

KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
DERİ VE ZÜHREVİ HASTALIKLAR ANABİLİM DALI

**SEBOREİK DERMATİTLİ HASTALARDA YAŞAM KALİTESİ, ANKSİYETE VE
DEPRESYON DÜZEYLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

Uzmanlık Tezi

Mustafa AKSOY

Trabzon - 2011

KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
DERİ VE ZÜHREVİ HASTALIKLAR ANABİLİM DALI

**SEBOREİK DERMATİTLİ HASTALARDA YAŞAM KALİTESİ, ANKSİYETE VE
DEPRESYON DÜZEYLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

Uzmanlık Tezi

Mustafa AKSOY

Tez Danışmanı: Prof. Dr. Sevgi BAHADIR

Trabzon – 2011

İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfa No</u>
İÇİNDEKİLER	i
KISALTMALAR	iv
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Seboreik Dermatit	3
2.1.1. Epidemiyoloji	3
2.1.2. Etyoloji ve Patogenez	3
2.1.2.1. Stres	4
2.1.2.2. Sebum	5
2.1.2.3. Mikrobiyal Ajanlar	5
2.1.2.4. Nutrisyonel Faktörler	6
2.1.2.5. İlaçlar	6
2.1.2.6. Hormonal Faktörler	6
2.1.2.7. Diğer Faktörler	7
2.1.3. Klinik Bulgular	8
2.1.3.1. İnfantil Seboreik Dermatit	8
2.1.3.2. Leiner Hastalığı	8
2.1.3.3. Pityriasis Amiantacea	8
2.1.3.4. Erişkin Tipi Seboreik Dermatit	8
2.1.4. Histopatoloji	9
2.1.5. Ayırıcı Tanı	9
2.1.6. Tedavi	10
2.1.6.1. Topikal Tedavi	11
2.1.6.1.1. Keratolitikler	11
2.1.6.1.2. Kortikosteroidler	11
2.1.6.1.3. Antifungaller	11

2.1.6.1.4. İmmünmodülatörler	12
2.1.6.1.5. Kombine Tedavi Yöntemleri	12
2.1.6.1.6. Lityum Bileşikleri	12
2.1.6.1.7. Metronidazol	13
2.1.6.1.8. Diğer Tedavi Seçenekleri	13
2.1.6.2. Sistemik Tedavi	13
2.1.6.2.1. Ketokonazol	13
2.1.6.2.2. Itrakonazol	14
2.1.6.2.3. Terbinafin	14
2.1.6.2.4. İzotretinoin	14
2.1.6.2.5. Dar Bant UVB	14
2.1.6.2.6. Glukokortikoidler	14
2.1.6.3. Seboreik Dermatitte Yaş Ve Tutulum Alanına Göre Tedavi Seçenekleri	15
2.1.6.3.1. İnfantil Seboreik Dermatit	15
2.1.6.3.1.1. Saçlı Deri	15
2.1.6.3.1.2. İntertriginöz Alanlar	15
2.1.6.3.2. Yetişkin Seboreik Dermatit	15
2.1.6.3.2.1. Saçlı Deri	15
2.1.6.3.2.2. Yüz ve Gövde	16
2.1.6.3.3. Seboreik Otitis Eksterna	16
2.1.6.3.4. Seboreik Blefarit	16
2.1.6.3.5. Pityriasis Amiantacea	17
2.1.7. Seyir Ve Prognoz	17
2.2. Yaşam Kalitesi	17
2.2.1. Dermatolojide Yaşam Kalitesi	18
2.3. Depresyon Ve Anksiyete	19
3. YÖNTEM VE GEREÇLER	22
3.1. Yöntem	22
3.2. Gereçler	23
3.2.1. Sosyodemografik Ve Klinik Bilgi Veri Formu	23
3.2.2. Dermatolojide Yaşam Kalite İndeksi Formu	23
3.2.3. Beck Depresyon Ölçeği Formu	24

3.2.4. Beck Anksiyete Ölçeği Formu	24
3.3. İstatistiksel Yöntemler	24
4. BULGULAR	25
5. TARTIŞMA	41
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	43
7. ÖZET	46
8. SUMMARY	47
9. KAYNAKLAR.....	48
10. EKLER	56
ÖZGEÇMİŞ	

KISALTMALAR

AIDS	: Acquired Immune Deficiency Syndrome
BAÖ	: Beck Anksiyete Ölçeği
BDÖ	: Beck Depresyon Ölçeği
C5	: Kompleman 5
DSM-4-TR	: The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
DYKİ	: Dermatolojik Yaşam Kalite İndeksi
HIV	: Human Immunodeficiency Virus
NK	: Natural Killer
PUVA	: Psoralen Ultraviyole A
SD	: Seboreik Dermatit
SS	: Standart Sapma
UV	: Ultraviyole
UVA	: Ultraviyole A
UVB	: Ultraviyole B

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Seboreik dermatit (SD); saçlı deri, yüz, göğüs gibi sebumdan zengin alanları tutan, eritemli ve yağlı skuamli plaklarla kendini gösteren, stresin ana tetikleyici faktör olduğu, kronik ve inflamatuvar bir deri hastalığıdır (1-3).

Yapılan çalışmalar, deri hastalıklarının hastaların yaşam kalitesini, benlik saygısını, beden imgesini, günlük yaşamını, ailesini, sosyal çevresini çeşitli açılardan etkilediğini ve hastalarda depresyon ve anksiyete gibi sekonder psikiyatrik tabloların sık görüldüğünü ortaya koymuştur (4). Deri ve stres arasındaki ilişkiye ait kavramlar, çok uzun zamanlardan beri stresin deri hastalığına neden olması ya da hastalığı alevlendirmesi şeklinde sebep-sonuç ilişkisi olarak algılanmıştır. Gerçekte bu ilişki karmaşık ve iki yönlüdür. Stres deride algılanabilir veya görünür sorun ve hastalıklara yol açabilirken mevcut deri hastalığının bizzat kendisi bir stresör rolü oynayabilir. Dolayısıyla stres ve deri ilişkisinde birbirini tetikleyen döngüsel olaylar söz konusudur (5).

Birçok dermatolojik hastalık gibi, SD de emosyonel stres, depresyon ve yorgunluk dönemlerinde artış gösterebilmektedir. Yine SD gibi yaşamı tehdit edici olmadıkları için fazla önemsenmeyen kronik cilt rahatsızlıkları, aslında çok önemli psikososyal rahatsızlıklara neden olabilmektedirler (6). Yapılan çalışmalarda, SD hastalarında yaşam kalitesinin anlamlı olarak bozulduğu ve bu hastalarda yaşam kalitesindeki bozulma ile anksiyete ve depresyon düzeyinin paralellik gösterdiği saptanmıştır (2, 6, 7). Hastalığın kronik seyri ve lezyonların yarattığı şekil bozukluğu yaşam kalitesini negatif yönde etkilemektedir (2). Saçlı deri ve özellikle yüz tutulumunda şekil bozuklukları ortaya çıkmakta, hastaların çevre ile iletişimi ve sosyal ilişkileri etkilenmektedir (8, 9). Çeşitli ölçüm skalaları kullanılarak yapılan bir çalışmada stres ile birlikte anksiyete ve depresyon dereceleri belirlenmiş, SD’te stresin ana tetikleyici faktör olduğu gözlenmiştir. Tetikleyici stres, yüksek anksiyete skoru ile birliktelik göstermiştir (3).

Son yıllarda özellikle kronik seyir gösteren dermatolojik hastalıklarda yaşam kalite değerlendirme çalışmaları hız kazanmıştır (6). Psikolojik stresle ortaya çıkan ve tetiklenen

dermatolojik hastalıklardan üzerinde en çok çalışma yapılanlar ürtiker, psoriasis, atopik dermatit, alopesi areata gibi hastalıklardır. Seboreik dermatit de, DSM-4-TR (The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) klasifikasyonuna göre 'psikolojik faktörlerin etkilediği hastalıklar' başlığı altında yer almaktadır. Seboreik dermatit, toplumda sık görülmesine ve emosyonel faktörler ile tetiklendiği yıllardır bilinmesine rağmen, bu ilişkiyi inceleyen çok az sayıda çalışma bulunmaktadır (2).

Seboreik dermatit hastalarının, takip ve tedavi sürecinde ruhsal belirtiler açısından değerlendirilmesi ve desteklenmesi, hastaların yaşam kalitesini ve prognozunu olumlu yönde etkilemektedir. Bu çalışmadaki amacımız, Deri ve Zührevi Hastalıklar polikliniğimize ayaktan başvuran ve öykü ve fizik muayene sonucu ile SD tanısı almış olan hastalarda yaşam kalitesinin belirlenmesi, anksiyete ve depresyon düzeylerinin değerlendirilmesi, hastaların sağlıklı kontrol grubu ile kıyaslanarak aralarında fark olup olmadığının araştırılmasıdır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Seboreik Dermatit

2.1.1. Epidemiyoloji

Seboreik dermatit ilk olarak 1887 yılında Paul Gerson Unna tarafından tanımlanmış olan bir hastalıktır (10). Özellikle adölesan ve postadölesan yaş grubunu etkileyen SD, genel popülasyonda %1-3, gençlerde %3-5 oranında görülür (10-13). Bu oranın immün yetmezliği olanlarda daha yüksek olduğu, AIDS (Acquired Immune Deficiency Syndrome) hastalarında ise %30-83'e ulaştığı bildirilmektedir (11, 14-5).

Seboreik dermatit, infantil ve yetişkin başlangıçlı SD olarak ikiye ayrılabilir. Infantil başlangıçlı SD yaşamın ilk 3 ayında görülürken, yetişkin başlangıçlı SD 20-40 yaşları arasında sıktır. Erkeklerde daha sık görülen SD, 50 yaş sonrasında tekrar artış gösterir (16).

Kış aylarında hastalığın şiddeti artarken, yaz aylarında UV (Ultraviyole)'nin etkisiyle hastalığın görünümünde iyileşme gözlenir (17, 18). Bazı hastalarda, UVA (Ultraviyole A) ile yapılan fototerapi sonrasında SD geliştiği rapor edilmiştir (19).

2.1.2. Etyoloji ve Patogenez

Seboreik dermatit, nedeni tam olarak bilinmeyen, etyolojisinde birçok faktörün rol oynadığı multifaktöriyel bir hastalıktır. Bu faktörler stres, androjenler, depresyon, yorgunluk, mikroanjiopatik olabilen vasküler bozukluklar, basınç değişiklikleri gibi atmosfer değişiklikleri, mevsimler, giyim, beslenme biçimleri ve yiyecek alerjileri, otoimmünite, klimakterik değişiklikler, Malassezia furfur, başka nedenlerle alınan ilaçlar, riboflavin, piridoksin, biotin eksiklikleri gibi birçok faktördür. Bunlardan her biri etyopatogenezde değişik oranda rol oynamakta ve SD şiddetini etkilemektedir (10).

2.1.2.1. Stres

Stres ve SD ilişkisi çift yönlüdür: Stres sonucu hastalık ortaya çıkabileceği gibi, deri hastalıklarında da şekil bozuklukları ya da kronik seyir nedeniyle stres ortaya çıkabilir. Böylece döngüsel bir çerçevede karmaşık olaylar silsilesi gelişir. Literatürde, SD etyopatogenezinde emosyonel faktörlerin etkinliğine dair farklı bilgiler yer almaktadır. Bazı klasik kitap ve derlemelerde SD'in etyopatogenezinde emosyonel faktörlere değinilmemesine karşın, emosyonel tetikleyici faktörlerin %40 oranında etkili olduğunu bildiren kaynaklar da mevcuttur (2).

Psikolojik stresle ortaya çıkan ve tetiklenen dermatolojik hastalıklardan üzerinde en çok çalışma yapılanları ürtiker, psoriasis, atopik dermatit, alopesi areata gibi hastalıklardır. Seboreik dermatit de, DSM-4-TR klasifikasyonuna göre 'psikolojik faktörlerin etkilediği hastalıklar' başlığı altında sayılan bu hastalıklar arasında yer almaktadır (2).

Seboreik dermatit tamamen yapısal bir sorun olmakla birlikte, atakların büyük çoğunluğu strese bağlı olarak gelişmektedir (20). Seboreik dermatitli hastalarda anksiyete ve depresyon yüksek oranda bulunmaktadır. Hastalığın kronik seyri ve lezyonların yarattığı şekil bozukluğu da yaşam kalitesini negatif yönde etkilemektedir. Missery ve arkadaşları tarafından 82 SD tanımlı hasta ile yapılan bir çalışmada, SD'te stresin ana tetikleyici faktör olduğu gözlenmiştir. Szepietowski ve arkadaşları tarafından 2008'de yaşam kalite indeksi kullanarak yapılan bir çalışmada, SD olgularında yaşam kalitelerinin belirgin olarak negatif yönde etkilendiği belirtilmiştir. Bu etkilenme özellikle kadınlarda, gençlerde ve eğitilmiş olanlarda daha belirgin bulunmuştur. Türkiye'de yapılan bir çalışmada da yaşam kalite indeksi düşük olarak gözlenmiştir. İspanya'da 2005 yılında SD tanımlı hastalar ile yapılan çok merkezli epidemiyolojik bir çalışmada, hastalığın olguların %76'sında depresyon, stres, yorgunluk, %44'ünde mevsimsel değişiklikler, %17'sinde hava koşullarında değişme, %17'sinde güneş maruziyeti ile tetiklendiği gözlenmiştir. Maietta ve arkadaşlarının yaptıkları bir çalışmada, 150 psikiyatrik hastadaki (şizofreni, ruhsal durum bozuklukları, anksiyete, depresyon) SD insidansı, 150 majör operasyon bekleyen kontrol grubu bulguları ile karşılaştırılmış ve psikiyatrik hastalarda SD insidansı kontrol grubundan anlamlı olarak yüksek gözlenmiştir. En anlamlı yükseklik depresyonda bulunmuştur. Depresyonun hangi mekanizma ile SD'i tetiklediği tam olarak bilinmemektedir. Seboreik dermatit etyopatogenezinde suçlanan ana faktörlerden biri olan 'sebum üretiminde artış teorisi' akla gelmekle birlikte, deprese hastalarda sebum üretimi

artışı gözlenmemiştir. Diğer bir teori de, güneş ışığında bulunan UVB'nin SD etyopatogenezinde suçlanan *Pityrosporum ovale*'ye karşı antiseptik etki yaparak hastalığı iyileştirdiği, ancak depresyonlu olguların sürekli kapalı ortamda bulunmasının hastalığın oluşumunda rol oynayabileceğidir. Majör depresif hastalıklardan biri olan mevsimsel afektif bozukluk, kışın ortaya çıkan, yazın daha iyi olan tekrarlayıcı bir seyir gösterir. Artifisiyel ışık kaynağı tedavisi ile hastalığın şiddeti azalır. Teorik olarak melatonin sekresyonu ile sebace bez aktivitesi arasında bir ilişki olduğuna inanılmaktadır. Bu teori, hastalığın mevsimsel seyrini de açıklamaktadır (2).

2.1.2.2. Sebum

Etyolojiye yönelik çeşitli hipotezler öne sürülmekle birlikte, SD oluşumunda seborenin rol oynadığı kabul edilmektedir. Hastalarda sebum düzeyleri veya sebum salgı oranları artmış olarak bulunmaktadır. Yeni doğanda geniş sebace glandlar ve yüksek sebum oranları gösterilmiştir. Altı aylıktan sonraki bebeklerde sebumun azalması ile birlikte lezyonların gerilemesi sebumun rolünü desteklemektedir (10).

Parkinson hastalığı, fasyal paralizi, supraorbital yaralanma, poliomyelit, siringomiyeli, epilepsi, kuadripleji, gasser ganglionunun tek taraflı yaralanması gibi nörolojik bozukluklarda SD'in sık görülmesi, immobiliteye bağlı sebum birikiminde artış ile açıklanmaktadır. Sebace glandların nöral kontrolüne ait kanıt identifiye edilememiştir. Parkinson hastalığının tedavisinde sebum salgı üretimi ve bazen de SD düzelebilmektedir (10).

2.1.2.3. Mikrobiyal Ajanlar

Yeni bilgilerin büyük çoğunluğu, *Malassezia* ile SD arasında nedensel bir ilişkinin olduğunu desteklemektedir. *Malassezia* sayısında azalma, SD kliniğinde düzelme ile koreledir. Seboreik dermatit patogenezinde önemli rol oynayan faktör, *Malassezia* ve parçalanma ürünlerine karşı gelişen anormal immünolojik cevaptır (21-3).

Candida albicans infantil SD patogenezinde etkilidir. İnfantil SD'li hastalarının deri lezyonları ve dışkı örneklerinde bulunmuştur. Bununla beraber adult SD'li hastalarda, etkili oral nistatin tedavisinden sonra çabuk ve kalıcı olarak gerileyen olgular bildirilmiştir.

AIDS hastalarında genellikle SD gelişiminden önce oral kandidiyazis öyküsü bulunmaktadır (10).

Propionibacterium acnes, SD hastalarında genellikle düşük oranda bulunmaktadır. Hastaların deri yüzeyindeki Propionibacterium acnes sayısının az olması, bu bölgelerdeki düşük serbest yağ asidi düzeyleri ile açıklanabilmektedir. Staphylococcus aureus ve Pityrosporum ovale de infantil ve adult SD kültürlerinde tespit edilmektedir (10).

2.1.2.4. Nutrisyonel Faktörler

Seboreik dermatitte piridoksin, biotin ve esansiyel yağ asidi eksikliği bildirilmiştir. Bu eksikliklerin infantil ve erişkin SD patogeneğinde etkili olduğuna inanılmaktadır. Oral ve parenteral biotin desteği ile dramatik cevap alınan Leiner hastalığı olguları mevcuttur. Ayrıca, poliansatüre yağ asidi sentezinde görevli D-6-desaturaz enzim aktivitesi, infantil SD’te azalmıştır. Serum bakır ve magnezyum düzeyleri SD hastalarında yüksek olarak tespit edilmiştir (10).

2.1.2.5. İlaçlar

Altın, simetidin, klorpromazin, fenotiazin, metildopa, haloperidol, karbamezepin, buspiron, griseofulvin, interferon alfa, etionamid, lityum, psoralen ve stanozolol gibi ilaçlar SD benzeri lezyonlara neden olabilmektedir. Fakat bunu hangi mekanizma ile oluşturdukları bilinmemektedir (24). Özellikle metildopa, simetidin ve klorpromazine bağlı ilaç erupsiyonları SD kliniğini taklit edebilmektedir (25).

2.1.2.6. Hormonal Faktörler

İnfantil SD hariç puberta öncesinde nadir görülen SD, sıklıkla sebace glandların en aktif olduğu adölesan ve genç erişkin dönemde görülür. Neonatal formunun genellikle 6 ila 12. aylarda kaybolması hastalığın androjenik maternal hormon stimülasyonuna bir cevap olarak geliştiğini düşündürmektedir. Yapılan araştırmalarda, sebace bez hücrelerinin androjen stimülasyonuna cevap verdiği görülmüştür (26-7). Hastalığın puberta dönemi dışında da görülmesi ve erkeklerde daha sık gözlenmesi, androjenlerin pilosebace ünite etki

ettiklerini düşündürmektedir (28). Erkeklerde daha sık görülmesinin bir nedeni olarak da, sebace bez aktivitesinin androjen kontrolü altında olması gösterilmiştir (29).

2.1.2.7. Diğer Faktörler

İnfanıl SD ile atopik dermatit arasındaki ilişki iyi bilinmektedir (10). Seboreik dermatitli anne-babalar ve çocukları arasında SD yönünden pozitif korelasyon bulunmuş, tek yumurta ikizleri arasında SD insidansı artmış olarak saptanmıştır. Düşük ısı ve düşük nem hastalığın şiddetini arttırabilmektedir (30). Ilıman iklimlerde ve yaz aylarında hastalığın düzeldiği gözlenmektedir (29, 31).

Seboreik dermatitin Parkinson gibi çeşitli nörolojik hastalıklarla birlikte görülmesi ve hastaların birçoğunda emosyonel stresin hastalığı tetikleme nörotransmitterlerin hastalık etyolojisinde rol alabileceğini düşündürmektedir (24).

Seboreik dermatitli hastalarda T hücre sayısı deprese olabilir, Natural Killer (NK) hücre sayısı veya serum Immünglobülin A ve G seviyesinde artış görülebilir (32). Bazı otörler, mantarlara ve onların toksinlerine karşı derinin gösterdiği anormal inflamatuvar yanıtın SD'e neden olduğunu düşünmektedirler. Seboreik dermatit, HIV pozitif hastalarda ve AIDS hastalarında normal popülasyona oranla daha sık görülür (33).

Depresyon hastaları ve nörolojik hastalığı olanlar, ev içinde yaşamaya meyilli olup güneşe maruz kalmaktan sakınılmaktadırlar. Hayatlarının çoğunu ev içinde geçirenlerde artmış sebum ürünleri tespit edilmiştir. Kirlenme, kuru hava ve stres SD'i kötüleştirdiğinden, SD kapalı ortamlarda çalışanlarda daha yaygın olarak görülmektedir (34). Güneş ışığında bulunan Ultraviyole B (UVB)'nin SD etyopatogenezinde suçlanan Pityrosporum ovale'ye karşı antiseptik etki yaparak hastalığı iyileştirdiği şeklinde bir teori de öne sürülmektedir (2).

Pityriasis versicolor ve pityrosporum foliküliti gibi diğer deri hastalıkları ile ilişkili olan SD, rozase ve akne vulgaris gibi dermatolojik hastalıklarla beraber bulunabilir. Ayrıca SD'li hastalar psoriatik yatkınlığa da sahiptirler. AIDS hastalarının SD lezyonlarında Pityrosporum ovale sayısı artmış olarak bulunmaktadır. Çalışmalar AIDS hastalarında SD prevalansının yüksek (%30-85) olduğunu göstermiştir. Bu yüksek prevalans, Pityrosporum ovalenin aşırı çoğalması ile açıklanabilir. Seboreik dermatit HIV pozitif hastalarda daha şiddetli seyreder (10). Down sendromu ve Hailey-Hailey hastalığı gibi bazı genetik hastalıklarda daha sık görülür (35, 36).

2.1.3. Klinik Bbulgular

2.1.3.1. İnfantil Seboreik Dermatit

Nedeni tam olarak anlaşılamamıştır (37). Genellikle ilk 3 ay içerisinde başlar ve ortalama 8 ay civarında spontan olarak kaybolur. Saçlı deri (konak, beşik başlığı), bez bağlama bölgesi ve jeneralize SD (Leiner hastalığı) olmak üzere 3 ayrı formda görülür (1).

Saçlı deride kalın, sarı renkte ve yağlı skuamlarla başlayarak tüm saçlı deriye yayılır (1, 13). Eritemin olmaması ya da çok az olması tipiktir (1). Aynı zamanda yüz, intertriginöz bölgeler ve gövdede, eritemli ve yağlı görünümlü skuamlarla karakterize bir dermatit tablosu da gelişebilir. İntertriginöz bölgelerde maserasyon nedeniyle oportunistik infeksiyonlar tabloya eklenebilir (38). Hemen her bebekte kısmen de olsa gelişen SD'e, atopik ya da psoriasis eğilimli bebeklerde daha sık rastlanabilir (1).

2.1.3.2. Leiner Hastalığı

Tartışmalı bir antitedir. Ciddi SD, diyare, ateş, gelişim bozukluğu ve C5 (kompleman 5) defekti kombinasyonu şeklinde tanımlanmaktadır. C5'in fonksiyonel defekti, opsonizasyon defektine neden olur (1). Nadir olmakla birlikte, potansiyel olarak ciddi bir hastalık olup, eklenen bakteriyel infeksiyonlarla ölümlerle sonuçlanabilir. Eritrodermi tablosu genellikle lezyonların aniden birleşmesiyle gelişir (1).

2.1.3.3. Pityriasis Amiantacea

Özellikle çocukluk çağında görülen kronik gidişli bu tablo, infantil SD ve erişkin SD'i arasında bir geçiş formudur. Saçlı deride yerleşir ve saçın özellikle proksimal kısmını tutar. Saç boyunca uzanan yapışık sarımsı-beyaz skuamlı plaklar şeklindedir. Yaygın veya bölgesel tutulum olabilir. Bazen geçici bir alopesiye yol açabilir (37).

2.1.3.4. Erişkin Tipi Seboreik Dermatit

Kronik ve tekrarlayıcı nitelikte bir hastalıktır (37). Klinik tablo ve gidiş infantil formdan farklıdır. Saçlı deri tutulumu, yüz, gövde ve jeneralize form olmak üzere farklı

şekillerde görülür (1). Deri lezyonları genel olarak sarı-yağlı skuamli, orta derecede veya belirgin eritemli, infiltrasyon gösteren plaklar şeklindedir. Halk arasında 'kepek' olarak da adlandırılan, dağınık ve deriye yapışık olmayan skuamli görüldüğü pitriyazis kapitis simpleks, SD'in hafif bir formu olarak kabul edilmektedir (37, 39).

Yüzde özellikle nazolabial oluk, göz kapağı, kaşlar ve glabellayı tutar. Erkeklerde bıyık ve sakal alanları en sık tutulan alanlardır (37). Blefarit ve konjunktivit meydana gelebilir. Dış kulak yolu ve kulak arkasında, eritemli zeminde yağlı skuamli, fissürler, seröz eksudasyon ve bölgesel lenfadenopati gözlenebilir (37, 40). Gövde lokalizasyonunda en sık petaloid formda olmak üzere, pitriyaziform, fleksural, ekzematöz plak ve foliküler tablolar şeklinde görülebilir. Özellikle erkeklerde presternal ve interskapular bölge sıklıkla tutulmaktadır. Pembe veya sarımsı kahverengi, üzeri ince skuamli kaplı, anüler veya düzensiz şekilli ve keskin sınırlı plaklar şeklinde görülür (37, 41).

2.1.4. Histopatoloji

Seboreik dermatit lezyonlarının histopatolojisi, psoriasis ve spongiotik dermatitin histopatolojik özelliklerinin kombinasyonu şeklindedir (37). Akut ve subakut dönemde lenfosit ve histiositlerden oluşan seyrek süperfisyel perivasküler infiltrasyon, hafif-orta dereceli bir spongiyoz, hafif psoriasiform hiperplazi, orto-parakeratoz ile birlikte foliküler tıkaçlar ve foliküler ostiumlarda nötrofilleri de içeren skuam-kрут formasyonu mevcuttur. Kronik SD'te ise, bu bulgulara yüzeysel pleksustaki kapiller ve venüllerin belirgin dilatasyonu eklenir (1).

2.1.5. Ayırıcı Tanı

Ayırıcı tanı, tutulan lokalizasyona göre değişkenlik gösterir: Saçlı deri tutulumunda pitriyazis, psoriasis, atopik dermatit, impetigo, kulak kanalı tutulumunda psoriasis, alerjik ya da iritan kontakt dermatit, yüz tutulumunda rozase, kontakt dermatit, psoriasis, impetigo, gövde tutulumunda pitriyazis versicolor, pitriyazis rosea, göz kapağı tutulumunda atopik dermatit, psoriasis, intertriginöz bölge tutulumunda ise psoriasis ve kandidiyazis ile ayırıcı tanısının yapılması gerekir (10).

2.1.6. Tedavi

Hastalığın şiddetine, morfolojik değişikliklere ve önceki tedavilere verilen yanıtla göre değişen tedavi, daha çok alevlenmeleri kontrol altına almaya yöneliktir (42). Amaç skuam ve kabukların yumuşatılıp kaldırılması, mantar kolonizasyonunun inhibisyonu, sekonder infeksiyonun önlenmesi ya da tedavisi, eritem ve kaşıntının azaltılmasıdır (43). Etkilenen alanların sık yıkanması, terlemenin önlenmesi, kışın çok sıcak tutan giysilerden kaçınılması alınacak diğer önlemlerdendir (37).

Farmakolojik tedavide maya kolonizasyonunu azaltan antifungal ve antiinflamatuvar ajanlar kullanılmaktadır. Hastalığın topikal tedavisinde eskiden antiinflamatuvar ajanlar ön planda iken günümüzde antifungal tedaviye yönelenmiştir (37). Hijyen konusu SD'in kontrolünde anahtar rol oynadığından, hastalara hijyenin ömür boyu bir sorumluluk olması gerektiği anlatılmalıdır. Seboreik dermatit tedavisinde kullanılan topikal ve sistemik ajanlar Tablo 1'de görülmektedir (43).

Tablo 1. Seboreik Dermatit Tedavisinde Kullanılan Topikal ve Sistemik Ajanlar

Topikal ajanlar

- Keratolitikler: Salisilik asit, kömür/ardıç katranı, selenyum sülfid, çinko piritiyon
- Kortikosteroidler
- Antifungaller: Azoller, allilaminler, benzilaminler, hidrokspiridonlar, çinko piritiyon
- İmmunmodülatörler: Takrolimus, pimekrolimus
- Kombine tedaviler: Kepek şampuanı + antifungal ajan + topikal steroid
- Lityum bileşikleri: Lityum süksinat, lityum glukonat
- Metronidazol
- Diğer tedavi seçenekleri: 1-24 dihidroksikolsiferol, çay ağacı yağı, sinamik asit aloe vera ekstresi, propilen glikol, borage yağı

Sistemik ajanlar

- Antifungaller: Ketokonazol, itrakonazol, terbinafin
- Retinoidler: İzotretinoin
- Dar bant UVB tedavisi
- Glukokortikoidler

2.1.6.1. Topikal tedavi

2.1.6.1.1. Keratolitikler

Salisilik asit veya kömür katranı gibi keratolitikler, yoğun kabukları kaldırmak için kullanılabilir (43). Selenyum sülfid ve sülfür bileşiklerinin keratolitik etkileri vardır. Mitotik aktiviteyi inhibe ederek malassezia sayısını azaltırlar (37). Çinko piritiyon, nonspesifik bir keratolitik olması yanında antifungal etkiye de sahiptir. Çinko piritiyon ve katran ekstresi kombinasyonunun kaşıntı ve kepeklenmeyi iyileştirdiği gösterilmiştir (44).

2.1.6.1.2. Kortikosteroidler

Losyon, pomad ve krem formları yüz ve vücudun her bölgesinde, solüsyon formları ise daha çok saçlı deride kullanılmaktadır. Kaşıntı ve eritem kaybolana kadar 1-3 hafta süreyle her gün kullanılabilirler (43).

2.1.6.1.3. Antifungaller

Çinko piritiyon, azoller, allilaminler, benzilaminler ve hidroksipiridonları kapsayan topikal ajanlar SD tedavisinde etkilidir (45).

Topikal ketokonazol SD tedavisinde kullanılan başlıca ilaç olarak kabul edilmektedir (46). İmidazol derivesi olan ketokonazol içeren şampuanlar, saçlı deri lezyonlarında etkilidirler (10).

Terbinafin, fungusidal etkili alilamin türevidir. %1' lik solüsyonunun 4 haftalık kullanımı saçlı derideki SD lezyonlarında etkili bulunmuştur (37).

Sikloproksolamin, mayalara karşı etkili olan, geniş spektrumlu antifungal ve antiinflamatuvar bir hidroksipiridondur (43). Saçlı derideki SD lezyonlarında etkili bulunmuştur (37).

Bifanazol, saçlı deri ve yüzdeki SD tedavisinde etkilidir. %1'lik formunun %40'luk üre ile kombinasyonu saçlı deri tutulumunda etkili bulunmuştur (37).

Çinko piritiyon, Malassezia sayısını ve hücreler arası aşırı lipid düzeylerini azaltmaktadır (10).

2.1.6.1.4. İmmunmodülatörler

Yeni tedavi seçeneklerinden takrolimus ve pimekrolimus, SD’te denenmiş ve etkili bulunmuştur. Antiinflamatuvar özelliklerinden dolayı SD tedavisinde yararlı olabilen bu ajanlar, T hücre aktivasyonu ve proinflamatuvar sitokin üretimi için gerekli bir kalsiyum bağımlı fosfataz olan kalsinörini inhibe ederek etki gösterirler. İn vitro çalışmalarda takrolimusun başka bir potansiyel etki mekanizması olarak Pityrosporum ovaleye karşı antifungal aktivite gösterebileceği ileri sürülmüştür (43).

2.1.6.1.5. Kombine Tedavi Yöntemleri

Dirençli hastalarda farklı ajanların kombinasyonları uygulanabilir. Kepek şampuanı, antifungal ve topikal steroid kombinasyonu ile yeterli etki sağlanamaz ise pulse tarzında daha güçlü bir topikal steroidin kısa süreli kullanımı, bazı dirençli hastaları remisyona sokabilir ve total steroid maruziyetini azaltabilir. Pulse tedavi için tedavi seçenekleri mometazon furoat gibi bir flor içermeyen sınıf-3 steroid veya klobetazol propiyonat, yanıt alınmazsa flusinonid gibi daha güçlü bir sınıf-1 veya sınıf-2 topikal steroid olabilir. Kepek şampuanı, antifungal ajan veya her ikisini de içeren adjuvan tedavi, pulse periyod esnasında gereklidir ve idame tedavisi olarak sürdürülmelidir (43, 47).

Karma preparatların (%2 salisilik asit, %2 sublime sülfür ve %0.5 katran kombinasyonu) etkisi az olmasına rağmen tedavi edici özelliği gösterilmiştir (43).

2.1.6.1.6. Lityum Bileşikleri

İn vitro şartlarda lityum tuzlarının, SD’te kullanılabilecek konsantrasyonlarda maya proliferasyonunu inhibe ettiği gösterilmiştir. Lityum tuzları araşidonik asit üretimini de inhibe ederek antiinflamatuvar etki gösterirler. Lityum süksinat pomadın, AIDS ile fasiyal SD’in birlikte izlendiği hastalarda ve HIV negatif SD’li olgularda etkili olduğu gösterilmiştir. Lityum süksinat pomad, saçlı deri dışında tüm bölgelerde SD’in kontrolü için tek başına yeterlidir. Orta-şiddetli derecede eritem ve deskuamasyonu olan fasiyal SD’li 288 hastayı kapsayan bir çalışmada lityum glukonat %8 pomad, %2 ketokonazol emülsiyon ile karşılaştırılmış ve lityum glukonat %8 pomadın daha etkili olduğu saptanmıştır (43).

2.1.6.1.7. Metronidazol

Son zamanlarda topikal metronidazolün antiinflamatuvar etkilerinden dolayı SD tedavisinde bir seçenek olabileceği görüşü ileri sürülmekte iken, bir çalışmada SD tedavisinde plaseboya bir üstünlüğünün olmadığı tespit edilmiştir (46).

2.1.6.1.8. Diğer Tedavi Seçenekleri

Yapılan bir çalışmada, yüz ve saçlı deride sebopsoriasis veya SD bulunan 4 olguda 1-24 dihidrosikolekalsiferol krem günde 2 kez 4 hafta uygulanmış, tüm lezyonların gerilediği görülmüştür. İki ay sonraki kontrollerde rekürrens olmadığı bildirilmiştir (43).

Çay ağacı yağının, Pityrosporum ovale gibi bazı mikroorganizmalara karşı etkili olduğu öne sürülmüştür (43, 48).

Aloe vera ekstresinin, topikal olarak 4-6 hafta boyunca, günde 2 kez kullanımının, plasebodan üstün olduğunu ve kabuklanma ve kaşıntıyı azalttığını bildiren çalışmalar vardır (43).

İn vitro, sinnamik asit malassezia türlerinin gelişimini azaltabilmektedir (16).

Son yıllarda ılık suda dilüe edilmiş %90 balın, SD ve kepek tedavisinde kullanıldığı rapor edilmiştir. Bal, bir miktar antifungal aktiviteye sahip gibi görünmektedir (16).

Diğer bir çalışmada ise %15 propilen glikol solüsyonunun saçlı deriye uygulanması ile Pityrosporum ovale sayısında azalma ve SD kliniğinde gerileme olduğu bildirilmiştir (43).

2.1.6.2. Sistemik Tedavi

Yaygın, topikal tedaviye dirençli veya topikal tedavi ile tam olarak iyileşme gözlenmeyen SD lezyonlarında sistemik tedavi uygulanır (37).

2.1.6.2.1. Ketokonazol

Dört hafta boyunca günde 200 mg kullanımı saçlı deri ve vücuttaki SD lezyonlarında etkili bulunmuştur. Dört haftadan daha uzun süre kullanımında yan etkilerinin görülme olasılığı artar (37).

2.1.6.2.2. Itrakonazol

Itrakonazolün 7 gün boyunca 200 mg/gün dozunda kullanımı SD tedavisinde etkili bulunmuş, takip eden 6-8 ay boyunca, ayda 2 gün 200 mg/gün kullanımının relapsları önlediği görülmüştür (37).

2.1.6.2.3. Terbinafin

Dört hafta boyunca 250 mg/gün dozunda kullanımı ile SD lezyonları gerilemiştir (37).

2.1.6.2.4. İzotretinoin

Antiinflamatuvar özellikleri vardır ve sebum salgısını azaltır. ajanlar kullanılır. 0.1-0.3 mg/kg/gün veya 10-20 mg/gün dozunda başlanıp, 4 hafta boyunca bu dozda kullanılır. Günde 5-10 mg olacak şekilde uzun süre kullanılabilir (37).

2.1.6.2.5. Dar bant UVB

Şiddetli SD'li hastalarda çok etkili ve güvenli bir tedavi seçeneği gibi görünmektedir (43, 49). Etki mekanizması, deride inflamatuvar ve immünolojik süreç üzerine olan düzenleyici etkisi ile ilişkili olabilir. Ayrıca UV ışınının Pityrosporum ovale üzerindeki yapısal değişikliklere yol açarak, gelişmesini inhibe edebileceği rapor edilmiştir (49).

Fotokemoterapinin SD tedavisinde etkili olduğu rapor edilmekle birlikte bazı otörler, PUVA tedavisi altındaki hastalarda SD gelişimini bildirmişlerdir (43).

2.1.6.2.6. Glukokortikoidler

Mevcut tedavilere cevapsız jeneralize SD lezyonlarında, sistemik prednisolonun 30 mg/gün dozunda kullanımına hızlı yanıt alınır (50).

2.1.6.3. Seboreik Dermatitte Yaş ve Tutulum Alanına Göre Tedavi Seçenekleri

2.1.6.3.1. İnfantil Seboreik Dermatit

İnfantlarda temel tedavi, deriyi kuru tutmak ve inflamasyonu hafifletmektir. Çocuk bezleri sıcak havalarda kullanılmamalı, sabun ve pudradan ya da gözü irrite ettiği için katran preparatlarından kaçınılmalıdır (43).

2.1.6.3.1.1. Saçlı Deri

Saçlı deri SD tedavisi, zeytinyağı içinde %3-5'lik salisilik asit ile kabukların kaldırılması, ılık zeytinyağı kompresleri, zayıf etkili glukokortikoidlerin krem veya losyon formunda birkaç gün uygulanması, bebek şampuanları, yumuşatıcılar ve kremler ile uygun deri korumasını kapsamaktadır (43).

2.1.6.3.1.2. İntertriginöz Alanlar

İntertriginöz alanların tedavisi çinko losyon veya çinko yağ içinde %0.2-0.5 kliokuinol gibi kurutucu, antiseptik losyonları kapsamaktadır. Bu alanlarda topikal steroid kullanımı, %0.5-1 hidrokortizon ile sınırlanmalıdır. Leiner hastalığı olan infantlarda oral ve parenteral biotin tedavisi ile dramatik yanıtlar elde edildiği rapor edilmiştir (43).

2.1.6.3.2. Yetişkin Seboreik Dermatit

Yetişkinlerde antiinflamatuvarlar ve gerekirse antimikrobiyal veya antifungal ajanlar kullanılmalıdır (43).

2.1.6.3.2.1. Saçlı Deri

Saçlı deride %1-2.5 selenyum sülfid, antifungaller (ketokonazol, terbinafin), çinko piritiyon, benzoil peroksit, salisilik asit, kömür veya ardıç katranı içeren şampuanların günlük kullanımı önerilmektedir. Skuamlar su bazlı glukokortikoid veya salisilik asidin tüm gece boyu uygulanması ve gerektiğinde oklüzyon tedavisiyle kaldırılabilir.

Genellikle inflamasyonu arttırdıklarından, tentür, tonik, alkollü solüsyon ve benzeri ürünlerin kullanımından kaçınılmalıdır (43).

2.1.6.3.2.2. Yüz ve Gövde

Hastalar sabun kullanımını azaltmalı veya terk etmeli, alkollü solüsyonlar, traş öncesi veya sonrası kullanılan losyonlar ve yağlı pomad kullanımından kaçınılmalıdırlar. Zayıf etkili glukokortikoidler hastalığın erken döneminde, eritem ve kaşıntının gerilemesine yardımcı olur (43).

Ketokonazol %2 kremin, yüz, saçlı deri ve gövde SD'i tedavisinde, günde bir kez kullanıldığında, %1 hidrokortizon krem kadar etkili olduğu gösterilmiştir. Yüz lezyonları için sodyum sülfasetamid %10 losyon veya metronidazol jel de uygulanabilir. Gövde SD'ini tedavi etmek zordur (43). Çinko veya katranlı şampuanlar, %2 ketokonazol krem ve/veya topikal kortikosteroidli krem, losyon ya da solüsyon yararlı bulunmuştur (47).

2.1.6.3.3. Seboreik Otitis Eksterna

Seboreik otitis eksterna zayıf etkili glukokortikoid içeren kremlere iyi yanıt verir. Hastalık kontrol altına alındıktan sonra glukokortikoid kesilmeli ve idame tedavisinde alüminyum asetat içeren bir solüsyon günde 1-2 kez uygulanmalıdır. Alüminyum asetat kurutucu ajan olarak etki göstermekte ve mikrobiyal florayı azaltmaktadır. Kulak damlalarının birçoğu, güçlü bir duyarlandırıcı olan neomisin içerdikleri için kullanılmamalıdır (51).

2.1.6.3.4. Seboreik Blefarit

Pamuk uçlu bir aplikatör ile nazikçe debridman, sıcak kompres ve günde bir veya daha fazla bebek şampuanı kullanımı önerilmektedir. İnatçı olgular, sodyum sülfasetamid oftalmik pomad gibi bir topikal antibiyotik kullanımına ihtiyaç gösterebilmektedir (43).

2.1.6.3.5. Pityriasis Amiantacea

Tedavi zordur ve sık relaps görülür. Skuamlar ardıç yağı veya topikal katran-salisilik asit içeren pomad kullanımı ile kaldırılmalı ve 4-6 saat sonra katranlı veya imidazol içeren bir şampuanla yıkanmalıdır. Güçlü etkili topikal glukokortikoid krem veya sıvılar, kalsipotriol krem veya losyon ve tacalcitol pomad da faydalı olabilmektedir (43).

Topikal tedavi başarısızlığı halinde, sistemik glukokortikoidler (0.5 mg/kg/gün prednizolon yaklaşık bir hafta süreyle) topikal tedavi ile kombinasyon şeklinde faydalıdır. Eşlik eden antimikrobiyal tedavi inatçı olgular için, özellikle bakteriyel infeksiyon birlikteliğinden şüpheleniliyorsa kullanılmaktadır (43).

2.1.7. Seyir ve Prognoz

Konvansiyonel tedavilere yanıt veren ancak nükslerle seyreden ve kendi kendini sınırlayan kronik bir hastalık olan SD, yaz mevsimlerinde düzelme ve kış mevsimlerinde alevlenme eğilimindedir (52). Bebeklik dönemi ve adölesan SD' i yaş ilerledikçe kaybolur (53). Özellikle bebeklerde lezyonların ilerlemesi ile jeneralize ekfoliyatif eritrodermi gelişebilir (54).

Seboreik dermatit, uygulanan topikal tedavilere karşı gelişebilen kontakt dermatit, ikincil infeksiyonlar ya da ciddi SD formlarına eklenebilen dizhidrotik ekzema ile komplike olabilir (1). Özellikle saç derisinde şiddetli olgularda alopesi eşlik edebilir (53). Seboreik dermatitin, hasta yaşam kalitesini negatif yönde etkilediği gösterilmiştir (1).

2.2. Yaşam Kalitesi

Sağlığın ölçümünde uzun yıllar morbidite, mortalite ve beklenen yaşam süresi gibi niceliksel kavramlar esas alınmıştır. Bu terimler fizyolojik veya ruhsal bir hasarın ya da işlev bozukluğunun yalnızca bireyin kendisinde nesnel olarak saptanan etkisini açıklamaya yöneliktir. Son yıllarda bu yaklaşımın sağlıklılığın değerlendirilmesi ve ölçümünde yeterli olmadığı düşüncesi ortaya çıkmış, kişinin fizyolojik ya da ruhsal bir patolojinin olumsuz etkileri hakkında öznel değerlendirmesi ve farkındalığı daha çok önem kazanmıştır. Bu düşünceyle, hastayı daha bütüncül olarak ele alma, fiziksel, ruhsal ve sosyal açıdan iyilik durumunu ölçme girişiminin bir sonucu olarak 'yaşam kalitesi' kavramı ortaya çıkmıştır.

İzleyen dönemlerde iyilik hali ve yaşam kalitesini ölçülebilir kılma girişimleri artmış, sağlığın ekonomik, sosyal ve benzeri farklı boyutları da değerlendirme kapsamına alınmıştır (55-6).

Dünya Sağlık Örgütü (WHO), yaşam kalitesini içinde yaşadıkları kültür ve değerler sisteminde amaçları, beklentileri, standartları ve kaygıları açısından bireylerin yaşamdaki pozisyonlarını algılaması olarak tanımlamaktadır (57).

Yaşam kalitesi değerlendirilmesi ile pratikte göz ardı edilen hasta gözüyle hastalık yaşantısı daha iyi anlaşılabilir ve böylece daha bütünsel bir bakış açısına ulaşılabilir. Hasta-hekim işbirliği ile hastanın beklentilerine daha fazla yaklaşılabilir ve hastanın yaşamının diğer alanlarına odaklanması sağlanarak hastalıkla aşırı uğraşı içine girmesi önlenir. Hastalıkla ilişkili yaygın ama göz ardı edilen sorunlar ortaya konularak hastanın öncelikleri belirlenip hasta-hekim uyumu artırılabilir (55).

2.2.1. Dermatolojide Yaşam Kalitesi

Diğer tıp alanlarında olduğu gibi dermatolojide de yaşam kalitesini değerlendirmeye yönelik çalışmaların önemi giderek artmaktadır. Tedavi etkinliğini artırma bakımından psikiyatrik sorunların tespitinin ve psikolojik destek sağlamanın önemli olduğu belirtilmektedir (58). Dermatolojik hastalıklarda yaşam kalitesinin değerlendirilmesi, hastalığın kişinin psikolojik ve sosyal yaşantısına etkilerinin saptanması, hastaların hastalığı nasıl algıladıklarının anlaşılması ve tedavi sonuçlarının hastanın ruhsal-toplumsal durumu üzerinde yaptığı değişikliklerin belirlenmesi amacıyla uygulanmaktadır. Ayrıca hasta sorunlarının daha iyi anlaşılmasında, tedavinin takibinde, klinik gelişmelerin saptanmasında ve kronik hastalıklarda hastanın durumundaki değişikliklerin değerlendirilmesinde de kullanılmaktadır. Klinik araştırmalarda yaşam kalitesinin ölçülmesi, tedavi seçeneklerinin ve özellikle yeni tedavi yöntemlerinin yaşam kalitesine etkilerinin değerlendirilmesinde çok önemlidir (55, 59-60).

Deri hastalıkları diğer organ hastalıklarından farklı olarak çoğu zaman yaşamı tehdit etmemesine rağmen, klinik görünüşü dolayısıyla ruhsal-toplumsal durumu ve günlük etkinlikleri olumsuz yönde etkileyebilmektedir (61).

Yaşam kalitesi ile ilgili geliştirilmiş yöntemlerin ortak özellikleri doğru, güvenilir ve duyarlı yöntemler olmalarıdır. Bu yöntemler Akne İşlev Kaybı, Psoriasis İşlev Kaybı, Ekzema İşlev Kaybı ve Atopik Dermatit İşlev Kaybı gibi dermatolojik hastalıklara özgü

testler, Dermatolojide Yaşam Kalite İndeksi (DYKİ), Deri Hastalıklarının Etki Skalası, Dermatolojiye Özel Yaşam Kalitesi, Dermatolojide Yaşam Kalite Skalası, Skindex, Scalpdex ve Hairdex gibi dermatolojiye özgü testler ve Hastalık Etki Profili, Kısa Form-36, Genel Sağlık Anketi gibi genel sağlığa özgü testler başlığı altında üç ana grupta toplanabilir. Aynı zamanda Dermatolojide Çocuklarda Yaşam Kalite İndeksi ve İnfant Dermatitlerinde Yaşam Kalite İndeksi gibi çocukların ve Dermatit Aile Etki Anketi ve Psoriasis Aile İndeksi gibi hastaların ailelerinin değerlendirildiği yaşam kalitesi ölçüm testleri de mevcuttur (60-6).

Dermatolojide Yaşam Kalite İndeksi basit, kısa, kolay anlaşılır ve uygulanabilir olması nedeniyle bu alanda ilk ve en yaygın kullanılan test olup, tüm dermatolojik hastalara uygulanabilmektedir (62).

2.3. Depresyon ve Anksiyete

Stres vücudun değişen koşullara uyum sağlamasını gerektiren durumlarda geliştirdiği fizyolojik ve psikolojik reaksiyonların tümüdür. Fiziksel ve mental sağlık, uyarının şiddeti ile gelişen reaksiyonların dengede bulunması halinde korunmakta, denge bozulduğunda psikofizyolojik hastalıklar ortaya çıkmaktadır (5). Stres en çok depresyon gibi mizaç bozukluklarına, anksiyete bozukluklarına ve madde bağımlılıklarına yol açmaktadır (67).

Derinin psikofizyolojik hastalıkları, stresle ortaya çıkan ya da alevlenen psoriasis, ekzema, ürtiker, akne, viral hastalıklar gibi bir dizi klinik tabloyu kapsamaktadır. Bu hastalıkların psikolojik stresle ilişkisinde rol oynayan patogenetik mekanizmalar son yıllarda açıklık kazanmış ve deri hastalığının oluşmasından stres etkisiyle salgılanan bazı hormon ve kimyasal ileticilerin sorumlu oldukları anlaşılmıştır (5).

Dermatoloji kliniklerine başvuran hastaların %40-80'inde önemli psikiyatrik sorunlar saptandığı bildirilmiştir. Bu psikiyatrik tabloların bir kısmı deri hastalıklarına sekonder gelişebileceği gibi, bir kısmı da mevcut dermatolojik hastalığı tetikleyip yakınmaları arttırabilmektedir. Son yıllarda yapılan çalışmalarda deri hastalıklarının yaşam kalitesini, benlik saygısını, benlik imgesini, günlük yaşamı, ailelerini, sosyal çevresini çeşitli açılardan etkilediğini, depresyon, anksiyete gibi ikincil psikiyatrik tabloların sık görüldüğünü ortaya koymuştur (68).

Dermatolojik hastalıklar sonucu ortaya çıkan ya da bu hastalıklara eşlik eden psikiyatrik hastalıklar sıklıkla depresyon ve anksiyete bozukluklarıdır (69).

Depresyon vejetatif, bilişsel, dürtü kontrolü, davranışsal ve bedensel alandaki semptom kümelerinden oluşan bir sendromdur. Depresyon tanısı koymak için kişide en az iki haftadır devam eden depresif duygudurum ya da ilgi ve istek azlığı belirtilerinden en az birine ek olarak, kilo kaybı ya da kilo alımı, uyku bozukluğu ya da aşırı uyuma, dikkat-konsantrasyon güçlüğü, psikomotor yavaşlama ya da ajitasyon, umutsuzluk-karamsarlık, tekrarlayan ölüm düşünceleri, intihar düşünceleri, halsizlik ve enerji kaybı, değersizlik düşünceleri ve suçluluk duygularından oluşan bedensel belirtilerden en az 4'ünün varlığı gerekir (70). Depresyonun genel toplumda görülme oranı %3-5 iken, dermatoloji hastalarında görülme oranı %25-40 olarak rapor edilmiştir (71-6).

Depresyon düzeyinin saptanmasında Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ), Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HAM-D), Montgomery Asberg Depresyon Değerlendirme Ölçeği (MADRS), Yaşlılar İçin Depresyon Ölçeği (GDE), Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği (EDSDÖ) ve Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HAM-A) gibi çeşitli ölçekler kullanılmaktadır (77).

Depresyonun eşlik ettiği dermatolojik hastalıklarda neden-sonuç ilişkisi kurmak güçtür. Dermatolojik hastalığın olması mı hastaları depresyona sokmakta yoksa depresyon mu dermatolojik hastalığın ortaya çıkışını tetiklemektedir bilinmez. Bazı araştırmalarda dermatolojik hastalıkların kronik gidişleri, beden imajına etkileri ve damgalanmaya yol açma olasılıkları yüzünden psikiyatrik hastalıkların ve özellikle depresyonun ortaya çıkışına yol açabildiği vurgulanır (78-9). Buna karşın diğer bazı araştırmalarda ise hastalıkların ortaya çıkışı ve alevlenmesinde başta depresyon olmak üzere tüm psikiyatrik hastalıkların önemli etkisi olduğu vurgulanmaktadır (80).

Dermatolojik hastalıklarda depresyon belli başlı iki grupta dikkatimizi çeker. Birinci grup nörotik ekskoriyasyonlarda olduğu gibi psikiyatrik hastalıkların dermatolojik belirtilerle geldiği hasta grubudur. Bu grupta temelde dermatolojik hastalık yoktur, kökende depresyon söz konusudur ve hasta depresyon yakınmaları yerine deri bulgularından yakınır (69). İkinci grupta ise, psoriasis, atopik dermatit ve alopesi areata gibi dermatolojik hastalıklara eşlik eden depresyon söz konusudur. Hastalarda dermatolojik hastalığa eşlik eden depresyon, deri belirtilerinin alevlenmesine ya da ilaç tedavisine yanıtın düşmesine yol açabilir (81).

Sonuçta dermatolojik hastalıklarda depresyon eş tanısının yüksek olduğunu bilmek ve bu yönde değerlendirme yapmak önemlidir. Dermatolojik hastalıklarda altta yatan depresyonun tanı ve tedavisinin gecikmesi, hastalarda var olan dermatolojik hastalığın

tedavi yanıtını geciktirir, hastaların yaşam kalitesi ve tedaviye uyumu bozulur. En önemli özelliği tekrarlayan intihar düşünceleri ve intihar girişimlerine yol açma olasılığı olduğundan, hastalarda depresyon tanısının konulması ve tedavi planının yapılması özel önem arz etmektedir (69, 82).

Depresyon ile birlikte dermatolojik hastalıklara eşlik eden en sık iki psikiyatrik hastalıktan biri olan anksiyete, yaşam olaylarına normal bir tepki olarak ortaya çıkan, çarpıntı, terleme, nefes darlığı, ateş basması, tansiyon yükselmesi, midede kasılma, sık idrara çıkma gibi bedensel belirtilerden oluşan kaygı veya endişe durumudur (69, 83). Obsesif kompulsif bozukluk, travma sonrası stres bozukluğu ve sosyal fobi, dermatolojik hastalıklara eşlik eden ya da hastalıkların ortaya çıkmasına neden olan başlıca anksiyete bozukluklarıdır (69).

Genel olarak dermatoloji hastalarında anksiyete bozuklukları normal topluma göre daha yüksek orandadır (84). Dermatolojik hastalıklar ile anksiyete bozuklukları açısından yapılan bir çalışmada, tüm dermatolojik hastalıklar içinde psikiyatrik hastalık görülme oranı %5 olarak rapor edilmiştir. Bu hastalıkların %35'ini anksiyete bozuklukları oluşturmaktadır (85).

Anksiyete ve depresyon belirtileri ayrı olarak yaşanabildiği gibi hastalık durumlarında birlikte de görülebilmektedirler. Son yıllarda yapılan çalışmalar, gerek klinik ve epidemiyolojik gerek tedaviye yanıtları yönünden depresyon ve anksiyete bozukluklarının ortak özelliklerini ortaya çıkarmıştır. Anksiyete ve depresyonun birlikte görülme oranı %9-40'dır. Her iki bozukluğun bir arada bulunması hastalarda ortaya çıkabilecek güçlükleri daha da arttırabilmektedir (86-7).

Günümüzde anksiyete düzeylerinin saptanmasında Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ), Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HAM-A), Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri (STAI) ve Penn State Endişe Ölçeği gibi çeşitli ölçekler kullanılmaktadır (77).

Sonuç olarak, dermatolojik ve psikiyatrik hastalıklar birlikte değişik formlarda sıklıkla karşımıza çıkmaktadır. Gerek birincil gerekse ikincil olarak bu iki grup hastalık birbirine eşlik edebilmektedir (69). Bu nedenle dermatoloji hastalarında biyopsikososyal yaklaşımın bütüncül olarak uygulanması, hastaların dermatolojik ve psikiyatrik sorunlarının ortak olarak tanımlanması ve başarılı bir tedavi planı yapılabilmesi açısından önem arz etmektedir (69, 88).

3. YÖNTEM VE GEREÇLER

3.1. Yöntem

Çalışma 01 Temmuz 2010 – 01 Kasım 2010 tarihleri arasında Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Deri ve Zührevi Hastalıklar Ana Bilim Dalı Polikliniğine başvuran hastalardan oluşan olgu - kontrol çalışması olarak yapılmıştır. Çalışmaya, polikliniğimize sırasıyla başvuranlar arasında öykü ve fizik muayene sonucu SD tanısı alan, hastalık aktivasyonu stabil veya artma ya da azalma eğiliminde olan, halen herhangi bir sistemik, dermatolojik ve psikiyatrik hastalığı olmayan, çalışmaya katılmayı kabul eden 19-66 yaşları arası 25 erkek ve 16-46 yaşları arası 25 kadın olmak üzere toplam 50 olgu alınmıştır. Kontrol grubu olarak herhangi bir sistemik, dermatolojik ve psikiyatrik hastalığı olmayan, cinsiyet açısından hasta grubu ile birebir eşleştirilmiş hastane personeli ve yakınlarından rastgele seçilen, yaş, eğitim düzeyi, medeni durum, meslek ve ekonomik durum açısından SD hastaları ile yakın özelliklere sahip, 22-41 yaşları arası 25 erkek ve 20-54 yaşları arası 25 kadın olmak üzere toplam 50 sağlıklı gönüllü alınmıştır.

Hasta ve kontrol grubuna araştırmanın konusu ve amacı hakkında ayrıntılı bilgi verilmiş, aydınlatılmış onamı alınan ve gönüllü olarak katılmak isteyen bireyler çalışmaya alınmıştır. Dışlama ölçütlerini (anket formu doldurmayı kabul etmeme, herhangi bir sistemik, dermatolojik ve psikiyatrik hastalık varlığı) içeren bireyler çalışmaya dahil edilmemiştir. Hasta grubuna DYKİ, hasta ve kontrol grubuna Sosyodemografik ve Klinik Bilgi Veri Formu, BDÖ ve BAÖ uygulanmıştır. Ölçekler hasta ve kontrol grubu tarafından doldurulmuş ve kendilerine en uygun gelen seçeneğin işaretlenmesi istenmiştir.

3.2. Gereçler

3.2.1. Sosyodemografik ve Klinik Bilgi Veri Formu

Bu form araştırmacılar tarafından hazırlanmıştır. Hasta ve kontrol grubunun sosyodemografik özellikleri (yaş, cinsiyet, meslek, medeni durum, eğitim düzeyi), SD ile ilişkili klinik özellikleri (başlangıç yaşı, lokalizasyonu, süresi, aktivasyonu, daha önceki tedavi durumu, ailede SD öyküsü) ve psikiyatrik hastalık öyküsü kaydedilmiştir. Ek-1'de Sosyodemografik ve Klinik Bilgi Veri Formu görölmektedir.

3.2.2. Dermatolojide Yaşam Kalite İndeksi Formu

İlk kez Finlay tarafından hazırlanmış olan indeks oldukça pratik olarak kullanılan bir yaşam kalite indeksidir. Dermatolojik Yaşam Kalitesi İndeksi, dermatolojiye özgü testler içerisinde en önemlisi ve yaygın kullanılanıdır. Tüm dermatolojik hastalıklara uygulanabilen bu ölçek, hastanın hastalığına bakış açısını ve hastalığın yarattığı anksiyeteyi ortaya çıkarmakta faydalıdır (58). Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenirlilik çalışması yapılmıştır (89). Ek-2'de Dermatolojik Yaşam Kalite İndeksi Formu görölmektedir.

Dermatoloji Yaşam Kalitesi İndeksi; basit, kısa, pratik anlaşılır bir anket formu olup, rutin klinik çalışmalarda kullanılabilir. Belirti, hasta hissi, günlük aktivite, boş zaman değerlendirme, okul-iř hayatı, kişisel ilişkiler ve tedavi temeline dayandırılarak düzenlenmiş olup, toplam 4 muhtemel cevabın olduğu 10 soru içermektedir. Genel olarak hastalığın son 1 hafta içindeki sosyal ve fiziksel etkinlikleri etkileme yönü anlaşılmaya çalışılmıştır. Yüksek puan hastanın yaşam kalitesinin etkilendiğini göstermektedir (58). Hiç ya da hiçbiri cevabı (0) puana, çok fazla cevabı (3) puana karşılık gelmektedir. Toplam skor 0-30 arasında değişmektedir. Sıfır-beş puan arası hastalıktan etkilenmeme – az etkilenme, 5-11 puan arası orta derecede etkilenme, 11 puan üzeri ise hastalıktan çok etkilenme şeklinde değerlendirildi (59, 90).

3.2.3. Beck Depresyon Ölçeği

Sağlıklı ve psikiyatrik hasta gruplarına uygulanan, kendini değerlendirme ölçeğidir. Amacı, depresyon yönünden riski belirlemek ve depresif belirtilerin düzeyini ve şiddet değişimini ölçmektir. Toplam 21 kendini değerlendirme ölçeği içeren bu form, dörtlü Likert tipi ölçüm sağlar. Hastalar formu kendi başlarına doldururlar. Hastalardan formu doldururken kendi durumlarına en uygun olan ifadeyi işaretlemeleri istenir. Her madde 0-3 arasında giderek artan puan alır ve toplam puan bunların toplanması ile elde edilir. Toplam puanın yüksek olması depresyon şiddetinin yüksekliğini gösterir. Beck ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş ve Türk toplumu için uyarlama, geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları yapılmıştır. Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik makalesinde kesme puanının 17 olarak kabul edildiği belirtilmiştir (77, 91-2). Ek 3'de Beck Depresyon Ölçeği Formu görülmektedir.

3.2.4. Beck Anksiyete Ölçeği

Kendini değerlendirme ölçeğidir. Bireylerin yaşadığı anksiyete belirtilerinin sıklığının belirlenmesi amacıyla kullanılır. Likert (dereceler toplamı) tipi ölçüm sağlar. Yirmi bir belirti kategorisinin her birinde 4 seçenek bulunur. Her bir madde 0 ile 3 arasında puan alır. Ölçekten alınan puanın yüksekliği, bireyin yaşadığı anksiyetenin şiddetini gösterir. Ülkemizde geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır (91). Ek 4'de Beck Anksiyete Ölçeği Formu görülmektedir.

Çalışmamıza Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik kurul başkanlığının 22.07.2010 tarih ve 372 sayılı kararı ile etik kurul onayı alınmıştır.

3.3. İstatistiksel Yöntemler

Bulguların istatistiksel analizi Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı'nda yapılmıştır. Ölçümsel verilerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov Smirnow testi ile değerlendirilmiştir. Normal dağılıma uyanlarda Student-t testi, uymayanlarda Mann-Whitney U testi kullanıldı. Niteliksel verilerin karşılaştırılmasında Ki-kare testi kullanıldı. Ölçümsel veriler ortalama \pm standart sapma (SS), sayımla elde edilen veriler sayı (%) olarak ifade edildi. Anlamlılık düzeyi $p < 0.05$ olarak alındı.

4.BULGULAR

Çalışmaya katılan 50 hastanın 25'i (%50) erkek, 25'i (%50) kadındır. 50 sağlıklı bireyden oluşan kontrol grubunun ise 25'i (%50) erkek, 25'i (%50) kadındır. Hasta grubunda yaş aralığı 16-66 (30.58 ± 11.25) iken, kontrol grubunda yaş aralığı 20-54 (28.82 ± 7.20) arasında değişmektedir. Hasta grubunu 18 üniversite öğrencisi, 1 lise öğrencisi, 8 öğretmen, 4 doktor, 3 eczacı, 1 mühendis, 2 ev hanımı, 1 emekli memur, 3 serbest çalışan ve 9 herhangi bir işte çalışmayan hasta oluşturmakta iken, kontrol grubunu 13 üniversite öğrencisi, 3 öğretmen, 9 doktor, 5 mühendis, 1 hemşire, 2 ev hanımı, 1 emekli memur, 13 serbest çalışan ve 3 herhangi bir işte çalışmayan sağlıklı birey oluşturmaktadır. Hasta ve kontrol grubu arasında yaş, cinsiyet, önceki psikiyatrik hastalık öyküsü, medeni durum ve eğitim düzeyi açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($p>0.05$). İki grup arasında meslek, ailede psikiyatrik hastalık öyküsü ve ailede SD varlığı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark mevcuttur ($p<0.05$) (Tablo 2).

Tablo 2. Hasta ve Kontrol Grubunun Sosyodemografik Özelliklerinin Karşılaştırılması

Özellikler	Hasta		Kontrol		Toplam		p
	Sayı (n)	%	n	%	n	%	
Cinsiyet							1.000
Erkek	25	50	25	50	50	50	
Kadın	25	50	25	50	50	50	
Eğitim Düzeyi							0.378
≤11 yıl	17	34	12	24	29	29	
>11 yıl	33	66	38	48	71	71	
Medeni Durum							1.000
Evli	17	34	16	32	33	33	
Bekar	33	66	34	68	67	67	
Meslek							0.028
Çalışan	18	36	31	62	49	49	
Çalışmayan	13	26	6	12	19	19	
Öğrenci	19	38	13	26	32	32	
Önceki psikiyatrik hastalık öyküsü							0.059
Var	7	14	1	2	8	8	
Yok	43	86	49	98	92	92	
Ailede psikiyatrik hastalık öyküsü							0.004
Var	15	30	3	6	18	18	
Yok	35	70	47	94	82	82	
Ailede SD varlığı							0.036
Var	23	46	12	24	35	35	
Yok	27	54	38	76	65	65	
Yaş (Ortalama +/- SS)	30,58 ± 11,258		28,82 ± 7,205				0.836

Hasta grubunda SD başlangıç yaşı; erkeklerde en küçük 10, en büyük 56, ortalama 21.44 ± 9.97 iken, kadınlarda en küçük 10, en büyük 45 ve ortalama 19.36 ± 8.75 idi. Erkek ve kadın hastalar arasında, hastalığın başlangıç yaşı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 3).

Tablo 3. Hasta Grubunda Cinsiyet İle Seboreik Dermatit Başlangıç Yaşı İlişkisi

Grup	Başlangıç Yaşı			p
	En küçük	En büyük	Ortalama \pm SS	
Erkek	10	56	21.44 \pm 9.97	0.467
Kadın	10	45	19.36 \pm 8.75	

Hastalık süresi açısından değerlendirildiğinde, hastaların %58'inde SD 10 yıl veya daha kısa bir süreden beri mevcut iken, %42'sinde 10 yıldan daha uzun süredir mevcuttur. Kadınların %72'sinde 10 yıl veya daha kısa, %28'inde 10 yıldan uzun bir süredir hastalık mevcut iken (7.64 \pm 4.75), erkeklerin %44'ünde 10 yıl veya altında ve %56'sında 10 yıldan uzun süredir hastalık mevcuttur (12.72 \pm 10.70). Erkek ve kadın hastalarda, hastalık süresi açısından istatistiksel olarak anlamlı fark mevcuttur ($p < 0.05$) (Tablo 4).

Tablo 4. Hasta grubunda cinsiyet ile hastalık süresi arasındaki ilişki

Grup	n	Hastalık süresi	
		Ortalama \pm SS	p
Erkek	25	12.72 \pm 10.70	0.035
Kadın	25	7.64 \pm 4.75	

Hastalık aktivasyonu açısından değerlendirildiğinde, hastaların %32'sinde SD stabil iken, %58'inde hastalığın aktivasyonunda artma, %10'unda ise hastalığın aktivasyonunda azalma mevcuttu. Kadınların %32'sinde hastalık aktivasyonu stabil, %56'sında hastalık aktivasyonunda artma mevcut iken, %12'sinde hastalık aktivasyonunda azalma mevcuttu. Erkeklerin ise %32'sinde hastalık aktivasyonu stabil, %60'ında hastalık aktivasyonunda artma mevcut iken, %8'inde hastalık aktivasyonunda azalma mevcuttu (Tablo 5).

Tedavi açısından değerlendirildiğinde, hastaların %62'si SD için daha önce bir tedavi almış iken, %38'i SD için daha önce herhangi bir tedavi almamıştı. Kadınların %68'i daha önce herhangi bir tedavi almış, %32'si almamış iken, erkeklerin %56'sı daha önce tedavi almış ve %44'ü daha önce herhangi bir tedavi almamıştı (Tablo 5).

Hastalık lokalizasyonu açısından değerlendirildiğinde, hastaların %12'sinde saçlı deri, %52'sinde saçlı deri ve yüz, %36'sında ise saçlı deri, yüz ve gövde tutulumu mevcuttu.

Kadınların %16'sında saçlı deri, %64'ünde saçlı deri ve yüz ve %20'sinde saçlı deri, yüz ve gövde tutulumu mevcut iken, erkeklerin %8'inde saçlı deri, %40'ında saçlı deri ve yüz ve %52'sinde ise saçlı deri, yüz ve gövde tutulumu mevcuttu (Tablo 5).

Tablo 5. Hasta grubunda hastalık süresi, hastalık lokalizasyonu, hastalık aktivasyonu ve tedavi durumu

Özellikler	Erkek		Kadın		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
Hastalık süresi						
≤10 yıl	11	44	18	72	29	58
>10 yıl	14	56	7	28	21	42
Hastalık lokalizasyonu						
Saçlı deri	2	8	4	16	6	12
Saçlı deri ve yüz	10	40	16	64	26	52
Saçlı deri, yüz ve gövde	13	52	5	20	18	36
Hastalık aktivasyonu						
Stabil	83	2	83	2	16	32
Artma	15	60	14	56	29	58
Azalma	2	8	3	12	5	10
Tedavi durumu						
Almış	14	56	17	68	31	62
Almamış	11	44	8	32	19	38

Çalışmaya katılan hastalarda, DYKİ toplam puanı minimum 0 ve maksimum 25 olup, ortalama 7.28 ± 5.78 idi. Hastaların yaşam kaliteleri 25 hastada (%50) az etkilenmiş veya hiç etkilenmemiş olarak saptanırken, 25 hastada (%50) orta derecede veya çok etkilenmiş olarak saptandı (Tablo 6 ve 7).

Tablo 6. Hasta grubunda DYKİ puan dağılımı

DYKİ	n	%
Etkilenmeme – az etkilenme (0-5 puan)	25	50
Orta derecede etkilenme (6-10 puan)	12	24
Çok etkilenme (11-30 puan)	13	26
Toplam	50	100

Tablo 7. Hasta grubunda yaşam kalitesinin etkilenme derecesi

	DYKİ					
	Az etkilenme-etkilenmeme		Orta-çok etkilenme		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
Erkek	12	48	13	52	25	100
Kadın	13	52	12	48	25	100
Toplam	25	50	25	50	50	100

Hasta grubunda cinsiyet, eğitim düzeyi, meslek, hastalık lokalizasyonu, önceki psikiyatrik hastalık öyküsü, hastalık süresi, hastalık aktivasyonu ve tedavi durumu açısından DYKİ arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmazken ($p>0.05$), medeni durum açısından DYKİ arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edildi ($p<0.05$), (Tablo 8).

Tablo 8. Hasta grubunda sosyodemografik özelliklere göre yaşam kalitesinin değerlendirilmesi

	DYKİ Puanları				p
	0-5 (etkisiz/az etkili)		6-30 (orta/çok fazla etkili)		
	n	%	n	%	
Cinsiyet					1.000
Erkek	12	48	13	58	
Kadın	13	52	12	48	
Eğitim Düzeyi					0.550
≤11 yıl	7	41.2	10	58.8	
>11 yıl	18	54.5	15	45.5	
Medeni Durum					0.022
Evli	11	64.7	6	35.2	
Bekar	14	42.4	19	57.5	
Meslek					0.137
Çalışan	12	66.7	6	33.3	
Çalışmayan	4	30.8	9	69.2	
Öğrenci	9	47.4	10	52.6	
Önceki psikiyatrik hastalık öyküsü					0.207
Var	4	57.1	3	42.8	
Yok	21	48.8	22	51.1	
Hastalık süresi					0.467
≤10 yıl	13	44.8	16	55.1	
>10 yıl	12	57.1	9	42.8	
Hastalık lokalizasyonu					0.218
Saçlı deri	5	83.3	1	16.7	
Saçlı deri ve yüz	12	46.2	14	53.8	
Saçlı deri, yüz ve gövde	8	44.4	10	55.6	
Hastalık aktivasyonu					0.152
Stabil	13	81.2	3	18.7	
Artma	9	31.03	20	68.9	
Azalma	3	60	2	40	
Tedavi durumu					0.244
Almış	13	41.9	18	58.06	
Almamış	12	63.1	7	36.8	

Beck Depresyon Ölçeği toplam puanı minimum 0 ve maksimum 35 olup, ortalama 10.70 ± 7.96 idi. Hasta grubunda BDÖ toplam puanı minimum 1 maksimum 35 olup, ortalama 13.28 ± 7.80 iken, kontrol grubunda minimum 0, maksimum 29, ortalama 8.12 ± 7.32 idi. Hasta ve kontrol grubu arasında BDÖ puanlaması açısından istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmiştir ($p>0.05$), (Tablo 9).

Tablo 9. Hasta ve kontrol grubunun BDÖ puanlaması açısından karşılaştırılması

	Hasta Grubu	Kontrol Grubu	
	Ortalama \pmSS	Ortalama \pm SSp	p
BDÖ	13.28 ± 7.80	8.12 ± 7.32	0.001

BDÖ puanları karşılaştırıldığında, cinsiyet, eğitim düzeyi, medeni durum, hastalık aktivasyonu ve tedavi durumu açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmazken ($p>0.05$), önceki psikiyatrik hastalık öyküsü ve hastalık süresi açısından istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edildi ($p<0.05$), (Tablo 10).

Tablo 10. Cinsiyet, eğitim düzeyi, medeni durum, hastalık süresi, hastalık aktivasyonu ve tedavi durumu parametreleri açısından BDÖ puanlarının karşılaştırılması

	n	BDÖ Ort ± SS	p
Cinsiyet			0.921
Erkek	50	10.78 ± 8.24	
Kadın	50	10.62 ± 7.75	
Eğitim Düzeyi			0.188
≤11 yıl	29	12.34 ± 9.41	
>11 yıl	71	10.03 ± 7.25	
Medeni Durum			0.241
Evli	33	9.36 ± 6.71	
Bekar	67	11.36 ± 8.48	
Hastalık süresi			0.011
≤10 yıl	29	15.48 ± 8.52	
>10 yıl	21	10.24 ± 5.54	
Hastalık aktivasyonu			0.142
Stabil	16	10.25 ± 7.40	
Artma	29	15.03 ± 7.98	
Azalma	5	12.80 ± 5.89	
Tedavi durumu			0.382
Almış	31	12.52 ± 6.57	
Almamış	19	14.53 ± 9.53	

Yine BDÖ puanları karşılaştırıldığında, meslek ve hastalık lokalizasyonu açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmazken, önceki psikiyatrik hastalık öyküsü açısından istatistiksel olarak anlamlı fark mevcuttur (sırasıyla $p=0.256$, $p=0.977$ ve $p=0.015$).

Kesme puanı 17 olarak alınarak 17 puan ve altı depresyon yok, 17 puan üzeri olası depresyon olarak tanımlanan BDÖ puanlamasına göre, hasta grubunun %66'sı normal, %34'ü olası depresyon tanısı alırken, kontrol grubunun ise %90'ı normal, %10'u olası depresyon tanısı aldı. Hasta ve kontrol grubu arasında kesme puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark mevcuttur ($p<0.05$), (Tablo 11 ve 12).

Tablo 11. Kesme puanına göre BDÖ değerlendirilmesi

Kesme puanı	BDÖ
≤17	Depresyon yok
>17	Olası depresyon

Tablo 12. Hasta ve kontrol grubunda BDÖ kesme puanına göre dağılım

	Depresyon yok		BDÖ Olası depresyon		p
	n	%	n	%	
Grup					0.008
Hasta	33	66	17	34	
Kontrol	45	90	5	10	
Toplam	78	78	22	22	

Beck Anksiyete Ölçeği toplam puanı minimum 0 ve maksimum 40 olup, ortalama 10.88 ± 9.94 idi. Hasta grubunda BAÖ toplam puanı minimum 1 maksimum 40 olup, ortalama 15.66 ± 10.48 iken, kontrol grubunda minimum 0, maksimum 36 ortalama 6.10 ± 6.56 idi. Hasta ve kontrol grubu arasında BAÖ puanlaması açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p < 0.05$), (Tablo 13).

Tablo 13. Hasta ve kontrol grubunun BAÖ puanlarının karşılaştırılması

	Hasta Grubu Ortalama \pm SS	Kontrol Grubu Ortalama \pm SSp	p
BDÖ	15.66 ± 10.48	6.10 ± 6.56	0.000

BAÖ puanları karşılaştırıldığında, cinsiyet, eğitim düzeyi, medeni durum ve tedavi durumu açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmazken ($p > 0.05$), hastalık aktivasyonu açısından istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edildi ($p < 0.05$), (Tablo 14).

Tablo 14. Cinsiyet, eğitim düzeyi, medeni durum, hastalık aktivasyonu ve tedavi durumu parametreleri açısından BAÖ puanlarının karşılaştırılması

	n	BDÖ Ort ± SS	p
Cinsiyet			0.108
Erkek	50	9.28 ± 8.44	
Kadın	50	12.48 ± 11.09	
Eğitim Düzeyi			0.520
≤11 yıl	29	13.90 ± 12.17	
>11 yıl	71	9.65 ± 8.67	
Medeni Durum			0.179
Evli	33	8.97 ± 8.21	
Bekar	67	11.92 ± 10.62	
Hastalık aktivasyonu			0.016
Stabil	16	10.56 ± 8.01	
Artma	29	19.21 ± 10.64	
Azalma	5	11.40 ± 9.71	
Tedavi durumu			0.775
Almış	31	15.32 ± 9.09	
Almamış	19	16.21 ± 12.68	

Yine BAÖ puanları karşılaştırıldığında, meslek ve hastalık lokalizasyonu açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmaz iken, önceki psikiyatrik hastalık öyküsü ve hastalık süresi açısından istatistiksel olarak anlamlı fark mevcuttu (sırasıyla $p=0.080$, $p=0.508$, $p=0.017$ ve $p=0.022$).

Hasta grubunda DYKİ ile BDÖ ve BAÖ arasında istatistiksel olarak orta düzeyde bir ilişki saptanırken, BDÖ ile BAÖ arasında istatistiksel olarak güçlü bir ilişki mevcuttu (Tablo 15).

Tablo 15. Hasta grubunda DYKİ, BDÖ ve BAÖ arasındaki ilişki

		DYKİ	BDÖ	BAÖ
DYKİ	r	1	0.350	0.376
	p	-	0.013	0.007
BDÖ	r	0.350	1	0.606
	p	0.013	-	0.000
BAÖ	r	0.376	0.606	1
	p	0.007	0.000	-

Ayrıca hasta grubunun sosyodemografik özellikleri, DYKİ, BDÖ ve BAÖ puanları Ek 6'da ve kontrol grubunun sosyodemografik özellikleri, BDÖ ve BAÖ puanları Ek 5'te verilmiştir.

5. TARTIŞMA

Çalışmamızda; SD hastalarında yaşam kalitesinin olumsuz etkilendiğini, anksiyete ve depresyon düzeylerinin yaşam kalitesi olumsuz olarak etkilenmiş hastalarda daha yüksek seyrettiğini ve depresyon ve anksiyete düzeylerinin birbiriyle korele olduğunu tespit ettik.

Ruhsal etkenler ile dermatolojik hastalıklar arasındaki ilişkiye ilk çağlardan beri dikkat çekilmektedir (93). En büyük ve görünür organ olan deriye ait hastalıklar, dış görünüşün giderek daha çok önemsendiği günümüzde hastaların günlük yaşamlarını, ilişkilerini ve psikolojilerini olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Deri hastalıklarının pek çoğunun kronik olması, uzun süreli tedavi gerektirmesi ve ilaç yan etkileri gibi birçok sorunun varlığı da bu tablonun derinleşmesinde rol oynamaktadır (62).

Yaşam kalitesi kişinin yaşadığı kültür ve değer sistemleri içerisinde; amaçları, beklentileri, standartları ve ilgileri ile ilişkili olarak yaşamdaki pozisyonunu algılaması şeklinde tanımlanmaktadır. Ayrıca, sağlık durumunun ve uygulanan tedavilerin etkilerinin değerlendirilmesinde önemli bir ölçme metodudur (62). Dermatolojik hastalıklar, kozmetik bir sıkıntı oluşturmanın yanında, yol açtıkları psikopatolojik problemler nedeniyle kişiyi, ailesini ve çevresini olumsuz yönde etkilemekte ve yaşam kalitesini bozmaktadır (97). Son yıllarda yaşam kalitesi klinik incelemelerde önem kazanmış ve dermatolojide yaşam kalitesi ile ilgili yapılan çalışmalar artmıştır (55).

Seboreik dermatit; % 1-3 oranında görülen, saçlı deri, kaş, göz kapağı, nazolabiyal kıvrım, dudak, kulak, sternal bölge, aksilla, meme altı, göbek, inguinal ve gluteal kıvrımları tutma eğiliminde olan, eritemli zeminde sarı renkli ve yağlı görünümlü skuam oluşumu ile karakterize, kronik seyirli, yüzeysel ve inflamatuvar bir deri hastalığıdır (13, 54). Etyopatogenezinden sebore, mikrobiyal faktörler ve emosyonel stres sorumlu tutulmaktadır (13). DSM-4-TR klasifikasyonuna göre 'psikolojik faktörlerin etkilediği hastalıklar' arasında yer alan SD de, birçok dermatolojik hastalık gibi emosyonel stres,

depresyon ve yorgunluk dönemlerinde artış gösterebilmekle birlikte, SD'te psikolojik faktörleri inceleyen çok fazla çalışma bulunmamaktadır (2, 6).

Seboreik dermatit yaşam kalitesini olumsuz olarak etkilemektedir (6). Öztaş ve arkadaşları, SD'li hastalarda DYKİ ile yaptıkları çalışmada sağlıklı kontrol grubu ile karşılaştırıldığında SD hastalarında yaşam kalitesinde anlamlı bozulma saptamışlardır. Bu çalışmada hasta grubunda DYKİ ortalama skoru 3.87 ± 2.84 bulunmuştur. Doğramacı ve arkadaşları tarafından SD hastalarında yaşam kalitesinin değerlendirildiği bir başka çalışmada, hasta grubunda DYKİ ortalama skoru çok daha yüksek olarak (7.39 ± 5.73) saptanmış, hastaların yaşam kalitelerinin ciddi şekilde etkilendiği gösterilmiştir. Peyri ve arkadaşları tarafından yapılan çok merkezli başka bir çalışmada, SD hastalarında yaşam kalitesinin bozulduğu gösterilmiştir (2, 6, 95). Çalışmamızda hasta grubunda DYKİ en düşük 0 ve en büyük 25 olup, ortalama 7.28 ± 5.78 olarak tespit edilmiştir. Hastaların %50'sinde yaşam kalitesi hastalıktan az etkilenmiş veya etkilenmemiş olarak saptanırken, %50'sinde orta derecede veya çok etkilenmişti. Bu sonuç, SD hastalarında yaşam kalitesinin olumsuz olarak etkilendiğini gösteren literatür sonuçlarını desteklemektedir.

Dermatolojik hastalıktan etkilenme oranı; hastalığın doğal seyri, hastanın demografik özellikleri, kişilik yapısı, mesleği, çevrenin ve kültürün hastalığa bakışı gibi pek çok faktöre bağlıdır. Dermatolojik problemi olan kadın hastaların ve dulların (kadın-erkek) daha fazla psikiyatrik şikayetleri olduğu bildirilmiştir (94). Ayrıca, literatürde evli olanların kişiler arası ilişki kurabilme kapasitesinin, sorunlarla başetme ve onları çözme becerilerinin daha gelişmiş olduğu belirtilmektedir (96-7). Ülkemizde 2004 yılında, dermatoloji polikliniğine başvuran 265 hasta ve 102 sağlıklı birey ile yapılan bir çalışmada, cinsiyet, yaş, evli olma durumu, eğitim durumu ve hastalık süresinin yaşam kalitesi, depresyon ve anksiyete düzeylerini etkilemediği bildirilmiştir (98). Doğramacı ve arkadaşları tarafından SD'li hastalarda yaşam kalitesinin değerlendirildiği çalışmada, cinsiyet, meslek, lezyon yeri ve süresi ile DYKİ puan grupları arasında ilişki saptanmazken, eğitim düzeyi ile DYKİ puan grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki tespit edildiği bildirilmiştir (6). Szepletowski ve arkadaşlarının 2008 yılında yaşam kalite indeksi kullanarak yaptıkları çalışmada, SD'li olguların yaşam kalitelerinin belirgin olarak negatif yönde etkilendiği belirtilmiştir. Bu etkilenme özellikle kadınlarda, gençlerde ve eğitilmiş olanlarda daha belirgin bulunmuştur. İspanya'da yapılan bir çalışmada, SD'li hastalara Skindex-29 anketi uygulanmış; hastalığın kadınların yaşam kalitesini daha fazla etkilediği, hastalık şiddeti arttıkça yaşam kalitesinin azaldığı görülmüştür (2).

Çalışmamızda, SD hastalarında hastalık süresi, hastalık lokalizasyonu, hastalık aktivasyonu, tedavi durumu, önceki psikiyatrik hastalık öyküsü ve cinsiyet ile DYKİ arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark saptanmamıştır. Bu parametrelerin yaşam kalitesine etkilerinin sağlıklı olarak tespiti için, daha geniş serilerde çalışmalar yapılması gerektiğine inanmaktayız. Çalışmamızda, SD hastalarında eğitim düzeyi ve meslek ile DYKİ arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark saptanmamıştır. Hasta ve kontrol grubu arasında mesleki açıdan istatistiksel olarak anlamlı fark mevcuttur. Eğitim seviyesi yüksek düzeyde olanların çoğunluğunu oluşturan çalışan grubu, hasta grubunun %36'sı ve kontrol grubunun %62'sinden oluşmaktaydı. Dengeli olmayan bu dağılım nedeniyle çalışmamızdan çıkan sonucun yanıltıcı olabileceği, meslek ve eğitim düzeyinin yaşam kalitesine etkilerinin sağlıklı tespiti için daha geniş katımlı ve daha dengeli eşleştirilmiş çalışmalara ihtiyaç olduğu düşüncesindeyiz. Çalışmamızda, medeni durum ile DYKİ arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark saptanmıştır. Buna göre, bekar hastalarda yaşam kalitesi daha fazla etkilenmişti. Bu, bekarlarda sorunlarla baş etme ve onları çözmeye becerilerinin daha az gelişmiş olmasına bağlı olabilir.

Deri hastalıklarının büyük bir çoğunluğu, ölümcül olmamakla beraber, yaşam kalitesini bozmakta ve hastaların çoğunda psikolojik ve sosyal bir yıkıma yol açmaktadır. Sosyal ortamlarda yalnızlığa itildiğini düşünen hastaların bir kısmı bu duruma uyum göstermekte, bazılarında ise ciddi uyum güçlükleri, depresyon, anksiyete gibi ruhsal bozukluklar ortaya çıkabilmektedir (94). Dermatoloji poliklinik hastalarında anksiyete ve depresyon düzeyleri ile klinik ve sosyodemografik özellikler arası ilişkinin belirlenmesi amacıyla yapılmış olan bir çalışmada, deri hastalığı varlığının yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediği ve dermatolojik yaşam kalitesinde bozulma ne kadar fazla ise anksiyete ve depresyon riskinin de o kadar fazla olduğu bildirilmiştir (98). Seboreik dermatite bağlı yaşam kalitesindeki bozulma ne kadar fazla ise anksiyete ve depresyon düzeyi de o kadar yüksek olmaktadır. Doğramacı ve arkadaşları tarafından yaşam kalitesi, anksiyete ve depresyon ölçekleri kullanılarak SD hastaları ile yapılan bir çalışmada, hastaların yaşam kaliteleri bozuldukça anksiyete ve depresyon oranlarında artış saptandığı bildirilmiştir. Ayrıca bu hastalarda SD olmaması halinde, anksiyete ve depresyon skorları arasındaki pozitif güçlü korelasyonun orta düzeye indiği, bunun da SD'in emosyonel durumu olumsuz etkilediğinin göstergesi olduğu bildirilmiştir (6). Çalışmamızda, bu literatür sonuçları ile uyumlu olarak DYKİ ile BDÖ ve BAÖ arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki tespit

edilmiştir. Seboreik dermatit hastalarında yaşam kalitesinde bozulma ne kadar fazla ise, anksiyete ve depresyon düzeyleri de o kadar yüksektir.

Çok sayıda deri hastalığının başlamasında veya alevlenmesinde psikiyatrik problemler değişik şekilde rol oynar. Bazı deri hastalıkları da psikiyatrik problemlere zemin hazırlar. Bir liazon merkezine gönderilen dermatolojik hastaların yaklaşık %95 inde psikiyatrik tanı konmuştur. En sık görülen tanılar ise %44 ile depresyon ve % 55 ile anksiyete bozukluğudur. Pulimood ve arkadaşlarının yaptıkları bir çalışmada, dermatoloji kliniğinde yatan hastalarda en çok konulan psikiyatrik tanının depresyon (% 34) olduğu bildirilmiştir. Wessely ve Lewis, hastalarının %40'ında minör bir depresif bozukluk tespit etmişlerdir. Preston, sık görülen deri hastalıklarında %50'den daha yüksek oranda depresyon görüldüğünü bildirmiştir. Benzer şekilde ülkemizde yapılan çeşitli çalışmalarda, dermatolojik hastalıklarda en sık görülen psikiyatrik hastalıkların depresyon ve anksiyete bozuklukları olduğu bildirilmiştir (99-100). Dermatolojik hastalıklarda anksiyete ile ilgili bozukluklar açısından Woodroff ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, tüm dermatolojik hastalıklar içinde psikiyatrik hastalık görülme oranı %5 olarak rapor edilmiş, bu hastaların %44'ünde depresyon, %35'inde ise anksiyete bozukluğu olduğu belirtilmiştir (85).

Stres ve SD ilişkisi çift yönlüdür: Stres sonucu deride hastalık ortaya çıkabileceği gibi, deri hastalıklarında da şekil bozuklukları ya da kronik seyir nedeniyle de stres ortaya çıkabilir. Psikiyatrik hastalık ve SD birlikteliğinin sorgulandığı bir çalışmada, 150 psikiyatrik hastadaki SD insidansı, 150 major operasyon bekleyen kontrol grubu bulguları ile karşılaştırılmış, psikiyatrik hastalarda SD insidansı kontrol grubundan anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. En anlamlı yüksekliğin depresyon hastalarında olduğu izlenmiştir. Seboreik dermatitte anksiyete ve depresyon oranı yüksek düzeydedir. Yüz tutulumu olan olgularda depresyon daha fazladır. Saçlı deri ve özellikle yüz tutulumunda şekil bozuklukları ortaya çıkar; olguların çevre ile iletişimi ve sosyal ilişkileri etkilenir (2). İspanya'da 2005 yılında 16 yaş ve üzeri 2159 SD'li olgu ile yapılan çok merkezli bir epidemiyolojik çalışmada, olguların %76'sında depresyon, stres, yorgunluk ile hastalığın tetiklendiği gözlenmiştir (101). Misery ve arkadaşları tarafından SD'li olgularda çeşitli ölçüm skalaları kullanılarak stres ile birlikte anksiyete ve depresyon derecesi belirlenmiş; bu çalışmada SD'te stresin ana tetikleyici faktör olduğu gözlenmiştir (3). Tetikleyici stres, depresyon ile ilişkili bulunmazken, yüksek anksiyete skoru ile birliktelik göstermiştir. Ayrıca stresin kötü prognoz göstergesi ve anksiyetenin de tetikleyici faktör olduğu belirtilmiştir. Yüz tutulumlu olgular lezyonları diğer bölgelerde olanlara göre daha fazla

deprese bulunmuştur (2). Türkiye’de yapılan bir çalışmada, SD’li olguların depresyona eğilimli ve yaşam kalitelerinin de düşük olduğu gözlenmiştir (2, 95). Çalışmamızda, hasta ve kontrol grubu arasında BDÖ ile BAÖ açısından istatistiksel olarak anlamlı ilişki tespit edilmiştir. Seboreik dermatit hastalarında anksiyete ve depresyon düzeyleri, kontrol grubuna göre daha yüksek düzeydedir. Bu sonuç, literatür çalışmaları ile uyumludur.

Anksiyete ve depresyon belirtileri ayrı olarak yaşanabildiği gibi hastalık durumlarında birlikte de görülebilmektedirler. Son yıllarda yapılan çalışmalar, gerek klinik ve epidemiyolojik gerek tedaviye yanıtları yönünden depresyon ve anksiyete bozukluklarının ortak özelliklerini ortaya çıkarmıştır. Anksiyete ve depresyonun birlikte görülme oranı %9-40’dır. Her iki bozukluğun bir arada bulunması hastalarda ortaya çıkabilecek güçlükleri daha da arttırabilmektedir (87-8). Çalışmamızda, hasta grubunda BDÖ ve BAÖ arasında pozitif korelasyon tespit edilmiştir. Anksiyete düzeyleri yüksek olan SD hastalarında, buna paralel olarak depresyon düzeyleri de yüksektir. Bu sonuç, literatür çalışmaları ile uyumludur.

Çalışmamızda, BDÖ puanları karşılaştırıldığında; cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, meslek, önceki psikiyatrik hastalık öyküsü, hastalık lokalizasyonu, hastalık aktivasyonu ve tedavi durumu açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmemiştir. Yine medeni durum, eğitim düzeyi, meslek, hastalık lokalizasyonu ve tedavi durumu açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır.

Çalışmamızda, BAÖ puanları karşılaştırıldığında; hastalık aktivasyonu ve önceki psikiyatrik hastalık öyküsü açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır. Hastalık aktivasyonu stabil durumda olan ve azalma gösteren hastalar arasında anksiyete düzeyleri açısından fark bulunmazken, hastalık aktivasyonunda artma olan SD hastalarında, stabil olanlara göre anksiyete düzeyleri daha yüksekti. Bu sonuç, hastalığın şiddetinin artmasının hastaların ruhsal durumunu olumsuz olarak etkilemesine bağlı olabilir. Ayrıca, daha önce herhangi bir psikiyatrik hastalık geçirme öyküsü olanlarda, anksiyete düzeyleri daha yüksekti. Buna göre, SD’in öncesinde ruhsal hastalığı olanlarda anksiyete belirtilerine neden olabildiği veya riski arttırdığı söylenebilir.

Çoğu dermatolojik hastalık kroniktir. Kronisiteye ek olarak hastalığın oluşturduğu görsel olumsuzluk veya semptomların neden olduğu fiziksel kısıtlamalar, öz güven yitimi, kişiler arası ilişkilerde bozulmalar, sosyal çekilme, kısaca yaşam kalitesindeki bozulma ve uzun süreli stres kaynağıdır. Örneğin psoriasisde alkol tüketiminin hastalık süresi ile ilgili olduğunu gösteren bildiriler mevcuttur. Öte yandan androjenik alopesili ve akneli

hastalarda görüntü ile ilgili problemler depresyon ve anksiyete oluşturabilecek kadar güçlü bir kronik stres kaynağı olabilir (5). Arck ve arkadaşları, bölgesel nöroendokrin-deri ekseninin beyin-deri ilişkisini sağladığına dair kanıtlar öne sürmüşlerdir. Kronik psikolojik stres, bu eksenin düzenlemesi ile inflamatuvar deri hastalıklarının tetiklenmesinde rol oynar. Bununla beraber yeni çalışmalar, sadece çevresel kaynaklı stresörlere odaklanmanın çok basite indirgeyici bir yaklaşım olduğunu göstermiştir. Veriler, stresin öznel yaşantısının strese yol açan durumdan daha önemli olduğunu göstermektedir. Bazı kişilik özelliklerinin de, strese karşı yatkınlığı arttırdığı belirtilmektedir (102). Çalışmamızda BAÖ ve BDÖ puanları karşılaştırıldığında, hastalık süresi açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmiştir. Hastalık süresi 10 yıl veya daha kısa bir süredir mevcut olan hastalarda, hastalık süresi 10 yılın üzerinde olan SD hastalarına göre anksiyete ve depresyon düzeyleri daha yüksek bulunmuştur. Her gün yaşanan kronik stres ve rahatsızlık verici durumların ani ve kritik şekilde gelişen yaşam olaylarından daha külfetli ve belirleyici olacağı kabul edilir (103). Çalışmamızda; kronisitenin anksiyete ve depresyon düzeyleri üzerine etkilerinin daha düşük bulunmasının, kronik seyir nedeniyle hastaların yeni tedavi arayışına girmeleri yerine, zamanla bu durumun kabullenirliğiyle hastalıkla yaşamaya alışmalarına veya SD'in erken dönemlerde hastaların ruhsal durumu üzerinde olumsuz etkilerinin daha fazla olabilmesine bağlı olabilir düşüncesindeyiz.

Çalışmamızın sonuçlarını incelediğimizde, SD hastalarında yaşam kalitesi olumsuz olarak etkilenmekte, yaşam kalitesindeki bozulma ile anksiyete ve depresyon düzeyleri korelasyon göstermekteydi. Ayrıca depresyon ve anksiyete düzeyi yükseklikleri, birbirlerine paralel seyretmekte idi.

Sonuç olarak dermatolojik ve psikiyatrik hastalıkların birlikteliği değişik formlarda sıklıkla karşımıza çıkmaktadır. Gerek birincil gerekse ikincil olarak bu iki grup hastalık birbirine eşlik edebilmektedir (69). Bu nedenle dermatoloji hastalarında biyopsikososyal yaklaşımın bütüncül olarak uygulanması hastaların dermatolojik ve psikiyatrik sorunlarının ortak olarak tanımlanması ve başarılı bir tedavi planı yapılabilmesi açısından önem arz etmektedir (69, 89).

Seboreik dermatitte stres önemli bir tetikleyici faktör gibi görünmektedir. Hastalarda anksiyete ve depresyon yüksek oranda bulunmaktadır. Hastalığın kronik seyri ve lezyonların yarattığı şekil bozukluğu da yaşam kalitesini negatif yönde etkilemektedir. Hastalığın ruhsal belirtilerini tanımak ve bununla mücadele etmek, gerek hastaların yaşam kalitesini arttırmak gerekse daha iyi tedavi yanıtı almak açısından önemlidir. Hastaların

takip ve tedavi süresince bu yönlerden değerlendirilmeleri ve stres gibi emosyonel faktörlerin hastalıkta alevlenmeye neden olabileceği konusunda bilgilendirilmelerinin, hastalığın takibinde yarar sağlayacağı, hastaların yaşam kalitesini ve prognozu olumlu yönde etkileyeceği unutulmamalıdır (2, 6).

6. SONUÇ ve ÖNERİLER

Seboreik dermatit hastalarında yaşam kalitesi, anksiyete ve depresyon düzeyini değerlendirdiğimiz çalışmamızda şu sonuçlar elde edildi:

1. Seboreik dermatitli hastalar ile kontrol grubu arasında yaş, cinsiyet, medeni durum, önceki psikiyatrik hastalık öyküsü ve eğitim düzeyi açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmazken, meslek, ailede psikiyatrik hastalık öyküsü ve ailede SD varlığı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı.
2. Erkek ve kadınlarda hastalığın başlangıç yaşı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmazken, hastalık süresi açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark mevcuttu. Hastalık süresi erkeklerde daha uzundu.
3. Hasta grubunun DYKİ toplam puanları incelendiğinde, SD hastalarının %50'sinde yaşam kaliteleri az etkilenmiş veya etkilenmemiş olarak saptanırken, %50'sinde orta derecede veya çok etkilenmiş olarak saptandı.
4. Hasta grubunda eğitim düzeyi, meslek, hastalık süresi, hastalık lokalizasyonu, hastalık aktivasyonu, tedavi durumu, önceki psikiyatrik hastalık öyküsü ve cinsiyet ile DYKİ arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark saptanmadı.
5. Hasta grubunda medeni durum ile DYKİ arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark saptandı. Bekar hastaların yaşam kalitesi, evli hastalardan daha fazla etkilenmişti.
6. Hasta grubunda DYKİ ile BDÖ arasındaki korelasyon anlamlı bulundu ve her iki ölçek arasında orta düzeyde ilişki saptandı. Seboreik dermatit hastalarında yaşam kalitesi ne kadar olumsuz etkilenirse, depresyon görülme ihtimali de o kadar yüksek olmaktaydı.
7. Hasta ve kontrol grubu arasında BDÖ ortalama puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı. Ayrıca BDÖ kesme puanı 17 olarak alındığında, hasta ve kontrol grubu arasında kesme puanı açısından yine istatistiksel açıdan

anlamli fark tespit edildi. Bu sonuclara g6re, SD hastalarinda depresyon gorulme oranı veya olası depresyon, kontrol grubuna g6re daha y6ksek idi.

8. BA6 ve BD6 puanları karşılaştırıldığında, hastalık s6resi açısından istatistiksel olarak anlamli fark saptandı. İlginç olarak, hastalık s6resi 10 yıl veya daha kısa s6reli olan hastalarda, hastalık s6resi 10 yılın 6zerinde olan SD hastalarına g6re depresyon ve anksiyete oranları daha y6ksekti. Bu durum, hastalığın erken d6nemde hastanın ruhsal durumu 6zerinde olumsuz etkisinin daha çok olabileceğini d6ř6nd6rmektedir.
9. BD6 puanları karşılaştırıldığında, cinsiyet, medeni durum, eğitim d6zeyi, meslek, 6nceki psikiyatrik hastalık 6yk6s6, hastalık lokalizasyonu, hastalık aktivasyonu ve tedavi durumu açısından istatistiksel olarak anlamli bir fark saptanmadı.
10. Hasta grubunda BD6 ile BA6 arasında korelasyon açısından anlamli bir ilişki saptandı. Anksiyete ve depresyon d6zeyleri birbirleri ile korele idi.
11. Hasta ve kontrol grubu arasında BA6 ortalama puanı açısından istatistiksel olarak anlamli fark saptandı. Hasta grubunda anksiyete d6zeyleri, kontrol grubuna g6re daha y6ksekti.
12. BA6 puanları karşılaştırıldığında, cinsiyet, medeni durum, eğitim d6zeyi, meslek, hastalık lokalizasyonu ve tedavi durumu açısından istatistiksel olarak anlamli bir fark saptanmadı.
13. BA6 puanları karşılaştırıldığında, hastalık aktivasyonu açısından istatistiksel olarak anlamli bir fark saptandı. Hastalık aktivasyonu stabil durumda olan ve azalma g6steren hastalar arasında anksiyete d6zeyleri açısından fark bulunmazken, hastalık aktivasyonunda artma olan hastalarda stabil olanlara g6re anksiyete d6zeyleri daha y6ksekti.
14. BA6 puanları karşılaştırıldığında, 6nceki psikiyatrik hastalık 6yk6s6 açısından istatistiksel olarak anlamli bir fark saptandı. Daha 6nce herhangi bir psikiyatrik hastalık geçirme 6yk6s6 olanlarda, anksiyete d6zeyleri daha y6ksekti.
15. Hasta grubunda DYKİ ile BA6 arasında korelasyon açısından istatistiksel olarak anlamli bir ilişki saptandı. Anksiyete d6zeyi ve yaşam kalitesinde bozulma birbiri ile korele idi.
16. Çalışmamızın sonuçlarını g6z 6n6ne aldığımızda, SD'te psikolojik fakt6rlerin etkinliğine dair çalışmalara ihtiyaç olduğu ve hasta sayısının yeterli olduğu

alıřmalarla bu konu ile ilgili daha geniř bilgiler elde edilebileceęi dūřüncesindeyiz.

7. ÖZET

Seboreik Dermatitli Hastalarda Yaşam Kalitesi, Anksiyete Ve Depresyon Düzeylerinin Değerlendirilmesi

Amaç: Bu araştırmada, seboreik dermatit hastalarında yaşam kalitesi, anksiyete ve depresyon düzeylerinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Araç ve yöntem: Çalışmaya Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Farabi Hastanesi Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı Polikliniği'ne başvuran, bilinen psikiyatrik ve diğer sistemlere ait önemli bir sistemik hastalığı olmayan, öykü ve fizik muayene ile seboreik dermatit tanısı alan 50 hasta ve bilinen bir psikiyatrik ve diğer sistemlere ait önemli bir sistemik hastalığı olmayan hastane personeli ve yakınlarından rastgele seçilen ve sosyodemografik özellikleri yönünden (yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, medeni durum, meslek gibi) hasta grubu ile benzer 50 sağlıklı birey alındı. Hasta grubuna Dermatolojik Yaşam Kalite İndeksi, hasta ve kontrol grubuna Beck Depresyon Ölçeği ve Beck Anksiyete Ölçeği uygulandı.

Sonuçlar: Seboreik dermatit hastaları ile kontrol grubu arasında yaş, cinsiyet, medeni durum ve eğitim düzeyi açısından anlamlı bir fark yoktu. Hastaların yarısında (%50) yaşam kalitesi az etkilenmiş veya etkilenmemiş olarak saptanırken, diğer yarısında (%50) yaşam kalitesi orta derecede veya çok etkilenmiş olarak saptandı. Yaşam kalitesinde bozulma, bekar hastalarda evli hastalardan daha yüksekti. Anksiyete ve depresyon düzeyi, yaşam kalitesi olumsuz olarak etkilenmiş olan seboreik dermatit hastalarında daha yüksek orandaydı. Ayrıca anksiyete ve depresyon düzeyleri arasında pozitif korelasyon mevcuttu.

Tartışma: Bu çalışma, seboreik dermatit hastalarında yaşam kalitesinin olumsuz olarak etkilendiğini, yaşam kalitesindeki bozulma ne kadar fazla ise, anksiyete ve depresyon düzeylerinin de o kadar yüksek olduğunu göstermektedir. Bu sonuçlardan yola çıkarak, hastalığın psikolojik belirtilerini tanımanın ve bu belirtilerle mücadele etmenin, gerek hastaların yaşam kalitesini arttırmak, gerekse daha iyi tedavi yanıtı almak açısından önemli olduğu düşüncesindeyiz.

Anahtar sözcükler: Anksiyete, Depresyon, Seboreik dermatit, Yaşam kalitesi

8. SUMMARY

Evaluation of quality of life levels of anxiety and depression in patients with seborrheic dermatitis

Aim: The purpose of this research is to evaluate the levels of anxiety and depression and to improve the life quality of seborrheic dermatitis patients.

Material and method: This experiment is conducted with 50 volunteered patients who have been diagnosed for seborrheic dermatitis but do not have any other systemic illnesses, in the Department of Skin and Venereal Diseases Clinic in the Farabi Hospital at Karadeniz Technical University. 50 healthy subjects are chosen randomly from the hospital staff and their relatives who do not have any systemic illnesses and have the same sociodemographic (age, sex, education, marital status, occupation etc.) characteristics as control group. The patients group tested with Dermatological Life Quality Index (DLQI), and the patients and control group both tested on the Beck Depression Scale and Beck Anxiety Scale.

Results: There was no reasonable difference between seborrheic dermatitis patients and the control group in terms of their ages, sex, marital statutes and educational levels. In one half (%50) of the patients it was identified that their quality of life was slightly affected or not affected at all, in the other half (%50) of the patients it was identified that their quality of life was affected reasonably or greatly. The disorder in life quality was higher in single patients than the married ones. Anxiety and depression levels were higher in ratio in seborrheic dermatitis patients whose qualities of life were negatively affected. Besides, there was a positive correlation present between the levels of anxiety and depression.

Conclusions: This study, shows that seborrheic dermatitis affects the quality of life negatively, anxiety and depression levels are high as how the deformation of life quality is high. According to these results we think that knowing the psychological symptoms of illness and dealing with these symptoms are important. Whether to increase the life quality of patients, or to get a well response from this illness in a good manner.

Key words: Anxiety, Depression, Seborrheic dermatitis, Quality of life

9. KAYNAKLAR

1. Özdemir F: Seboreik Dermatit ve Perioral Dermatit. Türkiye Klinikleri J Dermatol - Special Topics. 3 (1): 47-56; 2010.
2. Gül Ü: Seboreik Dermatitte Psikolojik Faktörler. Türkiye Klinikleri J Dermatol - Special Topics. 2 (4): 55-7; 2009.
3. Misery L, Touboul S, Vincot C, Dutray S, Rolland - Jacob G: Stress and Seborrheic Dermatitis. Ann Dermatol Venereol. 134 (11): 833-7; 2007.
4. Papadopoulos L, Walker CJ: Understanding skin problems. John Wiley & Sons Ltd Chicester. 203-25, 2003.
5. Altunay İK: Stres ve Deri. Türkiye Klinikleri J Dermatol-Special Topics. 2 (4): 16-23; 2009.
6. Doğramacı AÇ, Havlucu DY, Savaş N: Seboreik Dermatitli Hastalarda Yaşam Kalite Değerlendirmesi. Türk Dermatoloji Dergisi 2: 99-102; 2008.
7. Szepietowski JC, Reich A, Wesołowska-Szepietowska E, Baran E: Quality of life in patients suffering from seborrheic dermatitis: influence of age, gender and education. Mycoses 52. 357-63, 2008.
8. Fritsch PO, Reider N: Other eczematous eruptions. In: Callen JP, Horn TD, Mancini AJ, Salache SJ, Schaffer JV, Schwartz T, Stingl G, Stone MS, eds. Dermatology. 2nd ed. Spain: Elsevier Limited; p.197-207, 2008.
9. Schwartz RA, Janusz CA, Janniger CK: Seborrheic dermatitis: an overview. Am Fam Physician 74 (1): 125-30; 2006.
10. Saçar T, Saçar H: Seboreik Dermatit. J Clin Anal Med. 2 (2): 57-60, 2010.
11. Erchiga VC, Martos OJ, Cassano AV, Erchiga AC, Fajardo FS: Malassezia globosa as the causative agent of pityriasis versicolor. Br J Dermatol 143: 799-803; 2000.
12. Gupta AK, Nicol K, Batra R: Role of antifungal agents in the treatment of seborrheic dermatitis. Am J Clin Dermatol. 5(6): 417-22, 2004.

13. Gülekon A: Psoriasis ve benzeri dermatozlar. In: Tüzün Y, Gürer MA, Serdaroğlu S, Oğuz O, Aksungur VL, editors. *Dermatoloji*. 3. Baskı. İstanbul: Nobel Tıp Kitapevi, 760-2, 2008.
14. Smith KJ, Skelton HG, Yeager J, Ledsky R, McCarthy W: Cutaneous findings in HIV-1 positive patients: a 42-month prospective study. *J Am Acad Dermatol* 31: 746-754; 1994.
15. Fathing CF, Staughton RCD. Rowland payne CME: Skin disease in homosexual patients with acquired immune deficiency syndrome (AIDS) and lesser forms of human T cell leukaemia virus (HTLV III) disease. *Clin Exp Dermatol* 10: 3-12; 1985.
16. Gupta AK, Bluhm R: Seborrheic dermatitis. *JEADV* 18: 13-26; 2004.
17. Gupta AK, Madzia SE, Batra R: Etiology and management of seborrheic dermatitis. *Dermatology* 208: 89-93, 2004.
18. Berg M: Epidemiological studies of the influence of sunlight on the skin. *Photodermatology* 6: 80-4, 1989.
19. Yegner E: Seborrheic dermatitis of the face induced by PUVA treatment. *Acta Derm Venereol* 63: 335-9; 1983.
20. Aydemir EH: Stres ve deri hastalıkları. *STE Sempozyum dizisi No: 47-Stres* s. 145-152; 2005.
21. Aly R, Katz HI, Kempers SE, et al: Ciclopirox gel for seborrheic dermatitis of the scalp. *Int J Dermatol* 42: 10-22, 2003.
22. Bergbrant IM, Andersson B, Faergemann J: Cell-mediated immunity to malassezia furfur in patients with seborrheic dermatitis and pityriasis versicolor. *Clin Exp Dermatol* 24: 402-6, 1999.
23. Gupta AK, Madzia SE, Batra R: Seboreik dermatit etyolojisi ve tedavisi. *Dermatology* 208: 321-5, 2004.
24. Yıldız K, Memişoğlu HR: Seboreik dermatitte Malassezia türlerinin rolü. Uzmanlık tezi, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Deri ve Zührevi Hastalıklar Abd. Adana. 2010, s. 5.
25. Freedberg IM, Eisen AZ, Wolff K et al: Cutaneous changes in disorders of altered reactivity. In: Fitzpatrick's *Dermatology in general medicine* 6th ed. Newyork: The McGraw - Hill Companies, 1309-1330, 2003.
26. Janniger CK, Schwartz RA: Seborrheic dermatitis. *Am Fam Physician* 52: 149.55-159.60, 1995.

27. Zouboulis CC, Xia L, Akamatsu H, Seltmann H, Fritsch M: The human sebocyte culture model provides new insights into development and management of seborrhoea and acne. *Dermatology*. 196; 21-31, 1998.
28. Gupta AK, Bluhm R: Seborrheic dermatitis. *JEADV*. 18: 13-26; 2004.
29. Johnson BA, Nunley JR: Treatment of seborrheic dermatitis. *Am Fam Physician*. 61: 2703, 2000.
30. Bergbrant IM: Seborrheic dermatitis and pityrosporum ovale: cultural, immunologic and clinical studies. *Acta Derm Venereol*. 167; 1991.
31. Guecho E, Boekhout T, Ashbee HR, Guillot J, Belkum AV, Fargemann: The role of *Malassezia* species in the ecology of human skin and as pathogens. *Medical Mycology*. 36 (1): 220-9, 1998.
32. Bergbrant IM, Johansson S, Robbins D, Scheynius A, Fargemann J: An immunological study in patients with seborrheic dermatitis. *Clin Exp Dermatol* 16: 331-8, 1991.
33. Matis WL, Triana A, Shapiro R, Eldred L, Polk BF: Dermatologic findings associated with human immunodeficiency virus infection. *J Am Acad Dermatol*. 17: 46-51; 1987.
34. Maietta G, Fornaro P, Rongioletti F et al: Patients with mood depression have a high prevalence of seborrheic dermatitis. *Acta Derm Venereol*. 70: 432-4; 1990.
35. Marren P, Burge S: Seborrheic dermatitis of the scalp – a manifestation of Hailey-Hailey disease in a predisposed individual? *Br J Dermatol*. 126: 294-6; 1992.
36. Ercis M, Balci S, Atakan N: Dermatological manifestations of 71 Down syndrome children admitted to a clinical genetics unit. *Clin Genet*. 50: 317-320; 1996.
37. Bahadır S, Doğan S: Seboreik dermatit ve perioral dermatit. *Türkiye Klinikleri J Int Med Sci*. 2 (48): 36-40; 2006.
38. Tüzün Y, Dolar N: Neonatal eritrodermalar. *Pediatric Dermatoloji'de*. Ed. Tüzün Y, Kotogyan A, Serdaroğlu S ve ark. İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri, 2005, 67-71.
39. Kiremitci U, Topcu E, Serdaroğlu S: Seboreik dermatit tedavisi. *Dermatose*. 2: 146 50; 2003.
40. Odom RB, James WD, Berger TG: Seborrheic dermatitis, Psoriasis, Recalcitrant palmoplantar eruptions, Pustular dermatitis, and Erythroderma. In: *Andrew's diseases of the skin* 9th ed. Philadelphia: WB Saunders Company 214-254, 2000.
41. Güngör E: Seboreik dermatit. *XVII Prof. Dr. Lütfü Tat Sempozyumu* s. 58-61, 2005.
42. İnaloz HS, Kırtak N: The pathogenesis and treatment of seborrheic dermatitis. *T Klin J Med Sci*. 22: 239 44; 2002.

43. Bozkurt NM, Başak PY: Seboreik dermatit tedavisi ve yeni tedavi yaklaşımları. *Türkderm.* 41: 112-6; 2007.
44. Gupta AK, Bluhm R: Seborrheic dermatitis. *JEADV.* 18: 13-26; 2004.
45. Plewig G, Jansen T: Seborrheic dermatitis. *Dermatology in General Medicine.* Ed. Freedberg IM, Eisen AZ, Wolff K, Austen KF, Goldsmith LA, Katz SI, Fitzpatrick TB. Beşinci Baskı. Newyork, Mc Graw - Hill Inc, 1482-9, 1999.
46. Fındık G, Aydın F, Şentürk N, Cantürk T, Turanlı AY: Seboreik dermatit tedavisinde topikal metronidazol: Plasebo kontrollü çift kör çalışma. *Türkderm.* 38: 41-3; 2004.
47. Gupta AK, Nicol KA: Ciclopirox 1% shampoo fort he treatment of seborrheic dermatitis. *Int J Dermatol.* 24: 68-9, 2006.
48. Satchell AC, Saurajen A, Bell C, Barnetson RS: Treatment of dandruff with 5% tea tree oil shampoo. *J Am Acad Dermatol.* 47: 852-5; 2002.
49. Başak PY, Ergin S: Comparative effects of calcipotriol and betamethasone 17-valerate solution in the treatment of seborrheic dermatitis of the scalp. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 15 (1): 86-8, 2001.
50. Holden CA, Berth-Jones J: In: Burns T, Breathnach S, Cox N, Griffiths C. Editors. *Rook's Textbook of Dermatology.* 7th Ed., Italy, Blackwell Publishing, 3: 17.10-17.15, 2004.
51. Braun Falco O, Plewig G, Wolff HH, Burgdorf WHC. *Dermatology.* 4th ed. Newyork: Sprenger - Verlag Berlin Heidelberg; 1996: 487-491.
52. Yıldız K, Memişoğlu HR: Seboreik dermatitte *Malassezia* türlerinin rolü. Uzmanlık tezi, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Deri ve Zührevi Hastalıklar Abd. Adana. 2010, s. 13.
53. Plewig G, Jansen T: Seborrheic dermatitis. *Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine'de.* Ed. Freedberg IM, Eisen AZ, Wollf KK ve ark. New York, McGraw-Hill, 2003, 1198-1204.
54. James WD, Berger TG, Elston DM: Seboreik dermatit, psoriasis, tekrarlayan palmoplantar erupsiyonlar, püstüler dermatit eritrodermi. *Andrew's Deri Hastalıkları Klinik Dermatoloji.* 10. Baskı İstanbul Tıp Kitapevi. 191-2, 2008.
55. Doğan S, Bahadır S: Vitiligolu hastalarda, hastalığın klinik türlerine göre yaşam kalitesindeki olası değişimin değerlendirilmesi. *KTÜ Tıp Fakültesi Dermatoloji Abd, Uzmanlık tezi* 2010, s. 15-6.
56. Beşioğlu L, Uğuz F, Sağlar M, Yılmaz E, Ağargün M, Aşkın R: Obsesif kompulsif bozuklukta yaşam kalitesi ile ilişkili etkenler. *Anadolu Psikiyatri Dergisi.* 8: 5-13; 2007.

57. Arslantaş D, Selma M, Ünsal A, Kalyoncu C: Eskişehir Mahmudiye ilçesi yaşlılarında yaşam kalitesi. Osmangazi Tıp Dergisi. 2: 81-9, 2006.
58. Acıöz E, Gökdemir G, Köşlü A: Dermatolojide yaşam kalitesi. Türkderm 37: 16-23, 2003.
59. Köse O, Gür A: Dermatolojide yaşam kalitesi ve ölçümü. T Klin J Dermatol. 10: 270-4, 2000.
60. Sukan M: Vitiligo hastalarının psikiyatrik değerlendirilmesi ve kronik ürtiker hastaları ve sağlıklı kontrol grubu ile karşılaştırılması. Uzmanlık tezi, Bakırköy Ord. Prof. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi. İstanbul 2005 s. 64-5.
61. Başak P: Sık görülen bazı deri hastalıklarının yaşam kalitesi Üzerindeki Etkilerinin Karşılaştırılması. T Klin Dermatoloji, 10: 171-4; 2000.
62. Arıcan Ö: Dermatoloji hastalarında yaşam kalitesinin ölçümü. Türkiye Klinikleri J Dermatol - Special Topics. 2 (4); 2009.
63. Arıcan Ö: Dermatoloji hastalarında yaşam kalitesinin ölçümü. Türkiye Klinikleri J Dermatol - Special Topics. 2 (4); 2009.
64. Ermertcan A: Akne ve yaşam kalitesi. Dermatose. 2: 91-7, 2007.
65. Finlay AY: Quality of life measurement in dermatology; a practical guide. Br J Dermatol. 136: 305-14; 1997.
66. Morgan M, McCreedy R, Simpson J: Dermatology quality of life scales a measure of impact of skin diseases. Br J Dermatol. 136: 202-6; 1997.
67. Uğur M: Stres kavramı ve psikiyatrik hastalıklar. Sempozyum Dizisi No: 47, s. 13-33, 2005.
68. Özmen M: Dermatolojik hastalıklarda psikosomatik yaklaşımın önemi. Türkderm. 44 Suppl 1: 7-9; 2010.
69. Mercan S: Deri hastalıklarının psikojenik sonuçları ve komorbiditeler. Türkderm. 44 Özel Sayı 1: 25-35; 2010.
70. American Psychiatric Association, Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed.), American Psychiatric Association, Washington (DC) (1994).
71. Picardi A, Abeni D, Renzi C, Braga M, Melchi CF: Treatment outcome and incidence of psychiatric disorders in dermatological out - patients. JEADV. 17: 155-9; 2003.
72. Kessler RC, McGonagle KA, Zhao S, Nelson CB, Hughes M: Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. Results from the National Comorbidity Survey. Arch Gen Psychiatry. 51: 8-19; 1994.

73. Katon W, Schulberg H: Epidemiology of depression in primary care. *Gen Hosp Pschiatry*. 14: 237-47; 1992.
74. Regier DA, Boyd JH, Burke JD Jr, Rae DS, Myers JK: One-month prevalence of mental disorders in the United States. Based on five Epidemiologic Catchment Area Sites. *Arch Gen Pschiatry*. 45: 977-86; 1988.
75. Picardi A, Abeni D, Mazzotti E, Fassone G, Lega I: Screening for psychiatric disorders in patients with skin diseases: a performance study of the 12-item General Health Questionnaire. *J Psychosom Res*. 57: 219-23; 2004.
76. Picardi A, Amerio P, Baliva G, Barbieri C, Teofoli P: Recognition of depressive and anxiety disorders in dermatological outpatients. *Acta Derm Venereol*. 84: 213-7; 2004.
77. Aydemir Ö, Köroğlu E: Psikiyatride kullanılan klinik ölçekler. *Hekimler Yayın Birliği*. 93-335; 2009.
78. Gupta MA, Gupta AK: Psychiatric and psychological comorbidity in patients with dermatologic disorders: epidemiology and management. *Am J Clin Dermatol*. 4: 833-42; 2003.
79. Sampogna F, Picardi A, Chren MM, Melchi CF, Pasquini P: Association between poorer quality of life and psychiatric morbidity in patients with different dermatological conditions. *Psychosom Med* 66: 620-4; 2004.
80. Gupta MA: Psychiatric comorbidity in dermatological disorders (eds). Walker C, Papadopoulos L. In *Psychodermatology*, Oxford University Press, New York. 30-4; 2005.
81. Gupta MA, Gupta AK: Psychocutaneous medicine. Ed. Koo JYM, Lee CS. Marcel Dekker AG, NY, 233-49; 2003.
82. Fried R, Gupta M, Gupta A: Depression and skin disease dermatologic clinics. 23: 657-64; 2005.
83. Sadock BJ, Sadock VA: Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry. 10th Edition. Philadelphia. Lippincott Williams and Wilkins, 579-627, 2007.
84. Vargas Laguna E, Pena Payero ML, Vargas Marquez A: Influence of anxiety in diverse cutaneous diseases. *Actas Dermosifiliogr* 97: 637-43; 2006.
85. Woodruff PWR, Higgins EM, Vivier AWP, Wessely S: Psychiatric illness in patients referred to a dermatology-psychiatry clinic 1997. *Gen Hosp Psychiatry* 19: 29-35; 1997.
86. Kayahan M, Serbaş G: Dahili ve cerrahi kliniklerde yatan hastalarda anksiyete-depresyon düzeyleri ile stresle başa çıkma tarzları arasındaki ilişki. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 8: 52-61; 2007.

87. Beser NG, Öz F: Kemoterapi alan lenfomalı hastaların anksiyete - depresyon düzeyleri ve yaşam kalitesi. C.Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi 7: 47-58; 2003.
88. Mercan S, Altunay IK: Psikiyatri ve dermatolojinin ortak çalışma alanı: Psikodermatoloji. Türk Psikiyatri Dergisi 17: 305-13; 2006.
89. Öztürkcan S, Ermertcan AT, Eser E, Fiahin MT: Cross validation of the Turkish version of dermatology life quality index. Int J Dermatol 2006; 45: 1300-07.
90. Bilaç C, Öztürkcan S: Dermatolojide yaşam kalitesi. Sağlıkta Birikim 1 (2): 48-58, 2006.
91. Eren I, Sahin M, Tunc SE, Cure E, Civi II: Psychiatric symptoms and quality of life in patients with Behçet's disease. Neurol Psychiatr Brain Res 13: 169-174; 2006.
92. Hisli N: Beck Depresyon Envanterinin üniversite öğrencileri İçin geçerliği, güvenilirliği. Psikoloji Dergisi 7-3-13; 1989.
93. Tuğlu C: Psikokutan hastalıklarda sınıflama. Türkiye Klinikleri J Dermatol - Special Topics 2 (4): 1-5, 2009.
94. Şenol M: Psikokutan dermatozlar: Patogenez ve yaklaşım. Türkiye Klinikleri J Dermatol - Special Topics 2 (4): 6-10, 2009.
95. Öztaş P, Çalikoğlu E, Çetin I: Psychiatric tests in seborrheic dermatitis. Acta Derm Venereol 85: 68-9; 2005.
96. Maslach C, Jackson SE: Manual of Maslach Burnout Inventory. California: Consulting Psychologists Pres 1981.
97. Taycan O, Kutlu L, Çimen S: Bir üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerde depresyon ve tükenmişlik düzeyinin sosyodemografik özelliklerle ilişkisi. Anadolu Psikiyatri Dergisi 7: 100-8, 2006.
98. Baz K, Yazıcı AE, Köktürk A, Yazıcı K, Demirseren DD, Okyay Y: Dermatoloji poliklinik hastalarında Dermatolojik Yaşam Kalite İndeksi skorları ile korele artmış anksiyete ve depresyon düzeyleri. T Klin Dermatoloji 14: 31-7, 2004.
99. Kökçam İ, Dilek N: Dermatoloji kliniğinde tedavi gören hastalar için istenen psikiyatri konsültasyonları. F. Ü. Sağ. Bil. Tıp Dergisi. 24 (1): 21-4, 2010.
100. Boztaş MH, Polat MU: Psoriasis ve psikiyatrik bozukluklar. Dermatoz. 1 (1): 39-45, 2010.
101. Peyri J, Lieonart M: Clinical and therapeutic profile and quality of life patients with seborrheic dermatitis. Actas Dermosifiliogr 2007; 98 (7): 476-82.
102. Yazıcı Güleç M, Kılıç A, Gül Ü, Güleç H: Psoriasis hastalarında aleksitimi ve öfke. Türk Nöro - Psikiyatri Derneği. 46 (4): 169-174, 2009.

103.Metin A: Psoriasisde psikolojik faktörler. Türkiye Klinikleri J Dermatol - Special Topics 2 (4); 28-35, 2009.

10. EKLER

Ek 1

SOSYODEMOGRAFİK VE KLİNİK BİLGİ VERİ FORMU

1. GENEL ÖZELLİKLER

Adı-Soyadı:

Yaş:

Cinsiyet:

Erkek () Kadın ()

Eğitim düzeyi:

İlkokul ve altı () Ortaokul () Lise () Üniversite ()

Meslek:

Medeni durum:

Evli () Bekar () Boşanmış/Eşi vefat etmiş ()

2. SEBOREİK DERMATİTE İLİŞKİN BULGULAR

Başlangıç yaşı:

Lokalizasyonu:

Saçlı deri() Yüz () Gövde ()

Ailede seboreik dermatit öyküsü:

Var () Yok ()

Ailede psikiyatrik hastalık öyküsü:

Var() Yok ()

Daha önce geçirdiği psikiyatrik hastalık öyküsü:

Evet () Hayır ()

Hastalığın aktivasyonu:

Stabil () Artma () Azalma ()

Daha önceki tedavi durumu:

Almış () Almamış ()

Ek 2

DERMATOLOJİ YAŞAM KALİTESİ İNDEKSİ

Lütfen aşağıdaki soruların sizi son bir hafta içinde ne ölçüde tanımladığını işaretleyiniz.

Cevabınız Hiç/Hiçbiri ise (0), biraz ise (1), çok ise (2) ve çok fazla ise (3) olarak işaretleyiniz.

Sorular	Cevaplar			
	Hiç/ Hiçbiri	Biraz	Çok	Çok fazla
1.Cildinizde ne kadar kaşıntı, ağrı, yanma ya da batma hissi duydunuz?	0	1	2	3
2.Cildiniz yüzünden ne kadar sıkılganlık, utangaçlık duydunuz?	0	1	2	3
3.Cildiniz alışverişe gitmenizi, bahçe ya da ev işleri ile uğraşmanızı ne kadar etkiledi?	0	1	2	3
4.Cildiniz giyim kuşamınızı ne kadar etkiledi? 0 123	0	1	2	3
5.Cildiniz sosyal ya da 'boş zaman' aktivitelerinizi ne kadar etkiledi?	0	1	2	3
6.Cildiniz spor faaliyetlerinizi ne kadar etkiledi?	0	1	2	3
7.Cildiniz ders çalışmanıza ya da işinize ne kadar engel oldu?	0	1	2	3
8.Cildiniz eşiniz (arkadaşınız) ya da arkadaşlarınızla aranızda ne kadar sorun yarattı?	0	1	2	3
9.Cildiniz ne kadar cinsel problem yarattı?	0	1	2	3
10.Cildinizin tedavisi size ne kadar problem oldu? (Örn. Zaman kaybı, evinizi derleyip toparlayamama).	0	1	2	3

Ek 3**BECK DEPRESYON ÖLÇEĞİ**

Aşağıda gruplar halinde cümleler verilmektedir. Öncelikle her gruptaki cümleleri dikkatle okuyarak, 'BUGÜN DAHİL GEÇEN HAFTA' içinde kendinizi nasıl hissettiğinizi en iyi anlatan cümleyi seçiniz.

- 1- 0 İştahım her zamanki gibi
 - 1 İştahım eskisi kadar iyi değil
 - 2 İştahım çok azaldı
 - 3 Artık hiç iştahım yok
- 2- 0 Son zamanlarda kilo vermedim
 - 1 İki kilodan fazla kilo verdim
 - 2 Dört kilodan fazla kilo verdim
 - 3 Altı kilodan fazla kilo verdim
- 3- 0 Kendimi herhangi bir şekilde suçlu hissetmiyorum
 - 1 Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum
 - 2 Kendimi çoğu zaman suçlu hissediyorum
 - 3 Kendimi her zaman suçlu hissediyorum
- 4- 0 Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok
 - 1 Zaman zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm oluyor, fakat yapmıyorum
 - 2 Kendimi öldürmek isterdim
 - 3 Fırsatını bulsam kendimi öldürürüm
- 5- 0 Son zamanlarda cinsel konulara olan ilgimde bir değişme fark etmedim
 - 1 Cinsel konularda eskisinden daha az ilgiliyim
 - 2 Cinsel konularda şimdi çok daha az ilgiliyim
 - 3 Cinsel konulara olan ilgimi tamamen kaybettim
- 6- 0 Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissetmiyorum
 - 1 Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum
 - 2 Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım, bundan kurtulamıyorum
 - 3 O kadar üzüntülü ve sıkıntılıyım ki artık dayanamıyorum
- 7- 0 Eskiden olduğu kadar kolay karar verebiliyorum
 - 1 Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum
 - 2 Karar verirken eskiye kıyasla çok güçlük çekiyorum
 - 3 Artık hiç karar veremiyorum
- 8- 0 Aynada kendime baktığımda bir değişiklik görmüyorum
 - 1 Daha yaşlanmış ve çirkinleşmişim gibi geliyor
 - 2 Görünüşümün çok değiştiğini ve daha çirkinleştiğimi hissediyorum
 - 3 kendimi çok çirkin buluyorum
- 9- 0 Gelecek hakkında umutsuz ve karamsar değilim
 - 1 Gelecek hakkında karamsarım
 - 2 Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok
 - 3 Geleceğim hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor
- 10-0 Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum
 - 1 Bir şeyler yapmak için gayret göstermek gerekiyor
 - 2 Herhangi bir şeyi yapabilmek için kendimi çok zorlamam gerekiyor

- 3 Hiçbir şey yapamıyorum
- 11-0 Kendimi başarısız bir insan olarak görmüyorum
- 1 Çevremdeki birçok kişiden daha çok başarısızlıklarım olmuş gibi hissediyorum
- 2 Geçmişime baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğunu görüyorum
- 3 Kendimi tümüyle başarısız bir kişi olarak görüyorum
- 12-0 Her zamanki gibi iyi uyuyabiliyorum
- 1 Eskiden olduğu gibi iyi uyuyamıyorum
- 2 Her zamankinden 1-2 saat daha erken uyanıyorum ve tekrar uyuyamıyorum
- 3 Her zamankinden çok daha erken uyanıyorum ve tekrar uyuyamıyorum
- 13-0 Birçok şeyden eskisi kadar zevk alıyorum
- 1 Eskiden olduğu gibi her şeyden hoşlanmıyorum
- 2 Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor
- 3 Her şeyden sıkılıyorum
- 14-0 Başkalarıyla görüşme, konuşma isteğimi kaybetmedim
- 1 Başkalarıyla eskisinden daha az konuşmak, görüşmek istiyorum
- 2 Başkalarıyla konuşma ve görüşme isteğimi kaybettim
- 3 Hiç kimseyle görüşmek, konuşmak istemiyorum
- 15-0 Bana cezalandırılmışım gibi gelmiyor
- 1 Cezalandırılabilceğimi seziyorum
- 2 Cezalandırılmayı bekliyorum
- 3 Cezalandırıldığımı hissediyorum
- 16-0 Şimdi her zaman olduğumdan sinirli değilim
- 1 Eskiye kıyasla daha kolay kızıyorum
- 2 Şimdi hep sinirliyim
- 3 Bir zamanlar beni sinirlendiren şeyler şimdi hiç sinirlendirmiyor
- 17-0 Her zamankinden fazla içimden ağlamak gelmiyor
- 1 Zaman zaman içimden ağlamak geliyor
- 2 Çoğu zaman ağlıyorum
- 3 Eskiden ağlayabilirdim ama şimdi istesem de ağlayamıyorum
- 18-0 Kendimden memnunum
- 1 Kendimden pek memnun değilim
- 2 Kendime çok kızıyorum
- 3 Kendimden nefret ediyorum
- 19-0 Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum
- 1 Zayıf yanlarım veya hatalarım için kendi kendimi eleştiririm
- 2 Hatalarımdan dolayı kendimi her zaman kabahatli bulurum
- 3 Her aksilikte kendimi kabahatli bulurum
- 20-0 Sağlığım beni fazla endişelendirmiyor
- 1 Ağrı, sancı, mide bozukluğu veya kabızlık gibi rahatsızlıklar beni endişelendiriyor
- 2 Sağlığım beni endişelendirdiğinden başka şeyler düşünmek zorlaşıyor
- 3 Sağlığım hakkında o kadar endişeliyim ki başka hiçbir şey düşünemiyorum
- 21-0 Her zamankinden daha çabuk yorulmuyorum
- 1 Her zamankinden daha çabuk yoruluyorum
- 2 Yaptığım hemen her şey beni yoruyor
- 3 Kendimi hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun hissediyorum

Ek 4**BECK ANKSİYETE ÖLÇEĞİ**

Aşağıda insanların kaygılı ya da endişeli oldukları zamanlarda yaşadıkları bazı belirtiler verilmiştir. Her maddedeki belirtinin ‘BUGÜN DAHİL SON BİR HAFTADIR’ sizi ne kadar rahatsız ettiğini yandaki uygun yere (x) işareti koyarak belirleyiniz. Her maddeyi yanıtlayınız.

	Hiç	Hafif	Orta	Ciddi
1.Bedeninizin herhangi bir yerinde uyuşma veya karıncalanma	0	1	2	3
2.Sıcak/ateş basmaları	0	1	2	3
3.Bacaklarda halsizlik, titreme	0	1	2	3
4.Gevşeyememe	0	1	2	3
5.Çok kötü şeyler olacak korkusu	0	1	2	3
6.Baş dönmesi veya sersemlik	0	1	2	3
7.Kalp çarpıntısı	0	1	2	3
8.Dengeyi kaybetme korkusu	0	1	2	3
9.Dehşete kapılma	0	1	2	3
10.Sinirlilik	0	1	2	3
11.Boğuluyormuş gibi olma hissi	0	1	2	3
12.Ellerde titreme	0	1	2	3
13.Titreklik	0	1	2	3
14.Kontrolü kaybetme korkusu	0	1	2	3
15.Nefes almada güçlük	0	1	2	3
16.Ölüm korkusu	0	1	2	3
17.Korkuya kapılma	0	1	2	3
18.Midede hazımsızlık ya da rahatsızlık hissi	0	1	2	3
19.Baygınlık	0	1	2	3
20.Yüzün kızarması	0	1	2	3
21.Terleme (sıcaklığa bağlı olmayan)	0	1	2	3

Ek 5

Kontrol Grubunun Sosyodemografik Özellikleri ile BAÖ ve BDÖ puanları

Sıra	Yaş	Cinsiyet	Med.Hal	Meslek Eğtm	Aile SD	Aile PH	Önceki	PH	BDÖ	BAÖ
1	22	Erkek	Bekar	Öğrenci	>11 yıl	Yok	Yok	Yok	2	0
2	39	Erkek	Evli	Çalışan	≤11 yıl	Yok	Yok	Yok	0	4
3	26	Erkek	Bekar	Çalışan	>11 yıl	Yok	Yok	Yok	3	5
4	26	Erkek	Bekar	Öğrenci	>11 yıl	Yok	Var	Yok	0	0
5	39	Erkek	Bekar	Çalışan	>11 yıl	Yok	Yok	Yok	8	6
6	27	Erkek	Bekar	Çalışan	≤11 yıl	Var	Yok	Yok	20	36
7	26	Erkek	Bekar	Çalışmayan	≤11 yıl	Yok	Yok	Yok	12	9
8	32	Erkek	Evli	Çalışmayan	≤11 yıl	Yok	Yok	Yok	3	1
9	25	Erkek	Bekar	Çalışan	>11 yıl	Yok	Yok	Yok	16	7
10	25	Erkek	Bekar	Çalışmayan	≤11 yıl	Yok	Yok	Yok	28	9
11	26	Erkek	Bekar	Çalışan	>11 yıl	Yok	Yok	Yok	10	7
12	29	Erkek	Bekar	Çalışan	>11 yıl	Yok	Yok	Yok	4	4
13	24	Erkek	Bekar	Öğrenci	>11 yıl	Yok	Yok	Yok	2	1
14	26	Erkek	Bekar	Çalışan	>11 yıl	Var	Yok	Yok	1	3
15	27	Erkek	Bekar	Çalışan	>11 yıl	Yok	Var	Yok	19	4
16	23	Erkek	Bekar	Öğrenci	>11 yıl	Yok	Yok	Yok	8	6
17	28	Erkek	Evli	Çalışan	≤11 yıl	Yok	Yok	Yok	2	2
18	35	Erkek	Evli	Çalışan	>11 yıl	Yok	Yok	Yok	11	6
19	41	Erkek	Evli	Çalışan	>11 yıl	Yok	Yok	Yok	12	8
20	34	Erkek	Bekar	Çalışan	>11 yıl	Yok	Yok	Yok	16	11
21	23	Erkek	Bekar	Öğrenci	>11 yıl	Yok	Yok	Yok	6	5
22	27	Erkek	Evli	Öğrenci	>11 yıl	Yok	Yok	Yok	13	2
23	24	Erkek	Bekar	Çalışan	≤11 yıl	Yok	Yok	Yok	5	3
24	26	Erkek	Bekar	Öğrenci	>11 yıl	Yok	Yok	Yok	8	6
25	25	Erkek	Bekar	Öğrenci	>11 yıl	Yok	Yok	Yok	3	6
26	24	Kadın	Bekar	Öğrenci	>11 yıl	Var	Yok	Yok	14	14
27	24	Kadın	Bekar	Çalışan	>11 yıl	Yok	Yok	Yok	10	9
28	20	Kadın	Bekar	Öğrenci	>11 yıl	Var	Yok	Yok	29	22
29	24	Kadın	Evli	Çalışan	>11 yıl	Var	Yok	Yok	27	21
30	34	Kadın	Evli	Çalışan	≤11 yıl	Yok	Var	Yok	7	5
31	23	Kadın	Bekar	Çalışan	>11 yıl	Var	Yok	Yok	1	2
32	22	Kadın	Bekar	Öğrenci	>11 yıl	Var	Yok	Yok	0	5
33	23	Kadın	Evli	Çalışan	>11 yıl	Yok	Yok	Yok	2	3
34	24	Kadın	Bekar	Çalışan	>11 yıl	Yok	Yok	Var	8	1
35	22	Kadın	Bekar	Öğrenci	>11 yıl	Var	Yok	Yok	7	2
36	26	Kadın	Evli	Çalışan	>11 yıl	Yok	Yok	Yok	7	8
37	41	Kadın	Bekar	Çalışmayan	≤11 yıl	Var	Yok	Yok	4	1
38	25	Kadın	Bekar	Çalışan	>11 yıl	Yok	Yok	Yok	0	0
39	29	Kadın	Evli	Çalışan	>11 yıl	Var	Yok	Yok	15	18
40	20	Kadın	Bekar	Öğrenci	>11 yıl	Var	Yok	Yok	5	12
41	30	Kadın	Evli	Çalışan	≤11 yıl	Yok	Yok	Yok	4	5
42	35	Kadın	Evli	Çalışan	≤11 yıl	Yok	Yok	Yok	7	4
43	34	Kadın	Bekar	Çalışan	>11 yıl	Yok	Yok	Yok	3	2
44	30	Kadın	Evli	Çalışan	>11 yıl	Yok	Yok	Yok	10	3
45	54	Kadın	Evli	Çalışmayan	≤11 yıl	Yok	Yok	Yok	0	2
46	41	Kadın	Bekar	Çalışan	>11 yıl	Yok	Yok	Yok	1	4
47	48	Kadın	Evli	Çalışmayan	≤11 yıl	Yok	Yok	Yok	4	2
48	29	Kadın	Bekar	Çalışan	>11 yıl	Yok	Yok	Yok	16	3
49	24	Kadın	Bekar	Çalışan	>11 yıl	Yok	Yok	Yok	8	6
50	30	Kadın	Bekar	Çalışan	≤11 yıl	Yok	Yok	Yok	5	0

Ek 6

Hasta Grubunun Sosyodemografik Özellikleri, Hastalık Süresi, DYKİ, BAÖ ve BDÖ puanları

Sıra	Yaş	Başlangıç	Cnsyt	MH	Mslk	Eğtm	Yer	ASDA	PH	ÖPH	Aktiv	Tdv	Süre	DYKİ	BDÖ	BAÖ
1	19	10	Erk	Bkr	Öğr	>11	SY	Var	Yok	Yok	Art	Al	≤10	13	18	11
2	49	30	Erk	Evli	Çşn	>11	SYG	Yok	Yok	Yok	Azl	Alm	≤10	2	3	3
3	27	15	Erk	Bkr	Çşn	>11	SY	Var	Var	Yok	Stb	Alm	>10	1	6	2
4	41	15	Erk	Evli	Çşm	>11	SY	Var	Yok	Yok	Stb	Alm	>10	2	1	2
5	24	20	Erk	Bkr	Çşn	>11	SYG	Var	Yok	Yok	Stb	Al	≤10	4	8	13
6	66	15	Erk	Evli	Çşm	≤11	SYG	Var	Yok	Yok	Stb	Al	>10	10	12	24
7	30	15	Erk	Bkr	Çşn	>11	SY	Yok	Yok	Yok	Art	Al	>10	7	8	6
8	52	40	Erk	Evli	Çşm	≤11	SY	Yok	Yok	Yok	Art	Alm	>10	2	8	7
9	57	56	Erk	Evli	Çşm	≤11	SY	Yok	Yok	Yok	Art	Al	≤10	8	18	18
10	28	12	Erk	Bkr	Çşn	>11	SYG	Var	Yok	Yok	Stb	Alm	>10	23	8	14
11	39	20	Erk	Evli	Çşn	>11	SYG	Yok	Var	Yok	Art	Al	>10	3	3	8
12	21	18	Erk	Bkr	Öğr	>11	S	Yok	Yok	Yok	Stb	Alm	≤10	3	8	12
13	37	15	Erk	Evli	Çşm	<11	SYG	Yok	Yok	Yok	Stb	Al	>10	1	2	2
14	28	16	Erk	Evli	Çşn	≤11	SY	Var	Yok	Yok	Azl	Alm	>10	3	18	7
15	25	22	Erk	Bkr	Çşm	≤11	SYG	Yok	Var	Var	Art	Al	≤10	25	30	30
16	30	24	Erk	Bkr	Öğr	>11	SYG	Yok	Yok	Yok	Art	Al	≤10	6	18	14
17	36	20	Erk	Evli	Çşn	≤11	SY	Var	Yok	Yok	Art	Al	>10	4	12	13
18	26	24	Erk	Bkr	Çşm	≤11	SYG	Var	Var	Var	Art	Alm	≤10	11	35	37
19	27	25	Erk	Bkr	Çşn	>11	SY	Yok	Yok	Yok	Art	Al	≤10	10	16	15
20	26	23	Erk	Bkr	Çşn	>11	SY	Var	Yok	Yok	Art	Al	≤10	11	23	22
21	27	21	Erk	Bkr	Çşn	>11	SYG	Var	Var	Yok	Art	Alm	≤10	11	24	14
22	28	15	Erk	Evli	Çşn	>11	S	Var	Yok	Yok	Stb	Alm	>10	2	12	3
23	33	16	Erk	Evli	Çşm	≤11	SY	Var	Yok	Yok	Art	Al	>10	8	6	13
24	24	15	Erk	Bkr	Öğr	>11	SYG	Var	Yok	Yok	Art	Al	>10	3	12	8
25	54	34	Erk	Evli	Çşm	≤11	SYG	Var	Yok	Yok	Art	Alm	>10	7	18	15
26	22	15	Kdn	Bkr	Öğr	>11	SY	Yok	Yok	Yok	Stb	Alm	≤10	5	6	1
27	22	18	Kdn	Bkr	Öğr	>11	S	Var	Var	Yok	Stb	Al	≤10	3	19	11
28	25	14	Kdn	Bkr	Öğr	>11	SY	Var	Yok	Yok	Stb	Al	>10	16	20	5
29	26	22	Kdn	Bkr	Çşn	>11	SY	Yok	Yok	Yok	Art	Al	≤10	9	19	28
30	28	20	Kdn	Bkr	Çşn	>11	SYG	Yok	Yok	Yok	Stb	Alm	≤10	5	30	25
31	18	13	Kdn	Bkr	Öğr	≤11	SY	Yok	Var	Yok	Stb	Al	≤10	3	12	15
32	23	13	Kdn	Bkr	Öğr	>11	SYG	Yok	Yok	Yok	Stb	Al	>10	4	6	13
33	28	23	Kdn	Bkr	Öğr	>11	SYG	Var	Yok	Var	Art	Al	≤10	5	13	40
34	46	45	Kdn	Bkr	Çşm	≤11	SY	Yok	Yok	Var	Art	Al	≤10	4	8	1
35	37	30	Kdn	Evli	Çşn	≤11	SY	Yok	Yok	Var	Art	Alm	≤10	5	22	34
36	20	16	Kdn	Bkr	Öğr	>11	SYG	Yok	Var	Yok	Art	Al	≤10	13	6	11
37	25	13	Kdn	Bkr	Öğr	>11	SYG	Var	Yok	Yok	Art	Al	>10	17	16	24
38	39	37	Kdn	Evli	Çşn	>11	S	Yok	Var	Yok	Azl	Al	≤10	0	12	8
39	18	12	Kdn	Bkr	Öğr	>11	SY	Yok	Yok	Var	Art	Alm	≤10	5	18	37
40	24	17	Kdn	Bkr	Çşm	≤11	S	Yok	Var	Yok	Art	Alm	≤10	6	25	34
41	50	30	Kdn	Evli	Çşm	≤11	SYG	Yok	Yok	Var	Art	Al	>10	14	12	27
42	19	12	Kdn	Bkr	Öğr	>11	SY	Yok	Yok	Yok	Art	Al	≤10	16	5	19
43	19	10	Kdn	Bkr	Öğr	>11	SY	Yok	Yok	Yok	Art	Alm	≤10	6	5	17
44	21	18	Kdn	Bkr	Öğr	>11	SY	Var	Yok	Yok	Art	Al	≤10	10	5	10
45	38	30	Kdn	Evli	Çşn	>11	SY	Yok	Yok	Yok	Stb	Al	≤10	0	9	6
46	16	12	Kdn	Bkr	Öğr	≤11	SY	Yok	Yok	Yok	Art	Al	≤10	11	19	28
47	25	14	Kdn	Bkr	Öğr	>11	S	Yok	Yok	Yok	Stb	Al	>10	2	5	21
48	24	20	Kdn	Bkr	Öğr	>11	SY	Var	Var	Yok	Azl	Alm	≤10	16	15	28
49	29	16	Kdn	Bkr	Çşm	≤11	SY	Var	Var	Yok	Art	Alm	>10	0	14	16
50	33	14	Kdn	Evli	Çşn	≤11	SY	Var	Var	Yok	Azl	Al	>10	9	16	11

ÖZGEÇMİŞ

13.03.1979 tarihinde Şanlıurfa'da doğdu. İlk, orta ve lise öğrenimini burada tamamladıktan sonra 1996 yılında öğrenimine başladığı İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi'nden 03.01.2003 tarihinde mezun oldu. 3 yılı aşkın bir süre Şanlıurfa'da pratisyen hekim olarak görev yaptıktan sonra 18.12.2006 tarihinde Karadeniz Teknik Üniversitesi Farabi Hastanesi Dermatoloji Anabilim Dalında Araştırma Görevlisi olarak göreve başladı. Halen burada görevine devam etmektedir.