

HİTİT ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANA BİLİM DALI

PSORİASİS HASTALIK ŞİDDETİ VE ALGILANAN
SOSYAL DESTEĞİN SOSYAL GÖRÜNÜŞ KAYGISINA
ETKİSİ

Dr. Ümmügülüm KAYA

AİLE HEKİMLİĞİ
TIPTA UZMANLIK TEZİ

Tez Danışmanı

Dr. Öğr. Üyesi Mustafa OĞULLUK

ÇORUM/2024

HİTİT ÜNİVERSİTESİ

TIP FAKÜLTESİ

AİLE HEKİMLİĞİ ANA BİLİM DALI

PSORİASİS HASTALIK ŞİDDETİ VE ALGILANAN
SOSYAL DESTEĞİN SOSYAL GÖRÜNÜŞ KAYGISINA
ETKİSİ

Dr. Ümmügülüm KAYA

AİLE HEKİMLİĞİ

TIPTA UZMANLIK TEZİ

Tez Danışmanı

Dr. Öğr. Üyesi Mustafa OĞULLUK

ÇORUM/2024

T.C.
HİTİT ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ

Ümmügülsüm KAYA tarafından hazırlanan “Psoriasis Hastalık Şiddeti ve Algılanan Sosyal Desteğin Sosyal Görünüş Kaygısına Etkisi” adlı tez çalışması jürimiz tarafından oy birliği ile Aile Hekimliği Ana Bilim Dalı’nda Uzmanlık tezi olarak kabul edilmiştir.

Başkan:

..... Üniversitesi

Üye:

..... Üniversitesi

Üye:

..... Üniversitesi

Bu tez, Fakülte Yönetim Kurulunca belirlenen yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüştür.

Prof. Dr. Özgür YAĞAN
Dekan V.

TEŞEKKÜR

Aile hekimliğinin en temel özelliklerinden olan biyopsikososyal yaklaşımı sadece hasta yönetiminde değil, hoca-asistan ilişkilerimizde de benimseyerek, sorularımıza aldığımız detaylı ve özverili açıklamaları, hastane şartlarında yaşadığımız sorunlarda süreci yönetim konusundaki yardımları ve sosyal yaşantımızdaki desteğiyle bu zorlu dönemi daha etkin geçirmemde büyük katkısı olan değerli tez danışmanım Dr. Öğr. Üyesi Mustafa Oğulluk'a,

Gerek akademik gerek kişisel hayatta karşılaştığım sıkıntıların boyutu fark etmeksizin tecrübelerinden ve fikirlerinden yararlanabileceğimden emin olduğum, daha donanımlı olmamda büyük emekleri olan değerli hocam Prof. Dr. Derya (İren) Akbıyık'a,

İlgi, destek ve tecrübeleriyle ile aile hekimliğini benimsememde büyük katkısı olan, çalışmaları ile tedavi seçeneklerine farklı bir pencereden bakmamı sağlayan değerli hocam Doç. Dr. Coşkun Öztekin'e,

Ayrıca tezimin konu belirleme aşamasından itibaren desteğini hissettiren, özellikle Dermatoloji bölümündeki hasta toplama aşamasında bana gerekli ortamı sunan, yaşadığım zorluklardaki yardım, öneri ve katkılarıyla süreci kolaylaştıran değerli hocam Prof. Dr. Engin Şenel'e,

Üç yıllık uzmanlık eğitimimde birlikte çalıştığım, stresli poliklinik şartlarıyla onların varlığı sayesinde başa çıkabilmiş olsam da, hastane dışı faaliyetlerimizle hatırlamayı tercih ettiğim değerli arkadaşlarım, Aile Hekimliği asistan doktorlarına,

Ve tabii ki, yaklaşık 4 ay boyunca en az benim kadar özen gösterip yardımcı olan, tez sürecinden keyif almamı sağlayan değerli arkadaşlarım, Dermatoloji asistan doktorlarına teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR.....	1
İÇİNDEKİLER	2
ÖZET	4
ABSTRACT.....	6
KISALTMALAR.....	8
TABLO LİSTESİ.....	9
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	10
2. GENEL BİLGİLER.....	13
2.1. PSORİASIS.....	13
2.1.1. Tanım	13
2.1.2. Epidemiyoloji.....	13
2.1.3. Etyopatogenez	14
2.1.4. Klinik.....	14
2.1.5. Komorbiditeler	17
2.1.5.1. Psoriatik Artrit.....	18
2.1.5.2. Psikososyal Etkilenimler.....	18
2.1.6. Tanı.....	20
2.1.6.1. Patoloji	20
2.1.6.2. Ayırıcı Tanı.....	20
2.1.7. Hastalık Şiddetinin Tanımlanması	20
2.1.7.1. Psoriasis Şiddeti Ölçümünde Kullanılan Yöntemler	20
2.1.8. Tedavi.....	22
2.1.8.1. Topikal Tedavi	22
2.1.8.2. Sistemik Tedavi	23
2.2. Algılanan Sosyal Destek	23
2.3. Sosyal Görünüş Kaygısı.....	23
2.3.1. Obezite ve Sosyal Görünüş Kaygısı.....	23
2.4. Yetişkinlik Dönemi Özellikleri.....	24
3. GEREÇ VE YÖNTEM	25
3.1. Araştırmanın Tipi, Yeri ve Süresi	25
3.2. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	25
3.3. İşlem.....	26

3. 4. Veri Toplama ve Ölçüm Araçları.....	26
3.4.1. Sosyo-Demografik Veri Formu	26
3.4.2. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (Multidimensional Scale of Perceived Social Support, MSPSS)	27
3.4.3. Sosyal Görünüş Kaygısı Ölçeği (Social Appearance Anxiety Scale, SAAS, SGKÖ)	27
3.4.4. Psoriasis Alan Şiddet İndeksi (Psoriasis Area Severity Index, PASI)	27
3.5. Verilerin Analizi	28
3.6. Etik Onay	28
4. BULGULAR.....	29
4.1. Hastalara Ait Sosyo-Demografik Özellikler	29
4.2. Hastaların Hastalık Şiddeti Ölçümleri.....	30
4.3. Hastaların Sosyal Görünüş Kaygısı Ölçümleri.....	30
4.4. Hastaların Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçümleri	31
4.5. Hastaların Sosyo-demografik Özellikleri ve PASI Skorları Arasındaki İlişki	31
4.6. Hastaların Sosyo-demografik Özellikleri ve Sosyal Görünüş Kaygısı Arasındaki İlişki	33
4.7. Hastaların Sosyo-demografik Özellikleri ve MSPSS Aile Alt Ölçeği Arasındaki İlişki	34
4.8. Hastaların Sosyo-demografik Özellikleri ve MSPSS Arkadaşlar Alt Ölçeği Arasındaki İlişki	35
4.9. Hastaların Sosyo-demografik Özellikleri ve MSPSS Özel Bir İnsan Alt Ölçeği Arasındaki İlişki... ..	36
4.10. Hastaların Sosyo-demografik Özellikleri ve Algılanan Sosyal Destek Arasındaki İlişki.....	37
4.11. Hastaların Sürekli Değişkenleri Arasındaki İlişki.....	38
5. TARTIŞMA.....	40
5.1. Araştırmanın Sınırlılıkları	48
6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER.....	48
7. KAYNAKLAR	51
VERİ TOPLAMA ARAÇLARI	59
EK 1: SOSYO-DEMOGRAFİK VERİ FORMU	59
EK 2: ÇOK BOYUTLU ALGILANAN SOSYAL DESTEK ÖLÇEĞİ	60
EK 3: SOSYAL GÖRÜNÜŞ KAYGISI ÖLÇEĞİ	61

ÖZET

PSORİASİS HASTALIK ŞİDDETİ VE ALGILANAN SOSYAL DESTEĞİN SOSYAL GÖRÜNÜŞ KAYGISINA ETKİSİ

Amaç: Psoriasis, psikososyal komorbiditelerle ilişkili kronik inflamatuvar bir hastalıktır. Psoriasis hastalarında sıklıkla utanç duyma, düşük benlik saygısı ve sosyal ortamlardan kaçınma eğilimi görülür, bu da sosyal kaygı düzeylerinin artmasına neden olabilir. Hastalar ayrıca sosyal etkileşimler konusunda kaygı yaşayabilir ve bu da yaşam kalitelerini etkiler. Bu çalışma ile; psoriasis hastalık şiddeti ve algılanan sosyal destek düzeyini saptayarak, bu iki değişkenin sosyal görünüş kaygısına etkisini değerlendirmek amaçlanmıştır. Elde edilecek olan verilerin doğrultusunda, birinci basamağın koruyucu hekimlik rolü ve biyopsikososyal yaklaşımı ile; sorunlu bulunan alanların onarılması/önlenmesi için eğitim çalışmaları ve sağlık hizmetlerini geliştirmeye yönelik girişimler planlamak, böylece, hastalığın kişideki olumsuz etkilerini azaltmak, hastalık sürecini kolaylaştırmak, gerekli görüldüğünde hastayı doğru merkezlere yönlendirmek, sosyo-demografik verilerle; hastalık dışı etkenlerin sosyal destek, hastalık şiddeti ve görünüş kaygısına olan etkilerini değerlendirmek ve bu alandaki literatüre katkıda bulunmak amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Bu çalışma, tanımlayıcı tipte, kesitsel, nicel ve prospektif bir çalışma olarak, Hitit Üniversitesi Tıp Fakültesi Erol Olçok Eğitim ve Aratırma Hastanesi, Dermatoloji ve Aile Hekimliği polikliniklerine başvuran ve çalışmaya dahil edilme ölçütlerini karşılayan psoriasis tanılı 140 hasta ile gerçekleştirilmiştir. Çalışmada psoriasis hastalık şiddeti ölçümü için hesaplanan PASI (Psoriasis Area Severity Index) skoruna ek olarak Sosyo-Demografik Veri Formu, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (MSPSS) ve Sosyal Görünüş Kaygısı Ölçeği (SGKÖ) yüz yüze görüşme yöntemiyle uygulanmıştır. Toplanan veriler, uygun istatistiksel yöntemler kullanılarak SPSS 25 (Statistical Package for the Social Sciences, version 25) paket programıyla analiz edilmiştir.

Bulgular: Çalışmaya dahil edilenlerin yaş ortalaması 34,11 ve %55'i kadındır. Hastaların hastalık süresi ortalama 9,17 yıl ve hastalık başlangıç yaşı ortalaması 24,95 olarak

bulunmuştur. PASI skoru, erkeklerin kadınlardan, lise ve altı eğitim düzeyine sahip olanların üniversite ve üstü eğitim düzeyine sahip olanlardan, evli olanların bekarlardan yüksek saptanmıştır ($p<0,05$). Evli olanların MSPSS Aile alt ölçek puanı bekarlardan yüksek saptanmıştır ($p<0,01$). Arkadaşıyla yaşayan hastaların MSPSS Arkadaşlar alt ölçek puanı yalnız yaşayanlardan yüksek bulunmuştur ($p<0,05$). Kamuda çalışan hastaların MSPSS toplam puanı öğrenci/ev hanımı ve özel sektör/serbest olarak çalışanlardan yüksek bulunmuştur ($p<0,01$). MSPSS toplam puanıyla hastalık başlangıç yaşı arasında pozitif yönlü düşük/orta düzeyde, PASI skoruyla arasında negatif yönlü düşük/orta düzeyde korelasyon saptanmıştır.

Tartışma-Sonuç: Algılanan sosyal destek ve hastalık şiddeti arasındaki negatif yönlü korelasyon, psoriasis gibi kronik hastalıkların yönetiminde sosyal destek sistemlerinin önemini vurgulamaktadır. Hastalar için kişiselleştirilmiş sosyal destek programları, hastalığın etkilerini azaltmada ve hasta yaşam kalitesini iyileştirmede kritik bir rol oynayabilir. Algılanan sosyal destek ve sosyal görünüş kaygısı arasında anlamlı ilişki bulunmamış olması, bu değişkenlerin bağımsız olabileceğini düşündürülebilir. Yani, bir birey yüksek düzeyde sosyal destek algılasa bile, bu onun görünüşüne dair kaygılarını otomatik olarak azaltmayabilir. Sosyal destek, farklı kaynaklardan sağlanabilir ve bu desteklerin niteliği, sosyal görünüş kaygısı üzerinde farklı etkiler yaratabilir. Bireylerin kişilik özellikleri, özgüven düzeyleri ve diğer psikolojik faktörler sosyal destek algısı ile sosyal görünüş kaygısı arasındaki ilişkide rol oynayabilir. Psoriasis şiddeti ile sosyal görünüş kaygısı arasında anlamlı korelasyon saptanmamış olması da, hasta merkezli yaklaşımın önemini vurgular ve hastalığın yayılımı ve şiddetinden bağımsız olarak, kişilerin bedenlerindeki değişimi nasıl algıladıklarını saptamak, etkin tedavi yaklaşımları açısından önem arz eder. Bu çalışmada incelenen sosyo-demografik özelliklerin sosyal görünüş kaygısı üzerinde belirleyici bir rol oynamadığı bulunmuştur ancak, bu kaygının altında yatan diğer faktörlerin daha iyi anlaşılması için daha kapsamlı araştırmaların yapılması gerekebilir.

Anahtar Kelimeler: Psoriasis, Algılanan Sosyal Destek, Sosyal Görünüş Kaygısı

ABSTRACT

THE IMPACT OF PSORIASIS DISEASE SEVERITY AND PERCEIVED SOCIAL SUPPORT ON SOCIAL APPEARANCE ANXIETY

Introduction and Aim: Psoriasis is a chronic inflammatory disease associated with psychosocial comorbidities. Patients with psoriasis often experience shame, poor self-esteem and a social avoidance, which can lead to increased levels of social anxiety. Patients may also experience anxiety about social interactions, which affects their quality of life. The aim of this study was to determine the severity of psoriasis disease and the level of perceived social support and to evaluate the effect of these two variables on social appearance anxiety. In line with the data to be obtained, with the preventive medicine role of primary care and biopsychosocial approach; it is aimed to plan educational studies and initiatives to improve health services to repair/prevent problematic areas, thus reducing the negative effects of the disease on the person, facilitating the disease process, directing the patient to the right centers when necessary, evaluating the effects of non-disease factors on social support, disease severity and appearance anxiety with socio-demographic data and contributing to the literature in this field.

Materials and Methods: This descriptive, cross-sectional, quantitative and prospective study was conducted with 140 patients diagnosed with psoriasis who met the inclusion criteria and applied to the Dermatology and Family Medicine outpatient clinics of Hitit University Faculty of Medicine Erol Olçok Training and Research Hospital. In the study, in addition to the PASI (Psoriasis Area Severity Index) score calculated for the measurement of psoriasis disease severity, the Socio-Demographic Data Form, Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS) and Social Appearance Anxiety Scale (SAAS) were administered by face-to-face interview method. The collected data were analyzed with SPSS 25 (Statistical Package for the Social Sciences, version 25) package program using appropriate statistical methods.

Results: The mean age of the patients included in the study was 34,11 years and 55% were female. The mean duration of the disease was 9,17 years and the mean age at disease onset was 24,95 years. The PASI score was higher in males than females, in patients with high school degree or below than those with university degree or above, and in married patients than

single patients ($p < 0.05$). MSPSS Family subscale score of married patients was higher than single patients ($p < 0.01$). The MSPSS Friends subscale score of patients living with friends was higher than those living alone ($p < 0.05$). The MSPSS total score of patients who were employed in the public sector was higher than those who were students, housewives, employed in the private sector and freelancers ($p < 0.01$). There was a low/moderate positive correlation between MSPSS total score and age at onset of illness and a low/moderate negative correlation between MSPSS total score and PASI score.

Discussion-Conclusion: The negative correlation between perceived social support and disease severity emphasizes the importance of social support systems in the management of chronic diseases such as psoriasis. Personalized social support programs for patients can play a critical role in reducing the effects of illness and improving patient quality of life. The lack of a significant relationship between perceived social support and social appearance anxiety may suggest that these variables may be independent. That is, even if a person perceives high levels of social support, this may not automatically reduce their anxiety about their appearance. Social support can be provided from different sources and the quality of these supports may have different effects on social appearance anxiety. Personal characteristics, self-confidence levels and other psychological factors may play a role in the relationship between perception of social support and social appearance anxiety. The fact that no significant correlation was found between psoriasis severity and social appearance anxiety emphasizes the importance of a patient-centered approach and how people perceive the change in their bodies, regardless of the extent and severity of the disease, is important for effective treatment approaches. The socio-demographic characteristics examined in this study were not found to play a decisive role in social appearance anxiety, but more extensive research may be needed to better understand other factors underlying this anxiety.

Keywords: Psoriasis, Perceived Social Support, Social Appearance Anxiety

KISALTMALAR

Ark.: Arkadaşları

BDT: Bilişsel Davranışçı Terapi

BKİ: Beden Kitle İndeksi

Bkz.: Bakınız

BSA: Body Surface Area

GP: Genital Psoriasis

HRQoL: Health-Related Quality of Life

IFN- γ : Interferon-gamma

IL-1: Interlökin-1

IL-17: Interlökin-17

IL-23: Interlökin-23

IP: Invers Psoriasis

MSPSS: Multidimensional Scale of Perceived Social Support

PASI: Psoriasis Area Severity Index

PGA: Physicians Global Assessment

Ps: Psoriasis

PsA: Psoriatik Artrit

RA: Romatoid Artrit

SAAS: Social Apperance Anxiety Scale

SPSS: Statistical Package for the Social Sciences

SGKÖ: Sosyal Görünüş Kaygısı Ölçeği

TNF- α : Tumor Necrosis Factor-alpha

TABLO LİSTESİ

Tablo 1. Hastaların sosyo-demografik özellikleri	29
Tablo 2. Hastaların antropometrik ölçümleri.....	30
Tablo 3. Hastaların hastalık süresi ve başlangıç yaşı.....	30
Tablo 4. Hastaların PASI skorları	30
Tablo 5. Hastaların SGKÖ skorları	31
Tablo 6. Hastaların MSPSS alt ölçek ve toplam puanları.....	31
Tablo 7. Hastaların sosyo-demografik özellikleriyle PASI skorlarının karşılaştırılması	32
Tablo 8. Hastaların sosyo-demografik özellikleriyle SGKÖ skorlarının karşılaştırılması.....	33
Tablo 9. Hastaların sosyo-demografik özellikleriyle MSPSS Aile alt ölçek puanının karşılaştırılması ...	34
Tablo 10. Hastaların sosyodemografik özellikleriyle MSPSS Arkadaşlar alt ölçek puanının karşılaştırılması	35
Tablo 11. Hastaların sosyo-demografik özellikleriyle MSPSS Özel Bir İnsan alt ölçek puanının karşılaştırılması	36
Tablo 12. Hastaların sosyo-demografik özellikleriyle MSPSS ölçek toplam puanının karşılaştırılması.	38
Tablo 13. Hastaların sürekli değişkenleri arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi.....	39

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Psoriasis, anksiyete ve sosyal anksiyete gibi psikososyal komorbiditelerle ilişkili kronik inflamatuvar bir hastalıktır. Psoriasis hastalarında sıklıkla utanç duyma, düşük benlik saygısı ve sosyal ortamlardan kaçınma eğilimi görülür, bu da sosyal kaygı düzeylerinin artmasına neden olabilir. Psoriasisın neden olduğu psikososyal sıkıntı, bozulmuş yaşam kalitesi ile yakından ilişkilidir ^[89-93].

Psikolojik stres psoriasis için tetikleyici bir faktördür ve hastalığın alevlenmesiyle ilişkilendirilmiştir ^[92]. Hastalar ayrıca sosyal etkileşimler konusunda kaygı yaşayabilir ve bu da yaşam kalitelerini daha da etkiler ^[93].

Sosyal etkileşimler, bireyin diğer insanlardan aldığı geri bildirimler aracılığıyla hem güçlü yönlerini hem de geliştirmesi gereken özelliklerini fark etmesine olanak tanır, kişisel farkındalığını artırır ve bu sayede bireyin kendini kabullenme sürecinde önemli bir rol oynar ^[94].

İnsanların çoğu, çekici kişilerle daha yoğun iletişim kurma eğilimindedir. Bu nedenle, bireyler, başkaları üzerinde olumlu bir etki yaratmak ve daha alımlı görünmek amacıyla çaba göstermektedir. Bu süreç, benlik sunumu veya izlenim yönetimi olarak adlandırılmaktadır. Başkaları üzerinde istenilen izlenimi bırakamayacağını düşünen kişiler ise kaygı deneyimlemektedir ^[88].

Birçok çalışma, sosyal desteğin mental ve fiziksel iyilik üzerinde olumlu bir etkisi olduğunu göstermiştir. Son yıllarda, sosyal destekle ilgili yapılan araştırmalarda, birçok yazar dikkatlerin giderek sosyal ilişkilerin destekleyiciliğinin yeterliliği konusunda bireyin kendi algılarına, yani algılanan desteğe yöneldiğini belirtmiştir ^[87].

Algılanan sosyal destek, bireyin sosyal çevresinden alabileceği yardım ve bakıma ilişkin sahip olduğu öznel algıyı ifade eder. Bu, alınan sosyal desteğin aksine, bireyin belirli destekleyici davranışları ne kadar sıklıkla aldığını bildirdiği bir değerlendirme ^{[80][81]}.

Araştırmalar, algılanan sosyal desteğin, bireylerin hayatlarının çeşitli yönleri üzerinde, özellikle de zihinsel sağlık, yaşam kalitesi ve zorlu durumlara uyum gibi alanlarda kritik bir rol oynadığını göstermektedir ^{[80][81]}.

Algılanan sosyal destek, cilt hastalıklarına psikolojik uyumda önemli bir rol oynar; daha yüksek sosyal destek seviyeleri, daha düşük saldırganlık ve anksiyete seviyeleri ile ilişkilendirilir ^{[90][91]}.

Sosyal kaygının bir bileşeni olan sosyal görünüş kaygısı, bir kişinin fiziksel görünümünün başkaları tarafından değerlendirildiği durumlarda yaşanan gerginlik ve endişeyi ifade eder. Bu, hayatlarının belirli dönemlerinde neredeyse herkesin deneyimleyebileceği yaygın bir sorundur ^{[82][84]}.

Sosyal görünüş kaygısı, bireyler üzerinde depresyon, stres ve kaygı düzeylerinin artmasına neden olacak şekilde olumsuz etkilere sahip olabilir ^[83].

Yetişkinlerde obezite ve görünüş kaygısı birbiriyle bağlantılı olup, zihinsel sağlığı etkilemektedir. Araştırmalar, görünüşle ilgili sosyal anksiyetenin yeme bozukluklarına ve depresyona katkıda bulunduğunu belirtmektedir ^[95].

Bir araştırmada, beden kitle indeksi (BKİ) ile vücut memnuniyetsizliği arasında kuvvetli bir bağlantı olduğu belirlenmişken ^[99], başka bir araştırmada, morbid obezitenin (BKİ>35) varlığında benlik saygısı puanlarının hem obez hem de normal kilolu bireylerden daha düşük olduğu tespit edilmiştir. Morbid olmayan obez bireylerle sağlıklı kontrol grubu karşılaştırıldığında ise benlik saygısında anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür ^[98].

Yaşam boyu gelişim perspektifine göre, yetişkinlik; ilk, orta ve ileri yetişkinlik olmak üzere üç ana döneme ayrılır. Ergenlik sonrası başlayan ilk yetişkinlik, orta yaşın başlangıcı ile sona erer ve yaklaşık olarak 17-45 yaşları arasında kapsar ^[86]. İlk yetişkinlik döneminde bireyler, ergenlikteki "Ben kimim?" sorusunun ötesine geçer. Bu dönemde, bireyler hayatlarını nasıl şekillendirmek istedikleri, zamanlarını nasıl ve nerede değerlendirecekleri, hayatlarını anlamlandıracak ve tatmin edecek ilişkilerin ne türde olduğu gibi sorulara yanıtlar ararlar ^[86]. İlk yetişkinlikte, bireyin benlik ve duygusal gelişimi, evlilik ve aile yaşantısı, sosyal ilişkiler, iş hayatı ve kariyer planlaması gibi psikososyal gelişim alanları ön plana çıkar. Bu dönemde, bireylerin bu alanlardaki rollerini başarıyla yerine getirmeleri ve psikososyal gelişimlerini sağlamaları beklenir ^[86].

Orta yetişkinlik dönemi, yaklaşık 40 ile 65 yaşları arasında, orta yaş ve ileri yaş arasındaki geçiş dönemini kapsar. Bu dönemde biyolojik olarak bazı duraklamalar ya da gerilemeler yaşanabilirken, psikolojik ve sosyal açıdan tatmin edici ve değerli bir yaşam

sürdürebilme potansiyeli bulunur. Bu evrede bireyler, yeni nesilleri yetiştirme ve birikimlerini sonraki kuşaklara aktarma sorumluluğuyla sosyal olarak üretken bir hayat sürdürürler ^[86].

İleri yetişkinlik dönemi ise, yaklaşık 65 yaş ve üzerindeki kişileri kapsar ve emeklilikle birlikte gelen yaşam değişiklikleri ile sağlık sorunlarının yönetilmesi gereken bir süreçtir. Bu dönemde bireyler, örneğin bir hobi bahçesi kurmak veya yaşadıkları deneyimler üzerine bir kitap yazmak gibi aktivitelerle bu yeni yaşam evresine uyum sağlamayı tercih edebilirler ^[86].

Psoriasis hastalarının psikososyal destek ihtiyaçlarını, bilişsel davranışçı terapi, meditasyon ve farkındalık temelli terapiyi içeren multidisipliner yaklaşımlar aracılığıyla ele almak önemlidir. Psoriasis hastalarının tedavisinde, hastalığın fiziksel, psikolojik ve sosyal yönlerinin farkında olunmalı ve tedavilerinde çok boyutlu bir yaklaşım kullanılmalıdır.

Bu çalışma ile; psoriasis hastalık şiddeti ve algılanan sosyal destek düzeyini saptayarak, bu iki değişkenin sosyal görünüş kaygısına etkisini değerlendirmek amaçlanmıştır. Elde edilecek olan verilerin doğrultusunda, birinci basamağın koruyucu hekimlik rolü ve biyopsikososyal yaklaşımı ile; sorunlu bulunan alanların onarılması/önlenmesi için eğitim çalışmaları ve sağlık hizmetlerini geliştirmeye yönelik girişimler planlamak, böylece, hastalığın kişideki olumsuz etkilerini azaltmak, hastalık sürecini kolaylaştırmak, birinci basamak çalışanlarında bu konudaki farkındalığı arttırmak, 2. ve 3. basamaktaki ilgili sağlık çalışanlarının yükünü hafifletmek, gerekli görüldüğünde hastayı doğru merkezlere yönlendirmek, sosyo-demografik veri formu ile; hastalık dışı etkenlerin sosyal destek, hastalık şiddeti ve görünüş kaygısına olan etkilerini değerlendirmek, son olarak elde edilecek verilerle bu alandaki literatüre katkıda bulunmak amaçlanmıştır.

Araştırma Soruları:

- 1) Psoriasis hastalığının şiddeti ve algılanan sosyal destek, sosyal görünüş kaygısı üzerinde etkili midir?
- 2) Sosyo-demografik farklılıklar, algılanan sosyal destek, hastalık şiddeti ve sosyal görünüş kaygısı üzerinde etkili midir?
- 3) Psoriasis hastalık şiddeti ve algılanan sosyal destek arasında ilişki var mıdır?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. PSORİASİS

2.1.1. Tanım

Psoriasis, dünya nüfusunun yaklaşık %2-3'ünü etkileyen kronik inflamatuvar bir cilt hastalığıdır. Saçlı deri, dirsekler, dizler ve genital bölge de dahil olmak üzere vücudun çeşitli yerlerinde ortaya çıkabilen kırmızı, kalın, pullu (skuamli) ve kaşıntılı lezyonlarla karakterizedir. Ataklar ve remisyon dönemlerini içeren kronik seyirli otoimmün bir hastalıktır. Bulaşıcı değildir, birden fazla klinik formu vardır ^[1-5].

Psoriasis'in hem genetik hem de çevresel faktörleri içeren karmaşık bir etiyojije sahip olduğuna inanılmaktadır. Psöriatik artrit ve sistemik inflamatuvar hastalıklar gibi komorbiditelerle ilişkilidir ^[1-3].

2.1.2. Epidemiyoloji

Psoriasis epidemiyolojisi bazı cinsiyet farklılıkları göstermektedir. Hastalığın prevalansı erkekler ve kadınlar arasında eşit kabul edilirken, son zamanlarda yapılan çalışmalarda psöriatik artrit kadınlarda daha fazla görüldüğü ve kadın-erkek oranının 1,2 ile 2 arasında değiştiği gözlenmiştir ^[6].

Orta-şiddetli psoriasis tanılı erkek hastalarda tütün kullanımı, alkol kullanımı, diyabet, hipertansiyon, hiperlipidemi ve metabolik sendrom prevalansı kadın hastalara göre daha yüksektir ^[7].

Genel olarak, psoriasis epidemiyolojisi, hastalığın prevalansı, şiddeti ve komorbiditeler açısından cinsiyet dağılımında farklılıklar olduğunu ve erkeklerde belirli risk faktörleri ve komorbidite prevalansının daha yüksek olduğunu göstermektedir ^{[8] [9]}.

Psoriasis her yaşta ortaya çıkabilmekle birlikte, iki yaş aralığında pik yapar: 16-20 yaş (erken başlangıç) ve 57-60 yaş (geç başlangıç) ^[10]. Hastaların yaklaşık %70'inde 40 yaşından önce gelişim gösterir ^{[10] [11]}.

2.1.3. Etyopatogenez

Psoriasis, genetik, epigenetik ve çevresel faktörleri içeren karmaşık bir etyolojiye sahip kronik, inflamatuvar ve otoimmün bir hastalıktır ^[13]. Stres ve psikolojik faktörler hastalığın gelişimine ve alevlenmesine katkıda bulunabilir ^[14]. Psoriasis, hastaların sağlıkla ilgili yaşam kalitesi (HRQoL) üzerinde önemli bir etkiye sahiptir ve görünümünü, günlük ritüellerini ve sosyal etkileşimlerini etkileyebilir ^[15].

Psoriasis hastalığının patogenezi anormal bağışıklık sistemi aktivasyonunu, keratinositlerin farklılaşmasını ve çoğalmasını ve inflamatuvar moleküllerin salınımını içerir. Interlökin (IL)-17 ve IL-23 psoriasis patogenezinde temel rol oynar ve bu sitokinlerin hedeflenmesi tedavide etkinlik göstermiştir. Doğal ve adaptif bağışıklık sistemleri arasındaki etkileşimin yanı sıra genetik sinyal yolları da psoriasisde görülen inflamasyon ve epidermal hiperproliferasyona katkıda bulunur ^{[16] [17]}.

2.1.4. Klinik

Psoriasis hastalığının çeşitli klinik formları vardır. En yaygın form, hastaların %80'inden fazlasını etkileyen ve psoriasis vulgaris olarak da bilinen plak psoriasisidir ^[18].

Psoriasis vulgariste tipik olarak oval veya yuvarlak şekilli, belirgin sınırları olan plaklar görülür. İlk aşamada, çoğunlukla 1-5 mm çapında, üzerinde az miktarda pullanma bulunan eritemli maküller veya papüller gelişir. Bu lezyonlar, zaman içinde birleşerek genişler ve çeşitli şekillerde, infiltrasyon gösteren hiperkeratotik plaklara dönüşür. Bu papül ve plakların yüzeyi, kazındığında kolayca dökülen, kuru, gümüşü (sedef) renkli skuamlarla örtülüdür. Lezyonlar genellikle çevreye doğru genişleme eğilimindedir ^{[23] [24] [25]}.

Psoriasis, tipik olarak diz, dirsek ve sakral bölge gibi ekstansör bölgelerde daha yaygın görülmesine karşın, fleksör bölgelerin etkilendiği durumlar da vardır. Bu psoriasis formuna fleksural psoriasis, invers psoriasis veya ters psoriasis (IP) adı verilir. Bu formda, koltuk altı, kasık, meme altı, göbek ve göbek altı kıvrımları, kulak arkası (retroauriküler) ve intergluteal bölgeler gibi vücudun katlanan kısımları etkilenir. IP vakalarında, bazen genital psoriasis (GP) ile birlikte görülme durumu da söz konusu olabilir ^{[26] [27]}. Bu hastalık bazen sadece kasık gibi belirli bir bölgeyi, bazen de birden fazla fleksural bölgeyi etkileyebilir. Her iki cinsiyette ve tüm yaş gruplarında görülebilirken, bu psoriasis formu yetişkinler arasında daha yaygındır.

Ayrıca, obezite durumu olan bireylerde bu forma daha sık rastlanır. Psoriasis hastalarının yaklaşık %3-7'sinin invers psoriasis fenotipine sahip olduğu belirtilmiştir [28].

IP tarafından etkilenen bölgeler, nemli, mikrobiyal kolonizasyonun yüksek olduğu, sürtünmeye ve maserasyona eğilimli alanlar olmasıyla karakterizedir. Bu sebeple, kalın skuamli plaklar yerine, parlak kırmızı, net sınırlı ve daha az skuamize olmuş lezyonlar görülür [29].

Diğer formlar arasında küçük eritematöz pullu papüllerle karakterize guttat psoriasis yer alır. Guttat psoriasis ani başlangıçlıdır ve genellikle streptokok enfeksiyonunu takiben gelişen ateşli bir üst solunum yolu iltihabı atağından sonra veya akut stresli olaylardan sonra ortaya çıkar [19] [21].

Püstüler ve eritrodermik psoriasis en şiddetli formlardır. Püstüler psoriasis jeneralize veya lokalize olabilir, tekrarlayan püstül oluşumları ile karakterizedir. Eritrodermik psoriasis vücut yüzey alanının %90'ını etkiler, yaygın iltihaplı eritem ve pullanma ile karakterize şiddetli bir formdur [20].

Sebopsoriasis, seboreik dermatit ve psoriasis özelliklerinin birlikte görüldüğü forma verilen isimdir [21].

Saçlı deri psoriasis genellikle teşhis edilemez veya yetersiz tedavi edilir ve plak, ince pullar, sebopsoriasis, pityriasis amiantacea, sikatrisyel psoriatik alopesi ve püstüler psoriasis gibi çeşitli klinik modellerle ortaya çıkabilir [22].

"Pityriasis Amiantacea" terimi, özellikle saçlı deride görülen, pul pul (skuamöz) deri döküntülerinin asbeste benzer, parlak ve lifli görünümü nedeniyle verilen bir isimdir. Genellikle psoriasis, seboreik dermatit gibi hastalıklarda görülür. Asbeste benzer bu görünüm, deri yüzeyinde sıkıca yapışık, gümüşümsü-beyaz skuamaların oluşmasından kaynaklanır [42] [43] [44].

Tırnak psoriasis; çukurcuklar, yağ lekeleri, onikoliz ve subungual hiperkeratoz gibi çeşitli özelliklerle ortaya çıkabilir [22]. Psoriasis'in tırnak matriksine olan etkisinde en sık karşılaşılan ve en karakteristik bulgu, toplu iğne başı büyüklüğünde oluşan çukurcuklardır (pitting). Bu durum hastaların yaklaşık %70'inde mevcuttur ve tırnak yüzeyinde küçük, net sınırlı çukurcuklar olarak ortaya çıkar [32]. Psoriasis, proksimal tırnak matriksine etki ederek stratum korneumun keratinizasyon sürecini bozabilir ve parakeratotik hücrelerin oluşumuna

yol açar ^[31]. Bir tırnak üzerinde 10 veya daha fazla pitting bulunması ya da tüm tırnaklarda toplamda 50'yi aşan pitting sayısı, psoriasis için bir kanıt olarak değerlendirilir ^[33].

Pitting, bazı yazarlar tarafından tırnak psoriasisinin en yaygın belirtisi olarak görülmesine rağmen ^[30], bu görüş, bazı araştırmaların bulgularıyla çelişmektedir. Örneğin, 2012 yılında yapılan bir araştırmada, 178 hasta üzerinde yapılan incelemede en sık karşılaşılan tırnak sorunu olarak onikoliz tespit edilmiştir ^[35]. Onikoliz, tırnak plağının, altındaki tırnak yatağından ayrılması durumudur ^[34].

Psoriasisın mukozal tutulumu da mevcuttur ve genital bölgeler gibi mukoza zarlarını da etkileyebilir ^{[20] [22]}.

Palmoplantar psoriasis, tüm psoriasis vakalarının yaklaşık %5'ini oluşturur. Palmoplantar plak psoriasis vakalarında, lezyonlar genellikle avuç içlerinde ve ayak tabanlarında keskin sınırlı, eritemli plaklar şeklinde görülür. Bu vakalarda eritem, diğer psoriasis türlerine kıyasla daha az belirgindir, ancak hiperkeratoz daha fazla dikkat çeker. Lezyonlar sık sık ağrılı çatlaklara (fissürlere) sahiptir. Vücut yüzey alanının %5'inden azını etkilese de, avuç içi ve ayak tabanlarında yoğunlaşan hiperkeratoz ve fissürler, hasta için yaşam kalitesinde önemli bir azalmaya neden olur. Ağrı, günlük aktiviteleri zorlaştırabilir. Plak tipi psoriasisin aksine, palmoplantar psoriasisde, hastalığın vücut yüzey alanı tutulumunun genişliği ile yaşam kalitesi arasında belirgin bir uyumsuzluk gözlemlenir ^[36-41].

Psoriasis lezyonlarının çeşitli şekil ve özellikleri, onlara özgü isimlerle tanımlanmalarına yol açar. Bu isimlendirmeler, lezyonların görünüşüne dayanarak hastalığın tanımlanmasına yardımcı olur.

- Punktat Psoriasis: En küçük lezyonlar punktata psoriasis olarak adlandırılır. Bu lezyonlar genellikle 1-2 mm çapında olup, nokta büyüklüğündedirler. Punktata lezyonlar, genellikle vücudun çeşitli yerlerine yayılmış halde bulunur.
- Guttata Psoriasis: Guttata lezyonlar, yağmur damlası büyüklüğünde olup, genellikle 1 cm'den küçük çaplarda bulunurlar. Bu tip psoriasis, genellikle streptokok enfeksiyonları gibi belirli tetikleyici olaylardan sonra çocukluk ve genç yetişkinlik dönemlerinde ortaya çıkabilir.
- Nummuler Psoriasis: Nummuler lezyonlar, adını Latince "madeni para" anlamına gelen "nummus" kelimesinden köken alır. Bu lezyonlar genellikle oval veya yuvarlak

şekillerde olup, 1-3 cm çaplarında plaklardır. Madeni para büyüklüğünde ve şeklinde oldukları için bu adı alırlar.

- Psoriasis Universalis: Psoriasis universalis, hastalığın en şiddetli formudur ve vücudun büyük bir bölümünü veya tamamını kaplayan geniş bir yayılım gösterir.
- Foliküler Psoriasis: Bu tür, saç foliküllerinin etrafında veya ağzında görülen psoriasis lezyonlarıdır. Küçük, nokta şeklinde kırmızı kabartılar şeklinde görülebilir ve ciltte pürüzlü bir doku oluşturabilir
- Annüler Psoriasis: Bu formda, psoriasis lezyonları ortadan iyileşmeye başlar ve kenarlar aktif olarak inflamasyon gösterir. Bu süreç, tam veya yarım halka (annüler) şekillerin oluşmasına neden olur. Annüler psoriasis, genellikle vücudun gövde ve ekstremitte bölümlerinde görülür.
- Coğrafik Psoriasis: Coğrafik psoriasis lezyonları, adını kenarlarının düzensiz, girintili ve çıkıntılı olmasından alır. Bu lezyonlar, coğrafi haritaları andıran karmaşık desenler oluşturabilir. Büyük ve geniş lezyonlar şeklinde vücudun çeşitli bölümlerinde görülebilir.
- Sirsine Psoriasis: Sirsine (serpiginous) psoriasis, lezyonların yılan benzeri, dalgalı hatlar veya desenler oluşturduğu bir formdur. Bu tür, lezyonların kenarlarının yavaş yavaş ilerlemesi ve bu ilerleme sırasında yılanın hareketini andıran desenler oluşturmasıyla karakterizedir ^[23] ^[24] ^[25].

2.1.5. Komorbiditeler

Psoriasisste, psoriatik artrit, inflamatuvar bağırsak hastalığı, obezite, diyabet, kardiyovasküler hastalık, çeşitli kanser türleri, depresyon, alkolsüz yağlı karaciğer hastalığı, otoimmün hastalıklar, obstrüktif uyku apnesi, kronik obstrüktif pulmoner hastalık, metabolik sendrom, kronik böbrek hastalıkları, tümörler, enfeksiyonlar, hipertansiyon, Crohn hastalığı, ülseratif kolit, pulmoner hastalık ve psikiyatrik rahatsızlıklar da dahil olmak üzere birçok komorbidite görülebilir. Bu komorbiditeler genellikle psoriasis başlangıcından yıllar sonra klinik olarak belirgin hale gelir ve şiddetli hastalıkta daha sık görülür. Psoriasis ve komorbiditeleri arasındaki ilişkinin altında yatan nedenlerin, ortak inflamatuvar yollar ve genetik yatkınlık olabileceği düşünülmektedir. Komorbid hastalıkların varlığı, önemli ölçüde azalmış bir yaşam süresi ve yaşam kalitesinde bozulma ile ilişkilidir. Hekimlerin bu eşlik eden hastalıkları erken tanınması ve uygun yönetim seçeneklerini düzenlemesi önemlidir. Psoriasis

ayrıca kronik sistemik inflamasyon nedeniyle hipertansiyon, dislipidemi, obezite, diyabet, kardiyovasküler hastalık, inme ve atriyal fibrilasyon riskinde artışla da ilişkilidir. ^[45-49].

2.1.5.1. Psoriatik Artrit

Psoriatik artrit (PsA), psoriasis (Ps) ile ilişkili, genellikle genç yetişkinleri etkileyen bir inflamatuvar artrit türüdür. Hastalığın başlangıcı genellikle 30 ile 50 yaşları arasında görülür. Bu durum, ilerleyen ağır inflamasyonun eklem hasarı ve ciddi fonksiyonel kayıplara yol açmasıyla karakterizedir. Uzun süreli ve tedavi edilmemiş sistemik inflamasyon, erken ateroskleroz riskini artırır ve kardiyovasküler hastalıklar ile ömrün kısalmasına neden olabilir. PsA, tipik deri ve periartiküler (entezit) etkilenimleri ile romatoid artrit (RA) farklıdır ve patogenez, tedavi yanıtı ve prognoz açısından RA'dan ayırt edilmesi gereken bir durumdur. ^[51]
^[52] ^[53].

Psoriasisın cilt tutulumu başlangıcının, psoriatik artrit teşhis zamanıyla ters orantılı olduğu tespit edilmiştir; ciltteki belirtilerin daha ileri yaşlarda ortaya çıkması, psoriatik artrit teşhisine kadar geçen sürenin daha kısa olması ile ilişkilendirilmiştir ^[50].

Psoriatik artrit (PsA), hem erkekleri hem de kadınları etkiler, ancak hastalıkta bazı cinsiyet farklılıkları vardır. Kadınlarda PsA prevalansı erkeklere kıyasla daha yüksektir ve kadın-erkek oranları 1.2 ile 2 arasında değişmektedir ^[6]. PsA'lı kadınlarda erkeklere kıyasla genellikle daha şiddetli hastalık seyri vardır ve sağlıkla ilgili yaşam kalitesi daha düşüktür. Ayrıca kadınlar, PsA poliartiküler formuna, entezit ve obeziteye daha yatkındırlar ^[54] ^[55]. Öte yandan, PsA'lı erkeklerde oligoartiküler form, psoriatik tırnak distrofisi, aksiyel tutulum ve kronik hiperürisemi görülme olasılığı daha yüksektir ^[56].

PsA'daki bu cinsiyet farklılıkları, bireysel hasta özelliklerine dayalı olarak özelleştirilmiş terapötik yönetimin önemini vurgular ^[57].

2.1.5.2. Psikososyal Etkilenimler

Psoriasis hastalığına sahip bireylerde anksiyete, depresyon, özgüven eksikliği, kendini değersiz ve suçlu hissetme, damgalanma ve utanç, sosyal izolasyon, cinsel fonksiyon bozuklukları, intihar düşünceleri gibi pek çok ruhsal sağlık sorununun ortaya çıktığı

gözlemlenmiştir. Ek olarak, stresin psoriasis lezyonlarının gelişiminde kritik bir rol oynadığı belirlenmiştir [75].

Psoriasis ile ilişkili ruhsal durum değişikliklerinin mekanizması, IL-1, TNF- α ve IFN- γ gibi proinflamatuvar sitokinlerin nöromodülatör etkileri üzerinden olabileceği ve bu nöromodülasyonun özellikle depresyon gibi psikiyatrik rahatsızlıklara aracılık ettiği düşünülmektedir [76].

Psoriasis hastalarının %61'inde yaşam kalitesinin olumsuz etkilendiği tespit edilmiş, bu etkilenme oranının hastalık süresi uzun olanlarda ve kadınlarda daha fazla olduğu belirlenmiştir [77].

Psoriasis tanısı almış hastalarda, depresyon ve anksiyete bozuklukları en yaygın görülen psikiyatrik durumlar arasındadır. Bu hastalarda depresyon görülme oranı %44 iken, anksiyete bozukluklarının görülme oranı %55'tir [76].

Depresyonun, genç yaşta olanlarda, erkek cinsiyetteki bireylerde ve hastalığın şiddeti daha fazla olan psoriasis hastalarında daha yaygın olduğu bildirilmektedir. Ayrıca, kaşıntının, depresyonun şiddetini artırıcı bir etkisi olduğu vurgulanmaktadır [78].

Ülkemizde gerçekleştirilen çok merkezli bir araştırmada, yetişkin psoriasis hastaları arasında içselleştirilmiş damgalanmanın yaygın olduğu ve bu durumun psoriasis şiddeti, kötüleşen yaşam kalitesi, genel sağlık sorunları ve psikiyatrik bozukluklar ile ilişkili olduğu bulunmuştur. Özellikle vücudun görünen bölgelerinde, genital alanda lezyonların bulunması durumunda, artropatik ve invers psoriasis vakalarında içselleştirilmiş damgalanmanın daha fazla gözlemlendiği belirlenmiştir [79].

2.1.6. Tanı

2.1.6.1. Patoloji

Psoriasis, keratinositlerin aşırı çoğalmasıyla tanımlanan kronik, papüloskuamöz bir dermatozdur. Bu hastalıkta, normal şartlarda 13 gün süren epidermal hücre yenilenme süreci 3-4 güne düşer; bu durum, bazal tabakada ve bazal keratinositlerde hiperproliferasyona yol açar. Psoriasis klinik tanısı, eritemli zemin üzerinde beyaz skuamlı plak görünümüyle kolaylıkla konulabilirken, bazı durumlarda fleksural, püstüler, eritrodermik gibi çeşitli klinik görünümlerle de ortaya çıkabilir ve bu vakalarda kesin tanı için patolojik inceleme zorunlu hale gelebilir. Patolojik tanı için biyopsi materyali lezyonun kenarından alınmalıdır ^{[58][59]}.

2.1.6.2. Ayırıcı Tanı

Psoriasisın histopatolojik ayırıcı tanısında seboreik dermatit, kronik dermatit, pitriazis rozea, pitriazis rubra pilaris ve liken simpleks kronikus gibi psoriasiform hiperplaziye neden olan dermatozlar yer alır. Bu hastalıklarda da sıklıkla parakeratoz, rete çıkıntılarında uzama ve yüzeysel perivasküler lenfositik infiltrasyon görülmektedir ^{[58][60]}.

2.1.7. Hastalık Şiddetinin Tanımlanması

Psoriasis tedavisinin planlanması ve etkinliğinin ölçülmesi için hastalığın şiddetinin belirlenmesi hem günlük tıbbi uygulamalarda hem de ilaç araştırmalarında büyük önem taşır. Tedavi metodunun etkinliği, bu ölçüme dayanarak değerlendirilir ve sağlık otoriteleri tarafından onay süreçleri bu değerlendirmelerle şekillenir.

2.1.7.1. Psoriasis Şiddeti Ölçümünde Kullanılan Yöntemler

Plak psoriasisinin şiddetini belirlemek için yaygın olarak kullanılan yöntemler arasında Psoriasis Alan Şiddet İndeksi (PASI), hekimin global değerlendirmesi (PGA) ve etkilenen vücut yüzey alanı (BSA) bulunmaktadır.

- **Psoriasis Alan Şiddet İndeksi (Psoriasis Area Severity Index, PASI)**

PASI, 1978 yılından bu yana plak psoriasisinin şiddetini ölçmek için kullanılan, en yaygın bilinen ve neredeyse tüm ilaç çalışmalarında birincil sonuç değerlendirme ölçütü olarak kabul edilen ölçüm aracıdır ^[61]. Bu değerlendirme, lezyonun kapsadığı alanın yanı sıra şiddetinin de incelenmesini içerir.

PASI skorunun hesaplanması, baş/boyun, üst ekstremiteler, gövde ve alt ekstremiteler olmak üzere dört ana vücut bölgesindeki lezyonların kızarıklık, kalınlık ve pul pul dökülme (eritem, infiltrasyon ve deskuamasyon) özelliklerinin 0'dan 4'e kadar derecelendirilmesiyle başlar. Her bir derecelendirme, etkilenen bölgenin genişliğine göre belirlenen bir alan skoru (0-6 arası) ile çarpılır. Ardından, elde edilen bu sonuçlar, her bölgenin toplam PASI skoruna katkıda bulunan özgül ağırlık katsayıları ile çarpılır. Her bir anatomik bölge için hesaplanan bu puanlar toplanır ve nihai PASI skoru elde edilir. Skor 0 ile 72 arasında değişir. Bu işlem, belirli internet siteleri aracılığıyla daha hızlı ve pratik bir şekilde gerçekleştirilebilir (örneğin, <http://pasi.corti.li/> adresinden) ^[62] ^[63] ^[64].

- **Hekimin Global Değerlendirmesi (Physicians Global Assessment, PGA)**

Hekimlerin ve araştırmacıların günlük pratiğinde sıkça başvurduğu, hızlı ve basit bir değerlendirme yöntemi olan PGA, hastalık aktivitesini belirlemede yaygın olarak kullanılır. Hastalık aktivitesi şu şekilde sınıflandırılır: hiç lezyon yok (0), neredeyse hiç lezyon yok (1), hafif (2), orta (3), şiddetli (4), çok şiddetli (5). Bu ölçüm, bazı durumlarda 0'dan 6'ya veya 0'dan 7'ye kadar puanlama ile de uygulanabilir ^[62] ^[63].

PGA'nın en büyük yararı, uygulanmasının son derece pratik ve hızlı olmasıdır. Ancak, hastalık şiddetinin sadece 0-5 gibi dar bir aralıkta değerlendirilmesi, yöntemin göreceli olarak kabaca olmasına yol açar, bu da yöntemin en büyük dezavantajıdır.

- **Vücut Yüzey Alanı (Body Surface Area, BSA)**

BSA, lezyonların işgal ettiği alanın tespit edilmesini amaçlar. Genellikle %10 veya daha fazla tutulum, orta-şiddetli hastalık olarak değerlendirilir ve bireyin sistemik tedaviye uygun olduğunu gösterir. Çeşitli yöntemlerle ölçülebilir. Yetişkinlerde baş/boyun ve her bir kol vücut yüzey alanının (BSA) %9'unu, her bir bacak %18'ini, gövde %36'sını, genital bölge ise BSA'nın %1'ini temsil eder. Etkilenen alan, bir kişinin avuç içinin vücut yüzey alanının

yaklaşık %1'ine eşit olduğu varsayımıyla hesaplanabilir. Ancak bu yöntem, lezyonun şiddetini değerlendirememesi ve tedaviye yanıtın belirlenmesindeki yetersizliği sebebiyle klinik uygulamada ve araştırmalarda tercih edilmemektedir ^[65] ^[66].

2.1.8. Tedavi

Psoriasis lezyonlarının şekli, büyüklüğü ve yerleşim yeri hastadan hastaya büyük ölçüde değişkenlik gösterebilir. Psoriasis'in tedavisi, hastalığın tipine, şiddetine ve hastanın genel sağlık durumuna bağlı olarak değişir.

Psoriasis'in yönetimi genellikle topikal tedaviler, fototerapi ve sistemik ilaçlar gibi çeşitli yöntemlerle gerçekleştirilir. Her hastanın durumu benzersizdir, bu nedenle tedavi, bireysel ihtiyaçlara göre özelleştirilmelidir.

Psoriasisli kadınlar, özellikle de doğurganlık çağında, hamilelik ve emzirme döneminde olanlar, bazı ilaçların kontrendikasyonları ve sınırlı güvenlik verileri nedeniyle tedavi seçenekleri açısından ek zorluklarla karşı karşıyadır ^[73].

Gebelik sürecinde çoğu hastada psoriasis remisyona girer. Doğum gerçekleştikten sonra yeni ataklar gelişebilir. Emzirme döneminde yaklaşık her üç psoriasis hastasından ikisinde yeni ataklar gözlenir. Psoriasisde kullanılan tedavi seçeneklerinin bu özel dönemdeki etkileriyle ilgili literatür bilgileri henüz sınırlıdır ^[74].

Psoriasis geriatric hastaları da etkileyebilir ve bu popülasyonun tedavisi, eşlik eden hastalıklar, çoklu ilaç kullanımları ve fiziki bozukluklar nedeniyle zorlayıcı olabilir. Psoriasis tedavisinde yaş tek başına sınırlayıcı bir faktör olmamalıdır ve hastayla ilişkili ek faktörlere de gereken dikkat gösterilmelidir ^[12].

2.1.8.1. Topikal Tedavi

Topikal tedavi, özellikle hafif vakalarda psoriasis tedavisinde önemli bir seçenek olup, orta ve şiddetli vakalarda diğer tedavilerle birlikte kullanılabilir ^[67]. Topikal kortikosteroidlerin, tek başlarına veya vitamin D analogları ile kombinasyon halinde, hafif ile orta şiddette psoriasis tedavisinde etkili oldukları kanıtlanmıştır ^[68]. Topikal ajanlar semptomatik bir etkiye sahip olup, hastanın cilt durumunu iyileştirebilir ve böylece yaşam kalitesini artırabilir ^[69].

2.1.8.2. Sistemik Tedavi

Psoriasis için sistemik tedavi, sistemik kortikosteroidler, biyolojik ajanlar ve küçük moleküller gibi geleneksel tedavileri içeren çeşitli seçenekler sunar ^{[70][71]}.

Infliximab, bimekizumab, ixekizumab ve risankizumab gibi biyolojik ajanlar, orta ile şiddetli psoriasis hastalarında yüksek etkinlik göstermiştir. Hamile kadınlar, yaşlı bireyler ve tedavi edilmiş solid tümör öyküsü olan hastalar gibi özel popülasyonlarda sistemik tedavi kararları, sınırlı veriler ve potansiyel riskler nedeniyle dikkatlice değerlendirilmelidir ^[72].

2.2. Algılanan Sosyal Destek

Algılanan sosyal destek, bireyin sosyal çevresinden alabileceği yardım ve bakıma ilişkin sahip olduğu öznel algıyı ifade eder. Bu, alınan sosyal desteğin aksine, bireyin belirli destekleyici davranışları ne kadar sıklıkla aldığını bildirdiği bir değerlendirmedir ^{[80][81]}.

Araştırmalar, algılanan sosyal desteğin, bireylerin hayatlarının çeşitli yönleri üzerinde, özellikle de zihinsel sağlık, yaşam kalitesi ve zorlu durumlara uyum gibi alanlarda kritik bir rol oynadığını göstermektedir ^{[80][81]}.

2.3. Sosyal Görünüş Kaygısı

Sosyal görünüş kaygısı, sosyal kaygının bir bileşeni olup, bir kişinin fiziksel görünümünün başkaları tarafından değerlendirildiği durumlarda yaşanan gerginlik ve endişeyi ifade eder. Bu, hayatlarının belirli dönemlerinde neredeyse herkesin deneyimleyebileceği yaygın bir sorundur ^{[82][84]}.

Sosyal görünüş kaygısı, bireyler üzerinde depresyon, stres ve kaygı düzeylerinin artmasına neden olacak şekilde olumsuz etkilere sahip olabilir ^[83].

Sosyal görünüş kaygısının, sosyal medya kullanımı, dürtüsel tüketim ve estetik cerrahiye yatkınlık ile doğrusal ilişkili olduğu bulunmuştur ^[85].

2.3.1. Obezite ve Sosyal Görünüş Kaygısı

Yetişkinlerde obezite ve görünüş kaygısı birbiriyle bağlantılı olup, zihinsel sağlığı etkilemektedir. Araştırmalar, görünüşle ilgili sosyal anksiyetenin yeme bozukluklarına ve depresyona katkıda bulunduğunu belirtmektedir ^[95].

Yapılan çalışmalar, özellikle genç kadınlarda obezitenin görünüş hakkında endişeye neden olduğunu ve psikolojik refahlarını etkilediğini göstermektedir ^[96]. Fazla kilolu ve obez gençlerde anksiyete gelişimi, kilo ile ilgili sosyal çevreden yansıyan alaycı tutum ve görünüş ideallerinin içselleştirilmesiyle şekillenmektedir ^[97].

Bir araştırmada, beden kitle indeksi (BKİ) ile vücut memnuniyetsizliği arasında kuvvetli bir bağlantı olduğu belirlenmişken ^[99], başka bir araştırmada, morbid obezitenin varlığında benlik saygısı puanlarının hem obez hem de normal kilolu bireylerden daha düşük olduğu tespit edilmiştir. Morbid olmayan obez bireylerle sağlıklı kontrol grubu karşılaştırıldığında ise benlik saygısı açısından anlamlı bir fark bulunmamıştır ^[98]. Bu bulgular, obezite ile görünüş kaygısı arasındaki karmaşık ilişkiyi vurgulamakta ve etkilenen bireylerin genel refah ve yaşam kalitesini iyileştirmek için obezitenin yönetiminde psikolojik yönlerin ele alınmasının önemini vurgulamaktadır.

2.4. Yetişkinlik Dönemi Özellikleri

Yaşam boyu gelişim perspektifine göre, yetişkinlik; ilk, orta ve ileri yetişkinlik olmak üzere üç ana döneme ayrılır. Ergenlik sonrası başlayan ilk yetişkinlik, orta yaşın başlangıcı ile sona erer ve yaklaşık olarak 17-45 yaşları arasını kapsar. İlk yetişkinlik döneminde bireyler, ergenlikteki "Ben kimim?" sorusunun ötesine geçer. Bu dönemde, bireyler hayatlarını nasıl şekillendirmek istedikleri, zamanlarını nasıl ve nerede değerlendirecekleri, hayatlarını anlamlandıracak ve tatmin edecek ilişkilerin ne türde olduğu gibi sorulara yanıtlar ararlar ^[86].

İlk yetişkinlikte, bireyin benlik ve duygusal gelişimi, evlilik ve aile yaşantısı, sosyal ilişkiler, iş hayatı ve kariyer planlaması gibi psikososyal gelişim alanları ön plana çıkar. Bu dönemde, bireylerin bu alanlardaki rollerini başarıyla yerine getirmeleri ve psikososyal gelişimlerini sağlamaları beklenir. Bu dönem, toplumsal rollerin yerine getirilmesi, aile kurma ve toplumda saygınlık kazanma gibi zengin ilişkilerin yaşandığı dönemlerdir. Bununla birlikte, bu dönem aynı zamanda büyük çelişkilerin, streslerin, risklerin, bedellerin ve hayal kırıklıklarının yaşandığı bir zaman olabilir. Bireyler, kişisel tutkuların, isteklerin ve beklentilerin gerçekleşmediğini gördüklerinde, yaşamdan büyük bir darbe almış gibi hissedebilirler ^[86].

Orta yetişkinlik dönemi, yaklaşık 40 ile 65 yaşları arasında, orta yaş ve ileri yaş arasındaki geçiş dönemini kapsar. Bu dönemde biyolojik olarak bazı duraklamalar ya da gerilemeler yaşanabilirken, psikolojik ve sosyal açıdan tatmin edici ve değerli bir yaşam

sürdürebilme potansiyeli bulunur. Bu evrede bireyler, yeni nesilleri yetiştirme ve birikimlerini sonraki kuşaklara aktarma sorumluluğuyla sosyal olarak üretken bir hayat sürdürürler [86].

İleri yetişkinlik dönemi ise, yaklaşık 65 yaş ve üzerindeki kişileri kapsar ve emeklilikle birlikte gelen yaşam değişiklikleri ile sağlık sorunlarının yönetilmesi gereken bir süreçtir. Bu dönemde bireyler, örneğin bir hobi bahçesi kurmak veya yaşadıkları deneyimler üzerine bir kitap yazmak gibi aktivitelerle bu yeni yaşam evresine uyum sağlamayı tercih edebilirler. Öte yandan, gençlik dönemlerinde yaşanan kayıplarla ilgili psikolojik sorunlar üzerine odaklanırlar [86].

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi, Yeri ve Süresi

Tanımlayıcı tipte, kesitsel, nicel ve prospektif bir çalışma olarak, 09 Ocak 2024 - 20 Şubat 2024 tarihleri arasında Hitit Üniversitesi Tıp Fakültesi Erol Olçok Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Dermatoloji ve Aile Hekimliği polikliniklerinde gerçekleştirilmiştir.

3.2. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Bu araştırma, Hitit Üniversitesi Tıp Fakültesi Erol Olçok Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde Dermatoloji ve Aile Hekimliği polikliniklerine başvuran ve çalışmaya dahil edilme ölçütlerini karşılayan plaklı psoriasis tanılı hastalar ile gerçekleştirilmiştir.

Güç analizi sonucunda belirlenen minimum katılımcı sayısı 136 iken, çalışma tarihleri arasında değerlendirmeye alınan 163 psoriasis hastası içinde dahil edilme ölçütlerini karşılayan 140 hasta ile çalışma gerçekleştirilmiştir.

Çalışmaya katılmak için aranan ölçütler; 18 ile 45 yaş aralığında olmak, soru formlarını cevaplayabilecek mental, duygusal ve fiziksel kapasiteye sahip olmak ve psoriasis tanısına sahip olmaktır.

Çalışmanın, sosyal açıdan kendini ifade etme ve kabul ettirme ihtiyacının yoğun olarak hissedildiği ilk yetişkinlik dönemindeki hastalar üzerinde yapılmasına karar verilmesinde,

psoriasis hastalığının fiziki görünümde yol açtığı değişikliklere ek olarak hastalığın psikososyal komorbiditelerle ilişkisi belirleyici olmuştur.

Sosyal görünüş kaygısı ve algılanan sosyal destek ölçümlerine etki ederek yanıtıcı faktör oluşturmaması amacıyla psikiyatrik hastalığı olanlar, psoriasis dışında başka bir dermatolojik hastalığı olanlar, vücut morfolojisinde bozukluğa yol açacak bir duruma sahip olanlar, malignite hastaları ve morbid obeziteye (BKİ>35) sahip olanlar çalışmaya alınmamıştır.

3.3. İşlem

Hitit üniversitesi Erol Olçok Eğitim ve Araştırma Hastanesi Başhekimliği izniyle, hastalar, Dermatoloji ve Aile Hekimliği poliklinik kontrolleri sırasında çalışmaya dahil edilmiştir. Hastalarla poliklinik kontrollerinden sonra, poliklinik alanında bu çalışma için kullanılacak ayrı bir odada görüşülmüştür.

Çalışma kapsamında, yüz yüze görüşme yöntemi kullanılarak hasta ile birlikte veri toplama araçlarının doldurulması ve PASI skorunun hesaplanmasını içeren bir plan hazırlanmıştır. Veri araç formlarının doldurulması ve PASI skoru hesaplanması için yaklaşık 20 dakikalık bir muayene süresi ayrılmıştır. Veri toplama öncesi, aydınlatılmış onam formu ayrıntılı bir şekilde açıklanmış ve hastalardan onam alınmıştır. Hastalara, çalışmada isimlerin kullanılmayacağı ve bu nedenle çalışmanın sonuçlarının taraflara bildirilmeyeceği bilgisi verilmiştir. Ayrıca, hastalar anlamadıkları konularla ilgili yardım almak için yardımcı araştırmacıya soru sorma fırsatını bulmuşlardır. Yanıtlar verilirken yönlendirme yapılmamasına özen gösterilmiştir.

3. 4. Veri Toplama ve Ölçüm Araçları

Çalışmada veri formları olarak Sosyo-Demografik Veri Formu, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ve Sosyal Görünüş Kaygısı Ölçeği kullanılmış olup, ek olarak psoriasis hastalık şiddeti ölçümü için PASI skoru hesaplanmıştır.

3.4.1. Sosyo-Demografik Veri Formu

Araştırmacılar tarafından literatür bilgileri ışığında oluşturulan formda hastalara yaş, cinsiyet, boy, kilo, eğitim ve çalışma durumu, medeni durumu, ekonomik gelir-gider dengesi,

medeni hal, yaşadığı yer ve ikamet ettiği yerde kimlerle yaşadığı, ne kadar süredir psoriasis hastası olduğu ve kaç yaşında psoriasis tanısı aldığı ile ilgili sorular sorulmuştur. (Bkz. Ek:1)

3.4.2. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (Multidimensional Scale of Perceived Social Support, MSPSS)

Orijinali Zimet ve ark. tarafından 1988 yılında Amerika Birleşik Devletleri'nde geliştirilen ölçeğin, 2001 yılında Dr. Doğan Eker, Dr. Haluk Arkar ve Dr. Hülya Yaldız tarafından geçerlik güvenirlik çalışması yapılmıştır. MSPSS 12 maddeden oluşan bir ölçektir. Her biri 4 maddeden oluşan, desteğin kaynağına ilişkin 3 grubu içerir. Bunlar; aile, arkadaş ve özel bir insandır.

Her madde 7 aralıklı bir ölçek kullanılarak derecelendirilmiştir. (1=kesinlikle hayır, 7=kesinlikle evet) Ölçekten alınabilecek puan 7 ile 84 arasında değişmektedir. Ölçekten elde edilen puanın yüksek olması algılanan sosyal desteğin yüksek olduğunu ifade etmektedir.

İç tutarlılığı ölçmek için Cronbach alfa yöntemi kullanılmış olup her bir alt ölçeğin katsayıları şu şekildedir: Aile 0.85, Arkadaş 0.88, Özel bir insan 0.92 ^[87]. (Bkz. Ek:2)

3.4.3. Sosyal Görünüş Kaygısı Ölçeği (Social Appearance Anxiety Scale, SAAS, SGKÖ)

Orijinali Hart ve arkadaşları (2008) tarafından geliştirilmiştir. Ölçeğin Türkçe geçerlik güvenirlik çalışması 2010 yılında Tayfun Doğan tarafından yapılmıştır. Çalışmadaki katılımcıların 197'si erkek, 143'ü kadındır. Örneklemin yaş aralığı 18-29'dur. SAAS 16 maddeden oluşan bir ölçektir. Hiç Uygun Değil (1), Uygun Değil (2), Biraz Uygun (3), Uygun (4), Tamamen Uygun (5) şeklinde 5 seçenekli bir cevaplama anahtarına sahiptir. Puanlar 16-80 arasında değişmektedir ve puan arttıkça sosyal görünüş kaygısı artmaktadır. Ölçeğin 1. maddesi tersten kodlanmaktadır. Ölçeğin Cronbach alpha iç tutarlık katsayısı 0.93'tür ^[88]. (Bkz. Ek:3)

3.4.4. Psoriasis Alan Şiddet İndeksi (Psoriasis Area Severity Index, PASI)

PASI, 1978 yılından bu yana plak psoriasisinin şiddetini ölçmek için kullanılan, en yaygın bilinen ve neredeyse tüm ilaç çalışmalarında birincil sonuç değerlendirme ölçütü olarak kabul edilen ölçüm aracıdır ^[61]. Bu değerlendirme, lezyonun kapsadığı alanın yanı sıra şiddetinin de incelenmesini içerir.

PASI skorunun hesaplanması, baş/boyun, üst ekstremiteler, gövde ve alt ekstremiteler olmak üzere dört ana vücut bölgesindeki lezyonların kızarıklık, kalınlık ve pul pul dökülme (eritem, infiltrasyon ve deskuamasyon) özelliklerinin 0'dan 4'e kadar derecelendirilmesiyle başlar. Her bir derecelendirme, etkilenen bölgenin genişliğine göre belirlenen bir alan skoru (0-6 arası) ile çarpılır. Ardından, elde edilen bu sonuçlar, her bölgenin toplam PASI skoruna katkıda bulunan özgül ağırlık katsayıları ile çarpılır. Her bir anatomik bölge için hesaplanan bu puanlar toplanır ve nihai PASI skoru elde edilir. Skor 0 ile 72 arasında değişir. Bu işlem, belirli internet siteleri aracılığıyla daha hızlı ve pratik bir şekilde gerçekleştirilebilir (örneğin, <http://pasi.corti.li/> adresinden) ^[62] ^[63] ^[64].

3.5. Verilerin Analizi

Araştırmada elde edilen bulgular değerlendirilirken SPSS 25 (Statistical Package for the Social Sciences, version 25) istatistik programı kullanıldı. Normal dağılım Kolmogorov Smirnov testi ile değerlendirildi. Tanımlayıcı istatistikler sayısal değişkenler için ortanca, minimum, maksimum, ortalama ve standart sapma; kategorik değişkenler için sayı ve yüzde olarak verildi. Sürekli değişkenlerde iki bağımsız grubun karşılaştırılmasında normal dağılım gösterenlerde bağımsız örneklem t testi, normal dağılım göstermeyen verilerde Mann Whitney U testi kullanıldı. İki'den fazla grubun karşılaştırılmasında normal dağılım gösteren verilerde tek yönlü varyans analizi, normal dağılım göstermeyen verilerde Kruskal Wallis testi kullanıldı. Araştırmada yer alan sürekli değişkenler arasındaki ilişki Pearson ve Spearman korelasyon (*Korelasyon katsayısı 0-0.20, zayıf korelasyon; 0.21-0.40, düşük/orta korelasyon; 0.41-0.60, orta korelasyon; 0.61-0.80, önemli/güçlü korelasyon ve 0.81-1.0, mükemmel yakın korelasyon olarak değerlendirildi*) analizi kullanılarak değerlendirildi. $p < 0,05$ değeri anlamlı kabul edildi.

3.6. Etik Onay

Hitit Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan alınmış olan 29/11/2023 tarihli etik kurul karar numarası: 2023-144'tür. Ayrıca 09/01/2024 tarihinde Erol Olçok Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nden AR-GE izni alınmıştır.

4. BULGULAR

4.1. Hastalara Ait Sosyo-Demografik Özellikler

Çalışma kapsamında belirlenen tarihler arasında toplamda 140 psoriasis tanılı hasta değerlendirmeye alınmıştır.

Dışlama kriterine sahip 23 hasta (14 hastada BKİ>35, 7 hasta 45 yaş üstü, 2 hasta da psikiyatrik tanılı olması sebebiyle), çalışmaya dahil edilmemiştir.

Çalışmaya dahil edilenlerin sosyo-demografik özellikleri Tablo 1’de özetlenmiştir.

Tablo 1. Hastaların sosyo-demografik özellikleri

		N	%
Cinsiyet	Erkek	63	45,00
	Kadın	77	55,00
Öğrenim durumu	İlkokul	39	27,86
	Lise	24	17,14
	Üniversite	72	51,43
	Yüksek lisans	5	3,57
Gelir durumu	Gelirim fazla	50	35,71
	Geliri giderine eşit	64	45,71
	Giderim fazla	26	18,57
Medeni hali	Evli	87	62,14
	Bekar	53	37,86
Yaşadığı yer	Şehir	120	85,71
	İlçe	15	10,71
	Mah/köy	5	3,57
Kimle yaşıyor	Yalnız	19	13,57
	Anne-baba	20	14,29
	Eş	84	60,00
	Arkadaş	11	7,86
	Diğer	6	4,29
Meslek	Memur	66	47,14
	Ev hanımı	25	17,85
	Öğrenci	13	9,28
	İşçi	13	9,28
	Esnaf	12	8,57
	Çiftçi	6	4,28
	Özel sektör	5	3,57

Çalışmaya dahil edilenlerin yaş ortalaması 34,11; BKİ ortalaması 26,07 olarak hesaplandı.

Tablo 2. Hastaların antropometrik ölçümleri

	Ortanca (Min.-mak.)	Ortalama±standart sapma
Yaş	35 (18-45)	34,11±8,22
Boy (cm)	168 (148-188)	167,37±8,87
Kilo (kg)	74 (46-105)	73,28±13,83
BKİ	25,2 (17,99-34,92)	26,07±4,18

Çalışmaya dahil edilen hastaların hastalık süresi ortalama 9,17 yıl; hastalık başlangıç yaşı ortalaması 24,95 olarak bulundu.

Tablo 3. Hastaların hastalık süresi ve başlangıç yaşı

	Ortanca (Min.-mak.)	Ortalama±standart sapma
Hastalık süresi (yıl)	7 (0,3-33)	9,17±8,45
Hastalık başlangıç yaşı	25 (2-45)	24,95±10,04

4.2. Hastaların Hastalık Şiddeti Ölçümleri

Çalışmada hastaların PASI skor ortalaması 13,81 bulundu.

Tablo 4. Hastaların PASI skorları

	Ortanca (Min.-mak.)	Ortalama±standart sapma
PASI	7,5 (0-60)	13,81±15,18

4.3. Hastaların Sosyal Görünüş Kaygısı Ölçümleri

Çalışmada hastaların SGKÖ skor ortalaması 36,08 bulundu.

Tablo 5. Hastaların SGKÖ skorları

	Ortanca (Min.-mak.)	Ortalama±standart sapma
SGKÖ	33,5 (16-70)	36,08±14,05

4.4. Hastaların Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçümleri

Hastaların MSPSS Aile alt ölçek puan ortalaması 23,81; Arkadaşlar alt ölçek puan ortalaması 23,03; Özel bir insan alt ölçek puan ortalaması 15,44; MSPSS toplam puan ortalaması 62,28 olarak hesaplandı.

Tablo 6. Hastaların MSPSS alt ölçek ve toplam puanları

	Ortanca (Min.-mak.)	Ortalama±standart sapma
Aile	26 (6-28)	23,81±5,17
Arkadaşlar	25 (4-28)	23,03±6,02
Özel Bir İnsan	16 (4-28)	15,44±9,76
MSPSS Toplam Puan	64 (19-84)	62,28±15,06

4.5. Hastaların Sosyo-demografik Özellikleri ve PASI Skorları Arasındaki İlişki

Çalışmaya dahil edilenlerden erkeklerin kadınlardan, lise ve altı eğitim düzeyine sahip olanların üniversite ve üstü eğitim düzeyine sahip olanlardan, evli olanların bekarlardan PASI skoru istatistiksel anlamlı düzeyde yüksek saptandı ($p<0,05$).

Tablo 7. Hastaların sosyo-demografik özellikleriyle PASI skorlarının karşılaştırılması

		PASI		
		Ortanca (Min.-mak.)	Ortalama±standart sapma	P
Cinsiyet	Erkek	12,2 (0-60)	17,82±16,93	^a 0,002**
	Kadın	5,2 (0-60)	10,52±12,77	
Öğrenim durumu	Lise ve altı	12,2 (0,8-60)	16,41±16,05	^a 0,006**
	Üniversite ve üstü	5,8 (0-55,2)	11,68±14,17	
Gelir durumu	Gelirim fazla	6,6 (0-48)	9,83±10,37	^b 0,099
	Geliri giderine eşit	10 (0-60)	17,47±17,79	
	Giderim fazla	7,5 (0-52)	12,43±14,29	
Medeni hali	Evli	12 (0-60)	16,3±16,3	^a 0,016*
	Bekar	6 (0,4-55,2)	9,72±12,18	
Meslek grubu	Öğrenci/ev hanımı	9,6 (0,6-60)	17,47±18,23	^b 0,002**
	Kamu	5,2 (0-48)	10,01±12,39	
	Özel sektör/serbest meslek	13,6 (0-60)	16,72±15,03	
	Yaşadığı yer	Şehir	7,2 (0-60)	
	İlçe/mahalle/köy	10 (0-43,5)	12,86±11,58	
Kimle yaşıyor	Yalnız	5,4 (0,4-18,4)	5,98±3,81	^b 0,088
	Anne-baba	5,2 (1,2-33)	8,55±8,76	
	Eş	11,8 (0-60)	16,47±16,57	
	Arkadaş	8 (0,6-55,2)	15,59±20,48	

^aMann Whitney U testi * $p < 0,05$ ** $p < 0,01$

^bKruskal Wallis testi

4.6. Hastaların Sosyo-demografik Özellikleri ve Sosyal Görünüş Kaygısı Arasındaki İlişki

Hastaların sosyo-demografik özellikleriyle SGKÖ skorları arasında istatistiksel anlamlı bir ilişki saptanmadı ($p>0,05$).

Tablo 8. Hastaların sosyo-demografik özellikleriyle SGKÖ skorlarının karşılaştırılması

		SGKÖ		
		Ortanca (Min.-mak.)	Ortalama±st andart sapma	P
Cinsiyet	Erkek	31 (16-67)	34,1±13,35	^a 0,157
	Kadın	35 (16-70)	37,7±14,48	
Öğrenim durumu	Lise ve altı	35 (16-70)	38,35±14,87	^a 0,090
	Üniversite ve üstü	32 (16-62)	34,22±13,15	
Gelir durumu	Gelirim fazla	34 (16-62)	34,74±12,74	^b 0,370
	Geliri giderine eşit	29 (16-70)	36±15,53	
	Giderim fazla	39 (16-67)	38,85±12,66	
Medeni hali	Evli	33 (16-70)	36,48±14,52	^a 0,772
	Bekar	34 (16-61)	35,42±13,34	
Meslek grubu	Öğrenci/ev hanımı	36 (17-66)	36,08±12,9	^b 0,514
	Kamu	32 (16-70)	35,02±14,25	
	Özel sektör/serbest meslek	33 (16-67)	37,95±14,97	
Yaşadığı yer	Şehir	34,5 (16-70)	36,45±14,21	^a 0,539
	İlçe/mahalle/köy	30,5 (16-67)	33,85±13,14	
Kimle yaşıyor	Yalnız	33 (16-60)	36,53±14,31	^b 0,933
	Anne-baba	34 (16-61)	35,35±13,32	
	Eş	34 (16-70)	36,35±14,48	
	Arkadaş	39 (17-56)	33,55±13,22	

^aMann Whitney U testi

^bKruskal Wallis testi

4.7. Hastaların Sosyo-demografik Özellikleri ve MSPSS Aile Alt Ölçeği Arasındaki İlişki

Çalışmaya dahil edilenlerin MSPSS Aile alt ölçek puanı evli olanların bekarlardan istatistiksel anlamlı düzeyde yüksek saptandı ($p<0,01$).

Eşi ile yaşayanların MSPSS Aile alt ölçek puanı anne-baba ile yaşayanlardan istatistiksel anlamlı düzeyde yüksek saptandı ($p<0,05$).

Tablo 9. Hastaların sosyo-demografik özellikleriyle MSPSS Aile alt ölçek puanının karşılaştırılması

		Aile		
		Ortanca (Min.-mak.)	Ortalama±st andart sapma	P
Cinsiyet	Erkek	26 (6-28)	23,62±5,94	^a 0,698
	Kadın	25 (11-28)	23,97±4,47	
Öğrenim durumu	Lise ve altı	25 (6-28)	23,02±5,96	^a 0,465
	Üniversite ve üstü	26 (10-28)	24,47±4,35	
Gelir durumu	Gelirim fazla	26 (12-28)	25,36±3,2	^b 0,135
	Geliri giderine eşit	26 (6-28)	22,98±6,09	
	Giderim fazla	25 (11-28)	22,88±5,25	
Medeni hali	Evli	26 (11-28)	24,84±4,2	^a 0,003**
	Bekar	24 (6-28)	22,13±6,13	
Meslek grubu	Öğrenci/ev hanımı	25 (11-28)	23,45±4,57	^b 0,112
	Kamu	26 (12-28)	25,06±3,75	
	Özel sektör/serbest meslek	26 (6-28)	22±7,09	
Yaşadığı yer	Şehir	26 (6-28)	23,73±5,02	^a 0,137
	İlçe/mahalle/köy	28 (6-28)	24,3±6,11	
Kimle yaşıyor	Yalnız	25 (6-28)	21,89±6,94	^b 0,041*
	Anne-baba	24 (6-28)	21,25±6,79	
	Eş	26 (11-28)	24,75±4,24	
	Arkadaş	24 (20-28)	23,64±3,44	

^aMann Whitney U testi * $p<0,05$ ** $p<0,01$

^bKruskal Wallis testi

4.8. Hastaların Sosyo-demografik Özellikleri ve MSPSS Arkadaşlar Alt Ölçeği Arasındaki İlişki

Arkadaşıyla yaşayan hastaların MSPSS Arkadaşlar alt ölçek puanı yalnız yaşayanlardan istatistiksel anlamlı düzeyde yüksek bulundu ($p<0,05$).

Tablo 10. Hastaların sosyodemografik özellikleriyle MSPSS Arkadaşlar alt ölçek puanının karşılaştırılması

		Arkadaşlar		
		Ortanca (Min.- mak.)	Ortalama±s tandart sapma	P
Cinsiyet	Erkek	26 (6-28)	23,73±5,06	^a 0,317
	Kadın	24 (4-28)	22,45±6,68	
Öğrenim durumu	Lise ve altı	25 (4-28)	22,76±6,4 9	^a 0,901
	Üniversite ve üstü	25 (5-28)	23,25±5,63	
Gelir durumu	Gelirim fazla	26 (10-28)	24,48±4,39	^b 0,132
	Geliri giderine eşit	24 (5-28)	22,3±6,62	
	Giderim fazla	24 (4-28)	22,04±6,82	
Medeni hali	Evli	25 (4-28)	22,93±6,57	^a 0,548
	Bekar	24 (8-28)	23,19±5,04	
Meslek grubu	Öğrenci/ev hanımı	25 (4-28)	22,08±7,96	^b 0,865
	Kamu	25 (8-28)	23,6±4,98	
	Özel sektör/serbest meslek	24 (6-28)	23±5,4	
Yaşadığı yer	Şehir	24,5 (4-28)	22,99±5,9	^a 0,455
	İlçe/mahalle/köy	27 (5-28)	23,25±6,83	
Kimle yaşıyor	Yalnız	22 (14-28)	21,89±4,83	^b 0,047*
	Anne-baba	24 (10-28)	23±4,84	
	Eş	25 (4-28)	23,05±6,32	
	Arkadaş	28 (22-28)	26,55±2,02	

^aMann Whitney U testi * $p<0,05$

^bKruskal Wallis testi

4.9. Hastaların Sosyo-demografik Özellikleri ve MSPSS Özel Bir İnsan Alt Ölçeği Arasındaki İlişki

Kamuda çalışanların MSPSS Özel bir insan alt ölçek puanı özel sektör/serbest meslek olarak çalışanlardan istatistiksel anlamlı düzeyde yüksek saptandı ($p<0,05$). Katılımcıların diğer sosyodemografik özellikleriyle MSPSS Özel Bir İnsan alt ölçek puanı arasında istatistiksel anlamlı bir ilişki saptanmadı ($p>0,05$).

Tablo 11. Hastaların sosyo-demografik özellikleriyle MSPSS Özel Bir İnsan alt ölçek puanının karşılaştırılması

		Özel Bir İnsan		
		Ortanca (Min.- mak.)	Ortalama± standart sapma	P
Cinsiyet	Erkek		13,86±9,7	^a 0,074
		12 (4-28)	5	
	Kadın		16,73±9,6	
		17 (4-28)	3	
Öğrenim durumu	Lise ve altı	16 (4-28)	14,71±10, 46	^a 0,337
Gelir durumu	Üniversite ve üstü	16 (4-28)	16,03±9,17	^b 0,718
	Gelirim fazla		16,04±9,1	
		15 (4-28)	9	
	Geliri giderine eşit		14,86±10, 24	
Medeni hali	Giderim fazla		15,69±9,8	^a 0,389
		19 (4-28)	9	
	Evli	16 (4-28)	16,09±9,9	
	Bekar		14,36±9,5	
		13 (4-28)	1	

^aMann Whitney U testi

^bKruskal Wallis testi

Tablo 11. Hastaların sosyo-demografik özellikleriyle MSPSS Özel Bir İnsan alt ölçek puanının karşılaştırılması (devam)

		Özel Bir İnsan		
		Ortanca (Min.- mak.)	Ortalama± standart sapma	P
Meslek grubu	Öğrenci/ev hanımı		14,79±10, 67	
	Kamu	10 (4-28)	17,65±8,9	^b 0,017*
	Özel sektör/serbest meslek	18 (4-28)	12,22±9,4 5	
Yaşadığı yer	Şehir	5 (4-28)	15,22±9,8	^a 0,553
	İlçe/mahalle/köy	15,5 (4- 28)	16,75±9,6 1	
Kimle yaşıyor	Yalnız	20 (4-28)	15,32±6,9 3	^b 0,666
	Anne-baba		12,9±10,7	
	Eş	7 (4-28)	16,24±9,8	
	Arkadaş	17 (4-28)	14,55±11, 2	
		9 (4-28)	31	

^aMann Whitney U testi

^bKruskal Wallis testi

4.10. Hastaların Sosyo-demografik Özellikleri ve Algılanan Sosyal Destek Arasındaki İlişki

Kamuda çalışan hastaların MSPSS toplam ölçek puanı öğrenci/ev hanımı ve özel sektör/serbest olarak çalışanlardan istatistiksel anlamlı düzeyde yüksek bulundu ($p < 0,01$). Hastaların diğer sosyodemografik özellikleriyle MSPSS toplam ölçek puanı arasında istatistiksel anlamlı bir ilişki saptanmadı ($p > 0,05$).

Tablo 12. Hastaların sosyo-demografik özellikleriyle MSPSS ölçek toplam puanının karşılaştırılması

		MSPSS Toplam Puan		
		Ortanca (Min.-mak.)	Ortalama±stan dart sapma	P
Cinsiyet	Erkek	60 (30-84)	61,21±15,05	^a 0,299
	Kadın	67 (19-84)	63,16±15,1	
Öğrenim durumu	İlkokul	60 (19-84)	60,49±16,33	^b 0,205
	Lise	65 (33-84)	63,74±13,86	
Gelir durumu	Gelirim fazla	66,5 (33-84)	65,88±12,59	^c 0,107
	Geliri giderine eşit	60 (30-84)	60,14±15,99	
	Giderim fazla	65 (19-84)	60,62±16,27	
Medeni hali	Evli	65 (19-84)	63,86±15,01	^b 0,111
	Bekar	60 (30-84)	59,68±14,9	
Meslek grubu	Öğrenci/ev hanımı	61 (19-84)	60,32±16,37	^c 0,008**
	Kamu	67 (33-84)	66,31±13,07	
	Özel sektör/serbest meslek	57 (30-84)	57,22±15,37	
Yaşadığı yer	Şehir	63 (19-84)	61,94±14,75	^b 0,519
	İlçe/mahalle/köy	66 (30-84)	64,3±17,05	
Kimle yaşıyor	Yalnız	66 (30-80)	59,11±14,58	^d 0,219
	Anne-baba	54,5 (30-84)	57,15±15,81	
	Eş	65 (19-84)	64,04±14,79	
	Arkadaş	65 (52-84)	64,73±13,54	

^aMann Whitney U testi

^bBağımsız Örneklem t testi

^cTek yönlü varyans analizi

^dKruskal Wallis testi

4.11. Hastaların Sürekli Değişkenleri Arasındaki İlişki

Hastaların PASI skoruyla boyları arasında pozitif yönlü zayıf düzeyde, kilo ve BKİ değerleri arasında pozitif yönlü düşük/orta düzeyde korelasyon saptandı.

Çalışmada MSPSS Aile alt ölçek puanıyla yaş ve hastalık başlangıç yaşı arasında pozitif yönlü düşük/orta düzeyde korelasyon saptandı.

Hastaların MSPSS Özel Bir İnsan alt ölçek puanıyla hastalık başlangıç yaşı arasında pozitif yönlü düşük/orta düzeyde, PASI skoruyla arasında negatif yönlü düşük/orta düzeyde korelasyon saptandı.

MSPSS toplam puanıyla hastalık başlangıç yaşı arasında pozitif yönlü düşük/orta düzeyde, PASI skoruyla arasında negatif yönlü düşük/orta düzeyde korelasyon saptandı.

Tablo 13. Hastaların sürekli değişkenleri arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi

							MSPSS
		PASI	SGK Ö	Aile	Arkadaşl ar	Özel Bir İnsan	Toplam Puan
Yaş	R	,082	,006	,228	,054	,141	,181
	P	,337	,947	,007	,529	,098	,032
Boy (cm)	R	,179	-,129	-,006	,044	-,043	-,040
	P	,034	,127	,944	,606	,612	,641
Kilo (kg)	R	,319	-,038	,102	,039	,022	,022
	P	,000	,654	,230	,643	,799	,793
BKİ	R	,271	,020	,104	-,034	,053	,030
	P	,001	,812	,219	,688	,530	,725
Hastalık süresi (yıl)	R	,145	,029	-,006	-,066	-,094	-,086
	P	,088	,734	,947	,439	,269	,311
Hastalık başlangı ç yaşı	R	-,070	,012	,208	,130	,241	,261
	P	,413	,889	,014	,127	,004	,002
PASI	R		,077	-,066	-,019	-,252	-,192
	P		,364	,437	,827	,003	,023
SGKÖ	R			-,163	-,031	,096	,021
	P			,054	,714	,261	,808

Pearson ve Spearman korelasyon analizi

5. TARTIŞMA

Psoriasis, anksiyete ve sosyal anksiyete gibi psikososyal komorbiditelerle ilişkili kronik inflamatuvar bir hastalıktır. Psoriasis hastalarında sıklıkla utanç duyma, düşük benlik saygısı ve sosyal ortamlardan kaçınma eğilimi görülür, bu da sosyal kaygı düzeylerinin artmasına neden olabilir. Psoriasisın neden olduğu psikososyal sıkıntı, bozulmuş yaşam kalitesi ile yakından ilişkilidir. Psikolojik stres psoriasis için tetikleyici bir faktördür ve hastalığın alevlenmesiyle ilişkilendirilmiştir. Hastalar ayrıca sosyal etkileşimler konusunda kaygı yaşayabilir ve bu da yaşam kalitelerini daha da etkiler ^[89-93].

Ülkemizde gerçekleştirilen çok merkezli bir araştırmada, yetişkin psoriasis hastaları arasında içselleştirilmiş damgalanmanın yaygın olduğu ve bu durumun psoriasis şiddeti, kötüleşen yaşam kalitesi, genel sağlık sorunları ve psikiyatrik bozukluklar ile ilişkili olduğu bulunmuştur. Özellikle vücudun görünen bölgelerinde, genital alanda lezyonların bulunması durumunda, artropatik ve invers psoriasis vakalarında içselleştirilmiş damgalanmanın daha fazla gözlemlendiği belirlenmiştir ^[79].

Sosyal etkileşimler, bireyin diğer insanlardan aldığı geri bildirimler aracılığıyla hem güçlü yönlerini hem de geliştirilmesi gereken alanlarını fark etmesine olanak tanır, kişisel farkındalığını artırır ve bu sayede bireyin kendini kabullenme sürecinde önemli bir rol oynar ^[94].

Birçok çalışma, sosyal desteğin ruhsal ve fiziksel sağlık üzerinde olumlu bir etkiye sahip olduğunu göstermiştir. Son yıllarda, sosyal destekle ilgili yapılan araştırmalarda, birçok yazar dikkatlerin giderek sosyal ilişkilerin destekleyiciliğinin yeterliliği konusunda bireyin kendi algılarına, yani algılanan desteğe yöneldiğini belirtmiştir ^[87].

Araştırmalar, algılanan sosyal desteğin, bireylerin hayatlarının çeşitli yönleri üzerinde, özellikle de zihinsel sağlık, yaşam kalitesi ve zorlu durumlara uyum gibi alanlarda kritik bir rol oynadığını göstermektedir ^{[80][81]}.

Algılanan sosyal destek, cilt hastalıklarına psikolojik uyumda önemli bir rol oynar; daha yüksek sosyal destek seviyeleri, daha düşük saldırganlık ve anksiyete seviyeleri ile ilişkilendirilir ^{[90][91]}.

Sosyal görünüş kaygısı, bireyler üzerinde depresyon, stres ve kaygı düzeylerinin artmasına neden olacak şekilde olumsuz etkilere sahip olabilir ^[83].

Bu çalışmada, etkisini cilt üzerinden göstererek fiziki görünüşte belirgin değişimlere yol açabilen psoriasis tanılı hastalarda, hastalık şiddetinin ve hastaların algıladığı sosyal desteğin sosyo-demografik veriler ışığında sosyal görünüş kaygısı düzeyleri ile ilişkisi incelenmiştir.

PASI skoru; psoriasis şiddetini ölçmek için kullanılan, en yaygın bilinen ölçüm aracıdır. Bu değerlendirme, lezyonun kapsadığı alanın yanı sıra şiddetinin de incelenmesini içerir. PASI skoru 0 ile 72 arasında değer alır ^[61]. Çalışmada hastaların PASI skorunun ortalaması 13,81 ve standart sapması oldukça yüksek, 15,18 olarak bulundu. Ortalamanın yüksek standart sapması, bazı hastaların çok düşük skorlara sahip olduğuna, bazılarının ise oldukça yüksek skorlara sahip olduğuna işaret eder.

Algılanan Sosyal Destek Ölçeği'nden (MSPSS) alınan toplam puan ortalaması 62,28±15,06 olarak belirlenmiştir. MSPSS sosyal desteğin kaynağına ilişkin 3 grubu içerir. Bunlar; aile, arkadaş ve özel bir insandır. Alt ölçeklerin her biri 4-28 puan arasında, toplam puan ise 12-84 arasında değişmektedir. Bu sonuçlar, genel olarak hastaların orta ile yüksek derecede sosyal destek algıladıklarını gösterir.

Bu sonuçlar, katılımcıların sosyal destek algısının farklı kaynaklara göre nasıl değiştiğini ortaya koymaktadır. Özellikle, "özel bir insan" alt ölçeğindeki düşük puanlar ve yüksek standart sapmalar, bu destek kaynağının bireyler arasında daha değişken ve genellikle daha düşük olduğunu işaret eder. Bu bulgular, sosyal destek sistemlerinin güçlendirilmesi ve bireysel ihtiyaçlara yönelik müdahalelerin tasarlanmasında önemli olabilir.

Sosyal Görünüş Kaygısı Ölçeği (SGKÖ) bireylerin sosyal ortamlarda fiziksel görünüşleri hakkında duydukları endişe ve kaygıyı ölçen bir araçtır. Bu ölçek, kişilerin kendi bedensel görünüşleri hakkındaki öz algıları ve bu durumun sosyal etkileşimlerde nasıl bir kaygıya yol açtığı üzerine odaklanır. Puanlar 16-80 arasında değişmektedir ve puan arttıkça sosyal görünüş kaygısı artmaktadır. Çalışmada SGKÖ Skor Ortalaması 36,08 ve standart sapma 14,05 olarak belirlenmiştir. Bu değerler, hastalar arasında sosyal görünüş kaygısı düzeylerinde geniş bir varyasyon olduğunu gösterir. Yani, bazı katılımcılar düşük, bazıları ise yüksek düzeyde kaygı yaşamaktadır.

BKİ>35 olan hastalar çalışma dışı bırakılmış olup, hastaların BKİ ortalaması 26,07 ve standart sapması 4,18 olarak bulunmuştur. BKİ, bir kişinin kilosunun, boyunun karesine bölünmesiyle hesaplanır ve genel sağlık durumu hakkında fikir verir. Çalışmadaki ortalama BKİ değeri, "fazla kilolu" kategorisine girmektedir (25-29,9 arası) ^[100], bu da hastaların bir

bölümüne karşı potansiyel sağlık riskleri açısından dikkatli olunması gerektiğini göstermektedir.

Erkeklerin PASI skorlarının, birçok çalışmayla uyumlu olarak kadınlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Yapılan diğer çalışmalarda, yaşam kalitesindeki olumsuz etkilenmenin kadınlarda daha fazla olduğu belirlenmiştir ^[102-107]. Bu çalışmada değerlendirilen sosyal görünüş kaygısı içinse, cinsiyetler arasında anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$). Bu durum, erkeklerde psoriasis hastalığının daha şiddetli olabileceği ya da erkeklerin hastalığın daha geç evrelerinde tedaviye başlamış olabileceklerinden kaynaklanıyor olabilir.

Çalışmada lise ve altı eğitim düzeyine sahip olanların, üniversite ve üstü eğitim düzeyine sahip olanlardan daha yüksek PASI skorlarına sahip oldukları saptanmıştır ($p<0,05$). Bu, eğitim düzeyinin hastalığın yönetimi üzerinde etkili olabileceğini gösterir. Daha düşük eğitim düzeyine sahip bireylerin, hastalık hakkında daha az bilgi sahibi olabileceğinden veya tedavi uyumunun daha düşük olmasından kaynaklanabilir. Yapılan diğer çalışmalarda, hastalıkla ilişkili eğitim programlarının hastalık şiddeti ve yaşam kalitesi üzerinde olumlu etkileri olduğu, hastaların eğitim düzeyleri ve tedavi uyumu arasında anlamlı ilişki olduğu bulunmuştur ^[108-110].

Evli olanların, bekarlara göre daha yüksek PASI skorlarına sahip olduğu görülmüştür ($p<0,05$). Bu sonucun potansiyel sebepleri ve etkileri üzerine birkaç yorum yapılabilir: Genellikle evliliğin, bireylere ekstra sosyal ve duygusal destek sağladığı düşünülür. Ancak bu durum, her evlilikte eşit derecede olumlu bir etkiye sahip olmayabilir. Evli bireylerdeki yüksek PASI skorları, evlilik içinde yaşanan stres veya sorunların psoriasis şiddetini tetikleyebileceğine işaret edebilir. Evli bireyler, bekarlara göre farklı yaşam tarzı faktörlerine sahip olabilirler. Örneğin, evli çiftler daha az hareketli bir yaşam sürdürebilir veya farklı diyet alışkanlıklarına sahip olabilirler. Bu tür faktörler psoriasis şiddetini etkileyebilir. Evlilik, ekonomik ve çevresel stres faktörlerini de beraberinde getirebilir. Çocuk yetiştirme, maddi sorumluluklar ve diğer çevresel stres faktörleri psoriasis şiddetini arttırabilir. Evli bireyler, çeşitli nedenlerle (mesela zaman kısıtlamaları veya finansal kaynakların paylaşılması gibi) tedaviye daha az erişim sağlayabiliyor olabilirler ya da tedaviye uyumları bekarlara göre daha düşük olabilir. Türkiye’de yapılan başka bir çalışmada bekar veya boşanmış hastaların tedaviye uyum ortalaması evli olanlara göre daha yüksek bulunmuştur. Tedaviye uyumsuzluğun en önemli iki nedeni meşgul olmak (%25,45) ve bıkkınlık (%21,81) olarak tespit edilmiştir ^[110].

Bu bulgular, sağlık profesyonelleri için, evli psoriasis hastalarına y6nelik tedavi ve destek hizmetlerinde bireysel fakt6rleri daha fazla dikkate almaları gerektiğine işaret eder. Psikolojik destek, çift terapisi veya yaşam tarzı değişiklikleri gibi b6t6nsel yaklaşımlar, bu hastalar için faydalı olabilir. Ayrıca, evlilik içi dinamiklerin ve stres fakt6rlerinin hastalık y6netimi 6zerindeki potansiyel etkilerini anlamak adına daha fazla araştırma yapılması gerekebilir.

Hastaların PASI skoruyla boyları arasında pozitif y6nl6 zayıf d6zeyde, kilo ve BKİ değerleri arasında pozitif y6nl6 d6ř6k/orta d6zeyde korelasyon saptanmıştır. Boy ve PASI arasındaki korelasyon zayıf olduğu için, boyun PASI skoruna etkisinin sınırlı olabileceği yorumu yapılabilir. Źuřul ve ark. yaptığı çalışmada, boy uzunluğunun kendisi hastalık şiddetini doğrudan etkilemese de, obezite ve adipozite belirteçleri gibi fakt6rlerin 6nemli g6stergeler olduğu g6r6lm6řt6r. Psoriasisli hastalar, kontrollere kıyasla daha y6ksek beden kitle indeksi ve bel çevresine sahip olma eğilimindedir ^[101].

Bu t6r korelasyonlar, fiziksel 6zellikler ve kronik inflamatuvar durumlar arasında potansiyel ilişkileri anlamak için 6nemli olabilir. Ancak, bu korelasyonlar neden-sonuç ilişkilerini doğrulamaz ve daha kapsamlı çalışmalar gerektirir. Hastalığın y6netimi açısından, 6zellikle kilo ve BKİ'nin kontrol altında tutulması, hastalığın şiddetinin azaltılmasına yardımcı olabilir.

Hastalık başlangıç yaşı ortalaması 24,95 ve standart sapması 10,04 olarak bulunmuştur. Bu değerler, hastalığın genellikle ilk yetişkinlik d6neminde başladığını g6stermesi açısından 6nemlidir. Bu yaş grubu, genellikle 6niversite yaşamı, kariyer başlangıı ve diğer 6nemli yaşam değerlikleri ile ilişkilidir. Bu nedenle, hastalık başlangıının bu d6nemde olması bireylerin yaşam kalitesi ve gelecek planları 6zerinde 6nemli etkilere sahip olabilir.

Sosyo-demografik 6zellikler ile SGK6 skorları arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$). Yapılan başka bir araştırmada ise psoriasis hastalarının %61'inde yaşam kalitesinin olumsuz etkilendiği tespit edilmiş, bu etkilenme oranının hastalık s6resi uzun olanlarda ve kadınlarda daha fazla olduğu belirlenmiştir ^[77]. Bu bulgu, sosyal g6r6n6ř kaygısının bireyler arasında bu 6zelliklerden bağımsız olarak değerkenlik g6sterebileceğini d6ř6nd6rebilir. 6rneğin, bu kaygının daha çok kişisel deneyimler, kişilik 6zellikleri veya diğer psikolojik fakt6rlerle ilişkili olabileceğini işaret edebilir.

MSPSS Aile alt 6leği, bireylerin aile 6yelerinden aldıkları destek d6zeyini değerlendirir. Evli olan hastaların MSPSS Aile alt 6lek puanları, bekarlara g6re istatistiksel

olarak anlamlı bir şekilde daha yüksek bulunmuştur ($p<0,01$). Evlilik, sosyal destek açısından önemli bir kaynak olabilir çünkü eşler genellikle birbirlerine duygusal ve pratik destek sağlarlar. Bekarların daha düşük aile desteği algılaması, anne-baba ve kardeşler ile kurulan bağın eşler arası ilişkilere göre daha zayıf algılanıyor olmasından kaynaklanabilir.

Eşi ile yaşayanların MSPSS Aile alt ölçek puanları, anne-baba ile yaşayanlara kıyasla daha yüksek saptanmıştır ($p<0,05$). Bu bulgu, eşler arasında sağlanan destek düzeyinin, anne-baba ile yaşayan yetişkinler tarafından algılanan aile desteğinden daha güçlü olduğunu işaret ediyor. Bu durum, evli çiftlerin karşılıklı destek dinamiklerinin, geleneksel aile bağları içinde yaşayan bireylerinkinden daha etkili olabileceğini düşündürülebilir.

Bu sonuçlar, evlilik ve evlilik içi ilişkilerin, bireylerin aile üyelerinden algıladıkları sosyal desteği nasıl şekillendirebileceğine dair önemli bilgiler sunar. Evlilik, bireyler için önemli bir destek mekanizması olarak işlev görebilir ve bu, özellikle zor zamanlarda stresle başa çıkmada kritik bir rol oynayabilir. Ayrıca, bu sonuçlar evli çiftlerin ve ailelerin sosyal destek sistemlerini güçlendirmeye yönelik politika ve müdahalelerin tasarlanmasında kullanılabilir. Örneğin, evlilik danışmanlığı veya çift terapileri, evli bireyler arasındaki destek dinamiklerini daha da güçlendirmeye yardımcı olabilir. Aynı zamanda, anne-baba ile yaşayan yetişkinler için aile içi iletişim ve destek mekanizmalarını güçlendirmeye yönelik programlar da faydalı olabilir.

Çalışmada MSPSS Aile alt ölçek puanıyla yaş ve hastalık başlangıç yaşı arasında pozitif yönlü düşük/orta düzeyde korelasyon saptanmıştır. Bu korelasyon, yaş ve hastalık başlangıç yaşı arttıkça aile desteği algısının da artış gösterdiğine işaret edebilir. Yaş ilerledikçe, bireylerin ailelerinden aldıkları desteği daha fazla hissetmeleri veya aile bağlarının zamanla güçlenmesi mümkündür. Ayrıca, yaşla birlikte yaşanabilecek sağlık sorunları veya diğer yaşam değişiklikleri nedeniyle aile üyeleri daha fazla destek sağlama ihtiyacı hissedebilirler. Erken yaşta başlayan hastalıklar, aile üyelerinin bireye daha fazla yardımcı olması ve bu desteğin birey tarafından daha yoğun algılanması sonucunu doğurabilir.

Bu korelasyonlar, sosyal destek algısının yaş ve sağlık durumları ile nasıl değişebileceğine dair önemli ipuçları sunmaktadır. Yapılan çalışmalarda da gösterildiği gibi özellikle kronik hastalıklarla başa çıkmada aile desteğinin önemini vurgular ^[111]. Bu tür bulgular, sosyal destek sistemlerinin tasarımında ve hastalık yönetimi stratejilerinde faydalı olabilir.

Arkadaşıyla yaşayan hastaların MSPSS Arkadaşlar alt ölçek puanı yalnız yaşayanlardan istatistiksel anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($p<0,05$). Bu bulgu, sosyal destek algısının, bireylerin yaşam düzenlemelerine göre nasıl değişebileceğini gösteren ilginç bir örnektir. Arkadaşıyla yaşayan bireylerin daha yüksek destek algısı, sürekli bir sosyal etkileşimin varlığına işaret edebilir. Günlük yaşamda sürekli bir arkadaşının olması, kişinin zorluklarla başa çıkarken duygusal ve pratik yardım alma olasılığını artırabilir. Yalnız yaşayanların arkadaşıyla yaşayanlara kıyasla daha az doğrudan sosyal etkileşimde bulunmaları, daha düşük destek algılamalarına yol açabilir. Yalnız yaşayanların, sosyal destek kaynaklarını çeşitlendirmek ve güçlendirmek için bilinçli çaba göstermeleri gerekebilir. Örneğin, düzenli sosyal etkinliklere katılmak veya çevrimiçi topluluklara dahil olmak gibi yollarla sosyal ağlarını genişletebilirler. Bu bulgular, yaşam tarzı seçimlerinin bireylerin psikolojik ve sosyal refahı üzerinde önemli etkileri olabileceğini düşündürülebilir.

Kamuda çalışanların MSPSS Özel bir insan alt ölçek puanı özel sektör/serbest meslek olarak çalışanlardan istatistiksel anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır ($p<0,05$). Bu bulgu, farklı çalışma ortamlarının bireylerin "Özel bir insan" olarak algıladıkları kişilerden aldıkları desteği nasıl etkileyebileceğine dair değerli bir içgörü sunmaktadır. MSPSS ölçeğinin Özel bir insan alt ölçeği, katılımcıların hayatlarındaki belirli bir kişiden (örneğin flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) aldıkları destek düzeyini ölçer.

Kamuda çalışanların, özel bir insan alt ölçek puanlarının daha yüksek puan alması, kamuda çalışanların genellikle daha düzenli çalışma saatleri ve daha az iş yükü gibi faktörlere sahip olmalarından kaynaklanıyor olabilir. Daha düzenli çalışma saatleri, kişisel ilişkiler için daha fazla zaman ve enerji anlamına gelebilir.

Hastaların diğer sosyo-demografik özellikleriyle (yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi gibi) MSPSS Özel Bir İnsan alt ölçek puanı arasında anlamlı bir ilişkinin olmaması ($p>0,05$), çalışma koşullarının kişisel ilişkiler üzerindeki etkisinin diğer faktörlerden daha belirgin olabileceğini gösterebilir.

Hastalık başlangıç yaşı ile MSPSS Özel Bir İnsan alt ölçek puanı arasında saptanan düşük/orta düzeydeki pozitif korelasyon, hastalık başlangıcının daha geç yaşlarda gerçekleşmesi durumunda, bireylerin özel bir insan tarafından sağlanan destek algısının daha yüksek olduğunu gösteriyor olabilir. Bu, belki de daha olgun yaşlarda bireylerin duygusal destek ihtiyaçlarını daha açık bir şekilde ifade edebilmeleri ve çevrelerindeki insanlarla daha derin ilişkiler kurabilmeleri ile ilgili olabilir.

PASI skoru ile MSPSS Özel Bir İnsan alt ölçek puanı arasındaki düşük/orta düzeyde saptanmış olan negatif korelasyon, PASI skoru yüksek olan hastaların özel bir insan tarafından sağlanan destek algısının daha düşük olduğunu gösteriyor. Benzer şekilde PASI skoru ile MSPSS toplam puanı arasında düşük/orta derecede bir negatif korelasyon olması, psoriasis şiddeti arttıkça genel sosyal destek algısının azaldığını gösteriyor. Bu durum, şiddetli psoriasis semptomlarının sosyal etkileşimleri ve sosyal ağlardaki pozisyonları olumsuz etkileyebileceğini düşündürmekte, psoriasis şiddeti arttıkça hastaların sosyal ve duygusal desteği algılama üzerinde olumsuz bir etkisi olabileceğine, hastaların kendilerini izole hissetmelerine veya destek almakta zorlanmalarına neden olabileceğine işaret etmektedir. Psoriasis hastalar üzerindeki psikososyal etkileri üzerine yapılan çalışmalarla uyumlu sonuçlara ulaşılmış olması, çalışmadaki hipotezi destekler niteliktedir ^[89-93]. Bu sonuçlar, psoriasis gibi kronik hastalıkların yönetiminde sosyal destek sistemlerinin önemini vurgulamaktadır. Sağlık profesyonelleri ve hasta destek grupları için, şiddetli hastalık durumlarındaki bireyleri destekleme stratejileri geliştirirken bu tür bulguları göz önünde bulundurmamak önemlidir. Hastalar için kişiselleştirilmiş sosyal destek programları, hastalığın etkilerini azaltmada ve hasta yaşam kalitesini iyileştirmede kritik bir rol oynayabilir ^[111].

Kamuda çalışan hastaların MSPSS toplam ölçek puanı öğrenci, ev hanımı, özel sektörde ve serbest olarak çalışanlardan yüksek bulunmuştur ($p < 0,01$). Katılımcıların diğer sosyo-demografik özellikleriyle MSPSS toplam ölçek puanı arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p > 0,05$). Kamuda çalışanların, daha yüksek sosyal destek algılaması, kamuda çalışmanın getirdiği iş güvencesi, düzenli çalışma saatleri ve belki de daha organize sosyal etkinlikler gibi faktörlerden kaynaklanıyor olabilir. Öğrenciler, ailelerinden ve bilinen sosyal çevrelerinden uzakta olabilirler; ev hanımları ise günlük rutinlerinde sınırlı sosyal etkileşimlere maruz kalabilirler.

Araştırmanın ana sorularından biri olan psoriasis hastalık şiddeti ve sosyal görünüş kaygısı arasındaki etkileşime dair, PASI ve SGKÖ skorları arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Bu sonuç, psoriasis şiddetinin görünüş kaygısı üzerinde beklenen etkiyi göstermemesi anlamına gelebilir. Ancak bu sonucun birkaç farklı yorumu olabilir: Bazı hastalar ciltlerindeki değişikliklere karşı daha duyarlı olabilirken, diğerleri bu durumu daha az önemseyebilir. Bu, psikolojik dayanıklılık, destek sistemlerinin varlığı veya özgüven gibi faktörlere bağlı olabilir. Ayrıca ölçek sorularının cevaplanması esnasında hastalarla yüz yüze yapılan görüşmelerde, PASI skoru diğer hastalara göre daha yüksek olan bir hastanın, SGKÖ skoru beklenenden düşük bulunmuştur, hastadan alınan geribildirimde hastanın giyimi ve

başörtülü olması sebebiyle diğer insanların lezyonlarını görmüyor olmasının, hastalığıyla ilgili kaygılarını azalttığı öğrenilmiştir. Yapılan başka bir çalışmada da bu veriyle uyumlu olarak görünür bölgede lezyonları olan hastaların içselleştirilmiş damgalanma oranında artış olduğu bulunmuştur ^[79]. Sosyal görünüş kaygısının kültürel normlar ve değerlerle şekillendirilmiş olması da mümkündür. Farklı kültürel veya sosyal çevrelerde, psoriasis gibi görünür bir cilt hastalığının sosyal algıları üzerindeki etkisi farklılık gösterebilir. Uzun süreli psoriasis hastaları, zaman içinde durumlarına psikolojik olarak uyum sağlamış olabilirler. Bu adaptasyon süreci, hastalığın ilerlemesiyle sosyal görünüş kaygısının artmasını engelleyebilir. Ancak bu çalışmada hastalık başlangıç yaşı ve hastalık süresi ile SGKÖ skorları arasında anlamlı bir ilişki bulunmadığı tespit edilmiştir.

Araştırmada kullanılan örneklemin büyüklüğü gibi metodolojik faktörler de araştırma sonuçlarını etkileyebilir. Kesitsel olarak 140 hasta üzerinde yapılmış olan bu çalışma, elde edilen sonuçların tüm psoriasis hastalarına genelleştirilmesini zorlaştırmaktadır.

Araştırmanın bir diğer sorusu olan algılanan sosyal destek ve sosyal görünüş kaygısı arasındaki bağlantıya dair, MSPSS toplam puanı ve SGKÖ skorları arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Bu sonuç, araştırmada sosyal destek algısının yüksekliği ile sosyal görünüş kaygısı arasında doğrudan bir bağlantı bulunmadığını göstermektedir. Bu sonuçların olası yorumları şunlar olabilir: Algılanan sosyal destek ve sosyal görünüş kaygısı birbirinden bağımsız değişkenler olabilir. Yani, bir birey yüksek düzeyde sosyal destek algılasa bile, bu onun görünüşüne dair kaygılarını otomatik olarak azaltmayabilir. Sosyal destek, farklı kaynaklardan (aile, arkadaşlar, özel bir insan) sağlanabilir ve bu desteklerin niteliği, sosyal görünüş kaygısı üzerinde farklı etkiler yaratabilir. Destekleyici bir ağın varlığı, özellikle bu bireyin görünüşüyle ilgili spesifik endişelerini hedeflemiyorsa, bireyin görünüşüne dair genel kaygılarını azaltmayabilir. Bireylerin kişilik özellikleri, özgüven düzeyleri ve diğer psikolojik faktörler sosyal destek algısı ile sosyal görünüş kaygısı arasındaki ilişkide rol oynayabilir.

5.1. Araştırmanın Sınırlılıkları

Çalışmada incelenmesi tercih edilen ilk yetişkinlik dönemi, yaklaşık olarak 17-45 yaş aralığını kapsar. 17-18 yaş arasındaki hastalardan ebeveyn izni alınması gerektiği için, bu çalışmaya 18-45 yaş aralığındaki hastalar dahil edilmiştir.

Aynı zamanda, çalışma yapılan 140 plak psoriasis tanılı hasta, Çorum İli Erol Olçok Eğitim ve Araştırma Hastanesi'ne başvuranlar içerisinde seçilmiş olup, bu durum elde edilen sonuçların tüm psoriasis hastalarına genelleştirilmesini zorlaştırmaktadır.

6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

Psoriasis, psikososyal etkilenimlere yol açabilen kronik bir hastalıktır ve hastaların psikososyal destek ihtiyaçlarını, bilişsel davranışçı terapi, meditasyon ve farkındalık temelli terapiyi içeren multidisipliner yaklaşımlar aracılığıyla ele almak önemlidir. Psoriasis hastalarının tedavisinde, hastalığın fiziksel, psikolojik ve sosyal yönlerinin farkında olunmalı ve tedavilerinde çok boyutlu bir yaklaşım kullanılmalıdır. Hastalara yönelik multidisipliner kliniklerde, dermatoloji, psikoloji ve beslenme danışmanlığı gibi hizmetler bir arada sunularak hastalığın yönetimi daha etkin hale getirilebilir.

Psoriasis şiddeti ile sosyal görünüş kaygısı arasında korelasyon saptanmamış olması, hasta merkezli yaklaşımın önemini vurgular ve hastalığın yayılımı ve şiddetinden bağımsız olarak, kişilerin bedenlerindeki değişimi nasıl algıladıklarını saptamak, etkin tedavi yaklaşımları açısından önem arz eder. Bu sonuçlar, klinik pratikte ve hastaların yönetiminde dikkate alınmalıdır. Özellikle psikolojik destek ve danışmanlık hizmetlerinin tasarımı, psoriasis şiddetinin otomatik olarak sosyal görünüş kaygısını tetiklemediğini göz önünde bulundurmamak önemli olabilir. Öncelikli olarak, hastaların bireysel ihtiyaçlarına yönelik daha kişiselleştirilmiş yaklaşımlar benimsenmelidir.

Çalışmaya dahil edilmeyen morbid obeziteye sahip, malignite tanılı, psikiyatrik tanısı olan, ek dermatolojik hastalığı bulunan hastalar ile 45 yaş üstü psoriasis tanılı hastaları da içeren daha geniş kapsamlı çalışmalar yapılabilir. Ayrıca, çalışma kesitsel olarak tasarlanmıştır ve sosyal medya kullanımı, kültürel faktörler ve çevresel etkiler gibi diğer potansiyel

değişkenlerin bu tür kaygılar üzerinde etkili olup olmadığını değerlendirmek için ek analizler yapılabilir.

Hastalık şiddeti ve BKİ arasındaki istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü korelasyondan yola çıkarak, hastalığın yönetiminde kilo ve BKİ'nin kontrol altında tutulması, psoriasis şiddetinin azaltılmasına yardımcı olabilir.

Algılanan sosyal destek ve hastalık şiddeti arasındaki istatistiksel olarak anlamlı negatif yönlü korelasyon, psoriasis gibi kronik hastalıkların yönetiminde sosyal destek sistemlerinin önemini vurgulamaktadır. Sağlık profesyonelleri ve hasta destek grupları için, şiddetli hastalık durumlarındaki bireyleri destekleme stratejileri geliştirirken bu tür bulguları göz önünde bulundurmak önemlidir. Hastalar için kişiselleştirilmiş sosyal destek programları, hastalığın etkilerini azaltmada ve hasta yaşam kalitesini iyileştirmede kritik bir rol oynayabilir.

Eğitim ve Farkındalık Yaratma: Psoriasis hakkında eğitim vermek, hem hastaların hem de toplumun hastalık hakkında bilgisini arttırabilir. Aile üyeleri, arkadaşlar ve iş arkadaşları da dahil olmak üzere çevrenin hastalık hakkında bilgilendirilmesi, hastalara daha fazla destek ve anlayış gösterilmesine yardımcı olabilir.

Sosyal Destek Grupları: Psoriasis hastaları için sosyal destek grupları kurmak, benzer deneyimler yaşayan kişilerle bağlantı kurmalarını sağlar. Bu gruplar, hastaların deneyimlerini paylaşmaları, başa çıkma stratejileri öğrenmeleri ve sosyal izolasyon hissini azaltmaları için faydalı olabilir.

Profesyonel Psikolojik Destek: Psikolojik danışmanlık veya terapi, psoriasis hastalarının sosyal görünüş kaygılarıyla başa çıkmalarına yardımcı olabilir. Özellikle bilişsel davranışçı terapi (BDT), olumsuz düşünce kalıplarını tanımlamak ve değiştirmek için etkili olabilir.

Aile ve Arkadaşlardan Aktif Destek Teşvik Etmek: Hastaların aileleri ve yakın çevreleri, duygusal destek sağlamak ve hastaların tedaviye uyumunu teşvik etmek için eğitilebilir. Aile ve arkadaşların desteği, hastaların kendilerini daha güvende hissetmelerini sağlayabilir.

Psikososyal Eğitim Programları: Hastaneler ve sağlık kuruluşları, psoriasis hastalarına yönelik psikososyal eğitim programları düzenleyebilir. Bu programlar, hastalıkla başa çıkma

teknikleri, stres yönetimi yöntemleri ve sağlıklı yaşam tarzı alışkanlıkları hakkında bilgi sunabilir.

Toplumda yalnız yaşayan bireyler için sosyal etkileşim ve destek sağlama yollarını arttırmaya yönelik politikalar geliştirilebilir. Yaşam alanlarına yönelik sosyal etkinliklerin arttırılması, mahalle bazlı sosyal grupların teşvik edilmesi veya yalnız yaşayanlar için özel sosyal destek programları düşünülebilir.

Evli olan hastalarda aileden algılanan sosyal desteğin bekarlara göre daha yüksek olması, evlilik ve evlilik içi ilişkilerin, bireylerin aile üyelerinden algıladıkları sosyal desteği nasıl şekillendirebileceğine dair önemli bilgiler sunar. Evlilik, bireyler için önemli bir destek mekanizması olarak işlev görebilir ve bu, özellikle zor zamanlarda stresle başa çıkmada kritik bir rol oynayabilir. Ayrıca, bu sonuçlar evli çiftlerin ve ailelerin sosyal destek sistemlerini güçlendirmeye yönelik politika ve müdahalelerin tasarlanmasında kullanılabilir. Örneğin, evlilik danışmanlığı veya çift terapileri, evli bireyler arasındaki destek dinamiklerini daha da güçlendirmeye yardımcı olabilir. Aynı zamanda, anne-baba ile yaşayan yetişkinler için aile içi iletişim ve destek mekanizmalarını güçlendirmeye yönelik programlar da faydalı olabilir.

Kamuda çalışanların sosyal destek puanlarının daha yüksek bulunması, çalışma ortamının kişisel ilişkilere olan etkisinin farkında olarak, işverenler ve politika yapıcılar için çalışanların iş-yaşam dengesini iyileştirmeye yönelik stratejiler geliştirmenin önem taşıdığını gösterebilir. Çalışma koşullarındaki düzenlemeler, çalışanların sosyal destek algılarını arttırabilir ve genel iş tatmini ile yaşam kalitesini yükseltebilir.

Bu sonuçlar, klinik uygulamalar ve psikolojik müdahaleler için değerlendirilmelidir ve birinci basamakta bu hastaların yönetiminde aile hekimliğinin bütüncül, kapsayıcı ve hasta merkezli yaklaşımı oldukça önemlidir. Biyopsikososyal değerlendirme ile hastanın ihtiyaçları doğrultusunda tedavi yaklaşımları geliştirmek, gerektiğinde üst merkezlere yönlendirmek önem taşır. Profesyoneller, sosyal destek sağlamanın yanı sıra, bireylerin görünüş kaygılarına daha doğrudan müdahaleler geliştirmeyi düşünebilirler. Ayrıca, sosyal destek ve görünüş kaygısı arasındaki ilişkiyi daha derinlemesine incelemek için farklı demografik gruplar ve değişik sosyal destek türleri üzerinde daha detaylı çalışmalar yapılabilir.

7. KAYNAKLAR

1. Psoriasis: A Peer Review Article. (2023). *International Journal For Multidisciplinary Research*, 5(2) doi: 10.36948/ijfmr.2023.v05i02.2722
2. Zainab Jiyad, Carsten Flohr. (2023). Psoriasis – Handbook of Skin Disease Management 144-146. doi: 10.1002/9781119829072.ch71
3. Rahamat, Unissa., P., Mahesh, Kumar., Muzaffar, Pasha., Shaheen, Begum., B., Maheswari. (2019). Psoriasis: A Comprehensive Review. *Asian Journal of Research in Pharmaceutical Science*, 9(1):29-38. doi: 10.5958/2231-5659.2019.00005.5
4. Antony, Raharja., Satveer, K., Mahil., Jonathan, Barker. (2021). Psoriasis: a brief overview. *Clinical Medicine*, doi: 10.7861/CLINMED.2021-0257
5. Dr.Ravneet, Kaur. (2023). Psoriasis: A brief overview with its homoeopathic treatment. *International Journal of Homoeopathic Sciences*, doi: 10.33545/26164485.2023.v7.i2a.809
6. Busra, Firlatan., Gözde, Sevgi, Kart, Bayram., Gizem, Ayan., Umut, Kalyoncu. (2023). Ab1149 sex distribution in psoriatic arthritis: systematic literature review. *Annals of the Rheumatic Diseases*, 82(Suppl 1):1805.1-1805. doi: 10.1136/annrheumdis-2023-eular.3247
7. Giulia, Odorici., Alessia, Paganelli., Francesca, Peccerillo., Jole, Serra., Johanna, Chester., Shaniko, Kaleci., Giovanni, Pellacani., Andrea, Conti. (2021). Moderate to severe psoriasis: a single-center analysis of gender prevalence.. *Giornale italiano di dermatologia e venereologia: organo ufficiale, Società italiana di dermatologia e sifilografia*, 156(2):226-230. doi: 10.23736/S2784-8671.18.06200-4
8. Clinical Feature, Lifestyle Behavior and Non-Communicable Diseases Comorbidities Among Psoriasis Patients in Shanghai: Gender Disparity Analysis Based on a Cross-Sectional Study. (2022). *Clinical, Cosmetic and Investigational Dermatology*, Volume 15:2751-2762. doi: 10.2147/ccid.s393697
9. I.Y.K., Iskandar., Rosa, Parisi., Christopher, E.M., Griffiths., Darren, M., Ashcroft. (2021). Systematic review examining changes over time and variation in the incidence and prevalence of psoriasis by age and gender. *British Journal of Dermatology*, 184(2):243-258. doi: 10.1111/BJD.19169
10. Antonella, Di, Cesare., Federica, Ricceri., Elia, Rosi., Maria, Thais, Fastame., Francesca, Prignano. (2022). Therapy of PsO in Special Subsets of Patients. *Advances in Cardiovascular Diseases*, 10(11):2879-2879. doi: 10.3390/biomedicines10112879
11. Alexey, A., Kubanov., E.V., Bogdanova. (2022). Influence of age of onset of psoriasis on prevalence and clinical characteristics of psoriatic arthritis (according to the registry of patients with psoriasis). 60(4):445-449. doi: 10.47360/1995-4484-2022-445-449

12. Marieke, E.C., van, Winden., Elke, L, M, ter, Haar., Hans, Groenewoud., Peter, C.M., van, de, Kerkhof., Elke, M, G, J, de, Jong., Satish, F, K, Lubeek. (2020). Disease and Treatment Characteristics in Geriatric Psoriasis: A Patient Survey Comparing Age Groups.. *Acta Dermato-venereologica*, 100(14) doi: 10.2340/00015555-3569
13. Cristina, Albanesi. (2019). *Immunology of Psoriasis*. 775-781. doi: 10.1016/B978-0-7020-6896-6.00064-8
14. Milena, Ferreira, Cruvinel., Alanna, Simão, Gomes, Saturnino. (2023). Etiologia, aspectos clínicos e psicossociais da psoríase. *Brazilian Journal of Health Review*, 6(1):898-907. doi: 10.34119/bjhrv6n1-069
15. Siva, Narayanan., Victoria, Guyatt., Alessandra, Franceschetti., Emily, L, Hautamaki. (2014). Disease burden and patient reported outcomes among patients with moderate to severe psoriasis: an ethnography study.. *Psoriasis : Targets and Therapy*, 5:1-7. doi: 10.2147/PTT.S74906
16. Keiichi, Yamanaka., Osamu, Yamamoto., Tetsuya, Honda. (2021). Pathophysiology of psoriasis: A review. *Journal of Dermatology*, 48(6):722-731. doi: 10.1111/1346-8138.15913
17. Wolf-Henning, Boehncke. (2015). Etiology and Pathogenesis of Psoriasis.. *Rheumatic Diseases Clinics of North America*, 41(4):665-675. doi: 10.1016/J.RDC.2015.07.013
18. Nitin, Patil., Aditya, Kumar, Bubna. (2023). Psoriasis neurodermiformis, verrucous psoriasis, and psoriasiform keratosis: A clinicopathological evaluation. 17(0):19-27. doi: 10.4103/tjd.tjd_67_22
19. Ivan, Grozdev., Neil, J., Korman. (2014). Psoriasis: Clinical Review and Update. 21-26. doi: 10.1007/978-1-4471-4432-8_3
20. Ayala, F. (2011). Clinical presentation of psoriasis.. *Reumatismo*, 59:40-45. doi: 10.4081/REUMATISMO.2007.1S.40
21. A., I., Novikov., V., A., Ohlopkov., O., V., Pravdina., E., K., Medvedchikov., R., V., Gorodilov. (2013). Clinical and morphological substantiation of a comprehensive approach to the treatment of mild and moderate forms of psoriasis.
22. Bernard, Cribier. (2012). Psoriasis: formes rares ou inhabituelles. *Annales De Dermatologie Et De Venereologie*, 139 doi: 10.1016/S0151-9638(12)70109-6
23. Boehncke WH, Schön MP. Psoriasis. *Lancet*. 2015;386:983-94.
24. Naldi L, Gambini D. The clinical spectrum of psoriasis. *Clin Dermatol*. 2007;25:510-8.
25. Romiti R. Plaque-type psoriasis: chronic plaque, guttate, and erythrodermic phenotypes. In: Menter MA, Ryan C. *Psoriasis*. 2nd ed. London: CRC Press Taylor & Francis Group; 2017.p.45-50.
26. Ladizinski B, Lee KC, Wilmer E, Alavi A, Mistry N, Sibbald RG. A review of the clinical variants and the management of psoriasis. *Adv Skin Wound Care*. 2013;26:271-84.
27. Greb JE, Goldminz AM, Elder JT, et al. *Nat Rev Dis Primers*. 2016:16082.

28. Syed ZU, Khachemoune A. Inverse psoriasis: case presentation and review. *Am J Clin Dermatol.* 2011;12:143-6.
29. Saber M, Brassard D, Benohanian A. Inverse psoriasis and hyperhidrosis of the axillae responding to botulinum toxin type A. *Arch Dermatol.* 2011;147:629-30.
30. Fitzpatrick T, Arthur Z Eisen, Wolff K, et al. *Biologia e Funcao da Epiderme e dos Apendices.* In: Tosti A, Piraccini BM. *Fitzpatrick: Tratado de Dermatologia.* 5th ed. Rio de Janeiro: Revinter; 2005. p. 239-40.
31. Jiaravuthisan MM, Sasseville D, Vender RB, Murphy F, Muhn CY. Psoriasis of the nail: Anatomy, pathology, clinical presentation, and a review of the literature on therapy. *J Am Acad Dermatol.* 2007;57:1-27.
32. Tham SN, Lim JJ, Tay SH, et al. Clinical observations on nail changes in psoriasis. *Ann Acad Med Singapore.* 1988;17:482-5.
33. Pena-Romero A, Toussaint-Caire S, Dominguez-Cherit J. Mottled lunulae in nail psoriasis: report of three cases. *Skin Appendage Disord.* 2016;2:70-1.
34. Zaias N. Psoriasis of the nail unit. *Dermatol Clin.* 1984;2:493-505.
35. Brazzelli V, Carugno A, Alborghetti A, et al. Prevalence, severity and clinical features of psoriasis in fingernails and toenails in adult patients: Italian experience. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2012;26:1354-9.
36. Griffiths CE, Christophers E, Barker JN, et al. A classification of psoriasis vulgaris according to phenotype. *Br J Dermatol.* 2007;156:258-62.
37. Brunasso AM, Puntoni M, Aberer W, Delfino C, Fancelli L, Massone C. Clinical and epidemiological comparison of patients affected by palmoplantar plaque psoriasis and palmoplantar pustulosis: a case series study. *Br J Dermatol.* 2013;168:1243-51.
38. Miceli A, Schmieder GJ. Palmoplantar Psoriasis. 2019 Jan 5. *StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2019 Jan.*
39. Raposo I, Torres T. Palmoplantar Psoriasis and Palmoplantar Pustulosis: Current Treatment and Future Prospects. *Am J Clin Dermatol.* 2016;17:349-58.
40. Bhushan M, Burden AD, McElhone K, James R, Vanhoutte FP, Griffiths CE. Oral liarozole in the treatment of palmoplantar pustular psoriasis: a randomized, double-blind, placebo-controlled study. *Br J Dermatol.* 2001;145:546-53.
41. Farley E, Masrour S, McKey J, Menter A. Palmoplantar psoriasis: a phenotypical and clinical review with introduction of a new quality-of-life assessment tool. *J Am Acad Dermatol.* 2009;60:1024-31.
42. Boehncke WH, Schön MP. Psoriasis. *Lancet.* 2015;386:983-94.
43. Naldi L, Gambini D. The clinical spectrum of psoriasis. *Clin Dermatol.* 2007;25:510-8.

44. Romiti R. Plaque-type psoriasis: chronic plaque, guttate, and erythrodermic phenotypes. In: Menter MA, Ryan C. Psoriasis. 2nd ed. London: CRC Press Taylor & Francis Group; 2017.p.45-50.
45. Luigi, Naldi., Santo, Raffaele, Mercuri. (2010). Epidemiology of comorbidities in psoriasis. *Dermatologic Therapy*, 23(2):114-118. doi: 10.1111/J.1529-8019.2010.01304.X
46. Sarah, Churton., Kristen, Doud., Neil, J., Korman. (2013). Comorbidities of psoriasis. *Expert Review of Dermatology*, 8(3):277-290. doi: 10.1586/EDM.13.23
47. Wenjuan, Chen., Chen, Peng., Ding, Yangfeng., Yuling, Shi. (2020). Psoriasis comorbidities. *Chinese Journal of Dermatology*, 53(02):147-151. doi: 10.35541/CJD.20190093
48. Seray, Cakmak. (2013). Psoriasis and comorbidities.
49. Philip, M., Laws., Helen, S., Young., Richard, B., Warren. (2014). Psoriasis and Comorbidities. 277-299. doi: 10.1007/978-1-4471-4432-8_21
50. E.V., Bogdanova. (2022). The age at first cutaneous manifestation of psoriasis as a prognostic factor in the timing of psoriatic arthritis diagnosis. *Vestnik dermatologii i venerologii*, 98(4):41-48. doi: 10.25208/vdv1322
51. Gladman DD, Chandran V. Observational cohort studies: lessons learnt from the University of Toronto psoriatic arthritis program. *Rheumatology (Oxford)*. 2011;50:25-31.
52. Bond SJ, Farewell VT, Schentag CT, Gladman DD. Predictors for radiological damage in psoriatic arthritis: results from a single centre. *Ann Rheum Dis*. 2007;66:370-6.
53. Coates LC, Fransen J, Helliwell PS. Defining minimal disease activity in psoriatic arthritis: a proposed objective target for treatment. *Ann Rheum Dis*. 2010;69:48-53.
54. Castle, Ng. (2023). Ab1161 racial and gender - based differences in the prevalence of metabolic comorbidities among psoriatic arthritis patients. *Annals of the Rheumatic Diseases*, 82(Suppl 1):1811.1-1811. doi: 10.1136/annrheumdis-2023-eular.1358
55. Arno, W, R, van, Kuijk., Michael, T., Nurmohamed., Stefan, Siebert., P., Bergmans., K., de, Vlam., Elisa, Gremese., B., Joven-Ibáñez., T.V., Korotaeva., Frédéric, Lavie., Mohammed, A., Sharaf., Wim, Noël., Elke, Theander., Josef, S, Smolen., Laure, Gossec., Irene, E., van, der, Horst-Bruinsma. (2023). Gender-specific differences in patients with psoriatic arthritis receiving ustekinumab or tumour necrosis factor inhibitor: real-world data.. *Rheumatology*, doi: 10.1093/rheumatology/kead089
56. Sex differences in perceptions of psoriatic arthritis disease impact, management and physician interactions: results from a global patient survey. (2023). *Annals of the Rheumatic Diseases*, 82(Suppl 1):45.1-46. doi: 10.1136/annrheumdis-2023-eular.2083
57. Marie, Doussiere., Estelle, Touboul., Vincent, Barbier., Jean-Marc, Sobhy-Danial., Patrice, Fardellone., Mathurin, Fumery., G., Chaby., Vincent, Goëb. (2023). Current characteristics of a population of psoriatic arthritis and gender disparities. *Journal of clinical and translational research*, 9:84-92. doi: 10.18053/jctres.09.202302.001

58. Elder DE, Elenitsas R, Rosenbach M, Murphy GF, Rubin AI, Xu X. Lever's Histopathology of the skin. Eleventh Edition Wolters Kluwer 2014.p.199-209.
59. Weedon D, Strutton J. The psoriasiform reaction pattern. In David Weedon Skin Pathology 2th ed. Livingstone London: 2002.p.75-83.
60. Ferreli C, Pinna AL, Pilloni L, Tomasini CF, Rongioletti F. Histopathological aspects of psoriasis and its uncommon variants. *G Ital Dermatol Venereol.* 2018;153:173-84.
61. Puzenat E, Bronsard V, Prey S, et al. What are the best outcome measures for assessing plaque psoriasis severity? A systematic review of the literature. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2010;24(Suppl 2):10-6.
62. Ashcroft DM, Po AL, Williams HC, Griffiths CE. Clinical measures of disease severity and outcome in psoriasis: a critical appraisal of their quality. *Br J Dermatol.* 1999;141:185-91.
63. Weisman S, Pollack CR, Gottschalk RW. Psoriasis disease severity measures: comparing efficacy of treatments for severe psoriasis. *J Dermatolog Treat.* 2003;14:158-65.
64. Berth-Jones J, Grotzinger K, Rainville C, et al. A study examining inter- and intrarater reliability of three scales for measuring severity of psoriasis: Psoriasis Area and Severity Index, Physician's Global Assessment and Lattice System Physician's Global Assessment. *Br J Dermatol.* 2006;155:707-13.
65. Finlay AY. Current severe psoriasis and the rule of tens. *Br J Dermatol.* 2005;152:861-7.
66. Yune YM, Park SY, Oh HS, et al. Objective assessment of involved surface area in patients with psoriasis. *Skin Res Technol.* 2003;9:339-42.
67. Psoriasis treatment: a literature review. (2023). *International Journal of Research in Dermatology*, doi: 10.18203/issn.2455-4529.intjresdermatol20232154
68. Lejla, Ramic., Paul-Gunther, Sator. (2023). Topical treatment of psoriasis vulgaris. *Journal der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft*, 21(6):631-642. doi: 10.1111/ddg.15042
69. Sylwia, Skwira., Aleksander, Gras-Ozimek., Iga, Kozińska., Anna, Kozinska., Piotr, Palka. (2022). Topical treatment of psoriasis. *Journal of Education, Health and Sport*, 13(2):75-80. doi: 10.12775/jehs.2023.13.02.010
70. Laurence, Marshall, Carucci. (2023). Real-world systemic treatment of patients with psoriasis: A retrospective study based on German claims data. *Journal der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft*, 21(6):611-619. doi: 10.1111/ddg.15030
71. Shekhar, Neema., Rohit, Kothari., Aradhana, Rout., Siddhartha, Mani., Siddhartha, Bhatt., Sunmeet, Sandhu. (2023). Systemic treatment of psoriasis in special population.. *Indian Journal of Dermatology, Venereology and Leprology*, 0:1-8. doi: 10.25259/ijdv1_7_2023

72. Emilie, Sbidian., Anna, Chaimani., R., Guelimi., Ignacio, García-Doval., Camille, Hua., Carolyn, Hughes., Luigi, Naldi., Mary, Kay, Kinberger., S., Afach., L., Le, Cleach. (2023). Systemic pharmacological treatments for chronic plaque psoriasis: a network meta-analysis. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 7: CD011535.
doi: 10.1002/14651858.CD011535.pub6
73. Guillet, C., Seeli, C., Nina, M., Maul, L. V., & Maul, J. T. (2022). The impact of gender and sex in psoriasis: What to be aware of when treating women with psoriasis. *International journal of women's dermatology*, 8(2), e010. <https://doi.org/10.1097/JW9.000000000000010>
74. Bae YS, Van Voorhees AS, Hsu S, et al; National Psoriasis Foundation. Review of treatment options for psoriasis in pregnant or lactating women: from the Medical Board of the National Psoriasis Foundation. *J Am Acad Dermatol*. 2012;67:459-77.
75. Wu JJ, Feldman SR, Koo J, Marangell LB. Epidemiology of mental health comorbidity in psoriasis. *J Dermatolog Treat*. 2018;29:487-95.
76. Russo PA, Ilchef R, Cooper AJ. Psychiatric morbidity in psoriasis: a review. *Australas J Dermatol*. 2004;45:155-9.
77. Jankowiak B, Sekmistrz S, Kowalewska B, Niczyporuk W, Krajewska-Kułak E. Satisfaction with life in a group of psoriasis patients. *Postepy Dermatol Alergol*. 2013;30:85-90.
78. Gupta MA, Gupta AK, Kirkby S, et al. Pruritus in psoriasis. A prospective study of some psychiatric and dermatologic correlates. *Arch Dermatol*. 1988;124:1052-7.
79. Alpsy E, Polat M, Fettahlioglu-Karaman B, et al. Internalized stigma in psoriasis: A multicenter study. *J Dermatol*. 2017;44:885-91.
80. Georgia, Panayiotou., Maria, Karekla. (2013). Perceived social support helps, but does not buffer the negative impact of anxiety disorders on quality of life and perceived stress. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 48(2):283-294. doi: 10.1007/S00127-012-0533-6
81. Syed, Najmah, Jameel., Shawkat, Ahmad, Shah. (2017). Development of Perceived Social Support Scale. *Indian Journal of Health and Wellbeing*, 8(12):1540-1544.
82. M, Kizilkaya., Ahmet, Salim, Özkaya. (2023). Examination of Social Appearance Anxiety through Psychological Theories. *Psikiyatride Guncel Yaklasimler - Current Approaches in Psychiatry*, 15(3):398-406. doi: 10.18863/pgy.1152765
83. Gonca, Buran., Seyhan, Çankaya. (2023). Effect of Women's Menopausal Complaints and Social Appearance Anxiety on Their Level of Depression, Stress, and Anxiety: A Cross-Sectional Study. *Psychiatric Annals*, doi: 10.3928/00485713-20230607-01
84. Triada-Konstantina, Papapanou., Flora, Bacopoulou., Maria, Michou., Christina, Kanaka-Gantenbein., Dimitrios, Vlachakis., George, P., Chrousos., Christina, Darviri. (2023). Validation of the Greek Version of Social Appearance Anxiety Scale in Adolescents and Young Adults. *EMBnet.journal*, 28:e1027-e1027. doi: 10.14806/ej.28.0.1027

85. Ziyang, Zhou. (2023). The Influence of Social Appearance Anxiety on Impulsive Consumption and Acceptance of Cosmetic Surgery: Evidence from the Multiple Mediation Model. *Highlights in Business, Economics and Management*, 6:432-436. doi: 10.54097/hbem.v6i.6482
86. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry 2016;8(2):162-177 doi:10.18863/pgy.12690
87. Türk Psikiyatri Dergisi 2001; 12(1):17-25
88. Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi (H. U. Journal of Education) 2010;39: 151-159
89. Vedrana, Bulat., Mirna, Šitum., Marija, Delaš, Aždajić., Ivana, Lovrić., Iva, Dediol. (2020). Study on the impact of psoriasis on quality of life: psychological, social and financial implications. *Psychiatria Danubina*, 32:553-561.
90. S, C, Laffrey., B, J, Bailey., K, K, Craig. (1996). Social support and health promotion outcomes of adults with psoriasis.. *Dermatology nursing*, 8(2):109-119.
91. Marta, Makara-Studzińska., Piotr, Ziemecki., Anna, Ziemecka., Iwona, Partyka. (2013). The psychological and social support in patients with psoriasis. *Polski merkuriusz lekarski : organ Polskiego Towarzystwa Lekarskiego*, 35(207):171-174.
92. Alireza, Ghorbanibirgani., Masoud, Fallahi-Khoshknab., Kourosh, Zarea., Heidarali, Abedi. (2016). The Lived Experience of Psoriasis Patients from Social Stigma and Rejection: A Qualitative Study. *Iranian Red Crescent Medical Journal*, 18(7):0-0. doi: 10.5812/IRCMJ.27893
93. Edita, Fino., Paolo, Maria, Russo., Vera, Tengattini., Federico, Bardazzi., Annalisa, Patrizi., Monica, Martoni. (2021). Individual Differences in Emotion Dysregulation and Social Anxiety Discriminate between High vs. Low Quality of Life in Patients with Mild Psoriasis.. *Journal of Personalized Medicine*, 11(11):1236-. doi: 10.3390/JPM11111236
94. Kaya, A. (2017). *Kişilerarası ilişkiler ve etkili iletişim*. Pegem Akademi Yayıncılık.
95. Manuel, Alcaraz-Ibáñez., Álvaro, Sicilia., Adrian, Paterna. (2019). Exploring the differentiated relationship between appearance and fitness-related social anxiety and the risk of eating disorders and depression in young adults.. *Scandinavian Journal of Psychology*, 60(6):569-576. doi: 10.1111/SJOP.12584
96. Natasha, L., Burke. (2015). The Relation between Adiposity and Anxiety in Youth: Analysis of Peer Victimization, Teasing, Sociocultural Influences, and Internalization of Appearance Ideals as Explanatory Variables.
97. Hacer, Unver., Nurullah, Kurt., F., Bicer, Sahin. (2022). Happiness and social appearance anxiety in overweight young girls.. *European Review for Medical and Pharmacological Sciences*, 26 18(18):6821-6826. doi: 10.26355/eurrev_202209_29784
98. Sarısoy G, Atmaca A, Ecemiş G, Gümüş K, Pazvantoğlu O. Obezite hastalarında dürtüsellik ve dürtüsellikğin beden algısı ve benlik saygısı ile ilişkisi. *Anadolu Psikiyatri Derg* 2013; 14: 53-61.

99. Sujoldzić A, De Lucia A. A cross-cultural study of adolescents BMI, body image and psychological well-being. *Coll Antropol* 2007; 31(1): 123–30.
100. WHO. Prevention and management of the global epidemic of obesity. Report of the WHO consultation on Obesity. Geneva; 2001.
101. Žužul K, Kunjko K, Milošević M, Jurakić Tončić R, Kelava T, Ljubojević Hadžavdić S. The Association Between the Severity of Psoriasis and Obesity Based on the Analysis of Visceral Fat Index and Serum Levels of Tumor Necrosis Factor- α , Interleukin-6, and Resistin. *Acta Dermatovenerol Croat.* 2022 Jul;30(1):8-17. PMID: 36153714.
102. Lin TY, See LC, Shen YM, Chang HN, Lin YK Quality of life in patients with psoriasis in northern Taiwan. *Chang Gung Med J* 2011;34:186-96.
103. Schäfer I, Hacker J, Rustenbach SJ, Radtke M, Franzke N, Augustin M. Concordance of the Psoriasis Area and Severity Index (PASI) and patient-reported outcomes in psoriasis treatment. *Eur J Dermatol* 2010; 20 (1): 62-7.
104. He Z, Lu C, Basra MK, Ou A, Yan Y, Li L. Psychometric properties of the Chinese version of Dermatology Life Quality Index (DLQI) in 851 Chinese patients with psoriasis. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2013 Jan;27(1):109-15.63
105. Mazzotti E, Barbaranelli C, Picardi A, Abeni D, Pasquini P: Psychometric properties of the Dermatology Life Quality Index (DLQI) in 900 Italian patients with psoriasis. *Acta Derm Venereol* 2005; 85: 409- 13.
106. Gelfand JM, Feldman SR, Stern RS, Thomas J, Rolstad T, Margolis DJ: Determinants of quality of life in patients with psoriasis: A study from the US population. *J Am Acad Dermatol* 2004; 51: 704-8.
107. Mabuchi T, Yamaoka H, Kojima T, Ikoma N, Akasaka E, Ozawa A. Psoriasis affects patient's quality of life more seriously in female than in male in Japan. *Tokai J Exp Clin Med.* 2012 Sep 20;37(3):84-8.
108. HautTief Multidisciplinary Educational Program for Patients with Psoriasis or Atopic Dermatitis: A Randomized Controlled Study. (2022). *Dermatology*, 238(6):1050-1059. doi: 10.1159/000524225
109. Corinna, Bubak., Marthe-Lisa, Schaarschmidt., Lisa, Schöben., Wiebke, K., Peitsch., Astrid, Schmieder. (2019). Analyzing the value of an educational program for psoriasis patients: a prospective controlled pilot study. *BMC Public Health*, 19(1):1-12. doi: 10.1186/S12889-019-7778-X
110. Gokdemir, G., Ari, S., & Köşlü, A. (2008). Adherence to treatment in patients with psoriasis vulgaris: Turkish experience. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology : JEADV*, 22(3), 330–335. <https://doi.org/10.1111/j.1468-3083.2007.02425.x>
111. Pak, M.D. (2019). Kronik Hastalıklarla Baş Etmede Çoklu Aile Grubu Terapisi Uygulamaları. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 30(3), 1120-1141.

VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

EK 1: SOSYO-DEMOGRAFİK VERİ FORMU

Aşağıda numaralandırılmış olan soruları lütfen eksiksiz cevaplayınız. 1,6,8,9,10 ve 11. Sorularda cevaplarınız için “/” işareti ile ayrılmış seçenekler mevcuttur, bu soruları seçeneklerden uygun olanı yuvarlak içine alarak cevaplayabilirsiniz.

1. Cinsiyet: Erkek / Kadın

2. Yaş:

3. Boy: cm

4. Kilo: kg

5. BKİ (Tarafımızca hesaplanacaktır.):

6. Öğrenim Durumu: İlkokul / Lise / Üniversite / Yüksek Lisans

7. Meslek:

8. Gelir Durumu (Gelir-Gider Dengesi): Gelirim Giderimden Fazla / Gelirim Giderimle Eşit / Gelirim Giderimden Az

9. Medeni Hal: Evli / Bekar

10. Yaşadığınız Yer: Şehir Merkezi / İlçe / Köy-Mahalle

11. İkamet Ettiğiniz Yerde Kimlerle Yaşıyorsunuz?

A)Yalnız B)Anne-Baba C)Eş D)Arkadaş(lar)

E)Diğer (Lütfen Açıklayınız.....)

12. Ne Kadar Süredir Sedef (Psoriasis) Hastalığınız Var?

13. Hastalık Başlangıç Yaşınız:

EK 2: ÇOK BOYUTLU ALGILANAN SOSYAL DESTEK ÖLÇEĞİ

Aşağıda 12 cümle ve her bir cümle altında da cevaplarınızı işaretlemeniz için 1'den 7'ye kadar rakamlar verilmiştir. Her cümlede söylenenin sizin için ne kadar çok doğru olduğunu veya olmadığını belirtmek için o cümle altındaki rakamlardan yalnız bir tanesini daire içine alarak işaretleyiniz. Bu şekilde 12 cümlenin her birine bir işaret koyarak cevaplarınızı veriniz. Lütfen hiçbir cümleyi cevapsız bırakmayınız.

1. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve ihtiyacım olduğunda yanımda olan bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.

Kesinlikle hayır **1, 2, 3, 4, 5, 6, 7** Kesinlikle evet

2. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.

Kesinlikle hayır **1, 2, 3, 4, 5, 6, 7** Kesinlikle evet

3. Ailem (örneğin, annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) bana gerçekten yardımcı olmaya çalışır.

Kesinlikle hayır **1, 2, 3, 4, 5, 6, 7** Kesinlikle evet

4. İhtiyacım olan duygusal yardımı ve desteği ailemden (örneğin, annemden, babamdan, eşimden, çocuklarımdan, kardeşlerimden) alırım.

Kesinlikle hayır **1, 2, 3, 4, 5, 6, 7** Kesinlikle evet

5. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve beni gerçekten rahatlatan bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.

Kesinlikle hayır **1, 2, 3, 4, 5, 6, 7** Kesinlikle evet

6. Arkadaşlarım bana gerçekten yardımcı olmaya çalışırlar.

Kesinlikle hayır **1, 2, 3, 4, 5, 6, 7** Kesinlikle evet

7. İşler kötü gittiğinde arkadaşlarıma güvenebilirim.

Kesinlikle hayır **1, 2, 3, 4, 5, 6, 7** Kesinlikle evet

8. Sorunlarımı ailemle (örneğin, annemle, babamla, eşimle, çocuklarımla, kardeşlerimle) konuşabilirim.

Kesinlikle hayır **1, 2, 3, 4, 5, 6, 7** Kesinlikle evet

9. Sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim arkadaşlarım var.

Kesinlikle hayır **1, 2, 3, 4, 5, 6, 7** Kesinlikle evet

10. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve duygularıma önem veren bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.

Kesinlikle hayır **1, 2, 3, 4, 5, 6, 7** Kesinlikle evet

11. Kararlarımı vermede ailem (örneğin, annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) bana yardımcı olmaya isteklidir.

Kesinlikle hayır **1, 2, 3, 4, 5, 6, 7** Kesinlikle evet

12. Sorunlarımı arkadaşlarımla konuşabilirim.

Kesinlikle hayır **1, 2, 3, 4, 5, 6, 7** Kesinlikle evet

EK 3: SOSYAL GÖRÜNÜŞ KAYGISI ÖLÇEĞİ

Aşağıda 16 madde ve her bir madde için “Hiç uygun değil”den “Tamamen uygun” olma durumuna değişen seçenekler verilmiştir. Her maddede söylenenin sizin için ne kadar uygun olduğunu veya olmadığını belirtmek için seçeneklerden birisine çarpı (X) işareti koyunuz. Lütfen hiçbir maddeyi cevapsız bırakmayınız.

SOSYAL GÖRÜNÜŞ KAYGISI ÖLÇEĞİ	Hiç Uygun Değil	Uygun Değil	Biraz Uygun	Uygun	Tamamen Uygun
1. Dış görünüşümle ilgili kendimi rahat hissedirim.					
2. Fotoğrafım çekilirken kendimi gergin hissedirim.					
3. İnsanlar doğrudan bana baktıklarında gerilirim.					
4. İnsanların görünüşümden dolayı benden hoşlanmayacakları konusunda endişelenirim.					
5. Yanlarında olmadığım zamanlarda insanların, görünüşümle ilgili kusurlarımı konuşacaklarından endişelenirim.					
6. Görünüşümden dolayı insanların benimle beraber vakit geçirmek istemeyeceklerinden endişelenirim.					
7. İnsanların beni çekici bulmamalarından korkarım.					
8. Görünüşümün yaşamımı zorlaştıracığından endişe duyarım.					
9. Karşıma çıkan fırsatları görünüşümden dolayı kaybetmekten kaygılanırım.					
10. İnsanlarla konuşurken görünüşümden dolayı gerginlik yaşarım.					
11. Diğer insanlar görünüşümle ilgili bir şey söylediklerinde kaygılanırım.					
12. Dış görünüşümle ilgili başkalarının beklentilerini karşılayamamaktan endişeleniyorum.					
13. İnsanların görünüşümü olumsuz olarak değerlendirecekleri konusunda endişelenirim.					
14. Diğer insanların görünüşümdeki bir kusuruna farkına vardıklarını düşündüğümde kendimi rahatsız hissedirim.					
15. Sevdiğim kişinin görünüşümden dolayı beni terk edeceğinden endişe duyuyorum.					
16. İnsanların görünüşümün iyi olmadığını düşünmelerinden endişeleniyorum.					

(1. madde tersten kodlanmaktadır.)