Şafak ŞEN

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI YÜKSEK LİSANS TEZİ

2023

T.C.
BURSA ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

SEDEF HASTALIĞI GÜÇLENDİRME ÖLÇEĞİ GEÇERLİK-GÜVENİRLİK ÇALIŞMASI

ŞAFAK ŞEN

(YÜKSEK LİSANS TEZİ)

BURSA-2023

T.C.
BURSA ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

SEDEF HASTALIĞI GÜÇLENDİRME ÖLÇEĞİ GEÇERLİK-GÜVENİRLİK ÇALIŞMASI

Şafak ŞEN

(YÜKSEK LİSANS TEZİ)

DANIŞMAN:
Doç. Dr. Seda PEHLİVAN

BURSA-2023

T.C.
BURSA ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

ETİK BEYANI

Yüksek Lisans/Doktora tezi olarak sunduğum "Sedef Hastalığı Güçlendirme Ölçeği Geçerlik-Güvenirlik" adlı çalışmanın, proje safhasından sonuçlanmasına kadar geçen bütün süreçlerde bilimsel etik kurallarına uygun bir şekilde hazırlandığını ve yararlandığım eserlerin kaynaklar bölümünde gösterilenlerden oluştuğunu belirtir ve beyan ederim.

Şafak ŞEN

24.12.2022

TEZ KONTROL ve BEYAN FORMU

...../...../.....

Adı Soyadı: Şafak ŞEN
Anabilim Dalı: Hemşirelik
Tez Konusu: Sedef Hastalığı Güçlendirme Ölçeği Geçerlik-Güvenirlik Çalışması

ÖZELLİKLER	UYGUNDUR	UYGUN DEĞİLDİR	AÇIKLAMA
Tezin Boyutları	✓	❑	
Dış Kapak Sayfası	✓	❑	
İç Kapak Sayfası	✓	❑	
Kabul Onay Sayfası	✓	❑	
Sayfa Düzeni	✓	❑	
İçindekiler Sayfası	✓	❑	
Yazı Karakteri	✓	❑	
Satır Aralıkları	✓	❑	
Başlıklar	✓	❑	
Sayfa Numaraları	✓	❑	
Eklerin Yerleştirilmesi	✓	❑	
Tabloların Yerleştirilmesi	✓	❑	
Kaynaklar	✓	❑	

DANIŞMAN ONAYI

Unvanı Adı Soyadı: Doç. Dr. Seda PEHLİVAN

İmza:

İÇİNDEKİLER

Dış Kapak
İç Kapak
ETİK BEYAN …… II
KABUL ONAY……... III
TEZ KONTROL BEYAN FORMU……. IV
İÇİNDEKİLER…….. V
TÜRKÇE ÖZET…… VI
İNGİLİZCE ÖZET…… VII
1. GİRİŞ…….. 1
1.1. Araştırmanın Konusu ve Önemi…… 1
1.2. Araştırmanın Amacı…… 2
1.3. Araştırmanın Soruları…… 2
2. GENEL BİLGİLER…….. 3
2.1. Sedef Hastalığı……. 3
2.1.1. Tanım…… 3
2.1.2. Tarihçe…… 3
2.1.3. Epidemiyoloji……. 4
2.1.4. Etiyoloji…… 5
2.1.4.1. Genetik Faktörler…… 5
2.1.4.2. Çevresel Faktörler…… 6
2.1.5. İmmunopatogenez……. 8
2.1.6. Klinik Tanı ve Sınıflaması…… 8
2.1.6.1. Kronik Plak Tip Sedef (Psöriasis Vulgaris)…… 9
2.1.6.2. Guttat Sedef…… 9
2.1.6.3. Eritrodermik Sedef…….. 10
2.1.6.4. Püstüler Sedef…… 11
2.1.6.4.1. Jeneralize Püstüler Sedef (Zumbusch Tipi)…… 11
2.1.6.4.2. Lokalize Püstüler Sedef…….. 11
2.1.6.5. Saçlı Deride Sedef……. 12
2.1.6.6. Palmoplantar Sedef…….. 13
2.1.6.7. İnvers ve Genital Sedef……. 13
2.1.6.8. Tırnak Tutulumlu Sedef…… 14
2.1.6.9. Oral Mukozal Tutulum…… 14
2.1.6.10. Eklem Tutulumlu Sedef (Psöriyatik Artrit)……. 14
2.1.7. Histopatoloji……. 15
2.1.8. Ayırıcı Tanı…… 15
2.1.9. Eşlik Eden Komorbiditeler…… 16
2.1.9.1. Eşlik Eden Sistemik Hastalıklar…… 16
2.1.9.1.1. Kardiyometabolik Hastalıklar…… 16
2.1.9.1.2. Gastrointestinal Hastalıklar…… 18
2.1.9.1.3. Sistemik Maligniteler…… 19
2.1.9.1.4. Eşlik Eden Psikososyal Hastalıklar ve Durumlar…… 19
2.1.9.1.5. Eşlik Eden Dermatolojik Hastalıklar…… 20
2.1.9.1.6. Enfeksiyonlar…… 21
2.1.10. Klinik Değerlendirme…… 21

2.1.11. Tedavi…… 22
2.1.11.1. Topikal Tedaviler…… 22
2.1.11.2. Fototerapi- Fotokemoterapi……..…… 22
2.1.11.3. Sistemik Tedaviler……..…… 23
2.1.11.4. Biyolojik Ajanlar……... 24
2.1.11.5. Özellikli Hasta Gruplarında Sedef Hastalığının Tedavisi…….. 24
2.1.11.5.1. Gebelikte ve Laktasyon……..…. 24
2.1.11.5.2. Pediatri……..…… 25
2.1.11.5.3. Obezite……..…… 25
2.1.11.5.4. Yaşlılık……..…… 25
2.1.11.5.5. Viral Enfeksiyon……..… 26
2.1.12. Sedef Hastalığının Psikososyal Yönü…… 26
2.2. Güçlendirme…… 27
2.2.1. Sedef Hastalığında Güçlendirme…… 28
2.2.2. Sedef Hastalığında Güçlendirmenin Önemi……..... 29
2.2.3. Sedef Hastalığında Güçlendirmenin Değerlendirilmesi……. 29
3. GEREÇ VE YÖNTEM…….. 30
3.1. Araştırmanın Tipi…….. 30
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman……. 30
3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi…… 30
3.4. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri ...…….. 30
3.5.Araştırmaya Dahil Edilmeme Kriterleri…… 31
3.6.Veri Toplama Araçları…….. 31
3.4.1. Sosyodemografik Veri Toplama Formu……..…… 31
3.4.2. Sedef Hastalığı Güçlendirme Ölçeği……. 31
3.7. Verilerin Toplanması…… 32
3.8. Ölçeğin Dil Geçerliliği ve Kültürlerarası Uyum…….. 32
3.9. Ölçeğin Kapsam Geçerliliği ve Güvenirliliği…… 32
3.10. Ölçeğin Ön Uygulaması…… 33
3.11. Verilerin Değerlendirilmesi…… 33
3.12. Araştırmanın Sınırlılıkları……... 35
4. BULGULAR……..…….. 36
4.1. Hastaların Sosyo-Demografik ve Sağlık Durumu Özelliklerine İlişkin Bulgular ……36
4.2. Ölçeğin Geçerliliğine İlişkin Bulgular…… 37
4.2.1. Kapsam Geçerliliği…… 37
4.3. Ölçeğin Güvenilirliğine İlişkin Bulgular …… 39
4.3.1. İç Tutarlılık…… 39
4.4. Hastaların Sosyo-Demografik ve Sağlık Durumu Özellikleri ile Ölçek Maddelerinin Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular…… 41
5. TARTIŞMA VE SONUÇ……...……... 44
5.1. Hastaların Sosyo-demografik ve Sağlık Durumu Özelliklerinin Değerlendirilmesi …… 44
5.2. Kapsam ve Yapı Geçerliliğine İlişkin Bulguların Değerlendirilmesi …… 45
5.3. Ölçeğin Güvenilirliğine İlişkin Bulguların Değerlendirilmesi …… 46
5.4. Hastaların Ölçek Maddelerine Verdikleri Yanıtların Değerlendirilmesi……. 47
5.6. Sonuçlar…….. 53

5.7. Öneriler…….. 53
6. KAYNAKLAR……. 55
7. SİMGELER VE KISALTMALAR…….…… 73
8. EKLER…….……. 74
9. TEŞEKKÜR…..……. 82
10. ÖZGEÇMİŞ……..…… 83

TÜRKÇE ÖZET

Bu çalışma, "Sedef Hastalarını Güçlendirme Ölçeğinin" Türkçe geçerlik-güvenirlik çalışmasını yapmak amacıyla planlandı. Araştırmaya, Bursa Uludağ Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Deri ve Zührevi Hastalıkları polikliniğine 14 Şubat-14 Temmuz 2022 arasında başvuran ve araştırmaya katılmayı kabul eden 200 sedef hastası dahil edildi. Verilerin toplanmasında, 12 soruluk "Sosyodemografik Veri Toplama Formu" ve 12 maddeden oluşan "Sedef Hastalığı Güçlendirme Ölçeği" kullanıldı. Araştırmanın istatistiksel analizleri için Pearson korelasyon katsayısı, T testi ve Kruskal Wallis testleri kullanıldı. Maddelerin uygunluğu için uzman görüşleri alındı. İç tutarlılık için Cronbach Alfa, ölçeğin yapı geçerliliğiyle ilgili olarak orijinal ölçekteki faktör yapısını doğrulamak için doğrulayıcı faktör analizi (DFA) ve gizli faktör yapısını belirlemek için açıklayıcı faktör analizi (AFA) kullanıldı. AFA sonucunda özdeğerler incelendiğinde; ölçeğin faktör sayısı iki, madde sayısı 6 olarak belirlendi. Faktör 1'de yük alan üç madde (6, 9, 11) "sedefte tedavi yönetimi", faktör 2'de yük alan üç madde (2, 10, 12) "sedefte özyönetim" olarak isimlendirildi. Ölçekteki maddelerin Cronbach Alfa değerleri 0,661-0,717 arasında ve ölçeğin toplam güvenirliği 0,736 olarak değerlendirildi. Kadınların erkeklere göre sedef hastalığının tedavisi hakkında daha fazla bilgiye ihtiyacı olduğu, büyükşehirde yaşayanların ve geliri giderinden fazla olanların, sedef hastalığının tedavisi hakkında daha bilgili olduğu fakat sedef hastalığının yaratacağı sorunları çözme isteğinin daha az olduğu görüldü ($p>0,05$). Yeni tanı almış olanların sedef hastalığı hakkında daha az bilgili olduğu ve sedefin yaratacağı sorunları çözmeye daha istekli olduğu belirlendi ($p>0,05$). Sonuç olarak, sedef hastalarının güçlendirme düzeyinin belirlenmesinde; 12 maddelik "Sedef Hastalığı Güçlendirme Ölçeği"nin, 6 madde ve 2 alt boyut olarak geçerli ve güvenilir bir ölçek olduğu belirlendi.

Anahtar kelimeler: Sedef hastalığı, Güçlendirme, Ölçek, Geçerlik-Güvenirlik

İNGİLİZCE ÖZET

PSORIASIS EMPOWERMENT SCALE VALIDITY-RELIABILITY STUDY

This study was planned to conduct the Turkish validity-reliability study of the Psoriasis Patients Empowerment Scale. 200 psoriasis patients who applied to Bursa Uludağ University Health Application and Research Center Dermatology and Venereal Diseases polyclinic between 14 February and 14 July 2022 and agreed to participate in the research were included in the study. A 12-item “Sociodemographic Data Collection Form” and a 12-item “Psoriasis Reinforcement Scale” were used to collect data. Pearson correlation coefficient, T test and Kruskal Wallis tests were used for statistical analysis of the study. Expert opinions were taken for the suitability of the items. Cronbach Alpha was used for internal consistency, confirmatory factor analysis (CFA) was used to confirm the factor structure in the original scale regarding the construct validity of the scale, and explanatory factor analysis (EFA) was used to determine the latent factor structure. When the eigenvalues are examined as a result of EFA; The factor number of the scale was determined as two and the number of items as 6. Three items (6, 9, 11) loaded on factor 1 were named "treatment management in psoriasis", and three items (2, 10, 12) loaded on factor 2 were named "self-management in psoriasis". The Cronbach's Alpha values of the items in the scale were between 0.661 and 0.717, and the total reliability of the scale was 0.736. It was seen that women need more information about the treatment of psoriasis than men, those living in metropolitan cities and those with a higher income than their expenses are more knowledgeable about the treatment of psoriasis, but less willing to solve the problems that psoriasis will cause ($p>0.05$). It was determined that newly diagnosed patients were less knowledgeable about psoriasis and were more willing to solve the problems caused by psoriasis ($p>0.05$). As a result, in determining the strengthening level of psoriasis patients; It was determined that the 12-item “Psoriasis Reinforcement Scale” was a valid and reliable scale with 6 items and 2 sub-dimensions.

Keywords: Psoriasis, Empowerment, Scale, Validity-Reliability

1. GİRİŞ

1.1. Araştırmanın Konusu ve Önemi

Sedef hastalığı, kronik seyirli, inflamatuar bir deri hastalığı olup, adını sedef rengindeki lezyonlardan almaktadır (Dünya Sağlık Örgütü [DSÖ], 2016; Gülekon, 2008). İyileşme ve alevlenme dönemleri şeklinde seyreden hastalıkta görülen döküntüler, çoğunlukla simetrik dağılımlı, sınırları keskin, yaygın veya lokalize, gümüş ya da beyaz pullarla örtülü kırmızı plak ve papüller şeklindedir (WHO, 2016). Dünya Sağlık Örgütü (WHO) 2014 yılında, sedef hastalığı ile ilgili yanlış tanı, kısıtlı tedavi ve damgalanma ile ilgili sorunlara dikkat çekmiş ve bulaşıcı olmayan önemli bir hastalık olarak nitelendirmiştir (WHO, 2016). Dünya genelinde sedef hastalarının sayısı, yaklaşık 60 milyon olarak bildirilmekte (Global Psoriasis Atlas [GPA], 2021; Parisi ve ark, 2020) ve ülkemizde hastalığın görülme oranları %0,5 ile %4,7 arasında değişmektedir (Akoğlu, 2014; Serdaroğlu ve ark, 2012).

Sedef hastaları çoğunlukla hastalık ve tedavi durumlarıyla ilgili yeterli bilgilendirilmemektedir. Yapılan çalışmalarda, sedef hastalarının %50'sinin tavsiye edilen tedavi programına bağlı olmadığı bildirilmiştir (Zaghloul, & Goodfield, 2004). Sedef hastalarında tedaviye uyum yalnızca ilaç kullanımını değil, bununla birlikte psikososyal bulguların yönetimini de kapsamaktadır (Fortune, Richards, Main, O'Sullivan, & Griffiths, 1998; Renzi ve ark., 2002). Bu doğrultuda tedaviye uyum, takip ziyaretlerinin zamanında yapılmasını ve beraberinde hastaların günlük yaşamlarındaki farklılıklarını, hastalık belirtilerinin ortaya çıkışında azalma olmasını kapsayan ayrıntılı bir takip yaklaşımı ifade etmektedir. Kronik hastalıkların yönetiminde hastaların bu sürece katılımını sağlamak, iyi bir tedavinin sağlanabilmesi için önemli bir yere sahiptir ve hastaların hastane başvurularını azaltabilir. Ayrıca, sedef hastalığının yönetiminde, güçlendirmenin faydalı bir adım olduğu eskiden beri bilinmektedir (Hammond, Bryan, & Hardy, 2008; Lanigan, & Layton, 1991). Bu bağlamda güçlendirme; "davranış değişikliğini kolaylaştıran ve hastaların kendi sağlıkları için sorumluluk almalarına ve bilinçli seçimler yapmalarına yardımcı olan bir süreç" tir (Bonal, 2012). Güçlendirme ile hastalar, geçmişteki hatalarını tekrarlamamak adına deneyim kazandığını, hastalıkla ilgili önemli bilgiler edindiğini ve sedef hastalığı ile baş etme becerilerinin desteklendiğini ifade etmektedir. Kronik

hastalıklarda güçlendirmeyi değerlendirmek için literatürde sınırlı sayıda ölçüm aracı bulunmaktadır (Anderson, Funnell, Fitzgerald, & Marrero, 2000; Bulsara ve ark., 2006). Sedef hastalığına özel olarak geliştirilen tek güçlendirme ölçeği ise Dr. Pagliarello ve ark. (2010) tarafından sunulmuştur.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu çalışmanın amacı, Sedef Hastalığı Güçlendirme Ölçeği' nin Türkçe geçerlik ve güvenilirliğini sağlamak ve sedef hastalığında güçlendirmeyi etkileyen faktörleri belirlemektir.

1.3. Araştırmanın Soruları

- Sedef Hastalığı Güçlendirme Ölçeği ülkemizde kullanılabilecek geçerli ve güvenilir bir ölçek midir?
- Sedef hastalarının güçlendirme düzeyini etkileyen faktörler nelerdir?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Sedef Hastalığı

2.1.1. Tanım

Adını oluşturduğu lezyonların sedef renginde olmasından alan sedef hastalığı, kronik seyirli ve inflamatuar bir deri hastalığı olarak tanımlanmaktadır (Gülekon, 2008; World Health Organization [WHO], 2016). Çoğunlukla simetrik dağılımlı, sınırları keskin olup, yaygın veya lokalize, gümüş ya da beyaz pullarla örtülü kırmızı plak ve papüllerin olduğu, iyileşme ve alevlenme evreleri ile seyretmektedir (WHO, 2016). Yaşam standartlarının önemli ölçüde olumsuz etkilemesinden dolayı ciddi sakatlanmalara neden olabilecek duygusal ve sosyal komplikasyonlar ile birlikte görülebilmektedir. Sedef hastalığı deri dışında eklemleri de etkileyebilmektedir (Boehncke, &Schön, 2015).

2.1.2. Tarihçe

Sedef hastalığına ait ilk bilgileri Hippocrates (M.Ö. 416-377) öne sürmüştür. Ancak psöriasis tabirini ilk ortaya atan kişi Ferdinand von Hebra (1816-1880)'dır. Yunanca'da kepekli ve kaşıntılı hastalıklar olarak bilinen "psora" kelimesinden türetilmiş olan sedef hastalığı bilinen en eski cilt hastalıklarındandır (Gülekon, 2008). Mezopotamya'daki Sümer, Asur ve Babil kil tabletleri 3000-5000 sene öncesine ait olup, ilk yazılı kanıtlar olarak bilinmektedir (Burg, & Geiges, 2014; Radbill, 1975). Hipokrat'ın psoriasisin yerine psora ve lepra kavramlarını kullanmasından sonra Cornelius Celsus (M.Ö. 25 - M.S. 45), lepra, psora, psoriasis sözcüklerine yer vermemiştir. İmpetigo için 1. yüzyılda, "De re Medica libri octo"da ekstremiteler ve tırnakların cildinde ortaya çıkan semptomlar (Latince impeto: saldırmak) tanımını yapmıştır. O dönem hastalığın tedavisinde zift ile kükürtten faydalanılmıştır (Brajac, & Gruber, 2012; Burg, & Geiges, 2014).

Sedef ile ilgili verilerin sadece son 200 sene içerisinde güvenli bir biçimde devredildiği ve Willan'dan önceki zamanın epey şüpheli olduğu kabullenilmiştir. Bu

hastalığın Lepra ile farkını ortaya koyamayan R. Willian (1757- 1812) bu hastalığı sedef olarak açıklamıştır. Sedef hastalığı, 18. yüzyılın başlarına dek lepranın bir çeşidi olarak tanımlanmış, 19. yüzyılın başlarında ise lepradan farklı olduğuna yönelik tartışmalar başlamıştır (Brajac, & Gruber, 2012; Holubar, 2003).

Tedavi edilen psoriyatik plakların etrafındaki "Woronoff halkası" 20. Yüzyılda tanımlanmıştır. 1927 yılında, ultramikroskopik incelemelerde püstüler psoriasisde Kogoj'un spongiform püstülü bulunmuştur. Van Scott ve Ekel, 20. yüzyılın ikinci yarısında, psoriyatik hastalarda sağlıklı bireylere kıyasla hücre yenilenme süresinin, epidermiste 27 günden dört güne kadar azaldığını keşfetmiştir (Krueger, 2002; Sanchez**,** 2007).

20. yüzyılda bazı otörler de kalıtımsal etkenleri inceleyip kromozom yapılarındaki (PSOR1-PSOR10) çeşitlilikleri, multi genleri ve hastalığın multifaktöriyel nitelikleri kapsadığına dikkat çekmişlerdir (Krueger, 2002; Sanchez**,** 2007). Günümüzde ise, Sedef hastalığına yönelik immünolojik ve genetik çalışmalar devam etmektedir.

2.1.3. Epidemiyoloji

Her iki cinsiyette görülmekle birlikte kadınlarda ve aile hikayesi olanlarda daha erken başlangıçlıdır. Erkeklerde ilk görülme yaşı 30-39 ile 60-69 değişirken, kadınlarda ise 10 sene öncesinde yoğunlaşan bimodal bir dağılım söz konusudur (Parisi, Iskandar, & Kontopantelis, 2020).

Sedef hastalığı, bebeklik döneminden yaşlılığa kadar rastgele bir zamanda kendini gösterebilmektedir. Ancak, 20-30 ile 50-60 yaşları hastalığın en sık görülebildiği zamanlardır (Kerkhof, & Nestle, 2012). Çocuklardaki (0-18 yaş) görülme sıklığı ise %0 (Tayvan) ile %1,37 (Almanya) arasında değişmektedir (WHO,2016). Başlangıç yaşına göre Tip-1 (erken başlangıçlı) ve Tip-2 (geç başlangıçlı) olmak üzere ikiye ayrılmaktadır. İnsan lökosit antijeni (Human Leukocyte Antigen, HLA) ile ilişkili olan Tip-1'in seyri daha şiddetlidir. (Özdemir, & Koç, 2012; WHO, 2016).

Sedef hastalığının ekvatora uzak olan bölgelerde ve beyaz ırkta daha çok görüldüğü çeşitli ülkelerde yapılan çalışmalarla kanıtlanmıştır (Gelfand, 2005; Parisi ve ark, 2020; GPA, 2021). Gelir seviyesi ve yaşlı nüfusu fazla olan yerlerde görülme

sıklığı daha fazladır (Parisi ve ark., 2020). Sedef hastasının sayısı dünya genelinde yaklaşık olarak 60 milyondur (Global Psoriasis Atlas [GPA], 2021; Parisi ve ark, 2020). Ülkemizde yapılan epidemiyolojik çalışmalarda, sedef hastalığı prevalansının %0,5 ile %4,7 arasında değiştiği bildirilmektedir (Akoğlu, 2014; Serdaroğlu ve ark, 2012). Sedef hastalığı yaygınlığı, ülkeden ülkeye değişebilmektedir (GPA, 2021; Parisi ve ark, 2020).

2.1.4. Etiyoloji

Sedef hastalığının etiyolojisi tam olarak bilinmemektedir. Esas olarak hücresel immünitede meydana gelen bir regülasyon bozukluğu sonucu ciltte artan uyarılmış T hücrelerin ve salınan sitokinlerin etkisi ile artan keratinositlerin görev aldığı inflamatuvar bir cilt hastalığı olarak karşımıza çıkmaktadır (Gudjonsson, & Elder, 2008). Sedef hastalığının etiyolosinde artmış epidermal proliferasyon, T hücrelerin ve inflamatuvar mediyatörlerin varlığı ve kalıtımsal eğilim gibi patogenetik süreçler rol oynamaktadır (Enno, & Mrowietz, 2009).

2.1.4.1. Genetik Faktörler

Sedef hastalarının yaklaşık %30-40'ının birinci dereceden yakınlarında da sedef hastalığına rastlanmaktadır. Aile öyküsünde sedef hastalığına rastlanan kişilerde sedef hastalığının daha erken yaşlarda görülebildiği ve daha şiddetli olabildiği saptanmıştır. İkiz bireylerde yürütülen çalışmalarda, sedef hastalığının bulunma riski çift yumurta ikizlerinin her ikisinde de %15- 30 iken, tek yumurta ikizlerinde bu oran %65-72' lere kadar yükselmektedir (Bowcock, 2005). Elde edilen bu sonuçlar, kalıtımsal altyapının hastalığın gelişmesinde önemli rol oynadığını göstermiş ve çalışmalarla kalıtımsal düzeyde hastalığa eğilime neden olabilecek 50'den fazla gen noktası olduğu saptanmıştır (Gudjonsson, 2003; Mahil, Capon, & Barker, 2015). Sedef hastalığındaki kalıtımsal riskin %35-40'ını oluşturan "psoriasis duyarlılık genleri"nin (PSORS 1-12) çoğunluğun immün cevabı, bir kısmının ise keratinosit değişimini ve artışını etkilediği bildirilmiştir (Bowcock, 2005; Mahil ve ark, 2015).

Yapılan genetik çalışmalarda yaklaşık 20'ye yakın lokusun sedef hastalığı ile ilişkili olduğu saptanmıştır. Psöriasis duyarlılık geni 1(PSORS1) lokusu, riski arttıran

en önemli lokus olarak bildirilmektedir (Özdemir, & Koç, 2012). İnsan lökosit antijeni (HLA) HLA-Cw*0602, hastalığın en önemli genetik yönünü oluşturur ve 6p21.3'deki majör histokompatibilite kompleksi (MHC) kısmında bulunmaktadır. Sedefli bireylerin %30'unda ve toplumdaki bireylerin de %4-15'inde görülmektedir (Mallon, Newson, & Bunker, 1999; Nair ve ark., 2006). Bu genetik faktörün mevcudiyeti, psoriasis görülme riskini 10-20 kat artırmaktadır (Bowcock, 2005). Yapılan bir çalışmada, sedef görülme olasılığının, HLA-Cw*0602 heterozigot bireylerde 8,9 ve homozigot bireylerde ise 23,1 olduğu saptanmıştır (Gudjonsson ve ark., 2006).

2.1.4.2. Çevresel Faktörler

Sedef hastalığına genetik yatkınlığı olan bireylerde hastalığın ortaya çıkmasında bazı endojen ve ekzojen etmenler yer almakta olup, hastalığın ortaya çıkışında ya da alevlenmesinde rol oynamaktadır (Kerkhof, & Schalkwijk, 2008).

a) Travma: Travmalı bölgelerde yeni psöriatik plakların ortaya çıkması Koebner fenomeni yada izomorfik fenomen olarak tanımlanmaktadır. Bu durum, sedefli hastaların %25'inde görülmektedir. Enjeksiyon, yanık, sürtme, kaşıma gibi travmalar nedeni ile yaklaşık 2-6 hafta içerisinde yeni lezyonlar ortaya çıkmaktadır (Van de Kerkhof, & Nestlé, 2018).

b) Enfeksiyonlar: Enfeksiyöz mikroorganizmaların, sedef hastalarının %45'inde hastalığı tetikleyici bir faktör olduğu görülmüştür. Özellikle streptekok kaynaklı üst solunum yolu enfeksiyonları, perianal selülit, diş iltihapları sedefin ortaya çıkışının ve tetiklenmesinin nedenleri arasındadır (Van de Kerkhof, & Nestlé, 2018). İnsan bağışıklık yetmezliği virüsü (HIV) enfeksiyonu, sedef hastalarında alevlenmeye neden olabilmektedir. Bazı vakalarda ise HIV hastalığının ilk belirtisi sedef olabilmektedir. Sedef hastalığının prognozu HIV'li hastalarda tedaviye dirençli ve daha şiddetli görülebilmektedir (Morar, Willis-Owen, Maurer, & Bunker, 2010).

c) İlaçlar: Sedef hastalığının alevlenmesinde ya da başlangıcında tetikleyici rolde olabilecek bazı ilaçlar mevcuttur. Bu ilaçların arasında beta blokerler, klorokin, lityum, antimalaryal iaçlar ve steroid steroidler bulunmaktadır (Nguyen, Bloch, Skladanowska, Savvides, & Adamopoulos, 2019; Van de Kerkhof, & Nestlé, 2018).

d) Psikolojik Stres: Psikolojik stres sedef hastalığının ortaya çıkışına ve alevlenmesine neden olabilmektedir. Stres seviyesi yüksek olan sedefli bireylerde hastalığın seyrinin daha şiddetli olabileceği bildirilmiştir. Diğer yandan, sedef nedeniyle bireylerin yaşam standartlarının değişmesi (mesleki alanda, sosyal, günlük ve cinsel faaliyetlerde) ve bireylerde damgalanma duygusunun oluşması kronik strese yol açabilmektedir. Bunlara ek olarak, stres varlığı tedavilerin etkinliğini değiştirebilir. Ruhsal bozuklukların yönetimini sağlamak, sedefli hastaların dermatolojik tedavilerini olumlu yönde destekleyen bir girişimdir (Özdemir, & Koç, 2012).

e) Sigara ve Alkol Kullanımı: Sedef hastalığı kaynaklı ortaya çıkan ruhsal durumlar alkol ve sigara kullanımı, oksidan moleküllerin oluşumuna ve proinflamatuvar sitokin ekspresyonununun artmasına neden olmaktadır. Bu nedenle, alkol ve sigara kullanımı, hastalığın gelişmesinde ve şiddetli seyretmesinde önemli bir role sahiptir (Cassano, Vestita, Apruzzi, & Vena 2011; Higgins, 2000). Sedef hastalığı gelişme riski, özellikle püstüler sedefi ve kadın cinsiyetindeki sigara kullanan bireylerde, kullanmayanlara oranla çok daha yüksektir (Armstrong A, Armstrong E, Fuller, Sockolov, & Voyles 2011). Sigara ve alkol alımının, klinik belirtilerin azalmasını yavaşlattığı ve deri tutulumunu arttırdığı, ayrıca sedef ile alakalı komorbiditelerde artışa neden olabildiği bildirilmiştir. Sigara kullanımının sonlandırılması var olan sedefin seyrinde herhangi bir değişikliğe neden olmazken, alkol alımının sonlandırılması var olan sedefin seyrinde gerileme sağlamaktadır (Higgins, 2000).

f) İklim ve Ultraviyole: Genellikle, kış aylarında sedef hastalığında alevlenmeler ortaya çıkarken, yaz aylarında ise rahatkama (Nguyen ve ark., 2019). Bu durum özellikle kadınlarda ve Tip 1 olanlarda görülmektedir. Düşük nemli havaya uzun süre maruz kalmak hastalığın tetiklenmesine neden olmaktadır (Gülekon, 2008; Özdemir, & Koç, 2012).

g) Diyet ve Obezite: Açlık dönemlerinin uzun tutulması, öğünlerde balık yağı gibi çoklu doymamış yağ asitlerini fazlaca içeren, kalorisi düşük ve et yerine bitkisel gıdaların tercih edildiği diyetler, sedef hastalığına olumlu yönde katkı sağlamaktadır. Antigliadin antikorları pozitif olan sedefli bireylerde, belirtilerin glutensiz beslenme ile iyileştiği görülmüştür (Wolters, 2005). Obezite, sedefin ortaya çıkışını

tetikleyebildiği gibi hastalığın alevlenmesine de yol açmaktadır (Hercogová, Ricceri, Tripo, Lotti, & Prignano, 2010).

h) Endokrin Faktörler: Hipokalsemi, püstüler sedefi harekete geçiren faktörlerden biri olarak karşımıza çıkmaktadır. Endokrin değişikliklerin görüldüğü önemli bir süreç olan gebelik durumunda da, sedef hastalığının seyrinde farklılıklar ortaya çıkabilmektedir (Van de Kerkhof, & Nestle, 2018). Gebelikte vakaların %55'inde kendiliğinde iyileşme görülürken, doğum sonrasında çoğunlukla alevlenme görülmektedir (Murase, Chan, Garite, Cooper, & Weinstein, 2005). Gebelikte hastalığın klinik seyrinin iyileşme göstermesi, gebelikle beraber kortikosteroid, progesteron ve östrojen seviyelerinin artması ile ilişkilendirilmiştir (Boyd, Morris, Philips, & Menter, 1996). Ancak, hamilelik ve progesteron alımının jeneralize püstüler sedefin ortaya çıkmasını tetiklediği unutulmamalıdır (Tauscher, Fleischer, & Phelps, 2002).

2.1.5. İmmunopatogenez

Hastalığın ortaya çıktığı ilk yıllarda, sedefin primer bir keratinizasyon bozukluğu olabileceği düşünülmüştür. Ancak son 30 yılda yapılan çalışmalar hastalığın, immün sistemin ve özellikle Th17/23 aksının düzensizliği sebebiyle ortaya çıktığını göstermiş ve sedefin bir Th17/23 aksı hastalığı olarak adlandırılmasına sebep olmuştur. Günümüzde, immün sistemi uyaran mediatörlerin önemli bir bölümünün, keratinosit ve derinin dendritik hücreleri (DH) tarafından meydana getirildiğini savunan birçok sonuç ışığında, sedef hastalığının deri ile immün sistem etkileşimi sonucu ortaya çıktığı üzerinde durulmaktadır (Benhadou, Mintoff, & Del Marmol, 2019).

Genetik yatkınlığı bulunan kişilerde enfeksiyon, travma vb sebeplerden dolayı zarar gören keratinositlerden LL37'nin ya da farklı bir otoantijenin ortaya çıkması psöriasisi tetikleyebilmektedir. LL37, zarar görmüş keratinosit DNA'sı ya da hastalığa neden olan mikroorganizmanın DNA'sı ile birleşerek DNA/LL37'nin oluşmasının sağlar ve oluşan DNA/LL37 kompleksleri de TLR9'unun etkinleşmesine neden olmaktadır. Bu durum, salınımı pDH'den sağlanan IFN-α ile alandaki IL-6, IL-1β, mDH ve TNF-α'nın etkinleşmesini sağlamaktadır. mDH'ler ise Th17 hücre değişiminin artmasına, IL-17'nin salınımına, psöriasisin önemli sitokinlerinden IL-12,

TNF-α ve IL- 23'ün oluşmasına neden olmaktadır. Th17 hücreler, özellikle IL-17 olmak üzere, IL-22, IL-36 benzeri keratinositleri tetikleyen, AMP ve kemokin oluşturmalarını sağlayan, inflamasyonun devam etmesine ve hiperproliferasyona sebep olan sitokinlerin gelişmesine katkıda bulunacaktır. Tüm bu olayların sonucunda ise, epidermal hiperplazi ve kronik plak oluşumu meydana gelmektedir. (Alpsoy, Ergun, & Şendur, 2020).

2.1.6. Klinik Tanı ve Sınıflaması

Klinik seyir bireyden bireye farklılık göstermektedir. Derideki lezyonlar; makül, papül, plak ya da püstül biçiminde, geniş ya da sınırlı, monomorfik ya da polimorfik ortaya çıkabilmektedir. Ancak, hastalık tırnaklarla ve deriyle kısıtlı değildir (Sarac, Koca, & Baglan, 2016). Sedefin alt tiplerinin tanımlanmasında fazla sayıda değişken etkili olmaktadır. Bu değişkenler; hastalığın ilk görüldüğü yaş, lezyonların biçimi, yaygınlığı ve vücuttaki dağılımı olarak örneklendirilebilir (Boehncke, & Schön, 2015; Naldi, &Gambini, 2007).

2.1.6.1. Kronik Plak Tip Sedef (Psöriasis Vulgaris)

Sedef hastalığının en sık rastlanan tipidir. Olguların % 85-90'ında görülmektedir (Caiazzo ve ark., 2018; Yang ve ark., 2018). Ayrıca psöriasis vulgaris olarak da bilinmektedir (Boehncke, & Schön, 2015; Naldi, &Gambini, 2007). Klinik tanıyı desteklemek için; skuamlar kaldırıldığında eritematöz deri üzerinde yer alan küçük kanama odakları olarak adlandırılan Auspitz belirtisinden faydalanılmaktadır (Caiazzo ve ark., 2018; Yang ve ark., 2018). Psöriasis vulgarisin yaygın olarak ekstremitelerin ekstansörleri üzerinde, yani dirseklerde, dizlerde, saçlı deride ve sırtta gümüşi pullara sahip eritemli plaklar olarak ortaya çıkması tipik özelliğidir (Caiazzo ve ark., 2018; Yang ve ark., 2018). Sıklıkla etkilediği alanlar arasında ise, göbek ve intergluteal kıvrım yer almaktadır (Özkesici- Kurt ve ark., 2018).

2.1.6.2. Guttat Sedef

Sedefin çeşitleri arasında en iyi seyre sahip olan guttat sedef; çoğunlukla gövde, üst kol ve uyluk etrafında ortaya çıkan 2-15 milimetre enindeki eritematöz papüllerle

kendini göstermektedir (Caiazzo ve ark., 2018; Özdemir, & Koç, 2012; Yang ve ark., 2018). Özellikle, 30 yaş öncesinde daha fazla görülmekle birlikte, yaşlı bireylerde de ortaya çıkabilmektedir (Alpsoy ve ark., 2017).

Guttat sedefin etiyolojisi kesin olarak bilinmemekle birlikte genetik yatkınlığı bulunanlarda streptokok enfeksiyonu nedeniyle ortaya çıkan vücudun bağışıklık sistemini hedef alan alerji sonrasında ortaya çıktığı düşünülmektedir. Vakaların çoğunda deride beliren kırmızı renkteki lezyonlardan 2-3 hafta önce, A grubu beta hemolitik streptokoklar nedenli tonsilit ya da farenjit benzeri üst solunum yolu enfeksiyonu öyküsü mevcuttur. Guttat psöriasis, seyrek olarak streptokokkal perianal dermatitin devamında olarak da ortaya çıkabilmektedir (Mallbris ve ark., 2005; Mercy ve ark., 2013). Guttat psöriasis tedavi edilmediğinde, kendiliğinden sönebilir ancak kronik plak tipi psöriaisis de gelişebilir (Ferrandiz, Pujol, Garcia-Patos, Bordas, & Smandia, 2002; Ko ve ark., 2010; Kwon HH, Kwon IH, & Youn, 2012).

2.1.6.3. Eritrodermik Sedef

Sistemik steroidlerin birden sonlandırılmasının ardından unstabil plak tipi sedefin alevlenmesi ile ortaya çıkan eritrodermik sedef, sedef hastalığının nadir rastlanan bir tipidir ve hastaların % 1 ile % 3'ünde görülmektedir (Caiazzo ve ark., 2018; Romiti, 2017; Singh ve ark., 2016; Yang ve ark., 2018). Vücudun %90' ından fazlasında eritem, skuam, eksudasyon ve eksfolyasyon görülmektedir. Özelllikle 50'li yaşlarda ve erkek cinsiyetinde daha fazla görülmekle birlikte, hastaların %80'inin sağlık öyküsünde daha önce sedef bulunduğu bildirilmektedir (Romiti, 2017; Singh ve ark., 2016).

Eritrodermik sedefte zamanla ciltte geniş kızarıklıklar oluşmakta ve cilt üzerinde parlamalar gelişmektedir. İlerleyen süreçte ciltte rengi beyaz ve sarı olan kepeklenme, solukluk, kuruluk ve kalınlaşma oluşmaktadır. Hastanın cildine dokunulduğunda sıcaklıkta artış hissedilebilmektedir. Hastada ağrı ve kaşınma isteği ortaya çıkabilmektedir. Bazen püstüler sedefi anımsatan tarzda iltihap dolu kabarcıklara rastalanılabilmektedir. El ve ayak tırnaklarında tutulum mevcuttur (Boyd, & Menter, 1989; Mistry, Gupta, Alavi, & Sibbald, 2015; Singh ve ark, 2016). Sistemik bulgular arasında; kalp atımlarının hızlanması, vücut sıcaklığında artış ve dehidratasyon, yorgunluk, eklem ağrısı benzeri semptomlar yer alabilmektedir. Protein ve sıvı-

elektrolit eksikliğinden dolayı tibya kemiğinin ön kısmında şişlik oluşmaktadır. Ciltte artmış olan kan akışı ve ciltten sıvı kaybolması nedeniyle taşikardi ve özellikle de da yaşlılarda "yüksek debili kalp yetmezliği" tehlikesi mevcuttur. Vücut sıcaklığını kontrol eden mekanizmaların tümü derideki perfüzyonun artmasından ötürü normal işleyişini sürdüremediğinden vücut sıcaklığı normalin altında ya da üstünde seyredebilir. Bu hastalarda sepsis riski yüksektir (Boyd, & Menter, 1989; Mistry ve ark., 2015; Singh ve ark., 2016).

2.1.6.4. Püstüler Sedef

Çevresini dolayan kızarık, minik, enfeksiyoz olmayan iltihap yüklü doku bozukluğu ile ortaya çıkmaktadır. Lokalize ve jeneralize olarak iki türü mevcuttur (Caiazzo ve ark., 2018; Yang ve ark., 2018).

2.1.6.4.1. Jeneralize Püstüler Sedef (Zumbusch Tipi)

Vücudun tümünü etkileyen kızarık, 2 cm veya daha büyük çapta kabarık deri üzerinde mikropsuz enfeksiyoz olmayan içi irinle dolu keseciklerle karakterizedir (Caiazzo ve ark., 2018; Yang ve ark., 2018). Sedefin nadir rastlanan ve ölümcül bir tipidir. Sistemik bulgular olarak yaygın enfeksiyoz olmayan püstüller, ateş ve yineleyen alevlenmeler ortaya çıkmaktadır. Enfeksiyonlar, kortikosteroidler, hamilelik, deri bütünlüğünü bozan ilaçlar, kalsiyum eksikliği ve tedaviler hastalığı alevlendiren etkenler arasında yer almaktadır. Beyaz kan hücrelerinin sayısındaki artış, lenfosit düşüklüğü, kansızlık, kalsiyum düşüklüğü, kanda albümin düzeyinin azalması ve eritrosit sedimantasyon hızında (ESH) artma görülebilir (Lizuka, Takahashi, & Ishida-Yamamoto, 2003).

2.1.6.4.2. Lokalize Püstüler Sedef

Planta pedis, palmar ya da phalangesda kızarık deri üstündeki 1-2 mm eninde püstüllerle kendini göstermektedir. Kronik ve yineleyici sürece sahiptir (Kerkhof, & Schalkwijk, 2008).

a) Palmoplantar Püstüler Sedef (Barber Tip): Avuç içindeki ve tabandaki derinin sebepsiz kalınlaşması, yayılması ve el-ayaklardaki püstüller ile kendini

göstermektedir. Yaygın püstüler sedefe ilerlemez, yalnızca ayak ve ellere tutunur (Sarac, Koca, & Baglan, 2016).

b) Akrodermatitis Kontinua: Nadir görülür, kroniktir, ayak ve ellerdeki skuamöz epitelde oluşan içi irinle dolu keseciklerin soyulup dökülmesi ile karakterizedir. Skuamoz epiteldeki irin dolu kesecikler birleşerek irinlerin gölcük oluşturmasına ortam sağlamaktadır. Dokudaki bozulma elin sırt tarafını, kolun dirsekle bilek arasındaki bölümünü ve ayakları etkileyebilmektedir. Tırnak plağının oturduğu yere ve proksimal tırnak kıvrımının ventral kısmında yerleşip, distalde lunula bitimine kadar devam eden bölgeye kurulan skuamoz epiteldeki içi irinle dolu kesecikler tırnaktaki plağın yok olmasına ya da tırnak distrofisine neden olabilmektedir. Parmak uçlarındaki kemik ve dokularda değişikliklere yol açabilmektedir (Sarac, Koca, & Baglan, 2016).

c) İmpetigo Herpetiformis: Hastalığın seyri ve dokuların etkilenme biçimi açısından püstüler sedef ile birbirine benzemektedir. Çoğunlukla, gebelikte trimesterden önce ortaya çıkmaktadır. İlerledikçe prognozu kötüleşmektedir. Semptomlarda gerileme gelişmektedir, ancak tekrar eden hamilelik ve adet kanaması ile birlikte yeniden görülebilmektedir. Bu hastalarda genellikle kalsiyum eksikliği, D vitamini eksikliği, paratiroid hormonunun yetersiz üretimi mevcuttur. Sıvı-elektrolitlerin beklenen seviyede olmaması (özellikle hipokalsemi) durumu, dehidratasyon ve vücudun bir enfeksiyona karşı verdiği tepkinin neden olduğu, bazı vakalarda potansiyel olarak yaşamı tehdit eden bir duruma yol açma ihtimali; annenin ve bebeğin her ikisinde de hastalık ve ölüm riskini arttırabilmektedir. Tedavinin olumlu sonuçlanması için bireyin hastalığının klinik belirtilerinin ortaya çıkmadığı ya da bu belirtilerin bireyi ciddi düzeyde etkilemediği dönemde hastalığı tanılamak, agresif tedavi uygulamak, plasentanın kontrolünü ve takibini sağlamak, sıvı ve elektrolitlerin dengesini sürdürmek, ikincil bir enfeksiyon gelişmesinin engellemek önemlidir (Özdemir, & Koç, 2012).

2.1.6.5. Saçlı Deride Sedef

Sedefin fazlaca tutulum gösterdiği alanlardan biri saçlı deridir. Yüzün periferi, ense ve retroauriküler alanlarda saç çizgisi sınırına dek ilerleyebilmesi nedeniyle

önemlidir. Bu hastalık türü püstüler sedef, eritrodermik sedef ve psöriatik artritle beraber görülebileceği gibi tek başına da ortaya çıkabilmektedir. Birçok olguda kronik plak sedef ile beraber görülmektedir (Gudjonsson, & Elder, 2008; Kerkhof, & Schalkwijk, 2008).

2.1.6.6. Palmoplantar Sedef

Ellerin avuçlarını ve ayakların tabanlarını simetrili şekilde tutması ile kendini göstermektedir. Hastalığın şiddetli seyretmesi, ayaklarda ve ellerde hareket kısıtlılığına yol açabilmektedir. Kızarıklık şiddetli değildir ancak ayak tabanında kalınlaşma görülebilmektedir (Gülekon, 2008).

2.1.6.7. İnvers ve Genital Sedef

Literatürde Fleksural ve Ters Sedef olarak da adlandırılan İnvers Sedef, sedefli bireylerin %3-7'sinde görülmektedir. Derinin katlantı yaptığı meme altında, göbekte, göbek altındaki kıvrımda, koltuk altında ve kasıkta tutulum gösterebilmektedir. Bazı vakalarda genital sedef (GP) ile aynı anda ortaya çıkabilmektedir (Greb ve ark, 2016; Ladizinski ve ark, 2013). Yetişkinlerde ve obeziteli bireylerde sık görülmektedir (Syed, & Khachemoune, 2011).

Sedef hastalarının %63'ünde genitalde tutulum görülebilmektedir. Eğer bireyde invers sedef mevcutsa bu değer %79'a kadar yükselebilmektedir (Meeuwis ve ark., 2018). Nadir olarak vücudun başka bölümlerini etkilemeden yalnızca genitalde tutulum gösterebilmektedir (Ladizinski ve ark., 2013). Sık olarak tutulum gösteren alanlar arasında penis ve vulva bulunmaktadır (Zamirska, Reich, Berny-Moreno, Salomon, & Szepietowski, 2008). Genital sedef bütün yaşlarda ortaya çıkabilmektedir. Bebeklerin bez bölgesinde görülen şekli arabezi psöriasisi olarak adlandırılmaktadır (Ladizinski ve ark., 2013). Genital sedef, diğer bölgelerde ortaya çıkan sedef tiplerine kıyasla hastada önemli derecede psikososyal ve cinsel sorunlara, yaşam kalitesinde düşüşe ve içselleştirilmiş damgalanmaya neden olmaktadır (Alpsoy ve ark., 2017; Meeuwis ve ark., 2011). Olguların yarısından fazlası, sorununu hekim veya hemşireleriyle paylaşmaktan çekinmekte ve saklamaktadır (Zamirska ve ark., 2008).

2.1.6.8. Tırnak Tutulumlu Sedef

Sedefli bireylerin %10-80'inde tutulum tırnaklarda meydana gelmektedir. Ayaklardaki tırnaklara kıyasla ellerdeki tırnaklarda tutulum daha fazla görülmektedir. Tırnakların sedeften etkilendiği durumlarda bireyde psöriatik artrit ortaya çıkma riski artmaktadır. Tırnak yatağında çukurlaşma, tırnak plağında beyazlaşma veya parçalanma, salmon lekesi, tırnak altında kahverengi-kırmızı renkte çizgisel kanamalar, tırnak altında aşırı doku oluşumu ve tırnağın dokudan ayrılması gibi durumlara neden olmaktadır (Van de Kerkhof, & Nestlé, 2018).

2.1.6.9. Oral Mukozal Tutulum

Yaygın püstüler sedef ve akrodermatitis kontinua tanılı bireylerde nemli, beyaz skuamlı, gezici, halka şeklinde eritemli lezyonlardır. Tutulum sıklıkta dilde gerçekleşmekte ve nadir olarak bukkal mukozada da tutulum görülebilmektedir (Van de Kerkhof, & Nestlé, 2018).

2.1.6.10. Eklem Tutulumlu Sedef (Psöriyatik Artrit)

Eklem tutulumlu sedef, sedef hastalarının %30'unda görülen kronik seyirli, artritin inflamatuar şeklidir. Hastalık kendine özgü olarak ağrılı artriti, parmaklardaki eklemleri ve vücut dokularını bir arada tutan, bağlayan ve destekleyen yapıları kapsamaktadır. Bu sedef tipinde daktilit adı verilen eller ve ayaklarda bulunan parmakların sosis benzeri şişmesi görülmektedir. Ek olarak, kalçayı, dizleri, omurgayı ve iltihaplı sakroiliak eklemler de tutabilmektedir (Caiazzo ve ark., 2018; Yang, Beck, Sanchez, Koo, & Liao, 2018). Eklem tutulumlu sedefin %10-15'inde eklemin romatizmal belirtileri cilt belirtilerinden önce kendini göstermektedir. Sıklıkla beraber seyrettiği sedef türü psöriasis vulgaristir. Hastaların %40-50'sinde HLA-B27 antijeni mevcuttur (Özdemir, & Koç, 2012).

Moll ve Wright'ın gruplandırmasına göre PsA'nın beş türü mevcuttur. Bunlar; distal interfalangeal eklem tutulumu, asimetrik oligoartiküler tutulum, simetrik poliartiküler tutulum, spondilit ve sakroileit, artritis mutilans olarak adlandırılmaktadır (Özdemir, & Koç, 2012).

Bu hastalarda, kemiklerde artan eğilme ve şekil bozuklukları, gün içerisinde hareket kısıtlılığının gelişmesi gibi durumlar söz konusudur. Bu nedenle erken tanılanması önemlidir (Özdemir, & Koç, 2012).

PsA'nın tipik belirtileri, vücudun tam ortasından alınan görüntüde saroiliak eklemlerde simetrik olmayan iltihaplanma, paravertebral kemikleşmenin olması; periferal görüntüdeyse kemiğin dış zarında iltihap, akroosteolizis, teleskopik parmak görüntüsünün olmasıdır (Özdemir, & Koç, 2012).

2.1.7. Histopatoloji

Sedef hastalığında kendini gösteren ilk histopatolojik farklılık, dermal papillada kıvrımlı, dilate olmuş kapiller ve ödemdir. Bu semptomlar iyileşmeye başlamış olan plaklar dahil sedefin bütün çeşitlerinde görülebilmekte ve beraberinde perivasküler alanda lenfositlerin çoğalması ortaya çıkabilmektedir. Lenfositlerin derinin orta katmanından dış katmanına doğru ilerlemesi ile epidermiste intersellüler alanda hafif düzeyde bir ödem görülebilmektedir. İlerleyen zamanda epidermisin üst kısmında fokal farklılıklar oluşabilmektedir. Granüler hücrelerin içinde ve komşu hücrelerde vakuol oluşumu meydana gelmekte ve granüler hücreler yok olmaya başlamaktadır. Arasında nötrofilleri de kapsayan stratum korneumda çekirdeklerini kaybetmemiş keratinositlere rastlanmaktadır. Stratum korneum ya da hemen altında yerleşen parakeratoz alanı içerisinde nötrofil kümeleri epidermal mikroabseleri, stratum spinozumda süngerimsi boşluklar içerisine yerleşen nötrofiller de "Kogoj püstülleri"ni meydana getirmektedir. İlk zamanlar üst derideki farklılaşma alanı sınırlı kalırken, ilerleyen dönemde sınırlar aşan ve yayılmaya başlayan bir durum söz konusudur (Griffith, & Barker, 2007; Elder ve ark., 2014; Lebe ve ark., 2016).

2.1.8. Ayırıcı Tanı

"Seboreik dermatit, kronik dermatit, pitriazis rozea, pitriazis rubra pilaris, liken simpleks kronikus" gibi psoriasiform hiperplaziye neden olan dermatozlar sedef hastalığının ayırıcı tanısında akla gelmesi gerekli hastalıklardır. Bu hastalıklarda da çoğunlukla üst deride keratinleşme bozukluğu, uzamış rete, derin olmayan perivasküler lenfosittik infiltrat mevcuttur. Kronik ve seboreik dermatitte, spongiyoz aşikardır, stratum granülozum katmanı yok olmamıştır ve stratum spinosumun

kalınlaşması düzen içerisinde gerçekleşmemektedir. Pitriazis rozeada, üst derideki bozulmuş keratinleşme bölgeseldir, derinleşmiş perivasküler lenfositik infiltrat mevcuttur. Pitriazis rubra pilarisde üst derinin keratinleşme bozukluğu her iki düzlemde de görülmektedir ve ortokeratoz ve parakeratoz mevcudiyeti "dama tahtası" görüntüsünü çağrıştırmaktadır. Alerjik kontakt dermatiti psöriasisden ayırt etmeyi sağlayan durum, spongiyozun aşırı olması ve dermis tabakasındaki hücre infiltrasyonunda bulunan eozinofillerdir. Sedef tanısını koyarken nötrofillerin intrakorneal toplanımı ve stratum spinosumda benzer birikimin olması önemlidir. Subkorneal püstüler dermatoz, akut generalize ekzantematöz püstüloz, bakteriyel impetigo gibi püstüllerle kendini gösteren dermatozlar püstüler sedefi ayırt etmede önemlidir (Elder ve ark., 2014; Ferreli, Pinna, Pilloni, Tomasini, & Rongioletti, 2018).

2.1.9. Eşlik Eden Komorbiditeler

Sedef hastalığı, yalnızca deriyle sınırlanmış gibi görülse de şu anda birden fazla hastalığın eşlik ettiği immün aracılı kronik inflamatuvar hastalık (Immune Mediated Inflammatory Disease, IMID) olarak nitelendirilmektedir. Takip ve tedavinin bir diğer yönü de hastaları, eşlik edebilecek hastalıklar konusunda bilgilendirmek olmalıdır (Gülekon, 2008).

2.1.9.1. Eşlik Eden Sistemik Hastalıklar

2.1.9.1.1. Kardiyometabolik Hastalıklar

a) Kardiyovasküler Hastalıklar: Sedef tanısı almış olan bireylerde hipertansiyon, dislipidemi, tip 2 diyabet, metabolik sendrom ve obezite gibi kardiyovasküler risk etmenlerinin yanında inme, ateroskleroz, miyokart enfarktüsü, koroner arter hastalığı ve endotelyal disfonksiyon gibi kardiyovasküler hastalıkların da nüfusun geneline kıyasla daha çok ortaya çıktığı bildirilmiştir (El-Mongy ve ark., 2010; Gelfand, Berlin, Van Voorhees, & Margolis, 2003). Armstrong ve arkadaşları, yürüttükleri meta-analiz çalışmasının sonucunda miyokard enfarktüsü ve inme görülme riskinin, hafif ve şiddetli sedefte arttığını bildirmiştir. Ayrıca, şiddetli sedefte kardiyovasküler ölüm hızının da arttığını belirtmişlerdir (Armstrong EJ, Harskamp, & Armstrong AW, 2013). Henüz kesin olarak kanıtlanmasa da Boehncke ile arkadaşları sedefe eşlik eden

kardiyovasküler hastalıkların arasındaki bağlantının nedenini "psöriyatik yürüyüş" kavramıyla yorumlamışlardır. Bu varsayımla, sistemik inflamasyon kaynaklı insülin direncinin endotelin işlevsel ve morfolojik yapısında değişime, anormal fizyolojik süreçlere, ateroskleroza ve beraberinde miyokard enfarktüsüne ya da inmeye sebebiyet verebileceği öne sürülmektedir (Boehncke WH, Boehncke S, Tomin, & Kirby, 2011). Sedef ve kardiyovasküler komorbidite artışı ilişkisinde sistemik tedavilerin aterojenik komplikasyonu, fazla tütün kullanımı, çok fazla kilo artışının olması ve yaşam tarzı gibi kardiyovasküler riske neden olan tutumlar olabileceği varsayılmaktadır (Wakkee, Thio, Prens, Sijbrands, & Neumann, 2007).

b) Metabolik Sendrom: İnsülin direnci ya da artmış kan şekeri düzeyi, aterojenik dislipidemi, hipertansiyon, yüksek trigliserid seviyesi ve karın yağlanmasının artmasıyla ortaya çıkmaktadır. Sedef ve metabolik sendrom komorbiditesinin incelendiği birçok çalışmada özellikle durumu hafif olmayan psöriasisli hastalarda metabolik sendrom prevalansında anlamlı bir yükselme görüldüğü bildirilmiştir (Gisondi, Fostini, Fossà, Girolomoni, & Targher, 2018). Özellikle adipokin olmak üzere çoğu proinflamatuvar sitokinin asıl nedeni karın yağlanmasıdır. T lenfositleri ve aktif makrofajların adipositleri uyarması ile ortaya çıkan nonesterifiye yağ asitleri, leptin, resistin, vasküler endotel büyüme faktörü, TNF-α, IL-6 ve prokoagülan faktörün kronik inflamasyona sebebiyet verdiği ve böylece kan şekeri stabilitesinde anormallik, sistemik insülin direnci, aterojenik dislipidemi, vasküler fonksiyonun bozulmasına yol açan sitokinlerin yayıldığı gösterilmektedir (Gisondi ve ark., 2018; Wolk, Sabat, 2016).

c) Obezite: Armstrong ile arkadaşlarının yürüttüğü, 16 araştırmanın gözden geçirildiği, çok sayıda hastayla yapılmış olan meta-analizin sonucuna göre, sedef tanılı bireylerde obezitenin yaygınlığının ve insidansının fazla olduğu, sedef şiddeti ile obezite arasında artan bir doğru orantı olduğu bildirilmiştir (Armstrong, AW, Harskamp, & Armstrong EJ, 2012). Obeziteden dolayı gelişen proinflamatuvar sitokinler ile kronik inflamasyonun sedefin ortaya çıkma ihtimalini arttırdığı görülmüştür (Carrascosa ve ark., 2014; Duarte ve ark, 2013; Ni C, & Chiu 2014). Adipozdan gelen leptin, resistin, TNF-α, IL-6 gibi sitokinlerin psöriaisi tetiklediği öngörülmektedir (Gerdes, Rostami-Yazdi, & Mrowietz, 2011).

d) Diabetes mellitus: Yapılan epidemiyolojik araştırmalarda, tip 2 diyabet ile sedef hastalığının ilişkisi sedefin şiddetine göre değişmektedir (Wan MT ve ark., 2018). Ikumi ve arkadaşlarına göre tip 2 diyabetlilerde kan şekeri düzeyinin, Hemoglobin A1c' nin ve deri şiddetinin, temelde interlökin (IL)-17 aracılığıyla sedef hastalığını etkilediği bildirilmektedir (İkumi ve ark., 2019).

e) Hipertansiyon: Sedef hastalarında hipertansiyon görülme sıklığının, hiçbir risk etmeni bulunmaksızın fazla olduğu bildirilmiştir. Ayrıca psöriasis şiddetlendikçe hipertansiyon prevalansının daha da artacağı bildirilmektedir (Armstrong ve ark., 2013; Kim, Han, Song, & Lee, 2018). Hipertansiyon ve sedef birlikteliğinde hastalığın kontrol edilmesi daha da zorlaşmaktadır ve gereğinden fazla antihipertansif ilaca ihtiyaç olmaktadır (Armstrong ve ark., 2011). Sedefteki kronik inflamatuvar durum, anjiyotensin 2, renin ve anjiyotensin dönüştürücü enzim, endotelin 1 ve oksidatif stres seviyesinin artması; hipertansiyon prevalansının artmasına neden olmaktadır (Kalkan, 2017).

f) Dislipidemi: Birçok araştırmada, psöriasis hastalarında HDL düzeyinin, lipoprotein yoğunluğunun ve trigliserid düzeyinin oldukça az olduğu görülmüştür (Kimball ve ark., 2012). HDL, anti-oksidatif kapasitedir, anti-inflamatuvardır ve ters kolesterol iletme görevi bulunmaktadır. Bu nitelikler sedef gibi kronik enflamasyon esnasında düşüşe geçmektedir (Shih ve ark., 2020). Sedef tedavisi, HDL'nin kombinezonunu ve görevlerini önceki durumuna geri döndürmektedir (Marsche, Saemann, Heinemann, & Holzer, 2013).

2.1.9.1.2. Gastrointestinal Hastalıklar

Sedef hastalarında IMID grubundaki hastalıkların ortaya çıkma durumu fazladır. Ülseratif kolit, crohn hastalığı benzeri gastrointestinal sistemi etkileyen hastalıklar ve romatoid artrit, psoriyatik artrit, ankilozan spondilit benzeri romatolojik sistemi etkileyen hastalıklar da bir başka IMID grubu hastalıklarıdır (Christophers, 2007).

a) İnflamatuar barsak hastalıkları: İnflamatuar barsak hastalıkları gelişimi ile sedefin komorbiditesi arasında güçlü bir ilişki mevcuttur (Azfar, & Gelfand, 2008; Fu,

Lee, & Chi, 2018). Crohn hastalığına, sedef hastalığına ve ülseratif kolite eğilim sağlayan gen, 6p21 gen lokusunda bulunmaktadır. İnflamatuvar barsak hastalıkları ile sedefteki 6p21 genine ek olarak majör histokompatibilite kompleksiyle alakalı genlerin de ortak görüldüğü tespit edilmiştir (Aurangabadkar, 2013).

b) Alkole bağlı olmayan yağlı karaciğer hastalığı: Yağlanmayı hızlandıran steroidler, tamoksifen, amiodaron, metatreksat benzeri tedavilerden yararlanılmadığı ya da fazla oranda alkol alınmadığı zamanlarda karaciğerin yağlanması durumudur (Chalasani ve ark., 2012). Sedef ile alkole bağlı olmayan karaciğer hastalığının ilişkisi, periferik insülin direncine dayanmaktadır. Ayrıca, IL-17'nin de etkisi bulunmaktadır (Tang ve ark., 2011).

2.1.9.1.3. Sistemik Maligniteler

Sistemik maligniteler ile sedef komorbiditesine ilişkin yapılmış birçok araştırmada, sedef hastalarında kanser görülme riskinin arttığı bildirilmiştir (Gelfand ve ark., 2003; Reddy, Martires, & Wu, 2017). Sedef hastalığının beraberinde öncelikle lösemi, non-melanom, deri kanseri, lenfoma ve pankreas kanseri görülmektedir. Ayrıca, böbrek, mesane ve kolorektal kanser insidansının da arttığı bildirilmektedir (Gelfand ve ark., 2003; Prodanovich ve ark., 2005; Reddy ve ark., 2017). İmmün sistemin süprese olması, kronik inflamasyon, ışık tedavisi, sigara ve alkol kullanımı psöriasisin maligniteye zemin dönüşmesini hızlandırmaktadır (Gelfand ve ark., 2003; Kimball ve ark., 2014). Kimball ve ark.'nın yaptığı çalışmada, fototerapi alan sedef hastalarında malignite gelişme riskinin arttığı bildirilmiştir (Kimball ve ark., 2014).

2.1.9.1.4. Eşlik Eden Psikososyal Hastalıklar ve Durumlar

Kaygı, bunalım, özgüvensizlik, suçluluk hissi, damgalanma duygusu, asosyallik, cinsel problemler, hayatına son verme fikri gibi birçok psikolojik sorunun psöriasise eşlik ettiği bildirilmiştir. Özellikle stresin sedef hastalığında, lezyonların çıkışını tetikleyen önemli bir faktör olduğu saptanmıştır (Wu, Feldman, Koo, & Marangell, 2018). Sedefe eşlik eden psikolojik farklılıkların temelinde, TNF-α, IFN-γ ve IL-1 gibi proinflamatuvar sitokinler kaynaklı nöromodülatör etkilerin bulunabileceği öngörülmektedir (Russo, Ilchef, & Cooper, 2004).

2.1.9.1.5. Eşlik Eden Dermatolojik Hastalıklar

A) Otoimmün Hastalıklar

a) Vitiligo: Deri renksiz, sınırları belli yamalar şeklinde kendini gösteren otoimmün bir hastalıktır. Hastalığın ortaya çıkışında enfeksiyon, travma, stres ve genetik etmenler rol oynamaktadır. Vitiligo ile sedefin her ne kadar raslantısal olarak beraber görüldüğünü söyleyen çalışmalar mevcut olsa da, otoimmün inflamatuvar hastalık bulunanlarda diğer otoimmün aracılı inflamatuvar hastalıklara eğilimin arttığı araştırmalar sonucu ortaya konulmuştur (Sharma, Koranne, & Singh, 2001; Sharquie, Salman, & Yaseen, 2017). Vitiligo hastalarında sedefin ortaya çıkma olasılığı 3 kat fazla iken, sedef hastalarında vitiligo görülme olasılığı 2 kat fazladır (Yen, & Chi, 2019).

b) Otoimmün Büllöz Hastalıklar: Kanda veya ciltteki özel antijenlere karşı dokuda bulunan otoantikorlar ile kendini gösteren hastalıklardır. Mukozada ya da ciltte tutulum görülebilmektedir (Dainichi, & Kabashima, 2018). Büllöz hastalıklar ve sedef arasında ilişkiyi açıklayan farklı kuramlar mevcuttur. Bu kuramlardan biri; sedefteki plakların harekete geçirdiği, otoantikor yapımına neden olan lokal inflamasyonun "epitop yayılma fenomeni" olarak adlandırılan olayları tetiklemesidir (Chan ve ark., 1998). Diğer kuram ise; büllöz pemfigoidde cilt lezyonunda ve serumda daha fazla miktarda IL-17+ hücrelerinin bulunmasıdır (Arakawa ve ark., 2011).

c) Alopesi Areata: Sedefe komorbid olarak görülebilen bağışıklık sistemi aracılı bir hastalıktır (Guttman-Yassky ve ark., 2016). Sedef hastalarında sık rastlanmaktadır. Yara izi bırakmayan saç dökülmesi ile kendini göstermekle birlikte, saçın tamamını ya da bedendeki bütün kılları etkileyebilmekte ve oval ya da daire biçimindeki yamalar şeklinde görülebilmektedir (Triyangkulsri, & Suchonwanit, 2018; Tsai ve ark., 2011).

B) Egzamatöz Hastalıklar

a) Seboreik Dermatit: Sedef ile birlikte yaygın olarak görülen, egzamanın kronik bir şeklidir. Surat, saçlı cilt, sternumun üst kısmı en çok tutulum gösteren bölgelerdir (Dessinioti, & Katsambas, 2013; Sticherling, 2017).

b) Alerjik Kontakt Dermatit: Çevredeki alerjenlerin cilde teması ile nüks eden inflamatuvar bir hastalıktır. Sedefe komorbid olarak görülebilmektedir (Quaranta ve ark., 2014).

c) Liken Simpleks Kronikus (LSK): Şiddetli kaşıntıya sebep olan, deride kronik değişikliklerin izlendiği plaklarla karakterize, nörodermatit olarak da bilinen bir hastalıktır. LSK, sedefe eşlik edebilen bir hastalıktır. İki hastalık arasındaki ilişki çift yönlü olabilmektedir. Sedef lezyonları kaşıntılı olduğunda üzerine LSK eklenebileceği gibi; LSK'daki kaşıntının sedef lezyonlarını köbnerizasyonla alevlendirebileceği belirtilmektedir (Koo, & Lee, 2008).

2.1.9.1.6. Enfeksiyonlar

Bağışıklık sisteminin regüle olmaması ve derideki bozulan bariyer, sedefli kişilerin enfeksiyona yatkın olmasının sebepleridir. İmmün sistemi baskılayan ilaçlar ve biyolojik ajanlar, immün sistemi süprese ederek enfeksiyona yatkınlığı arttırmaktadır. Bunlara ek olarak kilo artışı, diyabetin varlığı ve obeziteye olan yatkınlık enfeksiyon görülme riskini arttırmaktadır (Hsu, Gordon, & Silverberg, 2016; Saunte, Mrowietz, Puig, & Zachariae, 2017).

2.1.10. Klinik Değerlendirme

Tedavi planının belirlenebilmesi ve tedavinin etkinliğinin izlenmesi için hastalığın değerlendirilmesi önemlidir. Ancak, sedefi bütünüyle değerlendirebilen, evrensel olarak kabul edilmiş herhangi bir ölçek henüz mevcut değildir (Ashcroft, Po, Williams, & Griffiths, 1999; Weisman, Pollack, & Gottschalk, 2003). Sıklıkla yararlanılan değerlendirme yöntemleri açılımı (Psoriasis Area Severity Index), Vücut Yüzey Alanı (Body Surface Area, BSA), Hekimin Global Değerlendirmesi (Physician's Global Assesment, PGA), Dermatoloji Yaşam Kalitesi İndeksi (Dermatology Life Quality Index, DLQI)'dir (Rocha-Pereira ve ark., 2004; Wolters, 2005). PASİ, sedef hastalığını değerlendirmede en sık kullanılan ölçeklerden biridir. Ancak, sedefin şiddeti yüksek olmadığında hastalığın durumunu tam olarak değerlendirememektedir (Ashcroft ve ark., 1999; Berth-Jones ve ark., 2006; Weisman ve ark., 2003). PASİ tutarlılık açısından aynı kişi tarafından uygulanması önemlidir.

Bu ölçek 1996 yılında oluşturulmuştur ve bahsedilen olumsuzlukları ortadan kaldırmak için yeni ölçekler geliştirilmektedir (Feldman ve ark., 1996). BSA, sedef lezyonlarının dağıldığı bölgeyi belirleyen bir başka nesnel ölçektir. Çoğunlukla, %10'un üzerindeki lezyonlar orta ya da şiddetli olarak değerlendririlmekte ve bireyin sistemik tedavi ihtiyacının olabileceğini göstermektedir (Finlay, 2005; Yune ve ark., 2003). Hızlı ve basit kullanımı nedniyle çoğunlukla tercih edilen bir başka ölçek PGA'dır (Ashcroft ve ark., 1999; Weisman ve ark., 2003).

2.1.11. Tedavi

2.1.11.1. Topikal Tedaviler

Sedef hastalarının %70-80'i bölgesel lezyonlara sahiptir ve bu nedenle sadece topikaller ile tedavi gerçekleşebilmektedir. Sedef hastalığının tedavisinde sıklıkla başvurulan topikaller, sistemik tedavi ya da ışık tedavisi uygulanan, inatçı lezyonlara sahip hastaların tedavisinde kombine olarak da kullanılabilmektedir (Carrascosa, 2009; Menter, 2009). Hastalığın tutulumu fazla, şiddeti yüksek veya orta ise, sadece topikallerin kullanılması yeterli olmayabilir. Özellikle saçlı deri, yüz, el, ayak, genital alan ve tırnakta, yaygın olmayan fakat tedavi edilmesi zor lezyonların varlığında sistemik tedavilerden faydalanılmalıdır (Akyol, 2016). Topikallerden hangisinin kullanılacağına karar verilirken hastanın niteliklerinin ve isteklerinin yanı sıra lezyonların dağılımı, eritem şiddeti ve skuam oranı benzeri lezyonun özellikleri dikkate alınmalıdır (Menter, 2009).

2.1.11.2. Fototerapi-Fotokemoterapi

Fototerapi, sedef hastalığının tedavisinde önemli bir yere sahiptir. Antik dönemlerden bu yana sedef hastalığının tedavisinde, doğal güneş ışınlarından faydalanılmaktadır. Ancak, doğal olmayan güneş ışığını saçan floresan lambaların kullanımı da tedaviye eklenmiştir (Lin, 2019; Zhang, 2018). Topikal tedavilerin işe yaramaması, istenmeyen etkilerin görülmesi veya yaygın lezyon dağılımı nedeniyle topikal tedavinin yeterli olamaması durumunda fototerapi tercih edilmektedir. Ancak, tedaviye karar vermeden önce bireylerin fototerapi yapılacak olan yere ulaşımı gibi tedaviye uyumunu belirleyen nitelikler sorgulanmalıdır (Boswell, 2018; Foerster,

2020; Singer, 2018). Toplam kümülatif ultraviyole miktarına bağlı olarak fotokarsinogenez ve fotoyaşlanma benzeri etkiler görülebilmektedir. Geniş kapsamlı yapılan iki araştırmada, dar bant ultraviyole B (UVB)'nin fotokarsinogenez ile ilişkili olmadığı bildirilmiştir (Lin, 2019; Zhang, 2018). Fototerapi işlevsel olarak UVA, UVB ve UVC olarak üçe ayrılmaktadır. UVB'nin dalga boyunun kısa olmasından dolayı epidermisten emilimi hızlı olmaktadır. UVA'nın ise dalga boyu uzun olduğundan emilimi oldukça yavaştır (Singer, 2018). Dar bant UVB, çok fazla avantajının olması nedeniyle son dönemlerde ilk tercih edilen fototerapi seçeneği olarak karşımıza çıkmaktadır (Menter, 2010; Racz, 2015).

2.1.11.3. Sistemik Tedaviler

Sedef hastalığında sıklıkla başvurulan sistemik tedaviler, oral olarak alınması ve maliyetinin biyolojik ajanlara göre daha düşük olması gibi avantajları ile bu tedaviye uygun bireyler için önemli bir seçenektir. Metotreksat, siklosporin, retinoidler, azatiopürin, hidroksiüre, leflunomid, mikofenolat mofetil, sülfasalazin, takrolimus, 6-Tiyoguanin, fumarik asit esterleri, sedef hastalığında kullanılan sistemik tedavi ajanlarına örnek olarak verilebilir (Akyol, 2016).

Metotreksat, sedef hastalığının tedavisinde uzun süredir kullanılmaktadır ve plak tip sedef hastalığında en iyi seçenek olarak tercih edilmektedir (Kolios, 2016; Menter, 2009). Siklosporin, hızlı etkili bir tedavidir ve sedefin orta veya şiddetli halinde oldukça etkilidir (Shah, 2016). Siklosporin-A sedefin tüm klinik türlerinde etkili bir tedavidir. Sedefin tedavisinde uzun zamandır kullanılmasına karşın nefrotoksisite ve malignite benzeri komplikasyonlarından ötürü çoğu dematoloji hekimi tarafından tercih edilmemektedir (Bhutani, 2013). Retinoidler, başta sedef olmak üzere birçok keratinizasyonun bozulması durumunda ve cilt hastalıklarında tercih edilen bir tedavi seçeneğidir (Brun, 2013; Saurat, 2018). İmmün sistemi baskılamaması ve etkili olmasından dolayı sedef hastalığının tedavisinde önemli bir yere sahiptir (Karadağ, 2014). Yakın dönemde tedavi seçeneklerinin arasına apremilast tedavisi de eklenmiştir (Afra, 2019).

2.1.11.4. Biyolojik Ajanlar

Biyolojik ajanlar genellikle geleneksel tedavinin işe yaramadığı, komplikasyonlarının görüldüğü veya kontrendike olduğu, sedefin şiddetli halinde ve eklem tutulumunun görüldüğü sedef hastalarında tercih edilmektedir. Biyolojik ajanları kullanmadan önce yapılan tetkikler uluslararası kabul edilmiş olan kılavuzlara göre seçilmektedir (Zhou, 2005). Türkiye'de kullanımı onaylanan biyolojik ajanlar; adalimumab, infliksimab, etanersept, ustekinumab, sekukinumab, ixekizumab'dır (Menter, 2019).

TNF-α inhibitörü olan etanersept, sedefin orta ve şiddetli halinde etkili bir tedavi seçeneğidir. Uzun zamandır kullanıldığı için etkileri ve yan etkileri doğru bir şekilde tanımlanabilmiş, özellikle yaşlılar ve çocuklardaki kullanımından etkin ve emin neticelere ulaşılmıştır (Shah, 2018).

İnfliksimab, sedef hastalığının tedavisinde tercih edilen ilk biyolojik ajanlardandır. Yüksek etkinliğe sahiptir ve etkisini çabuk gösterir. Yapılan meta-analiz çalışmalarında infliksimabın, sedef hastalığının tedavisinde etkili bir biyolojik ajan olmasının yanında istenmeyen olayların sık görüldüğü bildirilmiştir (Ni, 2018; Smith, 2017).

Adalimumab, fototerapi ya da geleneksel tedavilerin yarar sağlamadığı veya kullanılmasının uygun görülmediği hafif şiddette olmayan sedef hastalarında kullanılmaktadır (Mehlis, 2013; Uzunçakmak, 2014).

Sekukinumab, proinflamatuar sitokinlerin, kemokinlerin ve doku hasarı aracılarının ortaya çıkışını baskılayarak etkisini göstermektedir (Lynde, 2014).

İksekizumab, diğer biyolojik tedavilere kıyasla hızlı etkili özelliğe sahiptir (Sawyer, 2019).

Ustekinumab, geleneksel sistemik tedavilerin başarısız, kullanımının kontrendike olduğu, hafif şiddette olmayan sedef hastalarında, ilk ve uzun vadeli tedavilerde ikinci basamak tedavi seçeneğidir (Akyol, 2016; Nast, 2015).

2.1.11.5. Özellikli Hasta Gruplarında Sedef Hastalığının Tedavisi

2.1.11.5.1. Gebelikte ve Laktasyon

Gebeliğin ilk üç ayında, potenti fazla olan steroid içerikli topikaller ve topikal

kalsipotrioller tercih edilmez. Ancak, gebeliğin son üç ayında kullanılmasında sakınca bulunmamaktadır (Bae, 2012; Weaterhead, 2007). Metotreksatın, retinoidin hiçbir türevi ve psoralen ultraviyole A (PUVA) tedavisi gebelikte ve laktasyon zamanında tercih edilmemektedir. Ancak, gebeliğin son üç ayında topikal PUVA tedavisi göreceli şekilde kullanılabilmektedir (Pham, 1993). Anti-tümör nekroz faktörünün gebelikte ve laktasyon döneminde kullanımıyla alakalı kaynaklarda farklı tavsiyeler yer almaktadır (Carter, 2006, 2009).

2.1.11.5.2. Pediatri

Pediatride, invers bölgedeki ve yüzdeki tutulumlarda topical tedavi olarak takrolimus etkili olarak bildirilmiştir (Brune, 2007; Steele, 2005). Adölesanlarda, uzun süre kullanımının karsinogeneze yol açma ihtimali unutulmaksızın, dar band UVB tedavisi güven veren bir seçenektir (Stern, 1996). Pediatride, sedefin eritrodermi ve püstüler türlerinde, asitretinin uzun süre kullanımında iskelet sisteminde toksik bir etki oluşturabileceği göz ardı edilmemelidir (Brecher, 2003). Metotreksat tedavisi, pediatri hastalarında etkilidir (Kaur, 2008). Siklosporin tedavisinin, pediatride kullanımında etkin ve güven verici bir tedavi olduğu bildirilse de kanıta dayalı çalışmalara ihtiyaç vardır (Harper, 2000). Pediatrik sedef hastalarında sistemik konvansiyonel tedavilerin kullanımı onaylanmamış olmasına rağmen, kısa vadeli ve ara verilerek faydalanılmaktadır (Lovell, 2008; Paller, 2008).

2.1.11.5.3. Obezite

Sedef hastalığı ile obezite arasındaki ilişki çok yönlüdür. Beden kitle indeksi 30'dan fazla olan kişilerde uygulanan tedavinin başarı yüzdesi düşüktür (Bremmer, 2010). Ayrıca, obezitede ilaç kaynaklı komplikasyonlar daha sık ortaya çıkmaktadır. Obez bireylerde, yalnızca kalorisi az olan diyetin bir ay boyunca yapılması ile sedef belirtilerinin azaldığı görülmüştür (Rucevic, 2003).

2.1.11.5.4. Yaşlılık

Yaşlı hastaların tedavisine başlamadan önce, yaşlanmanın getirdiği farklılıklar mutlaka tespit edilmelidir. Geriatrik bireylerde birden fazla hastalık tanısı

olabileceğinden, polifarmasi durumu mevcuttur. Kullanılan ilaçların sayıca fazla olması, ilaç etkileşimi riskini arttırmaktadır (Grozdev, 2011). Geriatrik hastalarda ilaçların dozu hastaya özel olarak belirlenmeli ve yüksek olmayan dozdan başlanarak komplikasyon takibi ile birlikte dozu arttırılmalıdır (Parslew, 2005).

2.1.11.5.5. Viral Enfeksiyon

Virüslerin sebep olduğu kronik hastalıklarda, sedef hastalığının sınırlı bir tedavisi bulunmaktadır. Sedef hastalığının tedavisi için tercih edilen birden çok ajan immünsüpresif özellik taşımaktadır. Bu nedenle, enfeksiyonu tetikleyebilir ve insan bağışıklık yetmezliği virüsünü (HIV) taşıyan hastada oportunistik enfeksiyona neden olabilir. Ek olarak, HIV enfeksiyonu mevcut iken meydana gelen sedef hastalığında, hasta geleneksel tedavilere karşı direnç göstermektedir (Menon, 2010).

Sedef hastalarında Covid-19 gelişmesi durumunda, kullanılan sistemik tedavinin geçici olarak kesilmesi ve Covid-19 geçtikten 2-4 hafta sonra sedef tedavisine yeniden başlanması tavsiye edilmektedir (Price, 2020; Torres, 2020).

2.1.12. Sedef Hastalığının Psikososyal Yönü

Sedef hastalığı, bireylerin yaşam kalitesinde olumsuz etkilere neden olurken, aynı zamanda depresyon gibi psikolojik sorunların gelişmesine katkıda bulunmaktadır (Dubertret, 2006; Stern, 2004). Sedef hastalarında kaygı, kendine zarar verme düşüncesi, özsaygıda azalma ve cinsel fonksiyonda bozulma gibi psikososyal sorunlar görülebilmektedir (Stern, 2004; Young, 2005). Bunalım ve damgalanma hissini de kapsayan psikolojik sorunların, hastalık üzerindeki etkisinin diğer belirtilerden daha fazla olduğu kabul edilemektedir (Hrehorow, 2011; Rapp, 1999; Schmitt, 2010; Stern, 2004).

Diğer cilt hastalıklarına kıyasla sedef hastalarında toplumsal destek daha az ve damgalanma daha yüksek görülmektedir (Picardi, 2005; Vardy, 2002). Sedef lezyonları eller, yüz ve saçlı deri gibi rahatlıkla görülebilen alanlarda geliştiğinden çoğunlukla sedefli bireyler damgalanma durumunu yaşamaktadır (Hrehorów, 2012; Lahousen, 2016).

2.2. Güçlendirme

Güçlendirme, İngilizce kökenli bir kelime olan "empowerment" kavramından Türkçe'ye "yetkili kılma" ya da "güçlendirme" şeklinde çevrilmiştir. Literatüre bakıldığında, güçlendirme ile ilgili ortak bir tanımının olmadığı, çeşitli tanımlamaların yapıldığı görülmektedir. Ancak bu tanımlamalarda bireyin öz becerilerine tekrardan güveninin artması ve yaşamının kontrolünü tekrardan sağlayabilmesinin altı çizilmektedir (Lenz, 2009; Winter-berg, & Needham 2010).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), güçlendirmeyi "insanların sağlıklarını etkileyen kararlar ve eylemler üzerinde daha fazla kontrol sahibi oldukları bir süreç" olarak tanımlamıştır. WHO'a göre "Bunu başarmak için bireylerin ve toplulukların beceriler geliştirmesi, bilgiye, kaynaklara, sağlık ve esenliklerini etkileyen faktörleri seslendirme ve etkileme fırsatlarına erişmesi gerekir" (WHO, 2012).

Güçlendirme, davranış değişikliğini kolaylaştıran ve hastaların kendi sağlıkları için sorumluluk almalarına ve bilinçli seçimler yapmalarına yardımcı olan bir süreç olarak tanımlanmaktadır (Bonal, 2012). Güçlendirme, dört aşamadan oluşmaktadır. Bunlar; katılım ve destekleme, hareket, uyum ve alışma, inançtır (Vossebrecher, & Jeschke 2007).

Ülkedeki mevcut kaynaklar ve sağlık sisteminin işleyişi, güçlendirme amaçlı uygulamaların içeriğini etkileyebilmektedir. Global sağlık için hasta güçlendirme kilit bir kavramdır (Wakefield, 2018). Geliri yüksek ve özellikle Avrupa devletlerinin hasta güçlendirmesine yönelik girişimleri öne çıkmaktadır (Bombard, 2018).

Güçlendirmenin beş adımı aşağıdaki gibidir;

1. Birey için problem oluşturan olay, tüm yönleri ile keşfedilmeli.

2. Bireyin duygu durumu belirlenmeli.

3. Bireyin hayatında nelerin farklılaştırılması gerektiği, sahip olduğu alternatifler belirlenip planlama yapılmalı.

4. Bireyin kendi başına yapabileceklerini fark etmesi sağlanmalı.

5. Bireyin öğrendikleri ve karşılaştığı sorunlar hakkında bilgi alınıp süreç değerlendirilmelidir (Funnel, 2004).

Bireyi güçlendirmede hemşirelik bakımının profesyonel olabilmesi için sahip olunması gereken tutumlar, Rössler ve Lauber tarafından 14 maddede belirtilmiştir;

a. Güçlendirmenin ümitlendirici nitelikte olduğunu düşünmek,
b. Güçlendirmenin zamanla olabileceğini anlamak,
c. Psikolojik sıkıntıya sahip bireyi kabullenip saygı çerçevesinde davranmak,
d. İyi bir konuşmacı ve dinleyici olmak,
e. Bireyin olumlu davranışlarını yüceltmek ve atılımlarına destek olmak,
f. Bireyin kendisine neyin iyi/kötü geldiğini biliyor olmasını kabullenmek,
g. Farklı fikirlere açık, tedavi edici bir tutuma sahip ve saygılı olmak,
h. Bakıma bireyin kendisini de katmış olmak,
i. Kontrolü azaltıp, bireyin özgüvenini arttırmak ve özerkliği desteklemek,
j. Bireyin, benzer fikre sahip bireylerle görüşmesini sağlamak,
k. Birey ile arasındaki durumun, hizmet bekleyen ve hizmet veren ilişkisine benzer olduğunun farkında olmak,
l. Bireyin, kişisel olarak planladıklarını başarabileceği doğrultusunda destek olunmasıdır (Lauber, & Rössler, 2004).

2.2.1. Sedef Hastalığında Güçlendirme

Güçlendirme konusunda yapılan çalışmalar, kronik hastalıklar arasında en çok diyabet üzerie yoğunlaşmıştır ve yapılan güçlendirme girişimlerinin etkili olduğu gösterilmiştir (Friedman, Wamsley, Liebel, Saad, & Eggert, 2009; Vadstrup, Frolich, Perrild, Borg, & Roder, 2009; Viklund, Ortqvist, &Wikblad, 2007). Sedef hastalarında ise; güçlendirme girişimlerinin yapıldığı çalışmaya rastlanmamıştır. Bunun nedenleri arasında; sedefin klinik seyrinin önceden tahmin edilememesi ve diyabetten farklı olarak sedef hastalığının hastaların tutumlarından çok fazla etkilenmemesi sayılabilir (Pagliarello, Di Pietro, Paradisi, Abeni, & Tabolli, 2010).

Sedef hastalarını güçlendirmede, tedaviye uyum önemli bir role sahiptir. Sedef hastalığında odaklanılması gereken konular; eğitim müdahalelerinin etkinliği, klinik iyileşmeden ziyade kendi kendini motive etme, sağlık hizmetlerinin doğru kullanımı, bağımlılık yapan tutumların yanı sıra komorbiditelerin önlenmesi olarak gösterilebilir (Grillo, Gassner, Marshman, Dunn, & Hudson, 2006; Staab, 2006).

2.2.2. Sedef Hastalığında Güçlendirmenin Önemi

Sedef hastaları, çoğunlukla hastalık ve tedavi yönetimi hakkında yeterli bilgilendirilmemektedir. Önceki çalışmalarda, sedef hastalarının %50'sinin tavsiye edilen tedavi programına bağlı olmadığı bildirilmiştir (Zaghloul, & Goodfield, 2004). Bununla birlikte, hastaların hastalık yönetimi becerileri yalnızca ilaç kullanımına uyumunu değil, bununla birlikte psikolojik bulguların yönetimini de kapsamalıdır (Fortune, Richards, Main, O'Sullivan, & Griffiths, 1998; Renzi ve ark., 2002). Bu nedenle tedaviye uyum, takip ziyaretlerinin zamanında yapılmasını ve beraberinde hastaların günlük yaşamlarındaki farklılıklarını, hastalık belirtilerinin ortaya çıkışında azalma olmasını kapsayan bir yaklaşımı benimsemelidir. Kronik hastalıkların yönetiminde hastaların bu sürece katılımını sağlamak, iyi bir tedavinin sağlanabilmesi için önemli bir yere sahiptir. Bu sayede hastaların hastane başvuruları azaltılabilir. Ayrıca, sedef hastalığının yönetiminde, güçlendirmenin faydalı bir girişim olduğu bildirilmiştir (Hammond, Bryan, & Hardy, 2008; Lanigan, & Layton, 1991). Bu bağlamda güçlendirme ile hastalarda davranış değişikliğine kolaylıkla uyum sağlama, hastaların kendi sağlıkları için sorumluluk almalarına ve bilinçli seçimler yapmalarına yardımcı olunabilir (Bonal, 2012). Böylece hastaların geçmişteki hatalarından yeterli deneyim kazanabilmesi, hastalıkla ilgili uygun bilgiler edinmesi ve sedef hastalığı ile baş etme becerilerinin geliştirilmesi sağlanabilir.

2.2.3. Sedef Hastalığında Güçlendirmenin Değerlendirilmesi

Kronik hastalıklarda güçlendirmeyi ölçmek için az sayıda araç bulunmaktadır (Anderson, Funnell, Fitzgerald, & Marrero, 2000; Bulsara ve ark., 2006). Sedef hastalarının güçlendirme düzeyini ölçmek için oluşturulan ölçek Pagliarello ve ark (2010) tarafından geliştirilmiştir. Ülkemizde ise sedef hastalığına ait bir güçlendirme ölçeği hala bulunmamaktadır.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Araştırma metodolojik tipte tasarlanmış bir ölçek geçerlik-güvenirlik çalışmasıdır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma, Bursa Uludağ Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Deri ve Zührevi Hastalıkları polikliniğinde 14 Şubat-14 Temmuz 2022 arasında yürütüldü. Bursa Uludağ Üniversitesi SUAM Deri ve Zührevi Hastalıkları kliniğinde 6 hemşire vardiyalı olarak çalışmaktadır. Klinik tek kişilik odalardan oluşmaktadır ve yatak sayısı 11'dir. Klinikte hastaların dermatolojik banyo tedavilerini yapabilmeleri için 1 adet küvet bulunmaktadır. Sedef hastalarının ve pemphigus hastalarının kliniğe yatışı daha sık yapılmaktadır.

3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, Uludağ Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Deri ve Zührevi Hastalıkları polikliniğine 14 Şubat-14 Temmuz 2022 arasında başvuran tüm sedef hastaları oluşturdu. Araştırmanın örneklemini; araştırmanın yürütüldüğü tarihlerde, Deri ve Zührevi Hastalıkları polikliniğine başvuran ve araştırmaya katılmayı kabul eden 200 sedef hastası oluşturdu. Araştırmanın örneklem büyüklüğü belirlenirken, faktör analizinin yapıldığı geçerlik ve güvevilirlik çalışmalarındaki öneriler dikkate alındı. Buna göre, güvenilirlik ve yapı geçerliliği için en az 50; iç tutarlılık için ise en az 100 bireyin çalışmaya dahil edilmesi gerekliliği dikkate alındı (Beaton ve ark., 2000; Terwee ve ark., 2007). Çalışmamızda 200 sedef hastası yer almıştır (n=200). Elde edilen örneklem büyüklüğü bu kriterleri karşılamaktadır. Pagliaerollo ve arkadaşları tarafından yürütülen çalışmada ölçek, 240 sedef hastasına uygulanmış, ancak ölçeği eksiksiz olarak dolduran 223 kişi çalışmaya dahil edilmiştir.

3.4. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri

- Uludağ Üniversitesi Hastanesi Deri ve Zührevi Hastalıklar Polikliniğine başvurmuş olmak,

- Araştırmaya katılmaya gönüllü olmak,
- Hekim tarafından sedef hastalığı tanısı almış olmak,
- 18 yaşın üstünde olmak.

3.5. Araştırmaya Dahil Edilmeme Kriterleri

- Türkçe anlama ve konuşma sorunu olan,
- İşitme ve görme engeli olan,
- Psikiyatrik hastalık tanısı olan hastalar.

3.6. Veri Toplama Araçları

Verilerin toplanmasında, "Sosyodemografik Veri Toplama Formu" ve Pagliarello ve ark. (2010) tarafından geliştirilen "Sedef Hastalığı Güçlendirme Ölçeği" (EK-2) kullanıldı.

3.6.1. Sosyodemografik Veri Toplama Formu

Yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, iş durumu, gelir düzeyi, yaşanılan yer, sigara kullanımı, alkol kullanımı, vücut ağırlığı, boy uzunluğu, BKİ, hastalık süresi ve polikliniğimizdeki takip süresini içeren 12 sorudan oluşmaktadır.

3.6.2. Sedef Hastalığı Güçlendirme Ölçeği

Pagliaerollo ve ark. (2010) tarafından geliştirilen ölçek 12 ifadeden oluşmaktadır. Ölçekte, sedef hastalarının bilgi, beceri ve deneyim olmak üzere 3 alt faktörden oluşmaktadır. Maddeler, (1) Kesinlikle katılıyorum, (2) Katılıyorum, (3) Kararsızım, (4) Katılmıyorum, (5) Kesinlikle katılmıyorum şeklinde 5'li likert tipte puanlanmaktadır. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 12, en yüksek puan 60'dır. Puanın yükselmesi, güçlendirme düzeyinin iyileşmesi anlamına gelmektedir. Pagliaerollo ve ark (2010) çalışmasında, ölçeğin Cronbach alfa katsayısı 0,7 bulunmuştur. Nazlı ve Oğuz'un (2018) çalışmasında, "Hasta Güçlendirme Ölçeği'nin" Cronbach alfa katsayısı 0,920 olarak hesaplanmıştır. "Hasta Güçlendirme Ölçeği'nin" Japonca Versiyonunun Güvenilirliği ve Geçerliliği için yapılan çalışmada 37

maddenin tamamı için Cronbach alfa değeri 0,93 olarak bulunmuştur (Tsubouchi ve ark., 2022).

3.7. Verilerin Toplanması

Araştırmaya katılmaya gönüllü olan sedef hastalarına araştırmanın amacı anlatılarak sözlü ve yazılı onamları alındı. Ölçek ve veri toplama formu araştırmacı tarafından sedef hastalarına teslim edildi ve sonra aynı araştırmacı tarafından teslim alındı. Gizliliğin korunması amacıyla sedef hastalarının adları alınmadı. Veri toplama formlarında yer alan toplam soru ve madde sayısı 24 idi. Veri toplama formunun her bir katılımcı için yanıtlama süresi ortalama 15 dakikaydı.

3.8. Ölçeğin Dil Geçerliliği ve Kültürlerarası Uyum

Ölçeğin, Türkçe'ye uyarlanması için Dr. Calogero Pagliarello'dan e-mail ile izin alındı (EK-3). Sedef hastalığı güçlendirme ölçeğinin İngilizce versiyonunun kültürlerarası adaptasyonu ve Türkçe'ye tercümesi Beaton ve ark. tarafından yayınlanan 5-evreli sürece göre hazırlanmıştır (Beaton, Bombardier, Guillemin, & Ferraz, 2000). Anadili Türkçe olan iki bağımsız tercüman, ölçeğin Türkçe çevirisini (ileri çeviri) gerçekleştirdi. Tercümanlardan biri ölçekte yer alan kavramların farkındaydı, diğer tercümanın ise çalışma konusuyla ilgili herhangi bir bilgisi yoktu. Tercümanlardan gelen çeviriler karşılaştırıldı ve ölçeğin son hali için fikir birliğine varıldı. Türkçe versiyonu oluşturulan ölçeğin İngilizceye geri çevirisi, bir önceki aşamadan bağımsız ve kör iki çevirmen tarafından yapıldı. Geri çeviri, orijinal ölçekteki ifadelerle karşılaştırıldı ve yüksek derecede benzerlik olduğu belirlenerek herhangi bir değişiklik yapılmadı.

3.9. Ölçeğin Kapsam Geçerliliği ve Güvenirliliği

Ölçeğin kapsam geçerliliği kapsamında uzman görüşüne sunulması için Türkçeye çevrilmiş hali, konu ile ilgili alanında uzman öğretim üyelerine gönderildi. Hemşirelik bölümünden 8 öğretim üyesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilimdalı'ndan 1 öğretim üyesi, 1 ingilizce dil uzmanı, 1 biyoistatistik uzmanından, uzman görüşü alındı. Uzmanlardan ölçek maddelerini içerik ve dil bakımından Davis tekniğine (1992) göre değerlendirmeleri istendi. Davis tekniğine göre uzman görüşleri; (1)

"Uygun", (2) "Madde hafifçe gözden geçirilmeli", (3) "Madde ciddi olarak gözden geçirilmeli" ve (4) "Madde uygun değil" şeklinde dörtlü olarak derecelendirilmektedir. Bu tekniğe göre uzmanların maddelere verdiği (1) ve (2) seçeneklerinin toplamı, toplam uzman sayısına bölünerek maddeye ilişkin "kapsam geçerlik indeksi (KGI)" elde edilmektedir. Kapsam geçerlik indeksi için 0.80 değeri ölçüt olarak kabul edilmektedir (Yurdugül, 2012).

3.10. Ölçeğin Ön Uygulaması

Ölçeğin kullanılacağı hedef kitleyi içeren 30 (10 kadın, 20 erkek) sedef hastası ile ölçeğin anlaşılabilirliğini test etmek için pilot çalışma yapıldı. Sedef hastalarına anlaşılmayan ifade olup olmadığı soruldu ve anlaşılmayan ifadeler için varsa önerileri istendi. Herhangi bir düzeltme önerisi gelmediğinden Türkçe versiyonu aynen korundu. Pilot uygulama verileri çalışmaya dahil edilmedi.

3.11. Verilerin Değerlendirilmesi

İstatistiksel analizler IBM SPSS ver.28.0 (IBM Corp. Released 2021. IBM SPSS Statistics for Windows, Version 28.0. Armonk, NY: IBM Corp.) kullanılarak gerçekleştirilirken, doğrulayıcı faktör analizi R Studio Ver. 1.4.1103 (RStudio Team (2020). RStudio: Integrated Development for R. RStudio, PBC, Boston, MA URL) programında Lavaan 0.6-8 paketi kullanılarak yapıldı (Rosseel, 2012).

Elde edilen verileri değerlendirirken tanımlayıcı istatistiksel yöntemler (sayı, yüzde, ortalama, standart sapma) kullanıldı. Normal dağılıma sahip verilerde niceliksel verilerin karşılaştırılmasında iki bağımsız grup arasındaki fark için bağımsız t testi, normal dağılıma sahip olmadığı durumda ise ikiden fazla bağımsız grup karşılaştırılmasında Kruskal Wallis uygulandı. Hastaların ölçek toplam puanı ile bazı sosyo-demografik ve sağlık değişkenleri arasındaki ilişki Spearman korelayon, Mann Whitney U ve Kruskal-Wallis H testleri ile incelendi. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p<0,05$ olarak kabul edildi.

Sedef hastalığı güçlendirme ölçeğinin AFA analizi ile faktör yapılarını incelemeden önce, Bartlett'in küresellik testi ve faktör analizi için Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) örneklem yeterliliği ölçümü yapıldı (Spicer, 2005). Daha sonra, temel bileşenler analizi (PCA) ve bir eğik döndürme yöntemlerinde Promax döndürme ile

AFA gerçekleştirildi. AFA kullanarak ölçeğin maddelerinin yapısını test ederken, maddeler hakkında karar vermek için kriter olarak dört kural kullanıldı: (i) 1'den büyük özdeğerler (Kaiser kriteri); (ii) <0,40'tan düşük faktör yükleri; (iii) bir faktör üzerindeki faktör yükleri; (iv) tek madde faktörleri (Straub, 1989; Hair, Black, Babin, & Anderson, 2010; Hair, Anderson, Tatham, & Black, 1998). Ölçeğin iç tutarlılık güvenirliği için Cronbach alfa katsayısı hesaplandı.

Ölçeğin yapı geçerliliğiyle ilgili olarak orijinal ölçekteki faktör yapısını doğrulamak için doğrulayıcı faktör analizi (DFA) ve gizli faktör yapısını belirlemek için açıklayıcı faktör analizi (AFA) gerçekleştirildi. DFA sonucunda model uyumunu değerlendirmek amacıyla sırayla verilen indeksler hesaplandı:

1. Ki-kare test istatistiği ve serbestlik derecesi ($\chi 2/sd$) oranı ($1 \leq \chi 2/sd \leq 5$ olması) (Hooper, Coughlan, & Mullen, 2008),

2. Standartlaştırılmış artık kareler ortalamasının kökü (Standardized root mean square residual-SRMR) (kabul edilebilir değer <0,08) (Hooper, Coughlan, & Mullen, 2008),

3. Hata kareler ortalamasının kökü yaklaşımı (Root mean square error of approximation-RMSEA) (kabul edilebilir değer <0,10) (Hooper, Coughlan, & Mullen, 2008; Hu, & Bentler, 1999)

4. Karşılaştırmalı uyum indeksi (Comparative Fit Index-CFI) (kabul edilebilir değer >0,90) (Hu, & Bentler, 1999)

5. Tucker-Lewis Indeksi (TLI) (kabul edilebilir değer >0,90) (Tabachnick, & Fidell, 2018) (Tablo-3.1).

Tablo 3.1. Doğrulayıcı Faktör Analizi için kullanılan uyum indeksleri

Uyum İndeksi	**Kriter**
$\chi 2/sd$	$1 \leq \chi 2/sd \leq 5$
SRMR	< 0.08
RMSEA	< 0.10
CFI	> 0.90
TLI	> 0.90

3.12. Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu araştırma, Bursa Uludağ Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Deri ve Zührevi Hastalıkları polikliniğinde 14 Şubat-14 Temmuz 2022 arasında yapıldı.

- Belirtilen tarihler arasında, polikliniğe başvuran hastalardan elde edilen verilere dayanan bulgular araştırmanın yapıldığı zaman dilimi ile sınırlıdır.
- Polikliniğe başvuran sedef hastalarının çoğu, hastalığın remisyon dönemindeydi.
- Araştırmaya alınma kriterlerini taşıyan hastalar araştırma kapsamına alındı.

4. BULGULAR

Sedef Hastalığı Güçlendirme Ölçeği'nin Türkçe'ye uyarlanması, geçerlik ve güvenirliğinin belirlenmesi amacıyla yapılan çalışmada elde edilen bulgular bu bölümde 4 başlık altında sunuldu.

4.1. Hastaların Sosyodemografik ve Sağlık Durumu Özelliklerine İlişkin Bulgular

Çalışmaya katılan hastaların sosyo-demografik ve sağlık durumu özelliklerine yönelik bulgular Tablo 4.1'de verildi. Çalışmaya dahil edilen hastaların yaş ortalaması 50,01±16,23 yıl, %43,5'i kadın ve % 35,5'i lise mezunuydu. Katılımcıların yaklaşık dörtte üçü evli olduğunu, hemen hemen yarısı çalıştığını, % 46'sı gelirinin giderinden az olduğunu ve yarısından fazlası büyükşehirde yaşadığını bildirdi. Çalışmaya katılan sedef hastalarının vücut ağırlığı ortalaması 77,88±14,98 kg, boy uzunluğu ortalaması 169,20±8,98 cm ve BKİ ortalaması ise 27,16±4,57 kg/m2 olarak saptandı. Çalışmaya katılan hastaların %50,5'i sigara, %17'si ise alkol kullandığı bildirdi. Katılımcıların yarısından fazlasının hastalık ve takip süresinin 4 yıldan fazla olduğunu saptandı.

Tablo 4.1. Çalışmaya katılanların sosyodemografik özellikleri

Özellikler		n (%)
Cinsiyet	Kadın	87 (%43,5)
	Erkek	113 (%56,5)
Medeni durum	Evli	151 (%75,5)
	Bekar	49 (%24,5)
Eğitim durumu	Okur yazar değil	6 (%3)
	Okur yazar	13 (%6,5)
	İlköğretim	58 (%29)
	Lise	71 (%35,5)
	Üniversite	45 (%22,5)
	Lisansüstü	7 (%3,5)
Çalışma durumu	Çalışıyor	99 (%49,5)
	Çalışmıyor	101 (%50,5)
Gelir düzeyi	Geliri giderinden fazla	28 (%14)
	Geliri giderine denk	80 (%40)
	Geliri giderinden az	92 (%46)
Yaşanılan yer	Köy	25 (%12,5)
	İlçe	35 (%17,5)
	Şehir	34 (%17)
	Büyükşehir	106 (%53)
Sigara kullanımı	Var	101 (%50,5)
	Yok	99 (%49,5)
Alkol kullanımı	Var	34 (%17)
	Yok	166 (%83)
Hastalık süresi	Yeni tanı	23 (%11,5)
	1-2 yıl	15 (%7,5)
	3-4 yıl	26 (%13)
	>4 yıl	136 (%68)
Takip süresi	Yeni tanı	32 (%16)
	1-2 yıl	28 (%14)
	3-4 yıl	22 (%11)
	>4 yıl	118 (%59)

4.2. Ölçeğin Geçerliliğine İlişkin Bulgular

4.2.1. Kapsam Geçerliliği

Davis tekniğine göre değerlendirilen kapsam geçerliliğinde, 9 uzmandan ölçeğin anlaşılırlık ve uygunluğu için alınan sonuçlara göre, KGI'nin maddelere göre 0,77-1,00 arasında değiştiği, ölçek genelinde ise 0,91 olarak yüksek derecede kabul edilebilir olduğu belirlendi. Ek olarak, ölçekte yer alan maddelerin görünüş geçerliği için sedef hastaları ile yapılan pilot çalışmada, ifadelerin anlaşılır olduğu bildirildi. Bu nedenle ölçek maddelerinde ek bir değişikliğe ihtiyaç duyulmadı.

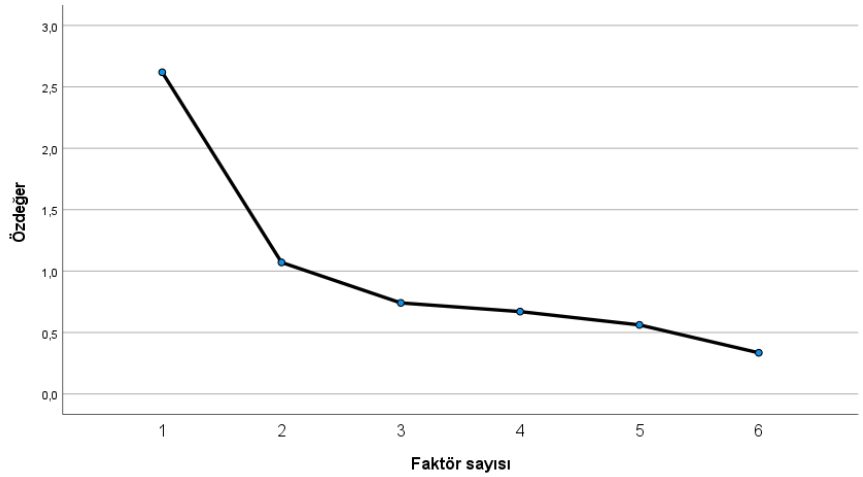
Sedef hastalığı güçlendirme ölçeği orijinalinde 12 madde ve 3 alt boyut bulunmaktadır. Çalışmada 200 katılımcıdan elde edilen verilerin orijinal ölçekteki faktör yapısı ile uyumunu değerlendirmek amacıyla DFA gerçekleştirildi. DFA sonucunda oluşturulan modelin uyumunu değerlendirmek amacıyla uyum indeksleri incelendiğinde $\chi 2/sd=4,47$ oranı gerekli koşulu sağlarken, diğer dört indeksin değerleri SRMR=0,113, RMSEA=0,132, CFI=0,677, TLI=0,582 olarak bulundu. Uyum indeksleri incelendiğinde; gerekli koşullar sağlanmamış olduğundan DFA sonuçsuz kaldı (Tablo 4.2). Sonuç olarak, yaklaşan ancak gerekli kritik değerlerin üzerinde olmayan dört indeks göz önüne alındığında, DFA kapsamındaki faktör yapısı mevcut bulgularla doğrulanamadı.

Katılımcıların yanıtları değerlendirilerek ölçeğin faktör yapısını belirlemek amacıyla 12 madde üzerinden AFA gerçekleştirildi. Örneklem yeterliliği Kaiser–Meyer–Olkin (KMO) ölçümü ile değerlendirilirken, kabul edilebilir sınır olan 0,5 değerinin üzerinde bulundu (KMO=0,720) (Tablo 4.2). AFA'nin varsayımlarından biri olan Bartlett küresellik testi ($\lambda^2=261,93$, sd=15, $p<0,001$) sonucunda maddeler arasındaki korelasyonların AFA için kabul edilebilir olduğu saptandı.

Tablo 4.2. KMO örneklem yeterliliği ölçümü ve Bartlett testi sonuçları

Kaiser-Meyer-Olkin örneklem yeterliliği ölçümü		0,720
Bartlett Küresellik Testi	χ^2	261,930
	Serbestlik derecesi	15
	P	<0,001

AFA sonucunda faktör sayısının belirlenmesinde Şekil 1.'de verilen yamaç grafiği ve özdeğerler incelendi. Şekil 1'de faktör sayısının belirlenmesinde kullanılan yamaç grafiğinin 2. faktörden itibaren azalan bir trend gösterdiği belirlendi. Özdeğerler incelendiğinde 3. faktörden 6. faktöre kadar özdeğerlerin birin altında olduğu görülmektedir. Yamaç şekli ve özdeğerler incelendiğinde faktör sayısı iki olarak belirlenmiştir.



Şekil 1. Yamaç grafiği

Temel bileşenler yöntemi ve eğik döndürme yöntemlerinden promax döndürme yöntemi ile toplam varyansın %61,50'nin 2 faktörlü (Faktör-1: %43,65, Faktör-2:17,85) ve 6 maddeden oluşan bir yapıda açıklanabildiğini gösterdi (Tablo 4.3).

Tablo 4.3. Özdeğerler ve faktörlere ait açıklanan varyans yüzdesi

	Özdeğer	Açıklanan Varyans Yüzdesi (%)	Kümülatif %
1	2,619	43,651	43,651
2	1,071	17,852	61,503
3	0,741	12,356	73,859
4	0,671	11,179	85,038
5	0,562	9,372	94,410
6	0,335	5,590	100,000

Sedef hastalığı güçlendirme ölçeğinin AFA sonuçları ve ölçekte yer alan maddelerin ilgili faktör yük değerleri Tablo 4.3'de görülmektedir. Maddeler analiz dışı bırakıldıktan sonra tekrar faktör analizi yapıldı. Bunun sonucunda;

- 6, 9 ve 11. maddeler faktör 1'de yük aldıkları için "sedefte tedavi yönetimi" olarak isimlendirildi.
- 2, 10 ve 12. maddeler faktör 2'de yük aldıkları için "sedefte öz yönetim" olarak isimlendirildi.

Tablo 4.4. Sedef Hastalığı Güçlendirme Ölçeğinin Açıklayıcı Faktör Analizi Sonuçları (n=200)

No.	Ölçek maddeleri	Faktör I	Faktör II
11.	Hangi tedavinin benim için en iyisi olduğunu söyleyebilirim.	0,784	
6.	Sedef hastalığına yönelik tedavilerimden neler bekleyebileceğimi biliyorum.	0,757	
9.	Sedef hastalığı çok iyi şekilde tedavi edilebilir ancak iyileşme mümkün değildir.	0,716	
2.	Tedaviye ilişkin en iyi kararları verirken hekimimle iletişime geçebiliyorum.		0,951
10.	Hekimlerin durumumu tam olarak anlayabilmesini sağlayabilirim.		0,825
12.	Sedef hastalığının benim için yarattığı tüm sorunları her zaman çözmeye çalışırım.		0,431
	Açıklanan kümülatif varyans	%43,65	%17,85
	KMO	0,720	
	Bartlett küresellik testi (p-değeri)	0,001	

Ölçeğin orijinali 12 maddeden oluşurken, faktör analizi sonucunda 6 madde çıkarıldı ve bu maddeler Tablo 4.5'de gösterildi.

Tablo 4.5. Sedef Hastalığı Güçlendirme Ölçeğinden çıkartılan maddeler

No.	Ölçek maddeleri
1.	Sigara ve alkol tüketimi sedef hastalığını ve lezyonların ortaya çıkmasını tetikler.
3.	Sedef hastalığının bana yarattığı zorlukların moralimi bozmasına izin vermem.
4.	Sedef hastalığı ile mutlu bir şekilde yaşayabiliyorum.
5.	Genetik olarak bu hastalığa yatkınım.
7.	Sedef hastalığının bazı türleri eklemlere zarar verebilir.
8.	Tutumlarımla sedef hastalığını etkileyemem.

4.3. Ölçeğin Güvenilirliğine İlişkin Bulgular

4.3.1. İç Tutarlılık

Sedef hastalığı güçlendirme ölçeğinin iç tutarlılık güvenirliği, Cronbach alfa katsayısı hesaplanarak değerlendirildi. Ölçeğin alt faktörleri ve tümü için madde silindiğinde ölçek ortalaması, madde silindiğinde ölçek varyansı, düzeltilmiş madde

bütün korelasyonu ve madde silindiğinde cronbach alfa değerleri Tablo 4.6, Tablo 4.7, Tablo 4.8'de gösterilmiştir.

Tablo 4.6. Sedef hastalığı güçlendirme ölçeğinin ilk faktörü (sedefte tedavi yönetimi) oluşturan maddelerin güvenilirliğe etkileri

No	Madde Silindiğinde Ölçek Ortalaması	Madde Silindiğinde Ölçek Varyansı	Düzeltilmiş Madde Bütün Korelasyonu	Madde Silindiğinde Cronbach Alfa
6	4,545	3,566	0,464	0,508
9	4,955	3,581	0,389	0,614
11	4,530	3,386	0,481	0,483

Tablo 4.6'de sedef hastalığı güçlendirme ölçeğinin birinci faktörünün Cronbach Alfa değeri 0,483- 0,614 arasında bulundu.

Tablo 4. 7. Sedef hastalığı güçlendirme ölçeğinin ikinci faktörü (sedefte öz yönetim) oluşturan maddelerin güvenilirliğe etkileri

No	Madde Silindiğinde Ölçek Ortalaması	Madde Silindiğinde Ölçek Varyansı	Düzeltilmiş Madde Bütün Korelasyonu	Madde Silindiğinde Cronbach Alfa
2	4,190	2,888	0,580	0,539
10	4,455	3,355	0,628	0,477
12	4,535	4,471	0,384	0,761

Tablo 4.7'de sedef hastalığı güçlendirme ölçeğinin ikinci faktörünün Cronbach Alfa değeri 0,477- 0,539 arasında bulundu.

Tablo 4.8. Sedef hastalığı güçlendirme ölçeğinin maddelerin tümünün güvenilirliğe etkileri

No	Madde Silindiğinde Ölçek Ortalaması	Madde Silindiğinde Ölçek Varyansı	Düzeltilmiş Madde Bütün Korelasyonu	Madde Silindiğinde Cronbach Alfa
6	11,135	14,620	0,449	,705
9	11,545	14,551	0,407	,717
11	11,120	14,136	0,486	,694
2	11,205	13,812	0,440	,710
10	11,470	13,607	0,603	,661
12	11,550	15,113	0,464	,702

Sedef hastalığı güçlendirme ölçeğinin maddelerin tümünün güvenilirliğe etkileri Tablo 4.8'de verildi. Ölçekteki maddelerin Cronbach Alfa değerleri 0,661-0,717 arasında bulundu.

Tablo 4.9. İki Faktörlü Ölçeğin Tanımlayıcı İstatistikleri ve Güvenirlik Katsayısı (n=200)

	Sedefte tedavi yönetimi	**Sedefte öz yönetim**	**Toplam**
Ölçekte yer alan madde sayısı	3	3	6
Ölçekten alınabilecek minimum –maksimim değerler	3-15	3-15	6-30
İç tutarlılık güvenirlik katsayısı Cronbach alfa	0,634	0,703	0,736
Ortalama	7,02	6,59	13,60
Standart sapma	2,58	2,45	19,57

Faktörlere ilişkin Cronbach alfa katsayıları, tanımlayıcı istatistikleri Tablo 4.9'da verildi. Ölçeğin alt faktörlerinin Cronbach alfa katsayıları sırasıyla 0,634 ve 0,703 olarak bulundu. Altı sorudan oluşan ölçeğin tümünün güvenirliği 0,736 olarak değerlendirildi.

4.4. Hastaların Sosyo-Demografik ve Sağlık Durumu Özellikleri ile Ölçek Maddelerinin Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

Sedef hastalarının altı maddelik "Sedef Hastalığı Güçlendirme Ölçeği"ne yönelik toplam puanları ile bazı sosyo-demografik ve sağlık değişkenleri arasındaki ilişki Tablo 4.10'da gösterilmiştir. Buna göre, yaş ile güçlendirme ölçeği puanı arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır (r= -0.185a; p=0.009). Ancak cinsiyet ve medeni durum açısından hastaların güçlendirme ölçeği puanlarının benzer olduğu ve istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmüştür (p>0.05). Güçlendirme ölçeği toplam puanının, hastaların eğitim durumuna göre farklılık gösterdiği ve eğitim düzeyi arttıkça puanın anlamlı düzeyde yükseldiği saptanmıştır (H= 21.676; p=0.001). Benzer şekilde, aktif olarak çalıştığını, geliri giderinden daha fazla olduğunu ve büyükşehirde yaşadığını bildiren sedef hastaların, güçlendirme puanları anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur (sırasıyla z= -1.983, p=0.047; H= 12.145; p=0.002; H= 19.527, p=0.001). Sedef hastalarının hastalık ve takip süresi arttıkça, güçlendirme ölçek puanlarının arttığı ve istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür (sırasıyla H= 21.391, p=0.001; H= 9.418, p=0.024).

Tablo 4.10. Hastaların Ölçek Toplam Puanı ile Sosyo-Demografik ve Sağlık Değişkenleri Arasındaki İlişki

Değişkenler		**Ortalama±SS**	**İstatistiksel anlamlılık**
Yaş			r= -0.185[a]; p=**0.009**
Cinsiyet	Kadın	22.50±4.43	z= -0.224[b]; p=0.823
	Erkek	22.30±4.44	
Medeni durum	Evli	22.39±4.20	z= -0.016[b]; p=0.988
	Bekar	22.40±5.08	
Eğitim durumu	Okur-yazar değil	18.33±2.25	H= 21.676[c]; p=**0.001**
	Okur-yazar	18.76±2.83	
	İlköğretim	23.06±3.77	
	Lise	23.19±4.00	
	Üniversite	21.68±5.36	
	Lisansüstü	23.42±5.74	
Çalışma durumu	Çalışıyor	22.80±4.69	z= -1.983[b]; p=**0.047**
	Çalışmıyor	21.94±4.11	
Gelir durumu	Gelir > Gider	23.71±5.96	H= 12.145[c]; p=**0.002**
	Gelir = Gider	23.01±4.08	
	Gelir < Gider	21.45±4.00	
Yaşanılan yer	Köy	19.44±2.14	H= 19.527[c]; p=**0.001**
	İlçe	22.85±3.96	
	Şehir	23.02±4.98	
	Büyükşehir	23.73±4.55	
Hastalık süresi	Yeni tanı	19.43±3.89	H= 21.391[c]; p=**0.001**
	1-2 yıl	20.50±5.18	
	3-4 yıl	22.69±3.68	
	> 4 yıl	23.43±4.50	
Takip süresi	Yeni tanı	20.53±4.39	H= 9.418[c]; p=**0.024**
	1-2 yıl	22.50±4.74	
	3-4 yıl	21.22±3.77	
	> 4 yıl	23.05±4.32	

SS: standart sapma; a: Spearman korelasyon; b: Mann Whitney U test; c: Kruskal-Wallis H Test

Tablo 4.11'de katılımcıların ölçek maddelerine verdikleri yanıtların dağılımı görülmektedir. Sedef hastalarının %41,5'inin madde 6: "Sedef hastalığına yönelik tedavilerimden neler bekleyebileceğimi biliyorum." ifadesine katıldığı, %43'ünün madde 9: "Sedef hastalığı çok iyi tedavi edilebilir ancak iyileşme mümkün değildir" ifadesine kesinlikle katıldığı, %34,5'inin madde 11: "Hangi tedavinin benim için en iyisi olduğunu söyleyebilirim." ifadesine katıldığı, %34'ünün madde 2: "Tedaviye ilişkin en iyi kararları verirken hekimimle iletişime geçebiliyorum." ifadesine katıldığı, %40'ının madde 10: "Hekimlerin durumumu tam olarak anlayabilmesini sağlayabilirim." ifadesine katıldığı, %41,5'inin madde 12: "Sedef hastalığının benim için yarattığı tüm sorunları her zaman çözmeye çalışırım." ifadesine katıldığı görüldü.

Tablo 4.11. Katılımcıların ölçek maddelerine verdikleri yanıtların dağılımı

Ölçek Maddeleri	Kesinlikle Katılıyorum		Katılıyorum		Kararsızım		Katılmıyorum		Kesinlikle Katılmıyorum	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
M6: Sedef hastalığına yönelik tedavilerimden neler bekleyebileceğimi biliyorum.	35	17,5	83	41,5	47	23,5	23	11,5	12	6,0
M9: Sedef hastalığı çok iyi tedavi edilebilir ancak iyileşme mümkün değildir.	86	43,0	50	25,0	41	20,5	12	6,0	11	5,5
M11: Hangi tedavinin benim için en iyisi olduğunu söyleyebilirim.	41	20,5	69	34,5	56	28,0	20	10,0	14	7,0
M2: Tedaviye ilişkin en iyi kararları verirken hekimimle iletişime geçebiliyorum.	59	29,5	68	34,0	18	9,0	44	22,0	11	5,5
M10: Hekimlerin durumumu tam olarak anlayabilmesini sağlayabilirim.	63	31,5	80	40,0	32	16,0	17	8,5	8	4,0
M12: Sedef hastalığının benim için yarattığı tüm sorunları her zaman çözmeye çalışırım.	63	31,5	83	41,5	40	20,0	8	4,0	6	3,0

Araştırmada kullanılan değişkenler arasındaki ilişki incelendiğinde; katılımcıların ortalamaları ile vücut ağırlığı (r=0,143, p=0,044), BKI değerleri (r=0,254, p<0,001), sedefte öz yönetim alt boyut puanları arasında (r=0,148, p=0,037) ve toplam ölçek puanları arasında (r=0,152, p=0,032) istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönlü oldukça zayıf düzeyde bir ilişki olduğu saptandı (Tablo 4.12).

Tablo 4.12. Araştırmada kullanılan değişkenler arasındaki ilişki

		Sedefte tedavi yönetimi	Sedefte öz yönetim	Toplam
Yaş	R	0,109	0,148	0,152
	p	0,126	**0,037**	**0,032**
BKI	R	-0,089	-0,150	-0,142
	p	0,211	**0,034**	**0,046**
Faktör I	R		0,431	0,842
	p		**<0,001**	**<0,001**
Faktör II	R			0,850
	p			**<0,001**

Pearson korelasyon katsayısı kullanılmıştır.

Katılımcıların sedefte öz yönetim puanları arasında (r=-0,191, p=0,007) ve toplam ölçek puanları arasında (r=-0,166, p=0,019) istatistiksel olarak anlamlı ve negatif yönlü bir ilişki olduğu belirlendi.

Katılımcıların BKI değerleri ile sedefte öz yönetim alt boyut puanları (r=-0,150, p=0,034) ve toplam ölçek puanları arasında (r=-0,142, p=0,046) istatistiksel olarak anlamlı negatif yönlü bir ilişki olduğu görüldü.

5. TARTIŞMA VE SONUÇ

Bu çalışmada, orijinal formu "The Psoriasis Empowerment Enquiry In The Routine Practice (PEER)" olan ve sedef hastalarında güçlendirmeyi değerlendiren ölçeğin Türkçe psikometrik özellikleri test edilmiştir. Araştırmaya dahil edilen 200 sedef hastası ile ölçeğin geçerlik aşamasında dil, kapsam ve yapı geçerliliği; güvenilirlik aşamasında ise iç tutarlık analizinden yararlanıldı.

5.1. Hastaların Sosyodemografik ve Sağlık Durumu Özelliklerinin Değerlendirilmesi

Çalışmada; katılımcıların yaş ortalamaları 50,1 yıl ve 87'si kadındır. Orijinal ölçeğin geliştirildiği çalışmada ise; katılımcıların yaş ortalaması 45 yıl ve 113'ü kadındır (Pagliarello ve ark., 2010). Araştırmanın yaş ve cinsiyet ile ilişkili katılımcı özelliklerinin, orijinal araştırma ile benzer olduğu görülmektedir. Bulur ve arkadaşlarının (2013) psöriasis vulgarisli hastalar üzerinde yaptığı çalışmada; hasta grubunun yaş ortalaması 37'dir ve %58,6'i kadın, %41,4'i erkektir; kontrol grubunda ise yaş ortalaması 34'tür ve %57,9'u bayan, %42,1'i erkektir. Gökdemir ve ark.'nın (2008) çalışmasında psöriasis vulgarisli hastaların yaş ortalaması 40'tır ve 103 hastadan 59'u kadındır.

Katılımcılardan %35.5'i lise mezunuydu, yaklaşık dörtte üçü evli olduğunu, hemen hemen yarısı çalıştığını, %46'sı gelirinin giderinden az olduğunu ve yarısından fazlası büyükşehirde yaşadığını bildirdi. Pagliarello ve ark. (2010) yaptığı çalışmada ise bu kriterlerden sadece eğitim durumuna bakılmış ve eğitim süresi 8 yıldan fazla olan 161 hasta olduğu görülmüştür. Kaya ve Işık'ın (2018) yaptığı "Hasta Güçlendirme Ölçeğinin Türkçe Geçerlilik ve Güvenilirliği" çalışmasında hastaların %71,5'i evli, %37,1'inin önlisans ve daha üst düzey bir eğitime sahip ve katılımcıların büyük çoğunluğunun (%57,1) aylık kazançları 2000 TL'nin üzerinde olduğu belirlenmiştir.

Çalışmaya katılan sedef hastalarının vücut ağırlığı ortalaması 77,88±14,98 kg, boy uzunluğu ortalaması 169,20±8,98 cm ve BKİ ortalaması ise 27,16±4,57 kg/m2 olarak saptandı. Özcan'ın (2012) "Diyabet Güçlendirme Ölçeği"nin Türkçe geçerlik

ve güvenirliliği çalışmasında hastaların beden kitle indeksi incelendiğinde ortalama beden kitle indekslerinin 30.17±5.6, %33.8‟inin preobez olduğu görülmüştür. Pagiarello ve ark. (2010) çalışmalarında bu kriteri değerlendirmemiştir.

Çalışmaya katılan hastaların %50,5'i sigara, %17'si ise alkol kullandığı bildirdi. Katılımcıların yarısından fazlasının hastalık ve takip süresinin 4 yıldan fazla olduğunu saptandı. Bulur ve ark. (2013) psöriasis vulgarisli hastalarla yaptığı çalışmada, hastalık süresi ortalama 10 yıl olarak saptanmıştır. Zaghloul ve Goodfield'ın (2004) çalışmasında, 201 psöriasis hastasından 126'sının sigara ve 38'inin de alkol kullandığı görülmüştür.

5.2. Kapsam ve Yapı Geçerliliğine İlişkin Bulguların Değerlendirilmesi

Yapı geçerliği için açıklayıcı faktör analizine (AFA) ve doğrulayıcı faktör analizine (DFA) bakıldı. Araştırma sonucunda ölçeğin 2 faktörlü yapıdan oluştuğu görüldü. DFA sonucunda model uyumunu değerlendirmek amacıyla ki-kare test istatistiği ve serbestlik derecesi, standartlaştırılmış artık kareler ortalamasının kökü, hata kareler ortalamasının kökü yaklaşımı, karşılaştırmalı uyum indeksi, Tucker-Lewis Indeksi (TLI) hesaplandı. Araştırmanın doğrulayıcı faktör analizi sonucunda $\chi 2/sd=4,47$ olarak bulundu. Ki-Kare uyum iyiliği/serbestlik derecesinin 3 ve altında olması uyumun mükemmel uyum olduğunu göstermektedir (Hooper ve ark., 2008; Simon ve ark., 2010). Diğer dört indeksin değerleri de SRMR=0,113, RMSEA= 0,132, CFI=0,677, TLI=0,582 olarak bulundu. Uyum indeksleri incelendiğinde; gerekli koşulların sağlanmamış olduğundan DFA sonuçsuz kaldı (Tablo 3.4). Sonuç olarak, CFI Kabul edilebilir ya da iyi uyum aralığında yer almadığı için DFA kapsamındaki faktör yapısı mevcut bulgularla doğrulanamadı. Pagliarello ve arkadaşlarının yaptığı (2010) çalışmada (orijinal ölçekte), DFA kullanılmamıştır. Kaya ve Işık'ın (2018) "Hasta Güçlendirme Ölçeğinin Türkçe Geçerlilik ve Güvenilirliği"ni yaptığı çalışmada, DFA'dan yararlanılmıştır. Çalışmadaki DFA sonuçlarına göre, CFI=0,90, RMSEA=0,043, TLI=0,89 olarak bulunmuştur ve model iyi uyum göstermiştir.

Sedef hastalığı güçlendirme ölçeğinin AFA analizi ile örneklem büyüklüğünün faktörleştirmeye uygunluğunu test etmek amacıyla Kaiser-Mayer-Olkin (KMO) ve

Barlett Küresellik Testi uygulandı (Spicer, 2005). Analiz sonucunda, KMO=0,720 olduğu bulundu ve kabul edilebilir sınır olan 0,5 değerinin üzerinde olduğu görüldü. Örneklem büyüklüğünün faktör analizini yapmak için "orta derecede yeterli" olduğu sonucuna ulaşıldı (Bayram, 2004). Bartlett Küresellik Testi sonuçlarına göre maddelerin faktör analizine uygun olduğu görüldü ($\lambda 2=261,93$, sd=15, $p<0,001$). Dorukoğlu'nun (2021) "Gebe Güçlendirme Ölçeği Türkçe Geçerlilik ve Güvenirlilik Çalışmasında" KMO değerinin 0,882 olduğu ve bulgu doğrultusunda, örneklem büyüklüğünün faktör analizi yapmak için "mükemmel derecede yeterli", Bartlett Küresellik Testi sonuçlarının $\chi 2(78)=1900,285$ ($p<0,001$) olduğu ve maddelerin faktör analizine uygun olduğu belirtilmiştir. Tsubouchi ve ark. (2022) Japonya'da yaptıkları çalışmada Faulkner tarafından geliştirilen "Hasta Güçlendirme Ölçeği"ni Japoncaya çevrirmiştir. KMO değerinin sonucu 0,83 ve Bartlett'in küresellik testi, istatistiksel olarak geçerli bir yapıyı gösteren %0,10 düzeyinde anlamlı olduğu belirtilmiştir.

Ölçeğin faktör yapısını incelemek için Temel Bileşenler Analizi (Principal Components Analysis) ve bir eğik döndürme yöntemlerinden Promax Döndürme ile AFA gerçekleştirildi. AFA analizi sonucu 4 kritere göre yorumlandı. Bunlar; 1'den büyük özdeğerler (Kaiser kriteri), < 0,40'tan düşük faktör yükleri, bir faktör üzerindeki faktör yükleri, tek madde faktörleridir (Straub, 1989; Hair, Black, Babin, & Anderson, 2010; Hair, Anderson, Tatham, & Black, 1998). Yapılan analiz sonucunda, faktör 1'in özdeğeri 2,619, faktör 2'nin özdeğeri 1,071 olarak bulundu. Promax döndürme yöntemi ile toplam varyansının %61,50, 2 faktörlü (Faktör-1: %43,65, Faktör-2:17,85) ve 6 maddeden oluşan bir yapıda olduğu görüldü. Madde 1, 3, 4, 5, 7, 8 başka faktörlerde de yük aldığı veya binişiklik gösterdiği için ölçekten çıkarıldı. Maddeler analiz dışı bırakıldıktan sonra tekrar faktör analizi yapıldı. Bunun sonucunda 6 maddeden ve iki faktörden oluşan bir ölçek deseni meydana geldi. Orijinal ölçekte AFA yapılmadığı için değerlerin karşılaştırması yapılamadı.

5.3. Ölçeğin Güvenilirliğine İlişkin Bulguların Değerlendirilmesi

Güvenirlik, bir ölçekte ölçülmek istenilen kriterin ne kadar doğru ölçüldüğünü gösterir (Karakoç ve Dönmez, 2014). Ölçeğin güvenilirlik analizinde iç tutarlılıktan yararlanıldı ve Cronbach Alfa güvenirlilik katsayısı ile değerlendirildi. Cronbach alfa

katsayısı, ölçekte bulunan bir maddenin varyansları toplamının genel varyansa oranlanması ile bulunur. Tüm maddeler için elde edilen α değeri o ölçeğin toplam güvenilirliğini göstermektedir (Çınar, & Aslan, 2018). Güvenirlilik için Cronbach Alpha değeri >0,70 olması önerilmektedir (Bayram, 2004). Çalışmamızda ölçeğin cronbach alfa değeri α=0,736 olarak bulundu ve güvenirliğin oldukça güvenilir olduğu görüldü. Ölçeğin alt boyutlarının (sedefte tedavi yönetimi ve sedefte öz yönetim) cronbach alfa değerleri sırasıyla 0,634 ve 0,703 olarak bulundu. "Sedef Hastalığı Güçlendirme Ölçeği"nin İtalyanca orjinalinin güvenirlik değerine bakıldığında (Pagliarello ve ark., 2010); deneyim faktörünün Cronbach's α değerinin 0,49, beceriler faktörünün Cronbach's α değerinin 0,64, bilgi faktörünün Cronbach's α değerinin 0,45, ölçeğin Cronbach's α değerinin ise 0,70 olduğu görülmektedir. Araştırmamız sonucu elde edilen Cronbach's α değerinin orijinal çalışmaya göre daha yüksek olduğu görüldü. Yazardan ölçeğin kullanım izni alındıktan sonra ölçeğin Türkçe formunun daha anlaşılır olması için "Sedef Hastalığı Güçlendirme Ölçeği" olarak değiştirilmesinin daha uygun olacağı fikrine varıldı.

5.4.Hastaların Ölçek Maddelerine Verdikleri Yanıtların Değerlendirilmesi

Öz bakım gücünü etkileyen birden fazla etken bulunmaktadır. Buna örnek olarak bireyin yaşı ve sağlık durumu verilebilir (Kara, 2001). Çalışmamızda toplam ölçek puanları ile sosyo-demografik ve sağlık değişkenleri arasındaki ilişkinin karşılaştırılma sonuçlarına göre, yaş ile güçlendirme ölçeği puanı arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki görüldü (Tablo 4.10). Pagliarello ve ark.'nın (2010) çalışmasında, 44 yaş üstü hastalarda güçlendirme düzeyi daha yüksek bulunmuştur. Duarte-Díaz ve ark.'nın (2022), Larsson ve ark.'nın (2021), Ağlamış'ın (2021), Yılmaz ve ark.'nın (2020) yaptığı çalışmalarda, yaş ile güçlendirme ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ve negatif yönlü bir ilişki olduğu saptanmıştır ($p<0,001$). Bu çalışmalardaki katılmcıların yaş ortalamalarının 55-65 arasında değiştiği görülmektedir. Bu çalışmalardaki ortalamalar, ileri yaştaki bireylerin sağlık okuryazarlık düzeylerinin düşük olması, bakımlarıyla ilgili karar verme süreçlerinde daha az aktif olmayı tercih etmeleri ve yaşam tarzlarını değiştirmek istememeleri sebebiyle bu sonucun ortaya çıkmış olabileceği düşünülmektedir. Bunların tam aksine, Chiauzzi ve ark.'nın (2016) yapmış olduğu çalışmada, daha yaşlı hastaların yüksek

güçlendirme seviyelerine sahip olduğu, Richards ve ark.'nın (1999) çalışmasında tedaviye uyum sağlamayan grubun daha genç olduğu görülmüştür. Gökdemir ve ark.'nın (2008) çalışmasında ise; yaş etkeninin sedef hastalarının tedaviye uyumunu etkilemediği görülmüştür.

Cinsiyet ve medeni durum açısından hastaların güçlendirme ölçeği puanlarının benzer olduğu ve istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmüştür (Tablo 4.10). Literatürde çalışma sonuçlarımızı destekleyen ve kadınların daha fazla güçlendirmeye ihtiyacı olduğunu bildirilen çalışmalar mevcuttur (Larsson ve ark., 2021; Pagliarello ve ark., 2010). Ancak bu sonuçların aksine, literatürde kadınların güçlendirme düzeyinin daha yüksek olduğunu (Ağlamış, 2021) veya cinsiyet ile güçlendirme arasında herhangi bir ilişiki bulunmadığını bildiren çalışmalar da mevcuttur (Duarte-Diaz ve ark., 2022; Gökdemir, Arı, & Köşlü, 2008; Small ve ark., 2013; Yılmaz ve ark., 2020).

Ağlamış (2021) çalışmasında çalışmamıza paralel olarak, medeni durum ile hasta güçlendirme ölçeğinin boyutları arasında anlamlı bir fark olmadığını tespit etmiştir. Çalışmamızın aksine Larsson ve ark. (2021) yalnız yaşayanların daha düşük güçlendirmeye sahip olduğunu bildirmiştir. Kaya'nın (2018) yaptığı çalışmada; hasta güçlendirme ölçeğinin alt boyutları olan "karar alma" ve "başkaları ile etkileşim" ile medeni durum arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilememiştir. Fakat ölçeğin diğer alt boyutları ile medeni durum arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farlılık olduğu görülmüştür.

Güçlendirme ölçeği toplam puanının, hastaların eğitim durumuna göre farklılık gösterdiği ve eğitim düzeyi arttıkça puanın anlamlı düzeyde yükseldiği belirlenmiştir (Tablo 4.10). Chiauzzi ve ark. (2016) ve Ağlamış (2021) çalışmalarında, eğitim düzeyi arttıkça güçlendirme düzeyinin arttığını; Gökdemir ve ark. (2008) eğitim seviyesi yüksek bireylerin hastalıkları konusunda daha bilinçli olduklarını ve sedef hastalığı hakkında daha fazla bilgi sahibi olduklarını; Kaya (2018) çalışmasında kişilerin öğrenim durumu ile hasta güçlendirme ölçeğinin tüm alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğunu, lisans mezunlarının, diğer gruplara kıyasla "karar

alma" boyutunu oluşturan ifadelere daha fazla katılım sağladığını tespit etmiştir. Çalışmamızın aksine, Pagliarello ve ark.'nın (2010), çalışmasında eğitim düzeyinin güçlendirme puanını etkilemediği, Özkan ve Durna'nın (2006) yaptığı çalışmada da, eğitim seviyesinin yüksek olmasının öz-bakım gücünü etkilemediği görülmüştür. Pagliarello ve ark. (2010) çalışmada, eğitim durumunu 8 yıldan az ve 8 yıldan fazla olarak değerlendirmişlerdir. Yaptığımız çalışmada ise eğitim düzeyi; okur yazar değil, okur yazar, ilköğretim, lise, üniversite ve lisansüstü olarak değerlendirilmiştir. Eğitim düzeyinin güçlendirme üzerindeki etkisinin, iki çalışmada farklı olmasının nedeni eğitim düzeyinin değerlendirilme şekliyle ilgili olduğu düşünülmektedir.

Aktif olarak çalıştığını, geliri giderinden daha fazla olduğunu ve büyükşehirde yaşadığını bildiren sedef hastalarının, güçlendirme puanları anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur (Tablo 4.10). Ölçeğin orijinal çalışmasında, katılımcıların çalışma durumu değerlendirilmemiştir (Pagliarello ve ark., 2010). Literatürdeki benzer çalışmalarda, çalışmamızın sonucunu destekleyen sonuçlar elde edilmiş, çalışma durumu ile güçlendirme arasında anlamlılık saptanmamıştır (Ağlamış, 2021; Duarte-Díaz ve ark; 2022; Gökdemir, Arı, & Köşlü, 2008). Ağlamış'ın (2021) çalışmasında hasta güçlendirme ortalaması ile gelir faktörü arasında anlamlı farklılık olduğu ve gelir durumu arttıkça güçlendirme puanının arttığı bildirilmiştir.

Sedef hastalarının hastalık ve takip süresi arttıkça, güçlendirme ölçek puanlarının arttığı ve istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür (Tablo 4.10). Pagliarello ve ark. (2010) yaptığı çalışmada, bir yıldan uzun süredir sedef tanısını almış olanların 1 yıldan daha kısa süredir tanı almış olanlara göre güçlendirme puanlarının daha yüksek olduğu görülmüştür.

Dermatolojinin en önemli hastalıklarından biri sedef hastalığıdır. Hastalık yönetiminin başarılı olabilmesi için hastaların tedaviye uyum göstermesi önemlidir (Richards, Fortune, O'Sullivan, Main, & Griffiths, 1999). Ancak, sedef hastalarında tedaviye uyumla ilgili sınırlı sayıda çalışma bulunmaktadır (Richards, Fortune, & Griffiths, 2006).

Yapılan araştırmalar, hasta güçlendirmenin sağlık verilerini olumlu yönde etkilediğini bildirmektedir (Bravo ve ark., 2015, Yeh, Wu, & Tung, 2018; Camerini, Schulz, & Nakamoto, 2012). Nafradi ve ark.'nın (2018) 302 hasta ile yaptıkları çalışmada, 10 hastanın 9'unda hasta güçlendirmenin yaşam kalitesi üzerinde etkili olduğu ve güçlendirme düzeyi yüksek olan bireylerin sağlık düzeylerinin daha iyi olduğu bildirilmiştir. Yılmaz ve ark. (2020) farklı kronik hastalıklara sahip toplam 545 hasta ile yaptıkları çalışmada, hasta güçlendirmeninin yaşam kalitesini arttırdığı saptanmıştır. Hastaların çevrimiçi destek gruplarına katılımının güçlendirmeye etkisini değerlendirmek için meme kanseri, fibromiyalji ve artritli 528 hasta ile yapılan çalışmada, hastaların çalışma sonunda güçlendirmede artış olduğunu hissettikleri görülmüştür (Van Uden-Kraan, Drossaert, Taal, Seydel, & Van de Laar, 2009).

"Sedef hastalığına yönelik tedavilerimden neler bekleyebileceğimi biliyorum." (madde 6) ifadesinde katılımcıların %41,5'inin katıldığı belirlendi (Tablo 4.11). Buna göre, katılımcıların sedefe yönelik tedavileri hakkında bilgi sahibi olduğunu söylenebilir. Literatürde bilgi ve yetkilendirmenin, güçlendirmenin temel bir unsuru olduğu bildirilmiştir. Hastaların tedavilerini ve prognozlarını anlamalarının, kontrol duygusunu sürdürmede ve bilinçli karar vermede gerekli olduğu vurgulanmıştır (Brazier, Cooke, & Moravan, 2008; Rees & Bath, 2001). Özcan'ın (2012) çalışmasında, katılımcılara ilaç ve insülin kullanmayı bilme konusundaki fikirleri sorulduğunda %90,6'sının ilaç kullanmayı bildiği, insülin kullananların %92,7'sinin insülin kullanmayı bildiği görülmüştür. Özcan'a göre; hastalar tedavi yönetimi konusunda oldukça yüksek oranda başarılı olduklarını düşünmektedirler. Fakat, buna rağmen diyabet eğitimi alma oranları diğer çalışmalara göre oldukça düşüktür. Bu durumun, hastaların bilgi eksikliklerinin farkında olmadıklarından kaynaklandığı düşünülmektedir.

"Sedef hastalığı çok iyi tedavi edilebilir ancak iyileşme mümkün değildir." (madde 9) ifadesinde katılımcıların %43'ünün kesinlikle katıldığı belirlendi (Tablo 4.10). Bu ifadenin doğru olduğunu kabul edenlerin oranının fazla olması bize, çalışmamızdaki sedef hastalarının hastalıkları hakkında bilgi sahibi olduklarını gösterdi. Sedef hastalığının bilinen bir tedavisi yoktur, ancak çoğu tedavinin

semptomları azalttığı ya da ilerlemesini engellediği bilinmektedir (Hoff mann, Hartmann, Enk, & Hadaschik, 2011). Buna rağmen, sedef hastalığı hastaların yaşam kalitesini olumsuz etkileyebilmektedir (De Korte, 2004; Sampogna, 2012).

"Hangi tedavinin benim için en iyisi olduğunu söyleyebilirim." (madde 11) ifadesine katılımcıların %34,5'inin katıldığı, %20,5'inin kesinlikle katıldığı, %28'inin kararsız kaldığı belirlendi (Tablo 4.10). Sedef hastalarının önemli sorunlarından biri de, reçete edilen tedaviye uyumsuzluktur (Richards, 1999; Zaghloul, & Goodfield, 2004). Bu nedenle, bireylerin sedef hastalığının patogenezi ve tedavisi ile ilgili bilgi sahibi olması, tedaviye uyumun desteklenmesinde önemlidir. Gökdemir ve ark.'nın (2008) yaptığı çalışmada, psöriasis hastalarının tedaviye uyum sağlayamama nedenlerinin başında; hastalığı ve tedavisi hakkında yetersiz bilgiye sahip olmaları, meşgul olmaları ve hastalıktan bıkmaları olduğu bildirilmiştir. Bireyin hastalığı ile ilgili bilgi sahibi olması, öz yönetimine katkıda bulunan etkenlerden biridir ve mutlaka dikkate alınmalıdır (Lanigan, & Layton, 1991). Jorgensen ve ark. (2018) takip sırasında kanser hastalarının güçlendirilmesi üzerinde yaptığı çalışmada; kronik hastalığa sahip bireylerin tedavi sürecine dahil edilmesinin ve bireyleri güçlendirmenin, hastalığın seyrini iyileştirdiğini ve hasta memnuniyetini artırdığını bildirmiştir. Psöriasis vulgarisli hastaların tedaviye uyumunu belirlemek için yapılan bir çalışmada, tedaviye uyumun genel oranı %75 bulunmuştur. Tedaviye uyumsuz olma nedenleri arasında; hastalığı ve tedavisi hakkında yetersiz bilgiye sahip olma (% 20), meşgul olma (% 25), bıkma (%21) ve diğer nedenlerin bulunduğu belirlenmiştir. Ayrıca, tedavi rejimlerinin farklı olmasının tedaviye uyumu etkilemediği görülmüştür (Gökdemir, Arı, & Köşlü, 2008). Bewley ve Page (2011) çalışmasında, psöriasis hastalarının topikal ilaçlara uyumunun düşük olduğunu, hastaların %39-73'ünün ilaçları reçete edildiği şekilde kullanmadığını ve bu durumun, hasta eğitimini iyileştirmekle alakalı olduğunu belirlemiştir. Literatür ile uyumlu olarak tedavi yönetimi konusunda sedef hastalarının bilgiye gereksiniminin olduğu söylenebilir. Bu çalışmaların aksine, Zaghloul ve Goodfield (2004) çalışmasında tedaviye uyumun %60,6 olduğunu ve tedaviye ilk kez başlayan ve tedaviye devam eden hastaların ortalama ilaç uyum değerlerini sırasıyla %90,1 ve %46,9 olarak bulmuştur. Oral, topikal ve kombine tedaviler için ortalama ilaç uyumunun, sırasıyla %46.1, %71.9 ve

%74.2 olduğu belirlenmiştir. Oral ve topikal tedaviler arasındaki farkın oldukça fazla olduğu sonucuna varılmıştır.

"Tedaviye ilişkin en iyi kararları verirken hekimimle iletişime geçebiliyorum." (madde 2) ifadesinde katılımcıların %34'ünün katıldığı, %29,5'inin kesinlikle katıldığı, %22'sinin katılmadığı belirlendi (Tablo 4.10). Bu durum, ülkemizdeki polikliniklerin çok kalabalık olmasından dolayı hekimlerin yeterli zaman ayıramaması ve randevu alma güçlüklerinden kaynaklanmış olabilir. Sedef hastalarının çoğu, tedavilerinin etkisizliği ve hastalığın yönetimi konusundan sorunlar yaşamaktadır (Krueger ve ark., 2001). Özellikle, topikal ilaçların kullanımı için gereken zaman ve oral ilaçların olumsuz etkiler oluşturma ihtimali, çoğu hastanın tıbbi tedavinin sınırlı olduğunu düşünmesine sebep olabilmektedir. Hastanın tedaviye uyumu, tedavinin işe yarayıp yaramadığı algısından etkilenebilmektedir (Zaghloul, & Goodfield, 2004). Hasta ile sağlık profesyoneli arasındaki ilişki ve sağlık profesyonelinin kişilerarası iletişim becerileri tedaviye uyumda çok mühimdir (Renzi ve ark., 2001).

"Doktorlarımın durumumu tam olarak anlayabilmesini sağlayabilirim." (madde 10) ifadesinde %40'ının katıldığı, %31,5'inin kesinlikle katıldığı, %16'sının kararsız kaldığı görüldü (Tablo 4.10). Özcan (2012) çalışmasında, diyabet hastalarının doktorlarına soru sorarken rahat hissetme durumlarını sorgulamış ve %58,1'inin iyi derecede rahat hissettiğini görmüştür. Sağlık profesyonellerinin paternalist tutumdan uzak bir şekilde hastaları motive edici konuşmalar yapmasının, hastanın öz yönetimini ve tatmin duygusunu artıracağı düşünülmektedir (Yılmaz, Kar, & Kaya, 2020). Zschocke ve ark. (2014) psöriasisli hastalarda tedaviye uyumsuzluğun nedenleri arasında hasta-hekim ilişkisi olduğunu saptamıştır. Sedef hastalığı üzerine yapılmış olan çeşitli araştırmalar, hastaların hekime duydukları güvenin, iyi iletişimle alakalı olduğunu göstermiştir (Feldman, 2010; Richards, Fortune, &Griffiths, 2006). Hekimler, hastalarının endişelerini dinleyerek, onların hastalıktan kaynaklı yüklerinin farkında olduklarını onlara hissettirerek ve fiziksel muayene ile hastaların cilt yapısını inceleyerek hastalar ile aralarındaki güveni arttırabilmektedir (Feldman ve ark., 2008). Feldman (2010)'da sedef hastaları ile yaptığı çalışmada, hasta hekim ilişkinin iyi olmasının tedaviye uyumu arttırdığını belirlemiştir. Linder ve ark. (2009)

sedef hastalarının hastalık algısını ve hekim-hasta ilişkisini inceledikleri çalışmada; hastaların yarısından fazlasının, hekimleri tarafından dinlenmeye ihtiyaç duydukları, hastaların hekimden basit bir dil kullanarak açıklama yapmasını istedikleri ve hastaların, hekimlerin kişilerarası iletişim becerilerini geliştirmelerinin iyi olacağını düşündükleri belirlenmiştir.

"Sedef hastalığının benim için yarattığı tüm sorunları her zaman çözmeye çalışırım." (madde 12) ifadesine katılımcıların %41,5'inin katıldığı, %31,5'inin kesinlikle katıldığı görüldü (Tablo 4.10). Bu durum, katılımcıların sedef kaynaklı sorunların günlük faaliyetlerini kısıtlamaması için sorun çözmeye eğilimli olduğunu gösterebilir. Yapılan çalışmalarda, bireyin hastalığına dair tutum, bilgi ve davranışlarının hastalığın seyrini ve şiddetini önemli derecede etkilediği tespit edilmiştir. Buna ek olarak, hastalığını iyi kavrayan bireylerin kontrol duygularını arttırarak kendilerini daha fazla motive ettikleri görülmüştür (Jankowiak ve ark., 2004; Lanigan, & Layton, 1991).

5.6. Sonuç

Sedef hastalığı güçlendirme Türkçe geçerlik ve güvenilirliğini test etmek amacıyla yapılan çalışma sonucunda;

- Ölçeğin 12 madde ve 3 boyut olan orijinal halinden farklı olarak, Türkçe versiyonunun 6 maddeli ve 2 boyuttan oluştuğu ve uygun psikometrik özellikler gösterdiği saptandı.
- Sedef hastalarında güçlendirme düzeyini etkileyen faktörlerin; yaş, BKİ, cinsiyet, eğitim durumu, gelir düzeyi, yaşanılan yer ve hastalık süresi olduğu saptandı.

5.7. Öneriler

Kronik hasta takibinde hastanın güçlendirilmesi oldukça önemlidir. Hastaya yeterli bilgi ve destek verilebilmesi için öncelikle gereksinimlerinin ve bilgi eksikliklerinin belirlenmesi gerekmektedir. Bu amaçla, sedef hastalarının güçlendirme düzeyinin değerlendirilmesinin ve etkileyen faktörlerin belirlenmesinin önemli olduğu düşünülmektedir. Ancak, yapılan literatür taramasında ülkemizde sedef hastalarının

güçlendirme düzeyini ölçmeye yönelik bir araca rastlanmamıştır. Bu nedenle, çalışmada elde edilen verilerin literatüre ve klinik uygulamaya katkıda bulunacağı düşünülmektedir.

Sedef hastalığı güçlendirme ölçeği geçerlik ve güvenirliğini test etmek amacıyla yapılan çalışmada elde edilen veriler doğrultusunda;

- Sedef hastalarının güçlendirilmesini arttırabilmek için sedef hastalarına yönelik eğitim programlarının düzenlenmesi,
- Sedef hastalarına verilecek olan eğitimin, hastaların gereksinimi ve bilgi eksikliği belirlendikten sonra hazırlanması,
- Ölçeğin farklı hastanelere başvuran sedef hastalarına da uygulanarak daha geniş örneklemlerde çalışılmasının,
- Ölçeği geliştiren yazardan tekrar izin alınarak, daha geniş örneklemli bir sedef hastası popülasyonunda DFA analizlerin gerçekleştirilmesi önerilmektedir.

6. KAYNAKLAR

Aderson, R. M., Funnell, M. M., Fitzgerald, J. T., & Marrero, D. G. (2000). The Diabetes Empowerment Scale: a measure of psychosocial self-efficacy. *Diabetes Care*, *23*(6), 739-743. Erişim adresi: https://doi.org/10.2337/diacare.23.6.739

Ağlamış M. (2021). Kronik Hastalarda Hasta Güçlendirme Ve Sağlık Okuryazarlık Düzeyleri Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi: Erzurum İl. (Tez No. 713509) [*Yüksek Lisans Tezi, Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü*] Erişim adresi: https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp

Akgün Dorukoğlu, S., & Demirel Bozkurt, Ö. (2021). Gebe Güçlendirme Ölçeği Türkçe Formunun Geçerlilik Ve Güvenirlilik Çalışması. (Tez no: 674076) [*Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü*] Erişim adresi: https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp

Akoglu, G. (2014). Psoriasis: Kirsal Bölge Dermatoloji Kliniginden Sosyodemografik ve Klinik Veriler/Psoriasis: Sociodemographic and Clinical Data from a Dermatology Clinic of a Rural Region. *Turk Dermatoloji Dergisi*, *8*(1), 23. doi: 10.4274/tdd.1648

Akyol, M., Alper, S., Atakan, N., Bülbül Başkan, E., Gürer, M. A., Koç, E., ... & Yaylı, S. (2016). Turkey Psoriasis Treatment Guide-2016. *TURKDERM-Turkish Archives of Dermatology and Venereology*, *50*(Supp: 1), 1-1.

Alpsoy, E., Ergun, T., & Şendur, N. (Ed). (2020). Tüm yönleriyle psoriasis. İstanbul: Galeros Yayınevi.

Alpsoy, E., Polat, M., FettahlıoGlu-Karaman, B., Karadag, A. S., Kartal-Durmazlar, P., YalCın, B., ... & Senol, Y. (2017). Internalized stigma in psoriasis: a multicenter study. *The Journal of dermatology*, *44*(8), 885-891. Erişim adresi: https://doi.org/10.1111/1346-8138.13841

Arakawa, M., Dainichi, T., Ishii, N., Hamada, T., Karashima, T., Nakama, T., ... & Hashimoto, T. (2011). Lesional Th17 cells and regulatory T cells in bullous pemphigoid. *Experimental Dermatology*, *20*(12), 1022-1024. Erişim adresi: https://doi.org/10.1111/j.1600-0625.2011.01378.x

Armstrong, A. W., Armstrong, E. J., Fuller, E. N., Sockolov, M. E., & Voyles, S. V. (2011). Smoking and pathogenesis of psoriasis: a review of oxidative, inflammatory and genetic mechanisms. *British Journal of Dermatology*, *165*(6), 1162-1168. Erişim adresi: https://doi.org/10.1111/j.1365-2133.2011.10526.x

Armstrong, A. W., Harskamp, C. T., & Armstrong, E. J. (2012). The association between psoriasis and obesity: a systematic review and meta-analysis of observational studies. *Nutrition & Diabetes*, *2*(12), e54-e54. doi: 10.1038/nutd.2012.26

Armstrong, A. W., Lin, S. W., Chambers, C. J., Sockolov, M. E., & Chin, D. L. (2011). Psoriasis and hypertension severity: results from a case-control study. *PLoS One*, *6*(3), e18227. Erişim adresi: https://doi.org/10.1371/journal.pone.0018227

Armstrong, E. J., Harskamp, C. T., & Armstrong, A. W. (2013). Psoriasis and major adverse cardiovascular events: a systematic review and meta-analysis of

observational studies. *Journal of the American Heart Association*, *2*(2), e000062. Erişim adresi: https://doi.org/10.1161/JAHA.113.000062

Ashcroft, D. M., Li Wan Po, A., Williams, H. C., & Griffiths, C. E. M. (1999). Clinical measures of disease severity and outcome in psoriasis: a critical appraisal of their quality. *British Journal of Dermatology*, *141*(2), 185-191. Erişim adresi: https://doi.org/10.1046/j.1365-2133.1999.02963.x

Aurangabadkar, S. (2013). Comorbidities in psoriasis. *Indian Journal of Dermatology, Venereology and Leprology*, *79*, 10.

Avci, O., Caliskan, S., & Caliskan, M. (2003). Erythema measurements may allow early diagnosis of diabetes mellitus in adult psoriatics. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*, *17*(3), 280-284. Erişim adresi: https://doi.org/10.1046/j.1468-3083.2003.00680.x

Azfar, R. S., & Gelfand, J. M. (2008). Psoriasis and metabolic disease: epidemiology and pathophysiology. *Current Opinion in Rheumatology*, *20*(4), 416. doi: 10.1097/BOR.0b013e3283031c99

Bae, Y. S. C., Van Voorhees, A. S., Hsu, S., Korman, N. J., Lebwohl, M. G., Young, M., ... & Foundation, N. P. (2012). Review of treatment options for psoriasis in pregnant or lactating women: from the Medical Board of the National Psoriasis Foundation. *Journal of the American Academy of Dermatology*, *67*(3), 459-477. Erişim adresi: https://doi.org/10.1016/j.jaad.2011.07.039

Bayram, N. (2004). Sosyal Bilimlerde SPSS ile Veri Analizi, Bursa: Ezgi Kitabevi.

Beaton, D. E., Bombardier, C., Guillemin, F., & Ferraz, M. B. (2000). Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. *Spine*, *25*(24), 3186-3191.

Benhadou, F., Mintoff, D., & Del Marmol, V. (2019). Psoriasis: keratinocytes or immune cells-which is the trigger?. *Dermatology*, *235*(2), 91-100. Erişim adresi: ttps://doi.org/10.1159/000495291

Berlin/Heidelberg, Springer, Lebe B, Demirkesen C, Heper AO, Erdem O, Tataroglu C, Yaman B. (2000). Common psoriasiform dermatitis. *In Dermatopatoloji Inflamatuar Dermatitler*. Otıp Kitabevi; (s.142-8).

Berth-Jones, J., Grotzinger, K., Rainville, C., Pham, B., Huang, J., Daly, S., ... & Hotchkiss, K. (2006). 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. *British Journal of Dermatology*, *155*(4), 707-713. Erişim adresi: https://doi.org/10.1111/j.1365-2133.2006.07389.x

Bhutani T, Lee CS, Koo JYM. Cyclosporine. In: Wolerton SE, ed. Comprehensive Dermatologic Drug Therapy. 3rd ed. Elsevier; 2013.p.199-211.

Boehncke, W. H., & Schön, M. P. (2015). Disease burden and epidemiology. *Lancet*, *386*, 983-994.

Boehncke, W. H., Boehncke, S., Tobin, A. M., & Kirby, B. (2011). The 'psoriatic march': a concept of how severe psoriasis may drive cardiovascular comorbidity. *Experimental Dermatology*, *20*(4), 303-307. Erişim adresi: https://doi.org/10.1111/j.1600-0625.2011.01261.x

Bombard, Y., Baker, G. R., Orlando, E., Fancott, C., Bhatia, P., Casalino, S., ... & Pomey, M. P. (2018). Engaging patients to improve quality of care: a systematic review. *Implementation Science*, *13*(1), 1-98.

Bonal Ruiz, R., Almenares Camps, H. B., & Marzán Delis, M. (2012). Coaching de salud: un nuevo enfoque en el empoderamiento del paciente con enfermedades crónicas no transmisibles. *Medisan*, *16*(5), 773-785. ISSN: 1029-3019.

Boswell, K., Cameron, H., West, J., Fleming, C., Ibbotson, S., Dawe, R., & Foerster, J. (2018). Narrowband ultraviolet B treatment for psoriasis is highly economical and causes significant savings in cost for topical treatments. *British Journal of Dermatology*, *179*(5), 1148-1156. Erişim adresi: https://doi.org/10.1111/bjd.16716

Bowcock, A. M. (2005). The genetics of psoriasis and autoimmunity. *Annu. Rev. Genomics Hum. Genet.*, *6*, 93-122. doi: 10.1146/annurev.genom.6.080604.162324

Boyd, A. S., & Menter, A. (1989). Erythrodermic psoriasis: precipitating factors, course, and prognosis in 50 patients. *Journal of the American Academy of Dermatology*, *21*(5), 985-991. Erişim adresi: https://doi.org/10.1016/S0190-9622(89)70287-5

Boyd, A. S., Morris, L. F., Phillips, C. M., & Menter, M. A. (1996). Psoriasis and pregnancy: hormone and immune system interaction. *International journal of Dermatology*, *35*(3), 169-172. Erişim adresi: https://doi.org/10.1111/j.1365-4362.1996.tb01632.x

Brajac, I., & Gruber, F. (2012). History of Psoriasis. In *Psoriasis-A Systemic Disease* (pp. 57-68). Intechopen. Erişim adresi: https://doi.org/10.5772/27640

Bravo, P., Edwars, A., Barr, P.J., Scholl, I., Elwyn, G. ve McAllister, M. (2015). Cochrane Health Care Quality Research Group, Conseptualising Patient Empowerment: A Mixed Methods Study, *BMC Health Services Research*, 15: 252. Doi: 10.1186/s12913-015-0907-z

Brazier, A., Cooke, K., & Moravan, V. (2008). Using mixed methods for evaluating an integrative approach to cancer care: a case study. *Integrative Cancer Therapies*, *7*(1), 5-17. Erişim adresi: https://doi.org/10.1177/1534735407313395

Brecher, A. R., & Orlow, S. J. (2003). Oral retinoid therapy for dermatologic conditions in children and adolescents. *Journal of the American Academy of Dermatology*, *49*(2), 171-182. Erişim adresi: https://doi.org/10.1067/S0190-9622(03)01564-0

Bremmer, S., Van Voorhees, A. S., Hsu, S., Korman, N. J., Lebwohl, M. G., Young, M., ... & Foundation, N. P. (2010). Obesity and psoriasis: from the Medical Board of the National Psoriasis Foundation. *Journal of the American Academy of Dermatology*, *63*(6), 1058-1069. Erişim adresi: https://doi.org/10.1016/j.jaad.2009.09.053

Brun, P. J., Yang, K. J. Z., Lee, S. A., Yuen, J. J., & Blaner, W. S. (2013). Retinoids: Potent regulators of metabolism. *Biofactors*, *39*(2), 151-163. Erişim adresi: https://doi.org/10.1002/biof.1056

Brune, A., Miller, D. W., Lin, P., Cotrim-Russi, D., & Paller, A. S. (2007). Tacrolimus ointment is effective for psoriasis on the face and intertriginous areas in pediatric patients. *Pediatric Dermatology*, *24*(1), 76-80. Erişim adresi: https://doi.org/10.1111/j.1525-1470.2007.00341.x

Bulsara, C., Styles, I., Ward, A. M., & Bulsara, M. (2006). The psychometrics of developing the patient empowerment scale. *Journal of Psychosocial Oncology*, *24*(2), 1-16. Erişim adresi: https://doi.org/10.1300/J077v24n02_01

Bulur, İ., Tokmak, T., Erdoğan, H., Senem, S. A. S., & Cevıkalp, O. (2013). Psoriasis Vulgaris Hastalarında Subklinik Ateroskleroz Gelişiminin Karotid Arter Ultrasonografi ile Değerlendirilmesi. *Osmangazi Tıp Dergisi*, *35*(3), 14-22.

Burg, G., & Geiges, M. (2014). Lepra vulgaris. History of psoriasis. *Journal of the Turkish Academy of Dermatology*, *8*(3), 1483r1. Erişim adresi: doi: 10.6003/jtad.1483r1

Caiazzo G, Fabbrocini G, Di Caprio R, Raimondo A, Scala E, Balato N, Balato A. (2018). Psoriasis, cardiovascular events, and biologics: lights and shadows. *Frontiers in immunology*, *9*, 1668. doi: 10.3389/fimmu.2018.01668

Camerini, L., Schulz, P. J., & Nakamoto, K. (2012). Differential effects of health knowledge and health empowerment over patients' self-management and health outcomes: a cross-sectional evaluation. *Patient Education and Counseling*, *89*(2), 337-344. Erişim adresi: https://doi.org/10.1016/j.pec.2012.08.005

Carrascosa, J. M., Rocamora, V., Fernandez-Torres, R. M., Jimenez-Puya, R., Moreno, J. C., Coll-Puigserver, N., & Fonseca, E. (2014). Obesity and psoriasis: inflammatory nature of obesity, relationship between psoriasis and obesity, and therapeutic implications. *Actas Dermo-Sifiliográficas (English Edition)*, *105*(1), 31-44. Erişim adresi: https://doi.org/10.1016/j.adengl.2012.08.024

Carrascosa, J. M., Vanacloch, F., Borrego, L., Fernández-López, E., Fuertes, A., Rodríguez-Fernández-Freire, L., ... & Herrera, E. (2009). Update of the topical treatment of psoriasis. *Actas Dermo-Sifiliográficas (English Edition)*, *100*(3), 190-200. Erişim adresi: https://doi.org/10.1016/S1578-2190(09)70044-7

Carter, J. D., Ladhani, A., Ricca, L. R., Valeriano, J., & Vasey, F. B. (2009). A safety assessment of tumor necrosis factor antagonists during pregnancy: a review of the Food and Drug Administration database. *The Journal of Rheumatology*, *36*(3), 635-641. Erişim adresi: https://doi.org/10.3899/jrheum.080545

Carter, J. D., Valeriano, J., & Vasey, F. B. (2006). Tumor necrosis factor-alpha inhibition and VATER association: a causal relationship. *The Journal of Rheumatology*, *33*(5), 1014-1017.

Cassano, N., Vestita, M., Apruzzi, D., & Vena, G. A. (2011). Alcohol, psoriasis, liver disease, and anti-psoriasis drugs. *International journal of dermatology*, *50*(11), 1323-1331. Erişim adresi: https://doi.org/10.1111/j.1365-4632.2011.05100.x

Cattell, R. B. (1978). Fixing the number of factors: The most practicable psychometric procedures. In *The scientific use of factor analysis in behavioral and life sciences* (pp. 72-91). Springer, Boston, MA.

Chalasani, N., Younossi, Z., Lavine, J. E., Diehl, A. M., Brunt, E. M., Cusi, K., ... & Sanyal, A. J. (2012). The diagnosis and management of non-alcoholic fatty liver disease: Practice Guideline by the American Association for the Study of Liver Diseases, American College of Gastroenterology, and the American Gastroenterological Association. *Hepatology*, *55*(6), 2005-2023. Erişim adresi: https://doi.org/10.1002/hep.25762

Chan, L. S., Vanderlugt, C. J., Hashimoto, T., Nishikawa, T., Zone, J. J., Black, M. M., ... & Gordon, K. B. (1998). Epitope spreading: lessons from autoimmune skin diseases. *Journal of Investigative Dermatology*, *110*(2), 103-109. Erişim adresi: https://doi.org/10.1046/j.1523-1747.1998.00107.x

Chiauzzi, E., DasMahapatra, P., Cochin, E., Bunce, M., Khoury, R., & Dave, P. (2016). Factors in patient empowerment: a survey of an online patient research network. *The Patient-Patient-Centered Outcomes Research*, *9*(6), 511-523. Doi: 10.1007/s40271-016-0171-2

Christophers, E. (2007). Comorbidities in psoriasis. *Clinics in dermatology*, *25*(6), 529-534. Erişim adresi: https://doi.org/10.1016/j.clindermatol.2007.08.006

Christophers, E., & Mrowietz, U (2009). Psoriasis: Braun-Falco's Dermatology. 3rd ed; 506-26.

Çınar, F., & Aslan, F. E. (2018). Ameliyathane hemşirelerinin merhamet düzeylerinin ölçülmesi: türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *Kocaeli Tıp Dergisi*, 2018; 7; 3: 222-229.

Dainichi, T., & Kabashima, K. (2018). Interaction of psoriasis and bullous diseases. *Frontiers in Medicine*, *5*, 222. Erişim adresi: https://doi.org/10.3389/fmed.2018.00222

De Korte, J., Mombers, F. M., Bos, J. D., & Sprangers, M. A. (2004, March). Quality of life in patients with psoriasis: a systematic literature review. In *Journal of Investigative Dermatology Symposium Proceedings* (Vol. 9, No. 2, pp. 140-147). Elsevier. Erişim adresi: https://doi.org/10.1046/j.1087-0024.2003.09110.x

Debbaneh, M., Millsop, J. W., Bhatia, B. K., Koo, J., & Liao, W. (2014). Diet and psoriasis, part I: Impact of weight loss interventions. *Journal of the American Academy of Dermatology*, *71*(1), 133-140. Erişim adresi: https://doi.org/10.1016/j.jaad.2014.02.012

Dessinioti, C., & Katsambas, A. (2013). Seborrheic dermatitis: etiology, risk factors, and treatments: facts and controversies. *Clinics in Dermatology*, *31*(4), 343-351. Erişim adresi: https://doi.org/10.1016/j.clindermatol.2013.01.001

Duarte, G. V., Oliveira, M. D. F. S., Cardoso, T. M., Follador, I., Silva, T. S., Cavalheiro, C. M., ... & Carvalho, E. M. (2013). Association between obesity measured by different parameters and severity of psoriasis. *International Journal of Dermatology*, *52*(2), 177-181. Erişim adresi: https://doi.org/10.1111/j.1365-4632.2011.05270.x

Duarte-Díaz, A., González-Pacheco, H., Rivero-Santana, A., Ramallo-Fariña, Y., Perestelo-Pérez, L., Peñate, W., ... & INDICA Team. (2022). Factors associated with patient empowerment in Spanish adults with type 2 diabetes: A cross-sectional analysis. *Health Expectations*. 2022; 25: 2762-2774. Erişim adresi: https://doi.org/10.1111/hex.13501

Dubertret, L., Mrowietz, U., Ranki, A., Van De Kerkhof, P. C. M., Chimenti, S., Lotti, T., ... & EUROPSO patient survey. (2006). European patient perspectives on the impact of psoriasis: the EUROPSO patient membership survey. *British Journal of Dermatology*, *155*(4), 729-736. Erişim adresi: https://doi.org/10.1111/j.1365-2133.2006.07405.x

Elder, D. E., Elenitsas, R., Murphy, G. F., Rosenbach, M., Rubin, A. I., & Xu, X. (2014). Lever's Histopathology of the skin. Eleventh Edition Wolters Kluwer. (s.199-209).

El-Mongy, S., Fathy, H., Abdelaziz, A., Omran, E., George, S., Neseem, N., & El-Nour, N. (2010). Subclinical atherosclerosis in patients with chronic psoriasis: a potential association. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*, *24*(6), 661-666. Erişim adresi: https://doi.org/10.1111/j.1468-

3083.2009.03481.x
Feldman, S. R., Fleischer Jr, A. B., Reboussin, D. M., Rapp, S. R., Exum, M. L., Clark, A. R., & Nurre, L. (1996). The self-administered psoriasis area and severity index is valid and reliable. *Journal of Investigative Dermatology*, *106*(1), 183-186. Erişim adresi: https://doi.org/10.1111/1523-1747.ep12329912
Feldman, SR (2010). Sedef hastalığına farklı yaklaşmak: hasta-hekim ilişkileri, hasta eğitimi ve doğru topikal aracı seçmek. *Journal of Drugs in Dermatology: JDD* , *9* (8), 908-911. PMID: 20684140
Feldman, SR, Horn, EJ, Balkrishnan, R., Basra, MK, Finlay, AY, McCoy, D., ... & Council, IP (2008). Sedef hastalığı: topikal tedaviye bağlılığın iyileştirilmesi. *Amerikan Dermatoloji Akademisi Dergisi* , *59* (6), 1009-1016. Erişim adresi: https://doi.org/10.1016/j.jaad.2008.08.028
Ferrándiz, C., Pujol, R. M., García-Patos, V., Bordas, X., & Smandía, J. A. (2002). Psoriasis of early and late onset: a clinical and epidemiologic study from Spain. *Journal of the American Academy of Dermatology*, *46*(6), 867-873. Erişim adresi: https://doi.org/10.1067/mjd.2002.120470
Ferreli, C., Pinna, A. L., Pilloni, L., Tomasini, C. F., & Rongioletti, F. (2017). Histopathological aspects of psoriasis and its uncommon variants. *Giornale Italiano di Dermatologia e Venereologia: Organo Ufficiale, Societa Italiana di Dermatologia e Sifilografia*, *153*(2), 173-184. Doi: 10.23736/s0392-0488.17.05839-4
Finlay, A. Y. (2005). Current severe psoriasis and the rule of tens. *British Journal of Dermatology*, *152*(5), 861-867. Erişim adresi: https://doi.org/10.1111/j.1365-2133.2005.06502.x
Foerster, J., & Dawe, R. (2020). Phototherapy achieves significant cost savings by the delay of drug-based treatment in psoriasis. *Photodermatology, Photoimmunology & Photomedicine*, *36*(2), 90-96. Erişim adresi: https://doi.org/10.1111/phpp.12511
Fortune, D. G., Richards, H. L., Main, C., O'Sullivan, T. M., & Griffiths, C. E. M. (1998). Developing clinical psychology services in an outpatient dermatology specialist clinic. In *Clinical Psychology Forum* (Vol. 115, pp. 34-36). British Psychological Society.
Friedman, B., Wamsley, B. R., Liebel, D. V., Saad, Z. B., & Eggert, G. M. (2009). Patient satisfaction, empowerment, and health and disability status effects of a disease management–health promotion nurse intervention among Medicare beneficiaries with disabilities. *The Gerontologist*, *49*(6), 778-792. doi: 10.1093/geront/gnp090
Fu, Y., Lee, C. H., & Chi, C. C. (2018). Association of psoriasis with inflammatory bowel disease: a systematic review and meta-analysis. *JAMA dermatology*, *154*(12), 1417-1423. doi: 10.1001/jamadermatol.2018.3631
Funnell, M. M., & Anderson, R. M. (2004). Empowerment and self-management of diabetes. *Clinical Diabetes*, *22*(3), 123-128.
Gelfand, J. M., Berlin, J., Van Voorhees, A., & Margolis, D. J. (2003). Lymphoma rates are low but increased in patients with psoriasis: results from a population-based cohort study in the United Kingdom. *Archives of Dermatology*, *139*(11), 1425-1429. doi: 10.1001/archderm.139.11.1425
Gelfand, J. M., Stern, R. S., Nijsten, T., Feldman, S. R., Thomas, J., Kist, J., ... & Margolis, D. J. (2005). The prevalence of psoriasis in African Americans:

results from a population-based study. *Journal of the American Academy of Dermatology*, *52*(1), 23-26. Erişim adresi: https://doi.org/10.1016/j.jaad.2004.07.045

Gerdes, S., Rostami-Yazdi, M., & Mrowietz, U. (2011). Adipokines and psoriasis. *Experimental Dermatology*, *20*(2), 81-87. doi: 10.1111/j.1600-0625.2010.01210.x

Gisondi, P., Fostini, A. C., Fossà, I., Girolomoni, G., & Targher, G. (2018). Psoriasis and the metabolic syndrome. *Clinics in Dermatology*, *36*(1), 21-28. Erişim adresi: https://doi.org/10.1016/j.clindermatol.2017.09.005

Gökdemir, G., Arı, S., & Köşlü, A. (2008). Psoriasis vulgaris hastalarında tedaviye uyum: Türkiye deneyimi. *Avrupa Dermatoloji ve Venereoloji Akademisi Dergisi, 22* (3), 330-335.

Gorsuch, R. L. (1983). Factor analysis. Hillsdale, New Jersey: L.

Gottlieb, A. B., Germino, R., Herrera, V., Meng, X., Merola, J. F. (2016). Exploration of the Product of the 5-Point reb JE, Goldminz AM, Elder JT, et al. Nat Rev Dis Primers: 16082.

Griffiths, C. E., & Barker, J. N. (2007). Pathogenesis and clinical features of psoriasis. *The Lancet*, *370*(9583), 263-271. Erişim adresi: https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)61128-3

Grillo, M., Gassner, L., Marshman, G., Dunn, S., & Hudson, P. (2006). Pediatric atopic eczema: the impact of an educational intervention. *Pediatric Dermatology*, *23*(5), 428-436. Erişim adresi: https://doi.org/10.1111/j.1525-1470.2006.00277.x

Grozdev, I. S., Van Voorhees, A. S., Gottlieb, A. B., Hsu, S., Lebwohl, M. G., Bebo Jr, B. F., ... & Foundation, N. P. (2011). Psoriasis in the elderly: from the Medical Board of the National Psoriasis Foundation. *Journal of the American Academy of Dermatology*, *65*(3), 537-545. Erişim adresi: https://doi.org/10.1016/j.jaad.2010.05.014

Gudjonsson, J. E., Elder, J. T. (2008). Psoriasis. In: Wolff K, Lowell AG, Stephen I, eds. Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine. 7th ed; 169-94.

Gudjonsson, J. E., Karason, A., Antonsdottir, A., Runarsdottir, E. H., Hauksson, V. B., Upmanyu, R., ... & Valdimarsson, H. (2003). Psoriasis patients who are homozygous for the HLA-Cw* 0602 allele have a 2· 5-fold increased risk of developing psoriasis compared with Cw6 heterozygotes. *British Journal of Dermatology*, *148*(2), 233-235. Erişim adresi: https://doi.org/10.1046/j.1365-2133.2003.05115.x

Gudjonsson, J. E., Karason, A., Runarsdottir, E. H., Antonsdottir, A. A., Hauksson, V. B., Jónsson, H. H., ... & Valdimarsson, H. (2006). Distinct clinical differences between HLA-Cw* 0602 positive and negative psoriasis patients–an analysis of 1019 HLA-C-and HLA-B-typed patients. *Journal of Investigative Dermatology*, *126*(4), 740-745. Erişim adresi: https://doi.org/10.1038/sj.jid.5700118

Gülekon, A. (2008). Psoriasis ve benzeri dermatozlar. Dermatoloji. 3rd ed. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri, 745-764.

Guttman-Yassky, E., Ungar, B., Noda, S., Suprun, M., Shroff, A., Dutt, R., ... & Lebwohl, M. G. (2016). Extensive alopecia areata is reversed by IL-12/IL-23p40 cytokine antagonism. *Journal of Allergy and Clinical Immunology*, *137*(1), 301-304. Erişim adresi:

https://doi.org/10.1016/j.jaci.2015.11.001
Hair Jr, J. F., Babin, B. J., & Anderson, R. E. (2010). A global p-erspect-ivie. *Kennesaw: Kennesaw State University*.
Hair, J. R., Anderson, R. E., Tatham, R. L., & Black, W. C. (1998). Multivariate Data Analysis. Upper Saddle River, NJ: Prentise-Hall.
Hammond, A., Bryan, J., & Hardy, A. (2008). Effects of a modular behavioural arthritis education programme: a pragmatic parallel-group randomized controlled trial. *Rheumatology*, *47*(11), 1712-1718. doi: 10.1093/rheumatology/ken380
Harper, J. I., Ahmed, I., Barclay, G., Lacour, M., Hoeger, P., Cork, M. J., ... & Berth-Jones, J. (2000). Cyclosporin for severe childhood atopic dermatitis: short course versus continuous therapy. *British Journal of Dermatology*, *142*(1), 52-58. Erişim adresi: https://doi.org/10.1046/j.1365-2133.2000.03241.x
Hercogová, J., Ricceri, F., Tripo, L., Lotti, T., & Prignano, F. (2010). Psoriasis and body mass index. *Dermatologic Therapy*, *23*(2), 152-154. Erişim adresi: https://doi.org/10.1111/j.1529-8019.2010.01309.x
Higgins, H. (2000). Alcohol, smoking and psoriasis. *Clinical and Experimental Dermatology*, *25*(2), 107-110. Erişim adresi: https://doi.org/10.1046/j.1365-2230.2000.00588.x
Hoffmann, J. H. O., Hartmann, M., Enk, A. H., & Hadaschik, E. N. (2011). Autoantibodies in psoriasis as predictors for loss of response and anti-infliximab antibody induction. *British Journal of Dermatology*, *165*(6), 1355-1358. Erişim adresi: https://doi.org/10.1111/j.1365-2133.2011.10555.x
Holubar, K. (2003). Psoriasis and parapsoriasis: since 200 and 100 years, respectively. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*, *17*(2), 126-127. Erişim adresi: https://doi.org/10.1046/j.1468-3083.2003.00622.x
Hooper, D., Coughlan, J., & Mullen, M. R. (2008). Structural equation modelling: Guidelines for determining model fit. *Electronic Journal of Business Research Methods*, *6*(1), 53-60.
Hrehorów, E., Salomon, J., Matusiak, L., Reich, A., & Szepietowski, J. C. (2012). Patients with psoriasis feel stigmatized. *Acta Dermato-Venereologica*, *92*(1), 67-72. doi: 10.2340/00015555-1193
Hsu, D. Y., Gordon, K., & Silverberg, J. I. (2016). Serious infections in hospitalized patients with psoriasis in the United States. *Journal of the American Academy of Dermatology*, *75*(2), 287-296. Erişim adresi: https://doi.org/10.1016/j.jaad.2016.04.005
Hu, L. T., & Bentler, P. M. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal*, *6*(1), 1-55. Erişim adresi: https://doi.org/10.1080/10705519909540118
Iizuka, H., Takahashi, H., & Ishida-Yamamoto, A. (2003). Pathophysiology of generalized pustular psoriasis. *Archives of Dermatological Research*, *295*(1), S55-S59. doi: 10.1007/s00403-002-0372-5
Ikumi, K., Odanaka, M., Shime, H., Imai, M., Osaga, S., Taguchi, O., ... & Yamazaki, S. (2019). Hyperglycemia is associated with psoriatic inflammation in both humans and mice. *Journal of Investigative Dermatology*, *139*(6), 1329-1338. Erişim adresi: https://doi.org/10.1016/j.jid.2019.01.029
Jankowiak, B., Krajewska-Kulak, E., Van Damme-Ostapowicz, K., & Wronska, I.

(2004). The need for health education among patients with psoriasis. *Dermatology Nursing*, *16*(5), 439.

Jorgensen, C. R., Thomsen, T. G., Ross, L., Dietz, S. M., Therkildsen, S., Groenvold, M., ... & Johnsen, A. T. (2018). What facilitates "patient empowerment" in cancer patients during follow-up: A qualitative systematic review of the literature. *Qualitative Health Research*, *28*(2), 292-304. Erişim adresi: https://doi.org/10.1177/1049732317721477

Kara, B. (2001). Öz-Bakım tanımı ve kavramsal yönü. *Sendrom Aktüel Aylık Tıp Dergisi*, *13*(7), 105-108.

Karadag, A. S., & Topaloglu Demir, F. (2014). Systemic retinoids. *Turkiye Klinikleri Journal Dermatol-Special Topics Identity*, *7*, 54-70.

Kaur, I., Dogra, S., De, D., & Kanwar, A. J. (2008). Systemic methotrexate treatment in childhood psoriasis: further experience in 24 children from India. *Pediatric Dermatology*, *25*(2), 184-188. Erişim adresi: https://doi.org/10.1111/j.1525-1470.2008.00629.x

Kaya N. (2018). Hasta Hakları Bilgi Düzeyi ile Hasta Güçlendirme Arasındaki İlişki. [*Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü*] Erişim adresi: https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tarama.jsp

Kaya, N. & Işık, O. (2018). Hasta güçlendirme ölçeğinin Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği. *İşletme Bilimi Dergisi*, *6*(1), 27-42. doi: 10.22139/jobs

Kerkhof PCM, Nestle FO. Psoriasis. (2012). In: Bolognia JL, Jorizzo JL, Schaffer JV. Dermatology. 3rd ed. (p.135-56)

Kim, C. R., & Lee, J. H. (2013). An observational study on the obesity and metabolic status of psoriasis patients. *Annals of Dermatology*, *25*(4), 440-444. Erişim adresi: https://doi.org/10.5021/ad.2013.25.4.440

Kim, H. N., Han, K., Song, S. W., & Lee, J. H. (2018). Hypertension and risk of psoriasis incidence: an 11-year nationwide population-based cohort study. *PLoS One*, *13*(8), e0202854. Erişim adresi: https://doi.org/10.1371/journal.pone.0202854

Kimball, A. B., Schenfeld, J., Accortt, N. A., Anthony, M. S., Rothman, K. J., & Pariser, D. (2014). Incidence rates of malignancies and hospitalized infectious events in patients with psoriasis with or without treatment and a general population in the USA: 2005–09. *British Journal of Dermatology*, *170*(2), 366-373. Erişim adresi: https://doi.org/10.1111/bjd.12744

Kimball, A. B., Szapary, P., Mrowietz, U., Reich, K., Langley, R. G., You, Y., ... & Mehta, N. N. (2012). Underdiagnosis and undertreatment of cardiovascular risk factors in patients with moderate to severe psoriasis. *Journal of the American Academy of Dermatology*, *67*(1), 76-85. Erişim adresi: https://doi.org/10.1016/j.jaad.2011.06.035

Kolios, A. G., Yawalkar, N., Anliker, M., Boehncke, W. H., Borradori, L., Conrad, C., ... & Navarini, A. A. (2016). Swiss S1 guidelines on the systemic treatment of psoriasis vulgaris. *Dermatology*, *232*(4), 385-406. Erişim adresi: https://doi.org/10.1159/000445681

Koo, J., Lee, C. S. (2008). Psychocutaneous Diseases. In: Bolognia JL, Jorizzo JL, Rapini RP. Dermatology. 2nd ed. Spain: Mosby, Elsevier; (p.111)

Krueger, G., Koo, J., Lebwohl, M., Menter, A., Stern, R. S., & Rolstad, T. (2001). The impact of psoriasis on quality of life: results of a 1998 National Psoriasis Foundation patient-membership survey. *Archives of Dermatology*, *137*(3), 280-

284. doi: 10-1001/pubs.Arch Dermatol
Krueger, J. G. (2002). The immunologic basis for the treatment of psoriasis with new biologic agents. *Journal of the American Academy of Dermatology*, *46*(1), 1-26. Erişim adresi: https://doi.org/10.1067/mjd.2002.120568
Kwon, H. H., Kwon, I. H., & Youn, J. I. (2012). Clinical study of psoriasis occurring over the age of 60 years: is elderly-onset psoriasis a distinct subtype?. *International Journal of Dermatology*, *51*(1), 53-58. Erişim adresi: https://doi.org/10.1111/j.1365-4632.2011.04979.x
Ladizinski, B., Lee, K. C., Wilmer, E., Alavi, A., Mistry, N., & Sibbald, R. G. (2013). A review of the clinical variants and the management of psoriasis. *Advances In Skin & Wound Care*, *26*(6), 271-284. doi: 10.1097/01.ASW.0000429778.10020.67
Lahousen, T., Kupfer, J., Gieler, U., Hofer, A., Linder, M. D., & Schut, C. (2016). Differences between psoriasis patients and skin-healthy controls concerning appraisal of touching, shame and disgust. *Acta Dermato-Venereologica*, *96*(217), 78-82. doi: 10.2340/00015555-2373
Lanigan, S. W., & Layton, A. (1991). Level of knowledge and information sources used by patients with psoriasis. *British Journal of Dermatology*, *125*(4), 340-342. Erişim adresi: https://doi.org/10.1111/j.1365-2133.1991.tb14168.x
Larsson, I., Bremander, A., & Andersson, M. (2021). Patient Empowerment and Associations with Disease Activity and Pain-Related and Lifestyle Factors in Patients With Rheumatoid Arthritis. *ACR Open Rheumatology*, *3*(12), 842-849. doi: 10.1002/acr2.11341
Lauber, C., & Rössler, W. (2004). Empowerment: Selbstbestimmung oder Hilfe zur Selbsthilfe. In Psychiatrische Rehabilitation (pp. 146-156). Springer, Berlin, Heidelberg.
Lenz, A. (2009). Empowerment–eine Perspektive für die psychosoziale Praxis. *PiD-Psychotherapie im Dialog, 10* (04), 341-346. doi: 10.1055/s-0029-1223390
Lin, T. L., Wu, C. Y., Chang, Y. T., Juan, C. K., Chen, C. C., Yu, S. H., & Chen, Y. J. (2019). Risk of skin cancer in psoriasis patients receiving long-term narrowband ultraviolet phototherapy: results from a Taiwanese population-based cohort study. *Photodermatology, Photoimmunology & Photomedicine*, *35*(3), 164-171. Erişim adresi: https://doi.org/10.1111/phpp.12443
Linder, D., Dall'Olio, E., Gisondi, P., Berardesca, E., De Gennaro, E., Pennella, AR, ... & Girolomoni, G. (2009). Sedef hastalarının yaşadığı hastalık algısı ve doktor-hasta ilişkisi: ankete dayalı bir çalışma. *American Journal of* Clinical Dermalogy , *10* , 325-330. DOI: 10.2165/11311190-000000000-00000
Lovell, D. J., Reiff, A., Ilowite, N. T., Wallace, C. A., Chon, Y., Lin, S. L., ... & Pediatric Rheumatology Collaborative Study Group. (2008). Safety and efficacy of up to eight years of continuous etanercept therapy in patients with juvenile rheumatoid arthritis. *Arthritis & Rheumatism*, *58*(5), 1496-1504. Erişim adresi: https://doi.org/10.1002/art.23427
Lynde, C. W., Poulin, Y., Vender, R., Bourcier, M., & Khalil, S. (2014). Interleukin 17A: toward a new understanding of psoriasis pathogenesis. *Journal of the American Academy of Dermatology*, *71*(1), 141-150. Erişim adresi: https://doi.org/10.1016/j.jaad.2013.12.036

Mahil, S. K., Capon, F., & Barker, J. N. (2015). Genetics of psoriasis. *Dermatologic clinics*, *33*(1), 1-11. Erişim adresi: https://doi.org/10.1016/j.det.2014.09.001

Mallbris, L., Larsson, P., Bergqvist, S., Vingård, E., Granath, F., & Ståhle, M. (2005). Psoriasis phenotype at disease onset: clinical characterization of 400 adult cases. *Journal of Investigative Dermatology*, *124*(3), 499-504. Erişim adresi: https://doi.org/10.1111/j.0022-202X.2004.23611.x

Mallon, E., Newson, R., & Bunker, C. B. (1999). HLA-Cw6 and the genetic predisposition to psoriasis: a meta-analysis of published serologic studies. *Journal of Investigative Dermatology*, *113*(4), 693-695.

Marsche, G., Saemann, M. D., Heinemann, A., & Holzer, M. (2013). Inflammation alters HDL composition and function: implications for HDL-raising therapies. *Pharmacology & Therapeutics*, *137*(3), 341-351. Erişim adresi: https://doi.org/10.1016/j.pharmthera.2012.12.001

Meeuwis, K. A. P., De Hullu, J. A., Van de Nieuwenhof, H. P., Evers, A. W. M., Massuger, L. F. A. G., Van de Kerkhof, P. C. M., & van Rossum, M. M. (2011). Quality of life and sexual health in patients with genital psoriasis. *British Journal of Dermatology*, *164*(6), 1247-1255. Erişim adresi: https://doi.org/10.1111/j.1365-2133.2011.10249.x

Meeuwis, K. A., Potts Bleakman, A., van de Kerkhof, P. C., Dutronc, Y., Henneges, C., Kornberg, L. J., & Menter, A. (2018). Prevalence of genital psoriasis in patients with psoriasis. *Journal of Dermatological Treatment*, *29*(8), 754-760. Erişim adresi: https://doi.org/10.1080/09546634.2018.1453125

Mehlis, S., & Gordon, K. B. (2013). Tumor necrosis factor (TNF) inhibitors. In: Wolerton SE. Comprehensive Dermatologic Drug Therapy. 3rd ed. Elsevier; p.307-18.

Menon, K., Van Voorhees, A. S., Bebo Jr, B. F., Gladman, D. D., Hsu, S., Kalb, R. E., ... & Foundation, N. P. (2010). Psoriasis in patients with HIV infection: from the medical board of the National Psoriasis Foundation. *Journal of the American Academy of Dermatology*, *62*(2), 291-299. Erişim adresi: https://doi.org/10.1016/j.jaad.2009.03.047

Menter, A., Korman, N. J., Elmets, C. A., Feldman, S. R., Gelfand, J. M., Gordon, K. B., ... & Bhushan, R. (2009). Guidelines of care for the management of psoriasis and psoriatic arthritis: section 3. Guidelines of care for the management and treatment of psoriasis with topical therapies. *Journal of the American Academy of Dermatology*, *60*, 643-59. doi: 10.1016/j.jaad.2009.03.027

Menter, A., Korman, N. J., Elmets, C. A., Feldman, S. R., Gelfand, J. M., Gordon, K. B., ... & Bhushan, R. (2010). Guidelines of care for the management of psoriasis and psoriatic arthritis: Section 5. Guidelines of care for the treatment of psoriasis with phototherapy and photochemotherapy. *Journal of the American Academy of Dermatology*, *62*(1), 114-135. Erişim adresi: https://doi.org/10.1016/j.jaad.2009.08.026

Menter, A., Strober, B. E., Kaplan, D. H., Kivelevitch, D., Prater, E. F., Stoff, B., ... & Elmets, C. A. (2019). Joint AAD-NPF guidelines of care for the management and treatment of psoriasis with biologics. *Journal of the American Academy of Dermatology*, *80*(4), 1029-1072. Erişim adresi: https://doi.org/10.1016/j.jaad.2018.11.057

Mercy, K., Kwasny, M., Cordoro, K. M., Menter, A., Tom, W. L., Korman, N., ... & Paller, A. S. (2013). Clinical manifestations of pediatric psoriasis: results of a

multicenter study in the United States. *Pediatric dermatology*, *30*(4), 424-428. Erişim adresi: https://doi.org/10.1111/pde.12072

Mistry, N., Gupta, A., Alavi, A., & Sibbald, R. G. (2015). A review of the diagnosis and management of erythroderma (generalized red skin). *Advances in Skin & Wound Care*, *28*(5), 228-236. doi: 10.1097/01.ASW.0000463573.40637.73

Morar, N., Willis-Owen, S. A., Maurer, T., & Bunker, C. B. (2010). HIV-associated psoriasis: pathogenesis, clinical features, and management. *The Lancet Infectious Diseases*, *10*(7), 470-478. Erişim adresi: https://doi.org/10.1016/S1473-3099(10)70101-8

Murase, J. E., Chan, K. K., Garite, T. J., Cooper, D. M., & Weinstein, G. D. (2005). Hormonal effect on psoriasis in pregnancy and post partum. *Archives of Dermatology*, *141*(5), 601-606. doi: 10.1001/archderm.141.5.601

Nafradi, L., Nkamoto, K., Csabai, M. ve Papp-Zipernovszky, O. (2018). An Empirical Test of the Health Empowerment Model: Does Patient Empowerment Moderate the Effect of Health Literacy on Health Status?. *Patient Education and Counseling*, *101*, 511-517. Erişim adresi: https://doi.org/10.1016/j.pec.2017.09.004

Naldi, L., & Gambini, D. (2007). The clinical spectrum of psoriasis. *Clinics in Dermatology*, *25*(6), 510-518. Erişim adresi: https://doi.org/10.1016/j.clindermatol.2007.08.003

Nast, A., Gisondi, P., Ormerod, A. D., Saiag, P., Smith, C. H., Spuls, P. I., ... & Kemény, L. (2015). European S3-guidelines on the systemic treatment of psoriasis vulgaris-update 2015-short version-EDF in cooperation with EADV and IPC. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*, *29*(12), 2277-2294. doi: 10.1111/jdv.13353

Nguyen, C. T., Bloch, Y., Składanowska, K., Savvides, S. N., & Adamopoulos, I. E. (2019). Pathophysiology and inhibition of IL-23 signaling in psoriatic arthritis: A molecular insight. *Clinical immunology*, *206*, 15-22. Erişim adresi: https://doi.org/10.1016/j.clim.2018.09.002

Ni, C., & Chiu, M. W. (2014). Psoriasis and comorbidities: links and risks. *Clinical, cosmetic and investigational dermatology*, *7*, 119. doi: 10.2147/CCID.S44843

Özcan, H. (2012). Diyabet güçlendirme ölçeğinin Türk toplumu için geçerlik güvenirliğinin incelenmesi (Yayım No. 329170) [*Yüksek lisans tezi, Süleyman Demirel Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü*] Erişim Adresi: https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp

Özdemir, M., & Koç, E. (2012). Psoriasis güncel yaklaşımlar. İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri.

Özkan, S., & Durna, Z. (2006). İnsüline Bağımlı Diyabetli Hastalarda Öz-Bakım Gücünün Belirlenmesi, *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, 22*(2): 121-135.

Özkesici-Kurt, B., Dönmez, L., Nazlm, B., Bozkurt, S., Akman-Karakaş, A., Yılmaz, E., & Alpsoy, E. (2018). Sedef hastalığının doğal seyrini tanımlama: 100 hastadan oluşan tek merkezli bir kohort çalışması. *Türk Dermatoloji Dergisi-Türk Dermatoloji Dergisi*, *12* (1), 12-33.

Pagliarello, C., Di Pietro, C., Paradisi, A., Abeni, D., & Tabolli, S. (2010). Measuring empowerment in patients with psoriasis: the Psoriasis Empowerment Enquiry in the Routine Practice (PEER) questionnaire. *European Journal of Dermatology*, *20*(2), 200-204.

Paller, A. S., Siegfried, E. C., Langley, R. G., Gottlieb, A. B., Pariser, D., Landells, I., ... & Jahreis, A. (2008). Etanercept treatment for children and adolescents with plaque psoriasis. *New England Journal of Medicine*, *358*(3), 241-251. doi: 10.1056/NEJMoa066886

Parisi, R., Iskandar, I. Y., Kontopantelis, E., Augustin, M., Griffiths, C. E., & Ashcroft, D. M. (2020). National, regional, and worldwide epidemiology of psoriasis: systematic analysis and modelling study. *BMJ*, *369*, 1590. Erişim adresi: https://doi.org/10.1136/bmj.m1590

Parslew, R., & Traulsen, J. (2005). Efficacy and local safety of a calcipotriol/betamethasone dipropionate ointment in elderly patients with psoriasis vulgaris. *European Journal of Dermatology*, *15*(1), 37-39.

Pham, C. T., & Koo, J. Y. (1993). Plasma levels of 8-methoxypsoralen after topical paint PUVA. *Journal of the American Academy of Dermatology*, *28*(3), 460-466. Erişim adresi: https://doi.org/10.1016/0190-9622(93)70068-5

Picardi, A., Mazzotti, E., Gaetano, P., Cattaruzza, M. S., Baliva, G., Melchi, C. F., ... & Pasquini, P. (2005). Stress, social support, emotional regulation, and exacerbation of diffuse plaque psoriasis. *Psychosomatics*, *46*(6), 556-564. Erişim adresi: https://doi.org/10.1176/appi.psy.46.6.556

Price, K. N., Frew, J. W., Hsiao, J. L., & Shi, V. Y. (2020). COVID-19 and immunomodulator/immunosuppressant use in dermatology. *Journal of the American Academy of Dermatology*, *82*(5), e173-e175. Erişim adresi: https://doi.org/10.1016/j.jaad.2020.03.046

Prodanowich, S., Ma, F., Taylor, J. R., Pezon, C., Fasihi, T., & Kirsner, R. S. (2005). Methotrexate reduces incidence of vascular diseases in veterans with psoriasis or rheumatoid arthritis. *Journal of the American Academy of Dermatology*, *52*(2), 262-267. Erişim adresi: https://doi.org/10.1016/j.jaad.2004.06.017

Quaranta, M., Eyerich, S., Knapp, B., Nasorri, F., Scarponi, C., Mattii, M., ... & Eyerich, K. (2014). Allergic contact dermatitis in psoriasis patients: typical, delayed, and non-interacting. *PLoS One*, *9*(7), e101814. Erişim adresi: https://doi.org/10.1371/journal.pone.0101814

Racz, E., & Prens, E. P. (2015). Phototherapy and photochemotherapy for psoriasis. *Dermatologic Clinics*, *33*(1), 79-89. Erişim adresi: https://doi.org/10.1016/j.det.2014.09.007

Radbill, S. X. (1975). Pediatric dermatology in antiquity: Part 1. *International Journal of Dermatology*, *14*(5), 363-368. Erişim adresi: https://doi.org/10.1111/j.1365-4362.1975.tb00127.x

Raharja, A., Mahil, S. K., & Barker, J. N. (2021). Psoriasis: A brief overview. *Clinical Medicine*, *21*(3), 170. doi: 10.7861/clinmed.2021-0257

Rapp, S. R., Feldman, S. R., Exum, M. L., Fleischer Jr, A. B., & Reboussin, D. M. (1999). Psoriasis causes as much disability as other major medical diseases. *Journal of the American Academy of Dermatology*, *41*(3), 401-407. Erişim adresi: https://doi.org/10.1016/S0190-9622(99)70112-X

Reddy, S. P., Lin, E. J., Shah, V. V., & Wu, J. J. (2016). Cyclosporine. In: Wu JJ, Feloman SR, Lebwohl MG, eds. Therapy for Severe Psoriasis. Elsevier; p.63-73.

Reddy, S. P., Martires, K., & Wu, J. J. (2017). The risk of melanoma and hematologic cancers in patients with psoriasis. *Journal of the American Academy of*

Dermatology, *76*(4), 639-647. Erişim adresi: https://doi.org/10.1016/j.jaad.2016.09.047

Renzi, C., Abeni, D., Picardi, A., Agostini, E., Melchi, C. F., Pasquini, P., ... & Braga, M. (2001). Factors associated with patient satisfaction with care among dermatological outpatients. *British Journal of Dermatology*, *145*(4), 617-623. Erişim adresi: https://doi.org/10.1046/j.1365-2133.2001.04445.x

Renzi, C., Picardi, A., Abeni, D., Agostini, E., Baliva, G., Pasquini, P., ... & Braga, M. (2002). Association of dissatisfaction with care and psychiatric morbidity with poor treatment compliance. *Archives of Dermatology*, *138*(3), 337-342. doi: 10.1001/archderm.138.3.337

Richards, H. L., Fortune, D. G., & Griffiths, C. E. M. (2006). Adherence to treatment in patients with psoriasis. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*, *20*(4), 370-379. Erişim adresi: https://doi.org/10.1111/j.1468-3083.2006.01565.x

Richards, H. L., Fortune, D. G., O'Sullivan, T. M., Main, C. J., & Griffiths, C. E. (1999). Patients with psoriasis and their compliance with medication. *Journal of the American Academy of Dermatology*, *41*(4), 581-583. Erişim adresi: https://doi.org/10.1016/S0190-9622(99)80057-7

Rocha-Pereira, P., Santos-Silva, A., Rebelo, I., Figueiredo, A., Quintanilha, A., & Teixeira, F. (2004). The inflammatory response in mild and in severe psoriasis. *British Journal of Dermatology*, *150*(5), 917-928. Erişim adresi: https://doi.org/10.1111/j.1365-2133.2004.05984.x

Romiti, R. (2017). Plaque-type psoriasis—chronic plaque, guttate, and erythrodermic phenotypes. In *Psoriasis* (pp. 45-54). CRC Press. ISBN: 9781315119298

Rosseel, Y. (2012). lavaan: An R package for structural equation modeling. *Journal of Statistical Software*, *48*, 1-36. doi: 10.18637/jss.v048.i02

Ručević, I., Perl, A., Barišić-Druško, V., & Adam-Perl, M. (2003). The role of the low energy diet in psoriasis vulgaris treatment. *Collegium Antropologicum*, *27*(1), 41-48.

Russo, P. A., Ilchef, R., & Cooper, A. J. (2004). Psychiatric morbidity in psoriasis: a review. *Australasian Journal of Dermatology*, *45*(3), 155-161. Erişim adresi: https://doi.org/10.1111/j.1440-0960.2004.00078.x

Sampogna, F., Tabolli, S., & Abeni, D. (2012). Living with psoriasis: prevalence of shame, anger, worry, and problems in daily activities and social life. *Acta Dermato-Venereologica*, *92*(3), p299-303.

Sánchez, F. (2007). Giornale Italiano di Dermatologia e Venereologia 2007 October; 142 (5): 489-501. *Giornale Italiano di Dermatologia*, *142*.

Sarac, G., Koca, T. T., & Baglan, T. (2016). A brief summary of clinical types of psoriasis. *Northern Clinics of Istanbul*, *3*(1), 79. doi: 10.14744/nci.2016.16023

Saunte, D. M., Mrowietz, U., Puig, L., & Zachariae, C. (2017). Candida infections in patients with psoriasis and psoriatic arthritis treated with interleukin-17 inhibitors and their practical management. *British Journal of Dermatology*, *177*(1), 47-62. Erişim adresi: https://doi.org/10.1111/bjd.15015

Saurat JH, Sorg O. (2018). Retinoids. In: Bolognia JL, Schaffer JV, Cerroni L. Dermatology. 4th ed. Elsevier; p.2200-13.

Sawyer, L. M., Malottki, K., Sabry-Grant, C., Yasmeen, N., Wright, E., Sohrt, A., ... & Warren, R. B. (2019). Assessing the relative efficacy of interleukin-17 and interleukin-23 targeted treatments for moderate-to-severe plaque psoriasis: a

systematic review and network meta-analysis of PASI response. *PLoS One*, *14*(8), e0220868. Erişim adresi: https://doi.org/10.1371/journal.pone.0220868

Schmitt, J., & Ford, D. E. (2010). Psoriasis is independently associated with psychiatric morbidity and adverse cardiovascular risk factors, but not with cardiovascular events in a population-based sample. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*, *24*(8), 885-892. Erişim adresi: https://doi.org/10.1111/j.1468-3083.2009.03537.x

Serdaroğlu, S., Parlak, A. H., Engin, B., Bahçetepe, N., Keskin, S., Antonova, M., ... & Tüzün, Y. (2012). The prevalence of psoriasis and vitiligo in a rural area in Turkey. *Journal of the Turkish Academy of Dermatology*, *6*(1), 1261a2. doi: 10.6003/jtad.1261a2

Shah, V. V., Lee, E. B., Reddy, S., Lin, E. J., & Wu, J. J. (2018). Comparison of guidelines for the use of TNF inhibitors for psoriasis in the United States, Canada, Europe and the United Kingdom: a critical appraisal and comprehensive review. *Journal of Dermatological Treatment*, *29*(6), 586-592. Erişim adresi: https://doi.org/10.1080/09546634.2018.1428723

Sharma, N., Koranne, R. V., & Singh, R. K. (2001). Psychiatric morbidity in psoriasis and vitiligo: a comparative study. *The Journal of Dermatology*, *28*(8), 419-423. Erişim adresi: https://doi.org/10.1111/j.1346-8138.2001.tb00003.x

Sharquie, K. E., Salman, H. A., & Yaseen, A. K. (2017). Psoriasis and vitiligo are close relatives. *Clinical, Cosmetic and Investigational Dermatology*, *10*, 341. doi: 10.2147/CCID.S142819

Shih, C. M., Chen, C. C., Chu, C. K., Wang, K. H., Huang, C. Y., & Lee, A. W. (2020). The roles of lipoprotein in psoriasis. *International Journal of Molecular Sciences*, *21*(3), 859. doi: 10.3390/ijms21030859

Simon, D., Kriston, L., Loh, A., Spies, C., Scheibler, F., Wills, C., Härter, M. (2010). Confirmatory Factor Analysis and Recommendations for Improvement of the Autonomy-Preference-Index (API). *Health Expectations*, *13*(3), 234-243. Erişim adresi: https://doi.org/10.1111/j.1369-7625.2009.00584.x

Singer, S., & Berneburg, M. (2018). Journal: JDDG: Journal der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft, 2018, № 9, p. 1120-1129. *JDDG: Journal der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft*, (9), 1120-1129.

Singh, R. K., Lee, K. M., Ucmak, D., Brodsky, M., Atanelov, Z., Farahnik, B., ... & Liao, W. (2016). Erythrodermic psoriasis: pathophysiology and current treatment perspectives. *Psoriasis (Auckland, NZ)*, *6*, 93.

Small, N., Bower, P., Chew-Graham, C.A., Whalley, D. ve Protheroe, j. (2013). Patient empowerment in long-term conditions: development and preliminary testing of a new measure. *BMC Health Services Research*, *13*, 263. Erişim adresi: http://www.biomedcentral.com/1472-6963/13/263

Smith, C. H., Jabbar-Lopez, Z. K., Yiu, Z. Z., Bale, T., Burden, A. D., Coates, L. C., ... & Brain, A. G. (2017). British Association of Dermatologists guidelines for biologic therapy for psoriasis 2017. *British Journal of Dermatology*, *177*(3), 628-636.

Staab, D., Diepgen, T. L., Fartasch, M., Kupfer, J., Lob-Corzilius, T., Ring, J., ... & Gieler, U. (2006). Age related, structured educational programmes for the management of atopic dermatitis in children and adolescents: multicentre,

randomised controlled trial. *BMJ*, *332*(7547), 933-938. Erişim adresi: doi: https://doi.org/10.1136/bmj.332.7547.933

Steele, J. A., Choi, C., & Kwong, P. C. (2005). Topical tacrolimus in the treatment of inverse psoriasis in children. *Journal of the American Academy of Dermatology*, *53*(4), 713-716. Erişim adresi: https://doi.org/10.1016/j.jaad.2005.05.036

Stern, R. S., & Nichols, K. T. (1996). Therapy with orally administered methoxsalen and ultraviolet A radiation during childhood increases the risk of basal cell carcinoma. *The Journal of Pediatrics*, *129*(6), 915-917. Erişim adresi: https://doi.org/10.1016/S0022-3476(96)70039-2

Stern, R. S., Nijsten, T., Feldman, S. R., Margolis, D. J., & Rolstad, T. (2004, March). Psoriasis is common, carries a substantial burden even when not extensive, and is associated with widespread treatment dissatisfaction. *Journal of Investigative Dermatology Symposium Proceedings*, 9(2), 136-139. Erişim adresi: https://doi.org/10.1046/j.1087-0024.2003.09102.x

Sticherling, M. (2017). Psoriasis capitis and seborrhoic eczema of scalp diseases. *Der Hautarzt; Zeitschrift fur Dermatologie, Venerologie, und Verwandte Gebiete*, *68*(6), 457-465. doi: 10.1007/s00105-017-3986-4

Straub, D. (1989). Validating research instruments. *Management Information Systems Quarterly*, *13*(2), 147-169. Erişim adresi: https://doi.org/10.2307/248922

Syed, Z. U., & Khachemoune, A. (2011). Inverse psoriasis. *American Journal of Clinical Dermatology*, *12*(2), 143-146. Erişim adresi: https://doi.org/10.2165/11532060-000000000-00000

Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (2018). Using Multivariate Statistics, 7th Edn London.

Tang, Y., Bian, Z., Zhao, L., Liu, Y., Liang, S., Wang, Q., ... & Ma, X. (2011). Interleukin-17 exacerbates hepatic steatosis and inflammation in non-alcoholic fatty liver disease. *Clinical & Experimental Immunology*, *166*(2), 281-290. Erişim adresi: https://doi.org/10.1111/j.1365-2249.2011.04471.x

Tauscher, A. E., Fleischer Jr, A. B., Phelps, K. C., & Feldman, S. R. (2002). Psoriasis and pregnancy. *Journal of Cutaneous Medicine and Surgery*, *6*(6), 561-570. Erişim adresi: https://doi.org/10.1177/120347540200600608

Terwee, C. B., Bot, S. D., de Boer, M. R., van der Windt, D. A., Knol, D. L., Dekker, J., ... & de Vet, H. C. (2007). Quality criteria were proposed for measurement properties of health status questionnaires. *Journal of Clinical Epidemiology*, *60*(1), 34-42. Erişim adresi: https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2006.03.012

Torres, T., & Puig, L. (2020). Managing cutaneous immune-mediated diseases during the COVID-19 pandemic. *American Journal of Clinical Dermatology*, *21*(3), 307-311. Erişim adresi: https://doi.org/10.1007/s40257-020-00514-2

Triyangkulsri, K., & Suchonwanit, P. (2018). Role of janus kinase inhibitors in the treatment of alopecia areata. *Drug Design, Development and Therapy*, *12*, 2323. doi: 10.2147/DDDT.S172638

Tsai, T. F., Wang, T. S., Hung, S. T., Phiona, I., Tsai, C., Schenkel, B., ... & Tang, C. H. (2011). Epidemiology and comorbidities of psoriasis patients in a national database in Taiwan. *Journal of Dermatological Science*, *63*(1), 40-46. Erişim adresi: https://doi.org/10.1016/j.jdermsci.2011.03.002

Tsubouchi, Y., Tainosho, A., Shimomura, K., Yorozuya, K., Kou, M., Tsubouchi, R.,

... & Naito, Y. (2022, June). Reliability and Validation of the Japanese Version of the Patient Empowerment Scale. *Healthcare*, *10*(6), 1151). Erişim adresi: https://doi.org/10.3390/healthcare10061151

Uzunçakmak, T. K., & Akdeniz, N. (2014). Biyolojik Tedavi Ajanları: Etanersept, İnfliksimab, Adalimumab. *Turkiye Klinikleri J Dermatol-Special Topics*, *7*, 90-101.

Vadstrup, E. S., Frolich, A., Perrild, H., Borg, E., & Røder, M. (2009). Lifestyle intervention for type 2 diabetes patients–trial protocol of The Copenhagen Type 2 Diabetes Rehabilitation Project. *BMC Public Health*, *9*(1), 1-8. Erişim adresi: https://doi.org/10.1186/1471-2458-9-166

Van de Kerkhof, P. C., & Nestlé, F. O. (2018). Papulosquamous and eczematous dermatosis: psoriasis. *Dermatology*, *8*.

Van Uden-Kraan, CF, Drossaert, CH, Taal, E., Seydel, ER, & Van de Laar, MA (2009). Çevrimiçi hasta destek gruplarına katılım, hastaların güçlendirilmesini destekler. *Hasta eğitimi ve danışmanlığı*, *74* (1), 61-69. Erişim adresi: https://doi.org/10.1016/j.pec.2008.07.044

Viklund, G., Örtqvist, E., & Wikblad, K. (2007). Assessment of an empowerment education programme. A randomized study in teenagers with diabetes. *Diabetic Medicine*, *24*(5), 550-556. Erişim adresi: https://doi.org/10.1111/j.1464-5491.2007.02114.x

Vossebrecher, D., & Jeschke, K. (2007). Empowerment zwischen Vision für die Praxis und theoretischer Diffusion. *Forum Kritische Psychologie, 51,* 53-66.

Wakefield, D., Bayly, J., Selman, L. E., Firth, A. M., Higginson, I. J., & Murtagh, F. E. (2018). Patient empowerment, what does it mean for adults in the advanced stages of a life-limiting illness: A systematic review using critical interpretive synthesis. *Palliative Medicine*, *32*(8), 1288-1304. Erişim adresi: https://doi.org/10.1177/0269216318783919

Wakkee, M., Thio, H. B., Prens, E. P., Sijbrands, E. J. G., & Neumann, H. A. M. (2007). Unfavorable cardiovascular risk profiles in untreated and treated psoriasis patients. *Atherosclerosis*, *190*(1), 1-9. Erişim adresi: https://doi.org/10.1016/j.atherosclerosis.2006.07.011

Wan, M. T., Shin, D. B., Hubbard, R. A., Noe, M. H., Mehta, N. N., & Gelfand, J. M. (2018). Psoriasis and the risk of diabetes: a prospective population-based cohort study. *Journal of the American Academy of Dermatology*, *78*(2), 315-322. Erişim adresi: https://doi.org/10.1016/j.jaad.2017.10.050

Weaterhead S, Robson SC, & Reynolds NJ. (2007). Management of psoriasis in pregnancy. *BMJ*, *334*, 1218-1220. Erişim adresi: https://doi.org/10.1136/bmj.39202.518484.80

Weisman, S., Pollack, C. R., & Gottschalk, R. W. (2003). Psoriasis disease severity measures: comparing efficacy of treatments for severe psoriasis. *Journal of Dermatological Treatment*, *14*(3), 158-165. Erişim adresi: https://doi.org/10.1080/09546630310013360

Winterberg, W., & Needham, I. (2010). Empowerment und Forensik – Wunschtraum oder Wirklichkeit? Sicherheitsanforderungen vs. Eigenverantwortung. *Psychiatrische Pflege, 16,* 184-188.

Wolk, K., & Sabat, R. (2016). Adipokines in psoriasis: an important link between skin inflammation and metabolic alterations. *Reviews in Endocrine and Metabolic Disorders*, *17*(3), 305-317. Erişim adresi: https://doi.org/10.1007/s11154-016-

9381-0
Wolters, M. (2005). Diet and psoriasis: experimental data and clinical evidence. *British Journal of Dermatology*, *153*(4), 706-714. Erişim adresi: https://doi.org/10.1111/j.1365-2133.2005.06781.x
World Health Organization. (2016). Global report on psoriasis. In *Global report on psoriasis*.
World Health Organization. Regional Office for Europe.Health 2020 policy framework and strategy document [Inter-net]. Geneva: WHO; 2012 [cited 28 May 2017]. ISBN: 9789289054201
Wu, J. J., Feldman, S. R., Koo, J., & Marangell, L. B. (2018). Epidemiology of mental health comorbidity in psoriasis. *Journal of Dermatological Treatment*, *29*(5), 487-495. Erişim adresi: https://doi.org/10.1080/09546634.2017.1395800
Yang, E. J., Beck, K. M., Sanchez, I. M., Koo, J., & Liao, W. (2018). The impact of genital psoriasis on quality of life: a systematic review. *Psoriasis: Targets and Therapy*, *8*, 41. doi: 10.2147/PTT.S169389
Yeh, M. Y., Wu, S. C., & Tung, T. H. (2018). The relation between patient education, patient empowerment and patient satisfaction: A cross-sectional-comparison study. *Applied Nursing Research*, *39*, 11-17. Erişim adresi: https://doi.org/10.1016/j.apnr.2017.10.008
Yen, H., & Chi, C. C. (2019). Association between psoriasis and vitiligo: a systematic review and meta-analysis. *American Journal of Clinical Dermatology*, *20*(1), 31-40. Erişim adresi: https://doi.org/10.1007/s40257-018-0394-1
Yılmaz, A., Kar, A., & Kaya, M. (2020). Hasta Güçlendirme ve Yaşam Kalitesi İlişkisi. *İşletme Bilimi Dergisi, 8*(1), 97-114. Erişim adresi: https://doi.org/10.22139/jobs.682555
Young, M. (2005). The psychological and social burdens of psoriasis. *Dermatology Nursing*, *17*(1), 15-21.
Yune, Y. M., Park, S. Y., Oh, H. S., Kim, D. J., Yoo, D. S., Kim, I. H., ... & Oh, C. H. (2003). Objective assessment of involved surface area in patients with psoriasis. *Skin Research and Technology*, *9*(4), 339-342. Erişim adresi: https://doi.org/10.1034/j.1600-0846.2003.00042.x
Yurdugül H (2012) Ölçek geliştirme çalışmalarında kapsam geçerlik indeksinin kullanımı. http://yunus.hacettepe.edu.tr/~yurdugul/3/indir/kgo.pdf.
Zaghloul, S. S., & Goodfield, M. J. D. (2004). Objective assessment of compliance with psoriasis treatment. *Archives of Dermatology*, *140*(4), 408-414. doi: 10.1001/archderm.140.4.408
Zamirska, A., Reich, A., Berny-Moreno, J., Salomon, J., & Szepietowski, J. C. (2008). Vulvar pruritus and burning sensation in women with psoriasis. *Acta Dermato-Venereologica*, *88*(2).
Zhang, P., & Wu, M. X. (2018). A clinical review of phototherapy for psoriasis. *Lasers in Medical Science*, *33*(1), 173-180. Erişim adresi: https://doi.org/10.1007/s10103-017-2360-1
Zhou, H. (2005). Clinical pharmacokinetics of etanercept: a fully humanized soluble recombinant tumor necrosis factor receptor fusion protein. *The Journal of Clinical Pharmacology*, *45*(5), 490-497. Erişim adresi: https://doi.org/10.1177/0091270004273321

7. SİMGELER VE KISALTMALAR

AA	:	Alopesi Areata
AFA	:	Açıklayıcı Faktör Analizi
BSA	:	Body Surface Area
DFA	:	Doğrulayıcı Faktör Analizi
DR	:	Doktor
DSÖ	:	Dünya Sağlık Örgütü
GPA	:	Global Psoriasis Atlas
HDL	:	Yüksek yoğunluklu lipoprotein
HIV	:	İnsan bağışıklık yetmezliği virüsü
HIV	:	İnsan bağışıklık yetmezliği virüsü
HLA	:	Human Leukocyte Antigen
IL	:	İnterlökin
IMID	:	Immune Mediated Inflammatory Disease
KMO	:	Kaiser Meyer Olkin
LSK	:	Liken Simpleks Kronikus
M.Ö.	:	Milattan Önce
Mm	:	Milimetre
NK	:	Natural Killer
PASI	:	Psöriasis Alan ve Şiddet İndeksi
PEER	:	The Psoriasis Empowerment Enquiry In The Routine Practice
PGA	:	Physician's Global Assesment
PsA	:	Psöriyatik artrit
PSORS1	:	Psöriasis duyarlılık geni 1
TNF	:	Tümör Nekroz Faktörü
UVA	:	Ultraviyole A
UVB	:	Ultraviyole B
UVC	:	Ultraviyole C
WHO	:	World Health Organization

6. EKLER

EK 2

SEDEF HASTALIĞI GÜÇLENDİRME ÖLÇEĞİ GEÇERLİK-GÜVENİRLİK ÇALIŞMASI

Sosyo-Demografik Veri Toplama Formu

1) **Yaş:** ……

2) **Cinsiyet:** ( ) Kadın ( ) Erkek

3) **Medeni durum:** ( ) Evli ( ) Bekar

4) **Eğitim durumu:** ( ) Okuryazar değil ( ) Okuryazar
( ) İlköğretim ( ) Lise
( ) Üniversite ( ) Lisansüstü

5) **İş durumu:** ( ) Çalışıyor ( ) Çalışmıyor

6) **Gelir Düzeyi:** ( ) Geliri giderinden fazla
( ) Geliri giderine denk
( ) Geliri giderinden az

7) **Yaşanılan yer:** ( ) Köy ( ) İlçe
( ) İl (Şehir) ( ) Büyükşehir

8) **Sigara kullanımı:** ( ) Var ( ) Yok

9) **Alkol kullanımı:** ( ) Var ( ) Yok

10) **Vücut ağırlığı:** …… kg**,** **Boy uzunluğu:** …… cm**,**

BKI: …… kg/cm^2

11) **Hastalık süresi:** ( ) Yeni tanı ( ) ≤2 yıl ( ) 3-4 yıl ( ) >4 yıl

12) **Polikliniğimizdeki takip süresi:** ( ) Yeni tanı ( ) ≤2 yıl

( ) 3-4 yıl ( ) >4 yıl

EK 2-Devam

SEDEF HASTALIĞI GÜÇLENDİRME ÖLÇEĞİ

Lütfen düşüncenizi/duygunuzu en iyi tanımlayan cevabı işaretleyiniz.	**Kesinlikle katılıyorum**	**Katılıyorum**	**Kararsızım**	**Katılmıyorum**	**Kesinlikle katılmıyorum**
1. Sigara ve alkol tüketimi sedef hastalığını ve lezyonların ortaya çıkmasını tetikler.					
2. Tedaviye ilişkin en iyi kararları verirken hekimimle iletişime geçebiliyorum.					
3. Sedef hastalığının bana yarattığı zorlukların moralimi bozmasına izin vermem.					
4. Sedef hastalığı ile mutlu bir şekilde yaşayabiliyorum.					
5. Genetik olarak bu hastalığa yatkınım.					
6. Sedef hastalığına yönelik tedavilerimden neler bekleyebileceğimi biliyorum.					
7. Sedef hastalığının bazı türleri eklemlere zarar verebilir.					
8. Tutumlarımla sedef hastalığını etkileyemem.					
9. Sedef hastalığı çok iyi tedavi edilebilir ancak iyileşme mümkün değildir.					
10. Hekimlerin durumumu tam olarak anlayabilmesini sağlayabilirim.					
11. Hangi tedavinin benim için en iyisi olduğunu söyleyebilirim.					
12. Sedef hastalığının benim için yarattığı tüm sorunları her zaman çözmeye çalışırım.					

EK-3

Hemşire ŞAFAK ŞEN
Uludağ Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Anabilim Dalı, Bursa
From: SAFAK SEN
Sent: 1 December 2021 00:13

To: Dr. Calogero.Pagliarello
Subject: Permisssion to use the psoriasis empowerment inquiry in the routine practice questionnaire in order to use

Dear Pagliarello,

I am doing master degree on nursing at Uludag University in Turkey. I want your approval and permission to use your scale called "psoriasis empowerment inquiry in the routine practice questionnaire" in order to use it in my master.

Best Regards…

1 Ara 2021
Çar 00:18

Alıcı: ben

of course, i am proud if you find it useful

best regards

Calogero Pagliarello

EK-4

UZMAN GÖRÜŞÜ İÇİN KATKI SAĞLAYAN UZMANLARIN LİSTESİ

- Prof. Dr. Ayhan KAHRAMAN
- Doç. Dr. Ayşe ÖZKARAMAN
- Dr. Ögr. Üyesi Ayşegül ÖZTÜRK
- Doç. Dr. Burcu ARKAN
- Doç. Dr. Derya ATİK
- Doç. Dr. Dilek YILMAZ
- Doç. Dr. Döndü ÇUHADAR
- Dr. Öğr. Üyesi Mahmut ATEŞ
- Prof. Dr. Serap PARLAR
- Doç. Dr. Serkan ÖZYAZİCİ

9. TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim süresince tez çalışmamda desteğini, bilgisini, deneyimlerini ve yardımlarını benden esirgemeyen çok değerli danışman hocam Doç. Dr. Seda Pehlivan'a, onun nezdinde bugünlere gelmemde emeği geçen tüm değerli hocalarıma,

Tez çalışmamda araştırma istatistiklerini yapan Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Biyoistatistik Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Doç. Dr. Güven Özkaya'ya,

Veri toplama aşamasında zamanını ayırıp bilgilerini benimle paylaşmayı kabul eden Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Deri ve Zührevi Hastalıklar Polikliniğine başvuran sedef hastalarına,

Yoğun çalışmalarım süresince sabır gösterdiği ve bana destek olduğu için başta sevgili eşim Emre olmak üzere, canım oğlum Kuzey'ime,

Hayatımın her aşamasında sorgusuz destek olan annem, babam, ablam, kız kardeşime ve desteği olan herkese sonsuz teşekkür ederim.

Şafak ŞEN

10. ÖZGEÇMİŞ

Lise öğrenimini İstanbul Bahçelievler Anadolu Lisesi'nde tamamlamıştır. Lisans eğitimini 2009-2013 yılları arasında Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü'nde almıştır. 2013 yılında Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nde hemşire olarak görev yapmaya başlamıştır. 2015 yılından itibaren Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nde hemşire olarak görev yapmaktadır. 2019 yılında Uludağ Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı'nda yüksek lisans eğitimine başlamıştır.