

**T.C.  
SÜLEYMAN DEMİREL ÜNİVERSİTESİ  
TIP FAKÜLTESİ**

**PSORİASİS VE AKNE VULGARİS HASTALARINDA  
TAMAMLAYICI VE ALTERNATİF TEDAVİ KULLANIMININ  
ARAŞTIRILMASI**

**Dr. Didem MULLAAZİZ**

**UZMANLIK TEZİ**

**DERMATOLOJİ ANABİLİM DALI**

**DANIŞMAN**

**Prof. Dr. Vahide BAYSAL AKKAYA**

**2012- ISPARTA**

## TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim ve tez hazırlama sürecimde katkıda bulunan saygıdeğer hocam Prof. Dr. Vahide Baysal Akkaya başta olmak üzere, eğitimimin her aşamasında katkıları olan, bilgi ve tecrübelerini bizlerden esirgemeyen değerli hocalarım Prof. Dr. Pınar Yüksel Başak, Prof. Dr. Mehmet Yıldırım, Yrd. Doç. Dr. Ali Murat Ceyhan ve Yrd. Doç. Dr. İjlal Erturan'a teşekkür ederim.

Tezimin istatistiksel çalışmasında büyük destek veren Yrd. Doç. Dr. İjlal Erturan'a ayrıca teşekkür ederim.

Asistanlık sürecinde omuz omuza çalışmaktan mutluluk duyduğum tüm asistan arkadaşlarıma,

Her zaman yanımda olan, emek ve desteklerini benden esirgemeyen aileme, ilgi ve sevgisi ile bana güç veren sevgili nişanlıma sonsuz teşekkür ederim.

**Dr. Didem Mullaaziz**

**2012-Isparta**

## İÇİNDEKİLER

<b>TEŞEKKÜR .....</b>	<b>i</b>
<b>İÇİNDEKİLER .....</b>	<b>ii</b>
<b>SİMGELER VE KISALTMALAR .....</b>	<b>v</b>
<b>TABLolar DİZİNİ .....</b>	<b>vi</b>
<b>ŞEKİLLER DİZİNİ .....</b>	<b>viii</b>
<b>1. GİRİŞ .....</b>	<b>1</b>
<b>2. GENEL BİLGİLER.....</b>	<b>4</b>
2.1. Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavi.....	4
2.1.1. Alternatif ve Medikal Sistemler .....	6
2.1.1.1. Akupunktur .....	6
2.1.1.2. Homeopati .....	7
2.1.1.3. Ayurveda .....	7
2.1.1.4. Naturopati.....	8
2.1.2. Beden Zihin Müdahaleleri.....	8
2.1.2.1. Spiritual İyileşme .....	8
2.1.2.2. Hipnoz.....	9
2.1.2.3. Yoga .....	9
2.1.2.4. Biyofeedback .....	9
2.1.3. Biyolojik Temelli Tedaviler .....	10
2.1.3.1. Bitkisel Tedavi (Fitoterapi).....	10
2.1.3.1.1. Aknede Kullanılan Bitkisel Tedaviler .....	11
2.1.3.1.1.1. Taninler.....	11
2.1.3.1.1.2. Meyve Asitleri (Alfa Hidroksi Asitler) .....	11
2.1.3.1.1.3. Çay Ağacı Yağı (Tea Tree Oil) .....	12
2.1.3.1.1.4. Vitex (Hayıt Meyvesi).....	12
2.1.3.1.1.5. Aloe Vera (Sarı Sabır).....	13
2.1.3.1.1.6. At Kestanesi Tohumu (Semen Hippocastani) .....	13
2.1.3.1.1.7. Ayva Çekirdeği (Semen Cydoniae).....	13
2.1.3.1.1.8. Yeşil Çay .....	13
2.1.3.1.2. Psoriasisite Kullanılan Bitkisel Tedaviler.....	13
2.1.3.1.2.1. Çin Bitkisel Tedavisi .....	13
2.1.3.1.2.2. Kapsaisin .....	14

2.1.3.1.2.3. Dağ Tütünü (Arnica, Leopard Zehiri) .....	14
2.1.3.1.2.4. Psoralen (Ammi Major).....	14
2.1.3.1.2.5. Aloe Vera (Sarı Sabır).....	15
2.1.3.1.2.6. Tripterygium Wilfordii Hook F (TWH).....	15
2.1.3.1.2.7. Ardıç Katranı (Jiniperus Oxycedrus).....	15
2.1.3.1.2.8. Çivit Otu .....	16
2.1.3.1.2.9. Avokado Yağı.....	16
2.1.3.1.3. Bitkisel Tedavi Yan Etkileri .....	16
2.1.3.2. Diyet ve Beslenme .....	18
2.1.3.2.1. Makrobiyotik Diyet.....	18
2.1.3.2.2. Megavitaminler .....	18
2.1.3.2.3. Esansiyel Yağ Asitleri .....	19
2.1.3.2.4. Probiyotikler .....	19
2.1.3.2.5. Hayvansal Besinler .....	19
2.1.4. Manüpülatif ve Beden Temelli Tedaviler .....	20
2.1.4.1. Masaj.....	20
2.1.4.2. Akupressur .....	20
2.1.4.3. Osteopati .....	20
2.1.4.4. Şiropraksi .....	21
2.1.4.5. Refleksoloji .....	21
2.1.4.6. Balneoterapi .....	21
2.1.4.7. Hirudoterapi .....	23
2.1.4.8. Aromaterapi .....	23
2.1.5. Enerji Terapileri .....	24
2.1.5.1. Reiki.....	24
2.1.5.2. Shiatsu.....	24
2.1.5.3. Tai Chi.....	24
2.1.5.4. Qi-Gong .....	25
2.2. Psoriasis .....	25
2.2.1. Tanım.....	25
2.2.2. Epidemiyoloji .....	25
2.2.3. Etyopatogenez .....	25
2.2.4. Klinik.....	26
2.2.5. Histopatoloji .....	28

2.2.6. Klinik Skorlama .....	29
2.2.7. Tedavi .....	29
2.2.8. Psoriasisste Yaşam Kalitesi .....	31
2.3. Akne Vulgaris .....	32
2.3.1. Tanım .....	32
2.3.2. Epidemiyoloji .....	32
2.3.3. Etyopatogenez .....	32
2.3.4. Klinik .....	34
2.3.5. Akne de Klinik Derecelendirme .....	34
2.3.6. Tedavi .....	34
2.3.7. Akne de Yaşam Kalitesi .....	36
<b>3. MATERYAL ve METOD .....</b>	<b>37</b>
3.1. Araştırmanın Yeri ve Şekli .....	37
3.2. Hasta Seçimi .....	37
3.3. Metot .....	37
3.3.1. Anket Formları .....	38
3.3.2. Yaşam Kalite Ölçekleri .....	38
3.3.3. Hastalık Şiddet Skorlaması .....	38
3.3.3.1. Psoriasis Alan Şiddet İndeksi .....	38
3.3.3.2. Global Akne Derecelendirme Sistemi .....	39
3.4. İstatistiksel Analiz .....	39
<b>4. BULGULAR .....</b>	<b>40</b>
4.1. Sosyodemografik Özellikler .....	40
4.2. Dermatolojik Hastalık Özellikleri .....	41
4.3. TAT Kullanımı ile İlişkili Faktörler .....	44
4.4. TAT kullanımı ile Sosyodemografik Özellikler Arasındaki İlişki .....	59
4.5. TAT Kullanımı ile Dermatolojik Hastalık Özellikleri Arasındaki İlişki .....	62
4.6. Kullanılan TAT Yöntemleri .....	70
<b>5. TARTIŞMA .....</b>	<b>73</b>
<b>SONUÇ .....</b>	<b>84</b>
<b>ÖZET .....</b>	<b>87</b>
<b>SUMMARY .....</b>	<b>88</b>
<b>KAYNAKLAR .....</b>	<b>89</b>
<b>EKLER .....</b>	<b>98</b>

**SİMGELER VE KISALTMALAR**

<b>ABD</b>	: Amerika Birleşik Devletleri
<b>AYKÖ</b>	: Akne Yaşam Kalite Ölçeği
<b>AV</b>	: Akne Vulgaris
<b>DNA</b>	: Deoksiribonükleik asit
<b>FDA</b>	: Amerikan Gıda ve İlaç Dairesi
<b>FSH</b>	: Folikül Stimulan Hormon
<b>GADS</b>	: Global Akne Derecelendirme Sistemi
<b>HIV</b>	: Human Immundeficiency Virus
<b>LH</b>	: Luteinizan hormon
<b>NAPSI</b>	: Psoriasis Tırnak Şiddet Skoru
<b>NCCAM</b>	: National Center for Complementary and Alternative Medicine
<b>P acnes</b>	: Propionibacterium acnes
<b>PASI</b>	: Psoriasis Alan Şiddet İndeksi
<b>PUVA</b>	: Psoralen ve Ultraviyole A
<b>PYKÖ</b>	: Psoriasis Yaşam Kalite Ölçeği
<b>SLE</b>	: Sistemik Lupus Eritematozus
<b>TAT</b>	: Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavi
<b>UVA</b>	: Ultraviyole A
<b>UVB</b>	: Ultraviyole B

## TABLOLAR DİZİNİ

<b>Tablo 1.</b> Akne vulgaris ve psoriasis hastalarının sosyodemografik özellikleri.....	40
<b>Tablo 2.</b> Akne ve psoriasis hastalarının dermatolojik hastalık özellikleri.....	42
<b>Tablo 3.</b> Akne ve psoriasis hastalarının genel özellikleri.....	44
<b>Tablo 4.</b> Kullanılan TAT yöntemleri.....	45
<b>Tablo 5.</b> TAT yöntemlerinin hastalıklara göre özellikleri.....	47
<b>Tablo 6.</b> TAT kullanma nedenleri .....	49
<b>Tablo 7.</b> Psoriasis ve akne hastalarının TAT kullanma nedenleri.....	50
<b>Tablo 8.</b> Akne ve Psoriasis hastalarının TAT yöntemi kullanım özellikleri.....	51
<b>Tablo 9.</b> TAT yöntemlerinin öğrenildiği kaynak .....	52
<b>Tablo 10.</b> Akne ve psoriasis hastalarının TAT yöntemi değerlendirmeleri .....	55
<b>Tablo 11.</b> TAT kullanımı ile sosyodemografik özellikler arasındaki ilişki .....	60
<b>Tablo 12.</b> Akne hastalarının sosyodemografik özellikleri ile TAT kullanımı ilişkisi .....	61
<b>Tablo 13.</b> Psoriasis hastalarının sosyodemografik özellikleri ile TAT kullanım ilişkisi .....	62
<b>Tablo 14.</b> TAT kullanımı ile dermatolojik hastalık özelliği ilişkisi .....	63
<b>Tablo 15.</b> Tutulum alanı ile TAT kullanımı arasındaki ilişki.....	64
<b>Tablo 16.</b> Akne hastalarının hastalık özelliği ile TAT kullanım ilişkisi .....	64
<b>Tablo 17.</b> Akne hastalarının tutulum alanı ile TAT kullanım ilişkisi .....	65
<b>Tablo 18.</b> Psoriasis hastalarının hastalık özelliği ile TAT kullanım ilişkisi.....	65
<b>Tablo 19.</b> Psoriasis hastalarının hastalık özelliği ile TAT kullanım ilişkisi.....	66
<b>Tablo 20.</b> TAT kullanımı ile tıbbi tedaviler arasındaki ilişki.....	67
<b>Tablo 21.</b> V Akne hastalarının medikal tedavi ile TAT kullanımı ilişkisi.....	67
<b>Tablo 22.</b> Psoriasis hastalarının medikal tedavi ile TAT kullanımı ilişkisi .....	68
<b>Tablo 23.</b> Hastaların alışkanlıkları ve sağlık düzeyi tanımlamaları ile TAT kullanımı arasındaki ilişki.....	69

<b>Tablo 24.</b> Hastaların TAT yöntemleri ile ilgili genel görüş ve tutumunun TAT kullanımı ile ilişkisi.....	70
<b>Tablo 25.</b> Akne hastalarının kullandıkları TAT yöntemleri.....	71
<b>Tablo 26.</b> Psoriasis hastalarının kullandıkları TAT yöntemleri .....	72



## ŞEKİLLER DİZİNİ

<b>Şekil 1 .</b> Akne ve psoriasis hastalarının TAT kullanım oranları.....	45
<b>Şekil 2.</b> Akne Hastalarının Kullandıkları TAT Yöntemleri.....	46
<b>Şekil 3.</b> Psoriasis Hastalarının Kullandıkları TAT Yöntemleri .....	46
<b>Şekil 4.</b> Akne ve psoriasis hastalarının tıbbi tedavi ile TAT kullanma zamanı ilişkisi .....	48
<b>Şekil 5.</b> Akne ve psoriasis hastalarının TAT yöntemlerini uygulama şekli.....	52
<b>Şekil 6.</b> Akne hastalarının TAT yöntemlerini öğrendikleri kaynaklar .....	53
<b>Şekil 7.</b> Psoriasis hastalarının TAT yöntemlerini öğrendikleri kaynaklar .....	54
<b>Şekil 8.</b> Akne ve psoriasis hastalarının aile ve arkadaşlarda TAT kullanım oranları	56
<b>Şekil 9.</b> Akne ve psoriasis hastalarının kullandıkları TAT yöntemlerinin yanıtları ..	57
<b>Şekil 10.</b> Akne ve psoriasis hastalarının TAT yanıt süreleri .....	57
<b>Şekil 11.</b> Akne ve psoriasis hastalarının TAT yöntemlerini önerme oranları .....	58
<b>Şekil 12.</b> Akne ve psoriasis hastalarının TAT yöntemleri için harcadıkları para miktarı .....	58
<b>Şekil 13.</b> Yaşam Kalite Ölçeği Skoru ile TAT kullanımı ilişkisi .....	68

## 1. GİRİŞ

Tamamlayıcı tedavi, bilimsel tıbbı destek amaçlı yapılan tedaviler olup yaşam kalitesini geliştirmek, semptomları ve ilaçların yan etkilerini azaltmak, fiziksel ve psikolojik destek sağlamak amacıyla uygulanır. Alternatif tedavi ise tıbbi uygulamalar yerine yapılan ve etkisi bilimsel olarak kanıtlanmamış tedavilerdir. Günümdüde tamamlayıcı ve alternatif tedavilerin (TAT) sınırları tam olarak belirlenmemiş olup, bu konudaki tartişmalarda tamamlayıcı ve alternatif tedaviler terimi genellikle birlikte kullanılmaktadır (1, 2).

Konvansiyonel tıp, fizyoloji ve patofizyoloji temelleri üzerine kurulurken, alternatif tıp ise alternatif paradigmlar veya kanıtlanmamış biyokimyasal hipotezleri temel alır. Alternatif tedaviler hiç araştırılmamış, halen araştırılmakta olan veya bilimsel olmayan verilere dayanarak etkin olduğu savunulan tedavilerdir. Alternatif ve konvansiyonel tedavilerin birlikte kullanılmasına ise “komplementer tedavi” denilmektedir. Alternatif tedaviler ile konvansiyonel tedavileri kesin bir çizgi ile birbirinden ayırmak her zaman kolay değildir. Bir tedavi, kullanılış şekline ve araştırma sonuçlarına göre konvansiyonel ve alternatif tedavi arasında yer değiştirebilir. Bir alternatif tedavi etkinliği kanıtlanınca konvansiyonel bir tedavi olabileceği gibi, bir konvansiyonel tedavi de ispatlanmamış bir endikasyon için kullanıldığında alternatif tedavi haline gelebilir (3, 4).

Alternatif ve tamamlayıcı tedaviler tüm zamanlarda var olmasına rağmen 1990’lı yıllarla kullanımı dramatik olarak artmıştır. Bu artışta medya, alternatif tedavi uygulayıcıları ve bazı tıp doktorları rol oynamaktadır. Birleşik devletlerde 1990 ve 1997 yıllarında yapılan çalışmalar, TAT uygulamaları oranının %34’ten %42’ye çıktığını ortaya koymuştur. Bu uygulamaların tahmini maliyeti 27 milyar dolar olup kullanım sebepleri arasında en sık görülenler sırt problemleri, anksiyete, depresyon ve baş ağrıları olarak raporlanmıştır. Günümdüde TAT kullanımının giderek artmasının en büyük nedeninin, TAT yöntemlerinin medya tarafından popüler hale getirilmesi ve özellikle medikal tedavilerdeki olası yan etkilerin bu yöntemlerde görülmediğinin vurgulanması olabileceği düşünülmektedir (3, 5).

Tamamlayıcı ve alternatif tedavi uygulamaları geniş bir yelpazeyi kapsamakla birlikte tüm yöntemlere karşı uygulayıcıların genel kanısı doğal, güvenilir ve etkili olduğudur. Bu sebeple kullanıcıların %40'a yakınının uygulamalar hakkında hekimlerini bilgilendirme gereği duymadıkları gösterilmiştir (3).

Tamamlayıcı ve alternatif tedavi uygulamalarının özellikle kanser, artrit, inflamatuvar barsak hastalıkları, sırt ağrısı, kazanılmış immün yetmezlik sendromu ve karaciğer hastalıkları gibi kronik hastalıklarda kullanım sıklığı giderek artmaktadır (3). Türkiye'de TAT kullanımına dair yapılan araştırmalar, çoğunlukla kanser hastalarıyla yapılmıştır. Bu yöntemlerin dermatolojik hastalıklarda kullanımına dair bilgiler ise sınırlıdır (6, 7). Tamamlayıcı ve alternatif tedavilerin inflamatuvar deri hastalıklarındaki kullanımı son yıllarda artış göstermektedir. Dermatolojik hastalıklarda TAT kullanımına yönelik yapılan çalışmalarda hastaların yaşamları boyunca TAT kullanma oranı %35 ile %69 arasında değişmektedir. İnflamatuvar deri hastalıklarında TAT kullanımına dair yapılan çalışmalar sonucu Fransa'da %49, Avustralya'da %48.5, Almanya'da %46, Amerika'da %34 oranında TAT kullanımı saptanmış ve oldukça popüler bir tedavi yöntemi olarak tercih edildiği gözlemlenmiştir. Yapılan çalışmalarda TAT kullanımının, dermatolojik hastalıktan bağımsız olarak coğrafik faktörler, hastalığın şiddet ve süresi ile doğru orantılı artış gösterdiği bildirilmiştir (8, 9). Literatür taramalarında fungal infeksiyonlar için 75, herpes için 69, akne için 61, alerjik hastalıklar ve dermatit için 57 ve psoriasis için toplam 57 farklı yöntem kullanıldığı saptanmış fakat tüm bu yöntemlerin etkinliklerine yönelik olarak çok az kanıt elde edilmiştir (5).

Tamamlayıcı ve alternatif tedaviler genellikle kronik, tedavilere dirençli, kişilerin fiziksel ve psikolojik sağlıklarını olumsuz etkileyen hastalıklarda başvuru yöntemleridir. Ergenlik döneminde daha sık görülen akne vulgaris, tedavilere rağmen yıllarca sürebilmesi ve deride kalıcı izler bırakabilmesi nedeniyle hastalarda psikososyal sorunlara neden olabilmektedir. Psoriasis ise görünür bölgeleri etkileyebilmekte, kaşıntı gibi yakınmalara neden olmakta, nükslerle giden kronik bir süreç izlemekte ve yaşam kalitesini önemli derecede etkilemektedir (7, 10, 11).

Bu araştırma ile psoriasis ve akne vulgaris hastalarında

1. TAT kullanım sıklığı, seçilen yöntemler, başvuru nedenleri, etkinlik ve yan etkilerinin belirlenmesi
2. Hastaların demografik bilgileri, hastalık şiddeti, süresi, daha önce kullanılan medikal tedaviler ve memnuniyet oranları ile TAT kullanımı arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi
3. Yaşam kalite indeksi ile TAT kullanımı arasında ilişki olup olmadığının belirlenmesi
4. Hastaların TAT kullanımıyla ilgili genel görüş ve tutumlarının değerlendirilmesi amaçlanmıştır.
5. Bu araştırmanın, hastaları daha iyi anlamak, hasta-hekim ilişkisini güçlendirmek, tedavi planlanmasında yol gösterici olması, tedavi memnuniyetinin artırılması ve TAT metotlarından doğabilecek yan etki ve maliyetin azaltılması açısından katkıda bulunacağına inanmaktayız.

## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavi

Kişilerin sağlık hakkındaki algılamaları ve tutumları sağlık davranışları ile yakından ilişkilidir. Hem sağlığı koruma hem de sağlık sorunlarının çözümü konusunda son yıllarda modern tıp dışındaki yollara başvurma düzeyinde bir artış gözlemlenmekte ve bu yollar TAT olarak isimlendirilmektedir. Tamamlayıcı ve alternatif tedavi kullanımı son yıllarda birçok ülkede artış göstermekte olup TAT yöntemlerine başvuru oranları; Amerika'da %42.1, Avustralya'da %48.2, Fransa'da %49.3, Kanada'da %70.4, Şili'de %71, Çin'de %70, Kolombiya'da %40 ve Afrika ülkelerinde %80 olarak bildirilmiştir (2, 6).

Dünyada giderek yaygınlaşan uygulamalar ve literatürdeki eksiklikler nedeniyle 1998 yılında Birleşik Devletlerde Ulusal Sağlık Enstitüsüne (NIH) bağlı Ulusal Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp Merkezi (The National Center for Complementary and Alternative Medicine, NCCAM) kurulmuştur (12). Bu merkeze göre TAT “henüz konvansiyonel tıbbın bir parçası olarak kabul edilmeyen sağlık bakım sistemleri, ürünleri ve uygulamaları” olarak tanımlanmaktadır. Bu merkezin amacı TAT uygulamalarının güvenilirlik ve etkinliğini incelemek, etkinliği bilimsel olarak kanıtlanmış uygulamaların konvansiyonel tedavilere katılımını sağlamaktır (2, 3).

Konvansiyonel tıp dışında her türlü sağlığı koruyucu ve tıbbi uygulama TAT olarak tanımlanmış ve 200'den fazla yöntem beş ayrı kategoride sınıflandırılmıştır (2, 3, 13-15);

1. **Alternatif ve medikal sistemler** (akupunktur, homeopati, naturopati, geleneksel Çin tıbbi ve ayurveda gibi kültürel kökenli sistemler)
2. **Beden-zihin müdahaleleri** (spiritual iyileşme, psikolojik görüşmeler, müzik terapisi, hipnoz, meditasyon, yoga, nefes egzersizleri, biyofeedback)

3. **Biyolojik temelli tedaviler** (bitkiler, diyet destek ürünleri, megavitamin, vitamin ve mineral dışı doğal gıdalar, şelazyon tedavisi, tıbbi bitki çayları veya hayvan parçaları, özel diyetler)
4. **Manipülatif ve beden temelli tedaviler** (masaj, şiropraksi, osteopati, hidroterapi, refleksoloji, aromaterapi)
5. **Enerji terapileri** (biyoelektromagnetik terapiler ve biyoalan terapileri)

Günümüzde alternatif tedaviler her türlü iletişim yöntemleri, gazete, televizyon özellikle de internet ile halka rahatça ulaşmaktadır. Çeşitli hastalıklarda kullanılan TAT yöntemlerine ulaşımın çok rahat olmasına karşın bu yöntemlerin bilimsel kanıtlarına ulaşmak oldukça zordur (4, 5).

Tamamlayıcı ve Alternatif uygulamaların artan popülaritesini plasebo etkisiyle tek başına açıklamak mümkün olmasa da bu uygulamaların kullanımında çevresel faktörlerin, uygulayıcı-hasta ilişkisinin, hasta ve uygulayıcının beklentilerinin, hastalığın doğal seyrinin rolü olduğu düşünülmektedir (3).

Alternatif tedaviler başlıca beş klinik özellik taşır (4);

1. Tedavide hedef, semptomların kontrolünden kür elde edilmesine kadar değişen özellikte olabilir
2. Genellikle sık karşılaşılan tıbbi problemlere yöneliktir
3. Kullanılan ürünler, evde yapılan basit maddelerden kompleks fabrika ürünlerine kadar değişen özelliktedir
4. Tedaviyi uygulayan kişiler hiç eğitimsiz olabileceği gibi, eğitilmiş kişiler, hemşireler veya doktorlar olabilir
5. Etkisiz hatta zararlı da olabilir

## 2.1.1. Alternatif ve Medikal Sistemler

### 2.1.1.1. Akupunktur

Akupunktur terimi “acus” ve “punctura” kelimelerinden türetilmiştir. Akupunktur 2000 yıl öncesine dayanan temelleri ile en eski tedavi metodlarından biridir. Geleneksel Çin tıbbına ait teoride vücutta 2000 ayrı akupunktur noktası ve bunların arasında 20 ayrı yol olduğu düşünülmektedir. Bu yollar qi adı verilen enerji akışını sağlar. Vücutta negatif ve pozitif kutuplar (yin-yang) arasındaki enerji akışının kesintiye uğraması ile oluşan hastalıkların tedavisinde kullanılan akupunkturun bu iletiyi tekrar sağladığına inanılır (3, 16).

Akupunktur iğneli ve iğnesiz olmak üzere sınıflanmaktadır. İğneli akupunktur klasik yöntem olup filiform, lanset, kutanöz ve kulak iğneleri ile yapılabilmektedir. İğnesiz akupunktur adı altında ise moksibüsyon (ısı), kupa tedavisi, lazer akupunktur ve akupresür (basınç) tedavileri sayılabilir (9, 16).

Akupunkturun dermatoloji alanında psoriasis, nörodermatit, atopik dermatit, ürtiker, postherpetik nevralji ve akne tedavilerinde kullanıldığı bildirilmiştir (16).

Akne hastalarında her gün veya haftada 2-3 kez olmak üzere ortalama 20-24 seans şeklinde akupunktur tedavisi ile başarılı sonuçlar bildirilmiştir (16). Bir çalışmada akne vulgaris tanılı 36 hastaya 6 hafta süresince toplam 12 kez akupunktur tedavisi uygulandığı ve tedavi sonunda inflamatuvar akne lezyonlarında anlamlı gerileme saptandığı raporlanmıştır (17).

Psoriasis tanılı 61 hastaya ortalama 9 seans uygulanan akupunktur tedavisi ile 30 hastanın deri lezyonlarında tam veya tama yakın, 14 hastada 2/3, 8 hastada 1/3 oranında gerileme saptanırken 9 hastada ise minimal iyileşme veya yanıtızlık raporlanmıştır (18). Bir başka çalışmada ise 56 psoriasis hastasına 10 hafta süresince haftada 2 gün akupunktur tedavisi uygulanmış ve 3 aylık izlem sonunda istatistiksel olarak anlamlı bir yanıt alınamadığı bildirilmiştir (19). Psoriatik artrit tedavisinde kullanılan akupunkturun ağrıda anlamlı azalma sağladığını belirten yayınlar bulunmaktadır (20).

Literatürde akupunktur uygulamalarına yönelik olarak yan etkiler de bildirilmiş olup iki adet stafilokok sepsisine bağlı ölüm vakası, 100'ün üzerinde pnömotoraks vakası raporlanmıştır. Yetersiz sterilizasyon özellikle HIV, hepatit B ve C virüsleri için risk oluşturmaktadır. Birleşik Devletler Gıda ve İlaç Dairesi (FDA) 1996 yılında hastaları uzman uygulayıcılar ve tek kullanımlık iğneler konusunda uyarmıştır. Ayrıca akupunktur uygulamalarını kontrol altına almak amacıyla Sağlık Bakanlığı tarafından akupunktur eğitimi ve uygulama esasları yeniden belirlenmiştir. Yönetmeliğe göre branş farkı gözetmeksizin tıp doktorları Sağlık Bakanlığı'nın izni ile açılan kurslarda eğitime tabi tutulmaktadır (3, 21).

### **2.1.1.2. Homeopati**

Benzerler doktrinini temel alan homeopati, sağlam kişilerde semptomlara neden olan hayvansal, bitkisel maddeler veya minerallerin benzer semptomları olan hastaların tedavisinde kullanılabileceği şeklinde özetlenebilir (3).

Homeopatik yöntemde tedavi amaçlı kullanılacak olan madde çok düşük konsantrasyonlarda verilmekte ve dilüsyon arttıkça etkinliğin arttığı düşünülmektedir. Homeopatik tedavi yöntemi abse, verruka, akne, rozasea, atopik dermatit, kontakt dermatit, aktinik keratoz, seboreik dermatit, psoriasis gibi çok çeşitli dermatolojik hastalık tedavisinde kullanılmıştır. Dermatolojik hastalıklarda kullanılan homeopatik tedavilere yönelik olarak çift kör, randomize kontrollü çalışmalar bulunmamaktadır. Bazı homeopatik karışımlar içerisinde toksik seviyede arsenik ve kadmiyuma rastlanmıştır. Literatürde homeopatik tedaviye bağlı bir pankreatit vakası bildirilmiştir. Ayrıca civa kullanımına bağlı gelişen Baboon sendromu ve kromat dermatiti raporlanmıştır (22).

### **2.1.1.3. Ayurveda**

Ayurveda veya Ayurvedik tıp, Hindistan'da ortaya çıkan antik bir sağlık sistemidir. Çin ve Tibet tıp sistemleri üzerinde etkileri olmuştur. Modern tıbbın önceliğinin hastalığı tedavi etmek olduğu, ayurvedik tıbbın ise hastalığı önleme, sağlığı koruma ve tedavi etmeye yönelik olduğu ifade edilmektedir. Ayurvedik tıpta,



hastalığın bedenin hastalığa yönelik dayanıklılığını azaltan bedensel ve zihinsel unsurlardaki dengesizlikten kaynaklandığına inanılmakta ve bu yöntemle dengesizlik düzeltilip, bedenin savunma mekanizması bitkisel formüller, yaşam şekli değişikliği ve diyet ile güçlendirilerek bedene hastalığı yok edecek şekilde direnç kazandırılmaktadır. Bu yöntemde değerli taşlar, kristaller, metaller ve sesler iyileştirme amacıyla kullanılabilir. Hindistan'da yapılan bir çalışmada vitiligo ve lenfödem hastalarının tedavisinde modern dermatoloji ve Ayurveda birlikte kullanılmış ve tatminkar sonuçlar elde edildiği vurgulanmıştır (23-25).

#### **2.1.1.4. Naturopati**

Vücudun kendi kendini iyileştirebilme yeteneğine olan inanç temeline dayanır. Naturopatik hekimler, hastalıkların doğal yaşam kurallarının ciddiye alınmaması ya da bunlara aykırı hareketler neticesinde oluştuğuna inanırlar. Doğal yiyeceklerin tüketilmesi, yeterince egzersiz ve dinlenme ile düzenli bir hayat, yapıcı-yaratıcı düşüncelere sahip olma, çevresel toksinlerden uzak durma gibi önlemlerle iyileşmenin sağlanabileceği düşünülür (25).

#### **2.1.2. Beden Zihin Müdahaleleri**

##### **2.1.2.1. Spiritual İyileşme**

Dua etme ve dini inançlara bağlı olarak çeşitli ibadetler insanların kendilerinden yüce bir varlıkla bağlantı kurmalarına, hayatın anlam ve amacına ilişkin bilgileri elde etmelerine yardımcı olan eylemler olarak tanımlanabilir. İnsanların bir hastalıktan ya da herhangi bir sorundan bir mucize ile hemen kurtulma ümidi çağlar boyunca var olmuştur. Ülkemizde de bu ümit ile en çok ziyaret edilen yerler türbe ve yatırlardır. Halk arasında nazar, bir hastalık etkeni olarak görülmekte ve nazardan kurtulmak ve korunmak için dua okuma yöntemi yaygın olarak kullanılmaktadır (26, 27).

### **2.1.2.2. Hipnoz**

Hipnoz, çok eski tarihlerden beri dermatolojik ve diğer medikal problemlerin tedavisinde kullanılmaktadır. Akne ekskorye, alopesi areata, atopik dermatit, konjenital iktiyoziform eritroderma, dishidrotik dermatit, eritromelalji, fronkül, glossodini, herpes simpleks, hiperhidroz, iktiyozis vulgaris, liken planus, nörodermatit, nummuler dermatit, postherpetik nevralji, pruritus, psoriasis, rozasea, trikotilomani, ürtiker, verruka vulgaris ve vitiligo gibi çok geniş spektrumda dermatolojik hastalıkların tedavilerinde kullanılmıştır. Dermatolojik uygulamalarda psikosomatik etkiyle semptomları azalttığı, remisyonu uzattığı ve hatta kür sağladığı raporlanmıştır (28).

### **2.1.2.3. Yoga**

Fiziksel egzersiz, nefes kontrolü ve meditasyon yöntemlerinin kullanıldığı Hindistan kaynaklı terapötik bir yöntemdir. Yoganın bedeni, zihni ve ruhu tamamen eğiten, huzur veren ve kişinin kendini tanımasını sağlayan, dünyadaki en eski kişisel gelişim yöntemi olduğu belirtilmektedir. Vücudun esnekliğini artırarak fiziksel, zihinsel ve ruhsal disiplin yoluyla mutluluğa, başarıya ve aydınlanmaya ulaştırmayı amaçlayan bir felsefedir. Sürekli yapıldığında metabolizmanın dengeli, sinir sisteminin güçlü, kan dolaşımının düzenli olmasını sağladığına inanılır (9, 15, 29-31).

### **2.1.2.4. Biyofeedback**

Hastaların normalde kontrol edemediklerini düşündükleri vücut fonksiyonlarının kontrolüne yönelik, fizyolojik aktiviteyi sesli ve/veya görsel sinyallere dönüştüren cihazların kullanılmasıdır. Elektromyografik feedback, elektroensefalografik feedback, elektrodermal yanıt ve perineometri bu yöntemin örnekleridir. Genellikle kombine kullanımları tercih edilir. İdrar inkontinansında, fekal inkontinans, migren, gerilim tipi baş ağrısında ve serebrovasküler olay rehabilitasyonunda etkinliğini gösterir çalışmalar yayınlanmıştır (3).

### 2.1.3. Biyolojik Temelli Tedaviler

#### 2.1.3.1. Bitkisel Tedavi (Fitoterapi)

Bitkisel ürünler tarih boyunca hastalıkları önlemek ve tedavi etmek amacıyla kullanılmıştır. Modern tıpta kullanılan pek çok ilaç bitkilerden elde edilmiştir (3). Bitkisel tedavinin tarihi insan varlığı kadar eskilere dayanmakla birlikte günümüzde kullanılan bitkisel tıp, kaynağını Çin ve Hindistan'dan alır. Geleneksel bitkisel tedavi farklı yaklaşımlara rağmen hemen her kültürün bir ögesidir. Batı herbalizminde bitkiler sıklıkla tek kullanılırken, Çin tıbbında karışımlar ağırlıktadır. Bitkilerin kök, kabuk, tohum, çiçek veya yaprakları gibi herhangi bir kısmı tedavide kullanılabilir (3, 8, 32, 33).

Bitkisel tedavi uzmanları, sadece etken maddenin izole edilip verilmesini amaçlayan tedavinin aksine, maksimum etkinin bir bütünsellik içinde ortaya çıktığını, bitkinin tüm bileşenlerinin olumlu etki üzerinde bir payı olduğunu savunmaktadırlar. Saflaştırılmamış bitkinin kullanımı ile bitkiyi oluşturan maddelerin birbirini nötralize etmesi sebebiyle yan etki olasılığının da azaldığını ileri sürmektedirler (34).

Fitoterapi TAT uygulamaları içerisinde en yüksek oranda kullanılan bir yöntem olup günümüzde bu yönetime olan ilgi giderek artmaktadır. Amerika Birleşik Devletleri'nde dermatoloji polikliniklerine başvuran hastalarda fitoterapi kullanma sıklığı %86, Almanya'da %52 olarak bildirilmiştir. Ülkemizdeki sıklığı bilinmemekle birlikte çok sayıda hasta tıbbi tedavilerin yanı sıra bitkisel tedavilere başvurmaktadır (33).

Ülkemizde Demirci ve arkadaşları tarafından hazırlanan bir derlemede dermatolojik hastalıklarda toplam 115 tür bitki kullanıldığı ve bunlardan 39'unun literatürde bildirilmiş yan etkileri olduğu, 23'ünün etki mekanizmasını araştırmaya yönelik in vivo, in vitro veya hayvan deneyleri yapıldığı saptanmıştır (35).

Bitkisel tedavilerin en çok tercih edildiği dermatolojik hastalıklar arasında akne, yara ve yanık, herpes simpleks, bakteriyel ve fungal hastalıklar, verruka,

kondiloma, dermatit, psoriasis, kronik venöz yetmezlik, alopesi ve deri kanserleri sayılabilir (5).

Hastaların çoğu geleneksel tedavi ile başarı sağlanamadığı zaman, yan etkisinin daha az olduğunu düşünerek bitkisel tedaviyi tercih etmektedir. “Doğal olan güvenlidir” diye yaygın bir kanı olmasına rağmen doğal olan her zaman güvenli demek değildir. Diğer TAT yöntemleri içinde fitoterapinin yan etki ve toksisite yönünden çok daha fazla risk taşıyabileceği de bildirilmiştir. Bununla birlikte bitkisel tedavide karşılaşılan en önemli sorunlar bitkisel preparatlardaki aktif maddenin konsantrasyon ve saflık açısından standardizasyonunun olmaması, medikal tedavilerle etkileşim riski ve yan etkilerinin kontrol altına alınmamasıdır (32, 34).

### **2.1.3.1.1. Akne Kullanılan Bitkisel Tedaviler**

#### **2.1.3.1.1.1. Taninler**

Sıkılaştırıcı etkisinden dolayı akne tedavisinde topikal olarak kullanılmaktadır. Güvercin ağacı (Witch hazel) ve dulavrat otu (Arctium lapa) dezenfektan etkili, halk arasında sık kullanılan bitkilerdir. Taninlere yönelik yapılan klinik çalışma bulunmamaktadır (32, 33).

#### **2.1.3.1.1.2. Meyve Asitleri (Alfa Hidroksi Asitler)**

Glukonalakton, sitrik asit, glukonik asit, glikolik asit, malik asit ve tartarik asit gibi meyve asitleri soyucu özelliğinden dolayı topikal olarak kullanılmıştır. Alfa hidroksi asitlerden en sık kullanılan glikolik asit, şeker kamışından elde edilir (32, 33). Glukonalaktonun %14'lük solüsyonu ile %5 benzoil peroksitin karşılaştırıldığı bir çalışmada glukonalaktonun inflamatuvar ve noninflamatuvar akne lezyonlarını iyileştirmede plaseboya oranla daha etkili olduğu, noninflamatuvar lezyonlarda benzoil peroksitle aynı, inflamatuvar lezyonlarda ise daha az etkili olduğu bulunmuştur ayrıca benzoil peroksitle oranla daha az iritan olduğu izlenmiştir (36).

Akne tedavisinde topikal %70 glikolik asit, jessner solüsyonu kadar etkili bulunurken daha iyi tolere edildiği raporlanmıştır (37). Topikal linoleik asit uygulamasının inflamatuvar akne lezyonlarında %75 oranında gerileme sağladığı bildirilmiştir (38). Topikal olarak kullanılan glikolik asit (%15) ile azeleik asit (%20) kombinasyonunun topikal tretinooin (%0.025) ile karşılaştırıldığı bir çalışmada kombinasyon tedavisinin 12. haftada inflamatuvar lezyonlar üzerine daha etkili olduğu, noninflamatuvar lezyonlarda fark görülmediği ayrıca tretinoine oranla daha az iritasyon gözlemlendiği bildirilmiştir (39).

#### **2.1.3.1.1.3. Çay Ağacı Yağı (Tea Tree Oil)**

Melaleuca alternifolia bitkisinin yapraklarından elde edilir. Antifungal ve antibakteriyel etkilidir (20, 33). Avustralya’da 124 akneli hastada %5 çay ağacı yağı ile %5 benzoil peroksit jelin etkinlikleri karşılaştırılmış ve üç ayın sonunda noninflamatuvar lezyonlarda eşit etkinlik saptanırken, inflamatuvar lezyonlarda çay ağacı yağının benzoil peroksit oranla daha az etkili olduğu bildirilmiştir. Kuruluk, iritasyon ve yanma gibi yan etkilerin ise benzoil peroksit (%79) oranla çay ağacı yağında (%44) daha az izlendiği raporlanmıştır (40). Bazı olgularda allerjik kontakt dermatit gelişebilmekle birlikte topikal kullanımının güvenli olduğu düşünülmektedir. Fibroblastlar ve epitelial hücreler üzerine sitotoksik etki gösterdiği için yanık tedavisinde önerilmemektedir (20, 32).

#### **2.1.3.1.1.4. Vitex (Hayıt Meyvesi)**

Hayıt meyvesi seks steroidleri, vitaminler (folik asit, tiamin, piridoksin, riboflavin, kolekalsiferol, tokoferol), tanin ve rezin içerir. Etkisini hipofizden FSH ve LH salınımını değiştirerek östrojen düzeyini düşürüp progesteron düzeyini artırarak gösterdiği düşünülmektedir. Premenstrüel dönemde şiddetlenen akneli hastalarda kullanılabileceği belirtilmektedir. Gastrointestinal sistem yakınmaları ve deri döküntüleri dışında yan etki bildirilmemiştir (32, 33).

#### **2.1.3.1.1.5. Aloe Vera (Sarı Sabır)**

Akne tedavisinde tek başına etkili bulunmamasına rağmen Ocimum gratissimum ile birlikte kullanıldığında sinerjistik etkili bulunmuştur (41).

#### **2.1.3.1.1.6. At Kestanesi Tohumu (Semen Hippocastani)**

Halk arasında at kestanesi haşlandıktan sonra suyu akneleri tedavi etmek için kullanılmaktadır (35).

#### **2.1.3.1.1.7. Ayva Çekirdeği (Semen Cydoniae)**

Deri üzerinde yumuşatıcı etkisi vardır. Ayva çekirdeğinin kaynatılmış suyu deri hastalıklarında yumuşatıcı olarak kullanılmaktadır (35).

#### **2.1.3.1.1.8. Yeşil Çay**

Siproteron asetat tedavisinde olduğu gibi akne tedavisinde antiandrojenik etki göstermektedir (38).

### **2.1.3.1.2. Psoriasisde Kullanılan Bitkisel Tedaviler**

#### **2.1.3.1.2.1. Çin Bitkisel Tedavisi**

Çin bitkisel tedavilerinde psoriasisli hastalar için en sık tercih edilen bitkiler “Radix angelicae dahuricae” ve “Camptotheca acuminata”dır. Yapılarında furokumarin bulunur ve UVA ile birlikte klasik PUVA tedavisine benzer etki gösterirler. Çin bitkilerinden biri olan angelica dahurica, psoriasisli 300 hastaya oral olarak verilmiş ve psoralen verilen hastalar ile karşılaştırılmış, her iki tedavi yönteminin de benzer etkinlikte olduğu bulunmuştur. Bunun yanında Çin bitkisel tedavisi alan hastalarda baş dönmesi, bulantı gibi yan etkilerin daha az olduğu gözlenmiştir. Camptotheca acuminata derne sistemik olarak verildiğinde çok toksik olup, topikal preparatının psoriasis tanılı 92 hastada %1’lik hidrokortizondan daha

etkili bulunduğu bildirilmiştir. Bununla birlikte allerjik kontakt dermatit gelişme olasılığı %9-15 arasında raporlanmıştır (32, 33).

#### **2.1.3.1.2.2. Kapsaisin**

Psoriasis tedavisinde kullanılan kapsaisin, bilinen en acı maddelerden biridir ve Arnavut biberinin ana maddesidir. Etkisini periferik duyu sinir liflerinde ağrı ve kaşıntı iletiminde rol alan substans P'nin birikimini engelleyerek gösterir. Diyabetik nöropati, osteoartrit, postherpetik nevralji, psoriasis ve postoperatif ağrı tedavisinde etkilidir (32, 33).

Kapsaisinin % 0,025 ve % 0,075'lik kremleri vardır. Topikal olarak %0.025'lik kapsaisin kremin psoriasisli hastalarda etkili olduğunu gösteren çalışmalar bulunmaktadır. Bir çalışmada orta veya şiddetli psoriasis tanılı 44 hastanın tedavisinde 6 hafta içinde eritem ve skuamda azalma sağladığı raporlanmıştır. Diğer bir çalışma ise psoriasisli 197 hastada yapılmış ve hastalara 6 hafta boyunca günde 4 kez kapsaisin krem uygulanmış, eritemli skuamlı plaklarda, infiltrasyon ve kaşıntıda azalma olduğu bildirilmiştir. Başlıca yan etkisi uygulanan bölgede kısa süren yanma hissidir. Kapsaisinin göz çevresine ve açık yaralara uygulanması kontrendikedir (32, 33).

#### **2.1.3.1.2.3. Dağ Tütünü (Arnica, Leopard Zehiri)**

Arnica montana, antiinflamatuvar ve antitrombotik etkilidir. Arnica, psoriasisde ıslak kompres veya krem şeklinde kullanılır. Topikal kullanımı güvenli olup sistemik kullanımı kardiyovasküler, nörolojik, gastrointestinal yan etkilere ve ölüme yol açabilir (33).

#### **2.1.3.1.2.4. Psoralen (Ammi Major)**

Psoriasis tedavisinde kullanılan psoralen Mısır'da çok bulunan ammi major bitkisinden elde edilir ve içeriğinde 5-metoksipsoralen ve 8-metoksipsoralen bulunmaktadır (32).

#### **2.1.3.1.2.5. Aloe Vera (Sarı Sabır)**

Yapısındaki glisiretinik asit adrenokortikoid benzeri etki gösterir (33). Aloe vera su ya da jel formunda olup renksiz olan jel mukopolisakkarit, aminoasit, hidroksikinon glikozid, mineraller ve %99.5 oranında su içerir. Sarı renkli suyu aloin, aloe emodin, aletinik asit, kolin ve kolin salisilat içerir. Günümüzde aloe vera psoriasis tedavisinde kullanılmaktadır. Bir çalışmada plak tip psoriasisli 60 hastada %0.5'lik hidrofilik aloe vera kremi plaseboya üstün olduğu ve yan etki gözlenmediği bildirilmiştir (32). Kronik plak tip psoriasis tanılı 80 hasta ile yapılan bir çalışmada topikal %70 aloe vera içeren krem ile topikal %0.1 triamsinolon asetonid krem tedavileri karşılaştırılmış ve topikal aloe vera kullanan grupta klinik semptomların daha hızlı azalma gösterdiği bildirilmiştir (42).

#### **2.1.3.1.2.6. Tripterygium Wilfordii Hook F (TWH)**

Romatoid artrit, SLE, nefrotik sendrom, Behçet hastalığı ve psoriasis tedavisinde kullanılan bir Çin bitkisel tedavi yöntemidir. Püstüler ve eritrodermik psoriasis ile psoriatik artrit tedavisinde başarılı sonuçlar elde edilmiş olup yapılan bir çalışmada püstüler psoriasis tanılı 11 hastanın 10'unda 3-5 gün içinde yanıt alındığı fakat yanıtın geçici olduğu raporlanmıştır (20).

#### **2.1.3.1.2.7. Ardıç Katranı (Juniperus Oxycedrus)**

Türk Kodeksinde kayıtlı olan bu ilacın ekzema ve psoriasiste kullanılabileceği modern tıp tarafından da kabul edilmektedir. Psoriasisin topikal tedavisinde klobetazol ile ardıç katranı kombinasyonu oldukça başarılı bulunmuştur. Tamamen sağlıklı bir kişide ev yapımı ardıç katranı kullanımına bağlı ateş, renal yetmezlik, karaciğer toksisitesi ve yüzde şiddetli yanma hissi geliştiği bildirilmiştir(35).



#### **2.1.3.1.2.8. Çivit Otu**

Plak tip psoriasis tedavisinde kullanılan çivit otu kreminin 8 hafta süresince günde 1 kez kullanımı sonunda güvenli, etkili ve iyi tolere edilen bir topikal tedavi seçeneği olabileceği raporlanmıştır (43).

#### **2.1.3.1.2.9. Avokado Yağı**

Topikal kalsipotriol krem ile vitamin B12 içeren avokado yağı karışımının 12 hafta süresince günde iki kez topikal kullanımının karşılaştırıldığı bir çalışmada psoriatik plaklar üzerine her iki uygulamanın etkinliği arasında anlamlı bir fark bulunmazken kullanım sürecinin 4. haftasından sonra kalsipotriolün iritasyon yapıcı etkisinin artarken etkinliğinin azaldığı, vitamin B12 içeren avokado yağının ise kararlı bir etkinlik gösterdiği için uzun süreli tedavilerde iyi bir seçenek olabileceği öne sürülmüştür (44).

#### **2.1.3.1.3. Bitkisel Tedavi Yan Etkileri**

Hastaların büyük bir kısmı bitkisel tedavilerin doğal olduğunu ve yan etkilerinin olmadığını düşünmektedir. Doktorlar sıklıkla bitkisel tedavi kullanımını sorgulamamakta, hastalar ise eleştirilme korkusu ile kullandıkları bitkisel tedavi yöntemini doktoru ile paylaşmamaktadır. Bitkisel tedavilerde karşılaşılan en önemli sorunlar, bitkilerin farklı aktif maddeler içermesi nedeniyle diğer ilaçlarla etkileşimlerinin ve yan etkilerinin tam olarak bilinmemesidir. Deri, bitkisel tedavilerin yan etkilerinin en sık görüldüğü hedef organdır. En sık alerjik kontakt dermatit ve iritan kontakt dermatit görülmekle birlikte fotosensitivite, yanık, pigmentasyon değişikliği, eritrodermi, Stevens-Johnson sendromu, Sweet sendromu, ürtiker, anjiyoödem, anaflaksi ve nekrotik deri reaksiyonları bildirilmiştir (33, 45).

Akne tedavisinde topikal olarak kullanılan çay ağacı, limon kabuğu, portakal kabuğu, biberiye, okaliptus, ardıç, papatya, lavanta, gül yağları ile glukonolakton kullanımı sonrası yan etkiler bildirilmiştir. İn vivo olarak kontakt dermatit ve iritasyon, in vitro olarak ise sitotoksik etkiler gösterilmiştir (38). Atopik dermatit ve

psoriasisli iki hastada topikal bitkisel tedaviden sonra eritrodermi gelişmiştir. Arnica ekstrelerinin topikal kullanımından sonra Sweet sendromu ile bacak ve yüzde nekrotik deri lezyonlarının geliştiği iki olgu rapor edilmiştir. Ginseng kullanımından sonra bir olguda Stevens-Johnson sendromu bildirilmiştir (32).

Antikoagülan özelliği olan ginkgo biloba bitkisi, antikoagülan ilaçların (aspirin, warfarin gibi) etkisini potansiyelize ederek kanamaya olan yatkınlığı artırmaktadır. Meyan kökü bitkisinde bulunan bir madde yüksek dozlarda veya uzun süre kullanıldığında psödohiperaldesteronizme yol açmakta ve olgularda hipopotasemi ve hipertansiyon gelişebilmektedir (14).

Aromaterapide kullanılan bitkisel yağların en sık görülen yan etkisi fotosensitizasyon olup 33 yaşındaki kadın hastada vücudun %70'inde yüzeyel yanık olduğu bildirilmiştir (32). Lavanta yağı ve çam ağacı yağı içeren şampuanların erkek çocuklarda jinekomastiye neden olduğu bildirilmiştir (33).

Gebelerde kontrendike olduğu bilinen bitkisel tedavi ajanları ise podofilin, anason tohumu, Çin bitkisel tedavisi ve hayit meyvesidir (32). Çin bitkisel tedavileri; kortikosteroidler, androjenik steroidler, arsenik, civa, diazepam, indometazin, diğer steroid olmayan antiinflamatuvarlar ve hidroklorotiyazid gibi etken maddeler içermekte olup ciddi karaciğer hasarı, böbrek yetmezliği ve kardiyomyopatiye neden olabilirler (20, 33).

Bitkisel tedavilerin en önemli yan etkilerinden olan hepatotoksisite uzun yıllardır bilinmekte olup ansatüre pirolizidin alkaloidlerine bağlı gelişmektedir (3). Bitkisel tedaviler yüksek oranda arsenik içerebilirler ve buna bağlı intoksikasyonlar, Bowen hastalığı, arsenik keratozu, skuamöz hücreli kanser gibi ciddi dermatolojik yan etkilere sebep olurlar (32).

Çin bitkisel tedavilerinin bir kısmı yüksek oranda civa içerir ve deride ülser, kuruluk ve eritrodermiye neden olabilir. Çin bitkisel tedavisi kullanan 21 hastada karaciğer hasarı, 2 hastada renal transplantasyon gerektiren son dönem renal yetmezlik gelişmiştir. Atopik dermatitli bir hastada Çin bitkisel çay tedavisinden

sonra dilate kardiyomyopati gözlenmiştir. Başka bir hastada da akut respiratuar distres sendromu rapor edilmiştir (32).

Meyan kökü ve ekinezya immunmodülatör etki ile kortikosteroid ve immunosupresiflerin etkisini azaltabilir. Bitkisel tedavilerin hepatit oluşturma riski yüksek olduğu için metotreksat gibi hepatotoksik ilaçlarla kombine kullanılmamalıdır. Ginkgo biloba, sarımsak, zencefil, soğan, ananas gibi bitkiler trombosit fonksiyonlarını değiştirerek cerrahi işlemler sırasında kanamalara neden olabilir. Fitoöstrojen içeren soya, meyan kökü, melek otu gibi bitkiler özellikle dermabrazyon, lazerle cilt gençleştirme ve skarların tedavisi sırasında pigment değişikliklerine neden olabilir. Gamolenik asit içeren çuha çiçeği yağı nöbet eşiğini düşürdüğü için antikonvülzan dozlarının artırılması gerekir (33, 45).

Bitkileri içeren alternatif tıbbın kullanımı hızla yaygınlaşmakla birlikte bitkilerin kullanımı ve etkinliğinin bilinmesi için daha çok araştırmaya ihtiyaç vardır. Bitkisel ürünlerdeki bileşiklerden hangilerinin ne tür aktif madde içerdiği, bunlar arasında bir etkileşimin olup olmadığı genellikle bilinmemektedir (14, 32).

### **2.1.3.2. Diyet ve Beslenme**

#### **2.1.3.2.1. Makrobiyotik Diyet**

Günümüzde en popüler antikanser diyetlerindendir. Günlük total kalorinin %50-60'ı hububatlardan, %25-30'u sebzelerden, geriye kalanı soya fasulyesi, taze fasulye, deniz yosunu ve çorbalardan elde edilir, et yasaktır (4).

#### **2.1.3.2.2. Megavitaminler**

Megavitamin tedavisi, hastalıkların önlenmesi veya tedavisi için yüksek dozlarda vitamin kullanımını tanımlar (9). Yüksek dozda C vitamini, B vitamini veya her ikisi birlikte kullanılmaktadır. Yüksek dozda A vitamini de kullanılmış ve A vitamini entoksikasyonu olguları rapor edilmiştir (4).

### **2.1.3.2.3. Esansiyel Yağ Asitleri**

Atopik dermatitli çocuk hastalarda bakılan serum araşidonik asit düzeylerinin düşük saptanması üzerine 1937’de esansiyel yağ asidi eksikliğinin atopik dermatit patogenezinde önemli bir etken olabileceği düşünülmüştür (8). Toplam 22 çalışmanın metaanaliz edildiği bir araştırmada esansiyel yağ asidi kullanımının atopik dermatit üzerine etkilerinin tutarsız olduğu ve anlamlı etkinlik saptanmadığı raporlanmıştır (46). Anne sütündeki gama linoleik asit varlığının atopik dermatit üzerine etkinliğinin araştırıldığı bir çalışmada 131 infant bir yıl boyunca takip edilmiş ve diyetdeki gama linoleik asit varlığının atopik dermatit gelişimi üzerine etkili olmadığı kaydedilmiştir (47).

### **2.1.3.2.4. Probiyotikler**

Probiyotiklere yönelik yapılan iki çalışmada sadece gıda alerjisi bulanan atopik çocuklarda probiyotik kullanımının faydalı olduğu gösteren bulgular elde edilmiştir. Bir başka çalışmada ise prenatal 4 hafta ve postnatal 6 ay süresince probiyotik kullanan annelerin sadece anne sütü ile beslenen çocuklarında ekzema gelişiminin önlendiği raporlanmıştır (8).

### **2.1.3.2.5. Hayvansal Besinler**

Köpekbalığı kıkırdağı, bağışıklık sistemini uyaran belirli proteinleri ve mukopolisakkaritleri içermektedir. Psoriasis, akne, glokom, osteoporoz, diyabetik nöropati, osteoartrit için destek tedavi sağladığı ileri sürülmektedir (48).

Akne vulgariste benzoil peroksit ile isolutrol (köpek balığı karaciğer yağının aktif maddesi) kullanımının karşılaştırıldığı bir çalışmada isolutrolün hafif ve orta şiddetteki inflamatuvar lezyonlarda anlamlı azalma sağladığı fakat noninflamatur lezyonlarda anlamlı değişiklik gözlenmediği raporlanmıştır (49).

## **2.1.4. Manüplatif ve Beden Temelli Tedaviler**

### **2.1.4.1. Masaj**

Masaj kelimesi; Arapça dokunma anlamına gelen “mass” ve Yunanca yoğurma anlamına gelen “massein” kelimelerinden gelmiştir. Masaj uygulamaları; kan damarlarında vazodilatasyon, cilt ısısında artma ve kalp hızında azalma yoluyla vücutta rahatlamaya neden olmaktadır. Masajın etki mekanizması tam olarak açıklanamamakla birlikte, kas dokusunda laktik asit yapımında azalma, konnektif doku iyileşmesi stimülasyonu, lenfatik ve venöz sirkülasyonda artma gibi çeşitli hipotezler öne sürülmektedir. Lenfödem ve selülit tedavisinde masaj yöntemi kullanılmaktadır (20, 50, 51).

Ateroskleroz, tromboemboli, ciddi varikoz venler, akut flebit, sinovit, deri enfeksiyonları, kanser, akut inflamatuvar hastalık durumlarda kullanılmamalıdır (50).

### **2.1.4.2. Akupressur**

Akupressur; vücuttaki enerjinin dolaşımı ve dengesi yoluyla ağrı ve bulantı gibi rahatsız edici semptomların kontrolünde, vücut yüzeyindeki farklı noktalar üzerine fiziksel basınç uygulanarak yapılan bir tedavi şeklidir. Bu tedavi şekli akupunktura benzemektedir ve enerjinin iç akışını sağlamak için vücuttaki akupunktur noktaları üzerine parmaklar, el, avuç içi ve diz ile basınç yapılarak uygulanmaktadır. Akupressur, iğnesiz akupunktur olarak da bilinmektedir (52).

### **2.1.4.3. Osteopati**

Eklem ve spinal problemlere yönelik bir manipülasyon tekniğidir. Arteryal kan akımının sağlığın yayılmasında rolü olduğuna bu nedenle kemik manüplasyonunun tedavi edici olduğuna inanılır. Eklemlerdeki basıncı azaltmaya, kasları, eklemleri ve vücut sıvılarının akımlarını düzeltmeye yönelik manipülasyonlar yapılmaktadır. Osteopati, şiropraktik tedavi ile iç içedir (4, 9, 53).

#### **2.1.4.4. Şiropraksi**

Spinal bölgeye noktasal, sert ve tek bir vuruş uygulaması ile karakterize olan bu tedavi şekli, kas iskelet sistemi ağrılarının tedavisi ve omurganın korunması için yapılır. Komplike olmayan, akut sırt ağrısında konvansiyonel tedavilerle benzer başarılar gösteren çalışmalar olmasına rağmen etkinliği tam kanıtlanamamıştır. Tüm spinal manüplasyonlara bağlı disk herniasyonları, vertebra kırıkları, spinal kord basıları, cauda equina sendromu ve serebrovasküler olay literatürde bildirilmiştir (3, 54).

#### **2.1.4.5. Refleksoloji**

Birçok kültürde eski zamanlardan beri uygulanan refleksoloji, ayaklarda bedenün tüm bölgeleri, organları ve sistemlerine karşılık gelen refleks noktaları olduğu ve bu noktaların beden anatomisinin aynası olduğu prensibine dayanan bir yöntemdir. Özel el ve parmak teknikleriyle bu refleks noktalarına uygulanan baskının, stresin azaltılmasını sağlayarak bedende fizyolojik değişikliklere yol açtığı ileri sürülmektedir. Refleksolojinin temelinde, rahatsızlıkların enerjinin belli bir yerde bloke olmasından kaynaklandığı tezi yatar ve bu teknik ile bütün vücuda masaj yapmaksızın stresi vücuttan uzaklaştırmanın, rahatlamayı ve dinlenmeyi sağlamanın mümkün olduğu bildirilmektedir (9, 55).

#### **2.1.4.6. Balneoterapi**

Deniz suları, yeraltı kaynaklardan termomineral sular, peloidler ve gazların banyo, içme, solunum ve harici uygulamalar yoluyla hastalıkların tedavisinde kullanılmasına “Klimaterapi-Balneoterapi” tedavisi adı verilir. Deniz suyunun yoğun kullanıldığı yerler talassoterapi, yeraltı termo-mineral sularının yoğun kullanıldığı yerler balneoterapi (spa)-kaplıca tedavi merkezleridir. Termo-mineral sularla birçok deri hastalığı tedavi edilebilmektedir, en etkin olduğu hastalıklar psoriasis ve atopik dermatittir. Balneoterapi ülkemizde daha çok psoriasis, atopik dermatit ve seboreik dermatit gibi hastalıklarda kullanılmaktadır. Generalize püstüler psoriasis ve

eritrodermi dışında psöriasisin birçok çeşidinin bu tedavi rejimine olumlu cevap verdiği bildirilmiştir (56-58).

Mineral suların üç temel özelliği, doğal bir kaynaktan köken alması, bakteriyolojik açıdan saf olması ve tedavi edici potansiyellerinin bulunması olarak sayılabilir. Çoğunlukla sülfür, hidrojen sülfid ve sülfattan zengin olan mineral sular ve çamur, farklı kimyasal ve fiziksel özellikleri ile dermatolojik hastalıkların tedavisinde faydalı olabilmektedir (57, 58).

Bilinen balneoterapi merkezleri arasında mineral ve tuz konsantrasyonu % 33 olan İsrail’de bulunan Ölü Deniz-Lut Gölü, İzlanda’da bulunan Blue Lagoon, Bulgaristan’ın Karadeniz kıyısı (Black Sea), Fransa’da bulunan suyu selenyumca zengin La Roche-Possay ve ülkemizde bulunan Sivas Kangal Balıklı Göl sayılabilir. Kangal Balıklı Kaplıcası 35°C ısı ile 7.8 pH’a sahiptir ve içinde iki çeşit balık yaşamaktadır. Balıklar psoriasisli olguların lezyonları üzerindeki skuamlarla beslenirler. Skuamların uzaklaştırılması ultraviyole ışınlarının deri üzerindeki etkinliğini artırır ve olgularda pozitif psikolojik etkiye neden olur. Balıklar ilk günden itibaren skuamaları temizlerken yüzeysel eksülserasyonlar oluşmaktadır. Bu plaklarda iyileşme başlaması “revers köbner” fenomeniyle açıklanabilir (56, 57).

Balneoterapinin etki mekanizması tam olarak bilinmemektedir. Terapötik özelliklerinin kimyasal, termal, mekanik ve immünmodülatör etkilerine bağlı olduğu düşünülmektedir. Sudaki selenyum, magnezyum, sülfür ve bikarbonatın antiinflamatuvar, antioksidan, vazodilatör, antikarsinojenik, keratoplastik, antipruritik özellikleri ile suyun hidrasyon ve jakuzi etkisinden de faydalanılmaktadır (57, 58).

Balneoterapinin yan etkileri temel olarak güneş yanığı ve diğer fotosensitif reaksiyonlardır. SLE ve diğer güneşle alevlenen dermatozlar, deri kanserleri, akut deri enfeksiyonları, immün yetmezlik durumları, ciddi psikiyatrik bozukluklar, akut alkolizm, epilepsi, kardiyak bozukluklar, ciddi variköz venler, iyileşmeyen yaralar ve mineral banyo hipersensitivitesi durumlarında balneoterapi uygulanmamalıdır (58).

#### **2.1.4.7. Hirudoterapi**

Sülüklerin çok eski çağlardan beri bazı hastalıkların tedavisinde kullanıldığı bilinmektedir. Bu tedavi şekline hirudoterapi veya İngilizce’de leechtherapy denilmektedir. Sülüklerin salyalarında 100’ün üzerindeki farklı aktif biyolojik madde bulunmakta olup içerdiği vazodilatör, bakteriyostatik, analjezik, antiinflamatuvar ve antikoagülan maddeler sayesinde mikrosirkülasyon bozuklukları giderilir, organ ve dokuların hasarlı vasküler permeabilitesi düzeltilir, hipoksi giderilir, kan basıncı düşürülür, immünite artırılır, ağrı giderilir ve organizmanın biyoenerjetik durumu artırılır. Amerika Birleşik Devletlerinde 2004 yılında sülük satışı ile genel amaçlar, plastik cerrahi ve mikrocerrahide kullanımına FDA tarafından izin verilmiştir (59).

Hirudoterapi tedavisi sırasında değişik komplikasyonlar gelişebilmekte ve en sık görülenler uzayan kanamalar, alerjik reaksiyonlar ve bakteriyel enfeksiyonlardır. Sülük uygulaması sırasında, özellikle immün yetmezlik varlığında mutlaka profilaktik antibiyotik tedavisi verilmelidir (59).

#### **2.1.4.8. Aromaterapi**

Aromatik bitkilerden elde edilen esans yağlarının, koku yollarındaki reseptörler üzerinden organizmayı etkilemesi esasına dayanan tedavi şekline aromaterapi denilmektedir. Esans yağlarının kullanımı, kozmetik sanayiinden, medikal uygulamalara kadar geniş bir alanı içermektedir. Esans yağlarının buharlaşabilme özelliğinden dolayı, aromaterapi uygulamaları genellikle solunum yoluyla yapılmaktadır. Solunum yoluyla uygulamanın yanı sıra deri yolu ile de kullanılabilir. Esansiyel yağların herhangi bir durumda ağız yoluyla kullanımı kesinlikle önerilmemektedir. Yapılan birçok çalışma, çeşitli aromaların öğrenme sürecinde, dikkat düzeyi ve odaklanma, algı, bilişsel performans, hafıza ve duygudurum üzerinde pozitif etkileri olduğunu göstermektedir (9, 60-64).



### 2.1.5. Enerji Terapileri

İki tür enerji tedavisi vardır.

- a) Biyo-elektromanyetik Terapiler: Mıknatıslar, değişken ya da doğrudan akım alanları
- b) Biyo-alan Terapileri: Qi gong, Refleksoloji, Reiki, Shiatsu, Tai chi

#### 2.1.5.1. Reiki

Reiki, şifa ve ruhsal çalışmalara dayanan, 20.yüzyılın başında Japonya'da ortaya çıkan ve enerji aktarımı ile şifa vermeye dayalı olduğuna inanılan bir tekniktir. Reiki'nin bir "Ruhsal Şifa Tekniği" olduğu herhangi bir din ya da inanç şekli olmayıp, herkes tarafından kolaylıkla uygulanabileceği belirtilmektedir. Dünyada birçok hastane reiki uygulamasını bütüncü tedavi olarak kabul etmektedir. Reiki'nin evrensel bir enerji olduğu ve hiçbir kişinin tekelinde olmadığı belirtilmekte ve bu yöntem ile herkesin kendisinin şifacısı olabileceği savunulmaktadır (65-67).

#### 2.1.5.2. Shiatsu

Klasik akupunktur ile birlikte Japon manuel masaj tekniğinin bir arada kullanıldığı yöntemdir (9).

#### 2.1.5.3. Tai Chi

Tai chi, doğru nefes alma teknikleri ve yavaş hareketlerle yapılan özel duruşların bir kombinasyonudur. Hareketlerde kas gücünden ziyade iç enerji (chi) ve vücut arasındaki koordinasyon, zihinsel konsantrasyon, derin nefes alma, vücut ağırlığının ve baskısının kontrol edilmesi önemlidir. Hem fiziksel hem de ruhsal iyilik halinin artmasına katkıda bulunmaktadır (68, 69).

#### **2.1.5.4. Qi-Gong**

Geleneksel Çin tıbbının majör bir dalıdır. Sözlük anlamı “vital enerji fonksiyonu” olarak çevrilebilir. İnsanı makrokozmozda sinerjistik olarak gömülü mikrokozmosmik bir enerji sistemi olarak kabul eder. “Başka insanlardan yayılan ve/veya uygulayıcı tarafından üretilen vital enerji ile hastanın enerji seviyesi sağlıklı duruma çıkarılabilir veya hareketlerle yönlendirilebilen vital enerji, içsel vital enerjiyi hastalıklı bölümlere yönlendirebilir” gibi yöntemler temelinde uygulanır(25).

### **2.2. Psoriasis**

#### **2.2.1. Tanım**

Psoriasis, keskin sınırlı eritemli skuamli plaklarla karakterize kronik inflamatuvar bir hastalıktır (70).

#### **2.2.2. Epidemiyoloji**

Normal popülasyonda %1-3 oranında görülmekte ve dermatoloji polikliniklerine başvuran hastaların %6-8'ini oluşturmaktadır. Beyaz ırkta daha sık görülen hastalık her iki cinsi eşit oranda tutar. Psoriasis her yaşta görülebilmekle birlikte 20-30 ve 50-60 yaşlarında olmak üzere iki kez pik yapar. Kadınlarda başlangıç yaşı daha erken olma eğilimindedir (71).

#### **2.2.3. Etyopatogenez**

Psoriasis, etyopatogenezi net olmamakla birlikte, poligenik tip heredite gösteren, çevresel ve sosyal faktörlerin de rol oynadığı multifaktöriyel etyolojili bir deri hastalığıdır. Hastalığın genetik yatkınlık zemininde, otoimmün süreçlerde rol oynayan T hücre aracılı mekanizmalarla ortaya çıktığı düşünülmektedir (72, 73).

Normal epidermiste bazal tabakadan granüler tabakaya geçiş süresi 13 gün iken psoriasisde bu süre 1-3 güne kadar iner. Hiperproliferasyona paralel olarak

epidermal turnover normalden yaklaşık 8 kat kısalmış ve keratinosit farklılaşması yetersiz kalmıştır. Psoriatik derideki keratinositler normale oranla apoptozise daha dirençlidir. Önceleri epidermal hiperproliferasyonun de novo olarak gerçekleştiği düşünülse de günümüzde keratinositlerin fokal deri bölgelerinde primer T lenfositleri başta olmak üzere immün sistem aktivasyonu ile uyarılıp proliferasyon yaptığı düşünülmektedir. Bu nedenle psoriasis Immune Mediated Inflammatory Disease (IMID) olarak tanımlanmaktadır (70, 74-76).

Psoriasis hastalarının sadece %30'unda aile öyküsü saptanabilmektedir (76). Psoriasis olguları ailesel yatkınlığın varlığı ve başlangıç yaşı göz önünde tutularak iki tipe ayrılabilir; tip 1 psoriasis erken başlangıçlı ve daha çok HLA CW6, B57, DR7 ile ilişkili iken tip 2 psoriasis ise geç başlangıçlı olup HLA CW2 ile ilişkilidir (77).

Travma, enfeksiyonlar, stres, endokrin değişiklikler, bazı ilaçlar, çeşitli metabolik değişiklikler ve beslenme tetikleyici faktör olarak rol oynamaktadır. Aşırı alkol ve sigara tüketimi psoriasis ile ilişkilidir ancak majör bir risk faktörü olarak görülmemektedir. Mekanik, fiziksel, kimyasal travmalar ve inflamatuvar olaylar hastalığı başlatabilmekte veya alevlendirebilmektedir. Lityum, antimalaryal ilaçlar, beta blokerler, iyot, progesteron, indometazin, nistatin tedavileri ile sistemik steroid tedavisinin ani kesilmesi gibi iyatrojenik faktörler, hipokalsemi gibi metabolik değişiklikler hastalığı tetikleyebilmektedir (70, 71).

Düşük aminoasit alımı ve sonuçta inflamatuvar eikosanoidlerin azalmasına bağlı vejeteryan diyetin psoriasisli hastalarda yararlı olabileceği düşünülmektedir. Bazı çalışmalarda n-3 poliansatüre yağ asidinden zengin balık yağıyla beslenmeyle psoriasisde antiinflamatuvar etki gözlenmiştir (75).

#### **2.2.4. Klinik**

Psoriasis, farklı boyutlarda eritemli, gümüşü beyaz skuamli plaklarla karakterizedir. Saçlı deri, tırnaklar, ekstremitte ekstensörleri, umbilikal bölge ve sakrum tipik tutulum alanları olup lezyonlar sıklıkla simetrik yerleşimlidir. Hastaların %30' undan fazlasında genital bölge tutulumu olur. Kaşıntı ve yanma hissi gibi subjektif semptomlar bulunabilir (71, 77).

Psoriasis, lezyonların morfolojisi, yerleşim yerleri veya konfigürasyonlarına göre farklı klinik tiplere ayrılır (78):

Morfolojik özelliklerine göre; psoriasis vulgaris (kronik plak tip psoriasis), guttat psoriasis, püstüler psoriasis, eritrodermik psoriasis, foliküler psoriasis, seboreik psoriasis (sebopsoriasis) ve rupioid psoriasis

Yerleşim yerlerine göre; saçlı deri psoriasis, palmoplantar psoriasis, invers psoriasis, tırnak psoriasis, psoriatik artrit, genital ve perianal psoriasis, napkin psoriasis

Konfigürasyonlarına göre; anüler psoriasis, numuler psoriasis, girat psoriasis, coğrafik psoriasis

Psoriasisin en sık görülen ve tipik belirtilerle ortaya çıkan formu psoriasis vulgaris olarak tanımlanır. Keskin sınırlı, eritemli skuamli plaklar künt bir cisimle kazınırsa beyaz lameller halinde dökülür ve bu bulgu ‘mum lekesi fenomeni’ olarak isimlendirilir, parakeratotik hiperkeratozun bulgusudur. Lezyonlu alana yakın lezyonsuz deriye uygulanan travma sonrası psoriatik lezyonların ortaya çıkması ‘izomorfik fenomen (Koebner fenomeni)’ olarak tanımlanır. Olguların %38-76’sında pozitif olup travma ile lezyon çıkışı arasında geçen süre 3 gün ile 2 yıl arasında değişebilmekle birlikte genel olarak 10-20 gündür. Bir travma alanında köbner fenomeni pozitif ise tüm travma alanlarında pozitifdir. Buna hep ya da hiç kuralı denir. Travma sonrasında lezyonların iyileşmesi ‘ters köbner fenomeni’ olarak tanımlanmıştır ve Köbner negatif psoriasisli hastalarda gözlenmektedir. Lezyon üzerinde skuamli tabakalar kaldırıldıktan sonra kazınmaya devam edildiğinde lezyondan nemli, yapışık bir tabaka kaldırılır. Bu tabaka epidermin dermal papillalar üzerindeki son tabakası olup psoriasis için patognomonik bir bulgudur ve ‘son zar fenomeni’ olarak isimlendirilir. Kazıma işlemine devam edilirse skuamli tabakaların altında önce eritemli bir zemin sonra papillomatozis ve kapiller dilatasyonun neden olduğu ‘kanama odakları (Auspitz veya noktavi kanama belirtisi)’ ortaya çıkar. ‘Woronoff halkası’ ise psoriasis plaklarının çevresinde milimetrelerle ölçülebilen eritemsiz hipopigmente bir zon olarak ifade edilir (70, 79).

Psoriasisli olgularda tırnak tutulum sıklığı %10-78 arasında değişmektedir. Artropatik psoriasisli olan olgularda ise bu oranın %75-86'ya ulaştığı bildirilmiştir. El tırnakları ayak tırnaklarına oranla daha sık tutulur. Tırnak bulguları yüksük tırnak, yağ damlası görünümü, onikolizis, subungal hiperkeratoz, yüzey bozukluğu, renk değişikliği, lökonişi ve splinter hemoraji şeklinde görülür (70, 71, 80).

Artropati, psoriasis hastalarında %5-8 oranında izlenmektedir. Psoriatik artrit %75 olguda deri tutulumundan sonra, %10 olguda ilk belirti, %15 olguda ise deri deri tutulumu ile birlikte izlenir. HLA B27 doku grubuna sahip olanlarda psoriatik artrit sıklığı artmıştır. Psoriatik artrit beş farklı klinik formu tanımlanmıştır. Bunlar asimetric oligoartrit, simetrik poliartrit, distal interfalangial eklem tutulumu, spinal tutulum ve artrit mutilansdır. En sık asimetric oligoartrit tablosu izlenir. En sık tutulum distal interfalangial eklemler, diğer küçük eklemler ve sakroiliak eklemlerde izlenir. Psoriatik artrit seronegatif spondiloartrit tipinde olup eroziv değişikliklere neden olabilir (70, 71, 81).

Psoriasisli hastaların kardiyovasküler sistem hastalıkları açısından riskli grupta oldukları çeşitli çalışmalar ile ortaya konmuştur. Psoriasisli hastalardaki kronik inflamasyonun metabolik ve vasküler bozuklukların gelişiminde rol oynadığı düşünülmektedir. Obezite, diyabet, hiperlipidemi ve hipertansiyonun psoriasisli hastalarda daha sık görüldüğü tespit edilmiştir (82).

### **2.2.5. Histopatoloji**

Psoriasis lezyonu temelde üç ana karakteristik histolojik özellik gösterir: 1) Epidermal kalınlaşma, parakeratoz ve hiperkeratoz; 2) Dermal papillalarda kapiller dilatasyon; 3) Dermis ve epidermiste mononükleer ve polimorfik hücre birikimi (83).

Regüler epidermal hiperplazi, stratum korneumda küçük parakeratoz kübelleri ile birlikte piknotik nükleuslu nötrofilik debris (Munro mikroapseleri), üst spinal katmanda spongiotik vakuollerle çevrili tek tek nötrofiller (Kogoj'un spongioform mikropüstülleri) ve granüler tabakada incelmeye gözlenir. Epidermal rete uçlarında küntleşme ve alt uçlarından yer yer birleşme izlenir. Yüzeysel dermiste

yoğun lenfosit infiltrasyonu ve dermal papillalarda ileri derecede dilate ve kıvrımlı kapillerler saptanır (71, 84).

### 2.2.6. Klinik Skorlama

Standardize edilmiş yöntemlerin kullanılması, hastalık şiddetinin belirlenmesi ve tedavi rejimlerinin etkinliğini değerlendirilmesine fayda sağlar. Bu amaçla psöriasis şiddetini belirlemede sıklıkla Psoriasis Area Severity Indeks (PASI skoru: Psoriasis Alan Şiddet İndeksi), tırnak tutulumunun şiddetini belirlemede ise Nail Psoriasis Severity Indeks (NAPSI: Psoriasis Tırnak Şiddet Skoru) kullanılmaktadır. Vücut yüzey alanı tutulumu < %3 ise hafif, %3-10 orta ve %10< ise şiddetli olarak kabul edilir. Etkili tedavide PASI değeri başlangıçta saptanan değerden %75 ve daha fazla azalmalıdır (85-87).

### 2.2.7. Tedavi

Tedavi seçiminde; hastanın yaşı, cinsiyeti, genel durumu, tutulum alanı, hastalığın tipi ve süresi, daha önce uygulanan tedaviler, sosyoekonomik durum, psişik durum ve eşlik eden hastalıklar göz önüne alınmalıdır. Uygulanacak tedavinin etkinliği ve güvenilirliği kadar kolay uygulanabilir oluşu ve hasta uyumu son derece önemlidir (70).

Psoriasiste hiçbir tedavi kür sağlayamadığı için tedavinin ana hedefi hastalıkta erken ve hızlı kontrol sağlamak, hastayı uzun süre remisyonda tutmak, relapsları önlemek, tedavi yan etkilerinden kaçınmak ve hastanın yaşam kalitesini yükseltmektir. Hastalar hastalıklarının kronik doğası ve tamamen etkili bir tedavinin bulunmadığı konusunda bilgilendirilmelidir (88, 89).

Psoriasiste kullanılan tedavi yöntemleri topikal tedaviler, fototerapi ve sistemik tedaviler olarak üç grup altında incelenebilir (70).

Topikal tedavi seçenekleri arasında keratolitik ajanlar, kortikosteroidler, katran, antralin, tazaroten, vitamin D3 analogları (kalsipotriol, kalsitriol, takalsitol) ve topikal kalsinörin inhibitörleri (pimekrolimus, takrolimus) sayılabilir (86).

Psoriasisin topikal tedavisinde genel prensip kullanılacak olan topikal ajanların penetrasyonunu artırmak için, kalın skuamlı plaklara önce keratolitik ajanlar kullanımıdır. En sık tercih edilen keratolitikler salisilik asit ve üredir (86).

Topikal tedavide en sık kullanılan ve en hızlı yanıt alınan ajan kortikosteroidlerdir. Antiproliferatif, antiinflamatuvar ve immunsupresif etkilidirler. Topikal steroidler lezyonun anatomik lokalizasyonu ve klinik özelliğine uygun olarak krem, pomat veya losyon formlarında kullanılabilir. Psoriasis tedavisinde topikal steroidler tek başına veya antralin, vitamin D analogları ve tazoreten ile kombine olarak kullanılabilir. Bu kombinasyonlar sayesinde hem topikal steroidlerin kullanım miktarı ve süresi azaltılarak yan etkileri en aza indirilebilmekte hem de ortaya çıkabilecek sinerjiden yararlanılabilmektedir (70, 77, 86).

Katran ve kükürt düşük konsantrasyonlarda etkili olabilir fakat iyileşme yavaş olup iritan özellikleri nedeniyle çok tercih edilmemektedir (70). Kömür katranının antiinflamatuvar, antibakteriyel, antipruritik ve antimitotik etkileri vardır (86). Antralin iritan bir ajan olduğu için düşük konsantrasyonda ve kısa süreli uygulamalar şeklinde kullanılabilir (70, 77).

Vitamin D3 analogları epidermal proliferasyonu ve inflamasyonu baskılayarak, kornifikasyonu uyarak etkili olurlar (86).

Takrolimus ve pimekrolimus topikal kalsinörin inhibitörü olup proinflamatuvar sitokin salınımını inhibe ederler. Yapılan çalışmalarda plak tip psoriasisde penetrasyonun yetersiz olması nedeniyle etkisi daha az bulunurken, özellikle fleksural alan, yüz ve genital bölge gibi derinin daha ince olduğu bölgelerde tercih edilmektedir (77, 86).

Fototerapi, topikal tedavilerin yetersiz olduğu olgularda ilk seçenek olarak düşünülebilir. Fototerapide UVB, dar band UVB veya PUVA tercih edilebilir. PUVA, DNA sentezini ve mitozu baskılayarak keratinosit proliferasyonunu azaltır, antijen sunan hücre fonksiyonlarını baskılayarak antiinflamatuvar etki gösterir. PUVA tedavisi psoralenin oral, topikal veya banyo uygulanması şeklinde verilebilir. PUVA

tedavisi çok etkin olmasına karşın vücut yüzeyinin %50'den azı tutulmuş olgularda UVB tedavisi de PUVA kadar etkili olabilmektedir (70, 77, 86).

Sistemik tedavi endikasyonları; topikal tedaviye yanıtızsızlık, PASI>10 olması, psikososyal morbidite veya işlevsel sorun varlığı, hastanın genel sağlığının engel teşkil etmediği, orta ve şiddetli psoriasis vulgaris, generalize püstüler psoriasis, eritrodermik psoriasis, psoriatik artrit olarak sayılabilir. En sık tercih edilen sistemik tedaviler geleneksel sistemik tedaviler olarak bilinen metotreksat, siklosporin ve oral retinoidler olup gerekli olgularda mikofenolat mofetil, hidroksiüre, sülfasalazin kullanılabilir. Geleneksel sistemik tedavilerin uzun süreli kullanımlarındaki potansiyel toksisite riskleri nedeniyle 1-3 yıllık periyodlarla dönüşümlü kullanılmaları önerilmektedir. Son yıllarda geleneksel sistemik tedavilere dirençli veya bu tedavileri tolere edemeyen şiddetli psoriasisde biyolojik ajanlar kullanılmaktadır (70, 86, 87).

Psoriasis tedavisinde ayrıca tetikleyici faktörlere yönelik yaklaşım gösterilmeli, hastaya psişik destek sağlanmalıdır. Hastalara genel sağlık açısından da yararları kanıtlanmış olan sebze-meyve ve deniz ürünlerinden zengin, kırmızı etten fakir ve yağı azaltılmış beslenme önerilmelidir. Klinik alevlenmelerin önlenmesi ve tedaviye destek açısından düzenli egzersiz yapılması, alkol ve sigara kullanılmaması, kilo kontrolü, travmadan kaçınmadan kaçınılması, stresin azaltılması, başta  $\beta$  hemolitik streptokoklar olmak üzere infeksiyonlardan ve antimalaryal ilaçlar, lityum, interferon gibi psoriasis tetikleyen ilaçlardan kaçınılması gibi konularda eğitim verilmelidir (70, 87, 90).

### **2.2.8. Psoriasisde Yaşam Kalitesi**

Kronik deri hastalıklarının, hastaların yaşam kalitesini belirgin şekilde etkilediği gösterilmiştir. Psoriasis, depresyon ve kronik akciğer hastalığından sonra ruhsal etkileri en fazla olan üçüncü hastalık, konjestif kalp yetmezliğinden sonra da fiziksel etkileri en fazla olan ikinci hastalık olarak saptanmıştır (70, 91).



Hastalıkların klinik ciddiyetinin dışında sosyal yaşantıya etkilerinin saptanması, hastaların hastalığı nasıl algıladıklarının anlaşılması, tedavi sonuçlarının psikososyal durum üzerinde yarattığı değişikliklerin belirlenmesi önem taşır (92).

Psoriasisste, kür elde edilememesi, kronik seyri ve etkinlik-güvenilirlik-maliyet açısından ideal bir tedavisinin olmaması hasta memnuniyetsizliğinin en önemli etkenleridir. Orta ve şiddetli psoriasisi olan hastaların %80'inde hastalığa bağlı yaşam kalitesinin etkilendiği, her on hastadan birinin bu nedenle ölmek istediği ve intihar girişiminde bulunma oranının %5.5 olduğu saptanmıştır. Psoriasisste yaşam kalitesinin etkilenmesi her zaman klinik şiddet ile korele değildir ve hafif deri bulguları bile ağır psikolojik sorunlara yol açabilir. Psoriasisli hastaların %86'sı topikal ve %60'ı sistemik tedavileri başarısız olarak nitelemektedir (11, 87).

### **2.3. Akne Vulgaris**

#### **2.3.1. Tanım**

Akne vulgaris (AV), adölesan ve genç erişkinlerde sıklıkla karşılaşılan pilosebace ünitenin kronik inflamatuvar bir hastalığıdır (93).

#### **2.3.2. Epidemiyoloji**

Akne vulgaris tipik olarak pubertede başlar ve adolesanlarda % 70- 87 gibi yüksek düzeylerde görülmekte olup 15-18 yaşlar arasında pik yapar (94). Kızlarda erken puberteden dolayı daha erken yaşlarda başlayabilir. Hastalık genel olarak 25 yaşından önce geriler fakat bazı vakalarda kırklı yaşlara kadar devam edebilir (94-96).

#### **2.3.3. Etyopatogenez**

Akne vulgaris, etyopatogenez açısından multifaktöriyel bir hastalıktır. Sebum üretiminde artış, duktal hiperkeratinizasyon, mikroorganizmalar ve inflamasyon en

önemli patogenetik faktörlerdir. Genetik, hormonlar, beslenme, fiziksel etkenler, emosyonel durum ve ilaçlar diğer suçlanan faktörlerdir (95, 97).

Akne patogeneğinde ilk aşama pilosebace follikül kanallarının tıkanması sonucu infrainfundibuler duktustaki keratinositler ve korneositlerin proliferasyonu ve retansiyonu sonucu mikrokomedon oluşumudur. Epidermal hiperproliferasyonu dihidrotestesteron tetiklemekte ve linoleik asit eksikliği katkıda bulunmaktadır (95, 98).

Akneli hastalarda artmış sebum üretimi söz konusudur ve normalden daha geniş yağ bezleri bulunur. Sebum sekresyonunun artması follikülde anaerobik ve lipitten zengin bir ortam sağlayarak *Probionibacterium acnes* (*P. acnes*) için hazır bir ortam oluşturmaktadır. *Probionibacterium acnes* sebum içeriğindeki trigliseridleri serbest yağ asitlerine parçalamakta ayrıca lipaz, proteaz, hiyaluronidaz salgılayarak ve nötrofillerden hidrolaz salınımını tetikleyerek follikül duvarında hasara neden olmaktadır. Nötrofillerin başlattığı inflamasyon, serbest radikaller ve follikül duvarından salınan proinflamatuvar sitokinler ile devam eder (97-99).

Güneş ışığı, psikolojik stres, komedojenik kozmetik ürünler, klor, katran, petrol, siklik hidrokarbon yapılı halojenler follikül reaktivitesinde artmaya neden olurlar (99).

Akneyi alevlendiren ve akneiform lezyonlara neden olabilecek ilaçlar arasında; lityum, hidantoin, oral kontraseptifler, izoniazid, rifampin, tetrasiklinler, disülfiram, barbitüratlar, siklosporin, kemoterapötikler, kortikosteroid, B2, B6 ve B12 vitamini sayılabilir (97, 100).

Sigaranın, akne sıklığı ve şiddeti üzerine artırıcı etkileri olduğunu gösteren çalışmalar bulunmaktadır (101). Diyet ile akne arasında kesin bir neden sonuç ilişkisi kurulamamış olsa da yüksek glisemik indekse sahip batı tipi diyetle beslenmenin akneyi arttırdığını düşündüren yayınlar vardır (102). Süt, çikolata, ekmek, fındık, yumurta gibi glisemik indeksi yüksek gıdalar hiperinsülinemiye neden olarak hormon bağımlı sebum üretimini tetiklemektedir (103).

### 2.3.4. Klinik

Akne vulgaris sıklıkla yüz bölgesini tutmakla birlikte, daha az oranda sırt, omuzlar, kolların üst kısımları ve göğüs gibi seboreik bölgeleri etkileyebilmektedir. Polimorfizm gösteren lezyonlar noninflamatuvar ve inflamatuvar tipte olabilir. Noninflamatuvar lezyonlar açık ve kapalı komedonlardır. İnflamatuvar lezyonlar komedonun dermise açılması ile oluşan papül, püstül, nodül veya kistlerdir. Hem inflamatuvar hem de noninflamatuvar akne lezyonları iyileşirken eritem veya hiperpigmente maküller, atrofik veya hipertrofik skarlar bırakabilmektedir (95, 96, 104, 105).

### 2.3.5. Akne Klinik Derecelendirme

Akne hastalarında en uygun tedavi yöntemini belirlemek ve tedaviye verilen yanıtı izlemek için hastalığın objektif ve doğru bir şekilde değerlendirilmesi gerekir. Akne vulgariste klinik derecelendirme lezyon sayısı veya lezyon şiddetine göre (global değerlendirme) yapılabilmektedir (106).

### 2.3.6. Tedavi

Aknenin şiddeti ve tercih edilecek tedavi yöntemi ne olursa olsun tedavide temel olarak patogeneizde yer alan basamaklar hedef alınır. Skar riskini en aza indirmek ve hasta üzerindeki olumsuz psikososyal etkileri ortadan kaldırmak için tedaviye mümkün olduğunca erken başlanmalıdır (107).

Tedavi tamamen hastaya özel olarak planlanır. İlaç seçiminde akne türü ve şiddeti ilk ve en önemli kriter olmakla birlikte hastanın yaşı, deri tipi, daha önce kullandığı tedaviler, bunların fayda ve yan etkileri ile hastanın psikososyal durumu mutlaka göz önüne alınmalıdır (107).

Günümüzde aknenin topikal tedavisinde en sık kullanılan ajanlar; A vitamini türevleri (retinoidler), benzoil peroksit, topikal antibiyotikler, salisilik asit ve azelaik asittir. Hafif şiddette akne bazen tek ilaçla tedavi tercih edilmekle birlikte genel yaklaşım bu ajanların etki mekanizmalarına göre uygun kombinasyonlar şeklinde

verilmesidir. Topikal tedavilerin etkinliklerini değerlendirmek için en az 6-8 haftalık bir tedavi süresi gerekmekte ve maksimum düzelme 3-4 ayda sağlanabilmektedir (95, 107).

Akne tedavisinde kullanılan topikal antibiyotikler arasında eritromisin, klindamisin, tetrasiklin, sodyum sülfasetamid ve kinolon türevleri sayılabilir. Tretinoin, adapalen, isotretinoin ve tazoreten ise topikal olarak kullanılan retinoik asitlerdir (95, 98, 108, 109).

Topikal tedavilerden fayda görmeyen, gövde tutulumu olan, skatris bırakmaya eğilimli orta veya şiddetli enflamatuar hastalık varlığında sistemik tedavi tercih edilmelidir. Akne vulgariste sistemik tedavi için oral antibiyotikler, izotretinoin ve hormonal ajanlar kullanılır (96, 110, 111).

Akne tedavisinde kullanılan sistemik antibiyotikler tetrasiklin, azitromisin, doksisisiklin, minosiklin, eritromisin, klindamisin, trimetoprim-sülfometaksazol, aminoglikozidler olup hepsi *P acnes* üzerine etkilidir (110, 111).

Oral izotretinoin patogeneizde yer alan dört temel sorunun tümüne etkili bir ilaç olup; sebace bezleri küçültür ve sebum salgısını azaltır, foliküler diskeratinizasyonu düzeltir, *P acnes* kolonisasyonunu azaltır ve nonspesifik antiinflamatuar etki gösterir (70).

Akne tedavisinde en çok tercih edilen hormonal tedavi seçeneği oral kontraseptifler (OKS) olup bu ajanlar seks hormon bağlayıcı globulini (SHBG) artırarak ve serbest testosteron düzeyini azaltarak etkilerini gösterirler. Ovaryan androjen üretimini de azaltırlar. Androjen reseptör blokerleri (Spironolakton, Siproteron asetat ve Flutamid) sistemik olarak tercih edilebilen diğer hormonal tedavi ajanlarıdır (111, 112).

Aknenin multifaktöriyel doğasından dolayı patofizyolojinin farklı basamaklarını etkileyen farklı grup ilaçların kombinasyonunu kullanmak daha etkili olmaktadır. Akne tedavisinde kombinasyon tedavilerinin etkinlik ve güvenilirliği klinik çalışmalarla değerlendirilmiş ve kombinasyon tedavilerinin tek başına

kullanılan tedavilerden daha etkili ve etkilerinin daha hızlı başladığı gösterilmiştir(110, 113).

Bu tedaviler dışında kimyasal peeling ve dermabrazyon hiperpigmentasyonun tedavisinde faydalıdır. Lazer tedavisi, punch greftleme, subsizyon, dolgu maddeleri fotodinamik tedavi ve intralezyonel steroid tedavisi kullanılabilir (98, 114,115).

### **2.3.7. Akne Yaşam Kalitesi**

Akne genellikle, özgüven ve soysal becerilerin kazanıldığı adolesan dönemde görülmekte ve sıklıkla yüzü tutmaktadır, bu nedenle hastalık şiddeti düşük bile olsa emosyonel, sosyal ve psikolojik fonksiyonları etkileyebilmektedir (116). Yapılan çalışmalarda akne hastalarında görülen psikososyal problemler arasında kendine güvende azalma, beden algısında bozulma, utangaçlık, sosyal içe çekilme, öfke, fiziksel görünümü ile ilgili aşırı zihinsel uğraş, aile ilişkilerinde sorunlar, yaşam tarzında kısıtlanmalar, karşı cinsle iletişimde sorunlar, konsantrasyon kaybı, okul ve iş performansında azalma, spontan ağlama atakları ve intihar düşünceleri bildirilmiştir (116, 117).

### **3. MATERYAL ve METOD**

#### **3.1. Araştırmanın Yeri ve Şekli**

Bu araştırma Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Dermatoloji polikliniğine başvuran psoriasis ve akne vulgaris hastalarına anket uygulanarak, TAT kullanımını saptamak üzere tanımlayıcı nitelikte yapılmıştır.

#### **3.2. Hasta Seçimi**

Çalışmamıza Nisan 2011-Nisan 2012 tarihleri arasında polikliniğimize başvuran klinik ve/veya histopatolojik olarak tanı almış psoriasis ile klinik olarak tanı almış akne vulgaris hastaları dahil edilmiştir. Her iki grupta yer alan hastalar okuryazar olmak şartıyla kabul edilmiş olup, en küçük yaş sınırı akne hastaları için 14 yaş, psoriasis hastaları için ise 18 yaş olarak sınırlandırılmıştır. Akne hastalarında hastalık süresi sınırlandırılmazken, psoriasis hastalarında en az 6 ay süreli hastalık öyküsü şartı aranmıştır.

#### **3.3. Metot**

Araştırmaya 21.04.2011 tarih ve 23/07 sayılı yazı ile Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmaları Etik Kurulu'ndan onay alındıktan sonra başlanmıştır. Çalışma, hastalara TAT kullanımı hakkında bilgi edinme taraması olarak tanıtılmış ve her hastadan görüşme yapmak üzere bilgilendirilmiş yazılı onam alındıktan sonra yaklaşık 15 dakika süren TAT anket formu (EK-1) ve hastalığa özgü yaşam kalitesiyle ilgili ölçek uygulanmıştır. Yaşam kalitesi ölçeği hasta tarafından doldurulurken, TAT yöntemlerine yönelik hazırlanan anket formu yüz yüze görüşme tekniği ile tamamlanmıştır. Hastalığa özgü şiddet skorlaması hastanın başvuru anındaki klinik bulguları değerlendirilerek hesaplanmıştır.

### 3.3.1. Anket Formları

Anket formları üç bölüm halinde hazırlanmıştır. Birinci bölümde sosyodemografik veriler yer alırken, ikinci bölüm hastaların tıbbi özellikleri, yaşam şekli ve alışkanlıkları, kişinin kendi sağlık düzeyini tanımlaması ve yaşlıları ile kıyaslamasını içeren genel sorulardan oluşturulmuştur. Üçüncü bölümde ise hastalar TAT yöntemlerine yönelik ayrıntılı olarak sorgulanmış ve her hastanın TAT yöntemleri hakkındaki görüş ve tutumlarına yönelik sorular yöneltmiştir.

### 3.3.2. Yaşam Kalite Ölçekleri

Çalışmamızda akne hastalarına Gupta ve arkadaşları tarafından geliştirilip, Demirçay ve arkadaşları tarafından Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılmış olan, 14-38 yaş arasında uygulanabilen toplam dokuz sorudan oluşan Akne Yaşam Kalite Ölçeği (AYKÖ) kullanılmıştır (117-119) (EK-2). Psoriasis hastalarında ise İnanır ve arkadaşları tarafından geçerlilik ve güvenilirlik analizleri yapılmış olan on yedi soruluk Psoriasis Yaşam Kalite Ölçeği (PYKÖ) kullanılmıştır. (11) (EK-3).

### 3.3.3. Hastalık Şiddet Skorlaması

Psoriasis hastaları için PASI, akne hastaları için ise global akne derecelendirme sistemi (GADS) kullanılarak hastalığa özgü şiddet skorlaması yapılmıştır.

#### 3.3.3.1. Psoriasis Alan Şiddet İndeksi

Psoriasis alan şiddet indeksi hesaplanırken mevcut lezyonlardaki eritem, endurasyon ve deskuamasyon, dört anatomik alana göre (baş, kollar, gövde ve bacaklar) hesaplanır. Anatomik lokalizasyona özgü katsayı, vücut yüzey alanı tutulum yüzdesine ait katsayı ve her bölgedeki lezyonun klinik özelliklerinden elde edilen toplam sayı ile çarpılarak elde edilebilecek maksimum puan 72'dir (120) (EK-4).

Çalışmaya alınan psoriasis hastaları PASI değerlerine göre hastalık şiddeti açısından gruplara ayrılmış ve 0.1 ile 10.9 arası hafif, 11 ile 49.9 arası orta, 50 ile 72 arası ise şiddetli olarak kabul edilmiştir (121).

### **3.3.3.2. Global Akne Derecelendirme Sistemi**

Akne hastalarının klinik şiddetini derecelendirmek için 1997’de Doshi, Zaheer ve Stiller tarafından oluşturulan global akne derecelendirme sistemi kullanılmıştır. Bu sistemde alın, sağ yanak, sol yanak, burun, çene, göğüs ve sırtın üst kısmı olmak üzere altı bölge ayrı ayrı değerlendirilmiş olup; yüz alanı ve o bölgede bulunan pilosebace ünitenin yoğunluğu ve dağılımı göz önünde tutularak, her bölgeye bir katsayı verilmiştir. Akne lezyonları da tiplerine göre 0-4 arasında (lezyon yok:0, komedon:1, papül:2, püstül:3, nodül:4) derecelendirilmiştir. Her bölge ayrı ayrı değerlendirilerek, o bölgenin katsayısı ile o bölgede bulunan en şiddetli lezyon tipinin derecesi çarpılarak her bölge için bir skor saptanmakta; 6 bölgenin skorlarının toplamı ile de global akne skoruna ulaşılmaktadır (106, 122) (EK-5).

### **3.4. İstatistiksel Analiz**

Çalışmanın analizi bilgisayar ortamında Microsoft Excel ve Statistical Package for Social Sciences (SPSS) versiyon 16.0 istatistik paket programı kullanılarak yapıldı. Elde edilen veriler için tanımlayıcı istatistikler “ortalama±standart sapma, sayı ve % dağılımlar” şeklinde verildi. Değişkenlerimiz kategorik yapıda olduğu için bütün karşılaştırmalarda Ki-kare ve bağımsız gruplarda t-test uygulandı. Önemlilik düzeyi “ $p < 0.05$ ” olarak kabul edildi. Spearman ve Mantel Haenszel korelasyon analizleri uygulandı.



## 4. BULGULAR

### 4.1. Sosyodemografik Özellikler

Çalışmaya akne vulgaris tanılı 150 ve psoriasis tanılı 150 olmak üzere toplam 300 hasta dahil edildi. Hastaların yaşları 14 ile 77 arasında değişmekte olup yaş ortalaması  $29.8 \pm 1.4$  olarak saptandı. Akne vulgaris hastaları 14 ile 34 yaşları arasında olup yaş ortalaması  $20.4 \pm 3.2$  iken, psoriasis hastalarının yaşları 18 ile 77 arasında değişmekte olup yaş ortalaması  $39.2 \pm 16.0$  olarak tespit edildi. Her iki grup cinsiyet açısından eşit sayıda hasta içermekteydi. Çalışmaya dahil edilen olguların sosyodemografik özellikleri Tablo 1’de gösterilmiştir.

**Tablo 1.** Akne vulgaris ve psoriasis hastalarının sosyodemografik özellikleri

	Akne vulgaris		Psoriasis	
	n	%*	n	%*
<b>Eğitim seviyesi</b>				
<i>Okuryazar olmayan</i>	0	0	0	0
<i>İlkokul</i>	2	1.3	47	31.3
<i>Ortaokul</i>	3	2	14	9.3
<i>Lise</i>	27	18	34	22.7
<i>Üniversite</i>	118	78.7	55	36.7
<b>Medeni hal</b>				
<i>Evli</i>	7	4.7	105	70
<i>Bekar</i>	143	95.3	43	28.7
<i>Dul</i>	0	0	2	1.3
<b>İkamet</b>				
<i>Kırsal</i>	7	4.7	39	26
<i>Kentsel</i>	143	95.3	111	74
<b>Sosyoekonomik düzey</b>				
<i>&lt;500 TL</i>	135	90	80	53.3
<i>500-1000 TL</i>	5	3.3	36	24
<i>1000-2000 TL</i>	7	4.7	20	13.3
<i>2000&lt;TL</i>	3	2	14	9.3
<b>Meslek</b>				
<i>Öğrenci</i>	130	86.7	30	20
<i>Emekli</i>	0	0	20	13.3
<i>Ev hanımı</i>	3	2	48	32
<i>Sağlık çalışanı</i>	8	5.3	3	2
<i>Memur</i>	5	3.3	24	16
<i>Serbest meslek</i>	4	2.7	21	14
<i>Çiftçi</i>	0	0	3	2
<i>işsiz</i>	0	0	1	0.7

\*Yüzdeler kolon yüzdesidir

Akne hastalarının %78.7'si, psoriasis hastalarının ise %36.7'si üniversite öğrencisi veya mezunu iken psoriasis hastalarında %31.3, akne hastalarında ise %1.3 oranında ilkokul mezunu bulunmaktaydı. Akne hastalarının %86.7'si, psoriasis hastalarının ise %20'si öğrenci olup, psoriasis hastalarında ev hanımı, memur, serbest meslekte çalışanlar daha fazla oranda saptandı. Psoriasis hastalarının %26'sı, AV hastalarının ise %4.6'sı kırsal kesimde ikamet etmekteydi.

#### **4.2. Dermatolojik Hastalık Özellikleri**

Akne ve psoriasis hastalarının hastalık süresi, tutulum alanları, hastalık şiddeti, aile öyküsü varlığı, hastaların daha önce aldıkları ve halen kullanmakta oldukları medikal tedaviler, tıbbi tedavi yan etkileri ile hastaların kullandıkları tıbbi tedavilerden memnuniyetini içeren hastalık özellikleri Tablo 2'de gösterilmiştir.

Akne hastalarının %54'ünün, psoriasis hastalarının ise %25.3'ünün hastalık süresi 1-5 yıl arasında iken, psoriasis hastalarının %67.3'ünde, akne hastalarının %37.3'ünde 5 yıldan uzun süreli hastalık öyküsü saptandı.

Akne hastalarında yüz, gövde ve ekstremitte tutulumu izlenirken, psoriasis hastalarında bu bölgelere ek olarak saçlı deri, tırnak ve palmoplantar alan tutulumu da saptandı. Akne hastalarının %96.7'sinde yüz, psoriasis hastalarının ise %88.7'sinde ekstremitte tutulumu belirgin olarak daha fazla saptandı.

Hastalık şiddeti değerlendirildiğinde psoriasis hastalarının %82.7'si hafif, %17.3'ü orta şiddette, akne hastalarının %59.3'ü hafif, %32'si orta şiddette hastalığa sahipti.

Hastaların aile öyküsü sorgulandığında akne hastalarının %44.7'sinde, psoriasis hastalarının ise %29.3'ünde birinci derece yakınlarında benzer hastalık öyküsü saptandı.

Akne hastalarının %38.7'si, psoriasis hastalarının ise %28.7'si dermatolojik hastalıkları için ilk kez poliklinik başvurusunda bulduklarını ifade ederken, son bir yılda 10 ve üzerinde poliklinik başvurusu akne hastalarının %4.7'sinde, psoriasis hastalarının ise %12'sinde saptandı.

**Tablo 2.** Akne ve psoriasis hastalarının dermatolojik hastalık özellikleri

	<b>Akne vulgaris n(%)*</b>	<b>Psoriasis n(%)*</b>
<b>Hastalık süresi</b>		
<3 ay	5(3.3)	0 (0)
3ay-1 yıl	8(5.3)	11(7.3)
1-5 yıl	81(54)	38(25.3)
5 yıl<	56(37.3)	101(67.3)
<b>Lokalizasyon</b>		
Saçlı deri	0(0)	100(66.7)
Yüz	145(96.7)	15(10)
Gövde	96(64)	85(56.7)
Ekstremiteler	3(2)	133(88.7)
Palmoplantar	0(0)	76(50.7)
Tırnak	0(0)	55(36.7)
<b>Hastalık Şiddeti</b>		
Yok	11(7.3)	0
Hafif	89(59.3)	124(82.7)
Orta	48(32)	26(17.3)
Şiddetli	2(1.3)	0
<b>Aile öyküsü</b>	67(44.7)	44(29.3)
<b>Poliklinik başvuru sayısı</b>		
İlk	58(38.7)	43(28.7)
≤3	48(32)	52(34.7)
3-10	37(24.7)	37(24.7)
10≤	7(4.7)	18(12)
<b>Eski Tedavi</b>		
Tedavi almamış	41(27.3)	2(1.3)
Topikal	52(34.7)	91(60.7)
Sistemik	57(38)	57(38)
<b>Yeni Tedavi</b>		
Topikal	65(43.3)	96(64)
Sistemik	85(56.7)	54(36)
<b>Tıbbi tedavi yan etki</b>	43(28.7)	31(20.7)
Topikal yan etki	9 (20.9)	4(12.9)
Sistemik yan etki	34(79.1)	27(87.1)
<b>Tıbbi tedavi memnuniyeti</b>		
Çok iyi	9(8.3)	3(2)
İyi	41(37.6)	67(45.3)
Nötr	32(29.4)	43(29.1)
Kötü	27(24.8)	32(21.6)
Çok kötü	0(0)	3(2)

\*Yüzdeler kolon yüzdesidir

Akne hastalarının %27.3'ü, psoriasis hastalarının ise %1.3'ü daha önce dermatolojik hastalıkları için herhangi bir tıbbi tedavi almadığını ifade etti.

Psoriasis hastalarının %60.7'si, akne hastalarının ise %34.7'si daha önce topikal tedavi aldığını ifade ederken, her iki hasta grubunun %38'i daha önce sistemik tedavi kullandıklarını belirtti. Hastaların kullanmakta oldukları tedaviler incelendiğinde akne hastalarının %56.7'si sistemik, %43.3'ü topikal, psoriasis hastalarının ise %36'sı sistemik, %64'ü topikal tedavi kullanmaktaydı.

Kullanılan tıbbi tedavi yan etkisi sorgulandığında akne hastalarının %28.7'si, psoriasis hastalarının ise %20.7'si kullanmış oldukları tıbbi tedavilerin yan etkisini gördüklerini ifade etti. Tıbbi tedavi yan etkisi belirten akne hastalarının %20.9'u, psoriasis hastalarının ise %12.9'u topikal tedavi yan etkisi, psoriasis hastalarının %87.1'i, akne hastalarının %79.1'i ise sistemik tedavi yan etkisi ile karşılaştıklarını ifade etti.

Hastalar kullandıkları medikal tedavi memnuniyeti açısından sorgulandığında akne hastalarının %8.3'ü çok iyi, %37.6'sı iyi, %29.4'ü nötr, %24.8'i kötü; psoriasis hastalarının ise %2'si çok iyi, %45.3'ü iyi, %29.1'i nötr, %21.6'sı kötü, %2'si çok kötü olarak nitelendirdi.

Hastaların ek hastalık varlığı, yaşam şekli ve alışkanlıkları, düzenli tıbbi kontrol oranları, kendi sağlık düzeylerini tanımlamaları ile yaşlıtlarına göre kıyaslamalarını içeren özellikleri Tablo 3'de gösterilmiştir.

Psoriasis hastalarında AV hastalarına oranla ek hastalık birlikteliği daha fazla oranda saptandı. Sigara kullanımı psoriasis hastalarında daha fazla iken, düzenli egzersiz yapma, kilo kontrolü, hobiler ise akne hastalarında daha yüksek oranda izlendi. Her iki gruptaki hastaların büyük çoğunluğu sağlık düzeylerini "iyi" olarak tanımlarken, psoriasis olgularının "orta" ve "kötü" olarak tanımlama yüzdeleri akne hastalarından daha fazla olarak izlendi. Her iki gruptaki hastaların büyük çoğunluğu yaşlıtları ile aynı düzeyde sağlıklı olduklarını bildirirken, psoriasis hastalarının %18'i, akne hastalarının ise %6'sı yaşlıtlarına oranla kendilerini daha sağlıksız hissettiklerini ifade etti.

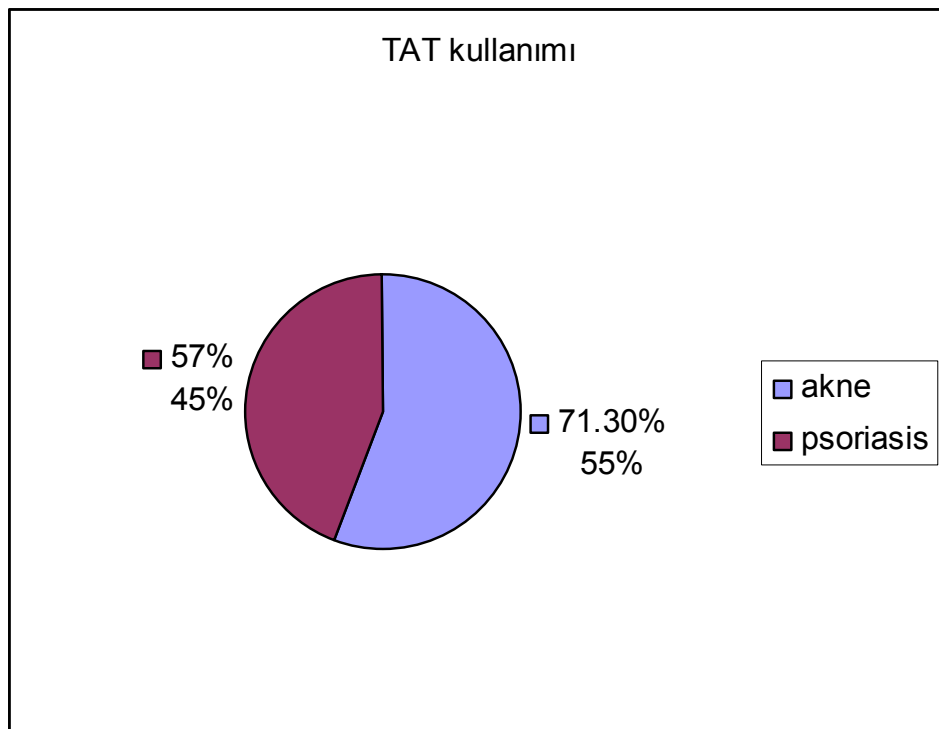
**Tablo 3.** Akne ve psoriasis hastalarının genel özellikleri

	<b>Akne vulgaris n(%)*</b>	<b>Psoriasis n(%)*</b>	<b>**p</b>
<b>Ek hastalık</b>	18(12.1)	46(30.7)	<0.001
<b>Yaşam şekli -Alışkanlıklar</b>			
<i>Sigara</i>	27(18)	55(36.7)	<0.001
<i>Alkol</i>	17(11.3)	17(11.3)	=1
<i>Egzersiz</i>	70(46.7)	52(34.7)	<0.05
<i>Kilo kontrolü</i>	132(88)	89(59.3)	<0.001
<i>Hobi</i>	96(64)	55(36.7)	<0.001
<b>Düzenli tıbbi kontrol</b>	146(97.3)	148(98.7)	>0.05
<b>Sağlık düzeyi tanımlaması</b>			
<i>Çok iyi</i>	23(15.3)	8(5.3)	<0.001
<i>İyi</i>	97(64.7)	80(53.3)	
<i>Orta</i>	29(19.3)	53(35.3)	
<i>Kötü</i>	1(0.7)	9(6)	
<b>Yaşıtları ile kıyaslama</b>			
<i>Daha sağlıklı</i>	52(34.7)	57(38)	<0.01
<i>Aynı</i>	89(59.3)	66(44)	
<i>Daha sağlıklı</i>	9(6)	27(18)	

\*Yüzdeler kolon yüzdesidir \*\*Ki-kare testi

#### 4.3. TAT Kullanımı ile İlişkili Faktörler

Çalışmaya dahil edilen 300 hastanın 193'ünde (%64.3) en az bir TAT yöntemi kullanıldığı saptandı. TAT kullanan hastaların 107'sinin (%55.4) akne, 86'sını (%44.6) psoriasis tanılı olduğu izlendi. Akne hastalarının %71.3'ü ve psoriasis hastalarının %57.3'ü dermatolojik hastalıkları için TAT yöntemlerinden en az birini kullanmıştı (Şekil 1).



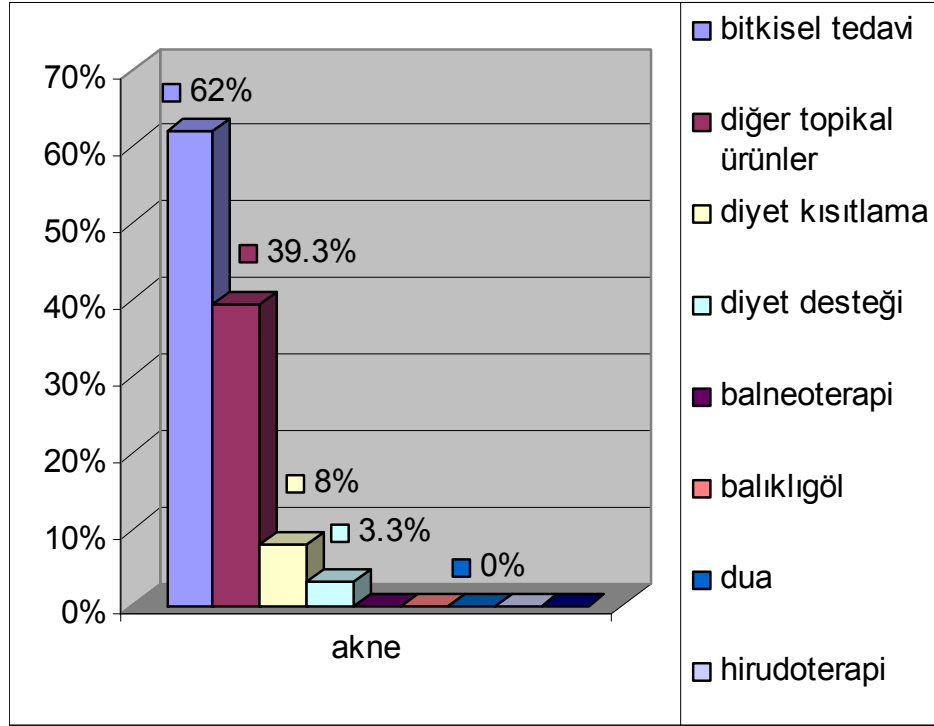
**Şekil 1 . Akne ve psoriasis hastalarının TAT kullanım oranları**

Hastaların tercih ettikleri TAT yöntemleri ve bu yöntemlerin kullanılma oranları Tablo 4’de gösterilmiş olup en sık kullanılan yöntem “bitkisel tedaviler” (%52.7) olup bunu “bitkisel olmayan diğer topikal ürünler” (%29.7) takip etmekteydi.

**Tablo 4. Kullanılan TAT yöntemleri**

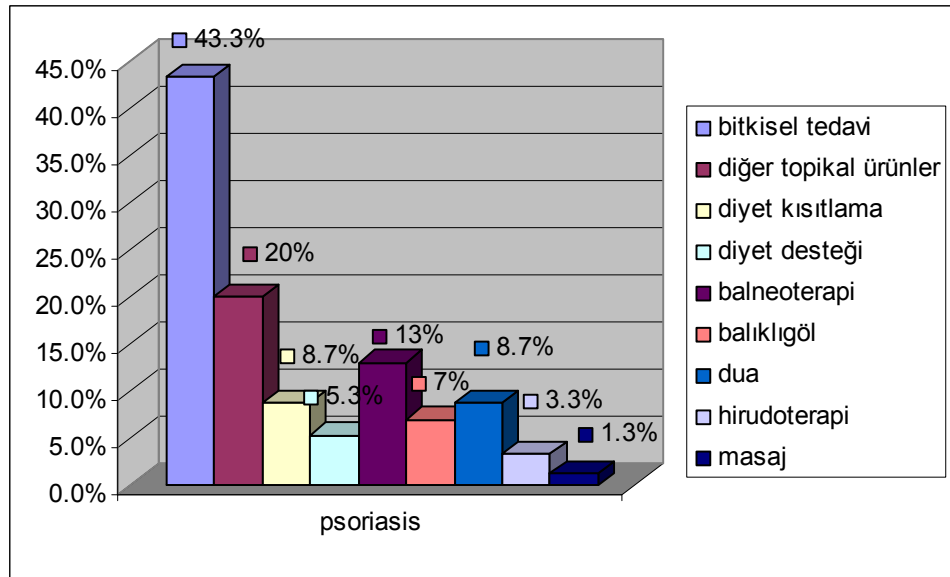
TAT yöntemi	n(%)
Bitkisel tedavi	158(52.7)
Bitkisel olmayan diğer topikal ürünler	89(29.7)
Diyet kısıtlama	25(8.3)
Balneoterapi	20(6.7)
Diyet desteği	13(4.3)
Dua	13(4.3)
Balıkliygöl	11(3.7)
Hirudoterapi	5(1.7)

Akne hastalarının en sık kullandıkları TAT yöntemleri bitkisel tedavi (%62), bitkisel olmayan diğer topikal ürünler (%39.3), diyet kısıtlama (%8) ve diyet desteği (%3.3) olarak saptandı (Şekil 2).



Şekil 2. Akne Hastalarının Kullandıkları TAT Yöntemleri

Psoriasis hastalarının en sık kullandıkları TAT yöntemleri bitkisel tedavi (%43.3), bitkisel olmayan diğer topikal ürünler (%20), balneoterapi (%13), diyet kısıtlama (%8.7), dua yöntemi (%8.7) ve balıklıgöl (%7), diyet desteği (%5.3), hirudoterapi (%3.3) ve masaj (%1.3) olarak saptandı (Şekil 3).



Şekil 3. Psoriasis Hastalarının Kullandıkları TAT Yöntemleri

Hastaların kullandıkları TAT yöntemleri, bu yöntemleri kullanma zamanı, TAT ile medikal tedavi zamanı ilişkisi, ileride TAT kullanma düşünceleri Tablo 5’de gösterilmiştir. Akne hastalarının (%71.3), psoriasis hastalarına (%57.3) oranla TAT yöntemlerine daha fazla başvurdukları saptandı. Bitkisel tedavi kullanımını açısından incelendiğinde akne hastalarının %62’si, psoriasis hastalarının ise %43.3’ü topikal ve/veya oral olmak üzere en az bir bitkisel tedavi yöntemini kullandıkları görüldü.

Bitkisel tedavi dışındaki diğer topikal TAT yöntemleri akne hastalarının %39.3’ünde (kil maskesi, sirke, maden suyu, kükürtlü sabun, bal, yoğurt, yumurta vb) psoriasis hastalarının ise %20’sinde (kükürtlü sabun, defne sabunu, katran, kına, kül suyu, tuz, balık yağı, bal, sirke vb) tanımlandı. Balneoterapi, balıklıgöl, dua yöntemi, hirudoterapi, masaj yöntemlerinin ise sadece psoriasis hastaları tarafından denendiği saptandı.

**Tablo 5.** TAT yöntemlerinin hastalıklara göre özellikleri

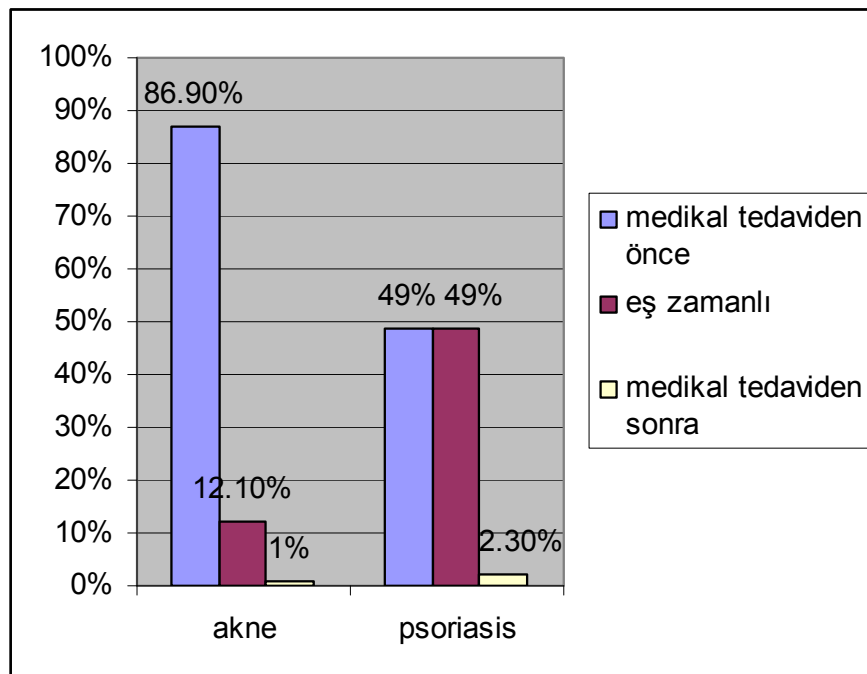
	<b>Akne vulgaris n(%)*</b>	<b>Psoriasis n(%)*</b>	<b>**p</b>
<b>TAT kullanımı</b>	107(71.3)	86(57.3)	<0.05
<i>Bitkisel tedavi</i>	93(62)	65(43.3)	<0.01
<i>Bitkisel tedavi dışı diğer topikal ürünler</i>	59(39.3)	30(20)	<0.001
<i>Diyet kısıtlama</i>	12(8)	13(8.7)	>0.05
<i>Diyet desteği</i>	5(3.3)	8(5.4)	>0.05
<i>Balneoterapi</i>	0(0)	20(13.3)	<0.001
<i>Balıklıgöl</i>	0(0)	11(7.3)	
<i>Dua</i>	0(0)	13(8.7)	
<i>Hirudoterapi</i>	0(0)	5(3.3)	
<i>Masaj</i>	0(0)	2(1.3)	
<b>TAT kullanma zamanı</b>			
<i>Son 1 yıl içinde</i>	59(55.1)	43(50)	>0.05
<i>1 yıldan önce</i>	48(44.9)	43(50)	
<b>TAT-Medikal tedavi ilişkisi</b>			
<i>Medikal tedaviden önce</i>	93(86.9)	42(48.8)	<0.001
<i>Eş zamanlı</i>	13(12.1)	42(48.8)	
<i>Medikal tedaviden sonra</i>	1(0.9)	2(2.3)	
<b>Medikal-TAT karşılaştırması</b>			
<i>TAT daha etkili</i>	6(7.1)	7(8.1)	>0.05
<i>Aynı etkili</i>	6(7.1)	8(9.3)	
<i>Medikal tedavi daha etkili</i>	65(76.5)	59(68.6)	
<i>İkisi de etkisiz</i>	8(9.4)	12(14)	
<b>İleride TAT kullanma düşüncesi</b>	12(8)	37(24.7)	

\*Yüzdeler kolon yüzdesidir \*\* Ki-kare testi



Hastaların dermatolojik hastalıkları için ileride TAT kullanma düşünceleri sorgulandığında olumlu yanıt verme oranının psoriasis hastalarında (%24.7), akne hastalarına (%8) göre daha yüksek olduğu saptandı ( $p<0.001$ ). İleride dermatolojik hastalığı için TAT yöntemi denemeyi düşünen 49 hastanın 41'i (%83.7) daha önce en az bir TAT yöntemi kullanmış olan hastalar iken, TAT yöntemi kullanmayan 107 hastadan 8'i (%7.5) ileride TAT yöntemi deneyebileceklerini belirttiler ( $p<0.01$ ). Hastaların TAT kullanımını ile ileride TAT yöntemi kullanmayı düşünmeleri arasında pozitif yönde anlamlı bir korelasyon saptandı ( $p=0.002$ ).

Akne hastalarının %55.1'i ile psoriasis hastalarının %50.1'i kullandıkları TAT yöntemlerini son bir yıl içinde, akne hastalarının %44.9'u ile psoriasis hastalarının %50'si ise bir yıldan daha önce kullandıklarını ifade ettiler. Akne hastalarının büyük çoğunluğu (%86.9) medikal tedaviden önce TAT kullandığını ifade ederken, psoriasis hastalarının medikal tedavi öncesi ve eş zamanlı TAT kullanımları eşit oranda (%48.8) saptandı. Her iki gruptaki hastaların da medikal tedavi kullanımı sonrası TAT yöntemlerini deneme oranlarının çok düşük olduğu gözlemlendi (Şekil 4).



Şekil 4. Akne ve psoriasis hastalarının tıbbi tedavi ile TAT kullanma zamanı ilişkisi

Dermatolojik hastalığı için TAT yöntemi kullanan hastaların %72.5'i medikal tedaviyi, %7.6'sı TAT yöntemini daha etkili bulduğunu tariflerken, %11.7'si her iki yöntemin de etkisiz olduğunu ve %8.2'si her iki yöntemin de aynı etkide olduğunu ifade etti. Tıbbi tedavi ve TAT yöntemi kullanan akne ve psoriasis hastalarının iki yöntemin etkinliği ile ilgili görüşleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı. Her iki grupta da medikal tedavinin daha etkili olduğu belirtilirken, bu oran akne hastalarında (%76.5) psoriasis hastalarından (%68.6) daha yüksek saptandı.

TAT başvuru nedenleri incelendiğinde TAT kullanan tüm hastaların %61.6'sı çevreden faydalı olduğunu duyma, %50.3'ü doğal ve güvenli olduğunu düşünme, %43'ü tıbbi tedaviden tatminsizlik nedeniyle başvurduğunu ifade etti (Tablo 6).

**Tablo 6.** TAT kullanma nedenleri

<b>TAT kullanma nedeni</b>	<b>n(%)</b>
Çevreden faydalı olduğunu duyma	119(61.6)
Doğal ve güvenli olması	97(50.3)
Tıbbi tatminsizlik	83(43)
Psikolojik rahatlama	63(32.6)
TAT yan etkisinin olmaması	61(31.6)
Her şeyi denemiş olmak	57(29.5)
Ucuz kolay ulaşılır olması	32(16.6)
Etkili olması	28(14.5)
Medikal tedavi yan etkisi	28(14.5)
Doktora güvensizlik	24(12.4)
Tıbbi tedavinin pahalı olması	4(2.1)
Medikal tedaviden zarar gören yakınının olması	3(1.6)

Hastaların TAT yöntemlerine başvuru nedenleri sorgulandığında iki grup arasında anlamlı fark saptandı (Tablo 7). Akne hastalarında TAT başvuru nedenleri sırasıyla, çevreden önerilmesi (%60.7), doğal ve güvenli olması (%58.9), yan etkisinin olmaması (%34.6) iken, psoriasis hastalarında sırasıyla, çevreden önerilmesi (%62.8), tıbbi tedavilerden tatminsizlik (%59.3), her şeyi denemiş olmak (%43) olarak saptandı. TAT başvuru nedenlerinden doğal ve güvenli olması ile ucuz ve kolay ulaşılır olması akne hastalarında daha fazla oranda düşünülürken, psoriasis hastalarında ise her şeyi denemiş olmak, tıbbi tedavilerden tatminsizlik, medikal

tedavilerin yan etkisi, doktora güvensizlik, tıbbi tedavilerin pahalı olması akne hastalarından daha yüksek oranlarda belirtilen nedenler olarak saptandı.

**Tablo 7.** Psoriasis ve akne hastalarının TAT kullanma nedenleri

	<b>Akne vulgaris n(%)*</b>	<b>Psoriasis n(%)*</b>	<b>**p</b>
Çevreden önerilmesi	65(60.7)	54(62.8)	>0.05
Doğal ve güvenli olması	63(58.9)	34(39.5)	<0.01
Yan etkisinin olmaması	37(34.6)	24(27.9)	>0.05
Tıbbi tatminsizlik	32(29.9)	51(59.3)	<0.001
Psikolojik etki	34(31.8)	29(33.7)	>0.05
Herşeyi denemek	20(18.7)	37(43)	<0.001
Ucuz ve kolay ulaşılır	27(25.2)	5(5.8)	<0.001
Medikal tedavi yan etkisi	8(7.5)	20(23.3)	<0.01
Doktora güvensizlik	8(7.5)	16(18.6)	<0.05
Etkili olması	16(14.9)	12(14)	>0.05
Tıbbi tedavi pahalı	0(0)	4(4.7)	<0.05
Tıbbi tedaviden zarar gören yakınının olması	1(0.9)	2(2.3)	>0.05

\*Yüzdeler kolon yüzdesidir \*\*Ki-kare testi

Kullanılan TAT yöntemlerinin kullanım şekli, kullanım süresi, kullanılan TAT yöntemi sayısı, TAT yönteminin öğrenildiği kaynak veya öneren kişi, yöntemi uygulayan kişi ve uygulanan yer özellikleri Tablo 8’de gösterilmiştir.

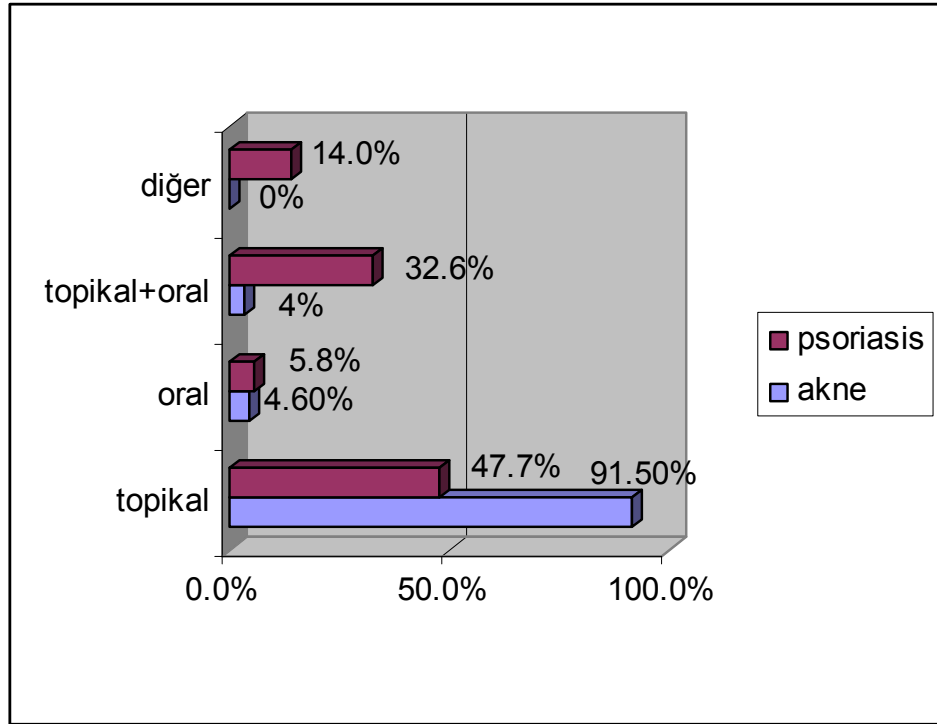
TAT yöntemlerinin kullanım süresi açısından akne hastalarının %66.4’ü, psoriasis hastalarının %47.7’si “bir süre” kullandıklarını ifade ederken, “düzenli” kullanım psoriasis hastalarında (%26.7), akne hastalarından (%15.9) daha yüksek oranda saptandı ( $p<0.05$ ). Akne hastalarının %66.4’ü, psoriasis hastalarının %60.5’i olmak üzere her iki grupta da ağırlıklı olarak birden fazla sayıda TAT yöntemi kullanıldığı gözlemlendi.

**Tablo 8.** Akne ve Psoriasis hastalarının TAT yöntemi kullanım özellikleri

	<b>Akne vulgaris n(%)*</b>	<b>Psoriasis n(%)*</b>	<b>**p</b>
<b>TAT kullanım şekli</b>			
<i>Topikal</i>	98(91.5)	41(47.7)	<b>&lt;0.001</b>
<i>Oral</i>	5(4.6)	5(5.8)	
<i>Topikal +Oral</i>	4(3.7)	28(32.6)	
<i>Diğer</i>	0(0)	12(14)	
<b>TAT kullanım süresi</b>			
<i>1-2 kez</i>	19(17.8)	22(25.6)	<b>&lt;0.05</b>
<i>Bir süre</i>	71(66.4)	41(47.7)	
<i>Düzenli</i>	17(15.9)	23(26.7)	
<b>TAT sayısı</b>			
<i>Tek</i>	36(33.6)	34(39.5)	<b>&gt;0.05</b>
<i>Çok sayıda</i>	71(66.4)	52(60.5)	
<b>TAT yöntemini öneren</b>			
<i>Akrabalar</i>	48(44.8)	36(41.8)	<b>&gt;0.05</b>
<i>Arkadaşlar</i>	58(54.2)	24(27.9)	<b>&lt;0.001</b>
<i>Benzer hastalar</i>	7(6.5)	27(31.4)	<b>&lt;0.001</b>
<i>Medya</i>			
<i>Televizyon</i>	22(20.6)	18(20.9)	<b>&gt;0.05</b>
<i>Radyo</i>	2(1.9)	0	
<i>İnternet</i>	10(9.3)	6(7)	
<i>Dergi</i>	1(0.9)	0	
<i>Gazete</i>	1(0.9)	0	
<i>Aktar</i>	5(4.7)	29(33.7)	<b>&lt;0.001</b>
<i>Sağlık çalışanları</i>	4(3.7)	10(11.6)	<b>&lt;0.05</b>
<b>TAT yöntemini uygulayan</b>			
<i>Kendisi</i>	107(100)	80(93)	<b>&lt;0.01</b>
<i>Profesyonel kişi</i>	0	6(7)	
<b>TAT uygulanan yer</b>			
<i>Ev</i>	107(100)	73(84.9)	<b>&lt;0.001</b>
<i>Merkez</i>	0	13(15.1)	

\*Yüzdeler kolon yüzdesidir \*\* Ki-kare testi

TAT yöntemlerinin uygulama şekli açısından TAT kullanan hastaların %72.2'si topikal, %16.5'i topikal ve oral, %5.2'si oral ve %6.2'si diğer TAT yöntemlerini kullanmıştı. Akne hastalarının %91.5'i topikal, psoriasis hastalarının %47.7'si topikal, %32.6'sı topikal ve oral TAT yöntemi kullandığını ifade etti ( $p<0.001$ ) (Şekil 5).



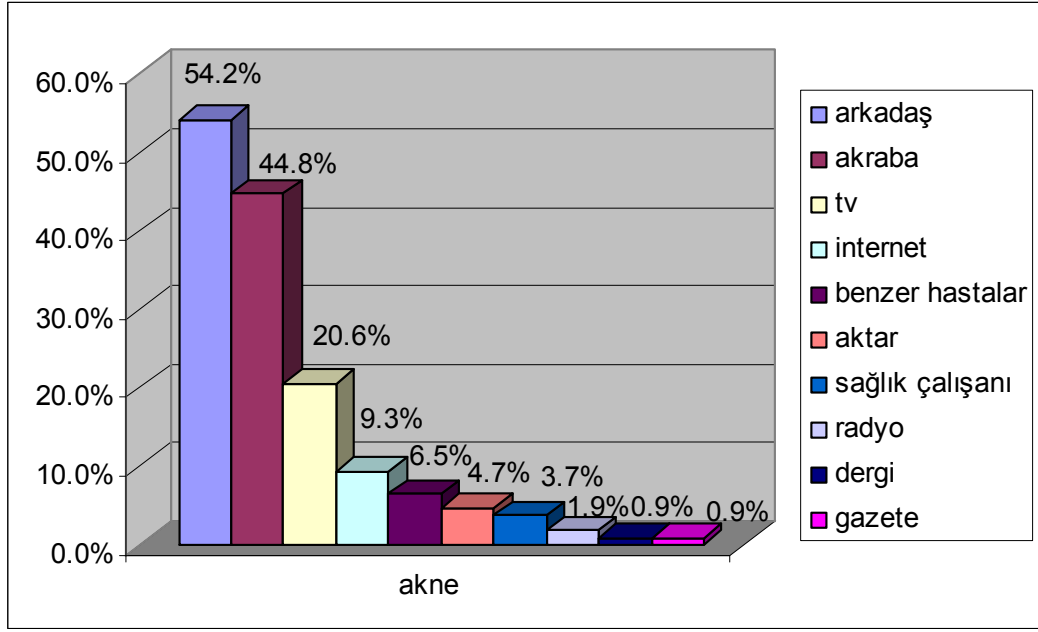
Şekil 5. Akne ve psoriasis hastalarının TAT yöntemlerini uygulama şekli

TAT kullanan hastaların kullandıkları TAT yöntemini öneren kişi ve/veya ulaşma yolu açısından sorgulandığında ilk üç sırada sırasıyla, akrabalar (%43.5), arkadaşlar (%42.4) ve televizyon (%20.7) yer almaktaydı (Tablo 9).

Tablo 9. TAT yöntemlerinin öğrenildiği kaynak

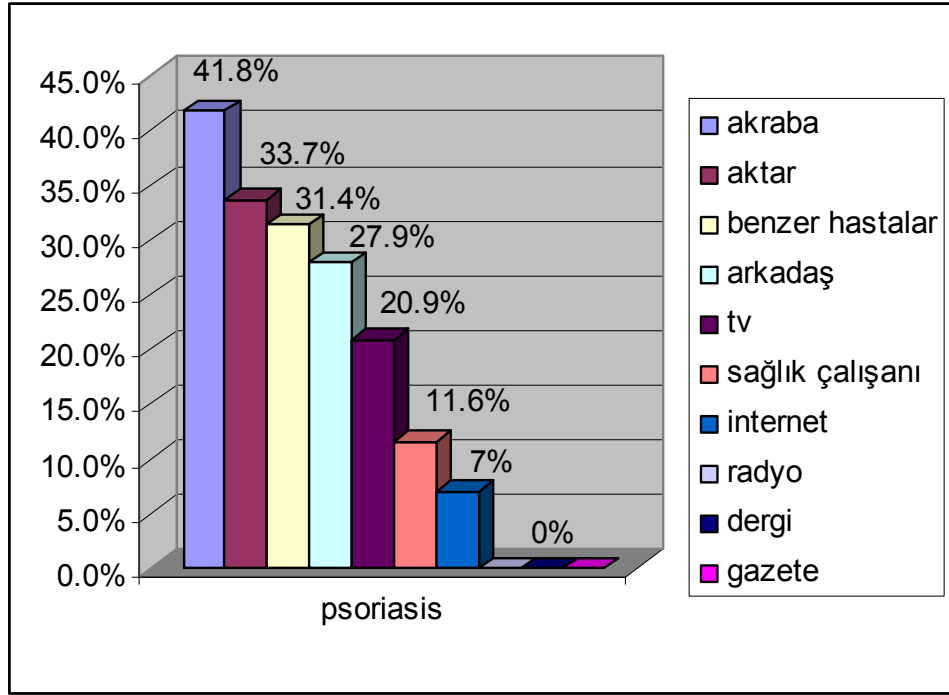
TAT yöntemini öneren / ulaşma yolu	n(%)
Akrabalar	84(43.5)
Arkadaşlar	82(42.4)
Televizyon	40(20.7)
Benzer hastalar	34(17.6)
Aktar	34(17.6)
İnternet	16(8.2)
Sağlık çalışanları	14(7.2)
Radyo	2(1.03)
Dergi	1(0.5)
Gazete	1(0.5)

Akne hastalarında TAT yöntemini öneren kişi ve/veya ulaşma yolu sırasıyla arkadaşlar (%54.2), akraba (%44.8), televizyon (%20.6), internet (%9.3), benzer hastalar (%6.5), aktar (%4.7), sağlık çalışanı (%3.7) olarak saptandı (Şekil 6).



**Şekil 6.** Akne hastalarının TAT yöntemlerini öğrendikleri kaynaklar

Psoriasis hastalarında TAT yöntemini öneren kişi ve/veya ulaşma yolu sırasıyla akrabalar (%41.8), aktar (%33.7), benzer hastalar (%31.4), arkadaşlar (%27.9), televizyon (%20.9), sağlık çalışanı (%11.6) ve internet (%7) olarak saptandı (Şekil 8). TAT yöntemini öneren kişi açısından iki grup arasında arkadaşlar, benzer hastalar, aktar, sağlık çalışanları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı. Psoriasis hastalarının %31.4'ü benzer hastalar, %33.7'si aktar, %11.6'sı sağlık çalışanı önerisi ile TAT yöntemlerine başvurduklarını belirtirken, akne hastalarının %54.2'si arkadaşlarının önerisi ile TAT yöntemlerine başvurduklarını ifade ettiler. Kullanılan TAT yöntemini medya aracılığı ile öğrenen ve aile önerisi ile kullanan hasta sayıları açısından iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı.



Şekil 7. Psoriasis hastalarının TAT yöntemlerini öğrendikleri kaynaklar

Olguların çoğu yöntemi kendileri (%96.8) ve büyük oranda evlerinde (%93.2) uygulamışlardı. Akne hastalarının tümü kullandıkları yöntemi, kendileri ve evde uygularken, psoriasis hastalarının %7'si TAT uygulayıcısı tarafından uygulandığını, %13'ü kullandıkları TAT yöntemi için özel bir merkeze başvurduklarını belirttiler ( $p<0.001$ ).

Ailede ve arkadaşlarda TAT kullanımı, hastaların TAT yöntemini kullanmadan önce doktora danışma oranı, kullanılan yöntemle ilgili doktoru bilgilendirme, bilgilendirmemişse nedenleri, doktorun TAT yöntemi kullanımını sorgulaması, kullanılan TAT yönteminden fayda oranı, etki süresi, tıbbi tedavi ile karşılaştırması, kullanılan yöntemi benzer hastalara önerme oranı, TAT yöntemi için harcanan miktar, hastaların TAT yöntemlerini devletin karşılaması hakkındaki görüşlerini içeren özellikler Tablo 10'da izlenmektedir.

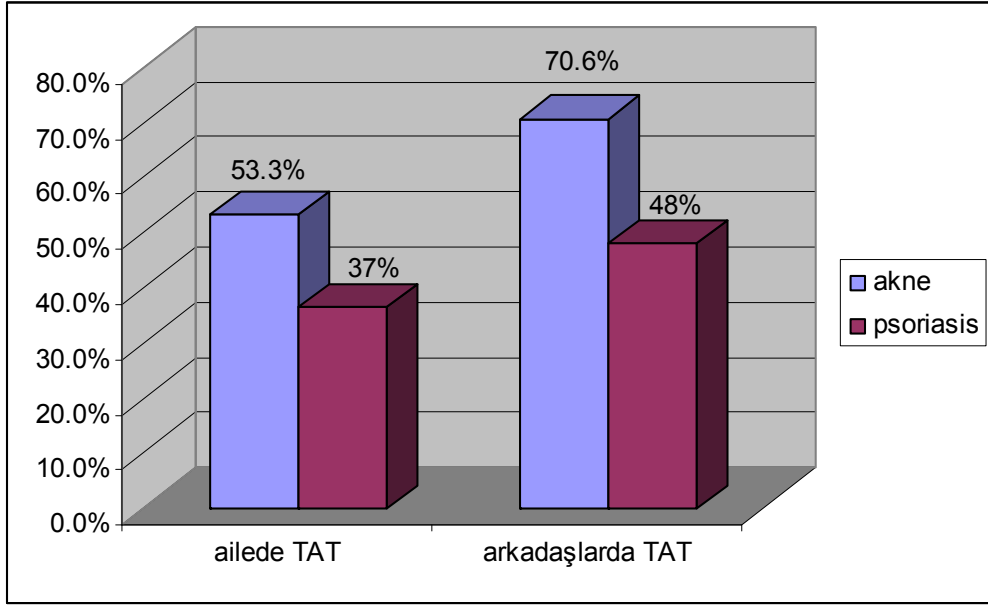
**Tablo 10.** Akne ve psoriasis hastalarının TAT yöntemi değerlendirmeleri

	<b>Akne vulgaris n(%)*</b>	<b>Psoriasis n(%)*</b>	<b>**p</b>
<b>Ailede TAT</b>	80(53.3)	55 (36.6)	<b>&lt;0.01</b>
<b>Arkadaşlarında TAT</b>	106(70.6)	72 (48)	<b>&lt;0.001</b>
<b>Doktora danışma</b>	4(3.7)	9(10.4)	<b>&gt;0.05</b>
<b>Doktoru bilgilendirme</b>	16(15)	27(31.4)	<b>&lt;0.01</b>
<b>Bilgilendirmeme nedeni</b>			
<i>Doktorun sormaması</i>	74(81.3)	45(76.3)	<b>&gt;0.05</b>
<i>Eleştirilme korkusu</i>	16(17.6)	4(6.8)	
<i>Gerektiğini düşünmeme</i>	1(1.1)	10(16.9)	
<b>TAT doktor sorgulama</b>	2(1.3)	3(2)	<b>&gt;0.05</b>
<b>TAT Fayda</b>	60(56)	45(52.3)	<b>&gt;0.05</b>
<b>Fiziksel fayda</b>	54(50.4)	39(45.3)	<b>&gt;0.05</b>
<b>Psikolojik fayda</b>	5(4.6)	6(7)	<b>&gt;0.05</b>
<i>Tam iyileşme</i>	2(1.9)	12(14)	<b>&lt;0.01</b>
<i>Kısmi iyileşme</i>	52(48.6)	27(31.4)	
<i>Faydasız</i>	43(40.2)	37(43)	
<i>Zararlı</i>	10(9.3)	10(11.6)	
<b>Fayda süresi</b>			
<i>6 aydan kısa</i>	52(96.2)	33(84.6)	<b>&lt;0.05</b>
<i>6 aydan uzun</i>	2(3.7)	6(15.4)	
<b>TAT önerisi</b>	37(34.6)	7(8.1)	<b>&lt;0.001</b>
<b>TAT için para harcama</b>	73(68.2)	56(65.1)	<b>&gt;0.05</b>
<b>TAT harcanan miktar</b>			
<i>0</i>	34(31.8)	30(34.9)	<b>&lt;0.001</b>
<i>&lt;100TL</i>	72(67.3)	26(30.2)	
<i>100-500TL</i>	1(0.9)	15(17.4)	
<i>500TL&lt;</i>	0(0)	15(17.4)	
<b>SGK karşılansın</b>	78(52)	80(53.3)	<b>&gt;0.05</b>

\*Yüzdeler kolon yüzdesidir \*\* Ki-kare testi

Çalışmaya dahil edilen tüm hastalar ailede ve arkadaşlarda TAT kullanımını açısından sorgulandığında her iki grupta da arkadaş çevresinde TAT kullanım oranı daha yüksek bulunmakla birlikte bu oranların akne hastalarında (%70.6), psoriasis hastalarına (%48) oranla daha yüksek olduğu saptandı (Şekil 8).



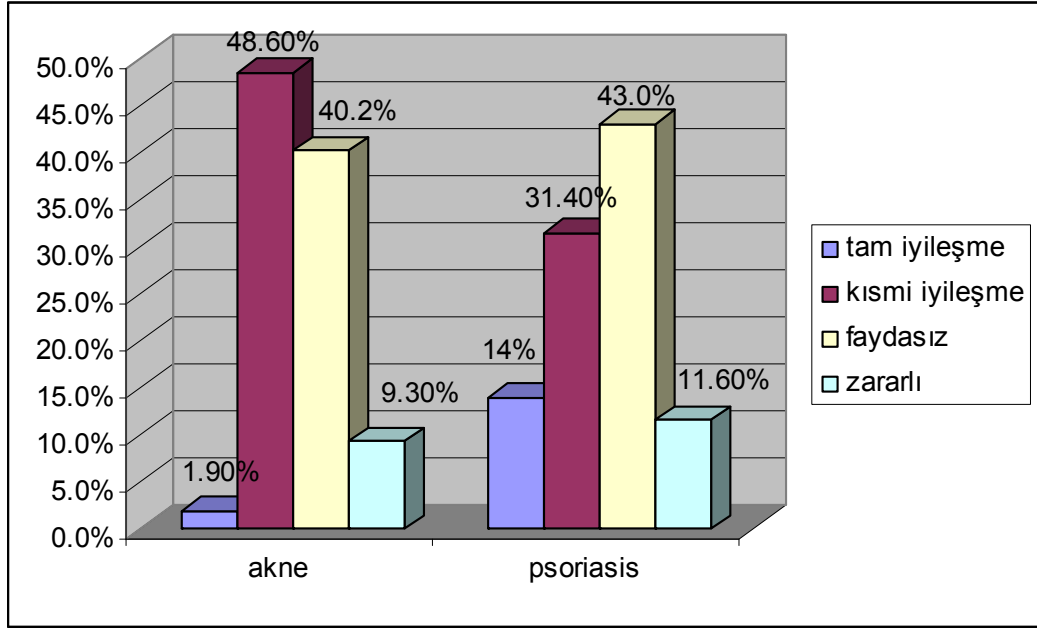


**Şekil 8.** Akne ve psoriasis hastalarının aile ve arkadaşlarda TAT kullanım oranları

Ailede herhangi bir hastalığı için TAT kullanımı olan 135 hastanın 101'inde (%74.8) dermatolojik hastalık için TAT kullanımı saptanırken, ailede TAT kullanımı ile hastaların TAT yöntemlerini denemeleri arasında pozitif yönde anlamlı korelasyon saptandı ( $p=0.001$ ).

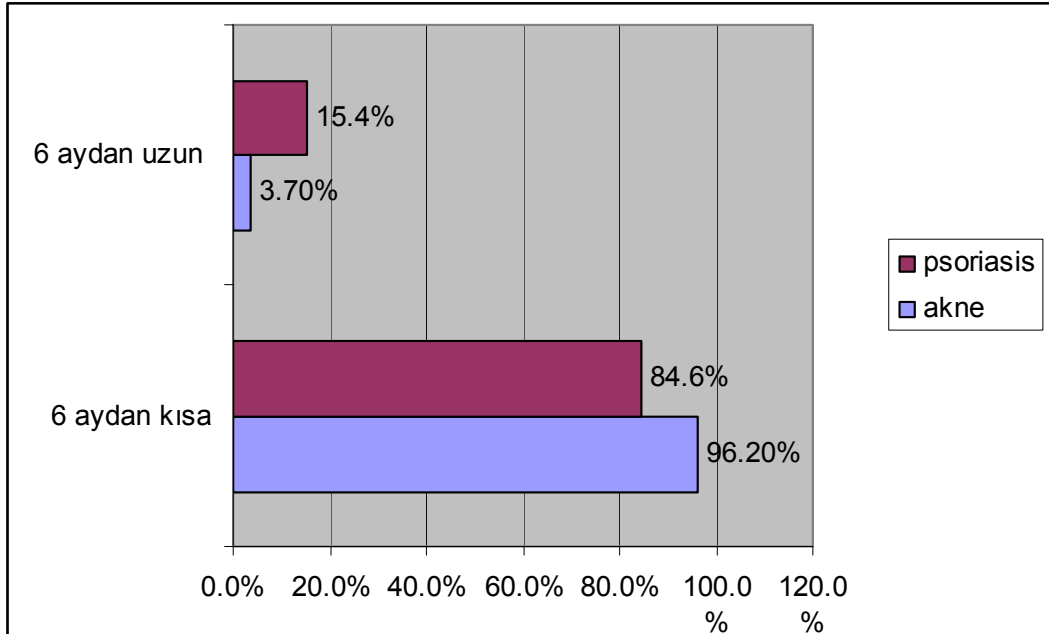
Hastaların kullandıkları TAT yöntemini doktorlarına danışma oranları arasında iki grup arasında fark saptanmadı. Doktorlarını bilgilendirme oranı psoriasis olgularında (%36.6), akne olgularına (%15) göre daha yüksek saptandı ( $p<0.01$ ). Doktorlarını bilgilendirmeyen hastalar nedenleri açısından sorgulandığında akne hastalarının %81.3'ü ile psoriasis hastalarının %76.3'ü doktor sormadığı için söylemediklerini belirttiler. TAT kullanımının doktor tarafından sorgulanma oranı akne hastalarında %1.3, psoriasis hastalarında ise %2 olarak saptandı.

Dermatolojik hastalıklar için TAT yöntemi kullanan hastaların %7.2'si tam iyileşme, %40.9'u kısmi iyileşme tariflerken, %41.4'ü faydasız olduğunu ve %10.3'ü yan etki gördüğünü belirtti. Akne ve psoriasis hastalarının kullandıkları yöntemlerden fiziksel ve psikolojik olarak fayda görme oranları benzer olarak saptandı. Akne hastalarının %1.9'u, psoriasis hastalarının ise %14'ü tam iyileşme tariflerken akne hastalarının %9.3'ü ile psoriasis olgularının %11.6'sı TAT yöntemlerinden yan etki gördüklerini belirttiler (Şekil 9).



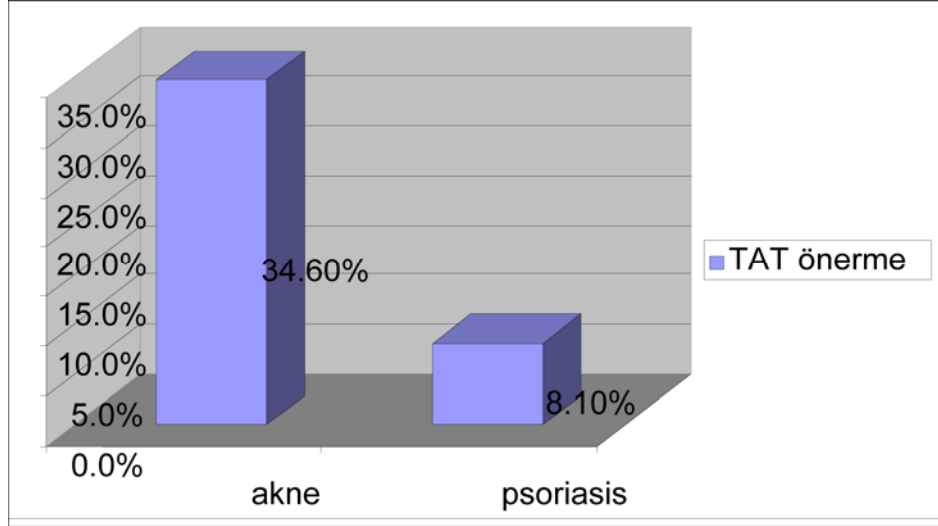
**Şekil 9.** Akne ve psoriasis hastalarının kullandıkları TAT yöntemlerinin yanıtları

Kullanılan TAT yönteminden fayda gören hastaların yanıt süreleri açısından sorgulandığında altı aydan uzun süren etki tarifleyen olgu sayısının psoriasisde (%15.4), akneden (%3.7) daha fazla olduğu saptandı ( $p < 0.05$ ) (Şekil 10).



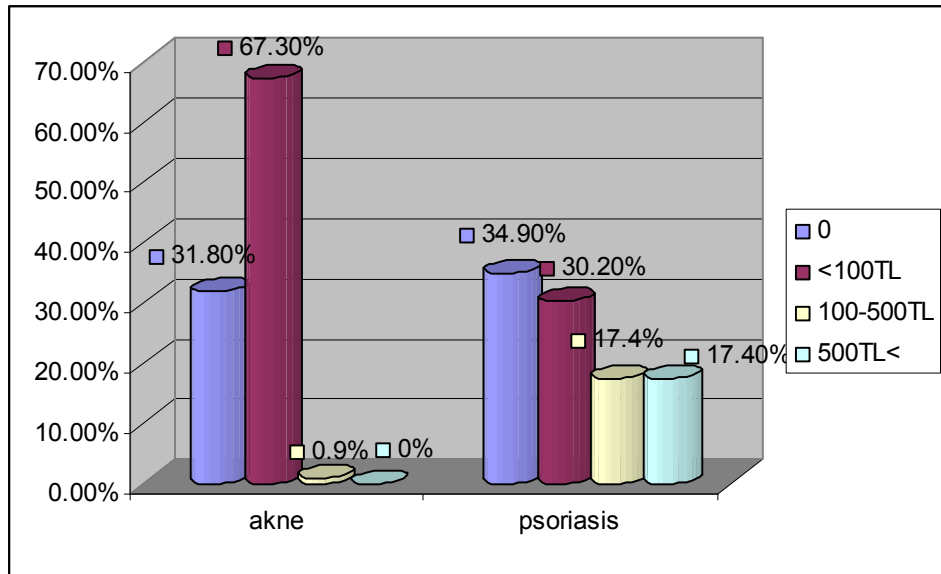
**Şekil 10.** Akne ve psoriasis hastalarının TAT yanıt süreleri

Akne hastalarının (%34.6), psoriasis hastalarına (%8.1) oranla kullandıkları TAT yöntemini benzer hastalara daha fazla önerdikleri gözlemlendi ( $p<0.001$ ) (Şekil 11).



Şekil 11. Akne ve psoriasis hastalarının TAT yöntemlerini önerme oranları

TAT yöntemi kullanmış olan hastaların %66.8'i bu yöntemler için para harcadıklarını belirtti. Hastaların kullandıkları TAT yöntemleri için harcadıkları ücretler sorgulandığında akne hastalarının %67.3'ü, psoriasis hastalarının %30.2'si 100 TL den az para harcadıklarını ifade ederken psoriasis hastalarının %34.8'i, akne hastalarının %0.9'u 100 TL'nin üzerinde para harcadıklarını belirttiler ( $p<0.001$ ) (Şekil 12).



Şekil 12. Akne ve psoriasis hastalarının TAT yöntemleri için harcadıkları para miktarı

#### 4.4. TAT kullanımı ile Sosyodemografik Özellikler Arasındaki İlişki

Çalışmaya dahil edilen hastaların TAT kullanımı ile sosyodemografik özelliklerinin karşılaştırılması Tablo 11’de gösterilmiştir. TAT kullanımı ile yaş aralığı ve cinsiyet arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamakla birlikte TAT yöntemi kullanan hastaların %65.8’i 19-35 yaş arasında ve %53.4’ü kadın olarak saptandı. TAT kullanımı ile eğitim düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmış olup TAT kullanan hastaların %63.2’si üniversite öğrencisi veya mezunuydu. İstatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte TAT kullanan hastaların % 65.8’i bekar, %54.4’ü öğrenci ve %86.5’i kentsel ikametli olarak saptandı.

**Tablo 11.** TAT kullanımı ile sosyodemografik özellikler arasındaki ilişki

	<b>TAT kullanan n(%)*</b>	<b>TAT kullanmayan n(%)*</b>	<b>**p</b>
<b>Yaş</b>			
≤18	23(11.9)	14(13.1)	>0.05
19-35	127(65.8)	58(54.2)	
36-52	23(11.9)	18(16.8)	
52<	20(10.4)	17(15.9)	
<b>Cinsiyet</b>			
Kadın	103(53.4)	60(43.9)	>0.05
Erkek	90(46.6)	47(56.1)	
<b>Eğitim düzeyi</b>			
Okur yazar değil	0		<0.05
İlkokul	30(15.5)	19(17.7)	
Ortaokul	7(3.6)	10(9.3)	
Lise	34(17.6)	27(25.2)	
Üniversite	122(63.2)	51(47.7)	
<b>Medeni hal</b>			
Bekar	127(65.8)	59(55.1)	>0.05
Evli	64(33.2)	48(44.9)	
Dul	2(1)	0(0)	
<b>Meslek</b>			
Öğrenci	105(54.4)	55(51.4)	>0.05
Emekli	11(5.7)	9(8.4)	
Ev hanımı	26(13.5)	25(23.4)	
Sağlık çalışanı	10(5.2)	1(0.9)	
Memur	18(9.3)	11(10.3)	
Serbest meslek	19(9.8)	6(5.6)	
Çiftçi	3(1.6)	0(0)	
İşsiz	1(0.5)	0(0)	
<b>İkamet</b>			
Kırsal	26(13.5)	20(18.7)	>0.05
Kentsel	167(86.5)	87(81.3)	
<b>Sosyoekonomik düzey</b>			
≤500TL	136(70.5)	79(73.8)	>0.05
500-1000TL	28(14.5)	13(12.1)	
1000-2000	16(8.3)	11(10.3)	
2000<	13(6.7)	4(3.7)	

\*Yüzdeler kolon yüzdesidir \*\*Ki-kare testi

Akne hastalarının sosyodemografik özellikleri ile TAT kullanımı ilişkisi Tablo 12’de gösterilmiştir. Cinsiyet açısından istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmış olup TAT kullananların %58.9’unun kadın olduğu saptandı. İstatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte TAT kullanan akne hastalarının %80.4’ü 19-35

yaş arası, %83.2'si üniversite öğrencisi veya mezunu, %95.3'ü bekar, %84.1'i öğrenci, %97.2'si kentsel ikametli olarak izlendi.

**Tablo 12.** Akne hastalarının sosyodemografik özellikleri ile TAT kullanımı ilişkisi

	<b>TAT kullanan n(%)*</b>	<b>TAT kullanmayan n(%)*</b>	<b>**p</b>
<b>Yaş</b>			
≤18	21(19.6)	13(30.2)	>0.05
19-35	86(80.4)	30(69.8)	
<b>Cinsiyet</b>			
Kadın	63(58.9)	12(27.9)	<0.01
Erkek	44(41.1)	31(72.1)	
<b>Eğitim düzeyi</b>			
Okur yazar değil	0	0	>0.05
İlkokul	2(1.9)	0	
Ortaokul	1(0.9)	2(4.7)	
Lise	15(14)	12(27.9)	
Üniversite	89(83.2)	29(67.4)	
<b>Medeni hal</b>			
Bekar	102(95.3)	41(95.3)	>0.05
Evli	5(4.7)	2(4.7)	
<b>Meslek</b>			
Öğrenci	90(84.1)	40(93)	>0.05
Ev hanımı	2(1.9)	1(2.3)	
Sağlık çalışanı	8(7.5)	0	
Memur	5(4.7)	0	
Serbest meslek	2(1.9)	2(4.7)	
<b>İkamet</b>			
Kırsal	3(2.8)	4(9.3)	>0.05
Kentsel	104(97.2)	39(90.7)	
<b>Sosyoekonomik düzey</b>			
≤500TL	96(89.7)	41(95.3)	>0.05
500-1000TL	4(3.7)	1(2.3)	
1000-2000	4(5.6)	1(2.3)	
2000<	3(2.8)	0	

\*Yüzdeler kolon yüzdesidir \*\* Ki-kare testi

Psoriasis hastalarının sosyodemografik özellikleri ile TAT kullanım ilişkisi Tablo 13'de gösterilmiş olup istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır. Psoriasis hastalarında TAT kullananların %50'si 18-35 yaş arası, %54.7'si erkek, %38.4'ü üniversite öğrencisi veya mezunu, %68.6'sı evli, %27.9'u ev hanımı, %73.3'ü kentsel ikametli olarak izlendi.

**Tablo 13.** Psoriasis hastalarının sosyodemografik özellikleri ile TAT kullanım ilişkisi

	<b>TAT kullanan n(%)*</b>	<b>TAT kullanmayan n(%)*</b>	<b>**p</b>
<b>Yaş</b>			
<i>18-35</i>	43(50)	29(45.3)	>0.05
<i>36-52</i>	23(26.7)	18(28.1)	
<i>52&lt;</i>	20(23.3)	17(26.6)	
<b>Cinsiyet</b>			
<i>Kadın</i>	39(45.3)	35(54.7)	>0.05
<i>Erkek</i>	47(54.7)	29(45.3)	
<b>Eğitim düzeyi</b>			
<i>Okur yazar değil</i>	0	0	>0.05
<i>İlkokul</i>	28(32.5)	19(29.7)	
<i>Ortaokul</i>	6(7)	8(12.5)	
<i>Lise</i>	19(22.1)	15(23.4)	
<i>Üniversite</i>	33(38.4)	22(34.4)	
<b>Medeni hal</b>			
<i>Bekar</i>	25(29.1)	18(28.1)	>0.05
<i>Evli</i>	59(68.6)	46(71.9)	
<i>Dul</i>	2(2.3)	0	
<b>Meslek</b>			
<i>Öğrenci</i>	15(17.4)	15(23.4)	>0.05
<i>Emekli</i>	11(12.8)	9(14.1)	
<i>Ev hanımı</i>	24(27.9)	24(37.5)	
<i>Sağlık çalışanı</i>	2(2.3)	1(1.6)	
<i>Memur</i>	12(14)	11(17.2)	
<i>Serbest meslek</i>	18(20.9)	4(6.2)	
<i>Çiftçi</i>	3(3.5)	0	
<i>İşsiz</i>	1(1.2)	0	
<b>İkamet</b>			
<i>Kırsal</i>	23(26.7)	16(25)	>0.05
<i>Kentsel</i>	63(73.3)	48(75)	
<b>Sosyoekonomik düzey</b>			
<i>≤500TL</i>	42(48.8)	38(59.4)	>0.05
<i>500-1000TL</i>	24(27.9)	12(18.8)	
<i>1000-2000</i>	10(11.6)	10(6.2)	
<i>2000&lt;</i>	10(11.6)	4(6.2)	

\*Yüzdeler kolon yüzdesidir \*\* Ki-kare testi

#### 4.5. TAT Kullanımı ile Dermatolojik Hastalık Özellikleri Arasındaki İlişki

Çalışmaya dahil edilen hastaların TAT kullanımı ile dermatolojik hastalık özelliklerinin karşılaştırılması Tablo 14'de gösterilmiştir. Akne hastalarının hastalık

süresi ortalama  $54.7 \pm 3.1$  ay (1-120 ay) iken psoriasis hastalarının  $131 \pm 114.9$  ay (6-600 ay) olarak saptandı. Hastalık süresi ile TAT kullanımı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmadı.

Poliklinik başvuru sayısı ile TAT kullanımı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmış olup son bir yılda 10'un üzerinde poliklinik başvurusu olan hastalarda TAT kullanma oranı daha yüksek saptandı.

Çalışmaya dahil edilen olguların hastalık şiddeti ile TAT kullanımı arasında istatistiksel olarak korelasyon saptanmadı.

**Tablo 14.** TAT kullanımı ile dermatolojik hastalık özelliği ilişkisi

	<b>TAT kullanan n(%)*</b>	<b>TAT kullanmayan n(%)*</b>	<b>**p</b>
<b>Hastalık süresi</b>			
$\leq 3$ ay	3(1.6)	2(1.9)	>0.05
3ay-1yıl	11(5.7)	8(7.5)	
1-5 yıl	77(39.9)	42(39.3)	
5yıl<	102(52.8)	55(51.4)	
<b>Hastalık şiddeti</b>			
Yok	10(5.2)	1(0.9)	>0.05
Hafif	127(66.1)	86(79.6)	
Orta	54(28.1)	20(18.5)	
Şiddetli	1(0.5)	1(0.9)	
<b>Poliklinik başvuru sayısı</b>			
İlk	60(31.1)	41(38.3)	<0.05
$\leq 3$	59(30.6)	41(38.3)	
3-10	52(26.9)	22(20.6)	
10<	22(11.4)	3(2.8)	

\*Yüzdeler kolon yüzdesidir \*\*Ki-kare testi

Lokalizasyon açısından yüz tutulumu ile TAT yöntemlerine başvuru oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptandı ( $p=0.015$ ) (Tablo 15).



**Tablo 15.** Tutulum alanı ile TAT kullanımını arasındaki ilişki

	<b>TAT kullanan n(%)*</b>	<b>TAT kullanmayan n(%)*</b>	<b>**p</b>
<b>Tutulum alanı</b>			
<i>Saçlı deri</i>	63(32.6)	37(34.6)	>0.05
<i>Yüz</i>	113(58.5)	47(43.9)	< <b>0.05</b>
<i>Gövde</i>	124(64.2)	57(53.3)	>0.05
<i>Ekstremiteler</i>	82(42.5)	54(50.5)	>0.05
<i>Palmoplantar</i>	49(25.4)	27(25.2)	>0.05
<i>Tırnak</i>	40(20.7)	15(14)	>0.05

\*Yüzdeler kolon yüzdesidir \*\*Ki-kare testi

Akne hastalarının hastalık özellikleri ile TAT kullanımını arasındaki ilişki Tablo 16'da gösterilmiş olup hastalık şiddeti ve poliklinik başvuru sayısı ile TAT kullanımını arasında istatistiksel olarak korelasyon saptanmamıştır. Hastalık süresi uzunluğu ile TAT yöntemlerine başvuru oranları arasında pozitif yönde korelasyon saptanmıştır (p=0.046).

**Tablo 16.** Akne hastalarının hastalık özelliği ile TAT kullanım ilişkisi

	<b>TAT kullanan n(%)*</b>	<b>TAT kullanmayan n(%)*</b>	<b>**p</b>
<b>Hastalık süresi</b>			
<i>≤3 ay</i>	3(%2.8)	2(%4.7)	< <b>0.05</b>
<i>3ay-1yıl</i>	6(%5.6)	2(%4.7)	
<i>1-5 yıl</i>	55(%51.4)	26(60.5)	
<i>5yıl&lt;</i>	43(40.2)	13(30.2)	
<b>Hastalık şiddeti</b>			
<i>Yok</i>	10(9.3)	1(2.3)	>0.05
<i>Hafif</i>	62(57.9)	27(62.8)	
<i>Orta</i>	34(31.8)	14(32.6)	
<i>Şiddetli</i>	1(0.9)	1(2.3)	
<b>Poliklinik başvuru sayısı</b>			
<i>İlk</i>	39(36.4)	19(44.2)	>0.05
<i>≤3</i>	32(29.9)	16(37.2)	
<i>3-10</i>	29(27.1)	8(18.6)	
<i>10&lt;</i>	7(6.5)	0(0)	

\*Yüzdeler kolon yüzdesidir \*\*Ki-kare testi

Akne hastalarının tutulum alanı ile TAT kullanım ilişkisi tablo 17'de gösterilmiş olup istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır.

**Tablo 17.** Akne hastalarının tutulum alanı ile TAT kullanım ilişkisi

	<b>TAT kullanan n(%)*</b>	<b>TAT kullanmayan n(%)*</b>	<b>**p</b>
<b>Tutulum alanı</b>			
<i>Yüz</i>	104(97.2)	41(95.3)	>0.05
<i>Gövde</i>	68(63.6)	28(65.1)	>0.05
<i>Ekstremiteler</i>	3(2.8)	0(0)	>0.05

\*Yüzdeler kolon yüzdesidir \*\*Ki-kare testi

Psoriasis hastalarının hastalık özelliği ile TAT kullanım ilişkisi Tablo 18’de gösterilmiştir. Hastalık süresi ile TAT kullanımını arasında istatistiksel olarak korelasyon saptanmadı. Hastalık şiddeti artışı ile TAT yöntemlerine başvuru oranları arasında pozitif yönde korelasyon saptandı (p=0.008). Psoriasis hastalarının poliklinik başvuru sayısı ile TAT kullanım oranı arasında pozitif yönde korelasyon saptandı (p=0.014). Psoriasis hastalarının hastaneye yatış öyküsü varlığı ile TAT kullanımını arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmış olup (p<0.01), son bir yılda hastaneye yatış sayısı ile TAT başvuru oranı arasında pozitif yönde korelasyon saptandı (p=0.046).

**Tablo 18.** Psoriasis hastalarının hastalık özelliği ile TAT kullanım ilişkisi

	<b>TAT kullanan n(%)*</b>	<b>TAT kullanmayan n(%)*</b>	<b>**p</b>
<b>Hastalık süresi</b>			
<i>6ay-1yıl</i>	5(5.8)	6(9.4)	>0.05
<i>1-5 yıl</i>	22(25.6)	16(25)	
<i>5yıl&lt;</i>	59(68.6)	42(65.6)	
<b>Hastalık şiddeti</b>			
<i>Yok</i>	0	0	<0.05
<i>Hafif</i>	65(75.6)	59(92.2)	
<i>Orta</i>	20(23.3)	5(7.8)	
<i>Şiddetli</i>	1(1.1)	0	
<b>Poliklinik başvuru sayısı</b>			
<i>İlk</i>	21(24.4)	22(34.4)	<0.05
<i>≤3</i>	27(31.4)	25(39.1)	
<i>3-10</i>	23(26.7)	14(21.9)	
<i>10&lt;</i>	15(17.4)	3(4.7)	
<b>Yatış öyküsü</b>	30(34.9)	9(14.1)	<0.01
<b>Son 1 yılda yatış sayısı</b>			<0.05
<i>0</i>	65(75.6)	59(92.2)	
<i>1-3</i>	20(23.3)	3(4.7)	
<i>4-10</i>	1(1.2)	2(3.1)	

\*Yüzdeler kolon yüzdesidir \*\*Ki-kare testi

Psoriasis hastalarının tutulum alanı ve sistemik tutulum varlığı ile TAT kullanımını arasındaki ilişki Tablo 19’da gösterilmiştir. Saçlı deri, gövde ve tırnak tutulumu ile TAT kullanımı arasında anlamlı ilişki saptanmıştır ( $p<0.05$ ). Sistemik tutulum varlığı ile TAT kullanımı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptandı ( $p<0.01$ ).

**Tablo 19.** Psoriasis hastalarının hastalık özelliği ile TAT kullanım ilişkisi

	<b>TAT kullanan n(%)*</b>	<b>TAT kullanmayan n(%)*</b>	<b>**p</b>
<b>Tutulum alanı</b>			
<i>Saçlı deri</i>	63(73.3)	37(57.8)	<b>&lt;0.05</b>
<i>Yüz</i>	8(9.3)	6(9.3)	>0.05
<i>Gövde</i>	55(64)	29(45.3)	<b>&lt;0.05</b>
<i>Ekstremiteler</i>	78(90.7)	54(84.4)	>0.05
<i>Palmoplantar</i>	49(57)	28(43.8)	>0.05
<i>Tırnak</i>	40(46.5)	15(23.4)	<b>&lt;0.05</b>
<b>Sistemik tutulum</b>	17(19.8)	2(3.1)	<b>&lt;0.01</b>

\*Yüzdeler kolon yüzdesidir \*\*Ki-kare testi

Hastaların kullandıkları tıbbi tedaviler ve TAT kullanımları arasındaki ilişki Tablo 20’de gösterilmiştir.

Tıbbi tedavinin yan etkilerini yaşayan hasta grubunda TAT kullanımının daha fazla olduğu saptandı. Oluşan yan etkinin topikal veya sistemik tedaviye bağlı olması ile TAT kullanımı arasında ilişki saptanmadı. Kullanılan topikal tedaviden yan etki gördüğünü belirten hastaların tümünde, sistemik yan etki gördüğünü belirten hastaların ise %85.2’sinde TAT yöntemi denendiği saptandı.

Hastaların tıbbi tedavi yanıtı değerlendirmeleri ile TAT kullanımı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır.

**Tablo 20.** TAT kullanımını ile tıbbi tedaviler arasındaki ilişki

	<b>TAT kullanan n(%)*</b>	<b>TAT kullanmayan n(%)*</b>	<b>**p</b>
<b>Tıbbi tedavi yan etkisi</b>	65(87.8)	9(12.2)	<b>&lt;0.001</b>
<i>Topikal tedavi yan etki</i>	13(100)	0	>0.05
<i>Sistemik tedavi yan etki</i>	52(85.2)	9(14.8)	
<b>Tıbbi tedavi yanıtı</b>			>0.05
<i>Çok iyi</i>	9(75)	3(25)	
<i>İyi</i>	68(63)	40(37)	
<i>Orta</i>	46(61.3)	29(38.7)	
<i>Kötü</i>	44(74.5)	15(25.5)	
<i>Çok kötü</i>	1(33.3)	2(66.7)	

\*Yüzdeler satır yüzdesidir \*\*Ki-kare testi

Akne hastalarının kullandıkları tıbbi tedaviler ile TAT kullanmaları arasındaki ilişki Tablo 21’de gösterilmiş olup medikal tedavi yan etkisi tarifleyen hastaların %88.4’ünde TAT kullanıldığı saptandı (p<0.01).

**Tablo 21.** VAkne hastalarının medikal tedavi ile TAT kullanımını ilişkisi

	<b>TAT kullanan n(%)*</b>	<b>TAT kullanmayan n(%)*</b>	<b>**p</b>
<b>Tıbbi tedavi yan etkisi</b>	38(88.4)	5(11.6)	<b>&lt;0.01</b>
<i>Topikal tedavi yan etki</i>	9(100)	0	>0.05
<i>Sistemik tedavi yan etki</i>	29(85.3)	5(14.7)	
<b>Tıbbi tedavi yanıtı</b>			>0.05
<i>Çok iyi</i>	7(77.8)	2(22.2)	
<i>İyi</i>	10(24.9)	31(75.6)	
<i>Orta</i>	24(75)	8(25)	
<i>Kötü</i>	21(77.8)	6(22.2)	
<i>Çok kötü</i>	0	0	

\*Yüzdeler satır yüzdesidir \*\*Ki-kare testi

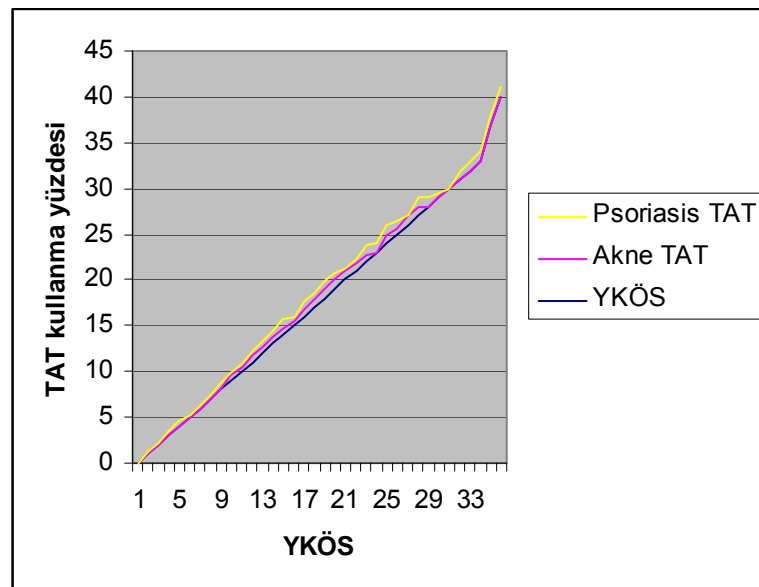
Psoriasis hastalarının kullandıkları tıbbi tedaviler ile TAT kullanmaları arasındaki ilişki Tablo 22’de gösterilmiş olup medikal tedavi yan etkisi tarifleyen hastaların %87.1’inde TAT kullanıldığı saptandı (p<0.01).

**Tablo 22.** Psoriasis hastalarının medikal tedavi ile TAT kullanımını ilişkisi

	TAT kullanan n(%)*	TAT kullanmayan n(%)*	**p
<b>Tıbbi tedavi yan etkisi</b>	27(87.1)	4(12.9)	<b>&lt;0.01</b>
<i>Topikal tedavi yan etki</i>	4(100)	0	>0.05
<i>Sistemik tedavi yan etki</i>	23(85.2)	4(14.8)	
<b>Tıbbi tedavi yanıtı</b>			>0.05
<i>Çok iyi</i>	2(66.7)	1(33.3)	
<i>İyi</i>	38(56.7)	29(43.3)	
<i>Orta</i>	22(51.2)	21(48.8)	
<i>Kötü</i>	23(71.9)	9(28.1)	
<i>Çok kötü</i>	2(66.7)	1(33.3)	

\*Yüzdeler satır yüzdesidir \*\*Ki-kare testi

Her iki hasta grubunda da yaşam kalite ölçeği skoru ile TAT başvuru oranları arasında pozitif yönde anlamlı düzeyde korelasyon saptanırken psoriasis hastalarında ( $p<0.001$ ) akne hastalarına oranla ( $p<0.01$ ) daha güçlü korelasyon saptandı. Akne hastalarının yaşam kalite indeksi 9 ile 27 arasında değişmekte olup ortalama  $13.8\pm 4.2$  iken, psoriasis hastalarının ise 0 ile 40 arasında değişmekte olup ortalama  $13.6\pm 9.1$  olarak saptandı.

**Şekil 13.** Yaşam Kalite Ölçeği Skoru ile TAT kullanımı ilişkisi

Hastaların alışkanlıkları, hobileri, ek hastalık varlığı, düzenli tıbbi kontrol alışkanlıkları, sağlık düzeyi tanımlamaları ve yaşlıları ile kıyaslamaları ile TAT başvuruları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmadı (Tablo 23).

**Tablo 23.** Hastaların alışkanlıkları ve sağlık düzeyi tanımlamaları ile TAT kullanımı arasındaki ilişki

	<b>TAT kullanan n(%)*</b>	<b>TAT kullanmayan n(%)*</b>	<b>**p</b>
Sigara	54(28)	28(26)	>0.05
Egzersiz	76(39.4)	46(43)	>0.05
Hobi	104(53.9)	47(43.9)	>0.05
Alkol	19(9.8)	15(14)	>0.05
Kilo kontrolü	144(74.6)	77(72)	>0.05
Tıbbi kontrol	190(%98.4)	104(97.2)	>0.05
Ek hastalık varlığı	41(21.2)	23(21.5)	>0.05
<b>Sağlık düzeyi tanımlaması</b>			
<i>Çok iyi</i>	20(10.4)	11(10.3)	>0.05
<i>İyi</i>	109(56.5)	68(63.6)	
<i>Orta</i>	57(29.5)	25(23.4)	
<i>Kötü</i>	7(3.6)	3(2.8)	
<b>Yaşlıları ile kıyaslaması</b>			
Daha sağlıklı	72	37	>0.05
Aynı	101	54	
Daha sağlıksız	20	16	

Daha önce dermatolojik hastalığı için TAT kullanan hastaların yeni bir TAT yöntemi kullanma düşüncesi (%21.2), kullanmayanlara (%7.5) göre daha yüksek oranda saptandı. TAT kullanan hastaların kullanmayanlara oranla TAT yöntemlerine daha fazla güvendikleri, bu yöntemlerin kullanımını veya denenmesi gerektiğini düşündükleri, tıbbi tedavi ile kombine kullanımını önerdikleri ve son çözüm olarak denenmesi gerektiğini savundukları izlendi. TAT kullanmayan hastaların, kullananlara oranla TAT yöntemlerine olan güvenlerinin daha az olduğu saptandı (Tablo 24).

Hastaların TAT yöntemlerinin devlet tarafından karşılanması gerektiği ile ilgili görüşleri açısından, TAT kullanan (53.9) ve kullanmayan (%50.9) gruplar arası farklılık gözlenmedi (Tablo 24).

**Tablo 24.** Hastaların TAT yöntemleri ile ilgili genel görüş ve tutumunun TAT kullanımı ile ilişkisi

	<b>TAT kullanan n(%)*</b>	<b>TAT kullanmayan n(%)*</b>	<b>**p</b>
<b>TAT kullanma düşüncesi olan</b>	41(21.2)	8(7.5)	<b>&lt;0.01</b>
<b>SGK karşılansın</b>	104(53.9)	54(50.9)	>0.05
<b>TAT'a güvenme</b>	35(18.1)	3(2.8)	<b>&lt;0.001</b>
<b>TAT öneririm</b>	54(28)	6(5.6)	<b>&lt;0.001</b>
<b>TAT denenmeli</b>	33(17.1)	3(2.8)	<b>&lt;0.001</b>
<b>TAT ve tıbbi tedavi ile kombine kullanılabilir</b>	76(39.4)	26(24.3)	<b>&lt;0.01</b>
<b>TAT son çözüm olarak denenebilir</b>	157(81.3)	73(68.2)	<b>&lt;0.05</b>
<b>TAT güvenli değil</b>	147(76.2)	105(98.1)	<b>&lt;0.001</b>

#### 4.6. Kullanılan TAT Yöntemleri

Akne hastalarının en sık kullandığı topikal bitkisel tedavi yöntemi gül suyu (%32.7) iken bunu sırasıyla kil maskesi, limon suyu içeren karışım, sirke, kükürtlü sabun ve maden suyu izlemekteydi (Tablo 25).

**Tablo 25.** Akne hastalarının kullandıkları TAT yöntemleri

<b>Akne hastalarının kullandıkları TAT yöntemleri</b>	<b>n(%)</b>
Gül suyu	49(32.7)
Kil maskesi	31(20.7)
Limon suyu karışım (karbonat, pudra, kuru maya)	29(19.3)
Sirke	23(15.3)
Kükürtlü sabun	15(10)
Maden suyu	14(9.3)
Diyet kısıtlama	12(8)
Bal	7(4.7)
Kayısı yağı	7(4.7)
Ayva çekirdeği jeli	6(4)
Diyet destek	5(3.3)
Gül suyu karışım (pudra, aspirin)	4(2.7)
Salyangoz kremi	4(2.7)
Yoğurt	5(3.3)
Salatalık kabuğu	3(2)
Pembe maske	3(2)
Bilinmeyen bitki yağı	3(2)
Diş macunu	2(1.3)
Limon yağı	2(1.3)
Kantaron yağı	1(0.7)
Buğday yağı	1(0.7)
Lavanta suyu	1(0.7)
Havuç suyu	1(0.7)
Yumurta akı	1(0.7)
Defne sabunu	1(0.7)
Kül suyu	1(0.7)
Maydonoz suyu	1(0.7)
Elma suyu	1(0.7)
Pirinç unu	1(0.7)
Patates suyu	1(0.7)
Soğan suyu	1(0.7)
Yosun özü	1(0.7)
Turp rendesi	1(0.7)
Nar suyu	1(0.7)

Psoriasis hastalarının en sık bitkisel karışım krem tedavisi (%28.7) kullandığı saptanırken ikinci sırada ise oral olarak kullanılan bitkisel karışım tedavileri (%20) yer almaktaydı. Bitkisel tedavilerden sonra en sık kullanılan TAT yöntemi ise balneoterapi (%13.3) olarak bildirilmiştir. Psoriasis hastalarının %9.3'ü topikal katran uyguladığını ifade etmiştir (Tablo 26).



**Tablo 26.** Psoriasis hastalarının kullandıkları TAT yöntemleri

<b>Psoriasis hastalarının kullandıkları TAT yöntemleri</b>	<b>n(%)</b>
Topikal bitkisel karışım	43(28.7)
Oral bitkisel karışım	30(20)
Balneoterapi	20(13.3)
Katran	14(9.3)
Dua etme	13(8.7)
Diyet kısıtlama	13(8.7)
Balıkliğöl	11(7.3)
Oral bitki çayı	10(6.6)
Bilinmeyen bitki yağı	10(6.6)
Kükürtlü sabun	8(5.3)
Diyet desteği	8(5.3)
Hirudoterpi	5(3.3)
Kantaron yağı	4(2.7)
Tuz	3(2)
Masaj	2(1.3)
Bal	2(1.3)
Kül suyu	2(1.3)
Sirke	1(0.7)
Nar suyu	1(0.7)
Menekşe yağı	1(0.7)
Zeytin yağı	1(0.7)
Kına	1(0.7)
Balık yağı	1(0.7)
Et sürme	1(0.7)
Aloe vera	1(0.7)
Oral katran	1(0.7)
Ozon yağı	1(0.7)
Oral polen	1(0.7)
Oral keten tohumu	1(0.7)

## 5. TARTIŞMA

Tamamlayıcı ve alternatif tıp yöntemlerinin çoğu bilimsel araştırmalarla desteklenmemiş, uzun süreli tecrübeye ve geleneklere dayanan tedavi şekilleri olup genel popülasyonda alternatif tıba başvuru sıklığı %9 ile %65 arasında değişmektedir (57). Türkiye’de TAT kullanımına yönelik olarak özellikle onkoloji olgularında çalışma yapılmış olup TAT kullanım sıklığı %22.1 ile %84.1 arasında değişmektedir (1). Dermatoloji olgularında bu konuda yapılmış çalışma sayısı oldukça azdır.

Tüm dünyada deri hastalıklarında TAT yöntemlerinin kullanım sıklığı %35-69 arasında değişmektedir (10, 57). Dermatolojik hastalıklarda TAT kullanımı Tayvan’da Chen ve arkadaşlarının çalışmasında %41, İngiltere’de Baron ve arkadaşlarının çalışmasında %45-50, Nicolaou ve arkadaşlarının çalışmasında %30, İsviçre’de Berg ve arkadaşlarının çalışmasında %34.7, Avustralya’da See ve arkadaşları tarafından %25.7, Kore’de Kim ve arkadaşları tarafından %62 olarak bildirilmiştir (123-128). Dermatolojik hastalıklarda TAT kullanımı özellikle akne, psoriasis ve atopik dermatit gibi kronik hastalıklarda daha sık izlenmektedir (7). Ülkemizde Kutlu ve arkadaşları (2009) tarafından dermatoloji polikliniğine başvuran hastalarda TAT kullanım oranı %12.6, Gönül ve arkadaşları (2009) tarafından ise %33.5, Karadağ ve arkadaşları (2011) tarafından %43.7 olarak bildirilmiştir (7, 57, 129). Durusoy ve arkadaşları tarafından akne ve melasma hastalarında TAT yöntemlerine başvuru oranı %52.1 olarak bildirilmiştir (10). Bizim çalışmamızda tüm olguların %64.3’ünün TAT yöntemlerinden en az birini denediği saptanmış olup literatür verilerinden daha yüksek saptandı. Psoriasisli hastalarda TAT kullanım sıklığı Arye ve arkadaşları tarafından %62.5, Aleer ve arkadaşları tarafından %53, Kim ve arkadaşları tarafından %46.6, Kutlu ve arkadaşları tarafından ise %50 olarak bildirilmiştir (57, 128, 130, 131). Bizim çalışmamızda psoriasisli hastalarda TAT kullanım sıklığı %57.3 olarak saptanmış olup literatür verileri ile uyumlu olarak değerlendirildi. Akne vulgarisli hastalarda TAT kullanım sıklığı Durusoy ve arkadaşları tarafından %57.4, Kutlu ve arkadaşları tarafından %16.5 olarak bildirilirken bizim çalışmamızda %71.3 olarak daha yüksek oranda saptanmıştır (10, 57). Ülkemizde dermatolojik hastalıklarda TAT kullanımı ile ilgili çalışmalar

değerlendirildiğinde, TAT başvuru oranının tarihsel olarak artış gösterdiği ve bizim çalışmamızın da bunu destekler nitelikte olduğu saptanmıştır.

Çalışmamızda sosyodemografik özellikler açısından incelendiğinde TAT kullanan ve kullanmayan gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamakla birlikte TAT kullanım oranının 19-35 yaş grubu (%65.8), kadın cinsiyet (%53.4), bekar (%65.8), üniversite mezunu (%63.2), öğrenci (%54.4) ve kentsel ikametli (%86.5) hastalarda daha yüksek olduğu saptandı. Bu durum genç, bekar ve eğitim düzeyi yüksek hastalarda kısa sürede sonuç alma isteği, çevreden daha fazla etkilenme, internet gibi eğitimle ilişkili medya etkisinin daha fazla olmasından kaynaklanıyor olabilir. Kadın hastaların ise dış görünüşleri ile daha fazla ilgileniyor olmaları alternatif tedavi seçeneklerine yönelmelerine neden olmuş olabilir. Bekar olgularda TAT kullanımının daha sık olması, akneli olguların çoğunun bekar olması ile ilişkili olabilir. Durusoy ve arkadaşlarının çalışmasında da bizimkine benzer şekilde kadınlarda TAT kullanımı daha fazla bildirilmiştir (10). Kutlu ve arkadaşlarının çalışmasında da bizim çalışmamıza benzer şekilde genç, bekar ve eğitim düzeyi yüksek hastalarda TAT kullanımı daha fazla raporlanmıştır (57). Noisen ve arkadaşlarının çalışmasında kadınlarda ve kırsal kesimde yaşayanlarda TAT kullanımı daha fazla bildirilmiştir (132). Eisenberg ve arkadaşlarının çalışmasında 31-45 yaşları arası, Jensen ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada ise 30-50 yaşları arasında TAT kullanımı daha fazla olarak bildirilmiştir (123). Chen ve arkadaşlarının çalışmasında bekar ve 30 yaş altı ile 50 yaş üstünde TAT başvuru oranı daha fazla olarak bildirilmiştir (123). See ve arkadaşlarının çalışmasında genç yaş ve eğitim seviyesi yüksek hastalarda TAT kullanımının daha fazla olduğu bildirilmiştir (127).

İngiltere, İsviçre ve Avustralya'da dermatolojik hastalıklarda TAT kullanımına yönelik yapılan çalışmalarda hastalık süresi ile TAT kullanımı arasında doğru orantılı bir ilişki saptandığı bildirilmiştir (124, 125, 127). Çalışmamızda hastalık süresi açısından psoriasis hastalarının %67.3'ü beş yıldan uzun süreli hastalığa sahip olup bu oran akne hastalarınınkinden (%37.3) daha yüksek saptandı. Hastalık süresi ile TAT kullanımı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki olmasa da 5 yıldan uzun süreli hastalığı olanlarda TAT başvuru oranının (%64.9) daha

yüksek olduğu izlendi. Akne hastalarının hastalık süresi uzunluğu ile TAT kullanımı arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde pozitif yönde korelasyon saptanırken ( $p=0.046$ , Spearman), psoriasis hastalarında hastalık süresi ile TAT kullanımı arasında korelasyon saptanmadı ( $p=0.652$ ). Kutlu ve arkadaşlarının çalışmasında psoriasisli hastalarda hastalık süresi uzun olanlarda TAT yöntemine başvuru oranı anlamlı düzeyde yüksek saptanırken, Arye ve arkadaşlarının çalışmasında da bizim çalışmamıza benzer şekilde hastalık süresi ile TAT kullanımı arasında ilişki saptanmadığı bildirilmiştir (57, 130). Noiesen ve arkadaşlarının çalışmasında da alerjik kontakt dermatit hastalarında hastalık süresi ile TAT kullanımı arasında ilişki tanımlanmıştır (132).

Çalışmamızda psoriasisli hastalarda hastalık şiddeti artışı ile TAT başvuru oranı arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde pozitif yönde korelasyon saptanırken ( $p=0.008$ ), akne hastalarında hastalık şiddeti ile TAT kullanımı arasında korelasyon saptanmadı ( $p=0.338$ ). Fleischer ve arkadaşlarının çalışmasında da bizim çalışmamıza benzer şekilde psoriasis hastalarında hastalık şiddeti ile TAT başvuru oranı arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bildirilmiştir (123). Arye ve arkadaşlarının çalışmasında psoriasis hastalarının hastalık şiddeti ile TAT kullanımı arasında ilişki saptanmadığı bildirilmiştir (130). Jensen ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada ise psoriasis ve atopik dermatit hastalarında TAT başvurusu ile hastalık şiddeti arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bildirilmiştir (123). Baron ve arkadaşlarının çalışması ile See ve arkadaşlarının çalışmalarında dermatolojik hastalıklarda hastalık şiddeti ile TAT başvuru oranı arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bildirilmiştir (124, 127).

Çalışmamızda her iki hasta grubunda da yaşam kalite indeksi ile TAT başvuru oranları arasında pozitif yönde anlamlı düzeyde korelasyon saptanırken, psoriasis hastalarında ( $p<0.001$ ), akne hastalarına oranla ( $p<0.01$ ) daha güçlü korelasyon saptanmıştır. Psoriasisin daha uzun seyirli ve tedaviye daha dirençli bir hastalık olması psikososyal açıdan daha olumsuz sonuçlara neden olmuş olabilir. Çalışmamızda psoriasis hastalarında ek hastalık, sigara kullanımı daha fazla olmakla birlikte, psoriasis hastalarının %18'i, akne hastalarının ise %6'sı kendilerini yaşlılarına oranla daha sağlıksız hissettiklerini belirtmişlerdir.

Kutlu ve arkadaşlarının çalışmasında dermatoloji polikliniğine başvuran hastalar içinde TAT yöntemini en çok tercih eden hasta grubunun psoriasis olduğu ve bunu akne vulgarisin takip ettiği, psoriasis hastalarının %50'si, akne hastalarının ise %16.5'inde TAT yöntemi kullanıldığı bildirilmiştir (57). See ve arkadaşlarının çalışmasında dermatolojik hastalıklar arasında TAT kullanım sıklığı sırasıyla psoriasis (%39), dermatit (%33) ve akne (%20) olarak bildirilmiştir. Bizim çalışmamızda akne hastalarının %71.3'ü, psoriasis hastalarının ise %57.3'ünde en az bir TAT yöntemi kullanıldığı saptandı. Her iki çalışmada da psoriasisli hastaların TAT kullanımını akne hastalarından daha fazla iken bizim çalışmamızda akne hastalarında TAT başvuru oranı daha yüksek olarak saptandı. Ayrıca bizim çalışmamızda akne hastalarında TAT kullanım oranı daha yüksek saptandı. Akne hastalarının daha genç yaşta olması, lezyonların özellikle yüz yerleşimli olması, hastalığın fiziksel özelliklerin ön planda olduğu bir yaş grubunda görülmesi ve çabuk iyileşme isteği TAT yöntemlerine başvuru oranlarının daha yüksek olmasında rol oynayabilir. Psoriasis hastalarında TAT kullanım oranı Clark ve arkadaşlarının çalışmasında %69, Aleer ve arkadaşlarının çalışmasında ise %53 olarak bildirilmiştir (131, 133). Çalışmamızda psoriasis hastalarının TAT kullanım oranı (%57.3) literatürle uyumlu olarak değerlendirilebilir.

Çalışmalarda tespit edilen alternatif tedavi yöntemleri ülkeler arası farklılıklar göstermekte olup Tayvan'da bitkisel ilaçlar (%26.3), özel diyet (%13.6) ve megavitamin kullanımı (%7.1); İngiltere'de bitkisel tedavi ve homeopati; İsviçre'de naturapati, Avustralya'da geleneksel Çin tıbbı, Kore'de topikal uygulamalar olarak bildirilmiştir (123-125, 127, 128). Bizim çalışmamızda hastaların kullandıkları TAT yöntemleri incelendiğinde %52.7 oranıyla en sık bitkisel tedavinin tercih edildiği, akne hastalarının %62'sinde, psoriasis hastalarının ise %43.3'ünde bitkisel tedavi kullanıldığı saptandı. Çalışmamızda akne hastalarının en sık bitkisel tedavi (%62) ve ikinci sıklıkta bitkisel tedavi dışı diğer topikal ürünleri (%39.3) kullandıkları saptandı. Durusoy ve arkadaşlarının çalışmasında akne ve melasmalı hastalarda sadece bitkisel tedavinin kullanıldığı, akneli hastaların %57.4'ünün bitkisel tedaviyi denediği bildirilmiştir (10). Kutlu ve arkadaşlarının çalışmasında ise TAT yöntemini kullanan hastaların %57.9'unun topikal bitkisel tedaviler kullandığı, TAT kullanan akne hastalarının ise topikal bitkisel tedavileri %89.4 oranında tercih ettiği

bildirilmiştir (57). Bizim çalışmamızda akne hastalarında bitkisel tedavi kullanım oranı, Durusoy ve arkadaşlarının çalışmasına göre daha yüksek, Kutlu ve arkadaşlarının çalışmasına oranla ise daha düşük olarak saptandı. Gönül ve arkadaşlarının çalışmasında akne hastalarında limon suyu, kil uygulama ve dua yöntemi, psoriasis hastalarında ise bitkisel tedavi, dua yöntemi, kaplıca tedavisi ile kolonya uygulama yöntemlerinin daha sık kullanıldığı bildirilmiştir (7). Kim ve arkadaşlarının çalışmasında psoriasis hastalarında geleneksel tedavinin (%33.9) en sık kullanılan TAT yöntemi olduğu bildirilmiştir (128). Bizim çalışmamızda psoriasis hastalarının akne hastalarından farklı olarak balneoterpi, balıklıgöl, hirudoterapi ve masaj yöntemlerine de başvurdukları saptanmıştır. Çalışmamızda psoriasis hastalarının kullandıkları TAT yöntemleri sırasıyla bitkisel tedavi (%43.3), bitkisel tedavi dışı topikal ürünler (%20) ve balneoterapi (%13.3) olarak saptandı. Çalışmamıza dahil edilen tüm hastaların %6.7'sinde balneoterapi denenmiş olup, psoriasis hastalarının %13.3'ü tarafından en az bir kez kullanıldığı saptandı. Kutlu ve arkadaşlarının çalışmasında dermatoloji polikliniğine başvuran hastaların %15.8'i, psoriasis hastalarının ise %32.3'ünde balneoterapi ve/veya balıklıgöle başvurulduğu bildirilmiştir (57). Arye ve arkadaşlarının çalışmasında psoriasis hastalarında sırasıyla bitkisel tedavi (%64.6), diyet (%20.8) ve homeopati (%18.8) en sık kullanılan TAT yöntemleri olarak bildirilmiştir (130).

Hastaları TAT yöntemi kullanmaya teşvik eden en önemli faktörlerden birisi tıbbi tedaviler ile yan etki oluşmasıdır. Çalışmamızda tıbbi tedavilerin yan etkisini gören hastaların %87.8'inde TAT yöntemi kullanıldığı saptanmış olup, akne hastalarında (%28.7) tıbbi tedavi yan etki oranı, psoriasis hastalarından (%20.7) daha yüksek olarak saptandı. Tıbbi tedavi yan etkisi tarifleyen akne hastalarının %88.4'ünde, psoriasis hastalarının ise %87.1'inde en az bir TAT yöntemi kullanıldığı gözlemlendi.

Durusoy ve arkadaşlarının çalışmasında hastaların %31.6'sının sadece TAT, %68.4'ünün ise TAT ve medikal tedavinin kombine kullanıldığı bildirilmiştir (10). Bizim çalışmamızda TAT kullanan hastaların %69.9'unun medikal tedaviden önce, %28.4'ünün medikal tedavi ile eş zamanlı, %1.5'inin ise medikal tedaviden sonra TAT yöntemlerini kullandıkları saptandı. Hastaların büyük çoğunluğunda TAT

yöntemlerinin tıbbi tedavi öncesi kullanılıp, tıbbi tedavi sonrası TAT başvurularının azalması TAT yöntemlerinden yeterli yanıt alamamış olduklarını düşündürmektedir. Akne hastalarında TAT yöntemi kullanan hastaların %86.9'u medikal tedaviden önce bu yöntemleri kullandıklarını ifade ederken, psoriasis hastalarında TAT ile medikal tedavi yöntemini medikal tedaviden önce ve eş zamanlı kullanan hasta sayısı eşit oranda (%48.8) saptandı. Bu durum psoriasis hastalarının komplementer tedavi kullanmaya daha eğilimli olduklarını düşündürmektedir.

Çalışmaya alınan akne hastalarının %27.3'ü daha önce tıbbi tedavi almadığını ifade ederken, bu oran psoriasis hastalarında %1.3 olarak saptandı. Bu durum akne hastalarının öncelikli olarak TAT yöntemlerini denemeleri (%86.9) ile ilişkili olabilir.

Akne hastalarının %91.5'i topikal, %3.7'si topikal ve oral olarak TAT yöntemi kullandığını ifade ederken psoriasis hastalarının %47.7'si topikal, %32.6'sı topikal ve oral olarak TAT yöntemi kullandığını ifade ettiler. Akne hastalarında kullanılan TAT'ler ağırlıklı olarak topikal formda tercih edilirken, psoriasis hastalarında kombine kullanım daha belirgin olarak saptandı. Kullanılan TAT yöntemi sayısı açısından her iki grupta da çoklu TAT yöntemi kullanımı (%63.7) ön planda olup iki grup arasında anlamlı fark saptanmadı.

Kullanılan TAT yöntemini öneren kişi açısından akne hastalarında arkadaşlar (%54.2) psoriasis hastalarında ise akrabalar (%41.8) birinci sırada olarak saptanmakla birlikte psoriasis hastalarında benzer hastalar (%31.4), aktar (%33.7) ve sağlık çalışanları (%11.6) akne hastalarından anlamlı düzeyde yüksek saptandı. Psoriasis hastalarının çok farklı kaynaklardan bilgi edinebildikleri gözlenirken, akne hastalarının sadece yakın çevrelerinin önerisi ile TAT yöntemlerini denedikleri izlendi. Literatür bilgilerinde de bizim çalışmamızla uyumlu olarak TAT kullanıcılarının yöntemleri en sık yakın akraba ve arkadaşlar önerisi ile kullandıkları belirtilmiştir (10, 57, 126, 128, 133, 134). Amerikada yapılan çalışmada ise hastaların TAT yöntemlerini medya iletişim araçlarından öğrendikleri bildirilmiştir (124). Chen ve arkadaşlarının çalışmasında TAT kullanıcılarının %39'unda akrabalar, %27'sinde arkadaşlar, %22'sinde sağlık çalışanları ve %12'sinde medya aracılığıyla yöntemlerin kullanıldığı belirtilmiştir (123).

Akne hastalarında, psoriasis hastalarına oranla hem aile içinde (%53.3) hem de arkadaş çevrelerinde (%70.6) herhangi bir hastalık için TAT kullanım oranı daha yüksek saptandı.

Çalışmamızda akne hastalarının tümü kullandıkları TAT yöntemini kendileri evde denediklerini belirtirken, psoriasis hastalarının %7'si TAT uygulayıcısı tarafından, %15.1'i ise merkezde uygulandığını ifade etti. Psoriasis hastalarının TAT uygulayıcısı ve merkezlere başvuru oranının daha fazla olduğu saptandı. Kutlu ve arkadaşlarının çalışmasında da bizim çalışmamızla uyumlu olarak vakaların çoğunlukla kullandıkları TAT yöntemlerini kendileri tarafından ve evlerinde uyguladıkları bildirilmiştir (57). Aleer ve arkadaşlarının çalışmasında da bizim çalışmamıza benzer şekilde psoriasis hastalarının (%74) profesyonel alternatif tedavi uygulayıcılarına daha fazla başvurdukları bildirilmiştir (131).

Tamamlayıcı ve alternatif tedavi kullanan ve kullanmayan akne ve psoriasis hastalarının kullandıkları tıbbi tedavilerden memnuniyet oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı. TAT kullanan hastaların %72.5'i medikal tedaviyi denedikleri TAT yöntemlerinden daha etkili bulduklarını belirtirken bu oran akne hastalarında (%76.5), psoriasis hastalarından (%68.6) daha yüksek saptandı.

Bizim çalışmamızda hastaların TAT yöntemlerine başvuru nedenleri arasında sırasıyla çevreden faydalı olduğunu duyma (%61.6), doğal ve güvenli olduğunu düşünme (%50.3) ve tıbbi tedavilerden tatminsizlik (%43) saptandı. Kutlu ve arkadaşlarının çalışmasında da bizim çalışmamıza benzer şekilde TAT başvuru nedenleri arasında çevreden faydalı olduğunu duymanın en sık neden olduğu, ikinci sırada tıbbi tedaviyi başarısız bulmanın yer aldığı bildirildi (57). Berg ve arkadaşlarının çalışması ile Chen ve arkadaşlarının çalışmasında dermatolojik hastalıklarda TAT kullanma nedenleri arasında herşeyi denemiş olmak ilk sırada olarak bildirilmiştir (123, 125). See ve arkadaşlarının çalışmasında tıbbi tedavilerin etkisizliği (%28) ve TAT yöntemlerinin zararsız olduğunu düşünülmesi (%21.2) en sık TAT başvuru nedeni olarak bildirilmiştir (127). Clark ve arkadaşlarının çalışmasında psoriasisli hastalarda TAT kullanma nedenleri arasında en sık neden tıbbi tedavinin başarısızlığı olarak bildirilmiştir (133). Kim ve arkadaşları ile Arye ve arkadaşlarının çalışmalarında psoriasis hastalarının en sık TAT kullanım nedeni tüm



tedavi seçeneklerini denemiş olmak olarak bildirilmiştir (128, 131). Bizim çalışmamızda ise psoriasis hastaları arasında en sık TAT kullanım nedeni çevreden önerilmesi iken, ikinci sırada tıbbi tatminsizlik, üçüncü sırada her şeyi denemiş olmak yer almaktaydı. Aleer ve arkadaşlarının çalışmasında ise psoriasis hastalarının en sık TAT kullanım nedeni olarak tıbbi tedavinin başarısızlığı olarak bildirilmiştir (131). Çalışmamızda akne hastalarında TAT başvuru nedenleri arasında ilk sırada çevreden faydalı olduğunu duyma yer almakta iken ikinci sırada doğal ve güvenli olduğunun düşünülmesi yer almaktaydı. Çalışmamızda her iki grupta da TAT yöntemlerine başvuru nedeni olarak çevreden önerilmesi ilk sırada yer alırken, ikinci sırada, akne hastalarında TAT yöntemlerini doğal ve güvenli bulma, psoriasis hastalarında ise tıbbi tedaviden tatminsizlik ve doktora güvensizlik yer almaktaydı.

Gönül ve arkadaşlarının çalışmasında beşten fazla dermatoloji poliklinik başvurusu olanlarda TAT kullanım oranının daha fazla olduğu bildirilmiştir (7). Bizim çalışmamızda da poliklinik başvuru sayısı ile TAT kullanımı arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde pozitif yönde korelasyon saptandı. TAT kullanan hastaların %38.3'ünde, TAT kullanmayan hastaların ise %23.4'ünde son 1 yılda üçten fazla sayıda poliklinik başvurusu saptandı. TAT yöntemi kullanmış olan akne hastalarının %33.6'sında, psoriasis hastalarının ise %44.1'inde son bir yılda üçten fazla poliklinik başvurusu saptandı. Psoriasis hastalarında poliklinik başvuru sayısı ile TAT kullanım oranı arasında pozitif yönde anlamlı düzeyde korelasyon saptanırken, akne hastalarında saptanmadı. Psoriasis hastalarının hastaneye yatış öyküsü ve son bir yılda hastaneye yatış sayısı ile TAT başvuru oranları arasında pozitif yönde korelasyon saptandı.

Çalışmamızda kullanılan TAT yöntemi memnuniyeti açısından TAT kullanan hastaların %41.4'ü faydasız, %40.9'u kısmi iyileşme, %10.3'ü zararlı, %7.2'si tam iyileşme tarifledi. Kutlu ve arkadaşlarının çalışmasında ise olguların %64.3'ünün kullandığı yöntemi faydasız bulduğu, %20.6'sında ise yan etki görüldüğü belirtildi (57). Chen ve arkadaşlarının çalışmasında da bizim sonuçlarımıza benzer şekilde olguların %36'sının yöntemi faydalı bulduğu bildirilmiştir (123). Hughes ve arkadaşlarının çalışmasında olguların %57.7'si fayda görmediklerini, %10'u ise kötüleşme olduğunu bildirmişlerdir (57). Nicolaou ve arkadaşlarının çalışmasında ise

olguların %30'unda kullanılan TAT yöntemlerinden fayda görüldüğü bildirilmiştir (126). Çalışmamızda psoriasis hastalarının kullandıkları TAT yöntemlerinden memnuniyet oranı %45.4 olarak saptanırken, Kim ve arkadaşlarının çalışmasında psoriasis hastalarının %15'inin kullanılan TAT yönteminden fayda gördükleri belirtilmiştir (128). Çalışmamızda akne hastalarının kullandıkları TAT yöntemlerinden fayda görme oranı %50.5 olarak saptanırken Durusoy ve arkadaşlarının çalışmasında akne hastalarında TAT memnuniyeti %33.3 oranında bildirilmiştir (10). Çalışmamızda akne hastalarının kullanılan TAT yönteminden memnuniyet oranı (%50.5), psoriasis hastalarından (%45.4) daha fazla saptanırken, tam iyileşme oranı psoriasis hastalarında (%14) akne hastalarından (%1.9) daha fazla tanımlanmıştır. Psoriasis hastalarının tam iyileşme oranının daha yüksek olması TAT yöntemlerinin medikal tedavi ile birlikte kullanım sıklığının ve çoklu TAT yöntemi kullanımının akneli hastalara oranla daha fazla olması ile ilişkili olabilir. Çalışmamızda akne hastalarının %9.3'ü ile psoriasis hastalarının %11.6'sı kullandıkları TAT yöntemlerinden yan etki gördüklerini belirtmişlerdir.

Kullanılan tıbbi tedavi ile TAT yöntemlerinin etkinliklerinin karşılaştırılması istenildiğinde olguların %72.5'i medikal tedavinin TAT yöntemine oranla daha etkili olduğunu ifade etti. Aleer ve arkadaşlarının çalışmasında da bizim çalışmamıza benzer şekilde TAT yöntemlerinin tıbbi tedaviye oranla daha az etkili olduğu bildirilmiştir (131). Durusoy ve arkadaşlarının çalışmasında hastaların %19.2'sinde, Chen ve arkadaşlarının çalışmasında hastaların %4'ünde TAT yönteminin medikal tedaviden daha başarılı olduğu düşünülmüştür (10,123). Bizim çalışmamızda ise bu oran %7.6 olarak saptanmıştır.

Çalışmamızda TAT kullanan hastaların %22.8'i kullandıkları yöntemi benzer hastalara önerdiklerini belirtti. Akne hastalarının (%34.6), psoriasis hastalarına (%8.1) oranla kullandıkları TAT yöntemlerini benzer hastalara önerme oranları istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptandı. Chen ve arkadaşlarının çalışmasında da bizim çalışmamıza benzer şekilde hastaların %26'sının benzer hastalara TAT kullanımını önerdikleri bildirilmiştir (123). Çalışmaya dahil edilen tüm hastalar ileride TAT yöntemi kullanımı hakkındaki düşünceleri açısından sorgulandığında psoriasis hastalarının %24.7'si, akne hastalarının ise %8'i olumlu

yönde yanıt verdi. Hughes ve arkadaşlarının çalışmasında olguların %63'ünün kullandıkları TAT yöntemini benzer deri hastalığı olan başka olgulara tavsiye edebilecekleri bildirilmiştir (57). Bizim çalışmamızda ise TAT kullanan olguların %28'i TAT yöntemlerini önermeyi düşündüklerini belirtmişlerdir.

Çalışmamızda kullanılan TAT yöntemi için tüm olguların %43'ünün para harcadığı saptanırken, Kutlu ve arkadaşlarının çalışmasında ise tüm olguların %52.4'ünün kullanılan TAT yöntemi için para harcadığı belirtildi (57). Çalışmamızda akne hastalarının %68.2'sinin, psoriasis hastalarının ise %65.1'inin para harcadıkları saptandı. Akne hastalarının %0.9'u, psoriasis hastalarının ise %34.8'i 100 TL'nin üzerinde para harcadığı ifade etti. Psoriasis hastalarının TAT yöntemleri için harcadıkları ücretin daha fazla olması TAT uygulayıcısı ve özel merkezlere başvuru oranlarının daha fazla olması ile ilişkili olabilir.

Çalışmaya katılan hastaların ailelerinde TAT yöntemi kullanım öyküsü olanların TAT yöntemlerine daha fazla başvurdukları (%74.8) saptandı. Akne hastalarında hem aile ve hem de arkadaş çevrelerinde TAT yöntemi kullanım oranları daha yüksek oranda saptandı. Bu durum TAT yöntemi başvurusunda akne hastalarının yakın çevrelerinden daha fazla etkilenmiş olmalarını doğrulamaktadır.

Çalışmamızda TAT kullanan hastaların %6.7'si yöntemi denemeden önce doktora danıştığını ifade ederken, akne (%3.7) ve psoriasis (%10.4) hastalarının TAT yöntemi kullanmadan önce doktora danışma oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı. Tamamlayıcı ve alternatif tedavi yöntemi kullanan hastaların %77.7'sinin kullandıkları yöntemle ilgili doktorlarını bilgilendirmediği saptandı. Chen ve arkadaşlarının çalışmasında da bizim çalışmamızla aynı oranda (%77) hastaların doktorlarını bilgilendirmediği bildirilmiştir (123). Çalışmamızda hastaların %22.3'ünün kullandıkları TAT yöntemi ile ilgili doktorlarını bilgilendirdiği ve bu oranın psoriasis hastalarında (%31.4), akne hastalarından (%15) daha yüksek olduğu saptandı. Hastaların doktorlarını bilgilendirmeme nedenleri sırasıyla doktorun sormaması (%79.3), eleştirilme korkusu (%16.2) ve söylenmesi gerektiğini düşünmeme (%7.3) olarak saptandı. Chen ve arkadaşlarının çalışmada da benzer şekilde hastaların kullandıkları TAT yöntemi hakkında doktorlarını

bilgilendirmemelerinin en sık nedeni olarak söylenmesi gerektiğini düşünmeme ve doktorun sormaması olarak bildirilmiştir (123).

Çalışmaya dahil edilen tüm hastalar TAT yöntemleri ile ilgili olarak daha önce dermatologlar tarafından sorgulanma oranları incelendiğinde sadece 5 hasta (%0.01) sorgulandığını ifade etti. Bu durum hastanın öyküsü alınırken, TAT kullanımını özellikle sorgulamamız gerektiğine dikkat çekmektedir.

Çalışmaya dahil edilen tüm hastaların %52.6'sı TAT yöntemlerinin sağlık hizmetleri kapsamında devlet tarafından karşılanması gerektiğini savunurken akne ve psoriasis hastaları arasında anlamlı fark saptanmadı. Hughes ve arkadaşlarının çalışmasında olguların %83'ünün, Kutlu ve arkadaşlarının çalışmasında ise olguların %36.5'inin TAT masraflarının ulusal sağlık sistemi tarafından ödenmesi gerektiğinin düşünüldüğü belirtilmiştir (57).

TAT kullanan hastaların %52.8'i son bir yıl içinde, %47.1'i bir yıldan daha önce bu yöntemi denediklerini belirttiler.

Sonuç olarak günümüzde TAT yöntemleri çok yaygın olarak kullanılmakta ve bu yöntemlere olan ilgi giderek artış göstermektedir. Dermatolojik hastalıkların çoğunlukla yaşamı tehdit edici özellikte olmasa da psikososyal açıdan olumsuz etkilere neden olması ve yaşam kalitesini önemli derecede bozması hastaların alternatif tedavi arayışına neden olmaktadır. Dermatologların hastalarını tıbbi tedavi öyküsü yanında TAT yöntemleri açısından da sorgulamaları, hem hasta-hekim ilişkisinin gelişmesini sağlayacak hem de bu yöntemlerden doğabilecek yan etki ve maliyeti azaltacaktır.

## SONUÇ

- Çalışmaya dahil edilen 300 hastanın 193'ünde (%64.3) en az bir TAT yöntemi kullanıldığı saptandı. Akne hastalarının %71.3'ü ve psoriasis hastalarının %57.3'ü dermatolojik hastalıkları için TAT yöntemlerinden en az birini kullandıklarını bildirdiler.

- TAT kullanımı ile yaş aralığı ve cinsiyet arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamakla birlikte TAT yöntemi kullanan hastaların %65.8'i 19-35 yaş arasında ve %53.4'ü kadın olarak saptandı.

- TAT kullanımı ile eğitim düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmış olup TAT kullanan hastaların %63.2'si üniversite öğrencisi veya mezunuydu.

- Hastaların kullandıkları TAT yöntemleri arasında ilk sırada "bitkisel tedaviler" (%52.7) yer alıp bunu "bitkisel olmayan diğer topikal ürünler" (%29.7) takip etmekteydi.

- Akne hastalarının bitkisel tedavi, bitkisel tedavi dışı topikal ürünler, diyet kısıtlama ve diyet desteği aldıkları, psoriasis hastalarının ise bu yöntemlere ek olarak balneoterapi, balıklıgöl, dua yöntemi, hirudoterapi ve masaj yöntemlerini de denedikleri saptandı.

- Akne hastalarının en sık kullandığı topikal bitkisel tedavi yöntemi gül suyu (%32.7) iken bunu sırasıyla kil maskesi, limon suyu içeren karışım, sirke, kükürtlü sabun ve maden suyu izlemekteydi.

- Psoriasis hastalarının en sık bitkisel karışım krem tedavisi (%28.7) kullandığı saptanırken ikinci sırada ise oral olarak kullanılan bitkisel karışım tedavileri (%20) yer almaktaydı.

- TAT kullanan hastaların kullandıkları TAT yöntemini öneren kişi ve/veya ulaşma yolu açısından sorgulandığında ilk üç sırada akrabalar (%43.5), arkadaşlar (%42.4), televizyon (%20.7) yer almaktaydı.

- Akne hastalarının hastalık süresi uzunluğu ile TAT yöntemlerine başvuru oranları arasında pozitif yönde korelasyon saptandı.

- Lokalizasyon açısından yüz tutulumu ile TAT yöntemlerine başvuru oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptandı.

- Poliklinik başvuru sayısı ile TAT kullanımı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmış olup son bir yılda 10'un üzerinde poliklinik başvurusu olan hastalarda TAT kullanma oranı daha yüksek saptandı ve psoriasis hastalarının poliklinik başvuru sayısı ile TAT kullanım oranı arasında pozitif yönde korelasyon saptandı.

- Psoriasis hastalarının hastaneye yatış öyküsü varlığı ile TAT kullanımı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmakla birlikte son bir yılda hastaneye yatış sayısı ile TAT başvuru oranı arasında pozitif yönde korelasyon saptandı.

- Psoriasis hastalarında hastalık şiddeti artışı ile TAT yöntemlerine başvuru oranları arasında pozitif yönde korelasyon saptandı.

- Her iki hasta grubunda da yaşam kalite ölçeği skoru ile TAT başvuru oranları arasında pozitif yönde anlamlı düzeyde korelasyon saptanırken psoriasis hastalarında ( $p<0.001$ ) akne hastalarına oranla ( $p<0.01$ ) daha güçlü korelasyon saptandı

- Tıbbi tedavinin yan etkilerini yaşayan hasta grubunda TAT kullanımının daha fazla olduğu saptandı.

- Akne hastalarının büyük çoğunluğu (%86.9) medikal tedaviden önce TAT kullandığını ifade ederken, psoriasis hastalarının medikal tedavi öncesi ve eş zamanlı TAT kullanımları eşit oranda (%48.8) saptandı.

- Dermatolojik hastalığı için TAT yöntemi kullanan hastaların %72.5'i medikal tedaviyi, %7.6'sı TAT yöntemini daha etkili bulduğunu tariflerken, %11.7'si her iki yöntemin de etkisiz olduğunu ve %8.2'si her iki yöntemin de aynı etkide olduğunu ifade etti.

- Hastaların dermatolojik hastalıkları için ileride TAT kullanma düşünceleri sorgulandığında olumlu yanıt verme oranının psoriasis hastalarında (%24.7), akne hastalarına (%8) göre daha yüksek olduğu saptandı.

- TAT başvuru nedenleri incelendiğinde TAT kullanan tüm hastaların %61.6'sı çevreden faydalı olduğunu duyma, %50.3'ü doğal ve güvenli olduğunu düşünme, %43'ü tıbbi tedaviden tatminsizlik nedeniyle başvurduğunu ifade etti.

- TAT yöntemlerinin uygulama şekli açısından akne hastalarının %91.5'i topikal, psoriasis hastalarının %47.7'si topikal, %32.6'sı topikal ve oral TAT yöntemi kullandığını ifade etti.

- TAT yöntemlerinin kullanım süresi açısından akne hastalarının %66.4'ü, psoriasis hastalarının %47.7'si "bir süre" kullandıklarını ifade ederken, "düzenli" kullanım psoriasis hastalarında (%26.7), akne hastalarından (%15.9) daha yüksek oranda saptandı.

- Dermatolojik hastalıklar için TAT yöntemi kullanan hastaların %7.2'si tam iyileşme, %40.9'u kısmi iyileşme tariflerken, %41.4'ü faydasız olduğunu ve %10.3'ü yan etki gördüğünü belirtti.

- Akne hastalarının (%34.6), psoriasis hastalarına (%8.1) oranla kullandıkları TAT yöntemini benzer hastalara daha fazla önerdikleri saptandı.

- Hastaların kullandıkları TAT yöntemini doktorlarına danışma oranları arasında iki grup arasında fark saptanmazken, psoriasis olgularında (%36.6), akne olgularına (%15) göre doktorlarını bilgilendirme oranı daha yüksek saptandı ( $p<0.01$ ).

- Doktorlarını bilgilendirmeyen hastalar nedenleri açısından sorgulandığında akne hastalarının %81.3'ü ile psoriasis hastalarının %76.3'ü doktor tarafından sorulmadığı için söylemediklerini belirttiler. Akne hastalarının %1.3'ü, psoriasis hastalarının ise %2'si dışında TAT kullanımının doktor tarafından sorgulanmadığı saptandı.

## ÖZET

### **Psoriasis ve Akne vulgaris Hastalarında Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavi Kullanımının Araştırılması**

Bu çalışmanın amacı akne ve psoriasis hastalarında TAT kullanımının araştırılması olup çalışmaya bir yıl süresince Isparta Süleyman Demirel Üniversitesi Dermatoloji polikliniğine başvuran 150 psoriasis ve 150 akne vulgaris tanılı olmak üzere toplam 300 hasta dahil edilmiştir. Tüm olguların sosyodemografik özellikleri, hastalık süresi, başvuru anındaki hastalık şiddeti, hastalığa özgü yaşam kalite indeksi, daha önce kullanılan medikal tedaviler ile TAT kullanım sıklığı, başvuru nedenleri ve kullanılan yöntemleri içeren anket formları yüz yüze görüşme tekniği ile uygulanmıştır. Çalışmaya dahil edilen tüm hastaların %64.3'ü TAT kullanımı tariflerken, akne hastalarının %71.3'ü, psoriasis hastalarının ise %57.3'ü en az bir TAT yöntemi denediğini belirtmiştir. En sık tercih edilen TAT yöntemi bitkisel tedaviler (%52.7) iken diğer topikal uygulamalar (%29.7) ikinci sırada yer almaktaydı. Kullanılan TAT yöntemlerine başvuru nedenleri arasında çevreden faydalı olduğunu duyma (%61.6) en sık sebep olarak belirtilmiştir. Yüksek eğitim seviyesine sahip hastalarda TAT kullanımı daha fazla saptanmıştır. Akne hastalarında hastalık süresi TAT başvuru oranı arasında pozitif yönde korelasyon saptandı. Seksen dört hasta (%43.5) hasta kullandığı TAT yöntemini ailesinin önerisi ile denediğini belirtirken, 82 hasta (%42.4) ise arkadaş önerisi ile bu yönteme başvurduğunu ifade etti. Hastaların çoğu (%96.8) yöntemi kendileri ve büyük oranda (%93.2) evlerinde uygulamışlardı. Olguların 129'u (%66.8) kullandıkları TAT yöntemi için para harcamışlardı. Seksen (%41.4) hasta kullandığı TAT yöntemini faydasız bulmuş ve 20 (%10.3) hasta kullanılan yöntemle ilgili yan etki geliştiğini bildirmiştir. Yüz tutulumu, hastalığa özgü yaşam kalite indeksi, dermatoloji poliklinik başvuru sayısı ve hastaneye yatış sayısı ile TAT kullanımı arasında anlamlı ilişki saptandı.

Bu sonuçlar, TAT yöntemlerinin kullanıcılarını tatmin edici etkinlikte olmasa da akne ve psoriasis gibi kronik dermatolojik hastalıklarda sıklıkla kullanıldığını göstermektedir. Dermatologlar, hastaların geleneksel olmayan tedavilerin kullanımı yönündeki eğilimlerinin farkında olmalı ve TAT yöntemlerinin fayda ve riskleri açısından hastaları bilgilendirmelidir.

**Anahtar sözcükler:** Akne, Psoriasis, Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavi



## SUMMARY

### **Investigation the use of Complementary and Alternative Medicine in Psoriasis and Acne vulgaris**

The aim of this study was to explore the use of complementary and alternative medicine (CAM) therapies in patients with acne or psoriasis and the attitudes about CAM of these patients. This study included 300 patients who attended dermatology outpatient clinic in Isparta Süleyman Demirel University and diagnosed with acne or psoriasis over a 1-year period. Of the study patients, 150 were diagnosed with acne and 150 with psoriasis. A face-to-face structured questionnaire consisting of sociodemographic information, disease duration and current severity, disease life quality index, their history of medical therapy and prevalence, reasons and expectations of CAM use. The proportion of CAM use was 64.3% in total; 71.3% of acne and 57.3% of psoriasis patients had used CAM. The most frequently used CAM treatments were herbal medicine (%52.7) and other topical applications (%29.7). The main reason for CAM use they heard from their entourage that it was effective (%61.6). Patients with high education level preferred CAM more frequently than others did. The rate of using CAM in patients with acne increased with the duration of the disease. Eighty-four (%43.5) patients learned CAM from their families and eighty-two (%42.4) friends. Most of the patients applied this method by themselves (%96.8) and their homes (%93.2). One hundred and twenty-nine (%66.8) patients spent some money for CAM. Eighty (%41.4) patients thought that the method was ineffective and 20 (%10.3) experienced side effects. A significant relationship was found between face involvement, disease specific life quality index, number of visits to the dermatology clinic and hospitalization with CAM use.

These results indicate that CAM is widely used in chronic dermatological disease such as acne and psoriasis despite their dissatisfactions. Dermatologists should be aware of the tendency of patients to use unconventional therapies and should guide patients to access the benefits and risks of the use of CAM.

**Keywords:** Acne, Complementary and Alternative Medicine, Psoriasis

## KAYNAKLAR

1. Kav S, Hanoğlu Z, Algier L. Türkiyede Kanserli Hastalarda Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavi Yöntemlerinin Kullanımı. Uluslararası Hematoloji-Onkoloji Dergisi. 2008;18(1):32-8.
2. Özçelik H, Fadıloğlu F. Kanser hastalarının tamamlayıcı ve alternatif tedavi kullanım nedenleri. Türk Onkoloji Dergisi. 2009;24(1):48-52.
3. Altun R, Özden A. Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp. Güncel Gastroenteroloji. 2004;8(3):231-35.
4. Karadeniz C. Kanser ve Alternatif Tedavi. Türkiye Klinikleri J Pediatr 2000;9:15.
5. Ernst E. CAM in dermatology: telling fact from fiction. Int J Dermatol. 2003 Dec;42(12):979-80.
6. Araz A, Harlak H, Meşe G. Sağlık Davranışları ve Alternatif Tedavi Kullanımı. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni 2007;6(2):112-22.
7. Gönül M, Gul Ü, Cakmak SK, Kilic S. Unconventional medicine in dermatology outpatients in Turkey. Int J Dermatol. 2009 Jun;48(6):639-44.
8. Boneberger S, Rupec RA, Ruzicka T. Complementary therapy for atopic dermatitis and other allergic skin diseases: facts and controversies. Clin Dermatol. 2010 Jan-Feb;28(1):57-61.
9. Ernst E. The usage of complementary therapies by dermatological patients: a systematic review. Br J Dermatol. 2000 May;142(5):857-61.
10. Durusoy Ç, Güleç AT, Durukan E, Bakar C. Dermatoloji Polikliniğine Başvuran Akne vulgaris ve Melasma Hastalarında Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp Kullanımı. Turk J Dermatol 2010;4:14-7.
11. İnanır I, Aydemir Ö, Gündüz K, Danacı AE, Ermertcan AT. Psoriasisli Hastalarda Yaşam Kalite Ölçeği Geliştirilmesi. TÜRKDERM. 2003;37:189-95.
12. Muslu Karayagız G, Öztürk C. Tamamlayıcı ve Alternatif Tedaviler ve Çocuklarda Kullanımı. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi. 2008;51(1):62-7.
13. Fuhrmann T, Smith N, Tausk F. Use of complementary and alternative medicine among adults with skin disease: updated results from a national survey. J Am Acad Dermatol. 2010 Dec;63(6):1000-5.
14. Özkan Arslan İ, Kulakaç Ö. Jinekolojik Kanserlerde Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp Kullanımı. Türkiye Klinikleri J Med Sci. 2009;29(6):1695-704.

15. Barnes PM, Powell-Griner E, McFann K, Nahin RL. Complementary and alternative medicine use among adults: United States, 2002. *Adv Data*. 2004 May 27(343):1-19.
16. Chen CJ, Yu HS. Acupuncture, electrostimulation, and reflex therapy in dermatology. *Dermatol Ther*. 2003;16(2):87-92.
17. Son BK, Yun Y, Choi IH. Efficacy of ah shi point acupuncture on acne vulgaris. *Acupunct Med*. 2010 Sep;28(3):126-9.
18. Liao SJ, Liao TA. Acupuncture treatment for psoriasis: a retrospective case report. *Acupunct Electrother Res*. 1992 Jul-Sep;17(3):195-208.
19. Jerner B, Skogh M, Vahlquist A. A controlled trial of acupuncture in psoriasis: no convincing effect. *Acta Derm Venereol*. 1997 Mar;77(2):154-6.
20. Buchness MR. Alternative medicine and dermatology. *Semin Cutan Med Surg*. 1998 Dec;17(4):28
21. Kalyon TA. Akupunktur tedavisi. *Turk J Phys Med Rehab*. 2007;53:52-7.
22. Smolle J. Homeopathy in dermatology. *Dermatol Ther*. 2003;16(2):93-7.
23. Cooper EL. Ayurveda and eCAM: A Closer Connection. *Evid Based Complement Alternat Med*. 2008 Jun;5(2):121-2.
24. Vaidya AD, Devasagayam TP. Current status of herbal drugs in India: an overview. *J Clin Biochem Nutr*. 2007 Jul;41(1):1-11.
25. Doğan B, Abuaf Karabudak Ö, Karabacak E. Tamamlayıcı/Alternatif Tıp ve Dermatoloji *Türkderm* 2012;46:62-6.
26. Gray RE, Fitch M, Goel V, Franssen E, Labrecque M. Utilization of complementary/alternative services by women with breast cancer. *J Health Soc Policy*. 2003;16(4):75-84.
27. Kırımlı Y. Nazar ve nazara karşı tuzla yapılan pratikler. 8 Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Diyarbakır, Dicle Üniversitesi Basımevi. 2002; 2:558-61
28. Shenefelt PD. Hypnosis in dermatology. *Arch Dermatol*. 2000 Mar;136(3):393-9.
29. Sood A, Ebbert JO, Sood R, Stevens SR. Complementary treatments for tobacco cessation: a survey. *Nicotine Tob Res*. 2006 Dec;8(6):767-71.
30. Pilkington K, Rampes H, Richardson J. Complementary medicine for depression. *Expert Rev Neurother*. 2006 Nov;6(11):1741-51.
31. Pilkington K, Kirkwood G, Rampes H, Richardson J. Yoga for depression: the research evidence. *J Affect Disord*. 2005 Dec;89(1-3):13-24.

32. Yetkin. H, Başak Yüksel P. Dermatolojide Bitkisel Tedavi. *Türkderm.* 2006;40(2):40-5.
33. Durusoy Ç, Gözel Ulusal B. Dermatolojide Bitkisel Tedavi-Fitoterapi. *Türk Dermatoloji Dergisi* 2007;1:47-50
34. Vickers A, Zollman C. ABC of complementary medicine: herbal medicine. *BMJ.* 1999 Oct 16;319(7216):1050-3.
35. Demirci GT, Mertoğlu E, Altunay İK. Türkiye'de Deri Hastalıklarında Fitoterapi. *Türkiye Klinikleri J Dermatol.* 2011;21(3):117-29.
36. Hunt MJ, Barnetson RS. A comparative study of gluconolactone versus benzoyl peroxide in the treatment of acne. *Australas J Dermatol.* 1992;33(3):131-4.
37. Kim SW, Moon SE, Kim JA, Eun HC. Glycolic acid versus Jessner's solution: which is better for facial acne patients? A randomized prospective clinical trial of split-face model therapy. *Dermatol Surg.* 1999 Apr;25(4):270-3.
38. Magin PJ, Adams J, Pond CD, Smith W. Topical and oral CAM in acne: a review of the empirical evidence and a consideration of its context. *Complement Ther Med.* 2006 Mar;14(1):62-76.
39. Spellman MC, Pincus SH. Efficacy and safety of azelaic acid and glycolic acid combination therapy compared with tretinoin therapy for acne. *Clin Ther.* 1998 Jul-Aug;20(4):711-21.
40. Bassett IB, Pannowitz DL, Barnetson RS. A comparative study of tea-tree oil versus benzoylperoxide in the treatment of acne. *Med J Aust.* 1990 Oct 15;153(8):455-8
41. Orafidiya LO ea. The effect of aloe vera gel on the anti-acne properties of the essential oil of *Ocimum gratissimum* Linn leaf-a preliminary clinical investigation *Int J Aromather.* 2004;14:15-21.
42. Choonhakarn C, Busaracome P, Sripanidkulchai B, Sarakarn P. A prospective, randomized clinical trial comparing topical aloe vera with 0.1% triamcinolone acetonide in mild to moderate plaque psoriasis. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* Feb;24(2):168-72.
43. Lin YK, Wong WR, Chang YC, Chang CJ, Tsay PK, Chang SC, et al. The efficacy and safety of topically applied indigo naturalis ointment in patients with plaque-type psoriasis. *Dermatology.* 2007;214(2):155-61.
44. Stucker M, Memmel U, Hoffmann M, Hartung J, Altmeyer P. Vitamin B(12) cream containing avocado oil in the therapy of plaque psoriasis. *Dermatology.* 2001;203(2):141-7.
45. Bedi MK, Shenefelt PD. Herbal therapy in dermatology. *Arch Dermatol.* 2002 Feb;138(2):232-42.

46. Van Gool CJ, Zeegers MP, Thijs C. Oral essential fatty acid supplementation in atopic dermatitis-a meta-analysis of placebo-controlled trials. *Br J Dermatol.* 2004 Apr;150(4):728-40.
47. Kitz R, Rose MA, Schonborn H, Zielen S, Bohles HJ. Impact of early dietary gamma-linolenic acid supplementation on atopic eczema in infancy. *Pediatr Allergy Immunol.* 2006 Mar;17(2):112-7.
48. Erkan T, editor. *Kanserde Alternatif ve Tamamlayıcı Tıp.* 7.baskı ed: İstanbul: iletişim yayınları 2008.
49. Dunlop KJ, Barnetson RS. A comparative study of isotretinoin versus benzoyl peroxide in the treatment of acne. *Australas J Dermatol.* 1995 Feb;36(1):13-5.
50. Madenci E. Klasik Masaj. *Türk Fiz Tıp Rehab Derg.* 2007;53(2):58-61.
51. Zeitlin D, Keller SE, Shiflett SC, Schleifer SJ, Bartlett JA. Immunological effects of massage therapy during academic stress. *Psychosom Med.* 2000 Jan-Feb;62(1):83-4.
52. Hakverdioğlu G, Türk G. Acupressure. *Journal of Hacettepe University School of Nursing.* 2006;13(2):43-7.
53. Aksoy C. Manipülatif Tedavi. *Türkiye Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Dergisi.* 1998;Özel Sayı 1.
54. Busse JW, Wilson K, Campbell JB. Attitudes towards vaccination among chiropractic and naturopathic students. *Vaccine.* 2008 Nov 18;26(49):6237-43.
55. Konvicka JJ, Meyer TA, McDavid AJ, Roberson CR. Complementary/alternative medicine use among chronic pain clinic patients. *J Perianesth Nurs.* 2008 Feb;23(1):17-23.
56. Özçelik S, Akyol M. Psoriasis-Klimaterapi. *Türkderm.* 2008;42(özel sayı 2):51-5.
57. Kutlu S, Ekmekçi Rezan T, Köşlü A, Purisa S Dermatoloji Polikliniğine Başvuran Olgularda Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp Yöntemlerinin Kullanımı. *Türkiye Klinikleri J Med Sci.* 2009;29(6):1496-502.
58. Karaca Ş, Kulaç M, Özel H, Kavuncu V. Dermatolojide Balneo-Foto-Terapi. *Kocatepe Tıp Dergisi.* 2005;6(3):7-15.
59. Gödekmerdan A, Arusan S, Bayar B, Sağlam N. Tıbbi Sülükler ve Hirudoterapi. *Türkiye Parazitoloj Derg.* 2011;35:234-9.
60. Lis-Balchin M. Re: Essential oils and 'aromatherapy' their modern role in healing. *J R Soc Health.* 1998 Apr;118(2):126.

61. Köse E, Sarsılmaz M, Ögetürk M, Kuş İ, Kavaklı A, Zararsız İ. Öğrenme davranışlarında gül esans yağ aromasının rolü: deneysel bir çalışma. *Fırat Tıp Dergisi*. 2007;12:159-62.
62. Buckle RJ. Aromatherapy in the USA. *Int J Aromatherapy*. 2003;13:42-6.
63. Campenni CE, Crawley EJ, Meier ME. Role of suggestion in odor-induced mood change. *Psychol Rep*. 2004 Jun;94(3 Pt 2):1127-36.
64. Moss M, Cook J, Wesnes K, Duckett P. Aromas of rosemary and lavender essential oils differentially affect cognition and mood in healthy adults. *Int J Neurosci*. 2003 Jan;113(1):15-38.
65. Bossi LM, Ott MJ, DeCristofaro S. Reiki as a clinical intervention in oncology nursing practice. *Clin J Oncol Nurs*. 2008 Jun;12(3):489-94.
66. Baldwin AL, Wagers C, Schwartz GE. Reiki improves heart rate homeostasis in laboratory rats. *J Altern Complement Med*. 2008 May;14(4):417-22.
67. Lee MS PM, Ernst E. Effects of reiki in clinical practice: a systematic review of randomised clinical trials. *Int J Clin Pract*. 62:947-54.
68. Li F, Harmer P, Fisher KJ, McAuley E, Chaumeton N, Eckstrom E, et al. Tai Chi and fall reductions in older adults: a randomized controlled trial. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2005 Feb;60(2):187-94
69. Wu G. Evaluation of the effectiveness of Tai Chi for improving balance and preventing falls in the older population--a review. *J Am Geriatr Soc*. 2002 Apr;50(4):746-54
70. Acar MA, Aksungur VL. Akne ve Benzeri Hastalıklar. Eds. Tüzün Y, Gürer MA, Serdaroğlu S, Oğuz O, Aksungur VL. 3. Baskı, İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri 2008; 1189-1216.
71. Van De Kerkhof Pc. Psoriasis. Ed. Bologna JL, Jorizzo JL, Rapini RP, *Dermatology*. 1<sup>st</sup> ed. Edinburgh, Mosby Company 2003;125-49.
72. Erdal E. Psoriasis Etiyopatogenezi. *T Klin J Dermatol*. 2004;14:11-4.
73. Yazıcı AC, Karabulut AA. Psoriiazisin genetik özellikleri ve patogenezi. *Dermatose*. 2003;2:95-102.
74. Ortonne JP. Recent developments in the understanding of the pathogenesis of psoriasis. *Br J Dermatol*. 1999 Apr;140 Suppl 54:1-7.
75. Türsan Ü. Psoriasis Etiyolojisi. *Dermatoz*. 2010;1(2):91-108.
76. Özden MG, Tekin NS. Psoriiazis Patogenezinde Yenilikler. *Türkiye Klinikleri J Dermatol*. 2007;17:112-19.

77. Türkoğlu Z. Psoriasis. Eds. Aydemir EH. 10. Baskı, İstanbul, İstanbul Tıp Kitabevi 2008;193-201.
78. Bilen N. Non-Püstüler Psoriyazis. Türkiye Klinikleri J Int Med Sci. 2005;1(13):22-6.
79. Akkaya VB, Ceyhan AM. Psoriyazisinde tanı ve ayırıcı tanı. T Klin J Int Med Sci. 2005;1:62-7.
80. Polat M, Öztaş P, Yalçın B, Tamer E, Lenk N, Artüz F, Allı N. Psöriazisli Hastalarda Tırnak Bulgularının Değerlendirilmesi. Türkiye Klinikleri J Dermatol 2009;19(2):68-72.
81. Tuncer S. Psoriyatik Artrit. Türkiye Klinikleri J Int Med Sci. 2005;1(13):32-8.
82. Gülekon A, Adışen E. Psoriasis ve komorbiditeler. Turkderm 2008;42 Suppl 2:23-5.
83. Pişkin G. Psoriyazisin Patogenezi. Türkiye Klinikleri J Int Med Sci. 2005;1(13):5-12.
84. Brasie Anadolu FR. Psoriyazisinde Dermatopatolojik Özellikler. Türkiye Klinikleri J Int Med Sci. 2005;1(13):16-21.
85. Braun-Falco O, Plewig G, Wolff HH, Burgdorf WHC: Dermatology. 2nd. ed, Berlin: Springer-Verlag, 2000;585-607.
86. Gürer MA. Psoriasis. Eds. Tüzün Y, Serdaroğlu S, Erdem C, Özpoyraz M, Önder M, Öztürkcan S. 1.Baskı, İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri 2010;703-10.
87. Ergun T. Psoriasisın Sistemik Tedavi Kılavuzu: Yöntem Seçimi ve İzleme İlgili Pratik Öneriler, Tartışmalı Konular. Türk Dermatoloji Dergisi. 2007;1:8-14.
88. Aytekin S. Psoriyazis Tedavisinde Sistemik İlaçlar ve Tedavi Rejimleri. Türkiye Klinikleri J Int Med Sci. 2005;1(13):74-9.
89. Kaya Tİ. Psoriyazisin Topikal Tedavisi. Türkiye Klinikleri J Int Med Sci. 2005;1(13):68-73.
90. Akkaya VB. Psoriasisde güncel medikal tedavi seçenekleri ve hastaya yönelik yaklaşımlar. Dermatolojide Gelişmeler-6. Ed.Tüzün Y. Has Matbaacılık İstanbul 2006;163-170.
91. Kaçar N, Ergin Ş, Erdoğan BŞ. Psoriasisli Hastalarda Yaşam Kalitesi. Türkderm. 2007;41:117-70.
92. Acıöz E, Gökdemir G, Köşlü A. Dermatolojide Yaşam Kalitesi. Türkderm. 2003;37:16-23.

93. Hahm BJ, Min SU, Yoon MY, Shin YW, Kim JS, Jung JY, et al. Changes of psychiatric parameters and their relationships by oral isotretinoin in acne patients. *J Dermatol.* 2009 May;36(5):255-61.
94. Gollnick H. Current concepts of the pathogenesis of acne: implications for drug treatment. *Drugs.* 2003;63(15):1579-96.
95. Simpson NB, Cunliffe WJ. Disorders of the sebaceous glands. *Rook's Textbook of Dermatology.* Ed. Burns T, Brearhnach S, Cox N, Griffiths C. Massachusetts, Blackwell Publishing, 2004;43.1-43.75.
96. Antonov M. Akne. Eds. Aydemir EH. 10. Baskı, İstanbul, İstanbul Tıp Kitabevi 2008;231-9.
97. Wolff K, Goldsmith La, Katz SI, Gilchrest BA, Paller AS, Leffell DJ. Akne Vulgaris, *Dermatology in General Medicine* 7<sup>th</sup> ed. USA, Mc Graw Hill Inc 2008;169-93.
98. Tüzün Y, Engin B. Akne Vulgaris. Eds. Tüzün Y, Serdaroğlu S, Erdem C, Özpoyraz M, Önder M, Öztürkcan S. 1. Baskı, İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri 2010;27-31.
99. Tüzün Y Bahçetepe N. Akne Vulgaris Etyopatogenezi. *Klinik Aktüel Tıp.* 2007;12(7):1-6.
100. Odom RB, James WD, Berger TG. Akne Vulgaris. 10.baskı. 2008;231-51.
101. Sarıcaoğlu H. Sigaranın deri hastalıkları üzerine etkileri *Türkderm.* 2003; 38:248-56.
102. Zouboulis CC, Eady A, Philpott M, Goldsmith LA, Orfanos C, Cunliffe WC, et al. What is the pathogenesis of acne? *Exp Dermatol.* 2005 Feb;14(2):143-52.
103. Engin B, Gümüsel M, Özdemir M, Tavlan Özdemir Ş, Mevlitoğlu İ. Diyetin Akne Üzerine Etkisi. *Türkiye Klinikleri J Dermatol* 2009;19(1):9-13.
104. İlder NK. Akne Vulgarisin Klinik Özellikleri. *Klinik Aktüel Tıp Dermatoloji Özel Sayısı.* 2007;12(7):15-7.
105. Jacob CI, Dover JS, Kaminer MS. Acne scarring: a classification system and review of treatment options. *J Am Acad Dermatol.* 2001 Jul;45(1):109-17
106. Babuna G, Özarmağan G. Akne Vulgarisin Klinik Derecelendirilmesi. *Klinik Aktüel Tıp Dermatoloji Özel Sayısı.* 2007;12(7):7-14.
107. Duman D. Aknede Topikal Tedavi. *Klinik Aktüel Tıp Dermatoloji Özel Sayısı.* 2007;12(7):28-32.
108. Worret WI, Fluhr JW. [Acne therapy with topical benzoyl peroxide, antibiotics and azelaic acid]. *J Dtsch Dermatol Ges.* 2006 Apr;4(4):293-300.



109. Thiboutot D. New treatments and therapeutic strategies for acne. *Arch Fam Med.* 2000 Feb;9(2):179-87.
110. Taştan B, Koç E. Akne Sistemik Antibiyotik Tedavisi. *Türkiye Klinikleri J Int Med Sci.* 2006;2(30):28-35.
111. Akyol M. Akne Vulgariste Sistemik Tedavi. *Klinik Aktüel Tıp Dermatoloji Özel Sayısı.* 2007;12(7):33-8.
112. Heymann WR. Oral contraceptives for the treatment of acne vulgaris. *J Am Acad Dermatol.* 2007 Jun;56(6):1056-7.
113. Leyden JJ. A review of the use of combination therapies for the treatment of acne vulgaris. *J Am Acad Dermatol.* 2003 Sep;49(3 Suppl):S200-10.
114. Tüzün Y, Dolar N. Güncel Akne Tedavisi. *Dermatose.* 2004;3:220-29.
115. Bilen N. Akne İzlerinin Tedavisi. *Klinik Aktüel Tıp Dermatoloji Özel Sayısı.* 2007;12(7):22-7.
116. Ermertcan AT. Akne ve Yaşam Kalitesi. *Dermatose* 2007;6(2):91-7.
117. Güngör E. Akne ve Depresyon. *Klinik Aktüel Tıp Dermatoloji Özel Sayısı.* 2007;12(7):39-44.
118. Gupta MA, Johnson AM, Gupta AK. The development of an Acne Quality of Life scale: reliability, validity, and relation to subjective acne severity in mild to moderate acne vulgaris. *Acta Derm Venereol.* 1998 Nov;78(6):451-6.
119. Demirçay Z, Şenol A, Seçkin D. Akne vulgarisli hastalarda Akne Yaşam Kalite Ölçeğinin Türkçe güvenilirlik çalışması *Türkderm* 2006;40:94-7.
120. Berth-Jones J, Grotzinger K, Rainville C, Pham B, Huang J, Daly S, et al. A study examining inter- and intrarater reliability of three scales for measuring severity of psoriasis: Psoriasis Area and Severity Index, Physician's Global Assessment and Lattice System Physician's Global Assessment. *Br J Dermatol.* 2006 Oct;155(4):707-13.
121. Ulusoy RE, Karabudak O, Yokusoglu M, Kilicaslan F, Kirilmaz A, Cebeci BS. Noninvasive assessment of impaired endothelial function in psoriasis. *Rheumatol Int.* 2010 Feb;30(4):479-83.
122. Doshi A, Zaheer A, Stiller MJ. A comparison of current acne grading systems and proposal of a novel system. *Int J Dermatol.* 1997 Jun;36(6):416-8.
123. Chen YF, Chang JS. Complementary and alternative medicine use among patients attending a hospital dermatology clinic in Taiwan. *Int J Dermatol.* 2003 Aug;42(8):616-21.

124. Baron SE, Goodwin RG, Nicolau N, Blackford S, Goulden V. Use of complementary medicine among outpatients with dermatologic conditions within Yorkshire and South Wales, United Kingdom. *J Am Acad Dermatol*. 2005 Apr;52(4):589-94.
125. Berg M, Arnetz B. Characteristics of users and nonusers of alternative medicine in dermatologic patients attending a university hospital clinic: a short report. *J Altern Complement Med*. 1998 Fall;4(3):277-9.
126. Nicolaou N, Johnston GA. The use of complementary medicine by patients referred to a contact dermatitis clinic. *Contact Dermatitis*. 2004 Jul;51(1):30-3.
127. See A, Teo B, Kwan R, Lim R, Lee J, Tang MB, et al. Use of complementary and alternative medicine among dermatology outpatients in Singapore. *Australas J Dermatol*. Feb;52(1):7-13.
128. Kim GW, Park JM, Chin HW, Ko HC, Kim MB, Kim JY, et al. Comparative analysis of the use of complementary and alternative medicine by Korean patients with androgenetic alopecia, atopic dermatitis and psoriasis. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. May 23.
129. Karadağ AS, Bilgili SG, Özkol HU, Çalka Ö. Dermatoloji Kliniğine Başvuran Hastalarda Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp Kullanım Sıklığı. 6. Ege Dermatoloji Günleri, Muğla: 4-8 Haziran, 2011:222-6.
130. Ben-Arye E, Ziv M, Frenkel M, Lavi I, Rosenman D. Complementary medicine and psoriasis: linking the patient's outlook with evidence-based medicine. *Dermatology*. 2003;207(3):302-7.
131. McAleer MA, Powell FC. Complementary and alternative medicine usage in rosacea. *Br J Dermatol*. 2008 May;158(5):1139-41.
132. Noiesen E, Munk MD, Larsen K, Hoyen M, Agner T. Use of complementary and alternative treatment for allergic contact dermatitis. *Br J Dermatol*. 2007 Aug;157(2):301-5.
133. Christine M Clark RAM, Donal G Fortune, Christopher E M Griffiths. Use of alternative treatments by patients with psoriasis. *British Journal of General Practice*. 1998;December:1873-4.
134. Johnston GA, Bilbao RM, Graham-Brown RA. The use of complementary medicine in children with atopic dermatitis in secondary care in Leicester. *Br J Dermatol*. 2003 Sep;149(3):566-71.

**EKLER****EK-1****TAT ANKET FORMU****Bölüm 1**

Sıra no:

Tel :

Tarih:

Demografik Bilgiler

Yaş: ≤18 ( ) 19-35 ( ) 36-52 ( ) 53&lt; ( )

Cinsiyet: K ( ) E ( )

Eğitim Durumu:

Okur yazar değil ( ) Ortaokul ( ) Üniversite ( )

İlkokul ( ) Lise ( )

Medeni hal:

Evli ( ) Bekar ( ) Dul ( )

Meslek:

Öğrenci ( ) Emekli ( ) Ev hanımı ( ) Sağlık çalışanı ( )

Memur ( ) Serbest meslek ( ) Çiftçi ( ) İşsiz ( )

İkamet:

Kırsal ( ) Kentsel ( )

Sağlık güvencesi:

Yok ( ) SGK ( ) Özel sağlık sigortası ( )

Sosyoekonomik durum:

Aylık gelir düzeyi:

$\leq 500$  ( ) 510-1000 ( ) 1100-2000 ( )  $2100 \leq$

## Bölüm 2

Dermatolojik Hastalık

Tanı: Akne ( ) Psoriasis ( )

Hastalık süresi:

3 aydan kısa ( ) 3 ay-1 yıl ( ) 1-5 yıl ( ) 5 yıldan fazla ( )

Lokalizasyon:

Baş: Yüz: Gövde: Ekstremiteler: El-ayak: Tırnak:

Sistemik tutulum (Psoriatik artrit): Var ( ) Yok ( )

Poliklinik başvuru sayısı (son 1 yılda):

İlk:  $\leq 3$  ( ) 3-10 ( )  $10 \leq$  ( )

Hastaneye yatış öyküsü: Var ( ) Yok ( )

Hastaneye yatış sayısı (son 1 yılda):

Hiç:  $\leq 3$  ( ) 3-10 ( )  $10 \leq$  ( )

Aile öyküsü: Var ( ) Yok ( )

Medikal tedavi kullanımı:

Şu an ( ) Daha önce ( )



Kişinin kendi sağlık düzeyini tanımlaması

Çok iyi ( ) İyi ( ) Orta ( ) Kötü ( ) Çok kötü ( )

Kişinin kendi sağlığını yaşlıları ile kıyaslaması

Daha sağlıklı ( ) Aynı ( ) Daha sağlıksız ( )

### **Bölüm 3**

Dermatolojik hastalık (Psoriasis /Akne) için TAT kullanım öyküsü

Var ( ) Yok ( )

Varsa neler?

Akupunktur ( )

Aromaterapi ( )

Balneoterapi (kaplıca tedavisi) ( )

Balıklıgöl ( )

Bitkisel tedavi (bitkisel çay, krem) ( )

Bioenerji uygulamaları (reiki, qi-gong) ( )

Dua (spirutual tedavi) ( )

Egzersiz tedavileri (yoga, tai-chi, aleksander tekniği, plates tekniği) ( )

Elektromanyetik uygulamalar (refleksoloji) ( )

Hipnoz ( )

Hirudoterapi (sülük tedavisi) ( )

Meditasyon ( )

Müzik tedavisi ( )

Masaj ( )

Manipülasyon ( )

Naturapati (diyet, vitamin, mineral) ( )

Diyet desteği ( )

Diyet kısıtlama ( )

Dermatolojik hastalık için ( )

Ek hastalık için ( )

Topikal ( )

Topikal ( )

Oral ( )

Oral ( )

Diğer ( )

Diğer ( )

Topikal+Oral ( )

Topikal + Oral ( )

Dermatolojik hastalık için TAT kullanımını zamanı

Son 1 yıl içinde ( )

Önce ( )

Süre - Sıklık

1-2 kez ( )

Bir süre ( )

Düzenli ( )

Medikal tedavi ile TAT zaman ilişkisi

Medikal tedavi ile eş zamanlı ( )

Önce ( )

Sonra ( )

Kullanılan TAT yöntem sayısı:

Tek ( )

Birden fazla ( )

TAT yöntemini öneren kişi / Ulaşma yolu

Akrabalar ( )

Arkadaşlar ( )

Benzer hastalar ( )

Medya TV ( ) Radyo ( ) Gazete ( ) Dergi ( ) İnternet ( )

Aktar ( )

Sağlık çalışanları ( )

Diğer ( )

TAT yöntemini uygulayan kişi

Kendisi ( ) Profesyonel kişi ( )

TAT yönteminin uygulandığı yer

Ev ( ) Merkez ( ) Sağlık birimi ( )

Ailede TAT kullanımı : Var ( ) Yok ( )

Arkadaşlarında TAT kullanımı : Var ( ) Yok ( )

TAT kullanmadan önce doktora danıştınız mı? Evet ( ) Hayır ( )

TAT kullandığınızı doktorunuza söylediniz mi? Evet ( ) Hayır ( )

“Hayır” ise neden?

Doktorun sormaması ( ) Eleştirilme korkusu ( ) Söylenmesi gerektiğini düşünmeme ( )

Daha önce TAT kullanımı doktor tarafından sorgulandı mı ? Evet ( )

Hayır ( )

Gelecekte dermatolojik hastalığımız için TAT kullanma düşüncesi

Evet ( ) Hayır ( )



'Evet' ise neler?

Akupunktur

Aromaterapi

Balneoterapi (kaplıca tedavisi)

Balıklığöl

Bitkisel tedavi (bitkisel çay, krem)

Bioenerji uygulamaları (reiki, qi-gong)

Dua (spirutual tedavi)

Egzersiz tedavileri (yoga, tai-chi, aleksander tekniği, plates tekniği)

Elektromanyetik uygulamalar (refleksoloji)

Hipnoz

Hirudoterapi (sülük tedavisi)

Meditasyon

Müzik tedavis i

Masaj

Manipülasyon

Naturapati (diyet, vitamin, mineral)

Diyet desteği

Diyet kısıtlama

Kullanılan TAT yönteminden (her biri için) fayda gördünüz mü?

Evet ( ) Hayır ( )

“Evet” ise nasıl?

Fiziksel fayda görme ( )

Psikolojik fayda görme ( )

Kullanılan TAT yöntemi ile iyileşme derecesi

Tam iyileşme ( )

Kısmi iyileşme ( )

Faydasız ( )

Zararlı / yan etki var ( ) yok ( )

Yan etki varsa neler?

Topikal yan etki:

Sistemik yan etki:

Kullanılan TAT yönteminden fayda görülmüşse etkisi ne kadar sürdü?

$\leq 6$  ay ( )  $6$  ay  $<$  ( )

Kullanılan TAT yöntemi ile medikal tedavinin karşılaştırılması

TAT daha etkili ( )

TAT ve medikal tedavi aynı etkili ( )

Medikal tedavi daha etkili ( )

İkisi de etkisiz ( )

Kullandığınız TAT yöntemini başkalarına önerdiniz mi?

Evet ( )

Hayır ( )

Kullandığınız TAT yöntemi için para harcadınız mı?

Evet ( ) Hayır ( )

“Evet” ise ne kadar?

$\leq 100\text{TL}$  ( ) 100-500TL ( )  $500\text{TL} \leq$  ( )

Sizce TAT yöntemleri için gerekli olan masraflar sosyal güvenlik kurumları tarafından karşılanmalı mıdır?

Evet ( ) Hayır ( )

TAT yöntemine başvurma nedeni?

Etkili olması ( )

Doğal-güvenli olması ( )

Yan etkisinin olmaması ( )

Ucuz ve kolay ulaşılabilir olması ( )

Herşeyi denemiş olmak ( )

Psikolojik rahatlama ( )

Çevreden faydalı olduğunu duyma ( )

Tıbbi sağlık hizmetlerinden tatminsizlik ( )

Medikal tedavinin yan etkileri ( )

Doktora güvensizlik ( )

Tıbbi tedavinin pahalı ve ulaşımın zor olması ( )

Medikal tedaviden zarar gören bir yakınının olması ( )

Medikal tedavi seçiminde ve kullanımında hastaya söz hakkı tanınmaması ( )

TAT hakkındaki görüş ve tutumlar

TAT yöntemlerini geleneksel tedaviye tercih ederim

Evet ( ) Hayır ( )

TAT tedavilerin çoğuna güvenirim

Evet ( ) Hayır ( )

Çevremdekilere TAT kullanımını öneririm

Evet ( ) Hayır ( )

Doktora başvurmadan önce TAT yöntemleri denenmeli

Evet ( ) Hayır ( )

TAT medikal tedavi ile kombine kullanılırsa faydalı olabilir

Evet ( ) Hayır ( )

Medikal tedavi yetersiz kalırsa TAT son çözüm olabilir

Evet ( ) Hayır ( )

Alternatif tedavilerin güvenli olduğunu düşünmüyorum

Evet ( ) Hayır ( )

**EK-2****Akne Yaşam Kalite Ölçeği**

1) Başkalarının yanında kendini huzursuz hissetme

1: hiçbir zaman 2: biraz 3: orta derecede 4: çok fazla

2) Başkalarıyla sosyalleşmenizde azalma (partiye, düğüne, dansa gitmek gibi)

1: hiçbir zaman 2: biraz 3: orta derecede 4: çok fazla

3) Eşinizle / erkek veya kız arkadaşınızla olan ilişkinizde zorluklar ( eğer geçerliyse cevaplayın)

1: hiçbir zaman 2: biraz 3: orta derecede 4: çok fazla

4) Yakın arkadaşınızla olan ilişkinizde zorluklar

1: hiçbir zaman 2: biraz 3: orta derecede 4: çok fazla

5) Yakın aile çevrenizle olan ilişkilerinizde zorluklar ( anne- baba, erkek kardeş, kız kardeş gibi)

1: hiçbir zaman 2: biraz 3: orta derecede 4: çok fazla

6) Sivilcelerinizin dış görünüşüne olan etkisi nedeniyle, çoğu zaman, kendinizi dışlanmış gibi hissetme

1: hiçbir zaman 2: biraz 3: orta derecede 4: çok fazla

7) İnsanların dış görünüşünüzle alay etmesi

1: hiçbir zaman 2: biraz 3: orta derecede 4: çok fazla

8) Sivilcelerinizin dış görünüşünüze olan etkisi nedeniyle, romantik bir ilişkide reddedilmiş hissetme

1: hiçbir zaman 2: biraz 3: orta derecede 4: çok fazla

9) Sivilcelerinizin dış görünüşünüze olan etkisi nedeniyle, arkadaşınız tarafından reddedilmiş hissetme

1: hiçbir zaman 2: biraz 3: orta derecede 4: çok fazla

**EK-3****Psoriasis Yaşam Kalite Ölçeği**

1. Hastalığım nedeniyle insanların bakışlarını üzerimde hissediyorum.

0- Hiç 1- Biraz 2- Oldukça 3- Çok

2. Hastalığımla ilgili pek çok insan soru soruyor.

0- Hiç 1- Biraz 2- Oldukça 3- Çok

3. İnsanlar pişirdiğim yemekleri yemek istemiyorlar

0- Hiç 1- Biraz 2- Oldukça 3- Çok

4. Görünümüm nedeniyle tanımadığım kişilerin yanına gidemiyorum.

0- Hiç 1- Biraz 2- Oldukça 3- Çok

5. Başkalarının yanında kaşınmak zorunda kalıyorum.

0- Hiç 1- Biraz 2- Oldukça 3- Çok

6. İstedğim kıyafetleri giyemiyorum.

0- Hiç 1- Biraz 2- Oldukça 3- Çok

7. Kuaför ya da berbere gitmekten çekiniyorum.

0- Hiç 1- Biraz 2- Oldukça 3- Çok

8. İnsanlar bana dokunmamaya (el sıkışma...) özen gösteriyorlar.

0- Hiç 1- Biraz 2- Oldukça 3- Çok

9. Hastalığım nedeniyle iş bulmakta zorlanıyorum.

0- Hiç 1- Biraz 2- Oldukça 3- Çok

10. İnsanlar hastalığımın bulaşıcı olduğunu düşünerek benden uzak duruyor ve aynı ortamda bulunmak istemiyorlar.

0- Hiç 1- Biraz 2- Oldukça 3- Çok

11. İstedğim halde insanların toplu halde bulunduğu yerlere (deniz, lokanta, kahvehane, kabul günleri) gitmekten çekiniyorum.

0- Hiç 1- Biraz 2- Oldukça 3- Çok

12. Karşı cinsle yakınlaşmakta zorluk çekiyor, eş bulamayacağımı düşünüyorum.

0- Hiç 1- Biraz 2- Oldukça 3- Çok

13. Kepeklerimden dolayı evim ve giysilerim çok kirleniyor.

0- Hiç 1- Biraz 2- Oldukça 3- Çok

14. Cinsel yaşamım etkileniyor.

0- Hiç 1- Biraz 2- Oldukça 3- Çok

15. Merhemleri sürmek bıktırıcı ve zaman alıcı geliyor.

0- Hiç 1- Biraz 2- Oldukça 3- Çok

16. İlaçların yan etkileri olabileceğini düşünüyorum.

0- Hiç 1- Biraz 2- Oldukça 3- Çok

17. Tedavileri oldukça pahalı buluyorum.

0- Hiç 1- Biraz 2- Oldukça 3- Çok



**EK-4****Psoriasis Alan Şiddet İndeksi (PASİ)**

Etkilenen yüzey alanı

1: <%10

2: %10-29

3: %30-49

4: %50-69

5: %70-89

6: %90-100

Eritem, İndürasyon, Deskuamasyon

1: hafif

2: orta derecede

3: belirgin

4: çok belirgin

PASİ:

$$0.1 \times A_b \times (E_b + \dot{I}_b + D_b) + 0.2 \times A_{\dot{u}} \times (E_{\dot{u}} + \dot{I}_{\dot{u}} + D_{\dot{u}}) + 0.3 \times A_g \times (E_g + \dot{I}_g + D_g) + 0.4 \times A_a \times (E_a + \dot{I}_a + D_a)$$

(A: alan, E: eritem, İ: indürasyon, D: deskuamasyon, b: baş, ü: üst ekstremiteler, g: gövde, a: alt ekstremiteler)

**EK-5**

<b>Global Akne Derecelendirme Sistemi (GADS)</b>			
Yerleşim Yeri	Evre	Faktör	Bölgesel skor
Alın		x2	
Sol yanak		x2	
Sağ yanak		x2	
Burun		x1	
Çene		x1	
Göğüs ve sırt üst bölümü		x3	
<b>Toplam skor</b>			

**Global Skor**

0 : Yok

1–18 : Hafif

19–30 : Ortaşiddetli

31–38 : Şiddetli

&gt;39 : Çokşiddetli

**Evre:**

Lezyon yok: 0

Komedon: 1

Papül: 2

Püstül: 3

Nodül: 4