

Psöriazisli Hastaların Depresyon, Anksiyete, Çocukluk Çağı Ruhsal Travması ve Yaşam Kalitesi ile Sosyodemografik Özelliklerinin Araştırılması

Cem Sesliokuyucu¹, Musa Şahpolat², Mustafa Arı³

ÖZET:

Psöriazisli hastaların depresyon, anksiyete, çocukluk çağı ruhsal travması ve yaşam kalitesi ile sosyodemografik özelliklerinin araştırılması

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

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

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

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

Anahtar kelimeler: psöriazis, depresyon, anksiyete, yaşam kalitesi, çocukluk çağı travması

ABSTRACT:

The relationship between depression, anxiety, childhood trauma, quality of life and sociodemographic feature in patients with psoriasis

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

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

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

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

Keywords: psoriasis, depression, anxiety, quality of life, childhood trauma.



¹Kadirli Devlet Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, Osmaniye, Türkiye
²Kilis Devlet Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, Kilis, Türkiye
³Mustafa Kemal Üniversitesi, Tayfur Ata Sökmen Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, Hatay, Türkiye

Yazışma Adresi / Corresponding Author:
Musa Şahpolat,
Kilis Devlet Hastanesi, Psikiyatri Kliniği,
Kilis, Türkiye

Elektronik posta adresi / E-mail address:
drmsahpolat@hotmail.com

Geliş tarihi / Date of received:
8 Kasım 2016 / November 8, 2016

Kabul tarihi / Date of acceptance:
3 Şubat 2017 / February 3, 2017

Bağinti beyanı:

C.S., M.Ş., M.A.: Yazar bu makale ile ilgili olarak herhangi bir çıkar çatışması bildirmemiştir.

Declaration of interest:

C.S., M.Ş., M.A.: The authors reported no conflicts of interest related to this article.

GİRİŞ

Psöriazis, toplumun yaklaşık %1-2'sinde görülen, kronik, inflamatuvar ve hiperproliferatif nadiren sistemik tedavi gerektiren bir deri hastalığıdır (1). Deri ve beyin embriyolojik olarak aynı tabakadan ektodermden köken alır (2). Ingram derinin zihnin bir uzantısı olduğunu ifade eder (2). Deri dış dünyayla sınırlarımızı çizme, duyguları ifade etme, otonom yanıtlar vermede ve yakınlık kurmada çok önemli işlevlere sahiptir. Kişinin içerisinde yaşadığı psikolojik ortam bazı deri hastalıklarına yol açabilir. Bazı psikiyatrik hastalıklarda ve nörolojik hastalıklarda da deri hastalıkları oluşabilir (2). Dermatolojik hastalıkların en azından %25-30'unda bir psikiyatrik hastalığın ya da psikososyal etmenlerin olduğu belirtilmektedir (3). En sık görülen tanılar %44 ile depresyon ve %55 ile anksiyete bozukluğu olduğu belirtilmektedir (4). Hastaların neredeyse yarısında görülen depresyon yaşam kalitesini de oldukça olumsuz etkileyebilmektedir (5). Psöriaziste depresyon birçok dermatolojik hastalıktan daha çok birliktelik gösterir. Tedaviden alınan doyurucu olmayan hastalığı tamamen ortadan kaldırmayan sonuçlarda bu olumsuz sonuca katkıda bulunmaktadır (5). Bazı çalışmalarda psöriaziste depresyon düzeyi ve psöriazis ciddiyeti arasında ilişki bulunmuştur (6). Ayrıca psöriazisli hastalarda anksiyete bozuklukları ve obsesif kompulsif bozuklukların da oldukça sık olduğu belirtilmektedir (2). Hastaların yaklaşık %51-58'i anksiyete yaşadıklarını belirtmişlerdir (4).

Psöriazis yaşam kalitesinin en çok araştırıldığı dermatolojik hastalıklardan biridir. Toplumda sık görülen bu hastalık, görünür bölgeleri etkilemekte, kaşıntı gibi yakınmalara neden olmakta ve nükslerle giden kronik bir süreç izlemektedir. Görüntü ile ilgili kozmetik sorunlar bireysel ve sosyal alandaki işlevlerin önemli bir kısmını bozar. Bu nedenle psöriazis hastalarında, hastalığa bağlı kronik stresin neden olduğu psikolojik sıkıntı, utanma, çekinme, depresyon, sosyal ve fiziksel aktivitelerde kısıtlanma gibi pek çok psikososyal sorunlarla karşılaşmaktadır (7,8). Bu etkiler her zaman hastalığın klinik şiddeti ile korele olmayabilir ve hafif şiddetteki deri bulguları bile ağır psikososyal bozukluklara yol açabilir (8,9). Fiziksel ve ruhsal işlevlerdeki bu bozulmaların kalp hastalığı, kanser gibi yaşamı tehdit eden başka önemli hastalıklarla dahi kıyaslanabilir durumda olduğu bildirilmiştir (9). Bu nedenle, hastalık şiddetinin belirlenmesinde dermatolojik bulgularla birlikte psikososyal durumun ve yaşam kalitesinin değerlendirilmesi önerilmektedir (10).

Bu çalışmanın amacı, daha önce psöriazis hastalarında

incelenmemiş olan çocukluk çağı ruhsal travması ile birlikte anksiyete, depresyon ve yaşam kalitesinin psöriazis hastalığının şiddeti ve sosyodemografik verilerle ilişkisini saptamaktır.

GEREÇ VE YÖNTEM

Örnekleme ve Uygulama

Çalışmaya Mustafa Kemal Üniversitesi Tayfur Ata Sökmen Tıp Fakültesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Dermatoloji Bilim Dalı Polikliniklerine başvuran ve psöriazis tanısı almış olan ve daha önceden psikiyatrik hastalık tanısı olmayan ve çalışmaya alındığı anda herhangi bir psikiyatrik tedavi görmeyen 70 hasta alındı. Çalışmaya alınma kriterleri 18-80 yaş aralığında olma, psöriazis tanısı almış olma, hastanın çalışmaya katılmayı kabul etmesi, hastanın klinik gözlem olarak normal zeka düzeyinde olması, nörolojik hastalık olmaması olarak belirlenmiştir. Çalışmadan dışlama kriterleri ek dermatolojik rahatsızlık, zeka geriliği bulunması, ek nörolojik hastalığı olma, gebelik olarak belirlenmiştir. Kontrol grubu için, Mustafa Kemal Üniversitesi Tayfur Ata Sökmen Tıp Fakültesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi'nde yataklı servisleri ziyaret etmekte olan 18-65 yaş arasındaki, psöriazis tanısının ve ek herhangi bir hastalığının olmadığı sözel bildiriminden öğrenilen, çalışmaya dahil edilme kriterlerini karşılayan hasta grubu ile benzer sosyodemografik özelliklere sahip kişiler alındı. Çalışma, Helsinki Deklarasyonu kararlarına, Hasta Hakları Yönetmeliğine ve etik kurallara uygun olarak planlanarak Mustafa Kemal Üniversitesi Tayfur Ata Sökmen Tıp Fakültesi Tıbbi Etik Kurulundan onay alındı. Görüşmeler hastanın yanında bir başkasının olmamasına özen gösterilerek, özel görüşme odasında yapıldı. Hastalara çalışmanın amacı ve kişisel bilgilerin mutlak gizliliği açıklandı, çalışmaya katılmayı isteyip istemedikleri soruldu ve yazılı izin belgesi alındı. Yaş, cinsiyet, medeni durum, öğrenim, çalışma durumu, alkol-sigara kullanımını içeren yarı yapılandırılmış sosyodemografik veri formu hastalarla birebir görüşülerek klinisyen tarafından dolduruldu. Hem psöriazisli gruba hem de kontrol grubuna Kısa Form 36 Yaşam Kalitesi Ölçeği (KF-36), Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HAD), Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (ÇÇTÖ) ve Sheehan Yeti Yitimi Ölçeği (SYYÖ)'nden oluşan testler klinisyen eşliğinde uygulandı. Psöriazis Alan Şiddet İndeksi (PAŞİ) ve Psöriazis İşlev Kaybı İndeksi (PİKİ) sadece psöriazisli hasta grubuna klinisyen eşliğinde uygulandı.

Veri Toplama Aracı

Sosyodemografik Veri Formu: Olguların yaş, cinsiyet, medeni durumu, sağlık güvencesi, öğrenimi, çalışma durumu, çocuk sayısı, ailede ruhsal hastalık varlığı, tıbbi ve psikiyatrik yaşam kalitesi, alkol ve sigara kullanımı, psöriazis tanısının süresi, şiddeti ve alınan tedavileri belirlemek için bu çalışmada kullanılmak üzere geliştirilmiş yarı yapılandırılmış soru formudur.

Psöriazis Alan Şiddet İndeksi (PAŞI): Dermatologlar tarafından psöriazis şiddetini değerlendirmek için kullanılan bir ölçektir. İlk olarak 1978 yılında Fredriksson ve arkadaşları tarafından tanımlanan PAŞI, sonraki yıllarda psöriazis şiddetinin hesaplanmasında ve tedaviye cevabın değerlendirilmesinde yaygın olarak kullanılmıştır (11). Bu yöntem, psöriatik plakların eritem, infiltrasyon ve deskuamasyon olmak üzere 3 tipik bulgusunun, artan şiddete göre 0-4 arası değişen skorlarla ölçülerek ve vücutta baş, üst ekstremitelerde ve alt ekstremitelerde olmak üzere hastalıktan etkilenen bölgelerin tutulum yüzdelerinin de derecelendirilerek kombine edildiği bir skalada kantitatif olarak değerlendirilmesi dayanır (12).

Psöriazis İşlev Kaybı İndeksi (PİKİ): PİKİ, psöriazise özgü ilk spesifik ölçektir (13). PİKİ, günlük aktiviteler, iş ya da okul, kişisel ilişkiler, boş vakit ve tedaviyle ilişkili 15 sorudan oluşmaktadır. Soruların hepsi son dört hafta ile ilişkilidir. 1985 yılında geliştirilen 10 sorudan oluşan orijinal indekste her bir soru vizuel analog skalası (VAS) ile 1-7 arasında skorlanmakta olup, toplam skor 10-70 arasında değişmekteydi. İndeks 1990 yılında revize edilerek 15 soruluk şekle oluşturulmuş ve yine VAS (toplam skor 15-105) ile skorlanmıştır (14). 1995 yılında yayınlanan 15 soruluk indeks için iki farklı skorlama seçeneği sunuldu. (vizuel analog skor/ kutu işaretleme). Her iki sistemde de yüksek skor daha çok işlev kaybı demektir. Kutu işaretleme sisteminde her soru 0-3 arası puanlanmakta olup, toplam skor 0-45 arasındadır. Her bir soru için standart cevap seçenekleri, çok fazla (3), fazla (2), biraz (1), hiç (0) olmak üzere 4 tanedir. Kutu işaretleme daha az açıklamaya ihtiyaç duyulan, daha kolay uygulanan bir skorlama sistemidir (15).

Kısa Form 36 Yaşam Kalitesi Ölçeği (KF-36): Jenerik ölçütler arasında en yaygın olarak kullanılanıdır. Yaşam kalitesini değerlendirmek amacıyla Rand Corporation tarafın-

dan geliştirilmiş ve kullanıma sunulmuştur. 1999'da Koçyiğit ve arkadaşları tarafından Türkçeye çevrilerek geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır (16). Herhangi bir yaş, hastalık veya tedavi grubuna özgü değildir. Genel sağlık kavramlarını içerir. KF-36'nın özelliklerinin başında kendini değerlendirme ölçeği olması gelmektedir. Ölçek adından da anlaşılacağı gibi 36 maddeden oluşmaktadır ve bunlar 8 boyutun ölçümünü sağlamaktadır. Bunlar fiziksel fonksiyon (10 madde), sosyal fonksiyon (2 madde), fiziksel sorunlara bağlı rol kısıtlılıkları (4 madde), emosyonel sorunlara bağlı rol kısıtlılıkları (3 madde), mental sağlık (5 madde), enerji/vitalite (4 madde), ağrı (2 madde) ve sağlığın genel algılanması (5 madde)'dir. Ayrıca son 12 ayda sağlıktaki değişim algısını içeren bir madde de bulunmaktadır ve bu şu an için ölçümde kullanılmamaktadır. Adı geçen madde dışında ölçek son 4 haftayı göz önüne alarak değerlendirilmektedir. Akut biçimini oluşturmak amacıyla son 1 haftayı değerlendiren bir formu da uygulanmıştır. Değerlendirme dördüncü ve beşinci maddeler dışında Likert tipi (üçlü-altılı) yapılmaktadır. Dördüncü ve beşinci maddeler evet/hayır biçiminde yanıtlanmaktadır. Alt ölçekler sağlığı 0 ile 100 arasında değerlendirmektedir ve 0 kötü sağlık durumunu gösterirken, 100 iyi sağlık durumuna işaret etmektedir. En belirgin üstünlüğü fiziksel fonksiyon ve bununla ilgili yetileri ölçmesi iken, sınırlılığı ise cinsel işlevleri değerlendirmemesidir.

Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HAD): Bedensel hastalığı olan hastalar ve birinci basamak sağlık hizmetine başvuranlarda anksiyete ve depresyon yönünden riski belirlemek, düzeyini ve şiddet değişimini ölçmek amacıyla geliştirilmiş kendini değerlendirme ölçeğidir. Türkçeye çevrilmiş, geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır (17). Anksiyete (HAD-A) ve depresyon (HAD-D) alt ölçekleri vardır. HAD, 14 maddeden oluşmaktadır. Tek sayılı maddeler anksiyete ve çift sayılı maddeler depresyonu araştırmaktadır. Ölçek dördüncü Likert tipi bir değerlendirme aracıdır ve maddelerinin puanları 0-3 arasındadır. Ancak her maddenin puanlaması değişik biçimdedir; 1, 3, 5, 6, 8, 10, 11 ve 13. maddeler giderek azalan şiddet gösterirler ve puanlama 3, 2, 1, 0 biçimindedir. Öte yandan, 2, 4, 7, 9, 12 ve 14. maddeler ise 0, 1, 2, 3 biçiminde puanlanırlar. Alt ölçeklerin toplam puanları bu madde puanlarının toplanması ile elde edilir. Anksiyete alt ölçeği için 1, 3, 5, 7, 9, 11 ve 13. maddeler toplanırken; depresyon alt ölçeği için 2, 4, 6, 8, 10, 12 ve 14. maddelerin puanları toplanır. HAD Türkçe formunun ank-

siyete alt ölçeğinin kesme noktası 10, depresyon alt ölçeğinin kesme noktası ise 7 olarak bulunmuştur. Bu puanların üzerinde puan elde edilen hastalar risk grubu olarak kabul edilebilir. Hastaların her iki alt ölçekten alabilecekleri en düşük puan 0 iken en yüksek puan 21'dir (18).

Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (ÇÇTÖ): Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (ÇÇTÖ), Bernstein ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş, duygusal istismar, fiziksel istismar, cinsel istismar, duygusal ihmal ve fiziksel ihmal olmak üzere beş alanda çocukluk çağında maruz kalınan kötü muameleyi değerlendiren bir öz-değerlendirme enstrümanıdır (19). İlk olarak 53 sorudan oluşan bu ölçeğin daha sonra yine Bernstein ve arkadaşları tarafından 28 soruluk kısa bir versiyonu daha hazırlanmıştır (20). Bireyler çocuklukta (18 yaş öncesi) bazı yaşantıları beş puanlık Likert tipi ölçek üzerinde işaretlemek suretiyle ("hiçbir zaman" veya "sık sık" gibi) kendilerine uygunluklarını bildirirler. 28 sorudan oluşan bu ölçekte, çocukluk çağı travmatik yaşantılarını ölçen soruların yanı sıra, 3 adet de travmanın gerçekte olduğundan daha az bildirilip bildirilmediğini ölçen soru bulunmaktadır. Bu travma minimizasyonunu ölçen sorulardan herhangi birine tam puan veren bireylerin travma minimizasyonu yaptığı kabul edilmektedir. ÇÇTÖ'nün alt gruplarına ait skorlar ayrı ayrı hesaplanmakla beraber, toplam skor da hesaplanabilmektedir. Bazı popülasyonlar için kötüye kullanım ve ih-

malin derecelerini belirleyen kesme değerleri de hesaplanmış olmakla beraber, Türkiye'de kullanılan versiyonu için bu değerler hesaplanmamıştır (21). ÇÇTÖ'nün geniş versiyonunun Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği Aslan ve arkadaşları tarafından 1999 yılında yapılmıştır (22).

Sheehan Yeti Yitimi Ölçeği (SYYÖ): "İş", "sosyal yaşam/boş zaman uğraşları" ve "aile yaşamı/ evdeki sorumluluklar" alt ölçeklerini içeren, bu alanlarda görülen yeti yitimini belirlemek üzere kullanılan bir ölçektir. Puanlama, 0 ile 10 arasında değişen bir derecelendirmeye göre, kişinin kendisi tarafından yapılmaktadır. Bu ölçekte hiç (0), hafif (1,2,3), orta (4,5,6), belirgin (7,8,9) ve çok (10) olmak üzere değişik düzeydeki bozulmalar derecelendirilmektedir (23).

İstatistiksel Analiz

İstatistiksel analizler için NCSS (Number Cruncher Statistical System) 2007 (Kaysville, Utah, USA) programı kullanıldı. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metodların (ortalama, standart sapma, medyan, frekans, oran, minimum, maksimum) yanı sıra nicel verilerin karşılaştırılmasında normal dağılım gösteren değişkenlerin iki grup karşılaştırmalarında Student's t test, normal dağılım göstermeyen değişkenlerin iki grup karşılaştırmalarında Mann Whitney U test kullanıldı. Nitel verilerin karşılaştırıl-

Tablo 1: Gruplara Göre Demografik Özelliklerin Değerlendirilmesi

		Hasta (n=70) Ort±SS	Kontrol (n=72) Ort±SS	p
Yaş		40.94±13.11	40.31±12.55	0.768 ^a
		n (%)	n (%)	
Cinsiyet	Erkek	29 (41.4)	29 (40.3)	0.889 ^b
	Kadın	41 (58.6)	43 (59.7)	
Medeni Durum	Bekar	14 (20.0)	19 (26.4)	0.482 ^c
	Evli	56 (80.0)	53 (73.6)	
Meslek	Çalışmıyor	10 (14.3)	11 (15.3)	0.998 ^b
	Ev Hanımı	34 (48.6)	35 (48.6)	
	Memur	6 (8.6)	6 (8.3)	
	İşçi	20 (28.6)	20 (27.8)	
Eğitim Düzeyi	Eğitimsiz	16 (22.9)	17 (23.6)	1.000 ^b
	İlkokul	28 (40.0)	29 (40.3)	
	Ortaokul	12 (17.1)	12 (16.7)	
	Lise	8 (11.4)	8 (11.1)	
	Üniversite	6 (8.6)	6 (8.3)	
Sigara	Var	22 (31.4)	26 (36.1)	0.680 ^c
	Yok	48 (68.6)	46 (63.9)	
Alkol	Var	2 (2.9)	4 (5.6)	0.681 ^d
	Yok	68 (97.1)	68 (94.4)	

^aStudent-t Test, ^bPearson Chi-Square, ^cYates Continuity Correction Test, ^dFisher's Exact Test, p<0.05

masında Pearson ki-kare test, Fisher's exact test ve Yates' continuity correction test (Yates düzeltmeli Ki-kare) kullanıldı. Değişkenler arası ilişkilerin değerlendirilmesinde Spearman korelasyon analizi kullanıldı. Anlamlılık $p<0.01$ ve $p<0.05$ düzeylerinde değerlendirildi.

BULGULAR

Çalışma %40.8'i (n=58) erkek, %59.2'si (n=84) kadın toplam 142 olgu ile yapılmıştır. Çalışmaya katılan olguların yaşları 18 ile 73 yıl arasında değişmekte olup, ortalama 40.62 ± 12.79 yıl olarak saptanmıştır. Hasta ve kontrol grubu arasında yaş dağılımı, cinsiyet, medeni durum, meslek dağılımı, eğitim düzeyi, sigara ve alkol kullanımı açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$). Tablo 1'de veriler gösterilmiştir.

Çalışmaya katılan olguların %74.3'ünde (n=52) eklem tutulumu, %41.4'ünde (n=29) genital tutulum, %35.7'sinde (n=25) yüz tutulumu, %20'sinde (n=14) tırnak tutulumu, %74.3'ünde (n=52) saçlı deri tutulumu ve %28.6'sında (n=20) ailede psöriazis öyküsü olduğu gözlenmektedir. Tablo 2'de veriler gösterilmiştir.

Hasta ve kontrol grubu arasında KF-36 fiziksel fonksiyon ve KF-36 fiziksel rol güçlüğü alt boyutundan aldıkları puanlar açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$). Hasta ve kontrol grubu arasında KF-36 emosyonel rol güçlüğü, KF-36 enerji canlılık aktivite, KF-36 ruhsal canlılık, KF-36 sosyal işlevsellik, KF-36 ağrı alt boyutundan aldıkları puanlar, HAD-A, HAD-D, ÇÇTÖ ve SYYÖ'den aldıkları puanlar açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0.001$; $p<0.01$). Tablo 3'de veriler gösterilmiştir.

Tablo 2: Tutulumla İlgili Özelliklerin Dağılımı

		n (70)	%
Eklem Tutulumu	Var	52	74.3
	Yok	18	25.7
Genital Tutulum	Var	29	41.4
	Yok	41	58.6
Yüz Tutulumu	Var	25	35.7
	Yok	45	64.3
Tırnak Tutulumu	Var	14	20.0
	Yok	56	80.0
Saçlı Deri Tutulumu	Var	52	74.3
	Yok	18	25.7
Ailede Psöriazis öyküsü	Var	20	28.6
	Yok	50	71.4

Tablo 3: Gruplara Göre Ölçek Puanlarının Değerlendirilmesi

		Hasta (n=70)	Kontrol (n=72)	p ^e
KF-36 Fiziksel Fonksiyon	Ort±Ss	90.89±16.38	92.06±13.69	0.885
	Min-Maks (Medyan)	50-100 (100)	50-100 (100)	
KF-36 Fiziksel Rol Güçlüğü	Ort±Ss	66.83±43.61	87.67±17.85	0.080
	Min-Maks (Medyan)	0-100 (100)	34-100 (100)	
KF-36 Emosyonel Rol Güçlüğü	Ort±Ss	62.01±41.78	92.67±15.88	0.001**
	Min-Maks (Medyan)	0-100 (67)	34-100 (100)	
KF-36 Enerji Canlılık Aktivite	Ort±Ss	54.33±19.4	71.46±11.01	0.001**
	Min-Maks (Medyan)	5-85 (60)	25-85 (72)	
KF-36 Ruhsal Canlılık	Ort±Ss	55.09±18.74	67.92±13.11	0.001**
	Min-Maks (Medyan)	16-92 (60)	24-92 (72)	
KF-36 Sosyal İşlevsellik	Ort±Ss	58.80±22.79	86.31±15.47	0.001**
	Min-Maks (Medyan)	13-100 (60)	25-100 (88)	
KF-36 Ağrı	Ort±Ss	73.26±24.88	85.25±14.48	0.006**
	Min-Maks (Medyan)	23-100 (70)	45-100 (89)	
KF-36 Genel Sağlık Algısı	Ort±Ss	57.70±20.57	70.92±12.62	0.001**
	Min-Maks (Medyan)	15-100 (65)	35-100 (70)	
HAD-A Puanı	Ort±Ss	9.57±4.41	6.69±3.62	0.001**
	Min-Maks (Medyan)	2-18 (10)	2-17 (6)	
HAD-D Puanı	Ort±Ss	9.83±4.90	7.31±3.83	0.001**
	Min-Maks (Medyan)	0-22 (9)	2-19 (6)	
ÇÇTÖ Puanı	Ort±Ss	74.07±10.58	66.9±8.13	0.001**
	Min-Maks (Medyan)	54-105 (74)	54-90 (65.5)	
SYYÖ Puanı	Ort±Ss	12.77±6.98	6.39±5.88	0.001**
	Min-Maks (Medyan)	0-28 (14)	0-23 (5)	

KF-36: Kısa Form 36 Yaşam Kalitesi Ölçeği, HAD-A: Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği Anksiyete Puanı, HAD-D: Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği Depresyon Puanı, ÇÇTÖ: Çocukluk Çağı Travma Ölçeği, SYYÖ: Sheehan Yeti yitimi Ölçeği, ^eMann Whitney U Test, **p<0.01

Çalışmaya katılan hasta grubu olguların PAŞİ puanları 0 ile 11 arasında değişmekte olup, ortalama 4.31±3.20 olarak saptanmıştır. Hasta grubu olguların %74.3'ünün (n=52) PAŞİ değeri hafif düzeyde, %25.7'sinin (n=18) normal ve şiddetli düzeyde gözlenmektedir. Çalışmaya katılan hasta grubu olguların PİKİ 0 ile 31 arasında değişmekte olup, ortalama 14.89±7.15 olarak saptanmıştır. Hasta grubu olguların %28.6'sında (n=20) işlev kaybı gözlenmezken, %71.4'ünde (n=50) işlev kaybı olduğu gözlenmektedir. Tablo 4'de veriler gösterilmiştir.

Hasta grubu olguların PİKİ puanları ile KF-36 Fiziksel Fonksiyon, KF-36 Fiziksel Rol Güçlüğü, KF-36 Emosyonel

Rol Güçlüğü, KF-36 Ruhsal Canlılık, KF-36 Sosyal İşlevsellik, KF-36 Ağrı ve KF-36 Genel Sağlık Algısı alt boyut puanları arasında negatif yönlü istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur (p<0.01). Hasta grubu olguların PİKİ puanları

Tablo 4: PAŞİ, PİKİ Ölçeklerine İlişkin Dağılımlar

	Min-Maks	Ort±SS
PAŞİ	0-11	4.31±3.20
Hafif Düzeyde	52	74.3
Normal ve Şiddetli	18	25.7
PİKİ	0-31	14.89±7.15

PAŞİ:Psöriazis Alan Şiddet İndeksi, PİKİ:Psöriazis İşlev Kaybı İndeksi

Tablo 5: Hasta Grubu Olgularda PAŞİ ve PİKİ Ölçeğinden Alınan Puanlar ile KF-36 Yaşam kalitesi Ölçeği Alt Boyutlarından, HAD-A ve HAD-D Ölçeklerinden, ÇÇTÖ ve SYYÖ'den Aldıkları Puanlar Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi

Hasta Grubu	PAŞİ		PİKİ	
	r	p	r	p
PİKİ	0.011	0.927	-	-
KF-36 Fiziksel Fonksiyon	0.204	0.090	-0.320	0.007**
KF-36 Fiziksel Rol Güçlüğü	0.169	0.162	-0.547	0.001**
KF-36 Emosyonel Rol Güçlüğü	0.159	0.188	-0.544	0.001**
KF-36 Enerji Canlılık Aktivite	0.114	0.348	-0.078	0.523
KF-36 Ruhsal Canlılık	0.066	0.588	-0.306	0.010*
KF-36 Sosyal İşlevsellik	-0.009	0.942	-0.473	0.001**
KF-36 Ağrı	0.022	0.854	-0.330	0.005**
KF-36 Genel Sağlık Algısı	-0.076	0.534	-0.340	0.004**
HAD-A Puanı	-0.040	0.740	0.397	0.001**
HAD-D Puanı	0.002	0.984	0.458	0.001**
ÇÇTÖ Puanı	-0.034	0.780	0.062	0.610
SYYÖ Puanı	-0.172	0.155	0.635	0.001**

PAŞİ: Psöriazis Alan Şiddet İndeksi, PİKİ: Psöriazis İşlev Kaybı İndeksi, KF-36: Kısa Form 36 Yaşam Kalitesi Ölçeği, HAD-A: Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği Anksiyete Puanı, HAD-D: Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği Depresyon Puanı, ÇÇTÖ: Çocukluk Çağı Travma Ölçeği, SYYÖ: Sheehan Yeti yitimi Ölçeği, r= Spearman's Korelasyon Katsayısı, *p<0.05, **p<0.01

Tablo 6: Hasta ve Kontrol Grubu Olgularda HAD-A ve HAD-D Ölçeklerinden Alınan Puanlar ile KF-36 Yaşam kalitesi Ölçeği Alt Boyutlarından, ÇÇTÖ ve SYY Ölçeklerinden Aldıkları Puanlar Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi

	HAD-A Puanı				HAD-D Puanı			
	Hasta		Kontrol		Hasta		Kontrol	
	r	p	r	p	r	p	r	p
HAD-D Puanı	0.488	0.001**	0.252	0.032*	-	-	-	-
KF-36 Fiziksel Fonksiyon	-0.304	0.011*	-0.269	0.022*	-0.165	0.172	-0.174	0.144
KF-36 Fiziksel Rol Güçlüğü	-0.275	0.021*	-0.382	0.001**	-0.368	0.002**	-0.222	0.061
KF-36 Emosyonel Rol Güçlüğü	-0.223	0.064	-0.275	0.019*	-0.324	0.006**	-0.140	0.239
KF-36 Enerji Canlılık Aktivite	-0.413	0.001**	-0.344	0.003**	-0.365	0.002**	-0.031	0.796
KF-36 Ruhsal Canlılık	-0.600	0.001**	-0.447	0.001**	-0.616	0.001**	-0.184	0.121
KF-36 Sosyal İşlevsellik	-0.347	0.003**	-0.405	0.001**	-0.233	0.052	-0.135	0.259
KF-36 Ağrı	-0.217	0.071	-0.350	0.003**	-0.163	0.176	-0.018	0.878
KF-36 Genel Sağlık Algısı	-0.210	0.081	-0.261	0.027*	-0.490	0.001**	0.072	0.550
ÇÇTÖ Puanı	0.260	0.029*	0.315	0.007**	0.033	0.785	0.190	0.109
SYYÖ Puanı	0.518	0.001**	0.349	0.003**	0.631	0.001**	0.383	0.001**

KF-36: Kısa Form 36 Yaşam Kalitesi Ölçeği, HAD-A: Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği Anksiyete Puanı, HAD-D: Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği Depresyon Puanı, ÇÇTÖ: Çocukluk Çağı Travma Ölçeği, SYYÖ: Sheehan Yeti yitimi Ölçeği, r= Spearman's Korelasyon Katsayısı, *p<0.05, **p<0.01

Tablo 7: Hasta ve Kontrol Grubu Olgularında ÇÇTÖ ve SYYÖ Puanları ile KF-36 Yaşam kalitesi Ölçeği Alt Boyutlarından Aldıkları Puanlar Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi

	ÇÇTÖ				SYYÖ			
	Hasta		Kontrol		Hasta		Kontrol	
	r	p	r	p	r	p	r	p
SYYÖ Puanı	0.131	0.281	0.294	0.012*	-	-	-	-
KF-36 Fiziksel Fonksiyon	-0.193	0.110	-0.336	0.004**	-0.527	0.001**	-0.200	0.092
KF-36 Fiziksel Rol Güçlüğü	-0.173	0.152	-0.400	0.001**	-0.610	0.001**	-0.332	0.004**
KF-36 Emosyonel Rol Güçlüğü	-0.047	0.699	-0.389	0.001**	-0.587	0.001**	-0.210	0.077
KF-36 Enerji Canlılık Aktivite	-0.135	0.264	-0.285	0.015*	-0.364	0.002**	-0.144	0.228
KF-36 Ruhsal Canlılık	-0.125	0.302	-0.414	0.001**	-0.575	0.001**	-0.145	0.223
KF-36 Sosyal İşlevsellik	-0.141	0.246	-0.420	0.001**	-0.548	0.001**	-0.177	0.138
KF-36 Ağrı	-0.276	0.021*	-0.258	0.029*	-0.657	0.001**	-0.078	0.513
KF-36 Genel Sağlık Algısı	-0.168	0.164	-0.186	0.118	-0.599	0.001**	-0.190	0.110

KF-36: Kısa Form 36 Yaşam Kalitesi Ölçeği, ÇÇTÖ: Çocukluk Çağı Travma Ölçeği, SYYÖ: Sheehan Yeti yitimi Ölçeği, r= Spearman's Korelasyon Katsayısı, *p<0.05, **p<0.01

ile HAD-A puanları arasında pozitif yönlü (PİKİ puanı arttıkça HAD-A puanı artan) %39.7'lik ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (r=0.397; p=0.001; p<0.01). Hasta grubu olguların PİKİ puanları ile HAD-D puanları arasında pozitif yönlü (PİKİ puanı arttıkça HAD-D puanı artan) %45.8'lik ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (r=0.458; p=0.001; p<0.01). Hasta grubu olguların PİKİ puanları ile SYYÖ puanları arasında pozitif yönlü (PİKİ puanı arttıkça SYYÖ puanı artan) %63.5'lik ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (r=0.635; p=0.001; p<0.01). Tablo 5'de veriler gösterilmiştir.

Hasta grubu olguların HAD-A puanları ile HAD-D puanları arasında pozitif yönlü (anksiyete puanı arttıkça depresyon puanı artan) %48.8'lik ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (r=0.488; p=0.001; p<0.01). Hasta grubu olguların HAD-A puanları ile KF-36 Fiziksel Fonksiyon, Fiziksel Rol Güçlüğü, KF-36 Enerji Canlılık Aktivite, KF-36 Ruhsal Canlılık ve KF-36 Sosyal İşlevsellik alt boyut puanları arasında negatif yönlü istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur (p<0.05). Hasta grubu olguların HAD-A puanları ile ÇÇTÖ puanları arasında pozitif yönlü (Anksiyete puanı arttıkça Çocukluk Çağı Travma puanı artan) %26'lık ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (r=0.260; p=0.029; p<0.05). Hasta grubu olguların HAD-A puanları ile SYYÖ puanları arasında pozitif yönlü (Anksiyete puanı arttıkça SYYÖ puanı artan) %51.8'lik ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (r=0.518; p=0.001; p<0.01). Hasta grubu olguların HAD-D puanları ile KF-36 Fiziksel Rol Güçlüğü, Emosyonel Rol Güçlüğü, KF-36 Enerji Canlılık Aktivite, KF-36 Ruhsal Canlılık ve KF-36 Genel Sağlık Algısı alt boyut puanları arasında negatif yönlü istatistiksel olarak anlamlı iliş-

ki bulunmuştur (p<0.01). Hasta grubu olguların HAD-D puanları ile SYYÖ puanları arasında pozitif yönlü (Depresyon puanı arttıkça SYYÖ puanı artan) %63.1'lik ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (r=0.631; p=0.001; p<0.01). Tablo 6'da veriler gösterilmiştir.

Hasta grubu olguların ÇÇTÖ puanları ile KF-36 alt boyut ölçeklerinden sadece KF-36 Ağrı alt boyut puanları arasında negatif yönlü (ÇÇTÖ puanı arttıkça KF-36 Ağrı alt boyut puanı azalan) %27.6'lık istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur (r=-0.276; p=0.021; p<0.05). Hasta grubu olguların SYYÖ puanları ile KF-36 Yaşam kalitesi ölçeğinin bütün alt boyut ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır (p<0.01). Tablo 7'de veriler gösterilmiştir.

TARTIŞMA

Bu çalışmada psöriyazis tanısı alan 70 hastanın depresyon, anksiyete, çocukluk çağı travması ve yaşam kalitesi düzeyinin sağlıklı kontroller ile karşılaştırılması amaçlanmıştır. Araştırmada psöriyazis ile ilişkili olabilecek sosyodemografik ve psikolojik değişkenler sorgulanmış ve bu değişkenlerin uygulanan ölçeklere etkileri karşılaştırılmıştır. Çalışmamızda hasta grubu ile kontrol grubu arasında cinsiyet, yaş, medeni durum, meslek, eğitim düzeyi, sigara ve alkol kullanımı gibi sosyodemografik veriler açısından farklılık yoktu.

Çalışmamızın temel bulgularından biri olan HAD-D puanları, hasta grubunda ortalama (9.83±4.90), kontrol grubunda ortalama (7.31±3.83) olacak şekilde istatistiksel olarak anlamlı yüksek tespit edildi. HAD-A puanları, hasta grubunda ortalama (9.57±4.41), kontrol grubunda ortalama

(6.69±3.62) olacak şekilde istatistiksel olarak anlamlı yüksek tespit edildi. Şimdiye kadar yapılan çalışmalarda, stresin psöriazis ataklarında etkili olduğu, depresyon ve anksiyete düzeylerinin psöriazis hastalarında daha yüksek olduğu bildirilmiştir (24-27). Dermatoloji hastalarında, depresyon %44 ve anksiyete bozukluğu %55 oranı ile en sık görülen psikiyatrik tanılar olduğu bildirilmiştir (28). Hastaların neredeyse yarısında görülen depresyon, yaşam kalitesini de oldukça olumsuz etkileyebilmektedir (29,30). Psöriaziste depresyon, diğer dermatolojik hastalıklara göre daha sık görülür (29). Depresyonun hastalığın tedavisini olumsuz etkilediği, alkol kullanımına neden olduğu ve kardiyovasküler hastalık için risk oluşturduğu belirtilmektedir (31).

Psöriazis hastalarında anksiyete bozuklukları ve obsesif kompulsif bozukluklar oldukça sık görüldüğü bildirilmiştir (32). Hastalığın dermatolojik tedavisinin henüz alevlenmeleri azaltıcı ve semptomatik nitelikte olması hastalardaki beklenti anksiyetesini artırabilmektedir. Hastalığın tekrarının beklenmesinin ve sosyal yalıtım da hastalardaki istenmeme duygusunu etkilemektedir. Psöriazisli hastalarda anksiyolitik tedavinin yanısıra gevşeme egzersizleri ve anksiyeteyi azaltıcı tedavilerin oldukça faydalı olduğu ifade edilmiştir (33). Hastaların yaklaşık %60'ı hastalıklarının başlangıcından yaşadıkları kaygı ve stresin sorumlu olduğuna inandıklarını belirtmişlerdir (28).

Güleç ve arkadaşları yaptıkları çalışmalarında ise psöriaziste özellikle depresyonun sık görüldüğü, anksiyete düzeylerinde sağlıklı kontrol grubuyla anlamlı bir fark olmadığı belirtilmiştir. Bu durum psöriazis hastalarının anksiyeteye tahammülsüzlük nedeniyle uyum mekanizması olarak depresyonu tercih etmiş olabilecekleri şeklinde yorumlanmıştır (34). Richards ve arkadaşları çalışmalarında, kadın hastalarda erkeklerden daha yüksek anksiyete ve depresyon skorları yanında, erkek hastalarda daha yüksek PAŞİ skorları saptamışlardır (35).

Şimdiye kadar yapılan psöriazis şiddetiyle depresyon ve anksiyete şiddeti arasındaki bağlantıyı araştıran çalışmalarda çelişkili sonuçlar ortaya çıkmıştır. Özgüven ve arkadaşları depresyon şiddetiyle psöriazis şiddeti arasında bir bağlantının olduğunu vurgulamışlardır. Bu çalışmada anksiyete ile psöriazis şiddeti arasında bağlantı bulunamamasının nedeni olarak hasta grubunun düşük PAŞİ puanları olabileceği belirtilmiştir (36). Özgüven ve arkadaşları çalışmalarında bedeninin görünür yerlerinde lezyonları olan psöriazis hastalarında sosyal anksiyete düzeyini yüksek bulmuşlar ve sosyal anksiyete düzeyi ile hastalığın şiddeti arasında ilişki

olduğunu saptamışlardır (37).

Çalışma bulgularımıza göre olguların PİKİ puanları ile HAD-A puanları arasında pozitif yönlü (PİKİ puanı arttıkça HAD-A puanı artan) %39.7'lik istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulundu. Olguların PİKİ puanları ile HAD-D puanları arasında pozitif yönlü (PİKİ puanı arttıkça HAD-D puanı artan) %45.8'lik istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulundu. Kılıç ve arkadaşları psöriazis şiddetiyle anksiyete ve depresyon düzeyini karşılaştırdıkları çalışmalarında bir bağlantı olmadığı bildirmişlerdir (5). Taner ve arkadaşları Behçet hastalığı ve psöriazis hastalıklarında depresyon ve anksiyete seviyelerini karşılaştırdıkları çalışmalarında Behçet hastalığında hastalık süresiyle depresyon arasında ilişki saptarken, psöriaziste bir ilişki olmadığını belirtmişlerdir (38). Harvima ve arkadaşları ise psöriazis hastalarını düşük ve yüksek stresli olarak ayırdıkları çalışmalarında, yüksek stresli grupta deri lezyonları ve eklem bulgularının daha yaygın olduğunu, PAŞİ puanı ile somatizasyon belirtileri arasında korelasyon olduğunu, eklem bulgularının olmasının kadınlarda yüksek depresyon seviyesi, erkeklerde ise yüksek somatizasyon seviyesi ile ilişkili olabileceğini bildirmişlerdir (39).

Çalışmamızda psöriaziste depresyon ve anksiyete oranının diğer çalışmalara göre yüksek olmasının nedeni hasta olgularımızın eğitim düzeyinin görece düşük olması, örneklem grubunun tamamına yakınının kadın cinsiyet olması ve örneklem sayısının azlığı gibi nedenler olabileceği düşünülmektedir. Psöriazis hastalarındaki tekrarlayan anksiyete, bir süre sonra depresyonu ortaya çıkarıyor olabilir. Bu açıdan bakıldığında özellikle anksiyeteyi kontrol altına almaya yönelik tedavi yöntemlerinin uygulanması psöriazis hastalarında eşlik edecek anksiyete ile birlikte depresyonu önlemede de etkili olabilir.

Çalışmamızın bir diğer bulgusu olan yaşam kalitesini değerlendiren KF-36 ölçek sonuçlarına baktığımızda; hasta grubu olguların KF-36 enerji canlılık aktivite alt boyutundan aldıkları puanlar (54.33±19.40) kontrol grubu (71.46±11.01) olgulara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük saptanmıştır. Hasta grubu olguların KF-36 ruhsal canlılık alt boyutundan aldıkları puanlar (55.09±18.74), kontrol grubu (67.92±13.11) olgulara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük saptanmıştır. Hasta grubu olguların KF-36 sosyal işlevsellik alt boyutundan aldıkları puanlar (58.80±22.79) kontrol grubu (86.31±15.47) olgulara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük saptanmıştır. Ayrıca olguların PİKİ puanları ile KF-36 Fizik-

sel Fonksiyon alt boyut puanları arasında negatif yönlü (PİKİ puanı azaldıkça KF-36 Fiziksel fonksiyon puanı artan) %32'lik istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur. Olguların PİKİ puanları ile KF-36 Fiziksel Rol Güçlüğü alt boyut puanları arasında negatif yönlü (PİKİ puanı azaldıkça KF-36 Fiziksel rol güçlüğü puanı artan) %54.7'lik istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur. Olguların PİKİ puanları ile KF-36 Emosyonel Rol Güçlüğü alt boyut puanları arasında negatif yönlü (PİKİ puanı azaldıkça KF-36 Emosyonel rol güçlüğü puanı artan) %54.4'lük istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur.

Mease ve arkadaşları psöriazisli hastalarda yaptıkları çalışmalarında psöriazisli hastaların yaşam kalitesinin bozulduğu ve neden olarak hastaların cilt bulgularının görüldüğü yüzme, güneşlenme gibi sosyal aktivitelerinin kısıtlandığını ve çoğunluğunun bu tip aktiviteler sırasında diğer insanlarla eşit hizmet alamadıklarını hatta bazen kendilerinin ortamdaki uzaklaşmalarının istendiğini ifade etmişlerdir (40). Gupta ve arkadaşları çalışmalarında psöriazisli hastaların %40.8'inde seksüel fonksiyonların olumsuz yönde etkilendiğini saptamışlar, bu konuda kadınlarla erkekler arasında farklılık bulmamışlardır (41). Daha yoğun eklem ağrısı, kepeklenme, kaşıntı ve genital bölgede daha şiddetli tutulum ile seksüel fonksiyonlarda bozulma arasında anlamlı ilişki olduğunu göstermişlerdir (41). Kruger ve ark. yaptığı çalışmada psöriatik artritli hastaların daha fazla fiziksel zorluklar çektiği, daha uzun hastalık süresine sahip oldukları ve hastalıklarıyla ilgili yaşam kalitelerinin daha çok etkilendiği bildirilmiştir (42). Sampogna ve arkadaşlarının (43) yaptıkları çalışmada psöriazisli kadınların erkeklerle oranla yaşam kalitelerinin daha fazla etkilendiğini bildirilmiştir. Kaçar ve arkadaşlarının çalışması Lin ve arkadaşlarının çalışmasına benzer olarak cinsiyetler arasında fark saptamamışlar; bu durumu toplumlar arası farklı etnik, sosyal ve kültürel özelliklere bağlamışlardır (44,45).

Koryürek ve arkadaşları çalışmalarında 40 yaş ve altındaki psöriazisli hastaların 40 yaş üstüne göre yaşam kalitelerinin daha fazla etkilendikleri bildirmiştir (46). Literatürde bu çalışma ile benzer şekilde yaş ilerledikçe yaşam kalitesinin daha az etkilendiğini saptayan çalışmalar olduğu gibi ileri yaştaki popülasyonun daha fazla etkilendiğini bildiren çalışmalar da vardır (45,46). Sonuç farklılıklarının; çalışmaların yapıldığı kültürlerde yaşlı bireylere verilen değer ve sosyal beklentiler gibi değişkenlerin farklılıklardan kaynaklanabileceği düşünülmüştür (44,46). Bu durumu genel olarak yaşça daha ileri olan popülasyonun daha uzun

sürelilikle yaşamış olması sonucunda, daha başarılı psikolojik savunma yöntemleri geliştirmiş olması ve bu nedenle görünüm ve/veya insanlar arası ilişkide duygusal olarak daha az etkilenmeleriyle, daha yüksek oranda evli olmalarıyla, daha yüksek oranda iş sahibi olmalarıyla ilişkili olabileceğini bildirmişler (44,46). Kırk yaş altı popülasyon stigmatizasyon, iş edinmede güçlük, eş bulmada güçlük, toplum tarafından kabullenme ve beğenilme kaygısı, sosyal ve fiziksel aktivitelerde kısıtlanma gibi nedenlerle hastalaktan daha fazla etkilenmiş olabilir.

Deri lezyonlarının yaygınlığı/lokalizasyonu ile yaşam kalitesi arasındaki ilişki değerlendirildiğinde, Aghaei ve arkadaşları (47) tarafından PDI ve DLQI ölçekleri kullanılarak yapılan bir çalışmada, gıysilerle kapalı bölgede lezyonu olanların yaşam kalitelerinin etkilenmediği, ancak yüz ve distal ekstremiteler gibi görünür bölgelerde lezyonu olanların yaşam kalitelerinin olumsuz etkilendiği bildirilmiştir. Benzer şekilde İnanır ve arkadaşlarının (48) çalışmasında da lezyonların görünür bölgede yerleştiği hastalarda yaşam kalitesi ölçek puanları daha yüksek bulunmuştur.

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

Çalışmamıza katılan hasta grubu olguların PAŞİ puanları 0 ile 11 arasında değişmekte olup, ortalama 4.31 ± 3.20 olarak saptanmıştır. Hasta grubu olguların %74.3'ünün (n=52) PAŞİ değeri hafif düzeyde, %25.7'sinin (n=18) normal ve şiddetli düzeyde gözlenmiştir. Hasta grubu olguların PAŞİ puan değerleri ile PİKİ, KF-36 "Fiziksel Fonksiyon", "Fiziksel Rol Güçlüğü", "Emosyonel Rol Güçlüğü", "Enerji Canlılık Aktivite", "Ruhsal Canlılık", "Sosyal İşlevsellik", "Ağrı" ve "Genel Sağlık Algısı" alt boyutları, HAD-A ve HAD-D puanları, ÇÇTÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır.

Psöriazis şiddetiyle depresyon ve anksiyete şiddeti arasındaki bağlantıyı araştıran şu ana kadar yapılan çalışmalarda farklı sonuçlar ortaya çıkmıştır (33,39,49). Kılıç ve arkadaşları psöriazis şiddetiyle anksiyete ve depresyon

düzeyini karşıladıkları çalışmalarında, bizim çalışmamıza benzer şekilde bir bağlantı olmadığı sonucuna varmışlardır (33). Taner ve arkadaşları Behçet ve psöriazis hastalarında depresyon ve anksiyete seviyelerini karşıladıkları çalışmalarında Behçet hastalığında hastalık süresiyle depresyon arasında ilişki saptarken, psöriazis hastalarında hastalık süresiyle depresyon arasında bir ilişki olmadığını belirtmişlerdir (49). Bulgularımızın aksi yönünde Harvima ve arkadaşları ise psöriazis hastalarını düşük ve yüksek stresli olarak ayırdıkları çalışmalarında, yüksek stresli grupta deri lezyonları ve eklem bulgularının daha yaygın olduğunu, PAŞİ puanı ile somatizasyon belirtileri arasında korelasyon olduğunu, eklem bulgularının olmasının kadınlarda yüksek depresyon seviyesi, erkeklerde ise yüksek somatizasyon seviyesi ile ilişkili olabileceğini bildirmişlerdir (39).

Literatürde psöriazis şiddetinin yaşam kalitesini etkilediği pek çok çalışmada bildirilmesine rağmen, her zaman klinik şiddet ile hastaların yaşam kalitesinin ne ölçüde etkilendiği kesin olarak gösterilememiştir (49-51). Psöriazisli hastaların yaşam kalitesi ile ilgili literatürdeki çalışmaların yorumlandığı bir derlemede hastalık şiddeti arttıkça yaşam kalitesinin azaldığı bildirilmiştir (49). İnanır ve arkadaşlarının (48) çalışmasında ortalama PAŞİ skoru 5.76 olarak bulunmuş ve PAŞİ skorları ile yaşam kalitesi arasında negatif korelasyon tespit edilmiştir. Hindistan'da Rakkesh ve arkadaşları (52) tarafından PDI ve PLSI kullanılarak yapılan bir çalışmada ortalama PAŞİ skoru erkek hastalar için 20.82, kadın hastalar için 25.20 olarak bulunmuş ve PAŞİ skoru arttıkça her iki yaşam kalitesi ölçüğü skorlarının da arttığı saptanmıştır. Skevington ve arkadaşları (53) tarafından yapılan çalışmada da önceki çalışmalarla benzer olarak hastalık şiddeti ile yaşam kalitesi arasında negatif ilişki tespit edilmiştir.

Köşger ve arkadaşları (54) psoriasis vulgaris hastalarında psoriasis vulgaris şiddetiyle, depresyon, anksiyete ve yaşam kalitesi düzeyi arasındaki ilişkiyi araştırmak amacıyla yaptıkları çalışmalarında bizim çalışmamıza benzer şekilde hasta grubunun kontrol grubuna göre HAM-D, HAM-A puanlarını istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek saptamışlar. Yine bizim çalışmamıza benzer şekilde hasta grubunun kontrol grubuna göre KF-36 fiziksel fonksiyon, sosyal fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü, emosyonel rol güçlüğü, mental sağlık, enerji, ağrı ve genel sağlık düzeyi ortalama puanları istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük olduğunu belirtmişlerdir. Çalışmalarında çalışmamıza göre sadece hasta grubunun PAŞİ puanlarıyla HAM-A bedensel ve

HAM-A toplam puanları arasında pozitif korelasyon saptanırken bizim çalışmamızda ek olarak depresyon, yaşam kalitesi ve çocukluk çağı ruhsal travması ile hastalık şiddeti arasında korelasyon saptanmıştır.

Çalışmamızda sigara ve alkol kullanımı gibi sosyodemografik özellikler ile herhangi bir ölçek arasında ilişki saptanmamıştır. Psöriazis hastalarında sigara alışkanlığının normal popülasyondan fazla olduğunu bildiren çalışmalar vardır (31). Sigara kullanımı psöriazisin kronikleşmesini arttırmakta ve tedavinin olumsuz etkilenmesine yol açmaktadır (55). Psöriazisli hastalarda alkol kullanımının birçok hastalıktan fazla olduğu bildirilmiştir (55,56). Psöriazisli baş etme mekanizmaları geliştirmede başarılı olamayan hastalarda alkol kullanımına yatkınlık ortaya çıkabilmektedir. Alkol kullanımının psöriazis şiddetini ve kaşıntıyı arttırdığı, özellikle de tedavisini olumsuz etkilediği ve mortalite riskini yükselttiği bilinmektedir (31,55,57). Çalışmamıza benzer şekilde Deveci ve arkadaşları (56) ise yaptıkları çalışmada psöriazisli hastalarda alkol kullanımının diğer dermatolojik hastalıklardan farklı olmadığını saptamışlardır.

Çalışmamızda psöriazis tanılı hasta grubu olguların ÇÇTÖ puanları (74.07±10.58) kontrol grubu olgulara göre (66.9±8.13) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır. Hasta grubunun ÇÇTÖ puanı ile KF-36 ve SYQ ölçekleri arasında yapılan korelasyonda anlamlı farklılık bulunmamıştır. Literatür gözden geçirildiğinde, psöriazis başlangıcını tetikleyen çocukluk çağı ruhsal travma ile ilgili herhangi bir yayına rastlanmamıştır. Fakat dermatolojik diğer hastalıklarla ilgili kısıtlı sayıda olsa da çalışma bulunmaktadır. Yalçın ve arkadaşlarının nörotik ekskoriyasyon hastalarında çalışmasında ÇTQ-28 skorları incelendiğinde ise duygusal ihmal, duygusal kötüye kullanım ve fiziksel kötüye kullanım alt ölçekleri ile ağırlıklı toplam ortalama puan skorları anlamlı olarak yüksek bulunmuştur (58).

Çocukluk çağında fiziksel ve cinsel istismar yaşayan kadınların, erişkinlik dönemlerinde strese karşı verilen hipotalamus-hipofiz-adrenal eksen yanıtlarının anormal olduğu bildirilmiştir (59). Papadopoulos ve arkadaşları, yaşam olaylarının vitiligo başlangıcını nasıl tetikleyebileceğine ilişkin kapsamlı bir çalışma yapmıştır. Vitiligo hastalarının kontrol grubuyla karşılaştırıldığında, hastalıkları başlamadan önceki bir yıl içerisinde istatistiksel olarak anlamlı sayıda stresli yaşam olayları yaşadıklarını; özellikle vitiligo hastalarının daha yüksek oranda kayıp ya da yas, yaralanma, hastalık yaşadıklarını; yeme ve uyuma alışkanlıklarında daha büyük değişiklikler olduğunu bildirmişlerdir (60). Bu ça-

lışmada dikkati çeken başka bir bulgu da, vitiligo hastalarının %40'ından fazlasının, hastalığın ilk ortaya çıkışından bir yıl önce yakın bir arkadaşı ya da akrabasının ölümünü bildirmeleridir. %25'inden daha fazlasında, aile, arkadaş, çevresindekilerin kaybıyla birlikte seyreden, yaşam koşullarında bir değişiklik, yer değiştirme bildirdikleri saptanmıştır (60). Picardi, psöriyazis, alopesi areata (AA) hastalarında yapılan stresli yaşam olayları ile ilgili çalışmalarını gözden geçirmiş ve stresli yaşam olaylarının AA ile ilişkisi ile ilgili beş olumlu iki olumsuz ve bir çekimsel çalışma olduğunu belirtmiştir. Psöriyazis için ise sonuçlar daha çok mevcut psöriyazisin şiddetinin arttığı şeklinde belirtilmiştir. Fakat bu çalışmalarda geriye dönük olarak en uzun son bir yıl içindeki yaşam olaylarının etkisi incelenmiş ve çocukluk çağı travmaları araştırılmamıştır (61). Willemsen ve arkadaşlar, erişkin AA hastalarında yaşam boyu ve çocukluk çağı travma sayısını anlamlı olarak sağlıklı kontrol grubundan yüksek bulmuşlar (62). Literatür ve çalışma bulgularımıza göre psöriazis hastalarında artmış çocukluk çağı ruhsal travma-

sının rol oynayabileceğini ve bu konuda daha fazla çalışma yapılmasının uygun olacağını düşünmekteyiz.

Sonuç olarak; bu çalışma psöriazis hastalarında çocukluk çağı ruhsal travmasını inceleyen ilk çalışma özelliği taşımaktadır. Psöriazis, hastaların yaşamlarını hemen her açıdan olumsuz yönde etkilediği için önemsenmesi gereken bir hastalıktır. Hastaların sadece deri lezyonları ele alınmalı, depresyon, anksiyete, ruhsal travmatik yaşam ve yaşam kaliteleri de sorgulanıp psikiyatrik destek gerekliliği açısından hastalar dikkatle değerlendirilmelidir. Bu çerçevede alınabilecek önlemler, hastalığın şiddetini azaltabileceği gibi tedaviye uyumu da arttırabilecek ve hastaların sosyal hayat ile daha barışık olmalarını sağlayacağı düşünülmektedir.

Çıkar çatışması: Yazarlar çıkar çatışması beyan etmemişlerdir.

Finansal destek: Yazarlar finansal destek beyan etmemişlerdir.

Kaynaklar:

- Nair RP, Stuart PE, Nistor I, Hiremagalore R, Chia NVC, Jenisch S, et al. Sequence and haplotype analysis supports HLA-C as the psoriasis susceptibility 1 gene. *Am J Hum Genet.* 2006;78(5):827-51. [\[CrossRef\]](#)
- Mercan S, Altunay IK. Psikiyatri ve dermatolojinin ortak çalışma alanı: psikodermatoloji. *Türk Psikiyatri Derg.* 2006;17(4):305-13.
- Ghupta MA, Ghupta AK. The use of antidepressant drugs in dermatology. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2001;15(6):512-8. [\[CrossRef\]](#)
- Russo PA, Ilchef R, Cooper AJ. Psychiatric morbidity in psoriasis: a review. *Australas J Dermatol.* 2004;45(3):155-61. [\[CrossRef\]](#)
- Schmitt JM, Ford DE. Role of depression in quality of life for patients with psoriasis. *Dermatology.* 2007;215(1):17-27. [\[CrossRef\]](#)
- Akay A, Pekcanlar A, Bozdogan KE, Altintas L, Karaman A. Assessment of depression in subject with psoriasis and lichen planus. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2002;16(4):347-52. [\[CrossRef\]](#)
- Kirby B, Richards HL, Woo P, Hindle E, Main CJ, Griffiths CE. Physical and psychologic measures are necessary to assess overall psoriasis severity. *J Am Acad Dermatol.* 2001;45(1):72-6. [\[CrossRef\]](#)
- Scarpa R, Ayala F, Caporaso N, Olivieri I. Psoriasis, psoriatic arthritis, or psoriatic disease? *J Rheumatol.* 2006;33(2):210-2.
- Rapp SR, Feldman SR, Exum ML, Fleischer AB Jr, Rebuskin DM. Psoriasis causes as much disability as other major medical diseases. *J Am Acad Dermatol.* 1999;41(3):401-7. [\[CrossRef\]](#)
- De Arruda LH, De Moraes AP. The impact of psoriasis on quality of life. *Br J Dermatol.* 2001;Suppl158:33-6. [\[CrossRef\]](#)
- Fredriksson T, Pettersson U. Severe psoriasis--oral therapy with a new retinoid. *Dermatologica.* 1978;157(4):238-44. [\[CrossRef\]](#)
- Ramsay B, Lawrence CM. Measurement of involved surface area in patients with psoriasis. *Br J Dermatol.* 1991;124(6):565-70. [\[CrossRef\]](#)
- Finlay AY, Kelly SE. Psoriasis an index of disability. *Clin Exp Dermatol.* 1987;12(1):8-11. [\[CrossRef\]](#)
- Lewis VJ, Finlay AY. Two decades experience of the Psoriasis Disability Index. *Dermatology.* 2005;210(4):261-8. [\[CrossRef\]](#)
- Finlay AY, Coles EC. The effect of severe psoriasis on the quality of life of 369 patients. *Br J Dermatol.* 1995;132(2):236-44. [\[CrossRef\]](#)
- Jex SM, Elacqua TC. Self-esteem as a moderator: a comparison of global and organisation-based measures. *Journal of Occupational and Organisational Psychology.* 1999;72:71-81. [\[CrossRef\]](#)
- Aydemir O, Guvenir T, Kuey L, et al. Validity and Reliability of Turkish Version of Hospital Anxiety and Depression Scale. *Türk Psikiyatri Derg.* 1997;8:280-7.
- Rosenberg M. *Society and the adolescent self-image.* Princeton University Press:New Jersey 1965. [\[CrossRef\]](#)
- Bernstein DP, Fink L. "Childhood Trauma Questionnaire: A retrospective self-report," San Antonio: The Psychological Corporation 1998.
- Bernstein DP, Stein JA, Newcomb MD, Walker E, Pogge D, Ahluvalia T, et al. Development and validation of a brief screening version of the Childhood Trauma Questionnaire. *Child Abuse Negl.* 2003;27(2):169-90. [\[CrossRef\]](#)

21. Walker EA, Unutzer J, Rutter C, Gelfand A, Saunders K, VonKorff M, et al. Costs of Health Care Use by Women HMO Members With a History of Childhood Abuse and Neglect. *Arch Gen Psychiatry*. 1999;56(7):609-13. [\[CrossRef\]](#)
22. Aslan H, Alparslan N. The Reliability, Validity and Factor Structure of the Childhood Trauma Questionnaire Among a Group of University Students. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 1999;10(4):275-85.
23. Sheehan DV, Harnett-Sheehan K, Raj BA. The measurement of disability. *Int Clin Psychopharmacol*. 1996;11(Suppl 3):89-95. [\[CrossRef\]](#)
24. Griffiths CE, Richards HL. Psychological influences in psoriasis. *Clin Exp Dermatol*. 2001;26(4):338-42. [\[CrossRef\]](#)
25. Kanikowska A, Kramer L, Pawlaczek M. Quality of life in Polish patients with psoriasis. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2009;23(1):92-3. [\[CrossRef\]](#)
26. Golpour M, Hosseini SH, Khademloo M, Ghasemi M, Ebadi A, Koohkan F, et al. Depression and Anxiety Disorders among Patients with Psoriasis: A Hospital-Based Case- Control Study. *Dermatol Res Pract*. 2012;2012:381905. [\[CrossRef\]](#)
27. Kurd SK, Troxel AB, Crits-Christoph P, Gelfand JM. The risk of depression, anxiety and suicidality in patients with psoriasis: a population-based cohort study. *Arch Dermatol*. 2010;146(8):891-5.
28. Hamilton M. Development of a rating scale for primary depressive illness. *Br J Soc Clin Psychology*. 1967;6(4):278-96. [\[CrossRef\]](#)
29. Akdemir A, Orsel S, Dag I, Turkcapar H, Iscan N, Ozbay H. The validity and reliability of the Hamilton Depression Rating Scale. *Psikiyatri Psikofarmakoloji Dergisi*. 1996;4(4):251-9.
30. Öztürkcan S, Bilaç C. Quality of Life in Psoriasis. *Türkiye Klinikleri J Dermatol Special Topics*. 2008;1:82-90.
31. Gülekon A, Adışen E. Psoriasis ve komorbiditeler. *TURKDERM*. 2008;42(2):23-5.
32. Gottlieb AB, Chao C, Dann F. Psoriasis comorbidities. *J Dermatolog Treat*. 2008;19(1):5-21. [\[CrossRef\]](#)
33. Kilic A, Gulec MY, Gul U, Gulec H. Temperament and character profile of patients with psoriasis. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2008;22(5):537-42. [\[CrossRef\]](#)
34. Güleç MY, Kılış A, Gül Ü, Güleç H. Psöriasis hastalarında aleksitimi ve öfke. *Nöropsikiyatri Arşivi*. 2009;46:169-74.
35. Schmid-Ott G, Schallmayer S, Callies IT. Quality of life in patients with psoriasis and psoriasis arthritis with a special focus on stigmatization experience. *Clin Dermatol* 2007;25(6):547-54. [\[CrossRef\]](#)
36. Devrimci-Özguven H, Kundakçı TN, Kumbasar H, Boyvat A. The depression, anxiety, life satisfaction and affective expression levels in psoriasis patients. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2000;14(4):267-71. [\[CrossRef\]](#)
37. Devrimci-Özguven H, Kundakçı TN, Boyvat A. Psöriyasis hastalarında ikincil sosyal anksiyete. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 2000;11(2):121-6.
38. Jankovic S, Raznatovic M, Marinkovic J, Jankovic J, Maksimovic N. Risk factors for psoriasis: a casecontrol study. *J Dermatol* 2009;36(6):328-34. [\[CrossRef\]](#)
39. Harvima RJ, Viinamaki H, Harvima IT, Naukkarinen A, Savolainen L, Aalto ML, et al. Association of psychic stress with clinical severity and symptoms of psoriatic patients. *Acta Derm Venereol*. 1996;76(6):467-71.
40. Mease PJ, Menter MA. Quality of life issues psoriasis and psoriatic arthritis. Outcome measures and therapies from a dermatological perspectives. *J Am Acad Dermatol*. 2006;54(4):685-704. [\[CrossRef\]](#)
41. Gupta MA, Gupta AK. Depression and suicidal ideation in dermatologic patient with acne, alopecia areata, atopic dermatitis and psoriasis. *Br J Dermatol*. 1998;139(5):846-50. [\[CrossRef\]](#)
42. Krueger G, Koo J, Lebwohl M, Menter A, Stern RS, Rolstad T. The impact of psoriasis on quality of life. *Arch Dermatol*. 2001;137(3):280-4.
43. Sampogna F, Chren MM, Melchi CF, Pasquini P, Tabolli S, Abeni D. Age, gender, quality of life and psychological distress in patients hospitalized with psoriasis. *Br J Dermatol*. 2006;154(2):325-31. [\[CrossRef\]](#)
44. Kaçar N, Ergin Ş, Erdoğan BŞ. Psoriasisli hastalarda yaşam kalitesi. *TURKDERM*. 2007;41(4):117-20.
45. Lin TY, See LC, Shen YM, Liang CY, Chang HN, Lin YK. Quality of life in patients with psoriasis in northern Taiwan. *Chang Gung Med J*. 2011;34(2):186-96.
46. Koryürek ÖM, Toğral AK, Koryürek MM, Ekşioğlu HM. Türk Psoriasis Hastalarında Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler. *Türk J Dermatol*. 2015;9(3):123-7.
47. Aghaei S, Moradi A, Ardekani GS. Impact of psoriasis on quality of life in Iran. *Indian J Dermatol Venereol Leprol*. 2009;75(2):220-24. [\[CrossRef\]](#)
48. İnandır I, Aydemir Ö, Gündüz K, Danacı AE, Ermertcan AT. Psoriasisli hastalarda yaşam kalite ölçeği geliştirilmesi. *TURKDERM*. 2003;37(3):189-95.
49. Taner E, Coşar B, Burhanoglu S, Çalıkoglu E, Önder M, Arıkan Z. Depression and anxiety in patients with Behçet's disease compared with that in patients with psoriasis. *Int J Dermatol*. 2007;46(11):1118-24. [\[CrossRef\]](#)
50. De Korte J, Sprangers MA, Mombers FM, Bos JD. Quality of life in patients with Psoriasis: a systematic literature review. *J Investig Dermatol Symp Proc*. 2004;9(2):140-7. [\[CrossRef\]](#)
51. Sergay AB, Silvan M, Weinberg JM. Quality of life issues in psoriasis. In: Weinberg JM (Ed.). *Treatment of Psoriasis*. Basel: Birkhäuser Verlag. 2008;165-77. [\[CrossRef\]](#)
52. Rakhesh SV, D'Souza M, Sahai A. Quality of life in psoriasis: a study from South India. *Indian J Dermatol Venereol Leprol*. 2008;74(6):600-6. [\[CrossRef\]](#)
53. Skevington SM, Bradshaw J, Hepplewhite A, Dawkes K, Lovell CR. How does psoriasis affect quality of life? Assessing an Ingram-regimen outpatient programme and validating the WHOQOL-100. *Br J Dermatol*. 2006;154(4):680-91. [\[CrossRef\]](#)
54. Köşger F, Bilgili ME, Genek M, Yıldız B, Saraçoğlu N, Eşsizoglu A. Psöriasis hastalarında depresyon, anksiyete ve yaşam kalitesinin hastalığın şiddeti ile ilişkisi. *Journal of Mood Disorders (JMood)*. 2014;4(4):157-62. [\[CrossRef\]](#)

55. Hayes J, Koo J. Psoriasis: depression, anxiety, smoking and drinking habits. *Dermatol Ther.* 2010;23(2):174-80. [\[CrossRef\]](#)
56. Boztaş MH, Polat MU. Psoriasis ve psikiyatrik bozukluklar. *Dermatoz.* 2010;1(1):39-45.
57. Deveci A, Ermertcan AT, Deniz F, Madak BG, Öztürkcan S. Psoriasisli hastalarda alkol kullanımı ve intihar olasılığı. *Türkiye'de Psikiyatri* 2007;9(2):103-7.
58. Yalçın M, Telliöğli E, Yıldırım DU, Savrun MB, Özmen M, Aydemir EH. Nörotik Ekskoriyasyon Hastalarında Psikiyatrik Özellikler: Çocukluk Çağı Travmalarının Rolü. *Arch Neuropsychiatr.* 2015;52:336-41.
59. Heim C, Newport DJ, Heit S, GrahamYP, Wilcox M, Bonsall R. Pituitary-adrenal and autonomic responses to stress in women after sexual and physical abuse in childhood. *JAMA.* 2000;284(5):592-7. [\[CrossRef\]](#)
60. Papadopoulos L, Bor R, Legg C, Hawk JL. Impact of life events on the onset of vitiligo in adults: preliminary evidence for a psychological dimension in aetiology. *Clin Exp Dermatol.* 1998;23(6):243-8. [\[CrossRef\]](#)
61. Picardi A, Abeni D. Stressfull Life Events and Skin Diseases: Disentangling Evidence from Myth. *Psychother Psychosom.* 2001;70(3):118-36. [\[CrossRef\]](#)
62. Willemsen R, Vanderlinden J, Roseeuw D, Haentjens P. Increased history of childhood and lifetime traumatic events among adults with alopecia areata. *Journal of American Academic Dermatology,* March 2009.