocukluk Çağı Travma puanları arasında pozitif yönlü (Anksiyete puanı arttıkça Çocukluk Çağı Travma puanı artan) %31,5'lik ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($r=0,315$; $p=0,007$; $p<0,01$).

Olguların HAD Anksiyete puanları ile Sheehan Yeti Yitimi puanları arasında pozitif yönlü (Anksiyete puanı arttıkça Sheehan Yeti Yitimi puanı artan) %34,9'lük ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($r=0,349$; $p=0,003$; $p<0,01$).

4.4.HAD Depresyon Puanlarına İlişkin Değerlendirmeler

4.4.1.Hasta Grubunda;

Olguların HAD Depresyon puanları ile Sf-36 Fiziksel Fonksiyon alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$).

Olguların HAD Depresyon puanları ile Sf-36 Fiziksel Rol Güçlüğü alt boyut puanları arasında negatif yönlü (Depresyon puanı arttıkça Fiziksel Rol Güçlüğü puanı azalan) %36,8'lik ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($r=-0,368$; $p=0,002$; $p<0,01$).

Olguların HAD Depresyon puanları ile Sf-36 Emosyonel Rol Güçlüğü alt boyut puanları arasında negatif yönlü (Depresyon puanı arttıkça Emosyonel Rol Güçlüğü puanı azalan) %32,4'lük ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($r=-0,324$; $p=0,006$; $p<0,01$).

Olguların HAD Depresyon puanları ile Sf-36 Enerji Canlılık Aktivite alt boyut puanları arasında negatif yönlü (Depresyon puanı arttıkça Enerji Canlılık Aktivite puanı azalan) %36,5'lik ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($r=-0,365$; $p=0,002$; $p<0,01$).

Olguların HAD Depresyon puanları ile Sf-36 Ruhsal Canlılık alt boyut puanları arasında negatif yönlü (Depresyon puanı arttıkça Ruhsal Canlılık puanı azalan) %61,6'lık ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($r=-0,616$; $p=0,001$; $p<0,01$).

Olguların HAD Depresyon puanları ile Sf-36 Sosyal İşlevsellik alt boyut puanları arasında negatif yönlü (Depresyon puanı arttıkça Sosyal İşlevsellik puanı

azalan) %23,3'lük ilişki istatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte dikkat çekici bulunmuştur ($r=-0,233$; $p=0,052$; $p>0,05$).

Olguların HAD Depresyon puanları ile Sf-36 Ağrı alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$).

Olguların HAD Depresyon puanları ile Sf-36 Genel Sağlık Algısı alt boyut puanları arasında negatif yönlü (Depresyon puanı arttıkça Genel Sağlık Algısı puanı azalan) %49'lük ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($r=-0,490$; $p=0,001$; $p<0,01$).

Olguların HAD Depresyon puanları ile Çocukluk Çağı Travma puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$).

Olguların HAD Depresyon puanları ile Sheehan Yeti Yitimi puanları arasında pozitif yönlü (Depresyon puanı arttıkça Sheehan Yeti Yitimi puanı artan) %63,1'lik ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($r=0,631$; $p=0,001$; $p<0,01$).

4.4.2.Kontrol Grubunda;

Olguların HAD Depresyon puanları ile Sf-36 Fiziksel Fonksiyon alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$).

Olguların HAD Depresyon puanları ile Sf-36 Fiziksel Rol Güçlüğü alt boyut puanları arasında negatif yönlü (Depresyon puanı arttıkça Fiziksel Rol Güçlüğü puanı azalan) %22,2'lik ilişki istatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte dikkat çekici bulunmuştur ($r=-0,222$; $p=0,061$; $p>0,05$).

Olguların HAD Depresyon puanları ile Sf-36 Emosyonel Rol Güçlüğü alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$).

Olguların HAD Depresyon puanları ile Sf-36 Enerji Canlılık Aktivite alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$).

Olguların HAD Depresyon puanları ile Sf-36 Ruhsal Canlılık alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$).

Olguların HAD Depresyon puanları ile Sf-36 Sosyal İşlevsellik alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$).

Olguların HAD Depresyon puanları ile Sf-36 Ağrı alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$).

4.5.Çocukluk Çağı Travma Puanlarına İlişkin Değerlendirmeler

4.5.1.Hasta Grubunda;

Olguların Çocukluk Çağı Travma puanları ile Sheehan Yeti Yitimi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$).

Olguların Çocukluk Çağı Travma puanları ile Sf-36 Fiziksel Fonksiyon alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$).

Olguların Çocukluk Çağı Travma puanları ile Sf-36 Fiziksel Rol Güçlüğü alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$).

Olguların Çocukluk Çağı Travma puanları ile Sf-36 Emosyonel Rol Güçlüğü alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$).

Olguların Çocukluk Çağı Travma puanları ile Sf-36 Enerji Canlılık Aktivite alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$).

Olguların Çocukluk Çağı Travma puanları ile Sf-36 Ruhsal Canlılık alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$).

Olguların Çocukluk Çağı Travma puanları ile Sf-36 Sosyal İşlevsellik alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$).

Olguların Çocukluk Çağı Travma puanları ile Sf-36 Ağrı alt boyut puanları arasında negatif yönlü (Çocukluk Çağı Travma puanı arttıkça Sf-36 Ağrı alt boyut puanı azalan) %27,6'luk ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($r=-0,276$; $p=0,021$; $p<0,05$).

Olguların Çocukluk Çağı Travma puanları ile Sf-36 Genel Sağlık Algısı alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$).

4.5.2.Kontrol Grubunda;

Olguların Çocukluk Çağı Travma puanları ile Sheehan Yeti Yitimi puanları arasında pozitif yönlü (Çocukluk Çağı Travma puanı arttıkça Sheehan Yeti Yitimi puanı artan) %29,4'lük ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($r=0,294$; $p=0,012$; $p<0,05$).

Olguların Çocukluk Çağı Travma puanları ile Sf-36 Fiziksel Fonksiyon alt boyut puanları arasında negatif yönlü (Çocukluk Çağı Travma puanı arttıkça Fiziksel Fonksiyon puanı azalan) %33,6'lık ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($r=-0,336$; $p=0,004$; $p<0,01$).

Olguların Çocukluk Çağı Travma puanları ile Sf-36 Fiziksel Rol Güçlüğü alt boyut puanları arasında negatif yönlü (Çocukluk Çağı Travma puanı arttıkça Fiziksel Rol Güçlüğü puanı azalan) %40'lık ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($r=-0,400$; $p=0,001$; $p<0,01$).

Olguların Çocukluk Çağı Travma puanları ile Sf-36 Emosyonel Rol Güçlüğü alt boyut puanları arasında negatif yönlü (Çocukluk Çağı Travma puanı arttıkça Emosyonel Rol Güçlüğü puanı azalan) %38,9'lük ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($r=-0,389$; $p=0,001$; $p<0,01$).

Olguların Çocukluk Çağı Travma puanları ile Sf-36 Enerji Canlılık Aktivite alt boyut puanları arasında negatif yönlü (Çocukluk Çağı Travma puanı arttıkça Enerji Canlılık Aktivite puanı azalan) %28,5'lik ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($r=-0,285$; $p=0,015$; $p<0,05$).

Olguların Çocukluk Çağı Travma puanları ile Sf-36 Ruhsal Canlılık alt boyut puanları arasında negatif yönlü (Çocukluk Çağı Travma puanı arttıkça Ruhsal Canlılık puanı azalan) %41,4'lük ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($r=-0,414$; $p=0,001$; $p<0,01$).

Olguların Çocukluk Çağı Travma puanları ile Sf-36 Sosyal İşlevsellik alt boyut puanları arasında negatif yönlü (Çocukluk Çağı Travma puanı arttıkça Sosyal İşlevsellik puanı azalan) %42'lik ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($r=-0,420$; $p=0,001$; $p<0,01$).

Olguların Çocukluk Çağı Travma puanları ile Sf-36 Ağrı alt boyut puanları arasında negatif yönlü (Çocukluk Çağı Travma puanı arttıkça Ağrı puanı azalan) %25,8'lik ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($r=-0,258$; $p=0,029$; $p<0,05$).

Olguların Çocukluk Çağı Travma puanları ile Sf-36 Genel Sağlık Algısı alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$).

4.6.Sheehan Yeti Yitimi Puanlarına İlişkin Değerlendirmeler

4.6.1.Hasta Grubunda;

Olguların Sheehan Yeti Yitimi puanları ile Sf-36 Fiziksel Fonksiyon alt boyut puanları arasında negatif yönlü (Sheehan Yeti Yitimi puanı arttıkça Fiziksel Fonksiyon puanı azalan) %52,7'lik ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($r=-0,527$; $p=0,001$; $p<0,01$).

Olguların Sheehan Yeti Yitimi puanları ile Sf-36 Fiziksel Rol Güçlüğü alt boyut puanları arasında negatif yönlü (Sheehan Yeti Yitimi puanı arttıkça Fiziksel Rol Güçlüğü puanı azalan) %61'lik ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($r=-0,610$; $p=0,001$; $p<0,01$).

Olguların Sheehan Yeti Yitimi puanları ile Sf-36 Emosyonel Rol Güçlüğü alt boyut puanları arasında negatif yönlü (Sheehan Yeti Yitimi puanı arttıkça Emosyonel Rol Güçlüğü puanı azalan) %58,7'lik ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($r=-0,587$; $p=0,001$; $p<0,01$).

Olguların Sheehan Yeti Yitimi puanları ile Sf-36 Enerji Canlılık Aktivite alt boyut puanları arasında negatif yönlü (Sheehan Yeti Yitimi puanı arttıkça Enerji Canlılık Aktivite puanı azalan) %36,4'lük ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($r=-0,364$; $p=0,002$; $p<0,01$).

Olguların Sheehan Yeti Yitimi puanları ile Sf-36 Ruhsal Canlılık alt boyut puanları arasında negatif yönlü (Sheehan Yeti Yitimi puanı arttıkça Ruhsal Canlılık puanı azalan) %57,5'lik ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($r=-0,575$; $p=0,001$; $p<0,01$).

Olguların Sheehan Yeti Yitimi puanları ile Sf-36 Sosyal İşlevsellik alt boyut puanları arasında negatif yönlü (Sheehan Yeti Yitimi puanı arttıkça Sosyal İşlevsellik puanı azalan) %54,8'lik ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($r=-0,548$; $p=0,001$; $p<0,01$).

Olguların Sheehan Yeti Yitimi puanları ile Sf-36 Ağrı alt boyut puanları arasında negatif yönlü (Sheehan Yeti Yitimi puanı arttıkça Ağrı puanı azalan) %65,7'lik ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($r=-0,657$; $p=0,001$; $p<0,01$).

Olguların Sheehan Yeti Yitimi puanları ile Sf-36 Genel Sağlık Algısı alt boyut puanları arasında negatif yönlü (Sheehan Yeti Yitimi puanı arttıkça Genel Sağlık Algısı puanı azalan) %59,9'lük ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($r=-0,599$; $p=0,001$; $p<0,01$).

4.6.2.Kontrol Grubunda;

Olguların Sheehan Yeti Yitimi puanları ile Sf-36 Fiziksel Fonksiyon alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$).

Olguların Sheehan Yeti Yitimi puanları ile Sf-36 Fiziksel Rol Güçlüğü alt boyut puanları arasında negatif yönlü (Sheehan Yeti Yitimi puanı arttıkça Fiziksel Rol Güçlüğü puanı azalan) %33,2'lik ilişki istatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte dikkat çekici bulunmuştur ($r=-0,332$; $p=0,061$; $p>0,05$).

Olguların Sheehan Yeti Yitimi puanları ile Sf-36 Emosyonel Rol Güçlüğü alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$).

Olguların Sheehan Yeti Yitimi puanları ile Sf-36 Enerji Canlılık Aktivite alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$).

Olguların Sheehan Yeti Yitimi puanları ile Sf-36 Ruhsal Canlılık alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$).

Olguların Sheehan Yeti Yitimi puanları ile Sf-36 Sosyal İşlevsellik alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$).

Olguların Sheehan Yeti Yitimi puanları ile Sf-36 Ağrı alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$).

Olguların Sheehan Yeti Yitimi puanları ile Sf-36 Genel Sağlık Algısı alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 10: Tüm Olgularda HAD Anksiyete ve Depresyon Ölçeklerinden Alınan Puanlar ile SF-36 Yaşam kalitesi Ölçeği Alt Boyutlarından, Çocukluk Çağı Travma ve Sheehane Yeti Yitimi Ölçeklerinden Aldıkları Puanlar Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi

	HAD Anksiyete Puanı		HAD Depresyon Puanı	
	r	p	R	p
HAD Depresyon Puanı	0,492	0,001**	-	-
Sf-36 Fiziksel Fonksiyon	-0,283	0,001**	-0,181	0,031*
Sf-36 Fiziksel Rol Güçlüğü	-0,370	0,001**	-0,329	0,001**
Sf-36 Emesyonal Rol Güçlüğü	-0,366	0,001**	-0,319	0,001**
Sf-36 Enerji Canlılık Aktivite	-0,529	0,001**	-0,342	0,001**
Sf-36 Ruhsal Canlılık	-0,655	0,001**	-0,488	0,001**
Sf-36 Sosyal İşlevsellik	-0,490	0,001**	-0,316	0,001**
Sf-36 Ağrı	-0,317	0,001**	-0,148	0,080
Sf-36 Genel Sağlık Algısı	-0,364	0,001**	-0,328	0,001**
Çocukluk Çağı Travma Puanı	0,354	0,001**	0,191	0,023*
Sheehane Yeti Yitimi Puanı	0,567	0,001**	0,580	0,001**

r=Spearman's Korelasyon Katsayısı **p<0,05* ***p<0,01*

4.7.HAD Anksiyete Puanlarına İlişkin Değerlendirmeler

Olguların HAD Anksiyete puanları ile HAD Depresyon puanları arasında pozitif yönlü (Anksiyete puanı arttıkça Depresyon puanı artan) %49,2'lik ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($r=0,492$; $p=0,001$; $p<0,01$).

Olguların HAD Anksiyete puanları ile Sf-36 Fiziksel Fonksiyon alt boyut puanları arasında negatif yönlü (Anksiyete puanı arttıkça Fiziksel Fonksiyon puanı azalan) %28,3'lük ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($r=-0,283$; $p=0,001$; $p<0,01$).

Olguların HAD Anksiyete puanları ile Sf-36 Fiziksel Rol Güçlüğü alt boyut puanları arasında negatif yönlü (Anksiyete puanı arttıkça Fiziksel Rol Güçlüğü puanı

azalan) %37'lik ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($r=-0,370$; $p=0,001$; $p<0,01$).

Olguların HAD Anksiyete puanları ile Sf-36 Emosyonel Rol Güçlüğü alt boyut puanları arasında negatif yönlü (Anksiyete puanı arttıkça Emosyonel Rol Güçlüğü puanı azalan) %36,6'lık ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($r=-0,366$; $p=0,001$; $p<0,01$).

Olguların HAD Anksiyete puanları ile Sf-36 Enerji Canlılık Aktivite alt boyut puanları arasında negatif yönlü (Anksiyete puanı arttıkça Enerji Canlılık Aktivite puanı azalan) %52,9'luk ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($r=-0,529$; $p=0,001$; $p<0,01$).

Olguların HAD Anksiyete puanları ile Sf-36 Ruhsal Canlılık alt boyut puanları arasında negatif yönlü (Anksiyete puanı arttıkça Ruhsal Canlılık puanı azalan) %65,5'lik ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($r=-0,655$; $p=0,001$; $p<0,01$).

Olguların HAD Anksiyete puanları ile Sf-36 Sosyal İşlevsellik alt boyut puanları arasında negatif yönlü (Anksiyete puanı arttıkça Sosyal İşlevsellik puanı azalan) %49'luk ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($r=-0,490$; $p=0,001$; $p<0,01$).

Olguların HAD Anksiyete puanları ile Sf-36 Ağrı alt boyut puanları arasında negatif yönlü (Anksiyete puanı arttıkça Ağrı puanı azalan) %31,7'lik ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($r=-0,317$; $p=0,001$; $p<0,01$).

Olguların HAD Anksiyete puanları ile Sf-36 Genel Sağlık Algısı alt boyut puanları arasında negatif yönlü (Anksiyete puanı arttıkça Genel Sağlık Algısı puanı azalan) %36,4'lük ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($r=-0,364$; $p=0,001$; $p<0,01$).

Olguların HAD Anksiyete puanları ile Çocukluk Çağı Travma puanları arasında pozitif yönlü (Anksiyete puanı arttıkça Çocukluk Çağı Travma puanı artan) %35,4'lük ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($r=0,354$; $p=0,001$; $p<0,01$).

Olguların HAD Anksiyete puanları ile Sheehan Yeti Yitimi puanları arasında pozitif yönlü (Anksiyete puanı arttıkça Sheehan Yeti Yitimi puanı artan) %56,7'lik ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($r=0,567$; $p=0,001$; $p<0,01$).

4.8.HAD Depresyon Puanlarına İlişkin Değerlendirmeler

Olguların HAD Depresyon puanları ile Sf-36 Fiziksel Fonksiyon alt boyut puanları arasında negatif yönlü (Depresyon puanı arttıkça Fiziksel Fonksiyon puanı azalan) %18,1'lik ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($r=-0,181$; $p=0,031$; $p<0,05$).

Olguların HAD Depresyon puanları ile Sf-36 Fiziksel Rol Güçlüğü alt boyut puanları arasında negatif yönlü (Depresyon puanı arttıkça Fiziksel Rol Güçlüğü puanı azalan) %32,9'luk ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($r=-0,329$; $p=0,001$; $p<0,01$).

Olguların HAD Depresyon puanları ile Sf-36 Emosyonel Rol Güçlüğü alt boyut puanları arasında negatif yönlü (Depresyon puanı arttıkça Emosyonel Rol Güçlüğü puanı azalan) %31,9'luk ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($r=-0,319$; $p=0,001$; $p<0,01$).

Olguların HAD Depresyon puanları ile Sf-36 Enerji Canlılık Aktivite alt boyut puanları arasında negatif yönlü (Depresyon puanı arttıkça Enerji Canlılık Aktivite puanı azalan) %34,2'lik ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($r=-0,342$; $p=0,001$; $p<0,01$).

Olguların HAD Depresyon puanları ile Sf-36 Ruhsal Canlılık alt boyut puanları arasında negatif yönlü (Depresyon puanı arttıkça Ruhsal Canlılık puanı azalan) %48,8'lik ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($r=-0,488$; $p=0,001$; $p<0,01$).

Olguların HAD Depresyon puanları ile Sf-36 Sosyal İşlevsellik alt boyut puanları arasında negatif yönlü (Depresyon puanı arttıkça Sosyal İşlevsellik puanı azalan) %31,6'lık ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($r=-0,316$; $p=0,001$; $p<0,01$).

Olguların HAD Depresyon puanları ile Sf-36 Ağrı alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$).

Olguların HAD Depresyon puanları ile Sf-36 Genel Sağlık Algısı alt boyut puanları arasında negatif yönlü (Depresyon puanı arttıkça Genel Sağlık Algısı puanı azalan) %32,8'lik ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($r=-0,328$; $p=0,001$; $p<0,01$).

Olguların HAD Depresyon puanları ile Çocukluk Çağı Travma puanları arasındapozitif yönlü (Depresyon puanı arttıkça Çocukluk Çağı Travma puanı azalan) %19,1'lik ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($r=0,191$; $p=0,023$; $p<0,05$).

Olguların HAD Depresyon puanları ile Sheehan Yeti Yitimi puanları arasında pozitif yönlü (Depresyon puanı arttıkça Sheehan Yeti Yitimi puanı artan) %58’lik ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($r=0,580$; $p=0,001$; $p<0,01$).

Tablo 11:Tüm Olgularda Çocukluk Çağı Travma ve Sheehane Yeti Yitimi Ölçeklerinden Aldıkları Puanlar ile SF-36 Yaşam kalitesi Ölçeği Alt Boyutlarından Aldıkları Puanlar Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi

	Çocukluk Çağı Travma Puanı		Sheehane Yeti Yitimi Puanı	
	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>R</i>	<i>p</i>
Sheehane Yeti Yitimi Puanı	0,296	0,001**	-	-
Sf-36 Fiziksel Fonksiyon	-0,244	0,003**	-0,333	0,001**
Sf-36 Fiziksel Rol Güçlüğü	-0,296	0,001**	-0,506	0,001**
Sf-36 Emesyonel Rol Güçlüğü	-0,276	0,001**	-0,511	0,001**
Sf-36 Enerji Canlılık Aktivite	-0,382	0,001**	-0,482	0,001**
Sf-36 Ruhsal Canlılık	-0,387	0,001**	-0,504	0,001**
Sf-36 Sosyal İşlevsellik	-0,377	0,001**	-0,543	0,001**
Sf-36 Ağrı	-0,348	0,001**	-0,477	0,001**
Sf-36 Genel Sağlık Algısı	-0,271	0,001**	-0,525	0,001**

r=Spearman’ın Korelasyon Katsayısı

* $p<0,05$

** $p<0,01$

4.9.Çocukluk Çağı Travma Puanlarına İlişkin Değerlendirmeler

Olguların Çocukluk Çağı Travma puanları ile Sheehan Yeti Yitimi puanları arasında pozitif yönlü (Çocukluk Çağı Travma puanı arttıkça Sheehan Yeti Yitimi alt boyut puanı artan) %29,6’lık ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($r=0,296$; $p=0,001$; $p<0,01$).

Olguların Çocukluk Çağı Travma puanları ile Sf-36 Fiziksel Fonksiyon alt boyut puanları arasında negatif yönlü (Çocukluk Çağı Travma puanı arttıkça Sf-36 Fiziksel Fonksiyon alt boyut puanı azalan) %24,4’lük ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($r=-0,244$; $p=0,001$; $p<0,01$).

Olguların Çocukluk Çağı Travma puanları ile Sf-36 Fiziksel Rol Güçlüğü alt boyut puanları arasında negatif yönlü (Çocukluk Çağı Travma puanı arttıkça Sf-36 Fiziksel Rol Güçlüğü alt boyut puanı azalan) %27,6'lık ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($r=-0,276$; $p=0,001$; $p<0,01$).

Olguların Çocukluk Çağı Travma puanları ile Sf-36 Emosyonel Rol Güçlüğü alt boyut puanları arasında negatif yönlü (Çocukluk Çağı Travma puanı arttıkça Sf-36 Emosyonel Rol Güçlüğü alt boyut puanı azalan) %27,6'lık ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($r=-0,276$; $p=0,001$; $p<0,01$).

Olguların Çocukluk Çağı Travma puanları ile Sf-36 Enerji Canlılık Aktivite alt boyut puanları arasında negatif yönlü (Çocukluk Çağı Travma puanı arttıkça Sf-36 Enerji Canlılık Aktivite alt boyut puanı azalan) %38,2'lik ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($r=-0,382$; $p=0,001$; $p<0,01$).

Olguların Çocukluk Çağı Travma puanları ile Sf-36 Ruhsal Canlılık alt boyut puanları arasında negatif yönlü (Çocukluk Çağı Travma puanı arttıkça Sf-36 Ruhsal Canlılık alt boyut puanı azalan) %38,7'lik ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($r=-0,387$; $p=0,001$; $p<0,01$).

Olguların Çocukluk Çağı Travma puanları ile Sf-36 Sosyal İşlevsellik alt boyut puanları (Çocukluk Çağı Travma puanı arttıkça Sf-36 Sosyal İşlevsellik alt boyut puanı azalan) %37,7'lik ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($r=-0,377$; $p=0,001$; $p<0,01$).

Olguların Çocukluk Çağı Travma puanları ile Sf-36 Ağrı alt boyut puanları arasında negatif yönlü (Çocukluk Çağı Travma puanı arttıkça Sf-36 Ağrı alt boyut puanı azalan) %34,8'lik ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($r=-0,348$; $p=0,001$; $p<0,01$).

Olguların Çocukluk Çağı Travma puanları ile Sf-36 Genel Sağlık Algısı alt boyut puanları arasında negatif yönlü (Çocukluk Çağı Travma puanı arttıkça Sf-36 Genel Sağlık Algısı alt boyut puanı azalan) %27,1'lik ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($r=-0,271$; $p=0,001$; $p<0,01$).

4.10. Sheehan Yeti Yitimi Puanlarına İlişkin Değerlendirmeler

Olguların Sheehan Yeti Yitimi puanları ile Sf-36 Fiziksel Fonksiyon alt boyut puanları arasında negatif yönlü (Sheehan Yeti Yitimi puanı arttıkça Fiziksel Fonksiyon puanı azalan) %33,3'lük ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($r=-0,333$; $p=0,001$; $p<0,01$).

Olguların Sheehan Yeti Yitimi puanları ile Sf-36 Fiziksel Rol Güçlüğü alt boyut puanları arasında negatif yönlü (Sheehan Yeti Yitimi puanı arttıkça Fiziksel Rol Güçlüğü puanı azalan) %50,6'lık ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($r=-0,506$; $p=0,001$; $p<0,01$).

Olguların Sheehan Yeti Yitimi puanları ile Sf-36 Emosyonel Rol Güçlüğü alt boyut puanları arasında negatif yönlü (Sheehan Yeti Yitimi puanı arttıkça Emosyonel Rol Güçlüğü puanı azalan) %51,1'lik ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($r=-0,511$; $p=0,001$; $p<0,01$).

Olguların Sheehan Yeti Yitimi puanları ile Sf-36 Enerji Canlılık Aktivite alt boyut puanları arasında negatif yönlü (Sheehan Yeti Yitimi puanı arttıkça Enerji Canlılık Aktivite puanı azalan) %48,2'lik ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($r=-0,482$; $p=0,001$; $p<0,01$).

Olguların Sheehan Yeti Yitimi puanları ile Sf-36 Ruhsal Canlılık alt boyut puanları arasında negatif yönlü (Sheehan Yeti Yitimi puanı arttıkça Ruhsal Canlılık puanı azalan) %50,4'lük ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($r=-0,504$; $p=0,001$; $p<0,01$).

Olguların Sheehan Yeti Yitimi puanları ile Sf-36 Sosyal İşlevsellik alt boyut puanları arasında negatif yönlü (Sheehan Yeti Yitimi puanı arttıkça Sosyal İşlevsellik puanı azalan) %54,3'lük ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($r=-0,543$; $p=0,001$; $p<0,01$).

Olguların Sheehan Yeti Yitimi puanları ile Sf-36 Ağrı alt boyut puanları arasında negatif yönlü (Sheehan Yeti Yitimi puanı arttıkça Ağrı puanı azalan) %47,7'lik ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($r=-0,477$; $p=0,001$; $p<0,01$).

Olguların Sheehan Yeti Yitimi puanları ile Sf-36 Genel Sağlık Algısı alt boyut puanları arasında negatif yönlü (Sheehan Yeti Yitimi puanı arttıkça Genel Sağlık Algısı puanı azalan) %52,5'lik ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($r=-0,525$; $p=0,001$; $p<0,01$).

5. TARTIŞMA

Bu çalışmada psoriasis tanısı alan 70 hastanın depresyon, anksiyete, çocukluk çağı travması ve yaşam kalitesi düzeyinin sağlıklı kontroller ile karşılaştırılması amaçlanmıştır. Araştırmada psoriasis ile ilişkili olabilecek sosyodemografik ve psikolojik değişkenler sorgulanmış ve bu değişkenlerin uygulanan ölçeklere etkileri karşılaştırılmıştır.

Deneklerin çoğunluğu orta yaşlı, evli, ev hanımı, düşük düzeyde eğitim almış, sigara ve alkol kullanmayanlar oluşmaktadır. Hastalık şiddeti itibari ile çoğunluğu hafif düzeyde olduğu izlenmektedir.

Hasta grubu ile kontrol grubu arasında cinsiyet, yaş, medeni durum, meslek, eğitim düzeyi, sigara ve alkol kullanımı gibi sosyodemografik veriler açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı. Çalışmamızın temel bulgularından biri olan HAD depresyon puanları, Hasta grubunda ortalama (9,83±4,90), kontrol grubunda ortalama (7,31±3,83) olacak şekilde istatistiksel olarak anlamlı yüksek tespit edildi. HAD anksiyete puanları, hasta grubunda ortalama (9,57±4,41), kontrol grubunda ortalama 6,69±3,62 olacak şekilde istatistiksel olarak anlamlı yüksek tespit edildi.

Literatür incelendiğinde; Psoriazisin ruhsal bozukluklarla ilişkisi uzun zamandır klinisyenler tarafından incelenmektedir. Bu çalışmaların sonucunda psoriasis günümüzde bir psikosomatik hastalık olarak kabul edilmektedir. Şimdiye kadar yapılan çalışmalarda, stresin psoriasis ataklarında etkili olduğu, depresyon ve anksiyete düzeylerinin psoriasis hastalarında daha yüksek olduğu bildirilmiştir (137-140). Dermatoloji hastalarında, depresyon %44 ve anksiyete bozukluğu %55 ile en sık görülen psikiyatrik tanı olduğu bildirilmiştir(141). Hastaların neredeyse yarısında görülen depresyon, yaşam kalitesini de oldukça olumsuz etkileyebilmektedir (142,116). Psoriaziste depresyon, diğer dermatolojik hastalıklara göre daha sık görülür. (142).

Krueger ve ark.'nın yaptıkları bir çalışmada ise psoriazisli hastaların en azından %20'sinde intihar düşüncesi olduğu rapor edilmiştir (143). Depresyonun hastalığın tedavisini olumsuz etkilediği, alkol kullanımına neden olduğu ve kardiyovasküler hastalık için risk oluşturduğu düşünülmektedir (144) Hastaların %89'unun kendi görünüşleriyle ilgili olarak utanç duyduklarını ifade etmiş olduğu çalışmalar vardır (145,146)

Psoriazis hastalarında anksiyete bozuklukları ve obsesif kompulsif bozukluklar oldukça sık görüldüğü bildirilmiştir (147). Hastalığın dermatolojik tedavisinin henüz alevlenmeleri azaltıcı ve semptomatik nitelikte olması hastalardaki beklenti anksiyetesini artırabilmektedir. Hastalığın tekrarının beklenmesinin ve sosyal yalıtım da hastalardaki istenmeme duygusunu etkilemektedir. Psoriazisli hastalarda anksiyolitik tedavinin yanısıra gevşeme egzersizleri ve anksiyeteyi azaltıcı tedavilerin oldukça faydalı olduğu ifade edilmiştir (5). Hastaların yaklaşık %60 ı hastalıklarının başlangıcından yaşadıkları kaygı ve stresin sorumlu olduğuna inandıklarını belirtmişlerdir (141).

Güleç ve ark.'ları yaptıkları çalışmalarında ise psoriaziste özellikle depresyonun sık görüldüğü, anksiyete düzeylerinde sağlıklı kontrol grubuyla anlamlı bir fark olmadığı belirtilmiştir. Bu durum psoriazis hastalarının anksiyeteye tahammülsüzlük nedeniyle uyum mekanizması olarak depresyonu tercih etmiş olabilecekleri şeklinde yorumlanmıştır (148). Richards ve ark. yaptıkları bir çalışmada, kadın hastalarda erkeklerden daha yüksek anksiyete ve depresyon skorları yanında, erkek hastalarda daha yüksek PASI skorları saptamışlardır (149).

Şimdiye kadar yapılan psoriazis şiddetiyle depresyon ve anksiyete şiddeti arasındaki bağlantıyı araştıran çalışmalarda çelişkili sonuçlar ortaya çıkmıştır. Özgüven ve arkadaşları depresyon şiddetiyle psoriazis şiddeti arasında bir bağlantının olduğunu vurgulamışlardır. Bu çalışmada anksiyete ile psoriazis şiddeti arasında bağlantı bulunamamasının nedeni olarak hasta grubunun düşük PAŞİ puanları gösterilmiştir (150). Özgüven ve arkadaşları yaptıkları başka bir çalışmada bedeninin görünür yerlerinde lezyonları olan psoriazis hastalarında sosyal anksiyete düzeyini yüksek bulmuşlar ve sosyal anksiyete düzeyi ile hastalığın şiddeti arasında ilişki olduğunu saptamışlardır (151).

Çalışma bulgularımıza göre olguların Psoriasis İşlev Kaybı Endeksi puanları ile HAD Anksiyete puanları arasında pozitif yönlü (Psoriasis puanı arttıkça HAD anksiyete puanı artan) %39,7'lik ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulundu. Olguların Psoriasis İşlev Kaybı Endeksi puanları ile HAD Depresyon puanları arasında pozitif yönlü (Psoriasis puanı arttıkça HAD depresyon puanı artan) %45,8'lik ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulundu.

Kılıç ve arkadaşları Psoriasis şiddetiyle anksiyete ve depresyon düzeyini karşılaştırdıkları çalışmalarında bir bağlantı olmadığı sonucuna varmışlardır (5). Taner ve arkadaşları Behçet ve psoriasis hastalıklarında depresyon ve anksiyete seviyelerini karşılaştırdıkları çalışmalarında Behçet hastalığında hastalık süresiyle depresyon arasında ilişki saptarken, psoriastiste bir ilişki olmadığını belirtmişlerdir (28). Harvima ve ark. ise psoriasis hastalarını düşük ve yüksek stresli olarak ayırdıkları çalışmalarında, yüksek stresli grupta deri lezyonları ve eklem bulgularının daha yaygın olduğunu, PAŞİ puanı ile somatizasyon belirtileri arasında korelasyon olduğunu, eklem bulgularının olmasının kadınlarda yüksek depresyon seviyesi, erkeklerde ise yüksek somatizasyon seviyesi ile ilişkili olabileceğini bildirmişlerdir (6).

Bizim çalışmamızda depresyon ve anksiyete oranının diğer çalışmalara göre yüksek çıkmasının nedeni hasta olgularımızın eğitim düzeyinin görece düşük olması, örneklem grubunun tamamına yakınının kadın cinsiyet olması ve örneklem sayısının azlığı gibi nedenler olduğu düşünülmektedir. Psoriasis hastalarındaki tekrarlayan anksiyete, bir süre sonra depresyonu ortaya çıkarıyor olabilir. Bu açıdan bakıldığında özellikle anksiyeteyi kontrol altına almaya yönelik tedavi yöntemlerinin uygulanması psoriasis hastalarında eşlik edecek anksiyete ile birlikte depresyonu önlemede etkili olabilir (9,138)

Çalışmamızın bir diğer bulgusu olan yaşam kalitesini değerlendiren SF-36 ölçek sonuçlarına baktığımızda; hasta grubu olguların Sf-36 enerji canlılık aktivite alt boyutundan aldıkları puanlar (54,33±19,4) kontrol grubu (71,46±11,01) olgulara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük saptanmıştır. Hasta grubu olguların Sf-36 ruhsal canlılık alt boyutundan aldıkları puanlar 55,09±18,74, kontrol grubu (67,92±13,11) olgulara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük saptanmıştır.

Hasta grubu olguların Sf-36 sosyal işlevsellik alt boyutundan aldıkları puanlar ($58,80 \pm 22,79$) kontrol grubu ($86,31 \pm 15,47$) olgulara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük saptanmıştır.

Ayrıca olguların Psoriasis İşlev Kaybı Endeksi puanları ile Sf-36 Fiziksel Fonksiyon alt boyut puanları arasında negatif yönlü (Psoriasis puanı azaldıkça Sf-36 Fiziksel fonksiyon puanı artan) %32'lik ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Olguların Psoriasis İşlev Kaybı Endeksi puanları ile Sf-36 Fiziksel Rol Güçlüğü alt boyut puanları arasında negatif yönlü (Psoriasis puanı azaldıkça Sf-36 Fiziksel rol güçlüğü puanı artan) %54,7'lik ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Olguların Psoriasis İşlev Kaybı Endeksi puanları ile Sf-36 Emosyonel Rol Güçlüğü alt boyut puanları arasında negatif yönlü (Psoriasis puanı azaldıkça Sf-36 Emosyonel rol güçlüğü puanı artan) %54,4'lük ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

Mease ve ark.'ları psöriasisli hastalarda yaptıkları çalışmalarında psöriasisli hastaların yaşam kalitesinin bozulduğu ve neden olarak hastaların cilt bulgularının görüldüğü yüzme, güneşlenme gibi sosyal aktivitelerinin kısıtlandığını ve çoğunluğunun bu tip aktiviteler sırasında diğer insanlarla eşit hizmet alamadıklarını hatta bazen kendilerinin ortamdan uzaklaşmalarının istendiğini ifade etmişlerdir(152). Gupta ve ark.'ları çalışmalarında psoriasisli hastaların %40.8'inde seksüel fonksiyonların olumsuz yönde etkilendiğini saptamışlar, bu konuda kadınlarla erkekler arasında farklılık bulmamışlardır. Daha yoğun eklem ağrısı, kepeklenme, kaşıntı ve genital bölgede daha şiddetli tutulum ile seksüel fonksiyonlarda bozulma arasında anlamlı ilişki olduğunu göstermişlerdir (153). Kruger ve ark, yaptığı çalışmada psoriatik artritli hastaların daha fazla fiziksel zorluklar çektiği, daha uzun hastalık süresine sahip oldukları ve hastalıklarıyla ilgili yaşam kalitelerinin daha çok etkilendiği bildirilmiştir (154).

2006 yılında Sampogna ve ark.'nın (155) yaptıkları çalışmada psoriasisli kadınların erkeklere oranla yaşam kalitelerinin daha fazla etkilendiğini bildirilmiştir. 2007 yılında Kaçar ve ark , 2011 yılında Lin ve ark. bu çalışmaya benzer olarak cinsiyetler arasında fark saptamamış; bu durumu toplumlar arası farklı etnik, sosyal ve kültürel özelliklere bağlamışlardır (156,157).

Koryürek ve ark. yaptığı çalışmada 40 yaş ve altındaki psoriazisli hastaların 40 yaş üstüne göre yaşam kalitelerinin daha fazla etkilendikleri bildirmiştir. Literatürde bu çalışma ile benzer şekilde yaş ilerledikçe yaşam kalitesinin daha az etkilendiğini saptayan çalışmalar olduğu gibi ileri yaştaki popülasyonun daha fazla etkilendiğini bildiren çalışmalar da vardır (157,158). Sonuç farklılıklarının; çalışmaların yapıldığı kültürlerde yaşlı bireylere verilen değer ve sosyal beklentiler gibi değişkenlerin farklılıklardan kaynaklanabileceği düşünülmüştür (156,158). Bu durumu genel olarak yaşça daha ileri olan popülasyonun daha uzun süreli hastalıkla yaşamış olması sonucunda, daha başarılı psikolojik savunma yöntemleri geliştirmiş olması ve bu nedenle görünüm ve/veya insanlar arası ilişkide duygusal olarak daha az etkilenmeleriyle, daha yüksek oranda evli olmalarıyla, daha yüksek oranda iş sahibi olmalarıyla ilişkili olabileceğini bildirmişler (156,158). Kırk yaş altı popülasyon stigmatizasyon, iş edinmede güçlük, eş bulmada güçlük, toplum tarafından kabullenme ve beğenilme kaygısı, sosyal ve fiziksel aktivitelerde kısıtlanma gibi nedenlerle hastalıktan daha fazla etkilenmiş olabilir.

Psöriasisli hastalarda YK'sinin erkeklerden daha fazla etkilendiği bildirilmektedir. Bu cinsiyet farkı da kadınların dış görünümüne daha fazla önem vermeleri ve bu yüzden hastalık ile ilgili daha fazla kozmetik kaygılar taşımalarıyla açıklanmaktadır (155,159). Aghaei ve ark. (160) ile Kanikowska ve ark. (161)'nin çalışmalarında bekâr psoriazisli hastaların YK'lerinin daha fazla etkilendiği bildirilmiştir. Psoriazisle ilgili YK'deki değişimin değerlendirildiği onbir yıllık prospektif bir çalışmada ise medeni durum ile YK'nin etkilenmediği saptanmıştır (123).

Psöriasisli hastalarda eğitim durumu ile YK arasındaki ilişki incelendiğinde, üniversite düzeyinde eğitimi olan psoriazisli hastalarda, YK'nin olumlu etkilendiğini bildiren yayınlar mevcuttur (159). Norveç'te Zachariae ve ark. (162) tarafından PDI ve PLSI kullanılarak yapılan bir çalışmada üniversite ve lise mezunlarında, ilkokul mezunlarından daha düşük hastalık şiddeti ve YK ölçek skorları saptanmıştır.

Literatürde psoriazise bağlı olarak çalışma durumunun olumsuz etkilendiği, iş günü ve ekonomik kayıplarının olduğu bildirilmektedir (143). Kanikowska ve ark. (161) yaptıkları çalışmada, çalışan hastaların çalışmayanlardan daha fazla

etkilendiğini saptamışlardır. Finlay ve Coles (163) tarafından İngiltere’de yapılan bir çalışmada ise psoriazisin iş günü ve maddi kayıplara neden olduğu bildirilmiştir. Meyer ve ark. (164) tarafından Fransa’da yapılan bir çalışmada şiddetli psoriazisli çalışan hastaların %19’dan fazlasının işyerinde ayrımcılığa uğradığı, %24.8’inin kariyer seçimlerinin psoriazis nedeniyle etkilendiği bulunmuştur.

Henseler ve Christopher yaptıkları bir çalışmada obezite, hipertansiyon, diyabetes mellitus ve kardiyovasküler hastalıkların psoriazisli hastalarda daha sık görüldüğünü saptamışlardır (144). Finlay ve Coles (163) ise çalışmalarında komorbiditelerin eşlik ettiği psoriazis hastalarının YK’lerinin daha fazla etkilendiğini ortaya koymuşlardır. Rapp ve ark. (165) ise yaptıkları bir çalışmada psoriazisin YK üzerine etkisini artrit, kanser, diyabet, depresyon ve kalp hastalarıyla karşılaştırılabilir düzeyde bulmuşlardır.

Deri lezyonlarının yaygınlığı/lokalizasyonu ile YK arasındaki ilişki değerlendirildiğinde, Aghaei ve ark. (160) tarafından PDI ve DLQI ölçekleri kullanılarak yapılan bir araştırmada, giysilerle kapalı bölgede lezyonu olanların YK’lerinin etkilenmediği, ancak yüz ve distal ekstremiteler gibi görünür bölgelerde lezyonu olanların YK’lerinin olumsuz etkilendiği bildirilmiştir. Benzer şekilde İnanır ve ark. (166)’nın çalışmasında da lezyonların görünür bölgede yerleştiği hastalarda YK ölçek puanları daha yüksek bulunmuştur.

Bizim çalışmamıza benzer şekilde şimdiye kadar yapılan çalışmalarda psoriazis hastalarında yaşam kalitesinin bozulduğu gösterilmiştir. Çalışmamızda da psoriazis hastalarının fiziksel fonksiyon, sosyal fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü, emosyonel rol güçlüğü, mental sağlık, enerji, ağrı ve genel sağlık düzeyleri ortalama puanlarının sağlıklı kontrol grubuna göre anlamlı derecede daha düşük seviyede olduğu saptandı. Bunun nedeni olarak hastaların tamamına yakınının kadın cinsiyet olması, lezyonların saçlı deri ve yüz bölgesinde ağırlıklı olması, eklem tutulumunun olması gibi etkenler olabileceği düşünülmektedir.

Çalışmamıza katılan olguların PASI puanları 0 ile 11 arasında değişmekte olup, ortalama $4,31 \pm 3,20$ olarak saptanmıştır. Olguların %74,3’ünün (n=52) PASI değeri hafif düzeyde, %25,7’sinin (n=18) normal ve şiddetli düzeyde gözlenmiştir.

Olguların PASİ değerleri ile psoriasis işlev kaybı endeksi, Sf-36 “Fiziksel Fonksiyon”, “Fiziksel Rol Güçlüğü”, “Emosyonel Rol Güçlüğü”, “Enerji Canlılık Aktivite”, “Ruhsal Canlılık”, “Sosyal İşlevsellik”, “Ağrı” ve “Genel Sağlık Algısı” alt boyutları, HAD Anksiyete ve HAD Depresyon puanları, Çocukluk Çağı Travma puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır.

Şimdiye kadar yapılan psoriasis şiddetiyle depresyon ve anksiyete şiddeti arasındaki bağlantıyı araştıran çalışmalarda değişik sonuçlar ortaya çıkmıştır. Kılıç ve ark. psoriasis şiddetiyle anksiyete ve depresyon düzeyini karşılaştırdıkları çalışmalarında, bizim çalışmamıza benzer şekilde bir bağlantı olmadığı sonucuna varmışlardır (5). Yine çalışmamızı destekler nitelikte, Taner ve ark. Behçet ve psoriasis hastalıklarında depresyon ve anksiyete seviyelerini karşılaştırdıkları çalışmalarında Behçet hastalığında hastalık süresiyle depresyon arasında ilişki saptarken, psoriasisle bir ilişki olmadığını belirtmişlerdir (167). Bulgularımızın aksi yönünde Harvima ve ark. ise psoriasis hastalarını düşük ve yüksek stresli olarak ayırdıkları çalışmalarında, yüksek stresli grupta deri lezyonları ve eklem bulgularının daha yaygın olduğunu, PAŞİ puanı ile somatizasyon belirtileri arasında korelasyon olduğunu, eklem bulgularının olmasının kadınlarda yüksek depresyon seviyesi, erkeklerde ise yüksek somatizasyon seviyesi ile ilişkili olabileceğini bildirmişlerdir (6). Yine Özgüven ve ark. depresyon şiddetiyle psoriasis şiddeti arasında bir bağlantının olduğunu vurgulamışlardır (150).

Literatürde psoriasis şiddetinin YK’yi etkilediği pek çok çalışmada bildirilmesine rağmen, her zaman klinik şiddet ile hastaların YK'sinin ne ölçüde etkilendiği kesin olarak gösterilememiştir (159,167). Psoriasisli hastaların YK ile ilgili literatürdeki çalışmaların yorumlandığı bir derlemede hastalık şiddeti arttıkça YK’nin azaldığı bildirilmiştir (167). İnanır ve ark. (166)’nın çalışmasında ortalama PASI skoru 5.76 olarak bulunmuş ve PASI skorları ile YK arasında negatif korelasyon tespit edilmiştir. Hindistan’da Rakkesh ve ark. (168) tarafından PDI ve PLSI kullanılarak yapılan bir çalışmada ortalama PASI skoru erkek hastalar için 20.82, kadın hastalar için 25.20 olarak bulunmuş ve PASI skoru arttıkça her iki YK ölçęi skorlarının da arttığı saptanmıştır. Skevington ve ark. (169) tarafından yapılan

bir başka çalışmada da önceki çalışmalarla benzer olarak hastalık şiddeti ile YK arasında negatif korelasyon tespit edilmiştir.

Bizim çalışmamızda sigara ve alkol kullanımı gibi sosyodemografik özellikler olan verilerle herhangi bir ölçek arasında ilişki saptanmamıştır. Psoriazislielerde sigara alışkanlığının normal popülasyondan fazla olduğunu bildiren çalışmalar vardır (144). Sigara kullanımı psoriazisin kronikleşmesini artırmakta ve tedavinin olumsuz etkilenmesine yol açmaktadır (170).Psoriazisli hastalarda alkol kullanımının birçok hastalıktan fazla olduğu bildirilmiştir (145,170). Psoriazisle baş etme mekanizmaları geliştirmede başarılı olamayan hastalarda alkol kullanımına yatkınlık ortaya çıkabilmektedir. Alkol kullanımının psoriazis şiddetini ve kaşıntıyı arttırdığı, özellikle de tedavisini olumsuz etkilediği ve mortalite riskini yükselttiği bilinmektedir (144,170,171). Deveci ve ark. (171) ise yaptıkları çalışmada psoriazisli hastalarda alkol kullanımının diğer dermatolojik hastalıklardakinden farklı olmadığını saptamışlardır.

Çalışmamızda psoriazis tanılı hasta grubu olguların Çocukluk Çağı Travma ölçeği puanları ($74,07 \pm 10,58$,) kontrol grubu olgulara göre ($66,9 \pm 8,13$) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır. Hasta grubunun Çocukluk Çağı Travma puanı ile SF36 ve Sheehan yeti yitimi ölçeği arasında yapılan korelasyonda anlamlı farklılık bulunmamıştır. Kontrol grubu olgularının Çocukluk Çağı Travma puanları ile sheehan yeti yitimi arasında pozitif, SF36 alt parametreleriyle negatif yönlü korelasyon değerleri istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur.

Literatür gözden geçirildiğinde, psoriazis başlangıcını tetikleyen çocukluk çağı ruhsal travma ile ilgili herhangi bir yayına rastlanmamıştır. Fakat dermatolojik diğer hastalıklarla ilgili kısıtlı sayıda olsa da çalışma bulunmaktadır.

Yalçın ve ark.'larının Nörotik Ekskoriyasyon Hastalarında çalışmasında ÇTQ-28 skorları incelendiğinde ise Duygusal İhmal, Duygusal Kötüye Kullanım ve Fiziksel Kötüye Kullanım alt ölçekleri ile Ağırlıklı Toplam Ortalama Puan skorları anlamlı olarak yüksek bulunmuştur (172)

Çocukluk çağında fiziksel ve cinsel istismar yaşayan kadınların, erişkinlik dönemlerinde strese karşı verilen hipotalamus- hipofiz-adrenal eksen yanıtlarının

anormal olduğu bildirilmiştir (173) Papadopoulos ve arkadaşları, yaşam olaylarının vitiligo başlangıcını nasıl tetikleyebileceğine ilişkin kapsamlı bir çalışma yapmıştır. Üç yıldan daha kısa hastalık süresi olan, vitiligo tanısı almış 100 hastayı, kontrol grubu olarak psikolojik etmenlerle ilişkili olmayan şekil bozukluğu saptanmış hastalarla karşılaştırmış; vitiligo hastalarının kontrol grubuyla karşılaştırıldığında, hastalıkları başlamadan önceki bir yıl içerisinde istatistiksel olarak anlamlı sayıda stresli yaşam olayları yaşadıklarını; özellikle vitiligo hastalarının daha yüksek oranda kayıp ya da yas, yaralanma, hastalık yaşadıklarını; yeme ve uyuma alışkanlıklarında daha büyük değişiklikler olduğunu bildirmişlerdir (174). Bu çalışmada dikkati çeken başka bir bulgu da, vitiligo hastalarının % 40' indan fazlasının, hastalığın ilk ortaya çıkışından bir yıl önce yakın bir arkadaşı ya da akrabasının ölümünü bildirmeleridir. % 25'inden fazlasında, aile, arkadaş, çevresindekilerin kaybıyla birlikte seyreden, yaşam koşullarında bir değişiklik, yer değiştirme bildirdikleri saptanmıştır. Tüm bu bulgular, travmatik yaşam olaylarının vitiligonun ortaya çıkmasına neden olabileceğini ortaya koymaktadır (174). Bu çalışmaya benzer şekilde bizim çalışmamızda da psöriasis hastalarında artmış çocukluk çağı ruhsal travmasının rol oynayabileceğini düşünmekteyiz.

Yine bizim çalışmamızı destekler şekilde Picardi (2001), psöriyazis, AA hastalarında yapılan stresli yaşam olayları ile ilgili çalışmaları gözden geçirmiş ve stresli yaşam olaylarının AA ile ilişkisi ile ilgili beş olumlu iki olumsuz ve bir çekimsiz çalışma olduğunu belirtmiştir. Psöriyazis için ise sonuçlar daha çok mevcut psöriyazisin şiddetinin arttığı şeklindeymiş. Fakat bu çalışmalarda geriye dönük olarak en uzun son bir yıl içindeki yaşam olaylarının etkisi incelenmiş ve çocukluk çağı travmaları araştırılmamıştır (175). Willemsen ve arkadaşları (2009), erişkin AA hastalarında yaşam boyu ve çocukluk çağı travma sayısını anlamlı olarak sağlıklı kontrol grubundan yüksek bulmuşlar ancak kontrol grubu olarak başka bir cilt hastalığı kullanmamışlardır. Dolayısıyla bulgularının AA'ya özgü olduğu tartışmalıdır (176).

Şahiner ve arkadaşlarının çalışmasında AA grubunda ÇCTÖ travma puan ortalaması açısından kontrol grubuna göre anlamlı bir fark elde edilmiş stresle tetiklenen immunolojik mekanizmaların AA'yı ortaya çıkarabilme olasılığından ya da

travmanın çatışmayı yaratmasından ve ortaya çıkan çatışmanın da kendini bedenselleştirme ile AA şeklinde göstermesinden kaynaklı olabileceği belirtilmiştir (177).

Reeve ve arkadaşlarının (1996) AA'sı olan 12 çocuğu incelediği bir çalışmada yaşam olaylarının olumlu veya olumsuz etkisi olmadığı saptanmıştır. (178). Liakopoulou ve arkadaşları da (1997) ilginç olarak AA'sı olan çocuklarda hastalık öncesinde kontrol grubuna göre olumsuz olaylarda bir artış olmadığını, fakat olumlu yaşam olaylarında eksiklik olduğunu bildirmişlerdir (179). Çocukluk çağı travmaları ile ilgili yaptığımız varsayım benzer şekilde stresli yaşam olayları içinde yapılabilir. Stresli yaşam olayları deri hastalıklarından AA'nın etiolojisinde etkili olsa da AA ya özgü bir etki söz konusu değildir. Diğer deri hastalıklarında da özellikle de psoriasisde saptanması muhtemel gibi görünmektedir.

Literatürdeki diğer çalışmalarda (180-183) da benzer şekilde AA hastalarında son bir sene veya 6 ay içindeki stresli yaşam olayları incelenmiş ve sonuçlar kontrol gurubuna göre anlamlı derecede yüksek çıkmıştır.

Tüm bu literatür bilgileri ışığında bizim düşüncemiz psoriasis hastalarında çocukluk çağı ruhsal travmasının rol oynayabileceği, yakın zamandaki stresli ve travmatik yaşam olaylarının hastalığı tetikleyebileceği ve bu konuda ayrıntılı daha fazla çalışmaya ihtiyaç olduğudur.

6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

1. Çalışmamızda psoriazis hasta grubu olguların HAD depresyon puanları, kontrol grubu olgulara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptandı.

2. Çalışmamızda psoriazis hasta grubu olguların HAD anksiyete puanları, kontrol grubu olgulara göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksek saptandı.

3. Çalışmamızda psoriazis hasta grubu olguların çocukluk çağı travma puanları, kontrol grubu olgulara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır.

4. Çalışmamızda Hasta grubu olguların Sf-36 emosyonel rol güçlüğü alt boyutundan aldıkları puanlar, kontrol grubu olgulara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük saptanmıştır

5. Çalışmamızda Hasta grubu olguların Sf-36 enerji canlılık aktivite alt boyutundan aldıkları puanlar, kontrol grubu olgulara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük saptanmıştır

6. Hasta grubu olguların Sf-36 ruhsal canlılık alt boyutundan aldıkları puanlar, kontrol grubu olgulara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük saptanmıştır

7. Hasta grubu olguların Sf-36 sosyal işlevsellik alt boyutundan aldıkları puanlar, kontrol grubu olgulara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük saptanmıştır

8. Hasta grubu olguların Sf-36 ağrı alt boyutundan aldıkları puanlar, kontrol grubu olgulara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük saptanmıştır

9. Hasta grubu olguların sheehane yeti yitimi puanları, kontrol grubu olgulara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır

10. Gruplara göre olguların Sf-36 fiziksel fonksiyon alt boyutundan aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır.

Sonuç olarak psoriasis, hayati tehlike oluşturmada da hastaların yaşamlarını hemen her açıdan olumsuz yönde etkilediği için önemsizmesi gereken bir hastalıktır. Hastaların sadece deri lezyonları ele alınmamalı, depresyon, anksiyete, ruhsal travmatik yaşam ve yaşam kaliteleri de sorgulanıp psikiyatrik destek gerekliliği açısından hastalar dikkatle değerlendirilmelidir. Bu çerçevede alınabilecek önlemler, hastalığın şiddetini azaltabileceği gibi tedaviye uyumu da arttırabilecek ve hastaların sosyal hayat ile daha barışık olmalarını sağlayacağı düşünülmektedir.



7. KAYNAKLAR

1. Lepore SJ, Coyne JC. Psychological interventions for distress in cancer patients: a review of reviews. *Annals of Be1) Bilaç C, Öztürkcan S. Dermatolojide yaşam kalitesi. Sağlıkta Birikim Derg* 2006;1(2):48-58.
2. Fouere S, Adjadj L, Pawin H. How patients experience psoriasis: results from a European survey. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2005; 19: 2-6.
3. Griffiths CEM, Richards HL. Psychological influences in psoriasis. *Clin Exp Dermatol.* 2001; 26: 338-42.
4. Gupta MA, Gupta AK, Haberman HF. Psoriasis and psychiatry: an update. *Gen Hosp Psychiatry.* 1987; 9: 157-66.
5. Kilic A, Gulec MY, Gul U, Gulec H. Temperament and character profile of patients with psoriasis. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2008; 22(5):537-42.
6. Harvima RJ, Viinamaki H, Harvima IT, Naukkarinen A, Savolainen L, Aalto ML, Horsmanheimo M. Association of psychic stress with clinical severity and symptoms of psoriatic patients. *Acta Derm Venereol.* 1996; 76:467-71.
7. Consoli SM, Rolhion S, Martin C, Ruel K, Cambazard F, Pellet J, Misery L. Low levels of emotional awareness predicts a better response to dermatological treatment in patients with psoriasis. *Dermatology.* 2006; 212:128-36.
8. Morgan M, McCreedy R, Simpson J, Hay RJ. Dermatology quality of life scales-a measure of the impact of skin diseases. *Br J Dermatol.* 1997; 136:202-6.
9. Köse O, Gür AR. Dermatolojide yaşam kalitesi ve ölçümü. *T Klinikleri J Dermatol* 2000;10(4):270-4.
10. Mease PJ, Menter MA. Quality of life issues psoriasis and psoriatic arthritis. Outcome measures and therapies from a dermatological perspectives. *J Am Acad dermatol.* 2006; 54:685-704.
11. Nair RP, Stuart PE, Nistor I, et al. Sequence and haplotype analysis supports HLA-C as the psoriasis susceptibility 1 gene. *Am J Hum Genet* 2006;78:827-51.
12. Chang YT, Chou CT, Yu CW, et al. Cytokine gene polymorphisms in Chinese patients with psoriasis. *Br J Dermatol* 2007;156:899-905.
13. Nickoloff BJ, Nestle FO. Recent in sights into the immunopathogenesis of psoriasis provide new therapeutic opportunities. *J Clin Invest* 2004;113:1664-75.

14. Erkek E. Psoriasis etyopatogenezi. *Turkiye Klinikleri J Dermatol-Special Topics* 2008;1:1-14.
15. Williams JP, Meyers JA. Immune-mediated inflammatory disorders (I.M.I.D.s): the economic and clinical costs. *Am J Manag Care* 2002;8:664-81.
16. Scarpa R, Ayala F, Caporaso N, Olivieri I. Psoriasis, psoriatic arthritis, or psoriatic disease? *J Rheumatol* 2006;33:210-2.
17. Gudjonsson JE, Elder JT. Psoriasis: epidemiology. *Clin Dermatol* 2007;25:535-46.
18. Bowcock AM, Barker JN. Genetics of psoriasis: the potential impact on new therapies. *J Am Acad Dermatol* 2003;49:51-6.
19. Roberson ED, Bowcock AM. Psoriasis genetics: breaking the barrier. *Trends Genet* 2010;26:415-23.
20. Braun Falco O, Plewing G, Wolf G, Burgdorf WHC. Erythematopapulosquamous diseases. *Dermatology*. 2th ed. Springer-Verlag Berlin 2000;572-647.
21. Gudjonsson JE, Elder JT. Psoriasis. In: Wolff K, Goldsmith LA, Katz SI, Gilchrist BA, Paller AM, Leffell DJ eds. *Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine*. (7th ed), McGraw-Hill, New York, USA, 2008;169-93.
22. Baysal Akkaya V, Ceyhan AM. Psoriasisde tanı ve ayırıcı tanı. *T Klin Dermatoloji* 2005;1:62-7.
23. Lewis V, Finlay AY. Ten years experience of the Dermatology Life Quality Index (DLQI). *J Investig Dermatol Symp Proc* 2004;9(2):169-80.
24. Ovigne JM, Baker BS, Davison SC et al. Epidermal CD8+T cells reactive with group A streptococcal antigens in chronic plaque psoriasis. *Exp Dermatol* 2002;11:357- 64.
25. Fry L, Baker BS. Triggering psoriasis: the role of infections and medications. *Clin Dermatol* 2007;25(6):606-15.
26. Naldi L, Chatenoud L, Linder D et al. Cigarette smoking, body mass index, and stressful life events as risk factors for psoriasis: results from an Italian case control study. *J Invest Dermatol* 2005;125(1):61-7.
27. Fortuna DG, Richards HL, Griffiths CE. Psychologic factors in psoriasis: consequences, mechanisms, and interventions. *Dermatol Clin* 2005;23(4):681-94.
28. Jankovic S, Raznatovic M, Marinkovic J et al. Risk factors for psoriasis: A casecontrol study. *J Dermatol* 2009;36:328-34. - 76 -
29. Fortes C, Mastroeni S, Leffondre K et al. Relationship between smoking and the clinical severity of psoriasis. *Arch Dermatol* 2005;141(12):1580-4.

30. Türsen Ü. Psöriasis etyolojisi. *Dermatose* 2010;1(2):91-108.
31. Elder JT, Nair RP, Henseler T et al. The genetics of psoriasis 2001: the odyssey continues. *Arch Dermatol* 2001;137(11):1447-54.
32. Rutter KJ, Watson RE, Cotterell LF et al. Severely photosensitive psoriasis: a phenotypically defined patient subset. *J Invest Dermatol* 2009;129:2861-7.
33. Dunna SF, Finley AY. Psoriasis; improvement during and worsening after pregnancy *Br J Dermatol* 1989;120:584
34. Boyd AS, Morris LF, Philips CM. Psoriasis and pregnancy; hormone and immune system interaction, *Int J Dermatol* 1996;35:169-72.
35. Griffiths C, Barker JNWN. Psoriasis. In: Burns T, Breathnach S, Cox N, Griffiths C. eds. *Rook's Textbook of Dermatology*. (8th ed), Wiley-Blackwell, Oxford, 2010;1-20.
36. Barker JNWN. Genetic aspects of psoriasis. *Clin Exp Dermatol* 2001;26:321-5.
37. Trembath RC, Clough RL, Rosbotham AL et al. Identification of a major susceptibility locus on chromosome 6p and evidence for further disease loci revealed by a two stage genome-wide search in psoriasis. *Hum Mol Genet* 1997;6:813-20.
38. Sahoo GS, Tazi-Ahnini R, Barker JW et al. Meta-analysis of genome-wide studies of psoriasis susceptibility reveals linkage to chromosomes 6p21 and 4q28-q31 in Caucasian and Chinese Hans population. *J Invest Dermatol* 2004;122 :1401-5.
39. Mallon E, Bunce M, Wojnarowska F, Welsh K. HLA-CW* 0602 is a susceptibility factor in type 1 psoriasis, and evidence Ala -73 is increased in male type 1 psoriatics . *J Invest Dermatol* 1997; 109 : 183-6.
40. Nair RP, Stuart PE, Nistor I et al. Sequence and haplotype analysis supports HLA - C as the psoriasis susceptibility 1 gene. *Am J Hum Genet* 2006;78: 827-51.
41. Alenius GM, Jidell E, Nordmark L, Rantapaa Dahlqvist S. Disease manifestation and HLA antigens in psoriatic arthritis in northern Sweden. *Clin Rheumatol* 2002;21: 357-62.
42. Cargill M, Schrodi SJ, Chang M et al. A large-scale genetic association study confirms IL12B and leads to the identification of IL23R as psoriasis risk genes. *Am J Hum Genet* 2007; 80: 273-90.
43. Nair, RP, Duffin, KC, Helms, C et al. Genome-wide scan reveals association of psoriasis with IL-23 and NF- κ B pathways. *Nat Genet* 2009;41:199-204.

44. Garcia VE, Chang M, Brandon R et al. Detailed genetic characterization of the interleukin-23 receptor in psoriasis. *Genes Immun* 2008;9:546-55. - 77 -
45. Hollox EJ, Huffmeyer U, Zeeuwen PL et al. Psoriasis is associated with increased beta-defensin genomic copy number. *Nat Genet* 2008;40:23-5.
46. Zhang XJ, Huang W, Yang S et al. Psoriasis genome-wide association study identifies susceptibility variants within LCE gene cluster at 1q21. *Nat Genet* 2009;41:205-10.
47. Griffiths CE, Barker JN. Pathogenesis and clinical features of psoriasis. *Lancet* 2007;370:263-71.
48. Van De Kerkhof PCM. Papulosquamous and Eczematous Dermatoses: Psoriasis. In: *Dermatology*. Bologna JL, Jorizzo JL, Rapini RP. 2th Ed. Edinburg: Mosby 2003;1:125-149.
49. Boss JD, Hulsebosch HJ. Immunocompetent cells in psoriasis: in situ immunophenotyping by monoclonal antibodies. *Arch Dermatol Res* 1983;275:181-189.
50. Baker BS, Swain AF, Fry L. Epidermal T lymphocytes and HLA-DR expression in psoriasis. *Br J Dermatol* 1984;110:555-64.
51. Kirby B, Griffiths CEM. Novel immune-based therapies for psoriasis. *Br J Dermatol* 2002;146:546-51.
52. Baadsgaard O, Gupta AK, Taylor RS. Psoriatic epidermal cells demonstrate increased numbers and function of non-Langerhans antigen-presenting cells. *J Invest Dermatol* 1989;92:190-95.
53. Snowden JA, Heaton DC. Development of psoriasis after syngeneic bone marrow transplant from psoriatic donor: further evidence for adoptive autoimmunity. *Br J Dermatol* 1997;137:130-2.
54. Cooley HM, Snowden JA, Grigg AP, Wicks IP. Outcome of rheumatoid arthritis and psoriasis following autologous stem cell transplantation for hematologic malignancy. *Arthritis Rheum* 1997;40:1712-5.
55. Nofal A, Al-Makhzangy I, Attwa E, Nassar A, Abdalmoati A. Vascular endothelial growth factor in psoriasis: an indicator of disease severity and control. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2009;23:803-6.
56. Mercan S, Altunay Kıvaç İ. Psikiyatri ve dermatolojinin ortak çalışma alanı: psikodermatoloji. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2006;17(4) 305-313
57. Barankin B, De Koven J. Psychosocial effect of common skin disease. *Can Fam Psychian* 2002;48:712-716
58. Chuch A, Wong W, Zawar W. The skin and mind. *Clinical practice. Australian Family Physician*. Vol35, No 9, September 2006 723-726.

59. Ghupta MA, Ghupta AK, The use of antidepressant drugs in dermatology. JEADV 2001, 15, 512-518.
60. Ghupta M.A. Somatization disorders of dermatology. International review of psychiatry 2006 18(1) 41-47
61. Tunaboylu-ikiz T, İşçimen A, Pirim B, Yavuz AE, Atak İE. Psoriasis, liken simpleks kronikus ve alopesi universalis hastalarında ruhsal süreçlerin Roscach testi ile incelenmesi. Dermatose 45-51 2006
62. Koo J, Lebhwool A. Psychodermatology .the mind and skin connection. Am Fam Psychian.2001;64:1873-8
63. Başak PY, Sık görülen bazı deri hastalıklarının yaşam kalitesi üzerine etkilerinin karşılaştırılması. T Klin J Dermatol 2000 10 171-174
64. Garduno J, Bhosle M.J., Balkrishnan R, Feldman S.R., Measured used in specifying psoriatic lesion(s), global disease, quality of life. A systematic review. Journal of dermatological treatment 2007 ;18 223-242.
65. Griffith C.E.M, Barker JNWN. Pathogenesis and clinical features of psoriasis. Lancet 2007 370 263-71
66. Richards H.L., Fortune D.G., Griffiths C.E.M., Main J.C. The contribution of perception of stigmatisation to disability in patients with psoriasis. Journal of psychosomatic research 50 (2001) 11-15
67. Boshle J.M., Kulkarni , Feldman S.R., Balkrishnan R. Quality of life in patients with psoriasis. Health and quality of life outcomes 2006 4:35
68. Griffiths C.E.M., Richards H.L. Psychological influences in psoriasis. Clinical and experimental dermatology. 26, 338-342.
69. Gupta A.M., Gupta A.K. Quality of life psoriatic patients. European Academy of dermatology and venerology JEADV (2000) 14 241-242
70. Russo PAJ, Ilchef R, Cooper AJ, Psychiatric morbidity of psoriasis: a review. Australasian Journal Of Dermatology 2004 45 155-161
71. Schmitt J.M., Ford D.E. Role of depression in quality of life for patients with psoriasis. Dermatology 2007 215 17-27
72. Niemeier V, Nippesen M, Kuppfer J, Schill WB, Gieler U. Psychologic factors associated hand dermatoses; which subgroup needs add psychologic care. British Journal of dermatology. 2002. 146 1031-1037
73. Akay A, Pekcanlar A, Bozdağ K.E, Altıntaş L, Karaman A. Assessment of depression in subject with psoriasis and lichen planus. JEDAV 2002, 16 347-352.
74. Wolf R, Wolf D, Ruocco W. Alcohol intake and psoriasis. Clinics in Dermatology 1999 17, 423-430

75. Kirby B, Richards H.L, Mason DL, Fortune DG, Main CJ, Griffiths CEM. Alcohol consumption and psychological distress in patients with psoriasis. *British Journal of Dermatology* 2008 158, 138-140
76. Kılıç A, Güleç MY, Gül Ü, Güleç H. Temperament and character profile of patients with psoriasis. *J EADV* 2008 22, 537-42
77. Mease P.J., Menter M.A. Quality of life issues psoriasis and psoriatic arthritis. Outcome measures and therapies from a dermatological perspectives. *J Am Acad dermatol* 2006 54 685-704
78. Gupta MA, Schork NJ, Gupta AK, Kirkby S, Ellis CN. Suicidal ideation in psoriasis. *Int J Dermatol* 1993,32;118-190
79. Gupta MA, Gupta AK. Depression and suicidal ideation in dermatologic patient with acne, alopecia areata, atopic dermatitis and psoriasis. *British Journal of Dermatology* 1998,139:846-850
80. Gottlieb A.B., Chao C, Dann F., Psoriasis comorbidities. *Journal of dermatological treatment* 2008 19,5-21.
81. Hong J, Koo B, Koo J. The psychosocial and occupational impact of chronic skin disease. *Dermatologic Therapy* 2008 vol 21, 54-59
82. Taner E, Coşar B, Burhanoglu S, Çalikoğlu E, Önder M, Arıkan Z. Depression and anxiety with behçet disease compared with that in patients with psoriasis. *International Journal of dermatology* 2007 46 1118-1124
83. P. S Pinheiro, "World report on violence against children," (New York: A.B.D., 2006).
84. DSÖ, Report of the consultation on child abuse prevention (Cenevre: Dünya Sağlık Örgütü, 1999).
85. UNICEF, A league table of child maltreatment deaths in rich nations; Innocenti report card. (Floransa: Innocenti Research Centre, 2003).
86. Centers for Disease Control and Prevention, Child Maltreatment Surveillance: Uniform Definitions for Public Health and Recommended Data Elements (Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention, 2008).
87. C. D Berkowitz, Diagnostic and treatment guidelines on child physical abuse and neglect (American Medical Association, 1992).
88. DSÖ, Report of the consultation on child abuse prevention.
89. Theodore A. Stern MD ve diğ., Massachusetts General Hospital Comprehensive Clinical Psychiatry: Expert Consult - Online and Print, 1st ed. (Mosby, 2008).

90. J. B Bryer ve diğ., “Childhood sexual and physical abuse as factors in adult psychiatric illness,” *American Journal of Psychiatry* 144, sayı. 11 (1987): 1426–1430.37
91. Harriet L. MacMillan ve diğ., “Childhood Abuse and Lifetime Psychopathology in a Community Sample,” *Am J Psychiatry* 158, sayı. 11 (Kasım 1, 2001): 1878- 1883.
92. K. W Springer ve diğ., “Long-term physical and mental health consequences of childhood physical abuse: Results from a large population-based sample of men and women.,” *Child abuse & neglect* 31, sayı. 5 (2007): 517–530.
93. S. Dinwiddie ve diğ., “Early Sexual Abuse and Lifetime Psychopathology: A Co- Twin–control Study,” *Psychological Medicine* 30, sayı. 01 (2000): 41-52.
94. Angela Favaro, Silvia Ferrara, ve Paolo Santonastaso, “Self-injurious behavior in a community sample of young women: relationship with childhood abuse and other types of self-damaging behaviors,” *The Journal of Clinical Psychiatry* 68, sayı. 1 (Ocak 2007): 122-31.
95. A. E McHolm, H. L MacMillan, ve E. Jamieson, “The relationship between childhood physical abuse and suicidality among depressed women: results from a community sample,” *American Journal of Psychiatry* 160, sayı. 5 (2003): 933.
96. Shanta R. Dube ve diğ., “Childhood Abuse, Household Dysfunction, and the Risk of Attempted Suicide Throughout the Life Span: Findings From the Adverse Childhood Experiences Study,” *JAMA* 286, sayı. 24 (Aralık 26, 2001): 3089-3096.
97. Suleyman Salih Zoroglu ve diğ., “Suicide attempt and self-mutilation among Turkish high school students in relation with abuse, neglect and dissociation,” *Psychiatric and Clinical Neurosciences* 57, sayı. 1 (2003): 119-126.38
98. K K Schaaf ve T R McCanne, “Childhood abuse, body image disturbance, and eating disorders,” *Child Abuse & Neglect* 18, sayı. 8 (Ağustos 1994): 607-15.
99. K. Wenninger ve J. R Heiman, “Relating body image to psychological and sexual functioning in child sexual abuse survivors,” *Journal of Traumatic Stress* 11, sayı.3 (1998): 543–562.
100. T. Treuer ve diğ., “The impact of physical and sexual abuse on body image in eating disorders,” *European Eating Disorders Review* 13, sayı. 2 (2005): 106–111.
101. Antonio Preti ve diğ., “Sexual abuse and eating disorder symptoms: the mediatorrole of bodily dissatisfaction,” *Comprehensive Psychiatry* 47, sayı. 6 (2006): 475-81.

102. Panagiotakos DB, Yfantopoulos JN. Methodological issues in the quantitative assessment of quality of life. *Angiology* 2011;62:517-9.
103. Finlay AY. Quality of life measurement in dermatology: a practical guide. *Br J Dermatol* 1997;136:305-14.
104. Le Cleach L, Chassany O, Levy A, Wolkenstein P, Chosidow O. Poor reporting of quality of outcomes in dermatology randomized controlled clinical trials. *Dermatology* 2008;216:46-55.38
105. İnanır I, Aydemir Ö, Gündüz K, Esen Danacı A, Türel Ermertcan A. Psoriazisli hastalarda yaşam kalite ölçęği geliştirilmesi. *Türkderm* 2003;37:189-95.
106. Kirby B, Richards HL, Woo P, et al. Physical and psychologic measures are necessary to assess overall psoriasis severity. *J Am Acad Dermatol* 2001;45:72-6.
107. Ginsburg IH, Link BG. Psychosocial consequences of rejection and stigma feelings in psoriasis patients. *Int J Dermatol* 1993;32:587-91.
108. de Korte J, Sprangers MA, Mombers FM, Bos JD. Quality of life in patients with psoriasis: a systematic literature review. *J Investig Dermatol Symp Proc* 2004;9:140-7.
109. Nijsten T, Whalley D, Gelfand J, et al. The psychometric properties of the psoriasis disability index in United states patients. *J Invest Dermatol* 2005;125:665-72.
110. Fortune DG, Richards HL, Main CJ, Griffiths CE. Patients' strategies for coping with psoriasis. *Clin Exp Dermatol* 2002;27:177-84.
111. Fortune DG, Richards HL, Main CJ, Griffiths CE. What patients with psoriasis believe about their condition. *J Am Acad Dermatol* 1998;39:196-201.
112. Rapp SR, Feldman SR, Exum ML, Fleischer AB Jr, Reboussin DM. Psoriasis causes disability as much as other major diseases. *J Am Acad Dermatol* 1999;4:401-7.
113. de Arruda LH, De Moraes AP. The impact of psoriasis on quality of life. *Br J Dermatol* 2001;144:33-6.
114. Fortune DG, Main CJ, O'Sullivan TM, Griffiths CE. Quality of life in patients with psoriasis: The contribution of clinical variables and psoriasis-specific stress. *Br J Dermatol* 1997;137:755-60.
115. Öztürkcan S, Bilaç C. Psoriaziste yaşam kalitesi. In: *Dermatolojide gelişmeler-9*. Tüzün Y, Serdaroğlu S, Engin B (eds), İstanbul, Veritaş basım; 2011: 159-67. 116) Fredriksson T, Pettersson U. Severe psoriasis--oral therapy with a new retinoid. *Dermatologica*. 1978; 157:238-41.

116. Ramsay B, Lawrence CH. Measurement of involved surface area in patients with psoriasis. *Br J Dermatol.* 1991;124:565-70.
117. Finlay AY, Khan GK, Luscome DK, Salak MS. Validation of sickness impact profile and disability index in psoriasis. *Br J Dermatol.* 1990;123:751-6. gelişmeler-9. Tüzün Y, Serdaroğlu S, Engin B (eds), İstanbul, Veritaş basım; 2011: 159-67.
118. Finlay AY, Kelly SE. Psoriasis--an index of disability. *Clin Exp Dermatol* 1987;12(1): 8-11.
119. Finlay AY, Kelly SE. Psoriasis-An index of disability. *Scott Med J* 1985; 30:266.
120. Lewis VJ, Finlay AY. Two decades experience of the Psoriasis Disability Index. *Dermatology* 2005; 210(4): 261-8.
121. Finlay AY, Khan GK, Luscombe DK, Salek MS. Validation of Sickness Impact Profile and Psoriasis Disability Index in Psoriasis. *Br J Dermatol* 1990; 123(6): 751-6.
122. Finlay AY, Coles EC. The effect of severe psoriasis on the quality of life of 369patients. *Br J Dermatol* 1995; 132(2): 236-44.
123. Jex, S.M.&Elacqua, TC(1999). Self-esteem as a moderator: A comparison of global and organisation based measures. *Journal of Occupational and Organisational Psychology*, 72,71-81
124. Pınar R. Sağlık araştırmalarında yaġam kalitesi kavramı. Sendrom. *Aylık Aktüel Tıp Dergisi.* Eylül 1997;9(9): 117-23.
125. Kaya B. Late life and depression: Diagnosis and assessment, *Turkish Journal of Geriatrics.*1999;2(2): 76-32.
126. Nijsten T, Whalley D, Gelfand J, et al. The psycho metric properties of the psoriasis disability index in United states patients. *J Invest Dermatol* 2005;125:665-72.
127. Başaran S, Güzel R, Sarpel T. Yaġam kalitesi ve sağlık sonuçlarını değerlendirme ölçütleri, *Romatizma*,2005, 20(1):55-63
128. Akyüz G, Geriatrik hastalarda yaġam kalitesi, *Türk Fiz Tıp Rehab Derg* 2006;52(Özel Ek A):A57-A59
129. Aydemir Ö, Konsültasyon psikiyatrisinde yaġam kalitesi ölçümü: Kısa Form-36 (SF-36), 3 P dergisi 7 (Ek.2),14-22
130. Aydemir Ö, Güvenir T, Küey L ve ark. (1997) Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği Türkçe formunun geçerlilik ve Güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 8: 280-7

131. Rosenberg, M. (1965). Society and the adolescent self-image. Princeton University Press: New Jersey
132. D. P Bernstein ve L. Fink, "Childhood Trauma Questionnaire: A retrospective self-report," San Antonio: The Psychological Corporation (1998).
133. D. P Bernstein ve diğ., "Development and validation of a brief screening version of the Childhood Trauma Questionnaire* 1," Child Abuse & Neglect 27, sayı. 2 (2003): 169-190.
134. Edward A. Walker ve diğ., "Costs of Health Care Use by Women HMO Members With a History of Childhood Abuse and Neglect," Arch Gen Psychiatry 56, sayı. 7 (Temmuz 1, 1999): 609-613.
135. Halime Aslan ve Nazan Alparslan, "The Reliability, Validity and Factor Structure of the Childhood Trauma Questionnaire Among a Group of University Students," Türk Psikiyatri Dergisi 10, sayı. 4 (1999): 275-285.
136. Sheehan DV, Harnett-Sheehan K, Raj BA. The measurement of disability. Int Clin Psychopharmacol 1996; 11:89-95.
137. Griffiths CEM, Richards HL. Psychological influences in psoriasis. Clin Exp Dermatol. 2001; 26:338-42.
138. Schmitt JM, Ford DE. Role of depression in quality of life for patients with psoriasis. Dermatology. 2007; 215:17-27.
139. Golpour M, Hosseini SH, Khademloo M, Ghasemi M, Ebadi A, Koohkan F, Shahmohammadi S. Depression and Anxiety Disorders among Patients with Psoriasis: A Hospital-Based Case- Control Study. Dermatol Res Pract. 2012; 2012:381905.
140. Kurd SK, Troxel AB, Crits-Christoph P, Gelfand JM. The risk of depression, anxiety and suicidality in patients with psoriasis:
141. Hamilton M. Development of a rating scale for primary depressive illness. Br J Soc Clin Psychology. 1967; 6:278-96.
142. Akdemir A, Örsel S, Dağ I, Türkçapar MH, İşcan N, Özbay N. Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HDDÖ)'nin geçerliliği, güvenilirliği ve klinikte kullanımı. Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji Dergisi. 1996; 4:251-9.
143. Öztürkcan S, Bilaç C. Psoriaziste yaşam kalitesi. T Klin Dermatol Özel sayı 2008;1(3):82-90.
144. Gülekon A, Adışen E. Psoriazis ve komorbiditeler. Türkderm 2008;42 Özel Sayı 2:23-5.
145. Boztaş MH, Polat MU. Psoriazis ve psikiyatrik bozukluklar. Dermatoloj 2010;1(1):39-45.

146. Aydemir EH, Sukan MY. Psoriaziste psikosomatik faktörler, psikolojik durum ve psoriazisli hastaya yaklaşım. *Türkderm* 2008;42 Özel Sayı 2:26-30.
147. İnanır I, Aydemir Ö, Gündüz K, Danacı AE, Ermertcan AT. Psoriazisli Hastalarda Yaşam Kalite Ölçeği Geliştirilmesi. *Turkderm*. 2003; 37:189-95.
148. Güleç MY, Kılış A, Gül Ü, Güleç H. Psöriasis hastalarında aleksitimi ve öfke. *Nöropsikiyatri Arşivi*. 2009; 46:169-74.
149. Schmid-Ott G, Schallmayer S, Sc MP, Calliess IT. Quality of life in patients with psoriazis and psoriazis arthritis with a special focus on stigmatization experience. *Clin Dermatol* 2007;25:547-54.
150. Özgüven DH, Kundakçı N, Kumbasar H, Boyvat A. The depression, anxiety, life satisfaction and affective expression levels in psoriazis patients. *JEADV*. 2000;14:267-71.
151. Özgüven DH, Kundakçı N, Boyvat A. Psöriyazis Hastalarında İkincil Sosyal Anksiyete. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 2000;11:121-6.
152. Mease P.J., Menter M.A. Quality of life issues psoriazis and psoriatic arthritis.Outcome measures and therapies from a dermatological perspectives.*J Am Acad dermatol* 2006 54 685-704
153. Gupta MA, Gupta AK. Depression and suicidal ideation in dermatolojic patient with acne, alopecia areata,atopic dermatitis and psoriazis.*British Journal of Dermatology* 1998,139:846-850
154. Krueger G, Koo J, Lebwohl M, Menter A, Stern RS, Rolstad T. The impact of psoriazis on quality of life. *Arch Dermatol* 2001;137:280-4.
155. Sampogna F, Chren MM, Melchi CF, Pasquini P, Tabolli S, Abeni D. Age, gender, quality of life and psychological distress in patients hospitalized with psoriazis. *Br J Dermatol* 2006;154:325-31.
156. Kaçar N, Ergin Ş, Erdoğan BŞ. Psoriazisli hastalarda yaşam kalitesi. *TURKDERM* 2007;41:117-20.
157. Lin TY, See LC, Shen YM, et al. Quality of life in patients with psoriazis in northern Taiwan. *Chang Gung Med J* 2011;34:186-96.
158. Koryürek, Özgül Muştu; Toğral, Arzu Karataş; Koryürek, Mehmet Mert; Ekşioğlu, Hatice Meral. Türk Psoriazis Hastalarında Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler. *Turkish Journal of Dermatology* . Sep2015, Vol. 9 Issue 3, p123-127. 5p. 3 Charts.
159. Sergay AB, Silvan M, Weinberg JM. Quality of life issues in psoriazis. In: Weinberg JM (Ed.). *Treatment of Psoriazis*. Basel:Birkhäuser Verlag; 2008. p.165-178.
160. Aghaei S, Moradi A, Ardekani GS. Impact of psoriazis on quality of life in Iran. *Indian J Dermatol Venereol Leprol* 2009;75:220-24.

161. Kanikowska A, Kramer L, Pawlaczyk M. Quality of life in Polish patients with psoriasis (letters). *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2009;23:92-3.
162. Zachariae R, Zachariae H, Blomqvist K, Davidsson S, Molin L, Mork C, et al. (2002) Epidemiology and Health Services Research: Quality of life in 6497 Nordic patients with psoriasis. *Br J Dermatol* 2002;146:1006-16.
163. Finlay AY, Coles EC. The effect of severe psoriasis on the quality of life of 369 patients. *Br J Dermatol* 1995;132:236-44.
164. Meyer N, Paul C, Feneron D, Bardoulat I, Triet C, Camara C, et al. Psoriasis: An epidemiological evaluation of disease burden in 590 patients. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2010;24:1075-82.
165. Rapp SR, Feldman SR, Exum ML, Fleischer AB, Reboussin DM. Psoriasis causes as much disability as other major medical diseases. *J Am Acad Dermatol* 1999;41:401-7.
166. İnanır I, Aydemir Ö, Gündüz K, Danacı AE, Ermertcan AT. Psoriazisli hastalarda yaşamkalite ölçeği geliştirilmesi. *Türkderm* 2003;37:189-95.
167. Taner E, Coşar B, Burhanoğlu S, Çalikoğlu E, Önder M, Arıkan Z. Depression and anxiety in patients with Behçet's disease compared with that in patients with psoriasis. *International Journal of Dermatology*. 2007; 46:1118-24.
168. de Korte J, Sprangers MAG, Mombers FMC, Bos JD. Quality of life in patients with Psoriasis: a systematic literature review. *J Investig Dermatol Symp Proc* 2004;9(2):140-7.
169. Rakesh SV, D'Souza M, Sahai A. Quality of life in psoriasis: A study from South India. *Indian J Dermatol Venereol Leprol* 2008;74:600-6.
170. Skevington SM, Bradshaw J, Hepplewhite A, Dawkes K, Lovell CR. How does psoriasis affect quality of life? Assessing an Ingram-regimen outpatient programme and validating the WHOQOL-100. *Br J Dermatol* 2006;154(4):680-91.
171. Hayes J, Koo J. Psoriasis: depression, anxiety, smoking and drinking habits. *DermatolTher* 2010;23:174-80.
172. Deveci A, Ermertcan AT, Deniz F, Madak BG, Öztürkcan S. Psoriazisli hastalarda alkol kullanımı ve intihar olasılığı. *Türkiye'de Psikiyatri* 2007;9(2):104-7.
173. Murat Yalçın, Evrim Tellioglu, Deniz Uluhan Yıldırım, B. Mert Savrun, Mine Özmen, Ertuğrul H. Aydemir. Nörotik Ekskoriyasyon Hastalarında Psikiyatrik Özellikler: Çocukluk Çağı Travmalarının Rolü. *Arch Neuropsychiatr* 2015; 52: 336-341)

174. Heim C, Newport DJ, Heir S: Pituitary-adrenal and autonomic responses to stress in women after sexual and physical abuse in childhood. *JAMA* 284:592-597, 2000.
175. Papadopoulos L, Bor R, Legg C, Hawk JL: Impact of life events on the onset of vitiligo in adults: preliminary evidence for a psychological dimension in aetiology. *Clin Exp Dermatol* 23(6):243-248, 1998.
176. Picardi A, Damiano A. Stressfull Life Events and Skin Diseases: Disentangling Evidence from Myth . *Psychother Psychosom* 2001; 70: 118-136
177. Willemsen R, Vanderlinden J, Roseeuw D , Haentjens P. Increased history of childhood and lifetime traumatic events among adults with alopecia areata *Journal of American Academic Dermatology* March 2009.
178. Sahiner V. and et al. "The Impact Role of Childhood Traumas and Life Events in Patients with Alopecia Aerate and Psoriazis. *J Psychiatry* 2014; 17: 1000162.
179. Reeve EA, Savage TA, Berstein GA. Psychiatric diagnoses in children with alopecia areata . *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1996, 35: 1518-1522
180. Liakopoulou M, Alifieraki T, Katideniou A. Children with alopecia areata: psychiatric semptomatology and life events. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* . 1997; 36:678-684
181. Baldaro B, Brocani G, Bossi G, Offidani AM, Novelli N, Ferri. AM: Incidenza di eventi stressanti nei sei mesi precedenti la com- parsa di alopecia areata. *Med Psicosom* 1989;34:271-275
182. Perini G I; Veller Fornasa C; Cipriani R; Bettin A; Zecchino F; Peserico A Life events and alopecia areata. *Psychotherapy and psychosomatics* 1984;41(1):48-52.
183. Lyketsos GC, Stratigos G, Tawil G, Psaras M, Lyketsos CG. Hostile personality characteristics, dysthymic states and neurotic symptoms in urticaria, psōriyazis and alopecia. *Psychother Psychosom* 1985;44:122-31.
184. Invernizzi G, Gala C, Russo R, Polenghi M ve ark. Life events and personalityfactors in patients with alopecia areata. *Med Sci Res*, 1987;15: 1219-1220havioral Medicine. 2006;32(2):85-92.

8. EKLER

EK-A: PSORİASİS İŞLEV KAYBI İNDEKSİ

- Anketteki sorulara cevap vererek yardımcı olduğunuz için teşekkürler
- Lütfen her soruda bir seçeneği işaretleyini
- Her soru SADECE SON DÖRT HAFTA ile ilgilidir.
- Tüm soruları SADECE SON DÖRT HAFTAYI düşünerek cevaplayınız

GÜNLÜK AKTİVİTELER

1. Sedef hastalığınız, ev ya da bahçe işlerini sürdürmenizi ne kadar etkiliyor?

Çok fazla Fazla Biraz Hiç

2. Sedef hastalığınız nedeni ile ne sıklıkta farklı tip veya renkte giysiler giyyorsunuz?

Çok fazla Fazla Biraz Hiç

3. Giysilerinizi ne kadar daha fazla yıkamak veya değiştirmek zorunda kalıyorsunuz

Çok fazla Fazla Biraz Hiç

4. Sedef hastalığınız, kuaför ya da berberde ne kadar sorun oluyor?

Çok fazla Fazla Biraz Hiç

5. Sedef hastalığınız, normalden ne kadar daha sık banyo yapmanıza neden oluyor?

Çok fazla Fazla Biraz Hiç

- 6.,7. ve 8. soruların iki farklı şekli mevcuttur.

• Eğer d#zenli bir işiniz var ya da #đrenci iseniz, l#tfen ilk sıradaki 6.-7.-8. soruları cevaplayınız.

• Eğer #alışmıyor ya da #đrenci de değilseniz, l#tfen ikinci sıradaki 6.-7.-8. soruları cevaplayınız.

T#m soruları sadece SON D#RT HAFTAYI d#ř#nerek cevaplayınız

İş YA DA OKUL (SİZİN İÇİN UYGUNSA)

6. Son d#rt hafta boyunca sedef hastalığınız, iş ya da okulda ne kadar zaman kaybetmenize sebep oldu?

Çok fazla Fazla Biraz Hiç

7. Son d#rt hafta boyunca sedef hastalığınız, işyerinde ya da okulda birşeyler yapmanıza

ne kadar engel oldu?

Çok fazla Fazla Biraz Hiç

8. Meslek yaşamınız, sedef hastalığınızdan etkilendi mi? (#rn: terfinin reddedilmesi,

işinizi kaybetme, iş değiştirme gibi)

Çok fazla Fazla Biraz Hiç

ÇALIŞMIYOR YA DA ÖĞRENCİ DEĞİLSENİZ (ALTERNATİF SORULAR)

6.Son dört hafta boyunca sedef hastalığınız, normal günlük aktivitelerinizi yapmaktan

ne kadar alıkoydu?

Çok fazla Fazla Biraz Hiç 35

7.Son dört hafta boyunca sedef hastalığınız, normal günlük aktivitelerinizi sürdürme

biçiminizi ne kadar değiştirdi?

Çok fazla Fazla Biraz Hiç

8.Meslek yaşamınız, sedef hastalığınızdan etkilendi mi? (örn: terfinin reddedilmesi,

işinizi kaybetme, iş değiştirme gibi)

Çok fazla Fazla Biraz Hiç

Tüm soruları sadece SON DÖRT HAFTAYI düşünerek cevaplayınız

KİŞİSEL İLİŞKİLER

9.Son dört hafta boyunca, sedef hastalığınız cinsel sorunlara yol açtı mı?

Çok fazla Fazla Biraz Hiç

10.Sedef hastalığınız, eşiniz, yakın arkadaşlarınız ya da akrabalarınızla sorun yaratıyor

mu?

Çok fazla Fazla Biraz Hiç

BOŞ VAKİT

11.Sedef hastalığınız, sosyal hayatınız ya da özel bir işiniz dolayısıyla dışarı çıkmanıza

ne kadar engel oluyor?

Çok fazla Fazla Biraz Hiç

12.Sedef hastalığınız, herhangi bir spor yapmanızı zorlaştırıyor mu?

Çok fazla Fazla Biraz Hiç

13.Sedef hastalığınız nedeni ile kaplıca/hamam gibi umumi banyo veya soyunma

alanlarını kullanmanız engelleniyor veya eleştiriliyor mu?

Çok fazla Fazla Biraz Hiç

14.Sedef hastalığınız, normalden daha fazla sigara içmenize ya da alkol almanıza sebep

oluyor mu?

Çok fazla Fazla Biraz Hiç

TEDAVİ

15.Sedef hastalığınız ya da tedavisi, evinizi ne kadar kirli ya da düzensiz hale getiriyor?

Çok fazla Fazla Biraz Hiç

Lütfen tüm sorulara verdiğiniz cevapları kontrol ediniz.

EK-B: SF-36

1. Genel olarak sağlığınız için aşağıdakilerden hangisini söyleyebilirsiniz?
 - a) Mükemmel
 - b) Çok iyi
 - c) İyi
 - d) Orta
 - e) Kötü
2. Bir yıl öncesi ile karşılaştığınızda, şimdi gene) olarak sağlığınızı nasıl değerlendirirsiniz?
 - a) Bir yıl öncesine göre çok daha iyi
 - b) Bir yıl öncesine göre biraz daha iyi
 - c) Bir yıl öncesi ile hemen hemen aynı
 - d) Bir yıl öncesine göre biraz daha kötü
 - e) Bir yıl öncesinden çok daha kötü
3. Aşağıdaki maddeler gün boyunca yaptığınız etkinliklerle ilgilidir. Sağlığınız şimdi bu etkinlikleri kısıtlıyor mu? Kısıtlıyorsa ne kadar?
 - A- Koşmak, ağır kaldırmak, ağır sporlara katılmak gibi ağır etkinlikler
 - 1) Evet, oldukça kısıtlıyor
 - 2) Evet, biraz kısıtlıyor
 - 3) Hayır, hiç kısıtlamıyor
 - B- Bir masayı çekmek, elektrik süpürmesini itmek ve ağır olmayan sporları yapmak gibi orta dereceli etkinlikler
 - 1) Evet, oldukça kısıtlıyor
 - 2) Evet, biraz kısıtlıyor
 - 3) Hayır, hiç kısıtlamıyor
 - C- Günlük alışverişte alınanları kaldırma veya taşıma
 - 1) Evet, oldukça kısıtlıyor
 - 2) Evet, biraz kısıtlıyor
 - 3) Hayır, hiç kısıtlamıyor
 - D- Merdivenle çok sayıda kat çıkma
 - 1) Evet, oldukça kısıtlıyor
 - 2) Evet, biraz kısıtlıyor
 - 3) Hayır, hiç kısıtlamıyor
 - E- Merdivenle bir kat çıkma
 - 1) Evet, oldukça kısıtlıyor
 - 2) Evet, biraz kısıtlıyor
 - 3) Hayır, hiç kısıtlamıyor
 - F- Eğilme veya diz çökme
 - 1) Evet, oldukça kısıtlıyor
 - 2) Evet, biraz kısıtlıyor
 - 3) Hayır, hiç kısıtlamıyor
 - G- Bir iki kilometre yürüme
 - 1) Evet, oldukça kısıtlıyor
 - 2) Evet, biraz kısıtlıyor
 - 3) Hayır, hiç kısıtlamıyor
 - H- Bir kaç sokak öteye yürüme
 - 1) Evet, oldukça kısıtlıyor
 - 2) Evet, biraz kısıtlıyor
 - 3) Hayır, hiç kısıtlamıyor
 - İ- Bir sokak öteye yürüme
 - 1) Evet, oldukça kısıtlıyor
 - 2) Evet, biraz kısıtlıyor
 - 3) Hayır, hiç kısıtlamıyor
 - J- Kendi kendine banyo yapma veya giyinme
 - 1) Evet, oldukça kısıtlıyor
 - 2) Evet, biraz kısıtlıyor
 - 3) Hayır, hiç kısıtlamıyor

4- Son 4 hafta boyunca bedensel sağlığınızın sonucu olarak, işiniz veya diğer etkinliklerinizde aşağıdaki sorunlardan biriyle karşılaştınız mı?

- A- İş veya diğer etkinlikler için harcadığınız zamanı azalttınız mı?
1) Evet 2) Hayır
- B- Hedeflediğinizden daha azını mı başardınız?
1) Evet 2) Hayır
- C- İş veya diğer etkinliklerinizde kısıtlama oldu mu?
1) Evet 2) Hayır
- D- İş veya diğer etkinlikleri yaparken güçlük çektiniz mi? (örneğin daha fazla çaba gerektirmesi)
1) Evet 2) Hayır

5- Son 4 hafta boyunca duygusal sorunlarınızın (Örneğin çökkünlük veya kaygı) sonucu olarak, işiniz veya diğer günlük etkinliklerinizle ilgili aşağıdaki sorunlarla karşılaştınız mı?

- A- İş veya diğer etkinlikler için harcadığınız zamanı azalttınız mı?
1) Evet 2) Hayır
- B- Hedeflediğinizden daha azını mı başardınız?
1) Evet 2) Hayır
- C- İşiniz veya diğer etkinliklerinizi her zamanki kadar dikkatli yapamıyor muydunuz?
1) Evet 2) Hayır

6- Son 4 hafta boyunca bedensel sağlığınız veya duygusal sorunlarınız, aileniz, arkadaş veya komşularınızla olan olağan sosyal etkinliklerinizi ne kadar etkiledi?

- a) Hiç etkilemedi b) Biraz etkiledi c) Orta derece etkiledi d) Oldukça etkiledi e) Aşırı etkiledi

7- Son 4 hafta boyunca ne kadar ağrınız oldu?

- a) Hiç b) Çok hafif c) Hafif d) Orta e) Şiddetli f) Çok şiddetli

8- Son 4 hafta boyunca ağrınız, normal işinizi (hem ev işlerinizi hem ev dışı işinizi düşününüz) ne kadar etkiledi?

- a) Hiç etkilemedi b) Biraz etkiledi c) Orta derece etkiledi d) Oldukça etkiledi e) Aşırı etkiledi

9- Aşağıdaki sorular sizi son 4 hafta boyunca neler hissettiğinizle ilgilidir. Her soru için sizin duygularınızı en iyi karşılayan yanıtı, son 4 haftadaki sıklığını göz önüne alarak seçiniz.

- A- Kendinizi yaşam dolu hissettiniz mi?
a) Her zaman b) Çoğu zaman c) Nadiren d) Hiçbir zaman
- B- Çok sinirli bir insan oldunuz mu?
a) Her zaman b) Çoğu zaman c) Nadiren d) Hiç bir zaman
- C- Sizi hiçbir şeyin neşelendirmeyeceği kadar kendinizi üzgün hissettiniz mi?
a) Her zaman b) Çoğu zaman c) Nadiren d) Hiçbir zaman
- D- Kendinizi sakin ve uyumlu hissettiniz mi?
a) Her zaman b) Çoğu zaman c) Nadiren d) Hiç bir zaman
- E- Kendinizi enerjik hissettiniz mi?

- a) Her zaman
b) Çoğu zaman
c) Oldukça
d) Bazen
e) Nadiren
f) Hiçbir zaman
- F- Kendinizi kederli ve hüzünlü hissettiniz mi?
a) Her zaman
b) Çoğu zaman
c) Oldukça
d) Bazen
e) Nadiren
f) Hiç bir zaman
- G- G-Kendinizi tükenmiş hissettiniz mi?
a) Her zaman
b) Çoğu zaman
c) Oldukça
d) Bazen
e) Nadiren
f) Hiç bir zaman
- H- Kendinizi mutlu hissettiniz mi?
a) Her zaman
b) Çoğu zaman
c) Oldukça
d) Bazen
e) Nadiren
f) Hiçbir zaman
- İ- Kendinizi yorgun hissettiniz mi?
a) Her zaman
b) Çoğu zaman
c) Oldukça
d) Bazen
e) Nadiren
f) Hiçbir zaman

10- Son 4 hafta boyunca bedensel sağlığınız veya duygusal sorunlarınız sosyal etkinliklerinizi (arkadaş veya akrabalarınızı ziyaret etmek gibi) ne sıklıkla etkiledi?

- a) Her zaman
b) Çoğu zaman
c) Bazen
d) Nadiren
e) Hiç bir zaman

11- Aşağıdaki her bir ifade sizin için ne kadar doğru ve yanlıştır? Her bir ifade için en uygun olanı işaretleyiniz.

- A- Diğer insanlardan biraz daha kolay hastalanıyor gibiyim.
a) Kesinlikle doğru
b) Çoğunlukla doğru
c) Bilmiyorum
d) Çoğunlukla yanlış
e) Kesinlikle yanlış
- B- Tanıdığım diğer insanlar kadar sağlıklıyım.
a) Kesinlikle doğru
b) Çoğunlukla doğru
c) Bilmiyorum
d) Çoğunlukla yanlış
e) Kesinlikle yanlış
- C- Sağlığımın kötüye gideceğini düşünüyorum.
a) Kesinlikle doğru
b) Çoğunlukla doğru
c) Bilmiyorum
d) Çoğunlukla yanlış
e) Kesinlikle yanlış
- D- Sağlığım mükemmel.
a) Kesinlikle doğru
b) Çoğunlukla doğru
c) Kesinlikle yanlış
d) Bilmiyorum
e) Çoğunlukla yanlış

EK-C:HAD ÖLÇEĞİ

Hasta adı soyadı:
Tarih:

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

1) Kendimi gergin, 'patlayacak gibi' hissediyorum.

- Çoğu zaman
Birçok zaman
Zaman zaman, bazen
Hiçbir zaman

2) Eskiden zevk aldığım şeylerden hala zevk alıyorum.

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

3) Sanki kötü birşey olacakmış gibi bir korkuya kapılıyorum.

- Kesinlikle öyle ve oldukça da şiddetli
Evet, ama çok da şiddetli değil
Biraz, ama beni endişelendirmiyor.
Hayır, hiç öyle değil

4) Gülebiliyorum ve olayların komik tarafını görebiliyorum .

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

5) Aklımdan endişe verici düşünceler geçiyor.

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

6) Kendimi neşeli hissediyorum.

- Hiçbir zaman
Sık değil
Bazen
Çoğu zaman

7) Rahat rahat oturabiliyorum ve kendimi gevşek hissediyorum.

- Kesinlikle
Genellikle
Sık değil
Hiçbir zaman

8) Kendimi sanki durgunlaşmış gibi hissediyorum.

- Hemen hemen her zaman
Çok sık
Bazen
Hiçbir zaman

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

- Hiçbir zaman
Bazen
Oldukça sık
Çok sık

10) Dış görünüşüme ilgimi kaybettim.

- Kesinlikle
Gerektiği kadar özen göstermiyorum
Pek o kadar özen göstermeyebiliyorum
Her zamanki kadar özen gösteriyorum

11) Kendimi sanki hep birşey yapmak zorundaymışım gibi huzursuz hissediyorum.

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

12) Olacakları zevkle bekliyorum.

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

13) Aniden panik duygusuna kapılıyorum.

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

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

- Sıklıkla
Bazen
Pek sık değil
Çok seyrek

EK-D: ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARI SORU LİSTESİ

ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARI SORU LİSTESİ

(CHILDHOOD TRAUMA QUESTIONNAIRE (CTQ-53), Bernstein, M.D. 1995)

Türkçeye uyarlama, Prof. Dr. Vedat ŞAR, İstanbul Tıp Fak. Psikiyatri ABD.

Sorulara nasıl yanıt verilecek?

Bu sorular çocukluğunuz ve bundan önceki ergenlik döneminiz boyunca başınıza gelmiş olabilecek bazı olaylarla ilgilidir. Her bir soru için sizin durumunuza uyan rakamı daire içine alarak işaretleyiniz. Sorulardan bazıları özel yaşamınızla ilgilidir; lütfen elinizden geldiğince gerçeğe uygun yanıt veriniz.

Yanıtlarınız kesinlikle gizli tutulacaktır.

Dikkat... Her cümlenin başında “Çocukluğumda ve bundan önceki ergenlik dönemim boyunca...” ifadesi vardır.

	Hiçbir Zaman	Nadiren	Zaman Zaman	SıkSık	ÇokSık
	1	2	3	4	5
1. Ailemde sorunlarımı konuşabildiğim biri vardı.					
2. Ailemdelikler beni eleştirirlerdi.					
3. Yeterli yemek bulamazdım.					
4. Ailemdelikler bana güven duyar ve başarılı olmam için destek verirlerdi.					
5. Ailemde bana vuran ya da beni döven biri vardı.					
6. Yetiştirme yurdunda kaldığım dönemler oldu.					
7. Bana bakan ve beni koruyan birinin olduğunu biliyordum.					
8. Ailemde biri bana şiddetle bağırır ya da azarlardı.					
9. Anneme ya da kardeşlerimden birine vurulduğuna ya da onlardan birinin dövüldüğüne şahit oldum.					
10. Ailemdelikler bana “salak”, “beceriksiz” ya da “tipsiz” gibi (ya da buna benzer kötü) sıfatlarla seslenirlerdi.					
11. Sokaklarda barındığım oldu.					
12. Ailemde değer verdiğim ve onun gibi olmak istediğim biri vardı.					
13. Anne ya da babam ailelerine bakamayacak kadar sıklıkla sarhoş olur ya da uyuşturucu alırlardı.					
14. Ailemdeliklerin polisle başları dede girerdi.					
15. Ailemde önemli ve özel biri olduğumu hissetmeme yardımcı					

olan biri vardı.					
16. Ailemden birine karşı kendimi dövüşerek, saklanarak ya da kaçarak korumam gerekiyordu.					
17. Ailemde başarılı olmamı isteyen biri vardı.					
18. Kirli giysiler içinde dolaşmak zorunda kalırdım.					
19. Dönem dönem değişik kişilerin yanında kaldım (akrabalar ya da başka bir aile).					
20. Kardeşlerimden birinin cinsel tacize uğrayabileceğine inanıyorum.					
21. Sevdiğimi hissediyorum.					
22. Anne ve babam çocukları olarak hepimize eşit davranıyorlardı.					
23. Anne ve babamın benim doğmuş olmamı istemediklerini düşünüyordum.					

	Hiçbir Zaman	Nadiren	Zaman Zaman	SıkSık	ÇokSık
	1	2	3	4	5
24. Ailemden biri bana öyle kötü vurdu ki doktora ya da hastaneye gitmem gerekti.					
25. Ailemde beni daima kargaşadan uzak tutacağına emin olduğum biri vardı.					
26. Ailemdelikler bana o kadar şiddetle vuruyorlardı ki vücudumda morartı ya da sıyrıklar oluyordu.					
27. Benden yaşça çok büyük biri ile cinsel temasta bulunuyordum. (benden en az beş yaş büyük biri)					
28. Bana iyi örnek olan yaşça büyük birisi (bir öğretmen ya da ana baba) vardı.					
29. Kayış, sopa, kordon ya da başka bir set vurularak cezalandırılıyordum.					
30. Ailemde değişmesini istediğim bir şey yoktu.					
31. Ailemdelikler birbirlerine karşı saygılı davranırlardı.					
32. Ailemdelikler bana kırıcı ve saldırganca sözler söylerlerdi.					
33. Bedensel olarak (vücutça) kötüye kullanılmış olduğuna inanıyorum.					
34. Ailemdelikler beni kötü etkilerden korumaya çalışırlardı.					
35. Bana o kadar kötü vuruluyordu ya da dövülüyordum ki öğretmen, ya da doktor bunu fark ediyordu.					
36. Ailemdelikler kendilerine hakim değil gibiydiler.					
37. Ailemdelikler okula gitmemi ve eğitimi destekliyorlardı.					
38. Evden uzaklaştırdım, öyle ki nerede olduğumu kimse bilmezdi.					
39. Bana verilen cezalar eziyet derecesindeydi.					

40. Ailemde biri benden nefret ederdi.					
41. Ailemdelikler kendilerini birbirlerine yakın hissedilerdi.					
42. Birisi bana cinsel amaçla dokundu ya da kendisine dokunmamı istedi.					
43. Ailemdelikler beni dışlarılar ya da ittiler.					
44. Kendisi ile cinsel temas kurmadığım takdirde beni yaralamakla ya da benim hakkımda yalanlar söylemekle ya da iftira atmakla tehdit eden biri oldu.					
45. Çocukluğum mükemmeldi.					
46. Ailemden biri tarafından yaralanmaktan korkuyordum.					
47. Biri beni cinsel şeyler yapmaya ya da cinsel şeylere bakmaya zorladı.					
48. Ailemde bana inanan en az bir kişi vardı.					
49. Biri bana cinsel tacizde bulundu.					
50. Duygusal bakımdan kötüye olduğuma inanıyorum.					
51. Benim ailem dünyanın en iyisiydi.					
52. Cinsel bakımdan kötüye kullanılmış olduğuma inanıyorum.					
53. Ailem benim için güç ve destek kaynağıydı.					

EK-E: SOSYODEMOGRAFİK VE KLİNİK TAKİP FORMU

1-Hastanın İlk değerlendirilme tarihi:

2-Adi.Soyadı:

3-Sosyal Güvenlik :

4-Doğum tarihi :

5-Telefon numarası Cep :

Ev :

6-Medeni durumu: 1-Bekar 2-Evli 3-Dul

7-Mesleği: 1-Ev hanımı 2-Serbest meslek 3-Memur

8- Eğitim düzeyi: 1-Eğitimsiz 2-İlköğretim 3-Lise 4-Üniversite

9-Sigara kullanımı 1)var 2)yok

10-Alkol kullanımı 1)var 2)yok

EK-F: SHEEHAN YETİYİTİMİ ÖLÇEĞİ

İŞ * OKUL:

Şu anda sorununuz nedeniyle okulunuz ne kadar aksamaktadır (0-10 arası puanlandırınız) (.....)

Hiç aksatmıyor: 0 Hafifçe aksatıyor: 1-3 Orta derecede aksatıyor: 4-6
çok aksatıyor: 7-9 ileri derecede aksatıyor: 10

SOSYAL YAŞAM VE BOŞ ZAMAN UĞRAŞLARI:

Şu anda sorununuz nedeniyle sosyal yaşamınız ve boş zamanınız ne kadar aksamaktadır (0-10 arası puanlandırınız) (.....)

Hiç aksatmıyor: 0 Hafifçe aksatıyor: 1-3 Orta derecede aksatıyor: 4-6
çok aksatıyor: 7-9 ileri derecede aksatıyor: 10

AİLE YAŞAMI VE EVDEKİ SORUMLULUKLARI:

Şu anda sorununuz nedeniyle aile yaşamınız ve evdeki sorumluluklarınız ne kadar aksamaktadır (0-10 arası puanlandırınız) (.....)

Hiç aksatmıyor: 0 Hafifçe aksatıyor: 1-3 Orta derecede aksatıyor: 4-6
çok aksatıyor: 7-9 ileri derecede aksatıyor: 10

9. ÖZGEÇMİŞ

1982 yılında İskenderun'da doğdum. İlk orta ve lise eğitimimi İskenderun'da tamamladıktan sonra 2000 yılında İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesine başladım. 2008 yılında mezun olarak Şanlıurfa Halfeti'de mecburi hizmete başladım. Aralık 2011 tarihinden itibaren Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri AD'da uzmanlık eğitimime başladım. Halen eğitimime devam etmekteyim.

