

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
DERMATOLOJİ
ANABİLİM DALI

**EL EKZEMASI OLANLARDA DEPRESİF
BELİRTİLERİN VE ANKSİYETE
BELİRTİLERİNİN VARLIĞI VE YAŞAM
KALİTESİNİN KONTROL GRUBU İLE
KARŞILAŞTIRILARAK
DEĞERLENDİRİLMESİ**

Dr. Serap MADEN

UZMANLIK TEZİ

İZMİR 2015

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
DERMATOLOJİ
ANABİLİM DALI

**EL EKZEMASI OLANLARDA DEPRESİF
BELİRTİLERİN VE ANKSİYETE
BELİRTİLERİNİN VARLIĞI VE YAŞAM
KALİTESİNİN KONTROL GRUBU İLE
KARŞILAŞTIRILARAK
DEĞERLENDİRİLMESİ**

Dr. Serap MADEN

UZMANLIK TEZİ

İZMİR 2015

TEZ DANIŞMANI: Prof. Dr. Şebnem AKTAN

**Dosya numarası: 1184-GOA. Karar numarası: 2013/40-08. Karar tarihi:
07.11.2013**

TEŞEKKÜRLER

Uzmanlık eğitimim ve tez sürecim boyunca her konuda destek ve yardımlarını gördüğüm, bilgi ve deneyimlerinden faydalandığım tez danışmanım Prof. Dr. Şebnem Aktan’a, bu süre içerisinde tecrübe ve bilgileri ile eğitim sürecime büyük emeği geçen anabilim dalı başkanımız Prof. Dr. Emel Fetil’e, engin deneyimlerini bizimle paylaşan Prof. Dr. Ali Tahsin Güneş hocamıza, değerli bilgilerini bizlere aktaran hocalarımız Prof. Dr. Turna İlknur’a, Doç. Dr. Sevgi Akarsu’ya ve Uzman Dr. Özlem Özbağcıvan’a sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Tez sürecimde hiçbir desteğini esirgemeyen ve her fırsatta yardımlarına başvurabildiğim değerli hocalarım Prof. Dr. Elif Onur Aysevenler’e ve Prof. Dr. Hülya Ellidokuz’a da teşekkürü bir borç bilirim.

Birlikte çalıştığım asistan arkadaşlarıma, hemşire ve personel arkadaşlarımıza her türlü desteklerinden dolayı teşekkürlerimi sunarım.

Sonsuz ve içten sevgilerini her zaman bana hissettiren, desteklerini hiçbir zaman esirgemeyen ve beni yalnız bırakmayan aileme; canım anneme, biricik babama ve canım ablama teşekkürlerimi sunarım.

Dr. Serap MADEN

İÇİNDEKİLER

TABLO LİSTESİ.....	III
KISALTMALAR.....	V
1. ÖZET	1
2. SUMMARY.....	3
3. GENEL BİLGİLER.....	4
3.1 El Ekzemaları.....	4
3.1.1 Tarihçe	4
3.1.2 Epidemiyoloji.....	4
3.1.3 Etyoloji	5
3.1.3.1 Endojen Nedenler	5
3.1.3.2 Ekzojen Nedenler	7
3.1.4 Klinik Bulgular.....	9
3.1.5 Histopatoloji.....	10
3.2 El Ekzemaları Klinik Tipleri	11
3.2.1 Kontakt İrritan Ekzemalar.....	11
3.2.2 Kontakt Alerjik Ekzemalar	12
3.2.3 Atopik El Ekzeması	14
3.2.4 Dizhidrotik Ekzema.....	15
3.2.5 Hiperkeratotik El Ekzeması	15
3.3 El Ekzemasında Tedavi Yöntemleri.....	16
3.4 El Ekzeması Şiddetinin Değerlendirilmesi.....	16
3.5 Dermatolojide Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi	17

3.5.1 Yaşam Kalitesi Ölçme Yöntemleri.....	18
3.6 El Ekzamalı Olgularda Görülen Ruhsal Durum Değişiklikleri	19
3.6.1 Depresyon	19
3.6.2 Anksiyete Bozuklukları	20
3.6.3 Sosyal Fobi.....	20
3.6.4 Ruhsal Durum Değişikliği Ölçümleri.....	21
4. GEREÇ ve YÖNTEM.....	22
5. BULGULAR	23
6.TARTIŞMA	34
7. KAYNAKLAR.....	40
8. EKLER.....	45
EK-1: Onam Formları	45
EK-2: Hasta Sosyodemografik Verileri ve El Ekzema Semptom Formu	48
EK-3: El Ekzeması Şiddet İndeksi.....	53
EK-4: El Ekzeması Yaygınlık Skoru	55
EK-5: DSÖ Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu-TR	59
EK-6: Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği	63
EK-7: Liebowitz Sosyal Kaygı Ölçeği.....	66

TABLO LİSTESİ

1. Hastaların ve kontrol grubunun demografik özellikleri.....	23
2. Hasta grubunun cinsiyete göre demografik özellikleri.....	24
3. Hasta grubunda yaş gruplarının dağılımı	25
4. Hasta ve kontrol grubunda uygulanan DSÖ-Yaşam Kalitesi anketi değerlendirmelerinin puanlamaları	25
5. Hasta ve kontrol grubunda uygulanan HADÖ anketi değerlendirmesinin puanlamaları	26
6. Hasta ve kontrol grubunda uygulanan LSKÖ anketi değerlendirmesinin puanlamaları	26
7. Hasta grubunda uygulanan EEŞİ, EEYS-hasta EEYS-doktor değerlendirmelerinin puanlamaları.....	27
8. Hasta grubunda uygulanan DSÖ-Yaşam Kalitesi anket değerlendirmesinin puanlamaları	27
9. Hasta grubunda uygulanan HADÖ anket değerlendirmesinin Puanlamaları.....	28
10. Hasta grubunda uygulanan LSKÖ anket değerlendirmesinin puanlamaları	28
11. El ekzema yaygınlığının hasta tarafından değerlendirilmesi ile DSÖ-Yaşam Kalitesi, HADÖ, LSKÖ anket uygulamalarının korelasyon analizleri.....	29

12. El ekzema yaygınlığını doktor tarafından değerlendirilmesi ile DSÖ-Yaşam Kalitesi, HADÖ, LSKÖ anket uygulamalarının korelasyon analizleri.....	30
13. El ekzema şiddetinin değerlendirmesi ile DSÖ-Yaşam Kalitesi, HADÖ, LSKÖ anket uygulamalarının korelasyon analizleri	31
14. Hastalarda uygulanan anket sonuçlarının demografik veriler ile Korelasyonu	32

KISALTMALAR

HADÖ: Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği

LSKÖ: Liebowitz Sosyal Kaygı Ölçeği

DSÖ Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu-TR: Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu Türkçe Versiyonu

EEYS:El Ekzeması Yaygınlık Skoru

EEŞİ: El Ekzema Şiddet İndeksi

AE: Atopik Ekzema

KİE: Kontakt irritan ekzemalar

KAE: Kontakt alerjik ekzemalar

1. ÖZET

El ekzeması olanlarda depresif belirtilerin ve anksiyete belirtilerinin varlığı ve yaşam kalitesinin kontrol grubu ile karşılaştırılarak değerlendirilmesi.

Dr. Serap Maden. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dermatoloji Anabilim Dalı.
sehr.up@gmail.com

El ekzemaları toplumda sık karşılaşılan, birçok olguda tedavilere karşı direnç gözlenen ve yaşam kalitesi üzerine olumsuz etkileri bulunan dermatolojik hastalıklardandır. Bu çalışmada kronik el ekzeması olan olgularda yaşam kalitelerinin değerlendirilmesi, depresyon, anksiyete ve sosyal etkilenim düzeylerinin belirlenmesi amaçlanmaktadır.

Çalışmamıza Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dermatoloji Polikliniği'nde el ekzeması tanısı almış olan ve bu nedenle takip edilmekte olan 18 yaş ve üzerindeki olgular ile sağlıklı gönüllülerden oluşan kontrol grubu dahil edilmiştir. El ekzeması olan hasta grubunu yaşları 20 ile 74 arasında değişen 41 kadın ve 29 erkek hasta olmak üzere toplam 70 hasta, kontrol grubunu ise yaşları 20 ile 86 arasında değişen 35 kadın ve 35 erkek olmak üzere toplam 70 olgu oluşturmuştur. El ekzeması olan gruba el ekzema yaygınlık ve şiddetini değerlendirmek amacıyla “El Ekzeması Yaygınlık Skoru (EEYS)” ve “El Ekzema Şiddet İndeksi (EEŞİ)” uygulanmıştır. Her iki gruba psikometrik değerlendirmeler için “Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği (HADÖ)”, “Liebowitz Sosyal Kaygı Ölçeği (LSKÖ)” ve yaşam kalitesini değerlendirmek amacı ile “Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu Türkçe Versiyonu (DSÖ Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu-TR)” uygulanmıştır.

Çalışmamızda hastalarda DSÖ Yaşam Kalitesi Ölçeği'nde çevre alanı, çevre alanı-TR ve bedensel alan puanları, kontrol grubuna göre anlamlı olarak düşük bulunmuştur ($p= 0,041$, $p= 0,041$, $p<0,001$). HADÖ, HADÖ-anksiyete, LSKÖ, LSKÖ-sosyal kaygı ve LSKÖ-sosyal kaçınma ortalama puanları ise hasta grubunda kontrol grubuna göre anlamlı olarak yüksek bulunmuştur ($p= 0,019$, $p= 0,014$, $p= 0,025$, $p= 0,037$, $p= 0,029$).

Yaptığımız çalışmanın sonucuna göre, el ekzeması olgularında sağlıklı bireylere göre yaşam kalitesinde bozulma, anksiyete ve depresyon düzeyinde artış ile sosyal kaygı ve kaçınma davranışlarında artış gözlenmektedir. Bu olguların değerlendirilmesinde psikolojik etkilenimlerin düşünülmesi tedaviye yaklaşımın bir parçası olmalıdır.

Anahtar sözcükler: El ekzeması, depresyon, anksiyete, yaşam kalitesi, sosyal kaygı

2. SUMMARY

Evaluating quality of life, existence of anxiety and depression symptoms in patients with hand eczema: a controlled study.

Dr. Serap Maden. Dokuz Eylül University Faculty of Medicine, Department of Dermatology
sehr.up@gmail.com

Hand eczema is a common dermatological disorder which is resistant to treatment in many cases, this disorder affects the life quality of the patients negatively. In this study, it is aimed to assess the life qualities of patients with hand eczema and to determine levels of depression, anxiety and social influence.

Cases diagnosed and monitored as hand eczema at the Outpatient Clinic of Dokuz Eylül University Medical Faculty Department of Dermatology and control group consisting of healthy volunteers were included in our study. The patient group consisted of 41 female and 29 male patients (70 patients in total) whose ages ranged from 20 to 74 while the control group consisted of 35 female and 35 male cases (70 cases in total) whose ages ranged from 20 to 86. "Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)", "Liebowitz Social Anxiety Scale (LSAS)" and "World Health Organization Quality of Life (WHOQoL- Short Form Turkish Version)" were applied to both groups for the assessment of quality of life. "Hand Eczema Extensivity Scale" and "Hand Eczema Severity Index" were used in order to assess severity and extensivity of eczema.

In our study, environmental, environmental-TR and physical scores were found to be significantly lower in patients compared to control group ($p=0,041$, $p=0,041$, $p<0,001$). Average scores of HADS, HADS-anxiety, LSAS-social anxiety and LSAS-social avoidance were detected to be significantly higher in the patient group than the control group ($p=0,019$, $p=0,014$, $p=0,025$, $p=0,037$, $p=0,029$).

According to our study, impairment in quality of life, an increase in anxiety and depression level was observed in patients with hand eczema compared to normal healthy individuals. While assessing these cases, considering psychological influences into account must be a part of the treatment approach.

Keywords: Hand eczema, depression, anxiety, life quality, social anxiety

3. GENEL BİLGİLER

3.1 EL EKZEMALARI

3.1.1 Tarihçe

Ekzemalar benzer klinik ve histopatolojik özellikler gösteren ancak tanımları, sınıflandırmaları ve etyopatogenezleri genellikle karmaşık ve tartışmalı olan bir grup inflamatuvar deri hastalığıdır (1). “Ekzema” kelimesi Yunanca kökenli bir kelime olup “kaynayarak dışarı çıkmak” anlamına gelen eklerin birleşiminden oluşmaktadır. Bu kelime ilk olarak 6. Yüzyılda Byzantine’de Aetius Amidenus adındaki bir uzman tarafından kullanılmıştır. “El ekzeması” teriminde ifade edilmek istenen ise, en geniş oranda ellerin tutulduğu, el dışındaki diğer alanlarda etkilenimin olmadığı veya minimal olduğu ekzema olduğudur ve ilk olarak tahminen 19. yüzyılda tanımlanmıştır. 19. yüzyılda, dermatologlar el ekzemasının “ekzema solare, rubrum, impetiginoides, skuamozum, papulozum ve marginatum” gibi birçok morfolojik çeşitlerini tanımlamıştır (2).

3.1.2 Epidemiyoloji

El ekzemaları toplumda sık karşılaşılan dermatolojik hastalıklardandır. El ekzemalarının genel popülasyonda prevalansının %3-4, yıllık insidansının %10 ve yaşam boyu görülme oranının %15 olduğu bildirilmektedir (2). Eller, tüm ekzemaların %20-35’inde etkilenmektedir. El ekzeması en sık görülen mesleksi deri hastalığıdır ve tüm mesleksi hastalıkların % 9-35’ini, mesleksi kontakt ekzemaların ise %80’ini oluşturmaktadır. İnsidans sağlık çalışanları, yiyecek işleyicileri, kuaförler gibi ıslak işlerde çalışanlarda daha yüksektir (15). Kadınlarda erkeklere oranla daha sık görülmektedir. Bu durum, kadınlarda kontakt alerji ile atopinin daha sık görülmesine ve su ve ev işlerinde kullanılan kimyasal ajanlara temasın daha fazla olmasına bağlanmaktadır (2,5,17). El ekzemalarının yaklaşık yarısını kontakt iritan ekzemalar (KİE) oluşturmakta iken, kontakt alerjik ekzemalar (KAE) olguların % 15’inden sorumludur (2).

Her ne kadar literatürde el ekzemalarının insidans ve prevalansını ifade eden rakamsal değerler bulunsa da, el ekzemasının kesin prevalans değerinden söz etmek mümkün değildir. Her olgunun bir sağlık kuruluşuna başvurmayabileceği veya tüm başvuran olguların bildirilmeyebileceği gibi etmenler göz önüne alındığında aslında bu oranların daha yüksek olacağı tahmin edilmektedir. Yüksek insidans ve prevalansa bağlı olarak, büyük sosyoekonomik sonuçlar ve hastaların yaşam kalitelerinde ciddi bir etkilenim görülmektedir. Günümüzde artmış olan iş yoğunluğu ve endüstriyel çevrede, hastalığın kesin etyolojisini bulmak ve uygun koruyucu yaklaşımlar sağlamak giderek artan bir önem göstermektedir (2).

3.1.3 Etyoloji

El ekzemalarının gelişimi dinamik bir süreçtir. Etyoloji sıklıkla multifaktoriyel olup genetik ve çevresel faktörleri de içerir (3). Etyolojide temel etmenler ekzojen ve endojen nedenler olarak iki gruba ayrılabilir (2). Ancak birçok olguda endojen ve ekzojen etmenler bir arada bulunmaktadır (3). Bazı el ekzeması olguları ise idiyopatiktir (2).

3.1.3.1 Endojen Nedenler

Atopik ekzema (AE), veziküler el ekzeması ve hiperkeratotik ekzema endojen nedenlere bağlı olarak ortaya çıktığı düşünülen ekzemalardandır (3). El ekzeması oluşumunda endojen nedenler arasında en sık neden atopidir. Stres, hormonlar ve kserozis de ayrıca diğer endojen nedenlerdendir. Endojen el ekzeması sıklıkla diğer durumların dışlanmasıyla tanı alır (2). Atopik el ekzeması, etyolojik olarak alerjik kontakt ekzema, iritan kontakt ekzema veya iki tablonun kombinasyonundan oluşabilmektedir (4). Endojen nedenler kısaca şu şekilde özetlenebilir:

Cinsiyet: Yapılan çalışmalar el ekzeması prevalansının kadınlarda çoğunlukla erkeklere oranla istatistiksel olarak daha fazla olduğunu göstermektedir. Bu durum; kadınlarda ev temizlik ürünleri gibi farklı çevresel etmenlere artmış maruziyet ve kadın ile erkeklerde deri hassasiyeti farklılığı ile açıklanabilmektedir. Kadınlarda atopik duyarlılık erkeklere göre daha yaygındır ve bu durum el ekzeması

gelişimine katkıda bulunmaktadır (5). İsveç kökenli bir çalışmada cinsiyet ile ilişkili olarak ekzema gelişme riski 30 yaşın altındaki kadın bireylerde anlamlı olarak yüksek bulunmuştur (6).

Yaş: El ekzeması prevalansı farklı yaş gruplarında farklılık gösterir. Yapılan anketler ve çalışmalar göstermiştir ki el ekzeması kadınlarda yaş ile birlikte artmaktadır. Erkeklerde ise bir yıllık prevalans incelendiğinde yaş ile ilişki olmadığını gösteren çalışmalar bulunmakla birlikte, bazı çalışmalarda erkeklerde yaş ile birlikte ekzema sıklığının azaldığı da belirtilmektedir (5). Meding ve arkadaşları 20 yaşından önce el ekzeması gelişme oranlarını kadınlarda %35, erkeklerde %27 olarak bildirmiştir (6).

Atopik Ekzema ve Atopi Varlığı: Genel popülasyon çalışmaları AE'nin el ekzeması gelişiminde en önemli risk faktörü olduğunu ortaya koymuştur (5). Çocuklukta AE öyküsü olması ve atopinin diğer mukozal bulgularının olması erişkinlikte görülen el ekzeması gelişimi için önemli risk faktörleridir. Çocuklukta AE öyküsü olması el ekzeması gelişimi yanı sıra ekzemanın şiddetini ve süresini de olumsuz açıdan etkilemektedir. AE etyopatogenezinde en önemli faktör filagrin (FLG) gen mutasyonu varlığıdır. Genel popülasyona göre AE'li bireylerde kontakt alerji geliştirme riski daha yüksektir (7). Meding ve arkadaşlarının yaptığı araştırmada, 30 yaş altında el ekzeması gelişen bireylerde AE'nin en önemli risk faktörü olduğu ve AE'nin etkisinin ilerleyen yaş ile birlikte azaldığı bildirilmiştir (6).

Genetik faktörler: Bryld ve arkadaşları ikizlerde yaptığı çalışmalarda AE'den bağımsız genetik faktörlerin de el ekzeması gelişimiyle ilgili olduğunu kanıtlamıştır. Genç yaş gruplarında görülen el ekzemasında çelişkili bulgular olmakla birlikte, genetik faktörlerin %30 oranında rolü olduğu gösterilmiştir (5,8). İkizlerde yapılan başka bir çalışmada, AE dışındaki diğer genetik faktörlerin de %41 oranda el ekzeması gelişiminde rol oynadığı belirlenmiştir (8). El ekzeması olan ikizler üzerinde FLG gen mutasyonlarının etkisinin araştırıldığı güncel çalışmalarda istatistiksel olarak anlamlı sonuçlar elde edilememiştir (9). Bir diğer çalışmada ise FLG gen mutasyonlarının AE dışındaki kuru ve fissuralı el ekzeması gelişiminde

rolü olduğu gösterilmiştir (10). Üç yıllık prospektif gözlemsel bir çalışmada, 459 mesleksi KİE'li hasta üzerinde çalışılmış ve bu hastalarda atopi ve FLG gen mutasyonu bulunanlarda el ekzeması şiddet skorları daha yüksek bulunmuştur. Kontrol grubuyla karşılaştırıldığında FLG mutasyonu bulunan atopi hastalarının daha çok hastalık izni aldığı ve iş kaybetme riskinin 3 kat daha fazla olduğu belirlenmiştir. FLG mutasyonu, el ekzemalarında erken başlangıç ve persistans ile ilişkili olup, hekimlerin FLG mutasyonu taşıyıcılarına özel bilgilendirmelerde ve önerilerde bulunması gerekmektedir (11). Bir diğeri araştırmada ise el ekzemalarında genetik faktörlerin etkisinin orta şiddette olduğu ve el ekzemasının sadece atopik ekzema ile birliktelik gösteren kalıtsal bir tablo olmadığı ifade edilmiştir (12).

3.1.3.2 Ekzojen Nedenler

Ekzojen nedenler ile ortaya çıkan el ekzemaları KİE ve KAE olarak iki ana gruba ayrılabilir (3). Başlıca ekzojen nedenler şu şekilde sıralanabilir:

İrritanlar: El ekzemalarında en sık suçlanan kontakt iritan etmenler arasında sabunlar, deterjanlar, plastik ve sebzeler yer almaktadır (2). El ekzemaları olgularının %73'ünü mesleksi KİE'nin oluşturduğu ya da katkı yaptığı bilinmektedir (3). Fiziksel friksiyonlar ve minör travmalar da yine KİE'ye neden olabilir (2). Geçmişte ya da güncel atopik ekzema öyküsü olan hastalarda etkenin sadece endojen kökenli olduğu düşünülmemeli, mesleksi faktörler gibi çevresel etmenler de sorgulanmalıdır. Sadece klinik muayene ile bu etyolojileri birbirinden ayırmak mümkün değildir (3).

Kontakt Alerjenler, Nikel ve Proteinler: Bazı mesleklerde görülen el ekzeması için kontakt alerjenler önemlidir. Kontakt alerji özel hayatta uğraşılan hobiler ile de ilgili olabilir. Devam eden ya da aralıklı temaslarda şüpheli bir alerjen varlığında kontakt alerji, el ekzeması için bir risk faktörü olabilir (7). Nikel alerjisi olanlarda el ekzeması gelişme riski artmaktadır ve nikel alerjisi bulunan el ekzemalı hastaların prognozunun, nikel alerjisi bulunmayan hastalara göre daha kötü olduğu da bildirilmiştir. Ayrıca nikel alerjisi ve AE'nin ayrı ayrı el ekzeması üzerine etkileri karşılaştırıldığında, birlikteliklerinin el ekzeması riskini daha fazla artırdığı gösterilmiştir (5).

El ekzemasının bilinen nedenlerinden biri de gıda teması olan mesleklerde görülen protein teması ile gelişen kontakt ekzematıdır. Bu durum bazen tanı alamayabilir. Karakteristik semptomlar gıda teması sonrası saniyeler-dakikalar içinde gelişen yanma, batma ve kaşıntıdır. Bu reaksiyonlar ilk dönemlerde genellikle 0.5-2 saatte gerileyen urtikaryal reaksiyonlar şeklindedir. Temasın sürmesi ile ekzema tablosu ortaya çıkmaktadır. Bazı olgularda urtikaryal reaksiyon dönemi olmadan da direkt olarak ekzema kliniğı oluşabilir. Çocukluğunda AE öyküsü olan hastalarda yine proteinlere bağılı gelişen kontakt ekzemalar daha şiddetli seyretmektedir (7).

Sistemik alerjik ekzemalarda, sindirim yoluyla alınan bir alerjen varlığında yama testinde pozitiflik saptanabilir veya akut el ekzeması gelişimi izlenebilir (7). Krom ve nikel gibi sindirilebilen metaller ile neomisin ve hidroksikinolonlar gibi topikal kullanılan ajanlar da el ekzeması oluşumunda diğere etkenlerdir (3). Ancak bu durum nadir görülmekte olup bir çok yayında nikelin sindirim yolu ile alınmasının herhangi bir reaksiyona neden olmadığından bahsedilmektedir (7).

Meslek ve Islak İş: El ekzemasının en yüksek oranda saptandığı meslek grupları arasında kuaförler, çiftçiler, inşaat işçileri, sağılık personeli, metal işçileri, gıda işleyenleri mutfak işçileri ve temizlik işçileri bulunmaktadır . Geniş vakalarla yapılan bazı çalışmalarda el ekzemasının prevalansı sağılık çalışanlarında %15,9, temizlik işçilerinde %15,4 oranında bildirilmiş olup bu oranlar normal popülasyona oranla istatistiksel olarak anlamlı olarak yüksek bulunmuştur (5). Islak iş, yoğun eldiven kullanımı, mineral yağ teması ve friksiyon gibi nedenler deride irritasyona neden olarak özellikle AE'li olgularda KİE'ye neden olmaktadır (7). Ayrıca kadınlardaki mesleksi su maruziyeti sıklığı da erkeklere göre daha fazla bulunmuş olup bu durum ile ilişkili olarak el ekzemalarının kadınlarda daha sık görüldüğü belirtilmektedir (5).

Kişisel alışkanlıklar: Birkaç çalışmada kişisel alışkanlıklar ile el ekzeması arasındaki ilişki araştırılmıştır. Sigara kullanımı ile el ekzeması arasındaki ilişkiyi araştırarak çalışmalardan birinde zayıf bir ilişki , diğesinde ise ağır sigara içiciliğı ile kuvvetli ilişkili bulunmuş olup bu durumun sigaranın dozuyla korele olduğu belirtilmiştir (5, 13). Bir diğere çalışmada ise el ekzemasının sigara içiciliğinin yanı

sıra stres ve obezite ile de ilişkili olduğu bildirilmiştir. Fiziksel egzersiz seviyesi arttıkça el ekzeması görülme sıklığında azalma tespit edilmiştir (14). Alkol alışkanlığı ile el ekzeması arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalar ise bulunmamaktadır (5).

Sosyoekonomik faktörler: Norveç'te yapılan bir çalışmada, eğitim düzeyi düşük olan kişilerde el ekzemasının eğitim düzeyi yüksek olan kişilere göre anlamlı derecede daha yüksek olduğu saptanmıştır. Gelir düzeylerine göre araştırma yapılan bir çalışmada ise orta derecede gelir düzeyi olan bireylerde el ekzeması prevalansının yüksek derecede gelir düzeyi olan bireylere göre anlamlı derecede yüksek olduğu belirlenmiştir. Ayrıca yalnız yaşayan erkekler olgularda da el ekzeması sıklığının daha fazla olduğu saptanmıştır (5).

3.1.4 Klinik Bulgular

El ekzeması yıllar içinde gelişen ve zamanla morfolojik karakteri değişebilen klinik ve histolojik olarak dinamik bir hastalıktır (15). Klinik olarak çeşitli etyoloji ve morfolojiye sahip olması el ekzemasının heterojen bir hastalık sayılmasına neden olmaktadır (16). El ekzemasında klinik olarak eritem, ödem, papül, vezikül, skuam, infiltrasyon, fissuralar, ve hiperkeratoz gibi farklı tablolar gözlenebilmektedir (2,7,17).

El ekzemaları, akut ekzema kliniği ile başlayıp bir çoğu zamanla kronik döneme geçiş göstermektedir. Kronik dönemlerde de zaman zaman akut inflamasyon periyotları görülebilmektedir. Akut el ekzemaları ortalama olarak üç ay sürmekte ve yılda birden az olarak atak yapmaktadır. Kronik el ekzemaları ise üç aydan uzun süren ekzematöz süreci yansıtmakta olup yılda ikiden fazla atakla seyretmektedir (18). Akut el ekzemasında eritem, ödem ve veziküller tabloya hakim iken, kronik el ekzemasında infiltrasyon, hiperkeratoz ve fissuralar ön plandadır (15). En sık görülen semptomlar kaşıntı ve ağrıdır (15,19). Kronik el ekzemalarını çoğunlukla atopik el ekzeması ve kontakt irritan ekzema oluşturmaktadır (4).

El ekzeması lezyonları genellikle bilateraldir ve palmar ya da dorsal alanlar etkilenebilmektedir. Uzun süreli hastalıkta kutikula kaybı, tırnak yatağında

kalınlaşma, tırnak plağında sırtlanma ve kalınlaşma gibi tırnak değişiklikleri de izlenebilir (19).

El ekzemaları histolojik özelliklerinden çok klinik özelliklerine göre birbirinden ayrılmaktadır. Ayırıcı tanısı etyolojik ve morfolojik özelliklere göre yapılabilmektedir. El ekzemalarında endojen ve ekzojen nedenler tek başına ya da birlikte tetikleyici neden olabilir. El ekzeması hastalarında sorumlu ajanın belirlenmesi bu hastaların tedavisi için yardımcı olmaktadır. Kontakt alerjik ya da iritan ekzemalarda öyküden yola çıkılarak ya da yama testleriyle etken belirlenebilmektedir ve tedavinin esas prensibi sorumlu etkenin belirlenmesi esasına dayanmaktadır (2).

El ekzemalarının %5,6'sı meslek ile ilişkilidir ve insidansı genel popülasyonda 5,7-101/100.000 arasında değişmektedir. Mesleksel kontakt ekzemaların hastalarda günlük işleyiş ve iş seçimleri üzerinde ciddi etkileri bulunmakta , sosyal ve ekonomik açılardan hem bireysel hem de toplumsal etkileşmelere neden olmaktadır (3,20).

El ekzemasının morfolojik özelliklerine ve gün içindeki etkilerine bağlı olarak gelişen birçok negatif duygusal, sosyal ve psikolojik durum ortaya çıkmaktadır. El ekzemalı hastaların bir kısmında ekzemanın şiddetiyle ilişkili, bazılarında ise düşük sosyoekonomik düzey ile ilişkili olarak depresif duygu durumu, anksiyete ve buna bağlı dermatolojik yaşam kalitelerinde bozulma olduğu bildirilmiştir. Özellikle mesleksel el ekzemalarının da düşük yaşam kalitesi ile ilişkili olduğu belirtilmektedir (21).

3.1.5 Histopatoloji

Ekzemalarda histolojik olarak çeşitli derecelerde akantoz ve superfisiyel lenfositik infiltrat içeren spongioz ile karakterize inflamatuvar bir deri reaksiyonu görülür. Histopatolojik bulgular hastalığın evresine göre farklılıklar gösterebilir. Akut evrede interselüler ödem, mikroveziküller, eozinofil içeren veya içermeyen superfisiyel lenfositik infiltratın görüldüğü klasik spongiotik reaksiyon paterni izlenir. Hastalığın progresyonu ve kronik evreye ilerlemesiyle spongioz hafifler ve

süperfisiyel perivasküler lenfositik inflamatuvar infiltratın da izlendiği akantoz, parakeratoz ve hiperkeratoz baskın hale gelir (2).

3.2 EL EKZEMASI KLİNİK TİPLERİ

El ekzemasının sınıflandırılma sistemi tartışmalıdır. Bu durum da klinik değerlendirmelerde farklılıklara ve farklı merkezlerde tanı konması durumunda tanı karmaşasına neden olabilmekte ve klinik çalışmalarda zorluk oluşturmaktadır (22).

El lezyonlarının patern ve dağılımı çeşitlidir ve etyolojik olarak şu şekilde sınıflandırılabilir:

- 1- Kontakt irritan ekzemalar (KİE)
- 2- Kontakt alerjik ekzemalar (KAE)
- 3- Atopik el ekzeması
- 4- Dizhidrotik ekzema
- 5- Hiperkeratotik ekzema
- 6-

3.2.1 Kontakt İrritan Ekzemalar

KİE'ler kontakt el ekzemasında %80 oranla en sık görülen el ekzeması tipidir. Kontakt irritan ekzemalar immün aracılı olmayan bir tablo olup, toksik kimyasal ya da irritanlara ilk temasla nonspesifik bir reaksiyon ortaya çıkmakta ve deri bütünlüğünde lokal bozulmaya neden olmaktadır (19,23). Bazı ajanlar deride ani bozulmaya neden olurken bazı ajanlar hasarlı epidermisten inflamatuvar sitokinlerin salınımını uyarmaktadır. Bu ajanlar yüzey lipidlerini yok ederek epidermal keratinleri denature etmekte ve hücre membranlarını hasarlamaktadırlar. Stratum korneumdaki hasarlanmış lipid tabaka bariyer fonksiyonunu kaybederek deri bütünlüğü için gerekli olan epidermal su içeriğinin kaybolmasına neden olmaktadır. Bu bozulmuş bariyer amonyum, organik çözücüler ve diğer kontakt irritanlar gibi zararlı kimyasal ajanların deriye penetrasyonunu kolaylaştırmaktadır(19).

Akut ve kronik olarak iki tip KİE mevcuttur. Akut KİE, kuvvetli irritanlara yeterince maruz kalanlarda meydana gelmektedir. Kronik KİE ise su ve sabun gibi zayıf irritanlar ile sık uğraşılan durumlarda tekrarlayan çoklu ya da kümülatif toksik ve irritan etkiye bağlı olarak gelişmektedir. Mekanik travmalar da deriye hasar

verebilmektedir. İş ile ilişkili friksiyonel ekzemalar kronik, kalın, skuamlı, hiperkeratotik lezyonlara neden olmaktadır. Mesleksel KİE kadınlarda daha sık görülmektedir (19).

Kadınlarda atopi daha yaygındır ve atopisi olan bireylerde epidermal bariyerin bozulmuş olduğu ve KİE'ye yatkın olduğu bilinmektedir (19). Yine kadınlarda geleneksel olarak ev işi ve ıslak iş yapmaya bağlı KİE sıklığının daha fazla olduğu görülmüştür (22). Erişkin AE sergileyen bireylerde el ekzeması daha sıktır. AE'si olan bireyler iritanlara daha duyarlıdır ve sağlık çalışanları gibi iritanlarla teması sık olan bireylerin dikkatli olmaları gerekmektedir (19).

El ekzeması KİE tipi sıklıkla palmar alan, el dorsali ve parmakların distal dorsal alanlarında lokalize olup interdigital alanlarda da görülebilir (19,23). Palmar alanda stratum korneumun kalın olması sebebiyle bu alan iritanlardan korunur ve bu nedenle nadir olarak tutulum görülür (23). Parmak yanlarının tutulumu atopi ile birlikteliğe işaret ederken ekzemanın daha çok el sırtında olması kontakt alerjiyi düşündürülebilir (19).

3.2.2 Kontakt Alerjik Ekzemalar

KAE genellikle el sırtları, parmaklar ve bilekler gibi derinin daha ince ve alerjen penetrasyonunun kolay olduğu alanlarda izlenmektedir. Alerjenin uygulanması sonrası, deriye alerjen penetrasyonu ile antijenin indüklediği deri-ilişkili Langerhans hücreleri, hücre aktivasyonuna ve aktive hücrelerin bölgesel lenf noduna göçüne neden olmaktadır. Bu durum vücudun her alanındaki deride alerjik reaksiyon potansiyeli yaratır. Bu nedenle alerjenin temas etmediği uzak bir alanda da alerjik reaksiyon meydana gelebilmektedir. Akut evrede sıklıkla iyi sınırlı eritem, ödem izlenirken daha şiddetli olgularda açık veziküller ve büller izlenir. Kronik evrede deride kalınlaşma, likenifikasyon, skuam ve fissuralar görülmektedir (19).

KAE'de alerjenin tespit edilmesi için detaylı anamnez gerekmektedir. Lezyon, alerjene maruz kalan alanda gecikmiş hipersensitivite yanıtına bağlı olarak 48 saat sonra görülür ve düzensiz sınırlıdır. Tekrarlayan temaslarda önceden sensitize olan immün sistem nedeniyle lezyon gelişimi daha hızlı olmaktadır. Hasarlanmış epidermis, alerjenin penetrasyonunu ve sensitizasyon gelişmesini kolaylaştırmaktadır (19).

Nikel alerjisi en sık görülen KAE nedenidir (5). Kesme yağı, çözücüler, gres yağı gibi mesleksi temaslar ile el kremleri ve kozmetik ürünler ile olan temaslar kontakt alerjiye neden olabilir. İşyerinde görülen en sık KAE nedenlerinden biri de kauçuk alerjisidir. Bu durum lateks ya da kauçuğa eklenen diğer kimyasal araçların kullanıldığı sentetik eldiven kullanımından kaynaklanabilmektedir. Lateks alerjisi atopik olan sağlık çalışanlarında yaygın bir sorundur (19).

Neomisin gentamisin, tobramisin ve amikasin ile çapraz alerjik reaksiyon verebilir (19). Nikele topikal temas sonrası sensitize olan hastalarda sindirim yoluyla nikel içerikli gıdaların alımından sonra veziküler el ekzeması gelişen sistemik kontakt ekzema olguları bildirilmiştir (23).

Yama testi, KAE tanısı için standart bir tanı yöntemidir (19). Sensitize hastalarda yama testi ile kontakt alerjenler tespit edilebilmektedir (7). Yama testinde sık KAE'ya neden olduğu bilinen genel alerjenler hastaların sırtına 48 saat boyunca oklüzyonlu olarak uygulanır. Bu alerjenler sıvı, krem ya da merhem formunda lokal irritasyon oluşturmayacak ve alerjik reaksiyona neden olabilecek konsantrasyonlarda hazırlanır. İlk değerlendirme 48. saatin sonunda yapılır. Başlangıçta pozitiflik göstermeyen alerjenleri değerlendirmek için 96. saate dek günlük tekrarlayan kontroller yapılır. Pozitif reaksiyonlarda eritem, papül, vezikül ya da bül gelişimi izlenir. Bu tip alerjik sensitivite reaksiyonları, astımla ilişkili hızlı IgE reaksiyonu ve pozitif alerjik prick test sonucu oluşan hızlı urtikarya-benzeri reaksiyonlardan ayrılmalıdır. Prick test, astımı tetikleyen alerjenleri tanımlar ve KAE'nin gecikmiş tip hipersensitivite reaksiyonuna neden olan yama testiyle tespit edilen etkenlerini tespit edemez (19).

Kontakt alerjinin belirlenmesi için uygulanan bir diğer yöntem "tekrarlanan açık uygulama testi"dir. Hastada alerjiye neden olduğu düşünülen topikal krem, merhem ya da kozmetik maddelerin tespit edilmesi amacıyla dirsek altı, önkol iç yüzü gibi normal deri alanlarına işaretlenen bir alana şüpheli alerjenler günde iki kez, 2-4 gün boyunca lokal olarak uygulanır. Kızarıklık oluşması pozitif test olarak kabul edilir. Şüpheli maddedeki aktif bileşenlerin ya da prezervatif, parfüm, stabilizatörler gibi yardımcı bileşenlerin bu duruma sebep olduğu düşünülmektedir. Ortalama bir krem ya da merhem on beş ya da daha fazla bileşen içermektedir ve her bileşen alerjik reaksiyona neden olabilecek potansiyele sahiptir. Hastaların kullandıkları

potansiyel alerjen ürünlerin kutularını atmamaları, gelişecek reaksiyonların olası referansı olması açısından önemlidir. Ancak yama testi bu teste göre daha duyarlı bir testtir (19).

El ekzeması bulunanlarda ve pozitif yama testi olanlarda tespit edilen alerjenlerden kaçınılmalıdır. Atopik bireyler özellikle sağlık çalışanları pudrasız, lateks ya da vinil içermeyen eldivenler seçerek kauçuk alerjenlerden uzak durmalıdır (19). Thyssen ve arkadaşları, el ekzemalarında KAE'lerin prognozunun KİE'lerden daha kötü olduğunu bildirmişlerdir (9).

3.2.3 Atopik El Ekzeması

Atopi, artmış ailesel ya da bireysel saman nezlesi, astım ya da ekzema bileşenlerinden biri veya bir kaçının eşlik ettiği bir durumdur. Atopisi bulunan bireylerde serum IgE düzeyi artmıştır. Atopik ekzema (AE), genetik zeminde gelişen sık görülen bir hastalık olup genel popülasyonda hayat boyu gelişme prevalansı yaklaşık %30'dur. AE hastalarının %60-70'inde el ekzeması görülmektedir. Altta yatan atopi varlığı nem, ıslak iş ve lateks alerjisi ile birleştiğinde el ekzeması gelişimi için kolaylaştırıcı bir risk faktörüdür ve AE'li bireylerde KİE ve KAE en sık görülen el ekzeması tipidir. Erişkin AE hastalarında el ekzeması sıklıkla bu hastalığın başlangıcında tek başına kendini göstermektedir (19).

Atopik el ekzeması çeşitli şekillerde kendini göstermektedir. Akut evrede sıklıkla parmak yanlarında simetrik veziküller izlenir. Vezikül içeriği serum, kan ya da püy içerir ve kuruduğunda krusta meydana gelir. Püstül ya da hemorajik krustaların izlenmesi buradaki akut ekzemaya ikincil olarak Stafilokokus aureus bakteriyel enfeksiyonunun eklendiğinin göstergesidir. AE hastalarında kutan fungal ve viral enfeksiyonlar da sık görülmektedir. AE'nin kronik evresinde bazal tabakadaki epitelyal hücre göçünün deri yüzeyine ulaşması sonrası gelişen keratin deskuamasyonunun son evresinde meydana gelen skuamlar izlenmektedir. Likenifikasyon sıklıkla el sırtı ve bileklerde görülmektedir. Fissuralar daha çok parmak uçları ve palmar alanlarda izlenir (19). Simpson ve arkadaşlarının yapmış olduğu çocukları da kapsayan bir çalışmada 777 atopik hasta değerlendirilmiş, el bileklerinin volar yüzü kadar el bilek sırtı, eller ve parmakların da tutulduğu gözlenmiştir (23).

Uzun süreli hastalıkta tırnak değişiklikleri de izlenebilmektedir. Tırnaklarda kutikula kaybı, tırnak yatağında kalınlaşma (kronik paronişi), tırnak plağında düzensiz sırtlanma ve kalınlaşma izlenebilmektedir. Kaşıntı en sık görülen semptomdur. Bazı şiddetli olgularda ellerde lokal ağrı ve gerilme görülebilmektedir (19).

3.2.4 Dizhidrotik El Ekzeması

El ekzemalarının akut bir formudur. “Pomfoliks” olarak da adlandırılmaktadır. Bu ekzema türü kadınlarda ve stres altındaki bireylerde daha sık görülmektedir. Akut tablo aniden yoğun kaşıntıyla gelişen vezikül ya da büllerle karakterizedir. Sekonder infeksiyon varlığında krustaların izlendiği püstüller ya da büllerde hemorajik sıvı içeriği mevcuttur. Elleri saran ağrılı eritem daha karakteristik olan kaşıntılı akut veziküllerden önce görülmektedir. Erupsiyon %80 hastada simetrik olarak yalnızca elleri tutmakta olup bazen ayaklar da tutulabilmektedir. Büller oval kümeler halinde palmar alanda ve daha sıklıkla dorsal yüzeyde yerleşir. Pomfoliks bulunan bireylerde %50’den fazla atopi de eşlik etmektedir. Lezyonlar 2-3 hafta devam eder ve hiperhidroz bulunması kliniği şiddetlendirir. Tanı klinik olarak konmaktadır (19).

Yama testleri dizhidrotik ekzemada ilişkili kontakt alerjenleri belirlemeye yardımcı olabilmektedir. Ayırıcı tanıda fungal infeksiyon düşünülebileceğinden neden olabilecek organizmayı tespit etmek üzere deriden kazıntı örneği alınabilir (19).

3.2.5 Hiperkeratotik El Ekzeması

Hiperkeratotik el ekzeması, sıklıkla 40-60 yaş erkeklerde görülen, hiperkeratozun ön planda olduğu bir ekzema şeklidir. Kuru deride skuamlı hiperkeratotik plaklar ve fissuralar mevcuttur. Tekrarlayan friksiyonlar, hiperkeratotik el ekzeması oluşumuna neden olmaktadır. Yama testi hiperkeratotik el ekzemasında genellikle negatiftir, daha çok KİE’ye benzer. Ayırıcı tanıda psoriyazis, fungal infeksiyonlar, KAE, KİE ve nadir olgularda skabiyes yer almaktadır. Hiperkeratotik el ekzemaları sıklıkla tedaviye dirençlidir (19).

3.3 EL EKZEMASINDA TEDAVİ YÖNTEMLERİ

El ekzemalarında ilk aşama hastanın eğitimidir. Hastaya maruz kaldığı ıslak iş ve oklüzyonlu eldiven kullanımı gibi başlıca etmenlerden uzak kalması gerektiği bilgisi verilmelidir. Hastalardan anamnez alınarak sorgulanmalı, temas ettiği alerjenler tespit edilmeli ve bu alerjenlerden kaçınma konusunda hastalar aydınlatılmalıdır (24).

El ekzemalarında koruyucu yöntemler ön plandadır. Bu amaçla koruyucu eldivenler kullanılabilir ancak yeterli olduklarına dair kesin kanıt bulunmamaktadır. Koruyucu yöntemlerden biri de bariyer kremlerdir. Bariyer kremlerin kullanılması sık temas edilen mesleksel iritan ya da alerjik maddelere maruziyetten korumakta yine yeterli olmayabilmektedir. Emolyenler, deri bütünlüğünün korunmasına yardımcı olarak el ekzemasında koruyucu görev üstlenmektedir (24). Emolyen içerikli sabunlar noniyonik aktif bileşenler içerdiğinden el ekzemalarında faydalı olabilmektedir (25).

El ekzemalarında ilk basamak tedaviler topikal kortikosteroidlerdir. Yaklaşık 1 ay boyunca uygulanıp 2-3 hafta ara verildikten sonra tedavi tekrarlanabilir. Kullanılacak topikal kortikosteroidin gücü ve bazı, el ekzemasının şiddeti, morfolojik tipi, lokalizasyonu, hastanın yaşı ve tedavinin süresine göre belirlenmelidir (24).

El ekzemalarında tercih edilebilecek diğer tedavi yöntemleri fototerapi, topikal kalsinörin inhibitörleri, sistemik kortikosteroidler, retinoidler, sistemik immunsupresanlar ve katrandır (24).

3.4 EL EKZEMASI ŞİDDETİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

El ekzemasının şiddeti elin tutulum yaygınlığına göre derecelendirilebilir. “El Ekzeması Yaygınlık Skoru (EEYS)” olarak da tanımlanan bir puanlama sistemi ile elin anatomik bölümleri ayrı ayrı puanlandırılır. Her el için olası skor, 0-37 puan arasında değişmektedir. Elin dorsal ve ventral tutulumu için 0 (hiç yok), 2 (üçte ikisinden az tutulum) ya da 4 puan (üçte ikisinden fazla tutulum) şeklinde puanlandırılır. Her iki elin toplam puanı maksimum 74 puandır (26).

Klinisyenler için el ekzema şiddetinin ölçümünde kullanılabilecek bir diğer yöntem “El Ekzema Şiddet İndeksi (EEŞİ)” dir. Bu puanlama sistemi hem elde

ekzema tutulum yaygınlığını hem de ekzemanın yoğunluğunu ölçmektedir. El; parmak uçları, parmaklar (parmak uçları hariç), avuç içleri, el sırtları ve bilekler olmak üzere beş bölüme ayrılır. Eritem, indurasyon/papül, vezikül, fissura, skuam ve ödem değerlendirilir. Hiç deri değişimi yok ise 0, hafif değişim varsa 1, orta derece değişim varsa 2, şiddetli ise 3 puan verilir. Her iki el için toplam ekzema tutulum alanı 0 ve 4 arasında skorlandırılır (%0=0, %1-25=2, %26-50=2, %51-75=3, %75-100=4). Toplam maksimum puan 360'tır (27).

3.5 DERMATOLOJİDE YAŞAM KALİTESİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

DSÖ'nün sağlığa geniş bakışında yaşam kalitesi; sadece hastalık veya sakatlık olmaması değil, kişinin üretken ve keyifli bir hayat sürdürebilmesi şeklinde belirtilmiştir. Yaşam kalitesi, sağlık durumunun ve tedavilerin etkilerinin değerlendirilmesinde önemli bir sonuç ölçümüdür ancak farklı kişilere farklı şeyler ifade eden bir kavram olduğundan net bir tanım yapmak güçtür. Sadece hastalık olmaması değil tam bir bedensel, mental ve sosyal iyilik halidir (28).

Deri hastalıkları diğer organ hastalıklarından farklı olarak çoğu zaman yaşamı tehdit etmemesine rağmen, kişinin görünüşü dolayısıyla psikososyal durumunu, kişisel ilişkilerini ve günlük aktivitelerini , ağrı ve kaşıntı gibi semptomlar ise fiziksel yönden yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyebilmektedir (29,30). Deri hastalıklarının kronik olması, iş gücü kaybı ve ellerde utanç duygusuna (stigma) neden olabilecek şekil bozukluğu meydana getirmesi hastaların yaşam kalitesini belirgin olarak etkileyebilmektedir (31). Bu nedenle hastalıkların klinik ciddiyetinin dışında yaşantıya etkilerinin saptanması, hastaların hastalığı nasıl algıladıklarının anlaşılması ve tedavi sonuçlarının psikososyal durum üzerinde yaptığı değişiklikler bu hastalığın klinik sonuçlarının anlaşılması yönünden önem taşımaktadır (29,31). Deri hastalıklarının yaşam kalitesi üzerine olan etkilerinin bilinmesi uygun tedavi protokollerinin seçilmesinde önem taşır (30).

Dermatoloji hastalarının çoğunluğu kronik ve şifa bulamayan hastalar olmasından dolayı, dermatoloji hastalarında “iyi yaşam kalitesi” nin değerlendirilmesi önem arz etmektedir. Bu hastalıkların etkileri subjektiftir ve kişisel şartlara da bağlıdır. Deri hastalıklarının hastaların yaşam kalitesi üzerine olan

etkilerinin bilinmesi, karşılanmayan gereksinimlerin anlaşılması ve sunulacak olan sağlık hizmetlerinde gerekli önceliğin belirlenmesi açısından önemlidir (26). Yaşam kalitesi, verilen sağlık hizmetlerinin değerlendirmesinde rutin klinik pratikte giderek artan bir şekilde yer bulmaktadır (31).

3.5.1 Yaşam Kalitesi Ölçme Yöntemleri

Yaşam kalitesi ölçekleri klinik değerlendirmede kullanılmaktadır. Böylece tedavi kararı alınırken hastanın bakış açısı ve tedaviden beklentisi göz önünde bulundurulmuş olur. Bu ölçekler klinik çalışmalarda tedavi sonuçlarını tamamlayan kalitatif ölçüm yöntemleri olarak yer almaktadır. Sağlık ekonomisi ölçümlerinde maddi kaynakların tüketimi hesaplanırken, tedavilerin sadece kantitatif etkinliği değil, yaşam kalitesine katkıları da değerlendirilmelidir (25,34). Yaşam kalitesini ölçmeye yönelik olan yöntemler 3 grupta toplanabilir:

- 1-Genel sağlığa özgü testler
- 2-Dermatolojiye özgü testler
- 3-Dermatolojik hastalıklara özgü testler (26).

Dermatolojiye özgü testler, tüm dermatoloji hastalıklarında kullanılabilecek, deri hastalıklarının sonuçlarının değerlendirilebileceği, standardizasyon sağlayan testlerdir. Çok sayıda deri hastalığı bulunması nedeniyle, her hastalığa spesifik bir test geliştirmek ve güvenilir olmasını sağlamak mümkün değildir. Deri hastalıkları günlük hayat üzerinde yeterince etkiye sahip olup, büyük bir kısmı benzer yaşam kalite ölçüm yöntemleri ile değerlendirilebilir. Bu durum hastalıklar açısından karşılaştırmanın yapılmasını sağlaması bakımından da önemlidir (25,32). Bu ölçüm yöntemlerinden en önemli olanı ve yaygın kullanılanı “Dermatoloji Yaşam Kalite İndeksi (DYKİ)” dir. DYKİ; basit, kısa anlaşılır, hastalara yönelik bir anket formu olup, günlük rutin klinik çalışmalarda kullanılabilmektedir. Genel olarak hastalığın son bir hafta içinde sosyal ve fiziksel aktivasyonları etkileme yönü anlaşılmaya çalışılmaktadır (26).

Dermatolojik hastalıklara özgü testler de bulunmaktadır. Başlıca psoriasis, ekzema, akne, ürtiker, onikomikoz, bacak ülseri, androgenik alopesi, bazalyoma, Behçet hastalığı, vitiligo, hidradenitis süppürativa, vasküler nevuslar, fokal

hiperhidroz, Darier ve Hailey-Hailey hastalıkları gibi hastalıklara özel testler mevcuttur (26).

WHOQOL-BREF-TR (DSÖ-Yaşam Kalitesi Ölçeği) Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Kısa Formu-Türkiye

DSÖ Yaşam Kalitesi Ölçeği kısa formunun Türkiye’de geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları Eser ve ark. tarafından (1999) yapılmıştır. DSÖ Yaşam Kalitesi Ölçeği, biri genel algılanan yaşam kalitesi, diğeri algılanan sağlık durumuna ilişkin iki soruyla birlikte toplam 26 soruyu kapsamaktadır. DSÖ Yaşam Kalitesi Kısa Formu -Türkiye ise geçerlilik çalışmaları sırasında eklenen bir soru nedeniyle 27 sorudan oluşmaktadır (32). İlk iki genel soru dışındaki sorular kullanılarak bedensel, ruhsal, sosyal, çevre ve çevre alan-TR puanları hesaplanmıştır. Alanlara göre soruların içeriği şöyledir:

Bedensel alan: Gündelik işleri yürütebilme, ilaçlara ve tedaviye bağımlılık, canlılık ve bitkinlik, hareketlilik, ağrı ve rahatsızlık, uyku ve dinlenme ve çalışabilme gücü

Ruhsal alan: Beden imgesi ve dış görünüş, olumsuz duygular, benlik saygısı, olumlu duygular, maneviyat, din, kişisel inançlar, düşünme, öğrenme, bellek ve dikkatini toplama

Sosyal alan: Diğer kişilerle ilişkiler, sosyal destek, cinsel yaşam

Çevre alanı: Maddi kaynaklar, fiziksel güvenlik ve emniyet, sağlık hizmetleri ve sosyal yardım, ulaşılabilirlik ve nitelik, ev ortamı, yeni bilgi ve beceri edinme fırsatı, dinlenme ve boş zaman değerlendirme fırsatları ile bunlara katılabilmek, fiziksel çevre (kirlilik, gürültü, trafik, iklim), ulaşım

Çevre alanı-TR: Sosyal baskı (33).

3.6 EL EKZEMALİ OLGULARDA GÖRÜLEN RUHSAL DURUM DEĞİŞİKLİKLERİ

3.6.1 Depresyon

Depresyon, mutsuzluk gibi olumsuz gelişmelere karşı insanların verdiği olağan tepkilerin bir parçasıdır. Mutsuzluk beklenenden uzun sürerse, koşulların zorluğuyla orantısızsa ya da kişinin kontrolünün ötesindeyse, çökkün duygu duruma ilişkin bir semptom olabilmektedir. Çeşitli beden hastalıklarında ve farklı psikiyatrik

sendromların seyri esnasında çökkün duygu durumu ve duygulanım ortaya çıkabilmektedir. Depresyonda çökkün duygulanım, enerji azlığı ve ilginin ya da alınan zevkin kaybı çekirdek özelliklerdir. Konsantrasyon azlığı, özgüven azalması, suçluluk duyguları, karamsarlık, kendine zarar verme ya da özkıyım düşünceleri, uyku düzeninde bozulma, iştah değişiklikleri ve libido azalması diğer sık görülen belirtilerdir. Sosyal ve mesleki işlev bozulmaktadır. Depresyon tanısı koyulması için tablo en az iki hafta sürmelidir. Her depresyon atağı farklı şiddette olabilmektedir. Semptomların sayısı, tipi ve yoğunluğu, depresyonun şiddetini belirlemektedir (34).

3.6.2 Anksiyete Bozuklukları

Anksiyete hoş olmayan özellikleri ile diğer duygulanım şekillerinden ayrılan bir duygulanım şeklidir. Kaygı veya bunaltı olarak da adlandırılmaktadır. Fizyolojik olarak çarpıntı, nefes almada zorluk, hızlı hızlı nefes alma, ellerde ve ayaklarda titreme, aşırı terleme gibi belirtilerin yanında psikolojik özellikler olarak sıkıntı, heyecan, aniden çok kötü bir şey olacakmış hissi ve korkusu sayılabilmektedir. Bazı tanımlar anksiyeteyi, kaynağı büyük bir ölçüde bilinmeyen bir tehlike beklentisiyle sınırlandırarak korkudan ayırt etmektedir. Anksiyete kişinin yeni koşullara uyumunu sağladığı gibi kişinin ruhsal gelişiminin daha üst basamaklara çıkmasında itici bir işlev görebilmektedir. Anksiyete uyum sağlayıcı, ruhsal gelişimi olumlu yönde geliştirici işlevi yanında, engelleyici işlev de görebilmektedir. Anksiyetenin ne zaman maladaptif, nerede adaptif olduğunun tespiti önem arz etmektedir. Anksiyeteyle ilgili uyarılmışlığın performansı olumlu etkilediği optimal bir aralık vardır. Kronikleşmiş, kişinin verimini düşüren, kişiler arası ilişkilerde bozulmaya sebep olan, sıklıkla titreme, çarpıntı, ağız kuruluğu, kas gerginliği gibi fiziksel belirtilerin de eşlik ettiği anksiyete durumları patolojik olarak değerlendirilmelidir (34).

3.6.3 Sosyal Fobi

Sosyal fobi kendini sosyal ortamlarda ya da performans gösterilmesi beklenen durumlarda, bireyin aşağılanması veya utanç duymasına sebep olabilecek bir davranış göstereceğine ilişkin belirgin ve inatçı bir korku duymasıdır. Bu korku ve sonucunda oluşan kaçınma davranışları, kişinin iş, sosyal ve özel yaşamını

kısıtlamaktadır. Sosyal fobi belirgin yeti yitimine sebep olan kronik bir hastalıktır. Fizyolojik belirtileri diğer anksiyete bozukluklarının belirtilerine benzer. Ama sosyal fobi hastaları bu belirtileri değişik biçimde tanımlayabilmektedir. Yine de en çok görülen fiziksel yakınmalar çarpıntı, titreme, gerginlik, midede rahatsızlık hissi ve ağız kuruluğudur. Hastalar utangaçlığın insan doğasının doğal bir yanı olduğunu düşünür, durumlarının psikiyatrik bir bozukluk olduğunu kabullenemezler. İnsanların önünde konuşmak, yemek yemek ve yazmak gibi davranışlarda dahi zorlanabilmektedirler. Tedavi edilmeyen sosyal fobi, okulda başarısızlık, mesleki kısıtlılık, arkadaşlık kuramama, alkol kötüye kullanımı, depresyon ve intihar girişimleriyle sonuçlanabilmektedir. Tedaviye başvuru genelde eşlik eden diğer psikiyatrik bozukluklar nedeniyle (34).

3.6.4 Ruhsal Durum Değişikliği Ölçümleri

Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HAD, Hospital Anxiety and Depression Scale):

Likert ölçeği tipinde bir öz değerlendirme ölçeğidir. 7'si depresyon, 7'si anksiyete belirtilerini araştıran 14 maddeden oluşmaktadır. Bedensel hastalığı olanlarda anksiyete ve depresyonu kısa sürede tarayarak risk gruplarını belirlemeye yarayan bir tarama testidir. 1983 yılında Zigmond ve Snaith tarafından geliştirilmiş, Aydemir ve arkadaşları tarafından Türkçe'ye uyarlanarak formun geçerlik ve güvenirlik çalışması yapılmıştır (35). Türkiye'de yapılan çalışma sonunda anksiyete alt ölçeği için kesme puanı 10/11, depresyon alt ölçeği için ise 7/8 bulunmuştur. Buna göre bu puanların üzerinde alanlar risk grubu olarak değerlendirilirler. Hastaların her iki alt ölçekten alabilecekleri en düşük puan 0 iken en yüksek puan 21'dir. HAD bedensel belirtilere ilişkin sorgu içermemesi nedeniyle anksiyete ve depresyon değerlendirmesinde sıklıkla tercih edilmektedir (36).

Liebowitz Sosyal Anksiyete Ölçeği (LSAÖ):

Sosyal fobiklerin anksiyete ve kaçınma yaşadıkları sosyal durumları değerlendirmek üzere, klinisyen tarafından uygulanan, 13'ü performans, 11'i sosyal etkileşim durumlarıyla ilgili olmak üzere toplam 24 madde içeren bir ölçektir. Ölçekten, sosyal kaygı ve sosyal kaçınma toplam puanları elde edilmektedir (37).

4. GEREÇ VE YÖNTEM

Tanımlayıcı ve kesitsel özellikte olan bu araştırmaya Ocak 2014-Nisan 2015 tarihleri arasında Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dermatoloji Polikliniği'nde el ekzeması tanısı almış olan ve bu nedenle takip edilmekte olan 18 yaş ve üzerindeki olgular ile sağlıklı gönüllülerden oluşan kontrol grubu dahil edilmiştir. Araştırma hakkında sözel olarak ayrıntılı bir bilgilendirme yapıldıktan sonra araştırmaya katılmayı kabul eden tüm olgulara bilgilendirilmiş gönüllü onam formu imzalatılmıştır. Yapılan klinik değerlendirme sonrasında, hastaların el ekzema tutulum yaygınlığı hastalar tarafından doldurulan EEYS-hasta formu ve doktor tarafından doldurulan EEYS-doktor formu kullanılarak puanlandırılmıştır. Aynı zamanda ekzema şiddetinin belirlenmesinde EEŞİ puanlaması kullanılmıştır. Psikometrik değerlendirmeler için “Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği (HAD)”, “Liebowitz Sosyal Kaygı Ölçeği (LSKÖ)” ve yaşam kalitesini değerlendirmek amacı ile “Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu Türkçe Versiyonu (WHOQOL-BREF-TR)” uygulanmıştır. HAD ölçeği için anksiyete alt ölçeği kesme puanı 10/11, depresyon alt ölçeği için ise 7/8 kabul edilerek bu değerlerin üzerinde puan alan olgular anksiyete ve depresyon açısından müspet kabul edilmiştir.

Veriler SPSS 15 sunumu kullanılarak analiz edilmiş olup tanımlayıcı analiz ile sayısal değişkenler ortalama±standart sapma olarak verilmiş, diğer değişkenlerin ise yüzde sıklıkları elde edilmiştir. Ölçülebilen değişkenler için normal dağılıma uygunluk analizleri yapıldıktan sonra istatistiksel değerlendirmelerde t testi, normal dağılıma uymadığında ise Mann-Whitney U testi ile karşılaştırılmıştır. Sayılabilen değişkenler için Ki kare testi ve Odds Ratio analizi kullanılmıştır. Değişkenlerin birbirleriyle olan ilişkilerinin değerlendirilmesinde korelasyon analizi testinden yararlanılmıştır. %95 güven aralığı ile $p<0,05$ olan değerler istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

5. BULGULAR

Çalışmamızda el ekzeması olan hasta grubunu yaşları 20 ile 74 arasında değişen 41 kadın, 29 erkek hasta olmak üzere toplam 70 hasta, sağlıklı olan grubu yaşları 20 ile 86 arasında değişen 35 kadın, 35 erkek olmak üzere toplam 70 sağlıklı birey oluşturmuştur.

TABLO 1. Hastaların ve kontrol grubunun demografik özellikleri

	Hasta	Kontrol	Toplam (n)	p
Yaş (yıl, ort±ss)	41,8±13,1	40,36±15,4	140	0,556
Cinsiyet, n (%)				
Erkek	29 (45,3)	35 (54,7)	64	0,309
Kadın	41 (53,9)	35 (46,1)	76	
Çalışma durumu, n (%)				
Çalışıyor	42 (44,7)	52 (55,3)	94	0,072
Çalışmıyor	28 (60,9)	18 (39,1)	46	
Medeni durum, n (%)				
Evli	48 (53,9)	41 (46,1)	89	0,292
Bekar	22 (43,1)	29 (56,9)	51	
Eğitim durumu, n(%)				
Lise ve altı	41 (64,1)	23 (35,9)	64	0,002*
Yüksek öğretim	29 (38,2)	47 (61,8)	76	
Ekonomik durum, n(%)				
Fakir ve orta	67 (54,9)	55 (45,1)	122	0,002*
Zengin	3 (16,7)	15 (83,3)	18	

*; İstatistiksel olarak anlamlı olan değerler

Hasta ve kontrol grubu yaş, cinsiyet, çalışma durumu ve medeni durum açısından karşılaştırıldıklarında aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark izlenmemiştir. Eğitim durumları açısından hasta grubunda lise ve altı eğitimi olan olguların sayısı, kontrol grubunda yükseköğretim eğitimi olanların sayısı daha yüksek bulunmuştur ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark izlenmiştir

(p=0,002). Ekonomik durum açısından yapılan değerlendirmelerde ise hasta grubundaki olguların ekonomik durumu kontrol grubuna göre daha düşük bulunmuş ve istatistiksel olarak da anlamlı fark izlenmiştir (p=0,002) (Tablo 1).

TABLO 2. Hasta grubunun cinsiyete göre demografik özellikleri

	Kadın	Erkek	Toplam (n)	p
Yaş (yıl, ort±ss)	41,5±12,9	42,1±13,6	70	0,852
Çalışma durumu, n (%)				
Çalışıyor	22 (53,7)	21 (72,4)	43	0,090
Çalışmıyor	19 (46,3)	8 (27,6)	27	
Medeni durum, n (%)				
Evli	27 (65,9)	21(72,4)	48	0,376
Bekar	14 (34,1)	8 (27,6)	22	
Eğitim durumu, n(%)				
Lise ve altı	24 (58,5)	17 (41,5)	41	0,595
Yüksek öğretim	17 (41,5)	12 (41,4)	29	
Ekonomik durum,n(%)				
Fakir ve orta	40 (97,6)	27 (93,1)	67	0,371
Zengin	1 (2,4)	2 (6,9)	3	
Hastalık süresi (ay, ort±ss)	(3-420) 67,8±90,3	(3-444) 83,17±115,0	70	0,536
Hastalık başlangıç yaşı (ort±ss)	(6-60) 35,0±13,6	(16-70) 35,4±14,7	70	0,963
Atopi varlığı, n (%)	17 (56,7)	13 (43,3)	30	0,079

*; İstatistiksel olarak anlamlı olan değerler

TABLO 3. Hasta grubunda yaş gruplarının dağılımı

Yaş grupları, n(%)	Kadın	Erkek
18-19	0 (0)	1 (3,4)
20-29	8 (19,5)	6 (20,7)
30-39	12 (29,3)	3 (10,3)
40-49	9 (22)	10 (34,5)
50-59	9 (22)	6 (20,7)
60-69	2 (4,9)	2 (6,9)
70-79	1 (2,4)	1 (3,4)

Hasta grubunda kadın ve erkek hastalar arasında yaş, çalışma durumu, medeni durum, eğitim durumu, ekonomik durum, hastalık süresi ve hastalık başlangıç yaşı açısından değerlendirmeler yapıldığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark izlenmemiştir (Tablo 2). Kadınlarda el ekzemasının en sık gözlemlendiği yaş grubu 30-39 yaş olarak, erkeklerde 40-49 yaş olarak belirlenmiştir (Tablo 3).

TABLO 4. Hasta ve kontrol grubunda uygulanan DSÖ-Yaşam Kalitesi anketi değerlendirmelerinin puanlamaları

DSÖ Yaşam Kalitesi Ölçeği puanları (min-maks, ort±ss)	Hasta	Kontrol	p
Ruhsal alan	(9-19) 14,7±2,6	(11-20) 15,4±2,1	0,053
Bedensel alan	(7-14) 14,7±3,0	(11-20) 16,4±2,0	<0,001*
Sosyal alan	(4-20) 14,3±3,3	(9-20) 14,9±2,3	0,139
Çevre alanı	(9-19) 14,1±2,4	(10-19) 14,9±1,9	0,041*
Çevre alanı	(9-19) 14,1±2,4	(10-19) 14,9±1,9	0,041*

*; İstatistiksel olarak anlamlı olan değerler

TABLO 5. Hasta ve kontrol grubunda uygulanan HADÖ anketi değerlendirmelerinin puanlamaları

HADÖ puanları	Hasta	Kontrol	p
HADÖ/Anksiyete (min-maks, ort±ss)	(0-17) 7,3±4,2	(0-16) 5,7±3,2	0,014*
Anksiyete varlığı, n(%)	12 (17,1)	6 (8,5)	0,130
HADÖ/Depresyon(min-maks, ort±ss)	(0-16) 5,7±3,8	(0-13) 4,7±3,2	0,094
Depresyon varlığı, n(%)	21(30)	14(20)	0,172
HADÖ/Toplam (min-maks, ort±ss)	(1-28) 12,9±7,2	(0-27)10,4±5,6	0,019*

*; İstatistiksel olarak anlamlı olan değerler

TABLO 6. Hasta ve kontrol grubunda uygulanan LSKÖ anketi değerlendirmelerinin puanlamaları

LSKÖ puanları (min-maks, ort±ss)	Hasta	Kontrol	p
LSKÖ/Kaygı	(27-87) 46,5±13,1	(24-69) 41,9±12,6	0,037*
LSKÖ/Kaçınma	(24-84) 42,9±12,3	(24-76) 38,5±11,6	0,029*
LSKÖ/Toplam	(47-171) 89,2±24,1	(48-145)80,4±22,4	0,025*

*; İstatistiksel olarak anlamlı olan değerler

Hasta grubunda ve kontrol grubunda DSÖ yaşam kalitesi ölçekleri ortalama puanları karşılaştırıldığında bedensel alan, çevre alanı ve çevre alanı-TR puanı kontrol grubunda hastalara göre daha yüksek bulunmuş olup aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,001$, $p=0,041$, $p=0,041$). Sosyal ve ruhsal alan puanları açısından aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark izlenmemiştir (Tablo 4). HADÖ puanları hastalarda kontrol grubuna göre daha yüksek bulunmuş olup aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p=0,019$). HADÖ-anksiyete ve HADÖ-depresyon puan ortalamaları karşılaştırıldığında anksiyete ve depresyon açısından hasta grubunun ortalaması kontrol grubuna göre daha yüksek bulunmuş ancak sadece anksiyete puan ortalamasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,014$). Anksiyete ve/veya depresyon varlığı açısından yapılan analizlerde de yine istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p=0,130$,

p=0,172) (Tablo 5). LSKÖ, LSKÖ/sosyal kaygı ve LSKÖ/sosyal kaçınma puanı hastalarda kontrol grubuna göre daha yüksek bulunmuş ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p=0,025, p=0,037, p=0,029) (Tablo 6).

TABLO 7. Hasta grubunda uygulanan EEŞİ, EEYS-hasta, EEYS-doktor değerlendirmelerinin puanlamaları

EEŞİ ve EEYS puanları (min-maks, ort±ss)	Kadın	Erkek	p
EEŞİ puanı	(16-170) 69,2±42,3	(6-155) 72,1±37,5	0,769
EEYS-hasta puanı	(3-56) 23,5±15,2	(7-70) 26,5±13,7	0,395
EEYS-doktor puanı	(8-60) 24,8±13,9	(10-68) 27±13,0	0,508

*; İstatistiksel olarak anlamlı olan değerler

TABLO 8. Hasta grubunda uygulanan DSÖ-Yaşam Kalitesi anket değerlendirmesinin puanlamaları

DSÖ-yaşam kalitesi (min-maks, ort±ss)	Kadın	Erkek	p
Ruhsal alan puanı	(9-19) 14,0±2,5	(10-19) 15,4±2,5	0,026*
Bedensel alan puanı	(7-14) 13,8±2,8	(10-19) 15,8±2,9	0,005*
Sosyal alan puanı	(4-20) 13,5±3,1	(9-20) 15,3±3,4	0,029*
Çevre alanı puanı	(9-19) 13,8±2,3	(10-19) 14,6±2,5	0,179
Çevre alanı-TR puanı	(9-19) 13,8±2,3	(10-19) 14,6±2,5	0,179

*; İstatistiksel olarak anlamlı olan değerler

TABLO 9. Hasta grubunda uygulanan HADÖ anket değerlendirmesinin puanlamaları

HADÖ puanları	Kadın	Erkek	p
HADÖ/ Depresyon (min-maks, ort±ss)	(1-16) 6,5±4,2	(0-10) 4,4±2,9	0,006*
Depresyon varlığı, n(%)	15 (36,5)	6 (20,6)	0,153
HADÖ/Anksiyete (min-maks, ort±ss)	(0-17) 8,4±4,6	(1-11) 5,6±2,8	0,024*
Anksiyete varlığı, n(%)	11 (26,8)	1 (3,4)	0,011*
HADÖ/Toplam(min-maks, ort±ss)	(2-28) 15,0±7,7	(1-19)10,1±5,3	0,004*

*; İstatistiksel olarak anlamlı olan değerler

TABLO 10. Hasta grubunda uygulanan LSKÖ anket değerlendirmesinin puanlamaları

LSKÖ anket (min-maks, ort±ss)	Kadın	Erkek	p
LSKÖ/Kaygı	(27-87) 47,2±13,5	(27-75) 45,4±12,7	0,583
LSKÖ/Kaçınma	(24-84) 44,8±13,4	(25-64) 40,3±9,9	0,135
LSKÖ/Toplam	(54-171)92,0±26,1	(47-129)85,6±20,8	0,273

*; İstatistiksel olarak anlamlı olan değerler

EEŞİ, EEYS-hasta ve EEYS-doktor puanlamalarında kadın ve erkekler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark izlenmemiştir(Tablo 7).

Hasta grubunda DSÖ-yaşam kalitesi değerlendirmelerinden ruhsal alan, bedensel alan ve sosyal alan puanları erkeklerde kadınlara göre daha yüksek bulunmuş olup aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark izlenmiştir (p=0,026 , p= 0,005, p=0,029). Çevre ve çevre alan-TR puanları açısından ise aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır (Tablo 8). HADÖ, HADÖ-anksiyete ve HADÖ-depresyon puanları karşılaştırıldığında kadınlarda anksiyete ve depresyon puanları erkeklere göre daha yüksek bulunmuştur ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p=0,004, p=0,024, p= 0,006). Anksiyete ve depresyon varlığı açılarından bakıldığında kadınlarda anksiyete ve depresyon varlığının

erkeklere oranla daha fazla olduğu izlenmiş ancak sadece depresyon varlığında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p=0,011$) (Tablo 9). LSKÖ, LSKÖ-sosyal kaygı ve LSKÖ-sosyal kaçınma açısından ise aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır (Tablo 10).

EEYS-hasta değerlendirmesi ile EEYS-doktor değerlendirmesi arasında yapılan korelasyon analizlerinde pozitif yönde güçlü bir korelasyon olduğu izlenmiştir ($r=0,983$, $p<0,001$). EEYS-hasta değerlendirmesi ile EEŞİ değerlendirmesi arasında ve EEYS-doktor değerlendirmesi ile EEŞİ değerlendirmesi arasında yapılan korelasyon analizinde ise pozitif yönde zayıf bir korelasyon bulunmuştur ($r=0,327$, $p=0,006$, $r=0,318$, $p=0,007$).

TABLO 11. El ekzema yaygınlığının hasta tarafından değerlendirilmesi ile DSÖ-Yaşam Kalitesi, HADÖ, LSKÖ anket uygulamalarının korelasyon analizleri

	Korelasyon	p
EEYS hasta-DSÖ Yaşam Kalitesi Ruhsal alan puanı	-0,369	0,002*
EEYS hasta-DSÖ Yaşam Kalitesi Bedensel alan puanı	-0,200	0,097
EEYS hasta-DSÖ Yaşam Kalitesi Sosyal alan puanı	-156	0,197
EEYS hasta-DSÖ Yaşam Kalitesi Çevre alan puanı	-0,471	<0,001*
EEYS hasta-DSÖ Yaşam Kalitesi Çevre alan-TR puanı	-0,471	<0,001*
EEYS hasta-HADÖ Anksiyete	0,181	0,134
EEYS hasta-HADÖ Depresyon	0,288	0,016*
EEYS hasta-HADÖ Toplam	0,265	0,026*
EEYS hasta-LSKÖ Kaygı	0,154	0,202
EEYS hasta-LSKÖ Kaçınma	0,110	0,364
EEYS hasta-LSKÖ Toplam	0,142	0,240

*; İstatistiksel olarak anlamlı olan değerler

TABLO 12. El ekzema yaygınlığının doktor tarafından değerlendirilmesi ile DSÖ-Yaşam Kalitesi, HADÖ, LSKÖ anket uygulamalarının korelasyon analizleri

	Korelasyon	p
EEYS doktor-DSÖ Yaşam Kalitesi Ruhsal alan puanı	-0,363	0,002*
EEYS doktor -DSÖ Yaşam Kalitesi Bedensel alan puanı	-0,192	0,111
EEYS doktor -DSÖ Yaşam Kalitesi Sosyal alan puanı	-0,146	0,229
EEYS doktor -DSÖ Yaşam Kalitesi Çevre alan puanı	-0,456	<0,001*
EEYS doktor -DSÖ Yaşam Kalitesi Çevre alan-TR puanı	-0,456	<0,001*
EEYS doktor -HADÖ Anksiyete	0,190	0,115
EEYS doktor -HADÖ Depresyon	0,311	0,009*
EEYS doktor -HADÖ Toplam	0,284	0,017*
EEYS doktor -LSKÖ Kaygı	0,159	0,188
EEYS doktor -LSKÖ Kaçınma	0,120	0,321
EEYS doktor -LSKÖ Toplam	0,150	0,214

*; İstatistiksel olarak anlamlı olan değerler

TABLO 13. El ekzema şiddetinin değerdendirmesi ile DSÖ-Yaşam Kalitesi, HADÖ, LSKÖ anket uygulamalarının korelasyon analizleri

	Korelasyon	p
EEŞİ-DSÖ Yaşam Kalitesi Ruhsal alan puanı	-0,216	0,073
EEŞİ -DSÖ Yaşam Kalitesi Bedensel alan puanı	-0,260	0,002*
EEŞİ -DSÖ Yaşam Kalitesi Sosyal alan puanı	-0,204	0,016*
EEŞİ -DSÖ Yaşam Kalitesi Çevre alan puanı	-0,168	0,165
EEŞİ -DSÖ Yaşam Kalitesi Çevre alan-TR puanı	-0,168	0,165
EEŞİ -HADÖ Anksiyete	0,074	0,542
EEŞİ HADÖ Depresyon	0,162	0,180
EEŞİ -HADÖ Toplam	0,135	0,267
EEŞİ -LSKÖ Kaygı	0,058	0,633
EEŞİ -LSKÖ Kaçınma	0,213	0,077
EEŞİ -LSKÖ Toplam	0,143	0,238

EEYS-hasta, EEYS-doktor ve EEŞİ değerdendirmelerinin DSÖ-yaşam kalitesi değerdendirmeleri (ruhsal alan, çevre alanı, çevre alanı-TR, bedensel alan ve sosyal alan) ile yapılan korelasyon analizi değerdendirmelerinde aralarında negatif yönde korelasyon olduğu, depresyon, anksiyete, sosyal kaygı ve sosyal kaçınma puanlamaları ile ise pozitif yönde korelasyon olduğu belirlenmiştir (Tablo 11-13).

HAD ölçeğinde, hastaların kendi arasında bakılan HADÖ-anksiyete ile HADÖ-depresyon puanlamaları korelasyon analizinde pozitif yönde orta derecede bir korelasyon gözlenmiştir ($p<0,001$) .

TABLO 14. Hastalarda uygulanan anket sonuçlarının demografik veriler ile korelasyonu

	Yaş	Ekonomik durum	Eğitim düzeyi	Çalışma durumu	Evlilik durumu
DSÖ-yaşam kalitesi					
Ruhsal alan	-0,062	0,161	-0,057	0,272	0,094
Bedensel alan	-0,112	0,071	0,126	0,206	-0,025
Sosyal alan	-0,163	0,079	0,064	0,228	0,231
Çevre alanı	-0,161	0,323	0,133	0,234	0,132
Çevre alanı-TR	-0,161	0,323	0,133	0,234	0,132
HADÖ/Anksiyete	-0,035	0,117	-0,034	-0,124	0,014
HADÖ/Depresyon	-0,044	0,013	-0,224	-0,318	-0,050
HADÖ/Toplam	-0,044	0,089	-0,141	-0,244	-0,019
LSKÖ/Sosyal kaygı	-0,019	0,045	-0,140	-0,123	-0,003
LSKÖ/Sosyal kaçınma	0,009	0,944	-0,204	-0,140	0,066
LSKÖ/Toplam	-0,007	0,105	-0,185	-0,141	0,329

Hastalarda DSÖ-yaşam kalitesi değerlendirmelerinden ruhsal alan puanının sosyoekonomik durum, evlilik durumu ve çalışma durumu ile pozitif yönde, eğitim düzeyi ve yaş artışı ile negatif yönde korelasyon gösterdiği belirlenmiştir. Bedensel alan puanının sosyoekonomik durum, eğitim durumu ve çalışma durumu ile pozitif yönde, yaş ve evlilik durumu ile negatif yönde korelasyon gösterdiği saptanmıştır. Sosyal alan puanı, çevre alanı ve çevre alanı-TR'nin sosyoekonomik durum, eğitim düzeyi, evlilik durumu ve çalışma durumu ile pozitif korelasyon, yaş ile negatif korelasyon gösterdiği izlenmiştir. HADÖ, HADÖ-anksiyete ve HADÖ-depresyon puanlarının yaş, eğitim ve çalışma durumu ile negatif yönde, sosyoekonomik durum

ile pozitif yönde korelasyon gösterdiği, evlilik durumu ile HADÖ-anksiyete puanının pozitif yönde, HADÖ ve HADÖ-depresyon puanının ise negatif yönde korelasyon gösterdiği belirlenmiştir. LSKÖ puanının sosyoekonomik durum ve evlilik durumu ile pozitif, yaş durumu, eğitim durumu artışı ve çalışma durumu ile negatif yönde korelasyon gösterdiği belirlenmiştir. LSKÖ-sosyal kaygı puanının sosyoekonomik durum ile pozitif, yaş durumu, evlilik durumu, eğitim düzeyi artışı ve çalışma durumu ile negatif yönde korelasyon gösterdiği belirlenmiştir. LSKÖ-sosyal kaçınma puanının yaş, sosyoekonomik durum ve evlilik durumu ile pozitif yönde, eğitim düzeyi ve çalışma durumu ile negatif yönde korelasyon izlenmiştir (Tablo 14).

6. TARTIŞMA

El ekzeması kronik seyirli, rekürrensler gösteren ve tedavisi güç bir hastalıktır. Yapılmış olan birçok araştırma el ekzemasının bireylerin yaşam kalitesini etkilediğini ortaya koymaktadır (21,31,38-41). El ekzemasının şiddeti ve bu tablo nedeniyle ortaya çıkan iş gücü kayıpları hastalığın yıkıcı etkisini göstermektedir ve bu hastalarda yaşam kalitesi değerlendirmelerinin yapılması gerekmektedir. Yapılan çalışmalarda el ekzemasının şiddetinin artması ile doğru orantılı olarak hastaların yaşam kalitelerindeki bozulmanın da arttığı gösterilmektedir (39,42). El ekzeması şiddetinin objektif olarak değerlendirilmesi klinik çalışmalar için olduğu kadar aynı zamanda tedavinin belirlenmesi ve izlemler için de gereklidir. Ancak yapılacak olan değerlendirmelerde fiziksel bulguların yanı sıra hastalığın yaşam kalitesi üzerine olan etkileri de göz önünde bulundurulmalıdır (42).

Benzer yaş grubunda olgular alınarak yapılan çalışmamızda hasta ve kontrol grubu arasında cinsiyet, çalışma durumu ve medeni durum açısından anlamlı fark izlenmemiştir. Hasta grubunda eğitim ve sosyoekonomik durumun kontrol grubuna göre daha düşük olduğu gözlenmiştir. Literatürde bazı çalışmalarda bizim çalışmamızdan farklı olarak el ekzeması ile sosyoekonomik durum ve eğitim arasında ilişki olmadığını belirten çalışmalar bulunmaktadır (50). Hasta grubunda yer alan olguların eğitim ve sosyoekonomik durumlarının kontrol grubuna göre daha düşük olması, hastaların hastalık hakkındaki bilgi düzeyinin düşük olması, alerjen ve iritan maddelerden kaçınma davranışının daha az olması, alerjik ve iritan maddelere temasın daha yoğun olduğu işlerde çalışma oranlarının yüksek olması ile ilgili olabileceği düşünülmektedir. Literatürde sağlık eğitimi ile düşük sosyoekonomik düzeye sahip el ekzema hastalarının bu hastalıktan korunabileceği belirtilmektedir (41).

Hasta ve kontrol grubu arasında yaşam kalitesi puan ortalamaları karşılaştırıldığında hastaların yaşam kalitesi bedensel alan, çevre ve çevre-TR alan puanları, kontrol grubuna göre anlamlı olarak daha düşük bulunmuştur. Bedensel alan, günlük yaşantıdaki işlevselliği yansıtmaktadır ve çalışmamızda el ekzema hastalarında ellerde ağrı ve kaşıntı gibi semptomlardan dolayı günlük yaşantıdaki işlevselliklerinin ve verimliliklerinin azaldığını göstermektedir. Çevre ve çevre alan-

TR puanları, maddi olanaklar, fiziksel güvenlik, ev ortamı, ulaşım, yeni bilgi ve beceri edinme fırsatı, dinlenme ve boş zaman değerlendirme fırsatı ve sosyal baskıyı yansıtmaktadır. Çalışmamızda elde edilen bulgulara göre bu puanlardaki düşüklüğün nedeni olarak hastalarda sosyoekonomik durumun daha düşük olması da göz önüne alındığında, hastalığın ortaya çıkarmış olduğu fiziksel ve sosyal etkilenmenin bu düşüklüğe neden olduğu düşünülmektedir.

Hasta ve kontrol grubu arasında HADÖ, HADÖ-anksiyete, LSKÖ, LSKÖ-sosyal kaçınma ve LSKÖ-sosyal kaygı puanları karşılaştırıldığında hastaların puanları kontrollere göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuş olup, HADÖ-depresyon puanı kontrollere göre daha yüksek bulunmasına rağmen istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Çalışmamızdakine benzer olarak Kouris ve arkadaşlarının el ekzema hastalarında HADÖ kullanarak yaptığı bir çalışmada anksiyete puanları sağlıklılara göre anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuş olup, depresyon puanları açısından iki grup arasında istatistiksel fark olmadığı belirtilmiştir (43). Yu ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada el ekzema hastalarında depresyon düzeyi Beck depresyon ölçeği ile, Boehm ve arkadaşlarının çalışmasında ise HADÖ kullanılarak değerlendirilmiş olup hastaların puanları kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur (21,44). Bu durumun hastalarda kozmetik açıdan kötü görünümün psikolojilerine yansımaya, depresyon ve anksiyeteye eğiliminin artmasına, hastaların toplum içinde kaygı duymalarına ve kendilerini dışlanmış hissetmelerine bağlı olduğu düşünülmektedir. Hastalığın kaşıntı ve ağrıya yol açması, tekrarlayıcı ve zor tedavi edilebilir olması, hastaların ellerini kullanmada güçlük yaşaması akut strese neden olarak hastaların duygu durumlarının negatif yönde etkilenmesine, anksiyete ve depresyona eğilimin artmasına, sosyal yönden kaygı duyulmasına ve toplumdan kaçınılmasına neden olduğu söylenebilir.

Çalışmamızda el ekzemasından kadınların etkilenme oranı (%58,6) erkeklerden (%41,4) daha fazla bulunmuştur. Birçok çalışmada el ekzemalarının kadınlarda erkeklerden daha sık görüldüğünden bahsedilmektedir (5,40,41). Çalışmamızda hastaların kendi içinde yapılan karşılaştırmalarda, kadın ve erkek hastalar arasında yaş, medeni durum, çalışma durumu, eğitim durumu ve sosyoekonomik durumlar açısından istatistiksel olarak anlamlı fark izlenmemiştir. Hastalık süresi istatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte erkeklerde kadınlara

göre daha uzun bulunmuştur. Hastalar yaş grupları açısından karşılaştırıldığında erkeklerde dördüncü dekatta, kadınlarda üçüncü dekatta daha yoğun dağılım izlenmiştir. Bu durumun nedenlerinin erkeklerin el ekzemasını kadınlara göre daha geç fark etmeleri, kozmetik kaygının daha az olması ve hastalıkla daha az ilgilenmeleri, öz bakımlarının daha düşük olması ve sağlık merkezine daha az sıklıkta başvurmaları ile ilgili olabileceği düşünülmektedir. Kadınlarda el ekzemasının erken görülme nedenleri kadınların ev temizlik işleri nedeniyle alerjen ve iritanlara daha erken yaşta maruz kalmaları ile atopiye daha fazla oranda sahip olmaları faktörleriyle açıklanabilir. Çalışmamızda kadın hastalarda atopi varlığı erkeklere göre istatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte daha yüksek oranda bulunmuştur. Literatürde yer alan bazı çalışmalarda da atopinin kadınlarda erkeklere oranla daha sık olduğundan bahsedilmektedir (5,19). Çalışmamızda yer alan olgu sayısının düşük kalmış olması ihtimali nedeniyle istatistiksel olarak anlamlı bulunmayan bazı değerlerin daha geniş olgu serileri içeren yeni araştırmalar ile daha net sonuçlara ulaşacağını düşünüyoruz.

Çalışmamızda kadınlarda yaşam kalitesi puanları erkeklere göre düşük bulunmuş olup ruhsal, bedensel ve sosyal alan puanlarında düşüklük istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Agner ve arkadaşlarının el ekzema hastalarında yapılan yaşam kalitesi değerlendirmesinde kadınların ve erkeklerin eşit oranda etkilendiği belirtilmektedir (39). Çalışmamızda kadınlarda HADÖ, HADÖ-anksiyete, HADÖ-depresyon, LSKÖ, LSKÖ-sosyal kaygı, LSKÖ-sosyal kaçınma puanları erkeklere göre daha yüksek bulunmuş olup HADÖ, HADÖ-anksiyete, HADÖ-depresyon puanları ile anksiyete varlığı istatistiksel olarak da anlamlı bulunmuştur. Çalışmamızdaki sonuçlara benzer olarak Boehm ve arkadaşlarının bir çalışmasında el ekzema hastalarında anksiyete puanının kadınlarda erkeklere göre yüksek bulunduğu, depresyon puanları açısından ise kadınlar ve erkekler arasında anlamlı fark bulunmadığı belirtilmektedir (49). Bu durum kadın hastaların erkek hastalara göre daha hassas olması, hastalıktan daha kolay etkilenmeleri, kozmetik açıdan daha duyarlı olmaları, anksiyete ve depresyona daha sık eğilimli olmaları ile açıklanabilir.

Çalışmamızda erkeklerde el ekzema şiddeti ve yaygınlığı kadınlara göre istatistiksel olarak anlamlı olmasa da daha yüksek olarak bulunmuştur. Bulduğumuz sonuçlardan farklı olarak Agner ve arkadaşlarının bir çalışmasında el ekzeması

şiddeti kadınlarda erkeklerden daha yüksek bulunurken, başka bir çalışmada ise bizim çalışmamızla benzer olarak erkeklerde daha şiddetli bulduklarını belirtmişlerdir (39,45). Erkeklerde el ekzemasının daha şiddetli olmasının nedeni erkek hastaların kadınlara göre hastalıktan daha az etkilenmeleri nedeniyle hastalıklarını ihmal etmeleri ve bu nedenle sağlık kuruluşuna da hastalık ilerledikten ve şiddetlendikten sonra daha geç başvurmaları ile ilgili olduğu düşünülmektedir. Çalışmamızdaki erkek hastaların yaş gruplarının dağılımına bakıldığında, kadın hastalara göre daha ileri yaşlarda yoğunluğun gözlenmiş olması bu düşüncemizi destekler niteliktedir.

Çalışmamızda EEYS ve EEŞİ ile DSÖ-yaşam kalitesi, HADÖ ve LSKÖ puanlarının korele olarak arttığı belirlenmiştir. Hastalığın yaygınlık derecesi ile yaşam kalitesi arasında negatif yönde korelasyon izlenmiş olup, ruhsal alan, çevre alanı ve çevre alanı-TR ile bu korelasyon istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Hastalığın şiddeti ile yaşam kalitesi arasında da negatif yönde korelasyon izlenmiş olup, bedensel ve sosyal alan ile bu korelasyon istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. El ekzemasında yaygınlık arttıkça hastaların beden algılarının bozulması, benlik saygısında azalmaya neden olması, sosyal yönden toplumda kendilerini baskı altında hissetmelerine, hastaların kendini güvende hissetmemesine ve yeni bilgi ve beceri edinme konusunda kaçınmalarının artmasına neden olduğu düşünülmektedir. Çalışmamızdan farklı olarak Linberg ve arkadaşlarının bir çalışmada ise el ekzema yaygınlığı ve yaşam kalitesi arasında pozitif korelasyon bulunduğu bahsedilmektedir (46). Çalışmamızda hastalarda EEYS artışı ile depresyon gelişimi arasında pozitif yönde korelasyon bulunmuş olup bu hastaların el ekzeması yaygınlık artışı ile çökkünlük, içe kapanma gibi depresif duygu durumunda artışın orantılı olduğu düşünülmektedir. Çalışmamızdaki EEŞİ ve yaşam kalitesi arasındaki bulgulara benzer olarak M Yu ve arkadaşları, Agner ve arkadaşları, Bingefors ve arkadaşları, Cvetskovski ve arkadaşları ve C. Moberg ve arkadaşlarının yaptığı çalışmalarda EEŞİ ile yaşam kalitesi arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde negatif korelasyon bulunduğu belirtilmektedir (21,39,40,41,47). Bu bulguların aksine, Ujwala ve arkadaşlarının bir çalışmada EEŞİ ile yaşam kalitesi arasında korelasyon bulunmadığı, EEŞİ puanı azaldıkça yaşam kalitesinde negatif yönde etkilenme olduğu vurgulanmaktadır (38). Çalışmamızdaki bulgulara göre

EEŞİ artışının günlük aktivitelerde kısıtlanma, çalışma gücünde azalma, ağrı hissinde artış, diğer insanlarla olan ilişkilerde azalma ve sosyal ortamlardan kaçınma ile ilişkili olabileceği düşünülmektedir. Çalışmamızdaki bulgulara benzer olarak M Yu ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada el ekzema şiddeti ile depresyon puanı arasında pozitif korelasyon bulunduğu belirtilmektedir (21).

Çalışmamızda yaş artışı ile birlikte yaşam kalitesinde azalma izlenirken ilginç olarak anksiyete, depresyon ve sosyal kaygıda da azalma tespit edilmiştir. Bu durumun yaş artışı ile zaman içerisinde hastalık ile yaşamaya alışılması, yaşam kalitesindeki olumsuz etkilenmeye rağmen psikolojik etkilenmenin zamanla azalması, hastalığın daha tolere edilebilir hale gelmesi gibi nedenlere bağlı olabileceği düşünülmüştür. Çalışmamızda sosyoekonomik durum artışı ile yaşam kalitesi, anksiyete, depresyon, sosyal kaygı ve kaçınma arasında pozitif korelasyon bulunmuştur. Çalışmamızdaki bulgulara benzer olarak Cvetkovski ve arkadaşlarının bir çalışmasında düşük sosyoekonomik düzeyde yaşam kalitesinin, orta/yüksek sosyoekonomik düzeye göre daha düşük saptandığı belirtilmektedir (41). Hastaların yaşam kalitesinin ekonomik durum arttıkça düzelme gösterdiği ancak belki de artan sosyal çevre ve ilişkiler nedeniyle anksiyete, depresyon, sosyal kaygı ve kaçınma gibi parametrelerin de artma eğilimi gösteriyor olabileceği şeklinde yorumlanmıştır.

Çalışmamızda yer alan hastaların eğitim durumu arttıkça ruhsal alanda, evlilik durumu arttıkça bedensel alanda bozulma izlenmektedir. Bu durumun nedenlerinin hastalık farkındalığının gelişmesi, sosyal ortamlarda etkileşimin artışı ile dış görünüşün bozulmasına yönelik kaygı artışı, günlük işlerde yetersizlik hissi gelişmesi ve benlik saygısında azalma gibi nedenlere bağlı olabileceği düşünülmektedir. Diğer yandan ise eğitim düzeyi, evlilik ve çakılışma durumu ile bağlantılı olarak hastalarda yaşam kalitesinde genel olarak artış, anksiyete, depresyon, sosyal kaygı ve kaçınma durumunda ise genel olarak azalma gözlenmiştir. Bu hastalarda eğitim ile bilinç düzeyinin artması, çalışma ve evlilik durumu ile algının hastalık algısı dışındaki çevresel ve sosyal etmenlere kayması ve artmış sosyal paylaşım ile anksiyete, depresyon, sosyal kaygı ve kaçınma gibi durumların azalmış olabileceği düşünülmüştür.

Bu çalışmada el ekzeması hastalarında yaşam kalitesi, anksiyete ve depresyon düzeyleri, sosyal kaygı ve sosyal kaçınma davranışları geliştirme eğilimlerinin değerlendirilerek sağlıklı kontroller ile karşılaştırılması amaçlanmıştır.

Çalışmamıza alınan tüm el ekzema hastalarının fizik muayeneleri yapılarak el ekzema şiddeti ve yaygınlığı belirlenmiştir. Hasta ve kontrol grubundaki tüm olgulara DSÖ-Yaşam kalitesi ölçeği, HADÖ ve LSKÖ anketleri uygulanmıştır. El ekzeması hastalarından kendi el ekzema yaygınlıklarını değerlendirmeleri istenmiştir.

Çalışmamızın sonucu olarak el ekzeması hastalarında sağlıklılara göre DSÖ-Yaşam kalitesi ölçeği kullanılarak ölçülen yaşam kalitesinde bedensel, çevresel ve çevresel alan-TR'de azalma belirlenmiştir ($p<0,001$, $p=0,041$, $p=0,041$). HADÖ kullanılarak ölçülen anksiyete ve depresyon karşılaştırmasında, HADÖ ve HADÖ-anksiyete puanı hastalarda sağlıklılara göre daha yüksek bulunmuştur ($p=0,019$, $p=0,014$). LSKÖ, LSKÖ-sosyal kaygı, LSKÖ-sosyal kaçınma puanı hastalarda sağlıklılara göre daha yüksek bulunmuştur ($p=0,037$, $p=0,029$, $p=0,025$).

Literatürde el ekzemaları hastalarında yaşam kalitesi değerlendirmesi yapılan çalışmalarda “Dermatologic Life Quality Index (DLQI)”, “Short Form-36 (SF-36)”, “EQ-5D” ve “Health Related Quality of Life (HRQoL)” kullanılmıştır. Çalışmamız el ekzeması hastalarında “DSÖ-Yaşam Kalitesi Ölçeği” ve “LSKÖ” kullanılarak hastaların yaşam kalitesi ile sosyal anksiyete düzeylerini inceleyen ilk çalışmadır.

Literatürde el ekzemasının psikolojik etkilenmelerini araştıran bazı çalışmalar bulunmakla birlikte kesin ve net sonuçlar bulunmamaktadır. Bu bireylerde psikolojik etkilenim düzeylerinin saptanması olguların tedavisi ve izlemi açısından önem taşımaktadır. Fiziksel tedaviler ve önlemleri içeren yöntemlerin yanında detaylı bilgilendirme ve psikolojik destek sağlayacak yaklaşımlar tedaviye uyumu ve etkinliği artıracaktır. Ancak gelecek dönemlerde bu konu üzerinde yapılacak olan, ekzema alt tiplerinin belirlendiği, tedavi öncesi ve sonrası değerlendirmeleri de içeren geniş olgu serili prospektif çalışmalara ihtiyaç vardır.

7. KAYNAKLAR

1. Hanifin JM. Evolving concepts of pathogenesis in atopic dermatitis and other eczemas. *J Invest Dermatol* 2009; 129 (2): 320-2.
2. Agarwal US, Besarwal RK, Gupta R, Agarwal P, Napalia S. Hand eczema. *Indian J Dermatol* 2014; 59(3): 213-24.
3. Quah CHH, Koh D, How CH, Quah JH. Approach to hand dermatitis in primary care. *Singapore Med J* 2012; 53(11): 701-4.
4. Molin S, Diepgen TL, Ruzicka T, Prinz JC. Diagnosing chronic hand eczema by an algorithm: a tool for classification in clinical practice. *Clin Exp Dermatol* 2011; 36 (6): 595-601.
5. Thyssen JP, Johansen JD, Linneberg A, Menne T. The epidemiology of hand eczema in the general population-prevalence and main findings. *Contact Dermatitis* 2010; 62(2): 75-87.
6. Meding B, Jarvholm B. Incidence of hand eczema-a population-based retrospective study. *J Invest Dermatol* 2004; 122(4): 873-7.
7. Menne T, Johansen JD, Sommerlund M, Velen NK. Hand eczema guidelines based on the Danish guidelines for the diagnosis and treatment of hand eczema. *Contact Dermatitis* 2011; 65(1): 3-12.
8. Lerbaek A, Kyvik KO, Mortensen J, Bryld LE, Menne T, Agner TA. Heritability of hand eczema is not explained by comorbidity with atopic dermatitis. *J Invest Dermatol* 2007; 127(7): 1632-40.
9. Lerbaek A, Bisgaard H, Agner T, Kyvik KO, Palmer CAN, Menne T. Filaggrin null alleles are not associated with hand eczema or contact allergy. *Br J Dermatol* 2007; 157(6): 1199-204.
10. Uter W. Beyond atopic eczema: filaggrin loss-of-function mutations in dry, fissured hand eczema. *Br J Dermatol* 2012; 166(1): 3.
11. Thyssen JP. The association between filaggrin mutations, hand eczema and contact dermatitis: a clear picture is emerging. *Br J Dermatol* 2012; 167(6): 1197-8.
12. Thyssen JP, Johansen JD, Zachariae C, Menne T, Linneberg A. Xerosis is associated with atopic dermatitis, hand eczema and contact sensitization

- independent of filaggrin gene mutations. *Acta Derm Venereol* 2013; 93(4): 406-10.
13. Meding B, Alderling M, Wrangsjo K. Tobacco smoking and hand eczema: a population-based study. *Br J Dermatol* 2010; 163(4): 752-6.
 14. Berglind AI, Alderling M, Meding B. Life-style factors and hand eczema. *Br J Dermatol* 2011; 165(3): 568-75.
 15. Diepgen TL. Occupational skin-disease data in Europe. *Int Arch Occup Environ Health* 2003; 76(5): 331-8.
 16. Letule V, Herzinger T, Schirner A, Hertrich F, Lange D, Ruzicka T, Molin S. Chronic hand eczema: perception and knowledge in non-affected individuals from general and dermatological practise. *Acta Derm Venerol* 2014; 94: 687-90.
 17. Apfelbacher CJ, Molin S, Weisshaar E, Bauer A, Elsner P, Mahler V, Weiss M, Ruzicka T, Diepgen TL. Characteristics and provision of care in patients with chronic hand eczema: updated data from the CARPE registry. *Acta Derm Venereol* 2014; 94 (2): 163-7.
 18. Diepgen TL, Andersen KE, Chosidow O, Coenraads PJ, Elsner P, English J, Fartasch M, Gimenez Arnau A, Nixon R, Sasseville D, Agner T. Guidelines for diagnosis, prevention and treatment of hand eczema-short version. *J Dtsch Dermatol Ges* 2015; 13(1): 77-85.
 19. Alavi A, Skotnicki S, Sibbald RG. Diagnosis and treatment of hand dermatitis. *Adv Skin Wound Care* 2012; 25(8): 371-80.
 20. Ahmed A, Shah R, Papadopoulos L, Bewley A. An ethnographic study into the psychological impact and adaptive mechanisms of living with hand eczema. *Clin Exp Dermatol* 2015; 1-7.
 21. Yu M, Han TY, Lee JH, Son SJ. The Quality of Life and Depressive Mood among Korean patients with hand eczema. *Ann Dermatol* 2012; 24(4): 430-7.
 22. Diepgen TL, Andersen KE, Brandao FM, Bruze M, Bruynzeel DP, Frosch P, Goncalo M, Goossens A, Le Coz CJ, Rustemeyer T, White IR, Agner T. Hand eczema classification: a cross-sectional, multicentre study of the aetiology and morphology of hand eczema. *Br J Dermatol* 2009; 160(2): 353-8.

23. Wold L, Chen JK, Lampel HP. Hand dermatitis: an allergist's nightmare. *Curr Allergy Asthma Re*, 2014; 14 (11): 474.
24. Lensen JG, Jungbauer HWF, Coenraads PJ. Evidence-based management of hand eczema. *Kanerva's Occupational Dermatology* 2012: 1005-16.
25. Williams C, Wilkonson M. Update on hand Eczema with special focus on the impact of moisturisers. *Treatment of Dry Skin Syndrome* 2012: 269-78.
26. Carlsson A, Ganemo A. Scoring of hand eczema: good agreement between patients and dermatological staff. *Br J Dermatol* 2011; 165 (1): 123-8.
27. Held E, Skoet R. The hand eczema severity index (HECSI): a scoring system for clinical assessment of hand eczema. A study of inter- and intraobserver reliability. *Br J Dermatol* 2005; 152 (2): 302-7.
28. Anderson RT, Rajagopalan R. Development and validation of a quality of life instrument for cutaneous diseases. *J Am Acad Dermatol* 1997; 37 (1): 41-50.
29. Acıöz E, Gökdemir G, Köşlü A, Dermatolojide yaşam kalitesi. *Türkderm* 2003; 37: 16-23.
30. Didar Balcı D, İnandı T. Liken planusta dermatoloji yaşam kalitesi indeksi skorları: Psoriyazis ve sağlıklı kontrollerle karşılaştırılması. *Türkderm* 2008; 42: 127-30.
31. Basra MKA, Chowdhury MMU, Smith EW, Freemantle N, Piguet V. A review of the use of the dermatology life quality index as a criterion in clinical guidelines and health technology assessments in psoriasis and chronic hand eczema. *Dermatol Clin* 2012; 30 (2): 237-44.
32. Gültekin BK, Dereboy İF. Üniversite öğrencilerinde sosyal fobinin yaygınlığı ve sosyal fobinin yaşam kalitesi, akademik başarı ve kimlik oluşumu üzerine etkileri. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2011; 22 (3): 150-58.
33. Avcı K, Pala K. Uludağ üniversitesi tıp fakültesinde çalışan araştırma görevlisi ve uzman doktorların yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* 2004; 30 (2): 81-5.
34. Karamustafaoğlu O, Yumrukçal H. Depresyon ve anksiyete bozuklukları. *Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni* 2011; 45 (2): 65-74.

35. Vefa Erdemir A, Bağcı S.I, Yüksel İnan E, Turan E. Akne vulgarisli hastalarda sosyal görünüş kaygısı ve yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. İstanbul Med J 2013; 14: 35-9.
36. Gülseren L, Hekimsoy Z, Gülseren Ş, Bodur Z, Kültür S. Diabetes mellituslu hastalarda depresyon, anksiyete, yaşam kalitesi ve yetiyitimi. Türk Psikiyatri Dergisi 2001; 12 (2): 89-98.
37. Solmaz M, Sayar K, Özer ÖA, Öztürk M, Acar B. Sosyal fobi hastalarında aleksitimi, umutsuzluk ve depresyon: kontrollü bir çalışma. Klinik Psikiyatr, 2000; 3: 235-41.
38. Charan UP, Peter CVD, Pulimood S. Impact of hand eczema severity on quality of life. Indian Dermatol Online J 2013; 4 (2): 102-5.
39. Agner T, Andersen KE, Brandao FM, Bruynzeel DP, Bruze M, Frosch P, Goncalo M, Goosseens A, Le Coz CJ, Rustemeyer T, White IR, Diepgen T. Hand eczema severity and quality of life: a cross-sectional, multicentre study of hand eczema patients. Contact Dermatitis 2008; 59 (1): 43-7.
40. Bingefors K, Lindberg M, Isacson D. Quality of life, use of topical medications and socio-economic data in hand eczema: a Swedish nationwide survey. Acta Derm Venereol 2011; 91(4): 452-8.
41. Cvetkovski RS, Zachariae R, Jensen H, Olsen J, Johansen JD, Agner T. Quality of life and depression in a population of occupational hand eczema patients. Contact Dermatitis 2006; 54 (2): 106-11.
42. Agner T, Jungersted JM, Coenraads PJ, Diepgen T. Comparison of four methods for assessment of severity of hand eczema. Contact Dermatitis 2013; 69 (2): 107-11.
43. Kouris A, Armyra K, Christodoulou C, Katoulis A, Potouridou I, Tsatovidou R, Rigopoulos D, Kontochristopoulos G. Quality of life, anxiety, depression and obsessive-compulsive tendencies in patients with chronic hand eczema. Contact Dermatitis 2015; 72(6): 367-70.
44. Boehm D, Schid-Ott G, Finkeldey F, John SM, Dwinger C, Werfel T, Diepgen TL, Breuer K., Anxiety, depression and impaired health-related quality of life in patients with occupational hand eczema. Contact Dermatitis 2012; 67 (4): 184-92.

45. Agner T, Andersen KE, Brandao FM, Bruynzeel DP, Bruze M, Frosch P, Gonalo M, Goossens A, Lecz CJ, Rustemeyer T, White IR, Diepgen T. Contact sensitisation in hand eczema patients-relation to subdiagnosis, severity and quality of life: a multi-centre study. *Contact Dermatitis* 2009; 61 (5): 291-6.
46. Lindberg M, Bingeors K, Meding B, Berg M. Hand eczema and health-related quality of life; a comparison of EQ-5D and the Dermatology Life Quality Index (DLQI) in relation to the Hand Eczema Extent Score (HEES). *Contact Dermatitis* 2013; 69 (3): 138-43.
47. Moberg C, Alderling M, Meding B. Hand eczema and quality of life: a population-based study. *Br J Dermato* 2009; 161 (2): 397-403.

8. EKLER

EK-1

EL EKZEMASI AYDINLATILMIŞ HASTA BİLGİ VE ONAM FORMU

Bu çalışmada el ekzeması tanısı olan ve Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Dermatoloji Polikliniğine başvuran sizlerde ,karamsarlık, ilgi kaybı, uyku sorunları gibi belirtilerden oluşan depresyonun varlığı ve bu belirtilerin yaşamınıza olan etkileri sizlerin onayı ile değerlendirilecektir. Bu çalışmaya gönüllü olarak katılmanız halinde sizlerden el ekzema şiddetini belirlemek amacıyla el ekzema değerlendirme formu, depresif belirtileri ve anksiyete belirtilerinin varlığını değerlendirmek amacı ile 14 sorudan oluşan Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği (HAD), sosyal anksiyete düzeyinin değerlendirilmesi için 24 maddelik Liebowitz Sosyal Kaygı Ölçeği (LSKÖ) ve yaşam kalitesini değerlendirmek amacı ile 27 sorudan oluşan Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu Türkçe Versiyonu (WHOQOL-BREF-TR) adlı ölçekleri yanıtlamanız istenecektir. Bu çalışmaya katılıp katılmamanız serbest olup, katılmamanız halinde sonraki tedaviniz olumsuz yönde etkilenmeyecektir.

Çalışma içerisinde kayıtlarınız kesinlikle gizli kalacaktır. Bununla birlikte kayıtlarınız gerektiğinde kurumun yerel etik kuruluna ve Sağlık Bakanlığına açık olacaktır. Hassas olabileceğiniz kişisel bilgileriniz yalnızca araştırma amacıyla toplanacak ve işlenecektir. Çalışma verileri herhangi bir yayın ve raporda kullanılırken, bu yayında isminiz kullanılmayacak ve veriler izlenerek size ulaşılamayacaktır.

Yukarıda gönüllüye araştırmadan önce verilmesi gereken bilgileri okudum. Bunlar hakkında bana yazılı ve sözlü açıklamalar yapıldı. Bu koşullarda söz konusu klinik araştırmaya kendi rızamla, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Hastanın Adı Soyadı:

Tarih:

İmza:

Araştırmayı Yapan: Dr. Serap Maden

Tarih:

İmza:

Deri ve Zührevi Hastalıkları Anabilim Dalı

Tel: 0232 412 3851

KONTROL GRUBU AYDINLATILMIŞ HASTA BİLGİ VE ONAM FORMU

Bu çalışmada el ekzeması tanısı olmayan ve Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Dermatoloji Polikliniğine başvuran sizlerde , karamsarlık, ilgi kaybı, uyku sorunları gibi belirtilerden oluşan depresyonun varlığı ve bu belirtilerin yaşamınıza neden olan etkileri sizlerin onayı ile değerlendirilecektir. Bu çalışmaya gönüllü olarak katılmanız halinde sizlerden depresif belirtileri ve anksiyete belirtilerinin varlığını değerlendirmek amacı ile 14 sorudan oluşan Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği (HAD), sosyal anksiyete düzeyinin değerlendirilmesi için 24 maddelik Liebowitz Sosyal Kaygı Ölçeği (LSKÖ) ve yaşam kalitesini değerlendirmek amacı ile 27 sorudan oluşan Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu Türkçe Versiyonu (WHOQOL-BREF-TR) adlı ölçekleri yanıtlamanız istenecektir. Bu çalışmaya katılıp katılmamanız serbest olup, katılmamanız halinde sonraki tedaviniz olumsuz yönde etkilenmeyecektir.

Çalışma içerisinde kayıtlarınız kesinlikle gizli kalacaktır. Bununla birlikte kayıtlarınız gerektiğinde kurumun yerel etik kuruluna ve Sağlık Bakanlığına açık olacaktır. Hassas olabileceğiniz kişisel bilgileriniz yalnızca araştırma amacıyla toplanacak ve işlenecektir. Çalışma verileri herhangi bir yayın ve raporda kullanılırken, bu yayında isminiz kullanılmayacak ve veriler izlenerek size ulaşılamayacaktır.

Yukarıda gönüllüye araştırmadan önce verilmesi gereken bilgileri okudum. Bunlar hakkında bana yazılı ve sözlü açıklamalar yapıldı. Bu koşullarda söz konusu klinik araştırmaya kendi rızamla, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Hastanın Adı Soyadı:

Tarih:

İmza:

Araştırmayı Yapan: Dr. Serap Maden

Tarih:

İmza:

Deri ve Zührevi Hastalıkları Anabilim Dalı

Tel: 0232 412 3851

EK-2

HASTA SOSYODEMOGRAFİK VERİLERİ VE EL EKZEMASI SEMPTOM FORMU

EL EKZEMASI SİMPTOMLARI VE YAŞAM KALİTESİ (Doktor tarafından doldurulacak)

DEMOGRAFİK VERİLER:

Tarih:

Protokol No:

Doğum Tarihi:

Çalışma durumu: 1- Çalışıyor 2- Çalışmıyor

Cinsiyeti: 1- Kadın 2- Erkek

Medeni Durumu: 1- Evli 2- Bekar 3- Dul

Eğitim Süresi:

1- Okuryazar 2- İlköğretim 3- Lise 4- Lise ve üzeri

Meslek: , yıl

Ekonomik durum algılaması:

1- Çok fakir 2- Fakir 3- Orta 4- Zengin 5- Çok zengin

Özgeçmişte psikiyatrik hastalık öyküsü 1- Yok 2- Var

Psikiyatrik hastalığa yönelik kullanılan ilaçlar

1- Yok 2- Var Kullanılan ilaçlar.....

EKZEMA ÖYKÜSEL ÖZELLİKLERİ:

El ekzeması başlangıç yaşı:

El ekzeması süresi:

Yeni /Yakın zamanda geçirilmiş el ekzeması alevlenmesi / atağı

☐yok ☐var..... süre.....

Çocuklukta el ekzema öyküsü

☐yok ☐var

Ailede el ekzema öyküsü

☐yok ☐var

Mevsimsel etkilenme öyküsü:

☐yok ☐var.....

El ekzeması için halen kullanılan aktif tedavi:

☐yok ☐var (süre).....

Tedaviden yarar:

☐yok ☐var

Öyküde ekzema tedavisinde kullanılmış olan ilaçlar: ☐yok ☐var

Sistemik:

Topikal:

Kullanılmış ilaçlara yanıtı:

Sistemik: ☐kötü ☐orta ☐iyi ☐diğer...

Topikal: ☐kötü ☐orta ☐iyi ☐diğer...

Son 2 yılda el ekzeması için başvurduğu doktor sayısı:

☐yok ☐ <5 ☐5-10 ☐ >10

MESLEKSEL ÖYKÜ:

Mesleğinize başlamadan önce el ekzeması öyküsü

☐yok ☐var ☐hatırlamıyor

Meslek ve süresiyılay

Meslekten uzak kalındığında el ekzeması bulgularında gerileme öyküsü ?

☐yok ☐var ☐hatırlamıyor

Tekrar mesleğe döndüğünüzde el ekzemasında artış öyküsü ?

☐yok ☐var ☐hatırlamıyor

DERİBİLİMSEL BAKI ÖZELLİKLERİ

Tutulan deri alanları:

☐parmak uçları ☐parmaklar (parmak uçları hariç) ☐avuç içleri ☐el sırtları ☐bilekler

El ekzeması tipi:

☐hiperkeratotik / ragatiform ☐dizhidrotik ☐mikst tip

EŞLİK EDEN SEMPTOMLAR:

a- Kaşıntı:

☐yok:

☐var:

1- Sıklığı: ☐nadiren ☐bazen ☐sık sık ☐her zaman

2- Şiddeti: ☐hafif ☐orta ☐şiddetli ☐çok şiddetli

3-Tedaviyle ilişkisi ☐yok ☐var ☐hatırlamıyor

Topikal tedavi ile : ☐ilişkisiz ☐geçiyor ☐artıyor ☐diğer...

Sistemik tedavi ile: ☐ilişkisiz ☐geçiyor ☐artıyor ☐diğer...

b- Yanma/Batma

☐yok:

☐var:

1- Sıklığı: ☐nadiren ☐bazen ☐sık sık ☐her zaman

2- Şiddeti: ☐hafif ☐orta ☐şiddetli ☐çok şiddetli

3-Tedaviyle ilişkisi ☐yok ☐var ☐hatırlamıyor

Topikal tedavi ile : ☐ilişkisiz ☐geçiyor ☐artıyor ☐diğer...

Sistemik tedavi ile: ☐ilişkisiz ☐geçiyor ☐artıyor ☐diğer...

c- Ağrı:

☐yok:

☐var:

1- Sıklığı: ☐nadiren ☐bazen ☐sık sık ☐her zaman

2- Şiddeti: ☐hafif ☐orta ☐şiddetli ☐çok şiddetli

3-Tedaviyle ilişkisi ☐yok ☐var ☐hatırlamıyor

Topikal tedavi ile : ☐ilişkisiz ☐geçiyor ☐artıyor ☐diğer...

Sistemik tedavi ile: ☐ilişkisiz ☐geçiyor ☐artıyor ☐diğer...

d- Acı/sızı

☐yok:

☐var:

1- Sıklığı: ☐ nadiren ☐ bazen ☐ sık sık ☐ her zaman

2- Şiddeti: ☐ hafif ☐ orta ☐ şiddetli ☐ çok şiddetli

3-Tedaviyle ilişkisi ☐ yok ☐ var ☐ hatırlamıyor

Topikal tedavi ile : ☐ ilişkisiz ☐ geçiyor ☐ artıyor ☐ diğer...

Sistemik tedavi ile: ☐ ilişkisiz ☐ geçiyor ☐ artıyor ☐ diğer...

e- Kanama, sulanma

☐ yok

☐ var

El ekzemasına neden olduğu düşünülen etmenler:

1-Mesleki faktörler (Çalıştığınız işle ve işyeriyle ilgili mi ?)

☐ yok ☐ var ☐ farkında değilim

2 – Elleri sık yıkama

☐ yok ☐ var.....

3- Toprakla temas

☐ yok ☐ var ☐ farkında değilim

4 Yiyeceklerle ekzema ilişkisi

☐ yok ☐ var ☐ bilmiyorum

5- Enfeksiyon sonrası ekzemada artış öyküsü

☐ yok ☐ var ☐ bilmiyorum

6- Sıvı sabun kullanma sonrası ekzemada artış öyküsü

☐ yok ☐ var ☐ bilmiyorum

7- Deniz suyu teması sonrası artış öyküsü

☐ yok ☐ var ☐ bilmiyorum

8- Ağızdan(oral) ilaç alımı sonrası artış öyküsü

☐ yok ☐ var ☐ bilmiyorum

9- Sürme (topikal) ilaç kullanımı sonrası artış öyküsü

☐ yok ☐ var ☐ bilmiyorum

10- Atopi Öyküsü

☐yok ☐var

11- Stres sonrası artış öyküsü

☐yok ☐var ☐bilmiyorum

12- Metal teması sonrası artış öyküsü

☐yok ☐var ☐bilmiyorum

13- Çimento teması sonrası artış öyküsü

☐yok ☐var ☐bilmiyorum

14- Plastik teması sonrası artış öyküsü

☐yok ☐var ☐bilmiyorum

15- Kimyasal madde teması sonrası artış öyküsü

☐yok ☐var ☐bilmiyorum

16- Bitkisel ürün teması sonrası artış öyküsü

☐yok ☐var ☐bilmiyorum

17- Kömür teması sonrası artış öyküsü

☐yok ☐var ☐bilmiyorum

18- Mermer teması sonrası artış öyküsü

☐yok ☐var ☐bilmiyorum

19- Fiziksel travma sonrası artış öyküsü

☐yok ☐var ☐bilmiyorum

20- Menstürasyon döneminde artış öyküsü

☐yok ☐var ☐bilmiyorum

Algılanan el ekzeması şiddeti

☐ hafif ☐ orta ☐ oldukça şiddetli ☐ çok şiddetli

EK-3

EL EKZEMASI ŞİDDET İNDEKSİ

EL EKZEMASI ŞİDDETİ DEĞERLENDİRME FORMU

KLİNİK BELİRTİLER	PARMAK UÇLARI	PARMAKLAR (PARMAK UÇLARI HARIÇ)	AVUÇ İÇLERİ	EL SIRT LARI	BİLEKLER
Eritema (E)					
Papula/infiltrasyon (I)					
Veziküla (V)					
Fissura (F)					
Skuam (S)					
Ödem (O)					
Toplam (E+I+V+F+S+O)					
Yaygınlık					
Toplam El Ekzeması Şiddet İndeksi Skoru					

Kilo:

Boy:

BMI:

Tüm lokalizasyonlar (her 2 el için) etkilenen alanlar klinik semptomların yaygınlığına göre 0-4 arası skorlanır.

0 = %0

1= %1-%25

2=%26-%50

3=%51-%75

4= %76-%100

Klinik şiddet:

0 = deri değişikliği yok

1 = hafif

2 = orta

3 = şiddetli

Sonra her bölge için verilen yaygınlık skoru klinik şiddetine göre yapılan puanlama ile çarpılır.

Toplam skor el ekzema şiddet indeksi skorunu verir, 0-360 arasında değişir.

EK-4

EL EKZEMASI YAYGINLIK SKORU

EL EKZEMASI DEĞERLENDİRME FORMU



el sırtı ve parmak yanları



uçları

avuç içi ve parmak



parmak araları

ve

- Parmak sırtı: kütikül ve tırnağın çevresini içeriyor
- Parmakların alt tarafı: avuç içi ve son parmak eklemi arasındaki alan
- Parmak uçları: son parmak eklemi parmak ucuna kadar olan alan
- Tırnak değişiklikleri: sadece tırnağı ilgilendiren değişiklikler

CİNSİYET: Kadın ☐ Erkek ☐

YAŞ:....

Elde deri değişiklikleri gördüğünüz yerleri aşağıda X ile işaretleyin

Elde tutulum yerlerini belirlemek amacıyla üstteki şekli kullanın

SAĞ EL

Tutulan alan 2/3 ten fazla

Tutulan alan 2/3 ten az

El sırtı



Avuç içi ☐ ☐

	Parmak sırtı	Parmak yanları	Parmak alt tarafı	Parmak uçları	Tırnak
Baş parmak	☐	☐	☐	☐	☐
İşaret parmağı	☐	☐	☐	☐	☐
Orta parmak	☐	☐	☐	☐	☐
Yüzük parmağı	☐	☐	☐	☐	☐
Küçük parmak	☐	☐	☐	☐	☐

Parmak araları : baş parmak-işaret parmağı arası ☐
işaret parmağı-orta parmak arası ☐
orta parmak-yüzük parmağı arası ☐
yüzük parmağı-küçük parmak arası ☐

SOL EL

	Tutulan alan 2/3 ten fazla		Tutulan alan 2/3 ten az		
El sırtı	☐			☐	
Avuç içi	☐			☐	
	Parmak sırtı	Parmak yanları	Parmak alt kısmı	Parmak uçları	Tırnak
Baş parmak	☐	☐	☐	☐	☐
İşaret parmağı	☐	☐	☐	☐	☐

Orta parmak	☐	☐	☐	☐	☐
Yüzük parmağı	☐	☐	☐	☐	☐
Küçük parmak	☐	☐	☐	☐	☐

Parmak araları : baş parmak-işaret parmağı arası ☐
işaret parmağı-orta parmak arası ☐
orta parmak-yüzük parmağı arası ☐
yüzük parmağı-küçük parmak arası ☐

	Ekzemanın lokalizasyonu	Skoru
El	El Sırtının tümü	4
	El Sırtının bir kısmı	2
	Avuç içinin tümü	4
	Avuç içinin bir kısmı	2
Parmak	Parmak Sırtı	1
	Parmak yanları	1
	Parmak altları	1
	Parmak ucu	1
	Parmak araları	1

EK-5

DSÖ Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu-TR

WHOQOL BREF YAŞAM KALİTE ÖLÇEĞİ

Lütfen her soruyu okuyunuz, duygularınızı değerlendiriniz ve her bir sorunun ölçeğinde size en uygun olan yanıtın rakamını yuvarlağa alınız.

		Çok kötü	Biraz kötü	Ne iyi ne kötü	Oldukça iyi	Çok iyi
1 G1	Yaşam kalitenizi nasıl buluyorsunuz?	1	2	3	4	5

		Hiç hoşnut değil	Çok az hoşnut	Ne hoşnut, ne de değil	Epeyce hoşnut	Çok hoşnut
2 G4	Sağlığınızdı ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5

Aşağıdaki sorular son iki hafta içinde kimi şeyleri ne kadar yaşadığınızı soruşturmaktadır.

		Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Aşırı derecede
3 F1.4	Ağrılarınızın yapmanız gerekenleri ne derece engellediğini düşünüyorsunuz?	1	2	3	4	5
4 F11.3	Günlük uğraşlarınızı yürütemek için herhangi bir tıbbi tedaviye ne kadar ihtiyaç duyuyorsunuz?	1	2	3	4	5
5 F4.1	Yaşamaktan ne kadar keyif alırsınız?	1	2	3	4	5
6 F24.2	Yaşamınızı ne ölçüde anlamlı buluyorsunuz?	1	2	3	4	5

		Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Son derecede
7 F5.3	Dikkatinizi toplamada ne kadar başarılısınız?	1	2	3	4	5
8 F16.1	Günlük yaşamınızda kendinizi ne kadar güvende hissediyorsunuz?	1	2	3	4	5
9 F22.1	Fiziksel çevreniz ne ölçüde sağlıklıdır?	1	2	3	4	5

Aşağıdaki sorular son iki haftada kimi şeyleri ne ölçüde tam olarak yaşadığınızı ya da yapabildiğinizi soruşturmaktadır.

		Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Tamamen
10 F2.1	Günlük yaşamı sürdürmek için yeterli gücünüz kuvvetiniz var mı?	1	2	3	4	5
11 F7.1	Bedensel görüntünüzü kabullenir misiniz?	1	2	3	4	5
12 F18.1	Gereksinimlerinizi karşılamak için yeterli paranız var mı?	1	2	3	4	5
13 F20.1	Günlük yaşantınızda gerekli bilgilere ne ölçüde ulaşabilir durumdasınız?	1	2	3	4	5
14 F21.1	Boş zamanları değerlendirme uğraşları için ne ölçüde fırsatınız olur?	1	2	3	4	5

Aşağıdaki sorularda, son iki hafta boyunca yaşamınızın çeşitli yönlerini ne ölçüde iyi ya da doyurucu bulduğunuzu belirtmeniz istenmektedir.

		Çok kötü	Biraz kötü	Ne iyi, ne kötü	Oldukça iyi	Çok iyi
15 F9.1	Hareketlilik (etrafta dolaşabilme, bir yerlere gidebilme) beceriniz nasıldır?					

		Hiç hoşnut değil	Çok az hoşnut	Ne hoşnut, ne de değil	Epeyce hoşnut	Çok hoşnut
16 F 3. 3	Uykunuzdan ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5

17 F10.3	Günlük uğraşlarınızı yürütebilme becerinizden ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
18 F12.4	İş görme kapasitenizden ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
19 F6.3	Kendinizden ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
20 F13.3	Diğer kişilerle ilişkilerinizden ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
21 F15.3	Cinsel yaşamınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
22 F14.4	Arkadaşlarınızın desteğinden ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5

		Hiç hoşnut değil	Çok az hoşnut	Ne hoşnut, ne de değil	Epeyce hoşnut	Çok hoşnut
23 F17.3	Yaşadığınız evin koşullarından ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
24 F19.3	Sağlık hizmetlerine ulaşma koşullarınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
25 F23.3	Ulaşım olanaklarınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5

Aşağıdaki soru son iki hafta içinde bazı şeyleri ne sıklıkta hissettiğiniz ya da yaşadığınıza ilişkindir.

		Hiçbir zaman	Nadiren	Arasıra	Çoğunlukla	Her zaman
26 F8.1	Ne sıklıkta hüznü, ümitsizlik, bunaltı, çökkünlük gibi olumsuz duygulara kapılırsınız?	1	2	3	4	5
		Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Aşırı derecede
U.27	Yaşamınızda size yakın kişilerle (eş, iş arkadaşı, akraba) ilişkilerinizde baskı ve kontrolle ilgili zorluklarınız ne ölçüdedir?	1	2	3	4	5

Bu formun doldurulmasında size yardım eden oldu mu?

Bu formun doldurulması ne kadar süre aldı?

Soru formu ile ilgili yazmak istediğiniz görüş var mı?

YARDIMLARINIZ İÇİN TEŞEKKÜRLER

HAD ÖLÇEĞİ

Hasta Adı Soyadı

Tarih

Bu anket sizi daha iyi anlamamıza yardımcı olacak. Her maddeyi okuyun ve son birkaç gününüzü göz önünde bulundurarak nasıl hissettiğinizi en iyi ifade eden yanıtın yanındaki kutuyu işaretleyin. Yanıtınız için çok düşünmeyin, aklınıza ilk gelen yanıt en doğrusu olacaktır.

1) Kendimi gergin “patlayacak gibi” hissediyorum.

- ☐ Çoğu zaman
- ☐ Birçok zaman
- ☐ Zaman zaman, bazen
- ☐ Hiçbir zaman

2) Eskiden zevk aldığım şeylerden hala zevk alıyorum.

- ☐ Aynı eskisi kadar
- ☐ Pek eskisi kadar değil
- ☐ Yalnızca biraz eskisi kadar
- ☐ Neredeyse hiç eskisi kadar değil

3) Sanki kötü bir şey olacağını gibi bir korkuya kapılıyorum.

- ☐ Kesinlikle öyle ve oldukça da şiddetli
- ☐ Evet, ama çok da şiddetli değil
- ☐ Biraz, ama beni endişelendiriyor
- ☐ Hayır, hiç de öyle değil

4) Gülebiliyorum ve olayların komik tarafını görebiliyorum.

- ☐ Her zaman olduğu kadar
- ☐ Şimdi pek o kadar değil
- ☐ Şimdi kesinlikle o kadar değil
- ☐ Artık hiç değil

5) Aklımdan endişe verici düşünceler geçiyor.

- ☐ Çoğu zaman
- ☐ Birçok zaman
- ☐ Zaman zaman, ama çok sık değil
- ☐ Yalnızca bazen

6) Kendimi neşeli hissediyorum.

- ☐ Hiçbir zaman
- ☐ Sık değil
- ☐ Bazen
- ☐ Çoğu zaman

7) Rahat rahat oturabiliyorum ve kendimi gevşek hissediyorum.

- ☐ Kesinlikle
- ☐ Genellikle
- ☐ Sık değil
- ☐ Hiçbir zaman

8) Kendimi sanki durgunlaşmış gibi hissediyorum.

- ☐ Hemen hemen her zaman
- ☐ Çok sık
- ☐ Bazen
- ☐ Hiçbir zaman

9) Sanki içim pır pır ediyormuş gibi bir tedirginliğe kapılıyorum.

- ☐ Hiçbir zaman
- ☐ Bazen
- ☐ Oldukça sık
- ☐ Çok sık

10) Dış görünüşüme ilgimi kaybettim.

- ☐ Kesinlikle
- ☐ Gerektiği kadar özen göstermiyorum
- ☐ Pek o kadar özen göstermeyebilirim
- ☐ Her zamanki kadar özen gösteriyorum

11) Kendimi sanki hep bir şey yapmak zorundaymışım gibi huzursuz hissediyorum.

- ☐ Gerçekten de çok fazla
- ☐ Oldukça fazla
- ☐ Çok fazla değil
- ☐ Hiç değil

12) Olacakları zevkle bekliyorum.

- ☐ Her zaman olduğu kadar
- ☐ Her zamankinden biraz daha az
- ☐ Her zamankinden kesinlikle daha az
- ☐ Hemen hemen hiç

13) Aniden panik duygusuna kapılıyorum.

- ☐ Gerçekten de çok sık
- ☐ Oldukça sık
- ☐ Çok sık değil
- ☐ Hiçbir zaman

14) İyi bir kitap, televizyon ya da radyo programından zevk alabiliyorum.

- ☐ Sıklıkla
- ☐ Bazen
- ☐ Pek sık değil
- ☐ Çok seyrek

EK.7

Hastanın Adı, Soyadı:	Tarih:
Hastanın Yaşı ve Cinsiyeti:	Değerlendirici:

LIEBOWITZ SOSYAL FOBİ BELİRTİLERİ ÖLÇEĞİ

Lütfen aşağıdaki formu dikkatle okuyun.

Sol kolondaki durumlarda duyduğunuz kaygının şiddetine göre, 1 ile 4 arasında puan verin. Sağ kolonda aynı durumlar tekrar sıralanmıştır. Bu defa bu durumlardan kaçınıyorsanız, kaçınmanın şiddetine göre yine 1 ile 4 arasında puan verin. Puanlamayı aşağıdaki tanıflere göre yapın.

Teşekkürler.

Kaygı	Kaçınma
1: Yok ya da çok hafif	1: Kaçınma yok ya da çok ender
2: Hafif	2: Zaman zaman kaçınınm
3: Orta derecede	3: Çoğunlukla kaçınınm
4: Şiddetli	4: Her zaman kaçınınm

Kaygı	Puan	Kaçınma	Puan
1. Önceden hazırlanmaksızın bir toplantıda kalkıp konuşmak		1. Önceden hazırlanmaksızın bir toplantıda kalkıp konuşmak	
2. Seyirci önünde hareket, gösteri ya da konuşma yapmak		2. Seyirci önünde hareket, gösteri ya da konuşma yapmak	
3. Dikkatleri üzerinde toplamak		3. Dikkatleri üzerinde toplamak	
4. Romantik veya cinsel bir ilişki kurmak amacıyla birisiyle tanışmaya çalışmak		4. Romantik veya cinsel bir ilişki kurmak amacıyla birisiyle tanışmaya çalışmak	
5. Bir gruba önceden hazırlanmış sözlü bilgi sunmak		5. Bir gruba önceden hazırlanmış sözlü bilgi sunmak	
6. Başkaları içerdeyken bir odaya girmek		6. Başkaları içerdeyken bir odaya girmek	
7. Kendisinden daha yetkili biriyle konuşmak		7. Kendisinden daha yetkili biriyle konuşmak	
8. Satın aldığı bir malı ödediği parayı geri almak üzere mağazaya iade etmek		8. Satın aldığı bir malı ödediği parayı geri almak üzere mağazaya iade etmek	
9. Çok iyi tanımadığı birisine fikir ayrılığı veya hoşnutsuzluğun ifade edilmesi		9. Çok iyi tanımadığı birisine fikir ayrılığı veya hoşnutsuzluğun ifade edilmesi	
10. Gözlendiği sırada çalışmak		10. Gözlendiği sırada çalışmak	
11. Çok iyi tanımadığı bir kişiyle yüz yüze konuşmak		11. Çok iyi tanımadığı bir kişiyle yüz yüze konuşmak	
12. Bir eğlenceye gitmek		12. Bir eğlenceye gitmek	
13. Çok iyi tanımadığı birisinin gözlerinin içine doğrudan bakmak		13. Çok iyi tanımadığı birisinin gözlerinin içine doğrudan bakmak	
14. Yetenek, beceri ya da bilginin sınanması		14. Yetenek, beceri ya da bilginin sınanması	
15. Gözlendiği sırada yazı yazmak		15. Gözlendiği sırada yazı yazmak	
16. Çok iyi tanımadığı bir kişiyle telefonla konuşmak		16. Çok iyi tanımadığı bir kişiyle telefonla konuşmak	
17. Umumi yerlerde yemek yemek		17. Umumi yerlerde yemek yemek	
18. Evde misafir ağırlamak		18. Evde misafir ağırlamak	
19. Küçük bir grup faaliyetine katılmak		19. Küçük bir grup faaliyetine katılmak	
20. Umumi yerlerde bir şeyler içmek		20. Umumi yerlerde bir şeyler içmek	
21. Umumi telefonları kullanmak		21. Umumi telefonları kullanmak	
22. Yabancılarla konuşmak		22. Yabancılarla konuşmak	
23. Satış elemanının yoğun baskısına karşı koymak		23. Satış elemanının yoğun baskısına karşı koymak	
24. Umumi tuvalette idrar yapmak		24. Umumi tuvalette idrar yapmak	