

T.C
HARRAN ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

**PSORİASİS TANILI HASTALARDA HASTALIK
ŞİDDETİNİN YAŞAM KALİTESİ ÜZERİNE ETKİSİ**

UZMANLIK TEZİ

Dr. Elif Burcu (YAVUZ) DAĞLIOĞLU

DANIŞMAN

Yrd. Doç. Dr. Dursun ÇADIRCI

ŞANLIURFA

2017

T.C
HARRAN ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

**PSORİASİS TANILI HASTALARDA HASTALIK
ŞİDDETİNİN YAŞAM KALİTESİ ÜZERİNE ETKİSİ**

UZMANLIK TEZİ

Dr. Elif Burcu (YAVUZ) DAĞLIOĞLU

DANIŞMAN

Yrd. Doç. Dr. Dursun ÇADIRCI

ŞANLIURFA

2017

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim boyunca bilgi ve tecrübelerinden faydalandığım, tez danışmanım, Harran Üniversitesi Tıp Fakóltesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı BaŐkanı, Deđerli Hocam Yrd. Doç. Dr. Dursun ÇADIRCI'ya,

Tez çalışma sürecinde desteklerini esirgemeyen Deri ve Zührevi Hastalıkları Anabilim Dalı BaŐkanı Yrd. Doç. Dr. Mustafa AKSOY'a,

İstatistiksel analiz konusunda yardımcı olan Fizyoloji Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Yrd. Doç. Dr. Hakim ÇELİK'e,

Asistanlığım süresince eğitimime katkı sağlayan bütün hocalarıma, birlikte çalışmaktan keyif aldığım, sıkıntıları ve güzellikleri paylaştığım asistan arkadaşlarıma,

Tezimin veri toplama aşamasında büyük yardımı bulunan poliklinik hemşiremiz Behice ATALA, poliklinik sekreterimiz Zehra ALDEMİR ve birlikte çalıştığımız tüm hemşirelerimiz, sekreterlerimiz ve yardımcı personellerimize,

Tezimin düzenlenmesinde yardımlarını esirgemeyen Tevrat ZERAY'a,

Bu zamana kadar bana her konuda destek olan ve bugünlere gelmemde büyük emekleri olan anneme ve babama, her zaman desteğini yanımda hissettiğim biricik kardeşime,

Tez hazırlama sürecinde desteğini esirgemeyen, sabır, anlayış ve fedakarlık gösteren ve her zaman yanımda olan canım eşime,

Sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Dr. Elif Burcu (YAVUZ) DAĞLIOĞLU

İÇİNDEKİLER

SAYFA NO

TEŞEKKÜR	I
İÇİNDEKİLER	II
TABLOLAR DİZİNİ	IV
KISALTMALAR	V
ÖZET	VII
ABSTRACT	IX
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Psoriasis	3
2.1.1. Tanım	3
2.1.2. Tarihçe	3
2.1.3. Epidemiyoloji	4
2.1.4. Etyopatogenez	5
2.1.5. Genetik Faktörler	6
2.1.6. Histopatoloji	7
2.1.7. Tetikleyici Faktörler	7
2.1.7.1. Çevresel tetikleyici faktörler	8
2.1.7.2. Sistemik tetikleyici faktörler	8
2.1.8. Klinik Özellikler	8
2.1.8.1. Kronik Plak Psoriasis (Psoriasis Vulgaris)	8
2.1.8.2. Guttat Psoriasis	9
2.1.8.3. Eritrodermik Psoriasis	9
2.1.8.4. Püstüler Psoriasis	9
2.1.8.5. Özel Tutulum Yerleri	10
2.1.9. Tanı	10
2.1.10. Ayırıcı Tanı	11
2.1.11. Eşlik Eden Hastalıklar	12
2.1.11.1. Psoriatik Artrit	12
2.1.11.2. Sistemik Hastalık	13
2.1.11.3. Göz Bulguları	14
2.1.12. Hastalık Şiddetinin Tanımlanması	14
2.1.12.1. Psoriasis Alan Şiddet İndeksi (PAŞİ)	15

2.1.13. Tedavi	16
2.1.13.1. Topikal Tedavi	16
2.1.13.2. Fototerapi	17
2.1.13.3. Klasik (Geleneksel) Sistemik Tedavi	17
2.1.13.4. Biyolojik Tedavi	17
2.2. Yaşam Kalitesi	18
2.2.1. Sağlıkla İlişkili Yaşam Kalitesi (SİYK)	19
2.2.2. Dermatolojide Yaşam Kalitesi	20
2.2.3. Psoriasisle İlişkili Yaşam Kalitesi	20
2.2.3.1. Psoriasis Yaşam Kalite Ölçeği (PYKÖ)	21
3. GEREÇ VE YÖNTEM	22
3.1. İstatistiksel Analiz	23
4. BULGULAR	24
5. TARTIŞMA	38
6. SONUÇ	45
KAYNAKLAR	47
EKLER	54

Tablo-1: PAŞİ Lezyon Şiddeti Parametreleri	15
Tablo-2: Sosyodemografik Veri Dağılımı	25
Tablo-3: Sigara Kullanımına Ait Veriler	26
Tablo-4: Ek Hastalık Varlığı ve Ek İlaç Kullanımına Ait Veriler	26
Tablo-5: Hastalık Süresi ve Hastalığın Başlangıç Yaşlarına Göre Dağılım	27
Tablo-6: Önceki ve Mevcut Tedavilere Ait Veriler	27
Tablo-7: Psoriasisle İlişkili Klinik Veriler	28
Tablo-8: PAŞİ skorlarının dağılımı ve ortalama PAŞİ skorları	28
Tablo-9: Yaş Gruplarına Göre PAŞİ ve PYKÖ Skorları	29
Tablo-10: Cinsiyete Göre PAŞİ ve PYKÖ Skorları	29
Tablo-11: Medeni Duruma Göre PAŞİ ve PYKÖ Skorları	30
Tablo-12: Çalışma Durumuna Göre PAŞİ ve PYKÖ Skorları	30
Tablo-13: Sigara Kullanımına Göre PAŞİ ve PYKÖ Skorları	31
Tablo-14: Hastalık Süresine Göre PAŞİ ve PYKÖ Skorları	31
Tablo-15: Başlangıç Yaşına Göre PAŞİ ve PYKÖ Skorları	32
Tablo-16: Ek İlaç Kullanımına Göre PAŞİ ve PYKÖ Skorları	33
Tablo-17: Tırnak Tutulumuna Göre PAŞİ ve PYKÖ Skorları	33
Tablo-18: Eklem Tutulumuna Göre PAŞİ ve PYKÖ Skorları	34
Tablo-19: Lezyon Bölgesine Göre PAŞİ ve PYKÖ Skorları	34
Tablo-20: Ek Hastalık Durumuna Göre PAŞİ ve PYKÖ Skorları	35
Tablo-21: PAŞİ'nin PYKÖ Alt Gruplarına Etkisi	35
Tablo-22: PYKÖ'de Yer Alan Sorular ve Alınan Yanıtların Ortalama Değerleri	36
Tablo-23: PAŞİ Skorları ile PYKÖ ve PYKÖ Alt Grup Skorları Arasındaki İlişki	37

KISALTMALAR

MÖ	:Milattan önce
IL	:İnterlökin
Th	:T helper (Yardımcı T hücresi)
PSORS1	:Psoriasis susceptibility (yatkınlık) 1
PSORS9	:Psoriasis susceptibility (yatkınlık) 9
MHC	:Major histokompatibilite kompleks
HLA	:İnsan lökosit antijeni (Human leukocyte antigen)
p	:Kromozomun kısa kolu
Kb	:Kilobaz
CD68	:Cluster of Differentiation 68
AGEP	:Akut Generalize Ekzantematöz Püstülozis
HIV	:İnsan immün yetmezlik virüsü (Human immun deficiency virüs)
IFN	:İnterferon
cm	:Santimetre
Ort	:Ortalama
PİF	:Proksimal interfalangial eklem
DİF	:Distal interfalangial eklem
MKF	:Metakarpofalangial eklem
CRP	:C- reaktif Protein
TNF	:Tümör nekrozis faktör
PAŞİ	:Psoriasis Alan Şiddet İndeksi (Psoriasis Area Severity Index)
VYA	:Vücut yüzey alanı
PGA	:Physician Global Assessment (Hekimin Global Değerlendirmesi)
DYKİ	:Dermatoloji Yaşam Kalite İndeksi
dbUVB	:Dar Band Ultraviyole B
UVB	:Ultraviyole B
PUVA	:Psoralen Ultraviyole A
YK	:Yaşam Kalitesi
SİYK	:Sağlıkla İlişkili Yaşam Kalitesi
DSÖ	:Dünya Sağlık Örgütü (World Health Organization)
PYKÖ	:Psoriasis Yaşam Kalite Ölçeği
SD	:Standart sapma

DM	:Diyabetes Mellitus
HT	:Hipertansiyon
KVH	:Kardiyovasküler hastalık
KOAH	:Kronik Obstruktif Akciğer Hastalığı
n	:Hasta sayısı
min	:Minimum
maks	:Maksimum
E:K	:Erkek kadın oranı



ÖZET

Psoriasis Tanılı Hastalarda Hastalık Şiddetinin Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi

Dr. Elif Burcu (YAVUZ) DAĞLIOĞLU
Aile Hekimliği Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi

Amaç: Bölgemizde yaşayan psoriasis tanılı hastalarda, hastalık şiddetinin yaşam kalitesi üzerine etkisinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Çalışmamıza; 1 Kasım 2016 ila 1 Mart 2017 tarihleri arasında Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Deri ve Zührevi Hastalıkları ve Aile Hekimliği Polikliniği'ne başvuran, klinik ve/ veya histopatolojik olarak psoriasis tanısı almış olan 100 hasta dahil edilmiştir. Hastalardan bilgilendirilmiş onam formu alınmış ve hastaların tümüne, sosyodemografik veri formu ile Psoriasis Yaşam Kalite Ölçeği (PYKÖ) formu uygulanmıştır. Çalışmaya alınan her hastanın sistemik ve dermatolojik muayeneleri yapılmış olup, saptanan bulgular kaydedilmiş ve her hastanın Psoriasis Alan Şiddet İndeksi (PAŞİ) skoru hesaplanmıştır. Bunların haricinde, hastalara ek bir tetkik veya girişimsel işlem uygulanmamıştır.

Bulgular: Hastaların %59'u erkek, %41'i kadın olup, yaş ortalamaları erkeklerde 36.5, kadınlarda 34.7 olmak üzere, genel olarak 35.8 olarak tespit edilmiştir. Yine hastalığın ortalama başlangıç yaşı erkeklerde 25.3, kadınlarda 23.7 olmak üzere, ortalama 24.7 olarak saptanmıştır. Ortalama hastalık süresi erkeklerde 11.0, kadınlarda 10.6 olmak üzere, genel olarak ortalama 10.8 (yıl) olarak saptanmıştır. Hastaların PAŞİ skoru ortalaması, erkeklerde 15.5, kadınlarda 12.6 olmak üzere ortalama 14.3 ± 10.1 olarak saptanmıştır. Hastalarımızda, PYKÖ ve PYKÖ alt grup skorlarının yaş grubu, medeni durum, eğitim durumu, sigara kullanımı, çalışma durumu, hastalığın başlangıç yaşı ve ek hastalık varlığı parametrelerinden etkilenmediği ($p > 0.05$), ek ilaç kullanımının, eklem tutulumunun, lezyon bölgesinin açıkta olmasının psikososyal olumsuzluklar skorunu anlamlı derecede yükselttiği saptanmıştır ($p < 0.05$). Cinsiyet açısından bakıldığında, günlük yaşamdaki zorluklar ve tedaviye ilişkin sıkıntıların ortalama skorları, erkeklerde kadınlara

oranla anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p<0.05$). PAŞİ skorları ile PYKÖ skorları ve PYKÖ alt grup skorları arasında pozitif korelasyon saptanmıştır.

Sonuç: Psoriasis, her ne kadar hayatı tehdit edebilen bir hastalık olmasa da, yaşam kalitesini önemli ölçüde azaltabilmektedir. Psoriasisite yaşam kalitesinin azaldığını gösteren çok sayıda çalışma mevcuttur. Biz de çalışmamızda, psoriasisite hastalık şiddeti arttıkça yaşam kalitesinin azaldığını saptadık. Çalışmamız sonuçlarından yola çıkarak, psoriasis tedavi planlaması ve takibinde, klinik şiddetin yanı sıra yaşam kalitesinin de göz önünde bulundurulması gerekmektedir. Yaşam kalitesini değerlendirmek amacıyla, çalışmamızda tercih ettiğimiz, ülkemiz koşullarına uygun olarak geliştirilmiş olan PYKÖ'nün kullanılabilceği kanaatindeyiz.

Anahtar Kelimeler: Psoriasis, hastalık şiddeti, yaşam kalitesi

ABSTRACT

The Effect of Disease Severity on the Quality of Life in Patients with Psoriasis

Elif Burcu (YAVUZ) DAĞLIOĞLU, MD

Speciality Thesis, Department of Family Medicine

Aim: The aim of this study is to evaluate the effect of disease severity on the quality of life in patients with psoriasis in our region.

Materials and Methods: 100 patients were included in our study. These patients admitted to Harran University Medical School Skin and Veneral Diseases Polyclinic and Family Medicine Polyclinic between November 2016 – March 2017 and were clinically and/or histopathologically diagnosed with psoriasis. An informed consent form was obtained from each patient and the patients were given a sociodemographic data form and Psoriasis Quality of Life Questionnaire (PQLQ) was implemented. Each patient in the study were examined systematically and dermatologically then their findings were recorded. Additionally, Psoriasis Area Severity Index (PASI) score of each patient was determined. No additional examination or interventional procedure was performed.

Findings: %59 of the patients were male and %41 of them were female and the average age was determined to be 36.5 in males, 34.7 in females and 35.8 in general. The average age of onset of the disease was 25.3 in males and 23.7 in females and it was determined to be 24.7 in general. The average duration of the disease was determined as 11.0 in males and 10.6 in females and the general average was 10.8 (years). Average PASI score of patients was found to be 14.3 ± 10.1 , this figure was 15.5 in males and 12.6 in female patients. It was determined that PQLQ scores and PQLQ subgroup average scores of patients were not affected by parameters such as age group, marital status, educational status, smoking status, working status, age of onset of the illness and presence of additional illness ($p > 0.05$). However, conditions such as use of additional medication, joint involvement, exposure of the lesion area significantly increased the score of psychosocial negativities ($p < 0.05$). In terms of gender of the patients, the difficulties in daily life

and the average scores of distress related to treatment were found to be significantly higher in males than in females ($p<0.05$). A positive correlation was determined between PASI, PQLQ scores and PQLQ subgroup scores.

Results: Although psoriasis is not a life threatening disease, it can dramatically decrease the quality of life. There are a number of studies indicating that psoriasis significantly decreases the quality of life. We also determined in our study that as the severity the psoriasis increases, the quality of life decreases. During the the treatment planning and follow-up phases of the disease, quality of life should be taken into account as well as clinical severity. We are in the opinion that in order to evaluate the quality of life, PQLQ, which was developed in compliance with the conditions of our country, can be used.

Key Words: Psoriasis, disease severity, quality of life

1. GİRİŞ

Psoriasis toplumun yaklaşık %2'sini etkileyen, yaygın, kronik bir hastalıktır (1). Keskin bir şekilde sınırlanmış, pullu, eritemli plaklar psoriasisin en yaygın şeklini oluşturur (2). Pullanmanın sedef benzeri beyaz- parlak renginden dolayı halk arasında "Sedef Hastalığı" olarak da bilinir (3). Lezyonların en yaygın görüldüğü yerler; saçlı deri, dirsek ve diz; ardından tırnaklar, el, ayak ve gövdedir (intergluteal bölge dahil). Psoriasis, poligenik bir yatkınlık zemininde, travma, enfeksiyonlar veya ilaçlar gibi çevresel faktörlerle tetiklenen, immün aracılı bir bozukluktur. Altta yatan patofizyoloji; T hücrelerini ve bunların dendritik hücreler ve keratinositler gibi doğal bağışıklığa ait hücrelerle olan etkileşimlerini içerir. Psoriasis yatkınlık genlerinin tanımlanması, hem doğal hem de edinsel bağışıklık sistemi için önemli bir role işaret etmiştir (2).

Psoriasis, genel olarak sağ kalımı etkilememesine rağmen, hastalar üzerinde kesinlikle çok sayıda olumsuz etkiye sahiptir ve yaşam kalitesine önemli ölçüde zarar verir (4). Psoriasis hastalarının yaşam kaliteleri, iskemik kalp hastalığı, diyabet gibi diğer kronik hastalıkları olanlarla benzer şekildedir veya onlardan daha fazla azalmıştır (5).

Psoriasis yüksek derecede morbidite ile ilişkilidir: hastalar kendi ciltlerinin görünümünden utanırlar ve ilaç yan etkileri gelişir (6). Buna ek olarak, psoriasisli hastalarda, diğer önemli tıbbi bozuklukları olan hastalarda olduğu gibi, istihdam ve gelir düzeylerinde azalma olmasının yanı sıra yaşam kalitesinde de azalma gözlenir (7,8).

Psoriasis, ataklar ve remisyonlar halinde kronik bir seyir izler ve lezyonlar hastaların görünür bölgelerinde de bulunur. Hastalar için yaşam boyu var olacak olan bu durumun hastaların anksiyete ve depresyon düzeylerini arttırdığı görülmektedir (9). Psoriasisli hastalar kendilerini damgalanmış hissetmektedir (10). Bu durum, hastaların %5'inden fazlasında depresyon ve intihar düşüncesine yol açan günlük işlev kaybına katkıda bulunmaktadır (11). Patolojik endişe ve kaygı, psoriasisli hastaların en az üçte birinde ortaya çıkar ve bu psikolojik sorunlar hastanın kişilerarası ilişkilerini ve günlük hayatını her yönüyle etkiler (12,13).

Literatürde psoriasis ve yaşam kalitesi ile ilgili yapılmış çalışmalar mevcuttur ve bu çalışmalarda psoriasisin yaşam kalitesini olumsuz etkilediği yönünde sonuçlar elde edilmiştir. Ancak psoriasis ve yaşam kalitesi ile ilgili bölgemizde yapılmış bir çalışma mevcut değildir. Bu

Çalışmamızda, bölgemizde yaşayan psoriasis hastalarında hastalık şiddetinin yaşam kalitesi üzerine olan etkisini değerlendirmeyi amaçladık.



2. GENEL BİLGİLER

2.1. Psoriasis

2.1.1. Tanım

Psoriasis; karakteristik lezyonu, keskin bir şekilde sınırlandırılmış eritemli, skuamli plak olan, kronik inflamatuvar bir cilt hastalığıdır. Plaklar lokalize olabilir ya da yaygın bir dağılım gösterebilir. İmmün aracılı, poligenik bir hastalık olan psoriasis; travma, enfeksiyonlar ve ilaçlar gibi çeşitli çevresel tetikleyici faktörlerle, yatkın bireylerde ortaya çıkabilir (2,6). Histolojik olarak, hiperkeratoz, parakeratoz, epiderminin akantozu, damarlarda dilatasyon ve dallanma artışı ve esas olarak lenfositlerden oluşan inflamatuvar bir infiltrat gözlenmektedir (2).

Psoriasis, hastaların %20-30'unda psoriatik artrit mevcut olduğu ya da gelişeceği sistemik bir hastalık sürecidir. Buna ek olarak, orta - ciddi psoriasisli hastalarda metabolik sendrom ve aterosklerotik kardiyovasküler hastalık için göreceli olarak artmış bir risk vardır (2). Psoriasis, hastaların yaşam kalitesi üzerinde de önemli bir etkiye sahiptir ve anketlere göre hastalar, mevcut tedavilerin sıklıkla etkili olmasına rağmen tatmin edici uzun vadeli bir çözüm sağlamadığını düşünmektedirler (1,2).

2.1.2. Tarihçe

Hipokrat ve okulunun (Milattan önce (MÖ) 460-377) birçok cilt hastalığını tanımladığı sınıflandırmada kuru, kepekli, ciltten kabarık olan hastalıklar "lopoi" başlığı altında gruplanmıştır. Bu grup muhtemelen psoriasis ve leprayı içeriyordu. MÖ 129 ile 99 yılları arasında, "psora" (kepeklenen, pullanan, döküntülü anlamına gelir) sözcüğü, ilk defa Galen tarafından bir cilt bozukluğunu tanımlamak için kullanılmıştır. 19. yüzyıla kadar psoriasis ile lepra birlikte sınıflandırılmıştır. Psoriasisin doğru tanımını yapan ilk kişi Robert Willan (1809) olmasına rağmen, Hebra (1841'de) psoriasisin klinik özelliklerini lepradan ayırmıştır. 1879'da, Heinrich Koebner cilt yaralanmalarında psoriatik plakların geliştiği fenomeni "psoriatik lezyonun yapay üretimi" olarak tanımlamıştır (2).

2.1.3. Epidemiyoloji

Çoğu derlemede, psoriasisin görülme sıklığının dünya nüfusunun %2'si olduğu bildirilmiş olmakla birlikte, Amerika Birleşik Devletleri ve Kanada'da, sırasıyla %4.6 ve %4.7 gibi yüksek prevalanslar bildirilmiştir. Bu, Afrikalılar, Afrikalı-Amerikalılar, Norveç Laponları ve Asyalılar'ın %0.4 ila %0.7'si arasındaki sıklıklarıyla tezat oluşturmaktadır (1).

Türkiye'de yapılan bir çalışmada dermatolojik hastalıklarda psoriasis insidansı %1.3 bulunmuştur (14). Trabzon ilinde yapılan bir çalışmada psoriasis prevalansı %1.1 olarak bildirilmiştir (15).

Brandrup ve Green, etkilenen bireylerin üçte ikisinde psoriasisin hafif düzeyde olduğunu, üçte birinde ise daha şiddetli tutulum olduğunu bildirmiştir (16). Psoriasisli büyük bir hasta grubunun (n=1728), % 79'unda tırnak değişiklikleri saptanmıştır (17). Farklı serilerde kutanöz psoriasisli hastaların %5-30'unun psoriatik artritlen etkilendiği görülmüştür (1).

Psoriasis, bebeklik döneminden itibaren herhangi bir yaşta ortaya çıkabilir. Birincisi 20-30 yaşlarında ve ikincisi 50-60 yaşlarında olmak üzere iki pik yaptığı bildirilmiştir. Hastaların yaklaşık %75'inde, hastalığın başlangıcı 40 yaşından önce olup (18-20), ve %35-50'sinde 20 yaşından öncedir. Hastalık aralıklı remisyonlarla kronik bir seyir izlerken hastalığın başlangıç yaşı, kadınlarda erkeklerden daha düşüktür. Epidemiyolojik bir çalışmada, hastaların %39'unun 1-54 yıl remisyon yaşadığı belirtilmiştir (20).

Avrupa'da, juvenil psoriasis için genel prevalans yaklaşık %0.7 bulunmuştur, 0 ila 9 yaş arasında %0.37-0.55 iken, 10-19 yaşlarında %1.01-1.37'ye yükselmiştir (8,21,22).

Ülkemizde plak psoriasis, çocuklarda hastalığın en sık görülen biçimidir ve onu guttat psoriasis izlemektedir. Çocukluk ve adolesan çağındaki dermatolojik hastalar arasındaki psoriasis insidansı %3.8 bulunmuştur (23). Tokat bölgesinde yapılan bir çalışmada çocukluk çağında psoriasis sıklığı %2.2 olarak saptanmıştır (24).

2.1.4. Etyopatogenezi

Sık görülen dermatozlardan biri olan psoriasisin etyopatogenezi, son dönemde üzerine birçok çalışma yapılmasına rağmen henüz tam olarak aydınlatılamamıştır. Hastalık, genetik yatkınlığı olan bireylerde, bazı çevresel faktörlerin, immün sistemde bozukluğa ve anormal keratinizasyona yol açtığı ve tipik kutanöz lezyonların ortaya çıktığı multifaktöriyel bir hastalık olarak tanımlanmaktadır. Bununla birlikte şimdiye kadar, psoriasisin tüm vakalarıyla tutarlı bir şekilde ilişkili olduğu tespit edilen tek bir genetik veya çevresel faktör bulunmamaktadır. Bu nedenle bazıları tarafından, psoriasisin farklı patolojik süreçlerin benzer sonuçlara veya kutanöz yanıtlara neden olduğu heterojen bir hastalık grubu olduğu düşünülmektedir (25).

Hastalığın T-lenfosit aracılı bir hastalık olduğu düşünülmüş olsa da sadece T-lenfositlerin değil beraberinde dendritik hücreler, mast hücreleri, makrofajlar, nötrofiller ve keratinositlerin de bulunduğu hücrelerin karmaşık ilişkileri sonucu ortaya çıktığı güncel ortak görüştür (26).

Psoriasis, T-lenfositler ve dendritik hücrelerin merkezi bir rol oynadığı kompleks bir immün aracılı hastalıktır. Tipik klinik bulgular olan eritem ve pullanma, hiperproliferasyon ve epidermisin anormal diferansiyasyonunun yanı sıra inflamatuvar hücre infiltratları ve vasküler değişikliklerin bir sonucudur.

Normal epidermisle karşılaştırıldığında, bu hiperproliferatif durum şu özelliklerle karakterize edilir:

- Epidermal kök hücre sayılarında artış
- DNA sentezi yapan hücre sayısında artış
- Keratinositler için kısalmış hücre döngüsü
- Epidermisin yenilenme zamanında azalma

Psoriatik derideki anormal diferansiyasyon, keratinlerin ekspresyonunda gecikme ve keratinlerin aşırı ekspresyonuyla karakterizedir (27).

Plazmosit ve miyeloid dendritik hücreler psoriasisde inflamasyonun gelişmesine önemli katkıda bulunurlar. Plazmositik dendritik hücreler tarafından üretilen interferon (IFN)-alfa, miyeloid dendritik hücrelerin aktivasyonunu uyarır, bu da T hücrelerinin aktivasyonu yoluyla adaptif immün yanıtta katkıda bulunur. Aktive myeloid dendritik hücreler tarafından üretilen IL-23

ve IL-12 sırasıyla Th17 ve Th1 hücrelerinin gelişimini uyarır. Th17 hücreleri psoriasisin patogeneğinde önemli bir rol oynar (28).

Keratinositler antimikrobiyal peptidlerin üretimi yoluyla sedef hastalığının başlangıcına katkıda bulunabilir. Epidermal hiperplazi, keratinosit aktivasyonunu ve proliferasyonunu uyararak sitokinler tarafından yönlendirilir (28).

Psoriasisin patogeneğinde immün sistemin önemini gösteren kanıtlar, hastalık için yeni tedavilerin geliştirilmesine katkıda bulunmaktadır. Lökositler ve sitokinler ile hedef etkileşim yoluyla etki gösteren biyolojik ajanların varlığı psoriasis tedavisinde önemli bir adım olmuştur. Buna ek olarak, yeni tedaviler, hastalığın immün patogeneğini anlamamıza katkıda bulunmaktadır (27).

2.1.5. Genetik Faktörler

Popülasyon çalışmalarına göre hastaların birinci ve ikinci derece akrabalarında psoriasis insidansı genel popülasyondan daha yüksektir. Genetik bir bileşenin bu bulguyu açıklayabileceği, dizigotik ikizlerde olduğu gibi, monozigotik ikizler arasında da psoriasis riskinin 2-3 kat daha fazla olduğu ikizler arasındaki hastalık uyumu çalışmalarıyla desteklenmektedir (20).

Psoriasisin kalıtım şekli karmaşıktır. Klasik genom düzeyinde bağlantı analizi ile, psoriasisle istatistiksel olarak anlamlı bağlantısı olan en az 9 kromozomal lokus tespit edilmiştir. Bu lokuslar Psoriasis susceptibility 1 ile 9 olarak adlandırılmıştır (*PSORS1*'den *PSORS9*'a kadar) (29). Psoriasisin majör genetik belirleyicisi *PSORS1*'dir (30), muhtemelen hastalığın kalıtım derecesinin %35 ila %50'sini oluşturur ve başlangıçtaki bulgu birden çok genom düzeyinde çalışmada tekrarlanmıştır. *PSORS1*, kromozom 6p üzerindeki majör histokompatibilite kompleks (MHC) içinde yer alır, HLA-B (human leukocyte antigen-B) sınıf I telomerik bölgesi içerisinde yaklaşık 220 kilobaz (kb) segmenti kapsar (6).

HLA'lar insan hücrelerinde yüzey antijenleridir ve HLA'ya karşılık gelen kromozomal bölge MHC olarak adlandırılır. Kromozom 6'nın kısa kolu (p) üzerinde bulunur (2).

Psoriasis HLA-Cw6 ile ilişkili olup, psoriasis gelişimi için göreceli risk, Kafkas popülasyonunda 13 iken Japonlar'da 25'tir. MHC sınıf I antijen işlemesine katılan bir

aminopeptidaz kodlayan ERAP1 geni, sadece HLA-Cw6 risk alleli taşıyan bireylerde psoriasis riski ile ilişkilidir (2).

2.1.6. Histopatoloji

Psoriatik lezyonların başlangıç lezyonu ve aktif lezyonu farklı histopatolojik özellikler gösterir.

Başlangıç lezyonunda, yani toplu iğne başı büyüklüğünde bir papülde histopatolojik özellikler henüz tanısal değildir. Dermis boyunca lenfosit ve makrofajların perivasküler yüzeyel infiltrasyonu, papiller ödem ve kapiller dilatasyon görülür. Mast hücre degranülasyonu, akut erüptif guttat lezyonların değişmez bir özelliğidir. Parakeratoz olmaksızın hafif epidermal akantoz vardır ve keratinositler şişmiş bir görünüme sahiptir. Makrofajlar (CD68 boyaması ile tespit edilir) ve lenfositler epidermiste fokal olarak bulunur ve epiderminin bazı spongiozları bu bölgelerde görülür. Bu erken evrede nötrofiller henüz tespit edilmemiştir (2).

Tam gelişmiş bir guttat lezyon veya büyüyen bir psoriatik plağın marjinal bölgesi aktif lezyon olarak tanımlanır. Aktif bir lezyondaki histopatolojik bulgular psoriasis için tanısaldır. Dermiste, kapiller sayısı ve uzunluğu artmış, kapillerler kıvrımlı bir görünüm almıştır. Lenfosit, makrofaj ve nötrofillerin olduğu perivasküler bir infiltrasyon vardır ve lenfosit ve nötrofiller epidermise göç etmiştir. Epidermis, nötrofillerin ve lenfositlerin fokal birikimiyle akantotiktir. Bu bölgelerde, epidermis değişken spongiotiktir. Bu odakların üstünde, granüler tabaka mevcut değildir ve stratum korneum hala düzleşmiş çekirdekler içerir (parakeratoz). Spongiotik püstül içindeki nötrofillerin birikimi, "Kogoj'un spongioform püstülü" ve parakeratozla çevrili, stratum korneumdaki nötrofil kalıntılarının birikimi, "Munro'nun mikroabsesi" olarak adlandırılır. Bu iki bulgu, sedef hastalığı ve akut generalize ekzantematöz püstülozis (AGEP) için patognomoniktir (2).

2.1.7. Tetikleyici Faktörler

Hem çevresel (doğrudan deri ile etkileşim halinde) hem de sistemik tetikleyici faktörler, genetik olarak yatkın bireylerde psoriasis neden olabilir.

2.1.7.1. Çevresel Tetikleyici Faktörler

Koebner fenomeni, diğer bir deyişle psoriatik lezyonların cildin yaralanmasıyla ortaya çıkması, psoriasis hastalarının yaklaşık % 25'inde görülür. Psöriatik lezyonlar aynı zamanda kutanöz hasarın diğer formları, örneğin güneş yanığı, morbilliform ilaç erüpsiyonu, viral ekzantem ile de tetiklenebilir. Travmadan yaklaşık 2-6 hafta sonra cilt lezyonları ortaya çıkar (2).

2.1.7.2. Sistemik Tetikleyici Faktörler

- Enfeksiyonlar (özellikle bakteriyel enfeksiyonlar, streptokok enfeksiyonları vs.),
- HIV enfeksiyonu,
- Endokrin faktörler (Hipokalsemi, D vitamini eksikliği, gebelik vs.),
- Psikojenik stres,
- İlaçlar (Lityum, interferonlar, β blokörler, antimalaryal ilaçlar vs.),
- Alkol tüketimi,
- Sigara,
- Obezite sistemik tetikleyici faktörler arasında sayılabilir (2).

2.1.8. Klinik Özellikler

Psoriasis farklı klinik formlarda, bir dizi cilt bulgusuyla ortaya çıkabilir. Herhangi bir zamanda, belirli bir kişide farklı varyantlar bir arada bulunabilir, ancak cilt lezyonlarının hepsi aynı önemli özelliklerini paylaşır: eritem, endurasyon (kalınlaşma) ve deskuamasyon (kepeklenme, pullanma). Lezyonun boyutu, küçük bir noktadan çapı 20 cm'nin üzerinde, ana hatları genellikle dairesel, oval veya polisiklik olan lezyona kadar değişkenlik gösterebilir. Psoriasisin klinik tipleri: kronik plak psoriasis, guttat psoriasis, eritrodermik psoriasis, püstüler psoriasis (jeneralize, palmoplantar) ve bazı spesifik bölgelerin tutulumu ile giden; saçlı deri, fleksural (invers), oral mukoza ve tırnak psoriasisidir (2).

2.1.8.1. Kronik Plak Psoriasis (Psoriasis Vulgaris)

Kronik plak psoriasis hastalığın en sık görülen tipi olup hastaların yaklaşık %80-90'ını oluşturmaktadır (2,31). Keskin sınırlı ve eritemli papuloskuamöz lezyonlarla karakterizedir (2). Sıklıkla saçlı deri, dirsek, diz ve sakral bölgeyi tutar. Tutulum; simetrik dağılım gösterir, sınırlı

lokalize hastalıktan vücut yüzey alanının çoğunluğunun tutulumuna kadar değişiklik gösterebilir. Ayrıca derideki katlantı bölgeleri (inverse psoriasis), kulak yolu, göbük, el ve ayak tabanı ve tırnak tutulumu da görülebilir (27).

Plaklar, çevresindeki normal derinin üzerinde, keskin sınırlarla çevrili, eritematözdür. Koyu tenli hastalarda, postinflamatuar hiperpigmentasyon belirgin bir özellik olabilir. Lezyonların üzerinde genellikle kalın, gümüş renginde bir pullanma, kepeklenme görülebilir. Bu kepeklenme banyo sonrası ve nemlendiricilerle geçici olarak görünmez hale gelebilir (27).

Kronik plak psoriasisli hastalarda, travma sonrası psoriatik lezyonların ortaya çıkması Koebner Fenomeni olarak adlandırılır (2,27).

2.1.8.2. Guttat Psoriasis

Guttat psoriasis, çok sayıda küçük psoriatik papül ve plağın aniden ortaya çıkması ile karakterizedir. Guttat ismi papül ve plakların çapının genellikle 1 cm'den küçük olmasından kaynaklanır (27). Daha yaygın olarak çocuklarda ve adolesanlarda görülür. Sıklıkla üst solunum yolu enfeksiyonunu (özellikle streptokok enfeksiyonu) takiben gelişir (2).

2.1.8.3. Eritrodermik Psoriasis

Eritrodermik psoriasis, jeneralize eritem ve pullanma ile karakterize, akut veya kronik ortaya çıkabilen, psoriasisin daha nadir görülen bir formudur (2,27).

2.1.8.4. Püstüler Psoriasis

Jeneralize Püstüler Psoriasis; klinik olarak eritem ve steril püstüllerle seyrederek. Histolojik olarak nötrofil infiltrasyonu hakimdir. Psoriasisin yaygın olmayan bir formu olup, gebelik, steroid kullanımı, hipokalsemi ve enfeksiyonlarla tetiklenebilir. Gebelikteki jeneralize püstüler psoriasis impetigo herpetiformis de denir (2). En şiddetli varyantı "von Zumbusch" tipi olup hayatı tehdit eden bir tablodur; aniden ortaya çıkan yaygın eritem, pullanma ve püstüllerle karakterizedir (27).

Palmoplantar Püstüler Psoriasis; el ve ayak tabanında steril püstüller ve beraberinde sarı-kahverengi maküller ile karakterizedir; pullu eritemli plaklar da görülebilir. Hastaların küçük bir kısmında vücudun farklı bölgelerinde kronik plak psoriasis de eşlik edebilir. Jeneralize püstüler psoriasisın doğal seyrinin aksine, bu formda püstüller palmoplantar yüzeylere lokalizedir ve hastalığın seyri kroniktir (2).

Akrodermatitis Continua of Hallopeau; psoriasisın nadir görülen bir formudur. Klinik olarak püstüller parmakların distal kısımlarında görülür (2).

2.1.8.5. Özel Tutulum Yerleri

Saçlı Deri Psoriasis: saçlı deri, psoriasisde en sık tutulan yerlerden biridir. Seboreik dermatitteki sınırları az belirgin alanların aksine, saçlı deri psoriasisinde lezyonlar tüm yüzeyi kaplamadığı sürece birbirinden ayrık olarak göze çarpar. Bununla birlikte bazen seboreik dermatiti psoriasisden ayırmak mümkün değildir ve iki bozukluk birlikte var olabilir (2).

Fleksural (İnvers) Psoriasis: parlak, pembe-kırmızı renkli, keskin sınırlı ve ince plaklarla karakterizedir. Tedavi edilmemiş kronik plak psoriasisde göre çok daha az pullanma vardır. Santral bir fissür sıklıkla görülür. En sık tutulan yerler aksiller, inguinal, intergluteal, inframamaryan bölgelerdir. Sadece fleksural bölgeler tutulduğunda "invers" psoriasis terimi de kullanılır. Lokalize dermatofit, kandidal veya bakteriyel enfeksiyonlar fleksural psoriasisde tetikleyebilir (2).

Tırnak Psoriasis: tırnak tutulumu serilerde %10 ila 80 arasında bildirilmiştir. El tırnakları ayak tırnaklarına göre çok daha sık tutulur (2).

2.1.9. Tanı

Psoriasis tanısı vakaların büyük bir çoğunluğunda klinik öykü ve fizik muayene ile konulabilir. Hastalar iyi sınırlı, inflame, üzerinde kaba pullanma ve kepeklenmenin eşlik ettiği kutanöz plaklarla başvuran bir hastada kronik plak psoriasis şüphesi uyanmalıdır (27).

Öykü ve Fizik Muayene: Kronik plak psoriasisinden şüphelenilen bir hastada; saçlı deri, tırnak ve anogenital bölgeyi de kapsayan tam dermatolojik muayene yapılmalıdır. Klasik keskin

sınırlı ciltten kabarık eritemli, skuamlı plakların yanı sıra saçlı deri, kulak, diz, dirsek, umbilikus veya tırnak tutulumu tanıyı destekleyen muayene bulgularıdır. Pozitif aile öyküsü, varsa intergluteal alanda ve diğer bölgelerde eşlik eden invers psoriasisın tanınması, Koebner fenomeni, kaşıntının az olması veya olmaması tanıyı destekleyen diğer bulgulardır (27).

Laboratuvar: Klinik öykü ve fizik muayene ile tanı konulamayan olgularda cilt biyopsisine ihtiyaç duyulur. Histolojik olarak psoriasise benzeyen yüzeysel fungal enfeksiyonları ayırt etmek için histopatolojik inceleme yapılır. Bunun dışında tanı koyduran veya tanıyı dışlamaya olanak sağlayan herhangi bir laboratuvar testi bulunmamaktadır (27).

2.1.10. Ayırıcı Tanı

Psoriasis ayırıcı tanısı klinik prezentasyona göre değişmektedir. Kronik plak psoriasis çeşitli dermatitik durumdan ayırt edilmelidir. Psoriasisle karışabilecek belli başlı bozukluklar; seboreik dermatit, liken simpleks kronikus, atopik dermatit ve numuler egzemadır (27):

Seboreik Dermatit: Seboreik dermatit genellikle üstü kepeklenen eritematöz yamasal lezyonlarla karakterizedir. Her iki hastalık da genellikle saçlı deri, kulaklar ve intertrijnoz bölgeleri tutar. Seboreik dermatitte tanıyı destekleyen klinik özellikler; intertrijnoz bölge dışında klasik olarak kaşlar, göğüs, nazolabial katlantılar ve postaurikuler bölgelerde tipik ince yağlı kepeklenmenin görülmesidir.

Atopik Dermatit: Atopik dermatit; kaşıntı gelişimi ile ilişkili, sıklıkla tahriş olmuş papüller ve eritem, hiperpigmentasyon ve kepeklenme gösterebilen yamasal lezyonlarla karakterize bir cilt hastalığıdır. Ciltte lokalize bölgelerde likenifikasyon (kalınlaşma) yaygındır. Psoriasisde görülen tipik kaba, kalın pullanma atopik dermatitte görülmez. İnfantlarda fasyal ve saçlı deri tutulumu görülürken, büyük çocuklarda ve yetişkinlerde fleksuraları tutmaya meyillidir.

Numuler Egzema: Numuler dermatit olarak da bilinir. Keskin sınırlı, çapı 1-10 cm arasında değişen, yuvarlak şekilli plaklar tipiktir. Plaklar, sıklıkla üzerini örten pullanma, kabuk ve küçük çatlaklar ile eritematözdür. Gövde ve ekstremiteler sıklıkla tutulan bölgelerdir. Yüz ve saçlı deri korunmuştur.

Yüzeysel fungal enfeksiyonlar: Yüzeysel fungal enfeksiyonlar (ör, tinea korporis, tinea pedis, kutanöz kandidiyazis) püstüllü veya püstülsüz eritematöz plaklarla gelebilir ve psoriasisle karıştırılabilir. Onikomikoziste görülen tırnak değişiklikleri de tırnak psoriasis ile benzerlik gösterir.

Psoriasis ayırıcı tanısında düşünülmesi gereken daha az yaygın hastalıklar; subakut kutanöz lupus eritatosus, pitriazis rubra pilaris, Norveç uyuzu ve kutanöz T hücreli lenfomadır. Psoriasis ayırıcı tanısında guttat psoriasis ve püstüler psoriasis de yer alır (27).

2.1.11. Eşlik Eden Hastalıklar

Psoriasis hastaları, birtakım eklem, göz hastalıklarına ve sistemik hastalıklara karşı artmış risk altındadır.

2.1.11.1. Psoriatik Artrit

Psoriatik artrit; ankilozan spondilit, reaktif artrit de içeren seronegatif spondiloartropatiler grubunda tanımlanan hastalıktır. Kutanöz psoriasis olan hastaların %5-30'unda psoriatik artrit ortaya çıktığı bildirilmektedir (6). Bazı klinik araştırmacılar psoriatik artrit ile ilgili yapılan klasik çalışmaların hastalığın gerçek prevalansını yansıtmadığını düşünmektedirler. Psoriatik artrit olan hastaların küçük bir grubunda (%10-15) psoriatik artrit semptomları cilt tutulumundan daha önce ortaya çıkmaktadır. Günümüzde psoriatik artrit tanısını koymak için spesifik bir serolojik test bulunmamaktadır. Radyografik olarak izlenen eroziv değişiklikler hastalığın önemli bir belirleyicisidir ancak hastanın periartiküler inflamasyon ile gelişinden yıllar sonra ortaya çıkar. Psoriatik artrit ciddi psoriasis olan hastalarda nispeten daha sıktır. Artrit prognozunu kötüleştiren bazı risk faktörleri vardır ki bunlar; erken başlangıç yaşı, kadın cinsiyet, poliartiküler tutulum, genetik yatkınlık, radyografik bulguların erken ortaya çıkmasıdır (32). Moll tarafından bir sınıflama yapılmıştır (33);

Mono ve Asimetrik Oligoartrit: El ve ayakların proksimal interfalangial eklem (PİF) ve distal interfalangial eklemlerinin (DİF) inflamasyonu ile giden tipi olup psoriatik artrit en sık görülen formudur. Tek parmakta PİF veya PİF ve DİF tutulumu, klasik sosis parmak görünümü ile sonuçlanır. Romatoid artrit aksine psoriatik artritte metakarpofalangial eklem (MKF) nadiren tutulur.

Distal İnterfalangial (DİF) Eklem Artriti: Tek başına DİF tutulumu psoriatik artritin yaygın olmayan bir klinik formudur. Bu varyant bitişik tırnak tutulumu ile devamlılık gösterebilir.

Romatoid artrit benzeri form: Klinik olarak küçük ve orta eklemlerin tutulduğu (öz. PİF, MKF, el bileği, ayak bileği ve dirsek) simetrik poliartrit şeklinde görülür. Hastalar genellikle seronegatifir ancak bazı hastalarda romatoid faktör pozitifdir. Klinik olarak romatoid artritten ayırt etmek zordur. Seropozitif hastalarda iki bozukluğun üst üste bindiği tartışmalıdır.

Artritis Mutilans: psoriatik artritin en nadir görülen varyantıdır. Eklemde destrüksiyon ve kalıcı deformitelere yol açan hızlı ilerleyici eklem enflamasyonu vardır. Parmaklar osteolize ve teleskop fenomenine bağlı olarak kısa, geniş ve palpasyonla yumuşak hale gelir.

Spondilit ve Sakroiliit: Spondilit ankilozan spondilite görülene benzemektedir. Sakroiliak eklem ve dizin tutulduğu aksiyal artrit görülür. Birçok hastada periferik eklem tutulumu da vardır. Bireyler genellikle HLA-B27 pozitifdir ve inflamatuvar barsak hastalığı ve/veya üveit eşlik edebilir (2).

Yumuşak doku enflamasyonunun yol açtığı entezit, tenosinovit ve daktilit psoriatik artritin yaygın görülen diğer bulgularıdır (27).

2.1.11.2. Sistemik Hastalık

Kardiyovasküler hastalıklar (örneğin; miyokard infarktüsü, pulmoner emboli, periferik arter hastalığı, serebrovasküler olay) şiddetli psoriasis olan hastalarda daha yaygın görülmektedir. Şiddetli psoriasis, üç kat artmış miyokard infarktüsü riski ve beklenen yaşam süresinde 3.4-4.4 yıl azalma ile ilişkilidir. Bu, büyük oranda artmış obezite, hipertansiyon ve diabetes mellitus (metabolik sendrom komponentleri) riskinden kaynaklanmaktadır (34–36). Psoriasis hastalarında serum C-reaktif protein (CRP) düzeyleri sağlıklı bireylere göre artmış olup bu artış kardiyovasküler hastalıklar için risk faktörüdür. Son yıllarda metotreksat ve/veya TNF- α inhibitörleri ile yapılan tedavinin, aterosklerotik kardiyovasküler hastalık riskini azaltabileceğini gösteren kanıtlar artmaktadır (37).

Nonalkolik steatohepatit; yağlı infiltrasyon, periportal inflamasyon ve fokal nekroz ile karakterize olup psoriasis hastalarında çok daha sık görülür. Kronik metotreksat tedavisi alan

psoriasis hastalarında hepatik hasara ilişkin önemli bir risk bulunmasına karşın, romatoid artritli hastalarda benzer metotreksat dozları böyle bir hepatotoksik potansiyel oluşturmaz. Bu farkın sebebi net bilinmemekle birlikte, genetik yatkınlık, psoriasis hastalarında artmış alkol tüketimi muhtemel birkaç açıklama olarak öne çıkmaktadır. Nonalkolik yağlı karaciğer hastalığının psoriasis hastalarında artmış insidansı da buna bağlı olabilir (2).

2.1.11.3. Göz Bulguları

Psoriasisli hastalarda; blefarit, konjonktivit, kserozis, korneal lezyonlar ve üveit gibi göz hastalıkları daha sık ortaya çıkabilir. Göz tutulumunun semptomları arasında; gözde rahatsızlık hissi, kirpiklerde kabuklanma ve dökülme, göz kapaklarında şişlik, kırmızı göz, görmeye değişiklikler ve göz kapaklarında psoriatik lezyonlar sayılabilir (27,38).

Psoriasisli hastalarda göz bozukluğu olan hastaların oranı net bilinmemektedir ve henüz psoriasisli hastalarda göz tutulumunun taranmasına ilişkin kılavuz yayınlanmamıştır (27,38).

2.1.12. Hastalık Şiddetinin Tanımlanması

Psoriasisli hastalarda hastalık şiddetini değerlendirmek için çok yönlü bir yaklaşım gereklidir. Ancak şu anda hastalık şiddetini tüm yönleriyle tek başına değerlendirebilecek bir yöntem bulunmamaktadır (39,40).

Psoriasis şiddetinin tanımlanmasında en çok kullanılan ölçeklerden biri, tutulan vücut alanına göre lezyonların eritem, skuamasyon ve endurasyon derecelerini değerlendiren Psoriasis Alan Şiddet İndeksi (PAŞİ)'dir. PAŞİ kronik plak tip psoriasisli hastaların şiddetinin değerlendirilmesinde kullanılan güvenilir ve tekrar edilebilir bir skorlama yöntemidir (39–41).

Hekimin global değerlendirmesi (Physician Global Assessment- PGA) ve vücut yüzey alanı (VYA) hastalık şiddetini değerlendirmede kullanılan diğer yöntemlerdir. Günümüzde hastalık şiddetinin değerlendirilmesinde hastalığın yaşam kalitesine belirgin etkisinden dolayı yaşam kalitesi ölçekleri de kullanılmaktadır. Dermatoloji Yaşam Kalite İndeksi (DYKİ) de hastalık şiddetinin tanımlanmasında sık kullanılan ölçeklerden biridir (39–41).

Psoriasis şiddeti şu şekilde tanımlanabilir (39,42):

Hafif Plak Psoriasis: VYA ≤ 10 / PAŞİ ≤ 10 / PGA ≤ 2 ve DYKİ ≤ 10

Orta-Şiddetli Plak Psoriasis: VYA ≤ 10 / PAŞİ ≤ 10 / PGA > 2 ve DYKİ > 10

Günümüzde hastalık şiddetinin değerlendirilmesinde PAŞİ altın standart olarak kabul edilmektedir (43–46).

2.1.12.1. Psoriasis Alan Şiddet İndeksi (PAŞİ)

PAŞİ’de lezyonların şiddeti ile vücutta tutulan alan yüzdesi birlikte değerlendirilir. Lezyonların eritem (E), endurasyon (I) ve deskuamasyon (D) şiddetleri 0 ile 4 arasında derecelendirilir. Lezyon şiddetine göre değerlendirme parametreleri Tablo-1’de gösterilmiştir. Bu skorlamaya göre 0=yok, 1=hafif, 2=orta, 3=şiddetli, 4=çok şiddetli tutulumu ifade eder.

Tablo-1: PAŞİ Lezyon Şiddeti Parametreleri (47)

Şiddet skoru	Eritem	Endurasyon	Deskuamasyon
0	Yok	Yok	Yok
1	Açık kırmızı	Hafif fakat dokunmakla var	İnce kepek, bazı lezyonlar kısmen örtülü
2	Kırmızı fakat koyu değil	Kenarları kolaylıkla palpe edilebilir	Kaba, ince kepekler, lezyonların çoğu örtülü
3	Koyu kırmızı	Sert, keskin kenarları ile kesinlikle kabarık	Kaba, kalın kepekler, neredeyse tüm lezyonlar örtülü
4	Çok kırmızı	Çok sert, keskin kenarları ile daha kabarık	Çok kalın kepek, tüm lezyonlar örtülü

PAŞİ hesaplanırken baş (h), üst ekstremiteler (u), gövde (t), alt ekstremiteler (l) olmak üzere dört bölgede, tutulan vücut yüzey alanı (A); %10’un altında 1, %10-29 arasında 2, %30- 49 arasında 3, %50-69 arasında 4, %70-89 arasında 5, %90- 100 tutulum ise 6 olarak derecelendirilir.

PAŞİ=

$$0.1 \times (Eh+Ih+Dh) \times Ah+$$

$$0.2 \times (Eu+Iu+Du) \times Au+$$

$$0.3 \times (Et+It+ Dt) \times At+$$

$$0.4 \times (El+Il+Dl) \times Al$$

baş

üst ekstremiteler

gövde

alt ekstremiteler

Yukarıdaki formüle göre alan skoru (A), onu temsil eden vücut katsayısı baş için 0.1, üst ekstremiteler için 0.2, gövde için 0.3 ve alt ekstremiteler için 0.4 ile ve ilgili alandaki eritem, endurasyon ve deskuamasyon skorlarının toplamı ile çarpılır. Her vücut alanı için ayrı şiddet değerlerinin toplamı ile PAŞİ skoru elde edilir. PAŞİ skoru minimum 0, maksimum 72'dir (41,43,45,48).

2.1.13. Tedavi

Psoriasis tedavisi seçenekleri arasında topikal tedavi, fototerapi, klasik sistemik tedavi, biyolojik tedaviler ve kombinasyon tedavileri sayılabilir. Hafif plak tip psoriasis tedavisinde topikal tedavi veya dirençli durumlarda fototerapi kullanılır. Orta-şiddetli plak tip psoriasis ise klasik sistemik tedaviler, biyolojik tedaviler veya kombinasyon tedavileri kullanılır (39).

2.1.13.1. Topikal Tedavi

Psoriasisli hastaların %70-80'i sınırlı/lokalize hastalığa sahip olup bu hastaların tedavisinde tek başına topikal tedavi yeterli olmaktadır (49-51). Bu nedenle hastaların büyük bir kısmında kullanılan en yaygın tedavi şekli topikal tedavidir. Lokalize ve hafif şiddette psoriasis kortikosteroidler ve beraberinde D vitamini analogları (kalsipotriol, kalsitriol ve takalsitol) ilk tedavi seçeneğidir (2,49,50,52,53). Kalsipotriol-betametazon propionat; kortikosteroidler ve D vitamini analoglarını tek preparatta toplayan bir ilaçtır (49).

Bir retinoid türevi olan tazaroten, kalsinörin inhibitörlerinden olan takrolimus ve pimekrolimus, topikal keratolitik olan salisilik asit kullanılan topikal preparatlardandır. Psoriasis hastalarında günlük deri bakımının bir bileşeni olarak önerilen nemlendiriciler, gebelik ve laktasyondaki hafif şiddette psoriasis tedavisinde topikal kortikosteroidlerle birlikte ilk seçenek olarak

gösterilmektedir (53,54). Psoriasisın topikal tedavisinde uzun yıllar boyunca ilk seçeneklerden biri olan antralin, kozmetik nedenlerle yerini artık daha kabul edilebilir ilaçlara bırakmıştır (49).

2.1.13.2. Fototerapi

Orta ve şiddetli psöriazis tedavisinde önemli bir yere sahiptir. Dar band ultraviyole B (dbUVB, 311-313 nm), ultraviyole B (UVB,290-320 nm), psoralen ultraviyole A (PUVA,320-400 nm) psoriasisde kullanılan fototerapi yöntemleridir. Dar band ultraviyole B günümüzde kullanılan optimal fototerapi yöntemidir. 308 nm Excimer lazer, lokalize hastalığı olan hastalarda sınırlı sayıda plak varlığında kullanılabilir (2).

2.1.13.3. Klasik (Geleneksel) Sistemik Tedavi

Klasik sistemik tedavi seçenekleri arasında, metotreksat, siklosporin ve asitretin en sık kullanılan ilaçlardır.

Bir folik asit analogu olan metotreksat; ciddi, tedaviye dirençli, orta-şiddetli kronik plak tip psoriasisın yanı sıra püstüler, eritrodermik tip psoriasisde ve psoriatik artrit tedavisinde kullanılmaktadır (55,56).

İmmünsüpresyon sağlayan ve oral yolla kullanılan bir kalsinörin inhibitörü olan siklosporin; psoriasis tedavisinde ilk kez 1979 yılında kullanılmaya başlanmış ancak psoriasisde tedavi onayı 1990'lı yılların başında verilmiştir (57,58).

Retinoidler A vitamininin (retinol) metabolitleri ve sentetik analoglarıdır. Psoriasisde ilk kullanılan retinoid etretinatır. Asitretin etretinatın aktif metaboliti olup ülkemizde psoriasisde kullanılan tek retinoiddir (59).

2.1.13.4. Biyolojik Tedavi

Biyolojik ajanlar; klasik sistemik tedavi veya fototerapi gibi sistemik tedavilere yanıt vermeyen, bu tedavilerin kontrendike olduğu veya tolere edilemediği orta ve şiddetli plak psoriasis, stabil olmayan psoriasis ve psoriatik artritli hastaların tedavisinde kullanılırlar (60–62).

Ülkemizde psoriasis tedavisinde biyolojik ajan olarak TNF-alfa inhibitörlerinden olan adalimumab, infliksimab ve etanersept ve interlökin-12/23 yolu inhibitörü olan ustekinumab kullanılmaktadır (60).

Sekukinumab ve apremilast, Avrupa İlaç Ajansı tarafından onay almış olup ülkemizde onay aşamasındadır (63).

2.2. Yaşam Kalitesi

Sağlık, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından "yalnızca hastalık ve sakatlığın olmayışı değil, bedensel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik hali" olarak tanımlanmıştır (World Health Organization, 1948). Bu tanıma göre sadece bedensel sağlıkla ilgili bir sorununun olmaması kişiye sağlıklı diyebilmek için yeterli değildir. Sağlık; fiziksel, ruhsal ve sosyal yönleriyle çok boyutlu bir açıdan ele alınmalıdır.

Yaşam kalitesi, "yaşama ilişkin olumlu ve olumsuz olayların ve gelişmelerin subjektif değerlendirmelerini içeren geniş ve çok boyutlu bir kavram" olarak tanımlanmaktadır (64).

Yaşam kalitesi kavramı, başlangıçta geleneksel sağlık kavramları ve işlevsel durumlar için yararlı bir yardımcı öge olarak düşünülmüştür. Bu nedenle ideal bir sağlık değerlendirmesi; kişinin fiziksel sağlığının, fiziksel, sosyal ve psikolojik işlevselliğinin ve yaşam kalitesinin ölçümünü içermelidir. Böyle bir değerlendirme, yaşamın fiziksel, psikolojik, sosyal ve ruhsal alanlarının kilit ögelerini kapsar (65).

Bundan otuz yıl öncesinde; klinik araştırmalarda yaşam kalitesi (YK), sağlık durumu ve fonksiyonel durum ölçümlerine ilgi artmış olmakla birlikte, araştırmanın genel odak noktasını geleneksel mortalite ve morbidite ölçümleri oluşturmaktaydı. Yaşam kalitesi değerlendirmesi; diğer veriler toplandıktan sonra genellikle sonradan düşünülerek eklenirdi. Yaşam kalitesi tıbbi ve sağlık literatüründe henüz iyi kavramsallaştırılmamıştı ve klinik araştırmacılar yaşam kalitesinin en iyi ölçüm yöntemini aramaktaydılar. Yaşam kalitesinin klinik önemi ve duyarlılığı hakkında bilgi eksikliği ve avantajlarıyla ilgili belirsizlikler, gelişmiş ölçümlerin kullanılmasına engel teşkil etmekteydi (66).

Tam olarak tanımlanması zor olmasına rağmen, yaşam kalitesi çoğu insan için doğal bir anlam taşır. Genel yaşam doyumunu etkileyen geniş kavramlar; sağlık, yeterli konut, istihdam, kişi ve aile güvenliği, karşılıklı ilişkiler, eğitim ve eğlence arayışlarını içerir. Sağlık hizmetleri ile ilgili konularda YK özellikle sağlık veya hastalıktan en çok etkilenen yaşam kaygılarına yönelik uygulanmıştır, böylece "sağlıkla ilgili yaşam kalitesi" terimi ortaya çıkmıştır (66,67).

2.2.1. Sağlıkla İlişkili Yaşam Kalitesi (SİYK)

SİYK, kişinin tıbbi bir durum veya bu tıbbi durumun tedavisinden etkilenen, fiziksel, duygusal ve sosyal iyilik derecesi olarak tanımlanır (68).

SİYK kavramı genel YK kavramından ortaya çıkmış ve sağlık durumunu doğrudan etkileyebilen veya sağlık durumundan doğrudan etkilenen yaşam kalitesi yönlerine daha fazla odaklanmıştır. Bu yönler; hastalık semptomları ve tedavi yan etkileri, tedavi memnuniyeti, fiziksel işlevsellik ve iyilik hali, sosyal işlevsellik ve yaşam doyumunu, duygusal iyilik hali ve bilişsel işlevler de dahil olmak üzere ruh sağlığını içerebilir. SİYK tipik olarak; gelir, finansal kaynaklar, beslenme ve hava kalitesi gibi çevre koşulları, iklim, siyasi ve kişisel özgürlükler, kamu güvenliği (suç) gibi daha geniş kapsamlı olan YK ile ilişkili alanları içermez. Bazı araştırmacılar, bu daha geniş YK alanlarından bazılarını ve bunların SİYK ile olan ilişkisini incelemeye başlamıştır (67).

SİYK ilk olarak kanser hastalarında değerlendirilmiştir. Karnofsky ve Burchenal 1949 yılında kanser hastalarının işlevsel performansını nicel olarak değerlendirmek için klinik bir ölçek geliştirmişlerdir. Bu gelişme SİYK'nin onkolojik ve tıbbi alanda kullanımına temel oluşturmuştur (67,69,70).

Tarihsel olarak, sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi araştırmaları tanımlayıcı bir düzeyde gerçekleştirilmiş; hastalığın ve tedavinin, çeşitli hasta popülasyonlarının fiziksel, işlevsel, psikolojik ve sosyal sağlığı üzerindeki etkisi hakkında zengin veri sağladığı görülmüştür. Son zamanlarda, özellikle kronik hastalıklarda, tıbbi müdahalelerle ilgili klinik araştırmalara psikososyal ya da "yaşam kalitesi" ölçüm sonuçlarını dahil etme konusunda giderek artan bir ilgi vardır (71).

2.2.2. Dermatolojide Yaşam Kalitesi

Deri hastalıkları çoğu zaman hayatı tehdit etmemesine rağmen, hayatı tehdit eden hastalıkların oluşturduğu gibi yaşam kalitesine bir dizi etkide bulunabilirler. Sadece deri hastalığının şiddetini yansıtmayan bu etkiler, psikolojik stres, utanç, damgalanma ve fiziksel rahatsızlığı içerebilir. Zamanla bu durum, duygusal iyilik, sosyal işlevsellik, işte veya okulda verimlilik ve öz bakım faaliyetlerinde önemli düşümlere yol açabilir. Deri hastalıklarına özgü; cilt kokusu, kepeklenme, pullanma, banyo yapma ve giyinmede kısıtlanma ve dış görünüşte değişiklik gibi etkiler düşünüldüğünde durum daha da karmaşık hale gelir (72).

2.2.3. Psoriasisle İlişkili Yaşam Kalitesi

Psoriasis vücudun görünür bölgelerinde lezyonların olması, ataklarla tekrarlayıp yaşam boyu devam etmesi ve kozmetik kaygılara yol açması nedeniyle kişilerin yaşam kalitesini önemli ölçüde etkilemektedir (73). Bu özellikleri nedeniyle psoriasis yaşam kalitesinin en çok araştırıldığı cilt hastalığıdır (74).

Yakın zamana kadar, psoriasisle hastalık şiddeti sadece lezyonların şiddetiyle değerlendirilmekteydi. Son yıllarda, hastaların hastalığı algılama biçimleri, hastalığın ve tedavinin psikososyal etkileri ve hastalığın yaşam kalitesi üzerine etkileri de hastalık şiddetinin değerlendirilmesinde önem kazanmıştır (75).

Psoriasisli hastalarda yaşam kalitesini değerlendirmek amacıyla; genel ölçekler (Kısa Form-36, Hastalık Etki Profili, Nottingham Sağlık Profili), dermatolojik hastalıklara özgü ölçekler (Dermatoloji Yaşam Kalite Ölçeği, Skindex-29) ve psoriasisle özgü ölçekler (Psoriasis Yetiştirim İndeksi, Psoriasis Yaşam Stres Envanteri, Salford Psoriasis İndeksi) kullanılabilir (74).

Geliştirilen bu ölçekler yabancı dillerde geliştirilmiş olup Türkçe’de geçerlilik ve güvenilirliği gösterildikten sonra ülkemizde kullanılmaktadır, ancak kültürel adaptasyon önemlidir (74,76). Her ne kadar Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği gösterilse de kültürel ve toplumsal farklar nedeniyle uyumsuzluklar ortaya çıkabilir ve atlanan bazı sorunlar olabilir. Bu durum göz önünde bulundurularak İnanır ve ark. tarafından ülkemiz koşullarına uygun, Türkçe olarak Psoriasis Yaşam Kalite Ölçeği (PYKÖ) geliştirilmiştir (74).

2.2.3.1. Psoriasis Yaşam Kalite Ölçeği (PYKÖ)

Psoriasis Yaşam Kalite Ölçeği (PYKÖ) 17 sorudan oluşmaktadır. Bu ölçekteki sorular psoriasis nedeniyle ortaya çıkan psikososyal olumsuzluklar, günlük yaşamdaki zorluklar ve tedaviyle ilgili sıkıntılar alt başlıkları altında toplanmaktadır. Giysi seçimi, saç kesimi, iş bulma ve toplu yerlere gitmekten çekinme ile ilgili maddeler günlük yaşama ilişkin zorlukları, topikal tedavilerin uygulama zorluğu, ilaç yan etkileri ve ilaç maliyetiyle ilgili maddeler tedaviyle ilgili sıkıntıları ve geri kalan sorular ise psoriasis nedeniyle ortaya çıkan psikososyal olumsuzlukları sorgulamaktadır.

Her soruya hastalar tarafından "evet" ya da "hayır" şeklinde yanıt verilir, eğer yanıt "evet" ise bu durumdan etkilenme derecesi "hiç", "biraz", "oldukça" ve "çok" şeklinde ve sırasıyla "0", "1", "2" ve "3" puan verilir. Likert (77) tipi bir skala ile skorlanır. Tüm puanların toplanması ile toplam ölçek puanı hesaplanır. Ölçek puanı 0 (en iyi puan) ve 51 (en kötü puan) arasında değişmektedir. Yüksek ölçek puanı hastalığın yaşam kalitesini daha olumsuz etkilediğini göstermektedir (74).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

Kesitsel tipte planlanan "Psoriasis Tanılı Hastalarda Hastalık Şiddetinin Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi" başlıklı çalışmamız için Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu'nun 03.11.2016 tarih, 10 no'lu oturum ve 02 sayılı kararı ile Etik Kurul Onayı alındı.

Çalışmamıza; 1 Kasım 2016 ila 1 Mart 2017 tarihleri arasında Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Deri ve Zührevi Hastalıkları ve Aile Hekimliği Polikliniği'ne başvuran, klinik ve/ veya histopatolojik olarak psoriasis tanısı almış olan 100 hasta dahil edilmiştir. Hastalardan "Hasta Bilgilendirilmiş Olur Formu" nu onaylayanlar çalışmaya alındı. Hasta Bilgilendirilmiş Olur Formu Ek-1'de gösterilmiştir. On sekiz yaşından küçük olan, hastalık süresi 6 aydan kısa olan ve dil problemi nedeniyle iletişim kurulamayan hastalar çalışmaya dahil edilmedi.

Hastaların sosyodemografik özellikleri (yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumu) kaydedildi. Sosyodemografik veri formu Ek-2'de gösterilmiştir. Ayrıca gebelik durumu, çocuk sayısı, sigara/ alkol/ madde kullanımı sorgulandı.

Hastalığın başlangıç yaşı, ne kadar süredir mevcut olduğu, hastanın daha önce aldığı tedaviler, mevcut tedavisi ve aile öyküsü sorgulandı. Psoriasis tipi, lezyonların vücudun açıkta kalan bölgelerinde yer alıp almadığı, eklem tutulumu ve tırnak tutulumunun varlığı araştırıldı. Eşlik eden hastalık varlığı ve ek ilaç kullanıp kullanmadığı kaydedildi.

Çalışmaya alınan her hastanın sistemik ve dermatolojik muayeneleri yapıldı ve bulguları kaydedildi. Hastalara ek bir tetkik veya girişimsel işlem uygulanmadı.

Hastalık şiddetinin belirlenmesinde Psoriasis Alan Şiddet İndeksi (PAŞİ) kullanıldı. Hastaların mevcut lezyonlarının eritem, endurasyon ve deskuamasyon derecelerine ve baş, gövde, üst ekstremiteler ve alt ekstremiteler olmak üzere dört vücut alanının tutulum yüzdesine göre PAŞİ skoru (minimum:0, maksimum:72) hesaplanarak kaydedildi.

Yaşam kalitesini değerlendirmek amacıyla İnanır ve ark. tarafından geliştirilen, geçerlilik ve güvenilirliği gösterilen 17 soruluk Psoriasis Yaşam Kalite Ölçeği (PYKÖ) kullanıldı. Bu ölçekteki sorular psoriasis nedeniyle ortaya çıkan psikososyal olumsuzluklar, günlük yaşamdaki zorluklar ve tedaviyle ilgili sıkıntılar alt başlıkları altında toplanmaktaydı. Giysi seçimi, saç

kesimi, iş bulma ve toplu yerlere gitmekten çekinme ile ilgili maddeler günlük yaşama ilişkin zorlukları sorgularken, 15., 16. ve 17. sorular tedaviyle ilgili sıkıntıları, 1-5., 8., 10. ve 12-14. sorular ise psoriasis nedeniyle ortaya çıkan psikososyal olumsuzlukları sorgulamaktaydı. Her soruya hastalar tarafından "evet" ya da "hayır" şeklinde yanıt verildi, eğer yanıt "evet" ise bu durumdan etkilenme derecesi "hiç", "biraz", "oldukça" ve "çok" şeklinde Likert (77) tipi bir skala ile derecelendirildi ve sırasıyla "0", "1", "2" ve "3" puan verildi. 17 sorunun yanıtlarına göre verilen puanların toplanmasıyla, 0 (en iyi puan) ve 51 (en kötü puan) arasında değişen toplam ölçek puanı hesaplandı. Ölçek alt gruplarının (psikososyal olumsuzluklar, günlük yaşamdaki zorluklar ve tedaviyle ilgili sıkıntılar) soru sayıları farklı olduğu için, alt gruba ait sorulara verilen yanıtların ortalamaları alınarak PYKÖ alt grup ortalama skorları belirlendi (74). PYKÖ anket formu Ek-3'te gösterilmiştir.

Hastaların sosyodemografik verileri ve klinik özellikleri ile PAŞİ, PYKÖ ve PYKÖ alt grup ortalama skorları karşılaştırıldı. PAŞİ ile PYKÖ ve PYKÖ alt grup ortalama skorları arasındaki korelasyon değerlendirildi.

3.1. İstatistiksel Analiz

İstatistiksel analizler için Windows uyumlu IBM SPSS 23.0 (Chicago, USA) paket programı kullanıldı.

Demografik verilerin analizinde frekans analizi kullanıldı. Normallik analizi için Kolmogorov-Smirnov testi kullanıldı. Normal dağılım gösteren veriler için parametrik, normal dağılmayan veriler için parametrik olmayan analizler kullanıldı. İkili grup karşılaştırmalarında; normal dağılan sürekli verilerde Student - t Testi, normal dağılmayan verilerde Mann-Whitney U Testi kullanıldı. İki'den fazla grup içeren sürekli verilerin karşılaştırmalarında ise Tek-Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) kullanıldı. Grup içi ikili karşılaştırmalarda Post-Hoc olarak Bonferroni testi kullanıldı. Çalışılan parametrelerin birbiriyle ilişkisini değerlendirmek için Pearson korelasyon analizi kullanıldı.

Bütün veriler ortalama \pm standart sapma (SD) olarak hesaplandı. $p < 0.05$ anlamlı olarak kabul edildi.

4. BULGULAR

Çalışmamıza Harran Üniversitesi Deri ve Zührevi Hastalıkları ve Aile Hekimliği Polikliniği'ne başvuran 59'u (%59) erkek, 41'i (%41) kadın 100 psoriasis hastası dahil edildi.

Hastaların yaşları 18-69 arasında değişmekte olup, yaş ortalamaları erkeklerde 36.5, kadınlarda 34.7 olmak üzere, genel olarak 35.8 olarak tespit edilmiştir. Yine hastalığın ortalama başlangıç yaşı erkeklerde 25.3, kadınlarda 23.7 olmak üzere, ortalama 24.7 olarak saptanmıştır. Hastalık süresi erkeklerde 11.0, kadınlarda 10.6 olmak üzere, genel olarak ortalama 10.8 (yıl) olarak saptanmıştır. Hastaların PAŞİ skoru ortalaması, erkeklerde 15.5, kadınlarda 12.6 olmak üzere ortalama 14.3 ± 10.1 olarak saptanmıştır.

Hastaların 33'ü bekar, 67'si evliydi. Evli hastaların sahip olduğu çocuk sayıları 0-11 (ort: 4.5 ± 2.7) arasında değişmekteydi.

Hastalar eğitim durumları açısından ele alındığında, 100 hastadan 2 si okuryazar değildi. 22 hasta okuryazar, 30 hasta ilkököl mezunu, 12 hasta ortaokul mezunu, 22 hasta lise mezunu ve 12 hasta üniversite mezunu idi.

Hastaların 40'ı aktif olarak bir işte çalışırken, 44'ü herhangi bir işte çalışmıyordu. Hastaların 6'sı emekli, 10'u öğrenciydi. İstatistiksel değerlendirme kolaylığı açısından emekli ve öğrenciler çalışmayan gruba dahil edildi (Sosyodemografik özelliklere (yaş, cinsiyet, medeni hal, eğitim ve çalışma durumu) ait veriler Tablo-2'de gösterilmiştir).

Hastaların 43'ünde sigara kullanımı mevcuttu. Günlük sigara sayısı ortalama 18.83 ± 11.78 , ortalama sigara kullanım süresi 16.92 ± 11.25 olarak hesaplandı (Sigara kullanımına ait veriler Tablo-3'te gösterilmiştir).

Sigara kullanan hastaların günde içilen sigara sayısı ve toplam sigara içilen süresinin PAŞİ ve PYKÖ skorları ile korelasyonu istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı ($p > 0.05$).

Hastaların hiçbirinde alkol ve madde kullanımı yoktu.

Hastaların 34'ünde (%34) aile öyküsü pozitif.

Tablo-2: Sosyodemografik Veri Dağılımı

	ALT GRUP	HASTA SAYISI	MİN-MAKS	ORT±SD
YAŞ	18-29	40	18-69	35.81±14.16
	30-39	23		
	≥40	37		
		Hasta Sayısı	Hasta Sayısı (%)	
CİNSİYET	Kadın	41	%41	
	Erkek	59	%59	
MEDENİ HAL	Evli	67	%67	
	Bekar	33	%33	
EĞİTİM DURUMU	Okuryazar	22	%22	
	Okuryazar Değil	2	%2	
	İlkokul	30	%30	
	Ortaokul	12	%12	
	Lise	22	%22	
	Üniversite	12	%12	
ÇALIŞMA DURUMU	Çalışıyor	40	%40	
	Çalışmıyor	50	%50	
	Öğrenci	10	%10	

Psoriasis dışında ek hastalığı bulunan 24 hasta, bulunmayan 76 hasta mevcuttu. Ek hastalıklardan Diabetes Mellitus (DM)'u olan 8, hipertansiyonu (HT) olan 9, kardiyovasküler hastalığı (KVH) olan 2, astım/ Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH) olan 4, kronik hepatiti olan 5, diğer hastalığı olan 3 hasta vardı. Psoriasis dışındaki hastalığıyla ilgili ek ilaç kullanan 20 hasta, ek ilaç kullanmayan 80 hasta vardı (Ek hastalık varlığı ve ek ilaç kullanımına ait veriler Tablo-4'te gösterilmiştir).

Tablo-3: Sigara Kullanımına Ait Veriler

	ALT GRUP	HASTA SAYISI	HASTA SAYISI (%)
SİGARA KULLANIMI	İçen	43	%43
	İçmeyen	57	%57
		min-maks	Ort±SD
	Günde İçilen Sigara Sayısı (adet)	1-50	18.83±11.78
	Toplam Sigara İçilen Süre (yıl)	1-45	16.92±11.5

Tablo-4: Ek Hastalık Varlığı ve Ek İlaç Kullanımına Ait Veriler

	ALT GRUP	HASTA SAYISI	HASTA SAYISI (%)
EK HASTALIK	DM	8	%8
	HT	9	%9
	KVH	2	%2
	Astım/KOAH	4	%4
	Kronik Hepatit	5	%5
	Diğer Hastalıklar	3	%3
EK İLAÇ KULLANIMI	Var	20	%20
	Yok	80	%80

Hastalığın başlangıç yaşı 1-63 (ort: 24.71±13.77) arasında değişmekteydi. Hastalığın süresi 6 ay-35 yıl (ort: 10.89±8.82 yıl) arasında değişmekteydi (Hastalık süresi ve hastalığın başlangıç yaşına ait veriler Tablo-5'te gösterilmiştir).

Hastaların önceki tedavi süreleri 6 ay-5 yıl (ort: 1.2±1.17) arasında değişmekteydi. Önceden sadece topikal tedavi alan 42 kişi vardı. Topikal tedavinin yanında; fototerapi alan 6 kişi, klasik sistemik tedavi alan 31 kişi, biyolojik tedavi alan 4 kişi, kombine tedavi alan 17 kişi mevcuttu. Hastaların mevcut tedavilerine bakıldığında sadece topikal tedavi alan 41 kişi vardı.

Topikal tedavinin yanında; fototerapi alan 14 kişi, klasik sistemik tedavi alan 26 kişi, biyolojik tedavi alan 11 kişi, kombine tedavi alan 4 kişi mevcuttu (Önceki tedaviler ve mevcut tedavilerine ait veriler Tablo-6’da gösterilmiştir).

Tablo-5: Hastalık Süresi ve Hastalığın Başlangıç Yaşlarına Göre Dağılım

	ALT GRUP	HASTA SAYISI	min-maks	ORT±SD
HASTALIK SÜRESİ	≤5 yıl	36	6 ay-35 yıl	10.88±8.83
	6-10 yıl	22		
	≥11 yıl	42		
HASTALIĞIN BAŞLANGIÇ YAŞI	≤20	43	1-63 yaş	24.71±13.77
	20-49	50		
	≥50	7		

Hasta grubumuzda en sık görülen klinik tip kronik plak tipi (n=83) olurken, ikinci sıklıkta guttat tip psoriasis (n=10) izlendi. Bunların dışında 3 hastada palmoplantar, 2 hastada saçlı deri psoriasis, 2 hastada ise eritrodermik tip psoriasis olduğu görüldü. Tırnak tutulumu olan 39 hasta, eklem tutulumu olan 5 hasta mevcuttu. Doksan bir hastanın yara bölgesi açıkta iken, 9 hastanın yara bölgesi giysilerle kapalı bölgedeydi (Klinik bulgulara ait veriler Tablo-7’de gösterilmiştir).

Tablo-6: Önceki ve Mevcut Tedavilere Ait Veriler

Alt Grup	Önceki Tedavi	Mevcut Tedavi
Topikal Tedavi	42	41
Topikal Tedavi + Fototerapi	6	14
Topikal Tedavi + Klasik Sistemik Tedavi	31	26
Topikal Tedavi + Biyolojik Tedavi	4	11
Kombine Tedavi	17	4

Tablo-7: Psoriasisle İlişkili Klinik Veriler

	Alt Grup	Hasta Sayısı	Hasta Sayısı (%)
Psoriasis Tipi	Plak	83	%83
	Guttat	10	%10
	Palmoplantar	3	%3
	Saçlı Deri	2	%2
	Lokalize Püstüler	0	%0
	Eritrodermik	2	%2
Yara Bölgesi	Açıkta	91	%91
	Kapalı	9	%9
Eklem Tutulumu varlığı		5	%5
Tırnak Tutulumu varlığı		39	%39

Hastaların klinik şiddetinin belirlenmesinde PAŞİ kullanıldı. PAŞİ değeri 10 ve altında olan 39 hasta, 10'un üzerinde olan 61 hasta mevcuttu. PAŞİ değerleri 0.9 ile 48.0 arasında değişmekteydi. Ortalama PAŞİ değeri 14.34±10.13 olarak bulundu (PAŞİ skorlarının dağılımı ve ortalama PAŞİ skorları Tablo-8'de gösterilmiştir).

Tablo-8: PAŞİ skorlarının dağılımı ve ortalama PAŞİ skorları

	Alt Grup	Hasta Sayısı	min-maks	Ort±SD
PAŞİ Skor	≤10	39	0.9-48.0	14.34±10.13
	>10	61		

Yaş grupları ile PAŞİ ve PYKÖ skorları karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamış olup (p>0.05) bulgular Tablo-9'da gösterilmiştir.

Tablo-9: Yaş Gruplarına Göre PAŞİ ve PYKÖ Skorları

		YAŞ GRUPLARI			p
		≤29 (n=40) Ort±SD	30-39 (n=23) Ort±SD	≥40 (n=37) Ort±SD	
PAŞİ Skoru		16.05±11.48	14.59±7.79	12.32±9.74	0.273
PYKÖ Skoru		17.22±8.05	17.30±7.61	15.40±7.47	0.517
PYKÖ Alt Grup Ortalama	Psikososyal Olumsuzluklar	0.98±0.44	1.08±0.52	0.89±0.46	0.312
	Günlük Yaşamdaki Zorluklar	1.05±0.66	0.96±0.67	0.93±0.73	0.749
	Tedaviye İlişkin Sıkıntılar	1.05±0.73	0.86±0.74	0.90±0.58	0.526

Hastaların cinsiyeti ile PAŞİ ve PYKÖ skorları karşılaştırıldığında, günlük yaşamdaki zorluklar ve tedaviye ilişkin sıkıntılarının ortalama skorları erkeklerde kadınlara göre anlamlı olarak yüksek bulundu ($p<0.05$). Cinsiyet ile PAŞİ ve PYKÖ skorları arasındaki istatistiksel bulgular Tablo-10'da gösterilmiştir.

Tablo-10: Cinsiyete Göre PAŞİ ve PYKÖ Skorları

		CİNSİYET		p
		Kadın (n=41) Ort±SD	Erkek (n=59) Ort±SD	
PAŞİ Skoru		12.62±10.65	15.53±9.66	0.160
PYKÖ Skoru		14.85±7.07	17.76±7.97	0.064
PYKÖ Alt Grup Ortalama	Psikososyal Olumsuzluklar	0.94±0.45	0.99±0.48	0.581
	Günlük Yaşamdaki Zorluklar	0.77±0.57	1.14±0.72	0.008
	Tedaviye İlişkin Sıkıntılar	0.78±0.57	1.07±0.72	0.030

Hastaların medeni durumu ile (evli veya bekar) PAŞİ ve PYKÖ skorları karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamış olup ($p>0.05$) bulgular Tablo-11'de gösterilmiştir.

Eğitim durumu ile PAŐI ve PYKÖ skorları karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0.05$).

Tablo-11: Medeni Duruma Göre PAŐI ve PYKÖ Skorları

		MEDENİ DURUM		p
		Bekar (n=33) Ort±SD	Evli (n=67) Ort±SD	
PAŐI Skoru		13.63±11.05	14.69±9.71	0.625
PYKÖ Skoru		16.84±8.12	16.43±7.57	0.802
PYKÖ Alt Grup Ortalama	Psikososyal Olumsuzluklar	1.02±0.52	0.94±0.44	0.477
	Günlük Yaşamdaki Zorluklar	1.03±0.68	0.97±0.70	0.648
	Tedaviye İlişkin Sıkıntılar	0.82±0.60	1.01±0.71	0.187

Hastaların çalışma durumu ile PAŐI ve PYKÖ skorları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı ($p>0.05$). Çalışma durumu ile PAŐI ve PYKÖ skorları arasındaki istatistiksel bulgular Tablo-12’de gösterilmiştir.

Tablo-12: Çalışma Durumuna Göre PAŐI ve PYKÖ Skorları

		ÇALIŞMA DURUMU		p
		Çalışıyor (n=40) Ort±SD	Çalışmıyor (n=60) Ort±SD	
PAŐI Skoru		14.54±9.10	14.20±10.83	0.870
PYKÖ Skoru		17.30±7.14	16.08±8.10	0.443
PYKÖ Alt Grup Ortalama	Psikososyal Olumsuzluklar	0.95±0.46	0.98±0.48	0.758
	Günlük Yaşamdaki Zorluklar	1.12±0.74	0.90±0.64	0.119
	Tedaviye İlişkin Sıkıntılar	1.08±0.72	0.87±0.64	0.130

Hastaların sigara kullanımı ile PAŐI ve PYKÖ skorları karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamış olup ($p>0.05$) bulgular Tablo-13’te gösterilmiştir.

Hastalık süresi ile PAŞİ ve PYKÖ skorları karşılaştırıldığında hastalık süresi 11 yıl ve üzerinde olanlarda ortalama PAŞİ değerleri, 5 yıl ve altında olanlara göre anlamlı olarak yüksek bulundu ($p<0.05$). Hastalık süresi 6-10 yıl arasında olanlarda günlük yaşamdaki zorluklar, 5 yıl ve altında olanlara göre anlamlı olarak yüksek bulundu ($p<0.05$). Hastalık süresi ile; PAŞİ ve PYKÖ skorları arasındaki istatistiksel bulgular Tablo-14'te gösterilmiştir.

Başlangıç yaşı ile PAŞİ ve PYKÖ skorları karşılaştırıldığında başlangıç yaşı ile PAŞİ ve PYKÖ skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0.05$). Başlangıç yaşı ile PAŞİ ve PYKÖ skorları arasındaki istatistiksel bulgular Tablo-15'te gösterilmiştir.

Tablo-13: Sigara Kullanımına Göre PAŞİ ve PYKÖ Skorları

		SİGARA KULLANIMI		p
		Var (n=43) Ort±SD	Yok (n=57) Ort±SD	
PAŞİ Skoru		15.57±9.84	13.40±10.33	0.292
PYKÖ Skoru		17.72±7.59	15.70±7.76	0.197
PYKÖ Alt Grup Ortalama	Psikososyal Olumsuzluklar	1.00±0.42	0.94±0.50	0.564
	Günlük Yaşamdaki Zorluklar	1.14±0.74	0.87±0.63	0.055
	Tedaviye İlişkin Sıkıntılar	1.03±0.72	0.90±0.64	0.346

Tablo-14: Hastalık Süresine Göre PAŞİ ve PYKÖ Skorları

		HASTALIK SÜRESİ			p
		≤5 yıl (n=36) Ort±SD	6-10 yıl (n=22) Ort±SD	≥11 yıl (n=42) Ort±SD	
PAŞİ Skoru		10.19±6.76	16.26±12.50	16.88±10.24	0.008
PYKÖ Skoru		14.30±7.87	18.45±7.75	17.52±7.26	0.079
PYKÖ Alt Grup Ortalama	Psikososyal Olumsuzluklar	0.87±0.50	1.04±0.42	1.02±0.46	0.298
	Günlük Yaşamdaki Zorluklar	0.72±0.59	1.25±0.72	1.08±0.68	0.008
	Tedaviye İlişkin Sıkıntılar	0.88±0.71	1.01±0.75	0.98±0.62	0.749

Ek ilaç kullanımı ile PAŞİ ve PYKÖ skorları arasında karşılaştırıldığında, psikososyal olumsuzluklar, ek ilaç kullanan grupta kullanmayanlara göre anlamlı olarak yüksek bulundu ($p<0.05$). Ek ilaç kullanımı ile PAŞİ ve PYKÖ skorları arasındaki istatistiksel bulgular Tablo-16'da gösterilmiştir.

Tablo-15: Başlangıç Yaşına Göre PAŞİ ve PYKÖ Skorları

		BAŞLANGIÇ YAŞI			p
		≤20 yaş (n=43) Ort±SD	21-49 yaş (n=50) Ort±SD	≥50 (n=42) Ort±SD	
PAŞİ Skoru		12.91±8.93	15.00±10.44	18.35±14.45	0.343
PYKÖ Skoru		17.27±7.34	16.40±8.05	13.42±7.74	0.466
PYKÖ Alt Grup Ortalama	Psikososyal Olumsuzluklar	0.99±0.47	0.95±0.47	1.01±0.53	0.901
	Günlük Yaşamdaki Zorluklar	1.10±0.65	0.96±0.72	0.53±0.44	0.117
	Tedaviye İlişkin Sıkıntılar	0.98±0.68	1.01±0.68	0.38±0.44	0.065

Tırnak tutulumu ile PAŞİ ve PYKÖ skorları karşılaştırıldığında, PAŞİ değerleri, tırnak tutulumu olan hastalarda olmayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulunmuş olup ($p<0.05$) bulgular Tablo-17'de gösterilmiştir.

Eklem tutulumu ile PAŞİ ve PYKÖ skorları karşılaştırıldığında, psikososyal olumsuzluklar eklem tutulumu olanlarda, olmayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulunmuş olup ($p<0.05$) bulgular Tablo-18'de gösterilmiştir.

Tablo-16: Ek İlaç Kullanımına Göre PAŞİ ve PYKÖ Skorları

		EK İLAÇ KULLANIMI		p
		Var (n=20) Ort±SD	Yok (n=80) Ort±SD	
PAŞİ Skoru		17.54±12.02	13.54±9.52	0.114
PYKÖ Skoru		18.45±8.34	16.10±7.53	0.225
PYKÖ Alt Grup Ortalama	Psikososyal Olumsuzluklar	1.21±0.48	0.91±0.45	0.010
	Günlük Yaşamdaki Zorluklar	1.00±0.69	0.99±0.69	0.957
	Tedaviye İlişkin Sıkıntılar	0.76±0.60	1.00±0.69	0.164

Tablo-17: Tırnak Tutulumuna Göre PAŞİ ve PYKÖ Skorları

		TIRNAK TUTULUMU		p
		Var (n=39) Ort±SD	Yok (n=61) Ort±SD	
PAŞİ Skoru		17.96±11.92	12.02±8.09	0.008
PYKÖ Skoru		17.87±8.40	15.73±7.19	0.179
PYKÖ Alt Grup Ortalama	Psikososyal Olumsuzluklar	1.07±0.50	0.90±0.44	0.095
	Günlük Yaşamdaki Zorluklar	1.03±0.73	0.96±0.66	0.598
	Tedaviye İlişkin Sıkıntılar	1.00±0.70	0.92±0.66	0.613

Lezyonların vücudun görünen veya giysilerle kapalı bölgelerinde (açıkta veya kapalı) olması ile PAŞİ ve PYKÖ skorları karşılaştırıldı. PAŞİ, PYKÖ skoru ve psikososyal olumsuzluk alt skoru, lezyon bölgesi açıkta olanlarda kapalı olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulunmuş olup ($p<0.05$) elde edilen bulgular Tablo-19'da gösterilmiştir.

Tablo-18: Eklem Tutulumuna Göre PAŞİ ve PYKÖ Skorları

		EKLEM TUTULUMU		p
		Var (n=5) Ort±SD	Yok (n=95) Ort±SD	
PAŞİ Skoru		22.28±15.16	13.92±9.73	0.176
PYKÖ Skoru		21.00±6.78	16.33±7.72	0.164
PYKÖ Alt Grup Ortalama	Psikososyal Olumsuzluklar	1.42±0.44	0.94±0.46	0.028
	Günlük Yaşamdaki Zorluklar	0.90±0.51	0.99±0.70	0.867
	Tedaviye İlişkin Sıkıntılar	1.06±0.64	0.95±0.68	0.512

Tablo-19: Lezyon Bölgesine Göre PAŞİ ve PYKÖ Skorları

		LEZYON BÖLGESİ		p
		Açıkta (n=91) Ort±SD	Kapalı (n=9) Ort±SD	
PAŞİ Skoru		15.08±10.18	6.78±5.74	0.008
PYKÖ Skoru		17.18±7.61	10.33±6.06	0.015
PYKÖ Alt Grup Ortalama	Psikososyal Olumsuzluklar	1.00±0.46	0.61±0.44	0.017
	Günlük Yaşamdaki Zorluklar	1.02±0.69	0.63±0.51	0.111
	Tedaviye İlişkin Sıkıntılar	0.99±0.69	0.55±0.33	0.054

Ek hastalık durumu ile PAŞİ ve PYKÖ skorları karşılaştırıldığında, istatistiksel olarak aralarında anlamlı farklılık saptanmadı ($p>0.05$). Ek hastalık durumu ile PAŞİ ve PYKÖ skorları arasındaki istatistiksel bulgular Tablo-20’de gösterilmiştir.

Tablo-20: Ek Hastalık Durumuna Göre PAŞİ ve PYKÖ Skorları

		EK HASTALIK		P
		Var (n=24) Ort±SD	Yok (n=76) Ort±SD	
PAŞİ Skoru		15.37±11.41	14.01±9.75	0.569
PYKÖ Skoru		17.70±7.96	16.21±7.65	0.410
PYKÖ Alt Grup Ortalama	Psikososyal Olumsuzluklar	1.12±0.47	0.92±0.46	0.063
	Günlük Yaşamdaki Zorluklar	0.95±0.73	1.00±0.68	0.783
	Tedaviye İlişkin Sıkıntılar	0.86±0.65	0.98±0.69	0.433

PAŞİ ile (PAŞİ≤10 ve PAŞİ>10) PYKÖ alt grupları (psikososyal olumsuzluklar, günlük yaşamdaki zorluklar ve tedaviye ilişkin sıkıntılar) karşılaştırıldı. Tüm alt gruplar ile PAŞİ arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı (p<0,05). PAŞİ'nin PYKÖ alt gruplarına etkisi Tablo-21'de gösterilmiştir.

Tablo-21: PAŞİ'nin PYKÖ Alt Gruplarına Etkisi

		PAŞİ		P
		≤10 (n=39) Ort±SD	>10 (n=61) Ort±SD	
PYKÖ Alt Grup Ortalama	Psikososyal Olumsuzluklar	0.74±0.41	1.11±0.45	0.000
	Günlük Yaşamdaki Zorluklar	0.70±0.67	1.17±0.64	0.001
	Tedaviye İlişkin Sıkıntılar	0.70±0.56	1.11±0.70	0.003

Hastalarımızı en çok etkileyen konular sırasıyla; kepeklerinden dolayı evlerinin ve giysilerinin kirlenmesi, merhemleri sürmenin bıktırıcı ve zaman alıcı olması ve başkalarının yanında kaşınmak zorunda olmaları idi. Hastalarımızı en az etkileyen konular ise; pişirdiği yemeğin yenmek istenmemesi, insanların el sıkışmaktan kaçınması ve iş bulmakta zorluk yaşamalarıydı (Tablo-22).

Tablo-22: PYKÖ’de Yer Alan Sorular ve Alınan Yanıtların Ortalama Değerleri

Ölçekte Yer Alan Sorular	Ort±SD
1. Hastalığım nedeniyle insanların bakışlarını üzerimde hissediyorum.	1.44±0.96
2. Hastalığımla ilgili pek çok insan soru soruyor.	1.55±0.91
3. İnsanlar pişirdiğim yemekleri yemek istemiyorlar.	0.16±0.46
4. Görünümüm nedeniyle tanımadığım kişilerin yanına gidemiyorum.	1.06±0.99
5. Başkalarının yanında kaşınmak zorunda kalıyorum.	1.57±0.91
6. İsteddiğim giysiyi giyemiyorum.	1.51±1.02
7. Kuaför ya da berbere gitmekten çekiniyorum.	1.17±1.06
8. İnsanlar bana dokunmamaya (el sıkışma...) özen gösteriyorlar.	0.32±0.60
9. Hastalığım nedeniyle iş bulmakta zorlanıyorum.	0.32±0.69
10. İnsanlar hastalığımın bulaşıcı olduğunu düşünerek benden uzak duruyor ve aynı ortamda bulunmak istemiyorlar.	0.76±0.83
11. İsteddiğim halde insanların toplu halde bulunduğu yerlere (deniz, lokanta, kahvehane, kabul günleri) gitmekten çekiniyorum.	0.97±0.97
12. Karşı cinsle yakınlaşmakta zorluk çekiyor, eş bulamayacağımı düşünüyorum.	0.58±0.87
13. Kepeklerimden dolayı evim ve giysilerim çok kirleniyor.	1.74±0.91
14. Cinsel yaşamım etkileniyor.	0.55±0.72
15. Merhemleri sürmek bıktırıcı ve zaman alıcı geliyor.	1.60±0.98
16. İlaçların yan etkileri olabileceğini düşünüyorum.	0.77±0.90
17. Tedavileri oldukça pahalı buluyorum.	0.50±0.75

Katılımcıların PAŞİ skorları ile PYKÖ skorları karşılaştırıldığında aralarında pozitif korelasyon saptandı. Ayrıca PAŞİ skorları ile PYKÖ alt grup skorları ayrı ayrı karşılaştırıldı ve aralarında yine pozitif korelasyon saptandı. PAŞİ skorları ile PYKÖ skorları ve PYKÖ alt grup skorları arasındaki ilişki Tablo-23’te gösterilmiştir.

Tablo-23: PAŞİ Skorları ile PYKÖ ve PYKÖ Alt Grup Skorları Arasındaki İlişki

		PAŞİ Skoru	
		r	p
PYKÖ Skoru		0.506	0.000
PYKÖ Alt Grup Ortalama	Psikososyal Olumsuzluklar	0.464	0.000
	Günlük Yaşamdaki Zorluklar	0.392	0.000
	Tedaviye İlişkin Sıkıntılar	0.306	0.002



5. TARTIŞMA

Dünya Sağlık Örgütü (WHO)'ne göre, bir bireye sağlıklı diyebilmemiz için bedensel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik halinin olması gerekmektedir (World Health Organization, 1948). Sağlığın tanımı olan tam iyilik halinin her yönüyle değerlendirilmesi, YK'nin de bu değerlendirmeye dahil edilmesini gündeme getirmiştir. Sağlıkla ilgili konularda YK'nin değerlendirilmesi, başlangıçta onkolojik hastalarda başlamış sonra sağlığın diğer alanlarında özellikle kronik hastalıklarda ilgi odağı haline gelmiştir (67,69).

Kronik deri hastalıkları çoğu zaman hayatı tehdit etmemesine rağmen, YK'yi hayatı tehdit eden hastalıklar kadar etkileyebilirler. Psikolojik stres, utanç, damgalanma hissi ve fiziksel rahatsızlığa neden olabilirler ve bu durum zamanla, duygusal iyilik, sosyal işlevsellik, işte veya okulda verimlilik ve öz bakım faaliyetlerinde önemli azalmalara yol açabilir (72). Psoriasis ciddi bir hastalık olarak görmek ve hastanın genel iyiliği üzerindeki etkisini hafife almamak önemlidir (78).

Psoriasis ve YK ile ilgili literatür gözden geçirildiğinde, vücudun görünür bölgelerinde lezyonların olması, ataklarla tekrarlayıp yaşam boyu devam etmesi ve kozmetik kaygılara yol açması nedeniyle belirgin bir psikososyal morbidite nedeni olduğu ve kişilerin YK'sini önemli oranda azalttığı görülmektedir (73,78). Bu özellikleri nedeniyle psoriasis YK'nin en çok araştırıldığı cilt hastalığıdır (74). Psoriasisli hastalarda YK'nin değerlendirildiği çalışmalarda, genel ölçekler, dermatolojik hastalıklara ve psoriasis öze özgü çeşitli ölçekler kullanılmaktadır (79).

Biz çalışmamızda, psoriasisli hastaların YK'sini değerlendirmek amacıyla, sosyodemografik veri formu, psoriasis şiddetini gösteren PAŞİ skoru, psoriasis öze özgü bir ölçek olan PYKÖ'yü kullandık. Ülkemiz koşullarına uygun, Türkçe olarak geliştirilmiş, geçerlilik ve güvenilirliği gösterilmiş olduğu için çalışmamızda PYKÖ'yü tercih ettik.

PAŞİ, psoriasisin klinik şiddetinin ölçümünde yaygın olarak kullanılan ve altın standart kabul edilen, klinisyen tarafından değerlendirilerek hesaplanan, 0-72 puan arasında skorlanan bir ölçüm yöntemidir (43). Çalışmamızda hastalık şiddetini belirlemek amacıyla PAŞİ'yi kullandık. PAŞİ skorları hasta grubumuzda 0.9 ile 48 arasında değişmekteydi. Ortalama PAŞİ skoru ise 14.34 ± 10.13 bulundu. PAŞİ skoru ortalamaları; Fortune ve ark. tarafından yapılan çalışmada 8.8 ± 5.5 , İnanır ve ark. tarafından yapılan çalışmada 5.76 ± 6.37 , Fleischer ve ark. tarafından

yapılan çalışmada 7.96 ± 1.77 saptanmıştır (74,80). PAŞİ skorları arasındaki farklılık lezyonların eritem, skuamasyon, endurasyon derecelerinin hekim tarafından subjektif olarak değerlendirilmesinden kaynaklanıyor olabilir. Bunun yanı sıra PAŞİ skoru ortalamamızın diğer çalışmalara göre yüksek olması bölgemizdeki iklim koşulları (kuru hava) nedeniyle psoriasisin tetikleniyor olmasından, bölgemizde hastaların hekime geç başvuruyor olmasından veya hastaların tedaviye uyumsuzluklarından kaynaklanıyor olabilir.

Psoriasisin cinsiyete özgü bir hastalık olmadığı bilinmektedir. Literatürde değişen erkek kadın oranına (E:K) sahip çalışmalar mevcuttur. de Korte ve ark. tarafından yapılan psoriasisli hastalarda yaşam kalitesi konulu literatür derlemesinde; (E:K); 50:50, 61:39, 57:43, 59:41 bulunan çalışmalar mevcuttur (80). İnanır ve ark. tarafından yapılan çalışmada E:K oranı 51:49, Önver tarafından yapılan çalışmada 59:41 bulunmuştur (47,74). Bizim çalışmamızda E:K oranının 59:41 olduğu görüldü.

Cinsiyete göre PAŞİ skorları karşılaştırıldığında literatürde farklı sonuçlar bildirilmiştir. Richards ve ark. yaptıkları bir çalışmada, PAŞİ skorlarını erkeklerde kadınlara göre daha yüksek saptamışlardır (81). Önver de benzer şekilde erkeklerde kadınlara göre daha yüksek PAŞİ skorları bildirmiştir (47). Koryürek ve ark. ile Doğan'ın yaptığı çalışmalarda her iki cins arasında PAŞİ skorları açısından anlamlı farklılık saptanmamıştır (82,83). Biz de çalışmamızda, cinsiyete göre PAŞİ skorları karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel anlamlı fark saptamadık. PAŞİ skorlarının tek başına cinsiyete göre değişmediği kanaatindeyiz.

Gelfand ve ark.'nın yaptıkları çalışmada YK'nin kadınlarda erkeklere göre daha fazla bozulduğu gösterilmiştir (84). Zachariae ve ark. ile Kaçar ve ark. kadın ve erkekler arasında YK'nin etkilenmesinde anlamlı fark saptamamışlardır (73,85). Bununla birlikte, Kaçar ve ark. yaptıkları çalışmada, hastalığın bulaşıcı olduğunu düşünerek insanların kendinden uzak durduğunu, istediği halde insanların toplu halde bulunduğu yerlere gitmeye çekindiğini ve cinsel yaşamının olumsuz yönde etkilendiğini tanımlayan erkek hastaların kadınlara oranla daha fazla bulunduğunu bildirmişlerdir (73). Biz de çalışmamızda hastaların cinsiyeti ile PYKÖ skorları arasında anlamlı fark saptamadık. Kadınların YK'sinin daha fazla etkilendiğini gösteren çalışmalar ağırlıkta olmakla birlikte bizim çalışmamızda, PYKÖ alt gruplarından günlük yaşamdaki zorluklar ve tedaviye ilişkin sıkıntıların ortalama skorlarını, erkeklerde kadınlara göre anlamlı olarak yüksek bulduk. Kozmetik problemlere yol açan psoriasisin, dış görünüşlerine daha fazla önem vermesi sebebiyle kadınların YK'lerini daha fazla etkilemesi beklenmekle birlikte,

cinsiyetin tek başına YK'yi etkileyen bir faktör olmadığını, diğer değişkenlerin de değerlendirilmesi gerektiğini düşünmekteyiz.

Psoriasisli hastaların yaş ortalamalarına bakıldığı zaman; Doğan tarafından yapılan çalışmada yaş ortalaması kadınlarda 37.69 ± 16.7 , erkeklerde 39.39 ± 15.9 bulunmuştur (83). Genel yaş ortalaması 41.08 ± 13.2 , 40.35 ± 14.97 , 43.00 ± 14.8 bulunan çalışmalar mevcuttur (47,74,80). Bizim hasta grubumuzda, yaş ortalaması kadınlarda 34.70 ± 14.96 , erkeklerde 36.57 ± 13.66 , genel yaş ortalaması 35.81 ± 14.16 bulunmuş olup diğer çalışmalarla uyumludur.

Yaşa göre psoriasisten etkilenme derecesiyle ilgili literatürde birbirinden farklı sonuçlar mevcuttur. Ağırlıklı görüş artan yaşla birlikte psoriasisin YK üzerine etkisinin azaldığı yönündedir. Lin ve ark., Zachariae ve ark. ile Kaçar ve ark. yaptıkları çalışmalarda, genç hastalarda YK'nin yaşlı hastalara oranla daha fazla etkilendiğini saptamışlardır (73,85,86). Yaş arttıkça YK'nin daha az olumsuz etkilenmesi, yaşlı hastaların, hastalıklarını kabullenerek hastalıkla yaşamaya alışmalarından veya gençlerin dış görünüşlerine daha fazla önem vermesinden kaynaklanıyor olabilir (85,87,88). Ancak yaşlı hastaların YK'sinin daha çok etkilendiğini gösteren çalışmalar da mevcuttur. Sampogna ve ark. psoriasisli hastalarda YK'nin yaşlı hastalarda belirgin olarak daha fazla bozulmuş olduğunu ve yaşlı hastalarda psikolojik sıkıntıların daha yüksek olduğunu bildirmiştir (89). İnanır ve ark.'nın çalışmasında yaş ile YK arasında ilişki saptanmamıştır (74). Biz de çalışmamızda benzer şekilde yaşın, hastalığın klinik şiddetini ve YK'yi etkilemediği sonucuna ulaştık.

Zachariae ve ark ile Aghaei ve ark. tarafından yapılan çalışmalarda evli olmayan psoriasisli hastaların YK'sinin daha fazla etkilendiği gösterilmiştir (90). Bununla birlikte; psoriasisli medeni durumun, YK'yi ve PAŞİ skorlarını etkilemediğini gösteren çalışmalar da mevcuttur (91,92). Önver'in yaptığı çalışmada evli hastaların çoğunlukta olduğu ve medeni durumun PAŞİ skorlarını ve YK'yi etkilemediği saptanmıştır (47). Bizim çalışmamızda de benzer şekilde hastalarımızın çoğunluğu evli olup, medeni durumun PAŞİ ve PYKÖ skorlarını ve ölçek alt gruplarını etkilemediği bulundu.

Eğitim durumunun psoriasisli hastalık şiddeti ve YK üzerine etkisine baktığımızda, Sergay ve Ark., Zachariae ve Ark. ile Aksoy ve ark. tarafından yapılan çalışmalarda eğitim seviyesi arttıkça YK'nin olumlu etkilendiği gösterilmiştir (85,87,93). Weiss ve ark. tarafından yapılan çalışmada eğitim durumunun PAŞİ skorunu etkilemediği bulunmuştur (92). Biz

çalışmamızda hastalarımızın eğitim seviyesine göre PAŞİ ve PYKÖ skorları arasında anlamlı farklılık saptamadık. Çalışmamızda eğitim seviyesine göre YK'nin değişmemesinin, eğitim gruplarındaki hasta sayılarının eşit olmamasından kaynaklanabileceğini düşünmekteyiz.

Çalışma durumunun YK üzerine etkisine bakıldığı zaman, Kanikowska ve ark. tarafından yapılan çalışmada, YK'nin çalışan hastalarda çalışmayanlara göre daha fazla etkilendiği saptanmıştır (94). Hastalarımızın yarıdan fazlası herhangi bir işte çalışmıyordu. Çalışma durumunun hastaların PYKÖ skorlarını etkilemediği görüldü. Bu durum hasta grubumuzda çalışmayan hasta oranının fazla olmasından kaynaklanıyor olabilir.

Unaeze ve ark.'nın yaptıkları çalışmada hastalık süresi uzadıkça, psoriasisin YK üzerine olumsuz etkisinin azaldığı gösterilmiştir (91). Kaçar ve ark. çalışmalarında ortalama psoriasis süresini 9.1 yıl olarak bulmuşlardır. Hastalık süresi ile YK arasında pozitif korelasyon bulunduğunu, günlük yaşamları oldukça veya çok fazla düzeyde etkilenenlerin ve önemli düzeyde psikososyal sorunlar yaşayanların daha uzun süredir psoriasis hastası olduğunu bildirmişlerdir. Bu durumun hastalığın kronik hale gelmesinin hastaları daha olumsuz yönde etkilemesinden kaynaklandığını bildirmişlerdir (73). Gelfand ve ark. ile İnanır ve ark. ise psoriasisli hastalarda YK'yi değerlendirdikleri çalışmalarda ortalama psoriasis süresini sırasıyla 18.47 yıl ve 8.6 yıl olarak bulmuşlar ve YK ile psoriasis süresi arasında bir ilişki saptamamışlardır (74,84). Biz çalışma grubumuzda ortalama hastalık süresini 10.8 yıl olarak bulduk. Hastalık süresi 6-10 yıl arasında olanlar, günlük yaşamdaki zorluklardan, hastalık süresi 5 yıl ve altında olanlara göre daha fazla etkilenmişti.

Psoriasisli hastalarda, bazı sistemik hastalıkların sıklığı normal popülasyona göre artmıştır. Kardiyovasküler hastalıklar şiddetli psoriasisli olan hastalarda daha yaygın görülmektedir. Şiddetli psoriasis, üç kat artmış miyokard infarktüsü riski ve beklenen yaşam süresinde 3.4-4.4 yıl azalma ile ilişkilidir. Bu, büyük oranda artmış obezite, HT ve DM (metabolik sendrom bileşenleri) riskinden kaynaklanmaktadır (34-36). Henseler ve Christopher yaptıkları çalışmada obezite, HT, DM ve kardiyovasküler hastalıkların psoriasisli hastalarda normal popülasyona göre daha sık görüldüğünü saptamışlardır (95). Finlay ve Coles yaptıkları çalışmada psoriasisin haricinde eşlik eden hastalığı olanların YK'lerinin daha fazla etkilendiğini ortaya koymuşlardır (96). Rapp ve ark.'nın yaptığı çalışmada psoriasisin YK üzerine etkisini artrit, malignite, DM, depresyon ve kardiyovasküler hastalıklarla karşılaştırılabilir düzeyde bulmuşlardır (97). Önver yaptığı çalışmada olguların yaklaşık yarısında ek bir sistemik

hastalık bulunduğunu bildirmiştir (47). Biz hasta grubumuzda ek hastalığı bulunan olgu sayısını 24 (%24) olarak bulduk. Literatür ile uyumlu olarak olgularımızda en sık eşlik eden hastalıklar HT (%9) ve DM (%8) idi. Ek hastalık varlığı ile PAŞİ ve PYKÖ skorlarını karşılaştırdığımızda ek hastalık varlığının psoriasis şiddetini ve YK'yi anlamlı oranda etkilemediğini gördük. Bu durumun kullandığımız YK ölçeğinin psoriasis özü olmasından kaynaklandığını düşündük.

Bazı ilaçların psoriasis tetikleyebildiği bilinmektedir. Lityum, interferonlar, β blokörler, antimalaryal ilaçlar vs. psoriasis tetikleyebilir ve alevlenmeye sebep olabilir (2). Çalışmamızda hastalarımızın 20'sinde (%20) ek ilaç kullanımı mevcuttu. Psikososyal olumsuzluklar, ek ilaç kullanan grupta kullanmayanlara göre anlamlı olarak yüksek bulunmuş olup iki grubun PAŞİ ve PYKÖ skorları arasında anlamlı fark saptamadık. Bu durumun, ek ilaç kullanan hasta sayısının az olmasına bağlı olabileceğini düşündük. Bu konuda daha net fikir edinebilmek için daha geniş serili ve kullanılan ilaçların daha ayrıntılı sorgulandığı çalışmalara ihtiyaç olduğunu düşünmekteyiz.

Psoriasis ile sigara kullanımı arasında ilişki olduğu ve psoriasisli hastalarda sigara alışkanlığının normal popülasyondan fazla olduğunu bildiren epidemiyolojik çalışmalar mevcuttur. Fortes ve ark. 818 psoriasis hastası ile yaptıkları çalışmada, hastaların %65'inin sigara içtiğini, oranın kadınlarda %50, erkeklerde %75 olduğunu ve günde 20'den fazla sigara içenlerde şiddetli psoriasis gelişme riskinin 10 kat arttığını göstermişlerdir (95,98). Bizim çalışmamızda hastalarımızın %43'ü sigara içmekteyken %57'sinde sigara kullanımı yoktu. Ancak biz çalışmamızda sigara kullanımının PAŞİ ve PYKÖ skorlarına etki etmediği sonucuna ulaştık.

Kutanöz psoriasis olan hastaların %5-30'unda eklem tutulumu ortaya çıktığı bildirilmektedir. Bazı klinik araştırmacılar psoriatik artrit ile ilgili yapılan klasik çalışmaların hastalığın gerçek prevalansını yansıtmadığını düşünmektedirler (2,6). Psoriatik artrit ciddi psoriasis olan hastalarda nispeten daha sıktır. Psoriatik artrit tutulan eklemler ağrılı ve hastalarda hareket kısıtlılığına yol açar. Zamanla kıkırdak ve kemik erozyonları ilerleyerek önemli deformitelere yol açabilir. Birçok hasta yürüme, merdiven çıkma ve klavye kullanma gibi mesleki sorumluluklarının anlamlı düzeyde bozulduğunu tanımlar (73,99). Bizim hastalarımızın 5'inde (%5) eklem tutulumu mevcuttu. Eklem tutulumunun PAŞİ ve PYKÖ skorlarına etkisi bulunmadı. Ancak eklem tutulumu olan hastalar, psikososyal olumsuzluklardan eklem tutulumu olmayanlara göre daha çok etkilendiğini belirtti.

Yara bölgesinin lokalizasyonunun YK üzerine etkisine bakıldığında; Aghaei ve ark. ile İnanır ve ark. yaptıkları çalışmalarda yara bölgesi görünür yerde olan hastaların YK'sinin daha olumsuz etkilendiğini bildirmişlerdir (74,90). Bizim çalışmamızda da benzer şekilde lezyon bölgesi açıkta olan hastaların hastalık şiddetinin yüksek olduğunu ve YK'lerinin daha olumsuz etkilendiğini bulduk. Aynı zamanda lezyon bölgesi açıkta olan hastalar, psikososyal olumsuzluklardan daha fazla etkilendiğini saptadık.

Ölçek sorularına verilen yanıtlara baktığımızda Kaçar ve ark. tarafından yapılan çalışmada, hastaların en sık başkalarının yanında kaşınmak zorunda kaldıkları, hastalıkla ilgili pek çok insanın soru sorduğu, merhem sürmeyi bıktırıcı ve zaman alıcı buldukları ve ilaçların yan etkileri olabileceğini düşündükleri bildirildi (73). Bizim çalışmamızda, hastalarımızı en çok etkileyen konular sırasıyla; kepeklerinden dolayı evlerinin ve giysilerinin kirlenmesi, merhemleri sürmenin bıktırıcı ve zaman alıcı olması ve başkalarının yanında kaşınmak zorunda olmaları idi. Hastalıkla ilgili insanların soru sorması ve istediği giysiyi giyememe bunları takip etmekteydi. Başkalarının yanında kaşınma, merhem sürmenin bıktırıcı olması ve insanların hastalıkla ilgili soru sormaları Kaçar ve ark.'nın çalışması ile benzerlik göstermekteydi. Bizim çalışmamızda farklı olarak hastalar kepeklenmeden muzdaripti. Bunun sebebinin hasta grubumuzda klinik olarak hastalık şiddetinin Kaçar ve ark.'nın çalışmasına göre daha yüksek olmasından kaynaklandığını düşünmekteyiz.

Hastalarımızı en az etkileyen konular ise; pişirdiği yemeğin yemek istenmemesi, insanların el sıkışmaktan kaçınması ve iş bulmakta zorluk yaşamalarıydı. Bunları sırasıyla tedavileri pahalı bulmaları ve cinsel yaşamlarının etkilenmesi takip ediyordu. Hastaların çoğunluğunun sosyal güvencesi olduğu için, tedavilerin pahalı bulunmasından daha az etkilendiğini düşünmekteyiz. Hastaların cinsel yaşamlarının daha az etkilenmesi ise, hastaların bu konuyla ilgili bilgi vermekten çekiniyor olmalarından kaynaklanıyor olabilir.

Sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi, hastalığın ve/veya tedavinin, hastaların fiziksel, psikolojik ve sosyal işlevselliği ile iyilik hali üzerindeki öznel değerlendirmesini yansıtır. Fiziksel, psikolojik ve sosyal işlevleri etkileyen kronik bir cilt hastalığı olan psoriasis tedavisi giderek daha etkili hale gelmekle birlikte tedavi sadece fiziksel semptomların geçici olarak hafifletilmesini sağlamaktadır. Psoriasisle başa çıkmak, hastalar için günlük yaşamdaki en büyük zorluk haline gelmektedir. de Korte ve ark. tarafından psoriasisli hastalarda yaşam kalitesi ile ilgili literatür derlemesinde, klinik olarak değerlendirilen hastalık şiddeti ile YK arasında zayıf bir ilişki olduğu

gösterilmiştir. Hasta tarafından değerlendirilen hastalık şiddeti ile yaşam kalitesi arasındaki ilişki daha güçlü bulunmuştur (80). Mattei ve ark.'nın çalışmasında hastalık şiddeti ile YK'nin ilişkili olduğu ve hastalık şiddetinin düzelme yüzdesi ile YK'deki artışın anlamlı olarak ilişkili olduğu saptanmıştır (100). Kaçar ve ark.'nın çalışmasında hastalık şiddeti ile YK arasında pozitif korelasyon saptanmıştır (73). Biz de çalışmamızda hastalık şiddeti ile YK ve PYKÖ alt grupları (psikososyal olumsuzluklar, günlük yaşamdaki zorluklar ve tedaviye ilişkin sıkıntılar) arasında pozitif korelasyon saptadık. Sonuçlarımız literatürdeki diğer çalışmalarla örtüşmekteydi.



6. SONUÇ

Çalışmamıza Harran Üniversitesi Deri ve Zührevi Hastalıkları ve Aile Hekimliği Polikliniği'ne başvuran 59'u erkek, 41'i kadın 100 psoriasis hastası dahil edildi. Çalışmamızda hastaların sosyodemografik özelliklerini, hastalığın klinik şiddetini ve hastalık şiddetinin yaşam kalitesi üzerine etkisini araştırdık.

Hastaların yaşları 18-69 (ort: 35.8) arasında değişmekteydi. Hastalığın başlangıç yaşı 1-63 (ort: 24.7) arasında değişmekteydi. Hastalarımızın %33'ü bekar, %67'si evliydi. Hastalığın süresi 6 ay-35 yıl (ort: 10.8 yıl) arasında değişmekteydi. Hastaların PAŞİ skoru ortalaması 14.3 bulundu.

Hastalarımızda, yaşam kalitesinin; yaş, medeni durum, eğitim durumu, sigara kullanımı, çalışma durumu, hastalığın başlama yaşı ve ek hastalık varlığı parametrelerinden etkilenmediğini saptadık. Buna karşılık; ek ilaç kullanımının, eklem tutulumunun, lezyon bölgesinin açıkta olmasının psikososyal açıdan hastaları olumsuz etkilediğini tespit ettik. Günlük yaşamdaki zorluklar ve tedaviye ilişkin sıkıntıların erkek hastaları, kadınlara göre daha fazla etkilediğini saptadık. Hastalarımızın en çok etkilendiği konuların sırasıyla; kepeklerinden dolayı evlerinin ve giysilerinin kirlenmesi, merhemleri sürmenin bıktırıcı ve zaman alıcı olması ve başkalarının yanında kaşınmak zorunda kalmaları olduğunu tespit ettik. Hastalık şiddeti arttıkça hastalığın yaşam kalitesi üzerindeki olumsuz etkisinin arttığını bulduk. Ayrıca hastalık şiddeti arttıkça, hastaların psikososyal olumsuzluklardan, günlük yaşamdaki zorluklardan ve tedaviyle ilgili sıkıntılardan daha fazla etkilendiğini saptadık.

Psoriasis, hastaları psikososyal açıdan olumsuz etkileyen, hastaların anksiyete ve depresyon düzeylerini yükselten, hastaların bir kısmının intihara meyilli olabileceği bir hastalıktır. Hastaların psikiyatrik hastalık yönünden özellikle sorgulanmamış olması ve yaşam kalitesi ile ilgili elde ettiğimiz verilerin hastaların beyanına dayanıyor olması; çalışmamızın kısıtlılıklarını oluşturmaktadır. Hastalar psikiyatrik bozukluk açısından özellikle sorgulanmalı ve gerekli görüldüğünde psikiyatri konsültasyonu istenmelidir.

Toplumun psoriasis konusunda bilinçlendirilmesi (örneğin kamu spotları kullanılarak) özellikle hastalığın bulaşıcı olduğunun düşünülmesinden muzdarip hastaların yaşam kalitelerinin iyileştirilmesine katkıda bulunacak, psoriasisli hastalarda sosyal izolasyon ve içe kapanıklığı

önemli ölçüde azaltacaktır. Bunun yanı sıra psoriasis hastalarının bir araya gelmesi ve hastalıkla ilgili deneyimlerini paylaşması, psoriasisli hastalarda kendilerini toplumdan soyutlanmış ve yalnız hissetme oranını azaltacaktır.

Sonuç olarak; psoriasis, her ne kadar hayatı tehdit edebilen bir hastalık olmasa da, yaşam kalitesini önemli ölçüde azaltabilmektedir. Psoriasisli hastalarda yaşam kalitesinin azaldığını gösteren çok sayıda çalışma mevcuttur. Biz de çalışmamızda, psoriasisli hastalarda hastalık şiddeti arttıkça yaşam kalitesinin azaldığını saptadık. Çalışmamız sonuçlarından yola çıkarak, psoriasis tedavi planlaması ve takibinde, klinik şiddetin yanı sıra yaşam kalitesinin de göz önünde bulundurulması gerekmektedir. Yaşam kalitesini değerlendirmek amacıyla, çalışmamızda tercih ettiğimiz, ülkemiz koşullarına uygun olarak geliştirilmiş olan PYKÖ'nün kullanılabileceği kanaatindeyiz.



KAYNAKLAR

1. Christophers E. Psoriasis - epidemiology and clinical spectrum. *Clin Exp Dermatol* 2001;26:314-20.
2. van de Kerkhof PCM, Nestle FO: Psoriasis. In: Bologna JL, Jorizzo JL, Schaffer JV, editors: *Dermatology*. 3rd ed. Philadelphia, Elsevier Saunders; 2012; 135-56.
3. Tüzün B, Tüzün Y: *Psoriasis Dipnotları*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi, 1998.
4. Krueger GG, Feldman SR, Camisa C, Duvic M, Elder JT, Gottlieb AB, et al. Two considerations for patients with psoriasis and their clinicians: what defines mild, moderate, and severe psoriasis? What constitutes a clinically significant improvement when treating psoriasis?. *J Am Acad Dermatol*. 2000;43:281–285.
5. Finlay AY, Kelly SE. Psoriasis—an index of disability. *Clin Exp Dermatol* 1987;12:8–11.
6. Nestlé FO, Kaplan DH, and Barker J. Psoriasis. *N Engl J Med* 2009; 361: 496-509.
7. Horn EJ, Fox KM, Patel V, Chiou CF, Dann F, Lebwohl M. Association of patient-reported psoriasis severity with income and employment. *J Am Acad Dermatol* 2007;57:963-71.
8. Gelfand JM, Weinstein R, Porter SB, et al: Prevalence and treatment of psoriasis in the United Kingdom: a population-based study. *Arch Dermatol* 2005; 141: 1537-41.
9. Köşger F, Bilgili ME, Genek M ,Yıldız B, Saraçoğlu N, Eşsizoğlu A. Psoriasis Hastalarında Depresyon, Anksiyete ve Yaşam Kalitesinin Hastalığın Şiddeti ile İlişkisi. *Journal of Mood Disorders* 2014; 4(4): 157-62.
10. Richards HL, Fortune DG, Griffiths CE, Main CJ. The contribution of perceptions of stigmatisation to disability in patients with psoriasis. *J Psychosom Res* 2001;50:11–5.
11. Gupta MA, Schork NJ, Gupta AK. Suicidal ideation in psoriasis. *Int J Dermatol* 1993;32:188–90.
12. Savin JA. Patients' beliefs about psoriasis. *Trans St Johns Hosp Dermatol Soc* 1970;56:139–42.
13. Fortune DG, Main CJ, O'Sullivan TM, Griffiths CE. Assessing illness related stress in psoriasis: the psychometric properties of the Psoriasis Life Stress Inventory. *J Psychosom Res* 1997;42:467–75.
14. Kundakci N, Tursen U, Babiker MOA, Dawber RP. The evaluation of the sociodemographic and clinical features of turkish psoriasis patients. *Int J Dermatol* 2002;41:220-4.
15. Yaylı S, Topbaş M, Arıca DA, Tuğcugil S, Çapkın E, Bahadır S. Trabzon ilinde psoriasis

- prevalansı. *Turkderm - Arch Turk Dermatol Venerology* 2016;50:141-4.
16. Brandrup F, and Green A: The prevalence of psoriasis in Denmark. *Acta Derm Venereol* 1981; 61: 344-6.
 17. de Jong EMGJ, Seegers BAMPA , Gulnick MK, et al: Psoriasis of the nails associated with disability in a large number of patients; results of a recent interview with 1728 patients. *Dermatology* 1996; 193: 300-3.
 18. Swanbeck G, Inerot A, Martinsson T, et al: Age at onset and different types of psoriasis. *Br J Dermatol* 1995; 133: 768-73.
 19. Raychaudhuri SP, and Gross J: A comparative study of pediatric onset psoriasis with adult onset psoriasis. *Pediatr Dermatol* 2000; 17: 174-8.
 20. Farber EM, Nall ML: The natural history of 5600 patients. *Dermatologica* 1974; 148: 1-18.
 21. Augustin M, Glaeske G, Radtke MA, et al: Epidemiology and comorbidity of psoriasis in children. *Br J Dermatol* 2010; 162: 633-6.
 22. de Jager ME, van de Kerkhof PCM, de Jong EMGJ, et al: Epidemiology and prescribed treatments in childhood psoriasis: a survey among medical professionals. *J Dermatolog Treat* 2009; 20: 254-8.
 23. Seyhan M, Coskun BK, Saglam H, et al: Psoriasis in childhood and adolescence: evaluation of demographic and clinical features. *Pediatr Int* 2006; 48: 525-30.
 24. Seçkin HY, Kalkan G, Baş Y. Tokat Bölgesinde Çocukluk Çağında Görülen Deri Hastalıklarının Prevalansı. *Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* 2013;5 (1):8-15.
 25. Ghosh A, Panda S. Recent understanding of the etiopathogenesis of psoriasis. *Indian J Paediatr Dermatol* 2017;18:1-8.
 26. Ergun T. Psoriasisın Patogenezi. *Turkderm* 2008; 42 Suppl 2: 18-22.
 27. Feldman SR. Epidemiology, clinical manifestations, and diagnosis of psoriasis. In: UpToDate, Dellavalle RP, Duffin KC (eds), UpToDate, Waltham, MA. (Erişim tarihi:7 Mart 2017;
 28. Blauvelt A, Efst BD. Pathophysiology of psoriasis. In: UpToDate, Duffin KC (ed), UpToDate, Waltham, MA. (Erişim tarihi:27 Mart 2017;
 29. Bowcock AM, Krueger JG. Getting under the skin: the immunogenetics of psoriasis. *Nat Rev Immunol* 2005;5: 699-711. [Erratum, *Nat Rev Immunol* 2005;5:826-7.
 30. Trembath RC, Clough RL, Rosbotham JL, et al. Identification of a major susceptibility locus on chromosome 6p and evidence for further disease loci revealed by a two stage genome-wide search in psoriasis. *Hum Mol Genet* 1997;6:813-20.

31. Christophers E, Mrowietz U: Psoriasis: Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine. Beşinci baskı. Freedberg IM, Eisen AZ, Wolf K, Austen KF, Goldsmith AL, Katz IS, Fitzpatrick TB (eds), McGraw- Hill Inc, New York 1999:495-521.
32. Radtke MA, Reich K, Blome C, et al. Prevalence and clinical features of psoriatic arthritis and joint complaints in 2009 patients with psoriasis: results of a German national survey. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2009;23:683–91.
33. Moll JMH. Psoriatic arthropathy. In: Mier PD, van de Kerkhof PCM (eds). *Textbook of Dermatology.* Edinburgh: Churchill Livingstone, 1986:55–82.
34. Mallbris L, Akre O, Granath F, et al. Increased risk for cardiovascular mortality in psoriasis inpatients but not in outpatients. *Eur J Epidemiol.* 2004;19:225–30.
35. Gelfand JM, Neimann AL, Shin DB, et al. Risk of myocardial infarction in patients with psoriasis. *JAMA.* 2006;296:1735–41.
36. Neimann AL, Shin DB, Wang X, et al. Prevalence of cardiovascular risk factors in patients with psoriasis. *J Am Acad Dermatol.* 2006;55:829–35.
37. Gottlieb AB, Dann F. Comorbidities in patients with psoriasis. *Am J Med.* 2009;122:1150.1–9.
38. Rehal B, Modjtahedi BS, Morse LS, et al. Ocular psoriasis. *J Am Acad Dermatol* 2011; 65:1202-3.
39. Başkan EB. Hastalık Şiddetinin Tanımlanması. *Turkderm - Arch Turk Dermatol Venerology* 2016;50(Suppl 1):4-6.
40. Paul C, Gourraud PA, Bronsard V, et al: Evidence-based recommendations to assess psoriasis severity: systematic literature review and expert opinion of a panel of dermatologists. *J Eur Acad Dermatol Venerol* 2010;24(Suppl 2):2-9.
41. Langley RG, Ellis CN: Evaluating psoriasis with Psoriasis Area and Severity Index, Psoriasis Global Assessment, and Lattice System Physician's Global Assessment. *J Am Acad Dermatol* 2004;51:563-9.
42. Mrowietz U, Kragballe K, Reich K, et al: Definition of treatment goals for moderate to severe psoriasis: a European consensus. *Arch Dermatol Res* 2011;303:1-10.
43. Bilaç C, Şahin MT, Öztürkcan S. Dermatolojide hastalık şiddeti skorlama sistemleri. *Turkderm - Arch Turk Dermatol Venerology* 2016;50:42-53.
44. Puzenat E, Bronsard V, Prey S, et al: What are the best outcome measures for assessing plaque psoriasis severity? A systematic review of the literature. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2010;24(Suppl 2):10-6.
45. Gottlieb AB, Chaudhari U, Baker DG, Perate M, Dooley LT: The National Psoriasis

Foundation Psoriasis Score (NPF-PS) system versus the Psoriasis Area Severity Index (PASI) and Physician's Global Assessment (PGA): a comparison. *J Drugs Dermatol* 2003;2:260-6.

46. Feldman SR, Clark AR, Venkat AP, et al: The Self-Administered Psoriasis Area and Severity Index provides an objective measure of psoriasis severity. *Br J Dermatol* 2005;152:382-3.
47. Önver N. Psoriasisli Hastalarda Yaşam Kalitesi. Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Dermatoloji Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Edirne, 2010; 22-3.
48. Bonifati C, Berardesca E: Clinical outcome measures of psoriasis. *Reumatismo* 2007;59(Suppl 1):64-7.
49. Yaylı S. Topikal Tedavi. *Turkderm - Arch Turk Dermatol Venerology* 2016;50(Suppl 1):7-12.
50. Menter A, Korman NJ, Elmets CA, et al: Guidelines of care for the management of psoriasis and psoriatic arthritis. Section 3. Guidelines of care for the management and treatment of psoriasis with topical therapies. *J Am Acad Dermatol* 2009;60:643-59.
51. Carrascosa JM, Vanaclocha F, Borrego L, et al: Update of the topical treatment of psoriasis. *Actas Dermosifiliogr* 2009;100:190-200.
52. van de Kerkhof PC. An update on topical therapies for mild-moderate psoriasis. *Dermatol Clin* 2015;33:73-7.
53. Menter A, Korman NJ, et al: Guidelines of care for the management of psoriasis and psoriatic arthritis: section 6. Guidelines of care for the treatment of psoriasis and psoriatic arthritis: case-based presentations and evidence-based conclusions. *J Am Acad Dermatol*. 2011 Jul;65(1):137-74.
54. Bae YS, Van Voorhees AS, Hsu S, et al: Review of treatment options for psoriasis in pregnant or lactating women: from the Medical Board of the National Psoriasis Foundation. *J Am Acad Dermatol* 2012;67:459-77.
55. Pathirana D, Ormerod AD, Saiag P, et al: European S3-guidelines on the systemic treatment of psoriasis vulgaris. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2010;24:117-8.
56. Kalb RE, Strober B, Weinstein G, Lebwohl M: Methotrexate and psoriasis: 2009 National Psoriasis Foundation Consensus Conference. *J Am Acad Dermatol* 2009;60:824-37.
57. Ellis CN, Fradin MS, Messana JM, et al: Cyclosporine for plaque-type psoriasis. Results of a multidose, double-blind trial. *N Engl J Med* 1991;324:277-84.
58. Onsun N. Siklosporin. *Turkderm - Arch Turk Dermatol Venerology* 2016;50(Suppl 1):26-8.

59. Özarmağan G. Sistemik Retinoidler. *Turkderm - Arch Turk Dermatol Venerology* 2016;50(Suppl 1):22-5.
60. Koç E. Psoriasisste Biyolojik Ajan Kullanımı. *Turkderm - Arch Turk Dermatol Venerology* 2016;50(Suppl 1):29-32.
61. Alper S, Akyol M, Atakan N, ve ark: Türkiye psoriasis tedavi kılavuzu-2012. *Turkderm* 2012;46:1-36.
62. Nast A, Boehncke WH, Mrowietz U, et al: S3-Guidelines on the treatment of psoriasis vulgaris (English version) Update. *J Dtsch Dermatol Ges* 2012;10(Suppl 2):1-95.
63. Nast A, Gisondi P, Ormerod AD, et al. European S3-Guidelines on the systemic treatment of psoriasis vulgaris - Update 2015 - Short version - EDF in cooperation with EADV and IPC. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2015;29:2277-94.
64. Uysal Y, Mert E. Health-Related Quality of Life and Well-Being: Measuring the Invisible. *Türkiye Klinikleri J FamMed-Special Topics* 2014;5(3):1-5.
65. The WHOQOL Group. The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL). Development and psychometric properties. *SocSciMed* 1998;46(12):1569-85.
66. Bergner M. Quality of life, health status, and clinical research. *Med Care* 1989; 27(3 Suppl):148-56.
67. Peterman AH, Rothrock N, Cella D. Evaluation of health-related quality of life (HRQL) in patients with a serious life-threatening illness. In: UpToDate, Hesketh PJ, Arnold RM (eds), UpToDate, Waltham, MA. (Erişim tarihi: 10 Nisan 2017);
68. Cella DF. Measuring quality of life in palliative care. *Semin Oncol* 1995; 22:73-4.
69. Karnofsky DA, Burchenal JH. Evaluation of Chemotherapeutic Agents, Macleod CM (Ed), Columbia University Press, New York 1949; 191-205.
70. Schag CC, Heinrich RL, Ganz PA. Karnofsky performance status revisited: reliability, validity, and guidelines. *J Clin Oncol* 1984; 2:187-8.
71. Aaronson NK. Quality of life assessment in clinical trials: methodologic issues. *Control Clin Trials*. 1989 Dec;10(4 Suppl):195-208.
72. Anderson RT, Rajagopalan R, Winston S: Development and validation of a quality of life instrument for cutaneous diseases. *J Am Acad Dermatol* 1997;37:41-50.
73. Kaçar N, Ergin Ş, Erdoğan BŞ. Psoriasisli Hastalarda Yaşam Kalitesi. *Turkderm* 2007; 41: 117-20.
74. İnanır I, Aydemir Ö, Gündüz K, Danacı AE, Ermertcan AT. Developing a quality of life questionnaire in patients with psoriasis. *TÜRKDERM* 2003; 37: 189-95.
75. Köse O, Gür AR: Dermatolojide yaşam kalitesi ve ölçümü. *T Klin Dermatoloji*

2000;10:270-4.

76. Bullinger M, Anderson R, Cell AD: Developing and evaluating cross-cultural instruments: from minimal requirements to optimal models. *Qual Life Res* 1993;2:451-9.
77. Likert R: A technique for the measurement of attitudes. *Arch Psychol* 1932;140:44-60.
78. Choi J, Koo JYM. Quality of life issues in psoriasis. *J Am Acad Dermatol* 2003; 49: 57-61.
79. Öztürkcan S, Bilaç C. Psoriasisste yaşam kalitesi. *T Klin Dermatol Özel sayı* 2008;1(3):82-90.
80. de Korte J, Sprangers MAG, Mommers FMC, Bos JD. Quality of life in patients with psoriasis: a systematic literature review. *J Investig Dermatol Symp Proc* 2004;9:140-7.
81. Schmid-Ott G, Schallmayer S, Sc MP, Calliess IT. Quality of life in patients with psoriasis and psoriasis arthritis with a special focus on stigmatization experience. *Clin Dermatol* 2007;25:547-54.
82. Koryürek ÖM, Toğral AK, Koryürek MM, Ekşiöglü HM. Türk Psoriasis Hastalarında Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler. *Turk J Dermatol* 2015; 3: 123-7.
83. Doğan S. Psoriazis Vulgarisli Hastalarda Psoriazis Alan Şiddet İndeksi (PASI) ve Dermatolojik Yaşam Kalite İndeksi (DYKİ) Skoru Arasındaki Korelasyon. NEÜ Meram Tıp Fakültesi, Uzmanlık Tezi, Konya, 2013;
84. Gelfand JM, Feldman SR, Stern RS, Thomas J, Rolstad T, Margolis DJ. Determinants of quality of life in patients with psoriasis: a study from the US population. *J Am Acad Dermatol* 2004;51:704-8.
85. Zachariae R, Zachariae H, Blomqvist K, Davidsson S, Molin L, Mork C, et al. Epidemiology and Health Services Research: Quality of life in 6497 Nordic patients with psoriasis. *Br J Dermatol* 2002;146:1006-16.
86. Lin TY, See LC, Shen YM, Chang HN, Lin YK Quality of life in patients with psoriasis in northern Taiwan. *Chang Gung Med J* 2011;34:186-96.
87. Sergay AB, Silvan M, Weinberg JM. Quality of life issues in psoriasis. In: Weinberg JM (Ed.). *Treatment of Psoriasis*. Basel:Birkhäuser Verlag; 2008;165-78.
88. McKenna KE, Stern RS. The impact of psoriasis on the quality of life of patients from the 16-center PUVA follow-up cohort. *J Am Acad Dermatol* 1997;36:388-94.
89. Sampogna F, Chren MM, Melchi CF, Pasquini P, Tabolli S, Abeni D. Age, gender, quality of life and psychological distress in patients hospitalized with psoriasis. *Br J Dermatol* 2006;154:325-31.
90. Aghaei S, Moradi A, Ardekani GS. Impact of psoriasis on quality of life in Iran. *Indian J Dermatol Venereol Leprol* 2009;75:220-4.

91. Unaeze J, Nijsten T, Murphy A, Ravichandran, Stern RS. Impact of psoriasis on Health-Related Quality of Life decreases Over Time: An 11-year prospective study. *J Investig Dermatol* 2006;126:1480-9.
92. Weiss SC, Kimball AB, Liewehr DJ, Blauvelt A, Turner ML, Emanuel EJ. Quantifying the harmful effect of psoriasis on health-related quality of life. *J Am. Acad Dermatol* 2002; 47: 512- 8.
93. Aksoy B, Hapa AA, Egemen D, Atakan N. Türk hastalarda psöriyazisin dermatolojik hayat kalite indeksi üzerine etkisi. *Türkderm* 2011. 45(4). 219-21.
94. Kanikowska A, Kramer L, Pawlaczyk M. Quality of life in Polish patients with psoriasis. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2009;23:92-3.
95. Gülekon A, Adışen E. Psoriasis ve komorbiditeler. *Türkderm* 2008;42 Özel Sayı 2:23-5.
96. Finlay AY, Coles EC. The effect of severe psoriasis on the quality of life of 369 patients. *Br J Dermatol* 1995; 132: 236–44.
97. Rapp SR, Feldman SR, Exum ML, Fleischer AB Jr, Reboussin DM. Psoriasis causes as much disability as other major medical diseases. *J Am Acad Dermatol* 1999; 41: 401-7.
98. Fortes C, Mastroeni S, Leffondre K, et al. Relationship between smoking and the clinical severity of psoriasis. *Arch Dermatol* 2005;141:1580- 4.
99. Mease PJ, Menter MA. Quality-of-life in psoriasis and psoriatic arthritis: Outcome measures and therapies from a dermatological perspective. *J Am Acad Dermatol* 2006; 54: 685-704.
100. Mattei PL, Corey KC, Kimball AB. Psoriasis Area Severity Index (PASI) and the Dermatology Life Quality Index (DLQI): the correlation between disease severity and psychological burden in patients treated with biological therapies. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2014 Mar;28(3):333-7.

EKLER

Ek-1: Hasta Bilgilendirilmiş Olur Formu

ÇALIŞMANIN BAŞLIĞI: Psoriasis (Sedef hastalığı) tanılı hastalarda hastalık şiddetinin yaşam kalitesi üzerine etkisi

HASTA ADI: _____

Bu çalışmayla Psoriasis (Sedef Hastalığı) tanılı hastalarda hastalık şiddetinin yaşam kalitesi üzerine etkisini değerlendirmeyi amaçlamaktayız. Katılımcılara kan alma gibi herhangi bir girişimsel işlem uygulanmayacaktır.

Araştırmaya etik kurul onamından hemen sonra başlanıp; araştırmanın 6 ay içinde tamamlanması ön görülmektedir. Bu çalışmada katılımcı için ek riskler ve rahatsızlıklar söz konusu değildir. Katılımcıya araştırma amaçlı tedavi uygulanmayacaktır. Bu çalışmanın sonuçları başka insanların yararına kullanılabilir.

Çalışmaya katılım benim ve katılımcımın isteğimize bağlıdır. Katılımcı araştırmanın herhangi bir aşamasında araştırmaya katılmayı reddedebilir ve hiçbir ceza almadan araştırmadan ayrılabilir. Araştırmanın sonucu bilimsel amaçlı kullanılacaktır. Katılımcıya ait tüm bilgiler gizli tutulacaktır. Bu çalışma Fakülte Etik Kurulu tarafından incelenerek Helsinki Deklarasyonunda belirtilen maddelere göre ahlaki, vicdani ve tıbbi kurallara uygun olduğu onaylanmıştır.

Bu olur formunu imzalamadan önce yukarıdaki bilgileri kendi ana dilimde okudum veya bana okunmasını sağladım. Bu bilgilerin içeriği ve anlamı bana açıklandı. Bana aklıma gelen bütün soruları sorma fırsatı tanındı ve sorularıma tatminkâr cevaplar aldım. Çalışmanın yürütülmesinden sorumlu doktor çalışma programının gereklerini yerine getirmedeki ihmali nedeniyle, benim onayımı almadan beni çalışma kapsamından çıkarabilir. Bu çalışmanın kapsamındaki bütün muayene ve tetkik için benden hiçbir ücret talep edilmeyecektir. Bu çalışmadan çıkarılan sonuçlar başka insanların yararına kullanılabilir. Bu çalışmaya katıldığım için zarar görürsem, ihtiyaç duyacağım tıbbi bakım, sorumlu doktor tarafından yerine getirilecektir. Masraflarımız Yrd. Doç. Dr. Dursun ÇADIRCI, Dr. Elif Burcu YAVUZ DAĞLIOĞLU tarafından karşılanacaktır. Bu formu imzalayarak yasal haklarımın hiçbirinden vazgeçmediğimin bilincindeyim. Sorumlu doktora haber vermek kaydıyla, bu çalışmadan istediğim an çıkabileceğimin bilincindeyim. Bu çalışmaya katılmayı reddetmem ya da sonradan çekilmem halinde hiçbir sorumluluk altına girmeyeceğimin ve bu durumun şimdi ya da gelecekte ihtiyacım olan tıbbi bakımı hiçbir şekilde etkilemeyeceğinin bilincindeyim.

Çalışmanın yürütülmesi, olası yan etkiler veya bir hasta olarak haklarımız konusunda kafamızda sorular belirlediğinde aşağıda belirtilen kişilerden biriyle bağlantı kurmam yeterli olacaktır:

Yrd. Doç. Dr. Dursun ÇADIRCI, Dr. Elif Burcu YAVUZ DAĞLIOĞLU

Bu çalışmaya katılmadığım ya da katıldıktan sonra vazgeçtiğim takdirde hiçbir yasal hakkımdan vazgeçmiş olmayacağım. Bu çalışmada yer almayı gönüllü olarak kabul ediyorum.

Bu bildirimli olur sözleşmesinin imzalı bir nüshasını aldım.

Hastanın Adı-İmzası
(Veli veya vasisinin)

Tarih

Sorumlu Doktorun Adı-İmzası

Tarih

Tanığın Adı-İmzası

Tarih

Ek-2: Sosyodemografik Veri Formu

Adı Soyadı :

Cinsiyet :

Yaş :

Eğitim durumu :

Medeni durum :

Çocuk sayısı :

Çalışma durumu : Çalışıyor () Emekli () Çalışmıyor () Öğrenci ()

Sigara sayı :

Sigara süre :

Alkol kullanımı :

Madde kullanımı :

Hastalığın süresi :

Başlangıç yaşı :

Daha önce aldığı tedavi:

Mevcut tedavi:

Eşlik eden hastalık :

Ek ilaç kullanımı :

Aile öyküsü :

Ek-3: Psoriasis Yaşam Kalite Ölçeği (PYKÖ)

Aşağıdaki soruları değerlendiriniz, 'evet' ya da 'hayır' olarak cevaplandırınız.

Cevabınız evetse “hiç” “biraz” “oldukça” “çok” seçeneklerinden birini seçerek bu durumun sizi ne kadar etkilediğini belirtiniz.

Cevabınız hayırsa diğer soruya geçebilirsiniz.

1. Hastalığım nedeniyle insanların bakışlarını üzerimde hissediyorum.

a. Evet

Cevabınız 'evet'se bu durum sizi ne kadar etkiliyor?

Hiç Biraz Oldukça Çok

b. Hayır

2. Hastalığımla ilgili pek çok insan soru soruyor.

a. Evet

Cevabınız 'evet'se bu durum sizi ne kadar etkiliyor?

Hiç Biraz Oldukça Çok

b. Hayır

3. İnsanlar pişirdiğim yemekleri yemek istemiyorlar.

a. Evet

Cevabınız 'evet'se bu durum sizi ne kadar etkiliyor?

Hiç Biraz Oldukça Çok

b. Hayır

4. Görünümüm nedeniyle tanımadığım kişilerin yanına gidemiyorum.

a. Evet

Cevabınız 'evet'se bu durum sizi ne kadar etkiliyor?

Hiç Biraz Oldukça Çok

b. Hayır

5. Başkalarının yanında kaşınmak zorunda kalıyorum.

a. Evet

Cevabınız 'evet'se bu durum sizi ne kadar etkiliyor?

Hiç Biraz Oldukça Çok

b. Hayır

6. İstedğim giysiyi giyemiyorum.

a. Evet

Cevabınız 'evet'se bu durum sizi ne kadar etkiliyor?

Hiç Biraz Oldukça Çok

b. Hayır

7. Kuaför ya da berbere gitmekten çekiniyorum.

a. Evet

Cevabınız 'evet'se bu durum sizi ne kadar etkiliyor?

Hiç Biraz Oldukça Çok

b. Hayır

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

a. Evet

Cevabınız 'evet'se bu durum sizi ne kadar etkiliyor?

Hiç Biraz Oldukça Çok

b. Hayır

9. Hastalığım nedeniyle iş bulmakta zorlanıyorum.

a. Evet

Cevabınız 'evet'se bu durum sizi ne kadar etkiliyor?

Hiç Biraz Oldukça Çok

b. Hayır

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

a. Evet

Cevabınız 'evet'se bu durum sizi ne kadar etkiliyor?

Hiç Biraz Oldukça Çok

b. Hayır

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

a. Evet

Cevabınız 'evet'se bu durum sizi ne kadar etkiliyor?

Hiç Biraz Oldukça Çok

b. Hayır

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

a. Evet

Cevabınız 'evet'se bu durum sizi ne kadar etkiliyor?

- Hiç Biraz Oldukça Çok

b. Hayır

13. Kepeklerimden dolayı evim ve giysilerim çok kirleniyor.

a. Evet

Cevabınız 'evet'se bu durum sizi ne kadar etkiliyor?

- Hiç Biraz Oldukça Çok

b. Hayır

14. Cinsel yaşamım etkileniyor.

a. Evet

Cevabınız 'evet'se bu durum sizi ne kadar etkiliyor?

- Hiç Biraz Oldukça Çok

b. Hayır

15. Merhemleri sürmek bıktırıcı ve zaman alıcı geliyor.

a. Evet

Cevabınız 'evet'se bu durum sizi ne kadar etkiliyor?

- Hiç Biraz Oldukça Çok

b. Hayır

16. İlaçların yan etkileri olabileceğini düşünüyorum.

a. Evet

Cevabınız 'evet'se bu durum sizi ne kadar etkiliyor?

- Hiç Biraz Oldukça Çok

b. Hayır

17. Tedavileri oldukça pahalı buluyorum.

a. Evet

Cevabınız 'evet'se bu durum sizi ne kadar etkiliyor?

- Hiç Biraz Oldukça Çok

b. Hayır