T.C. SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ

ŞİŞLİ HAMİDİYE ETFAL SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ

DERİ VE ZÜHREVİ HASTALIKLARI KLİNİĞİ

PSORİASİS HASTALARINDA DEPRESYON, UMUTSUZLUK VE İNTİHAR EĞİLİMİ

Dr. Fatma Deniz

TIPTA UZMANLIK TEZİ

İSTANBUL-2018

T.C. SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ

ŞİŞLİ HAMİDİYE ETFAL SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ

DERİ VE ZÜHREVİ HASTALIKLARI KLİNİĞİ

PSORİASİS HASTALARINDA DEPRESYON, UMUTSUZLUK VE İNTİHAR EĞİLİMİ

Dr. Fatma Deniz

Tez Danışmanı: Prof. Dr. İlknur Kıvanç Altunay

TIPTA UZMANLIK TEZİ

İSTANBUL-2018

ÖNSÖZ

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

Bilgi ve tecrübelerini sınırsız paylaşmasının yanında, her zaman bir arkadaş yakınlığında olan uzmanlarıma;

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

Aynı kliniği paylaştığım hemşire ve personel arkadaşlarıma;

Tüm eğitim hayatım boyunca her zaman yanımda olan ve her türlü desteklerini benden esirgemeyen canım aileme;

Saygı ve sonsuz şükranlarımı sunarım

Dr. Fatma Deniz

İÇİNDEKİLER

ÖNSÖZ …….....i

İÇİNDEKİLER…….....ii

TABLO DİZİNİ …….....iv

ŞEKİL DİZİNİ…….....iv

KISALTMALAR…….....v

ÖZET…….....……vi

ABSTRACT…….....vii

1. GİRİŞ VE AMAÇ…….....…...1

2. GENEL BİLGİLER…….....4

2.1. PSORİASİS…….....4

2.1.1. TANIM…….....4

2.1.2. TARİHÇE…….....……4

2.1.3. EPİDEMİYOLOJİ VE PATOGENEZ…….....…….4

2.1.4. ETİYOLOJİ…….....5

2.1.5. KLİNİK…….....…6

2.1.6 HİSTOPATOLOJİ……...….....7

2.1.7. LABORATUAR…….....7

2.1.8. TANI VE AYIRICI TANI…….....7

2.1.9. KLİNİK SEYİR VE PROGNOZ …….....…8

2.1.10. TEDAVİ…….....8

2.1.10.1 YEREL TEDAVİ…….....….8

2.1.10.2 FOTO(KEMO)TERAPİ…….....…8

2.1.10.3. SİSTEMİK TEDAVİ…….....9

2.1.11. KOMORBİDİTELER …….....…9

3. GEREÇ VE YÖNTEM…….....……..…….....12

3.1. OLGULAR …….....12

3.2. ARAŞTIRMANIN HİPOTEZLERİ…….....…….....14

3.3. İSTATİSTİKSEL ANALİZ…….....…….....17

4. BULGULAR…….....18

5. TARTIŞMA …….....26

6. SONUÇLAR …….....35

7. KAYNAKLAR…….....37

8. EKLER…….....41

EK-1. ETİK KURUL ONAYI

EK-2. TEZ KONUSU ONAY FORMU

EK-3. TEZ KONUSU ONAYI

EK-4. HASTA TAKİP FORMU

EK-5. BECK DEPRESYON ÖLÇEĞİ

EK-6. BECK UMUTSUZLUK ÖLÇEĞİ

EK-7. DERMATOLOJİ YAŞAM KALİTE İNDEKSİ

EK-8. ÖZGEÇMİŞ

TABLO DİZİNİ

Tablo 1. Hasta ve kontrol grubunun sosyodemografik özellikleri.....18

Tablo 2. Psoriasis hastalarına ait klinik veriler…….....19

Tablo 3. Hasta ve kontrol grubunun Beck Depresyon Ölçeği ve Beck Umutsuzluk Ölçeği skorları…….20

Tablo 4. Hasta grubunun sosyodemografik özelliklerinin Beck Depresyon Ölçeği ve Beck Umutsuzluk Ölçeği skorları ile ilişkisi…….21

Tablo 5. Hasta grubunun klinik özelliklerinin Beck Depresyon Ölçeği ve Beck Umutsuzluk Ölçeği skorları ile ilişkisi……..…22

Tablo 6. Hasta grubunun hastalık şiddetine göre ayrılan alt grupları ile Beck Depresyon Ölçeği ve Beck Umutsuzluk Ölçeği skorlarının ilişkisi……..…22

Tablo 7. Hastalık şiddetine göre ayrılan psoriasis alt grupları ile kontrol grubunun Beck Depresyon Ölçeği ve Beck Umutsuzluk Ölçeği skorlarının karşılaştırılması...23

Tablo 8. Hastalık şiddetine göre ayrılan psoriasis alt grupları ile kontrol grubunun Beck Depresyon Ölçeği ve Beck Umutsuzluk Ölçeği skorlarının korelasyonu…...23

Tablo 9.Gruplar arasında Beck Depresyon Ölçeği 2. sorusunun karşılaştırılması….24

Tablo10.Gruplar arasında Beck Umutsuzluk Ölçeği faktörlerinin karşılaştırılması..25

ŞEKİL DİZİNİ

Şekil 1. Hasta ve kontrol grubunda BDÖ ve BUÖ skorlarının dağılımları…….20

KISALTMALAR

BDÖ : Beck Depresyon Ölçeği

BUÖ : Beck Umutsuzluk Ölçeği

CES-D : Center for Epidemiologic Study Depression Scale

DASS-42 : Depression, Anxiety and Stress Scales- 42

DNA : Deoksiribonükleik asit

DSM : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

HADÖ : Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği

HAM-D : Hamilton Depresyon Ölçeği

HLA : İnsan doku uygunluk antijenleri

IL : İnterlökin

IFN-γ : İnterferon-gama

IMID : İmmun aracılı kronik inflamatuar hastalıklar

PUVA : Psoralen ve Ultraviyole A

PAŞİ : Psoriasis Alan Şiddet İndeksi

SAPASI : Self- Administered Psoriasis Area andSeverity Index

Th : T-helper

TNF-α : Tümör nekroz faktör alfa

UVA : Ultraviyole A

UVB : Ultraviyole B

PSORİASİS HASTALARINDA DEPRESYON, UMUTSUZLUK VE İNTİHAR EĞİLİMİ

ÖZET

Giriş: Psoriasis hastalarında depresyon ve intihar düşüncesi riskinin arttığı çeşitli çalışmalarda gösterilmiştir. Depresyon ve intihar eğilimi dermatoloji uygulamalarında dermatologlar tarafından kolaylıkla belirlenmeyen ancak hasta ve hastalığın prognozu yönünden risk yaratan durumlardır. Depresyon semptomları ile intihar eğilimi ilişkisine bakıldığında, ilişkili en yakın faktör,"umutsuzluk"tur. Bu çalışmada, subklinik intihar riskinin araştırılması, depresif semptomlar ve umutsuzluğun klinik ve sosyodemografik değişkenlerle ilişkisinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Gereçler ve Yöntem: Bu kesitsel çalışmaya, psoriasis yan dal polikliniğine başvuran, 18 yaş ve üstü, psoriatik artrit ile ek sistemik ve psikiyatrik hastalığı bulunmayan 88 plak tip psoriasis hastası ile 88 sağlıklı kontrol dahil edildi. Tüm katılımcılara sosyodemografik veri formu, Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) ve Beck Umutsuzluk Ölçeği (BUÖ) doldurtuldu. İstatistiksel analiz ki-kare testi ile yapıldı. İstatistiksel alfa anlamlılık seviyesi $p<0,05$ olarak kabul edildi.

Bulgular: Psoriasis grubunun ortalama BDÖ skoru, kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksekti ($p=0,001$). Ortalama BUÖ skoru ise hasta grubunda kontrollere göre istatistiksel anlamlılığa yakın olarak daha yüksekti ($p=0,053$). Psoriasis hastalarının sosyodemografik özellikleri ile BDÖ ve BUÖ skorlarının ilişkisi incelendiğinde, kadınlarda BDÖ skor ortalaması erkeklere göre istatistiksel olarak anlamlı oranda yüksek ($p=0,008$) bulunurken, eğitim düzeyi ile BUÖ skorları negatif yönde istatistiksel anlamlı ilişki gösterdi ($p=0,043$). Hasta grubunun klinik özellikleri ile BDÖ ve BUÖ skorlarının ilişki analizinde ise, hastalık süresi BDÖ skoru ile negatif yönde anlamlı ilişkili bulunurken; Psoriasis Alan Şiddet İndeksi (PAŞİ) BDÖ skoru ile, Dermatoloji Yaşam Kalite İndeksi (DYKİ) ise her iki skorla istatistiksel olarak pozitif yönde anlamlı ilişkiliydi ($p=0,007$, $p=0,030$, $p<0,001$, $p=0,004$).

Sonuç: Psoriasis hasta grubunun depresif semptomlarının kontrol grubuna kıyasla anlamlı olarak daha fazla olduğu; umutsuzluk düzeylerinin ise kanser, kronik böbrek hastalığı gibi hastalıklarla benzer; ancak intihar riski telkin edecek kadar yüksek çıkmadığı görülmüştür. İntiharın olası morbidite ve mortalitesi düşünüldüğünde, BDÖ ve BUÖ gibi kısa ve kolay uygulanabilir ölçeklerin uygulanması, intihar eğilimi ve/veya riski açısından prediktif öneme sahiptir. Bu nedenle, psoriasis hastalarında intihar riski açısından bu ölçeklerin tarama amaçlı kullanımını ve artmış risk saptanması durumunda ivedilikle psikiyatristlerle koopere olunmasını önermekteyiz.

Anahtar kelimeler: psoriasis, depresyon, umutsuzluk, intihar

DEPRESSION, HOPELESSNESS AND SUICIDALITY IN PSORIASIS PATIENTS

ABSTRACT

Aim: It has been shown in several studies that the risk of depression and suicidal ideation is increased in psoriasis patients.Depression and suicidality are conditions that are not easily determined by dermatologists in dermatology practice but pose risks in terms of the patient and the prognosis of the disease. Referring the relationship between depression symptoms and suicidality, the closest related factor is "hopelessness". In this study, it was aimed to investigate the subclinical suicide risk and evaluate the association of depressive symptoms and hopelessness with clinical and sociodemographic variables.

Materials and Methods: 88 patients with plaque psoriasis aged at least 18 who admitted to the psoriasis subspecialty outpatient clinic and have not been diagnosed to have psoriatic arthritis, additional systemic and psychiatric diseases, and 88 healthy controls were included in this cross-sectional study. All participants completed the sociodemographic data form, the Beck Depression Scale (BDS) and the Beck Hopelessness Scale (BHS). Statistical analysis was performed by chi-square test. Statistical significance level of alpha was accepted as $p < 0,05$.

Results: The mean BDS score of the psoriasis group was statistically higher than the control group ($p = 0.001$). The mean BHS score was higher in patient group than the controls and it was close to statistical significance ($p=0,053$). When the associations among the sociodemographic characteristics, BDS and BHS scores of psoriasis patients were analyzed, the mean BDS score was found to be statistically higher in women than men ($p=0,008$) while the educational level showed a statistically significant negative correlation with the BHS scores ($p=0,043$). The analysis of the relationship between clinical characteristics and the BDS and BHS scores of the

patient group showed that Psoriasis Area and Severity Index (PASI) was positively correlated with BDS scores and Dermatology Life Quality Index (DLQI) was positively correlated with both scores while disease duration was negatively correlated with BDS scores ($p=0,030$, $p<0,001$, $p=0,004$, $p=0,007$).

Conclusion: The depressive symptoms of the psoriasis patient group were found significantly higher than the control group; while their hopelessness levels were found to be similar to those of cancer and chronic kidney disease; but not high enough to incite suicide risk. Considering the possible morbidity and mortality of suicide, the application of short and easily applicable scales such as BDS and BHS has a predictive significance in terms of suicidal tendency and/or risk. Therefore, we recommend using these scales for screening suicide risk in psoriasis patients and if neccesary cooperating with psychiatrists urgently in the case of detection of increased risk.

Key words: psoriasis, depression, hopelessness, suicidality

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Psoriasis, T hücre aracılı, kronik, sistemik, inflamatuvar bir hastalıktır (1). Fiziksel ve psikososyal sağlığı önemli derecede bozarak yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediği iyi bilinmektedir. Ülkelere gore prevalansı; etnik, coğrafik ve çevresel faktörlere bağlı olarak değişmekle beraber dünya genelinde görülme oranı ortalama %1-3'tür (1). Etiyopatogenezi net olarak bilinmemektedir. Bununla birlikte bilinmeyen bir antijene yanıt olarak başladığı ve bunun da aktive T hücreler, makrofajlar, langerhans hücreleri gibi inflamatuar hücrelerden sitokin salınımına neden olarak inflamatuar süreci oluşturduğu düşünülmektedir. Geçmişte deriye sınırlı bir hastalık olarak kabul edilen psoriasis, artık sistemik bir inflamasyonun parçası olarak tanımlanmakta ve immun aracılı kronik inflamatuar hastalıklar (IMID) grubu içinde incelenmektedir. Psoriasis, IMID grubu hastalıklar içinde en sık görülendir ve bu gruptaki diğer hastalıklar gibi psoriasiste de komorbiditeler ortaya çıkmaktadır (2, 3). Psoriasise eşlik eden komorbiditelerin araştırıldığı çalışmalarda psoriasisteki kronik inflamasyonun üzerinde durulmaktadır. Kronik inflamasyonun, metabolik ve vasküler bozuklukların gelişiminde rol oynadığı düşünülmektedir. Proinflamatuvar sitokinlerin aterogenez ve periferik insülin direncine, dolayısıyla da hipertansiyon ve tip 2 diyabet gelişimine neden oldukları öne sürülmektedir(4). Psoriasisli hastalarda pek çok psikiyatrik ve psikososyal morbidite tanımlanmıştır. Emosyonel stres (hastalığın başlangıç ve/veya alevlenmesinde), özgüven eksikliği, suçluluk ve değersizlik duyguları, damgalanma ve utanç duygusu, sosyal izolasyon, çekingenlik, cinsel problemler, olumsuz vücut görüntüsü algısı ve aleksitimi en fazla üzerinde durulan konulardandır (5-7). Çeşitli çalışmalarda psoriasisin özellikle artmış depresyon (2-4) ve intihar düşüncesi (8-11) riski ile ilişkili olduğu gösterilmiştir.

Depresyon, hastalık tipi olarak duygudurum bozukluğu ile giden bulgu ve semptomlar kümesidir. Depresyon semptomları; klinik olarak belirgin stres ya da sosyal, mesleki ve diğer önemli alanlarda bozulmaya neden olur (12). Depresyonun en önemli komplikasyonu ise intihardır. Psikiyatri nosyonunda depresyonun intihar ile çok yakın ilişkisinin olduğu ve intihar girişimlerinin % 80'inin depresif bozukluklara ait olduğu bildirilmektedir (12). Majör depresyon tanısı almış kişilerde

intihar riski ise % 15 olarak belirtilmiştir (12). Öte yandan birçok depresyonlu kişi intihar girişiminde bulunmadığı gibi intihar girişiminde bulunanların tümünde de klinik düzeyde depresyon saptanamamıştır. Klinik düzeyde depresyon saptanamayan hastaların psikolojik içgörülerinin zayıf olması nedeniyle gerçekte deride bazı semptomlar geliştirmeleri olasıdır ki bu semptomlar "depresyon eşdeğerleri", klinik tablo ise "maskeli depresyon" olarak yorumlanabilir (12). Bu konudaki ileri çalışmalar umutsuzluk kavramı ve bu kavramın depresyon ve intihar eğilimi ile olan ilişkisine dikkat çekmektedir. Minkoff ve ark., Beck ve ark. geliştirdikleri umutsuzluk ölçeğini kullanarak yatarak tedavi gören intihar girişiminde bulunan hastalar üzerinde yaptıkları çalışmalarda, hem depresyonun hem de umutsuzluğun intihar eğilimi ile ilişkili olduğunu, umutsuzluk kontrol edildiğinde ise depresyon ve intihar eğilimi arasındaki ilişkinin kaybolduğunu ama tersinin geçerli olmadığını saptamışlardır (13-15). Yine yapılan çeşitli çalışmalarda, umutsuzluğun istatistiksel olarak kontrol edildiğinde depresyonun intiharın (16) öncü belirtisi olma özelliğini yitirdiği (16), intiharın depresyondan ziyade umutsuzluk ile ilişkili olduğu(17), depresyon ve intihar eğilimi ilişkisinin doğrudan umutsuzluk ile intihar eğilimi arasındaki ilişkiye bağlı olduğu belirtilmiştir (18). İntihar düşüncesi bulunan 207 hastanın 5-10 yıl süresince takip edildiği bir çalışmada, intihar girişimlerini sadece Beck Umutsuzluk Ölçeği (BUÖ) ile Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ)'nün, umutsuzluk maddesinin yordadığı saptanmıştır (19). Depresyonun temel belirtilerinden biri olan karamsarlıkla ilişkili umutsuzluk yaşantısı, yaşamı tehdit eden intihar olgusu üzerinde önemle durulan konulardan biridir (20). Beck, bilişsel kuram çerçevesinde intihar davranışının bilişsel çarpıtmalardan kaynaklandığını vurgulamaktadır (21). Bu anlamda umutsuzluk, intihar davranışını yordayıcı önemli bir bilişsel faktördür (19).

Psoriasis ve intihar eğilimi ile ilişkili 18 çalışmanın incelendiği güncel bir sistematik derleme ve meta-analizde psoriasis hastalarında intihar düşüncesi, intihar girişimi ve tamamlanmış intihar olasılığı anlamlı düzeyde artmış olarak bildirilmiş olup şiddetli hastalığı olan ve genç yaş grubundaki hastaların intihar açısından özellikle risk altında oldukları belirtilmiştir (22). Bu sonuçlar, dermatologların psoriasis hastalarında intihar eğilimini sorgulamalarının önemini açıkça ortaya koymaktadır.

Avrupa genelinde 13 ülkeyi kapsayan bir çalışmada, sık görülen deri hastalıklarına sahip bireylerde, depresyon ve anksiyetenin dermatologlar tarafından klinik değerlendirmesi ile Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HADÖ) kullanılarak yapılan değerlendirme arasındaki uyum karşılaştırılmıştır. Buna göre 3635 hasta konsültasyonunda doğru pozitif oran (HADÖ ≥ 11 değerine göre depresyon ve anksiyete tanısı alan kişilerde depresyon veya anksiyete bulgularını saptayan dermatologların yüzdesi) depresyon ve anksiyete için sırasıyla, %44 ve %35,6 olarak bulunurken; doğru negatif oran (HADÖ<11 değerine göre deprese veya anksiyöz olmayan hastalarda depresyon veya anksiyete bulguları saptamayan dermatogların yüzdesi) depresyon için %88,8 ve anksiyete için %85,7 olarak bulunmuştur. Bu sonuçlara göre, dermatologların duygudurum bozukluklarını tanımakta ve değerlendirmekte zorlandıkları belirtilmiştir (23). Dolayısıyla, psoriasis gibi psikiyatrik komorbiditelerin olduğu hastalıklarda dermatologların tanı koyma ya da belirtileri değerlendirmede yararlanabilecekleri uygun araçlara ihtiyaç vardır. Bu çalışmada, BDÖ ve BUÖ kullanılarak, sağlıklı kontrollerle karşılaştırmak suretiyle psoriasis hastalarında klinikte belirgin olmayan intihar riskinin araştırılması, depresif semptomlar ve umutsuzluğun klinik ve sosyodemografik değişkenlerle ile ilişkisinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1.PSORİASİS

2.1.1. TANIM

Psoriasis, keskin sınırlı eritemli plak veya papüller üzerinde yerleşmiş, sedefî-beyaz skuamlarla karakterize, epidermal proliferasyon artışı ile seyreden, tırnakları ve eklemleri de tutabilen, kronik, inflamatuvar bir deri hastalığıdır. Lezyonlar sıklıkla saçlı deri, diz, dirsek, sakral bölge ve eklemlerin ekstansör yüzlerinde simetrik olarak yerleşmektedir. Her iki cinsi eşit sıklıkta etkileyen ve doğumdan itibaren her yaşta görülebilen hastalık, genellikle genç erişkin dönemde başlar, alevlenme ve remisyonlarla kronik bir seyir izler (24, 25).

TARİHÇE

Psoriasis ilk defa Hippocrates (M.Ö. 460-377) ve Celsus (M.Ö. 25-M.S. 45) tarafından bildirilmiş; Robert Willan, 1798'de psoriasisin klasik klinik tanımlamasını yapmıştır. Ferdinand von Hebra, 1841'de hastalığın ayrıntılarını ortaya koyarak "psoriasis" adını kullanan ilk kişi olmuştur (26, 27) .

2.1.2. EPİDEMİYOLOJİ VE PATOGENEZ

Etyopatogenezi tam olarak bilinmemekle birlikte, kalıtsal bir predispozisyon ve yaşamın herhangi bir zamanında ortaya çıkan tetikleyici faktörlerle ilişkili olduğu düşünülmektedir (28).

Psoriasisin bir otoimmün hastalık mı, yoksa T-helper (Th)-1 immündisfoksiyonu mu olduğu konusu tartışmalıdır. Fiziksel travma, inflamasyon, bakteri, virüs veya kortikosteroidlerin ani kesilmesi gibi tetikleyici faktörlere cevaben T hücreleri aktive olmakta, tümör nekroz faktör alfa (TNF-α) ve dendritik hücreler uyarılmaktadır. Psoriasisteki lenfositik infiltrat predominantı CD4+ ve CD8+ T hücrelerden oluşmaktadır. Lökosit adherensini arttıran adhezyon molekülleri psoriatik lezyonlarda oldukça artmıştır. Psoriatik plaklarda interferon-gama (IFN-γ), interlökin (IL)-2 ve IL-12 gibi Th-1 sitokinlerin artmış olmasından dolayı, psoriasis Th-1 dominant bir hastalık olarak kabul edilmektedir (29).

Psoriasisin görülme sıklığı ırksal, coğrafik ve çevresel faktörlere bağlı olarak değişir (30). Türkiye'de yapılan bir çalışmada psoriasis insidansı %1,3 olarak bildirilmiştir (24). Genellikle soğuk kuzey ülkelerinde tropikal bölgelere göre daha sıktır. Avrupa, Kuzey Amerika ve Avusturalya'da yapılan çalışmalar beyaz ırkın diğer ırklara göre daha çok etkilendiğini göstermiştir. Zenciler ve sarı ırkta daha nadir görülmektedir (31). Psoriasis insidansı çeşitli ülkeler ve ırklar arasında %0.5-%4.6 arasında değişmektedir (27).

Hastalık hayatın herhangi bir döneminde başlamakla birlikte, iki dönemde pik yapar. Birinci pik ortalama 22,5 yaşında görülürken, ikinci pikin başlangıcı ortalama 55 yaş olarak saptanmıştır(32). Kadın ve erkeklerdeki prevalansı eşittir. Çocuklardaki başlangıç yaşı ortalaması 8,1'dir. Çocuklarda en sık görülen psoriasis tipi guttat psoriasistir ve streptokokal infeksiyonlar ile ilişkilidir. Altta yatan infeksiyonun tedavisi sırasında lezyonlar tam olarak iyileşebilir (33). Psoriasis hastalarının yaklaşık 1/3'ünde 1-50 yıl arasında değişen spontan remisyonlar gözlenebilir (28).

2.1.3. ETYOLOJİ

Etyolojisi tam olarak aydınlatılamamasına karşın, genetik yatkınlığı olan bireylerde endojen ve eksojen tetikleyici faktörlerin de eklenmesiyle hastalığın ortaya çıktığı düşünülmektedir (28, 34). Aile bireylerinde psoriasis hikayesi bulunmayan kişilerde psoriasis gelişme riski %1-2 iken,ebeveynlerinden birinde psoriasis varsa bu oran %14, ikisinde de varsa %41'in üzerine çıkabilmektedir. Monozigot ikizlerde %70, dizigot ikizlerde %30 oranında görülür(33). Psoriasis ve insan doku uygunluk antijenleri (HLA) arasındaki ilişki ilk defa 1972'de saptanmıştır. Çeşitli psoriatik toplumlarda HLA antijenleri çalışılmış ve HLA-A2, -B13, -B17, -B27, -B39, -B57, -Bw57, -Cw2, -Cw6, -Cw7, -DR4, -DR7 yüksek oranlarda belirlenmiştir (28, 35). Bunlardan en yüksek rölatif riski, %70 oranıyla HLA-Cw6'nın taşıdığı bildirilmektedir (36).

Çalışmalarda %33'e varan aile öyküsü pozitifliği saptanması, monozigot ikizlerde %60-70 gibi yüksek bir oranda görülmesi kalıtımın rolünü göstermektedir (37). Psoriasisin genetik temelini inceleyen çalışmalar, hastalığın oluşumunda tek bir

genin değil, birden çok sayıda genin rolü olduğunu işaret etmektedir. Farklı kromozomlarda yer alan dokuz adet psoriasis duyarlılık geni (PSORS 1-9) tanımlanmıştır (38).

Psoriasisin ortaya çıkışında veya alevlenmesinde fiziksel, kimyasal ve ruhsal travmalar, infeksiyonlar (beta hemolitik streptokok, stafilokok, kandida, insan immün yetmezlik virüsü, human papilloma virüsü, hepatit C virüsü infeksiyonları, vb), stres, ilaçlar (beta blokerler, lityum, anjiotensin dönüştürücü enzim inhibitörleri, antimalaryaller, nonsteroid antiinflamatuvar ilaçlar, kortikosteroidler, vb), iklim, sigara, alkol ve diyet gibi birçok faktör tetikleyici olarak rol oynamaktadır. Son yıllarda bunlara, obezite, diyabetes mellitus, hipertansiyon, dislipoproteinemi ve koroner kalp hastalığı gibi komorbiditeler de eklenmiştir (39).

2.1.4. KLİNİK

Psoriasis lezyonları; sıklıkla sedefî-beyaz parlak skuamlı keskin sınırlı, eritemli papül/makülopapül/plaklar ile karakterizedir (33). Genellikle 2-3 mm çapında eritemli, skuamlı makülopapüller şeklinde başlar. Merkezden çevreye doğru genişleyerek büyüyen lezyonlar, zamanla geniş, üzeri kalın ve yapışık skuamla kaplı plaklar halini alır. Çocuklarda başlangıç genellikle gövde, saçlı deri ve ekstremitelerde nokta veya damla şeklinde olup, uzun süre bu şekilde kalır. Yetişkinlerde ise plak oluşturma eğilimi daha fazladır, genellikle diz, dirsek, sakrum ve saçlı deriden başlar (33)Hastaların yaklaşık %80'inde kaşıntı, yanma gibi semptomlar eşlik etmektedir ve semptomlar şiddetli psoriasis olgularında daha belirgindir.

Psoriasis klinik olarak nonpüstüler ve püstüler psoriasis olmak üzere iki grupta sınıflandırılabilir. Nonpüstüler grupta, psoriasis vulgaris (plak tip psoriasis), guttat psoriasis, küçük plak psoriasis, invers psoriasis, eritrodermik psoriasis yer alır. Püstüler psoriasisin birçok klinik varyantı vardır: generalize püstüler psoriasis (von Zumbusch tipi), annüler püstüler psoriasis, impetigo herpetiformis ve lokalize püstüler psoriasisin iki varyantı; Barber'in palmoplantar püstülozu ve Hallopeau'nun akrodermatitis kontinuasıdır (28).

2.1.5. HİSTOPATOLOJİ

Psoriasis histopatolojisi klinik tipe, lokalizasyona, lezyonun erken veya tam gelişmiş olmasına göre farklı özellikler gösterir. Tipik psoriasis lezyonlarının histopatolojik bulguları parakeratoz, akantoz, granüler tabakanın incelmesi veya kaybı, dermal papillalarda uzama ve ödem, elonge reteler, kıvrımlı ve dilate kapillerler, Kogoj'un spongiform mikropüstülleri, Munro mikroabseleri, polimorfonükleer hücrelerin fokal ekzositozu olarak özetlenebilir (28).

2.1.6. LABORATUVAR

Psoriasis tanısında özel bir laboratuvar yöntemi olmayıp, lezyonları yaygın olan hastalarda, hızlanmış epitel proliferasyonun sonucu nükleik asit parçalanmasının artmasına bağlı olarak hiperürisemi ve hafif derecede anemi saptanabilir. Yaygın psoriasis vulgaris, jeneralize püstüler psoriasis ve eritrodermik psoriasiste serum albumininin azalmasına bağlı olarak negatif nitrojen dengesi gözlenebilir. Hastalığın aktivitesi ve yaygınlığına paralel olarak, artmış sedimentasyon hızı ve C-reaktif protein düzeyleri tespit edilebilir (33).

2.1.7. TANI VE AYIRICI TANI

Tanı klinik görünüm ve histolojik incelemeyle konur. Ayırıcı tanıda lezyonların yerleşimi önemlidir. Gövde ve ekstremite yerleşiminde; liken planus, seboreik dermatit, numuler dermatit, mikozis fungoides, pitriyazis rosea, sifiliz, parapsoriasis, pitriyazis rubra pilaris ile ayırıcı tanı yapılmalıdır. Saçlı deri lezyonlarında; seboreik dermatit, kontakt dermatit, pemfigus foliaseus, çocuklarda tinea kapitis süperfisyalis ayırıcı tanıda düşünülmelidir. Tırnak tutulumu olan olgularda onikomikoz, liken planus, ekzemalar ile ayırıcı tanı yapılmalıdır. Fleksural psoriasiste;intertrigo, seboreik dermatit,kontakt dermatit; inguinal bölgede ise tinea inguinalis ile ayırıcı tanı yapılmalıdır (28). Palmoplantar psoriasiste; mantar enfeksiyonları, kontakt dermatit, sifiliz ikinci dönemin psoriasiform papülleri, keratodermalar ve Reiter hastalığı, mikozis fungoides, pitriyazis rubra pilaris ayırıcı tanıda düşünülmelidir (40). Generalize püstüler psoriasisin ayırıcı tanısında; püstüler ilaç erupsiyonu, subkorneal püstüler dermatoz, pemfigus foliaseus;psoriatik artropatinin ayırıcı tanısında ise; romatoid artrit, ankilozan spondilit, Reiter hastalığı, gut düşünülmelidir(28, 40).

2.1.8. KLİNİK SEYİR VE PROGNOZ

Psoriasis, alevlenme ve remisyon dönemleri ile yıllarca seyreder. Erken başlangıç ve aile öyküsü olan olgular tedaviye daha dirençlidir. Eritrodermik, püstüler ve artropatik formlar mortalite riski taşırlar (28).

2.1.9. TEDAVİ

Psoriasiste hiçbir tedavi ajanı ile kür elde edilemediği için tedavinin hedefi, remisyon sağlayabilmek ve hastalığın, hastanın yaşam kalitesi üzerindeki olumsuz etkilerini ortadan kaldırabilmektir(28). Uygulanan tedavilerde, DNA sentezini inhibe ederek mitozu baskılamak, epidermal hiperproliferasyonu normale döndürmek ve antiinflamatuvar etki sağlamak amaçlanır. Hastalığın immünopatogenezinin son yıllarda giderek daha iyi anlaşılmasına paralel olarak, tedaviler T hücrelerine ve T hücre kaynaklı sitokinlere odaklanmaya başlamıştır (28). Tedavi yöntemleri; yerel tedaviler, foto(kemo)terapi ve sistemik tedaviler olarak üç başlıkta incelenebilir.

2.1.9.1.YEREL TEDAVİ

Vücut yüzeyinin %10'undan daha azının tutulduğu hafif ve orta şiddetli psoriasis tedavisinin temelini yerel tedaviler oluşturmaktadır. Şiddetli psoriasis hastalarında ise yerel ilaçlar, sistemik tedavilerle kombine olarak kullanılabilmekte ve bu tedavilerin etkinliğini artırabilmektedir. Psoriasisin yerel tedavisinde, antiproliferatif ve keratolitik etki sağlamak amacıyla kortikosteroidler, vitamin D analogları, retinoidler, kalsinörin inhibitörleri, antralin, katran, salisilik asit ve çeşitli nemlendiriciler kullanılmaktadır (41).

2.1.9.2.FOTO(KEMO)TERAPİ

Günümüzde yerel tedavilerle kontrol altına alınamayan, vücut yüzey alanının %5'inden fazlasının tutulduğu psoriasis olgularında, sistemik tedavilerden önce, keratinosit farklılaşmasını düzenleyici etkisi nedeniyle fototerapinin kullanılması kabul görmektedir. Psoriasis tedavisinde kullanılan ultraviyole (UV) fraksiyonları arasında ultraviyole B (UVB, 290-320 nm), dar bant UVB (311 nm) ve ultraviyole A (UVA, 320-400 nm) bulunur. Psoralen ve UVA'nın bir arada kullanıldığı Psoralen+UVA (PUVA) tedavisi de diğer bir seçenektir (41).

2.1.9.3.SİSTEMİK TEDAVİ

Orta ya da şiddetli psoriasis vulgariste, artropatik, eritrodermik ve püstüler psoriasisli olgularda sistemik tedavi tercih edilmektedir. Psoriasiste kullanılan sistemik tedavi ajanları arasında retinoidler, metotreksat, siklosporin A, mikofenolat mofetil, hidroksiüre sayılabilir. Şiddetli artropatik psoriasis ve eritrodermik psoriasiste kortikosteroidler; bunlara dirençli olgularda ise etanersept, infliksimab, adalimumab ve ustekinumab gibi biyolojik ajanlar tercih edilir (41).

2.1.10. KOMORBİDİTELER

Psoriasisteki komorbiditelerle ilgili çeşitli sınıflamalar mevcuttur. Basit olarak; klasik, kronik sistemik enflamasyonla ilişkili, yaşam tarzı ve tedavi ile ilgili olarak sınıflanabileceği gibi (42) medikal komorbiditeler, psikiyatrik/ psikolojik komorbiditeler ve komorbiditelere katkı yapan durumlar şeklinde de sınıflanabilmektedir (43).

2.2. PSORİASİS VE PSİKOSOSYAL KOMORBİDİTELER

2.2.1. Psoriasis ve Depresyon

Depresyon ve depresif semptomatoloji prevalansı psoriasisli bireylerde liken planus(44), lepra (45) ve vitiligo (46) gibi başka dermatolojik hastalığa sahip bireylere göre daha yüksektir.

Psoriasis ve depresyon arasında iki yönlü bir ilişki vardır. Depresyon, kronik bir deri rahatsızlığına sahip olmaktan dolayı kaynaklanabilir ya da psoriasisi kötüleştirebilir veya tetikleyebilir (47). Psoriasise bağlı disfigürasyon ve stigmatizasyon, depresyona yol açabilir (5, 44). Psoriasis tedavisinin hastalığı tamamen ortadan kaldırmayan, tatmin edici olmayan sonuçları da depresyona katkıda bulunabilmektedir (48).Bazı çalışmalarda şiddetli psoriasisin depresyonla ilişkili olduğu gösterilmiştir (44). Ayrıca yüz ve genital bölgede psoriatik lezyonları olan hastalarda, depresyon semptomları daha sık bildirilmektedir (44). Psoriasiste sık görülen seksüel disfonksiyon, uyku bozuklukları (49) ve aşırı alkol tüketimi (50) de depresyon ile ilişkilidir ve bu durumlar aynı zamanda psoriasiste görülen yüksek depresyon prevalansına katkıda bulunabilmektedir.

Psoriasiste görülen kaşıntı veya ağrı düzeyi ile depresyon arasında korelasyon

olduğu çeşitli çalışmalarda gösterilmiştir; ancak çoğu kez depresyonun kaşıntı veya ağrının sonucu mu yoksa bunların etyolojik faktörü mü olduğu konusu net değildir (5, 48). Biyolojik düzeyde bakıldığında, depresyon kaşıntı algısını değiştirebilmektedir (47). Bazı yazarlar, depresyon şiddetinin doğrudan kaşıntı şiddetiyle ilişkili olduğunu bildirmektedir (51). Psoriasis, kaşıntı ve depresyon ilişkisinde substans P'nin rolü de vurgulanmaktadır. Depresyon daha yüksek substans P düzeylerine yol açmakta ve bu da keratinosit proliferasyonu, deri inflamasyonu ve lenfosit aktivasyonunu sağlayarak psoriasisin kötüleşmesine katkıda bulunmaktadır (52).

Ayrıca depresyon ve psoriasis, belirgin bir sebep-sonuç ilişkisi olmaksızın ortak biyolojik mekanizmalarla aynı anda var olabilir (47). Hem psoriasis hem depresyonda IL-6 ve TNF-α gibi proinflamatuar sitokinler kısır döngü içinde artmış düzeylerde bulunur. Proinflamatuar sitokinler, limbik sistem ve bazal ganglionlarda serotonin, norepinefrin ve dopamin metabolizmasını modifiye ederek depresyon semptomlarına neden olurken (48, 52, 53) IL-6 gibi proinflamatuar sitokinler, naif T hücrelerinin psoriatik plaklarda rolü olan Th-17 hücrelerine matürasyonunu sağlar (54).

2.2.2. Psoriasis ve İntihar

İntihar eğilimi (suisidalite) son yıllara kadar dermatologların çok da farkında olmadığı riskli bir durum olarak bazı deri hastalıklarındaki psikososyal komorbiditenin önemli bir bileşenidir. İntihar eğilimi; intihar girişimi, tamamlanmış intihar ve intihar düşüncesi olmak üzere üç temel kategoriden oluşmaktadır. Bunlardan intihar girişimi ve tamamlanmış intihar, birlikte "intihar davranışı" olarak kabul edilmektedir. İntihar düşüncesi kavramı olarak tanımlanan üçüncü kategori ise, kişinin, kendini öldürmeye yönelik açık bir davranışı bulunmaksızın, intihar riskini çağrıştıracak gözlenebilir davranış ve düşünceler içerisinde olmasını ifade etmektedir (55). Başka bir deyişle, intihar düşüncesi, intihar etmek için plan yapılması ve intiharın kişi tarafından istenmesine rağmen, bu amaca yönelik gözlenebilen bir davranışın olmaması olarak da tanımlanmaktadır (56).

Avrupa'da yürütülen çok merkezli bir çalışmada, sık görülen deri hastalıklarında klinik depresyon, anksiyete bozukluğu ve intihar düşüncesi prevalansının kontrollerle

karşılaştırıldığında anlamlı olarak daha yüksek olduğu gösterilmiştir (8). İntihar düşüncesi olduğunu bildiren tüm hastaların %53,6'sı bu düşüncelerin deri hastalığı yüzünden olduğunu belirtmiştir. Ancak sadece psoriasis hastalarında intihar düşünceleriyle anlamlı ilişki görülmüştür (8). Güncel bir sistematik derleme ve meta-analizde de psoriasisli hastalarda intihar düşüncesi, intihar girişimi ve tamamlanmış intihar olasılığının anlamlı olarak daha yüksek olduğu gösterilmiştir (22). Literatürdeki tüm bu veriler, psoriasis hastalarının psikososyal alanda önemli bir risk altında olduklarının göstergeleridir.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. ETİK KURUL

Bu tez çalışması için, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Şişli Hamidiye Etfal Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 04.07.2017 tarihinde, 1629 sayılı etik onay alınmıştır **(EK-1).**

Tez konusu Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tıp Fakültesi Deri ve Zührevi Hastalıkları Anabilim Dalı Akademik Kurulu tarafından onaylanmıştır **(EK-2, EK-3).**

3.2. ÇALIŞMA GRUBUNUN OLUŞTURULMASI

Çalışmaya Sağlık Bilimleri Üniversitesi Şişli Hamidiye Etfal Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi dermatoloji psoriasis yan dal polikliniğine Temmuz 2017 – Mayıs 2018 tarihleri arasında başvuran plak tip psoriasis hastaları ile sağlıklı kontrol grubu kabul edilmiştir.

Çalışmaya dahil edilme kriterleri (hastalar için):

- Psoriasis yan dal polikliniğinden takipli plak tip psoriasis hastası olmak
- Psoriatik artrit tanısı almamış olmak
- Çalışmaya katılmaya gönüllü olmak
- En az 18 yaşında olmak
- Okuma-yazma bilmek

Çalışmaya dahil edilme kriterleri (kontrol grubu için):

- Çalışmaya katılmaya gönüllü olmak
- En az 18 yaşında olmak
- Okuma-yazma bilmek

Çalışma dışı tutulma kriterleri (her iki grup için):

- Ölçekleri dolduramayacak düzeyde kognitif fonksiyon bozukluğuna sahip olmak

- Ek psikiyatrik ve organik hastalığa sahip olmak
- Herhangi bir malign hastalık tanısı almış olmak
- Psikiyatrik ilaç kullanmak
- Gebelik veya laktasyon döneminde olmak

3.3. ÇALIŞMA YÖNTEMİ VE ÇALIŞMA VERİ TABANININ HAZIRLANMASI

Çalışma, Temmuz 2017 – Mayıs 2018 tarihleri arasında yapılmış, tek merkezli, kesitsel bir çalışmadır.

Araştırmada örneklemi oluşturan bireyler ile ilgili bilgi toplamak amacıyla araştırmacı tarafından hazırlanan ve cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim durumu, ekonomik durum, gibi sosyodemografik bilgilerini içeren sorular ile birlikte hastalığın süresi, başlangıç yaşı, tedavi öyküsü, gibi klinik bilgileri sorgulayan bir "Olgu Takip Formu" **(EK-4)** kullanıldı. Hasta ve kontrol grubuna yüz yüze görüşülerek ve ölçekler hakkında bilgilendirme yapılarak BDÖ **(EK-5)** ve BUÖ **(EK-6)** doldurtuldu.

3.3.1. Hastalık Özelliklerinin ve Şiddetinin Belirlenmesi

Psoriasis grubunda hastalık şiddetinin belirlenmesinde Psoriasis Alan Şiddet İndeksi (PAŞİ) ve Dermatoloji Yaşam Kalite İndeksi (DYKİ) **(EK-7)** kullanıldı. Türkiye Psoriasis Tedavi Kılavuzu-2016'ya göre (41) hastalar; PAŞİ≤10 ve DYKİ≤10 ise "hafif plak psoriasis" ve PAŞİ≤10 ve DYKİ>10 veya PAŞİ>10 ve DYKİ≤10 ise "orta-şiddetli plak psoriasis" olarak iki gruba ayrıldı.

İstatistiksel değerlendirmede psoriasis hasta grubu ile kontrol grubunun BDÖ ve BUÖ skorları karşılaştırıldı ve bu ölçekler arasındaki korelasyon değerlendirildi. Psoriasis grubunda BDÖ ve BUÖ skorları ile sosyodemografik ve klinik özellikler arasındaki ilişki değerlendirildi. Ayrıca hafif plak psoriasis ve orta-şiddetli plak psoriasis grupları birbirleriyle ve kontrol grubuyla BDÖ ve BUÖ skorları açısından karşılaştırıldı ve bu ölçekler arasındaki korelasyon değerlendirildi. Son olarak

gruplar, BDÖ "umutsuzluk" ile ilgili 2. sorusu ve BUÖ alt faktörleri açısından karşılaştırıldı.

3.4. ARAŞTIRMANIN HİPOTEZLERİ

1. Psoriasis hastalarında depresif semptomlar ve umutsuzluk, sağlıklı kontrollere göre artmış düzeydedir.
2. Depresif semptomlar ve umutsuzluk skorları birbirleriyle koreledir ve intihar olasılığı ile ilişkilidir.

3.5.ÖLÇEKLER

3.5.1.Beck Depresyon Ölçeği

Beck tarafından 1961 yılında geliştirilen ölçek, katılımcıların depresyon açısından riskini, depresif belirtilerin düzeyi ve şiddet değişimini ölçmek için kullanılmaktadır. BDÖ'nün maddeleri herhangi bir kuramsal görüş temel alınarak değil klinik gözlem ve verilere dayanılarak hazırlanmıştır. BDÖ, depresyonda görülen vegetatif, duygusal, bilişsel ve motivasyonel alanlarda ortaya çıkan belirtileri ölçmeye yarayan, 21 maddeden oluşmuş bir kendini değerlendirme türü ölçektir. Ölçeğin amacı, çeşitli tipte depresyon tanıları ya da diğer psikiyatrik tanılar arasında bir ayrım yapmak değil, depresyonun derecesini objektif olarak sayılara dökmektir (57). BDÖ'deki her madde, depresyona özgü bir davranışsal örüntüyü belirlemekte ve azdan çoğa doğru giden 4 derecelik kendini değerlendirme cümlesini içermektedir. Depresyonun ciddiyetine göre sıralanmış bu maddeler, depresyonun görünümüne ilişkin olup, etyolojisine ilişkin herhangi bir kuramı yansıtmamaktadır. Bu belirtiler; depresif ruh durumu, karamsarlık, başarısızlık duygusu, doyum alamama, suçluluk duyguları, ağlama nöbetleri, tedirginlik, sosyal çekilme, kararsızlık, bedensel imajın çarpıtılması, çalışma inhibisyonu, uyku bozukluğu, yorgunluk, iştah azalması, kilo kaybı, somatik meşguliyetler ve libido kaybıdır.

Bireyden, testi doldurduğu gün dahil son bir hafta içinde nasıl hissettiğini ifade eden, her soruda yer alan 4 maddeden birini seçmesi istenir. Her madde 0 ile 3

arasında puan alır ve toplam puan 0-63 arasında değişir. Toplam puanın yüksekoluşu depresyon şiddetinin yüksekliğini gösterir.

BDÖ'nün Türkçe geçerlilikve güvenirlik çalışması 1988 yılında Hisli tarafından yapılmış ve ölçeğin kesme puanı 17 olarak belirlenmiştir (58). Denk düşen puan aralıkları ile ilgili bir konsensus olmamakla birlikte genellikle; 1-10 puan arası normal, 11-16 puan arası orta derecede duygudurum bozukluğu, 17-20 puan arası klinik depresyon; 21-30 puan arası orta düzeyde depresyon; 31-40 puan arası ciddi düzeyde depresyon; 41-63 puan arası ağır depresyon biçiminde değerlendirilmektedir(59).

3.5.2.Beck Umutsuzluk Ölçeği

Beck ve arkadaşları tarafından 1974 yılında geliştirilen, bireyin geleceğe yönelik karamsarlık düzeyini belirlemeyi amaçlayan bir ölçektir. Okuma yazma bilen çocuk, genç ve yetişkinlere grup olarak uygulanabilen ölçeğin uygulanmasında zaman sınırlaması yoktur. BUÖ, 20 maddeden oluşan, geleceğe yönelik duygu ve düşünceleri belirten ifadelerden oluşmaktadır. Ölçeği oluşturan ifadeler; duygusal, motivasyonel ve bilişsel alt boyutlarında incelenmektedir. Ölçeğin orijinal formu, yapılan faktör analizi sonucunda, "gelecekle ilgili duygular" (1, 6, 13, 15 ve 19. maddeler), "motivasyon kaybı" (2, 3, 9, 11, 12, 16, 17 ve 20. maddeler) ve "gelecek ile ilgili beklentiler" (4, 7, 14 ve 18. maddeler) şeklinde üç faktörden oluşmaktadır (14).

Ölçeğin çevirisi, geçerlik ve güvenirlik çalışması ilk olarak 1991 yılında Seber tarafından yapılmıştır (60). Ölçek üzerinde daha sonra 1994 yılında Durak tarafından çalışılmış; geçerlik, güvenirlik ve faktör yapısına ilişkin daha ayrıntılı bilgi elde edilmiştir. Ölçek üzerinde geliştirilen faktör analizi sonucunda ölçeğin "gelecekle ilgili duygular ve beklentiler" (1, 3, 7, 11 ve 18. maddeler, $\alpha = 0.78$), "motivasyon kaybı" (2, 4, 9, 12, 14, 16, 17 ve 20. maddeler, $\alpha = 0.72$) ve "umut" (5, 6, 8, 10, 13, 15 ve 19. maddeler, $\alpha = 0.72$) olmak üzere üç faktörden oluştuğu belirtilmiştir. Görüldügü gibi bu çalısmada; ölçegin orjinalindeki "Gelecek ile ilgili duygular" ve

"Gelecek ile ilgili beklentiler" faktörü birleserek tek bir faktör haline gelmis ve ayrıca bir de "umut" faktörü ortaya çıkmıstır (61).

"Evet" veya "Hayır" şeklinde cevaplanan BUÖ"den alınabilecek puanlar 0-20 arasındadır. 1, 3, 5, 6, 8, 10, 12, 13, 15 ve 19. sorularda "hayır"; 2, 4, 7, 9, 11, 14, 16, 17, 18 ve 20. sorularda "evet" yanıtı için 1 puan verilmektedir. Elde edilen aritmetik toplam "umutsuzluk" puanını oluşturur. 0-3 puan hiç ya da minimal umutsuzluğu, 4-8 puan düşük umutsuzluk seviyesini, 9-14 puan orta düzeyi, 15 ve üzeri puan yüksek umutsuzluk düzeyini belirtmektedir (62).

Durak'ın çalışmasında intihar girişiminde bulunmuş bireyler, depresyon tanısı almış hastalar, depresyon tanısı dışında nevrotik belirtileri olanlar, epilepsi hastaları, diyaliz hastaları ve kanser hastalarından oluşan 201 katılımcı çalışma grubunu; herhangi bir fiziksel veya psikiyatrik hastalığı bulunmayan 172 kişi ise karşılaştırma grubunu oluşturmuştur. Eş zamanlı geçerlik kriteri olarak BDÖ seçilmiştir. İntihar girişimi grubu BUÖ ve BDÖ'den en yüksek puanları almışlardır. İntihar girisimi grubunu sırasıyladepresif hastalar, depresyon tanısı dışında kalan nevrotik belirtileri olan hastalar, dializ hastaları, kanser hastaları, alkol bağımlıları ve epilepsi hastaları izlemiştir. Sonuç olarak Durak'ın geçerlik ve güvenirlik çalışmasında, intihar davranışlarının çok boyutlu özelligi nedeniyle umutsuzluğun temel etken olarak alınmasının güçleşmekle birlikte BUÖ ile yapılan çalışmaların depresyonun şiddeti ve intihar riski konusunda bilgi verebileceği yorumunda bulunulmuştur. Kronik fiziksel hastalığıolan grupta görülen depresif belirtiler ve umutsuzluğun, hastaların tedaviye uyumunu ve iyileşmeyi etkileyebilecegi gibi intihar riski açısından da bulundurulması gereken bir sonuç olduğu belirtilmiş ve bu sonucun alanda çalısan profesyonellere kronik ve ölümcül hastalarda görülebilecek intihar davranışı açısından katkı sağlayacabileceği vurgulanmıştır (61).

3.5.3.Dermatoloji Yaşam Kalite İndeksi

İlk kez Finlay tarafından hazırlanmış olan indeks oldukça pratik olarak kullanılan bir yaşam kalite indeksidir(63). Tüm dermatolojik hastalıklara uygulanabilen bu ölçek, hastanın hastalığına bakış açısını ve hastalığın yarattığı anksiyeteyi ortaya çıkarmakta faydalıdır. Belirti, hasta hissi, günlük aktivite, boş zaman değerlendirme, okul-iş hayatı, kişisel ilişkiler ve tedavi temeline dayandırılarak düzenlenmiş olup, toplam 4 muhtemel cevabın olduğu 10 soru içermektedir. Genel olarak hastalığın son

1 hafta içindeki sosyal ve fiziksel etkinlikleri etkileme yönünün anlaşılması amaçlanmıştır. Yüksek puan hastanın yaşam kalitesinin etkilendiğini göstermektedir (64). Hiç ya da hiçbiri cevabı (0) puana, çok fazla cevabı (3) puana karşılık gelmektedir. Toplam skor 0-30 arasında değişmektedir. 0-5 puan arası hastalıktan etkilenmeme- az etkilenme, 5-11 puan arası orta derecede etkilenme, 11 puan üzeri ise hastalıktan çok etkilenme şeklindedeğerlendirilmiştir (65). Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması 2006 yılında Öztürkcan ve ark. tarafından yapılmıştır (66).

3.6. İSTATİSTİKSEL ANALİZ

İstatistiksel analiz için SPSS 15.0 for Windows programı kullanıldı. Tanımlayıcı istatistikler; kategorik değişkenler için sayı ve yüzde, sayısal değişkenler için ortalama, standart sapma, minumum, maksimum olarak verildi. Gruplarda oranlar ki kare analizi ile karşılaştırıldı. İstatistiksel alfa anlamlılık seviyesi $p<0,05$ olarak kabul edildi.

3.7. ÇIKAR ÇATIŞMASI

Tezi yazan kişi, tez danışmanı ve tez yazım sürecinde katkı sağlayan ve ileride bilimsel makale olarak yazılırken isminin yer alacağı kişiler arasında, karar vermelerini uygunsuz bir biçimde etkileyebilecek tarzda bir ilişki (maddi-manevi) yoktur.

4. BULGULAR

Çalışmamıza 88 psoriasis hastası (51 erkek, 37 kadın) ve 88 kontrol (51 erkek, 37 kadın) dahil edildi. Hasta ve kontrol grubu arasında yaş ortalamaları, cinsiyet oranları, medeni durumları, ekonomik seviyeleri ve ailede psikiyatrik hastalık varlığı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu. Hasta ve kontrol grubunun sosyodemografik özellikleri tablo 1'de özetlenmiştir.

Tablo 1. Hasta ve kontrol grubunun sosyodemografik özellikleri

		Hasta grubu		Kontrol grubu		
		n	%	n	%	p
Cinsiyet	Kadın	37	42,0	37	42,0	1,000
	Erkek	51	58,0	51	58,0	
Yaş Ort.±SD (Min-Maks)		38,4±12,4 (18-70)		38,0±11,0 (20-70)		0,961
Medeni durum	Bekar	30	34,1	31	35,2	1,000
	Evli	54	61,4	54	61,4	
	Dul veya boşanmış	4	4,5	3	3,4	
Eğitim durumu	İlköğretim	36	40,9	29	33,0	0,112
	Lise	22	25,0	35	39,8	
	Üniversite	30	34,1	24	27,3	
Ekonomik seviye	Düşük	3	3,4	11	12,5	0,056
	Orta	61	69,3	53	60,2	
	İyi	22	25,0	24	27,3	
	Çok iyi	2	2,3	0	0,0	
Ailede psikiyatrik hastalık öyküsü		8	9,1	8	9,1	1,000

Çalışmaya alınan plak tip psoriasis tanılı kişilerde hastalık başlangıç yaşı 2-60 yaş arasında değişmekte olup ortalama 25,0±13,2 yaş olarak saptandı. Hastaların hesaplanan PAŞİ değerleri ortalaması 5,1±6,2 ve DYKİ ortalamaları 8,1±7,2 olarak bulundu. Hastaların 60'ı (%68,2) aktif tedavi altındayken, 28'i (%31,8) aktif bir

tedavi almamaktaydı. Psoriasis hastalarının 32'sinde (%36,4) aile öyküsü varken, 56'sında (%63,6) aile öyküsü yoktu. Hastaların klinik özellikleri Tablo 2'de sunulmuştur.

Tablo 2. Psoriasis hastalarına ait klinik veriler

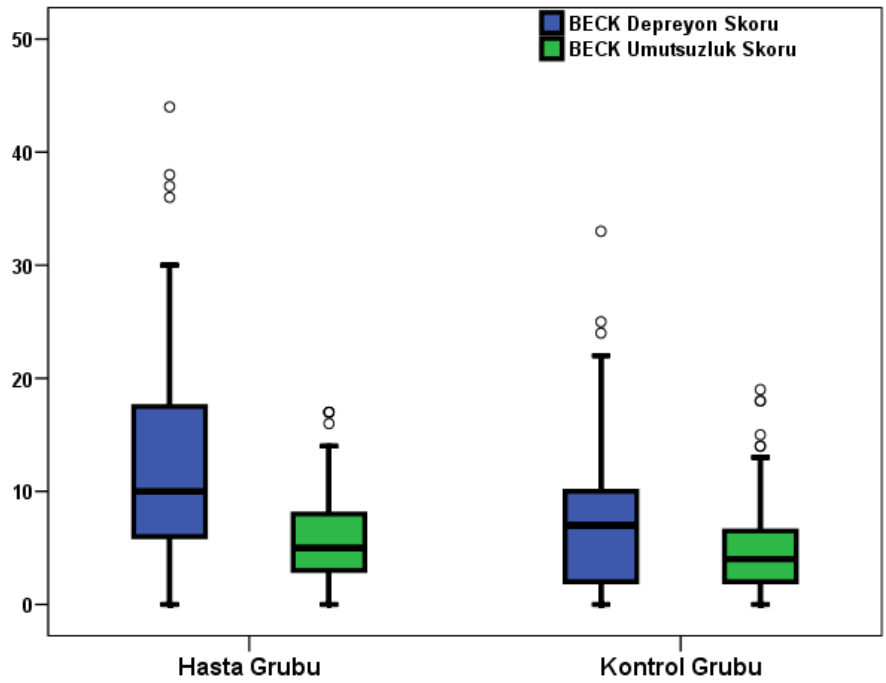
		n	%
Hastalık başlangıç yaşı Ort.±SD (Min-Maks)		25,0±13,2 (2-60)	
Hastalık süresi Ort.±SD (Min-Maks)		13,1±8,1 (1-40)	
Psoriasis alan şiddet indeksi Ort.±SD (Min-Maks)	5,1±6,2 (0-35)		
Aktif tedavi	Almıyor	28	31,8
	Alıyor	60	68,2
Ailede psoriasis öyküsü Ort.±SD (Min-Maks)	Yok	56	63,6
	Var	32	36,4
Dermatoloji yaşam kaliteindeksi Ort.±SD (min-maks)	8,1±7,2 (0-30)		

Hasta ve kontrol grubu BDÖ ve BUÖ skorları açısından karşılaştırıldığında, psoriasis grubunun BDÖ skor ortalaması kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptandı (p=0,001). Ayrıca hasta grubunun BUÖ skor ortalaması istatistiksel anlamlılığa yakın olarak daha yüksekti (p=0,053). Hasta ve kontrol grubuna ait BDÖ ve BUÖ skor ortalamaları Tablo 3'te sunulmuş ve dağılımları Şekil 1'de gösterilmiştir.

Tablo 3. Hasta ve kontrol grubunun Beck Depresyon Ölçeği ve Beck Umutsuzluk

Ölçeği skorları

	Hasta grubu		Kontrol grubu		
	Ort.±SD	Min-Maks	Ort.±SD	Min-Maks	p
Beck Umutsuzluk Ölçeği skoru	5,7±4,2	0-17	4,8±4,3	0-19	0,053
Beck Depresyon Ölçeği skoru	12,3±9,7	0-44	7,6±6,8	0-33	***0,001***



Şekil 1. Hasta ve kontrol grubunda BDÖ ve BUÖ skorlarının dağılımları

Hasta grubunun sosyodemografik özellikleri ile BDÖ ve BUÖ skorlarının ilişkisi incelendiğinde, kadınların BDÖ skor ortalaması erkeklere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptandı (p=0,008). Ayrıca hastaların eğitim düzeyi, BUÖ

skoru ile negatif yönde istatistiksel olarak anlamlı ilişkili saptandı (p=0,043) (Tablo 4).

Tablo 4. Hasta grubunun sosyodemografik özelliklerinin Beck Depresyon Ölçeği ve Beck Umutsuzluk Ölçeği skorları ile ilişkisi

		Hasta Grubu					
		Beck Depreyon Skoru			Beck Umutsuzluk Skoru		
		rho	p		rho	p	
Yaş		0,035	0,746		-0,048	0,655	
Eğitim durumu		-0,111	0,305		-0,217	***0,043***	
Ekonomik seviye		-0,041	0,704		0,017	0,872	
		Ort.±SD	Median	p	Ort.±SD	Median	
Cinsiyet	Kadın	15,1±9,3	12	***0,008***	6,4±4,5	5	p
	Erkek	10,2±9,5	9		5,2±3,9	4	0,181
Medeni Durum	Bekar	11,6±9,8	9	0,805	5,2±4,0	3,5	
	Evli	12,5±9,4	11		6,2±4,4	5	0,194
	Dul veya boşanmış	13,5±15,4	8,5		3,0±2,2	2,5	
Ailede psikiyatrik hastalık öyküsü	Düşük	19,3±10,6	21	0,653	7,0±4,6	6	
	Orta	11,7±9,1	10		5,7±4,5	4	0,851
	İyi	13,2±11,2	9		5,7±3,8	5	
	Çok iyi	9,0±9,9	9		5,0±0,0	5	
	Yok	12,2±9,9	10	0,679	5,6±4,0	5	
	Var	13,1±8,2	10,5		7,3±6,2	4	0,511

Hasta grubunun klinik özellikleri ile BDÖ ve BUÖ skorlarının ilişkisi incelendiğinde, hasta grubunda klinik özelliklerden PAŞİ, BDÖ skoru ile; DYKİ ise hem BDÖ hem de BUÖ skorları ile pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı ilişkili saptanırken; hastalık süresi BDÖ skoru ile negatif yönde istatistiksel olarak anlamlı ilişkili bulundu (p=0,030, p<0,001, p=0,004, p=0,007) (Tablo 5).

Tablo 5. Hasta grubunun klinik özelliklerinin Beck Depresyon Ölçeği ve Beck Umutsuzluk Ölçeği skorları ile ilişkisi

		Hasta grubu					
		Beck Depreyon Ölçeği skoru			**Beck Umutsuzluk Ölçeği skoru**		
		rho	**p**		**rho**	**p**	
Hastalık başlangıç yaşı		0,191	0,075		0,017	0,878	
Hastalık süresi		-0,287	***0,007***		-0,206	0,054	
PAŞİ		0,232	***0,030***		0,091	0,401	
DYKİ Skoru		0,479	***<0,001***		0,304	***0,004***	
		Ort.±SD	Median	p	Ort.±SD	Median	p
Aktif tedavi	Almıyor	12,8±8,7	10	0,557	5,5±3,3	5	0,601
	Alıyor	12,0±10,2	9,5		5,8±4,6	4	
Ailede psoriasis öyküsü	Yok	12,3±10,1	9,5	0,931	5,9±4,2	5	0,505
	Var	12,1±9,1	10		5,4±4,2	4	

Psoriasis hastaları, hastalık şiddetine göre alt gruplara ayrıldığında, orta-şiddetli plak psoriasis grubunun BDÖ skor ortalaması hafif plak psoriasis grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek saptandı (p<0,001) (Tablo 6).

Tablo 6. Hasta grubunun hastalık şiddetine göre ayrılan alt grupları ile Beck Depresyon Ölçeği ve Beck Umutsuzluk Ölçeği skorlarının ilişkisi

	Beck Depresyon Ölçeği skoru	**Beck Umutsuzluk Ölçeği sk**

		Ort.±SD	Median	Ort.±SD	Median
Hastalık şiddeti	Hafif plak psoriasis (n=55)	9,1±7,3	9	5,4±3,9	4
	Orta-şiddetli plak psoriasis (n=33)	17,5±10,9	14	6,3±4,7	5
	p	***<0,001***		0,356	

Hafif plak psoriasis ve orta-şiddetli plak psoriasis grupları, kontrol grubu ile BDÖ ve BUÖ skorları açısından karşılaştırıldığında; orta-şiddetli plak psoriasis grubunun BDÖ skor ortalaması kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı yüksek saptandı (p<0,001) (Tablo 7).

Tablo 7. Hastalık şiddetine göre ayrılan psoriasis alt grupları ile kontrol grubunun Beck Depresyon Ölçeği ve Beck Umutsuzluk Ölçeği skorlarının karşılaştırılması

		Beck Depresyon	**Beck Umutsuzluk**
		p	p
Hastalık şiddeti	Hafif plak psoriasis - Kontrol	0,252	0,181
	Orta-şiddetli plak psoriasis - Kontrol	***<0,001***	0,053

Hafif plak psoriasis, orta-şiddetli plak psoriasis ve kontrol grubunda BDÖ ve BUÖ skorları arasında pozitif korelasyon saptandı (Tablo 8).

Tablo 8. Hastalık şiddetine göre ayrılan psoriasis alt grupları ile kontrol grubunun Beck Depresyon Ölçeği ve Beck Umutsuzluk Ölçeği skorlarının korelasyonu

Grup			Beck Depresyon Öl
		rho	p
Kontrol	Beck Umutsuzluk Ölçeği Skoru	0,366	***<0,001***
Hafif plak psoriasis	Beck Umutsuzluk Ölçeği Skoru	0,574	***<0,001***
Orta-şiddetli plak psoriasis	Beck Umutsuzluk Ölçeği Skoru	0,678	***<0,001***

BDÖ'nün "umutsuzluk" ile ilgili 2. soru ortalaması, orta-şiddetli plak psoriasis hastalarında hafif plak psoriasis ve kontrol gruplarına göre istatistiksel olarak anlamlı yüksek saptandı (p<0,001 p=0,002). Hafif psoriasis hastaları ile kontrol grubu arasında ise BDÖ 2. soru ortalaması açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı (p=0,569) (Tablo 9). Ayrıca BDÖ'nün umutsuzlukla ilgili 2. maddesi ile BUÖ arasında pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı ilişkili saptandı (p<0,001) .

Tablo 9. Gruplar arasında Beck Depresyon Ölçeği 2. sorusunun karşılaştırılması

Grup	Ort.± SD	Median
Kontrol	0,43±0,89	0
Hafif plak psoriasis	0,45±0,81	0
Orta-şiddetli plak psoriasis	1,24±1,25	1

Kontrol - Hafif plak psoriasis p=0,569

Kontrol - Orta-şiddetli plak psoriasis ***p<0,001***

Hafif plak psoriasis - Orta-şiddetli plak psoriasis ***p=0,002***

*(Bonferroni düzeltmesi p<0,017)

BUÖ; "gelecekle ilgili duygular ve beklentiler" , "motivasyon kaybı" ve "umut" olmak üzere üç faktörden oluşmaktadır. Hasta ve kontrol grubu bu üç faktör açısından karşılaştırıldığında, hasta grubun "umut" faktörü, kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksekti (p=0,04) (Tablo 10).

Tablo 10. Gruplar arasında Beck Umutsuzluk Ölçeği faktörlerinin karşılaştırılması

		Gelecek ile İlgili Duygular ve Beklentiler		**Motivasyon Kaybı**		**Umut**	
		Ort.±SD	Median	Ort.±SD	Median	Ort.±SD	Median
Grup	Kontrol	0,89±1,41	0	2,06±1,77	2	1,24±1,66	1
	Hasta	0,98±1,18	1	2,66±2,04	2	1,60±1,63	1
	p	0,179		0,058		***0,040***	
	Kontrol	0,89±1,41	0	2,06±1,77	2	1,24±1,66	1
	Hafif	0,85±1,06	0	2,44±1,94	2	1,60±1,50	1
	Orta-şiddetli	1,18±1,36	1	3,03±2,19	3	1,61±1,85	1
	p	0,224		0,077		0,090	

5.TARTIŞMA

Çalışmamızın sonuçlarına göre psoriasis hasta grubunun depresif semptomları kontrol grubuna kıyasla anlamlı olarak daha fazla , umutsuzluk düzeyleri ise diğer kronik hastalıklara benzer düzeyde; ancak intihar riski telkin edecek kadar yüksek çıkmamıştır.

Psoriasiste bildirilen depresyon prevalansı; çalışma tasarımı, çalışma popülasyonu, örneklem büyüklüğü ve depresyon tanımlamasına göre çalışmalarda önemli ölçüde değişkenlik göstermektedir. Hastalıktaki depresyon oranları %6-%62 arasında değişmektedir(67-69). Çalışmaların çoğunda, depresif semptomları saptamak için geçerliliği onaylanmış ölçekler kullanılmaktadır. Psoriasis hastalarında depresif semptomlar ve klinik depresyonun prevalans ve olasılığını araştıran, 98 çalışmanın incelendiği güncel bir sistematik derleme ve meta-analizde, 21 çalışmada BDÖ'nün kullanıldığı görülmüş olup psoriasis hastalarında BDÖ skoru havuzlanmış ortalaması 13,34 olarak saptanmıştır (70). Ülkemizde yapılan ve BDÖ kullanılarak psoriasis vulgaris, liken planus ve sağlıklı kontrollerde depresyon düzeyini araştıran bir çalışmada ortalama BDÖ skoru; psoriasis grubunda 17,96±9,49, liken planus grubunda 16.83±10.47 ve kontrol grubunda 8,15±6,69 olarak bulunmuştur (44). Yine ülkemizden bildirilen, 51 psoriasis hastası ile 51 sağlıklı kontrolün sosyal problem çözme, algılanan stres, negatif yaşam olayları, depresyon ve yaşam doyumu açısından karşılaştırıldığı bir çalışmada ortalama BDÖ skorları, hasta grubunda 12,57±8,8 ve kontrol grubunda 10,22±8,73 olarak saptanırken(71); 105 psoriasis hastası ve 109 sağlıklı kontrol üzerinde yürütülen, psoriasis hastalarındaki mizaç ve karakter profilini inceleyen bir başka çalışmada BDÖ skorları hasta grubunda 14±9,5 ve kontrol grubunda 9,3±6,8 olarak bulunmuştur (72). İsveç'te yapılan, erken ve geç başlangıçlı psoriasiste psikolojik farklılıkları araştıran, 101 psoriasis hastasının dahil edildiği bir çalışmada, BDÖ skoru 8,4±8,1 olarak bulunmuştur(73). Bizim çalışmamızda ise BDÖ skoru psoriasis hasta grubunda 12,3±9,7 ve kontrol grubunda 7,6±6,8 olarak saptanmış olup sağlıklı kontrollere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ki bu, beklenen bir sonuçtur. Bu sonuçlar, psoriasis hasta grubunda subklinik depresyon varlığını göstermektedir.

Psoriasis hastalarında depresif semptomlar ve klinik depresyonun prevalans ve olasılığını araştıran, 98 çalışmanın incelendiği derleme ve meta-analizde psoriasis hastalarında ölçeklere göre depresif semptomların oranı; cinsiyetten bağımsız olarak saptanmıştır (70). Ancak çeşitli çalışmalarda, kadın cinsiyetin psoriasis hastalarında depresyon riskini arttırdığı ve bu durumun muhtemelen düşük serotonin seviyelerinden kaynaklandığı bildirilmiştir (39). Bizim çalışmamızda da psoriasis hastalarının sosyodemografik özellikleri ile BDÖ skorlarının ilişkisi incelendiğinde, kadınların BDÖ skor ortalaması erkeklere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır (p=0,008). Bu durumda kadınlarda yaşam boyu depresyon görülme sıklığının erkeklerin yaklaşık 1,7 ile 2,7 katı olması etkili olabilir (74). Depresyonun kadınlarda erkeklere göre daha yaygın oluşunu biyolojik, ruhsal, toplumsal ve kültürel etkenlere dayanarak açıklayan çeşitli görüşler vardır. Kadına özgü genetik ve endokrin özellikleri kapsayan biyolojik etkenler incelendiğinde, kadınlarda postpartum ve premenstruel dönemlerde depresif belirti riskinin arttığı, hormonların ve doğurganlığın depresyonu etkilediği gösterilmiş olup, hastalığın X kromozomuna bağlı kalıtsal geçiş gösterme olasılığı olduğu belirtilmiştir (75). Ayrıca kadınlarda depresyonun daha fazla görülmesinde, erkek egemen değerlerin ağırlıkta olduğu toplumlarda kadının ekonomik, toplumsal, yasal eşitsizlik hissetmesine karşı bu durumu değiştirme gücünün sınırlı oluşu ya da hiç olmayışı sonucu ortaya çıkan çaresizlik ve güçsüzlük duyguları ve toplumsallaşma sürecinde benimsenen geleneksel kadınlık rolü ile birlikte sorumlu tutulmuştur (76).

Psoriasis hastalarında depresyon düzeyi ile psoriasise ait çeşitli klinik değişkenlerin ilişkisini inceleyen çeşitli çalışmalar mevcuttur. Bunlardan biri olan hastalık süresi ile depresyon ilişkisine dair sonuçlar tartışmalıdır. Norveç'te yapılan toplum tabanlı bir çalışmada , psoriasis hastaları <20 yıl ve ≥ 20 yıl şeklinde hastalık sürelerine göre iki gruba ayrılmış olup bu gruplar HADÖ skorları açısından psoriasisi olmayan grupla karşılaştırıldığında, ≥ 20 yıl psoriasis grubunda depresif semptomların prevalansı daha yüksek bulunmuştur; ancak diğer grupta depresyon prevalansında artış saptanmamıştır (77). Schmitt ve ark., "Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM)" kriterlerine göre tanı almış mental hastalığı bulunan psoriasis hastalarının komorbid mental hastalığı olmayan psoriasis hastalarına göre daha uzun hastalık süresine sahip olmaya meyilli olduklarını

bildirmişlerdir (78). Bununla birlikte, bazı yazarlar ise hastalık süresi ve depresyon arasında anlamlı bir ilişki olmadığını belirtmişlerdir (44, 72, 73). Erken ve geç başlangıçlı psoriasiste psikolojik farklılıkları araştıran, 101 psoriasis hastasının dahil edildiği bir çalışmada ortalama hastalık süresi 18,8±12,7 yıl ve ortalama BDÖ skoru 8,4±8,1 olarak saptanmış olup, hastalık süresi ile BDÖ skorları arasında korelasyon saptanmamıştır (73).Ülkemizde 105 psoriasis hastasının mizaç ve karakter profilini inceleyen bir çalışmada ortalama hastalık süresi 9,54±8.26 yıl ve ortalama BDÖ skoru 14±9,5olarak saptanmış olup hastalık süresi ile BDÖ skorları arasında istatistiksel anlamlı ilişki bulunmamıştır (72). Yine ülkemizden bildirilen, psoriasis vulgaris, liken planus ve sağlıklı kontrollerde depresyon düzeyini araştıran bir çalışmada, hastalık süresi ile depresif semptomlar arasında korelasyon saptanmadığı bildirilmiştir (44). Ancak söz konusu çalışmanın detaylarına bakıldığında, BDÖ için verilen kesme noktalarının (0-13 puan: depresyon yok, 14-24 puan: orta düzeyde depresyon ve >25 puan: şiddetli depresyon) BDÖ Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışmasındaki kesme puanı ile uyumlu olmadığı, psoriasis hastalarının hastalık süreleriyle ile ilgili bilgi verilmediği ve iyi bir değerlendirme için 50 psoriasis hastasının yetersiz olabileceği düşünüldü. Bizim çalışmamızda ise ortalama hastalık süresi 13,1±8,1 yıl olup hastalık süresi ile BDÖ skorları literatürden farklı olarak negatif yönde istatistiksel olarak anlamlı ilişkili saptanmıştır (p=0,007). Hastalık süresi uzadıkça kişi, hastalığına dair daha fazla farkındalık kazanabilir ve hastalıkla bilinçli baş etme mekanizmaları geliştirebilir. Dolayısıyla hastalık kronikleştikçe depresif semptomlara yatkınlık ihtimalinin azalabileceğini speküle edebiliriz.

Bugüne kadar psoriasis şiddeti ile depresyon şiddeti arasındaki bağlantıyı araştıran çalışmalarda da çelişkili sonuçlar ortaya çıkmıştır. Akay ve ark. psoriasis vulgaris, liken planus ve sağlıklı kontrollerde depresyon düzeyini araştırdıkları çalışmalarında, 50 psoriasis hastasının PAŞİ skorları ile BDÖ skorlarını kıyaslamış ve depresyon düzeyi arttıkça PAŞİ skorlarının da istatistiksel olarak anlamlı düzeyde arttığını bildirmişlerdir(44). Psoriasis hastalarının yaşam kalitesinde depresyonun rolünün incelendiği, hastalık şiddetini ölçmek için "Self- Administered Psoriasis Area andSeverity Index (SAPASI)" ve depresyon ölçeği olarak "Center for Epidemiologic Study Depression Scale (CES-D)" kullanılan bir başka çalışmada, psoriasisin klinik şiddetinin daha yüksek depresyon ihtimaliyle pozitif yönde ilişkili

olduğu saptanmıştır(79). Psoriasis hastalarında depresyon, anksiyete ve suisidalite riskinin araştırıldığı başka bir çalışmada daşiddetli psoriasis grubunda depresyon için düzeltilmiş "hazard ratio (HR)" hafif psoriasise göre daha yüksek saptanmıştır (80). Bizim çalışmamızda da hasta grubunun klinik özellikleri ile depresyon skorlarının ilişkisi incelendiğinde, PAŞİ ile BDÖ skorları arasında pozitif korelasyon saptandı (p=0,03). Ayrıca hastalar hastalık şiddetine göre gruplara ayrıldığında, orta-şiddetli plak psoriasis grubunun BDÖ skor ortalaması, hafif plak psoriasis grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksekti (p<0,001). Bununla birlikte, psoriasis şiddeti ile depresif semptomların şiddetinin ilişkisiz olduğu sonucuna varan çalışmalar da mevcuttur. Erken ve geç başlangıçlı psoriasiste psikolojik farklılıkları araştıran, değerlendirme aracı olarak PAŞİ ve BDÖ'nün kullanıldığı, 101 psoriasis hastasının dahil edildiği bir çalışmada ortalama PAŞİ 5,4±4,3 ve ortalama BDÖ skoru 8,4±8,1 olarak saptanmış olup PAŞİ ve BDÖ skorları arasında anlamlı korelasyon saptanmamıştır (73). Erişkin psoriasis hastalarında yaşam kalitesinin belirleyicileri ve psikolojik durumun araştırıldığı, 102 hastayla yürütülen, PAŞİ ile "Depression, Anxiety and Stress Scales"(DASS-42)'nin kullanıldığı bir başka çalışmada da hastalık şiddeti ile herhangi bir psikolojik semptom arasında ilişki bulunmamıştır(81). Ülkemizden bildirilen bir çalışmada psoriasis hastalarında ortalama BDÖ skoru 12,57±8,8 ve PAŞİ skoru 3,67±3,81 olarak verilmiş ve iki skor arasında istatistiksel anlamlı ilişki saptanmamıştır (71). Yine ülkemizde yürütülen, psoriasis hastalarında depresyon, anksiyete ve yaşam kalitesinin hastalığın şiddeti ile ilişkisinin incelendiği bir başka çalışmada, depresif belirtiler için Hamilton Depresyon Ölçeği (HAM-D) kullanılmış olup, PAŞİ puanlarıyla HAM-D skorları arasında istatistiksel anlamlı korelasyon saptanmamıştır (82). Psoriasis hastalarında depresif semptomlar ve klinik depresyonun prevalans ve olasılığını araştıran, 98 çalışmanın incelendiği derleme ve meta-analizde de psoriasis hastalarında ölçeklere göre depresif semptomların oranı, PAŞİ'den bağımsız olarak bulunmuştur (70).

Yaşam kalitesi; fiziksel, sosyal ve psikolojik iyilik hali olarak tanımlanmaktadır (83). Özellikle dış görünümü bozan deri hastalıkları yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir (84). Psikiyatrik bozuklukların birlikteliği psoriasis hastalarının yaşam kalitesini de olumsuz yönde etkilemektedir (85).Bu yüzden psoriasis hastalarında psikiyatrik bozuklukların belirlenmesi ve tedavisi hastaların yaşam

kalitesini de arttırabilir. Literatürde psoriasis hastalarında yaşam kalitesini inceleyen çeşitli çalışmalar mevcuttur. Psoriasis hastalarının yaşam kalitesinde depresyonun rolünü inceleyen , 265 hastanın dahil edildiği bir çalışmada ortalama DYKİ skoru 10,8±7,1 olarak saptanmış ve depresif semptomları ölçmek için kullanılan CES-D skorlarıyla istatistiksel olarak anlamlı pozitif korelasyon saptanmıştır (79). Erişkin psoriasis hastalarında yaşam kalitesinin belirleyicileri ve psikolojik durumun araştırıldığı, 102 hastayla yürütülen bir başka çalışmada; depresyon, anksiyete ve stres semptomlarının varlığı ve şiddetini ölçen DASS-42 skorlarıyla DYKİ skorları istatistiksel olarak pozitif yönde ilişkili bulunmuştur (81). Bizim çalışmamızda da psoriasis hastalarının ortalama DYKİ skoru 8,1±7,2 olarak bulunmuş olup depresyon ve umutsuzluk skorlarıyla ilişkisi incelendiğinde; DYKİ, BDÖ ve BUÖ skorları ile pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı ilişkili saptandı ($p<0,001$ ve $p=0,004$). Bu sonuç, psoriasis hastalarında depresyon ve yaşam kalitesininin ilişkisini inceleyen literatür sonuçlarıyla uyumludur; psoriasis hastalarında umutsuzluk kavramını araştıran bir çalışma ise literatürde bildiğimiz kadarıyla mevcut değildir.

Psoriasisin kronik seyri, nüks ve iyileşme dönemlerinin öngörülememesi, birçok tedavi seçeneği olsa dahi bazı hastalarda iyileşmenin neredeyse hiç sağlanamaması gibi nedenlerle hastaların tüm yaşam alanlarının olumsuz etkilenmesi ve dolayısıyla hastaların umutsuzluğa kapılması olasıdır. "Umutsuzluk" kavramı, Kuzey Amerika Hemşirelik Tanılama Derneği (North American Nursing Diagnosis Association-NANDA) tarafından hemşirelik tanısı olarak onaylanmış ve“bireyin sınırlı ya da hiç alternatif göremediği veya kişisel seçenekler bulamadığı ve kendi yararı için enerji sarf edemediği bir durum” olarak tanımlanmıştır (86). Umutsuzluk, negatif duygulanım, gelecek hakkında olumsuz beklentiler ve motivasyon kaybı ile karakterizedir ve yeni durumları negatif değerlendirmeye neden olarak başa çıkma becerisini bozmaktadır. Bizim çalışmamızda hasta grubunda ortalama BUÖ skoru 5,7±4,2'dir. Dünyada ve ülkemizde çeşitli hasta grupları üzerinde yapılmış umutsuzluk çalışmaları mevcuttur. İranlı 98 kanser hastasıyla yapılan bir çalışmada ortalama BUÖ skoru 5.93 ± 4.71 olarak saptanış olup hastaların umutsuzluklarının hafif düzeyde olduğu belirtilmiştir (87). Kronik hastalığı olan 132 hasta, kronik obstrüktif akciğer hastalığı olan bireyler, 136 hemodiyaliz hastası, 175 koroner arter hastası ve 188 kanser hastasıyla yapılan umutsuzluk çalışmaları incelendiğinde,

ortlama BUÖ skorları sırasıyla 12,38; 11±4;8,8±5,1;7±5 ve 6,8±0,4 olarak bildirilmiştir (86, 88-90). Kemoterapi alan 101 kanser hastasının depresyon ve umutsuzluk düzeylerinin araştırıldığı bir çalışmada ise ortalama BDÖ skoru 16±8,3 ve BUÖ skoru 6,9±3,4 olarak saptanırken BDÖ ve BUÖ skorlarının güçlü pozitif korele olduğu bildirilmiştir(91). Jinekolojik kanserli 50 hasta ve 50 sağlıklı gönüllünün psikososyal özelliklerinin araştırıldığı bir başka çalışmada ise hasta grubunda skor ortalamaları BDÖ için 17,2±13,6 ve BUÖ için 8,9±6,2 olarak bulunurken kontrol grubunda ortalama BDÖ skoru 0,8±1,7 ve ortalama BUÖ skoru 0,5±0,7 olarak bulunmuştur (92). Bizim çalışmamızda da psoriasis grubunda BDÖ skor ortalaması 12,3±9,7 ve BUÖ skor ortalaması 5,7±4,2 saptanırken kontrol grubunda skor ortalaması BDÖ için 7,6±6,8 ve BUÖ için 4,8±4,3 olarak bulundu. Ayrıca BDÖ ve BUÖ skorları arasında güçlü pozitif korelasyon saptandı ($p<0,001$). Bu değerler dikkate alındığında psoriasis hastalarının BUÖ skorlarının kanser gibi ölümcül , koroner arter hastalığı gibi ölümcül olabilecek sonuçları olan diğer kronik hastalıklarda görülen BUÖ skorlarıyla benzer değerlerde olduğu görülmektedir; bununla birlikte bu hastaların umutsuzluk düzeyinin yüksek olduğu söylenemez. Bu durum diğer hastalıkların morbidite ve mortalitesi ile karşılaştırıldığında, psoriasis hastaları açısından beklenebilir bir sonuç olup bizim açımızdan yüz güldürücüdür. Ancak yine de BUÖ skorlarında psoriasis hasta grubunda kontrol grubuna göre istatistiksel anlamlılığa yakın düzeyde yükseklik olması, intihar riskinin belirlenmesinde ve intiharın önlenmesinde önemli bir araç olabileceği bildirilen umutsuzluk kavramının (93) psoriasis hastalarında değerlendirilmesinin önemine vurgu yapabilir.

Çalışmamızda psoriasis hastalarının umutsuzluk düzeyleri daha yakından incelendiğinde, hem BDÖ hem de BUÖ'nün umutsuzluk kavramı ile ilgili alt faktör analizlerinde çarpıcı sonuçlar ile karşılaşıldı. BDÖ'nün "umutsuzluk" ile ilgili 2. soru ortalaması, orta-şiddetli psoriasis hastalarında hafif psoriasis ve kontrol gruplarına göre istatistiksel olarak anlamlı yüksek saptandı ($p<0,001$ $p=0,002$). Hafif psoriasis hastaları ile kontrol grubu arasında ise BDÖ 2. soru ortalaması açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ($p=0,569$). BDÖ'nün umutsuzlukla ilgili 2. maddesi ile BUÖ arasında pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı ilişkili saptandı ($p<0,001$). BUÖ; "gelecekle ilgili duygular ve beklentiler" , "motivasyon kaybı" ve

“umut” olmak üzere üç faktörden oluşmaktadır. Hasta ve kontrol grubu bu üç faktör açısından karşılaştırıldığında, hasta grubun “umut” faktörü, kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksekti (p=0,04). BUÖ’den alınan yüksek puanlar, daha yüksek umutsuzluk düzeyinin göstergesi olduğuna göre, psoriasis hastalarında “umut” ile ilgili faktördeki istatistiksel anlamlı yükseklik, hastalarda çok net bir şekilde “umutsuzluk” görüldüğünü desteklemektedir. BUÖ’nün “gelecekle ilgili duygular ve beklentiler” ile “motivasyon kaybı” faktörlerine ait diğer sorulardaki dolaylı anlatım, bazı sorularda olumlu bazılarında olumsuz ifade kullanımının çeldirici olması gibi nedenler, umutsuzlukla ilgili soruların net sorulması gerekliliğine işaret etmektedir. İleride psoriasis hastalarında “umutsuzluk” düzeyi bakılacaksa sadece BUÖ “umut” faktörü ile ilgili sorularının kullanımı daha yararlı olabilir.

Hasta ve kontrol grubunun sosyodemografik özellikleri ile BUÖ skorlarının ilişkisi incelendiğinde, sadece hastaların eğitim düzeyinin BUÖ skoru ile negatif yönde istatistiksel olarak anlamlı ilişkili olması (p=0,043) eğitimin baş etme stratejilerini kullanmaya olumlu katkısının bulunması, genel olarak eğitim seviyesi arttıkça hastaların bilinçli baş etme mekanizmalarını geliştirmeleri, maddi olanakların ve sosyal durumun daha iyi olması ile açıklanabilen bir durumdur.Umutsuzluk ve eğitim düzeyi arasındaki bu negatif korelasyon, çeşitli hasta gruplarıyla yapılan umutsuzluk çalışmalarda da gösterilmiştir(86, 88, 91, 92). Görünen odur ki, eğitim hastalıkla savaşmada önemli bir faktördür.

Umutsuzluğun yeraldığı en önemli psikiyatrik bozukluklardan birisi depresyondur. Birçok deprese hasta psikiyatriste mutsuzluk ve umutsuzluk yakınması ile başvurur. Beck, deprese hastaların %78'den fazlasının geleceğe olumsuz baktığını belirtmiştir. Bu oran deprese olmayan hastalarda ise %22'dir(94). Hastaların yakınmaları ve depresif belirtilerinin şiddeti arttıkça umutsuzluğunda arttığı klinik çalışmalarla gösterilmiştir. Ayrıca depresyonun tüm bulguları içinde umutsuzluk ile en yakın ilişkisi olan intihar düşüncesidir. Beck deprese kişilerin psikoterapisi sırasındaki gözlemleri temelinde aşırı uğraşı intihar olan ve intihar eğilimi gösteren hastaların durumlarını “umutsuzluk” olarak kavramlaştırdığını

bildirmiştir (21).Genellikle depresyonla ilgili araştırma yapanların çoğu depresif hastalardaki umutsuzluk duygusunun, depresyonun şiddeti ve intihar riskinin belirleyicisi olduğu görüşünü benimsemektedirler (95). İntihar riski değerlendirme rehberlerinde istikrarlı bir şekilde yer alan değişkenlerden biri umutsuzluktur (96). İntiharı inceleyen 4 kohort çalışma ve non-fatal kendine zarar verme davranışını inceleyen 6 çalışmanın değerlendirildiği bir meta-analizde BUÖ tarafından ölçülen umutsuzluğun, intihar ve kendine zarar verme davranışı için bir risk faktörü olduğu gösterilmiştir (97). Çeşitli güncel çalışmalarda da umutsuzluk ve intihar kavramı irdelenmiştir. Nijeryalı üniversite öğrencileri arasında intihar riski tarama aracı olarak BDÖ'nün psikometrik adaptasyonunu araştıran bir çalışmada, BDÖ tatmin edici psikometrik özellikleri olduğu bildirilmiştir (98). Kanada'da üniversite öğrencileri arasında yapılan ve intihar risk taramasında BDÖ, BUÖ ve Psikolojik Acı Ölçeği'ni karşılaştıran bir çalışmada, bu ölçeklerin her birinin, önceden var olan intihar risk düzeyini belirlemek için değerli ölçekler olduğu belirtilmiştir (99). Bu çalışmada bizim açımızdan çarpıcı bir sonuç, yaşam boyu bir kez intihar girişimi olan 120 hastanın ortalama BDÖ ve BUÖ skorlarının sırasıyla 12,85 ve 4,83 olmasıdır ki bu değerler bizim çalışmamızdaki psoriasis hasta grubu değerleriyle neredeyse örtüşmektedir.

BUÖ geçerlik ve güvenirlik çalışması; intihar girişimi olan 31; depresyon tanısıalmış 40; depresyon tanısı dışında nevrotik belirtileri olan 41 hasta; 24 alkol bağımlısı; 22 diyaliz hastası, 20 epilepsi hastası ve 23 kanser hastasından oluşan denek grubu ile 172 sağlıklı gönüllüden oluşan karşılaştırıma grubu ile gerçekleştirilmiştir. Veri toplama araçları olarak BDÖ ve BUÖ'nün kullanıldığı çalışmada, intihar girişimi grubu BUÖ ve BDÖ'den en yüksek puanları almışlardır. İntihar girişimi grubunu sırasıyla depresif hastalar, depresyon tanısı dışında kalan nevrotik belirtileri olan hastalar, dializ hastaları, kanser hastaları, alkol bağımlıları ve epilepsi hastaları izlemiştir. Çalışmanın sonucunda kronik fiziksel hastalığı olan grupta görülen depresif belirtilerin ve umutsuzluğun hastaların tedaviye uyumunu ve iyileşmeyi etkileyebileceği gibi intihar riski açısından da göz önünde bulundurulması gereken bir sonuç olduğu ve bu sonucun alanda çalışan profesyonellere kronik ve ölümcül hastalarda görülebilecek intihar davranışı açısından katkı sağlayabileceği belirtilmiştir (61).

Türkiye'de 2014 verilerine göre her yüz bin kişiden yaklaşık dördünün intihar ettiği tespit edilmiştir (100). Postmortem çalışmalar, intihar kurbanlarının %25-75'inde bir fiziksel hastalık olduğunu göstermiştir (101). Kronik fiziksel bir hastalığın varlığı tüm yaş gruplarında intihar için bir risk etmenidir. Fiziksel hastalıklar arasında intiharla en çok ilişkili görülenler; kanser, diyaliz yapılan hastalar, Cushing hastalığı ve tiroid bozuklukları gibi endokrin hastalıkları ve AIDS olarak sıralanabilir (102). Spesifik psikiyatrik ve fiziksel hastalıklarda kendine zarar verme ve intihar riskini araştıran, 1999-2011 arası İngiliz ulusal istatistiksel kayıtları incelenerek yapılan bir çalışmada; psikiyatrik hastalıklarda kendine zarar verme oranları en yüksek saptanırken, fiziksel hastalıklarda sırasıyla epilepsi, migren psoriasis, diabetes mellitus, ekzema ve inflamatuar poliartropatiler şeklinde bildirilmiştir (9). Kronik bir deri hastalığı olan psoriasis ve intihar ilişkisine dair pek çok çalışma mevcuttur ve en kapsamlı çalışma 1946-2017 arasında yayınlanan literatürlerin tarandığı ve 18 çalışmanın incelendiği güncel bir sistematik derleme ve meta-analizdir. Bu çalışmada, psoriasisli hastalarda intihar düşüncesi, intihar girişimi ve tamamlanmış intihar olasılığının anlamlı olarak daha yüksek olduğu gösterilmiştir (22).

Sonuç olarak gerçek intihar riskinin ölçülmesi zordur. Detaylı psikiyatrik görüşmeler gerektirir ve intihar riskini belirlemek için üzerinde görüş birliği sağlanmış bir ölçek bulunmamaktadır. BDÖ ve BUÖ, depresyonun yüksek umutsuzluk semptomlarını yansıtarak klinikte aşikar olmayan intihar eğilimi hakkında bize bilgi verebilir. Bu nedenle, intihar eğilimi riskinin arttığı ve diğer psikiyatrik komorbiditelerin de azımsanmayacak oranda eşlik ettiği psoriasis hastalarında, intihar riski açısından potansiyel prediktif değerleri göz önüne alındığında, BDÖ ve BUÖ gibi kısa ve kolay uygulanabilir ölçeklerin rutin muayenelerde tarama amaçlı kullanımını ve artmış risk saptanması durumunda psikodermatoloji birimi veya psikiyatri ile kooperasyon sağlanmasını önermekteyiz.

5.1. ÇALIŞMANIN KISITLILIKLARI

1. Çalışmaya sadece plak tip psoriasis hastaları dahil edilmiştir. Artrit varlığı, yüz ve eller gibi görünür alanlar, genital bölge veya saçlı deri gibi spesifik lokalizasyonların tutulumu depresyon ve umutsuzluk düzeylerini etkileyebileceği için daha büyük hasta gruplarıyla daha ayrıntılı olarak yapılandırılmış çalışmalara ihtiyaç vardır.

2. Çalışmamıza psoriasis için aktif tedavi altında olan hastalar da alınmıştır. Her ne kadar hastaların klinik özellikleriyle ölçek skorlarının ilişkisinin istatistiksel değerlendirmesinde, BDÖ ve BUÖ skorlarıyla tedavi alıp almama durumu arasında anlamlı ilişki görülmediyse de daha geniş hasta gruplarıyla tedavi durumunun (tedavi çeşidi, süresi vs.) daha detaylı değerlendirildiği çalışmalara ihtiyaç vardır.

6.SONUÇLAR

1. Psoriasis hastalarında depresif semptomlar ve umutsuzluk, sağlıklı kontrollere göre artmış düzeydedir.

2. Depresif semptomlar ve umutsuzluk skorları birbirleriyle koreledir ve intihar olasılığı ile ilişkilidir.Bu nedenle, BDÖ ve BUÖ gibi kısa ve kolay uygulanabilir ölçekler rutin muayenelerde tarama amaçlı kullanılabilir ve artmış risk saptanması durumunda psikodermatoloji birimi veya psikiyatri ile kooperasyon sağlanmalıdır.

7.KAYNAKLAR

1.Grozdev I, Korman N, Tsankov N. Psoriasis as a systemic disease. Clinics in dermatology. 2014;32(3):343-50.

2.Gisondi P, Tessari G, Conti A, Piaserico S, Schianchi S, Peserico A, et al. Prevalence of metabolic syndrome in patients with psoriasis: a hospital-based case-control study. Br J Dermatol. 2007 Jul;157(1):68-73.

3.Christophers E. Comorbidities in psoriasis. Clinics in dermatology. 2007;25(6):529-34.

4.Gülekon A, Adıflen E. Psoriasis ve Komorbiditeler. Archives of the Turkish Dermatology & Venerology/Turkderm. 2008;42.

5.Russo PA, Ilchef R, Cooper AJ. Psychiatric morbidity in psoriasis: a review. Australas J Dermatol. 2004 Aug;45(3):155-9; quiz 60-1.

6.Rosinska M, Rzepa T, Szramka-Pawlak B, Zaba R. Body image and depressive symptoms in person suffering from psoriasis. Psychiatr Pol. 2017 Dec 30;51(6):1145-52.

7.Masmoudi J, Maalej I, Masmoudi A, Rached H, Rebai A, Turki H, et al. [Alexithymia and psoriasis: a case-control study of 53 patients]. Encephale. 2009 Feb;35(1):10-7.

8.Dalgard FJ, Gieler U, Tomas-Aragones L, Lien L, Poot F, Jemec GB, et al. The psychological burden of skin diseases: a cross-sectional multicenter study among dermatological out-patients in 13 European countries. Journal of Investigative Dermatology. 2015;135(4):984-91.

9.Singhal A, Ross J, Seminog O, Hawton K, Goldacre MJ. Risk of self-harm and suicide in people with specific psychiatric and physical disorders: comparisons between disorders using English national record linkage. Journal of the Royal Society of Medicine. 2014;107(5):194-204.

10.Zachariae R, Zachariae C, Ibsen HHW, Mortensen JT, Wulf HC. Psychological symptoms and quality of life of dermatology outpatients and hospitalized dermatology patients. Acta dermato-venereologica. 2004;84(3).

11.Gupta MA, Schork NJ, Gupta AK, Kirkby S, Ellis CN. Suicidal ideation in psoriasis. International journal of dermatology. 1993;32(3):188-90.

12.Kaplan&Sadock, editor. Klinik Psikiyatri: Nobel Tıp Kitabevleri; 2004.

13.Minkoff K, Bergman E, Beck AT, Beck R. Hopelessness, depression, and attempted suicide. American Journal of Psychiatry. 1973;130(4):455-9.

14.Beck AT, Weissman A, Lester D, Trexler L. The measurement of pessimism: the hopelessness scale. J Consult Clin Psychol. 1974 Dec;42(6):861-5.

15.Beck AT, Kovacs M, Weissman A. Hopelessness and suicidal behavior. An overview. JAMA. 1975 Dec 15;234(11):1146-9.

16.Baumeister RF. Suicide as escape from self. Psychological review. 1990;97(1):90.

17.Wetzel RD. Hopelessness, depression, and suicide intent. Arch Gen Psychiatry. 1976 Sep;33(9):1069-73.

18.Dyer JA, Kreitman N. Hopelessness, depression and suicidal intent in parasuicide. Br J Psychiatry. 1984 Feb;144:127-33.

19.Beck AT, Steer RA, Kovacs M, Garrison B. Hopelessness and eventual suicide: a 10-year prospective study of patients hospitalized with suicidal ideation. Am J Psychiatry. 1985 May;142(5):559-63.

20.Westefeld JS, Whitchard KA, Range LM. College and university student suicide: Trends and implications. The Counseling Psychologist. 1990;18(3):464-76.

21.Beck AT. Thinking and Depression. I. Idiosyncratic Content and Cognitive Distortions. Arch Gen Psychiatry. 1963 Oct;9:324-33.

22.Singh S, Taylor C, Kornmehl H, Armstrong AW. Psoriasis and suicidality: A systematic review and meta-analysis. J Am Acad Dermatol. 2017 Sep;77(3):425-40 e2.

23.Dalgard FJ, Svensson A, Gieler U, Tomas-Aragones L, Lien L, Poot F, et al. Dermatologists across Europe underestimate depression and anxiety: results from 3635 dermatological consultations. Br J Dermatol. 2017 Dec 16.

24.Griffiths CE, Barker JN. Pathogenesis and clinical features of psoriasis. Lancet. 2007 Jul 21;370(9583):263-71.

25.Kundakci N, Tursen U, Babiker MO, Gurgey E. The evaluation of the sociodemographic and clinical features of Turkish psoriasis patients. Int J Dermatol. 2002 Apr;41(4):220-4.

26.Burgdorf P, Wolff, Landthaler, editor. Braun-Falco's Dermatology. 3 ed: Springer-Werlag; 2009.

27.Güneş AT, Altıner D. History and epidemiology of psoriasis. Turkiye Klinikleri Journal of Internal Medical Sciences Dermatology. 2005;1(13):1.

28.Gülekon A. Psoriasis ve benzeri dermatozlar. Dermatoloji Ed Tüzün Y, Gürer MA, Serdaroğlu S, Oğuz O, Aksungur VL. 2008;3:745-64.

29.Traub M, Marshall K. Psoriasis--pathophysiology, conventional, and alternative approaches to treatment. Altern Med Rev. 2007 Dec;12(4):319-30.

30.Gudjonsson JE, Elder JT. Psoriasis: epidemiology. Clin Dermatol. 2007 Nov-Dec;25(6):535-46.

31.Raychaudhuri SP, Farber EM. The prevalence of psoriasis in the world. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2001 Jan;15(1):16-7.

32.Barker JN. Genetic aspects of psoriasis. Clin Exp Dermatol. 2001 Jun;26(4):321-5.

33.Lowell A. Goldsmıth M, Mph, Stephen I. Katz M, Phd, Barbara A. Gılchrest M, Amy S. Paller M, Davıd J. Leffell M, Klaus Wolff M, Frcp, editors. Fitzpatrick's

Dermatology in

General Medicine. 8 ed: McGrawHill; 2012.

34.Erkek E. Psoriazis Etyopatogenezi. Turkiye Klinikleri Journal of Dermatology Special Topics. 2008;1(3):1-14.

35.de Jong EM. The course of psoriasis. Clin Dermatol. 1997 Sep-Oct;15(5):687-92.

36.Gudjonsson JE, Johnston A, Sigmundsdottir H, Valdimarsson H. Immunopathogenic mechanisms in psoriasis. Clin Exp Immunol. 2004 Jan;135(1):1-8.

37.Chang YT, Chou CT, Yu CW, Lin MW, Shiao YM, Chen CC, et al. Cytokine gene polymorphisms in Chinese patients with psoriasis. Br J Dermatol. 2007 May;156(5):899-905.

38.Smith CH, Barker JN. Psoriasis and its management. BMJ. 2006 Aug 19;333(7564):380-4.

39.Moreno-Gimenez JC, Jimenez-Puya R, Galan-Gutierrez M. [Comorbidities in psoriasis]. Actas Dermosifiliogr. 2010 May;101 Suppl 1:55-61.

40.Akkaya VB, Ceyhan AM. Psoriyazisde tanı ve ayırıcı tanı. Turkiye Klinikleri Journal of Internal Medical Sciences. 2005;1(13):62-7.

41.Akyol M, Alper S, Atakan N, Baskan EB, Gürer MA, Koç E, et al. Türkiye Psoriasis Tedavi Kilavuzu-2016. Turkderm. 2016;50:2.

42.Oliveira Mde F, Rocha Bde O, Duarte GV. Psoriasis: classical and emerging comorbidities. An Bras Dermatol. 2015 Jan-Feb;90(1):9-20.

43.Menter A, Gottlieb A, Feldman SR, Van Voorhees AS, Leonardi CL, Gordon KB, et al. Guidelines of care for the management of psoriasis and psoriatic arthritis: Section 1. Overview of psoriasis and guidelines of care for the treatment of psoriasis with biologics. J Am Acad Dermatol. 2008 May;58(5):826-50.

44.Akay A, Pekcanlar A, Bozdag K, Altintas L, Karaman A. Assessment of depression in subjects with psoriasis vulgaris and lichen planus. Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology. 2002;16(4):347-52.

45.Bharath S, Shamasundar C, Raghuram R, Subbakrishna D. Psychiatric morbidity in leprosy and psoriasis--a comparative study. Indian journal of leprosy. 1997;69(4):341-6.

46.Sharma N, Koranne RV, Singh RK. Psychiatric morbidity in psoriasis and vitiligo: a comparative study. The Journal of dermatology. 2001;28(8):419-23.

47.Ferreira BI, Abreu JL, Reis JP, Figueiredo AM. Psoriasis and Associated Psychiatric Disorders: A Systematic Review on Etiopathogenesis and Clinical Correlation. J Clin Aesthet Dermatol. 2016 Jun;9(6):36-43.

48.Rieder E, Tausk F. Psoriasis, a model of dermatologic psychosomatic disease: psychiatric implications and treatments. Int J Dermatol. 2012 Jan;51(1):12-26.

49.Žarković Palijan T, Kovačević D, Koić E, Ružić K, Dervinja F. The impact of psoriasis on the quality of life and psychological characteristics of persons suffering from psoriasis. Collegium antropologicum. 2011;35(2):81-5.

50.McAleer M, Mason D, Cunningham S, O'Shea S, McCormick P, Stone C, et al. Alcohol misuse in patients with psoriasis: identification and relationship to disease severity and psychological distress. British Journal of Dermatology. 2011;164(6):1256-61.

51.Gupta MA, Gupta AK. Psychiatric and psychological co-morbidity in patients with dermatologic disorders. American journal of clinical dermatology. 2003;4(12):833-42.

52.Bougueon K, Misery L. [Depression and psoriasis]. Ann Dermatol Venereol. 2008 Feb;135 Suppl 4:S254-8.

53.Kannan S, Heller MM, Lee ES, Koo JY. The role of tumor necrosis factor-alpha and other cytokines in depression: what dermatologists should know. Journal of Dermatological Treatment. 2013;24(2):148-52.

54.Moynihan J, Rieder E, Tausk F. Psychoneuroimmunology: the example of psoriasis. Giornale italiano di dermatologia e venereologia: organo ufficiale, Societa italiana di dermatologia e sifilografia. 2010;145(2):221.

55.Kovacs M, Garrison B. Hopelessness and eventual suicide: a 10-year prospective study of patients hospitalized with suicidal ideation. American Journal of Psychiatry. 1985;1(42):559-63.

56.Beck AT, Kovacs M, Weissman A. Assessment of suicidal intention: the Scale for Suicide Ideation. Journal of consulting and clinical psychology. 1979;47(2):343.

57.Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. An inventory for measuring depression. Archives of general psychiatry. 1961;4(6):561-71.

58.Hisli N. Beck Depresyon Envanterinin gecerliligi uzerine bit calisma (A study on the validity of Beck Depression Inventory.). Psikoloji Dergisi. 1988;6:118-22.

59.Taycan O, Kutlu L, Çimen S, Aydın N. Bir üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerde depresyon ve tükenmişlik düzeyinin sosyodemografik özelliklerle ilişkisi. Anadolu Psikiyatri Dergisi. 2006;7(2):100-8.

60.Seber G. Beck Umutsuzluk Ölçeğinin Geçerliği ve Güvenirliği Üzerine Bir ÇalıĢma. EskiĢehir: Anadolu Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı Doçentlik Tezi. 1991.

61.Durak A. Ve Palabıyıkoğlu, R.(1994). Beck Umutsuzluk Ölçeği'nin geçerlik çalışması. Kriz Dergisi.2(2):311-9.

62.Savaşir I. BİLİŞSEL DAVRANIŞÇI TERAPİLERDE DEĞERLENDİRME: SIK KULLANILAN ÖLÇEKLER. 1997.

63.Finlay AY, Khan G. Dermatology Life Quality Index (DLQI)—a simple practical measure for routine clinical use. Clinical and experimental dermatology. 1994;19(3):210-6.

64.Acıöz E, Gökdemir G, Köşlü A. Dermatolojide yaşam kalitesi. 2003.

65.Bilaç C. Öztürkcan S. Dermatolojide yaşam kalitesi Sağlıkta Birikim Derg. 2006;1(2):48-58.

66.Öztürkcan S, Ermertcan AT, Eser E, Turhan Şahin M. Cross validation of the Turkish version of dermatology life quality index. International journal of dermatology. 2006;45(11):1300-7.

67.Richards HL, Fortune DG, Griffiths CE, Main CJ. The contribution of perceptions of stigmatisation to disability in patients with psoriasis. Journal of psychosomatic research. 2001;50(1):11-5.

68.Esposito M, Saraceno R, Giunta A, Maccarone M, Chimenti S. An Italian study on psoriasis and depression. Dermatology. 2006;212(2):123-7.

69.Fortune DG, Richards HL, Corrin A, Taylor RJ, Griffiths CE, Main CJ. Attentional bias for psoriasis-specific and psychosocial threat in patients with psoriasis. Journal of Behavioral Medicine. 2003;26(3):211-24.

70.Dowlatshahi EA, Wakkee M, Arends LR, Nijsten T. The prevalence and odds of depressive symptoms and clinical depression in psoriasis patients: a systematic review and meta-analysis. Journal of Investigative Dermatology. 2014;134(6):1542-51.

71.Eskin M, Şavk E, Uslu M, Küçükaydoğan N. Social problem-solving, perceived stress, negative life events, depression and life satisfaction in psoriasis. Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology. 2014;28(11):1553-9.

72.Kılıç A, Güleç M, Gül Ü, Güleç H. Temperament and character profile of patients with psoriasis. Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology. 2008;22(5):537-42.

73.Remröd C, Sjöström K, Svensson Å. Psychological differences between early-and late-onset psoriasis: a study of personality traits, anxiety and depression in psoriasis. British Journal of Dermatology. 2013;169(2):344-50.

74.Kessler RC, McGonagle KA, Swartz M, Blazer DG, Nelson CB. Sex and depression in the National Comorbidity Survey I: Lifetime prevalence, chronicity and recurrence. Journal of affective disorders. 1993;29(2-3):85-96.

75.Akiskal H. Duygudurum bozukluklarının doğası ve çeşitliliğine yeni bir bakış. Türk Psikiyatri Dergisi. 1992;3(3):163-9.

76.Küey L, Küey Y. Depresyon ve kadın. Sendrom. 1990;2(2):49-51.

77.Modalsli EH, Åsvold BO, Snekvik I, Romundstad PR, Naldi L, Saunes M. The association between the clinical diversity of psoriasis and depressive symptoms: the HUNT Study, Norway. Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology. 2017;31(12):2062-8.

78.Schmitt J, WOzEL G, GARzAROLLI M, Viehweg A, Bauer M, Leopold K. Effectiveness of interdisciplinary vs. dermatological care of moderate-to-severe psoriasis: a pragmatic randomised controlled trial. Acta dermato-venereologica. 2014;94(2):192-7.

79.Castillo R, Carlat D, Millon T, Millon C, Meagher S, Grossman S, et al. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: Washington, DC: American Psychiatric Association Press; 2007.

80.Schmitt JM, Ford DE. Role of depression in quality of life for patients with psoriasis. Dermatology. 2007;215(1):17-27.

81.Olıvıer C, Robert PD, Daihung D, Urbà G, Catalın MP, hywel W, et al. The risk of depression, anxiety, and suicidality in patients with psoriasis: a population-based cohort study. Archives of dermatology. 2010;146(8):891-5.

82.Kwan Z, Bong YB, Tan LL, Lim SX, Yong ASW, Ch'ng CC, et al. Determinants of quality of life and psychological status in adults with psoriasis. Archives of dermatological research. 2018:1-9.

83.Kosger F, Bilgili ME, Genek M, Yildiz B, Saraçoglu N, Essizoglu A. The relationship between disease severity and depression, anxiety and quality of life in psoriasis patients. Journal of Mood Disorders. 2014;4(4):157.

84.Muldoon MF, Barger SD, Flory JD, Manuck SB. What are quality of life measurements measuring? BMJ: British Medical Journal. 1998;316(7130):542.

85.Morgan M, McCreedy R, Simpson J, Hay R. Dermatology quality of life scales–a measure of the impact of skin diseases. British Journal of Dermatology. 1997;136(2):202-6.

86.Mease PJ, Menter MA. Quality-of-life issues in psoriasis and psoriatic arthritis: outcome measures and therapies from a dermatological perspective. Journal of the American Academy of Dermatology. 2006;54(4):685-704.

87.Özer F, Beydağ D, Cengiz F, Kiper S. Hemodiyalize giren hastaların umutsuzluk düzeyleri. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi. 2009;4(10):123-36.

88.Madani H, Pourmemari M, Moghimi M, Rashvand F. Hopelessness, Perceived Social Support and their Relationship in Iranian Patients with Cancer. Asia-Pacific Journal of Oncology Nursing. 2018;5(3):314.

89.Bayramova N, Karadakovan A. kronik hastalığı olan bireylerin umutsuzluk durumlarının incelenmesi. Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences. 2004;7(2).

90.Savaşan A, Ayten M, Ergene O. Koroner Arter Hastalarında Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Umutsuzluk. Journal of Psychiatric Nursing/Psikiyatri Hemsireleri Dernegi. 2013;4(1).

91.Pehlivan S, Ovayolu O, Ovayolu N, Sevinc A, Camci C. Relationship between hopelessness, loneliness, and perceived social support from family in Turkish patients with cancer. Supportive Care in Cancer. 2012;20(4):733-9.

92.Arslan S, Celebioglu A, Tezel A. Depression and hopelessness in Turkish patients with cancer undergoing chemotherapy. Japan Journal of Nursing Science. 2009;6(2):105-10.

93.Dansuk R, AğarGün M, Kars B, Ağar Gün HP, Turan C, Ünal O. Jinekolojik Kanserli Hastalarin Psikososyal Özelliklerinin Değerlendirilmesi. Turkiye Klinikleri Journal of Gynecology and Obstetrics. 2002;12(2):142-7.

94.Dilbaz N, Seber G. Umutsuzluk kavrami: Depresyon ve intiharda önemi. Kriz Dergisi. 1993;1(3):134-8.

95.Beck A. Depression. Clinical, Experimental and Theoretical Aspects. New York (Hoeber) 1967. 1967.

96.Sadock B. Modern Synopsis of Compherensive textbook of Psychiatry. Baltimore, VVilliams and VVİlkins; 1985.

97.Bryan CJ, Rudd MD. Advances in the assessment of suicide risk. Journal of clinical psychology. 2006;62(2):185-200.

98.McMillan D, Gilbody S, Beresford E, Neilly L. Can we predict suicide and non-fatal self-harm with the Beck Hopelessness Scale? A meta-analysis. Psychological medicine. 2007;37(6):769-78.

99.Aloba O, Awe O, Adelola A, Olatunji P, Aloba T. Psychometric adaptation of the Beck Hopelessness Scale as a self-rated suicide risk screening instrument among Nigerian university students. Journal of the American Psychiatric Nurses Association. 2018:1078390318762054.

100.Troister T, D'Agata MT, Holden RR. Suicide risk screening: Comparing the Beck Depression Inventory-II, Beck Hopelessness Scale, and Psychache Scale in undergraduates. Psychological assessment. 2015;27(4):1500.

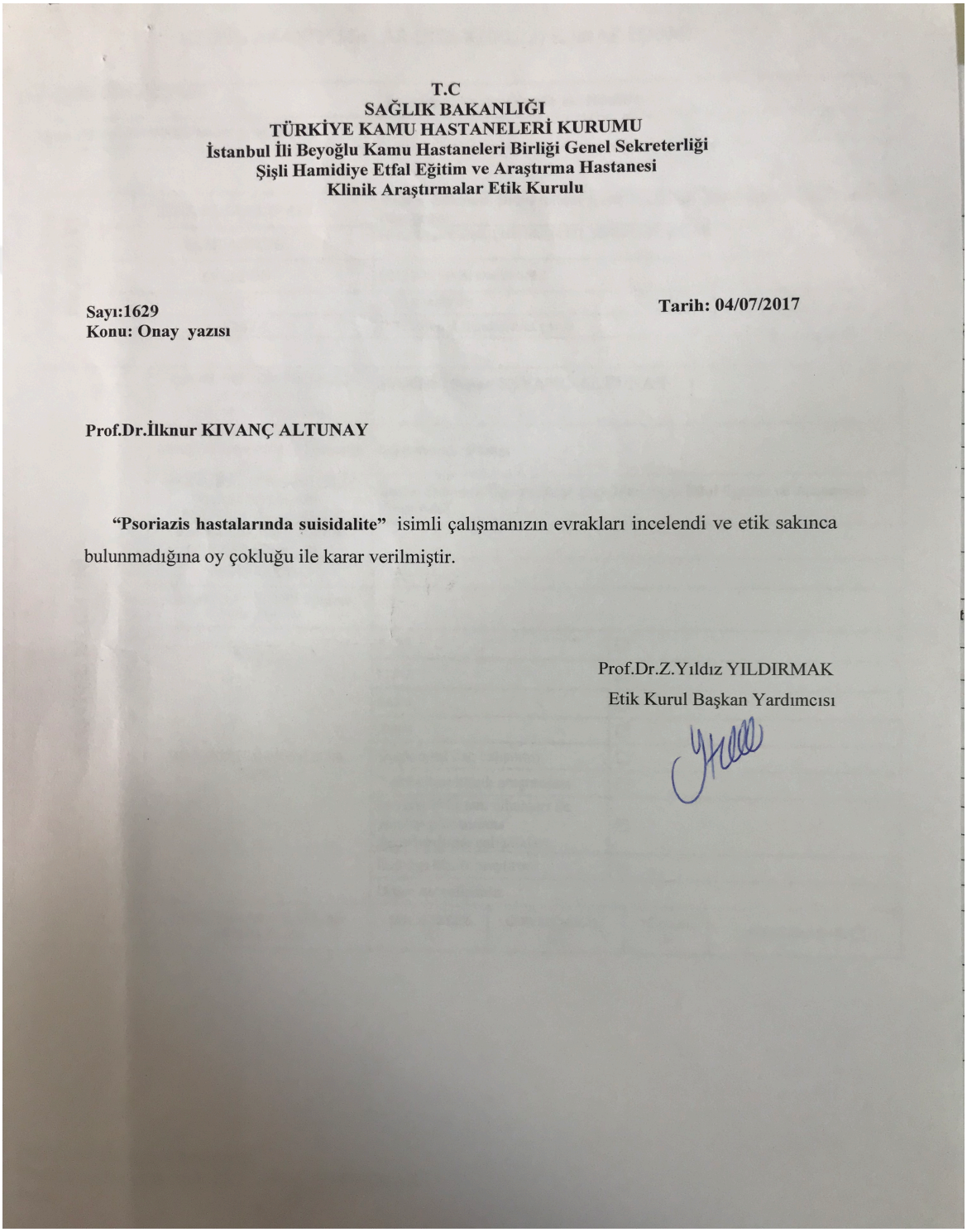
101.İntihar İstatistikleri, 2014. http://wwwtuikgovtr/PreHaberBultenlerido?id=186262015. p. 1225.

102.Aydın O, Deveci A, Esen-Danacı A. Kanser tanısı intihara yol açar mı? Risk algılama ve azaltımı nasıl yapılabilir? Üroonkoloji bülteni. 2012;11(4):311-5.

103.Ekici G, Savaş HA, Çıtak S. Tamamlanmış intiharlarda iki önemli risk etmeni: fiziksel hastalığın varlığı ve yetersiz dozda psikiyatrik tedavi. Klinik Psikofarmakoloji Bülteni. 2001;11(3):168-73.

8.EKLER

EK-1 ETİK KURUL ONAYI



T.C
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
İstanbul İli Beyoğlu Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği
Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

Sayı:1629
Konu: Onay yazısı

Tarih: 04/07/2017

Prof.Dr.İlknur KIVANÇ ALTUNAY

"Psoriazis hastalarında suisidalite" isimli çalışmanızın evrakları incelendi ve etik sakınca bulunmadığına oy çokluğu ile karar verilmiştir.

Prof.Dr.Z.Yıldız YILDIRMAK
Etik Kurul Başkan Yardımcısı

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

MANIN AÇIK ADI	**Psoriazis hastalarında suisidalite**
ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	

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

BAŞVURU BİLGİLERİ

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

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	**Psoriazis hastalarında suisidalite**
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	

	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili
DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ	04.07.2017		Türkçe X İngilizce ☐ Diğer ☐
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	04.07.2017		Türkçe X İngilizce ☐ Diğer ☐
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe ☐ İngilizce ☐ Diğer ☐
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ			Türkçe ☐ İngilizce ☐ Diğer ☐

	Belge Adı		Açıklama
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	SİGORTA	☐	
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	X	Uygundur
	BİYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	☐	
	İLAN	☐	
	YILLIK BİLDİRİM	☐	
	SONUÇ RAPORU	☐	
	GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	☐	
	DİĞER:	☐	

KARAR BİLGİLERİ	**Karar No:840**	**Tarih: 04/07/2017**
	Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın/çalışmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup araştırmanın/çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan etik kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir. İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik kapsamında yer alan araştırmalar/çalışmalar için Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu'ndan izin alınması gerekmektedir.	

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

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

Etik Kurul Başkan Yardımcısı
Unvanı/Adı/Soyadı:Prof.Dr.Z.Yıldız YILDIRMAK
İmza:

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	**Psoriazis hastalarında suisidalite**
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	

Gönül Gül	**Tekstil**	**Serbest Üye**	E☐	KX	E☐	HX	EX	H	
Doç.Dr.F. Dilek Necioğlu Örken	**Nöroloji**	**Bilim Üniv.Nöroloji ABD**	E☐	KX	E☐	HX	EX	H	
Uzm.Dr.Aslı Aksu Çerman	**Dermatoloji**	**Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi**	E☐	KX	E☐	HX	EX	H	

Etik Kurul Başkan Yardımcısı
Unvanı/Adı/Soyadı:Prof.Dr.Z.Yıldız YILDIRMAK
İmza:

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

EK-2 TEZ KONUSU ONAY FORMU

Uzmanlık Öğrencisinin Adı Soyadı: **Telefon:** **E-Posta:**	**Fatma Deniz** **05078747423** **fatmadeniz03@gmail.com**
Uzmanlık Dalı:	**Deri ve Zührevi Hastalıkları**
Eğitim Kurumu:	**Sağlık Bilimleri Üniversitesi Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırm Hastanesi**
Uzmanlık Eğitimine Başlama Tarihi:	**06.01.2014**
Uzmanlık Eğitimini Bitirme Tarihi:	**06.01.2018**
Tez Danışmanının **Adı Soyadı:** **Telefon:** **E-Posta:**	**Prof.Dr.İlknur Kıvanç Altunay** **05322629608** **ialtunay@gmail.com**

1-Tez Başlığı/Konusu: Psoriazis hastalarında suisidalite
2-Araştırma sorusu: **Psoriazis hastalarında intihar riski artmış mıdır? Psoriazis hastalarında artmış intihar riski varsa bu risk, depresyon ve umutsuzluk ile korele midir?**
3-Araştırmanın amacı: **Bu çalışmada primer olarak sağlıklı kontrollerle karşılaştırmak suretiyle psoriazis hastalarınd intihar riskinin değerlendirilmesi ve sekonder olarak artmış intihar riski bulunması durumund bunun depresyon ve umutsuzluk ile ilişkisinin araştırılması amaçlanmıştır.**

4-Araştırma materyalleri, popülasyonu:

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Dermatoloji Psoriazis polikliniğine başvuran, 18 yaş üstü, araştırmaya katılmayı kabul eden, zeka düzeyi soruları yanıtlamaya yeterli olan,ek sistemik ve psikiyatrik hastalığı bulunmayan psoriazis hastaları ile Sağlık Bilimleri Üniversitesi Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Dermatoloji polikliniğine başvuran 18 yaş üstü, araştırmaya katılmayı kabul eden ve zeka düzeyi soruları yanıtlamaya yeterli olan,ek sistemik ve psikiyatrik hastalığı bulunmayan kontrol grubu çalışmaya dahil edilecektir.

Çalışmaya dahil edilen hastalar ve sağlıklı gönüllülerde veri toplama aracı olarak sosyodemografik ve klinik verilerin kaydedildiği hasta takip formu ile Beck Depresyon Ölçeği, Beck Umutsuzluk Ölçeği ve İntihar Olasılığı Ölçeği kullanılacaktır.88 psoriazis hastası ve 88 sağlıklı gönüllüye ulaşıldığında çalışma sonlandırılacaktır.

5-Dahil etme ve hariç tutma kriterleri:

Dahil etme kriterleri:

- Sağlık Bilimleri Üniversitesi Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Dermatoloji Psoriazis polikliniğine başvuran, 18 yaş üstü, araştırmaya katılmayı kabul eden ve zeka düzeyi soruları yanıtlamaya yeterli olan psoriazis hastaları

- Sağlık Bilimleri Üniversitesi Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Dermatoloji polikliniğine başvuran, 18 yaş üstü, ek sistemik ve psikiyatrik hastalığı bulunmayan hastalar.

Hariç tutma kriterleri:

-Çalışmaya katılmayı kabul etmeyen hastalar

-Zeka düzeyi testleri doldurmak için yetersiz olan hastalar

-Hamile veya emziren hastalar

-Ek psikiyatrik ve organik bozukluğu olan hastalar

6-Araştırmanın birincil sonuç değişkenleri:

Çalışmanın amacına bağlı olarak kullanılacak olan psikometrik ölçeklerden (Beck Depresyon Ölçeği , Beck Umutsuzluk Ölçeği ve İntihar Olasılığı Ölçeği) elde edilen skorlar birincil sonuç değişkenleridir.

7-Araştırmanın türü ve tasarımı:

Tek merkezli, prospektif kesitsel çalışma

88 psoriazis ve 88 kontrol grubunun çalışmaya dahil edilmesi planlanmıştır.

8- Araştırma hipotezi:

Psoriazis sosyal ilişkilerden kaçınma, damgalanma, henüz küratif bir tedavisinin olmaması v yaşam kalitesi üzerine olumsuz etkileri nedeniyle psikiyatrik morbiditeyi artırmaktadır. Psoriazis bireylerde kaygı, depresyon, özgüven eksikliği, kendini suçlu ve değersiz hissetme, utanm damgalanma hissi, sosyal izolasyon, cinsel sorunlar ve intihar düşüncesi sıklığı anlamlı biçimd artmıştır. Depresyon ve suisidal düşüncenin dermatolojik hastalıklarda şekil bozukluğu ve bede algısında bozulmayla ilişkili olabileceği bulunmuştur. Ayrıca yapılan çalışmalarda umutsuzlu kavramı ve bu kavramın depresyon ve intihar eğilimi ile olan ilişkisine dikkat çekilmiştir.

Bu nedenlerden dolayı, psoriazis hastalarında intihar riskinin artmış olabileceği ve bunun d umutsuzluk ve depresyon ile ilişkili olabileceği, varsayılmıştır.

9-Örneklem sayısı ve belirleme yöntemi:

88 psoriazis ve 88 sağlıklı kontrol

Hasta ve Kontrol grupları arasında orta düzeyde etki büyüklüğünün (effect size=0,5) fark kabul edilmesi öngörülerek alfa anlamlılık seviyesi 0,05 %95 Power da örneklem büyüklüğü hesaplanmıştır.

1. **10-Araştırmada kullanılacak istatistik yöntemler:**
2. **İstatistiksel analiz için SPSS 15.0 for Windows programı kullanılacaktır. Değerlendirme sonuçlarının tanımlayıcı istatistikleri; kategorik değişkenler için sayı ve yüzde, sayısal değişkenler için ortalama, standart sapma, minumum, maksimum olarak verilecektir.**

Bağımsız iki grup arasında sayısal değişkenlerin karşılaştırmaları; normal dağılım koşulu sağlandığı koşulda Student-t Test, sağlanmadığı koşulda Mann Whitney U testi ile karşılaştırılacaktır. Bağımsız gruplarda kategorik değişkenlerin oranları arasındaki farkla Ki-Kare Analizi ile test edilecektir. Sayısal değişkenler arası ilişkiler parametrik test koşulu sağlandığında Pearson Korelasyon Analizi, sağlanmadığında Spearman Korelasyon Analizi ile incelenecektir. Sayısal değişkenleri belirleyici faktörler Lineer Regresyon Analizi ile incelenecektir. İstatistiksel alfa anlamlılık seviyesi p<0,05 olarak kabul edilecektir.

11-Araştırmanın orijinalliği ve bilime katkısının açıklaması:

Psoriazis hastalarında artmış intihar riski ve bu riskin umutsuzluk ve depresyon ile ilişkisinin saptanması durumunda, umutsuzluk ve depresyonun intihar riskine işaret edebilecek ön belirteçler olarak kullanılması amaçlanmıştır.

12-Açıklamak istediğiniz diğer konular:

Tez danışmanı
Kontrol edilmiştir ve uygundur.
İmza

Sağlık Bilimleri Üniversitesi
Şişli Hamidiye Etfal EAH
Prof. Dr. İlknur K. Altunay
Deri ve Zührevi Hastalıklar
A.B.D. Eğitim Yıldızı Soruml.
Dip. No: 28998 / 36680

**Form bilgisayar ortamında doldurulmalıdır.*

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

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

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

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

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

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

EK-3 TEZ KONUSU ONAYI

Evrak Tarih ve Sayısı: 10/10/2017-E.14560

T.C.
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
Tıp Fakültesi Dekanlığı

Sayı : 48865165-020
Konu : Dr. Fatma DENİZ'in Tez Onayı Hk.

İSTANBUL ŞİŞLİ HAMİDİYE ETFAL S.U.A.M.

Hastanenizde Deri ve Zührevi Hastalıkları Kliniğinde uzmanlık öğrencisi olan Dr. Fatma DENİZ'in tez konusu eleştirilen yönlerin giderilmesi şartı ile uygun bulunmuş olup tekrar değerlendirmeye gerek yoktur. Onay formu ve 2 (iki) adet hakem değerlendirme formu ekte sunulmuştur.

Gereğini bilgilerinize rica ederim.

e-imzalıdır
Prof. Dr. Yunus KARAKOÇ
Dekan a.
Dekan Yardımcısı

SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞINA

Adı Soyadı	Fatma Deniz
TC Kimlik No:	
Uzmanlık Dalı(Anadal)	Deri ve Zührevi Hastalıkları
Uzmanlık Eğitim Kurumu:	Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Yukarıda kimlik bilgileri belirtilmiş tıpta uzmanlık öğrencisinin Tez konusu, Akademik Kurulumuzda değerlendirilmiş, alınan karar aşağıda belirtilmiştir.

Anabilim Dalı Başkanı

Doç. Dr. Fatih Göktay

Akademik Kurul Karar Tarihi:	09.10.2017
Karar No:	1
Tez Konusu:	( ) Uygundur. (X) Eleştirilen yönlerin giderilmesi şartıyla uygundur. Tekrar değerlendirmeye gerek yoktur ( ) Eleştirilerin giderilmesi veya cevaplanması sonrası tekrar değerlendirilmesi uygundur. ( ) Uygun değildir.

Ek:
1-Tez konusu onay formu
2-Tez konusu hakem değerlendirme formu

EK-4 OLGU TAKİP FORMU

PSORİASİS HASTALARINDA SUİSİDALİTE

Sosyodemografik Değerlendirme

Ad-Soyad: **Telefon:**

Cinsiyet: a. Kadın b.Erkek **Yaş:**

Medeni Durum: a. Bekar b**.**Evli c.Dul veya boşanmış

Eğitim Durumu: a.Okur-yazar değil b.İlköğretim c.Lise d.Üniversite

Çalışma Durumu: a.Çalışıyor b.Çalışmıyor

Ekonomik seviye: a.Düşük b.Orta c.İyi d.Çok iyi

Alışkanlıklar:

-Sigara: a Kullanan b.Kullanmayan

-Alkol:a.Kullanan b.Kullanmayan

Beden-KitleİndeksiBKİ= kg/m^2):

Klinik Değerlendirme

Hastalık başlangıç yaşı:

Hastalık süresi:

Tırnak tutulumu: a.Var b.Yok

PAŞİ:

Aktif tedavi: a. Alıyor b. Almıyor

-Alıyorsa hangi tedavi ve ne kadar süredir:

Ek organik hastalıklar a.Var b.Yok

Ek psikiyatrik hastalık: a. Var b.Yok

Ailede psoriasis öyküsü: a.Var b.Yok c.Bilmiyor

Ailede psikiyatrik hastalık öyküsü: a.Var b.Yok c.Bilmiyor

EK-5 BECK DEPRESYON ÖLÇEĞİ

Beck Depresyon Ölçeği

Hastanın Soyadı, Adı:..... Tarih:.....

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

1
(0) Üzgün ve sıkıntılı değilim.
(1) Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum.
(2) Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum.
(3) O kadar üzgün ve sıkıntılıyım ki, artık dayanamıyorum.

2
(0) Gelecek hakkında umutsuz ve karamsar değilim.
(1) Gelecek için karamsarım.
(2) Gelecekten beklediğim hiçbir şey yok.
(3) Gelecek hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor.

3
(0) Kendimi başarısız biri olarak görmüyorum.
(1) Başkalarından daha başarısız olduğumu hissediyorum.
(2) Geçmişe baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğunu görüyorum.
(3) Kendimi tümüyle başarısız bir insan olarak görüyorum.

4
(0) Herşeyden eskisi kadar zevk alıyorum.
(1) Birçok şeyden eskiden olduğu gibi zevk alamıyorum.
(2) Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.
(3) Herşeyden sıkılıyorum.

5
(0) Kendimi herhangi bir biçimde suçlu hissetmiyorum.
(1) Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum.
(2) Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum.
(3) Kendimi her zaman suçlu hissediyorum.

6
(0) Kendimden memnunum.
(1) Kendimden pek memnun değilim.
(2) Kendime kızgınım.
(3) Kendimden nefrete ediyorum.

7
(0) Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.
(1) Hatalarım ve zayıf taraflarım olduğunu düşünmüyorum.
(2) Hatalarımdan dolayı kendimden utanıyorum.
(3) Herşeyi yanlış yapıyormuşum gibi geliyor ve hep kendimi kabahat buluyorum.

8
(0) Kendimi öldürmek gibi düşüncülerim yok.
(1) Kimi zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm oluyor ama yapmıyorum.
(2) Kendimi öldürmek isterdim.
(3) Fırsatını bulsam kendimi öldürürüm.

9
(0) İçimden ağlamak geldiği pek olmuyor.
(1) Zaman zaman içimden ağlamak geliyor.
(2) Çoğu zaman ağlıyorum.
(3) Eskiden ağlayabilirdim ama şimdi istesem de

12
(0) Karar verirken eskisinden fazla güçlük çekmiyorum.
(1) Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum.
(2) Eskiye kıyasla karar vermekte çok güçlük çekiyorum.
(3) Artık hiçbir konuda karar veremiyorum.

13
(0) Her zamankinden farklı göründüğümü sanmıyorum.
(1) Aynada kendime her zamanklinden kötü görünüyorum.
(2) Aynaya baktığımda kendimi yaşlanmış ve çirkinleşmiş buluyorum.
(3) Kendimi çok çirkin buluyorum.

14
(0) Eskisi kadar iyi iş güç yapabiliyorum.
(1) Her zaman yaptığım işler şimdi gözümde büyüyor.
(2) Ufacık bir işi bile kendimi çok zorlayarak yapabiliyorum.
(3) Artık hiçbir iş yapamıyorum.

15
(0) Uykum her zamanki gibi.
(1) Eskisi gibi uyuyamıyorum.
(2) Her zamankinden 1-2 saat önce uyanıyorum ve kolay kolay tekrar uykuya dalamıyorum.
(3) Sabahları çok erken uyanıyorum ve bir daha uyuyamıyorum.

16
(0) Kendimi her zamankinden yorgun hissetmiyorum.
(1) Eskiye oranla daha çabuk yoruluyorum.
(2) Her şey beni yoruyor.
(3) Kendimi hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun ve bitkin hissediyorum.

17
(0) İştahım her zamanki gibi.
(1) Eskisinden daha iştahsızım.
(2) İştahım çok azaldı.
(3) Hiçbir şey yiyemiyorum.

18
(0) Son zamanlarda zayıflamadım.
(1) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 2 Kg verdim.
(2) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 4 Kg verdim.
(3) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 6 Kg verdim.

19
(0) Sağlığımla ilgili kaygılarım yok.
(1) Ağrılar, mide sancıları, kabızlık gibi şikayetlerim oluyor ve bunlar beni tasalandırıyor.
(2) Sağlığımın bozulmasından çok kaygılanıyorum ve kafamı başka şeylere vermekte zorlanıyorum.
(3) Sağlık durumum kafama o kadar takılıyor ki, başka hiçbir şey düşünemiyorum.

20
(0) Sekse karşı ilgimde herhangi bir değişiklik yok.
(1) Eskisine oranla sekse ilgim az.
(2) Cinsel isteğim çok azaldı.
(3) Hiç cinsel istek duymuyorum.

EK-6 BECK UMUTSUZLUK ÖLÇEĞİ

Geleceğe yönelik olumsuz beklenti ye da düşünceleri içeren cümlelerden size uygun olanları evet ye da hayır olarak kodlayınız.

1- Geleceğe umut ve coşku ile bakıyorum Evet ( ) Hayır ( )

2- Kendim ile ilgili şeyleri düzeltemediğime göre çabalamayı bıraksam iyi olur. Evet ( ) Hayır ( )

3- İşler kötüye giderken bile her şeyin hep böyle kalmayacağını bilmek beni rahatlatıyor. Evet ( ) Hayır ( )

4- Gelecek on yıl içinde hayatimin nasıl olacağını hayal bile edemiyorum. Evet ( ) Hayır ( )

5- Yapmayı en çok istediğim şeyleri gerçekleştirmek için yeterli zamanım var. Evet ( ) Hayır ( )

6- Benim için çok önemli konularda ileride basarili olacağımı umuyorum. Evet ( ) Hayır ( )

7- Geleceğimi karanlık görüyorum. Evet ( ) Hayır ( )

8-Dünya nimetlerinden sıradan bir insandan daha çok yararlanacağımı umuyorum.Evet ( ) Hayır( )

9- İyi fırsatlar yakalayamıyorum.Gelecekte yakalayacağıma inanmam için de hiç bir neden yok. Evet ( ) Hayır ( )

10-Geçmiş deneyimlerim beni geleceğe iyi hazırladı. Evet ( ) Hayır ( )

11-Gelecek benim için hoş şeylerden çok tatsızlıklarla dolu görünüyor. Evet ( ) Hayır ( )

12-Gerçekten özlediğim şeylere kavuşabileceğimi ummuyorum Evet ( ) Hayır ( )

13-Geleceğe baktığımda şimdikine oranla daha mutlu olacağımı umuyorum. Evet ( ) Hayır ( )

14-İşler bir turlu benim istediğim gibi gitmiyor. Evet ( ) Hayır ( )

15-Geleceğe büyük inancım var. Evet ( ) Hayır ( )

16-Arzu ettiğim şeyleri elde edemediğime göre bir şeyler istemek aptallık olur. Evet ( ) Hayır ( )

17-Gelecekte gerçek doyuma ulaşmam olanaksız gibi. Evet ( ) Hayır ( )

18-Gelecek bana bulanık ve belirsiz görünüyor. Evet ( ) Hayır ( )

19-Kotu günlerden çok , iyi günler bekliyorum. Evet ( ) Hayır ( )

20-İstediğim her şeyi elde etmek için caba göstermenin gerçekten yararı yok,nasıl olsa onu elde edemeyeceğim. Evet ( ) Hayır ( )

EK-7 DERMATOLOJİ YAŞAM KALİTE İNDEKSİ

1. GEÇEN HAFTA BOYUNCA DERİNİZDE NE KADAR KAŞINTI, ACIMA, AĞRI VE BATMA OLUŞTU?

Çok fazla: Fazla: Az: Hiç:

2. GEÇEN HAFTA BOYUNCA DERİNİZ NEDENİYLE NE KADAR SIKILDINIZ VEYA MAHÇUP OLDUNUZ?

Çok fazla: Fazla: Az: Hiç:

3. GEÇEN HAFTA BOYUNCA DERİNİZ ALIŞVERİŞ YAPMANIZA VEYA EVİNİZ YA DA BAHÇENİZLE İLGİLENMENİZE NE KADAR ENGEL OLDU?

Çok fazla: Fazla: Az: Hiç: İlgili değil:

4. GEÇEN HAFTA BOYUNCA DERİNİZ ELBİSE SEÇİMİNİZE NE KADAR ETKİLİ OLDU?

Çok fazla: Fazla: Az: Hiç: İlgili değil:

5. GEÇEN HAFTA BOYUNCA DERİNİZ SOSYAL VEYA BOŞ VAKİT ETKİNLİKLERİNİ NE KADAR ETKİLEDİ?

Çok fazla: Fazla: Az: Hiç. İlgili değil:

6. GEÇEN HAFTA BOYUNCA DERİNİZ HERHANGİ BİR SPOR YAPMANIZDA SİZE NE KADAR GÜÇLÜK OLUŞTURDU?

Çok fazla: Fazla: Az: Hiç: İlgili değil:

7. GEÇEN HAFTA BOYUNCA DERİNİZ İŞ YAPMANIZI VEYA DERS ÇALIŞMANIZI ENGELLEDİ Mİ?

EVET: HAYIR: İlgili değil:

EĞER YANITINIZ "EVET" İSE GEÇEN HAFTA BOYUNCA DERİNİZ İŞ YAPMANIZ VEYA DERS ÇALIŞMANIZDA NE KADAR SORUN YARATTI?

Fazla: Az: Hiç

8. GEÇEN HAFTA BOYUNCA DERİNİZ EŞİNİZ VEYA YAKIN ARKADAŞLARINIZ YA DA AKRABALARINIZLA NE KADAR SORUN YARATTI?

Çok fazla: Fazla: Az: Hiç: İlgili değil:

9. GEÇEN HAFTA BOYUNCA DERİNİZ CİNSEL ZORLUKLARA NE KADAR NEDEN OLDU?

Çok fazla: Fazla: Az: Hiç: İlgili değil:

10. GEÇEN HAFTA BOYUNCA DERİNİZİN TEDAVİSİ YÜZÜNDEN NE KADAR PROBLEM OLUŞTU? (EV KİRLENMESİ, ZAMAN KAYBI..)

Çok fazla: Fazla: Az: Hiç: İlgili değil:

EK-8 ÖZGEÇMİŞ

I- Bireysel Bilgiler

Adı-Soyadı: Fatma Deniz
Doğum yeri ve tarihi: 17.01.1989/ Bulgaristan
Uyruğu: Türk
İletişim adresi: fatmadeniz03@gmail.com
Yabancı dili: İngilizce, Almanca

II- Eğitimi

2007-2013 İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi (İngilizce Tıp)
2003-2007 Avcılar Süleyman Nazif Anadolu Lisesi
1997-2003 Avcılar Alsancak İlköğretim Okulu
1995-1997 Walluftalschule (Almanya)

III- Mesleki Deneyimi

Ocak 2014 - halen Sağlık Bilimleri Üniversitesi Şişli Hamidiye Etfal Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Kliniği, Asistan Doktor

IV-Üye Olduğu Bilimsel Kuruluşlar

Türk Dermatoloji Derneği
Deri ve Zührevi Hastalıklar Derneği
European Academy of Dermatology and Venerology

V- Bilimsel etkinlik ve yayınları:

a) Makale/ olgu bildirimi:

1. Topaloğlu Demir F, Deniz F, Kıvanc Altunay I, Ozben Y. Multiple Skin-Colored Papules on the Auricular Concha. J Cutan Med Surg. 2017 Mar/Apr;21(2):156. doi: 10.1177/1203475416651600.
2. Topaloglu Demir F, Deniz F, Ozben Y, Kivanc Altunay I. Verrucous discoid lupus erythematosus in a child. Clin Exp Dermatol. 2017 Feb 13. doi: 10.1111/ced.13040. [Epub ahead of print]
3.Topaloglu Demir F, Deniz F, Mesrur Halefoglu A, Kivanc Altunay I, Esen Salman K. Unilateral blue rubber bleb naevus syndrome with Chiari malformation. Clin Exp Dermatol. 2017 Mar;42(2):210-212. doi: 10.1111/ced.13012. Epub 2017 Jan 5.

b) Sözlü Sunum:

1. Altunay I, Deniz F , Aksu A, Erdoğan H, Bulur I. Psoriasis hastalarında sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi: Çift merkezli, kesitsel bir pilot çalışma. 26. Ulusal Dermatoloji Kongresi, Antalya, 19 - 23 Ekim 2016

c) Poster Bildirileri:

1. Deniz F,Altunay I,Hasçiçek S. Papulonecrotic tuberculid in a patient with plasma cell myeloma: case report.15th European Academy of Dermatology and Venereology Spring Symposium, Budva, Karadağ, 3-6 Mayıs 2018

2. Deniz F,Çelik U, Altunay İ, Hasçiçek S.Pediatrik vulvar siringom: nadir bir olgu sunumu.V. DOD Dermatoloji Gündemi, 28 Eylül-1 Ekim 2017, Kuşadası, Türkiye
3. Deniz F, Altunay İ, Oğuz İ. Paklitaksel ile indüklenmiş akral psödoskleroderma ve bilateral sklerodermoid ülserler:sıradışı bir olgu sunumu. 9. Dermatoloji Bahar Sempozyumu, Antalya, Türkiye 12-15 Nisan 2017
4. Deniz F, Altunay İ,Çelik U, Salaeva K, Özel A. Morfea profunda ve karpal tünel sendromu birlikteliği: nadir bir olgu sunumu. 9. Dermatoloji Bahar Sempozyumu, Antalya, Türkiye 12-15 Nisan 2017
5. Aktaş E, Deniz F,Aksu A, Altunay İ, Yalçın Ö. Primer bulgu olarak subkutan nodüllerle ortaya çıkan nadir bir sarkoidoz olgusu. 26. Ulusal Dermatoloji Kongresi, Antalya, 19 - 23 Ekim 2016
6. Demir F, Deniz F, Yalçın Ö, Altunay İ.Diskoid lupus eritematozusun nadir görülen bir varyantı: hipertrofik (verrüköz) diskoid lupus eritematozuslu bir çocuk olgu sunumu. 22. Prof. Dr. Lütfü Tat Sempozyumu, Ankara, Türkiye, 18-22 Kasım 2015
7. Demir F, Deniz F, Halefoğlu A, Altunay İ, Salman K. Blue rubber bleb nevüs sendromu ve Chiari malformasyonu: nadir bir birliktelik. 22. Prof. Dr. Lütfü Tat Sempozyumu, Ankara, Türkiye, 18-22 Kasım 2015

VII- Bilimsel Etkinlikleri
Dermatoskopi kursu
Dermatopatoloji kursu
Alerji kursu
Mezoterapi kursu
Botulinum toksin uygulamaları kursu
Dolgu uygulamaları kursu