

**T.C.
CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
İç Hastalıkları Anabilim Dalı**

**KONVANSİYONEL VE BİYOLOJİK TEDAVİ ALMIŞ PSÖRİATİK ARTRİT
TANILI OLGULARDA TEDAVİYE YANITIN YAŞAM KALİTESİ İLE İLİŞKİSİ**

**UZMANLIK TEZİ
Dr. Özden YILDIRIM AKAN**

**TEZ DANIŞMANI
Prof. Dr. Timur PIRILDAR**

Manisa, 2013

ÖNSÖZ

İç Hastalıkları ihtisasım süresince, hekimlik sanatı adına, tüm bilgi ve deneyimlerini benimle paylaşan değerli hocalarım; Prof. Dr. Seyhun KÜRŞAT, Prof. Dr. Timur PIRILDAR, Prof. Dr. Ülkü ERGENE, Prof. Dr. Hakan YÜCEYAR, Prof. Dr. Ender ELLİDOKUZ, Prof. Dr. Zeliha HEKİMSOY, Prof. Dr. Bilgin ÖZMEN, , Prof. Dr. Cengiz KIRMAZ, Doç. Dr. Elmas Kasap, Doç. Dr. Gamze GÖKSEL, Yard Doç. Dr. Mine MİSKİOĞLU' na sonsuz teşekkürlerimi sunarım. Bu tezimin hazırlanmasında fikirleriyle bana destek veren, bilgi ve tecrübesiyle katkıda bulunan ve daima manevi desteği ile yanımda olan Prof. Dr. Timur PIRILDAR' a ayrıca teşekkür ederim. Yine istatistik aşamasında yardımlarından ötürü Halk Sağlığı A.D. asistan hekimi Bahadır DEDE'ye teşekkür ederim.

İç Hastalıkları ihtisasım süresince, bir aile gibi olduğumuz Uzm. Dr. Ayça İNCİ, Uzm Dr. Hafize KURT, Dr. Edip Gökalp GÖK, Uzm. Dr. Eylem Yetimoğlu ve Dr. Nuri FİDAN başta olmak üzere tüm yan dal uzmanlarım, asistan arkadaşlarıma da teşekkür ederim.

Bugüne kadar hayatımın her döneminde bana destek veren, sonsuz sevgileriyle yanımda olan anne ve babam başta olmak üzere tüm aileme ve son olarak desteği ile her zaman yanımda olduğunu bildiğim sevgili eşim Dr. İhsan AKAN' a teşekkür ederim.

Saygılarımla

İÇİNDEKİLER

ÖNSÖZ	I
İÇİNDEKİLER	II
KISALTMALAR	IV
1. GİRİŞ ve AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Tanım.....	3
2.2.Tarihçe	3
2.3. Epidemiyoloji	4
2.4. Etyopatogenez	5
2.4.1. Genetik Faktörler	5
2.4.1.1.İnsan Lökosit Antijeni İle İlişki.....	6
2.4.1.2.Polimorfizimler Temel laboratuvar testleri.....	7
2.4.2 İmmünolojik Mekanizmalar	7
2.4.3 Tetikleyici Faktörler Radyolojik İncelemeler.....	9
2.4.3.1.Travma	9
2.4.3.2.Enfeksiyonlar.....	10
2.5.Klinik Özellikler ve Tanı	11
2.5.1. Artrit Paternleri	12
2.5.2. Ekstraartiküler Bulgular	13
2.5.3. Radyolojik Değişikler.....	16
2.5.4. Laboratuvar Bulguları.....	17
2.5.5. Tanı	17
2.5.6. Ayırıcı Tanı	18
2.6. Tedavi.....	19
2.6.1 Prognoz	19
2.6.2 Değerlendirme	20
2.6.3.Klasik İlaçlar	23
2.6.4. Psöralen ve UV Işık Tedavisi	26
2.6.5. Retinoik Asit Deriveleri	26
2.6.6. Glukokortikoidler.....	26
2.6.7. Biyolojik ajanlar	27

2.6.5. Retinoik Asit Deriveleri	26
2.6.8. Tedavi Stratejisi	28
2.7. Yaşam Kalitesi	30
2.8. Benlik Saygısı	31
2.9. Anksiyete ve Depresyon	33
3. GEREÇ ve YÖNTEMLER	34
4. BULGULAR	38
5. TARTIŞMA	65
6. SONUÇ ve ÖNERİLER	76
7. ÖZET	80
8. ABSTRACT	82
9. KAYNAKLAR	84
10. EK-1 SF-36 YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ	97
10. EK-2 HAD ÖLÇEĞİ	101
10. EK-3 ROSENBERG BENLİK SAYGISI ÖLÇEĞİ	102

KISALTMALAR

ACR: American College of Rhumatology

AS: Ankilozan Spondilit

CRP: C reaktif protein

DIF: Distal interfalangeal

DMARD: Hastalık modifiye edici ajanlar

ESR: Eritrosit sedimentasyon hızı

HADS: Hastane anksiyete ve depresyon ölçeği

HAQ: Sağlık değerlendirme anketi

HIV: İnsan immün yetmezlik virüsü

HLA: İnsan lökosit antijeni

HPV: Human papilloma virüs

IG: Immünglobulin

IFN: İnterferon

IL: İnterlökin

KIR:

MHC: Major doku uyuşum kompleksi

MKF: Metakarpofalangeal

MTF: Metatarsofalangeal

MTX: Metotreksat

NK: Natural killer

PASI: Psöriazis alan ve şiddet indeksi

PIF: Proksimal interfalangeal

PsA: Psöriatik artrit

PSARC: Psöriatik artrit yanıt kriteri

PSAQL: Psöriatik artrit yaşam kalitesi ölçeği

PUVA: Psöralen ve ultraviyole ışık tedavisi

RA: Romatoid artrit

RF: Romatoid faktör

SF-36: Kısa form 36

TNF: Tümör nekroz faktörü

VEGF: Vasküler endotelyal büyüme faktörü

1. GİRİŞ ve AMAÇ

Psöriatik artrit (PsA), kronik inflamatuvar bir hastalıktır; genel popülasyonun %0.2-1' inde psöriazisli olguların ise %6' sında karşımıza çıkmaktadır. Hastalıkta entesit, artrit, sinovit, üveit ve psöriazis komponentleri bulunmaktadır. Hastaların büyük bir çoğunluğunda psöriazis artritden önce oluşur. Tam olarak etyolojisi belirlenememiştir. Genetik, çevresel, immünolojik faktörler suçlanmaktadır.

Psöriatik artrit tedavi yöntemleri temel olarak ikiye ayrılmaktadır. Konvansiyonel olarak tanımlanan tedavi yöntemleri metotreksat, leflunamid , sulfasalazinden oluşmaktadır.

Biyolojik tedavi yöntemleri ise infliksimab, etanercept, adalimumab 'tan oluşmaktadır. Bu ajanlar tumor nekrozis faktör'e (TNF) karşı oluşturulmuş monoklonal antikorlardır. Konvansiyonel tedavi yöntemleriyle kür sağlanmayan hastalarda etkin oldukları gösterilmiştir. Şu an için ülkemizde infliksimab, adalimumab ve etanercept ajanları kullanımdadır.

Yaşam kalitesi; kişinin içinde yaşadığı toplumu kültür ve değer sistemleri çerçevesinde, amaçları, beklentileri, standartları ve ilgileri ile ilişkili olarak yaşamdaki pozisyonunu algılaması olarak tanımlanır. Yaşam kalitesini değerlendirmek amacıyla Rand Corporation tarafından geliştirilen ve kullanıma sunulan SF-36 anket formu mevcuttur.

Pek çok toplum tabanlı çalışmada romatolojik hastalığı olanların yaşam kalitelerinin normal toplum popülasyonuna göre daha düşük düzeylerde olduğu ortaya konmuştur. Hastalarda hareket kısıtlılığı, eklem ağrıları, cilt lezyonları nedeni ile günlük yaşamları ve benlik saygıları etkilenmektedir.

Rosenberg, benlik saygısını "bir birey olarak kişi kendisini ne ölçüde sevmekte, kabul etmekte ve kendisine ne ölçüde saygı duymakta" sorusu ile açıklamaya çalışmıştır. Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği, Rosenberg tarafından 1965 yılında geliştirilmiştir.

Hastane anksiyete ve depresyon ölçeği, hastada anksiyete ve depresyon yönünden riski belirlemek, düzeyini ve şiddet değişimini ölçmek amacıyla kullanılır. Anketin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması 1997 yılında yapılmıştır.

Psöriatik artrit cilt ve eklem komponentleri hastaların yaşam kalitesinde bozulma oluşturmaktadır. Bu hem fiziksel hemde psikososyal morbiditeyi artıran bir durumdur. Yetersiz tedavi ile hastalarda fiziksel aktivitede, üretkenlikte azalma görölmekte ve hastaların yaşam kalitesi ve benlik saygısı olumsuz olarak etkilenmektedir.

Literatürde psöriatik artritli hastaların yaşam kalitesini, benlik saygısını, anksiyete ve depresyon durumlarını değerlendiren bir çalışma bulunmamaktadır. Biz bu çalışmamızda polikliniğimizde psöriatik artrit tanısı ile takip edilen hastalara 01.01.2010 tarihi itibari ile rutin olarak uyguladığımız SF-36, HAD ölçeği, Rosenberg Benlik Saygısı envanterlerini ve anket tarihlerindeki sedimantasyon, C-reaktif protein değerlerini, muayene bulgularını retrospektif olarak değerlendirmeyi ve anti-TNF tedavi ile konvansiyonel tedavi alan hastalar arasında bir farklılığın olup olmadığını saptamayı amaçladık.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. TANIM

Psöriatik artrit (PsA), sıklıkla önemli fonksiyonel yetersizlik ve bozulmuş yaşam kalitesine yol açan, psöriazis ile ilişkili inflamatuvar bir artrittir. Psöriazisli hastaların yaklaşık %20-30' unu etkiler. Romatoid faktör (RF) açısından genellikle seronegatifdir. Ancak hastalarda RF negatifliği aranmaz. PsA, ortak HLA ilişkileri, karakteristik ortak klinik ve immünohistolojik özellikleri ile seronegatif spondiloartropati ailesinin bir üyesidir.

2.2. TARİHÇE

Psöriatik artrit (PsA), psöriazis ile ilişkili olarak gelişen ve romatoid faktörün (RF) genellikle negatif olduğu inflamatuvar bir artrittir. Psöriazis ile eklem tutulumu arasındaki ilişki ilk kez 1818 yılında Alibert tarafından dikkate alınmış, "Psöriasis arthritique" terimi ise ilk kez 1860 yılında Fransız dermatolog Bazin tarafından kullanılmıştır. 1888' de Bourdillon, psöriazis ve artrit birlikteliğinde distal interfalangeal (DİF) eklemlerinin karakteristik tutulumunu vurgulamıştır. Fakat uzunca bir süre pek çok yazar psöriazis ve romatoid artrit (RA) rastlantısal olarak bir arada bulunduğunu düşünmüş, PsA' nın ayrı bir antite olduğunu kabul etmemiştir.

1948' de serumda RF' nin tespiti, RF ve RA arasındaki ilişkinin tanımlanması ve RA tanı kriterlerinin belirlenmesi ile PsA kavramı üzerinde yeniden durulmaya başlanmıştır.

1959 yılında Wright, DİF eklem tutulumu, sakroileit ve artrit mutilans gibi PsA' nın özelliklerine dikkat çekerek PsA teriminin kullanımını önermiştir. 1964 yılında Amerikan Romatizma Birliği Wright' ın katkılarını temel alarak PsA' yı diğer romatizmal hastalıklardan ayrı bir antite olarak tanımlamıştır. Daha sonraları ise Moll ve Wright seronegatif spondiloartropatiler kavramı

üzerinde durmuş ve PsA' nın bu grup hastalıklar içerisinde incelenmesi gerektiğini vurgulamışlardır (7).

2.3. EPİDEMİYOLOJİ

Psöriazis, Kuzey Amerika beyaz nüfusunun % 2,5 kadarını tutmaktadır, Kızılderili ve Afrika kökenli Amerikalı topluluklarını daha az etkilediği bilinmektedir. PsA' nın tam olarak prevalansı bilinmese de Amerikan toplumunda tahmini prevalansı %0,3-1 arasındadır (1). Psöriazisli kişilerde ise hastalığın prevalansı %7-42 arasındadır. Bu kadar geniş bir aralığın olması ise hastalığın heterojenitesi, vakaların tanımlanmasındaki güçlük ve genetik farklılıklar ile açıklanmaktadır (2).

Psöriatik artrit ırksal bir afinitesinin varlığı saptanmasa da beyaz ırkta siyahlara göre daha sık görülmektedir. Heredite, psöriazis ve PsA' da predispozan bir faktördür. PsA' lı hastaların birinci derece akrabalarında %20 oranında psöriazis , %5 oranında ise PsA tespit edilmiştir.

Araştırma sonuçları yaklaşık 1 milyon yetişkin ABD' linin psöriatik artrit hastalığı olduğunu göstermektedir. Bu rakamın gerçekte araştırma sonuçlarından daha yüksek olduğu düşünülmektedir. Psöriazis yada toplumda bilinen adıyla sedef hastalığı olan birçok insanın, psöriatik artrit hastalığına sahip olduklarının farkında olmadıkları gösterilmiştir. 20. yüzyılın sonlarından bu yana psöriatik artrit görülme sıklığı kadın ve erkeklerde artış göstermektedir. İnsidansında gerçek bir değişiklik veya hekimlerde hastalıkla ilgili yükselen bir farkındalık insidansın artışı ile ilişkili olabilir (3).

Şiddetli deri tutulumlu vakalarda, özellikle püstüler psöriaziste, PsA insidansı %30-40' lara kadar yükselmektedir. Karaoğlan ve ark.' nın psöriazis vulgarisli hastalar üzerinde yaptıkları bir çalışmada PsA insidansı %13.7, Alper ve ark.' nın çalışmalarında %11.4, Özel ve ark.' nın çalışmalarında ise %20 olarak tespit edilmiştir.

Komplike olmayan psöriazis genellikle 2. ve 3. dekatta başlarken, PsA ortalama 1 veya 2 dekad sonra ortaya çıkar. PsA her yaşta görülebilse de sıklıkla 30-50' li yaşlarda karşımıza çıkar. Prevelansta 3. dekattan 6. dekada doğru bir artış gözlenir. PsA' da E/K oranı farklı çalışmalarda büyük değişiklikler gösterse de ortalama olarak 1:1 kabul edilir. Bu oran hastalığın farklı paternlerinde değişiklik göstermektedir. Örneğin simetrik poliartrit gösteren grupta kadın, spinal tutulum gösteren grupta erkek baskınlığı söz konusudur. PsA' lı hastaların pek çoğunda (%75) psöriazis, artritden önce başlar. %15 vakada cilt lezyonları ve artrit eş zamanlıdır. %10 vakada ise artrit cilt lezyonlarından önce başlamaktadır.

2.4. ETİYOGENEZ

PsA bugüne kadar en çok çalışılan hastalıklardan biri olmasına rağmen etiyojisi hala tam açıklık kazanmamıştır. Hastalığın oluşumunda kalıtsal bir yatkınlık olduğu ve yaşam süresi içinde herhangi bir zamanda travma, enfeksiyon, ilaç, stres gibi tetikleyici faktörlerle ortaya çıktığı düşünülmektedir.

2.4.1. Genetik faktörler

Pek çok çalışmada PsA ve psöriaziste ailesel bir eğilimin olduğu belirlenmiştir. PSA' lı hastaların %40' undan fazlasının birinci derecede akrabalarında cilt ya da eklem hastalığı bildirilmiştir (4,5).

Psöriatik artrit genetik olarak kalıtıldığını gösteren kanıtlardan biri de monozygotik ve dizigotik ikizlerde birlikte görülme sıklığında artış olmasıdır. İkizler üzerinde yapılan çalışmalarda PsA oranı dizigotik ikizlerde %12-20 iken monozygotik ikizlerde ise %35-70' ye kadar yükseldiği saptanmıştır.

2.4.1.1 İnsan lökosit antijeni ile ilişki:

En güçlü genetik etki, major doku uyuşum (MHC) kompleksinde yer alan belirli loküslerden kaynaklanmaktadır. PsA popülasyon çalışmalarında HLA-B13, B17, B27, B38, B39, DR4 ve DR7 görülme sıklığının artmış olduğu bildirilmiştir. PsA'lı ve psöriazisli hastalar karşılaştırıldığında; PsA' da HLA-B7 ve B27, artrit ile komplike olmayan psöriaziste ise B17, Cw6, DR7 daha sık saptanmıştır. PsA' da klinik olarak HLA-B27 spinal hastalıkla, DR4 periferik artrit ile ilişkili bulunmuştur. Psöriazis için en güçlü eğilim loküsü kromozom 6p' deki PSORS1 loküsüdür. MHC bölgesindeki diğer genler ve non HLA geni ile PsA ilişkisi de ortaya konmuştur.

Tablo-1. Psöriazis ve Psöriatik artrit ilişkili genler (6)

Erken başlangıçlı psöriazis	HLA-Cw6, HLA-B57, HLA-DR7 ve HLA-B17 HLA-Cw 0602 varyantı
Psöriazis	HLA-Cw6 ve diğer 6 psöriazis yatkınlık loküsleri PSOR2, PSOR3, PSOR4, PSOR5, PSOR6, PSOR7 transkripsiyon faktörü RUNX1
Psöriatik artrit	HLA-Cw6, HLA-B13, HLA-B17, HLA-B57, ve HLA-B39
Hastalık progresyonu ile ilişkili genler	HLA-B39, HLA-DR7 varlığında HLA-B27, HLA-DR7 yokluğunda HLA-DQ3 Koruyucu genler: HLA-B22

2.4.1.2. Polimorfizmler

İnflamasyonda rol alan sitokinlerden bazılarının polimorfizmleri, psöriazisli hastalarda sağlıklı kişilere nazaran daha sık görüldüğü yapılan çalışmalarda gösterilmiştir. Bu polimorfizmlere örnek olarak tümör nekrozis faktör-alfa (TNF- α), vasküler endotelial büyüme faktörü (VEGF) ve interlökin-23 (IL-23) verilebilir. Bu polimorfizmlerden en önemlisi ve üzerinde en sık çalışma yapılanı TNF- α gen polimorfizmidir. Hastalığın erken evresindeki en önemli sitokin olup, myeloid dentritik hücreleri uyararak psöriaziste anahtar rol oynayan IL-12 ve IL-23 üretimini sağlar (7). Özellikle TNF- α -238 pozisyonundaki promotor polimorfizmiyle psöriazis ve psöriatik artrit arasında güçlü ilişki bulunmuştur. IL-12, p40 ve IL-23 gen polimorfizmleri psöriazis yatkınlığını artırabilmektedir. Vasküler endotelial büyüme faktörü gen polimorfizmlerine, psöriazisli hastalarda normal popülasyona göre daha sık rastlandığı gösterilmiştir. Psöriatik deride VEGF ekspresyonu artarken, deri döküntüleri fazla olan hastaların serumlarında da VEGF düzeyi artmış olarak bulunmuştur. VEGF' nin psöriazisteki rolü tam olarak bilinmemektedir (8,9).

Ayrıca MHC class 1 ilişkili gen A ve IL-12, IL-23, p40 ve IL-23 reseptörü ile ilişkili polimorfizm tanımlanmıştır. Ek olarak bazı immüngloblin genlerinin PsA ile ilişkili olduğu düşünülmektedir. PsA hastalarının Ig-A ve Ig-M seviyeleri sıklıkla yüksek saptanırken IgG seviyesi normal veya düşük saptanmaktadır.

2.4.2 İmmünolojik Mekanizmalar

Hem psöriazis hem de PsA, immün aracılı hastalıklardır. PsA' nın karakteristik patolojik özelliği sinoviyal hücre hiperplazisi, inflamatuvar hücre infiltrasyonu ve vaskülarite artışıdır (10). Psöriatik artrit olan kişilerde nükleer antijenlere, sitokeratin, epidermal keratin ve ısı şok proteinlerine karşı

otoantikörlerin varlığı bildirilmiştir. Bu da hastalığın hümmoral bağışıklık bileşeni olduğunu belirten bulgulardan biridir.

Psöriatik artirit, deri ve eklem lezyonlarındaki inflamasyon, sinovyal hücre hiperplazisi ve mononükleer hücre infiltrasyonu gibi RA' daki histopatolojik değişiklere benzerlik gösterir. Ancak, sinovyal hiperplazi ve makrofaj infiltrasyonu RA' ya göre daha az iken, sinovyumda vaskülarite artışı psöriatik artiritte daha belirgindir.

Aktive T hücreleri PSA' lı hastaların hem cilt hem de eklemlerinde saptanmıştır(12). Sinovyal sıvıda baskın olarak CD8 pozitif T hücreleri bulunmaktadır (13,14). Çeşitli çalışmalar; aktive T hücreleri ve diğer mononükleer hücrelerden salgılanan proinflamatuvar sitokinlerin sinovyal ve epidermal fibroblastların aktivasyonuna ve proliferasyonuna neden olduğunu göstermiştir (12,13,14).

Psöriatik artrit için sitokin profili, T hücreleri ve monosit makrofaj arasındaki karmaşık bir etkileşimi yansıtır. Tip 1 yardımcı T-hücre sitokinleri (örneğin, TNF-alfa, IL-1 beta, IL-10) PsA' da RA' ya göre daha baskındır. Özellikle CD8 (+) T hücrelerinin önemli patojenik rolü vardır. Etkilenen dokularda, cilt ve eklemda aktive T hücreleri gösterilmiştir (11). CD8(+) T hücreleri entezal inflamasyona komşu kemik iliği bölgelerinde de dominant hücrelerdir. Psöriatik cilt ve sinovyumdaki sitokin repertuarını monosit ve T hücre kökenli IL-1b, IL-2, IL-10,IL-6, IFN γ ve TNF α gibi sitokinler oluşturur. Bu sitokinler sinovyal ve epidermal fibroblastların proliferasyon ve aktivasyonunu indükleyebilmektedir. TNF α , temel proinflamatuvar sitokindir ve kemik rezorpsiyonunun uyarılması, kemik yapımının ve proteoglikan sentezinin baskılanması gibi çeşitli biyolojik olaylara aracılık ederek eklem hasarı gelişiminde önemli rol oynar. TNF α ve VEGF gibi anjiyojenik faktörler vasküler proliferasyona yol açabilirler.

Natürel killer T hücrelerinin aktivasyonu psöriazisi tetikleyebilmektedir. PsA' lı hastalarda NK hücre aktivitesinin periferik kanda sinovyumdan daha düşük olduğu gösterilmiştir (15). Yine psöriatik plaklardaki NK hücrelerinin IL-18 ekspresyonunun artmış olduğu saptanmıştır (16).

NK hücreleri üzerinde immüngloblin benzeri protein ürünleri bulunmaktadır. Bu reseptörlere KIR (killer reseptör) gen ürünleri denmektedir. KIR gen ürünleri HLA sınıf 1 antijenler ile etkileşmektedir. Farklı KIR polimorfizmlerinin farklı etkileri tespit edilmiştir. Örneğin KIR2DS2 veya KIR2DS1 allelerinin homozigot varlığı artmış hastalık riski ile ilişkilidir (17). Bu bulgular, PsA patogenezinde NK hücreleri ve KIR reseptörlerinin rolünü desteklemektedir.

Sağlıklı kontrollere göre eroziv PsA' lı hastaların periferik kanında osteoklast öncülleri artmış bulunmuştur. PSA' lı hastalar ve sağlıklı gönüllülerin periferik kan kültürü yapıldığında TNF α ve NF- kappa B reseptör aktivatör ligand (RANKL) düzeyinin hastalarda artmış olduğu gösterilmiştir. PSA' lı hastada inflame sinovyum ve subkondral kemik doku artmış RANKL ve TNF alfa uyarısına maruz kalmaktadır. Bu uyarılar osteoklastogeneze yol açarak kemik erozyonlarını oluşturmaktadır (18).

Monositler de PsA patogenezinde rol oynayabilir. Dinlenme fazında olan monositlerde; β 2 integrin (CD11) kontrollere göre anlamlı olarak baskılanmış bulunmuştur. Ancak aktive olan monositlerde ise kontrollere göre adezyon moleküllerinin daha fazla aktive olduğu gösterilmiştir. PSA 'lı hastalarda transendotelial monosit göçünde ve adezyonda bozulma saptanmıştır. Bu da CD11b/CD18 dimer ekspresyonunun azalması ile açıklanmaktadır (19). Ek olarak, PSA' lı hastalarda sinovyumda monosit-makrofaj ürünü olan metalloproteinazların artmış olduğu saptanmıştır (20).

2.4.3 Tetikleyici faktörler

2.4.3.1. Travma:

Fiziksel ve kimyasal travmalar, ultraviyole, yanık, cerrahi girişimler gibi dış etkenler genetik olarak yatkın bireylerde psöriazis gelişimini tetikleyerek başlangıç atağını oluşturabilir. Bu tetikleyici faktörler psöriazisi kötüleştirebilir veya nüks etmesine neden olabilir (21). Travma sonucu psöriasis hastalarının sağlam derilerinde lezyonların ortaya çıkması 'Köbner fenomeni'

olarak tanımlanmıştır. Travma ile psöriatik lezyonların ortaya çıkması arasındaki süre farklılık göstermekle birlikte genellikle 10-20 gün arasındadır (22). Köbner fenomeninin HLA Cw6 pozitif kişilerde daha sık karşılaşıldığı gösterilmiştir. Psöriazis ile travma arasındaki ilişki kabul görse de, henüz PsA ve travma arasında spesifik bir ilişkinin varlığı gösterilememiştir.

2.4.3.2. Enfeksiyonlar:

Psöriazis hastalığı ve psöriatik artrit oluşumunda ve alevlenme sürecinde birçok mikroorganizmanın rol aldığı bilinmektedir (23). Psöriaziste immün sistemi aktive eden tek bir faktör yoktur (24). İnfeksiyöz etiolojinin rolü bakteriyel, viral ve fungal enfeksiyonlarla ilişkili vakaların bildirilmesiyle düşünülmüştür. Guttat psöriazis ile *Streptococcus pyogenes* (Str. pyogenes) arasındaki ilişki, ilk olarak 50 yıl önce bildirilmiştir. A grubu (Str. pyogenes) streptokokların guttat psöriazisini tetiklediği bilinmektedir. Grup C ve G streptokok türleri de, psöriazis hastalarının tonsillerinden izole edilmiştir (25). Streptokok enfeksiyonları yanında psöriatik deride *Stafilokok aureus* (S. aureus) kolonizasyonları da izlenmiştir (25). Normal deride %5-30 arasında olan S. aureus kolonizasyonu, psöriatik deride %60 oranında görülmüştür. Yapılan çalışmalarda psöriatik deride enterotoksin salgılayan S. aureus kolonizasyonu olan hastalarda psöriazis alan şiddet indeksi (PASI), S. aureus kolonizasyonu olmayan hastalardan daha yüksek bulunmuştur. HLA-Cw6 alleli taşıyan psöriazisli hastalarda enfeksiyonlar akut tetikleyicilerdir. Streptokokkal süper antijenlerin T hücre ekspresyonunu indüklediği böylece T hücrelerinin deriye migrasyonunu kolaylaştırdığı gösterilmiştir. Bakteriyel endotoksinler, süperantijen gibi davranıp T hücreleri, makrofajlar, langerhans hücreleri, keratinositleri tetikleyerek immün sistemi aktive eder (26). Tonsillektomiden sonra psöriazis remisyonu görülmesi de streptokokkal enfeksiyonların hastalığı tetiklediğini gösteren, bir başka kanıttır (23).

Viral ajanlar da hastalığı süperantijen ve immün sistem aktivasyonu yoluyla tetikleyebilir veya alevlendirebilir. Hepatit C virüsü, Parvovirüs B19 ile ilişkili psöriazis olguları literatürde mevcuttur (27,28). İnsan immün yetmezlik

tip 1 virüsü (HIV-1) bir diğer önemli tetikleyicidir. HIV pozitif hastalarda psöriazis sıklığının artmadığı ancak hastalığın daha şiddetli seyrettiği belirtilmektedir.

Kutanöz kandida albicans enfeksiyonu da psöriazis lezyonlarında alevlenmeye neden olabilir. Psöriazisli hastalarda sağlıklı deri lezyonları oral antifungal ilaçlarla (ketokonazol gibi) tedavi edildiğinde belirgin düzelmeler görülmüştür (23).

Psöriatik deri örneklerinde %89-90 human papilloma virüs DNA'ları bulunmuştur. Bu virüs ailesinin nonlitik siklusla keratinositlere girip, taşıdığı E6 ve E7 gibi proteinlerle keratinosit proliferasyonunu indükleyebildiği gösterilmiştir (29).

2.5.KLİNİK ÖZELLİKLER ve TANI

Günümüzde bile psöriatik artirit tanısı koymada bazı güçlükler yaşanmaktadır. Çünkü hastalıkla ilgili spesifik bir labatuvar bulgusu ya da klinik özellik bulunmamaktadır. Ayrıca klinik özellikler geniş bir spektruma sahiptir ve diğer bir çok romatolojik hastalıkla benzerlik göstermektedir.

PsA' da etkilenen eklemden ağrı ve tutukluğun varlığı hastalığın karakteristik özelliklerindedir. 30 dk' dan uzun süren sabah tutukluğu hastaların yarısında karşımıza çıkmaktadır. Sabah tutukluğu istirahat ile artış, hareket etmeyle azalma gösterir. Fizik muayenede eklem stresi uygulamakla eklem hattı boyunca ağrı ve hareket kısıtlılığı dikkati çeker. Eklem tutulumu genellikle asimetrik karakterdedir, simetrik poliartrit de olabilir (29,30). %40-50 hastada distal interfalangeal eklem ve omurga tutulumu vardır (31). PsA' lı hastalarda diğer inflamatuvar artritlere göre daha az ağrı vardır. Bu nedenle hastalar ilerlemiş eklem deformitesi ile başvurabilirler (32).

2.5.1 Artrit paternleri

Bazı genel özellikler PsA' yı tek bir antite olarak tanımlamamıza imkan verse de, hastalık kendini farklı klinik görünümde sergiler. Birçok tartışmaya rağmen en sık kullanılan sınıflama Moll ve Wright 'ın yaptığı sınıflamadır (18). Bazı hastalarda birden çok artrit paterni görülebilir ve yine bazı hastalarda artrit paterni izlemde değişkenlik gösterebilir. Eklem efüzyonu serttir, bu nedenle muayenede gözden kaçabilir.

El ve ayak DİF eklemlerinin etkilendiği klasik PsA: Yaklaşık %5-10 oranında görülür. Erkek cinsiyette bu patern karşımıza daha sık çıkar. Sıklıkla tırnakta psöriatik lezyonlar ile karakterizedir.

Asimetrik oligoartiküler artrit: Psöriaziste eklem tutulumunun en karakteristik şeklidir. Yakın zamana kadar PsA' nın en sık görülen formu olduğu düşünölmekteydi. Genellikle el ve ayak parmakları ilk olarak etkilenir. Fleksör tendon ve sinovyum inflamasyonu eşlik eder ve tipik sosis parmak görünümüne (daktilite) neden olur. Diz gibi büyük eklemler yanısıra DİF, proksimal interfalangial (PİF), metakarpofalangial (MKF) ve metatarsofalangial (MTF) eklemleri asimetrik olarak tutar. Sıklıkla 5' ten az eklem tutulumu eş zamanlı olarak görülür.

Simetrik poliartiküler form: PsA' nın en yaygın formudur. RA' ya benzer. El, el bileği, ayak ve ayak bileği sık tutulan eklemlerdendir. RA ile mukayese edildiğinde DİF eklemlerin daha sık tutulduğu, DİF ve PİF eklemlerde kemik ankilozuna eğilim olduğu gözlenir (33).

Arthritis mutilans: Falanks ve metakarpal kemiklerin progresif osteolizi ile karakterizedir. Sıklıkla sakroiliit ile birlikte görülür. Bu tanımlama genellikle eller için kullanılmaktadır. Fakat benzer tutulum ayaklarda da görülür. Kemiğin destrüktif lezyonu sonucu gereğinden fazla deri kıvrımı oluşur ve muayene eden, boyu kısalmış olan parmağı ilk uzunluğuna kadar uzatabilir. Buna Teleskop belirtisi denir.

Spondilitik form: İzole spondilit nadir görülür (%2-4). Genellikle periferik artritle birlikte. Yaklaşık %5 hastada bu patern görülür. Erkek cinsiyette daha sık karşımıza çıkar. Spondilit, sakroiliit olmadan da görülebilir ve sıklıkla asimetriktir.

Vertebral tutulum ankilozan spondilitten farklıdır. Vertebralar asimetric olarak tutulur ve atlantoaksiyel eklem tutulumu izlenebilir. Non marjinal asimetric sindezmofitler, paravertebral ossifikasyon, daha nadir olarak vertebral füzyon karşımıza çıkmaktadır.

SAPHO SENDROMU

İlk olarak Chamot tarafından 1987 yılında sinovit, akne, püstulozis, hiperosteozis ve osteitis (SAPHO) eşlik etmesi nedeni ile SAPHO sendromu olarak tanımlanmıştır. PsA' nın az görülen bir alt grubudur. PsA, klinik olarak %3'ten daha az hastada bu tarzda prezente olur. Bununla birlikte SAPHO sendromlu hastaların en az %67' sinde psöriasis vulgaris veya palmoplantar püstulozis gözlenir.

2.5.2. Ekstraartiküler bulgular

Entesit:

Tendon ve ligamanların kemiğe yapışma yerlerindeki inflamasyonu tanımlayan entesit, spondiloartrit histopatolojisinin en önemli özelliğidir. PsA' da semptomatik entesit hastaların % 20-40' ında oluşur. Hastalık başlangıç bulgusu olarak hastaların %4' ünde görülür. En sık entesit gözlenen bölgeler aşil tendonunun ve plantar fasyanın kalkaneusa yapıştığı yerler ile pelvistir. Entesopati, hastalığın oligoartiküler formunda daha sık ve genellikle simetric olarak gözlenir. Periferik artrit ve psöriazisi olan bir hastada entesit mevcudiyeti, RA ve psöriazis birlikteliğine karşı PsA' yı desteklemektedir (34).

Daktilit

Daktilit veya “sosis parmak” seronegatif spondiloartritlerin genel klinik özelliklerinden biridir. El ya da ayakta tek bir parmağın sosise benzer şekilde şiş oluşunu ifade eder. Ayaklarda daha sık oluşma eğilimin de olup DİF tutulumu ile ilişki gösterir. Sosis parmak, psöriatik artriti olan hastaların yaklaşık yarısında ortaya çıkar ve ilerleyici radyografik eklem hasarının riskini artırmaktadır (35).

Cilt ve Tırnak değişiklikleri

PsA' da en yaygın ekstraartiküler tutulum psöriatik deri ve tırnak lezyonlarıdır. PsA' lı hastaların pek çoğunda (%85) psöriazis vulgaris mevcuttur. Daha az sıklıkla guttat psöriazis, püstüler psöriazis, eritrodermik psöriazis veya fleksural psöriazis bulunur. Pullu, eritemli plaklar, guttat lezyonlar, eritroderma gibi her türlü psöriatik deri lezyonları psöriatik artrit bağlamında görülebilir. Tanımlanmamış seronegatif poliaritriti olan bir hastada perine, intergluteal yarık, saçlı deri ve göbek gibi gizli bölgeleri incelemek gerekir.

Psöriazisli hastalarda tırnak tutulumuna %30 oranında rastlanırken PsA' lı hastalarda tırnak lezyonlarına vakaların %80' inde rastlanır. Pitting en sık rastlanan ve genellikle ilk ortaya çıkan tırnak bulgusudur. Pitting normal bireylerde de bulunabilir fakat bunlar daha yüzeysel ve düzensizdir. Tüm tırnakta sayıları 20' nin üzerinde olması PsA için destekleyici, 60' in üzerinde olması ise diagnostik anlam taşır. Diğer tırnak lezyonları onikolizis, tırnakta transvers kabarılaşma, diskolarasyon, ufalanma ve tırnak kaybıdır. Tırnak değişiklikleri ile DİF eklem tutulumu arasında orta derecede korelasyon mevcuttur. Tırnak lezyonları psöriazise spesifik değildir. Mantar ve bakteriyel enfeksiyonlar, liken planus ve travma ile ayırıcı tanısı gerekir.

Genel olarak cilt hastalığının yaygınlığı eklem tutulumunun derecesi ile korelasyon göstermezken (38) , psöriatik tırnak tutulumunun şiddeti cilt ve eklem hastalığı yaygınlığı ve şiddeti ile yakından ilişkilidir. Bu ilişki distal interfalangeal artrit tutulumunda daha da belirgindir. Tırnak psöriazisi derecelendirme endeksi geliştirilmiştir (36) ve indeksin psöriatik artrit şiddeti ve tutulan eklem sayısı ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (37).

Göz Bulguları

PsA' lı hastaların yaklaşık üçte birinde inflamatuvar göz hastalığı mevcuttur. En yaygın problem konjunktivitir (%20). Hastaların sadece %7-16' sında anterior üveit gelişir. Üveit, sakroiliit ve spondilitli hastalarda daha sık görülür ve kronikleşme eğilimi gösterebilir.

Bazı hastalarda bilateral akut anterior üveit görülebilir. Üveite bağlı posterior şinesi, hipopion ve sistoid makuler ödem gibi komplikasyonlar gelişebilir. PsA' da düşük oranlarda keratokonjunktivitis sicca, keratit gibi diğer göz hastalıkları da bildirilmiştir (39).

PsA' lı hastalarda ayrıca hematüri, proteinüri ve silendirüri ile giden böbrek tutulumu, mitral valv prolapsusu prevalansında artış, aortik regürjitasyon, üst loblarda pulmoner fibrozis , amiloidoz görülebilir. Sjögren sendromu ile birliktelik, IgA nefropatisi ile birlikte interstisyel pnömoni, pyoderma gangrenozum gibi ekstraartiküler tutulumla ilgili olgu sunumları da mevcuttur (39).

2.5.3. Radyolojik değişikler

Psöraitik artiritte erken radyolojik değişiklerin varlığı, agresif hastalığı ya da hastanın tanımladığından daha uzun bir hastalık süresini göstermektedir. Romatoloji polikliniğine başvuran hastaların yaklaşık üçte ikisinde ilk vizitelerinde radyolojik değişikler tespit edilmektedir.

PsA, deforme edici ve sakatlayıcı ciddi eklem hasarına yol açabilmektedir. Hastaların yaklaşık %67' sinde eroziv hastalık gelişmektedir. PsA 'nın karakteristik radyografik özellikleri, eklem erozyonları, eklem aralığında daralma, periartiküler ve şaft periostiti ile karakterize kemik proliferasyonu, osteoliz, ankiloz ve spondiliti içerir. RA 'nın aksine PsA sıklıkla asimetrik ve oligoartiküler seyreder. Periartiküler osteoporoz gözlenmez. Erken PsA' da eroziv değişiklikler RA' da olduğu gibi marjinal erozyonlar şeklinde başlasa da, hastalık progresyonu ile erozyonların komşuluğunda proliferatif değişiklikler ayırıcıdır. Ciddi olgularda eroziv değişiklikler 'hokka-kalem' arazi deformitesine ya da ciddi osteolize ilerleyebilir. Bu değişiklikler artrit mutilans için tipiktir (40).

Manyetik rezonans görüntüleme (MRG), periartiküler, artiküler ve yumuşak doku inflamasyonu eklem saptamada rutin radyografiden daha duyarlıdır (42,43). MRG, entesitin psöriatik artrit için birincil lezyon olduğunu göstermektedir (38).

Psöriatik artrit, kemik mineral yoğunluğunda azalma ile ilişkilidir. Böylece osteoporoz ve kırık riskini artırır (41).

2.5.4. Laboratuvar Bulguları

PsA için tanısal bir laboratuvar testi yoktur. Hastalık aktivitesi ile paralel olarak akut faz reaktanları tipik inflamatuvar değışiklikler gösterir. Özellikle kronik hastalık anemisi, hipoalbuminemi, yuksek ESR, CRP ve fibrinojen değeri dikkati çeker. ESR ve CRP genellikle poliartiküler hastalıkta hastalık aktivitesi ile iyi korelasyon gösterir. Özellikle ESH hastalık aktivitesini belirlemede en önemli rehberdir. Ayrıca eklem harabiyeti ile de korelasyon göstermektedir. Sadece spondilit ile seyreden vakalarda ise akut faz reaktanları ve hastalık aktivitesi arasındaki ilişki zayıftır. RF pozitifliği PsA için bir dışlama kriteri değildir. Olguların %2-10' unda görülebilir. Hastaların %10-14' ünde ANA pozitif bulunabilir. Kontrol grubu ile aynı orandadır. Fototerapi ile ANA sıklığı artabilir. Yine hastaların %8-16' sında anti-CCP pozitifliği saptanabilir (43). Sinovyal sıvı örneklemesinde sıvı inflamatuvar karakterde saptanır. Sinovyal sıvı inflamatuvar özelliktedir. Hücre sayısı 5000-15000/mm³ arasında değışir. Hücrelerin %50' den fazlasını PMNL oluşturur. Sinovyumda baskın olarak T lenfositler vardır.

Hastalarda poliklonal hipergamaglobülinemi mevcut olabilir. Psöriazis ve psöriatik artritli hastaların %50' sinden fazlasında dolaşan immün kompleksler tesbit edilmiştir. İmmün kompleksler predominant IgA alt tipindedir. PsA' lı hastaların deri lezyonunun şiddeti ile orantılı olarak %10-20 vakada hiperürisemi tespit edilir. Bu durum muhtemelen hızlı hücre dönüşüme bağlı artmış nükleoprotein katabolizması sonucudur. Ayrıca fototerapi komplikasyonu sonucu olarak da görülebilir.

2.5.5. Tanı

Görülebilir psöriazisi olan bir hastada inflamatuvar artrit varlığında psöriatik artriti teşhis etmek kolaydır. PsA' yı düşündüren klinik ve radyolojik özellikleri gözden geçirmek gerekmektedir. Patognomonik bir laboratuvar

testi olmadığından tanı kriterleri tanımlanmıştır. 1970' lerde Moll ve Wrigth tarafından oluşturulan kriterlerde, psöriazisin varlığı, inflamatuvar artrit varlığı, periferal artrit, sakroiliit, spondilit, RF negatifliği yer almaktaydı (44). Ancak bu tanı kriterleri ile birçok hasta tanı dışında kalmaktaydı.

Günümüzde ise 32 ülkede 588 hasta ve 536 kontrol üzerine yapılan çalışma sonrasında tanımlanan CASPAR (Classification criteria for study of psoriatic arthritis) kriterleri kullanılmaktadır (45). Bu kriterlerin PsA tanısı koymada sensitivitesi %97.8, spesifitesi %92.4' tür. İnflamatuvar artrit, entesit ya da sırt ağrısının varlığına ek olarak aşağıdaki maddeler hastanın toplam 3 puan alması gerekir.

Tablo- 2 Caspar kriterleri

İnflamatuvar artrit, entesit yada sırt ağrısının varlığına ek olarak aşağıdaki maddeler hastanın toplam 3 puan veya fazlasını alması gerekir.
Aktif psöriazis (2 puan), daha önceden psöriazis hikayesi (1 puan), ailede psöriazis hikayesi (1 puan)
Psöriatik tırnak değişikliği (onikolikoz, pitting, hiperkeratoz) (1 puan)
Aktif daktilit varlığı ya da daha önceden daktilit saptanması (1 puan)
Jukstaartiküler yeni kemik oluşumu (1 puan)

2.5.6. Ayırıcı tanı

Psöriatik artrit diğer romatolojik tabloları taklit edebilir. Örneğin asimetrik oligoartrit, entesit, sosis parmak, sırt ağrısı reaktif artitte de karşımıza çıkmaktadır. Ancak karakteristik deri lezyonu ve genitoüriner lezyonlar ile reaktif artrit ayırt edilebilmektedir.

Poliartrit paterninin eşlik ettiği hastalarda romatoid artrit ayırıcı tanısı yapılmalıdır. DIF tutulumu asimetrik eklem tutulumu, spondiloartrit varlığı, sosis parmak, tipik tırnak tutulumu, cilt bulguları ile RA'dan ayrılır (46). Spinal tutulumu olan PsA' lı hastaları ankilozan spondilitten ayırmada sıkıntı yaşanabilir. PsA sıklıkla asimetrik sakroiliit yapar, marjinal sindezmofitler bulunur. Servikal vertebra daha sık tutulurken, lomber vertebralar daha nadiren tutulur (46).

2.6. TEDAVİ

Psöriatik artrit geçmişte hafif bir hastalık gibi düşünülduğünden hekimlerin birçoğu DMARD kullanmaya gerek duymaz ve NSAİD' leri tercih ederlerdi. Ancak son 20 yılda PsA' nın sanıldığı gibi masum bir hastalık olmadığı agresif seyrettiği görülmüştür(47). PsA' lı hastaların %40-57' sinde deforme edici eroziv artrit, %17' sinde 5 veya daha fazla eklemdede deforme, %11-19' unda belirgin sakatlık saptanmıştır. Modifiye eden ajanlara ve agresif tedaviye rağmen %20 olguda destrukatif deforme edici hastalık gelişmektedir. Bu nedenle kötü prognostik faktörleri olan hastalara erken dönemde agresif tedavi başlanması önerilmektedir. PsA' lı hastaların çoğunda cilt lezyonları da bulunduğundan tedavi hem cilt, hem de artrit bulgularını hedeflemelidir. Etki hızlı başlamalı, sürekli olmalı ve toksisite minimal olmalıdır.

2.6.1. Prognoz

Hastalıkla ilgili genetik ve klinik risk faktörleri bulunmaktadır. Buna bakarak hangi hastaya erken dönemde agresif tedavi vermemiz gerektiğini belirleyebilmekteyiz. Progresif eklem hasarı için risk faktörleri; artmış aktif iltihaplı eklem sayısı, artmış sedimantasyon hızı (ESR) önceki ilaç tedavilerinden fayda görmemiş olması, klinik veya radyolojik olarak eklem hasarının eşlik etmesi, Sağlık Değerlendirme Anketi (HAQ) ile gösterilmiş fonksiyon kaybı, yaşam kalitesinde azalma olarak tanımlanmıştır (48).

Poliartiküler patern, oligoartiküler paterne göre klinik ve radyolojik olarak artmış eklem hasarı ile ilişkilidir. Düşük ESR genellikle hastanın düşük risk altında olduğunu gösterir. Buna ek olarak, ESR' de her bir mm/saat artış klinik ve radyolojik hasar gelişiminde, %2 kadar bir risk artışı ile ilişkilidir. HLA tiplemesi önemli prediktif bilgi sağlar. Tek değişkenli analizde, HLA-B27, B39 DQw3 pozitif hastaların ilerlemiş klinik hasar için yüksek risk altında oldukları gösterilmiştir. Bu antijenik risk faktörleri klinik olarak tanımlanmış risk faktörlerinden daha güçlü prognostik faktörlerdir (49). HLA-DR7 varlığı, progresif hastalıktan koruyucuyken HLA-B39 erken hastalık (49) progresyonu ile ilişkili bulunmuştur.

Gelecekte, HLA testi klinik olarak yararlı prognostik bilgi sağlayabilir. Ancak, günümüzde pratikte rutin olarak bu testleri uygulamak mümkün görünmemektedir.

İnterlökin-4 reseptör geninin bir varyantının da psöriatik artritte eroziv hastalık ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (50). Siklik sitrülin peptid (anti-CCP) antikörlerinin varlığı, poliartrit paterni ve eroziv hastalık sıklığını artırdığı, yapılan kesitsel bir çalışmada gösterilmiştir (51).

2.6.2. Değerlendirme

Hastalık aktivitesini, progresyonunu ve tedavi yanıtını değerlendirmek amacıyla güvenilir ve son durum için uygun ölçütlerinin kullanılması gerekmektedir. Son yıllara kadar PsA' da değerlendirme ve son durum ölçütlerine fazla ilgi duyulmamıştır. Ancak tedavideki önemli gelişmelerle birlikte bu konuya odaklanılmıştır. The Group or Research and Assessment of Psoriasis and Psoriatic Arthritis (GRAPPA) ve (Outcome Measures in Rheumatology (OMERACT) PsA' da kullanılacak çeşitli son durum ölçütleri üzerinde çalışmaktadır. Periferik eklem, cilt semptom ve bulgularının, fiziksel fonksiyonun, yaşam kalitesinin, halsizlik ve radyografik hasarın belirlenmesi gerekir. Bu ölçütlerin çoğu psöriazis için geliştirilmemiştir; romatoid artrit

(RA), ankilozan spondilit (AS) ve psöriazisten alınmıştır ve PsA' ya uyarlanmıştır. PsA' da sülfasalazin çalışmasında PsA için özgül bir cevap kriteri geliştirilmiştir. İlk yayınlanan biyolojik ajan olan etanercept çalışmasında ise aynı yöntem kullanılmış ve ilk kez psöriatik artrit yanıt kriteri (PsARC) olarak adlandırılmıştır. Tablo 3' te psöriatik artrit yanıt kriterleri görülmektedir. American College of Rheumatology (ACR) cevap kriterleri RA takibinde kullanılan çok değerli bir yöntemdir. ACR' nin RA için kullandığı 68 hassas ve 66 şiş eklem, 78 ve 76' ya çıkarılıp psöriazise uyarlanmıştır. Ellerin distal ve proksimal interfalangeal ve metakarpofalangeal eklemleri, ayakların metatarsofalangeal eklemleri, karpometakarpal ve bilek eklemleri, dirsekler, omuzlar, akromiyoklavikuler, sternoklavikuler, kalça, diz, talotibial ve midtarsal eklemlerde hassasiyet araştırılır. Kalçalar hariç diğer eklemlerde şişlik de araştırılır. ACR cevabında hassas eklem sayısı, şiş eklem sayısı, hastanın ağrı değerlendirmesi, hastanın global değerlendirmesi, hekimin global değerlendirmesi, fonksiyon (Health Assessment Questionnaire) ve akut faz cevabı (C Reaktif Protein, Eritrosit Sedimentasyon Hızı) değerlendirilir. ACR 20/50/70 cevabı elde etmek için hassas eklem ve şiş eklem sayısında ve diğer 5 parametrenin en az üçünde sırasıyla %20-50-70 düzelme olmalıdır. Çalışmalarda hem ACR ve hem de PSARC kriterleri kullanılmaktadır (68,69).

Aksiyel tutulum AS' den farklı olarak her zaman yoktur ve heterojendir. Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index (BASDAI) ve Dougados fonksiyonel indeksi kullanılabilir (68). Entesit değerlendirilirken Mander indeksi ve Maastrich Ankylosing Spondylitis Enthesis Score (MASES) kullanılabilir. GRAPPA uygun yöntemi bulmak için çalışmalarını sürdürmektedir (68). Psöriazis Alan ve Şiddet İndeksi (PASI) cildi değerlendirmede dermatologlar tarafından kullanılan bir ölçektir (5). Yaşam kalitesinin ve fonksiyon kaybının değerlendirilmesi de giderek daha fazla önem kazanmaktadır. Psöriatik Artrit Yaşam Kalitesi Ölçeği (PsAQL) PsA' ya özgül olarak geliştirilmiştir (68).

Sağlık Değerlendirme Anketi (HAQ) romatoloji alanında ortaya çıkmıştır ancak jenerik ölçek olarak geliştirilmiştir. Ülkemiz dahil birçok ülke

diline çevrilmiş ve geçerlilik güvenilirlik çalışması yapılmıştır. Cilt değerlendirmesi için bir madde eklenerek psöriazise uyarlanmış ve HAQ-SK geliştirilmiştir (68,69). Diagnostik laboratuvar testi yoktur. Eritrosit sedimantasyon hızı ve özellikle C Reaktif Protein olmak üzere diğer akut faz reaktanları yükselebilir. İzlemede akut faz cevabı da değerlendirilir.

Yapısal hasarı radyolojik olarak değerlendirmede RA' da kullanılan, el ve ayaklarda erozyon ve eklem darlığını değerlendiren Sharp-Van der Heijde yöntemi, DIF eklemler de eklenerek PsA' ya uyarlanmıştır. Spinal ve sakroiliak tutulum için ise AS için geliştirilen Bath Ankylosing Spondylitis Radiology Index (BASRI) ve Stoke Ankylosing Spondylitis Spine Score (SASSS) kullanılabilir (9).

Tablo 3. Psöriatik artrit yanıt kriterleri (PsARC)

4 kriterden 2' sinde düzelme (en az biri eklem skoru olmak üzere) ile diğerlerinde kötüleşme olmaması
Kriterler – Hastanın global değerlendirmesinde (1 - 5 puan) bir puan düzelme – Hekimin global değerlendirmesinde (1-5 puan) bir puan düzelme – Hassaslı eklem sayısında azalma (\geq %30) –Şiş eklem sayısında azalma (\geq %30)

2.6.3. Klasik ilaçlar

PsA tedavisine genellikle bir NSAİD ilaç ile başlanmaktadır. Selektif siklooksijenaz-2 (COX-2) inhibitörleri ve non selektif NSAİD' ler kullanılabilir. NSAİD' leri karşılaştıran bir çalışma bulunmamaktadır. NSAİD seçimi hekimin tercihine bağlıdır.

İkinci basamak tedavi (hastalık modifiye edici ajanlar, DMARD) hastanın artritine NSAİD ile yanıt alınmadığında ya da eroziv hastalık için risk faktörü taşıyan hastalarda erken dönemde gündeme gelir. Agresif hastalıkta, eklem deformitesi veya radyolojik olarak eroziv hastalık göstergelerinin varlığında mutlaka DMARD' lar tedaviye eklenmelidir.

İkinci basamak tedavide hastada psöriazisin varlığı, cilt tutulumunun oranı göz önünde bulundurularak, eklem ve cilt lezyonları için uygun bir tedavi planlanmalıdır.

Metotreksat

Dihidrofolat redüktaz enzimini inhibe ederek DNA sentezini baskılar. Folik asit antagonistidir. En sık tercih edilen ajandır. Cilt ve artrit bulguları üzerinde etkin olduğu gösterilmiştir. Oral metotreksatın haftada bir kullanılması hasta açısından avantaj oluşturur. 7,5-25 mg/hafta tek doz ya da aynı gün içerisinde bölünerek verilebilir. Hastada, uygun doz ile yanıt 4-6 hafta içerisinde başlar. 15 mg üzerindeki dozlarda GİS Emilimi etkilenebileceğinden parenteral uygulama önerilmektedir. Hastalara folik asit desteği verilmelidir. 25 mg metotreksat tedavisine 6-8 hafta yanıt vermeyen hastalarda farklı seçenekleri değerlendirmek gereklidir. Diğer taraftan metotreksata yanıt veren hastada metotreksatın kesilmesi ile cilt ve eklem bulgularında alevlenme görülebilir. Bu nedenle doz düşürülerek ilaç kesilmelidir.

MTX' in en ciddi potansiyel yan etkileri karaciğer toksisitesi, interstisyel akciğer hastalığı ve kemik iliği baskılanmasıdır. Mtx ile tedavi edilen hastalarda hepatotoksitenin değerlendirilmesi için karaciğer biyopsisinin gerekliliği tartışmalıdır. PsA' lı ve psöriazisli 54 hastada yapılan bir çalışmada MTX ile ortalama 6,9 yıl takip edilen hastalarda laboratuvar testlerinin takip için yeterli olduğu gösterilmiştir (52).

Amerikan Dermatoloji Akademisi, Mtx kullanan tüm hastalarda biyopsi yapmanın gerekmediğini savunmaktadır.

The American College of Rheumatology alkol alımı, geçmişte karaciğer enzim yüksekliği, kronik hepatit B, hepatit C hikayesi olan hastalarda Mtx ile tedavi öncesinde, takipte ise karaciğer enzim yüksekliği olması durumunda biyopsi yapılmasını önermektedir.(53)

Sulfasalazin

PsA tedavisinde geçmişe göre eski önemini taşımamaktadır. Yapılan çalışmalarda ekstraaksiyel artrit ve seronegatif spondiloartropatilerde plaseboya göre etkin olduğu gösterilmiştir (54). İlacın cilt lezyonlarına da etkinliği düşüktür.

PsA' yı kontrol altına almak için gerekli doz, RA için kullanıldığı dozdan daha yüksektir. Hastalarda sıklıkla GİS yan etkiler görülür. Ek olarak, ilaca bağımlı lupus ve toksik epidermal nekroliz vakaları bildirilmiştir (54-55).

Leflunomid

Yapılan randomize kontrollü çalışmalarda leflunamidin plaseboya göre PsARC skorlamasında ve PASI skorlamasında iyileşme sağladığı ve cilt lezyonlarında gerileme yaptığı gözlenmiştir (59). İshal ve KCFT yüksekliği sık karşılaşılan yan etkilerdendir.

Siklosporin

İmmüsupresif etkisini, yardımcı ve regülatuar T lenfositler, NK hücreleri, monositler ve antijen sunucu hücrelerin aktivasyonunu baskılayarak yapar. Transplant hastalarında kullanılan dozlardan çok daha düşük dozlarda (günlük 2,5-5 mg/kg) kullanılır. Etkisi 3-4 ayda ortaya çıkar. Yapılan çalışmalarda cilt ve artrit bulgularında etkin olduğu gösterilmiştir (57). Ancak düşük dozlarda bile renal toksisiteye neden olması nedeni ile kullanımı sırasında yakın takip gerektirir.

Antimalaryaller

Klorokin ve hidrosiklorokin seçilebilecek ajanlardır. Hidrosiklorokin retinal toksisite riski daha az olması nedeni tercih edilir. Antimalaryallerden yanıt alınması 3 ayı bulabilir. Geçmişte sıkça tercih edilse de günümüzde çok kabul görmeyen bir tedavi yöntemidir (57).

Altın derivelere

İntramusküler uygulamanın oral uygulamadan daha etkin olduğu gösterilmiştir. Alerjik reaksiyon riski nedeni ile düşük dozla tedaviye başlamak önerilir. Korkulan yan etkisi kemik iliği süpresyonudur. Ayrıca membranöz nefropatiye neden olur. Yanıt 4-6 hafta içerisinde alınır. Yine günümüzde pek tercih edilmeyen tedavi yöntemlerindedir. (57)

Azotioprin

Azotioprinle ilgili yapılan çift kör bir çalışmada, hastaların 12 aylık takibinde cilt lezyonlarında ve artrit bulgularında azalma tespit edilmiş (58). Diğer ilaçlarla etkinlik sağlanamayan hastalarda kullanan hekimler mevcuttur.

2.6.4. Psöralen ve ultraviyole ışık tedavisi (PUVA)

PUVA primer olarak psöriazisi ve geniş cilt tutumu olan hastalarda uygulanabilir. Bazı merkezlerde PUVA ve DMARD kombinasyonu kullanılmaktadır. Bazı otörler ise PUVA tedavisini takiben immünsüpresif tedavinin verilmesini önermemektedir. Cilt lezyonlarında etkili olmasına rağmen kutanöz malignitelere yol açabileceğinden kullanımı 200 seansı geçmemeli ve deri kanseri riski olanlarda kullanılmamalıdır,

2.6.5. Retinoik asit deriveleri

Yanıt için yaklaşık 4 ay gereklidir. 25-100 mg/gün dozunda kullanılır. Cilt ve mukozalarda kuruluk ana yan etkileridir. Retinoik asit derivelerinin, kemik dışı kalsiyum depolanmasına neden olarak eklem ağrısı yapabilecekleri unutulmamalıdır.

2.6.6. Glukokortikoidler

Sistemik glukokortikoidlerden, ilacın kesilmesi esnasında püstüler cilt lezyonlarını artırabileceği için mümkün olduğunca kaçınılmalıdır. Oligoartiküler veya bir iki eklemde persistan artrit olan poliartiküler olgularda intraartiküler kortikosteroid enjeksiyonu yapılabilir.

2.6.7. Biyolojik Ajanlar

Etanercept

TNF- α reseptörünün hücre dışı ligand bağlayıcı bölümleri olan p75 subüniti ile ona bağlı insan IgG1 Fc parçasını içeren çözümlü füzyon proteindir. Yapılan bir çok çalışmada etanerseptin plaseboya göre ACR 20-50-70 yanıtlarında belirgin azalma sağladığı yine PASI skorlamasında azalma sağladığı gösterilmiştir. Yine hastaların sağlık değerlendirme anketinde fonksiyon ve özürülük endekslerinde belirgin iyileşme gözlenmiştir. Yine etanersept alan hastalarda radyolojik progresyonu yavaşlattığı gösterilmiştir (59,60). Faz II ve faz III çalışmalarını takiben 2002'de Amerika'da FDA (Food and Drug Administration) onayı almıştır. TC Sağlık Bakanlığı onayını ise 2004 yılında almıştır. Haftada iki kez 25 mg ve haftada bir kez 50 mg subkutan olarak uygulanan formları mevcuttur. Çok merkezli faz III çalışmada cilt lezyonları, yaşam kalitesi ve fonksiyonlarda önemli düzelme ve radyolojik progresyonda inhibisyon izlenmiştir.

İnfliximab

%75 insan ve %25 fare kaynaklı kimerik bir anti-TNF- α monoklonal antikorudur. Hem TNF- α ' yı inhibe eder hem de aktive T lenfositlerinde apoptozu indükler. İnfliximab ile yapılan çalışmalarda ilacın 3 mg/kg tek doz uygulanması ile sinovyal makrofaj sayısında belirgin azalma sağladığı gösterilmiştir (61,62). İnfliximab ile yapılan en kapsamlı çalışmalar çift kör randomize IMPACT (Infliximab Multinational Psoriatic Arthritis Controlled Trial) ve IMPACT 2 çalışmalarıdır. PSARC ve PASI skorlarında iyileşme sağlandığı, yaşam kalitesinde ve fiziksel fonksiyonlarda düzelme izlendiği gösterilmiştir. Yine infliximabın DMARD ile etkinlik sağlanamayan hastalarda etkili olduğu gösterilmiştir (63,64). 0, 2 ve 6. haftalarda ve daha sonra 8 hafta arayla 5 mg/kg dozda intravenöz yavaş infüzyon şeklinde uygulanır (1,13). Sağlık Bakanlığı PsA' da kullanımı için 2005' de onay vermiştir.

Adalimumab

İlk tam insan anti-TNF- α monoklonal antikorudur. İnfliximab' a benzer şekilde hem çözüner hem de transmembran TNF- α ' yı baskılar. Adalimumab ile yapılan en geniş randomize çalışma, ADEPT çalışmasıdır (66). 315 hastanın katıldığı çalışmada PASI skorlamasında şiş, ağrılı eklem sayısında belirgin iyileşme saptanmıştır. Yine radyolojik progresyonda azalma sağladığı gösterilmiştir (65). İki haftada bir 40 mg subkutan olarak uygulanır. Sağlık Bakanlığı onayı 2006 yılında alınmıştır.

Golimumab

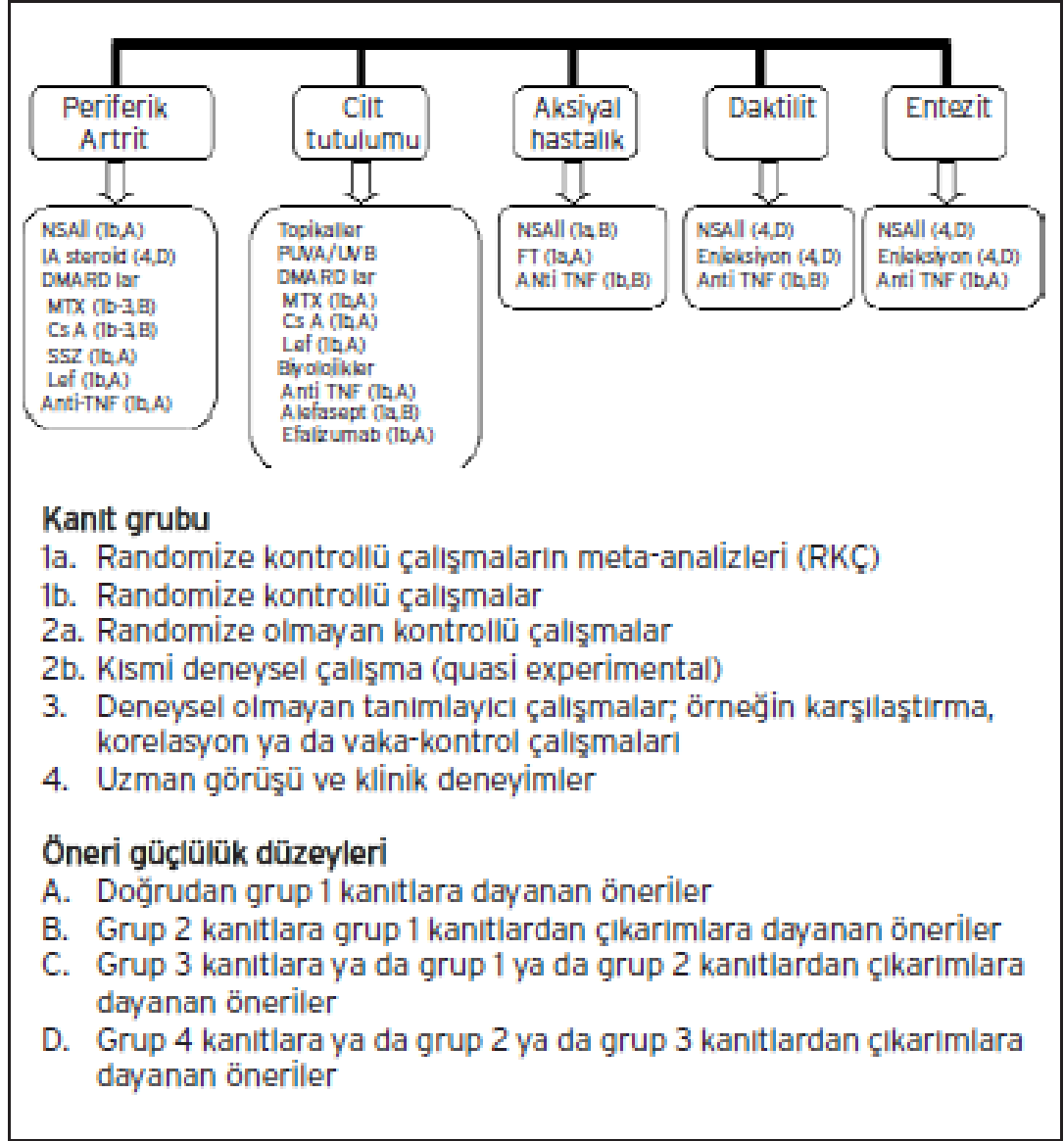
İnsan anti-TNF- α monoklonal antikorudur. Psöriazis ve PsA tedavisinde etkindir. G0 Reveal çalışmasında 405 PsA' lı hasta prospektif olarak takip edilmiş ve ACR 20 yanıtlarında PASI skorunda iyileşme saptanmıştır. Yine hastaların tırnak değişikliklerinde, daktilit ve entesit bulgularında düzelme saptanmıştır (67).

2.6.8. Tedavi stratejisi

Hastalık aktivitesi düşük olan hastalarda tedaviye NSAİD ile başlamak gereklidir. Ancak yaygın eklem harabiyeti artrit bulguları olan hastalarda DMARD' larla da tedaviye başlanabilir. Hastalarda anti-TNF ajanlara geçilmesi konusunda oluşmuş görüş birliği bulunmaktadır.

Group for Research and Assessment of Psoriasis and Psoriatic Arthritis (GRAPPA), 5' ten fazla eklemi tutulmuş, radyolojik değişikliği, eklemde fonksiyon kaybı olan, aksiyel tutulumun eşlik ettiği NSAİD' lere yanıt vermeyen, yüksek PASI skorlamasına sahip ve yaşam kalitesi belirgin olarak etkilenmiş hastalarda anti-TNF tedavi önermektedir.

Şekil-1



Şekil 1. PsA' da GRAPPA' nın tedavi önerileri ve kanıt düzeyleri. Önerilerin kalitesi (grubu ve güçlülük düzeyi) her terapötik ajanın yanında parantez içinde belirtilmiştir.

NSAİD: Non steroidal anti-inflamatuar ilaç. IA: intraartikuler, DMARD: hastalık modifiye edici anti-romatizmal ilaç, MTX: metotreksat, SSZ: sulfasalazin, CsA: siklosporin A, Lef: leflunomid, Anti-TNF: anti tümör nekroz faktör, PUVA: psöralen ve ultraviyole ışın UVB= ultraviyole B, FT: Fizik tedavi

British Society for Rheumatology' nin tedavi kılavuzunda (70) en az iki hastalık modifiye edici ilaçla standart tedaviye rağmen (en az 6 ay ve en az 2 ayı standart dozda olmak üzere; intolerans veya toksisite dozu kısıtlamadıkça) aktif hastalığı olanlarda anti TNF- α tedavisi önerilmektedir. Bu kılavuzda kümülatif dozu 1000 joule üstünde PUVA (psöralen ve ultraviyole A) tedavisi alan aktif psöriazisli hastalarda ve özellikle en az 1 yıl siklosporin alan hastalarda nonmelanoma kanser riski 6 kat artmasından dolayı anti-TNF tedavi önerilmemektedir. PsA olgularında HIV/AIDS insidansı artmıştır. HIV pozitif olgularda ajanların etkileri henüz bilinmediğinden bu tür durumlarda anti TNF- α kullanımından kaçınılmalıdır.

2.7. YAŞAM KALİTESİ

Yaşam kalitesi kavramı, yaşamda nelerden zevk aldığımız, ne olmak, nasıl yaşamak istediğimiz ile ilişkilidir. Yaşam kalitesi tanımlaması subjektiftir. Dolayısıyla farklı tanımları bulunmaktadır. Mutlak doyum, mutluluk, moral, pozitif etki, negatif etki dengesi, algı değerlendirmesi, sağlık ve psikolojik esenlik benzeri kavramları kapsar (71, 72, 73,). Dünya Sağlık Örgütü yaşam kalitesini, kişinin kendi durumunu, kültürü ve değerler sistemi içinde algılayış biçimi olarak tanımlamıştır (72). Mc. Daniel ve Bach yaşam kalitesinin 4 temel özelliğini bildirmektedir:

- 1-Dinamik özelliği(Zaman içinde değişim gösterebilmesi)
- 2- Çok boyutluluk
- 3- İnteraktif olması(Bireyler ve çevre ile etkileşimi)
- 4- Bireyin beklenti ve yaşamındaki olaylara uyum göstermesi (73,74).

Hörnquist' e (1989) göre, sağlık alanında yaşam kalitesinin değerlendirilmesinde mutlaka ele alınması gereken konular şunlardır:

- 1-Biyolojik Alan: Beden sağlığı, çeşitli beden fonksiyonları, özgül hastalık, yetersizlik semptomları, ağrı gibi durumlar.

2- Psikolojik Alan: Esenlik, algılama, etkileşimleri öğrenme, mantık ve yaratma yeteneği gibi bilgisel ve pratik yeterlilik.

3- Sosyolojik Alan: Bir bütün olarak yaşam, genel sosyal etkileşimler, aile yaşamı, cinsel yaşam.

4- Davranış ve Aktivite Alanı: Tüm aktif yaşam, hareket, çalışma kapasitesi, temel alışkanlıklar.

Yaşam kalitesi çok çeşitli sonuçları içeren bir terimdir. Genel olarak bireylerin yaşamlarında önemli olan öznel deneyimlerin toplamını gösterir. Bu deneyimler fiziksel ve mesleki fonksiyonlar, psikolojik durum, sosyal iletişim ve ekonomik durumdur (73,74).

Yaşam kalitesi, optimal tıbbi bakımın özellikle kronik hastalıkların tedavisinin değerlendirilmesinde önemli bir ölçüttür (72).

Yaşam kalitesi gibi öznel değerlendirme araçları seçilirken, ölçeğin anlaşılır, 60 dakikadan daha kısa süre içinde uygulanabilir ve puanlaması kolay bir ölçek olmasına dikkat edilmelidir (71). Yaşlılarca doldurulması gerektiği ya da yüzyüze sesli okunarak uygulanması gerektiği konusunda farklı görüşler olsa da Türk toplumunda okur yazar olmayan yaşlı nüfusun fazlalığının dikkate alınması gerekir (71,75).

2.8. BENLİK SAYGISI

Gelişim psikologları diğer insanlarla ilişki oluşturmanın korunmak ve bir sosyal gruba ait olmak gibi önemli bir insani ihtiyaç oluşturduğunu ve yaşam için gerekli olduğunu ifade etmişlerdir. Benlik saygısı, benlik değerinin, kendine güvenmenin veya kendini kabulün kişisel ve bütünsel duygularını ifade eder. Benlik saygısının, kişisel iyi olma durumu için önemli sonuçları olduğu ve önemli bir ihtiyacı karşıladığının altı çizilmiştir. Leory (1996) bu temel ihtiyacı birleştirmiş ve benlik saygısını korumaya odaklamayı, sosyal reddedilme ve kabul edilmeme etkilerine karşı benliği koruma isteği olarak tanımlanmıştır. Westen, benlik saygısının, kişinin kendini hakkında yaptığı ve sürdürdüğü devam ettiği değerlendirmeye ilişkin hoşnutluk ya da

hoşnutsuzluk duygularını ifade ettiğini ayrıca kişinin kendisini yeterli, önemli, başarılı ve değerli olarak algıladığı düzeyi gösterdiğini belirtmiştir (81).

Benlik saygısı, bireyin kendini tanımlarken kullandığı özelliklerin toplamı olan benlik kavramından farklıdır. Kişinin sahip olduğu özelliklerin tümü benlik kavramını oluşturmaktadır. Benlik saygısı benlik kavramında bulunan bilgilerin değerlendirmesidir. İdeal benlik ise kişinin sahip olmak istediği özelliklerin toplamıdır. Algılanan benlik ile ideal benlik uyumlu olduğunda kişinin benlik saygısı yükselecektir (82).

Benlik saygısının kişinin kendi hakkında bütünsel ve değerlendirici bir görüş açısı olduğu anlaşılmaktadır. Benlik saygısı psikolojik ve fiziksel iyi olmayı etkileyebilen önemli faktörlerden biri olarak görülmektedir. Olumlu benlik saygısı, kişinin tümüyle birey olarak kendini kabul etmesi, değer vermesi ve güvenmesi olarak tanımlanır.

Benlik saygısı, kişinin ruhsal ve bedensel iyi olma durumunun bir kombinasyonu olarak ortaya çıkmaktadır. Kişinin genel iyilik hali, sağlıklı olma durumu benlik saygısını etkilemektedir. Yapılan çalışmalarda kronik ağrısı, disabilitesi olan kişilerde benlik saygısında azalma tespit edilmiştir (83).

2.9. ANKSİYETE-DEPRESYON

Bedensel hastalıkları nedeniyle tedavi görmekte olan hastalar arasında psikiyatrik bozuklukların yaygınlığı, başta uyum bozukluğu, depresyon, anksiyete bozuklukları, organik beyin sendromları ve somatoform bozukluklar olmak üzere, dikkat çekici ölçüdedir (83,84). Hastaların hastalık süresinin uzamasının, hastalığın ilerlemiş evrelerinde bulunuyor olmasının psikiyatrik morbidite riskini artırdığı gösterilmiştir (85). Ancak araştırmalar, bedensel hastalıkları nedeniyle izlenen hastalarda ortaya çıkan psikiyatrik hastalıklara sıklıkla tanı konmadığını göstermektedir (86,87). Bu hastalarda en sık saptanan tanılar olan depresyon ve anksiyete bozuklukları belirtilerinin değerlendirilmesi güçtür. Çünkü hastalarda bedensel bir hastalığın varlığına bağlı, olağan bir üzüntü ve bunaltı duygusu olabilmektedir ve bu duyguları psikiyatrik bozuklukların belirtisi olan depresyon ve anksiyeteden ayıran sınırlar açık değildir. Ayrıca bedensel hastalıklarda sık görülen iştah, uyku azalması, enerji kaybı gibi belirtilerin yanı sıra depresyon ve anksiyete bozukluklarında görülen vejetatif belirtiler olarak değerlendirilme olasılığı da vardır.

Romatolojik hastalıkların yaşam boyu hastayla var olması hastalarda fonksiyon kaybı, yaygın ağrı, ciltte hastayı rahatsız edici döküntülere yol açması nedeni ile anksiyete ve depresyon gibi belirtilere neden olması olasıdır.

3. GEREÇ ve YÖNTEM

Bireyler

Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi hastanesi Romatoloji polikliniğinde psöriatik artrit tanısı ile konvansiyonel (metotreksat, leflunamid, sulfasazin, antimalaryal ilaçlar) ya da biyolojik ajanlar (infliksimab, adalimumab, etanercept) ile tedavi alan 18-70 yaş arası hastaların dosyaları retrospektif olarak incelendi. 01.01.2010 sonrasında kaydedilen veriler kullanıldı. Toplamda 102 dosya tarandı.

Dahil edilme kriterleri

18-70 Yaş arasında olmak, psöriatik artrit tanısı ile takip edilmek

Dışlama kriterleri

18 yaşından küçük 80 yaşından büyük olma

Ek kronik hastalığın olması

Veri toplama araçları

Bireysel Bilgi formu

Araştırmacı tarafından hastaya ait demografik ve hastalıkla ilişkili verilerin retrospektif olarak toplanması için hazırlanmıştır.

Demografik Bilgiler

Hastalara ait aşağıda yazılı olan demografik ve klinik bilgileri dosyalardan retrospektif olarak elde edilmiştir.

Yaş, cinsiyet, meslek, medeni hal, yaşadığı yer, eğitim düzeyi, sigara ve alkol kullanımı, hastanın fizik aktivite durumu.

Psöriatik artirit ile ilgili veriler

Hastalık durasyon süresi : hastalara kaç yıldır psöriazis ve kaç yıldır PsA' nın var olduğu, hastanın hastalıkla ilgili düşüncesi retrospektif olarak değerlendirildi. Böylece hastanın öngörüsünün, psikolojisi üzerine etki yapip yapmadığı araştırıldı. Hastaların kullandığı ilaçlar sorgulandı. Diğer anketlerin uygulandığı tarihteki sedimentasyon ve CRP değerleri, hastalık aktiviteleri, fizik muayene bulguları retrospektif olarak değerlendirildi.

KISA FORM 36 (SF-36) YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ

Jenerik ölçütler arasında en yaygın olarak kullanılanıdır. Yaşam kalitesini değerlendirmek amacıyla Rand Corporation tarafından geliştirilmiş ve kullanıma sunulmuştur. 1999' da Koçyiğit ve arkadaşları tarafından Türkçeye çevrilerek geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır (80). Herhangi bir yaş, hastalık veya tedavi grubuna özgü değildir. Genel sağlık kavramlarını içerir. SF-36' nın özelliklerinin başında kendini değerlendirme ölçeği olması gelmektedir. Ölçek adından da anlaşılacağı gibi 36 maddeden oluşmaktadır ve bunlar 8 boyutun ölçümünü sağlamaktadır. Bunlar fiziksel fonksiyon (10 madde), sosyal fonksiyon (2 madde), fiziksel sorunlara bağlı rol kısıtlılıkları (4 madde), emosyonel sorunlara bağlı rol kısıtlılıkları (3 madde), mental sağlık (5 madde), enerji/vitalite (4 madde), ağrı (2 madde) ve sağlığın genel algılanması (5 madde)' dir. Ayrıca son 12 ayda sağlıktaki değişim algısını içeren bir madde de bulunmaktadır ve bu şu an için ölçümde kullanılmamaktadır.¹ Adı geçen madde dışında ölçek son 4 haftayı göz önüne alarak değerlendirmektedir. Akut biçimini oluşturmak amacıyla son 1 haftayı değerlendiren bir formu da uygulanmıştır.⁴ Değerlendirme dördüncü ve beşinci maddeler dışında Likert tipi (üçlü-altılı) yapılmaktadır. Dördüncü ve beşinci maddeler evet/hayır biçiminde yanıtlanmaktadır. Alt ölçekler sağlığı 0 ile 100 arasında değerlendirmektedir ve 0 kötü sağlık durumunu gösterirken, 100 iyi sağlık durumuna işaret etmektedir. En belirgin üstünlüğü fiziksel fonksiyon ve bununla ilgili yetileri ölçmesi iken, sınırlılığı ise cinsel işlevleri

değerlendirmemesidir. En yaygın olarak romatizmal hastalıklar, kalça protez ameliyatlarında, kalp ve böbrek transplantasyonlarında, kanserli hastalarda ve göğüs hastalıklarında kullanılmaktadır. (72,73,75,76.77,80).

(SF–36) Yaşam Kalitesi Ölçeği Ek-1 'de sunulmuştur

Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HAD, Hospital Anxiety and Depression Scale):

Bedensel hastalığı olan hastalar ve birinci basamak sağlık hizmetine başvuranlarda anksiyete ve depresyon yönünden riski belirlemek, düzeyini ve şiddet değişimini ölçmek amacıyla geliştirilmiş kendini değerlendirme ölçeğidir (88). Türkçeye çevrilmiş, geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır (89). Anksiyete (HAD-A) ve depresyon (HAD-D) alt ölçekleri vardır. HAD, 14 maddeden oluşmaktadır. Tek sayılı maddeler anksiyete ve çift sayılı maddeler depresyonu araştırmaktadır. Ölçek dördümlük Likert tipi bir değerlendirme aracıdır ve maddelerinin puanları 0-3 arasındadır. Ancak her maddenin puanlaması değişik biçimdedir; 1, 3, 5, 6, 8, 10, 11 ve 13. maddeler giderek azalan şiddet gösterirler ve puanlama 3, 2, 1, 0 biçimindedir. Öte yandan, 2, 4, 7, 9, 12 ve 14. maddeler ise 0, 1, 2, 3 biçiminde puanlanırlar. Alt ölçeklerin toplam puanları bu madde puanlarının toplanması ile elde edilir. Anksiyete alt ölçeği için 1, 3, 5, 7, 9, 11 ve 13. maddeler toplanırken; depresyon alt ölçeği için 2, 4, 6, 8, 10, 12 ve 14. maddelerin puanları toplanır. HAD Türkçe formunun anksiyete alt ölçeğinin kesme noktası 10, depresyon alt ölçeğinin kesme noktası ise 7 olarak bulunmuştur. Bu puanların üzerinde puan elde edilen hastalar risk grubu olarak kabul edilebilir. Hastaların her iki alt ölçekten alabilecekleri en düşük puan 0 iken en yüksek puan 21' dir.

Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği Ek 2' te sunulmuştur.

Rosenberg Benlik Saygısı Envanteri:

Benlik saygısı ölçeği 1963 yılında Morris Rosenberg tarafından geliştirilmiştir. Güvenirlilik ve geçerlilik çalışmaları yapıldıktan sonra birçok çalışmada ölçüm aracı olarak kullanılmıştır (90).

Ülkemizde, ölçeğin güvenirlilik ve geçerlilik çalışmaları Çuhadaroğlu tarafından yapılmış olup, geçerlilik katsayısı $r=71$ olarak bulunmuştur (91). Test - tekrar test güvenirlilik yöntemi kullanılarak da güvenirlilik katsayısı $r=75$ olarak saptanmıştır.

Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği, çoktan seçmeli 63 sorudan oluşan bir öz bildirim ölçeğidir. Ölçek, on iki alt kategoriden oluşmaktadır. Bu alt kategoriler benlik saygısı (BS), kendilik kavramının sürekliliği, insanlara güvenme, eleştiriye duyarlılık, depresif duygulanım, hayalperestlik, psikosomatik belirtiler, kişiler arası ilişkilerde tehdit hissetme, tartışmalara katılabilme, anne-baba ilgisi, babayla ilişki ve psişik izolasyon şeklinde adlandırılmıştır. Rosenberg istenildiği takdirde alt ölçeklerin araştırmalarda ayrı ayrı kullanılabileceğini belirtmiştir. Araştırmanın amacı doğrultusunda benlik saygısını ölçmeye yönelik olarak, Guttman ölçüm şekline göre düzenlenmiş 6 madde ve 10 sorudan oluşan testte ölçeğin ilk 10 maddesi kullanılmıştır. Testte olumlu ve olumsuz yüklü maddeler ardışık olarak sıralanmıştır. Ölçeğin kendi içindeki değerlendirme sistemine göre denekler, 0 ile 6 puan arasında puan almaktadır. Ölçekten alınan puanın yükselmesi, benlik saygısı düzeyinin düşmesine işaret etmektedir.

0-1 puan: Yüksek düzeyde benlik saygısı

2-4 puan: Orta düzeyde benlik saygısı

5-6 puan: Düşük düzeyde benlik saygısı olarak değerlendirilmiştir.

Rosenberg Benlik Saygısı Envanteri EK-3'te sunulmuştur

İstatiksel analiz

Bilgisayar ortamında SPSS 15.0 programı kullanılmıştır. Ki kare ve T test analiz yöntemleri kullanılmıştır.

4. BULGULAR

Psöriatik artrit tanısı ile takip edilen ve 01.01.2010 tarihi itibari ile Celal Bayar üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Romatoloji polikliniğinde psöriatik artrit tanısı ile konvansiyonel (metotreksat, leflunamid, sulfasazin, antimalaryal ilaçlar) ya da biyolojik ajanlar (infliksimab, adalimumab, etanercept) ile tedavi alan 18-70 yaş arası 81 hastanın dosyası retrospektif olarak değerlendirildi. Hastaların demografik verileri, hastalıkla ilgili düşüncelerini değerlendirmek amacıyla bireysel bilgi formu oluşturuldu. 01.01.2010 tarihi itibari ile rutin olarak uygulanan SF-36 yaşam kalitesi, HAD ve Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği anketleri değerlendirildi. Yine anketlerin doldurulma tarihi ile eş zamanlı sedimantasyon, CRP değerleri ve fizik muayene bulguları analiz edildi.

Tablo 4- Çalışmaya alınan olguların ilaç kullanımına göre dağılımı

	Sayı	Yüzde
DMARD	49	60,5
Anti TNF	32	39,5
Toplam	81	100,0

Toplam 81 hastanın dosyalarının tarandığı çalışmada hastaların 49' u (%65) DMARD kullanırken 32' si anti-TNF tedavi almaktaydı.

Tablo-5. Hastaların sosyodemografik verileri

		Sayı	Yüzde
Cinsiyet	Erkek	41	50.6
	Kadın	40	49.4
Yaş (46,41±10,16)	18-49 yaş arası	56	69,1
	50yaş ve üstü	25	30,9
Medeni durum	Evli	68	84
	Bekâr&Dul	13	16
Eğitim düzeyi	Okuryazar değil	10	12,3
	İlkokul mezunu	42	51,9
	Lise ve üniversite mezunu	29	35.8
Meslek	Ev hanımı	35	43,2
	İşçi	15	18,5
	Çiftçi	8	9,9
	Memur	17	21,0
	Diğer	6	7,4

Tablo 5' te çalışmaya alınan vakaların sosyodemografik verileri görülmektedir. Çalışmaya alınan hastaların 41 'i (%50,6) erkek, 40' ı (%49,4) ise kadındı. 56 (%69,1) hasta 18-49 yaş arasındayken, 25 (%30,9) hasta 50 yaş ve üzerindedir. Olguların minimum yaşı 28, maksimum yaş ise 68' di. Yaş ortalaması ise 46,41 ($\pm 10,16$) olarak saptandı.

Hastaların 68' i evliyken, 13' ü bekâr veya duldu. Hastaların %12,3' ü okuryazar değilken, %51,9' u ilköğretim mezunu, %35,8' i ise lise ve üniversite

mezunuydu. Hastaların 35' i ev hanımı, 15' i işçi, 8' i çiftçi, 17' si memur olarak görev yapmaktaydı.

Tablo-6 Hastaların alışkanlıkları

		Sayı	Yüzde
Sigara	Kullanıyor	25	30,9
	Kullanmıyor	56	69,1
Alkol	Kullanıyor	8	9,9
	Kullanmıyor	73	90,1
Fizik aktivite	Yapıyor	45	55,6
	Yapmıyor	36	44,4

Tablo 6' da çalışmaya alınan olguların alışkanlıkları görülmektedir. Hastaların 25' i (%39,9) sigara kullanırken, 56' sı (%69,1) sigara kullanmıyordu. Hastaların 8' i (%9,9) alkol kullanırken, 90,1' i (%69,1) alkol kullanmıyordu. Olguların 45' i (% 55,6) fizik aktivite yaparken 36' sı (%44,4) fizik aktivite yapmıyordu.

Tablo-7 Laboratuvar bulguları

	Minimum	Maksimum	Ortalama ± Std
Sedimentasyon	3,00	99,00	28,11 ± 20,27
CRP	2,00	214,00	20,27± 25,78

Hastaların taranan dosyalarından 81 hastanın sedimentasyon, 80 hastanın da CRP değerine ulaşıldı. Sedimentasyon minimum değeri 3mm/h, maksimum değeri 99mm/h, ortalaması 28,11 (±std 20,27), CRP minimum değeri 2, maksimum değeri 214, ortalaması ise 20.77 (±std 25,78), olarak saptanmıştır.

Tablo-8. DMARD ve ANTi-TNF tedavi alan hastaların yaş, sedimentasyon ve CRP değerlerinin karşılaştırılması

		Yaş	Sedimentasyon	CRP
DMARD kullanan hastalar	Ortalama±Std	45,97±11,36	26,9±21,44	9,81±11,17
	Minimum	25	5	2
	Maksimum	68	85	73
Anti TNF kullanan hastalar	Ortalama±Std	47±8,12	29,8±18,54	81,5±37,22
	Minimum	28	3	2
	Maksimum	65	99	214

DMARD tedavisi alan hastaların yaş ortalaması $45,97 \pm 11,36$, minimum hasta yaşı 25, maksimum hasta yaşı 68; anti TNF tedavi alan hastaların yaş ortalaması $47 \pm 8,12$, minimum hasta yaşı 28, maksimum hasta yaşı 65 olarak saptandı. DMARD tedavisi alan hastaların ortalama sedimentasyon değeri $26,90 \pm 21,44$ mm/h, minimum sedimentasyon değeri 5mm/h, maksimum sedimentasyon değeri 85 mm/h, anti TNF tedavi alan hastaların ortalama sedimentasyon değeri $29,80 \pm 18,54$ mm/h, minimum sedimentasyon değeri 3 mm/h, maksimum sedimentasyon değeri 99 mm/h olarak saptanmıştır. Yine yapılan retrospektif değerlendirmede DMARD tedavi alan hastaların ortalama CRP değerleri $9,81 \pm 11,17$ minimum CRP değeri 2, maksimum CRP değeri 73 olarak saptanmıştır. Anti TNF tedavi alan hastaların ise ortalama CRP değeri $81,5 \pm 37,22$, minimum CRP değeri 2, maksimum CRP değeri 214 olarak saptanmıştır.

Tablo-9. Hastaların sedimantasyon ve CRP değerlerinin dağılımı.

	CRP			Sedimantasyon		
	Normal	Yüksek	p	Normal	Yüksek	p
DMARD grubu (n=49)	62,5	37,5	0,77	40,8	59,2	0,56
TNF grubu (n=32)	65,6	34,4		34,4	65,6	

Çalışmaya alınan hastaların % 64,2' sinin CRP değeri normal, %35,8' inin CRP değeri normal aralığın üzerinde bulunmuştur. Sedimantasyon değerlerini incelediğimiz hastaların %38,3' ünün sedimantasyon değeri normal aralıkta bulunurken, %61,7' sinin sedimantasyon değeri yüksek bulunmuştur. Tablo-9' da hastaların sedimantasyon ve CRP değerlerinin tedavi gruplarına göre dağılımı görülmektedir. Sedimantasyon ve CRP değerlerinde, tedavi gruplarına göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır.

Tablo-10. DMARD ve anti-TNF tedavi alan hastaların sosyodemografik verilerinin ve sosyal alışkanlıklarının karşılaştırılması.

		DMARD grubu		Anti TNF grubu		P Değeri
		Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	
Yaş	18-49 yaş arası	34	60,70	22	39,30	0,95
	50 yaş ve üstü	15	60	10	40	
cinsiyet	Erkek	21	51,2	20	48,8	0,08
	Kadın	28	70	12	30	
Medeni Hal	Evli	40	58,80	28	41,2	0,48
	Bekar & eşinden ayrı	9	69,2	4	30,8	
Eğitim düzeyi	Okuryazar değil	8	80	2	20	0,17
	İlköğretim ve üstü öğrenim	41	57,7	30	42,3	
Yerleşim yeri	Kent	34	56,7	26	43,3	0,23
	Kırsal	15	71,4	6	28,6	
Sigara kullanımı	Var	14	56	11	44	0,58
	Yok	35	62,5	21	37,5	
Alkol kullanımı	Var	5	62,5	3	37,5	0,90
	Yok	44	44,2	29	39,7	
Fizik aktivite	yapıyor	28	62,2	17	37,8	0,72
	Yapmıyor	21	58,3	15	41,7	

18-49 yaş arası hastaların %60,7' sini DMARD alan hastalar oluştururken, %39,30' unu anti-TNF alan hastalar oluşturmaktaydı. 50 yaş ve üstü hastaların %60' ını DMARD alan hastalar, %40' ını ise anti-TNF alan hastalar oluştuyordu. Hastaların yaş aralıklarında tedavi gruplarına göre anlamlı farklılık saptanmadı (p=0,95). Erkek hastaların %51,2' sini DMARD

alan hastalar, %48,8' ini anti-TNF alan hastalar; kadın hastaların %70' ini DMARD alan hastalar, %30' unu anti-TNF alan hastalar oluşturmaktaydı. İki grup arasında cinsiyet açısından anlamlı farklılık saptanmadı ($p=0,084$).

Hastaların medeni durumlarının karşılaştırılmasında evli hastaların %58,8' ini DMARD alan hastalar, % 41,2' sini anti-TNF alan hastalar oluşturmaktaydı. Bekar veya eşinden ayrılmış hastaların ise %69,2' sini DMARD alan hastalar, %30,8' ini anti-TNF alan hastalar oluşturmaktaydı. Hasta grupları arasında medeni durum yönünden anlamlı bir farklılık tespit edilmedi ($p=0,48$). Okur yazar olmayan hastaların %80' ini DMARD alan hastalar, %20,2' sini anti-TNF alan hastalar; ilköğretim ve üstü eğitim düzeyi olan hastalarinsa %57,7' sini DMARD alan hastalar, %42,3' ünü anti-TNF alan hastalar oluşturmaktaydı. Hastaların eğitim düzeyi arasında anlamlı farklılık saptanmadı ($p=0,17$) . Hastaların yerleşim yerleri karşılaştırmasında kentsel yerleşim gösteren hastaların %56,7' si DMARD tedavi, % 43,3' ü anti-TNF tedavi alırken; kırsal yerleşim gösteren hastaların %71,4' ü DMARD tedavisi %28,6' sı anti-TNF tedavi almaktaydı. Her iki grup arasında yerleşim yeri bakımından anlamlı bir farklılık saptanmadı.

Sigara kullanan hastaların %56' sı DMARD tedavisi, %44' ü anti-TNF tedavi almaktayken; sigara kullanmayan hastaların ise %62,5' i DMARD tedavi, %37,5' i anti-TNF tedavi almaktaydı. Sigara kullanımı açısından her iki grup arasında anlamlı bir farklılık tespit edilmedi ($p=0,58$).

Alkol kullanan hastaların %62,5' i DMARD tedavisi, %37,5' i anti-TNF tedavi almaktayken; alkol kullanmayan hastaların ise %62,5' i DMARD, %37,5' i anti-TNF tedavi almaktaydı. Alkol kullanımı açısından her iki grup arasında anlamlı bir farklılık tespit edilmedi ($p=0,90$).

Hastaların fizik aktivitelerinin DMARD ve anti-TNF grubu arasındaki karşılaştırması görülmektedir. Fizik aktivite yapan hastaların %62,2' si DMARD tedavisi alırken, %37,8' i anti-TNF tedavi almaktaydı. Fizik aktivite yapmayan hastaların yüzde %58,3' ü DMARD tedavi alırken %41,7' si anti-TNF tedavi almaktaydı. İki grup arasında fizik aktivite yapma bakımından anlamlı bir fark tespit edilmedi ($p=0,72$).

Tablo-11. DMARD ve anti-TNF tedavi alan hasta gruplarının sedef ve PsA hastalık sürelerinin karşılaştırılması.

	Sedef yılı			PSA yılı		
	Ortalama	±std	p	ortalama	±std	p
DMARD grubu n=49	13,82	9,65	0,33	6,51	5,35	0,32
TNF grubu n=32	11,78	8,59		7,88	7,03	

Tablo 11’ de her iki ilaç grubunun hastalık sürelerinin karşılaştırılması görülmektedir. DMARD tedavisi alan hastaların ortalama psöriazis süresi 13,82 yıl, standart sapması $\pm 9,65$ yıl saptandı. Anti-TNF tedavi alan hastaların ortalama psöriazis süresi 11,78 yıl, standart sapması 8,59 yıl saptandı. Her iki tedavi grubu arasında psöriazis hastalık süresi açısından anlamlı farklılık tespit edilmedi ($p=0,33$).

DMARD tedavisi alan hastaların ortalama psöriatik artrit süresi 6,51 yıl, standart sapması $\pm 5,35$ yıl saptandı. Anti-TNF tedavi alan hastaların ortalama psöriatik artrit süresi 7,88 yıl, standart sapması 7,03 yıl saptandı. Her iki tedavi grubu arasında psöriatik artrit hastalık süresi açısından anlamlı farklılık tespit edilmedi ($p=0,32$).

Tablo-12. Hastaların anksiyete durumlarının ilaç tedavileri ile karşılaştırılması.

	Anksiyete yok		Anksiyete var		P değeri
	Sayı	yüzde	sayı	yüzde	
Tüm hastalar n=81	55	67,9	26	32,1	0,01
DMARD grubu	28	57,1	21	42,9	
Anti-TNF grubu	27	84,4	5	15,6	

Hastane anksiyete ve depresyon ölçeği ile değerlendirilen hastalar sorulara verdikleri cevaplara göre risk gruplarına ayrıldı. Çalışmaya alınan 81 hastanın 55' i anksiyete için riskli bulunmazken, 26' sı anksiyete için riskli grupta yer almaktaydı. İlaç kullanımlarına göre anksiyete durumlarının değişkenliği incelenen hastalardan DMARD tedavisi alanların %57,1' inde anksiyete saptanmazken, %42,9' u anksiyete için riskli saptandı. Anti-TNF tedavi alan hastaların %84,4' ünde anksiyete saptanmazken, %15,6' sında anksiyete saptandı. Her iki grup arasında anlamlı farklılık tespit edildi. Anti-TNF tedavi alanlarda anksiyete varlığı, DMARD tedavi alanlara göre düşük saptandı (p=0,01).

TABLO-13. Hastaların cinsiyetlerine göre anksiyete semptomlarının görülme oranının dağılımı.

	Anksiyete yok		Anksiyete var		P değeri
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	
Tüm hastalar n=81	55	67,9	21	32,1	0,0001
Erkek hastalar	35	63,6	6	23,1	
Kadın hastalar	20	36,4	20	76,4	

Tabloda hastaların cinsiyetlerine göre anksiyete semptomlarının görülme oranının dağılımı görülmektedir. Çalışmaya alınan hastalardan %67,9' unda anksiyete saptanmazken, %32,1' inde depresyon semptomları saptandı. Anksiyete saptanmayan hastaların % 63,6' sını erkek hastalar, %36,4' ünü bayan hastalar oluştururken; anksiyete semptomları saptanan hastaların %23,1' ini erkek, %76,4' ünü kadın hastalar oluşturuyordu. Kadın ve erkek cinsiyet arasında anksiyete semptomları bakımından kadın cinsiyet yönünde istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı (p=0,0001).

Tablo-14. Hastaların eğitim durumlarının anksiyete semptomları ile ilişkisinin karşılaştırması.

	Okuryazar Değil		İlköğrenim		Lise ve üstü		P değeri
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	
Anksiyete yok	2	20	28	66,7	25	86,2	0,001
Anksiyete var	8	80	14	33,3	4	13,8	

Tabloda hastaların anksiyete semptomlarının eğitim durumları ile ilişkisi görülmektedir. Okuryazar olmayan hastaların %80' ininde anksiyete semptomları saptanırken, ilköğrenim mezunu hastaların %33' ünde, lise ve üstü eğitim alan hastaların ise %13,8' inde anksiyete semptomları saptanmıştır. Eğitim düzeyi arttıkça hastaların anksiyete semptomlarının azaldığı görüldü ve istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edildi (p:0,0001).

Tablo-15. Hastaların anksiyete semptomlarının medeni durumları ile ilişkisi

	Anksiyete yok		Anksiyete var		P değeri
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	
Evli Hastalar n=68	51	75	17	25	0,002
Bekar&Dul hastalar n=13	4	30,8	9	69,2	

Tabloda hastaların medeni durumu ile anksiyete semptomlarının ilişkisi görülmektedir. Evli hastaların %25' inde anksiyete semptomları varken, bekar hastaların %69,2' sinde anksiyete semptomları saptanmıştır. Her iki grup arasında evli hastalar yönünde istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edildi (p: 0,002).

Tablo-16. Hastaların yerleşim yerleri ile anksiyete semptomlarının varlığının karşılaştırması.

	Anksiyete yok		Anksiyete var		P değeri
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	
Kentsel yerleşim	48	80	18	20	0,000
Kırsal yerleşim	7	33,3	14	66,7	

Tabloda hastaların yerleşim yerleri ile anksiyete semptomlarının varlığının karşılaştırması görülmektedir. Kentsel yerleşim gösteren hastaların %80' inin anksiyete semptomu yokken, % 20' sinde anksiyete semptomları saptandı. Kırsal yerleşim gösteren hastaların ise %33,3' ünde anksiyete semptomları yokken, %66,7' sinde anksiyete semptomları saptandı. Her iki

grup arasında anksiyete semptomları açısından kırsal yerleşim yönünde istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı ($p=0,000$) .

Tablo-17. Hastaların anksiyete semptomlarının SF-36 alt parametreleri ile karşılaştırılması.

	Anksiyete yok		Anksiyete var		
	Ortalama	\pm Std	Ortalama	\pm Std	P değeri
Fiziksel fonksiyon	83	30	57,8	25,6	0,001
Rol güçlüğü (fiziksel)	72,2	42,6	21,1	39,8	0,00
Ağrı	68,4	23,23	46,7	16,57	0,00
Genel sağlık	61,8	23,31	23,03	19,33	0,00
Vitalite	71,81	15,37	34,03	16,49	0,00
Sosyal fonksiyon	80,68	20,1	49,03	18,34	0,00
Rol güçlülüğü	95,15	20,70	38,46	47,8	0,00
Mental sağlık	77,01	12,17	44,0	19,23	0,00

Tabloda hastaların SF 36- alt parametrelerinin hastaların anksiyete semptomlarının varlığı ile ilişkisi görülmektedir. Tüm SF-36 alt parametrelerinde anksiyete semptomları olmayan hastaların aldıkları ortalama puanlar daha yüksek saptanmıştır. Hastaların yaşam kalitelerinin yüksekliği ile anksiyete semptomlarının yokluğu arasında tüm SF-36 alt parametrelerinde istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur.

Hastaların anksiyete semptomlarının varlığı açısından yaş, meslek, sigara ve alkol kullanımı, hastaların hastalıkla ilgili düşünceleri ile ilgili yapılan analizlerinde istatistiksel olarak anlamlı sonuçlar elde edilememiştir.

Tablo-18. Hastaların depresyon durumlarının ilaç tedavileri ile karşılaştırılması.

	Depresyon yok		Depresyon var		P değeri
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	
Tüm hastalar n=81	53	65,6	28	34,4	0,001
DMARD grubu n=49	25	51	24	49	
Anti-TNF grubu n=32	28	87,5	4	12,5	

Hastane anksiyete ve depresyon ölçeği ile değerlendirilen hastalar sorulara verdikleri cevaplara göre risk gruplarına ayrıldı. Çalışmaya alınan hastaların %65,6' sında depresyon semptomları bulunmazken %34,4' ünde depresyon semptomları bulunmaktaydı. İlaç kullanımlarına göre depresyon durumlarının değişkenliği açısından incelenen hastalardan DMARD tedavisi alanların %51' inde depresyon semptomları saptanmazken, %49' unda depresyon semptomları saptandı. Anti-TNF tedavi alan hastaların %87,5' inde depresyon semptomları saptanmazken, %12,5' inde depresyon saptandı. Her iki grup arasında anlamlı farklılık tespit edildi. Anti-TNF tedavi alanlarda depresyon varlığı DMARD tedavi alanlara göre düşük saptandı (p=0,001).

Tablo-19. Hastaların cinsiyetlerine göre depresyon semptomlarının görülme oranının dağılımı

	Depresyon yok		Depresyon var		P değeri
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	
Tüm hastalar n=81	53	65,6	28	34,4	0,004
Erkek hastalar	33	62,3	8	28,6	
Kadın hastalar	20	37,7	20	71,4	

Tabloda hastaların cinsiyetlerine göre depresyon semptomlarının görülme oranının dağılımı görülmektedir. Çalışmaya alınan hastalardan 53'ünde depresyon saptanmazken, 28'inde depresyon semptomları saptandı. Depresyon saptanmayan hastaların % 62,3'ünü erkek hastalar, %37,7'ini bayan hastalar oluşturuyordu. Depresyon semptomları saptanan hastaların % 28,6'ını erkek %71,4'ünü kadın hastalar oluşturuyordu. Kadın ve erkek cinsiyet arasında depresyon semptomları bakımından kadın cinsiyet yönünde istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı ($p=0,004$).

Tablo-20. Hastaların eğitim durumlarının depresyon semptomları ile ilişkisinin karşılaştırılması

	Okur-yazar Değil		İlköğrenim		Lise ve üstü		P değeri
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	
Depresyon yok	2	20	27	64,3	24	82,8	0,001
Depresyon var	8	80	15	35,7	5	17,2	

Tabloda hastaların depresyon semptomlarının eğitim durumları ile ilişkisi görülmektedir. Okur yazar olmayan hastaların %80'inde anksiyete

semptomları saptanırken, ilköğrenim mezunu hastaların %3,7' sinde, lise ve üstü eğitim alan hastaların ise %17,2' sinde depresyon semptomları saptanmıştır. Eğitim düzeyi arttıkça hastaların depresyon semptomlarının azaldığı görüldü ve istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edildi (p:0,0001).

Tablo-21. Hastaların yerleşim yerleri ile depresyon semptomlarının varlığının karşılaştırması.

	Depresyon yok		Depresyon var		P değeri
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	
Kentsel yerleşim n=60	47	78,3	13	21,7	0,000
Kırsal yerleşim n=21	6	28,6	15	71,4	

Tabloda hastaların yerleşim yerleri ile depresyon semptomlarının varlığının karşılaştırması görülmektedir. Kentsel yerleşim gösteren hastaların %78,3' ünün depresyon semptomu yokken, % 21,7' sinde depresyon semptomları saptandı. Kırsal yerleşim gösteren hastaların ise %28,6' sında depresyon semptomları yokken, %71,4' ünde depresyon semptomları saptandı. Her iki grup arasında depresyon semptomları açısından kırsal yerleşim yönünde istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı (p=0,000).

Tablo-22. Hastaların SF-36 alt parametrelerinin depresyon semptomlarının varlığı ile ilişkisi

	Depresyon yok		Depresyon var		
	Ortalama	±Std	Ortalama	±Std	P değeri
Fiziksel fonksiyon	84,4	29,4	56,9	25,47	0,00
Rol güçlüğü (fiziksel)	75,0	41,02	19,64	38,70	0,00
Ağrı	70,3	21,46	44,5	17,2	0,00
Genel sağlık	64,2	22,07	21,32	15,1	0,00
Vitalite	72,83	14,56	34,82	16,4	0,00
Sosyal fonksiyon	82,54	17,7	47,7	18,65	0,00
Rol güçlülüğü	96,22	16,87	40,47	49,15	0,00
Mental sağlık	77,73	13,09	45,0	17,1	0,00

Tabloda hastaların SF-36 alt parametrelerinin hastaların depresyon semptomlarının varlığı ile ilişkisi görülmektedir. Tüm SF-36 alt parametrelerinde depresyon semptomları olmayan hastaların aldıkları ortalama puanlar daha yüksek saptanmıştır. Hastaların yaşam kalitelerinin yüksekliği ile depresyon semptomlarının yokluğu arasında tüm SF-36 alt parametrelerinde istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur.

Tablo-23. Hastalık aktivitesi ile ilaç gruplarının karşılaştırılması.

	DMARD grubu		Anti TNF grubu		P değeri P=0,08
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	
Hastalık aktivitesi düşük n=60	33	67,3	27	84,4	
Hastalık aktivitesi yüksek n=21	16	32,7	5	15,6	

Tabloda hastalık aktivitesi ve ilaç tedavilerinin karşılaştırılması görülmektedir. DMARD tedavisi alan grubun %67' sinin yapılan fizik muayene ve tetkikleri sonucunda hastalık aktivitesi düşük saptanırken, %32,6' sında hastalık aktivitesi yüksek saptanmıştır. Anti-TNF tedavisi alan grupta ise hastaların %84,4' ünün hastalık aktivitesi düşük saptanırken, %15,6' sının hastalık aktivitesi yüksek saptanmıştır. Her iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmedi (p=0,08).

Tablo-24. Hastalık aktivitesi ve anksiyete durumlarının karşılaştırılması.

	Anksiyete yok		Anksiyete var		P değeri P=0,007
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	
Hastalık aktivitesi düşük n=60	46	83,6	14	53,8	
Hastalık aktivitesi yüksek n=21	9	16,4	12	46,2	
	Depresyon yok		Depresyon var		0,001
Hastalık aktivitesi düşük n=60	46	86,8	14	50	
Hastalık aktivitesi yüksek n=21	7	13,2	14	50	

Tablo hastalık aktivitesi ve hastaların anksiyete depresyon durumlarının HAD ölçeğine göre karşılaştırılması görülmektedir. Hastaların yapılan değerlendirmesinde 60 hastanın hastalık aktivitesi düşük, 21

hastanın hastalık aktivitesi yüksek saptandı. Anksiyete saptanmayan hastaların %83,6' sını hastalık aktivitesi düşük hastalar, %16,4' ünü hastalık aktivitesi yüksek hastalar oluşturmaktaydı. Anksiyete saptanan hastaların ise %53,8' ini hastalık aktivitesi düşük hastalar oluştururken, %46,2' sini hastalık aktivitesi yüksek hastalar oluşturuyordu. Her iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı (p=0,0007).

Depresyon saptanmayan hastaların %86,8' ini hastalık aktivitesi düşük hastalar %13,2' sini hastalık aktivitesi yüksek hastalar oluşturmaktaydı. Depresyon saptanan hastaların ise %50' sini hastalık aktivitesi düşük hastalar oluştururken, %50' sini hastalık aktivitesi düşük hastalar oluşturuyordu. Her iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı (p=0,0001).

Tablo-25. Hastaların hastalık aktivitesi ile SF-36 alt parametrelerinin ortalama puanlarının karşılaştırılması.

	Hastalık aktivitesi düşük		Hastalık aktivitesi yüksek		P değeri
	Ortalama	±Std	Ortalama	±Std	
Fiziksel fonksiyon	82,91	29,43	52,14	23,05	0,00
Rol güçlüğü (fiziksel)	65,83	46,02	27,38	42,50	0,00
Ağrı	68,1	21,34	42,42	18,96	0,00
Genel sağlık	56,5	26,1	29,19	25,73	0,00
Vitalite	64,25	20,66	46,66	27,17	0,01
Sosyal fonksiyon	73,33	25,46	62,50	19,76	0,05
Rol güçlüğü	78,88	39,75	71,42	46,29	0,51
Mental sağlık	70,40	18,80	55,04	24,45	0,01

Tabloda hastaların hastalık aktivitesi ile SF-36 yaşam kalitesinden aldıkları puan ortalamalarının karşılaştırılması görülmektedir. Hastalık aktivitesi düşük olan hastaların fiziksel fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü, ağrı, genel sağlık, vitalite, sosyal fonksiyon, rol güçlüğü, mental sağlık gibi tüm SF-36 alt parametrelerinde daha yüksek puanlar aldıkları saptandı. Hastalık aktivitesinin düşüklüğü ile fiziksel fonksiyon (p=0,00), fiziksel rol güçlüğü (p=0,00), ağrı (p=0,00), genel sağlık (p=0,00), vitalite (p=0,01), mental sağlık (p=0,01) parametrelerinin iyiliği arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır.

Tablo-26 Benlik saygısı ve hastalık aktivitelerinin karşılaştırılması

	Benlik saygısı yüksek(n=57)		Benlik saygısı orta(n=20)		Benlik saygısı düşük(n=4)		P değeri
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	
Hastalık aktivitesi düşük n=60	48	84,2	8	40	0	0	P=0,03
Hastalık aktivitesi yüksek n=21	9	15,8	12	60	4	100	

Tabloda benlik saygısı envanterine göre değerlendirilen ve yüksek, orta, düşük benlik saygılı olarak 3 gruba ayrılan hastaların, benlik saygılarının hastalık aktivitesi ile karşılaştırılması görülmektedir. Benlik saygısı yüksek olan 57 hastanın %84,2' si hastalık aktivitesi düşük hastalardan oluşurken, %15,8' i hastalık aktivitesi yüksek hastalardan oluşmaktaydı. Benlik saygısı orta olan 20 hastanın %40' ını hastalık aktivitesi düşük, %60' ını hastalık aktivitesi yüksek hastalar oluşturuyordu. Benlik saygısı kötü olan 4 hastanın ise %100' ünü hastalık aktivitesi düşük hastalar oluşturmaktaydı. Her iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edildi (p=0,03).

Tablo-27. Hastaların SF-36 alt ölçeklerinin ilaç tedavileri ile karşılaştırılması.

	DMARD (n=49)		Anti-TNF(n=32)		
	Ortalama	±Std	Ortalama	±Std	P değeri
Fiziksel fonksiyon	70 ,61	35,61	81,5	20,69	0,12
Rol güçlüğü (fiziksel)	43,36	46,70	75	43,99	0,003
Ağrı	53,22	22,69	74,03	19,02	0,00
Genel sağlık	39,77	26,11	64,18	26,03	0,00
Vitalite	52,44	23,85	70,78	18,79	0,00
Sosyal fonksiyon	63,52	24,58	81,25	20,32	0,001
Rol güçlüğü	98,02	45,62	90,62	29,61	0,015
Mental sağlık	61,14	22,07	74,50	17,64	0,005

SF-36 anketleri retrospektif olarak değerlendirilen hastalar 2 gruba ayrıldı. Tabloda SF-36 alt başlıklarında DMARD ve anti-TNF tedavi alan hastaların ölçeklerden aldıkları puan ortalamaları ve standart sapmaları görülmektedir. Her iki grup arasında fiziksel fonksiyonda anlamlı bir farklılık saptanmadı ($p=0,12$). Fiziksel rol güçlüğü ($p=0,00$), ağrı ($p=0,00$), genel sağlık ($p=0,00$), vitalite ($p=0,00$), sosyal fonksiyon ($p=0,00$), rol güçlüğü ($p=0,01$), mental sağlık ($p=0,00$) alt parametrelerinde anlamlı farklılık tespit edildi. Anti-TNF grubunda anlamlı olarak SF-36 alt parametrel puan ortalamaları yüksek saptandı.

Tablo-28. Hastaların SF-36 alt parametrelerinden aldıkları ortalama puanların hastaların cinsiyetleri ile karşılaştırılması.

	Erkek hastalar n=41		Kadın hastalar n=40		
	Ortalama	±Std	Ortalama	±Std	P değeri
Fiziksel fonksiyon	78,90	22,81	70,87	37,32	0,24
Rol güçlüğü (fiziksel)	67,68	45,15	43,75	48,28	0,24
Ağrı	66,31	22,61	56,45	23,69	0,59
Genel sağlık	58,41	26,81	40,2	27,67	0,04
Vitalite	67,19	21,96	52,0	23,08	0,03
Sosyal fonksiyon	75,60	23,04	65,31	25,07	0,58
Rol güçlüğü	83,92	38,09	70,83	44,13	0,19
Mental sağlık	70,14	20,45	62,60	21,84	0,11

Tabloda hastaların SF-36 alt parametrelerinden aldıkları ortalama puanlar, standart sapmaları ve her iki cinsiyet için anlamlı farklılık olup olmadığı gösterilmiştir. Hastaların genel sağlık (0,04) ve vitalite (0,03) alt parametrelerinde kadın hastaların erkek hastalardan istatistiksel olarak anlamlı ölçüde daha az puan aldıkları gösterilmiştir.

Tablo-29. Hastaların medeni durumları ile SF-36 alt parametrelerinin karşılaştırılması.

	Evli		Bekar & eşinden boşanmış		
	Ortalama	±Std	Ortalama	±Std	P değeri
Fiziksel fonksiyon	78,16	30,01	58,07	31,26	0,31
Rol güçlüğü (fiziksel)	58,45	47,82	42,30	48,28	0,28
Ağrı	62,66	23,74	55,07	22,22	0,28
Genel sağlık	52,20	27,49	34,82	30,82	0,04
Vitalite	62,20	21,69	46,53	23,31	0,02
Sosyal fonksiyon	72,42	23,31	60,57	28,79	0,11
Rol güçlüğü	81,37	38,79	53,84	48,18	0,02
Mental sağlık	68,11	19,78	57,53	27,44	0,10

Tabloda hastaların medeni durumları ile SF-36 alt parametrelerinin karşılaştırılması görülmektedir. Evli hastaların fiziksel fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü, ağrı, genel sağlık, vitalite, sosyal fonksiyon, rol güçlüğü, mental sağlık gibi tüm SF-36 alt parametrelerinde ortalama puanlarının, bekâr hastaların ortalama puanlarından daha yüksek olduğu izlenmektedir. Her iki grup arasında genel sağlık ($p:0,04$), vitalite ($p=0,02$), rol güçlüğü ($p=0,02$) alt parametrelerinde istatistiksel olarak evli hastalar yönünde anlamlı farklılık tespit edilmiştir.

18-49 yaş arası ve 50 yaş ve üstü olarak katagorize edilen hastaların tüm SF-36 alt parametrelerinden aldıkları ortalama puanlar karşılaştırıldığında 18-49 yaş arası hastaların fiziksel fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü, ağrı, genel sağlık, vitalite, sosyal fonksiyon, rol güçlüğü, mental sağlık gibi tüm SF-36 alt parametrelerinde daha yüksek puanlar aldıkları saptandı. Ancak fiziksel fonksiyon (0,01) dışındaki parametrelerde istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı.

Tablo-30. Hastaların benlik saygısı ile SF-36 alt parametrelerinin ortalama puanlarının karşılaştırılması.

	Benlik saygısı iyi		Benlik saygısı orta		Benlik saygısı kötü		p
	Ort	Std(±)	Ort	Std(±)	Ort	Std(±)	
Fiziksel fonksiyon	83,15	29,72	52,0	23,69	72,5	25,33	0,00
Rol güçlüğü (fiziksel)	75,0	41,18	12,5	30,8	0	0	0,00
Ağrı	68,45	21,71	45,3	20,47	42,25	12,44	0,00
Genel sağlık	60,10	23,89	24,1	22,42	23,75	24,95	0,00
Vitalite	68,85	17,7	39,0	23,42	32,5	12,58	0,00
Sosyal fonksiyon	79,16	20,09	55,0	20,43	25	0	0,00
Rol güçlüğü	93,56	22,21	45	51,04	0	0	0,00
Mental sağlık	73,4	17,16	50,8	22,92	45,0	13,2	0,00

Tabloda hastalarımızın benlik saygısı ile SF-36 alt parametrelerinin karşılaştırılması görülmektedir. Benlik saygısı iyi olan hastaların tüm SF-36 alt parametrelerinden aldıkları puan ortalamaları, benlik saygısı orta ve kötü

olan hastalardan daha yüksek saptanmıştır. Yine fiziksel rol güçlüğü dışındaki tüm parametrelerde benlik saygısı orta düzeyde olan hastaların, benlik saygısı kötü olan hastalardan yüksek puan aldığı saptanmıştır. Sonuç olarak yaşam kalitesi ve benlik saygısının iyiliği arasında, tüm SF-36 alt parametrelerinde istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur (p=0,00).

Tablo-31. Hastaların benlik saygılarının ilaç tedavileri ile karşılaştırılması.

	Benlik saygı yüksek		Benlik saygısı orta		Benlik saygısı düşük		P değeri
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	
DMARD grubu	31	63,3	15	30,6	3	6,1	0,10
Anti TNF grubu	26	81,3	5	15,6	1	3,1	

Rosenberg saygısı envanterine göre benlik saygısı değerlendirmeleri yapılan hastalar 3 gruba ayrıldı. DMARD tedavisi alan hastaların %63,3' ünün benlik saygısı yüksek, %30,6' sının benlik saygısı orta, %6,1' inin benlik saygısı düşük saptandı. Anti-TNF tedavi alan hastaların ise % 81,3' ünün benlik saygısı yüksek, %15,6' sının benlik saygısı orta, % 3,1' inin benlik saygısı düşük saptandı. Her iki tedavi grubunda benlik saygısı açısından anlamlı farklılık tespit edilmedi (p=0,10).

Tablo-32. Hastaların benlik saygıları ile cinsiyet karşılaştırmaları.

	Benlik saygısı yüksek		Benlik saygısı orta		Benlik saygısı düşük		P değeri
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	
Erkek hasta (n=41)	32	78,0	7	17,1	2	4,9	0,21
Kadın hasta (n=40)	25	62,5	13	32,5	2	5,0	

Tabloda hastaların benlik saygıları ile cinsiyet karşılaştırmaları yer almaktadır. Her iki cinsiyet arasında benlik saygısında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p=0,21$).

Tablo-33. Hastaların medeni durumları ile benlik saygısı durumlarının karşılaştırılması.

	Benlik saygısı yüksek		Benlik saygısı orta		Benlik saygısı düşük		P değeri
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	
Evli (n=68)	50	73,5	14	20,6	4	5,9	0,42
Bekar veya eşinden boşanmış (n=13)	7	53,8	6	46,2	0	0	

Hastaların medeni durumları ile benlik saygısı durumlarının karşılaştırılmasında her iki grup arasında anlamlı bir farklılık bulunamamıştır ($p=0,42$).

Tablo-34. Hastaların eğitim durumları ile benlik saygıları arasındaki ilişkinin karşılaştırılması.

	Benlik saygısı yüksek		Benlik saygısı orta		Benlik saygısı düşük		P değeri
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	
Okur-yazar değil	3	30	5	50	2	20	0,01
İlköğretim	33	78,6	9	21,4	0	0	
Lise ve üstü eğitim	21	72,4	6	20,7	2	6,9	

Tabloda hastaların eğitim durumları ile benlik saygıları arasındaki ilişki görülmektedir. Eğitim durumu ile benlik saygısının iyiliği arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir ($p=0,01$).

Tablo-35. Hastaların benlik saygılarının anksiyete durumları ile ilişkisi

	Benlik saygısı yüksek		Benlik saygısı orta		Benlik saygısı düşük		P değeri
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	
Anksiyete yok	49	89,1	5	9,1	1	1,8	0,00
Anksiyete var	8	30,8	15	57,7	3	11,5	

Tabloda hastaların benlik saygılarının anksiyete durumları ile ilişkisi görülmektedir. Anksiyete semptomları saptanmayan hastaların %89,1' inde benlik saygısı yüksek, %9,1' inde benlik saygısı orta, %1,8' inde benlik saygısı düşük saptanmıştır. Anksiyete semptomları olan hastaların ise

%30,8' inde benlik saygısı yüksek, %57,7' sinde benlik saygısı orta, %11,5' inde benlik saygısı düşük saptanmıştır. Benlik saygısı kötü olan hastalarda anksiyete semptomlarının varlığı yönünden istatistiksel olarak anlamlı sonuçlara ulaşılmıştır (p=0,00).

Tablo-36. Hastaların benlik saygılarının depresyon semptomları ile ilişkisinin karşılaştırılması.

	Benlik saygısı yüksek		Benlik saygısı orta		Benlik saygısı düşük		P değeri
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	
Depresyon yok	48	90,6	5	9,4	0	0	0,00
Depresyon var	9	32,1	15	53,6	4	14,3	

Tabloda hastaların benlik saygılarının depresyon semptomları durumları ile ilişkisi görülmektedir. Depresyon semptomları saptanmayan hastaların %90,6' sında benlik saygısı yüksek, %9,4' ünde benlik saygısı orta saptanmıştır. Depresyon semptomları olan hastaların ise %32,1' inde benlik saygısı yüksek, %53,6' sinde benlik saygısı orta, %14,3' ünde benlik saygısı düşük saptanmıştır. Benlik saygısı kötü olan hastalarda depresyon semptomlarının varlığı yönünden istatistiksel olarak anlamlı sonuçlara ulaşılmıştır (p=0,00).

5. TARTIŞMA

Çalışmamızda anti-TNF ve DMARD tedavileri alan psöriatik artritli hastaları yaşam kalitesi, anksiyete ve depresyon durumları ile benlik saygıları açısından karşılaştırmayı amaçladık.

Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Romatoloji polikliniğinde psöriatik artrit tanısı ile konvansiyonel (metotreksat, leflunomid, sulfasazin, antimalaryal ilaçlar) ya da biyolojik ajanlar (infixisimab, adalimumab, etanercept) ile tedavi edilen 18-70 yaş arası hastaların dosyaları retrospektif olarak incelendi. 01.01.2010 sonrasında kaydedilen veriler kullanıldı. 102 hasta dosyası tarandı. Çalışmaya alınma kriterlerine uygun 81 hasta çalışmaya alındı. Hastalardan 49' u DMARD tedavisi alırken, 32' si anti-TNF tedavi almaktaydı. Çalışmaya alınan hastaların 41' i (%50,6) erkek, 40' ı (%49,4) ise kadındı. 56 (%69,1) hasta 18-49 yaş arasındayken, 25 (%30,9) hasta 50 yaş ve üzerindediydi. Olguların minimum yaşı 28, maksimum yaş ise 68' di. Yaş ortalaması ise 46,41 ($\pm 10,16$) idi. Madland ve ark. 2002 yılında 664 PsA hastasıyla yaptıkları prevelans çalışmasıyla ve literatürle uyumlu olarak cinsiyet dağılımında anlamlı bir farklılık saptanmadı. DMARD ve anti-TNF tedavi alan hasta gruplarında; yaş ($p=0,95$), cinsiyet ($p=0,08$), medeni durum ($p=0,48$), eğitim düzeyi ($p=0,17$) gibi sosyo-demografik verilerin analizinde anlamlı farklılık tespit edilmedi. Yine hastaların sigara ($p=0,58$), alkol ($p=0,90$), fizik aktivite ($p=0,72$) gibi sosyal alışkanlıklarında her iki grup arasında anlamlı bir farklılık saptanmadı.

Psöriatik artrit inflamatuvar karakterde bir romatolojik hastalık olmakla birlikte kesin tanı koydurucu bir laboratuvar bulgusu yoktur. Punzi L. ve arkadaşlarının 2007 yılında PsA' da laboratuvar bulguları adlı derlemelerinde de belirttikleri gibi spesifik bir laboratuvar bulgusu olmamakla birlikte, sedimantasyon ve CRP değerleri %50 hastada yüksek saptanır ve hastalık aktivitesi hakkında hekime bilgi vermektedir (95). Hastanın kliniği ile birlikte değerlendirilen inflamasyon belirteçleri yine bir üst tedavi basamağına geçmede hekime yol göstermektedir. Isha V. ve ark. 2011 yılında yaptıkları bir çalışmada yeni psöriazis tanılı hastalar, sağlıklı gönüllülerle

karşılaştırılmış ve hastaların CRP değerlerinin sağlıklı gönüllülerden 20 kat yüksek olduğu görülmüş ve tedavi başlanmasıyla 12. haftada CRP değerinde %50 azalma saptanmıştır(93). Rajendran CP ve ark. 2003 yılında 116 PsA' lı hastada yaptıkları çalışmada ESR değerini hastaların %51,7' sinde, CRP değerini ise hastaların %43,9' unda artmış olarak tespit etmiş ve sedimantasyon ve CRP' nin normal değerlerde de saptanabileceğini belirtmişlerdir (96). Troughton PR ve arkadaşları yaptıkları derlemede CRP ve ESR' nin PSA' da en önemli laboratuvar belirteçleri olduğunu belirtmişleridir (97). Biz de çalışmamızda literatürle uyumlu olarak hastaların % 64,2' sinin CRP değerini normal, %35,8' inin CRP değeri normal aralığın üzerinde saptadık. Sedimantasyon değerlerini incelediğimiz hastaların %38,3' ünün sedimantasyon değeri normal aralıkta bulunurken, %61,7' sinin sedimantasyon değeri yüksek saptandı. Her iki hasta grubu karşılaştırıldığında sedimantasyon (p=0,56) ve CRP (p=0,77) değerleri açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptamadık. Biz de çalışmamızda literatürle uyumlu olarak bazı hastalarımızda sedimantasyon ve CRP değerlerini normal aralıklar içerisinde saptadık.

Hastalık kişinin dengesini sarsan, yeni bir uyum gerektiren bir süreçtir. Bu durum kişinin gelecek planlarına ve günlük yaşam akışına ne kadar engel oluyorsa o kadar ağır sorunlara neden olur. Bu sorunlar, hastalığa uyum çabalarından klinik düzeyde ruhsal bozukluklara dek değişebilir. Hastalar yukarıda sayılan özelliklerle değişen nitelik ve sürede yeni duruma uyum sağlarlar ve yeni bir yaşam akışı ve yaşam planı oluştururlar. Uyum çabaları zaman zaman hastaların hastalıkla baş etmesinde yetersiz kalmaktadır. Bu nedenlerle romatolojik rahatsızlıkları olan hastaların yaklaşık üçte birinde depresyon ve anksiyeteden, psikotik reaksiyonlara kadar geniş bir çerçevede çizebilen psikiyatrik bozukluklar görülebilmektedir. Bu psikiyatrik bozukluklar, romatolojik hastalıkların neden olduğu diğer faktörlerden bağımsız olarak yaşam kalitesini düşürmekte ve iş gücü kaybını arttırabilmektedir.

Romatolojik hastalıkların seyri sırasında görülen psikiyatrik bozukluklar, kronik seyirli romatolojik hastalıkların ağrı ve sakatlık gibi yaşam kalitesini olumsuz etkileyen durumlarına tepki olarak, hastanın kullandığı

ilaçlarla ya da hastanın primer psikiyatrik durumu ile ilişkili olarak görülebilmektedir.

Psöriazis görünür bölgeleri etkileyebilmekte, kaşıntı gibi yakınmalara neden olmakta ve nökslerle giden kronik bir süreç izlemektedir. Bu yüzden psöriazisli hastalarda, hastalığa bağlı kronik stresin neden olduğu psikolojik sıkıntı, utanma, çekinme, depresyon, sosyal ve fiziksel aktivitelerde kısıtlanma, benlik saygısında azalma gibi pek çok psikososyal sorunla karşılaşmaktadır. Golpour M' nin yaptığı çalışmada 150 psöriazisli hasta sağlıklı gönüllülerle karşılaştırılmış, depresyon ve anksiyete oranları anlamlı olarak sağlıklı gönüllülerden yüksek saptanmıştır (94). Freire M ve ark. 2011 yılında İspanya' da yaptıkları kesitsel çalışmalarında romatoloji kliniğine başvuran hastalardaki depresyon ve anksiyete prevalansını araştırmışlar. Toplam 495 hastanın alındığı çalışmada anksiyete semptomlarının prevalansı %29,7, depresyon semptomlarının prevalansı ise %17,6 bulunmuş. Kadın hastalarda ve multiple eklem tutulumu olan hastalarda depresyon ve anksiyete sıklığı istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulunmuş. Yaşam kalitesi ölçeğiyle de değerlendirilen, anksiyete ve depresyon semptomları olan hastaların yaşam kalitelerinin anlamlı olarak etkilendiği saptanmış (98). Biz de çalışmamızda hastalarımızın %32,1' inde anksiyete semptomları saptadık. Anksiyete semptomları saptanan hastaların % 23,1' ini erkek, %76,4' ünü kadın hastalar oluşturuyordu. Kadın ve erkek cinsiyet arasında anksiyete semptomları bakımından kadın cinsiyet yönünde istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı (p=0,00). Çalışmaya alınan hastaların %65,6' sında depresyon semptomları bulunmazken, %34,4' ünde depresyon semptomları bulunmaktaydı. Depresyon semptomları saptanan hastaların % 28,6' sını erkek %71,4' ünü kadın hastalar oluşturuyordu. Kadın ve erkek cinsiyet arasında depresyon semptomları bakımından kadın cinsiyet yönünde istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı (p=0,00). Sonuç olarak kadın cinsiyette literatürle uyumlu olarak depresyon ve anksiyete semptomları daha sık olarak karşımıza çıktığını saptadık.

Laura Pulkki-Rabac ve ark. 2012 Ağustos ayında yayınladıkları çalışmalarında 1695 erkek, 1776 kadın hastayı medeni durumlarına göre değerlendirmiş ve antidepresan kullanım oranlarını araştırmışlardır. Sonuçta yalnız yaşayan hastaların 1,8 kat daha fazla antidepresan ilaç gereksinimi olduğunu göstermişlerdir (99).

Imam Sz ve ark. hastanede tedavi gören hastalarda yaptıkları çalışmalarında bekar, kadın ve düşük eğitim düzeyinin anksiyete ve depresyon semptomlarının fazlalığı ile ilişkili olduğunu saptamışlardır(100). Yine Fahriye Oflaz ve ark. Ankara' da hastanede yatan hastalarla yaptıkları anket incelemeleri sonucunda medeni durumun (bekar ve eşinden boşanmış olmanın), düşük eğitim düzeyinin, hastanede kalma süresinin, ileri yaşın hastalarda anksiyete ve depresyon semptomlarının varlığı için risk faktörü olduğunu belirtmişlerdir. Klemenc-Ketis Z, komorbiditesi olan hastalarda depresyon ve anksiyete için risk faktörlerini incelemiş ve depresyon için eğitim seviyesinin düşüklüğü, kardiyak hastalıklar, migren ve kronik ağrının risk faktörü olduğunu, anksiyete için ise kadın cinsiyet, maddi gelirin azlığı, kardiyak hastalık, osteoartrit ve romatolojik hastalığın varlığı risk faktörü olarak tanımlanmıştır (103).

Biz de çalışmamızda okur-yazar olmayan hastaların %80' ininde anksiyete semptomları saptarken, ilköğrenim mezunu hastaların %33' ünde, lise ve üstü eğitim alan hastaların ise %13,8' inde anksiyete semptomları saptadık. Eğitim düzeyi arttıkça hastaların anksiyete semptomlarının azaldığı görüldü ve istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edildi (p:0,00). Okur-yazar olmayan hastaların %80' ininde depresyon semptomları saptanırken, ilköğrenim mezunu hastaların %3,7' sinde, lise ve üstü eğitim alan hastalarinsa %17,2' sinde depresyon semptomları saptanmıştır. Literatürle uyumlu olarak eğitim düzeyi arttıkça hastaların depresyon semptomlarının azaldığı görüldü ve istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edildi (p:0,00).

Yine çalışmamızda evli hastaların %25' inde anksiyete semptomları varken, bekar hastaların %69,2' sinde anksiyete semptomları saptandı. Her

iki grup arasında evli hastalar lehinde istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edildi ($p=0,00$). Depresyon semptomlarının medeni durumla ilişkisini değerlendirdiğimizde evli ve bekar (dul ve boşanmış) hastalar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı ($p=0,11$).

Hastanın yaşadığı alan ve anksiyete depresyon semptomlarının sıklığı ile ilgili literatürde farklı veriler bulunmaktadır. Wang JL. 1998-1999 Canadian National Population Health Survey' den aldığı verilere göre yaptığı analizlerde major depresif bozukluk sıklığını kentsel alanlarda daha düşük bulmuş ancak depresyon semptomlarının kişinin etnik kökenine, göç edip etmediğine, maddi durumuna v.b. birçok etmene bağlı değişkenlik gösterebildiğini belirtmiştir (102). Janice C. Probst Güney Karolina' da yaptığı araştırmada major depresyon sıklığını kırsal alanda (%6,11), kentsel (%5.16) alana göre daha yüksek saptamıştır (103) .

Biz çalışmamızda kırsal yerleşim gösteren hastaların depresyon ve anksiyete semptomlarını, kentsel yerleşim gösteren hastalardan istatistiksel olarak anlamlı ölçüde daha az olduğunu saptadık.($p:0,000$) . Bizim çalışmamızdaki farklılığın nedeni kentsel ortamdaki işsizliğin fazlalığı ve yaşam şartlarının zorluğu ile ilişkili olabilir.

Mercedes Freire ve arkadaşları 495 PsA' lı hastayı incelemiş. Hastaların %42,8' i kadın, ortalama hasta yaşı 54,4 saptanmış. Anksiyete ve depresyon semptomları incelenen hastaların %29,7' sinde anksiyete semptomları, %17,6' sında depresyon semptomları saptanmış. Tüm anksiyete ve depresyon semptomu olan hastaların yaşam kalitesi ölçeklerinde negatif yönde etkilenme saptanmış. Kadın cinsiyet, tek başına DMARD tedavi alan hastalarda anksiyete ve depresyon prevalansının fazla olduğu saptanmış. Çalışmada tek başına DMARD tedavisi alan hastaların, DMARD+NSAİD ve DMARD +anti-TNF tedavi alan hastalara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha fazla depresyon ve anksiyete semptomlarına sahip oldukları belirtilmiş (105). Çalışmamızda anti-TNF ile tedavi edilen grup ile DMARD ile tedavi edilen grubun yapılan karşılaştırmasında, anti-TNF alan

grupta depresyon ($p=0,001$) ve anksiyete ($p=0,007$) sıklığını DMARD alan gruba göre istatistiksel olarak anlamlı ölçüde düşük saptadık.

Romatoloji kliniğine başvuran hastalarda en sık karşımıza çıkan anksiyete ve depresyon bozuklukları, tek başlarına hastanın yaşam kalitesini etkileyebilen faktörlerdir. Mark Hyman Rapaport yaşam kalitesinde belirgin bozulma olan hastalarda yaptığı değerlendirmede major depresif bozukluktan sosyal fobiye kadar değişen psikiyatrik problemlere rastlamıştır(106). Mahsa Ghajarzadeh 2009-2010 yılları arasında kliniğine başvuran psöriazisli ve PsA'lı hastaları incelemiştir. Artriti olan hastalarda, sadece psöriazisi olan hastalara göre depresyon skorunu daha yüksek, yaşam kalitesi puanlarını daha düşük saptamıştır (107). Biz de çalışmamızda literatürle uyumlu olarak Tüm SF-36 alt parametrelerinde depresyon ve anksiyete semptomları olmayan hastaların aldıkları ortalama puanları istatistiksel olarak anlamlı oranda daha yüksek saptadık. Bu durum artriti nedeniyle yaşam kalitesi bozulan hastanın zamanla psikiyatrik problemler geliştirmesi, hastalıkla baş etme çabalarının yetersiz kalmasından ortaya çıkabilir ya da hastanın ek olarak var olan psikiyatrik problemleri hastanın yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemiş olabilir. Bu nedenle hasta her iki açıdan da değerlendirilmelidir.

Tıbbi ölçümler klinisyenlere önemli bilgiler vermekle birlikte, hasta açısından pek önem taşımazlar. Bu ölçüm yöntemlerinin sonuçları hastaların çok daha fazla değer verdiği "kendini iyi hissetme" veya fonksiyonel kapasite gibi konularla çoğu zaman korelasyon göstermez. Sağlık ile ilgili yaşam kalitesi ölçümünde önemli bir başka nokta da aynı klinik belirtilere sahip iki hastanın genel durumlarının dramatik bir biçimde farklı olabilmesidir. Sağlık ile ilgili yaşam kalitesi kronik hastalıkların hastalar üzerindeki çok boyutlu etkilerinin gösterilmesi veya ölçülmesi açısından büyük önem taşır. Gerhard Schmid-Ott, ve ark. psöriazis ve psöriatik artriti hastalarda yaşam kalitesinin ve hastanın psikolojik durumunun küçük cilt lezyonlarıyla bile ciddi anlamda etkilenebileceğini ve hastaların damgalanma hissi yaşayabileceğini, benlik saygılarında azalma olabileceğini belirtmiş ve hastaların hem psikiyatrik hem de fiziksel problemler nedeni ile multidisipliner olarak değerlendirilmesi gerektiğini belirtmiştir (108). Katharina B. Sokol 2001 yılında RA'lı ve PSA'lı

hastaları fonksiyon kaybı ve yaşam kalitesi yönünden karşılaştırmış ve periferik eklem hasarını RA' lı hastalarda daha yüksek saptarken, fonksiyon ve yaşam kalitesi skorlarının her iki grupta aynı ölçüde etkilendiğini saptamış ve bunu cilt lezyonlarının hastanın yaşam kalitesini etkilemesiyle açıklamıştır (109). Yaşam kalitesini etkileyen en önemli faktörlerden biri de hastalık aktivitesi ve hastalığın süresidir. Kojima ve ark. tek başına hastalık aktivasyonunun sağlık ile ilgili yaşam kalitesini değerlendirmede psikososyal faktörlere göre yetersiz olduğunu belirtmiştir (110). Rupp ve ark. eklem hasarı, hastalık aktivasyonu, ağrı ve depresif semptomların fonksiyon kaybı ve yaşam kalitesi ile ilişkili olduğunu belirlemiştir (111). Prais, sağlık ile ilgili yaşam kalitesinin hastalık süresi, aktivasyonu ve radyolojik hasardan etkilendiğinin belirtmiştir (122). Sonuç olarak hastalık aktivitesini kontrol altına almak, hem sosyal hem de fiziksel anlamda hastanın yaşam kalitesinde bir artış sağlamaktadır.

Biz de çalışmamızda hastalarımızdan 60' ının hastalık aktivitesini düşük, 21' inin hastalık aktivitesini yüksek olarak saptadık. DMARD tedavisi alan grubun %67' sinin yapılan fizik muayene ve tetkikleri sonucunda hastalık aktivitesi düşük saptanırken, %32,6' sında hastalık aktivitesi yüksek saptanmıştır. Anti-TNF tedavisi alan grupta ise hastaların %84,4' ünün hastalık aktivitesi düşük saptanırken, %15,6' sının hastalık aktivitesi yüksek saptanmıştır. Her iki grup arasında hastalık aktivitesi göz önüne alındığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmedi ($p=0,08$). Hastaların anket analizlerinde anksiyete saptanmayan hastaların %83,6' sını hastalık aktivitesi düşük hastalar, %16,4' ünü hastalık aktivitesi yüksek hastalar oluşturmaktaydı. Yine depresyon saptanmayan hastaların %86,8' ini hastalık aktivitesi düşük hastalar, %13,2' sini hastalık aktivitesi yüksek hastalar oluşturmaktaydı. Depresyon ($p=0,00$) ve anksiyete ($p=0,00$) semptomlarının varlığı ile hastalık aktivitesinin yüksekliği arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulundu. Hastaların yaşam kalitesi ölçeklerinin değerlendirilmesinde, hastalık aktivitesi düşük olan hastaların fiziksel fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü, ağrı, genel sağlık, vitalite, sosyal fonksiyon, rol güçlülüğü, mental sağlık gibi tüm SF-36 alt parametrelerinde daha yüksek puanlar aldıkları saptandı.

Hastalık aktivitesinin düşüklüğü ile fiziksel fonksiyon ($p=0,00$), fiziksel rol güçlüğü ($p=0,00$), ağrı ($p=0,00$), genel sağlık ($p=0,00$), vitalite ($p=0,01$), mental sağlık ($p=0,01$) parametrelerinin iyiliği arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptandı. Yine Rosenberg benlik saygısı envanteri ile değerlendirilen hastalardan, benlik saygısı yüksek olanların %84,2' si hastalık aktivitesi düşük hastalardan oluşurken, %15,8' i hastalık aktivitesi yüksek hastalardan oluşmaktaydı. Benlik saygısının iyiliği ve hastalık aktivitesinin düşüklüğü arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı ($p=0,03$). Anti-TNF alan grupla DMARD tedavisi alan grup arasında hastalık aktivitesi açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmasa da, anti-TNF alan hastaların hastalık aktiviteleri oransal olarak DMARD alan hastalardan daha düşük saptanmıştır. Anti-TNF tedavi alan hasta grubuyla DMARD tedavisi alanlar arasında HADS, SF -36 ve Rosenberg benlik saygısı envanterlerinde istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmasının nedeni, anti-TNF tedavi alan grubun hastalık aktivitesinin daha düşük olması ile ilişkili olabilir.

Margaret P. Staples Avustralya romatoloji bilgi bankasının verileriyle yaptığı analizde anti-TNF tedavi başlanan hastalardaki yaşam kalitesindeki iyileşmeyi değerlendirmiştir. 2601 hastanın başlangıç yaşam kalite skorları genel popülasyon ortalamasının altında saptanırken anti-TNF tedavi başlanması ile hastaların 6. ay skorlarında iyileşme görülmüş. Tedavinin devamıyla 12. ve 60. aylarda da hastalardaki yanıtın devam ettiği, ancak yine de skorların genel popülasyon puan ortalamasından daha düşük olduğu saptanmıştır (113).

Bizim çalışmamızda DMARD ve Anti-TNF tedavisi alan hastaların SF-36 alt parametre karşılaştırmalarında her iki grup arasında fiziksel fonksiyonda anlamlı bir farklılık saptanmadı ($p=0,12$). Fiziksel rol güçlüğü ($p=0,00$), ağrı ($p=0,00$), genel sağlık ($p=0,00$), vitalite ($p=0,00$), sosyal fonksiyon ($p=0,00$), rol güçlüğü ($p=0,01$), mental sağlık ($p=0,00$) alt parametrelerinde anlamlı farklılık tespit edildi. Anti-TNF grubunda anlamlı olarak SF-36 alt parametrelerinde puan ortalamaları yüksek saptandı.

Bayan ve erkek cinsiyetin SF-36 ortalama puanlarının değerlendirmesinde, genel sağlık ($p=0,04$) ve vitalite($p=0,03$) alt parametrelerinde kadın hastaların erkek hastalardan istatistiksel olarak anlamlı ölçüde daha az puan aldıkları gösterilmiştir.

Evli hastaların fiziksel fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü, ağrı, genel sağlık, vitalite, sosyal fonksiyon, rol güçlülüğü, mental sağlık gibi tüm SF-36 alt parametrelerinde ortalama puanlarının, bekar ve dul hastaların ortalama puanlarından daha yüksek olduğu izlenmektedir. Her iki grup arasında genel sağlık ($p:0,04$), vitalite($p=0,02$), rol güçlülüğü ($p=0,02$) alt parametrelerinde istatistiksel olarak evli hastalar yönünde anlamlı farklılık tespit edilmiştir.

Romatolojik hastalıklar, kişinin hem fiziksel hem de psikososyal yaşamında bozulmaya yol açmaktadır. Kişinin gündelik etkinliklerinin kısıtlanması, iş yaşamında etkinliğinin azalması, cinsel yaşamında sorunlar, toplumsal izolasyon, başkalarına bağımlı olma gibi sonuçlara yol açabilmektedir. Bu yitimler sonucu kişinin benlik saygısında düşme, beden algısında değişme, depresyon, kaygı ve öfke duyguları gelişebilmektedir (114) . Frank ve ark. RA'lı olan hastaların % 42' sinde depresyon olduğunu bildirmişler, depresyonu olanlarda hastalığın daha ağır belirtiler ve işlevsel yıkımlarla gittiğini bulmuşlardır. Baumann beden algısının kişinin bedenine ve bedensel işlevlerine verdiği değeri ve bedeniyle ilgili duygularını belirttiğini ileri sürmektedir (115). Schilder de beden algısının özkavramı üzerinde önemli etkisi olduğunu, beden olumsuz algılanmasının benlik saygısında düşmeye yol açtığını bildirmiştir (116). Benlik saygısı diğerleriyle karşılaştırıldığında kişinin kendisine verdiği başarı, önemlilik, yeterlilik ve değerlilik duyguları olarak tanımlanabilir. Coopersmith' e göre benlik saygısı, kişinin kendini olduğundan aşağı ya da üstün görmeksizin olduğuna gibi kabul edip, değerli, olumlu, önemli bulup, sevmeye ve beğenilmeye değer bulmasıdır (117). RA' li olan hastalarla yapılan çalışmalarda, özellikle kadın hastalarda beden algısında ve benlik saygısında düşme olduğuna gösterilmiştir (118). Carneiro C ve ark. psöraitik artritli hastalarda yorgunluğa, ağrıya, inflame eklemlere, kas atrofisine bağlı olarak hastalarda depresyon, yaşam kalitesinde ve benlik saygısında bozulma, uyku bozukluğu gibi psikosomatik semptomların açığa

çıkabildiğini belirtmişlerdir (119). Rosenberg saygısı envanterine göre benlik saygısı değerlendirmeleri yapılan hastalar 3 gruba ayrıldı. DMARD tedavisi alan hastaların %63,3' ünün benlik saygısı yüksek, %60,6' sının benlik saygısı orta, %6,1' inin benlik saygısı düşük saptandı. Anti-TNF tedavi alan hastalarinsa % 81,3' ünün benlik saygısı yüksek, %15,6' sının benlik saygısı orta, % 3,1' inin benlik saygısı düşük saptandı. Her iki tedavi grubunda benlik saygısı açısından anlamlı farklılık tespit edilmedi ($p=0,10$). Elde ettiğimiz bu sonuç benlik saygısını esas etkileyen faktörün hastalık aktivitesi olması ve bizim de çalışmamızda DMARD ve anti-TNF grubu arasında hastalık aktivitesi yönünden istatistiksel olarak anlamlı fark saptamamızla ilişkili olabilir.

Yine cinsiyet ve benlik saygısını değerlendirdiğimiz analizlerde istatistiksel olarak anlamlı bir sonuç elde edilmedi ($p=0,21$). Hastalarımızın medeni durum değerlendirmesinde literatürden farklı olarak benlik saygısı ile bir ilişki saptanmadı. Bu durumun nedeni boşanmış veya eşinden ayrı hasta grubunda değerlendirme için yetersiz hastanın olması ile açıklanabilir.

Rachelle L. Brooks eğitim düzeyi arttıkça benlik saygısının iyileştiğini belirtmiştir (123). Biz de literatürle uyumlu olarak hastalarımızda, eğitim düzeyi ile benlik saygısının iyiliği arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit ettik ($p=0,01$).

Çalışmalar ağrı ve gündelik işlevlerde kısıtlılığın ağırlığı ile depresyon ve kaygının ağırlığının ilişkili olduğunu bildirmektedir (120,121). Fiziksel yönden kısıtlılık ve bağımlılık henüz gelişmemiş olsa bile hasta bu korkularla yaşamakta, bu korkular da kişinin beden algısında değişmeye, anksiyete semptomlarına, kendini değersiz ve yetersiz bulması ile birlikte benlik saygısında azalmaya ve depresyona yol açmaktadır. Kaynaklarda depresif belirtilerin, klinik olarak daha ağır, ağırları daha şiddetli, fiziksel yönden daha çok kısıtlılık gelişmiş hastalarda daha yoğun olduğu gösterilmiştir(122).

Anksiyete ve depresyon semptomlarının varlığı ile benlik saygısı arasındaki ilişkiyi değerlendirdiğimiz analizlerimizde anksiyete semptomları saptanmayan hastaların %89,1' inde benlik saygısı yüksek, %9,1' inde benlik saygısı orta, %1,8' inde benlik saygısı düşük saptandı. Depresyon

semptomları saptanmayan hastaların %90,6' sında benlik saygısı yüksek, %9,4' ünde benlik saygısı orta saptanmıştır. Benlik saygısı kötü olan hastalarda anksiyete ve depresyon semptomlarının varlığı yönünden istatistiksel olarak anlamlı sonuçlara ulaşılmıştır.

Anksiyete ($p=0,00$) ve depresyon ($p=0,00$) semptomlarının varlığı ile benlik saygısının kötü yönde etkilenmesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Bu da hastaları anksiyete ve depresyon yönünde etkileyen etmenlerle benlik saygısını etkileyen etkenlerin benzerliği ile açıklanabilir.

6. SONUÇ ve ÖNERİLER

Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Romatoloji polikliniğinde psöriatik artrit tanısı ile konvansiyonel (metotreksat, leflunamid, sulfasazin, antimalaryal ilaçlar) ya da biyolojik ajanlar (infliksimab, adalimumab, etanercept) ile tedavi edilen 18-70 yaş arası hastaların dosyaları retrospektif olarak incelendi. Anti-TNF ve DMARD grubu ilaçlarla tedavi edilen psöriatik artritli hastaların yaşam kalitesi, anksiyete depresyon durumları ve benlik saygıları açısından karşılaştırmayı amaçladığımız çalışmamıza toplam 81 hasta dosyası alındı. Hastalardan 49' u DMARD tedavisi alırken, 32' si anti-TNF tedavi almaktaydı. Çalışmaya alınan hastaların 41' i (%50,6) erkek, 40' ı (%49,4) ise kadındı. 56 (%69,1) hasta 18-49 yaş arasındayken, 25 (%30,9) hasta 50 yaş ve üzerindeydi. Olguların minimum yaşı 28, maksimum yaşı ise 68' di. Yaş ortalaması ise 46,41 ($\pm 10,16$)' di. DMARD ve anti-TNF tedavi alan hasta gruplarında yaş ($p=0,95$), cinsiyet ($p=0,08$), medeni durum ($p=0,48$), eğitim düzeyi ($p=0,17$) gibi sosyo-demografik verilerin analizinde anlamlı farklılık tespit edilmedi. Yine hastaların sigara ($p=0,58$), alkol ($p=0,90$), fizik aktivite ($p=0,72$) gibi sosyal alışkanlıklarında her iki grup arasında anlamlı bir farklılık saptanmadı. Çalışmamızda hastaların %35,8' inin CRP değerini, %61,7' sinin sedimantasyon değerini normal aralığın üzerinde saptadık. Her iki hasta grubu karşılaştırıldığında sedimantasyon ($p=0,56$) ve CRP ($p=0,77$) değerlerini açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı.

Çalışmamızda hastalarımızın %32,1' inde anksiyete semptomları saptandı. Anksiyete semptomları saptanan hastaların % 23,1' ini erkek, %76,4' ünü kadın hastalar oluşturuyordu. Hastalarımızın %34,4' ünde depresyon semptomları bulunmaktaydı. Depresyon semptomları saptanan hastaların % 28,6' sını erkek, %71,4' ünü kadın hastalar oluşturuyordu. Kadın ve erkek cinsiyet arasında depresyon ($p=0,00$) ve anksiyete ($p=0,00$) semptomları bakımından kadın cinsiyet yönünde istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı.

Hastaların eğitim düzeyi artıkça anksiyete ve depresyon semptomlarının istatistiksel olarak anlamlı ölçüde azaldığını saptadık ($p=0,00$). Hastaların medeni durumları ve anksiyete ile depresyon durumlarının karşılaştırılmasında, anksiyete ($p=0,00$) semptomları bekar ve eşinden boşanmış hastalarda anlamlı olarak daha fazla saptanırken, depresyon ($p=0,11$) semptomlarıyla anlamlı bir ilişki saptamadık. Kırsal yerleşim gösteren hastaların depresyon ve anksiyete semptomlarını, kentsel yerleşim gösteren hastalarından istatistiksel olarak anlamlı ölçüde daha az olduğunu saptadık ($p:0,00$). Anti-TNF tedavisi alan grup ile DMARD tedavisi alan grubun yapılan karşılaştırmada, anti-TNF alan gruptaki depresyon ($p=0,001$) ve anksiyete ($p=0,007$) sıklığını DMARD alan gruba göre istatistiksel olarak anlamlı ölçüde düşük saptadık. Anksiyete ve depresyonun yaşam kalitesi ile ilişkisinin değerlendirmesinde, tüm SF-36 alt parametrelerinde depresyon ve anksiyete semptomları olmayan hastaların aldıkları ortalama puanları istatistiksel olarak anlamlı ($p=0,00$) oranda daha yüksek saptadık.

Hastalık aktivitesini değerlendirdiğimiz hastalarımızın 60' ının hastalık aktivitesini düşük, 21' inin hastalık aktivitesini yüksek saptadık. DMARD tedavisi alan grubun %67' sinin yapılan fizik muayene ve tetkikleri sonucunda hastalık aktivitesi düşük saptanırken, %32,6' sında hastalık aktivitesi yüksek saptanmıştır. Anti-TNF tedavisi alan grupta ise hastaların %84,4' ünün hastalık aktivitesi düşük saptanırken, %15,6' sının hastalık aktivitesi yüksek saptanmıştır. Her iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmedi ($p=0,08$). Hastalık aktivitesinin düşüklüğü ile fiziksel fonksiyon ($p=0,00$), fiziksel rol güçlüğü ($p=0,00$), ağrı ($p=0,00$), genel sağlık ($p=0,00$), vitalite ($p=0,01$), mental sağlık ($p=0,01$) gibi SF-36 alt parametrelerinde pozitif yönde anlamlı farklılık saptandı. Yine hastalık aktivitesinin düşüklüğü ile depresyon ve anksiyete semptomlarının az görülmesi arasında ve benlik saygısının iyi olması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptandı.

DMARD ve anti-TNF tedavi alan hastaların SF-36 alt parametre karşılaştırmalarında her iki grup arasında fiziksel fonksiyonda anlamlı bir farklılık saptanmadı ($p=0,12$). Fiziksel rol güçlüğü ($p=0,00$), ağrı ($p=0,00$), genel sağlık ($p=0,00$), vitalite ($p=0,00$), sosyal fonksiyon ($p=0,00$), rol güçlüğü ($p=0,01$), mental sağlık ($p=0,00$) alt parametrelerinde anlamlı farklılık tespit edildi.

Bayan ve erkek cinsiyetin SF-36 ortalama puanlarının değerlendirmesinde genel sağlık (0,04), vitalite (0,03) alt parametrelerinde kadın hastaların, erkek hastalardan istatistiksel olarak anlamlı ölçüde daha az puan aldıkları gösterilmiştir.

Evli hastaların fiziksel fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü, ağrı, genel sağlık, vitalite, sosyal fonksiyon, rol güçlülüğü, mental sağlık gibi tüm SF-36 alt parametrelerinde ortalama puanlarının bekâr ve dul hastaların ortalama puanlarından daha yüksek olduğu izlenmektedir. Her iki grup arasında genel sağlık ($p:0,04$), vitalite ($p=0,02$), rol güçlüğü ($p=0,02$) alt parametrelerinde istatistiksel olarak evli hastalar yönünde anlamlı farklılık tespit edilmiştir.

DMARD tedavisi alan hastaların %63,3' ünün benlik saygısı yüksek, %60,6' sının benlik saygısı orta, %6,1' inin benlik saygısı düşük saptandı. Anti-TNF tedavi alan hastaların ise % 81,3' ünün benlik saygısı yüksek, %15,6' sının benlik saygısı orta, % 3,1' inin benlik saygısı düşük saptandı. Her iki tedavi grubunda benlik saygısı açısından anlamlı farklılık tespit edilmedi ($p=0,10$).

Yine cinsiyet ve benlik saygısını değerlendirdiğimiz analizlerde istatistiksel olarak anlamlı bir sonuç elde edilmedi ($p=0,21$). Hastalarımızın medeni durum değerlendirmesinde literatürden farklı olarak benlik saygısı ile bir ilişki saptanmadı. Bu durumun nedeni her iki hasta grubundaki hasta sayılarındaki farklılık olabilir. Eğitim durumu ile benlik saygısının iyiliği arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir ($p=0,01$).

Anksiyete ve depresyon semptomlarının varlığı ile benlik saygısı arasındaki ilişkiyi değerlendirdiğimiz analizlerimizde anksiyete semptomları saptanmayan hastaların %89,1' inde benlik saygısı yüksek, %9,1' inde benlik saygısı orta, %1,8' inde benlik saygısı düşük saptandı. Depresyon semptomları saptanmayan hastaların %90,6' sında benlik saygısı yüksek, %9,4' ünde benlik saygısı orta saptanmıştır. Benlik saygısı kötü olan hastalarda anksiyete ve depresyon semptomlarının varlığı yönünden istatistiksel olarak anlamlı sonuçlara ulaşılmıştır.

Psöriatik artrit, hem eklem hem de cilt tutulumuyla klinik olarak karşımıza çıkabilen, hastayı multifaktöryel olarak etkileyen bir hastalıktır. Hastalar psikiyatrik ve fiziksel olarak değerlendirilmelidir. Hastanın klinik durumu, psikiyatrik problemlere yol açabileceği gibi psikiyatrik problemler de hastanın klinik yanıtını etkilemektedir. Bu nedenle hastalar multidisipliner bir yaklaşımla değerlendirilmelidir. Çalışmamızda hastaların yaşam kalitesi, anksiyete ve depresyon durumları ve benlik saygıları retrospektif olarak incelendi. Anti-TNF ve DMARD tedavilerin kesitsel olarak karşılaştırılması çalışmayı kısıtlayan etmenlerden biriydi. Hastaların tedavi öncesinde yaşam kalitesi ve psikiyatrik durumlarının değerlendirilmeleri, sonrasında kontrollerde hastanın kliniği ile birlikte bu değerlendirmelerin tekrarı ile daha değerli sonuçlar elde edilebilir.

7. ÖZET

Psöriatik artrit (PsA), sıklıkla önemli fonksiyonel yetersizlik ve bozulmuş yaşam kalitesine yol açan, psöriazis ile ilişkili inflamatuvar bir artrittir. PsA cilt tutulumu ve artrit nedeni ile benlik saygısında bozulma, anksiyete ve depresyon semptomlarında artışa neden olmaktadır. Çalışmamızda 2010 yılı itibari ile rutin olarak uyguladığımız SF-36, HAD, Rosenberg benlik saygısı envanterlerini ve hastaların anket tarihindeki fizik muayene ve laboratuvar bulgularını kullandık. Çalışmamıza romatolojik hastalığı dışında ek hastalığı olmayan 81 hasta alındı. Hastaların yaş ortalaması 46,41 ($\pm 10,16$)' di. Çalışmaya alınan hastaların 41' i (%50,6) erkek, 40' ı (%49,4) ise kadındı. Hastalardan 49' u DMARD tedavisi alırken, 32' si anti-TNF tedavi almaktaydı.

DMARD ve anti-TNF tedavi alan hasta gruplarında sosyodemografik veriler ve hastaların sosyal alışkanlıkları arasında sedimantasyon ve CRP değerlerinde anlamlı bir farklılık saptanmadı.

Anti-TNF tedavisi alan grupta istatistiksel olarak anlamlı ölçüde depresyon ($p=0,001$) ve anksiyete ($p=0,007$) sıklığını, DMARD tedavisi alan gruba göre düşük saptadık. Anti-TNF tedavisi alan grubun SF-36 puan ortalamalarının daha yüksek olduğunu saptadık. Her iki grup arasında benlik saygısında anlamlı bir farklılık saptamadık.

Depresyon ve anksiyete semptomları olmayan hastaların tüm SF-36 alt parametrelerinde aldıkları ortalama puanların istatistiksel olarak anlamlı oranda daha yüksek olduğunu ve yine bu hastaların benlik saygılarının daha iyi olduğunu saptadık.

Çalışmamızda DMARD ve anti-TNF tedavisi alan gruplar arasında hastalık aktivitesi bakımından anlamlı bir farklılık saptamadık. Hastalık aktivitesi düşük olan hastaların, istatistiksel olarak anlamlı ölçüde benlik

saygılarının daha iyi, SF-36 parametrelerinden aldıkları ortalama puanların daha yüksek, anksiyete ve depresyon semptomlarının daha az olduğunu tespit ettik.

8. ABSTRACT

Psoriatic arthritis (PsA), is an psoriasis associated inflammatory arthritis often leading to significant functional disability and impaired quality of life. PsA, causes an increase in symptoms of anxiety and depression also self-esteem deterioration because of skin involvement and arthritis. In this study from the year 2010 patient history, physical examination and laboratory findings SF-36, HAD, the Rosenberg self-esteem scales survey used. 81 patients without concomitant disorders other than rheumatic disease were included in our study. The average age of patients was 46.41 (\pm 10.16) years. %50.6 percent of patients were male and %49.4 was female. 49 of patients were taking DMARD treatment while other had been treated by anti-TNF.

There were no significant differences between DMARD and anti TNF groups in demographic characteristics, social habits, sedimentation rate and CRP values.

Anti-TNF treatment groups was statistically significant lower depression ($p = 0.001$) and anxiety ($p = 0.007$) rates when compared to DMARD group. We also found that anti-TNF group has higher scores on SF-36 scale . We did not find a statistically significant difference between two groups in assessment of self esteem.

We found that the patients who didn't have depression and anxiety symptoms, had statistically significantly higher scores in SF-36 scales and they had better self esteem than the patients who has depression and anxiety symptoms.

In our study, we didn't find a significant difference between DMARDs and anti-TNF groups in terms of disease activity. Patients with low disease

activity, had better points in self-esteem and SF-36 scales and they also had fewer symptoms of anxiety and depression.

9. KAYNAKLAR

1. Gelfand JM, Gladman DD, Mease PJ, Et al . Eidemiology of psoriatic arthritis in population of United states. J Am Acad Dermatol 2005;53:573.
2. Gladman DD, Mease PJ, Strand V, et al. Consensusu ona core set of domains for psoriatic arthritis. J Rheumatol 2007;34:1167-1170
3. Wilson FC, Icen M, Crowson CS, McEvoy MT, Gabriel SE, Kremers HM. Time trends in epidemiology and characteristics of psoriatic arthritis over 3 decades: a population-based study. J Rheumatol. Feb 2009;36(2):361-7. [Medline]. [Full Text].
4. Nograles KE, Brasington RD, Bowcock AM. New insights into the pathogenesis and genetics of psoriatic arthritis. Nat Clin Pract Rheumatol. Feb 2009;5(2):83-91. [Medline]. [Full Text].
5. Duffin KC, Chandran V, Gladman DD, Krueger GG, Elder JT, Rahman P. Genetics of psoriasis and psoriatic arthritis: update and future direction. J Rheumatol. Jul 2008;35(7):1449-53. [Medline]. [Full Text].
6. Cargill M, Schrodi SJ, Chang M, Garcia VE, Brandon R, Callis KP, et al. A large-scale genetic association study confirms IL12B and leads to the identification of IL23R as psoriasis-risk genes. Am J Hum Genet. Feb 2007;80(2):273-90. [Medline]. [Full Text].
7. Ergun T. Systemic treatment of psoriasis: Rational use of therapeutics and controversial issues. Turkish J Dermatol 2007;1:8-14
8. Bos JD, Rie MA, Teunissen MBM, Piskin G. Psoriasis: dysregulation of innateimmunity. Br J Dermatol 2005;152:1098-107.
9. Detmar M. Evidence for vascular growth factor (VEGF) as a modifier gene inpsoriasis. J Invest Dermatol 2004;122:209-10

10. Cassell S, Kavanaugh A. Psoriatic arthritis: Pathogenesis and novel immunomodulatory approaches to treatment. *J Immune Based Ther Vaccines* 2005;3.
11. Tassiulas I, Duncan SR, Centolo M, Theofilopoulos AN, Boumpas DT. Clonal characteristics of T cell infiltrates in skin and synovium of patients with psoriatic arthritis. *Hum Immunol* 1999;60:479-491.
12. Panayi GS. Immunology of psoriasis and psoriatic arthritis. *Baillieres Clin Rheumatol* 1994; 8:419.
13. Costello P, Bresnihan B, O'Farrelly C, FitzGerald O. Predominance of CD8+ T lymphocytes in psoriatic arthritis. *J Rheumatol* 1999; 26:1117.
14. Tassiulas I, Duncan SR, Centola M, et al. Clonal characteristics of T cell infiltrates in skin and synovium of patients with psoriatic arthritis. *Hum Immunol* 1999; 60:479
15. McQueen FM, Skinner MA, Krissansen GW, et al. Natural killer cell function and expression of beta 7 integrin in psoriatic arthritis. *J Rheumatol* 1994; 21:2266.
16. Companjen A, van der Wel L, van der Fits L, et al. Elevated interleukin-18 protein expression in early active and progressive plaque-type psoriatic lesions. *Eur Cytokine Netw* 2004; 15:210.
17. Rooney T, Murphy E, Benito M, et al. Synovial tissue interleukin-18 expression and the response to treatment in patients with inflammatory arthritis. *Ann Rheum Dis* 2004; 63:1393.
18. Ritchlin CT, Haas-Smith SA, Li P, et al. Mechanisms of TNF-alpha and RANKL-mediated osteoclastogenesis and bone resorption in psoriatic arthritis. *J Clin Invest* 2003; 111:821.
19. Neumüller J, Dunky A, Burtscher H, et al. Interaction of monocytes from patients with psoriatic arthritis with cultured microvascular endothelial cells. *Clin Immunol* 2001; 98:143.
20. Hitchon CA, Danning CL, Illei GG, et al. Gelatinase expression and activity in the synovium and skin of patients with erosive psoriatic arthritis. *J Rheumatol* 2002; 29:107

21. Kormeili T, Lowe NJ, Yamauchi PS. Psoriasis: Immunopathogenesis and evolving immunomodulators and systemic therapies; U.S. experiences. *Br J Dermatol* 2004;151:3-15
22. Weiss G, Shemer A, Trau H. The Koebner phenomenon: review of the literature. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2002;16:241-48.
23. Fry L, Baker BS. Triggering psoriasis: The role of infections and medications. *Clin Dermatol* 2007;25:606-15.
24. Ergun T. Psoriasisın etyopatogenezi. *Türkderm Özel Sayı* 2008;42(2):18-22.
25. Blok S, Vissers WH, Van Duijnhoven M, Van de Kerkhof PC. Aggravation of psoriasis by infections. *Eur J Dermatol* 2004;14:259-61.
26. Türsen Ü. Psöriasis etyolojisi. *Dermatose* 2010;1(2):91-108.
27. Onsun N. Psoriasis tedavi yöntemleri ve algoritmik yaklaşım. *Türkderm Özel sayı* 2008;42(2):31-41.
28. Lehmann HW, von Landenberg P, Monrow S. Parvovirus B19 infection and autoimmune disease. *Autoimmun Rev* 2003;2:218-23
29. Kormeili T, Lowe NJ, Yamauchi PS. Psoriasis: Immunopathogenesis and evolvingimmunomodulators and systemic therapies; U.S. experiences. *Br J Dermatol*2004;151:3-15. Gladman DD, Farewell V, Buskila D, et al. Reliability of measurements of active and damaged joints in psoriatic arthritis. *J Rheumatol* 1990; 17:62.
30. Oriente P, Biondi-Oriente C, Scarpa R. Psoriatic arthritis. Clinical manifestations. *Baillieres Clin Rheumatol* 1994; 8:277.
31. Gladman DD. Current concepts in psoriatic arthritis. *Curr Opin Rheumatol* 2002; 14:361
32. Buskila D, Langevitz P, Gladman DD, et al. Patients with rheumatoid arthritis are more tender than those with psoriatic arthritis. *J Rheumatol* 1992; 19:1115.
33. Gladman DD. Psoriatic arthritis. *Baillieres Clin Rheumatol* 1995; 9:319.

34. Gisondi P, Tinazzi I, El-Dalati G, et al. Lower limb enthesopathy in patients with psoriasis without clinical signs of arthropathy: a hospital-based case-control study. *Ann Rheum Dis* 2008; 67:26.
35. Brockbank JE, Stein M, Schentag CT, Gladman DD. Dactylitis in psoriatic arthritis: a marker for disease severity? *Ann Rheum Dis* 2005; 64:188.
36. Cassell SE, Bieber JD, Rich P, et al. The modified Nail Psoriasis Severity Index: validation of an instrument to assess psoriatic nail involvement in patients with psoriatic arthritis. *J Rheumatol* 2007; 34:123.
37. Williamson L, Dalbeth N, Dockerty JL, et al. Extended report: nail disease in psoriatic arthritis--clinically important, potentially treatable and often overlooked. *Rheumatology (Oxford)* 2004; 43:790.
38. Cohen MR, Reda DJ, Clegg DO. Baseline relationships between psoriasis and psoriatic arthritis: analysis of 221 patients with active psoriatic arthritis. Department of Veterans Affairs Cooperative Study Group on Seronegative Spondyloarthropathies. *J Rheumatol* 1999; 26:1752.
39. H. Rana Erdem Psöriatik artirit'in klinik özellikleri Romatizma, Cilt: 15, Sayı: 1, 2000
40. Gladman DD, Shuckett R, Russell ML, et al. Psoriatic arthritis (PSA)--an analysis of 220 patients. *Q J Med* 1987; 62:127
41. Frediani B, Allegri A, Falsetti P, et al. Bone mineral density in patients with psoriatic arthritis. *J Rheumatol* 2001; 28:138. Offidani A, Cellini A, Valeri G, Giovagnoni A. Subclinical joint involvement in psoriasis: magnetic resonance imaging and X-ray findings. *Acta Derm Venereol* 1998; 78:463.
42. McGonagle D, Conaghan PG, Emery P. Psoriatic arthritis: a unified concept twenty years on. *Arthritis Rheum* 1999; 42:1080.
43. Bogliolo L, Alpini C, Caporali R, et al. Antibodies to cyclic citrullinated peptides in psoriatic arthritis. *J Rheumatol* 2005; 32:511.
44. Wright V, Moll JM. Psoriatic arthritis. *Bull Rheum Dis* 1971; 21:627.

45. Taylor W, Gladman D, Helliwell P, Marchesoni A, Mease P, Mielants H. Classification criteria for psoriatic arthritis: development of new criteria from a large international study. *Arthritis Rheum*. Aug 2006;54(8):2665-73. Medline
46. Turkiewicz AM, Moreland LW. Psoriatic arthritis: current concepts on pathogenesis-oriented therapeutic options. *Arthritis Rheum* 2007; 56:1051
47. Gladman DD, Antoni C, Mease P, et al. Psoriatic arthritis: epidemiology, clinical features, course, and outcome. *Ann Rheum Dis* 2005; 64 Suppl 2:ii14.
48. Ritchlin CT, Kavanaugh A, Gladman DD, et al. Treatment recommendations for psoriatic arthritis. *Ann Rheum Dis* 2009
49. Gladman DD, Farewell VT. The role of HLA antigens as indicators of disease progression in psoriatic arthritis. Multivariate relative risk model. *Arthritis Rheum* 1995; 38:845.
Rahman P, Snelgrove T, Peddle L, et al. A variant of the IL4 I50V single-nucleotide polymorphism is associated with erosive joint disease in psoriatic arthritis. *Arthritis Rheum* 2008; 58:2207.
50. Bogliolo L, Alpini C, Caporali R, et al. Antibodies to cyclic citrullinated peptides in psoriatic arthritis. *J Rheumatol* 2005; 32:511.68:1387.
51. Lindsay K, Fraser AD, Layton A, et al. Liver fibrosis in patients with psoriasis and psoriatic arthritis on long-term, high cumulative dose methotrexate therapy. *Rheumatology (Oxford)* 2009; 48:569.
52. Kremer JM, Alarcón GS, Lightfoot RW Jr, et al. Methotrexate for rheumatoid arthritis. Suggested guidelines for monitoring liver toxicity. American College of Rheumatology. *Arthritis Rheum* 1994; 37:316.
53. Dougados M, van der Linden S, Leirisalo-Repo M, et al. Sulfasalazine in the treatment of spondylarthropathy. A randomized, multicenter, double-blind, placebo-controlled study. *Arthritis Rheum*

- 1995; 38:618. Veale DJ, Ho M, Morley KD. Sulphasalazine-induced lupus in psoriatic arthritis. *Br J Rheumatol* 1995; 34:383.
54. Jullien D, Wolkenstein P, Roupie E, et al. Toxic epidermal necrolysis after sulfasalazine treatment of mild psoriatic arthritis: warning on the use of sulfasalazine for a new indication. *Arthritis Rheum* 1995; 38:573.
 55. Mahrle G, Schulze HJ, Bräutigam M, et al. Anti-inflammatory efficacy of low-dose cyclosporin A in psoriatic arthritis. A prospective multicentre study. *Br J Dermatol* 1996; 135:752.
 56. Kavanaugh AF, Ritchlin CT, GRAPPA Treatment Guideline Committee. Systematic review of treatments for psoriatic arthritis: an evidence based approach and basis for treatment guidelines. *J Rheumatol* 2006; 33:1417.
 57. Levy JJ, Paulus HE, Barnett EV, et al. A double-blind controlled evaluation of azathioprine treatment in the rheumatoid arthritis and psoriatic arthritis. *Arthritis Rheum* 1972; 15:116.
 58. Kaltwasser JP, Nash P, Gladman D, et al. Efficacy and safety of leflunomide in the treatment of psoriatic arthritis and psoriasis: a multinational, double-blind, randomized, placebo-controlled clinical trial. *Arthritis Rheum* 2004; 50:1939
 - Mease PJ, Goffe BS, Metz J, et al. Etanercept in the treatment of psoriatic arthritis and psoriasis: a randomised trial. *Lancet* 2000; 356:385.
 59. Mease PJ, Kivitz AJ, Burch FX, et al. Etanercept treatment of psoriatic arthritis: safety, efficacy, and effect on disease progression. *Arthritis Rheum* 2004; 50:2264
 60. Elliott MJ, Maini RN, Feldmann M, et al. Randomised double-blind comparison of chimeric monoclonal antibody to tumour necrosis factor alpha (cA2) versus placebo in rheumatoid arthritis. *Lancet* 1994; 344:1105.
 61. Maini RN, Breedveld FC, Kalden JR, et al. Therapeutic efficacy of multiple intravenous infusions of anti-tumor necrosis factor alpha

- monoclonal antibody combined with low-dose weekly methotrexate in rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum* 1998; 41:1552.
62. Elliott MJ, Maini RN, Feldmann M, et al. Randomised double-blind comparison of chimeric monoclonal antibody to tumour necrosis factor alpha (cA2) versus placebo in rheumatoid arthritis. *Lancet* 1994; 344:1105.
 63. Maini RN, Breedveld FC, Kalden JR, et al. Therapeutic efficacy of multiple intravenous infusions of anti-tumor necrosis factor alpha monoclonal antibody combined with low-dose weekly methotrexate in rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum* 1998; 41:1552.
 64. Gladman DD, Mease PJ, Ritchlin CT, et al. Adalimumab for long-term treatment of psoriatic arthritis: forty-eight week data from the adalimumab effectiveness in psoriatic arthritis trial. *Arthritis Rheum* 2007; 56:476.
 65. Gladman DD, Mease PJ, Choy EH, et al. Risk factors for radiographic progression in psoriatic arthritis: subanalysis of the randomized controlled trial ADEPT. *Arthritis Res Ther* 2010; 12:R113.
 66. Kavanaugh A, McInnes I, Mease P, et al. Golimumab, a new human tumor necrosis factor alpha antibody, administered every four weeks as a subcutaneous injection in psoriatic arthritis: Twenty-four-week efficacy and safety results of a randomized, placebo-controlled study. *Arthritis Rheum* 2009; 60:976.
 67. Mease PJ, Antoni CE, Gladman DD, Taylor WJ. Psoriatic arthritis assessment tools in clinical trials. *Ann Rheum Dis* 2005;64 (Suppl II):ii49-ii54.
 68. Taylor WJ. Assessment of outcome in psoriatic arthritis. *Curr Opin Rheumatol* 2004;16:350-356.
 69. <http://rheumatology.oxfordjournals.org/content/44/3/390.full>.
 70. Arslan ğ, Gökçe KY. Quality of life assessment in geriatrics, Turkish *Journal of Geriatrics* 1999; 2(4): 173-178.

71. Pınar R. Sağlık araştırmalarında yaşam kalitesi kavramı. Sendrom. Aylık Aktüel Tıp Dergisi. Ocak 1996; 109-14
72. Pınar R. Sağlık araştırmalarında yaşam kalitesi kavramı. Sendrom. Aylık Aktüel Tıp Dergisi. Eylül 1997;9(9): 117-23.
73. Kaya B. Late life and depression: Diagnosis and assessment, Turkish Journal of Geriatrics.1999;2(2): 76-32.
74. Kurtuluş Z, Pınar R. Sağlıkla ilgili yaşam kalitesinin geriatride kullanımı, Sağlıkta Birikim, Mayıs 2006;1(2): 21-26.
75. Başaran S, Güzel R, Sarpel T. Yaşam kalitesi ve sağlık sonuçlarını değerlendirme ölçütleri, Romatizma,2005, 20(1):55-63
76. Akyüz G, Geriatrik hastalarda yaşam kalitesi, Türk Fiz Tıp Rehab Derg 2006;52(Özel Ek A):A57-A59
77. Aydemir Ö, Konsültasyon psikiyatrisinde yaşam kalitesi ölçümü: Kısa Form-36 (SF-36), 3 P dergisi 7 (Ek.2),14-22
78. Arslan Gökçe Y. Geriatric Day Hospital, Turkish Journal of Geriatrics, 2002,5(1):30-34
79. Koçyiğit H, Aydemir Ö, Ölmez N, Memiğ A, SF-36'nın Türkçe için güvenilirliği ve geçerliliği, Ğlaç ve Tedavi Dergisi 1999; 12(2) : 102-106
80. Jex, S.M.&Elacqua, TC(1999). Self-esteem as a moderator: A comparison of global and organisation based measures. Journal of Occupational and Organisational Psychology, 72,71-81
81. Salmivalli, C.Kaukiainen, A. Kaistaniemi, L& Jagerspetz, K.M.J(1999).Self-Evaluated Self-Esteem, Peer-Educated Self esteem and defensive Egotism as Predictor of Adolescents Participation in Bullying Situations. PSPB,25 1268-1278
82. Diana Elton,Gordon V. Stanley,Graham D. Burrows Self-esteem and chronicpain, Journal of Psychosomatic Research,Volume 22, Issue 1, 1978, Pages 25–30
83. Harris MF, Silove D, Kehag E, Barratt A,Manicavasagar V,Pan J, Frith JF, Blaszyński A, Pond CD. Anxiety and depressionin general

- practice patients: prevalence and management. *Med J Aust* 1996; 164(9):526-529
84. Cull A, Stewart M, Altman DG. Assessment of and intervention for psychosocial problems in routine oncology practice. *British J Cancer* 1995; 72(1):229-235.
85. Cappelli M, Clulovv MK, Goodman JT, Davidson SI, Feder SH, Baron P, Manion IG, McGrath PJ. Identifying depressed and suicidal adolescents in a teen health clinic. *Adolescent Health* 1995; 16(1):64-70
86. Rodin G, Voshart K. Depression in the medically ill: An overview. *Am J Psychiatry* 1986 ; 143:696-705.
87. Zigmond AS, Snaith PR (1983) The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatr Scand*, 67:361-70.
88. Aydemir Ö, Güvenir T, Küey L ve ark. (1997) Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği Türkçe formunun geçerlilik ve Güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 8: 280-7
89. Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton University Press: New Jersey
90. Çuhadaro lu, F. (1986). *Adolesanlarda benlik saygısı*. Yayınlanmamış uzmanlık tezi. Hacettepe Üniveritesi, Tıp Fakültesi, Psikiyatri Bölümü, Ankara.
91. Madland TM, Apalset EM, Johannessen AE, Rossebö B, Brun JGSO Prevalence, disease manifestations, and treatment of psoriatic arthritis in Western Norway. *AU J Rheumatol*. 2005;32(10):1918
92. Isha V. K. Jain, Harbans Lal C-Reactive Protein and Uric Acid Levels in Patients with Psoriasis. *Ind J Clin Biochem* (July-Sept 2011) 26(3):309–311 DOI 10.1007/s12291-011-0132-4
93. Golpour M, Hosseini SH, Khademloo M, Ghasemi M, Ebadi A, Koohkan F, Shahmohammadi S. Depression and Anxiety Disorders among Patients with Psoriasis: A Hospital-Based Case-Control Study. *Dermatol Res Pract*. 2012;2012:381905. Epub 2012 Jul 16.

94. Punzi L, Podswiadek M, Oliviero F, Lonigro A, Modesti V, Ramonda R, Todesco S. Laboratory findings in psoriatic arthritis. *Reumatismo*. 2007;59 Suppl 1:52-5
95. Rajendran CP, Ledge SG, Rani KP, Madhavan R. Psoriatic arthritis. *J Assoc Physicians India*. 2003 Nov;51:1065-8.
96. Troughton PR, Morgan AW. Laboratory findings and pathology of psoriatic arthritis. *Baillieres Clin Rheumatol*. 1994 May;8(2):439-63.
97. Freire M, Rodríguez J, Möller I, Valcárcel A, Tornero C, Díaz G, Armendáriz Y, Paredes S. [Prevalence of symptoms of anxiety and depression in patients with psoriatic arthritis attending rheumatology clinics]. *Reumatol Clin*. 2011 Jan-Feb;7(1):20-6. Epub 2010 Jun 15
98. Laura Pulkki-Råback, Mika Kivimäki, Kirsi Ahola, Kaisla Joutsenniemi, Marko Elovainio, Helena Rossi, Sampsa Puttonen, Seppo Koskinen, Erkki Isometsä, Jouko Lönnqvist, Marianna Virtanen. Living Alone and Antidepressant Medication Use. *BMC Public Health*. 2012;12(236) © 2012 BioMed Central, Ltd.
99. Imam SZ, Hashmi SH, Islam MG, Hussain MA, Iqbal F, Ilyas M, Hussain I, Naqvi SH, Khan MM. Liaison psychiatry and depression in medical inpatients. *J Pak Med Assoc*. 2007 Mar;57(3):159-62.
100. Fahriye Oflaz, Huriye Varol. Yatan hastaların anksiyete ve depresyon düzeyleri ve ilişkili faktörlerin incelenmesi S.D.Ü. Tıp Fak. Derg. 2010;17(1)/1-7
101. Wang JL. Rural-urban differences in the prevalence of major depression and associated impairment. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2004 Jan;39(1):19-25.
102. Janice C. Probst, PhD. Depression and Generalized Anxiety Disorder across Rural Populations South Carolina Rural Health Research Center August 2005
103. Klemenc-Ketiš Z, Kersnik J, Novak-Glavac D. Determinants of depression and anxiety in family practice patients with comorbidities. *Wien Klin Wochenschr*. 2010 May;122 Suppl 2:35-9.

104. Mercedes Freire,^a Jesus Rodriguez,^b Ingrid Moller,^c Antonio Valcarcel,^d Carmelo Tornero,^e Gemma Diaz,^f Yolanda Armendariz,^{g,*} Silvia Paredesh
Prevalence of symptoms of anxiety and depression in patients with psoriatic arthritis attending rheumatology clinics *Reumatol Clin.* 2011;7(1):20–26
105. Mark Hyman Rapaport, M.D.; Cathryn Clary, M.D.; Rana Fayyad, Ph.D.; Jean Endicott, Ph.D. Quality-of-Life Impairment in Depressive and Anxiety Disorders *Am J Psychiatry* 2005;162:1171-1178. 10.1176/appi.ajp.162.6.1171
106. Mahsa Ghajarzadeh, MD¹Shahrbano Kheirkhah, SSRC², Maryam Ghiasi, MD³, Nastaran Hoseini, PHD⁴ Depression and quality of life in psoriasis and psoriatic arthritis patients *Iran J Dermatol* 2011; 14: 123-128
107. Gerhard Schmid-Ott, MD^a, Sabine Schallmayer, M Psych Sca, Iris Tatjana Calliess, MD^bQuality of life in patients with psoriasis and psoriasis arthritis with a special focus on stigmatization experience *Clinics in Dermatology* (2007) 25, 547–554
108. Katherina B. Sokoll and Philip S. Helliwell. Comparison of disability and quality of life in Rheumatoid and psoriatic arthritis. *The journal of Rheumatology* 2001,28:8
109. Kojima M, Kojima T, Ishiguro N, Oguchi T, Oba M, Tsuchiya H, et al. Psychosocial factors, disease status, and quality of life in patients with rheumatoid arthritis. *JRheumatol.* 2007;34(5):1174-7.
110. Rupp I, Boshuizen HC, Dinant HJ, Jacobi CE, Van den Bos GA. Disability and healthrelated quality of life among patients with rheumatoid arthritis: association with radiographic joint damage, disease activity, pain, and depressive symptoms. *Scand J Rheumatol.* 2006; 35(3): 175-81.
111. Pincus T, Callahan LF, Brooks RH, Fuchs HA, Olsen NJ, Kaye JJ. Self-report questionnaire scores in rheumatoid arthritis compared with traditional physical, radiographic and laboratory measures. *Ann Int Med* 1989;110;259-66.

112. Margaret P. Staples^{1,2}, Lyn March³ Marissa Lassere^{5,6}, Chris Reid^{1,7} and Rachele Buchbinder¹, Health-related quality of life and continuation rate on first-line anti-tumour necrosis factor therapy among rheumatoid arthritis patients from the Australian Rheumatology Association Database Rheumatology (2010) doi: 10.1093/rheumatology/keq322.
113. Cornwell el, Schmitt MH: Perceived health status, self-esteem and body image in women with rheurnatoid arthritis or systemic lupus erythematosus. Research in Nursing and Health 13:99-107,1990.
114. Baumann S: Physical aspects of the self. Psychiatr Clin North Am 4:455-470, 1981.
115. Shilder P: The image and appearance of the human body. London: Kegan Pul, Trench, Trubner and Co, Ltd, 1935.
116. Coopersmith Studies in self-esteem. Scientific American 218:96-106, 1968.
117. Vamos M: Body image in chronic illness-a reconceptualization. Int'l J Psychiatry in Medicine 23:163-178,
118. Carneiro C, Chaves M, Verardino G, Drummond A, Ramos-e-Silva M, Carneiro S. Fatigue in psoriasis with arthritis. Skinmed. 2011 Jan-Feb;9(1):34-7.
119. Brons R, Kraaimatt F, Geenen R ve ark: Type of stressor • and depressive mood in patients with rheumatoid arthritis. Percep Mot Skills 77:634, 1993
120. Van Lankveld W, Naering G, van der Staak C ve ark: Stress caused by rheumatoid arthritis: relation among subjective stressors of the disease, disease status and well-being. J Behav Med 16:309-321, 1993.
121. Katz PP, Yelin EH: Prevalence and correlates of depressive symptoms among persons with rheumatoid arthritis. J Rheumatol 20:790-796, 1993.
122. Rachele L. Brooks, Ph.D., Northwestern University. A Study of Self-Esteem and Self-Efficacy as Psychosocial Educational

Outcomes. *Journal of Economic Literature*. 39: 1137-76. Casteel, C. (1997).

Ek-1 SF 36 Yaşam Kalitesi Ölçeği

Hasta adı soyadı:

Tarih:

SF 36

1. Genel olarak sağlığınız için aşağıdakilerden hangisini söyleyebilirsiniz?

a) Mükemmel b) Çok iyi c) İyi d) Orta e) Kötü

2. Bir yıl öncesine karşılaştığınızda, şimdi genel olarak sağlığınızı nasıl değerlendirirsiniz?

- a) Bir yıl öncesine göre çok daha iyi
b) Bir yıl öncesine göre biraz daha iyi
c) Bir yıl öncesine göre hemen hemen aynı
d) Bir yıl öncesine göre biraz daha kötü
e) Bir yıl öncesinden çok daha kötü

3. Aşağıdaki maddeler gün boyunca yaptığınız etkinliklerle ilgilidir. Sağlığınız şimdi bu etkinlikleri kısıtlıyor mu? Kısıtlıyorsa ne kadar?

	Evet, oldukça kısıtlıyor	Evet, biraz kısıtlıyor	Hayır, hiç kısıtlamıyor
Koşmak, ağır kaldırmak, ağır sporlara katılmak gibi ağır etkinlikler			
Bir masayı çekmek, elektrik süpürmesini itmek ve ağır olmayan sporları yapmak gibi orta dereceli etkinlikler			
Günlük alışverişte alınanları kaldırma veya taşıma			

Merdivenle çok sayıda kat çıkma			
Merdivenle bir kat çıkma			
Eğilme veya diz çökme			
Bir iki kilometre yürüme			
Birkaç sokak öteye yürüme			
Bir sokak öteye yürüme			
Kendi kendine banyo yapma veya giyinme			

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

	Evet	Hayır
İş veya diğer etkinlikler için harcadığınız zamanı azalttınız mı?		
Hedeflediğinizden daha azını mı başardınız?		
İş veya diğer etkinliklerinizde kısıtlanma oldu mu?		
İş veya diğer etkinlikleri yaparken güçlük çektiniz mi? (örneğin daha fazla çaba gerektirmesi)		

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

	Evet	Hayır
İş veya diğer etkinlikler için harcadığınız zamanı azalttınız mı?		
Hedeflediğinizden daha azını mı başardınız?		
İşinizi veya diğer etkinliklerinizi her zamanki kadar dikkatli yapamıyor muydunuz?		

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

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

7. Son 4 hafta boyunca ne kadar ağrınız oldu?

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

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

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

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

	Her zaman	Çoğu zaman	Oldukça	Bazen	Nadiren	Hiçbir zaman
Kendinizi yaşam dolu hissettiniz mi?						
Çok sinirli bir insan oldunuz mu?						
Sizi hiçbir şeyin neşelendiremeyeceği kadar kendinizi üzgün hissettiniz mi?						
Kendinizi sakin ve uyumlu hissettiniz mi?						
Kendinizi enerjik hissettiniz mi?						
Kendinizi kederli ve hüzünlü						

hissettiniz mi?						
Kendinizi tükenmiş hissettiniz mi?						
Kendinizi mutlu hissettiniz mi?						
Kendinizi yorgun hissettiniz mi?						

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

a) Her zaman b)Çoğu zaman c) Bazen d)Nadiren e) Hiçbir zaman

11. Aşağıdaki her bir ifade sizin için ne kadar doğru veya yanlıştır?

Her bir ifade için en uygun olanını işaretleyiniz.

	Kesinlikle doğru	Çoğunlukla doğru	Bilmiyorum	Çoğunlukla yanlış	Kesinlikle yanlış
Diğer insanlardan biraz daha kolay hastalanıyor gibiyim.					
Tanıdığım diğer insanlar kadar sağlıklıyım.					
Sağlığımın kötüye gideceğini düşünüyorum.					

EK-2 Hastane Anksiyeye Ve Depresyon Ölçeği

HAD ÖLÇEĞİ

Hasta adı soyadı:
Tarih:

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

1) Kendimi gergin, 'patlayacak gibi' hissediyorum.

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

2) Eskiden zevk aldığım şeylerden hala zevk alıyorum.

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

3) Sanki kötü birşey olacakmış gibi bir korkuya kapılıyorum.

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

4) Gülebiliyorum ve olayların komik tarafını görebiliyorum .

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

5) Aklımdan endişe verici düşünceler geçiyor.

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

6) Kendimi neşeli hissediyorum.

- Hiçbir zaman
- Sık değil
- Bazen
- Çoğu zaman

7) Rahat rahat oturabiliyorum ve kendimi gevşek hissediyorum.

- Kesinlikle
- Genellikle
- Sık değil
- Hiçbir zaman

8) Kendimi sanki durgunlaşmış gibi hissediyorum.

- Hemen hemen her zaman
- Çok sık

- Bazen
- Hiçbir zaman

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

- Hiçbir zaman
- Bazen
- Oldukça sık
- Çok sık

10) Dış görünüşüme ilgimi kaybettim.

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

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

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

12) Olacakları zevkle bekliyorum.

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

13) Aniden panik duygusuna kapılıyorum.

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

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

- Sıklıkla
- Bazen
- Pek sık değil
- Çok seyrek

EK-3 Rosenberg Benlik Saygısı Envanteri

Adı Soyadı:

ROSENBERG BENLİK SAYGISI ÖLÇEĞİ

D – 1

MADDE 1

1. Kendimi en az diğer insanlar kadar değerli buluyorum.
a. ÇOK DOĞRU b. DOĞRU c. YANLIŞ d. ÇOK YANLIŞ
2. Bazı olumlu özelliklerim olduğunu düşünüyorum.
a. ÇOK DOĞRU b. DOĞRU c. YANLIŞ d. ÇOK YANLIŞ
3. Genelde kendimi başarısız bir kişi olarak görme eğilimindeyim.
a. ÇOK DOĞRU b. DOĞRU c. YANLIŞ d. ÇOK YANLIŞ

MADDE 2

4. Ben de diğer insanların birçoğunun yapabildiği kadar birşeyler yapabilirim.
a. ÇOK DOĞRU b. DOĞRU c. YANLIŞ d. ÇOK YANLIŞ
5. Kendimde gurur duyacak fazla birşey bulamıyorum.
a. ÇOK DOĞRU b. DOĞRU c. YANLIŞ d. ÇOK YANLIŞ

MADDE 3

6. Kendime karşı olumlu bir tutum içindeyim.
a. ÇOK DOĞRU b. DOĞRU c. YANLIŞ d. ÇOK YANLIŞ

MADDE 4

7. Genel olarak kendimden memnunum.
a. ÇOK DOĞRU b. DOĞRU c. YANLIŞ d. ÇOK YANLIŞ

MADDE 5

8. Kendime karşı daha fazla saygı duyabilmeyi isterdim.
a. ÇOK DOĞRU b. DOĞRU c. YANLIŞ d. ÇOK YANLIŞ

MADDE 6

9. Bazen kesinlikle kendimin bir işe yaramadığımı düşünüyorum.
a. ÇOK DOĞRU b. DOĞRU c. YANLIŞ d. ÇOK YANLIŞ
10. Bazen kendimin hiç de yeterli bir insan olmadığımı düşünüyorum.
a. ÇOK DOĞRU b. DOĞRU c. YANLIŞ d. ÇOK YANLIŞ