



T.C.

TOKAT GAZİOSMANPAŞA ÜNİVERSİTESİ

TIP FAKÜLTESİ

DERİ VE ZÜHREVİ HASTALIKLARI ANA BİLİM DALI

SEBOREİK DERMATİTLİ HASTALARDA

ALGILANAN STRES DÜZEYİ, SOSYAL GÖRÜNÜŞ KAYGISI

VE YAŞAM KALİTESİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Dr. Büşra ACABAY

TIPTA UZMANLIK TEZİ

TOKAT

2024



T.C.

TOKAT GAZİOSMANPAŞA ÜNİVERSİTESİ

TIP FAKÜLTESİ

DERİ VE ZÜHREVİ HASTALIKLARI ANA BİLİM DALI

**SEBOREİK DERMATİTLİ HASTALARDA
ALGILANAN STRES DÜZEYİ, SOSYAL GÖRÜNÜŞ KAYGISI
VE YAŞAM KALİTESİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

Dr. Büşra ACABAY

TIPTA UZMANLIK TEZİ

TEZ DANIŞMANI

Doç. Dr. Atiye AKBAYRAK

TOKAT

2024

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim süresince benimle bilgi ve deneyimlerini paylaşan, anlayış ve

özveriyle yardımlarını esirgemeyen tez danışmanım değerli hocam

Sayın Doç. Dr. Atiye AKBAYRAK'a;

Bilgisinden, deneyimlerinden ve farklı bakış açısından faydalandığım ana bilim

dalı başkanımız değerli hocam Sayın Doç. Dr. Ömer KUTLU'ya;

Kendisiyle bir buçuk yıl birlikte çalışma fırsatı bulduğum, bilgi ve tecrübelerini

esirgemeyen değerli hocam Sayın Doç. Dr. Havva YILDIZ SEÇKİN'e;

Bu çalışmanın istatistiğinde yardımcı olan Uzm. Dr. Hümeysra YILMAZ'a;

Asistanlık döneminde birlikte çalıştığım doktor, hemşire ve sekreter

arkadaşlarıma;

Sevgi, ilgi ve sabırla beni yetiştiren ve hep yanımda olduklarını hissettiren, daima

mutlu olmamı isteyen canım aileme;

Destegi her daim hissettiğim, sevinç ve üzüntüme ortak olan çok kıymetli eşime;

Teşekkürlerimi sunmayı borç bilirim.

Dr.Büşra ACABAY

ÖZET

SEBOREİK DERMATİTLİ HASTALARDA ALGILANAN STRES DÜZEYİ, SOSYAL GÖRÜNÜŞ KAYGISI VE YAŞAM KALİTESİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Amaç

Seboreik dermatit (SD), eritemli yama ve skuamlanma ile karakterize kronik tekrarlayıcı bir deri hastalığıdır. Dermatolojik hastalıkların sık görülenlerindendir. Hastalığın tutulum alanı ve şiddeti kişiden kişiye farklılık gösterir. Birçok deri hastalığında olduğu gibi SD'nin de yaşam kalitesini negatif yönde etkilediğine dair veriler vardır. Bu hastaların psikososyal açıdan etkilenme düzeyinin ve etkileyen olası faktörlerin saptanması, tedavi stratejisinin oluşturulması aşamasında hasta lehine maksimum fayda sağlanması açısından yol gösterici olabilir. Bu çalışmanın amacı, SD'li kişilerin psikososyal yakınmalarını değerlendirerek sağlıklı kontrol grubu ile karşılaştırmak ve aradaki farklılıkları araştırmaktır. Aynı zamanda, bu yakınmaların hastalığın klinik özellikleri ve şiddetiyle ilişkisini inceleyerek, tedavi planı oluşturma aşamasında dikkate alınacak öncelikli faktörlerin belirlenmesine yönelik destek sağlanması amaçlandı.

Materyal ve Metod

Dermatoloji polikliniğine başvuran 18-65 yaş arası 100 SD hastası ve 100 sağlıklı gönüllü çalışmaya dahil edildi. Hasta ve kontrol grubunun demografik özellikleri ve hasta grubunun hastalığına ilişkin bilgiler sorgulanarak kaydedildi. SD hastalık şiddeti ve aktivitesinin değerlendirilmesinde Seboreik Dermatit Alan ve Şiddet İndeksi (SAŞİ) kullanıldı. Her iki grubun yaşam kalitesi, stres ve kaygı düzeyinin değerlendirilmesi; Dermatolojik Yaşam Kalite Ölçeği (DYKÖ), Algılanan Stres Ölçeği (ASÖ) ve Sosyal Görünüş Kaygı Ölçeği (SGKÖ) ile yapıldı.

Bulgular

Çalışmaya katılan 100 hastanın 51'i (%51) kadın, 49'u (%49) erkek olup, yaş ortalaması $29,11 \pm 9,39$ yıl iken; kontrol grubunun 61'i (%61) kadın, 39'u (%39) erkekti ve yaş ortalaması $29,19 \pm 7,38$ yıl olup, iki grubun cinsiyet ve yaş ortalaması benzerdi ($p>0,05$). Hastaların 19'unda (%19) izole saçlı deri tutulumu, 59'unda (%59) yüz ve saçlı deri tutulumu, 22'sinde (%22) yüz, saçlı deri ve göğüs tutulumu varken, izole yüz veya göğüs tutulumu olan hasta yoktu.

Dermatoloji yaşam kalite indeksi (DYKİ) skor ortalaması hasta grubunda $7,66 \pm 4,19$ (minimum 0-maksimum 21) iken; kontrol grubunda $0,55 \pm 1,01$ (minimum 0-maksimum 4) olup, hasta grubunun yaşam kalite indeksi skor ortalaması kontrol grubuna kıyasla anlamlı düzeyde yüksekti ($p<0,001$). SGKÖ skor ortalaması hasta grubunda $39,67 \pm 12,44$ (minimum 16-maksimum 65) iken; kontrol grubunda $24,34 \pm 5,39$ (minimum 15-maksimum 37) olup, hasta grubunda sosyal görünüş kaygısı kontrol grubuna kıyasla anlamlı düzeyde yüksekti ($p<0,001$). ASÖ skor ortalaması hasta grubunda $18,61 \pm 6,23$ (minimum 3-maksimum 29) iken; kontrol grubunda $9,43 \pm 4,23$ (minimum 0-maksimum 20) olup, hasta grubunda algılanan stres düzeyi kontrol grubuna kıyasla anlamlı düzeyde yüksekti ($p<0,001$). Hasta ve kontrol grubunda yaşam kalite indeksi, algılanan stres düzeyi ve SGKÖ skorları her iki cinsiyette de benzerdi ($p>0,05$). Hasta grubunda, hastanın yaşı, SD başlangıç yaşı, SD süresi ve SD atak sıklığı ile DYKİ, algılanan stres düzeyi ve sosyal görünüş kaygısı arasında anlamlı bir ilişki yoktu ($p>0,05$). SD lokalizasyonu ile DYKİ ve SGKÖ arasında anlamlı bir ilişki saptandı ($p=0.015$, $p<0,001$). Her üç bölgede de (saçlı deri, yüz ve göğüs) tutulumu olan hastaların daha az tutulum bölgesi olanlara kıyasla yaşam kalitesi etkilenme düzeyi daha yüksek olup, bu grupta yaşam kalitesi fazla veya çok fazla etkilenenlerin oranı az tutulumu olanlara kıyasla daha fazlaydı ($p<0,001$). Benzer şekilde, her üç bölgenin de tutulduğu hasta grubunun SGKÖ puan ortalaması üçten az bölge tutulumu olanlara kıyasla anlamlı düzeyde yüksekti ($p<0,001$). Hastalık tutulum bölgesine göre eritem, skuam ve pruritus şiddetleri ayrı ayrı değerlendirildiğinde; saçlı deride eritem, skuam ve pruritus şiddeti medyan değerlerinin yüz ve gövdeye kıyasla anlamlı düzeyde yüksek olduğu gözlemlendi ($p<0,001$).

Hastaların SAŞİ ortalaması $3,84 \pm 1,38$ (minimum 1,20-maksimum 7,00) idi. DYKİ'deki etkilenme düzeyi fazla ya da çok fazla olanların SAŞİ ortalama indeksi

etkilenmemiş olanlara kıyasla anlamlı düzeyde yüksekti ($p<0,001$). Ayrıca SAŞİ ile DYKİ ve SGKÖ arasında pozitif yönlü yüksek düzeyde; ASÖ ile ise pozitif yönlü orta düzeyde korelasyon vardı (sırasıyla $r:0,776$; $p:<0,001$; $r:0,804$; $p:<0,001$; $r:0,695$; $p:<0,001$).

Sonuç

SD'li kişilerin yaşam kalitesi, sosyal hayatı ve stres düzeyi hastalık sürecinden etkilenmektedir. Bu etkilenim hastanın yaşı, hastalık başlangıç yaşı, SD süresi ve SD atak sıklığından bağımsızken; etkilenme düzeyi yaygın veya şiddetli tutulumu olan hastalarda daha fazladır. Saçlı deri tutulumu olan hastalarda kaşıntı şikayeti diğer alan tutulumlarına göre daha şiddetlidir. Yaygın / şiddetli hastalığı ya da saçlı deri tutulumu olan hastaların deriye yönelik tedavisi planlanırken, bu grup hastanın psikososyal etkilenimi daha fazla olduğundan hasta şikayetleri ve öncelikli taleplerinin dikkate alınarak gerektiğinde multidisipliner olarak tedavi planlanması faydalı olabilir.

Anahtar Kelimeler: seboreik dermatit, stres, yaşam kalitesi, kaygı

ABSTRACT

EVALUATION OF PERCEIVED STRESS LEVEL, SOCIAL APPEARANCE ANXIETY, AND QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH SEBORRHEIC DERMATITIS

Objective

Seborrheic dermatitis (SD) is a chronic, recurrent skin disease characterized by erythematous patches and scaling. It is among the most common dermatological conditions, and the areas affected and severity of the disease vary from person to person. Similar to many other skin diseases, there is evidence that SD negatively impacts quality of life. Identifying the psychosocial impact level on these patients and potential influencing factors can provide valuable guidance in creating treatment strategies to maximize benefit for the patient. The aim of this study is to evaluate the psychosocial complaints of individuals with SD, compare them with a healthy control group, and investigate the differences. Additionally, by examining the relationship between these complaints and the clinical features and severity of the disease, this study seeks to support the identification of priority factors to consider during treatment planning.

Materials and Methods

A total of 100 SD patients and 100 healthy volunteers, aged 18-65, who visited the dermatology outpatient clinic were included in the study. Demographic characteristics of both the patient and control groups, as well as information related to the disease for the patient group, were collected and recorded. The Seborrheic Dermatitis Area and Severity Index (SDASI) was used to assess SD disease severity and activity. Quality of life, stress, and anxiety levels in both groups were evaluated using the Dermatology Life Quality Index (DLQI), Perceived Stress Scale (PSS), and Social Appearance Anxiety Scale (SAAS).

Results

Of the 100 patients included in the study, 51% were female and 49% were male, with a mean age of 29.11 ± 9.39 years. The control group consisted of 61% females and 39% males, with a mean age of 29.19 ± 7.38 years. Both groups showed similar distributions in terms of age and gender ($p>0.05$). Among the patients, 19% had isolated scalp involvement, 59% had involvement of the face and scalp, and 22% had involvement of the face, scalp, and chest; there were no patients with isolated face or chest involvement.

The mean Dermatology Life Quality Index (DLQI) score was 7.66 ± 4.19 (range: 0-21) in the patient group and 0.55 ± 1.01 (range: 0-4) in the control group, with a significantly higher DLQI score in the patient group compared to the control group ($p<0.001$). The mean Social Appearance Anxiety Scale (SAAS) score was 39.67 ± 12.44 (range: 16-65) in the patient group and 24.34 ± 5.39 (range: 15-37) in the control group, indicating significantly higher social appearance anxiety in the patient group ($p<0.001$). The mean Perceived Stress Scale (PSS) score was 18.61 ± 6.23 (range: 3-29) in the patient group and 9.43 ± 4.23 (range: 0-20) in the control group, with significantly higher perceived stress levels in the patient group ($p<0.001$). Both the patient and control groups showed similar scores for DLQI, perceived stress levels, and SAAS across genders ($p>0.05$). No significant relationships were observed between patient age, age of SD onset, duration of SD, and frequency of SD flares with DLQI, perceived stress, and social appearance anxiety ($p>0.05$).

There was a significant relationship between SD localization and both DLQI and SAAS ($p=0.015$ and $p<0.001$, respectively). Patients with involvement in all three regions (scalp, face, and chest) had higher levels of quality of life impairment compared to those with fewer areas affected, with a higher proportion of these patients experiencing moderate or severe quality of life impairment ($p<0.001$). Similarly, patients with all three areas affected had significantly higher SAAS scores than those with fewer areas involved ($p<0.001$). When erythema, scaling, and pruritus severity were analyzed by affected area, it was observed that median severity levels for erythema, scaling, and pruritus were significantly higher in the scalp compared to the face and trunk ($p<0.001$).

The mean Seborrheic Dermatitis Area and Severity Index (SDASI) score was 3.84 ± 1.38 (range: 1.20-7.00). Patients with moderate or severe impairment on the DLQI had significantly higher SDASI scores compared to those without impairment ($p < 0.001$). Additionally, there was a strong positive correlation between SDASI and both DLQI and SAAS, and a moderate positive correlation with PSS ($r = 0.776$, $p < 0.001$; $r = 0.804$, $p < 0.001$; $r = 0.695$, $p < 0.001$, respectively).

Conclusion

The quality of life, social life, and stress levels of individuals with seborrheic dermatitis (SD) are impacted by the disease process. This impact is independent of patient age, age at disease onset, duration of SD, and frequency of SD flares; however, patients with widespread or severe involvement experience a higher degree of impairment. Patients with scalp involvement report more intense pruritus compared to other affected areas. When planning skin-targeted treatments for patients with extensive/severe disease or scalp involvement, it may be beneficial to consider these patients heightened psychosocial impact by addressing their complaints and prioritizing their treatment needs.

Keywords: seborrheic dermatitis, stress, quality of life, anxiety.

İÇİNDEKİLER

ÖZET	ii
ABSTRACT.....	V
İÇİNDEKİLER.....	viii
KISALTMALAR.....	xi
TABLolar.....	xii
1.GİRİŞ VE AMAÇ	1
2.GENEL BİLGİLER.....	3
2.1.SEBOREİK DERMATİT	3
2.1.1.Tanım	3
2.1.2.Tarihçe	3
2.1.3.Epidemiyoloji	3
2.1.4.Etyopatogenez	4
2.1.4.1.Stres	4
2.1.4.2.Sebum	5
2.1.4.3.Mikrobiyal Ajanlar	5
2.1.4.4.Nutrisyonel Faktörler.....	6
2.1.4.5.Kullanılan İlaçlar	6
2.1.4.6.Hormonal Faktörler	7
2.1.4.7.Fiziksel Faktörler	7
2.1.4.8.Çevresel Faktörler.....	7
2.1.4.9.İmmunolojik Faktörler.....	7
2.1.4.10.Atopi	8
2.1.4.11.Nörotransmitterler.....	8
2.1.4.12.Diğer Faktörler.....	8
2.2. KLİNİK	9
2.2.1.İnfantil Seboreik Dermatit.....	9
2.2.2.Leiner Hastalığı (Erythrodermia Desquamativa)	10
2.2.3.Erişkin Tip Seboreik Dermatit	10
2.3. LABORATUVAR BULGULARI	12

2.4. HİSTOPATOLOJİ	12
2.5. AYIRICI TANI	13
2.6. TEDAVİ	15
2.6.1. Genel Önlemler	16
2.6.2. Topikal Tedaviler	16
2.6.2.1. Keratolitikler	16
2.6.2.2. Kortikosteroidler	16
2.6.2.3. Antifungaller	16
2.6.2.4. İmmunomodülatörler	17
2.6.3. Kombine Tedavi Yöntemleri	18
2.6.4. Lityum Bileşikleri	18
2.6.5. Metronidazol	19
2.6.6. Diğer Topikal Tedavi Seçenekleri	19
2.6.7. Sistemik Tedaviler	20
2.6.7.1. Antifungaller	20
2.6.7.2. Retinoidler	21
2.6.7.3. Glukokortikoidler	21
2.6.8. Dar bant UVB	21
2.6.9. Diğer Tedavi Seçenekleri	21
2.6.10. Prognoz ve Seyir	21
2.7. ANKSİYETE VE DEPRESYON	22
2.8. SOSYAL GÖRÜNÜŞ KAYGISI	23
2.9. DERMATOLOJİDE YAŞAM KALİTESİ	25
3.YÖNTEM VE GEREÇLER	27
3.1. YÖNTEM	27
3.2. GEREÇLER	27
3.2.1. Sosyodemografik ve Klinik Bilgi Veri Formu:	27
3.2.2. Seboreik Dermatit Alan Şiddet İndeksi (SAŞİ):	28
3.2.3. Dermatolojik Yaşam Kalite Ölçeği (DYKÖ):	28
3.2.4. Sosyal Görünüş Kaygı Ölçeği (SGKÖ):	29
3.2.5. Algılanan Stres Ölçeği (ASÖ):	30
3.3. İSTATİSTİKSEL ANALİZ	30

4. BULGULAR.....	32
5. TARTIŞMA.....	47
6. SONUÇ.....	57
7. KAYNAKÇA.....	59
8. EKLER.....	69



KISALTMALAR

AD: Atopik dermatit

AIDS: Kazanılmış Bağışıklık Yetersizliği Sendromu

ASÖ: Algılanan Stres Ölçeği

C: Kompleman

DYKİ: Dermatoloji Yaşam Kalite İndeksi

HIV: İnsan Bağışıklığı

Ig: İmmunglobulin

KK: Korelasyon Katsayısı

KOH: Potasyum Hidroksit

NK: Doğal öldürücü

PDE4: Fosfodiesteraz 4

SAŞİ: Seboreik dermatit Alan Şideet İndeksi

SD: Seboreik Dermatit

SGKÖ: Sosyal Görünüş Kaygı Ölçeği

SLE: Sistemik Lupus Eritematozus

Spp: Türleri

TNF: Tümör Nekroz Faktör

UV: Ultraviyole

TABLÖLAR

Tablo	Sayfa no
Tablo 1. Bazı tanımlayıcı özellikler ve ölçeklerin gruplar arası karşılaştırılması.....	33
Tablo 2. Hasta grubunda hastalık lokalizasyonuna göre DYKİ'nin değerlendirilmesi .	34
Tablo 3. Hasta grubunda algılanan stres düzeyine göre DYKİ'nin değerlendirilmesi ..	35
Tablo 4. Hasta grubunda SAŞİ ve SGKÖ'ne göre DYKİ değerlendirilmesi.....	36
Tablo 5. Hasta grubunda cinsiyet ve SD atak sıklığına göre algılanan stres düzeyinin değerlendirilmesi	37
Tablo 6. Hasta grubunda yaş, SD başlangıç yaşı ve mevcut SD süresine göre algılanan stres düzeylerinin karşılaştırılması.....	37
Tablo 7. Hasta grubunda cinsiyete göre SGKÖ'nin değerlendirilmesi.....	38
Tablo 8. Hasta grubunda SD atak sıklığına göre SGKÖ'nin değerlendirilmesi	38
Tablo 9. Hasta grubunda SAŞİ ve SGKÖ'ne göre algılanan stres düzeyinin değerlendirilmesi	38
Tablo 10. Hasta grubunda hastalık lokalizasyonuna göre SGKÖ'nin değerlendirilmesi	39
Tablo 11. Hastalık lokalizasyonuna göre eritem şiddet düzeyi.....	39
Tablo 12. Hastalık lokalizasyonuna göre skuam şiddet düzeyi	40
Tablo 13. Hastalık lokalizasyonuna göre pruritus şiddeti düzeyi	40
Tablo 14. Hasta grubunda yaş, bazı hastalık özellikleri ve ölçek puanlarının korelasyon analiz.....	42
Tablo 15. Kontrol grubunda nicel verilerin dağılım	43
Tablo 16. Kontrol grubunda cinsiyete göre DYKİ'nin değerlendirilmesi	43
Tablo 17. Kontrol grubunda cinsiyete göre algılanan stres düzeyinin karşılaştırılması	43
Tablo 18. Kontrol grubunda cinsiyete göre SGKÖ'nin değerlendirilmesi	44
Tablo 19. Kontrol grubunda yaş ve SGKÖ'ne göre DYKİ'nin değerlendirilmesi	44
Tablo 20. Kontrol grubunda yaş ve SGKÖ'ne göre algılanan stres düzeyinin değerlendirilmesi	44
Tablo 21. Kontrol grubunda yaş ve ölçek puanları arasında korelasyon analizi	45
Tablo 22. Hasta ve kontrol gruplarının SGKÖ puanı değerlendirmesi.....	45
Tablo 23. DYKİ ve algılanan stres düzeyinin hasta ve kontrol grubu arasında karşılaştırılması.....	46

1. GİRİŞ VE AMAÇ

SD, inflamatuvar bir deri hastalığıdır. Tekrarlayıcı ve kronik özellik gösterir. Saçlı deri, yüz (nazolabial bölge, kaşlar ve kulak) ve üst gövde kısmı (göğüs / presternal bölge) gibi sebum açısından zengin bölgeleri tutar. Bu bölgelerde eritemli yama ve pullanma ile seyreder (1). SD, immünkompetan erişkinlerin %2-%4'ünde görülür. Erkeklerde görülme sıklığı daha fazladır. Yaşamın bazı dönemlerinde SD görülme sıklığı artar. Yaşamın ilk 3 ayındaki infantlarda, adölesan ve genç erişkinlerde SD sık görülürken; 50 yaş ve üzerindeki hastalarda SD sıklığı tekrar artış gösterir (2).

SD, etyopatogenezi tam olarak bilinmeyen, gelişiminde çok sayıda faktörün rol oynadığı multifaktöryel bir hastalıktır. Endojen ve eksojen olmak üzere çeşitli faktörler hastalığın oluşumunda etkilidir. Bu faktörler; stres, sebum, mikrobiyal ajanlar, nutrisyonel faktörler, kullanılan ilaçlar, hormonal faktörler, fiziksel faktörler, çevresel faktörler, immünolojik faktörler, atopi ve nörotransmitterler olarak sınıflandırılır (3).

Stres ve SD arasında iki yönlü bir ilişki vardır. Strese bağlı olarak hastalık ortaya çıkabileceği gibi, SD sonucu hastanın dış görünümünde oluşan değişiklikler, hastalığın tekrarlayıcı seyri, iyileşme ve alevlenme dönemleri göstermesi de hastada stres durumunu geliştirebilir (4).

Deri hastalıklarının hastaların yaşam kalitesini, sosyal çevresini, benlik saygısını ve benlik imgesini farklı açılardan etkileyerek; depresyon, anksiyete gibi ikincil psikiyatrik tabloların gelişmesinde büyük oranda rol oynadığı yapılan çalışmalar ile gösterilmiştir (5). Psikiyatrik hastalıklardan depresyon ve anksiyete dermatolojik hastalıklara sıklıkla eşlik eder (6). Deri hastalıkları diğer hastalıklara kıyasla kişinin görünümünü, yaşamını, emosyonel durumunu ve sosyal hayatını daha fazla etkiler. Diğer sistemik hastalıklardan farklı olarak çoğu zaman hayati tehlike oluşturmamasına rağmen, günlük hayatı, ruhsal ve toplumsal durumu negatif açıdan etkileyerek; kişilerde psikolojik stres, kaçınma ve dış görünümünden rahatsızlık gibi çok farklı şekilde ortaya çıkabilir (7).

SD hastalarında yapılan çalışmalarda SD'in yaşam kalitesini negatif etkilediği ve hastalığa anksiyete ve depresyonun eşlik ettiği gözlenmiştir (4, 8, 9). Hastalığın kronik

seyri, lezyonların yüz, saçlı deri gibi görünür alanlarda ortaya çıkması yaşam kalitesini negatif yönde etkiler (4).

SD, DSM4-TR sınıflandırılmasına göre “psikolojik faktörlerin etkilediği hastalıklar” başlığı içerisinde yer alır (10). SD’nin yaşam kalitesinde belirgin şekilde olumsuz etkilenime yol açtığı ve bu etkilenimin anksiyete ve depresyon düzeyiyle korele olduğu gözlenmiştir (11). Hastalığın kronik, tekrarlayıcı seyri, tedavi süresinin uzunluğu ve henüz etkin bir tedavisinin bulunmayışı da hastaları ümitsizliğe düşürür (4).

Bu çalışmanın amacı, SD’li hastaların yaşam kalitesi, algılanan stres düzeyi ve sosyal görünüş kaygı durumunun değerlendirilmesi ve bunlarla ilişkili olası faktörlerin belirlenmesidir. Bu sayede hastalığın tedavisinin planlanması aşamasında dikkate alınacak / öncelikli değerlendirilecek faktörler saptanarak hasta beklentileri daha etkin şekilde karşılanabilir ve tedaviye uyum artırılabilir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. SEBOREİK DERMATİT

2.1.1. Tanım

SD, inflamatuvar bir deri hastalığıdır. Kronik ve tekrarlayıcı bir seyir gösterir. Sebum açısından zengin olan saçlı deri, yüz (nazolabial bölge, kaşlar ve kulak) ve üst gövde kısmında (göğüs / presternal bölge) görülür. Bu bölgelerde eritemli yama ve pullanma ile seyreder (1).

2.1.2. Tarihçe

SD ilk olarak Paul Gerson Unna tarafından 1887 yılında tanımlanmıştır.

Etiyolojide *Malassezia furfur* (M. furfur)'un olabileceği Unna tarafından öne sürülmüştür (12). Shuster tarafından 1984'te sistemik ketokonazol ile SD'in baskılandığı gösterilmiştir. SD ve M. furfur ilişkisi etyolojide geçerliliğini hala sürdürmektedir (13).

2.1.3. Epidemiyoloji

SD, immünitesi sağlam erişkinlerin %2 ila %4'ünde bulunur. Erkeklerde daha sık görülür. Yaşamın bazı dönemlerinde SD daha sık görülür. Yaşamın ilk 3 ayındaki infantlarda, adolesan ve genç erişkinlerde SD sık görülürken 50 yaş üzerindeki hastalarda SD sıklığı tekrar artış gösterir (2). İmmün yetmezliği olanlarda özellikle AIDS hastalarında SD görülme oranında yükselme olduğu bildirilmiştir. Bu hastalarda SD sıklıkla daha yoğun ve tedaviye daha dirençli seyreder (3). HIV enfeksiyonuna ek olarak bazı nörolojik hastalıklarda da SD daha sık görülür. Parkinson hastalığında SD insidansı yüksektir. Aynı zamanda fasiyal paralizi, epilepsi, kraniosinostoz, serebrovasküler olaylar gibi diğer nörolojik ve psikiyatrik hastalıklarda da SD görülme sıklığının daha yüksek olduğu saptanmıştır (14). SD şiddetinde mevsimsel farklılıklar görülebilir. Yaz aylarında SD şiddetinde Ultraviyole (UV) etkisiyle iyileşme görülürken, kış aylarında hastalık şiddetinde artış gözlenmiştir (15).

2.1.4. Etyopatogenezi

SD, etyopatogenezi tam olarak bilinmeyen, gelişiminde çok sayıda faktörün rol oynadığı multifaktöryel bir hastalıktır. Endojen ve eksojen olmak üzere çeşitli faktörler hastalığın oluşumunda etkilidir. Bu faktörler; stres, sebum, mikrobiyal ajanlar, nutrisyonel faktörler, ilaçlar, hormonal faktörler, fiziksel faktörler, çevresel faktörler, immünolojik faktörler, atopi, nörotransmitterler ve diğer faktörler olarak sınıflandırılabilir (3).

2.1.4.1. Stres

Stres ve SD arasında iki yönlü bir ilişki vardır. Strese bağlı olarak hastalık ortaya çıkabileceği gibi, SD sonucu hastanın dış görünüşünde oluşan değişiklikler, hastalığın tekrarlayıcı özelliği, iyileşme ve şiddetlenme dönemleri göstermesi hastada stres durumunu geliştirebilir (4). Stres; psöriazis, alopesi areata, atopik dermatit, rosasea, pruritus, liken planus, SD ve ürtiker gibi çok sayıda deri hastalığının ortaya çıkmasında ve şiddetlenmesinde rol oynar. Buna rağmen, stres ile kutanöz hastalıklar arasındaki patofizyolojik bağlantı belirsizliğini korur. Stresin hastalık sürecinde hipotalamik-hipofiz-adrenal aksı uyarıp sinir uçlarından ve dermal hücrelerden nöropeptitler, nörotrofinler, lenfokinler ve diğer kimyasal araçları serbest bırakarak inflamasyonu arttırdıklarına dair kanıtlar vardır (16). Psikiyatrik hastalıklar ve SD'nin birbirleriyle ilişkili durumlar olduğu görülmüştür. Literatüre bakıldığında SD'li hastalarda depresyon görülme olasılığının daha yüksek olduğu saptanmıştır. SD, duygudurum bozukluğu olan kişilerde daha yüksek oranda görülür (17). SD, DSM4-TR sınıflandırılmasına göre "psikolojik faktörlerin etkilediği hastalıklar" başlığı içerisinde yer alır (10). SD'nin yaşam kalitesinde belirgin bir şekilde olumsuz etkilenime yol açtığı yapılan çalışmalarda gösterilmiştir. Yaşam kalitesindeki etkilenme ile anksiyete ve depresyon seviyesinin de korele olduğu saptanmıştır. Hastalığın kronik, tekrarlayıcı seyri, tedavi süresinin uzunluğu ve henüz etkin bir tedavisinin bulunmaması hastalarda ümitsizliğe yol açar (4). SD'li hastaların değerlendirildiği Türkiye'den yapılan bir çalışmada, SD'li hastaların depresif duygudurumunda ve yaşam kalitelerinde bozulma olduğu gözlenmiştir (18). Doğramacı ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada da SD'li hastaların yaşam kalitelerinde bozulma oldukça anksiyete ve depresyon oranlarında artış olduğu bildirilmiştir (4). Maietta ve arkadaşlarının 150 kontrol ve 150 psikiyatrik bozukluğu bulunan hastalarda

SD insidansını karşılaştırdıkları bir çalışmada; kontrol grubuna göre psikiyatrik hastalarda SD görülme oranı anlamlı olarak yüksek bulunmuştur (19). SD; güneş görmeyen alanlarda yaşayan ve depresif kişilerde daha yüksek prevalansta görülür (20). Depresyon ve anksiyete düzeyinin SD'li hastalarda daha yüksek oranda olduğu yapılan çalışmalarda saptanmıştır (8).

2.1.4.2. Sebum

SD, sebase bezlerin aktif olduğu bölgelerde oluşur ve sıklıkla sebumun fazla üretimi ile ilişkilendirilir. Ancak SD, doğrudan sebase bez hastalığı değildir. Çok sayıda genç yetişkinde yağlı cilt saptanmasına rağmen SD eşlik etmez. Aynı zamanda SD'li hastaların alın bölgesinden alınan sebum örnekleri incelendiğinde normal popülasyon ile benzer olduğu saptanmıştır (21). SD'li hastalarda sebase bezlerin histopatolojik incelenmesinde, sebase bezlerde bir miktar dilatasyon olduğu saptanmıştır (22). İnfanıl SD, ilk üç aylık dönemde görülür. Bebeğe geçen maternal androjenler bebekte sebase bezlerde aktivasyon oluşturur. 3-6 aydan sonra maternal androjenlerin çekilmesi sonucu sebum üretimi ve SD geriler. Puberte sonrası sebase bez aktivitesi hormonların etkisiyle yeniden başlar ve SD tekrar görülebilir (22, 23). Parkinson hastalığı, supraorbital yaralanma, fasyal paralizi, poliomiyelit, siringomiyeli gibi SD'in sık görüldüğü nörolojik bozukluklarda; sebum aktivitesindeki artışın immobilitateye bağlı geliştiği düşünülür (24). Düşük doz oral isotretinoin tedavisi ile sebum üretimi baskılanır. SD'li hastalarda birkaç ay düşük doz oral isotretinoin tedavisi ile başarılı sonuçlar gözlenmiştir. Bu da sebum üretiminin hastalığıdaki etkisini destekler. Buradan; sebumun SD için birincil etyolojik faktör olmadığı fakat hastalık için yatkinlaştırıcı bir faktör olabileceği sonucuna varılabilir (21).

2.1.4.3. Mikrobiyal Ajanlar

SD gelişiminde en sık suçlanan, araştırılan ve tartışılan organizma *Malassezia* türleridir. Ancak, SD ve *Malassezia* arasındaki ilişki henüz netlik kazanmamıştır. *Malassezia* normal deri florasında bulunur (25). Sağlıklı kişiler ve SD'li hastaların derilerine bakıldığında, *Malassezia* yoğunluğunda anlamlı bir fark saptanmamıştır. Ancak SD'li hastalarda antifungal tedavilerle *Malassezia* kolonizasyonunda azalma ve klinik düzelme sağlandığı bilinir. SD gelişiminde önemli rol oynayan faktörün; M.Furfur

ve bu mayaya ait yıkım ürünlerine karşı anormal bir immun yanıt olduğu düşünülür (26, 27).

Patogeneizde rol oynayan bir diğer ajan da Candida albikanstır. Bu ajan infantil SD etyopatogeneizinde rol oynar. İnfantil SD'li hastaların dışkı örneklerinde ve deri lezyonlarında Candida albikans saptanmıştır. Erişkin SD'li hastalarda da oral nistatin tedavisiyle hızlı ve kalıcı gerileyen olgular tespit edilmiştir. AIDS'li hastalarda oral kandidiyazis, SD lezyonları öncesinde gelişir (24).

Propionibacterium acnes, sağlıklı deri mikrobiomunda bulunur. Fakat SD'li hastaların derisinde sağlıklı deridekinden daha az miktarda saptanmıştır. Sebebinin SD'li hastaların deri yüzeyindeki serbest yağ asiti miktarında azalma olabileceği düşünülmektedir (19).

2.1.4.4. Nutrisyonel Faktörler

SD benzeri tablolar piridoksin (B6), niasin (B3), riboflavin (B2), biotin (B7) vitaminleri, esansiyel yağ asidi ve çinko eksikliği durumlarında da gözlenmiştir. Bu eksikliklerin hangi mekanizma sonucu SD benzeri döküntülere yol açtıkları bilinmez (28).

İnfantil ve erişkin SD patogeneizinde bu eksikliklerin etkili olduğu düşünülür. Leiner hastalığında ağızdan ve sistemik biotin tedavisi ile etkileyici cevap alınan olgular vardır (24).

Akrodermatitis enteropatika çinko eksikliği ile seyreden bir hastalıktır. SD benzeri döküntüye sebep olur. Ancak SD ve çinko eksikliği arasında bir ilişki yoktur ve SD lezyonları çinko tedavisi ile düzelmez (22).

Dermatolojik hastalık gelişiminde beslenmenin rolü son zamanlarda yapılan çalışmalar ile gösterilmiştir. SD riskinin batı tipi beslenme alışkanlığı olan kişilerde daha fazla görüldüğü bildirilmiştir. Meyve tüketiminin ağırlıklı olduğu diyetle beslenen kişilerde SD gelişimi daha az bulunmuştur (29).

2.1.4.5. Kullanılan İlaçlar

Çok sayıda ilacın SD benzeri lezyonlara yol açtığı görülmüştür. Klorpromazin, fenotiazin, metildopa, haloperidol, altın, simetidin, griseofulvin, lityum, buspiron,

interferon-alfa (IFN-a), stanozol gibi ilaçlar bunların bir kısmını oluşturur. Bu ilaçların SD benzeri lezyonları hangi mekanizma ile oluşturdukları bilinmemektedir (21).

2.1.4.6. Hormonal Faktörler

SD, puberte öncesi ve infantil SD'in görüldüğü ilk üç aylık dönem haricinde nadiren görülür. Puberte sonrası sebace bez aktivasyonu ve sebum salınımının artması sonucu SD görülme sıklığı da artar. Infantil SD; maternal androjenik hormonların çekilmesiyle geriler ve puberteye kadar lezyon görülmez. Bu durum hastalığın androjenlerle olan ilişkisini destekler. Sebace bez hücrelerinin androjen uyarısına cevap verdiği yapılan araştırmalar sonucu gösterilmiştir (30, 31). Yine SD'in sıklıkla erkeklerde görülme sebeplerinden biri de sebace bez stimülasyonunun androjen kontrolü altında olmasıdır (32).

2.1.4.7. Fiziksel Faktörler

SD'li kişilerin derileri bakteriyel hastalıklara, bazı fiziksel ve kimyasal ajanlara karşı daha duyarlıdır. Bu sebeple kontakt dermatit ve kutanöz enfeksiyon sıklığı SD hastalarında artmıştır (33). SD dağılımından deri ısı ve derideki kan akımının sorumlu olduğu düşünülür (34).

2.1.4.8. Çevresel Faktörler

Hastalık şiddeti ile ısı, nem ve mevsimsel farklılıklar arasında bağlantı olduğu saptanmıştır (35). Kış aylarında nem ve sıcaklık düşük olduğundan SD lezyonlarında alevlenmeler olduğu, yaz aylarında ise remisyon gözleendiği yapılan çalışmalarda gösterilmiştir (24). Türkiye'de yapılan bir çalışmada SD şiddetinin yüksek nem ve düşük sıcaklık ile ilişkili olduğu bulunmuştur (36). UVB'nin SD patogeneğinde rol oynadığı düşünülen M.Furfur yoğunluğunu antiseptik etki ile azaltarak lezyonlarda gerilemeye sebep olduğu öne sürülür (8).

2.1.4.9. İmmunolojik Faktörler

SD'li hastalarda yapılan çalışmalarda T hücre sayısında azalma ve Natural Killer (NK) hücre sayısında artış gözlenmiştir. Serumda Immünglobülin A ve G düzeylerinde artış olduğu saptanmıştır (37). SD'in deride bulunan mantarlara ve bunların yıkım ürünlerine karşı gösterilen anormal inflamatuvar yanıt nedeniyle olduğu bazı

araştırmacılar tarafından öne sürülmüştür. Çok sayıda çalışmada sağlıklı kişilerin derileri ile SD'li hastaların lezyonsuz ve lezyonlu derileri karşılaştırılmış olup; SD'lilerin lezyonlu derilerinde inflamatuvar interlökinlerde artış, kompleman sisteminde aktivasyon, NK, CD16 hücrelerinde artış ve şiddetli inflamatuvar reaksiyon saptanmıştır (33). AIDS hastalarında SD daha yoğun, tedaviye dirençli ve atipik şekillerde görülür. Bu da hastalık patogeneze immünolojik faktörlerin katkısını düşündürür (38). AIDS erken dönem tanısında dirençli SD bir belirteç olabilir. Ancak çoğu SD'li hastada altta yatan bir immün yetmezlik bulunmaz (39).

Leiner hastalığı infantil SD'in alt tiplerindendir. Bu hastalarda immün yetmezlikle birlikte yaygın SD lezyonları mevcuttur (40).

2.1.4.10. Atopi

Atopik dermatitin yaşamın ilerleyen dönemlerinde infantil SD'i olan hastalarda geliştiği bazı araştırmacılar tarafından savunulur. Atopik dermatitin bir alt tipinin de infantil SD olabileceği düşünülür (1). Atopik dermatit ve infantil SD arasında klinik görünüm ve tetikleyici faktörler açısından çok sayıda ortak nokta mevcuttur (41, 42).

2.1.4.11. Nörotransmitterler

SD'nin bazı nörolojik hastalıklarla birlikte olması ve emosyonel stresle tetiklenmesi hastalıkta nörotransmitterlerin rol oynayabileceğini düşündürmüştür (43). Ancak Parkinson hastalığı, fasyal paralizi, poliomyelit, siringomiyeli gibi SD'ye sık eşlik eden nörolojik hastalıklarda SD gelişiminde immobilité nedenli sebace bez aktivasyonunun etkili olduğu, bu durumun nörotransmitter aracılı olmadığı savunulur (44). Buna rağmen Parkinson hastalığında tedavide kullanılan L-dopa ile sebum üretiminde azalma ve SD şiddetinde remisyon gözlenmesi nörotransmitterlerin etkisini düşündürür (43-45). Ancak henüz nörotransmitterlerin SD etyolojisindeki rolü kanıtlanamamıştır (45).

2.1.4.12. Diğer Faktörler

SD gelişiminde rol aldığı saptanan birçok faktör mevcuttur.

SD'li ailelerin çocuklarında daha sık SD geliştiği saptanmıştır. SD insidansının tek yumurta ikizlerinde yüksek olduğu saptanmış olup, genetik faktörlerin hastalıkta rol oynayabileceği düşünülmüştür (37).

Bazı genetik hastalıklara da SD sıklıkla eşlik eder, bunlara örnek olarak Down sendromu ve Hailey Hailey hastalığı verilebilir (46, 47).

Nörolojik hastalıklardan özellikle de Parkinson hastalarında SD'in sıklıkla eşlik ettiği bilinir. Bunlara ek olarak miyokard infarktı (MI), obezite, diyabet, malabsorbsiyon, alkolizm, alkolik pankreatit gibi çok sayıda sistemik hastalıkta da SD insidansında artış olduğu saptanmıştır (33, 48).

Son zamanlarda çok sayıda fasyal dermatozun gelişiminde Demodex Folliculorum'un rol oynadığı saptanmıştır. Demodex Folliculorum'a ait yıkım ürünlerinin keratinositlerden sitokin sekresyonu ve inflamasyonu uyarmasıyla veya antijenlerin immun sistemi aktive ederek SD gelişiminde rol oynadığı düşünülür (49).

SD; pityrosporum follikülit, rosacea, akne vulgaris, psöriazis gibi diğer inflamatuvar dermatozlarla sık birliktelik gösterir (24).

Saçlı deride şiddetli SD ve saçlı deri psöriazisi çok sık karışır. Bu iki hastalık bazen bir arada da görülebilir. Bazı yazarlar bu durumu “sebopsoriazis” olarak tanımlamayı önerir (50).

Hem SD hem de psöriaziste epidermal proliferasyonda artış vardır (40).

2.2. KLİNİK

SD'te klinik özellikler geliştiği döneme göre bazı değişiklikler gösterir. Erişkin dönemde tekrarlayıcı ve kronik bir seyir gösterirken infantil dönemde zamanla gerileme eğilimindedir (1).

2.2.1. Infantil Seboreik Dermatit

İnfantil SD çoğu zaman yaşamın ilk üç ayı içerisinde görülen yapışık, yağlı, sarımsı skuamlarla karakterize inflamatuvar bir deri hastalığıdır. Ön fontanel ve vertexten başlayıp tüm skalpte bu lezyonlar gelişebilir (45). Skalpteki lezyonlar halk arasında “konak” olarak adlandırılır. Tüm skalpte görülen yapışık, sarı, yağlı görünüm “beşik şapkası” olarak da adlandırılır (51). İnflame, akıntılı bir hal alabilir. Başlıca saçlı

deri tutulumu olsa da; kaşları, retroauriküler bölgeyi, bez bağlama alanının yanı sıra boyun ve aksilladaki intertriginöz bölgeleri de tutabilir (52). Saçlı deride görülen yapışık, yağlı, sarımsı skuamlanma yerine intertriginöz bölgede nemli, kırmızı plak şeklinde görülebilir. Akıntı ve inflamasyon intertriginöz bölgelerde daha belirgindir ve bu bölgelerde maserasyona bağlı Candida albicans, Stafilokokus aureus gibi sekonder enfeksiyonlar tabloya eklenebilir (53). İnfantil SD'nin yaygın tutulumunda gövde, alt karın, kasık ve kalça da etkilenebilir. Bu bölgelerde keskin sınırlı, eritemli, kabuklanma gösteren plak şeklinde görülebilir (54). İnfantil SD bebeklerde nadiren eritrodermiye sebep olur (55). İnfantil SD prognozu iyidir. Bebeklerin beslenme ve uykuları çoğu zaman etkilenmez. Kaşıntı çok hafif veya yoktur. Kendi kendini sınırlayan bir hastalıktır. Anneden kaynaklı androjenlerin ilk 6 ayda çekilmesiyle birlikte infantil SD de geriler (45, 52). İnfantil SD gelişenlerde yetişkin dönemde SD gelişmesi beklenen bir durum değildir (45).

2.2.2. Leiner Hastalığı (Erythrodermia Desquamativa)

Leiner hastalığı ilk kez Leiner tarafından 1908 tarihinde tanımlanmış olup, nadir karşılaşılan bir hastalıktır. SD'nin eritrodermik varyantını oluşturur. İki tipi bulunur. Bunlar familial ve nonfamilial olarak sınıflandırılır. Familial tipte kompleman 3 (C3) ve kompleman 5 (C5) disfonksiyonu nedeniyle opsonizasyon bozukluğu mevcuttur (56). Biotin eksikliği de Leiner hastalığı etiolojisinde rol oynamaktadır (57). Leiner hastalığı, kız ve erkeklerde aynı prevalansta saptanmıştır. Klinikte eritrodermik SD, ateş, diyare, kusma, anemi ve gelişme geriliği vardır. Sekonder bakteriyel enfeksiyonlar sıklıkla hastalığa eşlik eder. Ağır klinik seyirli bir tablo olmasına rağmen, uygun yoğun bakım şartları ile prognozu kötü değildir (56, 58).

2.2.3. Erişkin Tip Seboreik Dermatit

Erişkin tip SD, remisyon ve rekürrenslerle seyreden, eritemli, skuamlı lezyonlarla karakterize bir hastalıktır. Kronik ve tekrarlayıcı özellikte olması ile infantil tip SD'ten ayrılır (1). Yüz, saçlı deri ve göğüs en sık tutulum yerlerindendir. Baş boyunda yanakların dış üst kısmı, kaşların iç yüzü, alnın ortası, kulak arkası, dış kulak yolu gibi yüzün orta üçte birlik kısmı da SD tutulumunun klinikte görüldüğü alanlardandır. Kadınlarda özellikle paranazal bölgede kızarıklık ve skuamlanma ile seyreden tablo “eritema paranazale” olarak adlandırılır (59).

Kronik, tekrarlayıcı lezyonlarla seyreden yama şeklinde SD hastalığın klasik tipini oluşturur. Saçlı deri, dış kulak yolu, post auriküler bölge, kaşların medial yüzü, glabella, nazolabial kıvrımlar, sternum, sırtın V bölgesi (ekzema mediothoracicum); nadiren de aksilla, submamarian bölge, inguinal bölge gibi kıvrım bölgelerinde yerleşme eğilimi gösterir. Skalp ve dış kulak yolu tutulumu olan hastalar da sıklıkla kaşıntı eşlik eder (40).

Saçlı deride kızarıklık, inflamasyon olmaksızın zayıf, beyaz, skuamlanmanın görüldüğü, SD'nin hafif seyirli klinik formu "Pitriasis Kapitis Simpleks" olarak adlandırılır. Kepek, skalpte SD'nin ilk bulgularını oluşturur (60).

Şiddetli seyreden SD de; perifoliküler eritem, kepeklenme ile keskin sınırlı yama şeklinde lezyonlar gelişebilir. Alın bölgesine kadar uzanan saçlı deri lezyonları "Korona Seboreika" olarak isimlendirilir. Kronik ve tekrarlayıcı vakalarda hafif ve geri dönüşümlü saç kaybı gelişebilir (60).

Pityriasis amiantasea, saçlı deriyi etkileyen dermatitlere sekonder gelişen bir hastalıktır. Abartılı inflamatuvar yanıt sonucu geliştiği düşünülür. Saçlı deride tek veya multiple, saça yapışık, kalın, gümüşü veya sarımsı skuamlarla seyreder. Etyopatogenezi belirsizdir. Hastalığın genetik ve çevresel yatkınlık sonucu geliştiği düşünülür. Altta yatan olası sebeplerin SD, atopik dermatit, psöriazis, tinea kapitis olduğu söylenir (61).

SD yüz lezyonları; kırmızımsı, sarımsı skuamlarla seyreder ve sıklıkla saçlı deri tutulumuna eşlik eder. SD tipik olarak nazolabial kıvrımları tutar. Glabellar bölge, kaşların medial kısmı da yüz bölgesinde tutulan diğer alanlardır. SD kliniğine blefarit eşlik edebilir. Sakal ve bıyık bölgesi erkeklerde SD'nin sık tutulum alanlarından (62).

SD gövdede farklı klinik tablolar sergileyebilir:

Polisiklik, hafif skuamlı, ince plaklardan oluşan "petaloid patern" gövde de sıklıkla rastlanan tiptir. Çoğunlukla erkek hastalarda sternum ve interskapuler alanda görülür (33).

Deri çizgileri boyunca dağılım gösteren oval, eritema-skuamatöz lezyonlarla karakterize tablo "pitriaziform patern" olarak adlandırılır. Daha az görülür. Pitriazis roseayı taklit eder ama burda lezyonlar daha yaygındır. Madalyon plak ve kaşıntı yoktur (33, 63).

Aksiller, inguinal, anogenital ve submamarian bölgelerde görülen keskin sınırlı, eritemli tablo “intertrigo patern” olarak adlandırılır. Bu bölgeler daha nemli olduklarından skuam eşlik etmezken canlı eritemli lezyonlar görülür. Maserasyon ve sekonder enfeksiyon tabloya eşlik edebilir (63).

Kalın, eritemli, skuamlı, yuvarlak plaklarla giden tablo “psöriazis benzeri desen” olarak adlandırılır (63).

2.3. LABORATUVAR BULGULARI

SD’nin spesifik bir laboratuvar bulgusu yoktur. Tedaviye dirençli, şiddetli seyreden, atipik yerleşimli olgularda HIV açısından serolojik inceleme yapılması gerekir (1).

2.4. HİSTOPATOLOJİ

SD histopatolojisi hastalığın süresine, şiddetine, görüldüğü klinik döneme göre değişiklik gösterir. Genel olarak hem psöriazis hem spongiotik dermatitin histopatolojik özellikleri bir arada görülür. Akut ve subakut dönem lezyonlarda hafif-orta derecede spongioz, hafif psöriasiform hiperplazi, süperfisyal perivasküler lenfositik infiltrasyon, orto-parakeratozla birlikte foliküler tıkaçlar ve foliküler ostiumlarda nötrofilleri de içeren skuam-krut formasyonu vardır. Kronik dönem lezyonlarda tabloya irregüler akantoz, fokal parakeratoz, yüzeysel pleksustaki kapiller ve venüllerin belirgin dilatasyonu eklenir (51). SD’nin histopatolojik olarak psöriazisten ayırt edici temel bulgusu spongiozdur. Aynı zamanda psöriazis patolojisinde görülen nötrofil ekzositozu, parakeratotik korneum tabakası ve Munro mikroabsesi SD’te görülmez.

HIV/AIDS’li hastalarında gelişen SD’in histopatolojik bulgulara bazı değişiklikler görülür. Parakeratoz yaygındır ve spongioza çok nadir rastlanır. Epidermiste nekrotik keratinositlere rastlanabilir. Lenfosit kümeleri ile dermoepidermal bileşke oblitere olur. Dermiste damar duvarlarında kalınlaşma, plazma hücrelerinde proliferasyon ve lökositoklazi mevcuttur (51, 64)

2.5. AYIRICI TANI

SD tanısı çoğu zaman klinik olarak konulur. Tedaviye dirençli, şiddetli seyreden hastalarda HIV pozitifliği olabileceği düşünülerek serolojik test istenmelidir (33). SD'nin ayırıcı tanısı hastalık lokalizasyonuna ve yaşa göre değişkenlik gösterir.

İntantil tip SD ayırıcı tanısında; tinea kapitis, diaper dermatiti, langerhans hücreli histiositoz, atopik dermatit, skabiyes ve psöriasis gibi hastalıklar bulunur.

Erişkin tip SD ayırıcı tanısında; psöriasis, pitriyasis versikolor, pitriyasis rozea, rozasea, lupus eritematozus, alerjik kontakt dermatit ve pemfigus foliaceus yer alır.

Atopik dermatit ile infantil SD kliniği birçok yönden benzerlik gösterir. Lezyonların çoğu zaman ilk üç aylık dönem sonrası ortaya çıkması ve daha kaşıntılı seyri, yüz ve ekstansör bölgelerde yerleşimi atopik dermatiti SD'den ayıran özelliklerdendir. Ayrıca atopik dermatitten farklı olarak infantil SD'de lezyonlar 2 yaşından önce düzelir. Atopik dermatit; eritemli, skuamlı, krutlu ve genellikle sınırları belirsiz lezyonlarla karakterizedir. Atopik dermatit de bebek bezi bölgesi çoğunlukla korunur. Lezyonların yalnızca bebek bezi bölgesine lokalize olması SD lehine bir bulgudur (65).

Tedaviye rağmen dirençli seyreden lezyonlarda ve hepatosplenomegali varlığında langerhans hücreli histiositozis ayırıcı tanıda düşünülmelidir. Langerhans hücreli histiositozis de; saçlı deride, postauriküler alanda, aksilla ve inguinal kıvrımlarda kahverengimsi kırmızı renkte papülonodüler lezyonlar görülebilir. Klinik şüphe halinde lezyonların histopatolojik incelemesinde langerhans hücrelerinin görülmesi ile tanı doğrulanır (66).

İrritan diaper dermatiti de infantil SD ile ayırıcı tanıda düşünülmesi gereken hastalıklardandır.

İrritan diaper dermatiti, bebek bezinin sürtünmesi ve nemli ortama sekonder gelişir. Genellikle lezyonlar bez bağlama bölgesine lokalizedir. Deri kıvrımlarının tutulmaması ile infantil SD'ten ayrılır (52).

Tinea kapitis saçlı deri tutulumu ile SD ayırıcı tanısında düşünülmesi gereken hastalıklardandır. Özellikle çocukları etkileyen saçlı deri dermatofit enfeksiyonudur. İnflamasyonlu veya inflamasyonsuz, eritemli ve skuamlı saçlı deri dermatiti şeklinde görülebilir. Saç çekme testi ile saçın kolaylıkla gelmesi tinea kapitis SD'den ayıran

özelliklerdendir. Tinea kapitis şüphelenilen durumlarda mikolojik inceleme ve Wood bakışı tanı koymada yardımcı olan yöntemlerdendir (67).

Skabiyes, bebeklerde ve küçük çocuklarda sıklıkla saçlı deri ve yüz tutulumu göstermesi ile SD ayırıcı tanısında yer alır. İleri derecede kaşıntı ve ekskoryasyonlar SD'den ayırıcı yardımcıdır (68).

İnfanıl psöriazis bebeklerde nadir görülür. Bebek bezi bölgesini ve kıvrım bölgelerini tuttuğunda SD ile ayırımı önemlidir. Keskin sınırlı, parlak ve kırmızı psöriatik plaklar SD'den ayırıcı rol oynar (69).

Saçlı deri tutulumu ile giden erişkin tip SD ile klinikte en çok karışan hastalık psöriasis'tir. Psöriatik lezyonlar keskin sınırlı, eritemli zeminde, gümüş rengi skuamlarla karakterize lezyonlardır. Eritem ve skuam psöriatik lezyonlarda SD'den daha yoğundur. Psöriasis ve SD ayırımında önemli bir nokta da vücudun diğer bölgelerinin muayenesidir. Psöriasis de saçlı deri dışında; diz ve dirsek gibi ekstansör alanlarda da psöriatik plaklar görülebilir. Psöriasis'e özgü tırnak değişiklikleri, artrit ve aile öyküsü varlığı psöriasis tanısında önemlidir. Bazen saçlı deride SD ve psöriasis bir arada olabilir. Böyle durumlarda "sebopsoriasis" terimi kullanılır (60).

Rozasea çoğunlukla yüzü tutan, yüzde eritem, telenjektazi, papül ve püstüllerle seyreden inflamatuvar bir deri hastalığıdır. Yüz tutulumu SD ile zaman zaman karışır. Rozasea da sıklıkla burun, malar bölge ve perioral bölge tutulumu gözlenir. Bu bölgelerde minimal veya hiç skuama rastlanmaması, eritem, telenjektazi, papül ve püstüllerin baskın olması SD ile ayırıcı rol oynar (70, 71).

Kaşıntının baskın olduğu, tedaviye yanıt vermeyen SD'li hastalarda alerjik kontakt dermatitten şüphelenilebilir. SD tedavisinde verilen topikal ilaçların bileşenlerine bağlı da alerjik kontakt dermatit gelişebilir. Yama testi tanıyı doğrulamakta kullanılabilir (72).

SD'nin gövdede ki petaloid lezyonları pitriyasis versikolor ile ayırıcı tanıya girebilir. KOH ile incelemede hifa ve mayaların mikroskopta görülmesi ile pitriyasis versikolor tanısı doğrulanabilir (25).

Pityriasis rozea, SD'nin pitriyaziform varyantı ile karışabilir. Madalyon plak ve gövdede yakacak tarzı skuamlanmanın görüldüğü, deri çizgilerine paralel dizilmiş

döküntüler pityriasis rozeaya yaklaştıran bulgulardır. Pitriaziform SD; yüz ve fleksural bölgeler gibi pityriasis rozea tarafından tutulmayan alanlarda da görülebilir (73).

SD'nin yüz lezyonları akut sistemik lupus eritematozus (SLE) da görülen malar rash ve kronik kutanöz lupus eritematozus da görülen diskoid plaklar ile karışabilir. Malar rash; nazolabial kıvrımlar korunarak burun köprüsü ve yanaklarda eritematöz makül veya papüllerle karakterize bir döküntüdür. Diskoid lezyonlarda deriye yapışık skuamlar ve yüzeylerinde foliküler tıkaçlar görülür. Bu klinik bulgulara ek olarak serolojik tesler ile tanı doğrulanmalıdır (74, 75).

Pemfigus foliaceus'da saçlı deri, yüz, gövde, sırt gibi seboreik alanların tutulumu baskındır. SD'de de bu bölgelerin tutulumu görülmesi sebebiyle ayırıcı tanıda düşünülmesi gereken hastalıklardandır. Pemfigus foliaceus'da kutanöz lezyonlar eritemli zeminde üzerinde kabuklanma gelişen erozyonlar şeklinde görülür. Tanı dolaşımdaki desmoglein 1'e karşı otoantikorların ölçülmesi veya histopatolojik ve immünfloresan inceleme ile konulur (76).

2.6. TEDAVİ

SD inflamatuvar bir deri hastalığıdır. Kronik ve tekrarlayıcı özellik gösterir. SD tedavisinin birincil hedefi, hastalığın görünen alanlardaki belirtilerini yok etmek ve özellikle eritem, kaşıntı gibi rahatsız edici semptomları azaltmaktır. Bunlara ek olarak akut alevlenmelerin kontrolü ve uzun süreli remisyon da tedavi hedeflerimizdendir. Tedavi seçiminde hastanın yaşı, tedaviye uyumu, ilacın etkinliği, kullanım kolaylığı ve güvenilirliği dikkat edilmesi gereken unsurlardır (1, 77). Hastalık tekrarlayıcı ve inatçı bir seyir gösterdiğinden çoğu zaman idame tedaviye de ihtiyaç duyulur (78).

Hastalık kontrolünde kullanılan mevcut tedaviler:

Topikal ajanlar; keratolitikler, kortikosteroidler, antifungaller, immünomodülatörler, kombine tedaviler, lityum bileşikler, metronidazol ve diğer tedavi seçeneklerinden oluşurken, sistemik ajanlar; antifungaller, retinoidler, fototerapi ve glukokortikoidlerden oluşmaktadır (51).

2.6.1. Genel Önlemler

Hijyen SD kontrolünde önemli bir role sahiptir. Hastalara iyi hijyenin hayat boyu sürdürülmesi gerektiği anlatılmalıdır. Terlemenin önlenmesi, etkilenen bölgelerin su ile temizliği, kışın terlemeyi tetikleyecek aşırı kalın giysilerden kaçınılması da alınacak diğer önlemlerdendir. Hastalara ayrıca mümkün olduğunca SD tetikleyicilerinden kaçınmaları, aşırı kaşımadan veya güçlü keratolitik preparatların kullanımından uzak durmaları söylenmelidir (32).

2.6.2. Topikal Tedaviler

2.6.2.1. Keratolitikler

Keratolitikler kabuklanmayı ortadan kaldırmak amacıyla tedaviye eklenirler. Üre, laktik asit ve propilen glikol SD topikal tedavisinde kullanılan keratolitiklerdendir. Selenyum sülfür ve sülfür bileşikler de bunlara ek keratolitik etkileri olan preparatlardandır. Malessezia kolonizasyonunu çoğaltmayı baskılayarak azaltırlar. Çinko pirithyon, keratolitik etkisine ek olarak antifungal etki de gösterir ve kaşıntı, kepeklenmenin azaltılmasında katran ekstresi ile kombine şekilde kullanılır (51).

2.6.2.2. Kortikosteroidler

Topikal steroidler SD tedavisinde çoğunlukla tercih edilirler. Hızlı etki başlangıcı görülür fakat tedavi stoplandığında tekrarlama olasılığı mevcuttur. İnflamasyon, eritem ve kaşıntıyı azaltmada etkilidirler. Antimikrobiyal etki göstermezler. SD tedavisinde kısa süreli, çeşitli potenslerde steroidler kullanılır. Hidrokortizon ve beklametazon dipropiyonat en sık reçete edilen topikal steroidlerdendir. İnfanıl dönemde ve kıvrım bölgelerinde düşük potensli ajanların tercih edilmesi önerilir. Atrofi, hipertrikoz, folikülit ve telenjektazi gibi potansiyel yan etkilerden korunmak için topikal steroidler ile kısa süreli tedaviler önerilir (77, 79).

2.6.2.3. Antifungaller

SD tedavisinde; alliaminler, azoller, çinko pirithion, benzilaminler ve hidroksipiridonlar etkilidir. Antifungal ajanlardan özellikle imidazol grubunun topikal kullanımı ile olumlu sonuçlar gözlemlenmiştir (33).

Azollerden ketokonazol, SD tedavisinde ilk tercih edilen ajandır. Jel, krem ve şampuan gibi farklı preparatları mevcuttur. Yüz ve gövdedeki lezyonlarda ketokonazol %2 kremin etkinliği gösterilmiş ve aralıklı kullanımlarda da nüksü engellediği saptanmıştır. Ketokonazol, antifungal etkisine ek olarak antiinflamatuvar etki de gösterir. Vücutta tolere edilebilirliği yüksektir (60).

Ketokonazol içeren şampuanlar saçlı deri SD tedavisinde etkilidir. Şampuan, krem ve jel formülasyonuna da sahip olan %1 siklopiroksolamin, geniş spektrumlu bir antifungal ajandır. SD'nin tedavisinde %1 siklopiroks veya %2 ketokonazol içeren antifungal şampuanlar haftada iki veya üç kez remisyon sağlanana kadar kullanılır. Bu şampuanların saçlı deride etkili olabilmesi için minimum beş dakika saçta kalması önerilir. İlerleyen dönemlerde hastalığın nüksü antifungal şampuanların haftada bir kez kullanılması ile önlenabilir (78).

SD'nin yüz bölgesi lezyonlarında sertakonazol %2 krem formunun başarılı ve güvenilir bir ajan olduğu söylenir (51).

%2 ketokonazol ve %1 terbinafin kremlerinin karşılaştırıldığı bir çalışmada SD yüz lezyonlarının tedavisinde iki ürünün de güvenilir ve etkili olduğu saptanmıştır. Bir diğer çalışmada, saçlı deri SD'nin tedavisinde mikonazol şampuanın ketokonazol şampuan kadar başarılı sonuçlar gösterdiği bildirilmiştir (51).

SD tedavisinde fungisidal ve keratolitik etkisi nedeniyle selenyum sülfid de kullanılır. Selenyum sülfid özellikle çocuklarda kullanım sonrası kahverengi-turuncu renk değişikliğine sebep olabilir.

Çinko prityon da tedavide kullanılan etkili bir diğer ajandır (1).

2.6.2.4. İmmunomodülatörler

Takrolimus ve pimekrolimus SD tedavisinde kullanılan kalsinörin inhibitörleridir. Kalsinörinin, T hücre aktivasyonunda ve proinflamatuvar sitokin üretiminde rolü vardır. Kalsiyum bağımlı fosfataz olan kalsinörinin inhibe edilmesi ile antiinflamatuvar etki sağlanır. SD tedavisinde bu antiinflamatuvar etkilerinden faydalanılır. Buna ek olarak antifungal etki de gösterirler. Takrolimus ve pimekrolimus topikal steroidlerle uzun süreli kullanımda görülebilen atrofi, hipopigmentasyon ve telenjiektazi gibi yan etkileri göstermemeleriyle topikal steroidlere alternatif olarak kullanılabilirler. Özellikle fasyal

SD tedavisinde bu yan etkilerin görülmemesi sebebiyle tercih edilirler. Uygulama yerinde yanma, kalsinörin inhibitörlerinin en sık görülen yan etkilerindendir (80, 81). Yapılan bir çalışma ile takrolimus %0,1 merhem SD tedavisinde %1 hidrokortizon merhem kadar etkili olduğu saptanmıştır. Pimekrolimus %1 krem ve betametazon %0,1 kremin karşılaştırıldığı 20 SD'li hastayı içeren bir çalışmada iki kremin de eritem, skuam ve kaşıntı şikayetlerinin engellenmesinde eşit derecede etkili olduğu bulunurken; pimekrolimus %1 krem ile semptomlardaki iyileşmenin daha uzun sürdüğü saptanmıştır (77).

2.6.3. Kombine Tedavi Yöntemleri

SD hastalarında tedavi de daha etkin olabilmek için farklı ajanların kombinasyonu kullanılabilir. Topikal steroidler ve topikal antifungallerin kombinasyonu SD tedavisinde en etkin tedavi seçeneklerindendir. Kepek şampuanı, antifungal ve topikal steroid kombinasyonunun bazı dirençli vakalarda beklenen etkiyi göstermemesi durumunda daha potent bir topikal steroidin kısıtlı süre ile kullanımı remisyonu sağlayabilir. Bu kombinasyonların aralıklı kullanımlarının daha etkili olduğu saptanmıştır. Güçlü steroidlerin uzun süreli kullanımı önerilmez. Klinik anlamda lezyonlarda gerileme görüldükten sonra topikal antifungaller ile profilaktik olarak tedaviye devam edilmesi önerilir (82, 83).

2.6.4. Lityum Bileşikleri

Topikal lityum bileşikleri saçlı deri SD dışındaki lezyonların tedavisinde antiinflamatuvar etkileriyle kullanılırlar. Lityum süksinat ve lityum glukonat bu amaçla kullanılan ajanlardandır. Henüz Türkiye'de mevcut olmayan bu tedaviler Avrupa'da kullanılırlar (84). Lityum süksinat %8 merhem ile yapılan HIV pozitif 12 hastayı içeren bir çalışmada, hastalığa bağlı lezyonların iyileşmesinde plasebodan daha üstün olduğu saptanmıştır. Diğer bir çalışma ile fasyal bölgede lezyonları olan 129 hastaya lityum glukonat %8 merhem günde 2 kez verilmiş ve plaseboya göre lezyonlarda iyileşme görülmüştür (60). Dreno B ve arkadaşlarının yaptığı randomize bir çalışmada, lityum %8 glukonat ve %2 ketokonazol krem karşılaştırılmıştır. 8 haftalık %2 ketokonazol krem ile tedavi edilenlerde eritem, kaşıntı ve skuamda %30 oranında iyileşme görülürken, lityum %8 glukonat ile tedavi edilenlerde iyileşme %52 oranında saptanmıştır. Bu

çalışmada lityum %8 glukonat merheminin %2 ketokonazol kremden daha etkili olduğu bulunmuştur (85).

2.6.5. Metronidazol

SD tedavisinde kullanılabilen bir diğer ajan topikal metranidazoldür. %1-2'lik krem ya da %0,75'lik krem, losyon, jel, formülasyonları mevcuttur. Günde bir ile iki kez kullanımı ile SD tedavisinde başarılı sonuçlar elde edilmiştir. Tekrarlayan kullanımlarında kontakt duyarlılık yaptığı saptanmıştır (86).

2.6.6. Diğer Topikal Tedavi Seçenekleri

Pek çok topikal ajan kılavuzlarda olmasa da SD tedavisinde denenmektedir.

SD tedavisinde çay ağacı yağının %5'lik formunun M.furfur gibi bazı mikroorganizmalara karşı etkinlik gösterdiği gözlenmiştir. Topikal kullanımı güvenli bulunmuş olup, nadiren iritan kontakt dermatit gelişebileceği söylenmiştir (87, 88).

Quassia amara, antiinflamatuvar, antimikrobiyal ve antifungal etkilere sahiptir. Yapılan çalışmalarda SD tedavisi için tercih edilebilecek preperatlardan olduğu saptanmıştır. (81).

Sinamik asidin yapılan in vitro çalışmalarda malessezia gelişimini azalttığı bulunmuştur. Bu sebeple SD tedavisinde düşük konsantrasyonlarda kullanımının faydalı olabileceği düşünülür (59).

Aloe vera'nın SD tedavisindeki etkisini görmek amacıyla yapılan çalışmalarda olumlu sonuçlar saptanmıştır. Aloe veranın antiinflamatuvar, antibakteriyel ve antifungal etkileri bulunur. Bir çalışma da, aloe vera ekstresinin günde 2 kez lokal olarak 4-6 hafta süresince kullanımı ile skuamlanma ve kaşıntıda azalmanın plaseboya göre üstün olduğu saptanmıştır (79).

Hodan yağı gama linoleik asidin topikal formu olup, infantil SD tedavisinde etkili olduğu söylenir (45).

İnfantil SD'de saçlı derinin hafif tutulduğu vakalarda beyaz vazelin veya mineral yağlarla lezyonun yumuşatılıp, taranarak kepeğin temizlenmesi ve sonrasında medikal olmayan bir şampuanla yıkanılması önerilir. Bu şekilde etki gözlenmezse %2 ketokonazol içeren şampuan kullanılabilir. Düşük potens steroidli losyonlar saçlı derideki

eritemi azaltmak için kısa süreli kullanılabilir. Bebeklerde salisilik asit içeren şampuanlar emilerek metabolik asidoz ve salisilizme neden olabileceğinden önerilmez (52).

Ilık suda seyreltilmiş %90 balın, antifungal etki göstererek kepek tedavisinde kullanıldığı gözlenmiştir.

Araştırmalar sonucunda saçlı deriye uygulanan %15 propilen glikol solüsyonunun M.furfur oranında azalma ve SD kliniğinde iyileşme geliştirdiği gösterilmiştir (79).

2.6.7. Sistemik Tedaviler

Yaygın veya topikal tedavilere dirençli SD'li hastalarda sistemik tedaviler de kullanılabilir (89).

2.6.7.1. Antifungaller

Terbinafin, itrakonazol, flukonazol ve ketokonazol gibi oral antifungaller SD tedavisinde etkilidir. Ancak topikal tedaviye dirençli ve şiddetli lezyonlarda tercih edilmelidirler (80).

Ketokonazol, hepatotoksisite açısından riskli bir ajandır. İtrakonazol ve terbinafin daha güvenlidir. Skalp ve gövdedeki SD lezyonlarında 200 mg ketokonazolun 4 hafta boyunca kullanımının etkili olduğu saptanmıştır. Yan etkilerin görülme riski 4 haftadan uzun süren kullanımlarda artar (59).

İtrakonazolün 200 mg/gün dozunda 7 gün kullanımının SD tedavisinde etkili olduğu görülmüştür. İtrakonazol, ketokonazole göre daha az hepatotoksik özellik gösterir. Bununla beraber ayda 2 gün 200 mg/gün 6-8 ay boyunca kullanımının nüksü önlediği saptanmıştır.

Terbinafinin 4 hafta boyunca 250 mg/gün kullanımının SD lezyonlarında iyileşme sağladığı görülmüştür (32, 59).

Flukonazol, geniş spektrumlu azol türevi bir antifungaldir. Dermatofit, maya ve dimorfik mantarlar üzerinde etkilidir. 4 hafta boyunca haftalık 150 ve 300 mg dozlarda kullanımı sonucu SD tedavisinde başarılı sonuçlar elde edilmiştir (81).

2.6.7.2. Retinoidler

Oral izotretionin, sebase bez aktivitesini azaltarak sebümü azaltmak amacıyla dirençli SD vakalarında kullanılabilir. Antiinflamatuvar etki de göstererek SD lezyonlarında klinik düzelme sağlar. Dirençli SD’te oral izotretinoin haftada iki-üç gün düşük dozlarda aylarca kullanılabilir (90).

2.6.7.3. Glukokortikoidler

Şiddetli, yaygın ve diğer tedavilere dirençli SD lezyonlarında, sistemik kortikosteroidler kısa süreli kullanılabilir. 30 mg/gün prednizolon kullanımı ile hızlı yanıt alındığı gösterilmiştir (51).

2.6.8. Dar bant UVB

Dirençli SD hastalığında etkili ve güvenilir bir tedavi seçeneği de dar bant UVB’dir.

Antiinflamatuvar, immunmodülatör ve antiproliferatif etki gösterirler. Aynı zamanda M.furfur üzerinde yapısal değişikliklere yol açarak, gelişimini engellediği ve SD tedavisinde etkili olduğu bildirilmiştir. 2 ay boyunca haftada üç kez dar bant UVB tedavisi ile klinik iyileşme gözlenen hastalar literatürde mevcuttur. Fakat fototerapi sonrası hızlı relaps da bildirilmiştir. Kaşıntı, yanma ve kızarıklık artışı hastalarda sıklıkla görülen yan etkilerdendir (60, 81).

2.6.9. Diğer Tedavi Seçenekleri

SD yüz lezyonlarında, indole-3-asetik asit fotodinamik terapinin de etkili ve güvenli olduğu bulunmuştur (51).

Pramikonazol ketokonazolden on kat daha etkili bir azol grubudur. İshal, gastrointestinal semptomlar gibi yan etkilerinin olduğu gösterilmiştir (81).

Oral PDE 4 inhibitörü olan apremilast ile tedavi sonrası, dirençli SD’li vakalarda başarılı sonuçlar bildirilmiştir (91).

2.6.10. Prognoz ve Seyir

Erişkin SD kronik, tekrarlayıcı atak ve remisyonlarla seyreder. Yaz aylarında düzelme ve kış aylarında lezyonlarda alevlenme görülür. Hayatın ilk 3 ayında görülen

İnfanıl SD ise zamanla geriler ve tekrarlamaz. Nadiren eritrodermik form gelişebilir ve bu formda bile prognoz iyidir. Özellikle saçlı deride şiddetli tutulumu olan olgularda geri dönüşümlü saç kaybı görülebilir. HIV pozitif hastalarda SD daha şiddetli seyredir. SD'nin hastaların yaşam kalitesinde olumsuz etkilenime yol açtığı görülmüştür (51).

2.7. ANKSİYETE VE DEPRESYON

Dermatoloji kliniklerine başvuran hastalar araştırıldığında %40-80'inde psikiyatrik problemler olduğu saptanmıştır. Psikiyatrik tabloların deri hastalıklarını tetikleyerek semptomları arttırabilecekleri gibi, deri hastalıklarına sekonder de gelişebileceği söylenir. Deri hastalıklarının hastaların yaşam kalitesini, benlik saygısını, benlik imgesini, ailelerini, günlük yaşamı ve sosyal çevresini farklı açılardan etkileyerek depresyon, anksiyete gibi ikincil psikiyatrik durumların gelişiminde rol oynadığı yapılan çalışmalar ile gösterilmiştir (5). Dermatolojik hastalıklara sıklıkla psikiyatrik hastalıklar eşlik etmekte olup, bunlardan en sık görüleni depresyon ve anksiyetedir (6).

Depresyon; kişinin duygularını, düşüncelerini, davranışlarını, motivasyonunu etkileyen düşük ruh hali durumudur. Kişide en az iki haftadır olan ilgisizlik veya depresif ruh hali belirtilerinden en az birine ek olarak, aşırı uyuma veya uykusuzluk, iştahsızlık veya aşırı yeme, umutsuzluk, karamsarlık, enerji kaybı ve değersizlik duyguları eşlik edebilir (92).

Genel popülasyonda depresyon görülme oranı %3-5 iken, dermatoloji hastalarında görülme oranı % 25-40 olarak saptanmıştır (4, 93). Depresyonun mu dermatolojik hastalığı tetiklediği yoksa dermatolojik hastalığın mı depresyon durumunu oluşturduğu henüz bilinmemektedir. Bazı klinik çalışmalarda psikiyatrik hastalıkların özellikle depresif duygudurumun gelişiminde dermatolojik hastalıkların kronik gidişatının, beden algısına etkilerinin ve damgalanmaya yol açma olasılıklarının sebep olduğu söylenmektedir (45, 94).

Depresyon; psöriazis, alopesi areata ve atopik dermatit gibi dermatolojik hastalıklara eşlik edebilir. Dermatolojik hastalıklarda depresyon gelişmesi durumunda hastalığın alevlenmesi ve tedaviye yanıtın düşmesi görülebilir (95). Dermatolojik hastalıklara depresyonun eşlik etme olasılığını bilmek ve bu açıdan değerlendirme yapmak kıymetlidir. Eşlik eden depresyonun tanı ve tedavisinin geç kalması durumunda;

hastaların tedaviye yanıtında gecikme, yaşam kalitesinde bozulma ve tedaviye uyumda zorluk görülebilir (6, 96).

Anksiyete, toplumda görülen en yaygın psikiyatrik bozukluklardandır. Kaygı veya bunalıtı olarak da isimlendirilen, yaşamdaki olaylara tepki olarak gelişen bir duygulanım biçimidir. Anksiyetede çarpıntı, aşırı terleme, sıkıntı, heyecan, titreme, nefes almakta güçlük ve kötü bir şey olacak hissi bulunabilir (6, 97). Anksiyete durumuna huzursuzluk, yorgunluk, konsantrasyon güçlüğü ve kas gerginliği eşlik edebilir (97).

Dermatoloji hastalarında normal popülasyona göre anksiyete bozuklukları daha yüksek oranda saptanmıştır (98). Bir çalışmada, tüm dermatolojik hastalıklara psikiyatrik durumların eşlik etme oranı %5 olarak tespit edilmiştir. Bu psikiyatrik hastalıkların %35'ini anksiyete bozukluklarının oluşturduğu görülmüştür (99).

Depresyon ve anksiyete tek tek gelişebileceği gibi bir arada da görülebilir. İki hastalığın birlikte görülme oranı %9-40 olarak saptanmıştır. Anksiyete ve depresyonun bir arada bulunduğu durumlarda hastalarda ortaya çıkabilecek güçlükler de artar (9, 100)

Stres, vücudun değişen koşullara uyum sağlamak amacıyla geliştirdiği psikolojik ve fizyolojik reaksiyonların tümüdür. Mental ve fiziksel sağlık, uyarının yoğunluğu sonucu gelişen reaksiyonların dengede kalması ile korunur. Psikofizyolojik hastalıklar bu dengenin bozulması halinde ortaya çıkar (101). Stresin en fazla anksiyete bozukluklarına, depresyona ve madde bağımlılığına yol açtığı saptanmıştır (102). Psöriazis, akne, ürtiker, SD, alopesi areata, viral hastalıklar gibi çok sayıda klinik tablo stresle ortaya çıkan veya alevlenen derinin psikofizyolojik hastalıklarını oluşturur. Son yıllarda bu hastalıkların psikolojik stresle ilişkisindeki patogenetik mekanizmalar açıklık kazanmış ve stres sebebiyle salgılanan bazı hormon ve kimyasal ileticilerin deri hastalığı oluşmasından sorumlu oldukları bulunmuştur (101).

2.8. SOSYAL GÖRÜNÜŞ KAYGISI

Sosyal görünüş kaygısı, kişilerin fiziksel görüntülerinin diğer kişiler tarafından değerlendirilirken ortaya çıkan kaygı durumudur. Başka bir tanımla, kişilerin başkaları tarafından fiziksel görüntülerinin değerlendirilmesi karşısında hissettikleri duygusal tepkidir (103). Sosyal görünüş kaygısı, kişinin görünümüyle ve bedeniyle alakalı negatif beden algısının sonucunda gelişebilir. Sosyal kaygılı kişilerin çoğu kendi değeri ve

önemiyle alakalı olumsuz inançlara sahiptir. Bu durum depresyondaki kişilerde de görülebilir fakat sosyal kaygılı kişilerde bu inanışlar depresyondaki kişilerde olduğu gibi sürekli değildir. Sosyal kaygılı kişiler yalnız olduklarında veya başkalarından kendilerine yönelik tehdit algılamadıklarında benliklerine karşı oldukça olumlu düşüncelere sahiptirler (104).

Deri hastalıklarında ortaya çıkan şekil bozukluğu ruhsal etkilenmede en önemli faktördür. Ruhsal etkilenmenin büyüklüğü kişinin benlik algısı ve benlik saygısı ile yakından ilişkilidir (105).

Benlik, kişinin kendini algılamasıdır ve davranışların belirlenmesinde büyük bir öneme sahiptir. Kişinin kendini değerlendirerek ulaştığı benlik kavramını onaylamasıyla gelişen kendinden memnun olma, beğenilir, sevmeye değer bulma ve özüne güvenme hali benlik saygısı olarak tanımlanır. Olumsuz beden algısı ile düşük benlik saygısı, olumlu beden algısı ile yüksek benlik saygısı arasında korelasyon olduğu gözlenmiştir. Benlik saygısı daha yüksek olan kişilerin özgün, başarılı, sağlıklı, özgüveni yüksek, fikirlerini kolay ifade eden ve sosyal ilişkileri kuvvetli kişiler oldukları saptanmıştır (104). Sosyal kaygı bozukluğu sıklıkla gözlenen anksiyete bozukluklarından (106). Kadın cinsiyet, sosyal kaygı bozukluğu aile öyküsü, çocukluk döneminde utangaçlık ve davranım açısından baskılanmış karakter yapısı sosyal kaygı bozukluğu için risk faktörlerindendir (106, 107). Sosyal kaygı bozukluğu bireylerin işlevlerini negatif etkileyerek günlük hayatın aksamasına yol açabilir (108). Etkilenen bireylerde sosyal izolasyon ve kaçınma davranışları gelişmesi sonucunda aile, okul ve iş hayatı etkilenir. Mesleki ve eğitim hayatında başarısızlık, evlenme ve iş sahibi olma oranlarında düşüklük ve yaşam kalitesinde azalma bu kişilerde görülür (107).

Kişiler üzerinde dermatolojik hastalıkların fiziksel bulgularından olan kaşıntı ve yanmanın yanı sıra, sosyal aktivitelerden kaçınma, günlük aktiviteleri yerine getirememe, iş hayatında kısıtlılık, utanma ve özgüven kaybı gibi çok sayıda psikiyatrik etkileri de bulunur (109, 110). Psikiyatrik hastalıklar ve deri hastalıkları arasında iki yönlü bir ilişki vardır. Kronik seyir gösteren, şekil bozukluğu yaratan deri hastalıkları, ruhsal etkilenim sonucu sekonder psikiyatrik hastalıkların gelişmesine yol açabilir. Aynı zamanda primer psikiyatrik hastalığı olan hastalarda da dermatolojik hastalıklar hastanın ruhsal durumundan etkilenerek gelişebilir (111, 112). Fiziksel görünüm, sosyalleşme sürecinin

önemli bir etkeni olup, kişilerin diğer insanlar tarafından nasıl algılandığını saptaması açısından önemlidir. Sağlıklı ve normal bir deri, bireylerin ruhsal ve iyilik durumunun muhafaza edilmesinde önemli bir role sahiptir. Görünür bölgelerde lezyonlarla seyrederek dış görünüşte bozulmaya sebep olabilen deri hastalıkları, kişilerin fiziksel ve ruhsal iyilik hallerinin olumsuz etkilenmesine, sosyal etkileşimlerde zorluk yaşamaya ve kaçınmaya, sosyal kaygı düzeyinde ve damgalanmada artışa ve günlük hayatın aksamasına sebebiyet verebilir (6, 113). Deri hastalıkları görülen kişilerde utanma, çekinme, özgüven eksikliği, sosyal izolasyon, anksiyete ve depresyon gibi psikiyatrik hastalıklar gelişebilir (99, 113-115).

Deri hastalıkları hayati risk oluşturmamasına rağmen hayat kalitesini olumsuz etkiler ve kişilerin çoğunda psikolojik ve sosyal yıkım gözlenir. Çoğu hasta sosyal hayata uyum sağlayabilirken, bazı hastalarda ciddi uyum güçlüğü gelişir ve depresyon, anksiyete, sosyal kaygı gibi psikiyatrik hastalıklar ortaya çıkar (105).

Dermatolojik hastalıklara eşlik eden psikiyatrik durumların önceden tanınması ve tedavisi ile tedavi başarısı artar ve yaşam kalitesi yükselir (116).

2.9. DERMATOLOJİDE YAŞAM KALİTESİ

Deri hastalıkları diğer hastalık gruplarına göre bireylerin görünümünü, hayatını, sosyal ve ruhsal durumunu daha fazla etkiler. Diğer sistemik hastalıklardan farklı olarak çoğu zaman hayati tehlike oluşturmamasına rağmen, ruhsal, toplumsal durum ve günlük yaşamı negatif yönde etkileyebilir. Bu etkiler utanma, fiziksel rahatsızlık, psikolojik stres ve günlük hayatın etkilenimi gibi çok sayıda farklı şekilde ortaya çıkabilir (7). Dermatolojide yaşam kalitesini değerlendirme amaçlı çalışmalar son zamanlarda artış göstermiştir. Yaşam kalitesi yöntemlerinde amaç, hastalığın kişinin iyilik hali üzerine olan etkisini ölçmektir. Psikiyatrik sorunların tespiti ve psikolojik destek sağlamanın tedavi etkinliğini arttırmada önemli olduğu söylenir (117). Yaşam kalitesi değerlendirilmesi sayesinde, hastanın gözünden hastalık yaşantısı daha iyi değerlendirilerek daha bütüncül yaklaşılabilir ve hastanın hayatında hastalıkla alakalı sorunlar ortaya çıkarılarak hasta-hekim uyumu artırılabilir. Hastanın beklentilerine daha fazla yaklaşılr. Bu sayede hastanın hastalıkla aşırı uğraş içine girmesi önlenerek yaşamının diğer alanlarına odaklanması sağlanabilir (118).

Dermatolojik hastalıklarda yaşam kalitesi değerlendirilerek kişinin psikolojik ve sosyal yaşantısında hastalığın etkileri saptanır, hastaların hastalığı nasıl algıladıkları anlaşılır. Tedavi takibinde, hasta problemlerinin daha iyi algılanmasında, klinik gelişmelerin tespit edilmesinde dermatoloji yaşam kalite yöntemlerinden yararlanılır. Kronik hastalıklarda hastanın durumundaki değişikliklerin değerlendirilmesinde de etkilidir. Tedavi seçiminde ve yeni tedavilerin yaşam kalitesine olan etkilerinin belirlenmesinde önemli bir yere sahiptir (118, 119). Yaşam kalitesini değerlendirmeye yönelik geliştirilen yöntemlerin ortak özellikleri duyarlı, doğru ve güvenilir olmalarıdır. Dermatolojik Yaşam Kalite İndeksi tüm dermatolojik hastalara uygulanabilir ve basit, anlaşılır, kolay ve uygulanabilir olmasıyla en yaygın kullanılan testtir (117)

3. YÖNTEM VE GEREÇLER

3.1. YÖNTEM

Çalışmaya Haziran 2023-Aralık 2023 tarihleri arasında dermatoloji polikliniğine başvuran yaşları 18-65 arası olan, çalışmaya katılmayı sözlü ve yazılı onam ile kabul eden 100 SD hastası ve 100 sağlıklı gönüllü dahil edildi.

Çalışma öncesi Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan etik onay alındı (23-KAEK-125).

Hasta grubuna dermatolojik muayene sonucunda SD tanısı alan, bilinen sistemik, psikiyatrik, kronik inflamatuvar deri hastalığı ve ilaç kullanım öyküsü olmayan 18-65 yaş arası 100 hasta alındı. Kontrol grubuna bilinen sistemik, psikiyatrik, SD ve kronik inflamatuvar deri hastalığı ve ilaç kullanım öyküsü olmayan 18-65 yaş arası 100 birey dahil edildi. Gebelik veya emzirme döneminde olan, malignite tanısı veya şüphesi olanlar ve çalışma yönergesini anlayabilecek bilişsel yetisi bulunmayanlar çalışmaya dahil edilmedi.

Hasta ve kontrol grubuna çalışmamızın amacı ve konusu hakkında detaylı bilgilendirme yapıp sözlü ve yazılı onam alındı.

Hasta ve kontrol grubunun demografik özellikleri ve hasta grubunun hastalık klinik özelliklerine yönelik bilgiler sosyodemografik veri formlarına (Ek-1) kaydedildi. Hasta grubunun hastalık şiddeti ve aktivitesinin değerlendirilmesinde Seboreik Dermatit Alan Şiddet İndeksi (SAŞİ) kullanıldı. Her iki gruba yaşam kalitesini değerlendirmek amaçlı DYKÖ (Ek-2), psikososyal etkilenim durumunu değerlendirme amacıyla SGKÖ (Ek-3) ve ASÖ (Ek-4) uygulandı.

3.2. GEREÇLER

3.2.1. Sosyodemografik ve Klinik Bilgi Veri Formu:

Araştırmacılar tarafından bu form hazırlandı. Hasta ve kontrol grubunun demografik özellikleri (cinsiyet, yaş, meslek, eğitim durumu, medeni hali, gelir düzeyi, alkol/sigara kullanımı) ve hasta grubuna yönelik özellikler (hastalık süresi, atak sıklığı, hastalık başlangıç yaşı ve lokalizasyonu) sorgulandı. Hasta ve kontrol grubunun bilinen

kronik hastalık öyküsü, kullanılan ilaç varlığı ve psikiyatrik hastalık öyküsü de irdelenerek sosyodemografik veri formuna kaydedildi.

Sosyodemografik ve Klinik Bilgi Veri Formu Ek-1’de bulunmaktadır.

3.2.2. Seboreik Dermatit Alan Şiddet İndeksi (SAŞİ):

Hastalık aktivitesi ve şiddeti SAŞİ skoru ile belirlendi. Bu skor, Psöriazis Alan Şiddet İndeksi’inden geliştirilen bir skordur.

Vücuttaki 9 anatomik bölge eritem ve deskuamasyon derecesine göre;

0 (yok), 1 (hafif), 2 (orta) ve 3 (şiddetli) olarak sınıflandırılır.

Psöriazis için de kullanılan sabit katsayılarla her bir alan çarpılır (çene ve yanak [0,1], saçlı deri [0,4], kaş [0,1], nazolabial kıvrım [0,1], alın [0,1], postaurikular [0,1], aurikuler [0,1], intermamariyal [0,2] ve sırt [0,2]).

SAŞİ skoru hastalık tutulum alanlarının katsayılarıyla çarpılması ve çıkan tüm değerlerin toplanmasıyla elde edilir

SAŞİ skoru minimum 0, maksimum 12,6 olarak hesaplanır (120).

3.2.3. Dermatolojik Yaşam Kalite Ölçeği (DYKÖ):

Pratik olarak kullanılmakta olan DYKÖ ilk kez Finlay tarafından hazırlanmıştır. Dermatolojiye özel testler arasında en önem verilen ve sıklıkla kullanılandır. Çok sayıda dermatolojik hastalıkta kullanılabilen bu ölçek, hastalığın oluşturduğu anksiyeteyi ve hastanın gözünden hastalığın etkisini göstermede yararlıdır (117). Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması mevcuttur (121). DYKÖ; pratik, kısa, basit ve anlaşılır bir anket formudur. Klinik çalışmalarda kullanıma uygundur. Toplam 4 temel cevabı içeren 10 soru bulunur. Günlük aktivite, okul-iş hayatı, kişisel ilişkiler, hastalık belirtileri ve boş vaktin değerlendirilmesine yönelik sorular bulunur. Hastalığın son 1 hafta içerisindeki fiziksel ve sosyal etkinlikleri etkileme derecesi belirlenmeye çalışılmıştır. Yüksek puan hastanın yaşam kalitesinde yüksek düzeyde etkilenmeyi ifade eder (117).

Hiç ya da hiçbiri yanıtı (0 puan), biraz yanıtı (1 puan), çok yanıtı (2 puan) ve çok fazla yanıtı (3 puan) olarak hesaplanır.

Skor minimum 0, maksimum 30 olarak belirlenir.

Dermatoloji Yaşam Kalite Ölçeği skorlarının yorumlanması;

(0-1 puan) etkilenmemiş,

(2-5 puan) hafif etkilenmiş,

(6-12 puan) orta derecede etkilenmiş,

(13-20 puan) fazla etkilenmiş,

(21 ve üstü puan) çok fazla etkilenmiş şeklindedir (9, 117).

DYKÖ Ek-2 de bulunmaktadır.

3.2.4. Sosyal Görünüş Kaygı Ölçeği (SGKÖ):

Kişinin genel görünümü ve vücut şeklini içerecek şekilde başkaları tarafından olumsuz değerlendirilme korkusundan kaynaklanan kaygıyı saptamak amacıyla bu ölçek geliştirilmiştir. Sosyal anksiyete, bireyin dış görünümünün olumsuz olarak değerlendirilmesinden duyduğu endişe ve korku olarak değerlendirir (122). Kişilerde içe kapanma, anksiyete, sosyal izolasyon ve sosyal kaçınma davranışlarına yol açar. 2008 yılında Hart ve ark tarafından dış görünüm kaynaklı sosyal kaygıyı ölçmeye yönelik “Sosyal Görünüş Kaygı Ölçeği” oluşturulmuştur (122). Doğan ve ark tarafından 2010 yılında Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik testleri yapılmıştır (123).

16 sorudan oluşan ölçekte her soru için 5 yanıt bulunur.

Hiç uygun değil (1 puan), uygun değil (2 puan), biraz uygun (3 puan), uygun (4 puan) ve tamamen uygun (5 puan) şeklinde puanlanır.

Minimum 16, maksimum 80 puan olarak hesaplanır. Kişinin dış görünüşünden duyduğu kaygı oranı alınan toplam puan arttıkça yükselir.

SGKÖ Ek-3’te bulunmaktadır.

3.2.5. Algılanan Stres Ölçeği (ASÖ):

ASÖ, bireyin hayatında gelişen olayları ne oranda stresli algıladığını ölçmek amacıyla geliştirilmiştir. Bu ölçek kişinin yaşamındaki son 1 ayda algıladığı stresi belirlemeyi hedefler. İlk başta Cohen tarafından 14 soru olarak oluşturulan ölçeğin sonrasında 10 soruluk tipi geliştirilmiştir (124). Erci tarafından Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır (125). Türkçe orijinal ölçek kullanılmıştır.

10 sorudan oluşan ölçekte her soru için 5 yanıt bulunur.

Hiç (0 puan), hiçe yakın (1 puan), bazen (2 puan), sıkça (3 puan), çok sık (4 puan) şeklinde puanlanır.

Ölçekte bulunan 4., 5., 7. ve 8. maddedeki sorular ters olarak puanlanır.

Elde edilecek puanlar 0-40 arasında hesaplanır.

Elde edilen yüksek puanlar kişinin stres algısının fazla olduğunu gösterir.

(0-13 puan) düşük stres düzeyi,

(14-26 puan) orta stres düzeyi,

(>26 puan) yüksek stres düzeyi olarak saptanmıştır (126)

ASÖ Ek-4'te bulunmaktadır.

3.3. İSTATİSTİKSEL ANALİZ

Veriler bilgisayar ortamına aktarıldıktan sonra yüzde, ortalama, normal dağılım varsayımları açısından incelendi ve istatistiksel analizlere tabi tutuldu. Hasta ve kontrol gruplarında tanımlayıcı nitel veriler sayı ve yüzde olarak, tanımlayıcı nicel veriler ise minimum, maksimum, ortalama, standart sapma ve sıra ortalamaları ile sunuldu. Kategorik verilerin karşılaştırılmasında Pearson ki kare analizi veya Fisher'in kesin ki kare testi kullanıldı. Normal dağılım varsayımı Kolmogorov-Smirnow analizi ile test edildi. Normal dağılıma uyan verilerde bağımsız gruplarda t testi ve tek yönlü varyans

analizleri kullanılırken normal dağılıma uymayan verilerde Mann Whitney U ve Kruskal Wallis-H testleri kullanıldı. İlişki analizinde ise Spearman korelasyon analizi kullanıldı. Tüm bu istatistiksel analizlerin yapımında IBM SPSS V.29 paket programı kullanıldı ve $p<0,05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.



4. BULGULAR

Çalışmaya katılan hastaların 51'i (%51) kadın, 49'u (%49) erkek olup yaş ortalaması $29,11 \pm 9,39$ yıl (minimum 18- maksimum 60) iken; kontrol grubunun 61'i (%61) kadın, 39'u (%39) erkek olup, yaş ortalaması $29,19 \pm 7,38$ yıl (minimum 20- maksimum 60) idi.

Hasta ve kontrol grubunun cinsiyet, yaş ortalaması, medeni durum, sigara ve alkol kullanım durumları benzerdi ($p>0,05$)

Meslek açısından hasta ve kontrol grupları arasında anlamlı bir fark bulunmuş olup, hasta grubunda öğrenci ve ev hanımı oranları daha yüksekken, kontrol grubunda çalışan oranı daha yüksekti ($p=0,002$). Eğitim düzeyi açısından hasta ve kontrol grupları arasında anlamlı bir fark bulunmuş olup, hasta grubunda lise ve altı eğitim düzeyine sahip bireylerin oranı kontrol grubundan daha yüksekken, üniversite mezunlarının oranı kontrol grubunda daha yüksekti ($p<0,001$). Algılanan gelir düzeyi açısından hasta ve kontrol grupları arasında anlamlı bir fark bulunmuş olup, düşük gelir düzeyine sahip bireylerin oranı hasta grubunda kontrol grubundan daha yüksekken, orta gelir düzeyine sahip bireylerin oranı kontrol grubunda daha yüksekti ($p<0,001$).

(Tablo 1)

Tablo 1. Bazı tanımlayıcı özellikler ve ölçeklerin gruplar arası karşılaştırılması

	Hasta grubu		Kontrol grubu			
	N	%	N	%	X ²	p
Cinsiyet						
Kadın	51	51	61	61	2,029 ^a	0,200
Erkek	49	49	39	39		
Meslek						
Öğrenci	32	32	24	24	12,317 ^a	0,002*
Ev hanımı	15	15	3	3		
Çalışan	53	53	73	73		
Eğitim düzeyi						
Lise ve altı	38	38	15	15	13,580 ^a	<0,001*
Üniversite	62	62	85	85		
Medeni durum						
Evli	41	41	41	41	0,428 ^b	0,999
Bekâr	57	57	58	58		
Dul veya boşanmış	2	2	1	1		
Algılanan gelir düzeyi						
Düşük	37	37	15	15	13,375 ^a	<0,001*
Orta	58	58	81	81		
Yüksek	5	5	4	4		
Sigara kullanımı						
Var	31	31	27	27	0,389 ^a	0,640
Yok	69	69	73	73		
Alkol kullanımı						
Var	6	6	10	10	1,087 ^a	0,435
Yok	94	94	90	90		

^a Pearson ki kare testi; ^b Fisher'ın kesin ki kare testi

*p<0,05

SD başlangıç yaşı ortalaması $23,42 \pm 10,34$ yıl; mevcut SD süresi ortalama $10,05 \pm 7,22$ gün idi.

SD atak sıklığı 39 (%39) hastada haftada bir, 46 (%46) hastada ayda bir ve 15 (%15) hastada yılda bir olarak bulundu.

Hastaların 19'unda (%19) izole saçlı deri tutulumu, 59'unda (%59) yüz ve saçlı deri tutulumu, 22'sinde (%22) yüz, saçlı deri ve gövde tutulumu mevcut olup, izole yüz veya gövde tutulumu olan hasta yoktu.

SAŞİ ortalama $3,84 \pm 1,38$ (minimum 1,20-maksimum 7,00) değerindeydi.

Hasta grubunda DYKİ skor ortalaması $7,66 \pm 4,19$ (minimum 0-maksimum 21) iken; kontrol grubunda DYKİ skor ortalaması $0,55 \pm 1,01$ (minimum 0-maksimum 4) idi.

Hasta grubunun yaşam kalite indeks skor ortalaması kontrol grubuna kıyasla anlamlı düzeyde yüksekti ($p < 0,001$).

Hem hasta hem kontrol grubunda yaşam kalitesi her iki cinsiyette de benzerdi ($p > 0,05$).

Hasta grubunda SD başlangıç yaşı, SD süresi ve SD atak sıklığı ile DYKİ arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmadı ($p > 0,05$).

Her üç bölgede de (saçlı deri, yüz ve gövde) tutulumu olan hastaların daha az tutulum bölgesi olanlara kıyasla yaşam kalitesi etkilenme düzeyi daha yüksek olup, bu grupta yaşam kalitesi fazla veya çok fazla etkilenenlerin oranı daha az bölge tutulumu olanlara kıyasla daha fazlaydı. ($p = 0,015$) (tablo 2).

Tablo 2. Hasta grubunda hastalık lokalizasyonuna göre DYKİ'nin değerlendirilmesi

	DYKİ				X ²	p
	Etkilenmemiş (N)	Hafif (N)	Orta derecede (N)	Fazla veya çok fazla (N)		
Saçlı deri	2(10,5) ^a	8(42,1) ^a	8(42,1) ^a	1(5,3) ^a	14,269 ^b	0,015*
Saçlı deri, yüz	4(6,8) ^a	16(27,1) _a	34(57,6) ^a	5(8,5) ^a		
Saçlı deri, yüz, göğüs	0(0) ^{ab}	1(4,5) ^b	15(68,2) ^{ab}	6(27,3) ^a		

^b Fisher'ın kesin ki kare testi, satır bazında aynı üst indis istatistiksel anlamsızlığı ifade etmektedir. *p<0,05

Hasta grubunda algılanan stres düzeyine göre DYKİ anlamlı farklılık göstermekteydi (p<0,001).

DYKİ etkilenmemiş ya da hafif düzeyde etkilenmiş olanların stres düzeyi düşükken; yaşam kalitesi orta düzeyde etkilenenlerin stres düzeyi orta; fazla ya da çok fazla etkilenenlerin stres düzeyi yüksekti

(Tablo 3).

Tablo 3. Hasta grubunda algılanan stres düzeyine göre DYKİ'nin değerlendirilmesi

	DYKİ				X ²	p
	Etkilenmemiş (N)	Hafif (N)	Orta derecede (N)	Fazla veya çok fazla (N)		
Düşük stres	5(20,0) ^a	14(56,0) ^a	6(24,0) ^b	0 ^b	42,240 ^b	<0,001*
Orta stres	1(1,5) ^a	11(16,1) ^a	49(72,1) ^b	7(10,3) ^{ab}		
Yüksek stres	0(0) ^{ab}	0(0) ^b	2(28,6) ^b	5(71,4) ^a		

^b Fisher'ın kesin ki kare testi, satır bazında aynı üst indis istatistiksel anlamsızlığı ifade etmektedir.

*p<0,05

SAŞİ'ye göre DYKİ anlamlı farklılık göstermektedir. DYKİ orta derecede, fazla veya çok fazla etkilenenlerin SAŞİ değeri etkilenmemiş veya hafif etkilenmiş olanlara kıyasla anlamlı düzeyde yüksekti ($p<0,001$).

SGKÖ ile DYKİ arasındaki ilişki değerlendirildiğinde; DYKİ etkilenmemiş veya hafif düzeyde etkilenmiş olanların SGKÖ benzerken, etkilenmemiş olanlar ile orta derecede, fazla veya çok fazla etkilenenler arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardı ($p<0,001$).

(Tablo 4)

Tablo 4. Hasta grubunda SAŞİ ve SGKÖ'ne göre DYKİ değerlendirilmesi

	DYKİ				F	p
	Etkilenmemiş	Hafif	Orta derecede	Fazla veya çok fazla		
	Ort±Ss					
SAŞİ	2,27±0,92 ^a	2,67±0,87 ^a	4,09±0,94 ^b	5,82±1,22 ^c	36,038	<0,001*
SGKÖ	25,50±4,32 ^a	28,32±8,29 ^a	43,37±9,55 ^b	52,83±10,35 ^c	29,014	<0,001*

F: Tek yönlü varyans analizi; SAŞİ: Seboreik dermatit Alan Şiddet İndeksi

* $p<0,05$

Hasta grubunda cinsiyet, SD atak sıklığı, hastanın yaşı, SD başlangıç yaşı ve mevcut SD süresi ile algılanan stres düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı ($p>0,05$) (Tablo 5 ve 6).

Tablo 5. Hasta grubunda cinsiyet ve SD atak sıklığına göre algılanan stres düzeyinin değerlendirilmesi

Algılanan stres düzeyi					
	N(%)			X ²	p
Cinsiyet					
Kadın	8(32,0)	39(57,4)	4(57,1)	4,813	0,082
Erkek	17(68,0)	29(42,6)	3(42,9)		
SD atak sıklığı					
Haftada	8(32,0)	30(44,1)	1(14,3)	5,827	0,184
Ayda	11(44,0)	29(42,7)	6(85,7)		
Yılda	6(24,0)	9(13,2)	0(0)		

X²: Fisher'ın kesin ki kare testi, satır bazında aynı üst indis istatistiksel anlamsızlığı ifade etmektedir.

* $p<0,05$

Tablo 6. Hasta grubunda yaş, SD başlangıç yaşı ve mevcut SD süresine göre algılanan stres düzeylerinin karşılaştırılması

	Algılanan stres düzeyi			KW-H	p
	Düşük	Orta	Yüksek		
	N(Ort. Sıralama)				
Yaş	25(47,50)	68(52,01)	7(46,57)	0,581	0,748
SD başlangıç yaşı	25(49,58)	68(52,19)	7(37,36)	1,702	0,427
SD süresi	25(50,06)	68(48,74)	7(69,14)	3,187	0,203

SD: Seboreik dermatit; KW-H: Kruskal Wallis-H testi

Hasta grubunda cinsiyet ve SD atak sıklığına göre SGKÖ istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermedi ($p>0,05$) (Tablo 7 ve 8).

Tablo 7. Hasta grubunda cinsiyete göre SGKÖ'nin değerlendirilmesi

SGKÖ				
Cinsiyet	Medyan	IQR	Z	p
Kadın	42,0	14,0	0,89	0,374
Erkek	36,0	23,5		

Z: ManWhitney U test istatistiği, IQR: Çeyreklikler açıklığı

Tablo 8. Hasta grubunda SD atak sıklığına göre SGKÖ'nin değerlendirilmesi

SGKÖ				
SD Atak sıklığı	Medyan	IQR	KWH	p
Haftada(1)	40,0	19,0	3,166	0,205
Ayda(2)	42,5	20,3		
Yılda(3)	31,0	11,0		

K-W H: Kruskal Wallis H testi, IQR: Çeyreklikler açıklığı

Hasta grubunda SAŞİ ve SGKÖ'ne göre algılanan stres düzeyi düşük, orta ve yüksek olanlarda istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardı ($p<0,001$) (Tablo 9).

Tablo 9. Hasta grubunda SAŞİ ve SGKÖ'ne göre algılanan stres düzeyinin değerlendirilmesi

Algılanan stres düzeyi					
	Düşük	Orta	Yüksek	F	p
Ort±Ss					
SAŞİ	2,49±0,94 ^a	4,11±1,09 ^b	5,98±0,87 ^c	38,275	<0,001*
SGKÖ	26,24±7,47 ^a	42,78±9,74 ^b	57,43±6,45 ^c	45,021	<0,001*

SD: Seboreik dermatit; F: Tek yönlü varyans analizi * $p<0,05$

Hastalık lokalizasyonuna göre SGKÖ değerlendirildiğinde;

Tüm bölgelerde tutulumu olan hastaların (yüz, saçlı deri ve gövde) ölçek puan ortalaması yüz ve saçlı deri veya yalnızca saçlı deri tutulumu olanlardan anlamlı düzeyde yüksekti ($p<0,001$). Aynı şekilde yüz ve saçlı deri tutulumu olan hastaların ölçek puan ortalaması yalnızca saçlı deri tutulumu olan hastalardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksekti (Tablo 10).

Tablo 10. Hasta grubunda hastalık lokalizasyonuna göre SGKÖ'nin değerlendirilmesi

SGKÖ						
Hastalık lokalizasyonu	Ort±Ss	F	p	p(1-2)	p(2-3)	p(1-3)
Saçlı deri(1)	31,21±9,95	18,564	<0,001*	0,044*	<0,001*	<0,001*
Yüz ve saçlı deri(2)	38,22±10,52					
Yüz, saçlı deri ve gövde(3)	50,86±11,70					

F: Tek yönlü varyans analizi, * $p<0,05$

Saçlı derideki eritem şiddeti medyan değeri yüz ve gövdedeki eriteme kıyasla istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksekti ($p<0,001$). Ayrıca yüzdeki eritem şiddeti medyan değeri de gövde eritemine kıyasla anlamlı düzeyde yüksekti ($p<0,001$)

(Tablo 11).

Tablo 11. Hastalık lokalizasyonuna göre eritem şiddet düzeyi

Eritem şiddeti							
Eritem lokalizasyonu	Medyan	IQR	X ²	p	p(1-2)	p(2-3)	p(1-3)
Yüz(1)	1,33	1,0	96,053	<0,001*	<0,001*	<0,001*	0,001*
Saçlı deri(2)	2,0	2,0					
Gövde(3)	0	0					

X²: Friedman test istatistiği, * $p<0,05$

Saçlı derideki skuam şiddeti medyan değerleri yüz ve gövdedeki skuam şiddetine kıyasla istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksekti ($p<0,001$). Ayrıca yüzdeki skuam şiddeti medyan değeri de gövdedeki skuam şiddetine kıyasla anlamlı düzeyde yüksekti ($p<0,001$) (Tablo 12).

Tablo 12. Hastalık lokalizasyonuna göre skuam şiddet düzeyi

Skuam şiddeti							
Skuam lokalizasyonu	Medyan	IQR	X ²	p	p(1-2)	p(2-3)	p(1-3)
Yüz(1)	1,78	1,0	129,815	<0,001*	<0,001*	<0,001*	<0,001*
Saçlı deri(2)	3,0	1,0					
Gövde(3)	0	0					

X²: Friedman test istatistiği, * $p<0,05$

Saçlı derideki pruritus şiddeti medyan değeri yüz ve gövdedeki pruritus şiddetine kıyasla istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksekti ($p<0,001$). Ayrıca yüz bölgesindeki pruritus şiddeti medyan değeri de gövdedeki pruritus şiddetine kıyasla anlamlı düzeyde yüksekti($p<0,001$) (Tablo 13).

Tablo 13. Hastalık lokalizasyonuna göre pruritus şiddeti düzeyi

Pruritus şiddeti							
Pruritus lokalizasyonu	Medyan	IQR	X ²	p	p(1-2)	p(2-3)	p(1-3)
Yüz(1)	1,33	2,0	142,571	<0,001*	<0,001*	<0,001*	<0,001*
Saçlı deri(2)	3,0	1,0					
Gövde(3)	0	0					

X²: Friedman test istatistiği, * $p<0,05$

Hasta grubunda; yaşı ile SD başlangıç yaşı arasında pozitif yönlü, orta düzeyde bir ilişki bulunmaktaydı ($r:0,637$; $p:<0,001$).

SAŞİ ile DYKİ ve SGKÖ arasında pozitif yönlü, yüksek düzeyde bir ilişki bulunurken; ASÖ ile arasında yine pozitif yönlü ancak orta düzeyde bir ilişki bulunmaktaydı. (sırasıyla, $r:0,776$; $p:<0,001$, $r:0,804$; $p:<0,001$, $r:0,695$; $p:<0,001$).

DYKİ ile SGKÖ arasında pozitif yönlü yüksek düzeyde ilişki bulunurken; ASÖ ile arasında pozitif yönlü orta düzeyde bir ilişki vardı (sırasıyla, $r:0,769$; $p:<0,001$, $r:0,638$; $p:<0,001$).

SGKÖ ve ASÖ arasında pozitif yönlü yüksek düzeyde bir ilişki vardı ($r:0,755$; $p:<0,001$).

(Tablo 14)

Tablo 14. Hasta grubunda yaş, bazı hastalık özellikleri ve ölçek puanlarının korelasyon analiz

	Yaş	SDBY	SD süresi	SAŞİ	DYKİ	SGKÖ	ASÖ
Yaş							
r	1,000	0,637	0,000	0,100	0,070	0,082	0,021
p		<0,001*	0,997	0,322	0,489	0,419	0,833
SDBY							
r	0,637	1,000	-0,015	-0,033	0,052	0,081	0,018
p	<0,001*		0,883	0,744	0,607	0,420	0,863
SD süresi							
r	0,000	-0,015	1,000	0,106	0,125	0,146	0,179
p	0,997	0,883		0,293	0,214	0,146	0,075
SAŞİ							
r	0,100	-0,033	0,106	1,000	0,776	0,804	0,695
p	0,322	0,744	0,293		<0,001*	<0,001*	<0,001*
DYKİ							
r	0,070	0,052	0,125	0,776	1,000	0,769	0,638
p	0,489	0,607	0,214	<0,001*		<0,001*	<0,001*
SGKÖ							
r	0,082	0,081	0,146	0,804	0,769	1,000	0,755
p	0,419	0,420	0,146	<0,001*	<0,001*		<0,001*
ASÖ							
r	0,021	0,018	0,179	0,695	0,638	0,755	1,000
p	0,833	0,863	0,075	<0,001*	<0,001*	<0,001*	

r: Spearman korelasyon analizi

Kontrol grubunda yaş ortalama $29,19 \pm 7,38$ yıl; DYKİ skoru ortalama $0,55 \pm 1,01$; SGKÖ skoru ortalama $24,34 \pm 5,39$ ve ASÖ skoru ortalama $9,43 \pm 4,23$ idi

(Tablo 15).

Tablo 15. Kontrol grubunda nicel verilerin dağılımı

	Minimum	Maksimum	Ortalama	Standart sapma
Yaş	20	60	29,19	7,38
DYKİ	0	4	0,55	1,01
SGKÖ	15	37	24,34	5,39
ASÖ	0	20	9,43	4,23

Kontrol grubunda DYKİ, algılanan stres düzeyi ve SGKÖ değerleri her iki cinsiyette benzerdi ($p>0,05$) (Tablo 16, 17 ve 18).

Tablo 16. Kontrol grubunda cinsiyete göre DYKİ'nin değerlendirilmesi

	Kadın	Erkek		
	N(61)	N(39)	X ²	p
DYKİ				
Etkilenmemiş	51(60,0)	34(40,0)	0,238 ^a	0,777
Hafif etkilenmiş	10(66,7)	5(33,3)		

^a Pearson ki kare testi

Tablo 17. Kontrol grubunda cinsiyete göre algılanan stres düzeyinin karşılaştırılması

	Algılanan stres düzeyi			
	Düşük	Orta	X ²	p
	N(%)			
Cinsiyet				
Kadın	52(61,9)	9(56,2)	0,181	0,781
Erkek	32(38,1)	7(43,8)		

X²: Pearson ki kare testi

Tablo 18. Kontrol grubunda cinsiyete göre SGKÖ'nin değerlendirilmesi

SGKÖ				
Cinsiyet	Medyan	IQR	Z	p
Kadın	24,0	9,0	-0,857	0,391
Erkek	22,0	8,0		

Z: ManWhitney U test istatistiği, IQR: Çeyreklikler açıklığı

Kontrol grubunda DYKİ ile yaş ve SGKÖ arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktu ($p>0,05$) (Tablo 19).

Tablo 19. Kontrol grubunda yaş ve SGKÖ'ne göre DYKİ'nin değerlendirilmesi

	DYKİ			
	Etkilenmemiş	Hafif etkilenmiş	t	p
	Ort±Ss			
Yaş	29,45±7,91	27,73±2,71	0,828	0,410
SGKÖ	24,04±5,50	26,07±4,48	-1,352	0,180

t: Bağımsız gruplarda t testi

Kontrol grubunda yaş ile algılanan stres düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yokken; SGKÖ ile algılanan stres düzeyi arasında anlamlı bir ilişki saptanmış olup, kaygı düzeyi düşük olanların stres düzeyi düşük, yüksek olanların stres düzeyinin de yüksek olduğu saptandı (sırasıyla, $p>0,05$ ve $p=0,004$) (Tablo 20).

Tablo 20. Kontrol grubunda yaş ve SGKÖ'ne göre algılanan stres düzeyinin değerlendirilmesi

	Algılanan stres düzeyi			
	Düşük	Orta	Z/t	p
	N(Ort. Sıralama)/Ort±Ss			
Yaş	84(49,77)	16(54,34)	Z: -0,581	0,562
SGKÖ	23,67±5,17	27,88±5,25	t: -2,975	0,004*

Z: Mann Whitney U testi; t: Bağımsız gruplarda t testi * $p<0,05$

Kontrol grubunda DYKİ ile SGKÖ ve ASÖ arasında pozitif yönlü düşük düzeyde bir korelasyon mevcuttu (sırasıyla, $r:0,251$; $p:0,012$ ve $r:0,260$; $p:0,009$). SGKÖ ile ASÖ arasında orta düzeyde pozitif yönlü bir korelasyon vardı ($r:0,432$; $p:<0,001$) (Tablo 21).

Tablo 21. Kontrol grubunda yaş ve ölçek puanları arasında korelasyon analizi

	Yaş	DYKİ	SGKÖ	ASÖ
Yaş				
r	1,000	0,034	0,099	0,164
p		0,740	0,329	0,102
DYKİ				
r	0,034	1,000	0,251	0,260
p	0,740		0,012*	0,009*
SGKÖ				
r	0,099	0,251	1,000	0,432
p	0,329	0,012*		<0,001*
ASÖ				
r	0,164	0,260	0,432	1,000
p	0,102	0,009*	<0,001*	

r: Spearman korelasyon analiz

Hasta grubunun SGKÖ düzeyi kontrol grubuna kıyasla anlamlı düzeyde yüksekti ($p<0,001$) (Tablo 22).

Tablo 22. Hasta ve kontrol gruplarının SGKÖ puanı değerlendirilmesi

SGKÖ	Ortalama $\pm$ Ss	t	p
Hasta	39,67 $\pm$ 12,44	11,309	<0,001*
Kontrol	24,34 $\pm$ 5,39		

t: Bağımsız gruplarda t testi

* $p<0,05$

Hasta grubunda DYKİ'ne göre orta, fazla ve çok fazla etkilenenlerin oranı kontrol grubuna kıyasla anlamlı olarak daha yüksekti ($p<0,001$).

Hasta grubunda algılanan stres düzeyine göre orta ve yüksek stres düzeyine sahip bireyler kontrol grubuna kıyasla anlamlı oranda daha yüksekti ($p<0,001$).

(Tablo 23).

Tablo 23. DYKİ ve algılanan stres düzeyinin hasta ve kontrol grubu arasında karşılaştırılması

	Hasta grubu		Kontrol grubu			
	N	%	N	%	X ²	p
DYKİ						
Etkilenmemiş	6	6	85	85	170,887 ^b	<0,001*
Hafif etkilenmiş	25	25	15	15		
Orta derecede etkilenmiş	57	57	0	0		
Fazla etkilenmiş	11	11	0	0		
Çok fazla etkilenmiş	1	1	0	0		
Algılanan stres düzeyi						
Düşük stres düzeyi	25	25	84	84	74,853 ^b	<0,001*
Orta stres düzeyi	68	68	16	16		
Yüksek stres düzeyi	7	7	0	0		

^a Pearson ki kare testi; ^b Fisher'ın kesin ki kare testi

** $p<0,05$

5. TARTIŞMA

Çalışmamızda SD'li kişilerin yaşam kalitesi, sosyal hayatı ve stres düzeyinin hastalık sürecinden etkilendiği saptandı. Bu etkilenim hastanın yaşı, hastalık başlangıç yaşı, SD süresi ve SD atak sıklığından bağımsızken; etkilenme düzeyi yaygın veya şiddetli tutulumu olan hastalarda daha fazlaydı. Aynı zamanda saçlı deri tutulumu olan hastalarda kaşıntı şikayeti diğer alan tutulumlarına göre daha şiddetliydi.

SD yüz, saçlı deri ve gövde üst kısmı olmak üzere sebum açısından zengin bölgeleri tutma eğiliminde olan kronik ve inflamatuvar bir deri hastalığıdır (62).

Tüm yaş gruplarında erkeklerin hastalıktan kadınlara kıyasla daha fazla etkilendiği gözlemlenmektedir (127). Çalışmamızdaki hasta grubunun %51'i kadın, %49'u ise erkeklerden oluşmaktaydı.

SD, toplumda %2 ila %4 oranında görülmektedir. Sıklıkla hayatın ilk üç ayındaki bebeklerde, ergenlerde ve genç yetişkinlerde görülse de, 50 yaş üzerinde de görülme sıklığında artış vardır (2). Çalışmamızda hasta grubunun yaş ortalaması $29,11 \pm 9,39$ yıl olarak tespit edildi.

Sarac ve arkadaşlarının 120 SD hastası üzerinde yaptığı bir çalışmada, hastaların %65'inde saçlı deri ve yüz tutulumu, %23'ünde yalnızca saçlı deri tutulumu ve %12'sinde saçlı deri, yüz ve gövde tutulumu saptanmıştır (128). Çalışmamızda da benzer şekilde %59 hastada yüz ve saçlı deri tutulumu, %22 hastada yüz, saçlı deri ve gövde tutulumu ve %19 hastada izole saçlı deri tutulumu vardı.

Sebore, mikrobiyal faktörler ve emosyonel stres gibi çok sayıda faktörün hastalık etyopatogenezinde rolü olduğu söylenir (129). Hastaların sosyal hayatı, yaşam kalitesi ve iş hayatı kronik seyir ve nükslerin görülmesi sebebiyle olumsuz etkilenir (9).

Deri, kişinin dünya ile iletişimde önemli bir rol oynayan vücudun en büyük organıdır ve dış bariyer görevinin yanı sıra psikolojik ve fiziksel iç değişikliklerin bir yansıtıcısıdır. Atopik dermatit, alopesi areata, psöriazis, kronik ürtiker, pruritus, saç dökülmesi, vitiligo ve akne gibi çok sayıda deri hastalığında psikolojik stresin tetikleyici rolü olduğu saptanmıştır (130-132).

Yüz, kişinin karşı cinse olan çekiciliği açısından vücudun önemli bir parçasını oluşturur ve deri hastalıkları hastalar açısından rahatsız edici bir durum olarak tanımlanabilir. Çok sayıda deri hastalığı kozmetik bozukluklara neden olarak kişilerde kaygı, düşük benlik saygısı, depresyon, damgalanma hissi ve sosyal iletişimde zorluk yaşama riskini arttırır. Kapsamlı ve modern çalışmaların göstermiş olduğu gibi bazı deri hastalıklarının oluşumunda psikiyatrik hastalıkların da rolü vardır. Bu nedenle, yapılan son çalışmalar cilt-beyin aksı üzerine yoğunlaşarak cilt ve beyin arasındaki etkileşimi anlamaya çalışır (133-135).

Tohid ve arkadaşları deri ve insan beyninin preembriyonik dönemde ortak bir kökene sahip olduklarını yaptıkları bir çalışmada belirtmişlerdir. Buna göre psikiyatri, nöroloji ve sinir bilim ile dermatoloji arasında bir ilişki vardır. Aynı çalışmada dermatolojik bozulmanın ikincil bir neden olmaksızın psikiyatrik bozulma sonucu gelişebileceği de söylenmiştir (133).

Chen ve arkadaşları yaptıkları bir çalışma ile mast hücreleri, immun sistem hücreleri, yerel bir hipotalamik-hipofiz adrenal aksı, periferik sinir uçları ve keratinositler dahil olmak üzere çok sayıda mekanizmanın derinin stres tepkisinde aktif rol aldığını saptamıştır (136). Son zamanlarda yapılan çalışmalar, deri hastalıklarının hastaların yaşam kalitesini, sosyal çevresini, benlik saygısını ve benlik imgesini farklı açılardan etkileyerek depresyon, anksiyete gibi ikincil psikiyatrik tabloların gelişmesinde büyük oranda rol oynadığını göstermiştir (5). Deri hastalıkları diğer hastalık gruplarına göre kişinin görünümünü, yaşamını, sosyal ve emosyonel durumunu daha fazla etkiler. Diğer sistemik hastalıklardan farklı olarak çoğu zaman hayati tehlike oluşturmamasına rağmen, ruhsal ve toplumsal durumu olumsuz yönde etkileyerek; psikolojik stres, kaçınma, dış görünümünden rahatsızlık ve günlük hayatın etkilenimi gibi pek çok şekilde ortaya çıkabilir (7).

Toplumda sık görülmesine rağmen SD'nin sosyal hayat ve yaşam kalitesi üzerindeki etkisine yeterince önem verilmemekte ve günlük pratikte yeterince karşılık bulmamaktadır, ancak SD tedavisinin başarısında ve iyilik halinin devamında psikososyal etkilenimin değerlendirilmesi son derece önemlidir.

Sahip olunan hastalığın doğal seyri, hastanın demografik özellikleri, kişilik yapısı, mesleği, çevrenin ve kültürün hastalığa bakışı gibi çok sayıda faktör dermatolojik hastalık kaynaklı psikososyal etkilenme durumunu belirler (137).

Son zamanlarda dermatolojide yaşam kalitesiyle alakalı çalışmalar artış göstermiştir (118). Dermatolojik yaşam kalitesi SD'li hastalarda olumsuz yönde etkilenmektedir (4). SD'li hastaların yaşam kalitesinin değerlendirilmesi tedavi başarısı açısından önemlidir. Peyri ve arkadaşlarının yapmış olduğu çok merkezli bir çalışmada, SD'nin yaşam kalitesi üzerine olumsuz etkilerinin olduğu ve kadınların daha fazla etkilendiği saptanmıştır. Aynı zamanda bu çalışmada şiddetli semptomları olan hastaların yaşam kalitelerinin daha fazla etkilendiği görülmüştür (138). Baş ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada da SD'nin yaşam kalitesini tüm alanlarda olumsuz etkilediği sonucuna varılmış olup, anksiyete ve depresyon düzeylerinin de yaşam kalitesindeki bozulmayla korele olduğu saptanmıştır (11). Etgu ve arkadaşlarının 211 SD hastasını değerlendirdiği çalışmalarında hastalığın yaşam kalitesini olumsuz etkilediği sonucuna varılmıştır (139). Öztaş ve arkadaşları da SD'li hastalarda DYKİ'ni incelemiş ve hasta ve kontrol grubunu karşılaştırdıklarında hasta grubunda yaşam kalitesinde anlamlı derecede etkilenme olduğu görülmüştür (18). Agustin ve arkadaşları SD'li 96 kişi ile yaptıkları bir çalışmada SD'nin yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediği sonucuna varmışlardır ve DYKİ değeri ortalama 6.92 ± 5.34 olarak bulunmuştur (140).

Hasta ve kontrol grubunun DYKİ'ne göre karşılaştırıldığı bu çalışmada hasta grubunun DYKİ skor ortalaması 7.66 ± 4.19 iken; kontrol grubunun DYKİ skor ortalaması 0.55 ± 1.01 idi. Buradan hasta grubunun yaşam kalitesinin hastalık sürecinden olumsuz yönde etkilendiği ve bu etkilenimin kontrol grubundan anlamlı derecede yüksek olduğu saptandı. Bu bulgu, SD hastalarında yaşam kalitesinin olumsuz yönde etkilendiğini gösteren literatürdeki diğer araştırma sonuçlarıyla uyumludur.

Doğramacı ve arkadaşları tarafından SD ile yaşam kalite indeksi arasındaki ilişkinin araştırıldığı bir başka çalışmada DYKİ ortalama skoru 7.39 ± 5.73 saptanmış olup; lezyon yeri, süresi, cinsiyet ve meslek ile yaşam kalite ölçeği arasında anlamlı ilişki bulunmazken, eğitim düzeyi ve yaşam kalitesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür (4). Aksoy ve arkadaşları da 50 sağlıklı kontrol ve 50 SD'li

hasta üzerinde yaşam kalitesini karşılaştırmaya yönelik yaptıkları bir çalışmada hastalık lokalizasyonu, süresi, aktivasyonu, cinsiyet, eğitim düzeyi ve mesleki açıdan istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptamamışken, hasta grubunda yaşam kalitesinin olumsuz olarak etkilendiğini ve DYKİ ortalama değerini 7.28 ± 5.78 olarak saptamışlardır (141).

Çalışmamızda kadın ve erkek arasında DYKİ açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktu. Aynı zamanda hastanın yaşı, SD başlangıç yaşı, SD süresi ve SD atak sıklığı ile de DYKİ arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmemişken; hastalık lokalizasyonuna göre DYKİ anlamlı farklılık gösterdi. Her üç bölgede de (saçlı deri, yüz ve gövde) tutulumu olan hastaların daha az tutulum bölgesi olanlara kıyasla yaşam kalitesi etkilene düzeyi daha yüksek olup, bu grupta yaşam kalitesi fazla veya çok fazla etkilenenlerin oranı daha az bölge tutulumu olanlara kıyasla daha fazlaydı.

Aksoy ve arkadaşlarının 50 SD'li hasta ve 50 sağlıklı gönüllü üzerinde gerçekleştirdikleri araştırmada, SD hastalarında yaşam kalitesinin olumsuz yönde etkilendiği; yaşam kalitesi düşük olan hastalarda anksiyete ve depresyon düzeylerinin daha yüksek olduğu ve bu iki değişken arasında pozitif bir korelasyon bulunduğu tespit edilmiştir (141). Özcan ve çalışma arkadaşlarının, yüz yerleşimli kronik fasyal dermatozların psikososyal etkilerini incelemek amacıyla 164 akne hastası, 134 rozase hastası, 120 SD hastası ve 124 sağlıklı gönüllü üzerinde gerçekleştirdikleri bir başka çalışmada da; hasta grubunda yaşam kalitesindeki olumsuz etkilenmenin, anksiyete, depresyon ve sosyal görünüş kaygısı ile anlamlı derecede ilişkili olduğu saptanmıştır (17).

Çalışmamızda da benzer şekilde yaşam kalite etkilenimi ile sosyal görünüş kaygısı arasında pozitif yönlü yüksek düzeyde bir ilişki varken, yaşam kalite etkilenimi ile algılanan stres düzeyi arasında pozitif yönlü orta düzeyde bir ilişki tespit edildi. Bu da literatürle uyumlu olarak kronik seyirli ve fiziksel bir hastalığa bağlı gelişen ruhsal etkilenimlerin tek bir alanla sınırlı kalmayıp, zamanla başka ruhsal problemlere ve işlev kaybına yol açabileceğini düşündürmektedir.

Literatürde yaşam kalitesi ile SAŞİ arasındaki ilişkiyi inceleyen sınırlı sayıda çalışma mevcuttur. Altın ve arkadaşlarının 122 SD hastası ile yaptıkları bir çalışmada hastalık şiddeti ile yaşam kalitesi arasında anlamlı ilişki görülmemiştir (142). Agustin ve arkadaşlarının yapmış olduğu bir çalışmada SD'nin yaşam kalitesini negatif olarak

etkilediği fakat hastalık şiddeti ile yaşam kalitesi etkilenimi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır (140). Farklı deri hastalıkları ile de dermatoloji yaşam kalitesi ve hastalık şiddeti arasındaki ilişkinin incelendiği çalışmalar literatürde mevcuttur. Mattei ve arkadaşlarının psöriazisli hastalarda yapmış oldukları bir çalışmada yaşam kalitesi ile hastalık şiddeti arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur (143). Kaçar ve arkadaşları tarafından yapılan bir diğer çalışma ile de psöriazisli hastalarda hastalık şiddeti ile yaşam kalitesi arasında pozitif korelasyon olduğu saptanmıştır (144). Biz de çalışmamızda SAŞİ ile DYKİ skorunu karşılaştırdık ve SAŞİ'ye göre DYKİ anlamlı farklılık gösterdi. DYKİ etkilenmemiş ve hafif etkilenmiş olanların SAŞİ açısından aralarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmazken, etkilenmemiş olanlar ile orta derecede, fazla veya çok fazla etkilenenler arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktaydı. Burada hastalık şiddeti arttıkça kişilerin yaşam kalitesinin daha fazla etkilendiği sonucuna varılabilmekle birlikte SAŞİ ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi inceleyen daha fazla sayıda çalışmaya ihtiyaç olduğu görüşündeyiz.

Çalışmamızın ve literatür verilerinin de göstermiş olduğu gibi SD'li hastalarda yaşam kalitesi olumsuz yönde etkilenmektedir. Hastalığın kronik seyri, henüz etkili bir tedavisinin olmaması ve tedavi süresinin uzunluğu hastalarda moral bozukluğu ve yaşam kalitesinde olumsuz etkilenime yol açabilir. Hastaların yaşam kalitesini arttırmak ve tedaviye daha iyi yanıt alabilmek için hastalığın psikososyal etkilerini tanımak ve bunlarla mücadele etmek son derece önemlidir.

İnsan, sosyal bir varlıktır ve hayat boyu diğer insanlar üzerinde bıraktığı izlenimi merak eder. İnsanlar güzel görünme ve diğer insanlar üzerinde olumlu etkiler bırakma amacı taşır (145). Dış görünüm ve bedenleriyle alakalı kişilerde görülen olumsuz beden imajı sosyal görünüş kaygısına sebebiyet verir (123). Sosyal görünüş kaygısı, kişilerin görünüm ve beden imajına yönelik negatif algı ve değerlendirmeleri sonucunda gelişir. Kişinin sadece vücut biçiminden kaynaklı bir kaygı olmayan sosyal görünüş kaygısı; yüzünün şekli, kilosunu, boyunun uzunluğu gibi sebepleri de içeren daha geniş bir kaygı durumudur. Kaygı bozukluğu sebebiyle kişinin sosyal aktiviteleri de olumsuz yönde etkilenebilir (145).

Dış görünümün daha da çok önemsendiği günümüzde deri hastalıkları da kişinin günlük hayatını ve ruh sağlığını olumsuz yönde etkiler. Deri hastalıklarının tedavi süresinin uzunluğu ve tekrarlayıcı seyri de bu tablonun ilerlemesinde rol oynar (146). Deri hastalıklarında ortaya çıkan şekil bozukluğu ruhsal etkilenmedeki en önemli faktördür (105). Dermatolojik hastalıkların yanma, kaşıntı gibi fiziksel bulgularına ek olarak çok sayıda psikiyatrik etkilerinin de olduğu gözlenmiştir. Bu psikiyatrik etkiler günlük aktiviteleri yerine getirememeye, iş hayatında kısıtlılık, özgüven kaybı, sosyal aktivitelerden kaçınma ve utanma şeklindedir (109, 110). Sosyalleşme sürecinde fiziksel görünüm önemli bir etkidir. Deri hastalıkları görünen alanlarda lezyonlarla seyrettiğinde dış görünümde bozulmaya yol açarak kişilerde sosyal kaygı düzeyinde artışa, sosyal etkileşimde zorlanmaya, kaçınma davranışına ve günlük işlevlerde aksamaya sebep olabilir. (6, 113). Kişilerde sosyal izolasyon ve kaçınma davranışları sebebiyle aile, okul ve iş hayatı etkilenir (107). Deri görünümünde meydana gelen değişiklikler kronik deri hastalığına sahip kişilerde sosyal hayatı farklı açılardan etkileyebilir. Bu sebeple literatürde akne, rosasea, vitiligo ve SD gibi deri hastalıklarının sosyal kaygı ile ilişkisini inceleyen çalışmalar bulunmaktadır.

Erdemir ve arkadaşlarının yapmış olduğu akne vulgaris tanısı konulan 150 hasta ve 124 sağlıklı gönüllüyü içeren bir çalışmada SGKÖ kullanılarak akne vulgarisli hastalarda sosyal görünüş kaygısının artmış olduğu saptanmıştır (147).

Özcan ve arkadaşlarının yapmış olduğu 164 akne, 134 rozase, 120 SD hastası ve 124 sağlıklı gönüllüyü içeren bir çalışmada SGKÖ kullanılarak sosyal anksiyete saptanmaya çalışılmış olup, akne, rozase ve SD hastalarının sosyal kaygı skorlarının kontrol grubuna göre anlamlı derecede yüksek olduğunu saptanmıştır (17). Literatürde diğer kronik deri hastalıklarıyla alakalı sosyal kaygı düzeyini ölçmeye yönelik çalışmalar da mevcuttur. Akne vulgarisli hastalarda sosyal anksiyete düzeyinin belirlenmesine yönelik Yarpuz ve arkadaşlarının yapmış oldukları bir çalışmada 83 akne vulgaris hastası ve 53 sağlıklı gönüllü çalışmaya dahil edilmiş olup, sosyal kaygı ve kaçınma davranışı akne vulgaris hastalarında sağlıklı gönüllülere oranla daha yüksek bulunmuştur (148). Öztürk ve arkadaşları 70 akne vulgaris hastası ve 50 sağlıklı gönüllü ile yaptıkları bir çalışmada akne hastalarında sağlıklı kontrollere kıyasla daha yüksek sosyal kaygı ve kaçınma puanları elde etmişlerdir (149). Salman ve arkadaşları vitiligo ve akne vulgaris

hastalarında yaptıkları bir çalışmada Liebowitz Sosyal Kaygı Ölçeği (LSKÖ)'ni kullanarak hasta ve kontrol grubunu sosyal kaygı düzeyi açısından karşılaştırmış ve LSKÖ' nin tüm alt ölçeklerinde sağlıklı bireylere kıyasla vitiligo ve akne hastalarında daha yüksek skorlar saptamışlardır (135). Bir başka çalışmada Bingöl ve arkadaşları rosacea hastalarında LSKÖ'ni kullanarak hasta ve kontrol grubunu karşılaştırmış olup, performans kaygı skoru, sosyal kaygı skoru, sosyal kaçınma skoru ve performans kaçınma skoru hasta grubunda kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (150). Bizim çalışmamızda SGKÖ kullanılmış olup, hasta grubunda kontrol grubundan anlamlı derecede yüksek olduğu saptandı. Çalışmamızda cinsiyet, hasta yaşı, SD başlangıç yaşı, SD süresi ve SD atak sıklığı ile sosyal görünüş kaygısı arasında anlamlı bir ilişki bulunmazken; SD lokalizasyonu ile SGKÖ arasında anlamlı bir ilişki vardı. SGKÖ puan ortalaması tüm bölge tutulumu olan hastalarda, yüz ve saçlı deri ve yalnızca saçlı deri tutulumu olanlara kıyasla anlamlı düzeyde yüksekti. Bu sonuçlar literatürde SD ve diğer kronik hastalıklarla alakalı yapılan çalışmalar ile uyumludur. SD klinik parametreleri ve sosyal kaygı ölçeği arasındaki ilişkinin değerlendirildiği daha fazla sayıda çalışmaya ihtiyaç vardır.

Lenfokinler, vazoaktif peptitler ve kimyasal mediyatörler stres sonucu salınır ve immün sistem etkilenir. Stres sonucu kişiden kişiye değişkenlik gösteren biyolojik yanıtlar oluşur. İmmün sistem, sinir sistemi ve endokrin sistem arasında karmaşık bir etkileşim olduğu yapılan çalışmalar ile gösterilmiş olup, stresin psikosomatik deri hastalıklarında yalnızca hastalığı ortaya çıkarıcı bir etken olmadığı ve semptomların alevlenmesine de yol açtığı bilinir (105).

Stresli bir olayın kendisinden daha büyük bir etkiye sahip olan şey, algılanan strestir. Aynı stresli durumla karşılaşan kişiler farklı tepkiler verebilir. Kişilik özellikleri, önceki deneyimler ve psikolojik özellikler kişinin stresli bir durum karşısında uyumunu, tepkisini ve algısını etkiler (151, 152). Psikolojik ve psikiyatrik faktörler dermatolojik hastalıkların %30'undan fazlasını etkiler (94). Son yıllarda yapılan çalışmalar kronik psikolojik stresin bazı deri hastalıklarının ortaya çıkmasında veya alevlenmesinde rolü olduğunu göstermiştir (153, 154). Derinin psikofizyolojik hastalıkları ürtiker, akne, psöriazis ve egzema gibi çok sayıda klinik tabloda oluşur. Son zamanlarda giderek artan psikonöroendokrinoloji ve psikoimmünoloji çalışmalarının desteğiyle psikofizyolojik

hastalıklar ile stres ilişkisinde rol alan patogenetik mekanizmalar açıklık kazanmış olup, stres sonucu salgılanan bazı hormon ve iletilerin deri hastalığı gelişiminden sorumlu olduğu anlaşılmıştır. Bu da psikolojik tedavi yaklaşımlarının psikofizyolojik deri hastalıkları tedavisindeki önemini ve yalnızca dermatolojik tedavinin yeterli olmayacağını gösterir (155).

Deri hastalıkları ve stres arasında karmaşık bir nöro-immuno-kutanöz-endokrin ağ mevcuttur. İki ana nöroendokrin sistem olan Hipotalamus-Hipofiz-Adrenal aks ve otonom sinir sistemi stres sonrası aktive olur. Stres, sitokin ve nöropeptitlerin salınımını artırır ve bağışıklığı etkiler (156). Bu sebeple stres etkisi altındaki deri lokal olarak CRH, ACTH ve glikokortikoidler üretir ve inflamatuvar sitokinleri serbest bırakır (157).

Stres ve deri hastalıkları arasında iki yönlü bir ilişki vardır. Stresin hastalık ortaya çıkışında rolü olabileceği gibi hastalığın kronik ve tekrarlayıcı seyri, dış görünümde oluşan değişiklikler ve iyileşme, şiddetlenme dönemleri göstermesi hastada stres gelişimine yol açabilir (4). Psikolojik stres, stratum korneumu etkileyerek geçirgenliğin bozulması, epidermal bariyerin antibakteriyal özelliklerinin değişmesi, yara iyileşme sürecinin uzaması ve doğal bağışıklığın azalması gibi çok sayıda olumsuz sonuca sebep olur. Bağışıklığın etkilenmesi enfeksiyonların ilerlemesine ve kronik inflamatuvar cilt hastalıklarının artış göstermesine yol açar (158). Epidermal bariyerin bozulması, keratinosit proliferasyonu ve inflamatuvar sitokin üretiminin artışıyla ilişkilidir ve bunlar psöriazis, egzema, kontakt dermatit ve atopik dermatit gibi inflamatuvar cilt hastalıklarını tetikleyebilir veya kötüleştirebilir (159). Akne vulgaris, vitiligo, psöriazis, ürtiker, alopesi areata, rosacea, liken planus ve SD gibi çok sayıda deri hastalığı stresten etkilenir (160).

Stres kronik deri hastalıklarının seyrine göre kişilerde çeşitli derecelerde görülebilir. Bu nedenle stresle alakalı hem diğer deri hastalıkları hem de SD'le alakalı çok sayıda çalışma yapılmıştır. Psöriazisli hastalarda algılanan stresin ölçüldüğü Remröd ve arkadaşlarının yapmış olduğu bir çalışmada hastaların yarısından fazlasının stresi psöriazis alevlenmelerinde nedensel bir etken olarak bildirdiklerini bulmuşlardır (161). Akneli hastalarda Chiu ve arkadaşlarının akne şiddeti ile algılanan stres düzeyini karşılaştırdıkları bir çalışmada, akne şiddeti artışı ile algılanan stres düzeyi arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır (162). Tıp fakültesi öğrencilerinde deri hastalıkları ile

psikolojik stres ilişkisini araştıran bir çalışmada çok stresli olan öğrencilerde saçlı deride kaşıntı, kepeklenme, yüzde akne, saç dökülmesi ve trikotillomani görülme sıklığının daha fazla olduğu saptanmıştır (158).

Choe ve arkadaşları, cilt sağlığı ve psikolojik stres arasındaki ilişkiyi araştırdıkları bir çalışmada, stratum korneumun bariyer fonksiyonu üzerinde stresin etkisini inceleyerek; stresin cilt bariyerinin yenilenmesini yedi güne kadar engellediğini bulmuşlardır. Ayrıca stresli kişilerin cilt mikrobiyomundaki değişikliklerin *Malassezia* türlerinin kolonizasyon oranını değiştirerek *Malassezia* enfeksiyonuna yatkınlık oluşturduğunu saptamışlardır (163). Bu durum SD alevlenmelerine yüksek stres düzeylerinin katkıda bulunabileceğini gösterebilir. Misery ve arkadaşları 82 SD hastasını içeren bir çalışmada ASÖ'ni kullanmış olup, çalışma sonucunda stresin SD epizotlarında ana tetikleyici faktör olduğunu tespit etmişlerdir (10). Gül ve arkadaşlarının yaptığı 50 SD'li hasta ve 50 kontrol grubunu içeren bir başka çalışma ile SD prevalansının stres düzeyinin fazla olduğu grupta daha yüksek olduğu görülmüştür (125). Cömert ve arkadaşları da 117 SD hastası ve 95 kontrol grubunu içeren bir çalışmada, kontrol grubuna göre SD'li hastalarda anksiyete puanlarının daha yüksek olduğunu bulmuştur (151). Tüm bu çalışmalar deri hastalıklarıyla psikolojik stresin ilişkili olabileceğini gösterir.

Stres ve SD ilişkisine yönelik çalışmalar literatürde yer alırken, SD şiddeti ve algılanan stres düzeyi ile alakalı az sayıda çalışmaya rastlanmıştır. Sarac ve arkadaşları 120 SD hastasının dahil edildiği bir çalışmada ASÖ ile hastalık şiddeti arasında anlamlı bir ilişki bulmuştur (128). Altın ve arkadaşlarının yapmış oldukları bir çalışmada ise 122 SD'li hastada SD şiddeti ile ASÖ arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (142). Etgu ve arkadaşlarının 211 SD hastası ile yaptıkları bir çalışmada stresin SD'li hastalarda tetikleyici faktör olduğu fakat stresi olan ve olmayan hastalar arasında SAŞİ değerlerinin benzer olduğu sonucuna varılmıştır (139). Bu çalışmada hasta grubunda algılanan stres düzeyi kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde yüksek saptanmışken; SD'li hastalarda yaş, cinsiyet, SD atak sıklığı, SD başlangıç yaşı ve mevcut SD süresi ile algılanan stres düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmadı. Ek olarak hastalık şiddetiyle stres düzeyi arasında anlamlı düzeyde bir ilişki ve korelasyon gözlemlendi. Bu konuda literatürde daha fazla çalışma yapılması gerektiği kanaatindeyiz.

Çalışmanın Kısıtlılıkları

Çalışmamızda bazı kısıtlılıklar bulunmaktadır. İlk olarak, hastalarda yaşam kalitesi etkilenimi, sosyal görünüş kaygısı ve algılanan stres düzeyinin psikiyatrik muayene ile değil ölçekler kullanılarak belirlenmesidir. Literatürdeki çalışmalarda da araştırmacıların ölçekleri kullanması, psikiyatrik muayenenin zaman alıcı ve farklı birime yönlendirme ihtiyacı nedeniyle doğal olarak görülmektedir. İkinci olarak, psikososyal etkilendirme sadece deri hastalıklarına bağlı olmayıp; ailesel, ekonomik problemler, diğer kronik hastalıklar veya fiziksel görünümün diğer unsurlarına bağlı da gelişebilir. Bu olasılık kronik ilaç kullanımı olan, bilinen kronik sistemik ve inflamatuvar deri hastalığı olan ve psikiyatrik hastalık öyküsü olan hastalar çalışmaya dahil edilmeyerek dışlanmaya çalışıldı. Son olarak, çalışma bir ilin üçüncü basamak sağlık kuruluşuna başvuran bireyler ile yapıldığından sonuçlar genellenemeyebilir.

6. SONUÇ

SD hastalarında yaşam kalitesi, sosyal görünüş kaygısı, algılanan stres düzeyi ve bunların hastalık şiddeti ve klinik özellikleri ile aralarındaki ilişkiyi değerlendirdiğimiz çalışmamızda şu sonuçlar elde edildi:

- Hasta grubunda DYKİ, sosyal görünüş kaygı düzeyi ve algılanan stres düzeyi kontrol grubuna kıyasla anlamlı düzeyde yüksekti.
- Hasta grubunda DYKİ ile SAŞİ ve SGKÖ arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki vardı.
- Hasta grubunda algılanan stres düzeyi ile SAŞİ ve SGKÖ arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki vardı.
- Hasta ve kontrol grubunda yaş ve cinsiyete göre DYKİ, algılanan stres düzeyi ve sosyal görünüş kaygısı benzerdi.
- Hasta grubunda yaş, SD başlangıç yaşı, SD atak sıklığı ve mevcut SD süresi ile DYKİ, algılanan stres düzeyi ve sosyal görünüş kaygısı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki yoktu.
- Hasta grubunda SD lokalizasyonu ile DYKİ ve SGKÖ arasında anlamlı ilişki vardı. Üç bölgeyi tutan hastaların yaşam kalite etkilenimi ve sosyal görünüş kaygısı üçten az bölge tutulumu olanlara kıyasla anlamlı düzeyde yüksekti.
- Hastalarda eritem, skuam ve pruritus şiddeti lokalizasyona göre anlamlı farklılık göstermekte olup, saçlı deride eritem, skuam ve pruritus şiddeti medyan değerleri yüz ve gövdeye kıyasla anlamlı düzeyde yüksekti.
- Hasta grubunda DYKİ ile SGKÖ arasında pozitif yönlü yüksek düzeyde ilişki bulunurken, ASÖ ile arasında pozitif yönlü orta düzeyde bir ilişki vardı.

- SAŞİ ile DYKİ ve SGKÖ arasında pozitif yönlü yüksek düzeyde bir korelasyon bulunurken; ASÖ ile arasında yine pozitif yönlü ancak orta düzeyde bir korelasyon vardı.
- Hasta grubunda SGKÖ ve ASÖ arasında pozitif yönlü yüksek düzeyde bir korelasyon vardı.
- Kontrol grubunda korelasyon analizine göre, DYKİ ile SGKÖ ve ASÖ arasında pozitif yönlü düşük düzeyde bir ilişki vardı.



7. KAYNAKÇA

1. Dessinioti C, Katsambas A. Seborrheic dermatitis: etiology, risk factors, and treatments:: facts and controversies. *Clinics in dermatology*. 2013;31(4):343-51.
2. Haq Z, Abdi P, Wan V, Diaz MJ, Aflatooni S, Mirza FN, et al. Epidemiology of seborrheic dermatitis among adults in the United States: a cross-sectional analysis. *Archives of Dermatological Research*. 2024;316(7):394.
3. Gupta AK, Madzia S, Batra R. Etiology and management of seborrheic dermatitis. *Dermatology*. 2004;208(2):89-93.
4. Doğramacı AÇ, Yurtman Havlucu D, Savaş N. Seboreik dermatitli hastalarda yaşam kalite değerlendirmesi. 2008.
5. Özmen M. Dermatolojik Hastalıklarda Psikosomatik Yaklaşımın Önemi. *Archives of the Turkish Dermatology & Venerology/Turkderm*. 2010;44.
6. Mercan S. Deri Hastalıklarının Psikojenik Sonuçları ve Komorbiditeler/Psychologic Outcomes of Dermatological Diseases and Comorbidities. *Türkderm: Türk Deri Hastalıkları ve Frengi Arşivi= Turkderm: Turkish Archives of Dermatology and Venereology*. 2010;44:25.
7. BAŞAK PY. Sık Görülen Bazı Deri Hastalıklarının Yaşam Kalitesi Üzerindeki Etkilerinin Karşılaştırılması| Article| Türkiye Klinikleri. *T Klin J Dermatol*. 2000;10:171-4.
8. Gül Ü. Seboreik dermatitte psikolojik faktörler. *Türkiye Klinikleri J Dermatol-Special Topics*. 2009;2(4):55-7.
9. Szepietowski JC, Reich A, Wesołowska-Szepietowska E, Baran E, Group NQoLiD. Quality of life in patients suffering from seborrheic dermatitis: influence of age, gender and education level. *Mycoses*. 2009;52(4):357-63.
10. Misery L, Touboul S, Vinçot C, Dutray S, Rolland-Jacob G, Consoli S, et al., editors. Stress and seborrheic dermatitis. *Annales de Dermatologie et de Vénéréologie*; 2007.
11. Bas Y, Kalkan G, Yildiz M, Ozuguz P, Seckin H, TAKCI Z, Songur E. Depression, Anxiety Levels and Quality of Life in Patients with Seborrheic Dermatitis. *TURK DERMATOLOJİ DERGİSİ-TURKISH JOURNAL OF DERMATOLOGY*. 2015;9(4).
12. Mameri ACA, Carneiro S, Mameri LMA, Telles da Cunha J, Ramos-E-Silva M. History of seborrheic dermatitis: conceptual and clinico-pathologic evolution. *Skinmed*. 2017;15(3):187-94.
13. Shuster S. The aetiology of dandruff and the mode of action of therapeutic agents. *British Journal of Dermatology*. 1984;111(2):235-42.
14. Sampaio ALSB, Mameri ÂCA, Vargas TJdS, Ramos-e-Silva M, Nunes AP, Carneiro SCdS. Seborrheic dermatitis. *Anais brasileiros de dermatologia*. 2011;86:1061-74.
15. Berg M. Epidemiological studies of the influence of sunlight on the skin. *Photo-dermatology*. 1989;6(2):80-4.

16. Reich A, Wójcik-Maciejewicz A, Slominski A. Stress and the skin. *Giornale Italiano di Dermatologia e Venereologia: Organo Ufficiale, Societa Italiana di Dermatologia e Sifilografia*. 2010;145(2):213-9.
17. Ozcan Y, Sungur MA, Ozcan BY, Eyup Y, Ozlu E. The psychosocial impact of chronic facial dermatoses in adults. *Dermatology practical & conceptual*. 2023;13(1).
18. Oztas P, Calikoglu E, Cetin I. Psychiatric tests in seborrhoeic dermatitis. *Acta dermato-venereologica*. 2005;85(1):68-9.
19. Maietta G, Fornaro P, Rongioletti F, Rebora A. Patients with mood depression have a high prevalence of seborrhoeic dermatitis. *Acta dermato-venereologica*. 1990;70(5):432-4.
20. Maietta G, Rongioletti F, Rebora A. Seborrheic dermatitis and daylight. *Acta dermato-venereologica*. 1991;71(6):538-9.
21. Valia R. Etiopathogenesis of seborrheic dermatitis. *Indian Journal of Dermatology, Venereology and Leprology*. 2006;72:253.
22. Katz S, Gilchrist B, Paller A, Leffell D. Fitzpatrick's dermatology in general medicine. Wolff K, Goldsmith L, editors. New York: McGraw-Hill; 2008.
23. Agache P, Blanc D, Barrand C, Laurent R. Sebum levels during the first year of life. *British Journal of Dermatology*. 1980;103(6):643-50.
24. Saçar T, Saçar H. Comparison of the distributions of seborrheic dermatitis, herpes zoster and pityriasis rosea according to seasons. 2010.
25. Riciputo R, Oliveri S, Micali G, Sapuppo A. Phospholipase activity in *Malassezia furfur* pathogenic strains: phospholipase-Aktivität an patientenisolaten von *Malassezia furfur*. *Mycoses*. 1996;39(5-6):233-5.
26. Castella G, Coutinho SDA, Cabañes FJ. Phylogenetic relationships of *Malassezia* species based on multilocus sequence analysis. *Medical Mycology*. 2014;52(1):99-105.
27. Oh BH, Lee YW, Choe YB, Ahn KJ. Epidemiologic study of *Malassezia* yeasts in seborrheic dermatitis patients by the analysis of 26S rDNA PCR-RFLP. *Annals of dermatology*. 2010;22(2):149.
28. Tolleson A, Frithz A, Berg A, Karlman G. Essential fatty acids in infantile seborrheic dermatitis. *Journal of the American Academy of Dermatology*. 1993;28(6):957-61.
29. Sanders MG, Pardo LM, Ginger RS, Kiefte-de Jong JC, Nijsten T. Association between diet and seborrheic dermatitis: A cross-sectional study. *Journal of Investigative Dermatology*. 2019;139(1):108-14.
30. Janniger CK, Schwartz RA. Seborrheic dermatitis. *American Family Physician*. 1995;52:149-.
31. Zouboulis CC, Xia L, Akamatsu H, Seltsmann H, Fritsch M, Hornemann S, et al. The human sebocyte culture model provides new insights into development and management of seborrhoea and acne. *Dermatology*. 1998;196(1):21-31.
32. Johnson BA, Nunley JR. Treatment of seborrheic dermatitis. *American family physician*. 2000;61(9):2703-10.

33. Berth-Jones J. Eczema, lichenification, prurigo and erythroderma. *Rook's Textbook of Dermatology*. 2010;1:1-51.
34. Hale EK, Bystryn J-C. Relation between skin temperature and location of facial lesions in seborrheic dermatitis. *Archives of dermatology*. 2000;136(4):559-60.
35. Bergbrant I-M. Seborrhoeic dermatitis and *Pityrosporum ovale*: cultural, immunological and clinical studies. *Acta dermato-venereologica Supplementum*. 1991;167:1-36.
36. Kutlu Ö. Evaluation of the correlation between frequency of seborrheic dermatitis and quantitative climate data. *International Journal of Dermatology*. 2022;61(2):e65-e7.
37. Bergbrant IM, Johansson S, Robbins D, Scheynius A, Faergemann J, Söderström T. An immunological study in patients with seborrhoeic dermatitis. *Clinical and Experimental Dermatology*. 1991;16(5):331-8.
38. Smith KJ, Skelton HG, Yeager J, Ledsy R, McCarthy W, Baxter D, Wagner KF. Cutaneous findings in HIV-1-positive patients: a 42-month prospective study. *Journal of the American Academy of Dermatology*. 1994;31(5):746-54.
39. Chatzikokkinou P, Sotiropoulos K, Katoulis A, Luzzati R, Trevisan G. Seborrheic dermatitis—an early and common skin manifestation in HIV patients. *ACTA Dermatovenereologica Croatica*. 2008;16(4):0-.
40. Wolff K, Goldsmith LA, Katz SI, Gilchrest BA, Paller AS, Leffell DJ. *Fitzpatrick's dermatology in general medicine*: McGraw-Hill New York; 2008.
41. Podmore P, Burrows D, Eedy D, Standford C. Seborrhoeic eczema—a disease entity or a clinical variant of atopic eczema? *British Journal of Dermatology*. 1986;115(3):341-50.
42. Nakabayashi A, Sei Y, Guillot J. Identification of *Malassezia* species isolated from patients with seborrhoeic dermatitis, atopic dermatitis, pityriasis versicolor and normal subjects. *Medical mycology*. 2000;38(5):337-41.
43. Cowley N, Farr P, Shuster S. The permissive effect of sebum in seborrhoeic dermatitis: an explanation of the rash in neurological disorders. *British Journal of Dermatology*. 1990;122(1):71-6.
44. Tanner C, Albers K, Goldman S, Fross R, Leimpeter A, Klingman J, Van Den Eeden S. Seborrheic dermatitis and risk of future Parkinson's disease (PD)(S42. 001). *AAN Enterprises*; 2012.
45. Schwartz RA, Janusz CA, Janniger CK. Seborrheic dermatitis: an overview. *American family physician*. 2006;74(1):125-32.
46. Ercis M, Balci S, Atakan N. Dermatological manifestations of 71 Down syndrome children admitted to a clinical genetics unit. *Clinical genetics*. 1996;50(5):317-20.
47. Marren P, Burge S. Seborrhoeic dermatitis of the scalp—a manifestation of Hailey–Hailey disease in a predisposed individual? *British Journal of Dermatology*. 1992;126(3):294-6.
48. Odom R, James W, Berger T. Seborrheic dermatitis, psoriasis, recalcitrant palmoplantar eruptions, pustular dermatitis, and erythroderma. *Andrew's Diseases of the*

Skin Fathman ME, Geisel EB, Salma A (eds) WB Saunders Company, USA. 2000:214-8.

49. Karıncaoglu Y, Tepe B, Kalayci B, Atambay M, Seyhan M. Is *Demodex folliculorum* an aetiological factor in seborrhoeic dermatitis? *Clinical and experimental dermatology*. 2009;34(8):e516-e20.

50. Bieber T. Other types of dermatitis. Braun-Falco's *Dermatology* Burgdorf WHC, Plewig G, Wolff HH, Landthaler M (eds) Springer-Verlag, Italy. 2009:427-31.

51. Aksoy M, Aksu Arica D. Seborrheic dermatitis. 2016.

52. Elish D, Silverberg N. Infantile seborrheic dermatitis. *CUTIS-NEW YORK*. 2006;77(5):297.

53. Sachdeva M, Kaur S, Nagpal M, Dewan S. Cutaneous lesions in new born. *Indian Journal of Dermatology, Venereology and Leprology*. 2002;68:334.

54. Foley P, Zuo Y, Plunkett A, Merlin K, Marks R. The frequency of common skin conditions in preschool-aged children in Australia: seborrheic dermatitis and pityriasis capitis (cradle cap). *Archives of dermatology*. 2003;139(3):318-22.

55. Sarkar R, Garg VK. Erythroderma in children. *Indian Journal of Dermatology, Venereology and Leprology*. 2010;76:341.

56. Sanghvi SY, Schwartz RA. Leiner's disease (erythroderma desquamativum): A review and approach to therapy. *Dermatologic therapy*. 2021;34(1):e14510.

57. Nisenson A. Seborrheic dermatitis of infants and Leiner's disease: a biotin deficiency. *Journal of Pediatrics*. 1957;51:537-48.

58. Ammann AJ. Leiner's disease and C5 deficiency. *The Journal of Pediatrics*. 1972;81(6):1221-2.

59. Gupta A, Bluhm R. Seborrheic dermatitis. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*. 2004;18(1):13-26.

60. Mokos ZB, Kralj M, Basta-Juzbašić A, Jukić IL. Seborrheic dermatitis: an update. *Acta Dermatovenereol Croat*. 2012;20(2):98-104.

61. Amorim GM, Fernandes NC. Pityriasis amiantacea: A study of seven cases. *Anais Brasileiros de Dermatologia*. 2016;91:694-6.

62. Borda LJ, Wikramanayake TC. Seborrheic dermatitis and dandruff: a comprehensive review. *Journal of clinical and investigative dermatology*. 2015;3(2).

63. Naldi L, Rebora A. Seborrheic dermatitis. *New England Journal of Medicine*. 2009;360(4):387-96.

64. Soeprono FF, Schinella RA, Cockerell CJ, Comite SL. Seborrheic-like dermatitis of acquired immunodeficiency syndrome: a clinicopathologic study. *Journal of the American Academy of Dermatology*. 1986;14(2):242-8.

65. Siegfried EC, Hebert AA. Diagnosis of atopic dermatitis: mimics, overlaps, and complications. *Journal of clinical medicine*. 2015;4(5):884-917.

66. Querings K, Starz H, Balda B-R. Clinical spectrum of cutaneous Langerhans' cell histiocytosis mimicking various diseases. *Acta dermato-venereologica*. 2006;86(1):39-43.
67. Gupta A, Summerbell R. Tinea capitis. *Medical mycology*. 2000;38(4):255-87.
68. Paller A, editor Scabies in infants and small children. *Seminars in dermatology*; 1993.
69. Park J-H, Park YJ, Kim SK, Kwon JE, Kang HY, Lee E-S, et al. Histopathological differential diagnosis of psoriasis and seborrheic dermatitis of the scalp. *Annals of dermatology*. 2016;28(4):427.
70. Kang I-H, Seo J-K, Shin M-K. Useful dermoscopic findings for differentiating rosacea from seborrheic dermatitis. *Indian Journal of Dermatology*. 2020;65(4):316-8.
71. Hu M, Tu Y, Man MQ, He Y, Wu P, He L, Gu H. Rosacea and seborrheic dermatitis differentially respond to lactic acid sting and capsaicin tests in Chinese women. *Journal of Cosmetic Dermatology*. 2023;22(12):3505-10.
72. Ljubojevic S, Lipozencic J, Basta-Juzbasic A. Contact allergy to corticosteroids and *Malassezia furfur* in seborrhoeic dermatitis patients. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*. 2011;25(6):647-51.
73. Hsu S, Le EH, Khoshevis MR. Differential diagnosis of annular lesions. *American Family Physician*. 2001;64(2):289-97.
74. Kuhn A, Sticherling M, Bonsmann G. Clinical manifestations of cutaneous lupus erythematosus. *JDDG: Journal der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft*. 2007;5(12):1124-37.
75. Kind P, Goerz G. Klinik und Differentialdiagnose des cutanen Lupus erythematosus. *H+ G Zeitschrift für Hautkrankheiten*. 1987;62(18):1337-47.
76. Malik AM, Tupchong S, Huang S, Are A, Hsu S, Motaparthy K. An updated review of pemphigus diseases. *Medicina*. 2021;57(10):1080.
77. Gary G. Optimizing treatment approaches in seborrheic dermatitis. *The Journal of clinical and aesthetic dermatology*. 2013;6(2):44.
78. Clark GW, Pope SM, Jaboori KA. Diagnosis and treatment of seborrheic dermatitis. *American family physician*. 2015;91(3):185-90.
79. Mercan Bozkurt N, Yüksel Başak P. Seboreik dermatit tedavisi ve yeni tedavi yaklaşımları.
80. Gupta AK, Nicol K, Batra R. Role of antifungal agents in the treatment of seborrheic dermatitis. *American journal of clinical dermatology*. 2004;5:417-22.
81. Borda LJ, Perper M, Keri JE. Treatment of seborrheic dermatitis: a comprehensive review. *Journal of Dermatological Treatment*. 2019;30(2):158-69.
82. Faergemann J. Management of seborrheic dermatitis and pityriasis versicolor. *American Journal of Clinical Dermatology*. 2000;1:75-80.
83. Tucker D, Masood S. Seborrheic dermatitis. *StatPearls*. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing. 2020.

84. Dreno B, Moyse D. Lithium gluconate in the treatment of seborrhoeic dermatitis: a multicenter, randomised, double-blind study versus placebo. *European Journal of Dermatology*. 2002;12(6):549-52.
85. Dreno B, Chosidow O, Revuz J, Moyse D, Group SI. Lithium gluconate 8% vs. ketoconazole 2% in the treatment of seborrhoeic dermatitis: a multicentre, randomized study. *British Journal of Dermatology*. 2003;148(6):1230-6.
86. Berk T, Scheinfeld N. Seborrheic dermatitis. *Pharmacy and Therapeutics*. 2010;35(6):348.
87. Mercan Bozkurt N, Yüksel Başak P. Treatment of seborrheic dermatitis and new treatment approaches. *TURKDERM-Turkish Archives of Dermatology and Venereology*. 41(4):112-6.
88. Satchell AC, Saurajen A, Bell C, Barnetson RS. Treatment of dandruff with 5% tea tree oil shampoo. *Journal of the American Academy of Dermatology*. 2002;47(6):852-5.
89. Gupta A, Richardson M, Paquet M. Systematic review of oral treatments for seborrheic dermatitis. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*. 2014;28(1):16-26.
90. de Souza Leão Kamamoto C, Sanudo A, Hassun KM, Bagatin E. Low-dose oral isotretinoin for moderate to severe seborrhea and seborrheic dermatitis: a randomized comparative trial. *International Journal of Dermatology*. 2017;56(1):80-5.
91. Cohen SR, Gordon SC, Lam AH, Rosmarin D. Recalcitrant seborrheic dermatitis successfully treated with apremilast. *Journal of Cutaneous Medicine and Surgery*. 2020;24(1):90-1.
92. Diagnostic APA. Statistical Manual of mental disorders. Washington, DC: American Psychiatric Association; 1994.
93. Picardi A, Abeni D, Renzi C, Braga M, Melchi C, Pasquini P. Treatment outcome and incidence of psychiatric disorders in dermatological out-patients. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*. 2003;17(2):155-9.
94. Gupta MA, Gupta AK. Psychiatric and psychological co-morbidity in patients with dermatologic disorders: epidemiology and management. *American journal of clinical dermatology*. 2003;4:833-42.
95. Gupta M, Gupta A. *Psychocutenous Medicine*. Ed. Koo JYM, Lee CS. Marcel Dekker AG, NY; 2003.
96. Fried RG, Gupta MA, Gupta AK. Depression and skin disease. *Dermatologic clinics*. 2005;23(4):657-64.
97. Karamustafalıoğlu O, Yumrukçal H. Depresyon ve anksiyete bozuklukları. *Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni*. 2011;45(2):65-74.
98. ML PP. Influence of anxiety in diverse cutaneous diseases. *Actas Dermo-Sifiliográficas*. 2006;97(10):637-43.
99. Woodruff PW, Higgins E, Du Vivier A, Wessely S. Psychiatric illness in patients referred to a dermatology-psychiatry clinic. *General hospital psychiatry*. 1997;19(1):29-35.

100. Kayahan M. Dahili ve cerrahi kliniklerde yatan hastalarda anksiyete ve depresyon düzeyleri ile stresle başa çıkma tarzları arasındaki ilişkinin belirlenmesi: Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2005.
101. İK A. Stres ve deri. Türkiye Klinikleri J Dermatol-Special Topics. 2009;2(4):16-23.
102. Uğur M. Stres kavramı ve psikiyatrik hastalıklar. İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, Medikal Açıdan Stres ve Çareleri Sempozyum Dizisi. 2005;47:13-33.
103. Ahmet K. Sosyal görünüş kaygısı ile utangaçlık arasındaki ilişkilerin incelenmesi. Birey ve Toplum Sosyal Bilimler Dergisi. 2016;6(1):95-106.
104. Özcan H, SUBAŞI B, Budak B, Çelik M, Gürel ŞC, YILDIZ M. Ergenlik ve genç yetişkinlik dönemindeki kadınlarda benlik saygısı, sosyal görünüş kaygısı, depresyon ve anksiyete ilişkisi. Journal of Mood Disorders. 2013;3(3):107-13.
105. Mercan S, İK A. Psikiyatri ve dermatolojinin ortak çalışma alanı: Psikodermatoloji. Türk Psikiyatri Dergisi. 2006;17(4):305-13.
106. Stein MB, Stein DJ. Social anxiety disorder. The lancet. 2008;371(9618):1115-25.
107. Brook CA, Schmidt LA. Social anxiety disorder: A review of environmental risk factors. Neuropsychiatric disease and treatment. 2008;4(1):123-43.
108. Stein MB, Kean YM. Disability and quality of life in social phobia: epidemiologic findings. American Journal of Psychiatry. 2000;157(10):1606-13.
109. Jayaprakasam A, Darvay A, Osborne G, McGibbon D. Comparison of assessments of severity and quality of life in cutaneous disease. Clinical and Experimental Dermatology. 2002;27(4):306-8.
110. Finlay AY, Ryan TJ. Disability and handicap in dermatology. International journal of dermatology. 1996;35(5):305-11.
111. Shenefelt PD. Psychodermatological disorders: recognition and treatment. International journal of dermatology. 2011;50(11):1309-22.
112. Yadav S, Narang T, Kumaran MS. Psychodermatology: A comprehensive review. Indian journal of dermatology, venereology and leprology. 2013;79:176.
113. Kent G, Keohane S. Social anxiety and disfigurement: The moderating effects of fear of negative evaluation and past experience. British Journal of Clinical Psychology. 2001;40(1):23-34.
114. Gupta MA, Gupta AK. Depression and suicidal ideation in dermatology patients with acne, alopecia areata, atopic dermatitis and psoriasis. British Journal of Dermatology. 1998;139(5):846-50.
115. Picardi A, Abeni D, Melchi C, Puddu P, Pasquini P. Psychiatric morbidity in dermatological outpatients: an issue to be recognized. British Journal of dermatology. 2000;143(5):983-91.
116. Lavda A, Webb T, Thompson A. A meta-analysis of the effectiveness of psychological interventions for adults with skin conditions. British Journal of Dermatology. 2012;167(5):970-9.

117. Acıöz E, Gökdemir G, Köşlü A. Dermatolojide yaşam kalitesi. 2003.
118. Doğan S. Vitiligolu hastalarda, hastalığın klinik tiplerine göre yaşam kalitesindeki olası değişimin değerlendirilmesi.
119. Köse O, AR G. Dermatolojide yaşam kalitesi ve ölçümü. T Klin Dermatoloji. 2000;10(4):200-74.
120. Cömert A, Bekiroglu N, Gürbüz O, Ergun T. Efficacy of oral fluconazole in the treatment of seborrheic dermatitis: a placebo-controlled study. American journal of clinical dermatology. 2007;8:235-8.
121. Öztürkcan S, Ermertcan AT, Eser E, Turhan Şahin M. Cross validation of the Turkish version of dermatology life quality index. International journal of Dermatology. 2006;45(11):1300-7.
122. Hart TA, Flora DB, Palyo SA, Fresco DM, Holle C, Heimberg RG. Development and examination of the social appearance anxiety scale. Assessment. 2008;15(1):48-59.
123. Doğan T. Sosyal Görünüş Kaygısı Ölçeği'nin (SGKÖ) Türkçe uyarlaması: geçerlik ve güvenirlik çalışması. Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi. 2010;39(39):151-9.
124. Aksoy M, Özkorumak E, Bahadır S, Yaylı S, Aksu Arıca D. Quality of life, anxiety and depression levels in patients with seborrheic dermatitis. 2012.
125. Gül Aİ, KArAAslAn Ö, ÇÖLGEÇEN E. Personality traits and common psychiatric conditions in patients with seborrheic dermatitis. Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo). 2017;44:6-9.
126. Cohen S, Kamarck T, Mermelstein R. A global measure of perceived stress. Journal of health and social behavior. 1983;385-96.
127. Jahan I, Islam MR, Islam MR, Ali R, Rahman SM, Nahar Z, et al. Altered serum elements, antioxidants, MDA, and immunoglobulins are associated with an increased risk of seborrheic dermatitis. Heliyon. 2021;7(3).
128. Sarac E, Kocatürk E. Relationship between disease severity, perceived stress, and depression in patients with seborrheic dermatitis. Marmara Medical Journal. 2022;35(3):362-6.
129. ÖZDEMİR F. Seboreik dermatit ve perioral dermatit. Türkiye Klinikleri Dermatology-Special Topics. 2010;3(1):47-56.
130. Alexopoulos A, Chrousos GP. Stress-related skin disorders. Reviews in Endocrine and Metabolic Disorders. 2016;17:295-304.
131. Pondeljnak N, Lugović-Mihić L. Stress-induced interaction of skin immune cells, hormones, and neurotransmitters. Clinical therapeutics. 2020;42(5):757-70.
132. Stewart TJ, Schut C, Whitfield M, Yosipovitch G. Cross-sectional study of psychological stress and skin symptoms in Australian university students. Australasian Journal of Dermatology. 2018;59(1):e82-e4.
133. Tohid H, Shenefelt PD, Burney WA, Aqeel N. Psychodermatology: an association of primary psychiatric disorders with skin. Revista Colombiana de psiquiatria (English ed). 2019;48(1):50-7.

134. Tomas-Aragones L, Marron SE. Body image and body dysmorphic concerns. *Acta derm-venereol.* 2016(ART-2016-96126).
135. Salman A, Kurt E, Topcuoglu V, Demircay Z. Social anxiety and quality of life in vitiligo and acne patients with facial involvement: a cross-sectional controlled study. *American journal of clinical dermatology.* 2016;17:305-11.
136. Chen Y, Lyga J. Brain-skin connection: stress, inflammation and skin aging. *Inflammation & Allergy-Drug Targets (Formerly Current Drug Targets-Inflammation & Allergy)(Discontinued).* 2014;13(3):177-90.
137. ŞENOL M. Psikokutan dermatozlar: Patogenez ve yaklaşım. *Türkiye Klinikleri Dermatology-Special Topics.* 2009;2(4):6-10.
138. Peyri J, Lleonart M. Clinical and therapeutic profile and quality of life of patients with seborrheic dermatitis. *Actas Dermo-Sifiliográficas (English Edition).* 2007;98(7):476-82.
139. Etku F. Analysis of the epidemiology, coexisting skin diseases, and variables affecting seborrheic dermatitis severity. *Medicine Science.* 2023;12(4).
140. Agustin T, Rahmayunita G, Astriningrum R, Miranda E, HD Pusponogoro E, Widaty S. Quality of life assessment in patients with dandruff and scalp seborrheic dermatitis at a tertiary hospital in Indonesia. *Iranian Journal of Dermatology.* 2019;22(1):13-7.
141. Aksoy M, Özkorumak E, Bahadır S, Yaylı S, Aksu Arıca D. Seboreik dermatit hastalarında yaşam kalitesi, anksiyete ve depresyon düzeyleri. 2012.
142. Altın N. Seboreik Dermatitli Hastalarda Benlik Saygısı, Algılanan Stres Düzeyi, Kaygı, Sosyal Fobi, Depresyon, Anksiyete ve Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi: Dokuz Eylül Üniversitesi (Turkey); 2020.
143. Mattei P, Corey K, Kimball A. Psoriasis Area Severity Index (PASI) and the Dermatology Life Quality Index (DLQI): the correlation between disease severity and psychological burden in patients treated with biological therapies. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology.* 2014;28(3):333-7.
144. Kaçar N, Ergin Ş, Erdoğan ŞB. Psoriasisli hastalarda yaşam kalitesi. *TÜRKDERM-Deri Hastalıkları ve Frengi Arşivi.* 2007.
145. Kılıç M. Üniversite öğrencilerinin sosyal görünüş kaygıları ile benlik saygıları ve yalnızlık düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi. 2015.
146. ARICAN Ö. Dermatoloji hastalarında yaşam kalitesinin ölçümü. *Türkiye Klinikleri Dermatology-Special Topics.* 2009;2(4):107-14.
147. Erdemir AV, Bağcı SI, Yüksel İnan E, Turan E. Akne vulgarisli hastalarda sosyal görünüş kaygısı ve yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. 2013.
148. Yolaç Yarpuz A, Demirci Saadet E, Erdi Şanlı H, Devrimci Özgüven H. Akne Vulgaris Hastalarında Sosyal Kaygı Düzeyi ve Bunun Klinik Değişkenler İle İlişkisi. *Türk psikiyatri dergisi.* 2008;19(1).
149. ÖZTÜRK A, Deveci E, BAĞCIOĞLU E, Atalay F, Serdar Z. Anxiety, depression, social phobia, and quality of life in Turkish patients with acne and their relationships with the severity of acne. *Turkish Journal of Medical Sciences.* 2013;43(4):660-6.

150. BİNGÖL M. ROZASEA'DA HASTALIK ŞİDDETİYLE SOSYAL FOBİ, ANKSİYETE, BENLİK SAYGISI, UYKU KALİTESİ VE DERMATOLOJİK YAŞAM KALİTE İNDEKSİ ARASINDAKİ İLİŞKİ.
151. Cömert A, Akbaş B, Kılıç EZ, Akın Ö, Gökçe E, Göktuna Z, Taşkapan O. Psychiatric comorbidities and alexithymia in patients with seborrheic dermatitis: a questionnaire study in Turkey. *American journal of clinical dermatology*. 2013;14:335-42.
152. Picardi A, Mazzotti E, Gaetano P, Cattaruzza MS, Baliva G, Melchi C, et al. Stress, social support, emotional regulation, and exacerbation of diffuse plaque psoriasis. *Psychosomatics*. 2005;46(6):556-64.
153. Alsamarai AM, Aljubori AM. Association between stress and skin disease. *Middle East Journal of Internal Medicine*. 2010;3(1).
154. Basavaraj K, Navya M, Rashmi R. Relevance of psychiatry in dermatology: Present concepts. *Indian journal of psychiatry*. 2010;52(3):270-5.
155. ALTUNAY İK. Stres ve Deri. *Türkiye Klinikleri Dermatology-Special Topics*. 2009;2(4):16-23.
156. Kim JE, Cho BK, Cho DH, Park HJ. Expression of Hypothalamic--Pituitary--Adrenal Axis in Common Skin Diseases: Evidence of its Association with Stress-related Disease Activity. *Acta dermato-venereologica*. 2013;93(4).
157. Arck PC, Slominski A, Theoharides TC, Peters EM, Paus R. Neuroimmunology of stress: skin takes center stage. *Journal of Investigative Dermatology*. 2006;126(8):1697-704.
158. Saif GAB, Alotaibi HM, Alzolibani AA, Almodihesh NA, Albraid HF, Alotaibi NM, Yosipovitch G. Association of psychological stress with skin symptoms among medical students. *Saudi medical journal*. 2018;39(1):59.
159. Choi E-H, Brown BE, Crumrine D, Chang S, Man M-Q, Elias PM, Feingold KR. Mechanisms by which psychologic stress alters cutaneous permeability barrier homeostasis and stratum corneum integrity. *Journal of Investigative Dermatology*. 2005;124(3):587-95.
160. Goyal N, Prabhu SS. Stress and Common Dermatological Disorders: The Psychophysiological Dermatoses. *Clinical Dermatology Review*. 2023;7(4):327-32.
161. Remröd C, Sjöström K, Svensson Å. Subjective stress reactivity in psoriasis—a cross sectional study of associated psychological traits. *BMC dermatology*. 2015;15:1-8.
162. Chiu A, Chon SY, Kimball AB. The response of skin disease to stress: changes in the severity of acne vulgaris as affected by examination stress. *Archives of dermatology*. 2003;139(7):897-900.
163. Choe SJ, Kim D, Kim EJ, Ahn J-S, Choi E-J, Son ED, et al. Psychological stress deteriorates skin barrier function by activating 11 β -hydroxysteroid dehydrogenase 1 and the HPA axis. *Scientific reports*. 2018;8(1):6334.

8. EKLER

EK-1

HASTA SOSYODEMOGRAFİK VERİLERİ

Adı-soyadı:

Tarih:

TC:

Protokol:

Tel:

Yaş-Cinsiyet:

Medeni Durumu: Evli [] Bekar [] Dul [] Boşanmış/Ayrı []

Meslek: Öğrenci [] Ev hanımı [] Çalışan []

Eğitim Düzeyi: Eğitim almamış [] İlkokul [] Ortaokul []

Lise [] Üniversite []

Gelir Düzeyi: Yüksek:

Düşük :

Orta:

Sigara: var [] yok [] (paket/gün/yıl) Alkol: var [] yok []

Seboreik dermatit başlangıç yaşı:

Mevcut seboreik dermatit süresi (gün):

Seboreik dermatit atak sıklığı: Haftada.....kez , Ayda.....kez, Yılda....kez

Hastalığın Lokalizasyonu: Yüz [] Göğüs [] Saçlı Deri(Kulak içi,...) []

I-SEBOREİK DERMATİT ŞİDDETİ

	Eritem (0-3)	Skuam (0-3)	Pruritus (0-3)
1. Alın			
2. Nazolabial			
3. Kaş			
4. Yanak-çene			
5. Kulak üstü			
6. Kulak arkası			
7. Göğüs arası			
8. Sırt			
9. Saçlı deri			

III-ÖZGEÇMİŞ

1.Seboreik dermatit dışı deriyi etkileyen hastalığı var mı?

Evet.....Hayır

2.Bilinen Kronik hastalık:Var[].....Yok []

3.Kullanılan sistemik ilaç: Var []Yok []

4.Bilinen psikiyatrik hastalık öyküsü:Var[]Yok []

IV-SOY GEÇMİŞ

(Ailede seboreik hastalık hikayesi): var [] yok []

8.3. Dermatoloji Yaşam Kalite İndeksi

	Oldukça Fazla	Çok	Biraz	Hiç	İlgisi yok
1- Geçtiğimiz hafta içerisinde cildinizi ne kadar kaşıntılı, ağrılı, acı verici veya yanıcı hissettiniz?					
2- Geçtiğimiz hafta içerisinde cildiniz yüzünden ne kadar utanmış veya kendinizi güvensiz hissettiniz?					
3- Geçtiğimiz hafta içerisinde cildiniz alışverişe gitmenize, ev işleriyle ya da bahçe işleriyle uğraşmanıza ne kadar engel oldu ?					
4- Geçtiğimiz hafta boyunca cildiniz giyim şeklinizi ne kadar etkiledi?					
5- Geçtiğimiz hafta içinde, cildiniz yapacağınız sosyal aktiviteleri ya da boş zamanlarınızı değerlendirme şeklinizi ne kadar etkiledi?					
6- Geçtiğimiz hafta içerisinde, cildiniz herhangi bir spor faaliyeti yapmanızı ne kadar zorlaştırdı?					
	Evet		Hayır	İlgisi yok	
7- Geçtiğimiz hafta cildiniz iş yaşamınıza ya da çalışmanıza engel oldu mu?					
	Çok		Biraz	Hiç	
Eğer "Hayır" ise, geçtiğimiz hafta içerisinde cildiniz iş yaşamınızda veya çalışmanızda ne kadar problem oldu?					
	Oldukça fazla	Çok	Biraz	Hiç	İlgisi Yok
8- Geçtiğimiz hafta içerisinde cildiniz, partneriniz veya yakın arkadaşlarınız veya akrabalarınızla aranızda ne kadar sorun yarattı?					
9- Son bir haftada, cildiniz cinsel zorluklara ne kadar neden oldu?					
10- Geçtiğimiz hafta içerisinde tedaviniz sizin için ne kadar sorun yarattı? (Evde karmaşıklık yaratması, zaman kaybına sebep olması gibi)					

8.5. Sosyal Görünüş Kaygısı Ölçeği

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

EK-4

Algılanan Stres Ölçeği – 10

Aşağıdaki sorular **son bir ay içindeki** düşünceleriniz ve duygularınızla ilgilidir. Her bir soruda sizden bu düşünceyi ya da duyguyu ne sıklıkta yaşadığınızı belirtmeniz istenmektedir.

Son 1 ay içerisinde, hangi sıklıkta:		Hiç	Hiçe Yakın	Bazen	Sıkça	Çok Sık
1 .	Beklenmedik şekilde gerçekleşen olaylardan dolayı üzüldünüz?	0	1	2	3	4
2 .	Yaşamınızdaki önemli şeyleri kontrol edemediğinizi hissettiniz?	0	1	2	3	4
3 .	Gergin ve stresli hissettiniz?	0	1	2	3	4
4 .	Kişisel sorunlarınızla baş etme yeteneğinizden emin oldunuz?	0	1	2	3	4
5 .	İşlerin istediğiniz gibi gittiğini hissettiniz?	0	1	2	3	4
6 .	Yapmak zorunda olduğunuz her şeyin üstesinden gelemeyeceğinizi düşündünüz?	0	1	2	3	4
7 .	Yaşamınızdaki rahatsız edici olayları kontrol edebildiniz?	0	1	2	3	4
8 .	Yaşamınızdaki olaylara hakim olduğunuzu hissettiniz?	0	1	2	3	4
9 .	Kontrolünüz dışında gerçekleşen şeylerden dolayı öfkeleniniz?	0	1	2	3	4
10 .	Güçlüklerin, üstesinden gelemeyeceğiniz kadar çoğaldığını hissettiniz?	0	1	2	3	4