



T.C

DİCLE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

**SAĞLIK OKURYAZARLIĞININ ÇOCUKLARDA NEMLENDİRİCİLER VE
ATOPIK EGZAMA KONUSUNDA EBEVEYN BİLGİSİNE ETKİSİ**

Dr. Sümeyye GÜNEŞ

UZMANLIK TEZİ

DİYARBAKIR-2024



T.C

DİCLE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

**SAĞLIK OKURYAZARLIĞININ ÇOCUKLARDA NEMLENDİRİCİLER VE
ATOPIK EGZAMA KONUSUNDA EBEVEYN BİLGİSİNE ETKİSİ**

Dr. Sümeyye GÜNEŞ

UZMANLIK TEZİ

TEZ DANIŞMANI

Doç. Dr. Ahmet KAN

DİYARBAKIR -2024

TEŞEKKÜR

Gerek dört yıllık asistanlık sürecinde gerekse de tez sürecinde bana olan destek ve yardımları, bilgi ve tecrübe paylaşımları için en başta değerli hocam Doç. Dr. Ahmet KAN'a;

Bilgi ve tecrübeleriyle eğitimime katkı sağlayan değerli hocalarım, Prof. Dr. Alper AKIN, Prof. Dr. Ayfer GÖZÜ PİRİNÇÇİOĞLU, Prof. Dr. Murat SÖKER, Prof. Dr. Mustafa TAŞKESEN Prof. Dr. İlyas YOLBAŞ, Prof. Dr. Velat ŞEN, Prof. Dr. Sabahattin ERTUĞRUL, Prof. Dr. Fesih AKTAR, Doç. Dr. Edip ÜNAL, Doç. Dr.Kamil YILMAZ, Doç. Dr. Müsemma KARABEL, Doç. Dr. Mehmet TÜRE, Doç. Dr. Halil KOCAMAZ, Dr. Öğr. Üyesi Veysiye Hülya Üzel, Dr. Öğr. Üyesi Rojan İPEK ve Dr. Öğr. Üyesi Asuman AKAR'a ve ve tüm hocalarıma,

Asistanlık eğitimimde bana bu uzun yolda desteklerini esirgemeyen tüm asistan ve çalışma arkadaşlarıma,

Bugünlere gelebilmemde büyük emeklerini, destek ve dualarını her zaman hissettiğim değerli annem Fatma GÜNEŞ, babam Ahmet GÜNEŞ, kardeşlerime ve bana gurbeti hissettirmeyen kıymetli dostlarıma teşekkürlerimi sunarım.

Dr. Sümeyye GÜNEŞ

Diyarbakır-2024

ÖZET

Sağlık Okuryazarlığının Çocuklarda Nemlendiriciler ve Atopik Egzama Konusunda Ebeveyn Bilgisine Etkisi

Giriş ve Amaç: Atopik dermatit (AD) çocukların %20-25'ini yetişkinlerin ise %2-3'ünü etkileyen, kronik, tekrarlayan, kaşıntılı ve inflamatuvar bir deri hastalığıdır. Birçok alerjik hastalıkta sosyodemografik faktörlerle birlikte ebeveyn sağlık okuryazarlığının hastalık bilgisini, tedavisini ve sonuçlarını olumlu yönde etkilediği anlaşılmıştır. Bu çalışmada, Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Çocuk Alerji ve İmmünoloji Polikliniğinde AD tanısı alan çocukların ebeveynlerinin sağlık okuryazarlığını ve dijital okuryazarlığını ölçmek, bu okuryazarlıkları etkileyen sosyodemografik faktörleri ortaya koymak ve okuryazarlık düzeyleriyle ailelerin atopik egzama bilgi ve nemlendiricilerle cilt bakımı bilgi düzeyleri arasındaki ilişkiyi ortaya koymak amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Çalışma, Diyarbakır ilinde 1 Ocak 2023-1 Mayıs 2023 tarihleri arasında Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Alerji Polikliniğinde öykü, fizik muayene ve laboratuvar tetkikleriyle atopik egzama (dermatit) tanısı alan çocukların ebeveynleri davet edildi. Çalışmaya 1 ay-18 yaş grubu çocukların ebeveynleri dâhil edildi.

Bulgular: Çalışmaya 100 hasta ve ebeveyni dahil edildi. Hastaların medyan yaşı dokuz ay, yarıdan fazlasını (%64) kız hastalar oluşturmaktaydı. Annelerin medyan yaşı 30, çoğu üniversite (%50) mezunu ve çalışmamaktaydı (%76). Ebeveynlerin çocuklarındaki AD ile ilgili kullanılan en sık bilgi kaynağının doktorlar olduğu saptandı (%76). Annelerin çoğunun günlük düzenli nemlendirici (%88), düzenli banyo yağı (%86) ve anti-alerjik şampuan (%70) kullandığı saptandı. Katılımcıların AD ve cilt bakımı bilgi düzeyini ölçen sorulara verilen doğru cevaplar değerlendirildiğinde AD bilg düzeyi çoğunda kısmen yeterli (%51) ve cilt bakımı bilgi düzeyini çoğunda kısmen yeterli (%53) olduğu saptandı. Katılımcıların Sağlık Okur Yazarlığı Ölçeği Puanı medyan 33,3; AD bilgi düzeyi puanı medyan yedi, AD nemlendirici doğru kullanım puanı medyan dört saptanmıştır. Sağlık okuryazarlık puanı ile anne eğitim düzeyi ($p=0,036$, $r=0,21$) arasında pozitif yönde, anne yaşı ($p=0,009$, $r=-0,26$) ile negatif yönlü istatistiksel anlamlı bir ilişki tespit edildi. Katılımcıların AD bilgi düzeyi ile cilt bakım bilgi düzeyi puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif ilişki tespit edildi ($p=0,018$, $r=0,24$).

Sonuç: Sağlık okuryazarlığı, bireylerin sağlıkla ilgili karar verme süreçlerinde güçlenmelerini sağlar ve sağlığı iyileştirme çabalarına aktif katılımlarını teşvik eder. Bu konu ile ilgili çok merkezli ve daha fazla sayıda AD tanılı çocuk ebeveyni içeren randomize kontrollü çalışmalara ihtiyaç bulunmaktadır.

Anahtar kelimeler: sağlık okuryazarlığı, çocuk, nemlendiriciler, atopik dermatit(egzama).

ABSTRACT

The Effect of Health Literacy on Mother's Knowledge of Moisturizers and Atopic Eczema in Children

Introduction and Purpose: Atopic dermatitis (AD) is a chronic, recurrent, itchy and inflammatory skin disease usually seen in individuals with atopic tendencies and affects 20-25% of children and 2-3% of adults. It is understood that parental health literacy and sociodemographic factors positively affect disease knowledge, treatment and outcomes in many allergic diseases. In this study, it was aimed to measure the health literacy and digital literacy of parents of children diagnosed with AD in the Pediatric Allergy Outpatient Clinic of Dicle University Faculty of Medicine, to reveal the sociodemographic factors affecting these literacies, and to reveal the relationship between literacy levels and the level of knowledge of families about atopic eczema and skin care with moisturizers.

Materials and Methods: Parents of children who were diagnosed with atopic (dermatitis) eczema by history, physical examination, and laboratory tests in Dicle University Faculty of Medicine Pediatric Allergy Outpatient Clinic between 1 January 2023 and 1 May 2023 in Diyarbakır province were invited to participate in the study. Parents of children aged 1 month to 18 years were included in the study.

Results: The study included 100 patients and their parents. The median age of the patients was nine months and more than half (64%) were female. The median age of the mothers was 30 years, most of them were university graduates (50%) and unemployed (76%). The most common source of information used by parents about AD in their children was physicians (76%). Most of the mothers used regular moisturizer (88%), regular bath oil (86%) and anti-allergic shampoo (70%) daily. When the correct answers given to the questions measuring the level of AD and skin care knowledge of the participants were evaluated, it was found that the level of AD knowledge was partially sufficient in most of them (51%) and the level of skin care knowledge was partially sufficient in most of them (53%). The median Health Literacy Scale score of the participants was 33.3, the median AD knowledge level score was seven, and the median AD moisturizer correct use score was four. A statistically significant relationship was found between the health literacy score and maternal education level ($p=0.036$, $r=0.21$) in a positive direction and a negative relationship with maternal age ($p=0.009$, $r=-0.26$). A statistically significant positive correlation was found between the participants' AD knowledge level and skin care knowledge level score ($p=0.018$, $r=0.24$).

Conclusion: Health literacy empowers individuals in health-related decision-making processes and encourages active participation in health improvement efforts. There is a need for multicentre and randomized controlled studies involving a larger number of parents of children with AD.

Keywords: health literacy, child, moisturizers, atopic dermatitis.

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR.....iv

ÖZET.....v

ABSTRACT.....vi

İÇİNDEKİLER.....i

ŞEKİL LİSTESİ.....xi

TABLO LİSTESİ.....xiii

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ.....xiviii

1. GİRİŞ VE AMAÇ.....1

2. GENEL BİLGİLER3

2.1. Atopik Dermatit.....3

2.1.1.Tanım3

2.1.2.Patogeneze ve genetik.....5

2.1.2.1. Cilt yapı ve fonksiyonundaki bozukluklar.....5

2.1.2.2. Cilt enflamasyonu.....5

2.1.3.Klinik Bulgular.....6

2.1.3.1.Bebeklik dönemi atopik dermatiti (3 ay-2 yaş)7

2.1.3.2. Çocukluk dönemi atopik dermatiti (2-12 yaş)7

2.1.3.3. Ergen ve erişkinlerde atopik dermatit (12-60 yaş)7

2.1.4.Laboratuvar Bulguları.....8

2.1.5.Tanı ve Ayırıcı Tanı8

2.1.6.Komplikasyonlar.....12

2.1.7.Tedavi.....13

2.1.7.1.Topikal tedavi.....	13
2.1.7.1.1. Bariyer fonksiyonunun güçlendirilmesi	13
2.1.7.1.2. Enflamasyonun kontrol altına alınması.....	15
2.1.7.1.2.1.Topikal kortikosteroidler.....	15
2.1.7.1.2. 2.Topikal kalsinörin inhibitörleri.....	16
2.1.7.1.2.3. Topikal kortikosteroidler ile kombine kullanımı.....	17
2.1.7.1.2. 4. Islak sargı uygulaması.....	18
2.1.7.1.3. Stafilokok kolonizasyonunun tedavi edilmesi.....	18
2.1.7.1.3.1. Topikal antimikrobiyaller veantiseptikler.....	18
2.1.7.1.3.2.Topikal tedavi ile yanıt alamama.....	18
2.1.7.2.Sistemik Tedavi	20
2.1.7.2.1.Fototerapi-Fotokemoterapi	20
2.1.7.2.2. Ev Fototerapisi.....	20
2.1.7.2.3. Lazerler ve Ekstrakorporeal Fototerapi	21
2.1.7.2.4.Oral Antihistaminikler.....	21
2.1.7.2.5.Oral antimikrobiyaller.....	21
2.1.8.Atopik Dermatitin Doğal Seyri ve Atopik Yürüyüş.....	22
2.1.8.1.Atopik Yürüyüşün İlk Basamağı.....	22
2.1.8.2.Atopik Yürüyüşün Son Basamağı: Astım ve Alerjik Rinit	23
2.1.8.2.1Astım	23
2.1.8.2.2.Alerjik rinit.....	23
2.1.8.3. Atopik Yürüyüşte Besin Alerjisinin Rolü.....	24

2.1.8.4. Atopik Yürüyüş ve Atopik Dermatitte Deri Bariyer Bozukluğu.....	24
2.1.8.5. Atopik Yürüyüşte Filagrin Mutasyonlarının Rolü.....	25
2.1.9. Atopik dermatitte korunma yöntemleri.....	26
2.1.9.1. Birincil(Primer) Korunma.....	26
2.1.9.2. İkincil(Sekonder) Korunma.....	27
2.1.9.3. Üçüncül (Tersiyer)Korunma.....	27
2.2.Sağlık Okuryazarlığı.....	29
2.2.1. Sağlık Okuryazarlığı Basamakları.....	31
2.2.1.1. Temel/Fonksiyonel Sağlık Okuryazarlığı.....	32
2.2.1.2. İletişimsel/İnteraktif Sağlık Okuryazarlığı.....	32
2.2.1.3. Eleştirel/Kritik Sağlık Okuryazarlığı.....	32
2.2.2. Sağlık Okuryazarlığının Ölçümü ve Ölçüm Yöntemleri.....	33
2.2.2.1. Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-Kısa Form.....	33
2.2.2.2.Dijital Sağlıklı Diyet Okuryazarlığı Ölçeği.....	34
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	36
3.1. Çalışma Grubu ve Verilerin Toplanması.....	36
3.2. Çalışmaya alınma kriterleri	36
3.3. Çalışmadan dışlanma kriterleri.....	36
3.4. Çalışma grubunun izlem ve değerlendirilmesi.....	36
3.5. Değerlendirmede Kullanılan Formlar.....	37
3.6. İstatistik Yöntemi.....	38
3.7. Etik Kurul Onayı.....	38

4. BULGULAR.....	39
5. TARTIŞMA.....	46
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	51
7. KAYNAKLAR.....	53



ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 1. Atopik dermatitin tanı algoritması.....	9
Şekil 2. Allerjik hastalıkların yaşa göre zamansal prevalans değişimi (Atopik Yürüyüş).....	22
Şekil 3. Atopik yürüyüşün mekanizması ve bu süreçte etkili olan faktörler.....	25
Şekil 4. Sağlık okuryazarlığını Etkileyen Faktörler ve Sonuçları.....	30
Şekil 5. Sağlık Okuryazarlığı Basamakları.....	31
Şekil 6. Sağlık Okuryazarlığı Basamakları ve Birey	32
Şekil 7. Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği- Kısa Form.....	34
Şekil 8. Dijital Sağlıkli Diyet Okuryazarlığı Ölçeği.....	35

TABLO LİSTESİ

Tablo 1. Hanifin ve Rajka'nın Atopik Dermatitte Tanı Kriterleri.....	4
Tablo 2. İngiliz Çalışma Grubu Tanı Kriterleri.....	4
Tablo 3. Bebekler için Modifiye Tanı Kriterleri.....	10
Tablo 4. Atopik dermatitin diğer dermatitlerle ayırıcı tanısı.....	10
Tablo 5. Atopik dermatitin enfeksiyöz hastalıklar ve konjenital immün yetmezliklerle ayırıcı tanısı.....	11
Tablo 6. Atopik dermatitin keratinizasyon bozuklukları ve nutrisyonel eksiklikler ile ayırıcı tanısı.....	12
Tablo 7. Nemlendiricilerin atopik dermatit tedavisindeki yeri.....	14
Tablo 8. Topikal kortikosteroidlerin atopik dermatit tedavisindeki yeri.....	16
Tablo 9. Topikal kalsinörin inhibitörleri.....	17
Tablo 10. Topikal tedaviye uyumda yaşanan sorunlar ve çözüm önerileri.....	19
Tablo 11. Atopik dermatit tedavisinde sistemik tedaviler.....	20
Tablo 12. Atopik yürüyüş için risk faktörleri.....	26
Tablo 13. Hastaların demografik özellikleri	39
Tablo 14. Ebeveynlerin sosyodemografik özellikleri	40
Tablo 15. Annelerin atopik egzama bilgi düzeyleri ve bilgi kaynakları	41
Tablo 16. Annelerin günlük atopik egzama pratik yaklaşımları	41
Tablo 17. Annelerin atopik dermatitle bilgi düzeyini ölçen sorulara verdikleri cevaplar.....	42
Tablo 18. Atopik dermatit cilt bakımı ile ilgili sorular	42
Tablo 19. Katılımcıların Sağlık Okur Yazarlığı Ölçeği Puanı, Atopik Dermatit Bilgi Düzeyi, Nemlendirici Doğru Kullanımı Bilgi Düzeyi Puanlarının Değerlendirilmesi.....	42

Tablo 20. Sağlık okuryazarlığı ile anne ve egzamalı bebeklerin sosyodemografik özellikleri arasındaki ilişki.....43

Tablo 21. Sağlık okuryazarlığı ile annelerin günlük atopik egzama pratik yaklaşımları arasındaki ilişki.....44

Tablo 22. Katılımcıların Sağlık Okur Yazarlığı Ölçeği Puanı ile Atopik Dermatit Bilgi Düzeyi, Cilt Bakımı Bilgi Düzeyi Puanları Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi.....44

Tablo 23. Katılımcıların Sağlık Okur Yazarlığı Ölçeği Puanı ile Dijital Sağlıklı Diyet Okuryazarlığı Ölçeği Puanları Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi.....45

Tablo 24. Katılımcıların Dijital Sağlıklı Diyet Okuryazarlığı Ölçeği Puanı ile Atopik Dermatit Bilgi Düzeyi, Cilt Bakımı Bilgi Düzeyi Puanları Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi45

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

KISALTMALAR

AD: Atopik Dermatit

CCL: C-C motif Kemokin Ligandı

DARC: Danish Allergy Research Cohort

DTB: Difteri-Tetanoz-Boğmaca

eHF: İleri derece hidrolize mama

FGL: Filagrin Gen Ailesi

HSV: Herpes Simpleks Virüsü

ISAAC: Uluslararası Alerji ve Astım Çalışması

IgE: İmmünoglobülin E

IL: İnterlökin

IFN: İnterferon

KKK: Kızamık-Kızamıkçık-Kabakulak

sIgE: Spesifik IgE

S. aureus: Staphylococcus aureus

S. epidermidis: Stafilokok epidermidis

Th: T-helper

TARC: Timüs Aktivasyonu ile Düzenlenen Kemokin

TKS: Topikal Kortikosteroidler

TNF- α : Tümör Nekroz Faktör Alfa

TSLP: Timik Stromal Lenfopoietin

SS: Standart Sapma

SPSS: *Statistical Package for the Social Sciences*

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Atopik dermatit [AD (atopik egzama)] genellikle atopik eğilimli bireylerde görülen, çocukların %20-25'ini yetişkinlerinse %2-3'ünü etkileyen, kronik, tekrarlayan, kaşıntılı ve enflamatuvar bir deri hastalığıdır (1,2). AD prevelansı özellikle gelişmiş ülkeler olmak üzere tüm dünya çapında her geçen gün artmaktadır (3,4). Atopik eğilim, bireysel ya da ailesel alerji öyküsü, alerjik rinit ve konjunktivit, bronşial astım ve/veya AD öykü ve/veya immünoglobülin E (IgE) antikorlarının fazla üretimine eğilim şeklinde tanımlanmaktadır (2,5).

Atopik dermatitin en sık ilk altı aylık bebeklik döneminde başladığı bilinmektedir. Hastaların çoğunluğunda adolesan döneminde iyileşme izlenirken, %10-30'luk bir grubundaysa iyileşme olmaz (6). AD patogenezinde, cildin yapısı ve fonksiyonundaki bozukluklar ile cilt enflamasyonu sorumlu olan iki temel ve iç içe geçmiş mekanizmadır (7,8).

Atopik dermatitte kaşıntı yaygındır ve bu kaşıntı antihistaminiklerle genellikle kontrol edilememektedir. Periferik kaşıntıda histamin, substans P ve bunların reseptörleri önemli rol oynadıkları tespit edilmiştir. Son dönemlerde, santral seviyedeki kaşıntılarda beta-endorfin benzeri endojen opioidler ve bunların reseptörlerinin rolüne dikkat çekilmiştir ve morfinin gastrin salgılayan peptid reseptörleri yoluyla kaşıntı sebebi olduğu bildirilmiştir (9).

Atopik dermatit tanısı, klinik ve anamnezle konulmaktadır. AD tanısı için pek çok tanı kriteri önerilmekle birlikte en öne çıkan kriterler arasında Hanifin ve Rajka Kriterleri ile İngiliz Çalışma Grubu kriterleri yer alır (1,2,3).

Atopik dermatit tedavisinin esasını anti-enflamatuvar tedaviler ve nemlendiriciler oluşturmaktadır. AD patogenezinde cilt epidermisinin seramid kaybı, lipid yapısındaki bozulma nedeniyle aşırı miktarda sıvı kaybı ve cilt kuruluğu rol oynar. Bu sebeple tedavinin temelinde nemlendirici kullanımı ve cilt bakımı önemli yer tutmaktadır (10,11). Birçok alerjik hastalıkta sosyodemografik faktörler ile birlikte ebeveyn okuryazarlığının hastalık bilgisini, tedavisini ve sonuçlarını olumlu yönde etkilediği anlaşılmaktadır (12,13). AD çocuklarda ebeveynlerin sağlık

okuryazarlığının ailenin atopik egzama bilgisi ve nemlendirici (cilt bakımı) bilgisini değerlendiren bir çalışmaya literatürde yeterince önem verilmemiştir.

Bu çalışmada, Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Çocuk Alerji Polikliniğinde öykü, fizik muayene ve laboratuvar tetkikleriyle AD tanısı alan çocukların ebeveynlerinin sağlık okuryazarlığını ve dijital okuryazarlığını ölçmek, bu okuryazarlıkları etkileyen sosyodemografik faktörleri ortaya koymak ve okuryazarlık düzeyleriyle ailelerin atopik egzama bilgi ve nemlendiricilerle cilt bakımı bilgi düzeyi arasındaki ilişkiyi ortaya koymak amaçlanmıştır.



2. GENEL BİLGİLER

2.1. Atopik Dermatit

2.1.1.Tanım

Atopik Dermatit, özellikle çocuklarda sıkça görülen, fakat yetişkinleri de etkileyebilen, çevresel etkenler ve genetik etmenlerin birlikte rol oynadığı, çeşitli alerjenler tarafından tetiklenebilen, kronik, yaygın, tekrarlayan, kaşıntılı ve enflamatuvar bir cilt hastalığıdır. AD, çocukların ortalama %20'sinde, yetişkinlerin ise ortalama %2-5'inde görülür (1,2). Atopi, polenler, ev tozlarının akarları ve besin allerjenleri gibi çevresel proteinlere karşı immünoglobulin E (IgE) antikorları üretilmesiyle karakterize kalıtsal eğilim şeklinde tanımlanmaktadır. Dermatit ise, deri anlamındaki “derma” ve iltihap anlamındaki “itis” kelimeleri ile türemiştir (14).

Hipokrat notlarında kaşıntılı ve kronik deri lezyonlarına dair ifadeler bulunsa da, literatürdeki ilk AD olgusunu tarihçi Suetonius İmparator Augustus olarak tanımlamıştır. Bu vakada, mevsimsel solunum belirtileriyle birlikte kaşıntılı olan kronik bir cilt lezyonu tarif edilmiştir (15). Besnier ise, 1892'de AD'yi, astım ve alerjik rinite genetik olarak yatkınlığı olan kişilerde cilt lezyonları ile beraber kaşıntılı bir hastalık şeklide tariflemiştir. Hill ve Sulzberger tarafından 1935 yılında çocuklarda görülen sulu, yetişkinlerde ise likenifiye ve kserotik olarak görülen egzama için AD terimi önerilmiştir (16).

Hanifin ve Rajka, 1980 yılında AD tanısı için majör ve minör özellikler tanımlamıştır (16). Çalışmalar sonucu geliştirilen ölçekler, hastalığın şiddetinin tespit edilmesi, takibi ve tedavi planının belirlenmesi için kolaylıklar sağlamaktadır. SCORAD (SCORing Atopic Dermatitis) ve Egzama Alanı ve Şiddet Endeksi (Eczema Area and Severity Index, EASI), AD klinik bulgularının değerlendirilmesi için kullanılan en iyi ölçekler olarak kabul edilmektedir (9,17). En öne çıkan kriterler; Hanifin ve Rajka Kriterleri (Tablo 1) ve İngiliz Çalışma Grubu'nun (Tablo 2) kriterleridir (18).

Tablo 1. Hanifin ve Rajka'nın Atopik Dermatitte Tanı Kriterleri
Majör Kriterleri: Kaşınma Belirgin morfoloji ve dağılım Bebek ve çocukların yüz ve ekstansör bölgelerinin tutulum Yetişkinlerde fleksural likenifikasyon, çizgilerde artış Bireysel veya ailesel atopi öyküsü Kronik ve tekrarlayan dermatit
Minör Kriterler Ciltte kuruluk Yüne ve lipit çözücülerine duyarlılık Perifoliküler belirginleşme Besinlere aşırı duyarlılık İhtiyozis, avuç içi çizgilerinde artış, keratosis pilaris Ağızda keilitis (dudaklarda deskuamasyon, çatlaklar) Tekrarlayıcı konjunktivit Terleme kaşıntı Keratokonus Ön subkapsüller katarakt Dennie-Morgan infraorbital kıvrımı Yüzde eritem ve solukluk Orbital koyulaşma Pitriazis alba Çevresel etkenlerden etkilenen klinik seyir Beyaz dermografizm-gecikmiş kızarma El ve ayak dermatitleri Meme başında egzama Cilt testi pozitifliği Serum total IgE artması Erken başlama Cilt enfeksiyonlarına eğilim (özellikle herpes simplex, staf. Aureus) Hücrel immünite bozukluğu
Tanı için en az 3 majör, 3 minör kriter olmalıdır.

Tablo 2. İngiliz Çalışma Grubu Tanı Kriterleri
Ana kriteri: Ciltte kaşıntılı dermatoz olması (ya da küçük çocuklar için böyle bir durum ebeveynler tarafından ifade edilmesi gereklidir)
Diğer kriterler: 1. Fleksural bölgelerde tutulum olması(boyun, antekübital bölge, popliteal fossa, ayak bileğinin ön yüzü; on yaşı altında ayrıca yanaklarda tutulum olması) 2.Bireysel astım ya da saman nezlesi hikayesi (dört yaş altınında birinci derece yakınlarından birinde atopik hastalık hikayesi) 3. Ciltte yaygın kuruluk öyküsü(son bir yıl içinde) 4. Görünen fleksural bölgelerde egzama (dört yaş altında beraberinde yanaklar, alın ve ekstremiteler dış yüzeylerinin de tutulma olması) 5. Döküntülerin 2 yaş öncesinde başlaması (özellikle dört yaş altı için)
Tanı için ana kriter ile birlikte diğer kriterlerden en az 3 tane bulunmalıdır.

2.1.2.Patogenez ve genetik

Atopik dermatit patogenezinde cildin yapı ve fonksiyonundaki bozukluklarla cilt enflamasyonu sorumlu olan iki temel ve iç içe olan mekanizmalardır.

2.1.2.1. Cilt yapı ve fonksiyonundaki bozukluklar

Atopik dermatitte, stratum korneumun hidrasyonunun azalması ve sıvı kaybının artması, zincir uzunluğunda ve seramit içeriği azalma gibi lipid içeriği değişiklikleri, filagrin azalması, lamellar organizasyonda bozulmalar oluşur (8,19,20). Cilt pH'ında artma, serin proteaz aktivitesinin bozulması, Staphylococcus aureus kolonizasyonun anormal artışı ve cilt mikrobiyom çeşitliliğinin azalması gibi stratum korneum ile ilişkili pekçok bozukluk bildirilmiştir (21-24).

2.1.2.2. Cilt enflamasyonu

Patogenezdeki ikinci temel mekanizma, özellikle CD4+ hücrelerin öncülüğünde enflamatuvar hücre infiltrasyonu ile karakterizedir. Lezyon bulunmayan ciltte bile, Th22 ve T-helper (Th) 2 hücre sayılarındaki artış ve daha az olarak Th17 hücrelerinin artışı ile proenflamatuvar sitokin çevresiyle birlikte subklinik enflamasyon belirtileri gözlenir (21). AD'de lezyonlu ciltteki mekanizmalardan başlıca Th2 hücreleriyle ilişkili interlekin IL-13 , (IL)-5 ve IL-4 gibi sitokinler ile timüs aktivasyonu ile düzenlenen kemokinler (TARC) ve eotaksin gibi kemokinler sorumludur (22).

Motif kemokin ligandı (CCL) , makrofajlardan kaynaklanan kemokin/CCL22 ve TARC/C-C, gibi kemokinler, Th2 kemokinleri olarak bilinen en mühim kemokinler arasındadır. AD'de dermal dentritik hücreler, trimetik affinitesi yüksek olan IgE reseptörü barındıran epidermisin Langerhans hücreleri ve enflamatuvar dentritik hücreler antijen sunumunda rol oynar. Hücreler bu reseptörlere bağlı IgE aracılığıyla alerjenleri alabilir, klasik olarak akut gelişen (tip 1) alerjik duyarlılığa sebep olur ve sonrasında T hücre aracılı kronik tip (tip 4) duyarlılığı tetikler (23).

Cilt yangısı ve epidermisin bariyer bozukluğu birbirini karşılıklı olarak etki eder. Epidermis bariyerinin intrinsek şekilde bozulması, keratinositlerin salgıladığı T hücrelerini etkileyen kemokin aktivasyonu, sitokin aracılı doğal bağışıklık (IL-1 aile

üyeleri gibi) ve sitokin aracılı Th2 polarizasyonu ile Langerhans hücre aktivasyonu (TSLP ve IL-33, IL-25) enflamasyonu tetikler (24,25,26). Fonksiyonu bozulan epidermis bariyeri, immün çevre ile etkileşime girince, perkütan alerjen duyarlılığı da ortaya çıkmaktadır (27).

Bozulan epidermis bariyeri ve spesifik antimikrobiyal peptidlerdeki yetersiz düzenlenme, *S. aureus* kolonizasyonunda artışa sebep olur. *S. aureus*, proteaz üretimi, doğal sinyal yollarında uyarılma ve T hücre aktivasyonu yapan süperantijenleri harekete geçmesini sağlayan enterotoksinlerin salınması ile alevlenme ve kronikleşmelere sebep olur. Bu tablo, IgE aracılı duyarlanmanın ve doğrudan mast hücre degranülasyonunun sorumlusudur (1,28,29).

Timüs stroma proteininin iki önemli görevi olduğu görülmektedir: biri, somatoduysal sinir uçları arasında doğrudan bağ kurmak, diğeryse sinir uçlarının doğrudan uyarılması ve hücresel pruritojenlerin salınımını artıracak şekilde düzenleyen IL-31 ve IL-13 gibi Th2 sitokinlerini üretmektir (30,31). Meydana gelen nörojenik yangı, Th2 cevaplarının, epidermal kalınlaşmanın ve keratinosit çoğalmasının da desteğiyle kısır döngüyü tamamlamaktadır (32).

Cilt bariyer fonksiyonundaki bozulmada ve immün disfonksiyonda genetik faktörler önemli rol oynar. Filagrin proteininin kodlandığı gende işlev kaybına sebep olan mutasyonlarla AD arasında güçlü bir ilişki bulunmuştur (33). Filagrin gen mutasyonu, orta-ağır şiddetli AD olan hastaların yaklaşık %40'ında tespit edilmiştir. Filagrin gen mutasyon taşıyıcısı olan hastalarda erken başlangıçlı, ağır AD riski ve astım görülme sıklığında artış vardır (7).

2.1.3.Klinik Bulgular

Atopik dermatit genellikle bebeklikte başlamaktadır. Şiddetli kaşıntı ve egzamatöz cilt lezyonları en belirgin klinik belirtileridir. Hastalık, akut, subakut veya kronik seyirli olabilmektedir. Akut AD'de cilt lezyonları; kaşıntılı eritematöz papül, küçük vezikül, erozyonlar, ödem tarzında olup kabuklanma ve sızıntı görülür. Subakut formda, akut döneme ilaveten ciltte kalınlaşma (likenfikasyon) , hafif pullanma ve ekssoriyasyonlar bulunur. Kronik dönemdeyse kızarıklık çok az ve kalınlaşmaysa daha ön plandadır (Şekil 1). Ciltteki bulguların yerleşimi, hastanın yaşı ve hastalığın

aktivitene göre değişmektedir (Şekil 2). cilt kuruluğu ,yaşamın ilk günlerinden itibaren görülmeye başlar (1,34,35).

2.1.3.1.Bebeklik dönemi atopik dermatiti (3 ay-2 yaş):

Atopik dermatitin ilk lezyonları çoğu kez hayatın ilk altı ayında ortaya çıkar. Yanaklarda papüloveziküler ve papüler olan döküntüler, kabuklu ve sızıntılı büyük plaklara dönüşür. Saçlı cilt, ekstremitelerin ekstansör yüzeyleri, boyun ve gövde etkilenebilir. Diaper bölgesinin etkilenmesi beklenmez. Hastalığın ilk döneminde tanının konulması zor olabilir, fakat birkaç hafta içerisinde tipik lokalizasyonlu egzamatöz döküntüler belirir. Kaşıntı yaşamın ilk birkaç haftası hariç her zaman mevcut bir semptomdur (36).

2.1.3.2. Çocukluk dönemi atopik dermatiti (2-12 yaş):

Kronik lezyonlar ve kalınlaşma daha belirgindir. Döküntüler daha çok ekstremitelerin fleksör alanlarında (fleksural egzama) görülür. Ciltteki kuruluk daha belirgin hale gelir (36).

2.1.3.3. Ergen ve erişkinlerde atopik dermatit (12-60 yaş):

Bu dönemdeki döküntüler boyun, baş ve ekstremitelerin fleksör alanlarında görülür. Yetişkinlerde eller etkilenebilmektedir (kronik el egzeması) (36). Kadınların göz çevreleri de çoğunlukla etkilenebilmektedir (37).

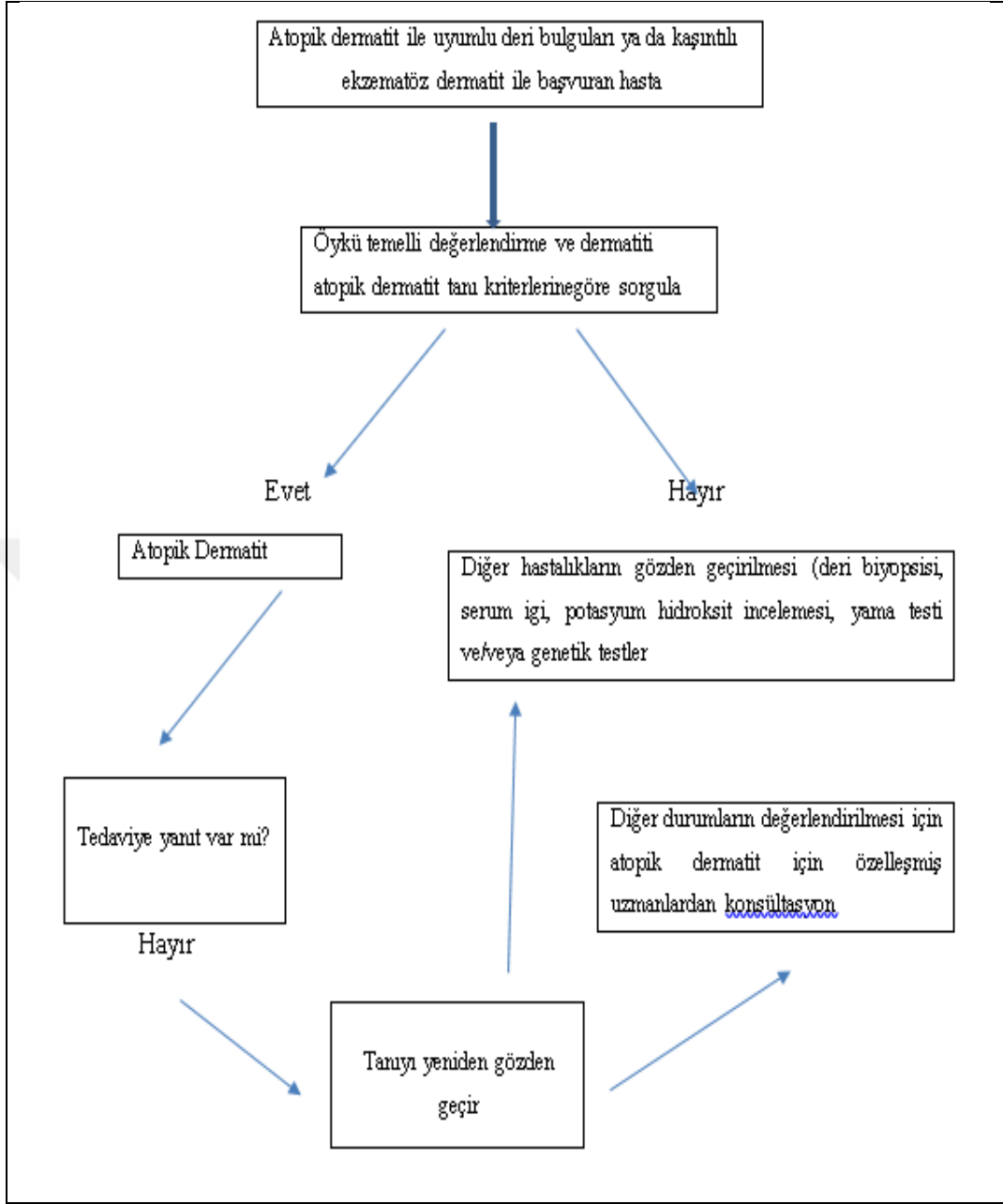
2.1.4.Laboratuvar Bulguları

Atopik dermatit tanısı için ve tetikleyici alerjenlerin tespit edilmesinde kullanılabilecek spesifik bir in-vivo veya in-vitro test mevcut değildir. Fakat, çevresel alerjenler (aeroalerjenler, kontakt ve besin alerjenler) AD'nin fizyopatolojisinde ve klinik belirtilerin oluşmasında rol oynar (38).

Alerjik duyarlılık ile AD arasında olan bağ bilinse de, çevresel ve besin alerjilerinin AD üzerindeki etkisi hala tartışmalıdır. Besin alerjilerinin çocuklarda AD'yi tetikleme riski, yetişkinlere kıyasla daha fazladır. Beş yaş altında, orta veya ağır AD'li çocuklarda, uygun tedaviye cevap alınamıyorsa ve belirli bir besin ile uyumlu erken veya geç oluşan tepkime hikayesi varsa besin alerjisi açısından değerlendirme önerilir (39,40).

2.1.5.Tanı ve Ayırıcı Tanı

Atopik dermatit tanısı, klinik özellikler ve anamnezle konulur (1,2,3,5). AD tanısı için birçok kriter önerilmiş olsa da (Tablo 1, 2, 3) bu kriterlerden ön plana çıkanlar arasında; Hanifin ve Rajka Kriterleri (Tablo 1) ve İngiliz Çalışma Grubu'nun (Tablo 2) kriterleri yer alır. Bununla birlikte, bebeklerde bu kriterlerin kullanılabilmesine imkan tanıyan modifiye kriterler de geliştirilmiştir (Tablo 3) (18). AD tanısı için cilt biyopsisi ve IgE dahil laboratuvar testlerinin rutin olarak kullanılması önerilmez. Fakat, belirli durumlarda diğer cilt hastalıklarını dışlamak amacıyla cilt biyopsisi, gerekli laboratuvar testleri (potasyum hidroksit ,serum IgE , patchyama testi) ve genetik testler yapılabilir (Şekil 3). Ayırıcı tanıda akla gelmesi gereken başlıca durumlar; enfeksiyöz hastalıklar, kronik dermatozlar (psoriasis ,kontakt dermatit, kserotik egzama, liken simpleks kronikus), keratinizasyon bozuklukları, konjenital immün yetmezlikler, ve beslenme eksiklikleri gibi hastalıklardır (Tablo 5, 6, 7) (2,5,41).



Şekil 1. Atopik dermatitin tanı algoritması (18).

Tablo 3. Bebekler için Modifiye Tanı Kriterleri.
Majör kriterler: Kaşıntı Ailesinde atopik hastalık hikayesi Yüz ve ekstansör bölgelerde egzama
Minör Kriterler Postauriküler fissür Foliküler belirginleşme Saçlı deride konak, pullanma Ciltte kuruluk, ihtiyozis, avuç içi çizgilerinde artış
Tanı için en az 3 majör ve 3 minör kriter olmalıdır.

Tablo 4. Atopik dermatitin diğer dermatitlerle ayırıcı tanısı.			
Dermatit tipi	Sıklık	Görüldüğü Yaş Grubu	Klinik Özellikler
Bebeklik dönemi seboreik dermatit	Sık	Bebekler	Hayatın ilk altı haftası içinde görülen ve tipik şekilde haftalar içinde iyileşen, genellikle saçlı deri ve napkin bölgesinde görülen somon kırmızısı yağlı skuamlar
İrritan kontakt dermatit	Sık	Çocuklar ve erişkinler	Sıklıkla temas bölgelerine sınırlı olan akut ya da kronik egzamatöz lezyonlar; öyküde lokal uygulanmış iritanlar risk faktörüdür.
Nümüler dermatit	Sık	Çocuklar ve erişkinler	Sıklıkla kaşıntı olmayan ve yaygın bacak ve kalçalarında madeni para şekilli skuamlı yamalar
Allerjik egzamatöz kontakt dermatit	Sık	Çocuklar ve erişkinler	Direk temas bölgelerinde en yoğun halde egzamatöz lezyonlar, öyküde lokal uygulanmış iritanlar risk faktörü

Tablo 5. Atopik dermatit ile enfeksiyöz hastalıklar ve konjenital immün yetmezliklerle ayırıcı tanısı			
Enfeksiyöz deri hastalıkları	Sıklık	Görüldüğü yaş grubu	Klinik özellikler
Dermatofit enfeksiyonu	Sık	Çocuklar ve erişkinler	Kenarları kabarık kırmızı, merkezi olan, iyileşme eğilimli bir ya da daha fazla sınırlı skuamlı plaklar, değişken kaşıntı
Skabiyez	Sık (genellikle gelişmekte olan ülkelerde)	Çocuklar	Avuç içi, ayak tabanı, parmak araları, genital bölgede, kaşınan yüzeyel tünel veya püstüller; ikincil egzamatöz değişiklikler
İmpetigo	Sık	Çocuklar	Büller ile sınırlı eritematöz yamalar ya da sarı bal renginde krutlar
Konjenital immün yetmezlikler			
Hiper-IgE sendromu	Nadir	Çocuklar	Hayatın ilk yaşlarında püstüler ve egzamatöz döküntü; ciltte, sinüs ve akciğerlerde stafilokokal enfeksiyonlar; serum IgE yükseklik; eozinofilide artış.
Omenn sendromu	Çok nadir	Çocuklar	Erken başlayan eritrodermi; yaygın skuamlı lezyonlar; kronik diare
Wiskott Aldrich sendromu	Çok nadir	Çocuklar	Sıklıkla hayatın ilk haftaları içerisinde erkeklerde atopik dermatit benzeri lezyonlar; mikrotrombositopeni olması.

Tablo 6. Atopik dermatitte keratinizasyon bozuklukları ve nutrisyonel eksiklikler ile ayırıcı tanısı			
Keratinizasyon bozuklukları	Sıklık	Görüldüğü yaş grubu	Klinik özellikler
Netherton sendromu	Çok nadir	Çocuklar ve erişkinler	Çift kenarı olan skuamalarla beraber, çizgisel serpinjinöz dağılım gösteren egzamatöz deri lezyonları; kıl shaftı anormallikleri(bambu saç); serum IgE yüksekliği; eozinofilide artış.
İktiyozis vulgaris	Nadir	Çocuklar ve yetişkinler	Genellikle alt abdomen ve ekstansör bölgelerde deri kuruluğu ile beraber ince skuamalar; perifoliküler deri papülleri, palmar hiperlinearite; filagrin mutasyonu olan formu nadir, genellikle atopik dermatit ile beraber.
Nutrisyonel eksiklikler			
Çinko eksikliği	Nadir	Çocuklar	Genellikle ağız ve anüs bölgesinde eritematöz skuamlı plak ve yamalar; nadiren konjenital formuna ishal ve alopesi eşlik edebilir

2.1.6.Komplikasyonlar

Atopik dermatitli çocuklarda bakteri, virüs ve mantarlara bağlı enfeksiyonlara eğilim fazladır. *S. aureus*, Herpes Simpleks Virüsü (HSV), *Malassezia sympodialis* ve Molluskum contagiosum enfeksiyonları daha yaygın görüldüğü tespit edilmiştir (1,42).

2.1.7.Tedavi

2.1.7.1.Topikal tedavi

Atopik dermatitte tam bir iyileşme sağlanamaması sebebiyle tedavinin temel gayesi, akut atakları, semptomları baskılamak ve hastalığı uzun vadeli kontrol altında tutmaktır. Hastalığın patogenezinde epidermis ve epidermal bariyerin önemli bir rol oynaması nedeniyle, topikal ajanlar tedavide büyük bir öneme sahiptir. Atopik dermatitin topikal tedavisi üç ana gruba ayrılır (1):

1. Bariyer fonksiyonunu desteklenme.
2. Enflamasyonun kontrol altına alınması.
3. Stafilokokal kolonizasyonun tedavi edilmesi.

2.1.7.1.1. Bariyer fonksiyonunun güçlendirilmesi

Atopik dermatitli çocuklarda epidermal bariyer fonksiyonu zayıflamakta ve kuruluk önemli bir belirti olarak ortaya çıkmaktadır. Bu sebeple, AD tanılı tüm çocuklarda epidermis bariyerinin güçlendirilmesi ve kuruluğun önlenmesi tedavinin önemli bir parçasıdır. Nemlendiricilerin düzenli bir şekilde her gün kullanılması her hasta için önerilmelidir. Nemlendiriciler, tüm AD tiplerinde yardımcı tedavi ajanları olup, hafif vakalarda tek başına tedavi edici etkiye sahiptirler (10,11).

Nemlendiriciler, cildin nem seviyesini artırmanın yanı sıra, atopik dermatitin kaşıntı, kızarıklık, çatlaklar ve kalınlaşma gibi belirtilerini de azaltır (43,44,45). Son dönemde piyasaya sürülen nemlendiriciler, epidermis doğal bileşenleri olan serbest yağ asitleri, seramidler ve kolesterol içermektedir. Bu nemlendiriciler, AD tedavisinde hem bariyeri destekleme hem de epidermis kuruluğunu gidermede olumlu etkileri bilinmektedir, ancak diğer nemlendiricilere göre üstünlüklerini kanıtlayacak yeterli veri bulunmamaktadır (1,46).

Nemlendirici seçerken alerji riski düşük, kokusuz, az koruyucu madde içeren ve güvenilir olanları tercih etmek önemlidir. Nemlendiricinin etkinliği, hastanın cilt kuruluğunun şiddeti, günlük aktiviteleri, temas ettiği alerjenler gibi birçok etkene bağlı olarak bireyden bireye değişebilir. Hastaya farklı alternatifler göstermek ve nemlendirici kullanım periyodunu hastanın ihtiyacı ölçüsünde ayarlamak tedaviye

uyumu artırabilir. İki yaş altındaki çocuklar için üre içeren nemlendiriciler uygun değildir (1). Ve yine iki yaşından küçük çocuklarda propilen glikol içeren nemlendiricilerin kullanımı tahrişe yol açabileceğinden önerilmez (8). Nemlendiricilerin atopik dermatitte kullanımı Tablo 7'de özetlenmiştir (18).

Tablo 7. Nemlendiricilerin atopik dermatit tedavisinde kullanımı	
Etkileri	Cildin su kaybında azalma, bariyer fonksiyonunu kuvvetlendirme, kortikosteroid ihtiyacını azaltma, Eritem, kserozis, skuam, fissurasyon ve kaşınma bulgularını hafifletir. Atopik dermatit gelişimini geciktirme.
Endikasyonları	Atopik dermatitli her hasta kullanılmalıdır.
Pediyatrik kullanımı	Üre içerikliler kullanılmamalı, propilen glikol içerikliler iki yaş altında tercih edilmemelidir.
Doz	Gün içinde 1-3 defa, kserozis düzelene kadar sıklığı artırılabilir. Banyo sonrası ilk beş dakika içerisinde uygulanırsa etkinliği artar.
Uzun süre kullanımda takip	Güvenli.
Yan etki/kontrendikasyonlar	Kontakt hassasiyet, iritasyon
Gebelik ve laktasyon	Güvenli.

2.1.7.1.2. Enflamasyonun kontrol altına alınması

Topikal kortikosteroidler

Topikal kortikosteroidler (TKS), AD de atak tedavisinde ve uzun süreli remisyon sağlanması için ilk tercih edilen tedavi seçenekleridir. TKS'lerin AD tedavisindeki etkileri, enflamasyonu baskılayıcı özelliklerinden kaynaklanmaktadır. Bu steroidler, hücre içindeki kortikosteroid reseptörlerine bağlanarak özellikle proinflamatuvar sitokinlerin kodlandığı genler dahil olmak üzere pekçok gende baskılayıcı etki gösterirler. Kortikosteroid kullanımında başarılı sonuçlar elde etmek ve hastayı yan etkilerden korumak için en önemli husus, etkin, doğru ve uygun taşıyıcı seçimidir (5,46). Bu tercihte lezyon özelliği, bulunan bölge ve hasta yaşı gibi etkenler dikkate alınmalıdır. Göz kapakları, yüz, boyun, genital bölge ve deri kıvrımları gibi lokal yan etkilere daha duyarlı olan bölgelerde çok potent TKS'ler kullanılmamalıdır. Bebek ve çocuklar, lokal ve de sistemik yan etki riski yönünden yetişkinlere kıyasla daha hassas oldukları için bu yaş grubundaki hastalarda çok potent topikal steroidler tercih edilmemelidir. TKS'ler akut atak tedavisi için günde iki kez uygulanır. Topikal kortikosteroidlerin atopik dermatit tedavisindeki kullanımı Tablo 8'de özetlenmiştir (5,46).

Tablo 8. Topikal kortikosteroidlerin atopik dermatit tedavisinde kullanımı	
Etkileri	Hafif, orta ve şiddetli atakların tedavisinde kullanılır.
Endikasyonları	Hafif, orta ve şiddetli akut-kronik dermatitlerin kısa süreli tedavisinde. Sık tekrarlayan bölgelere aralıklı kullanımı ile uzun süre tedavi (proaktif tedavi)
Doz	Atak tedavisinde klinik belirtiler iyileşinceye dek günlük 1-2 defa, daha sonra haftada 2 defa idame
Pediyatrik kullanımı	Sistemik emilime duyarlıdır (kiloya göre geniş yüzey alanı). Çok güçlü olan steroidler kullanılmamalı.
Yan etki/ Kontrendikasyonlar	Lokal yan etkiler: - Uzun süre, yüksek güçlü steroidler ve ince olan deri bölgelerinde risk artar. Atrofi, rozase, akneiform döküntüler, hipertrikoz, perioral dermatit, hipopigmentasyon, telenjiyektazi/purpura/stria oluşumu, cilt enfeksiyonlarında ağırlaşma, yara iyileşmelerinde gecikme, alerjik kontakt dermatit, glokom, katarakt (göz çevresinde kullanım). Sistemik yan etkiler: - Nadir görülür. Uzun süre ve yüksek güçlü steroidlerin geniş alanlara uygulanması ile risk artar. Hipotalamik pitüiter aksda baskılanma femur başında nekroz, cushing sendromu,
Gebelik/ Laktasyon	Kategori C
Uzun süreli kullanım takibi.	Yan etkiler için takip

Topikal kalsinörin inhibitörleri

Topikal kalsinörin inhibitörleri, pimekrolimus ve takrolimus isimli ilaçlar, etkilerini sitoplazmik bir enzim olan kalsinörin fosfatazı inhibe ederek gösterir. Bu mekanizma, T hücreleri, keratinositler ve Langerhans hücrelerindeki enflamatuvar sitokin sentezini azaltır (46). Pimekrolimus %1 krem formu, iki yaş ve üzerinde hafif-orta şiddetteki AD tanılı hastalar için uygunken, takrolimus ise 2-16 yaş arası orta-ağır

AD hastaları için %0,03'lük formda, 16 yaş ve üzeri hastalar için %0,1'lik formda kullanılır (46,47).

Uygulama günde iki defa olarak başlanır. Aktif egzema belirtileri geriledikten sonra, egzemanın sık tekrarladığı bölgelere haftada iki veya üç kez sürdürülebilir (46,48,49). Oklüzyon yöntemiyle kullanımı önerilmez. Fototerapi ile birlikte kullanımı uygun değildir (50). Bu ilaçların kullanımına bağlı olarak en sık karşılaşılan yan etkiler arasında hafif ve bölgesel kaşıntı, karıncalanma ve yanma hissi bulunur. Bu yan etkiler genellikle tedavinin ilk günlerinde belirgin olabilir ancak zamanla tolerans gelişir. Topikal kalsinörin inhibitörlerinin atopik dermatitteki kullanımı Tablo 9'da özetlenmiştir (18).

Tablo 9. Topikal kalsinörin inhibitörlerinin kullanımı	
Etkiler	Kalsinörin fosfatazin inhibisyonu ile T hücrelerinden, keratinositlerden ve Langerhans hücrelerinden inflamatuvar sitokinlerin sentezinde baskılanma.
Endikasyonları	Pimekrolimus: - Topikal kortikosteroidler yan etkileri nedeniyle kullanılamadığında hafif şiddetli atakların kısa süre tedavisi için, yüz, göz kapaklarının tedavisi, intertriginöz bölgeler, önceki dermatitli bölgelere aralıklı kullanılarak uzun süreli tedavi (proaktif tedavi) Takrolimus: - Topikal kortikosteroidler yan etkileri nedeniyle kullanılamadığında hafif, orta ve şiddetli atakların kısa süre tedavisi için, topikal kortikosteroidlere direnç gösteren lezyonlarda, yüz, göz kapaklarının tedavisinde, intertriginöz bölgeler, aralıksız ve uzun süreli kortikosteroidlerin kullanımında, önceki dermatitli bölgelere aralıklı kullanımı ile uzun süreli tedavi (proaktif tedavi)
Doz	Atakların klinik bulguları düzelene dek günde iki defa, daha sonra haftada 2-3 defa idame.
Yan etki/ kontrendikasyon	Yanma, batma (tedavi başlangıcında ilk günlerde daha fazla, sonrasında azalır) herpes simpleks enfeksiyonlarına eğilim.

Topikal Kortikosteroidlerle Kombine Kullanımı

Orta veya yüksek güçte olan steroidler ile başlanıp iyileşen bölgeye aralıklı şekilde topikal takrolimus pomad kullanmanın bir sonraki atak ve yeniden TKS ihtiyacından korumada tesirli bir yöntem olduğu bildirilmiştir (51).

Islak Sargı Uygulaması

Islak sargı uygulama, 1987’de tanımlanmış ve orta ile ağır AD tanılı hastaların tedavisinde önerilen, topikal ilaçların emilimlerinin artırılmasını hedefleyen etkili bir tedavi metodudur (52). Bu yöntemde, cilt önce suyla ıslatılır ve ardından istenilen topikal ajan (nemlendirici, kortikosteroid veya topikal kalsinörin inhibitörü) uygulanır. Daha sonra pamuklu kıyafetle veya ılık suyla sıkılmış bir sargı beziyle sarılır. Sonra üzeri kuru sargı beziyle tekrar sarılır ve ortalama sekiz saat bekletilir. Bu uygulama, bir taraftan derinin nemlenmesine yardımcı olurken diğer yandan topikal ilacın cilt tarafından daha iyi emilmesini sağlar. Ayrıca, fiziksel bir bariyer olarak işlev görerek kaşıntı ve kaşınma döngüsünü kırmaya yardımcı olur. Bu tedavi yönteminin güc çeşitli araştırmalarla desteklenmiştir (53,54,55). Islak sargı uygulaması en fazla iki hafta süreyle kullanılmalıdır. Ülkemizde, ağır atakların veya dirençli lezyonların tedavisinde, sistemik tedaviye geçilmeden önce hastanede uygulanabilir bir yöntem olarak önerilmektedir (56,57).

2.1.7.1.3. Stafilokok Kolonizasyonunun Tedavi Edilmesi

Topikal Antimikrobiyaller ve Antiseptikler

Antimikrobiyal peptid üretiminin azalması ve fiziksel bariyerin yetersizliği ve, AD tanılı bireylerde cilt enfeksiyonlarının sıklıkla görülmesine sebep olur. Özellikle *S. aureus*, AD tanılılarda kolonizasyona ve klinik enfeksiyonlara öncülük eden en dikkat çeken etmendir. Sadece kolonizasyona sebep olması bile, AD tanılı bireylerde yangıyı tetikleyebilir. Bunun sebebi salgıladıkları toksinlerin süperantijene benzer etkileri ve epidermis bariyerini bozarak alerjenlerin deriye nüfuzunu artırmasıdır (46). Antimikrobiyal ilaçlar sadece klinik enfeksiyon belirtileri gösteren olgularda kullanılmalıdır. Son zamanlarda, *S. aureus* kolonizasyonu ve enfeksiyonu üzerine

yönelik olarak kullanılan seyreltilmiş çamaşır suyu banyoları popüler bir tedavi yöntemi haline gelmiştir (58,59).

Topikal Tedaviye Yanıt Alamama

Tedavi başarısızlığının temel sebebi, hastaların tedaviye uyumu sağlayamamalarıdır. Uyumsuzluğun muhtemel sebepleri Tablo 10'da listelenmiştir. Tedaviyi bireyin hayat şartlarına ve sosyokültürel seviyesine uygun olarak ayarlayarak, ve görsel olarak destekleyerek bu problem çözülebilir (18).

Tablo 10. Topikal tedaviye uyumda yaşanan problemler ve çözüm önerileri	
Topikal tedaviye uyumda yaşanan sorunlar	Çözüm önerileri
1. Steroidlerden korkma sebebiyle kullanmama	-Steroidler ile ilgili yeterli ve etkin bilgilendirmenin yapılması
2. Atopik dermatitin kronik bir hastalık olduğunun bilinmemesi	- Hastaların hastalık ile ilgili bilgilendirilmesi
3. Reçetelenen birden fazla topikal ürünün hangisinin nereye sürüleceğini bilememesi	- Tedavilerin nasıl kullanılacağı hastalara anlatılması, tedavilerin şemaları hazırlanarak hastalara verilmeli
4. Topikal ürünlerin kullanımının rahatsızlık hissi vermesi (deride yağlanma, kıyafetlerde yağlanma, koku vb.)	-Hastalara uygun formüllerin bulunması (nemlendiricilerin losyon formunun seçilmesi, diğer bir ürün ile değiştirilmesi ya da gece kullanımı vb)
5. Etkili olmayan uygulamalar (sürülen miktarın yetersiz olması, ilaç sonrasında banyo, ve ya antiinflamatuvar ajanlar ile eş zamanlı nemlendiricilerin kullanımı)	-Tedavilerin nasıl kullanılacağı hastalara iyi anlatılmalı.
6. Tedavilerin faydalı olmayacağını düşünülmesi	- Hastalara hastalık ve tedavi seçenekleri hakkında bilgi verilmesi
7. Uygulamaların zahmetli ve zaman alması	- Hastalara uygun formüllerin bulunması (tedavi sıklıklarının azaltılması, uygulama yaparken aile bireylerinden yardım alınması, sık kontroller ile motive edilme)
8. Yanlış sıklık ve miktarda uygulama yapılması	- Tedavilerin nasıl kullanılacağı hastalara iyi anlatılmalı
9. Tedaviler için yeterli süre olmadan reçetelenen ilaçların bitmesi, tekrar yazdırılmaması	- Tedavi süreleri hakkında bireyleri bilgilendirme -Lezyonların yaygınlığına göre reçetelenen kutu sayılarının artırılması

2.1.7.2. Sistemik Tedavi

Topikal tedavi verilmesiyle AD tam kontrol altına alınamadığında orta ve ağır hastalarda sistemik tedavi gerekebilir (Tablo 11). Sistemik tedaviye başlamadan önce, hastaların cilt belirtilerinin önemli fiziksel, duygusal ve sosyal etkiler oluşturduğu gözlemlenmelidir. Bu ilaçlara hastalığın kontrol altına alınacak en düşük dozda başlanılmalı ve mümkün olan en düşük dozlarla devam edilmelidir (48,60).

Tablo 11. Atopik dermatit tedavisinde sistemik tedaviler
İnterferon gamma Mikofenolat mofetil Oral kalsinörin inhibitörü Lökotrien inhibitörleri Kriserebol (fosfodiesteraz inhibitörü) Dupilumab Ustekinumab Biyolojik ajanlar Azatiyopürin Rituksimab Metotreksat Omalizumab Fototerapi ve fotokemoterapi TNF- α inhibitörleri (etanercept, infliksimab) Sistemik antimikrobiyaller Sistemik antihistaminikler İmmünomodülatör ajanlar Siklosporin A (CsA) Sistemik steroid Diğer tedaviler
TNF- α : Tümör nekroz faktör alfa

Fototerapi-Fotokemoterapi

Ultraviyole (UV) A ve UV B'nin fotokanserojen etkilerinin yüksek olması nedeniyle dar bant-UVB, günümüzde tedavi etkinliği ve güvenliği açısından öncelikli tercih edilen bir yöntemdir (61,62). Fototerapi, nemlendiriciler, kortikosteroidler ve topikal kalsinörin inhibitörleri gibi birinci basamak tedavilerinin başarısız olduğu durumlarda 2. basamak tedavi olarak önerilir. Bununla birlikte kronik AD kontrolü için de sürdürücü tedavi olarak kullanılabilir (40).

Ev Fototerapisi

Yaygın fototerapinin kullanımının kısıtlandığı temel faktör, bu tedaviyi alan hastaların sık seyahat etmeleridir. Evde fototerapi sistemik tedaviler öncesinde mükemmel bir seçenektir. Ancak AD tanılı hastalarda evde fototerapinin etkinliği ve güvenliği ile ilgili yeterli çalışma bulunmamaktadır; aynı şekilde ofis ortamında fototerapiye dair de araştırma yoktur. Bir hekim gözetiminde evde fototerapi, ofiste fototerapi alamayan hastalar için düşünülebilir bir seçenektir (61,62,63).

Lazerler ve Ekstrakorporeal Fototerapi

Atopik dermatitte kaşıntı ve hayat kalitesi gibi bazı parametreleri iyileştirme yetenekleri araştırılan lazer teknikleri arasında Pulse-dye lazerler ,Excimer ve Diyot yer almaktadır. Fakat, mevcut yayınlar oldukça sınırlı sayıda ve kaliteleri de dikkate alındığında, lazer şu anda AD tedavisinde önerilmemektedir (64).

Oral Antihistaminikler

Atopik dermatit tanılı hastalar genellikle yaşam kalitesini olumsuz etkileyen şiddetli kaşıntıdan şikayetçidir. Oral antihistaminikler AD hastalarında kaşıntıyı azaltarak yaşam kalitesini iyileştirmek amacıyla kullanılmaktadır. Ancak bu kullanımı desteklemek için yeterli kanıt bulunmamaktadır (65).

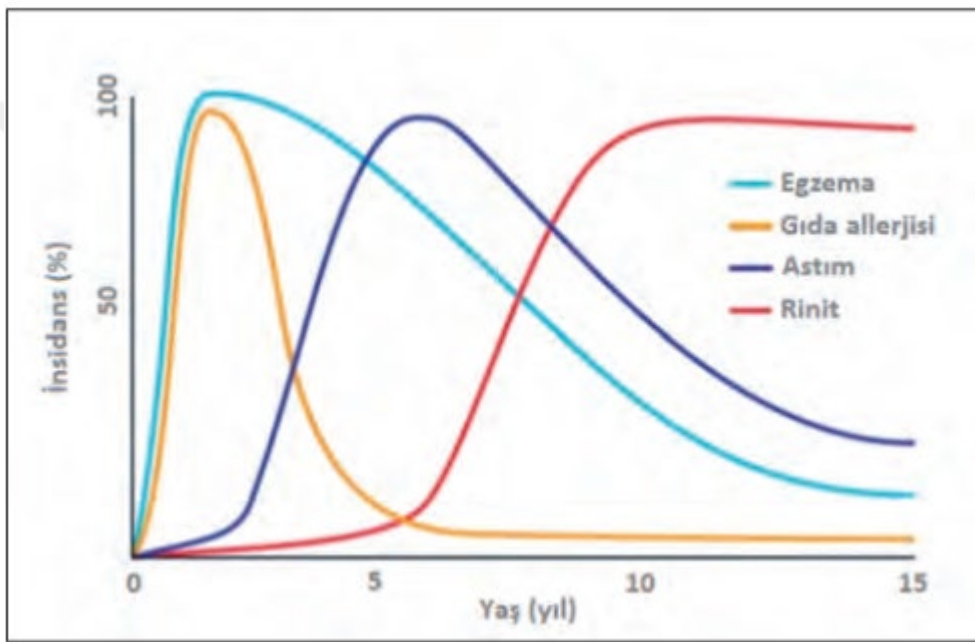
Oral Antimikrobiyaller

Atopik dermatit tanılı hastalarda Herpes simpleks ve *S. aureus* enfeksiyonları daha sık gözlenir. Pürülan akıntı ve püstüllerin varlığı, dermatitin enflamasyonunu ikincil bakteriyel enfeksiyon açısından düşündürmektedir. Enfekte olmayan AD

vakalarında sistemik antimikrobiyal tedavi kullanımı önerilmez ancak bakteriyel enfeksiyon ilişkili klinik belirtileri olan hastalarda kullanılabilir (66,67).

2.1.8. Atopik Dermatitin Doğal Seyri ve Atopik Yürüyüş

Atopik dermatit, astım ve allerjik rinit benzeri allerjik hastalıklar son on yıl içinde artış göstermiştir ve toplumun ortalama %20'sinde görülmektedir (68). Atopik yürüş, bebeklikte görülen AD'in ilerleyen çocukluk döneminde allerjik rinit ve astıma dönüşümünü tanımlamak amacıyla geliştirilen bir terimdir (Şekil 4) (69,70).



Şekil 2. Alerjik hastalıkların yaşa göre zamansal prevalans değişimi (Atopik Yürüyüş) (70).

Atopik Yürüyüşün İlk Basamağı

Atopik dermatit, Uluslararası Alerji ve Astım Çalışması (ISAAC) tarafından incelenmiş ve ülkeler arasında prevalansının değişkenlik gösterdiği, sıklığının %0,3-%20,5 arasında değiştiği ve zamanla belirgin bir artış gösterdiği bildirilmiştir (71,72). AD tanılı çocukların %85'inde bu hastalık beş yaş öncesinde başlamaktadır. Ayrıca, bu hastaların %45'inde yaşamın ilk altı ayında ortaya çıkmaktadır (37,73). Hastaların yarısından azı yedi yaş öncesinde iyileşmekte, %60'ında ise yetişkin yaşlara kadar

devam eder. AD tanılı hastaların %30'unda besin alerjisi bulunmaktadır, yumurta ve inek sütü alerjileri en sık görünen besin alerjileridir (68).

Atopik Yürüyüşün Son Basamağı: Astım ve Alerjik Rinit

Astım

Atopik egzema, astım oluşumu açısından önemli bir risk faktörü olup AD tanılı çocuklarda 6 yaşında astım gelişme ihtimali, AD olmayanlara kıyasla 3 kat daha fazladır (68,74). AD tanılı çocukların ortalama %50'sinde ergenliğe kadar astım ortaya çıkmaktadır (75). Yaşamın ilk 3 ayında AD teşhisi konulan çocuklarda %69 oranında beş yaşına kadar inhaler alerjenlere duyarlılık gelişmektedir (76). İki ile dört yaş arasındaki AD tanılı hastalarda çevresel alerjenlere karşı spesifik IgE (sIgE) pozitifliği, IgE negatif olan AD tanılı hastalara kıyasla alerjik rinit ve astım gelişim (atopik marş) riskini artırmaktadır (77,78).

Normal toplum için astım gelişme riski %8 iken, ağır AD tanılı hastalarda %70 ve hafif AD tanılı hastalarda %20-30 kadardır, bu da hastalığın şiddetinin artmasıyla atopik yürüyüş riskinin arttığını göstermektedir (37,74,79). (93, 479, 484). AD tanılı çocukların on yaşına kadar takip edildiği bir araştırmada, çocukların %14'ünün herhangi alerjik semptom göstermediği, %29'unda astım ve %47'sindeyse alerjik rinit geliştiği görülmüştür (80). Yapılan bir başka araştırmada, AD tanılı 2270 çocuktan %66'sında 3 yaşında alerjik rinit ve/veya astım tespit edilmiş ve bu durum kötü AD kontrolü ile ilişkilendirilmiştir (81).

Alerjik Rinit

Atopik dermatit seyri sırasında vakaların %45-75'inde alerjik rinit ortaya çıkar (82,83). Alerjik rinit erken başlangıçlı, persistan seyirli ve orta-ağır atopik egzemaya olan hastalarda daha sık görülmektedir (82,84). Alman doğum kohort çalışmasında hayatın erken döneminde (iki yaş altında) AD geçirenlerde 7 yaşında mevsimsel alerjik rinit gelişme riskinin yaklaşık olarak iki buçuk kat arttığı gösterilmiştir (85).

Atopik Yürüyüşte Besin Alerjisinin Rolü

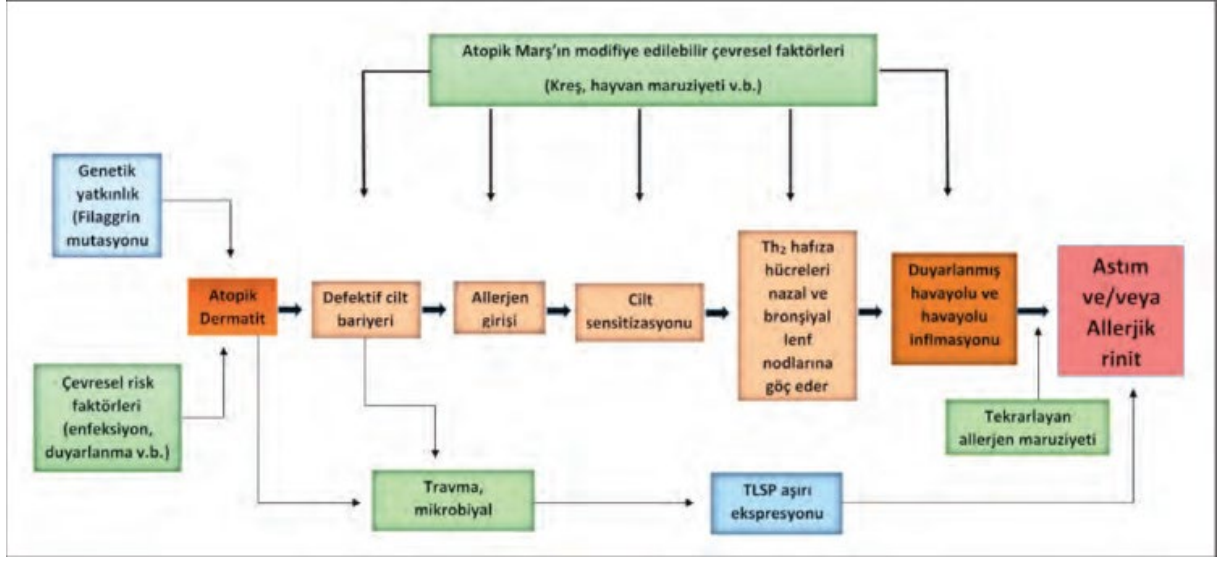
Son on yılda besin alerji prevalansı önemli ölçüde artmıştır (86,87). Özellikle, erken başlayan, ağır ve kronik seyirli AD tanılı hastaların %35'inde besin alerjisi mevcuttur ve bu durum AD için önemli bir tetikleyici faktördür (88). AD tanılı bireylerde besin duyarlılığı sıklığında artma olur (82,84). AD tanılı hastalarda besin duyarlılığının yaklaşık %95'ini yumurta, inek sütü, kuruyemişler oluştururken diğer çalışmalarda ülkeler arasındaki duyarlılık oranlarının farklılık göstermektedir (89,90). Besin duyarlılığı özellikle erken yaşta başlayan ve şiddetli seyir gösteren AD tanılı çocuklarda daha sık görülmektedir (84,89).

Atopik Yürüyüş ve Atopik Dermatitte Deri Bariyer Bozukluğu

Atopik dermatit tanılıların bir bölümünde hastalık uzun yıllar boyunca sürmektedir(91). AD seyrinin genetik ve çevresel faktörlerle ilişkili olduğu düşünülmekle birlikte zaman içinde düzelme veya diğer alerjik hastalıkların oluşum mekanizmaları kesin olarak anlaşılamamıştır (92).

Epidermal bariyerin bütünlüğü, cildin sağlam bir kimyasal ve fiziksel bariyer olarak işlevini yapabilmesi için önemlidir. FLG geni mutasyonları, epidermiste lipit yapısında değişikliklere sebep olarak yangıya ve transepidermal sıvı kaybı yol açabilir (92,93).

Zedelenmiş epidermal bariyer, çevresel alerjenlerin cilt yoluyla girişini kolaylaştırabilir ve alerjenlerin antijen sunan hücreler ya da efektör hücrelerle etkileşmesini artırabilir. Bu tablo, atopiye ve sistemik IgE duyarlanmasına katkıda bulunabilir. Bu mekanizma ayrıca AD ile artmış alerjik rinit ve/veya alerjik astım gelişme riski arasındaki bağlantıyı açıklayabilir (89,94). AD için alerjik astım ve alerjik rinite atopik yürüyüşün ilerleyiş mekanizmaları ve ilgili risk faktörleri Şekil 5'te gösterilmiştir (89).



Şekil 3. Atopik yürüyüşün mekanizmaları ve bu süreçte etkili olan faktörler (70).

Atopik Yürüyüşte Filaggrin Mutasyonlarının Rolü

FLG gen mutasyonu bulunan bireylerde %60 oranında AD geliştiği bildirilmiştir (95). AD tanımlı hastaların %15-46'sında FLG gen mutasyonu tespit edilmiştir (96). FLG geninde olan mutasyonlar hastalığın kronik ve sürekli bir şekilde ilerlemesine ve IgE aracılı duyarlılığın artmasına katkıda bulunur (97). AD tanımlı çocuklarda FLG gen mutasyonu varlığı cilt bariyerinde bozulmalara ve koruyucu mekanizmalarının zayıflamasına sebep olarak patojen ve alerjenlerin cilde kolayca geçmesine neden olur ve böylece Th2 aracılı kronik enflamasyona yol açar. FLG mutasyonlarıyla besin ve inhaler alerjenlerine karşı IgE aracılı duyarlılık, astım ve allerjik rinit gelişimi arasında güçlü bir bağlantı vardır (98,99). FLG gen mutasyonlarının yalnızca atopik dermatit tanımlı bireylerde allerjik duyarlılık, astım ve allerjik rinit gelişmesine yatkınlık oluşturmaması, FLG'nin atopik dermatit ve atopik yürüyüş patogenezindeki etkisini güçlü bir şekilde göstermektedir (99). Atopik yürüyüş olarak adlandırılan bu süreç için temel risk faktörleri Tablo 12'de özetlenmiştir (70).

Tablo 12. Atopik yürüyüş için risk faktörleri

Ebeveynlerde astım ve alerjik rinit hikayesi
Erken atopik egzema ve hışıltı birlikteliği
Ağır atopik egzema
Erken başlangıç
Atopik egzemanın kontrolünün kötü olması
Filagrin gen mutasyonu

2.1.9. Atopik Dermatitte Korunma Yöntemleri

Ebeveynlerde atopik hastalık bulunması atopik egzema gelişimindeki en önemli risk faktörüdür. Bununla beraber, gelişmiş ülkelerde son yıllarda AD sıklığının belirgin bir şekilde artması, genetik yatkınlığın yanı sıra çevresel faktörlerin de hastalığın gelişimine katkıda bulunduğunu göstermektedir (100).

2.1.9.1. Birincil(Primer) Korunma

Atopik dermatitte birincil korunmaya yönelik çoğu önlem hala tartışmalıdır. 1980'lerde ortaya atılan hijyen hipotezinde, hayvan epitelleriyle az temas, hijyen koşullarının iyi olması, aşılama gibi faktörlerin çevresel mikroorganizmalarla karşılaşmayı azalttığı ve sonuç olarak atopik dermatit sıklığında artışa sebep olduğu düşünülmüyordu (70). Günümüzde bu bağlantının bu kadar etkili olmadığı düşünülse de, dış ortamdaki antijenlere tolerans gelişimine katkı sağlayan ve bağırsak florasındaki değişikliklerden etkilenen gastrointestinal ve immün sistemin belirgin bir rol oynadığı düşünülmektedir (101,102). Antimikrobiyal tedavi bağırsak florasını bozarak atopik dermatit gelişimi için katkıda bulunurken, probiyotik kullanımının ise koruyucu olduğu tahmin edilmektedir (103). Bebeklerin beslenmesinde ilk 4-6 ay boyunca anne sütü tercih edilmelidir. 4-6 ay arasında katı yiyeceklerde denenmelidir. Birincil korumada üzerinde durulan konular arasında enfeksiyonlar, aşılama, antibiyotikler, probiyotikler, beslenme, şehir yaşamı, ortam nemi ve küf mantarları yer almaktadır (104,105,106).

2.1.9.2. İkincil (Sekonder) Korunma

İkincil korunmanın temel yaklaşımı, cilt bariyerinin sağlamlığını korumaktır. Özellikle nemlendirme ve cilt tahriş edici maddelerden kaçınma önem taşır. Bu nedenle, hastalara ve ailelerine hangi maddelerden kaçınmaları gerektiği ve alevlenmeleri azaltmak için yaşamlarında hangi değişiklikleri yapmaları gerektiği konusunda eğitim verilmelidir. (70,107). İkincil korumada üzerinde durulan konular arasında deri bariyer bütünlüğünün korunması, bakteriyel süperenfeksiyon, besin alerjenlerinin önemi, inhalen alerjenlerin rolü, kaşıntı kontrolü, stresin kontrolü yer almaktadır (46,108,109).

2.1.9.3. Üçüncül (Tersiyer) Korunma

Atopik dermatitin neden olduğu komplikasyonların ve bu komplikasyonların yaşam kalitesi üzerindeki olumsuz etkilerini azaltmayı hedeflenmektedir.

2.2. Sağlık Okuryazarlığı

Sağlık okuryazarlığı kavramı, sağlığın geliştirilmesi bağlamında 1980'lerin sonlarına doğru tanımlanmıştır (110,111,112). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından sağlık okuryazarlığı; bireylerin sağlıklı bir yaşam sürdürme ve sağlığını geliştirme amacıyla sağlıkla ilgili bilgiyi anlama, elde etme, ve kullanma yeteneği olarak ifade edilmiştir (113,114,115,116).

Ön plana çıkan koruyucu sağlık hizmetlerinin yetersiz oluşu, sağlık hizmeti alanların çoğunun düşük sağlık okuryazarlık düzeyine sahip olması, hasta odaklı sağlık hizmetlerine olan talebin artması, sağlıkla ilgili teknik bilgilerin fazla olması, sağlık harcamalarındaki artış ve sağlık bilgisinin toplumla yeterince paylaşılamaması sağlık okuryazarlığının önemini artırmıştır (117,118).

Dünya genelinde 776 milyon erişkin temel sağlık okuryazarı olmadığı ve Amerika'da yaşayan yetişkinlerin %50'sinin de temel sağlık okuryazarlığı olmadığı bildirilmiştir (119). Hollanda, İrlanda, Yunanistan, Polonya, Avusturya, İspanya, Almanya ve Bulgaristan'ın içinde olduğu sekiz Avrupa ülkesini kapsayan Avrupa sağlık okuryazarlığı araştırmasında ülkelerin yeterli ve mükemmel sağlık okuryazarlığı oranı %37-72, yetersiz sağlık okuryazarlık oranı %2-27, sınırlı sağlık

okuryazarlığı (problemlili ve yetersiz) oranı %29-62 arasında olduğu bildirilmiştir (120). Avrupa Birliği'nin Sağlık Okuryazarlığı Projesinde yeterli sağlık okuryazarlığı oranı, İtalya'da %39,2, Almanya'da %23,8, Türkiye ve Bulgaristan'da %23,5, olarak belirlenmiştir (121).

Amerika Birleşik Devletleri'nde "2003 Ulusal Erişkin Okuryazarlığını Değerlendirme" çalışmasında, erişkinlerin yalnızca %12'sinin yeterli sağlık okuryazarlığına sahip olduğu belirlenmiştir (118). Yapılan bir araştırmada 2003-2006 yılları arasında Amerika Birleşik Devletleri'nde sağlık harcamaları yüz altı milyar dolardan iki yüz otuz altı milyar dolara yükseldiği ve sağlık harcamalarını azaltmak amacıyla toplumun sağlık okuryazarlığını artırmanın alınması gerekli tedbirlerden biri olduğu ifade edilmiştir (122).

Türkiye'nin yirmi üç ilinde gerçekleştirilen sağlık okuryazarlığı çalışmasında, toplumun yalnızca üçte birinin yeterli ve iyi seviyede sağlık okuryazarlığına sahip olduğu bildirilmiştir (123). Özdemir ve arkadaşları tarafından yapılmış bir başka çalışmada ise katılımcılardan %58,7'sin yeterli sağlık okuryazarlığına sahip olduğu raporlanmıştır(115).

Sağlık okuryazarlığı, sağlığın korunmasında ve sürdürülmesinde bir kültür oluşturmak ve özgüven gibi bireysel gelişim alanları ile sosyal becerileri arttırmak yönünden destekleyici bir araç olarak kabul edilir (124). Kişilerin yaşam tarzını ve yaşam koşullarını değiştirerek hem kişi hem de toplum sağlığını iyileştirecek davranışlara yönlendiren bilgi, kişisel beceri ve özgüven düzeyini kazanmasına imkan tanır (117,125).

Sağlık hizmetlerinin daha verimli kullanılmasını, sağlık hizmetlerinde kalite standartlarının oluşturulmasını, kişinin kendi sağlığı ve toplum sağlığı üzerinde etkili olmasını güçlendirir (110,112,126).

Bireylerin okuma, dinleme, değerlendirme, karar verme ve karar süreçlerine katılma yeteneklerini ve bu yeteneklerin hayata geçirilmesini içerir. Kaynakların doğru şekilde kullanılmasını, sağlıklı hayat süresi ve kalitesinin artmasını, sağlık hizmetlerinde kalite standartlarının oluşturulmasını, sağlık eşitsizliklerinin azaltılmasını sağlar (124,126). Sağlık profesyonellerinin, doğru iletişimi, mesleki

tatmini ve klinik becerilerinin kazanılmasını ve bu becerilerin uygulanmasını; sağlık hizmetini alanlar içinse karar mekanizmasına katılmayı, anlaşılır olmayı, ve kaliteli sağlık hizmetinden yararlanmayı sağlar (124).

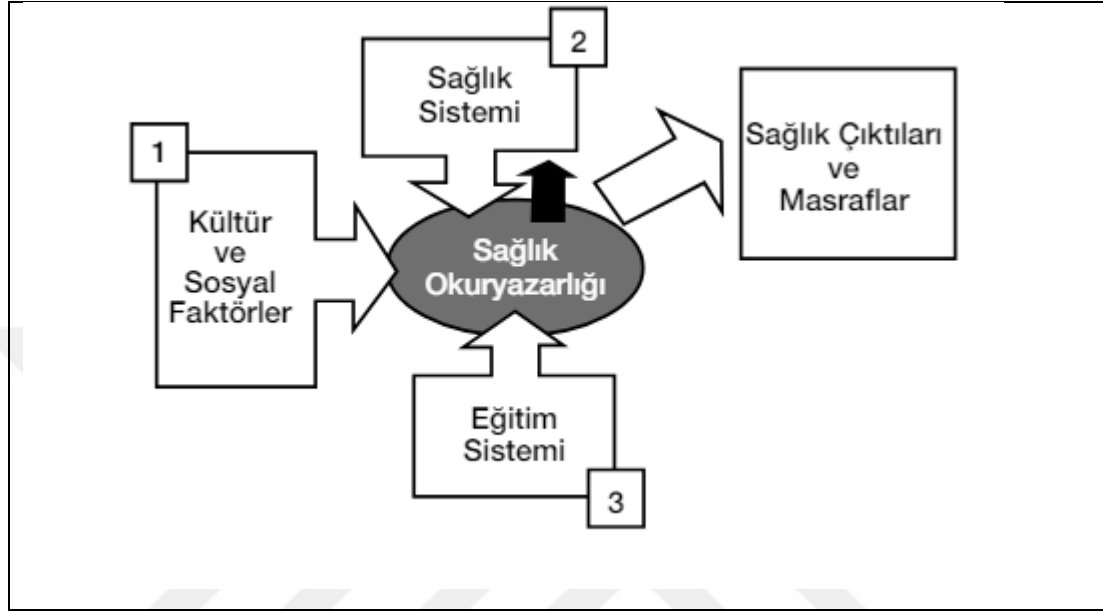
Sağlık okuryazarlığının yetersiz olması; sağlık hakkında bilgi ve mesajları anlamada zorluklara, bireyler tarafından sağlık hizmetlerine erişim sorunlarına, koruyucu sağlık hizmetlerinin daha az kullanılmasına, talimat ve prosedürlerin yapılmasında zorluklara, ilaçların doğru kullanılmasında sorunlara, acil servise başvuruların artmasına, kişilerin hastalanma oranının artmasına, kronik hastalık insidansı ve hastane yatışlarında artışlara, özellikle yaşlıların daha kötü sağlık düzeylerine ve yüksek mortalitelerine ve buna paralel şekilde sağlık hizmetlerinde maliyetlerin artmasına yol açmaktadır (111,113,117,126).

Sağlık okuryazarlığın yetersiz olduğu bireyler; sınırlı sağlık bilgisi olan, hastalanma riskleri yüksek, tedavi yöntemlerini anlama düzeyleri düşük, hastane yatış sıklıkları yüksek kişilerdir (126). Bir ilaç kutusunun üzerindeki etiketi okumakta, ilaçların alınma çizelgesini yorumlamakta, randevu kartlarını, eğitim broşürlerini veya bilgilendirilmiş hasta onamalarını anlamakta güçlük çekerler. Sağlık okuryazarlığının düşük olduğu hastalar yalnızca okuma zorlukları yaşamaz, bununla birlikte sözlü iletişim kurmada ve riskleri kavramsallaştırmada da sorun yaşayabilirler (127). Sağlık okuryazarlığının yeterli olduğu bireyler sağlık bilgileri yeterli olup, sağlık hizmetlerinden etkili biçimde yararlanarak yaşam kalitelerinin ve sağlık hizmeti kalitelerinin artmasına ve sağlık hizmetlerinin maliyetinin azalmasına katkı sağlarlar (117,118).

Düşük sağlık okuryazarlığı düzeylerinin genellikle yaşlılar, düşük eğitim düzeyine sahip bireyler, yoksullar, sağlık sorunları sebebiyle aktiviteleri kısıtlananlar, sağlık durumunu kötü olarak algılayanlar, azınlıklar, mülteciler, göçmenler ve anadili bulunduğu ülkede konuşulandan farklı olanlar arasında görüldüğü belirlenmiştir (113,118,121).

Yaş, eğitim seviyesi, meslek, gelir düzeyi, meslek, alınan bilgileri kullanabilme kabiliyeti, algılama yetenekleri, kendini ifade etme becerisi, öğrenme güçlüğü, araştırma kabiliyeti, merak, bilgi ve ilgi gibi etkenler sağlık okuryazarlığı düzeyini

etkilemektedir (128). Sağlık okuryazarlığı, bireysel ve toplumsal etkenlerin yanı sıra kavramsal ve kültürel bilgi, konuşma, okuma, dinleme, yazma ve sayısal becerilerden de etkilenmektedir (126). Sağlık okuryazarlığını etkileyen faktörler ve sonuçları Şekil 6'da gösterilmiştir (117,126).



Şekil 4. Sağlık Okuryazarlığını Etkileyen Faktörler ve Sonuçları (113).

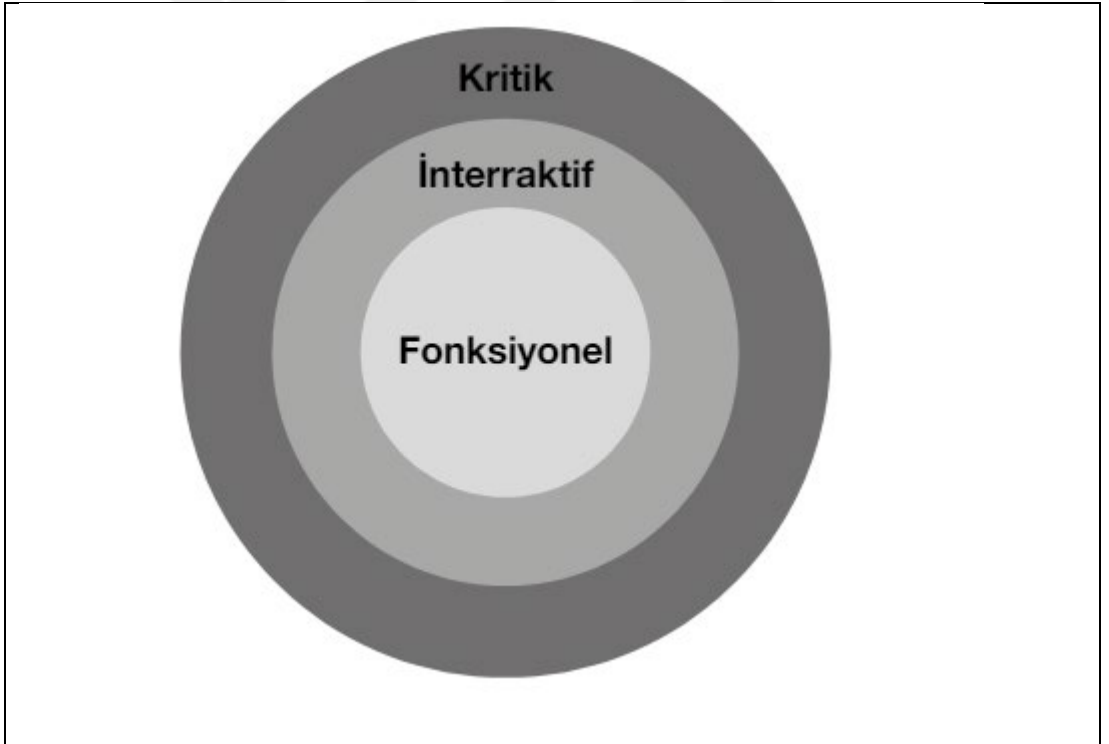
Kültürel yapı, sağlık konusundaki mesaj ve bilgilere önem vermesi halinde hastalık ve sağlık tanımlarını, tercihlerini, kültürel ve dil engellerini, bakım süreçlerindeki engelleri ve yerleşik algıları şekillendirebilmektedir. İnsanların sağlık bilgilerini nasıl kazandığı ve kullandığı, sağlık okuryazarlığına etkili potansiyel etkenleri anlamak için önemlidir. Sağlıkla alakalı bilgiler pek çok kaynaktan (ilaç endüstrisi, hükümet vb.) üretilmekte ve medya aracılığıyla yayılmaktadır. Önemli kaynaklardan biri de internettir. Ana dil, sosyoekonomik durum ve eğitim seviyesi kişilerin sağlık bilgilerini nerede aradıklarını, ne tür bilgileri seçtiklerini ve bu bilgileri nasıl yorumladıklarını etkiler. Yetişkin sağlık okuryazarlığının temelleri çocuklukta verilen sağlık eğitimiyle oluşturabilir (113).

Çok yetenekli bireyler için dahi sağlık sisteminin karmaşıklığı nedeniyle sağlıkla ilgili bilgi ve mesajları anlamak zor olabilir. Reçeteler, bilgilendirilmiş onamlar, sosyal hizmet formları, işaretler, tıbbi talimatlar, sağlık bilgileri ve sağlık

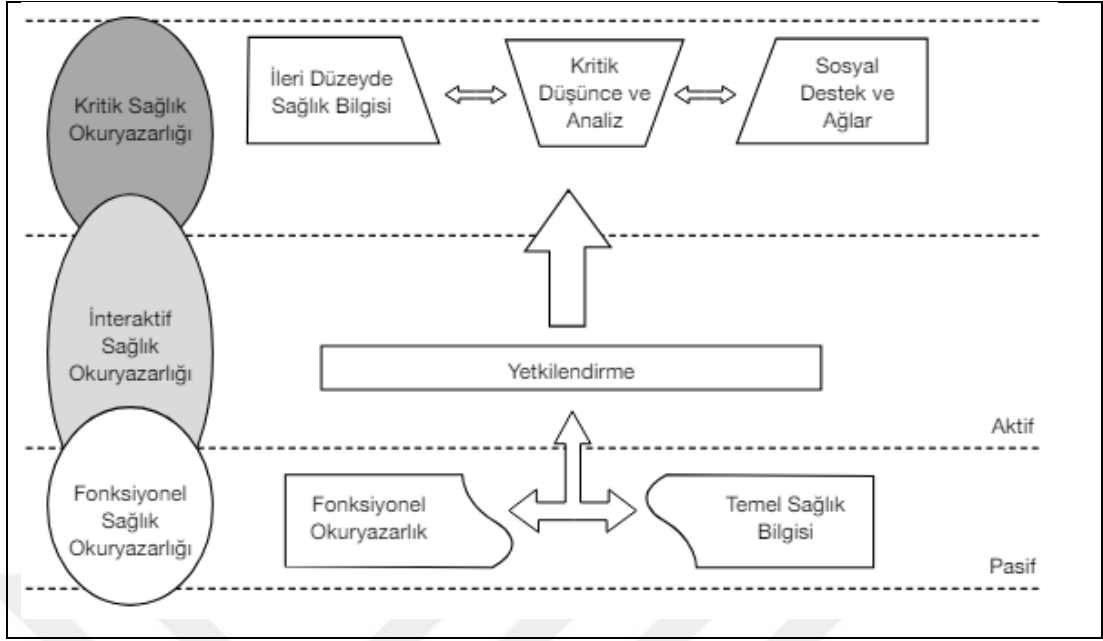
eğitimi materyalleri gibi teknik dil ve resmi belgeler bireylerin sağlık hizmetlerini kullanmasını gereksiz olarak zorlaştırmaktadır. Ayrıca kültürel farklılıklar kişilerin hastalık nleme, sağlık ve sağlık hizmetleri algılarını etkileyebilir. Sağlık hizmetini alan ve sunan bireyler sağlık, tedavi, hastalık, risk ve yararları karşılıklı olarak anlamaları; sağlık hizmeti verenlerin ve alanların davranışlarını, yasal düzenlemeleri ve sağlık sistemini etkiler (113).

2.2.1. Sağlık Okuryazarlığı Basamakları

Sağlık okuryazarlığı, sağlık hizmetini alan ve sunanlar arasında bilgi alışverişi yaparken, bilgilerin kolayca aktarımında ortak bir yol sunar. Sağlık okuryazarlığı bir sonrakinin bir önceki basamağı da kapsadığı  basamağa ayrılmaktadır (şekil 7 ve 8) (113,126) .



şekil 5. Sağlık Okuryazarlığı Basamakları (113).



Şekil 6. Sağlık okuryazarlığı basamakları ve birey (113).

2.2.1.1. Temel/Fonksiyonel Sağlık Okuryazarlığı: Kişinin günlük hayatı için ihtiyacı olan temel yazma ve okuma becerilerini kapsar. Bu seviyede sağlık okuryazarlığı, sağlık hizmetlerinin nasıl kullanılacağını ve sağlık risklerinin ne olduğunu anlamak için geleneksel sağlık eğitimine bağlı oluşur. Genellikle kişisel olarak fayda sağlar ve bu aşamada kişi pasiftir (110,116). Bu seviyede kişinin karşılaşacağı zorluk, kendi durumunu yönetebilmesine yardımcı olacak sağlık hizmetlerini nasıl kullanabileceğini ve kendi durumu ile ilgili esas bilgi kaynaklarına nasıl ulaşım sağlayacağını anlamaktır (113).

2.2.1.2. İletişimsel/İnteraktif Sağlık Okuryazarlığı: Gelişmiş sosyal becerileri, kognitif ve okuryazarlığı içermektedir. Bu seviyede bireyler sağlık aktivitelerine katılır, değişen koşullarda sahip oldukları sağlık bilgisini kullanabilir ve sağlık mesajlarını anlarlar. Birey bu aşamada aktiftir ve toplumsal faydadan ziyade kişisel fayda ön plana çıkar (110,113,116).

2.2.1.3. Eleştirel/Kritik Sağlık Okuryazarlığı: İleri seviyede sosyal beceriler ve bilişsel kazanımlar sahibi olmayı ve eleştirel düşünme yeteneklerini içerir. Bu becerilerle birey sağlık bilgilerini eleştirel olarak değerlendirebilir, sağlığın sosyal ve ekonomik belirleyicilerine göre hareket edebilir, toplumsal ve kişisel kapasiteyi

geliştirebilir, sağlığın ekonomik ve politik boyutlarını anlayabilir ve yorumlayabilir. Birey bu aşamada proaktiftir ve burada bireysel ve toplumsal gelişim hedeflenir. Bu tür sağlık okuryazarlığında toplum faydası hedeflenmektedir (110,113,116).

2.2.2. Sağlık Okuryazarlığının Ölçümü ve Ölçüm Yöntemleri

Sağlık okuryazarlığı bireyin kapasitesi şeklinde değerlendirilirken, kişinin okuma yeterliliği ve kelime dağarcığına yönelik ölçümler uygundur. Ancak kişisel iletişim kapasitesi, sağlık sistemi ve toplum-kışı arasındaki ilişki dikkate alındığında, kişisel olarak ölçümler yetersiz kalmaktadır. Bilginin de ölçülmesine ihtiyaç vardır. Sağlık okuryazarlığı, bireysel özelliklere ve çevresine (sağlık hizmet ortamı ve toplumsal sağlık mesajları vb.) bağlı belirlendiği için direkt ölçmek yerine kavramsallaştırmak daha doğru olacaktır (112,116,129).

Kişilerin okuma akıcılıkları, sözcük dağarcıkları ve sağlık bilgilerinin ölçülmesi, aynı zamanda bu kişilerin sağlık hizmeti aldıklarında karşılaştıkları muhtemel sağlık çalışanlarının konuşmalarının karmaşıklığı ve yazılı materyallerinin zorluğu da aynı zamanda değerlendirilmesi teorik olarak mümkündür. Ancak sağlık okuryazarlığının bu tür kapsamlı ve doğrudan ölçümü pratik olmaktan uzaktır (129).

Sağlık okuryazarlığının ölçümünü amacıyla dünyada birçok ölçek kullanılmaktadır. Bu çalışmada ailelerin okuryazarlık durumunu değerlendirmek amacıyla daha önce uluslararası etkinliği ve güvenilirliği kanıtlanmış ve Yılmaz ve arkadaşları tarafından Türkçeye uyarlanarak ulusal çalışmalarda da etkinliği ve güvenilirliği gösterilmiş olan “Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-Kısa Form” ve “Dijital Sağlıklı Diyet Okuryazarlığı Ölçeği” ayrı ayrı kullanılmıştır (130).

2.2.2.1. Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-Kısa Form

Orijinal ismi “Short-Form Health Literacy Instrument” olan ölçeğini, Tuyen V. Duong ve arkadaşları 2019 yılında geliştirmiştir. Ölçeğin değerlendirilmesi için (İndeks = (Ortalama-1) x 50/3) formülü kullanılır. Ortalama, ölçek toplam puanı ölçek madde sayısına bölünerek hesaplanır. Hesaplanan indeks değeri 0-50 arasındadır ve yüksek puan, daha iyi sağlık okuryazarlığı olduğunu gösterir (131). Ölçek, 1 (çok zor)

ile 4 (çok kolay) arasında değişen 4'lü Likert tipi cevap seçeneklerini içermekte ve 12 maddeden oluşmaktadır (şekil 9).

Aşağıda belirtilen durumların sizin için ne ölçüde zor veya kolay olduğunu işaretleyiniz.	Çok zor	Oldukça zor	Oldukça kolay	Çok kolay
1. Sizi ilgilendiren hastalıkların tedavisine yönelik bilgiye ulaşabilmek.				
2. İlaçların prospektüslerini (ilaç bilgi kâğıdı) anlayabilmek.				
3. Hastalıklarınızla ilgili farklı tedavi seçeneklerinin avantaj ve dezavantajlarını değerlendirebilmek.				
4. Acil bir durumda ambulans çağırmak.				
5. Stres veya depresyon gibi ruhsal sağlık sorunlarının nasıl yönetileceğine dair bilgiye ulaşabilmek.				
6. Sağlık taramasına neden ihtiyaç duyduğunuzu anlamak (meme muayenesi, kan şekeri testi, tansiyon gibi).				
7. Hangi aşılarla ihtiyacınız olabileceğine karar vermek.				
8. Arkadaşlarınızın ve ailenizin tavsiyeleri doğrultusunda hastalıklardan nasıl korunacağınıza karar verebilmek.				
9. Ruh sağlığınıza iyi gelen aktiviteler (meditasyon, egzersiz, yürüyüş, pilates vb.) hakkında bilgi edinebilmek.				
10. Medyada yer alan (internet, gazete, dergiler gibi) nasıl daha sağlıklı olunacağına dair bilgileri anlamak.				
11. Hangi günlük davranışların (içme ve yeme alışkanlıkları, egzersiz vb.) sağlığınıza ilişkili olduğuna karar verebilmek.				
12. Bir spor kulübüne veya bir egzersiz etkinliğine katılmak.				

Şekil 7. Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği- Kısa Form (130).

2.2.2.2.Dijital Sağlıklı Diyet Okuryazarlığı Ölçeği

Covid-19 pandemisinde, bağışıklığı güçlendirmek için sağlıklı beslenme alışkanlıklarının önemi daha da vurgulanmıştır. Bireylerin sağlıklı beslenme alışkanlıklarını kazanmalarında doğru bilgiye erişim yetenekleri kritik öneme sahiptir. Bu bağlamda, beslenmeye odaklanan dört soruluk "Digital Healthy Diet Literacy" adlı ölçek, Tuyen V. Duong ve ekibi tarafından 2020 yılında geliştirilmiştir. Ölçeğin değerlendirilmesinde (İndeks = (Ortalama-1) x 50/3) formülü kullanılmaktadır. Hesaplanan indeks değeri 0-50 arasındadır, yüksek puan sağlıklı diyet okuryazarlığını daha iyi göstermektedir (132). Ölçek, 1 (çok zor) ile 4 (çok kolay) arasında değişen 4'lü Likert tipi cevap seçeneklerini içermekte ve toplamda 4 madde bulunmaktadır (şekil 10).

Dijital Sağlıklı Diyet Okuryazarlığı Ölçeği					
	Aşağıda belirtilen durumların sizin için ne ölçüde zor veya kolay olduğunu işaretleyiniz.	Çok zor	Oldukça zor	Oldukça kolay	Çok kolay
1.	İnternette güvenilir ve doğru sağlıklı diyet bilgileri bulmak.				
2.	İnternette yer alan sağlıklı diyet bilgilerini ve diyet önerilerini anlamak.				
3.	İnternette yer alan sağlıklı beslenme bilgilerinin sizin için uygun olup olmadığına karar vermek.				
4.	Günlük yaşantınızda daha sağlıklı beslenebilmek için internet üzerinden sağlıklı diyet bilgilerine başvurmak.				

Şekil 8. Dijital Sağlıklı Diyet Okuryazarlığı Ölçeği (132).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Çalışma Grubu ve Verilerin Toplanması

Çalışmaya, Diyarbakır ilinde 01.01.2023– 01.05.2023 tarihler arasında Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Alerji Polikliniğinde öykü, fizik muayene ve laboratuvar tetkikleriyle atopik (alerjik) egzama tanısı alan 1 ay-18 yaşlarındaki 100 hastanın ebeveyni (anne) davet edildi. Kesitsel, anket-tipi bir çalışma yapıldı.

3.2. Çalışmaya dahil edilme kriterleri

Anketi dolduran kişi okuryazardı ve anketi doldurmasına engel herhangi bir fiziksel ve bedensel bir engel olmayan anneler dahil edildi.

3.3. Çalışmadan dışlanma kriterleri

Türkçe konuşamayan ve okuyamayan, görme sorunu olan, kognitif bozukluğu olan katılımcılar çalışmanın en sağlıklı ve objektif şekilde yürütülebilmesi için çalışma dışında tutuldu.

3.4. Çalışma grubunun izlem ve değerlendirilmesi

Araştırmaya katılan hastaların demografik özellikleri, tanı yaşları, takip süreleri yaşı, alerjik hastalık öyküsü değerlendirildi. Ayrıca ebeveynlerin sosyodemografik özellikleri, atopik egzema hastalık öyküsü, atopik egzama bilgi düzeyleri ve bilgi kaynakları, günlük atopik egzama pratik yaklaşımları, atopik dermatitle bilgi düzeyi, atopik dermatit cilt bakımı değerlendirildi.

3.5. Değerlendirmede Kullanılan Formlar

Ailelerin okuryazarlık değerlendirmesi için daha önce uluslararası etkinliği ve güvenilirliği kanıtlanmış, Yılmaz ve arkadaşları tarafından Türkçeye de uyarlanarak etkinliği ve güvenilirliği ulusal çalışmalarda da gösterilmiş (130) ‘Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-Kısa Form’ ve ‘Dijital Sağlıklı Diyet Okuryazarlığı Ölçeği’ ayrı ayrı kullanıldı ve her iki grupta toplam puan karşılaştırıldı.

Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-Kısa Form: Orjinal ismi “Short-Form Health Literacy Instrument” olan ölçeğin Tuyen V. Duong ve ark. (131) tarafından 2019’da geliştirilmiştir. Ölçek değerlendirilirken formül ($\text{İndeks} = (\text{Ortalama}-1) \times 50/3$) olarak kullanılır. Ortalama; ölçek toplam puanını, ölçek madde sayısına bölünerek hesaplanmaktadır. Hesaplanan indeks değerinin 0-50 arasında değişmektedir, puanın yüksek olması sağlık okuryazarlığının daha iyi olduğunu göstermektedir. Ölçek 1 (çok zor) ile 4 (çok kolay) arasında değişen 4’lü Likert tipi cevap seçeneklerini içerir ve 12 maddeden oluşur.

Dijital Sağlıklı Diyet Okuryazarlığı Ölçeği: Covid-19 pandemisinde bağışıklığın artırılmasında sağlıklı beslenme davranışlarının önemli olduğu anlaşılmıştır. Bireylerin sağlıklı beslenme davranışları kazanabilmeleri için doğru bilgilere ulaşabilme becerileri önem arzeder. Bu düşünceye paralel sağlık okuryazarlığı ölçeği genişletilerek beslenmeye yönelik dört sorudan oluşan orijinal ismi “Digital Healthy Diet Literacy” olan ölçek Tuyen V. Duong ve ark.(132) tarafından 2020’de geliştirilmiştir. Ölçeğin değerlendirilirken kullanılan formül ($\text{İndeks} = (\text{Ortalama}-1) \times 50/3$) şeklindedir. Hesaplanan indeks değeri 0-50 arasında değişir, puan yüksek olması sağlıklı diyet okuryazarlığının daha iyi olduğunu göstermektedir. Ölçek 1 (çok zor) ile 4 (çok kolay) arasında değişen 4’lü Likert tipi cevap seçeneklerini içerir ve 4 maddeden oluşur.

Anket soruları üç bölümden oluşturuldu. A bölümünde hastanın sosyodemografik özellikleri sorgulandı. B bölümünde katılımcılara genel sorular soruldu. C bölümü ise ailelerdeki atopik egzama ile ilgili genel bilgilerini değerlendiren sorular soruldu. D bölümünde ise ebeveynlerin atopik egzama nemlendiricilerle cilt bakımı bilgisine dair değerlendirme soruları soruldu. Son bölümde ise katılımcıların sağlık okuryazarlık düzeyini ölçen iki ölçek uygulandı.

Anketin puanlarını belirlemek için Kouotou ve ark.(133) tarafından yapılan ‘Bilgi-Tutum-Davranış’ çalışması kullanıldı. Her bölümünde atopik dermatit bilgisiyle ilgili sorulara doğru yanıt için 1 puan, sonuç yüzde olarak ifade edildi. Yetersiz (puan<%50), kısmen yeterli (puan $\geq$ %50 ve < 85), yeterli (puan $\geq$ %85) olarak değerlendirildi.

3.6. İstatistik Yöntemi

Verilerin istatistiksel analizi SPSS 24. (SPSS Inc., Chicago, Illinois) programı ile yapıldı. Değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu görsel (histogram ve olasılık grafikleri) ve analitik yöntemler (Kolmogorov-Smirnov/Shapiro-Wilk testleri) kullanılarak incelendi. Tanımlayıcı istatistikler sayısal normal dağılmayan değişkenler (non-parametrik) için ortanca, normal dağılan sayısal değişkenler için ortalama (parametrik) kullanılarak verildi. En az biri normal dağılmayan ya da ordinal olan değişkenler arası ilişkiler için korelasyon katsayıları ve istatistiksel anlamlılıklar yerine göre Spearman testi veya Pearson korelasyon testiyle hesaplandı. Parametreler arasında sayısal değişkenler karşılaştırılırken parametrik veriler için t testi, non-parametrik veriler için Man-Whitney U Testi kullanıldı. Kategorik değişkenler karşılaştırılırken Ki-Kare testi kullanıldı. İstatistiksel önemlilik düzeyi (çift yönlü) $\alpha < 0.05$ olarak alındı.

İstatistiksel güç analizi G-Power programı kullanılarak yapıldı. Bu çalışmada etki büyüklüğü 0,50 (Cohen kriterleri kullanılarak), alfa=0,05 ve güç 0,7 alınarak gerekli olan minimum hasta sayısı toplam 100 olarak belirlendi. 10 anne etik onam vermeyi reddettikleri için çalışma dışı bırakıldı.

3.7. Etik Kurul Onayı

Bu uzmanlık tezi çalışması Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından 12.12.2022 tarih ve 1 nolu karar ile onaylandı.

4. BULGULAR

Çalışmaya 100 hasta ve ebeveyni dahil edildi. Hastaların demografik özellikleri tablo 13’de verilmiştir.

Tablo 13. Hastaların demografik özellikleri (n=100)

Parametre		
Kız(%) / Erkek (%)		64 / 36
Yaş (ay), median (min-maks)		9 (2-192)
Atopik dermatit tanı yaşı (ay) medyan (min-maks)		3 (1-156)
Atopik dermatit takip süresi (ay) (min-maks)		1 (1-84)
Eşlik eden diğer alerjik hastalıklar, %	Astım	8
	Anafilaksi	0
	Alerjik nezle	12
	Besin alerjisi	33
	Diğer	1

Hastaların medyan yaşı 9 ay, yarısından fazlasını (%64) kız hastalar oluşturmaktaydı. Ayrıca atopik dermatit tanı yaşı medyan 3 ay, takip süresi medyan 1 aydı. Hastaların egzamasına en sık eşlik eden komorbid alerjik hastalık besin alerjisi idi.

Tablo 14’de katılımcıların sosyodemografik özellikleri değerlendirilmiştir.

Tablo 14. Ebeveynlerin sosyodemografik özellikleri

Baba yaşı (yıl), medyan (min-maks)	33 (30-36,7)	
Anne yaşı (yıl), medyan (min-maks)	30 (27-32)	
Anne eğitim düzeyi	Sadece okur yazar	5
	İlkokul	14
	Ortaokul	15
	Lise	16
	Üniversite	50
Baba eğitim düzeyi	Sadece okur yazar	1
	İlkokul	6
	Ortaokul	19
	Lise	24
	Üniversite	50
Anne çalışıyor mu	Evet	24
	Hayır	76
Aylık kazanç	Gelir gidere eşit ve/veya fazla	70
	Gelir giderden düşük	30
Yaşadığı yer	Köy	9
	İlçe	19
	Şehir	72

Annelerin medyan yaşı 30, çoğu üniversite (%50) mezunu ve çalışmamaktaydı (%76). Aileler çoğu kez gelirleri giderlerine eşit ve/veya daha fazla, çoğu şehirde (%72) yaşamakta idi.

Tablo 15’te ebeveynlerin çocuklarındaki atopik egzamayla ilgili bilgi edindikleri kaynaklarla ilgili veriler gösterilmiştir. Atopik egzama ile ilgili kullanılan en sık bilgi kaynağının doktorlar olduğu saptandı (%76).

Tablo 15. Annelerin atopik egzama bilgi düzeyleri ve bilgi kaynakları

Atopik dermatit için sıklıkla kullanılan bilgi kaynakları,%	Doktor	76
	Medya	14
	Google, Yandex vb. internet tarayıcıları	42
	Sosyal medya	3
	Makale	4

Tablo 16. Annelerin günlük atopik egzama pratik yaklaşımları

Günlük düzenli nemlendirici,%	Evet	88
	Hayır	12
Günlük düzenli antihistaminik, %	Evet	4
	Hayır	96
Düzenli banyo yağı, %	Evet	86
	Hayır	14
Düzenli anti-alerjik şampuan, %	Evet	70
	Hayır	30

Tablo 16’te annelerin atopik egzamayla ilgili günlük pratik yaklaşımları değerlendirilmiştir. Annelerin çoğu günlük düzenli nemlendirici (%88), düzenli banyo yağı (%86) ve anti-alerjik şampuan (%70) kullandığı saptandı. Aileler çok büyük oranda (%96) günlük düzenli antihistaminik kullanmamakta idi.

Tablo 17. Annelerin atopik dermatitle bilgi düzeyini ölçen sorulara verdikleri cevaplar

n=100	Yetersiz	Kısmen Yeterli	Yeterli
	n (%)	n (%)	n (%)
	41 (41)	51 (51)	8 (8)

Tablo 17’de katılımcıların atopik dermatit bilgi düzeyini ölçen sorulara verilen doğru cevaplar değerlendirildiğinde çoğunun kısmen yeterli (%51) olduğu saptandı.

Tablo 18. Atopik dermatit cilt bakımı ile ilgili sorular

n=100	Yetersiz	Kısmen Yeterli	Yeterli
	n (%)	n (%)	n (%)
	1 (1)	53 (53)	46 (46)

Tablo 18’de katılımcıların atopik dermatit cilt bakımıyla ilgili sorulara verilen doğru cevaplar değerlendirildiğinde çoğunun kısmen yeterli (%53) olduğu saptandı.

Tablo 19. Katılımcıların Sağlık Okur Yazarlığı Ölçeği Puanı, Atopik Dermatit Bilgi Düzeyi, Nemlendirici Doğru Kullanımı Bilgi Düzeyi Puanlarının Değerlendirilmesi

Parametre	Değerlendirme
Sağlık okuryazarlığı ölçeği (SAÖ) puanı, median (min-mak)	33,3 (12,5-50)
Atopik dermatit bilgi düzeyi puanı	7 (3-10)
Atopik egzama nemlendirici doğru kullanım puanı	4 (1-7)

Tablo 19’da katılımcıların ‘Sağlık Okur Yazarlığı Ölçeği Puanı’, ‘Atopik Dermatit Bilgi Düzeyi’, ‘Nemlendirici Doğru Kullanımı Bilgi Düzeyi Puanları’ değerlendirilmiştir. SAÖ puanı medyan 33,3; atopik dermatit bilgi düzeyi puanı medyan yedi, atopik egzama nemlendirici doğru kullanım puanı medyan dört saptanmıştır.

Tablo 20. Sağlık okuryazarlığı ile anne ve egzamalı bebeklerin sosyodemografik özellikleri arasındaki ilişki

Parametre				
Hastaların tanı yaşı		P	R	
		0,79	0,03	
Hastaların takip süresi		P	R	
		0,88	0,02	
Anne eğitim düzeyi		P	R	
		0,036	0,21	
Anne yaşı		P	R	
		0,009	-0,26	
Anne çalışması	Evet n=24	33,3 (16,6-48,6)	p	0,82
	Hayır n=76	33,3 (12,5-50)		
Aylık kazanç	Gelir gidere eşit ve/veya fazla n=70	33,3 (16,6-50)	p	0,046
	Gelir giderden düşük n=30	28,5 (12,5-48,6)		
Yaşadığı yer	Köy n=9	34,7 (22,2-45,8)	P 0,84	
	İlçe n=19	31,9 (16,6-50)		
	Şehir n=72	33,3 (12,5-50)		
Annede atopik egzama geçmiş öyküsü olması		Evet n=20	33,3 (15,2-50)	p 0,59
		Hayır n=80	33,3 (12,5-50)	

Tablo 20’de sağlık okuryazarlık puan ile anne ve bebeğin sosyodemografik özellikleri arasında ilişki değerlendirildi. Hastaların tanı yaşı ($p=0,79$), takip süresi ($p=0,88$), annenin çalışması ($p=0,82$), yaşadığı yer ($p=0,84$) ve annede atopik egzama geçmiş öyküsü olması ($p=0,59$) arasında istatistiksel anlamlı ilişki saptanmadı. Sağlık okuryazarlık puanı ile anne eğitim düzeyi ($p=0,036$, $r=0,21$) arasında pozitif yönde,

anne yaşı ($p=0,009$, $r=-0,26$) ile negatif yönde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptandı.

Tablo 21. Sağlık okuryazarlığı ile annelerin günlük atopik egzama pratik yaklaşımları arasındaki ilişki

Parametre		Medyan (Minimum-Maksimum)	p
Günlük düzenli nemlendirici	Evet	33,3 (12,5-50)	0,94
	Hayır	32,6(15,2-50)	
Günlük düzenli antihistaminik	Evet	34,6 (31,9-40,2)	0,48
	Hayır	33,3 (12,5-50)	
Düzenli banyo yağı	Evet	34,7 (25-50)	0,3
	Hayır	32,6 (12,5-50)	
Düzenli anti-alerjik şampuan	Evet	34 (19,4-48,6)	0,28
	Hayır	31,9 (12,5-50)	

Tablo 21’de sağlık okuryazarlığı ile annelerin günlük atopik egzama pratikleri arasındaki ilişki incelenmiştir. Sağlık okuryazarlığı ile günlük nemlendirici ($p=0,94$), günlük düzenli antihistaminik ($p=0,48$), düzenli banyo yağı ($p=0,3$), düzenli anti-alerjik şampuan ($p=0,28$) kullanımı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmadı.

Tablo 22. Katılımcıların Sağlık Okur Yazarlığı Ölçeği Puanı ile Atopik Dermatit Bilgi Düzeyi, Cilt Bakımı Bilgi Düzeyi Puanları Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi

Parametre	R	p
Atopik Dermatit Bilgi Düzeyi Puanı	-0,014	0,89
Cilt bakımı Bilgi Düzeyi Puanı	0,24	0,018

Tablo 22’de katılımcıların atopik dermatit bilgi düzeyi puanı ile sağlık okuryazarlığı ölçeği puanı arasında istatistiksel anlamlı ilişki tespit edilmezken ($p=0,89$); cilt bakım bilgi düzeyi puanı arasında istatistiksel anlamlı pozitif ilişki saptandı ($p=0,018$, $r=0,24$).

Tablo 23. Katılımcıların Sağlık Okur Yazarlığı Ölçeği Puanı ile Dijital Sağlıklı Diyet Okuryazarlığı Ölçeği Puanları Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi

Parametre	r	P
Dijital Sağlıklı Diyet Okuryazarlığı Ölçeği Puanı	0,36	<0,001

Tablo 23’de katılımcıların sağlık okuryazarlığı ölçeği puanı ile dijital sağlıklı diyet okuryazarlığı ölçeği puanı arasında ilişki değerlendirildi. İstatiksel olarak anlamlı pozitif yönde ilişki saptandı ($p<0,001$, $r=0,36$).

Tablo 24. Katılımcıların Dijital Sağlıklı Diyet Okuryazarlığı Ölçeği Puanı ile Atopik Dermatit Bilgi Düzeyi, Cilt Bakımı Bilgi Düzeyi Puanları Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi

Parametre	R	p
Atopik Dermatit Bilgi Düzeyi Puanı	0,006	0,95
Cilt bakımı Bilgi Düzeyi Puanı	0,22	0,027

Tablo 24’de katılımcıların dijital sağlıklı diyet okuryazarlığı ölçeği puanı ile atopik dermatit bilgi düzeyi, cilt bakımı bilgi düzeyi puanları arasındaki ilişki değerlendirildi. Katılımcıların dijital sağlık okuryazarlığı ölçeği puanı ile atopik dermatit bilgi düzeyi puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmazken ($p=0,95$); cilt bakımı bilgi düzeyi puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki tespit edildi.

5. TARTIŞMA

Ebeveynlerin sağlık okuryazarlık seviyeleri ile hem kendi hem de çocuklarının sağlık sonuçları arasında ilişki olduğunu gösteren çalışmalar bulunmaktadır (134,135).

Sağlık okuryazarlığının sınırlı düzeyde olması sağlıkla ilgili bilgi seviyesinin yetersiz olmasına, düşük öz yeterliliğe, sağlık davranışlarında yetersizliğe ve negatif sağlık sonuçlarına yol açtığı bildirilmiştir (136). Egzamalı çocukların ebeveynlerinin nemlendirici kullanımı konusundaki bilgilerini araştıran çok az çalışma bulunmaktadır (12).

Bu tez çalışması ile, Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Çocuk Alerji Polikliniğinde öykü, fizik muayene ve laboratuvar tetkikleri ile atopik (dermatit) egzama tanısı alan çocukların ebeveynlerinin sağlık okuryazarlığını ve dijital okuryazarlığını ölçmek, bu okuryazarlıkları etkileyen sosyodemografik faktörleri ortaya koymak ve okuryazarlık düzeyleriyle ailelerin atopik egzama bilgi ve nemlendiricilerle cilt bakımı arasındaki bilgi düzeyi arasındaki ilişkiyi ortaya koymak amaçlanmıştır.

Literatürdeki birçok çalışmada AD sıklığı, erkek çocuklarda kız çocuklara göre daha fazla olduğu bildirilmiştir. Ülkemizde Bursa’da yapılan bir çalışmada erkek çocuklarda AD sıklığının kız çocuklara göre ortalama 1,42 kat fazla ve Adana’da yapılan bir diğer çalışmada da erkek çocuklarda 1,45 kat daha fazla olduğu bildirilmiştir (137,138). Danimarka’da 2021 yılında ve İngiltere’de 2007 yılında yapılan çalışmalarda da yakın yaş gruplarında AD sıklığının erkeklerde daha fazla olduğu bildirilmiştir (139,140). Çalışmamızda, daha önce yapılan çalışmalardan farklı olarak AD tanılı hastaların %64’ü kız ve %36’sı erkek hastalardan oluşmaktaydı. Çalışmamızın geniş bir popülasyonda yapılmaması, saha tarama çalışması olmaması ve hasta seçiminde uygulanan farklı kriterler olmasına bağlı çalışma verilerimizin farklı olduğunu düşünüyoruz.

Tüm AD olgularının % 45’i hayatın ilk altı ayı içerisinde tanı almaktadır (141). AD belirtilerinin en sık ilk 3-6 ay içerisinde başladığı ve AD tanısı konulanların %60’ının ilk bir yıl içinde, %90’ının ise beş yaş öncesi tanı aldığı bildirilmiştir (2). Çalışmamızda da literatürle uyumlu olarak AD tanılı hastaların tanı yaşı medyan üç ay olarak tespit edildi.

Allerji kökenli hastalıkların gelişim süreci değerlendirildiğinde, sıklıkla ilk alerjik klinik cevabın bebeklik döneminde besin alerjenleri ile ilişkili olan AD, zamanla bu alerjenlere karşı tolerans oluşabileceği ve genellikle inhaler alerjen duyarlılığına, alerjik rinit ve astım benzeri klinik hastalıklara dönüşebileceği

bildirilmiştir (142). AD tanılı 1-10 yaş arası çocuklar üzerinde yapılan bir çalışmada, hastaların %64'ünde besin allerjisi tespit edilmiştir (143). AD tanılı 562 çocuk üzerinde yapılan başka bir çalışmada, besin allerjenlerine duyarlılığın %30-%80 arasında değiştiği belirtilmiştir (144). Bir başka çalışmada hastaların %47'sinde alerjik rinit, %29'unda astım geliştiği tespit edilmiş olup, hastalık şiddetinin yüksek olmasının astım ve alerjik rinit yönünden risk faktörü olduğu bildirilmiştir (145). Çalışmamızda literatürle uyumlu olarak AD tanısına %33 oranında besin allerjisi eşlik ettiği ancak daha düşük olarak %12 alerjik rinit ve %8 oranında astım eşlik ettiği tespit edildi. Alerjik rinit ve astım oranlarının düşük tespit edilmesinin sebebi çalışma grubumuzun medyan dokuz ay olması ve komorbid alerjik hastalıkların daha çok çocukluk döneminde görülmesi nedeniyle olabilir.

Yapılan bir çalışmada 510 Suudi vatandaşı atopik dermatite yönelik farkındalıklarını değerlendirmek için rastgele seçilmiş ve AD konusunda farkındalık düzeyi ile ebeveynlerin sosyodemografik verileri arasındaki ilişki hakkında, farkındalık düzeyi ile cinsiyet, çocuk sayısı, eğitim düzeyi ve meslek arasında anlamlı farklılıklar gözlemlenmiştir. Ayrıca, yaş ile farkındalık düzeyi arasında da anlamlı bir farklılık gözlemlenmiştir ve sonuçlar, 25-39 yaş grubunun diğer yaş gruplarına kıyasla daha yüksek bir farkındalık düzeyine sahip olduğunu göstermiştir. Medeni durum ile farkındalık düzeyi arasında da anlamlı bir ilişki gözlemlenmiştir. Ayrıca eğitim düzeyi ve çalışma durumuna göre de anlamlı ilişki saptanmıştır. (146). Sırbistan Belgrad'da daha önce yapılan bir çalışmada orada daha yaşlı ebeveynlerin AD konusunda daha bilgili oldukları gözlemlendiği bildirilmiştir. Bu bilgi bir önceki bildirilen bulgularla çelişmektedir. Ancak bu çalışmada evli ebeveynlerin en yüksek farkındalık düzeyine sahip ve evli/partnerli ebeveynlerin ve AD olan kişilerin AD konusunda daha bilgili oldukları tespit edildiği bilgisi Suudi Arabistan'da yapılan çalışmanın sonuçlarıyla uyumludur (13). Çalışmamızda annelerin %50'si üniversite mezunu ve %24'ü çalışmaktaydı. Sağlık okuryazarlık puanı ile anne ve bebeğin sosyodemografik özellikleri arasında ilişki değerlendirildi. Hastaların tanı yaşı ($p=0,79$), takip süresi ($p=0,88$), annenin çalışması ($p=0,82$), yaşadığı yer ($p=0,84$) ve annede AD geçmiş öyküsü olması ($p=0,59$) arasında istatistiksel anlamlı ilişki saptanmadı. Sağlık okuryazarlık puanı ile anne eğitim düzeyi ($p=0,036$, $r=0,21$) arasında pozitif yönde, anne yaşı ($p=0,009$, $r=-0,26$) ile negatif yönde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki

saptandı. Eğitim ve sosyoekonomik düzeyi yüzeyi yüksek, yaşı genç olan ebeveynlerin sağlık okuryazarlık seviyeleri daha yüksek olmakta ve çocukları ile ilgili problemlerin daha hızlı farkına varmaları mümkün olabilmektedir.

Suudi ebeveynlerin çocuklarında atopik dermatit farkındalığını değerlendirmek için yapılan araştırmada, AD ebeveynlerin %46,9'u aile/arkadaşlarından, %44,9'u sağlık profesyonellerinden, %26,5'u sosyal medyadan ve %27,1'i internet ile gazete gibi diğer kaynaklardan duyduğu tespit edilmiştir (146). Çalışmamızda ebeveynlerin çocuklarındaki atopik egzamayla ilgili bilgi edindikleri kaynaklarla ilgili veriler incelendiğinde literatürle uyumlu olarak AD ilgili kullanılan en sık bilgi kaynağının %76 oranında doktorlar olduğu daha sonra ise %42 oranında Google, Yandex vb. internet tarayıcıları, %14 oranında medya, %4 oranında makaleler ve %3 oranında sosyal medya olduğu saptandı. Bu yüzden ailelerin atopik egzema konusunda doğru bilgilendirilmesi için hekimlerin önemi bir kez daha ortaya çıkmaktadır.

Ebeveynlerin nemlendirici kullanımına ilişkin bilgi, uygulama ve endişelerini araştırmak için yapılan bir çalışmada ebeveynlerin nemlendirici bilgi düzeyinin, egzamalı bebekler için nemlendirici kullanım sıklığını ve miktarını etkilediği bildirilmiştir (147). Yapılan başka bir çalışmada ebeveynlerin %72'si egzamalı çocukların ciltlerinin cilt bariyerini onarmak için nemlendiricilere ihtiyaç duyduğunu, ebeveynlerin yarısı (%50) nemlendiricilerin cilt bariyerini onarabileceğini bildiği, ancak çok az ebeveynin (%7,7) nemlendiricilerin egzamayı iyileştirebileceğini, ebeveynlerin %7,4'ü nemlendiricilerin cilt hassasiyetini azaltabileceğini, %8,6'sının nemlendiricilerin uzun süreli egzama nökslerini azaltabileceğini ve az sayıda ebeveynin (%16,0) egzamalı çocukların nemlendirici kullanmaması gerektiğini söylediği bildirilmiştir (12). Çalışmamızda annelerin AD bilgi düzeyini ölçen sorulara verdiği doğru cevaplar değerlendirildiğinde çoğunun kısmen yeterli (%51) olduğu, AD cilt bakımıyla ilgili sorulara verdiği doğru cevaplar değerlendirildiğinde ise çoğunun kısmen yeterli (%53) olduğu ve %88'nin nemlendirici kullandığı tespit edildi. Bu sonuç çalışmaya alınan annelerin nemlendiriciler ve cilt bakımı konusunda kısmen yeterli bilgiye sahip olsada önemini kavrayarak çoğunun kullanmaya devam ettiğini göstermektedir.

Atopik dermatit tedavisinde kullanılan nemlendiriciler merhemler, kremler, losyonlar, jeller, yağlar ve spreylar gibi farklı formülasyonlarda mevcuttur. Kremler genellikle etkilidir ve daha iyi tolere edilir. Losyonlar yüksek su içeriğine sahiptir ve daha sık uygulama gerektirebilir (1). Yapılan bir çalışmada nemlendirici kullanan çocuklar arasında AD tanılı çocukların yarısından fazlası (%53,9) krem kullanırken, geri kalanı losyon, yağ veya spreylar kullandığı ve çocukların %75,3'ünün sadece yüzünde nemlendirici kullandığı; %87,3'ünün sadece vücudun kuru bölgelerinde nemlendirici kullandığını ve sadece %6,6'sının tüm vücutta nemlendirici kullandığını bildirilmiştir (12). Çalışmamızda annelerin çoğu günlük düzenli nemlendirici (%88), düzenli banyo yağı (%86) ve anti-alerjik şampuan (%70) kullandığı saptandı. AD tanılı çocuklarda, cilt bariyerindeki bozukluklar AD başlamasında olduğu kadar devam etmesinde de önemli bir rol oynayabilir. Bu nedenle, AD tanılı çocuklarda dermatit olup olmadığına bakılmaksızın ve cilt kuru olmasa bile nemlendiriciler günlük ve sürekli olarak tüm vücutta uygulanması çok önemlidir.

Nemlendiriciler genellikle aktif bileşenler (nemlendiriciler, tıkayıcılar ve yumuşatıcılar), yardımcı maddeler (emülgatörler, antioksidanlar ve koruyucular) ve parfüm gibi diğer ek bileşenleri içerir. AD tanılı çocuklar normal popülasyona kıyasla kontakt dermatitine daha yatkın olduklarından, AD tanılı çocuklar tarafından kontakt dermatitinden kaçınmak için boyasız veya parfümsüz nemlendiriciler kullanılmalıdır. Çocuklarda parfüm, sodyum lauril sülfat veya diğer güçlü hassaslaştırıcılar gibi tahriş edici maddeler içeren ürünlerden kaçınıldığında, nemlendiriciler büyük bir vücut yüzey alanında uzun süre kullanıldığında bile, nadiren yan etkilere neden olur (148). Yapılan bir çalışmada katılımcılardan %57,9'unun (62/107) nemlendirici kullanmadığını, %76,3'ünün (161/212) uzun süreli nemlendirici kullanmadığını ve %75,8'inin (172/227) yan etkilerinden dolayı tüm vücutta nemlendirici kullanmadığını bildirmiştir (12). Çalışmamızda annelerin %88'inin düzenli günlük nemlendirici kullandığı, sağlık okuryazarlığı ile günlük nemlendirici ($p=0,94$), günlük düzenli antihistaminik ($p=0,48$), düzenli banyo yağı ($p=0,3$), düzenli anti-alerjik şampuan ($p=0,28$) kullanımı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki olmadığı, katılımcıların atopik dermatit bilgi düzeyi puanı ile sağlık okuryazarlığı ölçeği puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki olmadığı ($p=0,89$) ancak cilt bakım bilgi düzeyi puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif ilişki olduğu saptandı ($p=0,018$, $r=0,24$).

Ebeveynlerin nemlendiriciler konusunda sağlık okuryazarlık düzeyleri arttırılarak, daha doğru cilt bakımı bilgi düzeyi sağlanabilmesi amaçlanabilir.

Yapılan bir çalışmada, Suudi ebeveynlerin atopik dermatite yönelik farkındalık düzeyleri değerlendirildiğinde, ebeveynlerin %73,9'unun iyi bir farkındalık düzeyi olduğu bildirilmiştir (146). Bir başka çalışmada AD tanılı çocuklara yönelik ebeveyn ortalama bilgi puanı 12 üzerinden $9,5 \pm 1,9$ olarak tespit edilmiştir (13). Çalışmamızda 'Atopik Dermatit Bilgi Düzeyi Puanı' değerlendirildiğinde çoğunun kısmen yeterli olduğu görülmektedir. Çalışmamızda sağlık okuryazarlık puanıyla atopik dermatit bilgi düzeyi arasında anlamlı bir ilişkide saptanmamıştır. Çalışmamızda atopik egzema bilgi düzeyinin ebeveynlerde artırılması için sadece doğru sağlık okuryazarlığının sağlanmasının yetmeyeceği, hekimlerinde önemli rolü olabileceğini göstermektedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

1. Çalışmaya 100 hasta ve ebeveyni dahil edildi. Hastaların medyan yaşı dokuz ay, yarıdan fazlasını (%64) kız hastalar oluşturmaktaydı. Hastaların tanı yaşı medyan üç ay, takip süresi medyan bir aydı. En sık eşlik eden komorbid alerjik hastalık besin alerjisi idi.

2. Annelerin medyan yaşı 30, çoğu üniversite (%50) mezunu ve çalışmamaktaydı (%76). Aileler çoğu kez gelirleri giderlerine eşit ve/veya daha fazla, çoğu şehirde (%72) yaşamakta idi.
3. Ebeveynlerin çocuklarındaki AD ile ilgili kullanılan en sık bilgi kaynağının doktorlar olduğu saptandı (%76).
4. Annelerin çoğu günlük düzenli nemlendirici (%88), düzenli banyo yağı (%86) ve anti-alerjik şampuan (%70) kullandığı saptandı. Aileler çok büyük oranda (%96) günlük düzenli antihistaminik kullanmamakta idi.
5. Katılımcıların AD ve cilt bakımı bilgi düzeyini ölçen sorulara verilen doğru cevaplar değerlendirildiğinde AD bilgi düzeyi çoğunda kısmen yeterli (%51) ve cilt bakımı bilgi düzeyini çoğunda kısmen yeterli (%53) olduğu saptandı.
7. Sağlık okuryazarlık puanı ile anne eğitim düzeyi ($p=0,036$, $r=0,21$) arasında pozitif yönde, anne yaşı ($p=0,009$, $r=-0,26$) ile negatif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edildi.
8. Katılımcıların AD bilgi düzeyi puanı ile sağlık okuryazarlığı ölçeği puanı arasında istatistiksel anlamlı ilişki tespit edilmezken ($p=0,89$); cilt bakım bilgi düzeyi puanı arasında istatistiksel pozitif ilişki saptandı ($p=0,018$, $r=0,24$).
9. Katılımcıların sağlık okuryazarlığı ölçeği puanı ile dijital sağlıklı diyet okuryazarlığı ölçeği puanı arasında istatistiksel anlamlı pozitif yönlü ilişki saptandı ($p<0,001$, $r=0,36$).
10. Katılımcıların dijital sağlıklı diyet okuryazarlığı ölçeği puanı ile AD bilgi düzeyi puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmazken ($p=0,95$); cilt bakımı bilgi düzeyi puanı arasında istatistiksel anlamlı ilişki tespit edildi.

Sonuç olarak, sağlık okuryazarlığı, bireylerin sağlıkla ilgili karar verme süreçlerinde güçlenmelerini sağlar ve sağlık geliştirme çabalarına aktif katılımlarını teşvik eder. Atopik egzemada özellikle ebeveynlerin yetersiz veya sınırlı sağlık okuryazarlığının, nemlendiriciler konusunda ailelerin yetersiz bilgi sahibi olabilmesine, atopik egzemanın temel tedavisi olan nemlendiricilerin yetersiz, orantısız kullanılmasına neden olabileceğini düşünmekteyiz. Ayrıca ebeveynlerin atopik egzema konusunda yeterli bilgi sahibi olabilmesinde sadece yeterli sağlık okuryazarlığın yetmeyeceğini özellikle hastaları takip eden hekimlere ebeveynlerin bilgilendirilmesinde önemli görevler düştüğü çalışmamızda vurgulanmaktadır. Ayrıca çocuk doktorları, AD iyileştirilmesi ve nükslerin önlenmesi için ebeveynlerin eğitilmesinin önemini de akılda tutmalıdırlar. Bu hedefe ulaşmak için yeterli sağlık okuryazarlığı için sadece bireyler ve sağlık sektörü değil, aynı zamanda eğitim, sivil

toplum kuruluşları, akademik çevre, medya ve iletişim sektörü, iş dünyası gibi farklı sektörler de çaba göstermelidir.

Çalışmamızın en güçlü yanı sağlık okuryazarlığı ile ailelerin atopik egzema ve nemlendirici bilgi düzeyini ölçen nadir çalışmalardan biri olmasıdır. Çalışmamızın en büyük kısıtlılığı tek merkezli bir araştırma olmasıdır. Anket tipi çalışma olması, nemlendiricilerle ilgili soru sayısının az olması genel bilgiyi ölçtüğümüzü tam yansıtmış olmayabilir. Atopik egzema cilt bakımı ve nemlendirici kullanımıyla ilgili daha fazla sorunun olduğu, toplum bazlı çok merkezli çalışmalar tezimizi destekleyecektir.



7. KAYNAKLAR

1. Weidinger S, Novak N. Atopic dermatitis. *Lancet*. 2016;387:1109-22.
2. Eichenfield LF, Tom WL, Chamlin SL, et al. Guidelines of care for the management of atopic dermatitis: section 1. Diagnosis and assessment of atopic dermatitis. *J Am Acad Dermatol*. 2014;70:338-51.
3. Deckers IA, McLean S, Linssen S, et al. Investigating international time trends in the incidence and prevalence of atopic eczema 1990-2010: a systematic review of epidemiological studies. *PLoS One*. 2012;7:e39803.
4. Williams H, Stewart A, von Mutius E, et al. International Study of Asthma and Allergies in Childhood (ISAAC) Phase One and Three Study Groups: Is eczema really on the increase worldwide? *J Allergy Clin Immunol*. 2008;121:947-54.
5. Katayama I, Kohno Y, Akiyama K, et al. Japanese Guideline for Atopic Dermatitis 2014. *Allergol Int*. 2014;63:377-98.
6. Ellis CN, Mancini AJ, Paller AS, et al. Understanding and managing atopic dermatitis in adult patients. *Semin Cutan Med Surg*. 2012;31:18-22.
7. Flohr C, England K, Radulovic S, et al. Filaggrin loss-of-function mutations are associated with early-onset eczema, eczema severity and transepidermal water loss at 3 months of age. *Br J Dermatol*. 2010;163:1333-6.
8. Jungersted JM, Scheer H, Mempel M, et al. Stratum corneum lipids, skin barrier function and filaggrin mutations in patients with atopic eczema. *Allergy*. 2010;65:911-18.
9. Katayama I, Aihara M, Ohya Y, et al. Japanese guidelines for atopic dermatitis 2017. *Allergol Int*. 2017;66:230-47.
10. Berth-Jones J, Damstra RJ, Golsch S, et al. Twice weekly fluticasone propionate added to emollient maintenance treatment to reduce risk of relapse in atopic dermatitis: randomised, double blind, parallel group study. *BMJ*. 2003;326:1367.
11. Agrawal R, Woodfolk JA. Skin barrier defects in atopic dermatitis. *Curr Allergy Asthma Rep*. 2014;14:433.
12. Li Y, Zheng H, Li Y, et al. Parental knowledge of moisturizers and their application to infants with eczema in Hangzhou, China. *Medicine (Baltimore)*. 2020 (29);99(22):e20329.
13. Reljić V, Gazibara T, Nikolić M, et al. Parental knowledge, attitude, and behavior toward children with atopic dermatitis. *Int J Dermatol*. 2017;56(3):314-23.

14. Thomsen SF. Atopic dermatitis: natural history, diagnosis, and treatment. *ISRN Allergy*. 2014;2014:p.354250.
15. Taïeb A, D Wallach, and Tilles G. The history of atopic eczema/dermatitis. *Handbook of atopic eczema*. Springer. 2006;p.10-20.
16. Hanifin J. Atopic Dermatitis. *Allergy Principles and Practice*. Toronto: Mosby Co .1998; p.1580-1699.
17. Aydın E, Barış S, and Özdemir C. Current and Future Concepts in Treatment of Childhood Atopic Dermatitis. *The Journal of Current Pediatrics*. 2011;9(1):39-44.
18. Ertam İ, Su Ö, Alper S, et al. Türkiye atopik dermatit tanı ve tedavi kılavuzu-2018. *Turkderm-Turk Arch Dermatol Venereology*. 2018;52:6-23.
19. Flohr C, England K, Radulovic S, et al. Filaggrin loss-of-function mutations are associated with early-onset eczema, eczema severity and transepidermal water loss at 3 months of age. *Br J Dermatol*. 2010;163:1333-36.
20. Ishikawa J, Narita H, Kondo N, et al. Changes in the ceramide profile of atopic dermatitis patients. *J Invest Dermatol*. 2010;130:2511-4.
21. Suárez-Fariñas M, Tintle SJ, Shemer A, et al. Nonlesional atopic dermatitis skin is characterized by broad terminal differentiation defects and variable immune abnormalities. *J Allergy Clin Immunol*. 2011;127:954-64.
22. Bieber T. Atopic dermatitis. *N Engl J Med*. 2008;358:1483-94.
23. Novak N. An update on the role of human dendritic cells in patients with atopic dermatitis. *J Allergy Clin Immunol*. 2012;129:879-86.
24. Homey B, Steinhoff M, Ruzicka T, Leung DY: Cytokines and chemokines orchestrate atopic skin inflammation. *J Allergy Clin Immunol*. 2006;118:178-89.
25. Hvid M, Vestergaard C, Kemp K, et al. IL-25 in atopic dermatitis: a possible link between inflammation and skin barrier dysfunction? *J Invest Dermatol*. 2011;131:150-7.
26. Savinko T, Matikainen S, Saarialho-Kere U, et al. IL-33 and ST2 in atopic dermatitis: expression profiles and modulation by triggering factors. *J Invest Dermatol*. 2012;132:1392-400.
27. Brough HA, Liu AH, Sicherer S, et al. Atopic dermatitis increases the effect of exposure to peanut antigen in dust on peanut sensitization and likely peanut allergy. *J Allergy Clin Immunol* 2015;135:164-70.

28. Hirasawa Y, Takai T, Nakamura T, et al. Staphylococcus aureus extracellular protease causes epidermal barrier dysfunction. *J Invest Dermatol*. 2010;130:614-7.
29. Nakamura Y, Oscherwitz J, Cease KB, et al. Staphylococcus δ -toxin induces allergic skin disease by activating mast cells. *Nature*. 2013;503:397-401.
30. Buddenkotte J, Steinhoff M. Pathophysiology and therapy of pruritus in allergic and atopic diseases. *Allergy*. 2010;65:805-21.
31. Oh MH, Oh SY, Lu J, et al. TRPA1-dependent pruritus in IL-13-induced chronic atopic dermatitis. *J Immunol*. 2013;191:5371-82.
32. Cevikbas F, Wang X, Akiyama T, et al. A sensory neuron-expressed IL-31 receptor mediates T helper cell-dependent itch: Involvement of TRPV1 and TRPA1. *J Allergy Clin Immunol*. 2014;133:448-60.
33. Grewe M, Bruijnzeel-Koomen CA, Schöpf E, et al. A role for Th1 and Th2 cells in the immunopathogenesis of atopic dermatitis. *Immunol Today*. 1998;19:359-61.
34. de Bruin Weller MS, Knulst AC, Meijer Y, et al. Evaluation of the child with atopic dermatitis. *Clin Exp Allergy*. 2012;42:352-62.
35. Muraro A, Lemanske RF, Hellings PW, et al. Precision medicine in patients with allergic diseases: Airway diseases and atopic dermatitis—PRACTALL document of the European Academy of Allergy and Clinical Immunology and the American Academy of Allergy, Asthma & Immunology. *J Allergy Clin Immunol*. 2016;137:1347-58.
36. Maurer M, Altrichter S, Bieber T, et al. Efficacy and safety of omalizumab in patients with chronic urticaria who exhibit IgE against thyroperoxidase. *J Allergy Clin Immunol*. 2011;128:202-9 e5.
37. Kay J, Gawkrödger DJ, Mortimer MJ, et al. The prevalence of childhood atopic eczema in a general population. *J Am Acad Dermatol*. 1994;30:35-9.
38. Taşkan O. Atopik Dermatitite Deri Testlerinin Yeri. *Turk J Dermatol*. 2013;7:236-41.
39. Yavuz ST, Sahiner UM, Buyuktiryaki B, et al. Phenotypes of IgE mediated food allergy in Turkish children. *Allergy Asthma Proc*. 2011;32:47-55.
40. Schneider L, Tilles S, Lio P, et al. Atopic dermatitis: a practice parameter update 2012. *J Allergy Clin Immunol*. 2013;131:295-297.
41. Voegeli R, Rawlings AV, Breternitz M, et al. Increased stratum corneum serine protease activity in acute eczematous atopic skin. *Br J Dermatol*. 2009;161:70-7.

42. Darabi K, Hostetler SG, Bechtel MA, et al. The role of *Malassezia* in atopic dermatitis affecting the head and neck of adults. *J Am Acad Dermatol*. 2009;60:125-36.
43. Grimalt R, Mengeaud V, Cambazard F. Study Investigators' Group: The steroid-sparing effect of an emollient therapy in infants with atopic dermatitis: a randomized controlled study. *Dermatology*. 2007;214:61-7.
44. Korting HC, Schöllmann C, Chelch W, et al. Collaborative Study Group: Efficacy and tolerability of pale sulfonated shale oil cream 4% in the treatment of mild to moderate atopic eczema in children: a multicentre, randomized vehicle-controlled trial. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2010;24:1176-82.
45. Breternitz M, Kowatzki D, Langenauer M, et al. Placebo-controlled, double-blind, randomized, prospective study of a glycerol-based emollient on eczematous skin in atopic dermatitis: biophysical and clinical evaluation. *Skin Pharmacol Physiol*. 2008;21:39-45.
46. Eichenfield LF, Tom WL, Berger TG, et al. Guidelines of care for the management of atopic dermatitis: section 2. Management and treatment of atopic dermatitis with topical therapies. *J Am Acad Dermatol*. 2014;71:116-32.
47. Tollefson MM, Bruckner AL. Section On Dermatology: Atopic dermatitis: skin-directed management. *Pediatrics*. 2014;134:e1735-44.
48. Nowicki R, Trzeciak M, Wilkowska A, et al. Atopic dermatitis: current treatment guidelines. Statement of the experts of the Dermatological Section, Polish Society of Allergology, and the Allergology Section, Polish Society of Dermatology. *Postepy Dermatol Alergo*. 2015;32:239-49.
49. Simpson EL. Atopic dermatitis: a review of topical treatment options. *Curr Med Res Opin*. 2010;26:633-40.
50. Kezic S, Novak N, Jakasa I, et al. Skin barrier in atopic dermatitis. *Front Biosci (Landmark Ed)*. 2014;19:542-56.
51. Breneman D, Fleischer AB Jr, Abramovits W, et al. Intermittent therapy for flare prevention and long-term disease control in stabilized atopic dermatitis: a randomized comparison of 3-times-weekly applications of tacrolimus ointment versus vehicle. *J Am Acad Dermatol*. 2008;58:990-9.
52. Nicol NH: Atopic dermatitis: the (wet) wrap-up. *Am J Nurs* 1987;87:1560-3.
53. Devillers AC, de Waard-van der Spek FB, Mulder PG, et al. Treatment of refractory atopic dermatitis using 'wet-wrap' dressings and diluted corticosteroids:

results of standardized treatment in both children and adults. *Dermatology*. 2002;204:50-5.

54. Hindley D, Galloway G, Murray J, et al. A randomised study of "wet wraps" versus conventional treatment for atopic eczema. *Arch Dis Child*. 2006;91:164-8.

55. Wolkerstorfer A, Visser RL, De Waard van der Spek FB, et al. Efficacy and safety of wet-wrap dressings in children with severe atopic dermatitis: influence of corticosteroid dilution. *Br J Dermatol*. 2000;143:999-1004.

56. Chong M, Fonacier L. Treatment of Eczema: Corticosteroids and Beyond. *Clin Rev Allergy Immunol*. 2016;51:249-62.

57. Nicol NH, Boguniewicz M, Strand M, Klinnert MD: Wet wrap therapy in children with moderate to severe atopic dermatitis in a multidisciplinary treatment program. *J Allergy Clin Immunol Pract*. 2014;2:400-6.

58. Hon KL, Tsang YC, Lee VW, et al. Efficacy of sodium hypochlorite (bleach) baths to reduce *Staphylococcus aureus* colonization in childhood onset moderate-to-severe eczema: A randomized, placebo-controlled cross-over trial. *J Dermatol Treat*. 2016;27:156-62.

59. Ring J, Alomar A, Bieber T, et al. Guidelines for treatment of atopic eczema (atopic dermatitis) part I. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2012;26:1045-60.

60. Borlu M, Güler E. Current concept in the treatment of atopic dermatitis. *Recent Pat Inflamm Allergy Drug Discov*. 2007;1:133-41.

61. Sidbury R, Davis DM, Cohen DE, et al. Guidelines of care for the management of atopic dermatitis: section 3. Management and treatment with phototherapy and systemic agents. *J Am Acad Dermatol*. 2014;71:327-49.

62. Sidbury R, Tom WL, Bergman JN, et al. Guidelines of care for the management of atopic dermatitis: Section 4. Prevention of disease flares and use of adjunctive therapies and approaches. *J Am Acad Dermatol* 2014;71:1218-33.

63. Patrizi A, Raone B, Ravaioli GM. Management of atopic dermatitis: safety and efficacy of phototherapy. *Clin Cosmet Investig Dermatol*. 2015;8:511-20.

64. Beggs S, Short J, Rengifo-Pardo M, et al. Applications of the Excimer Laser: A Review. *Dermatol Surg*. 2015;41:1201-11.

65. Simons FE. Early Prevention of Asthma in Atopic Children (EPAAC) Study Group: Safety of levocetirizine treatment in young atopic children: An 18-month study. *Pediatr Allergy Immunol*. 2007;18:535-42.

66. Birnie AJ, Bath-Hextall FJ, Ravenscroft JC, et al. Interventions to reduce *Staphylococcus aureus* in the management of atopic eczema. *Cochrane Database Syst Rev*. 2008;CD003871.
67. Bath-Hextall FJ, Birnie AJ, Ravenscroft JC, et al. Interventions to reduce *Staphylococcus aureus* in the management of atopic eczema: an updated Cochrane review. *Br J Dermatol*. 2010;163:12-26.
68. Bantz SK, Zhu Z, Zheng T. The Atopic March: Progression from Atopic Dermatitis to Allergic Rhinitis and Asthma. *J Clin Cell Immunol*. 2014;5:202.
69. Spergel JM, Paller AS. Atopic dermatitis and the atopic march. *J Allergy Clin Immunol*. 2003;112:118-27.
70. Aksu K, Arga M, Asilsoy S, et al. Atopik Dermatit Tanı ve Tedavisine Yaklaşım: Ulusal Rehber. *AsthmaAllergyImmunol*. 2018;16(2):9-10.
71. Worldwide variation in prevalence of symptoms of asthma, allergic rhinoconjunctivitis, and atopic eczema: ISAAC. The International Study of Asthma and Allergies in Childhood (ISAAC) Steering Committee. *Lancet*. 1998; 351:1225-32.
72. Asher MI, Montefort S, Björkstén B, et al. Worldwide time trends in the prevalence of symptoms of asthma, allergic rhinoconjunctivitis, and eczema in childhood: ISAAC Phases One and Three repeat multicountry cross-sectional surveys. *Lancet*. 2006;368: 733.
73. Spergel JM. Atopic march: link to upper airways. *Curr Opin Allergy Clin Immunol*. 2005;5:17-21.
74. von Kobyletzki LB, Bornehag CG, Hasselgren M, et al. Eczema in early childhood is strongly associated with the development of asthma and rhinitis in a prospective cohort. *BMC Dermatol*. 2012;12:11.
75. van der Hulst AE, Klip H, Brand PL. Risk of developing asthma in young children with atopic eczema: a systematic review. *J Allergy Clin Immunol*. 2007;120:565-9.
76. Klinnert MD, Nelson HS, Price MR, et al. Onset and persistence of childhood asthma: predictors from infancy. *Pediatrics* 2001;108:E69.
77. Saunes M, Øien T, Dotterud CK, et al. Early eczema and the risk of childhood asthma: a prospective, population-based study. *BMC. Pediatr*. 2012;12:168.
78. Novembre E, Cianferoni A, Lombardi E, et al. Natural history of “intrinsic” atopic dermatitis. *Allergy*. 2001;56:452-3.

79. Gustafsson D, Sjöberg O, Foucard T. Development of allergies and asthma in infants and young children with atopic dermatitis-a prospective follow-up to 7 years of age. *Allergy*. 2000;55:240-5.
80. Ekback M. Severe eczema in infancy can predict asthma development. a prospective study to the age of 10 years. *PLoS ONE*. 2014;9:e99609.
81. Silverberg JI, Hanifin JM. Adult eczema prevalence and associations with asthma and other health and demographic factors: a US population-based study. *J Allergy Clin Immunol*. 2013;132:1132-8.
82. Ker J, Hartert TV. The atopic march: what's the evidence? *Ann Allergy Asthma Immunol*. 2009;103:282-9.
83. Silverberg JI. Selected comorbidities of atopic dermatitis: Atopy, neuropsychiatric, and musculoskeletal disorders. *Clin Dermatol*. 2017;35:360-6.
84. Amat F, Soria A, Tallon P, et al. New insights into the phenotypes of atopic dermatitis linked with allergies and asthma in children: An overview. *Clin Exp Allergy*. 2018;20.
85. Kulig M, Klettke U, Wahn V, et al. Development of seasonal allergic rhinitis during the first 7 years of life. *J Allergy Clin Immunol*. 2000;106:832-9.
86. Liew WK, Williamson E, Tang ML. Anaphylaxis fatalities and admissions in Australia. *J Allergy Clin Immunol*. 2009;123:434-2.
87. Poulos LM, Waters AM, Correll PK, et al. Trends in hospitalizations for anaphylaxis, angioedema, and urticaria in Australia, 1993–1994 to 2004–2005. *J Allergy Clin Immunol*. 2007;120:878-84.
88. Eigenmann PA, Sicherer SH, Borkowski TA, et al. Prevalence of IgE-mediated food allergy among children with atopic dermatitis. *Pediatrics*. 1998;101:E8.
89. Dharmage SC, Lowe AJ, Matheson MC, et al. Atopic dermatitis and the atopic march revisited. *Allergy*. 2014;69:17-27.
90. Just J, Deslandes-Boutmy E, Amat F, et al. Natural history of allergic sensitization in infants with early-onset atopic dermatitis: results from ORCA Study. *Pediatr Allergy Immunol*. 2014;25:668-73.
91. Spergel JM. Epidemiology of atopic dermatitis and atopic march in children. *Immunol Allergy Clin North Am*. 2010;30:269-80.
92. Ricci G, Patrizi A, Baldi E, et al. Long-term follow-up of atopic dermatitis: retrospective analysis of related risk factors and association with concomitant allergic diseases. *J Am Acad Dermatol*. 2006;55:765-71.

93. Seidenari S, Giusti G. Objective assessment of the skin of children affected by atopic dermatitis: a study of pH, capacitance and TEWL in eczematous and clinically uninvolved skin. *Acta Derm Venereol.* 1995;75:429-33.
94. Nutten S. Atopic Dermatitis: Global Epidemiology and Risk Factors. *Ann Nutr Metab.* 2015;66(suppl 1):8-16.
95. Henderson J, Northstone K, Lee SP, et al. The burden of disease associated with Filagrin mutations: a population-based, longitudinal birth cohort study. *J Allergy Clin Immunol.* 2008;121:872-7.
96. Carson CG, Rasmussen MA, Thyssen JP, et al. Clinical presentation of atopic dermatitis by Filagrin gene mutation status during the first 7 years of life in a prospective cohort study. *PLoS One* 2012;7:e48678.
97. Smith FJ, Irvine AD, Terron-Kwiatkowski A, et al. Loss-of-function mutations in the gene encoding Filagrin cause ichthyosis vulgaris. *Nat Genet.* 2006;38:337-42.
98. Marenholz I, Nickel R, Rüschenhoff F, et al. Filagrin loss-of function mutations predispose to phenotypes involved in the atopic march. *J Allergy Clin Immunol.* 2006;118:866-71.
99. Weidinger S, Rodríguez E, Stahl C, et al. Filagrin mutations strongly predispose to early-onset and extrinsic atopic dermatitis. *J Invest Dermatol.* 2007;127:724- 6.
100. Bergmann RL, Edenharter G, Bergmann KE, et al. Predictability of early atopy by cord blood-IgE and parental history. *Clin Exp Allergy.* 1997;27:752-60.
101. Droste JH, Wieringa MH, Weyler JJ, et al. Does the use of antibiotics in early childhood increase the risk of asthma and allergic disease? *Clin Exp Allergy.* 2000;30:1547-53.
102. Kalliomaki M, Salminen S, Poussa T, Arvilommi H, Isolauri E. Probiotics and prevention of atopic disease: 4-year follow up of a randomised placebo-controlled trial. *Lancet* 2003;361:1869-71.
103. McKeever TM, Lewis SA, Smith C, et al. The importance of prenatal exposure on the development of allergic disease: a British cohort study using the West Midlands general practice database. *Am J Resp Crit Care Med.* 2002;166:827-32.
104. Thøstesen LM, Kjaergaard J, Pihl GT, et al. Neonatal BCG vaccination and atopic dermatitis before 13 months of age: A randomized clinical trial. *Allergy.* 2018;73:498-504.
105. Kull I, Bohme M, Borres MP, et al. Breast-feeding reduces the risk for childhood eczema. *J All Clin Immunol.* 2005;116:657-61.

106. Wen HJ, Chen PC, Chiang TL, et al. Predicting risk for early infantile atopic dermatitis by hereditary and environmental factors. *BJD*. 2009;161:1166-72.
107. Niebuhr M, Mamerow D, Heratizadeh A, et al. Staphylococcal alpha-toxin induces a higher T cell proliferation and interleukin-31 in atopic dermatitis. *Int Arch Allergy Immunol*. 2011;156:412-5.
108. Lai Y, Cogen AL, Radek CA, et al. Activation of TLR2 by a small molecule produced by *Staphylococcus epidermidis* increases antimicrobial defense against bacterial skin infections. *J Invest Dermatol*. 2010;130:2211-21.
109. Beattie PE, Lewis-Jones MS. A comparative study of impairment of quality of life in children with skin disease and children with other chronic childhood diseases. *Br J Dermatol*. 2006;155:145-51.
110. Nutbeam D. Health Literacy as a public health goal: A challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International*. 2000;15:259-267. .
111. Kalaça S. Marmara Üniversitesi Haydarpaşa Kampüsünde Sağlık Okur-Yazarlığı hakkında bir araştırma. 15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, Ekim 2012, Bursa. Halk Sağlığı Etkinlikleri – HASUDER.
112. Nutbeam. D. The evolving concept of health literacy. *Social Science & Medicine*. 2008;67:2072–8.
113. Avcı E, Özkan S. Dünyada ve Türkiye’de sağlık okuryazarlığı düzeyi ve etkileyen faktörler. *Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Dergisi*. 2020;1:1-9.
114. Dündar PE, Dede B. Manisa’da seçilen kentsel ve gecekondu bölgelerinde yetişkinlerde sağlık okuryazarlığı ve etkili faktörler. 15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, Ekim 2012, Bursa. Halk Sağlığı Etkinlikleri – HASUDER.
115. Özdemir H, Alper Z, Uncu Y, Bilgel N. Health literacy among adults: a study from Turkey. Published by Oxford University Press, 2010;25:464-77.
116. Smith S, MC Kirsten. Health Literacy: a brief literature review. Produced for the NSW Clinical Excellence Commission, Australia. Health Literacy Brief March 2010;1-30.
117. Kanj M, Mitic W. Consultants to the Eastern Mediterranean Region, World Health Organization. Health Literacy and Health Promotion Definitions, Concepts and Examples in the Eastern Mediterranean Region Individual Empowerment Conference Working Document. 2009;16:1-46.

118. Baur C. National action plan to improve health literacy; U.S. Department of Health and Human Services Office of Disease Prevention and Health Promotion. May 2010;7-8.
119. Hudson S, Rikard RV, Staiculescu L, et al. Improving Health and The Bottom Line: The Case for Health Literacy, Building the Case for Health Literacy Proceedings of a Workshop, page:15-28.
120. Sorensen K, Pelikan J. M, Rothlin F, et al. Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU), European Journal of Public Health. 2015;25(6):1053-8.
121. Ozkan S, Dikmen AU, Altunsoy M, Health Literacy Awareness for Healthy Europe (HEAL EU), Baltimore, USA, October 2017.
122. Parker RM, Wolf MS, Kirsch I. Preparing for an Epidemic of Limited Health Literacy: Weathering the Perfect Storm Journal of general internal medicine. 2008;23:1273-6.
123. Tanrıöver MD, Yıldırım HH, Demiray FN, Çakır B, Akalın E, Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Araştırması, 2014.
124. Healthy People 2010: Understanding and improving health. 2010;11-20.
125. Kronik Hastalıklar Risk Faktörleri Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Sempozyumu 13 - 14 Kasım 2008, Ankara;1.
126. Nielsen-Bohlman L, Panzer Allison M., Kindig D. Health Literacy: A Prescription to End Confusion. Committee on Health Literacy. Institute of Medicine of The National Academies. The National Academies Press. Washington: DC; 2004;65-81.
127. Schillinger D, Grumbach K, Piette J, et al. Association of Health Literacy With Diabetes Outcomes. American Medical Association. 2002; 288:475-82.
128. Avrupa Birliği'nde Sağlık Okuryazarlığı Araştırması –Bibliometrik Analiz – 1991-2005.
129. Baker, DW. The meaning and measure of health literacy. Journal of General Internal Medicine. 2006;21:878–83.
130. Karahan Yılmaz S, Eskici G. Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-Kısa Form ve Dijital Sağlıklı Diyet Okuryazarlığı Ölçeğinin Türkçe Formunun Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. İKÇÜSBFD. 2021;6:19-25.

131. Duong TV, Aringazina A, Kayupova G, Nurjanah, Pham TV, Pham KM, et al. Development and validation of a New Short-Form Health Literacy Instrument (HLS-SF12) for the general public in six Asian countries. *HLRP*.2019a;3:90-102.
132. Duong TV, Pham KM, Do BN, et al. Digital Healthy Diet Literacy and self-perceived eating behavior change during COVID-19 pandemic among undergraduate nursing and medical students: a rapid online survey. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17:7185.
133. Kouotou EA, Nansseu JR, Ngangue Engome AD, et al. Knowledge, attitudes and practices of the medical personnel regarding atopic dermatitis in Yaoundé, Cameroon. *BMC Dermatol*. 2017;17:1.
134. Kummervold PE, Chronaki CE, Lausen B, et al. eHealth trends in Europe 2005-2007: A Population Based Surv. *Journal of Medical Internet Research*. 2008;10:e42.
135. Ross LA, Frier BM, Kelnar CJH, et al. Child and Parental Mental Ability and Glycaemic Control in Children With Type 1 Diabetes. *Diabet Med*. 2001;18:364-9.
136. Safer RS, Keenan J. Health Literacy: The Gap Between Physicians and Patients, *American Family Physician*. 2005;72:463–8.
137. Aktaş B, Canitez Y, Sapan N. The effect of age at the time of diagnosis in atopic dermatitis on development of additional allergic disease. *Türk Pediatri Ars*. 2011;46:308-12.
138. Doğruel D, Bingöl G, Altıntaş DU, et al. Prevalence of and risk factors for atopic dermatitis: A birth cohort study of infants in southeast Turkey. *Allergol Immunopathol (Madr)*. 2016;44:214-20.
139. Gerner T, Haugaard JH, Vestergaard C et al. Disease severity and trigger factors in Danish children with atopic dermatitis: a nationwide study. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*. 2021;35:948-57.
140. Peroni DG, Piacentini GL, Bodini A et al. Prevalence and risk factors for atopic dermatitis in preschool children. *British Journal of Dermatology*. 2008;158:539-43.
141. Akdis CA, Akdis M, Bieber T et al. Diagnosis and treatment of atopic dermatitis in children and adults: European Academy of Allergy and Clinical Immunology/American Academy of Allergy, Asthma and Immunology/PRACTALL consensus report. . *Allergy: European Journal of Allergy and Clinical Immunology*. 2006; 118:152-69.
142. Nissen SP, Kjaer HF, Host A, et al. The natural course of sensitization and allergic diseases from childhood to adulthood. *Pediatric Allergy and Immunology*. 2013;24:549-55.

143. Breuer K, Heratizadeh A, Wulf A et al. Late eczematous reactions to food in children with atopic dermatitis. *Clinical and Experimental Allergy*. 2004;34:817-24.
144. Eller E, Kjaer HF, Host A, et al. Food allergy and food sensitization in early childhood: Results from the DARC cohort. *Allergy: European Journal of Allergy and Clinical Immunology*. 2009;64:1023-9.
145. Ekbäck M, Tedner M, Devenney I et al. Severe eczema in infancy can predict asthma development. A prospective study to the age of 10 years. *PLoS One*. 2014;9:99609.
146. Alzahrni M, Alshelewy TD, Hassanin MM, , et al, Parental awareness toward atopic dermatitis in children, Saudi Arabia. *IJMDC*. 2020;4:1261-7.
147. Treadgold BM, Muller I, Teasdale E, et al. Parental experiences of eczema advice in online parenting forums: a qualitative interview study *BJGP Open*. 2023;7:1-10.
148. Ridd MJ, Garfield K, Gaunt DM, et al. Choice of Moisturiser for Eczema Treatment (COMET): feasibility study of a randomised controlled parallel group trial in children recruited from primary care. *BMJ Open*. 2016;6:e012021.