



T.C.
ADYAMAN ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
PSİKIYATRI ANABİLİM DALI

DEPREMDEN ETKİLENEN PSÖRİAZİS HASTALARINDA
TRAVMATİK STRES, ANKSİYETE, DEPRESYON VE UYKU
KALİTESİNİN DEPREMDEN ETKİLENEN SAĞLIKLI
KONTROL GRUBUYLA KARŞILAŞTIRILMASI

TIPTA UZMANLIK TEZİ
DR. ZEYNEP İNCE
TEZ DANIŞMAN
DOÇ. DR. OĞUZHAN BEKİR EĞİLMEZ
DOÇ. DR. ESRA İNAN DOĞAN

ADYAMAN-2025



T.C.
ADYAMAN ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
PSİKİYATRİ ANABİLİM DALI

**DEPREMDEN ETKİLENEN PSÖRİAZİS HASTALARINDA
TRAVMATİK STRES, ANKSİYETE, DEPRESYON VE UYKU
KALİTESİNİN DEPREMDEN ETKİLENEN SAĞLIKLI
KONTROL GRUBUYLA KARŞILAŞTIRILMASI**

TIPTA UZMANLIK TEZİ
DR. ZEYNEP İNCE
TEZ DANIŞMAN
DOÇ. DR. OĞUZHAN BEKİR EĞİLMEZ
DOÇ. DR. ESRA İNAN DOĞAN

ADYAMAN-2025

ONAY SAYFASI

Doç. Dr. OĞUZHAN BEKİR EĞİLMEZ ve Doç. Dr. ESRA İNAN DOĞAN danışmanlığında Dr. ZEYNEP İNCE tarafından yapılan “Depremden Etkilenen Psöriazis Hastalarında Travmatik Stres, Anksiyete, Depresyon ve Uyku Kalitesinin Depremden Etkilenen Sağlıklı Kontrol Grubuyla Karşılaştırılması” başlıklı tez çalışması/...../..... tarihinde yapılan tez savunma sınavı sonrası yapılan değerlendirme sonucu jürimiz tarafından Psikiyatri Anabilim Dalı’nda TIPTA UZMANLIK TEZİ olarak kabul edilmiştir.

BAŞKAN

ÜYE

ÜYE

Yukarıdaki imzaların adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylarım.

gün...../ay...../.....yıl

..... Dr.

Adıyaman Üniversitesi

Tıp Fakültesi Dekanı

TEŞEKKÜR SAYFASI

Tez çalışmamın hazırlık sürecinin tüm aşamalarında desteğini, ilgisini hiçbir zaman esirgemeyen, uzmanlık eğitimimde engin bilgi birikimiyle yolumu aydınlatan değerli hocam ve tez danışmanım Doç. Dr. Oğuzhan Bekir Eğilmez'e en içten saygı ve teşekkürlerimi sunuyorum. Multidisipliner bir yaklaşım gerektiren bu çalışmamızda yine çalışmanın her aşamasında emeğini esirgemeyen değerli hocam Doç. Dr. Esra İnan Doğan'a teşekkür ediyorum.

Tıpta uzmanlık eğitimim boyunca bilgi ve deneyimleriyle her daim ilham olan, çalışma ortamımızı ailemiz gibi hissettiren değerli anabilim dalı başkanımız Doç. Dr. Atilla Tekin'e, eğitim sürecimde çok büyük emekleri olan Doç. Dr. Yaşar Kapıcı ve Dr. Öğretim Üyesi Şeyma Sehlikoğlu'na saygı ve teşekkürlerimi sunuyorum.

Psikiyatri anabilim dalında çalıştığım süre boyunca profesyonel ve etik çerçevenin hiçbir zaman dışına çıkmadan samimi ve keyifli çalışma ortamı kurabildiğim tüm araştırma görevlisi arkadaşlarıma, hemşirelerimize, güvenlik ve temizlik personellerimize, sekreterlerimize, tez çalışmama katılmayı kabul ederek katkı sağlayan tüm 6 Şubat depremi mağdurlarına sonsuz şükranlarımı sunuyorum. Bu çalışmanın hazırlık sürecinde bana destek ve yardımlarından dolayı Uzman Dr. Günnur Hakyemez Geylani, Dr. Emine Solgun Yörük ve Dr. Yasemin Şahin Erdil'e ayrıca teşekkür etmek istiyorum.

Bu zamana kadar desteğini ve yardımlarını gördüğüm bütün hocalarıma, arkadaşlarıma ve özellikle sevgili aileme minnettar olduğumu belirtmek istiyorum.

Dr. Zeynep İnce

Adıyaman, 2025

İÇİNDEKİLER

	Sayfa No
ONAY SAYFASI	III
TEŞEKKÜR SAYFASI	IV
İÇİNDEKİLER	V
SİMGELER VE KISALTMALAR	VII
TABLolar DİZİNİ	IX
ŞEKİLLER DİZİNİ	X
ÖZET	XI
İNGİLİZCE ÖZET (ABSTRACT)	XIV
GİRİŞ VE AMAÇ	1
GENEL BİLGİLER	3
PSÖRIAZİS	3
Tanım.....	3
Tarihçe	3
Epidemiyoloji	3
Etyoloji	4
Patogeneze	6
Klinik	7
Tanı.....	9
Ayırıcı Tanı	9
Tedavi.....	10
TRAVMA SONRASI STRES BOZUKLUĞU.....	11
Tanım.....	11
Tarihçe	12
Epidemiyoloji.....	13
Etyoloji ve Patofizyoloji.....	13
Tanı Kriterleri.....	15
Ayırıcı Tanı.....	18
Tedavi.....	19
Klinik Seyir.....	20
PSÖRIAZİS ve RUHSAL HASTALIKLAR ARASINDAKİ İLİŞKİ.....	20

GEREÇ VE YÖNTEM	24
ÇALIŞMANIN ŞEKLİ	24
ÖRNEKLEM VE HASTA SEÇİMİ	24
VERİ TOPLAMA ARAÇLARI.....	26
Sosyodemografik Veri Formu.....	26
DSM-5 İçin Travma Sonrası Stres Bozukluğu Kontrol Listesi Ölçeği....	27
Beck Depresyon Envanteri.....	27
Beck Anksiyete Ölçeği.....	28
Pittsburgh Uyku Kalite İndeksi.....	28
İSTATİSTİKSEL ANALİZ	28
BULGULAR	30
TARTIŞMA	42
SONUÇ VE ÖNERİLER	51
KAYNAKÇA	52
EKLER	
EK-1: Etik Kurul Onay Formu	
EK-2: Sosyodemografik Veri Formu	
EK-3: Beck Depresyon Envanteri	
EK-4: Beck Anksiyete Ölçeği	
EK-5: Pittsburgh Uyku Kalite İndeksi	
EK-6: DSM-5 için Travma Sonrası Stres Bozukluğu Kontrol Listesi Ölçeği	

SİMGELER VE KISALTMALAR

ABD: Amerika Birleşik Devletleri

ACC: Anterior Singulat Korteks

AIP: Adaptif Bilgi İşleme

Ark. : Arkadaşları

BAI: Beck Anksiyete Ölçeği

BDI: Beck Depresyon Envanteri

CARD 14: Caspase recruitment domain 14

CI: Confidence interval

dACC: Dorsal Anterior Singulat Korteks

DSM-5: Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, Beşinci Baskı

DSM-5(İngilizce): Diagnostic and Statistical Manuel of Mental Disorders, 5th Edition

EMDR: Eye Movement Desensitization and Reprocessing

FDA: Food and Drug Administration

HLA: Human leukocyte antigen

HPA: Hipotalamik-Hipofiz-Adrenal

HTR2A: 5-Hidroksitriptamin Reseptörü 2A

HRQoL: Health-related quality of life

ICD: Uluslararası Hastalık Sınıflandırması

ICD(İngilizce): International Statistical Classification and Diseases

IL-23: İnterlökin-23

IL-17A: İnterlökin-17A

mPFC: Medial Prefrontal Korteks

MHC: Majör histokompatibilite kompleksi

OR: Odds ratio

PCL-5: DSM-5 için Travma Sonrası Stres Bozukluğu Kontrol Listesi Ölçeği

PsA: Psöriatik Artrit

PSORS: Psoriasis susceptibility loci

PSQI: Pittsburgh Sleep Quality Index

PTSD: Post traumatic Stress Disorder

PUKİ: Pittsburgh Uyku Kalite indeksi

SPSS: Statistical Package for the Social Sciences

STAIR: Skills Training for Affective and Interpersonal Regulation

TNF α : Tümör Nekrozis Faktör alfa

TSSB: Travma Sonrası Stres Bozukluğu

UV: Ultraviyole

vmPFC: Ventromedial Prefrontal Korteks

WHO: Dünya Sağlık Örgütü

TABLÖLAR DİZİNİ

	Sayfa No
Tablo-1. DSM- 5 TSSB Tanı Kriterleri	17
Tablo-2. Psöriazis hastaları ve sağlıklı kontrollerin sosyodemografik özelliklerinin karşılaştırılması	32
Tablo-3. Psöriazis hastaları ve sağlıklı kontrollerin TSSB'deki 4 alt belirti kümesinin ve TSSB tanısının varlığının karşılaştırılması	34
Tablo-4. Psöriazis hastaları ve sağlıklı kontrol grubunda ölçek puanlarının karşılaştırılması	36
Tablo-5. Psöriazis hasta grubunda TSSB eştanısı alan hastalarla TSSB eştanısı almayan hastaların sosyodemografik özelliklerinin karşılaştırılması	37
Tablo-6. Psöriazis hasta grubunda TSSB eştanısı alan hastalarla TSSB eştanısı almayan hastaların ölçek puanlarının karşılaştırılması	39
Tablo-7. Psöriazis hastalarında bazı sosyodemografik özellikler, depresyon, anksiyete, uyku kalitesi semptom şiddetlerinin birbirleriyle arasındaki ilişki	40
Tablo-8. Psöriazis hastalarında TSSB alt küme semptom şiddetlerinin sosyodemografik özellikler, depresyon, anksiyete, uyku kalitesiyle arasındaki ilişki	42

ŞEKİLLER DİZİNİ

Sayfa No

Şekil-1. 6 Şubat 2023 depremlerinin etkili olduğu coğrafya.....	2
Şekil-2. Epidermal akantozu gösteren psöriazis histolojisi (hemotoksilen eozin).....	7
Şekil-3. Psöriatik deri.....	8
Şekil-4. Çalışmanın hasta grubu örneklemini oluşturmada akış şeması.....	27
Şekil- 5. Çalışmanın sağlıklı kontrol grubu örneklemini oluşturmada akış şeması...	27

ÖZET

Depremden Etkilenen Psöriazis Hastalarında Travmatik Stres, Anksiyete, Depresyon ve Uyku kalitesinin Depremden Etkilenen Sağlıklı Kontrol Grubuyla Karşılaştırılması

Zeynep İNCE, Tıp Doktoru; Adıyaman Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri
Anabilim Dalı; Adıyaman, Türkiye

Psöriazis gibi cilt hastalıklarının ruhsal hastalıklarla ilişkisini incelemek amacıyla son yıllarda bazı çalışmalar yapılmıştır. Az sayıda çalışma savaş dönemlerinde psöriazis prevalansını ve psöriazis ile savaşın tetiklediği travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) arasındaki ilişkileri araştırmıştır. Ancak literatüre baktığımızda psöriazis ile depremin tetiklediği TSSB, travmatik stres, depresyon, anksiyete, uyku kalitesi arasındaki ilişki üzerine yapılan çalışmalar çok azdır.

Psöriazis, özellikle fiziksel görünürlüğü nedeniyle hastaların psikolojik ve sosyal yönleri üzerinde derin etkileri olabilen bir hastalıktır. Bu hastalarda yaşam kalitesi bozulur ve ruhsal hastalığa sahip kişilerle benzer biçimde damgalanma yaşayabilirler. Psöriazis hastalarında depresyon, anksiyete bozukluğu, TSSB, uykusuzluk gibi çeşitli ruh sağlığı hastalıklarına rastlanır. Çeşitli ruhsal hastalıklar da psöriazisin ortaya çıkışını tetikleyebilir ve atakların şiddetini artırabilir. Psöriazis ve ruhsal bozuklukların bir arada bulunması hastalıkların gidişatını olumsuz etkileyebilir. Psöriazis hastalarındaki ruhsal hastalığın erken teşhisi ve risk faktörlerinin tespit edilmesi sağlıkla ilişkili yaşam kalitesinin ve klinik sonuçların iyileştirilmesi açısından önem arz edebilir. Çalışmalar, stresli yaşam olaylarının psöriazisin başlangıcı, alevlenmesi ve nüksetmesi üzerindeki etkisini göstermiştir. Bu çalışmamızda 6 Şubat 2023 depremlerinden etkilenmiş psöriazis tanılı hastaların depremden etkilenme düzeylerinin depremden etkilenmiş sağlıklı kontrol grubu ile karşılaştırılmasını amaçladık.

Çalışmamız kesitsel, karşılaştırmalı bir anket çalışması olup, çalışmamızın örneklemini Adıyaman Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi dermatoloji

polikliniğine başvuran depremden etkilenen psöriazis tanılı hasta grubu ile depremden etkilenen sağlıklı kontrol grubundan oluşturuldu. Yapılan birebir görüşme ve muayenelerden elde edilen Sosyodemografik Veri Formu, Beck Depresyon Envanteri, Beck Anksiyete Ölçeği, Pittsburgh Uyku Kalite İndeksi (PUKİ), DSM-5 için Travma Sonrası Stres Bozukluğu Kontrol Listesi ölçeği (PCL-5) kullanıldı. Sağlıklı kontrol grubu herhangi bir psikiyatrik ve dermatolojik hastalığı olmayan 6 Şubat depremlerinden etkilenmiş kişilerden oluşturuldu. Verilerin değerlendirilmesinde SPSS 24.0 paket programı kullanıldı ve istatistiksel anlamlılık düzeyi (p değeri) 0.05 ya da altı olarak belirlendi. İşleme ve dışlama kriterleri esas alınarak çalışmaya, 86 hasta (52 kadın, 34 erkek) ve 86 sağlıklı kontrol (54 kadın, 32 erkek) dahil edildi. Kontrol grubu ile hasta grubu arasında yaş ortalaması ve cinsiyet dağılımı açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktu ($p>0.05$). Hasta grubunun eğitim ve çalışma durumunun kontrol grubuna göre daha düşük olduğu ($p<0.001$) saptanırken, medeni durum açısından ise psöriazis hasta grubu ile sağlıklı kontrol grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı ($p=0.166$). Psöriazis hasta grubunda ailede dermatolojik hastalık sağlıklı kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde daha yüksek saptandı ($p=0.013$). TSSB olmayan grupta sistemik hastalık eştanısı oranı TSSB olan gruba göre anlamlı düzeyde yüksek saptandı ($p=0.032$). TSSB olan grupta ailede dermatolojik hastalık TSSB olmayan gruba göre daha yüksek saptandı ($p=0.032$). TSSB olmayan grupta yaş ortalaması TSSB olan gruba göre anlamlı düzeyde yüksek saptandı ($p=0.002$). TSSB grubunda Beck Depresyon Envanteri puanı ortalaması, Beck Anksiyete Ölçeği puanı ortalaması, Pittsburgh Uyku Kalitesi Ölçeği (PUKİ) toplam puan ortalaması TSSB olmayan gruba göre anlamlı düzeyde yüksek saptandı (sırasıyla $p<0.001$, $p<0.001$, $p=0.005$). TSSB grubunda TSSB yeniden yaşantılama, TSSB kaçınma, TSSB negatif duygulanım, TSSB hipervijilans puan ortalamaları TSSB olmayan gruba göre anlamlı düzeyde yüksek saptandı (sırasıyla $p<0.001$, $p<0.001$, $p<0.001$, $p<0.001$) Psöriazis hastalarında yaş ile hastalık süresi ($p=0.014$) arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki saptandı. Psöriazis hastalarında yaş ile Beck Depresyon Envanteri, Beck Anksiyete ile PUKİ toplam puan ortalamaları arasında (sırasıyla $p=0.008$, $p=0.005$, $p=0.004$) ile TSSB yeniden yaşantılama, TSSB kaçınma, TSSB negatif duygulanım, TSSB hipervijilans puan ortalamaları (sırasıyla $p=0.001$, $p=0.049$, $p<0.001$, $p=0.000$) arasında negatif yönde

anlamli bir iliski saptandi. Psoriasis hastalarinda Beck Depresyon Envanteri puanlari ile Beck Anksiyete ve PUKİ toplam puan ortalamalari arasinda (sirasıyla $p<0.001$, $p<0.001$) ve TSSB-yeniden yasantilama, TSSB-kaçınma, TSSB-negatif duygulanım, TSSB-hipervijilans puan ortalamalari (sirasıyla $p<0.001$, $p<0.001$, $p<0.001$, $p<0.001$) arasinda pozitif yönde anlamli bir iliski saptandi. Psoriasis hastalarinda Beck Anksiyete puanlari ile Beck Depresyon ve PUKİ toplam puan ortalamalari arasinda (sirasıyla $p<0.001$, $p<0.001$), TSSB alt gruplarinin tamamıyla ($p<0.001$) arasinda pozitif yönde anlamli bir iliski saptandi. Psoriasis hastalarinda PUKİ toplam puan ortalamalari ile TSSB alt grup puan ortalamalarinin tamamıyla ($p<0.001$) arasinda pozitif yönde anlamli bir iliski saptandi.

Çalışmamızın bulguları, psoriasis grubunda yaş arttıkça depresyon, anksiyete, uykusuzluk ve TSSB'nin daha az görüldüğünü göstermiştir. TSSB olan grupta depresyon ve anksiyete düzeyleri daha yüksek, uyku kalitesi daha kötü olarak bulunmuştur. Ayrıca depresyon, anksiyete, TSSB, uyku kalitesi düzeyleri, psoriasis hastalarında sağlıklı kontrollere göre anlamli bir farklılık göstermemiştir.

Anahtar Kelimeler: Deprem, psoriasis, travma sonrası stres bozukluğu

ABSTRACT

Comparison of Traumatic Stress, Anxiety, Depression, and Sleep Quality in Psoriasis Patients Affected by Earthquake with Healthy Control Group Affected by Earthquake

Zeynep İNCE, MD; Adıyaman University Faculty of Medicine, Department of Psychiatry; Adıyaman, TURKEY

In recent years, some studies have been conducted to investigate the relationship between skin diseases such as psoriasis and mental disorders. A few studies have explored the prevalence of psoriasis during wartime and the relationships between psoriasis and war-induced PTSD. However, there is very little research in the literature on the relationship between psoriasis and post-traumatic stress disorder (PTSD), traumatic stress, depression, anxiety, and sleep quality triggered by earthquakes. Psoriasis is a condition that can have profound effects on the psychological and social aspects of the patient, particularly due to its physical visibility. In these patients, quality of life may deteriorate, and they may experience stigma similar to individuals with mental health disorders. Psoriasis patients can also suffer from various mental health conditions such as depression, anxiety disorders, PTSD, and insomnia. Additionally, various mental health disorders can exacerbate the onset and severity of psoriasis flare-ups. The co-occurrence of psoriasis and mental disorders can negatively impact the progression of both conditions. The early diagnosis of mental disorders in psoriasis patients and the identification of risk factors may be important for improving health-related quality of life and clinical outcomes. Studies have shown the impact of stressful life events on the onset, exacerbation, and relapse of psoriasis. In this study, we aimed to compare the levels of earthquake impact on psoriasis patients affected by the earthquakes of February 6, 2023, with those of a healthy control group affected by the same earthquakes.

Our study is a cross-sectional, comparative survey study, and the sample of the present study consists of a group of psoriasis patients affected by the earthquake who applied to the dermatology clinic of Adıyaman University Training and Research

Hospital, as well as a healthy control group affected by the earthquake. Data were collected through individual interviews and examinations using a Sociodemographic Data Form, the Beck Depression Inventory, the Beck Anxiety Scale, the Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI), and the DSM-5 PTSD Checklist. The healthy control group was composed of individuals affected by the February 6 earthquakes who had no psychiatric or dermatological conditions. Data analysis was performed using the SPSS 24.0 software package, with statistical significance set at a p-value of 0.05 or lower. Based on inclusion and exclusion criteria, the study included 86 patients (52 women, 34 men) and 86 healthy controls (54 women, 32 men). There was no statistically significant difference between the control group and the patient group in terms of average age and gender distribution ($p > 0.05$). It was found that the educational and employment status of the patient group was lower compared to the control group ($p < 0.001$). However, no statistically significant difference was found between the psoriasis patient group and the healthy control group in terms of marital status ($p = 0.166$). A family history of dermatological disease was found to be significantly higher in the psoriasis patient group compared to the healthy control group ($p = 0.013$). Among those without PTSD, the prevalence of systemic diseases was significantly higher compared to those with PTSD ($p = 0.032$). In the PTSD group, a family history of dermatological disease was also significantly higher compared to those without PTSD ($p = 0.032$). Additionally, the average age was significantly higher in the group without PTSD compared to the group with PTSD ($p = 0.002$). In the PTSD group, the average scores for the Beck Depression Inventory, Beck Anxiety Scale, and Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI) were found to be significantly higher compared to the group without PTSD ($p < 0.001$, $p < 0.001$, $p = 0.005$, respectively). In the PTSD group, the average scores for PTSD re-experiencing, PTSD avoidance, PTSD negative mood, and PTSD hypervigilance were also significantly higher compared to the group without PTSD ($p < 0.001$, $p < 0.001$, $p < 0.001$, $p < 0.001$, respectively). In psoriasis patients, a positive significant correlation was found between age and disease duration ($p = 0.014$). Additionally, a negative significant correlation was observed between age and the average scores for the Beck Depression Inventory, Beck Anxiety Scale, and PSQI ($p = 0.008$, $p = 0.005$, $p = 0.004$, respectively), as well as between age and PTSD re-experiencing, PTSD avoidance, PTSD negative mood, and PTSD hypervigilance.

scores ($p=0.001$, $p=0.049$, $p<0.001$, $p=0.000$, respectively). In psoriasis patients, a positive significant correlation was found between the Beck Depression Inventory scores and the average scores for the Beck Anxiety Scale and PSQI ($p<0.001$ for both), as well as between PTSD re-experiencing, PTSD avoidance, PTSD negative mood, and PTSD hypervigilance scores ($p<0.001$ for all). A positive significant correlation was also observed between Beck Anxiety Scale scores and the average scores for the Beck Depression Inventory and PSQI ($p<0.001$ for both), as well as with all PTSD subscale scores ($p<0.001$). Additionally, a positive significant correlation was found between the average PSQI scores and all PTSD subscale scores ($p<0.001$) in psoriasis patients.

The findings of our study indicate that in the psoriasis group, as age increases, the prevalence of depression, anxiety, insomnia, and PTSD decreases. In the PTSD group, levels of depression and anxiety were found to be higher, and sleep quality was worse. Additionally, there were no significant differences in the levels of depression, anxiety, PTSD, or sleep quality between psoriasis patients and healthy controls.

Keywords: Earthquake, psoriasis, post-traumatic stress disorder

1.GİRİŞ ve AMAÇ

Kahramanmaraş'ın Pazarcık ve Elbistan ilçelerinde sırasıyla 7.7 ve 7.6 büyüklüğünde 6 Şubat 2023 tarihinde iki ayrı yıkıcı deprem meydana gelmiştir. Bu depremler Adıyaman ilinin de olduğu 11 ilde yaklaşık 13.5 milyon kişiyi etkilemiş, 160.000'den fazla bina ve 550.000 bağımsız birim yıkılmıştır (1). Depremden etkilenen bölge Şekil 1'de gösterilmiştir. Bu felakette 50.000'den fazla kişinin yaşamını yitirirken 100.000'den fazla kişinin yaralandığı bildirilmiştir. Bu afet uluslararası kuruluşlar tarafından yüzyılın felaketi olarak nitelendirilmiştir. Depremler ani başlangıçlı, diğer afet türlerinden daha yıkıcı olabilen büyük ölçekli doğal afetlerdir (2). Deprem gibi doğal afetler normal yaşam koşullarını altüst eder ve etkilenen toplumun uyum kapasitesini aşan acılara neden olur. Ayrıca, kısa ve uzun vadeli olarak fiziksel, toplumsal, ekolojik, politik, ekonomik, gelişimsel ve psikolojik alanlarda değişimlere yol açar (3,4). Bir afetin fiziksel etkileri genellikle daha aşikârdır. Onlarca, yüzlerce hatta binlerce insan hayatını kaybeder. Hayatta kalanlar acı ve sakatlık çekebilir. Evler, iş yerleri, çiftlik hayvanları ve ekipmanlar hasar görebilir veya yok olabilir. Afetin kısa süreli korku, akut anksiyete, duygusal hissizlik ve keder gibi duygusal etkileri de belirgin olabilir. Birçok afetzede için bu etkiler zamanlar kaybolur. Ancak bazı kişilerde hem açık hem de gizli daha uzun süreli duygusal etkiler görülebilir. Afet travmasına yanıt olarak verilen doğrudan tepkiler duygusal etkilerin bir kısmıdır. Kişiler arası, toplumsal ve ekonomik etkilerine verilen uzun vadeli tepkiler ise afetin diğer duygusal etkileridir. Her durumda, etkili müdahale yapılmazsa afet mağdurlarının en az yüzde ellisi kronik depresyon, yaygın anksiyete, TSSB ve diğer duygusal sorunları yaşayabilir (3). Depremler gibi travmatik olayların herkes üzerinde aynı etkiyi yaratmadığı gerçeğinden hareketle, psöriazis gibi psikosomatik bir hastalığı olan bireylerin, bu hastalığı olmayan kişilere göre depremden aynı şekilde etkilenip etkilenmedikleri, çalışmamızın ana araştırma konusunu oluşturdu.

Psöriazis, dünya çapında yaygın olarak görülen psikososyal değişkenler ve çeşitli tıbbi komorbiditeler ile ilişkili psikosomatik, süregelen bir deri hastalığıdır (5,6). Psöriazis kişilere büyük fiziksel, psikolojik ve sosyal yükler getirmesinin yanı sıra hastalara ve sağlık sistemine ekonomik yükü de yüksek olan bir hastalıktır. Diğer cilt hastalıklarında olduğu gibi psöriaziste görünen şekil bozukluğu çevresindeki insanlarda olumsuz bir tepkiye sebep olabilir ve bu da hastalığın psikolojik yükünün

önemli bir sebebi olabilir. Ruhsal hastalık yaşayan bireylerde olduğu gibi psöriazis hastalarında da damgalanma ve damgalanma korkusu sık görülür (7,8,9). Çalışmalarda stresin psöriazis gibi deri hastalıklarıyla ilişkili olduğu gösterilmiştir (5,6,10). Psöriazis psikolojik, metabolik, artritik ve kardiyovasküler komorbid hastalıklarla ilişkili olup artık sistemik bir hastalık olarak kabul görmektedir (11). Psöriazis gibi cilt hastalıklarının ruhsal hastalıklarla ilişkisini incelemek amacıyla son yıllarda çalışmalar yapılmıştır. Az sayıda çalışma savaş döneminde psöriazis prevalansını ve psöriazis ile savaşın tetiklediği TSSB arasındaki ilişkileri araştırmıştır. Ancak literatüre baktığımızda psöriazis ile depremi tetiklediği TSSB, travmatik stres, depresyon, anksiyete, uyku kalitesi arasındaki ilişki üzerine yapılan çalışmalar çok azdır (6,12). Deprem yaşama, özellikle TSSB, majör depresif bozukluk ve komorbid psikiyatrik hastalıklar olmak üzere psikiyatrik problem riskinde artışla ilişkilendirilmiştir (13). Daha önce yapılan çalışmalar psöriazisin depresyon, anksiyete bozukluğu, TSSB gibi ruhsal bozukluklar ile ilişkili olduğunu göstermektedir (6,12). Psöriazis atak riskini öngörebilmek için depresyon, anksiyete, travmatik stres ve uyku kalitesi düzeyi önem arz edebilir. Bu çalışmamızda depremden etkilenen psöriazis hastaları ile depremden etkilenen sağlıklı kontrol grubu arasında travmatik stres, depresyon, anksiyete bozukluğu ve uyku kalitesini karşılaştırmayı amaçladık.



Şekil 1. 6 Şubat 2023 depremlerinin etkili olduğu coğrafya.

2.GENEL BİLGİLER

2.1. PSÖRIAZİS

2.1.1. Tanım

Psöriazis, bağışıklık sisteminin aracılık ettiği, bulaşıcı olmayan, genellikle ciltte kalın skuamöz plakların oluştuğu, epidermis ve dermiste inflamatuvar değişikliklerle sonuçlanan kronik bir deri hastalığıdır (5,6).

2.1.2. Tarihçe

Antik Çağa kadar giden psöriazisle ilgili ilk yazılı kaynaklar, M.Ö. 4. yüzyılda Hipokrat'a ait eserlerde yer almaktadır. Batı tıbbının kurucusu olarak bilinen Hipokrat, bu hastalık için 'psora' terimini kullanmıştır. Psora, özellikle göz kapağı ve genital bölgedeki kaşıntılı deri belirtilerini tanımlamaktadır (14). İnsanlık tarihi kadar eski bir rahatsızlık olan psöriazis, ilk kez Hipokrat (M.Ö. 460-377) tarafından tanımlanmış ve ölümünden 100 yıl sonra ise Alexandria tarafından yayımlanmıştır. Hipokrat, psöriazis için 'psora' ve 'lepra' terimlerini kullanmış, daha sonra 1. yüzyılda Cornelius Celsus (M.Ö. 25 - M.S. 45) tarafından bu hastalığın tanımı yapılmıştır. Celsus, 'De re Medica libri octo' adlı eserinde, tırnaklarda ve ekstremitelerdeki deri lezyonlarını impetigo (Latince impetigo: saldırmak) olarak adlandırmıştır. Eski çağlardan itibaren bilinmesine rağmen psöriazisin özgün bir hastalık olarak tanımlanması 19.yüzyılın başlarına kadar gerçekleşmemiştir. Psöriazis, 18.yüzyıla kadar lepranın bir türü olarak kabul edilmiştir. R. Willian, 1798 yılında psöriazis ve leprayı 'lepra greacorum' ve 'psoralepra' olarak iki ayrı hastalık olarak tanımlamıştır. Viyanalı deri hastalıkları uzmanı Ferdinand von Hebra, 1841 yılında psöriazisi bağımsız bir hastalık olarak tanımlamış ve bu hastalığa "psöriazis" adını veren ilk kişi olmuştur. Ayrıca, bazı bilim insanları hastalığın tanınmasına katkı sağlayan belirtileri tanımlamışlardır; örneğin, Heinrich Köbner 1872'de Köbner fenomenini, Heinrich Auspitz ise psoriatik lezyonlardaki Auspitz fenomenini açıklamıştır (15). Zamanla psöriazis hastalığının plak, guttat, püstüler, invers, seboreik, eritrodermik, tırnak ve saçlı deri psöriazisi gibi değişik klinik prezentasyonları tanımlanmıştır (7). Hastalık geçmişte kükürt ve zift ile tedavi edilmiştir (15).

2.1.3. Epidemiyoloji

Psöriazis, yaygın olarak görülen bir cilt hastalığıdır. Yapılan çalışmalar, hastalığın görülme sıklığının her yerde aynı oranda olmadığını ortaya koymaktadır. (5,11,16). Psöriazisin prevalansını etnik köken, genetik ve güneşe maruz kalma, iklim gibi çevresel faktörlerin etkilediği düşünülmektedir (16). Kadınlarda ve erkeklerde eşit oranda görülür fakat yakın zamanda yapılan bir çalışmanın sonuçları erkeklerin kadınlara göre hastalığın daha şiddetli tiplerine sahip olduğunu göstermiştir (17,18). Psöriazis hastalığı her yaşta ortaya çıkabilir, fakat çoğu hasta 35 yaşından önce bu hastalığa yakalanmaktadır. Ortalama başlangıç yaşı 33'tür. Kadınlarda hastalık daha erken yaşlarda ortaya çıkabilir. Hastalık insidansına baktığımızda bimodal dağılım gösterdiği görülmektedir. Hastalık ilk olarak 15-20'li yaşlarda bir pik yaparken ikinci piki 50-60'lı yaşlarda yapmaktadır (5,11). Bu bimodal dağılımdan hareketle, Henseler ve Christopher psöriazisi iki farklı tipe ayırmışlardır: Tip 1 ve Tip 2. Tip 1, hastaların %70'ini kapsar ve hastalık 40 yaşından önce başlar. Bu grup, aile geçmişi ve HLA ilişkileri açısından daha belirgindir ve hastalık genellikle daha şiddetli seyretme eğilimindedir. Tip 2'de ise psöriazis 40 yaşından sonra görülür, ailesel yatkınlık çoğunlukla bulunmaz ve hastalık daha hafif bir seyir izler. (7,19,20). Erken başlangıçlı psöriazis, 40 yaşından önce başlar; 40 yaşından sonra başlayan psöriazis ise geç başlangıçlı olarak kabul edilir. Hastalık insidansı, Doğu Avrupa'da (örneğin Rusya) 100.000 kişide 31.4 ile Batı Avrupa'da (Almanya gibi) 100.000 kişide 521.1 arasında değişkenlik göstermektedir. Dünya genelinde psöriazisin prevalansı, sadece %19'luk bir kesimde bilinmektedir ve bu oran %0.5 ile %4.6 arasında değişiklik göstermektedir (7). Kundakçı ve ark. nın Türkiye'de yaptığı çalışmada deri ve zührevi hastalıklar polikliniğine başvuran hastaların %1.3'ünü psöriazis hastaları oluşturmuştur (21). Norveç, hastalığın en fazla gözlemlendiği ülke olup %4.8'lik bir oranla başı çekerken, onu %2.8 ile Faroe Adaları izlemektedir. Amerika Birleşik Devletleri'nde ise psöriazisin görülme oranı %2.2 ile %2.6 arasında değişirken, bu ülkede yaklaşık 7.6 milyon kişinin psöriazis hastalığına sahip olduğu öngörülmektedir. Asya'da ise psöriazisin sıklığı, diğer bölgelere kıyasla daha nadir olarak saptanmaktadır (7). Coğrafi bölgelerde yaygınlığı farklılık göstermekle birlikte dünya nüfusunun yaklaşık %2'si etkilenir. Prevalansı %0.09-11.43 arasında değişmektedir. Hastalık beyaz ırklarda daha sık görülmektedir (5,11).

2.1.4. Etyoloji

Psöriazis etyolojisi birçok faktörün etkileşimini içerir ve genetik, çevresel ve immun sistem gibi faktörlerin kombinasyonundan kaynaklanır. IL-23/IL-17A yolağı merkezi patojenik eksen olarak kabul edilir ve psöriazis hastalarının tedavisinde büyük bir ilerleme sağlayan birçok yüksek etkili biyolojik ilacın hedefi olmuştur (22).

2.1.4.1. Genetik Faktörler

Psöriazis veya psöriatik artrit (PsA) tanısı almış kişilerin yaklaşık %40'ının ailelerinde benzer bir hastalık geçmişinin bulunması ve hastalığın tek yumurta ikizlerinde çift yumurta ikizlerine kıyasla daha sık görülmesi, hastalığın genetik bir temele sahip olduğuna dair önemli verilerdir. Brandrup ve ark. ikizlerle yaptığı konkordans çalışmasında, tek yumurta ikizlerinde psöriazis prevalansının heterozigot ikizlerden daha yüksek olduğunu göstermiştir (23). Psöriazis yatkınlığı için yapılan genom çalışmalarında birçoğu immun sistem düzenlemelerinde rol alan çoklu gen bölgeleri tanımlanmıştır. Kromozom 6p21 üzerindeki majör histokompatibilite kompleksi (MHC) içindeki Psöriazis yatkınlık (PSORS1) gen bölgesi tanımlanmıştır (24). PSORS1 psöriazis için ana genetik belirleyici olarak kabul edilir. Daha sonra farklı lokalizasyonlarda bulunan diğer psöriazis genleri tanımlanmıştır. Psöriazis hastalığındaki bu gen çeşitlilikleri poligenik multifaktöriyel genetik geçişi destekler niteliktedir. Yapılan son çalışmalarda bu gen lokasyonları şu şekilde sıralanmışlardır. PSORS9:4q28-31, PSORS1:6p21.3, PSORS3:4q, PSORS5:3q21, PSORS2:17q25, PSORS4:1q21, PSORS6:19p13-q13, PSORS7:1p34-35, PSORS8:16q12-q13, (66,105). HLA-Cw6 erken başlangıçlı ve şiddetli hastalıkla ilişkisi olan PSORS1 içindeki duyarlılık alelidir (6,12). Genetik analizler, interlökin-36RN mutasyonlarını ve CARD 14 mutasyonunu psöriazis varyantlarının önemli predispozan faktörleri olarak tanımlamıştır (25).

2.1.4.2. Tetikleyici Faktörler

Genetik yatkınlık gösteren kişilerde, enfeksiyon, güneşe maruz kalma, beta blokerler, mevsimsel faktörler ve stres gibi çeşitli tetikleyici faktörler hastalığı ortaya çıkarabilir. Bunlardan mental stres yaygın olarak psöriazis hastalığının iyi bilinen bir tetikleyicisi olarak kabul edilir (6,12). Psöriazis tanı ve tedavisinde Ultraviyole (UV)

indeksi yararlı bir değişkendir ünkü kutanöz psöriazis ve psöriatik artrit kışın kötüleşir ve yazın iyileşir (17).

2.1.4.2.1. Fiziksel Travma

1877'de Heinrich Koebner, psöriazis hastalarının sağlam derilerinde deriye uygulanan travmanın bir sonucu olarak hastalıkla uyumlu lezyonlarının ortaya çıktığını keşfetmiştir ve bu “Koebner Fenomeni” olarak adlandırılmıştır (26). Travmadan sonra lezyonun ortaya çıkması arasında geçen süre farklılık gösterebilir. Bu süre 3 gün gibi kısa bir süre olabileceği gibi 1 ay gibi daha uzun bir süre de olabilir. Koebner fenomeni psöriazis hastalığı için tipik bir bulgu olmasına rağmen psöriazise özgü bir bulgu değildir. Hastalığın aktif döneminde koebner fenomeni gelişme ihtimali çok yüksek olduğu için hastalığın aktivitesini gösterme amacıyla kullanılabilir (7). Cerrahi travma, her türlü enjeksiyonlar, dövme, aşı, yanık, radyasyon (UV, X ışını), diğer inflamatuvar dermatozlar (Allerjik kontakt dermatit, Pitriasis rose) da koebner fenomenine neden olabilmektedir (7,26).

2.1.4.2.2 Enfeksiyonlar

Bakteriyel ve viral enfeksiyonlar psöriazis hastalığının oluşumunu ve seyrini etkileyebilmektedir. Guttat psöriazisin özellikle streptokok enfeksiyonlarıyla güçlü bir ilişkisi vardır. Genellikle tonsil veya farinks enfeksiyonundan 1±2 hafta sonra, ciltte geniş alanlarda aniden oluşan döküntülerle kendini gösterir (27). Kronik plak tipi psöriaziste streptokok, stafilokok, malassezia furfur, candida albicans etkenli enfeksiyonlar sonrası alevlenmeler olabilmekte hatta remisyonadaki psöriazis hastalarında nöksler gözlenmektedir (7).

2.1.4.2.3 Psikolojik Stres

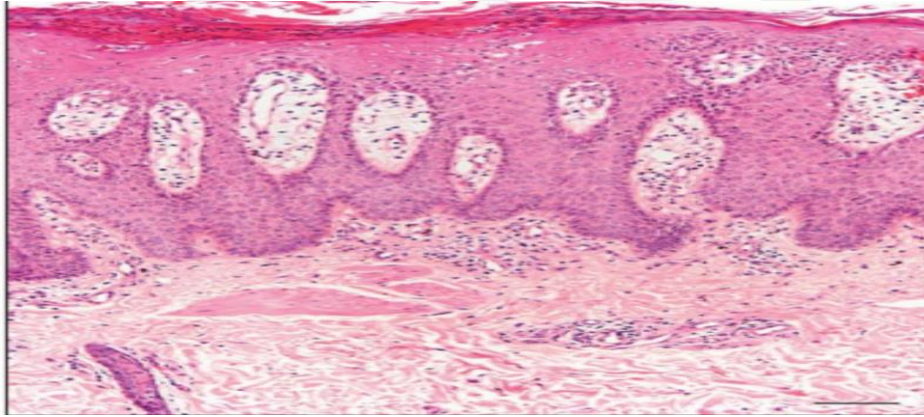
Psöriazis hastalığı için stres endojen bir risk faktörüdür. Hastalığın daha erken yaşlarda ortaya çıkmasına, tetiklenmesine ve alevlenmesine yol açabilmektedir. Psöriazis hastalarında akut stresin hastalığın başlamasıyla ilişkili önemli bir risk faktörü olduğu belirtilmektedir (10).

2.1.5 Patogenezi

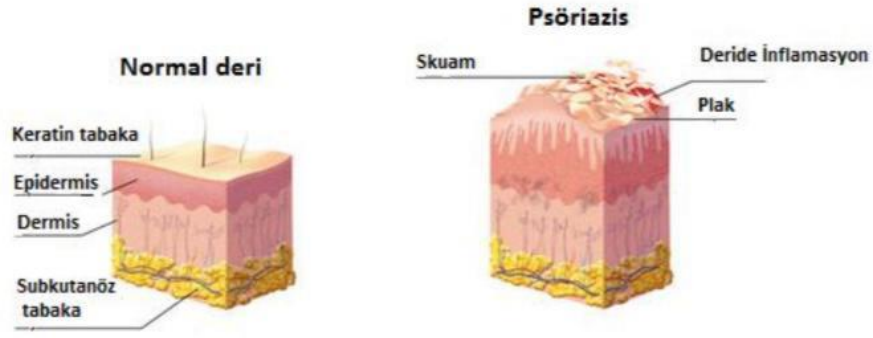
Psöriazis hastalığının patogenezi henüz tam olarak netlik kazanmamıştır. Hastalığın gelişiminde genetik yatkınlığın rol oynadığı ve tetikleyici faktörlerle yaşamın farklı dönemlerinde ortaya çıkacağı düşünülmektedir. Tetikleyici durum ne

olursa olsun, hastalıkta keratinositlerin aşırı çoğalması, epidermis ve dermiste inflamatuvar hücrelerin birikimi ve kan dolaşımında damar yapısında değişiklikler gözlemlenmektedir (Şekil 2, Şekil 3). Yeni damarların oluşumu belirgin bir özelliktir (28). Papüloskuamöz bir deri hastalığı olan psöriazis günümüzde en yaygın bağışıklık aracılı hastalıklardan biri olarak kabul edilmektedir. Patogenezinde Tümör nekroz faktör alfa (TNF α), dentritik hücreler ve T hücrelerinin tüm alt grupları önemli ölçüde rol oynar (29).

Psöriazis histopatolojisinde keratinositlerde çoğalma, epidermiste hücrelerde mitoz bölünmelerde artış, hücrelerin yaşam sürelerinde kısalma olduğu bilinmektedir. Epidermal yenilenme süreci normal deride yaklaşık 28 günde olurken psöriaziste bu süre 3-4 güne kadar azalmaktadır. Bu kısalmış süre hastalık için önemli bir belirti olan sedefi renkte skuamaların oluşumuna sebep olur. Mitoz sırasında çok fazla enerji harcadığı için olgunlaşması için gerekli olan tonofilaman, keratohiyalin ve biyosentez aktivitesi için gerekli olan enerji azalmaktadır (7,30).



Şekil-2: Epidermal akantozu gösteren psöriazis histolojisi (hemotoksilen eozin).



Şekil 3: Psöriatik deri.

2.1.6. Psöriazis Kliniği

Psöriaziste vücutta en sık dirsekler, dizler, kafa derisi ve belde tutulum görülür. Ciltte yaygın olarak ağrı ve kaşıntı hissiyle ilişkilendirilir (5,6). Psöriazis hastalığının beş tipi rapor edilmiştir. Plak psöriazis psöriazis vulgaris olarak da bilinir. Guttat veya erüptif psöriazis pullu gözyaşı damlası şeklindeki lekelerle karakterizedir. İnvers psöriazis genellikle deri kıvrımlarında bulunur, intertriginöz veya fleksural psöriazis olarak da adlandırılır. Palmoplantar püstüloz avuç içi ve ayak tabanlarında görülen püstüller sedef hastalığıdır. Eritrodermik psöriazis ise sedef hastalığının nadir fakat ciddi bir komplikasyonudur. Eritrodermi, potansiyel olarak hayati tehlike oluşturabilecek bir durumdur ve psöriazisin herhangi bir formu eritrodermik hale dönüşebilir. Psöriazis vulgaris, en yaygın görülen tipidir ve tüm vakaların yaklaşık %90'ını oluşturur. Kronik plak psöriazis, guttat psöriazis ve eritrodermik psöriazis, psöriazis vulgaris başlığı altında yer almaktadır. Kronik plak psöriazisin ayırt edici lezyonu eritemli zeminde keskin sınırları olan, yüzeyini gümüş rengi skuamaların kapladığı plaklardır (Resim 1). Plaklar az sayıda olabilir veya geniş alanlara yayılabilir ve tüm vücudu etkileyen eritrodermi olarak da ortaya çıkabilir (Resim 2). Palmoplantar plak psöriazis hastalarında eritemli keskin sınırlı plaklar şeklinde olan lezyonlar el içi ve ayak tabanında bulunur. Diğer psöriazis kliniklerine göre eritem daha az belirginken, hiperkeratoz daha çok öne çıkar. Ağrılı fissürler lezyonlara eşlik eder (Resim 3). Guttat psöriazis ise yağmur damlası boyutlarında papüller ve küçük plaklar ile karakterize edilen gövde ve ekstremitelerin proksimalinde daha sık görülen

psöriazis tipidir (15). Çocuklarda, guttat psöriazis başlangıcı üst solunum yollarının streptokok enfeksiyonu sonrası başlayabilir ve vücudun herhangi bir bölgesini etkileyebilir. Psöriatik artrit hastaların %30'unda görülür. Psöriaziste tırnakların etkilenmesi sık görülür ve etkilenme düzeyi çukurlaşma (pitting) ve sarı veya kahverengi renk değişikliğinden tam distrofiye kadar değişir. Psöriazis herhangi bir vücut bölgesini tutabilir. Fakat tipik tutulum yerleri ön kol ve bacakların dış yüzeyleri, göbek çevresi, anüs çevresi, kulak arkası bölgeler ve saçlı deridir. Saçlı deride tutulum psöriazisli hastaların %75-90'ında vardır. Skarlaşmayan alopesi de nadir değildir (17).



Resim 1. Her iki dizde kızarıklık, üzerinde gümüş renginde lamel şekilli skuamlar bulunan papül ve plaklar



Resim 2. Eritrodermik psöriaziste gövdede yaygın eritem ve skuamlar.



Resim 3. Palmopantar psöriazis.



Resim 4. Sınırları kızarıklık, onikoliz, yağ lekesi, küçük damar kanamaları, klinik ve dermoskopik görünüm.

2.1.7. Tanı

Tanı için klinik görünüm genellikle yeterlidir. Hastada tipik psöriazis döküntüleri olduğunda tanı koymada genellikle zorluk yaşanmaz. Psöriatik skala kaldırıldığı zaman ortaya çıkan çok sayıda ince kanama noktası Auspitz belirtisi olarak tanımlanmıştır. Auspitz belirtisi, tırnak bulgularının varlığı, predileksiyon bölgelerinin tutulumu, mum lekesi belirtisi ve aile öyküsü de tanı koymaya yardımcı olur (7,31). Teşhisi destekleyen herhangi bir laboratuvar testi yoktur. Psöriazis tanısında genetik test kullanılmaz (32). Klinik tanıyı doğrulamak için bazen lezyonların sınırından alınan biyopsilerin histopatolojik incelemesi gerekebilir (31).

2.1.8. Ayırıcı tanı

Kronik plak tip psöriazisin süregelen ve durağan seyreden kliniği seboreik dermatit, liken simpleks kronikus, mikozis fungoides, Bowen hastalığı, hipertrofik liken planus, parapsoriasis, kronik diskoid lupus eritematozus ve tinea korporis ile karışabilir. Ayrıca, ekzantamatöz klinik görünümü liken planus, 2.dönem sifilizin skuamlı papülleri, pitriyazis likenoides kronika, psoriasiform ilaç döküntüleri ve subakut lupus eritematozus ile ayırıcı tanıya girer. Saçlı deri psöriazisi ise seboreik dermatit, pitriyazis amiantasea, lupus eritematozus ve çocuklarda tinea kapitis ile karışabilir (15).

Guttat psöriazisin gövde ve ekstremiteler lezyonlarının ayırıcı tanısında ilaç döküntüleri, viral ekzantemler, pitriyazis rozea, pitriyazis likenoides kronika, sifiliz ikinci evre lezyonları, tinea korporis, numuler egzema, mikozis fungoides, lenfamatoid papüloz, küçük plak tipi parapsöriazis düşünülmelidir (15). Guttat psöriazis makülleri daha kalın skuamlara sahip olduğu için öykü (herald yamasının olmaması) ve muayene ile Pitriyazis rozea'dan ayırt edilebilir. Özellikle gövdeden başlayan viral ekzantemler sentropedal yayılarak guttat psöriazis lezyonları ile kolaylıkla karışabilir. Guttat psöriazis için papül ve plaklarla birlikte görülen yapışkan skuam daha tipik bir görsel özellik oluşturur (33).

2.1.9. Tedavi

Çoğu hasta hafif düzeyde lokalize hastalıktan şikayetçidir ve ilk basamak tedavi olarak sistemik tedaviye ihtiyaç duymaz. Bu nedenle bu hastaların tedavisinde topikal

tedavi esastır. Topikal tedaviler kortikosteroidleri, D vitamini analoglarını (kalsipotriol ve kalsitriol), kömür katranı, tazaroteni içerir (22). Orta ve şiddetli psöriazis hastalığının tedavisinde sistemik ajanlar tercih edilir. Psöriazis patofizyolojisini daha iyi anlamaya başlamanızla beraber birçok yeni tedavi hedefi tanımlandı. 2000 yılına kadar orta ve şiddetli düzeyde psöriazis hastalığı için onaylanmış tek sistemik ajanlar metotreksat, siklosporin, asitretin ve UVA fototerapisi ile oral metoksalendi. Bu ajanlar psöriazis için etkili tedavi yöntemleri olmasına rağmen istenmeyen yan etkileri kullanımlarını sınırlandırmaktadır. Orta ve şiddetli psöriazis hastalığının tedavisi için FDA onaylı yeni biyolojik ilaçlar bulunmaktadır. Biyolojik ajanlar immün sistemdeki çok spesifik molekülleri hedef alır ve geleneksel sistemik ajanlardan daha iyi etkinlik ve güvenlik düzeylerine sahiptir (34). Biyolojik tedaviler etki mekanizmalarına göre iki ana sınıfa ayrılabilir. İki ana sınıf, T hücrelerini hedef alan biyolojik ajanlar ve sitokinleri hedef alan biyolojik ajanlardır (35). Bu ilaçlardan TNF α inhibitörleri etkilerini psöriazis patogenezinde önemli bir sitokin olan TNF α 'nın blokajı yoluyla gösterirler. Bu kategorideki ilaçlar arasında etanercept, infliximab, adalimumab, certolizumab ve golimumab yer alır. Secukinumab, ixekizumab, brodalumab ise IL-17A sitokinine seçici olarak bağlanan ve IL17 reseptörü ile etkileşimini inhibe eden insan IgG monoklonal antikorlarıdır. Tildrakizumab ve guselkumab ise IL-23'ün p19 alt birimine bağlanan ve IL-23 reseptörü ile etkileşimini inhibe eden insan IgG1 monoklonal antikorlarıdır. Ustekinumab ise hem IL-12 hem IL-23 sitokinlerine bağlanarak etki gösteren insan IgG1j monoklonal antikorudur. Biyobenzer ilaçlar ise biyolojik ilaçların oldukça benzer kopyaları olan, eşit derece etkili ve güvenli ancak daha düşük fiyatlı olan yeni ilaçlardır. Inflectra, ıxıfı, reneflexis, erelzi, amjevita, cyltezo psöriazis için FDA onayı almış biyobenzer ilaçlardır. Biyolojik tedaviler psöriazis tedavisinde dönüm noktası olmuştur (34).

2.2. TRAVMA SONRASI STRES BOZUKLUĞU

2.2.1 Tanım

TSSB örselenme sonrası zorlanma bozukluğu olarak da bilinir. Bireyin hem zihinsel hem de fiziksel sağlığını çok değişik biçimlerde bozan, zarar veren, yaralayan kendini fiziksel ve ruhsal olarak tehlikede hissetmesine sebep olan her türlü olay

travma (örselenme) olarak kabul edilir. Psikanalitik yaklaşıma göre örselenme, benliğin (egonun) başa çıkamayacağı, tolere edemeyeceği derecede içsel veya dışsal uyaranların bir araya gelmesiyle meydana gelir. Organizmanın denge durumunu (homeostazis) bozan herhangi bir etken ise stres (zorlanma) olarak adlandırılır. TSSB gelişimine yol açan travma, bireyin kendisinin ya da yakınlarının deneyimlediği, bedensel ve ruhsal varlığı için büyük bir tehdit olarak algıladığı ve yıkıcı etkileri olan olayları kapsamaktadır. Birey doğrudan böyle bir tehlike ile karşı karşıya gelmemiş olsa da bu tür travmatik olaylara tanıklık etmesi de travma etkisi oluşturabilmektedir. Trafik kazaları, uçak kazaları, doğal felaketler (deprem, sel gibi), şiddetli dayak, işkence, cinsel saldırı, teröristlerin rehin alması, toplama kamplarında bulunmak, savaş sırasında siperde uzun süre kalmak veya hava saldırılarına maruz kalmak gibi ağır travmatik deneyimler, bu tür örseleyici olaylar arasında sayılabilir. ABD’de yaşamları boyunca erkeklerin %60’ının, kadınların ise %50’sinin en az bir kez örseleyici olay yaşadığı bildirilmiştir (36). Türkiye’de 1999 Marmara depremi bölgesinde yapılan bir çalışmada bölgede yaşayanlar arasında depremden önce örseleyici olay deneyimleme oranı erkeklerde %44, kadınlarda ise %33 olarak bulunmuştur (13). Bir kişinin ani gelişen travmatik bir olaydan etkilenmesi şüphesiz olayın şiddeti ile yakından ilgilidir. Fakat kişinin genetik yapısı, gelişimsel özellikleri, ego gücü, böyle bir olaya hazırlıklı olup olmaması gibi birçok faktör travma ve stres karşısındaki dayanma gücünün gelişiminde etkilidir. Örselenme ve zorlanmanın etkisi kişiden kişiye değişir. Bir kişi için çok yıkıcı etkileri olabilecek bir travmatik olay bir başkası için aynı ölçüde yıkıcı olmayabilir. Ağır travma ve stres yaşayan insanların hepsi aynı belirtileri göstermezler. Bazı bireylerde bu belirtiler zamanla hafifler, ancak bazılarında ise zamanla düzelmez, kötüleşir ya da daha geç ortaya çıkar (36). Çoğu kişi ise travmaya maruz kaldıktan sonra ruhsal hastalık geliştirmez (37). Türkiye’nin hem coğrafi konumu ve doğası hem de az gelişmiş toplumsal yapısı sebebiyle ülkemiz insanları çok ağır travmatik olayları neredeyse her gün deneyimlemektedirler. Deprem, seller, heyelanlar, terör ve işkence, trafik kazaları, iş kazaları, cinsel saldırı, kadın cinayetleri günlük hayatımızda sık karşılaşılan, ağır ruhsal, fiziksel acılara, sakatlıklara, ekonomik kayıplara neden olan ağır travmatik olaylardır. Bunlardan ülkemizde art arda gelen depremler, deprem bölgesi içinde olan insanları ağır bir travmatik olay ile karşı karşıya bırakmış ve bu afetin ruhsal etkileri çok açık bir şekilde

görülmüştür. Deprem yaşama, özellikle TSSB, majör depresif bozukluk ve komorbid psikiyatrik hastalıklar olmak üzere psikiyatrik problem riskinde artışla ilişkilendirilmiştir (13,36). Örseleyici olayların hem olayın gerçekleştiği zamana özgü akut etkileri, hem de kronik etkileri bulunmaktadır. DSM-IV'te bunaltı bozuklukları, ICD-10'da nevrotik, stresle ilgili ve somatoform bozukluklar ana başlığı altında sınıflanan örselenme ya da zorlanmaya bağlı ruhsal bozukluklar ICD-11 ve DSM-5'te ayrı bir tanı başlığı olarak yer almaktadır (36). Olağan dışı travmatik olayların yaşanması kişide çaresizlik, yoğun korku, dehşet, şaşkınlık, öfke duygularının yaşanmasına neden olur. Böyle bir deneyimin ardından çoğu kişide akut örselenme belirtileri olur. Olağan dışı travmatik olayların ardından, gecikmiş ve süregelenleşmiş olarak ortaya çıkan semptomlar kümesi TSSB olarak tanımlanır. TSSB günümüzde dünya çapında ruh hekimliğinin önde gelen konularından biridir. TSSB geçmişte savaş yorgunluğu sendromu veya mermi şoku olarak da bilinirdi. TSSB, genellikle bir kişinin ciddi fiziksel ya da zihinsel zarar gördüğü ya da büyük bir tehdit yaşadığı korkutucu olaylar sonucunda ortaya çıkan ciddi bir ruhsal hastalıktır (36,38). TSSB, akut ve kronik olarak iki tipe ayrılabilir. Belirtiler üç aydan kısa bir süre devam ederse akut TSSB, üç aydan uzun sürerse kronik TSSB olarak adlandırılır (39).

2.2.2 Tarihçe

TSSB daha önce savaş yorgunluğu sendromu veya mermi şoku olarak bilinirdi (38). Savaş, doğal afetler, kazalar, tecavüz gibi travmatik olayları bizzat yaşayan ya da bunlara şahit olan bireylerde, olayın üzerinden uzun bir süre geçse de travmanın ruh sağlığı üzerindeki etkilerinin devam ettiği eskiden beri bilinmektedir. Ancak TSSB'nin bir psikolojik bozukluk olarak kabul edilmesi, 1970'lerde ABD'de Vietnam Savaşı sırasında olmuştur. Savaştan dönen askerlerde, cephede deneyimledikleri korku verici olayları sürekli olarak yeniden yaşadıkları, olayları anımsatan herhangi bir şeyden kaçındıkları, uyumakta zorlandıkları, yakın çevreleriyle ilişkilerinde zorluklar yaşadıkları, dikkat dağınıklığı, kolayca irkilme ve öfke patlamaları gibi belirtiler gözlemlenmiştir (40). Vietnam gazilerinin siyasi faaliyetleri, Nazi Almanyası'nın toplama kamplarının uzun vadeli psikolojik etkileri ve klinik çalışmalardan elde edilen kanıtlar, 1980 yılında DSM-III'e yeni tanımlanan "TSSB" tanısının eklenmesiyle sonuçlandı (41). DSM-IV'te bunaltı bozuklukları, ICD-10'da ise nevrotik, stresle ilgili

ve somatoform bozukluklar ana başlığı altında sınıflanan TSSB, ICD-11 ve DSM-5'te bağımsız bir tanı kategorisi olarak yer almıştır. Bu değişikliğin sebebi tüm travmaların korku/bunaltı yanıtı oluşturmamasıdır. Travmatik yaşam olaylarının ardından zevk alamama, çözülme (dissosiyasyon), disfori semptomları da sıklıkla görülür (36).

2.2.3 Epidemiyoloji

TSSB ile ilgili yapılan bir meta analiz çalışması, ağır örselenme yaşayan insanlarda olaydan bir ay sonra TSSB belirtilerinin görülme olasılığını %28.8, bir yıl sonra ise %17 olarak bulmuştur (42). Kurtarma görevlilerinde bu oran %10-20'dir. Polis, itfaiye ve acil servis personeli arasında TSSB görülme oranı %6 ile %32 arasında değişmektedir (39). Yetişkin nüfusta herhangi bir zamanda TSSB yaşama oranı %3 olarak tespit edilmiştir. Yaşam boyu yaygınlığı %1.9 ile %8.8 arasındadır fakat bu oran savaşlardan etkilenen toplumlarda iki katına çıkmakta ve tecavüz mağdurlarında ise %50'nin üzerine çıkmaktadır (43). Kadınlar daha az travmatik olay yaşamalarına rağmen kadınlarda TSSB gelişme riski erkeklerden daha fazladır (44).

2.2.4. Etyoloji ve Patofizyoloji

Beklenmedik ani bir şekilde gelişen travmatik yaşam olayları TSSB gelişimine yol açabilir. Doğal afetler, trafik kazaları, savaş, şiddet içeren kişisel saldırı (örneğin cinsel saldırı ve fiziksel saldırı), savaş esiri olarak özgürlüğün kısıtlanması, rehin alınma veya kaçırılma, terör saldırıları önemli travmatik olaylar arasında yer alır. Savaş insanlık tarihinde bilinen en önemli travmatik yaşam olaylarından biridir. TSSB için bilinen en önemli risk faktörleri arasında kadın cinsiyet, daha önceki psikiyatrik hastalıklar, travmatik olayın şiddeti ve sosyal destek azlığı sayılabilir. Problemlili bir çocukluk geçmişı TSSB gelişimine yatkınlık oluşturan bir faktör olabilir (45). TSSB belirtilerinin şiddetinin en iyi belirleyicileri travmanın yoğunluğu, travma öncesi sosyodemografik değişkenler, nevrotik kişilik özellikleri, mizaç özellikleridir (39). Çoğu kişinin üstesinden gelmekte zorluk yaşadığı ağır zorlanma durumları olabilir fakat TSSB'nin tipik belirtilerini ağır travmatik olay yaşamış her kişide görmeyiz. Bu sebeple hastalığının ortaya çıkış nedeni yalnızca travmanın ağırlığına bağlanamaz. Genetik yatkınlığın ve belli kişilik özelliklerinin de bulunması gerekir. Kaygı, bunaltı, utanç ve kişilerarası duyarlılık gibi özelliklerle tanımlanan nevrotik kişilik özellikleri

taşıyan bireylerde, TSSB gelişme olasılığı daha fazladır. Ağır travmatik yaşam olaylarında hastalığın neden, nasıl bir düzenekle ortaya çıktığı, neden herkeste görülmediği henüz bulunamamıştır (36). Korku koşullanmasının oluşması ve korku sönmesinin başarısız olması TSSB'nin temel psikopatolojik faktörleri olarak kabul edilir (45).

2.2.4.1 Nörokimyasal Faktörler

TSSB'li hastalarla yapılan ilk çalışmalarda kalp hızında artma, genel aşırı uyarılmışlık tepkileri şeklinde ortaya çıkan otonomik reaktivite olduğu ortaya konmuştur. Birkaç çalışmada ise merkezi sinir sisteminde artmış noradrenerjik aktivite ile tutarlı nörokimyasal ve davranışsal tepkiler olduğu gösterilmiştir (46). Vücutta stres karşısında verilen temel yanıt Hipotalamik-hipofiz-adrenal (HPA) eksen ve sempatik sinir sistemi ile düzenlenir ancak TSSB'de stres hormonlarının yükseldiğine dair tahminlerin aksine, beklenmedik bir düşük bazal (uyarılmamış) kortizol düzeyi ve yüksek katekolamin düzeyleri görülmüştür (46). Temel mekanizmalar henüz tamamen anlaşılamamış olsa da artan kanıtlar merkezi glukokortikoid sisteminin önemli role sahip olduğunu ortaya koymaktadır. Glukokortikoid sistemindeki bozukluklar, erken yaşam dönemlerindeki sosyal yoksunluk ile korku belleği arasındaki ilişkinin olası bir temel mekanizmasını teşkil edebilir. Hipokortizolemi klinik TSSB hastalarında yararlı bir biyolojik indeks görevi görmektedir (45). TSSB patofizyolojisinde serotonin, dopamin, noradrenalindeki bozulmalar gibi nörotransmitter dengesizlikleri birçok çalışmada kanıtlandığı üzere önemli rol oynamaktadır (47,48). Duygudurum regülasyonu, anksiyete ve stresle ilişkili bir nörotransmitter olan serotonin, TSSB ve diğer anksiyete bozuklukları ile ilişkilendirilmiştir. Araştırma kanıtları düşük serotonin düzeylerinin TSSB belirtilerinin ortaya çıkmasına katkıda bulunduğunu göstermektedir (47,48). Benzer şekilde, vücudun “savaş ya da kaç” tepkisinde rol oynayan bir nörotransmitter olan noradrenalindeki düzensizlik TSSB'deki aşırı uyarılma tepkileriyle ilişkilendirilmiştir. Ayrıca TSSB'nin patofizyolojisinde reaktif oksijen türleri ve antioksidan savunmalar arasındaki dengesizlikle karakterize edilen oksidatif stres de rol oynamaktadır (48).

2.2.4.2. Genetik faktörler

TSSB'de hipokampal hacimde azalma olduğu bulunmuştur ve artmış amigdala aktivitesi gibi bazı nörobiyolojik endofenotiplere de kalıtsal yatkınlık olduğuna dair

kanıtlar bulunmaktadır. Bir çalışma TSSB riskiyle dopamin taşıyıcı genindeki polimorfizmi ilişkilendirmiştir. Bu çalışmada SLC6A39 alelinin TSSB hastalarında fazla tekrar ettiği bulunmuştur (49). TSSB ile ilişkili olarak ilgi çeken bir diğer gen 5-hidroksitriptamin 2A (HTR2A) genidir. HTR2A geni duygudurumun regülasyonunda sorumlu bir nörotransmitter olan serotoninin biyosentezindeki ilk ve hız sınırlayıcı adımdan sorumlu enzimi kodlar. Bu bulgular, serotonerjik sistemdeki genetik varyasyonların TSSB patogenezindeki rolünü vurgulamaktadır (48).

2.2.4.3. Nörogörüntüleme Çalışmaları

Medial prefrontal korteks (mPFC); medial frontal girus, anterior singulat korteks (ACC) ve subkallozal korteksten oluşur. Medial PFC, kısmen amigdala ile olan ilişkileri sayesinde duygusal reaktivite ve stres yanıtları üzerinde inhibitör kontrol uygular. Ayrıca koşullu korkunun sönmesine edinilmiş korku tepkilerinin aktif inhibisyonu yoluyla aracılık eder. Çalışmaların çoğu ventromedial prefrontal korteks (vmPFC) ve dorsal anterior singulat korteks (dACC) dahil olmak üzere mPFC aktivasyonunu gözlemlemiştir (49,50). Özellikle vmPFC'nin korku düzenlemesi ve sönümlemesine aracılık ettiği gösterilmiştir. ACC dorsal bölgelerinin bilişsel, duygusal ve fizyolojik sinyalleri entegre ettiği ve bağlamsal korku da dahil olmak üzere korku koşullanması sırasında korku ifadesinde rolü olduğu düşünülmektedir. TSSB'li hastalarda ACC hacimleri de dahil olmak üzere frontal korteks hacimlerinde azalma olduğu bulunmuştur. Bazı çalışmalarda (49,50) ACC hacmindeki bu azalma TSSB semptomlarının şiddeti ile ilişkilendirilmiştir. Hipokampusün orta ve arka alt bölümleri daha geniş korku ve koşullanma yapılarıyla ilişkili nöral aktiviteye kıyasla bağlamsal korkunun edinilmesine katkıda bulunur (49,50).

2.2.5. Tanı Kriterleri

Amerikan Psikiyatri Birliği Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, Beşinci Baskı (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition; DSM-5) 'ya göre TSSB'de 20 belirtiyi 4 belirti kümesine (B,C,D,E) ayırarak listelemektedir:

- B. Örseleyici olayla ilgili girici (intrusive) belirtiler (rüya, imge vb.)
- C. Hatırlatıcı durumlarda kaçınma
- D. Biliş ve duygudurumda olumsuz değişiklikler

E. Ökseleyici olayla ilgili uyarılma ve tepkisellikte belirgin artma (37,51).

Tablo-1. DSM- 5 TSSB Tanı Kriterleri

DSM- 5 TSSB Tanı Kriterleri			
Kriter	Açıklama	Belirtiler	Tanı için;
A: Travmatik olaya maruziyet	Gerçek veya tehdit içeren ölüm, ciddi yaralanma veya cinsel saldırı durumlarıyla karşılaşma	-Travmatik olayları; 1.Doğrudan deneyimlemek 2.Tanıklık etmek 3.Sonradan Öğrenme -Travmatik olay ayrıntılarına yineleyici ve aşırı düzeyde maruz kalma(örn. polisler)	Travmatik olaya maruziyet şarttır. Olay sonrasında diğer belirtiler gelişebilir.
B: İntrozif semptomlar	Travmatik bir olay(lar)ın ardından başlayan ve bu olay(lar)la bağlantılı bir veya daha fazla intrüzif semptom olması	1.Tekrarlayan, istemsizce gelen sıkıntı verici anılar 2. Tekrarlayan kabuslar 3. Yeniden yaşantılama (örn. geçmişe dönüşler) 4.Travma hatırlatıcılarına maruz kalındığında yaşanan yoğun veya uzun süreli ruhsal sıkıntı 5. Hatırlatıcılara karşı belirgin fizyolojik tepkiler	5 belirtiden en az 1'i bulunmalı
C: Kaçınma	Travmatik olay(lar)ın ardından başlayan ve bu olay(lar)la bağlantılı uyarılardan sürekli olarak kaçınma	1.Sıkıntı verici anı, düşünce veya duygulardan kaçınma veya kaçınmaya çalışma 2.Sıkıntı verici anı, düşünce veya duygu uyandıran dış anımsatıcılardan(insan, yer, nesne, durum) kaçınma veya kaçınmaya çalışma	2 belirtiden en az 1'i bulunmalı

D: Düşüncelerde ve duygudurumda olumsuz değişiklikler	Travmatik olay(lar)dan sonra ortaya çıkan ya da şiddetlenen, bu olay(lar)la bağlantılı düşüncelerde ve duygudurumda olumsuz değişiklikler	1.Travmatik olay(lar)ın büyük bir kısmını hatırlayamama 2.Kişinin kendisi, diğerleri veya dış dünya ile ilgili sürekli ve abartılı olumsuz inanç veya beklentiler 3.Kendisini veya başkalarını suçlamasına yönelten süregen, çarpıtılmış bilişler 4.Uzun süre devam eden olumsuz duygular (örn. suçluluk, utanç, öfke, korku veya dehşet) 5.Önemli faaliyetlere ilgi veya katılımda belirgin düşüş 6.Çevreden ayrılma veya yabancılaşma duyguları 7.Olumlu duyguları yaşayamama	7 belirtiden en az 2'si bulunmalı
E: Uyarılma ve tepkisellikte değişiklikler	Travmatik olay(lar)dan sonra ortaya çıkan ya da şiddetlenen, bu olay(lar)la bağlantılı uyarılma ve tepkisellikte önemli değişiklikler	1.Sinirlilik hali, saldırgan davranışlar ve öfke patlamaları 2.Dikkatsizlik, kendine zarar verici ve riskli davranışlar 3.Hipervijilans, sürekli tehlike bekleme hali 4.Küçük uyaranlara karşı aşırı tepki verme 5.Odaklanma güçlükleri 6.Uyku bozuklukları	6 belirtiden en az 2'si bulunmalı
F: Süre	Bu belirtiler (B, C, D ve E tanı kriterleri) 1 aydan uzun süre olmalıdır.		
G: İşlevsellik	Günlük işlerde (okul, iş, sosyal ilişkiler) işlevsellikte düşme		
H	Bu belirtiler başka bir tıbbi durumun veya maddenin fizyolojik etkilerine bağlanamaz.		
Dissosiyatif Belirti Gösteren	Kişi TSSB tanı kriterlerini karşılamaktadır. Ayrıca, dissosiyatif belirtilerden birini göstermektedir.	Depersonalizasyon. Derealizasyon	Bu belirtilerden biri varsa Dissosiyatif belirti gösteren diye belirtilir.

Yukarıda Tablo-1’de belirtilen DSM-5-TR kriterlerinin tamamını karşılayan altı yaşından büyük hastalara TSSB teşhisi konur.

2.2.6. Ayırıcı tanı

Uyum bozukluğu belirli bir psikososyal stres etkenine karşı stres etkeninin şiddeti ve yoğunluğuyla orantısız, uyumsuz bir duygusal ve/veya davranışsal belirtilerle karakterize bir hastalıktır. Stres etkenine karşı sosyal ve kültürel olarak beklenilenin dışında olan ve/veya işlevsellikte belirgin sıkıntıya sebep olan belirtiler görülür. TSSB veya akut stres bozukluğunda travmatik olayın ne olduğuna dair net kriterler bulunmasına karşın, uyum bozukluğu neyin stres etkeni olacağına dair net kriterler gerektirmez. Araştırmalar, stres oluşturan olayların gerçek bir ölüm ya da ölüm tehdidinde maruz kalma gibi travmatik olayların yanı sıra işten atılma, hastaneye yatma, boşanma gibi travmatik olmayan stresli olayları da içerebileceğini tespit etmiştir. (36,52). Bu travmatik olmayan stresli deneyimlerin ardından gelişen psikolojik belirtiler ise uyum bozukluğu çerçevesinde incelenir. TSSB tanısı için ise kişinin olağan dışı ağırlıkta bir travmatik olay yaşaması gerekir (36,52). TSSB ön tanısı mevcut olan sivil ve askeri popülasyonda farklı oranlarda travmatik beyin hasarı olabilmektedir bu yüzden hastada beyin hasarı olup olmadığı iyice incelenmelidir (36,53). Travmaya maruz kalma TSSB’ye neden olduğu gibi depresyon, anksiyete bozuklukları, bipolar bozukluk, kişilik bozuklukları, psikotik bozukluklara da yol açmaktadır. Bu tanılar tek başına ya da TSSB belirtileri varsa birlikte konulabilir. Yineleyici düş ve düşünceler durduktan, akut belirtiler yatıştıktan sonra hastalarda uzun süre yaygın anksiyete ve çökkünlük belirtileri bulunabilir. Bu belirtilerin bir TSSB kalıntısı olup olmadığını ayırt etmek geçirilmiş travmatik olay öyküsü ile sağlanır (36,54). Akut stres bozukluğunda belirtiler TSSB’den farklı olarak bir aydan kısa sürer. Başlangıçta akut stres bozukluğu tanısı konulan bir kişide belirtiler bir aydan uzun süre devam ederse tanı TSSB olarak güncellenebilir (55). TSSB belirtileri ile gelen kişide temaruz olabileceği de göz önünde bulundurulmalıdır. Bu durumdan şüphe duyulursa sekonder kazançlara dikkat edilmesi gerekir (36).

2.2.7. Tedavi

TSSB’de erken dönemde tanı konulup tedavinin başlanması, hastalığın şiddetinin ve yoğunluğunun azaltılması ve neden olduğu işlev bozukluğunun önlenmesi açısından önemlidir. TSSB tedavisinde farmakoterapi ve psikoterapi yöntemlerinin birlikte uygulanması önerilmektedir. Belirtiler çok şiddetli değilse öncelikle psikoterapi tercih edilirken, daha yoğun belirtilerin görüldüğü vakalarda ilaç tedavisi ve psikoterapinin kombinasyonu daha etkili olabilmektedir. TSSB’de tedavi arayanlar genellikle kalıcı TSSB’si olan alt gruptur. Bu gruptaki kişilerde sosyal ve mesleki işlevsellik genellikle ağır düzeyde bozulmuştur (36,56). Sivil ve askeri popülasyonlarda farklı koşullar farklı belirtilere yol açabileceğinden tedavi sırasında bu durum göz önünde bulundurulmalıdır (57). TSSB’nin ilk basamak tedavisi kanıta dayalı psikoterapilerdir. En geniş kapsamlı ve en yüksek kanıt kalitesine sahip psikoterapiler uzun süreli maruz bırakma, göz hareketleriyle duyarsızlaştırma ve yeniden işleme (EMDR) ve bilişsel işleme terapisi gibi bilişsel davranışçı terapilerdir (58). TSSB için üstüne giderek alıştırmaya (exposure) yöntemi tipik olarak gerçek yaşamda (*in vivo*) karşılaşılarak ya da zihinde imgeleyerek (*in vitro*) maruz bırakmayı içeren travma odaklı bir terapidir (58). Bilişsel davranışçı terapide hastaların mevcut tehdidi abartmalarına sebep olan hatalı düşünceleri belirlemeye ve değiştirmeye odaklanılır (37). Aynı zamanda travmanın birey için anlamı, önemi, organizma üzerindeki etkileri açıklandıktan sonra, bireyin travmayı aşabilmesi için yeni bakış açıları geliştirmesi hedeflenir (36). Bilişsel işleme terapisi de bilişsel davranışçı bir anlayışa dayanır fakat hasta travma işlemlerini yazılı olarak yapar (59). EMDR, Shapiro (1995) tarafından geliştirilmiş bir psikoterapi yöntemidir. EMDR terapisi, psikopatolojinin ana sebebinin beyin tarafından yetersiz işlenmiş travmatik yaşam olaylarına ait anıların varlığı olduğunu öne süren Adaptif Bilgi İşleme (AIP) teorik çerçevesini kullanmaktadır. EMDR terapisinin TSSB’de etkili olduğunu gösteren çok sayıda çalışma vardır ancak bu çalışmaların çoğu Randomize Olmayan Kontrollü Çalışmalara dayanmaktadır (60). EMDR’de travmatik olayla ilgili anı ve olumsuz duyguların anlatılması, vücudun sağ ve sol taraflarının (örneğin gözler veya eller) tekrar tekrar uyarılmasıyla eş zamanlı olarak yapılır (59). Maruz bırakma tedavilerinin önemli bir dezavantajı birçok hastanın psikolojik rahatsızlıklarının tetiklenmesi nedeniyle tedaviyi bırakma eğilimleridir. Genel olarak hastaların yarısı gibi yüksek

oranda tedaviyi bırakma oranı ve bunun sonucunda tedaviden sonuç alınmadığı bildirilmiştir. Klinisyenlerle yapılan bir ankete dayanarak Uluslararası Travma ve Stres Çalışmaları Derneği karmaşık TSSB'li hastaların stabilizasyon aşaması, bir travma işleme aşaması ve bir yeniden yönlendirme aşaması (duygusal ve kişilerarası düzenleme eğitimi (STAIR)) içeren bir modele dayalı olarak 9-12 ay boyunca tedavi almalarını önermektedir (61). TSSB için ilk basamak farmakolojik tedaviler serotonin geri alım inhibitörleri ve venlafaksindir. Bunların arasında TSSB'deki etkililiği konusunda en fazla kanıt bulunanlar fluoksetin, paroksetin ve venlafaksindir. Genellikle diğer terapötik müdahalelerle birlikte kullanılırlar. Farmakolojik tedavilerin hedefleri, uyku düzenini sağlamak, rahatsız edici düşünceleri, flashbackleri ve korku dolu rüyaları hafifletmek, kaçınma davranışlarını ortadan kaldırmak, aşırı uyarılmayı ve depresif durumları iyileştirmek, kendine zarar verme eğilimlerini azaltmak, disosiyatif ve psikotik belirtileri yatıştırmaktır (36,58).

2.2.8. Klinik Seyir

TSSB çok ciddi bireysel, toplumsal, sosyal, ekonomik sorunlara neden olan bir hastalıktır. Bu hastalarda yüksek oranda psikiyatrik hastalık ek tanıları görülür ve işlevsellik ağır düzeyde bozulabilir. TSSB'si olan erişkinlerin neredeyse yarısı (%42.6) psikiyatrik destek almamaktadır. Tedavi görenlerin ise sadece %40,4'ü yeterli düzeyde tedavi almaktadır. Araştırmalar TSSB hastalarının %92'sinin zaman içinde iyileştiğini göstermiş olsa da bu süre çok uzun olup ortalama 14 yıl olarak bildirilmektedir (43).

2.3. PSÖRIAZİS ile RUHSAL HASTALIKLAR ARASINDAKİ İLİŞKİ

Deri hastalıkları ve nöropsikiyatrik hastalıklar arasında doğrudan bir etyopatogenetik bir ilişki olduğu kesinleşmiştir. Kronik inflamatuvar deri hastalıkları arasında psöriazis, ruhsal hastalıklar ile etyopatogenetik ilişki açısından bugüne kadar en yaygın şekilde araştırılan hastalıktır. Bu konuya ilgi özellikle son on yılda giderek artmaktadır (62). Bir deri hastalığı olarak bilinen psöriazis, birden fazla organ tutulumu nedeniyle artık sistemik bir hastalık olarak kabul görmektedir (63). Psöriazis birden çok komorbid tıbbi hastalıkla da ilişkili olabilmektedir. Bu hastalıklar arasında kardiyovasküler hastalıklar, psöriatik artrit, immun aracılı hastalıklar ve ruhsal

hastalıklar bulunmaktadır. Psöriazis yaşam kalitesini ve ruhsal iyilik halini olumsuz etkileyebilir. Psöriazis ve ruhsal hastalıklar arasındaki ilişki çift yönlü olabilir. Psöriazisi olan hastalarla yapılan bir çalışmada hastaların %60'ı güçlü bir şekilde stresin sedef hastalığı için nedensel bir faktör olduğuna inanmaktadır. Psöriaziste hastalığın kendisi stres oluşturur stres de psöriazisi kötüleştirir (64). Psöriazis hastalığı kişinin fiziksel görünümünü etkileyebilir, bu da damgalanmaya, sosyal etkileşimlerin azalmasına ve izolasyona sebep olabilir. Psöriazis gibi cilt hastalıklarında hastalığın bulaşıcı ve kişisel hijyen eksikliğine bağlı olduğuna dair kültürel inanışlar halk arasında olumsuz algılamalara, damgalamalara ve bunlar da sosyal ayrımcılığa yol açabilir. Dahası bireysel düzeyde de kişide algılanan beden imajı utanç, kaygı ve depresyona sebep olabilir. Hastalığın kaşıntı ve ağrı gibi fiziksel belirtileri, kozmetik şekil bozukluğu, sosyal hayatta damgalanma yaşama, engellilik yaşam kalitesinin azalmasına, depresyon ve anksiyete bozukluğu gibi ruhsal hastalıkların artmasına sebep olabilir. Psöriazis hastalarında patolojik düzeyde endişe, anksiyete, depresyon ve intihar düşüncesi ile kendini gösteren psikiyatrik hastalıkların yaygınlığı genel popülasyona göre %40-90 oranında daha yüksektir. Komorbid hastalıkların erken teşhisi ve tedavisi, bu hastaların yaşam kalitesini artırmak açısından çok önemlidir. Psöriazis hastalığına eşlik eden ruhsal hastalıkların varlığında sağlık hizmetleri maliyetleri de artmaktadır. Psöriazise eşlik eden ruhsal hastalıklar varlığında işe devamsızlıkta artış ve daha yüksek engellilik durumu yaşanmaktadır. Kanada Dermatoloji-Romatoloji Girişimi psöriazis hastalarının depresyon açısından taranmasını önermektedir (65-67). Psöriaziste depresyon varlığı birçok çalışmada araştırılmıştır (65-67). Psöriazisli hastalarla yapılan çalışmalar psöriazisli hastaların depresyon riskinin arttığını, depresyon prevalansının yüksek olduğunu ve depresyon belirtileri gösterme olasılığının psöriazisi olmayan gruba göre 1.5 kat daha fazla olduğunu göstermiştir (65-67). Psöriazis ve depresyonun yüksek düzeyde komorbid prevalans göstermesine rağmen çalışmalar psöriazis hastalarının sadece %9'una antidepresan reçete edildiğini göstermektedir (65-67). Özellikle psöriaziste görülen kaşıntı semptomunun depresif belirtilerle ilişkili olduğu bildirilmektedir. Danimarka'da ülke çapında yapılan bir kohort çalışmasında depresyon düzeyi, şiddetli psöriazis olgularında hafif düzeydeki psöriazis hastalarına göre daha yüksek bulunmuştur (68). Depresyonun aynı zamanda psöriazisi tetikleyebileceği ve

kötüleştirebileceği de gösterilmiştir. Psöriazis ve depresyonda artan inflamasyon molekülleri ortak bir bağışıklık yolu ile çift yönlü ilişkiye sebep olabilir. Psöriazis hastalarının derilerinde ve serumlarında TNF düzeyleri daha yüksek bulunur ve bu düzeyler psöriazis şiddetiyle doğrudan ilişkilidir. Benzer şekilde akut depresyondaki hastalarda da periferik TNF düzeyleri yüksek bulunmuştur. Yapılan bir meta analiz çalışması, sitokin inhibitörlerinin psöriazis hastalığındaki enflamatuvar belirtilerin iyileşmesinden bağımsız olarak depresif belirtilerde iyileşme ile ilişkili olduğunu göstermiştir (69). Psöriaziste anksiyete bozukluklarının genel prevalans oranı %7-48 olarak bildirilmiştir ve bu oran genel popülasyondan önemli düzeyde yüksektir. Hatta psöriazis hastaları kanser gibi diğer kronik hastalara kıyasla daha yüksek düzeyde anksiyete bildirmişlerdir (64,68). Psöriazisin psikososyal etkisinin anksiyete bozukluklarının artan prevalansında önemli bir rol oynadığı tanımlanmış olsa da proinflamatuvar sitokinlerin psikiyatrik komorbidite oranının artmasında rol oynadığını gösteren kanıtlar artmaktadır. Covid-19 hastaları ile yapılan kesitsel bir çalışmada, pro-inflamatuvar bir sitokin olan interlökin (IL)-6 düzeyleri anksiyete bozukluğu olan hastalarda daha yüksek bulunmuştur (70). Ayrıca şiddet düzeyi yüksek psöriazis hastalığında hafif düzeydeki psöriazis hastalarına göre anksiyete prevalansı daha yüksek saptanmıştır. Psöriatik artrit varlığı, artriti olmayan psöriazis hastalarına kıyasla daha yüksek anksiyete prevalansı ile ilişkilidir. TSSB çeşitli komorbiditeler (nöropsikiyatrik, kardiyovasküler, gastrointestinal, endokrin, metabolik, otoimmün, hematolojik, solunum, kas ve dermatolojik) ile yakın ilişkisi nedeniyle gerçek bir sistemik ve psikosomatik bir hastalık olarak değerlendirilmektedir (62). TSSB hastalarında ise otoimmün hastalıkların yaygınlığı (%6.5) genel popülasyondan (%3.1) daha yüksektir. Daha spesifik olarak, psöriazis hastalarında TSSB eştanısı görülme olasılığı kontrollere kıyasla beş kattır (OR 4.7, CI 1.9-11.7). Bu ilişki TSSB'deki düşük kortizol düzeylerinin bir sonucu olabilir; bu da pro-enflamatuvar sitokin yanıtını kolaylaştırabilir ve daha sonra otoimmüniteye ve spesifik olarak da psöriazis hastalığına katkıda bulunabilir. Mevcut durumda TSSB ve psöriazis komorbiditesi ile ilgili sınırlı bilgiye sahibiz (63,66,71). Anksiyete ve depresyon gibi ruhsal hastalıkların psöriazis hastalarında genel popülasyona göre daha az bildirilmesi ve daha az teşhis edilme olasılığı yüksektir (72). Fiziksel veya cinsel istismarın veya deprem gibi katastrofik yaşam olaylarının deri üzerindeki doğrudan etkisi ve HPA ve

sempatoadrenal medüller sistemdeki önemli değişiklikler nöroendokrin ve bağışıklık fonksiyonlarını etkileyebilir ve psöriazis, kronik ürtiker, atopik dermatit gibi strese reaktif inflamatuvar dermatozların alevlenmesine neden olabilir. Sürekli olarak psikolojik stres ve uykusuzluk içeren durumlarda enflamatuvar biyobelirteçlerde artış ve epidermal bariyer işlevinde bozulma bildirilmiştir. Bazı TSSB hastalarında HPA eksenine azalmış yanıt ve dolaşımdaki T lenfositlerde artış görülmekte olup bu durum immün aracılı dermatolojik bozuklukları şiddetlendirebilmektedir. Kronik, tekrarlayan veya tedaviye dirençli cilt hastalıklarında TSSB altta yatan bir faktör olarak düşünülmelidir. Çocukluk döneminde yaşanan ihmal ve istismarın nörobiyolojik etkileri, bireyin stresle başa çıkma ve otonom sinir sistemi uyarılmasının düzenlenme kapasitesini olumsuz etkiler. Bu durum kişinin gelecekteki travmalara (örneğin savaş ve doğal afetler) daha duyarlı hale gelmesine ve yaşam boyu TSSB geliştirme riskinin artmasına sebep olabilir. Depremler, uçak kazaları gibi felaket olayları ve salgınlar, alt yapı hasarı ve kötü hijyenik koşullar oluşturabilirler ve sonuç olarak da psöriazis ve atopik dermatit dahil olmak üzere çok çeşitli strese reaktif dermatozların alevlenmesine sebep olabilirler (73). Bir çalışmada TSSB'si olan Vietnam gazilerinin özellikle romatoid artrit, psöriazis ve hipotiroidizm olmak üzere otoimmün hastalıklar açısından daha büyük bir risk taşıdıkları görülmüştür (71).

3.GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Çalışmanın Şekli

Bu araştırma, üçüncü basamak bir üniversite hastanesinde yürütülen kesitsel, karşılaştırmalı anket çalışması olarak tasarlandı. Bu çalışmanın protokolü Adıyaman Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından 19/03/2024 tarihinde 2024/3-3 karar sayısı ile onaylandı. Gerçekleştirilen tüm işlemler, insan denekler üzerinde yürütülen araştırmalar için Helsinki Deklarasyonu'nda belirtilen etik ilkelere uygun olarak gerçekleştirildi. Çalışmaya katılan katılımcılardan imzalı yazılı aydınlatılmış onam formu alındı.

3.2. Örneklem ve Hasta Seçimi

Bu kesitsel ve karşılaştırmalı anket çalışmasının evrenini, 1 Nisan 2024 ile 1 Ağustos 2024 tarihleri arasında Adıyaman Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi dermatoloji polikliniğine gelen depremde etkilenen psöriazis tanısıyla takip edilen 98 hasta ve depremde etkilenmiş 97 sağlıklı kontrol grubu oluşturdu. Çalışmanın örneklemine çalışmaya dahil edilme kriterlerini tam karşılayan 86 psöriazis hastası ve 86 sağlıklı kontrol grubu oluşturdu. Çalışma örneklemine oluşturulma akış şeması Şekil-4 ve 5'te gösterildi.

Psöriazis Hastalarının Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri

1)Adıyaman Eğitim ve Araştırma Hastanesi dermatoloji polikliniğinde psöriazis tanısı alması

2) 18 yaşında veya 18 yaşından büyük ve 65 yaşından küçük olması

3) 6 Şubat 2023 Kahramanmaraş merkezli depremlerden etkilenmiş olması

4) Şizofreni, bipolar bozukluk, zeka geriliği, alkol ve madde bağımlılığı gibi ağır psikiyatrik bozukluğu olmaması

5) Çalışmada kullanılacak form ve ölçekleri eksiksiz olarak doldurabilecek kadar eğitim düzeyine ve bilişsel yetilere sahip olmak olarak belirlendi.

Psöriazis Hastalarının Araştırmadan Dışlanma Kriterleri

1) 18 yaşından küçük veya 65 yaşından büyük olması

- 2) Adıyaman Eğitim ve Araştırma Hastanesi dışında takipli olan hastalar
- 3) Psöriazis tanısı olmayanlar
- 4) Şizofreni, bipolar bozukluk, zekâ geriliği, alkol ve madde bağımlılığı gibi ağır psikiyatrik bozukluğu olanlar
- 5) Çalışmada kullanılacak form ve ölçekleri eksiksiz olarak doldurabilecek kadar eğitim düzeyine ve bilişsel yetilere sahip olmamak olarak belirlendi.

Sağlıklı Gönüllüler İçin Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri

- 1) 18 yaşında veya 18 yaşından büyük ve 65 yaşından küçük olması
- 2) Gönüllü olarak katılmayı kabul etmek
- 3) Çalışmada kullanılacak form ve ölçekleri eksiksiz olarak doldurabilecek kadar eğitim düzeyine ve bilişsel yetilere sahip olmak.
- 4) Herhangi bir psikiyatrik hastalığı olmaması
- 5) Herhangi bir dermatolojik hastalığı olmaması olarak belirlendi.

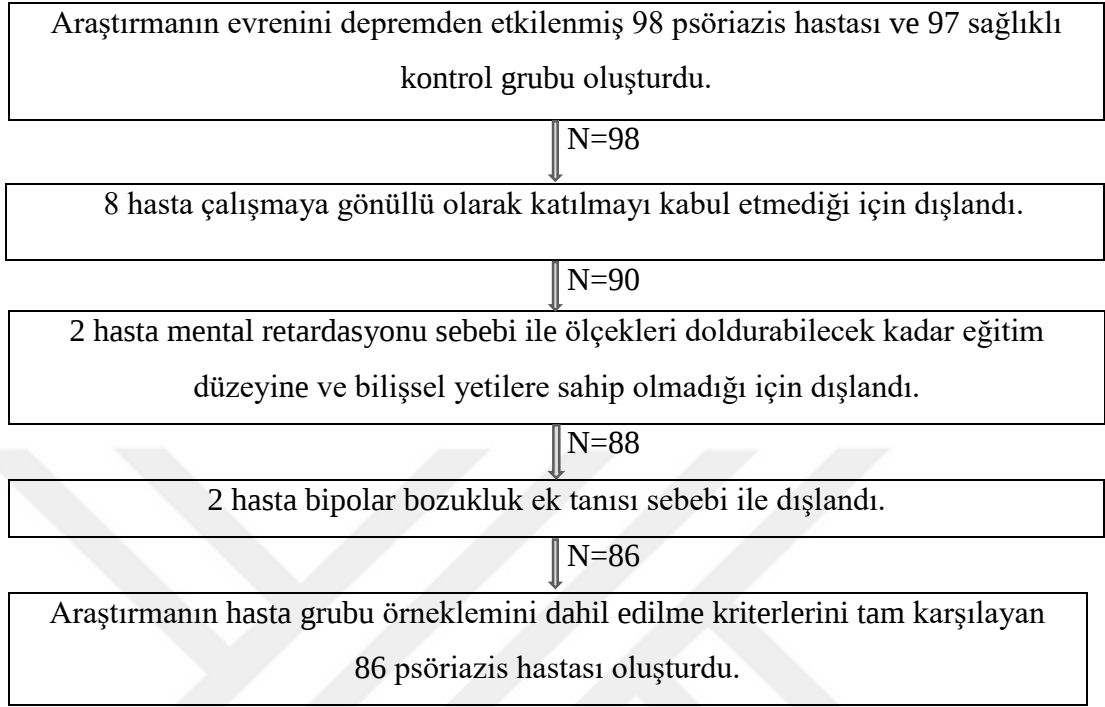
Sağlıklı Gönüllüler İçin Araştırmadan Dışlanma Kriterleri

- 1) 18 yaşından küçük veya 65 yaşından büyük olan kişiler
- 2) Gönüllü olarak katılmayı kabul etmemesi
- 3) Çalışmada kullanılacak form ve ölçekleri eksiksiz olarak doldurabilecek kadar eğitim düzeyine ve bilişsel yetilere sahip olmamak.
- 4) Herhangi bir dermatolojik hastalığı olan kişiler
- 5) Herhangi bir psikiyatrik hastalığı olan kişiler olarak belirlendi.

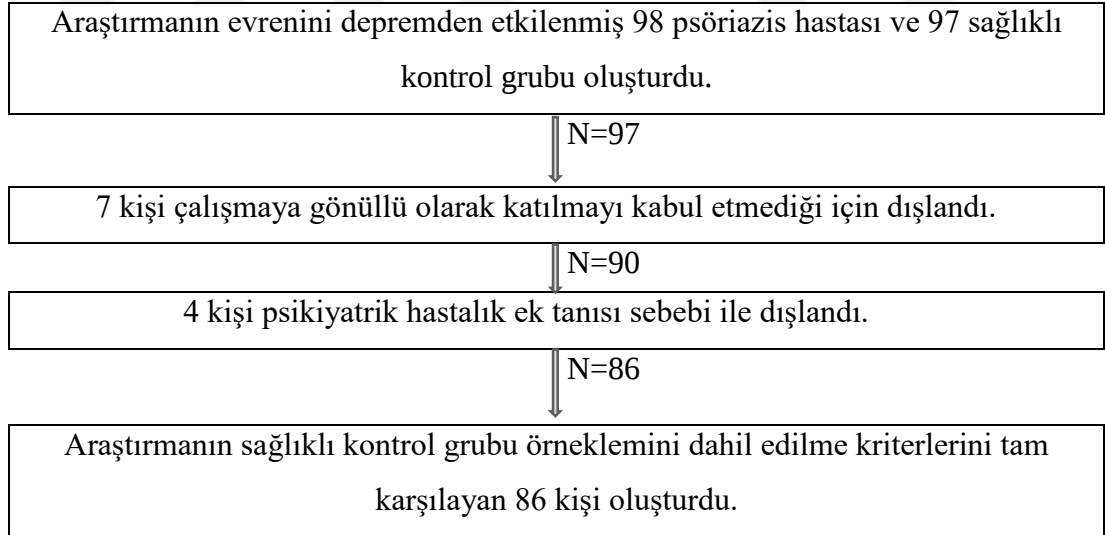
Hastaların tanıları ve çalışmaya dahil edilme, çalışmadan dışlama kriterleri deneyimli bir psikiyatri hekimi (O.B.E) ile bir dermatoloji uzmanı (E.İ.D) tarafından değerlendirildi.

Hem psöriazisli gruba hem de kontrol grubuna, sosyodemografik veri formu ve güvenilir yapılandırılmış ölçekler olan travmatik stres düzeyini belirlemek amacıyla DSM-5 için Travma Sonrası Stres Bozukluğu Kontrol Listesi Ölçeği, uyku kalitesini ölçmek amacıyla Pittsburgh Uyku Kalite İndeksi (PUKİ), depresyon belirti şiddet düzeyini ölçmek amacıyla Beck Depresyon Envanteri, anksiyete belirti şiddet düzeyini ölçmek amacıyla Beck Anksiyete Ölçeği klinisyen eşliğinde uygulanmıştır.

Şekil-4. Çalışmanın hasta grubu örneklemini oluşturmada akış şeması



Şekil-5. Çalışmanın sağlıklı kontrol grubu örneklemini oluşturmada akış şeması



3.3. Veri Toplama Araçları

3.3.1. Sosyodemografik Veri Formu: Depremden etkilenmiş psöriazis hastaları için yaş, cinsiyet, medeni durum, çalışma durumu, eğitim düzeyi, hastalık süresi, psikiyatrik hastalık durumu, sistemik hastalık durumu, ailede psikiyatrik

hastalık öyküsü, ailede dermatolojik hastalık öyküsü, sigara, alkol ve madde kullanım özelliklerini; depremden etkilenmiş sağlıklı kontroller için yaş, cinsiyet, medeni durum, çalışma durumu, eğitim düzeyi, psikiyatrik hastalık durumu, sistemik hastalık durumu, ailede psikiyatrik hastalık öyküsü, ailede dermatolojik hastalık öyküsü, sigara, alkol, madde kullanım özelliklerini içerdi.

3.3.2. DSM-5 için Travma Sonrası Stres Bozukluğu Kontrol Listesi Ölçeği:

Travma Sonrası Stres Bozukluğu Kontrol Listesi (PCL), TSSB'ye özgü klinik semptomları belirlemek amacıyla yaygın olarak kullanılan öz bildirim ölçeğidir. DSM-5'in TSSB kriterlerinde yaptığı değişiklikleri yansıtacak şekilde yakın zamanda PCL revize edilmiştir. PCL'de olduğu gibi PCL-5'te de madde puanları belirti kümeleri ve belirti şiddetinin düzeyini belirlemek için toplanır. PCL-5 belirli koşulların sağlanmasıyla DSM-5'e göre tanı koymak amacıyla kullanılır. DSM-5'in B maddesi yeniden yaşantılamayı, C maddesi kaçınmayı, D maddesi biliş ve duygulanımdaki olumsuz değişiklikleri, E maddesi aşırı uyarılmayı kapsar. Ölçekte toplam 20 madde bulunur. DSM-5'in B maddesinin karşılanabilmesi için 1-5 arasındaki sorulardan en az birinin 2 veya daha yüksek bir değere sahip olması gerekmektedir. C maddesinin sağlanabilmesi için ise 6-7 numaralı sorulardan en az birinin yine aynı şekilde 2 ve üzeri bir değer alması gereklidir. D maddesi için 8-14 arasındaki sorulardan en az iki tanesi ve E maddesi için 15-20 arasındaki sorulardan en az iki tanesi 2 veya daha yüksek bir değer almalıdır. Tüm maddelerin varlığında TSSB tanı kriterleri karşılanmış olur (74). Boysan ve ark. tarafından Türk toplumunda geçerlilik ve güvenirlik çalışması yapılmıştır (75).

3.3.3. Beck Depresyon Envanteri (BDI): Depresyonun şiddetini değerlendirmek için geliştirilmiş olan 21 maddelik öz bildirim ölçeğidir. Beck ve ark. tarafından 1961 yılında geliştirilmiş olan bu ölçek depresyonun çekirdeğinde yer alan olumsuz bilişsel çarpıtmalar teorisine dayanmaktadır (76,77). Belirtiler 0 (belirti yok) ile 3 (şiddetli belirtiler) arasında puanlanır. Minimum puan 0, maksimum puan ise 63'tür. Daha yüksek puanlar, belirtilerin daha şiddetli olduğunu gösterir. Depresyon tanısı konan hastalarda 0-13 arası puanlar minimal depresyonu, 14-19 arası puanlar hafif depresyonu, 20-28 arası puanlar orta şiddette depresyonu ve 29-63 arası puanlar

şiddetli depresyonu gösterir. Ölçek normal popülasyonlarda depresyonu tespit etmek için bir tarama aracı olarak veya klinik popülasyonlarda semptom şiddetini değerlendirmek için bir araç olarak kullanılabilir (76,77). Doktor Nesrin Hisli tarafından Türk toplumunda geçerlilik ve güvenirlik çalışması yapılmıştır (78).

3.3.4. Beck Anksiyete Ölçeği (BAI): Bireylerin yaşadığı anksiyete belirtilerinin sıklığını belirlemek amacıyla Beck, Epstein, Brown ve Steer tarafından geliştirilerek 1988 yılında yayımlanmıştır (79). 21 maddeden oluşan öz bildirim ölçeğidir. Maddelerin 13 tanesi fiziksel belirtileri tanımlarken, 3 tanesi anksiyetenin bilişsel bileşenlerini tanımlamaktadır. 3 madde ise hem bilişsel hem fiziksel niteliğe sahiptir. Bu sebeple BAI, anksiyetenin fizyolojik, bilişsel, afektif bileşenlerini içermektedir. Minimum puan 0, maksimum puan 63'tür. Kişiler her bir maddedeki belirtinin ölçeğin uygulandığı gün dahil, son bir haftadır kendilerini ne kadar rahatsız ettiğini her bir maddeye 0 ile 3 arasında puan vererek derecelendirmektedir. Maddeler 0 (Hiç), 1 (Hafif Düzeyde), 2 (Orta Düzeyde), 3 (Ciddi Düzeyde) biçiminde işaretlenmektedir (79,80). Ulusoy ve ark. tarafından Türk toplumunda geçerlilik ve güvenirlik çalışması yapılmıştır (81).

3.3.5. Pittsburgh Uyku Kalite İndeksi (PUKİ): Buysse ve ark. tarafından 1989 yılında geliştirilmiştir (82). PUKİ, son bir ay içindeki uyku kalitesi ve uyku bozukluklarını değerlendiren bir öz bildirim ölçeğidir. Ölçek, toplamda 19 madde ve 24 sorudan oluşur. Bunların 19'u, bireyin kendisi tarafından yanıtlanan öz bildirim sorularıdır, 5 soru ise yatak partneri veya oda arkadaşı tarafından yanıtlanacak sorulardır. Ölçeğin puanlanan 18 sorusu, 7 farklı bileşeni oluşturur. Bu bileşenler; öznel uyku kalitesi, uykuya dalma süresi, uyku süresi, alışılmış uyku etkinliği, uyku bozuklukları, uyku ilacı kullanımı ve gündüz işlevsellik bozukluklarını içerir. Her bir bileşen, 0-3 puan aralığında değerlendirilir. Ölçek toplam puanını, 7 bileşenin toplam puanı oluşturur. Ölçeğin puanı hesaplanırken bireyin eş veya oda arkadaşı tarafından yanıtlanan sorular hesaplama dahil edilmez. Toplam puan 0 ile 21 arasında değişir ve daha yüksek puanlar, daha kötü bir uyku kalitesine işaret eder. Bu ölçek, uyku bozukluğu olup olmadığını ya da uyku bozukluklarının yaygınlığını göstermez, ancak PUKİ toplam puanının 5 veya daha yüksek olması uyku kalitesinin kötü olduğunu

göstermektedir (83). Ağargün tarafından 1996 yılında Türk toplumunda geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır (84).

3.4. İstatistiksel Analiz

Verilerin istatistiksel analizinde SPSS 24.0 paket programı kullanıldı. Verilerin tanımlayıcı özellikleri sayı, yüzde, ortalama, standart sapma olarak hesaplandı. Sürekli değişkenlerin normallik dağılımı Kolmogorov-Smirnov testi ile analiz edildi. Psöriazis ve sağlıklı kontrol grupları arasında sürekli değişkenlerin karşılaştırılmasında bağımsız örneklem t testi kullanıldı. Psöriazis ve sağlıklı kontrol gruplarının kategorik değişkenleri Pearson chi-Square veya Fischer's Exact testi ile karşılaştırıldı. Psöriazis hastalarında bazı sosyodemografik veriler ile ölçek skorları arasındaki ilişki Pearson korelasyon analizleri ile incelendi. Tüm istatistiksel analizlerde anlamlılık düzeyi $p<0.05$ olarak kabul edildi.

4. BULGULAR

Bu araştırmanın örneklemini Adıyaman Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Dermatoloji Anabilim Dalına bağlı ayaktan takip polikliniklerine başvuran depremden etkilenmiş psöriazis tanısı ile takip edilen 86 hasta ile depremden etkilenmiş herhangi bir psikiyatrik hastalığı olmayan 86 sağlıklı gönüllü oluşturmuştur.

Sosyodemografik Özelliklerle İlgili Bulgular (Tablo-2)

Çalışmanın psöriazis hasta grubunu oluşturan katılımcıların %39.5'i (n=34) erkek, %60.5'i (n=52) kadındı. Sağlıklı kontrol grubunu oluşturan katılımcıların %37.2'si (n=32) erkek, %62.8'i (n=54) kadındı. Çalışmanın hasta ve kontrol gruplarında cinsiyet dağılımı istatistiksel olarak farklılık göstermedi ($p=0.754$). Psöriazis hasta grubunu oluşturan katılımcıların yaş ortalaması 35.23 (SS=11.5) iken, sağlıklı kontrol grubunu oluşturan katılımcıların yaş ortalaması 34.41 (SS=10.1) idi. Grupların yaş ortalaması arasında anlamlı farklılık saptanmadı ($p=0.618$).

Psöriazis hasta grubunu oluşturan katılımcıların %22.1'i ilköğretim mezunu, %10.5'i ilköğretim mezunu, %41.9'u lise mezunu, %25.6'sı üniversite mezunuydu. Sağlıklı kontrol grubunu oluşturan katılımcıların %3.5'i ilköğretim mezunu, %4.7'si ilköğretim mezunu, %17.4'ü lise mezunu, %74.4'ü üniversite mezunuydu. Çalışmanın psöriazis hasta grubunu oluşturan katılımcıları ile sağlıklı kontrol grubunu oluşturan katılımcıların eğitim düzeyleri arasında anlamlı bir farklılık saptandı ($p<0.001$). Grupların eğitim düzeyleri arasında saptanan farklılık, post-hoc analiz bulgularına göre, sağlıklı kontrol grubundaki üniversite mezunu katılımcı oranının psöriazis hasta grubundaki üniversite mezunu katılımcı oranından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olması ile ilişkili idi ($p<0.001$).

Psöriazis hasta grubu ve sağlıklı kontrol grubunu oluşturan katılımcıların medeni durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı ($p=0.212$). Sağlıklı kontrol grubunu oluşturan katılımcılarda çalışma oranı %87.2 (n=75), psöriazis hasta grubunu oluşturan katılımcılarda ise %43 (n=37) idi ve gruplar arasında çalışma oranları istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık göstermekteydi ($p<0.001$).

Psöriazis hasta grubunu oluşturan katılımcıların sigara kullanma oranı (%29.1) ile sağlıklı kontrol grubu (%27.9) arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı ($p=0.866$). Psöriazis hasta grubu ve sağlıklı kontrol grubunda alkol ve madde kullanımı olan kişi bulunmamaktaydı.

Psöriazis hasta grubunda ailede dermatolojik hastalık %23.3 ($n=20$), sağlıklı kontrol grubuna göre %9.3 ($n=8$) anlamlı düzeyde daha yüksek saptandı ($p=0.013$).

Psöriazis hasta grubu ve sağlıklı kontrol grubunu oluşturan katılımcıların sistemik hastalık ve ailede psikiyatrik hastalık oranları arasında anlamlı düzeyde farklılık yoktu (sırasıyla $p=0.515$ ve $p=0.798$).

Tablo-2. Psöriazis hastaları ve sağlıklı kontrollerin sosyodemografik özelliklerinin karşılaştırılması

Değişken		Psöriazis Grubu n=86 Sayı(Yüzde)	Kontrol Grubu n=86 Sayı(Yüzde)	X ²	p
Cinsiyet	Kadın	52 (60.5)	54 (62.8)	0.098	0.754
	Erkek	34 (39.5)	32 (37.2)		
Eğitim	İlkokul	19 (22.1)	3 (3.5)	42.718	<0.001
	İlköğretim	9 (10.5)	4 (4.7)		
	Lise	36 (41.9)	15 (17.4)		
	Üniversite	22 (25.6)	64 (74.4)		
Çalışma Durumu	Çalışıyor	37 (43)	75 (87.2)	36.960	<0.001
	Çalışmıyor	49 (57)	11 (12.8)		
Medeni Durumu	Evli	62 (72.1)	51 (59.3)	3.504	0.212*
	Bekar	22 (25.6)	30 (34.9)		
	Boşanmış/dul	2 (2.3)	5 (5.8)		
Sigara	Var	25 (29.1)	24 (27.9)	0.029	0.866
	Yok	61 (70.9)	62 (72.1)		
Psikiyatrik hastalık	Var	5 (5.8)	0 (0)		0.210*
	Yok	81 (94.2)	85 (100)		
Sistemik hastalık	Var	6 (7.0)	4 (4.7)	0.425	0.515
	Yok	80 (93.0)	82 (95.3)		
Ailede Psikiyatrik Hastalık	Var	8 (9.3)	9 (10.5)	0.065	0.798
	Yok	78 (90.7)	77 (89.5)		

Tablo-2. (devamı) Psöriazis hastaları ve sağlıklı kontrollerin sosyodemografik özelliklerinin karşılaştırılması

Değişken		Psöriazis Grubu n=86 Sayı(Yüzde)	Kontrol Grubu n=86 Sayı(Yüzde)	X ²	p
Ailede Dermatolojik Hastalık	Var	20 (23.3)	8 (9.3)	6.143	0.013
	Yok	66 (76.7)	78 (90.7)		

*Fischers's Exact test

Psöriazis Hastaları ve Sağlıklı Kontrol Gruplarının TSSB'deki 4 alt belirti kümesinin ve TSSB tanısının varlığının karşılaştırılması (Tablo-3)

Psöriazis hasta grubu ve sağlıklı kontrol grubunu oluşturan katılımcıların TSSB-yeniden yaşantılama psikopatoloji oranları arasında anlamlı farklılık saptanmadı (p=0.081). Psöriazis hasta grubu ve sağlıklı kontrol grubunu oluşturan katılımcıların TSSB-kaçınma psikopatoloji oranları arasında anlamlı farklılık saptanmadı (p=0.756). Psöriazis hasta grubu ve sağlıklı kontrol grubunu oluşturan katılımcıların TSSB-negatif duygudurum psikopatoloji oranları arasında anlamlı farklılık saptanmadı (p=1.0) Psöriazis hasta grubu ve sağlıklı kontrol grubunu oluşturan katılımcıların TSSB hipervijilans psikopatoloji oranları arasında anlamlı farklılık saptanmadı (p=0.282).

Psöriazis hasta grubu ve sağlıklı kontrol grubunu oluşturan katılımcıların TSSB tanısı oranları arasında anlamlı farklılık saptanmadı (p=0.536).

Tablo-3. Psöriazis hastaları ve sağlıklı kontrollerin TSSB’deki 4 alt belirti kümesinin ve TSSB tanısının varlığının karşılaştırılması

Değişken		Psöriazis Grubu n=86 Sayı(Yüzde)	Kontrol Grubu n=86 Sayı(Yüzde)	X ²	p
TSSB-yeniden yaşantılama	Var	74 (86)	65 (75.6)	3.037	0.081
	Yok	12 (14)	21 (24.4)		
TSSB-kaçınma	Var	50 (58.1)	52 (60.5)	0.096	0.756
	Yok	36 (41.9)	34 (39.5)		
TSSB-negatif duygudurum	Var	52 (60.5)	52 (60.5)	0.0	1.0
	Yok	34 (39.5)	34 (39.5)		
TSSB- hipervijilans	Var	52 (60.5)	45 (52.3)	1.158	0.282
	Yok	34 (39.5)	41 (47.7)		
TSSB tanısı	Var	38 (44.2)	34 (39.5)	0.382	0.536
	Yok	48 (55.8)	52 (60.5)		

Psöriazis Hastaları ve Sağlıklı Kontrol Grubunda ölçek puanlarının karşılaştırılması (Tablo-4)

Psöriazis hasta grubunu oluşturan katılımcıların BDI skor puanı ortalaması 12.28 (SS=9.6) iken, sağlıklı kontrol grubunu oluşturan katılımcıların BDI skor puanı ortalaması 13.36 (SS=10.1) idi. Grupların BDI skor puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık saptanmadı (p=0.474).

Psöriazis hasta grubunu oluşturan katılımcıların BAI skor puanı ortalaması 10.01 (SS=9.4) iken, sağlıklı kontrol grubunu oluşturan katılımcıların BAI skor puanı ortalaması 10.6 (SS=10.1) idi. Grupların BAI skor puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık saptanmadı ($p=0.692$).

Psöriazis hasta grubunu oluşturan katılımcıların PCL-5 toplam puan ortalamaları 28.86 (SS=21.8), sağlıklı kontrol grubunu oluşturan katılımcıların PCL-5 toplam puan ortalamaları 27.26 (SS=19.65) olarak hesaplanmıştır. Grupların PCL-5 toplam puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık saptanmadı ($p=0.153$).

Psöriazis hasta grubunu oluşturan katılımcıların TSSB-yeniden yaşantılama psikopatoloji skor puanı ortalaması 8.66 (SS=5.3) iken, sağlıklı kontrol grubunu oluşturan katılımcıların TSSB-yeniden yaşantılama psikopatoloji skor puanı ortalaması 7.49 (SS=4.95) du. Grupların TSSB-yeniden yaşantılama psikopatoloji puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık saptanmadı ($p=0.135$).

Psöriazis hasta grubunu oluşturan katılımcıların TSSB-kaçınma psikopatoloji skor puanı ortalaması 3.2 (SS=2.8) iken, sağlıklı kontrol grubunu oluşturan katılımcıların TSSB-kaçınma psikopatoloji skor puanı ortalaması 2.89 (SS=2.0) du. Grupların TSSB-kaçınma psikopatoloji puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık saptanmadı ($p=0.416$).

Psöriazis hasta grubunu oluşturan katılımcıların TSSB-negatif duygudurum psikopatoloji skor puanı ortalaması 9.1 (SS=7.6) iken, sağlıklı kontrol grubunu oluşturan katılımcıların TSSB-negatif duygudurum psikopatoloji skor puanı ortalaması 9.38 (SS=6.8) idi. Grupların TSSB-negatif duygudurum psikopatoloji puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık saptanmadı ($p=0.817$).

Psöriazis hasta grubunu oluşturan katılımcıların TSSB-hipervijilans psikopatoloji skor puanı ortalaması 7.9 (SS=6.1) iken, sağlıklı kontrol grubunu oluşturan katılımcıların TSSB-hipervijilans psikopatoloji skor puanı ortalaması 7.5 (SS=5.9) du. Grupların TSSB-hipervijilans psikopatoloji puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık saptanmadı ($p=0.714$).

Tablo-4. Psöriazis hastaları ve sağlıklı kontrol grubunda ölçek puanlarının karşılaştırılması

Değişken	Psöriazis Grubu (n=86)	Kontrol Grubu (n=86)	t	P ^a
	Ortalama ±Standart Sapma	Ortalama ±Standart Sapma		
Yaş	35.23±11.5	34.41±10.1	0,500	0.618
Beck depresyon	12.28±9.6	13.36±10.1	-,717	0.474
Beck anksiyete	10.01±9.4	10.6±10.1	-,397	0.692
TSSB yeniden yaşantılama	8.66±5.3	7.49±4.95	1.503	0.135
TSSB kaçınma	3.2±2.8	2.89±2.0	0.815	0.416
TSSB negatif duygudurum	9.1±7.6	9.38±6.8	-,232	0.817
TSSB hipervijilans	7.9±6.1	7.5±5.9	0.367	0.714

^a: Student- t test

Psöriazis Hasta Grubunda TSSB Eştanısı Alan Hastalarla TSSB Eştanısı Almayan Hastaların Sosyodemografik Özelliklerinin Karşılaştırılması (Tablo-5)

Çalışmanın Psöriazis tanılı TSSB eştanısı alan hasta grubunu oluşturan katılımcıların %28.9'u (n=11) erkek, %71.1'i (n=27) kadındı. Psöriazis tanılı TSSB eştanısı almayan hasta grubunu oluşturan katılımcıların %47.9'u (n=23) erkek, %52.1'i (n=25) kadındı. Araştırmaya katılan Psöriazis hasta grubunda kadınlardaki TSSB eştanı oranı %51.9, erkeklerde TSSB eştanı oranı %30.5 olarak hesaplandı.

Kadınlarda TSSB erkeklere göre daha yüksek tespit edildi, ancak fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı ($p=0.074$). Çalışmanın Psöriazis tanılı TSSB eştanısı alan hasta grubunu oluşturan katılımcılar ile TSSB eştanısı almayan grupta eğitim düzeyleri, medeni durumları, çalışma durumları arasında istatistiksel olarak anlam farklılık saptanmadı (sırasıyla $p=0.087$, $p=0.072^*$, $p=0.056$).

Psöriazis tanılı TSSB eştanısı alan hasta grubunu oluşturan katılımcılar ile TSSB eştanısı almayan grupta sigara kullanma oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı ($p=0.982$). Psöriazis tanılı TSSB eştanısı alan hasta grubunu oluşturan katılımcılar ile TSSB eştanısı almayan grupta, psikiyatrik hastalık ve ailede psikiyatrik hastalık oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı (sırasıyla $p=0.651^*$, $p=0.728$).

Psöriazis tanılı TSSB eştanısı almayan hasta grubunu oluşturan katılımcıların sistemik hastalık oranı (%12.5), TSSB eştanısı alan gruba göre (%0) anlamlı düzeyde yüksek saptandı ($p=0.032^*$). Psöriazis tanılı TSSB eştanısı alan hasta grubunu oluşturan katılımcıların ailede dermatolojik hastalık oranı (%34.2), TSSB eştanısı almayan gruba göre (% 14.6) anlamlı düzeyde yüksek saptandı ($p=0.032$).

Tablo-5. Psöriazis hasta grubunda TSSB eştanısı alan hastalarla TSSB eştanısı almayan hastaların sosyodemografik özelliklerinin karşılaştırılması

Değişken		TSSB Grubu (n=38) Sayı(Yüzde)	TSSB olmayan Grup (n=48) Sayı(Yüzde)	X ²	p
Cinsiyet	Kadın	27 (71.1)	25 (52.1)	3.193	0.074
	Erkek	11 (28.9)	23 (47.9)		
Eğitim Düzeyi	İlkokul	4 (10.5)	15 (31.3)	6.577	0.087
	İlköğretim	5 (13.2)	4 (8.3)		
	Lise	20 (52.6)	16 (33.3)		
	Üniversite	9 (23.7)	13 (27.1)		
Medeni Durum	Evli	23 (60.5)	39 (81.3)	4.832	0.072*
	Bekar	14 (36.8)	8 (16.7)		
	Boşanmış veya dul	1 (2.6)	1 (2.1)		

Tablo-5. (devamı) Psöriazis hasta grubunda TSSB eştanısı alan hastalarla TSSB eştanısı almayan hastaların sosyodemografik özelliklerinin karşılaştırılması

Değişken		TSSB Grubu (n=38) Sayı(Yüzde)	TSSB olmayan Grup (n=48) Sayı(Yüzde)	X ²	p
Çalışma Durumu	Çalışıyor	12 (31.6)	25 (52.1)	3.638	0.056
	Çalışmıyor	26 (68.4)	23 (47.9)		
Sigara Kullanımı	Var	11 (28.9)	14 (29.2)	0.0	0.982
	Yok	27 (71.1)	34 (70.8)		
Psikiyatrik Hastalık	Var	3 (7.9)	2 (4.2)		0.651*
	Yok	35 (92.1)	46 (95.8)		
Sistemik Hastalık	Var	0 (0.0)	6 (12.5)		0.032*
	Yok	38 (100)	42 (87.5)		
Ailede Psikiyatrik Hastalık	Var	4 (10.5)	4 (8.3)		0.728*
	Yok	34 (89.5)	44 (91.7)		
Ailede Dermatolojik Hastalık	Var	13 (34.2)	7 (14.6)	4.578	0.032
	Yok	25 (65.8)	41 (85.4)		

*Fischers's Exact test

Psöriazis Hasta Grubunda TSSB Eştanısı Alan Hastalarla TSSB Eştanısı Almayan Hastaların Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması (Tablo-6)

Çalışmamızın Psöriazis hasta grubunda TSSB eştanısı almayan grupta yaş ortalaması 38.6 (SS=11.9) iken, TSSB eştanısı alan grubu oluşturan katılımcıların yaş ortalaması 30.97 (SS=9.7) idi. TSSB eştanısı almayan hasta grubunu oluşturan katılımcıların yaş ortalaması, TSSB eştanısı alan hasta grubuna göre anlamlı düzeyde yüksek saptandı (p=0.002). Psöriazis hasta grubunda TSSB eştanısı alan ve almayan katılımcıların hastalık süresi arasında anlamlı farklılık saptanmadı (p=0.152).

Psöriazis hasta grubunda TSSB eştanısı alan grupta Beck depresyon ve Beck anksiyete toplam skorları TSSB eştanısı almayan gruba göre anlamlı düzeyde yüksek saptandı (sırasıyla p<0.001, p<0.001). Psöriazis hasta grubunda TSSB tanısı alan ve almayan katılımcıların PUKİ toplam skorları arasında ise anlamlı farklılık saptanmadı (p=0.005).

Psöriazis hasta grubunda TSSB eştanısı alan grupta TSSB-yeniden yaşantılama, TSSB-kaçınma, TSSB-negatif duygulanım ve TSSB-hipervijilans skorları TSSB tanısı

almayan gruba göre anlamlı düzeyde yüksek saptandı (sırasıyla $p<0.001$, $p<0.001$, $p<0.001$ ve $p<0.001$).

Tablo-6. Psöriazis hasta grubunda TSSB eştanısı alan hastalarla TSSB eştanısı almayan hastaların ölçek puanlarının karşılaştırılması

Değişken	TSSB Grubu (n=38)	TSSB Olmayan Grup (n=48)	t	P
	Ortalama ±Standart Sapma	Ortalama ±Standart Sapma		
Yaş	30.97±9.7	38.6±11.9	-3.205	0.002
Hastalık Süresi	10.87±8.7	13.8±10	-1.447	0.152
BDI	17.84±10.6	7.9±5.9	5.521	<0.001
BAI	14.66±10.03	6.3±7.1	4.492	<0.001
PUKİ	6.79±3.8	4.6±3.2	2.883	0.005
TSSB-yeniden yaşantılama	12.47±3.57	5.6±4.43	7.723	<0.001
TSSB-kaçınma	5.45±1.94	1.42±1.9	9.646	<0.001
TSSB-negatif duygulanım	15.7±5.98	3.92±3.88	11.050	<0.001
TSSB- hipervijilans	13.05±4.52	3.8±3.58	10.608	<0.001

Psöriazis Hastalarında Bazı Sosyodemografik Özellikler, Depresyon, Anksiyete, Uyku Kalitesi Semptom Şiddetlerinin Birbirleriyle Arasındaki İlişki (Tablo-7)

Psöriazis hastalarında yaş ile hastalık süresi arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulundu ($p=0.014$). Psöriazis hastalarında yaş ile BDI ve BAI skorları arasında negatif yönde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptandı (sırasıyla $p=0.008$, $p=0.005$). Psöriazis hastalarında yaş ile PUKİ skorları arasında negatif yönde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptandı ($p=0.004$).

Psöriazis hastalarında hastalık süresi ile BDI, BAI ve PUKİ skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmadı (sırasıyla $p=0.890$, $p=0.878$, $p=0.721$).

Psöriazis hastalarında BDI skorları ile BAI ve PUKİ skorları arasında pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptandı (sırasıyla $p < 0.001$, $p < 0.001$).

Psöriazis hastalarında BAI skorları ile PUKİ skorları arasında pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptandı ($p<0.001$).

Tablo-7. Psöriazis hastalarında bazı sosyodemografik özellikler, depresyon, anksiyete, uyku kalitesi semptom şiddetlerinin birbirleriyle arasındaki ilişki

Değişken		Yaş	Hastalık Süresi	BDI	BAI	PUKİ
Yaş	r	1	0.263	-0.285	-0.302	-0.307
	p		0.014	0.008	0.005	0.004
Hastalık Süresi	r	0.263	1	0.015	-0.017	-0.039
	p	0.014		0.890	0.878	0.721
BDI	r	-0.285	0.015	1	0.697	0.659
	p	0.008	0.890		<0.001	<0.001
BAI	r	-0.302	-0.017	0.697	1	0.665
	p	0.005	0.878	<0.001		<0.001
PUKİ	r	-0.307	-0.039	0.659	0.665	1
	p	0.004	0.721	<0.001	<0.001	

Psöriazis Hastalarında TSSB Alt Küme Semptom Şiddetlerinin Sosyodemografik Özellikler, Depresyon, Anksiyete, Uyku Kalitesiyle Arasındaki İlişki (Tablo-8)

Psöriazis hastalarında yaş ile TSSB-yeniden yaşantılama skorları, TSSB-kaçınma skorları, TSSB-negatif duygulanım skorları, TSSB-hipervijilans skorları arasında negatif yönde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptandı (sırasıyla $p=0.001$, $p=0.049$, $p<0.001$, $p<0.001$).

Psöriazis hastalarında hastalık süresi ile TSSB-yeniden yaşantılama skorları, TSSB-kaçınma skorları, TSSB-negatif duygulanım skorları, TSSB-hipervijilans skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmadı (sırasıyla $p=0.153$, $p=0.161$, $p=0.218$, $p=0.593$).

Psöriazis hastalarında BDI skorları ile TSSB-yeniden yaşantılama skorları, TSSB-kaçınma skorları, TSSB-negatif duygulanım skorları, TSSB-hipervijilans skorları arasında pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptandı (sırasıyla $p<0.001$, $p<0.001$, $p<0.001$, $p<0.001$).

Psöriazis hastalarında BAI skorları ile TSSB-yeniden yaşantılama skorları, TSSB-kaçınma skorları, TSSB-negatif duygulanım skorları, TSSB-hipervijilans

skorları arasında pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptandı (sırasıyla $p<0.001$, $p<0.001$, $p<0.001$, $p<0.001$).

Psöriazis hastalarında PUKİ skorları ile TSSB-yeniden yaşantılama skorları, TSSB-kaçınma skorları, TSSB-negatif duygulanım skorları, TSSB-hipervijilans skorları arasında pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptandı (sırasıyla $p<0.001$, $p=0.001$, $p<0.001$, $p<0.001$).

Psöriazis hastalarında TSSB-yeniden yaşantılama skorları ile TSSB-kaçınma skorları, TSSB-negatif duygulanım skorları, TSSB-hipervijilans skorları arasında pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptandı (sırasıyla $p<0.001$, $p=0.001$, $p<0.001$).

Psöriazis hastalarında TSSB-kaçınma skorları ile TSSB-negatif duygulanım skorları, TSSB-hipervijilans skorları arasında pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptandı (sırasıyla $p<0.001$, $p<0.001$).

Psöriazis hastalarında TSSB-negatif duygulanım skorları ile TSSB-hipervijilans skorları arasında pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptandı ($p<0.001$).

Tablo-8. Psöriazis hastalarında TSSB alt küme semptom şiddetlerinin sosyodemografik özellikler, depresyon, anksiyete, uyku kalitesiyle arasındaki ilişki

Değişken		TSSB-yeniden yaşantılama	TSSB- kaçınma	TSSB-negatif duygulanım	TSSB- Hipervijilans
Yaş	r	-0.348	-0.213	-0.373	-0.486
	p	0.001	0.049	<0.001	0.000
Hastalık Süresi	r	-0.156	-0.152	-0.134	-0.059
	p	0.153	0.161	0.218	0.593
BDI	r	0.581	0.492	0.665	0.700
	p	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001
BAI	r	0.561	0.455	0.546	0.673
	p	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001
PUKİ	r	0.479	0.352	0.475	0.588
	p	<0.001	0.001	<0.001	<0.001
TSSB yeniden yaşantılama	r	1	0.742	0.725	0.770
	p		<0.001	<0.001	<0.001
TSSB kaçınma puanı	r	0.742	1	0.692	0.648
	p	<0.001		<0.001	<0.001
TSSB negatif duygulanım	r	0.725	0.692	1	0.855
	p	<0.001	<0.001		<0.001
TSSB hipervijilans	r	0.770	0.648	0.855	1
	p	<0.001	<0.001	<0.001	

5. TARTIŞMA

Bu çalışmanın amacı, depremden etkilenmiş psöriazis hastalarında TSSB, depresyon, anksiyete semptom şiddetleri ve uyku kalitesine ait değerlerin depremden etkilenmiş sağlıklı bireylerle karşılaştırılmasıdır. Çalışmanın amacı kapsamında, depremden etkilenmiş psöriazis hastaları ve depremden etkilenmiş sağlıklı bireylerde TSSB'yi değerlendirmek için DSM-5 için Travma Sonrası Stres Bozukluğu Kontrol Listesi Ölçeği, depresyon şiddetini belirlemek için Beck Depresyon Envanteri, anksiyete şiddetini değerlendirmek için Beck Anksiyete Envanteri, uyku kalitesini değerlendirmek için Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi ölçekleri kullanılmıştır. Bu çalışmanın en önemli bulguları; i) psöriazis hastalarında depresyon, anksiyete, TSSB ve uyku bozuklukları semptom şiddeti düzeylerinin sağlıklı kontrollere göre anlamlı bir farklılık göstermemesi, ii) psöriazis grubunda yaş arttıkça depresyon, anksiyete, uykusuzluk ve TSSB semptom şiddetinin azalması, iii) psöriazis hastalarında PCL-5'e göre TSSB tanı kriterlerini karşılayan grupta depresyon ve anksiyete semptom şiddeti düzeylerinin daha yüksek, uyku kalitesinin de daha kötü olmasıdır.

Bu çalışmanın bulgularına göre, sağlıklı bireylerin eğitim düzeyleri ve çalışma durumları psöriazis hastalarına göre daha yüksektir. Psöriazis hastalarında eğitim düzeylerinin ve çalışma durumlarının daha düşük olması, psöriazisin yaşam kalitesi ve işlevsellik üzerindeki olumsuz etkileri ile açıklanabilir. Psöriazis, cilt ve/veya eklemlerin yaygın şekilde tutulması veya palmoplantar bölgelerin etkilenmesi durumunda iş gücü kaybına yol açabilmektedir (15). Yaşam kalitesi, Dünya Sağlık Örgütü (WHO) tarafından "bireyin kendi hedeflerine, beklentilerine, standartlarına ve çıkarlarına göre bir kültürel ve değerler sistemi içinde yaşamını değerlendirmesi" şeklinde tanımlanmıştır (85). Cinsiyet, yaş, medeni durum, sosyal destek, yaşam alanı ve özellikleri, sağlık durumu, eğitim, gelir, çalışma hayatı, boş zaman aktiviteleri gibi faktörler, yaşam kalitesini etkileyen unsurlar arasında yer almaktadır (86). Sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi (HRQoL), Patrick ve Erickson (1993) tarafından hastalık, yaralanma, tedavi veya politika gibi etkenlerle değişen, işlevsel durumlar, algılar ve sosyal fırsatlar doğrultusunda yaşam süresine atfedilen değer olarak tanımlanmıştır (87). Genel olarak HRQoL'nin, bireyin hastalığı ve tedavi süreci tarafından etkilenen en az üç geniş alandan (fiziksel, psikolojik ve sosyal işlevsellik) meydana gelen çok

boyutlu bir yapı olduğu kabul edilir. Fiziksel işlevsellik genellikle günlük yaşamın çeşitli aktivitelerini gerçekleştirme becerisi ve hastalığın kendisinden veya tedaviden kaynaklanan fiziksel belirtiler olarak tanımlanır. Psikolojik işlevsellik, şiddetli psikolojik sıkıntıdan olumlu bir refah duygusuna kadar uzanır ve bilişsel işlevselliği de kapsayabilir. Sosyal işlevsellik, sosyal ilişkiler ve etkileşimler ile toplumsal entegrasyonun nicel ve nitel yönlerini ifade eder (88). Psöriazis, kronik bir hastalık olup, sık aralıklarla tedavi gerektirmesi, günlük yaşam aktivitelerini engellemesi, mesleki ve cinsel işlevsellikte düşüşe yol açması ve estetik kaygılar oluşturması nedeniyle hastaların yaşam kalitesini olumsuz şekilde etkileyebilmektedir (15,89). Kronik hastalıklar yaşam kalitesinin düşmesine neden olmaktadır. Cambridge Kronik Hastalıklar Komisyonu tarafından önerilen tarihsel olarak en yaygın kabul gören kronik hastalık tanımlamalarından biri kalıcılık, rezidü sakatlığın varlığı, vücut sisteminde geri dönüşü olmayan patolojik değişiklik, rehabilitasyon için hastanın özel eğitimine ihtiyaç duyulması ve uzun süreli gözetim, gözlem ve bakım sağlanması maddelerinden bir veya daha fazlasına sahip olunmasıdır (90). Kronik hastalıkların çoğu, hastaların iyi yaşama kapasitelerini sınırlayarak, işlevsel durumlarını, üretkenliklerini ve HRQoL'lerini sınırlayarak genel sağlıklarını kötüleştirme potansiyeline sahiptir (91). Kronik bedensel hastalıkların yaşam kalitesini düşürdüğü çalışmalarda gösterilmiştir (91,92). Psöriazis de kronik bir hastalıktır (5,6) El içi ve ayak tabanı tutulumunun olduğu palmoplantar psöriazis, tek başına vücut yüzey alanının %5'inden daha küçük bir kısmını etkiliyor olmasına rağmen, avuç içi ve ayak tabanlarında yoğun şekilde gelişen deri kalınlaşması (hiperkeratoz) ve çatlaklar (fissürler) hastanın yaşam kalitesini olumsuz yönde etkiler. Psöriazis nedeniyle meydana gelen ağrı da günlük aktiviteleri zorlaştırır (15). Psöriazisin eklem tutulumu psöriatik artrit (PsA) olarak isimlendirilir. Psöriazisli hastaların %20-30'unu etkileyen inflamatuvar bir artrit olan PsA, hafif eklem iltihabından ilerleyici erozif artropatiye kadar geniş bir aralıkta olabilir. Tedavinin başlatılmasındaki gecikme hastalığın başlangıcındaki ilk birkaç yılda dikkat çeken eklem yıkımının hızlanmasıyla sonuçlanabilir. Muhtemelen eklem değişiklikleri geri döndürülemez (93,94). PsA hastaları uyku bozukluğu, iş kapasitesinde azalma ve sosyal izolasyondan da yakınır. Bu belirtiler yorgunluğa da neden olarak yaşam kalitesini azaltır (95). Ek artrit tanısı olan hastalar, artriti olmayan hastalara göre yaşam kalitesinde daha fazla

bozulma gösterir (10). Nitekim, literatürde psöriazis hastalarında yeti yitimi ve işlevsellikte azalma, yaşam kalitesinde bozulma olduğunu bildiren yayınlar bulunmaktadır (89,96). Çalışmamızın bu bulgusunun, literatürle uyumlu olduğu söylenebilir.

Çalışmamızın bir diğer bulgusu, psöriazis hastalarında ailede dermatolojik hastalık oranının sağlıklı kontrollere oranla yaklaşık 2.5 kat daha fazla olduğunu göstermiş olmasıdır. Brandrup ve ark. ikizlerle yaptığı konkordans çalışmasında, tek yumurta ikizlerinde psöriazis prevalansının heterozigot ikizlerden daha yüksek olduğunu göstermiştir (23). Psöriazis monozygotik ikizlerde yaklaşık %60'lık bir uyum ile güçlü ancak karmaşık bir genetik arka plana sahiptir ve son bağlantı ve yüksek çözünürlüklü ilişkilendirme çalışmaları, HLA-Cw*0602'nin psöriasis için önemli bir duyarlılık aleli olduğunu göstermektedir (97,98). Bu aleli taşıyan hastaların farklı klinik özelliklere ve daha erken hastalık başlangıç yaşına sahip olduğu ve bu alel için homozigot olan hastaların heterozigotlara göre yaklaşık 2,5 kat daha yüksek hastalık riskine sahip olduğu gösterilmiştir. Çalışmamızın bu bulgusunun, literatürle uyumlu olduğu söylenebilir (6,12,97).

Çalışmamızın bir diğer bulgusu psöriazis hasta grubunun TSSB eştanısı almayan grubunda kronik hastalık oranının TSSB eştanısı alan gruba göre daha yüksek saptanmış olmasıdır. Literatürde TSSB'nin kardiyovasküler hastalıklar için bir risk faktörü ve kardiyovasküler hastalıkların prognozunu olumsuz etkileyebilecek bir hastalık olduğu gösterilmiştir (99,100). 2013 yılında yapılan bir meta analiz çalışması da TSSB'yi koroner kalp hastalığı için bağımsız olarak artmış risk ile ilişkilendirmiştir (101). Agyemang ve ark. nın sığınmacılar üzerinde yaptığı bir çalışmada TSSB olan sığınmacılarda TSSB olmayanlara kıyasla daha yüksek tip 2 diyabet prevalansı görülmüştür (102). Sistemik hastalıklardan kardiyovasküler hastalıkların ve diyabetin TSSB hasta grubunda sağlıklı gruba göre daha fazla olduğunu gösteren çalışmalar bizim bulgumuzla çelişmektedir (99-102). Araştırmamızın bu çelişkili bulgusu araştırmaların deseni, örneklemelerin farklı demografik ve klinik özelliklere sahip olması ile açıklanabilir. Ayrıca, yine bulgularımızdan biri olan yaş arttıkça TSSB görülme sıklığının azalması ve kronik hastalıkların yaşlı hasta grubunda daha çok görülmesi bu bulgumuzun sebebi olabilir.

Bu çalışmanın bulgularına göre, psöriazis hastalarında artan yaşla beraber depresyon, anksiyete, uykusuzluk ve TSSB daha az görülmektedir. Bizim çalışmamızın bu bulgusu psöriazis hastalarında hastalık süresi ve yaş arttıkça hastalığı ve süreci kabullenme ve hastalıkla yaşamayı öğrenme nedeniyle gelişmiş olabilir. Genç bireyler psöriazis hastalık tanısını ilk aldığı anda hastalık sürecinin bilinmezliği, baş etme mekanizmalarının henüz tam gelişmemiş olması ruhsal hastalıkların onlarda daha fazla gelişmesine sebep olmuş olabilir. Özellikle deri hastalıklarında, gözle görülebilen lezyonlar damgalanma ve kusurlu olma hissine, suçluluk ve utanç duygularına, reddedilme beklentisine sebep olabilir. Olumsuz şekilde yargılanma ve dışlanma korkusu, hastalarda genellikle psikolojik stres, depresyon, sosyal anksiyete ve sosyal geri çekilmeye yol açar (7,8,9). Tüm bunlar özellikle toplumda etkili olabilmek için beden imajının önemli olduğu algısını daha fazla yaşayan genç bireylerin, psikolojik sorunlarla daha fazla karşılaşmalarına yol açabilir (104). Bireyin iç ve dış dünyasının oluşturduğu ihtiyaç ve zorlanmaları gidermek, onları kontrol altında tutmak ve gerginlikleri azaltmak amacıyla gösterdiği bilişsel ve davranışsal çabalar başa çıkma stratejisi olarak tanımlanır. Deneyimlenen stresli bir olay veya durumla başa çıkmada kişi farklı başa çıkma yöntemleri kullanabilir. Birey, kendisini stresli hissettiren bir durum veya olayı değiştirmeye çalışabilir. Bu yaklaşım, probleme dayalı başa çıkma yöntemi olarak bilinir. Mevcut stresli durum değiştirilemeyecek nitelikte ise olayla ilgili duygularını hafifletmeye ve kendini değiştirmeye çalışır. Bu da duygu odaklı başa çıkma yöntemi olarak bilinir. Bir diğer başa çıkma yöntemi ise dini başa çıkma yöntemleridir. Dini başa çıkma yöntemleri, bireylerin başa çıkamadıkları durumlarla karşılaştıklarında, kendinden üstün bir varlığa sığınma ihtiyacından kaynaklanan bir başa çıkma tarzıdır. Kendisini seven ve koruyacağına inandığı Tanrı inancı, yaşadığı olumsuz olaylarla başa çıkmasına yardımcı olabilmektedir. Ancak yaşanan olayı Tanrı tarafından cezalandırılma olarak görme, Tanrı'nın gücünden şüpheye düşme gibi olumsuz dini algılar, bireyin stresle sağlıklı biçimde baş etmesinin önüne geçebilmektedir (105). Nepal'de 2015 yılında gerçekleşen deprem sonrasında yapılan bir çalışmanın bulguları yaşlı yetişkinlerin gençlere kıyasla dini başa çıkma stratejilerini daha fazla kullandıklarını göstermiştir (106). Sowan ve ark. nın yaptığı bir çalışma kronik stres olaylarının özellikle yaşlı yetişkinlerde depresyon ve anksiyete gibi ruhsal hastalıklarla ilişkili olduğunu

bildirmiştir (107). Lupp ve ark. nın yaptığı bir çalışma depresyonun görülmesinin en yüksek yaş grupları olan 85-89 ve 90 yaş ve üzerinde sırasıyla %20-25 ve %30-50 oranında arttığını göstermiştir (108). Murayama ve ark. yaş arttıkça stresörlerin kronikleşme eğilimi gösterdiklerini saptamıştır (109). Liu ve ark. Çin'de 1998 yılında yaşanan sel felaketinin mağdurlarından oluşan nüfusa dayalı bir örnekleme, yaşlıların TSSB semptomları geliştirme olasılığının iki kattan fazla olduğunu bildirmiştir (110). Yine çeşitli çalışma bulguları ileri yaştan TSSB için bir risk faktörü olduğunu göstermiştir (103,106). Ticehurst ve ark. yaşlıların deprem sonrasında genç yetişkinlerden daha fazla sıkıntı yaşadıklarını tespit etmiştir (111). Bununla birlikte, diğer çalışmaların sonuçları genellikle insanların stresli olaylar karşısında yaş arttıkça duygusal tepkiselliğinin azaldığını göstermiştir ve stresli olayları gençlik yıllarındaki deneyimlerine kıyasla daha az stresli olarak değerlendirdiklerini göstermiştir (112,113). Daha geniş dini ve sosyal ilişkiler de stresli olayların etkilerine karşı koruma sağlayabilir (112). Carstensen, Isaacowitz ve Charles'ın yayımladığı sosyoduygusal seçicilik teorisinde, yaşlı bireylerin daha az olumsuz duygu yaşadığı, günlük hayatta duyguları üzerinde daha fazla kontrol sahibi oldukları gösterilmiştir (114). Yine Mroczek ve Kolarz yaptıkları çalışmada yaşlı yetişkinlerin genç yetişkinlere kıyasla daha fazla olumlu duygulanım ve daha az olumsuz duygulanım yaşadıklarını bildirme eğiliminde olduklarını göstermişlerdir (115). Cherry ve ark. sel felaketi sonrası yaptıkları bir çalışmada, ileri yaştan daha yüksek dindarlık, diğer insanlar için yapılan hayır işleri ve dayanıklılık ile ilişkili olduğunu, yaşlı bireylerin dini başa çıkma yöntemlerini kullanmaları nedeniyle genç bireylere kıyasla psikolojik travmaya karşı daha dirençli olduklarını göstermiştir (116). Zachariae ve ark. yaptıkları çalışmada yaşlı psöriazis hastalarının genç hastalara göre yaşam kalitesinin daha az bozulduğunu bildirmişlerdir (117). Doğal afetlerin yaşlı ve genç yetişkinler üzerinde psikolojik etkilerini araştıran çalışma bulguları farklı sonuçları ortaya koymuştur (103,106,110,111,116).

Depremden etkilenmiş kişiler travma ile farklı şekillerde başa çıkmaya çalışabilmektedir. Uyum sağlayıcı stratejiler arasında ailevi, sosyal destek kullanımı, dini başa çıkma yöntemleri, kendini geri çekme ve başkalarına yardım etme yer almaktadır. Hayatta kalanlar travmanın üstesinden gelebilmek için dua etmek, ibadet etmek, Tanrı'nın yardımına inanmak, Tanrı adına hayır yapmak gibi dini başa çıkma

yöntemlerini kullanmışlardır. Müdahaleye ihtiyaç duyulabilecek ve daha az uyumlu olan başa çıkma stratejileri ise stresin somatik biçimde ifade edilmesi, yadsıma, çaresizlik, suçlama, bağımlılık ve madde kullanımıdır. Deprem sonrası hayatta kalanların TSSB'ye karşı savunmasızlığını uyumsuz başa çıkma stratejileri daha da artırmaktadır (106).

Çalışmaların çoğu deprem gibi doğal afetlerden sonra en sık görülen psikopatolojilerden birinin TSSB olduğunu göstermektedir (4,118). Çalışmamızın bulgularına göre psöriasis hasta grubunda TSSB oranı sağlıklı kontrol grubuna göre daha yüksek saptanmasına karşın anlamlı bir fark saptanmamıştır. Çalışmamızda depremden sonra 14-18. aylarda psöriasis hasta grubunda depremden etkilenen mağdurlarda DSM-5 tanı kriterlerine göre %44.2'lik TSSB oranı, sağlıklı kontrol grubunda depremden etkilenen mağdurlarda %39.5'luk TSSB oranı, Wang ve ark. nın deprem mağdurları arasında DSM-IV kriterlerine göre 3. ayda %18.8, 9.ayda %24.2 olarak tespit ettiği orandan çok daha yüksek bulunmuştur (119). McMillen ve ark. nın 1994 yılında gerçekleşen Northridge, Kaliforniya depreminin ardından yaptıkları çalışmada katılımcıların %13'ü TSSB için DSM-III-R kriterlerini karşılamıştır (120). Türkiye'de Marmara depreminden 6 yıl sonra yapılan bir çalışmada katılımcıların %24.2'sinin TSSB belirtileri gösterdiği ortaya çıkmıştır (121). Feder ve ark. nın 2005 Pakistan depreminden 3 yıl sonra yaptıkları çalışmada katılımcıların %65'i TSSB kriterlerini karşılamıştır (122). Sehlikoğlu ve Çiçek'in 6 Şubat 2023 depremlerinden 8 ay sonra yaptıkları çalışmada uzuv kaybı olan hastalarda TSSB prevalansı %56.3 olarak bulunmuştur (123). Çalışmamızda bulduğumuz TSSB oranı literatürdeki TSSB oranlarının bir kısmına benzer bir kısımdan ise düşük veya yüksektir. Bu farklı sonuçların sebebi, araştırmalarda TSSB'yi değerlendirmek için kullanılmış araçların farklılığının yanı sıra olayların üzerinden geçen zaman, yaş, cinsiyet, sosyoekonomik durum, medeni durum ve eğitim geçmişi gibi sosyodemografik değişkenler ve merkez üssüne yakınlık, kişisel yaralanmalar, yakın kaybı, yıkımın büyüklüğü gibi afetle ilgili değişkenler ve ülkelerin gelişmişlik durumu nedeniyle oluşmuş olabilir (124,125).

Kadınlardaki TSSB oranı erkeklerden daha yüksek bulunmuş ancak cinsiyetler arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır. Türkiye'de Marmara depreminden 6 yıl sonra yapılan bir çalışmada da kadınlardaki TSSB oranı erkeklerden daha yüksek bulunmuştur ancak fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (121). Sehlikoğlu

ve ark. nın 6 Şubat 2023 depremlerinden sonra yaptıkları çalışmada da kadınların erkeklere kıyasla daha yüksek düzeyde TSSB belirtileri gösterdikleri bulunmuştur (126). Bilimsel literatürde yer alan çeşitli çalışmalar kadınların TSSB, anksiyete bozukluğu ve depresyon geliştirme riskinin daha yüksek olduğunu göstermektedir (122,127). Türkiye gibi ataerkil yapıya sahip toplumlarda toplumsal cinsiyet rollerine bağlı görev ve sorumluluklar afet sonrasında da devam etmektedir (128). Kadınlar afetin neden olduğu barınma ve güvenlik sorunları nedeniyle yer değiştirmek, aile fertlerinin (çocuklar ve yaşlılar gibi) bakım ve sorumluluğunu üstlenmek, karar alma süreçlerinden dışlanmak gibi çeşitli zorluklarla karşı karşıya kalmaktadır (126,128). Kadınların TSSB geliştirme ihtimali erkeklere göre daha yüksek olduğundan, kadınlara öncelikli psikososyal destek sağlanması önemli olabilir (129).

Doğal afetler sonrası TSSB ve majör depresyon en sık karşılaşılan psikiyatrik sorunlardır (124,130). Bir meta-analizin sonucuna göre, depremden kurtulanların yaklaşık üçte biri şiddetli depresyon belirtileri göstermektedir (131). Bizim çalışmamızın bulgularına göre psöriazis hasta grubu ile sağlıklı kontrol grubu arasında BDI skorları arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır. Psöriazis hasta grubunu oluşturan katılımcıların BDI skor puanı ortalaması 12.28 (SS=9.6) iken, sağlıklı kontrol grubunu oluşturan katılımcıların BDI skor puanı ortalaması 13.36 (SS=10.1) olarak hesaplanmıştır. Hedemann ve ark. nın yakın zamanda yaptıkları bir çalışmada psöriazis hastalarının depresif belirtiler gösterme olasılığı 1.5 kat daha fazla bulunmuştur (66). Ahmedi ve ark. nın 2017 Kirmanşah depremi sonrası yaptıkları çalışmada BDI skor puan ortalaması 33.82 (SS=7.73) bizim çalışmamızın bulgusuna göre çok yüksektir (132). Taşçı ve Özsoy'un Elazığ Sivrice depreminden 2.5 ay sonra yaptıkları çalışmada depremi yaşayan kişilerde ortalama BDI skor puan ortalaması 12.25 (SS=10.65) olarak bulunmuştur (133). Sehlikoğlu ve Çiçek'in 6 Şubat 2023 depremlerinden 8 ay sonra yaptıkları çalışmada uzuv kaybı olan hastalarda şiddetli depresyon düzeyi (%65), uzuv kaybı olmayanlara (%18.8) göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (123). Literatürde yapılan çalışmaların farklı bulguları araştırmaların deseni, zamanlaması, farklı demografik ve klinik özelliklere sahip olması ile açıklanabilir.

Çalışmamızın bir diğer bulgusu psöriazis hasta grubu ile sağlıklı kontrol grubu arasında BAI puanları arasında anlamlı bir fark saptanmamasıdır. Psöriazis hasta

grubunu oluşturan katılımcıların BAI skor puan ortalaması 10.01 (SS=9.4) iken, sağlıklı kontrol grubunu oluşturan katılımcıların BAI skor puan ortalaması 10.6 (SS=10.1) olarak hesaplanmıştır. Bir meta-analizin sonucuna göre, depremde kurtulanların yaklaşık beşte biri şiddetli anksiyete belirtileri bildirmiştir (131). Hedemann ve ark. yakın zamanda yaptıkları bir çalışmada psöriazis hastalarının psöriazis hastalığı olmayan bireylere göre daha yüksek oranda anksiyete belirtileri (%20-50) yaşadıklarını göstermişlerdir (66). Hırvatistanda 2020 yılında yaşanan COVID-19 salgını ve depremler sonrasında yapılan bir çalışmada BAI toplam skorunun ortancası 10 olarak bulunmuştur (134). Türkiye'de Marmara depreminden 6 yıl sonra yapılan bir çalışmada katılımcıların BAI puan ortalaması ise 14.87 (SS=13.56) olarak bulunmuştur (121). Uğur ve ark. nın 24 Ocak 2020 tarihinde meydana gelen Elazığ-Sivrice depremine maruz kalan Akut Stres Bozukluğu tanılı kişiler üzerinde yaptıkları bir çalışmada ortalama BAI puanı 17.36 (SS=14.80) olarak bulunmuştur (135). Taşçı ve Özsoy'un Elazığ Sivrice depreminden 2.5 ay sonra yaptıkları çalışmada depresi yaşayan kişilerde ortalama BAI puanı 12.09 (SS=11.19) olarak bulunmuştur (133). Literatürde yapılan çalışmaların farklı bulguları araştırmaların deseni, zamanlaması, farklı demografik ve klinik özelliklere sahip olması ile açıklanabilir.

Hastalıkların çoğuna eşlik eden ve uzun yıllardır üzerinde çalışılan bir semptom olan uyku problemi TSSB, depresyon, anksiyete bozuklukları gelişimi için risk faktörüken, TSSB gibi psikiyatrik hastalıkların belirtisi olarak da ortaya çıkabilir (136,137). Bizim çalışmamızda Psöriazis hasta grubunda ortalama PUKİ puanı 5.56 (SS=3.46) idi. PUKİ toplam puanının 5 ve üzerinde olması kötü uyku kalitesini göstermektedir. Aktura ve ark. nın 6 Şubat 2023 depreminden 2 hafta sonra veri toplamaya başlayarak yaptıkları çalışmada ortalama PUKİ puanı 8.74 (SS=4.06) ile bizim çalışmamıza göre daha yüksek bulunmuştur (138). Bu durum çalışmamızın zamanlaması nedeniyle oluşmuş olabilir. Çalışmamızda TSSB, anksiyete ve depresyon düzeyi yüksek olan bireylerin daha fazla uyku sorunu yaşadıkları görülmüştür. Çalışmalar TSSB semptomları ile uyku bozuklukları arasında karşılıklı bir ilişki olduğunu göstermiştir (137,139). Öznur ve ark. TSSB tanılı hastalarla yaptıkları çalışmada uyku kalitesinde önemli bir bozulma olduğunu göstermişlerdir (140). Sehliskoğlu ve ark. 6 Şubat 2023 depremlerinden sonra yaptıkları çalışmada

TSSB düzeyi yüksek olan bireylerin daha fazla uyku sorunu yaşadıklarını göstermişlerdir (126). Çalışmamızın bu bulgusunun literatürle uyumlu olduğu söylenebilir (126,137,139). Çalışmamızda ortalama uyku kalitesi yaşlanma ile artmıştır. Bavafa ve ark. 2019 yılında yaptıkları bir çalışmada Kirmanşah depreminden sağ kurtulan kişilerde ortalama uyku kalitesinin yaşlanma ile azaldığını göstermişlerdir (141). Bizim bulgumuz ileri yaşlarda uyku kalitesinin azaldığını gösteren çalışmalar (141,142,143) ile çelişmektedir. Araştırmamızın bu çelişkili bulgusu araştırmaların deseni, örneklemelerin farklı demografik ve klinik özelliklere sahip olması ile açıklanabilir. Ayrıca, yine bulgularımızdan biri olan psöriazis grubunda yaş arttıkça depresyon, anksiyete, TSSB semptom şiddetinin azalması, yaş arttıkça uykusuzluğun da azalmasını açıklayabilir.

Çalışmamızın psöriazis hastalarında bir deprem felaketinin ardından TSSB, depresyon, anksiyete bozukluğu ve uyku bozukluklarını eş zamanlı olarak inceleyen ilk çalışma olması, çalışmamızın güçlü yanlarından birisidir. Muadil araştırma desenine sahip çalışmalara göre, daha geniş bir örnekleme sahip olması çalışmamızın bir diğer güçlü yanı olarak yorumlanabilir.

Bu çalışmanın çeşitli sınırlılıkları bulunmaktadır. İlk olarak, araştırmamız Türkiye'nin güneydoğu bölgesinde yer alan Adıyaman ilinde depremi yaşamış kişilerle gerçekleştirilmiştir. Bu nedenle, sonuçlar yalnızca çalışma evreni için genelleştirilebilir. Ayrıca depremden etkilenen tüm illerde psöriazis hastalarında depresyon, anksiyete bozukluğu ve TSSB yaygınlığına ilişkin toplum temelli çalışmalar yapılması önerilmektedir. İkinci olarak, katılımcılar depremden 1 yıl sonra çalışmaya dahil edildiği ve çalışma öz bildirime dayandığı için hatırlama yanlılığı oluşmuş olabilir. Üçüncü olarak, bu çalışmanın kesitsel doğası, deprem ve TSSB, depresyon ve anksiyete bozukluğu arasındaki nedensel ilişkilerin net bir şekilde tanımlanmasını engellemektedir. Bu sebeple nedensel etkilerin araştırılması için boylamsal bir çalışma gerekli olabilir.

Psöriazis hastalarında depresyon, anksiyete ve TSSB semptom şiddeti düzeylerinin sağlıklı kontrollere göre anlamlı bir farklılık göstermemesi deprem sonrası psikopatoloji gelişimini etkileyebilecek aile üyelerinin, akrabaların ve arkadaşların kaybı, fiziksel yaralanma yaşama, enkaz altında kalma, enkaz altında geçirilen sürenin uzunluğu, maddi kayıplar, işsizlik, ekonomik zorluklar ve sosyal

desteğin kaybı gibi risk faktörlerinin incelenmemiş olmasına bağlı olabilir ve bu durum da çalışmamızın kısıtlılığı olarak kabul edilebilir.



6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışmamızın bulgularına göre, psöriazis hastalarında sağlıklı kontrollere kıyasla TSSB tanısı oranı, TSSB-yeniden yaşantılama ve TSSB-hipervijilans psikopatoloji skorlarının ortalamaları daha yüksek olmasına rağmen, bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Ayrıca depresyon ve anksiyete semptom şiddetleri de psöriazis hastalarında sağlıklı kontrollere göre anlamlı bir farklılık göstermemiştir. Psöriazis hastalarında yaşlanma ile depresyon, anksiyete, uykusuzluk ve TSSB semptom şiddetleri azalmıştır. TSSB olan grupta depresyon ve anksiyete düzeyleri daha yüksek, uyku kalitesi ise daha kötü olarak bulunmuştur. Gelecekte yapılacak araştırmalar, psöriazis hastalarında deprem gibi travmatik bir olay yaşama sonrası TSSB, depresyon, anksiyete bozukluğu geliştirme açısından biyolojik, genetik, çevresel risk faktörlerinin anlaşılmasına yardımcı olabilir.

Özellikle psöriazis hastalarında deprem sonrası psikopatoloji gelişimi ve psikopatolojinin kronikleşmesi için ağırlaştırıcı faktörler olan aile üyelerinin, akrabaların ve arkadaşların kaybı, fiziksel yaralanma yaşama, enkaz altında kalma, enkaz altında geçirilen sürenin uzunluğu, maddi kayıplar, işsizlik, ekonomik zorluklar ve sosyal desteğin kaybı gibi risk faktörlerinin araştırılacağı çalışmalar travmatik olayların ruh sağlığı üzerindeki etkisini belirlemede yol gösterici olabilir.

Sonuç olarak, depremden etkilenmiş psöriazis gibi psikokutanöz hastalığı olan kişilerde psikiyatri kliniği ile iş birliği yaparak TSSB, depresyon, anksiyete bozuklukları ve uyku bozukluklarının erken teşhisi ve risk faktörlerinin belirlenmesi hem tedavinin başarısını hem de hastanın yaşam kalitesini olumlu yönde etkileyebilir.

7.KAYNAKÇA

- 1.AFAD. Kahramanmaras Earthquake Report- Available from: https://deprem.afad.gov.tr/assets/pdf/Kahramanmara%C5%9F%20Depremi%20%0Raporu_02.06.2023.pdf. Accessed Mar 1, 2024.
2. UNDRR (United Nations Office for Disaster Risk Reduction)-available from: https://www.unisdr.org/files/58158_unisdr2017annualreport.pdf. Accessed Mar1, 2024.
3. Ehrenreich, J. H. (1999). *Coping with disaster: A guidebook to psychosocial intervention*. Mental Health Workers without Borders.
4. Norenzayan, A., & Lee, A. (2010). It was meant to happen: Explaining cultural variations in fate attributions. *Journal of personality and social psychology*, 98(5), 702.
5. Griffiths, C. E., Armstrong, A. W., Gudjonsson, J. E., & Barker, J. N. (2021). Psoriasis. *The Lancet*, 397(10281), 1301-1315.
6. Wang, Y., Wang, X., Gu, X., Pan, J., Ouyang, Z., Lin, W., ... & Su, J. (2023). Evidence for a causal association between psoriasis and psychiatric disorders using a bidirectional Mendelian randomization analysis in up to 902,341 individuals. *Journal of Affective Disorders*, 337, 27-36.
7. KE. Psöriazis hastalarında depresyon, anksiyete, aleksitimi değerdendirilmesi ve çocukluk çağı travmaları sorgulaması (Tıpta Uzmanlık Tezi). İstanbul: Sağlık Bilimleri Üniversitesi; 2016.
8. Liluashvili, S., & Kituashvili, T. (2019). Dermatology Life Quality Index and disease coping strategies in psoriasis patients. *Advances in Dermatology and Allergology/Postępy Dermatologii i Alergologii*, 36(4), 419-424.

9. Augustin, M., & Radtke, M. A. (2014). Quality of life in psoriasis patients. *Expert review of pharmacoeconomics & outcomes research*, 14(4), 559-568.
10. Fortune, D. G., Richards, H. L., & Griffiths, C. E. (2005). Psychologic factors in psoriasis: consequences, mechanisms, and interventions. *Dermatologic clinics*, 23(4), 681-694.
11. Parisi, R., Iskandar, I. Y., Kontopantelis, E., Augustin, M., Griffiths, C. E., & Ashcroft, D. M. (2020). National, regional, and worldwide epidemiology of psoriasis: systematic analysis and modelling study. *bmj*, 369.
12. Kamiya, K., Kishimoto, M., Sugai, J., Komine, M., & Ohtsuki, M. (2019). Risk factors for the development of psoriasis. *International journal of molecular sciences*, 20(18), 4347.
13. Önder, E., Tural, Ü., Aker, T., Kılıç, C., & Erdoğan, S. (2006). Prevalence of psychiatric disorders three years after the 1999 earthquake in Turkey: Marmara Earthquake Survey (MES). *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 41, 868-874.
14. Holubar, K. (1990). Psoriasis—100 years ago. *Dermatology*, 180(1), 1-4.
15. Alpsoy, E., Ergun, T., Şendur, N., Adışen, E., Balcı, D. D., & Özden, M. G. Tüm Yönleriyle Psöriazis. İstanbul: Türk Dermatoloji Derneği Yayınları; 2020; 4-132.
16. Raychaudhuri SP, Farber EM. The prevalence of psoriasis in the world. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 15:16-17, 2001. 65
17. Boehncke WH, Schön MP. Psoriasis. *Lancet*. 2015 Sep 5;386(9997):983-94.
18. Hägg, D., Eriksson, M., Sundström, A., & Schmitt-Egenolf, M. (2013). The higher proportion of men with psoriasis treated with biologics may be explained by more severe disease in men. *PloS one*, 8(5), e63619.

19. Henseler T, Christophers E. Psoriasis of early and late onset: characterization of two types of psoriasis vulgaris. *J Am Acad Dermatol*. 1985;13(3):450-456.
20. Smith AE, Kassab JY, Rowland Payne CM, Beer WE. Bimodality in age of onset of psoriasis, in both patients and their relatives. *Dermatology* 1993; 186(3):181-186.
21. Kundakci, N., Türsen, Ü., Babiker, M. O., & Gürgey, E. (2002). The evaluation of the sociodemographic and clinical features of Turkish psoriasis patients. *International journal of dermatology*, 41(4), 220-224.
22. Nogueira, S., Rodrigues, M. A., Vender, R., & Torres, T. (2022). Tapinarof for the treatment of psoriasis. *Dermatologic Therapy*, 35(12), e15931.
23. Brandrup, F., Holm, N., Grunnet, N., Henningsen, K., & Hansen, H. E. (1982). Psoriasis in monozygotic twins: variations in expression in individuals with identical genetic constitution. *Acta dermato-venereologica*, 62(3), 229-236.
24. Veal, C. D., Clough, R. L., Barber, R. C., Mason, S., Tillman, D., Ferry, B., ... & Trembath, R. C. (2001). Identification of a novel psoriasis susceptibility locus at 1p and evidence of epistasis between PSORS1 and candidate loci. *Journal of medical genetics*, 38(1), 7-13.
25. Sugiura, K. (2014). The genetic background of generalized pustular psoriasis: IL36RN mutations and CARD14 gain-of-function variants. *Journal of dermatological science*, 74(3), 187-192.
26. Weiss, G., Shemer, A., & Trau, H. (2002). The Koebner phenomenon: review of the literature. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*, 16(3), 241-248.
27. Owen, C. M., Chalmers, R. J. G., O'sullivan, T., & Griffiths, C. E. M. (2001). A systematic review of antistreptococcal interventions for guttate and chronic plaque psoriasis. *British Journal of Dermatology*, 145(6), 886-890.

28. Rendon, A., & Schäkel, K. (2019). Psoriasis pathogenesis and treatment. *International journal of molecular sciences*, 20(6), 1475.
29. Griffiths, C. E., & Barker, J. N. (2007). Pathogenesis and clinical features of psoriasis. *The Lancet*, 370(9583), 263-271.
30. ORTONNE. (1999). Recent developments in the understanding of the pathogenesis of psoriasis. *British Journal of Dermatology*, 140(S54), 1-7.
31. Pathirana, D., Ormerod, A. D., Saiag, P., Smith, C., Spuls, P. I., Nast, A., ... & Rzany, B. (2009). European S3-guidelines on the systemic treatment of psoriasis vulgaris. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*, 23(SUPPL. 2), 5-70.
32. ÇS. Kilolu Psöriatik Artrit Ve Psöriazis Hastalarında Leptin, Adiponektin Ve Ghrelin Düzeyleri Ve Metabolik Parametrelerle İlişkisi (Tıpta Uzmanlık Tezi). Bursa: Sağlık bilimleri Üniversitesi; 2024.
33. Browning, J. C. (2009). An update on pityriasis rosea and other similar childhood exanthems. *Current opinion in pediatrics*, 21(4), 481-485.
34. Kaushik, S. B., & Lebwohl, M. G. (2019). Review of safety and efficacy of approved systemic psoriasis therapies. *International journal of dermatology*, 58(6), 649-658.
35. Nestle, F. O., Kaplan, D. H., & Schon, M. P. (2009). barker J: Psoriasis. *N Engl J Med*, 361(17), 496-509.
36. Öztürk O, Uluşahin A. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları Güncellenmiş 18 Baskı. Ankara: Nobel Tıp Kitabevi; 2023; 373-381.
37. Bisson, J. I., Cosgrove, S., Lewis, C., & Roberts, N. P. (2015). Post-traumatic stress disorder. *Bmj*, 351.

38. Thakur, A., Choudhary, D., Kumar, B., & Chaudhary, A. (2022). A review on post-traumatic stress disorder (PTSD): symptoms, therapies and recent Case studies. *Current molecular pharmacology*, 15(3), 502-516.
39. Javidi, H., & Yadollahie, M. (2012). Post-traumatic stress disorder.
40. Gersons, B. P., & Carlier, I. V. (1992). Post-traumatic stress disorder: The history of a recent concept. *The British Journal of Psychiatry*, 161(6), 742-748.
41. Löwe, B., Henningsen, P., & Herzog, W. (2006). Post-traumatic Stress Disorder: history of a politically unwanted diagnosis. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 56(3-4), 182-187.
42. Santiago, P. N., Ursano, R. J., Gray, C. L., Pynoos, R. S., Spiegel, D., Lewis-Fernandez, R., ... & Fullerton, C. S. (2013). A systematic review of PTSD prevalence and trajectories in DSM-5 defined trauma exposed populations: intentional and non-intentional traumatic events. *PloS one*, 8(4), e59236.
43. Forman-Hoffman, V., Middleton, J. C., Feltner, C., Gaynes, B. N., Weber, R. P., Bann, C., ... & Green, J. (2018). Psychological and pharmacological treatments for adults with posttraumatic stress disorder: a systematic review update.
44. Kirkpatrick, H. A., & Heller, G. M. (2014). Post-traumatic stress disorder: theory and treatment update. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*, 47(4), 337-346.
45. Lin, C. C., Cheng, P. Y., & Liu, Y. P. (2020). Effects of early life social experience on fear extinction and related glucocorticoid profiles—behavioral and neurochemical approaches in a rat model of PTSD. *Behavioural brain research*, 391, 112686.
46. Yehuda, R. (2002). Post-traumatic stress disorder. *New England journal of medicine*, 346(2), 108-114.

47. Ogłodek, E. A. (2022). Changes in the serum concentration levels of serotonin, tryptophan and cortisol among stress-resilient and stress-susceptible individuals after experiencing traumatic stress. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(24), 16517.
48. Skolariki, K., Vrahatis, A. G., Krokidis, M. G., Exarchos, T. P., & Vlamos, P. (2023). Assessing and modelling of post-traumatic stress disorder using molecular and functional biomarkers. *Biology*, 12(8), 1050.
49. Sherin, J. E., & Nemeroff, C. B. (2011). Post-traumatic stress disorder: the neurobiological impact of psychological trauma. *Dialogues in clinical neuroscience*, 13(3), 263-278.
50. Glenn, D. E., Risbrough, V. B., Simmons, A. N., Acheson, D. T., & Stout, D. M. (2018). The future of contextual fear learning for PTSD research: a methodological review of neuroimaging studies. *Behavioral Neurobiology of PTSD*, 207-228.
51. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5TM, 5th ed. Arlington, VA, US: American Psychiatric Publishing, Inc.; 2013. 947, xlv, 947-xlv s.
52. O'Donnell, M. L., Agathos, J. A., Metcalf, O., Gibson, K., & Lau, W. (2019). Adjustment disorder: Current developments and future directions. *International journal of environmental research and public health*, 16(14), 2537.
53. Mureșanu, I. A., Grad, D. A., Mureșanu, D. F., Dobran, S. A., Hapca, E., Strilciuc, Ș., ... & Cherecheș, R. M. (2022). Evaluation of post-traumatic stress disorder (PTSD) and related comorbidities in clinical studies. *Journal of Medicine and Life*, 15(4), 436.
54. Mureșanu, I. A., Grad, D. A., Mureșanu, D. F., Dobran, S. A., Hapca, E., Strilciuc, Ș., ... & Cherecheș, R. M. (2022). Evaluation of post-traumatic stress disorder (PTSD) and related comorbidities in clinical studies. *Journal of Medicine and Life*, 15(4), 436.

55. Astill Wright, L., Sijbrandij, M., Sinnerton, R., Lewis, C., Roberts, N. P., & Bisson, J. I. (2019). Pharmacological prevention and early treatment of post-traumatic stress disorder and acute stress disorder: a systematic review and meta-analysis. *Translational psychiatry*, 9(1), 334.
56. Ehlers, A., & Clark, D. M. (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behaviour research and therapy*, 38(4), 319-345.
57. Ragen, B. J., Seidel, J., Chollak, C., Pietrzak, R. H., & Neumeister, A. (2015). Investigational drugs under development for the treatment of PTSD. *Expert opinion on investigational drugs*, 24(5), 659-672.
58. Merians, A. N., Spiller, T., Harpaz-Rotem, I., Krystal, J. H., & Pietrzak, R. H. (2023). Post-traumatic stress disorder. *Medical Clinics*, 107(1), 85-99.
59. Gainer, D., Alam, S., Alam, H., & Redding, H. (2020). A flash of hope: eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) therapy. *Innovations in clinical neuroscience*, 17(7-9), 12.
60. Wilson, G., Farrell, D., Barron, I., Hutchins, J., Whybrow, D., & Kiernan, M. D. (2018). The use of eye-movement desensitization reprocessing (EMDR) therapy in treating post-traumatic stress disorder—a systematic narrative review. *Frontiers in psychology*, 9, 923.
61. Buhmann, C. B., & Andersen, H. S. (2017). Diagnosing and treating post-traumatic stress disorder. *Ugeskrift for laeger*, 179(24), V12160914-V12160914.
62. Papa, V., Li Pomi, F., Borgia, F., Genovese, S., Pioggia, G., & Gangemi, S. (2023). “Mens Sana in Cute Sana”—a state of the art of mutual etiopathogenetic influence and relevant pathophysiological pathways between skin and mental disorders: an integrated approach to contemporary psychopathological scenarios. *Cells*, 12(14), 1828.

63. Amanat, M., Salehi, M., & Rezaei, N. (2018). Neurological and psychiatric disorders in psoriasis. *Reviews in the Neurosciences*, 29(7), 805-813.
64. Golpour, M., Hosseini, S. H., Khademloo, M., Ghasemi, M., Ebadi, A., Koohkan, F., & Shahmohammadi, S. (2012). Depression and anxiety disorders among patients with psoriasis: a hospital-based case-control study. *Dermatology research and practice*, 2012(1), 381905.
65. Mina, A. M. I. N., & Tsen-Fang, T. S. A. I. (2020). Psoriasis and co-morbidity. *Acta dermato-venereologica*, 100(3).
66. Hedemann, T. L., Liu, X., Kang, C. N., & Husain, M. I. (2022). Associations between psoriasis and mental illness: an update for clinicians. *General Hospital Psychiatry*, 75, 30-37.
67. Bakar, R. S., Jaapar, S. Z., Azmi, A. F., & Aun, Y. C. (2021). Depression and anxiety among patients with psoriasis: A correlation with quality of life and associated factors. *Journal of Taibah University Medical Sciences*, 16(4), 491-496.
68. Egeberg, A., Thyssen, J. P., Wu, J. J., & Skov, L. (2019). Risk of first-time and recurrent depression in patients with psoriasis: a population-based cohort study. *British Journal of Dermatology*, 180(1), 116-121.
69. Abbott, R., Whear, R., Nikolaou, V., Bethel, A., Coon, J. T., Stein, K., & Dickens, C. (2015). Tumour necrosis factor- α inhibitor therapy in chronic physical illness: A systematic review and meta-analysis of the effect on depression and anxiety. *Journal of psychosomatic research*, 79(3), 175-184.
70. Kumari, A., Itagi, A. B. H., Rukadikar, C. A., Amudharaj, D., Naik, B. N., Juhi, A., ... & Dipankar, S. P. (2023). Effect of COVID-19 on Stress and Biomarkers: An Exploratory Cross-Sectional Study. *Cureus*, 15(3).

71. Boscarino, J. A. (2004). Posttraumatic stress disorder and physical illness: results from clinical and epidemiologic studies. *Annals of the New York Academy of sciences*, 1032(1), 141-153.
72. Matthewman, J., Mansfield, K. E., Hayes, J. F., Adesanya, E. I., Smith, C. H., Roberts, A., ... & Henderson, A. D. (2023). Anxiety and Depression in People with Eczema or Psoriasis: A Comparison of Associations in UK Biobank and Linked Primary Care Data. *Clinical Epidemiology*, 891-899.
73. Gupta, M. A., Jarosz, P., & Gupta, A. K. (2017). Posttraumatic stress disorder (PTSD) and the dermatology patient. *Clinics in dermatology*, 35(3), 260-266.
74. Blevins, C. A., Weathers, F. W., Davis, M. T., Witte, T. K., & Domino, J. L. (2015). The posttraumatic stress disorder checklist for DSM-5 (PCL-5): Development and initial psychometric evaluation. *Journal of traumatic stress*, 28(6), 489-498.
75. Boysan, M., Guzel Ozdemir, P., Ozdemir, O., Selvi, Y., Yilmaz, E., & Kaya, N. (2017). Psychometric properties of the Turkish version of the PTSD Checklist for Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, (PCL-5). *Psychiatry and Clinical Psychopharmacology*, 27(3), 300-310.
76. Jackson-Koku, G. (2016). Beck depression inventory. *Occupational medicine*, 66(2), 174-175.
77. Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). Beck depression inventory.
78. Hisli, N. (1989). Beck depresyon envanterinin universite ogrencileri icin gecerliligi, guvenilirligi.(A reliability and validity study of Beck Depression Inventory in a university student sample). *J. Psychol.*, 7, 3-13.

79. Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G., & Steer, R. A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *Journal of consulting and clinical psychology*, 56(6), 893.
80. Stulz, N., & Crits-Christoph, P. (2010). Distinguishing anxiety and depression in self-report: purification of the beck anxiety inventory and beck depression inventory-II. *Journal of clinical psychology*, 66(9), 927-940.
81. Ulusoy, M., Sahin, N. H., & Erkmen, H. (1998). Turkish version of the Beck Anxiety Inventory: psychometric properties. *Journal of cognitive psychotherapy*, 12(2), 163.
82. Buysse, D. J., Reynolds III, C. F., Monk, T. H., Berman, S. R., & Kupfer, D. J. (1989). The Pittsburgh Sleep Quality Index: a new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry research*, 28(2), 193-213.
83. Wu, Q., Meng, Z., Liu, Q., Zhang, L., Mao, B., Wang, C., ... & Yi, T. (2023). Sleep quality in women with diabetes in pregnancy: a single-center retrospective study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 23(1), 597.
84. MY, A. (1996). Pittsburgh uyku kalitesi indeksinin gecerligi ve guvenirligi. *Turk Psikiyatri Dergisi*, 7, 107-115.
85. World Health Organisation. Programme on mental health. Geneva: World Health Organisation; 1996.
86. Boylu, A. A., & Paaiođlu, B. (2016). Yaşam kalitesi ve gstergeleri. *Akademik Araştırmalar ve alışmalar Dergisi (AKAD)*, 8(15), 137-150.
87. Patrick DL, Erickson P. Health status and health policy: quality of life in health care evaluation and resource allocation. New York: Oxford University Press; 1993.

88. Sprangers MA. Quality-of-life assessment in oncology. Achievements and challenges. *Acta Oncol* 2002;41:229-37.
89. Mease, P. J., & Menter, M. A. (2006). Quality-of-life issues in psoriasis and psoriatic arthritis: outcome measures and therapies from a dermatological perspective. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 54(4), 685-704.
90. Kuller L, Tonascia S. A follow-up study of the Commission on Chronic Illness morbidity survey in Baltimore. IV. Factors influencing mortality from stroke and arteriosclerotic heart disease (1954- 1967). *J Chronic Dis* 1971; 24:111-24
91. Preto, O., Amaral, O., Duarte, J., Chaves, C., Coutinho, E., & Nelas, P. (2016). Quality of life and chronic disease in patients receiving primary health care. *European Proceedings of Social and Behavioural Sciences*, 13, 217-226.
92. Azevedo, A. L. S. D., Silva, R. A. D., Tomasi, E., & Quevedo, L. D. Á. (2013). Doenças crônicas e qualidade de vida na atenção primária à saúde. *Cadernos de saúde pública*, 29, 1774-1782.
93. Abdulrahim, H., Sharlala, H., & Adebajo, A. O. (2019). An evaluation of tofacitinib for the treatment of psoriatic arthritis. *Expert Opinion on Pharmacotherapy*, 20(16), 1953-1960.
94. Eder, L., Haddad, A., Rosen, C. F., Lee, K. A., Chandran, V., Cook, R., & Gladman, D. D. (2016). The incidence and risk factors for psoriatic arthritis in patients with psoriasis: a prospective cohort study. *Arthritis & rheumatology*, 68(4), 915-923.
95. Al-Homood, I. A., Al Ghanim, N., Fatani, M. I. A., Hussein, A. H., Alolaiwi, A. M., Abualiat, A., ... & Eshmawi, M. T. Y. (2024). The Saudi consensus recommendations for the management of psoriatic arthritis (2023). *Clinical Rheumatology*, 43(3), 879-894.
96. Sesliokuyucu, C., Sahpolat, M., & Mustafa, A. (2017). The relationship between depression, anxiety, childhood trauma, quality of life and sociodemographic feature in patients with psoriasis. *Psychiatry and Behavioral Sciences*, 7(1), 28.

97. Gudjonsson, J. E., Johnston, A., Sigmundsdottir, H., & Valdimarsson, H. (2004). Immunopathogenic mechanisms in psoriasis. *Clinical & Experimental Immunology*, 135(1), 1-8.
98. Veal, C. D., Capon, F., Allen, M. H., Heath, E. K., Evans, J. C., Jones, A., ... & Trembath, R. C. (2002). Family-based analysis using a dense single-nucleotide polymorphism-based map defines genetic variation at PSORS1, the major psoriasis-susceptibility locus. *The American Journal of Human Genetics*, 71(3), 554-564.
99. Edmondson, D., & von Känel, R. (2017). Post-traumatic stress disorder and cardiovascular disease. *The Lancet Psychiatry*, 4(4), 320-329.
100. Seligowski, A. V., Webber, T. K., Marvar, P. J., Ressler, K. J., & Philip, N. S. (2022). Involvement of the brain–heart axis in the link between PTSD and cardiovascular disease. *Depression and anxiety*, 39(10-11), 663-674.
101. Edmondson D, Kronish IM, Shaffer JA, Falzon L, Burg MM. Posttraumatic stress disorder and risk for coronary heart disease: a meta-analytic review. *Am Heart J* 2013; 166: 806–14.
102. Agyemang, C., Goosen, S., Anujuo, K., & Ogedegbe, G. (2012). Relationship between post-traumatic stress disorder and diabetes among 105 180 asylum seekers in the Netherlands. *The European Journal of Public Health*, 22(5), 658-662.
103. Jia, Z., Tian, W., Liu, W., Cao, Y., Yan, J., & Shun, Z. (2010). Are the elderly more vulnerable to psychological impact of natural disaster? A population-based survey of adult survivors of the 2008 Sichuan earthquake. *BMC public health*, 10, 1-11.
104. Shaukat, A., Rashid, S., & Sadiq, M. (2023). Coping strategies, emotion regulation and quality of life among psoriasis patients. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*, 58(5), 449-460.

105. Karakaş, A., & Koç, M. (2014). Stresle Başa Çıkma ve Dini Başa Çıkma Yöntemleri Arasındaki İlişki: Çeşitli Değişkenler Açısından İncelenmesi. *İnsan ve Toplum Bilimleri Araştırmaları Dergisi*, 3(3), 610-631.
106. Adhikari Baral, I., & KC, B. (2019). Post traumatic stress disorder and coping strategies among adult survivors of earthquake, Nepal. *BMC psychiatry*, 19, 1-8.
107. Sowan, W., Rutin, R., & Cohen, M. (2023). Chronic stressors, coping strategies, and depressive symptoms: A comparison across older age groups. *Stress and Health*, 39(5), 1037-1046.
108. Luppä, M., Sikorski, C., Luck, T., Ehreke, L., Konnopka, A., Wiese, B., ... & Riedel-Heller, S. G. (2012). Age-and gender-specific prevalence of depression in latest-life-systematic review and meta-analysis. *Journal of affective disorders*, 136(3), 212-221.
109. Murayama, Y., Yamazaki, S., Yamaguchi, J., Hasebe, M., & Fujiwara, Y. (2020). Chronic stressors, stress coping and depressive tendencies among older adults. *Geriatrics & gerontology international*, 20(4), 297-303.
110. Liu, A., Tan, H., Zhou, J., Li, S., Yang, T., Wang, J., ... & Wen, S. W. (2006). An epidemiologic study of posttraumatic stress disorder in flood victims in Hunan China. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 51(6), 350-354.
111. Ticehurst, S., Webster, R. A., Carr, V. J., & Lewin, T. J. (1996). The psychosocial impact of an earthquake on the elderly. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 11(11), 943-951.
112. Brown, L. L., Mitchell, U. A., & Ailshire, J. A. (2020). Disentangling the stress process: Race/ethnic differences in the exposure and appraisal of chronic stressors among older adults. *The Journals of Gerontology: Series B*, 75(3), 650-660.
113. Mroczek, D. K. (2001). Age and emotion in adulthood. *Current directions in psychological science*, 10(3), 87-90.

114. Carstensen, L. L., Isaacowitz, D. M., & Charles, S. T. (1999). Taking time seriously: A theory of socioemotional selectivity. *American psychologist*, 54(3), 165.
115. Mroczek, D. K., & Kolarz, C. M. (1998). The effect of age on positive and negative affect: a developmental perspective on happiness. *Journal of personality and social psychology*, 75(5), 1333.
116. Cherry, K. E., Calamia, M. R., Elliott, E. M., McKneely, K. J., Nguyen, Q. P., Loader, C. A., ... & Galea, S. (2023). Religiosity and social support predict resilience in older adults after a flood. *The International Journal of Aging and Human Development*, 96(3), 285-311.
117. Zachariae, R., Zachariae, H., Blomqvist, K., Davidsson, S., Molin, L., Mørk, C., & Sigurgeirsson, B. (2002). Quality of life in 6497 Nordic patients with psoriasis. *British Journal of Dermatology*, 146(6), 1006-1016.
118. Neria, Y., Nandi, A., & Galea, S. (2008). Post-traumatic stress disorder following disasters: a systematic review. *Psychological medicine*, 38(4), 467-480.
119. Wang, X., Gao, L., Shinfuku, N., Zhang, H., Zhao, C., & Shen, Y. (2000). Longitudinal study of earthquake-related PTSD in a randomly selected community sample in north China. *American journal of psychiatry*, 157(8), 1260-1266.
120. McMillen, J. C., North, C. S., & Smith, E. M. (2000). What parts of PTSD are normal: intrusion, avoidance, or arousal? Data from the Northridge, California, earthquake. *Journal of traumatic stress*, 13, 57-75.
121. Önsüz, M. F., Topuzoğlu, A., İkişık, H., & Karavuş, M. (2009, October). Marmara Depreminden Altı Yıl Sonra Sapanca'da Travma Sonrası Stres ve Anksiyete Bozukluklarının Değerlendirilmesi. In *Yeni Symposium* (Vol. 47, No. 4).
122. Feder, A., Ahmad, S., Lee, E. J., Morgan, J. E., Singh, R., Smith, B. W., ... & Charney, D. S. (2013). Coping and PTSD symptoms in Pakistani earthquake survivors:

Purpose in life, religious coping and social support. *Journal of affective disorders*, 147(1-3), 156-163.

123. Sehlikoğlu, Ş., & Çiçek, N. (2024). Investigation of Psychosocial, Clinical Outcomes of Individuals with Limb Loss After Earthquakes. *Journal of Loss and Trauma*, 1-25.

124. Aker, A. T. (2006). 1999 Marmara earthquakes a review on epidemiologic findings and community mental health policies. *Turk Psikiyatri Dergisi*, 17(3), 204.

125. Farooqui, M., Quadri, S. A., Suriya, S. S., Khan, M. A., Ovais, M., Sohail, Z., ... & Hassan, M. (2017). Posttraumatic stress disorder: a serious post-earthquake complication. *Trends in psychiatry and psychotherapy*, 39(2), 135-143.

126. Sehlikoğlu, Ş., Bekircan, E., & Gündüz, A. (2024). Impact of the February 6, 2023, Turkey earthquake on post-traumatic stress disorder, internet addiction and insomnia: A cross-sectional study. *International Journal of Social Psychiatry*, 00207640241294203.

127. Zhou, X., Kang, L., Sun, X., Song, H., Mao, W., Huang, X., ... & Li, J. (2013). Risk factors of mental illness among adult survivors after the Wenchuan earthquake. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 48, 907-915.

128. Baykan, A. (2023). *Psychological effects and the improving role of physical activity in women victims of earthquake: A systematic review (analysis)* [Master's thesis]. Bursa Uludağ University.

129. Punamäki, R. L., Komproe, I. H., Qouta, S., Elmasri, M., & De Jong, J. T. (2005). The role of peritraumatic dissociation and gender in the association between trauma and mental health in a Palestinian community sample. *American Journal of Psychiatry*, 162(3), 545-551.

130. Armenian, H. K., Morikawa, M., Melkonian, A. K., Hovanesian, A., Akiskal, K., & Akiskal, H. S. (2002). Risk factors for depression in the survivors of the 1988 earthquake in Armenia. *Journal of Urban Health*, 79, 373-382.
131. Cénat, J. M., McIntee, S. E., & Blais-Rochette, C. (2020). Symptoms of posttraumatic stress disorder, depression, anxiety and other mental health problems following the 2010 earthquake in Haiti: A systematic review and meta-analysis. *Journal of affective disorders*, 273, 55-85.
132. Ahmadi, F., Goodarzi, M. A., Taghavi, M. R., & Imani, M. (2024). Modeling the structural relationships between trauma exposure with substance use tendency, depression symptoms, and suicidal thoughts in individuals with earthquake trauma experience: the mediatory role of peritraumatic dissociation and experiential avoidance. *BMC psychiatry*, 24(1), 171.
133. Taşçı, G. A., & Özsoy, F. *Early psychological effects of earthquake trauma and possible risk factors. Cukurova Med J.* 2021; 46 (2): 488-494.
134. Lešin Gaćina, D., Jandroković, S., Marčinko, D., Škegro, I., Vidas Pauk, S., Tomić, M., ... & Ivkić, P. K. (2022). Anxiety and treatment adherence among glaucoma patients during COVID-19 pandemic and earthquakes in Croatia. *Psychiatria Danubina*, 34(2), 348-355.
135. Uğur, K., Kartal, F., Mete, B., Tamam, L., & Demirkol, M. E. (2021). The relationship between peritraumatic dissociation and anxiety level, perceived stress, anxiety sensitivity and coping with earthquake stress in post-earthquake acute stress disorder patients. *Turk Psikiyatri Dergisi*, 32(4), 253.
136. Devrim Akçay, B., Özgen, F., Erdem, M., Balıkcı, A., & Öznur, T. (2013). Travma Sonrası Stres Bozukluğunda Uyku. *Current Approaches in Psychiatry/Psikiyatride Guncel Yaklasimler*, 5(4).
137. Kartal, D., Arjmand, H. A., Varker, T., Cowlishaw, S., O'Donnell, M., Phelps, A., ... & Hinton, M. (2021). Cross-lagged relationships between insomnia and

posttraumatic stress disorder in treatment-receiving veterans. *Behavior Therapy*, 52(4), 982-994.

138. Aktura, S. C., Çelik, H., Saritas, S. C., & Özden, G. (2024). Fear of Death and Sleep Quality in the Aftermath of an Earthquake. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 1-10.

139. Rogowska, A. M., & Pavlova, I. (2023). A path model of associations between war-related exposure to trauma, nightmares, fear, insomnia, and posttraumatic stress among Ukrainian students during the Russian invasion. *Psychiatry research*, 328, 115431.

140. Öznur, T., Toygar, M., Öznur, H., Aydemir, E., Alper, M., Garip, B., & Balıbey, H. (2015). Travma sonrası stres bozukluğu olgularında uyku kalitesi ile saldırganlık düzeyinin ilişkisi. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 14(6).

141. Bavafa, A., Khazaie, H., Khaledi-Paveh, B., & Rezaie, L. (2019). The relationship of severity of symptoms of depression, anxiety, and stress with sleep quality in earthquake survivors in Kermanshah. *Journal of injury and violence research*, 11(2), 225.

142. Del Brutto, O. H., Mera, R. M., Sedler, M. J., Zambrano, M., Nieves, J. L., Cagino, K., ... & Castillo, P. R. (2016). The effect of age in the association between frailty and poor sleep quality: a population-based study in community-dwellers (The Atahualpa Project). *Journal of the American Medical Directors Association*, 17(3), 269-271.

143. Ensrud, K. E., Blackwell, T. L., Ancoli-Israel, S., Redline, S., Cawthon, P. M., Paudel, M. L., ... & Stone, K. L. (2012). Sleep disturbances and risk of frailty and mortality in older men. *Sleep medicine*, 13(10), 1217-1225.

EK-2:SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU

SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU (hasta grubu için)

1. Ad-Soyad:

2. Yaş:

3. Cinsiyet: 1. Kadın 2. Erkek

4. Eğitim Durumu: 1. İlkokul 2. İlköğretim. 3. Lise. 4. Üniversite

5. Medeni Durum: 1. Evli 2. Bekar 3. Boşanmış/Dul

6. Çalışma Durumu: 1. Çalışıyor 2. Çalışmıyor

7. Sigara Kullanımı: 1. Var 2. Yok (varsa günlük kullanım miktarıadet/gün)

8. Alkol Kullanımı: 1. Var 2. Yok. (varsa kullanım miktarı)

9. Madde Kullanımı: 1. Var 2. Yok. (varsa kullanım miktarı)

10. Psikiyatrik Hastalık: 1. Var 2. Yok

11. Hastalık Süresi (yıl):

12. Halen Kullandığı İlaçlar:

13. Sistemik Hastalık (DM, HT, KAH, BY vs.): 1.Var 2. Yok
(varsa.....)

14. Ailede psikiyatrik hastalık öyküsü: 1.Var 2.Yok

15. Ailede dermatolojik hastalık öyküsü: 1.Var 2.Yok

EK-3: BECK DEPRESYON ENVANTERİ-BDE

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) Gelecekte 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) Geçmişte baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğumu görüyorum.
(3) Kendimi tümüyle başarısız bir insan olarak görüyorum.
4. (0) Her şeyden eskisi kadar zevk alıyorum.
(1) Birçok şeyden eskiden olduğu gibi zevk alamıyorum.
(2) Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.
(3) Her şeyden 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 kızgıyım.
(3) Kendimden nefrete ediyorum.
7. (0) Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.
(1) Hatalarım ve zayıf taraflarım olduğumu düşünüyorum.
(2) Hatalarımdan dolayı kendimden utanıyorum.
(3) Her şeyi yanlış yapıyormuşum gibi geliyor ve hep kendimi kabahatli 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 ağlayamıyorum
10. (0) Her zaman olduğumdan daha canı sıkın ve sinirli değilim.
(1) Eskisine oranla daha kolay canım sıkılıyor ve kızıyorum.
(2) Her şey canımı sıkıyor ve kendimi hep sinirli hissediyorum.
(3) Canımı sıkın şeylere bile artık kızamıyorum
11. (0) Başkalarıyla görüşme, konuşma isteğini kaybetmedim.
(1) Eskisi kadar insanlarla birlikte olmak istemiyorum.
(2) Birileriyle görüşüp konuşmak hiç içimden gelmiyor.
(3) Artık çevremde hiç kimseyi istemiyorum.

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 zamankinden 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) Sağlığım ile 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 düşünmüyorum.
20. (0) Sekse karşı ilimde herhangi bir değişiklik yok.
(1) Eskisine oranla sekse ilgim az.
(2) Cinsel isteğim çok azaldı.
(3) Hiç cinsel istek duymuyorum.
21. (0) Cezalandırılması gereken şeyler yapığımı sanmıyorum.
(1) Yaptıklarımın dolayı cezalandırılabileceğimi düşünüyorum.
(2) Cezamı çekmeyi bekliyorum.
(3) Sanki cezamı bulmuşum gibi geliyor.

Toplam BECK-D skoru:.....

EK-4: BECK ANKSİYETE ÖLÇEĞİ

İSİM:

TARİH:

Aşağıda insanların kaygılı ya da endişeli oldukları zamanlarda yaşadıkları bazı belirtiler verilmiştir., Lütfen her maddeyi dikkatle okuyunuz. Daha sonra, her maddedeki belirtinin **BUGÜN DAHİL SON BİR HAFTADIR** sizi ne kadar rahatsız ettiğini yandaki uygun yere (x) işareti koyarak belirleyiniz.

	Hiç	Hafif Düzeyde Beni pek Etkilemedi	Orta Düzeyde Hoş değildi ama Katlanabildim	Ciddi Düzeyde Dayanmakta çok zorlandım
1.Bedeninizin herhangi bir yerinde uyuşma veya karıncalanma				
2.Sıcak/ateş basmaları				
3.Bacaklarda halsizlik, titreme				
4. Gevşeyememe				
5.Çok kötü şeyler olacak korkusu				
6.Baş dönmesi veya sersemlik				
7.Kalp çarpıntısı				
8.Dengeyi kaybetme duygusu				
9.Dehşete kapılma				
10. Sinirlilik				
11.Boğuluyormuş gibi olma duygusu				
12.Ellerde titreme				
13.Titreklilik				
14.Kontrolü kaybetme korkusu				
15.Nefes almada güçlük				
16.Ölüm korkusu				
17.Korkuya kapılma				
18.Midede hazımsızlık ya da rahatsızlık hissi				
19.Baygınlık				
20.Yüzün kızarması				
21.Terleme (sıcaklığa bağlı olmayan)				

Pittsburgh Uyku Kalite İndeksi (PUKi)

Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI)

Hastanın Adı Soyadı: _____ Tarih: ____/____/____

Aşağıdaki sorulara vereceğiniz cevaplar için son bir ayı göz önünde bulundurun.
Lütfen tüm soruları cevaplandırın.

- Geçen ay geceleri genellikle ne zaman yattınız? _____
- Geçen ay geceleri uykuya dalmanız genellikle ne kadar zaman (dakika) aldı? _____ dakika
- Geçen ay sabahları genellikle ne zaman kalktınız? _____
- Geçen ay geceleri kaç saat uyudunuz (bu süre yatakta geçirdiğiniz süreden farklı olabilir) _____ saat
- Geçen ay aşağıdaki durumlarda belirtilen uyku problemlerini ne sıklıkla yaşadınız?

	Haftada	Hiç	1'den az	1 - 2 kez	3'ten çok
a	30 dakika içinde uykuya dalamadınız	☐	☐	☐	☐
b	Gece yarısı veya sabah erkenden uyandınız	☐	☐	☐	☐
c	Tuvalete gittiniz	☐	☐	☐	☐
d	Rahat bir şekilde nefes alıp veremediniz	☐	☐	☐	☐
e	Aşırı derecede üşüdünüz	☐	☐	☐	☐
f	Aşırı derecede sıcaklık hissettiniz	☐	☐	☐	☐
g	Kötü rüyalar gördünüz	☐	☐	☐	☐
h	Ağrı duydunuz	☐	☐	☐	☐
i	Diğer nedenler	☐	☐	☐	☐
j	Öksürdünüz veya gürültülü bir şekilde horladınız	☐	☐	☐	☐
- Geçen ay uyku kalitenizi bütünü ile nasıl değerlendirirsiniz.

☐ Çok iyi	☐ Oldukça iyi	☐ Oldukça kötü	☐ Çok kötü
----------------------------------	--------------------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------
- Geçen ay uyumanıza yardımcı olması için ne sıklıkta (reçeteli veya reçetesiz) uyku ilacı aldınız?

☐ Hiç	☐ Haftada 1'den az	☐ Haftada 1 - 2 kez	☐ Haftada 3'ten çok
------------------------------	---	--	--
- Geçen ay araba sürerken, yemek yerken veya sosyal bir aktivite esnasında ne kadar sıklıkla uyanık kalmak için zorlandınız?

☐ Hiç	☐ Haftada 1'den az	☐ Haftada 1 - 2 kez	☐ Haftada 3'ten çok
------------------------------	---	--	--
- Geçen ay bu durum işlerinizi yeteri kadar istekle yapmanızda ne derecede problem oluşturdu?

☐ Hiç problem oluşturmadı	☐ Bir dereceye kadar problem oluşturdu
☐ Yalnızca çok az bir problem oluşturdu	☐ Çok büyük bir problem oluşturdu
- Bir yatak partneriniz veya oda arkadaşınız var mı?

☐ Bir yatak partneri veya oda arkadaşı yok	☐ Partneri aynı odada fakat aynı yatakta değil
☐ Diğer odada bir partneri veya oda arkadaşı var	☐ Partner aynı yatakta
- Eğer bir oda arkadaşı veya yatak partneriniz varsa son bir ayda ona aşağıdaki durumları ne sıklıkta yaşadığınızı sorun.

	Haftada →	Hiç	1'den az	1 - 2 kez	3'ten çok
a	Gürültülü horlama	☐	☐	☐	☐
b	Uykuda nefes alıp verme arasında uzun aralıklar	☐	☐	☐	☐
c	Uyurken bacaklarda seğirme veya sıçrama	☐	☐	☐	☐
d	Uyku esnasında uyumsuzluk veya şaşkınlık	☐	☐	☐	☐
e	Diğer huzursuzluklarınız:	☐	☐	☐	☐

Byssse D.J., Reynolds CF 3rd, Monk TH (1989) Psychiatry Res. 1989 May;28(2):193-213



www.ftronline.com

**Skorlama yönergesine
ftronline.com 'dan
ulaşabilirsiniz.**

Tasarım ve düzenleme: Dr. Ender Salbaş 2019

EK-6: DSM - 5 için Travma Sonrası Stres Bozukluğu Kontrol Listesi Ölçeği

Aşağıda **çok stresli bir olay karşısında** insanların yaşayabildikleri problemlerin bir listesi yer almaktadır. **Zihninizi meşgul etmeye DEVAM EDEN yaşadığınız en kötü olayı düşünerek** aşağıda listelenen her bir problemi dikkatlice okuyun. **SON BİR AY İÇİNDE** bu olayın size ne kadar sıkıntı verdiğini, sağdaki kutuların içindeki size en uygun rakamı yuvarlak içine alarak gösteriniz.

GEÇEN AY içinde aşağıda yer alan durumlar sizi ne ölçüde bunalttı:	Hiç	Çok az	Orta derecede	Oldukça fazla	Aşırı
1. Stresli olayın tekrarlayan, rahatsız eden ve istenmeyen anıları sizi ne kadar bunalttı?	0	1	2	3	4
2. Stresli olaya ilişkin tekrarlayan, rahatsız eden rüyalar sizi ne kadar bunalttı?	0	1	2	3	4
3. Aniden stresli olayı sanki gerçekten bir daha yaşıyormuş gibi hissetmek veya davranmak (sanki gerçekten olayın yaşandığı ana geri dönmüş yeniden yaşıyormuş gibi) sizi ne kadar bunalttı?	0	1	2	3	4
4. Bir şeyler size stresli olayı anımsattığı zaman yaşadığınız üzüntü hissi sizi ne kadar bunalttı?	0	1	2	3	4
5. Bir şeyler size stresli olayı anımsattığı zaman güçlü fiziksel tepkiler vermek (örneğin, kalp çarpıntısı, nefes almada güçlük, terleme gibi) sizi ne kadar bunalttı?	0	1	2	3	4
6. Stresli olayla ilişkili anılardan, düşüncelerden ve duygulardan kaçınmaya çalışmak sizi ne kadar bunalttı?	0	1	2	3	4
7. Stresli olayı anımsatan etraftaki hatırlatıcı şeylerden (örneğin, insanlardan, yerlerden, konuşmalardan, etkinliklerden, nesnelerden veya durumlardan) kaçınmaya çalışmak sizi ne kadar bunalttı?	0	1	2	3	4
8. Stresli olaya ilişkin önemli kısımları hatırlamada yaşanan güçlükler sizi ne kadar bunalttı?	0	1	2	3	4
9. Kendiniz, diğer insanlar veya dünya hakkında güçlü olumsuz düşüncelere sahip olmak (örneğin, kötü biriyim, bende ciddi şekilde yanlış olan bir şeyler var, kimseye güvenilmez, dünya tümüyle tehlikeli bir yerdir gibi düşünceler) sizi ne kadar bunalttı?	0	1	2	3	4
10. Stresli olay veya bu olayın sonrasında ortaya çıkan durumlar için kendinizi veya bir başkasını suçlamak sizi ne kadar bunalttı?	0	1	2	3	4
11. Korku, dehşete kapılma, öfke, suçluluk veya utanç gibi güçlü olumsuz duygular sizi ne kadar bunalttı?	0	1	2	3	4
12. Daha önce yapmaktan keyif aldığınız etkinliklere olan ilginizi kaybetmek sizi ne kadar bunalttı?	0	1	2	3	4
13. Başka insanlardan uzak veya kopmuş hissetmek sizi ne kadar bunalttı?	0	1	2	3	4
14. Olumlu duyguları yaşayamamak (örneğin, mutluluğu hissedememek veya size yakın insanlara sevgi dolu hisler duyamamak) sizi ne kadar bunalttı?	0	1	2	3	4
15. Asabi davranışlar, öfke patlamaları veya öfkeli hareketler sizi ne kadar bunalttı?	0	1	2	3	4
16. Çok fazla risk almak veya size zarar verebilecek şeyler yapmak sizi ne kadar bunalttı?	0	1	2	3	4
17. Aşırı tetikte olmak veya temkinli davranmak veya hazırda beklemek sizi ne kadar bunalttı?	0	1	2	3	4
18. Yerinden sıçramak veya kolayca irkilmek sizi ne kadar bunalttı?	0	1	2	3	4
19. Dikkati toplamada güçlükler sizi ne kadar bunalttı?	0	1	2	3	4
20. Uykuya dalma veya uykuyu devam ettirme güçlükleri sizi ne kadar bunalttı?	0	1	2	3	4



T.C.
ADİYAMAN ÜNİVERSİTESİ
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

Karar Tarihi	Toplantı Sayısı	Karar Sayısı
19/03/2024	3	2024/3-3

Adıyaman Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı Öğretim Üyesi, Oğuzhan Bekir EĞİLMEZ'in "Depremden Etkilenen Psöriazis Hastalarında Travmatik Stres, Anksiyete, Depresyon ve Uyku kalitesinin Depremden Etkilenen Sağlıklı Kontrol Grubuyla Karşılaştırılması" adlı proje için hazırlanmış olan ve 04/03/2024 tarihinde sunulan Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar İçin Başvuru Formu ile ilgili belgeler araştırmacının gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş. Araştırmacının yürürlükte olan ilgili yasal düzenleme uyularak yürütülmesi ve sonuçlandırılması koşulu ile gerçekleştirilmesinde etik sakınca bulunmadığına ve Etik Kurul kararının başvuru sahibine iletilmesine toplantıya katılan Etik Kurulu üyeleri'nin oy birliği ile karar verilmiştir.

(İmza)
Prof. Dr. Haydar BAĞIŞ
Başkan

(İmza)
Prof. Dr. Gülnur Tarhan
Üye

(İmza)
Prof. Or. H. Tuncay ÇELİK
Üye

(İmza)
Prof. Dr. H. Sinan HATİPOĞLU
Üye

(İmza)
Dr. Öğr. Üys. Muhittin ÖNDERCI
Üye

(İmza)
Prof. Dr. İsmail Ağır
Üye

(İmza)
Prof. Dr. Fatih UÇKARDEŞ
Üye

(İmza)
Doç. Dr. Serdar OLT
Üye

(İmza)
Doç. Dr. Mehmet KARATAŞ
Üye

(İmza)
Doç. Dr. Talip KARAÇOR
Üye

(İmza)
Dr. Öğr. Üys. Ayşe TAŞ
Üye

(İmza)
Dr. Öğr. Üys. Savaş SAĞMAK
Üye

